راهکارهای بهینه‌سازی ارائه برنامه آموزشی پزشکی روایتی از دیدگاه کارورزان پزشکی: یک مطالعه کیفی

سعیده دریازاده[۱]، پیمان ادیبی[۲]، نیکو یمانی[۳]

۱. دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. مرکز تحقیقات گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: نیکو یمانی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

ORCID: 0000-0002-7990-092X

Email: yamani@edc.mui.ac.ir

چکیده

مقدمه: پزشکی روایتی در سال ۲۰۰۰ به عنوان رویکردی برای عملکرد موثر و انسان گرایی در پزشکی مطرح گردید. رویکرد روایتی به منظور ارتقای منش‌حرفه‌ای کارورزان پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به صورت دوره آموزشی ارائه شد. این مطالعه با هدف توصیف راهکارهای بهینه‌سازی ارائه برنامه آموزشی پزشکی روایتی انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه به روش کیفی و با رویکرد استقرایی در سال ۱۳۹۹ انجام گردید. کارورزان پزشکی مشارکت‌کننده در اولین دوره پزشکی روایتی شامل ۱۸ نفر با نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختارمند و فردی انجام شد و داده‌ها با نرم‌افزار MAXQDA تحلیل شد.

یافته‌ها: مشارکت‌کنندگان پژوهش شامل ۱۸ نفر از کارورزان پزشکی (۱۰ مرد و ۸ زن) با میانگین سنی ۰/۳۸±۲۵ بودند. در مجموع ٤١٧ کد، استخراج شد. راهکارهای بهینه‌سازی ارائه دوره آموزشی به صورت ۳ طبقه اصلی و ٦ طبقه فرعی شامل پیشبینی‌های قبل آموزش (ایجاد انگیزه و فرهنگ‌سازی)، فرایند آموزش (راهبردهای تدریس، نقش استاد و برنامه درسی) و الزامات اجرایی (تأکید بر مؤلفه‌های اجرایی) استخراج شد.

نتیجه‌گیری: در نظر گرفتن راهکارهای تحلیل شده به منظور آموزش اثربخش پزشکی روایتی در دوره‌های بعدی در سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی با توجه به بستر آموزشی و فرهنگی در ایران می تواند مفید واقع شود. همچنین استفاده از نظر متخصصین با تجربه در برگزاری این دوره توصیه می شود.

کلیدواژه‌ها: پزشکی روایتی، توانمندی، منش‌حرفه‌ای، آموزش پزشکی، تدریس.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۳/۱۷ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۰/۷/۱۸

ارجاع: دریازاده سعیده، ادیبی پیمان، یمانی نیکو. راهکارهای بهینه‌سازی ارائه برنامه آموزشی پزشکی روایتی از دیدگاه کارورزان پزشکی: یک مطالعه کیفی. راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی. ۱۴۰۰؛ ۸(۳):۳۱-۲۰.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/dsme.8.3.20]

[DOI: 10.52547/dsme.8.3.20] [Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

تربیت پزشک توانمند و دستیابی به دانش، مهارت و نگرش لازم برای مراقبت از بیمار، هدف نهایی در آموزش پزشکی است (۱) و توانمندی‌های لازم برای دانش‌آموختگان دوره تخصصی پزشکی توسط شورای اعتباربخشی آموزش پزشکی آمریکا شامل "منش‌حرفه‌ای، مراقبت از بیمار و مهارت‌های عملی، دانش پزشکی، ارتقای یادگیری مبتنی بر طبابت، مراقبت‌های مبتنی بر سیستم ارائه خدمات و مهارت‌های بین فردی و ارتباطی" مطرح شد (۲).

تاکید بر توانمندی منش‌حرفه‌ای از اواخر دهه ۶۰ میلادی مطرح شد (۳). زیرا اگر صرفا به آموزش دانش و مهارت‌ها بدون توجه به آموزش منش‌حرفه‌ای به دانشجویان پزشکی پرداخته شود، با پزشکانی مواجه خواهیم شد که ویژگی‌ها و مسئولیت حرفه‌ای یک پزشک را ندارند (۵،٤)، از این رو اساتید پزشکی بر شکل‌گیری هویت حرفه‌ای به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از روند تبدیل شدن به یک پزشک تاکید می‌کنند. البته با وجود وضوح ابعاد هویت حرفه‌ای، برای ارتقای شکل‌گیری منش‌حرفه‌ای با چالش کمبود ابزارهای آموزشی مواجه بوده‌ایم (۵،٦).

"پزشکی روایتی" به دنبال چالش‌های کسب توانمندی منش‌حرفه‌ای در سال ۲۰۰۰ میلادی توسط دکتر Charon و به عنوان "مدلی برای انسان‌گرایی و عملکرد موثر در حرفه پزشکی" مطرح شد (۷). رویکرد روایتی که شامل دانش و مهارت‌های یادگرفتنی است، به پزشکان کمک کرده است تا بتوانند با چالشهای موجود در در حیطه‌های منش‌حرفه‌ای، شرح حال گیری از بیماران، تمرین بازاندیشی، مراقبت بیمار محور و خودآگاهی روبه رو شوند و راه حلی برای آن بیاندیشند (۸). مطالعاتی نیز با هدف بررسی تاثیر آموزشی پزشکی روایتی انجام شده‌اند و بر اثربخشی مثبت رویکرد روایتی در ارتقای بازاندیشی و همدلی و رویکرد بیمار محور صحه گذاشته‌اند (۹-۱٦).

از آنجایی که پزشکی روایتی، به مسئولیت‌ها و توانایی‌های یک پزشک در راستای توسعه حرفه‌ای پزشکان دلالت دارد مطالعه ای توسط دریازاده و همکاران با هدف بررسی تاثیر برنامه آموزشی پزشکی روایتی در ارتقای منش‌حرفه‌ای انجام شد و اولین دوره آموزشی پزشکی روایتی شامل جلسات روایت نویسی بازاندیشانه به منظور ارتقای بازاندیشی و همدلی به صورت بخشی از واحد درسی اخلاق حرفه‌ای، در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۹۸-۱۳۹۷ برای گروهی از کارورزان پزشکی ارائه شد و تاثیرات مثبت آموزشی نیز گزارش گردید (۱٦). همچنین ابزار بومی سازی شده بازاندیشی به عنوان ابزاری برای آموزش و ارزیابی بازاندیشی توسط دریازاده و همکاران معرفی شده است و گامی برای ارتقای بازاندیشی می باشد (۱۷). مطالعه کنونی به منظور بررسی عمیق تجربیات کارورزان پزشکی شرکت‌کننده در دوره آموزشی پزشکی روایتی و با هدف توصیف راهکارهای بهینه‌سازی این دوره از دیدگاه کارورزان پزشکی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت تحلیل محتوای کیفی به شیوه استقرایی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و در سال ۱۳۹۹ انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل کارورزان پزشکی بخش داخلی (که اولین دوره برنامه آموزشی پزشکی روایتی را گذرانده بودند) بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. در این نوع نمونه‌گیری پژوهشگر علاوه بر گزارش موفقیت‌آمیز بودن یک برنامه، سعی در انتخاب هدفمند موارد تحقیق دارد، نه اینکه افرادی را انتخاب کند که می‌توانند بر نتیجه تحقیق تاثیر بگذارند، تا از این طریق بتواند اعتبار یافته‌های خود را افزایش دهد (۱۸). مشارکت فعال در دوره آموزشی پزشکی روایتی معیار ورود کارورزان پزشکی به مطالعه بود و افرادی که تمایلی به انجام مصاحبه نداشتند از مطالعه خارج شدند. مصاحبه‌ها به صورت عمیق نیمه

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/dsme.8.3.20]

ساختارمند و انفرادی انجام شد و محقق پس از تعیین وقت مصاحبه از مشارکت‌کنندگان درخواست کرد تا فرم رضایت آگاهانه را مطالعه و در صورت تمایل امضاء نمایند. مصاحبه‌ها در مکان و زمانی که برای مشارکت‌کنندگان راحت بود، انجام شد. قبل از شروع مصاحبه سوال اصلی از مشارکت‌کنندگان مطرح شد و در ادامه سوالات هدایت‌گر جهت کمک به محقق جهت طرح سؤالات بیشتر تهیه شد که برای کنگاش در حیطه مورد نظر کمک نمود. مصاحبه با برقراری ارتباط و بیان هدف و اهمیت نتایج این مطالعه آغاز شد. سوال اصلی مصاحبه به صورت زیر مطرح شد:

"به نظر شما این دوره آموزشی برایتان مفید بود و به اهداف خود دست یافت؟ پیشنهاد شما برای بهبود برگزاری این دوره آموزشی چیست؟" در ادامه سوالات بیشتری بسته به پاسخ مشارکت‌کنندگان پرسیده شد. مصاحبه‌ها با توجه به وقت و حوصله مشارکت‌کننده، اطلاعات بدست آمده و تمایل شرکت‌کنندگان، در مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه انجام شد.

تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل محتوای Lundman ،Graneheim استفاده شد (۱۹). دقت و صحت داده‌ها نیز با توجه به معیارهای Lincoln شامل انتقال‌پذیری، اطمینان و تأییدپذیری فراهم شد (۲۰).

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان پژوهش شامل ۱۸ نفر از کارورزان پزشکی (۱۰ مرد و ۸ زن) با میانگین سنی ۰/۳۸±۲۵ بودند. پس از پیاده‌سازی و تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها و حذف کدهای تکراری، در مجموع ٤١٧ کد، ۳ طبقه اصلی و ٦ طبقه فرعی استخراج شد. طبقه‌های اصلی به صورت پیشبینی‌های قبل آموزش (ایجاد انگیزه و فرهنگ‌سازی)، فرایند آموزش (راهبردهای تدریس، نقش استاد و برنامه درسی) و الزامات اجرایی (تأکید بر مؤلفه‌های اجرایی) بودند. (جدول ۱)

جدول ۱- زیرطبقه‌ها، طبقه‌های فرعی و طبقه‌های اصلی حاصل از دیدگاه کارورزان پزشکی

طبقه اصلی	طبقه فرعی	زیرطبقه
پیشبینی‌های قبل آموزش	ایجاد انگیزه	انتخاب مقطع تحصیلی مناسب مشارکت دانشجویان علاقه‌مند
	فرهنگ سازی	ایجاد صمیمیت در فضای آموزشی توجیه سازی کافی آماده سازی برای تغییر
فرایند آموزش	راهبردهای تدریس	توجه به سبکهای یادگیری استفاده از روشهای تدریس متنوع تاکید بر یادگیری مشارکتی
	نقش استاد	مدیریت کلاس بیان تجارب و نقد عقاید استادان حضور رل مدل بالینی حضور استادان جوان برای هدایت جلسات
	برنامه درسی	طراحی آموزشی محتوای آموزشی بومی لحاظ کردن پزشکی روایتی در برنامه درسی رسمی
الزامات اجرایی	تأکید بر مؤلفه‌های اجرایی	زمان و مکان مناسب آموزش استادان بالینی علاقه‌مند صرف زمان برای اجرای تغییر

طبقه اصلی ۱-پیشبینی‌های قبل آموزش

طبقه‌های فرعی **"ایجاد انگیزه و فرهنگ سازی"**، در این طبقه جای گرفت.

ایجاد انگیزه

زیرطبقه‌های"انتخاب مقطع تحصیلی مناسب و مشارکت دانشجویان علاقه‌مند" در این طبقه فرعی مطرح شد.

"میشه از مقاطع پایین‌تر شروع کرد و بعد تا مقطع اینترنی ادامه داد و مرور کرد که دیگه تو این مقطع (اینترنی) تازه

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/dsme.8.3.20]

بچه‌ها نخوان چیز جدید یاد بگیرند و فقط یه مروری براشون باشه و فقط نکته‌ها گفته بشه. تو دوره استاجری، دانشجوها زیاد بیمار ندیدند میشه تو مقاطع پایین استادان تجاربشونو به صورت داستان بگن و دانشجوها استفاده کنند و بعدا که مقطع بالاتر اومدند خودشون تجربه‌هاشونو بگن."«م۱۲»؛ "برای روایت‌نویسی باید وقت داشته باشیم و تو دوره اینترنی ما این فرصتو نداریم. برای همین توصیه من اینه که در دوره استاجری یا ICM باشه. در دوره استاجری دانشجو وظیفه شرح حال‌گیری رو هم به عهده داره و بنابراین از نظر من بهترین موقع شروع دوره، برای استاجرهاست."«م ۹»؛ "تو دوره‌های جدیدتر ICM بچه‌ها بیمارستان هم میرن و بیمار هم میبینن. فکر می‌کنم مهارت‌های ارتباطی و بازی کردن و رل مدل بودن هم اونجا کاربرد بیشتری داره و موثرتره. بچه‌ها هم بیشتر علاقه‌مند هستند و هم وقتشون آزادتره و هم بیشتر یاد میگیرن. تازه اونجا داره شکل میگیره این فرایند به قول شما پزشک شدنشون. همین بحث‌های گروهی و گپ‌ها بین دانشجوها و استادان خیلی موثره. وجدان ادمو بیدار می‌کنه و چالش‌های اخلاقی هم بیان میشه به نظرم خیلی مفیده."«م ٤»؛ "باید از دانشجوهای علاقه‌مند به نویسندگی برای دستیاری تو کلاساتون استفاده کنید. من خودم داستان مینویسم و یه کتاب هم نوشتم. میتونم کمک کنم به دوره‌های بعدی که اموزش بدید به بچه‌ها."«م ۱۰».

فرهنگ سازی

زیرطبقه‌های "ایجاد صمیمیت در فضای آموزشی، توجیه‌سازی کافی و آماده‌سازی برای تغییر" در این طبقه فرعی مطرح شد.

"اگه یه جوری جمع تر مینشستیم، صمیمی‌تر بود. پذیرایی هم خوب بود. اگر تو جلسات پذیرایی باشه، دانشجوها بیشتر استقبال میکنند. رابطه صمیمیتری بین ما و دوستان و همینطور با بیمارامون برقرار میشه و از تجربه اساتیدمون هم استفاده میکنیم"«م ۱۷»؛ "علاقه دانشجو رو افزایش بدید. نباید بیاین بگید اول کار یه روایت بنویسید. یواش یواش دانشجو باید روایت نوشتن رو یاد بگیره. بخصوص اونهایی که دوست ندارند یا حوصله ندارند."«م ۱۸»؛ "ما درست توجیه نبودیم. اولین جلسه نفهمیدیم اصن بحث کلاس چیه و تا اومدیم بفهمیم تقریبا وسطای دوره شده بود. اگر جلسه اول بیشتر راجع به هدف توضیح داده میشد بهتر بود."«م ۱۱»؛ "کار شما خیلی سخت بود. چون این اولین دوره بود و باید مشکلات برطرف شه. کمی زمان لازم داره."«م ۱۳»؛ "ساعت کلاسها حداقل دو ساعت باشه. اخرین جلسه تازه داشتیم علاقه‌مند میشدیم."«م ۱۷».

طبقه اصلی ۲- فرایند آموزش

طبقه‌های فرعی " **راهبردهای تدریس، نقش استاد و برنامه درسی**"، در این طبقه جای گرفت.

راهبردهای تدریس

زیرطبقه‌های "توجه به سبک‌های یادگیری، استفاده از روش‌های تدریس متنوع و تاکید بر یادگیری مشارکتی" در این طبقه فرعی مطرح شد.

"سبک تدریستونو عوض کنید. از دانشجوهای پزشکی به عنوان دستیار استفاده کنید."«م ۱۰»؛ "از سبکهای داستان‌نویسی استفاده کنید مثلا یه مفهومی رو با گفتن چند کلمه بتونند بنویسند. میتونید اینجوری به بچه‌ها یاد بدید. و از اصول داستان نویسی استفاده کنید. که بچه‌ها نه زیادی بنویسند و نه کم. یعنی با گفتن ۱۰-۱۵ کلمه بتونند اون مفهوم مورد نظر رو برسونند."«م ۱»؛ "میتونه تجربیات استادا به صورت کیس و سناریو مطرح بشه و یک چالش یه نکته اموزشی به قول شما گفته بشه و کلی هم یادگیری داره و تاثیرش خیلی خوب میشه."«م ١٦»؛ " نیاز نیست که حتما روایتی نوشته بشه. هر کسی می تواند تجربه اش را در هر جلسه بیان کند و به صورت گروهی مباحثه روی چندین تجربه قرار بگیرد و به نظر میاد چون بچه‌ها میخواستند روایت بنویسن و خیلی ها هم علاقه ای به نوشتن نداشتند. در کل رویکرد خوبی است اما به نظرم هنوز باید روش های بهتری اعمال شود."«م ۱۳»؛ "با نوشتن اکثرا مشکل دارند، حتما نباید نوشتن باشه. نوشتن کار

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/dsme.8.3.20]

هر کسی نیست. و علاقه ادمو از بین میبره. باید کم کم شروع کنید مثلا با یه جمله تو یه پاراگراف بنویسند. اوج نوشتن باشه کوتاه بنویسند و بعد میتونند پرورشش بدن. حتی با هم نقش بازی کنیم و یه چالشو مطرح کنیم."«م ٦». "مسلما اگه تو درس اصلی باشه و مشارکتی هم باشه بیشترین بازده رو داره."«م ٨».

نقش استاد

زیرطبقه‌های "مدیریت کلاس، بیان تجارب و نقد عقاید استادان، حضور رل مدل بالینی و حضور استادان جوان برای هدایت جلسات" در این طبقه فرعی مطرح شد.

"اگه از استادان به نام دعوت بشه خیلی عالیه اون استادانی که به عنوان الگو بچه‌ها قبولشون دارند. بیان تو جلسات و از تجربه خودشون بگن خیلی موثرتره."«م ١١»؛ "نقد عقیده استادها توش باشه بچه‌ها بیشتر جذب میشن."«م ١٥»؛ "هدایت کلاس با خودتون باشه و این استادان فقط در نقش رل مدل بیان در حد ١٠ دقیقه صحبت کنند خب تاثیرش خیلی زیاد تره."«م ٤»؛ "استاد جوون باشه خیلی خوبه. تو بیمارستانم از بس همه استادا پیرن، یه جوون که میاد ذوق میکنیم چون ما رو بیشتر میفهمه."«م ١٨».

برنامه درسی

زیرطبقه‌های "طراحی آموزشی، محتوای آموزشی بومی، لحاظ کردن پزشکی روایتی در برنامه درسی رسمی" در این طبقه فرعی مطرح شد.

"باید با برنامه ریزی و هماهنگی بیشتری اموزش بدید و بیشتر روی چگونگی ارائه ش کار کنید."«م ٧»؛ "ما از تجربیات استادامون خیلی استفاده میکنیم و اگه اینجور باشه که اونا هم داستانهاشونو بگن خیلی خوبه. هم ملموس هست و هم بومی مربوط به کشور خودمونه."«م ٢ »؛ "اگر این درس، اجباری نباشد کسی نمی اید. اختیاری بودن مساوی با اینه که تعداد افراد کمی بیان و فقط علاقه‌مندان به نوشتن تو این کلاس شرکت میکنند."«م ١»؛"رایزنی کنید که تو مقطع پایین تر این دوره رو برگزار کنید. حتی اگر برای بخش داخلی نمره شو میخواین لحاظ کنید میتونید تو دوره ICM بذارید و بگید نمره شو میخواین برای بخش داخلی در نظر بگیرید. که بچه‌ها در جریان باشند که نمره داره و کجا اعمال میشه."«م ١٥».

طبقه اصلی ٣- الزامات اجرایی

طبقه فرعی "تأکید بر مؤلفه‌های اجرایی"، در این طبقه جای گرفت. نمونه‌ای از نظرات شرکت‌کنندگان در این طبقه جای گرفت.

تأکید بر مؤلفه‌های اجرایی

زیرطبقه‌های "زمان و مکان مناسب، آموزش استادان بالینی علاقه‌مند و صرف زمان برای اجرای تغییر" در این طبقه فرعی مطرح شد.

"حقیقتش ساعت و مکان نامناسب و کشیکها و خستگی چالش بزرگیه. اول ساعت خیلی زود بود و نمیتونستیم زود بیدار شیم و همش دیر میرسیدیم."«م ٥»؛ "استاد باید اورینته باشه. و واقعا تمرین و فیدبک به دانشجو ها اتفاق بیفته."«م ٨»؛ "استادها اگه وقتشون اجازه بده و اگر علاقه هم داشته باشن برای آموزش پزشکی روایتی خیلی کمک کننده هست. میتونند به دانشجو هاشونم یاد بدن که چطور بازاندیشی کنند."«م ٩»؛ "از اساتید علاقه‌مند و با امادگی بیشتری استفاده کنید. اساتید بالینی نقش موثری دارند و اینکه توجیه نباشند خب خودش یه مشکل هست."«م ١٩».

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف توصیف راهکارهای بهینه‌سازی دوره آموزشی نوآورانه پزشکی روایتی از دیدگاه کارورزان پزشکی، انجام شد.

پیشبینی‌های قبل آموزش (ایجاد انگیزه و فرهنگ سازی):

تحلیل تجربیات کارورزان نشان داد که "انتخاب مقطع تحصیلی مناسب و مشارکت دانشجویان علاقه‌مند" از راهکارهایی است که در مشارکت‌کنندگان انگیزه لازم را ایجاد

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/dsme.8.3.20]

خواهد کرد. ضمن انتخاب مقطع مناسب برای افزایش جلب انگیزه فراگیران در یادگیری، به نظر می‌رسد که انتخاب افراد علاقه‌مند و توانمند در زمینه روایت‌نویسی از میان خود فراگیران به جذابیت دوره آموزشی بیافزاید. همچنین از دیدگاه کارورزان "ایجاد صمیمیت در فضای آموزشی، توجیه‌سازی کافی و آماده‌سازی برای تغییر" از ضروریات برگزاری دوره آموزشی پزشکی روایتی است. ایجاد جو صمیمی در گروه‌های کوچک مانند پذیرایی مختصر، چیدمان گرد صندلی‌ها و برقراری تماس چشمی مشارکت‌کنندگان با یکدیگر، در افزایش صمیمیت و اثربخشی یادگیری مشارکتی موثر خواهد بود. با در نظر گرفتن چالش‌های ایجاد شده برای ارائه این دوره آموزشی در مقطع اینترنی و سایر مشکلاتی که ناشی از مقطع فراگیران ایجاد شده بود، مناسب است که دوره پزشکی روایتی از زمان آشنایی فراگیران پزشکی با بالین شروع شود و به تدریج با هدف‌های آموزشی مختلفی مطرح گردد تا ضمن آموزش و یادگیری در مقاطع قبل از اینترنی، به ارتقای توانمندی روایی آن‌ها منجر شود.

فرآیند آموزش (راهبردهای تدریس، نقش استاد و برنامه درسی): عواملی مانند "توجه به سبک‌های یادگیری، استفاده از روش‌های تدریس متنوع و تاکید بر یادگیری مشارکتی" از راهبردهای تدریس اشاره شده توسط مشارکت‌کنندگان مطالعه بودند که بر بهبود ارائه این دوره آموزشی موثر خواهد بود. توجه به سبک یادگیری فراگیر در رویکرد روایی از این جهت که روایت‌ها نه فقط به صورت نوشته شده، به صورت طرح مورد و بیان تجربیات به صورت داستان و بحث در گروه کوچک با ذکر نکات آموزشی آن، مطرح شوند. همچنین استفاده از نقش بازی و طرح سناریو در گروه‌های کوچک و تاکید بر بحث گروهی و یادگیری مشارکتی به اثربخشی آموزشی کمک می‌کند. همچنین از دیدگاه کارورزان پزشکی "مدیریت کلاس، بیان تجارب و نقد عقاید استادان، حضور رل مدل بالینی و حضور استادان جوان برای هدایت جلسات" نیز از عواملی بودند که با تغییر در نحوه آموزش می‌تواند به بهبود اثربخشی این دوره آموزشی کمک کند. تاکید کارورزان به اثربخشی آموزش از طریق تعامل با استادان با تجربه و رل مدل و گوش دادن به تجربیات آن‌ها از مواردی بود که لازم از به آن توجه شود. از سوی دیگر، "طراحی آموزشی، محتوای آموزشی بومی، لحاظ کردن پزشکی روایتی در برنامه درسی رسمی" از مواردی است که در بهبود فرآیند آموزش تاثیرگذار خواهد بود. با توجه به ذکر لذت بخش بودن تجربه بیان روایت‌های بیماران توسط کارورزان، تعیین نمره برای درس پزشکی روایتی نیز از مواردی بود که کارورزان برای جدی گرفتن جنبه آموزشی دوره پزشکی روایتی توسط فراگیران مطرح نمودند. به نظر می‌رسد ارائه رویکرد روایتی در برنامه درسی رسمی که به صورت اجباری برگزار می‌شود موثرتر از دوره‌های آموزشی فوق برنامه یا اختیاری باشد.

الزامات اجرایی (تأکید بر مؤلفه‌های اجرایی): از ملزومات اجرایی این دوره "زمان و مکان مناسب، آموزش استادان بالینی علاقه‌مند و صرف زمان برای اجرای تغییر"، ذکر گردید. امکان‌پذیری شرکت در جلسات آموزشی با انتخاب زمان مناسب تضمین می‌شود. از سوی دیگر فضای فیزیکی کافی و کلاس‌هایی جهت تشکیل گروه کوچک، چیدمان گرد صندلی‌ها جهت تعامل استاد و فراگیران در حفظ و ارتقای یادگیری مشارکتی موثر است. در این دوره آموزشی، به دلیل نوآورانه بودن این رویکرد از ترجمه فارسی روایت‌های خارجی استفاده گردید. ولی لازم است با جمع‌آوری روایت‌های بیماری بومی و موضوعات متناسب با فرهنگ منطقه و کشور، روایت‌های پزشکی ملموس‌تری ارائه دهیم. همچنین دوره آموزشی برای استادان داوطلب و علاقه‌مند ارائه شود تا انگیزه فراگیران در خصوص یادگیری افزایش یابد. همان‌طور که ذکر شد ارائه نوآوری یا تغییر آموزشی نیز باید با آماده‌سازی، توجیه‌سازی کافی، ارائه تدریجی و مداوم باشد تا پذیرش از سوی گروه‌های هدف و در نهایت موفقیت دوره را تضمین کند.

پژوهش حاضر به دنبال اجرای اولین دوره آموزشی پزشکی

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/dsme.8.3.20]

روایتی در ایران بر اساس چارچوب آموزشی تدوین شده، انجام شد (۱۶،۲۱). در مقایسه با سایر مطالعات، مطالعه‌ای که به طور مستقیم به ذکر راهکارهای برگزاری بهینه دوره پزشکی روایتی پرداخته باشد، گزارش نشده است. بنابراین مقایسه با مطالعات براساس راهکارهای بهینه‌سازی مقدور نبود. ولی مطالعات مرتبط به بررسی کاربردها و مزایا و نتایج کلی ارائه رویکرد روایتی برای گروه‌های مختلف فراگیران از نظر اثربخشی آموزشی پرداخته‌اند (۱۵-۹).

مطالعه دریازاده و همکاران که به ارائه چارچوب آموزشی پزشکی روایتی پرداخته‌اند، از نظر اشاره و توجه به روند طراحی آموزشی در ارائه برنامه آموزش در مطالعه کنونی که با استخراج مضامین "پیشبینی‌های قبل از آموزش، فرآیند آموزش و الزامات اجرایی" مطرح گردید، هم‌خوانی دارد (۲۱). در مطالعه کنونی نیز استفاده از طراحی آموزشی در ارائه رویکرد روایتی از دیدگاه کارورزان، ضروری بیان شده است. با توجه به اهمیت استفاده از برنامه‌ریزی و طراحی آموزشی در ارائه دوره آموزشی، استفاده از ابزار، چارچوب و سایر برنامه‌های تدوین شده در این زمینه، مناسب می‌باشد (۲۱،۱۷،۱۵).

در مطالعه‌ای Chien-Da و همکاران در یک بیمارستان آموزشی در تایوان، پذیرش دانشجویان پزشکی با برنامه‌های درسی غربی و چینی نسبت به پزشکی روایتی به عنوان رویکردی برای یادگیری همدلی و منش‌حرفه‌ای مقایسه شد. پذیرش برنامه پزشکی روایتی در مقایسه نمرات میان دانشجویان با برنامه درسی پزشکی چینی نسبت به برنامه درسی غربی نشان داد که فرهنگ‌های یادگیری مختلف آموزش پزشکی در این دو گروه دانشجو دخیل بوده است. هنگامی که دانشجویان در محیط بالینی هستند، از نگرش‌های بهداشتی و زمینه‌های مختلف قومی بیماران خود بیشتر آگاه هستند که به بهتر شدن ارتباط میان پزشک و بیمار و پایبندی بهتر بیماران نسبت به درمان منجر خواهد شد (۲۲). این مطالعه از نظر اینکه به فرهنگ و مسائل قومیتی یا بومی منطقه زندگی فراگیران اشاره می‌کند با مطالعه ما که مشارکت‌کنندگان ذکر نمودند که محتوای آموزشی پزشکی روایتی باید بومی‌باشد و به تحلیل روایت‌های بالینی ملموس و بومی پرداخته شود، هم‌خوانی دارد.

مطالعه Boudreau و همکاران در کانادا مفید بودن پزشکی روایتی از نظر امکان‌پذیری و ارزشمندی توسط مشارکت‌کنندگان تایید گردید و گزارش شد که نوشتن بازاندیشانه در ارتقای بازاندیشی مفید بوده و توسط استادان بهداشتی و درمانی می‌تواند بکار گرفته شود (۲۳). این مطالعه از نظر اثربخشی دوره آموزشی از نظر ارتقای بازاندیشی و همچنین امکانپذیری در اجرا و پذیرش توسط مشارکت‌کنندگان هم‌خوانی دارد. ولی به طور کلی نتایج استخراج شده از آن با هدف کلی مطالعه ما هم‌خوانی ندارد.

در مطالعه Arntfield و همکاران در دانشگاه کلمبیا، اثربخشی پزشکی روایتی در توسعه مهارت بالینی دانشجویان پزشکی در حوزه‌های ارتباط، مشارکت و منش‌حرفه‌ای بررسی شد و دانشجویان اعلام کردند که رویکرد روایتی موثر و با اهمیت است ولی تفسیر و معناهای روایت، دارای تضاد فرهنگی در مهارت‌های ارتباطی، مشارکت و توسعه حرفه‌ای است (۲٤). این مطالعه مانند مطالعه Chien-Da و همکاران از جهت تاکید بر در نظر گرفتن فرهنگ در معنای روایت‌ها با مطالعه ما که کارورزان به لزوم بومی بودن روایت‌ها از تجارب استادان و پزشکان اشاره کردند، هم‌خوانی دارد (۲۲).

مطالعات انجام شده در زمینه آموزش پزشکی روایتی که به صورت اجباری و در برنامه درسی رسمی برای دانشجویان پزشکی قبل از دوره اینترنی و به مدت طولانی‌تری پزشکی روایتی را ارائه کرده بودند، نتایج آموزشی اثربخشی را ارائه نمودند (۲۷-۱۵،۲۵). طولانی بودن مدت دوره آموزشی در این مطالعات نکته قابل توجهی برای تداوم تمرین با رویکرد روایتی می‌باشد. نتایج مطالعه ما نیز نشان می‌دهد که کارورزان به برنامه آموزشی رسمی توجه بیشتری دارند تا کلاس‌های فوق برنامه و

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.52547/dsme.8.3.20]

اختیاری. به نظر می‌رسد که ارائه دوره پزشکی روایتی در برنامه درسی رسمی مناسب‌تر باشد. همچنین در مطالعات ذکر شده با تداوم دوره آموزشی اثربخشی آموزشی بیشتری گزارش شده است. بنابراین تداوم دوره آموزشی نقش مهمی در اثربخشی و پذیرش آن از سوی فراگیران دارد که در مطالعه کنونی نیز کارورزان به آن اشاره نمودند. البته تاکید کارورزان برای انتخاب مقطع تحصیلی مناسب برای ارائه پزشکی روایتی و اشاره به مقاطع پایین‌تر در پزشکی عمومی راه‌کار ویژه‌ای است که باید به آن توجه شود. هر چند به نظر می‌رسد شروع ارائه رویکرد روایتی از شروع دوره بالینی و تداوم آن تا مقاطع بالاتر و حتی رزیدنتی، راهکار موثری برای پذیرش پزشکی روایتی از سوی گروه‌های هدف باشد.

با توجه به نتایج مثبت ذکر شده از دیدگاه کارورزان لازم است که مطالعاتی در ارتباط با کاربرد رویکرد روایتی با سایر اهداف آموزشی نیز در نظر گرفته شود. استفاده از دیدگاه کارورزان ذکر شده در مطالعه کنونی می‌تواند راه‌گشای بهبود برگزاری برنامه آموزشی پزشکی روایتی در دوره‌های بعدی در سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران باشد و استفاده از نظر متخصصین با تجربه در برگزاری این دوره توصیه می‌شود.

این مطالعه براساس تحلیل نظرات یک گروه از کارورزان پزشکی شرکت‌کننده در اولین دوره برگزاری پزشکی روایتی انجام شده است و در دوره‌های بعدی با توجه به نحوه اجرای دوره آموزشی، ممکن است موارد دیگری برای راهکارهای بهینه‌سازی اجرا مطرح شود. در نظر گرفتن راهکارهای بهینه‌سازی اجرای دوره از دیدگاه برگزارکنندگان و مدرسین نیز مفید به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بدین وسیله از کارورزان پزشکی مشارکت‌کننده در انجام مطالعه، نهایت قدردانی را اعلام می‌نمایند.

تأییدیه اخلاقی

اجرای پژوهش در دانشگاه علوم‌پزشکی اصفهان با کد مصوب ۲۹۹۱۳۷ و کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1399.530 مورد تایید بوده است.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

سهم نویسندگان

سعیده دریازاده (نویسنده اول) مفهوم‌سازی، تحقیق و بررسی، ویراستاری و نهایی‌سازی مقاله 50 درصد؛ پیمان ادیبی (نویسنده دوم) مفهوم‌سازی و ویراستاری مقاله ۱۰ درصد؛ نیکو یمانی (نویسنده سوم و مسئول) مفهوم‌سازی، ویراستاری و نهایی‌سازی مقاله ٤٠ درصد.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

References

1. Bass EB, VI AHF, Morrison G, Wills S, Mumford LM, Goroll AH. National survey of clerkship directors in internal medicine on the competencies that should be addressed in the medicine core clerkship. Am J Med. 1997; 102(6):564-71. DOI: 10.1016/s0002-9343(97)00054-5

2. Yaszay B, Kubiak E, Agel J, Hanel DP. ACGME core competencies: where are we? Orthopedics. 2009; 32(3):171. PMID: 19309062

3. Nemati S, Saberi A, Heidarzadeh A. Medical professionalism and its education to medical

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/dsme.8.3.20]

students. Research in medical education. RME. 2010; 2(1):54-61. [Persian]

4. Coulehan J. Viewpoint: Today's professionalism: engaging the mind but not the heart. Acad Med. 2005; 80(10):892-8. DOI: 1 10.1097/00001888-200510000-00004

5. Yamani N, Liaghatdar MJ, Changiz T, Adibi P. How do medical students learn professionalism during clinical education? A qualitative study of faculty members' and interns' experiences. Iran J Med Edu. 2010; 9(4):382-95. [Persian]

6. Branch WT, Frankel R. Not all stories of professional identity formation are equal: An analysis of formation narratives of highly humanistic physicians. Patient Educ Couns. 2016; 99(8):1394-9. DOI: 10.1016/j.pec.2016.03.018

7. Rosti G. Role of narrative-based medicine in proper patient assessment. Support Care Cancer. 2017; 25(Suppl 1):3-6. DOI: 10.1007/s00520-017-3637-4

8. Charon R. At the membranes of care: Stories in narrative medicine. Acad Med. 2012; 87(3):342-7. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182446fbb

9. DasGupta S, Charon R. Personal illness narratives: Using reflective writing to teach empathy. Acad Med. 2004; 79(4):351-6. DOI: 10.1097/00001888-200404000-00013

10. Grossman E, Grosseman S, Azevedo GD, Figueiro-Filho EA, McKinley D. Flipped classroom on humanities: Medicine, narrative and art. Med Educ. 2015; 49(11):1142. DOI: 10.1111/medu.12861

11. Kissler MJ, Saxton B, Nuila R, Balmer DF. Professional formation in the gross anatomy lab and narrative medicine: An exploration. Acad Med. 2016; 91(6):772-7. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001093

12. Weiss T, Swede MJ. Transforming preprofessional health education through relationship-centered care and narrative medicine. Teach Learn Med. 2019; 31(2):222-33. DOI: 10.1080/10401334.2016.1159566

13. Armstrong GW, Wald HS. Fostering reflective capacity with interactive reflective writing in medical education: Using formal analytic frameworks to guide formative feedback to students' reflective writing. Med Teach. 2013; 35(3):258. DOI: 10.3109/0142159X.2013.759646

14. Pearson AS, McTigue MP, Tarpley JL. Narrative medicine in surgical education. J Surg Educ. 2008; 65(2):99-100. DOI: 10.1016/j.jsurg.2007.11.008

15. Charon R, Hermann N, Devlin MJ. Close reading and creative writing in clinical education: Teaching attention, representation, and affiliation. Acad Med . 2016; 91(3):345-50. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000827

16. Daryazadeh S, Adibi P, Yamani N, Mollabashi R. Impact of narrative medicine program on improving reflective capacity and empathy of medical students in Iran. Full text links. J Educ Eval Health Prof. 2020; 17:3. DOI: 10.3352/jeehp.2020.17.3

17. Daryazadeh S, Yamani N, Adibi P. A modified tool for “reflective practice” in medical education: Adaptation of the REFLECT rubric in Persian. J Educ Health Promot. 2020; 9:24. DOI: 10.4103/jehp.jehp_532_19

18. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research: An introduction. London: Longman Publishing;1996.

19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004; 24(2):105-12. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

20. Lincoln YS. Naturalistic inquiry. The Blackwell encyclopedia of sociology; 2007. DOI: 10.1002/9781405165518.wbeosn006

21. Daryazadeh S, Yamani N, Adibi P. Development of a checklist to validate the framework of a narrative medicine program based on Gagne’s instructional design model in Iran through consensus of a multidisciplinary expert panel. J Educ Eval Health Prof. 2019; 16:34. DOI: 10.3352/jeehp.2019.16.34

22. Chien-Da H, Kuo-Chen L, Fu-Tsai C, Hsu-Min T, Ji-Tseng F, Shu-Chung L, et al. Different perceptions of narrative medicine between Western and Chinese medicine students. BMC Med Educ. 2017; 17(1):85. DOI: 10.1186/s12909-017-0925-0

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/dsme.8.3.20]

23. Boudreau JD, Liben S, Fuks A. A faculty development workshop in narrative-based reflective writing. Perspect Med Educ. 2012; 1(3):143-54. DOI: 10.1007/s40037-012-0021-4

24. Arntfield SL, Slesar K, Dickson J, Charon R. Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. Patient Educ Couns. 2013; 91(3):280-6. DOI: 10.1016/j.pec.2013.01.014

25. Miller E, Balmer D, Hermann N, Graham G, Charon R. Sounding narrative medicine: Studying students' professional identity development at Columbia University College of Physicians and Surgeons. Acad Med. 2014; 89(2):335-42. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000098

26. Cunningham H, Taylor D, Desai UA, Quiah SC, Kaplan B, Fei L, et al. Looking back to move forward: First-year medical students' meta-reflections on their narrative portfolio writings. Acad Med. 2018; 93(6):888-94. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002102

27. Wald HS, Borkan JM, Taylor JS, Anthony D, Reis SP. Fostering and evaluating reflective capacity in medical education: Developing the REFLECT rubric for assessing reflective writing. Acad Med. 2012; 87(1):41-50. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31823b55fa

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/dsme.8.3.20]

Optimization strategies for presenting a narrative medicine course from the perspective of medical interns: A qualitative study

Saeideh Daryazadeh[1], Payman Adibi[2], Nikoo Yamani[3]

1. PhD, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. Gastroenterology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Narrative medicine was introduced in 2000 as an approach to effective practice and humanism in medicine. A narrative approach was presented as a training course in order to improve the professionalism of medical interns in Isfahan University of Medical Sciences. The aim of this study was to describe the optimization strategies for presenting a narrative medicine educational program.

Methods: This study was conducted qualitatively and with inductive approach in 1399. Medical interns participating in the first course of narrative medicine, including 18 people, were included in the study by purposive sampling. In-depth semi-structured and individual interviews were conducted and data were analyzed using MAXQDA10 software.

Results: Participants included 18 medical interns (10 males and 8 females) with a mean age of 25±0.38. A total of 417 codes were extracted. The optimization strategies included 3 main categories and 6 sub-categories including pre-training predictions (motivation and culture building), training process (teaching strategies, teacher role and curriculum) and executive requirements (emphasis on executive components).

Conclusion: Considering the analyzed strategies can be useful in order to teach narrative medicine effectively in subsequent courses in other universities of medical sciences with regard to the educational and cultural context in Iran. It is also recommended to use the opinion of experienced experts in holding this course.

Keywords: Narrative Medicine, Competency, Professionalism, Medical Education, Teaching.

Correspondence:
Nikoo Yamani, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

ORCID:
0000-0002-7990-092X

Email:
yamani@edc.mui.ac.ir

Original Article
Received: 2021/6/7 **Accepted**: 2021/10/10

Citation: Daryazadeh S, Adibi P, Yamani N. Optimization strategies for presenting a narrative medicine course from the perspective of medical interns: A qualitative study. DSME. 2021; 8(3):20-31.

© 2021 The Author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/dsme.8.3.20]