اثرات راند بر بالین بخش داخلی از دیدگاه بیماران

پیمان ادیبی، محمد رضا انجویان

چکیده

مقدمه: بحث و تبادل نظر پیرامون بیماری توسط اساتید و دانشجویان بر بالین بیمار، ممکن است موجب نارضایتی بیماران شود. این مطالعه با هدف تعیین دیدگاه بیماران در مورد راند بر بالین بخش داخلی در بیمارستان الزهراء (س) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی بر روی ۱۱۰ نفر از بیماران بستری در بخش‌های داخلی بیمارستان الزهرا (س) اصفهان در مهر و آبان ۱۳۸٤ توسط پرسشنامه‌ای پایا و روا شامل سه گروه سؤال در مورد «نگرش نسبت به اتفاقات حین راند بالینی»، «سیاهه اتفاقاتی که بیمار حین بستری تجربه می‌کند» و «نگرش بیماران به روند راند بالینی» بود. این پرسشنامه همچنین وضعیت دموگرافیک بیماران و وجود همراه در طی زمان بستری را نیز ارزیابی می‌نمود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS به صورت توزیع فراوانی و محاسبه میانگین و انحراف استاندارد تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: پرسشنامه ۱۰۰ بیمار کامل بود که در آن، اکثر سؤالات نگرش نسبت به اتفاقات حین راند، دیدگاه مثبت بیماران بیش از دیدگاه منفی آنان بود. اکثر بیماران اتفاقات حین راند بالینی مانند ویزیت و معاینه توسط پزشک را تجربه نموده بودند. در مورد روند راند بالینی، بیماران با موارد نیاز به صحبت با پزشک اصلی، کاهش تعداد دانشجویان در ویزیت، لزوم تغییر عمده در روش آموزش موافقت بیشتری داشتند.

نتیجه‌گیری: رضایت‌مندی بیشتر بیماران را می‌توان به این وسیله توجیه کرد که با افزایش تعداد دفعات ویزیت شدن یا مدت زمان ویزیت، این احساس در بیمار ایجاد می‌شود که پزشک توجه بیشتری به وی دارد. بطور کلی برگزاری راند بر بالین اثرات منفی بارزی ندارد و با اصلاح مواردی چند، می‌توان بدون لطمه وارد کردن به آموزش بالینی، باعث ایجاد دیدگاه مثبت‌تر بیماران شد.

واژه‌های کلیدی: راند بالینی، بیماران، بخش داخلی، دیدگاه.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / بهار و تابستان ۱۳۸۵؛ ۶(۱): ۱۵ تا ۲۱

مقدمه

راندهای بالینی را می‌توان فعالیت‌های تسهیل‌کننده یادگیری در محیط بالینی دانست که در آن استاد و دانشجو به یک اندازه مشارکت دارند و هدف از آن ایجاد تغییرات در دانشجو و ایجاد دید بالینی در وی است. در حال حاضر، این آموزش بالینی به صورت برگزاری کنفرانس یا همان راند بالینی بر بستر بیمار انجام می‌شود که با حضور استاد، تعداد زیادی دانشجو، کارورز و دستیارصورت می‌گیرد که گاهی طولانی مدت است.

نحوه آموزش بدین صورت است که دانشجویان، کارورزان، و دستیاران، تک تک بیماران بخش را ویزیت می‌کنند و سپس با حضور استاد مربوطه بر سر بالین بیمار به معرفی بیمار، معاینه مجدد در حضور استاد و بررسی پرونده‌ها می‌پردازند که این مجموعه، به عنوان راند بالینی (bedside clinical round) شناخته می‌شوند.

آدرس مکاتبه. دکتر پیمان ادیبی (استادیار)، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزارجریب، اصفهان.
E-mail: adibi@med.mui.ac.ir
دکتر سید محمدرضا انجویان، کارورز دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

این مقاله در تاریخ ۸٤/٤/٤ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۵/۵/۱ اصلاح شده و در تاریخ ۸۵/۵/۷ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

بنابراین، همان طور که ذکر شد، هر بیمار توسط افراد مختلف به تعداد مراتب متفاوت که معمولاً سه بار یا بیشتر ویزیت در روز است، معاینه می‌شود. با توجه به شرایط بیمار و خود بیماری که باعث بروز گروهی از مشکلات روحی و کم‌حوصلگی برای بیمار می‌شود، آیا برقراری این چنین راندهایی بر بالین بیمار که گاه طولانی مدت است باعث آزردگی بیمار می‌گردد؟ و یا برعکس، باعث می‌شود بیمار احساس کند که در رابطه با وی توجه کافی صورت می‌گیرد و توضیح بیماری و روند درمانی بیماری به وی باعث تسکین و احساس آرامش از بستری شدن خود می‌شود؟ این پرسشی است که ما در طی این تحقیق به دنبال پاسخ آن بوده‌ایم.

برگزاری راندهای بالینی بر سر بالین بیمار، علاوه بر عیوب احتمالی ذکرشده، دارای مزایای بسیاری است از جمله، انجام این گونه راندها به پزشک این دید را می‌دهد که بیمار را به صورت واقعی ببیند نه فقط به شکل خلاصه‌ای از بیماری و همین مواجهه رو در روی بیمار و پزشک به دانشجویان امکان درک صحیح از وضعیت بیمار به صورت کلی و نه فقط بیماری خاص مورد نظر را می‌دهد.

امروزه به دلیل افزایش هزینه مراقبت، کاهش طول مدت بستری بیمار، اشتغال پزشکان ارشد به امور مدیریتی و اداری و تغییر نگرش‌ها و در برخی موارد، مشکل در مواجهه با بیمار یا آموزش بر بالین، توجه به آموزش بالینی در اتاق‌های بحث یا کنفرانس به جای راند بالینی افزایش یافته است(۱). بررسی‌های انجام شده در ٤٦٣ برنامه دستیاری داخلی در آمریکا حاکی از آن بود که در ۱۵ درصد این برنامه‌ها، اساساً راند بالینی آموزشی وجود ندارد و در اغلب مراکز نزدیک به ۵۰ درصد اوقات بالینی خارج از راند طی می‌شود(۲).

به منظور شناسایی دیدگاه بیماران از راند بالینی، این مطالعه با هدف تعیین دیدگاه بیماران در مورد راند بر بالین بخش داخلی در بیمارستان الزهرا (س) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۸٤ انجام شد. تا امکان اصلاح برنامه و فرایند راند بالینی فراهم گردد.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی بر روی بیماران بستری در بخش‌های داخلی بیمارستان الزهرا (س) اصفهان در مهر و آبان ۱۳۸٤ بر روی ۱۱۰ بیمار انجام گرفته است.

برای روشن شدن روش کار، ابتدا توضیح مختصری در رابطه با سیستم بالینی و راندهای بالینی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان خواهیم داد. افراد ویزیت‌کننده بیمار به سه گروه اصلی شامل دانشجویان بالینی، کارورزان ودستیاران تقسیم می‌شوند. این سه گروه توسط استاد مربوط به هر بخش (attending physician) تحت آموزش قرار می‌گیرند. هر سه گروه موظف به گذراندن دوره‌های مختلف از بخش‌های گوناگون هستند که به صورت چرخش یا همان rotation و به مدت یک ماه تا حداکثر دو ماه است.

برای انجام تحقیق پیش‌گفت، پرسشنامه‌ای طرح گردید که جنبه‌های مختلف تأثیر راند بالینی بر بیماران را در بر می‌گرفت. برای دستیابی به چنین پرسشنامه‌ای، ابتدا مقالات مربوط به تحقیقاتی مشابه با تحقیق ما جمع آوری و مطالعه شد. سپس موارد (Item) مربوطه را از مقالات خارج کرده و آنها را اولویت‌بندی کردیم. سپس پرسشنامه‌ای طرح شد که در اختیار نمونه کوچکی (۱۰ بیمار) قرار دادیم و بعد از بررسی پاسخ آنها، تغییرات اصلاحی را به عمل آوردیم. پرسشنامه اصلاحی را در اختیار تعدادی از افراد قرار داده تا میزان ارزش‌مندی و اعتبار آن را با توجه به پاسخ آنها بسنجیم و پس از ارزیابی ارزش تک تک سؤالات و بررسی قابل فهم بودن آنها، روایی صوری و محتوای پرسشنامه توسط چند نفر از همکاران تأیید شد.

پرسشنامه شامل سه بخش بود:

قسمت اول، شامل ۲۰ سؤال بود که نگرش بیمار را در مورد اتفاقات حین راند بالینی بررسی می‌نمود. در هر کدام از گزینه‌ها میزان رضایت‌مندی تا عدم رضایت بیمار به صورت کمال رضایت، تا حدودی راضی، نظری ندارم، تا حدودی ناراضی، کاملاً ناراضی ارائه شده بود.

قسمت دوم، شامل ٦ سؤال بود که سیاهه اتفاقات تجربه شده بیمار در طول بستری را بررسی می‌نمود و به این مطلب می‌پرداخت که آیا بیمار با موارد مطروحه در سؤالات قسمت «اول» در طی بستری برخوردی داشته است یا خیر؟ به عنوان مثال، آیا تاکنون در رابطه با روند بیماری به وی توضیح داده شده است یا خیر؟ یا در طی بستری اخیر وی، آیا تا کنون پزشک معالج خود را دیده است یا خیر؟ چون اگر با این موارد در طی بستری برخوردی نداشته باشد، سؤالات بخش «اول»،

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

معنی خود را از دست داده و دیگر ارزش چندانی نخواهد داشت. این گروه از سؤالات نیز با چهار گزینه همیشه، معمولاً، گاهی، هرگز پاسخ داده می‌شد.

قسمت سوم، شامل ۹ سؤال بود که نگرش بیماران را در مورد روند راند بالینی (به صورت کلی) جویا می‌شد و این گروه از سؤالات نیز با مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم، پاسخ داده می‌شد.

در ضمن ما در این پرسشنامه، اطلاعات دموگرافیک بیمار را شامل موارد: سن، جنس، تحصیلات (بی‌سواد، تا راهنمایی، تا دیپلم، تا لیسانس، بالاتر)، محل سکونت (شهر اصفهان، حاشیه شهر، شهرستان‌های دور) نیز بررسی کرده‌ایم.

برای تکمیل پرسشنامه، بیماران بستری در بخش‌های داخلی بیمارستان الزهرا(س) اصفهان که در مهر و آبان ۸۴ بستری بودند، انتخاب شدند. بخش داخلی بیمارستان الزهرا(س) شامل زیر بخش‌های: قلب، گوارش، کلیه، غدد، ریه، روماتولوژی است. این پرسشنامه را در اختیار تک تک بیماران قرار دادیم و سپس توضیح مختصری راجع به چگونگی تکمیل آن، به آنان دادیم و بعد از تکمیل جمع‌آوری کردیم.

قبل از آنالیز داده‌ها، تمام فرم‌ها را برای بررسی وجود پرسشنامه‌ای که در تکمیل مشکلی داشته باشد، کنترل کردیم که پرسشنامه‌های بی‌اعتبار حذف شدند. سپس از نرم‌افزار SPSS استفاده گردید و سؤالات و پاسخ‌های آنان بر حسب اولویت با اعداد یک تا پنج و یا یک تا چهار نمره‌بندی شد. مثلاً برای رضایت کامل، پنج، عدم رضایت کامل، یک و در سری دوم سؤالات، برای همیشه، چهار و برای هرگز، یک در نظر گرفته شد. داده‌ها به صورت توزیع فراوانی و میانگین و انحراف استاندارد تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج

از مجموع ۱۱۰ نفر که در تحقیق شرکت کردند، ۱۰ نفر برای تکمیل ناقص و اشکال در تکمیل پرسشنامه از نمونه تحقیق حذف و تجزیه و تحلیل با ۱۰۰ پرسشنامه انجام گردید.

از این تعداد، ٤٦ درصد مذکر و ٥٤ درصد مؤنث بودند که نسبت تقریباً مناسبی را به وجود آورده است. میانگین سنی این افراد ۱۷ $\pm$ ٤٩ بود که مسن‌ترین این افراد ۹۵ و جوان‌ترین آنان ۱۷ ساله بود.

از نظر تحصیلات، افراد بی‌سواد ٢٤ درصد، تا راهنمایی ٤٤ درصد، تا دیپلم ۲۳ درصد، تا لیسانس ٦ درصد و بالاتراز آن ۳ درصد را شامل می‌شدند.

همان طور که در جدول یک مشاهده می‌شود، سؤالات بخش اول را که شامل ۲۰ سؤال است، به تفکیک مورد تجزیه و تحلیل قرار دادیم. بطور کلی دیدگاه مثبت در موارد مختلف بیشتر از دیدگاه منفی آنان از راندهای بالینی بوده است. در مورد احساس طولانی شدن بستری به علت کار آموزش نیز، میزان نارضایتی کامل و نسبی در کل ۳۲ درصد و نسبت به بعضی موارد بیشتر بود. بیشترین احساس رضایت‌مندی از تعداد دفعات ویزیت شدن بود بطوری که در سطح تحصیلات لیسانس و بالاتر، میزان رضایت‌مندی از تعداد دفعات ویزیت شدن در حدود ۷۵ درصد در مقایسه با افراد بی‌سواد که در حدود ٦٣ درصد بود، یا در مورد مدت زمان طول کشیدن ویزیت یا بکار بردن لغات مفهوم برای بیماران با افزایش تحصیلات میزان رضایت‌مندی نیز افزایش یافته بود.

جدول دو، پاسخ بیماران به سیاهه اتفاقات تجربه شده توسط بیمار حین بستری را نشان می‌دهد و همان طور که ذکر شد، این سؤالات برای بررسی این مورد است که آیا بیماران با موارد مطروحه در سؤالات بخش اول در طی بستری اخیر برخورد داشته یا خیر؟ که بررسی و تحلیل این داده‌ها نشان‌دهنده پاسخ مثبت به این سؤال است و همه بیماران حداقل چندین بار این موارد را تجربه کرده بودند.

جدول سه، نگرش بیماران بخش داخلی را نسبت به روند راند بالینی نشان داده است. همان طور که مشاهده می‌شود، بیشترین نارضایتی بیماران از عدم صحبت با پزشک معالج به تنهایی است که احساس نارضایتی ٧٦ درصد بیماران، شاهد این مدعی است، ٦١ درصد بیماران با کاهش تعداد دانشجویان در ویزیت روزانه موافقت دارند، ٤٩ درصد نیز موافق تغییر عمده در روند آموزش بالینی هستند.

جدول ۱: توزیع فراوانی و میانگین و انحراف استاندارد پاسخ بیماران بخش داخلی در مورد نگرش نسبت به اتفاقات حین راند بالینی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

سؤال	کاملاً راضی†	تا حدودی راضی	نظری ندارم	تا حدودی ناراضی	کاملاً ناراضی	میانگین	خطای استاندارد
از تعداد افراد حاضر در ویزیت	۳۳	۳۲	۱۶	۷	۱۲	۳/۶۷	۰/۱۳
از تعداد دفعات ویزیت شدن	۳۸	۳۵	۱۱	۷	۶	۳/۸۶	۰/۱۲
از تعداد افرادی که در ویزیت سؤال می‌کنند	۲۵	۲۶	۱۴	۱۷	۱۸	۳/۲۳	۰/۱۳
از تعداد افرادی که در ویزیت معاینه می‌کنند	۲۱	۳۶	۱۴	۱۲	۱۷	۳/۳۲	۰/۱۲
از طول مدت زمان ویزیت	۲۵	۴۰	۱۲	۱۲	۱۱	۳/۵۶	۰/۱۴
از طول مدت زمان تماس با پزشک اصلی معالج	۳۶	۲۸	۱۰	۱۴	۱۲	۳/۶۱	۰/۱۳
از میزان توضیح راجع به بیماری و روند بیماری به بیمار	۲۴	۳۵	۱۳	۱۷	۱۱	۳/۴۴	۰/۱۲
از میزان توضیح راجع به اعمال تشخیصی- جراحی	۱۹	۳۵	۱۸	۲۰	۸	۳/۳۷	۰/۱۲
از میزان توجه به صحبت‌های بیمار	۲۲	۳۳	۱۸	۱۶	۱۱	۳/۳۹	۰/۱۲
از میزان نظرخواهی از بیمار در تصمیمات طبی	۱۹	۳۰	۲۹	۹	۱۳	۳/۳۳	۰/۱۲
از میزان اجازه بحث مسائل روانی- اجتماعی	۲۱	۲۰	۴۰	۱۰	۹	۳/۳۴	۰/۱۲
از انجام اعمال توسط دستیار یا کارورز	۲۰	۴۳	۲۳	۸	۶	۳/۶۳	۰/۱۰
از دقت و پی‌گیری امور درمانی	۳۰	۳۳	۱۰	۱۴	۱۳	۳/۵۳	۰/۱۳
از میزان برقراری ارتباط عاطفی بین پزشک و بیمار	۳۲	۲۸	۲۱	۷	۱۲	۳/۶۱	۰/۱۳
از میزان مفهوم بودن مطالب طرح شده در ویزیت	۱۶	۳۲	۳۰	۱۳	۹	۳/۳۳	۰/۱۱
از میزان توجه به بیمار به عنوان انسان نه وسیله آموزش	۱۸	۲۵	۲۲	۱۷	۱۸	۳/۰۸	۰/۱۳
از سرانجام و نتیجه کلی بستری در بیمارستان	۲۰	۳۸	۱۷	۱۷	۸	۳/۴۵	۰/۱۲
از طول مدت بستری در بیمارستان	۲۲	۲۵	۲۰	۱۷	۱۶	۳/۲۰	۰/۱۳

† مبنای فراوانی از میان پاسخ‌گویان به سؤال است.

جدول۲: توزیع فراوانی پاسخ بیماران به سیاهه اتفاقاتی است که در بخش داخلی حین بستری تجربه کرده‌اند.

سؤال	همیشه†	معمولاً	گاهی
هر روز پزشک معالج خود را دیدم	۴۱	۲۳	۲۷
هر روز مورد پرسش و معاینه قرارگرفتم	۵۴	۳۰	۱۵
هر روز در یک ویزیت چند نفر مرا معاینه کردند	۳۹	۴۶	۱۳
توسط افراد غیر همجنس معاینه شدم	۲۶	۳۱	۳۴
افراد زیادی بر بالین من حاضر می‌شدند	۴۱	۳۲	۲۵
راجع به روند درمان توضیح داده می‌شد	۲۸	۲۵	۲۹

† مبنای فراوانی از میان پاسخ‌گویان به سؤال است

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

جدول۳: توزیع فراوانی و میانگین و خطای استاندارد پاسخ بیماران بخش داخلی در مورد نگرش به روند راند بر بالین

سؤال	کاملاً موافقم	تا حدودی موافقم	نظری ندارم	تا حدودی مخالفم	کاملاً مخالفم	میانگین	خطای استاندارد
احساس ناامنی از درمان توسط غیر پزشک معالج	۲۲	۲۳	۱۹	۲۱	۱۵	۳/۱۶	۰/۱۳
احساس ناخوشایند گزارش وضعیت در جمع افراد	۲۱	۲۰	۲۹	۱۶	۱٤	۳/۱۸	۰/۱۳
احساس ناامنی از بحث‌های پراکنده و ضد و نقیض	۱۱	۲۹	۲٦	۱۸	۱٦	۳/۰۱	۰/۱۲
نیاز به صحبت با پزشک معالج اصلی به تنهایی	٤۸	۲۸	۲۰	۲	۲	٤/۱۸	–
لزوم کاهش تعداد دانشجویان در ویزیت روزانه	۳۸	۲۳	۲۵	۸	٦	۳/۷۹	۰/۱۲
مشخص نبودن فرد مسؤول درمان در زمان بستری	۲۹	۲۳	۲۹	۱۰	۹	۳/۵۳	۰/۱۲
لزوم تغییر عمده در روش آموزش بالینی	۱۹	۳۰	٤٤	٤	۳	۳/۵۸	–
احساس ناخوشایند از معاینه شدن در جمع	۱۹	۱۷	۲۹	۲۰	۱۵	۳/۰۵	۰/۱۳
احساس طولانی شدن مدت بستری به علت کار آموزشی	۲۲	۱٦	۳۰	۹	۲۳	۳/۰۵	۰/۱٤

بحث

بر اساس این تحقیق، احساس رضایت‌مندی بیماران از احساس نارضایتی آنها در مواردی که مورد سؤال قرار گرفتند، بیشتر بود.

مطالعات مشابه در زمینه نگرش بیماران نسبت به راند بالینی انگشت شمار هستند و این امر لزوم بررسی بیشتر در این زمینه را بخوبی مشخص می‌کند. تقریباً در تمامی این مطالب، حجم نمونه خیلی بزرگی وجود ندارد که البته این ایراد به مطالعه حاضر نیز وارد است. برای مثال، در مطالعه کلاسیک رومانو (Romano) که روی یک صد بیمار به انجام رسیده است، مجموعاً ۲۹ بیمار در طی راند بالینی دچار استرس یا احساس ناخوشایند روحی می‌شدند(۳). همین احساس ناخوشایند یا ناامنی از پرسش شدن در جمع یا معاینه شدن در حضور افراد متعدد، در حداقل ۳۵ درصد از بیماران مطالعه ما مشاهده شد. جالب توجه است که مطالعاتی در زمینه تأثیرات فیزیولوژیک راند بالینی بر بیمار به صورت افزایش فشار خون و سطح کاتکولامین‌ها نیز وجود دارد که مؤید وجود تنیدگی در برخی بیماران در طی راند بالینی است(٤).

اگر به سؤالات بخش اول (نگرش نسبت به اتفاقات حین راند بالینی) توجه شود و معیار رضایت میانگین لیکرتی ۳/۵ فرض شود و فاصله ۳ تا ۳/۵ را هاله بی‌نظری فرض کنیم، متوجه می‌شویم که مجموعه بیماران بیش از آن که از تعداد افراد حاضر در راند یا تعداد دفعات ویزیت شدن ناراضی باشند، از تعدد پرسش‌کنندگان و معاینه‌کنندگان در هر جلسه، یعنی اعضایی از راند که فعالانه با بیمار ارتباط دارند، ناخشنود هستند. رضایت‌مندی از تعداد دفعات ویزیت نشان‌دهنده این است که نه تنها راند اثر سوء بر بیماران ندارد، بلکه باعث ایجاد این احساس در بیمار می‌شود که توجه خوبی به وی و روند درمان او می‌گردد که شاهد این مدعی، رضایت‌مندی تقریباً ٦۳ درصد بیماران از روند پیگیری امور درمانی است.

از نکات دیگر تحقیق حاضر، مسائل ارتباط انسانی پزشک با بیمار در طی راند بالینی است. میزان بحث درباره مسایل روحی و اجتماعی تنها در ٤۰ درصد بیماران باعث ایجاد رضایت شده

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

است و نزدیک به ٦٠ درصد بیماران از ارتباط عاطفی با پزشک خود راضی بودند، این در حالی است که مشارکت بیمار در روند درمان در قالب توضیحات کافی راجع به نحوه درمان، مفهوم بودن راند برای بیمار و نظرخواهی از بیمار برای انجام یا عدم انجام یک اقدام درمانی تقریباً در ٥٠ درصد بیماران باعث رضایت نشده است. در مطالعات مرتبط، راند بالینی باعث افزایش فهم بیمار از روند بیماری تلقی شده است(٥) که با یافته ما توافق جدی ندارد. البته باید توجه کرد که ٤٠ درصد بیماران مطالعه ما از صحبت‌های پراکنده راند احساس ناامنی نیز داشته‌اند و احساس می‌کردند به بیمار بیشتر به عنوان وسیله آموزش و نه انسان توجه می‌شده است. ذکر این نکته حائز اهمیت است که راند بالینی، یکی از مکان‌ها و موقعیت‌های مهم آموزش رفتار انسانی و اخلاق عملیاتی به آموزش‌گیرندگان است(٦). شاخص‌های ارتباط خوب با بیمار، مشارکت بیمار در تصمیم، توجه به دلمشغولی‌های بیماران، تعجیل در حل مسائل بیمار و پاسخ به سؤالات از سنجه‌های رفتارانسانی پزشک شمرده شده‌اند(٧و٨). درعین حال، در بررسی‌های انجام شده و نیز گزارشات منتشره از هم‌اندیشی صاحب‌نظران، لزوم معرفی افراد حاضر در تیم راند، معرفی فرد مسؤول، آموزش بر مبنای مشکلات واقعی و توضیح راجع به روند اتفاقات مورد تأکید جدی قرار گرفته است(٩و١٠).

به نظر می‌رسد هرچند مجموعه رضایت‌مندی نسبت به نحوه آموزش بالینی پزشکی تاحدودی مناسب است، اما دیدگاه پنجاه درصد بیماران در خصوص لزوم تغییر در روند آموزش بالینی در مقایسه با مطالعات انجام شده قبلی، مانند بررسی لمان (Lehmann) در بیمارستان‌های آموزشی آمریکا که تا حدود ٨٧ درصد رضایت‌مندی را نشان می‌دهد(١١)، جای بحث را باز می‌گذارد. توجه به این نکته ضروری است که میزان اطلاع‌رسانی به بیماران در خصوص آموزش پزشکی و آگاهی آنان و سطح سواد آنها به وضوح باعث ارتقای رضایت خواهد شد.

همان طور که ذکر شد، در بعضی از موارد نمی‌توان میزان نارضایتی بیماران را حتی اگر کمتر از رضایت‌مندی آنان باشد نادیده گرفت و باید به دنبال راه‌کاری برای رفع این موارد بود. به عنوان مثال، می‌توان تعداد دفعات ویزیت شدن را با یکی کردن گروه کارورزان و کارآموزان در حین ویزیت تا حدودی کاست. یا می‌توان برای کاهش طول مدت ویزیت، تنها به بررسی همان بیمار خاص پرداخت و از بحث‌های پراکنده پیرامون بیماری کم کرد. همچنین می‌توان از کاربرد لغات پیچیده پزشکی تا حدی کاست که این کار لطمه‌ای نیز به آموزش دانشجویان وارد نخواهد کرد.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد برگزاری راند بر بالین بیمار بر خلاف انتظار، اثرات منفی بارزی ندارد و با اصلاح مواردی چند از روند این گونه راندها، می‌توان بدون لطمه وارد کردن به آموزش بالینی، باعث احساس رضایت‌مندی و دیدگاه مثبت بیشتر در بیماران گردید.

منابع

1. Kassirer JP. Redesigning graduate medical education: location and content. N Engl J Med 1996; 335(7): 507-9.
2. Shankel SW, Mazzaferri EL. Teaching the resident in internal medicine: present practices and suggestions for the future. JAMA 1986; 256(6): 725-9.
3. Romano J. Patients' attitudes and behavior in ward round teaching. JAMA 1941; 117: 664-7.
4. Simons RJ, Baily RG, Zelis R, Zwillich CW. The physiologic and psychological effects of the bedside presentation. N Engl J Med 1989; 321(18): 1273-5.
5. Linfors EW, Neelon FA. Sounding boards: the case of bedside rounds. N Engl J Med 1980; 303(21): 1230-3.
6. Branch WT, Kern D, Haidet P, Weissmann P, Gracey CF, Mitchell G, et al. The patient-physician relationship: teaching the human dimensions of care in clinical settings. JAMA 2001; 286(9): 1067-74.
7. Janicik RW, Fletcher KE. Teaching at the bedside: a new model. Med Teach 2003; 25(2): 127-30.
8. KEN C. How well do you demonstrate physical signs? Med Teach1998; 20(10): 6-9S.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

9. Linn LS, DiMatteo MR, Cope DW, Robbins A. Measuring physicians' humanistic attitudes, values, and behaviors. Med Care 1987; 25(6): 504-15.
10. Weaver MJ, Ow CL, Walker DJ, Degenhardt EF. A questionnaire for patients' evaluations of their physicians' humanistic behaviors. J Gen Intern Med 1993; 8(3): 135-9.
11. Lehmann LS, Brancati FL, Chen MC, Roter D, Dobs AS. The effect of bedside case presentations on patients' perceptions of their medical care. N Engl J Med 1997; 336(16): 1150-5.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

The Clinical Rounds on Patients' Bedside in Internal Ward from Patients' Viewpoints

Adibi P, Anjevian M

Abstract

Introduction: *Patients my feel uncomfortable toward discussing their diseases on their bedsides which is usually done by faculty members and students during clinical rounds. This study aimed to determine the viewpoints of internal ward patients about clinical rounds on their bedside in Alzahra hospital of Isfahan University of Medical Sciences.*

Methods: *This descriptive study was performed on 110 patients hospitalized in internal wards of Alzahra hospital during September and October 2005. A valid and reliable questionnaire including 3 groups of questions about "attitude towards the events during the round", "the list of events, patient experience during hospitalization" and "attitude towards the process of clinical round". This questionnaire also asked about demographic characteristics and having a family caregiver during being hospitalized. The data was analy-zed by SPSS software using frequency distribution, mean and standard deviation.*

Results: *The questionnaires of 100 patients were complete. Most questions showed a positive attitude towards "the events during the round". Most patients had experienced some events during the clinical rounds such as patient visit, and examination by a physician. Considering the process of clinical rounds, patients had more agreement on "the need to speak with the main physician", "reducing the number of students" , and "the need to a change in educational method".*

Conclusion: *Patients' satisfaction can be provided by increasing the number of visits or the duration of visits, meaning more attention to patients. In total, clinical rounds on bedside do not have a significant negative effect, and by making some improvements, they can lead to a more positive view in patients without damaging clinical rounds.*

Key words: Clinical round, Patients, Internal ward, Viewpoint.

Address: Peyman Adibi, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Hezarjarib Ave. Isfahan, Iran. E-mail: adibi@med.mui.ac.ir

Iranian Journal of Medical Education 2006; 6(1): 15-20.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]