

آموزش حرفه‌ای‌گری پزشکی و نقش الگویی استادان دانشگاه علوم پزشکی گیلان از دیدگاه دستیاران این دانشگاه

عالیا صابری^۱، شادمان نعمتی^{۲*}، صبا فخریه اصل^۳، آبتین حیدرزاده^۴، علی فهیمی^۵

۱. متخصص نورولوژی، استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲. متخصص گوش و حلق و بینی، دانشیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۳. متخصص بیماری‌های گوارشی، استادیار داخلی-گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۴. متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۵. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

• دریافت مقاله: ۹۱/۶/۳۱ آخرین اصلاح مقاله: ۹۱/۹/۱۶ • پذیرش مقاله: ۹۲/۴/۱۶

زمینه و هدف: به دلایل متعددی نیاز به تغییر در فرهنگ، محیط آموزشی و برنامه درسی آموزش پزشکی برای حرکت به سمت ارتقای حرفه‌ای‌گری پزشکی (پایبندی به اصول حرفه‌ای پزشکی) لازم و ضروری به نظر می‌رسد. هدف این مطالعه، ارزیابی اولیه‌ای از نگرش دستیاران دانشگاه علوم پزشکی گیلان درباره برنامه‌های آموزش حرفه‌ای‌گری و نقش استادان در این زمینه در دانشکده پزشکی بود.

روش کار: این مطالعه توصیفی به وسیله پرسشنامه‌ای که روایی و پایایی آن تأیید و بر اساس مسایل فرهنگی-اخلاقی خاص کشورمان تعدیل شد، در بین ۱۸۹ دستیار رشته‌های تخصصی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ انجام گردید. آنالیز اطلاعات با استفاده از آزمون Student-t و نرم‌افزار STATA انجام شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۱۴۰ دستیار از ۱۴ رشته تخصصی با میانگین سنی $4/49 \pm 32/2$ سال شرکت نمودند و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. بیش از ۵۰ درصد دستیاران، میزان موفقیت برنامه آموزشی را در زمینه‌های مختلف آموزش اصول حرفه‌ای‌گری پزشکی متوسط تا زیاد دانسته‌اند. بیش از ۴۰ درصد آنان نیز تأثیر استادان الگو را در آموزش این اصول زیاد دانسته‌اند. ۶۲/۹ درصد دستیاران بر آموزش این اصول به صورت تدریس نظری-عملی اتفاق نظر داشتند. نتیجه‌گیری: میزان موفقیت برنامه‌های آموزشی در زمینه‌های مختلف اصول حرفه‌ای‌گری پزشکی به نسبت خوب بوده است، اما نیاز به بهبود دارند. دستیاران اذعان دارند تاکنون اصول حرفه‌ای‌گری را در قالب یک برنامه درسی پنهان از استادان خود آموخته‌اند، اما این اصول باید به صورت واحدهای نظری و عملی هم تدریس شوند.

کلید واژه‌ها: حرفه‌ای‌گری پزشکی، دستیاران پزشکی، آموزش، Role model

* نویسنده مسؤول: بخش گوش و حلق و بینی، بیمارستان امیرالمؤمنین (ع)، رشت، گیلان، ایران

مقدمه

برنامه درسی آموزش پزشکی برای حرکت به سمت ارتقای حرفه‌ای‌گری لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

صرف آموزش علمی و عملی طب به دانشجویان پزشکی، بدون آموزش اصول حرفه‌ای‌گری پزشکی، محصولات ناکارآمدی را تحویل اجتماع می‌دهد که نه تنها اثرات سازنده کمتری را برای جامعه و بیماران خواهد داشت بلکه خطراتی را نیز متوجه افراد خواهد کرد. در دانشکده‌های پزشکی سرتاسر دنیا، عمده آموزش اصول حرفه‌ای‌گری از طریق رفتار استادان و هم‌دانشگاهیان الگو (Role model) انجام می‌شود (۸).

نظر به تازه بودن این موضوع در آموزش پزشکی کشور و به ویژه از آن جایی که در دانشگاه علوم پزشکی گیلان هنوز مطالعه خاص و عمده در این زمینه مهم انجام نشده است، به بررسی وضعیت آموزش حرفه‌ای‌گری پزشکی و نقش الگویی استادان دانشگاه علوم پزشکی گیلان از دیدگاه دستیاران این دانشگاه پرداختیم.

روش کار

این مطالعه مقطعی توصیفی در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ در دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام گردید. در مرحله اول با استفاده از مقالات و پرسشنامه‌هایی که در کشورهای دیگر برای بررسی حرفه‌ای‌گری در بین پزشکان به کار گرفته شده بود (۱۰، ۹)، پرسشنامه‌ای تدوین و بر اساس مسایل فرهنگی-اخلاقی خاص کشورمان تعدیل شد. پرسشنامه در ۴ بخش شامل نظر دستیاران در مورد میزان موفقیت برنامه‌های آموزشی دوره دستیاری در زمینه‌های مختلف آموزش اصول حرفه‌ای پزشکی (۷ سؤال)، میزان نقش استادان الگو در آموزش اصول حرفه‌ای‌گری پزشکی (۶ سؤال) و میزان موافقت دستیاران با انواع روش‌های آموزش اصول حرفه‌ای‌گری (۸ سؤال) و یک بخش شامل ۳ سؤال باز طراحی شد. پاسخ به سؤالات در ۲ بخش اول به صورت معیار لیکرت ۵ حالت از "هیچ" تا "بسیار زیاد"، در بخش سوم به صورت "موافق، مخالف و بدون نظر" و در بخش چهارم به صورت تشریحی بود. پرسشنامه جهت

حرفه‌ای‌گری پزشکی (Medical professionalism) مجموعه‌ای از دیدگاه‌ها و رفتارها در دانشجوی پزشکی و پزشک است که باعث شود فرد همیشه منافع بیمار را مقدم بر منافع شخصی بداند. در واقع می‌توان به حرفه‌ای‌گری از دو منظر فضایل حرفه‌ای‌گری و الزامات و وظایف مربوط به آن نگریست (۱). یک حرفه واقعی بایستی دارای تمام معیارهای قراردادی در حوزه کاری خود مانند انجام کار با کیفیت بالا در زمینه‌ها و حوزه‌های مختلف آن حرفه (حوزه خلاقیت، تولید، خدمات انسانی و پژوهش‌های اولیه و پیشرفته) و نیز استاندارد بالایی از کدهای اخلاق حرفه‌ای و پایبندی دقیق به آن‌ها در حین ارائه خدمات مربوط باشد (۲، ۳).

در سال ۲۰۰۲ میلادی، بورد طب داخلی آمریکا (ABIM) یا American Board of Internal Medicine همراه با کالج آمریکایی پزشکان و جامعه پزشکان داخلی آمریکا (ACP-ASIM) یا the American College of Physicians-American Society of Internal Medicine و فدراسیون اروپایی طب داخلی (EFIM) یا European Federation of Internal Medicine بیانیه یا منشور حرفه‌ای‌گری پزشکی را با سه اصل اساسی اولویت خیر و صلاح بیمار و توجه به ارزش‌های بیمار، احترام به استقلال بیمار و عدم سلب اختیار وی، و پیشبرد عدالت اجتماعی به ویژه در زمینه‌های بهداشتی-درمانی تدوین کردند که به تصویب صدها پزشک و سازمان‌های پزشکی در سرتاسر جهان رسید (۶-۴).

شواهد موجود نشان می‌دهد که حرفه‌ای‌گری رو به کم‌رنگ شدن می‌رود و پزشکان امروزی با موارد و مشکلات تهدیدکننده ارزش‌ها مواجه هستند (۷). مروری بر مجلات پزشکی و تعدد مقالات و مطالعات انجام شده پیرامون حرفه‌ای‌گری، نشانگر توجه دست‌اندرکاران آموزش پزشکی در سال‌های اخیر به این مقوله و تلاش برای غلبه بر این تهدیدها می‌باشد. همچنین نیاز به تغییر در فرهنگ، محیط آموزشی و

دستیار از ۱۴ رشته تخصصی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند (میزان پاسخ‌دهی ۷۴/۱ درصد). میانگین سنی دستیاران $49/4 \pm 32/2$ سال (کوچک‌ترین فرد ۲۶ و بزرگ‌ترین فرد ۴۶ سال) بود. ۶۳ نفر (۴۵ درصد) مذکر و ۵۹ نفر (۴۲/۱ درصد) آن‌ها مؤنث بودند و در ۱۸ پاسخنامه (۱۲/۸ درصد) جنسیت مشخص نشده بود. از زمان فارغ‌التحصیلی دستیاران از مقطع پزشکی عمومی به طور متوسط $18/4 \pm 6/5$ سال می‌گذشت. به طور متوسط ۲۹/۳ درصد پاسخ‌دهندگان در سال اول، ۲۷/۹۰ درصد در سال دوم، ۲۵/۷۰ درصد در سال سوم و ۱۳/۶ درصد در سال چهارم دستیاری مشغول به تحصیل بودند.

میزان موفقیت برنامه‌های آموزشی دوره دستیاری در راستای آموزش اصول حرفه‌ای‌گری پزشکی در زمینه‌های مختلف بر اساس نظر دستیاران در جدول ۱ نمایش داده شده‌اند. در راستای آموزش توجه به استقلال بیمار و احترام به ارزش‌ها، عقاید و آداب و رسوم وی بر حسب متغیر مدت زمان فارغ‌التحصیلی از مقطع پزشکی عمومی با $P = 0/026$ معنی‌دار بود و دستیارانی که کمتر از ۵ سال از فارغ‌التحصیلی دوره پزشکی عمومی آن‌ها می‌گذشت، بیش از سایرین به این ارزش‌ها احترام می‌گذاشتند.

تعیین روایی در اختیار تعدادی از خبرگان و پیش‌کسوتان دانشگاه علوم پزشکی گیلان قرار گرفت. در مرحله بعد با آزمون پایلوت این پرسشنامه بر روی ۱۵ نفر از دستیاران اقدام به بررسی پایایی آن شد و مقدار آلفای کرونباخ برابر $0/854$ محاسبه گردید. با توجه به محدود بودن گروه دستیاران پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان اقدام به نمونه‌گیری نشد و به روش سرشماری مطالعه انجام گردید.

پرسشنامه مذکور به صورت حضوری در بین ۱۸۹ دستیار از ۲۱۴ دستیار رشته‌های تخصصی در همه سنوات توزیع شد. جهت جمع‌آوری پاسخ‌ها تا ۳ بار مراجعه با فواصل ۱-۲ هفته انجام شد. دستیاران مختار به شرکت یا عدم شرکت در این مطالعه بودند و در صورت شرکت می‌توانستند نام و رشته تخصصی خود را ذکر نکنند.

تجزیه و تحلیل اطلاعات بعد از جمع‌آوری با استفاده از آزمون Student-t و نرم‌افزار STATA9 انجام شد.

یافته‌ها

از بین ۱۸۹ دستیار که پرسشنامه‌ها بین آن‌ها توزیع شد، ۱۴۰

جدول ۱. میزان موفقیت برنامه‌های آموزشی دوره دستیاری در زمینه‌های مختلف در راستای آموزش اصول حرفه‌ای پزشکی بر اساس نظر دستیاران

خیلی زیاد	زیاد	متوسط	خیلی کم	هیچ	
۱۰(۸/۲)	۴۹(۳۵)	۵۵(۳۹/۲)	۲۰(۱۴/۳)	۵(۳/۳)	تشخیص اولویت خیر و صلاح بیمار
۷(۵)	۵۴(۳۸/۶)	۵۷(۴۰/۷)	۱۷(۱۲/۱)	۵(۳/۶)	توجه به استقلال بیمار و احترام به ارزش‌ها و عقاید وی
۲۹(۲۰/۷)	۵۲(۳۷/۱)	۴۴(۳۰)	۱۱(۹/۳)	۴(۲/۹)	رازدار بودن برای بیماران (رعایت حریم خصوصی بیماران)
۱۸(۱۲/۴)	۶۱(۴۳/۶)	۳۹(۲۷/۹)	۸(۶/۴)	۲(۱/۴)	مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای
۱۱(۷/۹)	۴۹(۳۵)	۵۷(۴۰/۷)	۱۷(۱۲/۱)	۲(۱/۴)	ترجیح منافع بیمار بر منافع خود و روش‌های بهینه مقابله با مسأله "تضاد منافع"
۷(۳/۶)	۳۹(۲۷/۹)	۶۵(۴۷/۱)	۲۳(۱۷/۱)	۳(۲/۱)	طریقه صحیح برخورد با خطاهای پزشکی خود
۱۷(۱۱/۴)	۴۰(۲۸/۶)	۵۷(۴۱/۴)	۱۹(۱۳/۶)	۳(۲/۱)	رعایت استانداردهای تکمیل پرونده پزشکی و گزارش نویسی

مقادیر به صورت تعداد (درصد) بیان شده است.

۶۳ درصد دستیاران موافق تدریس نظری- عملی این اصول بودند، فقط ۲۲ درصد آن‌ها ذکر کرده‌اند که نیازی به تدریس این اصول نیست و آموزش آن از راه‌های غیر مستقیم و از طریق نقش استادان الگو کافی خواهد بود.

میزان نقش استادان الگو در آموزش اصول مختلف حرفه‌ای‌گری پزشکی بر اساس نظر دستیاران در جدول ۲ و میزان موافقت دستیاران با انواع روش‌های آموزش اصول حرفه‌ای‌گری به آنان در جدول ۳ آورده شده است. در حدود

جدول ۲. میزان نقش استادان الگو در آموزش اصول حرفه‌ای‌گری پزشکی

خیلی زیاد	زیاد	متوسط	خیلی کم	هیچ	
۲۳(۱۶/۴)	۵۳(۳۷/۸)	۴۸(۳۴/۵)	۱۲(۸/۵)	۴(۲/۸)	رعایت اصول نوع دوستی در برخورد با بیمار
۲۸(۲۰)	۵۴(۳۸/۵)	۴۲(۳۰)	۹(۶/۴)	۵(۳/۵)	حس مسؤولیت پذیری و وظیفه شناسی
۲۴(۱۷/۲)	۶۳(۴۵)	۳۵(۲۵)	۱۴(۱۰)	۴(۲/۸)	درستکاری و صداقت/ رازداری
۲۶(۱۸/۵)	۵۲(۳۷/۱)	۳۹(۲۷/۷)	۱۲(۸/۵)	۸(۵/۷)	احترام به دیگران (بیماران/ همراهان بیماران/ استادان/ سایر دستیاران و همکاران)
۲۲(۱۵/۷)	۴۷(۳۳/۵)	۵۰(۳۵/۷)	۱۳(۹/۲)	۷(۵)	اولویت منفعت بیمار بر سایر منافع و روش‌های مقابله با مسأله "تضاد منافع"
۲۴(۱۷/۲)	۵۶(۴۰)	۴۳(۳۰/۷)	۱۲(۸/۶)	۵(۳/۵)	رعایت اصول تعالی شغلی و ارتقای مستمر خود

مقادیر به صورت تعداد (درصد) بیان شده است.

جدول ۳. میزان موافقت دستیاران با انواع روش‌های آموزش اصول حرفه‌ای‌گری

نظری ندارم	مخالفم	موافقم	
۳۲(۲۲/۹)	۲۶(۱۸/۶)	۶۸(۴۸/۶)	به صورت رسمی و در قالب یک طرح دوره مستقل و مدون انجام شود
۳۲(۲۲/۹)	۴۲(۳۰)	۴۶(۳۲/۹)	به صورت واحد انتخابی (غیر اجباری) باشد
۲۷(۱۹/۳)	۷۶(۵۴/۳)	۱۵(۱۰/۷)	تدریس نظری کفایت
۲۴(۱۷/۱)	۶۲(۴۴/۳)	۳۳(۲۳/۶)	تدریس عملی کفایت
۲۱(۱۵/۷)	۱۳(۹/۳)	۸۸(۶۲/۹)	تدریس نظری- عملی باشد
۱۶(۱۱/۴)	۲۸(۲۰)	۷۲(۵۱/۴)	تدریس در اوایل شروع دوره دستیاری باشد
۲۹(۲۰/۷)	۲۸(۲۰)	۶۵(۴۶/۴)	تدریس در طول دوره دستیاری باشد
۲۸(۲۰)	۶۱(۴۳/۶)	۳۱(۲۲/۱)	نیازی به تدریس آن نیست، آموزش آن از راه‌های غیر مستقیم و از طریق نقش استادان Role model صورت خواهد گرفت.

مقادیر به صورت تعداد (درصد) بیان شده است.

می‌رسد که کمتر بودن مدت زمان فارغ‌التحصیلی دستیاران از مقطع پزشکی عمومی، ارتباط معنی‌داری با نظر آنان با میزان موفقیت برنامه‌های آموزشی در آموزش توجه به استقلال بیمار و احترام به ارزش‌ها، عقاید و آداب و رسوم بیماران دارد؛ به طوری که طبق دیدگاه دستیاران تازه فارغ‌التحصیل از مقطع عمومی، میزان موفقیت در حد زیاد بوده است، که شاید این مسأله به نوعی کم‌رنگ شدن این آموزش‌ها - و حتی آموزش‌های غیر ساختارمند موجود در رفتار استادان الگو- با گذشت زمان و لزوم بازآموزی مکرر این اصول را در تمام مقاطع آموزشی و حتی پس از فراغت از تحصیل خاطر نشان می‌کند.

به نظر موفقیت برنامه‌های آموزشی این دانشگاه در زمینه‌های مختلف اصول حرفه‌ای‌گری پزشکی به نسبت خوب بوده است، اما نیاز به بهبود دارند؛ چرا که تمام این آموزش‌ها با روش غیر ساختارمند و در قالب کوریکولوم نانوشته و پنهان و از طریق نقش استادان الگو صورت می‌گیرد. با وجود موفق بودن نسبی این شیوه از دیدگاه دستیاران، این مورد چیزی از لزوم آموزش مستقیم و ساختارمند این اصول در دانشکده کم نمی‌کند (۸)، کما این که بیشتر دستیاران موافق تدریس نظری- عملی این اصول بوده‌اند، فقط ۲۲ درصد آن‌ها ذکر کرده‌اند که نیازی به تدریس این اصول نیست و آموزش آن از راه‌های غیر مستقیم و از طریق نقش استادان الگو کافی خواهد بود.

مطالعات موجود دیگر هم ضرورت آموزش حرفه‌ای‌گری را نشان می‌دهند؛ به طوری که *Vijaya* و *Byron* در مطالعه‌ای در دانشگاه واشنگتون به این موضوع پرداخته‌اند که آیا تعریف و آموزش حرفه‌ای‌گری به دستیاران و دانشکده‌ها، رفتارهای حرفه‌ای را بهبود می‌بخشد یا نه؟ بر اساس نتایج این طرح، آموزش کارورزان و دستیاران در امر حرفه‌ای‌گری اثر مثبت قابل توجهی در بهبود رفتارهای حرفه‌ای دستیاران داشت (۱۱). همچنین برخی مطالعات نظیر مطالعه *Brinkman* و همکاران که در اوهایو انجام شد، تأثیر برخی مداخلات آموزشی نظیر باز خوراند چند منبعی (*Multi source feedback*) یا

در پاسخ به سؤالات باز پرسشنامه، میزان پاسخ دریافتی از دستیاران کم بود و متأسفانه فقط ۱۲ دستیار این بخش از پرسشنامه را تکمیل نمودند، اما بیشترین پاسخ به این دسته از سؤالات در مورد نقش آموزشی استادان الگو بود که مواردی همانند توضیح دادن به بیمار و همراه وی درباره روند درمانی، نحوه مصاحبه حرفه‌ای (بر اساس مبانی پزشکی حرفه‌ای)، اخلاق حرفه‌ای مناسب با رشته، رعایت مسایل پزشکی قانونی در یادداشت‌نویسی در پرونده‌ها، عدم بیان نام بیماری در حضور بیمار، صحبت کردن با بیمار در مورد راه‌های درمانی و مشارکت او جهت تصمیم‌گیری، وقت‌شناسی و حاضر بودن به موقع بر بالین بیمار، ارجاع به منابع در صورت لزوم، احترام به بیمار و حقوق وی، رازداری، پیگیری بیمار، کسب رضایت واقعی از بیمار یا همراه وی برای پذیرش نوع خاصی از بیهوشی، اولویت منفعت بیمار بر سایر منافع، ارتقای مستمر خود و عدم درخواست بی‌مورد روش‌های تشخیصی را به عنوان شایع‌ترین مواردی که از این استادان آموخته‌اند، ذکر نمودند.

اکثر دستیاران کارگاه‌هایی را که در ابتدای دستیارگری برای آنان طراحی شده است، به عنوان تنها برنامه ساختارمند آموزش حرفه‌ای‌گری ذکر کرده‌اند و چند مورد ارزشیابی ۳۶۰ درجه، بخش‌هایی از آزمون *OSCE* و برخی امتحانات عملی ماهانه را به عنوان روش‌های ارزیابی حرفه‌ای‌گری معرفی نموده‌اند که در معدودی از بخش‌ها اجرا می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر به بررسی وضعیت آموزش حرفه‌ای‌گری پزشکی و نقش استادان الگو و مناسب‌ترین روش‌های آموزش حرفه‌ای‌گری در دانشگاه علوم پزشکی گیلان از دیدگاه دستیاران این دانشگاه پرداخته شد.

در این مطالعه در حدود بیش از ۵۰ درصد دستیاران، میزان موفقیت برنامه‌های آموزشی را در زمینه‌های مختلف آموزش اصول حرفه‌ای‌گری پزشکی متوسط تا زیاد دانسته‌اند. به نظر

علوم پزشکی گیلان بر آموزش آن به صورت یک واحد انتخابی و به صورت تدریس نظری- عملی اتفاق نظر داشتند. این یافته با نتایج حاصل از سایر مطالعات از این قبیل همسو است. در مطالعه‌ای که توسط Colleen و همکاران در دانشگاه شیکاگو در بین دستیاران اطفال انجام شد، آنان نتیجه گرفتند که با وجود نیاز به آموزش و ارزیابی اخلاق پزشکی و حرفه‌ای‌گری به دستیاران تخصصی، خلأ وجود یک کوریکولوم ساختار یافته و روش‌های مناسب ارزیابی احساس شده است و وجود کوریکولوم مدون آموزشی و روش‌های ارزیابی لازم می‌باشد (۱۵).

در پایان باید خاطر نشان کرد که عدم همکاری دستیاران در پر کردن پرسشنامه‌ها به دلیل محدودیت‌های زمانی از محدودیت‌های عمده طرح ما بوده است. به نظر می‌رسد در آینده در مورد علل و عوامل دخیل در فراگیری اصول حرفه‌ای‌گری پزشکی، روش‌های بهینه آموزش و ارزشیابی آن‌ها بایستی به پژوهش‌های دیگر و تحقیقات کیفی و میدانی پرداخت.

نتیجه‌گیری

میزان موفقیت برنامه‌های آموزشی در زمینه‌های مختلف اصول حرفه‌ای‌گری پزشکی به نسبت خوب بوده است، اما نیاز به بهبود دارند. دستیاران اذعان داشتند تاکنون اصول حرفه‌ای‌گری را در قالب یک برنامه درسی پنهان از استادان خود آموخته‌اند، ولی این اصول باید هم به صورت واحدهای نظری و هم عملی تدریس شوند.

سپاسگزاری

با سپاس از واحد پژوهش در آموزش دفتر توسعه آموزش دانشکده پزشکی و مرکز مطالعات و توسعه آموزش معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان که در انجام این پژوهش یاری‌گر ما بودند.

MSF) را بر رفتارهای حرفه‌ای دستیاران و پزشکان بر مهارت‌های ارتباطی و حرفه‌ای‌گری دستیاران بررسی کرده‌اند. در این مطالعه چنین نتیجه‌گیری شد که باز خوراند چند منبعی (MSF) بر مهارت‌های ارتباطی و حرفه‌ای‌گری دستیاران مؤثر است (۱۲).

بیش از ۴۰ درصد دستیاران نقش استادان الگو را در آموزش اصول حرفه‌ای‌گری زیاد دانسته‌اند. شاید این بدان معنی باشد که نباید بیش از حد به این شیوه آموزشی اتکا داشت و آموزش ساختارمند لازم است که البته نظر درستی است، ولی معنای دیگر این یافته ممکن است آن باشد که به جز استادان الگوی موجود در بخش‌ها و دانشکده، دانشجو و دستیار، الگوهای دیگری نیز برای آموزش این اصول می‌تواند داشته باشد که این «الگوها» در خانواده، اجتماع، پزشکان شاغل در بخش‌های خصوصی، دستیاران سال بالاتر و غیره وجود دارند. این مسأله و گوناگونی‌ها و عدم امکان کنترل رفتارهای این الگوها، به گونه‌ای دیگر بر لزوم بیشتر تدوین یک کوریکولوم ساختارمند برای آموزش اصول حرفه‌ای‌گری پزشکی در دانشجویان و دستیاران پزشکی صحنه می‌گذارد.

مطالعات اندکی در ایران راجع به حرفه‌ای‌گری انجام شده است. در مطالعه‌ای بر روی کارورزان و دستیاران بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، از ۳۷۳ نفر راجع به اهمیت و تأثیر ویژگی‌های حرفه‌ای استادان بر روی فراگیران سؤال گردید و نشان داده شد که استادان به عنوان یک الگوی حرفه‌ای، بر روی ایجاد انگیزه آموزشی، نگرش اخلاقی و انسانی و رفتار و مهارت‌های انسانی بسیار مؤثر هستند (۱۳). نکته جالبی در یکی از مطالعات این است که باید به حرفه‌ای‌کردن معلمان پزشکی هم توجه خاص نمود و پژوهندگان آموزش پزشکی تلاش می‌کنند تا تعاریف و راهنمایی برای ارزیابی و پاداش‌دهی عملکرد معلمان این رشته نیز بیابند (۱۴).

در آموزش اصول حرفه‌ای‌گری اغلب دستیاران دانشگاه

References:

1. Sethuraman KR. Professionalism in Medicine. Regional Health Forum 2006; 10(1): 1-10.
2. Professional; the free encyclopedia; 2009; Available from <http://en.wikipedia.org/wiki>.
3. Thistlethwaite J, Spencer J. Professionalism in Medicine. Oxford, UK: Radcliffe Publishing; 2008: 1-50, 156-182.
4. Brennan T, Blank L, Cohen J, et al. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Annals of Internal Medicine 2002; 136(3): 243-6.
5. Kirk LM. Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. Baylor University Medical Center 2007; 20 (1): 13-6.
6. MacKenzie CR. Professionalism and Medicine. HSS Journal 2007; 3(2):222-7.
7. Cohen JJ. Professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. Medical Education 2006; 40(7):607-17.
8. Nemati Sh, Saberi A, Heydarzadeh A. Medical professionalism and its education to medical student. Research in Medical Education 2010 ;1(12):54-61 [In Persian]
9. Hendelman W, Byszewski A. A National Survey: Medical Professionalism in Canadian Undergraduate Programs. Association of Faculties of Medicine of Canada Resource Group on Professionalism 2007; Available From:http://www.afmc.ca/pages/sa_professionalism.html
10. Campbell E G, Regan S, Blumenthal D, et al. Professionalism in Medicine: Results of a National Survey of Physicians. Annals of Internal Medicine 2007;147(11): 795-802.
11. Byron DJ, Vijaya MV. Improving Professionalism: Making the Implicit More Explicit. The Journal of Urology 2007; 177(6):2287-91.
12. Brinkman WB, Geraghty ShR, Lanphear BP, et al. Effect of Multisource Feedback on Resident Communication Skills and Professionalism: a randomized controlled trial. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2007; 161(1): 44-9.
13. Barzegar M. A comparative study on the characteristics of a professional role model from the viewpoint of medical educators in clerkship and residency levels of internal medicine department, Isfahan [Dissertation: thesis no. 18w444b] Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences 2007. [In Persian]
14. Glicken AD, Merenstein GB. Addressing the hidden curriculum: understanding educator professionalism. Medical Teacher 2007; 29(1):54-7.
15. Lang CW, Smith PJ, Ross LF. Ethics and Professionalism in the Pediatric Curriculum: A Survey of Pediatric Program Directors. Pediatrics 2009; 124(4):1143-51.