

#### چکیده

**مقدمه:** راند بالینی به عنوان یکی از روش‌های آموزش بالینی، می‌تواند سبب بروز احساس نامطلوب در بیماران شود و تیم درمانی می‌تواند این مشکلات را گزارش نمایند. هدف از این مطالعه، تعیین تأثیر راندهای بالینی بر بیمار از دیدگاه تیم ارائه‌دهنده خدمات درمانی است.

**روش‌ها:** این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۸۵ بر روی ۱۵۰ نفر از کادر درمانی و تیم مراقبت، شامل کارآموزان، کارورزان و پرستاران بخش‌های داخلی بیمارستان‌های آموزشی اصفهان که به صورت آسان انتخاب شده بودند انجام گرفت. پرسشنامه‌ای که شامل مشخصات دموگرافیک و نظرات تیم مراقبتی در مورد شیوه برگزاری راند، سیاهه اتفاقات تجربه شده توسط بیمار، و نظرات کادر درمانی در مورد احساس بیماران به روند راند بالینی بود، به صورت خودایفا توزیع شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS به صورت توزیع فراوانی پاسخ‌ها، میانگین و انحراف استاندارد تجزیه و تحلیل و مقایسه‌ها با ANOVA انجام شد.

**نتایج:** تیم درمانی معتقد بودند که بیشترین رضایت بیماران از انجام اعمال توسط کارورز و دستیار، دقت و پی‌گیری در کارهای درمانی، نتیجه کلی بستری، و طول مدت ویزیت بود. کمترین رضایت بیماران از تعداد افراد معاینه‌کننده، طول مدت تماس بیمار با پزشک اصلی، توضیح در مورد بیماری و نظرخواهی از بیمار در تصمیمات طبی بود.

**نتیجه‌گیری:** به نظر تیم مراقبتی، نحوه فعلی انجام راند بالینی می‌تواند سبب بروز نارضایتی در بیماران شود و آثار نامطلوبی داشته باشد. بازنگری و اصلاح روند کنونی راند بالینی می‌تواند این فرایند را بهبود بخشد.

**واژه‌های کلیدی:** راند بالینی، بیمار، تیم مراقبت، کارآموز، کارورز، پرستار.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / بهار و تابستان ۱۳۸۶؛ ۷(۱): ۱۵ تا ۲۲.

#### مقدمه

یکی از این فرایندها که در بیمارستان‌های آموزشی در برنامه آموزشی دانشجویان گنجانده شده است، راندهای بالینی است که طی آن استاد به همراه دانشجویان، کارورزان و دستیاران بر بالین بیمار حاضر شده و ضمن ویزیت بیمار به بحث و تبادل نظر در مورد بیماری وی می‌پردازند و مطالبی را در مورد آن بیماری به صورت کنفرانس بیان می‌کنند. این راند در ایجاد مهارت‌های بالینی و حرفه‌ای پزشکان نقش بسیار مهمی دارد (۱ و ۲).

اما در طول هر بار راند بالینی، هر بیمار به دفعات توسط افراد متفاوت ویزیت می‌شود و تقریباً هربار مورد سؤال و معاینه قرار می‌گیرد. از طرفی، به وضعیت جسمانی و روحی بیمار و اثرات حاصل از اقامت وی در بیمارستان، که گاهی مدت آن نیز طولانی است، و نیز تأثیرات خود بیماری بر روحیه او و بی‌حوصلگی و زودرنجی کمتر توجه می‌شود (۳ و ۴).

کارآموزان، کارورزان و پرستاران شاغل در هر بیمارستان، بخشی از کادر درمانی و تیم مراقبت را تشکیل می‌دهند که اغلب آنها، بویژه کارآموزان و کارورزان، درحال گذراندن دوره آموزش و فراگیری طب می‌باشند و به همین جهت، از بسیاری از فرایندهایی که در راستای فعالیت‌های آموزشی است و طی روند درمان بیماران ناگزیر از انجام آن می‌باشند، آگاهی دارند.

\* آدرس مکاتبه: دکتر پیمان ادیبی (دانشیار)، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزارجریب، اصفهان.

E-mail: adibi@med.mui.ac.ir

دکتر رضا علی‌زاده، پزشک عمومی (sina\_mehr78@yahoo.com).

این مقاله در تاریخ ۸۵/۶/۶ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۵/۷/۲۴ اصلاح

شده و در تاریخ ۸۵/۱۰/۲۴ پذیرش گردیده است.

گیرد تا با توجه به آگاهی نسبی آنها از محاسن و معایب هر یک از برنامه‌های آموزشی، از جمله راندهای بالینی، بتوان آنها را در جهت بهبود این فرایندها مورد استفاده قرار داد.

هدف از این مطالعه، تعیین دیدگاه تیم مراقبت در مورد تأثیر راند بالینی بر بیماران بخش‌های داخلی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۸۵ بود.

### روش‌ها

این مطالعه توصیفی- مقطعی است که در فروردین و اردیبهشت ۱۳۸۵ بر روی ۱۵۰ نفر از کادر مراقبت و درمان بخش‌های داخلی بیمارستان‌های آموزشی اصفهان، شامل ۵۰ نفر دانشجویان پزشکی، ۵۰ نفر کارورز و ۵۰ نفر پرستاران این بخش‌ها، که به صورت آسان انتخاب گردیده بودند، انجام شد.

در راند بالینی، دانشجویان بالینی، کارورزان پزشکی و دستیاران تخصصی شرکت می‌نمایند. معمولاً ابتدا دانشجویان، کارورزان و دستیاران، هر یک از بیماران بخش را ویزیت کرده و ضمن اخذ شرح حال و بررسی علائم و نشانه‌ها و نتایج آزمایشات اولیه وی، به ارزیابی آخرین وضعیت در سیر بیماری بیمار پرداخته و روند پاسخ به درمان و برنامه درمانی احتمالی وی را بررسی می‌کنند. پس از این آشنایی با بیمار، بار دیگر با حضور استاد مربوطه بر بالین بیمار حاضر شده و ضمن معرفی بیمار به همراه استاد به معاینه مجدد و بررسی پرونده‌ها می‌پردازند که در نهایت، به تصمیم‌گیری در مورد برنامه نهایی درمان برای آن بیمار ختم می‌شود. هدف از انجام راند، ایجاد تغییر در دیدگاه دانشجویان در برخورد با بیمار است. راندهای بالینی باعث ایجاد دید بالینی در دانشجویان می‌شود و به او این امکان را می‌دهد که بیمار را به عنوان یک انسان و آن طور که هست به صورت واقعی و کلی ببیند نه به صورت یک سری مطالب دسته‌بندی شده در مورد یک یا چند بیماری خاص، که در نهایت، همین امر می‌تواند منجر به امکان درک صحیح از بیمار و مشکل وی و نیز نحوه مواجهه پزشک با او شود.

پرستاران هر بخش هم وظیفه گزارش وضعیت بیمار و سیر اجرای دستوراتی را که در ویزیت‌ها توسط پزشک معالج ارائه می‌شوند، داشته و نیز مراقبت از بیمار را بر عهده دارند.

به منظور تهیه پرسشنامه، ابتدا منابع مرتبط با موضوع مطالعه از طریق پایگاه‌های pubmed و google با واژه‌های راند بالینی (Clinical Round)، ارائه موارد بر بالین بیمار (Bedside Case Presentation)، جستجو گردید و براساس موضوعات مطرح شده در مقالات، پیش‌نویس اولیه پرسشنامه تهیه گردید. برای بررسی روایی و پایایی پرسشنامه، پس از نظرخواهی از متخصصین، کارورزان و اصلاح موارد پیشنهادی، روایی پرسشنامه به صورت روایی محتوی و

بیماران بستری، بخصوص در بیمارستان‌های آموزشی، ممکن است با حقوق خود آشنایی نداشته و یا به علت ویژگی‌های فرهنگی، این گونه مراجعات را تحمل نموده و یا حتی مفید در نظر گیرند، در حالی که پرسنل درمانی از نظر حرفه‌ای با حقوق بیمار آشناست و می‌تواند موارد غیر حرفه‌ای را بشناسد و چگونگی اجرای راند بالینی و اثرات احتمالی اقدامات مفید یا نامطلوب را برای بیمار تشخیص و گزارش دهد. بنابراین، می‌تواند اقداماتی را که احتمالاً موجب کاهش رضایت خاطر بیماران می‌شود، بشناسد. این آگاهی و شناخت نسبت به بایدها و نبایدهای آموزش و درمان، این امکان را فراهم می‌آورد که بتوان از دیدگاه‌ها و نظرات این گروه در کنار نظرات بیماران، برای ارزیابی بهتر کارآمدی و نقاط قوت و ضعف فرایندهای آموزشی- درمانی استفاده کرد و در برنامه‌ریزی‌هایی که به منظور ارتقای این فرایندها صورت می‌گیرد، لحاظ نمود.

پیش از این، در مطالعات متعددی، راند بالینی و شیوه اجرایی و دیدگاه بیماران و تیم درمان نسبت به آن بررسی شده است (۱ تا ۳ و ۹). در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دیدگاه بیماران درباره پاره‌ای از این آثار و پیامدها و رضایت یا عدم رضایت آنها از شیوه فعلی راندهای بالینی مورد بررسی قرار گرفته است (۱۰). همچنین در تحقیقات مشابهی که پیش‌تر در مراکز دیگر انجام شده، احساس بیماران در هنگام برگزاری راندهای بالینی و نیز آثار روحی و حتی جسمی آن مورد مطالعه قرار گرفته‌اند (۱۱ و ۱۲). از طرفی، بررسی دیدگاه کادر آموزش و درمان نیز می‌تواند بسیار حائز اهمیت باشد که این خود از دو جنبه قابل بررسی است: به عنوان گروه دریافت‌کننده خدمات آموزش پزشکی باید نظر این افراد در ارزیابی فرایندهای آموزشی (از جمله راندهای بالینی) به طور مستمر مورد بررسی قرار گیرد، تا بتوان از آنها در جهت بهبود این فرایندها یا ایجاد تغییراتی در آنها استفاده کرد. از دیگر سوی، دیدگاه تیم ارائه‌کننده خدمات مراقبتی- درمانی را در مورد فرایند فعلی راندهای بالینی و برخی نتایج حاصل از آن، بخصوص برای بیمار، مورد ارزیابی قرار داد. به هر حال، به نظر می‌رسد علی‌رغم مطالعات خوبی که در قسمت اول صورت گرفته، کمتر به جنبه دوم پرداخته شده است. بنابراین، در ادامه مطالعه قبلی و به منظور تکمیل یافته‌های حاصل از آن، این مطالعه ضروری به نظر می‌رسد.

نظرات تیم درمانی به علت شناخت بهتر این افراد از آنچه که باید در قالب این خدمات به بیماران ارائه شود و آنچه که در حال حاضر ارائه می‌شود، در کنار نظرات به دست آمده از بیماران به درک کامل‌تر و صحیح‌تری از شرایط فعلی سیستم درمانی می‌انجامد و می‌تواند برای رفع نواقص و کاستی‌های احتمالی راه گشا باشد. از دیگر سوی، به عنوان گروه دریافت‌کننده خدمات آموزش پزشکی نیز باید نظر این افراد در ارزیابی فرایندهای آموزشی مورد بررسی قرار

صوری مورد پذیرش قرار گرفت. پایایی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ برای سه بخش مختلف با مقدار آلفای ۰/۶۳ تا ۰/۷۷ درصد قابل قبول بود.

پرسشنامه شامل ۳ بخش بود. قسمت اول شامل ۱۸ سؤال که دیدگاه تیم مراقبتی را در مورد اتفاقات انجام یافته حین راند بالینی برای بیمار بررسی می‌نمود. هر کدام از گزینه‌ها میزان رضایت‌مندی تا عدم رضایت بیمار را از دیدگاه تیم مراقبت به صورت کمال رضایت، تا حدودی راضی، نظری ندارم، تا حدودی ناراضی، کاملاً ناراضی ارائه می‌نمود که به ترتیب با نمرات ۵ تا ۱ نمره‌گذاری گردید.

قسمت دوم پرسشنامه شامل ۶ سؤال بود که دیدگاه تیم مراقبتی را در مورد سیاهه اتفاقات تجربه شده توسط بیمار در طول بستری بودن بررسی می‌نمود و به موارد تکرار و ویژگی ویزیت و معاینه بیمار توسط پزشکان می‌پرداخت. پاسخ‌ها به صورت همیشه، معمولاً، گاهی و هرگز ارائه و با نمرات ۴ تا ۱ نمره‌گذاری گردید.

قسمت سوم، شامل ۹ سؤال بود که نظرات تیم مراقبت را در مورد احساس بیماران به راند و روند راند بالینی جویا می‌شد و با مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم پاسخ داده شد و با نمرات ۵ تا ۱ نمره‌گذاری شد. در این پرسشنامه، اطلاعات دموگرافیک تیم درمانی نیز مورد پرسش قرار می‌گرفت.

پرسشنامه‌ها در محل بیمارستان و به صورت خودایفا بین نمونه‌های مطالعه توزیع و پس از تکمیل جمع‌آوری شد.

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS به صورت توزیع فراوانی و میانگین و انحراف استاندارد تجزیه و تحلیل گردید و مقایسه نظرات تیم مراقبتی با آزمون ANOVA انجام شد.

### نتایج

تمامی شرکت‌کنندگان (۱۵۰ نفر) بطور کامل و بدون اشکال اقدام به تکمیل پرسشنامه نمودند. توزیع جنسی دانشجویان بالینی ۴۶ درصد مذکر و ۵۴ درصد مؤنث با گستره سنی ۲۰ تا ۲۷ سال (میانگین ۲۲/۹ سال)، کارورزان ۵۶ درصد مذکر و ۴۴ درصد مؤنث با گستره سنی ۲۳ تا ۳۳ سال (میانگین ۲۵/۳ سال) و پرستاران ۲۸ درصد مذکر و ۶۲ درصد مؤنث و گستره سنی‌شان ۲۱ تا ۵۵ سال (میانگین ۲۹/۳ سال) بود.

در مجموع، تعداد نظرات منفی افراد شرکت‌کننده در مطالعه نسبت به موارد ذکر شده درباره شیوه فعلی برگزاری راند بالینی در اغلب موارد بیشتر از نظرات مثبت آنان بود. کمترین میزان رضایت شرکت‌کنندگان (مجموعه تا حدودی ناراضی و کاملاً ناراضی) به ترتیب شامل تعداد افراد معاینه‌کننده، طول مدت زمانی که بیمار با پزشک معالج اصلی تماس داشته است، میزان توضیح راجع به بیماری و روند درمان به بیمار و مشارکت دادن بیمار در تصمیمات بوده است. بیشترین میزان رضایت (مجموع کاملاً راضی و تا حدودی راضی) هم به ترتیب شامل انجام اعمال توسط کارورزان و دستیاران و نیز دقت و پی‌گیری در انجام کارهای درمانی بیمار، سرانجام و نتیجه کلی بستری وی و طول مدت ویزیت بوده است (جدول ۱).

اعضای تیم مراقبتی بر دیدن روزانه بیمار توسط پزشک معالج، معاینه بیمار و حضور افراد زیاد بر بالین به صورت نسبتاً دائمی تأکید داشتند ولی در مورد توضیح روند درمانی به بیمار تکرار زمانی کمتری را گزارش نمودند (جدول ۲).

جدول ۱: توزیع فراوانی پاسخ تیم مراقبت، میانگین و انحراف استاندارد امتیاز آنان در مورد شیوه فعلی برگزاری راندهای بالینی

| گویه                                  | کاملاً راضی | تا حدودی راضی | نظری ندارم | تا حدودی ناراضی | کاملاً ناراضی | میانگین و انحراف استاندارد |
|---------------------------------------|-------------|---------------|------------|-----------------|---------------|----------------------------|
| تعداد افراد حاضر در ویزیت روزانه      | ۳ (٪۲)      | ۳۴ (٪۲۲/۷)    | ۱۹ (٪۱۲/۷) | ۶۲ (٪۴۱/۳)      | ۳۲ (٪۲۱/۳)    | ۲/۴۲ ± ۰/۹۱                |
| تعداد دفعات ویزیت‌شدن در روز          | ۱۰ (٪۶/۷)   | ۴۸ (٪۳۲)      | ۲۰ (٪۱۳/۳) | ۵۱ (٪۳۴)        | ۲۱ (٪۱۴)      | ۲/۸۳ ± ۰/۹۸                |
| تعداد افراد سؤال‌کننده طی یک ویزیت    | ۳ (٪۲)      | ۳۴ (٪۲۲/۷)    | ۳۰ (٪۲۰)   | ۵۶ (٪۳۷/۳)      | ۲۷ (٪۱۸)      | ۲/۵۳ ± ۰/۸۹                |
| تعداد افراد معاینه‌کننده در یک ویزیت  | ۱ (٪۰/۷)    | ۲۳ (٪۱۵/۳)    | ۱۸ (٪۱۲)   | ۷۲ (٪۴۸)        | ۳۶ (٪۲۴)      | ۲/۲۰ ± ۰/۸۱                |
| طول مدت ویزیت                         | ۵ (٪۳/۳)    | ۴۵ (٪۳۰)      | ۳۱ (٪۲۰/۷) | ۴۳ (٪۲۸/۷)      | ۲۶ (٪۱۷/۳)    | ۲/۷۳ ± ۰/۰۹                |
| طول مدت تماس بیمار با پزشک معالج اصلی | ۱۰ (٪۶/۷)   | ۱۹ (٪۱۲/۷)    | ۱۵ (٪۱۰)   | ۴۹ (٪۳۲/۷)      | ۵۷ (٪۳۸)      | ۲/۱۷ ± ۰/۱۰                |

|                                                    |         |           |           |           |           |             |
|----------------------------------------------------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| میزان توضیح روند درمان به بیمار                    | ۱۵(٪۱۰) | ۳۰(٪۲۰)   | ۱۰(٪۶/۷)  | ۴۶(٪۳۰/۷) | ۴۹(٪۳۲/۷) | ۲/۴۴ ± ۰/۱۱ |
| میزان توضیح اعمال تشخیصی و جراحی                   | ۴(٪۲/۷) | ۳۴(٪۲۲/۷) | ۲۲(٪۱۴/۷) | ۴۸(٪۳۲)   | ۴۲(٪۲۸)   | ۲/۴۰ ± ۰/۰۹ |
| میزان توجه به صحبت‌های روزانه بیمار                | ۸(٪۵/۳) | ۳۹(٪۲۶)   | ۲۰(٪۱۳/۳) | ۵۸(٪۳۸/۷) | ۲۵(٪۱۶/۷) | ۲/۶۴ ± ۰/۰۹ |
| میزان نظرخواهی و مشارکت بیمار در تصمیمات طبی       | ۴(٪۲/۷) | ۳۵(٪۲۳/۳) | ۱۹(٪۱۲/۷) | ۴۷(٪۳۱/۳) | ۴۵(٪۳۰)   | ۲/۳۷ ± ۰/۰۹ |
| میزان اجازه بحث راجع به مسائل روانی- اجتماعی       | ۴(٪۲/۷) | ۱۹(٪۱۲/۷) | ۳۶(٪۲۴)   | ۵۲(٪۳۴/۷) | ۳۹(٪۲۶)   | ۲/۳۱ ± ۰/۰۸ |
| انجام اعمال توسط کارورز و دستیار                   | ۸(٪۵/۳) | ۶۰(٪۴۰)   | ۲۶(٪۱۷/۳) | ۴۱(٪۲۷/۳) | ۱۵(٪۱۰)   | ۳/۰۳ ± ۰/۰۹ |
| دقت و پی‌گیری در انجام کارهای بیمارستان            | ۹(٪۶)   | ۵۳(٪۳۵/۳) | ۲۰(٪۱۳/۳) | ۴۴(٪۲۹/۳) | ۲۴(٪۱۶)   | ۲/۸۶ ± ۰/۱۰ |
| میزان برقراری ارتباط عاطفی بین پزشک و بیمار        | ۲(٪۱/۳) | ۳۴(٪۲۲/۷) | ۲۳(٪۱۵/۳) | ۵۵(٪۳۶/۷) | ۳۶(٪۲۴)   | ۲/۴۰ ± ۰/۰۹ |
| میزان مفهوم بودن مطالب مطروحه در ویزیت             | ۵(٪۳/۳) | ۲۸(٪۱۸/۷) | ۲۹(٪۱۹/۳) | ۵۷(٪۳۸)   | ۳۱(٪۲۰/۷) | ۲/۵۷ ± ۰/۱۵ |
| میزان توجه به بیمار به عنوان انسان نه وسیله آموزشی | ۶(٪۴)   | ۳۴(٪۲۲/۷) | ۱۸(٪۱۲)   | ۵۷(٪۳۸)   | ۳۵(٪۲۳/۳) | ۲/۴۶ ± ۰/۰۹ |
| سرانجام و نتیجه کلی بستری در بیمارستان             | ۲(٪۱/۴) | ۴۸(٪۳۲)   | ۲۲(٪۱۴/۷) | ۵۶(٪۳۷/۳) | ۲۲(٪۱۴/۷) | ۲/۶۶ ± ۰/۰۹ |
| طول مدت بستری در بیمارستان                         | ۴(٪۲/۷) | ۲۸(٪۱۸/۷) | ۴۱(٪۲۷/۳) | ۴۸(٪۳۲)   | ۲۹(٪۱۹/۳) | ۲/۴۹ ± ۰/۰۸ |

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخ تیم مراقبت و میانگین و انحراف استاندارد امتیاز آنان در مورد سیاهه اتفاقات تجربه شده توسط بیمار در طول بستری

| گویه                                          | همیشه     | معمولاً   | گاهی      | هرگز     | میانگین و انحراف استاندارد |
|-----------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|----------------------------|
| بیمار هر روز پزشک معالج خود را می‌دید         | ۴۴(٪۲۹/۳) | ۸۰(٪۵۳/۳) | ۲۳(٪۱۵/۳) | ۳(٪۲)    | ۳/۱ ± ۰/۰۵                 |
| بیمار هر روز مورد پرسش و معاینه قرار می‌گرفت  | ۴۹(٪۳۲/۷) | ۶۳(٪۴۲)   | ۳۶(٪۲۴)   | ۲(٪۱/۳)  | ۳/۰۶ ± ۰/۰۶                |
| در هر ویزیت، چند نفر بیمار را معاینه می‌کردند | ۴۶(٪۳۰/۷) | ۶۵(٪۴۳/۳) | ۲۸(٪۱۸/۷) | ۱۱(٪۷/۳) | ۲/۹۷ ± ۰/۰۷                |
| بیمار توسط فرد غیر همجنس معاینه می‌شد         | ۱۳(٪۸/۷)  | ۷۰(٪۴۶/۷) | ۵۹(٪۳۹/۳) | ۸(٪۵/۳)  | ۲/۵۸ ± ۰/۰۵                |
| افراد زیادی بر بالین بیمار حاضر می‌شدند       | ۵۳(٪۳۵/۳) | ۶۹(٪۴۶)   | ۱۵(٪۱۰)   | ۱۳(٪۸/۷) | ۳/۰۸ ± ۰/۰۷                |
| راجع به روند درمان به بیمار توضیح داده می‌شد  | ۱۷(٪۱۱/۳) | ۳۲(٪۲۱/۳) | ۷۴(٪۴۹/۳) | ۲۷(٪۱۸)  | ۲/۲۶ ± ۰/۰۷                |

جدول ۳: توزیع فراوانی پاسخ تیم مراقبت و میانگین انحراف استاندارد امتیاز آنان در مورد احساس بیماران نسبت به راند بالینی

| گویه | کاملاً موافقم | تا حدودی موافقم | نظری ندارم | تا حدودی مخالفم | کاملاً مخالفم | میانگین و انحراف استاندارد |
|------|---------------|-----------------|------------|-----------------|---------------|----------------------------|
|------|---------------|-----------------|------------|-----------------|---------------|----------------------------|

|             |          |           |           |           |           |                                                 |
|-------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------------------------------------|
| ۳/۶۲ ± ۰/۰۹ | ۸(٪۵/۳)  | ۲۱(٪۱۴)   | ۲۰(٪۱۳/۳) | ۷۱(٪۴۷/۳) | ۳۰(٪۲۰)   | احساس نا امنی از درمان توسط فردی غیر پزشک معالج |
| ۳/۶ ± ۰/۰۸  | ۵(٪۳/۳)  | ۲۱(٪۱۴)   | ۲۴(٪۱۶)   | ۶۷(٪۴۴/۷) | ۳۳(٪۲۲)   | احساس ناخوشایند از گزارش وضعیت در جمع افراد     |
| ۳/۷۳ ± ۰/۰۹ | ۱۰(٪۶/۷) | ۱۰(٪۶/۷)  | ۳۲(٪۲۱/۳) | ۵۶(٪۳۷/۳) | ۴۲(٪۲۸)   | احساس ناامنی از بحث‌های پراکنده و ضد و نقیض     |
| ۴/۴۸ ± ۰/۰۶ | ۲(٪۱/۳)  | ۳(٪۲)     | ۵۰(٪۳/۳)  | ۵۰(٪۳۳/۳) | ۹۰(٪۶۰)   | نیاز به صحبت با پزشک معالج اصلی به تنهایی       |
| ۴/۲۰ ± ۰/۰۷ | ۱(٪۰/۷)  | ۸(٪۵/۳)   | ۱۹(٪۱۲/۷) | ۵۳(٪۳۳/۳) | ۶۹(٪۴۶)   | لزوم کاهش تعداد دانشجویان در ویزیت روزانه       |
| ۴/۲۰ ± ۰/۰۷ | ۷(٪۴/۷)  | ۲۰(٪۱۳/۳) | ۱۱(٪۷/۳)  | ۶۰(٪۴۰)   | ۵۲(٪۳۴/۷) | مشخص نبودن فرد مسؤول درمان در زمان بستری        |
| ۴/۳۲ ± ۰/۰۵ | ۰        | ۱(٪۰/۷)   | ۲۰(٪۱۳/۳) | ۵۸(٪۳۸/۷) | ۷۱(٪۴۷/۳) | لزوم تغییر در شیوه آموزش بالینی                 |
| ۴/۱۷ ± ۰/۰۷ | ۴(٪۲/۷)  | ۷(٪۴/۷)   | ۱۴(٪۹/۳)  | ۵۹(٪۳۹/۳) | ۶۶(٪۴۴)   | احساس ناخوشایند از معاینه شدن در حضور جمع       |
| ۳/۷۲ ± ۰/۰۹ | ۹(٪۶)    | ۱۷(٪۱۱/۳) | ۲۷(٪۱۸)   | ۵۱(٪۳۴)   | ۴۶(٪۳۰/۷) | احساس طولانی شدن مدت بستری به علت کار آموزشی    |

پزشک معالج با بیمار، باعث احساس نادیده گرفتن جنبه‌های انسانی می‌شود، در حالی که در مطالعات مرتبط، شاخص‌هایی از قبیل ارتباط خوب با بیمار، مشارکت دادن بیمار در تصمیمات، توجه به دل مشغولی‌های بیمار، تعجیل در حل مسائل بیمار و پاسخ دادن به سؤالات او از سنجه‌های رفتار انسانی پزشک شمرده شده است (۵و۴).

از دیگر سوی، به نظر افراد شرکت‌کننده در این مطالعه، معاینات و ویزیت‌های مکرر و راندهای شلوغ و طولانی که در آن مطالبی در مورد بیماری فرد به صورت نامفهوم برای وی بیان شده است، موجب نارضایتی در بیماران می‌شود زیرا بیماران نباید صرفاً یک وسیله آموزشی باشند و از آنان برای آموزش یک بیماری یا انجام معاینات استفاده شود. راندهای بالینی، خود یکی از مکان‌ها و موقعیت‌های مهم آموزش رفتار انسانی و شیوه برخورد صحیح با بیماران و اخلاق پزشکی است (۶).

در مطالعه دیدگاه بیماران نیز، لزوم کاهش تعداد دانشجویان در ویزیت و تغییر عمده در روند آموزش بالینی مورد تأکید قرار گرفته، اما از تعداد دفعات ویزیت شدن، بیشترین رضایت ابراز شده است (۱۰). تعداد زیاد افراد پرسش‌کننده و معاینه‌کننده در راندهای بالینی و مشخص نبودن پزشک معالج اصلی از یک سو، و بحث‌های پراکنده و ضد و نقیض بر بالین بیمار از دیگر سوی، و نیز عدم ارائه توضیحات کافی و قابل فهم راجع به بیماری و اقدامات درمانی به

اعضای تیم مراقبتی بر نیاز بیماران به صحبت بیشتر با پزشک معالج به تنهایی و نیز لزوم تغییر در شیوه آموزش بالینی، احساس ناخوشایند بیماران از معاینه شدن در حضور جمع و لزوم کاهش تعداد دانشجویان در ویزیت روزانه تأکید داشتند (جدول شماره ۳). آزمون آماری آنالیز واریانس نشان داد که میانگین نمرات دیدگاه تیم درمانی شامل کارآموز پزشکی، کارورزان و پرستاران در کلیه گزینه و حیطه‌های پرسشنامه‌ها با یکدیگر اختلاف معنی‌داری نداشت.

## بحث

یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که فراوانی دیدگاه‌های منفی درباره اثرات راند بالینی بر بیماران در میان تیم مراقبت بیشتر از دیدگاه‌های مثبت بوده است که این نتیجه با آنچه که در مطالعه مشابه از بیماران به دست آمده، همسو است (۱۰).

هرچند تیم مراقبت معتقد بودند که بیماران از انجام اعمال توسط کارورزان یا دستیاران نسبتاً راضی هستند و از دقت و پی‌گیری روند درمان در طول دوره بستری هم رضایت نسبی داشتند، اما اکثریت قریب به اتفاق، مدت زمانی تماس بیمار با پزشک معالج اصلی را، کافی نمی‌دانستند.

اجازه ندادن به بیمار برای بحث در مورد مسائل روحی و شرایط اجتماعی خویش و عدم مشارکت و نظرخواهی از او در گفتگوها و تصمیمات طبی، همراه با پایین بودن سطح ارتباط عاطفی

محدود بوده است و بنابراین، توصیه می‌شود مطالعات دقیق‌تر، با در نظر گرفتن حجم نمونه‌های بیشتر، در سایر مناطق انجام شود.

برای بهبود وضعیت راند بالینی، پیشنهاد می‌شود با انجام ویزیت گروهی کارآموزان و کارورزان و حتی دستیاران بطور همزمان، از تعداد دفعات ویزیت در یک راند بالینی کاست. بر بالین بیمار، تنها به ذکر جنبه‌های عملی‌تر و کاربردی‌تر یا نکات خاص در مورد همان بیمار بسنده کرد و سایر مسایل و بحث‌های تئوری در مورد بیماری و درمان را در سالن‌های کنفرانس، که به عنوان جایگزین راندهای بالینی تحت بررسی قرار گرفته، ارائه نمود.

از دیگر سوی، با رعایت نکاتی مانند معرفی پزشک معالج مسئول در ابتدای راند، شکیبایی در پاسخ‌گویی به سؤالات بیمار، ارائه توضیح مختصر راجع به بیماری و اقدامات درمانی و اطمینان‌بخشی به بیمار بر اثربخشی راند بالینی افزود. از انجام برخی اعمال تشخیصی یا درمانی توسط همکاران کارورز یا دستیار، بدون این که در روند درمان خللی ایجاد شود، خودداری و از بکارگیری لغات و اصطلاحات پیچیده پزشکی و یا انجام مباحث متفرقه بر بالین بیمار، اجتناب نمود. به علاوه، می‌توان با اندکی صبر و حوصله و گشاده‌رویی، ارتباط عاطفی مناسبی با بیمار برقرار نمود و با توجه نشان دادن به دغدغه‌های ذهنی بیمار، به وی فهماند که به شخصیت او به عنوان یک انسان احترام گذاشته شده و حقوق وی محترم شمرده می‌شود.

#### نتیجه‌گیری

به نظر تیم مراقبتی این مطالعه، نحوه فعلی راند بالینی می‌تواند موجب نارضایتی در بیماران شود و آثار نامطلوبی داشته باشد. بازنگری و اصلاح روند کنونی راند بالینی و انجام اقداماتی از قبیل کم‌کردن دفعات ویزیت، انتقال بحث تئوری به سالن کنفرانس، برقراری ارتباط عاطفی و مراقبتی بیشتر می‌تواند وضعیت کنونی را بهبود بخشد.

بیمار، باعث افزایش حس ناامنی در بیماران و عدم اطمینان خاطر آنان از درمان توسط فردی غیر پزشک معالج اصلی می‌شود که این یافته‌ها با مطالعات قبلی منافات دارد، بطوری که لزوم معرفی افراد حاضر در تیم راند، معرفی فرد مسؤول و توضیح راجع به روند اتفاقات مورد تأکید جدی قرار گرفته است (۷ و ۸). راندهای بالینی شیوه‌ای برای افزایش فهم بیمار از بیماری تلقی شده است (۹).

در این مطالعه، تنها اندکی از افراد شرکت‌کننده در مطالعه، با شیوه فعلی آموزش به صورت راندهای بالینی موافق و اکثریت خواهان تغییر عمده در این شیوه آموزش بودند، در حالی که در مطالعه بیماران بیمارستان‌های آموزشی آمریکا ۸۷ درصد و در مطالعه بیماران اصفهان ۵۰ درصد بیماران رضایت‌مندی را نشان دادند (۱۰ و ۱۱). این اختلاف می‌تواند به علت این باشد که بیماران ایرانی از حقوق قانونی خود کمتر مطلع و تجمع تیم درمانی و گفتگوی طولانی مدت را ممکن است به عنوان معیاری برای درمان مناسب تلقی نمایند.

مطالعه ما بر روی دانشجویان بالینی، کارورزان و پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی انجام گرفت، افراد مذکور نسبت به خود بیماران، آگاهی و انتظارات بیشتری درباره وظایف یک پزشک و اخلاق پزشکی و درک بهتری از نحوه صحیح ارتباط و برخورد یک پزشک با بیمار داشتند. در ضمن، با ضرورت‌های واقعی آموزش پزشکی نیز آشنا ترند و بنابراین، با انجام فرایندهای غیر ضروری که می‌تواند موجب ناراحتی و نارضایتی بیماران شود موافق نبوده و معتقدند که باید با تغییر در شیوه‌های آموزش بالینی، موجبات آرامش و اطمینان خاطر هرچه بیشتر بیماران را در بیمارستان، بدون این که لطمه‌ای به آموزش فراگیران پزشکی وارد شود، فراهم گردد.

در مجموع مطالعات مشابه در زمینه نگرش کادر آموزش و درمان و تیم‌های ارائه‌کننده خدمات و مراقبت‌های پزشکی نسبت به راندهای بالینی، انگشت‌شمار هستند و همین امر لزوم بررسی بیشتر و بحث در این زمینه را به خوبی مشخص می‌کند. به علاوه در تمام این مطالعات حجم نمونه خیلی بزرگی وجود ندارد که در مطالعه حاضر نیز حجم نمونه

#### منابع

1. Kassirer JP. Redesigning graduate medical education location and content. N Engl J Med 1996 Aug 15; 335(7): 507-9.
2. Shankel SW, Mazzaferri EL. Teaching the resident in internal medicine. Present practices and suggestions for the future. JAMA 1986 Aug 8; 256(6): 725-9.
3. Simons RJ, Baily RG, Zelis R, Zwillich CW. The physiologic and psychological effects of the bedside presentation. N Engl J Med 1989 Nov 2; 321(18): 1273-5.
4. Janicik RW, Fletcher KE. Teaching at the bedside: a new model. Med Teach 2003 Mar; 25(2): 127-30.
5. Cox Ken. How well do you demonstrate physical signs? Med Teach 1998; 20(1): 6-9.
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 Sep 5; 286(9): 1067-74.

7. Weaver MJ, Ow CL, Walker DJ, Degenhardt EF. A questionnaire for patients' evaluations of their physicians' humanistic behaviors.
8. Linn LS, DiMatteo MR, Cope DW, Robbins A. Measuring physicians' humanistic attitudes, values, and behaviors. *Med Care* 1987 Jun; 25(6): 504-15.
9. Linfors EW, Neelon FA. Sounding Boards. The case of bedside rounds. *N Engl J Med* 1980 Nov 20; 303(21): 1230-3.
۱۰. ادیبی پیمان، انجویان محمدرضا. بررسی آثار راند بالینی بر بیماران بستری در بخش‌های داخلی. *مجله ایرانی آموزش در پزشکی* ۱۳۸۵؛ ۶(۱): صفحات ۱۵ تا ۲۱.
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 Apr 17; 336(16): 1150-5.

The Effects of Clinical Rounds on Patients in Internal Wards of Hospitals Affiliated to Isfahan University of Medical Sciences: The Viewpoints of Clinical Care Team

Adibi P, Alizadeh R.

Abstract

**Introduction:** *Clinical rounds as one of the clinical teaching methods, may cause adverse effects on patients; and the medical team is able to report such problems. The purpose of this study was to determine the effects of clinical rounds on patients from medical teams' points of view.*

**Methods:** *This descriptive cross-sectional study was conducted on 150 members of clinical care team including clerkship and internship students and nurses who were selected through convenient sampling method in educational hospitals affiliated to Isfahan Medical University. A questionnaire containing demo-graphic features, items asking the medical team's viewpoint about the method of running medical rounds, the list of events experienced by the patient, and medical team opinions regarding the patients' feelings toward the manner of clinical round was distributed as self-administered. The data was analyzed by SPSS software using frequency distribution, mean and standard deviation, and the comparisons were made by ANOVA.*

**Results:** *The medical team believed that patients had the most satisfaction from performing procedures by interns and residents, precision and follow up in therapeutic affairs, general outcome of hospitalization, and the duration of visits. Their least satisfaction was about the number of examiners, the duration of patient's encounter with the main physician, explanation about the disease and taking the patient's opinion into account in decision making.*

**Conclusion:** *Based on the medical team's opinion, the current method of clinical rounds may cause dissatisfaction in patients and result in undesirable consequences. Revision and reforming the current situation of rounds can lead to the improvement of this process.*

**Key words:** Clinical round, Patient, Medical team, Clerkship student, Intern, Nurse.

Addresses:

**Corresponding Author: Peyman Adibi**, Associate professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: adibi@med.mui.ac.ir

**Reza Alizadeh**, Medical Doctor, Isfahan University of Medical Sciences. E-mail: sina\_mehr78@yahoo.com

**Source:** Iranian Journal of Medical Education 2007 Spr & Sum; 7(1): 15-21.