

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



درنامه آداب پزشکی

جلد اول

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

معاونت آموزشی

گروه اخلاق و آداب پزشکی

نویسندگان:

دکتر بابک ایزدی - دکتر محمد رسول خزاعی

جمعی از اساتید هیأت علمی

سرشناسه : درسنامه آداب پزشکی جلد اول

عنوان و پدیدآورندگان :

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه معاونت آموزشی گروه اخلاق و آداب پزشکی

دکتر بابک ایزدی ، دکتر محمدرسول خزاعی و جمعی از اعضای هیات علمی
مشخصات نشر :

شابک ۶۱۷ ص.: مصور (بخش رنگی).؛ ۱۴/۵ X ۲۱/۵ سم
شابک :

وضعیت فهرست نویسی : فیپا

یادداشت: عنوان به انگلیسی: Principles of medicine

یادداشت : کتابخانه.

موضوع :آداب و اخلاق پزشکی

موضوع Medical Ethics

رده بندی کنگره :

رده بندی دیویی :

شماره کتابشناسی ملی:

عنوان فارسی : درسنامه آداب پزشکی

مؤلفان : دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه معاونت آموزشی گروه آداب و اخلاق پزشکی

دکتر بابک ایزدی ، دکتر محمدرسول خزاعی و جمعی از اعضای هیأت علمی دانشگاهها
ویرایش : حسنا کلهری

ناشر:

حروف چینی و لیتوگرافی : حسنا کلهری

چاپ و صحافی :

چاپ نخست : ۱۳۹۹

قطع کتاب: وزیری

تیراژ: ۱۰۰۰

قیمت :

شابک:

آدرس، شماره و نمابر و پست الکترونیک انتشارات :

تقدیم به همه کسانی که در راه علم و ادب گام برمی دارند.

فهرست

دیباجه..... ۱۱

پیشگفتار..... ۱۲

جلد اول

گفتار اول: آداب پزشکی ۱

فصل اول: آشنایی با ساختار و مقررات دانشکده های پزشکی..... ۱۳

فصل دوم: آشنایی با پوشش و رفتار حرفه ای ۴۴

فصل سوم: هویت ایرانی - اسلامی و توانمندی های دانشجوی پزشکی..... ۵۸..

فصل چهارم: تاریخ طب ایرانی - سنتی..... ۹۴

فصل پنجم: چهره های شاخص طب ایران و جهان..... ۱۲۱

فصل ششم: اصول پایه ای مهارت های ارتباطی مؤثر..... ۱۴۳

فصل هفتم: دانشجوی پزشکی، پزشک در حال یادگیری..... ۱۵۵

گفتار دوم : آداب پزشکی ۲

فصل اول: مفاهیم مهارت های برقراری ارتباط مؤثر..... ۱۷۳

فصل دوم: روش های مطالعه و یادگیری..... ۱۸۹

فصل سوم: زبان بدن..... ۲۰۶

فصل چهارم: آشنایی با تفکر انتقادی و پویشگر..... ۲۲۴

فصل پنجم: آشنایی با مفهوم همدلی و کاربرد آن در حوزه پزشکی..... ۲۴۹.

فصل ششم: استرس و روش های مقابله با آن..... ۲۶۶

فصل هفتم: تفکر و استدلال..... ۲۸۸

دیباچه

بنام خدا

با سلام و احترام حضور اساتید محترم و دانشجویان گرامی

مباحث اخلاقی خصوصا اخلاق پزشکی و حرفه ای از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد و با توجه به این اهمیت، توسعه اخلاق حرفه ای بعنوان یکی از بسته های اجرایی در تحول و نوآوری آموزش علوم پزشکی مورد توجه ویژه ای قرار گرفته است؛ در این راستا واحد جدیدی، تحت عنوان آداب پزشکی از سوی دبیرخانه شورای آموزشی پزشکی عمومی وزارت متبوع حذف و به دروس پزشکی عمومی و تدوین در سنامه مورد نظر در اولویت قرار گرفت و مسئولیت تالیف و گردآوری این در سنامه به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بعنوان دبیرخانه وقت کلان منطقه ۳ آمایش واگذار گردید .

در این راستا، اساتید ارجمند گروه آداب و اخلاق پزشکی این دانشگاه از اوایل سال ۱۳۹۷ به همراه جمعی از اعضای هیأت علمی دانشگاهها و دانشکده های مختلف سراسر کشور به طور جدی اقدام به طراحی سرفصل ها، تالیف و گردآوری در سنامه ای جامع برای دانشجویان پزشکی در مقطع علوم پایه نمودند. حال بعد از حدود دو سال سعی و تلاش، و تجربه چند ترم تدریس این واحد در سی، خدا را شاکرم که در سنامه مذکور آماده چاپ گردیده است؛ در اینجا لازم می دانم که از اساتید ارجمند ، بخصوص اعضای محترم گروه آموزشی اخلاق و آداب پزشکی و همچنین اعضای محترم دبیرخانه شورای آموزش پزشکی عمومی وزارت متبوع که در مسیر آماده سازی این مجموعه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه را کمک نمودند تشکر و قدردانی نمایم. امید است این در سنامه ، گام مهمی در اعتلای اخلاق و آداب حرفه ای پزشکی در دانشجویان فعلی و پزشکیان آینده این سرزمین باشد.

دکتر حبیب اله خزایی

معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

و دبیر دبیرخانه کلان منطقه ۳ آمایش

پیش گفتار

باسلام واحترام

آداب پزشکی فراخوان مهارت های پزشکی خوب شدن و پزشکی خوب ماندن در دانشجویان عزیز پزشکی است. هدف کلی از مجموعه در سهای آداب پزشکی آگاه سازی و توانمند سازی دانشجویان برای شروع و ادامه راه پزشکی شدن و پزشکی خوب ماندن است بطوریکه بتواند در طول زندگی کاری خود موفق و به روز بماند. فرهنگ (ترکیب و ترتیب) و تم های طولی و تنظیم مباحث در برنامه باید به نحوی باشد که یک سری فرامهارت های اساسی مانند یادگیری مادام العمر، جامعه پذیری، تحمل شرایط سخت و بحرانی، برون رفت از درماندگی، هوش هیجانی، معنا بخشیدن به زندگی دیگران و خود و سایر مهارت های زندگی در دانشجویان تقویت و ماندگار شود. به امید پروردگار بزرگ، به همت اعضای محترم هیأت علمی دانشگاهها، خوشبختانه آثار و یادگارهای تربیتی نهاد مقدس خانواده، موهبت محبت مادران پرمهر و پدران مهربان ایران - دستمایه ایست که امکان فراوری و ورزیدن این مهارتها را در پیکر هویتی، شخصیتی و حرفه ای - اجتماعی دانشجویان پزشکی فراهم خواهد کرد. اولین در برنامه آموزش آداب پزشکی که به همت اعضای محترم هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و با همکاری منتخبی از اعضای هیأت علمی دیگر دانشگاهها به رشته تحریر درآمد آغازیست برای خلق یک اثر ماندگار تا در سالهای بعد به کمال مطلوب برسد.

در مجموع ۱۱۷ تن از اعضای محترم هیأت علمی مدرس مباحث آداب پزشکی از ۴۲ دانشگاه جهت همکاری اعلام آمادگی کردند که تا زمان انتشار اولین نسخه همراه با گزارشهای پایش اجرای برنامه نقدها و نظرات و تنها تعداد معدودی متن جهت مشارکت در تدوین درسنامه ملی آداب پزشکی به دبیرخانه رسیده است. امید داریم سایر همکاران پیشنهادات و متون ویراستاری، بازنگری، به روز رسانی و یا تکمیلی را جهت درج در ویرایشهای بعدی درسنامه به این دبیرخانه ارسال فرمایند. بدیهی است در این امر گروه هدف (دانشجویان پزشکی عمومی)، حجم، سرفصل مصوب دروس و سایر جوانب علمی - آموزشی رشته پزشکی عمومی را باید مد نظر داشت.

ارادتمند دکتر هنرپیشه

هیأت علمی دبیرخانه شورای آموزش پزشکی عمومی

ز خدا جوییم توفیق ادب بی ادب محروم ماند از لطف رب
بی ادب تنها نه خود را داشت بد بلکه آتش در همه آفاق زد
(مثنوی، دفتر اول)

مقدمه نویسندگان

با توجه به پیشرفتهای شتابان و بنیادین در علوم پزشکی از یک سو و قداست دیرینه حرفه ی پزشکی از دیگر سو که از دیرباز منجر به پیدایش و رواج سوگند نامه بقراط جهت تعهد پزشکان بر مدار اخلاق شد و نیز با نظر به نگاه ویژه اسلام به ابعاد گوناگون زیست اخلاقی، تامل در سویه های گوناگون رابطه اخلاق با حرفه پزشکی و مسائل و مشاغل پیرامون آن بسیار مهم و ضروری به نظر می رسد.

کار در زمینه اشاعه و توسعه اخلاق در کشور سالهاست آغاز و کتب و دستورالعمل های متعدد و ارزشمندی در زمینه اخلاق پزشکی تعیین و ابلاغ گردیده است. حال وقت آن رسیده است که باتوجه به اهمیت آشنایی با آداب پزشکی، در زمینه آداب حضور در محیط های آکادمیک، کلاس های درسی، مراکز بهداشتی و نهایتاً بیمارستان و نحوه ی تعامل دانشجویان در دانشکده و بروز رفتارهای اجتماعی مناسب نیز تلاش هایی تازه ی صورت پذیرد. و با توجه به اینکه آداب و اخلاق با علوم دیگری مانند حقوق، علوم تربیتی، روان شناسی، فلسفه و فقه مرتبط است بنابراین جهت نیل به اهداف مد نظر، آشنایی با بعضی از مباحث این علوم که منجر به بروز رفتارهای اخلاقی می گردد نیز ضروری است. از آنجا که در سنامه مدونی برای این درس تعریف نشده بود در سنامه اصول آداب پزشکی در قالب ۴ بسته برای ارایه به دانشجویان پزشکی از بدو ورود به دانشگاه طراحی شد در سنامه حاضر با تأکید بر آشنایی دانشجویان پزشکی با قوانین و مقررات دانشکده پزشکی، روشهای تفکر و مطالعه، مدیریت استرس و رفتارهای اجتماعی در محیط های آکادمیک، مهارتهای ارتباط

پزشک و بیمار ، رفتار و اخلاق حرفه ای در محیط‌های علمی، کلاس‌های درس، مراکز بهداشتی و بیمارستانها ، بوسیله این دانشگاه با همکاری جمع زیادی از اعضای هیأت علمی تهیه و در وقت اولیه جهت نظر دهی به دبیرخانه و سایر دانشگاه ارسال گردید و پس از چند بار بررسی و تایید اولیه اقدام به تالیف و تدوین نهایی انجام شد. که شامل دو جلد و چهار گفتار (۱ تا ۴) که هر گفتار شامل چند فصل می باشد

طبیعتاً این در سنامه نمی تواند تمام موارد نیاز دانشجویان را کاملاً برطرف نماید و نیازمند روزآمد سازی مداوم بر اساس نظرات اساتید گرامی و دانشجویان عزیز می باشد. از همین روی، خواسته قلبی ما این است که ما را از نظرات ارزشمند خود بی بهره نگذاشته و نقدها یا پیشنهادات خود را سخاوتمندانه ارائه فرمایید.

در پایان از کلیه همکاران محترم که در تالیف و گردآوری این درسنامه همکاری نمودند و اسامی آنان در آغاز هر فصل ذکر شده، همچنین از مساعدت های سرکار خانم دکتر نجومی و جناب آقای دکتر هنرپیشه و دبیرخانه شورای پزشکی عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که راهنمایی فراوانی در تهیه این درسنامه مبذول داشتند و معاونت محترم آموزشی دانشگاه (بعنوان دبیر کلان منطقه) و مسئولین دانشکده پزشکی که از هیچ گونه مساعدت و کمکی دریغ نکردند، کمال تشکر و امتنان را داریم.

همانگونه که افلاطون بر سر در آکادمی خود نوشته بود هر که هندسه نمی داند وارد نشود باید بر سر درب بیمارستان نوشت پزشکی که آداب پزشکی نمی داند نباید وارد بیمارستان شود

دکتر بابک ایزدی – دکتر محمدرسول خزاعی

آداب پزشکی ۱

فصل اول

آشنایی با ساختار و مقررات دانشکده پزشکی

آشنایی با ساختار و مقررات دانشکده پزشکی

دکتر محمد رسول خزاعی - دکتر الهام نیرومند اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد :

۱. آشنایی با رشته و جایگاه حرفه پزشکی و برنامه دوره پزشکی عمومی
۲. آشنایی با قوانین و مقررات مورد نیاز دانشجویان پزشکی
۳. آشنایی با طرح استاد مشاور

تاریخچه دانشکده‌های پزشکی در ایران

شاید اولین دانشکده پزشکی را بتوان «مدرسه طب» دانست که در سال ۱۲۹۷ هجری شمسی، از دارالفنون جدا شد و به ساختمانی در خیابان شیخ هادی منتقل گردید و مرحوم لقمان الدوله ادهم به ریاست آن برگزیده شد و از همین دوره، به خصوص از سال ۱۳۰۷ ه.ش، آموزش طب (در مدرسه طب) نظم و قوام بیشتری پیدا کرد و به دوره‌های آموزش علوم پایه و بالینی تقسیم و با تأسیس دانشگاه تهران در سال ۱۳۱۳ ه.ش نام مدرسه به دانشکده تغییر پیدا کرد. در ابتدا رشته‌های داروسازی و دندانپزشکی هم در دانشکده پزشکی ارائه می‌شد که بعدها هر کدام به دانشکده‌ای مستقل تبدیل شدند. (۱)

تاریخچه طب در ایران :

سابقه آموزش آکادمیک طب در ایران، به قبل از ظهور اسلام باز می‌گردد. مدرسه و بیمارستان عظیم «جندی شاپور» در قرن ششم میلادی، هم مدرسه و مرکز تحصیل طب و فلسفه بود، و هم بیمارستان و دارالشفای مریضانی که به آنجا رجوع می‌کردند. دانشگاه جندی شاپور از مهمترین مراکز آموزشی و تحقیقی دنیای آن زمان بود که تعداد زیادی دانشمند و پزشک در آن مشغول به تدریس، تحصیل و طبابت بودند. با مطالعه و بررسی این دانشگاه می‌توان به قدمت تعلیم و تعلم رسمی طب در ایران پی برد. همچنین ابداع روش درمان بیمارستانی را باید تا اندازه زیادی از آن ایرانیان دانست. بیمارستان‌های دوره اسلامی اغلب بر اساس نمونه‌ها و اصول بیمارستانی جندی شاپور ساخته شده بودند. (۱)

آموزش طب نوین در ایران تا قبل از تشکیل مدرسه دارالفنون، سازماندهی خاصی نداشت و برای تحصیل طب محلی معین وجود نداشت. این وضع تا زمان سلطنت ناصرالدین شاه و صدارت امیرکبیر ادامه داشت. در این دوره به دستور ناصرالدین شاه، حکیم باشی دربار برای ارتقای آموزش طبابت به آموزش تعدادی از افراد همت‌گمارد تا اینکه امیرکبیر قسمتی از ارگ شاهی را برای تأسیس مدرسه دارالفنون در نظر گرفت

و ناصرالدین شاه دستور ساخت بیمارستان را صادر کرد و اولین بیمارستان در ایران (بیمارستان سینا) افتتاح شد و سپس دانشکده های دیگری نیز از مدرسه دارالفنون منشعب گردید. (۱)

تعریف رشته:

پزشکی شاخه ای از علوم کاربردی است که با هدف حفظ و ارتقای سلامت، به تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری ها می پردازد. این رشته در مقطع دکتری عمومی (MD) Doctor of Medicine پایه و بنیان تمام شاخه های تخصصی پزشکی به شمار می رود و از این رو، کسب مهارت های مورد انتظار در این دوره نه تنها برای ارائه مناسب خدمات پزشکان عمومی به جامعه ضروری است، بلکه موفقیت در دوره های تخصصی و فوق تخصصی نیز مستلزم طی صحیح فرآیند طبیب شدن در دوره پزشکی عمومی می باشد.

دانش آموختگان پزشکی عمومی، دانش، هنر و مهارت تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری ها را از طریق کسب دانش ضروری در علوم پایه پزشکی و شاخه های مختلف علوم بالینی، تمرین و ممارست در به کارگیری این علوم در مواجهه با بیماران و مراجعین و نیز تمرین و تکرار مهارت های عملی به دست می آورند. به علاوه، لازم است به موازات کسب دانش و مهارت، به رشد اجتماعی و حرفه ای لازم برای احراز شغل طبابت از طریق مشارکت هدایت شده، هدفمند و توأم با بازاندیشی در تعاملات حرفه ای در طول تحصیل به خصوص در ضمن کارآموزی و کارورزی دست یابند. (۱)

جایگاه شغلی دانش آموختگان:

دانش آموختگان می توانند در جایگاه های زیر انجام وظیفه نمایند:

- مراکز بهداشتی درمانی، مطب های خصوصی و بیمارستان ها
- سازمان ها و موسسات مرتبط با خدمات سلامت
- مراکز آموزشی و تحقیقاتی مرتبط با علوم پزشکی

ارزش ها و باورها :

پزشک عمومی به عنوان صف اول در ارائه خدمات سلامت با جامعه قرار دارد. بنابراین دائماً در معرض قضاوت و ارزیابی جامعه قرار گرفته و باید ضمن داشتن ویژگی های مطلوب حرفه ای و مهارت های تخصصی، هنجارهای جامعه را مراعات کند.

انسان موجودی چند بعدی با دغدغه ها و نیازها متنوع جسمی، روحی و فرهنگی است. بنابراین پزشک عمومی نمی تواند صرفاً به جسم و بیماری های آن بپردازد. پزشک تنها شخصی است که به عنوان صاحب یک حرفه می تواند به خصوصی ترین حریم این موجود انسانی راه یابد به طوری که گاه به اسرار بیمار از نزدیک ترین همراهان وی بیشتر آگاه است. بنابراین مهمترین ارزش و رکن کلیدی در برنامه های پزشکی عمومی باید تربیت پزشکانی متعهد به اخلاق و منش حرفه ای باشد.

دانش پزشکی قلمرویی در حال تغییر دائمی است و پزشک نیازمند آن است که برای اطمینان از صحت تصمیم گیری های بالینی و ارائه خدمات و انطباق این اقدامات با شواهد معتبر، یادگیری مادام العمر و ارتقای حرفه ای مستمر را سرلوحه فعالیت حرفه-ای خود قرار دهد. از این رو، پرورش تفکر انتقادی و مهارت های یادگیری خودراهنمایی یکی از ضروریات برنامه پزشکی عمومی به شمار می رود. (۱)

وظایف حرفه ای دانش آموختگان در جامعه:

- ✓ مسئولیت فنی مطب های شخصی و مراکز خدمات سلامت
- ✓ ارائه خدمات سلامت منطبق با ضوابط مصوب در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- ✓ ارائه خدمات مشاوره و آموزش سلامت به جامعه یا گروه های حرفه ای (با مراعات مقررات اختصاصی برای هر گروه هدف)
- ✓ مشارکت در کلیه فعالیت های آموزشی و پژوهشی مورد تایید در مراجع ذی صلاح (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا سایر سازمانهای بکار گیرنده پزشکان عمومی)

✓ ارائه خدمات کارشناسی مسائل سلامت حسب نیاز سازمان متبوع

✓ مشارکت در فرآیندهای مدیریتی حوزه سلامت

توانمندی ها و مهارت های اصلی مورد انتظار:

محورهای اصلی توانمندی های مورد انتظار عبارتند از:

۱-مهارت های بالینی

۲- مهارت های برقراری ارتباط

۳- مراقبت بیمار (تشخیص، درمان، بازتوانی)

۴- ارتقای سلامت و پیشگیری در نظام سلامت و نقش پزشک در آن

۵- پیشرفت فردی و فراگیری مستمر

۶- تعهد حرفه ای، اخلاق و حقوق پزشکی

۷- مهارت های تصمیم گیری، استدلال و حل مسأله

راهنمای آموزشی Educational Strategies :

✓ آموزش توأم دانشجو و استاد محور

✓ آموزش جامعه نگر (Community oriented Education)

✓ آموزش مبتنی بر موضوع (Subject based Education)

✓ آموزش سرپایی (Outpatient based Education)

✓ آموزش بیمارستانی (Hospital based Education)

✓ آموزش مبتنی بر مشکل (Problem based Education)

✓ آموزش مبتنی بر وظایف حرفه ای (Task based Education)

انتظارات اخلاقی از فراگیران:

✓ در مراقبت از بیمار، منشور حقوقی بیمار را دقیقاً رعایت نمایند.

✓ مقررات مرتبط با حفاظت و ایمنی بیمار، و داروها شامل ترکیبات شیمیایی و غیر

شیمیایی مرتبط را دقیقاً رعایت نمایند. این مقررات توسط گروه آموزشی مربوطه

تدوین و در اختیار فراگیران قرار خواهد گرفت.

- ✓ کدهای اخلاقی مرتبط با مادر، جنین و نوزادان را به دقت مراعات کنند. این کدها از طرف گروه آموزشی در اختیار فراگیران قرار خواهد گرفت.
- ✓ مقررات پوشش حرفه ای (Dress code) را رعایت نمایند.
- ✓ مقررات کار با حیوانات آزمایشگاهی را رعایت نماید.
- ✓ به سوگند نامه حرفه خود متعهد و پایبند باشند.
- ✓ از منابع و تجهیزاتی که تحت هر شرایط با آن کار می کنند محافظت نمایند.
- ✓ به استادان، کارکنان، همکاران و فراگیران دیگر احترام بگذارند و در ایجاد جو صمیمی و احترام آمیز در محیط کار مشارکت نمایند.
- ✓ در نقد برنامه ها، ملاحظات اخلاق اجتماعی و حرفه ای را رعایت کنند.
- ✓ در انجام پژوهش های مربوط به رشته، نکات اخلاق پژوهش را رعایت نمایند(۱).

برنامه پزشکی عمومی

با گذشت بیش از ۳۰ سال از تدوین برنامه دوره دکترای حرفه ای پزشکی، دانشکده-های پزشکی ایران دستخوش تغییرات کمی و کیفی وسیعی شده اند. از جمله تغییرات ایجاد شده در بافتار دانشکده های پزشکی که در بازنگری برنامه مد نظر قرار گرفته است می توان به رشد تعداد دانشکده های پزشکی، افزایش چشمگیر تعداد و تنوع دوره های تحصیلات تکمیلی، تخصصی و فوق تخصصی، توسعه دانش و تجربه انباشته کشور در آموزش پزشکی و تغییرات فناوری اطلاعات و سهولت دسترسی به دانش روزآمد، از سوی دیگر تغییرات نظام خدمات سلامت، شامل گسترش برنامه پزشکی خانواده در نظام سلامت، تغییر در ترکیب سنی جمعیت کشور و بار بیماری ها، افزایش دسترسی به متخصصین رشته های مختلف پزشکی در شهرهای کوچک، رشد استفاده از فناوری های تشخیصی و درمانی در مراقبت های روزمره و به تبع آن، گران شدن هزینه های مراقبت، افزایش مراودات بین المللی در مراقبت های سلامت و نیز گسترش طبابت مبتنی بر شواهد و مفاهیم جدید کاربردی در طب، توجه به تغییرات متناسب در توانمندی های مورد انتظار از پزشکان عمومی و برنامه درسی مورد نیاز برای حصول

آن توانمندی ها را ناگزیر می نماید. بنابراین برنامه درسی ملی پزشکی عمومی ارائه می شود و هر دانشکده مکلف خواهد بود برنامه درسی دانشگاهی خود را براساس این برنامه و ضوابط و مقررات ابلاغی معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تدوین نماید. از مهمترین ویژگی های این برنامه به عنوان برنامه ملی می توان به تاکید بیشتر بر اهداف و محتوای اصلی متناسب با توانمندی های مورد انتظار از پزشکان عمومی، امکان انعطاف در اجرا، بسنده کردن به دروس الزامی در برنامه ملی و محول نمودن تدوین دروس اختیاری به دانشکده ها، و امکان انتخاب استراتژی های اجرای برنامه بر اساس شرایط دانشکده اشاره نمود. رسمیت بخشیدن به آموزش مفاهیم و مهارت های مهمی چون منش حرفه ای (Professionalism) ، آموزش مبتنی بر شواهد (Evidence-Based Medicine) ، طب سنتی و مکمل، طب خانواده و رسمیت بخشیدن به آزمون های مهارتی و عملی به عنوان یکی از شروط دانش آموختگی از ویژگی های این برنامه در مقایسه با برنامه قبلی به شمار می رود. انتظار می رود با اجرای مناسب این برنامه در عرصه های پیش بینی شده (مطابق استانداردهای مربوطه)، به خصوص عرصه های بالینی سرپایی و درون جامعه، سطح مطلوب تری از آموزش پاسخگو به دست آید.

مشخصات کلی دوره:

نام دوره : دکترای عمومی پزشکی (MD) Doctor of Medicine
طول دوره : حداقل طول دوره ۶/۵ سال و تعداد کل واحد های درسی ۲۹۵ واحد و کل نظام و مقررات آن براساس آیین نامه آموزشی دوره دکتری عمومی پزشکی مصوب می باشد.

تعداد کل واحدهای درسی در این دوره به شرح زیر می باشد

دروس عمومی ۲۴ واحد / دروس پایه اصلی الزامی ۷۴/۵ واحد / دروس تخصصی الزامی ۱۷۱/۵ واحد / دروس پایه اصلی انتخابی ۴ واحد / دروس تخصصی انتخابی ۱۶ واحد / پایان نامه ۶ واحد

مراحل: دوره پزشکی عمومی شامل ۴ مرحله است:

علوم پایه، مقدمات بالینی، کارآموزی و کارورزی

مرحله اول (علوم پایه)

حداقل ۸ واحد از دروس عمومی، ۴۶/۵ واحد دروس پایه و اصلی قبل از آزمون جامع علوم پایه الزامی است. ورود به مرحله مقدمات بالینی منوط به کسب نمره قبولی در آزمون جامع علوم پایه است.

مرحله دوم (مقدمات بالینی)

تعداد واحدهای پایه و اصلی خاص دوره مقدمات بالینی: ۲۸ واحد تعداد واحدهای شناور بین علوم پایه و مقدمات بالینی: ۱۵ واحد

مرحله سوم (کارآموزی)

حداقل طول دوره کارآموزی ۲۱ ماه است که می تواند حسب برنامه دانشکده به دو بخش کارآموزی ۱ و ۲ یا استیودنتی و اکسترنی تقسیم شود.

تعداد واحدهای نظری خاص دوره کارآموزی (الزامی): ۲۹/۵ واحدهای کارآموزی بالینی (الزامی) ۶۳/۵ (معادل ۲۱ ماه)

تعداد واحدهای نظری شناور بین مقدمات بالینی و کارآموزی (الزامی) ۷ واحد

برای شرکت در آزمون جامع پیش کارورزی، بایستی دانشجو تمام دروس عمومی و

تمام دروس پایه اصل و تخصصی مربوط به مراحل مقدمات بالینی و کارورزی را با

موفقیت گذرانده باشد. ورود به مرحله چهارم (کارورزی) منوط به کسب نمره قبولی

در آزمون جامع پیش کارورزی است.

مرحله چهارم (کارورزی)

طول دوره کارورزی: ۱۸ ماه تعداد واحد الزامی کارورزی: ۵۶ واحد

تعداد واحد اختیاری که در کارورزی حسب برنامه دانشگاه و انتخاب کارورز طی شود:

۱۶ واحد

فارغ التحصیلی دانشجویان از دوره پزشکی منوط به موفقیت در آزمون عملی صلاحیت بالینی است.

دروس شناور: الف) دروس شناور بین مرحله علوم پایه یا مقدمات بالینی: معادل ۱۵ واحد از دروس پایه و اصلی که می تواند در دوره علوم پایه یا مقدمات بالینی ارائه شود. این دروس در آزمون جامع علوم پایه لحاظ نخواهد شد و به این ترتیب، گذراندن این دروس برای شرکت در آزمون جامع علوم پایه الزامی نیست و از طرف دیگر، گذراندن این دروس نیز بر خلاف دروس دوره مقدمات بالینی، مشروط به موفقیت در آزمون جامع علوم پایه نخواهد بود.

ب) دروس شناور بین مرحله مقدمات بالینی یا کارآموزی: معادل ۷ واحد از دروس تخصصی در دوره مقدمات بالینی یا کارآموزی ارائه شود. (۱)

ساختار دانشکده‌ها

دانشگاه علوم پزشکی

موسسه ای است آموزشی، پژوهشی و خدماتی که علاوه بر وظیفه اصلی خود که تربیت نیروی انسانی در رده های مختلف پزشکی است، به انجام خدمات آموزشی، پژوهشی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی پرداخته و در این امور به عنوان مرکز ارجاع نهایی عمل می کند. دانشگاه علوم پزشکی، از دانشکده پزشکی و حداقل دو دانشکده دیگر تشکیل شده است. (۲)

دانشکده پزشکی

در سامانه آموزشی مدرن نهادی است که مأموریت اصلی آن تربیت پزشک و ارائه خدمات آموزشی و درمانی می باشد. شامل محلی برای ارائه آموزش های پایه ای و بیمارستان است. دانشجویان پزشکی قسمت اصلی آموزش های خود را در بیمارستان های آموزشی می گذرانند.

برنامه آموزشی اصلی که در دانشکده‌های پزشکی ارائه می‌شود شامل دوره پزشکی عمومی همچنین دستיاری در رشته‌های تخصصی پزشکی است. علاوه بر این ها رشته های دکتری علوم پایه و رشته کارشناسی ارشد مرتبط نیز آموزش داده می شود. دوره آموزشی پزشکی عمومی در کشورها و مناطق مختلف دنیا متفاوت است. در آمریکا دانشجویان پزشکی بعد از گذراندن دوره‌های کارشناسی در رشته‌های مرتبط با پزشکی اجازه ورود به دوره پزشکی را پیدا می‌کنند ولی در بسیاری از کشورها از جمله آلمان و ایران دانشجویان پزشکی بعد از پایان تحصیلات متوسطه با گذراندن آزمون‌هایی وارد دانشکده پزشکی می‌شوند. (۱-۲)

دانشکده: واحدی از دانشگاه است که حداقل از سه گروه آموزشی تشکیل شده است مثل گروه علوم تشریح، گروه فیزیولوژی و گروه جراحی (۲)

گروه آموزشی: گروه آموزشی عهده دار آموزش و پژوهش و یا ارائه خدمات درمانی در ارتباط با یک رشته و یا یک شاخه می باشد. (۲) معمولاً گروه‌های آموزشی در دانشکده‌های پزشکی را به دو دسته علوم پایه و بالینی تقسیم می‌کنند. گروه‌های اصلی علوم پایه شامل علوم تشریح، بیوشیمی، فیزیولوژی و میکروبیولوژی است. معمولاً گروه‌های علوم پایه در ساختمانی جدا از بیمارستان آموزشی که شامل کلاس‌های درس و آزمایشگاه‌ها است استقرار می‌یابند. گروه‌های آموزشی بالینی معمولاً در بیمارستان آموزشی استقرار می‌یابند. از مهم‌ترین گروه‌های آموزشی بالینی می‌توان به گروه بیماری‌های داخلی، جراحی، کودکان و زنان نام برد. (۱)

بیمارستان آموزشی:

از مهم‌ترین قسمت‌های دانشکده پزشکی بیمارستان است که بخش اصلی و مهم آموزش دانشجویان پزشکی و سایر رشته‌های علوم پزشکی در آن انجام می‌گیرد. رشته پزشکی از رشته‌های پرهزینه محسوب می‌شود و معمولاً در بین گرانترین رشته‌های تحصیلی دسته‌بندی می‌شود. معمولاً در همه کشورها برای تربیت پزشکان و کادر سلامت و

جهت شناسایی و تربیت نیروهای با استعداد در جامعه، تعداد قابل توجهی از دانشکده‌های پزشکی به صورت دولتی و بدون پرداخت هزینه توسط دانشجویان اداره می‌شود. در این صورت دانشجویان متعهد می‌شوند که مدتی بعد از فراغت از تحصیل را به ارائه خدمات دولتی بپردازند.

ساختار تشکیلاتی دانشکده‌ها

ساختار مدیریتی دانشکده‌های پزشکی معمولاً از رئیس دانشکده و معاونین و همچنین گروه‌های آموزشی تشکیل می‌شود.

۱- رئیس دانشکده

۲- معاونین: شامل معاون آموزش پزشکی عمومی، معاون آموزش تحصیلات تکمیلی،

معاون آموزش تخصصی، معاون امور پژوهشی و معاون اداری- مالی

۳- مدیران: شامل مدیر دانشجویی- فرهنگی، مدیر دفتر توسعه آموزش و مدیر امور

بین الملل و دانشجویان خارجی

وظایف و اختیارات رئیس دانشکده :

الف - نظارت بر حسن اجرای مصوباتی که از طریق رئیس دانشگاه ابلاغ می شود و ایجاد زمینه های مناسب برای رشد استعداد های تحصیلی

ب- ایجاد هماهنگی در امور آموزشی و پژوهشی، اداری و مالی و فرهنگی دانشکده

ج- نظارت بر حسن اجرای وظایف آموزشی، پژوهشی اعضای هیأت علمی دانشکده

د- ارزیابی و هماهنگ کردن کلیه فعالیت های دانشکده و پیشنهاد بودجه سالانه

و- نظارت بر کار شورای آموزشی پژوهشی و... دانشکده

ز- ارزیابی کار سالانه دانشکده و گزارش آن به رئیس دانشگاه

شورای آموزشی دانشکده

با ترکیب ذیل تشکیل می‌شود:

۱. رئیس دانشکده ۲. معاونان آموزشی دانشکده

۳. مدیران منتخب گروه‌های آموزشی علوم پایه و بالینی دانشکده

وظایف شورای آموزشی دانشکده:

۱. برنامه‌ریزی جهت ایجاد زمینه‌های اجرایی مصوباتی که توسط معاون آموزشی دانشگاه ابلاغ می‌گردد.
۲. تدوین سیاست‌های آموزشی دانشکده با توجه به خط‌مشی آموزشی دانشگاه جهت تصویب در مراجع ذی صلاح
۳. بررسی و تدوین طرح‌های آموزشی دانشکده و ارجاع آنها به شوراهای تخصصی آموزشی و تحصیلات تکمیلی
۴. هماهنگی میان گروه‌ها و بخش‌ها در ارائه دروس مشترک
۵. اتخاذ تصمیمات اجرایی برای هماهنگی و تطابق زمانی تعلیم و تحقیق در دانشکده
۶. بررسی و تعیین نیاز دانشکده به عضو هیأت علمی جدید و پیشنهاد آن به شورای مؤسسه
۷. بررسی و پیشنهاد ظرفیت پذیرش دانشجویان معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه
۸. بررسی و اظهارنظر در مواردی که رییس دانشکده به شورا ارجاع می‌دهد
- ۹- بررسی مشکلات آموزشی و تحصیلی دانشجویان و ارائه راهکارهای مناسب (۳)

معاون آموزشی پزشکی عمومی

به عنوان مسئول اصلی آموزش پزشکی عمومی دانشکده، دبیر کمیته پیاده سازی استانداردهای پایه آموزش پزشکی عمومی، عضو کمیته برنامه درسی آموزش پزشکی عمومی و رابط دانشگاه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در امر آموزش پزشکی عمومی بوده و تحت ریاست و نظارت مستقیم رئیس دانشکده پزشکی می باشد.

شرح وظایف

- ۱- نظارت بر اجرای صحیح برنامه آموزشی و سیاست‌های ناظر بر آموزش پزشکی عمومی
- ۲- نظارت بر عملکرد کارشناسان اداره آموزش

- ۳- تعامل با گروه های آموزشی اعم از علوم پایه و بالینی در جهت پیشبرد سیاست های وزارت متبوع و دبیرخانه شورای آموزش پزشکی عمومی
- ۴- بررسی و پیگیری امور آموزشی و اداری دانشجویان رشته پزشکی از بدو ورود تا فارغ التحصیلی
- ۵- برگزاری آزمون های جامع کشوری و درون دانشگاهی
- ۶- تامین فضای فیزیکی آموزشی مناسب و مطلوب مطابق با استانداردها
- ۷- تجهیز و راه اندازی مرکز مهارت های بالینی و مرکز انفورماتیک جهت آزمونهای عملی
- ۸- توسعه فضای فیزیکی آموزش پزشکی عمومی و ایجاد ظرفیت های جدید آموزشی
- ۹- بازنگری برنامه آموزش پزشکی عمومی در مقاطع چهارگانه
- ۱۰- ایجاد مرکز مهارت های بالینی
- ۱۱- افزایش پتانسیل پزشکان عمومی فارغ التحصیل در برخورد با بیماران سرپایی و اورژانس
- ۱۲- توسعه امکانات آموزشی و رفاهی در مراکز آموزشی درمانی.
- ۱۳- توجه ویژه به بحث اخلاق پزشکی و موازین حقوقی در درمان
- ۱۴- بازنگری Log book و الکترونیک نمودن آن و برگزاری آزمون آسکی و روش های نوین طرح سوال

اداره آموزش

- یک واحد اداری در دانشگاه و دانشکده است که کلیه امور آموزشی دانشجویان از قبیل ثبت نام، انتخاب واحد، برگزاری امتحانات و اعلام نمرات را بر عهده دارد. (۲)
- شرح وظایف رئیس اداره آموزش دانشکده پزشکی
- ۱- نظارت بر حسن انجام وظیفه کارشناسان آموزش دانشکده
- ۲- تنظیم دروس قابل ارائه در هر ترم و برنامه ریزی کلاس ها و امتحانات پایان ترم و نظارت بر اجرای آنها

- ۳- شرکت در جلسات آموزشی، تخلفات، هیأت رئیسه دانشکده، نقل و انتقالات و...و تنظیم دستور کار و صورت جلسات مربوط
- ۴- ارائه راهکارهای لازم جهت رفع مشکلات آموزشی دانشجویان و دستیاران
- ۵- نظارت بر حسن اجرای کلیه آئین نامه ها و بخشنامه های آموزشی و نشست های تخصصی و کوریکولوم آموزشی مصوب هر رشته
- ۶- پاسخگویی به سوالات دانشجویان و دستیاران و راهنمایی های لازم به آنان
- ۷- نظارت بر امور فراغت از تحصیل دانشجویان و دستیاران (۳)

شرح وظایف کارشناسان اداره آموزش دانشکده پزشکی

- ۱- بررسی انتخاب واحد و کارنامه دانشجویان در سامانه
- ۲- صدور لیست حضور و غیاب و ارسال به گروه های آموزشی و دریافت لیست تکمیل شده در پایان هر درس
- ۳- بررسی درخواست های دانشجویان (مهمان، انتقال، تغییر رشته، مرخصی تحصیلی و گواهی پزشکی و ...) و طرح آن در شوراهای آموزشی و نقل و انتقالات و اعلام مصوبات به دانشجویان و ارسال به معاونت آموزشی دانشگاه
- ۴- اعلام مصوبات شوراهای آموزشی به دانشجویان و گروه های آموزشی و اجرای آنها
- ۵- بررسی پرونده دانشجویان و اعلام وضعیت تحصیلی آنان به معاونت آموزشی دانشگاه جهت طرح در کمیسیون موارد خاص و شوراهای آموزشی
- ۶- تنظیم برگ تسویه مقطع دانشجویان رشته پزشکی عمومی در پایان هر مقطع و ارائه آن به کارشناس مقطع بعدی
- ۷- انجام امور مربوط به تقاضای دانشجویان متقاضی تطبیق واحد و مکاتبه با گروههای مربوطه و اعلام نتیجه به دانشجو و معاونت آموزشی دانشگاه
- ۸- کنترل کلاس های دروس نظری دانشجویان و هماهنگی با مدرسین جهت برگزاری کلاس های برگزار نشده

۹- همکاری در برگزاری امتحانات نیم ترم و پایان ترم مقطع علوم پایه، فیزیوپاتولوژی و استاژری

۱۰- پیگیری ارفاق های داده شده توسط کمیسیون و شورای دانشگاه (۳)

گزیده ای از آیین نامه آموزشی دوره پزشکی عمومی

استاد/ مدرس: هر عضو هیئت علمی که مسئولیت تدریس دروس نظری یا عملی را بر عهده دارد.

دروس دانشگاهی :

از نظر محتوا : عمومی و اختصاصی (پایه و تخصصی)

از نظر ارتباط با یکدیگر : پیوسته (پیش نیاز) و مستقل

از نظر لزوم گذراندن : اجباری و اختیاری

از نظر نحوه تدریس : نظری، عملی، نظری و عملی (نظری – عملی)، کارآموزی، کارورزی، کارآموزی در عرصه

دروس عمومی: برای کلیه دانشجویان، در کلیه مقاطع و رشته های مختلف علوم پزشکی الزامی است.

دروس اختصاصی: این دروس به دو دسته تقسیم می شوند پایه و تخصصی

دروس اجباری/ الزامی (core): دروسی که فارغ التحصیل شدن دانشجوی منوط به گذراندن آنهاست و با دروس دیگر قابل تعویض نمی باشد.

دروس انتخابی (Non-core): دروسی است که با توجه به مقررات و برنامه های آموزشی می توان آنها را از میان مجموعه انتخاب کرد.

دروس پیوسته (پیش نیاز): دروسی هستند که گذراندن آنها برای گرفتن یک درس دیگر ضروری است.

دروس مستقل: انتخاب آنها منوط به انتخاب یا گذراندن درس یا درس های دیگر نیست .

دروس نظری در کلاس درس ارائه می گردد.

دروس عملی: درآزمایشگاه، کارگاه، مرکز مهارت های بالینی یا در بخش های مربوط به دانشکده ارائه می گردد.

دروس کارآموزی: در محیط کار واقعی (بیمارستان، درمانگاه، مراکز ارائه خدمات درمانی) و یا محیط شبیه سازی شده (مرکز مهارت های بالینی) برای آموزش مهارت های عملی ارائه می گردد.

دروس کارورزی: در محیط کار واقعی و برای کسب تسلط بر مهارت های عملی ارائه می گردد.

-دانشجو موظف است در هر نیمسال تحصیلی در زمان اعلام آموزش کل (تقویمی دانشگاهی) برای ادامه تحصیل و انتخاب واحد اقدام نماید (در حال حاضر انتخاب واحد اینترنتی)

-عدم مراجعه دانشجو در یک نیمسال بدون اطلاع و عذر موجه به منزله ترک تحصیل است و دانشجو اخراج می گردد. در مواردیک ه موجه باشد دلایل و مدارک غیبت را باید تا یک ماه قبل از پایان همان نیمسال به صورت مکتوب به اداره آموزش ارائه دهد. در صورت تأیید موجه بودن ترک تحصیل توسط شورای آموزشی آن نیمسال جزو مدت مجاز تحصیل وی محسوب و مرخصی تحصیلی برای آن نیمسال صادر می شود.

-دانشجو در یک زمان حق نام نویسی و ادامه تحصیل در بیش از یک رشته و در یک یا چند دانشگاه اعم از دولتی یا غیر دولتی را نخواهد داشت. (دانشجویان استعدادهای درخشان تابع مقررات خودشان می باشند.)

آموزش دانشگاهی در ایران مبتنی بر نظام واحدی است

نظری	۱۷ ساعت
عملی یا آزمایشگاهی	۳۴ ساعت
هر واحد در هر نیمسال کارآموزی	۵۱ ساعت
کارورزی	۶۸ ساعت
هر نیمسال تحصیلی	۱۷ هفته
ترم تابستانی	۶ هفته

-طول مدت امتحانات پایان ترم جزء مدت ۱۷ هفته و ۶ هفته تابستانی محسوب نمی شود.

-در دوره بالینی در رشته پزشکی و دندانپزشکی هر سال تحصیلی شامل چند بخش آموزش بالینی و دروس تئوری مربوطه است. کلیه دانشگاه های علوم پزشکی موظفند برنامه درسی و سرفصل مصوب شورای عالی برنامه ریزی را اجرا نمایند (منابع امتحانات جامع علوم پایه، پیش کارورزی نیز از سوی وزارت تعیین می شود).

برنامه دوره پزشکی عمومی:

مرحله اول علوم پایه/ مرحله دوم مقدمات بالینی (فیزیو پاتولوژی) / مرحله سوم کارآموزی بالینی / مرحله چهارم کارورزی در پایان مرحله اول امتحان جامع علوم پایه برگزار می شود و قبولی در آن شرط ورود به دوره بعدی است.

- شرکت در آزمون جامع علوم پایه تا سه نوبت مجاز است و در صورت عدم قبولی از ادامه تحصیل در دوره دکتری عمومی محروم می گردد. غیبت غیرموجه در امتحان جامع به منزله یک نوبت شرکت محسوب می شود.

-در پایان مرحله سوم آزمون جامع پیش کارورزی برگزار می گردد و قبولی در آن شرط ورود به دوره کارورزی است. شرکت در آزمون جامع پیش کارورزی تا سه نوبت مجاز است و در صورت عدم قبولی از ادامه تحصیل در دوره دکتری عمومی محروم می گردد. آزمون عملی صلاحیت بالینی در دوره کارورزی یا پایان کارورزی برگزار می گردد قبولی در این آزمون یکی از شرایط فراغت از تحصیل میباشد

شرایط شرکت در امتحانات جامع علوم پایه و پره انترنی و مدت مجاز آنها :

جامع علوم پایه

۱- قبولی در حداقل ۵/ ۴۶ واحد از دروس علوم پایه به جز دروس شناور و حداقل ۸

واحد از دروس عمومی

۲- کسب میانگین کل ۱۲ از دروس فوق الذکر

جامع پیش کارورزی

۱- قبولی در واحدهای نظری خاص مرحله کارآموزی (۳۱ واحد) و قبولی در بخش های بالینی (۶۳ واحد معادل ۲۱ ماه) و قبولی در واحدهای نظری ششماور بین مقدمات بالینی و کارآموزی (۷ واحد از دروس تخصصی)

۲- کسب میانگین کل ۱۴ از دروس مذکور و گذراندن کلیه دروس عمومی

۳- ثبت موضوع پایان نامه

-دانشجویی که نتواند در مدت ۴ سال اول از امتحان جامع علوم پایه، نمره قبولی کسب کند یا در مدت ۵ سال اول مراحل اول و دوم را به پایان برساند، از ادامه تحصیل در رشته پزشکی محروم می شود .

-دانشجویی که نتواند در مدت ۳ سال از شروع دوره بالینی به دوره کارورزی راه یابد و یا در مدت ۵ سال مراحل سوم و چهارم را به پایان برساند، دوره تحصیلی دانشجوی با تصویب شورای آموزشی دانشگاه حداکثر ۱۲ ماه دیگر قابل تمدید است، مشروط بر آنکه مدت مجاز تحصیل وی به پایان نرسیده باشد و تعویض بخش فقط در مدت تعیین شده و در صورت تائید شورای آموزشی دانشکده مجاز است.

-دانشجو در هر ترم (مرحله اول و دوم) حداقل ۱۲ و حداکثر ۲۰ واحد می تواند انتخاب کند و در آخرین نیمسال از هر کدام از مراحل شرط حداقل ۱۲ واحد معاف می گردد و اگر معدل ۱۷ باشد در نیمسال بعد با نظر استاد مشاوره و موافقت دانشکده حداکثر ۲۴ واحد انتخاب نماید. همچنین اگر حداکثر ۲۴ واحد باقی مانده جهت اتمام دوره یا مقطع داشته به شرطی که مشروط نشده باشد (در تابستان بیش از ۶ واحد مجاز نیست).

حضور و غیاب

حضور دانشجو در تمامی جلسات مربوط به هر درسی و دوره های کارآموزی و کارورزی الزامی است.

ساعات غیبت مجاز دانشجو

- در هر درس نظری: ۴/۱۷

- در درس عملی: ۲/۱۷

- کارآموزی و کارورزی : ۱/۱۷

و نباید از این بیشتر شود در غیر این صورت نمره آن درس صفر محسوب می گردد. غیبت تا سقف معین شده در صورتی مجاز خواهد شد که با ارائه مدارک و مستندات و تشخیص استاد موجه شناخته شود. غیبت غیر موجه در امتحان هر درس یا بخش به منزله گرفتن نمره صفر و غیبت موجه به تشخیص شورای آموزشی، حذف درس می باشد.

ارزیابی دانشجو :

ارزیابی پیشرفت دانشجو بر اساس میزان حضور و فعالیت های کلاسی، فعالیت های آموزشی ، امتحانات بین ترم و پایان ترم انجام می گردد و مرجع ارزیابی دانشجو مدرس است.

در کارآموزی و کارورزی بر اساس:

۱- رعایت اخلاق اسلامی و حرفه ای، حسن رابطه با بیماران و کارکنان

۲- حضور تمام وقت و مرتب انجام کشیکهای محوله

۳- دقت و احساس مسئولیت در انجام امور محوله

۴- افزایش مهارتهای عملی و بالینی

۵- امتحان پایان بخش

برگزاری امتحان کتبی در پایان هر درس از دروس مرحله اول و دوم و دروس نظری در دوره ی بالینی الزامی است.

حداقل نمره قبولی در علوم پایه و فیزیوپاتولوژی و دروس نظری و عملی ۱۰ و حداقل معدل ۱۲ در مراحل سوم و چهارم حداقل نمره ۱۲ و معدل ۱۴ (در کارآموزی و کارآموزی در عرصه حداقل نمره ۱۲) .

کلیه نمرات اعم از ردی و قبولی در کارنامه دانشجو ثبت و در معدل محاسبه می گردد.

تبصره چنانچه دانشجو پس از اخذ مجدد درس یا بخش مردودی در اولین فرصت در آن درس یا بخش نمره ۱۶ یا بالاتر اخذ نماید، نمره مردودی حذف و در میانگین ترم و کل دانشجو محاسبه نمی گردد. تعداد مجاز استفاده از مفاد این تبصره ۴ بار در کل دوره پزشکی می باشد.

در دروس نظری - عملی که یک کد و نمره دارند، اگر معدل دو قسمت نظری و عملی به ۱۰ نرسد و یا نمره یکی از آنها از ۸ کمتر باشد، هر چند معدل به ۱۰ برسد، هر دو قسمت مجدداً باید تکرار شود.

پس از اعلام نمره توسط آموزش دانشجو میتواند حداکثر ۳ روز بعد اعتراض کتبی (اینترنتی) اعلام نماید. نمره پس از اعلام به آموزش کل دانشگاه غیر قابل تغییر است. دوره تابستانی به عنوان نیمسال تحصیلی محسوب نمی شود و نمرات آن تنها در معدل کل همان مرحله محاسبه می گردد.

معدل زیر ۱۲ مشروط محسوب می شود و در ترم بعد اخذ ۱۴ واحد مجاز می باشد. اخطار کتبی توسط آموزش به دانشجو و اولیاء، درج در پرونده انجام می شود. دانشجوی مشروط حتی در ترم های آخر مقاطع نیز نمی تواند بیش از ۱۴ واحد اخذ کند. شورای آموزشی دانشگاه با توجه به سوابق تحصیلی، تعداد واحد باقی مانده می تواند در مورد نیمسال آخر برای بیش از ۱۴ واحد تصمیم گیری نماید.

سه نیمسال تحصیلی متوالی یا ۴ نیمسال متناوب مشروطی در دوره دکتری حرفه ای محروم از تحصیل می شود.

مرخصی:

تقاضای مرخصی باید به صورت کتبی باشد. در مراحل اول و دوم دانشجو پس از گذراندن یک نیمسال می توان از مرخصی تحصیلی استفاده نماید. (دو نیمسال متوالی یا متناوب) با احتساب سنوات در مراحل سوم و چهارم حداکثر تا سقف ۶ ماه متوالی می تواند صورت گیرد. موافقت با مرخصی در ترم اول به عهده شورای آموزشی دانشگاه است. عواقب ناشی از مرخصی به عهده خود دانشجو می باشد.

انصراف:

درخواست انصراف را دانشجو شخصا" به اداره آموزش تسلیم نماید و فقط برای یک بار حداکثر تا یک ماه قبل از پایان همان نیمسال تقاضای انصراف خود را پس بگیرد. پس از این مهلت حکم انصراف صادر خواهد شد.

انتقال:

انتقال دانشجو با توافق دانشگاه های مبدا و مقصد به شرط

- ۱- مشکل آموزشی و انضباطی نداشته باشد.
- ۲- حداقل دو نیمسال از دوره آموزش خود را گذرانده باشد.
- ۳- واحدهای باقیمانده برای دانشگاه مقصد حداقل نصف کل دوره باشد.
- ۴- معدل حداقل ۱۲ باشد.
- ۵- نمره ورودی آزمون متقاضی در سال ورود به تحصیل، از نمره آزمون آخرین فرد پذیرفته شده در همان سال در رشته و سهمیه مربوط در دانشگاه مقصد کمتر نباشد.

در شرایط خاص شروط فوق نیاز نمی باشد:

- ۱- شهادت ، فوت یا معلول شدن سرپرست خانواده به طوری که دانشجو از طریق مراجع قانونی کفیل خانواده شود.
- ۲- معلولیت مؤثر یا بیماری صعب العلاج دانشجو که قادر به زندگی مستقل نباشد.
- ۳- ازدواج رسمی و دائمی دختر که محل تحصیل یا اشتغال همسر در شهر دیگر باشد (همه موارد بعد از قبولی).

انتقال دانشجو از دوره های شبانه به روزانه و از دانشگاه های غیر حضوری و غیردولتی به دولتی ممنوع است ولی برعکس با موافقت مبدا و مقصد بلامانع است.

در صورت انتقال، واحد های گذرانده شده دانشجو که تمرات آنها ۱۲ و بالاتر باشد پذیرفته می شود. تمام نمرات اعم از قبولی و ردی و سوابق آموزشی و مشروطی عینا در کارنامه

دانشجو ثبت می‌گردد. مدارک فراغت از تحصیل توسط دانشگاه مقصد صادره می‌شود. انتقال در طول مدت تحصیل فقط یکبار مجاز است.

مهمانی: با توافق دانشگاه مبدا و مقصد و تحت شرایط اعلامی دو دانشگاه می‌باشد. مهمانی از دوره‌های روزانه به شبانه و از دانشگاه‌های حضوری به غیرحضوری از دولتی به غیردولتی و برعکس ممنوع است. می‌بایست بعد از حداقل دو نیمسال درخواست نماید.

مهمانی دانشجویان جدیدالورود از تهران به شهرستان‌ها و از تیپ ۱ به سایر دانشگاه‌های غیر تیپ ۱ در بدو قبولی به شرط موافقت دانشگاه‌های مبدا و مقصد امکان‌پذیر است. مهمان شدن برای گذراندن یک یا چند درس با موافقت دانشگاه‌های مبدا و مقصد، به شرط آنکه تعداد واحدهای درسی مذکور از ۱۰ واحد کمتر باشد و جمع واحدهای درسی اخذ شده در دانشگاه‌های مبدا و مقصد در آن ترم از ۱۲ واحد کمتر و از ۲۰ واحد بیشتر نشود بلامانع است. تعداد واحدهای مهمانی نباید از ۴۰٪ کل واحدهای دوره تجاوز کند. اگر دانشجو دروس مهمانی (حداکثر ۴۰٪ و حداقل ۳۰٪ کل واحدهای دوره) را با میانگین ۱۵ و بالاتر گذرانده باشد، با موافقت مبدا و مقصد می‌تواند بیش از ۴۰٪ مهمان شود. حداقل نمره قبولی دانشجوی میهمان در دانشگاه مقصد ۱۲ و واحدهایی با نمره کمتر از ۱۲ باید مجدداً گذرانده شود.

مدارک فراغت از تحصیل دانشجوی میهمان در هر صورت توسط دانشگاه مبدا صادر می‌شود.

تغییر رشته:

دانشجو در طول تحصیل خود تنها یک بار می‌تواند تغییر رشته دهد. تغییر رشته در مقطع هم سطح یا از مقطع بالاتر به پائین تر امکان‌پذیر است. تغییر رشته اضطراری: دانشجو دچار بیماری یا سانحه‌ای که به تشخیص شورای پزشکی دانشگاه و تأیید شورای آموزشی توانایی ادامه تحصیل در آن رشته را نداشته باشد. (۱)

شرایط پذیرش دروسی که دانشجو قبلاً در دانشگاه‌ها یا مقاطع تحصیلی دیگر گذرانده است:

- ۱- دانشجو مجاز به شرکت در آزمون ورودی رشته جدید باشد.
- ۲- دانشگاه قبلی و مدرک تحصیلی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا وزارت علوم تحقیقات و فناوری باشد.
- ۳- معادل سازی دروس تخصصی در مقاطع هم سطح یا از مقاطع بالاتر به پایین تر امکان پذیر است.
- ۴- محتوای دروس گذرانده با دروس رشته جدید به تشخیص گروه آموزشی حداقل ۸۰٪/۲ شتراک محتوایی داشته و نمره هر یک از آنها از ۱۲ کمتر نباشد.

حذف و اضافه:

- ۱- دانشجو میتواند در هر نیم سال از مراحل اول و دوم تا ۲ هفته پس از شروع نیم سال، حداکثر ۲ درس اخذ شده خود را حذف و یا ۲ درس دیگر اخذ کند، یا ۲ درس اخذ شده خود را با ۲ درس دیگر جابجا نماید، به شرط اینکه تعداد واحدهای اخذ شده وی از حد مقرر تجاوز نکند.
- ۲- حذف و اضافه در ترم تابستان امکان پذیر نیست.
- ۳- غیبت در جلسات دو هفته اول هر درس به دلیل حذف و اضافه یا به هر دلیل دیگر مجاز نیست و در صورت پیش آمد، جزء حداکثر غیبت مجاز دانشجو محاسبه و برابر مقررات رفتار خواهد شد.
- ۴- حذف کلیه دروس در یک ترم، حداکثر تا قبل از شروع امتحانات پایان آن ترم تنها در صورتی مجاز است که طبق تشخیص شورای آموزشی دانشکده، دانشجو قادر به ادامه تحصیل در آن ترم نباشد و لذا آن ترم برای دانشجو مرخصی تحصیلی محسوب می شود. محاسبه یا عدم محاسبه این مرخصی در سنوات مجاز دانشجو به عهده شورای آموزشی دانشگاه است.

۵- حذف کلیه دروس اخذ شده در ترم تابستانی حداکثر تا قبل از شروع امتحانات آن، با تأیید شورای آموزشی دانشکده امکان پذیر است.

پایان نامه و زمان ثبت موضوع آن :

۱- پایان نامه بخشی از دوره پزشکی عمومی است که دانشجوی موظف است زیر نظر استاد راهنما در یک زمینه مربوط به رشته تحصیلی خود به تحقیق بپردازد.

۲- دانشجوی می بایست از شروع دوره کارآموزی تا قبل از شرکت در امتحان جامع پیش کارورزی موضوع پایان نامه خود را انتخاب کرده و به ثبت برساند.

۳- اگر دانشجویان موضوع پایان نامه خود را در موعد مقرر به ثبت نرسانند تا زمان ثبت موضوع پایان نامه مجاز به شرکت در امتحان جامع پیش کارورزی نمی باشند.

۴- فاصله زمان ثبت موضوع پایان نامه تا زمان دفاع از آن نباید کمتر از یک سال باشد.

۵- زمان فارغ التحصیلی دانشجوی زمانی است که تمامی واحدهای درسی خود از جمله پایان نامه را گذرانده باشد و در آزمون صلاحیت بالینی قبول شود (هر کدام که موخر باشد).

۶- کلیه دانشجویان موظف به دفاع از پایان نامه در آخرین ترم تحصیلی می باشند و اگر دانشجویی نتواند در چهار چوب سنوات مجاز تحصیلی دفاع و نمره قبولی کسب نماید، علیرغم اینکه کلیه واحدهای درسی را گذرانده اند، اخراج خواهد شد.

گزیده ای از آئین نامه استاد مشاور

مقدمه:

این آئین نامه در راستای هدایت هدفمند امور تحصیلی دانشجویان جهت رشد و شکوفایی هر چه بیشتر آنان با تبیین اهداف، وظایف و ساختار اجرایی مشخص به منظور پیشگیری از افت تحصیلی، فراهم کردن زمینه های ارتقاء علمی و رفع مشکلات آموزشی، پژوهشی، فردی، اجتماعی، عاطفی و رفاهی دانشجویان در مقاطع مختلف تحصیلی (کاردانی، کارشناسی پیوسته، کارشناسی ناپیوسته و دکتری عمومی پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی) تنظیم شده است.

تعاریف

استاد مشاور: یکی از اعضای هیأت علمی دانشگاه یا دانشکده است که مسئولیت هدایت تحصیلی و مشاوره ای دانشجویان در مقاطع مختلف تحصیلی را در زمینه های آموزشی، پژوهشی و فردی بر عهده می گیرد.

مسئول استادان مشاور: یکی از اعضای هیأت علمی دانشگاه یا دانشکده است که وظیفه برنامه ریزی و نظارت بر فعالیت های استادان مشاور را بر عهده دارد.

دانشجوی همیار: دانشجوی فرهیخته و علاقه مند در مقطع تحصیلی بالاتر که در هدایت تحصیلی دانشجویان به استاد مشاور کمک می کند.

اهداف

- ۱- هدایت و نظارت مستمر بر روند تحصیلی دانشجویان
- ۲- شناسایی زمینه های آسیب پذیری و عوامل غیر آموزشی موثر بر وضعیت آموزشی دانشجویان و تلاش در جهت رفع آنها
- ۳- آشنا نمودن دانشجویان با شهر محل تحصیل، واحدهای مختلف دانشگاه، مقررات و فرایندهای آموزشی و پژوهشی
- ۴- شناسایی و حمایت از استعدادهای درخشان و هدایت دانشجویان برتر

جایگاه استاد مشاور

۱. استاد مشاور به عنوان اولین سطح ارتباطی دانشجویان با سیستم آموزشی محسوب می شود.
۲. استاد مشاور در زمینه مشاوره و هدایت دانشجویان در مسائل آموزشی در محدوده مقررات مربوطه (از جمله ثبت نام، اخذ و حذف واحدها، حذف کلیه درس های اخذ شده در یک نیمسال، تغییر رشته و انتقال و مهمانی دارای مسئولیت اجرایی بوده و هر گونه تصمیم گیری در موارد فوق منوط به نظر کتبی استاد مشاور می باشد.

۳. استاد مشاور در حیطه های پژوهشی، فرهنگی، اجتماعی و رفاهی صرفاً نقش هدایت کننده و مشورتی دارد و می تواند نظرات کتبی خود را به معاونت پژوهشی و معاونت دانشجویی فرهنگی اعلام نماید.

شرح وظایف استاد مشاور

۱. استاد مشاور باید آشنا و مسلط به کلیه آئین نامه ها و دستورالعمل های آموزشی، رفاهی، فرهنگی، اجتماعی، پژوهشی و مشاوره باشد و به وظائف و اختیارات خود آگاه باشد.
۲. توجه خاص به دانشجویان در بدو ورود به دانشگاه و آشنا نمودن آنان با واحدهای مختلف دانشگاه و مکان های مختلف شهر محل تحصیل از وظائف استاد مشاور است.
۳. استاد مشاور باید دانشجو را با مقررات و ضوابط آموزشی، پژوهشی، دانشجویی و انضباطی در مقاطع مربوطه آشنا نماید.
۴. استاد مشاور باید برای دانشجویان با رعایت محرمانه بودن اطلاعات مربوط به آنان پرونده ای تشکیل دهد که حاوی اطلاعات ذیل باشد:
 - الف) پرسشنامه ای که شامل اطلاعات فردی، تحصیلی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی دانشجو باشد. این پرسشنامه (فرم الف و ب) در روز ثبت نام اولیه توسط دانشجو تکمیل شده و به استاد مشاور تحویل داده می شود.
 - ب) فرم وضعیت تحصیلی دانشجو که شامل خلاصه اطلاعات هر نیمسال تحصیلی، تصاویر کارنامه های پایان هر نیمسال تحصیلی دانشجو که توسط آموزش دانشکده در اختیار استاد مشاور گذاشته می شود.
 - ج) فرم گزارش مربوط به علت مراجعات دانشجو به استاد مشاور و مشاوره های انجام شده از سوی استاد مشاور (یک نسخه از گزارش ویژگی های عاطفی، فرهنگی و تربیتی دانشجو که به مرکز مشاوره دانشگاه ارجاع داده شده است که همراه آن نتایج معاینات اقدامات درمانی و مشاوره های انجام شده می باشد).

۵. استاد مشاور باید به دانشجو در زمینه های شغلی و نحوه ادامه تحصیل و آماده سازی وی برای پذیرش مسئولیت شغلی در آینده مشاوره های لازم را ارائه نماید.
۶. هدایت و برنامه ریزی درسی و مشاوره دانشجویان در زمینه روش های صحیح مطالعه و ترغیب به حضور در فعالیت های فوق برنامه علمی و فرهنگی از وظایف استاد مشاور است.
۷. کلیه فرم های انتخاب واحد، گواهی پزشکی، میهمانی، انتقال، جابجایی، حذف و اضافه و حذف اضطراری واحدهای درسی، حذف کلیه درس های اخذ شده در یک نیمسال می بایست توسط استاد مشاور بررسی و تأیید گردد.
۸. ارزیابی مداوم و شناخت و وضعیت تحصیلی دانشجو در گذشته، حال و پیگیری آن در آینده می بایست توسط استاد مشاور انجام گیرد.
۹. استاد مشاور باید استعدادها و توانایی های بالقوه دانشجو را شناخته و به شکوفایی منطقی آنان کمک می کند و دانشجویان موفق در زمینه های آموزشی، پژوهشی و فرهنگی را از طریق مسئول استادان مشاور به مسئولین دانشکده معرفی نماید.
۱۰. مشاوره و انتقال اطلاعات و تجربیات به دانشجو باید توسط استاد مشاور جهت اتخاذ تصمیم مناسب و تقویت روحیه خود تصمیمی دانشجو انجام گیرد.
۱۱. استاد مشاور باید مسائل و عوامل مؤثر بر روند تحصیلی دانشجو (عوامل اقتصادی، عاطفی، روانی، اجتماعی و فرهنگی) را بررسی و شناسایی نموده و در صورت لزوم به مراکز مربوطه ارجاع دهد و به دانشجو در جهت پیشرفت تحصیلی و جبران کاستی های وی کمک نماید.
۱۲. استاد مشاور باید به شرایط محیطی، خانوادگی و تحصیلی دانشجو توجه داشته و در صورت نیاز با صاحب نظران و کارشناسان مسائل مربوط به مشکلات دانشجویان مشورت نماید.
۱۳. استاد مشاور بنا به صلاح دید در زمینه مشکلات دانشجو به خانواده وی اطلاع داده و در صورت لزوم با آنان مشاوره کند.

۱۴. استاد مشاور باید مشکلات دانشجویان را با هماهنگی مسئول استادان مشاور دانشکده به مدیر گروه مربوطه یا معاونت آموزشی دانشکده حسب مورد اعلام نماید.

۱۵. در صورت دعوت استاد مشاور لازم است در جلسات دانشگاه یا دانشکده (از جمله کمیسیون موارد خاص و کمیته انضباطی و...) که تصمیم گیری آموزشی، رفاهی و یا انضباطی در مورد دانشجویی تحت پوشش وی صورت می گیرد به صورت مشورتی شرکت کند.

۱۶. استاد مشاور باید دانشجویان را با هماهنگی مسئول استادان مشاور به واحدهای مختلف دانشگاه از جمله مرکز مشاوره و راهنمایی تحصیلی دانشگاه در مواردی که نیاز به همکاری و مشاوره تخصصی داشته باشد معرفی کند.

تبصره: پیگیری پرونده های ارجاع شده به مراکز ذیربط از وظایف استاد مشاور است.

۱۷. استاد مشاور باید در گردهمایی و کارگاه های توجیهی و آموزشی و جلسات مربوط به استادان مشاور شرکت کند.

۱۸. استاد مشاور باید در جلسات ماهانه که توسط معاون آموزشی دانشکده و مسئول استادان مشاور در هر نیم سال تحصیلی تشکیل می گردد شرکت کند.

مسئولیت مشاوره دانشجویان میهمان با استاد مشاور دانشگاه مبدا است.

تبصره: در صورت لزوم مسئول استادان مشاور در دانشگاه مقصد به مشکلات این دانشجویان رسیدگی خواهد کرد.

کلیه دانشجویان انتقالی اعم از دانشجویان انتقال از خارج و یا از داخل در طول تحصیل در دانشگاه مقصد همانند دانشجویان همپراز خود از خدمات استاد مشاور بهره مند خواهند شد. حتی الامکان دانشجویان غیر ایرانی تحت پوشش یک استاد مشاور باشند.

نحوه حضور استاد مشاور

✓ حضور استاد مشاور در دانشکده از یک روز قبل از ثبت نام تا یک روز پس از آن و همچنین در روزهای حذف و اضافه و حذف اضطراری واحدهای درسی الزامی است.

- ✓ ساعات و محل ملاقات با دانشجویان باید از ابتدای هر نیمسال مشخص گردد و استاد مشاور باید به مدت حداقل یک ساعت به ازای هر ۵ دانشجو در هفته حضور مفید داشته باشد.
- ✓ در صورتی که استاد مشاور به تشخیص مسئول استادان مشاور در اجرای وظایف محوله قصور بارز داشته باشد با نظر و حکم رئیس دانشکده از این مسئولیت خلع خواهد شد.
- ✓ ارزیابی سالانه عملکرد استادان مشاور توسط دانشجویان انجام و نتایج آن از طریق مسئول استادان مشاور به معاون آموزشی دانشکده ارائه می شود.
- ✓ ادارات آموزش دانشکده ها لازم است بطور مداوم گزارش وضعیت تحصیلی شامل انتخاب واحد، کارنامه و احکام تشویقی و یا احکام انضباطی دانشجویان را به صورت محرمانه در اختیار استاد مشاور قرار دهند. در صورت لزوم پرونده تحصیلی دانشجو با هماهنگی معاون آموزشی دانشکده می تواند توسط استاد مشاور بررسی شود. کلیه مدیران گروه های آموزشی موظفند جهت ایجاد ارتباط بهتر بین استادان مشاور هر گروه و دانشجویان، همکاری لازم را به عمل آورند.

منابع:

۱. برنامه آموزشی رشته پزشکی دبیرخانه شورای پزشکی عمومیایین نامه آموزشی دوره دکتری عمومی پزشکی مصوب شصت و هفتمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی (مورخ ۱۳۹۶/۵/۱)
۲. آیین نامه جامع مدیریت دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی، پژوهشی و فناوری
۳. آیین نامه استاد مشاور

فصل دوم

آشنایی با آیین نامه پوشش و رفتار حرفه ای

دکتر محمد رسول خزاعی - دکتر الهام نیرومند اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی

کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد:

۱. آشنایی با قوانین و مقررات پوشش و رفتار حرفه ای در محیط های دانشگاهی
۲. آشنایی با قوانین و مقررات پوشش و رفتار حرفه ای در بیمارستان ها

هرچه محیط دانشگاه، محیط تدین و سلامت دینی باشد، برای دانشجوی، برای درس خواندن، برای فکر صحیح کردن و برای هرگونه تلاش سیاسی و فرهنگی سالم، امن تر خواهد بود.

مقام معظم رهبری (مد ظله العالی)

مقدمه

گزیده ای از آئین نامه و شیوه نامه اجرایی رفتار و پوشش حرفه ای دانشجویان دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور

در مسیر تحقق برنامه ها و اهداف بلند نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران و به منظور نیل به جهش علمی و نهضت تولید علم در دانشگاه های کشور، بایسته است با اهتمام ویژه جهت استاندارد سازی علمی دانشگاه در همه زمینه ها گام برداشته شود و تلاش نمود. امکانات موجود را به روز و کمبودها را سازگار با فرهنگ بومی تولید و برطرف نماییم و این مهم حاصل نمی شود مگر اینکه حرفه ای بیاندیشیم و در عمل، محیط کار حرفه ای توأم با سلامت اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی فراهم سازیم.

به همین منظور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت قانونمندی و استاندارد سازی رفتار و پوشش دانشجویان دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی، با اتکاء به دانش جمعی و قوانین موجود در سطح ایران و جهان، اقدام به تدوین آیین نامه ای در این خصوص نمود، تا مسیر روشنی برای عملکرد جوانان فرهیخته دانشگاهی ترسیم نماید. از این رو براساس قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه و مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی که در تبیین آیین نامه انضباطی دانشجویان تدوین شده است، آیین نامه رفتار و پوشش حرفه ای دانشجویان دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور به تصویب رسید و به منظور اجرایی نمودن این آیین نامه شیوه نامه ای تهیه گردید تا ضمن شفاف سازی عملکرد دانشجویان، خط مشی مشخص برای مجریان و ناظران باشد. در حقیقت تدوین آیین نامه و شیوه نامه اجرایی آن، پاسخ به نیاز دانشجویانی است که خواستار تعیین

روشی شفاف و دقیق و به دور از سلايق، جهت امکان حضور در محیطی سالم با حفظ حرمت و رعایت کرامت انسانی که زمینه ساز تعالی علمی و اخلاقی است؛ می باشند.

ماده ۱- تعاریف کلی

۱-۱ دانشجو: فردی است که از طریق ضوابط موسسات آموزش عالی و یا آزمون ورودی دانشگاه ها پذیرفته شده است، ثبت نام نموده و در حال گذراندن سنوات آموزشی است.

۱-۲ دانشجوی بالینی: به دانشجویی اطلاق می گردد که تحت آموزش در محیط بهداشتی و درمانی قرار دارد.

محیط های بهداشتی درمانی به محیط هایی اطلاق می گردد که دانشجوی بالینی در آن به امور درمان بیماران و آموزش بهداشت در دو حوزه علمی و نظری می پردازد که شامل بخش های بیمارستانی، مراکز بهداشتی درمانی، درمانگاه ها، آزمایشگاه ها، داروخانه ها، مراکز تصویر برداری، مراکز مشاوره و ... است.

۳-۱ فضاهای دانشگاهی: به پردیس دانشگاه ها، دانشکده ها و محیط های خوابگاهی اطلاق می گردد.

۱-۴ محیط های آموزشی پژوهشی: محیطی است که هر فرد در آن با عنوان دانشجو در حال انجام فعالیت های آموزشی و پژوهشی است.

تبصره: دانشجویان در تمامی محیط های آموزشی، پژوهشی، درمانی و بهداشتی، فضاهای دانشگاهی، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده ها، مراکز کارآموزی و کارورزی و محیط های فرهنگی، ورزشی، تفریحی، مکان های اردویی و کلیه تجمعات دانشجویی وابسته و غیر وابسته به دانشگاه که تحت عنوان دانشجو، شرکت دارند؛ مشمول قوانین آیین نامه و شیوه نامه رفتار و پوشش حرفه ای دانشجویان دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور می گردند.

۵-۱ رفتار حرفه ای: به تمامی اعمال و گفتاری گفته می شود که از فرد در جایگاه شغلی وی انتظار می رود.

۶-۱ پوشش حرفه ای: به لباسی گفته می شود که فرد در حرفه خاص خود، ملزم به پوشیدن آن است.

۷-۱ شئون دانشجویی: به تمامی رفتار، پوشش و ظاهر دانشجو گفته می شود که نشان دهنده ی دانش، آگاهی، صراحت و شجاعت همراه با ادب و تدبیر، سادگی، پاکیزگی، وقت شناسی، نظم، ترتیب و تلاشگری او در عرصه علم و فن آوری است

۸-۱ شئون اسلامی: به تمامی قوانین اسلامی گفته می شود که در نص صریح قرآن، فقه اسلامی و آراء اکثریت مراجع تقلید آمده است.

ماده ۲- رفتار حرفه ای

الزامات کلی دانشجویان در محیط های آموزشی و پژوهشی:

۱- دانشجویان باید از ایجاد هر گونه اخلاق به هنگام تدریس خودداری نمایند؛ مصادیق اخلاق در هنگام تدریس مانند ورود به کلاس بعد از استاد، خوردن و آشامیدن، بلند صحبت کردن، خندیدن و ایجاد سر و صدا، استفاده از تلفن همراه و سایر وسایل صوتی و تصویری است.

۲- دانشجوین باید از اعمال و رفتار خلاف شئون اسلامی، دانشجویی و اخلاق حرفه ای خودداری نمایند. مصادیق آن مانند عدم رعایت ادب و احترام، فروتنی، اخلاق و آداب اسلامی متناسب با شأن یک فرد دانشگاهی، توهین و تمسخر زبانی و رفتاری، مشاجره و پرخاشگری، عدم رعایت حقوق دیگران، مصرف هر نوع محصول دخانی یا مخدر.

۳- دانشجویان باید ملزم به حفاظت و استفاده صحیح از امکانات، تجهیزات و وسایل عمومی در اختیار باشند. مصادیق آن مانند دانشجویان بدون هماهنگی مسئول

مربوطه، مجاز به استفاده از تجهیزات نخواهند بود. باید به علائم هشداردهنده و راهنمای استفاده از وسایل در محیط توجه نمایند. ایراد خسارت به اموال موجود در فضاهای دانشگاهی و محیط های بهداشتی درمانی یا سایر اموال بیت المال مجاز نمی باشد.

ماده ۳- پوشش حرفه ای

دانشجویان باید در تمامی ساعت های آموزشی و کاری، ظاهری تمیز، مرتب و متناسب با موقعیت حرفه ای خود داشته باشند و از پوششی که موجب خدشه دار شدن شأن دانشجو و دانشگاه می گردد، خودداری نمایند.

لباس و نحوه پوشش

لباس دانشجویان جهت ورود به محیط های آموزشی به ویژه محیط های بالینی و آزمایشگاهی باید متحدالشکل بوده و شامل مجموعه ویژگی های زیر باشد:

- ۱- روپوش سفید بلند در حد زانو و غیر چسبان با آستین بلند
- ۲- روپوش باید دارای آرم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه باشد.
- ۳- تمامی دکمه های روپوش باید در تمام مدت حضور در محیط های آموزشی بطور کامل بسته باشد.
- ۴- استفاده از کارت شناسایی معتبر عکس دار حاوی (حرف اول نام، نام خانوادگی، عنوان، نام دانشکده و نام رشته) بر روی پوشش، در ناحیه سینه سمت چپ در تمام مدت حضور در محیط های آموزشی الزامی می باشد.
- ۵- دانشجویان خانم باید تمامی سر، گردن، نواحی زیر گردن و موها را با پوشش مناسب بپوشانند.
- ۶- شلوار باید بلند متعارف و ساده و غیر چسبان باشد استفاده از شلوارهای جین پاره و نظایر آن در شأن حرف پزشکی نیست.
- ۷- پوشیدن جوراب ساده که تمامی پا و ساق پا را بپوشاند ضروری است.

- ۸- پوشیدن جوراب های توری و یا دارای تزیینات ممنوع است.
- ۹- کفش باید راحت و مناسب باشد، هنگام راه رفتن صدا ندهد.
- ۱۰-روپوش، لباس و کفش باید راحت، تمیز، مرتب و در حد متعارف باشد و نباید دارای رنگ های تند و زننده نامتعارف باشد.
- ۱۱- استفاده از نشانه های نامربوط به حرفه پزشکی و آویختن آن به روپوش، شلوار و کفش ممنوع می باشد.
- ۱۲- استفاده و در معرض دید قرار دادن هر گونه انگشتر، دستبند، گردن بند و گوشواره (به جز حلقه ازدواج) در محیط های آموزشی ممنوع می باشد.
- ۱۳- استفاده از دمپایی و صندل در محیط های آموزشی به جز اتاق عمل و اتاق زایمان ممنوع می باشد

بهداشت فردی و موازین آرایش در محیط های آموزشی کشور

- ۱- وابستگان به حرف پزشکی الگوهای نظافت و بهداشت فردی هستند، لذا، بدون تردید تمیزی ظاهر و بهداشت در محیط های آموزشی علوم پزشکی از ضروریات است.
- ۲- ناخن ها باید کوتاه و تمیز باشد. آرایش ناخن ها با لاک و برچسب های ناخن در هر شکلی ممنوع است. استفاده از ناخن های مصنوعی و ناخن بلند موجب افزایش شانس انتقال عفونت و احتمال آسیب به دیگران و تجهیزات پزشکی می باشد.
- ۳- آرایش سر و صورت به صورت غیر متعارف و دور از شئون حرفه پزشکی ممنوع می باشد.
- ۴- نمایان نمودن هرگونه آرایش بصورت تاتو و با استفاده از حلقه یا نگین در بینی یا هر قسمت از دستها و صورت ممنوع است.
- ۵- استفاده از ادوکلن و عطرها با بوی تند و حساسیت زا در محیط های آموزشی ممنوع است.

موازين رفتار دانشجويان در محيط هاي آموزش پزشكي

- ۱- رعايت اصول اخلاق حرفه اي، تواضع و فروتنی در برخورد با بيماران، همراهان بيماران، استادان، دانشجويان و کارکنان الزامی است.
- ۲- صحبت کردن در محيط هاي آموزشی بايد به آرامی و با ادب همراه باشد و هرگونه ايجاد سرو و صدای بلند و يا بر زبان راندن کلمات که در شان حرفه پزشکی نيست، ممنوع است.
- ۳- استعمال دخانيات در کليه زمان هاي حضور فرد در محيط هاي آموزشی، ممنوع می باشد.
- ۴- جویدن آدامس و نظاير آن در آزمايشگاهها، سالن کنفرانس، راند بيماران و درحضور اساتيد، کارکنان و بيماران ممنوع می باشد.
- ۵- در زمان حضور در کلاس ها، آزمايشگاه ها و راند بيماران، تلفن همراه بايد خاموش بوده و در ساير زمان ها، استفاده از آن به حد ضرورت کاهش يابد.
- ۶- هرگونه بحث و شوخی در مکانهای عمومی مرتبط نظير آسانسور، کافی شاپ و رستوران ممنوع می باشد.

الزامات دانشجوي باليني

- ۱- رعايت کليه ضوابط مندرج اين شيوه نامه برای دانشجويان باليني الزامی است.
- ۲- دانشجويان بايد به منظور رعايت استانداردهای حقوق خدمات گیرندگان و همراهان وی متون مصوب اخلاق پزشکی را مطالعه و به آن عمل نمايند.
- ۳- از آن جايی که رعايت حریم شخصی و آرامش روحی بيمار در هر شرايطی برای دانشجويان الزامی است، لذا بايد سعی نمايند قبل از معاينه، آزمايش و يا تهيه شرح حال، رضایت بيمار را اخذ نمايند.
- ۴- دانشجويان در صورتی که دستورالعملی را به ضرر بيمار و يا ناقض مقررات باليني و ایمنی ببینند بايد در ابتدا آن را با مسئول ارشد باليني در میان بگذارند.
- ۵- هنگام معاينه بايد حریم خصوصی بيماران رعايت شود.

- ۶- دانشجویان باید به حقوق بیماران در رابطه با انتخاب درمانگر و روش درمانی در موارد غیر اورژانس احترام بگذارند.
- ۷- دانشجویان باید به مذهب و فرهنگ بیماران احترام بگذارند.
- ۸- دانشجویان نباید از موقعیت بیماران و یا خانواده های آنان سوء استفاده نمایند.
- ۹- دانشجویان باید اسرار بیماران را حفظ نمایند.
- ۱۰- دانشجویان باید در حین انجام وظیفه در محیط های بهداشتی درمانی، کارت شناسایی خود را به همراه داشته باشد.
- ۱۱- خوردن و آشامیدن و استفاده از تلفن همراه بر بالین بیمار ممنوع است.

ماده ۵ - مسئولیت های اجرای آیین نامه

- ۱-۵ معاونت آموزشی بایستی این شیوه نامه اجرایی را در بدو ورود دانشجویان به دانشگاه به رویت او رسانده و تعهد نامه کتبی را با امضای دانشجوی مبنی بر توجیه کامل و الزام وی به عمل به مفاد آن دریافت نماید. (این تعهد نامه در هنگام ثبت نام یا ابتدای هر مقطع تحصیلی از دانشجویان اخذ و در پرونده آموزشی وی نگهداری خواهد شد.)
- ۲-۵ کارنامه رفتار و پوشش حرفه ای دانشجویان در هر دوره تحصیلی از سوی معاونت آموزشی دانشگاه طبق کارنامه پیوست ذیل صادر می شود که مسئولیت تکمیل آن با استادان دانشجویان در آن دوره است.
- ۳-۵ استادان موظفند با توجه به این شیوه نامه برای رفتار و پوشش حرفه ای دانشجویان به صورت مجزا نمره توصیفی عالی ، خوب ، متوسط یا ضعیف را به همراه نمره آموزشی اعم از تئوری یا عملی صادر نمایند.
- تبصره ۱ : در مورد دروسی که بیش از یک استاد مسئولیت تدریس را بر عهده دارند مسئولیت تکمیل کارنامه رفتار و پوشش حرفه ای دانشجویان آن درس با تأیید مدیر گروه ترجیها برعهده استادی است که بیشترین تعداد ساعات تدریس را دارد.

تبصره ۲ : در صورت درخواست دانشجوی کارنامه رفتار و پوشش حرفه ای وی در پایان هر دوره به صورت محرمانه به اطلاع وی خواهد رسید.

تبصره ۳ : نمره های رفتار و پوشش حرفه ای دانشجوی در مراحل مختلف تحصیل و نیز در هرگونه استخدام دولتی و گزینش با ضریب مثبت مورد استناد قرار خواهد گرفت.

۴-۵ چنانچه میانگین نمرات توصیفی رفتار یا پوشش حرفه ای دانشجوی در کارنامه نیمسال وی متوسط یا ضعیف باشد، به دفتر مشاوره دانشجویی معرفی می گردد و تا ارتقاء به درجه بالاتر تحت آموزش آن دفتر قرار گیرد.

تبصره ۴ : در صورتیکه نمره های توصیفی دانشجوی پس از دو ترم متوالی بعد از معرفی به دفتر مشاوره دانشجویی، کماکان متوسط و یا پایین تر از آن باشد به شورای انضباطی دانشجویان معرفی می گردد.

تبصره ۵ : معاونت آموزشی موظف است در صورت اعتراض دانشجوی و یا معرفی دانشجوی به شورای انضباطی کارنامه وی را به همراه توضیحات مکتوب استادان به معاونت دانشجویی و فرهنگی (رئیس شورای انضباطی بدوی دانشجویان) ارائه نماید.

کارنامه ی رفتار و پوشش حرفه ای دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی

نام و نام خانوادگی: شماره دانشجویی : نام رشته تحصیلی :

نیمسال تحصیلی : اول / دوم سال تحصیلی :

ردیف	نام درس	نام استاد	نمره رفتار حرفه ای	نمره پوشش حرفه ای

*معدل بین (۱-۰) ارزیابی توصیفی ضعیف

معدل بین (۲-۱) ارزیابی توصیفی متوسط

معدل بین (۳-۲) ارزیابی توصیفی خوب

معدل بین (۴-۳) ارزیابی توصیفی عالی

در کتاب « نیم نگاهی به ضوابط پوشش در دانشگاه های جهان » (نیره قوی، حسینی و آثاری) به منظور آشنایی دانشگاهیان با انواع پوشش در دانشگاه های سایر کشورها و همچنین مقایسه آنها با ضوابط پوشش در دانشگاه های ایران انجام شده است، ضوابط پوشش ۴۲ دانشگاه معتبر جهان به صورت کامل ذکر شده است. در پژوهش به عمل آمده در بیش از ۱۵۰ دانشگاه در کشورهای مختلف جهان، اکثریت قریب به اتفاق دانشگاه ها دارای ضوابط نوع خاص و ویژه پوشش متناسب با محیط آموزش می باشند. نکته ای که قابل تأمل است این که در محیط مقدس آموزش و تعلیم در هر کجای جهان می توانیم موارد مشترک را جستجو کنیم و آن کیفیت پوشش حرفه ای مناسب با محیط درس و تدریس و وجود دستورالعمل متناسب با آن می باشد. علاوه بر آن اکثریت آنها بر اساس نوع ضرورت های محیطی و ایمنی و آرامش روحی و روانی متناسب با پیشرفت کار پایبندی به ضوابط خاص پوشش را الزام می دارند و چگونگی وضعیت ظاهری را برخاسته از شأن محیط علم و فرهنگ خاص محیط آموزشی و جلب رضایت عواملی که در محیط مشغول تعلیم و تربیت می باشند، می دانند. از همه مهمتر اینکه در هر جامعه انسانی رعایت نظم، ضابطه، قوانین بومی و خاص هر مجموعه در اولویت امور جهت دستیابی به اهداف خاص و کار ویژه مجموعه ضروری است.

با توجه به اینکه دانشگاه ها بر اساس ضرورت های محیطی و ایمنی و آرامش روحی و روانی متناسب با محیط آموزش، پایبندی به ضوابط خاص پوشش را می طلبند. لذا در تمام محیط های دانشگاهی در اقصی نقاط جهان چگونگی و وضعیت ظاهری را برخاسته از شأن محیط علم و فرهنگ خاص محیط آموزشی دانسته و همه درمورد پرهیز از پوشش نامناسب اجماع نظر دارند. دانشگاه های دنیا قوانین پوششی خاصی را برای دانشجویان اجرا می کنند. هرچند این نوع قوانین منتقدانی دارند اما دانشگاه ها تاکید می کنند که نوع پوشش با اعتبار

دانشگاه در ارتباط باشد. قوانین پوشش در دانشگاه‌های جهان برای دانشجویان دختر و پسر به صورت یکسان اجرا می‌شوند و تمام دانشجویان ملزم به رعایت آنها هستند.

صرف نظر از دین و شریعت، در تمام دانشگاه‌های دنیا قوانین ویژه انضباطی در زمینه پوشش و جهت حفظ و حراست از کیان اشخاص و محیط علمی تعیین شده است. با نگاهی به مقررات برخی از معروف‌ترین دانشگاه‌های دنیا نکات جالبی به چشم می‌خورد که قابل تامل است. مطالعه مروری کدهای پوششی بسیاری از دانشگاه‌های جهان نشان می‌دهد که در این کدها حتی در خصوص استفاده از جواهرآلات، لباس‌های خاص مثل شلوار جین و تاپ، نوع پارچه و بافت و رنگ لباس و میزان گشادی آن، نوع کفش، آرایش موها و میزان بلندی آنها، آرایش و بلندی ناخن‌ها و استعمال عطر ضوابط خاصی تدوین شده است. ضوابط پوشش در وب سایت این دانشگاه‌ها جهت اطلاع دانشجویان گزاریده شده تا از این کدها و مقررات پوششی مطلع و آگاه شوند.

منابع:

۱. بند الف ماده ۳ فصل اول قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران
۲. مصوبه جلسه ۱۹۸ شورای عالی انقلاب فرهنگی ۱۳۸۹/۳/۱۸ در خصوص مصادیق پوشش (مجاز و غیر مجاز) ویژه دانشجویان
۳. بند ۳/د ماده ۶ آیین نامه انضباطی دانشجویان جلسه ۳۵۸ شورای عالی انقلاب فرهنگی ۷۴/۶/۱۴
۴. بند ۱ از ماده ۴ آیین نامه رفتار و پوشش حرفه ای دانشجویان دانشگاه ها و دانشکده -های علوم پزشکی کشور
۵. « استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان موسسات پزشکی » مورد تأیید معاونین آموزشی ، دانشجویی- فرهنگی و سلامت در تاریخ ۱۳۸۷/۲/۲۲
۷. آیین نامه پوشش و رفتار دانشجویان بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (مورخ ۱۳۸۶/۷/۳)
۸. آیین نامه پوشش و رفتار دانشجویان بالینی دانشگاه علوم پزشکی قم
۹. بررسی ضوابط پوشش تعدادی از دانشگاه های خارج از کشور توسط معاونت فرهنگی نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه ها در سال ۱۳۸۵
۱۰. « آیین نامه اجرایی ضوابط پوشش و آراستگی دانشجویان » نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه ها در سال ۱۳۸۵
۱۱. اصول حرفه ای پوشش دانشجویان پزشکی در محیط های آموزشی و بیمارستان (دانشگاه تهران- ۱۳۸۶)
۱۲. « پوشش برای دانشجویان پزشکی » (دانشگاه تهران -۱۳۸۶)
۱۳. متن کامل قانون گسترش فرهنگ عفاف و حجاب مصوب ۱۳ دی ۱۳۸۴ شورای عالی انقلاب فرهنگی
۱۴. استفاده از تجربه های موفق مدیران فرهنگی آنان (تهران -ایران - شیراز - کرمان - تبریز - سمنان - کاشان و زنجان)
۱۵. دانشجویان عضو مجمع صنفی، تشکل ها، انجمن ها و کانون ها (از سه گروه آموزش پزشکی ، پیراپزشکی ، پرستاری و مامایی و از سه دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران)

فصل سوم

هویت ایرانی - اسلامی دانشجوی پزشکی

آشنایی با هویت ایرانی - اسلامی و توانمندی های دانشجویان پزشکی

دکتر علی الماسی، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد:

۱. آشنایی با تبیین هویت و تعریف ملیت
۲. آشنایی با نقش دین در حوزه هویت
۳. آشنایی با هویت ایرانی و اسلامی و مولفه های آن
۴. تعریف دانشجوی پزشکی
۵. همسازی مولفه های ایرانی-

مقدمه

این موضوع طی دو جلسه دو ساعته که اغلب مباحث نظری خواهد بود قابل تدریس است. ترجیحاً در فضائی کارگاهی با استفاده از بحث گروهی، پرسش و پاسخ ارائه موضوعات ساختاری به صورت برنامه ریزی شده توسط استاد مدیریت ارائه گردد. تعداد شرکت کنندگان بیش از ۲۱ نفر نباشند.

تعریف هویت

هویت انسانی، مقوله‌ای اجتماعی است. همه انسانها به هنگام تولد، فارغ از اینکه در کجای زمین به دنیا می‌آیند و یا از چه تعلق قومی و قبیله‌ای برخوردارند، دارای ویژگی‌های یکسان نوع انسانی، در میان انواع موجودات زنده هستند و هیچ گونه تفاوت ماهوی با یکدیگر ندارند؛ بنابراین، مقوله هویت انسانی که در دوران رشد و تکوین انسان در جامعه شکل می‌گیرد، کاملاً اجتماعی و جامعه شناسانه است و ربطی به خون و نژاد و رنگ پوست و ... ندارد (۱).

هویت اجتماعی

هویت اجتماعی انسان، از پنج مؤلفه پیروی می‌کند. به زبان دیگر، بر پایه پنج مؤلفه تأثیرگذار، شکل می‌گیرد (۲):

- ۱ - عوامل جغرافیایی - اقلیمی
- ۲ - عوامل سیاسی و تاریخی
- ۳ - عوامل اقتصادی و معیشتی
- ۴ - عوامل فرهنگی (زبان و ادبیات و هنر، میراث اساطیری، سنن و آداب، اعتقادات و آیین‌ها و رسوم و یادمان‌ها)
- ۵ - مؤلفه‌های تربیتی

الف) عوامل جغرافیایی - اقلیمی:

به مجموعه عواملی گفته می‌شود که برگرفته از ویژگی‌های مربوط به اقلیم، طبیعت و آب و هواست، که در قرون و هزاره‌ها، می‌تواند بر نوع رفتار زیست محیطی افراد تأثیر گذاشته و هویتی اجتماعی خاص، یا احساس تعلقی به خصوص را در یک گروه انسانی، از گذر زندگی تاریخی، ایجاد کند. بنابراین، باید ریشه بخشی از احساسات مربوط به تعلق سرزمینی را در این عامل، جستجو کرد. اما وجه تشابه در میان یک گروه انسانی که تنها برگرفته از این عامل باشند، قادر به ایجاد هویت اجتماعی نیست، بلکه این عامل همان گونه که پیشتر گفته شد تنها می‌تواند یکی از عوامل گسترده ایجاد هویت و احساس تعلق به یک گروه خاص انسانی باشد.

ب) عوامل سیاسی و تاریخی:

به مجموعه عواملی گفته می‌شود که متأثر از سرنوشت سیاسی و تاریخی مشترک یک گروه خاص از انسان‌ها هستند. دقت شود که وقتی می‌گوییم: «یک گروه خاص از انسان‌ها»، منظورمان همزمان، آن گروهی از انسان‌ها هستند که می‌توانند در میان خود، شامل گروه‌ها و دسته‌های متعدد انسانی در حوزه‌های گوناگون جغرافیایی باشند. یادمانده‌های تاریخی، شادی‌ها، غم‌ها و نبردها و شکست‌ها و پیروزی‌های مشترک، از جمله عواملی هستند که از منظر تحمل نوع نظام‌های سیاسی خاص و رخداد‌های مشابه، می‌توانند تأثیرات ماندگاری بر احساس هویت مشترک بگذارند.

پ) عوامل اقتصادی

عوامل اقتصادی در احراز هویت مشترک عبارتند از: شیوه تولید اقتصادی، روابط تولید، سطح و نوع تولید، ابزار خاص تولید و امکانات تولیدی یک گروه به خصوص از انسان‌ها که در یک اقلیم مشخص تاریخی، زندگی کرده و می‌کنند.

بسته به اینکه این گروه انسانی مفروض، از گذر یک جریان تاریخی، در هر یک از عوامل نامبرده، متأثر از چگونه نظامی بوده‌اند، دارای ویژگی‌های مشترکی می‌شوند، که این ویژگی‌ها، نوعی خاص از احساس مشترک و تعلق تاریخی را ایجاد می‌کنند؛ برای نمونه،

قرنها حاکمیت نظام زمینداری (فئودالیسم) در بین ملل اروپایی و یا حاکمیت نظام ارباب و رعیتی در ایران، منجر به ایجاد دو نوع متفاوت از احساس مشترک، نسبت به روابط تولیدی و رابطه انسان با انسان و انسان با زمین، در بین این دو گروه انسانی شده اند. تفاوت نوع نگاه به اشرافیت در جوامع اروپایی و فرهنگ برگرفته از آن، با نوع نگاه مردم ایران به همین مقوله، برخاسته از همین تنوع تولید، روابط و ابزار تولیدی متفاوت است.

ت) عوامل فرهنگی:

عوامل فرهنگی، عواملی هستند که از گذر زندگی مشترک اجتماعی و تحت تأثیر نوع روابط انسانی حاکم بر جوامع و متأثر از همه عوامل اقلیمی، سیاسی، تاریخی و اقتصادی، ایجاد می‌شوند. این تأثیرات در صورت تداوم تاریخی، زمینه‌های پیدایش نوعی خاص از جهان بینی، اعتقادات، زبان مشترک، هنر و سنین و آداب و آیین‌های اجتماعی منحصر بفرد را فراهم می‌آورند. این عوامل، به دلیل اینکه در زمانی نسبتاً طولانی ایجاد می‌شوند، به همان نسبت ماندگارتر و مستحکم‌تر از عوامل دیگر هستند و بخش اصلی از هویت اجتماعی انسان را شکل می‌دهند.

عوامل فرهنگی به مرور زمان تغییر شکل می‌دهند و ممکن است تضعیف و یا تقویت شوند، اما بن‌مایه‌های تاریخی آنها، کمتر دچار تحولات آنی و دوره ای می‌شوند. بسته به اینکه انسان، در هنگام تولد در کدام حوزه فرهنگی قرار گیرد، طبیعتاً احساس هویت اجتماعی او دارای مشخصه‌های منحصر بفرد همان حوزه (در آینده) می‌شود. این مشخصه‌ها، با انسان و رشد اجتماعی او، از طرف محیط زندگی، محیط آموزش، محیط کار و مجموعه روابط اجتماعی، به وی، خودآگاه و یا ناخودآگاه، تزریق می‌شوند. همچنین اراده انسان بالغ، کمتر می‌تواند در این ماندگارهای ریشه‌دار، تغییر ایجاد کند، بلکه حداکثر، سمت و سوی رفتار اجتماعی را می‌تواند تا اندازه‌ای تحت تأثیر قرار دهد؛ بنابراین، هویت فرهنگی، امری نیست که از کسی گرفته شود یا بتوان به زور به وی تحمیل کرد. این هویت، در واقع، هسته اصلی تشکیل دهنده شخصیت اجتماعی انسان است و برای همین، طلبدنی و خواستنی نیست (مؤلف: الماسی، علی)

همانگونه که گفته شد، هویت اجتماعی انسان، از عوامل بسیاری برگرفته شده است که رویدادها و تغییرات مقطعی، قادر به ایجاد تغییرات اساسی در بن مایه‌های آن نیستند و نمی‌توان با تکیه بر یک یا دو عامل تمایز، مثل زبان و یا اعتقادات، بین گروهی از انسانها، با گروهی دیگر، اعلام هویت مستقل کرد. گروه انسانی بدون هویت و یا سلب هویت شده، روی کره زمین وجود ندارد، چرا که انسان در جامعه زندگی کرده و رشد یافته است و تکامل او، اجتماعی بوده است، نه انفرادی؛ بنابراین، هر انسانی، در هر جامعه‌ای که زندگی می‌کند، جدا از مسائل حقوقی و سیاسی در یک مقطع خاص تاریخی، دارای هویت مشخص اجتماعی و تاریخی است. بنابراین، می‌توان هویت مشخص تاریخی او را نادیده گرفت، اما نمی‌توان آنرا سلب کرد. پس طرح بحث «هویت طلبی»، تنها می‌تواند با چشم‌پوشی خاص سیاسی، به جهت ایجاد تفرقه مطرح شود و لاغیر، نظیر طرح مسئله پان قومیت یا نژاد پرستی که همیشه ابزاری ساخته و پرداخته استعمارگران دیروز و امروز بوده است. در این باره البته باید گفت، اگر منظور از بحث هویت طلبی، نادیده گرفتن یک هویت مشخص، مثلاً هویت قوم یا قبیله خاصی نظیر باسک، عرب، کرد یا ترک باشد، این نیز یک مغلطه بزرگ است، چرا که در کل تاریخ اجتماعی مناطق جهان، ما هرگز با یک هویت اجتماعی خاص و مستقل از مجموعه هویت ملی، روبه‌رو نبوده‌ایم. مردم چنین مناطقی از اقصا نقاط دنیا، در تمامی مؤلفه‌های بر شمرده برای به دست آوردن یک هویت اجتماعی، با دیگر مردمان در سایر مناطق، مشترک بوده‌اند، و از گذر یک زندگی مشترک چند هزار ساله، هویتی غیر از هویت یک انسان مقید به معیارهای ملی را نشان نمی‌دهند.

ث) عوامل تربیتی:

آخرین عامل تأثیرگذار در شکل‌گیری هویت اجتماعی انسان، عامل تربیتی است. این عامل، خود برگرفته از عواملی همچون، نوع روابط اخلاقی - فرهنگی و رفتاری حاکم بر خانواده، آموزش و پرورش و همچنین جامعه است.

هر یک از این سه حوزه، بخشی از حوزه نفوذ تربیت انسان را شکل می‌دهند، ولی بسته به اینکه هر یک از عوامل نامبرده، چقدر گسترده‌تر عمل کنند و انسان مورد نظر را تحت

پوشش آموزه‌های خود قرار دهند، تربیت انسانی را می‌توانند در حوزه نفوذ خود بگیرند . امروزه، آموزش و پرورش و جامعه ، به ویژه بخش مربوط به رسانه‌ها — سهم عمده تری نسبت به عامل خانواده، بر عهده گرفته‌اند و شاید به همین دلیل نیز باشد که تشابه بیشتری در میان گروه‌های انسانی، دیده می‌شود.

هویت ایرانی

با توجه به آنچه آمد، اکنون راحت‌تر می‌توان به مبحث هویت ایرانی و مباحث جدید مطروحه از جانب عوامل استعمارگران در این مورد پرداخت؛ مباحثی همچون بحث‌های خنده دار تحقیر آمیز برخی اقوام مقید به محدوده های خاص جغرافیائی؛ هویت طلبی، تفاوت‌های گویشی و یا زبانی، تمایزات فرهنگی و شک و تردیدهای تاریخی . هنگامی که سخن از «ایران» به میان می‌آید، ذهن، خودبه‌خود، متوجه جغرافیای سیاسی کنونی و ترکیب جمعیتی و ویژگی‌های امروزی آن می‌شود، در حالی که از دید هویت شناسی، واژه «ایران» در بر گیرنده دیرپاترین یادمان‌های مدنی و تاریخی بشریت، در حوزه‌ای بسیار گسترده‌تر از مرزهای سیاسی امروز است. ایران، کهن‌ترین سرزمینی است که بشر موجود در آن، در هزاره‌ها، هویت اجتماعی یافته و مجموعه ای از مشخصه‌های خاص و متمایز را، از گذر این هزاره‌ها، شکل داده و پرورانده است.

هرچند هویت مکتوب ایرانی، خود را با داده‌های میتراپی و اوستایی نمایان می‌سازد، این داده‌ها، هرگز نمی‌توانسته‌اند یک شبه و آنی پدید آمده باشند؛ بنابراین، نتیجه هزاران سال بده بستان اجتماعی — اقتصادی و سیاسی و فرهنگی، در بین گروه‌های گسترده انسانی، بوده‌اند؛ گروه‌هایی که شاید امروز هیچ نشانی از ایشان نباشد، اما میراث آنها، بخش‌های اصلی هویت ایرانی را شکل می‌دهند و او را از بقیه مردمان، در سایر حوزه‌های هویتی، جدا می‌سازند .

مشخصه‌های اصلی این هویت را می‌توان در چنین زمینه‌هایی برشمرد:

۱. حوزه جهان‌بینی و فلسفه و اخلاق

۲. حوزه سنن و آیین و رسوم

۳. حوزه زبان و ادبیات و هنر و فرهنگ

۴. حوزه جمعیت‌شناسی

با یک نگاه سریع به چهار حوزه نامبرده و موضوع تأثیرات هویتی آنها، به سادگی می‌توان، هویت ایرانی را تعریف کرد:

ایرانیان، مردمانی هستند از تیره‌های گوناگون انسانی با روابطی دیرپا که از درآمیختگی جمعیتی در هزاره‌ها، هویتی مشترک به نام هویت ایرانی، یافته‌اند. آنان همواره اعتقادات گوناگون داشته‌اند؛ اهل تعصب نبوده و مسامح‌کار و برخورداری از منش و اراده گذشت و تعامل اجتماعی بوده‌اند. به احساسات انسانی، اهمیت فوق‌العاده داده‌اند، اهل مدارا و مهر و محبت و عشق بوده و هستند. دوستدار زیبایی و هنر می‌باشند. زبان فارسی و شاخه‌های گویشی آن، در دست‌کم چهار هزار سال گذشته، محور شکل‌دهی هویت ادبی- فرهنگی ایشان بوده است. ایرانیان همچنین توانسته‌اند، مجموعه‌ای از رسوم و آیین‌های منطبق با طبیعت و حیات این جهانی انسان را شکل دهند که اکنون، دارای ارزش‌های همه‌بشری است. این هویت با مشخصه‌های گفته شده، هرچند همواره به اشکال گوناگون، مورد تعرض قرار گرفته و در زوایایی، تقویت و در جهاتی، تضعیف شده است، اما در نگاه به رفتار اجتماعی هر ایرانی، به آسانی عناصری از مجموعه فوق را می‌توان در منش و سلوک آنان دریافت.

ایرانی، با ابهت و شجاع، فهیم و انسان‌دوست و صلح‌طلب و آزادی‌طلب و عدالت‌خواه است. اهل تعصب کور کورانه نیست، اهل تحمل است. به دانایی و دانش عشق می‌ورزد و اهل جنگ و نفرت نیست و صلح‌طلب است. هویت اصلی او با ستایش شادی، درآمیخته؛ هرچند قرن‌ها تلاش شده است که اندوه بر وی حاکم شود. ایرانی، خونگرم است و همدردی می‌کند و اهل همدلی است و به روابط انسانی و محبت‌آمیز، اهمیت فوق‌العاده‌ای می‌دهد. ایرانی، ارزش فوق‌العاده‌ای برای زحمات پیش‌قراولان اندیشه و هنر و ادبیات قایل است و در هزاره‌ها، از میراث گذشتگان در این زمینه‌ها، نگهداری کرده و بر آن افزوده است. ایرانی، هرگز به حقوق دیگران تجاوز نمی‌کند، ولی سرسختانه از حقوق خود دفاع می‌کند.

ایرانی، همیشه با سلاح اندیشه به نبرد با متجاوزین به حریم زندگی تاریخی‌اش رفته است (شاهنامه فردوسی ۲)

هویت چیست؟ در ساده‌ترین صورت، تعریف هویت پاسخ به این سؤال است که من کیستم؟ کیستی در هر فردی ممکن است با شاخص‌های متنوعی تعریف شود، تعریفی که بستگی کامل به میزان شناخت فرد از مفهوم هویت و شناخت وی از خود دارد. عوامل متعدد دیگری نیز بر این تعریف و برگزینش مولفه‌های مورد استفاده تأثیر دارد. خانواده‌ای که فرد در آن متولد شده، جامعه‌ای که در آن پرورش یافته و محیط آموزشی که در آن تحت تعلیم قرار گرفته است. بنابراین دورا انتظار نیست که تعریف هویت از فردی به فرد دیگر و از اجتماعی به اجتماع دیگر متفاوت و یا حتی مغایر باشد.

اما آیا هویت امری متغیر است که نمی‌توان تعریف واحد و جامعی برای آن ارائه کرد؟ در این مقال سعی می‌شود به متداول‌ترین تعاریف از هویت و تعیین میزان درستی و یا نقد آنها پرداخته شده و در نهایت تعریف مقرون به حقیقتی ارائه گردد.

هویت قومی:

هر انسانی در بدو تولد فاقد اسم، زبان، مذهب، آگاهی و... است، حتی شخصیت وی کاملاً نهان و بالفعل است و به مرور آشکار شده، تکوین یافته و تثبیت می‌شود. اما این طفل دارای خانواده‌ای است که برای وی نامی برمیگزیند، همچنین نام خانوادگی که بر مبنای خون بوده و نمایانگر تعلق او به یک خانواده و وابستگی خونی است. طفل زبان خانواده را برای تکلم می‌آموزد، او مومن به مذهب اطرافیانش تربیت می‌شود و دیدگاهها و باورها و آداب و رسوم خاص محل تولدش بعنوان مجموعه آگاهیها و متعلقات به وی نیز منتقل می‌شود، مجموعه مشترکی که آن اجتماع را به هم متصل کرده است. در کنار همه اینها به او یاد داده می‌شود که باید به خون و زبان و مذهب و باورها و آداب و خاکی که در میان آنها متولد شده و پرورش یافته عشق بورزد، متعلقاتی که در اصل به تصادف نصیب این طفل شده و اگر در خانواده و اجتماعی دیگر متولد میشد با این شخصی که الآن پرورده شده است تفاوت‌های اساسی داشت.

در این دیدگاه فاکتورهای سازنده هویت فرد بین وی و سایر اقوام مشترک بوده و به واسطه همین فاکتورهای مشترک وی وابسته به آن اجتماع میشود، معمولاً برای حفظ همبستگی اجتماع، روی اشتراکات تاکید مبالغه آمیزی می شود، به ویژه اگر در معرض تهدید باشد، در مدح زبان و فرهنگ و مذهب بزرگنمایی می شود، با تقدس دهی به این مولفه ها راه هرگونه تردید یا انتقاد بسته شده و در نتیجه افراد در خط قرمزی به نام تعصب و خودبرتربینی محبوس می گردند که راه رخنه هرگونه علاقه مندیها و آگاهی های نو، ولو حقیقت را مسدود می کند. هرگونه تردید یا انتقاد و یا هرگونه نو اندیشی و نوگرایی یا تخطی از بایدها و نبایدها خیانت و نوعی هشدار برای جمع محسوب می گردد و فرد دگراندیش و نوگرا یا حقیقت جو از سوی جامعه تخطئه و تمسخر و طرد می شود. هر قدر که این اشتراکات فرد را به آن مجموعه تصادفی وابسته و نزدیک میکند، از سایرین جدا و دور می گرداند! غافل از این نکته که ممکن بود فرد در همان مجموعه دور و جدا متولد شود و به مذهب زبان و باورهای آنان عشق بورزد و متعصب باشد، به همان مذهبی که اکنون مذموش می داند و یا زبانی که تحقیرش میکند و یا باورهایی که در نظرش پوچ و بی محتوا هستند. تمام فاکتورهای دخیل در شکل دهی هویت فرد در این دیدگاه **عوامل بیرونی** هستند که خود فرد در گزینش آنها نه تنها اختیار و دخالتی نداشته بلکه کاملاً به صورت **تصادفی** نصیب وی شده است.

هویت ملی:

ملت در مرتبه وسیعتری از قومیت است، شاخص هایی که سازنده هویت ملی هستند عبارت است از حافظه تاریخی مشترک، مرزهای جغرافیایی، ایدئولوژی مشترک و یک سازمان سیاسی حاکم بر افراد ساکن در مرزهای سیاسی آن حکومت و...
اعضای یک ملت ممکن است دارای اشتراکات دیگری من جمله زبان و مذهب و فرهنگ... نیز باشند.

یک ملت برای تامین نیازهای مشترک من جمله امنیت در یک محدوده جغرافیایی گرد هم آمده و برای دستیابی به انسجام و نظم و همبستگی به اجرای قانون در میان خود تن

می دهند، قدرتی که به اجرای قانون می پردازد حکومت نامیده می شود و حاکمیت این مجموعه معمولاً تا مرزهای بین المللی این ملت ادامه داشته و در آنجا متوقف می شود. از آنجائی که حکومت به یک ملت همسان سهل تر از حکومت به ملتی با گرایشات متنوع و متفاوت است، معمولاً قدرتهای سیاسی اقدام به یکسان سازی ملت تحت سلطه خود می کنند و از آنجائی که دستگاههای آموزشی و خبر رسانی و تبلیغات در دست ایشان است قادرند سیاستهای یکسان سازی خود را پیاده میکنند، از سوی دیگر برای ایجاد اتحاد بین افراد جامعه در قبال تهدیدات بیرونی این سیاستها ضرورت مضاعفی می یابند. از مهمترین این سیاستها ارائه یک هویت واحد به نام هویت ملی است. هویت ملی ماهیت مساوی با هویت قومی دارد ولی در یک مرتبه بالاتر و در یک بستر وسیعتر قرار می گیرد.

یک حکومت ممکن است به اقتضای مصالح خود هویت قومی را انکار و یا امحا کند اما در همه نظامهای سیاسی بر هویت ملی مشروعیت و حتی تقدس داده می شود. زبان واحد، فرهنگ واحد، تاریخ واحد، نیازهای واحد و سرنوشت واحد از ابزارهایی است که نظامهای سیاسی با استفاده از آنها هویت ملی را تعریف و ملتی را به هم نزدیک کرده و وحدت و همسان سازی را تحقق می بخشند. با تقدس بخشیدن به خاک، پرچم، سرود ملی و با متعالی خواندن دین و فرهنگ و گذشته و بزرگنمایی داشته ها و اختفای نداشته ها احساسات ملی را برانگیخته و نوعی عشق و عرق ملی را در ذهن و قلب تک تک افراد جامعه متبلور و تثبیت میکنند. ناسیونالیسم یک جریان احساسی و عاطفی است که بارها و بارها در راستای برآوردن منافع و مصالح نظامهای سیاسی و برای تامین نیروی انسانی لازم مورد بهره برداری قرار گرفته و بسیاری از جنگها، کشتارها، تجاوزها و حق کشی ها را موجه جلوه داده است.

ناسیونالیسم بر مبنای هویت ملی یک جریان غیر منطقی و غیر انسانی است که تنها با تکیه و تاکید بر اشتراکات میان ملت خود و تفاوت بین سایر ملل مرزهای نامرئی طولانی تری از مرزهای سیاسی و بین المللی ترسیم میکند. مرزهایی که سبب می شود انسان آن سوی مرز را بیگانه و دشمن بیانگاریم. غیر انسانی بودن تفکر ناسیونالیستی از آن جهت

است که تمعدا اعتنائی به مهم ترین نقطه اشتراک، یعنی انسان بودن همه ما ندارد. در هویت ملی نیز عوامل بیرونی عمدتاً غیرانتخابی، دخیل هستند و فرد در تعیین هویت خود نقش آگاهانه و ارادی ندارد.

هویت انسانی:

تعاریف فوق که مصطلح ترین تعاریف امروزی از هویت اجتماعی می باشند نه تنها بحرانهای هویتی را حل ننموده بلکه در ذات خود ماهیت مشکل سازی دارند. مشکلاتی چون تعصب و خودبرتربینی، تفرقه، انزوا طلبی، دروغ مداری، غیرواقع بینی و... که تک تک این عوامل برای معیوب و مخدوش ساختن هویت و شخصیت یک فرد کفایت میکند. ریشه شناسی چنین تعریفی از هویت و شاخصه هایش ما را به سوی پایه های بی اساس و مبهم آن رهنمون می سازد، پایه هایی که بر تفکر و حقیقت استوار نیست بلکه بر **توهم حقیقت** مستقر است! توهمی که در اثر القائات مکرر سیاسیون و فیلسوفان و ثنور سین های مغرض بر توده های مردمی رنگ و رخ حقیقت بر خود گرفته و غرض از این وارونه نمائی تحمیق توده های انسانی و دور کردن آنان از قوه تعقل شان است، چون تسلط و بهره کشی از یک انسانی که اندیشه را ترک کرده به سهولت بهره کشی از یک حیوان فاقد قوه اندیشه ورزی است. هویت یک انسان باید با تکیه بر قدرت تفکر و تعقل وی تعریف شود و نه بر نیازها و غرایز و خصلتهای حیوانی.

وَلَقَدْ ذَرَأْنَا لِجَهَنَّمَ كَثِيرًا مِّنَ الْجِنِّ وَالْإِنسِ لَهُمْ قُلُوبٌ لَا يَفْقَهُونَ بِهَا وَلَهُمْ أَعْيُنٌ لَا يُبْصِرُونَ بِهَا وَلَهُمْ آذَانٌ لَا يَسْمَعُونَ بِهَا أُولَئِكَ كَالْأَنْعَامِ بَلْ هُمْ أَضَلُّ أُولَئِكَ هُمُ الْغَافِلُونَ (اعراف ۱۷۹) (۳)

و در حقیقت بسیاری از انس و جن را برای جهنم آفریده ایم آنها دلهایی دارند که با آن دریافت نمی کنند و چشمانی دارند که با آنها نمی بینند و گوشهایی دارند که با آنها نمی شنوند آنان همانند حیوانات بلکه گمراه ترند! آنها از غافلان هستند.

یک انسان آنگاه که پا به عرصه حیات می گذارد مسیرهایی در پیش رویش می بیند که

طی این مسیرها او را به راه های بعدی هدایت خواهد کرد. این مسیرها عرصه هایی برای آزمون و خطا و میدانی جهت محک آنچه اندوخته و آموخته است می باشد. طی طریقی که روزی با مرگ انسان خاتمه می پذیرد.

در حالت سالم و طبیعی سیر تکاملی یک انسان، او بایستی آزادانه و ارادی مشاهده کند، بیاموزد، فکر کند و کشف نماید و با داده های جدید به تغییر یا تصحیح یا رد آموخته های پیشین خویش بپردازد، در این فرایند به مجموعه آگاهیهای او افزوده شده و اندیشه ورزی وی ورزیده می گردد به طوری که مجموعه آگاهی ها به وی توان تمیز حقیقت از باطل را اعطا می کند، هر حقیقت نوری است که به ذهن وی می تابد تا مسیر و مسیرهای بعدی در جهت تکامل فرد طی شود و نه گمراهی. حقایقی که یک انسان آن ها را کشف کرده و به آن ها مومن می شود جهان بینی او را می سازند و به نوع نگاه او به خود و به حیاتش و به هم نوعانش و نقشی که او در این حیات دارد جهت و معنا می بخشد، در نهایت امر آن انسان که در بدو تولد بی هویت بود، در لحظه مرگ با هویتی خواهد مرد که خود ساخته و خود تعریف نموده است، چرا که هویت یک انسان را اندیشه او می سازد و جهان بینی او را تعریف می کند. چنین هویتی از درون خود فرد برخاسته و بر منطق و عقل استوار شده است، هویتی که منطبق با خود فرد، خصایص انسانی وی، منش و نگاه شخصی او باشد به وی یک آگاهی روشن و کاملی از خویشستن می دهد که به شخصیت او انسجام و پایداری می بخشد. اما اغلب این سیر طبیعی میسر نیست، چون ذهن انسان ها از القائات و پیش زمینه هایی انباشته می شود که به نوعی او را از انتخاب واقعی و شخصی مسیرها منحرف و گمراه می کند، چون انسان ها بنا به ذات محتاط خود دنبال راه های آشنا که به نظر امن تر هستند می روند.

باری همواره انسان هایی بوده اند که هویت انسانی خود را شناختند و مرزهای قومی و ملی و بین المللی را با اندیشه خود در نوردیدند و در میان تمام انسان ها، فارغ از ملیت و زبان و نژاد پذیرفته شدند، زیرا اندیشه که مهمترین نقطه اشتراک انسان ها است آن ها را خویشاوند تمام هموعان و هم اندیشان خود ساخت. یک انسان متفکر با هم فکران خود

خویشاوندی و قرابت دارد و به تجربه ثابت شده است که معتقدان و مومنان به امری یا حقیقتی فارغ از خون و نژاد و قومیت گرد هم آمده و نسبتی فراتر از نسبت خونی یافته اند و با ارجحیت عقیده و تفکر بر خون زیسته اند. موطن خود را نه در زادگاهشان بلکه در آن جایی یافته اند که عقیده شان متولد شده و حکومت می کند. در این رویکرد کسی که با بهره مندی از قوای انسانی زندگی می کند، بعد از مرگ، هویتش بر روی سنگ قبر به نام و نسب خلاصه نمی شود بلکه اندیشه او چه متعالی باشد یا الهی و چه فاسد و اهریمنی زنده می ماند و هویتش همواره در یادها باقیست. باری کسی که در طول زندگی خود بر اندیشه ورزی آگاهانه و ارادی تکیه ندارد، و همچون گوسفندی دنباله روی دیگریست و به جز انباشتن شکم و زاد ولد دست به عمل دیگری نزده است، بی هویت زندگی کرده و بی هویت می میرد و به محض مردن از یادها پاک میشود.

أَمْ تَحْسَبُ أَنَّ أَكْثَرَهُمْ يَسْمَعُونَ أَوْ يَعْقِلُونَ إِنْ هُمْ إِلَّا كَالْأَنْعَامِ بَلْ هُمْ أَضَلُّ سَبِيلًا (فرقان ۴۴)(۴)

مطهری و ایده "ناسیونالیسم"

آیا ایده "ملت" یک پدیده مدرن است؟ برخی در ایران مدعی هستند که ایده ملت که در جهان مدرن واحد تمایز بین واحدهای سیاسی قرار گرفته، در ایران قدمتی باستانی دارد و مفهوم ناسیونالیسم با شکل فعلی و مرسومش در جهان در عالم غرب "پدیداری مدرن" است ولی در ایران این قاعده صدق نمیکند. حال اجازه دهید ببینیم خوانش شهید مطهری در باب تاریخچه و سابقه مفهوم ناسیونالیسم چیست؟ آیا او در این باب نظری دارد؟ در کتاب "خدمات متقابل اسلام و ایران" مطهری مدعی است که مفهوم ناسیونالیسم با شکل فعلی و مرسومش در جهان، از اوایل قرن نوزدهم در آلمان پیدا و مطرح شد و اصولاً یکی از تبعات و واکنشهایی است که در برابر انقلاب کبیر فرانسه در اروپا به وجود آمد.

در خوانش مطهری انقلاب فرانسه خود پارادایمی ایجاد کرد که اندیشمندان و فلاسفه به مفهوم جدیدی که پیش از آن موجود نبود بیانداشوند و آن ایده "توده مردم" بود که در نظام های اشرافی کهن هیچ جایگاهی برای "عوام" قائل نبودند ولی از زمان انقلاب به بعد

بود که تم اصلی سخنان گویندگان و آثار نویسندگان و فلاسفه ملت و توده مردم گردید و آزادی و برابری آحاد آن دغدغه روشنفکران گردید.

به سخن دیگر، سخن گفتن از ملت و توده مردم به عنوان واحدی مستقل در نظام های اشرافی و طبقاتی پیش از عصر مدرن وجهی معقول ندارد و این ایده که در ایران "ملت" پیش از عصر مدرن وجود داشته است با منطق فهم معقولات تاریخی سازگاری ندارد مگر در "تبعات ادبی" بتوان قرینه هایی برای آن جعل کرد که این خارج از حیطه بحث ما است . البته مطهری در خوانش خویش از مفهوم ناسیونالیسم بین سنت فرانسوی و سنت آلمانی تمایزی قائل می گردد و بر این باور است که آلمانها بزودی دریافتند که حقوقی که فرانسوی ها از آن برای ملت دم می زدند فقط مختص ملت فرانسه است و از این رو متفکران آلمانی همچون فیخته اولین کسانی بودند که در برابر این تبعیض فریاد اعتراض برداشتند و داستان ملت آلمانی را به عنوان یک واحد واقعی و تفکیک ناپذیر پیش کشیدند و استدلالشان این بود که بنا به ویژگی نژادی، جغرافیایی و زبان و فرهنگ و سنن خود، آلمان دارای نبوغ ذاتی و استقلال و حیثیت مخصوص به خود است.

به عبارت دیگر، ناسیونالیسم در نگاه یوروسنتریک متقدم در خوانش مطهری دارای مولفه هایی است که از مهمترین آن ها باید به نژاد و جغرافیا و زبان و فرهنگ و سنن و حیث مخصوص به خود یاد کرد. به تعبیر ساتر، ناسیونالیسم در سنت فرانسوی و آلمانی مبتنی بر مولفه های مذکور بر کلان سیاست گذاری های "واحد ملی" تاثیرات بنیادینی می گذارد و آنچه را در حیطه ی منافع و مصالح و حیثیت و اعتبار این واحد قرار گیرد، خودی و دوست و بقیه را بیگانه و دشمن تلقی کردن است. البته مطهری بر این باور است که ناسیونالیسم دوران میانه (یعنی قبل از جنگ سرد) متفکرانی داشت که فکر واحد ملی تفکیک ناپذیر را تا آنجا پیش بردند که برای مجموعه ی ملت یک شخصیت واقعی حاکم بر شخصیت و اراده ی فرد قائل شدند، و این شخصیت جمع را در وجود دولت پیاده کردند. همین فکر بود که منشا پیدایش رژیم های توتالیتار و مرام نازی در آلمان و فاشیسم در ایتالیا و نژادپرستی در بستر کشورهای اروپایی گردید. به سخن دیگر، مطهری، نه تنها به ربط بین فاشیسم/نازیسم و ناسیونالیسم اشاراتی دارد بلکه به نسبت بین راسیسم و

ناسیونالیسم در تاریخ تحولات اندیشه در بستر اروپا هم توجه تیزبینانه ای دارد و بر این باور است که همین ناسیونالیسم ملت‌های اروپایی بود که در شکل افراطی خود، به صورت نژادپرستی و راسیسم جلوه کرد و دو جنگ جهانی و از آن بالاتر استعمار را توجیه و تصدیق کرد و در دوران مدرن تأثیرات مخربی بر زیست بوم جهانی گذارده است. البته مطهری به یک نکته کلیدی اشاره می‌کند ولی آنرا بسط نمی‌دهد و آن نکته این است که واضعان اروپایی ایده ناسیونالیسم بعد از جنگ جهانی دوم به این نتیجه رسیده‌اند که لااقل در سطح منافع اقتصادی و استعماری در زمینه‌های اجتماعی به اتحاد و منطقه‌گرایی بیاندیشند و در بین خود نوعی توافق عقلایی ایجاد کنند ولی او این ایده را بسط نداده است اما به نظرم این ایده در پس نقد ناسیونالیسم در خوانش یوروسنتریکی آن قرار دارد. زیرا او در باب ناسیونالیسم در خوانش یوروسنتریک آن تشکیک ایجاد می‌کند و این پرسش را در "خدمات متقابل اسلام و ایران" مطرح می‌کند که آیا بین واحدهای اجتماعی بشر تمایز و مرزی قائل شدن، اصالت و حقیقتی مطابق با واقع دارد یا نه، و اگر دارد آیا معیارهای مرزبندی همان هاست که ناسیونالیسم غربی به ما می‌آموزد؟ البته ناگفته پیداست که مطهری ناسیونالیسم را "کیش ملت پرستی" مفهوم سازی می‌کند و این خود نشان از آن دارد که برای این کیش او "اصالتی بالذات" قائل نیست بلکه آن را تا جایی که "نتیجه اش خدمت به هموطنان باشد قابل توجه" می‌داند ولی "آنجا که جنبه ی منفی به خود می‌گیرد ضد اخلاق و ضد انسانیت" می‌پندارد (۹).

استاد مطهری و مسئله "ملتیت"

یکی از بنیادی‌ترین پرسش‌هایی که در گفتمان مطهری در باب "نسبت" اسلام و ایران ذهن آدمی را درگیر خود می‌نماید، شیوه مفهومی مواجهه مطهری با ناسیونالیسم است. به سخن دیگر، چرا مطهری ناسیونالیسم را "ملت پرستی" مفهوم سازی می‌کند؟ زیرا در این گزینش واژگانی نوعی رویکرد سلبی وجود دارد و آدمی درمی‌ماند که علت این حس منفی مطهری به "غلیان احساسات ناسیونالیستی" چرا تا این حد سلبی است؟ البته خود او بر این باور است که "یکی از مسائل که در قرن حاضر مورد بحث و گفتگو قرار گرفته است

مسئله ملیت است. در این روزها بسیاری از ملل عالم از جمله مسلمانان ایرانی و غیر ایرانی، به این مسئله توجه خاصی پیدا کرده اند و حتی برخی از آنان به قدری در این مسئله غرق شده اند که حد و حسابی برای آن نمی توان قائل شد" (۵).

به سخن دیگر، مطهری دریافته است که ملیت یک مسئله است و باید به آن پرداخت زیرا تبدیل به یک امر اجتماعی فراگیر شده است و به نوعی تمامی آحاد مردم را در تمامی سطوح درگیر خود نموده است ولی از نگاه مطهری این مسئله "مشکل" بزرگی برای جهان اسلام به وجود آورده است. چرا در دیدگاه مطهری ناسیونالیسم مشکلی بزرگ قلمداد شده است؟ او برای نظر خود دو دلیل اقامه میکند؛ اولین دلیل مطهری این است که ملیت پرستی برخلاف اصول تعلیماتی اسلامی است و دومین دلیل اعلانی مطهری این است که ناسیونالیسم مانع بزرگی برای وحدت مسلمانان به عنوان یک "ملت" است (۵). البته باید پرسشی اینجا مطرح کرد و آن این است که در نگاه مطهری "ملت" چیست؟ این پرسشی مهم است و در جای دیگر به آن خواهیم پرداخت ولی نکته ای که باید در باب نگاه سلبی مطهری به ناسیونالیسم باید به آن اشاره کنم این است که مطهری مخالفتش با "ملت پرستی" دارای پیچیدگی های مفهومی و تاریخی است که اگر به دقت به آن توجه نکنیم با ساده سازی هایی همچون "امتگرا" از نقطه نظرات او غافل خواهیم شد. به عبارت دیگر، مبنای نقد مطهری چیست؟ مطهری گرایش به ناسیونالیسم را یک پدیده جهانشمول نمی داند بلکه آن را در ظرف تاریخی و اجتماعی و در نسبت فرهنگی مورد ارزیابی قرار میدهد و مبتنی بر این نگاه معتقد است. استنباط می شود "فکر ملیت و تهییج احساسات ملی احياناً ممکن است آثار مثبت و مفیدی از لحاظ استقلال پاره ای از ملتها به وجود آورد ولی در کشورهای اسلامی ... سبب تفرقه و جدایی شده است" (۶). به تعبیر دیگر، برگشت جوامع اسلامی به تفسیر ناسیونالیستی از زندگی جمعی خویش یک حرکت "ارتجاعی" است. زیرا "این ملتها قرن هاست نشان داده اند که با انگیزه ی فکری و اعتقادی و بر اساس یک ایدئولوژی" (۷). توانسته بودند وحدتی در عین کثرت ایجاد کنند و نادیده گرفتن این "تجربه تاریخی اسلامی" و جایگزین کردن آن با تجربه اروپایی از ناسیونالیسم نوعی از خود بیگانگی ایجاد نموده است. این نکته ای است که در فهم منطق نقد مطهری از

ناسیونالیسم باید مورد توجه قرار گیرد. به سخن دیگر، از ریشه مغول یا عرب یا ترک بودن هیچ تضاد یا تعارضی با مفهوم "ایرانیت" از منظر روایت فرهنگی ندارد و کسانی که تعارض خلق می کنند، مطمئناً آگاهانه یا ناآگاهانه ذیل "روایت خلوص نژادی" به ایران می نگرند و این از نظر شهید مطهری ضد ملیت ایران است و اگر "ما ایرانیان بخواهیم بر اساس نژاد قضاوت کنیم و کسانی را ایرانی بدانیم که نژاد آریا داشته باشند، بیشتر ملت ایران را باید غیر ایرانی بدانیم، یعنی از این راه بزرگترین ضربت را بر ملیت ایرانی زده ایم". به سخن دیگر، در نگاه شهید مطهری "تجزیه طلب واقعی" کسی است که ملیت ایرانی را ذیل روایت خلوص نژادی تعریف میکند و با این حرکتش عملاً قوم ها و اقوامی را که الان در ایران "زندگی می کنند که نه زبانشان فارسی است و نه خود را از نژاد آریا می دانند".
 عامدانه الینه و به سمت تعارض آشکار آن ها را سوق می دهد و این خبط بزرگی است که شهید مطهری ۵۰ سال پیش نسبت به آن هشدار داده بود. پس آنچه به نام ملت "وجود دارد این است که ما، مردمی هستیم که در یک سرزمین و در زیر یک پرچم و با یک رژیم حکومتی و با قوانین خاصی زندگی می کنیم، اما این که نیاکان و اجداد ما هم حتماً ایرانی بوده اند یا یونانی یا عرب یا مغول یا چیز دیگر، نمی دانیم" (۸).

مطهری و مفهوم "ملت"

مطهری برای فهم این مفهوم و بازخوانی "منطق احساسات ملی" با رویکردی اتیمولوژیک وارد بحث می شود. او می گوید "کلمه ی ملت کلمه ای عربی است و به معنی راه و روش است و این کلمه پانزده بار در قرآن آمده است، ولی مفهومی که این کلمه در قرآن دارد با مفهومی که امروز مصطلح فارسی زبانان است و از آن کلمه ی ملیت را مشتق کرده اند متفاوت است" (۱۰).

به سخن دیگر، پس از دگرگونی پارادایمی نظام معنایی در جهان ایرانی که از "زمان مشروطیت به بعد پیدا شده است". این کلمه "به کلی مفهوم مغایری با مفهوم اصلی خود که به معنی "راه و روش و طریقه ای است که از طرف یک رهبر الهی بر مردم عرضه شده" پیدا کرده است و امروز ملت "به یک واحد اجتماعی گفته می شود که دارای سابقه ی

تاریخی واحد و قانون و حکومت واحد و احیاناً آمال و آرمان های مشترک و واحد می‌باشند". به عبارت دیگر، این اصطلاح فارسی "یک اصطلاح مستحدث است و در واقع یک غلط است. در صد سال و دویست سال و هزار سال پیش هرگز این کلمه در زبان فارسی به این معنی غلط استعمال نمی‌شد. ظاهراً ریشه ی این غلط این بوده که این کلمه را مضاف‌الیه کلمه ی دیگر قرار می‌داده‌اند، مثلاً می‌گفته‌اند: پیروان ملت ابراهیم، پیروان ملت محمد ... بعدها کلمه پیروان حذف شده و گفته‌اند؛ ملت محمد، ملت عیسی. کم کم کار به آنجا کشیده که گفته‌اند: ملت ایران، ملت ترک، ملت عرب، ملت انگلیس. به هر حال، یک اصطلاح مستحدث است" (۱۱). اما پرسش اینجا است که مقصود مطهری از مستحدث بودن معنای "ملت" و غلط بودن این کلمه و مصطلح شدن این مفهوم در نظام معنایی مدرن چیست؟ آیا بحث مطهری تماماً سویه سلبی دارد و قصدش رد منطق احساسات ملی است یا او تلاش دارد مفهوم "ملی" را در بستری غیر یوروسنتریکی بازخوانی کند؟ آیا این صرف برداشت من است یا گزینه‌هایی در بحث مطهری وجود دارد که موید بازسازی انتقادی من در باب نگاه شهید مطهری در نسبت با مفهوم "ملی" است؟ به نظر می‌رسد، این پرسشی پیچیده است و برای پاسخ به آن نیاز به درک پیچیدگی‌های مفهومی مطهری به عنوان یک فیلسوف نظریه پرداز هستیم و پیش فرض چنین مواجهه‌ایی این است که از بر ساخت کاریکاتوری مطهری به عنوان یک "ملای منبری" عبور کنیم و او را در کسوت یک نظریه پرداز جهانی ببینیم. مطهری در "خدمات متقابل اسلام و ایران" بحثی با عنوان "منطق احساسات ملی" را مطرح می‌کند و در همان ابتدای کار نشان می‌دهد که برای درک چنین پدیدار پیچیده‌ای او بر این باور است که "منطق" تحولات عواطف جمعی را باید شناخت و از این رو بحث "مقیاس ملیت" را پیش می‌کشد و همان طور که می‌دانیم "مقیاس" مفهومی "بین‌الذهانی" است و تابع منطق درونی خویش و برای درک آن باید فهمی از "منطق" به مثابه روش تحلیل داشت (۱۲).

برای فهم مسئله "ملت" در نگاه مطهری ما باید تمایزی بین دو مفهوم اسلام و زرتشتیت به مثابه دین در بستر ایران قائل شویم و سپس از دو مفهوم "اسلامیت" و "زرتشتیگری"

برای فهم منطق مطهری بهره بگیریم. چرا؟ زیرا او می خواهد بداند "ملاک اینکه چیزی را جزء ملیت یک قوم یا خارج از ملیت یک قوم قرار دهیم چیست؟" (۱۳۹۶. ۵۲). نکته دوم این است که آیا "اسلام از نظر ملیت ایرانی یک امر خودی است یا یک امر بیگانه و اجنبی؟" (۱۲)

چرا مطهری بین اسلام و زرتشتیت دست به مقایسه می زند؟ به نظرم یک دلیل عمده در زمان او، و حتی در روزگار ما، این بوده است که برخی از باستان گرایان معتقدند زرتشتیت از اسلام بیشتر جنبه ملی دارد و مطهری این گزاره را می خواهد مورد ارزیابی قرار دهد. البته در نگاه مطهری ملیت ایرانی یا "هویت جمعی ایرانیان" بیش از آن که مبتنی بر مولفه "زرتشتیگری" باشد مبتنی بر عنصر "اسلامیت" است و این دو مفهوم در نظام فکری مطهری را باید در چارچوب "پیوست فرهنگی" و "تفکیک فرهنگی" مفهوم پردازی کرد. به سخن دیگر، ملیت ایرانی در خوانش مطهری همان "اسلامیت" او است و اسلامیت دین اسلام نیست بل ابعاد فرهنگی و تاریخی اسلام است که زیست بوم ایرانی را در تمامی ابعاد تا به امروز و بیش از دین زرتشتی و زرتشتیگری (به مثابه عنصر فرهنگساز) تحت تاثیر قرار داده است و از اینرو است که مطهری تکرار ناسیونالیسم در جهان اسلام و تقابل ناسیونالیستی با اسلامیت را از پایه بی مایه می داند. زیرا اسلامیت همان "وحدتی" را که ناسیونالیسم در اروپا در قرون اخیر به دنبالش بوده است را در جهان اسلام انجام داده است و ملیت ایرانی همان اسلامیت او است که انسان ایرانی را به مرحله عالی تر قرن هاست رهنمون شده است. البته ملیت را اسلامیت تحدید کردن زمانی قابل فهم است که ما مفهوم "ملت" را در قاموس مطهری بفهمیم و نه در چارچوب ناسیونالیستی.

مولفه های هویت اسلامی و ایرانی در اندیشه آیت الله خامنه ای

چکیده:

هویت، ساز و کاری است که به صورت شکلی از آگاهی متبلور می شود و در جامعه، نوعی انسجام و همبستگی ایجاد می کند. هویت ملی، مجموعه ای از گرایش های مثبت نسبت به

عوامل و عناصر و الگوهای هویت بخش و یکپارچه کننده در سطوح یک کشور، به عنوان یک واحد سیاسی است. هدف این نوشتار شناسایی مؤلفه های هویت اسلامی و ایرانی در اندیشه آیت الله خامنه ای بررسی چگونگی ارتباط مؤلفه ها و هم چنین تاثیرات عملی رابطه مؤلفه ها در دیدگاه ایشان است. نتایج تحقیق نشان می دهد مؤلفه های تشکیل دهنده هویت اسلامی در اندیشه ایشان شامل اعتقادات، ارزش اسلامی، اعیاد اسلامی و مراسم و مناسک اسلامی و مؤلفه های هویت ایرانی نیز شامل زبان فارسی، سرزمین، تاریخ، عید نوروز، پوشش و معماری ایرانی است. فراتر از آن، این مؤلفه ها در کنار هم و آمیخته و هم ساز با هم قرار دارند و در ایجاد انسجام در بین اقوام، اقتدار ملی و تشکیل تمدن نوین اسلامی، هر دو بخش را تاثیرگذار می دانند.

مقدمه و طرح مسئله:

هویت در معنای اصطلاحی مجموعه ای از شاخص ها و علائم در حوزه مؤلفه های مادی، زیستی، فرهنگی و روانی است که موجب شناسایی فرد از فرد، گروه از گروه یا اهلیتی از اهلیت دیگر و فرهنگی از فرهنگ دیگر می شود (۱۳). اگر هویت را احساس تمایز و تداوم داشتن بدانیم، به ساده ترین صورت، می توان هویت ملی را نوعی احساس تعلق به ملتی خاص دانست، ملتی که نمادها، سنت ها، مکان های مقدس، آداب و رسوم، قهرمانان، تاریخ، فرهنگ و سرزمین معین دارد (۱۴). در خصوص هویت ملی در جامعه ایران، آیت الله خامنه ای معتقد به هویت ایرانی و اسلامی است. ایشان ماهیتی انسانی و دینی برای جامعه ایران قائلند و احیای این هویت را مهم ترین ساز و کار پایایی انقلاب اسلامی و دستیابی به آرمان های این تحول بزرگ می دانند. به اعتقاد ایشان، احیای هویت ملی که در سطح فردی و سپس اجتماعی صورت می گیرد، موجب خودباوری، اتکا به نفس، امید به آینده و عدم سلطه پذیری شده و تلاش و پیشرفت را در پی خواهد داشت. مهم ترین گام برای احیای هویت ملی در جامعه ایران و تقویم فرهنگ ایرانی - اسلامی، نفی خود کاذب می باشد. به عقیده ایشان، این توفیقاتی که امروز چه در زمینه فناوری، چه در زمینه ساخت های زیربنایی و اساسی کشور و در زمینه رشد علمی در زمینه های گوناگون ملاحظه می کنیم،

در سایه تلاش هویت ملی و اسلامی به دست آمده است (۱۵). بررسی سوابق پژوهشی نشان می‌دهد تاکنون پژوهشی تحت عنوان "مؤلفه‌های هویت اسلامی و ایرانی در اندیشه آیت الله خامنه‌ای" در ایران صورت نگرفته است؛ البته برخی تحقیق‌ها نزدیک به موضوع پژوهش هستند. با عنایت به مبانی نظری و پژوهشی و باتوجه به این که آیت الله خامنه‌ای به عنوان رهبر انقلاب اسلامی، همواره در سخنان خود بر لزوم شناخت هویت اسلامی و ایرانی اشاره داشته است، لذا گفتار حاضر در وهله اول در پی پاسخ به این سوال است که در اندیشه آیت الله خامنه‌ای، مؤلفه‌های هویت اسلامی و ایرانی کدام اند؟ سوال دیگر، این که ایشان چه رابطه‌ای بین این مؤلفه‌ها برقرار می‌کند و این رابطه چه تاثیری در انسجام اقوام، اقتدار ملی و تمدن‌سازی نوین اسلامی می‌گذارد؟

این گفتار برگرفته از مقاله‌ی، پژوهشی اکتشافی است که سعی در فهم چیستی یک پدیده را دارد.

سوال‌های تحقیق پژوهش

سوال اصلی

۱- مؤلفه‌های هویت اسلامی و ایرانی در اندیشه حضرت آیت الله خامنه‌ای چیست؟

سوال‌های فرعی

- ۱- مؤلفه‌های اسلامی هویت در اندیشه حضرت آیت الله خامنه‌ای چیست؟
- ۲- مؤلفه‌های ایرانی هویت در اندیشه حضرت آیت الله خامنه‌ای چیست؟
- ۳- رابطه میان مؤلفه‌های هویت اسلامی و ایرانی و تاثیر آن بر انسجام اقوام، اقتدار ملی و تمدن‌سازی نوین اسلامی در در اندیشه حضرت آیت الله خامنه‌ای چگونه است؟

چهارچوب نظری تحقیق

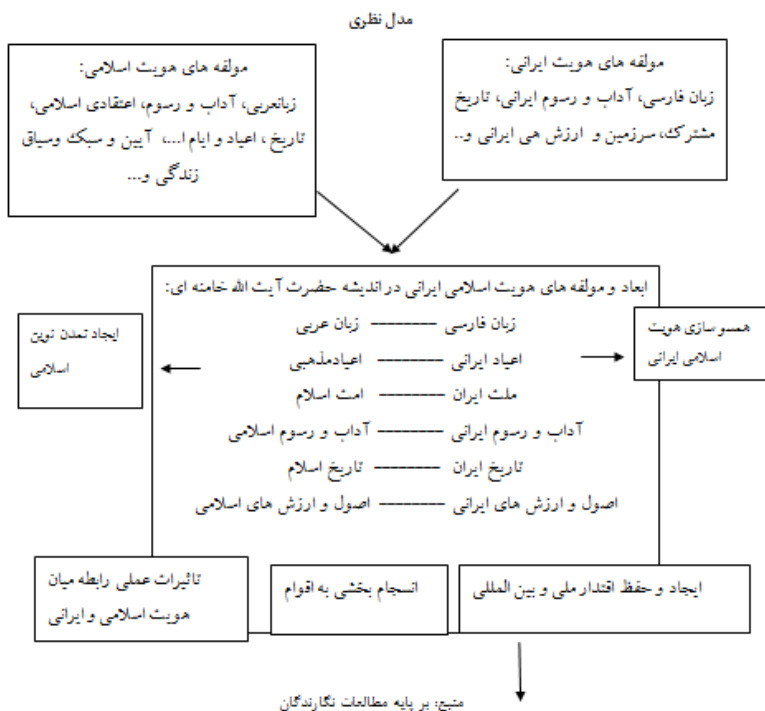
احساسات، تجربیات و میراث مشترک، احساس تعهد افراد به اجتماع، برخورداری از آرمان‌ها و باورهای مشترک و مهم‌تر از همه، هویت یابی و شناسایی، به افراد هویت جمعی

می بخشد. یکی از هویت های جمعی، هویت ملی است که به مردمی که در داخل یک مرز زندگی می کنند هویت مشترکی می دهد.

از دیدگاه احمد اشرف مفهوم تاریخی هویت ایرانی در نهضت های سیاسی و دینی دوران ساسانیان شکل گرفت و در دوران اسلامی با فراز و نشیب هایی پایدار می ماند و در عصر صفوی تولدی دیگر یافت و در عصر جدید به صورت هویت ملی متجلی شد (۱۶). از دیدگاه دیگر، استاد مطهری بر دو مؤلفه ی اسلامی و ایرانی هویت ایرانی تاکید دارد در نظر وی تعریف و ماهیت هویت ملی ایرانیان با تعاریف رایج محافل علمی تفاوت بارزی دارد. ایشان بر اهمیت و نقش مذهب به عنوان اصیل ترین عنصر در هویت ملی تاکید دارد و بقیه عناصر را در قالب دینی و مذهبی معنا و هویت می دهد پس در نظر وی عناصر غیردینی نقش ثانوی دارند (قربانی، ۱۷). بنابراین، هویت ایرانی را می توان "احساس وابستگی به سرزمین، تاریخ، دولت و فرهنگ ایران، شناساندن خود به دیگران و بدین وسیله متمایز دانستن خود از آن ها" تعریف کرد (۱۸).

از سوی دیگر "هویت اسلامی"، در واقع نشان دهنده احساس تعلق و تعهد به دین و جامعه دینی است. مهم ترین دستاورد هویت اسلامی، پاسخ دادن به پرسش های بنیادی، جهت بخشیدن به زندگی، وحدت اعتقادی و معنا بخشیدن به جهان است. هویت اسلامی در واقع بازنمایی ای واقعیت است که هیچ فرد یا گروهی، به فرد یا گروهی دیگر برتری ندارد، جز کسانی که هتقوای الهی داشته باشند. هویت اسلامی، در واقع نه بر برتری فرد یا گروه، بلکه به برتری تقوا و پرهیزگاری در میان انسان ها تاکید دارد. در این میان "هویت جهانی" فرایندی اجتماعی است که در آن، قید و بندهای جغرافیایی که بر روابط اجتماعی و فرهنگی سایه افکنده است، از بین می رود و مردم به طور فزاینده، از کاهش این قید و بندها آگاه می شوند (۱۹). هویت اسلامی به معنای درکی است که مسلمانان از خود دارند و نیز دیگران از مسلمانان دارند. این مفهوم به وجود آورنده هویت مشترکی است که اصطلاحاً امت نامیده می شود. امت به معنای پیروان یک دین خاص و در اینجا دین اسلام است. هویت اسلامی در ذیل خود خرده هویت هایی نیز به صورت مذاهب مختلف دارد که بارزترین دسته بندی آن، تشیع و تسنن است. عناصر تشکیل دهنده هویت اسلامی عبارتند

از : باور به دین اسلام، تقید به ظواهر اسلامی، عمل به احکام و مناسک اسلامی، آیین ها و مناسبت های مشترک دینی، تاریخ مشترک اسلامی که از زمان ظهور اسلام آغاز می شود و تا زمان حال امتداد می یابد (۲۰). بنابراین، هویت اسلامی را در نسبت افراد با فرهنگ، باورها و سازمان های دینی و مذهبی معاصر و به عنوان اجتماعات ایمانی باید در نظر گرفت، زیرا این اجتماعات هویت دینی را می سازد. هویت اسلامی در جامعه ایرانی به معنای تعلق و تعهد افراد ایرانی به باورها و ارزش های دینی، انجام رفتارها و مناسک فردی و جمعی دین دارانه، داشتن تجربه و حس دینی و برخورداری از هویت دینی است (۲۱).



تعریف مفاهیم

۱- **هویت:** ساده ترین تعریف هویت این است که هویت، تعریفی است که فرد از خود و وجود خود ارائه می دهد و به کمک آن، به پرسش هایی از قبیل چیستیم و چه می خواهیم،

پاسخ می دهد و از طریق آن به ابعاد شخصیت خود یکپارچگی و انسجام می بخشد و در زمان و مکان از نظر روانی و رفتاری موضع یابی و جهت یابی می کند، (۲۲).

۲- هویت ملی: هویت ملی، همان احساس تعلق و تعهد نسبت به اجتماع ملی و نسبت به کل جامعه در نظر گرفته شده است و می توان گفت هویت ملی به این معناست که افراد یک جامعه، نوعی منشا مشترک را در خود احساس کنند (۲۳).

۳- هویت اسلامی: هویت اسلامی، در واقع نشان دهنده احساس تعلق و تعهد به دین و جامعه ایرانی است. مهم ترین دستاورد هویت اسلامی، پاسخ دادن به پرسش های بنیادی، جهت بخشیدن به زندگی، وحدت اعتقادی و معنا بخشیدن به جهان است. هویت اسلامی در واقع بازنمایی این واقعیت است که هیچ فرد یا گروهی، به فرد یا گروهی دیگر برتری ندارد، جز کسانی که تقوای الهی داشته باشند (۲۴).

روش جمع آوری و تحلیل اطلاعات

روش این تحقیق کیفی و از نوع تحلیلی اسنادی است. روش های اسنادی در زمره روش ها یا سنجه های غیرمزامح و غیرواکنشی به شمار می آیند. به این دلیل که هنگام استفاده از دیگر روش ها نظیر مشاهده، مصاحبه و... مشکل اساسی جمع آوری اطلاعات است، و حال آن که به هنگام کاربرد روش های اسنادی اطلاعات موجودند. علاوه بر آن، این روش ها از مشکلات بزرگی که در تحقیقات آزمایشی یا حتی مصاحبه پیش می آید مبری هستند. بر اساس این روش سعی می شود کلیه اسناد و مدارک موجود مرتبط با موضوع پژوهش به منظور پاسخگویی به سوال پژوهش استفاده شود. از این رو کلیه اسناد و مدارک موجود در ارتباط با مفهوم هویت ایرانی و اسلامی در اندیشه های آیت الله خامنه ای مورد بررسی و تحلیل قرار می گیرد. که در این راستا با محدودیت های مختلفی از جمله نبود منابع جامع و کامل، وجود کتاب های تکراری و شبیه به یکدیگر از لحاظ محتوا هستیم. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش فیش برداری، کتاب خوانی، اینترنت و مقالات است. این تحقیق در شهریور سال ۱۳۹۰ انجام شده، به مطالعه هویت اسلامی و ایرانی در اندیشه آیت الله خامنه ای در بازه زمانی سال های ۱۳۶۸ تا ۱۳۹۰ می پردازد.

یافته های تحقیق

۱- رابطه میان مؤلفه های هویت اسلامی و ایرانی و تاثیرات عملی آن بر

انسجام اقوام، اقتدار ملی و تمدن سازی نوین اسلامی در اندیشه حضرت

آیت الله خامنه ای

۱-۱- هم سازی و هویت اسلامی و ایرانی در اندیشه آیت الله خامنه ای: آیت الله

خامنه ای هویت اسلامی و ایرانی را با هم سازگار می دانند و معتقدند که هویت اسلامی و ایرانی در مقابل هم قرار نمی گیرند. ایشان بیان داشتند که هویت اسلامی و ایرانی در هم آمیخته شده و از هم تاثیر پذیرفته اند و در طول زمان، هویت ایرانی و اسلامی با هم سازگار شده و هویت ملی ایرانیان را به وجود آورده است. در این بخش به مواردی که ایشان این مؤلفه ها را در کنار هم و سازگار با یکدیگر آورده اند اشاره خواهد شد و مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

۱-۱-۱- عید نوروز: ایشان معتقد است که مردم محتوای عید نوروز را تغییر داده اند و

نوروز برای ملت ایران امروز، عبارت از توجه به خدا و یاد خدا در هنگام تحویل سال و هم چنین بهانه ای برای دید و بازدید و رفع کدورت ها است که این همان برادری و عطف و اسلامی و همان صله رحم اسلام است. معتقد هستند که این ذوق و سلیقه ایرانی مسلمان است که توانسته نوروز را نگه دارد و محتوای غلط آن را به محتوایی صحیح تغییر دهد. ایشان همچنین عید نوروز را از این جهت که ابتدا و آغاز سال را هجرت پیامبر اسلام قرار داده اند دارای ویژگی های اسلامی و به خاطر این که ایرانیان اول بهار را اول سال خود قرار داده اند و این هم یک ذوق و سلیقه ایرانی است به ایرانیان ربط می دهد (نرم افزار حدیث ولایت، (۲۵).

۲-۱-۱- زبان فارسی: حضرت آیت الله خامنه ای نقش زبان فارسی را در گسترش دین

اسلام در ایران و دیگر نقاط دنیا بسیار تعیین کننده می دانند و هم چنین دلیل عمده نفوذ زبان فارسی در کشورهای گوناگون را بار معنایی فرهنگ اسلامی می دانند؛ بنابراین ایشان

در این مورد هم معتقد به هم‌سازی عناصر هویت اسلامی و ایرانی هستند و آن‌ها تقویت‌کننده و تحکیم‌بخش هم می‌دانند (پایگاه اطلاع‌رسانی مقام معظم رهبری (۲۶).

آیت‌الله خامنه‌ای در این خصوص می‌فرماید: "یک روز از چین تا روم و همین آسیای صغیر، مرز زبان فارسی را تشکیل می‌دادند. انسان می‌بیند که در دوران عثمانی، دیوان و مکاتبات آنها به زبان فارسی بوده است و شعرایی به زبان فارسی داشتند. بهترین شعرای بخشی از دوران عثمانی، شعرای فارسی‌زبان هستند؛ و ضعیف‌ترین و شبه‌قاره هند هم که معلوم است. بنابراین، نفوذ زبان فارسی بسیار بوده است. هر زبانی که سعی نفوذ آن زیاد باشد، طبیعی است که فرهنگی را با خود حمل می‌کند. کاری که امروز دولت‌های استعمارگر و سلطه‌طلب می‌خواهند با خرج‌های زیاد و با اعمال نفوذهای فراوانی در دنیا انجام بدهند، زبان فارسی آن کار را با نفوذ طبیعی خودش انجام داده است. نمی‌شود باور کرد که نفوذ زبان فارسی به خاطر قدرت سیاسی کشور فارسی‌زبان است. آن روزی که زبان فارسی در هند زبان رسمی بود، پادشاهان مغولی هند و تیموری‌ها، اگر سلاطین صفویه، که در ایران بود، مقتدرتر نبودند، قدرت کمتری نداشتند. اورنگ زیب پادشاه گورگانی از معاصر خودش در ایران به مراتب قوی‌تر بود؛ یعنی یک کشور بسیار ثروتمند در اختیارش بود؛ از لحاظ سیاسی قوی بود و تقریباً بر تمام منطقه شرق آسیا نیز مسلط بود؛ اما زبان آن مردم، زبان فارسی بود. نمی‌شد گفت که زبان فارسی را که خود این سلاطین و خانواده‌ها و دیوان‌ها و زنان و رعیتشان با شوق و ذوق می‌پذیرفتند، بخاطر این می‌پذیرفتند که مثلاً کشور ایران و حکومت صفوی یا حکومت نادری روی آن‌ها نفوذ داشتند؛ نخیر، مسئله نفوذ سیاسی نیست؛ بایستی در چیز دیگری جست‌وجو کرد. هیچ وقت ایران در دولت عثمانی نفوذ نداشته، که زبان فارسی را نفوذ سیاسی ما به آنجا ببرد؛ خودشان دولت مقتدری بودند؛ بنابراین، علت نفوذ زبان فارسی در چیز دیگری است؛ شاید این مقدار در خود ذات این زبان است؛ یعنی ترکیب و شیوایی ویژه و آهنگی که این زبان دارد. من از بعضی کسانی که در جوامع جهانی خیلی حضور پیدا می‌کنند و نطق‌های مختلف را می‌شنوند، شنیدم که می‌گفتند آهنگ زبان فارسی و نطق‌های فارسی، گیراتر از آهنگ زبان‌های دیگر است. علت دیگر نفوذ زبان فارسی، آن بار معنایی است که این زبان

فارسی با خودش حمل می کند. زبان فارسی، فرهنگ غنی یی را با خودش می برده است؛ این فرهنگ امروز در اختیار ما ست؛ عمدتاً هم فرهنگ اسلامی است؛ یعنی اسلام در این منطقه شرق عالم، از شبه قاره گرفته تا چین و تا هر جای دیگر که رفته، با زبان فارسی رفته است. خیلی نزدیک به نظر می آید که یکپارچه عوامل گسترش زبان فارسی در دنیا، و لااقل در این ناحیه، همراهی آن با دین و پیام دین و معارف دینی باشد؛ یعنی آن کسی که این دین و این معارف را می پذیرد، زبانی را هم که حامل آن است می پذیرد" (نرم افزار حدیث ولایت، بیانات در دیدار با اعضای فرهنگستان زبان و ادب فارسی، (۲۷).

۳-۱-۱- سال شمسی: حضرت آیت الله خامنه ای سال شمسی را نیز از عناصری می دانند که در آن هم به هویت اسلامی و هم هویت ایرانی توجه شده است: "اول سال شمسی ما ایرانی ها- یعنی اول بهار- عید نوروز است. اول ملت ایران افتخار دارد که سال شمسی او هم سال هجری است؛ یعنی همچنان که سال قمری ما مبدا هجرت خاتم الانبیا علیه و علی اله الصلاه و السلام است، سال شمسی ما هم از مبدا هجرت است. بقیه ملت های مسلمین برای سال شمسی خود، از سال میلادی استفاده می کنند؛ ولی ما ایرانی ها، هجرت نبی اکرم را، هم مبدا سال قمری قرار دادیم، هم مبدا سال شمسی این نشانگر هنر و عشق و علاقه ایرانی به تعالیم مقدس اسلام و به آثار مطهر و مقدس نبوی است" (نرم افزار حدیث ولایت، (۲۸).

۴-۱-۱- حجاب: حضرت آیت الله خامنه ای بر این نظر تاکید دارند که حجاب قبل از اسلام هم در ایران وجود داشته و فقط به طبقه اعیان تعلق داشته است و اسلام آن را به همه تعمیم داد و هم چنین چادر لباس ملی و حجاب ایرانی است؛ بنابراین در نظر ایشان حجاب و چادر هم به عنوان عناصر هویت اسلامی و ایرانی با هم دارای نوعی از همسازی هستند. حضرت آیت الله خامنه ای حجاب را تکریم زن می دانند و معتقدند که در ایران باستان نیز زنان طبقات اعیان و اشراف با حجاب بودند که اسلام این تبعیض را کنار گذاشت و برای تکریم زنان حجاب را به همه آنان تعمیم داد (پایگاه اطلاع رسانی دفتر مقام معظم رهبری) (۲۹).

حضرت آیت الله خامنه ای درباره اهمیت حجاب برای زنان می فرماید: "حجاب مایه ی تشخیص و آزادی زن است و برخلاف تبلیغات ابلهانه و مادی گرایانه، مایه اسارت زن نیست. زن با برداشتن حجاب های خود و با عریان کردن آن چیزی که خدای متعال و طبیعت پنهان بودن آن را از او خواسته، خودش را کوچک و کم ارزش می کند. حجاب وقار، متانت، ارزش گذاری زن و سنگین شدن کفه ی آبرئو و احترام اوست"

(پایگاه اطلاع رسانی مقام معظم رهبری، برگرفته از بیانات در دیدار جمعی از مداحان سراسر کشور) (۳۰).

۵-۱-۱- دین اسلام: در دیدگاه آیت الله خامنه ای دین اسلام و زبان فارسی دو رکن اصلی هویت ملی را تشکیل می دهند ولی مهم ترین عامل در همبستگی ملی ایرانیان دین اسلام است. استدلال ایشان این است که هنوز مردمانی در ایران هستند که فارسی نمی دانند و به این زبان صحبت نمی کنند، ولی ایرانی هستند و با بقیه مردم ایران وحدت دارند و عنصر معنوی پیوند این مردم با دیگران دین اسلام است (بیانات در دیدار با مسئولان و کارگزاران نظام جمهوری اسلامی ایران، (۳۱).

آیت الله خامنه ای در این خصوص می فرماید: "البته من همینجا بگویم، سعی بر این است که مسئله قومیت ها در ایران عمده شود. عده ای با تحریک احساسات قومی و نفی عامل حقیقتی وحدت، یعنی اسلامی و دین، دنبال این قضیه هستند. کسانی که خیال می کنند عامل وحدت کشور ما زبان فارسی است، دلبستگی شان به زبان فارسی یقیناً به قدر بنده نیست؛ یک صدم تلاشی که بنده برای زبان فارسی کرده ام، آن ها نکرده اند و نخواهند کرد! عامل وحدت ملت ایران زبان نیست؛ دین اسلام است، همان دینی که در انقلاب نظام اسلامی تجسم پیدا کرد؛ نتیجه این می شود که ترک زبان هم با زبان خودش این را می گوید؛ بلوچ هم با زبان بلوچی خودش هم همین را می گوید؛ عرب زبان هم با زبان عربی خودش هم همین را می گوید. عده ای سعی می کنند اهمیت عامل پیوند مستحکم دل های ملت ایران، یعنی ایمان اسلامی را کم کنند؛ نه، کشور و ملت یک پارچه است؛ البته یکپارچگی اش بخاطر تاریخ و جغرافیا و سنت ها و فرهنگ است؛ اما عمدتاً به

خاطر دین و مسئله رهبری است که اجزای این ملت را به هم وصل کرده و همه احساس یکپارچگی می‌کنند."

تأثیرات عملی رابطه میان هویت اسلامی و ایرانی در اندیشه حضرت الله خامنه ای
۱-۲- نقش هویت اسلامی و ایرانی در انسجام بخشی به اقوام از دیدگاه حضرت
آیت الله خامنه ای

کشور ایران از دوران باستان دارای اقوام گوناگونی در مناطق مختلف بوده و یکی از مسائلی که از گذشته تا کنون وجود داشته چگونگی انسجام بخشی آنان در قالب یک ملت و کشور بوده است. همین امر ترکیب جمعیتی ایران که از قومیت های گوناگون شکل یافته، زمینه و ابزار مناسبی براب تفرقه دشمنان داخلی و برون مرزی است. حضرت آیت الله خامنه ای با احترام به آداب و سنن و گویش های محلی و نفی برتری طلبی قومی و نژاد پرستی، همه قومیت ها را تحت پرچم مکتب حیات بخش اسلام بر محور ملیت ایرانی و حفظ تمامیت ارضی گرد آورده اند و آینده روشن و رشد و تعالی این اقوام را به سرنوشت تمام مصالح و منافع ملی رقم زدند و در این باره می فرمایند "ملت ایران بیش از همه چیز ایرانی است. ترک و فارس و کرد و عرب و بقیه اقوام ایرانی افتخار می کنند که فرزند ایران اسلامی هستند که پرچم اسلام را در دنیا برافراشته است" (۳۲).

حضرت آیت الله خامنه ای در این خصوص می فرمایند: "در داخل کشور از اول انقلاب سعی کرده اند به بهانه قومیت، به بهانه مذهب، به بهانه اختلافات سیاسی، بین آحاد ملت عظیم ایران اختلاف بیندازند. ما بر این توطئه دشمن فائق آمدیم، اما همچنان خودمان را و همه برادران و خواهران عزیز را محتاج این میدانیم که در این باره دقت و مراقبت کنیم؛ مبادا دشمن بتواند کید خود را اعمال کند. شیعه و سنی، مردم بخش های مختلف کشور، طرفداران سلائی گوناگون سیاسی، همه باید بدانند ملت ایران با وجود این تنوعی که در مذهب و در قومیت و در اذواق و سلائی دارد، یک ملت است؛ یکپارچه است؛ ید واحد است. با همین ید واحد بودن است که می تواند از منافع خود، از هویت خود، از حیثیت خود در

مقابل خشن ترین دشمنان دفاع کند و دشمن را به حول و قوه الهی به زانو در بیاورد" (پایگاه اطلاع رسانی مقام معظم رهبری، بیانات در دیدار عمومی مردم لار، (۳۳).

۲-۲- نقش هویت اسلامی و ایرانی در ایجاد و حفظ اقتدار ملی و بین المللی از دیدگاه حضرت آیت الله خامنه ای

در همه جای عالم، نیروهای مسلح یکی از اجزای بسیار مهم اقتدار ملی کشورها به حساب می آید؛ اما زمانی این اقتدار و این مظهر قدرت ملی اهمیت و ارزش مضاعفی پیدا میکند که آنچه در او بروز می کند، صرفا اقتدار به مدد و کمک سلاح نباشد. مهم تر از سلاح، نیروی معنوی و قدرت روحی مرد مسلح است. این آن چیزی است که اقتدار ملی یک کشور را به صورت یک اقتدار معنوی و حقیقی و غیر قابل زوال در می آورد. بدین ترتیب علم را مردم با استفاده از مکانات محلی بدست می آورند و در زمینه اخلاق هم ما باید دچار عقب ماندگی نشویم. رفتارهای اجتماعی، انضباط، وجدان کاری، قانون گرایی و روح دین داری، که بعضی از آدم های بی انصاف، روح دین داری جوان های ما را در معرض تطاول قرار دادند و به نام حرف های بی محتوا و بی منطق و به نام آزادی، دستخوش غارت کردند، از پایه های اقتدار است ((۳۴).

در این باره می فرماید: "راهپیمایی ۲۲ بهمن مظهر اقتدار ملی و نشان دهنده عزم عمومی ملت ایران است؛ مظهر همان چیزی است هر دشمنی را در هر حد و اندازه ای از اقتدار نظامی و توانایی های تبلیغاتی و سیاسی، مرعوب می کند. ملت ایران هر سال با حرکت خود در بیست و دوم بهمن، دشمن را در جای خود متوقف و وادار به عقب نشینی کرده است (نرم افزار حدیث ولایت، بیانات در دیدار پرسنل نیروی هوایی، (۳۵).

۲-۳- نقش هویت اسلامی و ایرانی در ایجاد تمدن نوین اسلامی از دیدگاه حضرت آیت الله خامنه ای

ایشان معتقدند اگر پیشرفت همه جانبه را به معنای تمدن سازی نوین اسلامی بگیریم، هدف ملت ایران و هدف انقلاب اسلامی، ایجاد یک تمدن نوین اسلامی است، و این تمدن نوین دو بخش دارد: یک بخش، بخش ابزاری و بخش دیگر، بخش متنی و اصلی و اساسی

است که باید به هر دو بخش اهمیت داد. بخش ابزاری عبارت است از ارزش هایی که امروز به عنوان پیشرفت کشور مطرح می شود، مانند علم، اختراع، صنعت، سیاست، اقتصاد، اقتدار سیاسی و نظامی، اعتبار بین المللی، تبلیغ و ابزارهای تبلیغ که همه بخش ابزاری تمدن است. ایشان معتقد هستند که در این بخش در کشور پیشرفت خوبی داشته و کارهای زیاد و خوی شده است. بخش حقیقی تمدن نوین اسلامی در اندیشه ایشان، آن چیزهایی است که متن زندگی مردم را تشکیل می دهد و همان سبک زندگی است؛ مسائلی مانند مساله خانواده، سبک ازدواج، نوع مسکن، نوع لباس، الگوی مصرف و... بخش های اصلی تمدن است که متن زندگی انسان است. تمدن نوین اسلامی در بخش اصلی، از این چیزها تشکیل می شود که در اصطلاح اسلامی به آن عقل معاش گویند. این بخش به منزله بخش نرم افزاری تمدن است. از دیدگاه آیت الله خامنه ای اگر در این بخشی که متن زندگی است، پیشرفت نکنیم، پیشرفت هایی که در بخش اول کردیم، نمی تواند ما را رستگار کند و به ما امنیت و آرامش روانی ببخشد (۳۶).

نتیجه گیری:

با توجه به بررسی های انجام شده جهت تبیین مؤلفه های هویت اسلامی در اندیشه حضرت آیت الله خامنه ای، اعتقاد به توحید، معاد، نبوت، امامت، عدالت، بصیرت، ظلم ستیزی و امر به معروف و نهی از منکر، زبان عربی، آداب و رسوم اسلامی، ارزش های اسلامی و امت اسلامی مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که ایشان به زبان عربی به عنوان زبان قرآن و دین اسلام توجه می کنند. در اندیشه ایشان، ایثار به معنای آمادگی برای حضور در میدان های دشوار و فدا کردن منافع شخصی در مقابل منافع بزرگ و آرمان جمعی است که همواره باید در جامعه حفظ و ارج نهاده شود و شهادت به معنای وارد شدن در حریم خلوت الهی و بر سر سفره ضیافت الهی مهمان شدن است و جهاد تلاش و کوشش در راه خدا و در مقابل دشمن است. در ادامه همچنین به آداب و رسوم الهی از جمله اعیاد اسلامی، مناسک نماز و حج و عزاداری ماه محرم از نظر ایشان پرداخته شد.

در پاسخ سوال دوم که مربوط به مؤلفه های هویت ایرانی در اندیشه حضرت آیت الله خامنه ای بود مشخص شد که در اندیشه ایشان این مؤلفه ها شامل زبان فارسی به عنوان زبان ملی و نماد هویت ملی، عید نوروز به عنوان یک عید ایرانی و دارای محتوای دینی هستند.

در پاسخ به سوال سوم که مربوط به هویت اسلامی و ایرانی و نقش هویت اسلامی و ایرانی در انسجام اقوام، اقتدار ملی و ایجاد تمدن نوین اسلامی از دیدگاه ایشان بود مشخص شد که ایشان به همسازی هویت اسلامی و ایرانی اعتقاد دارند و در موارد گوناگون این دو هویت را در کنار هم و آمیخته و سازگار یکدیگر قرار می دهند. در این راستا، مواردی را که سعی دارند این همسازی را نشان دهند مشخص شد که نقش زبان فارسی در گسترش اسلام و نقش محتوای اسلامی، حجاب به عنوان یک ارزش ایرانی و اسلامی و سال شمسی که به خاطر ذوق و سلیقه ایرانی از اول بهار شروع می شود و سال و تقویم ملی ایران به حساب می آید، ولی مبدا آن اسلامی و مربوط به هجرت پیامبر اسلام است از جمله آنها بودند. همچنین نقش هویت اسلامی و ایرانی در ایجاد اقتدار ملی تبیین شد و ایشان دین اسلام و معنویت در کنار امکانات ملی در ایجاد اقتدار ملی تاثیر گذار می دانند. هم چنین در پایان به نقش هویت اسلامی و ایرانی در ایجاد تمدن نوین اسلامی پرداخته شد و مشخص شد هدف از ایجاد نظام اسلامی رسیدن به تمدن نوین اسلامی است و داشتن ایمان به توحید ناب اسلامی و از جمله شرط اصلی ایجاد این تمدن است. از دیدگاه ایشان برای ایجاد تمدن نوین اسلامی دو بخش وجود دارد که یکی پیشرفت علمی، اقتصادی، نظامی و... است که بخش سخت افزاری است که ایران در آن پیشرفت خوبی کرده است ولی بخش بعدی و حقیقی ایجاد تمدن، سلوک عملی و سبک زندگی ایرانی و اسلامی است که بخش نرم افزاری است که در این بخش پیشرفت کم بوده است. بنابراین از نظر ایشان اسلامیت و ایرانیت از ارکان مهم هویت ملی ایرانیان است که باید بر هر دو در کنار هم تاکید و توجه کرد. چون این دو درهم آمیخته شده اند و نمی شود آن ها را جدا از هم فرض کرد و در موضوعاتی چون اقتدار ملی، انسجام اقوام و ایجاد تمدن اسلامی هم مؤلفه های هویت اسلامی و هم مؤلفه های هویت ایرانی تاثیر گذار هستند.

منابع:

۱. دهخدا ع ا، لغت نامه دهخدا زیر نظر دکتر محمد معین، تهران، چاپخانه دانشگاه تهران. ۱۳۴۵: ۴۹(۴): ۳۴۹.
۲. جنکینز ر، هویت اجتماعی، ترجمه، یاراحمدی، تهران، نشر شیرازه، ۱۳۸۵: ۵.
۳. قرآن مجید، سوره اعراف، آیه ۱۷۹.
۴. قرآن مجید، سوره فرقان، آیه ۴۴.
۱. عبدالحی م. جامعه شناسی بحران هویت. نامه پژوهش ۳-۲ (پاییز و زمستان ۱۳۷۵)، ص ۱۲۷
۲. چلبی م. جامعه شناسی نظم، تهران، نشر نی، ۱۳۷۵، ص ۱۴۸
۳. چلبی م. جامعه شناسی نظم، تهران، نشر نی، ۱۳۷۵، ص ۱۴۹
۴. نصری ق. مبانی هویت ایرانی، تهران، انتشارات تمدن ایرانی، ۱۳۸۷، ص ۱۲۲، ۷۱
۵. مطهری م. خدمات متقابل اسلام و ایران. تهران، انتشارات صدرا، ۱۳۷۳
۶. تاریخ سیستان، به اهتمام ملک الشعرا بهار، تهران، انتشارات پدید، ۱۳۶۶
۷. زرین کوب ع. کارنامه اسلام، ج ۳، تهران، انتشارات امیرکبیر
۸. شریعتی ع. مجموعه آثار، شماره ۲۷، باز شناسی هویت ایرانی اسلامی، تهران، انتشارات الهام، ۱۳۶۱
۹. احمدی ح. (۱۳۸۸)، بنیادهای هویت ملی ایرانی، پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی
۱۰. ایمان، محمد تقی و روحانی، علی (۱۳۹۲)، هویت اسلامی و هویت های رقیب (هویت جهانی، ملی و قومی)
۱۱. بابایی زارچ، علی محمد (۱۳۸۳)، امت و ملت در اندیشه امام خمینی (ره)، تهران: مرکز اسناد انقلاب اسلامی.
۱۲. بیانات در دیدار با مسئولان و کارگزاران نظام جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۷۹/۰۴/۱۹.
۱۳. پایگاه اطلاع رسانی دفتر مقام معظم رهبری، بیانات در دیدار کارکنان مجتمع مس سرچشمه، ۱۳۸۴/۰۲/۱۸
۱۴. پایگاه اطلاع رسانی دفتر مقام معظم رهبری، برگرفته از بیانات در جمع کارکنان سازمان صدا و سیما، ۱۳۸۳/۰۲/۲۸
۱۵. پایگاه اطلاع رسانی دفتر مقام معظم رهبری، برگرفته از بیانات در دیدار مسئولان و کارگزاران نظام، ۱۳۸۶/۰۶/۳۱
۱۶. پایگاه اطلاع رسانی دفتر مقام معظم رهبری، بیانات در دیدار جوانان استان خراسان شمالی، ۱۳۹۱/۰۷/۲۳

۱۷. پایگاه اطلاع رسانی دفتر مقام معظم رهبری، بیانات در دیدار کارگزاران نظام، ۱۳۸۴/۰۸/۰۸
۱۸. پایگاه اطلاع رسانی دفتر مقام معظم رهبری، بیانات در نخستین نشست اندیشه های راهبردی، ۸۹/۹/۱۰
۱۹. پایگاه اطلاع رسانی دفتر مقام معظم رهبری، برگرفته از بیانات در دیدار اعضای دومین مجمع بین المللی زبان فارسی، ۱۳۷۷/۱۲/۱۲
۲۰. حاجیانی ا. تحلیل جامعه شناسی هویت ملی در ایران و طرح چند فرضیه. فصلنامه مطالعات ملی، ۱۳۷۹: ۲(۵): ۱۹۳-۲۲۸.
۲۱. جامعه شناسی هویت ایرانی، تهران، پژوهشکده تحقیقات استراتژیک.
۲۲. حیدری بیگوند د. مساله بحران هویت جوانان. مجله نامه انجمن، ۱۳۸۰: ۴
۲۳. خامنه ای ع. نرم افزار حدیث ولایت، مجموعه رهنمودهای رهبر معظم انقلاب اسلامی حضرت آیت الله خامنه ای، تهران: موسسه پژوهشی فرهنگی انقلاب اسلامی. ۱۳۸۰.
۲۴. زاهدی س. هویت ملی ایرانیان. راهبرد یاس، ۱۳۸۴: ۱(۴): ۱۲۹-۱۳۸.
۲۵. شیداییان ح. جلوه های رحمانی وحدت از نگاه امام خمینی (ره) و مقام معظم رهبری. فصلنامه حصون، ۱۳۸۹، ۲۸: ۲۷-۲۰.
۲۶. قربانی ق. هویت ملی از دیدگاه استاد مطهری. فصلنامه مطالعات ملی، ۱۳۸۳، ۵: ۲(۲).
۲۷. نرم افزار حدیث ولایت، برگرفته از بیانات در دیدار اعضای دومین مجمع بین المللی زبان فارسی، ۱۳۷۷/۲/۱۲.
۲۸. نرم افزار حدیث ولایت، بیانات در صحن مطهر حضرت ثامن الحجج امام رضا (ع)، ۱۳۷۷/۰۱/۰۱.
۲۹. یوسفی ع. فرهنگ و هویت ایرانی، فرصت ها و چالش ها (میزگرد). فصلنامه مطالعات ملی، ۱۳۷۹، ۴: ۹-۶۰.

فصل چهارم

تاریخ طب ایرانی – سنتی

تاریخ طب ایرانی – سنتی

دکتر محمدحسین فرزایی، دکتر زهرا جعفری – هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد:

۱. آشنایی با پزشکی و شاخه های آن در ایران باستان
۲. آشنایی با کادر پزشکی در ایران باستان
۳. آشنایی با نحوه آموزش پزشکی در ایران باستان
۴. آشنایی با برخی چهره های شاخص پزشکی در دوره اسلامی

پزشکی در ایران باستان

در طول تاریخ ملت‌هایی پایدار مانده‌اند که ریشه‌های فرهنگیشان عمیق‌تر و دانش و معنویت آنان پربارتر بوده است. سرزمین ایران از دیرباز مرکز برخورد اندیشه‌ها و خاستگاه نامدارترین دانشمندان و متفکران جهان بوده و همواره سهم بزرگی در ارتقاء دانش و پیشرفت علم در میان ملل گوناگون داشته است.^۱

در تاریخ پزشکی، که به نظر می‌رسد قدیمی‌ترین تاریخ جهان باشد، نیز از ایرانیان و خدمات آنان به این علم بسیار یاد شده است. بسیاری از پزشکان و افراد تحصیل کرده و روشن فکر مطالعه در تاریخ تحولات علوم و از جمله تاریخ پزشکی را امری بیهوده می‌دانند در حالی که بخش عظیمی از دانش برتر و پیشرفته این زمان مدیون کوشش‌ها و تلاش‌های آغازین پیشینیان است؛ به عبارت دیگر نگرش ژرف و پژوهش در سیر تحول دانش بشری، پسگردی و رو به گذشته داشتن نیست بلکه آگاهی از آنچه که پیشینیان داشته‌اند یا انجام داده‌اند، برای پی‌بردن به ارزش واقعی آنچه که امروزه حاصل شده، ضروری و لازم است.

قدیمی‌ترین اشاره‌ها به پزشکی و فنون آن در نوشته‌های ایران باستان، مطالبی است که در بخش‌هایی از اوستا، کتاب مقدس زردشتیان، و برخی متن‌های فارسی میانه (پهلوی) مانند کتاب بندهش^(۱) و دینکرد^(۲) که بخشی از ادبیات زردشتی محسوب می‌شوند، برجای مانده است. از دیگر منابع، اشاره‌های مورخان یونانی به آن دسته از پزشکان یونانی است که در میان هخامنشیان زندگی می‌کردند.

^۱ مصداق گفتار پیامبر (ص) آنجا که فرمودند اگر دانش بر گردن آسمان درآویزد، قومی از مردم فارس (ایران) بدان نائل می‌آیند و آن را به دست می‌آورند.

^۲ Bndahišn اصل آفرینش یا آفرینش نخستین؛ نام یکی از کتاب‌های دینی زرتشتی که حاوی اساطیر مربوط به خلقت جهان می‌باشد

^۳ Dēnkard کارهای دینی؛ مجموعه‌ای از اطلاعات راجع به قواعد، اصول، آداب و رسوم و روایات و ادبیات کیش مزدابریستی که به زبان پهلوی تألیف شده است.

الف) پزشکی و شاخه های آن در ایران باستان

در وندیداد، یکی از بخشهای پنجگانه کتاب اوستا، که حاوی مقررات و قوانین حقوقی و قضایی دین زردشتی است، از اقسام پزشکان، انواع بیماری ها، شرایط اشتغال پزشکان و دستمزد آنان برحسب مقام و موقعیت بیماران سخن رفته است (۳).

واژه پزشک، صورتی از واژه فارسی میانه *bizišk*^۱ است (۴) بعدها به صورت پزشک درآمده است. در برخی متن های فارسی دری صورتهای دیگری از این واژه دیده می شود. به عنوان مثال واژه «بجشک» در کتاب حدود العالم (۵) یا واژه «بجشکی» در کتاب هدایه المتعلمین نوشته اخوینی بخاری (۶).

برپایه نوشته های اوستایی، آغاز پزشکی در ایران از ایران ویج^۲، خاستگاه آریاییان، است و ثریته^۴ از خاندان سام نخستین درمانگر یا پزشک بوده است.

در وندیداد آمده است: ثریته نخستین مرد پهلوان، سودرسان با نیروی جادویی، درخشان و نیرومند که بیماری های گوناگون را متوقف می کند. او از اهوره مزدا درمانی برای زهرها و کاردی فلزی برای اعمال جراحی درخواست می کند. اهوره مزدا به او هزاران و میلیون ها گیاه دارویی می بخشد.^۵ پس از ثریته، یمه^۶ همان جم یا جمشید پادشاه اساطیری،

^۱ این واژه در زبان اوستایی به صورت *baēšaza* صفتی به معنای «درمانبخش» و اسمی به معنای «دارو و درمان» است.

^۲ هدایه المتعلمین فی الطب کتاب راهنمای دانشجویان پزشکی بوده و مأخذی برای شناخت بیماری و تجویز دارو، نویسنده آن پزشکی محقق از شاگردان با واسطه زکریای رازی است که مانند او با روش تجربی به درمان بیماران می پرداخته، و نظر پزشکان دیگر را بعد از آزمایش و اطمینان از صحت آن به کار می بسته است

^۳ *Airyana Vaējah* سرزمین آریایی؛ پس از متفرق شدن آریاییان (هندی و ایرانی) در بخشهای مختلف ایران، گروهی از آنان در محلی اقامت گزیدند که در اوستا بنام ائیرینم وئجه یعنی سرزمین و کشور آریایی نامیده شده است؛ محققان محل آنرا خوارزم و خیوه ی حالیه دانسته اند

^۴ *θrita* معادل زبان اوستایی

^۵ در کتاب اوستا نام برخی گیاهان دارویی نظیر شاهدانه، شائته، فراسپاته، مرغنه ذکر شده است

^۶ *Yima* معادل زبان اوستایی

و پس از او ثرئه تئونه افریدون اوسینا، که بعدها به سیمرغ حکیم شهرت یافت طبابت کردند که نامشان در ادبیات فارسی نیز بازتاب یافته است.

افزون بر این پزشکان، در اوستا، اریهمن^۳ که صورت شخصیت یافته دعایی است، با فن پزشکی ارتباط دارد و اهوره مزدا او را برای درمان بیماری و دور کردن مرگ فرا می خواند. اریهمن در متن فارسی میانه دینکرت، ایزد محافظ پزشکان است و آنها را برای درمان کردن مردمان یاور می کند. ددای ایریامه ایشیو،^۴ به اریهمن اختصاص دارد و به نظر زردشتیان مؤثرترین دعا برای درمان بیماران است.

در کتاب اوستا نوعی ثنویت مطرح است به این شکل که اهوره مزدا در رأس قرار دارد و خدای یکتا است و دو مینوی نیک و بد وجود دارند که مسئولیت نیکی ها و بدی های این جهان را می توان به آنها منسوب داشت. بیماری ها، در تطابق با این جهان بینی دوگرایانه، با گناه و بدی مرتبط هستند. به این صورت که همه بیماری ها به دست مینوی بد یا اهریمن به وجود آمده اند؛ از این رو درمان بسیاری از بیماریها می تواند به یاری آیین های دینی صورت گیرد که در واقع درمانی روحی - روانی است. در بخشهای گوناگون اوستا شمار چشمگیری اسامی بیماری دیده می شود که حکایت از آشنایی ایرانیان باستان با این بیماریها و درمان آنها دارد.

در سنت اوستایی دارو و درمان براساس روش درمانی به سه بخش تقسیم شده است:

(۱) گیاه پزشکی^۵

^۱ θraētaona معادل زبان اوستایی

^۲ در وندیداد اوستا آمده است که فریدون سازنده داروها است.

^۳ Airyaman معادل زبان اوستایی

^۴ Airyāmē īšyō معادل زبان اوستایی؛ در آیین هایی که برای شفای بیماران، در میان زردشتیان، برپا می گردد، معمولاً این بخش از اوستا قرائت می شود

^۵ دوگانه پرستی؛ اعتقاد به دو اصل و مبدأ خیر و شر؛ اعتقاد به دو خدا یا دو صانع برای عالم؛ دوگانه پرستی؛

دوآلیسم؛ عقیده ای فلسفی که عالم را مرکب از دو اصل می داند.

^۶ Urvarō Baēšaza معادل زبان اوستایی

۲) کارد پزشکی^۱؛ دستکاری^۲ یا جراحی

۳) مانسر پزشکی^۳ یا روان درمانی

افزون بر این موارد در اوستا از دادپزشکی^۴ یا پزشکی قانونی و اشوپزشکی^۵ یا درمان به کمک قانون مقدس اِشه^۶، نیز نام برده شده است (۷).

گیاه پزشکی

در وندیداد آمده است که اهوره مزدا گیاهان دارویی بسیاری برای مقابله با تب، لرز، سوختگی، آبله، طاعون و نظایر اینها آفرید.

روش کهن درمان با گیاهان سه گونه بوده است: خوردن، مالیدن و بخوردادن. در شاهنامه فردوسی نیز از روش کهن درمان با گیاهان یاد شده است.^۷

کارد پزشکی

در متن فارسی میانه دینکرت آمده است که پزشک خوب باید مطالعه کند و ابزار و وسایل را بشناسد و اگر از دارو و گیاه برای بیماری نتیجه نگرفت می تواند برای قطع مفاصل و استخوان از کارد درمان جوید. در گذشته به جای داروی بیهوشی، بنگ را که ماده‌ای سکرآور است از شاهدانه میمی گرفتند و با می مخلوط می کردند و به کار می بردند. در

¹ karōtō baēšaz معادل زبان اوستایی

² کاربرد واژه فارسی دستکاری از سوی نویسندگان مسلمان یکی از جلوه‌های مهم تأثیر پزشکی ایران باستان بر تکوین پزشکی دوره اسلامی است.

³ Maθrō baēšaza معادل زبان اوستایی

⁵ dātō baēšaza معادل زبان اوستایی

⁵ ašō baēšaza معادل زبان اوستایی

⁶ aša معادل زبان اوستایی

^۷ نبشته چنین بد که در کوه هند گیاهی است رخشان چو رومی پرند که آن را که گرد آورد رهنمای بیامیزد و دانشش آرد به جای چو بر مرده بهراکنی بیگمان سخنگوی گردد هم اندر زمان

شاهنامه فردوسی نیز در جریان زاده شدن رستم از بکارگیری داروی بیهوشی برای عملی مشابه سزارین یاد شده است (۸).

مانسر پزشکی

در سنت اوستایی درمان بخش‌ترین پزشکان، مانسرپزشک یا مانتره پزشک یا همان کسی است که با کلام مقدس درمان می‌کند. به نظر می‌رسد که مانسر دعایی متفاوت از انواع دعاها می‌باشد که می‌شناسیم و در واقع نوعی ورد و کلام مقدس بوده که برای درمان زمزمه می‌شده و بر سلسله اعصاب و نیروهای درونی آدمی مؤثر و درمان بخش بوده است. مانسر پزشک بیش از دیگر پزشکان مورد اعتماد ایرانیان بوده و مقام ارجمندی داشته است. بیماران روانی و مبتلایان به غش معمولاً به این پزشک مراجعه می‌کردند و او بیماران خود را با ملایمت، مهربانی و با زمزمه جملات امید بخش تسکین می‌داده و درمان می‌کرده است. با توجه به نوع درمان این پزشک، می‌توان او را با روان پزشکان و روانکاوان امروزی سنجید.

پزشکی و جهان بینی اوستایی

آب، خاک، آتش و باد نزد زردشتیان از احترام و تقدس ویژه‌ای برخوردارند. این چهار عنصر پاک هستند و بایسته است که پاکی این عناصر، که پاکی محیط زیست است، حفظ شود. از این رو در اوستا برای کسانی که مردگان را به خاک بسپارند و یا آب و آتش را بیالایند، مجازات‌هایی در نظر گرفته شده است.

بارزترین جنبه سنت اوستایی در پزشکی در زمینه بهداشت محیط و در پیشگیری از بیماری‌ها جلوه می‌کند. تعلیمات دینی اوستا درباره پاکیزگی با اصول پیشگیری از بیماری‌ها چنان آمیخته است که جدایی آنها ناممکن به نظر می‌رسد. بیشتر این آداب و تعلیمات متضمن اصولی بود که پایه و اساس روش‌های ضد عفونی و پیشگیری امروزی هستند. تن، جامه، خانه و محیط زیست (آب، آتش، خاک، باد) و آنچه که در اختیار

^۱ بفرمود تا داروی هوش بر
برآمیخت در جام می چاره‌گر
بدادند و چون خورد بیهوش گشت
تو گفتی که بی‌جان و بی‌توش گشت

دینداران قرار دارد باید از هرگونه آلودگی به دور داشته شوند.^۱ برای مثال کسانی که با مردگان تماس دارند و یا زنان پس از زایمان ناپاک شمرده می شوند و لازم است بنابر دستوراتی که در وندیداد آمده است آیین های پادیابی یا طهارت را به جا آورند.

پزشکی او ستایی با دیگر وجوه جهان بینی او ستایی هماهنگی و وحدت تام دارد. می دانیم که آنچه به نام سنت اوستایی در علوم خوانده می شود، خود آمیزه ای از آیین ها و جهان بینی های پیش از زردشت بوده که در اندیشه زردشت و در اوستای او دگرگونی و در عین حال تبلور دوباره یافته است. از ویژگی های این سنت اعتقاد به تشابه میان مه جهان (جهان اکبر) و که جهان (جهان اصغر) بوده است. در این نظام انسان یعنی که جهان آئینه ای تمام نما از گیتی یعنی مه جهان است. براساس همین باور به تشابه جهان کبیر و جهان صغیر است که نظریه طبایع یا مزاج های چهارگانه در ایران باستان ظهور کرد. این نظریه بر اصل همانندی مزاج های گوناگون انسان با عناصر چهارگانه طبیعت یعنی آب و خاک و آتش و هوا استوار گردیده و در نوشته های آریایی های هند نیز از گذشته های دور ظاهر می گردد. نظریه تشابه رفتار فیزیولوژیک انسان با عناصر چهارگانه طبیعت و خواص آنها، یکی از نظریه های اصیل ایرانی است و در آیین های مغانی پیش از زردشت ریشه دارد. در مجموعه های منتسب به بقراط، پزشک یونانی سده چهارم پیش از میلاد، این نظریه با همان اصالت دیرینش بار دیگر جلوه گر می شود. در اندیشه های افلاطون، چنانکه در اندیشه های استادش سقراط نیز، باور به تشابه مه جهان و که جهان مشهود است. این تناظرها و تشابه ها و نیز شواهد دیگر مؤید آنند که جوهری از جهان بینی اوستایی از ایران و احتمالاً از هند و بابل به یونان رسیده و ریشه های نخستین در دانش پزشکی و به ویژه مایه های اصلی طب بقراطی را پدید آورده است (۹).

^۱ برای گذاشتن اجساد مردگان برج های مخصوصی ساخته می شد که دخمه یا برج سکوت نام داشت. نعش را بر روی این برج ها می گذاشتند و آن را با فلز یا سنگ، طوری بر فراز آن محکم می کردند که حیوانات نمی توانستند قطعات جسد را با خود حمل و آب یا نباتات را به وسیله آن آلوده سازند و موجبات انتشار بیماری را فراهم آورند. این برج ها طوری با دقت ساخته میشد که جسد انسان و آب و آتش از بی حرمتی و بی احترامی در امان باشند

الگود می نویسد: به جرأت میتوان گفت که ایرانیان اصول آن چیزی را که طب یونانی نامیده شده، به یونانیان تعلیم داده‌اند. در سال ۷۰۰ پیش از میلاد هیچگونه اثری از علم و فرهنگ بر یونانیان مشهود نبود. با این حال، ۲۰۰ سال پس از آن، یونانیان چنان در علوم و فنون پیشرفت کرده بودند که بقراط توانست رساله‌هایی در دانش پزشکی به رشته تحریر درآورد و عنوان پدر طب را برای خود کسب کند. خیلی بعید به نظر می‌رسد که یونانیان در طی این دو سده روشی را که اکنون به نام روش بقراط مشهور است، خود به خود پدید آورده باشند. افزون بر این در سخنان و آثار بقراط نشانه‌های تازگی کاملاً آشکار است و هیچگونه اثر تحول تدریجی در آنها دیده نمی‌شود. ترکیبات و ساختمان‌ها به نام اشیاء متداول روزانه نام گذاری شده‌اند. در بسیاری از موارد به قسمت‌های مختلف بدن نام‌هایی که ریشه آنها هند و اروپایی است داده شده است و بقیه اسامی هم آشکارا اساس بابلی دارند. حتی خود یونانی‌ها هم فرضیه «طبایع چهارگانه» خود را یک فرضیه بیگانه می‌شناختند و به رسم آن زمان آن را ایرانی می‌نامیدند که البته مقصودشان فقط معرفی بیگانه بودن آن بود (۱۰).

پیش از این به مسأله ثنویت در جهان بینی زردشتی و دو مینوی نیک و بد یعنی اشاره شد. در جهان بینی او ستایی اصل‌های دوگانه نیکی و بدی همواره با یکدیگر در حال کشمکش‌اند. خوشبختانه در مورد انسان در برابر هر مرضی که عامل بدی ممکن است در روی زمین بپراکند، درمانی نیز هست که آفریننده نیکی آماده به کار بردن آن است. آری همه بر مرگ و همه بیماری‌ها پیروز می‌شود همچنان که عامل بدی آنها را تولید می‌کند، باران از آسمان می‌بارد و درختان و گیاهان را می‌پروراند و آنها نیز با خواص خود بیماری‌ها را درمان و از مرگ پیش‌گیری می‌کنند. چنین نکته‌ای در بیانات حضرت محمد (ص) نیز منعکس شده است آنجا که می‌فرمایند: «ما خلق الله داء الا خلق له سبعین دواء».

آموزش پزشکان در ایران باستان

گویا در بسیاری از شهرهای ایران مدرسه‌های پزشکی دایر بوده ولی احتمالاً بزرگترین مدرسه‌های پزشکی در ری، همدان و فارس قرار داشته که بیمارستان‌هایی نیز در آنجا وجود داشته است. تحصیل در رشته پزشکی مشتمل بر دوره‌های نظری و عملی بوده و چندین سال به طول می‌انجامیده است. از آزمون‌های پایان این دوره‌ها آگاهی درستی در دست نیست. اما کادر پزشکان (جراحان) پیش از کسب مجوز برای انجام اعمال جراحی ناگزیر از گذراندن امتحانات دشواری بوده‌اند (۱۰). احتمالاً پزشکانی را که دوره آموزش ایشان به پایان رسیده بود مورد امتحان قرار داده و اجازه‌نامه یا شهادت‌نامه‌ای به ایشان اعطاء می‌شده تا بتوانند به طور رسمی به کار پزشکی بپردازند.

پزشکان پس از فراغت از تحصیل در محل تحصیل باقی نمی‌ماندند و حتی برای استفاده از فن خود در زادگاه خویش استقرار نمی‌یافتند بلکه رسم بر این بوده است که از شهری به شهری مسافرت و به درمان بیماران اقدام کنند. در کتاب اوستا در موارد بسیاری به این «پزشکان سیار» اشاره شده در حالی که درباره پزشکانی که در مکانی معین استقرار دارند سخنی به میان نیامده است. به نظر می‌رسد که این رسم پزشکی سیار در دوران اسلامی نیز در میان زردشتیان ادامه داشته است.

مقررات احکم می‌کرد که جراح جوان و تازه‌کار سه عمل اول خود را روی افراد غیر زردشتی انجام دهد. اگر این عمل‌ها با عدم موفقیت رو به رو می‌شد از انجام عمل‌های بعدی منع می‌شد ولی اگر عمل‌ها موفقیت‌آمیز بود می‌توانست بدون ترس از مجازات خطای احتمالی عمل خود را بر روی شخص زردشتی انجام دهد. در مقابل، بیماران ایرانی نیز

^۱ در وندیداد آمده است: اگر مزداپروست بخواهد معالجه بیمار را شغل خود قرار دهد مهارت خود را روی چه کسی آزمایش خواهد کرد؟ روی مزداپروستان یا روی دیوپروستان؟ اهوره مزدا پاسخ داد: روی دیوپروستان؛ هر زمان که بخواهد به هر صورتی به درمان یک مزداپروست بپردازد، به هر صورتی که بخواهد مزداپروستی را با چاقو درمان کند (جراحی کند) اگر آسیبی بر وی وارد سازد، باید همان توانی را بپردازد که برای قتل عمد می‌پردازد.

متعهد بودند که به پزشک غیر ایرانی مراجعه نکنند، گرچه پزشک زردشتی مجاز به درمان کردن غیرزردشتیان نیز بود!

در مجموع آن دسته پزشکان که به جهت عدم رعایت مقررات پزشکی در درمان بیماران قصور می‌نموده و یا به خاطر عدم توانایی و دانش اندک در حرفه خویش موجب مرگ بیماران می‌شده‌اند در دادگاه‌های ویژه‌ای محاکمه می‌شده‌اند و علاوه بر محروم شدن از ادامه شغل پزشکی جرائم نقدی و کیفر جزائی نیز به ایشان تعلق می‌گرفت (۹).

ناگفته نماند که در آیین زردشتی مهارت در جراحی یا درمان بیماران به تنهایی معیار خوب بودن پزشک به شمار نمی‌آمده بلکه دارا بودن وجدان و اخلاق پسندیده در مرتبه‌ای بالاتر بوده است.

دستمزد پزشکان

در وندیداد از اقسام پزشکان و دستمزد آنان بر حسب مقام و موقعیت بیماران سخن رفته است. تعیین تعرفه دستمزد پزشکان و دامپزشکان مشمول ضابطه خاصی می‌شد و هیأت امنای پزشکی برای این منظور و سایر مسایل مربوط به درمان، در ایران باستان، وجود داشته است. به استناد وندیداد مانتره پزشک دارای مقام پیشکسوتی پزشکان بود. این شخص تعرفه‌های تعیین نرخ و سایر قوانین و ضوابط پزشکی را مورد مطالعه قرار می‌داده و رأی نهایی پیوسته با موافقت او به اجرا گذاشته می‌شده است. به طور کلی دستمزد پزشکان (و دامپزشکان) نیز بسته به جایگاه افراد در خانواده، روستا، شهر و کشور تعیین می‌شد و به موقعیت پزشک یا دشواری بیماری بستگی نداشت و دستمزدهای گوناگون، حتی دستمزدهای معنوی هم مرسوم بوده است برای نمونه: اگر موبدی بیمار

¹ به نوشته دینکرد ایرانیان تنها در صورتی مجاز بودند به پزشک غیرایرانی مراجعه نمایند که پزشک هموطن در دسترس آنان نباشد و در غیر این صورت مرتکب گناه می‌شدند.

² جالب است که اینگونه مقررات در مورد دامپزشکان نیز معتبر بوده و شامل حال آن دسته دامپزشکانی که موفق به درمان حیوانات بیمار نمی‌شده‌اند، نیز بوده است؛ به طور کلی پزشکان در سطح مملکت مشمول آییننامه واحدی می‌شده‌اند که شرح وظایف و توانایی هر پزشکی در هر صنف درمانی و نوع جرائم در صورت عدم توانایی در امر درمان بیماران، را دربر می‌گرفته است.

می‌شد و پزشکی به درمان این پیشوای مذهبی مبادرت می‌ورزید و موفق به مداوای او می‌شد یک دعای خیر منتخب از آیات مقدس آسمانی که در میان دینداران معمول بوده است به او اجرت داده می‌شد (۳). اما در مجموع بایسته بود که پزشک خوراک سالم و کافی، پوشاک در ست و کافی و اسب تندرو و دارو و وسایل جراحی به مقدار لازم داشته باشد.

ب) پزشکی در دوره هخامنشیان، اشکانیان و ساسانیان

ایران در عصر هخامنشیان در علوم و فرهنگ و تمدن مشهور و معروف بود. چون اسکندر مقدونی بر شهر استخر دست یافت دستور داد که بناها را خراب و کتابها و دیوانها را به زبان یونانی و قبطی استنساخ کنند و نسخه‌های ایرانی را بسوزانند و این اقتباس بنا به تصریح ابن الندیم بیشتر در نجوم و طب ایران بود (۱۱). در دوران پادشاهان هخامنشی ارتباط فرهنگی میان ایران و یونان و ایران و اقوام و ملل همسایه گسترش یافت. عده‌ای از پزشکان یونانی در دربار شاهان هخامنشی به طبابت اشتغال داشتند. در نوشته‌های برخی مورخان یونانی از این پزشکان که در میان هخامنشیان زندگی می‌کردند، نام برده شده و داستان‌هایی از آنان نقل شده است که می‌تواند منبع مهمی برای بررسی تاریخچه پزشکی این دوره باشد.

مهمترین و مشهورترین اینان، کتزیاس^۱، ادیب و پزشک یونانی (سده پنجم پیش از میلاد) و پزشک کوروش هخامنشی است که هگزنفن^۲ از او نام برده است (۱۲). هرودوت نیز داستان‌هایی درباره دموسد^۳ پزشک یونانی متوطن در ایران، نقل کرده است (۱۳). اما در این نوشته‌ها اثری از آرای پزشکان ایرانی دیده نمی‌شود. آنچه می‌توان آرای پزشکان ایرانی دانست نوشته‌های پلینی^۴ یا پلینیوس درباره تعلیم درمانی «مغان» است (۱۴)؛ یعنی فواید شفابخشی که «مغان» برای بعض گیاهان دارویی ذکر کرده‌اند و از

¹ Ktesias

² Xenophon

³ Démocède

⁴ Pliny

آنجا که پلینی استفاده از گیاهان دارویی را وظیفه مغان دانسته است، می‌توان استنباط کرد که اشتغال به پزشکی نیز یکی از وظایف این روحانیان بوده است.

از وضع پزشکی ایران در دوره اشکانیان نیز آگاهی اندکی در دست است. می‌دانیم که در این دوره برخی آثار یونانی به زبان‌های ایرانی ترجمه شد، و شاید بتوان این دوره را مهمترین زمان آشنایی ایرانیان با کتابهای پزشکی یونانی دانست.

درباره پزشکی در دوره ساسانیان اطلاعات خوبی باقی مانده است. به طور کلی اصول پزشکی و درمان در دوره ساسانیان بیشتر مبتنی بر سنت اوستایی بوده، اما نفوذ طب یونانی در آن کاملاً مشهود است. بنابر روایت مؤلفان و تاریخ نویسان ایرانی و خارجی، شاهنشاهان ساسانی علاقه فراوانی به ترویج فرهنگ و علوم مختلف، مخصوصاً پزشکی و فلسفه داشتند و وسایل استفاده ایرانیان را از این علوم فراهم می‌آوردند.

اردشیر بابکان، بنیانگذار سلسله ساسانیان و شاپور یکم و دوم و خسرو انوشیروان بیش از دیگر شاهان ساسانی بدین کار پرداختند. معروف است که اردشیر عده‌ای را جهت گردآوری کتابهای علوم گوناگون به سرزمینهای مختلف فرستاد. پسرش شاپور یکم نیز کار پدر را پی گرفت (۱۱) و فرمان داد تا این کتاب‌ها را به زبان فارسی میانه ترجمه کنند و حتی گروهی از پزشکان یونانی را برای تدریس پزشکی به ایران فراخواند. این پادشاه مقتدر پس از چیرگی بر لشکر روم و اسارت والرین امپراتور روم و عده بسیاری از رومیان، به آبادی کشور و ساختن شهرها (جندی شاپور و شهر شاپور) و نشر علوم و آداب همت گماشت (۱۵).

جندی شاپور از همان اوانی که احداث شد مرکزیت علمی یافت و چنانکه پیش از این گفته شد به فرمان شاپور اول تعدادی کتب یونانی به زبان پهلوی ترجمه و در این شهر نگهداری شد و شهر مذکور مرکزیت طب یونانی یافت و به شهر بقراط^۱ معروف گردید (۱۶).

^۱ Ciuitas Hippocratica

در عهد شاپور دوم معروف به ذوالاکتاف (۳۱۰ تا ۳۷۹ م.)، تئودورس پزشک مسیحی برای معالجه شاهنشاه به دربار خوانده شد و شاپور او را در جندی شاپور سکونت داد، وی در آن شهر اشتهار یافت و روش طبابت او معروف و کتابی را منسوب به او و به نام کناش (رساله یا مجموعه یادداشتهای طبی) تئودورس به زبان پهلوی نوشتند که بعداً به عربی ترجمه شد و مطالب آن تا سده دهم میلادی همچنان موجود و در دسترس بود (۱۶). تئودورس چنان وزن و احترامی یافت که شاپور فرمان داد کلیسایی برای او بنا کنند و به خواهش وی بسیاری از اسیران هموطنش را آزاد کرد (۱۷).

خسرو انوشیروان بیش از دیگر شاهان ساسانی به گسترش علوم و فرهنگ معمول آن زمان پرداخت. این پادشاه که هم فرمانروایی مدبر و کاردان و هم سرداری شجاع و بی باک بود به حکمت نیز علاقه داشت و از فلسفه افلاطون و ارسطو آگاه بود و ترجمه پهلوی کتاب های این دو استاد را می خواند. انوشیروان گروهی از علما و فلاسفه را از اطراف و اکناف کشورها از هندی ها و یونانی ها و سریانی ها به ایران جلب کرد و آنان را به نقل و ترجمه کتاب های علمی و ادبی و نشر علوم و آداب و اداری ساخت و نیز عده ای از دانشمندان ایرانی را به دیگر کشورها فرستاد و کتاب های مفید را به وسیله آنان به ایران آورد و آنها را به فارسی میانه ترجمه و نشر نمود، چنانکه برزویه پزشک مخصوص خود را برای آوردن کلیله و دمنه و چند کتاب علمی و ادبی دیگر به هندوستان روانه ساخت و بخشی از کتابهای سنسکریت از آن زبان به فارسی میانه نقل و ترجمه شد. انوشیروان به مطالعه و تتبع علمی علاقه داشت و در مجالس علمی حاضر می شد و با علما و دانشمندان مباحثات و مناظرات علمی می کرد (۹).

از اتفاقات مساعدی که در دوره انوشیروان روی داد، پناهنده شدن هفت تن از دانشمندان مشهور یونانی به ایران است. در عصر او دانشکده پزشکی جندی شاپور رسماً تأسیس شد و دانشمندان سریانی زبان ایرانی و علمای هندی و زردشتی در آنجا به تدریس پرداختند. در این دانشکده از تجربه های ملل گوناگون چون پزشکی ایرانیان و هندوان و یونانیان و اسکندرانیان و سریانیان همگام با یکدیگر و به شیوه های

علمی و تحقیقی استفاده می‌شد و با تصرفاتی که در آنها به عمل آمد علوم پزشکی ایرانی از طب یونانی کامل تر گردید (۹).

در سال بیستم از پادشاهی انوشیروان پزشکان جندی شاپور به دستور شاهنشاه ایران انجمنی تشکیل دادند و میان آنان سؤال‌ها و جواب‌هایی جریان یافت. مأمور تشکیل این مجلس پزشک دربار پادشاهی، جبرائیل درستبد^۱ بود که با سایر پزشکان معروف آن عصر به مذاکره و مشاوره می‌پرداختند (۱۸). به نظر می‌رسد که او رئیس پزشکان ایران و مسئول تندرستی جامعه بوده است. زبان تدریس در جندی شاپور در ابتدا سریانی یا یونانی بود ولی از دوران انوشیروان به بعد کوشش می‌شد تا کتاب‌ها را به زبان پهلوی نوشته و در اختیار پژوهش‌گران قرار دهند. طبیعی است که تصور شود در عهد انوشیروان که برای به دست آوردن کتاب‌های علمی، نمایندگانی را به کشورهای خارجی می‌فرستاد، در یک مؤسسه ایرانی، زبانی ایرانی رواج داشته باشد (۱۹). با تأسیس دانشکده پزشکی در جندی شاپور، لازم بود برای تمرینات عملی دانشجویان و معالجه بیماران به ایجاد بیمارستانی نیز پرداخته شود، به دستور انوشیروان این بیمارستان تأسیس شد و از هندوستان و یونان پزشکان معروفی به آنجا رهسپار شدند. ناگفته نماند که در دوران ساسانیان علاوه بر بیمارستان جندی شاپور، بیمارستان‌های عمومی و خیریه در شهرهای دیگر ایران وجود داشته است. قاعدتاً بیمارستان‌های کهنی از قبیل بیمارستان ری و بیمارستان زرنگ سیستان، در دوران قبل از اسلام نیز وجود داشته‌اند.

^۱ جمال الدین ابوالحسن علی قفطی در این مورد می‌نویسد: «... و همواره کار طبابت، در آنجا روز به روز، تضعف و تزیاید گرفت، تا اکثر آنجا در صنعت، فایق و سرآمد گشتند. به حدی که جماعتی طریقه ایشان را بر طریقه یونانیین و هند، ترجیح نهادند و دستورها و قانونها ابداع نمودند و کتابها جمع کردند»

^۲ Drustabed واژه‌ای پهلوی و به معنای (سر پزشک) است. درستبد را «سرور سلامتی و تندرستی» نیز می‌توان نامید. مهمترین پزشک و رییس تمام پزشکان در ایران «درست بد» خوانده می‌شده است از میان کسانی که این لقب را داشتند، دست کم یکی از افراد خاندان بختیشوع را می‌شناسیم که با نام جبرائیل در ستاباذ از او یاد شده است (۱۹).

بیمارستان جندی شاپور تا ۳۰۰ سال پس از اسلام برپا بود و بیمارستان برامکه در بغداد برپایه سنت‌های جندی شاپور و به دست ایرانیان در خارج از خاک ایران ایجاد شد و از میان مکتب‌های پزشکی ایران مشهورترین و تأثیرگذارترین آنها بر پزشکی اسلامی مدرسه پزشکی جندی شاپور بوده است.

ج) پزشکی در دوره اسلامی

ایران در دوران پیش از اسلام در علوم گوناگون مانند موسیقی، ریاضیات و پزشکی پیشرفت‌هایی داشت، اما در دوره ساسانی با تأسیس مراکز علمی و کتابخانه‌ها و ترجمه کتاب‌های علمی از زبان‌های گوناگون به زبان پهلوی علوم گوناگون و به ویژه فن پزشکی به اوج گسترش خود رسید. پس از شروع نهضت نقل و ترجمه در عهد اسلامی بخش بزرگی از این آثار که در اصل از یونانی و هندی به پهلوی نقل شده بود و یا آنها که ایرانیان مستقیماً به پهلوی و سریانی نوشته بودند، به زبان عربی ترجمه شد و ایرانیان از طریق این پیشینه درخشان علمی و فرهنگی افزون بر تأثیر و سهمی که در تمامی شؤون تمدن اسلامی داشتند، سهم بزرگی نیز در گسترش علوم اسلامی کسب کردند. اندیشمندان و دانشمندان ایرانی، در درازای زمانی حدود ده سده قهرمانان یکه‌تاز میدان نبرد با بیماری، جهل و نادانی بودند. علوم گوناگون و به خصوص پزشکی پراکنده و نابسامان جهان کهن را دریافت کردند، در گنجینه اندیشه خویش پروردند، سامان بخشیدند، با نوآوری و ابداع بدان افزودند و میراث ارزنده‌ای که پایه و مایه بسیاری از علوم امروز، به ویژه پزشکی، است بر جای نهادند. سال‌های ۲۸۷ تا ۷۰۰ هجری قمری (۱۳۹۹-۹۰۰ میلادی) دوران عصر طلایی پزشکان مسلمان است. پیشگامان فراوانی در این دوره، بر تارک دانش پزشکی بشر درخشیده‌اند که کارنامه‌ی درخشان آنها، هیچ گاه در تاریخ فراموش نخواهد شد.

برخی از چهره های شاخص دوره اسلامی

علی بن ربن طبری

از بزرگانی بود که نه تنها به خاطر تالیف کتاب ارزشمند «فردوس الحکمه» بلکه به واسطه پروردن شاگرد نابغه ای چون «محمدبن زکریای رازی» شهرت یافت.

محمد بن زکریا بن یحیای رازی (۲۵۱-۳۱۱ ق)

بزرگ ترین پزشک بالینی و تجربی ایران و عالم اسلام است. رازی روش تجربی را در پژوهش های علمی، معتبر می دانست و از همین راه بود که در مشاهده ها و تجربه های خویش به نتیجه های درخشانی نایل آمد. رازی در کتاب های خود، نه تنها تمام تجربه های پزشکان یونان، روم، ایران و هند را یکجا گرد آورده است، بلکه مشاهدات و آزمایش های خود را حتی با ذکر نام و نشان بیمارانِ مراجعه کننده، بر آنها افزوده است و با انصاف کامل، مراحل هر بیماری را شرح داده و در صورتی که به درک علت بیماری خاصی راه نیافته، آن را بیان کرده است تا این که سرانجام به کشف علاج بیماری های بسیاری، از جمله آبله و سرخک موفق گردیده و از این راه خدمتی بزرگ به عالم بشریت انجام داده است.

رازی نخستین پزشکی است که فراورده های شیمیایی را در پزشکی وارد ساخته و با موادی که خود ترکیب می کرده، آنها را برای بیماران تجویز می نموده است. همچنین او نخستین پزشکی است که بخیه های زخم های شکمی را خود با روده تابیده گوسفند انجام داده است و مخترع فتیله^۱ آدو طرفی در دمل ها بوده است و هم او اولین بار سل مفصلی انگشتان^۲ را شناخته و تعریف نموده و برای اولین مرتبه از پنبه در طب استفاده کرده است (۲۰).

از آنجا که تشخیص های طبی رازی بر تجربه استوار بوده اند، به او «مجبرب»^۳ لقب داده اند و نیز به خاطر نوآوری هایش در جراحی ها او را «جراح» نامیده اند. به روایت ابوریحان

^۱Corde deltarpe

^۲Séton

^۳Ventasa Spina

^۴Expérimentateur

بیرونی، رازی قریب دویست و هفتاد و دو کتاب، رساله و مقاله به زبان عربی تألیف کرده است که یک صد و اندی از آنها در طب می‌باشند.

برخی از خدمات ارزنده رازی به طب جهانی:

الف) طب پراکنده یونانی را مرتب و منظم نموده است

ب) طب را از صورت نظری بیرون آورده و طب عملی را بنیان گذاری نموده است.

ج) علم آسیب شناسی^۱ را گسترش داده و بررسی بسیاری از بیماری هایی را که تا آن زمان کسی از آنها اطلاع نداشته، در عالم طب وارد کرده و مورد بررسی قرار داده است

د) داروشناسی و داروسازی و اثر داروها را در طب از نظر تأثیر آنها بر روی بیماری ها و بدن آدمی و از نظر وظایف الاعضاء^۲ وارد نموده است.

او پس از استفاده از ترجمه های کتاب های یونانی و میراث دانشگاه جندی شاپور ایران توانست با خرده گیری محترمانه و انتقاد صحیح سازنده بر استادان قدیم طب، مانند بقراط و جالینوس، به تصحیح عقاید ایشان پردازد و آرای خود را به طور مستقل بیان کند.^۳ از آنجا که از جوانی و قبل از تحصیل طب به کیمیاگری اشتغال داشت، از طریق آزمایش های شیمیایی به کشف الکل^۴، جوهر گوگرد^۵ و بسیاری مواد دیگر توفیق یافت در حقیقت، رازی با کشف الکل و جوهر گوگرد راه تحقیق و تجسس در داروسازی را به روی طب

^۱Pathology

^۲Physiology

^۳ وی در آغاز یکی از کتابهایش، به نام: الشکوک علی جالینوس الحکیم، از ایرادها و خرده هایی که بر جالینوس گرفته، نخست معذرت خواسته و سپس چنین گفته است: «مقام جالینوس بر هیچ کس پوشیده نیست و ممکن است که برخی از کوته نظران مرا به خاطر این کار سرزنش کنند، ولی هیچ فیلسوف و حکیمی بر من خرده نخواهد گرفت، به دلیل این که در حکمت و فلسفه تقلید روا نیست و می باید از روی دلیل و برهان صحبت و گفتگو بشود و اگر شخص جالینوس هم زنده بود، بدون شک، مرا بدین تألیف می ستود.

^۴Alcohol

^۵Sulfuric acid

جهانی باز نمود و این امر، بدون تردید، از یادگارها و خدمتهای پزشکی رازی به پزشکی جهانی است.

بزرگ‌ترین و مهم‌ترین کتاب رازی، **الحاوی** است و حتی برخی آن را از کتاب قانون ابن سینا مهم‌تر شمرده‌اند. این اثر، نتیجه تجارب بالینی وی در طی دوران طبابتش در بغداد و ری می‌باشد و بنا به گفته خود رازی، پانزده سال شب و روز را صرف این کتاب کرده است. این کتاب در حکم یک دایرةالمعارف طبی است که رازی در آن، جمیع عقاید و نظرات پزشکان پیشین را بیان کرده و در پی آن، نظر و رأی و تجربه‌های خود را آورده است. افزون بر این تعداد سی و سه یا سی و چهار حکایت طبی تحت عنوان "امثلة من قصص المرضى" (نمونه‌هایی از داستان‌های بیماران) نقل کرده است که بر تجارب شخصی وی استوار می‌باشند. از این کتاب نفیس از همان ابتدا نسخه‌های کامل اندکی در دسترس عشاق طب ایرانی بوده است و جز معدودی از توانگران، دیگران از داشتن متن کامل کتاب محروم بوده‌اند.

کتاب **الجدری و الحصبة** (آبله و سرخک) نیز از آثار مفصل رازی است و در حوزه پزشکی اروپا نیز بسیار مشهور بوده است. ترجمه لاتین آن در سال ۱۵۶۵ میلادی^۱ در ونیز به چاپ رسیده و سپس اصل عربی و همان ترجمه لاتین را دکتر جی. چنینگ^۲ (یعنی همان کسی که نخستین بار آبله کوبی را مرسوم کرده است) در شهر لندن در ۱۷۶۶ میلادی^۳ به چاپ رسانید. یک ترجمه انگلیسی هم از آن توسط گرین هیل^۴ صورت پذیرفت که در سال ۱۸۴۷ میلادی^۵ به سرمایه انجمن سیدنهام به چاپ رسیده است. کتاب **الجدری و الحصبة** با عنوان «بیماریهای واگیردار» نیز معروف بوده است و در تاریخ شناخت بیماری‌های واگیردار، قدیمی‌ترین کتابی است که راجع به آبله نوشته شده است.

^۱ مصادف با ۹۷۳ ق.

^۲ J. Channing

^۳ مصادف با ۱۱۸۰ ق.

^۴ Green Hill

^۵ مصادف با ۱۲۶۳ ق.

از دیگر آثار رازی الحصى فی الکلی و المثانة، المنصوری فی الطب، براء الساعة، دفع مضار الاغذیه، الطب الروحانی، محنه الطیب و ده ها کتاب دیگر را می توان نام برد که هر یک به نوبه خود حاوی نکات ارزشمند و بی نظیری هستند.

علی بن عباس مجوسی اهوازی (درگذشت ۴۰۰ ق.)^۱

از جمله بزرگان طب، پس از رازی «علی بن عباس مجوسی اهوازی» است. زمان ظهور وی پس از «رازی» و پیش از «ابن سینا» بوده و به بهترین وجه، استمرار حکمای قرون سوم تا پنجم را حفظ کرده است. اگر چه تقریباً تمامی کتب تذکره، در ادا مه نام وی، نسب "مجو سی" را ذکر کرده اند، ولی اعتقاد بر آن است که خود وی و به احتمال بسیار، پدرش مسلمان بوده اند ولی پدر بزرگ وی مذهب زرتشتی داشته است.

تنها کتاب به جا مانده از حکیم اهوازی «کامل الصناعات فی الطب»، معروف به «الطب الملکی» یا «کُنَّاش الملکی» است که آنرا ۵۰ تا ۶۰ سال پس از رازی، برای عضدالدوله، سلطان فرهنگ پرور و دانش گستر آل بویه نگاشته است. این کتاب، به اعتراف همگان از والاترین و ارزشمندترین کتب طبی است و در کنار نظرات، حاوی تجارب طبی او نیز می باشد و این مسئله، اعتبار کتاب را صدچندان می کند. به تصریح مورخین غربی، این کتاب پیش از «قانون» کامل ترین کتاب در طب شمرده می شده و اگر چه پس از نگارش کتاب «قانون» توسط «بوعلی سینا» کمی رنگ باخته، ولی تا اوایل قرن هجدهم میلادی، چندین بار تحت عنوان LIBER REGIUS به لاتین ترجمه شده، به چاپ رسیده و تا سال ها تدریس می شده است و نسخه هایی از آن در کتابخانه های مختلف اروپایی موجود می باشد.

ابوعلی حسین بن عبدالله بن حسن بن علی بن سینا (۴۲۸ - ۳۷۰ ق.)

شیخ الرئیس، ابوعلی حسین بن عبدالله بن حسن بن علی بن سینا، معروف به ابن سینا^۲، حکیم، فیلسوف، طبیب و دانشمند بزرگ ایرانی است. وی از آغاز کودکی استعداد و شایستگی عجیبی در فرا گرفتن علوم مختلف داشت. از جمله اساتید وی می توان به

^۱ مصادف با ۱۰۱۰ میلادی

^۲ Avicenna

ابوعبدالله ناتلی و ابوسهل مسیحی اشاره کرد. نبوغ وی در فراگیری علوم، پدر را بر آن داشت تا به توصیه یکی از استادانش، بوعلی را به جز تعلیم و دانش اندوزی به کار دیگری مشغول نکند و چنین شد که در ابتدای جوانی در علوم مختلف زمان خود از جمله طب مهارت یافت. پس از موفقیت در درمان نوح بن منصور، اجازه ورود و استفاده آزادانه از کتابخانه عظیم دربار سامانی (که تنها شاهزادگان و بزرگان حق استفاده از آن را داشتند) را دریافت کرد.^۱ این واقعه که در هجده سالگی ابوعلی سینا اتفاق افتاد باب تازه‌ای در علم اندوزی و کسب دانش برای وی گشود. کتابخانه بخارا کی از کامل ترین کتابخانه های آن روزگار ایران به شمار می‌رفت و از اکثر کتاب های قدیمی و کمیاب یک نسخه در آن موجود بود.

با وجود این که زندگی ابن سینا پر از فراز و نشیب بوده و در عین حال عمری طولانی نیز نداشته است، اما زندگی عقلانی و حکیمانه بسیار پرباری داشته است. گواه بر این مطلب، تعداد و نوع آثار و نیز شاگردانی است که تربیت کرده است. نیروی تمرکز فکری او به حدی بوده است که گاهی حین آنکه سوار بر اسب در رکاب پادشاه عازم جنگ بوده، بعضی از آثار خود را املا می کرده تا نویسندگی که در خدمت داشته است، آن ها را بنویسد.

او با مهارت عجیبی که در تمامی شاخه های دانش آن زمان داشت، توانست در زمینه فلسفه، اساس مکتب مشاء در سنت فکری اسلامی و نیز اساس فلسفه قرون و سطر را بریزد. در بستر طب و پزشکی نیز میراث بقراطی و جالینوسی را ترکیب کند و در علم و ادب اسلامی چنان تاثیر نماید که هیچ کس پیش یا پس از وی نتوانسته باشد آنگونه تاثیر کند. تاثیر وی در این زمینه ها تا به امروز، در شرق و غرب جهان باقی است و بسیاری از پیشرفت ها در شاخه های عمده دانش، بر پایه نظرات و آراء وی صورت گرفته است.

^۱ وی در شرح حالی که خود نگاشته است درباره منابع آن کتابخانه خود می گوید: هر چه از آنها را که بدان نیاز داشتم خواستم و کتاب هایی یافتم که نام آنها به بسیاری از مردم نرسیده بود و من هم پیش از آن ندیده بودم و پس از آن هم ندیدم.

آثار فراوانی در علوم مختلف از ابن سینا به جا مانده یا به او نسبت داده شده است؛ از میان تالیفات ابن سینا، «شفا» در فلسفه و «قانون» در پزشکی شهرتی جهانی یافته است. کتاب شفا در هجده جلد در بخش های علوم و فلسفه، یعنی منطق، ریاضی، طبیعیات و الهیات نوشته شده است. منطق شفا امروز نیز همچنان به عنوان یکی از معتبرترین کتب منطق اسلامی مطرح است و طبیعیات و الهیات آن هنوز مورد توجه علاقمندان است. کتاب قانون نیز که تا قرن ها از مهمترین کتب پزشکی به شمار می رفت، شامل مطالبی درباره قوانین کلی طب، داروهای ترکیبی و غیر ترکیبی و امراض مختلف می باشد. این کتاب در قرن دوازدهم میلادی همراه با آغاز نهضت ترجمه، به زبان های لاتین ترجمه شد و تا امروز به زبان های انگلیسی، فرانسه و آلمانی نیز برگردانده شده است.

قانون، که مجموعه مدونی از کل دانش طبی باستانی و اسلامی است، به عنوان متن درسی پزشکی در دانشگاه های اروپایی مورد استفاده قرار می گرفت و تا سال ۱۶۵۰ میلادی در کنار آثار جالینوس و موندینو در دانشگاه های لوون و مون پلیه تدریس می شد. در این کتاب ابن سینا اولین شرط لازم برای طبابت را آگاهی و تسلط پزشک بر علم طب و بخش های مختلف آن، اعم از تشخیص، درمان، پیش آگهی، پیشگیری و توانبخشی بیان کرده است تا از این طریق، آسیب و ضرری به بیمار نرسد. از نکات اخلاقی دیگر که در تألیف کتاب قانون مشهود است، استفاده از منابع علمی و اطلاعات موثق مختلف با ذکر منابع است. از سوی دیگر، این طبیب با اعتقاد قلبی به موازین اخلاقی و شرعی اسلام، در قبال حکیم مطلق و بندگان وی از جمله بیماران، احساس تعهد و مسؤولیت می کرده است. از مباحث گوناگون در قانون در طب می توان چنین برداشت کرد که ابن سینا در برخورد با بیماران اصل را بر دانایی، آگاهی و تبحر پزشک بر شناخت و درمان بیماری، حفظ کرامت انسان به مثابه ی مخلوق خداوند و به کارگیری روشی شناخته شده و آزموده که کمترین آسیب را به بیمار برساند، قرار داده است. علیرغم اینکه ابن سینا در کتاب قانون در طب بخشی را مستقیماً به کدها و پیامهای اخلاقی اختصاص نداده است، اما اعتقاد وی به اسلام و باور این موضوع که پزشکی فضیلت است و پزشک باید مهارت و اطلاعات کافی در طبابت

داشته باشد، به انحای مختلف به رعایت موازین اخلاقی اشاره کرده است. بدین سان متن و محتوای شاهکار نابغه شرق در پزشکی، سرشار از توصیه‌های اخلاقی و مطالبی است که انسان را محور اصلی فعالیت های پزشکی قرار می‌دهد و نکات اخلاقی فراوانی به پزشکان در باب رفتار با بیماران توصیه می‌کند (۲۱).

ابن سینا در زمینه های مختلف علمی نیز اقداماتی ارزنده به عمل آورده است. او اقلیدس را ترجمه کرد. رصدهای نجومی را به عمل درآورد و اسبابی نظیر ورنیه کنونی ابداع نمود. در زمینه حرکت، نیرو، فضای بی هوا (خلا)، نور، حرارت و چگالی تحقیقات ابتکاری داشت و رساله وی درباره کانی ها (مواد معدنی) تا قرن سیزدهم در اروپا مهمترین مرجع علم زمین شناسی بود.

ابوعلی سینا پزشک بزرگ پایان قرن چهارم و آغاز قرن پنجم است که پزشکی ایران اسلامی را کمال بخشید و به آن نظم منطقی و علمی داد. وی رساله ها، جزوات و کتب متعدد پزشکی دارد که از آن میان فقط رساله النبض، تشریح الاعضاء و رساله جودیه به فارسی نوشته شده است.

ابوسهل عیسی بن یحیی بن ابراهیم مسیحی جرجانی

او که به نام ابوسهل مسیحی جرجانی شناخته می‌شود، دانشمند و پزشک بزرگ ایرانی نیمه‌ی دوم قرن چهارم و همدوره‌ی ابن سینا است. او علاوه بر پزشکی در دانش‌های دیگر از جمله هندسه، ستاره‌شناسی، ریاضیات، شعر و حکمت نیز آثاری داشته است. برخی می‌گویند که او از استادان ابن سینا و ابوریحان بوده است. وی در خوارزم و در دربار ابوالعباس مأمون خوارزمشاه زندگی می‌کرد و در سال ۴۰۳ هجری که به همراه ابن سینا از خوارزم به خراسان می‌رفت، بر اثر طوفان شن در بیابان خوارزم درگذشت. مشهورترین کتاب او «المائۀ فی الصناعۀ الطبیۀ» نام دارد که کتابی بزرگ در پزشکی است.

أبو الحسن علاء الدين علي بن أبي الحرم القَرشي الدمشقي (٦٨٧-٦٠٧ ق.)

وی که ملقب به ابن نفیس است، بیشتر به خاطر تو صیف گردش ریوی خون برای اولین بار، مشهور است. او در دانشکده پزشکی و بیمارستان نوری دمشق به فعالیت پرداخت و علاوه بر طب، علوم فقه، ادبیات و الهیات را نیز آموخت.

از آثار او می‌توان به کتاب جامع فن طبابت «الشمامل فی صناعة الطبیه»، «المختار من الأغذیه»، «موجز القانون»، «شرحی بر قانون ابن سینا» و همچنین «شرحی بر کتاب طبیعت انسان» نوشته بقراط اشاره نمود.

کار بزرگ ابن نفیس تعریف گردش خون ریوی است که در کتاب شرح تشریح ابن سینا به آن پرداخته است. وی در آنجا با قاطعیت دیدگاه جالینوس مبنی بر جریان خون از بطن چپ قلب به سوی بطن راست را رد می‌کند. در واقع باید او را از بزرگ‌ترین پیشگامان ویلیام هاروی دانست.

محمد حسین عقیلی خراسانی (۱۱۴۰-۱۲۰۵ ه.ق.)

پزشک و حکیم نامدار ایرانی است که در اواخر قرن ۱۲ و اوایل قرن ۱۳ می‌زیسته است. خانواده او از طبیبان نامدار شیراز به حساب می‌آمدند که به هند مهاجرت کرده اند. دست کم چهار نسل از اجداد عقیلی پزشک بوده اند. شرحی که خود عقیلی در مقدمه کتاب مخزن الادویه نوشته نشان می‌دهد که اکثر خانواده‌ی او از طبیبان حاذق عصر خود به شمار می‌آمده‌اند. حکیم محمد حسین عقیلی خراسانی، از پدرش، محمد هادی و از دایی پدرش، علوی خان، کسب فیض کرده است. و در جای جای کتاب ه‌ای خود، چه در قراپادین و چه در معالجات، این تجربیات را نقل کرده است. وی علاوه بر مهارتی که در طب داشت، از علوم دیگر نیز بی‌بهره نبوده و در کتاب هایش گاهی از علوم دیگر نیز استفاده می‌کرده است. عقیلی مطالعاتی در عرفان، تفسیر و شعر نیز داشته است. او در سال ۱۱۸۳ شروع به تألیف کتابهای پنج گانه پزشکی و تشریح برای دانشجویان پزشکی کرد که نتوانست هرگز آن را به پایان برساند. «ذخائر

¹William Harvey

التراکيب يا قرابادين کبير»، «مخزن الأدويه» و «تذکره اولی النهی»، «خلاصه الحکمه» و «معالجات» کتاب هایی هستند که از عقلی به جا مانده است. کتاب های عقلی از دو خصوصیت تتبع و تحقیق برخوردار است. در میان کتاب های او که موجود است، قرابادین کبير بیشتر خصوصیت تتبع و کتاب خلاصه الحکمه بیشتر رویکرد محققانه ی او را نشان می دهد. عقلی خود نیز تصریح کرده است که تنها به تقلید گذشتگان نپرداخته و هدف او جمع آوری مجموعه ای مفصل نبوده، بلکه سخنانی را گفته که حقیقت آن با تجربه و تحقیق برای وی به اثبات رسیده است. کتاب معالجات عقلی گنجینه ارزشمندی است که در آن طبقه بندی جامع بیماری ها از دیدگاه طب سنتی ایران به همراه روش های درمانی مجرب بیان گردیده است. عقلی در کتاب معالجات ضمن بیان بیماری ها و روش های درمان از قول حکمای سلف چون جالینوس و ابن سینا تجارب خود را نیز ذکر می کند. او در این کتاب در بسیاری از موارد نسخه هایی را که از خانواده طبیب خود اخذ کرده و همچنین تجارب آنها را ذیل درمان بیماری ها بیان می دارد (۲۲).

شاید انسان امروزی با توجه به توسعه و گسترش چشمگیر دانش در سده اخیر، خود را بی نیاز از دانش های گذشته بداند و زحمات پیشینیان را ناچیز بشمارد. اما به جرأت میتوان گفت که بسیاری از روش های پزشکی امروزی برپایه دانش نظری و تجربی دیروز استوار است و ایرانیان به شهادت تاریخ در این میدان از پیشگامان اند. اگرچه تاریخچه دانش پزشکی در ایران پیش از اسلام مورد توجه بسیار اندکی قرار گرفته است، اما شکوفایی و باروری پزشکی دوران اسلامی، که پورسینا و رازی جلوه هایی از آنند، گواهی است گویا بر گستره پهناور و غنای این دانش در ایران باستان.

^۱ کسانی که بتوانند زبان اوستایی، پهلوی یا دیگر زبانهای قدیم ایران را بخوانند بسیار کم اند. تعداد آثار علمی که از گزند حوادث در امان مانده باشد نیز اندک است. شاید هیچ یک از کسانی هم که میتوانند آنها را بخوانند اطلاعات پزشکی کافی نداشته باشند که بتوانند مطالب را به درستی بازگو نمایند.

۱. بندهش. (۱۳۶۹)، گردآورنده فرنیغ دادگی، گزارنده مهرداد بهار، تهران: توس.
2. Dēnkard. (1911). Madan (Tr. & Ed.). Bombay.
۳. وندیداد. (۱۳۵۷/۱۹۴۸)، ترجمه سید علی حسنی (داعی الاسلام)، بمبئی: چاپخانه زنده طلسمات.
4. Nyberg. H.S. (1974). A Manual of Pahlavi.
۵. مؤلف ناشناس. حدود العالم من المشرق الى المغرب. (۱۳۶۲)، به کوشش منوچهر ستوده، تهران: طهوری.
۶. اخوینی بخاری، ابوبکر ربیع بن احمد. هداية المتعلمين فی الطب. (۱۳۷۱)، به اهتمام جلال متینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
۷. Bartholomae. Ch. (1904). Altiranische Wörterbuch. Strassbourg.
۸. ابوالقاسم، فردوسی. شاهنامه. (۱۹۶۳/۱۹۷۱)، مسکو.
۹. زرنشاس، زهره. پزشکی در ایران باستان. (۱۳۸۸)، فصلنامه تاریخ پزشکی.
۱۰. الگود، سیریل. تاریخ پزشکی ایران و سرزمینهای خلافت شرقی. (۱۳۵۶/۲۵۳۶)، ترجمه باهر فرقانی، تهران: امیرکبیر.
۱۱. ابن ندیم. الفهرست. (۱۳۴۶)، به کوشش محمد رضا تجدد تهران: بانک بازرگانی ایران.
۱۲. گزنفن. آناباسیس. (۱۳۷۵)، ترجمه احمد بیرشک، تهران: ابن سینا.
۱۳. هرودوت. تاریخ هرودوت. (۱۳۴۰/۱۳۳۶)، ترجمه هادی هدایتی، ج ۱، تهران: دانشگاه تهران.
14. Pliny [the Elder]. (1971-1975). Natural History. Vol. VIII, (ed. & tr.) W.H.S.
۱۵. اولیری، دیسی. انتقال علوم یونانی به عالم اسلام. (۱۳۴۲)، ترجمه احمد آرام، تهران: جاویدان.
۱۶. براون، ادوارد. طب اسلامی. (۱۳۳۷)، ترجمه مسعود رجب نیا.
۱۷. صفا، ذبیح الله. تاریخ ادبیات در ایران. (۱۳۳۶)، ج ۱، تهران: ابن سینا.
۱۸. قفطی، علی بن یوسف. تاریخ الحکماء و هو مختصر الزوزنی المسمى بالمنتخبات المتقطات من کتاب اخبار العلماء به اخبار الحکماء. (۱۳۴۷)، ترجمه فارسی از سده یازدهم ق. و به کوشش بهین دارایی، دانشگاه تهران.
۱۹. تاجبخش، حسن. تاریخ بیمارستانهای ایران از آغاز تا عصر حاضر. (۱۳۷۹)، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
۲۰. نجم آبادی، محمود. شرح حال و مقام طبی رازی. (۱۳۱۸)، تهران.
۲۱. متینی، جلال؛ حیدری، علی احسان؛ کشاورز، حسین؛ نوری سپهر، محمد. مروری بر مبانی اخلاق پزشکی در کتاب قانون بوعلی سینا. (۱۳۹۱)، مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی.
۲۲. نیمروزی، مجید؛ صالحی، علیرضا، ایمانیه، هادی. سرگیجه از دیدگاه حکیم عقلی خراسانی شیرازی در کتاب معالجات. (۱۳۹۱)، مجله ی طب سنتی اسلام و ایران.

فصل پنجم

چهره های شاخص طب ایران و جهان

دکتر بابک ایزدی و نساء چراغبیگی، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و حسنا کلهر، دانشجوی دکترای آموزش پزشکی

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد:

۱. تاریخچه طب در ایران و جهان را با تاکید بر موارد مهم در دو یا سه سطر توضیح دهند.
۲. چند مورد از چهره های شاخص طب جهان را نام ببرند و اقدامات مهم هر یک را شرح دهند.
۳. چند مورد از چهره های شاخص طب در ایران را نام ببرند و اقدامات مهم هر یک را شرح دهند

درمانگران از ابتدای خلقت انسان وجود داشته‌اند. آنها کسانی بودند که در کنار کسب و کار روزانه به درمان بیماران و مجروحین و نیز مراقبت از آنها می‌پرداختند. در حدود چهار هزار سال پیش، بعضی از درمانگران کار خود را به عنوان یک شغل مستقل دنبال کردند. سپس به این افراد عنوان پزشک داده و شغل آنها پزشکی نامیده شد.

در انتهای قرون وسطی، یعنی زمانی که حرفه پزشکی از اعتبار ویژه‌ای بهره‌مند شد، پزشکان تحصیل کرده در دانشگاه از درمانگران دیگر دوری جستند. آنها این باور را داشتند که جراحان و عطاران باید از اعتبار کم‌تری نسبت به آنان برخوردار باشند. بدین گونه پزشکان در مقابل این درمانگران قرار گرفتند و از دانش تجربی که توسط آنان ارائه می‌شد، روگردان شدند. سرانجام، در قرن نوزدهم این اندیشه و تفکر متحول گردید و جراحان و داروسازان به همکاری بیشتری با پزشکان نسبت به گذشته همت گماردند و دارای منزلت و اعتبار گشتند. در نیمه دوم این قرن بود که زنان نیز از حق آموختن بهره‌مند شدند.

در قرن بیستم میزان این پیشرفت سرعت بیشتری یافت. به منظور درمان بسیاری از بیماری‌های عفونی روش‌هایی به وسیله پزشکان و محققین ارائه شد. علاوه بر این در زمینه چگونگی شناسایی، پیشگیری و درمان بیماری‌های دیگر از قبیل بیماری‌های قلبی و عروقی و سرطان نیز اقدامات ارزشمندی صورت گرفت.

قطعا در قرن بیست و یکم، پزشکان و دانشمندان بیش از هر زمان دیگری به همکاری با یکدیگر می‌پردازند. امروزه دانشمندان و محققین در تلاشند تا به روش‌های موثرتری جهت درمان بیماری‌های مختلف از جمله انواع سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی و نیز بیماری آلزایمر دست پیدا کنند. همچنین با توجه به تلاش‌های گسترده در زمینه ژنتیک چه بسا دانشمندان در آینده قادر باشند که به وسیله تغییر دادن ژن‌ها از وقوع بسیاری از بیماری‌ها پیشگیری کنند و یا حداقل آنها را تحت کنترل قرار دهند(۱).

خلاصه تاریخچه طب در جهان و ایران

ظهور پزشکی را مربوط به دوران ماقبل تاریخ می‌دانند یعنی دورانی قبل از اختراع خط (۲). پزشکی در ابتدا در مصر باستان ظهور یافت. در پاپیروس ادوین اسمیت که متعلق به ۳۰۰۰ سال پیش از میلاد است، اطلاعات پزشکی یافت شده است. تاریخ احتمالی اولین جراحی را نیز به سال ۲۷۵۰ پیش از میلاد در مصر نسبت داده‌اند. همچنین با بررسی پاپیروس ژاینکولوژی کاهون می‌توان به اطلاعاتی در خصوص درمان بیماری‌های زنان و باروری دست پیدا کرد (۳). بابلی‌ها نیز در کنار مصری‌ها به معاینه، تشخیص و درمان بیماری‌ها همت گماردند. علاوه بر این، آنها در کتاب خود تحت عنوان راهنمای تشخیصی، به معرفی روش‌های درمان و سبب‌شناسی (اتیولوژی) پرداختند (۴).

با مرور منابع مختلف، متوجه می‌شویم که تمامی آنها بقراط را به عنوان پدر علم رشته پزشکی در جهان معرفی کرده‌اند. به دلیل اینکه بقراط پایه‌های رویکرد منطقی در علم پزشکی را ایجاد و نیز قوانین اخلاق مربوط به این علم را پایه‌گذاری نمود. همچنین بقراط کسی است که سوگندنامه بقراط برای پزشکان را که هنوز مورد استفاده است را ایجاد کرد. او اولین کسی بود که به تقسیم‌بندی بیماری‌ها به حاد و مزمن، اندمیک و اپیدمیک پرداخت (۷-۵). دو اسکندریه‌ای به نام‌های هروفیلوس از کالسدون و اراسیستراتوس از سنئوس در مطالعه فیزیولوژی و کالبد شناسی تاثیرگذار بودند (۸). گالن نیز پزشکی یونانی بود که یکی از بزرگترین جراحان دوران باستان به شمار می‌آمد و جراحی‌هایی از قبیل مغز و چشم را بی‌پروا انجام می‌داد. علاوه بر این، کتاب‌های او مدت‌ها بعد در قرون وسطی مورد استفاده می‌گرفت (۹).

آغاز تاریخچه پزشکی در ایران در واقع از دوره ای می‌باشد که آریایی‌ها در زادگاه نخستین خود در نزدیکی خوارزم زندگی می‌کردند و اولین پزشک آریایی "تریتا" نامیده شد. نوشته‌های کتاب‌های مختلف زبان پهلوی نشان می‌دهند که "تریتا" در جراحی نیز دست داشته است. تریتا از خواص دارویی گیاهان مختلف نیز آگاهی کامل داشته و خود عصاره آنها را تهیه می‌کرده است. نام این پزشک نه تنها در پزشکی ایران به جامانده است

بلکه در منطقه هندوستان نیز نخستین پزشک آریایی شناخته شده و این نشان می دهد که وی هنگامی زندگی می - کرده که آریاییان هند و ایران از هم جدا نبوده اند .

پس از تریتا در ناحیه آریاویژ در مکانی به نام "ورایماکرت" یک پزشک آریایی به نام "یما" توانست گروهی از بیماران پوستی، استخوانی، دندانی و بسیاری از بیماران دیگر را از افراد سالم تشخیص دهد (۱۰).

بقراط ظاهراً اولین کسی بود که تاریخ طب را به صورت منظم و مدون ارائه کرد و آن را از سحر و جادو جدا ساخت (۳۵۵-۴۶۰ قبل از میلاد مسیح).

پس از وی، جالینوس (سال ۱۹۹-۱۲۹ میلادی) مدرسه جدیدی برای تشریح بنا کرد و آثارش برای مدت بیش هزار سال، اساس عقاید طبیعی دانان قرار گرفت. طب مزاجی در واقع اساس روش درمانی بقراط و جالینوس بود.

دکتر نجم آبادی در کتاب تاریخ طب در ایران ضمن اشاره به این مطلب اذعان می کند:

"مکتب طبی زرتشت خیلی پیش تر از مکاتب طبی یونان ، در عالم وجود داشته است".

اما به هر حال در میان مورخین در مورد مبدا طب مزاجی اتفاق نظر وجود ندارد (۱۱). آقای سیریل الگود نویسنده کتاب تاریخ پزشکی ایران در صفحه ۳۶ این کتاب عنوان کرده است:

" تا آنجا که از اطلاعات به دست آمده معلوم می شود، در ایران قدیم وضعیت طب پیشرفته تر از آشور بود. حتی به جرئت می توان پا را فراتر نهاده و گفت که ایرانیان اصول آن چیزی را که طب یونانی نامیده شده به یونانیان تعلیم داده اند. حتی خود یونانی ها هم فرضیه طبایع چهارگانه خود را یک فرضیه بیگانه می شناختند و به رسم آن زمان آن را ایرانی می نامیدند".

در قرن چهارم میلادی بود که مردم و حتی اطباء کم کم روش بنا نهاده شده توسط بقراط و جالینوس را رها کردند و برای درمان بیماری ها به معالجه با سحر و طلسم متوسل شدند و سال های متمادی روش بقراط و جالینوس به فراموشی نهاده شده بود. در جنگ های ایران و یونان بود که آثار طبی بقراط و دیگر اطباء یونانی به دست ایرانیان افتاد و ایرانیان از آن بهره جستند. در واقع در مدرسه جندی شاپور با ترجمه آثار مهم نویسندگان یونانی، به کمک دانشمندان ایرانی، طب یونان دوباره شکوفا شد.

بعد از اسلام نیز با شکوفایی ترجمه کتب طبی یونان، دانشمندان مسلمان بزرگی از جمله محمد بن زکریای رازی و ابن سینا ظهور کردند. پیشرفت های علمی سریع مسلمانان موجب شگفتی جهانیان شده بود. به طوری که هر کس به دنبال علم بود پا به این سرزمین می گذاشت. اما در اروپا شرایط متفاوت بود. در آن زمان در اروپا نقاط بیمارستانی کمی وجود داشت و شیوه درمانی علمی چندان مرسوم نبود، در حالیکه در قلمرو اسلام بیمارستان هایی مجهز به بخش های مختلف با تخصص های مختلف وجود داشت. همچنین آورده اند که بیمارستان ها دارای کتابخانه، سالن تدریس و داروخانه به طور مجزا بوده است. در دوران پیش از رنسانس که اروپا تحت فرمان کلیسا اداره می شد اروپائیان کاری نمی کردند مگر با انگیزه های دینی و خرافات برگرفته از دین مسیحیت. به طوری که در درمان بیماری ها نیز فقط به دعا درمانی می پرداختند. با فتح شهرهای مسلمانان توسط مسیحیان، آثار علم و فن آوری و تمدن مسلمین در این شهرها موجب تعجب اروپائیان شد که از جمله این شهرها بیت المقدس بود.

در طی دوران رنسانس کتاب های دانشمندان مسلمان به زبان های اروپائی ترجمه شدند و این روند باعث پیشرفت اروپایی ها شد. گفته می شود که در زمینه طب، پس از انجیل کتاب "قانون در طب" ابن سینا متداول ترین کتاب در اروپا شد و طب ابن سینا برای مدت ها در اروپا تدریس می شد. در این دوران بود که مسلمانان دچار جنگ های داخلی و حکم فرمائی حکام نالایق و سیاست های استعماری دولت های اروپائی شدند و به تدریج از علوم دور ماندند (۱۰).

طب شیمیایی در مقابل طب مزاجی

شخصی به نام "پارا سلس" (۱۴۹۳-۱۵۴۱ میلادی) که کیمیاگری از سرزمین سوئیس بود شروع به تدریس پزشکی در "دانشگاه بال" سوئیس کرد و در روز شروع استادی خود کتاب "قانون" را در آتش سوزاند و گفت: "کلید اصلی پزشکی وبه ویژه درمان شناسی قبل از هر چیز در کیمیاگری است." این حالت خودباوری او توسط اطباء اروپایی مورد تأیید قرار رفت و به این ترتیب مسیر طب تغییر یافت و از داروهای طبیعی به سممت داروهای

شیمیایی انتقال یافت. این در حالی است که داروهای شیمیایی جایگاه خاص خود را در طب سنتی داشتند و به آنها عناوینی مثل داروها "ذوالخاصیت" (یعنی داروهایی که در هر مزاجی و با هر طبعی یک کار مشخص و معین را انجام می دهند) داده شده بود (۱۰).

علم پزشکی در جندی شاپور

جندی شاپور نقشی مهم در تاریخ طب ایران داشته است (۱۰).

کریستین سن، مورخ مشهور تاریخ ساسانیان در این باب چنین می گوید:

« کتب مذهبی او ستایی در اثر بقای کیش زرتشتی در دوران تاریک غلبه اسکندر و سال های بعد از آن، همچنان محفوظ مانده بود، ولی آثار اوستایی در زمینه های غیر دینی مانند طب، نجوم، جغرافیا و فنون به طور عمده به هندوستان، یونان و کشورهای دیگر پراکنده شده بود. اکنون جمع آوری مجدد این آثار وجهه همت شاپور قرار گرفت و دستورات لازم درباره آن صادر گردید. ظاهراً در این دوره در ریشه شهر، ناحیه ای در شوش هیأتی از نویسندگان تاسیس شد که کارشان ثبت مطالب مربوط به نجوم و علوم سری به زبان مخصوص و شاید با علامات رمزی به نام گشتک بود... » (۱۲).

مهاجرت علمای نستوری عامل دیگری بود که باعث پیشرفت علوم قدیم در جندی شاپور شد. دلیل مهاجرت علمای نستوری این بود که آنان در شهر الرها تحت فشار شدید بودند. الرها یک شهر کاملاً یونانی بوده و به دلیل نفوذ فراوان کلیسا و علمای مسیحی بخصوص پاپ سایه ای از تعصب مذهبی بر آن گسترده شده بود و این درست برخلاف جندی شاپور بود که از هر تعصبی فارغ و آزاد بوده و محدودیتی برای دانشمندان نداشت (۱۰).

از سیر تحولات مدرسه جندی شاپور در بقیه دوران حکومت ساسانیان اطلاع چندانی در دست نیست ولی گفته می شود که پزشکان متبحری از این مدرسه به اطراف کشور و حتی کشورهای همجوار گسیل می شده اند که نام برخی از آنان در آثار بزرگانی چون سعدی، جوادانه گشته است (۱۳). زمانی که اعراب به ایران حمله کردند این مدرسه در اوج شکوفایی علمی خود بود. در سال ۶۳۶ میلادی جندی شاپور به سپاه اسلام تسلیم شد و همچنان به عنوان مرکز پزشکی قدیم و علوم یونانی نمایان با شد. بعدها با مهاجرت اساتید

آن به بغداد کم کم از شهرت و آوازه این شهر کاسته شد و بغداد جای آن را گرفت (۱۰). سید حسین نصر نیز بیان داشته است که «پیوستگی بزرگ میان طب اسلامی و یونانی را باید در پزشکی اواخر عصر ساسانی خصوصاً در مدرسه جندی شاپور جستجو کرد نه اسکندریه. به هنگام ظهور اسلام جندی شاپور بهترین دوران خود را می گذرانده است. مدرسه مزبور که مهم ترین مرکز پزشکی عصر به شمار می آمد محیطی بود که مرکز تجمع دانشمندانی با ملیتهای گوناگون بود و سنت های پزشکی یونانی، هندی و ایرانی را با هم در آمیخته و زمینه را برای پزشکی اسلامی آماده می کرد» (۱۴).

پزشکی در ادوار مختلف ایران

طب در دوران خلافت امویان

یک قرن و نیم ابتدای استیلای مسلمانان بر ایران از جمله ادوار پر ابهام تاریخ سرزمین ایران است. در واقع اطلاعات موجود از وضعیت سیاسی، اجتماعی و علمی این دوران بسیار اندک است. "اس. کندی" در این باره می گوید: «از قضا آگاهی ما درباره علم در عصر ساسانی بیش از اطلاع ما از همین زمینه در صد سال استیلای عرب می باشد.» (۱۵). در نتیجه این کم اطلاعاتی اظهار نظرهای متفاوت و گاهی متضاد در بین مورخین وجود دارد، چنان که بعضی اعراب را بی فرهنگ و دشمن علم دانسته و برخی دیگر توصیه های اسلام در خصوص لزوم یادگیری علوم را مورد تاکید قرار داده و مسلمانان را طرفدار و دوستدار علم دانسته اند (۱۰). در واقع طبق شواهد مسلمانان بعد از فتح جندی شاپور نه تنها ویرانی و کتاب سوزی نکردند بلکه با خوش رفتاری برخورد کرده و مدرسه طب را دست نخورده در اختیار استادان مسیحی باقی گذاشتند. سید حسین نصر در این باب ادعا کرده است که: «فعالیت علمی این دوره ادامه فعالیت هایی بوده که از اواخر عصر ساسانی آغاز شده بود اما به مقیاسی بسیار وسیعتر». از شواهد تاریخی بر می آید که در این دوران رکود علمی کم و بیش وجود داشته است. دلیل این رکود علمی را در چند چیز می توان دانست. مهم ترین عامل این بوده است که اعراب چیزی بیشتر از علم و فرهنگ ایرانیان نداشتند تا

به ایرانیان بدهند. دیگر اینکه در طی دوران حکومت امویان، ایران دچار حوادث و آشوب های بسیاری بود و در نتیجه دانشمندان و پزشکان به جای توجه علم به فکر جان و مال خود بودند. دیگر اینکه ایران مفتوحه بود و بنابراین در نظر اعراب عرصه ای برای گسترش اسلام و منبع ثروت برای تامین مخارج حکومت بوده و به همین دلیل دیگر در ایران جایگاهی برای دانش پروری باقی نماند.

ویکتور دائر در این باره می گوید: « در ابتدا دوران امویه بخش ایرانی عالم اسلام توجه اندکی شده بود زیرا مرکز صحنه که در دست پیشگامان و راهنمایان بود نخست در حجاز و سپس بعدها در دمشق و بغداد قرار داشت. این امر تا حد زیادی به واسطه خاستگاه های اسلام در حجاز و جابجایی های بعدی پایتخت آن و انتقال بعدی مراکز فرهنگی به جاهای دیگر... بود.» (۱۴، ۱۰).

خلافت عباسیان و علم پزشکی

با روی کار آمدن عباسیان، نگرش طبقاتی و برتری عرب بر عجم کم شده و در نتیجه خلفا تمایل بیشتری نسبت به حضور ایرانی ها پیدا کردند. از جمله نمونه های بارز این مسئله حضور اطباء ایرانی در دستگاه خلافت از زمان حکومت منصور به بعد بود. خلیفه منصور گفته شده که وی به دلیل بیماری سوء هاضمه ای که همواره از آن رنج می برد و طبای مخصوص خلیفه از درمان آن عاجز و ناتوان بودند، از "جورجیس بختیشوع" رئیس دانشگاه جندی شاپور برای آمدن به بغداد دعوت کرد.

ماسویه به همراه دو پسرش میکائیل و یوحنا وارد دستگاه خلافت هارون الرشید شده و به دلیل آوازه علمی به رقابت با خاندان بختیشوع پرداختند. گفته می شود که یوحنا از شهرت علمی و طبی بیشتری برخوردار بود و در دوران چهار خلیفه عباسی یعنی مامون، معتصم، واثق و متوکل به امر طبابت و ترجمه آثار یونانی اشتغال داشت.

چشم پزشکی یکی از شاخه های پزشکی بود که در این دوران به شکوفایی خود رسید. همچنین مسلمانان در داروسازی پیشرفت هایی داشتند. در زمان متوکل با کاهش حمایت خلیفه شکوفایی علوم کاهش یافت و سیاست وی باعث ایجاد رکود در طبابت شد (۱۰).

آل بویه و تحولات علم طب

شروع خلافت آل بویه و اعمال نفوذ آنان در دستگاه خلافت باعث ایجاد فضای نسبتاً مناسبی برای رشد دانش و فرهنگ شد و اطبا دوباره به کارهای علمی روی آوردند و دوباره شرایط برای رشد و شکوفایی طب فراهم شد.

ابن العبری در کتاب خود در مورد این دوران چنین می گوید: « بدین ترتیب مطالعات و تفکرات که مرده بودند جانی تازه یافتند و مشتاقان حقایق که پراکنده بودند بار دیگر انجمن آراستند. جوانان به تحصیل و مطالعه تشویق شدند و پیران به ارشاد و تربیت مأمور گشتند. میدان آزاد و وسیع شد و بازار قابلیت ها که قبلاً خریدار نداشت گرم و رایج گردید» (۱۶).

از جمله کارهای مهم آل بویه به خصوص عضد الدوله تلاش فراوان وی برای احداث بیمارستان بود که باعث شد بیمارستان های بسیاری در شهر های مختلف تأسیس گردد. در این دوران بود که بوعلی سینا، رازی و بسیاری دیگر از دانشمندان و اطباء نامدار ظهور یافتند (۱۰).

تاریخ های مهم در تاریخ علم طب

❖ ۵۰۰ سال قبل از میلاد

به عنوان یکی از اقدام های جراحی، سوراخ هایی در جمجمه تعبیه شد.

❖ حدود سال ۴۰۰ قبل از میلاد

بقراط به پزشکان چگونه مشاهده دقیق و استفاده از روش های درمانی ملایم را آموزش داد.

❖ حدود سال ۱۸۰ میلادی

جالینوس دانش رومی ها و یونانی ها را در زمینه طب خلاصه کرد.

❖ سال ۳۹۰ میلادی فابیولا یکی از اولین بیمارستان های اروپا را تأسیس کرد.

- ❖ سال ۱۳۴۷ میلادی همه‌گیری مرگ سیاه، طاعون خیارکی در اروپا آغاز شد.
- ❖ سال ۱۵۴۳ میلادی
- وزالیوس اولین کتاب دقیق را در مورد کالبد شناسی انسان منتشر کرد.
- ❖ سال ۱۶۲۸ میلادی ویلیام هاروی چگونگی گردش خون را شرح داد.
- ❖ سال ۱۶۷۶ میلادی
- آنتونی فان لوون هوک میکروب‌ها را زیر میکروسکوپ مشاهده کرد.
- ❖ سال ۱۷۹۸
- ادوارد جنر برای پیشگیری از آبله روش واکسیناسیون را به کار گرفت.
- ❖ سال ۱۸۱۶ رنه لانک گوشی معاینه را ابداع کرد.
- ❖ سال ۱۸۳۹ میلادی
- ماتیاس شلایدن و نئودور شوان این واقعیت را مطرح کردند که تمام موجودات زنده از واحدهایی به نام سلول درست شده‌اند.
- ❖ سال ۱۸۵۴ میلادی جان اسنو انتقال وبا را از طریق آب آشامیدنی ثابت کرد.
- ❖ سال ۱۸۷۸ میلادی لویی پاستور فرضیه میکروبی بیماری‌ها را شرح داد.
- ❖ سال ۱۸۹۷ میلادی رونالد راس انتقال مالاریا از طریق پشه را ثابت کرد.
- ❖ سال ۱۸۶۴ میلادی ویلیام مورتون از بی‌هوشی در جراحی استفاده کرد.
- ❖ سال ۱۸۶۷ میلادی ژوزف لیستر روش ضدعفونی را برای پیشگیری از عفونت زخم‌های جراحی شرح داد.
- ❖ سال ۱۸۹۵ میلادی ویلهلم رونتگن پرتوهای ایکس را کشف کرد.
- ❖ سال ۱۹۱۲ میلادی کازیمیر فونک اولین ویتامین را خالص کرد.
- ❖ سال ۱۹۴۱ میلادی تولید انبوه پنی‌سیلین شروع شد.
- ❖ سال ۱۹۵۳ میلادی
- جان گیبون با موفقیت دستگاه قلب و ریه مصنوعی را برای انسان به کار برد.
- ❖ سال ۱۹۵۵ میلادی
- واکسیناسیون در مقیاس گسترده‌ای علیه فلج اطفال آغاز شد.

- ❖ سال ۱۹۶۷ میلادی کریستیان بارنارد اولین پیوند قلب موفق را انجام داد.
- ❖ سال ۱۹۷۷ میلادی آبله در سراسر جهان ریشه کن شد.
- ❖ سال ۱۹۹۰ میلادی دلبلیو. فرنچ اندرسون اولین ژن درمانی موفق را انجام داد (۱۸).

آشنایی بیشتری با برخی از مشاهیر طب در جهان و ایران

بقراط

بقراط که به عنوان پدر علم طب جدید شناخته شده است، نخستین کسی بود که پزشکی را از خرافات جدا کرد. وی که در جزیره یونانی توس به دنیا آمد پسر یک طبیب بود. بقراط اعتقاد معاصرین خود را که براساس آن بیماری تو سط خدایان انتقام جو به وجود می آید رد کرد و به جای آن اعلام کرد که هر بیماری یک علت طبیعی دارد. او گفت که اگر علت را بیابید و در نظر گرفتن شدت آن پزشک می تواند چشم انداز این بیماری را برای یک بیمار خاص با مقایسه ی آن با مراحل طبیعی همان بیماری پیش بینی کند. بقراط براساس چنین اندیشه های منطقی یک مدرسه ی طب را بنیان نهاد.

عقیده پزشکی دیگری که بقراط قبول داشت آن بود که روش درمان یک بیمار ممکن است برای بیمار دیگر موثر نباشد. وی اعلام کرد که آنچه برای یکی غذا ست ممکن است برای دیگری زهر باشد. بقراط همچنین دیگر پزشکان را تشویق می کرد که از درمان های ساده مانند یک رژیم غذایی سالم، استراحت زیاد و محیط تمیز استفاده کنند. او می گفت زمانی که پزشکان نمی توانند بیماری را درمان کنند، طبیعت اغلب این کار را می کند. در بیماران روبه مرگ نباید از روش های ساده درمان استفاده کرد و پیشنهاد کرد که بیماری های بحرانی معالجه های بحرانی هم می خواهد.

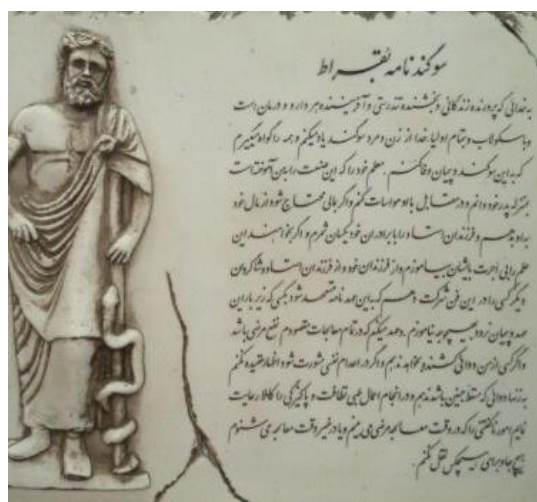
از دیگر توصیه های بقراط چیزی که امروزه رفتار خوب بالینی نامیده می شود با این گزاره ها که بیماری زمانی سخت تر است که ذهن مضطرب باشد و بعضی بیماران زمانی که از رفتار خوب پزشک رضایت داشته باشند بهبودی خود را باز می یابند. وی معتقد بود که پزشکان باید خادم بیماران خود باشند و معیارهای سلوک شرافتمندانه را رعایت کنند. در

زمان وی گاهی پزشکان برای از بین بردن بعضی از بیماران خود تطمیع می شدند و امکان داشت که یک حاکم به پزشکی دستور دهد که برای کشتن دشمن خود از سم استفاده کند. بقراط گفت: پزشک درمورد بیمار مسئول است.

بقراط تعهدنامه‌ای را که امروزه هم دانشجویان پزشکی موقع اخذ درجه‌ی دکتری اظهار می کنند تهیه کرده است. در بخشی از این سوگندنامه آمده است که من عمیقاً تعهد می کنم که خود را وقف خدمت به انسانیت بنمایم. من حرفه‌ی خود را با وجدان و شرافت انجام خواهم داد و سلامتی بیماران نخستین وظیفه‌ی من خواهد بود.

اگر چه بقراط سهم بسیاری در هنر شفای بیماران داشته ولی اطلاعات کمی از زندگی شخصی او در دست است. تاریخ نویسان بر این باورند که او به مصر رفته و در آنجا پزشکی را آموخته و سپس در بسیاری از جاها از جمله آتن تحصیل کرده و سرانجام به زادگاه خود برگشته است. یک مجسمه بدون پوشش در جزیره‌ی توس موجود است که ظاهراً مربوط به بقراط بوده و او را مردی کوتاه قد با ریشهای مجعد نشان می دهد.

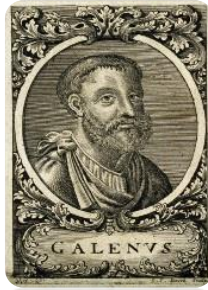
سخنان بقراط تاکنون باقی مانده است زیرا دانشجویان او نکته‌هایی از درس هایش را جمع آوری کرده و با انتشار کتاب‌هایی آنها را شرح داده‌اند. بیش از ۵۰ کتاب با نام بقراط وجود دارد و نوشته‌هایش برای توجیه آنکه او را پدر علم طب بنامیم کافی است (۱۹).



جالینوس

جالینوس اهل پرگامون یونان (برگامای کنونی در ترکیه) بود. وی پزشک هشتم است از پزشکان باستان که هریک بی مثل زمان خود بوده‌اند. آنچه از احوال جالینوس معلوم و نزد خواص و عوام مشهور است آنکه وی هشتمین و آخرین طبیب بزرگ است و نه تنها کسی به پایه او در علم نرسید، بلکه هیچ‌کس به مقام علمی او نزدیک نگردید.

از آغاز پیدایش پزشکی تا آن زمان سوفسطائیان در آن فن اختلاف بسیاری پدید آورده و محاسن آن را از بین برده بودند و او بر ضد آنان قیام کرد و گفته آنان را ابطال کرد و عقاید بقراط و پیروان او را استوار ساخت و به نصرت آنها اقدام کرد و کتاب‌های بسیار در کشف حقایق فن پزشکی تألیف کرد. وی هشتاد و هفت سال زندگی کرد (۲۰).



زکریای رازی

ابوبکر محمد بن زکریا بن یحیی «صیرفی» رازی (زاده ۲۵۱ ه.ق - درگذشته ۳۱۳ ه.ق) حکیم طبیب کیمیایی، طبیعت‌شناس، شیمی‌دان، عالم علوم اوایل، فیلسوف منطقی جدلی، جالینوس مشرق زمین و طبیب مسلمان، بزرگترین پزشک بالینی و مارستانی در قرون وسطی است.

دکتر اذکائی در کتاب حکیم رازی بیان می‌کند که رازی نماینده خردگرایی عصر خویش، یادآور جنبش روشنگری در اروپای سده هجدهم است. او مبین تصور پیشرفت علمی و تنها شخصیت مستقلی است که بر ستیغ انسان‌گرایی ایرانی و دانش و خردورزی ایستاده است. رازی علم شهود (وحی) را باور نداشته، بلکه به معرفت تجربی یا علم حصولی باور داشت.

باور به عقلانیت را شاید بتوان اصلی‌ترین شاخصه اندیشه رازی دانست که باور به برابری، آزادی و استقلال انسان‌ها نتیجه ناگزیر آن خواهد بود (۲۱).



مجسمه زکریای رازی
وین - سازمان ملل

ابن سینا

ابوعلی حسین بن عبدالله بن سینا، مشهور به ابوعلی سینا، ابن سینا و پور سینا (زاده ۱ شهریور ۳۵۹ خورشیدی در بخارا- درگذشته ۴۱۶ خورشیدی در همدان، ۳۷۰-۴۲۸ قمری، ۹۸۰-۱۰۳۷ میلادی)، از مشهورترین و تاثیرگذارترین فیلسوفان و دانشمندان ایرانی جهان اسلام بود. وی ۴۵۰ کتاب در زمینه‌های گوناگون نوشته است که شمار زیادی از آن‌ها در مورد پزشکی و فلسفه است. جرج سارتن او را مشهورترین دانشمند سرزمین‌های اسلامی می‌داند که یکی از معروف‌ترین‌ها در همه زمان‌ها و مکان‌ها و نژادها است. کتاب معروف او «قانون» است.

بوعلی سینا را باید جانشین بزرگ فارابی و شاید بزرگ‌ترین نماینده حکمت در تمدن اسلامی بر شمرد. اهمیت وی در تاریخ فلسفه اسلامی بسیار است زیرا تا عهد او هیچ‌یک از حکمای مسلمین نتوانسته بودند تمامی اجزای فلسفه را که در آن روزگار حکم دانشنامه‌ای از همه علوم معقول داشت در کتب متعدد و با سبکی روشن مورد بحث و تحقیق قرار دهند و او نخستین و بزرگ‌ترین کسی است که از عهده این کار برآمد. (آموزش و دانش در ایران، ص ۱۲۵). وی شاگردان دانشمند و کارآمدی به مانند ابوعبید جوزجانی، ابوالحسن بهمنیار،

ابو منصور طاهر اصفهانی و ابو عبدالله محمد بن احمد المعصومی را که هر یک از ناموران روزگار گشتند تربیت نمود (۲۲).



نسخه قدیمی کتاب قانون

موزه دمشق - سوریه

دکتر محمد قریب

دکتر محمد قریب در سال ۱۲۸۸ در تهران متولد شد، تحصیلات ابتدایی را در دبستان سیروس و متوسطه را در دارالفنون گذراند. او در سال ۱۳۰۶ خورشیدی در زمره اولین گروه دانشجویان ایرانی که برای ادامه تحصیل به فرانسه رفتند به همراه مهدی بازرگان بود. او در پایان سال اول در شهر رن فرانسه موفق به دریافت جایزه لابراتور تشریح دانشکده پزشکی شد و در سال ۱۳۱۴ نخستین ایرانی بود که توانست در کنکور انترنی بیمارستان پاریس پیروز شود.

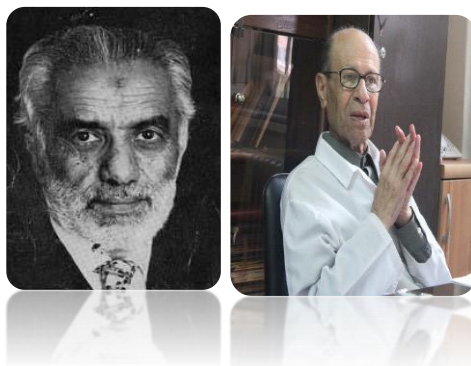
پس از طی نمودن دوره سربازی در سال ۱۳۱۹ به عنوان دانشیار طب اطفال در دانشگاه به فعالیت علمی مشغول گردید. وی ابتدا در بیمارستان رازی به اداره بخش اطفال مشغول شد و بعد از آن به بیمارستان هزار تخت خوابی رفت و در آنجا بخش اطفال را دایر کرد. او در سال ۱۳۱۹ کتاب بیماری های کودکان را به چاپ رساند و در سال ۱۳۳۵ با همکاری دکتر حسن اهری آن را با اصلاحات جدید تجدید چاپ نمود.

محمد قریب در سال ۱۳۲۱ موفق به دریافت نشان عالی دولت فرانسه شد و در سال ۱۳۵۰ به عضویت هیئت مدیره انجمن بین المللی بیماری های کودکان درآمد. همچنین در آخرین سال های عمرش موفق به دریافت نشان درجه اول فرهنگ از وزارت آموزش و پرورش شد. وی در طول سال های فعالیت علمی خود در کنگره های مختلف بین المللی در

کشورهای مختلف از جمله فرانسه، آمریکا، کانادا، ژاپن، ترکیه و اتریش دعوت شد و عضویت چندین مجمع علمی بین‌المللی را برعهده داشت.

او نخستین تعویض خون را در ایران انجام داد و از بنیان‌گذاران انتقال خون در ایران بود. محمد قریب دروس پزشکی را در دانشگاه تهران به دانشجویان رشته پزشکی تدریس کرد. او در حین فعالیت علمی فعالیت سیاسی و اجتماعی نیز داشت به گونه‌ای که بارها در کلاس درس از اقدامات محمد رضا شاه پهلوی انتقاد نموده و پس از واقعه ۲۸ مرداد ۱۳۳۲ نیز پس از امضای یک بیانیه به همراه ۱۰ تن دیگر از اعضای هیئت علمی دانشگاه مانند مهندس بازرگان، دکتر سحابی و دکتر نعمت‌الهی به دستور محمدرضا شاه از دانشگاه اخراج شد.

از دیگر اقدامات او بنیان‌گذاری و تأسیس اولین بیمارستان تخصصی کودکان یعنی بیمارستان مرکز طبی کودکان به همراه دکتر حسن اهری بود که این اقدام را در زمان بازنشستگی خود انجام داد (۲۳).



دکتر علیرضا یلدا

علیرضا یلدا در سال ۱۳۰۹ خورشیدی در تهران به دنیا آمد. وی پس از گذراندن تحصیلات مقدماتی در زادگاه خود تهران، وارد دانشگاه تهران شد و پس از اخذ مدرک پزشکی عمومی در سال ۱۳۳۶، دوره تحصیلی بیماری‌های عفونی را طی نمود. او مدتی در بیمارستان امام خمینی، به کار طبابت اشتغال داشته و ضمن آن عضو هیئت علمی دانشگاه تهران شد و پس از مدتی به مرتبه استادی رسید. وی در نخستین همایش چهره‌های ماندگار ۱۳۸۱ به

عنوان چهره ماندگار در رشته پزشکی (بیماریهای عفونی) معرفی شد. وی در اواخر آذر ماه ۱۳۹۶ به دلیل مشکلات قلبی در بیمارستان دی تهران بستری بود که در ۳۰ آذر ۱۳۹۶ در سن ۸۷ سالگی درگذشت. تالیفات ایشان عبارت‌اند از:

✓ درمان بیماری‌های عفونی: در شش جلد کتاب در زمینه پزشکی و درمان بیماری‌های عفونی

✓ همکاری در تدوین ۵ مقاله بین‌المللی

✓ نکته‌ها در زمینه اخلاق پزشکی: که اخلاق پزشکی را به شکل اندرزهایی اخلاقی و حرفه‌ای به پزشکان و همکاران خود نگاشته است.

✓ ترجمه کتب پزشکی: تاکنون ده‌ها کتاب پزشکی زیر نظر ایشان به فارسی ترجمه یا نگارش شده است.

از سال ۸۸ هر ساله به افتخار پروفیسور یلدا و همچنین کوشش‌های وی در زمینه‌های بیماری‌های عفونی جایزه‌ای به بهترین پزشکان این زمینه با نام جایزه پروفیسور یلدا داده می‌شود (۲۳).

منابع

۱. یونت ل. تاریخ پزشکی ترجمه رضا یاسائی. تهران: چاپ شمشاد؛ ۱۳۸۵. ص ۱۷۶.
2. Kelly N, Rees B, Shuter P. Medicine through time. Edwin Smith papyrus. Britannica Online Encyclopedia Archived from the original on 22 August 2013.
۳. Shapiro Sa. Online Encyclopedia. Griffith, The Petrie Papyri. Medicine Across. Archived from the original on 22 May 2013. Retrieved 21 April 2012.
۴. Horstmanshoff HF, Stol M, Van Tilburg C. Magic and rationality in ancient Near Eastern and Graeco-Roman medicine: Brill; 2004.
۵. Grammaticos PC, Diamantis A. Useful known and unknown views of the father of modern medicine, Hippocrates and his teacher Democritus. Hell J Nucl Med. ۲۰۰۸؛ ۱۱(۱):۲-۴.
۶. Garrison FH. History of medicine. the american journal of the medical sciences. ۱۹۱۴؛ ۱۴۷(۵):۷۴۳
۷. Martí-Ibáñez F. A prelude to medical history: MD publications New York, NY; ۱۹۶۱.
۸. Longrigg J. Greek rational medicine: philosophy and medicine from Alcmaeon to the Alexandrians: Routledge; 2013.
۹. Dear P. Revolutionizing the sciences: European knowledge and its ambitions, ۱۵۰۰-۱۷۰۰: دانشگاه آکسفورد؛ ۲۰۰۸.
۱۰. Elgood C. A medical history of Persia and the eastern caliphate: From the earliest times until the year AD 1932: Cambridge University Press; 2010.
۱۱. آبادی من. تاریخ طب در ایران پس از اسلام (از ظهور اسلام تا دوران مغول). تهران: دانشگاه تهران؛ ۱۳۶۶. ۱۰۲۲ ص.
۱۲. Christensen A, Yāsīmī R. Iran dar zamane saasaaniyan: Dunyā-yi Kitāb; 1991.
۱۳. Saadi SM-E-d. Golestan, corrected by Zak'a alMolk Foroughi 1369.
۱۴. Duner V. The Cambridge History of Iran: Cambridge University Press; 1968.
۱۵. Kennedy A. The Cambridge history of Iran: Cambridge University Press; 1968.
۱۶. ابرون اغا. تاریخ مختصر الدول، ترجمه دکتر محمد علی تاج پور، دکتر حشمت ا... ریاضی: اطلاعات؛ ۱۳۶۴.
۱۷. اصیبعه ا. عیون الانباء فی طبقات الأطباء، تصحیح نزار رضا: چاپ بیروت؛ ۲۰۰۱.

۱۸. یونت ل. تاریخ پزشکی ترجمه رضا یاسائی. تهران: چاپ شمشاد؛ ۱۳۸۵. ۱۷۶ ص.
۱۹. علیان ام. زندگینامه مشاهیر بزرگ جهان: محفل دوستان ۲۰؛ ۱۳۹۱.
۲۰. رنان کا. تاریخ علم کمبریج ترجمه حسن افشار ایران، تهران: نشر مرکز؛ ۱۳۹۴.
۲۱. توکلی غ، زاده مس. مطالعه تاریخی اخلاق پزشکی رازی. مجله تاریخ پزشکی. ۵(۱۶): ۷۴-۵۳.
۲۲. مطهری م. خدمات متقابل اسلام و ایران. ایران، تهران: انتشارات صدرا؛ ۱۳۶۲. ۶۷۴ ص.
۲۳. Persian Wikipedia (<https://fa.wikipedia.org>)

فصل ششم

اصول پایه ای مهارت های ارتباطی مؤثر

خانم صبا کریمی ، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد :

۱. دانشجو بتواند مفهوم و هدف ارتباط را تعریف کند.
۲. دانشجو انواع و اجزای ارتباط را نام برده و هر یک را توضیح دهد.
۳. دانشجو عوامل مؤثر و موانع در ارتباط را شرح دهد.

مقدمه

مهارت های ارتباطی به عنوان یک بخش مهم و ضروری در ارائه خدمات درمانی شناخته شده است و مباحث مختلفی در مورد این که ارتباط موثر، پایه و اساس کیفیت خدمات و مراقبت ها را تشکیل می دهد، همواره مطرح بوده است. امروزه آموزش پزشکی از آموزش های تئوری محض به سوی کسب مهارت های انسانی و ارتباطی معطوف شده و این موضوع از متغیرهای مورد قضاوت در تعیین صلاحیت و توانایی شاغلین بخش بهداشت و درمان قلمداد می شود (۱). بنابراین آشنایی با ارتباط به عنوان یکی از مهم ترین ویژگی های لازم برای این گونه مشاغل جهت داشتن تعاملی مناسب با سایر اعضا تیم درمان و بیماران محسوب می شود.

ارتباط چیست:

واژه ارتباط معادل لغت communication در انگلیسی است که خود از ریشه لاتینی communist یعنی اشتراک است. اما در لغت نامه ی فارسی کلمه ارتباط به معنای پیوند دادن و ربط دادن است. ارتباط به طور کلی عبارت است از فرایند انتقال پیام از فرستنده به گیرنده و بالعکس، که با استفاده از علایم و نمادهای مشترک به منظور تحت تاثیر قرار دادن، کنترل و هدایت یکدیگر. همان طور که ملاحظه می کنید این تعریف تنها به انتقال پیام و تاثیر و تأثر آن ها به عنوان یک عمل ثابت توجه ندارد، بلکه ارتباط را یک جریان می داند یعنی مجموعه ای از اعمال تداوم دار که نتیجه خاصی را در پی داشته باشد یا موقعیت جدیدی را به وجود آورد.

در ارتباط تبادل افکار و اندیشه ها، احساسات و عقاید بدون استفاده از علایم امکان پذیر نیست، اما انتقال مطلوب و موثر زمانی صورت می گیرد که فرستنده و گیرنده پیام خود از علایم و نمادهای مناسب و آشنا استفاده کنند. بر اساس تعریف ارایه شده از ارتباط، هر چقدر بین معنی مورد نظر فرستنده و معنی ایجاد شده در ذهن گیرنده مشابهت و اشتراک بیشتری وجود داشته باشد ارتباط بهتر و موثر خواهد بود (۲).

هدف و روش ارتباط :

ارتباط فرآیندی برای دستیابی به اهداف دلخواه با توجه به وجوه مشترک است. تفکیک هدف و روش ارتباط از هم در بیشتر مواقع بسیار مشکل است، اما می توان گفت که عامل مهم در تعیین روش برقراری ارتباط هدفی است که فرستنده پیام دنبال می کند. در نظام آموزشی امروز روش های معمول گذشته و سنتی نمی توانند چندان کارای داشته باشد. با پیشرفت علوم و پیدایش فناوری های جدید هدف های ارتباطی پیچیده تری مطرح شود (۲). ارتباط در آموزش پزشکی در حقیقت یک محاوره برنامه ریزی شده با اهدافی مثل جمع آوری داده، ارائه اطلاعات بیمار، تعیین مشکلات و علائق دوطرفه، آموزش، فراهم کردن حمایت ومشورت یا درمان است (۱).

اگرچه تفکیک هدف و روش ارتباط در بسیاری از مواقع مشکل است اما می توان گفت که عامل مهم در تعیین روش برقراری ارتباط «هدفی» است که به وسیله فرستنده پیام دنبال می شود. یک پیام به خودی خود دارای هیچ گونه هدفی نیست. هدف پیام، بستگی مستقیم به شرایط فرستنده و گیرنده پیام دارد. ارسطو هدف ارتباط را جستجوی یک راه و روش با استفاده از امکانات موجود برای ترغیب افکار و عقاید می داند. میلر هدف ارتباط را بیشتر گسترش دامنه انگیزه های پاداش بخش، برای گیرندگان پیام ذکر می کند.

اجزای ارتباط:

ارتباط از ۵ جزء تشکیل شده است:

(فرستنده - پیام - کانال - گیرنده - تأثیر و بازخورد)

(۱) منبع و فرستنده پیام:

در همه الگوهای ارتباطی از منبع و فرستنده پیام به عنوان یک سازه اصلی و موثر یاد شده است که بدون آن ارتباطی صورت نخواهد گرفت. منبع و فرستنده می توانند مستقل از هم یا در هم تنیده و ادغام شده باشند.

منبع سازه ی است که حاوی پیام است و فرستنده شخص، سازمان یا وسیله است که پیام را رمزگذاری و به گیرنده ارسال می کند.

ویژگی فرستنده پیام:

الف) خود شناسی

ب) مخاطب شناسی

ج) تسلط بر محتوای پیام

د) آشنایی با اصول و روش های ارتباط

الف) خودشناسی

هریک از ما باور های خاصی در مورد خود داریم که هر اندازه واقع بینانه تر باشد به ما در شناخت بهتر خود کمک بیشتری خواهد کرد. اگر بخواهیم خود را بشناسیم باید اطلاعات مربوط به خود را از دیگران دریافت کنیم. ارتباط مؤثر زمانی ممکن است که ما خود را از دریچه نگاه مخاطب خود بنگریم. اگر تصور آن ها با خوشناسی ما سازگار نباشد هرگز قادر به برقراری ارتباط با آنها نخواهیم بود.

ب) مخاطب شناسی:

از ویژگی های دیگر فرستنده پیام، شناخت گیرندگان پیام، وارد شدن به دنیای آنان و قدرت دیدن دنیا از دریچه چشم ایشان است.

ج) تسلط بر محتوای پیام

تسلط فرستنده بر محتوای پیام عامل اثر بخش دیگری در فرایند ارتباط است.

اگر پیام ضعیف بوده ، محتوای آن از اعتبار لازم برخوردار نیست یا فرستنده پیام بر محتوا تسلط نداشته باشد فرایند ارتباط دچار اختلال خواهد شد.

اگر منبع یا فرستنده پیام بخواهد اطلاعات، ارزش ها و اندیشه های خود را به طور مؤثر به گیرنده پیام برساند باید آن ها را به علایمی تبدیل کند که قابل انتقال باشد.

د) آشنایی با اصول و روش های ارتباط

فرستنده پیام نه تنها باید با مفاهیم و اصول ارتباط بلکه باید با روش های انتقال پیام نیز به خوبی آشنا باشد تا بتواند پیام خود را به گونه ای انتقال دهد که برای گیرندگان پیامش جالب و قابل درک و فهم باشد.

❖ هر پیامی به وسیله هر حامل و کانالی قابل انتقال نیست. فرستنده باید حامل و کانالی متناسب با پیام و ویژگی های گیرندگان انتخاب کند.

❖ تأثیر، نتیجه ای است که از برقراری ارتباط حاصل می شود. مهمترین ملاک تشخیص تأثیر یک جریان ارتباطی « بازخورد » است که عبارت است از واکنش یا عکس العملی که گیرنده پیام پس از تفسیر و ارزیابی پیام از خود نشان می دهد و مجدداً دریافت خود را به صورت پیام به فرستنده ارسال می کند (۳).

(۲) پیام:

به محتوای ارتباط، پیام میگویند. پیام حاوی زبان کلامی، غیر کلامی و نمادین است. برخی اوقات ادراکات فردی موجب انحراف در تفسیر پیام گیرنده می شود. دو پرستار می توانند اطلاعات مشابهی را دریافت کنند. با این حال بر اساس سبک های ارتباطی فردی خود، پیام های بسیار متفاوتی را انتقال می دهند (۲و۳).

(۳) کانال:

کانال های ارتباطی همان ابزارهای انتقال و دریافت پیام ها از طریق حواس بینایی، شنوایی و لامسه هستند. حالات چهره پیام های بصری را ارسال می کنند. کلمات بر زبان آورده شده از طریق کانال های سمعی انتقال می یابند و لمس کردن از کانال لامسه بهره می گیرد (۲).

(۴) گیرنده پیام

گیرنده کسی است که پیام را دریافت و رمز گشایی می کند و گیرنده مسئول توجه، برگرداندن و پاسخ دادن به پیام فرستنده است (۳).

(۵) بازخورد:

از عناصر دیگر قابل توجه در تحلیل فرایند ارتباط، عنصر تأثیر است. تأثیر نتیجه ای است که از برقراری ارتباط حاصل می شود و هدفی است که فرستنده پیام از ابتدای ایجاد ارتباط باید به آن توجه داشته باشد. مهمترین ملاک تشخیص تأثیر یک جریان (بازخورد) است. بازخورد واکنشی است که گیرنده پیام پس از دریافت تفسیر و ارزیابی پیام فرستنده از خود

نشان می دهد یا به صورت یک پیام آن را به فرستنده اصلی ارسال می کند. بازخورد ممکن است مستقیم یا غیر مستقیم باشد. در هر حال بازخورد چه مثبت چه منفی، عامل مؤثری در اصلاح و تقویت ارتباط است، زیرا فرستنده را قادر می سازد که تاثیر پیام خود را ارزیابی کند (۲).

به طور کلی انواع ارتباط عبارت اند از:

۱. ارتباط ارادی و ارتباط غیر ارادی
۲. ارتباط رسمی و ارتباط غیر رسمی
۳. ارتباط کلامی و ارتباط غیر کلامی
۴. ارتباط مستقیم و ارتباط غیر مستقیم
۵. ارتباط فردی و ارتباط جمعی
۶. ارتباط یک طرفه و ارتباط دوطرفه

(۱) ارتباط ارادی و غیرارادی:

اگر ارتباطی با طرح و برنامه ریزی قبلی و حساب شده باشد آن را ارتباط ارادی می گویند و اگر بدون طرح و برنامه ریزی قبلی صورت گرفته باشد آن را ارتباط غیر ارادی می نامند.

(۲) ارتباط رسمی و غیر رسمی:

منظور از ارتباط رسمی آن دسته از روش های ارتباطی است که در سطح وسیع و در محیط های رسمی صورت می گیرد و ارتباط غیر رسمی به ارتباطی گفته می شود که بین دو نفر یا دو گروه به طور عادی و غیر رسمی اتفاق می افتد.

(۳) ارتباط کلامی و غیر کلامی:

وقتی در جریان یک ارتباط پیام ها به صورت رمزهای کلامی انتقال می یابد، آن را ارتباط کلامی گویند. مانند بحث و گفت و گو یک فرد با افراد دیگر.

هرگاه پیام به صورت علایم یا رمز های غیر کلامی انتقال یابد ارتباط را غیر کلامی گویند. مانند برقراری ارتباط با راننده از طریق علایم راهنمایی رانندگی، استفاده از تغییر حالات چهره زمان صحبت کردن.

۴) ارتباط مستقیم و غیر مستقیم:

ارتباط مستقیم ارتباطی است که بدون واسطه بین شخص فرستنده و گیرنده پیام ایجاد می شود، اما ارتباط غیر مستقیم چهره به چهره نیست و جنبه شخصی ندارد و چندین واسطه در بین آنها وجود دارد.

۵) ارتباط فردی و جمعی:

ارتباط فردی یا خصوصی، ارتباطی است که معمولاً بین دو یا چند نفر به وقوع می-پیوندد و بیشتر حالت مستقیم و شخصی دارد و ارتباط جمعی ارتباطی است که بین یک نفر با یک گروه یا گروهی با گروه کثیری برقرار می شود که ممکن است مستقیم یا غیر مستقیم باشد.

۶) ارتباط یک طرفه و ارتباط دوطرفه:

وقتی انتقال پیام از فرستنده شروع و به گیرنده ختم شود و گیرنده عکس العمل از مفاهیم پیام به فرستنده انتقال ندهد، ارتباط را یک طرفه گویند مانند ارتباط از طریق تلویزیون و روزنامه. اما زمانی که دائماً نقش فرستنده و گیرنده در جریان ارتباط عوض شود و فعالیت- های ارتباطی بعدی بر اساس واکنش گیرنده و فرستنده پیام تعیین شود، ارتباط دوطرفه است مانند ارتباط معلم و شاگرد (۲).

آشنایی دانشجویان با ارتباط مؤثر:

عوامل مؤثر بر ارتباط:

عوامل مؤثر بر ارتباط برای دانشجویان رشته های علوم پزشکی در دو حیطه بررسی می شود.

۱. عوامل مؤثر بر ارتباط دانشجویان در محیط آموزش

۲. برقراری ارتباط مؤثر بین دانشجویان و بیمار

در این فصل به مورد اول پرداخته می شود.

عوامل مؤثر بر ارتباط دانشجوی در محیط آموزش:

ارتباط محور اصلی زندگی اجتماعی انسان ها را تشکیل می دهد و مهارت های ارتباطی مهمترین راهبردهایی هستند که ما را به سوی موفقیت سوق می دهند و چنانچه این ارتباط به خوبی برقرار شود در محیط های علمی، هدف های آموزشی با کیفیت و سهولت بیشتری تحقق می یابند (۴). از آنجا که نحوه برقراری ارتباط و کیفیت برقراری آن همچون سایر مهارت ها در افراد گوناگون با استعدادهای مختلف در سطوح متفاوت قرار دارد و آموزش مؤثر نیازمند برقراری ارتباطی مؤثر بین استاد و دانشجو است، لذا آموزش مهارت- های ارتباطی باید به عنوان اصل ضروری در آموزش دانشجویان تمامی تخصص های رشته ها به ویژه رشته های علوم پزشکی که بر ارتباطات مؤثر انسانی می باشد، در نظر گرفته شود. به صورت کلی عوامل مؤثر بر ارتباط مؤثر در محیط آموزش شامل موارد زیر است:

۱. احترام به شخصیت دانشجو
۲. رازداری
۳. عوامل مرتبط با روش تدریس استاد شامل به روز بودن استاد، فن بیان مناسب که شامل داشتن آهنگ صدا یا سرعت مناسب در حین تدریس و تغییر لحن مناسب، روشن و ساده صحبت کردن با دانشجویان، داشتن علاقه و نشاط در حین تدریس (کلاس های خشک سبب خستگی دانشجو و قطع ارتباط مؤثر بین استاد و دانشجو می شود) می باشد (۵).
۴. محیط فیزیکی کلاس (نور، صدا، دما و...)
۵. عوامل همچون ظاهر فرد، طرز ایستادن و راه رفتن، حالات چهره، تماس چشمی و حرکات بدن در ارتباط غیر کلامی نیز مؤثر هستند.
۶. توجه به قلمرو و فضای شخصی افراد: افراد در خلال ارتباط با یکدیگر فاصله های مختلفی را حفظ می کنند، که این فاصله به فرهنگ، ماهیت رابطه آن ها و وضعیتی که در آن قرار دارند، بستگی دارد. وقتی فضای فردی مورد تهدید قرار

گیرد، افراد به شکل دفاعی واکنش نشان داده و ارتباط بین فردی کارایی کمتری پیدا می کند (۳،۵).

موانع ارتباط موثر:

به هر عامل اخلاص کننده ای که مانع برقراری ارتباط مطلوب شود موانع ارتباط گفته می- شود که شامل :

۱. بحث شفاهی
۲. جالب نبودن پیام
۳. انتقال منفی
۴. رؤیایی شدن یا در خود فرو رفتن
۵. عدم درک
۶. نامناسب بودن عامل فیزیکی

بحث شفاهی: فرد از بین صداها ی گوناگون فقط به به صدای مورد علاقه اش گوش می دهد و بعضی از صداها خسته کننده و غیر جذاب هستند.
جالب نبودن پیام: هر اندازه عناصر تازه یک پیام بیشتر باشد ارزش آن بالاتر می رود و برای فراگیران جالب تر خواهد بود و بالعکس.

انتقال منفی: هرگاه تجارب قبلی ما بتواند ما را در درک مطالب جدید یاری دهد انتقال صحیح یا انتقال مثبت انجام گرفته است؛ اما اگر اطلاعات و تجارب گذشته سبب ایجاد مشکلات جدید و سردرگمی و آشفتگی در حل مسئله شوند، چنین وضع خاص را انتقال منفی نامند (غالباً در ارتباط کلامی ایجاد می شود).

رؤیایی شدن یا در خود فرو رفتن: در چنین حالتی شاگرد از مدار ارتباط کلامی خارج می شود و به یک حالت رؤیایی وارد می شود که در واقع یک وسیله تدافعی است که شاگرد در برابر محیط خشک و بی روح کلامی از خود نشان می دهد.

عدم درک: یعنی معلم مطالبی را ارائه دهد که در خور فهم و ادراک دانش آموز نیست.
نامناسب بودن عوامل فیزیکی: یعنی نامناسب بودن کلاس ها از نظر نور، راحتی صندلی، رنگ دیوار ها، سردی و گرمی و غیره (۲،۳،۴).

١. Javaher, A.a., M. khaghanizade, and A. Ebadi, Study of Communication Skills in Nursing Students and its Association with Demographic Characteristics. Iranian Journal of Medical Education, ٢٠١٤. ١٤(١): □. ٢٣-٣١.
٢. Sha`bani, H., Instructional Skills (Methods and Techniques of Teaching). 1397, Tehran: SAMT.
٣. Potter PA, P.A., Stockert P, Hall A., Potter and Perry' Fundamentals of Nursing. 1396: Jameenegar Publishing.
٤. Bahador H., et al., Effective Factors on Communication between Teacher and Student Medical Students of Basic Sciences Level View. Bimonthly of Education Strategies in Medical Sciences, 2014. 6(4): p. ١٩٥-٢٠٠.
٥. Ghazi Mirsaeed J, M.-J.M., Taheri A, Yousefianzadeh O, Identifying M.A and PhD Students' Point of View Regarding Effective Factors in Establishing Communication between Students and Faculty Members of School of Allied Health at Tehran University of Medical Sciences in ٢٠١٢- ٢٠١٣ □□□□□□□□ □□□□. □□□□□□□ □ □□□□□□ □□□□□□□□□□ Development, 2016. 9(22): p. 95-102.

فصل هفتم

دانشجوی پزشکی، پزشک در حال یادگیری

دکتر محمد خواجه دلویی ، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد :

۱. آشنایی دانشجو با نقش و جایگاه آموزش در جامعه
۲. آشنایی دانشجو با رسالت و اهداف نظام آموزشی
۳. آشنایی دانشجو با ویژگی های آموزش دوره متوسطه و عالی
۴. آشنایی دانشجو با تفاوت آموزش پزشکی و آموزش سایر رشته‌ها

نقش و جایگاه آموزش در جامعه

آموزش^۱ به عنوان یک هنر و علم تعریف می شود. آموزش نوعی یادگیری^۲ است که با استفاده از آن دانش^۳، مهارت^۴ و نگرش^۵ یک گروه سنی از طریق آموزش، تحقیق و تمرین از یک نسل به نسل دیگر منتقل می شود. انتظار می رود فرایند آموزش تغییراتی در تفکر، احساس و عملکرد فراگیران ایجاد کند و دانش و مهارت هایی، به طور کلی یا در یک شاخه خاص از علوم، به آنه ا بدهد.

سرمایه گذاری برای آموزش یک عامل کلیدی در فرآیند توسعه^۶ است که اهمیت آن در توجه فزاینده به آن از دهه ۱۹۶۰ به بعد منعکس است. از این دوره سرمایه گذاری در آموزش های رسمی و غیر رسمی و تربیت نیروی انسانی سبب شد تا مهارت ها افزایش یابد و آگاهی و تحرک لازم برای توسعه اقتصادی و اجتماعی فراهم شود. به طوری که از ۴۰ سال پیش بانک جهانی به کشورهای در حال توسعه وام آموزش می دهد.

از دیدگاه جامعه شناختی، رابطه آموزش با توسعه از آن جهت قابل بررسی است که توسعه واقعی^۷ است فراهم آمده از مجموعه کنش های عقلانی و منطقی افراد جامعه و در این میان آموزش عامل بسیار مهمی است که به وسیله آن می توان به عقلانی کردن و بهینه کردن رفتار انسان ها پرداخت و از دستاوردهای علمی و فرهنگی بشر در طول تاریخ استفاده کرد.

امروزه سرمایه انسانی به عنوان یکی از عوامل مهم برای رشد اقتصاد ملی در اقتصاد مدرن به رسمیت شناخته شده است. بر اساس مستندات بخش اعظم توسعه در کشورهای صنعتی جهان به دلیل افزایش سرمایه نبوده است، بلکه به سبب بهبود در زمینه های

^۱Education

^۲Learning

^۳Knowledge

^۴Skill

^۵Attitude

^۶Development

انسانی: مهارت، کاردانی، مدیریت و ... بوده است. ظرفیت های انسانی به عنوان سرمایه، عامل نخست در فرایند توسعه اقتصادی بوده است. نقش آموزش در بهبود این ظرفیت ها بدین گونه است که، آموزش باعث شکوفایی استعدادها و ارتقای کیفیت نیروی انسانی می گردد و افزایش کیفیت نیروی انسانی موجب افزایش بهره وری و تسریع رشد اقتصادی می گردد. هر گونه رشد و توسعه اقتصادی، چه از نظر کمی و چه از نظر کیفی، نیاز به آموزش و نیروهای متخصص آموزش دیده دارد.

سرمایه انسانی^۱ به عنوان دانش و مهارت های انباشته شده یک نیروی کار تعریف می شود. در حقیقت ویژگی های کیفی افراد سرمایه آنها هستند. سرمایه انسانی، نه سرمایه فیزیکی و نه سرمایه مالی محسوب می شود بلکه سرمایه انسانی به عنوان دانش، مهارت، خلاقیت و سلامت فرد تعریف شده است. بسیاری از تئوری ها افزایش ذخیره سرمایه انسانی را با آموزش پیوند می زنند. بانک جهانی آموزش را کلید ایجاد، تقلید و نشر دانش معرفی می کند. آموزش می تواند به ارزش تولیدات اقتصادی اضافه کرده و درآمد فرد تحصیل کرده را نیز افزایش دهد. اما حتی با درآمدهای برابر، فرد ممکن است با خواندن، برقراری ارتباط، بحث کردن، قادر شدن به انتخاب آگاهانه تر و با افزایش احترام نزد دیگران و از این قبیل، از آموزش خود منتفع گردد.

رسالت و اهداف نظام آموزشی

هدف غایی و نهایی آموزش "تربیت انسان مطلوب برای آینده" است و هدف کلی آموزش ایجاد قابلیت های، تحصیلی، شغلی، شهروندی و تدبیری در فراگیران است. تحقق این اهداف از طریق ایجاد زمینه، موقعیت ها و فرصت هایی برای؛ رشد شناخت و تفکر فراگیر، توجه به تجربیات فراگیر و تعامل فعال، مشارکت اجتماعی و داشتن کارکرد مؤثر اجتماعی، غنی سازی تجربیات یادگیری و توجه به قدرت انتخاب فراگیر، ایجاد زمینه استقلال و خود راهبری فراگیر، آمادگی جهت کار و اشتغال و حرفه، انتقال فرهنگ،

^۱Human resource

^۲Mission

^۳Goals

اجتماعی کردن افراد (جامعه پذیری)، نقش پذیری اجتماعی، ایجاد حس مسئولیت پذیری و پاسخگویی در نظام آموزشی انجام می پذیرد.

سازمان یونسکو اصول و محورهای چهارگانه آموزش در قرن بیست و یکم را، « یادگیری برای انجام دادن »، « یادگیری برای دانستن »، « یادگیری برای با هم زیستن » و « یادگیری برای بودن » مطرح نموده است، که بایستی به طور همزمان و توأمان مورد توجه قرار گیرند.

پیگیری حصول این اهداف، و دست یابی به موقعیت ها و فرصت های مورد اشاره، در فرایندی که از آموزش پیش دبستانی تا آموزش عالی استمرار دارد، انجام می پذیرد. هر چند که این فرایند پیوسته و مستمر است، ولی مراحل و مقاطعی دارد که علی رغم اینکه هدف غایی تمامی این مقاطع مشترک است، ولی در اهداف و روش های تحقق اهداف هر مقطع، تفاوت هایی وجود دارد.

ویژگی های آموزش دوره متوسطه و عالی

آموزش متوسطه^۱

آموزش متوسطه با دوره بلوغ همراه می شود. دوره بلوغ یا اوایل نوجوانی، زمان رشد جسمانی، عاطفی و عقلانی سریع است، در حالی که اواسط نوجوانی با سازگاری و ثبات بیشتری همراه است و تغییرات رشدی به سمت یکپارچگی شخصیت حرکت می کند. آغاز نوجوانی با تفکر درباره واقعیت شروع می شود. نوجوان می کوشد افکار را به سوی احتمالات گسترش دهد. متمایزترین ویژگی تفکر صوری در این دوره، معکوس بودن جهت تفکر بین واقعیت و احتمال است. این ویژگی، نقطه عطفی در رشد ساختار هوش ایجاد می کند، زیرا به توازن ثابت و پایدار در تفکر نوجوان می - انجامد.

دوره متوسطه باید فرصت های تربیتی متنوعی را فراهم آورد که از طریق آن امکان رشد ابعاد وجودی، انتخاب نظام معیار و شکل گیری هویت یکپارچه دانش آموزان با توجه

^۱Secondary education

به تفاوت های فردی دانش آموزان وجود داشته باشد. دوره متوسطه شامل مرحله های سوم و چهارم تربیت است.

مرحله سوم تربیت با دوره نوجوانی اول مقارن است، و آغاز ۱۲ سالگی تا پایان ۱۴ سالگی را در بر می گیرد. اهداف دوره آموزشی این مرحله برآوردن نیازهای شخصی و آموزشی یادگیرندگان دوران بلوغ است. برنامه درسی این دوره باید به این موارد توجه کند:

- توجه به رشد فردی دانش آموزان: تصریح ارزش ها، مهارت های کار گروهی، آموزش سلامت و زندگی خانوادگی در زمان مقتضی، آموزش شغلی
- ایجاد فرصت هایی برای کاوش و توسعه مهارت های اصلی مورد نیاز همگان
- توسعه الگو های یادگیری فردی
- پرورش توانایی های دانش آموزان در یافتن حقایق، سنجیدن شواهد، استنتاج، تعیین ارزش ها و استقبال از حقایق جدید
- ایجاد فرصت های مطالعات بین رشته ای برای درک نحو ارتباط حوزه های گوناگون دانش بشری
- کسب عادت ها و مهارت های لازم برای مطالعه و کار و آشنایی با روش های مؤثر فکر کردن و بیان کردن
- نقش پذیری اجتماعی^۱ و سازگاری شخصی و اجتماعی
- دارا شدن نظر مساعد و قدر شناسی در فرصت های مختلف و تدوین یک فلسفه جامع از زندگی
- ایجاد زمینه برای ادامه تحصیل
- هدایت دانش آموزان
- شکوفایی خلاقیت دانش آموزان

^۱Social role

دوره متوسطه دوره انتقال آموزش پایه (عمومی) و غیر تخصصی به دوره آموزش عالی و تخصصی است و همچنین دوره انتقال میان کودکی و جوانی که از سه جهت دوره انتقالی می باشد .

- انتقال از آموزش عمومی ، همگانی و غیر تخصصی به آموزش دانشگاهی و تخصصی

- انتقال از محیط آموزشی به محیط کار و زندگی

- انتقال از دوره میان کودکی و جوانی و بلوغ

در دوره متوسطه برنامه های درسی متنوع در شاخه ها و رشته های تحصیلی تقسیم شده و در نتیجه فرصت های مناسب برای انتخاب درس و رشته تحصیلی براساس استعداد، علاقه، معلومات پایه و نیازهای آینده بهتر فراهم می شود.

آموزش عالی¹

آموزش عالی یکی از زیر ساخت های مهم نظام آموزشی هر کشور می باشد که وظیفه آن تربیت نیروی متخصص در زمینه های مختلف، پژوهش و ارائه خدمات تخصصی در حوزه های متنوع علم و فناوری به جامعه است. توسعه ملی نیازمند حرکت به سوی علم و فناوری، چه در تدریس و چه در تحقیق دانشگاهی است. لذا، سرمایه گذاری در آموزش عالی یکی از راه های اساسی برای دستیابی به نیروی ماهر و توسعه اقتصادی اجتماعی محسوب می شود. به همین دلیل، تقاضای روزافزون برای آموزش عالی، تنها ریشه در آرمان اجتماعی ندارد، بلکه دلیل آن همچنین ناشی از نیازمندی های بازار کار است که خود حاصل به کارگیری فزاینده دانش است.

به نظر اندیشمندان و صاحب نظران علم مدیریت و منابع انسانی، نیروی انسانی مجرب و کارآمد در کنار منابع مالی، تجهیزات و بودجه از مهم ترین منابع سازمان ها به شمار می روند که می توانند در مجموعه نظام سازمانی، برای توسعه و پیشرفت فعالیت های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، تأثیر بنیادین داشته باشند. بدین منظور، هدف مطلوب

¹ Higher education

مؤسسات آموزش عالی سرپرستی و هدایت در تربیت نیروی انسانی لازم برای رشد و توسعه متناسب با اهداف همه جانبه (کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت) نظام آموزش عالی است.

تفاوت های آموزش متوسطه و آموزش عالی

ترک مدرسه و ورود به دانشگاه بعد از آموزش متوسطه، برای بسیاری از دانش آموزان می تواند یک چالش بزرگ بوده و نیاز به تطابق قابل توجهی دارد. این چالش و نیاز به تطبیق به دلیل تفاوت های آموزش متوسطه و آموزش عالی در حیطه های اهداف آموزشی، محتوای آموزشی، روش های آموزش، محیط آموزشی و ضوابط آموزشی است. اگر دانشجو در بدو ورود به دانشگاه از این تفاوت ها آگاه باشد، آن گاه برای ایجاد تغییر در نگرش و رفتارهای لازم برای موفقیت، آمادگی لازم را خواهد داشت. برخی از تفاوت های آموزش در سطح متوسطه و سطح عالی به شرح زیر است:

اهداف آموزشی^۱: در آموزش متوسطه هدف بیشتر توجه به رشد جنبه های فردی دانش آموز، ایجاد فرصت های مطالعات بین رشته ای و ایجاد زمینه و هدایت دانش آموزان برای انتخاب و ادامه تحصیل است. امروزه با توجه به اینکه فلسفه وجودی دانشگاه ها معطوف به چهار کارکرد؛ آموزش، پژوهش، تربیت نیروی انسانی ماهر و توسعه فرهنگی جامعه است، پس دانشگاه، فکر تولید می کند، اندیشه ها را نقد و اصلاح می کند و با تامین نیروی انسانی کافی و متخصص، توسعه و تکامل جامعه را طراحی می کند. در آموزش عالی که بیشتر مبتنی بر اشتغال است، هدف ایجاد و افزایش مهارت های تخصصی یک حرفه و شغل، توانمندی تولید علم و دانش فنی در زمینه های تخصصی علمی، و همچنین تمرین نقش پذیری و مشارکت اجتماعی است.

محتوای آموزش^۲: با توجه به هدف آموزش متوسطه که ایجاد زمینه گرایش و هدایت دانش آموز در انتخاب رشته و آینده تحصیلی است، لذا تنوع دروس بسیار زیاد و در

^۱Educational goals

^۲Profession

^۳Educational content

حیطه‌های مختلف از علوم انسانی، اجتماعی، تجربی، ریاضی و ... است. به گونه ای که دانش‌آموز در طی آموزش متوسطه با تمامی این علوم، تا حدی سطحی، آشنا می شود. به عبارت دیگر مطالب علمی ارائه شده در سطحی و وسیع و گسترده ولی با عمق بسیار کم است. در آموزش متوسطه با توجه به اینکه هنوز رشته تحصیلی خاصی مد نظر نیست، مباحث آموزشی عمومی تر هستند. برنامه آموزشی برای تمامی دانش‌آموزان ثابت و کاملاً یکنواخت، و منابع آموزشی نیز محدود، ثابت و یکنواخت، و معمولاً همیشه به صورت کتاب است.

در آموزش عالی محتوای آموزشی کاملاً اختصاصی و متناسب با رشته تحصیلی است، لذا تنوع و گستردگی موضوعات علمی کمتر است، ولی عمق مطالعاتی بسیار زیاد است. تنوع و گستردگی زیادی در منابع علمی وجود دارد و دانشجو در انتخاب منابع علمی اختیاری نسبی دارد. از نظر شکل و ساختار منابع علمی متنوع به صورت کتاب، مقالات، جزوات و اشکال الکترونیک است.

روش‌های آموزش: در آموزش متوسطه روش غالب و معمول آموزش، سخنرانی معلم و یادداشت برداری مستقل دانش‌آموزان است. آموزش معلم محورا است و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموز و حضور او در کلاس به طور مستمر و مرتب توسط معلم نظارت می شود. آموزش در قریب به اتفاق موارد نظری است و به ندرت آموزش‌های عملی در محیط آزمایشگاه وجود دارد.

در آموزش دانشگاهی روش‌های آموزش بیشتر مبتنی بر روش‌های تعامل فعال دانشجو (جلسات بحث گروهی، انجام پروژه، کارگاه آموزشی، کارآموزی و ...) است. روش‌های آموزش بیشتر دانشجو محور و متناسب با نیاز دانشجویان است و بخش قابل توجهی از آموزش‌ها عملی و کاربردی در آزمایشگاه‌ها، محیط‌های شبیه سازی شده، مراکز مهارت‌ها و یا عرصه جامعه است. ارتباط دانشجو و استاد به نسبت کمتر است و به طور مستمر و

¹Teaching methods

دایمی پیشرفت تحصیلی و حضور دانشجو نظارت نمی شود و به تبع این، آشنایی با منابع کتابخانه ای و استفاده از آنها ضرورت دارد.

محیط آموزشی: مدرسه به عنوان مکان آموزش متوسطه، معمولاً در واحد اجتماعی محله ها شکل می گیرد و با توجه به تشابه و همگنی بافت جمعیتی محله ها از نظر فرهنگی، طبقه اجتماعی اقتصادی، باورها و هنجارها و دیگر ویژگی های فرهنگی و اجتماعی، دانش آموزان یک مدرسه اغلب از نظر جنسیتی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و دیگر ویژگی ها همگن هستند و تنوع چندانی از این جنبه ها بین دانش آموزان دیده نمی شود. معمولاً تعداد دانش آموزان در یک کلاس نیز محدودتر و اغلب در حد ۳۰ نفر است. این در حالی است که، دانشگاه به عنوان مکان آموزش عالی، معمولاً در واحد اجتماعی یک استان و یا یک شهر بزرگ شکل می گیرد. از طرفی با توجه به تمرکز برخی رشته ها در برخی دانشگاه ها و رتبه متفاوت دانشگاه ها، طیف دانشجویان حاضر در یک دانشگاه معمولاً از قومیت ها، مذاهب و فرهنگ های مختلف یک کشور و حتی با بین المللی شدن دانشگاه ها و حضور اتباع سایر کشورها، از ملیت های مختلف هستند. به این دلیل بافت جامعه دانشجویی در یک دانشگاه، از نظر فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، باورها و هنجارها و اعتقادات و حتی ملیت بسیار متنوع است. معمولاً در اغلب رشته ها تعداد دانشجویان در هر دوره و کلاس در حد سه رقمی است. به دلیل وجود تشکلهای مختلف اجتماعی، صنفی و فرهنگی متنوع در دانشگاه ها، معمولاً فعالیت های دانشجویان در این عرصه ها بیشتر و به نوعی تمرینی برای پدیده اجتماعی شدن و نقش پذیری اجتماعی است.

ضوابط آموزشی: در آموزش متوسطه به دلیل ارتباط مستمر خانواده و مدرسه و وجود هماهنگی و همسویی بین خانواده و مدرسه، برنامه ریزی درسی اغلب توسط مدرسه با همسویی خانواده ها صورت می گیرد. در این فرایند نقش دانش آموز تا حدی غیرفعال

^۱Educational environment

^۲Socialization

^۳Educational criteria

است، به همین دلیل اختیارات چندانی در قبال برنامه ریزی آموزشی ندارد و در تناسب با آن مسئولیت چندانی هم ندارد. ولی، در آموزش عالی با توجه به استقلال نسبی دانشجو و فاصله خانواده از محیط آموزشی، اختیارات دانشجو در برنامه آموزشی خود افزایش می‌یابد و همپای با این، مسئولیت بسیاری از تصمیمات ناشی از این اختیارات نیز با خود دانشجو است.

تفاوت آموزش پزشکی و آموزش سایر رشته ها

آموزش پزشکی، همانند سایر رشته های آموزش عالی با شد که وظیفه آن تربیت نیروی متخصص در زمینه های مختلف، پژوهش و ارائه خدمات تخصصی در حوزه های متنوع علم و فناوری به جامعه است، وظیفه تربیت نیروی انسانی کارآمد در زمینه ارائه خدمات پزشکی و پاسخگویی به نیاز جامعه برای این خدمات، پژوهش و تولید علم و دانش فنی برای استفاده در تولید تکنولوژی های نوین و اثربخش در زمینه ارائه خدمات پزشکی را بر عهده دارد.

به رغم این شباهت، آموزش پزشکی به دلایل زیر با بسیاری از شاخه های دیگر علوم، فناوری، ادبیات و هنر متفاوت است.

• موضوعیت آموزش^۲

صاحب نظران معتقدند که ارزش هر علم بستگی به شرافت موضوع و غایت آن علم دارد. هر اندازه موضوع علمی پراهمیت تر و غایت آن ارزشمندتر باشد، آن علم از ارزش و اهمیت بیشتری برخوردار است. عالم بزرگ مرحوم نراقی می گوید: "شرافت هر علم و دانشی بستگی به شرافت موضوع و یا غایت آن علم دارد". موضوع دانش پزشکی جان و روان انسان و غایت آن سلامتی، تندرستی و رفاه انسان است. ارزش انسان به عنوان ارزشمندترین مخلوق هستی، چه از نظر ادیان و جوامع توحیدی و چه از دیدگاه جوامع سکولار کاملاً

^۱Educational planning

^۲Medical education

^۳The subject of education

مکشوف و مشهود است. این موضوع اهمیت و حساسیت این رشته علمی را مضاعف می کند.

• روش آموزش

همانگونه که اشاره شد، یکی از تفاوت های آموزش متوسطه و آموزش عالی، تأکید بسیار بر آموزش های عملی و کاربردی در آزمایشگاه ها، محیط های شبیه سازی شده، مراکز مهارت ها و یا عرصه جامعه در آموزش عالی است. این موضوع به طور خاص در آموزش پزشکی مصادق دارد. از نخستین سال ورود دانشجوی پزشکی، علاوه بر مطالب نظری گسترده، بخش قابل توجهی از آموزش او، آموزش های عملی مبتنی بر کسب مهارت و صلاحیت^۱ است. این آموزش ها به گونه ای هستند تا اطمینان از کسب صلاحیت های لازم در فراگیر را ایجاد نمایند.

یکی از مهارت های اساسی در حرفه پزشکی، ارتباط با بیمار و مهارت کافی در کسب اطلاعات مرتبط با بیمار است، به گونه ای که مشکل او را مشخص نماید. اساس و پایه مراقبت ها در پزشکی، ارتباط موفق پزشک و بیمار است و یک جزء اساسی در همکاری های موفق پزشک با بیماران، ایجاد و تداوم اعتماد آنان است. اعتماد بخشی، جزئی جدایی ناپذیر از پزشک خوب بودن است. اعتماد بیماران از طریق توجه و جدی گرفتن بیماران، به دقت گوش کردن به آنان، حساس بودن در معاینه آنان و حفاظت از اطلاعات محرمانه آنان، جلب می شود.

برای ایجاد این ارتباط مؤثر با بیمار بایستی؛ به بیماران گوش داد، از آنها نگرش و دیدگاهشان در مورد سلامتی خودشان را پرسید و به دیدگاه های آنان احترام گذاشت، و به نگرانی ها و خواسته های بیماران پاسخگو بود. به طریقی که بیماران بتوانند درک کنند، بایستی اطلاعاتی را که می خواهند یا نیاز دارند که درباره وضعیت شان بدانند، به آنها ارائه کرد.

^۱Competency

^۲Relationship

کسب مهارت های ارتباطی توسط فراگیران پزشکی، علاوه بر دانستن مفاهیم و اصول آن، مستلزم قرارگیری در موقعیت واقعی مواجهه با بیمار است. فقط در این صورت می توان از کسب صلاحیت فراگیران در این مهارت اطمینان حاصل نمود.

با توجه به ماهیت تهدید کننده حیات بیماری، ضرورت فوریت مراقبت های پزشکی در برخی موارد، التهاب و هیجان بیمار و خانواده و وابستگان او، پزشکان بایستی در موقعیت های بحرانی و بدون قطعیت بتوانند با بیمار و همراهان او ارتباط مؤثر برقرار کنند و تصمیم گیری و قضاوت های بالینی درست و با کمترین خطا انجام دهند. این موضوع یکی از مهم ترین و اساسی ترین چالش ها در حرفه پزشکی است که مستلزم مهارت ها و صلاحیت های پزشکان است. فراگیران پزشکی بایستی در طی دوره تحصیلی خود این مهارت ها و صلاحیت ها را کسب نمایند. هر چند که آموزش با مدل های شبیه سازی شده در مراکز مهارت های بالینی با بیمارنما، یا روش های دیداری و شنیداری و یا مشاهده کننده به عنوان کارآموز، تا حدی در کسب این مهارت ها و صلاحیت ها کمک کننده است، ولی به یقین کسب این مهارت ها و صلاحیت ها مستلزم قرار دادن فراگیر در موقعیت واقعی است، تا در فضای واقعی و مواجهه با تمامی عوامل مداخله گر، بتواند تصمیم گیری و اقدام نماید.

این مهم فقط هنگامی امکان پذیر خواهد بود که دانشجوی پزشکی، علی رغم اینکه هنوز در حال یادگیری است و صلاحیت کافی را ندارد، در موقعیت واقعی یک پزشک برای کسب این مهارت ها قرار گیرد. به دیگر سخن، **فراگیر پزشکی، پزشک در حال یادگیری** است. به یقین در این روش آموزش، جان و سلامت بیمارانی که در مراکز آموزش پزشکی تحت مراقبت هستند، می تواند به طور جدی به خطر افتد. ولی، بایستی در نظر داشت که چنان چه فراگیر پزشکی که نسل آینده جامعه پزشکی جامعه خواهد بود، فاقد صلاحیت، مهارت و کارآمدی کافی باشد، در نهایت منجر به اختلال در ارائه خدمات پزشکی و آسیب دیدن منافع جامعه خواهد شد.

نکته بسیار مهم و اساسی برای ایجاد تعادل در این پارادوکس، محافظت از جان و سلامتی بیماران در کنار آموزش و یادگیری با کفایت فراگیران پزشکی است. این تعادل هنگامی میسر خواهد بود که این آموزش ها تحت نظارت مناسب و متناسب سطوح با صلاحیت بالاتر انجام پذیرد. در این حالت، سلامتی، جان و حقوق بیمار رعایت می شود، فراگیر پزشکی آموزش موثر و با کفایت می بیند، از طرفی رضایتمندی بیماران به دلیل اینکه خدمات پزشکی را از یک تیم پزشکی هماهنگ دریافت می کنند، افزایش خواهد یافت. مطالعاتی وجود دارند که نشان می دهند میزان رضایت بیمار به دنبال مشارکت فراگیران در روند مراقبت از ایشان کاهش پیدا نمی کند و این موضوع به دلیل این است که بیمار باور دارد که خدمات پزشکی را از یک تیم پزشکی که در آن افراد با بالاترین سطح صلاحیت نیز وجود دارند، با سطح مناسبی از نظارت دریافت می کند. به همین دلیل بایستی در نظر داشت که **وجود نظارت مناسب در آموزش پزشکی حق مثبت فراگیر و بیمار است.**

راهنمای مدرس:

آموزش این مفاهیم ارجح است با روش های آموزش مبتنی بر تعامل فعال فراگیر، مانند بحث گروهی و یا کارگاهی باشد. پیشنهاد می شود که پس از تقسیم بندی دانشجویان به گروه های حداکثر ده نفری، دو پرسش زیر برای طرح در گروه و بارش افکار و جمع بندی در گروه ارائه گردد.

- از دیدگاه شما، چه تفاوت هایی بین آموزش متوسطه و آموزش عالی (دانشگاهی) وجود دارد؟

- از دیدگاه شما، چه تفاوت هایی بین آموزش رشته پزشکی با سایر رشته های دانشگاهی وجود دارد؟

در هر گروه، از بین دانشجویان یک هماهنگ کننده گروه تعیین تا کار گروهی را اداره و در نهایت جمع بندی و ارائه نماید.

استاد در ارائه کار گروهی، دیدگاه های دانشجویان را در مورد تفاوت های آموزش متوسطه (که تجربه قبلی دانشجویان بوده است) با فضای فعلی یعنی دانشگاه (به طور عام نه فقط دانشکده پزشکی) جمع بندی و ثبت می نماید. در قریب به اتفاق موارد تفاوت های ذکر شده شامل؛ مکان و محیط آموزشی، محتوای آموزشی، حجم دروس، تخصصی بودن دروس، مختلط بودن دانشجویان، مسئولیت و اختیارات دانشجویان، تنوع زیاد فرهنگی اجتماعی، قومیتی، جنسیتی و ... خواهد بود. در مورد پرسش دوم نیز دانشجویان به تفاوت هایی مثل گستردگی محتوای رشته، نسبت زیاد آموزش های عملی، حساسیت موضع رشته، طول دوره آموزشی، تأکید زیاد بر رعایت آداب و شئون حرفه ای و اشاره خواهند نمود.

پس از ارائه کار گروهی در جمع بندی نظرات دانشجویان، استاد با بیان تفاوت های مهم آموزش عالی با آموزش متوسطه و تأکید بر آداب و شئون حضور در محیط آکادمیک و نیز با بیان ویژگی های خاص رشته پزشکی و آموزش آن در حیطه های محیط آموزش، محتوای آموزش و روش های آموزش، به ضرورت و تأکید بر رعایت آداب و شئون حضور در محیط های ارائه خدمات پزشکی تأکید می کند.

۱. Differences between High School and University, available in: http://welcome.uwo.ca/parents/high_school_vs_university.html
۲. What's the difference between high school and post-secondary education and training?, available in: www.adcet.edu.au
۳. Kwang Jin Choi^[1], Hyo Jung Tak^[2], et al, Characteristics of Medical Students with Physician Relatives: A National Study, <https://doi.org/10.15694/mep.2018.0000030.1>
۴. Gurjeet S. Shokar, MD; Navkiran K. Shokar, MD; Self-directed Learning: Looking at Outcomes
 - a. With Medical Students, Fam Med 2002;34(3):197-200
۵. M. Dandavino, Linda snell & Jeffrey wiseman, Why medical students should learn
 - a. how to teach, Medical Teacher · October 2007, 29: 558–565
۶. Nancy Sturman, Zachary Tan and Jane Turner, “A steep learning curve”: junior doctor perspectives on the transition from medical student to the health-care workplace, BMC Medical Education (2017) 17:92
۷. Sonali Prashant Chonkar, Tam Cam Ha, The predominant learning approaches of medical students, BMC Medical Education (2018) 18:17
۸. مریم افضل خانی، عزت ا... نادری و همکاران، بررسی ساختار برنامه ریزی درسی آموزش متوسطه ایران از دیدگاه استادان و متخصصان برنامه ریزی درسی، فصلنامه رهبری و مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، سال چهارم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۹، ۹-۳۶
۹. حسن مظاهری، آموزش و پرورش دوره متوسطه از منظر آیند هپژوهی، ضمیمه ما هنامه آموزشی، تحلیلی و اطلاعات عرسانی معلم، (ویژه نامه پایه یازدهم)
۱۰. زینب فاطمی امین، مجید فولادیان، نظام آموزشی و بازدهی آموزشی (مطالعه تطبیقی ۷۰ کشور جهان)، راهبرد فرهنگ، شماره هفتم، پائیز ۱۳۸۸
۱۱. حمید عبدی، سید ابراهیم میرشاه جعفری، تبیین برنامه درسی آینده در راستای تحقق چشماندازها و رسالت های آموزش عالی ایران در افق ۱۴۰۴، دو فصلنامه مطالعات برنامه درسی آموزش عالی، ۹۳، سال ۸، شماره ۶۱، پاییز و زمستان ۶۹
۱۲. محمد خواجه دلویی، پزشکان خانواده و مراقبت های پزشکی خوب، انتشارات قاف مشهدالرضا، چاپ اول، ۱۳۹۱
۱۳. معاونت امور فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اخلاق پزشکی، چاپ اول، ۱۳۷۷

آداب پزشکی ۲

فصل اول

مفاهیم مهارت های برقراری ارتباط مؤثر در دانشجویان علوم

پزشکی

دکتر علی اکبر پرویزی فرد ، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد :

۱. اهمیت برقراری ارتباط مؤثر در روابط بین فردی بیان کند.
۲. عناصر اصلی ارتباط (کلامی و غیر کلامی) را شرح دهد.
۳. مهارت گوش دادن فعال و روش های مؤثر در گوش دادن فعال را بیان کند.
۴. مهارت حرف زدن را توضیح دهد.

برقراری ارتباط مؤثر یکی از قدیمی ترین و در عین حال عالی ترین دستاوردهای بشر است. ارتباط در گذشته و برای انسان اولیه، علاوه بر کارکردهایی که در جهت حفظ حیات و یاری گرفتن از دیگران داشته، زمینه ساز فعالیت های اجتماعی و سر آغازی برای زندگی اجتماعی نیز بوده است. ارتباط از مؤلفه های اصلی زندگی اجتماعی است. مهارت برقراری ارتباط مؤثر یکی از مهم ترین پیش بینی کننده های سلامت روابط بین فردی است. به این منظور فنون برقراری ارتباط مؤثر به عنوان یکی از اصلی ترین قسمت های آموزش مهارت های زندگی در نظر گرفته می شوند. توانایی برقراری ارتباط مؤثر و مهارت ایجاد و حفظ روابط بین فردی از مهم ترین مهارت های پایه ای و اساسی روان شناختی و اجتماعی هستند که توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۳۳ به عنوان بخشی از مهارت های اساسی ده گانه زندگی معرفی شده است. مهارت توانایی برقراری ارتباط مؤثر عبارتست از ابراز احساسات، نیازها و نقطه نظرات فردی به صورت کلامی و غیر کلامی جهت تعامل مثبت با دیگران در روابط اجتماعی است. مهارت های ارتباطی و بین فردی، آن دسته توانایی هایی هستند که با ارتباط کلامی و غیر کلامی، گوش دادن فعال، توانایی ابراز احساسات و بازخورد دادن مرتبط هستند. ارتباط میان دو یا چند نفر اتفاق می افتد و ما همه در طول روز با افراد مختلف ارتباط برقرار می کنیم. اما قابل توجه این است که هر ارتباطی منجر به احساس موفقیت در ما نخواهد شد. داشتن یک ارتباط با احساس موفقیت مستلزم روش ها و مهارت هایی است و تنها در صورت کسب این مهارت ها است که می توان از برقراری ارتباط با دیگران احساس لذت کرد.

❖ اهمیت برقراری ارتباط مؤثر در روابط بین فردی

در تمامی حرفه ها، توانایی برقراری ارتباطات میان فردی مؤثر یکی از اجزای حیاتی کار به حساب می آید. در یک نظرسنجی که توسط مدرسه کسب و کار Katz در دانشگاه پیتزبورگ انجام شد، سازمان ها مهارت های ارتباطی را به عنوان مهمترین عامل انتخاب شده در انتخاب مدیران شان ارزیابی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که مهارت های

ارتباطی کلامی، نوشتاری و همچنین توانایی برقراری ارتباط با دیگران در محل کار از مهم‌ترین فاکتورها جهت پیش‌بینی موفقیت شغلی کارکنان می‌باشد. وقتی به آن فکر می‌کنید این موضوع منطقی به نظر می‌رسد. اگر به خوبی ارتباط برقرار کنید می‌توانید پیام خود را به دیگران به روش مؤثر ارسال نمایید. اگر نتوانید به خوبی ارتباط برقرار کنید، پیام‌هایی که ارسال می‌کنید در تفسیر باعث سوء تفاهم می‌شوند. نبود توانایی ارتباط مؤثر با دیگران باعث موانع در برابر توانایی شما برای توسعه مهارت‌های حرفه‌ای و شخصی می‌شود.

روان‌شناسان اجتماعی معتقدند کسی دارای مهارت اجتماعی مؤثر است که: "با دیگران طوری ارتباط برقرار کند که بتواند به حقوق، رضایت خاطر و یا انجام وظایف خود در حد معقولی دست یابد. بی‌آنکه حقوق، الزامات، رضایت خاطر یا وظایف دیگران را نادیده بگیرد و در عین حال بتواند در این موارد ارتباطی باز و آزاد با دیگران داشته باشد". در خصوص "چرایی و اهمیت" آموزش مهارت‌های ارتباطی برای دانشجویان پزشکی سئوالاتی به شرح زیر مطرح می‌شود:

- چرا مهارت‌های ارتباطی تدریس می‌شود؟
- آیا مطالعه مصاحبه پزشکی مهم است؟
- آیا در ارتباط بین پزشکان و بیماران مشکلاتی وجود دارد؟
- آیا شواهدی وجود دارد که کسب مهارت‌های ارتباطی می‌تواند بر این مشکلات غلبه کند؟

نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که پاسخ به این سئوالات "بله" است. مهارت‌های ارتباطی مؤثر جزء ضروری آموزش پزشکان است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد، ارتباط مؤثر بین دکتر و بیمار منجر به پایداری بهتر بیمار به دستورات پزشک، نتایج بهتر درمان، کاهش دادرسی و رضایت بیشتر پزشکان و بیماران می‌شود. ارتباط مؤثر با بیمار در سطح شناختی و عاطفی برای تشخیص و مدیریت مؤثر مشکلات بیمار امری حیاتی است (۱-۳). مصاحبه پزشکی در کار بالینی یک مهارت اساسی است. تخمین زده شده است که پزشکان ۲۰۰۰۰۰ مشاوره را در طول عمر کار حرفه‌ای خود انجام می‌دهند. بنابراین تلاش برای

کسب مهارت در این زمینه حائز اهمیت است. برای رسیدن به یک مصاحبه مؤثر، پزشکان باید چهار حوزه کاری خود را که صلاحیت بالینی آنها را تعیین می کند به شرح زیر با هم یکپارچه نمایند:

- دانش
- مهارت های ارتباطی
- مهارت حل مسئله
- ارزیابی وضعیت روانی و جسمی

این چهار جزء اساسی صلاحیت بالینی به طور جدی با هم ارتباط دارند و تخصص در هر یک به تنهایی کافی نیست. برای دانشجویان پزشکی، آموزش مهارت های ارتباطی به طور کلی در سال های قبل از دوره پیش بالینی شروع می شود. نتایج مطالعات نشان داده است بعضی از موانع شایع ارتباط مؤثر بین پزشک و بیمار شامل استفاده از اصطلاحات پزشکی، عدم توانایی یا نداشتن مهارت های لازم در برقراری ارتباط با بیمار، تحقیر، عدم کافی زمان اختصاص داده شده به بیمار به هنگام بیان مشکلات خود می باشد (۴-۶). بیماران از پزشکان انتظار دارند که در برخورد با آنان حمایت کننده، غیر قضاوتی، همدلانه و با احترام باشند و در مورد جزئیات بیماریشان، انتخاب درمان و عوارض جانبی داروها صادقانه گفتگو کنند. پزشکانی که به طور فعال به صحبت های بیماران گوش می دهند و آنان را تشویق می کنند تا سئوالات خود را مطرح سازند و نیز به ارزش ها و حریم خصوصی بیماران احترام می گذارند همواره مورد قدردانی واقع می شوند. علاوه بر این، جنبه های غیر کلامی ارتباط مانند زبان بدن، تماس چشمی، حالت چهره، لمس، ژست ها و رعایت فاصله بین فردی از اهمیت فوق العاده ای در ایجاد ارتباط بین پزشک و بیمار برخوردار است.

❖ ارتباط چیست؟

در نگاه اول کلمه ی "ارتباط" واژه ای تعریف شده و بی نیاز از توضیح به نظر می -رسد. اما اگر کمی دقت کنیم از خود خواهیم پرسید "راستی ارتباط یعنی چه؟" و

"عملکرد آن چگونه است؟". هنگامی که از افراد خواسته می شود ارتباط را تعریف کنند، اکثر آنان اشکال ارتباط را، با صحبت کردن یا گوش دادن، مرتبط می دانند. اما ارتباط چیزی فراتر از آن است. شاید بارزترین ویژگی ارتباط همه گیر بودن آن است. ما هر لحظه و همه جا در حال برقراری ارتباط هستیم. ارتباط را می توان به عنوان هنر و فرایند ایجاد و به اشتراک گذاری ایده ها تعریف نمود. ارتباط مؤثر به غنای این ایده ها بستگی دارد. ارتباط مؤثر رابطه ای کلامی و غیرکلامی است که بین دو یا چند نفر برقرار می شود و در طی این ارتباط افراد می توانند عقاید، نیازها، خواسته ها و هیجان های خود را ابراز کنند و به نوعی احساس رضایت دست یابند. به منظور برقراری ارتباط مؤثر، مهارت هایی وجود دارد که در موقع لزوم می توان از آن ها استفاده نمود. این که کدام مهارت شما انتخاب خواهید کرد به وضعیت شما، گیرنده ارتباط شما و اطلاعاتی که باید به آن انتقال دهید بستگی دارد. البته، ارتباط یک جاده دو طرفه است. برای موفقیت در برقراری ارتباط، باید موانعی که ممکن است در روند برقراری ارتباط ایجاد شود شناسایی و برطرف نمود. مهارت های ارتباطی ابزارهایی هستند که ما برای حذف موانع ارتباط مؤثر از آنها استفاده می کنیم.

Communication Skills



❖ فرایند ارتباط

فرایند ارتباط شامل مراحل چند گانه ای می باشد که ممکن است در هریک از این مراحل موانع یا مشکلاتی در فرایند ارتباط به وجود آید. مراحل فرایند ارتباط در شکل بالا نشان داده شده است.

مراحل فرایند ارتباط عبارتست از:

*منبع *پیام *رمزگذاری *کانال* رمزگشایی *گیرنده *فیدبک *بافت

❖ منبع ارتباط : منظور از منبع ارتباط، فرستنده ارتباط است.. فرستنده کسی است که پیام می فرستد. فرستنده باید بداند چرا ارتباط لازم است و به چه نتیجه ای منجر می شود.

❖ پیام: منظور از پیام، اطلاعاتی است که از طرف فرستنده به گیرنده پیام ارسال می- شود. پیام عبارتست از افکار، ایده ها، یا پاسخ های ما، به شرایط درونی خویش که قصد ابرازشان داریم.

❖ رمزگذاری: رمزگذاری عبارتست از فرآیند دریافت پیام و انتقال آن به فرمت مناسب برای به اشتراک گذاری آن با دیگران است. برای آن که افکار و احساساتمان را به دیگران منتقل کنیم، باید آن ها را به صورت کدهای فیزیکی قابل انتقال درآوریم و سازمان دهیم. رمزگشایی روی دیگر رمزگردانی است و از این طریق دریافت کننده، پیام دریافتی را معنا می کند.

❖ گیرنده: منظور از گیرنده، دریافت کننده پیام است. در واقع زمانی فرآیند ارتباط شروع می شود که فرستنده پیامی را به گیرنده ارسال کند و گیرنده پیام، بتواند آن را به طور کامل و صحیح دریافت نماید.

❖ کانال: منظور از "کانال" همان چیزی است که ارتباط برقرار کنندگان را به هم پیوند می دهد و رسانه را در خود جای می دهد. کانال در واقع پلی بین فرستنده و گیرنده پیام است. کانال روش یا روش هایی است که برای انتقال پیام استفاده می شود.

❖ فیدبک: منظور از فیدبک پاسخ کلامی یا رفتاری گیرنده پیام به فرستنده پیام است. فرستنده از طریق فیدبک های دریافتی می فهمد که پیام او تا چه حد دریافت شده و چقدر مؤثر بوده است. ما با بازبینی واکنش های طرف مقابل، ارتباطات بعدی خود را بهبود می بخشیم.

❖ **بافت:** منظور از بافت و وضعیت مکانی یا زمانی است که ارتباط در آن رخ می دهد. تمام ارتباطات، درون نوعی بافت روی می دهد و تاثیر شدیدی از آن بافت می پذیرند. برای مثال، در آسانسور به خاطر محدودیت محیط فیزیکی رفتارهایمان محدود می شود.

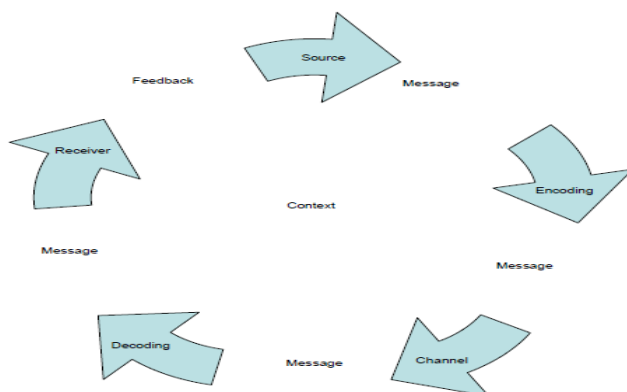


Figure 1: The Communication Process

❖ حوزه های مهارتی برقراری روابط بین فردی مؤثر

برای برقراری روابط بین فردی مؤثر چهار حوزه مهارتی را باید یادگرفت. این چهار حوزه عبارتند از :

۱. اعتماد در روابط بین فردی
۲. برقراری ارتباط روشن و عاری از ابهام
۳. پذیرش و حمایت یکدیگر
۴. حل تعارض ها و مشکلات موجود در روابط بین فردی به شیوه ای سازنده

❖ عناصر اصلی ارتباط

ارتباط وجوه مختلفی دارد. ارتباط دارای دو عنصر اصلی است. این دو عنصر عبارتند از عناصر کلامی و عناصر غیر کلامی ارتباط. عناصر کلامی شامل آن جنبه از ارتباط است که اختصاصاً به محتوای کلامی و فرایند بیان کلامی مربوط می شود. منظور از محتوای کلام، آن چیزی است که به زبان می آوریم. برای مثال جذاب بودن

محتوای کلام، تهدید آمیز نبودن آن، شورانگیز بودن موضوع صحبت، غم افزا نبودن و نظایر آن باعث تسهیل ارتباط می گردد. توجه به ابعاد فرهنگی و حتی خرده فرهنگی در محتوای کلام یکی از مهم ترین عوامل در افزایش کارآمدی ارتباط می باشد.

فرایند برقراری ارتباط کلامی شامل چگونگی شروع صحبت، نحوه جمله بندی، زمان بندی ارتباط کلامی، ملاحظات موقعیتی و بالاخره چگونگی جمع بندی و ختم ارتباط می باشد. هرچند ارتباط کلامی می تواند اطلاعات واقعی را به طور دقیق و کارآمد انتقال دهد اما آن فقط بخش کمی از کل ارتباط انسانی را تشکیل می دهد. محدودیت دیگر ارتباطات کلامی این است که کلمات می توانند با گروه های اجتماعی و فرهنگی مختلف تغییر کنند.

عناصر ارتباط غیر کلامی شامل آن وجهی از ارتباط هستند که اختصاصا به جنبه هایی غیر از محتوای کلامی و فرایند بیان کلامی مربوط می گردند. در این موقوله می توان تن صدا، آهنگ صدا، تماس چشمی حالات چهره ای، ژست ها و حالات بدنی را نام برد. برخی افراد برای بیان منظور و احساسات خود فقط از کلمات استفاده می کنند درحالی که دیگران برای انتقال پیام خود، علاوه بر کلمات از حالات چهره ای و حرکات بدنی یعنی آنچه که عنصر غیر کلامی ارتباط می نامیم نیز استفاده می - کنند. هنگامی که ما با کسی ارتباط برقرار می کنیم، بدن ما زبان مخصوص خودش دارد. طریقه نشستن، حرکات بدنی، نحوه صحبت و میزان تماس چشمی ما، همه این ها روش های غیر کلامی برای برقراری ارتباط است که پیام هایی را که کلمات ما از سال می کنند تحت تاثیر قرار می دهد. تحقیقات نشان می دهد ۵۵ درصد پیام های ما از طریق زبان بدن، ۳۷ درصد از طریق تن صدا و فقط ۸ درصد به وسیله ی کلمات به دیگران منتقل می شود. اغلب پیام های کلامی و غیر کلامی ما با هم همخوان هستند، اما گاهی اوقات می توانند متناقض باشند. برای اینکه بتوانیم به طور مؤثر و دقیق ارتباط برقرار کنیم، باید از احساسات خود و نیز درک سیگنال های غیر کلامی که ما به دیگران می فرستیم آگاه باشیم. توانایی استفاده از سیگنال های غیر کلامی به طور مناسب می تواند اعتماد و شفافیت ایجاد کند و بنابراین می تواند تأثیر قدرتمندی بر

کیفیت روابط بین فردی ما داشته باشد. البته بخش مهمی از ارتباط ما از طریق کلامی است، اما نحوه ارتباط ما با دیگران به اندازه ارتباط کلامی و گاهی اوقات بیشتر، مهم است.

❖ تکنیک های ارتباط مؤثر

- برای برقراری ارتباط مؤثر فراگیری دو مهارت اساسی به شرح زیر لازم است:
۱. مهارت ارتباطی پایه که شامل "مهارت گوش دادن خوب" و "مهارت فن بیان خوب" می باشد.
 ۲. مهارت ارتباطی پیشرفته، که شامل "زبان بدن" و "تحلیل تعاملی شیوه ارتباطی" می باشد.

هر چند این تکنیک ها در ظاهر ساده به نظر می رسند اما در عمل دشوار هستند و نیاز به تمرین و ممارست دارند. اگر این تکنیک ها به طور مناسب به کار برده شوند باعث تسهیل برقراری ارتباط مؤثر در روابط بین فردی می شوند. در ادامه بحث، به طور مختصر مهم ترین مهارت های ارتباطی پایه یعنی "مهارت گوش دادن و مهارت حرف زدن" توضیح داده می شود.

❖ مهارت های ارتباطی پایه

▪ مهارت گوش دادن

در برقراری ارتباط مؤثر گوش دادن اهمیت زیادی دارد. شنیدن و گوش دادن دو مقوله متفاوت هستند. شنیدن عملی غیر ارادی بوده و فقط به دریافت محرک های شنیداری اطلاق می گردد. گوش دادن عبارتند از فرآیند آموخته دریافت، تفسیر، یادآوری، ارزیابی و پاسخ به پیام های کلامی و غیر کلامی می باشد. گوش دادن یک فرایند است و به همین ترتیب شروع و پایان مشخصی ندارد. مراحل فرایند گوش دادن شامل دریافت، تفسیر، یادآوری، ارزیابی و پاسخ دادن به محرک می باشد. در مرحله دریافت، ما محرک های

مختلفی براساس اهمیت آن‌ها انتخاب می‌کنیم. سپس محرک‌های دیداری و شنیداری را تفسیر می‌کنیم. حافظه کوتاه مدت و بلند مدت محرک را ذخیره می‌کند تا برای یادآوری بعدی پردازش شوند. سپس قبل از پاسخ دادن به سیگنال‌های کلامی و غیر کلامی، اعتبار، جامعیت و ارزش یک پیام را ارزیابی می‌کنیم. گوش دادن به دو طبقه اصلی تقسیم می‌شود. این دو طبقه عبارتند از گوش دادن غیرفعال و گوش دادن فعال.

گوش دادن غیرفعال از نظر کیفیت، کمی بالاتر از شنیدن است و زمانی رخ می‌دهد که گیرنده پیام، انگیزه زیادی برای گوش دادن دقیق ندارد. گوش دادن فعال، فعالیتی ارادی و هدفمند است که به دقت و توجه نیاز دارد. گوش دادن یک از مهارت‌های اصلی و شالوده سایر مهارت‌های ارتباطی است. تحقیقات نشان داده‌اند هنگام صحبت کردن فشارخون ما بالا می‌رود در حالی که هنگام گوش دادن فشار خون ما پایین می‌آید.

❖ روش‌های مؤثر برای گوش کردن فعال

۱. به فرد مقابل نگاه کنید.

وقتی گوش می‌دهید سعی کنید تا آنجا که می‌توانید اطلاعات حسی را دریافت کنید. گوش دادن دقیق به پیام‌های کلامی و غیر کلامی فرد مقابل مبنا و پایه‌ای برای تفسیر و تعبیر و درک وی در همان لحظه می‌شود. این کار از طریق نگاه کردن، گوش دادن و ردگیری حرف‌های فرد مقابل انجام دهید.

۲. در زمان مناسب از رفتارهای غیر کلامی استفاده نمایید.

وقتی گوش می‌دهید سعی کنید با استفاده مناسب و به موقع از رفتارهای غیر کلامی، فرد مقابل را به صحبت بیشتر در مورد موضوع تشویق کنید. نشان دهید که به حرف‌های او علاقمند هستید. نشانه‌های غیر کلامی او را به شیوه‌ای ظریف تکرار کنید. با برقراری تماس چشمی یا تکان دادن سر او را به صحبت بیشتر در مورد موضوع تشویق کنید.

۳. از لحاظ ذهنی آماده باشید.

- به صحبت های فرد مقابل با دقت گوش دهید. سعی کنید به چیز دیگری فکر نکنید و فقط بر روی فرد مقابل تمرکز کنید. متوجه سوگیری های خود باشید. از پیش فرض ها اجتناب ورزید و تصورات قالبی را کنار گذارید.
۴. از زمان فکر کردن خودتان استفاده مثبتی کنید. با سؤال کردن از خودتان و تجسم گفته های طرف مقابل یا از طریق تکنیک های تمرکز فقط به او و پیام او فکر کنید.
۵. تا جای ممکن صحبت های طرف مقابل را قطع نکنید. برای خودتان یک بانک ذهنی درست کنید تا نظراتان در آن ذخیره کنید و بعد ها آن ها را برداشت نمایید.
۶. بدانید که گوش دادن کار پر زحمتی است. گوش دادن فعال به انرژی و تعهد نیاز دارد. بنابراین گوش دادن مهارت مهمی است که متخصصان باید آن را فراگیرند. در پایان جا دارد اشاره ای داشته باشیم به توصیه ی پولینوس به پسرش لائرتس در نمایشنامه ی هملت: شاهزاده دانمارک نوشته شکسپیر: "گوشهایت را به همه، و زبانت را به برخی بسپار"



▪ مهارت اساسی حرف زدن:

مهارت اساسی حرف زدن به شما کمک می کند تا با صراحت بیشتر و روشن تری حرف بزنید. به کمک فراگیری این مهارت ها می توانید فرد مقابل را از آنچه در درون شما جریان دارد، زودتر از موقع و در نقطه مورد نظر آگاه کنید.

هنگام صحبت کردن با فرد مقابل سعی کنید از طرف خودتان حرف بزنید. حرف زدن از طرف خود، نخستین مهارت و اساس سایر مهارت ها است. حرف زدن از طرف خود در روابط بین فردی به این معنی است که شما افکار، احساسات، خواسته ها و اقدامات خود را با استفاده از ضمیر "من" نسبت به فرد مقابل بیان کنید.

یک نکته که باید در روابط بین فردی به آن توجه کرد، نوع استفاده از ضمیر در انتقال پیام است. وقتی فردی با جملاتی صحبت می کند که با ضمیر "تو" شروع می شود فرد مقابل را در شرایطی قرار می دهد که احساس کند باید از خود دفاع کند. اما وقتی جملات فرد با ضمیر "من" شروع می شود وی از افکار و احساسات خود صحبت می کند و فرد مقابل ضرورتی برای دفاع از خود احساس نمی کند. هنگام برقراری ارتباط بین فردی، استفاده از ضمیر "من" برای بیان افکار، احساسات و هیجانات خود باعث می شود دیگران پیام های شما را به روشنی و آسان تر درک کنند و بیشتر مستعد قبول حرف هایتان می شوند و کمتر مخالف افکار، احساسات و خواسته های شما خواهند شد.

١. Stewart M, Brown JB, Boon H, et al. (1999). Evidence on patient–doctor communication. *Cancer Prev Control* 3, 25–30.
٢. Cegala DJ, Marinelli T, Post D (2000). The effects of patient communication skills training on compliance. *Arch Fam Med* 9, 57–64.
٣. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, et al. (1997). Physician–patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 277, 553–9.
٤. Shendurnikar N, Thakkar PA. Communication skills to ensure patient satisfaction. *Indian J Pediatr*. 2013;80: ٩٣٨-٤٣.
٥. Rowland-Morin PA, Carroll JG. Verbal communication skills and patient satisfaction. *Eval Health Prof*. ١٩٩٠ □ ١٣:١٤٨-٨٥.
٦. Silverman J, Kinnorsley P. Doctors’ non-verbal behavior in consultations: look at the patient before you look at the computer. *Br J Gen Pract*. 2010;60:76-8.
٧. Suzanne M Kurtz, Jonathan Silverman, Juliet Draper. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine: 2004* by Taylor & Francis Group, LLCRC Press is an imprint of Taylor & Francis Group, an Informa business.
٨. Andy Schmitz. *A Primer on Communication Studies: V. 1.0, Volume 1*. ٢٠١٢.
٩. Gail W. Stuart. *PRINCIPLES AND PRACTICE OF PSYCHIATRIC NURSING*, 10th edition ISBN: 978-0-323-09114-5. Copyright © 2013 by Mosby, an imprint of Elsevier Inc.
١٠. *Effective Communication Skills*. 2010 MTD Training & Ventus Publishing Aps ,ISBN 978-87-7681-598-1. Download free ebooks at BookBooN.com.

فصل دوم

روش های مطالعه و یادگیری

دکتر علی اکبر فروغی، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف ادگیری

از فراگیر انتظار می رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد :

۱. از تفاوت بین ادراک، یادگیری و تفکر آگاه باشد.
۲. مراحل حافظه، یادگیری و یادسپاری اطلاعات از توجه به محرک-های حسی تا قرار گرفتن اطلاعات در حافظه بلندمدت را توضیح دهید.
۳. اقسام حافظه و ویژگی های هر یک را توضیح دهد.
۴. دلایل فراموشی در سه نوع حافظه حسی، کوتاه مدت و بلندمدت را ذکر کند.
۵. راهبردهای شناختی مطالعه و یادگیری را شرح دهد.
۶. روش مطالعه پس خبا (PQRST) را بتواند در عمل به کار ببرد.

در این فصل می‌خواهیم در مورد روش‌های مطالعه و یادگیری مطالبی را شرح دهیم. اما پیش از پرداختن به این موضوع، لازم است با مباحث اصلی دیگری نیز آشنا شویم. در ابتدا، مروری کوتاه بر برخی مفاهیم اصلی در حوزه یادگیری نظیر احساس، ادراک، توجه، یادگیری و تفکر خواهیم داشت. سپس، انواع حافظه (حسی، کوتاه مدت و بلند مدت) و فرایند رمزگردانی و یادسپاری اطلاعات در هر یک را شرح می‌دهیم و دلایل فراموشی در هر یک از این حافظه‌ها را ذکر می‌کنیم. در ادامه، پس از معرفی این مفاهیم زیربنایی و اساسی با راهبردهایی که تحقیقات روان‌شناسی مؤثر بودن آنها را نشان داده‌اند آشنا می‌شوید. نهایتاً، روش مؤثر پس‌خبا را معرفی خواهیم کرد.

احساس و ادراک

در ابتدا، فرایند یادگیری با احساس‌های ما شروع می‌شود. دیدن، شنیدن، لمس کردن و مانند این‌ها **احساس** (حس کردن) نامیده می‌شوند. وقتی چیزی را احساس می‌کنیم یکی از اندام‌های یا اعضای حسی ما نظیر چشم، گوش تحریک می‌شود. در احساس ما فقط چیزی را می‌بینیم، می‌بوییم یا لمس می‌کنیم اما در **ادراک** می‌فهمیم که آن محرک چیست. به عبارتی دیگر، ادراک یعنی معنی‌دار کردن اطلاعات دریافت شده از طریق حواس. آنچه ما بر اساس احساس‌های خود ادراک می‌کنیم همان چیزی نیست که می‌بینیم، می‌شنویم، می‌بوییم یا لمس می‌کنیم. در واقع، ادراک شما تفسیر ذهنی ما از امور است، بنابراین از حالت‌های ذهنی، تجربه‌های قبلی، اطلاعات و انگیزش تأثیر می‌پذیرد.

توجه و یادگیری

چه چیزی تعیین می‌کند که بعضی احساس‌های ما ادراک شوند و بسیاری از احساس‌های دیگر ادراک نشوند؟ جواب این سوال **توجه (یا دقت)** است. انتخاب پاره‌ای از احساس‌های دریافتی و نادیده گرفتن احساس‌های دیگر توجه و دقت نامیده می‌شود. اصطلاح یادگیری معانی گسترده‌ای دارد. ما موضوع‌های مختلف در سی و غیردرسی مانند فیزیک، شیمی، ریاضی، موسیقی، آداب و رسوم و غیره را یاد می‌گیریم. در عین حال ما ورزش‌ها و

فعالیت‌های مختلف، دوست داشتن، کینه‌توزی و عواطف مختلف را یاد می‌گیریم. به طور خلاصه، می‌توانیم بگوییم یادگیری هم کسب دانش است و هم ایجاد تغییر در رفتار و عواطف. یادگیری می‌تواند به صورت **عمدی** (یا ارادی) یا **غیرعمدی** (غیرارادی) باشد. در یادگیری عمدی، به قصد می‌کوشیم تا چیزی را یاد بگیریم، مانند زمانی که به تحصیل درس‌های مدرسه اقدام می‌کنیم. برخلاف یادگیری عمدی، در یادگیری غیرعمدی یا اتفاقی که غیر ارادی است بی‌آنکه خودمان بخواهیم یاد می‌گیریم؛ مثل موقعی که در حین عبور از یک خیابان چشممان به تصویر یا تبلیغی بر دیوار می‌افتد و بعدها به یاد می‌آوریم که آن تصویر یا تبلیغ درباره‌ی چه چیزی بوده است.

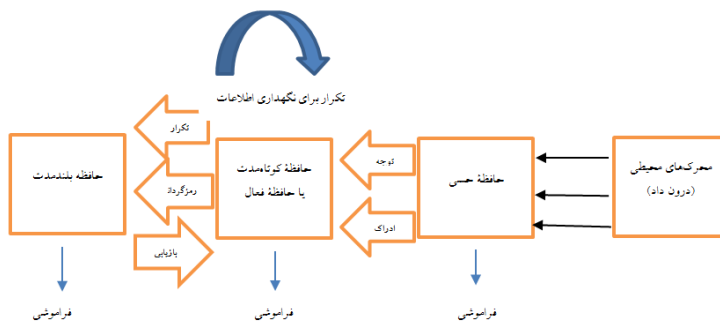
هر چند یادگیری غیرعمدی زیاد اتفاق می‌افتد اما بیشترین یادگیری‌های ما عمدی یا ارادی هستند و در زندگی همه‌ی انسان‌ها نقش عمده‌ای ایفا می‌کنند. بنابراین، توجه و دقت عنصر بسیار مهمی در یادگیری است و اگر در ضمن یادگیری تمام توجه ما معطوف به آنچه می‌آموزیم نباشد به‌خوبی یاد نمی‌گیریم و وقت و انرژی ما نیز به هدر می‌رود.

تفکر

پس از آنکه در زمینه‌ای مقداری دانش کسب کردیم یا مقداری یادگیری انجام دادیم، می‌توانیم درباره‌ی آنچه یاد گرفته‌ایم به **تفکر (اندیشیدن)** پردازیم. بنابراین، تفکر دخل و تصرف در دانش یا یادگیری و تعبیر و تفسیر و مقابله و مقایسه و سازمان‌دهی آن‌هاست. مهم‌ترین و کلی‌ترین نوع تفکر حل مسئله است. در حل مسئله ما با استفاده از یادگیری‌های قبلی گره یا مشکلی را می‌گشاییم یا به سوالی جواب می‌دهیم. مانند یادگیری، تفکر نیز هم می‌تواند ارادی باشد و هم غیرارادی. تفکر غیر ارادی شامل رؤیا (خواب دیدن) و رؤیای روز (خیال‌پردازی) است. در مجموع، ادراک به رابطه‌ی آنی فرد با محیط، یعنی پاسخ دادن به محرک‌ها در زمان حال گفته می‌شود. یادگیری به کسب تجربه، افزوده شدن اطلاعات تازه به مجموعه اطلاعات قبلی یا ایجاد تغییر در پاسخ‌ها و اطلاعات قبلی گفته می‌شود در مقابل، تفکر به استفاده از تجارب و یادگیری‌های گذشته اشاره می‌کند.

انواع حافظه

روان‌شناسان یادگیری نظام یاد یا ساختار حافظه انسان را به صورت الگوی کلی شبیه به آنچه در شکل زیر آمده می‌بینند. در این الگو، روابط متقابل میان یادگیری، یادسپاری و یادآوری به تصویر کشیده شده است.



نخستین مرحله پردازش اطلاعات، **حافظه حسی** نام دارد که به آن مخزن حسی یا ثبت حسی نیز می‌گویند. محرک‌های محیطی به طور دائم بر گیرنده‌های حسی اثر می‌گذارند و پس از قطع تأثیر محرک، فقط برای مدت کوتاهی (۱ تا ۳ ثانیه) حفظ می‌شوند. ما همزمان اطلاعات بسیار زیادی حس می‌کنیم و همه آن‌ها در مخزن حسی ثبت می‌شوند. با این حال تنها اطلاعاتی که مورد توجه‌مان قرار می‌گیرند، حفظ می‌شوند. به عبارت دیگر آن بخش از اطلاعات موجود در مخزن حسی که مورد توجه قرار می‌گیرند ادراک و وارد حافظه کوتاه‌مدت می‌شوند و بقیه اطلاعات از این مخزن حذف یا فراموش می‌شوند. پس نخستین عامل در یادگیری **توجه** یا **دقت** است، یعنی تمرکز انتخابی بر روی بخشی از اطلاعاتی که به مخزن حسی وارد می‌شوند.

دومین مرحله پردازش اطلاعات، **حافظه کوتاه‌مدت** نام دارد. اطلاعاتی که پس از ورود به حافظه حسی مورد توجه ما قرار می‌گیرند وارد حافظه کوتاه مدت می‌شوند. این اطلاعات برای انتقال به حافظه کوتاه مدت به صورت الگوهای تصویری یا صوتی در می‌آیند و به عبارتی اطلاعات در حافظه کوتاه‌مدت رمزگردانی می‌شوند. اطلاعات وارد شده به حافظه

کوتاه مدت برای حداکثر سی ثانیه باقی می ماند و پس از آن فراموش می شوند. اگر بخواهیم اطلاعات موجود در این حافظه را برای مدت زمان بیشتری نگه داریم باید از استراتژی یا راهبرد تکرار یا مرور ذهنی کمک بگیریم. علاوه بر مرور ذهنی لازم است مطالب جدید را با مطالبی که قبلاً آموخته و در حافظه بلندمدت ذخیره کرده ایم، ربط دهیم.

حافظه کوتاه مدت را می توان **حافظه هشیار** (خودآگاه) انسان دانست، زیرا ما از تمامی محتوای آن آگاهیم. هرگونه اطلاعاتی که بخواهیم مورد استفاده قرار دهیم، ابتدا باید آن را به حافظه کوتاه مدت بفرستیم. حافظه کوتاه مدت را **حافظه فعال** نیز می نامند، زیرا این حافظه با اطلاعاتی که در ذهن به طور فعال وجود دارند و در حال فعالیت برای انتقال به حافظه دراز مدت اند، سروکار دارد.

ویژگی مهم حافظه کوتاه مدت گنجایش اندک آن است. پژوهشگران یادگیری، گنجایش این حافظه را برای بزرگسالان 7 ± 2 ماده اطلاعاتی برآورد شده است. هرچند که گنجایش حافظه کوتاه مدت محدود است با این حال می توان به کمک سازمان دادن مطالب یا روش **تقطیع**، ظرفیت این حافظه را افزایش داد. تقطیع عبارتند از دسته بندی اطلاعات به واحدهای یا قطعه های کمتر. به عنوان مثال، هرگاه آرایش زنجیره اعداد ۹۶-۶۱۹-۲۱۷۷-۱۴۹ را به ارقام تاریخی مانند ۱۹۹۶-۱۷۷۶-۱۴۹۲ تغییر دهیم و بعد فقط این سه قطعه تازه را در حافظه کوتاه مدت ذخیره کنیم، می توانیم هر ۱۲ رقم را حفظ کنیم.

سومین و آخرین مرحله پردازش اطلاعات **حافظه بلندمدت** نام دارد. این حافظه همه آنچه ما در زندگی یاد می گیریم را در خود جای دارد. چنانچه پیشتر گفتیم، اطلاعات رسیده به حافظه حسی اگر مورد توجه قرار گیرند، به حافظه بلند مدت منتقل می شوند. اطلاعات رسیده به حافظه کوتاه مدت نیز به نوبه خود اگر به رمز در آیند و با اطلاعات آموخته شده قبلی پیوند برقرار کنند، وارد حافظه بلند مدت می شوند. حافظه بلند مدت به اشکال مختلفی است که دو نوع کلی **حافظه بیانی** (گزاره ای یا آشکار) و **حافظه غیر بیانی** (روندی یا غیرآشکار) را برای آن در نظر گرفته اند. حافظه بیانی، دانش بیانی را در خود

جای می‌دهد. منظور از دانش بیانی، دانشی است که به صورت شفاهی یا کتبی می‌توانیم آن را بیان کنیم. بیشتر آنچه در مدارس و دانشگاه آموزش داده می‌شود دانش بیانی است. حافظه بیانی خود به دو صورت **معنایی** و **رویدادی** است. حافظه معنایی، معانی را در خود جای می‌دهد. وقتی جمله‌ای از کتابی را می‌خوانیم، معنی آن را حفظ می‌کنیم نه واژه‌ها یا ساختار دستوری. حافظه رویدادی، رویدادها و وقایع را در خود جای می‌دهد. این حافظه وابسته به زمان و مکان است، برای مثال، وقتی که به یاد می‌آوریم در آخرین جمعه‌ای که به کوه رفتیم چه منظره‌های تازه‌ای را دیده‌ایم. در این حافظه تصاویر نقش برجسته‌ای دارند. برای اشاره به خاطرات رویدادی از اصطلاح **یادآوری** و برای توصیف خاطرات معنایی از اصطلاح **دانستن** استفاده می‌کنند.

برخلاف حافظه بیانی که وابسته به یادآوری فعال یادگیری‌های قبلی است، حافظه غیر بیانی وابسته به یادآوری فعال یادگیری‌های قبلی نیست و آگاهی فرد از محتوای آن ضرورت ندارد. دو نوع این حافظه یکی **حافظه کسب مهارت‌ها** و دیگری **حافظه واکنش‌های هیجانی** است. در حافظه مهارت‌ها، مهارت‌های مختلفی نظیر نواختن آلات موسیقی و انجام بازهای ورزشی قرار می‌گیرد. حافظه واکنش‌های هیجانی پاسخ به محرک‌های محیطی است و جنبه غیرارادی دارد. برای مثال، انسان‌ها معمولاً با فرار سیدن ظاهر احساس گرسنگی می‌کنند یا هنگام رو به رو شدن با سگی درنده احساس ترس دارند.

فراموشی

منظور از فراموشی ناتوانی ما در یادآوری اطلاعات از حافظه بلند مدت است. بسیاری از اطلاعاتی که ما فکر می‌کنیم فراموش کرده‌ایم هرگز وارد حافظه بلند مدت نشده‌اند. بنابراین، یادگیری واقعی به اندوزش اطلاعات در حافظه بلند مدت و فراموشی واقعی هم به از بین رفتن اطلاعات از این حافظه گفته می‌شود. با این وجود در هر یک از مراحل حافظه ممکن است فراموشی روی دهد که علل متفاوتی هم دارد.

علت فراموشی در حافظه حسی

از تمام اطلاعاتی که وارد حافظه حسی می‌شود تنها اطلاعاتی وارد حافظه کوتاه مدت می‌شود که مورد توجه قرار گیرند. بنابراین، مهم‌ترین دلیل فراموشی اطلاعات از حافظه حسی بی‌توجهی است.

علت فراموشی در حافظه کوتاه مدت

به دلیل گنجایش محدود حافظه کوتاه مدت، این حافظه به سرعت از اطلاعات پُر می‌شود. وقتی این حافظه پر شود برای اینکه اطلاعات تازه‌ای وارد آن بشود باید اطلاعات قبلی از آن خارج گردند. به این پدیده **جانشینی** می‌گویند. بنابراین، یک عامل مهم فراموشی یا حذف اطلاعات از کوتاه مدت جانشینی یا جا به جایی اطلاعات جدید با مطالب قبلی است. علت دیگر فراموشی اطلاعات از حافظه کوتاه مدت حذف خود به خودی آن‌ها بر اثر گذشت زمان است که به عنوان **زوال اطلاعات** از آن یاد می‌شود.

علت فراموشی در حافظه بلند مدت

به اعتقاد روان‌شناسان اطلاعات وارد شده به حافظه بلند مدت هرگز از بین نمی‌روند و با بودن شرایط مناسب همیشه قابل بازیابی یا یادآوری هستند. آنها علل زیر را برای به یاد نیامدن اطلاعات از حافظه بلند مدت بر می‌شمرند.

۱. سرکوبی

روان‌شناسان پیرو دیدگاه روان‌کاوی معتقدند که برخی از اطلاعات به دلیل اینکه بار هیجانی ناخوشایندی به همراه دارند، ما تمایلی هم به یادآوری آن‌ها نداریم و به همین دلیل آنها را فراموش می‌کنیم.

۲. تداخل

روان‌شناسان علت دیگر در ناتوانی اطلاعات حافظه بلند مدت را **تداخل** می‌دانند. طبق این نظریه اطلاعات یاد گرفته شده با هم تداخل می‌یابند و در هم مخلوط می‌شوند و همین امر مسبب به یاد نیامدن آن‌ها می‌شود. بعضی وقت‌ها اطلاعات تازه یاد گرفته شده با اطلاعات

قبلی آموخته شده تداخل می کنند و مانع از یادآوری اطلاعات قبلی می شوند. به این نو تداخل بازداری پس گستر می گویند. گاهی هم اطلاعات قبلاً آموخته شده مانع از یادآوری اطلاعات تازه یاد گرفته شده می شوند که تداخل یا بازداری پیش گستر می گویند.

۳. مشکلات بازیابی

سومین و مهم ترین دلیل ناتوانی در یادآوری اطلاعات از حافظه بلند مدت از نظر روان شناسان مشکلات بازیابی است. طبق این نظریه اطلاعات در حافظه بلند مدت هیچ گاه از بین نمی رود بلکه مشکل در بازیابی اطلاعات است. اگر نشانه ها یا سر نخ های بازیابی لازم را پیدا کنیم می توانیم اطلاعات فراموش شده را به یاد بیاوریم. این حالت درست مانند کتابی است که در کتابخانه وجود دارد اما چون شماره ثبت آن را در اختیار نداریم، نمی توانیم آن را پیدا کنیم.

راهبردهای یادگیری

راهبردهایی که برای مطالعه استفاده می شود به دو دسته کلی راهبردهای شناختی و فرا شناختی تقسیم می شوند. شناخت را می توان به عنوان فرایندها یا جریان هایی که به کمک آن ها یادگیری، یادآوری و تفکر صورت می گیرد تعریف کرد. به عبارتی شناخت یعنی دانستن و وقتی می گوئیم شناخت جهان هستی منظورمان دانستن جهان هستی است. فرا شناخت به شناخت یا دانستن در مورد دانسته های خود اطلاق می شود. به بیان دیگر، فراشناخت عبارت است از دانش فرد درباره چگونگی یادگیری خویش. دانش فراشناختی شامل سه نوع است:

۱. دانش مربوط به خودِ یادگیرنده، یعنی آگاهی که یادگیرنده از رجحان ها، علایق، عادت های مطالعه، هدف ها و نقاط قوت و ضعف خود دارد.
۲. دانش مربوط به تکلیف یا موضوع مورد یادگیری: از قبیل اطلاعات مربوط به سطح دشواری موضوع یادگیری و میزان کوشش مورد نیاز برای یادگیری آن.
۳. دانش مربوط به راهبردهای یادگیری و چگونگی استفاده از آن ها

راهنماهای شناختی مطالعه و یادگیری

راهنماهای شناختی اقدام‌هایی هستند که به کمک آن‌ها اطلاعات تازه را با اطلاعات قبلی آمیخته شده پیوند و ترکیب می‌شوند تا در حافظه بلند مدت قرار گیرند. سه دسته کلی راهنماهای شناختی به ترتیب زیر وجود دارد.

الف. تکرار یا مرور

منظور از تکرار، گفتن یک مطلب برای خود با صدای بلند یا آهسته است. نمونه‌ای از تکرار ساده، مرور شماره تلفنی در ذهن خود است تا تکه کاغذی بیابیم و آن را یادداشت کنیم. گاهی **تکرار برای مطالب ساده** است که در اینجا یادگیرنده مطالب را به صورت **بخش به بخش** یا **با فاصله زمانی** به ذهن سپرده می‌شود. در روش بخش به بخش مقدار زیادی اطلاعات مانند جدول ضرب به چند بخش تقسیم و به نوبت تکرار می‌شود تا فرد بر آن تسلط یابد. در روش تمرین پراکنده یا مطالعه فاصله‌دار، سعی می‌شود مطالب تقسیم و در زمان‌های مختلف به تکرار آن پردازد. در تکرار ساده از روش‌های دیگری نظیر چندبار از رو خواندن، چندبار رونویسی کردن می‌توان استفاده کرد. در **تکرار مخصوص موضوعات پیچیده**، فرد پس از مشخص کردن نکات و ایده‌های اصلی و ضروری با نوعی علامت‌گذاری و خط کشیدن در ادامه به مرور آنها می‌پردازد. این روش چون نیاز به درگیری و فعالیت بیشتری دارد، قاعدتاً اطلاعات برای زمان بیشتری هم در حافظه باقی می‌ماند.

ب. بسط یا گسترش معنایی

اگرچه راهنماهای تکرار و مرور به یادگیرندگان در انتخاب و تسلط بر اطلاعات کمک می‌کند اما این روش‌ها به تنهایی برای تسلط بر مطالب معنادار کافی نیستند. در راهنما بسط یا گسترش معنایی یادگیرنده اطلاعات جدید را با اطلاعات قبلی موجود در حافظه بلند مدت ربط می‌دهد. در واقع، بین اطلاعات جدید و اطلاعات قبلی موجود پل زده می‌شود. راهنماهای بسط و گسترش به دو دسته ویژه مطالب ساده و مطالب پیچیده هستند.

راهبردهای بسط ویژه مطالب ساده

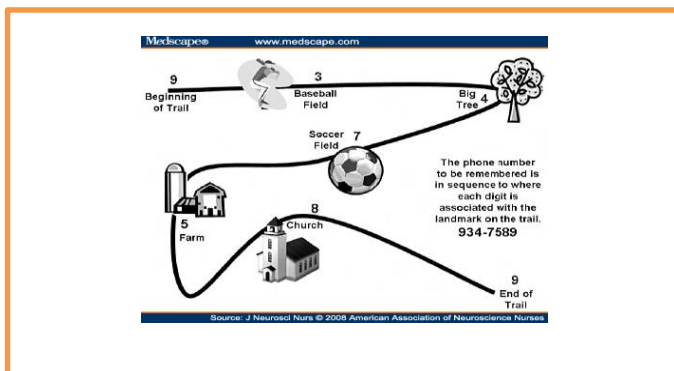
استفاده از واسطه‌ها. یکی از راه‌های تبدیل مطالب غیر معنی‌دار به مطالب معنی‌دار استفاده از واسطه‌ها یا میانجی است. فرض کنید دانش‌آموزی می‌خواهد فهرستی از جفت‌های متداعی نظیر «شانه- لیوان»، «چکش-ساعت» را حفظ کند. اگر او از واسطه‌هایی مثل زیر استفاده کند جفت‌ها معنی‌دار می‌شوند و بهتر در ذهن می‌مانند. «شانه در لیوان است»، «چکش به ساعت کوبید». این روش در یادگیری جفت‌های بی‌معنی و یادگیری کلمات زبان دیگر مفید است.

کلمه کلید. تصاویر ذهنی برای پیوند دادن زوج‌های از مواد بی‌ارتباط به هم بسیار مفید هستند. به همین دلیل، تصویرسازی ذهنی عنصر اصلی بسیاری از نظام‌های یادیار است. فرض کنید دانشجویی می‌خواهد کلمه bill و معنای آن (صورت حساب) را به ذهن بسپارد، در اینجا او می‌تواند از تصویرسازی نظیر مورد زیر استفاده کند.



روش مکان‌ها

یک روش قدیمی برای یادسپاری مطالب روش مکان‌ها است. در این روش یادگیرنده ابتدا یک‌سری مکان‌ها را به ترتیب به ذهن می‌سپارد، سپس مطالبی را با هر مکان در ذهن تداعی می‌کند. در ادامه، یادگیرنده با عبور از مکان‌های مورد نظر به صورت واقعی یا ذهنی، مطالب را به یاد می‌آورد. شکل زیر استفاده از روش مکان‌ها را نشان می‌دهد.



کاربرد روش مکان‌ها

روش سرواژه: منظور از سرواژه یا سرنام روشی است که از طریق آن بین ماده‌های اطلاعاتی نوعی ارتباط ایجاد می‌شود و یادگیری و یادآوری آن ماده‌ها سهل‌تر می‌گردد. سرواژه به واژه یا کلمه‌ای گفته می‌شود که از ترکیب حروف اول تعدادی واژه ساخته می‌شود. برای مثال، در روان‌شناسی برای اشاره به American Psychological Association از سرواژه APA استفاده می‌شود.

راهبردهای بسط و گسترش ویژه مطالب پیچیده

یادداشت برداری: منظور از یادداشت برداری یعنی انتخاب و ثبت نکات مهم و کلیدی به هنگام خواندن مطلبی یا گوش دادن به سخنرانی. بنابراین، در یادداشت برداری باید تنها نکات کلیدی و مهم ثبت شود، آن هم به زبان خود یادگیرنده و به طور خلاصه. یک روش مناسب برای یادداشت برداری این است که روی کارت‌های یادداشت برداری را مانند تصویر زیر به سه قسمت تقسیم کنیم. در یک قسمت کلمات کلیدی و سوال‌های مربوطه، در قسمت دیگر ایده‌های اصلی، نمودارها، افراد و .. نوشته شود و در نهایت در قسمت دیگر خلاصه‌ای ذکر شود.

خلاصه کردن: منظور نوشتن عبارت‌های کوتاهی است که مُعرف اندیشه‌های اصلی مطلبی است. یک راه خوب این است که پس از خواندن هر سطر، به زبان خودتان خلاصه‌ای از آن را در کنارش بنویسید.

علامت‌گذاری و حاشیه نویسی: در این روش به وسیله گذاشتن علامت و نوشتن رمز و کلمات و عبارات بر روی متن و حاشیه کتاب، معانی اصلی و نکات مهم برای خواننده برجسته می‌شود.

قیاس‌گری: در این روش یادگیرنده به کمک شباهت بین امور یاد می‌گیرد. به عنوان مثال، کار قلب را با کار تلمبه قیاس می‌کند و از شباهت این دو استفاده می‌کند و به یادگیری ویژگی‌های قلب می‌پردازد.

ج. سازمان‌دهی

بهترین و کامل‌ترین راهبرد یادگیری سازمان‌دهی است. در این روش برای مطالبی که یادگیری آن‌ها را دارید نوعی چارچوب یا ساختار تحمیل می‌کنید، اما چنین عملی در راهبردهای بسط یا گسترش الزامی نیست.

راهبردهای فراشناختی یادگیری و مطالعه

راهبردهای فراشناختی تدابیری هستند برای نظارت بر راهبردهای شناختی و کنترل و هدایت آنها. در واقع، یادگیرنده ماهر از راهبردهای شناختی به منظور پیشرفت شناختی استفاده می‌کند و از راهبردهای فراشناختی برای نظارت و کنترل پیشرفت خود بهره می‌گیرد. سه نوع راهبرد فراشناختی به ترتیب برنامه‌ریزی، نظارت و ارزشیابی و نظم‌دهی وجود دارد. به عبارت دیگر، در راهبردهای فراشناختی برنامه‌ریزی؛ شما هدف مطالعه را تعیین می‌کنید، مدت زمان لازم برای مطالعه و سرعت مطالعه را تخمین می‌زنید و راهبردهای شناختی مفید را انتخاب می‌کنید. در راهبردهای فراشناختی نظارت و ارزشیابی؛ در حین مطالعه به میزان توجه خود دقت می‌کنید، از خودتان سوال می‌کنید و حتی سعی بر حدس‌زدن سوال‌های امتحانی دارید. در نهایت، در راهبردهای نظم‌دهی گاهی سرعت مطالعه را تعدیل می‌کنید و راهبرد موثرتری را انتخاب می‌کنید.

روش پس خبا

یکی از معروف‌ترین فنون بهسازی حافظه روش **پس خبا** نام دارد. این روش بدین منظور ابداع شده که توانایی دانشجو را برای مطالعه و به خاطر سپردن مطالب درسی افزایش یابد. نام این روش متشکل از حروف اول عنوان پنج مرحله‌ای آن است: **پیش‌خوانی، سؤال کردن، خواندن، به‌خود پس دادن و آزمودن**. در این روش دانشجو ابتدا مطالب فصل را می‌خواند تا برداشتی کلی از موضوعات و بخش‌های مختلف آن داشته باشد. پیش‌خوانی شامل خواندن فهرست مطالب فصل، مروری بر عناوین فرعی و اصلی و خواندن دقیق خلاصه فصل است. همچنین باید به نمودارها و تصاویر دقت کنید.

مراحل دوم، سوم و چهارم (سؤال کردن، خواندن، به‌خود پس دادن) در مورد هر یک از بخش‌های اصلی فصل انجام می‌شود. در مرحله سؤال کردن، دانشجو هر عناوین اصلی و فرعی را می‌خواند و آن‌ها را به صورت سؤال در می‌آورد. در مرحله خواندن، هر بخش را به قصد پاسخ دادن به این سؤال‌ها می‌خواند و باید در مورد هر مطلب تأمل کند و سعی در ارتباط دادن آنها با مطالب قبلی داشته باشد و در مرحله به‌خود پس دادن، تلاش می‌کند اندیشه‌های اصلی آن بخش را به یاد بیاورد و اطلاعات را از بر بخواند. همچنین مطالب به یاد آورده شده را با متن کتاب باید تطبیق دهید که از درستی آنها اطمینان حاصل کنید. پس از خواندن مطالب فصل باید به آزمون و مرور مطالب بپردازید، با مراجعه به یادداشت‌های خود ببینید چقدر از مطالب را هنوز به یاد دارید. در این مرحله باید چکیده فصل را دوباره بخوانید و جزئیات مربوط به قسمت را دوباره به یاد آورید.

خلاصه فصل

در این فصل مروری کلی بر مفاهیم اصلی مربوط به حافظه و یادگیری شد. در ابتدا توضیح کوتاهی در مورد ادراک، تفکر و یادگیری ارائه شد. سپس مدل سه مرحله‌ای حافظه حسی، کوتاه مدت و بلند مدت مطرح شد و علل فراموشی در هر یک از این حافظه‌ها ذکر شد. در ادامه راهبردهای اصلی یادگیری به صورت شناختی و فراشناختی توضیح داده شد و به

نقش مکمل این راهبردها برای یادگیری درست تاکید شد. نهایتاً، روش یادگیری پس‌خبا به عنوان روشی مناسب برای یادگیری سریع و عمیق مطالب درسی ارائه شد.

منابع

۱. روش‌های مطالعه و یادگیری، تالیف علی اکبر سیف، ویرایش دوم، نشر دوران
۲. روان‌شناسی پرورشی، تالیف دکتر علی اکبر سیف، انتشارات آگاه
۳. زمینه روان‌شناسی هیلگارد، تالیف اتکینسون و همکاران، ترجمه دکتر محمدنقی براهنی و همکاران، انتشارات رشد.

فصل سوم

زبان بدن

دکتر نسرين جابر قادري، هيأت علمي دانشگاه علوم پزشكي کرمانشاه

اهداف يادگيري

از فراگير انتظار مي‌رود پس از مطالعه و يادگيري مطالب اين فصل به اهداف ذيل دست يابد :

۱. آشنايي دانشجو با چگونگي آموختن زبان بدن
۲. آشنايي دانشجو با حریم شخصی
۳. آشنايي دانشجو با انواع فاصله حوزه ها
۴. آشنايي دانشجو با فاصله حریم فردی در ديگر فرهنگ‌ها
۵. آشنايي دانشجو با حالت های اصلي بدن

مقدمه

بر اساس یافته‌های دانشمندان علوم رفتاری تنها حدود ۱۶ تا ۲۶ درصد از ارتباطات ما به صورت کلامی و حدود ۶۰ تا ۷۶ درصد آن به صورت غیر کلامی یعنی با استفاده از حالت‌های سر و دست و چشم و پا و ابرو و غیره صورت می‌گیرد از آنجایی که زبان کلامی تحت کنترل بخش هوشیار مغز انسان قرار دارد ما می‌توانیم آگاهانه کلماتی را بر زبان جاری کنیم که با احساسات و نیت واقعی ما همخوانی نداشته باشند و در نتیجه نیت واقعی خود را پنهان و آن را به گونه‌ای دیگر جلوه دهیم اما زبان بدن توسط بخش نا هوشیار مغز کنترل می‌شود و ما کنترل چندانی بر آن نداریم و از این رو باز تاب دهنده احساسات واقعی و درونی ماست.

بسیاری از مردم به سختی می‌پذیرند که ما از نظر زیست‌شناختی هنوز یک حیوان هستیم. ما نیز چون گونه‌های دیگر حیوانات تحت تاثیر قوانین زیست‌شناختی هستیم که کنش‌ها، واکنش‌ها و زبان بدن ما را کنترل می‌کنند. موضوع جالب ایناست که انسان بندرت از این واقعیت آگاه است که داستانی را به زبان می‌آورد و حرکات، اداها و اطوارهای او داستان دیگری را بیان می‌کنند تا آنجا که به مطالعه علمی زبان مربوط می‌شود.

شاید بتوان گفت که مهمترین کار انجام شده قبل از قرن بیستم کتاب بیان احساسات در انسان و حیوان اثر چارلز داروین در سال ۱۸۷۲ بود. این آغاز مطالعات حالت‌های چهره و زبان بدن بود. از آن زمان تا کنون محققین تقریباً یک میلیون نشانه‌های غیر کلامی را مشاهده و ثبت کرده‌اند. در واقع از میزان تاثیر کلی یک پیام، ۷ درصد کلامی (فقط کلمات)، ۳۸ درصد آوایی (از جمله تَن صدا) و ۵۵ درصد آن غیر کلامی است صرف نظر از فرهنگ، کلمات و حرکات با چنان هماهنگی اتفاق می‌افتند که یک فرد با تجربه و آموزش دیده می‌تواند با گوش دادن به صدای یک نفر بگوید که او چه حرکاتی را انجام می‌دهد. بیشتر حالت‌های ارتباطی اصلی در سراسر جهان یکسان است. هنگامی که مردم خوشحال هستند می‌خندند و وقتی غمگین یا خشمگین هستند اخم کرده و چهره در هم می‌کشند. تکان دادن سر معمولاً در همه جای جهان به معنی بله و تأیید است به نظر می‌رسد این حرکت جنبه ذاتی داشته و توسط افراد نابینا و ناشنوا هم مورد استفاده قرار می‌گیرد. سر

تکان دادن به طرف بالا یا از این طرف به آن طرف نشانه خیر یا مخالفت است و جنبه جهانی داشته و ممکن است در زمان نوزادی آموخته شود. وقتی که نوزاد شیر خواری به اندازه کافی شیر خورده باشد سرخود را از این طرف به آن طرف تکان می دهد که به معنی رد کردن سینه مادرش باشد. وقتی همان نوزاد به اندازه کافی غذا خورده باشد سرش را تکان می دهد تا به معنی رد کردن قاشق غذا باشد. این کودک به این طریق به سرعت یاد می گیرد تا مخالفت خود را به همین روش نشان دهد.

منشاء برخی حرکات و حالات ما را می توان در اجداد اولیه انسان یافت. نشان دادن دندان ها که در گذشته برای حمله به کار می رفته هنوز هم توسط انسان های امروزی به شکل فشردن دندان ها برای نشان دادن حالت خصمانه به کار می رود با وجود این که دیگر این دندان ها برای حمله به کار نمی روند. لبخند زدن از ابتدا به عنوان یک حالت تهدید آمیز به کار می رفت، اما امروزه همراه با حالت های دیگر برای بیان شادی به کار می رود. بالا انداختن شانه ها نیز مثال خوبی از یک حالت همگانی است که به کار می رود تا نشان دهد که یک فرد نمی داند شما چه می گوئید. این یک حالت چند گانه است که از سه قسمت اصلی تشکیل شده است: کف دست های باز، شانه های قوز کرده و ابروهای بالا انداخته. همان گونه که زبان کلامی در فرهنگ های مختلف با هم متفاوت اند زبان غیر کلامی نیز ممکن است چنین باشد. در حالی که یک حالت یا حرکت ممکن است در یک فرهنگ خاص متداول بوده و تفسیر روشنی داشته باشد، ممکن است در فرهنگ دیگر بی معنی بوده یا معنی کاملاً متضادی داشته باشد. به عنوان مثال، تفسیرها و کاربردهای سه حالت متداول انگشت یعنی حلقه، بلند کردن انگشت شصت را علامت V در نظر بگیرید



حالت بالا انداختن شانه ها

زبان بدن نیز همچون هر زبان دیگری از واژگان، جملات و علایم نوشتاری تشکیل شده است. تنها زمانی که کلمات در کنار هم و در یک جمله به کار روند می توان معنی آنها را به طور کامل فهمید. حالات و اشارات هم به صورت جمله به کار می روند و بی شک حقایقی را درباره احساسات و نگرش های یک فرد بیان می کنند. فرد تیز بین و فهیم کسی است که می تواند جمله های غیر کلامی را خوانده و آنها را با جمله های کلامی هماهنگ سازد. تصویر زیر حالت انتقاد آمیز را نشان می دهد. حالت اصلی حالت دست به چهره و در حالی است که انگشت اشاره روبه بالا به سوی گونه است و انگشت دیگر روی دهان قرار گرفته و انگشت شست زیر چانه قرار می گیرد. دلیل دیگر که این شنونده نسبت به گوینده حالت انتقادی دارد این است که پاهای او بر روی همدیگر و دست ها روی سینه حالت دفاعی قرار دارند در حالی که سر چانه رو به پایین اند (حالت خصمانه). این جمله غیر کلامی چیزی شبیه این می گوید "من چیزهایی را که تو می گویی دوست ندارم و با آن موافق نیستم."



اگر شما به عنوان گوینده از فردی که در شکل فوق نشان داده شده است می خواستید تا نظرش را در باره حرف های شما بگوید و او می گفت که با شما موافق نیست، جملات کلامی او با جملات غیر کلامی اش متناسب بود. اما اگر می گفت که از صحبت های شما لذت برده است، دروغ گفته بود زیرا کلماتش با حالاتش همخوان و سازگار نبودند. تحقیق نشان می دهد که علامت های غیر کلامی تقریباً پنج برابر کانال کلامی تاثیر گذار است و هنگامی که این دو همخوان نباشند مردم به پیام غیر کلامی اتکا می کنند و پیام کلامی را نادیده می گیرند. اغلب سیاستمداران عالی رتبه ای را می بینیم که در حالی که پشت میز

خطابه قرار گرفته و دستهای خود را بر روی سینه تا کرده (دفاعی) و چانه شان رو به پایین (انتقادی یا خصمانه) افتاده است، به شنوندگان خود می گویند که پذیرای ایده-های جوانان بوده و افرادی آزاد اندیش اند. این افراد ممکن است تلاش کنند تا مخاطبین خود را نسبت به رویکرد انسانی و گرم خود متقاعد کنند در حالی که ضربه های محکمی بر میز می کوبند.

زیگموند فروید مشاهده نمود که یک بیمار در حالی که به زبان بیان می کرد که از ازدواج خود راضی است، ناخودآگاه حلقه ازدواج خود را در انگشتش جلو و عقب می کرد. فروید به اهمیت این عمل غیر ارادی آگاه بود و هنگامی که مشکلات ازدواج خود را بروز داد متعجب نشد. کلید تفسیر دقیق زبان بدن مشاهده مجموعه حالات و تناسب بین کانال های ارتباطی کلامی و غیر کلامی است.

علاوه بر توجه به مجموعه حالت ها و همخوانی کلام و حرکات بدن، تمامی حالت های اشاره ای باید در محیطی که در آن جاری می شوند مورد بررسی قرار گیرند. اگر به عنوان مثال در یک روز سرد زمستانی در یک ایستگاه اتوبوس شخصی دست ها و پاهای خود را در هم گره زده و نشسته باشد، به احتمال بسیار زیاد به دلیل سرما است و نه حالت دفاعی. اما اگر مثلاً در پشت یک میز و در حالی که شما سعی می کنید ایده ای را مطرح کنید و یا کالایی را به او بفروشید چنین حالتی دارد به این معنی است که آن شخص در آن موقعیت، احساسی منفی یا دفاعی دارد.

البته باید عوامل تأثیرگذار دیگر بر محیط را نیز مد نظر داشت مثلاً مردی که بسیار شل دست می دهد احتمالاً به داشتن شخصیتی ضعیف متهم می شود. اما اگر فردی ورم مفاصل داشته باشد این گونه دست دادن را احتمالاً به خاطر پرهیز از درد محکم دست دادن انجام می دهد. به همین گونه هنرمندان، موسیقی دان ها، جراحان و کسانی که کارهای ظریف انجام می دهند معمولاً ترجیح می دهند که دست ندهند، اما اگر مجبور شوند با کسی دست دهند معمولاً از دست دادن محکم اجتناب می کنند.

از سوی دیگر رابطه مستقیمی بین مقام، قدرت و جایگاه یک فرد در اجتماع با نوع واژگان مورد استفاده او وجود دارد. فردی که جایگاه بالایی در اجتماع یا رده های مدیریتی

دارد می تواند از زبان گفتاری بیشتری استفاده کند در حالی که فردی که تحصیلات کمتری دارد بیشتر بر زبان اشاره ای تکیه می کند. به عنوان یک قانون کلی هر چقدر یک فرد جایگاه اجتماعی - اقتصادی بالاتری داشته باشد، کمتر از حالات بدن و زبان اشاره ای صحبت می کند. سرعت این حرکات و میزان روشنی آن ها برای دیگران نیز با سن فرد ارتباط دارد. به عنوان مثال اگر یک کودک پنج ساله به والدین خود دروغ بگوید، بلافاصله دهان خود را با یک یا هر دو دست خواهد پوشاند. پوشاندن دهان با دست در هنگام دروغ گفتن در سراسر زندگی فرد ادامه می یابد، اما سرعت آن معمولاً تغییر می کند. هنگامی که یک نوجوان دروغ می گوید، او نیز چون کودکی پنج ساله دست خود را بر دهان می گذارد، اما به جای پوشاندن کامل دهان فقط با انگشتان خود اطراف دهان را می مالد. هنگامی که یک فرد بزرگسال دروغ می گوید؛ مغزش به او دستور می دهد تا دست مثل کودک پنج ساله و فرد نوجوان برای جلوگیری از گفتن دروغ دهان خود را بپوشاند، اما در آخرین لحظه دست از چهره دور شده و در عوض فرد دروغ گو بینی خود را لمس می کند. به تصویر زیر نگاه کنید.

چگونه زبان بدن را بیاموزیم

روزانه پانزده دقیقه را صرف مطالعه حالت ها و رفتارهای دیگران و علاوه بر آن آگاهی هوشیارانه از حالت های خود بکنید. بهترین مکان برای مطالعه رفتار دیگران جایی است که مردم یکدیگر را ملاقات کرده و با هم تعامل دارند. یک فرودگاه بویژه مکان خوبی برای مشاهده مجموعه کاملی از حالت ها و رفتارهای انسان است. در اینجا افراد آشکارا اشتیاق، خشم، اندوه، شادی، بی صبری و بسیاری از احساسات دیگر خود را نشان می دهند. کارکردهای اجتماعی، همایش های شغلی و مهمانی ها نیز موقعیت های بسیار خوبی برای این کار هستند. با یادگیری زبان بدن، می توانید به مهمانی رفته، تنها در گوشه ای بنشینید و با مشاهده حالات و زبان بدن دیگران اوقات هیجان انگیزی داشته باشید. تماشاگر تلویزیون نیز روش خوبی برای یادگیری ارتباط غیر کلامی است. صدای تلویزیون را ببندید و سعی کنید صحبت های گوینده را حدس بزنید. با بلند کردن صدای تلویزیون

بعد از هر پنج دقیقه می توانید میزان دقت و درستی درک خود از صحبت های گوینده را امتحان کنید. با تمرین این کار می توانید این توانایی را در خود ایجاد کنید که مثل انسان های ناشنوا تمامی یک برنامه را بدون شنیدن صدای آن بفهمید.

۱. حریم شخصی

بیشتر جانوران فضای مشخصی در اطراف بدن خود دارند که آن را به عنوان فضای شخصی یا حریم خود می دانند. میزان گستردگی این فضا به میزان شلوغی محیطی بستگی دارد که این جانور در آنجا رشد کرده است. شیری که در مناطق دور افتاده آفریقا زندگی می کند ممکن است قلمرویی به شعاع پنجاه کیلومتر یا بیشتر داشته باشد، که این مسافت به تعداد شیرهای موجود در آن منطقه بستگی دارد، و هر شیر قلمرو خود را با ادرار کردن یا مدفوع کردن در اطراف مرزهای آن مشخص می کند. از طرف دیگر شیری که در قفس پرورش یافته به دلیل محدودیت فضا و شلوغی ممکن است قلمرویی در حد چند متر داشته باشد.

انسان نیز چون جانوران دیگر حُبَاب هوای (air bubble) قابل حمل متعلق به خود را دارد که اندازه آن به تراکم جمعیت محیطی بستگی دارد که در آن رشد یافته و به هر جا که برود آن را با خود می برد. بنابراین، این حریم شخصی از جنبه فرهنگی تعیین می شود، در حالی که بعضی فرهنگ ها مثلاً ژاپن به شلوغی عادت دارند، برخی دیگر فضاهای باز وسیع را ترجیح می دهند و دوست دارند این فاصله را با طول بیشتری حفظ کنند. از سوی دیگر شهری و روستایی بودن نیز بر میزان فاصله مؤثر است. مثلاً در حالی که افراد شهری به دلیل قانون تراکم بیشتر جمعیت و کاهش فاصله بیشتر تمایل به دست دادن از فاصله نزدیک دارند. افراد روستایی به خاطر داشتن حریم شخصی گسترده تر و حفظ فاصله هنگام دست دادن خم می شوند و یا تکان دادن دست را از دور ترجیح می دهند.

فاصله حوزه ها را می توان به چهار دسته تقسیم کرد:

۱. حوزه صمیمی (بین ۱۱-۰ سانتیمتر)

در بین تمام حوزه ها این مهمترین حوزه است و شخص به گونه ای از آن حفاظت می کند که گویی دارایی خود او است. تنها کسانی که از نظر عاطفی با شخص نزدیک باشند مجاز به ورود در این حوزه هستند. این افراد عبارتند از عاشقان، والدین، همسر، فرزندان، دوستان نزدیک و بستگان.

II. حوزه شخصی (۱۳۳-۱۰ سانتیمتر)

این فاصله ای است که شخص در مهمانی های غیر رسمی، مهمانی های اداری، کارکردهای اجتماعی و گردهمایی های دوستانه رعایت می کند.

III. حوزه اجتماعی (۳۳/۰۰-۱/۲ متر)

شخص در این حوزه با فاصله از غریبه ها می ایستد. افرادی از قبیل لوله کش، نجار، پستیچی، مغازه دار محل، کارمندان جدید در محیط اداری و افرادی که به خوبی نمی شناسد.

IV. حوزه عمومی (بیش از ۲/۰ متر)

هنگامی که گروه زیادی از افراد را مورد خطاب قرار می دهیم.

فاصله حریم فردی در دیگر فرهنگ ها

ورود یک غریبه به حوزه صمیمی باعث ایجاد تغییرات فیزیولوژیک در درون بدن ما می-شود. ضربان قلب تندتر می شود. آدرنالین موجود در خون ما افزایش می یابد و در حالی که خود را برای مبارزه یا فرار آماده می کنیم، میزان خون ارسالی به مغز ما بیشتر می-شود. این به این معنی است که گذاشتن دست به حالتی دوستانه بر روی شانه یا دور بدن یک فرد که به تازگی با او آشنا شده اید، احساس منفی در او نسبت به شما ایجاد می کند، حتی اگر برای ناراحت نکردن شما به شما لبخند بزند و وانمود کند که از این کار شما لذت می برد. اگر می خواهید دیگران در کنار شما احساس راحتی کنند، قانون طلایی حفظ فاصله ها را همیشه به خاطر داشته باشید. هر چقدر رابطه شما با دیگران صمیمی تر باشد اجازه دارید، که به آنها نزدیک تر شوید.

به همین دلیل فهرستی از قوانین نانوشته وجود دارد که هنگامی که مردم با موقعیت‌های پر از دحامی مواجه شدند رعایت می‌کنند. این قوانین عبارتند از:

- (۱) شما مجاز نیستید با هیچ کس، حتی با کسانی که می‌شناسید، بلند صحبت کنید.
- (۲) همیشه باید از چشم دوختن در چشم دیگران اجتناب کنید.
- (۳) شما باید یک چهره بی تفاوت و بی احساس از خود نشان دهید.
- (۴) اگر کتاب یا روزنامه ای دارید باید وانمود کنید که عمیقاً غرق در مطالعه هستید.
- (۵) هر چقدر تعداد جمعیت بیشتر باشد شما کمتر اجازه دارید بدن خود را حرکت دهید.
- (۶) در داخل آسانسور شما باید شماره طبقات را نگاه کنید.

اغلب ما کلماتی چون بد بخت، غمگین، و افسرده را برای توصیف کسانی می‌شنویم، که مجبورند در ساعات شلوغ با وسایل نقلیه عمومی به سر کار خود بروند. این بر چسب‌ها به خاطر حالت بی‌احساسی است که بر چهره این افراد مشخص است، اما این قضاوت اشتباه است. تنها چیزی که این شاهدین مشاهده می‌کنند رعایت قوانین نانوشته مربوط به رفتار در مکان‌های اجتماعی شلوغ است. وقتی ما در آسانسور، سینما، اتوبوس یا مکان‌های عمومی شلوغ دیگر هستیم باید به گونه ای رفتار کنیم که انگار افراد دور و بر ما اصلاً وجود ندارند.

۲- کف دست‌ها



نلسون ماندلا رئیس‌جمهور فقید آفریقای جنوبی

در طول تاریخ، دستان باز نشانه حقیقت، صداقت، وفاداری و تواضع بوده است. این عمل نیز مثل بسیاری دیگر از حرکات زبان بدن کاملاً ناآگاهانه است هنگامی که کودکی دروغ

می گوید یا چیزی را پنهان می کند. معمولاً دستان خود را در پشت سر پنهان می کند. یا مثلاً فرد بزرگسالی که می خواهد دروغ بگوید دستهایش را در جیب یا زیر بغل پنهان می کند.

یکی از قوی ترین علامت های غیر کلامی توسط کف دست از سال می شود. اگر از این حالت به درستی استفاده شود، به صاحب آن اقتدار و قدرت نفوذ بر دیگران را می دهد. سه نوع حالت کف دست وجود دارد که عبارتند از: کف دست رو به بالا، کف دست رو به پایین و کف دست بسته در حالی که انگشت اشاره باز است. وقتی که کف دست رو به پایین باشد بیانگر نوعی اقتدار است که حالت غالب و سلطه جو است.

دست به شکل مثلث بسته است و فقط انگشت اشاره باز است که به طور نمادین فرد مورد نظر را وادار به اطاعت می کند. این حالت آزار دهنده ترین حالتی است که یک فرد می تواند در ارتباط با دیگران به کار برد (مانند شکل زیر که حالت تهاجمی و پرخاشگر می باشد).



از سوی دیگر با توجه به نکات فوق می توان گفت تکنیک های دست دادن می تواند تاثیر مستقیمی بر نتیجه ملاقات چهره به چهره با دیگران داشته باشد. نفوذ یا سلطه از طریق چرخاندن دست به گونه ای که کف دست رو به پایین و پشت دست رو به بالا باشد منتقل می شود. نیاز نیست که کف دست شما کاملاً رو به زمین باشد، همین که دست شما نسبت به دست فرد دیگر رو به پایین باشد کافی است و این مفهومش این است که شما می خواهید کنترل را در دست داشته باشید. (توسط مدیران موفق بکار میرود.)



حالتی که در هنگام دست دادن شما کف دست خود را رو به بالا و پشت دست خود را رو به پایین نگاه می دارید را حالت تواضع می نامند. (دست دادن فرمان بردارانه) .



دست دادن مردانه زمانی است که هر دو دست در یک وضعیت و به حالت عمود می باشد که در دو فرد با مقام و موقعیت یکسان رخ می دهد. نکته مهم این که اگر فردی به حالت آمرانه با شما دست می دهد و می خواهید آن را خنثی کنید کافی است حریم شخصی او را زیر پا گذاشته و با پای چپ یک قدم جلوتر رفته و سپس پای راست خود را هم جلوتر برده و دست او را به حالت عمود در آورید و با این کار کنترل موقعیت را به دست گیرید.

حالات بدن یا postures

چهار حالت اصلی بدن شامل:

- پاسخگو (responsive, مشتاق)
- انعکاسی (reflective, ارزیابی)
- فراری (fugitive, بی حوصله)
- مجادله (combative, پرخاشگر)

حالت های اصلی بدن

وضعیت باز / بسته: بسیار واضح است. یک فرد با وضعیت دست به سینه (بازوهای گره خورده) و پاهای روی هم و بدن های چرخانده شده (غیر تمام رخ) بیانگر این است که این فرد پیام را رد می کند. در عین حال فردی با دستهای باز و صورت تمام رخ و هردو پا روی زمین به معنای پذیرش پیام است.

و وضعیت رو به جلو/ رو به پشت: بیانگر پاسخ فعال یا غیر فعال افراد به ارتباط است. وقتی افراد به جلو خم شده و به رو به رو اشاره می کنند، به معنای پذیرش یا رد فعال پیام است. در عین حال فردی که به پشتی صندلی تکیه زده، به سقف نگاه می کند، با انگشتانش روی میز می زند یا عینکش را پاک می کند دال بر این است که در مبحث غیرفعال بوده و آن را نادیده می گیرد. به دیاگرام زیر توجه کنید.

ادالت پاسخگو



تمایل به جلب‌توجه باز دستها و بدن

حالت فراری



نگاه کردن به فشارخود یا سر و صدا

برخی از خصوصیات ظاهری مؤثر شامل وزن، قد، مو، رنگ پوست و بوی دهان می باشد. نیز برخی ابزارهای همراه شامل لباس، عطر، ماشین و غیره است. عوامل محیطی شامل رنگ، مبلمان، دکور داخلی، نور و دما می باشد. یکی دیگر از بحث های جذاب "اولین برخورد" می باشد که در صورت مثبت بودن ارتباط را آسانتر و راحتتر می کند. در حالی منفی بودن اولین برخورد می تواند یک رابطه را پیش از شکل گرفتن آن قطع کند. اما به یاد داشته باشید هر برخوردی می تواند اولین برخورد باشد.

منابع:

۱. پیز آلن، زبان بدن (جگونه افکار دیگران را بخوانیم). ترجمه سید محمود هاشمی فاطمه، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، محلات، ۱۳۸۹

2.Wadkar A (2016). Life Skills for Success, SAGE Publication, India

فصل چهارم

آشنایی با مهارت تفکر انتقادی و پویشگر

دکتر نسرین جابر قادری، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد :

۱. آشنایی دانشجو با تفکر انتقادی و انواع آن
۲. آشنایی دانشجو با فرایندهای شکل دهنده تفکر نقاد
۳. آشنایی دانشجو با تفکر پویشگر و ویژگی های آن
۴. آشنایی دانشجو با چگونگی استفاده تفکر پویشگر در برنامه‌ریزی و تنظیم زمان

۱. تفکر نقاد Critical thinking

زنی وارد نانوائی شد و در حالی که سفارش ۲ عدد نان خاشخاشی میداد، زیر لب زمزمه کرد: "دو ماه دیگه اینم گیرمون نمیاد." و نگاهی به من انداخت که او را تأیید کنم و در ادامه گفت: "به خدا راست میگم. دیشب تلویزیون مردمی رو نشون می داد که توی تهران از بی پولی توی خیابون ها زندگی می کنند و حتی پول خرید نان هم نداشتند."

در دنیای امروز که همواره در معرض اطلاعات مختلف از افراد و منابع متفاوت نظیر تلویزیون، روزنامه ها و شبکه های مجازی و اینترنت هستیم، پذیرش بی چون و چرای اطلاعاتی که دریافت می کنیم می تواند از ما انسانی بی اراده و عاری از نیروی تفکر و عقل سلیم بسازد. یکی از مهم ترین مهارت های سالم زیستن، مهارت تفکر نقاد است. منظور از تفکر نقاد اینست که فرد در رد اطلاعات، گفته ها و نظرات و پیشنهادها را بررسی کند و هیچ اندیشه، پیشنهاد یا نظری را بدون ارزیابی نه رد کند و نه بپذیرد. تفکر انتقادی نوعی فعالیت شناختی به منظور درک و ارزشیابی یافته ها و پدیده ها بر اساس استدلال و تحلیل می باشد. توانایی حل مسئله در بالین بیمار برای مراقبت از او بسیار ارزشمند است. با تقویت مهارت تفکر انتقادی یک پزشک یا درمانگر تصمیم درست بالینی خواهد گرفت و در فرآیند مراقبت، بهترین خدمات را ارائه خواهد داد.

تفکر انتقادی آمیزه ای از دانش، نگرش و عملکرد در هر فرد می باشد که در پنج مهارت تقسیم بندی می شود:

- ۱- استنباط
- ۲- شناسایی مفروضات
- ۲- استنتاج
- ۳- تعبیر و تفسیر
- ۴- ارزشیابی استدلال های منطقی

توانایی تفکر انتقادی، پردازش و ارزشیابی اطلاعات قبلی با اطلاعات جدید و پیامد و حاصل تلفیق استدلال قیاسی و استقرایی در فرآیند حل مسئله می باشد. استدلال و داوری کردن درباره اطلاعات و مباحث علمی که فرد در معرض آنها قرار می گیرد، محور تفکر انتقادی در زمینه های متفاوت علمی است.

به طور کلی انواع روش های تفکر در برخورد با اطلاعات به دو شکل است:

۱. روش تفکر اسفنجی: شبیه واکنش اسفنج به آب است. مزیت های آن درک بیشتر پیچیدگی ها با افزایش اطلاعات، روش سریع و آسان یادگیری بدون احتیاج به تلاش فکری و تمرکز بر مطالب و استفاده از حافظه می باشد. مضرات آن نیز شامل این می شود که راه تصمیم گیری در مورد پذیرش یا رد نظرات قرار نمی دهد و همواره فرد به آخرین مطلب خوانده شده اعتقاد دارد.

۲. روش تفکر غربالی: عبارتست از نگرش پرسشگرانه، مشارکت فعالانه و ترجیح فرد برای جذب یا چشم پوشی از مطالب. مزایای آن شامل ساختار مبتنی بر تعامل یعنی گفتگو بین نویسنده و خواننده یا گوینده و شنونده، معین کردن قدر و ارزش آنچه می خوانند و می شنوند، اینکه خواننده مطالب را نقادانه ارزیابی و بده بستان فکری کرده و بر این اساس به نتایج خاص خود می رسد و کسب عزت نفس و دریافت حس خوب از اینکه چرا باید نظر خاصی را پذیرفت با رد کرد.

مسلم است که برای بررسی ذهنی، اطلاعات باید غربال شود که بهترین شکل آن پرسیدن سؤالاتی نظیر این موارد می باشد که چرا فلان کس از من می خواهد فلان چیز را باور کنم؟ در واقع با پرسیدن سؤالات متفاوت به شماری از نقاط ضعف احتمالی در استدلال های نویسنده یا گوینده پی خواهید برد. در عین حال به شما امکان می دهد حتی وقتی درباره موضوع مورد بحث اطلاعات اندکی دارید سؤالات کاوشگرانه بپرسید. مثلاً این مساله چه اهمیتی دارد؟ سؤال سودمندی بوده و وقت ارزشمند شما برای مسائلی که پیامد مهم ندارند هدر نمی شود. از سوی دیگر، ما به عقاید فعلی خود تعهد عاطفی داریم و تفکر نقادانه را همیشه از خلال عقاید خود و در جهت حفظ

آنها آغاز می کنیم. ما در هر تصمیم کوله باری شخصی از تجربیات رویاها، ارزش ها، آموخته ها و عادت هایمان به همراه داریم. برای رشد تفکر و تصمیم گیری صحیح باید این احساسات را تشخیص و آنها را کنار بگذاریم و تنها با این راه می توانیم به استدلال هایی که عقاید فعلی ما را تهدید یا نقض می کنند با دقت گوش فرا دهید. کسی که فعالانه در پی آموختن است به شرطی موفق می شود که به تغییر دادن نظرش رغبت داشته باشد. به یاد داشته باشیم که برای یافتن پاسخ های بهتر شجاعت لازم است چرا که باید از عقاید و مواضع فعلی خود دست بکشیم، اما تأثیر متقابل پاسخ های قدیمی و جدید مبنایی برای پیشرفت فراهم می کنند.

انواع تفکر نقادانه:

۱. تفکر نقادانه حداقلی: یعنی به کار بردن تفکر نقادانه برای دفاع از عقاید فعلی خود. اما علت استفاده از این نوع نقد حداقلی این است که این گونه استفاده از مهارت تفکر نقادانه یعنی بی تفاوت بودن نسبت به حرکت به سوی حقیقت و فضیلت. در واقع هدف تفکر نقادانه حداقلی مخالفت کردن با علایق و استدلال های مغایر با عقاید و استدلال های خود و پیروز شدن بر آنها. در نتیجه جنبه- های حامی عقاید و افکار جدید و همدلی با دیگران در این نوع تفکر محو می -شود.
۲. تفکر نقادانه حداکثری: به کار بردن تفکر نقادانه برای ارزیابی همه ی ادعاها و عقاید به خصوص ادعاها و عقاید خودمان فرد را ملزم به کاربرد سوالات نقادانه حتی در مورد ادعاهای خود می کند. اینگونه در برابر خود فریبی ها و هم رنگی با جماعت راحت تر خود را حفظ می کند. این تفکر لزوماً فرد را مجبور به ترک عقاید قبلی خود نکرده و حتی می تواند مبنایی برای اعتقاد محکم تر به عقاید را فراهم کند. در موردی حق داریم از داشتن یک عقیده به خود ببالیم که آن را از بین عقاید مختلفی که بررسی کرده ایم انتخاب کرده باشیم.

فرایندهای شکل دهنده تفکر نقاد

۱- درست فهمیدن مسئله، مدعا، نتیجه ی بحث یا محل اختلاف نظر.

به طور کلی مسائل دو دسته هستند:

الف) توصیفی: آنچه را که وجود دارد را توصیف می کنند. مانند میزان شهریه چقدر است؟ و سوالات کلیدی: چیست؟ چه کسی؟ و چقدر؟ می باشد.

ب) تجویزی: یعنی پاسخ هایی را می طلبد که به ما می گوید جهان باید چگونه باشد. و سوالات کلیدی مانند خوب است یا بد؟ درست است یا نادرست؟ و این که چه باید کرد می باشد.

۲- تشخیص برهان یا دلایل فرد برای یک ادعای خاص است. یکی از بهترین راه ها برای تشخیص اینکه آیا دلیل را پیدا کرده اید این است که خود را جای نویسنده یا گوینده بگذارید و از خود بپرسید چرا دارم از این نتیجه/مدعا دفاع میکنم؟ واژه های راهنما که دلایل را مشخص می کنند: به علت اینکه، به این سبب که، مبتنی است بر این که، زیرا، چون شواهد می گوید که. وقتی دلایل را پیدا کردید حین ادامه به خواندن یا گوش دادن به مطلب لازم است بارها به دلایل رجوع کنید. محکم بودن نتیجه/مدعا به محکم بودن دلایل بستگی دارد. قوی ترین نتیجه/مدعا ها پس از تفکر دقیق درباره دلایل پشتیبان آن نتیجه/مدعا و معنی آن دلایل حاصل می شود. پس اول دلیل و بعد نتیجه/مدعا.

۳- روش بعدی شناسایی واژه های کلیدی و رفع ابهام از آن هاست. هر چقدر واژه یا عبارتی انتزاعی تر باشد احتمال اینکه در معرض تفسیرهای متفاوت قرار گیرد بیشتر است. پس از یافتن واژه ها و عبارت های مبهم باید روی هر کدام تمرکز کرده و از خود بپرسید معنی آن را می فهمم؟ در این حال ذهن خوانی را کنار گذاشته و بپرسید منظورتان از این واژه یا عبارت چیست و در جستجوی معانی دیگر واژه ها و عبارات باشید. می توان از فرهنگ لغات هم استفاده کرد. بنابراین، شما باید موارد مبهم را یافته و از آنها رفع ابهام کنید. اما اگر هنوز در مورد معنی برخی معانی کلیدی تردید داشتید و دیدید در

دلیلی ابهامی است به آن دلیل اعتنا نکنید، زیرا مسئولیت شما حد و مرزی دارد. نویسندگان یا گوینده است که می خواهد چیزی را به شما بقبولاند پس در مقام متقاعدکننده باید به نگرانی شما در مورد ابهامات احتمالی پاسخ دهد.

۴- شناخت فرض ها و تضادهای ارزشی در این مرحله است. فرض عقیده ای است بیان نشده که بخش آشکار و قابل رؤیت استدلال بر آن مبتنی است. ارزش ها عقاید بیان نشده ای هستند که آدم ها را با اهمیت تلقی می کنند. آن ها معیارهایی را در اختیار ما قرار می دهند که با آن معیارها خوب یا بد بودن رفتار آدم ها را می سنجیم. ارزش ها معیارهایی برای طرز رفتار هستند که ما آدم ها درستی آنها را قبول داریم و از همه توقع داریم رفتارشان را با آن ها تطبیق دهند به طور مثال راستگویی.

تضادهای ارزشی متداول و نمونه ای از موضوعات مورد مناقشه:

وفاداری - راستگویی: باید به پدرتان بگویید که خواهرتان به مواد مخدر معتاد است؟
رقابت - تشریک مساعی: آیا نظام نمره دادن مدارس را قبول دارید؟
برابری- فردگرایی: آیا سهمیه بندی قومی برای استخدام عادلانه است؟
نظم - آزادی بیان: آیا کسانی که عقاید افراطی دارند باید به زندان انداخت؟
سخاوت - موفقیت مادی: آیا پول دادن به متکدیان کار خوبی است؟
سنت - نوگرایی: آیا طلاق باید به سادگی امکان پذیر باشد؟

انتخاب اینکه چه ارزشی را بر ارزش دیگر ترجیح دهیم نیاز به استدلال دارد. این استدلال می تواند از روی آگاهی، عقل و منطق و همدلی با دیگران شکل گیرد یا خودبینانه باشد. بنابراین ترجیح ارزشی بر ارزش دیگر توجیه نیاز دارد تا کسانی که نقادانه فکر می کنند، بتوانند آن توجیه را بررسی کنند.

۵- آیا مغالطه یا حقه ای در کار است؟ از این مرحله کار اصلی یعنی ارزیابی آغاز می شود و اولین مرحله آن تشخیص مغالطه ها است. مغالطه حقه ای در استدلال است که نویسندگان یا گوینده وقتی می خواهد نتیجه/مدعایی را به شما بقبولاند ممکن است از آن استفاده کند.

مغالطه های متداول: استدلال نویسنده و گوینده را رد کنید وقتی که او:

❖ به جای حمله به عقاید شخص، خود آن شخص و سوابقش را مورد حمله قرار

دهد. مغالطه حمله به شخص، حمله یا توهین به شخص به جای پرداختن مستقیم

به دلایل وی

❖ از استدلال افتادن در سرراشویی استفاده کند.

مغالطه افتادن در سرراشویی: اینکه فرض کنیم عمل پیشنهاد شده ای زنجیره ای از

رخدادهای غیر قابل کنترل را به راه خواهد انداخت حال آنکه برای جلوگیری از آنها

روش هایی وجود داشته باشد.

❖ دنبال راه های بی عیب و نقص باشد.

مغالطه مطالبه راه های بی عیب و نقص: این فرض غلط که چون بعد از استفاده از راه

حلی، بخشی از مشکل حل نشده باقی می ماند پس نباید از آن راه حل استفاده کرد.

❖ مبهم یا دو پهلو بنویسد یا حرف بزند.

مغالطه اشتراک لفظ: اگر در برهانی واژه ی کلیدی به دو یا چند معنی به کار رود

طوری که وقتی تغییر معنی آن واژه را تشخیص می دهیم آن برهان با عقل جور در نمی

آید.

❖ به طور نا موجه به عقاید متداول در جامعه استناد کند.

مغالطه استناد به نظر اکثریت: تلاش برای توجیه ادعا با توسل به عقاید مشترک گروه

بزرگی از مردم. در این مغالطه به غلط فرض می شود که هرچیزی که گروه بزرگی از

مردم به آن نظر مساعدی داشته باشند مطلوب است.

❖ به نظر مراجع مشکوک استناد کند.

مغالطه استناد به مرجع مشکوک: تأیید کردن نتیجه/مدعا با استناد به نظر مرجعی که

درباره آن مسئله که از دانش تخصصی برخوردار نیست.

❖ به احساسات متوسل شود.

مغالطه تو سل به احساسات: استفاده از واژه ها یا عبارات تحریک کننده احساسات به منظور منحرف کردن ذهن خواننده یا شنونده از دلایل و شواهد مربوط به موضوع.

❖ به پهلوان پنبه حمله کند.

مغالطه حمله به پهلوان پنبه: تحریف کردن دیدگاه مخالف به طوری که راحت بتوان به آن حمله کرد. یعنی حمله به دیدگاهی که در واقع وجود ندارد.

❖ دوراهی دروغین را نشان دهد.

مغالطه یا این یا آن (دو راهی دروغین): اینکه فرض کنیم فقط دو گزینه وجود دارد، در حالی که بیش از دو گزینه در کار باشد. دچار آرزو اندیشی باشد که چون انتظار داریم X درست یا نادرست باشد پس X واقعا درست یا نادرست است.

❖ مغالطه آرزو اندیشی: فرض نادرست

❖ امور را با گذاشتن نام روی آنها تبیین کند.

مغالطه تبیین با نامگذاری: اینکه به غلط فرض کنیم چون روی رخداد یا رفتاری نامی گذاشته ایم پس تبیین مناسبی برایش به دست داده ایم.

❖ حواسمان را از مسئله اصلی پرت کند مانند آنچه در مغالطه حمله به شخص روی می دهد.

❖ با استفاده از کلی گویی خوش آب و رنگ حواس ها را پرت کند.

مغالطه کلی گویی خوش آب و رنگ: استفاده از واژه های ارزشی مبهم و از لحاظ احساسی خوشایند و جذاب که باعث می شود چیزی را بدون بررسی دقیق دلایل قبول کنیم.

❖ مطرح کردن نکته انحرافی: کسی موضوعی نامربوط را مطرح می کند تا توجه مخاطب را از مسئله اصلی منحرف کرده و این امر به او کمک می کند تا با پرت کردن حواس مخاطب از استدلال مورد نظر و معطوف ساختنش به مسئله ای دیگر در بحث پیروز شود. ❖ مصادره به مطلوب کند.

تردستی مصادره به مطلوب: عضی وقت ها نتیجه/مدعایی خودش خودش را تأیید می کند و فقط واژه ها عوض می شوند تا خواننده یا شنونده را گول بزنند یعنی دلیل موید نتیجه/مدعا خود نتیجه/مدعا است.

۶- میزان استحکام شواهد را بررسی کنید. حاصل مشاهده شخصی هستند یا تحقیقات؟ یا نمونه های موردی یا تمثیل؟ مشاهده شخصی نوع ارزشمندی از شواهد است. بیشتر اوقات مشاهده کنندگان درباره آنچه که می بینند یا می شنوند اختلاف نظر دارند. در مواقعی که احتمال می دهیم مشاهدات مشاهده کنندگان با هم فرق داشته باشد باید نسبت به قابل اطمینان بودن آن مشاهدات محتاط باشیم. قابل اطمینان ترین مشاهدات آن هایی هستند که زمان زیادی از آن ها نگذشته باشد. چند نفر که سوگیری مشخص نسبت به آن رخدادها نداشته اند آن رخداد را در بهترین شرایط مشاهده کرده باشند. مهمترین ویژگی روش علمی گشتن به دنبال اطلاعاتی است که تعیین صحت و سقم آن ها برای دیگران نیز امکان پذیر باشد. یعنی اگر فرد دیگر مشاهدات مشابه ببیند و انجام دهد همان نتایج به دست آید.

نمونه های موردی: یکی از انواع شواهد توصیف و تعریف ماجرای که برای یک یا چند نفر اتفاق افتاده یا یک یا چند رویدادی که به وقوع پیوسته اند به منظور تأیید کردن نتیجه/مدعاها. نمونه های موردی از آنجا که پرآب و تابند و جزییات جالبی دارند که باعث می شود بتوانیم به راحتی آن ها را تجسم کنیم، برایمان متقاعد کننده اند. هرچند نمونه های موردی با نتیجه/مدعا سازگارند نباید اجازه دهید این سازگاری شما را فریب دهد و از خود بپرسید آیا این نمونه ها عمومیت دارد؟ آیا نمونه هایی وجود دارد که در تضاد با این نمونه باشد. نویسنده ها یا گوینده ها معمولاً از تشابه به عنوان نوعی از شواهد استفاده می کنند. استدلالی که در آن شباهت شناخته شده بین دو چیز را مبنا قرار می دهیم تا درباره ویژگی نسبتاً ناشناخته یکی از آن دو چیز به نتیجه/مدعایی برسیم استدلال تمثیلی است.

۷- آیا علت های بدیلی در کار است؟ علت بدیل عبارت است از تبیینی بدیل و قابل قبول که می تواند توضیح دهد چرا فلان رخ داده است. در موقعیت هایی که پای ویژگی ها و فعالیت های انسانی در کار است بیشتر وقت ها با چند علت همیار سر و کار داریم نه یک علت واحد.

پس از تشخیص امکان پذیری وجود علل بدیل سؤالات زیر را از خود بپرسید:
آیا هیچ راه دیگری برای تفسیر این شواهد به ذهنم نمی رسد؟ چه چیز دیگری می تواند علت این عمل یا تبیین کننده نتایج این تحقیق باشد؟ اگر از دیدگاه دیگری به موضوع نگاه کنم چه چیزهایی را می توانم در حکم علت های مهم به شمار آورم؟ اگر این تفسیر نادرست باشد چه تفسیر معقول دیگری می توان به دست داد؟

در تحقیقات علمی سعی بر این است که برخی از مهمترین علت های همیار از دیگر عللی که اهمیت کمتری دارند جدا شود و برای همین تحقیقات علمی منشاء عمده فرضیه هایی هستند که درباره علت رخدادها مطرح می شوند. وقتی فرضیه ای به وسیله شواهد علمی قابل اعتماد قاطعانه به اثبات برسد به قانون تبدیل می شود. یادتان باشد که نتیجه/مدعای نویسنده یا گوینده را باید در حکم یکی از علت ها تلقی کنید نه یگانه علت. لذا بکشید که درباره شیوه اجرای تحقیقی که از نتایجش برای تأیید فرضیه مورد نظر نویسنده یا گوینده استفاده شده است تا می توانید اطلاعات کسب کنید.

۸- آیا آمار عرضه شده فریبنده نیست؟ آمار شواهدی است که به زبان اعداد بیان می شود و می تواند به راحتی افراد را تحت تأثیر قرار دهد زیرا اعداد به شواهد ظاهری بسیار علمی و دقیق می بخشند، طوری که انگار شواهد دارد واقعیات را نشان می دهد. آمار می تواند به ما دروغ بگوید و گاهی نیز همین کار را می - کند. اولین شگرد برای شناسایی آمار فریب دهنده این است که سعی کنید درباره اینکه چگونه این آمار به دست آمده است تا می توانید اطلاعات کسب کنید. در آمارگیری دقیق انواع موانع همچون عدم تمایل افراد به دادن اطلاعات صحیح، ناتوانی در گزارش کردن رخدادها و ... پیش رو داشته و آمار به

صورت حدس قریب به یقین است. سعی کنید درباره آمار عرضه شده تا می توانید اطلاعات کسب کنید. بپرسید نویسنده یا گوینده از کجا می داند؟ در مورد نوع میانگینی که مطرح شده است کنجکاوی به خرج دهید. نسبت به مواردی که کسی با استفاده از آمار چیزی را ثبت می کند اما چیز دیگری را نتیجه می-گیرد حساس باشید. آماری را که نویسنده یا گوینده عرضه کرده نادیده بگیرید و شواهد آماری مورد نیاز را با آمار عرضه شده مقایسه کنید. از روی آمار عرضه شده نتیجه خودتان را بگیرید و در صورتی که نتیجه شما با نتیجه نویسنده جور در نمی آید یک جای کار مشکل دارد. معلوم کنید چه اطلاعاتی از قلم افتاده است. به خصوص مراقب اعداد و در صدهای همراه کننده و مقایسه های از قلم افتاده باشید.

۹- چه اطلاعات مهمی بیان نشده است؟ اطلاعات با هدف و منظور تأثیر گذاشتن روی فکر شما به شما عرضه می شود. پس تفکر نقاد ایجاب می کند که در مورد آنچه نویسنده یا گوینده به شما نگفته است بیندیشید. یعنی آن چیزهایی که سوال نقادانه شما هنوز آن ها را آشکار نکرده است. عدم جستجو در مورد اطلاعات بیان نشده می تواند منجر به داوری عجولانه و احیاناً نادرست گردد. در اینجا داشتن نگاه منفی اهمیت دارد. زیرا گوینده همواره نکات مثبت را گفته و نوع خاصی از اطلاعات از قلم افتاده است که شناسایی آنها فوق العاده مهم بوده و بیشتر وقت ها هم به آن توجهی نمی شود. در نتیجه باید سوالاتی بپرسیم و هم چنین این سوال را مطرح کنیم که پیامدهای منفی این اقدام در دراز مدت چه خواهد بود؟

۱۰- یادتان باشد بیشتر وقت ها بر اساس یک مجموعه واحد از دلایل می توانیم به نتیجه/ مدعاهای متفاوتی برسیم.

درگیر شدن در مدعاهای دو بخشی (یا این یا آن) تفکر دو وجهی نام دارد که انعطاف ناپذیر بوده و دامنه تصمیمات و نظرات ما را محدود می کند. به علاوه این نوع تفکر موقعیت های پیچیده را بیش از حد ساده می کند. در اغلب موارد بهترین پاسخ به سوالات بله و خیر مشروط است. زیرا پاسخی که اگر و مگر داشته باشد باعث می شود که پاسخ قطعی به آن سوال ندهید و آن را مشروط به عوامل دیگر می کنید. مطرح

کردن راه حل های متعدد انعطاف پذیری نحوه اندیشیدن ما را بسیار افزایش می دهد و در نتیجه هر یک از ما می تواند شخصا هیجان انتخاب بهتر را تجربه کند. بنابراین برای شناسایی انتخاب های بعدی، سعی کنید هر تعداد نتیجه/مدعایی که می توان بر اساس دلایل استدلال کرد را تشخیص دهید. از بندهای شرطی برای مشروط کردن نتیجه/مدعاهای بدیل استفاده کنید و صورت مسئله را به این شکل تغییر دهید: در خصوص X چکار باید بکنیم؟ یادتان باشد که اعتبار همه نتیجه/مدعاها یکسان نیست و کسی که نقادانه می اندیشد برای استدلال های دقیق معیار هایی دارد که می تواند آنها را برای تشخیص دادن محکم ترین استدلال به کار ببرد.

بنابراین به طور خلاصه برای تفکر نقادانه:

- ۱- حتما این را نشان دهید که واقعا می خواهید آنچه را که طرف مقابل می گوید درک کنید.
- ۲- سؤال هایی بپرسید که نشان می دهد شما مشتاق درک و پذیرفتن نتیجه/مدعای جدید هستید.
- ۳- آنچه را می شنوید یا می خوانید دوباره بیان کرده و بپرسید آیا درک شما از برهان مطرح شده با آن نوشته یا سخن همخوانی دارد یا نه.
- ۴- سوالات نقادانه را با لحنی مطرح کنید که انگار کنجکاو هستید. در تفکر نقادانه هرگز به طرف مقابل نگویید مچت را گرفتم، داری اشتباه می کنی!
- ۵- از طرف مقابل دلایل بیشتری طلب کنید. شاید او از این طریق بتواند در مقایسه با برهانی که اول مطرح کرده بود برهان محکم تری عرضه کند.
- ۶- سخت تلاش کنید که به گفتگو با طرف مقابل ادامه دهید. اگر تفکر نقادانه را مثل بمب برای حمله به طرف مقابل به کار می برید، راه فکر کردن در مورد آن موضوع بسته خواهد شد.

۷- از طرف مقابل خواهش کنید اجازه دهد شما نقطه ضعف احتمالی استدلال او را بررسی کنید. منظور از این تدبیر این است که طرف مقابل را تشویق کنید که برهان را همراه با خود شما بررسی کند.

۸- این احساس را به طرف مقابل منتقل کنید که شما و او همکارانی هستید که دارید برای رسیدن به یک هدف تلاش می کنید: نتیجه/مدعای بهتر. خود را با مسائل درگیر کنید.

۹- تفکر نقادانه مبنایی برای ما تهیه می کند تا در اقداماتی که افراد معقول انجام می دهند مشارکت کنیم.

۱۰- پس از آن که بهترین پاسخ را برای سوال پیدا کردید مطابق آن عمل کنید.

۱۱- بر اساس تفکر نقادانه هویتی برای خود بسازید که به آن افتخار کنید.

۱۲- تفکر نقادانه را به خاطر خودتان و جامعه ای که در آن هستید به کار گیرید.

۲. تفکر پویشگر proactive

"علی با موتور سیکلت خود مشغول آمدن به دانشکده است. یک ماشین به سرعت جلوی او می پیچد و تقریباً تعادل او را به هم می زند. علی بسیار عصبانی شده و به سرعت ماشین را تعقیب می کند و در حالی که بوق ممتد می زند خود را به ماشین می رساند، ولی ماشین مذکور در حالی که فحش می دهد از او سبقت می گیرد. به هر حال این تعقیب و گریز تا چند دقیقه ادامه می یابد. علی خسته و عصبی از برخورد پیش آمده در حالی که دیر به کلاس می رسد و تمرکز ندارد، با خودش فکر می کند که امروز چه روز بدی است."

در تعامل با محیط ما اکثراً در رقابت با دیگران هستیم. بدون اینکه فکر کنیم او چه کسی است و موقعیت او چیست؟ بنا بر این وضعیت، چهارچوب ذهنی و خلق ما بستگی دارد به آنچه که دیگران می گویند یا آن گونه که با ما رفتار می کنند. در حقیقت، ما کاملاً با محرک های محیطی و مخصوصاً افرادی که با ما در تعاملند و حتی کسانی که اصلاً نمی-شناسیم محاصره شده ایم. این بدان معناست که دیگران تصمیم می گیرند که چه فعالیتی

داشته باشیم، چه چیز را تجربه کنیم و این که آیا از زمان خود به خوبی استفاده کنیم یا خیر.

تفکر واکنشی (reactive thinking) در واقع شیوه تفکر بحران محور است. یعنی یافتن راه حل پس از ایجاد مشکل. در واقع، چیزی شبیه آتش نشانی است.

تفکر پویشگر (proactive thinking) یا رفتار پویشگر به معنای رفتار پیش بین و خود آغازگر است. این نوع تفکر بر خلاف تفکر واکنشی تغییر محور بوده و فرد را پیشاپیش به عمل در برابر موقعیت های آینده هدایت می کند. پس این نوع تفکر علاوه بر کنترل مسائل منجر به تغییر نیز می شود. مردم عموماً به موقعیت های محیطی عکس العمل نشان داده و سعی می کنند که با آنها کنار بیایند و منتظرند که امری پیش بیاید. افراد آینده نگر (با تفکر پویشگر) آغازگر تغییر هستند. این افراد زمانی که در سازمانی مشغول به کار می شوند به دستور یا دستورالعمل زیادی نیاز ندارند. آنها تغییرات را حدس زده و ایجاد می کنند. شانه های این افراد برای حمل مسئولیت رفتار و تفکر خود آماده بوده و خود را مسئول عواقب آن می دانند. برعکس در تفکر واکنشی، شخص به دنبال علل محیطی برای رفتار خود است. در تفکر پویشگر، افراد در برابر موقعیت آگاهانه دست به انتخاب زده و بر این اساس است که خود را مسئول رفتار و زندگی خود می دانند نه دیگران را. بنابراین، هر رفتار، کارکرد ناشی از تصمیمات است نه موقعیت پیش آمده.

اصول داشتن تفکر پویشگر:

۱. پیش بینی: دوراندیشی و یاد گرفتن پیش بینی مشکلات. به این ترتیب که پیامدها را پیش بینی کنیم و عاقلانه و خلاقانه برخورد کنیم. عاقلانه به جهت پیش بینی تغییرات محیطی و خلاقانه به جهت تصور شق های دیگر برای پاسخ دهی.

۲. پیش گیری: یعنی ضعیف نباشید و بدانید که کنترل و تغییر محیط امری ضروری است. پس باید جرئت رو به رو شدن با تغییرات و تحمل شاخ به شاخ شدن با آنها را داشته باشید.

۳. برنامه ریزی: یعنی آینده را در برنامه ریزی کنونی بیاوری. در برنامه ریزی آینده می خواهید چه اتفاقی بیافتد.

۴. شرکت کردن: فعال بودن همیشه مفیدتر از مشاهده گر منفعل است. داشتن ابتکار عمل به جهت اعمال قدرت، رفتار پویانگر را افزایش می دهد.

۵. اجرا کردن یا به جا آوردن: عملکرد به موقع مؤثر و مسئولیت در برابر تصمیمات خود منجر به عملکرد بهتری می شود. این عملکرد همراه با تفکر بوده و از عکس العمل تکانش گرانه بهتر است.

تفکر پویانگر در برابر واکنشی

برای پویانگر بودن باید بدانیم که وضعیت ذهنی، افکار و عواطف انسان یکسان نیست. اگر آیینة اجتماع تنها آیینة برای درک خود باشد، آن گاه تصویری کج و معوج از خود دریافت خواهیم کرد. زیرا برچسب های دیگران تنها بیانگر مشکلات شخصی و نقاط ضعف آن ها می باشد.

به طور کلی سه چیز مسئول رفتارهای انسان است:

- ۱- ژنتیک که قابل تغییر نبوده ولی می توانیم بپذیریم.
- ۲- وضعیت روانی و تعاملات فرد که رفتارهای او را تشریح می کند.
- ۳- محیط مساعد یا نامساعد که رفتار انسان را تعیین می کند. رفتار بیشتر مردم Stimulus-Response یا محرک- پاسخ است. اما در بین محرک- پاسخ شخصی وجود دارد که می تواند دست به انتخاب پاسخ بزند و این انتخاب است که تفاوت ایجاد می کند. در واقع، خود آگاهی، تخیل، درک آگاهانه و استقلال همگی با هم در انتخاب پاسخ مناسب از بین پاسخ ها نقش دارند. در تفکر پویانگر انتخاب ناشی از ارزش هاست نه احساسات و شرایط. اگر انتخاب فرد نتیجه کارکرد احساسات و شرایط باشد، انتخاب او منجر به تقویت آن ها برای کنترل خودش است که آن را برخورد واکنشی می نامند. یعنی اگر محیط خوب باشد حال ما هم خوبست. برعکس، افراد پویانگر محیط را با

خود همراه می کنند. آن ها ارزش ها را استخراج می کنند و علی رغم حمایت ضعیف اجتماع کار خوبی ارائه می دهند. زیرا آنها با ارزش های درونی راهنمایی می - شوند. گاندی گفته است: "هیچکس نمی تواند احترام ما را از ما بگیرد اگر ما آن را به آن ها ندهیم."

کسی نمی تواند رفتار کسی را تغییر دهد ولی می تواند عکس العمل خود را تغییر دهد. افراد واکنشی دیگران را به خاطر اشتباهات خود سرزنش می کنند. مثال: شیلا زنی است با که به جهت کمک به درآمد خانواده در رشته ای شروع به تحصیل کرده تا در آینده مشغول به کار شود. او با مادر شوهرش زندگی می کند که پیوسته به او در مورد کارهایش تذکر می دهد و پسر کوچکش تنها چند ماه دارد. او از صبح تا شب مشغول رسیدگی به کارهای منزل و کودک نوپا و نیز تحت فشار سرزنش های مادر شوهر و تکالیف دانشگاهی است. هم سرش نیز غالباً سرکار می باشد. به تازگی پس از افتادن در چند درس به این نتیجه رسیده است که نمی تواند کار مورد علاقه اش را انجام دهد و باید دست از تحصیل بکشد.

در این مثال شیلا می داند که نمی تواند رفتار دیگران را تغییر دهد. آنچه اهمیت دارد عکس العمل خودش است که بیشتر به او آسیب می زند. مثلاً شیلا باید تذکرات مادر شوهر را جدی نگرفته و سعی کند پس از انجام کار آن ها را فراموش کند. تأکید بیش از حد بر آن هاست که او را تحت فشار قرار می دهد.

افراد واکنشی زمانی احساس خوبی دارند که دیگران با آن ها خوش رفتاری کنند. بنابراین، آب و هوای اجتماع تعیین کننده رفتار آن هاست. اگر خوب نباشد حالت دفاعی به خود می گیرند. رفتار دیگران در مورد آن ها تصمیم گیری می کند. بنا بر این نقاط ضعف دیگران عامل کنترل آن هاست. اما افراد پویتر چون به وسیله ارزش های خود هدایت می شوند، با آنکه تحت تاثیر محیط قرار می گیرند، اما این اصول آن هاست که آنها را راهنمایی می کند. افراد واکنشی ناکامی های خود را به اسم شرایط یا دیگری می گذارند. اگر چه، آنچه را که امروز با آن رو به رو می شوند نتیجه تصمیم گیری های دیروز آن هاست، اما دیگران نباید بتوانند برای رفتار و خلق ما

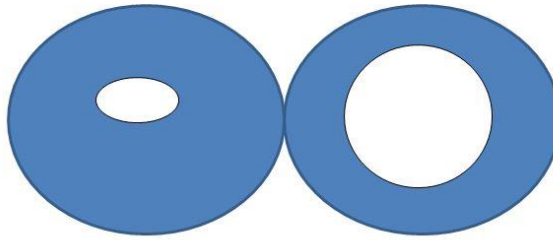
تصمیم‌گیری کنند. این تأثیر تجربیات نیست که به دیگران آسیب می‌زند بلکه عکس العمل به آن هاست. در حقیقت، هیچکس نمی‌تواند هویت و اساس شخصیت کسی را مورد آسیب قرار دهد و بدون رضایتش او را آزار دهد. با تکیه بر قدرت‌های درونی، انسان می‌تواند گزینه‌های مناسب دیگری برای پاسخ به موقعیت‌ها دریابد. اگر چه به کار گرفتن کلیه منابع معمولاً نتیجه بهتری می‌دهد ولی به جای انتظار برای اینکه کسی برای ما کاری انجام دهد می‌توان با بارش مغزی دریافت که چه چیزی را تجربه کند؟ محرک مرتبط چیست؟ در آینده چه اتفاقی می‌افتد؟ و باید چه پاسخی بدهد؟

جدول ۱- تفاوت بین زبان پویشگر و واکنشی

زبان پویشگر	زبان واکنشی
بگذار انتخاب های دیگری داشته باشم.	نمی دانم چکار کنم.
سعی می کنم به طریقی دیگر رفتار کنم.	من همینم که هستم.
می توانم عواطفم را کنترل کنم.	این ها مرا دیوانه می کنند.
من میتوانم یک اجرای مؤثر داشته باشم.	اجازه نمی دهم که اتفاق بیافتد.
من پاسخ مناسب را انتخاب می کنم.	مجبورم انجامش بدم.
من انتخاب می کنم.	من نمی توانم.
من ترجیح می دهم.	من باید
من می خواهم.	اگر فقط

از سوی دیگر تفکر واکنشی خاصیت خود کامروا بخشی (self fulfilling) داشته و افراد دیگران و محیط را مسئول ناکامی خود دانسته و آن ها را سرزنش می کنند.

همه ما نگران خیلی چیزها در محیط هستیم. نگران آینده، اعضا خانواده، حیوانات خانگی، فامیل، اجتماع، شهر، جهان و هر آنچه که از سانی است. پس دایره ی نگرانی های ما خیلی بزرگ است. اما سعی نمی کنیم که هر آنچه نگران آن هستیم را تغییر دهیم. مثلا کار جدی در مورد نجات محیط زیست یا صلح جهانی انجام نمی دهیم اما برای کمک به خانواده و دوستان می جنگیم و محیط زندگی خود را تمیز نگه می داریم. حال به شکل ۱ توجه کنید. با در نظر گرفتن دو دایره نگرانی و تأثیر تفاوت افراد پویشگر و واکنشی مشخص می شود. افراد پویشگر به دلیل انرژی مثبتی که دارند، دایره تأثیر بزرگتری دارند و دو دایره به طور معناداری همدیگر را پوشانده اند که به معنای این است که این افراد سعی می کنند خیلی چیزهایی را که نگران آن هستند را تغییر دهند، مثلا شیوه زندگی خود را برای ذخیره انرژی تغییر می دهند. افراد واکنشی به دلیل انرژی منفی، دایره تأثیر را کوچکتر می کنند. پس دایره تأثیر کوچک و دایره نگرانی ها بزرگتر می شود. در واقع آن ها زمان، تلاش و پول خود را به عناوین بسیار محدودی به کار می گیرند.



شکل ۱- مقایسه دایره نگرانی ها و تاثیر در فرد واکنشی و پویشگر: دایره بزرگتر تشکیل دهنده ی نگرانی ها از جمله آلودگی هوا ، زمین، درآمد ملی و ... است که نمی توانند برای آن کاری انجام دهند و دایره کوچکتر پیانگر میزان تاثیر افراد است که زمان و انرژی خود را برای تغییر موقعیت می گذارند.

چگونه از تفکر پویشگر در برنامه ریزی و تنظیم زمان استفاده کنید؟

۱. در ذهنت از آخر شروع کن

برای برنامه ریزی ضروری است که بدانیم اکنون کجا ایستاده ایم و به کجا می خواهیم برسیم. بسیاری از افراد تحصیل کرده به جاهایی می رسند که نمی-خواستند یا چیزهایی به دست می آورند که برای آن ها اهمیتی ندارد. پس مطمئن شوید که چه می خواهید؟ پول و ثروت، شهرت، ارتقاء، خودمختاری و غیره. به عبارت دیگر دقت کنید که چه مواردی مورد توجه شما نبوده است. از سویی آنچه که برای خود آگاهی، آینده نگری و خود راهبری لازم است عبارتست از خیال پردازی و وجدان. به وسیله قوه تخیل فرد می تواند دنیای خلق نشده بالقوه ها را به تصویر بکشد و به وسیله وجدان فرد از قوانین و اصول جهانی آگاهی یابد. از سوی دیگر تفاوت های به این معناست که افراد توانمندی ها، استعدادها، علایق، شخصیت، شیوه اجتماع پذیری، انگیزش و .. متفاوتی دارند. پس قدم اول، شناخت توانمندی های بالقوه و پذیرش برگشت های خود به جهت استفاده کامل از توانمندی ها و اصلاح کوتاهی ها است. بعد از درک و پذیرش خود، فرد باید تعریف خود را از موفقیت پیدا کند که متفاوت از دیگران است و نیز با تعریف قبلی فرد فرق داشته باشد. در واقع، تعریف فرد از موفقیت یک باید است که فرد همه تلاش خود را می کند که به آن برسد. مسلم است که اگر خود آگاهی و برنامه ریزی مناسب نباشد، در آن صورت زندگی

واکنشی و بر اساس خواسته های دیگران و محیط می باشد و احتمالاً چیزی نیست که فرد می - خواهد به آن برسد.

۲. آنچه را که مقدم است اول قرار بده.

گاهی در تمام طول زندگی با مدیریت تقدم و تأخر کارهای خود درگیر هستیم. برای انجام کارها عموماً سه حالت وجود دارد:

اول اینکه منتظر درخواستهای دیگران و محیط بوده و بر اساس آن زمان را مدیریت می کنیم. دوم استفاده از تقویم و نوشتن تاریخ ملاقات ها و کارها و سوم شناسایی ارزش ها و ارزش هر فعالیت بر اساس میزان ارتباط با ارزش ها مشخص می شود که در اینجا برنامه ریزی برای اهداف کوتاه، میان مدت و بلند مدت و ایجاد هماهنگی بین ارزش ها و اهداف مشخص می شود.

در واقع بحث مدیریت زمان بحث مدیریت خود است که هم روابط را ارتقاء دهیم و هم همزمان به نتایج دلخواه برسیم. در واقع انسان ها با در نظر گرفتن اهمیت و فوریت زمان خود را به چهار طریق صرف می کنند:

۱. فعالیتهای مهم و فوری (مانند مشکلات پر استرس، بحران ها و زمان امتحان و پروژه)
۲. فعالیتهای مهم و غیر فوری (مانند پیشگیری، استفاده از توانمندی ها، بهبود ارتباط، شناسایی فرصت ها، برنامه ریزی و خلاقیت)
۳. فعالیتهای غیر مهم و فوری (مانند تلفن زدن، فعالیت های جمعی و جلسات)
۴. فعالیت های غیر مهم و غیر فوری (تلفن زدن، تماشای تلویزیون و فعالیتهای تفریحی)

فعالیت های مهم آن هایی هستند که معمولاً به ارزش ها، مأموریت زندگی و اهداف مقدم وصل هستند. فوری ها معمولاً به زمان وصل هستند و ما آن ها را مقدم قرار می - دهیم و به آن ها می پردازیم. به همین دلیل اهدافی را که مهم ولی غیر فوری هستند را رها می کنیم و مورد بی توجهی قرار می دهیم. گاهی آنقدر به امور فوری می پردازیم که روز به روز بزرگتر و تمام زندگی ما را فرا می گیرد.

مثال: خانمی که دانشجو بوده و یک فرزند داشته و از مادر پیرش هم نگهداری می کند. و در طول روز آن قدر درگیر کارهای خانه و مراقبت از بقیه است که هرشب خسته تر از روز قبل نمی تواند درس بخواند و نتیجتاً در زمان امتحانات آمادگی کافی ندارد.

مردم عموماً درگیر فعالیت های نوع اول و چهارم هستند. برخی درگیر فعالیت های نوع سوم هستند و آن ها را فوری می دانند، ولی حقیقت این است که فوری بودن آن ها از نظر انتظارات و تقدمات فرد دیگری است.

از جهت دیگر، پیامدهای فعالیت های مختلف متفاوت است. فعالیت نوع اول منجر به استرس، فرسودگی و مدیریت بحران و دور کردن آتش است. نوع سوم، رو به رو شدن با مسائلی مانند احساس قربانی شدن، شکست روابط، برنامه ها و اهداف بی ارزش، نیز تمرکز بر اهداف کوتاه مدت و همواره درگیر مدیریت بحران است. تمرکز بر فعالیت های نوع سوم و چهارم منجر به بی مسئولیتی در زندگی و برنامه متکی به دیگران و حتی اخراج از شغل می شود. افراد مؤثر درگیر فعالیت های نوع دوم می شوند که غیر فوری ولی مهم است و خیلی درگیر فعالیت های نوع اول نمی شوند. برای رسیدن به ظرفیت واقعی و تحقق خود باید مسائل فوری را در کفه زمانی قرار دهیم و فعالیت های با اهمیت کمتر را حذف کنیم و آن قدر جرئت مند باشیم که به این فعالیت ها نه بگوییم. پس ایجاد تقدم در فعالیت ها و قرار دادن فعالیت های با اهمیت کمتر در رده پایین تر منجر به رسیدن به اهداف می شود. با انجام فعالیت های نوع اول و سوم حس رسیدن به طور موقت به انسان دست می دهد. اما چون اهداف در راستای اهداف بلند مدت و ارزش های ما نبوده و برای دیگران در تقدم هستند نمی توانند هدف واقعی ما را در زندگی برآورده کنند. حال به این نتیجه می رسیم که اگر برنامه ریزی نباشد، استفاده مناسبی از زمان انجام نشده و فرد همواره درگیر کارهای فوری و در نتیجه احساس خستگی و آرزوی فرار یا رهایی به فرد دست می دهد. در اینجا است که تمایل فرد برای انجام کارهای غیر مهم و غیر فوری افزایش می یابد.

برای درگیر شدن در فعالیت های نوع دوم به ۶ معیار زیر نیازمندیم:

- ۱- چسبندگی (coherence): هماهنگی و یکپارچگی در به کارگیری چشم انداز و مأموریت، اهداف، نقش ها، تقدم ها و برنامه ها و خواسته ها و انضباط
- ۲- تعادل: تعادل بین نقش و تقدم ها. در نظر گرفتن اهمیت سلامتی، خانواده و رشد تخصص و رشد شخصی
- ۳- تمرکز بر ربع دوم: بر پیشگیری از بحران تا مقدم دانستن بحران ها تأکید شود. در برنامه ریزی خود مقدم ها را از قبل مشخص کنیم.
- ۴- بعد مردم: تماس با مردم از اهمیت زیادی برخوردار است و بهتر است در هر نوع برنامه ریزی با در نظر گرفتن دیگران باشد.
- ۵- انعطاف پذیری: برنامه باید بر اساس نیازها، روش زندگی و خواسته های محیط انعطاف پذیر باشد.
- ۶- قابلیت جابجایی: برنامه ریزی باید جا به جا شونده و اطلاعات همه جا در دسترس باشد.

۶ فعالیتی که منجر به خود مدیریتی و تمرکز بر ربع دوم می شود:

- ۱- شناسایی نقش: نقش خود به عنوان والد، دانشجو، کارمند، همسر، فرزند و ... مشخص شود.
- ۲- انتخاب هدف: در هر هفته ۲ تا ۳ کار مهم را که باید انجام دهی و در راستای برآورد اهداف بلند مدت است انتخاب کن.
- ۳- برنامه ریزی کن: به صورت هفتگی و با برآورده کردن اهداف کوتاه مدت باشد. هر هدف را به روز خاصی وصل کن. اگر کارهای دیگری در این بین بود که به اهداف تو مرتبط است برای آنها هم برنامه ریزی کن. بعد باید به فکر برنامه عمومی باشی. گاهی موارد فوری و غیر منتظره است و یا برای برخی افراد بیشتر وقت بگذاری و همزمان از زندگی لذت ببری.

۴- تطابق روزانه: منظور تقدم بخشیدن به فعاليت ها و رسيدگي به کارهای فوری، تغيير در روابط و حوادث است. هر روز صبح بايد نگاهی به برنامه انداخته و آن را بر اساس ارزش های خود منظم کنید و در مورد زمان تصميم گيري کنید. در اينجا فعاليت ها به مهم و فوری تقسيم نمی شوند بلکه بيشترين وقت و انرژی خود را روی فعاليت های وابسته به ارزش ها می گذاريم.

۵- زندگي کردن با آن: خود آگاهی و وجدان به سطح بالایی از امنيت، هدايت و تعقل به جهت تقويت خواسته های مستقل و حفظ تماميت اهميت چیزها است. ناکامي ناشی از انتظارات است و عکس العمل آيينه اجتماع است تا ارزش ها و تقدم ها. مردم از برنامه ها مهم ترند، بنابراین برنامه ها بايد انعطاف پذير باشند. نیازهای خود در اولويت بوده و بايد بر اساس نیازها تغيير کند.

۶- واگذار کردن: افرادی که کارها را به ديگران واگذار نمی کنند خود را بهترين انجام دهنده کار می دانند. واگذار کردن منجر به ذخيره زمان می شود. اينکه فردی خود بخوهد همه کارها را انجام دهد منجر به خستگي و استرس فرد می - شود. مثل پدری که اجازه نمی دهد فرزندانش رانندگي کنند. به طور کلی دو نوع واگذاری داریم:

الف- مستقيم يا کلوچه ای که در آن فرد بايد دقيقا همان چیزی را انجام دهد که ما می خواهيم. که در اين صورت فرد واگذار کننده مسئول نتايج و انجام صحيح است.

ب- مباشرتی، که منجر به پختگي شده و به حدی مؤثر است که باعث افزايش ارزش خود آگاهی، تخيل و وجدان شده و ضمن دادن حق انتخاب به ديگران آنها را در برابر نتايج مسئول می کند. در اين حالت درک متقابل و همکاري در ۵ ناحيه ديگر افزايش می يابد.

منابع :

۱. بران، ام نیل ، ام کیلی، استوارت :راهنمای تفکر خلاق : پر سیدن سولات به جا. ترجمه
کوروش کامیاب، انتشارات مینوی خرد، تهران، ۱۳۹۸

2. Wadkar A (2016). Life Skills for Success, SAGE Publication,
India

فصل پنجم

آشنایی با مفهوم همدلی و کاربرد آن در حوزه پزشکی

دکتر یوخابه محمدیان، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد :

۱. فراگیر با اهمیت مفهوم همدلی در روابط بین فردی و در حرفه‌ی پزشکی آشنا شود.
۲. همدلی را به عنوان پدیده‌ای چند بعدی دریابد که نمی‌شود آن را تنها به یک بعد تقلیل داد و بتواند تعریفی از آن ارائه دهد.
۳. مهمترین موانع یا توجیهاتی که باعث فاصله‌گیری هیجانی پزشک از بیماران می‌شود بشناسد.
۴. مرور مختصری بر پژوهش‌ها و دلایلی که نشان می‌دهند همدلی را می‌شود ایجاد و تقویت کرد داشته باشد
۵. با مدل‌ها یا راه‌هایی برای افزایش همدلی به صورت عام و نیز تقویت آن به صورت خاص در حرفه‌ی پزشکی آشنا شود.
۶. با برخی از موانع همدلی به عنوان یک مهارت ارتباطی آشنا شود

همدلی یکی از مولفه‌های اصلی در کارکرد اجتماعی بهنجار می‌باشد. نوعی هیجان پیچیده و شادی آفرین که بسیاری از مردم آن را با مهرورزی‌های روزمره و حساسیت و توجه به دیگران یکسان می‌دانند. پزشکان از جمله معدود کسانی هستند که در شرایط فشار عاطفی و جسمی در کنار بیماران قرار می‌گیرند. در طول تاریخ همواره اساتید طبابت به شاگردان خود می‌آموختند که نسبت به بیماران خود حساس و پاسخگو باشند و حال آنان را درک کنند. در آثار بقراط پزشک مشهور یونان باستان چهار قرن پیش از میلاد، آمده است که بیمار حتی با وجود اطلاع از خطرناک بودن بیماری‌اش، ممکن است سلامت خود را تنها از طریق رضایت خاطری که از مصلحت‌اندیشی پزشک می‌بیند، باز یابد.

مفهوم همدلی تاریخچه‌ای طولانی دارد. رفتارشناسان تکاملی براین باورند که ظرفیت احساس و ابراز همدلی در انسان‌ها و انواع نخستین آنها در طول میلیون‌ها سال تاریخ تکاملی شکل گرفته است. اگر چه اکنون ردیابی و مشاهده‌ی این تحولات در طول زمان غیرممکن است اما شواهد آنها در ساختارهای عصب شناختی به جا مانده و تفاوت‌هایی که در پیوستار فیلوژنتیک مشاهده می‌شود قابل دستیابی است.

علی رغم تاریخچه‌ی تکاملی طولانی مفهوم همدلی، واژه‌ی Empathy تاریخچه‌ای کوتاه و کمتر از یک قرن دارد. در اواخر قرن نوزدهم، واژه‌ی آلمانی *einfühlung* برای بیان مفهوم همدردی و همدلی استفاده می‌شد. بعدها ادوارد تیچنر واژه‌ی کنونی *empathy* به معنای همدلی را از کلمه‌ی *einfühlung* ترجمه کرد. زیگموند فروید، پایه‌گذار روان‌کاوی، از اثرات همدلی بر روی رابطه‌ی درمانی و نتایج درمان صحبت به میان آورد و پس از آن در سراسر قرن بیستم، نظریه‌ی همدلی در میان مشاوران، روان‌شناسان و متخصصان پزشکی عمومیت یافت و پژوهش‌های فراوانی در مورد آن صورت گرفت.

پژوهش‌ها نشان داده است که آدم‌های همدل گرایش به بخشندگی بیشتر دارند، نسبت به رفاه دیگران از خود علاقه نشان می‌دهند، روابط شادتری را تجربه می‌کنند. از احساس بهزیستی فردی (*personal well-being*) بیشتر و توانایی رهبری بالاتری برخوردارند.

سطح بالای همدلی در استدلال اخلاقی، بر انگیزش رفتارهای جامعه پسند، بازداری پرخاشگری، پابندی به تعهدات بین شخصی، افزایش کیفیت روابط خانوادگی، در ایجاد و حفظ رابطه‌ی دوستی و کاهش رفتارهای نژادپرستانه نقش حیاتی دارد.

در آن سوی طیف، نقص در همدلی در افزایش پرخاشگری، تجاوز به عنف، رفتارهای ضداجتماعی و بزهکاری، ویژگی‌های روانشناختی با عنوان سنگدل و بی عاطفه، مشکلات بین فردی، اختلال سلوک و اختلالات روانی مختلف نقش دارد.

حال با توجه به اهمیت فراوان همدلی ببینیم مفهوم همدلی به چه معناست؟

۱- تعریف همدلی: همدلی چیست؟

واژه‌ی همدلی نه تنها واژه‌ای نسبتاً جدید است بلکه تبدیل به مفهومی چند بعدی و پیچیده شده است و از همان ابتدای کاربرد آن در متون علمی، به معانی مختلفی توسط نویسندگان مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. همدلی به عنوان یک پیامد نهایی، یک ابزار، یک مهارت، نوعی ارتباط، حالتی از گوش دادن، نوعی درون‌نگری، یک ظرفیت، یا توانمندی، شکلی از ادراک یا مشاهده‌گری، یک آمادگی زیستی، یک فعالیت و یا نوعی احساس توصیف شده است. از چنین تنوعی در توصیفات و دیدگاه‌ها در مورد همدلی برمی‌آید که با پدیده‌ای که به سادگی تعریف شود رو به رو نیستیم. در اینجا با علم به پیچیدگی در تعریف، تعریفی مورد توافقی از همدلی ارائه می‌کنیم:

« همدلی نوعی هنر قرار دادن خود در جای دیگری، فهمیدن احساسات و دیدگاه او و استفاده از این فهم در رفتار و واکنش‌ها نسبت به دیگری است.»

در این تعریف سه بعد از همدلی مورد توجه است. به عبارتی دیگر می‌توان برای مفهوم همدلی سه بعد قائل شد.

۱- **بعد شناختی** : دانستن و آگاهی از حالات و دیدگاه دیگری. این بعد لزوماً به هم‌حسی منجر نمی‌شود. ممکن است ما وضعیت کسی دیگر را بدانیم اما با او هم‌حسی یا درگیری هیجانی و عاطفی پیدا نکنیم.

۲- **بعد عاطفی**: تجربه و فهم احساسات دیگری. این بعد به تنهایی به تعریف همدردی^۱ نزدیک است. پس بین دو مفهوم همدلی و همدردی تفاوت وجود دارد. همدردی غرق شدن در احساسات و هیجانات دیگری است.

۳- **بعد رفتاری**: واکنش یا عملی است که ما در نتیجه‌ی دو بعد دیگر نشان می‌دهیم. پس همدلی اگر در رفتارها و برخوردهای ما با دیگران اثری نگذارد یک همدلی کامل نیست.

آیا می‌توان همدلی را ایجاد یا تقویت کرد؟

به راستی اگر توان همدلی کردن تحت تاثیر ژنتیک و ساختار مغز باشد و یا در نتیجه نحوه‌ای از تربیت در طول رشد فردی ایجاد شده باشد، باز هم می‌توان آن را تغییر و پرورش داد؟ پاسخ عمده‌ی صاحب نظران این است که بله، همدلی پدیده یا شاخص ثابتی در روابط نیست. می‌توان آن را ایجاد کرده و با گذشت زمان تقویت کرد. خاصیت انعطاف‌پذیری یا پلاستیک^۲ مغز انسان این امکان را فراهم می‌کند که بتوان مسیر مدارهای مغزی را تغییر داد. در این مورد می‌توان به عنوان مثال همدلی را با موسیقی مقایسه کرد که اگرچه برخی از افراد با استعداد ذاتی موسیقی به دنیا می‌آیند اما در سنین بالا نیز با تمرین و توجه می‌توان آن را آموخت. در این حوزه دو نوع همدلی پایه و همدلی آموخته شده مطرح شده است. همدلی پایه به سهم ژنتیک در این ویژگی اشاره دارد که قابلیت تغییر چندانی ندارد اما بخش عمده‌ای از همدلی آموخته می‌شود و بنابراین می‌توان آن را تقویت کرد.

۱. تلاش هشیارانه برای تمرکز بر ذهن دیگران

روانشناسان در تحقیقاتی نشان داده‌اند که افراد بزرگسال می‌توانند با تلاش هشیارانه برای تمرکز بر ذهن دیگران، قدرت بالقوه پنهان همدلی خود را فعال کنند. در یک

^۱sympathy
^۲plastic

مطالعه‌ی تجربی، تصویر یک مرد سیاه‌پوست آمریکایی به گروهی از دانشجویان ارائه و از آنها خواسته شد که روایت کوتاهی در مورد یک روز عادی از زندگی او بنویسند. دانشجویان بر اساس دستورالعملی که به آنها ارائه می‌شد به سه گروه تقسیم شدند: به گروه کنترل دقیقاً همین دستورالعمل داده شد، به گروه دوم علاوه بر این گفته شد که هر گونه پیش‌داوری قبلی یا کلیشه‌ای که ممکن است در مورد این شخص داشته باشند فعالانه از ذهنشان کنار بگذارند و در نهایت به گروه سوم یک دستورالعمل همدلانه‌ی اخذ-دیدگاه^۱ به این ترتیب داده شد: «یک روز را در زندگی این فرد به گونه‌ای تصور کنید که انگار خودتان او هستید، جهان را از چشم او ببینید و با کفش‌های او راه بروید.» نتایج نشان داد که گروه سوم، بیشترین نگرش مثبت را در روایت‌هایشان در مورد سوژه‌ی در تصویر داشتند. سپس گروه دوم و پس از آنها گروه کنترل قرار داشتند. این نتایج در پژوهش دیگری با تصویر یک مرد سالخورده‌ی سفیدپوست نیز تکرار شد.

در یک پژوهش مشهور دیگر، از دو گروه از دانشجویان خواسته شد که به صدای ضبط شده‌ی یک زن جوان که به دلیل فوت والدینش در یک تصادف دلخراش اتومبیل در حالت تنش و آشفتگی بود گوش دهند. از گروه اول خواستند که صرفاً به حقایق عینی که گفته می‌شود گوش کنند و به گروه دوم گفته شد که تجارب و احساسات زن جوان را تصور کنند. یافته‌ها نشان داد که گروه دوم سطح بالاتری از همدلی نسبت به سوژه را گزارش کرد و علاوه بر این زمانی که از آن‌ها درخواست شد برای نگهداری از برادر و خواهر کوچکترش که از حادثه نجات یافته بودند کمک مالی کنند، گروه دوم بیشتر از گروه اول مشارکت داشت.

پژوهش‌هایی از این دست نشان می‌دهند که ما زندانی توان همدلی از پیش تعیین شده‌ای که با آن زاده شده‌ایم و یا در سال‌های نخست زندگی در ما شکل گرفته نیستیم. در عوض، اکثر افراد قادر هستند که توان همدلی به ویژه همدلی شناختی یا

^۱taking-perspective

همدلی با اخذ دیگاه دیگری را به وسیله‌ی تمرین توجه ذهن آگاهانه^۱ به احساسات و تجارب دیگری در خود افزایش دهند. این مسئله در پژوهش‌هایی که برای آموزش همدلی به پزشکانی که به دلیل فاصله‌گیری هیجانی مورد انتقاد قرار گرفته بودند تأیید شده است.

۲. توجه به سرنخ‌های هیجانی در چهره‌ی دیگران

در سال ۲۰۱۰ در بیمارستان بوستون، عده‌ای از پزشکان در برنامه‌ای شرکت کردند که به آنها توصیه می‌کرد به تغییرات هیجانی در چهره‌ی بیماران (مثلاً خشم، حقارت، ترس یا غم) و نوسان‌های ایجاد شده در صدای آنها توجه بیشتری داشته باشند و تغییرات ساده‌ای مانند نگاه کردن به صورت بیماران به جای نگاه کردن به صفحه‌ی مانیتور را در روش کار خود اعمال کنند. بعد از تنها سه جلسه‌ی آموزشی یک ساعته، پزشکانی که در این برنامه شرکت داشتند به صورت گسترده سطوح همدلی بالاتری نسبت به بیماران خود نشان دادند. بیماران نیز گزارش دادند که این پزشکان در آنها احساس راحتی بیشتری ایجاد کرده و توجه و شفقت بیشتری نسبت به آنها نشان داده و نگرانی‌های آنها را بهتر فهمیده‌اند. خود پزشکان نیز گزارش دادند که بعد از یک روز اجرای این برنامه در کارشان احساس بهتری داشته‌اند.

رویکرد سنتی فاصله‌گیری هیجانی در رابطه‌ی پزشک-بیمار

چرا با وجود اهمیت نقش هیجانات و توجه به آنها در درمان بیماران مبتلا به هر نوع اختلالی اعم از جسمی و روانی و آگاهی پزشکان از این ارتباط، باز هم رویکرد سنتی فاصله‌گیری و اجتناب از درگیری با هیجان‌های بیمار در پزشکی ادامه می‌یابد. چرا پزشکانی که می‌دانند ورود به دنیای عاطفی بیماران در بهبودی آنها نقش دارد از این امر اجتناب می‌کنند؟ در ادامه به برخی از مهم‌ترین پاسخ‌هایی که به این سوال داده می‌شود و چالش‌هایی که می‌توان به این پاسخ‌ها وارد کرد می‌پردازیم.

^۱mindful

۳. **حفاظت از خود و جلوگیری از فرسودگی شغلی:** بسیاری از پزشکان می‌گویند که برای حفاظت از روان و جسم خودشان مجبور هستند به کناره‌گیری هیجانی روی بیاورند چرا که باید در شرایط زمانی محدود به کسانی که دردمند هستند کمک کرده و خدمات پزشکی ارائه دهند. علی‌رغم این باور، تحقیقات مشاهده‌ای نشان داده است که کناره‌گیری هیجانی منجر به حفاظت از پزشکان نمی‌شود.

۴. **تمرکز و دقت در انجام کار:** برخی پزشکان و پرستاران نیز کناره‌گیری را لازمه تمرکز و انجام کارهای دردناک می‌دانند. اما با این وجود، حتی جراحان نیز اذعان می‌کنند که فرآیندهای عملی تنها بخشی از کار آن‌هاست و در بخش عمده دیگری از شغلشان در حال برقراری روابط با بیمارانشان هستند و بنابراین به یادگیری و تمرین مهارت‌های برقراری ارتباط هیجانی علاقمند هستند.

۵. **ضرورت توجه برابر به بیماران:** یکی دیگر از دلایل مطرح شده این است که کناره‌گیری هیجانی به داشتن رفتار یکسان با همه بیماران و ترجیح ندادن یکی بر دیگری کمک می‌کند. اما بی‌طرفی لزوماً به فاصله‌گیری هیجانی نیاز ندارد. به عنوان مثال در یک خانواده والدین تلاش می‌کنند با همه فرزندان به مساوات رفتار کنند و در عین حال احساسات هر فرزند را نادیده نمی‌گیرند. اگرچه قیاس خانواده با پزشک بیمار ممکن است قیاس نامناسبی باشد چرا که پزشکان عمدتاً با غریبه‌ها و در یک فضای رسمی اداری سروکار دارند. ترجیح دادن یا ندادن بیماری به بیمار دیگر در چنین شرایطی یک موضوع چالش‌برانگیز است. همه چیز به سادگی و عینیت و آگاهانه اتفاق نمی‌افتد. پیش‌داوری‌های ناخودآگاه پزشکان در این شرایط می‌تواند رفتار با بیماران از طبقات و بافت‌های اجتماعی مختلف را تحت تأثیر قرار بدهد و کمبود زمان برای بیشتر شناختن این بیماران ممکن است اهمیت نیازهای آنها را در دید پزشک کاهش دهد. ذکر این نکته لازم است که این توجیه برای فاصله‌گیری هیجانی، دو موضوع کاملاً متفاوت را با هم ترکیب می‌کند؛ آگاهی رو به افزایش از وجود سیستم‌های ارزشی

متفاوت در بیماران متعلق به پایگاه‌های اجتماعی نژادی متفاوت و افزایش فشار زمانی و اقتضائات ساختار اداری پزشکی.

مورد اول، نیازمند این است که پزشک توان شکیبایی خود و همدلی با بیماران مختلف را افزایش دهد نه اینکه برای فاصله‌گیری هیجانی هر چه بیشتر تلاش کند. در مورد دوم، گفتن اینکه فشار زمانی و عمل بر اساس سازوکارهای اداری و رسمی مستلزم فاصله‌گیری هیجانی از بیماران است، ما را به یک نتیجه‌گیری که کمتر مورد توجه است می‌رساند؛ اینکه رابطه‌ی بیمار- پزشک در سیستم کنونی پزشکی در درجه‌ی دوم اهمیت قرار دارد. بر خلاف این نتیجه‌گیری، نتایج چندین پژوهش نشان داده که ارتباط هرچند مختصر پزشک با بیمار بر روند درمان به صورت منفی یا مثبت اثر دارد. منفی یا مثبت بودن این اثر نیز به همدلی پزشک بستگی دارد. از سوی دیگر، اینکه بوروکراسی اداری و کمبود زمان، همدلی با بیماران را برای پزشکان دشوار می‌سازد، توجیهی برای کناره‌گیری نیست، بلکه نشانه‌ای است از اینکه ساختار مراقبت پزشکی که در آن، زمانی که پزشک به ازای هر بیماری صرف می‌کند کاهش یافته است دچار مشکل است.

لازم به ذکر است که در اینجا به کار بردن عبارت رابطه‌ی پزشک- بیمار به معنای وجود یک رابطه یا دلبستگی عمیق و بلندمدت بین پزشک و بیمار نیست. همدلی در بالین، نه نیازمند یک رابطه‌ی طولانی مدت و نه حتی هیچ احساس پیوندجویانه نیرومندی بین پزشک و بیمار نیست. بلکه نیازمند هدف و قصد جدی پزشک برای کمک به بیمار است.

۶. **توجه بیش از حد به علمی بودن و عینیت:** یکی دیگر از دلایلی که بسیاری از نویسندگان در حوزه‌ی پزشکی برای توجیه کناره‌گیری هیجانی مطرح می‌کنند این است که همدلی یا توجه به هیجانات را نوعی کنش درون‌ذهنی^۱ می‌دانند که مغایر با علمی و عینی بودن است. در قرن بیستم، پزشکان که حرفه خود را به گونه‌ای برآمده از خرافات و قضاوت‌های ذهنی در تاریخ طولانی طبابت می‌دانستند، بیشترین تلاش را برای قرار

¹ subjective

دادن پزشکی در چارچوب استانداردهای عینی برخاسته از علم فیزیک انجام دادند. قدرتی که به علم نسبت داده شد بسیاری از پزشکان را به این باور رساند که فاصله‌گیری را به همه جنبه‌های ارتباطی با بیماران گسترش دهند. اما باید توجه داشت که هرچقدر هم یک پزشک از داده‌های برگرفته از علوم تجربی استفاده کند در نهایت با انسانی سر و کار دارد که نمی‌توان وی را با مدل‌های دقیق فیزیکی و تجربی منطبق کرد.

۷. **حذف هیجانات برای فهم بهتر و دقیق‌تر دنیای هیجانی بیمار:** با اینکه بسیاری از پزشکان تاثیر فهم بیمار و تأثیرگذاری بر هیجاناتش را در فرآیند شفا و بهبودی انکار نمی‌کنند اما یکی از توجیهات اساسی برای فاصله‌گیری عاطفی از سوی برخی پزشکان این است که فاصله‌گیری کمک می‌کند که دنیای هیجانی بیمار را بدون دخالت دادن هیجانات خود به صورت دقیق‌تر بفهمند. این باور در برخی متون کلاسیک پزشکی از سوی برخی پزشکان و بیشتر در تمایز نوعی همدلی شناختی از همدردی و غرق شدن در دنیای هیجانی بیماران مطرح شده است. اما همان گونه که در بحث از ابعاد مختلف همدلی دیدیم، همدلی پدیده‌ای چند بعدی است که نمی‌توان آن را صرفاً به یک بعد کاهش داد. آگاه شدن از دنیای هیجانی درونی بیمار (بعد شناختی) خود فرآیند مهمی است که سایر ابعاد همدلی برای تبیین آن استفاده می‌شوند. امر مهمی که به سادگی با فاصله گرفتن هیجانی به دست نمی‌آید و ممکن است ما را دچار این خطا بکند که دنیای بیمار را کاملاً فهمیده‌ایم.

۸. استدلال هیجانی^{۵۹}

نادیده گرفتن هیجان‌ها در پزشکی بیشتر تحت تاثیر سنت‌هایی در فلسفه است که معتقدند هیجان‌ها در فرایند استدلال منطقی اختلال ایجاد می‌کنند. اما برخی از نویسندگان در مقابل به مفهومی تحت عنوان «استدلال هیجانی» و ضرورت ترویج و تقویت آن در حرفه‌های بالینی اشاره می‌کنند. بر اساس این مفهوم، همان ویژگی‌هایی

از هیجان که می‌تواند منبع خطا باشد فرصتی هم برای برداشت‌های درست و دقیق از وضعیت بیماران فراهم می‌کند. تحقیقات نشان داده است که بیماران زمانی در مورد مسائل روانی مانند افسردگی یا خشونت‌های خانگی صحبت می‌کنند که از آنها سوال می‌شود. توجه به حالات بدنی و هیجان‌ها و عواطفی که از بیماران دریافت می‌شود می‌تواند پزشک را به سمت پرسش از این دست مسائل بکشانند.

دو مدل برای افزایش همدلی در کار پزشکی

هر چند که در مقام نظر و تئوری بسیاری از پزشکان سعی در فاصله‌گیری هیجانی دارند اما در عمل خواسته یا ناخواسته عمدتاً هر یک به شکلی سعی در برقراری ارتباطی همدلانه با بیماران دارند. این ارتباط معمولاً شکلی از همدردی، همانند سازی بیش از حد، حالت شناختی فاصله‌گیری و یا ترکیب یا جزئی از همدلی اتفاق می‌افتد. در ادامه بحث به صورت مختصر به دو مدل یا فرآیند که توسط هالپرن برای تقویت همدلی در کار پزشکی پیشنهاد شده‌اند می‌پردازیم.

❖ از قطعیت به کنجکاوی^۱

یکی از راه‌های افزایش یا تقویت همدلی در کارآموزان بالینی کمک به ایجاد و حفظ اشتیاق و علاقه به دانستن در مورد تجارب متفاوت افراد دیگر است. احساس اینکه همه چیز را خیلی زود در مورد بیماران فهمیده‌ایم مانعی بر سر راه حفظ این کنجکاوی و علاقه است. «خیلی زود ندانستن» با همه‌ی امتیازاتی که دارد نیازمند تعلیق قضاوت و تحمل عدم قطعیت و ابهام است. با وجود فشار زمانی در کار پزشکی، نیاز به تشخیص‌گذاری‌های سریع و فشار به پزشکان برای دانستن و نامطلوب بودن عدم قطعیت، باعث شده که دستیابی به این گشودگی همدلانه برای پزشکان بسیار دشوار شود.

^۱from certainty to curiosity

این نوع از حفظ کنجکاوای یا اشتیاق برای دانستن که ایجاد کننده‌ی همدلی است نوع خاصی از کنجکاوای است و از گیر دادن و توجه وسواس گونه به جزئیات متمایز است. این کنجکاوای بر پایه‌ی یک تجربه عاطفی از ارتباط - خواست ارتباط با شخص دیگر به مثابه یک خود دیگر، مرکز معنا و دریافت قرار دارد. همدلی در این بیان با تشویق پزشکان به داشتن توجه بیش از اندازه به بیمارانشان به دست نمی‌آید، بلکه تقویت کنجکاوای طبیعی در مورد دیدگاه افراد دیگر که برانگیزنده بعد دوستانه و مطلوبیت در روابط است مدنظر است. این کنجکاوای طبیعی با هدف همدلی، همراه با مهارت و خلاقیت در طول زمان آموخته می‌شود.

در این مدل از تقویت همدلی، حتی اگر پزشک در حالت عادی نتواند مستقیماً با بیمارش همدلی کند به واسطه‌ی تقویت کنجکاوای و اشتیاق فزاینده و مداوم به دانستن می‌تواند همدلی را ایجاد کند. برای مثال، پزشک ناظری در بیمارستان مشاهده کرد که رزیدنت‌های پزشکی توجه بسیار اندکی به بیماران سالخورده‌ی سکته‌ی مغزی نشان داده و با خطاب قرار دادن آنها تحت عنوان «فسیل» بیماری آنها را ناخوشایند می‌دیدند. این پزشک از رزیدنت‌ها خواست روزهای جمعه هر کدام از آنها یک ساعت زمان صرف صحبت با یکی از این بیماران و گرفتن تاریخچه‌ی شخصی آنها بکنند. علی‌رغم مقاومتی که ابتدا وجود داشت، به تدریج رزیدنت‌ها گزارش دادند که احساس همدلی بسیار بیشتری با این بیماران پیدا کرده‌اند. براساس این مدل، وقتی شخصی واقعاً به داستان شخص دیگری گوش می‌دهد، فهم هیجانی و همدلی اغلب اتفاق می‌افتد. حتی در ویزیت‌های کوتاه مدت اگر عواملی مانند استرس یا فشار زمانی مانع نشوند گفتن داستان بیماران از زبان خودشان می‌تواند همدلی را در پزشک ایجاد کند. یک رویکرد که برخی پژوهشگران برای تقویت و آموزش همدلی در دانشجویان پزشکی پیشنهاد کرده‌اند این است که از دانشجویان خواسته شود علاوه بر گرفتن تاریخچه‌های پزشکی معمول، یک روایت از بیماری از دیدگاه بیمار نیز بنویسند.

نگاهی دوباره به نامعقولی هیجانی^۱: یافتن فرصت‌ها

یک پرسش اساسی که معمولاً متخصصان با آن روبه‌رو هستند و از دیدگاه‌های مختلف پاسخ‌های متفاوتی به آن داده شده این است که پزشکان زمانی که در حجم زیادی از هیجان ناشی از مشکلات بیمارانشان گرفتار می‌شوند چه واکنشی نشان دهند بهتر است. رایج‌ترین واکنشی که بسیاری از نویسندگان توصیه کرده‌اند اجتناب از قرار گرفتن در چنین وضعیتی است اما برخی نیز به ویژه با اتکا به مفهوم استدلال هیجانی معتقدند که چنین لحظه‌هایی در کار پزشکی می‌تواند فرصت مغتنمی برای کمک هر چه بیشتر به بیماران باشد. دو دلیل عمده برای استقبال و استفاده از این حالت‌ها در کار پزشکی ذکر شده است.

نخست اینکه بیماران اغلب از حالات هیجانی غیرقابل تحمل خود آگاه نیستند و سرنخ‌های بسیار اندکی از حالات درونی‌شان نشان می‌دهند. اما بسیار اتفاق می‌افتد که احساسی که با وضعیت‌شان به پزشک منتقل می‌کنند سرنخ‌های مهمی از حالات درونی‌شان به دست می‌دهد که به شکل دیگری در دسترس نیست. بنابراین وقتی یک بیمار احساس ناامیدی یا غم شدیدی در پزشکش ایجاد می‌کند، فرصتی برای پزشک فراهم می‌شود که بتواند به بهترین شکل از آن برای همدلی و کمک به بیمار استفاده کند.

دوم اینکه در چنین شرایطی که یک ارتباط هیجانی نا‌هوشیار بین بیمار و پزشک برقرار می‌شود، امکان تأثیرپذیری بیماران از پزشک بسیار بالا می‌رود. خواه این تأثیر سازنده یا مخرب باشد. وقتی یک بیمار به شدت ترسیده است، فاصله‌گیری پزشک ممکن است در بیمار این باور را ایجاد کند که پزشک شرایط دشوار عاطفی بیمار را نمی‌فهمد یا برایش مهم نیست چه اتفاقی برای او می‌افتد. بسیاری از پزشکان بر این باور هستند که با کناره‌گیری عاطفی و مرور منطقی مسائل قادر خواهند بود بیماران را به تفکر منطقی‌تر ترغیب کنند. اما برای بیماری که در شرایط آشفتگی یا بی‌منطقی

^۱emotional irrationality

هیجانی قرار دارد هر گونه تلاش شناختی یا منطقی از جمله بهترین شکل از مباحث استدلالی به سادگی تحریف می‌شود. بنابراین متخصصین باید متوجه باشند بیماران در شرایط هیجانی متفاوت مداخله‌ها یا واکنش‌های متفاوتی را می‌طلبند. به عنوان یک مثال آشنا، با کسی که به تازگی عزیزی از دست داده و به شدت آشفته است نمی‌توان چالش شناختی یا منطقی انجام داد.

پزشکی که از درگیری عاطفی با بیمارانش فاصله می‌گیرد، ممکن است حالتی از آرامش و خوش‌بینی بدون درون‌نگری به دیگران منتقل کند. این حالت که از نظر فرهنگی حالتی والدگرانه است به صورت کلیشه‌ای می‌تواند بیانگر قدرت اعتمادبخشی و اعتماد به نفس حرفه‌ای باشد. اما چیزی که در این میان نادیده گرفته می‌شود این است که بیماران قبل از اینکه به اعتماد و مقاومت پزشک اعتماد کنند نیاز دارند بفهمند که پزشک تحت تأثیر رنج هیجانی آنان قرار گرفته است.

برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مهم‌ترین عامل از میان عواملی که فرض می‌شد بر اعتماد بیماران به پزشک تأثیر دارند این است که بیمار درک کند پزشک به درد آنها توجه داشته و یا حتی نگران آن‌هاست. به عبارتی دیگر، برخلاف تصور رایج، چهره‌ی نگران یک پزشک بیشتر از حالتی شاد یا دوستانه می‌تواند در بیمار اعتماد ایجاد کند. بنابراین بیماران برای عبور از بحران‌های هیجانی و رسیدن به بهبودی هر چه بیشتر به هر دو بعد درک هیجانی واقعی و استدلال منطقی پزشکان نیاز دارند. همانند کودکی که در شرایط استرس‌زا والدی می‌خواهد که علاوه بر فهمیدن درد او و نشان دادن این فهم و نگرانی، تکیه‌گاهی باشد که خودش در موقعیت غرق نیست و می‌تواند کمک کند و التیام ببخشد. با تکیه بر احساس درک شدن و دیده شدن از سوی پزشک است که بیماران می‌توانند در نهایت عقلانی ببینند و ببیندیشند.

شش اقدام برای افزایش همدلی:

۱- مغز همدلی کننده خود را روشن کنید: ذهنتان را از داشتن دیدگاهی نسبت به انسان به عنوان موجودی ذاتاً رقابتی و پرخاشگر به سمت نگاهی منعطف‌تر نسبت به انسان ببرید. دیدگاهی که شواهد پژوهشی در قرن گذشته نیز از آن حمایت می‌کنند: همدلی در طبیعت بشر قرار دارد و می‌توان در طول زندگی آن را پرورش و گسترش داد.

۲- قدرت تصویری خود را تقویت کنید: آگاهانه تلاش کنید که به منظور پذیرش انسانیت، فردیت و دیدگاه‌های افراد دیگر، بتوانید خود را در جای آنها تصور کنید از جمله کسانی که آنها را به عنوان دشمن یا رقیب خود می‌شناسید.

۳- به دنبال تجربه کردن جریان‌ها و ماجراهای مختلف باشید: انواع فرهنگ‌ها و زندگی‌های مخالف با خودتان را از طریق رفتن در دل موقعیت آن زندگی‌ها، همکاری‌های و مشارکت‌های اجتماعی و انجام سفرها همدلانه کاوش کنید.

۴- مهارت گفتگو کردن را تمرین کنید: کنجکاوی در مورد غریبه‌ها و گوش دادن دقیق و درست را تقویت کرده و ماسک‌های هیجانی خود را بردارید.

۵- قرار دادن خود در ذهن دیگری به کمک هنر، ادبیات، فیلم و شبکه‌های اجتماعی

۶- گسترش همدلی: همدلی را در مقیاس اجتماعی و در میان افراد دیگر و به منظور ایجاد تغییرات اجتماعی و در آغوش گرفتن جهان طبیعت گسترش دهید.

موانع همدلی در ارتباط:

نقص یا ضعف در همدلی می‌تواند برخاسته از عوامل ژنتیکی (چیزی که تحت عنوان همدلی پایه شناخته می‌شود) یا اکتسابی باشد. سوگیری‌های شناختی و کمبود اطلاعات می‌تواند توان همدلی را تحت تأثیر بگذارد. ضعف در مهارت‌های ارتباطی دیگر مانند مهارت گوش دادن، بیان نیاز و احساس، خود افشایی و .. هم می‌تواند منجر به

نقص در ابراز همدلی شود. در ادامه به چند مورد از موانع همدلی که بیشتر در ارتباط اتفاق می‌افتند اشاره می‌کنیم.

۱. انتقاد

۲. برچسب زدن

۳. نصیحت کردن

۴. بزرگ نمایی مشکل

۵. کم اهمیت شمردن مشکل

۶. مقایسه کردن

۷. سرزنش کردن

۸. راهنمایی کردن و راه حل دادن مکرر

سخن آخر

بحث را با توصیفی از همدلی که رومن کرزناریک^۱ کتابش در مورد همدلی را با آن آغاز می‌کند به پایان می‌بریم با این امید که اهمیت همدلی و پیامدها و تلویحاتش در روابط بین فردی، اجتماعی و حرفه‌ای را بیشتر درک کنیم.

« همدلی ایده‌آلی است که هم قدرت ایجاد تغییر در زندگی فردی مردم را دارد و هم می‌تواند به تغییرات اجتماعی بنیادینی بینجامد. همدلی قادر است یک انقلاب خلق کند. انقلابی نه از نوع انقلاب‌های کلاسیک یا بر مبنای قوانین حقوقی جدید یا سازوکارهای حکومتی بلکه چیزی بسیار بنیادی تر؛ انقلابی در روابط انسانی! »

^۱Roman Karznaric

- 1.Preston, S. D., & de Waal, F. B. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 1–20.
- 2.Fitch, W. T., Martins, M. D., Martins, M. J., Fischmeister, F. P., Fischmeister, F. P. S., Power, J. D., ... & Witte, M. (2016). The social neuroscience of empathy.
- 3.Krznaric, R. (2015). *Empathy: Why it matters, and how to get it*. TarcherPerigee.
- 4.Lacoboni, M. (2009). *Mirroring people: The new science of how we connect with others*. Farrar, Straus and Giroux.

فصل ششم

استرس و روش های مقابله با آن

دکتر یوخابه محمدیان، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد :

۱. مفهوم استرس را تعریف کند.
۲. منابع عمده‌ی ایجاد کننده استرس را بشناسد.
۳. با عواملی که بر شدت ادراک استرس اثر می‌گذارند آشنا شود.
۴. اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدت فیزیولوژیک آن بر بدن را بشناسد.
۵. رابطه ویژگی‌های شخصیتی با استرس و تأثیرات آن را مورد توجه قرار دهد.
۶. با مفهوم مقابله با استرس و مهم‌ترین روش‌های آن آشنا شود.

استرس^۱ یکی از موضوعات مهم مرتبط با رفتار انسانی است که به دلیل تأثیرات گسترده بر سطح کارکرد فرد، مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است. استرس در سطحی گسترده و پیچیده در تمام فعالیت‌های انسان مشاهده شده و به عنوان یک معضل می‌تواند در موارد شدید منجر به پدیده‌هایی آ‌ سیب‌های روان‌شناختی شود. شاید بتوان گفت که استرس عمومی‌ترین مسئله زندگی روزمره انسان است و امروز چنان همگانی شده است که آن را جزء لاینفک و مشخصه‌ی اصلی زندگی انسان‌ها دانسته‌اند، که بر هر فردی بدون توجه به سن، جنس، نژاد، شرایط اقتصادی یا سطح آموزش تأثیر می‌گذارد.

اصطلاح استرس حداقل از قرن پانزده در زبان انگلیسی مورد استفاده قرار گرفته است. استرس از کلمه لاتین *stringere* مشتق شده که به معنای در آغوش گرفتن، فشردن و باز فشردن است؛ رفتارهایی که می‌توانند با احساسات متضاد همراه باشند. برای مثال می‌توان کسی را در آغوش گرفت اما در همین حال وی را دچار اختناق کرد. فشرده شدن یا زیر فشار قرار گرفتن به اختناق منتهی می‌شود و احساس درماندگی و اضطرابی به وجود می‌آورد که فرد را در بر می‌گیرد. در زبان انگلیسی نیز کلمه‌ی استرس به معنای فشار یا کشش فیزیکی به کار می‌رفت. در قرن هفدهم کاربرد آن به حوزه‌های مهندسی و معماری تعمیم یافت و از آن پس با مفهوم سختی و فلاکت در مورد انسان نیز مورد استفاده قرار گرفت. به عبارت دیگر فشار وارد بر فرد جانشین فشار وارد بر شیء بود. فشار را ضرورت پاسخ انطباقی ناشی از محرک‌های محیطی تعریف می‌کنند. بدین معنا که افراد همواره تحت تأثیر محرک‌ها و یا درخواست‌هایی از محیط اطرافشان هستند و برای پاسخ به این تقاضاها ناچار از ایجاد تغییراتی در کنش و واکنش‌هایشان می‌باشند.

در اوایل قرن بیستم برخی از پژوهشگران استرس را در ارتباط با اختلالات روان‌تنی و به عنوان یکی از بیماری‌های جسمی- روانی مطرح کردند. سپس در سال ۱۹۳۰ سلیه^۲ تمایز

^۱ stress

^۲ psychosomatic

^۳ Sejye

بین اختلالات بدنی و اثرات آن را مطرح نمود. وی اثر محرک‌های خارجی و حالت عدم تعادل بدن را تحت عنوان استرس مطرح و معرفی کرد. سلیه نیز مانند سایرین در ابتدا بر این باور بود که استرس تنها تحت تأثیر عوامل زیان‌آور بر ارگانیسم ایجاد می‌شود. اما پس از آن عنوان کرد که هر چیز خوشایند و ناخوشایندی ممکن است باعث استرس شود. یک ضربه‌ی دردآور به همان میزان می‌تواند علت استرس شود که یک بوسه صمیمانه.

نگاهی به گستره تحقیقات در زمینه‌ی استرس نشان می‌دهد که گرچه این اصطلاح در علوم انسانی، پزشکی و روان‌پزشکی فراوان به کار رفته اما در مورد معنای آن چندان توافقی وجود ندارد. پاره‌ای استرس را به عنوان یک محرک در نظر گرفته‌اند. از این دیدگاه استرس چیزی است که از خارج بر فرد وارد می‌شود و ناراحتی‌های جسمانی و روانی در پی دارد. در رویکردی دیگر استرس به منزله یک پاسخ توصیف شده است و طبق آن، استرس را یک فرایند پاسخ‌دهی می‌دانند. رویکرد سوم بر چگونگی ادراک فرد از موقعیت تأکید می‌ورزد و استرس را به شبکه‌ی وسیع عواملی مانند محرک، پاسخ، ویژگی‌های فردی، ارزشیابی‌ها و سبک‌های سازشی نسبت می‌دهد که بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند. از این دیدگاه موقعیت‌ها به خودی خود تنش‌زا نیستند، بلکه تنیدگی ناشی از عدم موازنه است که بین ادراک فرد از الزام‌های محیط پیرامونی و ارزشیابی وی از توانایی خویش در پاسخ‌دهی به آنها به وجود می‌آید. بنابراین تنها زمانی که فرد نمی‌تواند با خواسته‌های محیط پیرامونی مقابله کند یا به عبارت دیگر، بین موقعیت‌های بیرونی و ظرفیت واکنش عینی او نسبت به آنها ناهمگونی وجود داشته باشد، حالت استرس حاصل می‌شود (استورا^۱، ۱۳۸۶).

بنابر آنچه گفته شد استرس را می‌توان این‌گونه تعریف کرد: «استرس شرایط یا وضعیتی است که در نتیجه‌ی تعامل میان فرد و محیط به وجود می‌آید و موجب ایجاد ناهماهنگی - چه واقعی و چه غیر واقعی - میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می‌شود.»

در مورد این تعریف و اجزاء آن به طور مختصر توضیح می‌دهیم.

^۱Stora

۱- استرس از توان زیستی، روانی و اجتماعی فرد برای سازگاری یا انطباق با شرایط مشکل می‌کاهد. به عبارتی دیگر، وجود ناهماهنگی فشاری بر فرد وارد می‌کند که توان او را در یک یا دو یا هر سه حیطه زیستی، روانی و اجتماعی کاهش می‌دهد. به عنوان مثال مبتلا شدن به یک بیماری مزمن را در نظر بگیرید که چگونه ممکن است فردی را از نظر جسمی، روانی، اقتصادی و خانوادگی فرسوده کند.

۲- عبارت «ملزومات یک موقعیت» به مقدار منابعی که برای تطابق با یک موقعیت استرس‌آور مورد نیاز است گفته می‌شود. برای مثال غلبه کردن بر یک بیماری دشوار، ممکن است به هزینه‌های مالی سنگین و اراده ای قوی برای پیگیری درمان نیاز داشته باشد.

۳- زمانی که میان ملزومات یک موقعیت و منابع فرد، توازن یا تعادل وجود نداشته باشد تضادی به وجود می‌آید. نکته مهمی که در اینجا وجود دارد این است که این تضاد ممکن است واقعی بوده یا تنها در باور شخص وجود داشته باشد. برای نمونه، در مورد فردی که دوست دارد در یک امتحان نمره‌ی خوبی بگیرد اما به هر دلیلی درس نخوانده، تضادی واقعی میان منابع و ملزومات موقعیت وجود دارد اما اگر به اندازه‌ی کافی درس خوانده باشد اما باز هم فکر کند نمی‌تواند از عهده‌ی امتحان بر بیاید، تضاد غیرواقعی است. پس استرس ممکن است در اثر برداشت‌های نادرست از ملزومات محیطی یا منابع واقعی ایجاد شود.

۴- ما ملزومات، منابع و تضادها را در تعامل با محیط ارزیابی می‌کنیم. عوامل بسیاری بر این تعامل‌ها اثر می‌گذارند مانند تجربیات گذشته و جنبه‌های گوناگون موقعیت.

چنان که گفته شد، ادراک استرس ممکن است ناشی از باورها یا برداشت‌ها یا ارزیابی‌های افراد از شرایط باشد. به فرآیندی که در نتیجه‌ی آن واقعه ای را پر استرس می‌خوانیم «ارزیابی شناختی» گفته می‌شود. ارزیابی شناختی فرایندی روانی است که افراد به وسیله‌ی آن دو عامل را ارزیابی می‌کنند: (۱) آیا ملزومات یا اقتضائات

موقعیت، سلامتیشان را تهدید می‌کند؛ و ۲) اینکه چه منابعی برای تامین نیازها یا مقابله با موقعیت در اختیار دارند.

۱- منابع استرس

موقعیت‌هایی نظیر برانگیختگی هیجانی، رقابت، خستگی، درد، ناتوانی در تمرکز، احساس کهنتری، کمبود خون و حتی موقعیت‌های پیش‌بینی نشده و غیرمنتظره می‌توانند برای فرد استرس ایجاد کنند. به طور کلی هیچ عاملی به تنهایی نمی‌تواند به عنوان دلیل چنین واکنش‌هایی تعریف شود. استرس می‌تواند تقریباً ناشی از هرگونه رویدادی باشد، یا به شخص و چگونگی ارزیابی حادثه توسط وی مرتبط شود. به طور کلی منابع استرس شامل موارد زیر است:

۱. **ناکامی:** توقف برنامه‌های پیش‌بینی شده، خشم و پرخاشگری ناشی از آن، غم از دست دادن یک عزیز و فقدان درآمد از جمله مواردی هستند که به احساس ناکامی و ایجاد تنش منتهی می‌شوند.

۲. **سوانح طبیعی:** رویدادهای آسیب‌زننده چون سیل، زلزله، طوفان، تصادف، از منابع بزرگ استرس به شمار می‌آیند.

۳. **تعارض:** هنگامی رخ می‌دهد که دو یا چند انگیزه‌ی قوی همزمان وجود دارند و فرد نمی‌تواند با حفظ همه‌ی آنها موقعیت را حل کند. به عنوان مثال فردی که رتبه خوبی در کنکور کسب کرده است ممکن است بین انتخاب دو رشته یا دو شهر دچار تعارض شود. به عبارتی دیگر در بحث از تعارض افراد در موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند که ناچار به انتخاب هستند. تعارض دارای انواعی است.

تعارض نزدیکی - نزدیکی (روی آوردی — روی آوردی)^۱ عبارت است از تعارض بین دو مورد که هر دو مطلوب فرد هستند. در تعارض اجتناب — اجتناب^۲ فرد مجبور به انتخاب

^۱Approach- approach conflict

^۲Avoidance – avoidance conflict

بین مواردی است که هر دو مطلوب وی نیستند و تعارض اجتناب — روی آوردی^۱ که تعارض خوش‌خیمی است بین یک مورد مطلوب و یک مورد نامطلوب اتفاق می‌افتد. تعارض‌ها از جمله منابع ایجاد استرس هستند.

۴. **تغییر:** دگرگونی‌های زندگی می‌توانند از بزرگترین منابع استرس باشند. در حقیقت برخی از محققان عقیده دارند که تغییر به منزله یک عنصر بنیادی در افزایش استرس است.

۲- چه عواملی باعث می‌شوند موقعیتی را پر استرس ارزیابی کنیم؟

ارزیابی وقایع به عنوان رخدادهای پر استرس، به دو گروه از عوامل بستگی دارد:

(۱) عواملی که به فرد مربوط است.

(۲) عواملی که به موقعیت بستگی دارد.

❖ **عوامل فردی** شامل ویژگی‌های شخصیتی، هوشی و انگیزشی فرد است. برای

مثال یک ویژگی شخصیتی مانند اعتماد به نفس بالا باعث می‌شود برخی افراد

اراده بیشتری برای مقابله با مشکلات داشته باشند یا به همین ترتیب هوش بالاتر

یا انگیزه‌ی بیشتر.

❖ **از میان عوامل موقعیتی** می‌توان موارد زیر را برشمرد:

۱- **امکان وقوع در آینده‌ای نزدیک:** هر چه فرد به زمان وقوع یک رخداد نزدیک‌تر

باشد، آن رخداد میزان استرس بیشتری ایجاد می‌کند. برای مثال فردی که

همیشه از فشار خون بالا رنج برده اگر در انتظار عمل جراحی قلب باشد، احتمالاً

فشار خون را فراموش می‌کند و استرس بیشتری از رخداد قریب الوقوع جراحی

دریافت می‌کند.

۲- **ملزومات موقعیت:** هر چه يك موقعيت استرس زا ملزومات يا منابع بيشترى بطلبد استرس بيشتر ايجاد خواهد كرد. براى مثال مبتلا شدن فرزند به سرما خوردگى را مقايسه كنيد با ابتلا به ديابت كه زمان، هزينه و نيروگذارى روانى بيشترى براى مقابله مى طلبد.

۳- **گذارهاى زندگى:** زندگى شامل وقايع مهمى است كه مستلزم گذر كردن از يك مرحله به مرحله يا موقعيت ديگرى است. اين گذارها باعث ايجاد تغييرات بسيار زياد و ملزومات جديدى در زندگى مى شوند:

- رفتن به مهدكودك يا مدرسه
- تغيير محل زندگى يا كار
- رسيدن به سن بلوغ با تمامى تغييرات زيستى اجتماعى همراه با آن
- رفتن به دانشگاه به ويژه اگر در شهرى دور از خانه باشد
- شاغل شدن
- والد شدن
- بازنشستگى
- ازدواج كردن
- از دست دادن همسر يا طلاق گرفتن

هر كدام از اين اتفاقات به دليل تغييرات زيادى كه در روال عادى زندگى فرد ايجاد مى كنند منبعى از استرس هستند. گاهى دو يا بيشتر از دو مورد از اين اتفاقات همزمان رخ مى دهند. مثلاً فردى همزمان با قبول شدن در دانشگاه و رفتن به شهرى ديگر، ازدواج مى كند.

۴- **درجهى ابهام يك موقعيت:** روشن نبودن يك رخداد يا موقعيت نيز مى تواند بر ارزشيابى استرس اثر بگذارد. معمولاً افراد در موقعيتهاى استرس زا با دو نوع ابهام روبه رو مى شوند: **ابهام نقش**^۱ زمانى روى مى دهد كه اطلاعات فرد در مورد وظايف

^۱Role ambiguity

مورد انتظار از وی، گنگ یا گیج کننده باشد. این حالت اطمینان فرد از اعمال یا تصمیم‌گیری‌های خود را کاهش داده و استرس را افزایش می‌دهد. **ابهام زیان یا آسیب**^۱ زمانی رخ می‌دهد که احتمال ضرر یا منابع مورد نیاز برای برآوردن نیازهای مرتبط با آن، مبهم باشد. میزان تاثیر این نوع ابهام به ویژگی‌های شخصیتی، اعتقادات و تجارب فرد بستگی دارد. برای مثال فردی که از یک بیماری جدی رنج می‌برد و اطلاعات دقیقی در مورد وضعیتش ندارد (ابهام) ممکن است به آینده امیدوار باشد اما فرد دیگری در همان موقعیت تصور کند که دیگران به او اطلاعات مبهم می‌دهند چرا که امیدی به بهبودی او ندارند.

۵- **خوشایند/ ناخوشایند بودن**: برخی رخدادهای استرس زا ماهیتی ناخوشایند دارند مانند از دست دادن خانه در اثر آتش‌سوزی و برخی دیگر ممکن است خوشایند باشند مانند فروش خانه برای خریداری یک خانه جدید. به صورت کلی وقایع ناخوشایند بیشتر استرس ایجاد می‌کنند.

۶- **قابلیت کنترل**: بدین معنی که آیا فرد توانایی اصلاح موقعیت و متوقف کردن استرس را دارد یا خیر. به عنوان یک قاعده، مردم وقایع خارج از اختیار خود را استرس زا تر از وقایع قابل کنترل ارزیابی می‌کنند، حتی اگر کاری در مورد آن انجام ندهند. دست‌کم دو نوع کنترل وجود دارد. کنترل رفتاری زمانی است که بتوانیم با انجام دادن اقداماتی، تاثیر آن واقعه را تغییر دهیم. کنترل شناختی زمانی است که بتوانیم با راهکارهای روانشناختی یا ذهنی تأثیرهای یک رخداد را تغییر دهیم مانند محرف کردن توجه، یا برنامه‌ریزی برای حل یک مشکل.

۳- استرس طولانی‌مدت با بدن چه می‌کند؟

زمانی که افراد به مدت طولانی در معرض یک یا چند عامل استرس‌زا هستند چه اتفاقی برای آنها رخ می‌دهد؟ در پاسخ به این سوال به مدلی که هانس سلیه با بررسی

^۱Harm ambiguity

حیوانات در آزمایشگاه و افرادی که در معرض استرس‌های مزمن بوده‌اند ارائه کرده است اشاره می‌کنیم. سلیه در این مدل که به نشانگان عمومی انطباق^۱ (GAS) معروف است سه مرحله را در رو به رو شدن با استرس مطرح می‌کند که در هر مرحله بدن یک مجموعه واکنش فیزیولوژیکی نشان می‌دهد:

۱- مرحله‌ی هشدار یا اخطار^۲ در ابتدای موقعیت استرس‌زا به صورت اعلام خطر در مغز ثبت می‌شود. هیپوتالاموس احساسات و عواطف این خبر را تفسیر می‌کند. هیپوتالاموس اختطاری الکتروشیمیایی به غدد هیپوفیز می‌فرستد. غده هیپوفیز شروع به ترشح ACTH می‌کند که به نوبه‌ی خود منجر به افزایش ترشح اپی‌نفرین، نوراپی‌نفرین و کورتیزول توسط غدد آدرنال به جریان خون می‌شود. در نتیجه، طحال برای عمل بسیج شده، گلبول‌های قرمز اضافی وارد جریان خون می‌شوند، اکسیژن و غذای اضافی وارد سلول‌های بدن می‌شود. قدرت لخته شدن خون ازدیاد می‌یابد. کبد، مواد قندی و ویتامین‌ها را رها می‌سازد. ضربان قلب بیشتر می‌شود. تنفس تغییر می‌کند. بیشتر از پوست و اندام‌های داخلی، به ماهیچه‌ها و مغز خون‌رسانی می‌شود. دست‌ها و پاها سردتر شده و کل ارگانیزم به صورت آماده برای حمله و تهاجم یا فرار در آمده و یا به عبارتی دیگر، برای مقابله با خطر بسیج می‌شود.

۲- **مرحله‌ی مقاومت**؟ اگر استرس ادامه یابد اما آنقدر شدید نباشد که به مرگ بینجامد، بدن وارد مرحله‌ی مقاومت می‌شود. در این مرحله بدن شروع به سازگاری با شرایط استرس‌زا می‌کند. هر چند برانگیختگی فیزیولوژیکی در این مرحله کاهش می‌یابد اما باز هم بالاتر از حالت عادی است. اگر چه نشانه‌های بارز استرس در این شرایط دیده نمی‌شود اما تداوم این میزان از برانگیختگی باعث کاهش توانایی مقاومت

^۱General Adaptation syndrom

^۲Alarm reaction

^۳Adrenocorticotrophic hormone

^۴Stage of resistance

در برابر استرس‌های جدید می‌شود. بر اساس نظر سلیه، یکی از پیامدهای این اختلال، افزایش آسیب‌پذیری در مقابل مشکلات بهداشتی است که وی آنها را «بیماری‌های سازگاری»^۱ می‌نامد. این مشکلات، مواردی مانند فشار خون بالا، زخم معده، آسم و بیماری‌های ناشی از اختلال در سیستم ایمنی را شامل می‌شود.

۲- مرحله‌ی فرسودگی: برانگیختگی فیزیولوژیکی طولانی مدت باعث تضعیف سیستم ایمنی و کاهش ذخایر انرژی و به دنبال آن کاهش مقاومت بدن می‌شود. اگر استرس ادامه یابد احتمال آسیب و بیماری اندام‌های داخلی و حتی مرگ وجود دارد.

۴- استرس و شخصیت

چرا برخی از مردم هنگام دچار شده به استرس بیمار می‌شوند و برخی دیگر بیمار نمی‌شوند. در پاسخ به این سوال عوامل مختلفی مطرح شده است. از جمله وجود حمایت‌های اجتماعی در سطح خانواده و جامعه و تفاوت‌های فردی در میزان کنترل موقعیت. اما بسیاری از صاحب نظران بر این باورند که مجموعه گسترده‌ای از ویژگی‌های شخصیتی در برخی از افراد می‌تواند تاب‌آوری مقاومت آن‌ها در برابر استرس را افزایش دهد. از این ویژگی‌های شخصیتی تحت عنوان «مقاوم بودن»^۳ یاد می‌شود.

مقاوم بودن شامل سه ویژگی است:

(۱) باور فرد به اینکه می‌تواند بر رخداد‌های زندگی‌اش اثر بگذارد. (یعنی همان احساس کنترل فردی)

(۲) تعهد؛ داشتن هدف و مشارکت در رخدادها و فعالیت‌ها و برقراری ارتباط با مردم. برای مثال، افراد نمونه انتظار می‌کشند که برنامه‌های روزمره را آغاز کنند و از برقراری ارتباط با مردم لذت می‌برند.

^۱Disease of adaptation

^۲Stage of exhaustion

^۳hardiness

^۴commitment

۳) **مبارزه طلبی**^۱ که طبق تعریف عبارت است از گرایش به تلقی کردن تغییرات به عنوان محرک‌ها یا موقعیت‌هایی برای رشد به جای تصور کردن آنها به صورت تهدیدی برای امنیت فرد.

ویژگی‌های دیگری نیز از سوی برخی پژوهشگران مطرح شده‌اند که می‌توانند افراد را در برابر اثرهای استرس محافظت کنند. **احساس انسجام**^۲ یکی از این ویژگی‌هاست که بر اساس آن، افراد گرایش دارند به این که دنیای خود را درک‌کردنی، ادراک‌شدنی و با معنا ببینند.

ویژگی دیگر **انعطاف‌پذیری یا تاب‌آوری**^۳ است که بیشتر در مورد کودکانی مطرح شده که در شرایط بسیار سختی بزرگ شده‌اند اما افرادی توانمند و سازگار بار آمده‌اند.

یکی دیگر از ابعاد شخصیتی که رابطه‌ی آن با استرس و سلامتی بسیار مورد مطالعه قرار گرفته است، **شخصیت‌های نوع A و B** می‌باشد.

الگوی رفتاری نوع A شامل سه ویژگی اصلی است:

- **رقابت:** افراد با این ویژگی تمایل بسیار زیادی به انتقاد از خود دارند و بدون احساس رضایت از تلاش‌ها و موفقیت‌هایشان در جهت رسیدن به هدف تلاش می‌کنند.
- **فوریت‌های زمانی:** افرادی که در نوع A قرار می‌گیرند گویی با ساعت در جدالی دائمی هستند. اغلب از تأخیرها و اتلاف وقت به هم می‌ریزند. برنامه‌های فشرده‌ای دارند و سعی می‌کنند همزمان بیش از یک کار انجام دهند.
- **عصبانیت/خصومت**^۴: در این افراد به راحتی می‌توان خصومت یا عصبانیت را برانگیخت. در اینجا لازم است بین خشم، پر خاشگری و خصومت تفاوت قائل شویم. خشم یک هیجان است که در همه افراد ممکن است ایجاد شود. زمانی که بروز خشم

^۱challenge

^۲Sense of coherence

^۳resilience

^۴hostility

معطوف به افراد یا اشیاء خارج از خود شود پرخاشگری رخ می‌دهد. خصومت یک حالت مزمن‌تر از نگرش‌های منفی در روابط است.

بر عکس آنچه گفته شد، الگوی رفتاری نوع B با ویژگی‌هایی همچون سطوح پایین رقابت، فوریت‌های زمانی و خصومت مشخص می‌شود. افراد با این نوع شخصیت، تمایل به سهل‌گیری در امور زندگی دارند و معمولاً نگاهشان به زندگی فیلسوفانه است. تحقیقات نشان داده است که در میان مجموعه ویژگی‌های شخصیت نوع A، خصومت و سبک غالب یا مسلط در روابط^۱ اجتماعی بیشترین ارتباط را با بیماری‌های قلبی-عروقی دارند.

۵- راهبردهای مقابله با استرس

واژه‌ی مقابله بیش از هفت دهه است که در ادبیات روانشناختی مورد بحث قرار می‌گیرد. در دهه ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ نقش آن به‌عنوان اقدامی که در ارتباط با استرس است، به منظور بسط و گسترش فنون کاهش استرس مورد توجه قرار گرفت (لازاروس، ۱۹۹۹).

لازاروس (۱۹۹۵)، مقابله را فرآیند تغییرات شناختی و رفتاری می‌داند که فرد برای گریز، حذف، کاهش، و یا کنترل عوامل ایجاد کننده‌ی فشار روانی به کار می‌برد. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) مقابله را تغییرات دائمی شناختی و رفتاری در جهت مدیریت و مهار فشارهای درونی یا بیرونی‌ای که فرد آنها را ورای منابع و ظرفیت خود ارزیابی می‌کند، تعریف کرده‌اند.

آلدوین^۲ (۲۰۰۷) نیز معتقد است که مقابله شامل دسته‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری است که برای کنترل یک موقعیت (مقابله مسئله مدار) و کنترل هیجان منفی (مقابله هیجان مدار) صورت می‌گیرد.

لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، مقابله را فرآیندی پیچیده و اکتسابی در نظر می‌گیرند و معتقدند که در طول زمان ساخته و پرداخته می‌شود. یعنی در مواردی ممکن است راهبرد

^۱Dominant style

^۲Aldwin, C. M.

مقابله‌ای با شکست مواجه گردد، اما در صورتی که فرد باز هم تلاش کند اما این بار به شیوه‌ای نسبتاً متفاوت ممکن است موفق شود. در این حین فرد یاد می‌گیرد که مقابله مستلزم تلاش است. آسان و سریع انجام نمی‌شود و برای رسیدن به نتیجه، فرد باید تصمیم بگیرد موقعیت را اداره کند نه اینکه به طور کامل بر آن مسلط شده و کنترل پیدا کند. بنابراین راهبردهای مقابله‌ای، مجموعه مهارت‌هایی هستند که تحت تأثیر آموزش و تجربه آموخته می‌شوند و نسبتاً قابل تغییرند.

❖ انواع راهبردهای مقابله‌ای

راهبردهای مقابله در برابر استرس را ساس گرایش فرد در چگونگی مواجهه با شرایط پرفشار، یعنی تلاش برای حذف عامل استرس یا کوشش در جهت به تأخیر انداختن و اجتناب از استرس به سه طبقه اصلی تقسیم می‌شود. اندلر و پارکر (۱۹۹۰) با بررسی فرآیند مقابله عمومی، افراد را برحسب سه نوع اساسی سبک‌های مقابله‌ای مسئله محور، هیجان محور و اجتنابی متمایز می‌سازند. در برخی از متون نیز سبک اجتنابی به عنوان زیر مجموعه‌ای از سبک هیجانی مطرح می‌شود.

۱- سبک مقابله‌ای مسئله محور

مقابله‌ی مسئله محور در جهت حل مشکل یا انجام کنشی برای تغییر منبع استرس عمل می‌کند. در این نوع مقابله، از طریق کنش‌هایی منظم تلاش می‌شود رابطه بین فرد و عامل استرس را تغییر کند. مقابله مسئله محور بیشتر زمانی رخ می‌دهد که فرد روی موقعیت احساس کنترل داشته باشد و احساس کند که می‌تواند کارهای سازنده‌ای انجام دهد (کارور و همکاران، ۱۹۸۹). مثال‌هایی از راهبردهای مسئله محور عبارت‌اند از یادگرفتن مهارت جدید، یافتن روش‌های دیگر رسیدن به هدف یا ایجاد استانداردهای جدید برای رفتار (میچل، ۲۰۰۴).

¹Mitchell S.

در این راهبرد مقابله‌ای، بیشتر از تکنیک‌هایی مانند ارزیابی شناختی، تحلیل منطقی مشکل یا تلاش برای مشخص کردن علت مسئله، و جست و جوی اطلاعات بیشتر درباره آن استفاده می‌شود. بنابراین مقابله مسئله محور به طور مستقیم متوجه منابع تهدید است.

۲- سبک مقابله‌ای هیجان محور

مقابله‌ی هیجان محور شامل تلاش‌هایی است که در جهت مدیریت و تنظیم هیجان‌های ناشی از یک عامل استرس‌زا به کاربرده می‌شود. مقابله هیجان محور به چگونگی تفسیر افراد از موقعیت یا ارزیابی آنها از عامل استرس‌زا می‌پردازد. افراد در این نوع مقابله ممکن است برای تغییر معنای عامل استرس‌زا تلاش کنند. مقابله هیجان محور زمانی بارزتر است که فرد احساس می‌کند باید عامل استرس‌زا را تحمل کرده و روی آن کنترلی ندارد (کارور، چییر، وینتراب،^۱ ۱۹۸۹).

به‌طور کلی در این راهبرد مقابله‌ای روی تغییر پاسخ هیجانی فرد به مشکل تمرکز می‌شود و شامل راهبردهایی نظیر تفکر خوش‌بینانه،^۲ کوچک‌سازی^۳ یا اجتناب است. پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که تلاش برای مقابله با استرس از طریق مدیریت هیجان‌های منفی با پیامدهای سازگارانه مرتبط است (کوهن،^۴ ۱۹۷۹). پژوهشگران متعددی همچون لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) از این عقیده که هر دو مقابله هیجان محور و مسئله محور پتانسیل سازگارانه دارند حمایت کرده‌اند.

۳- سبک مقابله‌ای اجتناب محور

نوع دیگر مقابله، اجتناب محور است. در این نوع مقابله فرد از طریق پرت کردن حواس خود به یک فعالیت دیگر استرس را کاهش می‌دهد. راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی مستلزم فعالیت‌ها و تغییرات شناختی است که هدف آنها اجتناب از موقعیت تنیدگی زاست.

^۱Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K.

^۲-Wishful thinking

^۳-Minimization

^۴Cohen, F. L.

رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی ممکن است به شکل عدم حضور در موقعیت‌های اجتماعی، دوری‌گزینی، اجتناب از برنامه‌ریزی برای آینده، بی‌تصمیمی و اجتناب از پذیرش مسئولیت‌های چالش‌برانگیز ظاهر شوند (هالامانداریس و پاور، ۱۹۹۹). در این روش از یک سو فرد تلاش می‌کند تا از مشکلات روانی بگریزد و از سوی دیگر می‌خواهد حمایت‌های دیگران را به سوی خود جلب کند (دنيسوف، اندلر، ۲۰۰۰).

طبقه‌بندی‌ها دیگری چهار سبک مقابله را مطرح کرده‌اند که عبارتند از **سبک‌های منطقی، گسسته، هیجانی، و اجتنابی** (روجر، جرویس و نجاریان، ۱۹۹۳). روجر و همکاران (۱۹۹۳) معتقدند مقابله منطقی به عنوان راه کاری مسئله مدار و مقابله گسسته به عنوان رویکردی که بر اساس آن فرد از نظر شناختی از مشکل فاصله می‌گیرد تا از این طریق با آن مواجه شود و تأثیر بالقوه هیجان را کاهش دهد، تعریف می‌شود. مقابله منطقی و گسسته به‌طور کلی سبک‌های کارآمد و مقابله‌ی هیجانی و اجتنابی غالباً سبک‌های ناکارآمد محسوب می‌شوند (بشارت، ۱۳۸۵).

لازاروس (۱۹۹۳)، براساس دو نوع سبک مقابله‌ای مسئله محور و هیجان محور، هشت روش متفاوت را برای مقابله با فشار روانی معرفی کرده است که عبارتند از: مواجهه، عقب‌نشینی، خویش‌شن‌داری، جست و جوی حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، فرار-اجتناب، حل مسئله و ارزیابی مجدد مثبت. به علاوه کوهن (۱۹۷۹)، نیز در بررسی‌های خود راهبردهای مقابله‌ای زیر را شناسایی کرد:

- ۱- **جست و جوی اطلاعات:** شامل توجه این که چه راهکارهایی در برابر فرد قرار دارند و پیامد هر کدام چیست. هم‌چنین یادگیری دقیق اعمالی که در انتخاب هر کاری، باید انجام شوند.

^۱Halamandaris, K. F., & Power, K. G.

^۲Roger, D., Jarvis, G., & Najarian, B.

۲- **اقدام مستقیم:** به کارگیری اقدامات خاصی که بطور مستقیم با عوامل فشارزا سر و کار دارند. زمانی که اقدام مستقیم امکان پذیر است که البته همیشه این طور نیست ممکن است این روش مقابله از نظر جسمی و عاطفی برای فرد سازگارانه تر باشد. اقدام مستقیم در شخص حس مهارت و کنترل پدید آورده و به او امکان می دهد که برانگیختگی فیزیولوژیک خود را برون ریزی کند.

۳- **اقدام بازدارنده:** گاهی این روش ممکن است بهترین راه باشد، برای مثال سرکوب کردن تمایل به فریاد کشیدن بر سر مدیر که می تواند در دراز مدت منافع بیشتری عاید فرد نماید تا این که بخواهد این میل را ارضا کند.

۴- **پرداختن به تلاش های درون روانی:** این روش مانند شیوه فرو نشانندن افکار نگران کننده سعی در نادیده گرفتن آن ها دارد.

۵ - **درخواست حمایت های مادی و هیجانی از دیگران:** از نظر آن ها روشی که فرد برای مقابله انتخاب می کند تا حد زیادی بستگی به وضعیت تعامل او با آن موقعیت دارد. کوهن (۱۹۷۹)، پنج تکلیف سازگاری نیز معرفی کرد. منظور از تکلیف اقدام یا اقداماتی است که انتظار می رود توسط فرد انجام شود. این پنج تکلیف برای رسیدن به سازگاری از نظر کوهن که عبارتند از:

(۱) کنار آمدن با مشکل به شیوه ای واقع گرایانه

(۲) اقدام در جهت سازگاری با وقایع

(۳) حفظ خود انگاره مثبت

(۴) حفظ تعادل هیجانی

(۵) تداوم روابط رضایت بخش با دیگران

❖ چند نکته دیگر برای مقابله‌ی بهتر با استرس

❖ واقع بین باشید:

اگر مشغله خیلی زیادی دارید یاد بگیرید که به کارهای کم اهمیت تر نه بگویید. شاید بیش از اندازه از خود توقع دارید و یا دیگران توقع زیادی از شما دارند. اگر با مقاومتی رو به رو شدید دلیل آن را بازگو کنید و سعی کنید خود را با برنامه جدیدی سازگار کنید.

❖ از خود توقع بیجا نداشته باشید:

هیچ کس کامل نیست بنابراین به دنبال کمال گرایی محض نباشید. از خود بپرسید چه کاری لازم است انجام دهم. می توانم آن را انجام دهم و برای بهتر انجام دادن آن چه کارهایی باید بکنم و کمک خواستن از دیگران را در صورت نیاز فراموش نکنید.

❖ حفظ آرامش:

ده تا بیست دقیقه استراحت ذهنی می تواند برای از سر گذراندن یک استرس شدید به شما کمک زیادی کند. ضمن اینکه تحمل شما را نیز افزایش می دهد. از هر وسیله ای برای کسب آرامش از گوش کردن به موسیقی تا استراحت و فکر کردن به چیزهای خوب و لذت بخش بهره ببرید.

❖ استفاده از قوه تخیل:

با استفاده از قوه تخیل راه های بهتر کنار آمدن با استرس را تجربه کنید. ارائه یک سخنرانی و انتقال به یک مکان جدید در ذهن می تواند باعث افزایش اعتماد به نفس شما شده و دیدگاه مثبتی در ذهن شما نسبت به موقعیت و یا کار استرس زا به وجود آورد.

❖ به انجام یک کار خاص مبادرت ورزید:

در شرایط استرس و فشار شدید حتی انجام یک کار معمولی نیز طاقت فرسا به نظر می رسد. بنابراین بهترین کار این است که فقط به انجام یک کار فکر کنید و سپس به کار دیگری بپردازید. درگیر کردن خود با چند وظیفه و کار کوچک هر چند جزئی و کم اهمیت بار فشار روانی را افزایش می دهد.

*** فعالیت جسمی:**

انجام نرمش روزانه به میزان زیادی به رفع استرس کمک می‌کند. ۲۰ تا ۳۰ دقیقه فعالیت جسمی به توانایی روحی و جسمی انسان کمک زیادی می‌کند.

*** سرگرمی:** از انجام کارهای دلخواه از قبیل گوش دادن به موسیقی، باغبانی، نقاشی و حتی پیاده‌روی غافل نشوید. صرفاً به آنچه دوست دارید فکر کرده و سپس آن را انجام دهید.

*** مدل زندگی سالم را در پیش بگیرید:**

رژیم غذایی سالم، کاهش مصرف کافئین، انجام حرکات نرمشی و ایجاد توازن و تعادل بین کار و زندگی و تفریح از اولین پایه‌های یک الگوی سالم زندگی است. آنها را از خاطر نبرید.

*** احساساتتان را بیان کنید:** گپ زدن با دوستان به شما این احساس را می‌دهد که در شرایط دشوار تنها نیستید. به انزوا و تنهایی فکر نکنید و سعی کنید از معاشرت خود با دیگران نکاهید. اظهار علاقه، محبت و کمک از جانب دیگران را بپذیرید.

*** انعطاف‌پذیر باشید:**

اگر در زندگی خصوصی یا کاری خود با یک مانع دشوار رو به رو شدید درباره وضعیت و استراتژی خود بیندیشید. بحث و جدل کردن فقط استرس شما را افزایش می‌دهد، بنابراین اگر حق با شماست، بر موضع خود پافشاری کنید اما با استفاده از روشی آرام و منطقی. به نظرات دیگران گوش کنید و خود را برای سازگار کردن با آنها آماده نشان دهید. اگر شما کوتاه بیایید و معقولانه اقدام کنید نصف مسیر را رفته‌اید و نه تنها از استرس وارده به خود کاسته‌اید بلکه راه‌حل‌های بهتری برای مشکلات خود یافته‌اید. از انتقاد نهراسید. ممکن است از خود و دیگران توقع غیرمنطقی داشته باشید. بنابراین در صورت برآورده نشدن آن ناامید و دل‌زده و مأیوس می‌شوید به این ترتیب این شما می‌باید تغییر کنید و دیدگاهتان را نسبت به اطرافیان عوض کنید.

* کمک دیگران را بپذیرید:

از دوستان، آشنایان و خانواده خود کمک بگیرید و بدانید که در صورت رفع نشدن علائم استرس، مراجعه به یک متخصص ممکن است از بار مشکلات و فشار روانی شما بکاهد.

سخن آخر

به جرئت می‌شود گفت که در دنیای پیچیده امروزی نمی‌توان از حذف استرس سخن به میان آورد. استرس جزء لاینفک زندگی بشر است. افراد به صورت پیوسته در شرایط مختلفی قرار می‌گیرند که استرس‌هایی با شدت کم یا زیاد برای آنها ایجاد می‌کند. بنابراین جسم و روان انسان همواره در معرض اثرات فرساینده استرس قرار دارد. نکته مهم و زیربنایی در مقابله با استرس و اثرات آن این است که بپذیریم استرس می‌تواند قابل کنترل باشد. پذیرش این نکته و باور به آن می‌تواند ما را هر چه بیشتر به سمت آموزش و تقویت روش‌های رو به رو شدن با استرس سوق دهد. هر چقدر یک فرد روش‌های مقابله‌ای خود را متنوع تر ساخته و گسترش دهد در کنترل استرس موفق تر خواهد بود. روش‌های مقابله با استرس هم آموختنی و هم قابل تغییر است پس ما در برابر استرس موجوداتی منفعل نیستیم. لازمه‌ی زندگی در دنیای پر تعارض امروزی واکسینه کردن خود با تنوع بخشی و تقویت خزانه روش‌های مقابله‌ای است.

منابع

۱. سارافینو، ادوارد (۲۰۰۲)، روانشناسی سلامت، ترجمه‌ی میرزایی و همکاران (۱۳۹۶)، تهران، رشد
۲. دادستان، پریخ (۱۳۷۷)، تنیدگی یا استرس، تهران انتشارات رشد
۳. فروغان، مهشید (۱۳۸۴)، کنترل اضطراب و استرس تهران، رشد.
۴. کنترادا، باوم، علم استرس، ترجمه‌ی اورکی و سامی (۱۳۹۷)، تهران، ارجمند

فصل هفتم

تفکر و استدلال

دکتر خیراله صادقی، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف یادگیری

از فراگیر انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری مطالب این فصل به اهداف ذیل دست یابد:

۱. ماهیت تفکر و انواع آن را درک کنید.
۲. اهمیت مفاهیم را بشناسید.
۳. حوزه استدلال را توضیح دهید.
۴. نظریه های تفکر را توصیف کنید.
۵. ضرورت نظریه در پژوهش های علمی را بفهمید.

انسان ها می توانند مقدار زیادی اطلاعات را از محیط به دست آورند و حجم زیادی از آن اطلاعات را در حافظه ی دراز مدت^۱ (LTM) شان ذخیره نمایند. این اطلاعات مورد دستکاری قرار می گیرند و از طریق تفکری که دستکاری بازنمایی های ذهنی اطلاعات به شکل واژه، تصویر دیداری، شنیداری یا داده ها ست دچار تغییر و تبدیل می شوند. انسان ها می توانند در خصوص حال، گذشته و آینده بیندیشند. زبان و همین طور قدرت استدلال و توانایی اندیشیدن نقادانه برای تفکر لازم و ضروری هستند. گو این که، این قدرت خاص ذهن انسان است که برای پیشرفت علم و فناوری مسئول است. شمار زیادی از پژوهش ها برای افزایش این قدرت و استفاده از آن در موقعیت های زندگی روزمره به وسیله روان-شناسان انجام شده است.

ماهیت تفکر و انواع آن

تمامی پیشرفت های افراد از فرایندهای فکری شان نتیجه می شود. از دیدگاه روان شناختی، تفکر به عنوان یک فعالیت پیچیده، تحلیلی، و ترکیبی مغز و هر مکانیسمی که آماده پردازش اطلاعات دریافتی است توصیف شده است. کم برآورد کردن اهمیت تفکر در زندگی انسان ناممکن است. تفکر زندگی انسان را از زندگی حیوان متمایز می سازد. رفتار، ادراک و تجارب هیجانی فرد به تفکری بستگی دارد که نه تنها با حل مسأله بلکه با هر تصمیم جزئی که وی ناگزیر به گرفتن آن است همبسته می باشد. تفکر عمل یا فرایند داشتن اندیشه ها یا افکار است، از جمله: استدلال، حل مسئله، تصمیم گیری، تشکیل مدل های ذهنی، تأمل آگاهی^۲، باورها و نظرات. تفاوت در انواع تفکر نسبی است و به خیلی چیزها مثل تجربه، نگرش های متفاوت ذهنی، و موضوعاتی که فرایندهای تفکر به خاطر آن ها مورد استفاده قرار می گیرند بستگی دارد.

^۱Long-term memory

^۲Contemplation of knowledge

با کمک باز نمایی های تصویری^۱ و تصویری مَصَوِّر، نظم دهی مطابق شباهت ها و تفاوت ها انجام می شود. اشیای با کیفیت های مشابه، بر حسب حواس مختلف، در هم تلقی می شوند. آن هایی که متفاوت هستند جدا می شوند. عمل نظم دهی با تصورات تصویری و مَصَوِّر به تفکر شهودی^۲ موصوم است. کودکان خرد سالان خیلی مستعد این نوع از تفکر هستند.

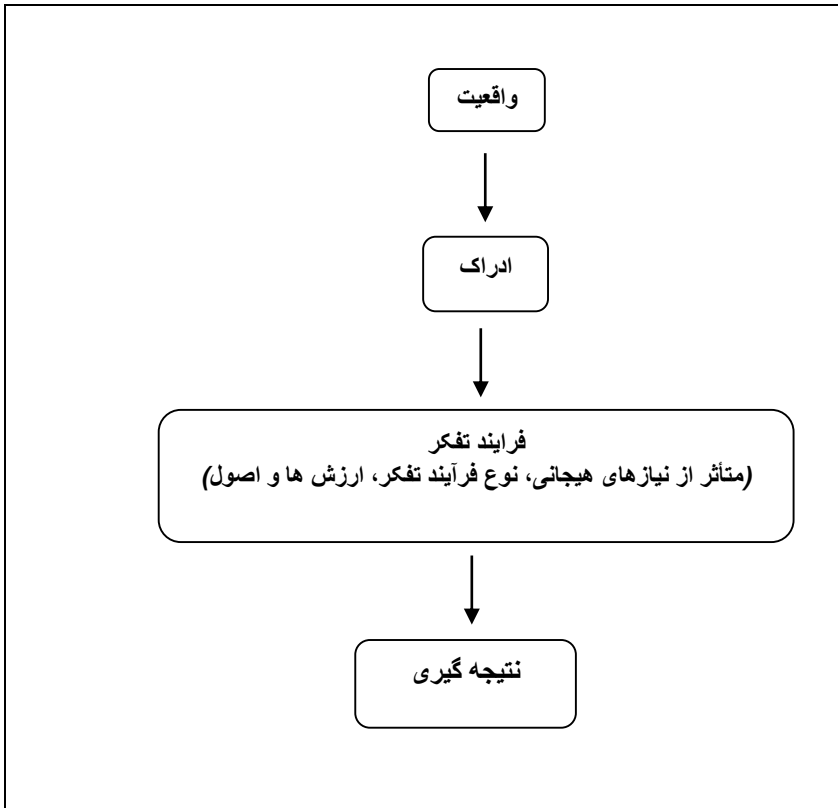
تفکر یک مهارت شناختی پایه و لازم برای هر نوع تعامل با محیط و با خویشتن است. بدین سان روابط بین و درون فردی نیز به فرایند تفکر بستگی دارد. تفکر به عنوان فرایند درگیر در دستکاری تعریف شده است. تا این که به تواند به موقعیت بی درنگ پاسخ دهد. فردی که از مشکلات مربوط به تفکر رنج می برد ممکن است از خود اختلال تفکر نیز رنجور باشد که به معنای اختلال تفکر است. اختلال تفکر شامل هذیان، پرش افکار، شُل شدن تداعی ها و جز آن است که منجر به اسکیزوفرنی و اختلال های مشابه می شود. تنها هوشمند بودن برای تفکر انتقادی کافی نیست. فرد باید بداند که چه گونه آن هوش را به کار بندد و دیدگاه عقلانی را تشخیص دهد.

^۱Figurative representations

^۲ordering

^۳Intuitive thinking

مراحل تفکر عبارت اند از:



ارتباط بین تفکر و زبان بغرنج و پیچیده است. زبان نه فقط ابزاری برای بیان تفکر، بلکه عنصر بنیادی مکانیسم تفکر به شمار می آید. با کمک زبان، انتزاع ها از برداشت های عینی بلافصل و رفتار که به وسیله تفکر جایگزین شدند، تصاویر، طرح واره ها در ترکیب با زبان بیرونی و درونی به عمل می آیند.

طبقه بندی تفکر

شیوه های مختلفی برای طبقه بندی تفکر وجود دارد. آشکارترین آن ها تمییز بین تفکر در خود مانده و عقلانی است.

۱- تفکر در خود مانده^۱

این تفکر هیچ هدفی ندارد؛ و حاصل دستکاری مغزی اطلاعات در دسترس، برگرفته از حواس یا اطلاعات ذخیره شده، بدون هیچ هدف خاصی است. زمانی یک تفکر در خود مانده نامیده می شود که نظم دهی جهان تجربه ای طبق احساسات و انگیزش رخ دهد. از این رو، افراد، چیزها و اشیاء با حالت درونی جور می شوند. اگر تشفی آرزو نتیجه تفکر را تعیین کند، فرایند تفکر اولیه است. رؤیای بیداری^۲ یک نمونه از تفکر در خود مانده است.

۲- تفکر جادویی^۳

در این تفکر نظم دهی اشیاء افراد و باز نمایی های شان به شیوه ای است که انگار آن ها آماده عمل همانند انسان ها هستند. هم چنین، این تفکر در کودکان خردسال دیده می شود که حاصل درک ناقص آن ها از علت وقوع پدیده ها است.

۳- تفکر عقلانی^۴

تفکری منطقی، عاقلانه و معطوف به هدف است. وقتی شما در حال حل کردن سر نخ ها در تقاطع یک جدول سرگرمی هستید، دارید داوطلب یک تفکر عقلانی می شوید. اگر بازنمایی ها، افکار و ارتباط شان نتواند همانند تصویر بیان شود. تفکر غیر شهودی^۵ است. این تفکر انتزاعی و مفهومی^۶ است.

۴- تفکر همگرا^۷

این تفکر پاسخ هایی را تولید می کند که در درجه ی نخست مبتنی بر دانش و منطق هستند. در تفکر همگرا قواعد تثبیت شده و راهبردهای منظمی وجود

^۱autistic thinking

^۲wish fulfillment

^۳Day dreaming

^۴Magical thinking

^۵rational thinking

^۶non-intuitive

^۷Abstract and conceptual

^۸Convergent thinking

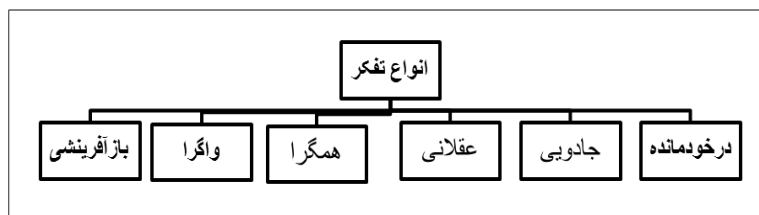
دارند. تنها یک پاسخ درست به هر مسئله وجود دارد. مسایل ریاضی نمونه روشنی از این نوع تفکر هستند.

۵- تفکر واگرا!

تفکر واگرا به توانایی ایجاد پاسخ های غیر معمول بسیار به سؤالات اشاره دارد. این نوع تفکر برخی اوقات به عنوان تفکر آفرینشی^۱ مورد اشاره است که مستلزم بینش و آفرینندگی^۲ است. این نوع تفکر به عنوان تفکر خلاق^۳ نیز خوانده شده که شامل خلق اندیشه های جدید و شیوه های نوین روی کرد به چیزها امور به منظور ایجاد احتمالات و فرصت ها است.

۶- تفکر باز آفرینشی^۴

این تفکر بر حافظه و هر نوع راهبردی که شخص در انباره حافظه اش انداخته، و کاربرد راه های آزموده و شناخته شده مبتنی است. در تفکر باز آفرینشی، فرد متفکر با طبقه ای از مسایل همانند که راه حل مشابهی دارند رو به رو است. حل کردن یک مجموعه از مسایل جبری، که عملیات مشابهی در آن ها به کار گرفته می شود، نمونه ای از تفکر باز آفرینشی است.



^۱Divergent thinking

^۲Productive thinking

^۳Insight and creativity

^۴Innovative thinking

^۵reproductive thinking

بعضی پژوهشگران دیگر انواع زیر را ارایه کرده اند:

- ۱- **تفکر اجرایی**^۱: این تفکر توانایی سازمان دهی اندیشه ها و طرح ها به گونه ای است که آن ها به طرز مؤثری به اجرا گذارده شوند.
 - ۲- **تفکر مفهومی**^۲: این تفکر شامل توانایی یافتن پیوندها و الگوهای بین اندیشه های انتزاعی، و آن گاه سازمان بندی آن ها به یک دیگر به منظور شکل دهی یک تصویر کامل است.
 - ۳- **تفکر شهودی**^۳: این تفکر عبارت است از توانایی به دست آوردن آن چه که شما ممکن است بدون هیچ دانش یا شواهدی، حس کنید یا درک نمایید که درست باشد و آن عامل به گونه ای مناسب در تصمیم نهایی لحاظ شود.
 - ۴- **تفکر انتقادی**^۴: این تفکر عبارت است از فرایند ذهنی تحلیل یک موقعیت به گونه عینی با گردآوری اطلاعات از تمام منابع ممکن و آن گاه ارزشیابی هر دو جنبه آشکار^۵ و نا آشکار و به همین ترتیب تلویحات **هرسیری** از عمل.
- تفکر انتقادی، تفکری منفی گرا با گرایش به یافتن عیوب و نقایص نیست. آن فرایندی طبیعی و بدون سوگیری برای ارزشیابی ادعاها یا نظرات فردی دیگر یا خودمان می باشد. تفکر انتقادی به این معنا نیست افراد دقیقاً شبیه به هم بیندیشند. افرادی که دارای ارزش ها یا اصول متفاوتی اند می توانند به نتایج کاملاً متفاوتی برسند. تفاوت در ادراک و نیازهای هیجانی ما را از اندیشیدن به شیوه های یکسان باز می دارد. تفکر انتقادی برای حل مسایل پیچیده تر در زندگی روزمره اساسی است. این مسایل یک کلید پاسخ ندارند. آن ها دارای مرزهای نامعلوم، داده های ناقص و حس فوریت می باشند. تفکر انتقادی به عنوان چنگ انداختن به معنای عمیق تر از

^۱Implementation thinking

^۲Conceptual thinking

^۳Intuitive thinking

^۴Critical thinking

^۵tangible

^۶Sense of urgency

مسایل، داشتن یک ذهن باز در خصوص رویکردها و دیدگاه های گوناگون و تصمیم‌گیری برای خودش (آن چه که بدان باور دارد و آن چه که انجام می دهد) تعریف شده است. برای این منظور شخص باید:

- ۱- یاد بگیرد تا تشخیص دهد چه وقت مسئله ای وجود دارد.
- ۲- مسائل را به صورت دقیق تری تعریف کند.
- ۳- با مسائلی که دارای ساختار ضعیفی هستند مقابله نماید.
- ۴- با مسائلی که مستقل^۱ نیستند برخورد کند.
- ۵- به مسائلی که هیچ ضابطه ی مشخصی ندارند بپردازد.
- ۶- موضوعات شخصی خطرناک را مدیریت کند.

حل مسئله در کلاس درس و موقعیت های آزمایشگاهی در مقایسه با موقعیت های زندگی روزانه کاملاً متفاوت است. به هر روی، تفکر انتقادی کمک کننده است. سر در آوردن از رفتار شخصی فرد، ارزشیابی صحت و درستی تقاضاهای رفتار و به عمل آوردن انتخاب شخصی خردمندانه در حل مسئله اساسی هستند.

تفکر انتقادی به سختی احساسات یا تفکر هیجانی^۲ را مورد توجه قرار می دهد. هیجانات به زندگی مان معنا، لذت و حسی از هدفمندی می دهند. تفکر انتقادی احتمالاً نمی تواند این نقش را برآورده سازد. با این وجود، تصمیمات هیجانی مهم، هم چون تصمیم‌گیری درباره ی شریک زندگی بایستی شامل تفکر انتقادی باشد.

انواع گوناگونی از تفکر وجود دارند که اهداف مختلفی را تأمین می کنند. موارد زیر گام هایی هستند که بایستی به منظور غنای تفکر انتقادی مورد پیگیری قرار گیرند:

^۱Self-contained

^۲emotional thinking

گام ۱: نگرش یک متفکر نقاد را اختیار کنید.

نخستین گام برای ایفای نقش یک متفکر نقاد ایجاد نگرش مناسب است. یک چنین نگرشی شامل ویژگی های زیر است:

۱- عاری از تعصب بودن^۱

۲- شک گرایی سالم^۲

۳- فروتنی و افتادگی عقلانی^۳

۴- آزاد اندیشی^۴

۵- انگیزش بالا^۵

برای عاری از تعصب بودن و شکاک بودن، فرد باید به منبع حقایق و اطلاعات پی ببرد. واریسی موضوعات از بسیاری جهات ممکن و داشتن نگاه عقلانی و عینی از دیدگاه های خوب و بد، برای حمایت از موضوعاتی که قصد داوری آن را داریم، ضروری است.

برای یافتن حقیقت فرد بایستی تا آن جا که ممکن است جایز الخطا بودن انسان را بپذیرد. این که نقص هایی در باورهای مان وجود دارند بسیار متداول است. ما باید برای آزمون شواهد جدید آماده باشیم و نتایج را به طور عینی بپذیریم. موضوعات زیادی هستند که مشخصاً ورای بر چسب به عنوان درست یا نادرست، آمیزه ای از هر دو می باشند. برای اندیشیدن آزادانه، بر کنارماندن از فشارهای اجتماعی جهت همنوایی اساسی است. این می تواند کاملاً سخت و دشوار باشد، اما شخص بایستی قادر به انجام آن باشد تا آن که ارزشیابی کامل شود.

سرانجام، یک متفکر نقاد برای کار لازم و کافی جهت ارزشیابی جنبه های چندگانه موضوعات، باید دارای یک کنجکاوای طبیعی باشد و به غایت بر انگیزه شده باشد.

^۱Open-mindedness

^۲Healthy skepticism

^۳Intellectual humility

^۴Free thinking

^۵High motivation

گام ۲: عوامل مزاحم^۱ تفکر انتقادی را بشناسید و از آن دوری کنید.

در هر روز از زندگی مان با چیزهای مواجه می شویم که مزاحم توانایی های ما برای اندیشیدن به طرز روشن هستند. آن ها ممکن است محدودیت های طبیعی و غیرتعمدی یا فریب کارانه^۲ باشند. ما باید بدانیم که چه گونه آن را بشناسیم و از آن اجتناب نماییم. محدودیت های بنیادی انسان سوء برداشت های ناشی از منطق یا درک معیوب، یا دام های روانی و اجتماعی هستند. تفکر به وسیله زبان مورد استفاده ی ما نیز محدود می شود.

گام ۳: بحث ها را بشناسید و مشخص نمایید.

تفکر نقاد به توانایی شناسایی و ساختاربندی یک بحث مناسب نیاز دارد. هم چنین تفکر نقاد با استدلال برای حمایت از نتیجه، همبستگی دارد.

گام ۴: منابع اطلاعات را ارزیابی کنید.

اگر حقایق حمایت کننده ی یک بحث غلط و نادرست باشد. بحث نیز چنین خواهد بود. یک متفکر نقاد باید دارای روی کردی سالم (منطقی) برای ارزیابی اعتبار حقایق باشد. او باید منابع اطلاعاتی را که معتبر، بدون سوگیری^۳ و درست هستند را بشناسد.

گام ۵: بحث ها را ارزیابی کنید.

این گام فرایند ارزیابی این موضوع است که آیا (الف) بحث ها مستدل (قانع کننده) هستند، (ب) استدلال مربوط و مکفی است، و (ج) اطلاعات ناپایا (نامطمئن) حذف شده اند. یک پذیره ی مستدل^۴ پذیره ای است که یا مسلم تلقی شود یا برای پذیرش، بدون نیاز به بحث اضافی برای حمایت از آن، معقول^۵ باشد.

^۱Hindrance

^۲Unintentional or manipulative

^۳unbiased

^۴Warranted assumption

^۵reasonable

استدلال: این موضوع ارزیابی بحث‌ها برای سنجش ربط و بسندگی^۱ در حمایت از نتیجه بحث است.

حذف‌ها:^۲ این مرحله گام نهایی در ارزیابی بحث‌ها و تلاش برای تعیین این موضوع است که آیا شواهد مهم، به گونه عمد یا غیر عمد، مورد حذف یا حمایت قرار گرفته‌اند.

مفاهیم

در هر نوع تفکری ما به مفاهیم وابسته ایم. مفاهیم اساسی‌ترین پیش شرط تفکر به شمار می‌آیند. مفاهیم مقولاتی مورد استفاده برای گروه بندی اشیاء، روی داده‌ها، و ویژگی‌ها بر مبنای خواص مشترک هستند. مفهوم سازی یک توانایی خاص برای مقوله بندی است که به ما کمک می‌کند تا درکی از اطلاعات موجود در جهان داشته باشیم. بدون مفاهیم پردازش اطلاعات به گونه ای مؤثر ناممکن است. غیر از این، تصور پردازش اطلاعات درباره شیی، به عنوان یک هویت یکتا و بی مانند، سخت و دشوار است. مفاهیم به ما کمک می‌کنند تا تجارب را به اشیاء ربط دهیم. فقط به خاطر مفاهیم است که ما می‌توانیم از شیوه‌های مؤثر کاربست قدرت یادگیری، حافظه، تفکر و حل مسأله استفاده نماییم.

تعمیم^۳، تمیز^۴ و تجرید^۵ (انتزاع) مراحل سه گانه ای شکل گیری مفهوم هستند. پی بردن به شباهت‌های اساسی و آن‌گاه جزئیات ظریف تر گروه‌هایی از اشیاء و نهایتاً ظرفیت اندیشیدن در خصوص شیء-وقتی که در دسترس حواس مان نیست-مشمول شکل گیری مفهوم هستند. برای مثال، اول از همه کودک در می‌یابد که تمامی سگ‌ها دارای ویژگی‌های مشترکی هم چون چهارتا پا، دو تا گوش، یک دم و مو هستند. پس از آن وی مجبور است تفاوت بین سگ و گربه را بفهمد، با وجودی که بسیاری از ویژگی‌ها مشابه هستند. تفاوت در اندازه، ظاهر دقیق و صدا نیز در تمیز بین این دو نوع بایستی لحاظ

^۱Relevance and sufficiency

^۲omissions

^۳generalization

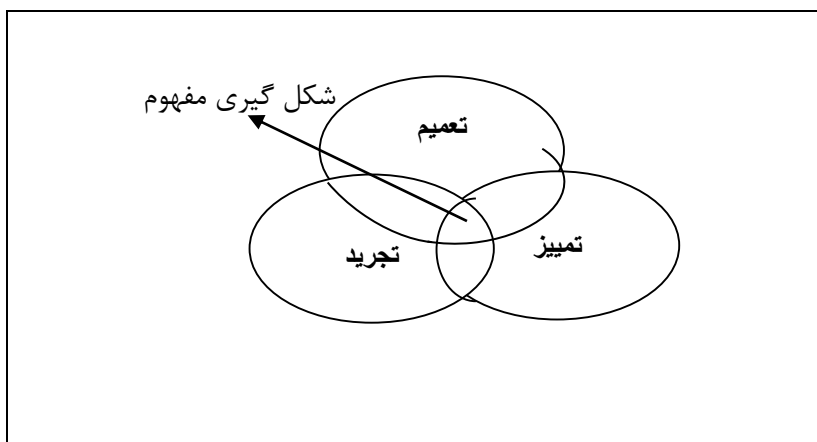
^۴discrimination

^۵abstraction

^۶Concept formation

شود. موقعی یک مرحله فرا می رسد که کودک به تواند معنای کلماتی هم چون گربه و سگ را درک کند و به تواند درباره آن ها تصویر سازی کند. تمام این چیزها مشمول شکل گیری مفهوم هستند.

دو نوع بنیادی از مفاهیم وجود دارند: انضمامی و انتزاعی. مفاهیم انضمامی عبارت اند از: "ماشین"، "میز"، "گج"، "کاغذ"، "قایق" و غیره. اصطلاحات انضمامی اصطلاحاتی هستند که نشانگر برخی اشیایی اند که ما می توانیم با کمک حواس مان تجربه نماییم. به این معنا که ما می توانیم این چیزها را ببینیم، لمس نماییم، وزن کنیم، بوییم و بچشیم. به عبارت دیگر، اصطلاحات انتزاعی شامل چیزهایی اند که ما نمی توانیم با چشم هایمان ببینیم و این که برای دیگر حواسمان هم قابل دسترس نیستند. مثال های ساده اصطلاحات انتزاعی عبارت هستند از: "آزادی"، "صداقت"، "رفاقت". اصطلاحات انضمامی در مقایسه با مفاهیم انتزاعی برای یادگیری آسان تر هستند. ارزش بر انگیزتگی تصویری بیش تر از مفاهیم انتزاعی است؛ و یک فرد می تواند به آسانی در خصوص یک اصطلاح انضمامی دست به تصویر سازی بزند و آن را با اندیشه های دیگر ربط دهد.



استدلال

استدلال یک فرایند شناختی یا فعالیت ذهنی معطوف به یافتن راه حل یک مسأله و تغییر شکل اطلاعات برای دست یابی به نتیجه است. در این جا به کاربرستن قواعد منطق صوری یا بعضی دیگر از روش های عقلانی اساسی است. استنباط اساساً نقش مهمی را در استدلال بازی می کند و آن استدلال از مقدمات به نتیجه است.

انواع مختلفی از استدلال وجود دارد. برخی از استدلال های مهم در زیر بیان شده اند:

۱- استدلال شرطی^۲

استدلال شرطی شکلی از استدلال منطقی است که بر گزاره های شرطی^۳ یا قضایای شرطی^۴ استوار می باشد. مثل اگر p آن گاه q
 p قضیه پیشایند (مقدم)^۵ و q قضیه پسایند (تالی)^۶ است.
مثال، اگر این ماده شیشه باشد، در صورت افتادن از ارتفاع خواهد شکست. گزاره شرطی به لحاظ منطقی با نه p و نه q یکسان است.

یک قضیه y شرطی اعتباری^۷ (فاعلی) گزاره شرطی ای است که:
قضایای پیشایند و پسایند هر دو فرضی^۸ هستند. برای مثال، اگر هیمالیا آب شود، کل ملت غرق خواهند شد.

۲- استدلال شرطی خلاف واقع^۹

این نوع، شکلی از استدلال است که قضیه پیشایند نه تنها فرضی بلکه نادرست می باشد.

^۱inference

^۲Conditional reasoning

^۳Conditional statements

^۴Conditional Propositions

^۵Antecedent

^۶consequent

^۷Subjective conditional

^۸Hypothetical

^۹Counterfactual conditional reasoning

اگر روی زمین هیچ اکسیژنی نبود، هیچ موجود زنده ای وجود نمی داشت، استدلال خلاف واقع بر نوع (سنخ) گزاره ی بعدی مبتنی است. استدلال شرطی خلاف واقع قضیه ای است که تصور شده p نادرست و q فرضی باشد.

این استدلال ضرورتاً درست است. برای مثال، اگر $5+5=12$ باشد. آن گاه انسان قادر به پرواز است.

۳- استدلال استقرایی^۱

این نوع، شکلی از استدلال است که ما از جز به کل می رویم. ساده ترین نمونه اش این است: شما برای بقا به اکسیژن نیاز دارید، شما یک موجود انسانی هستید. بنابراین، تمام موجودات انسانی برای بقا نیاز به اکسیژن دارند.

۴- استدلال قیاسی^۲

این نوع، استدلال از کل به جزء است. از مشاهده بسیاری از موارد ما می توانیم نتیجه ای را درباره یک مورد خاص استخراج نماییم. برای مثال، تمام گاوها چهار پا دارند. کاپیلایک گاو است. در نتیجه، کاپیلایک چهار پا دارد.

در این جا، نتیجه از مجموعه ای از فرض ها که منطقاً بدان اشاره دارد استخراج شده است. یک قیاس معتبر، قیاسی است که اثبات مقدمات و نفی نتیجه بدون نقض ناممکن است. یک مثال قیاس صوری^۳ است. در قیاس صوری، دو قضیه وجود دارد که تعدادی جمله را با نتیجه به اشتراک می گذارد.

آشکارا، برخی صور قیاسی معتبر هستند در حالی که برخی دیگر ممکن است نباشند. برای مثال،

تمام انسان ها فانی هستند

هیچ یک از خدایان فانی نیستند.

پس، انسان ها خدا نیستند.

^۱Inductive reasoning

^۲Deductive reasoning

^۳syllogism

این قیاس درست و معتبر است، اما قیاس زیر ممکن است درست نباشد.
بعضی از بانوان چاق هستند.

بعضی از بانوان آواز خواندن را دوست دارند.

پس، بعضی از بانوان چاق آواز خواندن را دوست دارند.

۵- استدلال پیش گزیده^۱ (پیش فرض)

در این جا تصور شده که پیش گزیده به طور پیش فرض درست است. اما اگر قضیه بعدی به آن اضافه گردد می تواند رد شود. در نتیجه، این استدلال واقعاً منطقی نیست. برای مثال،

پرندگان پرواز می کنند.

توئیتی یک پرنده است.

بنابراین، توئیتی می تواند پرواز کند.

به هر روی، اگر شما مقدمه بعدی را بیفزایید و با دقت بیش تری بیندیشید، متوجه می شوید که آن باور نکردنی نیست. برای مثال، توئینی یک پنگوئن است.

۶- استدلال فریضه ای^۲

مفهوم استدلال فریضه ای به داوری ارزش اخلاقی مرتبط است و احتمالاً کم تر به برآوردن انتظارات منطقی ربط دارد. این استدلال درباره تعهدات و وظایف در ارتباط با ضوابط اخلاقی و اعمال وجدانی است. "اگر پسری زیر سن ۱۶ سال است، وی هرگز نباید سیگار بکشد." احتمال زیادی وجود دارد که در برخی از فرهنگ ها و در بعضی از شرایط اقلیمی چنین اجازه ای داده شود. از این رو ممکن است به عنوان یک "حرمت"^۳ یا چیز ممنوع تفسیر نشود.

^۱Default reasoning

^۲Deontic reasoning

^۳taboo

مثال های بسیار زیادی از استدلال و قواعد گوناگون مرتبط با آن ها وجود دارند. به هر حال، بر مبنای مثال هایی که پیش تر ارائه شد، شما می توانید دریابید که استدلال به قواعد منطقی تفکر مرتبط است. وقتی که ما فکر وجود اشتباه منطقی ای را در تفکر و نتیجه گیری هایمان داریم نتیجه می گیریم که ممکن است دچار تحریف باشد.

نظریه ها و عوامل مرتبط با تفکر

به منظور تبیین ماهیت، مکانیسم و رشد تفکر نظریه های گوناگونی به وسیله متخصصان مختلف ارائه شده است. برخی از نظریه های مهم در زیر ارائه شدند:

۱. نظریه ی رفتار گرایانه^۱

مطابق این نظریه، تفکر رفتاری آموخته شده است. برخی از نظریه پردازان پیشگام این نظر را پیش کشیدند که تفکر به عنوان نتیجه شماری از محرک ها آغاز می شود. هر محرک خاصی به یک پاسخ فکری خاصی منجر می شود. بدین سان، آن ها خواستند تفکر را با کمک شرطی سازی تبیین نمایند. هم شرطی سازی کلاسیک و هم شرطی سازی نوع ابزاری در این نوع از فرایند تفکر گنجانده شدند هر دو نوع شرطی سازی بر اصل تقویت^۲ مبتنی هستند. در شرطی سازی کلاسیک، تقویت دقیقاً در توالی^۳ عملی است که فرد به آموختن آن است و در شرطی سازی ابزاری^۴ فرد ناگزیر به عمل کردن روی محرک های محیطی و دادن یک پاسخ خاص به منظور به دست آوردن تقویت است.

۲. نظریه حرکتی تفکر^۵

واتسون^۶ (۱۹۱۳) به تفکر به عنوان گفتار بدون آوا^۷ می نگریست. فرایند تفکر شامل زبان درونی^۸ است. این دیدگاه نظریه حرکتی تفکر بود. بعضی کارها با افراد ناشنوا و ناگویا انجام

^۱Behavioristic theory

^۲Principle of reinforcement

^۳In sequence

^۴Instrumental conditioning

^۵Motor theory of thinking

^۶watson

^۷Subvocal speech

^۸Inner language

شد. بر اساس نظریه واتسون ممکن است انتظار رود که وقتی آن‌ها در حال فکر کردن هستند، همان گونه که آن‌ها از انگشتان شان برای زبان اشاره^۱ استفاده می‌کنند، انگشتان آن‌ها را بیش تر از گروه بزرگسالان بهنجار حرکت دهند. مطابق یافته‌های پژوهشی، همبستگی بالایی بین فعالیت حرکتی انگشتان افراد ناشنوا در مقایسه با گروه شنوای بزرگسال وجود داشت. اسکینر^۲ (۱۹۳۸) بعد ها به تفکر به عنوان رفتار خصوصی به جای رفتار آشکار نگرست و باور داشت که آن هم به گونه ای در معرض کنترل محرک و تقویت قرار می گیرد. وی تلاش کرد تا نشان دهد که هم رفتار آشکار و هم تفکر به وسیله شرطی سازی تحت کنترل هستند. در رفتار آشکار تعاملی با شخص دیگر وجود دارد، در حالی که در تفکر اشخاص شنونده خودشان هستند.

۳- نظریه گشتالت

در این نظریه، اهمیت سازمان میدان ادراکی^۳ در فرایند تفکر برجسته شده است. مطابق این نظریه، تفکر همواره سودمند و هدف گراست. ما باید موقعیتی (بافتاری)^۴ را که در تفکر جایگزین می شود در نظر بگیریم. یک موقعیت باید برای سازمان دهی دوباره و بازسازی میدان ادراکی، به منظور حل مؤثر مسئله ای که شخص می خواهد آن را حل کند. تنظیم شود.

هم چنین، این اصل گشتالتی که انسان ها عموماً تلاش می کنند تا محرک های محیطی را تا حد ممکن معنادار سازند، نقش مهمی در تفکر بازی می کند. این موضوع پذیرش شکل خوب یا پراگمانز^۵ نامیده می شود.

تا آن جا که به اصول گشتالت مربوط می شوند، نشان دادن فکر (اندیشه) پراگمانز آسان است. فرض کنید شما تصویری شبیه به این را می بینید:

^۱Sign language

^۲Skinner

^۳Organization of Perceptual field

^۴Context

^۵Good form or Pragnanz

ممکن نیست شما آن را فقط به عنوان شماری علایم قابل دسترس و نه چیزی دیگر، روی صفحه رایانه ببینید. آن به عنوان تصویری از یک چیز زنده دیگر تداوم می یابد؛ و شما ممکن است آن را به عنوان یک بوف (جغد) درک نمایید. ما عموماً محرک را تا حد ممکن معنادار می سازیم.

۴- رویکردهای شناختی نسبت به تفکر^۱

پژوهشگران در حوزه روان شناسی شناختی بر فرایندهای ذهنی که در ضمن تفکر اتفاق می افتد متمرکز می شوند. فکر راهبردهای اکتشافی به وسیله میلرومیلنر (۱۹۶۰) ارائه شده است. این فکر بر درک راهبردهای انسانی برای حل مسائل مبتنی است. پیچیدگی‌های یک مسئله ممکن است با به راه انداختن مجموعه ای از قواعد سر انگشتی ساده شود. آن گاه این قواعد می توانند در یک زمانی به کار بسته شوند. ما آن را بعداً در ادامه بحث خواهیم کرد.

۵- رویکرد پردازش اطلاعات^۲

این نظریه جدیدترین رویکرد جهت تبیین تفکر است. در رویکرد پردازش اطلاعات، شیوه‌ای که ما اطلاعات محیطی را پردازش می کنیم مورد توجه قرار می گیرد. عمق پردازش به ماهیت محرک های محیطی و راهبردهایی که شخص قصد دارد به همان اندازه برای ایجاد تغییرات مطلوب به کار بندد بستگی دارد. مراحل برجسته این رویکرد عبارت اند از:

الف. ثبت^۳ اطلاعات قابل دسترس در محیط

ب. بازبایی^۴ اطلاعات

^۱Cognitive approaches to thinking

^۲Miller and Milner

^۳Information Processing approach

^۴registering

^۵retrieval

ج. به کار بستن اطلاعات از هر دوی این منابع

بدین سان، رویکرد پردازش اطلاعات تا حدودی این موضوعات را که ما چه گونه فرا می‌گیریم، سازمان می‌دهیم، ذخیره می‌کنیم و از اطلاعات برای برنامه ریزی رفتار هدفمند^۱ سود می‌جوییم مورد توجه قرار می‌دهد. در این رویکرد ما هر چیزی را با توجه به احساس و ادراک، سازمان دهی در حافظه و همین طور انواع حافظه هم چون حافظه ی حسی^۲، کوتاه مدت (STM) و دراز مدت (LTM)، بازیابی و فراموشی^۳، و تمام فرایندهای شناختی اساسی برای تفکر مورد ملاحظه قرار می‌دهیم. این رویکرد بر مبنای پژوهش‌های تجربی بنا شده و بیش تر مورد پذیرش می‌باشد.

۶- نظریه‌های رشدی^۴

الف. نظریه ی پیازه^۵ توضیحی در این باره که چه گونه فرایند تفکر رشد می‌یابد ارائه داده است. نخستین مرحله، مرحله حسی - حرکتی^۶ است که تا ۲ سالگی ادامه می‌یابد. در حالی که فعالیت حسی و حرکتی خیلی مهم هستند دستکاری ذهنی اشیاء و اندیشه‌ها تا حد ممکن خیلی اندک است. مفهوم پایداری شیء^۷ و تمییز بین خود و دیگران در پایان این مرحله به دست می‌آید. در مرحله ی پیش عملیاتی^۸ (۲-۷ سالگی) استفاده از زبان و تصاویر ذهنی به فرایند تفکر کمک می‌کند. در طی مرحله عملیاتی عینی^۹ (۷-۱۱ سالگی) تفکر منطقی با توجه به مقوله‌های انضمامی^{۱۰} حاصل می‌شود. در همین مرحله طبقه

^۱Purposeful behavior

^۲sensory

^۳forgetting

^۴Developmental theories

^۵Piagets theory

^۶Sensory-motor stage

^۷Object permanence

^۸Preoperational stage

^۹Concret operational stage

^{۱۰}Concrete terms

بندی^۱، نگهداری^۲ و مفاهیم عددی رشد می یابند. مرحله آخر، مرحله عملیات صوری^۳ (۱۲ سالگی و بعد از آن) است. توانایی تفکر در باره ی مقوله های انتزاعی^۴، فرضیه آزمایی^۵ و حل مسایلی که در محیط بلافصل وجود ندارند از پیشرفت های بنیادی در طی این مرحله به شمار می آیند. این بالاترین مرحله است. این نظریه، علی رغم انتقاد زیاد، برای دست یابی به اندیشه ای روشن در خصوص سطح درک و فهم یادگیرنده سودمند است.

ب. نظریه ی شیوه های بنیادی **سالیوان** دارای سه مرحله رشد شناختی مطابق دیدگاه سالیوان است. آن ها "شیوه ها"^۶ نامیده شدند. این مراحل عبارت اند از:

(۱) شیوه پروتوتاکسیک^۸ (تجربه حسی)

(۲) شیوه پاراتا کسیک^۹ (تجربه بی ربط)

(۳) شیوه سینتاکسیک^{۱۰} (تجربه واقعی)

در شیوه پروتوتاکسیک، در طی نوزادی هیچ ساختار مشخصی از فرایند تفکر وجود ندارد. همه چیز مبهم است. تنها لذا ید و دریافت های پایه تجربه می شوند. در شیوه پاراتا کسیک، یک کودک بین خود و دنیایی که به معنای اشیا و اشخاص پیرامون اوست تمییز می گذارد. در این شیوه تنها دستکاری عینی چیزها و اشیا انجام می شود. در طی آخرین مرحله، که مرحله ی سینتاکسیک است، بازنمایی نمادی، تصاویر ذهنی، تفکر منطقی و استدلال انتزاعی به وسیله شخص به دست می آیند.

^۱classification

^۲conservation

^۳Formal operation

^۴Abstract terms

^۵Test hypothesis

^۶Sullivan

^۷modes

^۸Prototaxic mode

^۹Parataxic mode

^{۱۰}Syntactic mode

ج. نظریه ی **برونر**^۱ مراحل رشد شناختی را تحت عناوین بازنمایی های بی واسطه^۲، تصویری^۳ و نمادین^۴ ارائه می کند. در طی مرحله نخست، کودک تنها از طریق پاسخ های حرکتی اش با محیط به تعامل می پردازد. این پاسخ های حرکتی و حرکات با بازنمایی کودک از چیزها مرتبط هستند. مرحله بعدی، یعنی بازنمایی تصویری با تصاویر و عکس های ذهنی مشخص می شوند. در مرحله ی پایانی بازنمایی نمادین، واژه ها، نمادها و سایر پدیده های انتزاعی تخیلی برای تفکر مورد استفاده قرار می گیرند. آن ها به فعالیت های حرکتی و تصاویر حسی^۵ وابسته نیستند.

د. **لو ویگوتسکی**^۶ (۱۸۹۶) یک روان شناس روسی است و یک سازه مرکزی در نظریه ویگوتسکی موضوع رشد زبان است. تحلیل های دقیق تر سه مرحله را در این جریان نشان می دهد:

(۱) **گفتار بیرونی یا اجتماعی**^۷ (تا ۳ سالگی): در این مرحله رفتار کودک به وسیله گفتار بزرگ سال، به شکل بیرونی، تنظیم می شود و آن را به جهتی سوق می دهد. مثلاً وقتی مادر می گوید "فنجان کو؟" نگاه کودک، به آن سو چرخانده می شود. در این حالت پاسخی اختصاصی در کودک ایجاد می شود.

(۲) **گفتار خود مدارانه یا خصوصی**^۸ (۳ تا ۷ سالگی): در این مرحله گفتار خود مدارانه یا بینابینی می شود، و کودکان غالباً برای کنترل رفتار شان با خود شان حرف می زنند. وقتی کودکان با تکالیف دشوار و گیج کننده ای رو به رو هستند. از این نوع گفتار بیش تر استفاده می کنید. در آزمایشی وسایل نقاشی در اختیار کودک قرار گرفت و در ضمن

^۱ Bruners theory

^۲ Enactive representation

^۳ Iconic representation

^۴ Symbolic representation

^۵ Sensory images

^۶ Lev vygotsky

^۷ Social (external) speech

^۸ Ego centric (private) speech

فعالیت، مجموعه ای از ناکامی ها و دشواری ها بر آن افزوده شد مثلاً هنگامی که می خواست چیزی را رسم کند، ناگهان متوجه می شد که کاغذ ندارد یا مداد رنگی دلخواه در اختیارش نیست. دیده شد در چنین موقعیت های دشواری، کودک، در حالی که با خود می گفت: " مداد کو؟ مداد آبی می خواهم. عیبی نداره با مداد قرمز می کشم و بعد..." می کوشید موقعیت را دریابد و راه حلی پیدا کند.

(۳) **گفتار درونی**^۱ (۷سالگی به بالاتر): گفتار خود مدارانه مرحله ای انتقالی^۲ در حرکت رشدی از گفتار آوایی^۳ به سوی گفتار درونی بی آوا^۴ است. گفتار درونی با خود سخن گفتن به طریقی بی صداست. در این آزمایش ها کودکان بزرگ تر هنگام رویارویی با موانع، به گونه ای متفاوت با کودکان کوچک تر رفتار می کردند. کودکان بزرگ تر اغلب موقعیت ها را در سکوت بررسی می کردند و بعد راه حلی می یافتند. گفتار درونی به اندیشه و رفتار انسان جهت می دهد و در همه ی کارکردهای ذهن وجود دارد. توانایی ما برای گفت و گو با خودمان، یعنی فکر کردن با کلمات.

۷- نظریه ی روان تحلیلی^۵

فروید^۶ دو اندیشه ی بنیادی را ارائه داد که نه تنها در تصمیم گیری درباره هیجانات و رفتار، بلکه در خصوص کل فرایند تفکر موجودات انسانی کاربرد دارند. این دو اندیشه ارضای سابق جنسی و نقش نا آگاه هستند. مطابق نظر وی^۷ نه دهم روان انسان شامل نا آگاه و نیمه آگاه است. از این رو، بر اساس دیدگاه فروید، تشفی^۸ آرزو، رؤیا پردازی^۹ و تفکر مرضی نا آگاه^{۱۰} بخش عمده ای از تفکر انسان ها به شمار می آید.

^۱Inner speech

^۲Transitional stage

^۳Vocal speech

^۴Soundless inner speech

^۵Psycho-analytical theory

^۶Freud

^۷Wish fulfilment

^۸dreaming

^۹Unconscious morbid thinking

هر جایی که نیازهای فیزیولوژیایی کاملاً برآورده (ارضا) نشوند، حافظه به بازی گرفته می‌شود. این حافظه با نوع تحریکی که غذای واقعی، گرمی (صمیمیت) و تماس فرا می‌خواند پیوند می‌یابد. برای مثال، یک نوزاد گرسنه در باره ی غذا دُچار توهم^۱ می‌شود، اما این توهم به خودی خود ارضا کننده نیست. بخشی از انرژی آزاد شده صرف به دست آوردن واقعی غذا می‌شود. این اساساً تفکر در خود مانده است که به وسیله هیجانات برانگیخته می‌شود. فروید تمایزی را بین فرایندهای تفکر اولیه و ثانویه^۲ به عمل می‌آورد. طبق دیدگاه وی تفکر ثانوی به معنای تفکر آگاه عقلانی^۳ است، در حالی که فرایندهای تفکر اولیه ناآگاه می‌باشند.

سه سطح جداگانه از تفکر وجود دارند:

الف. تفکر پیش آگاه: این ها افکار و اندیشه هایی هستند که بخش و قسمتی از آگاهی ما نیستند. در نتیجه هیچ توجهی مصروف آن ها نیست.

ب- تفکر آگاه: افکاری که فرد به آن ها توجه نشان می‌دهد و به طرزی فعال درگیر در کنار آمدن (مقابله) با آن ها می‌شود.

ج- تفکر ناآگاه: این افکار برای آگاهی ما غیر قابل دسترسی هستند، منتها نقش مهمی را در تعیین رفتارمان بازی می‌کنند.

پیوند بین تفکر و استدلال در برقراری ارتباط بسیار روشن و مهم است، طوری که اندیشیدن در خصوص ارتباط بدون تفکر و استدلال غیر ممکن است. با توجه به ارتباط میان فردی و درون فردی این موضوع به یک اندازه درست است. فهمیدن و پاسخ دادن به هر نوع ارتباطی کلاً به مناسب بودن فرایند تفکر بستگی دارد. اگر تفکر منظم و عینی نباشد، ارتباط را تحت تأثیر قرار خواهد داد و شخص قادر به دریافت پیام واقعی ارسال شده توسط دیگران نخواهد شد و در پیامد پاسخ اش دُچار تحریف می‌شود.

^۱hallucination

^۲Primary and secondary thought Processes

^۳Rational conscious thought

^۴Pre conscious thought

^۵appropriateness

بسیاری از پژوهشگران این فکر را پیش کشیدند که اگر مهارت های تفکر بهبود یابد، شخص ممکن است نه فقط مزیت های گوناگونی را با توجه به پیشرفت های شناختی - هم چون رتبه های خوب و موفقیت - به دست آورد، بلکه هم چنین می تواند زندگی اجتماعی، روابط میان فردی، توازن هیجانی^۱ را ارتقا به بخشد. شخص می تواند گرایشات منفی مثل پرخاشگری را به هیجان های مثبت بر گرداند، و حتی کج خلقی ها^۲ را کاهش دهد. تا اندازه ای، تفکر ابزاری برای سازگاری شخص با محیط است. تکامل فرهنگ، هنر و فناوری به فرایند تفکر بستگی دارد. نظام پرورشی در ایران اساساً معطوف به اطلاعات^۳ و متکی بر حافظه^۴ است. پاسخ های حاضر و آماده ای^۵ به دانش آموزان داده می شود و آن ها فقط ناگزیر به یاد سپردن آن هستند. گرایش دانش آموزان به پیگردی و یافتن پاسخ ها در خودشان ر شد نیافته است. این دقیقاً پاسخ همان چیزی است که چرا برخی اوقات افراد نسبتاً فرهیخته برای اختراعات و پیشرفت خود فرمان^۶شان مشهور هستند. آموزش و پرورش ایران بر تفکر منطقی و نقاد تمرکز می کند و رشد تفکر خلاق^۷ را درمیان دانش آموزان مورد بی توجهی قرار می دهد. تنها درست بودن^۸ مورد تأکید است. اگر چه داشتن دست کم هوش بهنجار برای تفکر با کیفیت بالاتر لازم و ضروری است، منتها آن بدان معنا نیست که اشخاصی که خیلی هوشمند هستند افراد متفکر خوبی هم به شمار می آیند. دی بونر^۹ (۱۹۸۵) برای به سازی مهارت های تفکر شماری فرمول تفکر پیشنهاد کرده است. مهم ترین آن ها عبارت اند از:

(الف) AGO، (ب) CAF، (ج) PMI، (د) OPV، (ه) APC

^۱Emotional balance

^۲Temper tantrums

^۳Information oriented

^۴Memory based

^۵Readymade answers

^۶Self-directed achievements

^۷Innovative thinking

^۸Being correct

^۹De pono

- ۱- AGO سر واژه ای برای مقاصد، اهداف^۲ و غایات^۳ است. همان طور که تفکر سنجیده^۴ به قدرت اراده بستگی دارد، یک فرد متفکر نیز باید از مقاصد، اهداف و غایات آگاه باشد.
- ۲- CAF به این معناست که تمام عوامل را مورد توجه قرار بده^۵. فرد باید به دقت یادداشتی را از تمام عوامل، با توجه به یک مسأله جهت تحلیل آن، تهیه کند. این موضوع اشتباه درک نسبی^۶ و مسایل مرتبط را کاهش می دهد.
- ۳- PMI به معنای مورد توجه قرار دادن جنبه های مثبت^۷، منفی^۸ و اندیشه های جالب و گیرا^۹ است. ابتدا ما باید تمام جنبه های مثبت یک راه حل را بنویسیم. آن گاه باید تمام جنبه های منفی آن را یادداشت نماییم. سرانجام، ما اندیشه های جالب و گیرا را با توجه به همان مسئله ثبت می کنیم. بدین سان، دست یابی به بهترین راه حل در خصوص موضوع یا مسئله آسان است.
- ۴- OPV به معنای دیدگاه های سایر افراد^{۱۰} است. توجه به دیدگاه افراد مهم درگیر در مسأله یا متأثر از تصمیم یا راه حل به مقدار زیادی کمک کننده است. برای مثال، تغییر در ساختار یک دوره ی مدرک آموز شی^{۱۱} اسأ دانش آموزان، آموزگاران، مدیریت، والدین را به گونه ی مستقیم یا غیر مستقیم تحت تأثیر قرار می دهد. در نتیجه، قبل از اجرای یک خط و مشی جدید، مراجع قدرت باید دیدگاه تمام این گروه ها را درک نمایند.

^۱Aims

^۲Goals

^۳objectives

^۴Deliberate thinking

^۵Consider all factors

^۶Error of partial perception

^۷plus

^۸Minus

^۹Interesting

^{۱۰}Other people views

^{۱۱}Educational degree course

۵- APC معادل گزینه های احتمالی جایگزین^۱ است. فرد ملزم به ایجاد تمام راه های احتمالی جایگزین برای حل مسئله می باشد. سرانجام، مناسب ترین راه حل برگزیده می شود.

خلاصه

تفکر مهم ترین توانایی شناختی موجودات انسانی به شمار می آید. آن مستلزم شکل گیری مفهوم، زبان، توانایی استدلال، و همین طور تحلیل نقادانه ی اطلاعات است. استدلال های استقرایی و قیاسی دو نوع مهم از استدلال هستند که برای پردازش مناسب اطلاعات لازم و ضروری می باشند. تفکر برای ساختن چیزهای معنادار، حل مسائل، ارزشیابی بعضی از اندیشه ها و همین طور تصمیم گیری مورد استفاده است. تفکر و استدلال توجه بسیاری از روان شناسان را به خودش جلب کرد و نظریه های گوناگونی توسط آن ها با توجه به محتوا و فرایندی که در این فصل مورد بحث قرار گرفتند ارائه شد.

پرسش ها

- ۱- ماهیت تفکر چیست و انواع آن کدام اند؟
- ۲- استدلال چیست؟ انواع آن را نام ببرید؟
- ۳- اهمیت نظریه های تفکر، و اهمیت آن در زندگی انسان را بحث کنید؟
- ۴- کدام یک از مهارت های شناختی برای تفکر ضروری هستند؟
- ۵- محدودیت های پردازش اطلاعات توسط انسان چه هستند؟
- ۶- مهم ترین خصوصیات و بهره های یک نظریه ی علمی برای پژوهشگران کدام اند؟

^۱Alternatives possibilities choices

١. Kerlinger F.N.(1986).Foundations of Behavioral Research.
3rd e.New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc
2. McGuigan F.J.(1990).Experimental Psychology: Methods of research.
(5th ed) .New Jersey: Prentice-Hall International Editions, Inc.
3. Vasta R., Haith M.M,& Miller S.A.(1992).child Psychology:The modern
science.(1st ed). USA:John Wiley & sons, Inc.
4. Wadkar A.L.(2016).Life skills for success.(2nd ed).New Delhi: SAGE
Publication, India Pvt Ltd.