

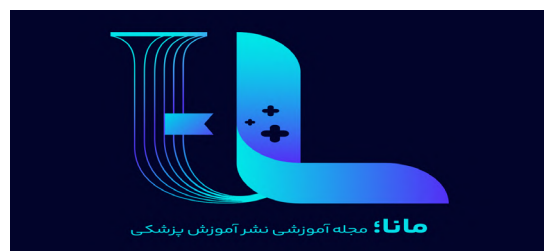


مانا، مجله آموزشی نشر آموزش پزشکی
آبان ۱۴۰۴ | سال اول | شماره دوازدهم

- آموزش پزشکی در افق پیش رو
- کادر درمان فردا: بازتعریف نقش‌ها
- فراتر از کلاس درس: فوق برنامه
- بازنگری در پذیرش دانشجو
- خصوصی سازی آموزش پزشکی
- صدای دانشجو: ارزیابی و بازخورد
- رفتارهای غیر موثر در کلاس درس
- یک سال با مانا: مرور چالش‌ها



**1 YEAR
REFLECTION**



نشریه مانا، | سال اول
آبان ماه ۱۴۰۴ | شماره دوازدهم

صاحب امتیاز و مدیر مسئول: امید قیسوندی

مسئول امور تحریریه: مرضیه ملکی

گرافیک و صفحه آرایی: امیرمحمد موسی زاده

زمینه انتشار: علمی

ترتیب انتشار: ماهانه

همکاران: امید قیسوندی، مرضیه ملکی، امیرمحمد موسی زاده، پرنیا ابوالقاسمی نژاد، زهرا امینیان دریاسری، محمدمبین حیدری، زهرا یونسی، زهرا کاظمی، زهرا گرامی، امین نیکوند، ایمان عباسی رمی، نرجس شبانی، رضا عطایی، فاطمه جوان بخت، سمیه نیکخواه، ایلینا کلهری

دارای مجوز: معاونت فرهنگی و دانشجویی علوم پزشکی تهران

تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۵۵۵۴۱

فکس: ۰۲۱-۶۴۴۳۲۵۳۳

نشانی: بلوار کشاورز، خیابان قدس، ساختمان ۲۱

صندوق پستی: ۱۴۱۷۷۳۳۱۶۱

پایگاه اینترنتی: www.vsca.tums.ac.ir

پست الکترونیک: vsca@tums.ac.ir

- ۳ شناسنامه <
- ۴ سخن مدیر مسئول <
- ۵ آموزش پزشکی در افق پیش رو <
- ۸ کادر درمان فردا <
- ۱۱ نقش فعالیت های فوق برنامه <
- ۱۶ بازنگری در سیاست های پذیرش دانشجو <
- ۱۸ خصوصی سازی آموزش پزشکی <
- ۲۱ صدای دانشجو <
- ۲۳ مدیریت رفتارهای غیر موثر در کلاس درس <
- ۳۰ یک سال با مانا <



Omid.Gheisavandi@Gmail.com

ارتباط با مدیر مسئول

شناسنامه

◀ امید قیسوندی: دانشجوی پزشکی و کارشناسی ارشد آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

◀ مرضیه ملکی: دانشجوی دکتری تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تهران

◀ امیرمحمد موسی زاده: دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

◀ پرنیا ابوالقاسمی نژاد: دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

◀ زهرا امینیان دریاسری: دانشجوی پزشکی علوم پزشکی گلستان

◀ محمد امین حیدری: دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

◀ زهرا یونسی: دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

◀ زهرا گرامی: دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی فسا

◀ زهرا کاظمی: ارشد پرستاری اورژانس دانشگاه علوم پزشکی بم

◀ امین نیکوند: دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

◀ ایمان عباسی رمی: دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

◀ نرجس شبانی: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

◀ رضا عطایی: دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

◀ فاطمه جوان بخت: دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد

◀ سمیه نیکخواه: ارشد یادگیری الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

◀ ایلینا کلهری: دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یزد

سخن مدیر مسئول



مدیر مسئول
امید قیسوندی

مخاطبین ارجمند و خانواده بزرگ نشریه «مانا»؛ سلام و احترام، با انتشار دوازدهمین شماره، دفتر سال اول نشریه «مانا» را با افتخار و سربلندی می‌بندیم. مسیری که یک سال پیش با شور و اشتیاق، و با هدف ارتقای گفت‌وگو و تعمیق دانش در حوزه حساس «آموزش پزشکی» آغاز کردیم، امروز به نقطه عطفی دلگرم‌کننده رسیده است.

در طول این دوازده شماره، کوشیدیم تا پنجره‌ای نو به چالش‌ها، نوآوری‌ها، دغدغه‌ها و فرصت‌های موجود در نظام آموزش پزشکی کشور بگشاییم. هدف ما در «مانا» تنها انتقال اطلاعات نبود، بلکه ایجاد فضایی برای تأمل، گفت‌وگو و نقادی سازنده بود؛ و امروز، در پایان این فصل، بیش از هر زمان دیگری به اهمیت این رسالت واقفیم.

این مسیر، هرگز بدون حضور و همراهی شما، خوانندگان فهیم، دغدغه‌مند و نکته‌سنج «مانا»، پیمودنی نبود. بازخوردها، تشویق‌ها و نقدهای مشفقانه شما، چراغ راه ما در این سفر پرفراز و نشیب بود. صمیمانه قدردان اعتماد و همراهی ارزشمند شما هستیم که «مانا» را خواندید و با آن زیستید.

در اینجا، وظیفه خود می‌دانم که عمیق‌ترین سپاس خود را نثار ستون‌های استوار این نشریه، یعنی اعضای فرهیخته هیئت تحریریه، نمایم. تخصص، تعهد، دقت نظر و زمان گرانبهایی که ایشان صرف بررسی، ویرایش و غنابخشی به محتوای هر شماره کردند، شایسته والاترین تقدیرهاست.

همچنین، سپاسگزار تمامی نویسندگان، پژوهشگران، صاحب‌هوشوندگان، همکاران اجرایی، تیم فنی و هنری، و همه فعالان گمنامی هستیم که در پشت صحنه، با شور و تعهدی مثال‌زدنی، برای به ثمر نشستن هر شماره تلاش کردند. «مانا» پیش از آنکه یک نشریه باشد، محصول یک خرد جمعی و یک کار تیمی عاشقانه است.

مدیر مسئول نشریه آموزشی پزشکی



آموزش پزشکی در افق پیش رو

روندهای نوظهور و چالش‌های دهه‌ی آینده | نویسندگان: زهرا امینیان، زهرا یونسی

مقدمه

یکی دیگر از روندهای مهم، آموزش بین حرفه‌ای و بین رشته‌ای است. با افزایش پیچیدگی سیستم‌های بهداشتی و نیاز به مراقبت‌های تیمی و جامع، دانشجویان پزشکی نه تنها با پزشکان دیگر، بلکه با داروسازان، پرستاران، متخصصان علوم اجتماعی و فناوری اطلاعات همکاری می‌کنند. این روند به آموزش مهارت‌های ارتباطی، توانایی مدیریت تیم‌های چند حرفه‌ای و نگرش جامع به سلامت جامعه کمک می‌کند. همچنین، دانشجویان با مواجهه زودهنگام با محیط‌های واقعی و مسائل اجتماعی سلامت، مهارت تصمیم‌گیری اخلاقی و مسئولیت اجتماعی خود را تقویت می‌کنند.

دیجیتالی شدن آموزش و استفاده گسترده از پلتفرم‌های آنلاین نیز روندی شتابان است. آموزش پزشکی دیجیتال طی ۲۵ سال گذشته رشد چشمگیری داشته و شیوع بیماری کووید-۱۹ این روند را به شدت تسریع کرد. پلتفرم‌های آنلاین، یادگیری از راه دور، موبایل لرنینگ و دسترسی به منابع آموزشی جهانی، انعطاف‌پذیری و امکان یادگیری همزمان برای گروه‌های بزرگ دانشجویان را فراهم می‌آورد. این فناوری‌ها امکان آموزش مستمر، دسترسی به منابع متنوع و تعامل بین دانشجویان و استادان در محیط‌های مجازی را بهبود می‌بخشند. همچنین، تمرکز بر مراقبت جامع و جامعه‌محور یکی دیگر از روندهای قابل توجه در آموزش پزشکی است. دانشجویان و پزشکان آینده نه تنها مهارت‌های بالینی را یاد می‌گیرند، بلکه با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، پیشگیری و مدیریت بیماری‌های مزمن آشنا می‌شوند. برنامه‌های آموزشی به سوی ادغام دانش سلامت عمومی، پزشکی پیشگیرانه و توانمندسازی بیماران حرکت می‌کنند، تا پزشکان بتوانند در سطوح مختلف جامعه و سیستم بهداشتی مؤثر عمل کنند.

آموزش پزشکی در حال عبور از مرحله سنتی مبتنی بر یادگیری حضوری و کتابی به دوره‌ای است که فناوری، تغییرات اجتماعی و نیازهای سلامت جهانی، شکل آن را تعیین می‌کنند. روندهای نوظهور در آموزش پزشکی نشان‌دهنده تحولی بنیادین در نحوه آموزش، دسترسی به منابع، مهارت‌های مورد نیاز و ادغام فناوری با تجربه بالینی است.

یکی از مهم‌ترین روندها، ادغام فناوری‌های پیشرفته در برنامه‌های آموزشی است. هوش مصنوعی، داده‌کاوی و شبیه‌سازی‌های پیشرفته به سرعت وارد آموزش پزشکی شده‌اند و توانایی دانشجویان و پزشکان برای یادگیری شخصی‌سازی شده و مبتنی بر شواهد را افزایش می‌دهند. هوش مصنوعی به دانشجویان کمک می‌کند تا از حجم بالای داده‌های پزشکی عبور کنند و تصمیمات بالینی هوشمندانه‌تری اتخاذ کنند، و همچنین امکان بازخورد سریع و خودکار در مهارت‌های بالینی را فراهم می‌آورد. شبیه‌سازی‌های واقعیت مجازی و واقعیت افزوده نیز تجربه عملی را در محیطی امن و قابل کنترل فراهم می‌کنند و آموزش مهارت‌های بالینی، جراحی و ارتباط با بیمار را بدون نیاز به حضور مداوم در بیمارستان امکان‌پذیر می‌کنند.

همزمان با فناوری، حرکت به سمت یادگیری دانشجوی-محور و شخصی‌سازی شده رونیدی کلیدی در دهه آینده محسوب می‌شود. برنامه‌های آموزشی مدرن به جای تاکید صرف بر محتوای نظری، بر مهارت‌های عملی، حل مسئله، و تفکر انتقادی تمرکز دارند. یادگیری مبتنی بر پروژه و تجربه عملی طولانی‌مدت، به دانشجویان امکان می‌دهد مهارت‌ها و دانش را در محیط واقعی جامعه پیاده کنند. این روند نه تنها یادگیری را فعال و مشارکتی می‌کند، بلکه مهارت‌های میان‌فردی، رهبری و کار تیمی را نیز پرورش می‌دهد.



چالش‌های آموزش پزشکی در دهه آینده

با وجود روندهای نوظهور و فرصت‌های گسترده در آموزش پزشکی، این حوزه با چالش‌های متعددی مواجه است که می‌توانند کیفیت آموزش و آمادگی فارغ‌التحصیلان برای پاسخگویی به نیازهای پیچیده و جدید نظام سلامت را محدود کنند. یکی از مهم‌ترین این چالش‌ها، کمبود منابع مالی و سرمایه‌گذاری ناکافی در آموزش پزشکی و پژوهش است. برنامه‌های درسی سنتی و مبتنی بر سخنرانی، نبود روش‌های یادگیری فعال، بودجه ناکافی، شیوه‌های ضعیف اعتباربخشی و کمبود بازنگری در محتوای آموزشی، موجب شده است که بسیاری از دانشجویان پزشکی با مهارت‌های بالینی، ارتباطی و حرفه‌ای لازم فارغ‌التحصیل نشوند و برای مواجهه با پیچیدگی‌های نظام سلامت و ارائه مراقبت ارزش‌محور و اخلاقی آماده نباشند.

در سال‌های اخیر، یکی از مهم‌ترین تغییرات در آموزش پزشکی، تغییر به سمت آموزش مبتنی بر شایستگی (CBE) بوده است. این مدل آموزشی نیازمند ارزیابی مستمر، تعریف دقیق شایستگی‌ها و زیرساخت‌های مناسب برای سنجش مهارت‌های دانشجویان است. بدون سرمایه‌گذاری در این ابزارها و برخورداری از نیروی آموزشی باتجربه، انتقال به آموزش مبتنی بر شایستگی با دشواری همراه می‌شود.

چالش دیگر مربوط به آموزش بین حرفه‌ای و تیمی است. آموزش بین رشته‌ای یکی از روش‌هایی است که با استفاده از آن می‌توان به پیچیدگی‌های مراقبت از بیماران پاسخ داد و به کیفیت خدمات سلامت افزود. با این وجود بسیاری از برنامه‌های آموزشی فرصت کافی برای تعامل با دیگر حرفه‌های سلامت را برای دانشجویان فراهم نمی‌کنند. این محدودیت می‌تواند منجر به کمبود توانمندی در کار تیمی، مدیریت بحران و ارائه مراقبت بیمارمحور شود.

در کنار این موارد، ادغام علوم نوین و فناوری‌های زیستی در آموزش پزشکی نیز روند مهمی است. ژنومیک، بیوتکنولوژی، پزشکی دقیق و یادگیری ماشینی در حال تبدیل شدن به بخش‌هایی جدایی‌ناپذیر از برنامه‌های درسی هستند. این روند نه تنها دانشجویان را با آخرین دستاوردهای علمی آشنا می‌کند، بلکه آن‌ها را برای مقابله با چالش‌های پیچیده و توسعه درمان‌های شخصی‌سازی‌شده آماده می‌سازد.

در مجموع، آموزش پزشکی در دهه آینده به سمت برنامه‌هایی حرکت خواهد کرد که ترکیبی از فناوری، آموزش دانشجوی-محور، بین رشته‌ای و جامعه‌محور هستند. این روندها، فرصت‌هایی برای بهبود کیفیت آموزش، افزایش دسترسی جهانی به منابع، و پرورش پزشکانی با مهارت‌های جامع، اخلاق حرفه‌ای قوی و توانایی تصمیم‌گیری مبتنی بر داده و شواهد فراهم می‌کنند. آینده آموزش پزشکی، به وضوح تحت تأثیر فناوری و تغییرات اجتماعی قرار دارد و این تغییرات مسیر شکل‌گیری نسل جدید پزشکان را تعریف می‌کنند.



بنابراین نیاز است که رویکردهای نوین آموزشی، طوری چیده شوند که دانشجویان و پزشکان آینده بتوانند هم از نظر علمی و هم از نظر روانی آماده ارائه مراقبت‌های با کیفیت باشند.

در نهایت، همه این چالش‌ها نشان می‌دهند که آموزش پزشکی برای پاسخگویی به نیازهای جدید نیازمند سرمایه‌گذاری مالی و فکری، نوآوری در روش‌های تدریس، به‌کارگیری فناوری، تمرکز بر شایستگی‌ها و مسئولیت اجتماعی و کاهش نابرابری‌های دسترسی است. بدون رسیدگی به این چالش‌ها، حتی با وجود فناوری‌های نوین و روندهای آموزشی مدرن، کیفیت آموزش پزشکی و توانمندی پزشکان آینده ممکن است با محدودیت‌های جدی مواجه شود.



از سوی دیگر، دانشجویان پزشکی نیاز دارند که در مورد عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی و اقتصادی بیشتر بدانند. آموزش پزشکی سنتی به‌طور عمده بر مهارت‌های بالینی و تشخیص بیماری تمرکز دارد و اغلب تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بر سلامت را نادیده می‌گیرد. این ضعف باعث می‌شود فارغ‌التحصیلان توانایی کافی برای تعامل با جوامع، پیشگیری و مدیریت بیماری‌های مزمن و ارائه مراقبت جامع نداشته باشند. یکی دیگر از این چالش‌ها، تفاوت‌ها و نابرابری‌های جهانی در دسترسی به منابع آموزشی و فناوری و همزمان سرعت بالای تغییرات علمی و تکنولوژیک است. دانشجویان در مناطق محروم یا کشورهای کم‌درآمد اغلب به ابزارهای نوین آموزشی، اینترنت پرسرعت، پلتفرم‌های شبیه‌سازی و دوره‌های آنلاین دسترسی ندارند، در حالی که تحولات سریع در پزشکی دقیق، بیوتکنولوژی، هوش مصنوعی و یادگیری ماشینی باعث می‌شود دانش پزشکی با سرعتی بالا گسترش یابد. نبود امکانات و زیرساخت‌های لازم برای یادگیری و ارزیابی دیجیتال، همراه با تأخیر در بروزرسانی محتوای درسی و آموزش مهارت‌های نوین، باعث می‌شود شکاف میان آموزش و نیازهای واقعی نظام سلامت بیشتر شود. علاوه بر این چالش‌ها، موضوع سلامت روان دانشجویان و پزشکان نیز باید به یک اولویت جدی تبدیل شود. آموزش پزشکی سنتی کمتر به توانمندسازی دانشجویان برای مدیریت استرس، تاب‌آوری و بهبود سلامت روان دارد.

کادر درمان فردا

بازتعریف نقش‌ها در عصر دیجیتال | نویسنده: ایلیا کلهری

مقدمه

کمی بعد، ChatGPT و مدل‌های زبانی دیگر از راه رسیدند. ماشینی که می‌توانست مثل انسان بنویسد، فکر کند، توضیح دهد، و حتی آموزش دهد. ناگهان کلاس‌های حضوری و غیرحضوری پر شد از دوره‌های «پایتون برای همه» و «هوش مصنوعی در متخصصان».

مهندسی برق و مکانیک که زمانی رؤیای داوطلبان کنکور بود، جایش را به علوم داده و مهندسی کامپیوتر داد.

و حالا دیگر همه می‌دانند: آینده، دیجیتال است. اما سؤال بزرگ اینجاست: در این آینده، «کادر درمان» دقیقاً چه معنایی دارد؟

پزشکان و پرستاران امروز، در جهانی که هوش مصنوعی بیماری را تشخیص می‌دهد، ربات جراحی را هدایت می‌کند و بیمار از خانه بستری می‌شود، چه نقشی خواهند داشت؟

ناظران فناوری یا قربانیان آن؟ اجازه دهید این پرسش را با روایتی از فردایی نه‌چندان دور پاسخ دهیم.



روزی از زندگی دکتر شاهرخ، فوق تخصص ریه در سال ۲۰۵۰

• ساعت ۸:۳۰ صبح، بیمارستان

تحويل از تیم شب‌کار از طریق کنفرانس مجازی انجام می‌شود. سیستم پرونده الکترونیک بیمار (EPR) بیماران نیازمند بررسی فوری را علامت‌گذاری کرده و داده‌های حیاتی آنان را در قالب نمودارهای زنده نمایش می‌دهد.

شاهرخ روی یکی از نام‌ها توقف می‌کند: سارا، حمله شدید آسم. EPR، نامه ترخیص، نسخه دارویی و برنامه توان‌بخشی تنفسی را خودش تولید کرده است. شاهرخ فقط مرور می‌کند، چند اصلاح می‌زند و تأیید نهایی را می‌فرستد. ده دقیقه بعد، داروها در مسیر خانه سارا هستند.

• صبح، ساعت ۷:۴۵، آغاز روز

نور ملایمی از شیشه‌های هوشمند اتاق می‌تابد. ساعت روی دیوار نه با عقربه، بلکه با ضربان قلب شاهرخ تنظیم می‌شود. او پیش از خروج از خانه، نگاهی به «داشبورد سلامت» می‌اندازد که داده‌های خواب، استرس و فشار خونس را از حسگرهای پوستی جمع کرده است. سامانه هوش مصنوعی بیمارستان پیش از رسیدنش برنامه روز را ارسال کرده، فهرستی از بیماران، اما نه در کاغذ یا فایل، بلکه به صورت یک نقشه تعاملی از اولویت‌ها، خطرهای و توصیه‌ها.

۲ متخصص پزشکی از راه دور

ویزیت مجازی برایش به اندازه حضوری طبیعی است. داده‌های زنده بیماران از خانه، برای او همان حس بالینی را دارد که ضربان مچ دست در کنار تخت. او پزشکی را از محدوده فضا و زمان آزاد کرده است.

۳ هماهنگ‌کننده مراقبت‌های پیچیده

در شبکه‌های گسترده از پرستاران پیشرفته، کارآموزان، هوش مصنوعی و ربات‌ها، پزشک به رهبر ارکستر می‌ماند. هر عضو می‌نوازد، اما اوست که هارمونی می‌آفریند.

۴ ویراستار و مربی هوش مصنوعی

او نه تنها مصرف‌کننده الگوریتم‌هاست، بلکه معلم هوش مصنوعی است؛ خطاهایش را می‌بیند، تصحیح می‌کند و از آن می‌آموزد. آینده پزشکی، به اندازه دقت الگوریتم‌ها به کیفیت آموزش این پزشکان بستگی دارد.

۵ رابط انسان و ماشین در روش‌های تهاجمی

در جراحی‌ها و مداخلات، مهارت دست او با چشم ماشین در هم می‌آمیزد. تجربه، شهود و داده به یک زبان مشترک تبدیل می‌شوند.

۶ مدیر جریان بیمار

پزشک نه فقط بر یک بیمار، که بر جریان حرکت بیماران در سیستم نظارت دارد. او می‌فهمد که کارایی سیستم همان اندازه اهمیت دارد که درمان فرد.

۷ یادگیرنده مادام‌العمر همگام با فناوری

پزشکی آینده ثابت نیست. هر هفته سامانه‌های به‌روزرسانی می‌شود، الگوریتمی جدید می‌آید. پزشک باید همواره در حال یادگیری باشد. نه فقط علوم پایه، که زبان ماشین، طراحی الگوریتم و اخلاق دیجیتال.

۸ پزشکی در عصر داده؛ بازگشت به انسان

در نگاه اول، این آینده شاید سرد و ماشینی به نظر برسد. اما واقعیت چیز دیگری است. هرچقدر فناوری پیش‌تر می‌رود، ارزش جنبه انسانی پزشکی بیشتر آشکار می‌شود. هوش مصنوعی می‌تواند تصویر سی‌تی‌اسکن را تفسیر کند، اما نمی‌تواند در چشمان بیمار نگاه کند و بگوید: «من اینجا هستم.»

می‌تواند برنامه درمانی بنویسد، اما نمی‌تواند اضطراب، امید یا ترس را بفهمد. کادر درمان فردا، همان پزشکان امروزند؛ اگر بیاموزند که در کنار یادگیری پزشکی، زبان ماشین و فلسفه

• ساعت ۹ صبح، ویزیت بیماران بستری

نقشه هوشمند مسیر بهینه حرکت بین تخت‌ها را پیشنهاد می‌کند تا زمان و انرژی تلف نشود. در هر توقف، EPR روند گازهای خون، سطح اکسیژن و تصویر قفسه سینه را تحلیل کرده و هشدارهای رنگی می‌دهد: زرد یعنی احتیاط، قرمز یعنی مداخله فوری. هوش مصنوعی پیشنهاد می‌دهد برای یکی از بیماران آزمایش «سونوگرافی ریه Point-of-Care» انجام شود. شاهرخ می‌پذیرد. تصویربرداری انجام می‌شود، الگوریتم بلافاصله تفسیر می‌کند و توصیه درمانی می‌دهد.

شاهرخ لبخند می‌زند. یاد روزهایی می‌افتد که برای گرفتن جواب آزمایش باید تا روز بعد صبر می‌کردند.

• ظهر، ساعت ۱۲:۰۰

کلینیک مجازی آغاز می‌شود. در صفحه نمایش، سه بیمار با حسگرهای پوشیدنی و دستگاه‌های تنفسی هوشمند ظاهر می‌شوند. داده‌ها به‌صورت زنده از خانه هایشان ارسال می‌شود. پرستار و فیزیوتراپیست هم در تماس ویدئویی حضور دارند. یکی از بیماران مبتلا به فیبروز ریوی است و دیگری به مشاوره فوری قلب نیاز دارد. شاهرخ تنها با یک فرمان صوتی، متخصص قلب را به جلسه اضافه می‌کند.

در کمتر از پنج دقیقه، تصمیم نهایی گرفته می‌شود. هیچ رفت‌وآمدی، هیچ کاغذبازی، هیچ تلفنی در کار نیست.

• ساعت ۱:۳۰ بعدازظهر

اداری‌ها! یا بهتر بگوییم، بقیه کارهایی که دیگر «اداری» نامیده نمی‌شوند. EPR خودش خلاصه پرونده‌ها را نوشته و نامه‌های پیگیری را بر اساس سبک نوشتار شاهرخ تنظیم کرده است. او بیشتر شبیه ویراستار هوش مصنوعی است تا کارمند اداری. می‌خواند، حذف می‌کند، اضافه می‌کند. گاهی اشتباهات ظریف الگوریتم را اصلاح می‌کند. هوش مصنوعی از تصحیحات او یاد می‌گیرد و به مرور دقیق‌تر می‌شود. تازه می‌فهمد چرا نسل جدید پزشکان باید در کار با «زبان ماشین» هم مهارت داشته باشند.

• بعدازظهر، برونکوسکوپي

شاهرخ پشت کنسول می‌نشیند. بیمار در اتاق دیگر است و بازوی رباتیک زیر کنترل او. پیش از آغاز، مدل سه‌بعدی از ریه بیمار روی نمایشگر ظاهر می‌شود، بازسازی‌شده از سی‌تی‌اسکن با وضوح بالا.

۹ پزشکان آینده چه کسانی خواهند بود؟

شاهرخ تنها یک تصویر خیالی نیست؛ نماد نسلی است که پزشکی را از نو تعریف می‌کند. در دنیایی که بیمارستان و خانه مرز روشنی ندارند، کادر درمان دیگر صرفاً ارائه‌دهنده خدمت نیستند، بلکه رهبران سامانه‌های هوشمند هستند. نقش‌های آنان به گونه‌ای دیگر شکل گرفته است:

۱ فرمانده دیجیتال

پزشک دیگر جمع‌آورنده داده نیست؛ ناوبر میان داده‌هاست. او در میان طوفان اطلاعات تصمیم نهایی را می‌گیرد. سامانه‌ها تحلیل می‌کنند، اما او قضاوت انسانی را به معادله بازمی‌گرداند.

انسانیت را نیز بیاموزند.
پزشکی دیجیتال به معنی حذف انسان نیست، بلکه بازتعریف انسان در مرکز فناوری است.
وقتی شاهرخ به خانه می‌رسد، صدای نوتیفیکیشن آرامی از گوشی‌اش می‌آید.
سامانه از او می‌خواهد یکی از الگوریتم‌ها را درباره اخلاق در تصمیم‌گیری بالینی بازبینی کند.
او به صفحه نگاه می‌کند، می‌خندد و زیر لب می‌گوید:
«انگار هنوز کار ما با هوش مصنوعی تمام نشده...»

نتیجه‌گیری

دوران «قبل از کووید» و «بعد از کووید» نقطه عطفی در تاریخ پزشکی بود؛ همان‌طور که ظهور هوش مصنوعی، فصل تازه‌ای از زیست‌انسان را آغاز کرده است.
کادر درمان فردا، نه قربانی ماشین‌ها بلکه معماران هم‌زیستی با آن‌ها خواهند بود.
پزشکی آینده شاید دیجیتال‌تر از همیشه باشد، اما قلبش هنوز انسانی می‌تپد؛ همان قلبی که شاهرخ، در میانه صفحه‌نمایش‌ها و داده‌ها، هنوز به صدای آن گوش می‌دهد.



نقش فعالیتهای فوق برنامه

پژوهش دانشجویی و المپیادها در شکل گیری هویت حرفه ای | نویسندگان: رضا عطایی - فاطمه جوان بخت

مقدمه

فعالیت های فوق برنامه، پژوهش دانشجویی و حضور در المپیادها و مسابقات علمی، بخش مهمی از این فرایند هستند. دانشجویان با فعالیت های فوق برنامه مهارت هایی کسب می کنند و مهارت های آنها به راحتی توسط این فعالیت ها آشکار می شود. این فعالیت های اجتماعی، فرهنگی و حرفه ای سازمان یافته می توانند به صورت کارگاه ها، سمینارها، بازدیدهای فنی، فعالیت های حرفه محور و غیره متنوع باشند. فعالیت های فوق برنامه تأثیر بسیار مثبت و زیادی بر مشارکت، انگیزه، توسعه و عملکرد جوانان در بسیاری از زمینه ها دارد. در بسیاری از مطالعات، توسعه فردی از نظر روانشناسی، جامعه شناسی و فیزیولوژی با فعالیت های فوق برنامه تقویت و بهبود یافته است.

اهمیت فعالیت های فوق برنامه^۱ (EA) در آموزش پزشکی مورد تأکید قرار گرفته است. این فعالیت ها می توانند سلامت عاطفی و جسمی دانشجویان را افزایش داده و فرصت های رشدی را برای آنها فراهم کنند. فعالیت های فوق برنامه در زمینه آموزش پزشکی ضروری هستند؛ زیرا این فعالیت ها به عنوان یک سپر در برابر استرس و فرسودگی شغلی ایجاد شده در یک محیط تحصیلی طاقت فرسا، عمل می کنند. علاوه بر این، آنها فرصت های رشدی را برای دانشجویان فراهم می کنند تا عزت نفس خود را تقویت کنند؛ روابط سازنده با همسالان برقرار کنند و عاملیت دانشجویی را افزایش دهند. در فضای آموزش عالی و دانشگاهی امروز، تنها گذراندن واحدهای درسی کفایت نمی کند تا دانشجو به عنوان یک حرفه ای وارد بازار کار شود.

فعالیت های فوق برنامه چیست؟

فعالیت های فوق برنامه به هر نوع فعالیت آموزشی، تربیتی به طور مستقیم یا غیرمستقیم گفته می شود که خارج از چارچوب رسمی درس و در محیط دانشگاه یا خارج از آن است؛ مانند باشگاه های علمی، فرهنگی، ورزشی، و انجمن های دانشجویی. این فعالیت ها بستری برای توسعه مهارت های عملی، همکاری، رهبری، و هویت سازی فراهم می کنند. انگیزه ها در انواع فعالیت های فوق برنامه و در طول مسیر دانشگاه، متفاوت هستند. انگیزه بیرونی برای فعالیت های فوق برنامه شغلی، تحصیلی، اجتماعی و داوطلبانه برجسته هستند. انگیزه های ذاتی و اجتماعی برای ورزش و جوامع حیاتی و انگیزه اجتماعی برای فعالیت های فوق برنامه تحصیلی، داوطلبانه و اجتماعی حیاتی است.



انواع فعالیت های فوق برنامه

فعالیت های فوق برنامه در آموزش پزشکی دوره کارشناسی را می توان به فعالیت های فوق برنامه مستقیم و فعالیت های فوق برنامه غیرمستقیم طبقه بندی کرد که مورد دوم به ۹ زیرگروه طبقه بندی می شود. هفت دسته اصلی در مورد نتایج یادگیری فعالیت های فوق برنامه شناسایی شده است.



۱. Extracurricular activity

۴ هویت حرفه‌ای

شکل‌گیری هویت حرفه‌ای^۲ (PIF) یعنی تصویری که فرد از خود به‌عنوان یک عضو حرفه‌ای دارد و ارزش‌ها، نگرش‌ها، مهارت‌ها و نقش‌های خود را در آن حرفه می‌پذیرد. شکل‌گیری هویت حرفه‌ای نیازمند تجربه‌ها و فرصت‌هایی فراتر از کلاس درس است. همچنین، شکل‌گیری هویت حرفه‌ای برای دانشجویان بسیار مهم است؛ زیرا حس خود را در حرفه خود شکل می‌دهد و بر ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای آینده آنها تأثیر می‌گذارد. دانشجویانی که احساس هویت حرفه‌ای قوی‌تر دارند، انگیزه و تعهد بیشتری برای یادگیری و حرفه‌ای دارند. هویت حرفه‌ای در پزشکی به‌عنوان «بازنمایی از خود» تعریف می‌شود که در طول زمان و در مراحل به دست می‌آید که در طی آن ویژگی‌ها، ارزش‌ها و هنجارهای حرفه پزشکی، درونی می‌شوند و در نتیجه فرد مانند یک پزشک فکر، عمل و احساس می‌کند.

۴ حوزه‌های هویت حرفه‌ای

هویت حرفه‌ای (PIF) به‌طور هم‌زمان در سه حوزه مجزا رخ می‌دهد که همه آنها به آموزش پزشکی مربوط هستند. این حوزه‌ها شامل هویت‌های فردی، رابطه‌ای و جمعی هستند.

- **حوزه فردی یا خودپنداره حرفه‌ای (Professional Self-Concept)** بر رشد و ارزش‌های شخصی تمرکز دارد. این مؤلفه به درک و باور فرد از دانش، مهارت‌ها و شایستگی‌های خود به‌عنوان یک عضو از یک حرفه اشاره دارد. زمانی که یک دانشجوی پرستاری در یک کارگاه عملی مربوط به مراقبت‌های ویژه شرکت می‌کند یا در یک پژوهش مرتبط با بهداشت روان بیماران مشارکت می‌کند، خود را فراتر از یک دانشجوی، به‌عنوان یک «مراقب بالینی» یا «پژوهشگر سلامت» در حال رشد می‌بیند. این تجارب عملی، خودپنداره تئوریک را به یک خودپنداره عملی و ملموس تبدیل می‌کند.

- **ارزش‌ها و اخلاق حرفه‌ای (Values and Professional Ethics)**؛ هویت حرفه‌ای صرفاً به مهارت فنی خلاصه نمی‌شود، بلکه شامل درونی‌سازی ارزش‌ها و کدهای اخلاقی آن حرفه است. فعالیت در کانون‌های خیریه مرتبط با سلامت، مشارکت در پروژه‌های پژوهشی که با بیماران سروکار دارد، یا حتی بحث‌های اخلاقی در انجمن‌های علمی، دانشجویان را با دوره‌های واقعی حرفه‌ای مواجه می‌کند و به شکل‌گیری وجدان کاری و اخلاق حرفه‌ای او کمک می‌کند.

- **حوزه رابطه‌ای بر تعامل با دیگران در زمینه پزشکی تأکید دارد.**

- **حوزه جمعی یا احساس تعلق به جامعه حرفه‌ای (Sense of Belonging to a Professional Community)** به هویت مشترک در جامعه پزشکی گسترده‌تر مربوط

می‌شود. این حس که فرد عضوی از یک جامعه بزرگ‌تر از متخصصان است، نقشی حیاتی در تثبیت هویت دارد. انجمن‌های علمی دانشجویی، کنفرانس‌ها و المپیادها با ایجاد شبکه‌ای از هم‌تایان، اساتید و متخصصان، این احساس تعلق را به شدت تقویت می‌کنند. دانشجویان در این فضاها «زبان مشترک» حرفه خود را می‌آموزد و با هنجارهای آن جامعه آشنا می‌شود.

این حوزه‌ها در کنار هم به توسعه کمک می‌کنند و بر نحوه درک آنها از خود، تعامل با دیگران و مشارکت در حرفه تأثیر می‌گذارند. این فرایند توسعه هویت حرفه‌ای از طریق اجتماعی شدن دانشجویان در جامعه اتفاق می‌افتد.

هویت حرفه‌ای به‌عنوان درک از یک گروه اجتماعی خاص که حوزه خاصی از دانش مرتبط با کار را به اشتراک می‌گذارند، مشخص می‌شود. همچنین به‌عنوان یک فرایند شناختی و پویا تعریف می‌شود که از طریق روایت‌هایی که به‌طور فعال از طریق تعامل اجتماعی ساخته می‌شوند، رخ می‌دهد؛ بنابراین، هویت حرفه‌ای در یک فرایند ساخت‌وساز مداوم است و در طول تحصیلات کارشناسی، این فرایند به دلیل محرک‌های مختلفی که دانشجویان در معرض آن قرار می‌گیرند، تأکید بیشتری می‌شود.

در آموزش عالی، می‌توان سه جنبه را برای ساخت هویت حرفه‌ای مشخص کرد.

- **اولاً** دانشجویان با شناخت خود به‌عنوان یک متخصص، شروع به توسعه دانش، مهارت‌ها، نگرش‌ها و ارزش‌هایی می‌کنند که مشابه سایر اعضای آن حرفه است.
- **ثانیاً** با انجام این کار، آنها با کسانی که بخشی از یک حوزه خاص نیستند، متفاوت می‌شوند.
- **ثالثاً**، آنها خود را به‌عنوان اعضای آن دسته از افراد در آن حرفه شناسایی می‌کنند.

توسعه هویت حرفه‌ای به‌عنوان یک فرایند پویا وابسته به خودپنداره و روابط بین‌فردی و فرهنگی درک می‌شود و با مدل Archway ارائه شده توسط سوپر که خلاصه‌ای از توسعه شغلی و تأثیرات آن بر عوامل تعیین‌کننده بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی - اقتصادی را ارائه می‌دهد، همخوانی دارد. پایه پشتیبانی این مدل به دو بعد تقسیم می‌شود:

- **بعد اول بیوگرافی:** که در مورد اهمیت شخصیت برای انتخاب‌های شغلی است و با دستاوردها ترکیب می‌شود.
- **بعد دوم جغرافیایی:** که منعکس‌کننده تأثیری است که سیاست اجتماعی بر توسعه شغلی از طریق شیوه‌های کار دارد.



۴ حرکت به سمت مرکز

با افزایش مشارکت و کسب مهارت، دانشجو از حاشیه به مرکز این اجتماع حرکت کرده و هویت او به عنوان یک «عضو کامل» آن حرفه (مثلاً یک پژوهشگر، یک پرستار بالینی ماهر) تثبیت می‌شود.

۴ پژوهش دانشجویی

منظور از پژوهش دانشجویی، مشارکت دانشجویان (به‌ویژه دوره کارشناسی) در فرایند تحقیق علمی، اعم از پروژه‌های کوچک، مقاله، کنفرانس، یا همکاری با پژوهشگران است. این تجربه می‌تواند دانشجو را با روش‌های علمی، پرسشگری، و بستر حرفه‌ای آشنا کند.

۴ المپیادها و مسابقات علمی

منظور از پژوهش دانشجویی، مشارکت دانشجویان (به‌ویژه دوره کارشناسی) در فرایند تحقیق علمی، اعم از پروژه‌های کوچک، مقاله، کنفرانس، یا همکاری با پژوهشگران است. این تجربه می‌تواند دانشجو را با روش‌های علمی، پرسشگری، و بستر حرفه‌ای آشنا کند.

۴ سازمان‌های دانشجویی

سازمان‌های دانشجویی ممکن است نقش مهمی در اجتماعی شدن دانشجویان ایفا کنند. در متون علمی، مترادف‌های متعددی برای سازمان‌های دانشجویی استفاده می‌شود، از جمله «انجمن دانشجویی»، «انجمن دانشجویی»، «شورای دانشجویی»، «تحدیه دانشجویی»، «باشگاه دانشجویی» و «دولت دانشجویی». فعالیت‌های سازمان‌های دانشجویی می‌تواند رسمی و همسو با فعالیت‌های درسی باشد، یا می‌تواند فعالیت‌های فوق برنامه غیررسمی باشد که یادگیری و توسعه را فراتر از برنامه درسی افزایش می‌دهد. این فعالیت‌ها می‌توانند بُعد اجتماعی - سیاسی داشته باشند یا بر توسعه و رفاه شخصی

۴ حوزه‌های هویت حرفه‌ای

برای تحلیل علمی تر نقش این فعالیت‌ها، می‌توان از چارچوب‌های نظری معتبر در حوزه روانشناسی شغلی و آموزش استفاده کرد. دو نظریه کلیدی در این زمینه عبارتند از:

الف) نظریه شناختی-اجتماعی مسیر شغلی (Social Cognitive Career Theory - SCCT):

این نظریه که توسط Lent, Brown و Hackett (۱۹۹۴) توسعه یافته است، بیان می‌کند که سه عامل اصلی بر انتخاب‌ها و پیشرفت شغلی فرد تأثیر می‌گذارند و فعالیت‌های مورد بحث ما مستقیماً این سه عامل را هدف قرار می‌دهند:

۱ خودکارآمدی (Self-Efficacy)

باور فرد به توانایی‌هایش برای انجام موفقیت‌آمیز یک کار. وقتی دانشجو یک پروژه پژوهشی را با موفقیت به اتمام می‌رساند، در یک المپیاد رتبه کسب می‌کند یا یک سمینار علمی را با موفقیت برگزار می‌کند، خودکارآمدی او در آن حوزه به شدت افزایش می‌یابد. این باور مثبت، او را به سمت انتخاب چالش‌های بزرگ‌تر سوق می‌دهد.

۲ انتظارات از پیامد (Outcome Expectations)

باور فرد در مورد نتایج احتمالی انجام یک فعالیت. وقتی دانشجو می‌بیند که اعضای فعال انجمن علمی یا برگزیدگان المپیاد در موقعیت‌های شغلی بهتری قرار گرفته‌اند یا برای ادامه تحصیل در دانشگاه‌های معتبر پذیرفته شده‌اند، انتظارات مثبتی نسبت به آینده خود پیدا می‌کند و انگیزه بیشتری برای مشارکت خواهد داشت.

۳ اهداف شخصی (Personal Goals)

این فعالیت‌ها به دانشجو کمک می‌کنند تا اهداف شغلی خود را از حالت کلی و مبهم به اهداف مشخص و قابل دستیابی تبدیل کنند. برای مثال، هدف کلی «خدمت به جامعه» از طریق مشارکت در یک پژوهش در حوزه سلامت عمومی، به هدف مشخص «تبدیل شدن به یک پژوهشگر در حوزه اپیدمیولوژی» تبدیل می‌شود.

ب) نظریه اجتماعات عمل (Communities of Practice - CoP)

این نظریه که توسط Lave و Wenger (۱۹۹۱) مطرح شده، یادگیری و شکل‌گیری هویت را یک فرآیند اجتماعی می‌داند که از طریق مشارکت در یک «اجتماع عمل» رخ می‌دهد. آزمایشگاه‌های تحقیقاتی، تیم‌های المپیاد و انجمن‌های علمی همگی نمونه‌های بارزی از این اجتماعات هستند. در این اجتماعات:

۱ مشارکت حاشیه‌ای مشروع (Legitimate Peripheral Participation)

دانشجوی تازه‌وارد در ابتدا با انجام کارهای ساده‌تر و مشاهده رفتار اعضای باتجربه‌تر، به تدریج با فرهنگ، زبان و مهارت‌های آن اجتماع آشنا می‌شود.

۲ یادگیری ضمنی (Tacit Knowledge)

بسیاری از مهارت‌ها و مهارت‌های حرفه‌ای (مانند نحوه تعامل با استاد راهنما، روش نوشتن ایمیل رسمی یا تکنیک‌های ارائه مطلب) به صورت رسمی آموزش داده نمی‌شوند، بلکه در بستر تعاملات این اجتماعات آموخته می‌شوند.

۲ یادگیری ضمنی (Tacit Knowledge)

بسیاری از مهارت‌ها و مهارت‌های حرفه‌ای (مانند نحوه تعامل با استاد راهنما، روش نوشتن ایمیل رسمی یا تکنیک‌های ارائه مطلب) به صورت رسمی آموزش داده نمی‌شوند، بلکه در بستر تعاملات این اجتماعات آموخته می‌شوند.

ۛ نقش فعالیتهای فوق برنامه در شکل گیری هویت حرفه‌ای

۱ ایجاد تجربه عملی و مهارت‌های فراتخصصی

دانشجوی تازه‌وارد در ابتدا با انجام کارهای ساده‌تر و مشاهده رفتار اعضای باتجربه‌تر، به تدریج با فرهنگ، زبان و مهارت‌های آن اجتماع آشنا می‌شود.

۲ ارتباط با جامعه حرفه‌ای

وقتی دانشجو در باشگاه علمی یا انجمن دانشجویی مشارکت می‌کند، با فضایی روبرو می‌شود که اعضایش ممکن است دانشجو، فارغ‌التحصیل، یا حرفه‌ای باشند. این تجربه به وی کمک می‌کند تا خود را به عنوان «عضو» حرفه‌ای ببیند، نه صرفاً «دانشجو». این احساس عضویت در جامعه حرفه‌ای، بخش مهمی از هویت حرفه‌ای است.

۳ رشد شناختی و انگیزشی

شرکت در فعالیتهای فوق برنامه، حس تعلق، انگیزه و خودکارآمدی دانشجو را افزایش می‌دهد. مطالعات نشان داده‌اند که فعالیتهای غیرآکادمیک و مشارکت اجتماعی می‌توانند به شکل گیری هویت حرفه‌ای کمک کنند. ساعات فعالیت در محیط غیرآکادمیک (NAA) با مراحل شکل گیری هویت حرفه‌ای ارتباط دارد. باین حال مطالعات نشان داده‌اند که تنها ۸۳٫۵ درصد از دانشجویان پزشکی در چنین فعالیتهایی شرکت می‌کنند؛ علی‌رغم اینکه سازمان‌های دانشجویی فرصت‌های شناخته شده‌ای برای دانشجویان پزشکی برای تعامل با همسالان هستند و از این طریق بر فرایند PIF تأثیر می‌گذارند.

ۛ نقش پژوهش دانشجویی در شکل گیری هویت حرفه‌ای

۱ تجربه پژوهش به معنای ورود به دنیای حرفه‌ای

وقتی دانشجو وارد فرایند پژوهش می‌شود، با روش‌شناسی علمی، اخلاق پژوهش، ارائه نتایج، همکاری با اساتید یا پژوهشگران مواجه می‌شود. این تجربه بخشی از هویت حرفه‌ای را شکل می‌دهد؛ یعنی دانشجو می‌بیند خودش را نه فقط به عنوان مصرف کننده علم بلکه به عنوان تولیدکننده می‌تواند باشد.



تمرکز کنند؛ بنابراین، مشارکت در سازمان‌های دانشجویی چندوجهی است و ممکن است عناصر دانشگاهی، اجتماعی و سیاسی را در بر بگیرد.

مشارکت در سازمان‌های دانشجویی می‌تواند نتایج مطلوبی مانند افزایش مهارت‌های ارتباطی، انضباط، توانایی‌های مشارکتی، دسترسی و تجزیه و تحلیل اطلاعات، تفکر انتقادی، مهارت‌های حل مسئله و سازگاری را به همراه داشته باشد. سازمان‌های دانشجویی به ویژه برای تقویت تشکیل کلاس و پیوند مؤثر هستند.

سازمان‌های دانشجویی ممکن است ارزش‌ها را القا کرده و رفتارهایی را خارج از برنامه درسی ترویج دهند. همچنین سازمان‌های دانشجویی متمرکز می‌توانند از قدرت خود برای کنترل دسترسی به فرصت‌های توسعه شخصی و حرفه‌ای، مانند آموزش‌های فوق برنامه و شبکه سازی، استفاده کنند. در این تعامل پیچیده، دانشجویانی که ارزش‌های سازمان را درونی می‌کنند، فضایی برای رشد پیدا می‌کنند. باین حال، دانشجویانی که با این ارزش‌ها همسو نیستند، ناهماهنگی هویتی را تجربه می‌کنند که فرایندهای اجتماعی شدن آنها را در یک چرخه معیوب تضعیف می‌کند. دانشجویانی که با موفقیت ارزش‌های سازمان دانشجویی را درونی کردند، به اعضای اصلی تبدیل شدند و حس تعلق عمیقی را تجربه کردند که متقابلاً آنها را حفظ کرد.

ۛ نقش کلیدی مربی‌گری (Mentorship) و سرمایه اجتماعی

یکی از قدرتمندترین مکانیسم‌هایی که از طریق آن این فعالیتهای بر هویت حرفه‌ای تأثیر می‌گذارند، ایجاد فرصت برای مربی‌گری و ساخت سرمایه اجتماعی (Social Capital) است.

• **مربی‌گری (Mentorship):** در پروژه‌های پژوهشی، استاد راهنما نقش یک مربی را ایفا می‌کند که نه تنها دانش فنی، بلکه هنجارهای نانوشته دنیای آکادمیک را نیز به دانشجو منتقل می‌کند. در المپیادها، اساتید و دانشجویان سال‌های بالاتر این نقش را بر عهده دارند. در انجمن‌های علمی نیز، تعامل با فارغ‌التحصیلان موفق می‌تواند چنین کارکردی داشته باشد. این رابطه مربی‌گری، فرآیند اجتماعی شدن حرفه‌ای دانشجو را تسریع می‌کند.

• **شبکه سازی و سرمایه اجتماعی:** این فعالیتهای بستر بی نظیری برای ایجاد دو نوع شبکه ارتباطی فراهم می‌کنند:

• **شبکه افقی (Horizontal Network):** ارتباط با هم‌تایان با انگیزه و مستعد که می‌تواند به همکاری‌های آینده، حمایت عاطفی و تبادل دانش منجر شود.

• **شبکه عمودی (Vertical Network):** ارتباط با اساتید، متخصصان صنعت و مدیران که می‌تواند فرصت‌های شغلی، تحصیلی و پژوهشی ارزشمندی را در آینده برای دانشجو فراهم آورد.

نتیجه گیری

شکل گیری هویت حرفه ای دانشجویان فراتر از یادگیری در کلاس های درسی است. مشارکت فعال در فعالیتهای فوق برنامه، انجام پژوهش دانشجویی و مشارکت در المپیادها و مسابقات علمی، همه سه رکن مهم در این مسیر هستند. این فعالیت ها دانشجو را از موقعیت صرفاً «دانشجو» به موقعیت «پیش حرفه ای» یا «حرفه ای در حال شکل گیری» می برند. دانشگاه ها، استادان و سیاست گذاران آموزشی باید با فراهم کردن فرصت ها، حمایت ها و ساختارهای مناسب، این مسیر را تسهیل کنند تا دانشجویان بتوانند با هویتی حرفه ای، آماده ورود به بازار کار و تحقق تأثیر در رشته خود باشند.



تقویت مهارت های تحلیلی، پرسشگری و نوآوری

پژوهش دانشجویی دانشجو را وامی دارد پرسش کند، داده ها را تحلیل کند، نتایج را تفسیر کند، و اغلب یافته های خود را ارائه دهد یا منتشر کند. این روند باعث می شود دانشجو مفاهیم «دانشجو» را ببیند و بینش حرفه ای تری پیدا کند.

فرصتی برای معرفی به فضای علمی و حرفه ای

اگر پژوهش دانشجویی منجر به ارائه در کنفرانس یا انتشار مقاله شود، دانشجو بخشی از شبکه حرفه ای خود می سازد. این امر کمک می کند که هویت حرفه ای وی تقویت شود، چون وی خود را در میان اعضای جامعه علمی می بیند.

نقش المپیادها و مسابقات علمی در شکل گیری هویت حرفه ای

۱ فضای رقابتی و انگیزشی

شرکت در المپیادها و مسابقات علمی دانشجو را در موقعیت «عمل حرفه ای» و «عملکرد بالا» قرار می دهد؛ و فقط برای یادگیری نیست؛ بلکه اجرا و نمایش توانمندی ها در آن مؤثر است. این تجربه به دانشجو کمک می کند که خودش را «فردی حرفه ای» ببیند که بتواند در سطح بالا رقابت کند.

۲ نمایش و تأیید توانمندی ها

موفقیت در مسابقه علمی یا المپیاد، تأیید بیرونی برای دانشجو فراهم می کند که این تأیید، حس اعتبار و خودباوری را افزایش می دهد که اجزای مهم هویت حرفه ای هستند.

۳ شبکه سازی و فرصت های آتی

شرکت در این نوع فعالیت ها معمولاً فرصتهایی برای مطرح شدن، ملاقات با مربیان، اساتید، و سایر دانشجویان پیشرفته فراهم می کند؛ همه این ها به دانشجو کمک می کند که حضور خود در فضای حرفه ای را بیشتر احساس کند و هویت حرفه ای فرد شکل بگیرد.

تفاوت جنسیتی

شرکت کنندگان زن نسبت به شرکت کنندگان مرد، تهدید هویت اجتماعی بیشتری را درک می کنند. امروزه کلیشه های جنسیتی در فیزیک یا باور خود افراد، به واجد شرایط بودن این کلیشه ها، مانعی برای ادامه تحصیل در علم ایجاد نمی کند. در حالی که قبلاً فرض می شد کلیشه های جنسیتی منفی در مورد توانایی هایشان در فیزیک بر شرکت کنندگان زن در المپیادهای علمی تأثیر می گذارد، نتایج جدید این یافته را تکرار نمی کند. با این حال، نشان داده شد که هویت جنسیتی بالاتر، انتظارات موفقیت برای ادامه تحصیل در علم را کاهش می دهد، در حالی که حس تعلق بالاتر، این انتظارات موفقیت را تقویت می کند.

بازنگری در سیاست‌های پذیرش دانشجو

نویسندگان: سمیه نیکخواه - زهرا کاظمی

آیا آزمون‌های فعلی، بهترین شایستگی‌ها را برای ورود به پزشکی می‌سنجند؟

مقدمه

ویژگی‌های مهم‌ترین آزمون ورودی به پزشکی (کنکور)

نوع آزمون کنکور سراسری ایران: هنجاری، چندگزینه‌ای، دانش‌محور و رتبه‌محور. آزمون کنکور سراسری به عنوان اصلی‌ترین ابزار پذیرش دانشجو در پزشکی در ایران، از نظر طراحی، اجرا و تفسیر دارای ویژگی‌های استاندارد و مشخصی است:

۱ نوع آزمون: هنجاری

کنکور یک آزمون هنجاری است، یعنی عملکرد داوطلب نسبت به سایر داوطلبان (هنجار گروه) سنجیده می‌شود، نه بر اساس یک معیار مطلق (مثل تسلط ۸۰ درصدی). در اصلاح علمی به این آزمون‌ها NRT یا Norm-Referenced Test می‌گویند.

۲ پیامد

رتبه‌بندی رقابتی ایجاد می‌شود. حتی اگر همه داوطلبان ۱۰۰٪ درست پاسخ دهند، فقط بالاترین رتبه‌ها پزشکی قبول می‌شوند. اعتبار پیش‌بینی‌کننده برای عملکرد آکادمیک اولیه بالاست، اما برای شایستگی‌های بالینی پایین است.

۳ ساختار آزمون و فرمت

ساختار آزمون: چندگزینه‌ای. فرمت: ۴ گزینه‌ای با یک پاسخ صحیح. نمره‌دهی منفی: هر ۳ پاسخ غلط = حذف ۱ پاسخ درست.

۴ انتقاد علمی

بیش از حد بر دانش حفظی تمرکز دارد و استدلال بالینی یا تفکر انتقادی را به ندرت می‌سنجد.

۵ مقیاس نمره

استاندارد شده و تراز.

در نظام آموزش عالی سلامت ایران، پذیرش دانشجو در رشته پزشکی عمومی به عنوان یکی از رشته‌های با تقاضای بالا، عمدتاً از طریق آزمون سراسری کنکور (گروه علوم تجربی)، آزمون لیسانس به پزشکی و مسیرهای محدود استعدادهای درخشان انجام می‌شود. این ابزارهای سنجش ورودی با تمرکز بر دانش حفظی و مهارت‌های تحلیلی در دروس زیست‌شناسی، شیمی، فیزیک و زمین‌شناسی به دنبال شناسایی داوطلبان با بالاترین ظرفیت شناختی هستند. با این حال، شواهد مبتنی بر پژوهش در آموزش پزشکی نشان می‌دهد که این روش‌ها تنها بخشی محدود از شایستگی‌های چندبعدی (Multidimensional Competencies) مورد نیاز یک پزشک شایسته — شامل استدلال بالینی (Clinical Reasoning)، مهارت‌های ارتباطی (Communication Skills)، تفکر انتقادی (Critical Thinking)، اخلاق حرفه‌ای (Professionalism) و یادگیری مادام‌العمر (Lifelong Learning) را می‌سنجند.

نتیجه‌ی پژوهش‌ها

پژوهش‌های طولی نشان می‌دهند که اعتبار پیش‌بینی‌کننده آزمون‌های ورودی برای عملکرد بلندمدت پزشکان پایین است. در ایران، با وجود افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی به بیش از ۱۰ هزار نفر در سال، هنوز مدلی جامع برای انتخاب مبتنی بر شایستگی (Competency-Based Selection - CBS) وجود ندارد. این وضعیت پرسش اساسی زیر را مطرح می‌کند: آیا نظام فعلی پذیرش دانشجوی پزشکی در ایران — مبتنی بر آزمون‌های دانش‌محور — بهترین شایستگی‌ها را برای تربیت پزشکان شایسته، اخلاق‌مدار و کارآمد شناسایی و تضمین می‌کند؟

این مسئله نه تنها بر کیفیت برنامه درسی پزشکی، بلکه بر سلامت جامعه، اعتماد عمومی به نظام درمانی و توسعه پایدار منابع انسانی سلامت تأثیر مستقیم دارد. لذا بازنگری مبتنی بر شواهد در سیاست‌های پذیرش، با تأکید بر رویکرد انتخاب مبتنی بر شایستگی، به یک ضرورت فوری در آموزش پزشکی تبدیل شده است.

انواع آزمون‌های ورود به رشته پزشکی در ایران

برای ورود به رشته پزشکی عمومی در ایران، فرآیند پذیرش عمدتاً از طریق آزمون‌های استاندارد و رقابتی تحت نظارت سازمان سنجش آموزش کشور و مرکز سنجش آموزش پزشکی وزارت بهداشت انجام می‌شود. بر اساس تقویم آزمون‌های علوم پزشکی، انواع اصلی آزمون‌های ورودی عبارتند از: کنکور سراسری (آزمون ورودی دانشگاه‌ها - گروه آزمایشی علوم تجربی)، آزمون لیسانس به پزشکی، و پذیرش از طریق استعدادهای درخشان یا المپیادها.

⚠ محدودیت‌های سیستم فعلی

سیستم پذیرش دانشجوی پزشکی در ایران عمدتاً بر آزمون کنکور سراسری تکیه دارد که یک آزمون هنجاری و دانش‌محور است. این آزمون پایایی بالایی (>0.95) دارد اما تمرکز اصلی آن بر یادآوری دانش ($60-70$ درصد سوالات) است و کمتر به مهارت‌های بالاتر مانند تحلیل می‌پردازد. مطالعات نشان می‌دهند که اعتبار پیش‌بینی‌کننده آن برای عملکرد اولیه تحصیلی متوسط است، اما برای شایستگی‌های بالینی ضعیف عمل می‌کند، که ممکن است به دلیل عدم سنجش مهارت‌های نرم مانند ارتباطات و اخلاق حرفه‌ای باشد.

🔑 نکات کلیدی در بازنگری سیاست‌های پذیرش دانشجوی پزشکی در ایران

- سیستم پذیرش فعلی، مبتنی بر آزمون کنکور، پایایی بالایی دارد و می‌تواند عملکرد تحصیلی اولیه را پیش‌بینی کند، اما تحقیقات نشان می‌دهد که اعتبار پیش‌بینی‌کننده آن برای شایستگی‌های بالینی بلندمدت ممکن است محدود باشد.
- رویکردهای جهانی مانند انتخاب مبتنی بر شایستگی (CBS) مزایایی مانند ارزیابی جامع‌تر مهارت‌ها را دارد و می‌تواند برای ایران مفید باشد، اما باید با شرایط محلی تطبیق یابد تا عدالت حفظ شود و نابرابری‌ها افزایش نیابد.
- بازنگری سیاست‌ها می‌تواند بر اساس شواهد انجام شود، با تمرکز بر تعادل بین عدالت و کیفیت، و درگیر کردن دیدگاه‌های متنوع ذینفعان برای جلوگیری از سوگیری.

⚠ چالش‌ها و توصیه‌های نهایی برای اصلاح پذیرش دانشجوی پزشکی در ایران

سیستم ایران، با بیش از ۱۰۰۰۰ پذیرش سالانه، با مسائل مقیاس‌پذیری در اصلاحات روبرو است. انتقادات شامل تأکید بیش از حد بر آزمون‌های سرعت‌محور و عدم ابزارهای مدرن مانند CASPer یا MMI است. چالش‌های اجرایی شامل نیاز به الزامات نهادی برای ارتقای نظارت مبتنی بر سیاست‌های عمومی سلامت است. موانع پنهان در آموزش بالینی شامل مدیریت ناکارآمد، تمرکز محدود بر پزشکان پاسخگو به جامعه، و تغییرات در دیدگاه‌های حرفه‌ای است، که بخشی به فرآیندهای پذیرش مرتبط می‌شود.

🎯 نتیجه‌گیری

در نتیجه، در حالی که آزمون‌های ایران نامزدهای قوی شناختی را شناسایی می‌کند، آنها به طور بهینه شایستگی‌ها را برای پزشکان اخلاقی و adaptable اندازه‌گیری نمی‌کنند. اصلاحات به سمت CBS، می‌تواند کیفیت، عدالت و نتایج سلامت را بهبود بخشد، هرچند نیاز به بررسی دیدگاه‌های متنوع برای جلوگیری از سوگیری وجود دارد.

خصوصی سازی آموزش پزشکی

یکی از راهکارهای توسعه ظرفیت اما چالشی در برابر عدالت آموزشی | نویسنده: امین نیکوند

مقدمه

در دهه‌های اخیر، روند خصوصی‌سازی در حوزه آموزش پزشکی به‌عنوان یکی از راهکارهای توسعه ظرفیت در نظام‌های آموزشی مطرح شده است. این تحول همزمان با افزایش تقاضای جهانی برای نیروی پزشکی و فشار بر منابع عمومی رخ داده است. با این حال، سوالات جدی درباره تأثیرات خصوصی‌سازی بر عدالت آموزشی، کیفیت آموزشی، دسترسی و برابری فرصت‌ها مطرح است. این متن با هدف تحلیل نقادانه تأثیر خصوصی‌سازی آموزش پزشکی بر عدالت آموزشی، ابتدا مفاهیم بنیادی را بررسی می‌کند، سپس شواهدی از کشورهای مختلف ارائه می‌دهد، نهایتاً پیشنهاداتی جهت سیاست‌گذاری ارائه خواهد کرد.

چارچوب مفهومی

۱ تعریف خصوصی‌سازی آموزش پزشکی

خصوصی‌سازی در آموزش پزشکی به معنای ورود مؤسسات خصوصی (با اهداف مالی یا معنوی) به عرصه آموزش پزشکی (اخذ مجوز دانشکده پزشکی، جذب دانشجو، اخذ شهریه آزاد، مدیریت مستقل) است. برای مثال، در هند حضور گسترده مؤسسات خصوصی در آموزش پزشکی به‌عنوان نمونه دیده شده است. خصوصی‌سازی ممکن است از طریق مدل‌های مختلف مانند «پرداخت کامل شهریه»، «همکاری خصوصی-عمومی» و «واگذاری مدیریت دولتی به بخش خصوصی» باشد.

۲ عدالت آموزشی و آموزش پزشکی

عدالت آموزشی به معنای فراهم‌سازی فرصت‌های برابر برای ورود، یادگیری و دستیابی به نتیجه در آموزش برای همه گروه‌های اجتماعی است، بدون تبعیض بر اساس جنسیت، قومیت، طبقه اقتصادی یا منطقه جغرافیایی. در زمینه آموزش پزشکی، این بدان معناست که دانشجویانی از پس‌زمینه‌های اقتصادی ضعیف نیز بتوانند وارد پزشکی شوند، آموزش مناسب دریافت کنند و در نهایت بتوانند در بازار کار و نظام سلامت حضور یابند. علاوه بر این، آموزش پزشکی می‌تواند ابعاد اجتماعی گسترده‌تری داشته باشد، زیرا پزشکان به‌عنوان یکی از منابع حیاتی نظام سلامت، نقش مؤثری در دستیابی به عدالت در سلامت ایفا می‌کنند. در اینجا رابطه «عدالت آموزشی» و «عدالت در سلامت» تنگاتنگ است.

۳ رابطه خصوصی‌سازی و عدالت آموزشی

از منظر نظری، خصوصی‌سازی آموزش پزشکی دارای ابعاد مثبت و منفی است. از منظر مثبت، خصوصی‌سازی می‌تواند ظرفیت آموزشی را توسعه دهد، فرصت‌های جدید ایجاد کند، انعطاف‌پذیری بیشتری وارد نظام کند و به رفع کمبود تعداد پزشکان کمک کند. برای مثال، در هند تأسیس گسترده مؤسسات خصوصی آموزشی پزشکی به افزایش تعداد صندلی‌ها منجر شده است. اما از منظر منفی، خصوصی‌سازی ممکن است عدالت را تهدید کند، زیرا هزینه ورود بالاتر می‌رود، دانشجویانی از گروه‌های کم‌درآمد کمتر امکان دارند وارد شوند، کیفیت آموزش ممکن است افت کند، و تمرکز بر مناطق شهری می‌شود. این شرایط می‌تواند منجر به تشدید نابرابری‌های آموزشی و در نتیجه نابرابری در عرضه خدمات پزشکی شود. یکی از مفاهیم کلیدی در این زمینه، قانون «عکس قانون مراقبت» (Inverse Care Law) است که بیان می‌کند: «در شرایط بازاری شدن مراقبت‌های سلامت، خدمات خوب تمایل دارند در دسترس کسانی باشند که نیاز کمتری دارند». اگر آموزش پزشکی نیز در بستر بازار قرار گیرد، مشابه آن ممکن است عمل کند: کسانی که منابع بیشتری دارند دسترسی بیشتری پیدا می‌کنند، و اقشار نیازمند عقب می‌مانند.

شواهد بین‌المللی

۱ هند

مطالعه‌ای در هند با عنوان «Privatization of medical education in India: A health system perspective» نشان می‌دهد که افزون بر رشد سریع مؤسسات خصوصی، چالش‌های عدیده‌ای وجود دارد: از جمله شهریه‌های بسیار بالا، جذب دانشجویان بر پایه قدرت مالی به‌جای صرفاً معیارهای استعداد، کیفیت نامطلوب در برخی مؤسسات خصوصی و توزیع جغرافیایی نامناسب. در این مطالعه آمده است: «بخش اعظم پزشکی خصوصی، با هدف سودآوری عمل می‌کند؛ این امر ورود دانشجویان کم‌درآمد را محدود می‌سازد و احتمال دارد کیفیت آموزش و انگیزه خدمت در مناطق محروم را تقلیل دهد». همچنین، توزیع جغرافیایی مؤسسات خصوصی در هند به‌گونه‌ای است که مناطقی با جمعیت بیشتر و نیازمند کمتر مؤسسات خصوصی دارند، در حالی که مناطق محروم از این ظرفیت بهره کمتری برده‌اند.

۴ تحلیل چالش‌های اصلی خصوصی‌سازی آموزش پزشکی در برابر عدالت آموزشی

۱ افزایش هزینه و بار مالی

در سیستم‌های خصوصی، پذیرش دانشجو اغلب با شهریه بالا، ظرفیت محدود سهمیه دولتی و حتی «صندلی‌های خریدنی» همراه است. در هند مثال واضح این موضوع دیده شده است.

افزایش شهریه یا هزینه‌های ورود باعث می‌شود دانشجویان از طبقات اقتصادی پایین‌تر حذف شوند یا دچار بدهی سنگین شوند. این معضل مستقیماً عدالت آموزشی را تهدید می‌کند، زیرا فرصت ورود به آموزش پزشکی بر اساس توان مالی می‌شود، نه صرفاً شایستگی.

علاوه بر این، رقابت میان مؤسسات آموزش عالی خصوصی برای جذب دانشجو و درآمد ممکن است به افزایش شهریه منتهی شود؛ پژوهشی در حوزه آموزش عالی نشان داده است که رقابت دانشگاه‌ها به افزایش شهریه و بار مالی دانشجویان منتهی می‌شود.

بنابراین، خصوصی‌سازی بدون مقررات مناسب، می‌تواند به تجاری‌سازی آموزش پزشکی و حذف عدالت منتهی گردد.

۲ نابرابری ورود و توزیع دانشجویان

وقتی خصوصی‌سازی گسترش یابد، غالباً دانشجویانی از پس‌زمینه‌های متمکن‌تر وارد می‌شوند. این باعث می‌شود نمایندگی اقشار کم‌درآمد در بین پزشکان کاهش یابد، و در نتیجه نیروی پزشکی نیز نسبت به ترکیب جامعه نابرابر شود. چنین وضعیتی می‌تواند خدمات مراقبت بهداشتی را برای گروه‌های آسیب‌پذیر تضعیف کند.

مطالعه هند نشان می‌دهد که دانشجویان بخش خصوصی کمتر تمایل دارند در مناطق محروم خدمت کنند و ترجیح می‌دهند در شهرها مشغول شوند.

از حیث توزیع جغرافیایی نیز، مؤسسات خصوصی عمدتاً در مناطق شهری متمرکزند، که دسترسی منطقه‌ای به آموزش پزشکی را برای مناطق روستایی یا محروم محدود می‌کند. این امر عدالت فرصت (equity of opportunity) را نقض می‌کند.

۳ افت کیفیت و استانداردهای آموزشی

اگر خصوصی‌سازی با رشد سریع و بدون کنترل همراه شود، ممکن است کیفیت آموزشی کاهش یابد. مطالعه آسیایی نشان داده است که گسترش مدارس خصوصی، در نبود نظارت دقیق، به تنوع زیاد در استانداردها و افراد با مهارت پایین در خروجی منتهی شده است.

این موضوع دو پیامد دارد: اول، کیفیت خدمات پزشکی کاهش می‌یابد و دوم، اعتماد عمومی به نظام سلامت آسیب می‌بیند. از منظر عدالت، اگر خروجی آموزشی متفاوت باشد، دانشجویان از پیش‌زمینه‌های ضعیف‌تر ممکن است در مؤسسات با کیفیت پایین‌تر قرار گیرند که نابرابری آموزشی را تشدید می‌کند.

این موقعیت به‌وضوح نشان می‌دهد که خصوصی‌سازی لزوماً با عدالت آموزشی هم‌راستا نیست، بلکه ممکن است نابرابری‌ها را گسترش دهد.

۲ مرور نظام سلامت دیگر کشورها

در مطالعه نظام‌مند «Impact of Privatization on Healthcare System: A Systematic Review» که به بررسی تأثیر خصوصی‌سازی در نظام سلامت پرداخت، یافته شدند که در اکثر مطالعات، خصوصی‌سازی به کاهش دسترسی و عدالت برای جمعیت‌های کم‌درآمد منجر شده است.

اگرچه این مقاله عمدتاً بر خدمات درمانی تمرکز دارد، اما الگوی مشابهی در آموزش پزشکی قابل اثبات است: وقتی آموزش پزشکی به‌صورت صرفاً بازارمحور عمل کند، افراد کم‌درآمد و گروه‌های حاشیه‌ای از ورود و اشتغال در حرفه پزشکی محروم می‌شوند.

۳ آسیا و مناطق در حال توسعه

در بررسی «Privatization of Medical Education in Asia» نوشته شده است که گسترش سریع مدارس خصوصی پزشکی در آسیا، اگرچه از نظر کمی ظرفیت را بالا برده، اما از نظر کیفی منجر به تنوع زیاد در استانداردها شده است.

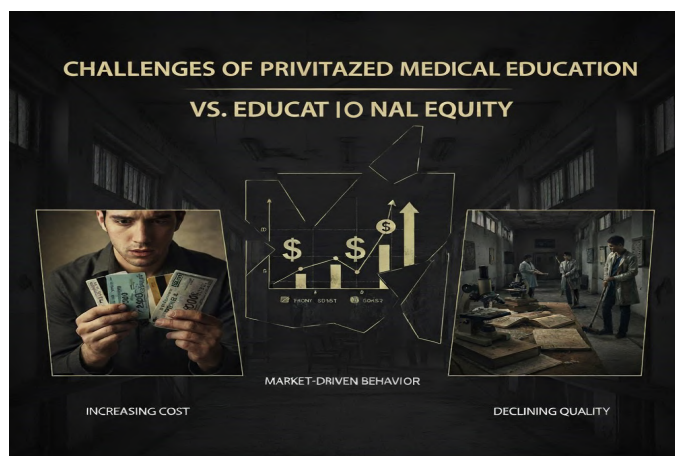
این بررسی می‌گوید: «افزایش مقیاس بدون تضمین کیفیت، می‌تواند تولید نیروی پزشکی با مهارت پایین را تشدید کند، که تأثیر منفی بر نظام سلامت خواهد داشت».

بنابراین، گسترش خصوصی‌سازی صرفاً کمی نیست؛ کیفیت، توزیع، هزینه و عدالت آموزشی نیز باید در نظر گرفته شوند.

۴ موانع اقتصادی و عدالت ورود

در مقاله «Financial barriers and inequity in medical education in India» که جدیداً منتشر شده، به موانع مالی دانشجویان پرتوان از گروه‌های کم‌درآمد در ورود به آموزش پزشکی خصوصی اشاره شده است.

این مقاله نشان می‌دهد که خصوصی‌سازی باعث شده است که دانشجویان از خانواده‌های ضعیف‌تر با ورود محدودتر، بدهی‌های بیشتری داشته باشند، و احتمال ادامه تحصیل یا خدمت در مناطق محروم کاهش یابد. این خود نشانه آشکار تهدید عدالت آموزشی است.



وقتی آموزش پزشکی خصوصی شود، معمولاً فشار برای بازگشت سرمایه، کسب درآمد، جذب شهریه بالا و کاهش هزینه‌ها افزایش می‌یابد. این فشارها ممکن است منجر به کاهش تعهد به مناطق محروم، کاهش دوره‌های آموزشی کم‌درآمدمحور، کاهش تجربه بالینی متنوع و اولویت‌دهی به حوزه‌های پرسود شود. در نظام سلامت، خصوصی‌سازی خدمات مراقبتی نیز نشان داده که بیماران کم‌درآمد دچار کاهش دسترسی می‌شوند. با انتقال این تجربه به آموزش پزشکی، می‌توان دید که بازارمحوری می‌تواند عدالت آموزشی را به مخاطره اندازد.

۵ انتخاب شغل و خدمت پس از فارغ‌التحصیلی

یکی از اهداف عدالت آموزشی این است که با ورود دانشجویان متنوع به آموزش پزشکی، نظام سلامت نیز متنوع و پاسخگو به نیازهای همه جامعه شود. اما اگر ورود محدود به طبقات اقتصادی بالا باشد و خروجی نیز به مناطق شهری یا خصوصی متمایل باشد، عدالت در عرضه خدمات پزشکی نیز تهدید می‌شود. مطالعه هند نشان می‌دهد دانش‌آموختگان خصوصی کمتر تمایل به خدمت مناطق محروم دارند.

بنابراین، خصوصی‌سازی آموزش پزشکی نه تنها بر فرصت‌های ورود دانشجویان تأثیر می‌گذارد بلکه بر الگوی خدمت پزشکی پس از فارغ‌التحصیلی نیز تأثیرگذار است.

۱۲ نسبت با عدالت آموزشی در ایران و توصیه‌های سیاستی

در ایران، بر اساس اصل سی‌ام قانون اساسی، دولت موظف است وسایل آموزش رایگان را تا پایان دوره متوسطه و نیز تا سرحد خودکفایی کشور در آموزش عالی فراهم آورد. این اصل، عدالت آموزشی را به‌عنوان تعهدی حاکمیتی تثبیت می‌کند. با این حال، آیین‌نامه‌ی «تأسیس مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی خصوصی» مصوب وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۷، مسیر ورود بخش خصوصی را به آموزش پزشکی گشود؛ مصوبه‌ای که در سال‌های بعد با انتقاد کارشناسان به‌دلیل مغایرت احتمالی با عدالت آموزشی و اصل ۳۰ قانون اساسی مواجه شد و نهایتاً اجرای آن متوقف گردید. این تجربه نشان داد که خصوصی‌سازی آموزش پزشکی در ایران نیز بدون طراحی دقیق سازوکارهای حمایتی و نظارتی، می‌تواند عدالت آموزشی را تهدید کند. اگرچه مقالات بالا عمدتاً در سطح بین‌المللی هستند، اما درس‌های مهمی برای ایران دارند:

۱. **مقررات دقیق شهریه و سهمیه برای دانشجویان کم‌درآمد:** برای جلوگیری از حذف گروه‌های کم‌درآمد، لازم است قوانین مشخصی برای حداقل سهمیه بدون شهریه یا با یارانه در مؤسسات خصوصی تعیین شود.

۲. **اعتباربخشی مؤسسات خصوصی:** تضمین کیفیت آموزش در مؤسسات خصوصی بسیار مهم است؛ باید نظام

اعتباربخشی سخت‌گیرانه وجود داشته باشد تا کیفیت همه مؤسسات تضمین شود.

۳. **توسعه متوازن جغرافیایی:** مؤسسات خصوصی نباید فقط در شهرهای بزرگ متمرکز شوند؛ سیاست‌های تشویقی برای ایجاد دانشکده پزشکی خصوصی یا مشارکت در مناطق محروم لازم است تا عدالت توزیع فرصتها تحقق یابد.

۴. **ترکیب ورود متناسب با نیاز کشور:** سهمی از دسترسی به آموزش پزشکی باید بر مبنای نیازهای نظام سلامت تعیین شود (مثلاً مناطقی با کمبود پزشک) و نه صرفاً بازار آزاد.

۵. **شرط خدمت پس از تحصیل:** می‌توان دانشجویانی را که با شهریه بسیار بالا وارد خصوصی شده‌اند، ملزم به خدمت اجباری یا خدمت ترجیحی در مناطق کم‌خدمت کرد. این اقدام کمک می‌کند عدالت در عرضه خدمات پزشکی نیز تأمین شود.

۶. **شفافیت مالی:** مؤسسات خصوصی آموزش پزشکی باید هزینه‌های شهریه، بودجه، اساتید، و امکانات خود را منتشر کنند تا امکان نظارت عمومی وجود داشته باشد.

۷. **تحقیقات پایش و ارزیابی:** نظام‌های آموزشی باید داده‌محور باشند؛ پیگیری تأثیر خصوصی‌سازی بر ورود، خروجی، کیفیت، اشتغال، مشارکت دانشجویان کم‌درآمد و ارائه خدمات استان‌های محروم ضروری است.

نتیجه‌گیری

خصوصی‌سازی آموزش پزشکی می‌تواند ابزاری برای افزایش ظرفیت و پاسخ به تقاضای رو به رشد برای پزشک باشد، اما این روند اگر بدون چارچوب عدالت‌محور، نظارت دقیق و سیاست‌های جبران‌گر همراه شود، به تهدید جدی برای عدالت آموزشی تبدیل می‌شود. شواهد از هند، آسیا و نظام سلامت عمومی نشان می‌دهد که خروجی آزاد از کنترل شرایط ورود و کیفیت، می‌تواند نابرابری‌ها را تشدید نماید.

در نتیجه، تضمین عدالت آموزشی در آموزش پزشکی مستلزم ترکیب سیاست‌های مقرراتی، توسعه متوازن، یارانه هدفمند، و نظارت کیفیت است. اگر سیاست‌گذاران در این حوزه غفلت کنند، نه تنها فرصت‌های دانشجویان کم‌درآمد محدود می‌شود، بلکه نظام سلامت نیز از حیث پاسخگویی به نیازهای همه جامعه آسیب می‌بیند.



باید «ارزشیابی یادگیری» باشد، نه «ارزشیابی نمره». بیماران انتظار دارند پزشک معالجشان بتواند مشکلات سلامتی آنها را با آرامش و اعتماد به نفس حل کند، نه از آنها تست چهارگزینه‌ای طرح کند و به سراغ ترفندهای حذف گزینه برود!

۴ اصول بازنگری سیستم ارزشیابی

- بازنگری دوره‌ای برنامه‌های درسی و ارزشیابی‌ها دست‌کم هر ۵ سال یکبار یا در صورت نیاز زودتر انجام شود.
- هدف‌های بازنگری شامل به‌روز کردن برنامه‌ها مطابق با پیشرفت‌های علمی، ارتقای کمی و کیفی، استانداردسازی بر اساس آیین‌نامه‌ها و استفاده از روش‌های نوین تدریس و ارزشیابی است.
- استفاده از داده‌های دقیق و معتبر در تحلیل نتایج ارزشیابی و دخالت چهارچوب‌های علمی و آماری در فرایند بازخورد و اصلاح

۴ فرایند و روش‌های بازخورد و ارزشیابی

- ارزشیابی باید همه‌جانبه و جامع باشد و هم شامل ارزشیابی تکوینی (در حین دوره) و هم ارزشیابی تجمیعی (پس از دوره) شود.
- بازخورد منظم به اعضای هیئت علمی و دانشجویان داده شود تا اصلاحات لازم در آموزش و یادگیری اعمال گردد.
- تشکیل جلسات منظم برای پیگیری وضعیت اجرا و رفع موانع، استفاده از تحلیل‌های آماری دقیق، و جلوگیری از سوگیری‌ها در ارزشیابی.

ارزشیابی اگر به‌درستی طراحی شود، می‌تواند به «یادگیری عمیق‌تر» بینجامد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بازخورد مؤثر باید به‌موقع، مشخص و دوسویه باشد؛ یعنی نه تنها از استاد به دانشجو، بلکه از دانشجو به استاد نیز جریان یابد. بازخورد نباید صرفاً نتیجه را اعلام کند، بلکه باید مسیر رشد و بهبود را نشان دهد. در کنار آن، ارزشیابی تکوینی به‌عنوان فرایندی مداوم، فرصت بازاندیشی، اصلاح و خودارزیابی را برای دانشجویان فراهم می‌کند.

در نظام آموزش پزشکی، ارزشیابی و بازخورد از مهم‌ترین ابزارهای شکل‌دهنده به مسیر یادگیری هستند. شوربختانه در بسیاری از دانشکده‌ها، این ابزارها بیشتر به ابزاری برای قضاوت و رقابت ناسالم تبدیل شده‌اند تا سکوی رشد دانشجویان. نمره‌محوری، فشار آزمون‌های پایانی و نبود بازخورد سازنده، از استاد به دانشجو و بالعکس، باعث شده است که دانشجوی پزشکی گاه احساس کند تلاش‌هایش تنها به عددی خلاصه می‌شود که لزوماً بازتابی از مهارت، ذکاوت یا توان بالینی او نیست.

سیستم ارزشیابی فعلی نوعی ارزشیابی تجمیعی^۱ به حساب می‌آید؛ در این نظام استاد بعد از تدریس و آموزش، با برگزاری امتحاناتی در پایان نیمسال تحصیلی آموخته‌های دانشجو را مورد سنجش قرار می‌دهد. به دلایل مختلف از جمله تلبار شدن مطالب تدریس شده در طول ترم و یک‌بعدی بودن آزمون، معمولاً سنجش خوبی به عمل نمی‌آید. این در حالی است که در سیستم‌های ارزشیابی تکوینی^۲ ارزیابی به‌دفعات در طول نیمسال انجام می‌شود و بدین ترتیب بازخوردی دوسویه شکل می‌گیرد: هم استاد میزان مشارکت و ارتباط دانشجویان با طرح درس را ارزیابی می‌کند و هم دانشجویان می‌توانند بهتر برای فهم مفاد آزمون برنامه‌ریزی کنند. علاوه‌بر آن، آزمون‌های مختلف می‌تواند هر کدام مهارت‌های دانشجو را از دیدگاهی جدید بسنجد و ارزیابی کامل‌تر و جامع‌تری حاصل کند.

در کنار نوع ارزشیابی، نوع آزمون نیز می‌تواند در بازدهی سیستم نقش بسیار مهمی ایفا کند. آزمون‌های برگزار شده عمدتاً شامل سؤال‌های چندگزینه‌ای^۳ و ندرتاً سؤالات کوتاه پاسخ هستند. دانشجو برای کسب نمره بهتر و رقابت در سیستم فعلی، محکوم به تمرکز بر نکات ریزبینانه و گاه‌گاه کم‌اهمیت است که شاید با سنجش‌های ابتدایی استاد مطابقت نداشته باشد. هدف از آزمون، سنجیدن دانش و مهارت بالینی دانشجو بعد از گذراندن یک درس است، یا تیزبینی و سرعت عمل او در پاسخ به سؤالات موشکافانه و دام‌دار؟ این علامت سؤالی است که به سمت سیستم ارزشیابی فعلی نشانه می‌رود. سؤالات باید به نحوی طراحی شوند که بتوانند مسیر ذهنی تفکر دانشجو را جهت دهند؛ درست همان‌طور که مسائل بالینی به این پزشک‌های جوان ارائه خواهد شد. آزمون‌های پزشکی باید در ظاهر معیاری برای ارزشیابی باشند، اما در باطن بذر استدلال بالینی صحیح را در ذهن دانشجو بکارند. این کار از آزمون‌های چندگزینه‌ای رایج ساخته نیست.

شایان ذکر است که همانند علم پزشکی، شایسته است که ابزارهای آموزش پزشکی نیز مرتباً به‌روز شوند. سیستم آموزش پزشکی حال حاضر که توسط اساتید نسل قبل طراحی شده، ممکن است پاسخگوی نیاز ایشان باشد، اما با نیازهای دانشجوی امروز همخوانی کامل ندارد. سیستم‌های ارزشیابی باید به‌صورت منظم مورد بازنگری قرار بگیرند و بر اهداف اولیه آموزش پزشکی منطبق‌تر شوند. هدف آموزش پزشکی

۱. Summative Assessment

۲. Formative Assessment

۳. MCQs (Multiple Choice Questions)

بازنگری در سیستم ارزشیابی، در واقع بازنگری در فلسفه آموزش پزشکی است؛ تغییری از «ارزشیابی برای نمره» به «ارزشیابی برای یادگیری». این تغییر تنها زمانی معنا پیدا می‌کند که صدای دانشجو شنیده شود. مشارکت فعال دانشجویان در طراحی و ارزیابی روش‌های سنجش، یکی از شاخص‌های نظام آموزشی پاسخگو و انسان‌محور است. تجربه‌های موفق جهانی نشان داده‌اند که وقتی دانشجویان در تصمیم‌گیری‌های آموزشی سهیم می‌شوند، کیفیت یادگیری، رضایت آموزشی و احساس تعلق آنان به محیط علمی افزایش می‌یابد.

بازنگری مؤثر در سیستم ارزشیابی و بازخورد، تنها یک فرایند اداری نیست؛ بلکه اقدامی فرهنگی است که از گفت‌وگوی صادقانه بین استاد و دانشجو آغاز می‌شود.

«آموزشی که صدای دانشجو را نشنود، در نهایت پژواک رشد را هم از دست خواهد داد.»



مدیریت رفتارهای غیر موثر در کلاس درس

کلاس درس، عرصه‌ای اجتماعی و تربیتی برای شکل‌گیری | نویسندگان: محمدمین حیدری - پرنیا ابوالقاسمی نژاد

مقدمه

- رفتارهای کلامی مزاحم مثل صحبت هم‌زمان با معلم یا قطع صحبت دیگران
- رفتارهای انفعالی مانند بی‌توجهی یا امتناع از مشارکت در فعالیت‌ها
- رفتارهای مداخله‌گر نظیر شوخی با دیگران یا مزاحمت فیزیکی
- رفتارهای مقاومتی و نافرمانی مثل بی‌اعتنایی به قوانین و عدم انجام تکلیف
- رفتارهای هیجانی و پرخاشگرانه که شدیدترین نوع محسوب می‌شوند

نتیجه‌ی بروز این رفتارها کاهش تمرکز، کاهش تعاملات سازنده و افزایش فشار روانی برای معلم است. حتی چند رفتار جزئی نیز می‌تواند حس امنیت و انگیزه‌ی یادگیری را در کلاس کاهش دهد. در نتیجه، رفتارهای غیرمؤثر پدیده‌هایی پیچیده و چندبعدی‌اند که تنها از طریق شناخت دقیق و تحلیل علل شکل‌گیری‌شان می‌توان برای مدیریت آن‌ها برنامه‌ریزی کرد. رفتار غیرمؤثر معمولاً حاصل یک عامل منفرد نیست، بلکه نتیجه‌ی برهم‌کنش مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، آموزشی و هیجانی است. در بُعد فردی، ویژگی‌هایی مانند تکانشگری، ناتوانی در کنترل هیجان، اختلالات یادگیری یا کم‌توجهی می‌توانند احتمال بروز رفتارهای مزاحم را افزایش دهند. گاهی نیز ناهماهنگی میان سبک یادگیری دانش‌آموز و روش تدریس معلم، احساس ناکامی و بی‌انگیزگی را در او تقویت می‌کند و به شکل مقاومت در برابر فعالیت‌های درسی نمود می‌یابد. در بُعد خانوادگی، سبک‌های فرزندپروری ناپایدار، تنش‌های خانوادگی، طلاق، خشونت یا بی‌توجهی والدین از جمله عواملی هستند که زمینه‌ی بروز رفتارهای ناسازگار را در مدرسه فراهم می‌سازند. کودکانی که در خانه با پرخاشگری، بی‌ثباتی یا بی‌تفاوتی والدین روبه‌رو هستند، معمولاً همین الگوهای رفتاری را در تعامل با معلم و همکلاسی‌های خود تکرار می‌کنند.

در بُعد اجتماعی و فرهنگی نیز باید توجه داشت که محیط اجتماعی، ارزش‌ها و هنجارهای رفتاری خاصی را در افراد تقویت می‌کند. در برخی فرهنگ‌ها، رفتارهایی که از نظر مدرسه نامطلوب تلقی می‌شود، ممکن است نشانه‌ی جسارت و شجاعت به شمار رود. افزون بر این،

کلاس درس را نمی‌توان صرفاً محیطی برای آموزش مفاهیم علمی دانست؛ بلکه عرصه‌ای اجتماعی و تربیتی است که در آن، شکل‌گیری شخصیت، ارزش‌ها و مهارت‌های رفتاری دانش‌آموزان به تدریج اتفاق می‌افتد. در واقع، کلاس درس تصویری کوچک از جامعه است؛ جایی که کودکان و نوجوانان علاوه بر یادگیری دانش رسمی، فرصت تجربه همکاری، احترام متقابل، مسئولیت‌پذیری و کنترل هیجان را به دست می‌آورند.

چگونگی رابطه‌ی میان معلم و دانش‌آموزان و نوع تعامل آن‌ها با یکدیگر، تأثیری مستقیم بر کیفیت یادگیری و رشد روانی-اجتماعی دارد. هر کنش یا واکنش کوچک در این فضا می‌تواند یا به تسهیل فرایند یادگیری بینجامد یا مانعی در مسیر آن ایجاد کند. بنابراین، مدیریت کلاس تنها به نظم ظاهری یا ارائه‌ی بی‌وقفه‌ی درس محدود نیست، بلکه شامل جهت‌دهی به رفتارها، ایجاد انگیزش درونی و حفظ جو مثبت یادگیری است.

یکی از چالش‌های اساسی معلمان، برخورد با رفتارهایی است که مانع یادگیری می‌شوند؛ از شوخی‌های بی‌مورد و حواس‌پرتی گرفته تا مخالفت با قوانین کلاس یا بروز رفتارهای پرخاشگرانه. این واکنش‌ها نه تنها روند یادگیری فرد را مختل می‌کنند، بلکه فضای روانی و تمرکز کل کلاس را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند. در کلاس‌های پرجمعیت امروزی با تفاوت‌های فرهنگی و شخصیتی متنوع، این مسئله اهمیت بیشتری یافته است.

در غیاب راهبردهای کارآمد، بخش عمده‌ای از انرژی معلم صرف کنترل ظاهری نظم می‌شود و کیفیت یادگیری کاهش می‌یابد. از این‌رو، توانایی مدیریت رفتارهای غیرسازنده، بخشی ضروری از حرفه‌ی معلمی است که مستلزم شناخت علمی رفتار، مهارت عملی در هدایت موقعیت‌های رفتاری و رویکردی آگاهانه و مبتنی بر شواهد است.

مفهوم رفتارهای غیر مؤثر در کلاس درس

رفتار غیرمؤثر به هر نوع کنش یا واکنشی گفته می‌شود که روند آموزشی و تربیتی کلاس را دچار اختلال کند و مانع تحقق اهداف یادگیری شود. این رفتارها ممکن است آشکار یا پنهان باشند؛ از بی‌توجهی، شوخی و گفت‌وگوهای نامربوط گرفته تا مقاومت، تمسخر یا پرخاشگری نسبت به دیگران. وجه مشترک همه‌ی آن‌ها، تأثیر منفی بر تمرکز، نظم و جو کلاسی است.

رفتارهای غیرمؤثر تنوع زیادی دارند و می‌توان آن‌ها را در چند گروه دسته‌بندی کرد:

فشار گروه همسالان یکی از قوی‌ترین نیروهایی است که می‌تواند رفتارهای نامطلوب را تثبیت یا تشدید کند؛ چراکه نوجوانان غالباً برای پذیرش در گروه، از الگوهای رفتاری جمع پیروی می‌کنند، حتی اگر با ارزش‌های شخصی یا مقررات مدرسه مغایرت داشته باشد.

نقش نظام آموزشی و شیوهی تدریس نیز در بروز یا پیشگیری از رفتارهای غیرمؤثر بسیار تعیین‌کننده است. روش‌های تدریس یکنواخت، فعالیت‌های فاقد جذابیت، نبود ساختار روشن و قوانین مشخص، روابط سرد و غیرصمیمی میان معلم و دانش‌آموز، یا برخوردهای صرفاً تنبیهی می‌توانند زمینه‌ی بروز رفتارهای مخرب را فراهم کنند. مطابق با دیدگاه ویگوتسکی، زمانی که فعالیت‌های یادگیری بیش از حد ساده یا بیش از اندازه دشوار باشند، سطح انگیزش دانش‌آموز کاهش یافته و در نتیجه، تمایل او برای بروز رفتارهای انحرافی افزایش می‌یابد. بنابراین، طراحی فعالیت‌های آموزشی متناسب با توانایی‌ها و علایق یادگیرندگان نقش مهمی در پیشگیری از رفتارهای مشکل‌آفرین دارد.

از سوی دیگر، بسیاری از رفتارهای غیرمؤثر را می‌توان نشانه‌ای از نیازهای هیجانی و روانی برآورده‌نشده دانست. دانش‌آموزی که احساس دیده‌نشدن، طردشدگی یا بی‌ارزشی می‌کند، ممکن است از طریق رفتارهای منفی در پی جلب توجه یا اثبات توانایی خود باشد. در چنین شرایطی، رفتار نامطلوب نه یک تهدید، بلکه پیامی پنهان درباره‌ی وضعیت درونی فرد است؛ پیامی که اگر درست شنیده شود، می‌تواند نقطه‌ی آغاز فرایند اصلاح و حمایت باشد.

در نهایت، باید پذیرفت که رفتارهای غیرمؤثر در کلاس درس بازتابی از تعامل پیچیده‌ی عوامل زیستی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و آموزشی‌اند. نگاه معلم در برخورد با این پدیده‌ها باید تحلیلی، چندبعدی و آگاهانه باشد. تمرکز صرف بر ظاهر رفتار و استفاده از واکنش‌های سریع و تنبیهی معمولاً نتیجه‌ای جز تداوم یا تشدید مشکل ندارد. در مقابل، معلمی که با درک ریشه‌های عمیق‌تر رفتار و شناخت نیازهای پنهان دانش‌آموزان عمل می‌کند، می‌تواند محیطی امن، حمایتی و انگیزشی ایجاد نماید؛ محیطی که در آن اصلاح رفتار نه از طریق اجبار، بلکه از مسیر فهم، احترام و مشارکت تحقق می‌یابد.

۴ پیامد رفتارهای غیر مؤثر در کلاس درس

رفتارهای غیر مؤثر در کلاس درس نه تنها مانعی در مسیر یادگیری فردی و گروهی هستند، بلکه آثار گسترده‌ای بر جنبه‌های شناختی، عاطفی، اجتماعی و حتی جسمانی دانش‌آموزان و معلمان دارند. این رفتارها، اگر به موقع و به شیوه‌ای اصولی مدیریت نشوند، می‌توانند فضای کلاس را از محیطی امن و یادگیری‌محور به محیطی تنش‌زا و پر اضطراب تبدیل کنند. در ادامه، پیامدهای این رفتارها در چند سطح مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۵ پیامدهای آموزشی و شناختی

رفتارهای غیر مؤثر مانند بی‌توجهی، حواس‌پرتی، گفت‌وگوهای بی‌جا یا مزاحمت برای دیگران، مستقیماً

بر تمرکز دانش‌آموزان تأثیر منفی می‌گذارند. کاهش تمرکز به معنای کاهش درک مطلب، افت در یادگیری مفاهیم جدید و تضعیف حافظه‌ی فعال است. در نتیجه، دانش‌آموزان نه تنها از محتوای درسی عقب می‌مانند، بلکه در بلندمدت دچار افت تحصیلی می‌شوند.

از سوی دیگر، زمان و انرژی آموزشی معلم نیز صرف کنترل رفتارهای نامطلوب می‌شود؛ زمانی که باید صرف تدریس، توضیح مفاهیم یا تقویت مهارت‌های تفکر انتقادی گردد. به همین دلیل، تکرار رفتارهای غیر مؤثر در کلاس، منجر به کاهش بهره‌وری آموزشی و افت کیفیت یاددهی-یادگیری می‌شود.

۶ پیامدهای عاطفی و هیجانی

فضای یادگیری مؤثر، نیازمند احساس امنیت، احترام و آرامش است. بروز رفتارهای نامطلوب، مانند تمسخر، پرخاشگری یا نافرمانی، این احساس را تضعیف می‌کند. دانش‌آموزانی که در معرض چنین رفتارهایی قرار می‌گیرند، ممکن است احساس اضطراب، خشم یا ترس را تجربه کنند. در نتیجه، مشارکت فعال آن‌ها کاهش یافته و گرایش به انزوا و سکوت در کلاس افزایش می‌یابد.

از سوی دیگر، تداوم رفتارهای غیر مؤثر می‌تواند فرسودگی عاطفی معلم را نیز در پی داشته باشد. معلمی که هر روز با بی‌نظمی، مقاومت یا پرخاشگری روبه‌رو می‌شود، ممکن است احساس ناکامی، بی‌انگیزگی یا حتی ناتوانی در مدیریت کلاس پیدا کند. این احساس‌ها در درازمدت منجر به کاهش اشتیاق تدریس و بروز استرس شغلی می‌شود.

۷ پیامدهای اجتماعی و بین فردی

رفتارهای غیر مؤثر نه تنها بر رابطه‌ی معلم و دانش‌آموز تأثیر می‌گذارند، بلکه بر تعاملات میان دانش‌آموزان نیز اثرگذارند. در کلاسی که بی‌نظمی یا پرخاشگری تکرار می‌شود، اعتماد و همکاری میان اعضا تضعیف می‌گردد. دانش‌آموزان ممکن است به گروه‌های کوچک و متضاد تقسیم شوند، رقابت‌های ناسالم شکل بگیرد، و جو کلاس از همکاری به تقابل تغییر پیدا کند. به تدریج، هنجارهای منفی در کلاس تثبیت می‌شوند؛ برای مثال، بی‌احترامی یا تمسخر به یک رفتار عادی تبدیل می‌شود. در چنین شرایطی، نقش معلم به جای تسهیل‌گر یادگیری، به ناظم و کنترل‌کننده‌ی نظم تقلیل می‌یابد.

۸ پیامدهای روانی و انگیزشی

یکی از اثرات پنهان اما مهم رفتارهای غیر مؤثر، کاهش انگیزه‌ی یادگیری است. دانش‌آموزی که در فضای پرتنش و بی‌نظم درس می‌خواند، به تدریج ارتباط خود را با اهداف یادگیری از دست می‌دهد. احساس ناکامی، بی‌توجهی یا بی‌عدالتی می‌تواند موجب شود که دانش‌آموز نسبت به کلاس و حتی کل فرایند آموزش دید منفی پیدا کند. در مقابل، معلم نیز ممکن است به‌طور ناخودآگاه نسبت به برخی دانش‌آموزان پیش‌داوری منفی پیدا کرده و از ارائه‌ی حمایت آموزشی کافی خودداری کند. این چرخه‌ی منفی، در نهایت به کاهش خودکارآمدی آموزشی (در دانش‌آموز و معلم) منجر می‌شود؛ یعنی هر دو طرف احساس می‌کنند تلاششان بی‌نتیجه است.

پیامدهای رفتاری و انضباطی

چه مطلوب و چه نامطلوب، در صورتی تکرار می‌شود که پیامد تقویت‌کننده‌ای داشته باشد.

در کلاس درس، اگر دانش‌آموزی با گفت‌وگوهای بی‌جا یا شوخی کردن، توجه همسالان یا حتی واکنش معلم را جلب کند، همین توجه می‌تواند به‌صورت ناخودآگاه به‌عنوان پاداش عمل کرده و رفتار را تکرار شوند. از دید رفتارگرایان، برای کاهش رفتارهای غیرمؤثر باید تقویت مثبت رفتار مطلوب و نادیده‌گرفتن یا حذف پاداش رفتار نامطلوب صورت گیرد. به بیان دیگر، رفتار مشکل‌زا زمانی خاموش می‌شود که دیگر برای دانش‌آموز سودی دربر نداشته باشد. این نظریه اساس بسیاری از روش‌های مدیریتی مانند سیستم پاداش و پیامد یا جدول امتیاز رفتاری است. رفتارگرایی تأکید می‌کند که معلمان باید پیامد رفتارها را دقیق و اثبات اجرا کنند تا دانش‌آموز درک کند رفتارها نتیجه دارند، نه واکنش‌های تصادفی معلم.

نظریه‌ی یادگیری اجتماعی^۲

بندورا با نقد رفتارگرایی معتقد بود که انسان‌ها تنها از طریق پاداش و تنبیه یاد نمی‌گیرند، بلکه با مشاهده و تقلید از دیگران نیز رفتارها را می‌آموزند. او مفهوم معروف الگوسازی را مطرح کرد.

در محیط کلاس، دانش‌آموزان رفتار همکلاسی‌ها و واکنش معلم را مشاهده کرده و از آن الگو می‌گیرند. برای مثال، اگر یکی از دانش‌آموزان با شوخی در کلاس باعث خنده‌ی دیگران شود و معلم واکنش شدیدی نشان ندهد، دیگران نیز احتمالاً همان رفتار را تکرار خواهند کرد. برعکس، اگر معلم رفتار مثبت مثل همکاری یا احترام را با تحسین تقویت کند، دانش‌آموزان تمایل دارند آن را تقلید کنند. بندورا همچنین بر نقش انتظارات و باورهای درونی تأکید دارد؛ یعنی دانش‌آموز پیش از انجام رفتار، بر اساس تجربه‌های گذشته حدس می‌زند که چه پیامدی دریافت می‌کند.

در نظریه‌ی یادگیری اجتماعی، رفتارهای غیرمؤثر حاصل مشاهده‌ی الگوهای نادرست و نبود الگوهای مثبت‌اند. بنابراین معلم خود باید الگوی رفتاری قابل احترام باشد و تعاملات کلاس را به‌گونه‌ای هدایت کند که رفتارهای مطلوب قابل مشاهده‌تر و جذاب‌تر باشند.

نظریه‌ی شناختی^۳

در دیدگاه شناختی، رفتار نتیجه‌ی فرایندهای ذهنی و نحوه‌ی درک موقعیت‌ها است، نه صرفاً واکنش به محرک بیرونی. ژان پیاژه معتقد بود که رفتار دانش‌آموزان بازتابی از مرحله‌ی رشد شناختی آن‌هاست. برای مثال، کودکانی که در مرحله‌ی عملیات عینی هستند (تقریباً ۷ تا ۱۲ سالگی)، درک محدودی از پیامدهای بلندمدت رفتار دارند؛ بنابراین ممکن است رفتارهای هیجانی و لحظه‌ای بیشتری از خود نشان دهند.

در کلاس‌هایی که رفتارهای غیر مؤثر مدیریت نمی‌شوند، احتمال انتقال این رفتارها به دیگران زیاد است. طبق نظریه‌ی یادگیری اجتماعی بندورا، رفتارهای مشاهده‌شده تقویت می‌شوند. بنابراین، وقتی دانش‌آموزی ببیند همکلاسی‌اش با شوخی یا بی‌انضباطی توجه دیگران را جلب می‌کند، ممکن است او نیز همین رفتار را تقلید کند. در نتیجه، رفتارهای منفی به‌صورت زنجیروار در کلاس گسترش می‌یابند و کنترل نظم دشوارتر می‌شود. این وضعیت می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلات انضباطی شدیدتر مانند بی‌احترامی، درگیری لفظی یا حتی فیزیکی گردد.

پیامدهای سازمانی و آموزشی در سطح مدرسه

وقتی رفتارهای غیر مؤثر در کلاس‌های متعدد تکرار شوند، تأثیر آن تنها به سطح فردی یا یک کلاس محدود نمی‌ماند. افزایش موارد بی‌انضباطی، افت تحصیلی، شکایت والدین و فشارهای روانی معلمان، موجب کاهش کلی کیفیت آموزشی مدرسه می‌شود. در چنین محیطی، فرهنگ یادگیری جای خود را به فرهنگ کنترل می‌دهد. مدیران و معلمان بخش عمده‌ای از زمان خود را صرف رسیدگی به مشکلات رفتاری می‌کنند و فرصت‌های ارتقای برنامه‌ی درسی و نوآوری آموزشی از دست می‌رود.

پیامدهای بلندمدت بر رشد شخصیت دانش‌آموزان

تداوم رفتارهای غیر مؤثر می‌تواند مسیر رشد شخصیتی دانش‌آموز را منحرف کند. کودک یا نوجوانی که همواره از طریق پرخاشگری، شوخی‌های بی‌جا یا مقاومت در برابر قوانین توجه دیگران را جلب می‌کند، ممکن است این الگو را به سایر موقعیت‌های زندگی نیز تعمیم دهد. در نتیجه، در آینده نیز در محیط‌های اجتماعی، خانوادگی یا شغلی با مشکلات مشابه در برقراری ارتباط یا رعایت قوانین مواجه خواهد شد. از سوی دیگر، دانش‌آموزانی که در چنین محیط‌هایی یاد می‌گیرند که سکوت و کناره‌گیری راهی برای اجتناب از تعارض است، ممکن است در آینده مهارت ابراز وجود یا دفاع از حق خود را از دست بدهند.

نظریه‌های روان‌شناختی مرتبط با رفتارهای غیرمؤثر در کلاس درس

رفتارهای غیرمؤثر در کلاس، پدیده‌ای چندوجهی هستند که نمی‌توان آن‌ها را تنها از یک زاویه توضیح داد. روان‌شناسان و نظریه‌پردازان یادگیری در طول دهه‌ها تلاش کرده‌اند تا از منظرهای گوناگون، ریشه‌ها و سازوکارهای این رفتارها را تحلیل کنند. در ادامه، مهم‌ترین نظریه‌هایی که به درک این مسئله کمک می‌کنند مرور می‌شود.

نظریه‌ی رفتارگرایی^۱

نظریه‌ی رفتارگرایی رفتار انسان را نتیجه‌ی شرطی‌سازی و پیامدهای محیطی می‌داند. به باور بی.اف. اسکینر، هر رفتار،

۱. Behaviorism

۲. Social Learning Theory

۳. Cognitive Theory

از دید شناخت‌گرایان، رفتارهای غیرمؤثر اغلب نتیجه‌ی درک نادرست از موقعیت، ابهام در هدف یا ناکامی ذهنی هستند. اگر دانش‌آموزی احساس کند تکلیف درسی فراتر از توان اوست یا هدف فعالیت را نمی‌فهمد، ممکن است از طریق بی‌توجهی یا رفتار چالش‌برانگیز واکنش نشان دهد. در رویکرد شناختی، معلم باید بر درک و معنا تمرکز کند؛ یعنی مطمئن شود که دانش‌آموز مفهوم فعالیت را فهمیده و هدف یادگیری را می‌داند. توضیح شفاف، بازخورد روشن و طراحی فعالیت‌های متناسب با سطح فکری دانش‌آموز، از بروز رفتارهای منفی جلوگیری می‌کند.

نظریه‌ی انسان‌گرایی^۴

در این دیدگاه، رفتار انسان بازتاب نیازهای برآورده‌نشده‌ی درونی است. آبراهام مزلو سلسله‌مراتب نیازهای انسانی را از نیازهای پایه (امنیت، تعلق، احترام، خودشکوفایی) مطرح کرد. اگر دانش‌آموز احساس امنیت، تعلق یا احترام نکند، احتمال بروز رفتارهای منفی افزایش می‌یابد؛ زیرا این رفتارها تلاشی ناخودآگاه برای جلب توجه یا بازگرداندن احساس ارزشمندی‌اند. کارل راجرز نیز بر رابطه‌ی مبتنی بر پذیرش و همدلی میان معلم و دانش‌آموز تأکید داشت. او معتقد بود محیطی که در آن فرد بدون ترس از قضاوت بتواند خودش باشد، زمینه‌ی رشد و اصلاح رفتار را فراهم می‌کند.

در رویکرد انسان‌گرایانه، معلم باید به جای تمرکز صرف بر کنترل، بر ایجاد محیطی امن، حمایتگر و پذیرنده تمرکز کند. رفتارهای غیرمؤثر در این نگاه، پیام‌هایی پنهان از نیازهای روانی نادیده‌گرفته‌شده‌اند.

نظریه‌ی یادگیری اجتماعی-فرهنگی^۵

ویگوتسکی تأکید می‌کرد که یادگیری و رفتار در بستر فرهنگ، زبان و تعامل اجتماعی شکل می‌گیرند. از نظر او، رفتار دانش‌آموزان حاصل روابط میان افراد، انتظارات فرهنگی و ساختار ارتباطی کلاس است. اگر تعاملات در کلاس خشک، یک‌طرفه یا مبتنی بر ترس باشند، دانش‌آموزان ممکن است با بی‌میلی، سکوت یا رفتار مقاومتی پاسخ دهند. در مقابل، کلاس‌های مشارکتی که در آن گفت‌وگو، تبادل نظر و کار گروهی ارزشمند تلقی می‌شود، رفتارهای مثبت بیشتری را تقویت می‌کنند. مدیریت رفتار از دید ویگوتسکی به معنای سازمان‌دهی روابط اجتماعی یادگیری است. وقتی دانش‌آموز حس کند عضوی از جامعه‌ی یادگیرنده است و در یادگیری نقش دارد، احتمال بروز رفتارهای غیرمؤثر کاهش می‌یابد.

نظریه‌ی خودتعیین‌گری^۶

این نظریه رفتار انسان را بر اساس سه نیاز روانی اصلی توضیح می‌دهد:

- **خودمختاری:** نیاز به انتخاب و کنترل شخصی
- **شایستگی:** نیاز به احساس توانایی
- **ارتباط:** نیاز به تعلق و رابطه‌ی مثبت با دیگران

وقتی این نیازها در محیط یادگیری تأمین نشوند، دانش‌آموزان انگیزش درونی خود را از دست می‌دهند و به رفتارهای انفعالی یا مقاومتی روی می‌آورند. برای مثال، تکالیف اجباری بدون آزادی انتخاب می‌توانند باعث بی‌انگیزگی شوند، در حالی که دادن فرصت تصمیم‌گیری، مسئولیت‌پذیری را افزایش می‌دهد. مدیریت رفتار مؤثر یعنی ایجاد فضایی که در آن دانش‌آموز احساس کند انتخاب دارد، می‌تواند موفق شود و مورد احترام است. این سه عامل، ستون‌های انگیزش درونی و رفتار مطلوب‌اند.

نظریه‌ی سیستم‌های بوم‌شناختی^۷

برونفن‌برنر رفتار کودک را نتیجه‌ی تأثیر لایه‌های مختلف محیطی می‌داند: خانواده، مدرسه، همسالان، جامعه و فرهنگ. از این دیدگاه، رفتار غیرمؤثر در کلاس فقط ناشی از خصوصیات فردی نیست، بلکه حاصل تعامل پیچیده‌ی این لایه‌هاست. برای مثال، کودکانی که در خانه شاهد اختلاف یا بی‌نظمی هستند، ممکن است الگوی مشابهی را در کلاس بازتولید کنند. یا دانش‌آموزی که از سوی گروه همسالان طرد شده، ممکن است از طریق رفتارهای منفی تلاش کند دیده شود.

مدیریت رفتار باید با همکاری خانواده، مشاور مدرسه و جامعه انجام شود؛ زیرا مداخله‌ی صرف در کلاس، بدون در نظر گرفتن عوامل بیرونی، تأثیر محدودی خواهد داشت.

تفاوت رویکردهای مدیریت رفتار در سنین مختلف

مدیریت رفتار دانش‌آموزان در کلاس درس، فرآیندی پویا و وابسته به ویژگی‌های رشدی، عاطفی و شناختی هر گروه سنی است. معلمی که از یک شیوه‌ی ثابت برای همه‌ی دانش‌آموزان استفاده کند، ممکن است در برخی گروه‌ها موفق عمل کند اما در گروه‌های دیگر با مقاومت یا بی‌تفاوتی مواجه شود. از این‌رو، آگاهی از تفاوت‌های رشدی و روان‌شناختی دانش‌آموزان در مقاطع دبستان، متوسطه اول و متوسطه دوم، نقش تعیین‌کننده‌ای در اثربخشی راهبردهای مدیریت رفتار دارد. در این بخش، تفاوت ماهیت رفتارهای غیرمؤثر و رویکردهای مناسب در هر مرحله‌ی سنی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

دوره‌ی دبستان (پایه‌های اول تا ششم)

دانش‌آموزان دبستانی معمولاً دارای انرژی زیاد، نیاز به تحرک، و توانایی محدود در کنترل هیجانات خود هستند. در این سن، رشد تفکر انتزاعی هنوز کامل نشده و تمرکز طولانی‌مدت برای آن‌ها دشوار است. در نتیجه، رفتارهایی مانند بی‌توجهی، صحبت‌های بی‌موقع، شوخی، تحرک زیاد و بی‌نظمی رایج است. اغلب این رفتارها از روی قصد و مخالفت نیست، بلکه ناشی از کنجکاوی، نیاز به توجه، یا کمبود مهارت‌های خودکنترلی است.

۴. Humanistic Theory

۵. Sociocultural Theory

۶. Self-Determination Theory

۷. Ecological Systems Theory

دوره‌ی متوسطه دوم (پایه‌های دهم تا دوازدهم)

دانش‌آموزان این دوره از نظر شناختی به سطح تفکر انتزاعی رسیده‌اند و توانایی استدلال و تحلیل دارند. در عین حال، به استقلال فکری و اجتماعی اهمیت می‌دهند و تمایل دارند تصمیم‌های شخصی‌شان محترم شمرده شود.

رفتارهای غیرمؤثر در این مرحله معمولاً به شکل بی‌انگیزگی، بی‌تفاوتی، مقاومت پنهان، چالش فکری با معلم، یا رفتارهای اعتراضی غیرمستقیم بروز می‌کند. این گروه سنی معمولاً نسبت به بی‌عدالتی یا عدم احترام بسیار حساس‌اند و واکنش آن‌ها ممکن است به‌صورت سکوت یا کناره‌گیری ظاهر شود.

در این مرحله، مدیریت رفتار باید بر پایه‌ی گفت‌وگوی منطقی، درک متقابل و مسئولیت‌پذیری فردی باشد. راهبردهای مؤثر شامل موارد زیر است:

- تبیین منطق قوانین: نوجوانان این سن نیاز دارند بدانند «چرا» باید از قوانینی پیروی کنند. توضیح دلیل قوانین، پذیرش آن را افزایش می‌دهد.
- رابطه‌ی احترام‌آمیز دوطرفه: معلمی که دانش‌آموز را به‌عنوان فردی بالغ و دارای دیدگاه مستقل در نظر می‌گیرد، اعتبار بیشتری در نگاه او پیدا می‌کند.
- درگیر کردن دانش‌آموز در حل مسئله: به‌جای تنبیه، از روش گفت‌وگوی سازنده استفاده شود. مثلاً: «به نظر تو چه راهی هست که بتوانیم کلاس را آرام‌تر نگه داریم؟»
- تأکید بر هدف‌های شخصی و تحصیلی: بی‌انگیزگی اغلب ناشی از نداشتن هدف است. معلم می‌تواند با گفت‌وگو درباره‌ی آینده، به دانش‌آموز کمک کند مسیر خود را پیدا کند.
- الگو بودن در رفتار و گفتار: در این سن، دانش‌آموز رفتارهای واقعی و غیرنمایشی معلم را دقیق‌تر می‌سنجد. صداقت، عدالت و احترام از سوی معلم مهم‌ترین ابزار مدیریت است.

تفاوت رویکردهای مدیریت رفتار در سنین مختلف

کلاس درس محیطی پویا و چندوجهی است که در آن، تعامل میان معلم و دانش‌آموزان نقش اصلی در کیفیت یادگیری دارد. رفتارهای غیرمؤثر، مانند بی‌توجهی، شوخی‌های بی‌جا، پرخاشگری، مقاومت یا بی‌انگیزگی، از جمله عواملی هستند که نظم و تمرکز کلاس را مختل می‌کنند. در این میان، نقش معلم در پیشگیری، کنترل و اصلاح چنین رفتارهایی نقشی اساسی و تعیین‌کننده است.

معلم نه‌تنها انتقال‌دهنده‌ی دانش، بلکه تنظیم‌کننده‌ی هیجانات، الگوی رفتاری و طراح فضای تربیتی کلاس است. در ادامه، جنبه‌های گوناگون نقش معلم در مدیریت و کنترل رفتارهای غیرمؤثر مورد بررسی قرار می‌گیرد.

در این مقطع، پیشگیری و آموزش مهارت‌های رفتاری مؤثرتر از تنبیه است. معلم باید از روش‌های زیر استفاده کند:

- **تعیین قوانین ساده و روشن:** دانش‌آموزان کوچک باید دقیق بدانند چه رفتارهایی مجاز یا ممنوع است.
 - **تقویت مثبت:** تشویق رفتارهای مطلوب با لبخند، تحسین یا پاداش‌های کوچک.
 - **استفاده از بازی و داستان:** برای آموزش نظم و همکاری به جای تذکر مستقیم.
 - **نزدیکی فیزیکی معلم:** حضور فعال معلم در میان دانش‌آموزان، تمرکز و تبعیت را افزایش می‌دهد.
 - **الگوسازی:** کودکان با مشاهده‌ی رفتار معلم یا همسالان یاد می‌گیرند؛ بنابراین رفتار آرام، منصفانه و صبورانه‌ی معلم بهترین ابزار آموزشی است.
- در این سن، هدف اصلی معلم ایجاد احساس امنیت، محبت و اعتماد است تا کودک یاد بگیرد رفتار خود را به‌تدریج تنظیم کند.

دوره‌ی متوسطه اول (پایه‌های هفتم تا نهم)

این مقطع با شروع بلوغ و تغییرات جسمی و هیجانی همراه است. نوجوانان در این مرحله به دنبال هویت‌یابی و استقلال هستند و تمایل دارند در برابر اقتدار بزرگسالان مقاومت نشان دهند. رفتارهای غیرمؤثر رایج در این دوره شامل لجبازی، تمسخر، بی‌توجهی عمدی، اعتراض، رفتارهای رقابتی و چالش با قوانین است. در این سن، تأیید همسالان اهمیت زیادی دارد؛ بنابراین نوجوان ممکن است برای جلب توجه گروه، رفتارهای نامناسبی از خود بروز دهد.

در مواجهه با دانش‌آموزان این مقطع، استفاده از روش‌های کنترل مستقیم و دستوری معمولاً نتیجه‌ی معکوس دارد. روش‌های مؤثرتر عبارت‌اند از:

- **گفت‌وگو و مشارکت در تعیین قوانین کلاس:** وقتی دانش‌آموز در تدوین قوانین نقش دارد، احتمال رعایت آن‌ها بیشتر می‌شود.
- **احترام متقابل:** برخورد تحقیرآمیز یا تنبیه علنی می‌تواند حس بی‌اعتمادی ایجاد کند.
- **استفاده از مسئولیت‌دهی:** واگذاری وظایف کوچک (مثل سرگروه بودن یا همکاری در اجرای فعالیت‌ها) حس ارزشمندی و کنترل را در دانش‌آموز تقویت می‌کند.
- **بازخورد غیرتنبیهی:** تمرکز بر رفتار، نه شخصیت. مثلاً به‌جای گفتن «بی‌ادبی نکن»، گفته شود «وقتی وسط حرفم می‌پری، تمرکز کلاس به‌هم می‌خورد».

• **مدیریت گروهی به‌جای فردی:** بسیاری از رفتارهای نامطلوب از فشار همسالان ناشی می‌شود، بنابراین مداخله باید به شکل گروهی و با اصلاح فضای ارتباطی انجام گیرد.

در این سن، معلم باید نقش راهنما و مشاور را ایفا کند نه صرفاً مجری نظم. رابطه‌ی مثبت و صادقانه با دانش‌آموزان کلید مدیریت مؤثر است.

نقش هوش هیجانی معلم در کنترل رفتارهای غیرمؤثر

هوش هیجانی به معنای توانایی درک، تنظیم و به کارگیری آگاهانه‌ی هیجانات خود و دیگران است. معلمانی که از سطح بالایی از هوش هیجانی برخوردارند، بهتر می‌توانند احساسات خود را در موقعیت‌های تنش‌زا مدیریت کنند و در برابر رفتارهای ناهنجار واکنشی منطقی و آرام نشان دهند.

برای مثال، زمانی که دانش‌آموزی بی‌احترامی می‌کند، معلمی با خودآگاهی هیجانی بالا، به جای خشم و واکنش فوری، با آرامش موقعیت را تحلیل می‌کند و سعی دارد دلیل رفتار را بفهمد. این نوع مدیریت هیجانی، از تشدید درگیری جلوگیری می‌کند و زمینه‌ی گفت‌وگوی سازنده را فراهم می‌آورد.

همچنین، توانایی همدلی یکی از مؤلفه‌های اصلی هوش هیجانی است. معلمی که می‌تواند از زاویه‌ی دید دانش‌آموز به مسئله نگاه کند، بهتر قادر است به نیازهای عاطفی او پاسخ دهد و رفتارهای نامطلوب را به فرصت‌های آموزشی تبدیل کند. بنابراین، پرورش هوش هیجانی در معلمان، یکی از راهبردهای کلیدی برای مدیریت مؤثر کلاس و کاهش رفتارهای غیرمؤثر است.

نقش زبان بدن و ارتباط غیرکلامی در مدیریت کلاس

بیش از نیمی از ارتباطات انسانی از طریق نشانه‌های غیرکلامی انجام می‌شود. در محیط کلاس، زبان بدن معلم نقشی حیاتی در شکل‌دهی به نظم و ارتباط دارد. نحوه‌ی ایستادن، حالت چهره، تماس چشمی، تن صدا و حرکات دست می‌تواند بدون نیاز به کلمات، پیامی از اقتدار، اعتماد یا همدلی منتقل کند.

برای نمونه، تماس چشمی مستقیم با دانش‌آموزی که بی‌توجه است، می‌تواند مؤثرتر از چندین تذکر کلامی باشد. یا تغییر تن صدا هنگام هشدار دادن، پیام را بدون تحقیر منتقل می‌کند. معلمی که از زبان بدن خود آگاه است، می‌تواند از آن به عنوان ابزاری برای پیشگیری از رفتارهای منفی و جلب توجه مثبت استفاده کند. در مقابل، زبان بدن نامناسب (مثل اخم، بی‌تفاوتی یا نگاه تحقیرآمیز) ممکن است باعث مقاومت یا پرخاشگری در دانش‌آموز شود. بنابراین، ارتباط غیرکلامی مؤثر، بخشی از مهارت‌های ارتباطی ضروری معلمان است که بر مدیریت رفتار تأثیر مستقیم دارد.

نقش عدالت و انصاف معلم در کاهش رفتارهای مقاومتی

احساس بی‌عدالتی از قوی‌ترین عوامل بروز رفتارهای مقاومتی در دانش‌آموزان است. هنگامی که دانش‌آموزان احساس کنند معلم در نمره‌دهی، توجه، یا برخورد با اشتباهات تبعیض قائل می‌شود، اعتمادشان سلب می‌گردد و ممکن است با بی‌احترامی یا بی‌انگیزگی واکنش نشان دهند.

معلم منصف کسی است که قوانین را برای همه یکسان اجرا می‌کند، تفاوت‌های فردی را در نظر می‌گیرد و بدون پیش‌داوری درباره‌ی رفتارها قضاوت می‌کند. رعایت عدالت، نه تنها نظم را حفظ می‌کند، بلکه باعث ایجاد جو احترام و پذیرش متقابل در کلاس می‌شود و احتمال بروز رفتارهای چالشی را کاهش می‌دهد.

نقش فناوری‌های آموزشی در کاهش رفتارهای نامطلوب

استفاده‌ی خلاقانه از فناوری‌های آموزشی مانند فیلم‌های کوتاه،

بازی‌های یادگیری، تخته هوشمند یا نرم‌افزارهای تعاملی، می‌تواند باعث افزایش مشارکت و تمرکز دانش‌آموزان شود. زمانی که دانش‌آموز در فرایند یادگیری فعال باشد، احتمال بروز بی‌توجهی یا رفتارهای مخرب کمتر می‌شود. فناوری می‌تواند به‌ویژه برای دانش‌آموزان با سبک‌های یادگیری متفاوت، ابزار جذابی برای یادگیری فعال و مؤثر باشد. البته شرط موفقیت این روش، استفاده‌ی هدفمند و متعادل است؛ یعنی فناوری باید به یادگیری خدمت کند، نه صرفاً جنبه‌ی سرگرمی داشته باشد.

نقش عدالت هیجانی و بازخورد سازنده

یکی از وظایف اصلی معلم، ارائه‌ی بازخوردهایی است که رشد و اصلاح را تقویت کنند، نه احساس شکست و سرزنش را. بازخورد مؤثر باید رفتار را مورد نقد قرار دهد، نه شخصیت دانش‌آموز را. مثلاً به جای گفتن «بی‌نظم هستی»، گفته شود: «اگر وسایلت را مرتب نگه داری، کارها سریع‌تر پیش می‌رود». این نوع بازخورد، باعث حفظ عزت‌نفس دانش‌آموز و در عین حال اصلاح رفتار می‌شود.

جایگاه همکاری معلم با مشاور و والدین

مدیریت رفتارهای دشوار همواره تنها بر عهده‌ی معلم نیست. همکاری مؤثر با مشاور مدرسه و والدین می‌تواند زمینه‌ی شناخت بهتر دلایل رفتار و طراحی راه‌حل‌های پایدارتر را فراهم کند.

در بسیاری از موارد، رفتارهای غیرمؤثر در کلاس ریشه در مسائل خانوادگی، اضطراب، یا کمبود مهارت‌های اجتماعی دارد. ارتباط سازنده میان معلم، مشاور و خانواده، موجب هماهنگی در رویکردها و حمایت جامع از دانش‌آموز می‌شود.

نتیجه‌گیری

کلاس درس تنها محیطی برای انتقال دانش علمی نیست، بلکه عرصه‌ای اجتماعی و تربیتی است که در آن شخصیت، ارزش‌ها و مهارت‌های رفتاری دانش‌آموزان شکل می‌گیرد. کیفیت یادگیری و رشد روانی-اجتماعی دانش‌آموزان به تعامل معلم و دانش‌آموزان و نحوه‌ی مدیریت رفتارها بستگی دارد. مدیریت کلاس فراتر از نظم ظاهری و ارائه‌ی محتواست و شامل ایجاد انگیزش درونی، حفظ جو مثبت یادگیری و هدایت رفتارها است. یکی از چالش‌های اصلی معلمان، مواجهه با رفتارهای غیرمؤثر است که می‌تواند روند یادگیری و فضای روانی کلاس را مختل کند، به ویژه در کلاس‌های پرجمعیت با تفاوت‌های فرهنگی و شخصیتی زیاد.

رفتارهای غیرمؤثر شامل کنش‌هایی است که تمرکز، نظم و تعامل سازنده کلاس را کاهش می‌دهد؛ از شوخی و حواس‌پرتی گرفته تا مقاومت، بی‌توجهی و پرخاشگری. این رفتارها معمولاً ناشی از مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی و آموزشی هستند. ویژگی‌های شخصیتی، سبک یادگیری، تنش‌های

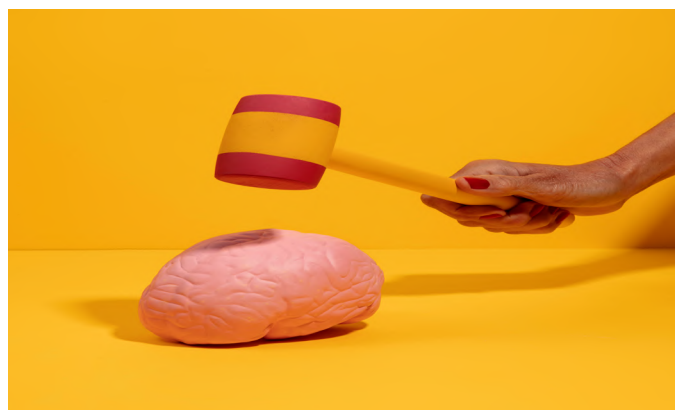
خانوادگی، فشار گروه همسالان و شیوه‌های تدریس یکنواخت همگی در شکل‌گیری این رفتارها نقش دارند. رفتارهای غیرمؤثر می‌توانند بیانگر نیازهای هیجانی و روانی برآورده‌نشده دانش‌آموزان نیز باشند و درک درست این پیام‌ها، امکان اصلاح رفتارها را فراهم می‌آورد.

پیامدهای رفتارهای غیرمؤثر گسترده و چندبعدی است. در سطح آموزشی و شناختی، کاهش تمرکز و افت یادگیری رخ می‌دهد و انرژی معلم صرف کنترل نظم می‌شود. در بعد عاطفی و هیجانی، احساس امنیت و مشارکت کاهش یافته و استرس و فرسودگی معلم افزایش می‌یابد. پیامدهای اجتماعی شامل تضعیف همکاری، افزایش رقابت ناسالم و تثبیت هنجارهای منفی در کلاس است. از نظر روانی و انگیزشی، کاهش انگیزه و احساس ناکامی ایجاد می‌شود و رفتارهای منفی می‌توانند به‌صورت زنجیره‌ای منتقل شوند. در سطح مدرسه، تکرار این رفتارها موجب کاهش کیفیت کلی آموزش و از بین رفتن فرصت‌های نوآوری می‌شود، و در بلندمدت بر رشد شخصیتی دانش‌آموزان اثر منفی دارد.

نظریه‌های روان‌شناختی مختلف، رفتارهای غیرمؤثر را از زاویه‌های متفاوت تحلیل می‌کنند. رفتارگرایی بر پیامدهای محیطی و تقویت رفتارها تأکید دارد، یادگیری اجتماعی بر الگوسازی و تقلید رفتارها، شناختی بر درک و معنا و انسان‌گرایی بر نیازهای روانی و ایجاد محیط امن تمرکز دارد. نظریه‌های یادگیری اجتماعی-فرهنگی و خودتعیین‌گری بر نقش تعاملات اجتماعی، فرهنگ و انگیزش درونی دانش‌آموزان تأکید می‌کنند، و نظریه‌ی سیستم‌های بوم‌شناختی رفتار را نتیجه‌ی تأثیر لایه‌های مختلف محیطی می‌داند.

مدیریت رفتارهای غیرمؤثر باید با توجه به سن و ویژگی‌های رشدی دانش‌آموزان متفاوت باشد. در دبستان، تمرکز بر ایجاد امنیت، آموزش مهارت‌های خودکنترلی، الگوسازی و تقویت مثبت است. در متوسطه اول، گفت‌وگو، مشارکت در تعیین قوانین، مسئولیت‌دهی و احترام متقابل اهمیت دارد. در متوسطه دوم، مدیریت رفتار بر گفت‌وگوی منطقی، تبیین منطق قوانین، مسئولیت‌پذیری فردی و ایجاد رابطه‌ی احترام‌آمیز مبتنی است.

نقش معلم در کنترل رفتارهای غیرمؤثر حیاتی است. هوش هیجانی، مهارت ارتباط غیرکلامی، عدالت و انصاف، استفاده‌ی هدفمند از فناوری‌های آموزشی و ارائه‌ی بازخورد سازنده، ابزارهای کلیدی در مدیریت کلاس هستند. همچنین، همکاری با والدین و مشاوران مدرسه به شناخت ریشه‌های رفتار و طراحی راهکارهای پایدار کمک می‌کند. معلم، با درک نیازهای دانش‌آموزان، ایجاد محیط امن و حمایتگر، و هدایت رفتارها از مسیر احترام و مشارکت، می‌تواند رفتارهای غیرمؤثر را کاهش داده و فضایی انگیزشی و یادگیری‌محور ایجاد کند.



ما؛ آیین‌های از اراده و آگاهی در عرصه آموزش پزشکی

ما در مانا، در فضایی آکنده از اشتیاق و مسئولیت‌پذیری متولد شدیم. زمانی که دریافتیم آموزش پزشکی ایران، با همه ظرفیت‌های درخشانش، نیازمند بازاندیشی و نوآوری است، گرد هم آمدیم. ما مانا را آغاز کردیم تا نه تنها رسانه‌ای برای انتقال دانش، بلکه کانونی برای پرورش اندیشه، تقویت نگاه نقاد و ترویج فرهنگ مشارکت جمعی در میان جامعه علوم پزشکی باشد. ما در مانا خود را جمعی متشکل از دانشجویان پرانگیزه علوم پزشکی از اقصای نقاط کشور می‌دانستیم که با همراهی استادان پیشکسوت و دغدغه‌مندان، عزم خود را برای اثرگذاری در عرصه آموزش پزشکی جزم کردیم. ما مانا را آغاز کردیم تا پلی باشیم میان تجربیات ارزشمند گذشته و چشم‌اندازهای نوین آینده، میان نظریه‌های آکادمیک و واقعیت‌های عینی محیط‌های درمانی.

هدف ما چه بود؟

ما مانا را آغاز کردیم تا تحولی در نگرش به فرآیند یاددهی-یادگیری ایجاد کنیم. برای ما، مانا تنها یک مجله نبود؛ بلکه بیانیه‌ای بود از تعهد ما به ارتقای کیفیت آموزش. ما در مانا بر آن بودیم که: خود و هم‌قطارانمان را از دریافت‌کنندگان منفعل اطلاعات به کنشگران فعال در عرصه آموزش تبدیل کنیم.

با معرفی و تبیین روش‌های نوین آموزشی چون یادگیری مبتنی بر تیم، آموزش بین‌حرفه‌ای و یادگیری سیار، افق‌های جدیدی در برابر جامعه آموزشی بگشاییم. با پرداختن به مفاهیم عمیقی چون بازخورد سازنده، مراقبت بازتابنده و ارزیابی‌های اصیل، سهمی در ارتقای آموزش بالینی داشته باشیم. نقش محوری «بیمار» را به عنوان کلیدی‌ترین معلم در فرآیند آموزش پزشکی، پررنگ‌تر از پیش نمایان سازیم. با ترجمه، تبیین و بومی‌سازی استانداردهای بین‌المللی، دریچه‌ای به سوی بهترین تجربیات جهانی آموزش پزشکی بگشاییم.

ما در مانا چه کردیم؟

در این مسیر پربرکت، ما در مانا با قلمی دغدغه‌مند و نگاهی ژرف، به واکاوی ابعاد مختلف آموزش پزشکی پرداختیم:

به طراحی برنامه درسی و تحلیل مدل‌های نوین برنامه‌ریزی درسی با تأکید بر الگوهای معتبر جهانی همت گماشتیم. ابزارهای نوین ارزیابی را با ذکر مثال‌های عینی و کاربردی معرفی کردیم. نقش فناوری‌های نوین از جمله هوش مصنوعی، واقعیت مجازی و آموزش از راه دور را در تحول آموزش پزشکی به دقت واکاوی کردیم. به تحلیل چارچوب‌های حرفه‌ای برای پرورش پزشکان مستقل، مسئول و پاسخگو پرداختیم. تجارب موفق بومی و مطالعات موردی ارزشمند از تحولات آموزشی در دانشگاه‌های مختلف کشور را انعکاس دادیم. با انتشار مصاحبه‌های اختصاصی با صاحب‌نظران برجسته، پیوندی مستحکم بین نظریه و عمل ایجاد کردیم.

ما در مانا ثابت کردیم که می‌توان با عزمی راسخ، همتی بلند و تعاملی سازنده، گام‌های استواری در مسیر اعتلای کیفیت آموزش پزشکی برداشت. ما مانا را آغاز کردیم با این باور راسخ که «زنده به آنیم که آرام نگیریم» و پیشرفت واقعی در گام نهادن در مسیر یادگیری مستمر، مسئولیت‌پذیری جمعی و تعهد به بهبود مستمر است.

این حرکت روشنگرانه ما، که با حمایت‌های بی‌دریغ شما خوانندگان گرامی، راهنمایی‌های ارزشمند اساتید ارجمند و مساعدت تمامی دست‌اندرکاران عرصه آموزش پزشکی ممکن شد، امروز به نقطه عطفی رسیده است. ما امیدواریم که این مسیر، زمینه‌ساز تحولاتی عمیق‌تر و اثرگذارتر در آینده آموزش پزشکی مهن عزیزمان باشد...

در ادامه‌ی راهی که مانا آغاز کرد، نگاه ما ژرف‌تر شد. از بازاندیشی در مفاهیم آموزش پزشکی به ورود در میدان عمل رسیدیم؛ جایی که آموزش دیگر صرفاً انتقال دانش نیست، بلکه گفت‌وگویی زنده میان استاد، دانشجو و بیمار است.

در این مسیر، دغدغه‌ی اصلی ما فهم سازوکارهای یادگیری در بسترهای واقعی بود؛ اینکه پزشک چگونه می‌آموزد تا بیاموزاند، و یادگیری چگونه به خلاقیت و نوآوری منجر می‌شود. ما دریافته‌ایم که تحقق آموزش اثربخش، در گرو حضور آگاهانه و مشارکتی تمام کنشگران محیط آموزشی است. مانا به تدریج از روایت بحران‌های آموزش پزشکی به ترسیم راه‌های عبور پرداخت؛ از بازنگری در رسالت‌های اجتماعی و حرفه‌ای تا تأکید بر اخلاق، عدالت، و مسئولیت‌پذیری در نظام سلامت. هر گام، تلاشی بود برای انسانی‌تر کردن فضای آموزش و نزدیک‌تر ساختن یادگیری به زندگی پزشک و بیمار. در مسیر پالایش و بازآفرینی فرآیند یاددهی و یادگیری، مانا مفهوم «یادگیری فعال» را در کانون توجه قرار داد. تجربه‌های آموزشی متنوعی چون یادگیری گروهی، ایفای نقش، داستان‌گویی بالینی و کلاس‌های تعاملی، دریچه‌ای تازه به جهان آموزش گشودند.



ما آموختیم که گاهی یک سؤال سنجیده، یک بازخورد صادقانه، یا حتی یک سکوت تأمل برانگیز، بیش از دهها ساعت سخنرانی تأثیر می‌گذارد.

در اندیشه‌ی ما، آموزش پزشکی فراتر از کلاس درس است؛ فرآیندی پویا که در هر تماس بالینی، هر گفت‌وگوی بازخوردی، و هر تصمیم حرفه‌ای جریان دارد. استاد، تسهیل‌گر مسیر رشد است؛ دانشجو، یادگیرنده‌ی خودآگاه؛ و بیمار، آموزگار خاموشی که فهم ما را از انسان‌بودن و شفادهی کامل‌تر می‌کند.

مانا نشان داد که رمز پایداری آموزش در این است که «یاددهی» و «یادگیری» دو سوی یک گفت‌وگوی عمیق باشند؛ گفت‌وگویی که بر احترام، بازتاب، و اشتیاق به رشد بنا شده است. امروز، حاصل این نگاه، نسلی از اندیشمندان جوان است که آموزش را نه تکلیف، بلکه فرصتی برای خلق تحول می‌بینند.

ما در مانا آموخته‌ایم که مسیر تحول آموزش پزشکی، از درون انسان‌ها آغاز می‌شود - از جایی که باور داریم آموزش، هنر زنده نگه‌داشتن شعور و مهارت در خدمت انسان است.

و این شاید مهم‌ترین دستاورد یک سال همراهی ما با مانا باشد: ایمان به اینکه آینده‌ی آموزش پزشکی، نه در اصلاح آیین‌نامه‌ها، بلکه در احیای روح یادگیری نهفته است.

