



# حرفه ای گری و برنامه درسی پنهان در آموزش پزشکی

مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی

## Professionalism and Hidden Curriculum in Medical Education

تالیف:

دکتر نیکو یمانی  
دکتر طاهره چنگیز  
دکتر پیمان ادیبی



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
مقدمه .....	۱
فصل ۱: برنامه درسی پنهان .....	۴
مقدمه فصل اول .....	۵
۱-۱- بخش ۱: سطوح برنامه درسی .....	۶
۱-۱-۱- سطوح برنامه درسی از دیدگاه فرانسیس کلاین .....	۶
۱-۱-۲- سطوح برنامه درسی از دیدگاه آیزنر .....	۷
۱-۱-۳- سطوح برنامه درسی از دیدگاه گودلد .....	۹
۱-۱-۴- سطوح برنامه درسی از دیدگاه شوپرت .....	۱۰
۱-۱-۵- سطوح برنامه درسی از دیدگاه هافرتی .....	۱۱
۱-۱-۶- سطوح برنامه درسی از دیدگاه پوزنر .....	۱۲
۱-۱-۷- نتیجه گیری سطوح مختلف برنامه درسی .....	۱۳
۲-۱- بخش ۲: مفاهیم برنامه درسی پنهان .....	۱۴
۱-۲-۱- مفهوم برنامه درسی پنهان .....	۱۴
۲-۲-۱- برنامه درسی عقیم یا پوچ .....	۱۸
۳-۲-۱- جمع بندی تعاریف .....	۱۹
۴-۲-۱- تعمدی بودن یا غیرتعمدی بودن برنامه درسی پنهان .....	۲۰
۳-۱- بخش ۳: عوامل شکل گیری برنامه درسی پنهان .....	۲۳
۱-۳-۱- ساختار و مقررات مؤسسه آموزشی .....	۲۴
۲-۳-۱- جو مؤسسه و ارتباطات بین افراد .....	۲۴
۳-۳-۱- تعامل بین مدرس و یادگیرنده .....	۲۵
۴-۳-۱- رابطه تدریس با برنامه درسی پنهان .....	۲۶
۴-۱- بخش ۴: تولیدات برنامه درسی پنهان .....	۲۷
۵-۱- بخش ۵: ابعاد برنامه درسی پنهان .....	۳۰
۱-۵-۱- برنامه درسی پنهان به عنوان برون داد .....	۳۰
۲-۵-۱- برنامه درسی به عنوان زمینه .....	۳۰
۳-۵-۱- برنامه درسی به عنوان فرایند .....	۳۱

- ۶-۱-۶- بخش ۶: رویکردها و نظریه های برنامه درسی پنهان..... ۳۳
- ۱-۶-۱- نگرش غیرنظری..... ۳۳
- ۲-۶-۱- نظریه عملکردی..... ۳۴
- ۳-۶-۱- نظریه انطباق..... ۳۴
- ۴-۶-۱- نظریه مقاومت..... ۳۵
- ۵-۶-۱- برنامه درسی پنهان به عنوان فعالیت تربیتی..... ۳۹
- ۶-۶-۱- برنامه درسی پنهان به عنوان حاصل آموزش و پرورش (رویکرد انتقادی)..... ۳۹
- ۷-۶-۱- تحلیل و جمع بندی نظریه های برنامه درسی پنهان با عنایت به حرفه ای گری..... ۴۰
- ۷-۱-۷- اهمیت برنامه درسی پنهان با تاکید بر آموزش پزشکی..... ۴۲
- فصل ۲: حرفه ای گری در آموزش پزشکی..... ۴۴**
- مقدمه فصل دوم..... ۴۵
- ۱-۲-۱- بخش ۱: مفاهیم مرتبط با حرفه ای گری..... ۴۶
- ۱-۲-۱-۱- قداست پزشکی..... ۴۶
- ۱-۲-۲- تاریخچه حرفه ای گری..... ۴۷
- ۱-۲-۳- تعریف حرفه یا پروفشن..... ۵۱
- ۱-۲-۴- تعریف پروفشنالیزم یا حرفه ای گری..... ۵۲
- ۱-۲-۵- تعریف اخلاق..... ۵۵
- ۲-۲-۲- بخش ۲: دیدگاه های مختلف در مورد حرفه ای گری..... ۵۸
- ۱-۲-۲-۱- حرفه ای بودن به عنوان فهرستی از ویژگی ها و رفتارها..... ۵۸
- ۲-۲-۲-۲- حرفه ای بودن با توجه به نقشی که در جامعه ایفاء می کند..... ۵۹
- ۳-۲-۲-۳- حرفه ای بودن به عنوان ساختار اجتماعی..... ۶۰
- ۴-۲-۲-۴- حرفه ای بودن به عنوان وسیله ای برای کنترل اجتماعی..... ۶۱
- ۵-۲-۲-۵- جمع بندی دیدگاه های حرفه ای گری..... ۶۲
- ۳-۲-۳-۳- بخش ۳: جنبه های مرتبط با حرفه ای گری..... ۶۳
- ۱-۳-۲-۱- مقایسه حرفه ای گری در آموزش با حرفه ای گری در پزشکی..... ۶۳
- ۲-۳-۲-۲- نقش چندگانه اساتید در دانشگاه..... ۶۵
- ۳-۳-۲-۳- تهدیدهای متوجه حرفه ای گری..... ۶۶
- ۴-۲-۴-۴- بخش ۴: نقش دانشگاه های علوم پزشکی در حفظ و ارتقاء حرفه ای گری..... ۶۹
- ۱-۴-۲-۴-۱- بهبود فرایند گزینش دانشجویان پزشکی..... ۶۹

- ۷۰-۲-۴-۲- بهبود آموزش در حرفه‌ای‌گری ..... ۷۰
- ۷۱-۲-۴-۳- حذف محیط‌های یادگیری از رفتارهای غیر حرفه‌ای ..... ۷۱
- ۷۳-۲-۵- بخش ۵: ارزشیابی حرفه‌ای‌گری ..... ۷۳
- ۷۴-۲-۵-۱- ارزشیابی توسط همکار ..... ۷۴
- ۷۵-۲-۵-۲- ارزشیابی از طریق آزمون بالینی ساختارمند عینی (OSCE) ..... ۷۵
- ۷۵-۲-۵-۳- ارزشیابی حرفه‌ای‌گری در مقیاس کوچک (P-MEX) ..... ۷۵
- ۷۶-۲-۶- بخش ۶: برنامه درسی پنهان و ارتباط آن با حرفه‌ای‌گری ..... ۷۶
- ۷۹-۳- خلاصه پژوهشها ..... ۷۹
- ۸۰- مقدمه فصل سوم ..... ۸۰
- ۸۰-۳-۱- پژوهشهای انجام شده در داخل و خارج از کشور پیرامون برنامه درسی پنهان و حرفه ای گری ..... ۸۰
- ۹۳-۳-۲- جمع بندی پژوهش ها با تأکید بر ارتباط بین حرفه‌ای‌گری و برنامه درسی پنهان ..... ۹۳
- ۹۷- منابع ..... ۹۷

## مقدمه:

از جمله رسالتهای ویژه آموزش عالی به عنوان یکی از نظامهای بنیادی جامعه، ارتباط با آرمانهای جامعه و نظام ارزشی آن، تربیت نیروی متخصص مورد نیاز کشور و گسترش متقابل ارتباط بین دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و سایر بخشهای فرهنگی، علمی، صنعتی، اقتصادی و خدماتی کشور می‌باشد. در جهت تحقق این رسالتهای وظایفی به عهده نظام آموزش عالی کشور است که از مهمترین آنها، تدریس و آموزش، تحقیق، ارائه خدمات و توسعه دانش و معرفت و رشد حرفه‌ای است. در این میان، دانشگاههای علوم پزشکی علاوه بر ایجاد، نگهداری و حفظ نظام بهداشتی جامعه که به نوبه خود از حساسیت و اهمیت زیادی برخوردار است، تربیت نیروی انسانی در رده‌های مختلف نظام بهداشتی، درمانی؛ انجام پژوهش و ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی درمانی را نیز به عهده دارند. در همین راستا، آموزش پزشکی، تعلیم و تربیت نیروی پزشک را به عهده دارد تا پس از فارغ‌التحصیلی بتوانند با انجام وظایف حرفه‌ای خود و پایبندی به اصول مشخصی که این حرفه ایجاب می‌نماید، در راه ارتقاء سلامت جامعه تلاش نمایند.

مسلم است که به منظور تحقق اهداف آموزشی که برای تربیت دانشجویان این رشته در نظر گرفته شده است، اهمیت وجود برنامه‌درسی انکار ناپذیر است. به طوریکه هاردن<sup>۱</sup> (۲۰۰۱)، اظهار می‌دارد که شاید بیش از هر زمان دیگری توجه به برنامه‌درسی در تربیت پزشکان لازم است. در توجه به برنامه‌درسی نیز باید به این نکته توجه داشت که جامع‌نگری و توجه همه جانبه، دقیق و عمیق با پدیده برنامه‌درسی از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. در طول تاریخ برنامه‌درسی تلاشهای زیادی از سوی صاحب‌نظران این رشته صورت گرفته که موجب غنای هر چه بیشتر آن گردیده است. از جمله مهمترین این تلاشها، اشاره به سطوح مختلف برنامه‌درسی است. از دید آیزنر<sup>۲</sup> (۱۹۹۴، ص ۳۲)، سه نوع برنامه‌درسی به طور همزمان در مدارس اجرا می‌شود که عبارتند از برنامه‌درسی آشکار، برنامه‌درسی پنهان و برنامه‌درسی پوچ.

برنامه‌درسی آشکار، برنامه‌درسی است که برای رشد و تربیت ابعاد گوناگون شخصیت فراگیران به طور آگاهانه طراحی و برنامه‌ریزی می‌شود و دارای اهداف آموزشی مدون، محتوای معین و سازمان‌دهی شده، اصول و روشهای یاددهی-یادگیری متناسب با اهداف و محتوا و شیوه‌های ارزشیابی هماهنگ و پیش‌بینی شده است (ملکی، ۱۳۸۵). برنامه‌درسی پوچ مواد و موضوعهای درسی یا فرایندهای ذهنی است که در سایه‌گزینش و تصمیم‌برنامه‌ریز درسی از دستور کار نظام آموزشی حذف شده و لذا یادگیرندگان از آموختن تجربه‌های مرتبط با آنها محروم می‌مانند (مهرمحمدی، ۱۳۸۷، ص ۴۶۹). اما مجموعه یادگیری‌ها و تجاربی که یادگیرندگان کسب می‌کنند، محدود به برنامه‌درسی آشکار

<sup>1</sup> Harden

<sup>2</sup> Eisner

نیست و عوامل دیگری به طور اجتناب ناپذیری در کنار برنامه‌های درسی آشکار وجود دارد که در بسیاری از جنبه‌ها به طور گسترده‌تر، پایدارتر و نافذتر، در شکل‌گیری تجارب، انتقال افکار، نگرش‌ها، ارزش‌ها و اعمال و رفتار یادگیرندگان عمل می‌نماید (سیلور<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۳۸۰). چنین تجاربی که جزو برنامه‌درسی از پیش تعیین شده نیست، همان برنامه درسی پنهان است که آثار مثبت و منفی فراوانی بر یادگیرندگان می‌تواند داشته باشد.

اگر بپذیریم که در تربیت نیروی پزشکی، علاوه بر دانش و مهارتی که برای پرداختن به این حرفه ضروری است، باید به توسعه و تقویت ارزشها، نگرشها، هنجارهای اخلاقی، مهارت‌های اجتماعی و بقیه ویژگیهایی که شکل دهنده رفتارهای انسانی یک پزشک یا همان مهارت‌های حرفه‌ای‌گری است نیز توجه لازم را مبذول داریم، باید به نقش برنامه درسی پنهان توجه کنیم. از دید متخصصان آموزش پزشکی، برنامه‌درسی پنهان قوی‌ترین راه برای انتقال ارزشهای حرفه ای‌گری است (هایدت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵؛ کوهن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶؛ هافرتی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴). بنابراین لازم است که برنامه‌های درسی پنهانی که در حال اجراست به طور دقیق و مداوم مورد شناسایی قرار گرفته و راهکارهایی برای مقابله با پیامدهای منفی و تقویت پیامدهای مثبت آن ارائه گردد.

با توجه به اینکه موضوع برنامه‌درسی پنهان و همچنین حرفه‌ای‌گری در آموزش پزشکی، موضوعی است که در کشور ما کمتر مورد بررسی و مطالعه قرار گرفته است، تلاش این کتاب بر این است که مبانی نظری مربوط به برنامه درسی پنهان و حرفه‌ای‌گری در پزشکی را به منظور آشنایی جامع در باره موضوع ارائه نماید.

در فصل اول کتاب، به برنامه‌درسی پنهان پرداخته شده است و سطوح برنامه‌درسی به منظور شناخت جایگاه برنامه درسی پنهان، مفهوم برنامه درسی پنهان، تعمدی‌بودن یا غیرتعمدی بودن برنامه‌درسی پنهان، عوامل شکل‌گیری برنامه درسی پنهان، تولیدات برنامه درسی پنهان، ابعاد برنامه‌درسی پنهان، دیدگاهها و نظریات برنامه‌درسی پنهان و اهمیت برنامه درسی پنهان در آموزش پزشکی مورد بررسی قرار گرفته است.

در فصل دوم، به حرفه‌ای‌گری در پزشکی پرداخته شده است و مباحث مربوط به قداست پزشکی، تاریخچه حرفه ای‌گری، تعریف حرفه یا پروفشن، مفهوم حرفه‌ای‌گری، مفهوم اخلاق پزشکی، دیدگاههای مختلف در مورد حرفه‌ای‌گری، تفاوت حرفه‌ای‌گری در پزشکی و حرفه‌ای‌گری در آموزش با توجه به نقش چندگانه اساتید دانشگاه، نقش دانشگاه‌های علوم پزشکی در حفظ و ارتقاء حرفه‌ای‌گری، و ارزشیابی حرفه‌ای‌گری مورد بحث و بررسی قرار گرفته‌اند.

<sup>3</sup> Saylor

<sup>4</sup> Haidet

<sup>5</sup> Cohen

<sup>6</sup> Haffery

در فصل سوم، پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج کشور پیرامون برنامه‌درسی پنهان و حرفه‌ای‌گری آورده شده و در پایان ضمن جمع بندی، تلاش گردیده است که رابطه بین حرفه‌ای‌گری در پزشکی و برنامه‌درسی پنهان تبیین گردد.



# فصل اول

## برنامه درسی پنهان

## مقدمه فصل اول

جکسون<sup>۷</sup> (۱۹۶۸) از جمله اولین افرادی است که در کتاب خود "زندگی در کلاس درس"، بحث برنامه درسی پنهان را به تفصیل مطرح می‌کند (آندرسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲، ص ۳). در بخشی از کتاب وی که در کتاب مطالعات برنامه درسی<sup>۹</sup> در سال ۲۰۰۴ به چاپ رسیده، وی شرح فعالیتهای روزمره در مدرسه را با جزئیات بیان کرده و حتی با مؤسسات دیگر نظیر کلیسا، شرکت، سینما و غیره مورد مقایسه قرار داده است. وی ذکر می‌کند که هر دو جنبه زندگی در مدرسه، چه آن جنبه‌ای که همه می‌شناسند و چه جنبه‌ای که بدون توجه از کنار آن رد می‌شویم هر دو برای ما آشناست. اما مورد دوم بیشتر مواقع مورد بی توجهی واقع می‌شود در حالیکه مستلزم دریافت توجه بیشتر به ویژه از سوی متخصصین آموزش است (جکسون، ۱۹۶۸، ص ۹۴).

جکسون (۱۹۶۸) به توصیف جو اجتماعی مدرسه پرداخته و می‌گوید اگرچه معلم هر سال تلاش می‌کند دکوراسیون کلاس، چیدمان نیمکتها، رنگ دیوار و نوع نیمکت را عوض کند ولی مدرسه همان مدرسه است و تعاملاتی که در آن صورت می‌گیرد، همان تعاملات. دانش آموز در مدرسه علاوه بر انجام تکالیف باید پایبند قواعد مدرسه و کلاس باشد و چه بسا این پایبندی نسبت به پیشرفت علمی دانش آموز، نقش بیشتری در موقعیت وی در مدرسه داشته باشد. دانش آموز در مدرسه باید از استراتژیهای برخوردار باشد که بتواند با تعارضات روزمره بین تمایلات و علائق شخصی خود و انتظارات مدرسه تعادل برقرار نماید و این امر کلاس درس را به یک مکان خاص مبدل می‌سازد (جکسون، ۱۹۶۸، ص ۹۸).

مهرمحمدی (۱۳۸۷)، برنامه‌درسی پنهان و برنامه‌درسی پوچ را جزء مفاهیم نسبتاً تازه و روشنگرانه‌ای می‌داند که صاحب نظران برنامه درسی مطرح ساخته‌اند. وی قرار دادن این دو نوع برنامه درسی در کنار برنامه درسی آشکار را حاکی از ضرورت توجه به تمامیت آنچه یادگیرندگان در اثر حضور در متن نظام رسمی آموزش تجربه می‌کنند و می‌آموزند، می‌داند. بنابراین، از دید وی باید این مفاهیم را به مثابه ابزارهای سودمند ذهنی دانست که در خدمت کلیه کسانی که مایل هستند با نظام آموزشی و پدیده برنامه‌درسی به صورت همه‌جانبه و عمیق روبه‌رو شوند، قرار دارد (مهرمحمدی، ۱۳۸۷، ص ۴۶۵). بنابراین جا دارد در اینجا قبل از پرداختن به مفهوم برنامه درسی پنهان، به منظور درک

<sup>7</sup> Jackson

<sup>8</sup> Anderson

<sup>9</sup> The curriculum studies reader

بهتر جایگاه برنامه درسی پنهان و ارتباط آن با مفهوم کلی برنامه درسی، به سطوح برنامه درسی از دیدگاه صاحب نظران مختلف پرداخته شود.

## بخش ۱

### ۱-۱: سطوح برنامه درسی

برنامه درسی به عنوان یک قلمرو معرفتی دارای پیچیدگی‌ها و ظرافت‌های متعدد و ابعاد ناشناخته و یا کمتر شناخته شده است که سطوح مختلف برنامه درسی یکی از نمادهای آن است (فتحی، ۱۳۸۶). متخصصانی چون الیوت آیزنر<sup>۱۰</sup> و الیزابت والنس<sup>۱۱</sup>، جان میلر<sup>۱۲</sup>، دکرواکر<sup>۱۳</sup>، دورثی هوینکی<sup>۱۴</sup>، ویلیام پینار<sup>۱۵</sup>، آنتونی پنا<sup>۱۶</sup>، هنری ژیرو<sup>۱۷</sup>، .. موفق به ترسیم و ارائه نظام متاتئوریک در خصوص برنامه درسی شدند که موجبات ارائه مفاهیم نوین و فراگیر برنامه درسی در سه مقوله کلی برنامه درسی رسمی<sup>۱۸</sup> و صریح، برنامه درسی عقیم<sup>۱۹</sup> و برنامه درسی مستتر و پنهان<sup>۲۰</sup> در واژگان معاصر رشته برنامه درسی را فراهم آورد. در مجموع این سه مقوله قلمرو جدید برنامه درسی را به عنوان یک حوزه تخصصی در جهان امروز تشکیل می‌دهند (قورچیان، ۱۳۷۳، ص ۴۹).

### ۱-۱-۱ - سطوح برنامه درسی از دیدگاه فرانسیس کلاین

کلاین<sup>۲۱</sup> (به نقل از فتحی، ۱۳۸۶، ص ۱۵) در کتاب خود با عنوان «یک چارچوب مفهومی برای تصمیم‌گیری برنامه درسی»<sup>۲۲</sup> الگوی مطالعه آموزش مدرسه‌ای را به عنوان یک راهنمای تحقیقاتی مطرح می‌کند و در این الگو، سه بعد اساسی شامل سطوح برنامه درسی، عناصر و متغیرهای برنامه درسی، و عوامل کیفی را مطرح می‌کند. کلاین ۷ سطح از برنامه درسی را نام می‌برد که عبارتند از: «برنامه درسی آرمانی یا آکادمیک»<sup>۲۳</sup>، «برنامه درسی اجتماعی»<sup>۲۴</sup>، «برنامه

<sup>10</sup> Elliot W. Eisner

<sup>11</sup> Elizabeth Vallence

<sup>12</sup> John Miller

<sup>13</sup> Decker Walker

<sup>14</sup> Dorthey Huenecke

<sup>15</sup> William Pianr

<sup>16</sup> Anthony Pian

<sup>17</sup> Henry Giroux

<sup>18</sup> Explicit curriculum

<sup>19</sup> Null curriculum

<sup>20</sup> Hidden curriculum

<sup>21</sup> Klien

<sup>22</sup> A conceptual framework for curriculum decision making

<sup>23</sup> Academic curriculum

<sup>24</sup> Social curriculum

درسی رسمی»، «برنامه درسی نهادی»<sup>۲۵</sup>، «برنامه درسی آموزشی»<sup>۲۶</sup>، «برنامه درسی اجرایی»<sup>۲۷</sup>، و «برنامه درسی تجربه شده»<sup>۲۸</sup>.

منظور از برنامه درسی آکادمیک یا آرمانی، برنامه درسی است که صاحب نظران علمی آن را مد نظر قرار می دهند و در تصمیم گیری مرتبط با آنها، ایفاء نقش می نمایند. برنامه درسی اجتماعی، بیانگر برنامه ای است که جامعه شامل مردم، نمایندگان مردم، مؤسسات و نهادهای اجتماعی و غیره در آن ایفاء نقش می کنند. برنامه درسی رسمی، محدود به نهادها و سازمانهای رسمی بوده و مستقیماً درگیر آموزش می باشد. نهادهای رسمی مانند، انجمنهای معلمان و مدیران می باشد. برنامه درسی نهادی، برنامه درسی است که در سطح مدرسه پذیرفته شده و به اجرا در می آید و عوامل مؤثر بر آن نیروهای موجود در سطح مدرسه می باشند. برنامه درسی آموزشی، چیزی است که معلم بدان امید دارد، ارزش قائل است و می خواهد که به فراگیران خود بیاموزد. این برنامه درسی اجرایی تر و مشخص تر است و تصمیم گیری در این سطح اصولاً به عهده معلم است. برنامه درسی اجرایی، حاصل مشاهدات و ثبت و ضبط کلیه فرایندهای تعاملی در حین اجرای برنامه درسی در کلاس درس است. آنچه در کلاس درس در عمل اجرا می شود، ارتباط متقابل معلم و فراگیر نشان دهنده برنامه درسی اجرایی است که با توجه به مسائلی که حین آموزش و به طور ناگهانی می تواند رخ دهد، ممکن است با برنامه درسی آموزشی انطباق کامل نداشته باشد. برنامه درسی تجربی، به تجربیات یادگیرندگان از طرح های از پیش تعیین شده و تعامل های حاصل از کلاس درس اشاره می کند. هر دانش آموز بر مبنای علائق، ارزشها، توانمندیها و تجارب قبلی خود نسبت به مطالب ارائه شده عکس العمل نشان می دهد و دست به انتخاب می زند و برنامه درسی منحصر به فرد خود را خواهد داشت (فتیحی، ۱۳۸۶، ص ۱۷).

### ۱-۱-۲- سطوح برنامه درسی از دیدگاه آیزنر

آیزنر معتقد است که مدارس به طور همزمان مبادرت به تدریس سه برنامه درسی می نمایند. این سه برنامه عبارتند از برنامه درسی صریح<sup>۲۹</sup> (رسمی)، برنامه درسی پنهان<sup>۳۰</sup> (ضمنی) و برنامه درسی پوچ. برنامه درسی صریح حاوی هدفها، محتوا و روشهای آشکار و منتشر شده مورد حمایت نظام آموزشی یا همان برنامه درسی رسمی است. آیزنر توضیح می دهد که آموزش مدرسه ای اهداف مشخص و عمومی را دنبال می کند از قبیل یاد دادن، خواندن، نوشتن، حساب کردن، مطالبی در مورد تاریخ کشور و اهداف دیگر که از طریق برنامه درسی رسمی دنبال می شوند. این هدفها نه تنها در

<sup>25</sup> Institutional curriculum

<sup>26</sup> Instructional curriculum

<sup>27</sup> Operational curriculum

<sup>28</sup> Experiential curriculum

<sup>29</sup> explicit/formal curriculum

<sup>30</sup> implicit/hidden curriculum

کتابهای راهنمای برنامه درسی مدارس و مواد مربوط به این برنامه که توسط معلمان باید آماده شوند، آورده می شوند، عموم مردم نیز می دانند که این دوره‌ها چه اهدافی را دنبال می کنند و دانش آموزان فرصت دستیابی به این هدفها را حداقل در برخی پایه ها دارند. پس به طور خلاصه برنامه درسی آشکار مجموعه ای از فرصتهای آموزشی است که مدارس ارائه می دهند و این مجموعه آنچه را برای مطالعه آماده شده است اعلام می کند. مفهوم دیگری که با فراوانی قابل ملاحظه ای در منابع تخصصی برنامه درسی به چشم می خورد، مفهوم برنامه درسی پنهان است که مجموعه یادگیریهای دانش آموز به دلیل قرار گرفتن در معرض فرهنگ یا مجموعه روابط و مناسبات حاکم بر محیط آموزشگاه می باشد. بسیاری از یادگیریها یا آموخته‌های دانش آموزان که در برنامه درسی صریح، پیش بینی نشده است حاصل تعامل دانش آموزان با همین فرهنگ است. برنامه درسی پنهان از یادگیریهای حکایت می کند که در چارچوب اجرای برنامه درسی تصریح شده و به دلیل حضور در بطن و متن فرهنگ حاکم بر نظام آموزشی، دانش آموزان تجربه می کنند. تجربه های یادگیری که بدین وسیله حاصل می شود عمدتاً در قالب مجموعه ای از انتظارات و ارزشها تبلور می یابد و کمتر معطوف به حوزه دانستیها یا شناخت، مربوط دانسته شده است. ایجاد یا تقویت روحیه رقابت به جای رفاقت، همکاری و تشریک مساعی در سایه نظام ارزشیابی آموزش حاکم بر مدرسه، ایجاد و تقویت روحیه اطاعت و انقیاد به جای روحیه ابتکار و نوآوری در سایه روشهای به کار گرفته شده تدریس، از مصادیقی است که در منابع تخصصی برنامه درسی به عنوان مؤلفه های برنامه درسی پنهان معرفی شده است (مهرمحمدی، ۱۳۸۷).

آیزنر معتقد است مواد درسی مانند ساختار کلاس ارزشهایی را القا می کنند که معلمان و دانش آموزان به آنها توجه ندارند. در انواع تصاویر و مثالهایی که در کتاب درسی گنجانده می شود، در زبانی که به کار گرفته می شود، در تأکیدهایی که بر شخصیتهای داستانی قرار می گیرد، این ارزشها بیان می شوند. این پیامها اغلب زیاد، ظریف و موشکافانه هستند و شناسایی آنها مستلزم این است که متن مواد درسی به طور دقیق و انتقادی تحلیل شود تا انواع ارزشهای اجتماعی که درون این مواد آشکارا بیان نشده اند کشف شوند. از دید آیزنر مدرسه به وسیله مجموعه ای از انتظارات، دانش آموزان را جامعه پذیر می کند. این انتظارات می تواند قدرتمندتر و ماندگارتر از آن انتظاراتی باشد که از روی عمد و با هدف قبلی تدریس شده یا برنامه درسی آشکار برای همه دانش آموزان مدرسه ارائه میدهد (آیزنر، ۱۹۹۴). برنامه درسی پوچ توجه به آن چیزی دارد که از دستور کار نظام آموزشی و حوزه برنامه درسی صریح حذف شده است. آیزنر در کتاب تصورات تربیتی اظهار می دارد که ما نه تنها به برنامه درسی پنهان و آشکار مدارس توجه می کنیم بلکه باید به آنچه مدارس تدریس نمی کنند نیز توجه داشته باشیم. ایده آیزنر این است که آنچه مدارس تدریس نمی کنند ممکن است به اندازه آنچه تدریس می کنند مهم باشد و او این ارزش را به این دلیل مطرح می کند که عدم اطلاع ناشی از این غفلت، مساوی با خلا یا فقدان این آگاهی ها نیست، بلکه تأثیرات مهمی می تواند بر حق انتخاب فرد

بگذارد. پس از دید آیزنر برنامه درسی پوچ چیزی است که مورد غفلت واقع شده و می تواند در سطوح مختلف اتفاق بیفتد. (در سطح تدوین اهداف، در سطح سازماندهی محتوا و اجرا و.....). آیزنر ذکر می کند که برای شناسایی برنامه درسی پوچ دو بعد اساسی باید مورد توجه قرار گیرد، یکی فرایندهای عقلانی است که مدارس بر آنها تأکید می کنند یا آنها را نادیده می گیرند. دیگری محتوا یا ابعادی از محتوای موضوعات درسی است که در برنامه های درسی مدارس ارائه می شوند یا حذف می گردند. وی در توضیح برنامه درسی پوچ مثالهایی را عنوان می کند که در برنامه درسی مدارس به آنها توجه نمی شود و می تواند نقشی مهم در زندگی فرد داشته باشد از قبیل حقوق، مردم شناسی، هنر، اقتصاد و سایر موارد مشابه. به گفته آیزنر نتایج برنامه های درسی مدارس هم از ارزشهای صریح و عملی و هم از ارزشهای پنهان و ضمنی ناشی می شوند (آیزنر، ۱۹۹۴).

### ۱-۱-۳- سطوح برنامه درسی از دیدگاه گودلد

گودلد پس از مشاهده صدها کلاس درس، چهار نوع برنامه درسی را تشخیص داد: برنامه درسی رسمی، برنامه درسی دریافتی<sup>۳۱</sup>، برنامه درسی مشاهده شده<sup>۳۲</sup> و برنامه درسی تجربی<sup>۳۳</sup>. برنامه درسی رسمی همان برنامه ای است که تصمیم گیرندگان آن، افراد، نهادها و سازمانهای تصمیم گیرنده ای هستند که فعالیتهای آنها به نوعی به طور مستقیم به حوزه تعلیم و تربیت ارتباط دارد. از جمله تصمیم گیرندگان این سطح عبارتند از: انجمن معلمان، هیأت های امنای شوراهای آموزش و پرورش، ناشران کتابهای درسی. برنامه درسی دریافتی، شامل آنچه معلمان می گویند و یا سعی در انجام آن دارند می شود. برنامه درسی مشاهده شده، آن چیزی است که مشاهده کنندگان، هنگامی که برنامه در کلاس ارائه می شود، می بینند. و برنامه درسی تجربی، معرف برداشتها و ادراکهای دانش آموزان و همچنین پیشرفتهای حاصل توسط آنان است به عبارت دیگر برنامه درسی است که فراگیران درک کرده و به آن عکس العمل نشان می دهند (سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۳۶). اهمیت این سطح در آن است که نشان می دهد در تحلیل نهایی، دانش آموزان تصمیم گیرندگان اصلی عرصه یاددهی-یادگیری یا برنامه درسی بوده، به آن تعین می بخشند (مهرمحمدی، ۱۳۸۷). از دید سیلور و همکاران (۱۳۸۰)، بین برنامه درسی طرح ریزی شده و برنامه درسی تجربه شده به وسیله دانش آموزان مغایرت قابل ملاحظه ای مشاهده می شود که آنان شواهد چنین دوگانگی را در وجود یک برنامه درسی پنهان معرفی می نمایند (سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۶۴).

<sup>31</sup> perceived curriculum

<sup>32</sup> observed curriculum

<sup>33</sup> experimental curriculum

پیام اصلی مبحث سطوح تصمیم گیری در برنامه درسی و مفاهیم پیشنهاد شده توسط آن این است که یک برنامه درسی واحد بسته به این که از کدام منظر و موضع به آن نگریسته شود، می تواند به صورت پدیده ها یا برنامه های مختلفی تبلور یابد که هر یک در جای خود از مشروعیت برخوردار بوده و لذا باید آنها را شناخت (مهرمحمدی، ۱۳۸۷).

#### ۱-۱-۴- سطوح برنامه درسی از دیدگاه شوبرت<sup>۳۴</sup>

شوبرت (۲۰۰۸، ص ۴۰۷)، یادآور می شود که عمده تحقیقات برنامه درسی بر روی برنامه درسی قصد شده انجام شده است اما این تحقیقات منجر به آشکار ساختن تأثیرات پنهان و قدرتمند سایر سطوح برنامه درسی گشته است. وی ۸ سطح برای برنامه درسی در نظر می گیرد که عبارتند از: برنامه درسی قصد شده<sup>۳۵</sup>، آموزش داده شده<sup>۳۶</sup>، تجربه شده<sup>۳۷</sup>، دربر گرفته شده یا تجسمی<sup>۳۸</sup>، پنهان، آزمون شده<sup>۳۹</sup>، پوچ یا عقیم و خارج از مدرسه<sup>۴۰</sup>.

برنامه درسی قصد شده که دارای اهداف واضح و مشخص است به منظور شکل دادن به ظرفیتهاست و تمرکز اولیه تحقیقات برنامه درسی بوده است. انتقادی که شوبرت (۲۰۰۸) به برنامه درسی قصد شده دارد این است که، این برنامه درسی آنچه را که دست اندرکاران آموزشی، و نمایندگان قدرت حاکم بر جامعه تصمیم می گیرند که بایستی شکل دهنده ذهن توده ها باشد، انتقال و ارتقا می دهد. همانطور که امروزه کماکان برنامه ریزی درسی به طور سنتی توسط دولت یا سازمانهای وابسته به آن انجام می گردد (شوبرت، ۲۰۰۸، ص ۴۰۸).

برنامه درسی آموزش داده اغلب از برنامه درسی قصد شده متفاوت است. زمانیکه گودلد، کلاین و همکارانشان در سال ۱۹۷۰ به پشت کلاسهای درس نگریستند، دریافتند که روشهایی که معلمان سر کلاس درس می دادند نسبت به بسته های تهیه شده و قصد شده از قبل ناهماهنگ بود. تحقیقات نشان داد که چنین ناهماهنگی هایی می تواند به دلیل عدم فهم کامل معلمان از برنامه قصد شده یا ناهماهنگی خلاقانه آنان باشد. برنامه درسی آموزش داده شده زمانی آشکار می شود که معلمان حرفهای خود را با دیگران در میان بگذارند (کانلی<sup>۴۱</sup>، ۲۰۰۸، ص ۴۰۷).

برنامه درسی تجربه شده، همانطور که دیوئی، بر تجربه تأکید دارد، بر آنچه که یادگیرندگان در سر کلاس درس تجربه می کنند تعریف می شود. کازول<sup>۴۲</sup> و کمپل<sup>۴۳</sup> در سال ۱۹۳۵ برنامه درسی را به عنوان همه آنچه که یادگیرندگان

<sup>34</sup> Schubert

<sup>35</sup> intended

<sup>36</sup> taught

<sup>37</sup> experienced

<sup>38</sup> embodied

<sup>39</sup> tested

<sup>40</sup> outside

<sup>41</sup> Connelly

<sup>42</sup> Caswell

تحت راهنمایی معلمان تجربه می کنند تعریف می کنند. برنامه درسی تجربه شده، توجه را به تفکرات، معانی و احساسات یادگیرندگان همانطور که آنان با برنامه درسی مواجه می شوند، جلب می کند. مواردی از یادگیری را که به عنوان برنامه درسی دربرگرفته شده یا تجسمی، پدیدار می شوند، زیبایی شناختی گردآوری شده از انواع مختلف دانشها در فهم متون روزمره است به عبارت دیگر توجه به زیبایی شناختی در اینجا مطرح می گردد (شوبرت، ۲۰۰۸، ص ۴۰۹).

برنامه درسی پنهان، چیزی است که از ابعاد مختلف زندگی از قبیل نژاد، طبقه اجتماعی، جنسیت، فرهنگ، قومیت، زبان، توانایی، مذهب یا عقیده، مکان، و تکنولوژی، آموخته می شود. برنامه درسی آزمون شده، چیزی است که مورد آزمون قرار می گیرد. در واقع آزمون افراد را از نظر سطح موفقیت طبقه بندی می کند. برخی محققان این ماشین طبقه بندی کننده جامعه را مورد انتقاد قرار می دهند. آزمون، دانش رسمی، بایدهای استاندارد شده، و تعارضات را اندازه می گیرد. در نظر گرفتن برنامه درسی در آزمونها و استانداردهای ایالتی، باعث می شود موضوعاتی که در آزمونها نیامده اند به نظر غیر ضروری برسند که باعث می شود نیاز به تحقیق پیرامون ضروری بودن یا ضروری نبودن آن احساس شود، این موضوعات ممکن است همانی باشد که آیزنر (۱۹۹۴) از آن به عنوان برنامه درسی عقیم یاد می کند. واژه برنامه درسی عقیم اشاره به موضوعاتی دارد که دست کم گرفته شده یا به دلیل در اولویت نبودن و کمبود بودجه حذف شده اند. موضوعاتی مانند هنر، فلسفه، روانشناسی، تعهد، همدلی، وقف کردن خود، روحانیت، مهربانی، و یادگیری مادام العمر مفاهیم با ارزشی هستند که توسط آزمونهای پیشرفت تحصیلی اندازه گیری نمی شوند. برنامه های درسی پنهان، عقیم و آزمون شده، همه نیاز به زمینه برای اجرا و تحقیق دارند که معمولاً در خود مدرسه یا موسسه آموزشی رخ می دهد. این زمینه ها شامل زمینه های فرهنگی، تاریخی، جغرافیایی، اجتماعی و غیره است. برنامه درسی خارج از مدرسه، بیرون از مدرسه رخ می دهد و موجبات یادگیری مواردی غیر از آنچه در مدرسه رخ داده است را فراهم می کند. این برنامه درسی معمولاً در فرایندهای زندگی رخ می دهد و شامل مواردی است از قبیل برقراری ارتباط، عشق ورزیدن، تصمیم گیری، والد بودن، خلق کردن و ارزش گذاری کردن. رویکرد دیگری که به این حیطه وسیع تر برنامه درسی توجه دارد، بر برنامه درسی منازل، خانواده ها، گروه های همگنان، رسانه های جمعی و سازمانهای غیر از مدرسه تمرکز می کند (شوبرت، ۲۰۰۸، ص ۴۱۰).

### ۱-۱-۵- سطوح برنامه درسی از دیدگاه هافرتی

هافرتی (۱۹۹۸) در زمینه آموزش علوم پزشکی ابعاد دیگری غیر از برنامه درسی رسمی را مطرح می کند که حداقل ۳ بعد یا سطح آن را به صورت ۳ دایره درهم ترسیم نموده است. یکی برنامه درسی اظهار شده<sup>۴۴</sup>، قصد شده<sup>۴۵</sup> و به

<sup>43</sup> Campbell

<sup>44</sup> stated



صورت رسمی ارائه شده<sup>۴۶</sup>؛ دوم برنامه درسی نانوشته<sup>۴۷</sup>، و شکل بین فردی یاددهی و یادگیری که در میان و بین اساتید و دانشجویان رخ می‌دهد و برنامه درسی غیر رسمی<sup>۴۸</sup> است؛ و سوم تأثیراتی که در سطح ساختار و فرهنگ موسسه عمل می‌کند و برنامه درسی پنهان است. وی برنامه درسی غیررسمی و پنهان را در کنار هم و در مقابل برنامه درسی رسمی قرار می‌دهد و معتقد است که برنامه درسی غیررسمی و پنهان، نگاهی به آموزش پزشکی است که بین آنچه به دانشجویان یاد داده می‌شود و آنچه آنان فرا می‌گیرند، تمایز اساسی وجود دارد (هافر تی، ۱۹۹۸، ص ۴۰۴).

### ۱-۱-۶- سطوح برنامه درسی از دیدگاه پوزنر

پوزنر (به نقل از فتحی، ۱۳۸۶)، در کتاب «تجزیه و تحلیل برنامه درسی<sup>۴۹</sup>»، پنج نوع برنامه درسی را معرفی می‌کند که عبارتند از: برنامه درسی رسمی<sup>۵۰</sup>، برنامه درسی اجرایی<sup>۵۱</sup>، برنامه درسی پنهان<sup>۵۲</sup>، برنامه درسی پوچ<sup>۵۳</sup>، برنامه درسی فوق برنامه<sup>۵۴</sup>.

در برنامه درسی رسمی، مکتوب یا مستند، فهرست رئوس مطالب، راهنمای برنامه درسی و فهرست هدف‌ها به دقت تعریف شده است. هدف فراهم ساختن مبنایی برای معلمان جهت برنامه‌ریزی طرح درس، ارزشیابی از کار یادگیرندگان و کمک به مدیران برای نظارت بر کار معلمان است. برنامه درسی اجرایی یا عملیاتی، برنامه درسی است که عملاً توسط معلم تدریس می‌شود و همچنین چگونگی انتقال آن به دانش‌آموزان را در برمی‌گیرد. این برنامه درسی، شامل دو جنبه است: محتوایی که توسط معلم تدریس می‌شود و نتایج یادگیری که یادگیرندگان در قبال آن مسئول هستند. جنبه اول نشان‌دهنده مدت زمانی است که معلم به موضوعات مختلف اختصاص می‌دهد و برنامه درسی تدریس شده است و جنبه دوم به واسطه امتحاناتی که از یادگیرندگان به عمل می‌آید، مشخص می‌شود (برنامه درسی آزمون شده). صرف نظر از میزان انطباق و سازگاری، این دو برنامه ابعاد مختلف برنامه درسی اجرایی هستند. برنامه درسی اجرایی ممکن است به شدت با برنامه درسی رسمی متفاوت باشد زیرا معلمان برنامه درسی رسمی را با توجه به دانش،

<sup>45</sup> intended

<sup>46</sup> formally offered

<sup>47</sup> unscript

<sup>48</sup> informal

<sup>49</sup> Analyzing the curriculum

<sup>50</sup> official curriculum

<sup>51</sup> operational curriculum

<sup>52</sup> hidden curriculum

<sup>53</sup> null curriculum

<sup>54</sup> extra curriculum

باورها و نگرش‌های خود تعبیر و تفسیر می‌کنند. برنامه درسی پنهان، شامل آموزه‌هایی است در باره نقش‌های جنسی، رفتار مناسب، تمایز بین کارها، نقش تصمیم‌گیرندگان، مشروعیت دانش و غیره. این برنامه درسی عمدتاً مورد تأیید نیروهای رسمی مدرسه نیست اما می‌تواند تأثیر عمیق‌تر نسبت به برنامه درسی رسمی بر یادگیرندگان داشته باشد و بیشتر به محدوده هنجارها و ارزشها مربوط می‌شود (فتحی، ۱۳۸۶، ص ۱۸). برنامه درسی پوچ، خنثی یا عقیم، شامل آن دسته موضوعاتی است که تدریس نشده است و نیز هر نوع ملاحظه‌ای در مورد اینکه چرا این موضوعات مورد غفلت قرار گرفته است را در برمی‌گیرد (آیزنر، ۱۹۹۴). تفاوت‌های بین فرهنگی در برنامه درسی پوچ می‌تواند به معلمان در فهم و آگاهی از این مسئله عمده یاری دهد که چه مفروضاتی زیربنای برنامه درسی مدارس است. برنامه درسی فوق برنامه، شامل کلیه تجربیات برنامه‌ریزی شده است که از حیطه موضوعات مدرسه خارج است. این نوع برنامه‌درسی با عنایت به ماهیت داوطلبانه بودن آن و پاسخگو بودن آن در قبال علایق و رغبت‌های یادگیرندگان، در نقطه مقابل برنامه درسی رسمی قرار می‌گیرد. اگرچه این برنامه درسی از لحاظ اداری اهمیت کمتری نسبت به برنامه‌درسی رسمی دارد اما در بسیاری جهات مهمتر و مؤثرتر از آن است (فتحی، ۱۳۸۶، ص ۱۹).

#### ۱-۱-۷- نتیجه‌گیری سطوح مختلف برنامه درسی

کاربرد این طبقه‌بندی برای مدرسین آن است که همواره به تأثیر سایر سطوح برنامه درسی بر برنامه‌درسی رسمی توجه داشته باشند. در این میان به ویژه تأثیر برنامه درسی پنهان و فوق برنامه قابل تأمل می‌باشد. صاحب‌نظرانی مانند آیزنر، شوبرت، پوزنر و هافرتی مستقیماً در سطح بندی خود از برنامه‌درسی به برنامه‌درسی پنهان اشاره نموده‌اند. افرادی مانند کلاین و گودلد اگرچه برنامه‌درسی پنهان را در سطح بندی خود در نظر نگرفته‌اند اما در واقع برنامه‌درسی پنهان به تفاوت بین برنامه‌درسی رسمی یا اجرایی یا دریافتی با برنامه‌درسی تجربه شده برمی‌گردد که در جای خود می‌تواند از اهمیت زیادی برخوردار باشد. به عنوان مثال مهرمحمدی (۱۳۸۷)، معتقد است که کوشش برای به تصویر کشیدن نتایج یادگیری یا تجربه‌های یادگیری یادگیرندگان بدون توجه به دو برنامه درسی پنهان و پوچ، در کنار برنامه‌درسی رسمی، کوششی ناقص و نافرجام است و هرگز این عرصه را به شکل جامع و کامل به تصویر نمی‌کشد (مهرمحمدی، ۱۳۸۷، ص ۴۶۶).

## بخش ۲

## ۲-۱- مفاهیم برنامه درسی پنهان

## ۱-۲-۱- مفهوم برنامه درسی پنهان

گفته می‌شود نخستین دانشمندی که برای نخستین بار واژه برنامه درسی پنهان را نام برد فیلیپ جکسون بود که در سال ۱۹۶۸ کتاب «زندگی در کلاس درس» را تدوین نمود. قابل ذکر است که وی در سال ۱۹۹۲ در کتاب «شالوده و زیرساخت برنامه درسی»<sup>۵۵</sup> مجدداً آن را بازتدوین و مطرح نمود. جکسون (۱۹۶۸) سه R در آموزش مدرسه‌ای را مطرح نمود که عبارتند از «قوانین»<sup>۵۶</sup>، دستورالعمل‌ها<sup>۵۷</sup>، و مقررات<sup>۵۸</sup>. اورلی<sup>۵۹</sup> (۱۹۷۰) نیز جزو اولین کسانی است که برنامه درسی پنهان را به صورت حاضر مطرح کرده است (طالب‌زاده نوبریان، ۱۳۸۲، ص ۱۶۸). دیوئی<sup>۶۰</sup> در سال ۱۹۳۸ نیز مفهوم یادگیری موازی یا «شکل گرفتن نگرش‌های ماندگار» را به کار برد که به اعتقاد شوبرت (۲۰۰۸)، این مفاهیم توسط جکسون در سال ۱۹۶۸ بسط داده شد و الهام‌گر متخصصین آموزش در نسل‌های متوالی بود که به عواقب پنهان زندگی در کلاس درس توجه داشته باشند (شوبرت، ۲۰۰۸، ص ۴۰۴).

اصطلاح برنامه‌درسی پنهان از جمله مفاهیم تربیتی معدودی است که نامش تأیید کننده محدودیت در ادراک این واژه است. نام‌های مختلفی برای این مفهوم استفاده شده است از جمله: برنامه درسی مستتر، برنامه درسی پوشیده<sup>۶۱</sup> یا مکتوم<sup>۶۲</sup>، نتایج غیر آکادمیک آموزش مدرسه‌ای، محصول فرعی یا ته نشین آموزش مدرسه‌ای و یا برنامه درسی مطالعه نشده<sup>۶۳</sup> (ولنس<sup>۶۴</sup>، ۱۹۹۱). اپل و کینگ<sup>۶۵</sup> (۱۹۸۳، ص ۸۷)، معتقدند که به طور تاریخی، برنامه‌درس پنهان، پنهان نبوده است. بلکه مدارس تنها دارای عملکرد آشکار در طول وجود و فعالیت خود به عنوان مؤسسه بودند. در طول قرن نوزدهم

<sup>55</sup> Curricular substructure

<sup>56</sup> rules

<sup>57</sup> routines

<sup>58</sup> regulations

<sup>59</sup> Overly

<sup>60</sup> Dewey

<sup>61</sup> covert

<sup>62</sup> latent

<sup>63</sup> Ustudied curriculum

<sup>64</sup> Vallance

<sup>65</sup> King

روند رو به رشد تنوع سیاسی، اجتماعی و فرهنگی و همچنین ساختارهای موجود، آموزش دهندگان را وادار نمود که قدرت برنامه درسی پنهان را در ارتباط با کنترل اجتماعی و غلبه آن در این راستا بپذیرند.

جکسون (۱۹۶۸)، دو برنامه درسی را برای مدرسه قائل است. برنامه درسی آشکار و برنامه درسی پنهان. از دید وی، جمعیت<sup>۶۶</sup>، تشویق<sup>۶۷</sup>، قدرت<sup>۶۸</sup> سه مؤلفه برنامه درسی پنهان هستند که در ترکیب با یکدیگر طعم متمایزی به زندگی در کلاس درس می‌دهند که هر دانش‌آموز به منظور موفقیت در مدرسه باید تجربه کند و با آن‌ها کنار آید. در واقع دانش‌آموزان، هنجارهایی را با عنایت به دارا بودن قدرت معلم، از جمعیت کلاس و نظام تشویق می‌آموزند، که این هنجارها همان برنامه درسی پنهان است. ملزوماتی که این مؤلفه‌های برنامه درسی پنهان در کلاس درس ایجاد می‌کند ممکن است با ملزومات آکادمیک کلاس درس در تقابل باشد که طبیعتاً بیشتر از برنامه درسی پنهان مورد توجه بوده است. در واقع این دو برنامه درسی از راههای گوناگون به همدیگر مرتبط هستند (جکسون، ۱۹۶۸، ص ۹۹). جکسون معتقد است که اگرچه این دو برنامه با هم مرتبط هستند اما سؤال همچنان باقی می‌ماند که آیا این دو برنامه همواره در یک راستا هستند یا اینکه در تقابل هم خواهند بود. در واقع این سؤال جواب مشخصی ندارد (جکسون، ۱۹۶۸، ص ۱۰۰). کیلپاتریک<sup>۶۹</sup> در سال ۱۹۲۵ در مقاله‌ای با عنوان «روش پروژه» مفهوم «یادگیری ضمنی<sup>۷۰</sup>» را به طور تلویحی در قلمرو برنامه درسی مستتر به کار برده بود. در واقع کیلپاتریک سه نوع یادگیری متمایز را مطرح نمود که عبارتند از یادگیری اولیه<sup>۷۱</sup>، یادگیری همبسته<sup>۷۲</sup> و یادگیری پیوسته<sup>۷۳</sup>. یادگیری اولیه، یادگیری‌هایی هستند که مستقیماً به یک فعالیت مربوط می‌شوند، یادگیری همبسته تمام موارد یادگیری هستند که به صورت غیرمستقیم به یک فعالیت مربوط می‌شوند و یادگیری پیوسته نگرشها و ارزشهای عمومی هستند که افراد یاد می‌گیرند و می‌پذیرند. در واقع حدود ۴۰ سال فاصله بین این نظریه کیلپاتریک و معرفی واژه برنامه درسی پنهان توسط جکسون وجود دارد (هوسن و پوست لت وایت، ۱۹۹۴، ص ۲۵۸۸).

همچنین جان دیوئی در کتاب «تجربه تعلیم و تربیت» به یادگیری حاشیه‌ای<sup>۷۴</sup> اشاره کرده است. از دید دری بن<sup>۷۵</sup>

(۱۹۶۸)، دانش‌آموزان با مشاهده عملکرد ساخت اجتماعی کلاس درس و شیوه استفاده معلم از اقتدار که همان برنامه

<sup>66</sup> crowds

<sup>67</sup> praise

<sup>68</sup> power

<sup>69</sup> Kilpatrick

<sup>70</sup> concomitants of learning

<sup>71</sup> primary

<sup>72</sup> associate

<sup>73</sup> concomitant

<sup>74</sup> Collateral learning

<sup>75</sup> Robert Dreeben

درسی پنهان است، می آموزد. در واقع شیوه ساخت اجتماعی کلاس و نحوه استفاده معلم از قدرت باعث ایجاد یادگیری مفهومی غیر از مفاهیم آکادمیکی در دانش آموزان می شود (به نقل از پاینار، ۱۹۹۸).

از دید لیندا بین<sup>۷۶</sup> (۱۹۸۵)، برنامه درسی پنهان از ارزشهای ضمنی و ناآشکار تشکیل شده که از طریق فرایندهای مدرسه یاد داده شده و یاد گرفته می شود. مک لارن<sup>۷۷</sup> در ۱۹۸۹، برنامه درسی پنهان را به این شرح تعریف می کند: «برنامه درسی پنهان با روش های تلویحی و ضمنی که در آن دانش و رفتار ایجاد می شود، یعنی آنچه که خارج از مواد درسی معمول برنامه ریزی شده رسمی اتفاق می افتد، سروکار دارد و بخشی از فشار مدیریتی و بوروکراتیک مدرسه است که به وسیله آن دانش آموزان و ادار به اطاعت از ایدئولوژیهای حاکم و فعالیت های اجتماعی مرتبط با قدرت و اقتدار، رفتار و اخلاق می شوند» (پاینار، ۱۹۹۸؛ هوسن و پوست لت وایت، ۱۹۹۴).

اشنایدر در سال ۱۹۷۰ (به نقل از آندرسون، ۲۰۰۲)، از اولین افرادی بود که برنامه درسی پنهان در آموزش عالی را مطرح کرد. وی توضیح می دهد که «برنامه درسی پنهان راهی است که از طریق آن مشارکت کنندگان گوناگون درگیر بازی می شوند، اشاره ها را می خوانند و با محیط های آموزشی خود وفق پیدا می کنند». اشنایدر معتقد است که یک برنامه درسی مستتر در حد معنی داری تعیین کننده آن چیزی است که مبنای احساس ارزش و عزت نفس همه شرکت کنندگان در برنامه های آموزشی است و همین برنامه درسی مستتر است که بیش از برنامه درسی رسمی در سازگاری شاگردان و استادان تأثیر دارد. به نظر وی هیچ کودکستان، دبیرستان یا دانشکده ای وجود ندارد که یک برنامه درسی مستتر بر شاگردان و هیأت آموزش آن تحمیل نکرده باشد. ساموئل<sup>۷۸</sup> و مک داوول<sup>۷۹</sup> در ۱۹۹۸، برنامه درسی پنهان را به شکل ماهیت بی شکل، بی نظم، خوب تعریف نشده و مبهمی توصیف می کنند که به صورت نهان و نهفته در برابر برنامه درسی آشکار مطرح شده و تعاملات در محیط آموزشی را آشکار می سازد (آندرسون، ۲۰۰۲).

ساموئل بولس<sup>۸۰</sup> و هربرت جنتیس<sup>۸۱</sup> در ۱۹۷۶، به آن سازه نظری که به تبیین ارتباط ساختاری اعتقادی مابین مدرسه و نیروی کار می پردازد برنامه درسی مستتر می گویند و معتقدند که برنامه درسی مستتر به منزله یک پل اجتماعی ما بین مدرسه و جامعه عمل می نماید. پروفیسور رونالد دال<sup>۸۲</sup> در ۱۹۷۸، هر مدرسه را دارای یک برنامه درسی رسمی و آشکار و یک برنامه درسی غیررسمی و غیربرنامه ریزی شده می داند. برنامه درسی سازمان یافته از طریق محتوای خاص به صورت درسها تجلی پیدا می کند و برنامه درسی مستتر عبارت است از برنامه شخصی خود دانش آموز که تعیین کننده

<sup>76</sup> Linda Bain

<sup>77</sup> McLaren

<sup>78</sup> Samuel

<sup>79</sup> Mcdowel

<sup>80</sup> Samuel Bowles

<sup>81</sup> Herbert Gintis

<sup>82</sup> Ronald Doll

چگونگی مواجهه وی با سازمان اداری و آرایش اجتماعی مدارس است. از نظر جان گودلد، برنامه درسی مستتر همان تدریس ضمنی نظام ارزشها توسط مدارس است. از دید مایکل اپل<sup>۸۳</sup> (۱۹۸۳) «برنامه درسی مستتر عبارت از تدریس ضمنی هنجارها، ارزشها و ایجاد تمایلات خاص به فراگیران است» (اپل، ۱۹۸۳، ص ۸۳) که معمولاً توسط معلمان راجع به آن صحبت نمی شود (اپل، ۲۰۰۴، ص ۷۸).

سیلور و همکاران (۱۹۸۰)، برنامه درسی پنهان را در تفاوت بین برنامه درسی طراحی شده و برنامه درسی تجربه شده به وسیله یادگیرندگان می بینند و آن را به عنوان راهبردهای یادگیرنده در عبور موفقیت آمیزش از مانع برنامه درسی رسمی یا طرح ریزی شده می دانند (سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۶۴). هنری ژيرو (۱۹۸۳)، معتقد است که «برنامه درسی مستتر در مدارس به انتقال ضمنی آن دسته از هنجارها، ارزشها و طرز تلقیها که منتج از روابط اجتماعی مدارس و کلاس درس است می پردازد». آیزنر (۱۹۹۴)، بر این عقیده است که «برنامه درسی مستتر شامل ارزشها و توقعاتی است که معمولاً در برنامه درسی رسمی پیش بینی نگردیده اما دانش آموزان این مفاهیم را در طی تجربیات آموزشی در مدارس فرا می گیرند» (آیزنر، ۱۹۹۴). این یادگیرها کمتر معطوف به حوزه دانستنیها یا شناخت مربوط دانسته شده است. از دید لمپ و سیل (۲۰۰۴) که برنامه درسی پنهان را در حیطه علوم پزشکی مورد بررسی قرار داده اند، برنامه درسی پنهان شامل یک سری از تأثیراتی است که در سطح ساختار و فرهنگ سازمانی عمل می کند و به عنوان مثال شامل قوانین ضمنی به منظور بقا در موسسه است. دوئن (۲۰۰۶)، برنامه درسی پنهان را به ویژه در حیطه علوم پزشکی یادگیری می داند که دانشجویان از طریق ماهیت و ساختار سازمانی و همچنین رفتارها و نگرشهای اساتید و مدیران فرا می گیرند (دوئن، ۲۰۰۶، ص ۲۹۵). هاردن (۲۰۰۱، ص ۳۳۵) نیز، برنامه درسی پنهان را ارزشها و الگوهای رفتاری می داند که اغلب به طور تصادفی کسب می شوند. منظور وی از تصادفی این است که از پیش تعیین شده نبوده است.

والنس (۱۹۹۱)، معتقد است که برنامه درسی به آن دسته اعمال و نتایج «آموزش مدرسه ای» اطلاق می شود که آشکارا در برنامه درسی گنجانده نشده، ولی به نظر می رسد که به طور منظم و مؤثر بخشی از تجارب آموزشی در مدرسه باشند. از دید وی در مجموع، برنامه درسی مستتر شامل نیروها و پدیده هایی است که یادگیرهای غیر علمی و غیر قابل اندازه گیری فراگیران را شکل می دهد (والنس، ۱۹۹۱).

ویلیام شوبرت<sup>۸۴</sup> (۱۹۹۳)، برنامه درسی مستتر را شامل آنچه که در مدارس و خارج از مدارس در فرایند تدریس و یادگیری به طور غیر آشکار آموخته می شود می داند (شوبرت، ۲۰۰۸).

<sup>83</sup> Michael Apple

<sup>84</sup> William Schubert

دری بن (۱۹۷۶)، اپل (۱۹۹۹)، ژيرو (۱۹۸۳) و مک‌لارن (۱۹۸۱)، پاینار (۲۰۰۸) همگی معتقدند که برنامه درسی پنهان به مجموعه‌ای از نتایج و جنبه‌های ناخواسته اما کاملاً واقعی فرایند آموزش اشاره می‌کند (پاینار، ۲۰۰۸، ص ۴۹۴؛ فتحی، ۱۳۸۶، ص ۴۷). مایکل اپل (۱۹۹۰)، به مفهوم برنامه‌درسی پنهان از این نظر توجه می‌کند که موجب نابرابریهای اجتماعی بر اساس نژاد، جنسیت و طبقه اجتماعی می‌شود (به نقل از نال<sup>۸۵</sup>، ۲۰۰۸، ص ۴۸۸).

پروست<sup>۸۶</sup> (۱۹۹۹)، برنامه درسی را به یک کوه یخ تشبیه می‌کند. او اهداف، موضوعات، زمان‌بندیها، مواد درسی، استانداردها و تکنولوژی موجود را مانند قسمت قابل دیدن کوه یخ می‌داند که همان برنامه‌درسی رسمی است. ولی آن قسمت که قابل دیدن نیست و قسمت بزرگتر و مهمتر می‌باشد برنامه درسی پنهان است و آن چیزی است که نزد معلمان، دانشجویان، والدین و برنامه‌ریزان تحت عناوین عقاید، گرایشها، انتظارات و انگیزه‌ها می‌باشد. او این بخش برنامه‌درسی را تا حدود زیادی ناشناخته می‌داند که مقدار کمی در مورد آن صحبت شده و اغلب نادیده گرفته شده است (پروست، ۱۹۹۹).

ملکی (۱۳۸۵)، برنامه درسی پنهان را اینگونه تعریف می‌کند: «برنامه درسی پنهان عبارت است از راهبردهای دانش آموز در عبور موفقیت آمیزش از مانع برنامه درسی رسمی یا طرح ریزی شده». وی اشاره می‌کند که برنامه درسی پنهان در حد معنی دار، تعریف کننده آن چیزی است که مبنای احساس ارزش و عزت نفس است و بیش از برنامه درسی رسمی در سازگاری یادگیرندگان و استادان تأثیر دارد. هیچ کودکستان، دبیرستان یا دانشکده‌ای وجود ندارد که یک برنامه‌درسی پنهان بر شاگردان و هیأت آموزشی‌اش تحمیل نکرده باشد. اگرچه هر برنامه‌درسی ویژگیهایی دارد که خاص آن مؤسسه آموزشی است ولی وجود برنامه درسی پنهان تا حد زیادی کل فرایند تعلیم و تربیت را تحت تأثیر قرار می‌دهند. (ملکی، ۱۳۸۵، ص ۶۸).

### ۱-۲-۲- برنامه درسی عقیم یا پوچ

برنامه درسی پوچ یا عقیم یا مغفول مفهومی است که هدف آن جلب توجه دست‌اندرکاران و تصمیم‌گیرندگان برنامه‌های درسی به تأمل و اندیشه در باره آنچه از دستور کار نظام آموزشی و از حوزه برنامه درسی رسمی حذف شده است می‌باشد. از دید مهرمحمدی (۱۳۸۷)، این مفهوم کمک شایانی به حفظ پویایی برنامه درسی می‌کند و در صورت توجه مناسب، برنامه‌ریزی درسی را از گرفتار آمدن به دام سنت و عادت می‌رهاند. به عبارت دیگر، برنامه‌ریزی درسی پوچ دعوت آشکاری است به توجه دقیق و عمیق به مواد و موضوعهای درسی یا فرایندهای ذهنی که در سایه گزینش و

<sup>85</sup> Null

<sup>86</sup> Proust

تصمیم برنامه ریز درسی از دستور کار نظام آموزشی حذف شده و لذا یادگیرندگان از آموختن تجربه‌های مرتبط با آنها محروم می‌مانند (مهرمحمدی، ۱۳۸۷، ص ۴۶۹).

قورچیان (۱۳۷۳)، برنامه درسی عقیم را آن نوع برنامه درسی می‌داند که در آن نظام آموزشی عمداً مطالبی را عرضه و تدریس ننماید، شقوقی را در مورد محتوای خاصی پیشنهاد نکند، محتوا یا مطالب ارائه شده در کتب درسی متناسب با سن عقلی شاگردان نباشد و یا احساسات و تمایلات شخصی نویسندگان کتاب درسی در عدم ارائه محتوایی خاص مؤثر بوده باشد (قورچیان، ۱۳۷۳، ص ۵۰).

آیزنر برنامه درسی عقیم را در سه مقوله جریانهای هوشی، موضوعهای درسی و زمینه‌های عاطفی قرار می‌دهد. منظور از جریانهای هوشی، مسایلی از قبیل روشهای تفکر در باره مسائل سمعی و بصری، استعاره‌ای و احساسی مطرح می‌شوند که به دلیل غیر کلامی بودن عقیم می‌مانند. در مورد بعد عاطفی برنامه درسی عقیم می‌توان به عناصری چون دخالت نظام ارزشهای شخصی، احساسات، تمایلات و طرز تلقی نویسندگان کتب درسی که در گزینش محتوای خاص به کار بسته می‌شوند، اشاره نمود. بدین ترتیب، از طریق گزینش محتوای برخی از دروس برنامه درسی جزو برنامه درسی عقیم تلقی می‌گردد (آیزنر، ۱۹۹۴).

اهمیت برنامه درسی پوچ از آن سبب است که محرومیت ناشی از آن بر جریان رشد دانش‌آموزان اثری تعیین کننده بر جای می‌گذارد. برنامه ریزان درسی باید به طور مستمر خود را با پرسشهایی از این دست مواجه ببینند که آیا آنچه حذف شده است اهمیت و اولویت کمتری نسبت به آنچه ابقا شده است دارد یا نه و اینکه آیا دلیل و توجیه کافی برای حذف برخی موارد و ابقاء بقیه موارد وجود دارد؟ مهرمحمدی (۱۳۸۷) معتقد است که مفهوم برنامه درسی پوچ یا عقیم به معنای دعوت به آگاهی و هشیاری در تصمیم‌گیریهای مربوط به برنامه درسی، خواه در سطح کلان و یا در سطح خرد است و در صدد است تا تصمیمهای برنامه درسی را از بستر ناهشیاری و ناخودآگاهی خارج کند. بنابراین تصمیم‌گیریهای برنامه درسی باید هوشیارانه بوده و با توجه به نیازها یا ضرورت‌های حال و آینده فردی و اجتماعی اتخاذ گردد. نکته‌ای که مهرمحمدی (۱۳۸۷) به آن اشاره دارد این است که تصمیم‌گیریها و قضاوت در مورد برنامه درسی پوچ خاستگاه ارزشی دارد به این مفهوم که هنگام تصمیم‌گیری راجع به آن، فرد باید چهارچوب ارزشی خود را به مدد بطلبد و بر اساس آن تصمیم‌گیری نماید (مهرمحمدی، ۱۳۸۷، ص ۴۶۹). صفرنواده و فتیحی و اجارگاه (۱۳۸۷)، معتقدند که پیام برنامه درسی پوچ این است که گفتگوی بین آنچه هست و نیست باید ادامه داشته باشد و ما را به تفکر انتقادی و بازخوانی در این مقوله وادار سازد. آنان تأکید می‌کنند که هر نبودی برابر برنامه درسی مغفول نیست، بلکه نبودی که غیر مدلل باشد و از جنس غفلت و سهل‌انگاری باشد، در برنامه درسی مغفول می‌گنجد.



معانی و مفاهیم متعدد ارائه شده برای برنامه درسی پنهان، امکان فهم این واژه در شرایط گوناگون و از دیدگاههای متفاوت را فراهم می‌سازد. بنابراین تعاریف بیان شده می‌توان گفت که برنامه درسی پنهان همان تدریس ضمنی و غیرملموس نظام ارزشها، هنجارها و جنبه‌های غیرعلمی است که متأثر از کل نظام آموزشی و ساختار حاکم بر محیط آموزشی می‌باشد.

حوزه تجربه‌ها یا نتایج یادگیری حاصل شده برای یادگیرندگان تحت تأثیر سه نوع برنامه درسی آشکار، پنهان و پوچ شکل می‌گیرد. تفاوت این برنامه‌ها در کیفیت تأثیرگذاری آنها بر حوزه برنامه درسی است. در حالیکه تأثیر برنامه های درسی صریح و پنهان (ضمنی) از نوع ایجابی است، تأثیر برنامه درسی پوچ از نوع سلبی است. شکل گیری حدود و ثغور حوزه تجربه‌های یادگیری فراگیران به گونه‌ای مستقیم و مشخص تحت تأثیر آثار ایجابی و سلبی است و بدین سبب است که این سه نوع برنامه درسی باید مورد توجه قرار گیرد (مهرمحمدی، ۱۳۸۷، ص ۴۶۷).

نکته ظریفی که مهرمحمدی در ارتباط با برنامه درسی پوچ به آن اشاره می‌کند این است که اگرچه تأثیرگذاری برنامه درسی پوچ از نوع سلبی است اما گهگاه می‌تواند آثار ایجابی نیز به همراه داشته باشد که در این صورت قابل تمیز از برنامه درسی پنهان نیست. به عنوان مثال بی توجهی به سواد رایانه‌ای به عنوان نماد فن آوری نوین می‌تواند یکی از ابعاد برنامه درسی پوچ باشد اما نتیجه مترتب بر این بی توجهی، انتقال این پیام به یادگیرندگان است که دست آوردهای تمدن جدید با مقوله تعلیم و تربیت نسبتی ندارد. بنابراین برنامه درسی پوچ نیز می‌تواند آثار ایجابی در حوزه نگرشها داشته باشد که به دلیل اینکه به طور ضمنی منتقل می‌شود، دو حوزه برنامه درسی پوچ و برنامه درسی پنهان گهگاه بر هم منطبق می‌شوند و برنامه درسی پوچ از خود کارکردهای برنامه درسی پنهان را به نمایش می‌گذارد (مهرمحمدی، ۱۳۸۷، ص ۴۷۱). بنابراین برای دستیابی به برنامه درسی پنهان باید به یادگیریهای که می‌تواند ناشی از برنامه درسی پوچ است توجه داشت.

#### ۱-۲-۴- تعمدی بودن یا غیر تعمدی بودن برنامه درسی پنهان

آندرسون (۲۰۰۲) اشاره می‌کند که اگرچه واژه برنامه درسی پنهان دلالت ضمنی بر مبهم بودن تعمدی آن دارد، برنامه درسی پنهان بیشتر مانند پنهان شدن در یک عرصه آشکار است و برنامه درسی پنهان چیزی نیست که در اطراف دنبال آن بگردیم، بلکه در بیشتر مواقع در جلوی چشم ماست و در حال عمل کردن بدون هیچ کوشش و تلاشی است. گری<sup>۸۷</sup> (۱۹۹۱)، برنامه درسی پنهان را به عنوان پیامهای غیر عمدی اما عملیاتی می‌داند که از طریق برنامه آموزشی و به

عنوان حاصل نیروهای زمینه‌ای که شکل دهنده ادراکات، نگرشها و عملکردها هستند، توسط یادگیرندگان یاد گرفته میشود.

صرف نظر از تعاریف متعددی که از برنامه درسی پنهان شده است، تحقیقات پیرامون آن و مطالعه در باره آن به طور غیر قابل اجتنابی با هدفی یکسان صورت گرفته است که همانا آشکار ساختن و قابل دیدن کردن آن چیزی است که به صورت غیر آشکار توصیف شده است. محققین بر این باورند که زمانی که برنامه درسی پنهان آشکار شد، در واقع برای همه مشارکت کنندگان شامل معلمان، یادگیرندگان و کل جامعه آشکار می‌شود و امکان تغییر، چاره سازی، دفاع و بهبود دادن و یا حداقل آگاه سازی در مورد فرایند و ساختار آموزش را فراهم می‌سازد (آندرسون، ۲۰۰۲، ص ۴). گوردون<sup>۸۸</sup>، تعاریف موجود در برنامه‌درسی پنهان را در سه حیطه‌ی مجزا دسته‌بندی کرده است: تعاریف مبتنی بر برون دادها، تعاریف مبتنی بر محیط مدرسه، و تعاریف مبتنی بر عامدانه بودن یا غیر عامدانه بودن (میزگرد تخصصی، ۱۳۸۷). چنین دسته‌بندی نشان دهنده اهمیت عنصر قصد و تعمد در برنامه‌درسی پنهان است.

از دید مارتین (۱۹۷۶)، برنامه درسی پنهان به آن دسته از برون‌دادهای یادگیری اشاره دارد که یا از سوی معلم (یا مدرسه در کل) قصد نشده هستند یا قصد شده هستند اما به صورت آشکار به یادگیرندگان اعلام نشده‌اند (به نقل از هوسن و پوست لت وایت، ۱۹۹۴، ص ۲۵۸۶). این تعریف مارتین، اشاره به امکان تعمدی بودن برنامه درسی پنهان دارد. همانگونه که این تعریف نشان می‌دهد، برنامه‌درسی پنهان به نظر می‌رسد که پوشش دهنده جنبه‌های گوناگون تجارب مدرسه‌ای باشد اما هنوز تمایز آن از مفاهیم مرتبط مشکل است. پورتلی<sup>۸۹</sup> ۱۹۹۳ (به نقل از علیخانی، ۱۳۸۳)، اشکال مختلف پنهان بودن را بر اساس عناصر قصد یا تعمد<sup>۹۰</sup> و شناخت یا آگاهی<sup>۹۱</sup> معلم و یادگیرنده بررسی نموده است. از نظر وی واژه پنهان در برنامه‌درسی می‌تواند معانی مختلف داشته باشد و حالت‌های مختلفی را برای این واژه در نظر می‌گیرد. حالت اول اینکه برنامه‌درسی پنهان خود مسئول پنهان نگهداشتن خود باشد و هنگامی که کسی به دنبال آن است خود را مخفی نگه می‌دارد. که این امر ممکن نیست زیرا یک شیء توسط خودش پنهان نمی‌شود. حالت دوم اینکه معلم یا برنامه ریز از قصد اهدافی را از یادگیرندگان مخفی دارند. به عبارت دیگر در اهداف آموزشی تصریح نشده، یادگیرنده نسبت به آن آگاه نیست ولی معلم یا برنامه‌ریز آگاه هستند. پورتلی، این نوع را جزو برنامه‌درسی پنهان قلمداد می‌نماید. به عنوان مثال کهلبرگ<sup>۹۲</sup> (۱۹۸۳) معتقد است که برنامه درسی پنهان بهترین راه انتقال و آموزش موارد اخلاقی است (ژیرو، ۱۹۸۳، ص ۷۰). این امر در واقع می‌تواند به عنوان آموزش غیرمستقیم ارزشهایی قلمداد شود که در آن مدرس از روی

<sup>88</sup> Gordon

<sup>89</sup> Portelli

<sup>90</sup> intention

<sup>91</sup> recognition

<sup>92</sup> Kohlberg

قصد، تجارب از پیش تعیین شده‌ای را که در اهداف تصریح نشده و یادگیرنده نسبت به آن آگاهی مستقیمی ندارد به یادگیرندگان انتقال می‌دهند. از طرف دیگر، افرادی مانند فریره، اپل، ایلچ و یا بسیاری منتقدان سیاسی-اجتماعی، برنامه‌ی درسی پنهان را هم‌راستای با علائق حکام سیاسی و اقتصادی جوامع مطرح می‌کنند و اظهار می‌دارند که این یک برنامه‌ی درسی قصد شده است که می‌خواهد مخاطبان یادگیری را به عنوان برون‌دادهایی به جامعه تحویل دهد که مقاصد سیاسی و اجتماعی حکام را برآورده کنند (میزگرد تخصصی، ۱۳۸۷، ص ۱۶۳). این عبارات می‌تواند به این مفهوم باشد که آنان عنصر قصد شده بودن را در برنامه‌ی درسی پنهان قلمداد کرده‌اند. حالت سوم، اینکه از سوی معلم و یادگیرنده هر دو قصد نشده است و به صورت غیر عمدی رخ می‌دهد. نکته اینجاست که اکثر صاحب نظران و متخصصان برنامه‌ریزی درسی، قصد نشده بودن برنامه، و عدم تصریح آن در اهداف آموزشی و برنامه‌ی درسی آشکار را از ضروریات برنامه درسی پنهان می‌دانند و در تعاریف خود از برنامه درسی پنهان بر آن تأکید دارند.

اگرچه ممکن است برنامه‌ی درسی پنهان به عنوان ابزاری برای آموزش غیر مستقیم ارزشها قلمداد گردد، اما شاید تأکید بر قصد نشده بودن آن در تعاریف مختلف ارائه شده توسط صاحب نظران، نشان دهنده تفاوت آن با برنامه‌ی درسی غیررسمی یا غیرمستقیم باشد. بنابراین، در صورتی که برنامه‌ریز، معلم، و یا یادگیرنده از وجود برنامه‌ی درسی پنهانی آگاه شوند و آن را آشکار نمایند، این برنامه از حالت پنهان بودن خارج می‌شود. البته صرف آگاهی از کلیات مؤلفه‌های برنامه درسی پنهان آن را از مقوله پنهان بودن خارج نمی‌کند، بلکه هنگامی که این مؤلفه‌ها آشکار شده و بر آنها تصریح گردد، از حالت پنهان درمی‌آیند (علیخانی، ۱۳۸۳، ص ۲۴). حتی مارتین (۱۹۷۶) به نسبی بودن در مورد پنهان بودن برنامه درسی نسبت به موقعیت زمانی، مکانی و یادگیرنده اعتقاد دارد. به این معنی که ممکن است برخی مؤلفه‌های برنامه‌ی درسی پنهان برای گروهی از یادگیرندگان و در یک موقعیت مکانی خاص آشکار سازی شوند و دیگر جزء برنامه‌ی درسی پنهان نباشند (ژیرو، ۱۹۸۳، ص ۱۲۷).

مهرمحمدی (۱۳۸۷) در میزگرد تخصصی بازشناسی مفهوم و کاربرد برنامه درسی پنهان، به منظور حل مناقشه برنامه‌ی درسی پنهان و رفع ابهامات که آیا قصد شده بودن از سوی معلم آن را از پنهان بودن خارج می‌کند یا نه؟ پیشنهاد کرده بین دو مفهوم برنامه‌ی درسی ضمنی و پنهان تمایز قائل شویم. وی برنامه‌ی درسی پنهان را همان دستاوردهای همراه با عدم آگاهی دانش‌آموزان و عدم قصد مدرسه می‌داند، خواه منفی باشد یا مثبت. اما برنامه‌ی درسی ضمنی، پیامدهایی است که می‌تواند یا همراه با اراده مدرسه باشند یا همراه با آگاهی دانش‌آموز (میزگرد تخصصی، ۱۳۸۷). بنابراین یکی از راههای حل مناقشه و اختلاف نظر در مورد قصد شده بودن برنامه‌ی درسی پنهان این است که سطوح متفاوتی در برنامه درسی پنهان در نظر گرفته شود که در عین اینکه تمام سطوح تصریح نشده هستند در برخی سطوح عنصر تعمد و قصد دیده می‌شود.

## بخش ۳

## ۳-۱- عوامل شکل گیری برنامه درسی پنهان

همانطور که در قبل توضیح داده شد آنچه طراحان و برنامه‌ریزان درسی برای رشد و تربیت فراگیران طراحی و برنامه‌ریزی می‌کنند برنامه ریزی درسی رسمی است که هدفهای آموزشی مدون و آشکار دارد و محتوای معینی برای تحقق هدفها انتخاب و سازماندهی می‌شود، اصول و روشهای یادگیری متناسب با هدفها و محتوا تعیین و پیشنهاد می‌شود و در مورد ارزشیابی نیز تصمیم‌گیری و هماهنگی به عمل می‌آید. اما مجموعه یادگیریهای یادگیرندگان محدود به برنامه درسی رسمی نیست و همیشه نمی‌توان عوامل موثر در شکل‌گیری تجربه‌ها را تحت کنترل در آورد. زیرا عوامل دیگری که از دید مدرسان و برنامه‌ریزان پوشیده است، در فکر و رفتار یادگیرنده اثر می‌کنند و حتی در بسیاری موارد مؤثرتر از برنامه درسی رسمی عمل میکنند. از اهم این عوامل، از دید سیلور و همکاران (۱۹۸۰)، عبارتند از ساختار سازمانی یک مؤسسه تربیتی، جو اجتماعی آن و واکنشهای متقابل مدرس- یادگیرنده (سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۴۵۰) که اثرگذاری این عوامل باعث شکل‌گیری نگرش و ایجاد گرایش در یادگیرنده است که همانطور که در قبل به آن اشاره گردید در ادبیات برنامه درسی به آن برنامه درسی پنهان می‌گویند.

والنس (۱۹۹۱)، گروه‌بندی دانش‌آموزان، براساس توانایی، روابط معلم و شاگرد، مقررات و رسوم متداول در کلاس، محتوای ضمنی کتاب‌های درسی، محول نمودن نقش متفاوت به دانش‌آموزان بر اساس جنسیت آنان و ساختارهای پاداش دهی در کلاس درس را فعالیتهای تربیتی می‌داند که به عنوان بخشی از برنامه درسی پنهان ملحوظ می‌شود.

سیلور و همکاران (۱۳۸۰)، معتقدند که برنامه درسی پنهان از برنامه درسی طرح ریزی شده و برنامه‌درسی غیر مدون ناشی می‌شود. آنان سه مجموعه موقعیتهای یادگیری غیر رسمی را معرفی می‌کنند که عبارتند از دستگاههای مدیریتی و سازمانی و مقررات مدرسه؛ جامعه شناسی مدرسه که همان جو اجتماعی و فرایندهای زندگی گروهی و کنشهای متقابل میان اعضای مدرسه است؛ و تصورات و زمینه‌های موقعیتی دانش‌آموزان نسبت به معلمان و در ارتباط با مدرسه به عنوان یک مؤسسه و تصورات و زمینه‌های موقعیتی معلمان نسبت به دانش‌آموزان. این سه نوع برنامه درسی غیر مدون با یکدیگر مرتبط بوده و همه آنها بخشی از فلسفه آموزشگاه را تشکیل می‌دهند که تمامی یک مؤسسه آموزشی معین را تحت نفوذ قرار می‌دهند (سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۴۵۱). از دید ملکی (۱۳۸۵)، عواملی که در شکل‌گیری

برنامه درسی پنهان یا غیرمدون تأثیر دارند عبارتند از: قوانین و مقررات مدرسه، روابط میان فردی، ارتباط بین یادگیرنده و مدرس و رابطه تدریس با برنامه درسی پنهان (ملکی، ۱۳۸۵، ص ۶۹).

با جمع بندی موارد مطرح شده توسط افراد مختلف، عوامل شکل دهنده برنامه درسی پنهان در ۳ دسته، ساختار و مقررات مؤسسه آموزشی، جو مؤسسه و ارتباطات بین افراد و تعامل بین مدرس و یادگیرنده توضیح داده می شود.

### ۱-۳-۱- ساختار و مقررات مؤسسه آموزشی

از عناصر پراهمیت «برنامه درسی پنهان» در یک مؤسسه، مجموعه فشرده قوانین و مقررات و همچنین روشها و نظامهای مدیریتی آن است. حفظ چنین ساختار بوروکراتیک ممکن است خود به عنوان یک هدف محسوب گردد و در واقع در اجتماعی شدن یادگیرندگان نقش دارد. (ملکی، ۱۳۷۴، ص ۸؛ سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۴۵۱).

در هر مؤسسه آموزشی برای اداره امور مختلف قوانین و مقرراتی وجود دارد مانند نظام طبقه بندی، روشهای ارزشیابی، مسائل انضباطی و تنبیه و تشویق، فعالیتهای گروهی و مشارکت یادگیرندگان در اداره امور و موارد مشابه (سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۴۵۱؛ ملکی، ۱۳۸۵، ص ۶۹). نظامهای طبقه بندی در مؤسسه مانند، کلاسهای درس، گروه بندیها، شیوههای ارتقاء، و شایستگی برای فعالیتهای ارزشیابی مانند آزمونها، نمره گذاری، سطوح افتخار، و پاداشهای پیشرفت تحصیلی. قوانین انضباطی مانند حضور و غیاب یادگیرندگان، مقررات حضور و نشستن در کلاس، روشهای تنبیه، قوانین اخراج و غیره. فعالیتهای فردی و گروهی مانند سخنرانیها، کمیتههای دانشجویی، علائق اجتماعی، اقتدارطلبی پرسنل و غیره (سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۴۵۲).

هر یک از این قوانین و مقررات بر نگرش و رفتار یادگیرندگان تأثیر دارد. به عنوان مثال روش ارزشیابی و واکنش معلم نسبت به نتایج ارزشیابی، می تواند روی اعتماد به نفس یادگیرنده و نگرش مثبت یا منفی او تأثیر بگذارد. یا یادگیرندگانی که به طور گروهی فعالیت می کنند به صلاحیتهایی دست می یابند که در شکل فردی ظاهر نمی شود.

در آموزش بالینی پزشکی نیز قوانین و مقررات می تواند نقش مهمی ایفا کند. از قبیل قوانینی که برای کشیک ها وضع می شود، تقسیم بندی افراد در بخشهای مختلف، تقسیم وظایف، قوانین مربوط به امتحانات و ارزشیابی و غیره که هر کدام می تواند پیامهای ضمنی را در بر داشته باشد و به نوبه خود بر طرز رفتار با بیماران بی تأثیر نخواهد بود.

### ۱-۳-۲- جو مؤسسه و ارتباطات بین افراد

جو اجتماعی مدرسه اگرچه یک عامل نافذ در مدرسه است ولی کمتر به صورت آشکار درک می شود. مدرسان در طرح ریزی آموزش باید به شرایط غیر رسمی و ارتباطات میان فردی که بین یادگیرندگان و هیأت آموزشی وجود

دارد توجه داشته باشند. روابط بین همگنان یک عامل مهم در تعلیم و تربیت است. کیم بال<sup>۹۳</sup> (به نقل از سیلور و همکاران، ۱۳۸۰) می گوید که:

«مدرسه خود برانگیزاننده الگوپردازیهای متمایزش بر اساس مشابتهای و تفاوتهای چند جانبه جمعیت خویش است. یادگیری در درون این زمینههای اجتماعی ایجاد شده، توسعه یافته و اصلاح می گردد. لذا به این دلیل ما نمی توانیم فرایند یادگیری را از فرایند اجتماعی جدا سازیم. بنابراین یادگیری به عنوان یک بافت اجتماعی و فرهنگی باید در بافت نظامهای اجتماعی مورد ارزشیابی قرار گیرد.»

روابط انسانی متعددی در درون یک مؤسسه آموزشی وجود دارد که هر کدام آثار تربیتی خاص خود را دارا می باشد. به عنوان مثال روابط بین کارکنان مؤسسه و یادگیرنده، بن افراد اداره کننده و کارکنان، بین یادگیرنده و مدیر، و سایر موارد مشابه. به عنوان مثال برخورد از نوع طبقاتی با یادگیرندگان و یا جهت گیری نژادی موجب تحقیر قشری از یادگیرندگان خواهد شد. علاوه بر این موارد، فرهنگ یادگیرندگان و گروههای دوستی نیز از آثار خاص خود برخوردار می باشند چرا که یادگیرندگان از ویژگیهای فرهنگی و اجتماعی یکدیگر تأثیر می پذیرند (ملکی، ۱۳۸۵، ص ۷۰).

شاید این مورد یکی از مهمترین عوامل شکل گیری در آموزش علوم پزشکی باشد. در آموزش بالینی جو کلی حاکم بر آموزش بالینی، رابطه استاد با بیمار، رابطه پرسنل با بیمار، رابطه دستیاران و کارورزان با بیمار، و روابط استاد با سایر افراد از قبیل پرسنل و دستیاران یا روابط دستیاران با دانشجویان همگی آثار ضمنی و پنهانی دارند که از اهمیت کمی برخوردار نیست. این موارد به ویژه در برقراری ارتباط با بیمار می تواند اثرات آموزشی مهمی در بر داشته باشد.

### ۱-۳-۳- تعامل بین مدرس و یادگیرنده

تعامل مدرسین و یادگیرندگان در کلاس درس تحت تأثیر ساختار مؤسسه و سازمان اجتماعی غالب بر آن است. این گونه ارتباطات به نوبه خود یک اثر مستقیم بر یادگیری می تواند داشته باشد (سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۴۵۴).

مدرس با رفتار و طرز برخورد خود در کلاس درس می تواند تأثیرات متفاوتی داشته باشد. اگر مدرس آزاد برخورد کرده و فرصت کافی در اختیار یادگیرندگان قرار دهد، حس اعتماد به نفس و تلاش آنان را افزایش می دهد ولی اگر نظرات خود را محور قرار دهد و با روحیه سلطه گری برخورد نماید، مانع بروز تواناییهای یادگیرندگان می شود. همچنین معلمی که مادیات را ارزش تلقی کند، به تبع آن با فراگیران برخورد خواهد کرد و نقش آموزنده مناسبی برای یادگیرندگان نخواهد بود. از طرف دیگر، رفتار یادگیرندگان در تصمیم گیریهای مدرس نیز تأثیرگذار است.

<sup>93</sup> Kimball

یادگیرندگانی که در فعالیتهای کلاسی مشارکت می‌کنند، با دیگران با دید مثبت برخورد می‌کنند و رفتارهای ضداجتماعی ندارند، حس احترام به یادگیرنده و ارج نهادن به وی را در مدرس برمی‌انگیزد (ملکی، ۱۳۸۵، ص ۷۰).

اثر رفتار یادگیرنده در پاسخهای مدرس در تعدادی مطالعات نشان داده شده و در این مطالعات دو طبقه کلی رفتارهای اجتماعی یادگیرنده را که برای موفقیت تحصیلی مورد نیاز است شناسایی کرده‌اند که عبارتند از: ۱- مهارتهای کنش متقابل شخصی، مثل کمک کردن، مشارکت، صحبت مثبت با دیگران و کنترل پرخاشگری. ۲- مهارتهای مرتبط با تکالیف، مثل حضور، صحبت مثبت در باره مواد آموزشی، اطاعت از خواسته‌های مدرس و پایداری در انجام تکالیف. این مهارتها، نشانگری از هدفهای کلی مهم در برنامه درسی پنهان است. یادگیرندگانی که این مهارتها را به عنوان برنامه درسی پنهان مورد اقتباس قرار داده و در آنها تسلط می‌یابند تلاشهایشان تقویت شده و از جمله افراد موفق محسوب می‌شوند (سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۴۵۴).

تمام مواردی که در بالا ذکر شد در آموزش پزشکی نیز جایگاه خود را دارد. تعامل استاد و دانشجو به ویژه بر بالین بیمار و درمانگاه آموزشی نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت دانشجو و ایجاد اعتماد به نفس در وی دارد که به طور غیر مستقیم در نحوه رفتار وی با بیمار تأثیر خواهد گذاشت.

### ۱-۳-۴- رابطه تدریس با برنامه درسی پنهان

از آنجا که برنامه‌درسی پنهان بعد غیرقابل پیش‌بینی یادگیری است، طراحی آموزشی بدون توجه به این بعد، غفلت از بخش مهم عواملی است که در یادگیری تأثیر فراوانی دارند. معمولاً در طراحی آموزشی به عوامل آشکار توجه شده و از عوامل پنهان غفلت می‌شود. پس لازم است که عوامل مربوط به برنامه‌درسی پنهان شناسایی شوند و در طراحی و اجرا تاحدودی تحت کنترل درآیند. مشارکت یادگیرندگان در آموزش می‌تواند به کم کردن فاصله بین برنامه‌درسی پنهان و آشکار کمک کند. در صورت وجود چنین مشارکتی، یادگیرندگان با علاقه و آگاهی برای یادگیری و نیل به اهداف آموزشی تلاش خواهند کرد. همچنین در صورت آگاهی مدرس از تأثیر نوع برخورد در هنگام ارزشیابی، تلاش می‌کند تا رفتار خود را به منظور تقویت ارزشها و گرایشهای مطلوب تنظیم نماید. پس مدرس باید عوامل مؤثر در برنامه درسی پنهان را شناسایی کند و با در نظر گرفتن آنها در طراحی و اجرای آموزش منطقی‌تر عمل نماید (ملکی، ۱۳۸۵، ص ۷۱).

## بخش ۴

## ۴-۱- تولیدات برنامه درسی پنهان

آهولا<sup>۹۴</sup> (۲۰۰۰)، مفهوم برنامه درسی پنهان را در چهار بعد مطرح می سازد که عبارتند از یادگیری چگونه یادگرفتن<sup>۹۵</sup>، یادگیری حرفه<sup>۹۶</sup>، یادگیری تخصص<sup>۹۷</sup> و یادگیری قواعد بازی<sup>۹۸</sup>. یادگیری چگونه یادگرفتن به ویژه در ارتباط با یادگیرنده مادام‌العمر بودن مطرح می‌شود. منظور از یادگیری حرفه، کسب شایستگیها و مهارتهای تکنیکی مرتبط با انجام وظایف در هر حرفه است. بنابراین یک جزء مهم آموزش حرفه‌ای شامل فراهم‌ساختن موقعیتهایی برای تعامل و همچنین کسب نگرشها، هنجارها و فکر کردن مانند یک متخصص است که تعریف کننده یک عملکرد حرفه ای است. در مورد یادگرفتن تخصص، این بعد از برنامه‌درسی پنهان به عنوان کسب مهارتها و دانش تخصصی قلمداد می‌شود که آن را تخصص مبتنی بر رشته تعریف می‌کنند. در یادگیری قواعد بازی، برنامه‌درسی پنهان در واقع نقش تفسیر مجدد برنامه‌درسی رسمی را به عهده دارد و دانشجویان و اعضای هیأت علمی را وادار می‌کند تا آنچه را واقعاً برای بقاء در مؤسسه لازم و ضروری است، تعیین کنند. به عبارت دیگر برنامه‌درسی پنهان تا حد بسیار زیادی تعیین کننده چیزی است که اساس عزت نفس یادگیرندگان و یا حتی تمام ذی‌نفعان را تشکیل می‌دهد (آهولا، ۲۰۰۰).

آسبروک<sup>۹۹</sup> (۲۰۰۲) در مورد تأثیر برنامه‌درسی پنهان بر زندگی یادگیرندگان در مؤسسه آموزشی بحث کرده و برنامه‌درسی پنهان را به عنوان جو اجتماعی که تشکیل دهنده محیط آموزشی است تعریف می‌کند. برنامه درسی پنهان برنامه‌درسی نیست که یاد داده می‌شود بلکه آن چیزی است که از طریق جو آموزشگاه آموخته می‌شود. وی هر دو جنبه مثبت و منفی برنامه‌درسی پنهان را یادآوری کرده که چگونه می‌تواند از رشد یادگیرنده حمایت کرده و عزت نفس وی را تقویت نموده یا وی را از پیشرفت باز داشته آموزشگاه را برای وی به یک کار شاق تبدیل کند (آسبروک، ۲۰۰۲).

ارزش‌گذاری ترجیحی برای مواد و موضوعهای درسی مختلف، به دلیل جایگاهی که این مواد در برنامه هفتگی اشغال می‌کنند، یکی از مثالهای یادگیری ناشی از برنامه درسی پنهان مدارس است. ایجاد یا تقویت روحیه رقابت به جای رفاقت، همکاری و تشریک مساعی در سایه نظام ارزشیابی حاکم بر مدرسه، ایجاد و تقویت روحیه اطاعت و انقیاد به جای روحیه ابتکار و نوآوری در سایه روش های تدریس به کار گرفته شده از مصادیق و نمونه‌های دیگری است که در

<sup>94</sup> Ahola

<sup>95</sup> learning to learn

<sup>96</sup> learning the profession

<sup>97</sup> learning to be expert

<sup>98</sup> learning the game

<sup>99</sup> Ausbrooks



منابع تخصصی برنامه درسی به عنوان مؤلفه‌های برنامه درسی پنهان یا یادگیریهای قصد نشده معرفی شده است (مهرمحمدی، ۱۳۸۷، ص ۴۶۸).

به عنوان جنبه‌ای از آموزش مدرسه، برنامه درسی پنهان می‌تواند در برگیرنده بعضی یا تمام کیفیت‌های گوناگون آموزش مدرسه‌ای باشد که به طور واضح در چارچوب برنامه درسی رسمی قرار ندارند. به عنوان یک مفهوم، برنامه درسی پنهان وجود کیفیت‌های غیرآکادمیک ولی چشمگیر آموزشی مدرسه‌ای را تصدیق می‌کند و حیطه گسترده‌ای از امور ناشناخته را بر حسب نظام‌های استاندارد توصیفی که متشکل از پویایی‌های علت-معلول در آموزش هستند توصیف می‌نماید. مفهوم برنامه‌درسی پنهان به مریدان این آزادی عمل را می‌دهد که موقعیت‌ها و شرایطی را که از طریق ابزارهای تحقیقاتی سنتی قابل بررسی نیستند، ادراک نمایند (طالب‌زاده نوبریان، ۱۳۸۲، ص ۱۷۳).

ولنس (۱۹۹۱)، جامعه‌پذیری سیاسی<sup>۱۰۰</sup>، اطاعت، تعلیم بردار بودن، یادگیری ارزشها، رسوم فرهنگی، پرورش نگرشهای خاص به اقتدار و تثبیت اختلافات طبقاتی را از جمله تولیدات برنامه درسی پنهان می‌داند. پژوهشگرانی که در زمینه برنامه درسی پنهان تحقیق کرده‌اند، پدیده برنامه درسی پنهان را هم فرایند و هم نتیجه قلمداد می‌کنند (ولنس، ۱۹۹۱).

آسبروک (۲۰۰۲)، بهترین شکل برنامه‌ی درسی پنهان را در پرورش کنجکاوی عقلانی و رشد عاطفی خلاصه نموده‌است که فرصتهایی را برای اکتشاف علایق نوین و توسعه‌ی توانایی‌های جدید فراهم می‌آورد. در نقطه‌ی مقابل و در بدترین شکل، برنامه‌ی درسی پنهان می‌تواند باعث تضعیف تفکر انتقادی و ارسال پیام‌های منفی در زمینه‌ی پی‌گیری‌های عقلانی و منطقی شود. مارگولیس<sup>۱۰۱</sup> (۲۰۰۱)، به اهمیت توجه به برنامه‌ی درسی پنهان در نظام آموزش عالی تأکید ورزیده و ضمن انتقاد به نظریه پردازان انتقادی که توجهشان به برنامه‌ی درسی پنهان را تنها در مقاطع ابتدایی و متوسطه معطوف نموده‌اند، عرصه‌ی آموزش عالی را صحنه‌ای اصلی برای مهارت آموزی، اجتماعی‌شدن و تغییرات اجتماعی دانسته‌است. وی معتقد است که در جوامع پیشرفته، فرایند تعلیم و تربیت از کودکی تا دانشگاه مورد توجه قرار گرفته و در کنار توسعه‌ی کارکردی آموزش عالی و در راستای بقای اجتماعی و اقتصادی، ساختار تعلیم و تربیت در سطح آموزش عالی به سرعت در حال تغییر می‌باشد.

لمپ و سیل (۲۰۰۴)، شش فرایند یادگیری ناشی از برنامه‌درسی پنهان را در آموزش پزشکی مطرح می‌کنند که عبارتند از: از دست دادن آرمان‌گرایی<sup>۱۰۲</sup>، پذیرش هویت حرفه‌ای<sup>۱۰۳</sup>، خنثی‌سازی هیجانی<sup>۱۰۴</sup>، تغییر انسجام اخلاقی<sup>۱۰۵</sup>، پذیرش سلسله مراتب<sup>۱۰۶</sup>، و یادگیری یک دکتر خوب بودن<sup>۱۰۷</sup> در جنبه‌های کمتر رسمی آن.

<sup>100</sup> political socialization

<sup>101</sup> Margolis

<sup>102</sup> loss of idealism

فینز<sup>۱۰۸</sup> و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند که برنامه درسی غیر رسمی و پنهان در طول سالهای آموزش بالینی به دانشجویان فرهنگ و رفتار در پزشکی را به صورت ضمنی آموزش می‌دهند. در طول آموزش بالینی دانشجویان چنین مواردی را از مکالمات سراندها، جلسات غیر رسمی آموزشی، و مشاهده اساتید خود به عنوان الگو در حال تعامل با بیمار، یاد می‌گیرند. این موارد شامل نگرش نسبت به بیماران و همکاران و همچنین نگرش نسبت به آموزش به دانشجویان می‌باشد. دانشجویان درمورد این که چه رفتارهایی ارجح نهاده می‌شود، سلسله مراتب بیمارستانی و همچنین قدرت پزشکان و غرور آنان به عنوان عضوی از یک حرفه خاص و امتیازات اجتماعی اقتصادی پزشکان، یاد می‌گیرند (فینز و همکاران، ۲۰۰۳، ص ۳۰۸).

مفهوم برنامه‌درسی پنهان، بیانگر این است که اموری که در قالب برنامه درسی پنهان رخ می‌دهند توسط مدرسین و مربیان قابل کنترل نبوده و آنان قادر به پیش‌بینی آن نیز نیستند (طالب‌زاده نوبریان، ۱۳۸۲، ص ۱۶۸).

برنامه‌درسی پنهان در آموزش پزشکی هم می‌تواند دارای ابعاد مثبت و هم ابعاد منفی به ویژه در راستای انتقال ارزشها باشد. صاحب نظران آموزش پزشکی مانند کوهن (۲۰۰۶) و دوئن (۲۰۰۶)، برنامه درسی پنهان را قدرتمندترین راه انتقال ارزشهای حرفه‌ای گری دانسته و بر برنامه‌درسی پنهان به عنوان یک عامل قوی در ایجاد تعهد حرفه‌ای در یادگیرندگان تأکید می‌نمایند.

<sup>103</sup> adoption of a professional identity

<sup>104</sup> emotional neutralisation

<sup>105</sup> change of ethical integrity

<sup>106</sup> acceptance of hierarchy

<sup>107</sup> learning of good doctoring

<sup>108</sup> Fins

## بخش ۵

## ۱-۵-۰- ابعاد برنامه درسی پنهان

برنامه درسی پنهان از نظر جنبه‌های گوناگون آن در سه مقوله مطرح می‌گردد. برنامه درسی پنهان به عنوان برون داد، به عنوان زمینه<sup>۱۰۹</sup> و به عنوان فرایند که در اینجا هر کدام شرح مختصری داده می‌شود.

## ۱-۵-۱- برنامه درسی پنهان به عنوان برون داد

بیشتر نوشته‌های راجع به برنامه درسی پنهان مربوط به ارزشها، موضع گیریها، هنجارها، نگرشها و مهارتهایی است که یادگیرندگان به صورت مستقل از موضوعات شناختی یاد می‌گیرند. به عنوان مثال جکسون برنامه درسی پنهان را به عنوان یادگیری چگونه زیستن در محیطی از جمعیت‌ها، تشویق و قدرت می‌داند. دری بن (۱۹۶۸)، در مورد تدریس هنجارهایی از استقلال، پیشرفت، عمومیت و اختصاصی بودن که برای زندگی در جامعه صنعتی لازم هستند، می‌نویسد. اشنايدر (۱۹۷۱)، معتقد است که دانشجویان موفق آنهایی هستند که اشارات ضمنی برنامه درسی پنهان در رابطه با انتظاراتی که از آنان می‌رود را می‌گیرند نه اینکه تنها به انتظارات رسمی سیستم اکتفا کنند. پیش فرض مشترک همه کسانی که چنین دیدگاهی نسبت به برنامه درسی پنهان دارند اینست که برون‌دادهای برنامه درسی پنهان، یادگیریهای آکادمیک نیستند (هوسن و پوست لت وایت، ۱۹۹۴، ص ۲۵۸۷).

## ۱-۵-۲- برنامه درسی به عنوان زمینه

یادگیری مدرسه‌ای در کل، به عنوان یادگیری شناخته می‌شود که معمولاً با ساختارهای تعریف شده و مشخص، در زمینه عقلانی خاصی که همان کلاس درس است و احاطه شده توسط فضای فیزیکی و اجتماعی ویژه‌ای که همان مدرسه است، شکل می‌گیرد. به عبارت دیگر، برنامه درسی پنهان به عنوان یادگیریهای تلقی می‌شود که در این زمینه فکری، فیزیکی، و اجتماعی به طور ناخواسته و مستقل از یادگیریهای آشکار کلاس درس آموخته می‌شود. دری بن (۱۹۶۸)، معتقد است که چهار هنجار استقلال، پیشرفت، عمومیت و اختصاصی بودن که در برنامه درسی پنهان آموزش داده می‌شوند، از ماهیت مدرسه به عنوان یک مؤسسه غیرشخصی و از ویژگیهای ساختاری و آرایش مؤسسه ناشی می‌شوند. به عنوان مثال، هنجار عمومیت مانند عضویت افراد در طبقه‌ها، در مدارس به واسطه تجربه‌های مربوط به استقرار سیستماتیک طبقه‌ها و تعیین حدود آنها آموخته می‌شوند؛ دانش آموزان به یک کلاس تعلق دارند و به تبع آن با انتظاراتی

مواجه هستند، همچنین بزرگسالان به طبقه خاصی متعلق هستند (به عنوان معلم)، و دانش آموزان یاد می گیرند که برای تعلق به این طبقه ها باید به نحو خاصی ایفای نقش کنند. گتزلز<sup>۱۱۰</sup> (۱۹۷۴)، ساختار فیزیکی کلاس درس در مدارس گوناگون را توصیف می کند و بحث می کند که هر ساختار دانش آموزان را با تصویر متفاوتی از یادگیرنده ایده آل مواجه می سازد. یک کلاس چهارگوش با صندلی های پیچ شده به کف کلاس در ردیف های موازی، و میز معلم در وسط و جلوی کلاس، حاکی از یک یادگیرنده به عنوان یک ارگانسیم خالی و تحت کنترل معلم که تنها منبع یادگیری است، می باشد. گوردون (۱۹۸۳) می گوید: هر دانش آموز روزانه با سه جنبه از محیط مدرسه اش مواجه می شود: محیط شناختی، محیط فیزیکی، و محیط اجتماعی؛ که هر کدام از این سه جنبه محیط مدرسه با یک برنامه درسی پنهان همراه است. مشکل رویکردهای برنامه درسی پنهان به عنوان برون داد و به عنوان زمینه این است که آنها نوع خاصی از یادگیری شناختی را که به نظر می رسد بخشی از برنامه درسی پنهان باشد پوشش نمی دهند. به عنوان مثال اپل (۱۹۷۱)، ذکر می کند که کتابهای علوم نقش انقلاب در توسعه علمی را دست کم می گیرند و بنابراین دانش آموزان یاد می گیرند که انقلاب چندان اهمیتی ندارد (اپل، ۲۰۰۴، هوسن و پوست لت وایت، ۱۹۹۴، ص ۲۵۹۷).

### ۱-۵-۳- برنامه درسی به عنوان فرایند

بر اساس این دیدگاه، برنامه درسی پنهان از برنامه درسی آشکار توسط روشی که تدریس آن انتقال پیدا می کند، متمایز می گردد. به این معنی که سبک انتقال به صورت ضمنی یا ناهوشیارانه است و برنامه درسی پنهان بر اساس شیوه انتقال پیام ها و تأثیرگذاری و نفوذ آن از برنامه درسی آشکار متمایز می شود. شیوه های انتقال پیام در برنامه درسی آشکار، آگاهانه و از قبل طراحی شده است، در صورتیکه در برنامه درسی پنهان انتقال پیام، تأثیر و نفوذ آن، ناآگاهانه، قصد نشده و غیرتعمدی است. پیامها اغلب غیر کلامی هستند و حتی اگر کلامی باشند در ساختار عمیق زبان نهفته اند. به عنوان مثال شواب<sup>۱۱۱</sup> (۱۹۶۲)، از «فرادرسها»<sup>۱۱۲</sup>ی تدریس علوم صحبت می کند و معتقد است که روشی که علم معمولاً از طریق «معانی نتیجه گیریها» آموزش داده میشود، ارائه دهنده تصویری از علم است که در آن «ساختارهای جاری دانش علمی به عنوان واقعیت های تجربی، قطعی و دقیق انتقال داده می شود». گوردون (۱۹۸۱)، بر ماهیت عمل گرایانه گفتمان کلاسی ارائه شده توسط معلم تأکید می کند. وی بحث می کند که خارج از محتوای این گفتمان، شکل و فرم آن بر علیه توان مدرسه در توسعه نگرشهای زیبایی شناختی دانش آموزان عمل می کند، زیرا نگرش زیبایی شناختی در ماهیت خود غیر عمل گرایانه است. به نظر می رسد این رویکرد قادر به توضیح اغلب مثالهای برنامه درسی پنهان که توسط پژوهشگران مختلف ارائه شده است، می باشد (هوسن و پوست لت وایت، ۱۹۹۴، ص ۲۵۸۷).

<sup>110</sup> Getzels

<sup>111</sup> Schwab

<sup>112</sup> metalessons

برخی برنامه‌درسی پنهان را به برنامه‌درسی پنهان داغ<sup>۱۱۳</sup> و برنامه‌درسی پنهان سرد<sup>۱۱۴</sup> تقسیم می‌کنند. منظور از برنامه‌درسی پنهان داغ برنامه‌درسی است که برای شاگردان خوشایند و دلپذیر است و برنامه درسی پنهان سرد کمتر با خوشی و لذت یادگیرندگان سرو کار دارد. یادگیری این دو نوع برنامه‌درسی پنهان با مکانیسم‌های متفاوتی است. اثربخشی یادگیری برنامه‌درسی پنهان داغ بسته به سازگاری با عوامل خارجی نسبت به مدرسه بالا یا پایین خواهد بود در حالیکه اثربخشی برنامه‌درسی پنهان سرد تمایل به متوسط بودن دارد (هوسن و پوست لت وایت، ۱۹۹۴، ص ۲۵۸۸).

با جمع‌بندی ابعاد مختلف برنامه‌درسی پنهان، می‌توان نکات زیر را یادآوری نمود:

اکثر نویسندگان و محققان برنامه‌درسی پنهان بر نتایج یادگیری یا تجارب کسب شده، تأکید دارند.

یادگیریهای برنامه‌درسی پنهان اغلب غیر آکادمیک و غیر قابل اندازه‌گیری هستند.

برنامه‌درسی پنهان اغلب غیرتعمدی و ناآگاهانه است.

برنامه‌درسی پنهان شامل یادگیریهای است که در زمینه فکری خاص (کلاس درس) و زمینه فیزیکی و اجتماعی ویژه (مدرسه یا مؤسسه)، شکل می‌گیرد.

بنابراین، برنامه‌درسی پنهان می‌تواند تلفیقی از مفاهیم فوق بوده و شامل نتایج یادگیری باشد که حاصل محیط اجتماعی مؤسسه آموزشی است. در این پژوهش منظور از برنامه‌درسی پنهان یادگیریهای غیرآکادمیک در قالب ارزشها و هنجارهاست که حاصل جو اجتماعی بیمارستان و تعاملات شکل گرفته در این محیط فیزیکی است و به صورت نتایج یادگیری نمایان می‌شود.

<sup>113</sup> Hot hidden curriculum

<sup>114</sup> Cold hidden curriculum

## بخش ۶

## ۶-۱- رویکردها و نظریه‌های برنامه درسی پنهان

آندرسون (۲۰۰۲) معتقد است که برنامه درسی پنهان از ۳ طریق در ادبیات آموزش و علوم اجتماعی کارکرد دارد. اول توسط محققین انتقادی که اشاره به انواعی از اشکال تلقین فکری و تلقین فرهنگی دارند که همراه با برنامه درسی آشکار به یادگیرندگان تحمیل می‌شود. مثالهایی از این کارکرد عبارتند از بازتولید طبقاتی و سیاسی که ایلچ<sup>۱۱۵</sup> در سال ۱۹۷۱ و اپل در سال ۱۹۷۷ نظریه انتقادی خود را به همین شکل مطرح نمودند و همچنین استفاده از برنامه‌های آموزش بزرگسالان برای شرطی‌سازی انتظارات کارگران بیکار و یا تحمیل تکنولوژی به سیستم‌های آموزشی که نوبل<sup>۱۱۶</sup> در سال ۲۰۰۲ و وینر<sup>۱۱۷</sup> در سال ۱۹۹۷ مطرح نموده‌اند. دومین کارکرد اشاره به تأثیر زمینه‌ای دارد که برنامه درسی آشکار در آن رخ می‌دهد و معمولاً شامل راهها و روش‌هایی است که از طریق آن محیط آموزشی، فعالیتها و یادگیری که در آن محیط رخ می‌دهد را شرطی سازی می‌کنند (گوردون، ۱۹۹۵ به نقل از آندرسون، ۲۰۰۲). سومین کارکرد و در واقع اولین کاربرد برنامه درسی پنهان اشاره به نقش اجتماعی ساختن مدارس دارد که در آن دانش‌آموزان یاد می‌گیرند که با الزامات نهادینه شده سیستم‌های آموزش رسمی تطابق پیدا کنند (آندرسون، ۲۰۰۲).

قورچیان با بررسی منابع مختلف، چهار نگرش نظری را برای برنامه درسی مستتر بیان می‌کند که به شرح زیر می‌باشد.

## ۶-۱-۱- نگرش غیر نظری

این نگرش مربوط به کارهای اساتید برجسته علوم تربیتی است که تلاش نکرده‌اند یافته‌های خود را با عنایت به جنبه‌های نظری تبیین نمایند. نخستین فرد در این نگرش فیلیپ جکسون است که در سال ۱۹۶۸ کتاب زندگی در کلاس درس را در باره برنامه درسی مستتر تدوین نمود. از دید جکسون (۱۹۶۸)، ویژگی‌هایی از زندگی در مدرسه که مورد توجه بحث برنامه درسی پنهان است، معمولاً از آن توسط دانش‌آموزان مستقیماً نام برده نمی‌شود و توسط مشاهده‌گر معمولی نیز قابل مشاهده نیست. اما این جنبه‌ها واقعی بوده و منعکس‌کننده سه عنصر هستند که حتی جوان‌ترین دانش‌آموز باید آنها را یاد بگیرد و با آنها کنار آید و عبارتند از: جمعیت، تشویق، قدرت. این عناصر برای انتقال ارزشها و اعتقادات به دانش‌آموزان عمل می‌نماید. برای زندگی در کلاس درس باید یادگرفت با افراد زندگی کرد. اغلب

<sup>115</sup> Illich

<sup>116</sup> Noble

<sup>117</sup> Winner

کارهایی که در مدرسه انجام می شود در تعامل با دیگران است. مورد دیگر در مورد قدرت معلمان است که به واسطه معلم بودن، قدرت بیشتری از دانش آموزان دارند که شکل دهنده وقایع کلاسی است. دانش آموزان با این تفاوت در قدرت نیز باید کنار بیایند. در مورد تشویق، دانش آموزان به صورت بالقوه در معرض تشویق و دریافت اطمینان در مورد عملکرد خود هستند که با موفقیت در مدرسه مرتبط است (جکسون، ۱۹۶۸، ص ۹۸).

از نظر قورچیان (۱۳۷۳)، این نگرش اگرچه در شناخت عناصر برنامه درسی مستتر مفید است اما فاقد خاستگاه نظری در تبیین روابط مدرسه و نظام کل جامعه است و بنابراین از آن به عنوان نگرش غیرنظری نام برده است (ص ۵۴).

### ۱-۶-۲- نظریه عملکردی<sup>۱۱۸</sup>

دری بن ارائه دهنده این نظریه بوده و معتقد است "مدرسه شاگردان را با عنایت به نیازهای شغلی و نهادهای سیاسی برای شرکت فعال در جامعه آماده می سازد. در این فرایند، عملکرد برنامه درسی مستتر پل اجتماعی مابین مدرسه و جامعه تلقی می گردد. شاگردان هنجارهای استقلال، موفقیت، عمومی بودن (متعارف بودن)، خصوصیات مشابه با دیگران داشتن و متمایز از دیگران بودن (ویژه بودن)، را از طریق برنامه درسی مستتر کسب کرده خود را برای اجرای هنجارهای یادگرفته شده در زندگی بزرگسالی آماده می سازند." اپل (۱۹۷۵، ص ۹۹)، نیز اضافه می کند که این واقعیت که هنجارهایی که دانش آموزان در مدرسه فرا می گیرند، بسیاری از جنبه های زندگی آینده آنان را تحت تأثیر قرار می دهد، نشان دهنده نقش مدرسه در تطابق فرد با نظم اجتماعی، سیاسی و اقتصادی جامعه است.

در این نظریه برنامه درسی مستتر به عنوان یک پل اجتماعی برجسته عمل نموده و دری بن اهمیت آن را در شکل دهی هنجارهای رفتاری تحلیل نموده است، اما این واقعیت بزرگ را نادیده انگاشته که نقش شاگردان و تعبیر و تفسیر آنها در اکتساب هنجارها امری اساسی است و مدارس دارای رسالت‌هایی جهت پرورش و بروز مقاومت‌هایی در برابر هنجارهاست (اپل، ۲۰۰۴؛ اپل، ۱۹۷۵، ص ۹۹؛ قورچیان، ۱۳۷۳، ص ۵۵). این نظریه در تبیین مولفه های فوق قاصر بوده است.

### ۱-۶-۳- نظریه انطباق<sup>۱۱۹</sup>

مطرح کنندگان این نظریه ساموئل بولس<sup>۱۲۰</sup> و هربرت جنتیس هستند که معتقدند در طی تجارب روزمره در مدارس مفهوم طبقات اجتماعی، نظم و ترتیب در کار، مشروعیت سلسله مراتب اجتماعی، و از دست دادن کنترل شخصی در امور از طریق برنامه درسی مستتر آموخته و فراگیران خود را برای زندگی در جامعه منطبق می کنند. در واقع،

<sup>118</sup> Functionalist theory

<sup>119</sup> correspondence theory

<sup>120</sup> Samuel Bowles

سلسله مراتب نظام ارزشها، هنجارها و مهارتهای نظام سرمایه داری جامعه در ساخت پویای زندگی روزمره کلاس درس به مثابه آینه ای منعکس گردیده و از طریق برنامه درسی مستتر، عمل انطباق بین جامعه و مدرسه شکل و صورت می گیرد. شریف (۱۳۸۰)، رویکرد اجتماعی ر برنامه ریزی درسی را مطرح کرده و معتقد است که "رویکرد اجتماعی بر اهمیت میان کنش ارزشها، هنجارها، و انتظارات اجتماعی و حوزه برنامه ریزی درسی تأکید دارد و برای اینکه جامعه ای موجودیت، وحدت و انسجام خود را حفظ کند، باید حوزه برنامه ریزی درسی، فرصت های مناسب یادگیری برای دانش آموزان فراهم کند تا از طریق آن، آن ها با هنجارها، الگوهای رفتار گروهی و اجتماعی، ساختارهای توزیع قدرت، سبک های تولید، توزیع و مصرف و روندهای حقوقی و قضایی آشنا شوند" (شریف، ۱۳۸۰، ص ۱۱۷). بنابراین بر اساس نظریه انطباق، برنامه درسی پنهان می تواند در فراهم کردن چنین فرصت های یادگیری نقش مهمی داشته باشد.

#### ۱-۶-۴- نظریه مقاومت<sup>۱۲۱</sup>

این نظریه بر مبنای کار مایکل اپل شکل گرفت و هنری ژیرو در سال ۱۹۸۳ رسماً آن را مطرح نمود. این دو معتقدند که نظریه های انطباقی و عملکردی قادر به تبیین برنامه درسی مستتر در یک طرح منسجم، مدلل و جامع نیستند. به نظر آنان برای شناخت عمیق برنامه درسی مستتر باید فرهنگ زنده مدارس را در ارتباط با فرهنگ کل جامعه مورد مطالعه و مذاقه قرار داد. دردیدگاه آنان مدارس صرفاً "موسسات آموزشی تلقی نمی شوند تا به هر طریقی که می خواهند شاگردان را به صورت منفعل شکل داده و برای جامعه نابرابر آماده سازند بلکه شاگردان با توجه به برنامه درسی مستتر دست به مقاومت ذهنی زده و براساس آن به تعبیر و تفسیر امور می پردازند و فرهنگ خاص خود را شکل می دهند." در واقع، باید گفت که شاگردان تعبیر و تفسیر وقایع و پدیده ها، اکتساب قدرت، درک مفاهیم و ارزشها و خلق و انتقال مفاهیم نوین را می آموزند. بنابر این برنامه درسی مستتر سهم نافذی در تغییرات جامعه دارد (قورچیان، ۱۳۷۳).

آنیون<sup>۱۲۲</sup> (۱۹۸۰)، برنامه درسی پنهان را بر اساس نظریه انتقادی مورد بررسی قرار می دهد. وی معتقد است که باید به طبقات اجتماعی نابرابر که حاصل از طبقه اجتماعی اقتصادی، نژاد، جنسیت، مکان، سن، ظاهر، ناتوانی و سایر عوامل است، در مدرسه غلبه نمود (آنیون، ۱۹۸۰، ص ۳۱۷). همزمان با آنیون، دانشمندان آمریکای لاتین، ایوان ایلچ<sup>۱۲۳</sup> و پائولو فریر<sup>۱۲۴</sup> نیز برنامه درسی مدارس را به دلیل غلبه تعداد زیادی از دانش آموزان توسط عده کمی، مورد انتقاد قرار دادند (شوبرت، ۲۰۰۸، ص ۴۰۴).

<sup>121</sup> Resistance theory

<sup>122</sup> Anyon

<sup>123</sup> Ivan Illich

<sup>124</sup> Paulo Freire



اپل (۲۰۰۴، ص ۹۴)، معتقد است که درگیر ساختن دانش آموزان در انتقال و توسعه پارادایم‌های مربوط به فعالیت های روزانه آنها در مدرسه کاری عاقلانه است. چنین درگیری آنان را قادر می‌سازد که دیدگاه خود را نسبت به محدودیت‌ها و آزادیهای خود گسترش دهند و در نهایت موجب ایجاد تجارب آموزشی معنی‌دار در ارتباط با ارزشها و فرایندهای مؤسسه‌ای می‌گردد.

جدول ۱-۱ بیانگر یک چارچوب نظری برای مطالعه برنامه درسی مستتر در چهار خانواده بزرگ است. جدول ۱-۲ مبین نقایص، ضعفها و قوتها و غنای نظری هر یک از چهار خانواده بزرگ نگرشها و نظریات در امر برنامه درسی مستتر است که می‌تواند ابزار فراهم آوردن زمینه علمی برای تصمیم‌گیریهای آگاهانه در نظام تعلیم و تربیت تلقی گردد.

جدول ۱-۱: چهارچوب نظری جهت مطالعه و بررسی برنامه درسی مستتر

نظریه پردازان و محققان	نوع نگرش و نظریه	روشهای تحقیق	تبیین ماهیت برنامه درسی مستتر
فیلیپ جکسون	کار غیر نظری	مشاهده و توصیف	عناصر قدرت، جمعیت و تشویق به عنوان مکانیسم های قدرتمند موجبات انتقال ارزشها و اعتقادات را به شاگردان فراهم می سازند.
رابرت دری بن	نظریه عملکردی	تجزیه و تحلیل نظری	مدارس شاگردان را برای شرکت فعال در جامعه بزرگسالان آماده می کند و به آنان هنجارهای استقلال، موفقیت، عمومی بودن و متمایز از دیگران بودن را می آموزد.
ساموئل بولس و هنری جنتیس	نظریه انطباق	تجزیه و تحلیل نظری	شاگردان از طریق تجربیات روزآمد در مدارس مفهوم طبقات اجتماعی، نظم و ترتیب در کار، مشروعیت سلسله مراتب و از دست دادن کنترل بر روی کار خود را یاد می گیرند.
مایکل اپل و هنری ژيرو	نظریه مقاومت	روش انتقادی	تعبیر مجدد شاگردان از اموری که امر اساسی تلقی می گردد و مدارس از قابلیت ایجاد مقاومت، اکتساب قدرت، درک و خلق و انتقال مفاهیم و ارزشها با عنایت به نظام کل جامعه برخوردار می باشند.

منبع: فورچیان، نادرقلی. (۱۳۷۳). تحلیلی از برنامه درسی مستتر: بحثی نو در ابعاد ناشناخته نظام آموزشی. فصلنامه پژوهش و

برنامه ریزی در آموزش عالی، شماره ۱ سال دوم، ص ۶۷-۶۹.

جدول ۱-۲: نقاط قوت و ضعف چهارچوب نظری مطالعه برنامه درسی مستتر

نظریه پردازان و محققان	نوع نگرش و نظریه	نقایص نظری	قوت و عنای تئوریکی
فیلیپ جکسون	کار غیر نظری	این نگرش فاقد یک تجزیه و تحلیل اساسی از نظر ماهیت سیاسی و نظام نقد اجتماعی مفهوم برنامه درسی مستتر در ارتباط با کل جامعه می باشد.	برنامه درسی به عنوان یک پاسخ آموزشی و نهادی با عنایت به ماهیت زندگی در کلاس درس تلقی گردیده و به تبیین اینکه چگونه عناصر قدرت یا جمعیت و تشویق، شاگردان را برای دنیای کارآماده می سازند می پردازد.
رابرت دری بن	نظریه عملکردی	این نظریه در تبیین این نکته که تعبیر و تفسیر مجدد شاگردان از امور امری اساسی تلقی گردیده و مدارس دارای قابلیت‌های پرورش مقاومت در برابر هنجارهای مدارس و جامعه می باشند، قاصر است.	قابلیت و تواناییهای روان شناختی شاگردان از طریق اکتساب نرمهای استقلال، موفقیت، عمومی بودن و متمایز از دیگران بودن با عنایت به نیازهای شغلی و زندگی سیاسی رشد و گسترش می یابد.
ساموئل بولس و هنری جنتیس	نظریه انطباق	این نظریه در تبیین این نکته که چگونه ایدئولوژی حاکم بر جامعه و مدرسه غالباً توسط شاگردان مورد مقاومت، تعبیر و تفسیر قرار می گیرد، عاجز می باشد.	مدارس به عنوان یک نهاد اجتماعی مجزا از بافت و ساخت جامعه نمی توانند مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرند. این نظریه شیوه ای جدید از تحلیل تربیتی را مطرح می سازد که در آن معلمان و شاگردان مسوول قصور و افت آموزشی نبوده بلکه مسئولیت این امور را به عهده کل نظام حاکم بر جامعه دانسته است.
مایکل اپل و هنری ژيرو	نظریه مقاومت		تعبیر و تفسیر و خود انتخابی شاگردان از امور یک جریان اساسی تلقی گردیده و این نکته را به طور برجسته مطرح نموده اند، که مدارس دارای قابلیت ایجاد مقاومت، اکتساب خلق فرهنگ خاص با عنایت به کل جامعه می باشند.

منبع: قورچیان، نادرقلی. (۱۳۷۳). تحلیلی از برنامه درسی مستتر: بحثی نو در ابعاد ناشناخته نظام آموزشی. فصلنامه

پژوهش و برنامه ریزی در آموزش عالی، شماره ۱ سال دوم. ص ۶۷-۶۹.

ولنس (۱۹۹۱) دو رویکرد را برای برنامه درسی پنهان مطرح میکند در یک رویکرد برنامه درسی پنهان را به عنوان یک فعالیت تربیتی معرفی کرده و در رویکرد دیگر، برنامه درسی پنهان را به عنوان حاصل آموزش و پرورش مطرح کرده است که در واقع رویکرد انتقادی به برنامه درسی پنهان است.

#### ۱-۶-۵- برنامه درسی پنهان به عنوان فعالیت تربیتی

در این رویکرد، تأکید بر نقش فرایندی برنامه درسی پنهان است. محققان، فعالیت‌های قابل مشاهده‌ای را شناسایی می‌کنند که از طریق تدریس اموری به غیر از آنچه در برنامه درسی آشکار به عنوان اهداف آموزشی مطرح است به عنوان برنامه درسی پنهان عمل می‌کنند. این رویکرد علی در برنامه درسی پنهان به بهترین وجه توسط دری بن (۱۹۶۸) شکل گرفته است (به نقل از ولنس، ۱۹۹۱). دری بن بر ساختار اجتماعی قابل شناسایی کلاس درس تأکید می‌نماید و استدلال می‌کند که ساختار کلاس، یادگیرندگان را با اقتدار آشنا می‌سازد.

همچنین، محتوای ضمنی کتابهای درسی پیامهایی را در مورد تفکرات مرتبط با «کلیشه‌های فرهنگی»<sup>۱۲۵</sup> منتقل می‌کنند که ممکن است با محتوای آشکار این کتابها در تعارض باشند. انتقادات شدید از آموزش مدرسه‌ای در آمریکا توسط بعضی مریبان در خلال دهه ۱۹۶۰ متوجه برخی از فعالیتها در کلاس درس بود که به نظر آنها اثرات مخربی بر دانش‌آموزان داشت به طوری که برنامه درسی رسمی قادر نبود به آنها در این مورد کمک چندانی کند (ولنس، ۱۹۹۱).

#### ۱-۶-۶- برنامه درسی پنهان به عنوان حاصل آموزش و پرورش (رویکرد انتقادی)

ولنس (۱۹۹۱)، رویکرد انتقادی را در رابطه با برنامه درسی پنهان مطرح می‌سازد که طرفداران آن مدارس را کمتر به خاطر فعالیتهای روزمره‌شان و بیشتر به خاطر حاصل کار آنان مورد انتقاد قرار می‌دهند. در واقع آنان مدرسه را در بافت اجتماعی‌اش قرار داده و انتقادات را متوجه یادگیری‌های اجتماعی-سیاسی می‌نمایند که آموزش مدرسه‌ای در کودکان ایجاد می‌کند. مدارس در مورد آنچه ناآگاهانه به نحو احسن انجام می‌دهند، مقصر قلمداد می‌شوند. اغلب کسانی که از این دیدگاه به برنامه درسی پنهان می‌نگرند، مدارس را به خاطر تثبیت یک ساختار اجتماعی غیرعادلانه و نابرابر مورد انتقاد قرار می‌دهند (ولنس، ۱۹۹۱). ایلچ، بولز و جنتیس، مدارس را به خاطر بازتولید اختلافات طبقاتی جامعه سرمایه داری مورد انتقاد قرار می‌دهند (طالب‌زاده نوبریان، ۱۳۸۲، ص ۱۷۲).

طرفداران رویکرد انتقادی معتقدند که یادگیرندگان به مراتب بیش از حد انتظار از پیامهای نهفته مدرسه آگاهند و اغلب به طور آگاهانه در برابر آن مقاومت می‌کنند (هوسن و پوست لت وایت، ۱۹۹۴، ص ۲۵۸۸).

<sup>125</sup> Cultural stereotypes

## ۱-۶-۷- تحلیل و جمع‌بندی نظریه‌های برنامه درسی مستتر با عنایت به حرفه‌ای گری

نظریه‌های ارائه شده چگونگی انتقال ارزشها، هنجارها و جریان‌ات فرهنگی به فراگیران را نشان می‌دهد. در واقع با نگرش تلفیقی به نظریه‌های ارائه شده می‌توان برخی از خصوصیات مشترک این نظریات را با مد نظر قرار دادن حرفه‌ای گری به عنوان یکی از مصادیق برنامه درسی پنهان به ویژه در آموزش پزشکی مورد تحلیل قرار داد. به عنوان مثال عنصر تشویق در کار "غیرنظری" و موفقیت در نظریه "عملکردی" در ارتباط با حرفه‌ای گری در آموزش پزشکی معنی پیدا می‌کند. تشویق به عنوان یک مکانیسم قدرتمند باعث انتقال ارزشهای حرفه به دانشجویان شده و موفقیت در کسب رفتارهای حرفه‌ای مناسب در آنان ایجاد انگیزه می‌کند تا به رفتارهای خوب خود حتی بعد از فارغ‌التحصیلی ادامه دهند. در این جریان، مفاهیم و ارزشهایی همچون احترام، همدلی، رازداری و تعهد با این مکانیسم‌ها آموخته شده و به کار برده می‌شوند.

همچنین انتقال هنجارهای رفتاری در نظریه "عملکردی" تأکیدی است بر نقش برنامه‌درسی پنهان در انتقال رفتارهای حرفه‌ای گری. از سوی دیگر، خود انتخابی در نظریه "مقاومت"، می‌تواند به این شکل مورد تحلیل قرار گیرد که دانشجویان پزشکی بر بالین بیمار بر اساس رفتارهایی که مشاهده می‌کنند دست به انتخاب می‌زنند، از رفتارهای نادرست اساتید خود درس گرفته و رفتارهای درست را برمی‌گزینند و خود را مسئول اعمال خویش می‌دانند. در چنین جریانی دانشجویان حوادث و رویدادهایی که در بخشهای بالینی به وقوع می‌پیوندد را مشاهده، تعبیر و تفسیر می‌کنند و به پذیرش یا رد آنها با عنایت به علائق، استعدادها و نیازها مبادرت می‌ورزند.

در تحلیلی دیگر، مفاهیم انعکاس اجتماعی، سلسله مراتب ارزشها، و هنجارها در نظریه انطباق، هنجارهای موفقیت و عمومی بودن در نظریه عملکردی، عناصر قدرت و تشویق در کار غیرنظری و جریان انتقال فرهنگی در نظریه مقاومت در یک طرح منسجم نشان دهنده این هستند که دانشجویان پزشکی از طریق تجربیاتی که در بخشهای بالینی بیمارستان با آن مواجه می‌شوند مفاهیم و ارزشهای مرتبط با حرفه‌ای گری را با توجه به تعبیر اجتماع از آن ارزشها، اهمیت و سلسله مراتب ارزشها، قدرت اساتید در ارتباط با انتقال ارزشها و استفاده از مکانیسم قدرت و همچنین ارزشها و هنجارهای فرهنگی که خود نقد و تحلیل نموده‌اند فرا می‌گیرند و تلاش می‌کنند که در عملکرد روزانه خود به عنوان پزشک آنها را بکار گیرند. قابل ذکر است که در این میان، پدیده مقاومت نسبت به رفتارهای نادرست مشاهده شده، خلق فرهنگ جدید و نقادی ارزشهای حاکم بر محیط بیمارستان از طریق برنامه درسی مستتر شکل می‌گیرد و می‌تواند در نهایت منجر به تغییر گردد.

بنابراین کالبد شکافی برنامه درسی مستتر می‌تواند به عنوان یک ابزار آموزشی در خدمت مدرسان، فراگیران و برنامه‌ریزان آموزشی قرار گیرد و آنان را از این ساده‌اندیشی که فراگیران به مثابه سنگ نانوشته‌اند بر حذر می‌دارد و این

دیدگاه که باید فراگیران را به عنوان متفکران و مفسران پدیده‌هایی که مشاهده می‌کنند در نظر گرفت خود را نمایان می‌سازد.

## بخش ۷

## ۷-۱- اهمیت برنامه درسی پنهان با تأکید بر آموزش پزشکی

بنسون اسنایدر<sup>۱۲۶</sup> (۱۹۷۰) (به نقل از سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۶۴)، اهمیت برنامه درسی پنهان را به شکل زیر

بیان می کند:

«من به این نتیجه رسیده‌ام که یک برنامه درسی پنهان در حد معنی داری تعیین کننده آن چیزی است که مبنای احساس ارزش و عزت نفس همه شرکت کنندگان است، و همین برنامه درسی پنهان است که بیش از برنامه درسی رسمی در سازگار کردن شاگردان و استادان تأثیر دارد. من هیچ کودکستان، دبیرستان و یا دانشکده‌ای را نمی‌شناسم که یک برنامه درسی پنهان بر شاگردان و هیأت آموزشی تحمیل نکرده باشد. اگر چه هر برنامه درسی ویژگی‌هایی دارد که خاص مؤسسه‌ای معین است ولی وجود این گونه برنامه‌های پنهان به طور قابل توجهی کل فرایند تعلیم و تربیت را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مشابهات موجود در این برنامه‌های پنهان حداقل به اندازه تفاوت‌های آنها دارای اهمیتند.»

به عنوان مثال، دانش آموزان به طور کلی در فعالیتهای اولیه تحصیلی شان یاد می‌گیرند که برای نظام نمره گذاری، ارتقاء و گزارشهای تحصیلی ارزش قائل شوند. چنین مواردی ممکن است در دانشکده‌ها چنان مورد توجه دانشجویان قرار گیرد که قطعاً به ایجاد یک برنامه درسی پنهان در مورد ارتباطات و راهبردهایی جهت موفقیت در برنامه درسی طرح ریزی شده منجر شود. بنابراین موفقیت در امتحانات و به دست آوردن نظر مثبت معلم ممکن است به جای هدفهای مورد نظر مدرسین، هدف‌های برنامه درسی گردند (سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۶۵).

دیوئی اهمیت نتایج برنامه درسی پنهان را مورد توجه قرار داده و از آنها به عنوان یادگیری متوازی نام می‌برد. از دید دیوئی یکی از مهمترین نتایج یادگیری متوازی، تمایل به ادامه یادگیری است. بدون چنین تمایلی یادگیرندگان قادر به برخورد با مقتضیات آینده متغیر نخواهند بود. (به نقل از سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۶۶).

مهرام (۱۳۸۵) معتقد است که اگرچه انتظار می‌رود دانشجویان به عنوان مخاطبان یادگیری و بر اساس تعامل با اساتید، متون درسی، قوانین و مقررات و به طور خلاصه قرار گرفتن در محیط علمی، به ارزشهای والاتری دست یابند ولی برخی یافته‌ها حکایت از اخذ نتیجه‌ای معکوس دارد. به عنوان مثال آهولا (۲۰۰۰)، به یادگیری تملق و ضرورت توسل به قواعد تأثیرگذاری بر استادان جهت کسب نمره که وی آن را یادگیری قواعد بازی می‌داند، اشاره کرده است. این امر موجب سلطه‌پذیری استادان به عنوان پیامدهایی ناشی از زندگی در محیط‌های دانشگاهی است. دیوئی عبارت

<sup>126</sup> Benson Snyder

مشهوری دارد «یکی از بزرگترین مغالطه‌های تعلیم و تربیت امروز این است که دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت گمان می‌کنند که بچه‌ها در مدرسه آن چیزی را می‌آموزند که آنها اراده کرده‌اند» معنی این سخن آن است که اگر به عمق تجربیاتی که یادگیرندگان به آن‌ها دست پیدا کرده‌اند توجه کنیم، خواهیم دید که آنها مواردی را یاد گرفته‌اند که ممکن است مطابق با اراده و خواست متولیان نظام آموزشی نبوده است (مهرمحمدی، ۱۳۸۷، در میزگرد تخصصی برنامه درسی).

همانطور که گوردون (۱۹۹۵) معتقد است (به نقل از آندرسون، ۲۰۰۲)، برنامه درسی پنهان توسط تفسیری که در اذهان یادگیرندگان و مدرسین درگیر در فرایند آموزشی رخ می‌دهد تعریف می‌شود. اما در عین حال، اغلب نویسندگان و صاحب‌نظران استدلال می‌کنند که اثرات برنامه درسی پنهان بسیار بیش از چیزی است که برنامه درسی رسمی ادعا می‌کند (شوبرت، ۲۰۰۸؛ آهولا، ۲۰۰۰؛ ولنس، ۱۹۹۱؛ آیزنر، ۱۹۹۴؛ لمپ و سیل، ۲۰۰۴؛ هافرتی، ۱۹۹۸؛ گلیکن و مرنشتاین، ۲۰۰۷؛ ملکی، ۱۳۷۴؛ مهرمحمدی، ۱۳۷۸ در میزگرد تخصصی). معروفیت برنامه درسی پنهان شاید به این دلیل باشد که بسیاری پژوهشگران اهمیت این برنامه را به دلیل ارتباط آن با جنبه‌های مهم تجارب مدرسه‌ای احساس می‌کنند. بنابراین نمی‌توان آن را نادیده گرفت و علیرغم عدم صریح بودن آن، مثالی از جنبه‌های منفی برنامه درسی پنهان و حتی تأثیرات زیان‌آور آن نشان‌دهنده اهمیت آن است. بلوم<sup>۱۲۷</sup> (۱۹۷۲) نیز معتقد است که برنامه درسی پنهان در بسیاری جوانب، مؤثرتر از برنامه درسی آشکار است. دروس یادگرفته‌شده از طریق برنامه درسی پنهان، برای مدت طولانی در ذهن می‌مانند زیرا این دروس در طول روزها تجربه می‌شوند و به شکل قوی و ماندگار یادگرفته می‌شوند (هوسن و پوست لت وایت، ۱۹۹۴، ص ۲۵۸۶).

به طور کلی تحقیقات نشان می‌دهد که موفقیت مدرسه با کشف و گسترش مهارت‌های مطلوب کسب شده در برنامه درسی پنهان به نحو قابل ملاحظه‌ای بهبود می‌یابد. بنابراین طرح‌ریزان برنامه درسی و مدرسین لازم است که اثر نیرومند سازمان یک مؤسسه تربیتی و ساختار اجتماعی و واکنش‌های متقابل معلم و یادگیرنده را در مقدار و چگونگی یادگیری یادگیرندگان شناسایی کنند. این عوامل مربوط به برنامه درسی پنهان است (سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۴۵۰).



## فصل دوم

# حرفه‌ای گری در آموزش پزشکی

## مقدمه فصل دوم

اقدامات یک پزشک به عنوان یک فرد حرفه‌ای منحصر به دانش و مهارت وی در درمان بیماریها، تسکین درد و پیشگیری از بیماری نیست. بلکه برای هر کدام از این فعالیتها پزشک باید از ویژگیهایی در راستای حرفه خود برخوردار باشد که مجموع این ویژگیها تشکیل دهنده حرفه‌ای گری در یک پزشک است (گرت<sup>۱۲۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۳، ص ۱۵). حرفه‌ای گری یا پروفشنالیسم در پزشکی به منظور جلب اعتماد جامعه به حرفه پزشکی امری ضروری است. در واقع حرفه ای گری گوهر و ماهیت ارتباط بین بیمار و پزشک است. شواهد موجود حاکی از آن است که حرفه‌ای گری رو به کم رنگ شدن می رود و پزشکان امروزی با موارد و مشکلات تهدید کننده ارزشها مواجه هستند (کوهن، ۲۰۰۶، ص ۶۰۷). از طرف دیگر، مروری بر مجلات پزشکی چه در بخش تخصصی و چه در بخش عمومی، و تعدد مقالات و مطالعات انجام شده پیرامون حرفه‌ای گری، نشانگر توجه به این مقوله توسط دست‌اندرکاران آموزش پزشکی در سالهای اخیر است (موریسون<sup>۱۲۹</sup>، ۲۰۰۹، ص ۸۲۴). نقش آموزش پزشکی برای تربیت و آماده کردن پزشکان فردا برای تشخیص و غلبه بر این تهدیدها بسیار برجسته و بارز است. به همین منظور نیاز به تغییر در فرهنگ، محیط آموزشی و برنامه‌درسی آموزش پزشکی برای حرکت به سمت ارتقاء حرفه‌ای گری لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

در این فصل چارچوبی برای آشنایی با زوایای مختلف حرفه‌ای گری در پزشکی آورده می‌شود. در این چارچوب ابتدا با بیان مطالبی در مورد قداست پزشکی سعی در تبیین اهمیت حرفه‌پزشکی نسبت به سایر حرفه‌ها به ویژه از بعد حرفه‌ای گری می‌باشد. سپس تاریخچه حرفه‌ای گری، تعریف حرفه یا پروفشن، تعاریف حرفه‌ای گری از دید صاحب نظران مختلف و اخلاق پزشکی مطرح می‌گردد. در ادامه دیدگاههای مختلف در مورد حرفه‌ای گری، تفاوت حرفه‌ای گری در پزشکی و حرفه‌ای گری در آموزش با توجه به نقش چندگانه اساتید در دانشگاه، و تهدیدهای متوجه حرفه‌ای گری مورد بررسی قرار گرفته و مباحثی مربوط به نقش دانشگاههای علوم پزشکی در حفظ و ارتقاء حرفه‌ای گری و ارزشیابی حرفه‌ای گری ارائه می‌گردد.

<sup>128</sup> Garret

<sup>129</sup> Morrison

## بخش ۱

## ۱-۲- مفاهیم مرتبط با حرفه ای گری

## ۱-۱-۲- قداست پزشکی

قداست و معنویت حرفه پزشکی بر کسی پوشیده نیست. اگر بتوان برای جان انسان بهایی قائل شد برای حرفه پزشکی نیز که رسالت آن در رهایی انسان از مرگ نهفته است ارزشی مادی می توان در نظر گرفت. وظیفه والای پزشک در آن است که یک لحظه هم شده بر عمر انسان این تنها موجود ذیشعور عالم خلقت بیفزاید تا انسان لحظه ای بیشتر هستی را در خویشتن خویش بیابد (حسین نیا، ۱۳۷۳، ص ۲۶).

شکی نیست که شغل پزشکی در تمام دوران تاریخ بشر از قداست و احترام خاصی برخوردار بوده است چون با گرانبهاترین هستی انسان که جان او باشد سروکار داشته و دارد. و این علم چنان قداستی دارد که پیامبر اکرم (ص) آن را همطراز علم دین معرفی نمود: «العلم علمان: علم الابدان و علم الادیان» و امام صادق (ع) فرمود در جایی که فقیه دانشمند و پرهیزگار و حاکم مطاع و عادل و طیب حاذق و مورد اعتماد وجود نداشته باشد جای زندگانی نیست. و روی این ضرورت طیب همیشه در جوامع بشری مقامی منیع و ارزشی والا و احترامی زیاد داشته است و این خود طیب است که بایستی این موقعیت خود را با پرهیز از خطراتی که او را تهدید می کند و گرایش به عواملی که حیثیت او را حفظ و تثبیت می نماید مستدام و پا برجا نگهدارد (هاشمیان، ۱۳۷۳، ص ۱۷).

پزشک باید از نخستین روزی که به سوی دانش پزشکی روی می آورد نیت و هدف او رسیدن به ابعاد معنوی این علم باشد نه استغناهای مادی، زیرا خدمت او به قدری با ارزش است که با معیارهای مادی قابل جبران نیست تا حدی که خداوند متعال می فرماید کسی که جان انسانی را نجات دهد مثل اینکه جان همه انسانها را حیات بخشیده است (ومن احيها فکانما احيى الناس جميعا). پس می توان گفت دانش پزشکی مثل یک شمشیر دو لبه است که اگر بعد درست آن بکار رود انسان عبادتی فراز همه عبادت ها انجام داده است و اگر بعد بد و نادرست آن بکار گرفته شود انسان مرتکب معصیت بزرگی شده که جبران آن بسیار مشکل است (هاشمیان، ۱۳۷۳، ص ۱۷).

بیمار دردمند بعد از خداوند، طیب را ملجاء و پناه خویش می یابد و پزشک در معرض جسم رنج دیده بیمار و ابعاد روحی متأثر از بیماری او قرار می گیرد. این وضعیت، زمینه ساز ارتباط حضور فعال تر حرفه پزشکی نسبت به مشاغل دیگر در ارتباط با روح و جان انسانهاست. وجود شناخت و بینش الهی و متناسب شدن علم و عمل پزشک با این اصل، باعث حرکت تکاملی و تطهیر و رشد و تعالی او و انسانهای مرتبط با او، در طول حیات و عرصه هستی می گردد.

بنابراین، طبیب باید دارنده بهترین اخلاق و عالی ترین صفات انسانی باشد چون به همان نسبت که امکان تحول فکری و دگرگونی شناختی و رشد و سازندگی در ارتباط صحیح یک پزشک با بیمار وجود دارد، در صورت مجهول بودن رسالت پزشک، ابعاد انحراف و اختلال فزونی می یابد و امکان سقوط و نابودی در شغل طبابت بیشتر از سایر مشاغل می گردد (فاضل نیا، ۱۳۷۳، ص ۴). مفهوم شفا در ابعادی ورای بعد جسمی و روحی مطرح می شود که «هوالشافی» بیان این مفهوم است که خداوند متعال، تنها شفا دهنده و طبیب نفوس در جهت تعالی و تکامل انسانهاست و پزشک فقط، وسیله فیض او به بندگانش است که در مقطع حیات دنیوی به پزشک فرصتی داده شده که در راستای تجلی اراده خداوند، رسالت و مسئولیت خویش را ادا نماید به همین دلیل پزشک باید وجود خود و بیمار را در محضر مقدس خداوند احساس کند (فاضل نیا، ۱۳۷۳، ص ۴).

این مطالب با تأکید بر قداست حرفه پزشکی، اهمیت پایبندی پزشکان به اصول و ارزشهای حرفه ای گری به ویژه متعهد بودن آنها را روشن می نماید. شکی نیست، این تعهد و پایبندی می تواند ریشه در شکل گیری شخصیت پزشک در زمان تحصیل او داشته باشد و باید در این مورد نقش آموزش پزشکی را مورد تفحص قرار داد.

## ۲-۱-۲- تاریخچه حرفه ای گری

قدمت تاریخچه حرفه ای گری به درازای قدمت طبابت است. چرا که در طول تاریخ جنبه مهمی از طبابت و پزشکی، قداست آن و منزلت آن نزد جامعه بوده و این قداست جز با جلب اطمینان مردم و پیروی از اصول انسانی میسر نبوده است. کروس (۲۰۰۹)، اظهار می دارد که تاریخچه مفهوم حرفه ای گری بسیار طولانی است و این واژه (professionalism) حداقل برای ۲۰۰۰ سال مورد استفاده بوده است. اولین کاربرد آن به زمان پزشک رومی، اسکریبونوس<sup>۱۳۰</sup> بر می گردد که حرفه ای گری را تعهد به تلاش برای تخفیف رنج بیمار تعریف کرد (کروس، ۲۰۰۹، ص ۸). از آنجا که پرداختن به تمام جنبه های تاریخی حرفه طبابت میسر نیست، به ذکر چند نکته پیرامون حرفه پزشکی در طول تاریخ ایران و برخی کشورها و همچنین از نظر اسلام بسنده می گردد.

تا پیش از دوره ساسانیان، شغل پزشکی با روحانیت یکی بوده است. به تدریج از اواسط دوره ساسانیان پزشکی از شغل روحانیت جدا شد و در نتیجه دو دسته دانشمند بوجود آمد. یک دسته که منحصرأ شغل روحانی داشتند و به نام مغ یا مگوس یا موبد موسوم بودند و دسته دیگر که بیشتر به شغل طبابت و درمان می پرداختند و به نام اتروان<sup>۱۳۱</sup> نامیده می شدند. مراکز پزشکی متعددی که مهمترین آنها در ری، همدان و تخت جمشید و پاسارگاد بوده است، آموزش نظری و

<sup>130</sup> Scribonius

<sup>131</sup> Atrovan

عملی پزشکی را ارائه می‌داده‌اند. آموزش عملی به صورت شاگردی نزد پزشکان شاغل بوده است. سه نوع پزشک تربیت می‌شدند: یکی شفا دهندگان روح، دوم شفا دهندگان تابع قانون و سومی درمان کنندگان با چاقو که نوع اول بیشتر از همه مورد احترام بوده است. قابل ذکر است که همه آنان باید دارای نوعی گواهینامه قانونی باشند. پزشکان چون به طبقه نجبای کشور تعلق داشته‌اند می‌بایست برای حفظ شأن شغلی خود مراقبت کامل به عمل آورند. برای این کار قوانین مفصل و دقیقی تدوین شده بود، از آن جمله تحصیل علم پزشکی، توانایی تشریح بدن و آشنایی با وظایف اعضاء بدن و مهمتر از همه اینکه باید نسبت به بیمار مهربان، خوش زبان، دوست و علاقمند باشد، برای پول کار نکند و از خدا بترسد. بلند پایه‌ترین پزشکان آنانی بوده‌اند که این وظایف را به نحو احسن انجام می‌داده‌اند و پیشه پزشکی را فقط برای شفا بخشی آن انتخاب کرده بودند و پست‌ترین پزشکان آنهایی بودند که از انسانیت بهره‌ای نبرده بودند و سبب بدنامی این شغل می‌شدند (نفیسی، ۱۳۷۱، ص ۹۲).

اهمیت طبابت در اسلام با احادیث مکرری که در این زمینه نقل شده است مشهود و مسلم است. به طوری که طب و طبابت یک وظیفه شرعی و نوعی واجب کفایی است که ترک کلی آن مورد مؤاخذه است و وجود تعدادی شاغل به این شغل تکلیف را از دیگران ساقط می‌سازد. تفحص در احادیث دینی و بررسی تاریخ و فرهنگ گذشته نشان‌دهنده غنی بودن فرهنگ و مذهب ایرانیان در رابطه با ویژگیهای انسانی یک پزشک است. در حدیثی از امام صادق روایت شده است که حضرت موسی (ع) از خدا پرسید: خداوند! درد از کیست؟ جواب شنید از من. پرسید، دوا از کیست؟ جواب شنید از من. پرسید پس بندگان تو با معالج چکار دارند؟ فرمود به وسیله آنان نفسهای خویش را پاکیزه می‌گردانند (بحار الانوار، جلد ۶۲، ص ۶۳). مرحوم علامه مجلسی در مورد این حدیث توضیح می‌دهد که از این رو معالج را طیب نامیدند که معنای آرامش دهنده یا پاکیزه گرداننده است (به نقل از نفیسی، ۱۳۷۱). محقق (۱۳۷۴)، در مورد طیب توضیح می‌دهد که طیب در سنت علمی قدیم باید به علم الهی و فلسفه آشنا باشد چرا که طیب به درمان بیماری جسم و عالم دین به درمان بیماری روح می‌پردازد. در جای دیگر امام صادق (ع) اهل هر سرزمین را نیازمند به سه گروه می‌داند که یکی از آنها پزشکان بصیر و مورد اطمینان هستند (تحف العقول، ص ۲۳۸). بنابراین از شرایط پزشک، مورد قبول و مورد اطمینان بودن اوست که یکی از ویژگیهای حرفه‌ای گری در پزشکی است. نفیسی (۱۳۷۱) با بررسی متون دینی نتیجه گیری می‌کند که پزشکی حرفه‌ای نیست که هدف آن جمع مال باشد و تعهد او مهم است. وی حدیثی از امام صادق (ع) نقل می‌کند که کسی که بتواند مجروحی را درمان کند و از آن سرباز زند شریک جرم مجروح کننده خواهد بود و هیچگونه سهل انگاری یا تعلل از پزشک در امر معالجه و درمان پذیرفتنی نیست (بحار ج ۲، ص ۲۸). این حدیث نشان دهنده ویژگی تعهد یک پزشک و طمع نداشتن وی به مال اندوزی است. این در حالیست که متأسفانه در جامعه امروزی بسیاری از پذیرفته شدگان رشته پزشکی به دلیل پردرآمد بودن و جایگاه اجتماعی این رشته،

پزشکی را برمی‌گزینند. همچنین پیغمبر اسلام تأکید فرموده که طیب تا آگاهی کامل از طب نداشته باشد نباید در امور طبی مداخله کند و اگر بدون علم و آگاهی مداخله نماید نسبت به سرنوشت بیمار مسئول است (طب النبى ص ۲۰۵، به نقل از محقق ۱۳۷۴). این نیز مورد دیگری از ویژگیهای حرفه‌ای گری است که نشان دهنده مسئولیت پذیری یک پزشک است.

موارد اشاره شده در بالا نشان می‌دهد که از شرایط پزشک مورد قبول بصیر بودن و دیگری مورد اطمینان بودن اوست. یعنی علاوه بر دانش باید از بینش هم برخوردار باشد. دانش برای او وسیله است و بینش یعنی به کار انداختن آن وسیله در جهت هدفی معین. همچنین سه مسئولیت مهم برای پزشک ذکر شده است، مسئولیت دینی، مسئولیت اجتماعی و مسئولیت اخلاقی. مسئولیت دینی یعنی رفتار و مکتسبات انسان را ملاک اجر و پاداش او در دنیا و آخرت می‌داند و در اسلام بیش از سایر ادیان بر آن تأکید شده است. مسئولیت اجتماعی، یعنی سالم سازی افراد اجتماع و محیط زندگی آنان و علاوه بر سالم سازی بدن انسان در سالم سازی روان نیز دخالت دارد. بنابراین یک پزشک وظیفه شناس در جهت رشد و کمال جسمی و روحی بشر مسئولیت اجتماعی بزرگی دارد. مسئولیت اخلاقی پزشکی یعنی باید در آنچه بر عهده گرفته است با کمال صمیمیت و علاقه در تمام مدت عمر و به خصوص در مدت اشتغال به حرفه پزشکی کوشا باشد.

با نگاهی به زندگی‌نامه بزرگانی چون ابن سینا یا محمد زکریای رازی می‌بینیم که سرتاسر زندگی آنان سمبلی از حرفه‌ای گری بوده است. به عنوان مثال، ابوبکر محمدبن زکریای رازی را به دلیل معاینات فیزیکی، روش پژوهش گام به گام و سیستماتیک بالینی، و مشاهدات بالینی‌اش به عنوان بزرگترین پزشک در قلمرو تمدن اسلام قلمداد می‌کنند. او همزمان با سیر فلسفی خود، در تن آدمی نیز به پژوهش می‌پردازد و در گستره جامعه، پراگماتیسم اخلاق پزشکی خود را نشان می‌دهد. در دکنترین اخلاق پزشکی او پایگاه طبقاتی مردم راهی نداشت و نسبت به فقرا و مساکین بسیار مهربان بود و درمان فقرا را بر ثروتمندان برتر می‌دانست و دارو و غذای آنها را خود مهیا می‌ساخت و خودش در نهایت سادگی و فقیرانه گذران می‌کرده است (نبی‌پور، ۱۳۷۳، ص ۱۱۸). محمد زکریای رازی در کنار کار طبابت به آموزش پزشکی نیز می‌پرداخته است و روش آموزش او در جنبه‌های نظری و مخصوصاً در جنبه‌های عملی هنوز هم باید سرمشق قرار گیرد. عقیده رازی این بود که تنها محل درد نباید مورد توجه قرار گیرد، بلکه شخص بیمار و تمام وجود او اعم از جسم و روان او باید به عنوان یک "فرد" در نظر گرفته شود. توجه به بیمار به عنوان یک فرد نیز از جنبه‌های دیگر حرفه‌ای گری است که رازی قرن‌ها پیش به آن تأکید می‌کرده است. نفیسی (۱۳۷۱) نقل می‌کند که از نظر تاریخی اولین کسی که طیبیان را، حتی برای کمک به بیماران علاج ناپذیر به حرکت درآورد رازی بود. زیرا می‌گفت که «پزشک باید همیشه بیمار را به بهبودی خود امیدوار سازد، اگر چه خود پزشک هم در این مورد کاملاً مطمئن نباشد» چرا که حالات

روحي بیمار در حالت جسمی او مؤثر است و پزشک باید بیمار را شهامت و بشاشت حیات بخشد. ابن سینا، دانشمند بزرگ ایرانی، نیز چنین می گوید: «پزشک هرگز نباید حالتی چنین علنی بوجود آورد که دیگر به بیمار امید بهبود ندارد». نگاهی به تاریخ سایر کشورها در ارتباط با حرفه‌ای گری نیز نشان می دهد که فیلسوفان و رهبران متفکر در طول تاریخ مدون مکرراً به پزشکان یادآوری کرده‌اند که ارزشهای حرفه خود را حفظ نمایند. در حالیکه چنین تأکیدی متعکس کننده شرایط زمانی خاصی بوده است، تم اخلاقی همه آنها در طول زمان ثابت مانده و آن اولویت دادن به منافع بیمار در برابر منافع فردی پزشک است (کروس، ۲۰۰۹؛ سویک<sup>۱۳۲</sup>، ۲۰۰۰). سوگند بقراط که از زمان وی تاکنون در سوگندنامه‌های پزشکی ذکر می شده است (در پیوست یک آمده است)، مستلزم این است که پزشکان از هرگونه اقدام شرارت آمیز و فساد پرهیز کنند (شجاعی، ۱۳۷۳). سر ویلیام اسلر (۱۹۰۷)، همواره به پزشکان یادآوری می کرد که پزشکی یک شغل نیست بلکه یک دعوت و فراخوانی است (به نقل از کوهن، ۲۰۰۶، ص ۶۰۸).

پزشکان در طول تاریخ به دلیل پایبندی به اخلاق حرفه‌ای خود از مزیت‌های خاصی از سوی جامعه برخوردار بوده اند که شامل توانایی تعیین اینکه چه کسی به دسته آنها وارد شود، تصمیم گیری راجع به آموزش پزشکان آینده، و آزادی در تعیین و ارتقاء استانداردهای حرفه خود. در قبال اعطاء چنین امتیازاتی، جامعه انتظار دارد که پزشکان در قبال منافع جامعه قابل اعتماد باشند. به همین دلیل حرفه پزشکی به جامعه متعهد می شود که مراقبتی که جامعه از پزشکان دریافت می کند بهترین و شایسته ترین، منطقی و به دور از خطر انداختن منافع بیمار باشد. در عوض حرفه پزشکی نه تنها از میزان قابل توجهی استقلال در مورد امور خود برخوردار می شود بلکه از نظر امنیت مالی و اجتماعی از موقعیت خوبی نیز برخوردار است. این فهم مشترک به عنوان قرارداد اجتماعی بین جامعه و حرفه پزشکی قلمداد می شود (کوهن، ۲۰۰۶، ص ۶۰۸). در واقع در زمینه چنین قرارداد اجتماعی است که حرفه‌ای گری معنا پیدا می کند.

در پایان قرن بیستم، تغییرات عمده‌ای در عمل به حرفه پزشکی پدید آمد و اطمینان جامعه به حرفه پزشکی رو به کم رنگ شدن گذاشت. در نتیجه این پدیده، گروهی از اعضاء انجمن‌های مختلف وابسته به حرفه پزشکی از قبیل بورد آمریکایی طب داخلی<sup>۱۳۳</sup>، بنیاد پزشکان کالج آمریکایی<sup>۱۳۴</sup>، و فدراسیون اروپایی طب داخلی<sup>۱۳۵</sup> گرد هم آمدند و تلاش نمودند که تعریفی عملیاتی از حرفه‌ای گری ارائه نمایند که قادر باشد واقعیت‌های زمان معاصر را منعکس نماید. آنها در این راستا ۳ اصل اساسی را که زیربنای حرفه‌ای گری را تشکیل می دهد مشخص نمودند. این سه اصل عبارتند از: اولویت دادن به بهزیستی بیمار، استقلال بیمار و عدالت اجتماعی (بورد آمریکایی طب داخلی، ۲۰۰۲).

<sup>132</sup> Swick

<sup>133</sup> The American Board of Internal Medicine

<sup>134</sup> The American College of Physicians Foundation

<sup>135</sup> The European Federation of Internal Medicine

بنابراین، حرفه‌ای گری موضوعی جدید در طب نیست، بلکه میزان اهمیت به آن و پرداختن به آن در طول تاریخ متفاوت بوده است، و آنچه آن را مهم می‌سازد اینست که بدون آن، طبابت و پزشکی جایگاهی نخواهد داشت.

### ۲-۱-۳- تعریف حرفه یا پروفشن

در زبان فارسی واژه «حرفه»، معادل پیشه و کسب و کار است. با این همه، بعضی از پیشه‌ها ویژگیهایی دارند که آن‌ها را از سایر حرفه‌ها متمایز می‌سازد. در زبان لاتین به این گروه از مشاغل «پروفشن» می‌گویند. پروفشن از واژه لاتین «پروفشيو» گرفته شده که به معنای یک اظهارنامه علنی همراه باضمانت اجرای یک تعهد بوده است. طبابت، وکالت، روحانیت و تعلیم و تربیت از قدیمی‌ترین پروفشن‌ها محسوب می‌شوند. در دوران مدرن، پروفشن‌های زیادی پا به عرصه وجود گذاشته‌اند. پروفشن‌ها در خدمت به یک خیر عالی، و به طور علنی اعلام می‌کنند که اعضاء آن‌ها بر اساس روش‌های مشخصی عمل خواهند کرد و پروفشن و جامعه با هر عضوی که طبق روش اعلام شده عمل نکند، برخورد خواهد کرد. پروفشن‌ها سه ویژگی اساسی دارند که عبارتند از: ۱- احراز صلاحیت در یک شکل تخصصی مبتنی بر سلسله مراتب معرفت و مهارت ۲- اذعان به وظایف و مسئولیت‌های خاص در قبال جامعه و مشتریان ۳- داشتن حق تربیت، پذیرش، تنبیه و اخراج اعضاء به خاطر ناتوانی در حفظ صلاحیت یا عدم رعایت وظایف و مسئولیت. بنابراین یکی از ویژگیهای پروفشن‌ها حقوقی است که جامعه به آنها اعطاء کرده تا اعضاء جدید را گزینش کرده، به آنها آموزش داده و در صورت احراز صلاحیت، آنان را به درون پروفشن بپذیرند. تدوین برنامه‌های درسی، گرفتن امتحان از دانشجویان، دادن دانشنامه به فارغ‌التحصیلان از جمله حقوق طبیعی پروفشن‌ها بوده است (گرت و همکاران، ۱۹۹۳؛ مؤسسه اخلاق پزشکی ایرانیان، ۱۳۸۶).

ساش<sup>۱۳۶</sup> (۲۰۰۳)، در تعریف یک حرفه اظهار می‌کند که حرفه‌های برگزیده و نخبه مانند طب یا وکالت که قادر هستند برای خدمات خود بازار کار ایجاد کنند و با کنترل کردن استانداردهای عضویت، تعیین کنند چه کسی شایستگی عضویت یا ماندن در گروه را دارد یک حرفه قلمداد می‌شوند. در واقع با تعیین شرایطی برای ادامه عضویت مانند شرط آموزش مداوم، ثبت نام و غیره عضویت آن حرفه را مشخص می‌کنند (ساش، ۲۰۰۳، ص ۸).

پرکین<sup>۱۳۷</sup> (۱۹۸۹) (به نقل از نیکولس<sup>۱۳۸</sup>، ۲۰۰۱)، یک جامعه پروفشنال یا حرفه‌ای را تحلیل نموده و از دید وی چنین جامعه‌ای از سلسله‌مراتبی از مشاغل تخصصی تشکیل شده که به واسطه شایستگی و بر اساس تخصص و آموزش انتخاب شده‌اند (نیکولس، ۲۰۰۱، ص ۸۴). اعضاء پروفشن‌ها همانند سایر مشاغل از طریق فعالیت مربوط به حرفه خود

<sup>136</sup> Sachs

<sup>137</sup> Perkin

<sup>138</sup> Nicholls



امرار معاش می‌کنند، اما یک خصوصیت مهم دیگر پروفشنال‌ها، را از سایر اعضاء مشاغل متمایز می‌سازد. مشتریان پروفشن‌ها ناگزیرند به اعضاء پروفشن‌ها به صورت یک جانبه اعتماد کنند. متقابلاً، پروفشن‌ها نیز، همیشه و در همه حال می‌بایست منافع پروفشن را نسبت به منافع شخصی خود در اولویت قرار دهند و با دقت مراقب باشند تا اعتماد یک جانبه ی جامعه و مردم به پروفشن‌ها مخدوش نشود. در نتیجه تعریفی از پروفشنالیسم که بیشترین توافق بر روی آن وجود دارد عبارت است از «ابراز ارزش‌ها، باورها، و رویکردهایی که نیازهای شخص دیگر را فراتر از نیازهای شخصی خود قرار می‌دهند» (مؤسسه اخلاق پزشکی ایرانیان، ۱۳۸۶).

نیکولس (۲۰۰۱، ص ۸۱)، پروفشنالیزم را به عنوان ظرفیت یک گروه شغلی در برونگرایی، برخورداری از دانش، و سخی بودن در ارتباط با سایر همکاران آن شغل، سایر پروفشن‌ها و افراد جامعه می‌داند. نکته اینجاست که وی این تعریف را در عملکردها و ارزشها مطرح می‌سازد. در دائره‌المعارف بین‌المللی آموزش (هوسن و پوست لت وایت، ۱۹۹۴، ص ۶۰۹۲)، آمده است که حرفه‌ها مشاغلی هستند که اعضاء آن میزان بالایی از دانش و مهارت را در عملکرد اجتماعی مورد انتظار از آنان که به مصلحت جامعه است به کار می‌گیرند. هویل<sup>۱۳۹</sup> (۱۹۸۰)، معیارهایی را برای حرفه بر شمرده است که برخی از آنان عبارتند از: یک حرفه، شغلی است که یک فعالیت اجتماعی مهم را انجام می‌دهد، این فعالیت مستلزم درجه بالایی از مهارت است، این مهارت در موقعیت‌های غیر مرسوم که در آن مسائل و مشکلات جدیدی باید حل شوند، بکار گرفته می‌شود، یک فرد حرفه‌ای باید از دانش سیستماتیک جامعی برخوردار باشد، کسب چنین دانش و مهارتهای لازم مستلزم طی مراحل آموزش عالی است، طی کردن مراحل آموزش عالی در برگیرنده فرایند اجتماعی شدن و کسب ارزش‌های حرفه‌است، این ارزشها با تمرکز بر اولویت دادن به منافع مشتری بوده و بر اساس کدهای اخلاقی حرفه است، از آنجا که اعضاء حرفه دانش و مهارت خود را در موقعیت‌های غیر مرسوم بکار می‌گیرند، داشتن آزادی در قضاوت و تصمیم‌گیری با در نظر داشتن عملکرد مناسب، برای آنها ضروری است، و به دلیل آموزش طولانی مدت، مسئولیت، و مشتری محور بودن، اعضاء یک حرفه دارای اعتبار و منزلت بالای اجتماعی بوده و از سطح بالایی از مزد و پاداش برخوردارند (هوسن و پوست لت وایت، ۱۹۹۴، ص ۶۰۹۳).

#### ۲-۱-۴- تعریف پروفشنالیزم یا حرفه‌ای گری

از دید موریسون (۲۰۰۹)، حرفه‌ای گری، یک مفهوم چند بعدی، و یک واژه ارزشی است که دربرگیرنده انتظارات اجتماعی، مؤسسه‌ای، تاریخی و زمینه‌ای است. صاحب‌نظران و نویسندگان مختلف تلاش نموده‌اند که تعاریفی از حرفه‌ای گری در پزشکی ارائه دهند که در اینجا مواردی آورده می‌شود.

انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا<sup>۱۴۰</sup>، حیطه‌هایی را که در برگیرنده ویژگی‌های کلی حرفه‌ای گری هستند برشمرده است که عبارتند از از خودگذشتگی، افتخار و شرافت، محبت و دلسوزی، احترام، مسئولیت پذیری، پاسخگویی، تعالی، دانش پژوهی و رهبری (گلیکن و مرنشتاین، ۲۰۰۷، ص ۵۴). بر اساس تعریف فدراسیون اروپایی طب داخلی (۲۰۰۲)، حرفه‌ای گری در تمام زمانها می‌تواند به عنوان ابزاری تعریف شود که توسط آن پزشکان قرارداد حرفه‌ای خود با جامعه را به انجام می‌رسانند. در واقع نقش حرفه‌ای پزشکان دلالت بر پابندی آنان به تعهد خود در قبال جامعه از طریق رهبری قوی، قضاوت اخلاقی درست، و عملکرد اخلاقی در طبابت دارد (بریان<sup>۱۴۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ فریدر<sup>۱۴۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۹). ویژگی‌هایی که برای سالها به عنوان نشانگر حرفه‌ای گری مطرح بوده‌اند عبارتند از: از خودگذشتگی، احترام، صداقت، امانت‌داری، وظیفه شناسی، شرافت، تعالی و پاسخگویی. به گفته کوهن (۲۰۰۶)، آشکارسازی عملیاتی این ویژگیها به شرایط زمانی هر دوره تاریخی خاص بستگی دارد. ماهیت سیستم بهداشتی درمانی که در آن پزشکان کار می‌کنند، تکنولوژیهای تشخیصی و درمانی موجود در هر زمان، نوع قراردادهای مالی بین بیمار و پزشک، طیف بیماریهایی که در جامعه وجود دارد، عواملی هستند که در هر دوره زمانی اعمالی را که از پزشکان انتظار می‌رود برای نشان دادن تعهد خود به جامعه انجام دهند تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در اواخر قرن بیستم، به دلیل تغییرات پدید آمده در عمل به حرفه پزشکی و همچنین کم شدن اطمینان مردم به جامعه پزشکی، گروهی از پزشکان وابسته به انجمن‌های مختلف بین المللی از قبیل بورد آمریکایی طب داخلی، کالج آمریکایی پزشکان<sup>۱۴۳</sup>، و فدراسیون اروپایی طب داخلی گرد آمدند و سعی نمودند تعریفی عملیاتی از حرفه‌ای گری ارائه دهند که با شرایط موجود تطبیق نماید. در این راستا پزشکان مزبور طی چاپ مقاله‌ای سه اصل بنیادین که مشخص کننده حرفه‌ای گری است را معرفی کردند که عبارت است از: اولویت دادن به بیمار و بهزیستی او، دادن حق تصمیم‌گیری به بیمار، و عدالت اجتماعی. همچنین، ۱۰ سری از مسئولیتهایی که پزشک امروزی بایستی متعهد به آن باشند را ارائه دادند که عبارتند از: دارای شایستگی حرفه‌ای باشند و بتوانند آن را حفظ کنند، با بیماران صادق باشند، در مورد بیمار رازدار باشند، از برقراری روابط نامناسب با بیماران پرهیز کنند، دانش علمی خود را گسترش دهند، به وظایف خود در قبال حرفه خود به طور کامل عمل کنند، کیفیت مراقبت از بیماران را بهبود بخشند، دسترسی به مراقبت‌های پزشکی را بهبود بخشند، توزیع عادلانه منابع را ارتقاء دهند، و از طریق مدیریت صحیح تعارض منافع، اطمینان بیماران را جلب کنند (بورد آمریکایی طب داخلی، ۲۰۰۲). اسکاچتر<sup>۱۴۴</sup> (۲۰۰۹) ضمن بررسی ویژگی‌های حرفه‌ای گری به این نکته اشاره کرده است

<sup>140</sup> Association of American Medical Colleges

<sup>141</sup> Bryan

<sup>142</sup> Frader

<sup>143</sup> American College of Physicians

<sup>144</sup> Schachter

که هر پزشکی باید از چنین ویژگی‌هایی برخوردار باشد. وی تلاش نموده موارد اختصاصی تری را راجع به حرفه‌ای گری بیان کند، به عنوان مثال، فردی حرفه‌ای است که بتواند مستقلانه فکر کند و تصمیم‌گیریها و قضاوت‌هایش بر اساس آموزش‌هایی که دیده و تجاربش باشد. به عبارت دیگر، در تمام رفتارها و اعمال خود سنجیده عمل کرده و آن را بر اساس موارد آموزش دیده و اصول صحیح پیش‌ببرد.

گلدشتاین (۲۰۰۶)، با اجماع نظرات اساتید پایه و بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه واشنگتن، حرفه‌ای گری را برخوردار از دانش و رفتارهایی می‌داند که در برگیرنده ویژگی‌های از خود گذشتگی، شرافت، محبت، برقراری ارتباط، احترام، مسئولیت‌پذیری، تعالی و رهبری می‌باشد. بویکس و همکاران (۲۰۰۸) در مقاله خود پیرامون چالش‌های آموزش حرفه‌ای گری در پزشکی، از تعاریف ارائه شده در مطالعات مختلف یک جمع بندی ارائه داده اند. طی این جمع بندی آنها فضیلت‌های حرفه‌ای گری (VMP<sup>۱۴۵</sup>) را مطرح کرده اند که عبارتند از: وفاداری و قابل اطمینان بودن<sup>۱۴۶</sup>؛ خیرخواهی<sup>۱۴۷</sup>؛ دلسوزی و محبت<sup>۱۴۸</sup>؛ صداقت خردمندانه<sup>۱۴۹</sup>؛ جرأت و شجاعت<sup>۱۵۰</sup> و راستگویی<sup>۱۵۱</sup>.

بریان و همکاران (۲۰۰۵)، جنبه‌های حرفه‌ای گری را در تعالی، محبت، رازداری، امانت و درستی، احترام بین فردی، مسئولیت‌پذیری، و پاسخگویی می‌دانند. هربرت سویک (۲۰۰۰)، یک تعریف جامع از حرفه‌ای گری ارائه داده است که شامل: (۱) اولویت دادن به منافع دیگران در برابر منافع فردی (۲) پایبندی به استانداردهای اخلاقی بالا (۳) ابراز ارزشهای والای انسانی (۴) تأمل در باره کارها و اقدامات خود (۵) رعایت پاسخگویی (۶) توانایی برخورد با سطوح بالای پیچیدگی و عدم اطمینان (۷) تعهد به دانش پژوهی (۸) نشان دادن تعهد به تعالی (۹) پاسخ به نیازهای جامعه (۱۰) و تعهد به قرارداد اجتماعی با جوامعی که به آن خدمت می‌کند (سویک، ۲۰۰۰ ص ۱). کوتزل و همکاران (۲۰۰۶)، حرفه‌ای گری را به صورت رفتارهایی تعریف می‌کنند که در نه حیطه طبقه‌بندی میشود. این نه حیطه مشابه همان تعریف سویک (۲۰۰۰) بوده و عبارتند از: صداقت و امانت، پاسخگویی، مسئولیت‌پذیری، احترام و رفتار بدور از قضاوت، محبت و همدلی، کمال<sup>۱۵۲</sup>، برقراری ارتباط ماهرانه، رازداری و یادگیری خودراهبر و مهارتهای انتقادی. گلیکن (۲۰۰۷) موارد اشتیاق برای کار؛ اهمیت دادن به دانشجویان؛ تمایل به پذیرش اشتباه خود؛ پاسخگو بودن به دانشجویان، مؤسسه آموزشی و جامعه؛ و تعهد به یادگیری مادام‌العمر را به عنوان خصوصیات حرفه‌ای گری برشمرده است. آرامش (۱۳۸۴)، محور اصلی حرفه‌ای

<sup>145</sup> Virtues of Medical Professionalism

<sup>146</sup> fidelity to trust

<sup>147</sup> benevolence

<sup>148</sup> compassion

<sup>149</sup> intellectual honesty

<sup>150</sup> courage

<sup>151</sup> truthfulness

<sup>152</sup> maturity

گری یا تعهد حرفه‌ای را شکل‌گیری نگرش‌ها و رفتارهایی می‌داند که طی آنها منافع بیمار نسبت به منافع شخصی پزشک در اولویت قرار می‌گیرند.

با نگاهی به تعاریف ارائه شده در مورد حرفه‌ای‌گری در می‌یابیم که حرفه‌ای‌گری بر اساس برخورداری از ویژگیهای آن تعریف شده است و در تمامی این تعاریف یک سری ویژگیها مشترک است که مهمترین آنها عبارتند از: فداکاری و ازخودگذشتگی؛ محبت و دلسوزی؛ احترام به دیگران (بیمار، همکار، پرسنل)؛ برقراری ارتباط مناسب با بیماران و همکاران؛ پذیرش خطا و اشتباه؛ تعهد و مسئولیت‌پذیری؛ رازداری؛ و صداقت و راستگویی. تأکید مطالعه حاضر نیز بیشتر بر چنین ویژگیهایی بوده است.

## ۲-۱-۵- تعریف اخلاق<sup>۱۵۳</sup>

در فرهنگ لغت معین اخلاق را از مشتقات کلمه خلق و به معنی خویها معنی کرده است. در فرهنگ لغت اکسفورد اخلاق تحت عنوان Ethics آن را مشتق از کلمه Ethos و مرادف Moral و آن را علم وظایف بشر در مفهوم وسیع آن شامل قوانین داخلی، سیاسی یا بین‌المللی معنی کرده است. همچنین علم اخلاق به عنوان یک سری اصول و رفتارهای درست مانند آنچه بر یک شخص یا گروهی حرفه‌ای حاکم است یا فلسفه‌ای که متضمن آن اصول باشد تعریف شده است و اخلاق پزشکی اصول اخلاقی حاکم بر رفتار حرفه‌ای در طب دانسته شده است و در واقع شاخه‌ای از اخلاق عمومی است که باید و جامعه انتظار دارد که صاحبان حرف پزشکی رعایت نمایند (لوی، ۱۳۷۳). از دید لوی (۱۳۷۳)، اخلاق پزشکی یا به عبارت کلی تر اخلاق حیاتی زمینه تحلیل درستی و صحت تصمیمات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و تحقیقات در امر بهداشت و سلامت است (لوی، ۱۳۷۳، ص ۲۶۲).

اخلاق در واقع اساسی است برای تمایز بین درست و غلط و ابزاری است که افراد برای تصمیم‌گیری بر اساس ارزشهای فردی و حرفه‌ای از آن استفاده می‌کنند. بر اساس تعریف کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمانهای مراقبت بهداشتی<sup>۱۵۴</sup>، «اخلاق، شاخه‌ای از فلسفه است که با رویکردهای سیستماتیک به موارد اخلاقی از قبیل تمایز بین درست و غلط و عواقب اخلاقی اعمال انسان سروکار دارد». به عبارت دیگر اخلاق دربرگیرنده سیستمی از رفتارها، انتظارات و استانداردهای اخلاقی برای اعضاء یک حرفه است (جکسون، ۲۰۰۷، ص ۹). به نظر بناتار<sup>۱۵۵</sup> (۲۰۰۶)، اخلاق در برگیرنده استدلال در مورد بایدهای اخلاقی، آنچه باید انجام شود و آنچه نباید انجام شود، و در مورد درست بودن یا غلط بودن کارهاست (بناتار، ۲۰۰۶، ص ۱۷).

<sup>153</sup> Ethics

<sup>154</sup> Joint Commission on Accreditation for Health Care Organization (JCAHO)

<sup>155</sup> Benatar

از دید دیندر<sup>۱۵۶</sup> و چندلر<sup>۱۵۷</sup> (۱۹۹۰)، اخلاق یک رغبت مستقیم و متمرکز به ارزشهای مثبت انسانی و معانی آنهاست و همچنین رغبتی به اینکه ارزشها را از طریق انتخابهای درست مؤثرتر و واقعی تر سازیم. آنها ارزشها را به عنوان منابعی برای معنی دار ساختن زندگی می دانند (دیندر و چندلر، ۱۹۹۰، ص ۱۸). به گفته گرت و همکاران (۱۹۹۳)، اخلاق شاخه ای از فلسفه است که به دنبال تعیین درست یا غلط بودن اعمال انسان است.

در مطالعه علم اخلاق، فرد بایستی مفاهیم اخلاقی را به ویژگیهای فردی، ارزشها و اعتقادات ربط دهد. با این حال، چنین امری در برخی موقعیتهای کار آسانی نیست. تام بوشامپ<sup>۱۵۸</sup> و جیمز چیلدرس<sup>۱۵۹</sup> در سال ۱۹۷۰ (به نقل از جکسون، ۲۰۰۷)، چهار اصل را به عنوان چارچوبی برای بیان ارزشهای کلی که زیربنای قوانین اخلاقی هستند مطرح نمودند که عبارتند از: ۱) احترام به استقلال افراد<sup>۱۶۰</sup>، و احترام به تصمیم گیری آنان (۲) خودداری از آسیب رساندن<sup>۱۶۱</sup> (۲) نیکوکاری<sup>۱۶۲</sup> (۳) عدالت<sup>۱۶۳</sup>. گرت و همکاران (۱۹۹۳)، نیز همین چهار اصل اخلاقی را در کتاب خود مطرح نموده و توضیح داده اند. این اصول به عنوان خطوط راهنما برای عملکرد اخلاقی عمل می کنند. اصل مهم دیگر در این راستا راستگویی<sup>۱۶۴</sup> است که پزشک یا متصدی سلامت باید نسبت به بیمار و خانواده وی صادق باشد. رویکرد دیگری که در اخلاق مطرح می شود فایده گرایی یا سودمندگرایی<sup>۱۶۵</sup> است. در این رویکرد، استدلال اخلاقی بر اساس عواقب یک عمل یا کار صورت می گیرد. به این معنی که یک اقدام باید در برگیرنده بیشترین خوبی برای بیشترین تعداد افراد باشد. نکته اینجاست که در این رویکرد اصل استقلال فرد در نظر گرفته نمی شود و نکته مهم بهترین نتیجه برای کل جامعه است (جکسون، ۲۰۰۷، ص ۱۳). دیندر و چندلر (۱۹۹۰، ص ۴۰)، در راستای تعریف اخلاق، آن را در سه بعد مطرح کرده اند، واژه ها، اصول و موارد یا مشکلات. منظور از واژه ها، کلماتی هستند که هرروز استفاده شده و در بحث های اخلاقی معانی خاصی به خود اختصاص می دهند. موارد، همان موضوعاتی هستند که بر سر آنها اختلاف نظر وجود دارد. اصول اخلاقی در واقع مفاهیم فلسفی هستند که برای تحلیل مشکلات اخلاقی مورد استفاده قرار می گیرند و عبارتند از: استقلال (حق انتخاب و حق امتناع)، نیکوکاری (کار را خوب انجام دادن)، عدالت (درمان یکسان برای همه) (دیندر و چندلر، ۱۹۹۰، ص ۴۲).

<sup>156</sup> Depender

<sup>157</sup> Chandler

<sup>158</sup> Tom Beauchamp

<sup>159</sup> James Childress

<sup>160</sup> Respect for autonomy

<sup>161</sup> nonmaleficence

<sup>162</sup> beneficence

<sup>163</sup> justice

<sup>164</sup> veracity

<sup>165</sup> utilitarianism

تفاوت بین اخلاق و اخلاق زیست پزشکی<sup>۱۶۶</sup> چیست؟ اخلاق زیست پزشکی، مطالعه کاربردهای اخلاق در پژوهشهای زیست‌شناسی و پزشکی است به ویژه در پزشکی. چرا که یک جزء جدایی ناپذیر پزشکی پژوهش است و به دلیل سیاستها، اعمال و انگیزه‌ها بحث‌های اخلاقی متعددی را به دنبال دارد (جکسون، ۲۰۰۷، ص ۱۵).

## بخش ۲

## ۲-۲- دیدگاههای مختلف در مورد حرفه‌ای گری

حرفه‌ای گری شامل برخورداری از ویژگی "درست" یا "مطلوب" است که با ظهور حرفه‌ها به یک ضرورت تبدیل شده و به عنوان اولویت آموزشی تا به امروز باقی مانده است. بنابراین، این امر که حرفه سلامتی، منابع و انرژی قابل توجهی در بحث، تعریف، تدریس، ارزیابی و مدل سازی حرفه‌ای بودن سرمایه گذاری کرده است (گینزبورگ<sup>۱۶۷</sup>، ۲۰۰۲؛ وایت کومب، ۲۰۰۵؛ واگنر، ۲۰۰۷)، تعجب برانگیز نمی باشد.

جامعه شناسان با تکمیل پیچیدگی و نیرومندی حرفه‌ای بودن پزشکی، از طریق لنزهای مختلف، سالیان متمادی درباره آن مطالعه نموده‌اند و مطالبی به رشته تحریر در آورده‌اند. در سالهای اخیر، افراد زیادی بر این باورند که اگرچه موضوع حرفه‌ای بودن پزشکی به موضوعی بارز در اغلب مقالات، کتابها و کنفرانسها تبدیل شده است، اما اکثر این مباحثات مبتنی بر مفاهیم بسیار ساده می باشد. علاوه بر توجه به رفتار و طرز برخورد‌های مناسب، درک عمیق از حرفه‌ای بودن نیازمند توجه به ابعاد اجتماعی، سیاسی و اقتصادی این مفهوم در هر دو سطح فردی و سازمانی است. هدف در این قسمت، فراهم نمودن چارچوبی جامعه شناسانه و ارائه دیدگاههای مختلف پیرامون تفکر در مورد حرفه‌ای گری است.

## ۲-۲-۱- حرفه‌ای بودن به عنوان فهرستی از ویژگیها و رفتارها

در این دیدگاه حرفه‌ای گری با ویژگیها و مشخصاتی که یک فرد حرفه‌ای باید دارا باشد تعریف می‌شود. در دهه های ۱۹۲۰ و ۱۹۳۰، تحقیقات در مورد "حرفه" شامل، بررسیهای موردی بود که هدف آنها تعریف مشخصه ها یا ویژگیهایی بود که حرفه‌ای بودن در مشاغل خاص را مشخص می نمود. براساس این مطالعات، حرفه ها، بدنه های سازمان یافته متخصصانی بودند که در موارد خاص در راستای دانش تخصصی خود بکار گرفته می شدند و دارای سیستم های دقیق دستور العمل و تربیت بوده، و در هر دو جنبه دارای امتحانات و دیگر پیش نیازهای رسمی بودند. آنها معمولاً از کدهای رفتاری خاص تبعیت می کردند. تعاریف روشنی از آنچه رفتار حرفه‌ای در بردارد، دارای اهمیتی یکسان با اصول فردی بوده و مشخص کننده درستی هر شغل است که به عنوان حرفه شناخته می شود. از آنجا که اصول اعتماد و درستی افراد حرفه‌ای در جامعه در راستای عمل به ان شناخته شده است، ویژگی مورد انتظار بزرگتری از سوی جامعه که همان نوع دوستی می باشد، نقش اساسی در تعریف حرفه‌ای بودن را ایفاء می نماید (کروس، ۱۹۹۷).

<sup>167</sup> Ginsburg

رویکردهای آموزشی که با مفهوم حرفه‌ای بودن هم تراز می باشند، در برگیرنده انتخاب "نوع درست" یادگیرندگان، ایجاد استانداردهای تربیت، تعریف معیار صلاحیت، و ارزیابی تعاریف اخلاقی و رفتارهای عملکرد حرفه ای بودن می باشد. اگر چه چنین رویکردهائی، عناصر قابل اندازه گیری مرتبط با رفتار حرفه‌ای را تشریح می نماید، اما توجه کمی به ارتباط علمی در میان عناصر مختلف موجود در فهرست دارند. بنابراین، فهرست کیفیت ها، رفتارها و نقش ها دارای فقدان نیروی توصیفی در چگونگی تمرکز بر رفتارهای حرفه‌ای می باشد. علیرغم این محدودیت، رویکرد چک لیست در مورد عملکرد اجرائی افراد حرفه ای، دارای طرفدار می باشد و در اکثر دانشکده‌های پزشکی و سازمانهای حرفه‌ای بکار گرفته می شود (مارتیمیاناکیس<sup>۱۶۸</sup>، ۲۰۰۹، ص ۸۳۱).

### ۲-۲-۲- حرفه‌ای بودن با توجه به نقشی که در جامعه ایفاء می کند

این دیدگاه به جای ویژگیهای حرفه‌ای گری بر نقشی که افراد حرفه‌ای در جامعه ایفاء می کنند تأکید می نماید. در دهه های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰، گرایش "عمل گرایان اصولی" در میان جامعه شناسائی که بر نقش صورت گرفته توسط افراد و موسسات در ارتباط با عملکرد جامعه تأکید داشتند، از محبوبیت خاصی برخوردار بود. با استفاده از این دیدگاه، تعریف حرفه‌ای بودن گسترش یافت و در برگیرنده نقش حرفه‌ای ها در جامعه بود. برای مثال، پارسونز<sup>۱۶۹</sup> (به نقل از مارتیمیاناکیس، ۲۰۰۹)، بر این باور است که افراد حرفه‌ای "طبقه" بی طرف متخصصان می باشند که در قالب استانداردهای عمومی علم رفتار می کنند و به اهداف خاص متعهد می باشند.

تصویر معاصر این تغییر، حرکت از تعاریف خود محور به جامعه محور برای حرفه‌ای بودن است. حرفه‌ای بودن در نقش خود، توجهات را از ویژگی و رفتارهای افراد به نقش کلی افراد حرفه‌ای جلب می کند. فرض بر این است که افراد حرفه‌ای گروهها، بر طبق علائق عمومی رفتار می کنند و به همین دلیل رفتار آنها قانونی است و عملکردهایشان از سوی عموم و بدنه های حرفه‌ای موشکافی می شود. رفتارهای غیر حرفه‌ای از سوی هر یک از افراد، تأثیر بدی بر کلیت حرفه دارد و در نهایت منجر به فقدان باور عمومی و احتمالاً لغو و یا محدودیت وضعیت تنظیم شده حرفه از سوی دولت می گردد. بنابراین، مؤسسات حرفه‌ای به دانشجویان پزشکی که زندگی را وقف استانداردهای عالی و اطاعت صرف از کدهای اخلاقی و رفتار حرفه‌ای می کنند، علاقه مند می باشند. اگر این امر، موفقیت آمیز صورت بگیرد، علائق عمومی، و حرفه فردی و حرفه به عنوان کلیت ظهور می یابند (سویک، ۲۰۰۰).

اگر چه مفهوم نقش های اجتماعی، چارچوب بزرگتر را برای قرارگیری حرفه‌ای بودن فراهم می نماید، اما این رویکرد منجر به فرضیه مربوط به شیوه سازماندهی حرفه ها و نقش های آنها در جامعه می باشد.

<sup>168</sup> Martimianakis

<sup>169</sup> Parsones



برعکس، گروه متفاوت جامعه شناسان بر این باورند که توجه به هر نوع تعریف اصولی حرفه‌ای بودن (ویژگی محور، رفتار محور یا نقش محور) منجر به تاکید بیشتر بر کدهای رفتاری و از دست رفتن تاثیر زمینه، موسسات یا توجهات سیاسی، اقتصادی اجتماعی در ایجاد این تعاریف، می‌گردد. برخی جامعه شناسان بر این باورند که تعاریف به عنوان شیوه ای برای تامین امنیت قدرت حرفه ها در ارتباط با حالت خود و امتیاز انحصاری آن در بازار در رابطه با خدمات مراقبت سلامتی است و از قدرت خود در رابطه با دیگر حرفه ها و مشاغل دفاع می‌کند (مارتیمیاناکیس، ۲۰۰۹).

### ۲-۳- حرفه‌ای بودن به عنوان ساختار اجتماعی

در درهه ۱۹۵۰، هاگیز<sup>۱۷۰</sup> (به نقل از مارتیمیاناکیس، ۲۰۰۹)، اینگونه بیان می‌دارد "افراد حرفه‌ای ادعا می‌کنند که بهتر از دیگران درباره ماهیت موضوعات خاص می‌دانند، و بهتر از موکلان خود می‌دانند چه چیزی آنها را عقب می‌اندازد." وی از تطبیق فهرست مشخصه هائی که حرفه ها را از مشاغل دیگر متمایز می‌سازند، و یا نقش منحصر به فردی که حرفه‌ای‌ها در جامعه ایفاء می‌کنند به سمت بررسی چگونگی موقعیت برتر در تقسیم کار حرکت می‌کند. او بر روی فرآیند "حرفه‌ای بودن" تمرکز می‌کند و بر این باور است که افراد حرفه‌ای در زمینه‌های ارائه شده، در واکنش خود به نیازها، رفتار و توجهات خود به برخی از مردم نسبت به دیگران متمایز می‌باشند، و قدرت خود را برای تعریف قانونمندترین نیازهای جامعه، حفظ می‌نمایند و بنابراین توجهات و مراقبت‌های آنها ارزشمند است. اصلاح مطالعات حرفه و افراد حرفه‌ای به این شیوه، مشکل تعاریف و فهرست‌ها را کنار می‌گذارد و توجهات را به سمتی می‌کشاند که در آن هویت حرفه‌ای‌ها به صورت اجتماعی ساخته می‌شود و از طریق ساختار سازمانی مورد حمایت قرار می‌گیرد. او همچنین آغاز اکتشافات ابعاد سیاسی حرفه‌ای‌ها را مورد توجه قرار می‌دهد. با توجه به فعالیت‌های صورت گرفته از این دیدگاه، ژیرین<sup>۱۷۱</sup> (به نقل از مارتیمیاناکیس، ۲۰۰۹)، فرآیندی که افراد حرفه‌ای برای حفظ امتیاز خدمات خود بکار می‌برند، "مرزکاری"<sup>۱۷۲</sup> می‌نامد. برای مثال، متمایز ساختن تاریخی متخصصان زایمان از ماماها حدوداً بین سالهای ۱۹۰۰ و ۱۹۳۰ در ایالات متحده رخ داد. متخصصان زنان و زایمان، محیط کاری را با استفاده از ترکیب روشهایی که شامل ترغیب عموم مردم و دولت بر باور اینکه ماماها دارای قابلیت کافی نمی‌باشند، به طور موفقیت آمیزی قبضه نمودند، و مهارتهای خود را با زیردستان در تخصص علمی از طریق آموزش رسمی، تسهیم نمودند و بر روی انحصار طلبی رشته به دنیا آوردن نوزاد از طریق برنامه هائی که دارای مدرک دولتی می‌باشند سرمایه گذاری کردند. به طور جالبی، مرز کاری در این قلمرو، در حال پیشرفت می‌باشد. وضعیت ماماها بر خلاف متخصصان زنان و زایمان، مجدداً در کانادا

<sup>170</sup> Hughes

<sup>171</sup> Gieryn

<sup>172</sup> boundary work

تغییر یافت و اکنون ماماها پروژه های حرفه ای خود را که شامل گواهینامه های دانشگاهی در مورد تنظیمات دارای مجوز می باشند، خود سازماندهی می نمایند (مارتیمیاناکیس، ۲۰۰۹).

کوبرن<sup>۱۷۳</sup> (۱۹۸۳) نیز در همین راستا مطالب ذیل را ارائه نموده است: "..... در سراسر کانادا، پرستاران، عینک سازان، پزشکان، ماساژورها و روانشناسان به دنبال جایگاهی جدید در حرفه های پزشکی می باشند، و در این فرآیند در راستای جدا شدن از "تحت قلمرو محدوده پزشکی بودن" تلاش می کنند." بنابراین، پزشکی با کل مجموعه مشاغل به طور مداوم در ارتباط است. این درک از حرفه ای بودن، نگاهی بسیار متفاوت نسبت به عناصر و موارد موجود در آنها به همراه دارد. در هر حال، جامعه شناسان معتقد به این دیدگاه، در راستای درک رفتار حرفه ای، فعالیت هائی انجام می دهند که به اندازه اهداف سیاسی و اقتصادی سازمانهای حرفه ای و سازمانهای مراقبت پزشکی و تمرکز بر رفتارهای خاص و ویژگیهای فردی، مهم می باشد. علاوه بر این، آنها بر روی چگونگی تجربه کردن حرفه ای بودن، نه تنها توسط خود افراد حرفه ای بلکه توسط بیماران، خانواده های آنها و در مقیاس بزرگتر از سوی دیگر جوامع پزشکی، تمرکز می کنند (کوبرن، ۱۹۸۳).

#### ۲-۲-۴- حرفه ای بودن به عنوان وسیله ای برای کنترل اجتماعی

"پژوهشگران منتقد" مطالعه حرفه ای بودن را با تاکید بر ارتباط بین موضوعات قدرت و کنترل و بی عدالتی های اجتماعی مورد توجه قرار داده اند. برای مثال، لارسن<sup>۱۷۴</sup> (۱۹۷۷) (به نقل از مارتیمیاناکیس، ۲۰۰۹) بر این باور است که فرآیند حرفه ای بودن، وسیله کنترل "تولید دانش" می باشد. این امر از مبحث قسمت قبل (تعاریف حرفه ای بودن به عنوان وسیله ای که حرفه پزشکی از طریق آن، امتیاز انحصاری خود در مقابل دیگر حرفه های پزشکی را حفظ می نماید) فراتر است. در اینجا، "تولید دانش"، توجهات را به سمت توانائی حرفه برای تعریف و کنترل آنچه فرای مفاهیم اساسی گسترده مانند آنچه در برگیرنده سلامتی، بیماری و درمانی می باشد، جلب می کند. مهمترین موضوع مورد توجه، آنچه در برگیرنده حرفه ای بودن است نمی باشد، بلکه فردی است که قادر به تصمیم گیری در مورد تعریف و چرائی آن است. به عنوان مثال در رشته دندانپزشکی، ایدئولوژی جنسیتی و ارتباطات رشته در اواخر قرن نوزدهم و بیستم که از سوی رهبران این رشته مورد استفاده قرار گرفته است، نه تنها نقش های حرفه ای و ادعاهای اصولی آنها در مورد امتیاز حرفه ای را تعریف نموده است، بلکه ارتباط دندانپزشکان با بیماران و جامعه را نیز تعیین نموده و شکل بخشیده است. او بر این باور است که ویژگیهای فرهنگی مرتبط با طبقه متوسط هر دوره، برای ساخت آنچه به معنای دندانپزشک می باشد، مورد استفاده قرار می گیرد، و مهمتر از آن رسوم طبقه متوسط به طور گسترده در طول قرن بیستم، دست

<sup>173</sup> Couburn

<sup>174</sup> Larsan

نخورده باقیمانده است. فعالیت های مشابهی در تعدادی از رشته های حرفه ای سلامت صورت گرفته است که چگونگی سلسله مراتب حرفه ای، بی عدالتی های نهفته را نمایش می دهد. بر اساس دیدگاه هافرتی (۱۹۹۴) مدارس حرفه ای دارای "برنامه درس پنهانی" می باشند، که از طریق آن این مفاهیم انتقال داده می شود (هافرتی، ۱۹۹۴).

### ۲-۲-۵- جمع بندی دیدگاههای حرفه ای گری

با استفاده از رویکردهای ذکر شده، محققان سعی در ایجاد وضوح موارد پویائی دارند که از تعاریف خاص حرفه ای بودن حمایت می کنند. اگر بر روی رویکرد جامعه شناسان اخیر در مورد مطالعه حرفه ای بودن تمرکز کنیم، می توان به حرفه ای بودن نه تنها در قالب ساختار ثابتی که می تواند مجزا باشد و مورد ارزیابی قرار بگیرد، بلکه به عنوان امری که به صورت اجتماعی در تعاملات ایجاد شده است، بیندیشیم. اگر حرفه ای بودن به اندازه اولویت های اجتماعی، سیاسی و اقتصادی در مورد چگونگی تعامل حرفه ای با موکلان یا بیماران مورد توجه قرار بگیرد، بایستی دیدگاههای جامعه شناسانه بیشتری در برنامه درسی حرفه ای مورد توجه قرار گیرد.

بنابراین تدریس پیرامون حرفه ای بودن بایستی موارد زیر را روشن نماید:

ساختار حرفه ای بودن در مورد هویت پزشکان، اساسی است.

عواملی که در حرفه ای بودن دخیل می باشد، پایدار نمی باشند.

حرفه ای بودن، رابطه قدرت با ابعاد جنسیتی، نژاد و طبقه اجتماعی است.

عملکردهای حرفه ای بودن دارای پیامدهای بی انتها می باشد.

به طور مشابه، توجه به رویکرد ارزیابی که حرفه ای بودن را به عنوان صلاحیت گسسته و جانبی در نظر می گیرد نیز مهم می باشد. حرفه ای بودن، بیشتر در مورد رفتار فردی است تا اولویت های اجتماعی و سازمانی. توافق کلی درباره تعریف و ارزیابی حرفه ای بودن، اهمیت و ضرورت تحقیقی که بتواند در آموزش پزشکی سالیان متمادی پژوهش متفکرانه در مورد جامعه شناسی حرفه ها ارتباط برقرار کند را، مشخص می نماید (مارتیمیاناکیس، ۲۰۰۹).

## بخش ۳

## ۳-۲- جنبه‌های مرتبط با حرفه‌ای گری

## ۳-۳-۱- مقایسه حرفه‌ای گری در آموزش با حرفه‌ای گری در پزشکی

به طور تاریخی، تمرکز اولیه حرفه‌ای گری در آموزش بیشتر بر مدارس ابتدایی و متوسطه بوده است و به ندرت استانداردهای حرفه‌ای به نقش اساتید در دانشگاهها توجه داشته‌اند. با این حال باید گفت که حرفه‌ای گری در آموزش به تمام آموزش دهندگان در تمام مقاطع اشاره دارد. اما جا دارد اشاره شود که اساتید دانشگاه به ویژه در حرفه پزشکی هیچ آموزشی در راستای نحوه آموزش دادن دریافت نکرده‌اند (گلیکن و مرنشتاین، ۲۰۰۷، ص ۵۶).

مطالعه‌ای که توسط وزارت آموزش آمریکا در سال ۱۹۹۲ انجام گردید نشان دهنده اهمیت اساسی حرفه‌ای گری در آموزش بود. تئوری زیربنای حرفه‌ای گری در آموزش اشاره به این نکته دارد که حرفه‌ای گری ابزار موثری است برای پاسخگویی به نیازهای یادگیرندگان و بهبود کلی کیفیت آموزش. اما بسیاری از مفاهیمی که در مورد حرفه‌ای گری در پزشکی به کار می‌رود در مورد حرفه‌ای گری در آموزش نیز مصداق دارد. عقاید و رفتارهای مشترک در مورد مفهوم حرفه‌ای گری شامل این است که اعضاء حرفه دارای دانش مشترکی بوده و استانداردهای مشترکی را در عمل و در بکارگیری دانش خود در قبال مشتریان خود مورد استفاده قرار می‌دهند. علاوه بر این، افراد حرفه‌ای در پی این هستند که عملکرد خود را بهبود بخشند و در راستای گسترش پاسخگویی حرکت کنند. افراد حرفه‌ای همچنین در پی خلق روشهایی هستند که از طریق آن اطمینان حاصل کنند، افراد آن حرفه به شایستگی متعهد می‌باشند. در این راستا افراد حرفه‌ای از آمادگی و آموزش وسیعی برخوردار می‌شوند که جامعه بتواند اطمینان حاصل کند، افراد آن حرفه از دانش کافی و منش اخلاقی برخوردار هستند (گلیکن و مرنشتاین، ۲۰۰۷، ص ۵۶).

حرفه‌ای گری در تدریس دارای معیارهای مشخصی است از قبیل: داشتن عملکرد اجتماعی، برخورداری از دانش، برخورداری از استقلال در پرداختن به حرفه<sup>۱۷۵</sup>، برخورداری از استقلال جمعی<sup>۱۷۶</sup>، و کسب ارزشهای حرفه. از بین ارزشهای حرفه می‌توان به اولویت به ارتباط بین همکاران، و ارتباط با مشتریان اشاره نمود که با ارزشهای سایر حرفه‌ها مشترک است (هوسن و پوست لت وایت، ۱۹۹۴، ص ۶۰۹۵). نکته اینجاست که در حالیکه پزشکان به عنوان افراد حرفه

<sup>175</sup> Practitioner autonomy

<sup>176</sup> Collective autonomy

ای، از استانداردهای مشترکی در مورد به کارگیری دانش پزشکی خود برخوردارند، تنها تعداد معدودی از آنان آموزش رسمی برای یادگیری دانش، مهارت و نگرش لازم برای امر تدریس دریافت کرده‌اند. بسیاری از مؤسسات برای پژوهش اهمیت زیادی قائل هستند اما در مورد شایستگی‌ها یا کمبودهای آموزش کم توجهی می‌کنند. بنابراین باید به حرفه‌ای سازی اساتید به عنوان معلم توجه کافی مبذول داشت، حرفه‌ای سازی که اغلب با ارزشها و رفتارهای حرفه‌پزشکی تداخل دارد اما کماکان دانش و مهارت متمایز خود را خواهد داشت. همانطور که قبلاً به آن اشاره شده است، مفهوم حرفه‌ای گری یک مفهوم چند بعدی و پیچیده است. این پیچیدگی زمانی که به تفاوتها و تشابهات حرفه‌ای گری در آموزش و حرفه‌ای گری در پزشکی توجه کنیم بیشتر می‌شود. جداول ۱-۲ و ۲-۲ به مقایسه این تشابهات و تفاوتها پرداخته است. این دو جدول به مقایسه پنج نوع رابطه در هر دو نوع حرفه‌ای گری پرداخته است.

جدول ۱-۲- دیدگاه سیستمی به حرفه‌ای گری در حرفه پزشکی

ارتباط	تعامل
پزشک با بیمار	تعامل بین پزشک و بیمار برای کسب و حفظ سلامت بیمار
پزشک با جامعه	قرارداد بین پزشک و اجتماع: پزشک قابل اطمینان و پاسخگو باشد
پزشک با سیستم بهداشتی درمانی	تعامل بین پزشکان و دیگران در یک سیستم بهداشتی درمانی
پزشک با پزشک	تعاملات بین پزشکان و همکارانشان در ارائه مراقبت، فراهم نمودن مشاوره و عضویت در گروهها و انجمن‌های حرفه‌ای
پزشک با خودش	تأمل و ارزیابی رفتار خود و مراقبت از نیازهای فردی خود

منبع: گلیکن و مرنشتاین (۲۰۰۷)

ارتباط	تعامل
استاد با دانشجو	تعامل بین استاد دانشجو به منظور حفظ و ارتقاء سلامت بیمار
استاد با جامعه	قرارداد اجتماعی بین استاد و اجتماع تا قابل اطمینان و پاسخگو باشد
استاد با سیستم آموزش پزشکی	تعامل بین استاد و دیگران در یک سیستم آموزش پزشکی
استاد با استاد	تعاملات بین اساتید و همکارانشان در توسعه و ارتقاء تعالی در آموزش پزشکی، ارائه مشاوره و عضویت در انجمن‌های علمی
استاد با خودش	تأمل و ارزیابی رفتار خود و مراقبت از نیازهای فردی خود و تداوم آموزشهای خود

جدول ۲-۲- دیدگاه سیستمی به حرفه‌ای گری در آموزش دهنده پزشکی

منبع: گلیکن و مرشتاین (۲۰۰۷)

همانطور که قبلاً اشاره گردید، اساتید پزشکی، اغلب آموزش را از طریق آزمون و خطا و در طول کارکردن یاد می‌گیرند. در واقع دانشجویان آنها بهترین معلمان آنها هستند. گلیکن و مرشتاین (۲۰۰۷) معتقدند که هیچ راه آسانی برای غلبه بر این مشکل پیچیده وجود ندارد و نمی‌توان اساتید را در طول یک شب به آموزش دهندگان توانا تبدیل نمود. دانشجویان مشاهده گرانی هستند که از نزدیک، آنچه اساتید می‌گویند و آنچه را که انجام می‌دهند، مشاهده می‌کنند و تعاملاتی که اساتید با دانشجویان و بیماران دارند بر آنها تأثیرگذار است. بنابراین شاید لازم باشد، حرفه‌ای گری در آموزش و حرفه‌ای گری در پزشکی همزمان در پزشکانی که نقش استاد را نیز ایفا می‌کنند مورد بررسی و بازتعریف قرار گیرد.

### ۲-۳-۲- نقش چند گانه اساتید در دانشگاه

یک استاد دانشگاه، در دانشگاه نقش و هویت یک معلم را دارد اما بیرون از دانشگاه هویت وی متخصص در یک رشته یا یک موضوع است. این هویت دو گانه حرفه‌ای به طور فزاینده‌ای مشکل تر خواهد شد چه در سطح عملکرد حرفه ای و چه در سطح ساختار سازمانی. با افزایش جذب دانشجو به دانشگاهها، نیاز به تغییر در برنامه‌های درسی احساس شده و متعاقب آن از اساتید انتظار می‌رود که برنامه‌ریزان خلاق نیز باشند. علاوه بر این، به منظور جذب بودجه‌های

خارجی در فرهنگ رقابتی پژوهش، از اساتید انتظار می‌رود که پژوهشگران متبحری نیز باشند (نیکولس، ۲۰۰۱، ص ۷۸). این نقش‌های چندگانه می‌تواند خود به عنوان تهدیدی برای حرفه‌ای‌گری قلمداد گردد.

ساش (۲۰۰۳) به عنوان تعریف قدیم از حرفه‌ای‌گری در معلمان، سه حیطه را در حرفه‌ای‌گری معرفی می‌کند که عبارتند از دانش، استقلال<sup>۱۷۷</sup> و مسئولیت. از دید وی حرفه‌ای‌گری یا پروفشنالیسم دارای دو جنبه تکنیکی و اخلاقی است. منظور از جنبه تکنیکی، برخورداری از عملکرد شایسته و مهارت در کار است که لازمه آن داشتن دانش وسیع و پیچیده است که در تحصیلات دانشگاهی بدست می‌آید. از نظر اخلاقی، عملکرد معلمی با هدف خدمت به جامعه و پاسخ به نیازهای آن هدایت می‌شود (ساش، ۲۰۰۳، ص ۱۰). اما به علت تغییرات سریع در جامعه و متعاقب آن در یادگیرندگان، همچنین افزایش دسترسی به دانش جدید از طریق تکنولوژی ارتباطات و اطلاعات، تعریف جدیدتری از حرفه‌ای‌گری در معلمی نیاز است که بیشتر نگاهی به بیرون داشته باشد تا درون سیستم. باتری<sup>۱۷۸</sup> در ۱۹۹۶ (به نقل از ساش، ۲۰۰۳)، اظهار می‌دارد که حرفه‌ای‌گری باید شامل تخصص (برخورداری از دانش و مهارت)، از خودگذشتگی (یک ویژگی اخلاقی نسبت به مشتریان سیستم) و استقلال (حق کنترل عضویت در حرفه و ادامه آن) باشد. که ویژگی از خودگذشتگی آن را از تعاریف قبلی در مورد حرفه‌ای‌گری متمایز می‌سازد (ساش، ۲۰۰۳، ص ۱۳).

گلیکن و مرنشتاین (۲۰۰۷)، معتقدند که نقش دوگانه اساتید پزشکی هم به عنوان یک فرد با حرفه‌پزشکی و هم یک فرد به عنوان آموزش دهنده، مستلزم نگاه دقیق‌تر متخصصین آموزش پزشکی به تأثیری است که برنامه‌درسی پنهان در این نقش‌ها می‌تواند داشته باشد.

### ۲-۳-۳- تهدیدهای متوجه حرفه‌ای‌گری

کوهن (۲۰۰۶) معتقد است که پزشکان به مرور در حال فراموش کردن تعهد اصلی خود به عنوان افرادی که به حرفه پزشکی می‌پردازند هستند. همانطور که قبلاً اشاره گردید، مفهوم اصلی حرفه‌ای‌گری، تقدم منفعت بیمار به منافع فردی است. لازمه احراز چنین ویژگی، غلبه بر چالشهای دشواری است که کمترین آن ماهیت خود انسان است. پژوهشهای علوم اجتماعی نشان داده است که انسان‌ها، مانند سایر موجودات زنده در پی منافع فردی خود هستند. حتی زمانی که افراد تلاش می‌کنند از چنین ویژگی پرهیز نمایند، قضاوت آنها به طور ناخودآگاه و غیرعمد تحت تأثیر چنین ویژگی قرار می‌گیرد. برای غلبه بر چنین تمایل درونی، نیاز به تأثیرات قوی اجتماعی است (دانا<sup>۱۷۹</sup> و لونشتاین<sup>۱۸۰</sup>، ۲۰۰۳).

<sup>177</sup> autonomy

<sup>178</sup> Bottery

<sup>179</sup> Dana

<sup>180</sup> Loewenstein

پزشکان معمولاً در ترکیب چنین مانع درونی با نیاز به برآورده کردن انتظارات حرفه‌ای گری، خود را با شرایطی مملو از اغوا و وسوسه مواجه می‌بینند. کوهن (۲۰۰۶) معتقد است سهولتی که پزشکان می‌توانند تحت پوشش احترام و موقعیت خود، تصمیماتی در راستای منافع فردی خود بگیرند، به مراتب از هر اقدام دیگری در زندگی بیشتر است. به عنوان مثال، خلوت بودن اتاق معاینه، میزان تفاوت بین قدرت و نفوذ پزشک و بیمار، و تعداد قابل توجهی از موقعیتهای اغواکننده مالی می‌تواند به عنوان عاملی برای تصمیمات غیرحرفه‌ای باشد.

علاوه بر موارد ذکر شده در بالا، یک سری واقعیت‌های زمان معاصر نیز می‌تواند به عنوان عوامل تهدید کننده حرفه ای گری محسوب شود. به عنوان مثال، اگر پزشکان قدیمی‌تر، به دلیل احترام و موقعیت حرفه‌پزشکی آن را انتخاب می‌کردند و ترجیح می‌دادند با این انتخاب خود رئیس خود باشند، چنین انتظاری برای بسیاری از پزشکان، به دلیل محدودیتهای جوامع امروزی بی نتیجه مانده است. به عنوان مثال اجبار برای تطابق با بسیاری از تغییرات بعضاً ناخوشایند، باعث می‌شود پزشکان احساس کنند انتظاراتی که آنان در بدو ورود به پزشکی داشته‌اند برآورده نشده است. چنین انتظارات برآورده نشده و ناکامی حاصل از آن موجب ناامیدی شده و در نتیجه پایبندی به تعهدات حرفه‌ای گری را مشکل می‌سازد (کوهن، ۲۰۰۶).

یکی از دیگر تهدیدها به حرفه‌ای گری، تعارض بین نقش آموزش و مراقبت است. زمانیکه دانشجویان توسط اساتید مجبور می‌شوند که بین نقش یادگیرنده و نقش مراقبت کننده یکی را انتخاب کنند، حرفه‌ای گری مورد تهدید قرار می‌گیرد (هیگز<sup>۱۸۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). بیشتر خطاهایی که در حرفه‌ای گری رخ می‌دهد و توسط دانشجویان گزارش شده است در ۳ دسته قرار می‌گیرد: تعارض بین آموزش و مراقبت از بیمار، پیشی گرفتن مسئولیت حرفه‌ای بر توانمندی، و مراقبت از بیمار با کیفیت زیر استاندارد (هیگز و همکاران، ۲۰۰۱).

مانع دیگری که به وسیله پزشکان امروز بر سر راه حرفه‌ای گری تجربه می‌شود، ورود تجارت به حرفه پزشکی است. اخلاق دنیای تجارت، تهدید کننده اخلاق حرفه‌ای گری است (کوهن، ۲۰۰۶). حتی با مقایسه واژه‌هایی که در این دو بکار رفته به آسانی می‌توان تفاوت اساسی بین تجارت و پزشکی را متوجه شد. حرفه‌ای که به جای اطمینان از اینکه افرادی که به آنان خدمت می‌کند مورد اولویت هستند و بهزیستی آنان حفظ می‌شود، به موارد دیگری اولویت بدهد، فقط نام حرفه را به دوش می‌کشد. پزشکان اگر آگاهانه یا ناآگاهانه این دیدگاه را بپذیرند که پزشکی فقط یک شغل است مانند مشاغل دیگر، و بر اساس این دیدگاه عمل کنند در واقع هویت خود به عنوان افراد حرفه‌ای را دچار خدشه نموده‌اند. چالشی که پزشکان در محافظت از سیستم‌های ارزشی حرفه‌ای گری از قبیل رابطه بین پزشک و بیمار در برابر تجارت با آن مواجه هستند، با خدمتی که تجارت به سیستم مدیریتی پزشکی می‌کند، روز به روز مشکل تر می‌شود.



تکنیک‌های تجارت توانسته‌اند در بهبودی ارائه خدمات پزشکی کمک‌های شایانی بنمایند اما این کمک‌ها نمی‌تواند توجیهی برای جایگزین کردن اخلاق تجارت به جای اخلاق حرفه‌ای گری باشد (کوهن، ۲۰۰۶).

یکی دیگر از تهدیدهای حرفه‌ای گری، فشار از طرف همکاران است. پایبند بودن همکاران به اصول حرفه‌ای گری می‌تواند به عنوان عامل تقویت کننده برای سایر همکاران باشد. عکس این حالت هم صادق است. اگر یکی از همکاران بیمارستانی به طور مکرر استانداردهای حرفه‌ای گری را زیر پا بگذارد، قبح این کار شکسته شده و دیگران وقتی می‌بینند یک عمل ضد حرفه‌ای را همه انجام می‌دهند، آنها هم مانعی برای انجام عمل مشابه نمی‌بینند. کوهن (۲۰۰۶) معتقد است که موارد گزارش شده از رفتارهای غیر حرفه‌ای در بین پزشکان رو به فزونی است که به طور ضمنی مجوزی برای سایر پزشکان خواهد بود که اصول حرفه‌ای خود را زیر پا بگذارند.

تأثیر مشابهی می‌تواند در مورد دانشجویان وجود داشته باشد. دوئن (۲۰۰۶) معتقد است که تجارب منفی از رفتارهای حرفه‌ای، استرس‌های غیر ضروری در محیط‌های بیمارستانی، و تهدید و تحقیر دانشجویان موارد شایعی هستند که می‌توانند عوارضی هم برای دانشجویان و هم برای بیماران به دنبال داشته باشند. نکته اینجاست که زمانیکه دانشجویان چنین موارد و مشکلاتی را مطرح نمی‌کنند، این خطر را خواهد داشت که چنین مواردی را مجاز می‌دانند و در آینده ممکن است مرتکب رفتارهای غیر حرفه‌ای شوند (دوئن، ۲۰۰۶، ص ۲۹۶).

## بخش ۴

## ۲-۴- نقش دانشگاههای علوم پزشکی در حفظ و ارتقاء حرفه‌ای گری

با در نظر گرفتن تهدیدهای موجود بر سر راه حرفه‌ای گری در پزشکی، و لزوم مقابله با این تهدیدها برای حفظ استانداردهای حرفه‌ای گری، دانشگاههای علوم پزشکی مسئولیت بزرگتری در قبال جامعه به عهده خواهند داشت که اطمینان حاصل کنند نسل آینده پزشکان از توان کافی برای مقابله با این تهدیدات برخوردار هستند. برای مقابله با چنین تهدیداتی، کوهن (۲۰۰۶) معتقد است که دانشکده‌های پزشکی و بیمارستانهای آموزشی باید در سه حیطه کار کنند:

- ❖ بهبود فرایندهای گزینش دانشجویان پزشکی
  - ❖ بهبود آموزش رسمی دانشجویان
  - ❖ پاکسازی محیط‌های آموزشی از عملکردهای غیر حرفه‌ای
- در اینجا به شرح مختصری از هر کدام پرداخته می‌شود.

## ۲-۴-۱- بهبود فرایند گزینش دانشجویان پزشکی

با توجه به اینکه عملاً تمام دانشجویانی که به دانشکده پزشکی وارد می‌شوند به جز موارد نادری، همگی فارغ التحصیل خواهند شد، پذیرش به دانشکده پزشکی معادل خواهد بود با پذیرش به حرفه پزشکی. کمیته‌های پذیرش دانشجویان در کشورهای خارج، و کنکور در کشور ایران، فقط بر جنبه‌های دانشی افراد برای پذیرش به این رشته تأکید دارند. این که تعداد بسیار کمی از دانشجویان پزشکی در برخورد با حجم وسیع محتوای درسی و امتحانات مشکل و پیچیده دوره پزشکی، با مشکل مواجه می‌شوند، دلیل این است که معیارهای ورود از نظر دانشی مشکلی نداشته است. در آمریکا، آزمون پذیرش به کالج پزشکی (MCAT<sup>182</sup>)، در پیشگویی توانایی دانشجویان در کسب دانش علمی که برای پرداختن به پزشکی مدرن مبتنی بر شواهد لازم و ضروری است، موفق بوده است. اما در مقابل، ابزارهای معتبر بسیار کمی برای پیشگویی ظرفیت دانشجویان در ایجاد و تقویت شخصیتی متناسب برای پرداختن به حرفه پزشکی و کسب ویژگیهای حرفه‌ای گری وجود دارد. محدود بودن چنین ابزارهایی، باعث شده است که کمیته‌های جذب دانشجویان در کشورهای دیگر، بر این نکته تأمل کنند که به جای توجه به ویژگیهای غیر شناختی که بیشتر نشان دهنده ظرفیت بالقوه یک دانشجویان برای تبدیل شدن به «یک پزشک خوب» است، به ویژگیهای شناختی و دانشی تأکید بیش از حد داشته‌اند. برای پاسخگویی به این مشکل، برخی دانشگاهها، حداقل نمره‌ای برای آزمون دانشی که نشان‌دهنده آمادگی کافی آنان

<sup>182</sup> Medical College Admission Test

باشد، در نظر می گیرند و سپس تمام متقاضیانی که این حداقل نمره را کسب کرده اند از نظر شخصیتی و ویژگیهای لازم مورد ارزشیابی قرار می دهند. مثالهایی از چنین ارزشیابی عبارتند از بررسی اظهارات شخصی که دانشجو در فرم تقاضانامه خود در قسمت در نظر گرفته شده مرقوم نموده است، استفاده از مصاحبه کنندگان آموزش دیده، و بهره گیری از سناریوهای طراحی شده در حین مصاحبه ها. (کمیته همکاری در آموزش پزشکی<sup>۱۸۳</sup>، ۲۰۰۵).

## ۲-۴-۲- بهبود آموزش در حرفه ای گری

دانشکده های پزشکی موظف هستند که اطمینان حاصل کنند برنامه های آموزشی طراحی شده آنان، به طور آشکاری در پرورش و ایجاد ویژگیهای حرفه ای گری در دانشجویان نقش دارد. به عبارت دیگر، پرورش ویژگیهای حرفه ای گری باید جزو اهداف آموزشی دانشکده پزشکی قرار گیرد. کروس (۲۰۰۵)، معتقد است که در این راستا، نقش حیاتی آموزش اساتید نباید دست کم گرفته شود. در حالیکه تأکید می شود که برنامه درسی پنهان و غیر رسمی، نقش مهمی در انتقال ویژگیهای حرفه ای گری به دانشجویان دارند، از نقش عناصر برنامه درسی آشکار در ارتقاء حرفه ای گری در دانشجویان نباید غافل شد. دانشکده های پزشکی به طور فزاینده ای آموزش رسمی حرفه ای گری هم در رابطه با ارزشهای حرفه ای و هم در رابطه با منطق شناختی حفظ و ارتقای حرفه ای گری را در برنامه درسی پزشکی خود تلفیق نموده اند. تعدادی از دانشکده های پزشکی دروس ویژه ای در ارتباط با حرفه ای گری را در برنامه درسی ۴ ساله خود در نظر گرفته اند از قبیل دانشکده پزشکی دانشگاه ایندیانا<sup>۱۸۴</sup>، دانشکده پزشکی دانشگاه مک گیل<sup>۱۸۵</sup>، دانشکده پزشکی سانفرانسیسکو، دانشگاه کالیفرنیا<sup>۱۸۶</sup> و دانشکده پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا<sup>۱۸۷</sup> (کوهن، ۲۰۰۶). برخی از دانشکده های پزشکی برای جبران کمبود تجارب بالینی دانشجویان در ۲ سال اول، تیم های یادگیری گروه کوچک را در طول برنامه درسی در نظر گرفته اند (بن باسات<sup>۱۸۸</sup>، ۲۰۰۵). چنین رویکردی، اساتید را قادر می سازد که اصول یادگیری بزرگسالان را که عبارتند از: پاسخ به نیاز یادگیرندگان، یادگیری با محوریت زندگی، یادگیری خودراهبر، و انعطاف پذیری در قبال سبک های مختلف یادگیری، بکار گیرند. این گروه های کوچک یادگیری به صورت تپیک به یادگیری ارتباط بین پزشک و بیمار، حساسیت فرهنگی و مهارتهای ارتباطی می پردازند (کوهن، ۲۰۰۶، ص ۶۱۱).

سایر مثالها در ارتباط با اجراء برنامه درسی آشکار که بر حرفه ای گری تمرکز دارند، عبارتند از: دروسی در تاریخچه پزشکی با تأکید بر تحول در مفهوم حرفه ای گری، بحث های مبتنی بر مورد در گروه های کوچک در مورد

<sup>183</sup> Liaison Committee on Medical Education

<sup>184</sup> Indiana University School of Medicine

<sup>185</sup> McGill University Faculty of Medicine

<sup>186</sup> University of California San Francisco School of Medicine

<sup>187</sup> University of Pennsylvania School of Medicine

<sup>188</sup> Benbasat

رفتارهای حرفه‌ای و رفتارهای غیرحرفه‌ای، سمینارهای تحلیلی بر نوشتارهای علوم انسانی، موقعیتهایی که دانشجویان بیماران مزمن را در طول تحصیل پیگیری می‌کنند با تأکید بر ارتباط بین پزشک و بیمار، و موقعیتهایی که دانشجو در فعالیتهای اجتماعی که در آن مسئولیتهای حرفه‌ای گری پررنگ است، شرکت می‌کنند (اتول<sup>۱۸۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

آموزش رسمی حرفه‌ای گری همچنین در دوره‌های تخصصی پزشکی از اهمیت برخوردار است. در واقع، حرفه ای‌گری یکی از ۶ شایستگی است که توسط شورای اعتباربخشی آموزش پزشکی تخصصی (ACGME<sup>۱۹۰</sup>) برای دستیاران رشته‌های تخصصی پزشکی به منظور فارغ‌التحصیلی لازم شمرده شده است. سایر شایستگیها عبارتند از: مراقبت از بیمار، دانش تخصصی، مهارتهای ارتباطی و بین فردی، یادگیری مبتنی بر تمرین، و عملکرد مبتنی بر سیستم (شورای اعتباربخشی آموزش پزشکی تخصصی، ۲۰۰۶).

### ۲-۴-۳- حذف محیط‌های یادگیری از رفتارهای غیرحرفه‌ای

به منظور موفقیت واقعی آموزش پزشکی در گسترش حرفه‌ای‌گری، باید ابتدا به اصلاح عملکردهای موجود پردازد که خود بخش مهمی از مشکل است. دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی باید محیط‌های یادگیری ایجاد کنند که انعکاس دهنده والاترین ویژگیهای پزشکی باشد. همانطور که بارها به آن اشاره گردیده، متخصصین آموزش پزشکی، برنامه درسی پنهان را قوی‌ترین راه انتقال ارزشهای حرفه‌ای‌گری می‌دانند (هایدت، ۲۰۰۵؛ کوهن، ۲۰۰۶؛ هافرتی، ۱۹۹۴). در واقع آنچه دانشجویان در سر کلاسهای درس می‌شنوند، ماندگارترین تأثیر را ندارد بلکه آنچه که در طی تجارب روزمره خود از اساتید، دستیاران و سایر دانشجویان می‌بینند بر نگرش و درک آنان در مورد انتظارات واقعی از حرفه تأثیر گذار است (هافرتی، ۱۹۹۵). کوهن (۲۰۰۶) معتقد است که متأسفانه آنچه دانشجویان اغلب در محیط‌های آموزشی امروزی تجربه می‌کنند به طور زننده‌ای غیرحرفه‌ای است. به عنوان مثال، هر زمان که دانشجویی شاهد این است که استادش به بیمار بی‌احترامی می‌کند، رفتار نامناسبی با پرستار دارد، از دستیار خود سؤاستفاده می‌کند، برای یک شرکت خصوصی تبلیغ می‌کند یا هر نوع رفتار غیر حرفه‌ای دیگر بروز می‌دهد، تعهد او به ارزشهای پزشکی کم‌رنگ‌تر می‌شود (کوهن، ۲۰۰۶، ص ۶۱۲). به منظور یاری رساندن به بیمارستان آموزشی در بهبود محیط‌های یادگیری خود، انجمن آمریکایی کالج‌های پزشکی<sup>۱۹۱</sup>، معاهده‌هایی را برای ارتقاء محیط‌های آموزشی بیمارستان‌ها هم در مقطع عمومی و هم در مقطع تخصصی ارائه نمود. این پیمان‌نامه‌ها حاصل مشاوره با تعداد زیادی از فارغ‌التحصیلان پزشکی تدوین گردید و در آن ۱۰ تعهد که باید از سوی اساتید و دستیاران آنها سپرده شود مطرح شده است. به عبارت دیگر

<sup>189</sup> O'Toole

<sup>190</sup> Accreditation Council for Graduate Medical Education

<sup>191</sup> American Association of Medical Colleges

اساتید و دستیاران باید در قبال هم متعهد شوند که محیط‌های یادگیری برای پرورش تعالی آکادمیک ایجاد کنند، بالاترین استانداردهای حرفه را بکار گیرند و از ارائه مراقبت با کیفیت و با ایمنی بالا اطمینان حاصل کنند.

در واقع دانشکده‌های پزشکی و بیمارستانهای آموزشی موظف هستند که محیطی که دانشجویان و دستیاران هویت حرفه‌ای خود را در آن کسب می‌کنند انعکاس دهنده بالاترین استانداردهای حرفه باشد. موارد متعددی مانند استفاده از اساتیدی که می‌توانند به عنوان الگو باشند، حذف تبلیغات شرکت‌های دارویی از محیط‌های بیمارستانی، تشویق مواردی از رفتارهای شایسته در بخشهای بیمارستان، برگزاری مراسم روپوش سفید و سایر مراسم سمبولیک، می‌توانند در ارتقاء محیط‌های آموزشی مؤثر باشند (کوهن، ۲۰۰۶، ص ۶۱۳).

## بخش ۵

## ۲-۵- ارزشیابی حرفه ای گری

از آنجا که ارتقاء حرفه‌ای گری یکی از اهداف هر دانشکده پزشکی است، یک عنصر اساسی در این راستا ارزشیابی حرفه‌ای گری خواهد بود (ون دو کمپ و همکاران، ۲۰۰۶، ص ۴۳). اگر چه ابزارها و روشهای متنوع و مختلفی در مطالعات مختلف برای ارزشیابی حرفه‌ای گری طراحی و پیشنهاد شده‌اند (لینچ<sup>۱۹۲</sup>، ۲۰۰۴؛ آرنولد<sup>۱۹۳</sup>، ۲۰۰۲؛ گینزبورگ، ۲۰۰۰)، این تنوع و تعداد روشها نشانگر این است که ارزشیابی حرفه‌ای گری کار ساده و بی‌دردسری نیست. هاوکینز<sup>۱۹۴</sup> و همکاران (۲۰۰۹) نیز معتقدند که با وجود مشخص شدن حیطه‌های کلی و اختصاصی در حرفه‌ای گری، روندهای ارزشیابی آنها هنوز به خوبی شکل نگرفته است. آرنولد در مطالعه خود راجع به ارزشیابی حرفه‌ای گری به این نتیجه رسید که ارزیابی معتبر حرفه‌ای گری مستلزم ۳ مورد اساسی است که مد نظر قرار گیرد. اول اینکه چه چیزی باید مورد ارزشیابی قرار گیرد؟ دوم اینکه، چگونه باید ارزشیابی انجام شود؟ و سوم اینکه اصلاً چرا باید ارزشیابی انجام شود؟ بنابراین برای ساخت یک ابزار مناسب برای ارزشیابی حرفه‌ای گری باید به این سه سؤال پاسخ گفت. آرنولد در پاسخ به سؤال اول، ابزارهایی را معرفی کرده که عناصر مجزایی از حرفه‌ای گری را مورد ارزیابی قرار می‌دهند و در مقابل ابزارهایی را مشاهده نمود که حرفه‌ای گری را به عنوان یک هویت جامع ارزیابی می‌کنند. در پاسخ به سؤال دوم در مورد چگونگی ارزیابی حرفه‌ای گری، گینزبورگ و همکارانش، نکته اساسی در ارزیابی حرفه‌ای گری را ارزیابی رفتار می‌دانند (گینزبورگ و همکاران، ۲۰۰۲؛ گینزبورگ و همکاران، ۲۰۰۰). زیرا حرفه‌ای گری وابسته به زمینه‌است و از آنجا که وابسته به ارزشهاست با افعال رفتاری راحت‌تر سنجیده می‌شود. بنابراین با استفاده از واژه‌های مربوط به رفتار به فهم بهتر و واقع‌بینانه‌تری از رفتار حرفه‌ای می‌توان دست یافت. در پاسخ به سؤال سوم که در واقع هدف ارزشیابی حرفه‌ای گری است، باید مشخص نمود که آیا هدف قضاوت در مورد دانشجویان است یا هدایت آنها برای رسیدن به وضع مطلوب. از دید ون دو کمپ (۲۰۰۶)، با توجه به وضعیت موجود در پژوهش پیرامون حرفه‌ای گری، هنوز برای ارزشیابی از نوع تراکمی زود است و باید بیشتر بر ارزشیابی از نوع تکوینی تمرکز نمود.

از دید کوهن (۲۰۰۶) تنها با تدوین و اجرای اندازه‌گیریهای معتبر از ویژگیهای حرفه‌ای گری است که می‌توانیم عملکرد دانشجویان و دستیاران را در این راستا ارتقاء بخشیم. علاوه بر این، تنها با پاسخگو نگهداشتن دانشجویان و

<sup>192</sup> Lynch

<sup>193</sup> Arnold

<sup>194</sup> Hawkins

دستیاران در قبال ویژگیهای حرفه‌ای گری از طریق ارزشیابی‌های صحیح و جامع است که می‌توانیم آنها را وادار نماییم اولویت بالایی برای نائل شدن به استانداردهای حرفه‌ای گری قائل شوند (کوهن، ۲۰۰۶، ص ۶۱۳).

از دید ولوسکی<sup>۱۹۵</sup> (۲۰۰۵) متأسفانه، حرفه‌ای گری، از مشکل‌ترین حیطه‌ها در میان شایستگی‌های یک پزشک، برای ارزشیابی است. اگرچه رویکردهای زیادی برای ارزشیابی حرفه‌ای گری در دست بررسی است، هنوز هیچ اندازه‌گیری معتبر و پایایی از نظر ویژگیهای روانسنجی برای اندازه‌گیری حرفه‌ای گری وجود ندارد. با این حال باید گفت اطلاعات مفیدی در اثر مشاهده در طول زمان می‌توان بدست آورد. در واقع آموزش دهندگان، ارزشیابی‌های تکوینی و تراکمی را همراه با خود-ارزیابی و خود-تأملی<sup>۱۹۶</sup> به کار گرفته‌اند، تا بازخورد مناسب و کافی در مورد رفتارهای حرفه‌ای و پیشرفت دانشجویان در این حیطه به آنان ارائه دهند (ولوسکی، ۲۰۰۵).

رویکردهای متعددی در ارزشیابی حرفه‌ای گری به کار گرفته شده است که مهمترین آنها عبارتند از: ارزشیابی از طریق همکار<sup>۱۹۷</sup>، از مون بالینی ساختارمند عینی<sup>۱۹۸</sup> (OSCE)، مشاهده مستقیم توسط اساتید<sup>۱۹۹</sup>، گزارش موارد حاد<sup>۲۰۰</sup>، و پورت فولیو توسط یادگیرندگان<sup>۲۰۱</sup> که موجب تسهیل روند خود-تأملی دوره‌ای<sup>۲۰۲</sup> می‌شود. در اینجا به شرح مختصری از هر کدام از این رویکردها پرداخته می‌شود.

## ۲-۵-۱- ارزشیابی توسط همکار

استفاده از همکاران یا یاران آموزشی چه بدون نام و به صورت محرمانه و چه به صورت آشکار برای ارزشیابی ویژگیهای حرفه‌ای گری می‌تواند دیدگاه با ارزشی در این راستا فراهم نماید. یاران آموزشی یا همکاران، به طور مکرر با همدیگر به صورت خودکار و از پیش آماده نشده، در تماس بوده و هیچ ارجحیتی بر همدیگر ندارند و در یک سلسله مراتب شغلی قرار دارند. بنابراین به نظر می‌رسد همکاران نسبت به اساتید در موقعیت مناسب‌تری جهت مشاهده و ارزشیابی ویژگیهای حرفه‌ای گری باشند. این ویژگیها از قبیل قبول مسئولیت، برقراری ارتباط مؤثر، احترام به بیماران و سایر همکاران شغلی، و حتی از خودگذشتگی می‌باشند. همانطور که آرنولد (۲۰۰۲) معتقد است، این ارتباط بدون سلسله مراتبی (در یک سطح از سلسله مراتب)، در میان همکاران می‌تواند هم رفتارهای حرفه‌ای گری را ارتقاء بخشد و هم باعث دادن بازخورد بین همکاران گردد (آرنولد، ۲۰۰۲).

<sup>195</sup> Veloski

<sup>196</sup> self-reflections

<sup>197</sup> peer assessment

<sup>198</sup> Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

<sup>199</sup> direct observation by faculty

<sup>200</sup> critical incident report

<sup>201</sup> learner maintained portfolio

<sup>202</sup> periodic self-reflection

### ۲-۵-۲- ارزیابی از طریق آزمون بالینی ساختارمند عینی (OSCE)

آزمون آسکی به طور وسیعی در پزشکی به منظور ارزیابی مهارت‌های بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بنابراین می‌تواند به صورت بالقوه برای ارزیابی حرفه‌ای‌گری نیز در نظر گرفته شود. به عنوان مثال استفاده از بیماران استاندارد<sup>۲۰۳</sup> به منظور شبیه‌سازی طیفی از سناریوهای بالینی واقعی می‌تواند دیدگاهی از چگونگی برخورد ارزیابی شونده در شرایط واقعی برای ما فراهم نماید. اگرچه آزمون‌های از نوع آسکی که رفتار اخلاقی و حرفه‌ای‌گری را اندازه گیری می‌کنند، از پایایی نسبتاً پایینی برخوردار است و برای مقاصد مهم قابل استفاده نیست، ولی این آزمون‌ها برای ارائه بازخورد از نوع تکوینی مناسب هستند. آزمون آسکی همچنین برای شبیه‌سازی چالش‌های حرفه‌ای‌گری در بالین مناسب هستند تا دانشجویان را نسبت به موقعیتهای دشواری که با آن مواجه می‌شوند حساسیت زدایی کنند (سینگر<sup>۲۰۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۶).

### ۳-۵-۲- ارزیابی حرفه‌ای‌گری در مقیاس کوچک (P-MEX<sup>۲۰۵</sup>)

p-mex رویکرد جدیدی است برای ارزیابی حرفه‌ای‌گری در دانشکده پزشکی و دوره‌های دستیاری. این ابزار بر اساس تست ارزیابی بالینی در مقیاس کوچک (mini-clinical evaluation exercise) طراحی شده است و برای اولین بار توسط پژوهشگران دانشگاه مک گیل کانادا و دانشکده پزشکی دانشگاه تورنتو طراحی و استفاده گردید. به نظر می‌رسد این ابزار، برای ارزیابی تکوینی حرفه‌ای‌گری در زمینه‌های مختلف پزشکی بالینی قابل استفاده است (کروس و همکاران، ۲۰۰۶). این ابزار شامل ۲۱ رفتار خاص حرفه‌ای‌گری است و توسط یک مشاهده‌گر آموزش دیده بعد از ۱۵ تا ۲۰ مشاهده عملکرد فرد ارزیابی شونده تکمیل می‌شود. مثالهایی از رفتار بالینی که در این ابزار آمده است عبارتند از: «به بیمار مانند یک انسان نگاه می‌کرد»، «حریم خصوصی بیمار را رعایت می‌کرد»، «از سخنان بی‌ادبانه پرهیز می‌کرد». ساده بودن این ابزار امکان دادن بازخورد سریع را فراهم می‌سازد. از طرف دیگر این ابزار میزان آگاهی و هوشیاری اساتیدی که این ابزار را بکار می‌گیرند در مورد ویژگیهای حرفه‌ای‌گری خودشان افزایش می‌دهد (کروس و همکاران، ۲۰۰۶).

<sup>203</sup> Standard patient

<sup>204</sup> Singer

<sup>205</sup> Professionalism mini-evaluation exercise



## بخش ۶

## ۶-۲- برنامه درسی پنهان و ارتباط آن با حرفه‌ای گری در پزشکی

در بخش‌های قبلی این فصل، پیشینه نظری برنامه‌درسی پنهان شامل مفهوم، عوامل شکل‌گیری، تولیدات، ابعاد، رویکردها و نظریه‌ها و اهمیت برنامه‌درسی پنهان در پزشکی و همچنین پیشینه نظری حرفه‌ای گری در پزشکی شامل تاریخچه، تعریف، دیدگاهها، روشهای ارزشیابی و تهدیدهای متوجه حرفه‌ای گری و نقش دانشگاههای علوم پزشکی در حفظ و ارتقاء حرفه‌ای گری آورده شد. در این قسمت با توجه به نگاه پژوهش حاضر، به ارتباط بین حرفه‌ای گری در پزشکی و برنامه‌درسی پنهان پرداخته می‌شود.

کروس و همکاران (۲۰۰۹، ص ۷)، معتقدند که پزشکان، بیماران و افراد اجتماع در کل، به این اعتقاد رسیده‌اند که حرفه‌ای گری در پزشکی مورد تهدید است و همگی بر این باور هستند که هر اقدامی که در صدد رسیدگی به این مشکل است باید در برگیرنده یک مداخله آموزشی اساسی باشد. چنین مداخله‌ای باید اطمینان حاصل نماید که پزشکان ماهیت حرفه‌ای گری در پزشکی دنیای معاصر را درک می‌نمایند و بر اساس چنین درکی رفتار می‌کنند. اما آیا پرداختن به چنین مشکلی تنها توجه به آموزش‌ها و مداخلات آشکار حرفه‌ای گری است؟ کوهن (۲۰۰۶) معتقد است که برنامه درسی پنهان نقش بسیار مهمی در انتقال ارزشهای حرفه‌ای گری ایفا می‌کند. از دید متخصصان آموزش پزشکی، برنامه درسی پنهان قوی‌ترین راه برای انتقال ارزشهای حرفه‌ای گری است (هایدت، ۲۰۰۵؛ کوهن، ۲۰۰۶؛ هافرتی، ۱۹۹۴). شاید ذکر این نکته در اینجا حائز اهمیت باشد که همانطور که قبلاً اشاره گردید، اغلب صاحب‌نظران برنامه‌درسی و همچنین آموزش پزشکی نیز در مقایسه تأثیرات برنامه‌درسی پنهان و آشکار به این نتیجه رسیده‌اند که تأثیرات برنامه درسی پنهان از بعد آموزشی به ویژه در انتقال ارزشها و هنجارها می‌تواند به مراتب قوی‌تر از برنامه‌درسی پنهان باشد (شوبرت، ۲۰۰۸؛ آهولا، ۲۰۰۰؛ ولنس، ۱۹۹۱؛ آیزنر، ۱۹۹۴؛ لمپ و سیل، ۲۰۰۴؛ هافرتی، ۱۹۹۸؛ گلیکن و مرنشتاین، ۲۰۰۷؛ ملکی، ۱۳۷۴؛ مهرمحمدی، ۱۳۷۸ در میزگرد تخصصی). بنابراین از آنجا که ویژگیهایی که در پژوهش حاضر در زمینه حرفه‌ای گری مد نظر است، در برگیرنده جنبه‌های انسانی و ارزشی است، برنامه‌درسی پنهان نقش مهمی در انتقال آنها ایفا می‌نماید.

هافرتی (۱۹۹۸) معتقد است که تشخیص اینکه آموزش پزشکی شامل یک بعد نهفته و ضمنی است باعث می‌شود به این نکته توجه کنیم که چه مقدار از آموخته‌های آنان خارج از برنامه درسی رسمی و در جو محیط آموزشی شکل می‌گیرد. تعاملاتی که در مکانهای مختلف بیمارستان از قبیل بخش، آسانسور، سالن‌های سخنرانی، کوریدور بیمارستان و

حتی غذاخوری بیمارستان رخ می‌دهد همه می‌توانند تأثیر آموزشی داشته باشند. این امر همچنین باعث می‌شود که به اهمیت الگو بودن اساتید در یادگیری در حرفه‌ای گری در پزشکی توجه بیشتری داشته باشیم. برنامه‌درسی پنهان همچنین اهمیت و تأثیر عوامل ساختاری بر فرایند یادگیری را روشن می‌کند. تمرکز بر این سطح از برنامه‌درسی و تأثیری که می‌تواند داشته باشد، توجه را به سمت فهم آداب و رسوم، تشریفات و جنبه‌های عاداتی که بخشی از آموزش پزشکی را تشکیل می‌دهند جلب می‌کند. از طرف دیگر برنامه‌درسی پنهان باعث می‌شود مدرسین آموزش پزشکی به این باور برسند که مؤسسات آموزش پزشکی دارای یک هویت فرهنگی بوده و یک نوع جامعه اخلاقی است که تعیین کننده مفاهیم «خوب» و «بد» در پزشکی است. مهمتر از همه، مفهوم برنامه‌درسی پنهان باعث می‌شود که دست‌اندرکاران آموزش پزشکی، آن را به عنوان یک فرایند فرهنگی قلمداد کنند که به طور دائم تحت تأثیر نیروهای خارجی و مشکلات و عوامل داخلی قرار می‌گیرد. بنابراین یک چالش بزرگ در پیش روی دست‌اندرکاران آموزش پزشکی این است که به این نکته توجه داشته باشند که چه پیامهایی توسط ساختارهایی که آنان ایجاد می‌کنند یا توسعه می‌دهند منتقل می‌شود و چه تأثیراتی به ویژه در بعد حرفه‌ای گری می‌تواند داشته باشد (هافرتی، ۱۹۹۸، ص ۴۰۴).

دوئن (۲۰۰۶)، مواردی را ذکر می‌کند که دانشجویان با چالشهای اخلاقی روبرو می‌شوند که به دلیل فقدان راهنمایی مناسب یا داشتن الگوی نامناسب قادر به حل آن نیستند. علاوه بر این بسیاری از دانشجویان به دلایل مختلف چنین مواردی را گزارش نمی‌کنند. نکته اینجاست که جنبه‌های خاصی از برنامه‌درسی پنهان از قبیل استرس ناشی از برخورد با موارد غیر اخلاقی، الزامات غیرمنطقی در محیط آموزشی و آزار و تحقیر توسط اساتید، رفتارهای حرفه‌ای که تلاش برای یاددهی - یادگیری آن صورت می‌گیرد را با مانع مواجه می‌سازد. به عبارت دیگر تدریس و ارزشیابی حرفه ای گری بدون شناخت و برطرف کردن عوامل منفی برنامه درسی پنهان کاری عبث و بیهوده است (دوئن، ۲۰۰۶، ص ۲۹۵). در واقع به همان طریقی که اساتید با دانشجویان برخورد می‌کنند، دانشجویان نیز با بیماران، همکاران و دانشجویان آینده خود برخورد خواهند نمود. دانشجویان آنچه را که اساتیدشان انجام می‌دهند، تکرار می‌کنند نه آنچه را که اساتیدشان می‌گویند (کاسبام<sup>۲۰۶</sup> و کاتلر<sup>۲۰۷</sup>، ۱۹۹۸).

اما نکته اینجاست، با توجه به اهمیت برنامه‌درسی پنهان در یادگیری حرفه‌ای گری، چه رفتاری باید در قبال آن اتخاذ نمود. تکیان<sup>۲۰۸</sup> (۲۰۰۹) ذکر می‌کند، با مشخص کردن مواردی که به صورت تیبیک بیان نشده یا پنهان هستند و هنوز از نظر اجتماعی کاربرد دارند، و آوردن آنها به برنامه درسی آشکار، می‌توان از باقی‌ماندن برنامه درسی پنهان در جعبه سیاه واقعیت‌های ناگفته جلوگیری نمود. وی معتقد است که به طور جدی زمان آن رسیده که سهمی که برنامه‌درسی

<sup>206</sup> Kassebaum

<sup>207</sup> Cutler

<sup>208</sup> Tekian

پنهان با وارد شدن به برنامه درسی آشکار می تواند ایفا کند، روشن گردد. به نظر آهولا (۲۰۰۰)، از دید تربیتی مسئله برنامه درسی پنهان زمانی که در برنامه درسی رسمی تلفیق گردد، حل می شود. بنابراین، تشخیص و اصلاح برنامه درسی پنهان به منظور دستیابی به تغییرات اساسی در فرهنگ آموزش پزشکی لازم و ضروری است (گری، ۱۹۹۱؛ لمپ و سیل، ۲۰۰۴، ص ۷۷۲). اما از طرف دیگر، با توجه به اینکه برنامه درسی پنهان می تواند نقش پررنگ تری در انتقال ارزشهای حرفه ای گری داشته باشد و تأثیر آن بر یادگیری و ماندگاری یادگیری به مراتب بیشتر از برنامه درسی آشکار است، به نظر می رسد جنبه هایی از آموزش مانند انتقال رفتارها، هنجارها و ارزشها در قالب برنامه درسی پنهان بهتر از آشکار عمل نماید.

## فصل ۳

### خلاصه پژوهشها

## مقدمه

مرور متون مربوط به حرفه‌ای‌گری و برنامه‌درسی پنهان در برگیرنده مطالعاتی است که یا به بررسی برنامه‌درسی پنهان و غیر رسمی در ارتباط با حرفه‌ای‌گری پرداخته‌اند و یا بر ویژگیهای حرفه‌ای‌گری تمرکز نموده‌اند. همچنین مطالعاتی که حاکی از رعایت یا عدم رعایت ویژگیهای حرفه‌ای‌گری و یا به عبارت دیگر ابعاد مثبت یا منفی حرفه‌ای‌گری در آموزش پزشکی هستند، و یا مطالعاتی که روشهای یاددهی-یادگیری حرفه‌ای‌گری در پزشکی و روشهای ارزشیابی حرفه‌ای‌گری را بررسی نموده‌اند در اینجا آورده می‌شود. قابل ذکر است که مطالعات اندکی در ایران راجع به حرفه‌ای‌گری در رشته پزشکی انجام شده و غالب پیشینه پژوهشی در مورد حرفه‌ای‌گری که در اینجا آورده می‌شود مربوط به سایر کشورهاست. همچنین، در یک دهه گذشته، مطالعات زیادی در مورد برنامه‌درسی پنهان صورت گرفته اما تعداد مطالعات انجام شده در ایران محدود بوده و اکثر مطالعات موجود پیرامون آموزش متوسطه انجام گردیده است و عملاً به ندرت در آموزش عالی و به ویژه در زمینه علوم پزشکی مطالعه‌ای پیرامون برنامه درسی پنهان انجام شده است. در اینجا برخی مطالعات خارج و داخل کشور پیرامون برنامه‌درسی پنهان نیز ارائه می‌گردد.

## ۳-۱- پژوهشهای انجام شده در داخل و خارج از کشور پیرامون برنامه درسی پنهان و حرفه

## ای‌گری

استرن (۱۹۹۸a) با بهره‌گیری از تعریف جکسون در مورد برنامه‌درسی پنهان مطالعه‌ای را طراحی نمود که در آن با استفاده از مشاهده غیر مشارکت کننده<sup>۲۰۹</sup> به بررسی برنامه‌درسی رسمی و برنامه‌درسی پنهان در بخش‌های بستری بیمارستان از نظر انتقال ارزشها پرداخت. از دید وی آموزش رسمی به مواردی از قبیل سخنرانی، راندهای آموزشی، و گزارش صبحگاهی که برنامه ریزی شده و زمان بندی شده بود، اطلاق می‌گردد و آنچه غیر از موارد ذکر شده در طول روز در محیط آموزشی اتفاق می‌افتاد از قبیل مکالمات اتاق کنفرانس، سالن غذاخوری، مکالمات درون بخش و با سایر دانشجویان و دستیاران و .... جزء برنامه‌درسی پنهان بود. در این مطالعه سه مشاهده‌گر در طول شش ماه هشت تیم طب داخلی را به مدت ۱۹۴ ساعت از نظر آموزش ارزشها مورد مشاهده قرار دادند. بر اساس نتایج بیشتر ارزشها در طول صبح که آموزش رسمی رخ می‌دهد یاد داده می‌شود ولی با توجه تعداد بیشتر مشاهده و همچنین تعداد بیشتر دستیاران و

<sup>209</sup> Non-participant observation

اساتید در طول صبح و در نظر گرفتن این دو عامل، میزان ارزشهای یاد داده شده در طول عصر و شب به طور معنی داری بیشتر از صبح بود. همچنین میزان ارزشهای یاد داده شده هنگامی که اساتید حضور داشتند بیشتر از زمانی بود که اساتید حضور نداشتند. نتایج همچنین نشان داد که ارزشها بیشتر در طی برنامه درسی پنهان آموزش داده می شوند تا برنامه درسی رسمی و هیچ ضمانتی وجود ندارد که ارزشهای آموزش داده شده در برنامه درسی پنهان همان ارزشهای مورد انتظار باشند و چه بسا با ارزشهای مورد انتظار در تضاد باشند (استرن ۱۹۹۸a).

لمپ و سیل (۲۰۰۴) محتوای برنامه درسی پنهان و نحوه در معرض قرار گرفتن دانشجویان پزشکی را با روش کیفی مورد بررسی قرار داد. وی با ۳۶ دانشجوی پزشکی سالهای مختلف در یک دانشکده پزشکی در کشور انگلستان مصاحبه نیمه ساختاردار به عمل آورد. چهار تم اصلی در این مطالعه کیفی بدست آمد که شامل تشویق فردی، تدریس اتفاقی<sup>۲۱۰</sup>، اهمیت سلسله مراتب، و پیشرفت از طریق رقابت بود. چند مورد از مهمترین نکاتی که در این مطالعه بدست آمده است در اینجا مطرح می گردد. در بین این ۳۶ دانشجو، ۲۶ نفرشان اساتیدی را به عنوان الگو معرفی نمودند که نقش تشویق کننده و برانگیزاننده برای آنان داشته اند. تعهد و پایبندی این اساتید به تدریس، برقراری ارتباط با دانشجویان، بیماران و همکاران بسیار بالا ارزیابی شد. مورد دیگری که توسط این دانشجویان اظهار شد، تحقیر دانشجویان توسط اساتید بود که در قالب برنامه درسی پنهان قرار می گیرد. حدود ۲۹ مورد از تحقیر توسط دانشجویان گزارش شد که اغلب در دوره آموزش بالینی رخ داده بود. از جمله موارد دیگری که در این راستا ذکر گردید بی احترامی به دانشجویان پزشکی از سوی پرستاران و ماماها بود که نشانگر تهدیدهایی است که متوجه حرفه ای گری در محیطهای آموزش بالینی است و همگی می تواند در برنامه درسی پنهان رخ دهد (لمپ و سیل، ۲۰۰۴، ص ۷۷۱).

لوبلانک<sup>۲۱۱</sup> (۲۰۰۷) در پایان نامه خود برنامه درسی پنهان را در برنامه طب اورژانس<sup>۲۱۲</sup> از طریق یک مطالعه پیمایشی و بعد مصاحبه از طریق گروه متمرکز با اساتید و دستیاران مورد بررسی قرار داد. عمده ترین پیامهای دریافت شده در برنامه درسی پنهان را در ارتباط با بیماران و به صورت بی احترامی به بیماران، خندیدن به آنان و سرزنش کردن بیماران توصیف نموده است. سایر مواردی که وی در بررسی خود عنوان نموده عبارتند از موارد مربوط به جنسیت، انتظارات سبکهای متفاوت زندگی و موارد مالی.

فینز (۲۰۰۳) به بررسی تأثیر برنامه درسی غیررسمی و پنهان بر دانشجویان بالینی که گردش بالینی خود را در بخش مراقبتهای تسکین دهنده<sup>۲۱۳</sup> می گذرانند پرداخت. روشی که وی برای این بررسی انتخاب کرد، استفاده از مشاهده

<sup>210</sup> haphazard teaching

<sup>211</sup> LeBlanc

<sup>212</sup> emergency medicine

<sup>213</sup> palliative care

مشارکت کننده توسط خود دانشجویان بود. دانشجویان در نقش خود به عنوان مشاهده گر مشارکت کننده<sup>۲۱۴</sup>، مسئولیت مستقیم بالینی در طول دو هفته‌ای که در بخش مربوطه بودند، نداشتند. بنابراین زمان کافی برای مشاهده دقیق و تأمل مورد نیاز در اختیار داشتند و می‌توانستند ابعاد انسانی پرداختن به مراقبت از بیمار را که اغلب در اثر نیاز به مهارت‌های تشخیصی درمانی نادیده گرفته می‌شود، مورد توجه قرار دهند. این مطالعه در واقع در برگیرنده یک مداخله دو هفته‌ای بود که هدف از آن تعیین عوامل زمینه‌ای و روانی که مراقبت از بیمار، اصول کنترل درد، و موارد اخلاقی و قانونی را در بیمار دم مرگ تحت تأثیر قرار می‌دهد، بود. در این مداخله همچنین از دانشجویان انتظار می‌رفت که چگونگی بکارگیری هنجارهای اخلاقی در مراقبت از بیمار را فرا گیرند، بتوانند با بیماران به یک روش مؤثر و انسانی ارتباط برقرار کنند، مهارت لازم در مراقبت بیمار محور را کسب کنند، به تنوع فرهنگی احترام بگذارند و مسئولیت پذیری مورد نیاز بر بالین بیمار را بدست آورند. ارزشیابی کوتاه مدت این دوره نتایج موفقیت آمیزی را نشان داد (فینز و همکاران، ۲۰۰۳، ص ۳۰۸).

گری (۱۹۹۱)، مطالعه‌ای در مورد برنامه‌های ارتقاء حرفه‌ای کارکنان انجام داد تا آنچه را که یادگیرندگان به طور ضمنی در این برنامه‌ها فرا می‌گیرند و تأثیر آن بر سطح مشارکت و همچنین درک آنان از خود رهبری را تعیین نماید. نتایج مطالعه مشخص نمود که برنامه‌های ارتقاء حرفه‌ای اگرچه برچسب اختیاری را با خود به همراه دارند در واقع برنامه‌هایی اجباری بوده و فاقد انعطاف پذیری لازم هستند. همچنین پیامهایی که از طریق برنامه درسی پنهان این برنامه‌ها منتقل می‌شوند در باره موقعیت و کنترل می‌باشند. به این مفهوم که تصمیمات گرفته شده توسط دست‌اندرکاران برنامه به عنوان نیروهایی هستند که تخصص حرفه‌ای مدرسین این دوره‌ها را تشخیص نداده و قدرت تصمیم‌گیری شرکت کنندگان در این برنامه‌ها را دست کم می‌گیرند. در حالیکه در برخی مواقع، ابعاد برنامه‌های ارتقای حرفه‌ای، اهمیت کارکنان و یادگیری مداوم آنان را تأیید می‌کنند. گری معتقد است که با توجه کردن به برنامه‌درسی پنهان می‌توانیم در فهم فرایند و طراحی برنامه‌های ارتقاء حرفه‌ای موفق‌تر عمل کنیم (گری، ۱۹۹۱).

هافرتی (۱۹۹۸) برنامه‌درسی پنهان و غیر رسمی را در آموزش بالینی بیمارستانهای آموزشی مورد تفحص قرار داد و به این نتیجه رسید که تأثیر برنامه‌درسی پنهان می‌تواند در هر تعداد حیطه رخ بدهد. وی در این راستا ۴ حیطه اصلی را مطرح نمود که عبارتند از (۱) سیاستگذاری<sup>۲۱۵</sup> (۲) ارزشیابی<sup>۲۱۶</sup> (۳) تخصیص منابع<sup>۲۱۷</sup> (۴) واژه‌های رایج یا زبان عامیانه مؤسسه‌ای<sup>۲۱۸</sup> یا نام‌گذاری اصطلاحات. در راستای تأثیر برنامه درسی پنهان بر این موارد با دو رویکرد می‌توان به این

<sup>214</sup> participant observer

<sup>215</sup> policy making

<sup>216</sup> evaluation

<sup>217</sup> resource allocation

<sup>218</sup> institutional slang

موارد پرداخت. رویکرد اول اینکه چگونه فعالیتهای آموزشی خاص توسط این موارد مانند ارزشیابی یا سیاستگذاری، تقویت شده یا تضعیف می‌گردد. رویکرد دوم اینکه چه ارزشها و پیامهای اصلی توسط این فعالیتهای ایجاد و منتقل می‌شوند؟ (هافرتی، ۱۹۹۸ص ۴۰۴).

رحیمی (۱۳۸۰) مطالعه‌ای کیفی به منظور بررسی تجارب دانشجویان از برنامه‌درسی مستتر در دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام داد. از طریق یک مصاحبه باز از دانشجویان در مورد درک آنها از برنامه درسی مستتر، تجارب یادگیری ناشی از برنامه‌درسی مستتر و منابع برنامه‌درسی مستتر سؤال شد. نتایج نشان داد که دانشجویان در بیشتر موارد برنامه‌درسی مستتر را مهمتر از برنامه‌درسی رسمی می‌دانستند و معتقد بودند که باعث ایجاد رفتارهای باثبات تر در آنها می‌شد. یادگیریهای حاصل از برنامه‌درسی پنهان شامل یادگیریهای مثبت و منفی و یادگیریهای فردی و گروهی بود. یادگیریهای مثبت مانند اخلاق حرفه‌ای، وجدان کاری، تفکر انتقادی و یادگیریهای منفی مانند عملکرد غلط و روتین و کم کاری گزارش گردید. موارد یادگیری فردی مانند کسب اعتماد به نفس، یادگیری چگونگی مطالعه و هدف از تحصیل و یادگیریهای گروهی مانند یادگیری کار تیمی و اجتماعی شدن بودند. نتیجه‌گیری کلی این پژوهش حاکی از آن بود که برنامه‌درسی مستتر در شکل‌گیری اعتقادات، فرهنگ و شخصیت افراد مؤثر است (رحیمی، ۱۳۸۰).

محمدی مهر و فتحی واجارگاه (۱۳۸۷)، جایگاه برنامه‌درسی پنهان در آموزش مداوم پزشکی را مورد مطالعه قرار دادند. آنان نتیجه‌گیری کردند که در آموزش‌های مهارتهای بالینی، طی برنامه‌های آموزش مداوم پزشکی، فرصتهایی برای ملاحظه و توجه به تأثیرات پنهان و آشکار در محتوی عملی و آموزشی برای پزشکان وجود دارد که از طریق گفتگو و مذاکرات و نشست‌ها در آموزش مداوم پزشکی قادر به پیشبرد یافته‌ها و دانسته‌های به روز پزشکان هستیم. از دید آنها، شرکت‌کنندگان آموزش مداوم پزشکی مصون از اثرات برنامه‌درسی پنهان نیستند و شناسایی و توجه کافی به برنامه‌درسی پنهان، باعث درک بهتر و جامع‌تری در زمینه تلفیق و تغییر در برنامه‌های آموزش مداوم می‌گردد. یادگیریهای پنهان می‌تواند بر روابط بین فردی پزشکان و تصمیمات درمانی آنان تأثیرگذار باشد.

گلیکن (۲۰۰۷) برای تعیین ویژگیها یا مقوله‌های حرفه‌ای‌گری، در یک کارگاه آموزشی از ۲۵ نفر هیأت علمی که از ۱۶ کشور مختلف بودند نظرخواهی کرد. این ۲۵ نفر از محیط‌هایی با زمینه‌های قومی و فرهنگی متفاوت بودند. آنان مواردی از جمله: اشتیاق برای کار؛ اهمیت دادن به دانشجویان؛ تمایل به پذیرش اشتباه خود؛ پاسخگو بودن به دانشجویان، مؤسسه آموزشی و جامعه؛ و تعهد به یادگیری مادام‌العمر را به عنوان خصوصیات حرفه‌ای‌گری برشمردند. تمامی این موارد نشان دهنده اهمیت برخورداری از ویژگیهای حرفه‌ای‌گری در پرداختن به حرفه پزشکی است. در



مطالعه پاسی<sup>۲۱۹</sup> (۲۰۰۲)، دانشجویان ویژگیهای حرفه‌ای در اساتید خود را شامل داشتن نگرش مثبت به دانشجویان، همدردی با بیماران و صداقت و درستکاری می‌دانسته‌اند.

واگنر (۲۰۰۷)، در یک مطالعه کیفی با برگزاری جلسات متمرکز، از اساتید و دستیاران گروه‌های طب خانواده و اطفال برای شرکت در بحث پیرامون حرفه‌ای گری دعوت نمود. وی همچنین از بیماران بخش داخلی و دانشجویان پزشکی که در حال گذراندن بخش داخلی خود بودند نیز برای شرکت در گروه‌های متمرکز جداگانه‌ای دعوت نمود تا مفهوم حرفه‌ای گری را از دیدگاه‌های مختلف مورد بررسی قرار دهد. در مطالعه وی ۳ تم یا درونمایه اصلی و ۳ تم یا درونمایه فرعی بدست آمد. تم‌های اصلی عبارت بودند از: مهارت‌های فنی و علمی، ارتباط با بیمار و شخصیت پزشک (تمام ویژگیهای مثبت توصیف کننده رفتارهای حرفه‌ای). تم‌های فرعی عبارت بودند از: پزشکی به عنوان یک حرفه، تناسب بین ویژگیهای فردی، ظاهر بیرونی و رفتار فرد، و اهمیت ارتباط با همکاران. نقطه قابل ذکر در مطالعه واگنر، تفاوت دیدگاه‌های مشارکت کنندگان در تحقیق در مورد تأکید بر ویژگیهای حرفه‌ای گری بود. به عنوان مثال اساتید بیشتر بر دانش و مهارت‌های تکنیکی تأکید داشتند، دستیاران بر قاطعیت و موجز بودن به ویژه در تصمیم‌گیری و همچنین بر قابل دسترس بودن، دانشجویان بر برقراری ارتباط با در نظر گرفتن عناصر سبک زندگی، فرهنگ، سواد و خانواده در این ارتباطات و بیماران نیز بیشتر از هر مورد دیگری بر برقراری ارتباط تأکید داشتند (واگنر، ۲۰۰۷، ص ۲۹۳).

در مطالعه‌ای بر روی کارورزان و دستیاران بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، از ۳۷۳ نفر راجع به اهمیت و تأثیر ویژگیهای حرفه‌ای اساتید بر روی فراگیران سؤال شد و نشان داده شد که اساتید به عنوان یک الگوی حرفه‌ای، بر روی ایجاد انگیزه آموزشی، نگرش اخلاقی و انسانی و رفتار و مهارت‌های انسانی بسیار مؤثر هستند (برزگر، ۱۳۸۶).

در یک مطالعه دانشجویان شش دانشکده پزشکی مورد بررسی قرار گرفتند، ۹۸٪ آنان گزارش کردند که اساتید آنها به طور توهین آمیزی با بیماران خود در بخش صحبت می‌کنند و ۶۱٪ آنان اشاره کردند که اعضاء تیم پزشکی را در حال ارتکاب رفتارهای غیر اخلاقی مشاهده کرده‌اند (فیوتنر<sup>۲۲۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۴).

بر اساس گزارش همیکز (۲۰۰۱)، تیمی از دانشجویان پزشکی بر اساس تجربیات خود از برخورد با مسائل اخلاقی، از دانشجویان سالهای بالاتر در مورد تجربیاتشان از تعارض بین نقش خود به عنوان یاد گیرنده و به عنوان درمانگر سؤال کردند و مثالهایی از مواردی را که به دست آوردند به این شرح است: اساتید برخی اوقات رضایت بیمار را در مورد درگیر کردن دانشجو در سیر درمان اخذ نمی‌کردند، یا برای گرفتن رضایت توانمندی دانشجو را بیش از حد جلوه می‌

<sup>219</sup> Pacie

<sup>220</sup> Feudtner

دادند؛ یا دانشجویان در قبال وظیفه‌ای که به آنان واگذار شده بود احساس آمادگی نداشتند که موجب اضطراب در آنان می‌شد و به توانایی خود در مراقبت از بیمار شک می‌کردند و یا حتی موقع یادگیری یک اقدام جدید نگران آسیب زدن به بیمار بودند. در کل دانشجویان نگران بودند که درگیر کردن آنان در مراقبت از بیمار، آسایش و حتی شأن بیمار را به خطر اندازد. علاوه بر این دانشجویان در قبال چنین مواردی که در مورد مراقبت از بیمار یا موارد اخلاقی مرتبط با بیمار بود اظهار نظر نمی‌کردند زیرا سعی می‌کردند از عواقب درگیر شدن با اساتید دوری جویند (هیکرز، ۲۰۰۱، ص ۲۹۵).

در گزارشی که گلیکن و مرنشتاین (۲۰۰۷) به آن اشاره می‌کنند، از دانشجویان پزشکی در مورد سوءاستفاده در بخش‌های بالینی سؤال کردند. ۴۰٪ آنان مواردی از سوءاستفاده را در طول دوره تحصیل خود ذکر کردند. و ۸۰٪ آنان مواردی از سوء استفاده توسط دانشجویان سالهای بالاتر را گزارش نمودند. بیشتر از نیمی از این افراد معتقد بودند که موارد سوء استفاده به مدت یک ماه بر عملکرد آنان تأثیر گذاشته است. این دانشجویان معتقد بودند که موارد سوءاستفاده از دانشجویان و اتترنها، دلیل اصلی استرس و فشار بر آنان بوده و دست‌اندرکاران آموزش پزشکی باید به این امر توجه داشته باشند.

یک دانشجوی پزشکی کانادایی پژوهشی کیفی پیرامون تجارب دانشجویان بالینی از تحقیر و تهدید در طول دوره آموزش بالینی به عمل آورد. نتایج مطالعه نشان داد که دانشجویان مواردی از برخوردهای ناگوار را تجربه کرده بودند. این مطالعه همچنین موانع گزارش کردن چنین مواردی و راه حل پیشنهادی برای تسهیل گزارش دادن را پیشنهاد نمود. مواردی از تجربیات ناگوار عبارت بود از، سوء استفاده از قدرت، عدم آمادگی کافی برای انجام اقدامات درمانی، تبعیض و اهانت. موانع گزارش کردن این موارد عبارت بود از اعتقاد به اینکه تهدید و توهین بخشی از آموزش پزشکی است، عدم آگاهی اساتید و دانشجویان در مورد اینکه توهین و تهدید چیست و برای مقابله با آن بهترین اقدام چیست و ترس از تلافی از سوی اساتید به دلیل فقدان سیستم گزارش دهی به صورت ناشناس. در این مطالعه دانشجویان چندین استراتژی برای مقابله با موارد غیر حرفه‌ای مرتبط با توهین و تحقیر دانشجویان پیشنهاد نمودند از قبیل: افزایش آگاهی دانشجویان و کارکنان در مورد نقش دانشجویان پزشکی و مسئولیتهای آنان، ایجاد گروههای حمایت از دانشجویان، ایجاد سیستم‌های گزارش دهی، و ایجاد سیستم حمایتی برای افرادی که موارد غیر اخلاقی را گزارش می‌کنند (دوئن، ۲۰۰۶، ص ۲۹۶).

کولهان (۲۰۰۵)، گزارشی در مورد فرهنگ بیمارستان‌مدرن و برنامه‌درسی پنهان و نقش آن در ارتقاء حرفه‌ای گری تهیه نمود. از دید او محیط‌های یادگیری فعلی خالی از همدلی بوده و اغلب جایی است که جهان اصلی به طور کامل در خارج از اتاق بیمار و در سالن کنفرانس، راهروهای بیمارستان یا ایستگاه بخش واقع شده است. او معتقد است که ارتقاء اصول اخلاقی یادگیرنده ممکن است به واسطه موقعیت‌های یادگیری روزانه که شامل تعارض بین الزامات

آموزش پزشکی و الزامات مراقبت از بیمار است به خطر افتد. همچنین تکالیف دانشجو که از حد توانایی وی خارج است و درگیر کردن وی در مراقبت‌های زیر حد استاندارد، ارتقاء حرفه‌ای گری را در وی با خطر مواجه می‌سازد. کولهان (۲۰۰۵)، به عنوان اولین قدم برای اصلاح کمبودها و مشکلات در محیط‌های یادگیری امروزی پیشنهاد می‌کند که تعداد پزشکانی که می‌توانند در ویژگی‌های حرفه‌ای گری الگو باشند را در هر مقطعی از آموزش پزشکی افزایش دهیم.

استرن (۱۹۹۸a)، دریافت که دلیل اولیه برای این که دانشجویان پزشکی موارد مرسوم حرفه‌ای گری را یاد نمی‌گیرند این است که اساتید آنها به طور پیوسته‌ای ارزشهای حرفه را آموزش نمی‌دهند. یافته‌های مشابهی توسط بوراک<sup>۲۲۱</sup> و همکاران (۱۹۹۹)، ارائه شد که به مشاهده نحوه پاسخ به رفتارهای غیر حرفه‌ای در تیم‌های پزشکی پرداخت. وی دریافت که اساتید تمایلی برای عکس‌العمل در برابر رفتارهای غیر حرفه‌ای از قبیل عدم رعایت دیگران، بی‌مهری و بی‌احترامی نسبت به بیماران ندارند و در مقابل به این رفتارها توجهی نکرده و حتی آنها را بعضاً توجیه می‌کنند. لودمرر<sup>۲۲۲</sup> (۱۹۹۹) در مطالعه خود پیشنهاد کرده است که تدریس رسمی و الگوی نقشی هر دو در توسعه ارزشهای حرفه‌ای گری مهم هستند. به منظور اینکه اساتید از نظر ویژگیها و الزامات حرفه‌ای گری بتوانند به عنوان یک الگو عمل کنند، قبل از هر چیز خود باید دارای این ویژگیها و رفتارها باشند. در واقع مانع بزرگی که بر سر راه آموزش حرفه‌ای گری در بیمارستانها وجود دارد عدم همخوانی تئوری و عمل است. علیرغم تأکید دانشگاه بر بهبود و ارتقاء اصول حرفه‌ای گری، اغلب دانشجویان و دستیاران پیام‌های متضادی در این راستا دریافت می‌کنند. چرا که از یک طرف اهمیت حرفه‌ای گری به آنان درس داده می‌شود و از طرف دیگر آنها مکرراً شاهد رفتارهای غیر حرفه‌ای هستند که در قالب برنامه‌درسی پنهان به آنها ارائه می‌شود.

حجت<sup>۲۲۳</sup> و همکاران (۲۰۰۴)، به منظور بررسی تغییرات در محبت و همدلی دانشجویان پزشکی در طول دوره تحصیل یک مطالعه آینده‌نگر طولی را طراحی نمودند. آنان با استفاده از مقیاس جفرسون<sup>۲۲۴</sup>، ۱۲۵ دانشجو را در ابتدا و در آخر ۳ سال در طول تحصیل در دانشکده پزشکی مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که کاهش معنی داری در نمرات همدلی و محبت دانشجویان در طول دوره تحصیل وجود دارد. زلدو<sup>۲۲۵</sup> و دافرتی<sup>۲۲۶</sup> (۱۹۸۷) نیز در مطالعه‌ای همدلی دانشجویان پزشکی را با استفاده از پرسشنامه، مورد بررسی قرار دادند، اما تغییری در نمرات دانشجویان در طول تحصیل مشاهده نکردند.

<sup>221</sup> Burack

<sup>222</sup> Ludmerer

<sup>223</sup> Hojat

<sup>224</sup> Jefferson Scale of Physician Empathy

<sup>225</sup> Zeldow

<sup>226</sup> Daugherty

ون دو کمپ (۲۰۰۶)، در یک مطالعه که در چهار فاز طراحی شده بود، مدلی برای ارزشیابی حرفه‌ای گری ارائه نمود. فاز اول ارائه مدل حرفه‌ای گری در پزشکی عمومی بر اساس مرور متون و مدل‌های شایستگی در پزشکی بود که در آن چهار تم حرفه‌ای گری نسبت به بیمار، حرفه‌ای گری نسبت به سایر حرفه‌ها، حرفه‌ای گری نسبت به جامعه، و حرفه‌ای گری نسبت به خود فرد، تشکیل دهنده اساس مدل بود. در فاز دوم وی ابزاری برای ارزشیابی حرفه‌ای گری با استفاده از نظر هیأت متخصصان ارائه نمود، که در این ابزار ۴ تم یاد شده در برگرفته ۲۶ عنصر حرفه‌ای گری و این عناصر پوشش دهنده ۱۲۷ گزینه ارزشیابی حرفه‌ای گری به شکل اندازه‌گیری رفتار بودند. در فاز سوم روایی محتوای ابزار یاد شده با استفاده از تکنیک گروه‌های اسمی تعیین گردید و در این فاز «عنصر از خودگذشتگی از ابزار حذف گردید». فاز چهارم برای تعیین عملی بودن و امکان پذیر بودن ابزار در دوره پزشکی عمومی طراحی و اجرا گردید و نشان داد که این ابزار کاملاً عملیاتی و قابل اجراست. قابل ذکر است که برای تعیین عملیاتی بودن ابزار، از آن در یک مطالعه پایلوت بر روی ۱۲ آموزش دهنده بالینی و آموزش‌گیرندگان زیردست آنان استفاده گردید. آموزش دهندگان بر اساس این ابزار، آموزش‌گیرندگان خود را ارزشیابی نمودند و آموزش‌گیرندگان، خود را بر اساس این ابزار مورد ارزشیابی قرار دادند. دو هفته بعد از ارزشیابی، جلسات دو نفره بین آموزش دهنده و آموزش‌گیرنده به منظور مقایسه دو ارزشیابی تشکیل شد و هدف آن رسیدن به نقاط مهم یادگیری در حرفه‌ای گری بود و منجر به بازنگری در اهداف آموزشی مرتبط با حرفه‌ای گری گردید. (ون دو کمپ، ۲۰۰۶، ص ۴۳).

پاپاداکیس<sup>۲۲۷</sup> و همکاران (۲۰۰۵)، فارغ‌التحصیلان ۳ دانشکده پزشکی را که دارای خلاف‌های در رابطه با عملکرد پزشکی خود بودند و مورد محاکمه قرار گرفته بودند مورد مطالعه قرار دادند. نتایج این مطالعه تکان دهنده بود چرا که دانشجویانی که در طول تحصیل به عنوان غیر مسئول شناسایی شده بودند، ۸ بار بیشتر از بقیه، بعد از فارغ التحصیلی دچار خطا شده بودند. نتیجه تکان دهنده دیگر این مطالعه، هم‌خوانی بین نتایج سه دانشکده در این راستا بود. بنابراین ارزشیابی حرفه‌ای گری در دانشکده‌های پزشکی کار بهبودی نیست و از نتایج آن می‌توان بهره گرفت. در همین راستا نتایج ارزشیابی که نشان دهنده مواردی از قبیل «مسئولیت پذیری پایین»، «عدم انطباق با شرایط»، «عدم انگیزه» و سایر موارد باشد، باید مورد توجه قرار گیرد.

هاوکینز و همکاران (۲۰۰۹)، یک برنامه ارزشیابی حرفه‌ای گری در پزشکی را طراحی و اجرا نمودند که در برگرفته یک سری سؤالات انتقادی در مورد هدف و ماهیت برنامه آموزشی دوره پزشکی بود. از دید آنان چنین برنامه ارزشیابی و طرح چنین سؤالاتی در شروع و پایان برنامه ارزشیابی منجر به بهبود تداومی در کیفیت آموزش پزشکی به ویژه از نظر ویژگی‌های حرفه‌ای گری می‌گردید.

کروس و همکاران (۲۰۰۶)، با استفاده از ابزار ارزشیابی بالینی در مقیاس کوچک<sup>۲۲۸</sup> (Mini-Cex)، ابزاری را برای ارزشیابی حرفه‌ای‌گری (P-MEX)<sup>۲۲۹</sup> طراحی نموده و روایی و پایایی و عملی بودن را مورد بررسی و مطالعه قرار دادند. آنها از بین ۱۴۲ مؤلفه حرفه‌ای‌گری که در طی یک کارگاه مشخص شده بود، ۲۴ مؤلفه را انتخاب کرده و در ابزار خود مورد استفاده قرار دادند. سپس ابزار یا پرسشنامه طراحی شده را در دانشجویان بالینی بخشهای مختلف از قبیل جراحی، زنان، روان‌پزشکی و اطفال مورد آزمایش قرار دادند. نتایج حاکی از دارا بودن روایی محتوا و روایی سازه ابزار طراحی شده بود. تحلیل عاملی ابزار، چهار حیطه اصلی را برای ابزار طراحی شده مشخص نمود که عبارتند از: مهارتهای برقرار ارتباط بین پزشک و بیمار، مهارتهای تأملی، مدیریت زمان و مهارتهای ارتباط بین فردی. این مطالعه همچنین نشان داد که این ابزار برای ارزشیابی حرفه‌ای‌گری دانشجویان در محیط‌های بالینی ابزاری مفید بوده و استفاده از آن امکان پذیر می‌باشد.

بریان و همکاران (۲۰۰۵)، در یک مطالعه، خودارزیابی و ارزیابی همکار در حرفه‌ای‌گری را مورد مقایسه قرار دادند، و تلاش نمودند که دریابند اگر این دو روش به صورت توأم در شروع دوره پزشکی بکار گرفته شود، آیا می‌تواند بازخوردهای اثربخشی برای دانشجویان پزشکی ارائه نماید. در این مطالعه ۲۱۳ دانشجوی پزشکی، حرفه‌ای‌گری را در خود و در همکلاسیهای خود با استفاده از ابزارهای پیش‌بینی شده مورد ارزیابی قرار دادند. علاوه بر تکمیل پرسشنامه از آنان خواسته شد که نظرات خود را به صورت مثبت یا منفی در مورد تعاملاتی که تجربه می‌کنند بنویسند. نتایج این پژوهش نشان داد که بیشترین نظرات نوشته شده راجع به احترام بین حرفه‌ای، مسئولیت‌پذیری، و تعالی حرفه‌ای بود. دانشجویانی که نمرات بالا در خود ارزیابی و ارزیابی توسط همکار دریافت نمودند، نظرات مثبت تری نیز ارائه کردند. همچنین دانشجویان با معدل بالا و نمرات خوب، نسبت به آنان که عملکرد آکادمیک ضعیف‌تری داشتند، نقطه‌نظرات مثبت‌تری راجع به خود و همکلاسیهای خود ارائه دادند. در کل، دانشجویان، همکلاسیهای خود را بالاتر از خود ارزیابی کردند. به این معنی که نمرات ارزیابی توسط همکار از نمرات خود ارزیابی بالاتر بود. بریان و همکاران در این پژوهش به این نتیجه رسیدند که، اجرای خودارزیابی و ارزیابی توسط همکار می‌تواند به عنوان ابزار مناسبی برای آموزش و همچنین ارزیابی حرفه‌ای‌گری باشد (بریان و همکاران، ۲۰۰۵، ص ۱۱۳).

کوترل و همکاران (۲۰۰۶)، در مطالعه خود تلاش کردند که ویژگیهای حرفه‌ای‌گری دانشجویان پزشکی را در یک درس ارائه شده با مدل مبتنی بر حل مسئله PBL اندازه‌گیری نمایند. این ارزیابی به صورت ارزیابی توسط همکار بود و بر اساس کدهای حرفه‌ای‌گری تعیین شده توسط کمیته برنامه‌ریزی درسی صورت گرفت. یادگیری درس مبتنی

<sup>228</sup> Mini-clinical examination exercise

<sup>229</sup> Professionalism mini-evaluatin exercise

بر حل مسئله مستلزم برخورداری دانشجویان از مهارتهایی مشابه مهارتهای حرفه‌ای گری از قبیل پاسخگو بودن و احترام بود. کوتزل، با استفاده از تعریف حرفه‌ای گری پرسشنامه‌ای را طراحی نمود که نشان‌دهنده تصویری از مهارتهای حرفه‌ای گری دانشجویان باشد. در کل ۱۱۱ دانشجو توسط همکلاسی‌های خود ارزیابی شدند و نمرات هر کدام در هر یک از حیطه‌های حرفه‌ای گری تعیین شد. از آنجا که در این مطالعه هر دانشجو توسط چند نفر مورد ارزیابی قرار گرفت، و نتایج مطالعه حاکی از همبستگی پایین بین ارزشیابی کنندگان بود، پژوهشگر نتیجه گرفت که استفاده از ارزشیابی کنندگان متفاوت در محیط‌های متفاوت می‌تواند نتایج دقیق‌تری را به مراجع به مهارتهای حرفه‌ای دانشجویان فراهم نماید (کوتزل و همکاران، ۲۰۰۶، ص ۴).

جکسون (۱۹۶۸) که در اوایل دهه ۱۹۶۰ با دیدگاه انسان‌شناسی کلاسه‌های درس را مورد مشاهده قرار داد، برنامه درسی را توصیف نمود که در طرح درس روزانه معلم از آن ذکری نشده بود. از دید او این برنامه‌درسی به عنوان برنامه درسی پنهان یا توجه نشده بود که آن را با سه R مشخص کرد شامل: قوانین<sup>۲۳۰</sup>، مقررات<sup>۲۳۱</sup> و روزمره‌ها<sup>۲۳۲</sup>. اینها چیزهایی بودند که فراگیران و معلمان برای اینکه بدون دردسر راه خود را در مؤسسه آموزشی طی کنند باید یاد می‌گرفتند.

مطالعه دیگر مطالعه آنیون (۱۹۸۰) بود که به شکل اتنوگرافی انتقادی<sup>۲۳۳</sup> در مورد پیامهای برنامه درسی پنهان در ارتباط با معانی متفاوت موفقیت از دید یادگیرندگان با طبقات متفاوت اجتماعی انجام گرفت. وی دریافت که دانش آموزان از طبقات اجتماعی پایین‌تر، در راستای پیروی از قانون آموزش داده می‌شوند، دانش‌آموزان با طبقه اجتماعی متوسط یاد می‌گیرند که پاسخهای صحیح بدهند در حالیکه دانش‌آموزان با طبقه اجتماعی بالا اجازه دارند که تا مادامیکه با مقررات طبقه خود در نیفتند، به صورت خلاقانه عمل کنند. گروه آخر یاد می‌گیرند که مدارس به آنها امتیازات ارزشمندی می‌دهند که در ترکیب با ارتباطات قوی آنها و توان مالی بالای آنان موجبات غلبه و سلطه خانوادگی آنان به صورت همیشگی را فراهم می‌کند (آنیون، ۱۹۸۰، ص ۳۱۷؛ شوبرت، ۲۰۰۸، ص ۴۰۴).

مطالعه بروکوور<sup>۲۳۴</sup> (۱۹۷۸)، در مورد تأثیر جو اجتماعی یک مدرسه در نتایج یادگیری متوازی نشان داد که متغیرهایی مانند احساس بی‌فایده‌گی علمی دانش‌آموز بیشترین همبستگی منفی را با پیشرفت تحصیلی وی داشت. این احساس در مدارس بود که دانش‌آموزان احساس می‌کردند که در نظام اجتماعی مدرسه کنترلی بر موفقیت یا شکستشان ندارند، معلمان به موفقیت آنها توجهی نمی‌کنند و در صورتی که آنها موفقیتی به دست آورند مورد تنبیه دوستانشان قرار

<sup>230</sup> rules

<sup>231</sup> regulations

<sup>232</sup> routins

<sup>233</sup> critical ethnography

<sup>234</sup> Brookover

می گیرند. چنین یادگیری متوازی باعث یک عقب ماندگی مداوم در مدرسه می شود و شناخت آن از اهمیت برخوردار است (سیلور و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۶۶).

علیخانی (۱۳۸۳)، مطالعه ای پیرامون تأثیر پیامدهای قصد نشده ناشی از محیط اجتماعی مدرسه بر نگرشهای دانش آموزان دوره متوسطه انجام داد. وی با استفاده از ۴۰۰ دانش آموز دوره متوسطه و از طریق یک مطالعه توصیفی جو اجتماعی مدارس را شناسایی نمود و به دو گروه باز و بسته تقسیم کرد. سپس با روش کیفی به تبیین پیامدهای پنهان در مدارس پرداخت. بر اساس نتایج پژوهش وی، عمده ترین پیامدهای پنهان مدارس عبارت بود از: تقویت روحیه اطاعت پذیری به جای تفکر انتقادی، ابتکار و خلاقیت؛ و تقویت خودپنداره منفی و تضعیف اعتماد به نفس در دانش آموزان. پژوهش وی همچنین نشان داد که تأثیر پیامدهای قصد نشده بر دانش آموزان مدارس پسرانه و دخترانه متفاوت بوده است. همچنین تأثیر پیامدهای قصد نشده بر روی دانش آموزان طبقات اقتصادی/اجتماعی مختلف متفاوت بوده است طوری که اطاعت و عدم تمایل به همکاری گروهی در دانش آموزان طبقه اقتصادی اجتماعی بالا بیشتر و تضعیف اعتماد به نفس در دانش آموزان طبقه اجتماعی پایین بیشتر بود (علیخانی، ۱۳۸۳).

سعید رضوانی (۱۳۸۰)، مطالعه ای پیرامون برنامه درسی پنهان در دوره متوسطه انجام داد. در پژوهش وی مشخص گردید که روش پژوهش کیفی، عمده ترین روش پژوهشی تحقیقات انجام شده در زمینه برنامه درسی پنهان بوده است. وی ۵۶ نفر دانش آموز پایه سوم دبیرستان چهار منطقه شهر تهران را مورد مصاحبه قرار داد و برای تکمیل اطلاعات بدست آمده، از پرسشنامه استفاده نمود تا تأثیرات درس بینش اسلامی را بر باورها، ارزشها، نگرشها و طرز تلقی های دانش آموزان نسبت به درس مورد نظر و محتوای آن مورد سنجش قرار دهد. عمده ترین بارهای ارزشی ناخواسته و نامطلوب برنامه درسی پنهان عبارت بودند از ایجاد تلقی رسمی بودن در درس (فاقد جنبه تربیتی بودن)، ایجاد نگرش منفی نسبت به درس، و ایجاد و یا تقویت عدم ارتباط آموخته ها با زندگی واقعی. برخی از مهمترین عوامل ایجاد برنامه های درسی پنهان عبارت بودند از، مشی فلسفی-کلامی درس، استفاده از عناوین تکراری در طرح موضوعات درسی، و عدم جامعیت در معرفی الگوهای عملی (سعید رضوانی، ۱۳۸۰).

فتحی واجارگاه (۱۳۸۱)، در بررسی برنامه های درسی تربیت شهروندی، یکی از نتایجی که به آن رسیده نقش برنامه درسی پنهان است که در کنار برنامه درسی رسمی و صریح، در آموزش مؤلفه های شهروندی می تواند نقش داشته باشد. از دید وی، مجموعه ارتباطات، تعاملات، و برخوردهایی که شرکت کنندگان در برنامه ها و فعالیتهای مختلف با یکدیگر دارند و از نگرشها، رفتارها و طرز تلقی های یکدیگر متأثر می شوند، همچنین مجموعه ارتباطات، تعاملات و برخوردهایی که شرکت کنندگان در برنامه ها با مسئولان و اولیای امر دارند، و فضا و اتمسفر کلی حاکم بر محیطی که به

نوبه خود بر رفتار و نگرش شرکت کنندگان اثر می‌گذارد، به عنوان ابعاد برنامه درسی پنهان بوده که نقش انتقال ارزشهای مرتبط با تربیت شهروندی را می‌تواند ایفا نماید (فتحی و اجارگاه، ۱۳۸۱، ص ۲۰۱).

مهرام (۱۳۸۵)، در پژوهشی به بررسی نقش مؤلفه‌های برنامه‌درسی پنهان در کاهش هویت ملی دانشجویان پرداخت. وی مطالعه را در دو مرحله کمی و کیفی طراحی و اجرا نمود و در بخش کیفی مطالعه تلاش کرد با بهره‌گیری از مدل پژوهش خبرگی و نقادی آیزنر و با استفاده از مصاحبه و مشاهده، نقش هر یک از مؤلفه‌های برنامه‌درسی را در کاهش هویت علمی مورد بررسی قرار دهد. مؤلفه‌های برنامه درسی در مطالعه وی عبارت بودند از استاد، دانشجو، مکان فیزیکی، روش تدریس، ارزشیابی، محتوا و قوانین و مقررات. وی تحت هر کدام از مؤلفه‌ها، محورهای منجر به کسب تجربه ضد تربیتی را آورده است که به شناخت بهتر آن مؤلفه کمک می‌کند. مهرام (۱۳۸۵)، نقش استادان را به عنوان یکی از پررنگ‌ترین مؤلفه‌های برنامه‌درسی می‌داند که به دلیل به روز نبودن تعداد قابل توجهی از مدرسین، وجود مشاغل متعدد، و عدم انگیزه لازم در برقراری ارتباطات مستمر علمی با دانشجویان و فراتر از اوقات کلاس، نقش استاد به عنوان عاملی کاهنده برای هویت علمی دانشجویان عمل می‌نماید (مهرام، ۱۳۸۵، ص ۱۲).

فتحی و اجارگاه و واحد چوکده (۱۳۸۵، ص ۹۳)، از طریق مطالعه میدانی تلاش نمودند آسیب‌های تربیت شهروندی در برنامه‌درسی پنهان را از دیدگاه ۳۷۰ نفر از معلمان زن شهر تهران شناسایی نمایند. از دید آنان یکی از مؤلفه‌های مهم در تربیت شهروندی، برنامه‌درسی پنهان است. دانش‌آموزان از طریق برنامه‌درسی پنهان با مهارت‌ها و نگرش‌های مختلفی همچون احترام، صداقت، سعه صدر، همدردی، وطن پرستی، تعهد و مسئولیت‌پذیری، توجه به نفع عموم، برابری، رعایت قانون و مقررات و غیره آشنا می‌شوند. آنها همچنین می‌توانند مهارت‌ها و مفاهیم و نگرش‌هایی را فرا بگیرند که برای پرورش آنها خطر آفرین بوده و تهدید محسوب می‌شوند، بنابراین برنامه‌درسی پنهان می‌تواند برای تعلیم و تربیت شهروندی هم مزیت و هم آسیب به حساب آید. محققین این پژوهش در مطالعه خود سعی نمودند عوامل آسیب و تهدید در برنامه درسی پنهان را شناسایی نمایند و راهکارهایی جهت بهبود و اصلاح آن‌ها ارائه کنند. آنان سه مؤلفه برنامه‌درسی پنهان تحت عنوان جو اجتماعی، ساختار سازمانی، و تعامل متقابل معلم و دانش‌آموز را مورد بررسی قرار دادند. بر اساس نتایج آنان مولفه جو اجتماعی در سطح آسیب‌زایی قوی مولفه کنش متقابل معلم و دانش‌آموز و ساختار سازمانی در سطح آسیب‌زایی متوسط قرار داشتند. بنابراین مولفه‌های برنامه‌درسی پنهان در شکل منفی به عنوان آسیب جدی برای تربیت شهروندی به حساب می‌آید (فتحی و اجارگاه و واحد چوکده، ۱۳۸۵، ص ۱۲۷).

حداد علوی و همکاران (۱۳۸۶)، در پژوهش خود، با نگاهی جامعه‌شناختی به ابعاد یادگیریهای مدرسه‌ای، مدرسه را به عنوان یک نظام اجتماعی در نظر گرفتند و سعی نمودند هنجارهای اساسی که از طریق برنامه‌درسی پنهان منتقل میشود را شناسایی و آشکارسازی کنند. آنان با توجه به مهم‌ترین کارکردهای آموزش و پرورش در زمینه گسترش علم



و دانایی در کشور، تلاش کردند که تناسب هنجارهای موجود در برنامه‌درسی پنهان با هنجارهای روحیه علمی را مشخص نمایند. از آنجا که هدف، شناسایی و توصیف ابعاد یادگیریهای پنهان در حیطه ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی بود، از روش‌های تحقیق کیفی، و مردم‌نگاری استفاده کردند و در این راستا با بهره‌گیری از ابزارهای مشاهده، مصاحبه عمیق و گروهی و همچنین مطالعه کتابخانه‌ای داده‌های مورد نظر را گردآوری نمودند. یافته‌های پژوهش آنان نشان داد که دانش‌آموزان طی یادگیریهای مدرسه‌ای، برنامه‌های درسی پنهانی را فرا می‌گیرند که در جهت مخالف مؤلفه‌های روحیه علمی قرار دارند، از جمله، ایجاد و تقویت روحیه تقلید و اطاعت در برابر نوآوری، کنجکاوی و خلاقیت؛ ایجاد و تقویت روحیه انفعال و ترس به جای پرسش‌گری و نقادی؛ ایجاد رقابت منفی برای نمره به جای مشارکت و کار گروهی (حداد علوی و همکاران، ۱۳۸۶، ص ۳۴).

آهولا (۲۰۰۰)، تلاش کرد تا از طریق یک مطالعه اصیل نقش برنامه‌درسی پنهان در آموزش عالی در کشور فنلاند را بررسی نماید. سؤالات اصلی پژوهش وی عبارت بود از: دانشجویان در واقع چه چیزی در دانشگاه یاد می‌گیرند؟ و چگونه آن را یاد می‌گیرند؟ نکته‌ای که وی یادآوری می‌نماید این است که برنامه درسی رسمی در آموزش عالی در مقایسه با مقاطع پایین‌تر، آزادتر و بی‌برنامه‌تر است، بنابراین، فضای زیادتری برای عملکرد برنامه‌درسی پنهان وجود دارد. هدف وی این بود که چارچوب برنامه‌درسی پنهان را در زمینه آموزش عالی مشخص نماید و از این طریق به فهم مسائلی که دانشجویان با آن روبرو می‌شوند کمک نماید. چهارچوب مفهومی که وی در مطالعه خود مورد استفاده قرار داد بر اساس نظریات مارگولیس (۲۰۰۱) و رومرو<sup>۲۳۵</sup> (۱۹۹۸) و برگنهنگوین<sup>۲۳۶</sup> (۱۹۸۷) بود. در این راستا، برنامه‌درسی پنهان با استفاده از چهار طبقه مجزا می‌تواند مورد تحلیل قرار گیرد که عبارتند از: اول دانشجویان باید چگونه یاد گرفتن را بیاموزند، چرا که یاد گرفتن دانشجوی دانشگاه بودن از تصورات برنامه‌درسی آشکار متفاوت است. دوم اینکه دانشجویان باید حرفه خود را فراگیرند که در برگیرنده راههای مشخص تفکر و عملکردهای متفاوت یک حرفه است. چنین امری تنها تا حدی توسط کتابها و واحدهای درسی پوشش داده می‌شود. سومین مورد، یادگیری چگونه متخصص بودن است که شامل یادگیری تفکر و عملکردهای علم و دانش است و توسط ساختار سلسله مراتبی برنامه‌درسی رسمی شکل می‌گیرد. بعد چهارم برنامه‌درسی پنهان مربوط به یادگیری قواعد بازی است که به منظور بقا در محیط اجتماعی دانشگاه لازم است (آهولا، ۲۰۰۰).

مطالعه آهولا (۲۰۰۰)، با استفاده از پرسشنامه بازپاسخ و مصاحبه بر روی سه دسته دانشجوی صورت در دانشگاه تورکو<sup>۲۳۷</sup> فنلاند صورت گرفت. این سه دسته شامل دانشجویان پزشکی، رشته معلمی و علوم اجتماعی بودند و به منظور

<sup>235</sup> Romero

<sup>236</sup> Bergenhenegouwen

<sup>237</sup> University of Turku

پوشش دادن دیدگاهها و تجارب، دانشجویان رشته های مختلف انتخاب شدند. در این مطالعه وی تلاش نمود برنامه درسی را از زوایای مختلف بررسی کند و به بررسی مشکلات دانشجویان و توسعه یاددهی و یادگیری در دانشگاه نیز پرداخت. جنبه های مورد بررسی در این مطالعه عبارت بود از اطلاعات لازم در مورد اینکه چگونه یک دانشجو بوده و در دانشگاه بتواند بقا یابد، و همچنین در مورد آنچه در دانشگاه یاد گرفته می شود. نتایج این مطالعه نشان داد که آنچه در دانشگاه یاد گرفته می شود عمدتاً شامل ۷ بعد بود شامل: قدرت حرفه ای، خود کنترلی، جهت گیری مطالعات علمی، جهت گیری مطالعات مهارتی، روابط اجتماعی، جهت گیری مطالعات شبه مدرسه ای و غلبه جنس مذکر. بر اساس این نتایج بیشترین مواردی که در برنامه درسی پنهان یاد گرفته شدند شامل قدرت حرفه ای، خود کنترلی و جهت گیری مطالعات علمی بود. موارد غلبه جنس مذکر، و جهت گیری مطالعات شبه مدرسه ای در درصد کمتری از دانشجویان برای بقا استفاده شده بود. سایر نتایج مطالعه نشان داد که دانشجویان تشخیص دادند که کیفیتهای فردی و تلاش آنان است که میزان موفقیتشان در دانشگاه را تعیین می کند. از مهمترین درسهایی که آنان آموختند عبارتند از: خود کنترلی، پشتکار، مدیریت زمان، توانایی تحمل استرس و شتاب که برای زندگی روزمره در دانشگاه لازم است. لازم به ذکر است که این مهارتها برای زندگی روزمره در محیط کار نیز لازم هستند. از طرف دیگر برخی دانشجویان عقیده داشتند که علاقه، تمایل به یادگیری موارد جدید، و توانایی کسب تفکر انتقادی مهمترین شایستگی هایی هستند که در دانشگاه می توانند کسب شوند که همان جهت گیری علمی است (آهولا، ۲۰۰۰).

### ۲-۳- جمع بندی پژوهشها با تأکید بر ارتباط بین حرفه ای گری و برنامه درسی پنهان

با جمع بندی مطالعات انجام شده در مورد حرفه ای گری و برنامه درسی پنهان می توان مطالب زیر را یادآوری نمود:

ویژگیهای حرفه ای گری مطلوب در مطالعات مختلف از تنوع نسبی برخوردار هستند و موارد مشترک بین آنها از قبیل تعهد به حرفه، مسئولیت پذیری، احترام به بیماران و همکاران، اشتیاق به کار، پذیرش خطا، صداقت و راستگویی، همدلی با بیماران، ارتباط درست با بیمار، ارتباط با همکاران، شخصیت پزشک و سایر موارد می باشد.

برخی مطالعات حاکی از بروز رفتارهای غیر حرفه ای و غیر اخلاقی در بخشهای بالینی بیمارستانهای آموزشی هستند که می تواند تأثیر آموزشی منفی بر شکل گیری رفتارهای حرفه ای داشته باشند. برخی از این موارد غیر حرفه ای عبارتند از بی احترامی به بیماران، اهانت به بیمار و دانشجو، عدم کسب رضایت بیمار در موقع معاینه یا سایر اقدامات پزشکی، سوء استفاده از دانشجویان و غیره.

مطالعات نشان دهنده این هستند که آموزش آشکار و آموزش ضمنی هر دو در آموزش رفتارهای حرفه ای گری نقش دارند.

یکی از موانع بزرگ بر سر راه یادگیری رفتارهای حرفه‌ای در بیمارستان آموزشی، عدم همخوانی تئوری و عمل است که موجب پیامهای متضادی می‌شود که به نوبه خود در دانشجویان ایجاد ابهام و سردرگمی کرده و می‌تواند عوارض منفی در بر داشته باشد.

افزایش الگوهای درست یا به عبارت دیگر افزایش تعداد اساتیدی که بتوانند به عنوان الگو در انتقال رفتارهای حرفه‌ای مناسب عمل کنند در مطالعات پیشنهاد شده است.

ارزشیابی حرفه‌ای گری می‌تواند علاوه بر نقشی که در شناسایی افراد مستعد از نظر بروز رفتارهای غیر حرفه‌ای در آینده داشته باشد، نقش مهمی در آموزش حرفه‌ای گری بازی کند. برخی روشهای ارزشیابی مورد استفاده در مطالعات عبارتند از خودارزشیابی، ارزشیابی توسط یاران آموزشی، ارزشیابی توسط مشاهده رفتار و غیره.

ارزشیابی حرفه‌ای گری در محیطهای متفاوت آموزشی می‌تواند نتایج متفاوتی را در بر داشته باشد و بنابراین توصیه شده است که در ارزشیابی حرفه‌ای گری از روشهای متنوع در محیطهای آموزشی گوناگون بهره گرفته شود.

بیشتر ارزشها و هنجارهای رفتاری از طریق برنامه‌درسی پنهان آموزش داده می‌شود به ویژه در آموزش پزشکی. بنابراین برنامه‌درسی پنهان قدرتمندترین راه انتقال ارزشهای حرفه‌ای گری است.

بی‌احترامی به بیماران و سرزنش کردن بیماران برخی از عمده‌ترین پیامهای نهفته در برنامه‌درسی پنهان است که معادل با رفتارهای غیر حرفه‌ای است.

هیچ ضمانتی وجود ندارد که آنچه در طول برنامه‌درسی پنهان آموزش داده می‌شود همان ارزشهای مورد انتظار باشد و چه بسا با ارزشهای مورد انتظار در تضاد باشد.

با توجه به موارد ذکر شده در بالا، لازم است یادآوری شود که اگرچه در سالهای اخیر تأکید زیادی بر حرفه‌ای گری در پزشکی شده است، اما کماکان تأثیرگذاری بر شکل‌گیری ویژگیها و رفتارهای حرفه‌ای، یکی از بزرگترین چالشها در آموزش پزشکی است (واگنر و همکاران، ۲۰۰۷، ص ۲۸۸). در بیشتر دانشکده‌های پزشکی دنیا، دانشکده‌های پزشکی اقدام به فعالیتهایی در راستای تعریف، آموزش و ارزشیابی حرفه‌ای گری نموده‌اند و ارزش چنین کاری در مقالات متعددی یادآوری شده است (کروس و کروس، ۲۰۰۶). در عین حال محققین معتقدند، اگر چه بر سر آموزش حرفه‌ای گری در پزشکی توافق وجود دارد، اما نکته این جاست که آیا اصول حرفه‌ای گری قابل آموزش دادن هست یا نه؟ (وایت کومب، ۲۰۰۵؛ کولهان، ۲۰۰۵).

امروزه آگاهی فزاینده‌ای نسبت به نقش برنامه درسی پنهان در آموزش ارزشهای حرفه‌ای گری در متون مختلف مشاهده می‌شود (هاندردت و همکاران<sup>۲۳۸</sup>، ۱۹۹۶؛ کاسبام و کالتر، ۱۹۹۸؛ کالدیکوت<sup>۲۳۹</sup> و فابرلنگدون<sup>۲۴۰</sup>، ۲۰۰۵). اما، بسیاری از دانشجویها و پزشکان فارغ‌التحصیل، نارضایتی خود از دوران آموزشی را به دلیل عدم توانایی برخورد با چالشهای حرفه‌ای گری که به صورت غیر قابل اجتناب با آن مواجه می‌شوند، ابراز نموده‌اند (واگنر و همکاران، ۲۰۰۷ ص ۲۸۸). گلیکن (۲۰۰۷) نیز معتقد است که مشاهدات دانشجویان از رفتارها در بخشهای مختلف بیمارستان تأثیر به مراتب بیشتری از مطالب تئوری که در مورد رفتار صحیح در سر کلاس درس می‌آموزند دارد (گلیکن، ۲۰۰۷، ص ۵۴). برنامه‌درسی پنهان علاوه بر ایجاد مسائل و مشکلات اخلاقی، ممکن است تدریس حرفه‌ای گری را به دلیل دست کم گرفتن احساس سودمند بودن و کم کردن ارزش روابط بین پزشک و بیمار، با مشکل مواجه سازد (پولولی<sup>۲۴۱</sup> و پرایس<sup>۲۴۲</sup>، ۲۰۰۰). علاوه بر این دانشجویان مواردی از مواجهه با الگوهای نامناسب، مشکلات اخلاقی حل نشده، استرس‌های آکادمیک غیر ضروری، و توهین و تحقیر توسط اساتید را تجربه می‌کنند که عدم توجه به چنین مشکلاتی و وظیفه آموزش پزشکی در تولید فارغ‌التحصیلانی با ویژگیهای حرفه‌ای را با مشکل مواجه می‌سازد.

از دید مهرمحمدی (۱۳۸۷) برنامه‌درسی پنهان یک پیام دارد و آن چیزی جز دعوت به ژرف اندیشی در جریان تعلیم و تربیت و پرهیز از ساده‌انگاری و سطحی انگاری نیست. مهم‌ترین پیام این مفهوم برای دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت، دعوت به ژرف اندیشی به معنای عبور کردن از لایه‌های سطحی اتفاقاتی است که در جریان تعلیم و تربیت رخ می‌دهد (میزگرد تخصصی، ۱۳۸۷). آرا تکیان (۲۰۰۹)، معتقد است که زمان آن فرارسیده که نقش برنامه‌درسی پنهان و تأثیر آن بر سیستم آموزشی و به ویژه برنامه درسی را مشخص کنیم. وی اظهار می‌دارد که دانشجویان اهمیت برنامه درسی پنهان به ویژه نقش آن در مورد رفتارهای یک پزشک را به خوبی درک می‌کنند. بنابراین، دست‌اندرکاران آموزش پزشکی باید تعیین کنند که چگونه می‌توان این بخش ناملموس، ارزشمند و غنی از آموزش را در راستای بهره برداری بیشتر به صورت آشکار درآورد. اما از آنجا که برنامه‌درسی پنهان می‌تواند نقش قوی‌تری نسبت به برنامه‌درسی آشکار در انتقال ارزشهای حرفه داشته باشد، شاید صحیح نباشد که در راستای آشکار نمودن تمامی جنبه‌های پنهان برنامه‌درسی تلاش نمود. بنابراین، در شرایط فعلی که آموزش و ارزشیابی حرفه‌ای گری در آموزش بالینی مطرح شده است باید به طور جدی‌تری در مورد خنثی سازی مشکلاتی که برنامه‌درسی پنهان در این راستا می‌تواند ایجاد کند اقدام نمود (دوئن، ۲۰۰۶، ص ۲۹۶).

<sup>238</sup> Hundert

<sup>239</sup> Caldicott

<sup>240</sup> Faber-Langedoen

<sup>241</sup> Pololi

<sup>242</sup> Price

## منابع

آرامش، کیارش؛ حفاظی طرهبه، میترا. (۱۳۸۴). بررسی اجزای نظری تعهد حرفه‌ای در پزشکی. مجله دیابت و لیپید ایران. ویژه‌نامه، ص ۹۶-۹۱.

برزگر، مجید. (۱۳۸۶). بررسی مقایسه‌ای ویژگیهای یک الگوی حرفه‌ای از نظر فراگیران پزشکی در مقاطع کارورزی و دستیاری گروه داخلی دانشکده پزشکی اصفهان. پایان نامه پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

حداد علوی، رودابه؛ عبدالهی، احمد؛ احمدی، امیدعلی. (۱۳۸۶). برنامه‌درسی پنهان: پژوهشی در یادگیری‌های ضمنی مدرسه؛ مورد: روحیه‌علمی. فصلنامه‌تعلیم و تربیت. ۲۳(۲)(مسلسل ۹۰)؛ ص ۸۳-۳۳.

حسین نیا، عبدالحمید. (۱۳۷۳) پزشکی و تجارت. مندرج در مجموعه مقالات اخلاق پزشکی: مشروح مقالات ارائه شده به اولین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی. جلد هفتم: صفات یک پزشک، رابطه پزشک و بیمار. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.

دانش پرور، حمیدرضا. (۱۳۸۳). سرحرفه‌ای. فصلنامه بیماریهای پوست. سال هشتم، شماره ۲، ص ۱۵۸-۱۵۵.

رحیمی، مجید. (۱۳۸۰). بررسی تجارب دانشجویان از برنامه‌درسی مستتر در دانشکده پرستاری-مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۸۰. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

سعید رضوانی، محمود. (۱۳۸۰). تبیین برنامه‌درسی پنهان در درس بینش اسلامی دوره متوسطه و ارائه راهبردهایی برای استفاده از این برنامه در آموزش اثربخش دینی. پایان نامه دکتری، دانشگاه تربیت معلم.

سلطانی‌عرب شاهی، کامران؛ کوهپایه زاده، جلیل؛ ثبوتی، بهنام. (۱۳۸۷). محیط‌آموزشی بخش‌های اصلی بالینی بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران از دیدگاه فراگیران بر اساس مدل DREEM. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. جلد ۸ شماره ۱، ص ۵۰-۴۳.

سلمانزاده، حسن. و فرتوک‌زاده، محمدرضا. (۱۳۷۳). واکنش دانشگاهها و پاسخ تعلیم و تربیت به تغییرات مداوم در سطح جهانی و کشوری در حل معضلات اجتماعی در آینده. مندرج در مجموعه مقالات سمینار کشوری تعلیم و تربیت در گروه پزشکی، ص ۱۰۱.

سیلور، جی‌گالن؛ الکساندر، ویلیام ام. و لوئیس، آرتور. جی. (۱۳۸۰). برنامه‌ریزی درسی برای تدریس و یادگیری بهتر. ترجمه غلامرضا خوی‌نژاد. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).

شجاعی، احمد. (۱۳۷۳). اخلاق در آموزش. مندرج در *دسوغندنامه‌های پزشکی: اخلاق در آموزش و پژوهش*. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.

شریف، سید مصطفی. (۱۳۸۰). تحلیلی بر رویکردهای برنامه‌ریزی درسی. *فصلنامه علمی-پژوهشی*، شماره ۱ و ۲، ص ۱۰۹-۱۲۶.

صفرنواده، مریم؛ فتحی‌اجارگاه، کوروش. (۱۳۸۷). گذری بر مفاهیم و پایه‌های نظری و عملی برنامه‌درسی Null (مغفول) در آموزش پزشکی. *فصلنامه راهبردهای آموزشی*، شماره پیاپی ۱، ص ۴۷-۴۰.

طالب‌زاده نویریان، محسن. و فتحی‌اجارگاه، کوروش. (۱۳۸۲). *مباحث تخصصی برنامه‌ریزی درسی*. تهران: نشر آبیژ.

طیبی، سید جمال‌الدین. (۱۳۷۳). نقش دانشگاه و پژوهش در توسعه ملی. *فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی*، شماره ۷، ص ۲۲-۲۳.

علیخانی، محمدحسین. (۱۳۸۳). بررسی پیامدهای قصد نشده (برنامه‌درسی پنهان) محیط اجتماعی مدارس دوره متوسطه شهر اصفهان و ارائه راهکارهایی برای کاهش پیامدهای منفی آن. پایان نامه دوره دکتری برنامه‌ریزی درسی، دانشگاه تربیت مدرس.

علیخانی، محمدحسین؛ مهرمحمدی، محمود. (۱۳۸۳). بررسی پیامدهای قصدنشده (برنامه‌درسی پنهان) ناشی از محیط اجتماعی مدارس دوره متوسطه اصفهان *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، شماره‌های ۲ و ۳، ص ۱۴۶-۱۲۱.

فاضل نیا، سهیلا. (۱۳۷۳). آسیب شناسی طب و طبیب. مندرج در *مجموعه مقالات اخلاق پزشکی: مشروح مقالات ارائه شده به اولین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی*. جلد هفتم: صفات یک پزشک، رابطه پزشک و بیمار. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.

فتحی‌اجارگاه، کوروش. (۱۳۸۶). *برنامه درسی به سوی هویت‌های جدید: شرحی بر نظریات معاصر برنامه درسی*. جلد اول، تهران: نشر آبیژ.

فتحی‌اجارگاه، کورش؛ واحد چوکده، سکینه. (۱۳۸۵). شناسایی آسیب‌های تربیت‌شهروندی در برنامه درسی پنهان: نظام آموزش متوسطه نظری از دیدگاه معلمان زن شهر تهران و ارائه راهکارهایی برای بهبود وضعیت آن. *فصلنامه نوآوریهای آموزشی*، شماره ۱۷ سال پنجم، ص ۹۳-۱۳۱.

فتحی و اجارگاه، کوروش. (۱۳۸۱). برنامه‌های تربیت شهروندی، اولییتی پنهان برای نظام آموزش و پرورش ایران. مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان، جلد چهاردهم، شماره ۲، ص ۲۰۶-۱۸۱.

قورچیان، نادرقلی. (۱۳۷۳). تحلیلی از برنامه درسی مستتر: بحثی نو در ابعاد ناشناخته نظام آموزشی. فصلنامه پژوهش و برنامه ریزی در آموزش عالی، شماره ۱ سال دوم. ص ۴۷-۶۹.

لوی، فردریک. (۱۳۷۳). رابطه پزشک با بیماران و خانواده‌هایشان. مندرج در مجموعه مقالات اخلاق پزشکی: مشروح مقالات ارائه شده به اولین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی. جلد هفتم: صفات یک پزشک، رابطه پزشک و بیمار. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.

محقق، مهدی. (۱۳۷۴). تاریخ و اخلاق پزشکی در اسلام و ایران. تهران: انتشارات سروش.

محمدی مهر، مژگان. و فتحی و اجارگاه، کوروش. (۱۳۸۷). جایگاه برنامه‌درسی پنهان در آموزش مداوم پزشکی. فصلنامه راهبردهای آموزشی، شماره پیاپی ۱.

مذبوحی، سعید. (۱۳۸۷). نقش برنامه‌درسی پنهان در طراحی آموزشی. ماهنامه رشد تکنولوژی آموزشی. سال سوم، شماره ۴، ص ۲۶-۲۴.

ملکی، حسن. (۱۳۷۴). برنامه‌درسی پنهان و طراحی آموزشی. رشد معلم. دوره چهاردهم، شماره ۳.

ملکی، حسن. (۱۳۸۵). برنامه ریزی درسی (راهنمای عمل). تهران: انتشارات راه اندیشه.

مؤسسه اخلاق پزشکی ایرانیان. (۱۳۸۶). بازآفرینی پروفن‌ها از شبه پروفن‌های دولتی. اتیکز، نامه‌ی مؤسسه اخلاق پزشکی ایرانیان، شماره دوم، سال دوم.

مهدوی عمران، سعید. (۱۳۷۳). پزشک و خطراتی که در کمین اوست. مندرج در مجموعه مقالات اخلاق پزشکی: مشروح مقالات ارائه شده به اولین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی. جلد هفتم: صفات یک پزشک، رابطه پزشک و بیمار. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.

مهرام، بهروز. ساکتی، پرویز. مسعودی، اکبر. مهرمحمدی، محمود. (۱۳۸۵). نقش مؤلفه‌های برنامه‌درسی پنهان در هویت علمی دانشجویان (مطالعه موردی: دانشگاه فردوسی مشهد). فصل‌نامه مطالعات برنامه درسی، سال اول، شماره ۳.

مهرمحمدی، محمود. (۱۳۷۴). بررسی ارتباط میان تربیت فرهنگی، الگوهای نوین تدریس، و خلاقیت. فصلنامه پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت، شماره ۲۲-۳۶.



مهرمحمدی، محمود. (۱۳۸۷). برنامه درسی، نظرگاهها، رویکردها و چشم اندازها. ویراست دوم. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها.

میزگرد تخصصی «بازشناسی مفهوم و کاربرد برنامه‌ی درسی پنهان». (۱۳۸۷). فصلنامه مطالعات برنامه‌درسی، سال دوم شماره ۸، ص ۱۵۶-۱۷۱.

نبی پور، ایرج. (۱۳۷۳). زکریای رازی معلم اخلاق پزشکی ایران. مندرج در سوگندنامه‌های پزشکی اخلاق در آموزش و پژوهش. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.

نصر، حسین. (۱۳۵۹). علم و تمدن در اسلام ترجمه احمد آرام. تهران: انتشارات خوارزمی.

نفیسی، ابوتراب. (۱۳۷۱). تاریخ اخلاق پزشکی. اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

هاشمیان، میرحسن. (۱۳۷۳). خطراتی که پزشک را تهدید می‌کند. مندرج در مجموعه مقالات اخلاق پزشکی: مشروح مقالات ارائه شده به اولین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی. جلد هفتم: صفات یک پزشک، رابطه پزشک و بیمار. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.

- American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, ACP-ASIM Foundation, American College of Physicians, American Society of Internal Medicine, European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the new Millennium: a physician charter (2002). **Annals Internal Medicine**, 136, 243-246.
- Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) (2008). **Advancing Education in Medical Professionalism: An educational resource from the ACGME outcome Project**. Available from: [www.acgme.org/outcome/implement/rsvp.asp](http://www.acgme.org/outcome/implement/rsvp.asp).
- Ahola, S. (2000). Hidden curriculum in higher education: something to fear for or comply to? Conference title: **Innovations in higher education**. Helsinki. 30/08/2000
- Anderson, T. (2002). Revealing the hidden curriculum of E-learning. In C.Vrasidas & G. V. Glass (Eds.), **Current perspectives in applied information technologies** (1st ed., pp. 23). Greenwich: Information Age Publishing.
- Anyon, J. (1980). Social class and the hidden curriculum of work. In H.Giroux, A. N. Penna, & W. Pinar (Eds.), **Curriculum and instruction** (pp. 317-341). Berkeley: McCutchan Publishing.
- Apple, M. (1975). The hidden curriculum and the nature of conflict. In W.Pinar (Ed.), **Curriculum Theorizing** (1st ed., pp. 95-120). Berkeley: McCutchan Publishing Corporation.
- Apple, M. & King, N. (1983). What do schools teach? In H.Giroux & D. Puperl (Eds.), **The hidden curriculum and moral education** (1st ed., pp. 82-99). Berkeley: McCutchan publishing.
- Apple, M. (2004). **Ideology and curriculum**. (3rd ed.) New York: Routledge Falmer.
- Arnold, L. (2002). Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. **Academic Medicine**, 77, 502-515.
- Ausbrooks, R. (2002). What is the school's hidden curriculum teaching your child? Available from: <http://www.parentingteens.com/curriculum.shtml>.2002 [On-line].
- Baernstein, A. & Fryer-Edwards, K. (2003). Promoting reflection o professionalism: A comparison trial of educational interventions for medical students. **Academic Medicine**, 78, 742-747.
- Bain, L. L. (1985). The hidden curriculum re-examined. **Quest**, 37, 145-153.

- Benatar, D. (2006). Bioethics and health and human rights: a critical view. **Journal of Medical Ethics**, 32, 17-20.
- Benbassat, J. & Baumal, R. (2005). Enhancing self-awareness in medical students: an overview of teaching approaches. **Academic Medicine**, 80, 156-161.
- Brianard, A. H. & Brislen, H. C. (2007). Viewpoint: learning professionalism: a view from the trenches. **Academic Medicine**, 82, 1010-1014.
- Bryan, R. E., Krych, A. J., Carmichael, S. W., Viggiano, T. R., & Pawlina, W. (2005). Assessing professionalism in early medical education: experience with peer evaluation and self-evaluation in the gross anatomy course. **Annals Academy of Medicine**, 34, 486-491.
- Burack, J. H., Irby, D. M., Carline, J. D., Root, R. K., & Larson, E. B. (1999). Teaching compassion and respect : attending physicians' responses to problematic behaviors. **Journal of General Internal Medicine**, 14, 49-55.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2001). **The Practice of nursing research Conduct, Critique, & Utilization**. (4th ed.) Philadelphia: W.B.Saunders.
- Buyx, A. M., Maxwell, B., & Schone-Seifert, B. (2008). Challenges of educating for medical professionalism: who should step up to the line? **Medical Education**, 42, 758-764.
- Caldicott, C. V. & Faber-Langendoen, K. (2005). Deception, discrimination, and fear of reprisal: lesson in ethics from third year medical students. **Academic Medicine**, 80, 866-873.
- Centra, J. A. (1978). Types of faculty development programs. **Journal of Higher Education**, 49, 151-162.
- Cohen, J. J. (2006). professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. **Medical Education**, 40, 607-617.
- Connelly, F. M., Fang He M., & Phillion J. (2008). **The sage handbook of curriculum and instruction**. (1st ed.) Los Angeles: Sage publications.
- Cottrell, S., Diaz, S., Cather, A., & Shumway, J. (2006). Assessing medical students professionalism: an analysis of a peer assessment. **Medical Education Online**, 11, Available from: <http://www.med-ed-online.org>.
- Couburn, D. (1983). Medical dominance in Canada in historical perspective: the rise and fall of medicine? **International Journal of Health Services**, 13, 407-432.
- Coulehan, J. (2005). Today's professionalism: engaging the mind but not the heart. **Academic Medicine**, 80, 892-898.

- Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Steinert, Y. (2009). **Teaching Medical Professionalism**. (1st ed.) Cambridge: Cambridge University Press.
- Cruess, S. R. (1997). Professionalism must be taught. **British Medical Journal**, 315, 1674-1677.
- Cruess, S. R. & Cruess, R. L. (2005). Teaching professionalism: old issues, new solutions. **Canadian Journal of Ophtalmology**, 40, 125-127.
- Cruess, S. R., McIlroy, J. H., Cruess, S., Ginsburg, S., & Steinert, Y. (2006). The professionalism mini-evaluation exercise: A preliminary investigation. **Academic Medicine**, 81, S74-S78.
- Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Steinert, Y. (2008). Role modelig: making the most of a powerful teaching strategy. **British Medical Journal**, 336, 718-721.
- D'eon, M., Lear, N., Turner, M., & Jones, C. (2006). Perils of the hidden curriculum revisited. **Medical Teacher**, 29, 295-296.
- Dana, J. & Loewenstein, G. (2003). A social science perspective on gifts to physicians from industry. **Journal of American Medical Association**, 290, 252-255.
- Depender, W. & Chandler, W. I. (1990). **Clinical Ethics: an invitation to healing professionals**. New York: Praeger.
- Eisner, E. W. (1994). **The educational imagination**. (3rd ed.) Macmilan publishing.
- Elder, W. G., Hustedde, C., Rakel, D., & Joyce, J. (2008). CAM curriculum activities to enhance professionalism training in medical schools. **Complementary Health Practice Review**, 13, 127-133.
- Feudtner, C., Christakis, D. A., & Christakis, N. A. (1994). Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. **Academic Medicine**, 69, 670-679.
- Fins, J. J., Gentileco, B. J., Carver, A., Lister, P., Acres, C. A., Payne, R. et al. (2003). Reflective practice and palliative care education: A clerkship responds to the informal and hidden curricula. **Academic Medicine**, 78, 307-312.
- Frader, J., Arnold, R., Coulehan, J., Pinkus, R. L., Meisel, A., & Schaffner, K. (1989). Evolution of clinical ethics teaching at the University of Pittsburgh. **Academic Medicine**, 64, 747-750.
- Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. (2003). **Educational research: An introduction**. (7th ed.) Boston: Pearson Education.

- Garret, T. M., Baillie, H. W., & Garret, R. M. (1993). **Health care ethics: principles and problems**. (2nd ed.) New Jersey: Prentice Hall.
- Ginsburg, S., Regehr, G., Hatala, R., McNaughton, N., Frohna, A., Hodges, B. et al. (2000). Context, conflict and resolution: a new conceptual framework for evaluating professionalism. **Academic Medicine**, 75, S6-S11.
- Ginsburg, S., Regehr, G., Stern, D., & Lingard, L. (2002). The anatomy of the professional lapse. bridging the gap between traditional frameworks and students' perceptions. **Academic Medicine**, 77, 516-522.
- Giroux, H. & Puperl, D. (1983). **The hidden curriculum and moral education**. McCutchan Publishing Corporation.
- Glicken, A. D. & Merenstein, G. B. (2007). Addressing the hidden curriculum: understanding educator professionalism. **Medical Teacher**, 29, 54-57.
- Goldstein, E. A., Maestas, R. R., Fryer-Edwards, K., Wenrech, M. D., Oelschlager, A. A., Baernstein, A. et al. (2006). Professionalism in medical education: an institutional challenge. **Medical Education**, 81, 871-876.
- Gordon, J. (2003). Assessing students' personal and professional development using portfolios and interviews. **Medical Education**, 37, 335-340.
- Gray, R. M. (1991). **Professional development: A case study of the hidden curriculum**. PhD Dissertation, University of Oregon.
- Green, J. (2004). **Qualitative methods for health research**. London: Sage publications.
- Hafferty F.W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. **Academic Medicine**, 73, 403-407.
- Hafferty F.W. & Castellani, B. (2009). A sociological framing of medicine's modern-day professionalism movement. **Medical Education**, 43, 826-828.
- Hafferty, F. W. & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical education. **Academic Medicine**, 69, 861-871.
- Haidet, P., Kelly, P., & Chou, C. (2005). Characterising the patient-centeredness of hidden curricula in medical schools: development and validation of a new measure. **Academic Medicine**, 80, 44-50.
- Harden, R. M. (2001). The learning environment and the curriculum. **Medical Teacher**, 23, 335-337.

- Hawkins, R. E., Katsufraakis, P. J., Holtman, M. C., & Clauser, B. E. (2009). Assessment of medical professionalism: who, what, when, where, how, and..... why? **Medical Teacher**, 31, 348-361.
- Hicks, L. K., Lin, Y., Robertson, D. W., Robinson, D. L., & Woodrow, S. I. (2001). Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. **British Medical Journal**, 322, 709-710.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasc, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonella, J. S. et al. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical schools. **Medical Education**, 38, 934-941.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (1996). **Qualitative research for nurses**. (1st ed.) Oxford: Blackwell science.
- Hundert, E. M., Hafferty F.W., & Christakis, D. A. (1996). Characteristics of the informal curriculum and trainees' ethical choices. **Academic Medicine**, 71, 624-633.
- Husen, T. & Postlethwaite, T. N. (1994). **The international encyclopedia of education**. (2nd ed.) Oxford: Pergamon.
- Jackson, J. A. (2007). **Ethics, legal Issues, and professionalism in surgical technology**. (1st ed.) New York: Thomson, Delmar Learning.
- Jackson, P. W. (1968). The daily grind. In D.J.Flinders & S. J. Thornton (Eds.), **The curriculum studies reader** (pp. 93-102). New York: Routledgefalmer.
- Kassebaum, D. G. & Culter, E. R. (1998). On the culture of student abuse in medical school. **Academic Medicine**, 73, 1149-1158.
- Krippendorff, K. (2003). **Content analysis: an introduction to its methodology**. (2nd ed.) London: Sage publications.
- Le Boeuf, P. (2006). **The elements that should be accounted for in a conceptual model**. Paris: Bibliotheque nationale de france.
- LeBlanc, C. (2007). **Exploring the hidden curriculum in Emergency Medicine training Program**. M.A.Ed. Dissertation, Mount Saint Vincent University.
- Lempp, H. & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perception of teaching. **British Medical Journal**, 329, 770-773.

- Liaison Committee on Medical Education (2005). **Functions and structures of a medical school: standards for accreditation of medical education programs leading to the MD degree**. Washington DC: LCME.
- Ludmerer, K. M. (1999). Instilling professionalism in medical education. **Journal of American Medical Association**, 282, 881-882.
- Lynch, D. C., Surdyk, P. M., & Eiser, A. R. (2004). Assessing professionalism: a review of the literature. **Medical Teacher**, 26, 366-373.
- Margolis, E. (2001). **The hidden curriculum in higher education**. New York: Routledge.
- Markakis, K. M., Beckman, H. B., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. (2000). The path to professionalism: cultivating humanistic values and attitudes in residency training. **Academic Medicine**, 75, 141-150.
- Martimianakis, M. A., Maniate, J. M., & Hodges, B. D. (2009). Sociological interpretations of professionalism. **Medical Education**, 43, 937.
- Martin, J. (1983). What should we do with a hidden curriculum when we find one? In H. Giroux & D. Puperl (Eds.), **The hidden curriculum and moral education**, McCutchan Publishing Corporation.
- Morgan, A. (2005). **Basic guidelines for conceptual models**. Available from: [http://assets.panda.org/downloads/1\\_4\\_conceptual\\_model\\_11\\_08\\_05.pdf](http://assets.panda.org/downloads/1_4_conceptual_model_11_08_05.pdf) [On-line].
- Morrison, J., Dowie, A., Cotton, P., & Goldie, J. (2009). A medical education view on sociological perspectives on professionalism. **Medical Education**, 43, 824-825.
- Moser, M. (2009). Economic challenges in health care: can we maintain professionalism in an atmosphere of systems and business? **The American Journal of Medical Sciences**, 337, 394-395.
- Nicholls, G. (2001). **professional development in higher education: new dimensions and directions**. (1st ed.) London: Kogan Page Limited.
- Null, J. W. (2008). Curriculum development in historical perspective. In F.M. Connelly, Fang He M., & Phillion J. (Eds.), **The sage handbook of curriculum and instruction** (1st ed., pp. 478-489). Los Angeles: Sage Publications.
- O'Toole, T. P., Navneet, K., Mishra, M., & Schukart, D. (2005). Teaching professionalism within a community context: perspective from a national demonstration project. **Academic Medicine**, 80, 339-343.

- Osborn, E. (2000). Punishment: a story for medical educators. **Academic Medicine**, 75, 241-244.
- Pacie, E. & Hards, M. F. (2002). How important are role models in making good doctor? **British Medical Journal**, 325, 707-710.
- Papadakis, M. A., Teherani, A., Banch, M. A., Knettler, T. R., Rattner, S. L., Stern, D. T. et al. (2005). Disciplinary action by medical boards and prior behaviour in medical school. **New England Journal of Medicine**, 353, 2709-2711.
- Patton, M. Q. (1990). **Qualitative evaluation and research methods**. (2nd ed.) Newbury Park: Sage publications.
- Pinar, W. F. (1998). **Curriculum toward new identities**. (1st ed.) New York: Garland Publishing.
- Pinar, W. F. (2008). Curriculum theory since 1950. In F.M.Connelly, Fang He M., & Phillion J. (Eds.), **The sage handbook of curriculum and instruction** (1st ed., pp. 491-503). Los Angeles: Sage Publications.
- Pololi, L. & Price, J. (2000). Validation and use of an instrument to measure the learning environment as perceived by medical students. **Teaching and Learning in Medicine**, 12, 201-207.
- Preston, R. (1994). Reaffirming professionalism through the education community. **Annals Internal Medicine**, 120, 609-614.
- Proust, M. (1999). Probing the hidden curriculum, teachers' and students' beliefs and attitudes. In **18th national conference for teachers of English**.
- Rees, C. (2005). Proto-professionalism and the three questions about development. **Medical Education**, 39, 7-11.
- Rhodes, R. (2001). Enriching the white coat ceremony with a module on professional responsibilities. **Academic Medicine**, 76, 504-505.
- Robson, J. (2006). **Teacher professionalism in further and higher education**. London: Routledge.
- Rothman, D. J. (2000). Medical professionalism focusing on the real issues. **New England Journal of Medicine**, 342, 1284-1286.
- Sachs, J. (2003). **The activist teaching profession**. (1st ed.) Buckingham: Open University Press.



- Schachter, M. (2009). Professionalism, again. **Medical Education**, 43, 923-925.
- Schubert, W. H. (2008). Curriculum inquiry. In F.M.Connelly, Fang He M., & Phillion J. (Eds.), **The sage handbook of curriculum and instruction** (1st ed., pp. 399-419). Los Angeles: Sage Publications.
- Shorr, A. F., Hayes, R. P., & Finnerty, J. F. (1994). The effect of a class of medical ethics on first year medical students. **Academic Medicine**, 69, 998-1000.
- Shrank, W. H., Reed, V. A., & Jernstedt, G. C. (2004). Fostering Professionalism in Medical Education. **Journal of General Internal Medicine**, 19, 887-892.
- Silver, H. K. & Glicken, A. D. (1990). Medical student abuse: incidence, severity and significance. **Journal of American Medical Association**, 263, 527-432.
- Singer, P., Robb, A., Cohen, R., Norman, G., & Turnbull, J. (1996). Performance-based assessment of clinical ethics using an objective structured clinical examination. **Academic Medicine**, 71, 495-498.
- Skeff, K. M. & Mutha, S. (1998). Role modeling: guiding the future of medicine. **New England Journal of Medicine**, 339, 2015-2017.
- Steinert, Y., Cruess, S., Cruess, R., & Snell, L. (2005). Faculty development for teaching and evaluating professionalism: from programme design for curriculum change. **Medical Education**, 39, 127-136.
- Stern, D. T. (1998b). Practicing what we preach? An analysis of the curriculum of values in medical education. **American Journal of Medicine**, 104, 569-575.
- Stern, D. T. (1998a). Culture, Communication, and the informal curriculum, in search of the informal curriculum: when and where professional values are taught. **Academic Medicine**, 73, S28-S30.
- Swick, H. M. (2000). Toward a normative definition of medical professionalism. **Academic Medicine**, 75, 612-616.
- Tang, T. S., Fantone, J. C., Bozynski, M. E., & Adams, B. S. (2002). Implementation and evaluation of an undergraduate sociocultural medicine program. **Academic Medicine**, 77, 578-585.
- Tekian, A. (2009). Must the hidden curriculum be the black box for unspoken truth? **Medical Education**, 43, 822-823.
- Vallance, E. (1991). Hidden curriculum. In A.Lewy (Ed.), **International encyclopedia of curriculum**, Pergamon Press.

- Van De Camp, K., Vernooij-Dassen, M., Grol, R., & Bottema, B. (2006). Professionalism in general practice: development of an instrument to assess professional behaviour in general practitioner trainees. **Medical Education**, 40, 43-50.
- Veloski, J. J., Fields, S. K., Boex, J. R., & Blank, L. L. (2005). Measuring professionalism: A review of studies with instruments reported in the literature between 1982 and 2002. **Academic Medicine**, 80, 366-370.
- Wagner, P., Hendrich, J., Moseley, G., & Hudson, V. (2007). Defining medical professionalism: a qualitative study. **Medical Education**, 41, 288-284.
- Wear, S. (2008). Challenging the hidden curriculum. **Journal of General Internal Medicine**, 23, 652-653.
- Whitcomb, ME. (2005). Medical Professionalism: can it be taught? **Academic Medicine**, 80, 883-884.
- Wright, S. M., Kern, D. E., Kolodner, K., Howard, D. M., & Brancati, F. L. (1998). Attributes of excellent attending physician role models. **New England Journal of Medicine**, 339, 1986-1993.
- Wright, S. M. & Carrese, J. A. (2002). Excellence in role modeling: insight and perspectives from the pros. **Canadian Medical Association Journal**, 167, 638-643.
- Wright, S. M. & Carrese, J. A. (2003). Serving as a physician role model for a diverse population of medical learners. **Academic Medicine**, 78, 623-628.
- Zeldow, P. B. & Daugherty, S. R. (1987). The stability and attitudinal correlates of warmth and caring in medical students. **Medical Education**, 21, 353-357.