مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره۲۶، شماره ۱،بهار ۱۳۸۷: ۱۹-۱۰

● **مقاله تحقیقی** کد مقاله:۰۰۱

دکترسپیده امیدواری۱*
دکتر علی منتظری۲
دکتر علی شهید زاده ماهانی۳
دکتر علی آذین۴
دکتر امیر محمود حریرچی۵
دکتر حمید سوری۶
فاطمه گودرزی۷
حاجیه جعفری۸

۱. روانپزشک، استادیار پژوهش،پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی،گروه پژوهشی سلامت روان
۲- دکترای تخصصی بهداشت عمومی و اپیدمیولوژی،استاد پژوهش، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، گروه پژوهشی سلامت روان
۳-دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، استادیار پژوهش، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ، گروه پژوهشی سلامت روان
٤-دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، استادیار پژوهش، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، گروه پژوهشی سلامت روان
٥-دکترای تخصصی بهداشت عمومی و اپیدمیولوژی، استادیار، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
٦-دکترای تخصصی اپیدمیولوژی،

دیدگاههای بیماران بستری در بخشهای آموزشی در مورد شیوه معرفی بیمار بر بالین آنها

چکیده

مقدمه: یکی از شیوه های معرفی بیماران بستری در بیمارستان های آموزشی، معرفی بیمار بر بالین وی است. برخی مطالعات بیانگر آنند که استفاده از این شیوه ممکن است موجب ایجاد فشارهای روانی در بیماران شود. مطالعه حاضر، برخی از جنبه های این روش را که بنظر می رسد نیازمند تغییر یا اصلاح باشند، مورد بررسی قرار داده است.

روش کار: ۱۲۰ بیمار بستری در ۸ بخش طبی یکی از بیمارستان های بزرگ آموزشی تهران، با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند در قالب یک مطالعه توصیفی مورد بررسی قرار گرفتند. پرسشنامه مطالعه، پس از بررسی متون، انجام مطالعه‌ای مشاهده‌ای و نظرخواهی از گروهی از صاحب‌نظران در مورد محتوای سئوالات، طراحی گردید. پس از گردآوری اطلاعات، داده‌ها بصورت توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: ۳۷٪ از بیماران از اینکه مطالب درج شده در پرونده پزشکی آنها در طول معاینه پزشکان، بلند بیان شود بگونه ای که برای دیگر بیماران قابل شنیدن باشد، احساس ناراحتی می‌کردند.

بنظر ٦۳٪ از بیماران، عمده زمان سپری شده در بالین بیمار صرف بحث علمی پزشکان با یکدیگر می‌شد. استفاده از اصطلاحات پزشکی در حضور بیمار، موجب اضطراب در ٤۷٪

Archive of SID
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24]
www.SID.ir

بیماران گردید. سرانجام در مورد ارتباط پزشک _ بیمار، ۳۷٪ از بیماران معتقد بودند که پزشکان آنها، آنان را درک نمی‌کنند.

نتیجه‌گیری: یافته های مطالعه حاضر بیانگر آنند که روش معرفی بیمار بر بالین وی می‌تواند موجب خدشه‌دار شدن حریم خصوصی بیماران، منبع فشار روانی برای آنها و تخریب رابطه پزشک - بیمار گردد که لازم است برخی تغییرات در نحوه بکارگیری این روش پدید آید.

واژه گان کلیدی: **معرفی بیماران بر بالین آنها، رابطه پزشک و بیمار، بیمارستان‌های آموزشی، بیماران بستری، ایران.**

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۸/۲۳ تاریخ اصلاح نهایی:۸۷/۴/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله:۸۷/۲/۱۷

استاد، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۷-لیسانس مامایی، پژوهشیار، بیمارستان حضرت زینب، دانشگاه شاهد
۸-فوق لیسانس مامایی، پژوهشیار، بیمارستان بهارلو، دانشگاه علوم پزشکی تهران

نشانی نویسنده مسئول:* **تهران - خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۵۱
تلفن:۶۶۴۸۰۸۰۴ دورنگار: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail:somidvari@ihsr.ac.ir

مقدمه

معرفی بیمار بر بالین وی [1] یکی از روشهای معرفی بیمار در بیمارستان‌های آموزشی است [۴-۱] که معمولاً در طی آن استاد مربوطه[2] بهمراه دستیاران [3]، کارورزان [4]، دانشجویان پزشکی و حداقل یک پرستار، بیماران بستری در بخشهای آموزشی را ویزیت می‌کند. در این روش، بیمار معمولاً بوسیله کارورز یا دستیار پزشکی در بالین وی معرفی می‌گردد. سپس، در صورت لزوم، از بیمار خواسته می‌شود تا به سئوالات پاسخ دهد و/ یا بیمار مورد معاینه قرار می‌گیرد. پس از آن، بحث علمی و تصمیم‌گیری در مورد تشخیص و درمان صورت می‌گیرد و تمامی این موارد بر بالین بیمار انجام می‌شود.

علیرغم اهمیت روش معرفی بیمار بر بالین وی در آموزش بالینی [5]، بسیاری از آموزشگران بالینی در مورد آموزش بر بالین بیمار مردد هستند [۵]. همچنین شواهدی وجود دارد که زمانی که برای آموزش بر بالین بیمار صرف می‌شود، در حال کاهش است و بجای آن، گرایش به استفاده از اتاقهای کنفرانس و راهروها پدید آمده است [۶].

گزارش شده است که در مقایسه با ۴۰ سال قبل، آموزش نکات بالینی بر بالین بیمار بسرعت کاهش یافته است و در این میان برخی عوامل همچون پیشرفت شگرف در فناوری [6] تصویربرداری و آزمایشات [۹-۷]، تغییر در نگرش پزشکان [۱۱،۱۰]، کاهش مهارت‌های آموزش بر بالین بیمار، اعتقاد به لزوم دارا بودن سطحی تقریباً دست نیافتنی از مهارت تشخیصی از سوی آموزشگران، بهانه‌دادن به آموزش و خدشه‌دار شدن اخلاق در آموزش [۶]، بعنوان بخشی از علل کاهش استفاده از این روش ذکر شده‌اند.

علاوه بر آن، برخی مطالعات [۱۳،۱۲،۳] نشان داده‌اند که معرفی بیمار بر بالین وی ممکن است موجب ایجاد دیسترس [7] در بیماران شود و بنابراین کاهش آموزش بر بالین بیمار تا حدی ممکن است به نگرانیهایی در مورد بیماران مربوط باشد.

از سوی دیگر، برخی مطالعات بیانگر آنند که اگرچه واکنشهای بیماران به آموزش در بالین آنها و گروه حاضر، عموماً مثبت می‌باشد، بیماران در مورد عواملی که

1 - Bedside case presentation
2 - Attending physician
3 - Residents
4 - Interns
5 - Clinical teaching
6 - Technology
7 - Distress

Archive of SID
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24]
www.SID.ir

موجب احساس راحتی و ناراحتی آنها می‌شوند، متفاوتند [۳].

از آنجا که آموزش بالینی بخشی مهم از آموزش پزشکی، و معرفی بیمار بر بالین وی شیوه‌ای شایع در بیمارستانهای آموزشی کشور می‌باشد و مطابق یافته‌های مطالعات انجام شده، شیوه مزبور ممکن است موجب ایجاد دیسترس در بیماران شود، مطالعه حاضر بمنظور بررسی دیدگاههای بیماران در مورد این روش و جنبه‌هایی از آن که ممکن است نیازمند تغییر و بهبود باشند، انجام گردید.

روش کار

مطالعه‌ای توصیفی و مقطعی با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند[1] جهت ارزیابی دیدگاههای بیماران در مورد روش معرفی بیمار بر بالین آنها در ۸ بخش طبی مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، در تهران انجام گردید. بیماران نوجوان و بزرگسالی که حداقل دو بار تجربه معرفی شدن بر بالین خود را داشتند، قادر به پاسخگویی به سئوالات، بدون نیاز به مترجم بودند، فاقد مشکلات چشمگیر شناختی (شامل کاهش توجه، مشکلات حافظه، اشکال در فهم سئوالات) بودند و به اندازه کافی دارای حال عمومی خوب بودند بگونه‌ای که قادر به پاسخگویی به سئوالات باشند، وارد مطالعه شدند. به بیماران واجد شرایط، در مورد مطالعه می‌شد که نقطه نظرات آنان محرمانه باقی خواهد ماند. سپس، در صورت تمایل، بیماران وارد مطالعه می‌شدند.

جهت تدوین پرسشنامه مطالعه، پس از استخراج مفاهیم مربوط به دیدگاههای بیماران در مورد روش معرفی بیمار بر بالین وی از مقالات، یک روانپزشک در ویزیت هفتگی[2] بخشهای طبی بیمارستان به مدت ۶ ماه شرکت کرد تا واکنشهای کلامی و غیر کلامی بیماران را در طول جلسات معرفی بیمار، بررسی نماید. اطلاعات حاصله، سپس کد گذاری شد و بر اساس موضوع و با هدف یافتن متغیرهای مربوطه مورد تجزیه و تحلیل[3] قرار گرفت. با توجه به مفاهیم بدست آمده، متغیرها در چهار گروه حریم خصوصی، مدت ویزیت، استرس[4] و رابطه پزشک_ بیمار دسته‌بندی شدند. سپس پرسشنامه‌ای حاوی مشخصه‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه و ۱۴ سئوال مشتمل بر متغیرهای حاصله، تدوین و توسط گروهی از صاحبنظران رشته‌های روانپزشکی، اپیدمیولوژی و بهداشت عمومی مورد بررسی قرار گرفت. پس از دریافت، بررسی و اعمال بازخوردهای ارائه شده، نسخه دوم پرسشنامه تنظیم و به ۱۰ تن از بیماران واجد شرایط ورود به مطالعه جهت بررسی اعتبار صوری[5] پرسشنامه و تدوین نسخه نهایی پرسشنامه ارائه گردید. بهنگام تکمیل پرسشنامه مطالعه، در صورت تمایل/ نیاز پاسخ دهندگان، سئوالات پرسشنامه، بدون سوگیری در لحن صدا، رو در رو برای بیماران قرائت می‌گردید. پاسخ سئوالات بصورت سنجش ۴ گزینه‌ای اصلا"، کمی، مقداری و زیاد تنظیم گردید. یک روانپزشک که عضو گروه درمانی نبود، اطلاعات را از بیمارانی که به تازگی (در طی ۳-۲ روز گذشته)، به شیوه معرفی بیمار بر بالین وی مورد ویزیت قرار گرفته بودند، جمع‌آوری کرد. پس از پاسخگویی به سوالات، پرسشنامه از نظر کامل‌بودن پاسخها مورد بررسی قرار می‌گرفت. به منظور جلوگیری از تورش[6]، اساتید بخشها و دیگر اعضای گروه درمانی از انجام مطالعه و محتوای آن مطلع نشدند.

غالباً ویزیتهای آموزشی[7] و درمان بیماران[8]، توسط اساتید بخشها بصورت توأم انجام می‌شد. اتاقهای بیماران واجد ۲ تا ۶ تخت بیمار بود. هر گروه حاضر بر بالین بیمار بطور متوسط واجد ۱۰ عضو یا بیشتر بود که شامل استاد مربوطه، دستیاران، کارورزان، گاه دانشجویان پزشکی و یک یا دو پرستار می‌شدند. هر ویزیت بیمار بر بالین وی بین ۵ دقیقه (در صورتیکه بیمار کاملاً توسط اعضای گروه، شناخته شده بود) تا ۳۰ دقیقه یا بیشتر (در صورتیکه بیمار، موردی جدید بود)، طول

1 - Purposive sampling
2 - Weekly round
3 - Thematic variable- oriented
4 - Stress
5 - Face validity
6 - Bias
7 - Teaching rounds
8 - Patient management rounds

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24]

می‌کشید. تقریباً در تمامی موارد، اساتید از پرده در طول معرفی بیمار استفاده نمی‌کردند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها بصورت توصیفی با استفاده از برنامه **SPSS 13** مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

در مجموع ۱۲۰ بیمار بستری در بخشهای طبی، مورد مطالعه قرار گرفتند. هیچیک از بیماران مورد مراجعه از شرکت در مطالعه امتناع نکردند. مشخصه‌های بیماران مورد مطالعه –که واجد پرسشنامه دارای اطلاعات کامل بودند– در جدول شماره ۱ ارائه شده است. متوسط سن بیماران (۱۷/۴±) ۳۶/۵ سال و اغلب آنان (۵۳٪) زن، متأهل (۵۶٪) و دارای تحصیلات متوسطه (۵۳٪) بودند.

در مورد محور حریم خصوصی، ۳۷٪ بیماران اظهار کردند که معرفی بیمار با صدای بلند در حضور دیگر بیماران (که منجر به شنیدن مطالب از سوی آنان می‌شد)، موجب ناراحتی آنها می‌شود. ۴۶٪ بیماران از اینکه در حضور دیگر بیماران، مطالب خود را به پزشکان بیان کنند، احساس ناراحتی می‌کردند. همچنین ۵۱٪ بیماران اعلام کردند افشای مشکلات اقتصادی آنان در حالیکه بیماران دیگر قادر به شنیدن مطالب بودند، برایشان بسیار آزار دهنده بوده است و تقریباً دو سوم بیماران (۶۶٪) از اینکه قسمتهایی از بدن آنان در حضور دیگر بیماران با کنار زدن لباس مورد معاینه قرار گیرد، اظهار ناراحتی کردند.

یافته‌ها همچنین نشان داد که اکثر بیماران (۶۳٪) معتقد بودند که عمده زمان سپری شده بر بالین آنها، صرف گفتگوی علمی پزشکان با یکدیگر می‌شود.

در خصوص استفاده از اصطلاحات پزشکی و انگلیسی بر بالین بیمار، ۴۷٪ بیماران معتقد بودند که این مسئله موجب ایجاد اضطراب بسیار در آنها می‌شود و ۱۰٪ بیماران اظهار داشتند که این امر باعث سوء درک آنان از بیماری‌شان شده است (بعنوان مثال این تصور در آنها ایجاد شده است که مبتلا به بیماری خطرناک و صعب العلاج هستند). بنظر ۱۸٪ از بیماران بیان تشخیص‌ها و نقطه نظرات متفاوت (در خصوص بیماری مبتلا به، نوع درمان، اقدامات تشخیصی مورد لزوم و ...) از سوی پزشکان مختلف بهنگام بحث با یکدیگر، باعث ایجاد سردرگمی در آنها و عدم اعتماد آنها به پزشکان مسئول مراقبت از آنها گردیده است.

سرانجام، در مورد رابطه پزشک – بیمار، یافته‌ها نشانگر آنند که ۳۷٪ بیماران معتقد بودند که پزشکان آنها، آنان را درک نمی‌کنند. دیدگاههای بیماران در مورد روش معرفی بیمار بر بالین وی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

سن بیماران با نقطه‌نظرات آنان در مورد روش معرفی بیمار بر بالین وی ارتباط چشمگیر آماری نداشت اما بین جنس و سطح تحصیلات با برخی نقطه‌نظرات بیماران ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت بگونه ای که زنان بیش از مردان و در مجموع افراد با تحصیلات بالاتر بیش از دیگران در مورد متغیرهای ذکرشده احساس ناراحتی می‌کردند.

برخی متغیرهای مورد سنجش در باره دیدگاههای بیماران نیز با یکدیگر ارتباط داشتند. نتایج در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

بحث

مطالعه حاضر قصد نداشته است شیوه معرفی بیمار بر بالین وی را با دیگر شیوه‌های معرفی بیمار مقایسه کند بلکه هدف آن ، پژوهش در مورد دیدگاههای بیماران در خصوص روش مزبور بوده است. بنظر می رسد علیرغم برخی جنبه‌های مثبت این روش، استفاده از این شیوه ممکن است موجب ایجاد فشارهای روانی بر بیماران شود. مطالعه حاضر، برخی از جنبه های این روش را که بنظر می رسد نیازمند تغییر یا اصلاح باشند، مورد بررسی قرار داده است.

یافته های مطالعه بیانگر آنند که شیوه معرفی بیمار بر بالین وی ممکن است موجب خدشه‌دار شدن حریم خصوصی، برانگیختن اضطراب و تخریب رابطه پزشک – بیمار گردد.

پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از اصطلاحات پزشکی در خلال آموزش مسائل بالینی در بالین بیمار، منبع استرس و اضطراب در مورد ۴۷٪ از بیماران بوده

Archive of SID

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

است. همچنین ۶۳٪ بیماران اظهار داشتند که پزشکان وقت کافی برای تعامل با آنها (پرسیدن سئوال از آنان، معاینه آنها، پاسخ به سئوالات آنها) صرف نکردند. به عبارت دیگر، آنان معتقد بودند که اکثر وقت سپری شده در بالین آنها، صرف بحث علمی پزشکان با یکدیگر شده است.

Lehman و همکاران [۱۲] در مطالعه خود دریافتند که تقریباً نیمی از بیماران مورد بررسی گزارش کردند که اصطلاحات پزشکی بسیار گیج کننده‌ای در طی معرفی آنها مورد استفاده قرار گرفته است و بسیاری از بیماران اظهار کرده بودند که آنها فکر کرده بودند که هدف اولیه از معرفی بیماران، آموزش به دانشجویان و دستیاران پزشکی بوده است و نه ارتقای مراقبت پزشکی بیماران. ۱۳٪ بیماران گزارش کرده بودند که به علت بحث علمی پزشکان بر بالین خود، دچار نگرانی[1] شده بودند. بعلاوه، اکثر بیماران معتقد بودند که به آنان باید فرصت بیشتری برای صحبت در بحثهایی که درکنار بالین آنها انجام می‌شود، داده شود.

Nair و همکاران [۱۳] در مطالعه خود بر دیدگاههای دانشجویان پزشکی و بیماران در مورد آموزش بر بالین بیماران، دریافتند که آموزش دانشجویان پزشکی بر بالین بیمار موجب ایجاد اضطراب در ۱۷٪ بیماران شده است.

با توجه به یافته‌های فوق، بنظر می‌رسد جهت جلوگیری از اضطراب و استرس بیماران، لازم است بحث‌های علمی پزشکان در خصوص شرح حال بیمار، یافته‌ها و احتمالات تشخیصی، در حضور بیمار انجام نشود. این امر ممکن است به صرف وقت بیشتر برای تعامل با بیماران نیز کمک کند.

شواهدی وجود دارند که بیانگر آنند که شکل گیری تعاملاتی مطلوب بین بیماران و گروه پزشکان حاضر بر بالین آنها، به عوامل مبادله اطلاعات، احساس مراقبت شدن از سوی گروه درمانی، درگیرشدن بیمار در آموزش، شناخت اعضای گروه درمانی و اسلوب بکار گرفته شده بر بالین بیمار بستگی دارد [۲].

ارتباط بین گروه درمانی و بیماران از مسائل مهم در آموزش مسائل بالینی بر بالین بیمار است. در مطالعه حاضر، درصد نسبتاً کمی از بیماران اظهار داشتند که پزشکان آنها، آنان را درک می‌کنند یا به اندازه کافی احساس نزدیکی به پزشکان خود می‌کنند که بتوانند مطالب خود را به پزشکانشان بیان کنند (بترتیب ۲۸٪ و ۳۵٪).

از سوی دیگر، برخی مطالعات بیانگر آنند که اکثر بیماران در نتیجه بکارگیری روش معرفی بیماران بر بالین آنها، بیماری خود را بهتر درک می‌کنند [۱۴]، انجام بحث علمی بر بالین خود را دوست دارند [۱۵] و از آموزش بر بالین بیمار لذت می‌برند [۱۳]. در تفسیر برخی یافته‌ها، این نکته ممکن است حائز اهمیت باشد که از آنجا که در برخی مراکز درمانی، ممکن است توضیح کافی در مورد تشخیص و درمان به بیماران ارائه نشود، تنها منبع کسب اطلاعات در مورد بیماری برای بعضی از بیماران، ممکن است شنیدن بحثهای علمی پزشکان باشد. همچنین، جلسه معرفی بیمار بر بالین وی ممکن است تنها فرصتی باشد که بیمار برای ارتباط با پزشک اصلی (استاد مربوطه) در اختیار داشته باشد. در چنین شرایطی، طبیعی بنظر می‌رسد که بیماران، احساس خوبی در مورد شیوه مذکور داشته باشند. اما اگر ویزیتهای آموزشی از ویزیتهای درمان بیماران تفکیک شوند و به بیماران این امکان داده شود که در طی ویزیتهای درمانی، با پزشک اصلی مسئول خود (استاد مربوطه)، ارتباط برقرار کنند، آیا ممکن است نتایج متفاوتی حاصل شود؟

معمولاً در منابع مختلف سه روش برای معرفی بیماران ذکر می‌گردد: اتاق کنفرانس، راهرو و بالین بیمار [۴]. آیا می‌توان روش دیگری را نیز برای معرفی بیماران بستری در بخشهای آموزشی در نظر گرفت؟

برخی طرفداران شیوه معرفی بیمار بر بالین وی، بر اصل ویلیام اُسلر[2] تکیه می‌کنند که: "هیچ آموزشی بدون بیمار امکان‌پذیر نمی‌باشد و بهترین آموزش، آن است که از خود بیمار آموخته می‌شود" [۱۶]، در حالیکه مطابق سخن وی، آنچه مهم است "بیمار" است و نه "بالین وی".

---

1 - Upset

2 - The principle of William Osler

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24]

آیا ممکن است اصل اُسلر را بـا اصـل اول بقراط – به بیمار آسیب نرسان– پیوند داد؟ آیـا شـیوه دیگـری بجـز شـیوه "سـنتی" معرفی بیمار بر بـالین وی وجـود دارد کـه فرصت یـادگیری هنـر پزشـکی بـالینی را برای دانـشجویان، کـارورزان و دسـتیاران پزشـکی، بـدون آسـیب زدن بـه بیمـاران (خدشه دار کردن حریم خصوصی بیماران، ایجـاد اضـطراب در بیمـاران و ...) فـراهم نماید؟

آیا ممکن است با توجه به اینکـه ضـریب اشغال تختهای بیمارسـتانی در بخـشهای آموزشی عموما صددرصد نمی‌باشد، اتـاقی بعنوان اتاق ویزیت در هر بخـش در نظـر گرفته شـود، تـا پـیش از ورود هـر بیمـار، دستیار یا کارورز مسئول بیمار، شرح حـال و یافته‌های مربوط به بیمار را بیـان کنـد، سپس سـئوالات دیگـر اعـضای گـروه در مورد نکات مبهم پرونده و بیماری مطـرح شود، پس از آن بیمار وارد اتاق شود (یا در صورت عـدم امکـان، بـا تخـت بـه اتـاق ویزیت منتقل گردد) و مـورد ویزیـت قـرار گیرد؟ در این روش، بیمار پـس از حـضور در اتـاق ویزیـت، در صـورت لـزوم، بـه سئوالات پزشکان پاسخ مـی‌دهـد، مـورد معاینه قـرار مـی‌گیـرد، سـئوالات خـود را مطرح مـی‌کنـد و پاسـخهایی سـنجیده و دقیق از پزشکان مسئول خـود، بخـصوص پزشک اصلی مسئول (استاد مربوطـه)، در مـورد تـشخیص و درمـان خـود دریافـت می‌کند. سپس، بیمار اتاق را ترک می‌کنـد و بحث علمی پزشکان آغاز می‌شود.

در این روش، حریم خصوصی بیمار رعایت می‌گردد، بیماران این فرصت را مـی‌یابنـد کـه در مراقبـت و درمـان خـود مـشارکت کنند، بیماران می‌توانند اطلاعـات مربـوط به بیماری خود را تصحیح یا کامـل کننـد، پزشکان "با بیماران" صحبت می‌کنند نـه "دربـاره بیمـاران"، و پزشـکان بـرای گوش‌کردن به سخنان بیماران خود، وقـت صرف می‌کنند. روش مزبور، نشانگر علاقه و احترام پزشکان به بیماران و نگرانی آنها در مورد بیمارانشان است و در عـین حـال موجب ارتقاء مهارتهای بـالینی دسـتیاران، کارورزان و دانشجویان پزشکی و آمـوزش برقراری ارتباط با بیماران می‌گـردد. بنظـر می‌رسد شیوه فوق برای ویزیـت بیمـاران، هم برای بیمـاران و هـم بـرای پزشـکان می‌تواند ارزشمند باشد چرا که نیازهای هر دو گروه را مرتفع می‌کند.

محدودیت‌های مطالعه:

از آنجا کـه مطالعـه حاضـر فقـط در یـک بیمارستان و بر تعداد محدودی از بیمـاران انجام شده است، نتـایج آن مـی‌بایـست از نظر تعمیم‌پـذیر بـودن، بـا احتیـاط مـورد تفسیر قرار گیرد. هر چند با توجه به اینکه مرکز مورد مطالعـه از شـناخته شـده‌تـرین مراکز درمانی کشور مـی‌باشـد و بیمـاران، تقریباً از تمـامی اسـتانهای کـشور، بـه آن مراجعـه مـی‌کننـد، یافتـه‌هـای مطالعـه می‌توانند حائز اهمیت باشند.

تقدیر و تشکر:

از اساتید محترم روانپزشـکی، آقایـان دکتـر سید علـی احمـدی ابهـری، دکتـر علیرضـا ظهیرالدین، دکتر محمد رضا محمدی، دکتر احمد علی نوربالا و دکتر محمد تقی یاسمی که پرسشنامه مطالعه را مورد بررسـی قـرار دادند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

Archive of SID

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

جدول ۱- مشخصه‌های شرکت کنندگان در مطالعه (n=۱۲۰)		
	تعداد	درصد
سن		
۱۲-۲۵	۴۰	۳۳/۳
۲۶-۳۵	۲۵	۲۰/۸
۳۶-۴۵	۲۴	۲۰/۰
≥۴۶	۳۱	۲۵/۹
میانگین (S.D.)	۳۶/۵(۱۷/۴)	
دامنه	۱۲-۸۳	
جنس		
مرد	۵۶	۴۶/۶
زن	۶۴	۵۳/۴
وضعیت تأهل		
مجرد	۴۳	۳۵/۸
متأهل	۶۷	۵۵/۸
مطلقه/ بیوه	۱۰	۸/۴
سطح تحصیلات		
بی سواد	۱۴	۱۱/۷
ابتدایی	۳۴	۲۸/۳
متوسطه	۶۳	۵۲/۵
تحصیلات دانشگاهی	۹	۷/۵
وضعیت شغلی		
شاغل	۴۳	۳۵/۸
خانه دار	۳۶	۳۰/۰
دانش آموز/ دانشجو	۱۵	۱۲/۶
بیکار	۱۹	۱۵/۸
بازنشسته	۷	۵/۸

www.SID.ir

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24]

جدول ۲- دیدگاههای شرکت کنندگان در مطالعه در مورد روش معرفی بیمار بر بالین وی (n=۱۲۰)			
	اصلا/ کمی، تعداد (٪)	مقداری، تعداد (٪)	زیاد، تعداد (٪)
حریم خصوصی			
از اینکه مطالب پرونده‌ام در مدت ویزیت پزشکان بلند بیان شود، بطوریکه برای بقیه بیماران قابل شنیدن باشد، احساس ناراحتی می‌کنم.	۷۶ (۶۳)	۱۷ (۱۴)	۲۷ (۲۳)
از اینکه در حضور بقیه بیماران، حرفهایم را به پزشکان بزنم، احساس ناراحتی می‌کنم.	۶۵ (۵۴)	۳۲ (۲۷)	۲۳ (۱۹)
از اینکه در حضور بقیه بیماران، پزشکان قسمتهایی از لباسم را کنار بزنند و مرا معاینه کنند، ناراحت می‌شوم.	۴۰ (۳۳)	۴۱ (۳۴)	۳۹ (۳۲)
از اینکه پزشکان در حضور بقیه بیماران، راجع به مشکلات مالی من حرف بزنند، بطوریکه بقیه بیماران بتوانند بشنوند احساس ناراحتی می‌کنم.	۱۲ (۱۰)	۴۷ (۳۹)	۶۱ (۵۱)
مدت ویزیت			
مدتی که پزشکان بالای سر من بودند، وقت کافی برای من (حرف زدن با من و معاینه من) گذاشتند.	۷۶ (۶۳)	۳۴ (۲۹)	۱۰ (۸)
بیشتر مدتی که پزشکان بالای سر من بودند، با هم در باره مریضی بحث می کردند.	۱۰ (۸)	۳۴ (۲۹)	۷۶ (۶۳)
مدت ویزیت پزشکان باعث خستگی من شد.	۶۳ (۵۲)	۳۲(۲۷)	۲۵ (۲۱)
استرس			
استفاده پزشکان از کلمه‌های انگلیسی و پزشکی باعث شد احساس اضطراب و دلشوره کنم.	۲ (۲)	۶۱ (۵۱)	۵۷ (۴۷)
استفاده از کلمه‌های انگلیسی و پزشکی در باره بیماری بالای سر من، مرا درباره مریضی‌ام به اشتباه انداخت (مثلا فکر کردم مریضی خطرناک و بدی دارم).	۵۸ (۴۸)	۵۰ (۴۲)	۱۲ (۱۰)
شنیدن نظرات مختلف پزشکان موقع بحث با همدیگر (در باره مریضی من، کارهایی که باید انجام شوند، دوا و درمان و ...)، باعث سردرگمی من و عدم اعتماد من به دکترهایم شد.	۵۱ (۴۳)	۴۷ (۳۹)	۲۲ (۱۸)
جواب ندادن دکترها به بعضی از سئوالهای استادشان باعث شد احساس کنم آنها به کارشان وارد نیستند.	۳۵ (۲۹)	۶۹ (۵۸)	۱۶ (۱۳)
دکترها در باره مریضی و دوا و درمان برایم توضیح دادند.	۳۴ (۲۸)	۶۰ (۵۰)	۲۶ (۲۲)
رابطه پزشک_ بیمار			
احساس می‌کنم دکترهای من مرا درک می‌کنند (وضع و حال مرا می‌فهمند).	۴۵ (۳۷)	۴۲ (۳۵)	۳۳ (۲۸)
به اندازه کافی به دکترهایم احساس نزدیکی می‌کنم بطوریکه بتوانم حرفهایم را به آنها بزنم.	۱۴ (۱۲)	۶۴ (۵۳)	۴۲ (۳۵)

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

جدول ۳- ارتباط بین متغیرهای مورد سنجش		
	مرتبط با	P value
جنس	کنارزدن لباس بیمار جهت معاینه وی در حضور دیگر بیماران	۰/۰۰۱
	احساس خستگی بهنگام ویزیت پزشکان	۰/۰۱۸
	احساس اضطراب و دلشوره بر اثر استفاده پزشکان از اصطلاحات پزشکی	۰/۰۲۷
سطح تحصیلات	احساس ناراحتی بیمار از بلند بیان شدن مطالب پرونده وی در حضور دیگر بیماران	۰/۰۴۶
	کنارزدن لباس بیمار جهت معاینه وی در حضور دیگر بیماران	۰/۰۴۲
	طرح مشکلات مالی بیمار توسط پزشکان بگونه ای که برای دیگر بیماران قابل شنیدن باشد	۰/۰۳۰
	عدم اعتماد بیمار به پزشکان و سردرگمی وی بر اثر شنیدن نظرات مختلف پزشکان در مورد تشخیص و درمان وی	۰/۰۳۸
درک‌شدن بیمار از سوی پزشکان معالج	کفایت دانش و مهارت پزشکان	۰/۰۲۲
	عدم اعتماد بیمار به پزشکان و سردرگمی وی بر اثر شنیدن نظرات مختلف پزشکان در مورد تشخیص و درمان وی	۰/۰۳۵
	سوء درک بیمار از اصطلاحات مورد استفاده پزشکان	<۰۰۱
	احساس خستگی بهنگام ویزیت پزشکان	۰/۰۳۰
	احساس نزدیکی بیمار به پزشکان برای برقراری ارتباط با آنان	<۰۰۱
	توضیح پزشکان در مورد تشخیص و درمان به بیمار	<۰۰۱
احساس نزدیکی بیمار به پزشکان برای سخن‌گفتن با آنان	زمان سپری‌شده بر بالین بیمار جهت تعامل با بیمار	۰/۰۲۰
	عدم اعتماد بیمار به پزشکان و سردرگمی وی بر اثر شنیدن نظرات مختلف پزشکان در مورد تشخیص و درمان وی	۰/۰۰۸
	سوء درک بیمار از اصطلاحات مورد استفاده پزشکان	۰/۰۱۹
	احساس خستگی بهنگام ویزیت پزشکان	۰/۰۰۳
	توضیح پزشکان در مورد تشخیص و درمان به بیمار	۰/۰۱۱
احساس خستگی در مدت ویزیت پزشکان	کفایت دانش و مهارت پزشکان	<۰۰۱
	عدم اعتماد بیمار به پزشکان و سردرگمی وی بر اثر شنیدن نظرات مختلف پزشکان در مورد تشخیص و درمان وی	۰/۰۰۱
	احساس نزدیکی بیمار به پزشکان برای برقراری ارتباط با آنان	۰/۰۰۳
	احساس درک‌شدن از سوی پزشکان	۰/۰۳۰
	جنس	۰/۰۱۸

www.SID.ir
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24]

مراجع

1. *Bates CK, Babbott S, Williams BC, Stern DT, Bowen JL. Are we making progress in medical education? JGIM 2006; 21(5): 542-543*
2. *Fletcher KE, Furney SL, Stern DT. Patients speak: what's really important about bedside interactions with physician teams. Teach Learn Med 2007; 19: 120-127*
3. *Fletcher KE, Rankey DS, Stern DT. Bedside interactions from the other side of the bedrail. J Gen Intern Med 2005; 20: 58-61*
4. *Kroenke K, Omori DM, Landry FJ, Lucey CR. Bedside teaching. South Med J 1997; 90: 1069-1074*
5. *Janicik RW, Fletcher KE. Teaching at the bedside: a new model. Med Teach 2003; 25: 127-130*
6. *Ramani S, Orlander JD, Strunin L, Barber TW. Whither bedside teaching? A focus group study of clinical teachers. Acad Med 2003; 78: 384-390*
7. *R eichman F, Browing FE, Hinshaw JR. Observations of undergraduate clinical teaching in action. J Med Educ 1964; 39: 147-163*
8. *Collins GF, Cassie JM, Daggett CJ. The role of the attending physician in clinical training. J Med Educ 1978; 53: 429-431*
9. *LaCombe MA. On bedside teaching. Ann Intern Med 1997; 126: 217-220*
10. *Thibault GE. Bedside rounds revisited. N Engl J Med 1997; 336: 1174-1175*
11. *Kassirer JP. Redesigning graduate medical education: location and content. N Engl J Med 1996; 335: 507-509*
12. *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: 1150-1156*
13. *Nair BR, Coughlan JL, Hensley MJ. Student and patient perspectives on bedside teaching. Med Educ 1997; 31: 341-346*
14. *Linfors EW, Neelon FA. The case for bedside rounds. N Engl J Med 1989; 303: 1230-1233*
15. *Rogers HD, Carline JD, Paauw DS. Examination room presentations in general internal medicine clinic: patients' and students' perceptions. Acad Med 2003; 78: 945-949*
16. *Osler W. On the need of a radical reform in our methods of teaching senior students. Med News 1903; 82: 49-53*

.

Archive of SID

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir