

Original

Exploring Knowledge Acquisition and Clinical Skill Development among Family Medicine Interns: A Qualitative Study at Mazandaran University of Medical Sciences, Iran

Mojgan Geran^{1*}, Maryam ZarrinKamar², Fattane Amuei³, Pejman Khosravi⁴, Roghayeh Ghasempour⁵

1. Assistant Professor of Family Medicine, Department of Family Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
 2. Assistant Professor of Family Medicine, Department of Family Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
 3. Assistant Professor of Education Management, Educational Development Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Iran.
 4. Assistant Professor of Family Medicine, Department of Family Medicine, Amol School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Amol, Iran.
 5. MPH Student, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
- *Corresponding Author: E-mail: moj1357geran@gmail.com

(Received 18 March 2026 Accepted 8 June 2026)

Abstract

Background and Objective: Family medicine education plays a crucial role in preparing physicians who are competent in primary care. Despite national and international standards emphasizing the importance of both knowledge and skills acquisition, evidence indicates that many medical graduates continue to face deficiencies in practical competencies, and the gap between theoretical instruction and clinical experience remains evident. This study aimed to explain how knowledge is acquired and clinical skills are learned from the perspective of family medicine interns.

Methods: This qualitative study, using a directed content analysis approach (Hsieh & Shannon, 2005), was conducted with 30 family medicine interns. Participants were selected using purposive sampling with maximum variation. Data were collected via semi-structured interviews and analyzed using conventional content analysis.

Results: Knowledge acquisition emerged in three main categories: structured theoretical education (morning classes, student presentations, use of guidelines), self-directed study (reviewing scientific resources and using online materials), and clinically interactive learning (learning during patient visits and receiving instructor feedback). Clinical skills learning was also explained in three categories: hands-on practice in the clinic (patient visits and practical feedback), working with medical information systems (patient documentation and follow-up, medication management), and patient communication skills (direct interaction and addressing diverse needs).

Conclusion: Learning in the family medicine internship is a dynamic and multifaceted process in which the integration of theoretical education, practical experience, and continuous feedback plays a central role. Revising the internship structure and strengthening communication skills training and health technology education can substantially enhance the quality of family medicine training.

Keywords: *Clinical Skills, Family Medicine, Intern, Learning, Medical Education.*

ClinExc 2026;16(86-76) (Persian).

تبیین چگونگی کسب دانش و یادگیری مهارت‌های بالینی در کارورزان پزشکی خانواده: یک مطالعه کیفی در دانشگاه علوم پزشکی مازندران

مژگان گران^{۱*}، مریم زرین کمر^۲، فتنه عمویی^۳، پژمان خسروی^۴، رقیه قاسم‌پور^۵

چکیده

مقدمه: آموزش پزشکی خانواده در تربیت پزشکان توانمند در مراقبت‌های اولیه نقش کلیدی دارد. باوجود تأکید استانداردهای ملی و بین‌المللی بر اهمیت این دو حوزه، شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از دانش‌آموختگان پزشکی در مهارت‌های عملی خود با کاستی مواجه‌اند و شکاف میان آموزش نظری و تجربه بالینی همچنان محسوس است. هدف پژوهش حاضر، تبیین چگونگی کسب دانش و یادگیری مهارت‌های بالینی از دیدگاه کارورزان پزشکی خانواده بود.

روش کار: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای هدایت‌شده (Hsieh & Shannon, 2005) روی سی کارورز پزشکی خانواده انجام شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند با حداکثر تنوع صورت گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری و با روش تحلیل محتوای قراردادی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: فرایند کسب دانش در سه طبقه اصلی، شامل آموزش تئوری ساختارمند (کلاس‌های صبحگاهی، ارائه‌های دانشجویی، استفاده از گایدلاین‌ها)، مطالعه خودراهبر (مطالعه منابع علمی و استفاده از منابع آنلاین) و یادگیری مبتنی بر تعامل بالینی (یادگیری در حین ویزیت و بازخورد استاد)، شناسایی شد. یادگیری مهارت‌های بالینی نیز در سه طبقه تمرین عملی در درمانگاه (ویزیت بیماران و بازخورد عملی)، کار با سامانه‌های پزشکی (ثبت و پیگیری بیماران، مدیریت داروها)، و مهارت‌های ارتباطی با بیمار (تعامل مستقیم و مدیریت نیازهای متنوع) تبیین شد.

نتیجه‌گیری: یادگیری در کارورزی پزشکی خانواده فرایندی پویا و چندوجهی است که تعامل بین آموزش نظری، تجربه عملی و بازخورد مستمر در آن نقشی اساسی ایفا می‌کند. بازنگری در ساختار دوره کارورزی و تقویت آموزش مهارت‌های ارتباطی و فناوری سلامت در بهبود کیفیت آموزش پزشکی خانواده گامی مؤثر خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: یادگیری، مهارت بالینی، آموزش پزشکی، پزشکی خانواده، کارورز.

۱. استادیار، گروه آموزشی پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۲. استادیار، گروه آموزشی پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۳. استادیار مدیریت آموزشی، مرکز توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۴. استادیار پزشکی خانواده، گروه آموزشی پزشکی خانواده، پردیس پزشکی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، آمل، ایران.

۵. دانشجوی MPH، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

Email: moj1357geran@gmail.com

*نویسنده مسئول: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، گروه آموزشی پزشکی خانواده

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۲۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۵/۰۱/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۱۵

مقدمه

دانشکده‌های پزشکی از مهم‌ترین نهادهای آموزش عالی هر کشور به شمار می‌آیند و رسالت اصلی آن‌ها تربیت پزشکانی است که علاوه بر تسلط بر دانش نظری، توانایی تشخیص، درمان و مدیریت مسائل سلامت جامعه را داشته باشند. بر همین اساس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران در سند توانمندی‌های پزشک عمومی، حداقل مهارت‌های علمی و بالینی مورد انتظار در زمان فراغت از تحصیل را تعیین کرده است (۱). در این سند، تأکید شده است که پزشکان عمومی باید هنگام ورود به عرصه حرفه‌ای، مجموعه‌ای از دانش و مهارت‌های بالینی را به صورت کامل فراگرفته باشند تا در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی عملکرد قابل قبولی داشته باشند (۲).

با وجود این تأکیدات، شواهد نشان می‌دهد بسیاری از دانش‌آموختگان پزشکی عمومی تسلط کافی بر مهارت‌های بالینی خود را گزارش نمی‌کنند، به طوری که در مطالعه همایونی و همکاران میانگین مهارت‌های بالینی و ارتباطی $16/2 \pm 0/3$ و مهارت‌های به کارگیری فناوری‌های سلامت $12/1 \pm 0/7$ از ۲۰ نمره بود و این موضوع به نگرانی در میان استادان و سیاست‌گذاران آموزشی انجامیده است (۱). شکاف میان اهداف آموزش پزشکی و عملکرد واقعی فارغ‌التحصیلان نه تنها موجب افت کیفیت خدمات سلامت می‌شود، بلکه می‌تواند اعتماد به نفس حرفه‌ای پزشکان جوان را نیز تضعیف کند و احتمال بروز خطاهای بالینی را افزایش دهد (۳، ۴).

در سطح جهانی، انجمن‌های معتبر مانند فدراسیون جهانی آموزش پزشکی^۱ و کمیته اعتباربخشی آموزش پزشکی^۲ بارها بر ضرورت یادگیری مهارت‌های بالینی در کنار دانش نظری تأکید کرده‌اند (۵، ۶). در ایران نیز استانداردهای ملی آموزش پزشکی عمومی با الهام از چهارچوب WFME، لزوم آموزش هم‌زمان علوم پایه،

مهارت‌های بالینی و به کارگیری آن‌ها در محیط واقعی را تصریح کرده‌اند (۷). بر این اساس، دانشجوی پزشکی تنها از طریق تجربه مستقیم در محیط بالینی و دریافت بازخورد مستمر می‌تواند به سطح مطلوبی از تصمیم‌گیری بالینی برسد.

با این حال، مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مطالعات اندکی به بررسی عمیق فرایند کسب دانش و یادگیری مهارت‌های بالینی از دیدگاه خود دانشجویان پرداخته‌اند. بیشتر تحقیقات بر منابع و ابزارهای آموزشی تمرکز داشته و کمتر به تجربه درونی و مسیر یادگیری فراگیران توجه کرده‌اند (۸، ۹). پژوهش‌هایی مانند مطالعه مک‌لئود، اهمیت یادگیری تجربی و نقش مواجهه عملی با بیماران را در ارتقای کیفیت دانش فرایندی نشان داده‌اند، اما این مطالعات اغلب بر دیدگاه استادان تمرکز دارند نه خود کارورزان (۱۱، ۱۰).

در ایران نیز پژوهش‌های داخلی عمدتاً بر ارزیابی مداخلات آموزشی یا میزان تسلط دانشجویان بر مهارت‌های خاص تمرکز کرده‌اند و کمتر به تبیین سازوکار یادگیری از منظر کارورز پرداخته‌اند. برای مثال، پاک‌نیت و همکاران نشان دادند که آموزش مهارت‌های بالینی در بخش زنان عملکرد کارآموزان را بهبود می‌دهد، اما الزاماً موجب افزایش اعتماد به نفس در محیط واقعی نمی‌شود (۱۲). همچنین، مطالعه یقینی و همکاران آشکار کرد که در بسیاری از مهارت‌ها، میزان مواجهه دانشجویان کمتر از سطح مورد انتظار است (۱۳). از سوی دیگر، اهمیت پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران با توجه به روند سالمندی جمعیت و نیاز به مراقبت‌های جامع، روز به روز بیشتر می‌شود. پزشکان خانواده نخستین سطح تماس مردم با نظام سلامت هستند و انتظار می‌رود بتوانند طیف وسیعی از مشکلات بالینی را مدیریت کنند. در نتیجه، ضعف در مهارت‌های بالینی کارورزان این رشته نه تنها چالش آموزشی، بلکه تهدیدی برای کیفیت مراقبت‌های اولیه است (۱۴، ۱۵). در مجموع، کسب دانش و یادگیری مهارت‌های بالینی

^۱ WFME

^۲ ACGME

فرایندی چندبعدی است که از تعامل میان انگیزه فردی، منابع آموزشی، فرهنگ یادگیری، تجربه‌های عملی و بازخوردهای بالینی شکل می‌گیرد (۵). باوجود اهمیت این موضوع، تاکنون مطالعه جامعی در ایران، که به‌صورت اختصاصی فرایند یادگیری در کارورزان پزشکی خانواده را بررسی کند، انجام نشده است. این خلأ پژوهشی موجب می‌شود سیاست‌گذاران آموزشی نتوانند بر پایه شواهد واقعی برنامه‌های درسی را بازنگری کنند.

باوجود تأکید منابع ملی و بین‌المللی بر ضرورت تلفیق دانش نظری با مهارت‌های بالینی، هنوز روشن نیست کارورزان پزشکی خانواده دانش و مهارت‌های مورد انتظار را از چه مسیرهایی و با چه تجربه‌هایی کسب می‌کنند. همچنین، بیشتر مطالعات پیشین به ارزیابی میزان تسلط دانشجویان یا اثربخشی مداخلات آموزشی پرداخته‌اند و کمتر به فرایند یادگیری از دیدگاه خود فراگیران توجه کرده‌اند. در ایران نیز پژوهش‌های انجام‌شده عمدتاً بر آموزش‌های عمومی پزشکی متمرکز بوده‌اند و مطالعه‌ای که به‌طور اختصاصی تجربه یادگیری کارورزان پزشکی خانواده را بررسی کند، محدود است. ازاین‌رو، انجام این مطالعه می‌تواند به شناسایی دقیق‌تر مسیرهای یادگیری، چالش‌های محیط آموزشی و ارائه راهکارهایی برای بهبود آموزش کارورزان در نظام پزشکی خانواده کمک کند.

بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف واکاوی چگونگی کسب دانش و یادگیری مهارت‌های بالینی در کارورزان پزشکی خانواده دانشگاه علوم پزشکی مازندران طراحی شده است تا از رهگذر درک تجربه‌های واقعی کارورزان، زمینه‌ای برای اصلاح برنامه‌های آموزشی و ارتقای کیفیت آموزش پزشکی فراهم شود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش با رویکرد کیفی و براساس روش

تحلیل محتوای قراردادی مرسوم^۳ مطابق با مدل هسیه و شانون^۴ انجام شد. شرکت‌کنندگان شامل کارورزان پزشکی خانواده دانشگاه علوم پزشکی مازندران بودند که به‌صورت هدفمند^۵ و با در نظر گرفتن حداکثر تنوع از نظر جنس، سن، محل خدمت و سابقه آموزشی انتخاب شدند. معیار ورود شامل تمایل به مشارکت، گذراندن دوره کارورزی خانواده و توانایی بیان تجربه‌های آموزشی بود. انتخاب نمونه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری^۶ ادامه یافت. تعداد افراد شرکت‌کننده ۳۰ نفر بودند.

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته^۷ گردآوری شد. محورهای اصلی مصاحبه شامل تجربه‌های یادگیری نظری و بالینی، تعامل با استادان، نقش بازخورد و چالش‌های محیط آموزشی بود. چالش‌ها شامل چالش‌های فیزیکی و زیرساختی، چالش‌های مدیریتی و سازمانی، چالش‌های ارتباطی و تعاملی، چالش‌های آموزشی و محتوایی و چالش‌های روانی - اجتماعی و فرهنگی هستند. هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه طول کشید و با رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان ضبط شد. مصاحبه‌ها بلافاصله پیاده‌سازی و به‌صورت نوشتاری بازبینی شد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی^۱ انجام شد. فرایند کدگذاری داده‌ها به‌صورت مرحله‌ای انجام شد. ابتدا، متن مصاحبه‌ها/ اسناد چندین بار مطالعه شد تا پژوهشگر درک جامعی از داده‌ها به دست آورد. سپس، واحدهای معنایی مرتبط با پرسش پژوهش شناسایی و به کدهای اولیه تبدیل شدند. در این مرحله، هر کد بیانگر یک مفهوم یا مضمون مشخص در داده‌ها بود. در گام بعد، کدهای دارای شباهت مفهومی از طریق مقایسه مستمر با یکدیگر در قالب طبقات فرعی سازمان‌دهی شدند. ملاک شکل‌گیری طبقات، همگنی معنایی، ارتباط مفهومی و تکرار در داده‌ها بود. در نهایت، با ادغام و انتزاع طبقات فرعی، مقولات اصلی

³ Conventional Content Analysis

⁴ Hsieh & Shannon, 2005

⁵ Purposeful Sampling

⁶ Theoretical Saturation

⁷ Semi-structured Interviews

استخراج شدند، به گونه‌ای که هر مقوله نمایانگر یک الگوی مفهومی فراگیر در تبیین پدیده مورد مطالعه باشد.

برای افزایش اعتبار داده‌ها از تکنیک‌های بازبینی اعضا^۸ و بازبینی بیرونی^۹ استفاده شد. به منظور تضمین اعتبار و قابلیت اطمینان یافته‌ها، فرایند کدگذاری و استخراج مقولات تحت بازبینی بیرونی^{۱۰} قرار گرفت. بدین منظور، کدهای استخراج شده به همراه نمونه‌هایی از داده‌های خام (متن مصاحبه‌ها) در اختیار دو تن از متخصصان حوزه [برنامه درسی/علوم تربیتی] و یک متخصص روش تحقیق کیفی (خارج از تیم تحقیق) قرار گرفت. فرایند بازبینی براساس ملاک‌هایی چون تطابق کدها با شواهد متنی، تناسب مفهومی طبقات، عدم هم‌پوشانی مقولات و شفافیت مسیر تحلیل انجام شد. بازخوردها و اصلاحات پیشنهادی بازبینان درخصوص نام‌گذاری برخی طبقات اعمال شد و در نهایت، پس از انجام اصلاحات جزئی، توافق نهایی روی مقولات استخراج شده حاصل شد.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است. تحلیل داده‌های حاصل از سی مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با کارورزان پزشکی خانواده به استخراج دو مقوله اصلی و چند زیرمقوله فرعی منجر شد که فرایند یادگیری در محیط بالینی را تبیین می‌کند (جدول ۲).

۱. کسب دانش نظری^{۱۱}

یادگیری نظری در سه محور عمده شکل گرفت: آموزش ساختارمند^{۱۲}: شامل کلاس‌های صبحگاهی، ارائه‌های دانشجویی و آموزش مبتنی بر راهنماهای بالینی بود. کارورزان این جلسات را منبع اصلی درک مفاهیم

نظری و ارتباط آن با بیماران واقعی دانستند. یادگیری خودراهبر^{۱۳}: کارورزان بخش مهمی از دانش خود را از طریق جست‌وجو در منابع آنلاین، مرور مقالات علمی و تبادل تجربه با هم‌تایان به دست می‌آوردند.

یادگیری تعاملی^{۱۴}: شرکت‌کنندگان تأکید داشتند که تعامل مستقیم با استادان و طرح پرسش‌های بالینی در حین ویزیت بیماران، به درک عمیق‌تر مفاهیم و افزایش اعتماد به نفس آن‌ها منجر می‌شود.

۲. یادگیری مهارت‌های بالینی^{۱۵}

کسب مهارت‌های عملی در سه زیرطبقه اصلی مشاهده شد:

آموزش عملی در کلینیک^{۱۶}: بخش عمده‌ای از مهارت‌های فنی مانند گرفتن شرح حال، معاینه، تزریقات و بخیه از طریق انجام مکرر و دریافت بازخورد لحظه‌ای از استادان فراگرفته شد.

کار با سامانه‌های اطلاعات سلامت^{۱۷}: استفاده از سیستم PARSA و دیگر ابزارهای ثبت و پیگیری بیماران به افزایش درک کارورزان از فرایند مراقبت مستمر کمک کرد.

مهارت‌های ارتباطی^{۱۸}: تعامل مستقیم با بیماران موجب بهبود توانایی کارورزان در برقراری رابطه درمانی، درک نیازهای متنوع بیماران و مدیریت موقعیت‌های چالش‌برانگیز شد.

¹³ Self-directed Learning

¹⁴ Interactive Learning

¹⁵ Clinical Skill Learning

¹⁶ Hands-on Clinical Practice

¹⁷ Health Information Systems

¹⁸ Communication Skills

⁸ Member Checking

⁹ External Auditing

¹⁰ Peer Debriefing

¹¹ Acquisition of Theoretical Knowledge

¹² Structured Instruction

جدول شماره ۱: ویژگی‌های دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در مطالعه			
ویژگی	تعداد (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	دامنه
جنسیت			
مرد	۱۳ (۴۳/۳)	-	-
زن	۱۷ (۵۶/۷)	-	-
سن (سال)		$1/20 \pm 25/67$	۲۹-۲۴
سال ۲۵-۲۴	۱۳ (۴۳/۳)		
سال ۲۶	۱۳ (۴۳/۳)		
سال ۲۹-۲۷	۴ (۱۳/۴)		
سال ورود به دانشگاه			
نیم‌سال اول ۱۳۹۷	۷ (۲۳/۳)	-	-
نیم‌سال دوم ۱۳۹۷	۱۰ (۳۳/۳)	-	-
نیم‌سال اول ۱۳۹۸	۸ (۲۶/۷)	-	-
سایر (۱۳۹۳، ۱۳۹۶، ۹۸)	۵ (۱۶/۷)	-	-
وضعیت تأهل			
مجرد	۲۷ (۹۰/۰)	-	-
متاهل	۳ (۱۰/۰)	-	-

جدول شماره ۲: طبقات اصلی و زیر طبقات فرایند کسب دانش در کارورزان پزشکی خانواده			
طبقه اصلی	زیر طبقه	شواهد نمونه (نقل قول)	تعداد ارجاعات
آموزش تئوری ساختارمند	کلاس‌های تئوری صبحگاهی	«استاد موضوع‌بندی می‌کنند و مباحث را در روزهای مختلف تقسیم می‌کنیم... تازه‌ترین اخبار را از رفرنس‌های پزشکی مثل آپتودیت درمی‌آوریم» (کارورز ۱).	۲۷
	ارائه‌های دانشجویی	«مباحث توسط استاد بین ما تقسیم می‌شود و توسط دانشجویها ارائه می‌شود. نکات مبحث مرور می‌شود» (کارورز ۶).	۲۰
	استفاده از دستورالعمل‌های کشوری و بین‌المللی	«در کارورزی پزشکی خانواده از گایدلاین‌های کشوری و جهانی آموزش داده شد که نقش مهمی در افزایش سواد علمی من داشت» (کارورز ۵).	۱۵
مطالعه خودراهبر	مطالعه منابع علمی و رفرنس‌ها	«باید خودمان بیشتر مطالعه کنیم و سعی کنیم چالش‌های احتمالی را بپرسیم» (کارورز ۳).	۲۲
	استفاده از منابع آنلاین و کانال‌های آموزشی	«کتابچه‌هایی در دسترس کارورزان قرار می‌گیرد. در کانال مربوط به پزشکی خانواده، منابع بارگذاری می‌شود» (کارورز ۲۳).	۱۲
یادگیری مبتنی بر تعامل بالینی	یادگیری در حین ویزیت بیماران	«بعد از کلاس تئوری وارد درمانگاه می‌شویم و همان بیمارانی را که صبح توضیح داده شدند ویزیت می‌کنیم» (کارورز ۲).	۲۵
	بازخورد از استاد در محیط بالینی	«هنگام ویزیت هر مریض، اگر نکته خاصی باشد، استاد آموزش می‌دهد» (کارورز ۷).	۱۸

فرصت تمرین و مشارکت فعال در تصمیم‌گیری‌های درمانی دانستند. همچنین، چالش‌هایی مانند حجم زیاد بیماران، محدودیت زمان آموزش و ضعف در آموزش

نتایج نشان داد که یادگیری در پزشکی خانواده فرایندی چندبعدی و چرخه‌ای است که از ترکیب آموزش نظری، خودیادگیری و تجربه بالینی شکل می‌گیرد. کارورزان یادگیری خود را وابسته به بازخورد استادان،

رسمی فناوری و مهارت‌های ارتباطی از موانع مهم یادگیری مؤثر گزارش شد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: پیشنهادهای کارورزان پزشکی خانواده در جهت ارتقای فرایند یادگیری		
تعداد ارجاعات	شواهد نمونه (نقل قول)	طبقه اصلی
۱۰	«دوره پزشک خانواده باید بیشتر شود، حداقل دو تا سه ماه، چون یادگیری در این دوره خیلی بیشتر است» (کارورز ۱۹).	افزایش مدت دوره
۱۲	«اگر تعداد لود بیمار کنترل شود، بهتر می‌توانیم روی بیماری تسلط پیدا کنیم» (کارورز ۴).	کاهش بار بیماران
۱۵	«هرچقدر استقلال بیشتری به کارورز داده شود، آموزش بهتر است... بیمار را مستقل ویزیت کنیم» (کارورز ۷).	افزایش استقلال و تمرین عملی

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که یادگیری در دوره کارورزی پزشکی خانواده ماهیتی چندبعدی، پویا و زمینه‌محور دارد. کارورزان دانش و مهارت‌های خود را از طریق ترکیب آموزش رسمی، یادگیری تجربی و تعاملات بین‌فردی با استادان و بیماران به دست می‌آورند. طبقه اصلی «آموزش تئوری ساختارمند» با ۶۲ ارجاع (۳۲ درصد داده‌ها) به‌عنوان مهم‌ترین روش کسب دانش شناسایی شد. این طبقه شامل زیرطبقات کلاس‌های تئوری صبحگاهی، ارائه‌های دانشجویی و استفاده از دستورالعمل‌های کشوری و بین‌المللی بود. کلاس‌های صبحگاهی به‌عنوان فرصتی برای انتقال دانش نظری و مرور موارد بالینی، در تثبیت مفاهیم نقش کلیدی داشتند.

کارورزان گزارش کردند که این کلاس‌ها به‌دلیل ساختار منظم و تمرکز بر موضوعات مرتبط با پزشکی خانواده، یادگیری آن‌ها را تسهیل کرده است. این یافته با مطالعه لوجان و دیکارلو هم‌خوانی دارد که نشان داد آموزش ساختارمند با استفاده از منابع معتبر علمی

می‌تواند یادگیری عمیق‌تر را تقویت کند، اما در صورت تکیه بیش‌ازحد بر حفظیات، ممکن است به یادگیری سطحی منجر شود (۱۶). در این مطالعه، برخی کارورزان (۸ نفر) به محدودیت زمان برای مطالعه عمیق و فشار ناشی از حجم زیاد اطلاعات اشاره کردند که این موضوع با یافته‌های گندمکار و همکاران درباره ضرورت مدیریت زمان در برنامه‌های آموزشی هم‌سو است (۷).

استفاده از دستورالعمل‌های کشوری (مانند گایدلاین‌های وزارت بهداشت) و منابع بین‌المللی (مانند UpToDate) نشان‌دهنده تلاش کارورزان برای همسویی با استانداردهای جهانی آموزش پزشکی است. این موضوع با مطالعه واجید و همکاران سازگار است که نشان داد استفاده از استانداردهای جهانی، مانند چهارچوب WFME، می‌تواند کیفیت آموزش پزشکی را بهبود بخشد (۶). با این حال، دسترسی محدود به برخی منابع بین‌المللی، که هفت کارورز گزارش دادند، و کمبود زمان برای مطالعه عمیق، موانعی در این مسیر بودند. این چالش‌ها با مطالعه خاکپور هم‌خوانی دارد که بر ضرورت تأمین منابع آموزشی به‌روز و مدیریت زمان در آموزش پزشکی تأکید کرده است (۵). همچنین، ارائه‌های دانشجویی به‌عنوان بخشی از آموزش تئوری، فرصت بازاندیشی و بحث گروهی را فراهم کرد که با نظریه یادگیری اجتماعی بندورا همسو است و بر اهمیت یادگیری از طریق تعامل و مشاهده تأکید دارد (۱۷).

طبقه «مطالعه خودراهبر» با ۳۴ ارجاع (۱۷ درصد) نشان‌دهنده نقش فعال کارورزان در فرایند یادگیری بود. این طبقه شامل زیرطبقات مطالعه منابع علمی (مانند مقالات و کتاب‌های مرجع) و استفاده از کانال‌های آموزشی آنلاین (مانند ویدئوهای آموزشی و کانال‌های تلگرامی) بود. این یافته با نظریه اندراگوژی نولز همسو است که بر اهمیت خودمختاری، انگیزه درونی و مسئولیت‌پذیری در یادگیری بزرگ‌سالان تأکید دارد (۱۸). کارورزان گزارش کردند که مطالعه خودراهبر به

آن‌ها امکان می‌دهد تا موضوعات مورد علاقه خود را عمیق‌تر بررسی کنند و دانش خود را با نیازهای بالینی تطبیق دهند. این موضوع با مطالعه کوند کابلرو و همکاران سازگار است که نشان داد فناوری‌های دیجیتال، مانند پلتفرم‌های آموزشی آنلاین، دسترسی به دانش را تسهیل می‌کنند (۱۹).

باین‌حال، برخی کارورزان (۶ نفر) به چالش‌هایی مانند پراکندگی اطلاعات در منابع آنلاین و دشواری در انتخاب منابع معتبر اشاره کردند. این موضوع با مطالعه راوپاچ و همکاران هم‌خوانی دارد که بر ضرورت آموزش سواد اطلاعاتی برای مدیریت منابع دیجیتال تأکید کرده‌اند (۲۰). همچنین، نبود برنامه‌ریزی ساختاریافته برای مطالعه خودراهبر، که پنج کارورز گزارش دادند، می‌تواند اثربخشی این روش را کاهش دهد. این چالش با مطالعه فارسی و آزر می‌سازگار است که بر اهمیت طراحی برنامه‌های آموزشی منعطف برای حمایت از یادگیری خودراهبر تأکید کرده‌اند (۲۱). انگیزه درونی کارورزان، که در ۱۲ ارجاع برجسته‌شد، در موفقیت این روش نقش کلیدی داشت. این موضوع با نظریه خودکارآمدی بندورا (۱۹۷۷) همسو است که بر تأثیر باور به توانایی‌های خود بر یادگیری تأکید دارد (۱۷).

طبقه «یادگیری مبتنی بر تعامل بالینی» با ۴۳ ارجاع (۲۲ درصد) نشان‌دهنده اهمیت محیط بالینی در تبدیل دانش نظری به دانش عملی بود. این طبقه شامل زیرطبقات یادگیری در حین ویزیت بیماران و دریافت بازخورد از استاد بود. این یافته با نظریه یادگیری تجربی کلب هم‌خوانی دارد که یادگیری را نتیجه چرخه‌ای از تجربه، بازاندیشی، مفهوم‌سازی و آزمایش فعال می‌داند (۲۲). کارورزان گزارش کردند که مواجهه مستقیم با بیماران، درک آن‌ها از مفاهیم نظری را عمیق‌تر و توانایی حل مسئله را تقویت کرده است. این موضوع با مطالعه مک‌لئود و همکاران سازگار است که نشان داد یادگیری تجربی در محیط بالینی، دانش ضمنی را تقویت می‌کند (۱۱).

باین‌حال، محدودیت‌هایی مانند بار بالای بیماران (گزارش‌شده توسط ۱۲ کارورز) و کمبود زمان برای بازخورد عمیق (گزارش‌شده توسط ۹ کارورز)، می‌تواند فرصت‌های یادگیری را کاهش دهد. این چالش‌ها با مطالعه عجاوی و همکاران همسو است که نشان داد فشار محیطی و حجم زیاد کار بالینی می‌تواند مانع یادگیری عمیق شود (۲۳). همچنین، تفاوت در سبک‌های آموزشی استادان، که هفت کارورز گزارش دادند، در کیفیت بازخورد تأثیر داشت. این موضوع با مطالعه لارنس و همکاران درباره تأثیر برنامه درسی پنهان بر یادگیری بالینی هم‌خوانی دارد (۲۴). برای مثال، استادانی که بازخورد سازنده و منظم ارائه می‌کردند، یادگیری کارورزان را تسهیل کردند، درحالی‌که نظارت غیرمنسجم برخی استادان اثربخشی یادگیری را کاهش داد.

محدودیت‌های پژوهش

این مطالعه به دلیل ماهیت کیفی خود، بر پایه تجربه‌ها و برداشت‌های گروهی محدود از کارورزان پزشکی خانواده در یک دانشگاه خاص انجام شد. بنابراین، تعمیم‌پذیری نتایج به دانشگاه‌ها یا گروه‌های آموزشی دیگر باید با احتیاط انجام شود.

همچنین، ممکن است برخی شرکت‌کنندگان، به دلیل حجم زیاد کاری، نتوانسته باشند همه تجربه‌های خود را به‌طور کامل بیان کنند. محدودیت دیگر، نبود مشاهده مستقیم فرایند آموزشی در محیط بالینی بود که می‌توانست به درک عمیق‌تر پویایی یادگیری کمک کند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کسب دانش و یادگیری مهارت‌های بالینی در کارورزان پزشکی خانواده، فرایندی پویا، چندبعدی و وابسته به زمینه آموزشی است. این فرایند از تعامل میان آموزش تئوری، ساختارمند، مطالعه خودراهبر، یادگیری در بستر بالین، تمرین عملی در درمانگاه، کار با سامانه‌های اطلاعات سلامت و ارتباط مستقیم با بیمار شکل می‌گیرد. یافته‌ها

پیشنهاده‌ها

۱. بازنگری در برنامه آموزشی پزشکی خانواده با تمرکز بر آموزش مهارت‌های بالینی و ارتباطی در محیط واقعی؛
 ۲. افزایش فرصت بازخورد و تعامل آموزشی میان استادان و کارورزان از طریق کارگاه‌ها و جلسات بازاندیشی آموزشی؛
 ۳. استفاده از روش‌های ترکیبی^{۱۹} در پژوهش‌های آینده برای بررسی کمی و کیفی عوامل مؤثر در یادگیری حرفه‌ای؛
 ۴. طراحی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر تجربه و بازتاب^{۲۰} به منظور تقویت تفکر انتقادی و خودارزیابی کارورزان؛
 ۵. گسترش مطالعه به دانشگاه‌ها و مقاطع تحصیلی دیگر برای مقایسه الگوهای یادگیری در محیط‌های آموزشی متفاوت؛
- نتایج این مطالعه نشان داد که فرایند یادگیری در دوره کارورزی پزشکی خانواده، ماهیتی چندوجهی و تعاملی دارد که از ترکیب آموزش ساختارمند، یادگیری خودراهبر و تجربه عملی در محیط بالینی شکل می‌گیرد. تعامل سازنده با استادان، دریافت بازخورد مؤثر و مشارکت فعال در تصمیم‌گیری‌های درمانی، از عوامل کلیدی در ارتقای یادگیری حرفه‌ای کارورزان بودند. همچنین، نتایج نشان داد که چالش‌هایی نظیر کمبود زمان آموزشی، محدودیت فرصت تمرین بالینی و ضعف در آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند کیفیت یادگیری و شکل‌گیری هویت حرفه‌ای کارورزان را تحت تأثیر قرار دهند. با توجه به یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی پزشکی خانواده با تأکید بر تقویت یادگیری تجربی، توسعه مهارت‌های ارتباطی و فراهم‌سازی فرصت‌های بازخورد مداوم و مؤثر بازنگری شوند. ایجاد محیط‌های آموزشی حمایتگر، که کارورزان بتوانند در آن تجربه‌های بالینی

بیانگر آن است که آموزش نظری زمانی اثربخش‌تر می‌شود که با تجربه بالینی، بازخورد مستمر استاد و فرصت کافی برای تمرین و بازاندیشی همراه باشد. براساس دیدگاه کارورزان، آموزش صبحگاهی، ارائه‌های دانشجویی و استفاده از گایدلاین‌های علمی، پایه شناختی لازم را برای ورود به محیط بالینی فراهم می‌کند، اما تبدیل این دانش به مهارت حرفه‌ای عمدتاً از طریق مواجهه مستقیم با بیماران، مشارکت در فرایند تصمیم‌گیری درمانی و دریافت بازخورد عملی امکان‌پذیر می‌شود. همچنین، مطالعه خودراهبر و استفاده از منابع آنلاین نشان‌دهنده نقش فعال کارورزان در مدیریت یادگیری خویش است، هرچند این نوع یادگیری نیازمند هدایت، معرفی منابع معتبر و تقویت سواد اطلاعاتی است.

یافته‌ها همچنین نشان داد که یادگیری مهارت‌های بالینی در پزشکی خانواده تنها به مهارت‌های فنی محدود نیست، بلکه توانایی برقراری ارتباط مؤثر با بیمار، مدیریت نیازهای متنوع، استفاده از سامانه‌های اطلاعات سلامت و تصمیم‌گیری در شرایط واقعی درمانگاه را نیز در بر می‌گیرد. درعین حال، چالش‌هایی مانند حجم زیاد بیماران، محدودیت زمان آموزش، کمبود فرصت بازخورد عمیق و ضعف آموزش رسمی در زمینه مهارت‌های ارتباطی و فناوری سلامت می‌تواند کیفیت یادگیری کارورزان را کاهش دهد.

بنابراین، بازنگری در ساختار دوره کارورزی پزشکی خانواده ضروری به نظر می‌رسد. افزایش مدت دوره، تعدیل بار بیماران، ایجاد فرصت برای ویزیت مستقل تحت نظارت استاد، استانداردسازی بازخورد آموزشی، تقویت آموزش مهارت‌های ارتباطی و ادغام آموزش سامانه‌های سلامت در برنامه درسی می‌تواند به ارتقای شایستگی بالینی و حرفه‌ای کارورزان کمک کند. در مجموع، یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنایی برای اصلاح برنامه‌های آموزشی پزشکی خانواده و بهبود کیفیت تربیت پزشکان توانمند در مراقبت‌های اولیه باشد.

¹⁹ Mixed Methods

²⁰ Experiential & Reflective Learning

شرکت کردند و از هدف پژوهش آگاه شدند. محرمانگی اطلاعات رعایت شد و شرکت در مطالعه داوطلبانه بود.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی با یکدیگر ندارند.

خود را تحلیل و بازتاب دهند، می‌تواند به ارتقای کیفیت آموزش پزشکی خانواده و در نهایت بهبود مراقبت از بیماران منجر شود.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با تأیید شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران (IR.MAZUMS.REC.1403.292) انجام شد. مشارکت کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش

References

1. Abedini S, Kamalzade H, Javadi R. A survey on the of medical graduates' achievements in the capabilities approved by the general medical education council of Bandar Abbas University of Medical Sciences in 2014. *Journal of Development Strategies in Medical Education*. 2018;5(2):33-47.
2. Ahmadipour H. The level of achievement of the minimum expected capabilities of general practitioners from the perspective of graduates. *National Conference on Medical Sciences Education*; 2014.
3. Sklar DP, Hemmer PA, Durning SJ. Medical education and health care delivery: a call to better align goals and purposes. *Acad Med*. 2018;93(3):384-90.
4. Mokrzecki S, Perks S, Pain T, Sen Gupta T, Mallett AJ. Australian and New Zealand medical students' confidence and preparedness to prescribe. *BMC Med Educ*. 2025;25(1):536.
5. Khakpour A. Effectiveness of knowledge acquisition in medical education: an argumentative literature review of the resources's requirements. *Future Med Educ J*. 2020;10(3):56-63.
6. Wajid G, Sethi A, Khan RA, Aamir HS. World federation for medical education: appropriateness of basic medical education standards in Pakistan. *Pak J Med Sci*. 2019;35(5):1185-1191.
7. Gandomkar R, Changiz T, Omid A, Alizadeh M, Khazaei M, Heidarzadah A, et al. Developing and validating a national set of standards for undergraduate medical education using the WFME framework: the experience of an accreditation system in Iran. *BMC Med Educ*. 2023;23(1):379.
8. Wang L. Medical knowledge acquisition using biomedical knowledge resources for disease-specific ontologies: The University of Utah; 2017.
9. Wang H, Wang S. Medical knowledge acquisition through data mining. *IEEE International Symposium on IT in Medicine and Education*; 2008.
10. Spencer JA, Jordan RK. Learner centred approaches in medical education. *BMJ*. 1999;318(7193):1280-3.
11. McLeod P, Steinert Y, Meagher T, Schuwirth L, Tabatabai D, McLeod A. The acquisition of tacit knowledge in medical education: learning by doing. *Med Educ*. 2006;40(2):146-9.
12. Pakniat H, Movahed F, Dabagh T, Ghasemi Z. The effects of clinical skills training on medical trainees performances in gynecology ward of Qazvin University of Medical Sciences. *Res Med Educ*. 2012;4(1):9-16.
13. Yaghini O, Yamani N, Daryazadeh S, Barzegar M, Sadeghi A. Medical Students' Clerkship Exposures to Expected Clinical Skills and Comparison with the Specified Minimums. *Iranian Journal of Medical Education*. 2018;18:392-402.
14. Kashani L, Akhondzadeh S. The future of Iran's population: balancing aging trends and fertility rates. *Avicenna J Med Biotechnol*. 2025;17(2):82.
15. Heidarzadeh A, Hedayati B, Huntington MK, Alvandi M, Aarabi A, Farrokhi B, et al. Challenges associated with the education of family physicians in Iran: a systematic review. *J Med Edu*. 2022;21(1):e130153.
16. Lujan HL, DiCarlo SE. The paradox of knowledge: why medical students know more but understand less. *Med Sci Educ*. 2025;35(3):1761-66.
17. Bandura A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
18. Knowles M. *The modern practice of adult education (Rev. ed.): From pedagogy to andragogy*. New York: Cambridge Book; 1988.
19. Conde-Caballero D, Castillo CA, Ballesteros-Yáñez I, Mariano-Juárez L. Blogging as a tool for the acquisition and dissemination of knowledge in health sciences: A preliminary evaluation. *ETHE*. 2019;16(1):30.
20. Raupach T, Grefe C, Brown J, Meyer K, Schuelper N, Anders S. Moving knowledge acquisition from the lecture hall to the student home: a prospective intervention study. *J Med Internet Res*. 2015;17(9):e223.

21. Farsi Z, Azarmi S. Outcomes of the use of microlearning in medical education: a review study. *J Med Educ Dev*. 2025;19(4):957-970.
22. Kolb DA. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: FT press; 2014.
23. Ajjawi R, Rees C, Monrouxe LV. Learning clinical skills during bedside teaching encounters in general practice: a video-observational study with insights from activity theory. *J Workplace Learn*. 2015;27(4):298-314.
24. Lawrence C, Mhlaba T, Stewart KA, Moletsane R, Gaede B, Moshabela M. The hidden curricula of medical education: a scoping review. *Acad Med*. 2018;93(4):648-56.