

مانا، مجله آموزشی نشر آموزش پزشکی
مهرماه ۱۴۰۴ | سال اول | شماره یازدهم

- مسئولیت پذیری اجتماعی
- تغییرات اقلیمی در پزشکی
- تفکر کردن با صدای بلند
- دروس الکتیو یا انتخابی
- فضای آموزشی در پزشکی
- مدل طراحی آموزشی ADDIE
- مدل آموزشی کریک - پاتریک
- آموزش بین حرفه‌ای (IPE)



Social Responsibility



نشریه مانا، | سال اول
مهرماه ۱۴۰۴ | شماره یازدهم

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، زهره کریمی،
امیرمحمد موسی زاده، پرنیا ابوالقاسمی نژاد، زهرا
امینیان دریاسری، محمدامین حیدری، زهرا یونسی،
زهرا کاظمی، زهرا گرامی، امین نیکوند

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 مسئولیت پذیری اجتماعی <
- ۷ تغییرات اقلیمی در پزشکی <
- ۱۰ تفکرکردن با صدای بلند مدت <
- ۱۲ دروس الکتیو یا انتخابی <
- ۱۵ فضای آموزشی در پزشکی <
- ۱۷ مدل طراحی آموزشی ADDIE <
- ۲۰ مدل آموزشی کریک - پاتریک <
- ۲۲ آموزش بین حرفه ای <



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

◀ زهره کریمی: دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

◀ 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 دانشگاه علوم پزشکی تبریز

سخن مدیر مسئول



مدیر مسئول

امید قیسوندی

با سلام و تقدیم احترام به همه اساتید، همکاران، دانشجویان و خوانندگان عزیز یازدهمین شماره نشریه مانا

امروز در آستانه انتشار یازدهمین شماره نشریه مانا، بر خود واجب می‌دانم که از لطف شما عزیزان برای بررسی دقیق و ارائه نظرات، پیشنهاد و نقدهای سازنده که به شماره‌های قبلی داشتید نهایت قدردانی و سپاسگزاری را داشته باشم. ما زنده به آنیم که آرام نگیریم؛ موجبیم که آسودگی ما عدم ماست... در علوم به ویژه آموزش پزشکی هیچ وقت نقطه نهایی برای رسیدن و خاتمه وجود ندارد، این وظیفه هر انسان آگاه و طالب علمی است که همواره در حال یادگیری باشد و همواره دانش خود را به جامعه منتقل کند، در کنار این‌ها برای توسعه روزافزون، پیشرفت متعالی و دستیابی به رویه‌های جدید باتوجه به آموخته‌ها و تجربیات تلاش کند، این وظیفه‌ایست بر گردن همه تلاشگران عرصه‌های علمی. مقصود از تشکیل و انتشار این نشریه، ارتقاء آگاهی و دانشمندی مخاطبان به ویژه دانشجویان علوم پزشکی در حوزه آموزش پزشکی است، ما در این نشریه تلاش می‌کنیم تا با ارائه مطالب در یک قالب نظام‌مند و بر مبنای منابع علمی و نیز تجربیات اساتید و تحلیل‌های دقیق، فضایی را فراهم بیاوریم که مخاطبان علاقه‌مند زیادی بتوانند از آن بهره‌مند شوند، این روند را به نحوی ادامه می‌دهیم که صرفاً به انتقال ساده مطلب ختم نگردد و با تقویت روحیه پیگیری، تعهد، حس مسئولیت‌پذیری نسبت به رفع مشکلات و گسترش تفکر نقادانه نسبت به موضوع، نویسندگان و خوانندگان نشریه توانایی اثرگذاری برای تغییرات در راستای بهبود را در خود ببینند و در سستینگ‌های درسی و دانشگاهی خود عملی کنند. در شماره اول نشریه به مطالبی از مقدمات آموزش پزشکی پرداختیم، اکنون ادامه مباحث رایج این دانش را پیش می‌بریم و از تازه‌های حوزه آموزش پزشکی برای شما سخن می‌گوییم.

بدون شک، موفقیت ما در گرو همکاری و تعامل شما عزیزان است. از اساتید محترم، دانشجویان گرامی و تمامی فعالان حوزه آموزش پزشکی دعوت می‌کنم تا نظرات، پیشنهادات و نقدهای سازنده خود را با ما به اشتراک بگذارند. این همکاری‌ها نه تنها غنای محتوای نشریه‌مان را افزایش می‌دهد بلکه قدمی برای تقویت حس مسئولیت‌پذیری نسبت به مشکلات حوزه آموزش پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور است.

با همت و تلاش مشترک، می‌توان گام‌های مؤثری در راستای بهبود در زمینه‌های مختلف برداریم. در پایان، از اعضای توانمند و بینظیر نشریه مانا که همت گماردند و در راستای مسئولیت‌پذیری اجتماعی خود تلاش کردند بینهایت سپاسگزار و قدردانم.

امید قیسوندی، دانشجوی پزشکی و کارشناسی ارشد آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مدیر مسئول نشریه آموزشی پزشکی

مسئولیت پذیری اجتماعی در آموزش پزشکی

مسئولیت پذیری اجتماعی یک ارزش محوری و راهبردی، تغییر نقش از صرف درمانگر | نویسنده: زهرا گرامی

ابعاد سه گانه مسئولیت پذیری اجتماعی

برای نهادهای سازنده مسئولیت پذیری اجتماعی، لازم است تا رسالت های اصلی دانشکده های پزشکی در سه حوزه ی کلیدی بازتعریف و اجرا شوند:

۱ حوزه ی آموزش: انطباق برنامه درسی

طراحی و اجرای برنامه های درسی باید با لحاظ کردن بارهای بیماری بومی، نیازهای نظام ارجاع و کاستی های موجود در دسترسی به خدمات سلامت صورت پذیرد. این حوزه بر تقویت آموزش هایی نظیر طب خانواده و مراقبت های اولیه، سلامت عمومی، جنبه های اجتماعی بیماری ها و مهارت های ارتباطی با جوامع محلی متمرکز است. هدف، تربیت نیروی انسانی ای است که برای کارآمدی در بافتار اجتماعی و اقتصادی واقعی جامعه آمادگی داشته باشد.

۲ حوزه ی پژوهش: پژوهش کاربردی و جامعه محور

پژوهش باید از صرفاً تولید مقاله فاصله گرفته و به سمت حل مسئله در نظام سلامت حرکت کند. در این رویکرد، اولویت های تحقیقاتی از دل چالش های واقعی سیستم سلامت و نیازهای گروه های آسیب پذیر استخراج می شوند. پژوهش های مسئولیت پذیر اجتماعی، نتایج قابل ترجمه و اثربخشی ملموسی در ارتقای شاخص های سلامت جامعه خواهند داشت.

مدیریت کلاس درس در آموزش پزشکی: از تئوری تا عمل

در دهه های اخیر، مباحث مربوط به اهداف و رسالت های آموزش پزشکی دستخوش تحولات عمیقی شده است. در این میان، مفهوم مسئولیت پذیری اجتماعی به عنوان یک ارزش محوری و راهبردی، از اهمیتی روزافزون برخوردار گشته و مستقیماً به پرسش بنیادی فلسفه ی وجودی دانشکده های پزشکی می پردازد: «این نهادهای آموزشی، در برابر چه کسانی و چه نیازهایی مسئولیت پذیرند؟» مسئولیت پذیری اجتماعی، پارادایم فکری ای است که نقش پزشک را از صرف یک درمانگر به یک بهبوددهنده سلامت جامعه ارتقا می دهد.



مبانی نظری و تعاریف

مفهوم مسئولیت پذیری اجتماعی نخستین بار در اوایل دهه ی ۱۹۹۰ میلادی توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) به طور رسمی وارد ادبیات آموزش پزشکی شد و به سرعت به یک استاندارد کیفی برای ارزیابی عملکرد دانشکده های پزشکی تبدیل گشت. تعریف معیار و پذیرفته شده ی WHO بیان می دارد: دانشکده پزشکی زمانی مسئولیت پذیر تلقی می شود که آموزش، پژوهش و خدمات خود را به گونه ای جهت دهد که نیازهای سلامت اولویت دار جامعه، منطقه ی تحت پوشش و کشور را پاسخ دهد.

این تعریف، فراتر از پاسخگویی صرف است و بر یک اقدام فعال و استراتژیک در جهت انطباق منابع و خروجی های آموزشی با نیازهای مبرم سلامتی جامعه هدف تأکید دارد. مسئولیت پذیری اجتماعی در واقع، تلاش نظام مند برای برقراری پیوند حیاتی بین ظرفیت های آکادمیک دانشکده ها و واقعیت های اپیدمیولوژیک و اجتماعی جامعه است.



این بعد بر مشارکت دانشکده در ارائه خدمات سلامت در سطوح مختلف، به ویژه در مناطق کمتر برخوردار و با هدف کاهش نابرابری‌های سلامت تاکید دارد. ارائه خدمات مستقیم بالینی، مشارکت در تدوین سیاست‌های سلامت، برنامه‌های داوطلبانه و عملیات درمانی در بحران‌ها از مصادیق این نوع خدمات هستند.

۴ اهمیت مسئولیت‌پذیری اجتماعی برای دانشجویان علوم پزشکی

برای دانشجویان، به عنوان فعالان و رهبران آینده‌ی نظام سلامت، درک و پذیرش مسئولیت‌پذیری اجتماعی از همان آغاز مسیر تحصیلی حیاتی است. این مفهوم نه تنها یک تکلیف نهادی، بلکه یک هویت حرفه‌ای نوین را تعریف می‌کند. پذیرش این مسئولیت، مستلزم تغییر نگرش دانشجو از یک فرد یادگیرنده محصور در محیط آموزشی به یک عضو فعال و تاثیرگذار در بهبود سلامت عمومی است.

مسئولیت‌پذیری اجتماعی، رویکرد بالینی دانشجویان را از صرفاً درمان یک مورد پزشکی فراتر برده و به درک ابعاد انسانی، اجتماعی، اقتصادی و اخلاقی بیماری‌ها رهنمون می‌شود. این امر در فرایندهایی چون:

- پذیرش بیمار به عنوان یک انسان دارای بافتار اجتماعی (نه صرفاً یک کیس بالینی)
- تقویت مهارت‌های ارتباطی مؤثر برای آموزش سلامت به عموم
- مشارکت داوطلبانه در فعالیت‌های بهداشتی-اجتماعی در خارج از محیط بیمارستان

تجلی می‌یابد. در واقع، نهادینه‌سازی مسئولیت‌پذیری اجتماعی در دانشجویان، اطمینان می‌دهد که پزشکان آینده، علاوه بر توانمندی‌های بالینی، دارای توانمندی‌های اجتماعی نیز خواهند بود. امری که پایه‌های اعتماد اجتماعی به حرفه‌ی پزشکی را تحکیم می‌بخشد.

⚠ چالش‌ها و افق‌های پیش‌رو

با وجود اجماع جهانی بر ارزش این مفهوم، اجرای عملی مسئولیت‌پذیری اجتماعی با چالش‌هایی روبه‌رو است. مقاومت ساختارهای مرسوم آموزشی، فشار زیاد بر محوریت آزمون‌ها و تمرکز بر مدارک، و گاهی عدم تخصیص منابع کافی، از جمله موانع اصلی هستند. با این حال، مسئولیت‌پذیری اجتماعی یک فرایند پویا است که نیازمند تعهد مستمر و یکپارچه از سوی کلیه‌ی ذی‌نفعان است: از مدیران ارشد و اعضای هیات علمی که باید برنامه‌های درسی را اصلاح کنند، تا دانشجویان که

باید با شور و دغدغه‌ی اجتماعی، به ایفای نقش جدید خود بپردازند.

در نهایت، آموزش پزشکی تنها زمانی رسالت واقعی خود را به کمال می‌رساند که محصول نهایی آن، نه فقط پزشکی حاذق، بلکه پزشکی متعهد به خدمت و مسئولیت‌پذیر در قبال سلامت جامعه باشد. این چشم‌انداز، تضمین‌کننده‌ی یک نظام سلامت کارآمد و عادلانه است.



تغییرات اقلیمی در آموزش پزشکی

تغییرات اقلیمی، یکی از بزرگ‌ترین تهدیدهای سلامت بشر در سده بیست و یکم | نویسنده: امین نیکوند

مقدمه

حیطه‌های آموزشی کلیدی مرتبط با تغییرات اقلیمی

برای ادغام موثر مفاهیم تغییرات اقلیمی در آموزش پزشکی، باید مشخص شود که دانشجوی پزشکی در پایان دوره چه حیطه‌هایی از یادگیری را باید فراگرفته باشد. مرور مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد که پنج محور اصلی می‌توانند چارچوب این آموزش را تشکیل دهند:

۱ دانش پایه در زمینه تأثیرات اقلیمی بر سلامت

آشنایی با مسیرهای زیست‌محیطی موثر بر سلامت انسان، از جمله تغییر الگوهای بیماری‌های عفونی، افزایش بیماری‌های تنفسی و قلبی-عروقی، اثر گرما و آلودگی هوا بر عملکرد فیزیولوژیک بدن، و پیامدهای روانی ناشی از بحران‌های اقلیمی.

۲ مهارت‌های بالینی مرتبط با تغییرات اقلیمی

توانایی تشخیص، پیشگیری و درمان بیماری‌هایی که با تغییرات اقلیمی ارتباط دارند، و نیز آمادگی برای مدیریت بیماران در شرایط بحرانی ناشی از بلایا و رویدادهای اقلیمی.

۳ تفکر تحلیلی و بین‌رشته‌ای

درک روابط پیچیده میان عوامل محیطی، اجتماعی و اقتصادی که سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند و توانایی تحلیل انتقادی داده‌ها و سیاست‌ها در حوزه سلامت و محیط زیست.

۴ نگرش حرفه‌ای و تعهد اجتماعی

شناخت مسئولیت پزشک نسبت به سلامت عمومی و محیط زیست، و تمایل به ایفای نقش در سیاست‌گذاری‌ها و آموزش جامعه در زمینه کاهش اثرات اقلیمی.

۵ پژوهش و پایش سلامت-اقلیم

توانایی طراحی و اجرای پروژه‌های تحقیقاتی برای بررسی اثرات تغییرات اقلیمی بر سلامت، و مشارکت در جمع‌آوری داده‌ها و پایش مداخلات پیشگیرانه.

تغییرات اقلیمی یکی از بزرگ‌ترین تهدیدهای سلامت بشر در سده بیست و یکم محسوب می‌شوند. این پدیده، نه تنها محیط زیست را متاثر می‌کند، بلکه با افزایش گرما، تغییر الگوی بارندگی، امواج گرمایی و بلایای طبیعی، مستقیم یا غیرمستقیم، سلامت انسان‌ها را تحت فشار قرار می‌دهد. به عبارت دیگر، پیامدهای اقلیمی مانند گرمزدگی، افزایش بیماری‌های عفونی جدید، تشدید بیماری‌های مزمن و تأثیر بر گروه‌های آسیب‌پذیر، لزوم بازنگری در آموزش علوم پزشکی را به‌وضوح نشان می‌دهد.

پزشکان و کارکنان بهداشت در خط اول پاسخ به این تأثیرات هستند. اگر آموزش پزشکی نتواند آن‌ها را برای مواجهه با پیامدهای اقلیمی آماده کند، سیستم سلامت در مواجهه با بحران‌های آینده دچار ضعف خواهد شد. بنابراین، ادغام دانش تغییرات اقلیمی در برنامه‌های درسی پزشکی نه یک گزینه لوکس، بلکه ضرورتی است حیاتی.

وضعیت فعلی در ادغام تغییرات اقلیمی در آموزش پزشکی

مطالعات و مرورهای انجام شده

در یک مرور گسترده از دوره‌های تحصیلات تکمیلی پزشکی در آمریکا، تنها ۱۷ مقاله یافت شدند که نشان‌دهنده گنجاندن موضوعات اقلیمی در برنامه‌های آموزشی هستند. این امر گویای کمبود مستندات و فعالیت‌های عملی است.

بررسی‌های بین‌المللی نشان می‌دهند که در بسیاری از دانشگاه‌ها، دانش کافی درباره تأثیرات سلامتی تغییرات اقلیمی وجود ندارد و دانشجویان اغلب خواهان حضور این مباحث در برنامه‌های درسی هستند.

یکی از نمونه‌های موفق، مدل درسی جامع در دانشگاه هاروارد است که موضوع محوری تغییر اقلیم، محیط و سلامت را به صورت سراسری در کل دوره‌های پزشکی ادغام کرده است؛ ارزیابی اولیه نشان داد دانشجویان آن را ارزشمند دانسته و درک بهتری از تأثیرات سلامت یافته‌اند.

همچنین، مقاله‌ای با عنوان مدل برای آموزش جامع تغییرات اقلیمی و پزشکی پیشنهاد داده است که مباحث محیط‌زیست و تغییر اقلیم باید از فاز پیش‌کارآموزی وارد ساختارهای پایه‌ای درسی شوند تا رخ دهد.

برخی دانشگاه‌ها در مراحل عملی، دوره‌های کوتاه‌مدت یا کارگاه‌هایی درباره سلامت و تغییر اقلیم برگزار کرده‌اند؛ با این حال، هنوز این فعالیت‌ها به‌صورت پایدار و جامع در ساختار اصلی آموزش پزشکی جای نگرفته‌اند.

۲ استفاده از روش‌های فعال یادگیری

روش‌هایی مانند مطالعات موردی، بحث‌های بین‌رشته‌ای، کارگاه‌های عملی، پروژه‌های دانشجویی و یادگیری وارونه (Flipped classroom) کمک می‌کنند دانشجو مفاهیم را عمیق‌تر درک کند و نه تنها حفظ کند.

۳ اجرای یک تم طولی (Longitudinal Theme)

مانند تجربه دانشگاه هاروارد که تغییر اقلیم، محیط و سلامت را به‌صورت مضمون سراسری در طول کل دوره پزشکی تدوین کرده است.

۴ ایجاد دوره‌های کارآموزی یا پروژه‌های میدانی

دانشجویان می‌توانند در پروژه‌های محلی سلامت-اقلیمی شرکت کنند، به جمع‌آوری داده‌های محلی بپردازند یا با سازمان‌های محیط زیست و سلامت همکاری کنند تا تجربه عملی کسب کنند.

۵ توسعه منابع بومی و محلی‌سازی محتوا

باید محتوای آموزشی برای شرایط منطقه‌ای (آذربایجان، منطقه خاورمیانه و قفقاز) تطبیق داده شود. بیماری‌های مرتبط با گرما، آلودگی هوا، طوفان گرد و غبار، و تغییرات بارندگی ممکن است در مناطق شما ویژگی‌های خاصی داشته باشند.

۶ ارزیابی مداوم و بازخورد

هر دوره جدید باید دارای ارزیابی ساختاریافته باشد: پیش‌و پس آزمون‌ها، پرسشنامه نگرش، ارزیابی پروژه‌ها، بازخورد دانشجو و اصلاحات دوره‌ای.

۷ تقویت همکاری بین دانشجو و استاد

اتحادیه‌ها و گروه‌های دانشجویی علاقه‌مند به تغییرات اقلیمی می‌توانند در طراحی و اجرای دوره‌ها مشارکت کنند، که هم انگیزه می‌آورد هم خلاقیت را تقویت می‌کند.

۸ پشتیبانی موسسه‌ای و سیاست‌گذاری آموزشی

باید دانشگاه‌ها و نهادهای سیاست‌گذار در آموزش پزشکی، موضوع سلامت-اقلیم را به عنوان یکی از الزامات در رشته پزشکی بپذیرند. تدوین چارچوب توانمندی ملی و الزامی کردن آن می‌تواند تحولی ایجاد کند.

چشم‌انداز آینده و نتیجه‌گیری

آموزش پزشکی در آستانه گذار به دورهای است که پزشکان نه فقط درمان‌کننده افراد، بلکه مدافع سلامت محیطی و عامل تغییر اجتماعی خواهند بود. ادغام موثر دانش تغییرات اقلیمی در آموزش پزشکی می‌تواند موجب شود پزشکان در مواجهه با بحران‌های

در مجموع، آموزش پزشکی باید این پنج حیطه را به‌صورت درهم‌تنیده و نه مجزا دنبال کند تا دانشجوی پزشکی، علاوه بر دانش نظری، مهارت و نگرش لازم برای مقابله با چالش‌های سلامت در عصر تغییرات اقلیمی را کسب کند.

⚠ چالش‌ها و موانع اجرایی

۱ فشار محتوایی و حجم زیاد مطالب درسی

یکی از موانع جدی، این است که دانشکده‌های پزشکی اغلب با بار سنگینی از موضوعات و دروس روبرو هستند و افزودن مطالب جدید ممکن است مقاومت ایجاد کند.

۲ کمبود اساتید متخصص و منابع آموزشی

ممکن است تعداد استادانی که هم در زمینه تغییرات اقلیمی تسلط داشته باشند و هم به آموزش پزشکی آشنا باشند، محدود باشد. همچنین، منابع آموزشی مناسب (کتاب، مازول الکترونیکی، دوره‌های بین‌رشته‌ای) به اندازه کافی در دسترس نیستند.

۳ عدم قطعیت‌ها و پیچیدگی علمی

مکانیسم تأثیرات اقلیمی بر سلامت گاه پیچیده و در حال توسعه است، لذا تلفیق آن‌ها با مفاهیم پزشکی و بالینی نیاز به دقت و به‌روزرسانی مداوم دارد.

۴ توان اجرایی و پشتیبانی سازمانی محدود

برای اینکه این ایده‌ها به صورت دائمی در ساختار آموزشی وارد شوند، نیاز به حمایت ریاست دانشگاه، بودجه، و تغییرات در سیاست‌های آموزشی است.

۵ پیوند بین رشته‌ای و مقاوم نبودن در مقابل ساختارهای سنتی

ادغام بین‌رشته‌ای (مثلاً ارتباط بین محیط زیست، سیاست سلامت، اپیدمیولوژی) ممکن است با مقاومت ساختاری مواجه شود. همچنین، برخی اساتید ممکن است آن را عامل اختلال تلقی کنند.

➡ راهبردها و پیشنهاد عملی

برای موفقیت در ادغام تغییرات اقلیمی در آموزش پزشکی، راهکارهایی به شرح زیر پیشنهاد می‌شود.

۱ ادغام موضوعات اقلیمی در دوره‌های موجود

به جای ساخت یک دوره مستقل، می‌توان مفاهیم اقلیمی را به‌صورت موردی در دروس موجود (مثلاً در بیماری‌های تنفسی، بیماری‌های قلبی، اپیدمیولوژی، بهداشت عمومی) وارد کرد تا ارتباط میان موضوعات آشکار شود.

بهداشتی جدید تاب‌آوری بیشتری داشته باشند و نقش فعال‌تری در پیشگیری، سیاست‌گذاری و آموزش عمومی ایفا کنند. البته مسیر پیش رو ساده نیست؛ نیاز به همکاری بین‌رشته‌ای، تعهد دانشگاه‌ها، سرمایه‌گذاری منابع و بازنگری مداوم وجود دارد. اما اگر امروز از بی‌تفاوتی بگذریم و با آینده گشوده مواجه شویم، نسل‌های بعدی پزشکی قادر خواهند بود در جهانی متغیر، سلامت را نه فقط درمان کنند بلکه حفظ نمایند.



تفکر با صدای بلند

یک تکنیک پژوهشی و آموزشی به منظور آشکارسازی فرایندهای شناختی افراد | نویسنده: ابوالقاسمی نژاد

مقدمه

تفکر با صدای بلند^۱ یک تکنیک پژوهشی و آموزشی است که به منظور آشکارسازی فرایندهای شناختی افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این روش، فرد در حین انجام یک فعالیت یا پس از اتمام آن، افکار، تصمیم‌ها، شک‌ها و استدلال‌های ذهنی خود را به صورت شفاهی بیان می‌کند. این فرایند باعث می‌شود پژوهشگر یا ناظر، به جای مشاهده صرف رفتار بیرونی یا نتیجه نهایی، بتواند به مسیر ذهنی و راهبردهایی که فرد برای رسیدن به آن نتیجه به کار برده است، دسترسی پیدا کند. در واقع، تفکر با صدای بلند پلی میان آنچه در ذهن رخ می‌دهد و آنچه قابل مشاهده است ایجاد می‌کند.

مفهوم اصلی تفکر با صدای بلند بر این اساس استوار است که بسیاری از فرایندهای شناختی، مانند حل مسئله، تصمیم‌گیری یا درک مطلب، به‌طور طبیعی در ذهن و به‌صورت خاموش انجام می‌شوند و قابل مشاهده مستقیم نیستند. این تکنیک به‌عنوان ابزاری برای بیرونی‌سازی افکار، کمک می‌کند تا ساختار و منطق درونی فعالیت‌های ذهنی روشن شود. از همین رو، تعریف تفکر با صدای بلند را می‌توان چنین بیان کرد: «بیان شفاهی و آشکارسازی لحظه‌ای یا بازگشتی افکار و راهبردهای ذهنی در حین یا پس از انجام یک تکلیف به منظور درک بهتر فرایندهای شناختی فرد.»

انواع تفکر با صدای بلند

تفکر با صدای بلند به شیوه‌های متفاوتی اجرا می‌شود که هر کدام رویکرد خاصی برای آشکارسازی فرایندهای ذهنی دارند و بسته به هدف پژوهش یا آموزش، می‌توان از آن بهره گرفت. انواع تفکر با صدای بلند عبارتند از:

۱ تفکر با صدای بلند هم‌زمان^۲: در این روش، فرد در همان لحظه‌ای که در حال انجام تکلیف است، افکار و استدلال‌های ذهنی خود را با صدای بلند بیان می‌کند. این نوع تفکر با صدای بلند به پژوهشگر یا ناظر امکان می‌دهد تا فرایندهای شناختی فرد را به صورت زنده و لحظه‌ای دنبال کند. مزیت اصلی آن،

۲ تفکر با صدای بلند بازگشتی یا پسین^۳: در این نوع، فرد ابتدا تکلیف را به طور کامل انجام می‌دهد و سپس در مرحله‌ای جداگانه، افکار و تصمیم‌های خود را بازگو می‌کند. معمولاً این فرایند با مشاهده ضبط ویدئویی یا بازبینی عملکرد فرد همراه است تا او بتواند توضیحات دقیق‌تری ارائه دهد. مزیت این روش آن است که انجام فعالیت بدون وقفه و اختلال صورت می‌گیرد؛ اما نقطه‌ضعف آن این است که ممکن است فرد برخی افکار و دلایل واقعی خود را فراموش کند یا آنها را به شکل بازسازی‌شده و نه دقیق بازگو نماید.

۳ تفکر با صدای بلند هدایت‌شده یا راهنمایی‌شده^۴: در این روش، فرد تنها به صورت آزادانه افکارش را بیان نمی‌کند، بلکه پژوهشگر یا معلم با طرح پرسش‌های هدفمند، فرایند تفکر را هدایت می‌کند. مثلاً ممکن است پرسیده شود: «چرا این گزینه را انتخاب کردی؟» یا «اگر این روش جواب ندهد، چه کار دیگری می‌کنی؟». این نوع از تفکر با صدای بلند کمک می‌کند تا پژوهشگر دقیقاً روی جنبه‌هایی که برایش مهم است تمرکز کند. با این حال، دخالت مستقیم پرسش‌ها ممکن است طبیعی بودن جریان فکر را کاهش دهد و فرد بیشتر به سؤالات پاسخ دهد تا اینکه آزادانه افکار خود را بیان کند.

انواع تفکر با صدای بلند

۱ آموزش و یادگیری

در حوزه آموزش، تفکر با صدای بلند به‌عنوان ابزاری برای آشکار کردن راهبردهای یادگیری دانش‌آموزان و دانشجویان به کار می‌رود. برای مثال، زمانی که یک دانش‌آموز در حال حل یک مسئله ریاضی است و هم‌زمان منطق انتخاب فرمول یا روش خود را توضیح می‌دهد، معلم می‌تواند نقاط ضعف و قوت او را شناسایی کند.

۲ پژوهش‌های روان‌شناسی شناختی

در روان‌شناسی شناختی، این تکنیک برای مطالعه فرایندهایی مانند تصمیم‌گیری، حافظه، حل مسئله و توجه استفاده می‌شود. محققان با شنیدن افکار شرکت‌کنندگان، می‌توانند بفهمند افراد چگونه به یک نتیجه می‌رسند یا چرا در مراحل خاصی دچار اشتباه می‌شوند.

1. Think-Aloud
2. Concurrent Think-Aloud
3. Retrospective Think-Aloud
4. Directed/Guided Think-Aloud

جمع‌بندی

بطور کلی، تفکر با صدای بلند یک روش کیفی و شناختی است که با بیان شفاهی افکار و راهبردهای ذهنی افراد، امکان دسترسی به فرایندهای پنهان شناختی را فراهم می‌کند. این تکنیک در انواع هم‌زمان، بازگشتی و هدایت‌شده اجرا می‌شود و بسته به هدف پژوهش یا آموزش می‌تواند اطلاعات متفاوتی درباره مسیر تصمیم‌گیری و حل مسئله ارائه دهد. کاربردهای آن گسترده است و شامل آموزش و یادگیری، پژوهش‌های روان‌شناسی شناختی، طراحی تجربه کاربری، مطالعات زبان و خواندن و حوزه‌های حرفه‌ای تخصصی می‌شود. مزیت اصلی تفکر با صدای بلند آشکارسازی فرایندهای ذهنی و تحلیل راهبردهای شناختی است، اما محدودیت‌هایی مانند ایجاد اختلال در جریان طبیعی کار، دشواری بیان افکار توسط برخی افراد و پیچیدگی تحلیل داده‌ها نیز دارد. به همین دلیل، استفاده از این روش باید با توجه به اهداف و شرایط به‌طور دقیق برنامه‌ریزی شود.

۳ طراحی تجربه کاربری و ارزیابی کاربردپذیری

یکی از رایج‌ترین کاربردهای تفکر با صدای بلند در حوزه طراحی تجربه کاربری است. کاربران هنگام استفاده از یک نرم‌افزار، وبسایت یا اپلیکیشن، افکار خود را بیان می‌کنند؛ مانند این که «اینجا نمی‌دانم روی کدام دکمه کلیک کنم» یا «فکر کردم این گزینه مرا به صفحه اصلی برمی‌گرداند». این بازخوردهای لحظه‌ای به طراحان کمک می‌کند تا نقاط ضعف و قوت سیستم را شناسایی کرده و طراحی را بهبود بخشند.

۴ پژوهش‌های زبان و خواندن

در مطالعات زبان‌شناسی و آموزش زبان دوم، تفکر با صدای بلند به کار می‌رود تا محققان راهبردهای درک مطلب و پردازش متن توسط زبان‌آموزان را بررسی کنند. به‌طور مثال، زبان‌آموزی که هنگام خواندن متن انگلیسی با صدای بلند توضیح می‌دهد که چرا معنی یک واژه را این‌گونه برداشت کرده یا چگونه ارتباط بین جملات را پیدا می‌کند، فرایندهای ذهنی خود را آشکار می‌سازد.

۵ حوزه‌های حرفه‌ای و تخصصی

تفکر با صدای بلند در مشاغل تخصصی مانند پزشکی، مهندسی و برنامه‌نویسی نیز کاربرد دارد. برای مثال، پزشک در حین بررسی پرونده بیمار و تشخیص بیماری، استدلال‌های خود را بیان می‌کند و این امر برای آموزش دانشجویان پزشکی یا تحلیل تصمیم‌گیری بالینی بسیار ارزشمند است. همچنین در حوزه برنامه‌نویسی، وقتی یک فرد هنگام نوشتن یا رفع خطای کد، مراحل تفکر خود را بیان می‌کند، محققان می‌توانند به درک عمیق‌تری از نحوه حل مسئله توسط افراد خبره و مبتدی دست یابند.

مزایا و معایب تفکر با صدای بلند

تفکر با صدای بلند مزایای متعددی دارد که مهم‌ترین آن‌ها آشکارسازی فرایندهای ذهنی پنهان و دسترسی به راهبردهای شناختی افراد است. این روش به پژوهشگران، معلمان و طراحان کمک می‌کند تا نه‌تنها نتیجه عملکرد، بلکه مسیر فکری و تصمیم‌گیری فرد را تحلیل کنند و از داده‌های غنی کیفی برای بهبود آموزش، طراحی سیستم یا پژوهش‌های روان‌شناختی بهره‌برداری کنند. همچنین، تفکر با صدای بلند می‌تواند به خود فرد نیز کمک کند تا آگاهانه‌تر بیندیشد و مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری خود را تقویت کند.

با این حال، این روش دارای معایبی نیز هست. بیان مداوم افکار ممکن است جریان طبیعی کار را مختل کند یا باعث کندی عملکرد شود. برخی افراد در بیان افکار خود مشکل دارند یا ممکن است برخی افکار واقعی خود را بازگو نکنند. علاوه بر این، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها زمان‌بر و پیچیده است و نیازمند دقت و تجربه کافی از سوی پژوهشگر برای استخراج نتایج دقیق است. به همین دلیل، استفاده از تفکر با صدای بلند باید با توجه به شرایط و اهداف پژوهش یا آموزش به‌دقت برنامه‌ریزی شود.



دروس الکتیو در علوم پزشکی

فرصت یادگیری عمیق‌تر، میان‌رشته‌ای‌تر و مبتنی بر علایق فردی | نویسنده: زهرا کاظمی

مقدمه

۳ پاسخ‌گویی به نیازهای نظام سلامت

ایجاد فرصت برای یادگیری موضوعات نوظهور و نیازهای جامعه که در دروس اجباری پوشش داده نمی‌شوند.

۴ افزایش انگیزه یادگیری

ارتقای مشارکت فعال و درونی دانشجویان از طریق انتخاب دروس مطابق با علایق شخصی

اهداف و اهمیت دروس الکتیو در علوم پزشکی

دروس الکتیو نقشی حیاتی در تربیت حرفه‌ای دانشجویان علوم پزشکی ایفا می‌کنند. مهم‌ترین اهداف این دروس عبارتند از:

۱ تکمیل توانمندی‌های حرفه‌ای

بسیاری از مهارت‌های مورد نیاز حرفه‌های سلامت، از جمله تفکر انتقادی، کار گروهی، ارتباط بین‌فرهنگی و مدیریت منابع، در قالب دروس اجباری به‌طور کامل پوشش داده نمی‌شوند. دروس الکتیو می‌توانند این خلأ را پر کنند.

۲ آمادگی برای نقش‌های چندوجهی

حرفه‌های سلامت امروزه نیازمند مهارت‌هایی در زمینه‌های آموزش، پژوهش، مدیریت، سیاست‌گذاری و نوآوری هستند که دروس الکتیو می‌توانند مسیر ورود به آن‌ها را فراهم کنند.

۳ تسهیل توسعه حرفه‌ای فردی

انتخاب آزادانه موضوعات مورد علاقه به دانشجویان کمک می‌کند مسیر حرفه‌ای خود را در آینده بهتر طراحی کنند.

۴ تشویق به پژوهش و یادگیری مادام‌العمر

بسیاری از دروس الکتیو با رویکرد پژوهش‌محور طراحی شده‌اند و دانشجویان را با روش‌های تحقیقاتی آشنا می‌سازند.

اصول و چارچوب طراحی دروس الکتیو

طراحی دروس الکتیو نیازمند توجه به اصول علمی برنامه‌ریزی آموزشی است که در اسناد بین‌المللی بر آن تاکید شده است. برخی از این اصول عبارتند از:

نظام آموزش علوم پزشکی در دهه‌های اخیر شاهد تحولات بنیادین در ساختار، محتوا و روش‌های آموزشی بوده است. رشد دانش، تغییر نیازهای نظام سلامت، افزایش پیچیدگی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، و ضرورت تربیت نیروهای حرفه‌ای با مهارت‌های فراتر از حوزه تخصصی، سبب شده است که بازنگری در برنامه‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی به یک ضرورت استراتژیک تبدیل شود. یکی از اجزای کلیدی این تحول، گنجانیدن (دروس الکتیو) (Elective) در کوریکولوم آموزشی است. دروسی که با رویکردی انعطاف‌پذیر و دانشجو-محور، فرصت یادگیری عمیق‌تر، میان‌رشته‌ای‌تر و مبتنی بر علایق فردی را فراهم می‌کنند. در ایران نیز طی دو دهه اخیر، دروس الکتیو به‌عنوان بخشی از برنامه آموزشی رشته‌های مختلف علوم پزشکی - از پزشکی عمومی و پرستاری گرفته تا بهداشت، داروسازی، توانبخشی و مدیریت سلامت - در آیین‌نامه‌های آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گنجانده شده‌اند.

تعریف و فلسفه دروس الکتیو

دروس الکتیو به واحدهای درسی اختیاری اطلاق می‌شود که دانشجویان می‌توانند بر اساس علاقه‌مندی‌ها، اهداف حرفه‌ای آینده و نیازهای یادگیری خود از میان آن‌ها انتخاب کنند. در مقابل دروس اجباری که ساختار اصلی برنامه آموزشی را تشکیل می‌دهند، دروس الکتیو فضایی را برای انعطاف‌پذیری و فردی‌سازی یادگیری فراهم می‌آورند.

فلسفه گنجانیدن دروس الکتیو در آموزش علوم پزشکی مبتنی بر چند اصل کلیدی است:

۱ یادگیری خودراهبر (Self-directed learning)

تشویق دانشجو به مسئولیت‌پذیری در مسیر یادگیری و تصمیم‌گیری درباره مسیر حرفه‌ای آینده.

۲ توسعه توانمندی‌های مکمل

ارتقای مهارت‌های میان‌رشته‌ای نظیر ارتباط مؤثر، مدیریت سلامت، اخلاق حرفه‌ای، فناوری‌های نوین و پژوهش.

- دانشجویان در سال‌های بالینی موظف به گذراندن ۱۲ تا ۱۶ واحد الکتیو هستند که می‌تواند در حوزه‌های بالینی خاص، پژوهش یا سیاست‌گذاری سلامت باشد.
- بیش از ۲۰٪ از برنامه آموزشی پزشکی به دروس انتخابی اختصاص دارد و دانشگاه‌ها موظف به ارائه گزینه‌های متنوع هستند
- در ایران نیز مطابق آیین‌نامه‌های آموزشی وزارت بهداشت، دروس اختیاری در اغلب رشته‌ها پیش‌بینی شده‌اند (مثلاً ۲ تا ۴ واحد در کارشناسی پرستاری، ۶ واحد در پزشکی عمومی و ۴ واحد در دوره کارشناسی ارشد آموزش پزشکی).

چالش‌ها و موانع اجرای دروس الکتیو در ایران

با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در تدوین و اجرای دروس الکتیو در ایران، چالش‌هایی همچنان باقی است:

- ۱ محدودیت منابع انسانی و مالی**
طراحی و ارائه دروس متنوع نیازمند استادان متخصص و بودجه کافی است.
- ۲ فقدان زیرساخت‌های لازم**
امکانات آموزشی، فناوری‌های نوین و مراکز آموزشی در برخی دانشگاه‌ها کافی نیستند.
- ۳ ناآشنایی دانشجویان با اهمیت دروس الکتیو**
گاهی انتخاب دروس بدون توجه به اهداف حرفه‌ای انجام می‌شود.
- ۴ یکنواختی محتوایی**
در برخی دانشگاه‌ها تنوع لازم در عناوین دروس الکتیو مشاهده نمی‌شود.
- ۵ چالش‌های ارزشیابی**
نظام ارزیابی دروس الکتیو در بسیاری موارد همچنان سنتی و دانش‌محور است.

پیشنهادهای راهکارها برای آینده

برای ارتقای کیفیت دروس الکتیو در علوم پزشکی ایران، راهکارهای زیر قابل پیشنهاد است:

- ۱ ظرفیت‌سازی در اعضای هیئت علمی**
برگزاری دوره‌های توانمندسازی برای طراحی، تدریس و ارزیابی دروس انتخابی

۱ هم‌راستایی با اهداف کلان برنامه آموزشی

دروس الکتیو باید در راستای اهداف کلان کوریکولوم و توانمندی‌های نهایی فارغ‌التحصیلان باشند.

۲ پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه

موضوعات انتخابی باید مرتبط با چالش‌های نظام سلامت کشور و روندهای نوظهور باشند.

۳ انعطاف‌پذیری و تنوع

ارائه طیف متنوعی از دروس در زمینه‌های علوم پایه، بالینی، بین‌رشته‌ای، پژوهش، مدیریت، فناوری و اخلاق حرفه‌ای.

۴ ارزیابی مبتنی بر توانمندی

طراحی نظام ارزیابی که یادگیری مهارت‌های کاربردی و نگرش‌های حرفه‌ای را بسنجد.

۵ مشارکت دانشجویان در فرآیند طراحی

مشارکت فعال دانشجویان در شناسایی نیازها و پیشنهاد موضوعات الکتیو می‌تواند کیفیت برنامه را افزایش دهد.

انواع و طبقه‌بندی دروس الکتیو در علوم پزشکی

دروس الکتیو بسته به سطح تحصیلی، رشته و اهداف برنامه آموزشی در چند دسته کلی طبقه‌بندی می‌شوند. در اسناد آموزشی وزارت بهداشت و نیز برنامه‌های بین‌المللی، این دروس معمولاً در قالب‌های زیر تعریف شده‌اند:

- **الکتیوهای علوم پایه و زیستی:** مانند ژنتیک پیشرفته، بیوانفورماتیک، ایمونولوژی کاربردی، علوم اعصاب رفتاری
- **الکتیوهای بالینی و تخصصی:** مانند پزشکی خانواده، سلامت سالمندان، طب تسکینی، طب روستایی، پزشکی سفر و پزشکی قانونی
- **الکتیوهای میان‌رشته‌ای:** مانند اخلاق حرفه‌ای، ارتباطات سلامت، آموزش بیماران، سیاست‌گذاری سلامت، مدیریت بحران
- **الکتیوهای فناوری و نوآوری:** مانند تله‌مدیسن، هوش مصنوعی در پزشکی، سیستم‌های اطلاعات سلامت
- **الکتیوهای پژوهش‌محور:** شامل کارگاه‌های روش تحقیق، طراحی مطالعه، نگارش علمی و پروژه‌های تحقیقاتی
- **الکتیوهای اجتماعی و بین‌المللی:** شامل بهداشت جهانی، فرهنگ و سلامت، خدمات داوطلبانه در مناطق محروم، کارآموزی بین‌المللی

تجربه‌های موفق جهانی و داخلی

در نظام‌های آموزشی پیشرو نظیر ایالات متحده، بریتانیا، کانادا و استرالیا، دروس الکتیو بخش جدایی‌ناپذیر برنامه آموزشی محسوب می‌شوند. برای مثال:

۲ هم‌راستا کردن دروس با نیازهای سلامت کشور

انجام نیازسنجی‌های دوره‌ای برای اطمینان از ارتباط دروس با اولویت‌های سلامت

۳ تشویق یادگیری میان‌رشته‌ای

طراحی دروسی که دانشجویان رشته‌های مختلف بتوانند در کنار هم بیاموزند

۴ به‌روزرسانی مستمر براساس فناوری و روندهای نوظهور

ادغام موضوعاتی مانند هوش مصنوعی، داده‌کاوی سلامت، پزشکی شخصی و سیاست‌گذاری دیجیتال در دروس انتخابی

جمع‌بندی

دروس الکتیو، به‌عنوان یکی از ارکان مهم برنامه‌های آموزشی علوم پزشکی، نقشی فراتر از تکمیل واحدهای درسی دارند. این دروس بستر توسعه حرفه‌ای، تقویت مهارت‌های میان‌رشته‌ای، و پاسخ‌گویی به نیازهای متغیر نظام سلامت را فراهم می‌کنند. برای دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، توجه راهبردی به طراحی، اجرا و ارزیابی دروس الکتیو نه تنها ضرورتی آموزشی بلکه یک الزام راهبردی در مسیر ارتقای کیفیت آموزش و تربیت نیروهای حرفه‌ای در تراز جهانی است. آینده آموزش علوم پزشکی در گرو آن است که از قالب‌های سنتی فراتر رفته و با انعطاف‌پذیری، نوآوری و پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه، یادگیری را به تجربه‌ای پویا، معنادار و مادام‌العمر تبدیل کند.



فضای آموزشی در آموزش پزشکی

فضای آموزشی مفهومی فراتر از محیط فیزیکی، امنیت روانی تا شکل‌گیری هویت حرفه‌ای | نویسنده: زهرا یونسی

مقدمه

بنابراین، طراحی برنامه‌های آموزشی باید به گونه‌ای باشد که مشارکت فعال دانشجویان را تحریک کند. برای مثال از طریق روش‌های یادگیری تیمی، بازخورد مستمر و ایجاد فرهنگ تعامل دوطرفه.

تغییر برداشت دانشجویان در طول دوران تحصیل

پژوهش‌های مقطعی در چند دانشکده پزشکی نشان داده‌اند که برداشت مثبت دانشجویان از فضای آموزشی در سال‌های ابتدایی تحصیل بیشتر است، اما با گذشت زمان و ورود به مراحل بالینی کاهش می‌یابد. این تغییر می‌تواند ناشی از فشارهای کاری، استرس‌های محیط بالینی و دور شدن اساتید از نقش حمایتی باشد.

این روند کاهش، پیامدهای مهمی دارد. از جمله کاهش انگیزه و افزایش احتمال فرسودگی تحصیلی. به همین دلیل ضروری است که برنامه‌های آموزشی برای سال‌های بالینی، سازوکارهای حمایتی ویژه‌ای طراحی کنند. از جمله سیستم‌های مشاوره ارتباط، گروه‌های همیار و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس.

فضای آموزشی و هویت حرفه‌ای

هویت حرفه‌ای یکی از اهداف کلیدی آموزش پزشکی است و به معنای شکل‌گیری خودانگاره فردی و اجتماعی دانشجو به عنوان یک پزشک یا عضو تیم سلامت است. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که جو آموزشی نقش مهمی در این فرایند ایفا می‌کند.

دانشجویانی که فضای حمایتی، الهام‌بخش و مبتنی بر بازخورد سازنده را تجربه می‌کنند، هویت حرفه‌ای قوی‌تری شکل می‌دهند. در مقابل، فضای منفی می‌تواند به تضعیف اعتماد به نفس حرفه‌ای و حتی بحران هویت بینجامد. بنابراین، توجه به کیفیت تعاملات استاد-دانشجو، فرهنگ سازمانی و الگوهای رفتاری اساتید از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هویت حرفه‌ای تنها از طریق آموزش نظری ایجاد نمی‌شود، بلکه در بستر تجربه روزمره و تعامل با محیط آموزشی شکل می‌گیرد.

پیامدهای عملی برای سیاست‌گذاران و مربیان

مرور یافته‌های تازه در حوزه فضای آموزشی چند نکته کلیدی را برای برنامه‌ریزان آشکار می‌سازد:

فضای آموزشی در آموزش پزشکی مفهومی فراتر از محیط فیزیکی یا امکانات سخت‌افزاری است. این فضا مجموعه‌ای از روابط، ارزش‌ها، تعاملات و هنجارها را شامل می‌شود که کیفیت یادگیری و رشد حرفه‌ای دانشجویان را شکل می‌دهد. بررسی‌های جدید نشان داده‌اند که برداشت دانشجویان از فضای آموزشی می‌تواند بر انگیزش، درگیری، عملکرد تحصیلی، و حتی هویت حرفه‌ای آنان اثرگذار باشد. در سال‌های اخیر سه محور اصلی یعنی امنیت روانی، مشارکت و درگیری تحصیلی و هویت حرفه‌ای به‌طور خاص مورد توجه قرار گرفته‌اند.

امنیت روانی: شرط لازم برای یادگیری

امنیت روانی به این معناست که فراگیران بتوانند بدون ترس از قضاوت یا تنبیه، پرسش بپرسند، ابهام خود را بیان کنند یا حتی اشتباهاتشان را مطرح سازند. پژوهش‌های تازه نشان می‌دهد ایجاد چنین فضایی در آموزش بالینی یکی از عوامل اساسی در افزایش کیفیت یادگیری است. راهکارهایی مانند آماده‌سازی پیش از شروع جلسه، ایجاد فضای استقبال در نخستین برخورد و استمرار حمایت در طول دوره می‌تواند به شکل‌گیری احساس امنیت کمک کند.

تجربه‌های آموزشی نشان داده‌اند که امنیت روانی را می‌توان همچون یک مهارت آموزش داد. زمانی که دانشجویان و مربیان با اصول امنیت روانی آشنا می‌شوند، تعاملات بالینی کیفیت بهتری پیدا می‌کند، گزارش‌دهی خطاهای آموزشی یا بالینی افزایش می‌یابد، و اضطراب دانشجویان کاهش می‌یابد. این یافته‌ها بیانگر آن است که امنیت روانی دیگر تنها یک ایده نظری نیست، بلکه باید به عنوان بخشی از برنامه درسی مورد توجه قرار گیرد.

نقش فضای آموزشی در مشارکت و دستاورد تحصیلی

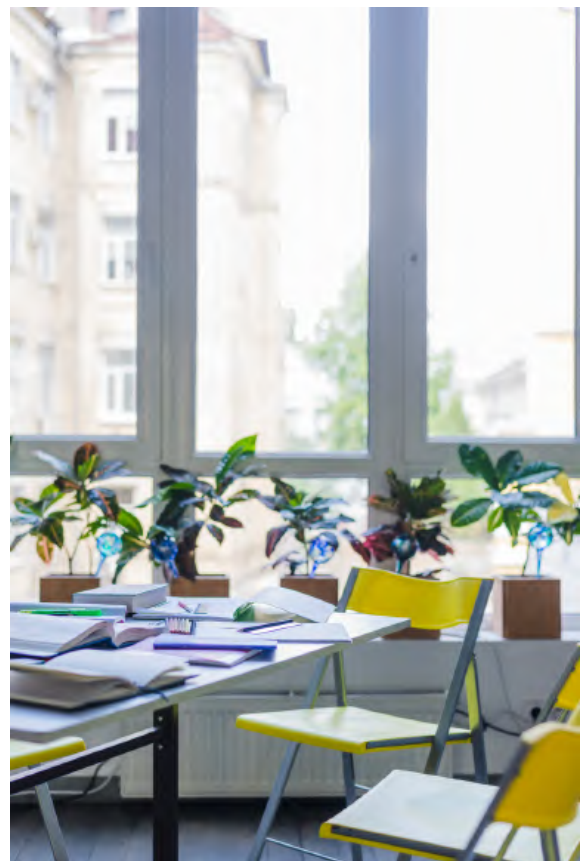
یکی دیگر از ابعاد پررنگ در مطالعات اخیر، نقش فضای آموزشی در افزایش سطح مشارکت دانشجویان است. نتایج نشان می‌دهد که یک جو آموزشی مثبت، دانشجویان را به درگیری فعال در فرآیند یادگیری ترغیب می‌کند و این مشارکت خود به ارتقای عملکرد تحصیلی می‌انجامد.

نکته قابل توجه این است که تاثیر مستقیم فضای آموزشی بر نمره‌ها چندان قوی نیست. بلکه این فضا ابتدا بر انگیزش و مشارکت دانشجو اثر می‌گذارد و سپس این عامل واسطه موجب ارتقای یادگیری می‌شود.

- امنیت روانی باید به صورت هدفمند در برنامه درسی تقویت شود.
- مشارکت فعال دانشجوی واسطه اصلی میان محیط آموزشی و موفقیت تحصیلی است؛ بنابراین باید روش‌های آموزشی مشارکتی توسعه یابند.
- ادراک مثبت دانشجویان از فضا در طول زمان پایدار نمی‌ماند و لازم است برای مراحل بالینی سازوکارهای ویژه در نظر گرفته شود.
- فضای آموزشی بر شکل‌گیری هویت حرفه‌ای اثر مستقیم دارد، بنابراین بهبود فرهنگ سازمانی و تعاملات انسانی باید در اولویت قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

فضای آموزشی در آموزش پزشکی تنها یک بستر فیزیکی یا سازمانی نیست، بلکه شبکه‌ای پیچیده از تعاملات، ارزش‌ها و تجربه‌هاست که مسیر یادگیری و حرفه‌ای شدن دانشجویان را تعیین می‌کند. یافته‌های اخیر نشان می‌دهد که سه محور کلیدی امنیت روانی، مشارکت فعال و هویت حرفه‌ای باید در طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های آموزشی در نظر گرفته شوند. بهبود فضای آموزشی نه تنها کیفیت یادگیری دانشجویان را ارتقا می‌دهد، بلکه در نهایت به تربیت پزشکانی منجر می‌شود که علاوه بر توانمندی علمی، دارای هویت حرفه‌ای پایدار، همدلی با بیماران و تعهد به یادگیری مادام‌العمر هستند. از این رو سرمایه‌گذاری در ارتقای فضای آموزشی، سرمایه‌گذاری بر آینده نظام سلامت محسوب می‌شود.



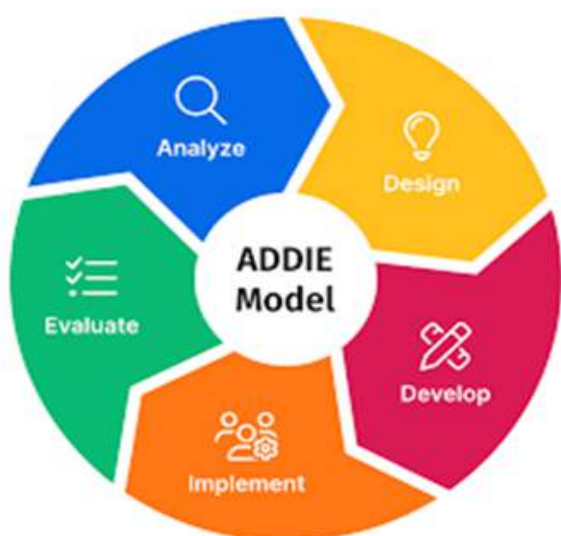
مدل طراحی آموزشی ADDIE

محبوب‌ترین مدل مورد استفاده در محیط‌های یادگیری الکترونیکی | نویسنده: زهره کریمی

مقدمه

الگوی طراحی آموزشی ADDIE

رایج‌ترین الگو یا مدل طراحی و تولید مواد آموزشی است. این مدل برای هر نوع یادگیری، اعم از سنتی و الکترونیکی، قابل استفاده است و برای طراحی آموزش‌های رسمی و حین خدمت، مورد استفاده قرار می‌گیرد. مدل ADDIE در دهه ۱۹۷۰ میلادی، توسط دانشگاه ایالتی فلوریدا برای ارتش آمریکا، ساخته شد. بر اساس این الگو، برای طراحی آموزشی باید پنج مرحله یا گام را طی کرد. نام این الگو از ترکیب حروف اول پنج مرحله آن گرفته شده است. در این مدل، دستاورد هر مرحله به‌گونه‌ای ورودی مرحله بعد است.



گام اول، تحلیل: هدف این مرحله شناسایی مسئله و نیازهای یادگیری است. فعالیت‌های این گام عبارتند از: تعریف مسئله، تعیین هدف‌های آموزش، تعیین مخاطبان، شناسایی منابع، تعیین روش ارائه بالقوه و گردآوری اطلاعات مورد نیاز در این مرحله برخی از سوالات مفید برای پرسیدن عبارتند از:

- هدف از آموزش چیست؟
- چرا باید این کار را انجام دهیم؟
- تغییر مورد نظر چیست؟

آیا آموزش در ایجاد این تغییر موثر خواهد بود؟
برای اطمینان از موفقیت در استفاده از مدل ADDIE، داشتن درک روشنی از مخاطبان هدف و تمرکز بر تعیین اهداف یادگیری واضح و قابل اندازه‌گیری، ضروری است.

امروزه یکی از دسته بندی‌های قابل قبول روش‌های تدریس این است که در نهایت، دانشجویان باید قادر باشند خودمختاری و استقلال خود را رشد بدهند و یاد بگیرند. عدم بهبود یادگیری در فراگیران با وجود گذراندن زمان زیادی در کلاس‌های درس، سبب گردید تا از راهبردهای مختلف آموزشی جهت غلبه بر این چالش‌ها، استفاده گردد. الگوی عمومی طراحی آموزشی ADDIE به عنوان زیربنای بسیاری از الگوهای طراحی آموزشی امروزی شناخته شده است. الگوی مذکور دارای پنج مرحله تحلیل، طراحی، تهیه، اجرا و ارزشیابی است. که هر کدام شامل الزامات و فعالیت‌هایی می‌باشد که برنامه‌ریزان پس از تعیین نیازهای آموزشی و اهداف یادگیری انجام می‌دهند.

مطالعات متعددی نشان دادند که با توجه به جنبه‌های آموزشی در محیط مجازی و تاثیر آن‌ها بر ایجاد دوره الکترونیکی، مدل ADDIE محبوب‌ترین مدل مورد استفاده برای ایجاد مواد آموزشی در محیط‌های یادگیری الکترونیکی معرفی شده است. این مدل یک فرآیند رفت و بازگشتی است که طی آن مجری دوره می‌تواند بسته به نتایج ارزیابی انجام شده در تمام مراحل، تا پایان دوره به مراحل قبلی توسعه دوره بازگردد.

تعاریف مختلفی برای طراحی آموزشی ارائه شده است

آموزش پزشکی با حجم انبوه اطلاعات، پیچیدگی مفاهیم و فشار روانی بالا گره خورده است. در چنین فضایی، مدیریت موثر کلاس درس فراتر از انتقال اطلاعات و نظم‌دهی ساده است. هدف اصلی ایجاد محیطی است که به یادگیری عمیق، تفکر انتقادی و انگیزه درونی دانشجو کمک کند. طنز، به شرطی که به صورت استراتژیک و حرفه‌ای به کار گرفته شود، ابزاری کم‌هزینه اما بسیار کارآمد است که:

- تولید راهبردها و منابع آموزشی، با در نظر گرفتن چگونگی یادگیری فراگیران، و انتخاب مواد و روش‌هایی که به آنها کمک کند تا بهترین یادگیری را داشته باشند.
- روش طراحی، تولید و ارائه محصولات و تجارب آموزشی، اعم از فیزیکی و دیجیتال، به روشی کارآمد، قابل اعتماد و جذاب، به فراگیران، همراه با پیش‌بینی و تنظیم رویدادهای آموزشی، بر اساس اهداف، محتوا و امکانات موجود، و با توجه به ویژگی‌های فراگیران هر یک از مدل‌های متنوع طراحی آموزشی، دارای نقاط قوت و ضعف خود هستند. بسته به طبیعت برنامه‌ای که قرار است طراحی شود، یکی از این مدل‌ها ممکن است مناسب‌تر از بقیه باشد.

آنچال دینگرا، مدیر مشاوره یادگیری در AIHR توضیح می‌دهد که این به هدایت فرایند توسعه محتوا کمک می‌کند و تضمین می‌کند که یادگیرندگان به نتایج یادگیری مورد نظر خود دست می‌یابند.

بر اساس تمام اطلاعات جمع‌آوری شده در مرحله تجزیه و تحلیل، می‌توانید منابع مورد نیاز برای آموزش را نیز ترسیم کنید. این شامل تعداد ساعات آموزشی، مدت زمان، بودجه مورد نیاز، امکانات و اطلاعات اضافی است.

گام دوم، طراحی: هدف این گام تعیین هدف‌های یادگیری و راهبردهای تدریس است. فعالیت‌هایی که در این مرحله صورت می‌گیرد عبارتند از: تدوین هدف کلی و هدف‌های یادگیری، برنامه‌ریزی ساختار و محتوای درس، برنامه‌ریزی راهبردهای ارائه درس

گام سوم، توسعه: هدف از انجام این مرحله، تهیه و اعتبارسنجی منابع یادگیری است. اقدامات این گام عبارتند از: تهیه مواد درسی، تعیین فعالیت‌های یادگیری، نهایی کردن مواد درسی، تهیه راهنمای درس و انتخاب یا تدارک رسانه‌ها و مواد آموزشی مورد نیاز و تصمیم‌گیری درباره فعالیت‌های گروهی یا انفرادی

گام چهارم، اجرا: تدارک محیط یادگیری و درگیر نمودن دانشجویان هدف این مرحله است. آماده کردن آموزشگر و فراگیران، اجرای درس در محیط یادگیری واقعی، پشتیبانی از برنامه آموزشی و رفع مشکلات فنی آن، از عمده‌ترین فعالیت‌های این مرحله است.

گام پنجم، ارزیابی: هدف مرحله پنجم این مدل ارزیابی میزان موثر بودن آموزش است. اقداماتی که به این منظور صورت می‌گیرد عبارتند از: سنجش موثر بودن یادگیری، تفسیر نتایج ارزیابی درس، بهبود کیفیت راهبرد تدریس و مواد آموزشی. ارزیابی فرآیندی مستمر است که از ابتدای مرحله تحلیل آغاز شده و در سرتاسر مراحل بعد نیز ادامه دارد.

در مرحله ارزیابی، می‌توانید برنامه یادگیری را با استفاده از پس‌آزمایی‌ها، مشاهدات یا داده‌های بهره‌وری به طور رسمی ارزیابی کنید. همه این منابع آنچه را که کارکنان آموخته‌اند، نحوه به کارگیری آن و نتایج به دست آمده را برجسته می‌کنند.

بسته به انتخاب‌های انجام شده در مرحله تجزیه و تحلیل، می‌توانید از روش‌های مختلفی برای ارزیابی آموزشی استفاده کنید. که می‌تواند شامل فرم‌های ارزیابی آموزشی و ارزیابی‌های قبل و بعد از آموزش و... باشد.

ابزارهای رایج مورد استفاده عبارتند از: پرسشنامه، مصاحبه، مشاهدات، ارزیابی دانش، ارزیابی کار، بازخورد ۳۶۰ درجه و داده‌های خروجی کار.

امروزه، مدل برنامه‌ریزی آموزشی ADDIE، به دلیل سادگی و توانایی‌هایش، در طیف وسیعی از کاربردها، مورد استفاده قرار می‌گیرد. تقریباً همه مؤلفه‌هایی، که در سایر الگوهای طراحی آموزشی وجود دارد، در آن یافت می‌شوند. برای هر نوع یادگیری، اعم از سنتی و الکترونیکی، قابل استفاده است. برای هر نوع آموزش اعم از عمومی، تخصصی و فنی مورد استفاده قرار می‌گیرد. تمام حیطه‌های یادگیری (شناختی، روانی- حرکتی و عاطفی)، را زیر پوشش قرار می‌دهد. در تمامی رویکردهای یادگیری (رفتارگرایی، شناخت‌گرایی و ساخت‌گرایی) قابل استفاده است. معمولاً ADDIE را مدلی از خانواده مدل‌های ISD به حساب می‌آورند. در این دسته می‌توان از مدل‌های دیگری همچون مدل دیک و کاری یا کمپ نیز نام برد. مدل ADDIE یک ابزار طراحی آموزشی است که می‌تواند به متخصصان منابع انسانی و آموزش کمک کند تا برنامه‌های یادگیری و توسعه موثر را در سازمان خود ایجاد، سازماندهی و ساده کنند. اگرچه مدل آموزشی ADDIE در دهه ۱۹۷۰ توسعه یافت، اما متداول‌ترین مدل مورد استفاده برای طراحی برنامه‌های آموزشی است زیرا ساده و در عین حال بسیار موثر است.

یک مدل توسعه یادگیری پیشرو است که برای طراحی برنامه‌های آموزشی و یادگیری و توسعه در سازمان‌ها استفاده می‌شود.

در مدل ADDIE، مراحل باید به ترتیب انجام شود و بازتاب و بازخورد در هر مرحله بهبود مستمر را تضمین می‌کند.

🔗 نمونه الگوی طراحی آموزشی ADDIE

نمونه برنامه آموزشی ADDIE برای دوره آموزشی توسعه مدیران:

تجزیه و تحلیل:

- هدف دوره
- بررسی محتوای موجود
- همکاری با شرکای تجاری برای تعیین نتایج

طراحی:

- چگونه دوره ارائه می‌شود؟ حضوری، آنلاین یا ترکیبی؟
- کدام فرد محتوا را ارائه خواهد کرد؟
- زمانبندی ایجاد چگونه است؟
- چه ابزارهایی برای ایجاد استفاده می‌شود؟
- نقشه‌ی ذهنی و جمع‌آوری منابع

توسعه:

- جمع‌آوری منابع
- ضبط ویدئو
- ضبط صدا
- ایجاد کارگاه‌ها و غیره
- پیگیری نقشه‌ی ذهنی

اجرا:

- بارگیری آنلاین یا ترکیبی به LMS
- برنامه جلسات حضوری
- اختصاص دادن دوره به دانشجویان
- پیگیری اجرا
- نظارت

” معایب مدل ADDIE

۱ فرآیند خطی

روش ADDIE از یک فرآیند خطی پیروی می‌کند که ممکن است به اندازه کافی انعطاف‌پذیر یا خلاق نباشد تا نیازهای یادگیری پیچیده را برطرف کند

۲ منابع

استفاده از مدل ADDIE برای طراحی آموزشی می‌تواند فرآیندی طولانی باشد که به منابع قابل توجهی نیز نیاز دارد. ممکن است برای سازمان‌های کوچکتر با منابع کمتری برای پیاده‌سازی چالش برانگیز باشد.

۳ عدم تاکید بر تجربه کاربر

در حالی که سازمان‌ها به طور فزاینده‌ای بر تجربه کارمندان دیجیتال از جمله در آموزش تمرکز کرده‌اند، مدل ADDIE تمرکز زیادی بر تجربه کاربر ندارد. این می‌تواند منجر به آموزش‌های غیرقابل توجه و نتایج یادگیری ضعیف برای کارکنان شود.

زمانی که مدل ADDIE به درستی اعمال شود، می‌تواند در برنامه‌های یادگیری و توسعه در صنایع و رشته‌ها برای بهبود یادگیری فردی و گروهی و دستیابی به اهداف یادگیری استفاده شود. طراحی آموزشی از جمله عوامل مهم در تدوین دوره‌های آموزشی است که مستلزم روش‌های مناسب و موثر می‌باشد. مدل ADDIE به عنوان یکی از روش‌های پرکاربرد در این حوزه، می‌تواند بهبود کیفیت آموزش‌ها را تضمین کند.

ارزیابی:

- بررسی موفقیت اهداف
- ارزیابی تغییر رفتار
- تعیین تغییرات لازم و بازنگری دوره

مزایا و معایب مدل ADDIE

اگرچه مدل ADDIE به عنوان یک مدل توسعه یادگیری پیشرو در نظر گرفته می‌شود، اما مزایا و معایب متعددی برای مدل ADDIE مانند همه مدل‌ها وجود دارد.

” مزایای مدل ADDIE

۱ سازگاری

مدل طراحی آموزشی ADDIE بسیار سازگار است و می‌تواند در صنایع، رشته‌ها و محیط‌های آموزشی استفاده شود. می‌توان آن را برای پروژه‌های در مقیاس مختلف و همچنین یادگیری فردی یا گروهی طراحی کرد. مدل آموزشی ADDIE یک رویکرد ساختاریافته برای طراحی آموزشی ارائه می‌دهد که می‌تواند کارایی و ثبات در کیفیت توسعه دوره را افزایش دهد.

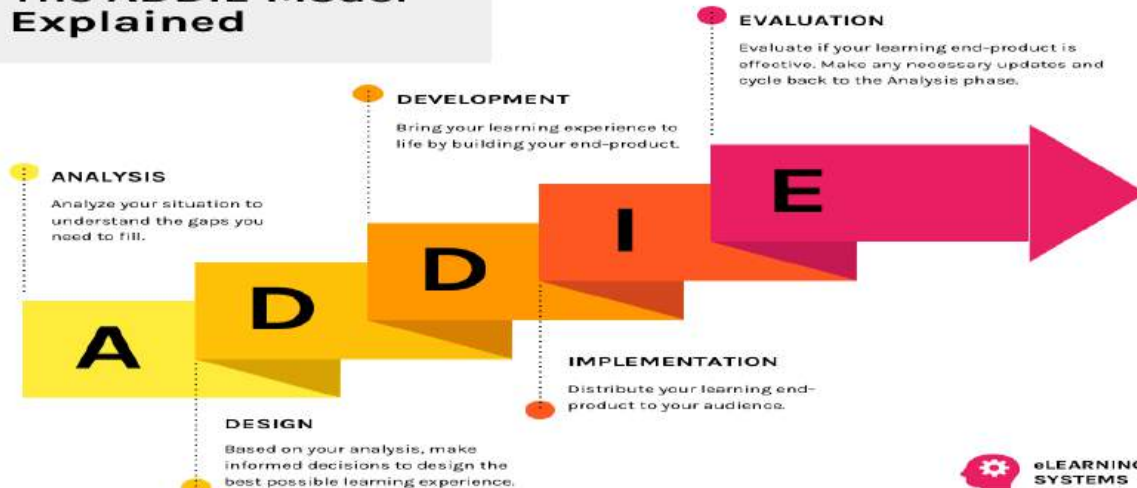
۲ فرصت‌های تکرار: ADDIE

یک مدل تکراری است، به این معنی که اجازه می‌دهد تا بازخورد و تغییرات در هر مرحله از توسعه بررسی شده و اطمینان حاصل شود که محصول نهایی با اهداف یادگیری مورد نظر مطابقت دارد.

۳ جزء ارزیابی

یک جزء ارزیابی در مدل ADDIE وجود دارد که به کسب و کارها اجازه می‌دهد اثربخشی محتوای آموزشی را اندازه‌گیری کنند. این در شناسایی زمینه‌های کلیدی بهبود برای تکرارهای آینده مفید است.

The ADDIE Model Explained



مدل ارزشیابی کریک-پاتریک

بازخورد موثر و مستمر برای هدایت و بهبود برنامه‌های آموزشی | نویسنده: زهرا امینیان

مقدمه

- **دانش:** فراگیران اطلاعات را می‌دانند
- **مهارت:** فراگیران می‌توانند آنچه را که آموخته‌اند انجام دهند
- **نگرش:** فراگیران متقاعد شده‌اند که این کار ارزشمند است
- **اعتماد به نفس:** فراگیران معتقدند که می‌توانند کار را انجام دهند
- **تعهد:** فراگیران قصد دارند کار را انجام دهند

در این سطح، تمامی فراگیران را بر اساس اینکه آیا فراگیران دانش، مهارت‌ها، نگرش، اعتماد به نفس و تعهد مورد نظر را به دست می‌آورند، می‌سنجیم. این ارزیابی می‌تواند با استفاده از روش‌های رسمی و غیر رسمی همانند آزمون‌های میان ترم، ارزیابی‌های قبل و بعد از شبیه‌سازی و تست‌های مبتنی بر عملکرد انجام شود.

سطح سوم: رفتار

سطح سوم، رفتار و میزان استفاده فراگیران از دانش و مهارت‌های به دست آورده را اندازه‌گیری می‌کند. به این ترتیب، تمرکز از یادگیری در کلاس درس به عملکرد در دنیای واقعی تغییر می‌کند و موجب تغییر در رفتار می‌شود. سطح سوم، یک سطح ضروری ارزیابی است. از این گذشته، تغییر رفتار هدف نهایی هر برنامه آموزشی است. با ارزیابی تغییر رفتار، می‌توان استراتژی‌های آموزشی را اصلاح کرد، پشتیبانی هدفمندتری ارائه داد و رفتارهای دلخواه را تقویت کرد. برای آنالیز این سطح می‌توان از داده‌های خود گزارشی فراگیران، مدیران، هم‌تایان، مدرسان و شاخص‌های کلیدی عملکرد استفاده کرد.

نکته‌ی مهم دیگر، تمرکز این سطح بر رفتار یادگیرنده در زمینه‌ای که برای آن آموزش دیده است می‌باشد. استفاده از دانش قبلی در مواجهه با بیمار استاندارد جدید و یا ارزیابی دانش و مهارت کارآموزان تحصیلات تکمیلی در محیط عملی، نمونه‌ای از ارزیابی در این سطح می‌باشد.

سطح چهارم: نتایج

سطح نهایی بر نتایج یادگیرنده پس از یک دوره زمانی مناسب در زمینه بزرگتر برنامه تمرکز دارد. به‌طور مثال نتایج بیمار و یا عملکرد تیم مراقبت‌های بهداشتی از موارد مورد بررسی این سطح هستند.

برنامه‌های آموزشی اصولاً فرآیندهای مبتنی بر تغییر هستند. تمامی افراد دخیل در برنامه‌های آموزشی از جمله فراگیران، مدرسان و مدیران آموزشی، نیز با هدف ایجاد و یا تجربه‌ی نوعی تغییر دانش، نگرش یا رفتار در آن حضور می‌یابند. از آنجا که آموزش پدیده‌ای پویا و در حال تحول است، ارزیابی آن نیز باید به گونه‌ای باشد که بتواند بازخورد موثر و مستمر برای هدایت و بهبود برنامه‌های آموزشی فراهم کند.

در این میان، مدل کرک‌پاتریک (Kirkpatrick Model) که نخستین‌بار در دهه‌ی ۱۹۵۰ توسط «دونالد کرک‌پاتریک» معرفی شد، به‌عنوان یکی از شناخته‌شده‌ترین و پرکاربردترین چارچوب‌های جهانی برای ارزیابی اثربخشی و نتایج برنامه‌های آموزشی مطرح است. این مدل از چهار سطح متوالی تشکیل می‌شود: واکنش، یادگیری، رفتار و نتایج. مدل کریک پاتریک روش‌های آموزشی رسمی و غیر رسمی را ارزیابی می‌کند و کمک می‌کند که نقاط قوت، ضعف و تاثیر برنامه‌های آموزشی بهتر درک شده و در تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر داده و بهینه‌سازی استفاده شوند.

سطح اول: واکنش

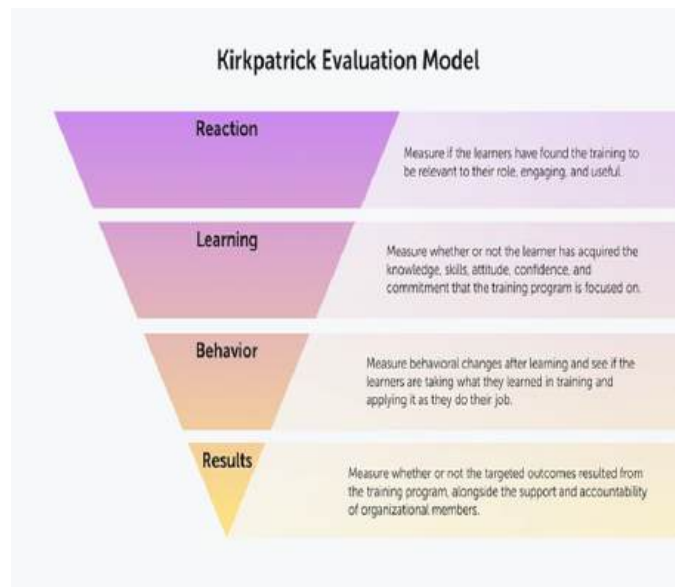
اولین سطح، واکنش فراگیران است که نشان می‌دهد تا چه اندازه فراگیران آموزش را جذاب، مطلوب و مرتبط با اهداف خود می‌دانند. یکی از مولفه‌های مهم این سطح، تمرکز بیشتر بر فراگیر می‌باشد. بزرگترین استدلال علیه این سطح، کاربرد محدود آن است. در این سطح، ارزشیابی سطحی است و فقط به دیدگاه فراگیران در مورد برنامه آموزشی، مربی، محیط و میزان راحتی آن‌ها در طول برنامه محدود می‌شود. اغلب این واکنش‌ها نیز سریع هستند و بدون فکر زیاد در لحظه انجام می‌شوند. بنابراین، ایجاد تغییر در برنامه آموزشی بر اساس این واکنش‌های غیرمستقیم فراگیران درست نخواهد بود.

سطح ۲: یادگیری

سطح دوم مدل ارزیابی کریک پاتریک، میزان بهبود و افزایش دانش و مهارت فراگیران را می‌سنجد. برای درک بهتر این سطح، ابتدا پنج سطح مختلف توانمندی را بررسی می‌کنیم:



با وجود این محدودیت‌ها، مدل کرک پاتریک ابزاری ارزشمند برای درک تاثیر برنامه‌های آموزشی باقی می‌ماند، به‌ویژه زمانی که همراه با سایر چارچوب‌ها و روش‌ها استفاده می‌شود. این مدل با ارائه‌ی رویکردی نظام‌مند برای سنجش آموزش، شناخت نقاط قوت و ضعف و تصمیم‌گیری بر پایه‌ی داده و شواهد به بهبود و ارتقای کیفیت آموزش پزشکی و سلامت کمک می‌کند.



The Kirkpatrick Model



مزایای استفاده از مدل کرک پاتریک

استفاده از مدل کرک پاتریک یک برنامه اندازه گیری عملی برای تعریف واضح اهداف، اندازه گیری نتایج و شناسایی عوامل موثر برای تنظیم بهتر فرآیند یادگیری ایجاد می‌کند. در ادامه مزایای این مدل به‌طور خلاصه بیان می‌شود:

- ارزیابی جامع ارائه می‌دهد
- روی نتایج تمرکز می‌کند
- نقاط قوت و ضعف را برجسته می‌کند
- به تصمیم‌گیری کمک می‌کند
- از بهبود مستمر پشتیبانی می‌کند
- دینفعان را درگیر می‌کند

محدودیت‌های مدل کرک پاتریک - سخن پایانی

در حالی که مدل کرک پاتریک یک چارچوب ارزشمند برای ارزیابی برنامه‌های آموزشی است، اما بدون چالش نیست. به عنوان مثال، اندازه‌گیری دقیق سطح رفتار و نتایج می‌تواند دشوار است و نیازمند زمان، تلاش و منابع قابل توجهی می‌باشد. در نتیجه بسیاری سطوح بالاتر این مدل را نادیده گرفته و تنها بر سطح واکنش و یادگیری تمرکز می‌کنند که منجر به درک نادرست از اثربخشی آموزش می‌شود.

آموزش بین حرفه‌ای (IPE)

ستون فقرات مراقبت سلامت آینده | نویسنده: محمد امین حیدری

مقدمه

در دنیای پیچیده و پویای مراقبت‌های سلامت امروز، نیاز به همکاری و هماهنگی بین متخصصان رشته‌های مختلف بیش از پیش احساس می‌شود. مراقبت از بیمار دیگر یک تلاش انفرادی نیست، بلکه نتیجه‌ی کار تیمی منسجم و هدفمند است. در این راستا، آموزش بین حرفه‌ای یا (IPE) Interprofessional Education به عنوان یک رویکرد آموزشی نوین و حیاتی مطرح شده است. IPE به رویکردی اطلاق می‌شود که در آن دانشجویان یا متخصصان دو یا چند رشته‌ی سلامت، از یکدیگر، با یکدیگر و در مورد یکدیگر یاد می‌گیرند تا همکاری موثر را برای بهبود نتایج سلامت توسعه دهند. هدف این مقاله بررسی مفهوم، اهمیت، مزایا، چالش‌ها و راهکارهای پیاده‌سازی موفق IPE است.

تعریف و اهمیت آموزش بین حرفه‌ای

آموزش بین حرفه‌ای فراتر از یادگیری چند رشته‌ای (Multiprofessional Education) است که در آن افراد رشته‌های مختلف به صورت موازی و جداگانه آموزش می‌بینند. در IPE، تعامل و یادگیری مشترک در کانون توجه قرار دارد. سازمان بهداشت جهانی آن را اینگونه تعریف می‌کند: هنگامی که دو یا چند حرفه از یکدیگر، با یکدیگر و در مورد یکدیگر یاد می‌گیرند تا همکاری را بهبود بخشند و نتایج سلامت را ارتقا دهند.

اهمیت IPE ریشه در چندین عامل کلیدی دارد

۱ پیچیدگی مراقبت‌های سلامت

بیماران امروزی اغلب دارای مشکلات سلامتی متعدد و پیچیده‌ای هستند که نیازمند رویکردی جامع و هماهنگ از سوی تیمی از متخصصان (پزشکان، پرستاران، داروسازان، فیزیوتراپیست‌ها، مددکاران اجتماعی و غیره) است.

۲ افزایش ایمنی بیمار

بسیاری از خطاهای پزشکی و عوارض ناخواسته ناشی از نقص در ارتباطات و همکاری بین اعضای تیم سلامت است. IPE با تقویت این مهارت‌ها، به کاهش این خطاها کمک می‌کند.

۳ مراقبت بیمارمحور

رویکرد بیمارمحور که بر نیازها و ترجیحات بیمار تمرکز دارد، مستلزم آن است که تیم‌های سلامت به صورت یکپارچه عمل کنند تا بهترین مراقبت ممکن را ارائه دهند.

۴ بهره‌وری و کارایی

همکاری موثر می‌تواند منجر به استفاده بهینه از منابع، کاهش دوباره کاری‌ها و افزایش کارایی سیستم سلامت شود.

۵ تغییرات جمعیتی

افزایش جمعیت سالمند و شیوع بیماری‌های مزمن، نیاز به مراقبت‌های طولانی‌مدت و چندوجهی را افزایش داده که بدون همکاری بین حرفه‌ای امکان‌پذیر نیست.

اهداف کلیدی آموزش بین حرفه‌ای

IPE با هدف ایجاد تغییرات مثبت در نگرش، دانش و مهارت‌های دانشجویان و متخصصان سلامت طراحی شده است. اهداف اصلی آن عبارتند از:

- **افزایش مهارت‌های ارتباطی:** آموزش ارتباطات موثر و شفاف بین اعضای تیم سلامت.
- **درک متقابل از نقش‌ها و مسئولیت‌ها:** آشنایی با حوزه‌های کاری، تخصص‌ها و محدودیت‌های هر حرفه. این درک به جلوگیری از تداخل نقش‌ها و افزایش احترام متقابل کمک می‌کند.
- **تقویت کار تیمی و همکاری:** توسعه توانایی کار کردن به صورت هماهنگ برای دستیابی به اهداف مشترک مراقبت از بیمار.
- **حل مسئله مشترک:** توانمندسازی تیم‌ها برای شناسایی مشکلات، تحلیل آن‌ها و یافتن راه‌حل‌های خلاقانه به صورت جمعی.
- **توسعه رهبری و پیرو بودن:** آموزش مهارت‌های لازم برای ایفای نقش‌های رهبری و همچنین توانایی پیروی موثر در موقعیت‌های مختلف.
- **بهبود کیفیت مراقبت از بیمار:** هدف نهایی همه این موارد، ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی مراقبت‌های ارائه شده به بیماران است.

مزایای آموزش بین حرفه‌ای

پیاده‌سازی موفق IPE مزایای گسترده‌ای را برای دینفعان مختلف به همراه دارد:

۱ برای بیماران و خانواده‌ها

- **افزایش ایمنی بیمار:** کاهش خطاهای پزشکی و بهبود نتایج بالینی.
- **مراقبت جامع و یکپارچه:** دریافت مراقبت‌های هماهنگ و بدون وقفه از سوی تیمی که به خوبی با یکدیگر همکاری می‌کنند.
- **بهبود تجربه بیمار:** افزایش رضایت از مراقبت به دلیل ارتباطات بهتر و رویکرد هماهنگ تیم.
- **مشارکت بیشتر بیمار:** تیم‌های همکاری‌جو بهتر می‌توانند بیمار و خانواده را در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت مشارکت دهند.

۲ برای متخصصان سلامت (دانشجویان و فارغ‌التحصیلان)

- **افزایش مهارت‌های بین‌فردی:** تقویت ارتباط، همدلی و توانایی مذاکره.
- **درک عمیق‌تر از سیستم سلامت:** آشنایی با چگونگی عملکرد بخش‌های مختلف و نقش هر حرفه.
- **افزایش رضایت شغلی:** کار در محیط‌های تیمی حمایتی و همکاری‌جو می‌تواند منجر به کاهش استرس و فرسودگی شغلی شود.
- **توسعه حرفه‌ای:** فرصت‌های یادگیری مداوم از همکاران رشته‌های دیگر.
- **آمادگی بهتر برای محیط بالینی:** فارغ‌التحصیلان با مهارت‌های همکاری بهتر، آمادگی بیشتری برای ورود به محیط‌های پیچیده بالینی دارند.

۳ برای سیستم مراقبت سلامت

- **افزایش کارایی و بهره‌وری:** کاهش دوباره‌کاری‌ها و استفاده بهینه از منابع.
- **کاهش هزینه‌ها:** با کاهش خطاهای پزشکی و بهبود نتایج، هزینه‌های مرتبط با درمان عوارض کاهش می‌یابد.
- **بهبود فرهنگ سازمانی:** ایجاد فرهنگی از احترام متقابل، اعتماد و همکاری در محیط‌های کاری.
- **انطباق با استانداردهای جهانی:** بسیاری از سازمان‌های اعتباربخشی و نهادهای بین‌المللی، IPE را به عنوان یک استاندارد برای آموزش سلامت توصیه می‌کنند.

چالش‌ها و موانع پیاده‌سازی IPE

با وجود مزایای فراوان، پیاده‌سازی IPE با چالش‌هایی نیز همراه است:

۱ ادغام در برنامه درسی موجود

برنامه‌های درسی رشته‌های مختلف سلامت اغلب سنگین و از پیش تعیین شده هستند و یافتن فضای کافی برای فعالیت‌های مشترک دشوار است.

۲ محدودیت‌های زمانی و برنامه‌ریزی

هماهنگی زمان‌بندی کلاس‌ها و فعالیت‌های عملی دانشجویان و اساتید از رشته‌های مختلف می‌تواند بسیار پیچیده باشد.

۳ آموزش و توسعه اساتید

بسیاری از اساتید خود در محیط‌هایی آموزش دیده‌اند که بر رویکرد تکرارشی تاکید داشته است. نیاز به آموزش اساتید برای تسهیل فعالیت‌های IPE وجود دارد.

۴ مقاومت در برابر تغییر و فرهنگ‌های حرفه‌ای مجزا

«سیلوهای حرفه‌ای» (Professional Silos) و تعصبات ناشی از آموزش جداگانه می‌تواند مانعی برای همکاری باشد.

۵ تخصیص منابع

پیاده‌سازی IPE نیازمند منابع مالی، انسانی و فضایی مناسب است.

۶ ارزیابی اثربخشی

ارزیابی دقیق نتایج و تأثیر IPE بر مهارت‌های همکاری و نتایج بیمار، چالش‌برانگیز است.

۷ حمایت رهبری

عدم حمایت کافی از سوی مدیران و رهبران دانشگاهی و بالینی می‌تواند مانع بزرگی باشد.

راهنمای عملی برای پیاده‌سازی موفق IPE

برای غلبه بر چالش‌ها و پیاده‌سازی موفق IPE، راهنماهای زیر پیشنهاد می‌شود:

۱ شروع زود هنگام در برنامه درسی

ادغام IPE از سال‌های اولیه آموزش دانشجویان، به آن‌ها کمک می‌کند تا از ابتدا با فرهنگ همکاری آشنا شوند.

۲ استفاده از روش‌های آموزشی متنوع

شامل شبیه‌سازی‌های بالینی، مطالعه موردی، پروژه‌های مشترک، کارگاه‌های تعاملی و آموزش مبتنی بر تیم (Team-Based Learning).

۳ توسعه و آموزش اساتید

برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی برای اساتید جهت آشنایی با اصول IPE و مهارت‌های تسهیل‌گری.

۵ تعیین اهداف یادگیری روشن

مشخص کردن اهداف یادگیری بین‌حرفه‌ای برای هر فعالیت، به دانشجویان کمک می‌کند تا ارزش و هدف IPE را درک کنند.

۷ ارزیابی مستمر و بازخورد

ارزیابی منظم برنامه‌های IPE و جمع‌آوری بازخورد از دانشجویان و اساتید برای بهبود مستمر.

۴ حمایت رهبری و تخصیص منابع

جلب حمایت مدیران ارشد و تخصیص بودجه و امکانات لازم برای فعالیت‌های IPE.

۶ ایجاد فرصت‌های یادگیری در محیط بالینی

فراهم آوردن فرصت‌هایی برای دانشجویان جهت همکاری با یکدیگر در محیط‌های واقعی بالینی تحت نظارت.

۸ ترویج فرهنگ احترام و اعتماد

تاکید بر اهمیت احترام متقابل، اعتماد و ارتباط باز بین اعضای تیم سلامت.

نتیجه‌گیری

آموزش بین‌حرفه‌ای (IPE) دیگر یک گزینه لوکس در آموزش سلامت نیست، بلکه یک ضرورت است. با توجه به پیچیدگی‌های روزافزون مراقبت‌های سلامت، تربیت متخصصانی که قادر به همکاری موثر و هماهنگ باشند، برای ارائه مراقبت‌های ایمن، با کیفیت و بیمارمحور حیاتی است. اگرچه پیاده‌سازی IPE با چالش‌هایی همراه است، اما با برنامه‌ریزی دقیق، حمایت رهبری، توسعه اساتید و استفاده از روش‌های آموزشی نوآورانه، می‌توان بر این موانع غلبه کرد. IPE نه تنها کیفیت مراقبت از بیمار را ارتقا می‌دهد، بلکه فرهنگ همکاری و احترام متقابل را در محیط‌های بالینی تقویت می‌کند و نسل آینده متخصصان سلامت را برای مواجهه با چالش‌های پیچیده آماده می‌سازد. با سرمایه‌گذاری در IPE، می‌توانیم به سمت یک سیستم مراقبت سلامت کارآمدتر، ایمن‌تر و بیمارمحورتر حرکت کنیم.



