

ความเป็นวิชาชีพแพทย์: วิธีการสอนและการเรียน บทบาทและการประเมิน

วีระพล จันทร์ดีying^{1*}

ณัฐพร จันทร์ดีying²

Medical Professionalism: Teaching and Learning Methods, Role and Assessment.

Verapol Chandeying¹, Nutthaporn Chandeying²

¹Faculty of Medicine, University of Phayao, Phayao, 56000, Thailand.

²Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine,
Prince of Songkla University, Songkhla, 90110, Thailand.

*E-mail: verapol.ch@up.ac.th

Songkla Med J 2013;31(3):155-166

บทคัดย่อ:

เนื่องจากปัจจุบันไม่มีแนวทางอันเป็นวิถีทางที่ดีที่สุดในการสนับสนุนนักศึกษาแพทย์ เพื่อพัฒนาความเป็นวิชาชีพแพทย์ในมาตรฐานระดับสูง แต่การศึกษาแบบทบทวนเป็นระบบจากบทความ 134 เรื่อง พบว่า มี 5 หัวเรื่องสนับสนุนการพัฒนาความเป็นวิชาชีพในนักศึกษาแพทย์ ได้แก่ การออกแบบหลักสูตร การคัดเลือกนักศึกษา วิธีการสอน/การเรียนรู้ อิทธิพลของบทบาทต้นแบบ และวิธีการประเมิน อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อการสนับสนุนแต่ละวิธีการยังคงค่อนข้างจำกัด แม้กระนั้น การระบุหาทั้ง 5 หัวเรื่องยังเป็นจุดเน้นในการเข้าถึงการพัฒนาความเป็นวิชาชีพ และเพื่อการศึกษาวิจัยต่อไป

คำสำคัญ: ความเป็นวิชาชีพแพทย์, วิธีการประเมิน, วิธีการสอน/การเรียนรู้, อิทธิพลของบทบาทต้นแบบ

¹คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา อ.เมือง จ.พะเยา 56000

²ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

รับต้นฉบับวันที่ 17 ธันวาคม 2555 รับลงตีพิมพ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2556

Abstract:

At present, there are currently no guidelines on the most effective ways of supporting medical students to develop high standards of medical professionalism. A systemic review of 134 articles revealed five main themes for supporting the development of professionalism in medical students: curriculum design, student selection, teaching and learning methods, role modeling and assessment methods. However, the level of empirical evidence supporting each of these methods is limited. Nevertheless, these five areas are still the focus in approaches to developing professionalism and identifying future research areas.

Keywords: evaluation, medical professionalism, role modeling, teaching/learning method

บทนำ

สัณฐานคำตอบ (key feature) ของวิชาชีพแพทย์ (medical profession) คือ ยึดมั่น/แก้ปัญหาผู้ป่วยเป็นสิ่งแรกตามปฏิญญาเจนีวา ปี ค.ศ. 1948/พ.ศ. 2491 ว่าด้วยคำปฏิญาณ/สาบานของแพทย์ (physician's oath) แก้ไขในการประชุมสมัชชาการแพทย์โลก ครั้งที่ 12 ณ เมืองซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย เดือนสิงหาคม ปี ค.ศ. 1968/พ.ศ. 2511¹

วัตถุประสงค์ของคำปฏิญาณ/สาบานของแพทย์ เป็นการตอบสนองต่อความชั่วร้ายที่พัวพันกับแพทย์ ประเทศเยอรมันยุคนาซี คำปฏิญาณ/สาบานมุ่งเน้น “การไม่ใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์เป็นประโยชน์กับกฎหมายมนุษยชน” องค์การการแพทย์โลก (World Medical Association) ลงมติยอมรับก่อนการปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (universal declaration of human rights) ในปี ค.ศ. 1948/พ.ศ. 2491 เพื่อจัดให้มีการปลดปล่อยของบุคคล

เมื่อแพทย์เป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพ คำปฏิญาณ/สาบานเป็นการระบุความรับผิดชอบด้านศีลธรรม/จิตวิทยา/สังคมวิทยา/วัฒนธรรม ต่อเวชปฏิบัติด้วยความกระตือรือร้น (active medical practice)¹

- ข้าพเจ้าให้คำปฏิญาณอย่างเคร่งครัด (solemnly pledge) ตัวเองเพื่ออุทิศตัว (consecrate) ของข้าพเจ้าต่อการบริการมนุษยโลก (humanity)

- ข้าพเจ้าจะให้ความเคารพ/สำนึกบุญคุณ (respect/gratitude) ต่อครู/อาจารย์เป็นธรรมเนียมปฏิบัติ

- ข้าพเจ้าจะปฏิบัติ (practice) วิชาชีพของข้าพเจ้าด้วยความรู้สึกผิดชอบชั่วดี/ความมีเกียรติ (conscience/dignity)

- ข้าพเจ้าเป็นสิ่งคิด/พิจารณาสุขภาพผู้ป่วยของข้าพเจ้าเป็นลำดับแรก (first consideration)

- ข้าพเจ้าจะรักษา (respect) ความลับ (secret) ของผู้ป่วยคงไว้กับข้าพเจ้า

- ข้าพเจ้าจะดำรง (maintain) ทุกความหมาย (mean) ในด้านกำลังความสามารถ (power) เกียรติยศ (honor) ของข้าพเจ้า และขนบธรรมเนียมอันดีของวิชาชีพแพทย์

- เพื่อนร่วมวิชาชีพจะเป็นพี่/น้องของข้าพเจ้า

- ข้าพเจ้าจะไม่ยอมให้ (not permit) สิ่งคิด/พิจารณาด้านจุดยืนศาสนา/สัญชาติ/เผ่าพันธุ์/การเมือง/เศรษฐกิจสังคม/การกำหนดเพศ เป็นสิ่งสอดแทรก/ขัดขวางระหว่างหน้าที่ของข้าพเจ้ากับผู้ป่วยของข้าพเจ้า

- ข้าพเจ้าจะดำรงด้วยความเคารพสูงสุดต่อชีวิตมนุษย์ แม้กระทั่งภายใต้สิ่งคุกคาม ข้าพเจ้าจะไม่ใช้ความรู้ทางการแพทย์ของข้าพเจ้าประนีประนอมกับกฎหมายมนุษยชน

- ข้าพเจ้าให้คำสัญญา (promise) อย่างเคร่งครัด/เป็นอิสระต่อเกียรติยศของข้าพเจ้า

สุขภาพของผู้ป่วยของข้าพเจ้าเป็นสิ่งคิด/พิจารณาลำดับแรก มีความหมายว่า

- แพทย์ให้คำมั่นต่อผู้ป่วยปัจเจกบุคคล และปกป้องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ความสัมพันธ์นี้เป็นความร่วมมือด้วยความเคารพ/นับถือ/ร่วมใจซึ่งกันและกัน (mutual/trust/collaboration respect) ทั้งแพทย์/ผู้ป่วยต่างมีสิทธิ (right) ไปด้วยกันกับความรับผิดชอบ (responsibility) แพทย์ยังให้คำมั่นต่อการปกป้อง/สนับสนุนช่วยเหลือ (protecting/advocating) สำหรับสุขภาพ/ความเป็นอยู่ที่ดี (health/well-being) ของสาธารณชน

- สิ่งแวดล้อมการดูแลสุขภาพทันสมัย (modern health care environment) เป็นพลวัต (dynamic) เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างคงที่ (constantly changing) มีอิทธิพลสูง/สะท้อนสิ่งแวดล้อมทางการเมือง/เศรษฐกิจ/สังคม

- การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมการดูแลสุขภาพอาจให้โอกาสสำหรับความเป็นวิชาชีพแพทย์ ให้ความท้าทาย/สิ่งกีดขวาง (challenge/barriers) ต่อความรับผิดชอบของแพทย์เพื่อเติมเต็ม (fulfill) พันธะด้านจริยธรรม/วิชาชีพ (ethic/professional obligation) ต่อผู้ป่วย/สาธารณชน

- ขณะที่ความเป็นวิชาชีพแพทย์ต้องรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อมการดูแลสุขภาพอันเป็นพลวัต แพทย์มีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยคงอยู่ ณ ศูนย์ระบบการดูแลสุขภาพ (health care system)

สมาคมแพทย์ประเทศออสเตรเลีย (Austrian Medical Association; AMA)²

มีคำแนะนำแก่แพทย์ดังนี้

- ปรับปรุง/ค้ำจุน (improve/maintain) สุขภาพของผู้ป่วยผู้มอบความไว้วางใจ (entrust) แก่ท่านเพื่อการดูแลทางการแพทย์ (medical care)

- พิทักษ์ (safeguard) ความเป็นอิสระทางคลินิก (clinical independence) และความมีศีลธรรม ชื่อสัตย์ทางวิชาชีพ (professional integrity) จากการเพิ่ม

ความต้องการ (demand) จากภาคีที่สาม/รัฐบาล/อื่นๆ (third parity/government/other)

- ปรับปรุงมาตรฐาน/คุณภาพของ/การเข้า การบริการทางการแพทย์ในชุมชน และ

- ยอมรับการร่วมรับผิดชอบทางวิชาชีพ (professional responsibility) ต่อสังคมในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ/ความปลอดภัยสาธารณะ/การให้ความรู้สุขภาพ/กฎหมายอันมีต่อสุขภาพชุมชน (community health)

ความเป็นวิชาชีพแพทย์ในสังคม³

ความหมายของสังคมกับความเป็นวิชาชีพแพทย์

- สังคมให้คุณค่า/ตีค่า (value) ความเป็นวิชาชีพแพทย์เกี่ยวกับความรู้ความชำนาญ/ทักษะเป็นอย่างดี

- แพทย์ใช้ความเชี่ยวชาญพิเศษ (unique expertise) เพื่อจัดค้ำจุนการปฏิบัติมาตรฐาน/ความสามารถ (competence) ระดับสูง และปฏิบัติ (conduct) ผ่านกระบวนการของกฎหมายนำหน้าวิชาชีพ (confession-led regulation)

- กฎหมายนำหน้าวิชาชีพประกอบด้วย

• การพัฒนา/ค้ำจุนเกณฑ์จริยธรรม (ethical code) และมาตรฐานการปฏิบัติวิชาชีพ (standard of professional conduct)

• การพัฒนา/ค้ำจุนมาตรฐานคลินิก (clinical standard)

• การบังคับใช้ (enforcement) มาตรฐานวิชาชีพผ่านหน่วยงาน เช่น คณะกรรมการแพทย์ (medical board) และองค์กรบังคับใช้กฎหมาย (regulatory body)

• การพัฒนา/ค้ำจุนการบริการปรึกษาสุขภาพ (health advisory service) ของแพทย์

- สังคมยอมให้ (grant) อาชีพแพทย์มีความเป็นตัวแทนทางวิชาชีพ (professional autonomy) เป็นอย่างสูง และมีความเป็นอิสระทางคลินิก (clinical independence) เพราะสังคมไว้วางใจแพทย์ผู้มองประโยชน์ของผู้ป่วยปัจเจกบุคคลเป็นลำดับสำคัญแรก

- เมื่อพิจารณาถึงเพียงนี้ เป็นที่ยอมรับว่าแพทย์เป็นผู้ให้คำมั่นเพื่อบริการสาธารณะอย่างกว้างขวาง เสมือนหนึ่งสนับสนุนช่วยเหลือสุขภาพสาธารณะ

ความเป็นวิชาชีพแพทย์ (medical professionalism)³

ประกอบด้วย

- ความเป็นวิชาชีพแพทย์รวมเข้ากัน (embody) เป็นคุณค่า/ทักษะ อันวิชาชีพ/สังคมมุ่งหวังต่อแพทย์ ผ่านการยึดติดกับความเป็นอาชีพแพทย์ แพทย์เป็นผู้เติมเต็มหน้าที่ต่อผู้ป่วย/สาธารณะ

- ถึงแม้ว่าแพทย์ปัจเจกบุคคลต่างมีความเชื่อ/คุณค่าของตนเอง วิชาชีพแพทย์ต้องค้ำจุนสนับสนุน (uphold) ชุดความคุณค่าหลัก (core value) โดยรวมถึงแต่ไม่จำกัดต่อ

- ทำตัวเป็นที่เคารพ (respect)
 - ทำตัวเป็นที่ไว้วางใจ (trust)
 - เห็นใจในทุกข์ของผู้อื่น (compassion)
 - ปฏิบัติโดยเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง (altruism)
 - มีศีลธรรมซื่อสัตย์ (integrity)
 - ประพฤติชอบด้วยกฎหมาย/เที่ยงธรรม (justice)
 - สำนึกในหน้าที่/ตรวจสอบได้ (accountability)
 - ความเป็นผู้นำ (leadership) และ
 - มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน (collegiality)
- วิชาชีพต้องค้ำจุนสนับสนุนคำมั่นต่อ
- การสอน/การเป็นพี่เลี้ยงปรึกษา (teaching/mentoring)
 - การมีส่วนร่วม/ส่งเสริม (participating/promoting) การวิจัยทางการแพทย์ (medical research)
 - ร่วมใจ (collaborating) กับเพื่อนร่วมงาน/บุคลากรสาธารณสุข และ

• สนับสนุนช่วยเหลือสังคมด้านประพฤติดชอบ ด้วยกฎหมาย/เที่ยงธรรม และสุขภาพสาธารณะ

- ยังเป็นที่คาดหวังว่าแพทย์ให้คำมั่นต่อมาตรฐานวิชาชีพ/จริยธรรมในระดับสูงสุดของขีดความสามารถ/การปฏิบัติ สิ่งนี้เกี่ยวข้องกับการประเมินด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง (continuing self-appraisal) การพัฒนาวิชาชีพอย่างไม่หยุดยั้ง (ongoing) รับผิดชอบสำหรับสุขภาพ/ความเป็นอยู่ที่ดี (health/well-being) ของบุคคล สนับสนุนเพื่อนร่วมงานผู้บกพร่อง (impaired colleague) และปกป้องความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety)

ความท้าทายต่อการให้ผู้ป่วยเป็นลำดับแรก³ สิ่งท้าทาย ได้แก่

- ภายใต้ระบบดูแลสุขภาพมีปัจจัยนอกเหนือวิชาชีพเช่นเดียวกับภายในวิชาชีพ อันอาจทำลาย/แม้แต่ประนีประนอม (compromise) ความสำคัญเป็นลำดับแรก (primacy) ของการดูแลผู้ป่วย

- เมื่อตอบสนองต่อความท้าทายเหล่านี้ วิชาชีพแพทย์/แพทย์ปัจเจกบุคคลมีหน้าที่สนับสนุนช่วยเหลือในแง่สิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพยังคงยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered) ทุกเมื่อ/ทุกขณะ

ความท้าทายภายนอก (external challenge)

- อิทธิพล/ข้อจำกัด (influence/constraint) อันเกินควรเกี่ยวกับเวชปฏิบัติโดยฝ่ายที่สาม เช่น รัฐบาล/บริษัทประกัน/นายจ้าง/ผู้ถือหุ้น ยกตัวอย่าง ข้อจำกัดด้านทรัพยากรในการให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลสุขภาพ

- การส่งเสริมวิสาหกิจเอกชน (private enterprise) เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพอันมีผลโดยตรงต่อสาธารณะ ด้วยการโฆษณาผ่านอินเทอร์เน็ตนำเสนอ/ติดชื่อว่าเป็นข้อมูลข่าวสาร

- การเคลื่อนย้าย (shift) ทักษะคติสังคม (society attitudes) ต่อการดูแลสุขภาพ รวมถึงการเน้นการคุ้มครองผู้บริโภค/การใช้ยาด้วยตนเอง (consumerism/self-medication) อันทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการ

วินิจฉัยด้วยตนเอง (self-diagnosis) และการใช้ยาด้วยตนเอง แทนที่แสวงหาการบริการทางการแพทย์อย่างเหมาะสมกับเวลา (ไม่ล่าช้า)

- การทดแทนแรงงาน (workforce substitution) อย่างไม่เหมาะสม ยกตัวอย่าง การใช้พันธมิตรวิชาชีพสุขภาพ (allied health professional) เพื่อปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์ นอกเหนือขอบข่ายความเชี่ยวชาญ (outside the scope of expertise) เป็นการเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความท้าทายภายใน (internal challenge)

- ประโยชน์ทับซ้อน (interest conflicting) ทางการค้าของแพทย์ กับ ประโยชน์ของผู้ป่วย

- การตอบสนองต่อการปฏิบัติ/ขีดความสามารถอันไม่เป็นวิชาชีพของเพื่อนร่วมงาน

- ความภักดีสองด้าน (dual loyalty) อันขัดแย้งกัน ยกตัวอย่าง ประโยชน์ของผู้จ้างของแพทย์ไม่ไปด้วยกันกับประโยชน์ของผู้ป่วย

โดยภาพรวม สมาคมวิชาชีพเชื่อว่าการยึดติดกับคุณค่าหลัก/ค่านิยมทางวิชาชีพ เกี่ยวกับความเป็นวิชาชีพ แพทย์สามารถบรรจบกับความท้าทายของการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมการดูแลสุขภาพอย่างรวดเร็วและมุ่งหน้าไปยังสิ่งที่แน่ใจว่าผู้ป่วยเป็นผลประโยชน์ปฐมภูมิ (primary interest) ของแพทย์ และผู้ป่วย/การดูแลผู้ป่วยยังคงเป็นศูนย์กลางของระบบการดูแลสุขภาพ

การพัฒนาความเป็นวิชาชีพแพทย์ของแพทย์ในอนาคต

โดยทั่วไป ความเป็นวิชาชีพแพทย์ก่อรูปเชิงสัญญา (contract) ระหว่างแพทย์กับสังคม เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้/สำคัญต้องรวมเป็นหนึ่งเดียว (incorporate) เข้าไปในหลักสูตรก่อนปริญญา⁴ แต่ยังไม่มีความชัดเจน เพราะคำจำกัดความของความเป็นวิชาชีพแพทย์ค่อนข้างหลากหลาย แพทยสภาประเทศสหราชอาณาจักรให้คำจำกัดความของ “หน้าที่” (duty) ว่า “เป็นการให้

บริการทางคลินิกที่ดี คำจรรยาบรรณที่ดี การสอน/การอบรม ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การทำร่วมกับเพื่อนร่วมงาน ความซื่อตรง (probity) และสุขภาพ⁵ ส่วนคณะกรรมการอายุรศาสตร์ประเทศสหรัฐอเมริกาให้คำจำกัดความเป็นองค์ประกอบ 6 ประการ ได้แก่ ปฏิบัติโดยเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง สำนึกในหน้าที่/ตรวจสอบได้ ความเป็นเลิศ หน้าที่ ทำตัวมีเกียรติ/มีศีลธรรมซื่อสัตย์ และทำตัวเป็นที่เคารพ⁶ จึงต้องเน้นว่ายังคงมีความไม่แน่นอนว่าความเป็นวิชาชีพโดยแท้จริงเป็นอย่างไร บางคนพูดถึงลักษณะเฉพาะ/พฤติกรรม (characteristic/behavior)

เนื่องจากปัจจุบันไม่มีแนวทางอันเป็นวิถีทางที่ดีที่สุดใน การสนับสนุนนักศึกษาแพทย์ เพื่อพัฒนาความเป็นวิชาชีพแพทย์ในมาตรฐานระดับสูง แต่การศึกษาแบบทบทวนเป็นระบบ (systemic review) จากบทความ 134 เรื่อง พบว่า มี 5 หัวเรื่อง (theme) สนับสนุนการพัฒนาความเป็นวิชาชีพในนักศึกษาแพทย์ ได้แก่ การออกแบบหลักสูตร (curriculum design) การคัดเลือกนักศึกษา (student selection) วิธีการสอน/การเรียนรู้ (teaching/learning method) อิทธิพลของบทบาทต้นแบบ (role modeling) และวิธีการประเมิน (evaluation) อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ (empirical evidence) ต่อการสนับสนุนแต่ละวิธีการยังคงค่อนข้างจำกัด แม้กระนั้น การระบุหาทั้ง 5 หัวเรื่องยังเป็นจุดเน้น (focus) ในการเข้าถึงการพัฒนาความเป็นวิชาชีพ และเพื่อการศึกษาวิจัยต่อไป⁷

1. การออกแบบหลักสูตร มีบทความ 29 ใน 134 เรื่อง (ร้อยละ 21.6) ให้ความสำคัญกับการรวมหัวเรื่องความเป็นวิชาชีพแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรก่อนปริญญา แต่แต่ละหลักสูตรออกแบบการผสมผสานความเป็นวิชาชีพ (integrate professionalism) แปรผันมาก แต่ยังไม่มีความชัดเจนตามทฤษฎีอันเป็นที่ยอมรับ (accepted theoretical model) ยังต้องมีการวิจัยเชิงวิเคราะห์/เปรียบเทียบ (analytic/comparative research) ระหว่างโรงเรียนแพทย์แต่ละแห่ง ยังต้องมีการออกแบบ/ส่งมอบ/ประเมิน (design/deliver/assess) เพื่อให้ได้ผลที่ได้รับเป็น “แพทย์อนาคต” (tomorrow doctor)

2. การคัดเลือกนักศึกษา มีบทความ 9 ใน 134 เรื่อง (ร้อยละ 6.7) มุ่งเน้นการคัดเลือกนักศึกษา บางโรงเรียนแพทย์พยายามหลีกเลี่ยงการคัดเลือก นักศึกษาผู้มีลักษณะ/บุคลิกส่วนบุคคลไม่เป็นวิชาชีพ (unprofessional personal characteristic) เพราะ มีผลกระทบต่อการศึกษาผู้ป่วย/ทำงานเป็นทีม^{8,9} มีความ สัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมไม่เป็นวิชาชีพ (unsatisfactory behavior) ตามบันทึกของโรงเรียนแพทย์ ไปด้วยกันกับการกระทำวิชาชีพในภายหลัง (subsequent disciplinary action)¹⁰ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีวิธีการ คัดเลือกที่ดี/เหมาะสม

3. วิธีการสอน/การเรียนรู้ มีบทความ 40 ใน 134 เรื่อง (ร้อยละ 29.8) ส่วนใหญ่เป็นการพรรณนา มีหัวเรื่อง 3 เรื่องเด่น ได้แก่ หนึ่ง มีพัฒนาของการ เข้าถึงสุขภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered approaches to care)^{11,12} สอง เน้นการ กระตุ้นการพัฒนาของการประเมินการปฏิบัติแบบสะท้อน กลับ (reflective practice)¹³⁻¹⁵ สาม การพัฒนาการเข้าถึง ทางจริยธรรมต่อการปฏิบัติ (clinical approaches to practice)^{11,14} การสอนความเป็นวิชาชีพเป็นความ พึ่งพาเชิงบริบท (context dependent) การวิวัฒนาการ (evolutionary) วิธีการสอน/การเรียนรู้ ทั้งหมดนี้ มีประโยชน์ต่อการวางแผนโดยมีผลที่ได้รับที่แตกต่างกัน ในแต่ละหลักสูตร ดังนั้น มีวิธีการสอน/การเรียนรู้ อันหลากหลายให้เลือก

4. อิทธิพลของบทบาทต้นแบบ มีบทความ 19 ใน 134 เรื่อง (ร้อยละ 14.7) บทบาทต้นแบบเป็น สิ่งสำคัญมากต่อการก่อรูปลักษณะวิชาชีพ (professional character formation)¹⁶ บทบาทต้นแบบเป็น วิธีการสำคัญต่อการส่งต่อ/สื่อสาร (impart) คุณค่าของ วิชาชีพเวชกรรม เสมือนเป็นบทบาทต้นแบบอันยอดเยี่ยม (excellent role model) กระตุ้นส่งเสริม (encourage) พฤติกรรมวิชาชีพ (professional behavior) ต่อแพทย์ อนาคต¹⁷ โครงการการศึกษาแพทยศาสตร์ควรใช้บทบาท ต้นแบบ เป็นเสมือนเครื่องมือการสอนอันมีประสิทธิภาพ อันหนึ่ง¹⁸

บทบาทต้นแบบเกิดขึ้นใน 3 สิ่งแวดล้อมของ การศึกษา ได้แก่ หนึ่ง หลักสูตรเป็นทางการ (formal curriculum) สอง หลักสูตรไม่เป็นทางการ (informal curriculum) และสาม หลักสูตรแฝงเร้น (hidden curriculum)

หลักสูตรไม่เป็นทางการมีคำจำกัดความว่า “เป็นการเรียนการสอนแบบไม่จำเพาะ/เรื่องเด่น/ความ สัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเป็นการเรียนรู้อันเกิดขึ้น ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา”¹⁹

หลักสูตรแฝงเร้นมีจำกัดความว่าเป็นเสมือน “ชุดจิตตภาพอิทธิพล” (set of influence) ทำหน้าที่ในระดับ องค์การ/สร้างวัฒนธรรม”¹⁹

โรงเรียนแพทย์ควรวิเคราะห์/ส่งเสริมสิ่งแวดล้อม การศึกษา และช่วยอาจารย์ในการปรับ/กลมกลืน (adapt) ระหว่างการสอน/บทบาทต้นแบบ รวมทั้งกระตุ้นให้ นักศึกษาทำความเข้าใจ/สะท้อนบทบาทต้นแบบด้านลบ (negative role modeling) ใช้สิ่งเหล่านี้เป็นประสบการณ์ การเรียนรู้อันมีประสิทธิภาพ (effective learning experience)

บทบาทต้นแบบที่ดีที่สุดประกอบด้วย 3 ลักษณะเฉพาะ ได้แก่ ชีตความสามารถทางคลินิก (clinical competence) ทักษะการสอน (teaching skill) และ คุณภาพ/คุณสมบัติส่วนบุคคล (personal quality) เป็นกรอบในการ วิเคราะห์/การพัฒนาบทบาทต้นแบบอย่างต่อเนื่อง¹⁸

5. วิธีการประเมิน มีบทความ 37 ใน 134 เรื่อง (ร้อยละ 27.6) มุ่งเน้นการประเมินความเป็นวิชาชีพ แพทย์ มีวิธีการประเมินที่แตกต่างกันเป็นต้นว่า

- การประเมินโดยเพื่อน (peer assessment)
- การสังเกตการณ์โดยตรง (direct observation)
- การประเมินโดยผู้ป่วย (patient evaluation)
- การสอบโครงสร้างวัตถุประสงค์คลินิก (objective structured clinical examination)
- การประเมินโดยผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patient assessment)
- แบบประเมินค่านักศึกษา (student evaluation form)

- การประเมินตนเอง (self-assessment)
- แฟ้มสะสมการศึกษา (educational portfolio)
- การฝึกหัดทำงานเป็นทีม (teamwork exercise)
- รายงานการมีส่วนร่วม (attendance)
- การวิเคราะห์ด้วยวิดีโอ (videotape analysis)
- การทดสอบการพิจารณาสถานการณ์ (situational judgment test)

ประเภทการประเมินความเป็นวิชาชีพ/การใช้ประโยชน์

เครื่องมือประเมินอาจแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่เกี่ยวกับกระบวนหาคำถามความเป็นวิชาชีพ โดยรวบรวมจากบทความตีพิมพ์มากกว่า 170 เรื่อง²⁰

- การกล่าวถึงความเป็นวิชาชีพเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของขีดความสามารถทางคลินิกทั่วไป (general clinical competence)
- การเข้าหาคำถามความเป็นวิชาชีพเสมือนเป็นโครงสร้างเดี่ยว (single construct)
- การกล่าวถึงความเป็นวิชาชีพเป็นองค์ประกอบแยกเสมือนเป็นมนุษยนิยม (humanism)

ยังมีความจำเป็นต้องทำให้มีวิธีการเชิงคุณภาพ (qualitative) เพื่อนำไปสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งการเข้าหาเชิงปริมาณ (strengthen quantitative approach) ทั้งนี้โดยคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมอันอาจมีผลต่อการประเมิน

การศึกษาหนึ่งรวบรวมบทความตีพิมพ์ 195 เรื่องเกี่ยวกับเครื่องมือการประเมินในพิสัยกว้าง (wide range) พบว่ายังไม่มีการประเมินวิธีการใดสามารถสะท้อนสถานการณ์ในชีวิตจริง (real life situation) ของนักศึกษา สะท้อนการรวมมุมมอง (perspective) ของเพื่อน/ผู้ป่วย และสะท้อนวิธีวัดเพื่อทำนายผลที่ได้รับทางคลินิก (clinical outcomes) ได้อย่างครบถ้วน²¹

มีการศึกษาทบทวนการใช้เครื่องมือประเมิน 88 รายการ ในบทความตีพิมพ์ 191 เรื่อง²² ผู้นิพนธ์

ให้คำแนะนำว่าการประเมินความเป็นวิชาชีพอาจจัดองค์รวม (organize) ดังนี้

- กล่าวถึงขอบเขตเนื้อหา (content area addressed) ได้แก่ จริยธรรม (ethics) ลักษณะส่วนบุคคล (personal characteristics) ความเป็นวิชาชีพอย่างครอบคลุม (comprehensive professionalism) และความหลากหลาย (diversity)
- พิจารณาประเภทของผลที่ได้รับ (type of outcome examined) ได้แก่ การรับรู้/รู้สึกด้านอารมณ์ (affective) กระบวนการรับรู้ (cognitive) เกี่ยวกับพฤติกรรม (behavioral) เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (environmental)

ผู้นิพนธ์สรุปว่า ก่อนพัฒนาเครื่องมือใหม่ในการประเมิน เครื่องมืออันคงใช้ปัจจุบันควรมีการปรับปรุงเสียก่อน เพราะการประเมินส่วนใหญ่มุ่งไปทางการทดสอบ/ตรวจสอบประเด็นไม่สำคัญ (little test) เมื่อมองในแง่ของความเที่ยงตรงในการทำนาย (predictive validity)

อีกการศึกษาหนึ่ง ทบทวนบทความตีพิมพ์ 134 เรื่อง²³ ด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญระดับชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา ระบุหาหลักฐานเชิงประจักษ์การพบ**บทความส่วนใหญ่** เฟ่งความสนใจไปที่องค์ประกอบเฉพาะ (specific component) ของความเป็นวิชาชีพ มักเป็นเรื่องความเป็นเหตุด้านจริยธรรม/ศีลธรรม (ethical/moral reasoning) บทความจำนวนปานกลาง ประเมินสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ (learning environment) หรือพฤติกรรมกลุ่ม (group behavior) มากกว่าพฤติกรรมปัจเจกบุคคล (individual behavior) ส่วน**บทความจำนวนน้อย** กล่าวถึงความเป็นวิชาชีพแบบโครงสร้างครอบคลุม (comprehensive construct) ผู้นิพนธ์สรุปว่า**บทความน้อยมาก** มีวิธีการเป็นเอกสาร (documented) อันสามารถใช้วัดความเป็นวิชาชีพเป็นระยะ/สิ้นสุดการศึกษาแพทยศาสตร์

อีกการศึกษาหนึ่ง ทบทวนเป็นระบบบทความตีพิมพ์ 97 เรื่อง²⁴ เกี่ยวกับการประเมิน/สนับสนุนส่งเสริมทัศนคติ (facilitate attitudes) ต่อความเป็นวิชาชีพแพทย์ แต่หลักฐานอันเป็นที่ยอมรับได้ยังค่อนข้าง

จำกัด ผู้นิพนธ์สรุปว่ามีความจำเป็นต้องวัดทัศนคติอันเป็นสากล (global attitudes) มากกว่าวัดทัศนคติประเด็นจำเพาะในความเป็นวิชาชีพ (specific issue in professionalism) อีกทั้งจำเป็นต้องติดตามประเด็นทัศนคติตลอดหลักสูตรแพทยศาสตร์ นอกจากนี้ผู้นิพนธ์ยังแสดงให้เห็นว่าไม่มีวิธีการประเมินแบบเดียวใดเป็นที่นิยมเป็นพิเศษ เนื่องจากองค์ประกอบอันแท้จริงของความเป็นวิชาชีพยังไม่มีความเป็นเอกฉันท์ (consensus) ไม่มีวิธีการวัดหนึ่งใดสามารถวัดทุกแง่มุมของความเป็นวิชาชีพได้ แต่มีข้อคิดเห็นว่าการวัดอิงสถานทำงาน (workplace based assessment) ควรกระทำอย่างเป็นระบบในทุกการหมุนเวียนทางคลินิก (clinical clerkship)

ความเห็นทั่วไป

1. การพัฒนาความเป็นวิชาชีพแพทย์ในแพทยศาสตรศึกษาก่อนปริญญา เป็นความประสงค์/ต้องการของสังคม (societal purpose) ที่สำคัญอย่างหนึ่ง
2. วิธีการการพัฒนา/ส่งเสริมความเป็นวิชาชีพแพทย์มีความหลากหลาย

3. การแยกประเภทการบริหารจัดการความเป็นวิชาชีพ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การออกแบบหลักสูตร การคัดเลือกนักศึกษา วิธีการสอน/การเรียนรู้ อิทธิพลของบทบาทต้นแบบ และวิธีการประเมิน เป็นกรอบใหญ่สำหรับโรงเรียนแพทย์วางแผนการเรียนการสอนความเป็นวิชาชีพตามความเหมาะสม

4. ความเป็นวิชาชีพเป็นแนวคิดมุมมองหลายด้าน (multi-facet concept) และยังขาดความเป็นเอกฉันท์ในการออกแบบหลักสูตร

5. ยังไม่มีหลักฐานอิงยุทธศาสตร์ (no evidence based strategy) สำหรับการสอน/การประเมินความเป็นวิชาชีพ

6. ความคาดหวังทางการเมือง/สังคม/ปัจเจกบุคคลเรียกร้องต่อการปรับตัวของแพทย์เพิ่มขึ้น

7. ความเป็นวิชาชีพแพทย์เป็นปรากฏการณ์เชิงซ้อน (complex phenomenon) ยังต้องอาศัยการค้นใหม่/ความก้าวหน้าในการบริหารจัดการ เพื่อให้มั่นใจว่า “แพทย์อนาคต” สามารถจัด/จัดให้มีมาตรฐานวิชาชีพระดับสูงต่อผู้ป่วย

ตัวอย่าง

แบบลงข้อมูลการประเมินการปฏิบัติส่วนบุคคล/วิชาชีพของนิสิตฯ: โดยอาจารย์/แพทย์ผู้ดูแล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

การฝึกงานสาขาวิชา/กลุ่มงาน ระหว่าง ว/ด/ป ว/ด/ป
 ครั้งที่ของการประเมิน [] ครั้งที่ 1 ณ จุดกึ่งกลางการหมุนเวียน [] ครั้งที่ 2 เมื่อเสร็จสิ้นการหมุนเวียน
 ชื่อ-นามสกุลนิสิตฯ: รหัส:

อาจารย์/แพทย์ผู้ดูแลเป็นผู้รับผิดชอบการกำหนด (determine) การประเมินย่อยเพื่อพัฒนา/ประเมินสรุป (formative/summative evaluation) ของนิสิตฯ ด้านการปฏิบัติส่วนบุคคล/วิชาชีพ 6 องค์ประกอบ

แต่ละองค์ประกอบ/ผลรวม แบ่งการประเมินเป็น 3 ระดับ

1. เป็นตัวอย่างที่ดี (exemplary) หมายถึง การปฏิบัติส่วนบุคคล/วิชาชีพดีเยี่ยม (outstanding)
2. มีประสิทธิผล (effective) หมายถึง การปฏิบัติส่วนบุคคล/วิชาชีพอย่างเหมาะสม
3. ไม่พึงพอใจ (unsatisfactory) หมายถึง การปฏิบัติส่วนบุคคล/วิชาชีพไม่บรรจบพบกับมาตรฐานวิชาชีพอันเป็นที่ยอมรับ (การตรวจเลือกตกในช่องสี่เทา)

องค์ประกอบ	การตรวจเลือก ✓	
	ใช่	ไม่ใช่
1. นิสิตแสดงความตระหนักสำหรับสวัสดิการ/ความเป็นอยู่ดีของผู้ป่วย (show concern for the welfare of patient)		
1.1 แสดง (display) ทักษะทัศนวิชาวชิพ (professional attitude) ในทุกปฏิสัมพันธ์ (interaction) กับผู้ป่วย		
1.2 กระทำ (act) อย่างเหมาะสม/เคารพ (appropriate/respect) ในทุกปฏิสัมพันธ์ ทั้งวาจา/ไม่ใช่วาจา (verbal/nonverbal) กับผู้ป่วย		
1.3 ปฏิบัติต่อ (treat) ผู้ป่วยด้วยความเคารพ/ให้เกียรติ (respect/dignity) ทั้งต่อหน้าผู้ป่วย (presence of patient) และการอภิปรายกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ (professional colleague)		
1.4 แสดงความตระหนักสำหรับผู้ป่วยแบบรวบยอด (total patient)		
ถ้า “ใช่” ทั้งหมดในข้อ 1 โปรตรระดับเป็นตัวอย่างที่ดี/มีประสิทธิภาพ		
2. นิสิตแสดงความตระหนักสิทธิของผู้อื่น (show concern for the rights of others)		
2.1 แสดงให้เห็น (demonstrate) กิริยาท่าทาง/วิธีการคิดถึงความคิด (considerate manner) และจิตใจวิญญานร่วมทำ (cooperative spirit) ในสิ่งเกี่ยวกับบุคลากรวิชาชีพ/เพื่อนร่วมวิชาชีพ/สมาชิกของทีมดูแลสุขภาพ (health care team)		
2.2 ปฏิบัติต่อทุกคนลดอันประสพพบในวิชาชีพด้วยความเท่าเทียมกันในเรื่อง เผ่าพันธุ์ ศาสนา เพศ ความพิการ (handicap) สถานะเศรษฐกิจสังคม		
2.3 รับเอา (assume) การแบ่งปันหน้าที่ (share of duty) อย่างเสมอภาค/เหมาะสม (equitable/appropriate) กับเพื่อน/เพื่อนร่วมงาน (peer/colleague)		
ถ้า “ใช่” ทั้งหมดในข้อ 2 โปรตรระดับเป็นตัวอย่างที่ดี/มีประสิทธิภาพ		
3. นิสิตแสดงพยานหลักฐานความรับผิดชอบต่อหน้าที่ (show evidence of responsibility to duty)		
3.1 รับหน้าที่ (undertake duty) ทันเวลา/มีประสิทธิภาพ (promptly/effectively) ตามติด (follow) โดยตลอดจนเสร็จสิ้น (through until completion) และแจ้ง (notify) ผู้มีอำนาจหน้าที่ (person in authority) อย่างเหมาะสมเกี่ยวกับปัญหา (problem) ภาระรับผิดชอบ (obligation)		
3.2 แจ้งผู้กำกับกับการฝึกงาน/ผู้เกี่ยวข้องเมื่อขาด/ไม่สามารถ (absence/inability) เข้าทำ (attend) หน้าที่		
3.3 เยี่ยมผู้ป่วยตามรับมอบหมาย (assigned patient) อย่างสม่ำเสมอ ด้วยการตรวจตราดูแลอย่างเหมาะสม (appropriate supervision) รับเป็นหน้าที่รับผิดชอบสำหรับการดูแล		
3.4 แน่ใจว่านิสิตเรียกหาตัวทันเวลา (promptly locate) ทุกเวลาเมื่ออยู่ในหน้าที่ (on duty)		
ถ้า “ใช่” ทั้งหมดในข้อ 3 โปรตรระดับเป็นตัวอย่างที่ดี/มีประสิทธิภาพ		
4. นิสิตไว้วางใจได้ (trustworthy)		
4.1 ซื่อสัตย์ (honest) อย่างเป็นเหตุเป็นผล/ตามความเป็นจริง (intellectually/truthful) ในทุกการติดต่อสื่อสาร		
4.2 ยอมรับความรับผิดชอบ (accept responsibility) และจัดตั้งลำดับความสำคัญก่อนหลัง (establish priority) สำหรับการบรรลุ (meet) ความต้องการด้านวิชาชีพ (professional demand) และสำหรับความจำเป็นในเชิงงานเสร็จสิ้น (completing work necessary) เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมที่สุด (optimal)		

องค์ประกอบ	การตรวจเลือก ✓	
	ใช่	ไม่ใช่
4.3 การตัดสินใจได้อย่างถูกต้องแม่นยำ (accurately discern) เมื่อจำเป็นต้องตรวจตราดูแล/ให้ข้อคิดเห็น (supervision/advice) ก่อนปฏิบัติ (acting) การรักษา		
4.4 คำจรรยาบรรณความลับของทุกข้อมูลข่าวสารผู้ป่วย		
ถ้า “ใช่” ทั้งหมดในข้อ 4 โปรตรระดับเป็นตัวอย่างที่ดี/มีประสิทธิภาพ		
5. นิสิตยคำจรรยาบรรณการวางตัวแบบวิชาชีพ (maintain a professional demeanor)		
5.1 คำจรรยาบรรณอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับภาพลักษณ์ส่วนบุคคล/การแต่งกาย/สุขภาพ (hygiene) อันปรากฏต่อประชากรผู้ป่วย		
5.2 คำจรรยาบรรณ/ดุลยภาพทางอารมณ์ (emotional stability/equilibrium) ภายใต้ความกดดันของภาวะฉุกเฉิน (pressure of emergency) ความเหนื่อยล้า (fatigue) ความเครียดทางวิชาชีพ (professional stress) และ ปัญหาส่วนบุคคล (personal problem)		
5.3 รับผิดชอบในการตีความผลของอัลตราซาวด์/ไอชียา และหลีกเลี่ยงผลกระทบ (effect) ระหว่างเวลาอยู่ในหน้าที่		
ถ้า “ใช่” ทั้งหมดในข้อ 5 โปรตรระดับเป็นตัวอย่างที่ดี/มีประสิทธิภาพ		
6. นิสิตยถือครองลักษณะพิเศษแต่ละบุคคลเหล่านั้นอันต้องการสำหรับเวชปฏิบัติ (possess those individual characteristics for the practice of medicine)		
6.1 สามารถพิจารณาตัดสิน (judge) เกี่ยวกับการวินิจฉัย/รักษาด้วยเหตุด้วยผล (logical diagnosis/treatment)		
6.2 ติดต่อบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วย/ผู้ตรวจตราดูแล/เพื่อน		
6.3 จัดตั้ง (establish) ความสัมพันธ์วิชาชีพอย่างเหมาะสมกับอาจารย์/เพื่อนร่วมงาน		
6.4 แสดงให้เห็นหลักฐานความสามารถอันเป็นความสัมพันธ์วิชาชีพแบบมุมมองภาพกว้าง (perspective) มีการทบทวนไตร่ตรองความคิดของตน (introspective) และปฏิสัมพันธ์อย่างชาญฉลาดแหลมคม (insightful)		
ถ้า “ใช่” ทั้งหมดในข้อ 6 โปรตรระดับเป็นตัวอย่างที่ดี/มีประสิทธิภาพ		

กรณีตรวจเลือกการประเมิน “องค์ประกอบย่อย” องค์ประกอบย่อยใดองค์ประกอบย่อยหนึ่ง ประเมิน “ไม่ใช่” ถือว่า “องค์ประกอบ” นั้นประเมิน “ไม่ใช่” หมายถึง “ไม่บรรจบกับมาตรฐานวิชาชีพอันเป็นที่ยอมรับ” ให้ผู้ประเมินระบุว่าเกี่ยวกับ “เรื่องราว/เหตุการณ์” ไດ

องค์ประกอบย่อยที่		เรื่องราว/เหตุการณ์	
องค์ประกอบย่อยที่		เรื่องราว/เหตุการณ์	
องค์ประกอบย่อยที่		เรื่องราว/เหตุการณ์	
องค์ประกอบย่อยที่		เรื่องราว/เหตุการณ์	

หมายเหตุ เมื่ออาจารย์/แพทย์ผู้ดูแลประสบพบเรื่องราว/เหตุการณ์ อันนิสิตยปฏิบัติส่วนบุคคล/วิชาชีพไม่บรรจบกับมาตรฐานวิชาชีพอันเป็นที่ยอมรับ อาจารย์/แพทย์ผู้ดูแลรับผิดชอบในการพูดถึง/ตักเตือนทันทีทันใด และบันทึกเรื่องราว/เหตุการณ์ เป็นลายลักษณ์อักษร ประกอบการประเมินการปฏิบัติส่วนบุคคล/วิชาชีพของนิสิตย

กรณีตรวจเลือกการประเมิน “องค์ประกอบย่อย” ทุกองค์ประกอบย่อย ประเมิน “ใช่” ถือว่า “องค์ประกอบ” นั้นประเมิน “ใช่” ให้ผู้ประเมินระบุว่า เป็นตัวอย่างที่ดี/มีประสิทธิภาพ “เป็นตัวอย่างที่ดี” หมายถึง “ดีเยี่ยม” ส่วน “มีประสิทธิภาพ” หมายถึง “เหมาะสม”

ลงชื่อ

()

ตำแหน่ง อาจารย์/แพทย์ผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

- CURO organization. The Amending of the Physician's Oath [homepage on the Internet]. Geneva: World Medical Association; 2002 Jun 6. Available from: <http://www.cirp.org/library/ethics/geneva/>
- AMA Code of Ethics - 2004. Editorially Revised 2006 [homepage on the Internet]. Barton: Australian Medical Association; 2006 Nov 20. Available from: <https://ama.com.au/codeofethics>
- Medical Professionalism - 2010 [homepage on the Internet]. Sydney: Australian Medical Association; 2010 Apr 4. Available from: <https://ama.com.au/node/5424>
- Hilton SR, Slotnik HB. Proto-professionalism: how professionalization occurs across the continuum of medical education. *Med Educ* 2005; 39: 58 - 65.
- General Medical Council. Good Medical Practice. London: General Medical Council; 2006.
- American Board of Internal Medicine. Project professionalism. Philadelphia: ABIM; 1995.
- Passi V, Doug M, Peile E, et al. Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *Intl J Med Educ* 2010; 1: 19 - 29.
- Albanese MA, Snow MH, Skochelak SE, et al. Assessing personal qualities in medical school admissions. *Acad Med* 2003; 78: 313 - 21.
- Bore M, Munro D, Kerridge I, et al. Selection of medical students according to their moral orientation. *Med Educ* 2005; 39: 266 - 75.
- Chamberlain SE, Searle J. Assessing suitability for a problem-based learning curriculum: evaluating a new student selection instrument. *Med Educ* 2005; 39: 250 - 7.
- Cordingley L, Hyde C, Peters S, et al. Undergraduate medical students' exposure to clinical ethics: a challenge to the development of professional behaviours? *Med Educ* 2007; 41: 1202 - 9.
- Fishbein RH. Professionalism and 'the master clinician'--an early learning experience. *J Eval Clin Pract* 2000; 6: 241 - 3.
- Scavenius M, Schmidt S, Klazinga N. Genesis of the professional-patient relationship in early practical experience: qualitative and quantitative study. *Med Educ* 2006; 10: 1037 - 44.
- Shapiro J, Morrison E, Boker J. Teaching empathy to first year medical students: evaluation of an elective literature and medicine course. *Educ Health* 2004; 17: 73 - 84.
- Stark P, Roberts C, Newble D, et al. Discovering professionalism through guided reflection. *Med Teach* 2006; 28: e25 - 31.
- Kenny NP, Mann KV, MacLeod H. Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Acad Med* 2003; 78: 1203 - 10.
- Wright SM, Kern DE, Kolodner K, et al. Attributes of excellent attending-physician role models. *New Eng J Med* 1998; 339: 1986 - 93.
- Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Role modeling

- making the most of a powerful teaching strategy. *BMJ* 2008; 336: 718 - 21.
19. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med* 1998; 73: 403 - 7.
 20. Arnold L. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Acad Med* 2002; 77: 502 - 15.
 21. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287: 226 - 35.
 22. Lynch DC, Surdyk PM, Eiser AR. Assessing professionalism: a review of the literature. *Med Teach* 2004; 26: 366 - 73.
 23. Veloski JJ, Fields SK, Boex JR, et al. Measuring professionalism: a review of studies with instruments reported in the literature between 1982 and 2002. *Acad Med* 2005; 80: 366 - 70.
 24. Jha V, Bekker HL, Duffy SRG, et al. A systematic review of studies assessing and facilitating attitudes towards professionalism in medicine. *Med Educ* 2007; 41: 822 - 9.