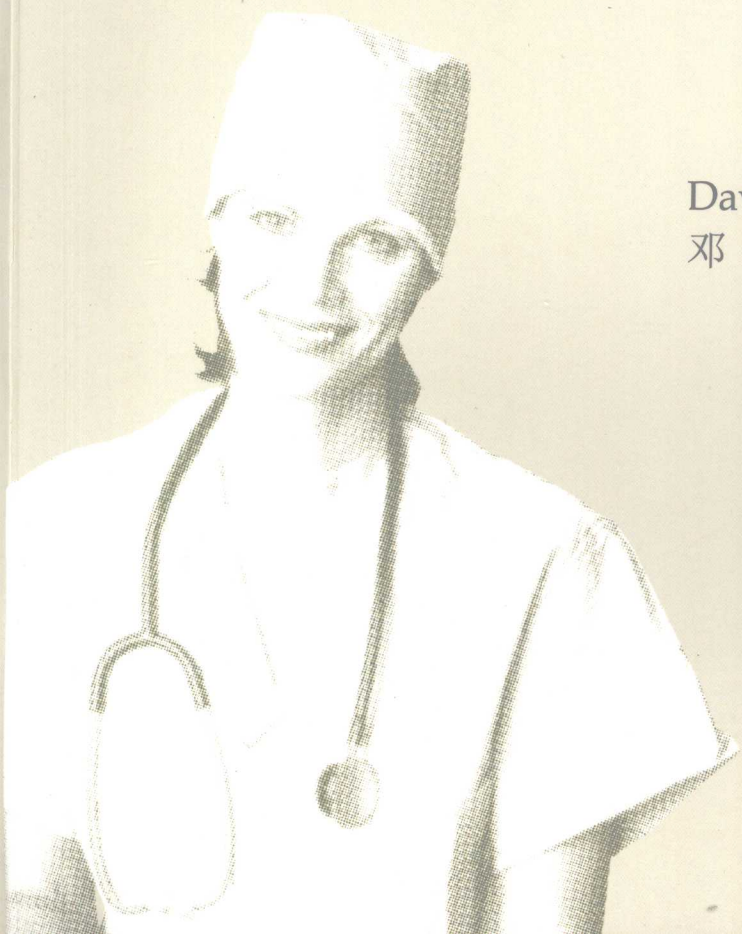


Measuring Medical Professionalism

医师职业素养 测评

David Thomas Stern 主编
邓洪 熊婉 万学红 主译



四川大学出版社

Measuring Medical Professionalism

医师职业素养 测评

主 译：邓 洪 熊 婉 万学红

译 者：CMB医学教育编译小组
(按姓氏笔画排序)

万学红 邓 洪 尹俊波 王中立 朱辅华 李晓松
李 茜 林东涛 谢 红 雷丽敏 熊 婉



四川大学出版社

责任编辑:朱辅华
特约编辑:李晓静 罗丽娅 许 奕
责任校对:许 奕 罗丽娅
封面设计:米茄设计工作室
责任印制:李 平

图书在版编目(CIP)数据

医师职业素养测评 / (美) 斯特恩 (Stern, D.T.) 主编; 邓洪, 熊婉, 万学红译. —成都: 四川大学出版社, 2008.9

ISBN 978-7-5614-4132-9

I. 医… II. ①斯…②邓…③熊…④万… III. 医师-职业道德-评价 IV. R192.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 141256 号

书名 医师职业素养测评

主 编 David Thomas Stern
主 译 邓 洪 熊 婉 万学红
出 版 四川大学出版社
地 址 成都市一环路南一段 24 号 (610065)
发 行 四川大学出版社
书 号 ISBN 978-7-5614-4132-9/R·177
印 刷 郫县犀浦印刷厂
成品尺寸 170 mm×235 mm
印 张 16.5
字 数 311 千字
版 次 2008 年 9 月第 1 版
印 次 2008 年 9 月第 1 次印刷
印 数 0 001~3 000 册
定 价 35.00 元

◆ 读者如欲购本书,请与本社发行科联系。电 话:85408408/85401670/85408023 邮政编码:610065
◆ 本社图书如有印装质量问题,请寄回出版社调换。

版权所有◆侵权必究

◆网址:www.scupress.com.cn

前言

Jordan Cohen

在我任纽约州立大学（SUNY）石溪分校医学院院长时，一位年轻时曾在军队服役多年的先生担任我校副校长，负责楼宇场地管理。令他头痛的是：手下的工作人员基本上都是未经任何培训的工人。但是，在他的监管下，整个校区的硬件环境是前所未有地令人心旷神怡：草坪平整如茵，墙壁一旦有涂鸦之作即被粉刷一新，窗玻璃刚破就有人及时补上，集体寝室的地板更是一尘不染。我曾问他有何妙招让他手下的员工能保持如此之高的工作水准，他的回答则让我真真切切地领悟到“评价”的重要性。他告诉我，他的秘密包含一个很简单的道理：“他们并不重视你所‘预期’的是什么，他们看重的是你所‘检查’的是什么。”他认为，采取高标准对员工的工作成果进行严格的考评是重点所在。自从他明智地推行这种以评估为驱动力、以结果为导向的优良绩效方法以后，没过多久整个校园的面貌就焕然一新了。

本书的出发点就是要把这项原则推广到比管理一个完美的校区更为重要的工作中去。在 21 世纪，医学教育工作者所面临的最重要的一项任务可能就是确保各级医学生不仅能获取知识，还能持续地展现出医疗职业素养。正如第二章所详细阐述的那样，之前人们已经多次尝试对职业素养下一个明确的定义，虽然其着重点和范围各有不同，但对于思想品质和行为标准（两者是一名完美的医师所应具备的基本特质）鲜有异议。由此，我们就可以很好地理解本领域内所“预期”的内容。不过，对于如何“检查”职业素养却所知甚少。在这一新版本中，我们增加了大家期盼已久的内容：目前有哪些方法可以评估一名医师是否确实展现出了职业素养的属性，而这也正是为什么本书深受欢迎的原因所在。

为什么有必要确保医生们既能了解职业素养的核心价值，又能督促其在日常执业行为中（尤其是在面对患者时）遵守相应规范呢？换言之，为什么维持医疗职业与整个社会之间内在的契约关系非常重要？这是因为，社会对医疗这个行业具有很

高的预期，而职业素养正是每一名医生满足这种预期的介质。如果医生的行为准则滞后于医疗职业素养所倡导的职责，社会契约的双方——医生和公众就都会产生羞辱感，进而造成不可弥补的损害。

就医疗职业而言，我们经常会以一种想当然的心态去看待一整套极其特殊的权力，这是非常危险的。这些特权包括：（1）自律能力，制定适用于医生自己的标准（如医学院入学标准、许可证发放要求、专科医师执照、医院特权所需的凭证，以及医学院/医院/住院医师规划署/医学继续教育提供者的评审标准）；（2）医生与患者进行互动时的自主程度，这在整个社会的其他领域几乎闻所未闻；（3）公众的尊重程度，这几乎超过了其他所有行业；（4）令人称羡的安全感，一个显而易见的证据是医生们所拥有的薪水收入是无与伦比的。这些优越的特权对于医生而言，并不是随着一个医学博士的头衔而自然拥有的。事实上，这些特权是社会给予的一种微妙的迁就；反过来，社会当然也会对医疗行业提出合理的预期。如果医生不能根据这种预期提供服务，即未能承担起职业素养所规定的责任，就必然会导致当前医生们所享有的种种优越特权的丧失。

医疗行业具有很高的利害关系，对于公众而言这种利害的相关性甚至更为明显。医疗职业素养对公众（包括每一名患者）来说有深刻的、不可估量的价值，尽管这种价值还未得到广泛承认。只有当医生具备职业素养时，患者才有可能获得最佳治疗，这在当前我们的医疗体系变得日益复杂、危机四伏的形势下尤其重要。由一位可信任的医生来守卫患者的权益，这一点无可替代。这种信任不是法律、法规、患者权利法、起监管作用的联邦政府机构或罚款金额以及合同等可以代替的，只有职业素养才是信任的基石——医疗行业和社会的信任关系，以及医生和患者之间的信任关系。只有当医生们信守职业素养的基本规则，才能建立起必要的信任关系，而正是这种信任关系使得医学持续成为一项合乎道德的事业，同时使患者确信自己的利益始终居于首位。

为什么倡导和保持职业素养的任务如此艰难呢？为什么近年来一再督促医学教育工作者在教学中要大力弘扬职业素养，并有效评估学生的职业表现呢？为什么我们必须担忧学生是否已准备好抵御职业素养所面临的种种威胁呢？这三个问题的答案既植根于某些恒久不变的社会现实，也基于医学史上的种种特殊现象。有多种因素会对职业素养的行为规范形成挥之不去的挑战，其中最基本的就是人性自身。无论世代如何更替，我们每一个人都会不遗余力地去寻求成为第一号人物的途径。自我保护是生存的标记，而利己主义是一种强有力的本能，它作为职业素养的对立面很难被克服。每个人都有本能地为个人利益服务的倾向，这也导致医生有层出不穷的机会屈服于诱惑，而且很多人的确也曾经屈服过。当医生们在外人难以觉察的、极其私密的诊室中工作，且自身又具备专业知识时，他们便在几乎是得天独厚的环

境下，利用例行的工作中饱私囊。医生们每天面对的利益冲突是其他行业几乎没有的。对职业素养来说，另一种挥之不去的挑战是来自同事的压力。当一名医生发现身边的很多同事不愿承担其职业责任时，他也就很难保持自己对职业素养的承诺。从人性的角度来看这一点不难理解。但令人遗憾的是，这种现象目前有越演越烈的趋势。

职业素养面临的不仅是这些传统的挑战，随着商业化浪潮对医学的不断冲击，我们的职业道德负担也日益加重。不知是有意还是无意，为了控制不断攀升的医疗保健费用，美国选择走全面依赖商业化、市场化的道路。结果，在政策制定者和其他人士眼里，医疗与其他商业实体相比变得并无区别。在他们看来，医疗就是另一种商业。试举常用术语为例：医生通常被称为供应商，患者就是消费者，而卫生保健服务则是商品。然而，商业精神和职业素养之间毕竟还是存在根本差异的，其证据就是两者迥异的座右铭。商业精神的座右铭是：“顾客留心，货物出门概不退换”；而医疗的座右铭则是：“首先，以不伤害为原则”。

卫生保健系统从商业世界中学到了很多非常重要的经验，这一点必须予以承认。例如，在过去的数十年间，医疗工作中需要加倍注意的问题包括：减少徒劳无益的工作和支出，建立健全后端管理业务程序，整合常规卫生保健服务的必要性等。然而商业化所引发的危害不仅体现在医疗行业采取的商业性工作程序上，更重要的是对其核心理念的认同。利己主义是市场机制中的主导思想，它与医疗事业中将患者的利益置于首位的承诺所倡导的自我牺牲精神格格不入。人们最不愿见到的就是医生的动机遭受质疑，今天我们呼吁职业素养可谓适逢其时。职业素养要求约束利己主义，这是在医生们遇到不可避免的利益冲突时保护医患关系和相互信任的堡垒。

有鉴于此，测评各级医学生的医疗职业素养应成为医学教育工作者日常工作的重中之重。当然，如何使这些测量指标像用于评价医生绩效其他方面的指标那样完善，仍有待我们进一步努力。不过，此项技术也在不断改进中。读者在全面通读本书后，应当能在这一重要领域独当一面。

致 谢

一千年来，医生们致力于使其行为保持行业的最高水准。在过去的二十年间，医学教育者们涉险踏足职业素养评估领域，力求使执业医师表现出专业水准、人道主义、诚信和利他主义，以不负众望。这一尝试并非单打独斗，而是一种群体的努力，是医学教育者圈内热烈而公开的对话。本书具有划时代的意义，从此我们便可宣称：职业素养行为的评估并非不可完成的任务。虽然未尽之事犹多，但本书所呈现的理念是未来工作的基石，因为我们从中可以得知如何较为全面地评价医师的职业素养。

书中的理念不仅源自众多作者各自的工作，也得益于经年累月大小会上的集体讨论。多年以来，美国医学院联合会（AAMC）曾在各种会议上耗时研究职业素养问题，讨论结果大大推进了这一领域的发展。自 1988 年起，Arnold P. Gold 基金会为我们提供了办公和集会的场所，本书的大纲也正是在该基金会的“人道主义在医学中面临的阻碍”系列研讨会上成形的。不仅如此，该基金会还为本书所需的研究和写作提供了后续支持。Gold 基金会（尤其是 Sandra 和 Arnold Gold）为我们营造出社区般的氛围，使我们能齐心协力，为实现人道主义的医疗卫生这一终极目标而奋斗。

我作为本书的主编，在工作上得到了 Gold 基金会和密执安大学及 VA Ann Arbor 医疗体系和哥伦比亚大学医疗行业研究所的大力支持。Jim Woolloscroft, Carl Schneider, David Rothman 以及 M. Roy Schwarz 在成书的各个环节给予我指导、反馈和建议，对此我深表感谢。我的妻子 Deb 对我的工作表现出无尽的热情和支持，儿子们的存在也日日提醒我，手头的工作不仅仅是为了学术上的成就。

其实，研究职业素养的人并不一定非要表现出最好的职业行为，但他们却做到了。本书的编者已经超越了其专家级的研究人员或医生的身份，显示出了最高水准的分工合作、学术诚信、同情心和团队精神。换言之，他们言行一致。本书正是他们通力合作、勤勉积极的实证。

作者

Louise Arnold, PhD

副院长、教授

密苏里大学医学院

DeWitt C. Baldwin, Jr., MD

驻校学者

毕业后医学教育认证委员会 (ACGME)

Jordan J. Cohen, MD

会长

美国医学院联合会 (AAMC)

Steven R. Daugherty, MD

助理教授

Rush 医学院心理学系

Kelly Fryer-Edwards, PhD

助理教授

华盛顿大学医学院医学史及医学伦理系

Shiphra Ginsburg, MD, MEd, FRCOC

医学助理教授

多伦多大学 Mount Sinai 医院

Fred Haffety, MD

教授

明尼苏达大学医学院行为科学系

作 者

Mohammadreza Hojat, PhD

所长, Jefferson 纵向研究所
科研教授, 精神病学和人类行为学
医学教育及医疗卫生研究中心

Audiey Kao, MD, PhD

副会长 (分管伦理标准)
美国医学会

Debra Klamen, MD

副院长 (分管教育及课程设置)、教授、系主任
南伊利诺伊大学医学院医学教育系

David C. Leach, MD

执行主席
毕业后医学教育认证委员会

Lorelei Lingard, PhD

副教授
多伦多大学儿科学系及威斯康辛教育研究中心
BMO 金融集团教授, 卫生行业教育研究所

Helen Loeser, MD, MSc

副院长 (分管课程设置)
加利福尼亚大学医学院

Deirdre C. Lyhch, PhD

研究及评估专家
毕业后医学教育认证委员会研究部

John J. Norcini, PhD

主席、首席执行官 (CEO)
国际医学教育及研究发展基金会 (FAIMER)

Maxine A. Papadakis, MD

临床医学教授、副院长 (分管学生工作)
加利福尼亚大学医学院

Linda E. Pinsky, MD

医学副教授、医学教育助理教授

作 者

华盛顿大学医学院普通内科学部

Lynne Robins, PhD

主任，教学学者项目

华盛顿大学医学院医学教育及生物医学信息学系

Donnie J. Self, PhD

医学人文教授

德州农机大学医学院

David Thomas Stern, MD, PhD

副教授，内科学及医学教育

科研副教授，人类生长发育中心

主任，密执安全球 REACH

主任，国际少数民族健康及健康不均研究培训项目

密执安大学医学院 VA Ann Arbor 医疗卫生体系

Patricia M. Surdyk, PhD

执行主席

伦理委员会

Jon Veloski, MS

部长

医学教育及医疗卫生研究中心医学教育研究部

Reed Williams, PhD

教授、副系主任（分管教育）

南伊利诺伊大学医学院外科学系

Norma Elizabeth Wagoner, PhD

院长（主管学生工作）、副院长（分管教育战略）

芝加哥大学 Pritzker 医学院

教授

芝加哥大学生物科学部/院有机体生物学和解剖学系

目 录

第一章 医师职业素养测评的框架.....	(1)
<i>David Thomas Stern</i>	
第二章 什么是医师职业素养?	(11)
<i>Louise Arnold, David Thomas Stern</i>	
第三章 医师须知: 伦理、法律与职业素养	(33)
<i>Audiey Kao</i>	
第四章 运用标准化临床场景测评医师沟通能力.....	(43)
<i>Debra Klamen, Reed Williams</i>	
第五章 医学教育及实践中道德观念和职业素养测评.....	(63)
<i>DeWitt C. Baldwin, Jr., Donnie J. Self</i>	
第六章 采用调查来测评医师个人和医疗机构的职业素养.....	(79)
<i>DeWitt C. Baldwin, Jr., Steven R. Daugherty</i>	
第七章 测评医师职业素养的具体要素: 同理心、团队合作及终身学习	(99)
<i>Jon Veloski, Mohammadreza Hojat</i>	

目 录

第八章 教师对学生职业行为的观察·····	(123)
<i>John Norcini</i>	
第九章 危急事件报告及纵向观察方法测评职业素养·····	(133)
<i>Maxine Papadakis, Helen Loeser</i>	
第十章 同辈评估的内容与环境·····	(145)
<i>Louise Arnold, David Thomas Stern</i>	
第十一章 通过反思和文字表述来理解职业行为·····	(161)
<i>Shiphra Ginsburg, Lorelei Lingard</i>	
第十二章 使用学习档案测评职业素养·····	(175)
<i>Kelly Fryer-Edwards, Linda E. Pinsky, Lynne Robins</i>	
第十三章 优化招生程序, 遴选具有职业潜质的学生·····	(193)
<i>Norma E. Wagoner</i>	
第十四章 测评职业素养, 进行资格认证·····	(215)
<i>Deirdre C. Lynch, David C. Leach, Patricia M. Surdyk</i>	
第十五章 职业素养的测评: 评论·····	(229)
<i>Fred Hafferty</i>	
缩写索引·····	(251)



医师职业素养测评

Measuring Medical Professionalism

第一章 医师职业素养测评的框架

David Thomas Stern



天堂的入口排着长长的队伍，一名虔诚的男子站在其中，等待与圣彼得交谈后进入天堂。足足等了1个小时后，一名身穿白衣、胸佩听诊器的男子径直走过队伍，越过圣彼得后直接走进天堂。见到有人插队，虔诚的男子十分气愤地质问圣彼得：“为什么那名医生能越线直接进去？”“他吗？”圣彼得说：“那是上帝——他老以为自己是医生。”

医生也是人，我们的知识、技术和判断都会犯错。医生与众不同之处不在于他的一贯正确，而在于他无论从个人修养还是职业责任来说都在追求专业水准、人道主义、诚信和利他主义。对于医学教育工作者来说，这些职业素养的基本原则具有特殊的意义。专业水准意味着医生不仅具备卓越的知识和技能，也有超乎普通标准的责任感；人道主义则意味着尊重、怜悯、同理心、荣誉和正直；诚信意味着医生的行为应对患者、医疗体系、社区和职业本身的需求做出积极的回应；利他主义则要求应由患者的最大利益而非自我利益指导医生的言行^①。本书所阐述的，正是如何测评职业素养的这些基本原则。

谁会关注职业素养的测评？

我们的患者和公众会关注职业素养，这不仅源于民间流传的一些耸人听闻的故事，也来自于他们的所见所闻乃至亲身经历。举一个极端的例子：Michael Swango 是一名医生，他因谋杀患者而被判终身监禁，目前正在狱中服刑。他在医学院、住院医师培训以及执业期间作恶多端，但一直逍遥法外，这导致公众质疑医生是否真的在履行保护公众的专业职责（Stewart, 1999 年）。在英国，被 Harold Shipman 谋杀的患者至少有 15 名，也可能多达 250 名（O'Neill, 2000 年）。这些极端的例子导致美国人民支持并建立了“国家执业医师资料库（NPDB）”；在英国，则由医学总会（GMC）负责监管医生们的能力和过失。

患者和公众关注职业素养，不仅源于这种不专业、不道德、非法行为的一些极端案例，也源于他们亲自与医生打交道的经历。几乎每一名医生在酒足饭饱后的闲谈中都会提及别的医生所提供的糟糕透顶的医疗服务。这种闲谈涉及的基本上都不是技术层面的问题（在患者眼里，医疗教育系统在传授知识和技能方面还是做得相当不错的），通常这些问题集中表现了医生是如何的粗鲁、冷漠、急躁或冒失。

医疗职业本身会关注职业素养，这不仅因为我们觉得自己对上述极端案例负有

^① 有关这些术语及相关术语的阐述详见第二章。

责任，同样也是因为我们希望所有的医疗保健提供者改进他们的日常职业行为。在医学院里从事教育的人们很少会花这样的心思：当我们觉得某名学生由于职业素养的原因不适合未来行医时，我们是否会因此开除这名学生？医院的执照发放委员会和国家医学委员会也面临类似的问题：如果一名医生屡次三番地做出不符合职业道德的行为，是否应因此而吊销他的执照以保护公众的安全？但事实上，我们经常看到的是对职业判断的不闻不问，对利益冲突的管理也相当粗放。医学生们经常撒谎吹嘘自己参加过各种学术会议，住院医师对其他医生缺乏礼貌，执业医师通过让患者参加研究项目而中饱私囊（New York Times, 1999 年；Relman 和 Lundberg, 1988 年；Stern, 1998 年；Kassirer, 1995 年）。

对于职业素养我们能做什么？

教师、医学委员会和医学专业组织都一致赞同对职业素养开展测评（AAMC, 1998 年；ACGME, 2004 年；IIME, 2000 年）。如果我们具备了准确测评职业素养的能力，我们就能够检测和开除那些心理变态、可能做出极端行为的医学生或医生。通过测评职业素养，我们得以通过整个教育流程向医生们提供格式化的反馈。测评职业素养也有利于对那些最利他主义、最人道主义、最富于同情心的医生提供奖励。在目前的医学界，我们把对患者的护理作为衡量医疗质量的指标，把职业素养作为评价医学教育的结果也顺应了这一潮流（CQHA, 2000 年）。测评职业素养也使教育工作者得以衡量学生们经过教育干预后在职业素养上的改变。

这种对结果的强调使职业素养的测评具有一定的教育意义。即便是精品课程、充足的资源和训练有素的教师也不足以保证学生们会用心去学，老师们必须设定预期值、设计练习，并对学员进行评估。评估结果可以帮助老师了解预期值是否明确、学生是否从他们的经验中有所收获，评估活动也可促使学生了解到什么是最重要的。有些医学评估活动可能会起到改变职业的结果（如执照考试），而另外一些评估活动则可促使那些积极主动的学生更加发奋努力，力求提高自己的能力（如非正式的见习中期报告）。

测评职业素养面临的最大问题是缺乏令人信服的工具来测评职业行为。对于招生评审委员会、见习指导医师、医学院院长、住院医师培训项目主任、医院执照发放委员会和州医学委员会来说，这尤其是一个棘手的问题。除了常规的月底见习评估和科室轮转评估（通常仅含有一两个与职业素养有关的指标）以及偶尔的同事评议表外，医生们在提供职业素养的反馈方面可以采取的方法很有限。对于教育工作者而言，在过去的 50 年间用来评估知识的方法大有长进，用来评估技能的方法也成果颇丰，但评估行为和职业素养的方法却始终停滞不前。



由于我们无法测评职业素养，这也就给医学生和执业医师们传递了一个相互矛盾的信息：我们一方面倡导和鼓励职业素养，一方面却又无法确定它是否存在（Stern，1998 年）。医学生们十分注重掌握知识和技能，这不仅因为知识和技能对于他们的医疗能力来说是非常重要的，还因为它们在教育过程中是“可以计数的”。在对学生进行考评时，职业行为并不是衡量因素，这在某种意义上暗示：导师们并不关注职业素养，职业素养因此是不重要的（Eisner，1985 年）。对于执业医师来说情况并无二致，由于无法对职业素养提出准确反馈，针对医生开展的继续医学教育也就把着重点放在提高临床技能上，而并非在职业素养上。

为什么测评职业素养如此困难？

在测评职业素养时，我们遇到的首要问题便是找到可以观察职业行为的机会。多数教师同意，他们在观察一名学生时，主要依据的是他的最佳表现，而他们在现实生活中遇见学生的机会非常有限；多数执业医师仅能在过道和会议室里观察其他医生的行为，很少有与患者一道面对同事的机会。对这一问题的解决之道是增加观察者数量和观察地点。在本书中，我们介绍的方法是通过增加待观察行为的实例，由教师、护士、同事和患者等以不同的观察者的身份在不同观测地点进行测评。

第二个问题是采取何种方式描述这些观察结果。通过描述，“应使读者如临其境；如有可能，还应使读者体会到此情此景下人们的切身经验。”（Eisner，1991 年）我们可以提供实例来说明近期开发的用于描述职业行为（即便其相当微妙）的方法：见习期评估表，在一名医学生与刚去世患者的家属进行交谈后可以获知相关意见；标准化的患者评估表，可用来描述医学生是否有能力以通俗易懂的语言与患者沟通；同辈评级表，用于在出现彼此矛盾的报告时，你可以接受由同事提交的患者资料以对同事进行鉴定。

另一个问题是确定这些观察结果是否具有代表性。教师们通常有这样的思维定式：如果一个人的行为在某种情境下是坏的，那么，他在所有的情境下都会表现恶劣。这在心理学上被称为“归因偏倚”（Sabini 等，2001 年）。人们在相同的情境中很少会出现相同的行为，而在不同时间、不同情境下（如夜深人静的时候、压力巨大的一天结束以后或面对个人问题的时候），更不太可能出现相同的表现。因此，我与其他专业人士一样，在论及不适当的行为时，更倾向于以“职业素养下降”一词来代替“不专业的行为”（Ginsburg 等，2000 年）。这一更为委婉的提法可避免在谈及单一事件时随便给人贴上“不专业”这种难堪的标签，并有助于防止不必要的以偏概全现象的出现。

然而，我们必须基于有限的观察结果做出判断。为避免以偏概全和归因偏倚，

有必要采取以下两种方法。首先，如果我们能在不同的场合对同一名学生或医生进行观察，我们就更有把握得出较全面的判断。因此，通过多个途径对职业行为进行测评是开展高质量评估的必备条件。这种三角关系在所有类型的定性调查中都是验证工作的基本要素（Denzin 和 Lincoln，1998 年）。其次，在每一个地点指定多名观察员，开展“共识性验证”，由独立的专家达成相同的结论，从而提高得出准确、适宜的评估结果的概率（Eisner，1991 年）。

在充分观察和描述了一名医学生或医生的行为之后，仍存在这样一个问题：它是正当的职业行为，还是属于“职业素养下降”？莫非职业素养在我们眼里，真的等同于 Stewart 大法官对“猥亵行为”发表的看法——“看了就知道”（Jacobellis v. Ohio，1964 年）？也许的确是这样，也许并非如此糟糕，这种无厘头的评估方法闪耀着智慧的光芒。许多人在评估医学生、住院医师和执业医师时，已经提出了详尽的、细致入微的概念来判断医生们的行为。Eliot Eisner 曾描述“鉴赏能力”一词为：“对于复杂、微妙的属性所具备的细致入微的辨别能力”（Eisner，1991 年）。我们都知道，贪杯者能敏锐地区分以解百纳葡萄或梅乐葡萄酿造的葡萄酒；与之类似，有经验的教师也能发现和区分哪些学生是富有责任心、服务周到的，哪些学生是令人失望的。

作为一名“鉴赏家”，你未必能准确地描述你的内心感受；如果你只是一名鉴赏家，你未必有能力表达和区分学生之间存在的不同。如果“鉴赏”属于观察或输入，“评判”则属于汇报或输出（Eisner，1991 年）。这类公共报告对于教育评估来说是必不可少的。评估是一项复杂、多阶段的任务，涉及观察、叙述和价值判断等。本书也向读者提供了关于如何评判职业素养的工具。

有效评估的特征

在理想状态下，要评估一名学生的职业素养，就可能需要组建一支评估专家组，由他们对这名学生在一天之内的所有交谈内容进行窃听后做出评估。虽然有一些研究人员这样做过（Stern 1996 年 a，1996 年 b，1998 年），但很显然，在大规模评估中这是不现实的。事实上，研究人员已经开发了一些行为取样方法，当然这些方法在可靠性、有效性和与现实的接近程度上都存在一定差异。这些取样方法包括自填式心理测试调查、标准化患者问题、教师和同辈评估表、对反思性档案和作文的分析等。至于哪种取样方法可以作为职业素养评估的金标准，教育工作者对此尚莫衷一是。不过，其实用性可根据一整套适用于所有测评工具的指标进行衡量。

首先，评估活动应尽可能在现实环境中进行。举例来说，一名不堪重负的实习医生在午间撰写了一篇文章，描述了他拟在下半夜 2 点如何对付一名惹人生厌的护