

آموزش در سطح دانشگاهی

مجله نظام پزشکی

سال پنجم، شماره ۲، صفحه ۹۵، ۲۵۳۵

دکتر بهمن جورابچی*

علاوه بر تخصص در موضوع درسشان باید دوره‌هایی در اصول آموزش و پرورش ببینند، ولی شکفت اینجاست که در سطح دانشگاهی بناگهان وضع عوض میشود بطوریکه در انتخاب يك استاد معمولاً توجه فقط به این امر معطوف میشود که وی در رشته خود چقدر تبحر دارد، در کجا تعلیمات خود را دیده و چه مدارکی دارد. این طرز فکر از این فرضیه بین‌المللی سرچشمه میگردد که مثلاً يك فیزیکی‌دان طراز اول علاوه بر انجام کارهای تحقیقی و تخصصی خود باید بتواند بخوبی از عهده آموزش درس فیزیک نیز برآید و یا اگر يك جراح قلب در کار خود تجربه فراوان داشته باشد الزاماً باید بتواند جراحی قلب نیز بیاموزد، حال آنکه اغلب ما در تجربه شخصی خود کسانی را میشناسیم که با وجود شهرت فراوان در امور تخصصی خودشان، نتوانسته‌اند بعنوان معلم آنطور که باید بما چیزی بیاموزند.

دو علت اصلی که باعث عدم توجه به تجربه آموزشی کادر دانشگاهی شده عبارتست از:

اول: عدم توجه مسئولین انتصابات و ترفیعات دانشگاهی به دادن پاداش درازای تبحر در امور آموزشی، بدین ترتیب که ارزش يك يك مقاله علمی در کوآنزیم خیلی بیشتر از تهیه و ارائه يك درس با استفاده از روشهای جدید آموزش احتساب میشود.

دوم: فقدان رشته یادوره‌ای برای فراگرفتن اصول آموزشی در سطح دانشگاهی. برای جبران این فقدان بود که سازمان بهداشت جهانی در اکتبر سال ۱۹۶۹ در يك کنفرانس بین‌المللی در ژنو، دهه ۱۹۷۰ را بعنوان دهه آموزش پزشکی اعلام نمود و برنامه وسیعی برای اجرای آموزش پزشکی در سطح دانشگاهی را به مرحله عمل درآورد. نحوه اجرای این برنامه بدین ترتیب بود که سازمان بهداشت جهانی در هر يك از شش منطقه حوزه عملیات خود که از

سه سال پیش، در دانشکده پزشکی دانشگاه پهلوی بخش جدیدی بنام بخش آموزش پزشکی ایجاد گردید که از بدو تأسیس، توسط سازمان جهانی بهداشت بعنوان مرکز تعلیم استاد منطقه خاورمیانه شرقی انتخاب شد. آنچه در زیر می‌آید خلاصه‌ای در مورد علل تأسیس، هدف و طرز کار این بخش میباشد.

در بیشتر محافل دانشگاهی در نقاط مختلف دنیا استادان و دانشجویان هر دو يك حس نارضائی از نتیجه کار خود داشته و دارند. استادان شکایت دارند که امروزه دانشجویان بی هدف و بی علاقه وارد دانشگاه میشوند و کاری جز حفظ دروس و انگیزه‌ای جز قبولی در امتحانات ندارند و بهمین جهت پس از اتمام تحصیل نه چیزی میدانند و نه تجربه‌ای اندوخته‌اند. اینان اغلب تقصیر را متوجه دانشجویان میدانند و یا اگر از دانشجویان بپرسند از کمبود وقت و زیادای کار و فقدان «وسائل مدرن» شکایت دارند.

از طرف دیگر ناراحتی دانشجویان از نوع درسهای ارائه شده، روش تدریس و نحوه برگزاری امتحانات روز بروز افزایش می‌یابد و بطور کلی دانشجویان پزشکی رابطه‌ای بین اغلب درسها و شغل آینده‌شان نمی‌بینند و اظهار میدارند که با علاقه فراوان و با انتظارات زیاد وارد دانشکده میشوند ولی سالها طول میکشد تا نبض بیماری را بدست گیرند و یا به درد دلی گوش فرادهند.

این مشکلات و مشکلات فراوان دیگر باعث شد که در مدت ۱۵ سال گذشته در برخی از مراکز دانشگاهی، مخصوصاً در دانشکده‌های پزشکی، عده‌ای گردهم آیند تا درباره این مشکلات بررسی و تبادل نظر نمایند. این بررسیها بتدریج به ایجاد بخشهای مستقل آموزش پزشکی منتهی شد.

حال ممکن است این سؤال پیش آید که آیا واقعاً احتیاجی بوجود چنین بخشی هست یا نه؟ در نظام آموزشی مرسوم، معلمان و دبیران

* شیراز - دانشکده پزشکی، دانشگاه پهلوی.

خواه ناخواه «یادگیری» که تا بحال تحت الشاع و یاددهی» (تدریس) بوده است اهمیت خود را باز مییابد .

ب : انتخاب مدت و نوع تدریس صرفاً بمنظور نیل به هدفهای دقیق انجام میگیرد و نه برطبق عادات و رسوم غیر قابل انعطاف پیشین .

پ : چون یک فرد به تنهایی نمیتواند به روش مذکور در فوق به تعیین هدفها بپردازد برای اولین بار استادان قسمت های مختلف گروه هم آمده بدین ترتیب با استفاده از عقاید همکاران، دانشجویان و طبقات مختلف مردم دید خود را وسیعتر مینمایند .

ت : امتحانات بجای اینکه برطبق عادت و سنت، از دانشجو فقط مشتی اطلاعات بی معنی بدون توجه به حقایق زندگی شغلی بخواهد دانش و رفتار و مهارت شخص را مطابق با هدفهای مربوط ملاک سنجش قرار میدهد .

۲- تدریس :

تنها بعد از تعیین دقیق هدف است که میتوان عاقلانه راجع به تدریس فکر کرد و عمل نمود. مثلاً کدام قانون یا تجربه ای تعیین کرده که طول دور دانشکده پزشکی ۷ سال باشد : چرا پنج، چهار یا ۹ سال نباشد ؟ از کجا ما به این نتیجه رسیده ایم که محصلین دوره پزشکی احتیاج به یک سال کالبدشناسی دارند یا باید در ۲۰ ساعت درس نظری بیماریهای قلب را فراگیرند یا در فیزیولوژی، قورباغه را بهمیخ بکشند ؟ آیا جز سنت موروثی دلیل دیگری هم داریم ؟ دلایل امور بالا هنگامی روشن میشود که هدفهای یادگیری تعیین گردد.

تنها بعد از تعیین این هدفهاست که میتوان سؤال کرد که بهترین راه نیل بدانها چیست و چه استفاده ای میتوان از تجارب روانشناسان آموزشی کرد. آیا بهترین روش این است که استاد جلوی کلاس بایستد و یک ساعت سخنرانی کند ؟ به چه نحوی میتوان دانشجو را علاقمند به کاروسر نوشت خود کرد تا خودش برای آینده خود تصمیم گیری نماید ؟

۳- امتحان :

هر سال و هر ماه از هزاران دانشجو امتحاناتی بعمل می آید و با وقار و رسمیت فراوان بهر کدام يك نمره ای اعطا میشود و دانشجوی خوش باور هم قبول میکند که چون دو «نمره» کم آورده باید آن درس و یا آن دوره را دوباره تکرار کند و آن یکی که دو نمره بیشتر آورده قابلیت آنرا دارد که بمرحله بعد ارتقاء حاصل کند. متأسفانه اغلب امتحاناتی که امروزه در دانشکده های پزشکی متداول است مؤید کوچکترین وجه تمایزی بین محصلین سطح بالا و پائین نیست. برای توجیه این ادعا باید ابتدا به تعریف سطح بالا و سطح پائین بپردازیم :

اگر هدف آموزش پزشکی، پرورش پزشکیانی است که بتوانند مقدمات زیادی اطلاعات نامربوط، جزئی و بی اهمیت را فرمول وار برای

جمله شامل مناطق اروپا، امریکا، افریقا، استرالیا، مدیترانه شرقی است، يك مرکز آموزش استاد دایر کرد. منطقه مدیترانه شرقی اولین منطقه ای بود که چهار سال پیش با ایجاد يك مرکز آموزش استاد در دانشگاه پهلوی باین فکر جامه عمل پوشاند .

در مدت سه سالی که از شروع کار این مرکز میگذرد در حدود ۴۰ تن از استادان طراز اول پانزده دانشکده پزشکی این منطقه، دوره های مختلف تعلیم استاد این بخش را با موفقیت گذرانده اند. علاوه بر آموزش، این بخش دو نوع فعالیت دیگر دارد که عبارتست از: ۱- ارائه خدمات بخش های آموزشی نظیر تهیه و تجزیه و تحلیل امتحانات، خود آزمایی ها و وسائل خود آموزی.

۲- انجام تحقیقات آموزشی

نحوه فعالیت های بخش آموزش پزشکی دانشگاه پهلوی بشرح زیر است: برخلاف آنچه تصور میشود که کار يك بخش آموزشی سفارش، تهیه، خرید و انبارداری لوازم مختلف سمعی و بصری و یا حداکثر گرد آوردن چند استاد مدعو برای ارائه يك یا دو کنفرانس دربارہ بهترین وسیله تهیه اسلاید فیلم است، وظیفه این بخش بطور خلاصه بکار بردن اصول برنامه ریزی در آموزش است .

این اصول شامل سه مرحله مشخص بشرح زیر می باشد:

۱- تعیین هدف آموزشی.

۲- انتخاب بهترین روش تدریس و چگونگی استفاده کردن از آن برای رسیدن به هدف مزبور .

۳- ارزشیابی میزان نیل به هدف، بابرگزاری امتحانات لازم .

این سه مرحله نه تنها برای تدریس در هر رشته و در هر سطح لازمست بلکه در زندگی روزمره و برای طرح و اجرای هر فعالیت دیگر، از ساختن يك بیمارستان تا انجام يك مسافرت علمی، میتواند مورد استفاده قرار گیرد .

۱- تعیین هدف :

مقصود از تعیین هدف این است که پیش از انجام هر کار باید با دقت و تفصیل هر چه تمامتر معلوم شود که در خاتمه برنامه آموزشی، یادگیرنده چه عقاید و چه رفتاری باید داشته باشد و مهمتر از همه از عهده چه کارهایی که مهارت مخصوصی لازم دارد (مثلاً معاینه قلب، کشیدن مایع نخاع) بر آید. باید توجه داشت که در مرحله اول کوچکترین ذکری از تدریس، نوع تدریس و مدت تدریس نیامده است . مقصود از تعیین هدف آموزش، این نیست که بگوئیم آیا يك سال کالبدشناسی لازم است یا ۶ ماه، بلکه مقصود اینست که مشخص کنیم که بعد از اتمام دوره پزشکی، فارغ التحصیل باید مثلاً بتواند تمام قسمتهای مختلف قلب حتی میزان تنگی دریچه آئورت را تعیین کند .

مزایای تعیین هدف بشرح بالا اینست که :

الف : چون تمام هدفها از نظر یساز گیرنده تدوین میشود

سال پیش بررسی نتایج امتحانات دانشکده پزشکی دانشگاه پهلوی بار دیگر نشان داد که قدرت حافظه ربطی به حل مشکلاتی که يك پزشك با آنها روبروست ندارد و این فقدان همبستگی در نمرات بالابوئین محسوس تر بود. یعنی اگر کسی نمره سئوالات حافظه ای بالا داشت امکان مردود شدنش در سئوالات سطح با ارزش تر بسیار زیاد و بالعکس آن افرادی که تاکنون بر حسب نتایج امتحانات مرسوم جزء مردودین شناخته میشوند همان افرادی بودند که توانائی شان در استدلال و تعبیر و حل مسائل پزشکی از حد متوسط بالاتر بود.

بطور خلاصه افکار و عقایدی که این بخش در ترویج آن کوشامیباشد این است که تا هدف آموزش کاملاً روشن نشود امکان تدوین برنامه درسی و یا تصمیم به نوع امتحانات امکان ندارد. علت اینکه این اصل ساده تا بحال رواجی نداشته، این است که از دیرباز اهمیت تدریس و نقش معلم بالاتر از ارزش یادگیری و نقش یادگیرنده فرض شده بوده است.

بگفته یوهان آموس کومنیوس اندیشمند قرن ۱۷ از هوراویا «ما در پی روشی هستیم که در آن یاد دهنده کمتر تدریس کند و یادگیرنده بیشتر یاد بگیرد».

مدت کوتاهی حفظ کنند، در آن صورت امتحاناتی که امروزه برگزار میشود مطابق با چنین هدفی تهیه شده اند. ولی اگر هدف آن باشد که پزشکی پرورش یابد که باعلاقه و شفقت به درد بیمار گوش کند، از بهترین، ارزاترین و کوتاهترین راه برای تشخیص و معالجه استفاده کند، عقیده داشته باشد که پیشگیری بهتر از معالجه است، از محدودیتهای خود آگاه باشد، بتواند بیماری را با او بفهماند و او را وادار کند که قسمتی از مسئولیت درمان خود را قبول کند و بالاخره اگر این پزشك بتواند از هر لحاظ حلال مشکلات باشد در آن صورت نباید انتظار داشت که امتحانات فعلی که کوچکترین توجهی بدینگونه هدفها ندارند پزشكان خوب آینده را از دیگران جدا کنند.

متأسفانه در تمام سطوح آموزشی از جمله سطح دانشگاهی تهیه کنندگان امتحانات پای بند فرضیه بسیار خطرناکی هستند که مفهوم آن این است که اگر دانشجو بتواند بما نشان دهد که مغزش حاوی مقداری اطلاعات و داده ها است آنوقت ما قبول خواهیم داشت که او از عهده کار بخوبی برخوردار است. یعنی اگر او بتواند عوارض بیماری کلیدی را بطور کامل شرح دهد آنگاه میتواند این بیماری را در يك بیمار تشخیص داده و او را بطور رضایت بخشی معالجه کند. بهمین علت است که اکثریت قریب به اتفاق امتحانات ما فقط يك نوع امتحان حافظه است.