

دیدگاه دانشجویان پزشکی در خصوص راندهای بالینی: یک مطالعه کیفی

حبیب اله رضایی^۱، اسماء رهبر^۲، غلام عباس سبزی^۳، امین بیگ زاده^۴

^۱مرکز تحقیقات سلولی مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۲کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۳گروه گوش، حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۴مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران

تاریخ وصول: ۱۴۰۴/۰۴/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: آموزش در رشته‌های علوم پزشکی ترکیبی از دانش و هنر است که نیاز به تمرین در محیط‌های شبیه به واقعیت دارد. یادگیری در محیط بالینی به عنوان یک جزء اساسی در برنامه آموزشی دانشجویان پزشکی شناخته می‌شود. لذا هدف از این مطالعه تعیین و دیدگاه دانشجویان پزشکی در خصوص وضعیت راندهای بالینی در دانشگاه علوم پزشکی یاسوج بود.

روش بررسی: این مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی در بین دانشجویان پزشکی (۹ کارورز و ۷ دستیار) در دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۱۴۰۲ انجام شد. مشارکت کنندگان به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و بر اساس معیارهای ورود و خروج وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های فردی نیمه ساختاریافته جمع‌آوری و بر اساس روش گرانهم و لاندمن تحلیل شدند. دقت و صحت داده‌ها از طریق معیارهای گوبا و لینکولن تأمین گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار MAXQDA 10 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: دو طبقه اصلی شامل نقاط قوت راندهای بالینی و چالش‌های راندهای بالینی و پنج زیر طبقه شامل: فرآیندهای آموزشی اثربخش، استفاده از روش‌های آموزش بالینی، آموزش مهارت‌های اصلی، چالش‌های مرتبط با اساتید و چالش‌های مرتبط با دانشجویان استخراج شد.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده نشان‌دهنده دو حوزه کلیدی در راندهای بالینی است. از یک سو، نقاط قوت شامل روش‌های آموزشی مؤثر و مهارت‌های اصلی است که به ارتقاء کیفیت آموزش بالینی کمک می‌کند. از سوی دیگر، چالش‌هایی وجود دارد که به مشکلاتی در ارتباط با اساتید و دانشجویان مربوط می‌شود. توجه به این ابعاد می‌تواند به بهبود تجربه آموزش بالینی و ارتقای مهارت‌های بالینی منجر شود.

واژه‌های کلیدی: راندهای بالینی، آموزش بالینی، دانشجویان پزشکی، پژوهش کیفی

*نویسنده مسئول: امین بیگ زاده، سیرجان، دانشکده علوم پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی

Email: beigzadeh.amin@gmail.com

"نشریه علمی پژوهشی ارمغان دانش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یک نشریه با دسترسی آزاد است و تمامی مقالات منتشر شده در این نشریه به صورت دسترسی آزاد منتشر می‌شوند."

مقدمه

بخش بالینی به عنوان یکی از موقعیت‌های

بالینی حاوی جلسات آموزشی مانند؛ راندهای بالینی، گزارش صبحگاهی و گرند راند است. یکی از فعالیت‌هایی که دانشکده‌های پزشکی به منظور افزایش توانمندی بالینی دانشجویان از آن استفاده می‌کنند، استفاده از راندهای بالینی است. راندهای بالینی بر بستر بیمار با حضور استاد، تعداد زیادی دانشجوی، کارورز و دستیار صورت می‌گیرد (۵). مرور متون نشان دهنده این موضوع است که سهم زمان آموزش بالینی که به راند بالینی اختصاص داده می‌شود، بین ۸ تا ۱۹ درصد است (۶). اگر چه در طی راندهای بالینی دانشجویان گرفتن تاریخچه پزشکی، انجام معاینات فیزیکی، استدلال بالینی، برقراری ارتباط مؤثر، برخورد حرفه‌ای، همدلی، روش‌های تشخیصی و درمانی، کسب دانش در مورد ابزار و وسایل پزشکی را می‌آموزند (۷)، ولی شواهد علمی نشان می‌دهد که استفاده از راندهای بالینی در بیمارستان‌های آموزشی کاهش پیدا کرده است (۸). مواردی از قبیل؛ کم بودن خلاقیت در آموزش، کم بودن انگیزه و توقع برای آموزش و یادگیری در دانشجویان و استادان، مهارت‌های ناکافی در راندهای آموزشی، اطلاعات و مهارت‌های بالینی ناقص استادان، کمبود زمان کافی برای تدریس، سر و صدای زیاد در بخش، نبود همکاری بین بیماران و دانشجویان، ترس از شرمندگی و خجالت زده شدن در دانشجویان، حجم کار بالای استادان و نبود پاداش برای تدریس در راندهای

آموزش در رشته‌های علوم پزشکی آمیزه‌ای از دانش و هنر است و نیاز به تمرین برای به دست آوردن مهارت در یک محیط امن و شبیه موقعیت اصلی دارد. به همین علت یادگیری دانشجویان پزشکی در محیط آموزشی بالینی به دلیل فراهم آوردن فرصت‌های یادگیری موردتوجه ویژه‌ای قرار گرفته است و به عنوان یک جزء اساسی در برنامه آموزشی به شمار می‌آید (۱).

تدریس که بخشی از آموزش می‌باشد، شامل تعامل یا رفتار متقابل استاد و دانشجو است که بر اساس طراحی منظم و هدفدار استاد برای ایجاد تغییر در رفتار دانشجو صورت می‌پذیرد (۲). در علوم پزشکی تدریس در کلاس‌های نظری و محیط بالین انجام می‌گردد. تدریس بالینی تفاوت‌هایی با تدریس نظری دارد. مهم‌ترین تفاوت‌های آنها به اجزا تدریس بر می‌گردد به طوری که در بالین علاوه بر مدرس، دانشجو و محیط یادگیری؛ جز دیگری به نام بیمار به آن اضافه می‌گردد (۳). انواع موقعیت‌های بالینی در محیط بالین وجود دارد که از جمله آنها می‌توان بخش بالینی، درمانگاه، آی سی یو و سی سی یو، اورژانس و اتاق عمل را نام برد. این محیط‌ها به دلیل فراهم آوردن فرصت‌هایی برای یادگیری دانشجویان پزشکی و امکان ارایه بازخورد در رابطه با توسعه آموزشی، حرفه‌ای و فردی دانشجویان بسیار مهم تلقی می‌شوند (۴).

آموزشی از موانع و مشکلات استفاده از راندهای بالینی هستند (۹ و ۱۰).

با توجه به اهمیت راندهای بالینی در آموزش پزشکی و لزوم ارتقاء آن، نیاز به بررسی وضعیت کنونی راند بالینی و شناسایی چالش‌های آن می‌باشد. طبق بررسی‌های صورت گرفته تاکنون پژوهشی در خصوص بررسی راندهای بالینی در دانشگاه علوم پزشکی یاسوج صورت نگرفته است. بنابراین هدف از انجام این پژوهش تعیین و بررسی دیدگاه دانشجویان پزشکی در خصوص وضعیت راند بالینی در دانشگاه علوم پزشکی یاسوج بود.

روش بررسی

این مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی در بین دانشجویان پزشکی با رده‌های مختلف (کارورزان و دستیاران) در دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۱۴۰۲ انجام شد. تعداد ۱۶ دانشجوی پزشکی به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف وارد مطالعه شدند. افرادی وارد مطالعه شدند که دانشجوی رشته پزشکی در مقطع کارورزی و دستیاری بودند و تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، همچنین این افراد باید از نظر روحی و روانی آمادگی انجام مصاحبه را داشتند. از دیگر معیارهای ورود به مطالعه تجربه شرکت در حداقل سه روتیشن از راندهای بالینی بود. مشارکت کنندگانی که تمایل به

شرکت در مطالعه را نداشتند و همین‌طور سابقه شرکت در پژوهش‌های مشابه را داشتند از مطالعه کنار گذاشته شدند. به علاوه عدم دسترسی فرد به دلیل فوت، بیماری به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. مشخصات دموگرافیک دانشجویان شرکت کننده در مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است.

به منظور بررسی دیدگاه دانشجویان در خصوص وضعیت راندهای بالینی، در ابتدا برنامه‌ریزی جهت انجام مصاحبه انفرادی انجام گرفت و هماهنگی قبلی جهت مصاحبه‌ها انجام شد. پس از کسب رضایت آگاهانه شفاهی از مشارکت کنندگان جهت ضبط مصاحبه‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته به صورت حضوری انجام شد. زمان و مکان مصاحبه‌ها طوری ترتیب داده می‌شد که شرکت کننده‌ها راحت باشند تا بتوانند اطلاعات بیشتری را با محقق به اشتراک بگذارند. حتی الامکان سعی می‌شد مصاحبه در محیطی انجام شود که مزاحمت‌های محیطی در حداقل خود باشد و تمرکز شرکت کنندگان خدشه‌دار نشود. لذا، مصاحبه‌ها در محل خلوتی در بخش در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج انجام شد. قبل از انجام هر مصاحبه (به وسیله یکی از محققین که تسلط کامل به انجام پژوهش‌های کیفی دارد انجام شد)، هدف از تحقیق و حق کناره‌گیری از مطالعه و حفظ محرمانگی اطلاعات به اطلاع مشارکت کنندگان رسانده شد. برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای قابلیت تأیید^(۱)،

مقبولیت یا قابلیت اطمینان^(۲)، اعتمادپذیری یا قابلیت اتکا^(۳) و انتقالپذیری^(۴) یافته‌ها به عنوان معیارهای دقت علمی در پژوهش‌های کیفی که به وسیله گوبا و لینکولن ارایه شده‌اند استفاده شد^(۱۱). مقبولیت داده‌ها با توجه به مرور صحت عبارات بیان شده به وسیله مشارکت کنندگان در دست نوشته‌ها، بازنگری ناظرین، درگیری طولانی مدت و مکرر محقق و تلفیق در تحقیق و مقبولیت پژوهشگر میسر گردید. برای بررسی مداوم داده‌ها و درک حقیقی آنها، زمان کافی اختصاص داده شد. جستجو برای یافته‌های مخالف و تحلیل داده‌های منفی در لایه لای صحبت یک مشارکت کننده یا در بین مشارکت کنندگان مختلف انجام شد. بازنگری ناظرین^(۵) با در اختیار قراردادن کدها و تم‌های استخراج شده به دو نفر از همکاران پژوهش انجام شد که توافق نظر بر کدهای انتخابی و طبقه‌بندی تم‌ها انجام شود. کدهای انتخابی یا طبقه‌بندی تم‌هایی که توافق نظر در مورد آنها وجود نداشت، با مراجعه مجدد به متون مصاحبه و بررسی مجدد به وسیله همکاران بررسی شد. استفاده از رویکرد تلفیق^(۶) در این پژوهش، به صورت تلفیق در مشارکت کنندگان مختلف از تخصص‌های مختلف و گروه‌های ذی‌نفع مختلف حاصل شد. اعتبار محققین با همکاری دو پژوهشگر دارای سوابق مطالعه کیفی و داشتن مقالات کیفی مورد توجه قرار گرفت. در مورد اعتمادپذیری در مطالعه حاضر، از یک ناظر خارجی با تجربه در تحقیق کیفی استفاده شد که فرآیند جمع‌آوری داده‌ها

و فرآیند تحلیل را بررسی و تأیید نمود و در نتیجه، قابلیت اطمینان مطالعه حاصل گردید. استفاده از ناظر خارجی که به مواردی از قبیل نوارهای مصاحبه، متون پیاده شده، یادداشت‌ها، داده‌های تحلیل شده، یافته‌های مطالعه، معانی استخراج شده، کدها، تم‌ها و طبقه‌بندی‌ها، جزئیات فرآیند انجام مطالعه، قصد اولیه مطالعه، سؤالات مصاحبه و در کل تمامی جزئیات مطالعه دسترسی داشت، علاوه بر اعتمادپذیری، سبب قابلیت تأیید مطالعه نیز شد.^۱ اطمینان یا ثبات یافته‌ها با ایجاد موقعیت مشابه برای مشارکت کنندگان و با در اختیار قرار دادن متن مصاحبه‌ها، واحدهای معنایی و کدهای استخراج شده به برخی مشارکت کنندگان فراهم گردید. هم‌چنین محقق سعی کرد با کنار گذاشتن عقاید خودش و استفاده از ناظر خارجی به قابلیت تأیید نایل آید. در مورد انتقالپذیری سعی شد که تمام جزئیات تحقیق از نمونه‌گیری گرفته تا فرآیند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به طور کامل شرح داده شود تا در مورد انتقالپذیری، نقطه مبهمی باقی نماند و زمینه به خوبی توصیف شود.

هر یک از مصاحبه‌ها با سؤالات کلی باز شروع شدند. "لطفاً خودتان را معرفی کنید؟" "سن شما چقدر است؟" "در چه مقطعی هستید؟" "در کدام

1-Confirmability
2-Credibility
3-Dependability
4-Transferability
5-Peer check
6-Triangulation

بیمارستان، آموزش بالینی دارید؟" وضعیت تأهل شما چگونه است؟" این سوالات با هدف برقراری ارتباط اولیه پرسیده شد. در ادامه برای اینکه مشارکت کنندگان بتوانند آزادانه احساسات، افکار و دیدگاه‌های خود را بیان کند سؤالاتی از قبیل: "در مورد تجربه خود از راندهای بالینی صحبت کنید؟" "یک راند بالینی خوب باید دارای چه ویژگی‌هایی باشد؟" "چه مواردی اثربخشی آموزش در راند بالینی را خدشه دار می‌کند؟" مصاحبه کننده با پرسیدن "لطفاً بیشتر توضیح دهید" از مشارکت کنندگان می‌خواست که مصداق‌هایی از موارد ذکر شده را بیان کنند. در انتهای مصاحبه نیز از مشارکت کننده درخواست شد که اگر بحث یا موضوع دیگری در ذهنش وجود دارد، که احتمالاً آن را ذکر ننموده است، بیان کنند.

مصاحبه‌ها تا زمانی که به اشباع نظری رسیدند، ادامه یافتند و پس از انجام مصاحبه با ۱۶ نفر، به این مرحله دست یافتند. تحلیل محتوای کیفی مصاحبه‌ها طبق روش گرانهم و لاندمن (۱۲) با استفاده از نرم افزار MAXQDA 10 انجام گرفت. در این مطالعه، بلافاصله پس از هر مصاحبه که به وسیله

یکی از محققان آشنا با روش‌شناسی بررسی‌های کیفی انجام می‌شد، محتوای آن نوشته می‌شد. بعد از نوشتن مصاحبه‌ها، مطالب خوانده می‌شد تا درکی کلی از گفته‌های مشارکت کنندگان به دست آید. سپس واحدهای معنا یا کدهای اولیه استخراج شد. در نهایت کدها ادغام و بر اساس شباهت و تفاوت طبقه‌بندی انجام شد. سعی شد، درون طبقات بیشترین همگنی و بین طبقات بیشترین ناهمگنی وجود داشته باشد. کدها به طور دایم مقایسه می‌شد و کدهای شبیه به هم در یک زیر طبقه قرار گرفت. به همین ترتیب تا انتها که طبقات نهایی آشکار شدند و داده‌های بعدی، اطلاعات جدیدی را ارایه ندادند.

در این پژوهش افراد جهت شرکت یا عدم شرکت در پژوهش آزاد بودند و از آنها جهت شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه شفاهی گرفته شد و نتایج به گونه ای ارایه شده است که هویت هر مصاحبه شونده مشخص نباشد و از مسئولین بیمارستان‌ها جهت انجام مصاحبه کسب اجازه شد.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک دانشجویان شرکت کننده در مطالعه

دانشجویان	جنسیت		میانگین سن	وضعیت تأهل		میانگین مدت زمان مصاحبه
	زن	مرد		متاهل	مجرد	
کارورز	۶	۳	۲۷/۵ سال	۳	۶	۳۵ دقیقه
دستیار	۳	۴	۳۵ سال	۴	۳	۴۰ دقیقه

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۶ دانشجوی رشته پزشکی حضور داشتند که از این تعداد ۹ نفر کارورز (۵۶/۲ درصد) و ۷ نفر دستیار (۴۳/۸ درصد) بودند. میانگین سنی کارورزان و دستیاران به ترتیب ۲۷/۵ و ۳۵ سال بود. از نظر جنسیت ۹ نفر زن و ۷ نفر مرد بودند، میانگین مدت زمان مصاحبه برای کارورزان ۳۵ دقیقه و برای دستیاران ۴۰ دقیقه بود (جدول ۱). تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی ۲ طبقه اصلی (نقاط قوت و چالش‌های راند بالینی)، ۵ زیر طبقه و ۱۶ طبقه فرعی در خصوص دیدگاه دانشجویان در ارتباط با راندهای بالینی شد (جدول ۲).

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، طبقه اصلی نقاط قوت راند بالینی شامل سه زیر طبقه فرآیندهای آموزشی اثربخش، کاربرد روش‌های آموزش بالینی و آموزش مهارت‌های اصلی بود.

در خصوص زیر طبقه فرآیندهای آموزشی اثربخش، برنامه‌ریزی و تعیین نقش‌ها و وظایف بالینی، از مواردی بود که مشارکت کنندگان به آنها اشاره کردند. تعیین اهداف و انتظارات آموزشی به دانشجویان در ابتدای روتیشن‌های بالینی، مشخص کردن وظایف گروه‌های مختلف دانشجویان، مشخص کردن نقش‌های بالینی برای رزیدنت‌ها به منظور آموزش دانشجویان، مداخله دادن اینترن‌ها در درمان و تعیین نقش بالینی برای آنها از جمله مواردی بود که مشارکت کنندگان به آنها اشاره کردند. تعدادی از مشارکت کنندگان به ویژه اینترن‌ها گفتند: "مثلاً به

دفترچه راهنما به دانشجویها داده شه که بگن تو این بخش ما ازتون چی می‌خواهیم. چه کارایی باید انجام بدیم چه چیزایی باید بلد باشیم". اینترن دیگری گفت: "باید دقیقاً مشخص بشه از اینترن چی می‌خوان، از رزیدنت چی می‌خوان. شرح وظایف باید مشخص باشه". نظر یکی دیگر از اینترن‌ها این گونه بود: "پیشنهادم اینه که واسه رزیدنت‌ها آموزش به اینترن اجباری باشه و نمرشون دست رزیدنت باشه. نه که اگه دوست داشت آموزش بده". تعدادی از رزیدنت‌ها بر این عقیده بودند که: "رزیدنت‌ها رو یکم دخیل کنن در پروسه درمان". در زمینه تعیین محتوای آموزشی راند دو پیشنهاد مطرح شد. تعیین موضوعات آموزشی قبل از برگزاری راند و انتخاب موضوعات آموزشی عملی و لازم در راندها. در مورد پیشنهاد اول یکی از اینترن‌ها گفت: "یه چیزی که روی خود من خیلی تأثیر می‌ذاره اینه که از قبل برنامه مشخص باشه. در مطالعه حاضر در تعدادی از بخش‌ها برنامه داریم. مثلاً می‌دونیم که امروز راجع به چی صحبت کنیم. من شب قبل مریضمو آماده می‌کنم و بعد در موردش مطالعه می‌کنم و با کلی اطلاعات می‌تونم پیام و فقط استادم به من یه دید بالینی بده. یعنی چیزی که تو کتابم شب خوندم میتونم فردا پیام و ببینم تو بالین چجوریه". رزیدنتی در ارتباط با دومین پیشنهاد گفت: "مواردی که در دوره استاجری یا اینترنی نیاز نیست موکول شه به دوره رزیدنتی و زمان هدر نره و راند طولانی نشه". اینترنی گفت: "در مورد تک تک

تشخیص افتراقی هامون بشینیم بحث کنیم. مثلاً ده تا تشخیص افتراقیه، در مورد سه تاش که مهم‌تره بحث کنیم و بقیه رو موکول کنیم به یه زمان دیگه". ارایه آموزش ساختارمند به دانشجویان در رابطه با موضوعات آموزشی، پیشنهاد دیگری بود که یکی از اینترن‌ها در این باره گفت: "یکی از مریضا خیلی خوب تو ذهن من مونده دلیلشم این بود که ما کاملاً این مریض رو قدم به قدم بررسی کردیم". پیشنهاد دیگر این بود که: "مثلاً بگن اینجا بخش قلبه مریض یا با درد قفسه سینه میاد یا با تنگی نفس یا آریتمی. بعد یکی یکی بگن چکار باید کرد. اولین کار چیه؟ چه شرح حالی باید گرفت. اینقدر حس خوبی بود که بلد بودیم چکار کنیم". در رابطه با انعطاف‌پذیر بودن آموزش‌های بالینی اکثریت مشارکت کنندگان بر این باور بودند که راندهای بالینی به آنها یاد می‌دهند که چگونه در شرایط متغیر عمل کنند و به سرعت به چالش‌ها پاسخ دهند، که این مهارت‌ها در زندگی حرفه‌ای آنها بسیار ارزشمند است. یکی از رزیدنت‌ها در این باره گفت: "انعطاف‌پذیری در آموزش‌های بالینی به ما این امکان را می‌دهد که با توجه به نیازهای خاص بیماران و شرایط محیطی، بهترین تصمیمات را اتخاذ کنیم". اینترنی در این خصوص مطرح کرد که "توانایی ما در سازگاری با تغییرات ناگهانی در راندهای بالینی، نه تنها به ما کمک می‌کند تا به بهترین نحو به بیماران خدمت کنیم، بلکه ما را به پزشکی کارآمد و آماده برای هر شرایطی تبدیل

می‌کند". در خصوص ارایه آموزش‌های متناسب با رده‌های مختلف فراگیران، مشارکت کنندگان بر این باور بودند که آموزش متناسب با رده‌های دانشجویان این امکان را فراهم می‌کند که درک عمیق‌تری از مفاهیم پزشکی به دست آید و مهارت‌های بالینی به طور مؤثرتری توسعه یابد. یکی از اینترن‌ها گفت: "وقتی استاد بالینی در مورد موضوعات تخصصی با رزیدنت‌ها صحبت می‌کنه، اصلاً متوجه نمیشم. شاید بهتر باشه فرآیند آموزش به اینترن‌ها و رزیدنت‌ها متفاوت باشه". رزیدنتی در این خصوص گفت: "با توجه به این که اینترن‌ها و رزیدنت‌ها در مراحل مختلفی از آموزش خودشون هستن، آموزش متناسب با رده‌ها می‌تونه به افزایش اعتماد به نفس و توانمندی‌های بالینی کمک کنه".

یکی دیگر از زیر طبقات اصلی، استفاده از روش‌های آموزشی در راندهای بالینی بود. روش‌های آموزش بالینی به عنوان یکی از مؤثرترین شیوه‌های یادگیری در پزشکی شناخته می‌شود. این روش‌ها به دانشجویان این امکان را می‌دهند تا مهارت‌های بالینی را به صورت نظاممند فراگیرند. یکی از رزیدنت‌ها در این خصوص بیان کرد: "روش‌های آموزشی با فراهم کردن فرصتی برای تعامل مستقیم با بیماران، به دانشجویان کمک می‌کنند تا دانش نظری خود را به عمل درآورند و درک عمیق‌تری از بیماری‌ها و درمان‌ها پیدا کنند". یکی از اینترن‌ها در این خصوص گفت: "استفاده از روش‌های آموزش بالینی در راندهای بالینی به اینترن‌ها این امکان را می‌دهد که

دانش نظری خود را به عمل درآوردند و با چالش‌های واقعی بیماران روبرو شوند."

آخرین زیرطبقه از نقاط قوت راندهای بالینی آموزش مهارت‌های اصلی به دانشجویان بود. در این زمینه به آموزش مهارت‌های شرح حال گیری، مهارت‌های عملی و مهارت استدلال بالینی اشاره شد. منظور مشارکت‌کنندگان از مهارت‌های عملی، مهارت‌هایی چون معاینات بالینی و مدیریت بیمار در درمانگاه بود. تعدادی از اینترن‌ها گفتند: "اصل راند اینه که معاینه روی مریض بهمون یاد بدن. سونوگرافی و عکسش رو بالای سر مریض ببینیم". همچنین گفتند: "وقتی وارد هر بخش می‌شیم معاینات ویژه هر بخش رو بهمون یاد بدن". اینترن دیگری گفت: "اصل راند اینه که بهمون بگن بر اساس هر مریض چه معایناتی باید اضافه یا کم بشه. استاد جلوی ما معاینه انجام بده و از تک تک ما بخواد انجام بدیم". یکی از رزیدنت‌ها این‌گونه اظهار نظر کرد: "حتی نیازه یه فرد سالم رو معاینه کنی بعد بیمار رو تا بفهمی چه تفاوت‌هایی دارن. باید اول اصول رو از یه استاد خوب یاد بگیری و همون لحظه تمرینش کنی و بعد روی بقیه مریضا تکرار شه تا یاد بگیری". در ارتباط با مهارت استدلال بالینی یکی از اینترن‌ها این‌گونه اظهار نظر کرد: "اگه استدلال بالینی رو یاد بگیریم می‌فهمیم جایگاه معاینه کجاست، جایگاه شرح حال کجاست، چطور باید انجامشون داد. پیشنهادم اینه که حتی فیلم‌ها، انیمیشن‌ها و بازی‌هایی در قالب

تجربه و استدلال بالینی طراحی شه". در ارتباط با مهارت شرح حال نویسی یکی از اینترن‌ها گفت: "استاد باید اشکالات شرح حال رو بگه. مثلاً بگه اینو نپرسیدی یا اینو نباید می‌پرسیدی. یا وقتی مریض میگه سردلم درد می‌کنه بپرس منظورش دقیقاً کجاست. به کجا تیر می‌کشه با چه علایمی همراهه. همچنین به آموزش نحوه نوشتن شرح حال‌های اختصاصی بر اساس بخش و بیماری اشاره شه".

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، طبقه اصلی چالش‌های راند بالینی شامل دو زیر طبقه چالش‌های مرتبط با اساتید و چالش‌های مرتبط با دانشجویان بود.

در خصوص زیر طبقه چالش‌های مرتبط با اساتید، مشارکت‌کنندگان به مشکلاتی همچون مسئولیت‌های متعدد اساتید بالینی، عدم توجه به حیطه عاطفی در یادگیری و فقدان الگوی حرفه‌ای اشاره کردند. یکی از مهم‌ترین چالش‌هایی که می‌تواند منجر به کاهش کیفیت آموزش در راندها شود، مسئولیت‌های چند گانه‌ای است که اساتید بر عهده دارند. اساتید بالینی نه تنها مسئول آموزش استاجرها، اینترن‌ها و رزیدنت‌ها هستند، بلکه باید به طور هم‌زمان به مسئولیت‌های اجرایی، پژوهشی و درمانی نیز توجه کنند. یکی از رزیدنت‌ها بیان کرد: "در صورتی که اساتید بالینی هم‌زمان مسئولیت‌های آموزشی، اجرایی و پژوهشی داشته باشند، نمی‌توانند به خوبی به اینترن‌ها و رزیدنت‌ها کمک کنند تا در

محیطی پویا و چالش برانگیز رشد کنند". یکی از اینترن‌ها گفت: "گاهی راندهای ما با تأخیر شروع میشه چون استاد بالینی هنوز راند درمانی به اتمام نرسونده و ما باید منتظر باشیم تا استاد سر راند ما حاضر بشه". یکی دیگر از اینترن‌ها معتقد بود که: "منشأ اصلی، بار زیاد کاری استاده. بعضای بخشا یک سری کارای جانبی درآمدزا دارن. مثلاً بخش گوارش که آندوسکوپی و کولونوسکوپی داره. یا توی بخش قلب آنژیو درآمدزاست و بخش ریه هم برونکوسکوپی. توی این بخش‌ها پزشک درآمد بیشتری رو به آموزش دانشجو ترجیح میده". یکی دیگر از چالش، عدم توجه به حوزه عاطفی یادگیری بود. یکی از رزیدنت‌ها بیان کرد که: "ما هرگز به دانشجویان یاد نمی‌دهیم که در مقابل نگرانی‌های بیماران چه کاری را انجام دهند. پزشک شدن یعنی مسئول بودن در قبال بیماران. در کنار دانش پزشکی که لازمه طبابت می‌باشید، حرفه ای‌گری و متعهد بودن است". در ارتباط با چالش فقدان الگوی حرفه‌ای، برخورد نامناسب برخی اساتید با دانشجو و بیمار مدنظر مشارکت‌کنندگان بود. نظر یکی از اینترن‌ها در این باره این‌گونه بود: "در کنار این که بعضی اساتید از لحاظ علمی بسیار باسواد و زبان زد هستن؛ اما از لحاظ اخلاقی صفر، وقتی وارد مطب می‌شی سلام می‌کنی حالا یا جواب میدن یا نه، اما حتی سرشونم بالا نمی‌گیرن به مریض نگاه کن".

در خصوص چالش‌های مرتبط با دانشجویان، زیر طبقات استرس/افسردگی، خستگی و عدم وجود انگیزه در دانشجویان مطرح گردید. مشارکت‌کنندگان اظهار کردند که عوامل روحی و روانی مرتبط با دانشجویان که مانع از آموزش اثربخش می‌شود، در واقع به ماهیت شغل و رشته پزشکی برمی‌گردد. یکی از رزیدنت‌ها در این باره گفت: "موهای من طی یک سال سفید شدن. نه که ناراحت باشم، شغلیه که انتخاب کردم". دیگری گفت: "واقعاً میزان افسردگی تو دانشجویهای پزشکی خیلی زیاده، من خودم دارم می‌بینم بچه‌ها داروی آرام بخش مصرف می‌کنن. یعنی با سن ۲۳ یا ۲۴ چرا؟ استرس دارن. استرس از افتادن، نارضایتی اتند، آینده شغلی". در خصوص خستگی، اکثریت مشارکت‌کنندگان به خصوص رزیدنت‌ها موافق بودند که آنها در بخش حجم‌کار زیادی دارند، بنابراین آموزش هدفمند و برنامه‌ریزی شده‌ای برای دانشجویان ارشد نیز در نظر گرفته نمی‌شود. مشارکت‌کنندگان فقدان انگیزه را جزء چالش‌های آموزشی مرتبط با دانشجویان می‌دانستند. تعدادی از اینترن‌ها بیان داشتند: "گاهی اوقات اینترن‌ها خودشون دل به کار نمی‌دن، می‌خوان سرسری به شرح حال بگیرن و برن. میرن سراغ گروه قبلی میگن فلان مریض توی بخش در زمان کشیک شما بوده، شرح حالشو بده فردا سر راند برای استادم بخونم".

جدول ۲: طبقات، زیرطبقات و طبقات فرعی حاصل از مصاحبه ها با دانشجویان پزشکی

طبقه اصلی	زیرطبقه	طبقه فرعی
۱- نقاط قوت راندهای بالینی	۱-۱- فرآیندهای آموزشی اثربخش	برنامه ریزی و تعیین نقش ها و وظایف بالینی
		تعیین محتوای آموزشی راند
		ارائه آموزش ساختارمند به دانشجویان
		انعطاف پذیر بودن آموزش های بالینی
۲- چالش های راندهای بالینی	۱-۲- کاربرد روش های آموزش بالینی	ارائه آموزش های متناسب با رده دانشجویان
		بازنگری در روش های آموزش بالینی
		کاربرد روش های مناسب آموزش در تدریس
		آموزش مهارت شرح حال گیری
۲-۱- چالش های مرتبط با اساتید	۱-۳- آموزش مهارت های اصلی	آموزش مهارت های عملی
		آموزش مهارت استدلال بالینی
		مسئولیت های چند گانه اساتید
		عدم توجه به حیطه عاطفی در یادگیری
۲-۲- چالش های مرتبط با دانشجویان	۲-۱- فقدان الگوی حرفه ای	فقدان الگوی حرفه ای
		استرس/افسردگی دانشجویان
		خستگی دانشجویان
		عدم وجود انگیزه

بحث

در خصوص وضعیت راند بالینی در دانشگاه علوم

پزشکی یاسوج بود.

تجزیه و تحلیل داده ها منجر به شناسایی ۲

طبقه اصلی نقاط قوت و چالش های راند بالینی و ۵

زیر طبقه در ارتباط با فرآیندهای آموزشی، کاربرد

روش های آموزش بالینی، آموزش مهارت های اصلی

و چالش های مرتبط با اساتید و دانشجویان و ۱۶ طبقه

فرعی شد.

سیستم آموزش بالینی باید وظایف و

مسئولیت های مرتبط با تمامی افراد درگیر در فرآیند

آموزش را در اختیار همه افراد قرار دهد. عواملی از

قبیل عدم وجود شرح وظایف آموزشی برای مدرسين

آموزش بالینی به عنوان یکی از ارکان اساسی

برنامه درسی دانشجویان پزشکی، نقش کلیدی در

توسعه مهارت های عملی، تفکر انتقادی و دانش بالینی

ایفا می کند، زیرا این آموزش ها مستقیماً با مراقبت از

بیماران و حفظ جان انسان ها مرتبط هستند (۱۳). با این

حال، چالش هایی مانند شلوغی راندهای بالینی، عدم

شفافیت در وظایف آموزشی و کمبود توجه به

جنبه های عاطفی و انگیزشی دانشجویان، می تواند

کیفیت یادگیری را کاهش دهد و منجر به ضعف در

مهارت های تشخیصی و درمانی شود. بنابراین هدف

از انجام این پژوهش تعیین دیدگاه دانشجویان پزشکی

و دانشجویان (۱۴)، شفاف نبودن وظایف پرسنل در قبال دانشجویان (۱۵) و عدم بیان شرح وظایف دانشجویان در شروع دوره آموزشی (۱۶) از جمله این موارد هستند. به علاوه باید برنامه ریزی و سازمان دهی مناسبی برای آموزش بالینی با در نظر گرفتن مکان، زمان، گروه های هدف، ساختار آموزش و مدت زمان آموزش داشت. آماده سازی دانشجویان می تواند با برگزاری یک نشست کاری و بیان الزامات، تعیین نقش های بالینی برای هر فرد، بیان انتظارات و اهداف آموزشی باشد. از موارد قابل تأمل دیگر که کیفیت یادگیری دانشجویان را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد، محتوی آموزشی راندها است. در صورتی که محتوی راندهای آموزشی از کیفیت لازم برخوردار نباشد، به گونه ای که به مواردی از قبیل مباحث اجتماعی مرتبط با بیمار در راندها، تفکر نقادانه، فیزیوپاتولوژی، تشخیص های افتراقی، شاخص های تشخیص، شاخص های پیشگیری و درمان و پیگیری کمتر توجه شود (۱۷)، این موارد منجر به کاهش تأثیر آموزشی راند بالینی بر میزان موفقیت دانشجویان در آزمون بالینی ساختار یافته عینی و مهارت بالینی دانشجویان شده است (۱۸).

به علاوه اساتید بالینی باید در هنگام اجرای راند بالینی طبق یک روال کاری مشخص به ارایه آموزش به دانشجویان بپردازند. این برنامه مشخص می تواند با معرفی کیس بالینی به دانشجویان از طرف استاد و یا ارایه شرح حال بیمار به وسیله یکی از دانشجویان آغاز شود. در ادامه بهتر است که استاد

بالینی به بیان توضیحات تکمیلی در رابطه با شرح حال ارایه شده از طرف دانشجو بپردازد و نکات کلیدی و مهم را مجدد بازگو کند و بازخورد لازم متناسب در قالب بیان جنبه های مثبت و منفی را نیز ارایه نماید. متناسب با کیس های درمانی، معاینات فیزیکی لازم به وسیله استاد برای دانشجویان نمایش داده شود و فرصت تکرار و تمرین به دانشجویان داده شود و در صورت لزوم بازخورد متناسب به دانشجویان ارایه گردد. این موارد باید در محیطی سرشار از احترام و ارتباط مناسب ما بین اساتید، دانشجویان و بیماران، شکل گرفته و به مرحله اجرا درآیند (۲۰ و ۱۹). یکی از مشکلات اصلی و مهم راندهای بالینی در ایران شلوغی راندها به علت حضور تعداد زیادی از دانشجویان در بخش ها و یا راندهای بالینی در هنگام آموزش است (۲۱ و ۱۰). این عامل منجر به ایجاد محیطی شلوغ و پر سر و صدا می شود که نتیجه آن بی نظمی و ناهماهنگی در آموزش دانشجویان است و مانع از اثربخش بودن آموزش در راندهای بالینی می شود. بسیاری از مطالعات کاهش تعداد دانشجویان در آموزش بر بالین بیمار را پیشنهاد داده اند (۲۳ و ۲۲). در پژوهش های خارج از کشور نیز به مواردی از قبیل راندهای شلوغ (۲۴)، تعداد زیاد دانشجویان بر بالین بیمار (۲۵) و حضور دانشجویان با سطوح مختلف در راندها (۲۶) اشاره شده است.

نامناسب بودن روش های آموزش بالینی (۲۷)، عدم توجه به کار تیمی و بحث گروهی و فعال نبودن دانشجویان در راندهای بالینی (۹) و استفاده از

ویزیت بیماران داده شود تا به عنوان یک پزشک مؤثر و قابل نگرش و مهارت‌های آنان تکامل پیدا کند (۳۳).

ذکر این نکته حایز اهمیت است که مسئولیت‌های چندگانه اساتید از قبیل مسئولیت‌های اجرایی آن‌ها در تناقض با مسئولیت‌های آموزشی آن‌ها نباشد. در این صورت باید از مسئولیت‌ها و حجم کاری آن‌ها کاسته شود تا بیشتر به آموزش بالینی دانشجویان بپردازند (۳۵ و ۳۴). وظایف و مسئولیت‌های متعدد و حجم کار زیاد اساتید بالینی جدای از امر آموزش، منجر به خستگی مفرط و فرسودگی شغلی شده (۳۶) و در کاهش کیفیت امر آموزش، نقش تأثیرگذاری دارد. اکثر پژوهش‌هایی که در زمینه آموزش بالینی منتشر شده‌اند، حجم بالای وظایف اعضای هیأت علمی بالینی و عدم تربیت برای نقش معلمی را از مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر آموزش بالینی ذکر نموده‌اند که با تحقیق فعلی هماهنگی دارد (۳۷). در تحقیقات مشابهی به مسئولیت‌های بالینی و پژوهشی اعضای هیأت علمی که آموزش بالینی دانشجویان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد نیز اشاره شده است (۲۶).

در سال‌های اخیر، توجه به حیطه عاطفی در آموزش پزشکی به عنوان یک عامل کلیدی در توسعه مهارت‌های بالینی و ارتباطی دانشجویان پزشکی مورد تأکید قرار گرفته است. با این حال، هنوز هم در بسیاری از برنامه‌های آموزشی، این حیطه به اندازه کافی مورد توجه قرار نمی‌گیرد. عدم توجه به جنبه‌های عاطفی می‌تواند منجر به کاهش کیفیت

روش‌های سنتی تدریس (۲۸) مواردی هستند که باید در یک برنامه‌ریزی صحیح آموزشی دیده شده و گنجانده شوند. بدین منظور توصیه می‌شود که روش‌های آموزشی جدید و مبتنی بر دانشجو محوری به وسیله کارشناسان آموزش پزشکی به طور مستمر مورد ارزیابی و تجزیه و تحلیل قرار گیرد و مؤثرترین آن‌ها در ابعاد مختلف شناسایی و از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی ضمن خدمت به اساتید آموزش داده شوند. بررسی‌های مختلفی به بهبود روش‌های آموزش بالینی از طریق بازنگری در روش‌های فعلی (۷) و استفاده از روش‌های آموزشی مناسب و به روز و مبتنی بر کارگروهی (۲۹) اشاره کرده‌اند که همسو با نتایج تحقیق حاضر می‌باشد.

در صورت نامطلوب بودن وضعیت آموزش مهارت‌های بالینی و پایین بودن میزان یادگیری دانشجویان از آموزش‌های بالینی آرایه شده، نتیجه آن ضعف مهارت‌های لازم برای معاینه (۳۰)، درمان (۳۱) و مدیریت بیماران (۳۲) است. با توجه به این که آموزش بالینی مهم‌ترین فرصت‌های لازم برای یادگیری علم پزشکی را در بالین بیمار برای دانشجویان فراهم می‌کند؛ باید فرصت‌های آموزشی از قبیل ویزیت و درمان بیماران به طور مستقل، اتخاذ تصمیم‌گیری‌های بالینی در فرآیند درمان و فرصت مناسب برای کاربرد دانش و مهارت‌ها در مراقبت از بیمار به میزان کافی در دوره بالینی برای دانشجویان فراهم گردد. به عقیده ویزمن دانشجویان پزشکی نیاز دارند که به آن‌ها اجازه مشاهده و مشارکت در مشاوره‌های بالینی و

آموزش و همچنین تأثیر منفی بر روابط پزشک-بیمار و سلامت روان دانشجویان گردد. تحقیقات نشان می‌دهد که آموزش پزشکی به طور سنتی بر جنبه‌های علمی و فنی تمرکز کرده و حیطه عاطفی را نادیده می‌گیرد. این موضوع می‌تواند به عدم توانایی دانشجویان در مدیریت استرس، ارتباط مؤثر با بیماران و همکاران، و در نهایت کاهش کیفیت مراقبت از بیماران منجر شود. شواهد علمی نشان می‌دهد که که عدم توجه به حیطه عاطفی در آموزش می‌تواند به ایجاد رفتارهای غیرحرفه‌ای و کاهش همدلی در دانشجویان منجر شود (۳۸ و ۳۹).

پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که اساتید دارای دانش کافی و مهارت لازم می‌توانند به عنوان الگوی حرفه‌ای مناسب به خصوص در آموزش بالینی نقش مهمی در رشد حرفه‌ای و ایجاد آمادگی در دانشجویان جهت پذیرش نقش‌های آتی داشته باشند (۴۰ و ۴۱). یافته‌های علمی نشان می‌دهد که عوامل متعددی در ارتقای کیفیت آموزش عالی و بهبود فرآیند آن دخیل می‌باشند. الگوهای حرفه‌ای مثبت یکی از مهم‌ترین فاکتورهای تعیین‌کننده در دستیابی به اهداف آموزشی و یادگیری بهتر دانشجویان به شمار می‌روند (۴۲ و ۴۳). در هنگام آموزش اساتید باید به نقش حرفه‌ای خودشان در قالب یک الگوی حرفه‌ای برای دانشجویان آگاه باشند، چرا که دانشجویان رفتارهای آن‌ها را رصد می‌کنند و آن‌ها را به عنوان الگوی حرفه‌ای در کار و آینده خود انتخاب می‌کنند.

برای حل چالش‌های مرتبط با اساتید در آموزش بالینی، می‌توان مسئولیت‌های اجرایی را کاهش داده و به دیگر اعضای تیم واگذار کرد تا اساتید زمان بیشتری برای آموزش داشته باشند. همچنین، برگزاری دوره‌های آموزشی برای تقویت مهارت‌های عاطفی و ارتباطی اساتید، به آن‌ها کمک می‌کند تا این جنبه‌ها را در آموزش خود گنجانده و به دانشجویان منتقل کنند. ایجاد محیط‌های حمایتی و طراحی برنامه‌هایی برای مشاوره به دانشجویان نیز می‌تواند به بهبود روابط آن‌ها با بیماران کمک کند. علاوه بر این، برگزاری کارگاه‌ها برای آموزش اساتید به عنوان الگوهای حرفه‌ای و تشویق آن‌ها به رفتارهای مثبت، می‌تواند تأثیر مثبتی بر دانشجویان داشته باشد و کیفیت آموزش بالینی را ارتقا دهد.

محیط آموزش بالینی محیطی مملو از استرس و نگرانی برای دانشجویان پزشکی است. این محیط که ماهیتی غیر قابل پیش‌بینی دارد، آموزش بر بالین بیمار را برای دانشجویان سخت می‌کند. شرایط فیزیکی و روانی محیط آموزش بالینی باید به نحوی باشد که زمینه مناسبی برای تفکر و عمل دانشجویان فراهم آورد. داشتن استرس برای روبه‌رو شدن با بیمار به تنهایی و ترس از کار کردن در محیط واقعی (۴۴) شرایط پرتنش را در محیط‌های آموزش بالینی ایجاد می‌کند. در پژوهش‌های خارج از کشور به مواردی از قبیل ترس و نگرانی دانشجویان از مواجهه با بیمار (۴۵) و ترس از حضور در بخش‌های

انگیزه دانشجویان هم در امر یادگیری و هم در بالین بیمار را گاهی اوقات می‌توان با تشویق ایشان به کار گروهی پوشش داد (۵۲). این امر منجر به ایجاد حس مهم بودن و دیده شدن به عنوان عضوی از تیم درمانی شده و انگیزه و پویایی دانشجویان را تقویت می‌کند (۴۴). در بررسی‌های خارج از کشور پژوهش‌های متعددی به فقدان انگیزه یادگیری در دانشجویان اشاره کرده‌اند (۲۵) که با نتایج بررسی‌های ما هم‌خوانی دارد. در مجموع با توجه به این که یکی از عوامل مهم در آموزش داشتن اشتیاق و علاقه جهت یادگیری می‌باشد توجه به این موضوع باید از جمله اولویت‌های برنامه‌ریزی مراکز آموزش پزشکی باشد. محیط آموزش بالینی برای دانشجویان پزشکی مملو از استرس و نگرانی است که ناشی از ماهیت غیرقابل پیش‌بینی و فشارهای روانی آن است. برای کاهش این استرس، لازم است فضاهای آموزشی آرامش‌بخش طراحی شوند و کارگاه‌های مدیریت استرس برگزار گردد. همچنین، تقسیم وظایف و برنامه‌ریزی دقیق می‌تواند به کاهش بار کاری و جلوگیری از سندرم فرسودگی شغلی کمک کند. به منظور کاهش نگرانی‌های دانشجویان درباره آینده شغلی، برگزاری جلسات آگاهی‌بخشی و مشاوره شغلی ضروری است. در نهایت، برای افزایش انگیزه یادگیری، تشویق به کار گروهی و ایجاد رقابت‌های سالم می‌تواند به تقویت حس مشارکت و اشتیاق به یادگیری کمک کند.

بیمارستانی بدون حضور اساتید (۴۶) اشاره شده است که همراستا و همسو با نتایج به دست آمده می‌باشد. دانشجویان رشته پزشکی مخصوصاً دستیاران با سندرم فرسودگی شغلی به علت بارکاری زیاد و مسئولیت‌های محوله مواجه هستند. در مطالعات مختلف به وظایف چندگانه دانشجویان اشاره شده است (۳۵ و ۴۷). سندرم فرسودگی شغلی خطرناک‌ترین عامل تهدید کننده سلامت شغلی و احساس عدم موفقیت شخصی می‌باشد (۴۸)، بنابراین لازم است با برنامه‌ریزی‌های درست و تقسیم وظایف و مسئولیت‌های حرفه‌ای مقداری از بار کاری و وظایف دانشجویان ارشد را کاهش داد. محیط آموزشی و رضایت شغلی از جمله موارد مهم به شمار می‌روند (۴۹).

یافته‌ها همچنین نشان داد که آینده شغلی دانشجویان در حرفه پزشکی همراه با ابهام و نگرانی‌هایی از سوی دانشجویان است به گونه‌ای که دید آن‌ها نسبت به آینده شغلی خود گرایش منفی دارد (۵۰). در مطالعه‌ای عدم علاقه به حرفه پزشکی از طرف ۳۰ درصد از دانشجویان مطرح شد (۵۱) که همراستا با نتایج ما است. به نظر می‌رسد که با آگاه ساختن دانشجویان از جنبه‌های انسانی حرفه پزشکی و بیان فرصت‌های شغلی موجود و آرایه مشاوره بتوان مقداری از نگرانی‌ها آن‌ها را کاهش داد و دید مثبتی را در آن‌ها القاء نمود.

نتایج همچنین نشان داد که دانشجویان از انگیزه کافی برای آموزش برخوردار نیستند. فقدان

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، بررسی دیدگاه دانشجویان یک دانشگاه خاص در خصوص وضعیت راندهای بالینی می‌باشد. این محدودیت می‌تواند به عدم تعمیم‌پذیری نتایج منجر شود، زیرا ممکن است نظرات و تجربیات دانشجویان سایر دانشگاه‌ها یا رشته‌های پزشکی متفاوت باشد. لذا توصیه می‌شود پژوهش‌های مشابهی در سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در این خصوص انجام شود تا تصویری جامع‌تر از وضعیت راندهای بالینی در سطح ملی به دست آید. به علاوه، با توجه به پیچیدگی‌های آموزش بالینی، انتظار می‌رود که طبقات اصلی و فرعی بیشتری در خصوص سایر جنبه‌های راندهای بالینی با انجام مصاحبه با سایر ذینفعان کلیدی در فرآیند آموزش بالینی استخراج شود. به عنوان مثال، بررسی نظرات اساتید، پزشکان مقیم و پرستاران می‌تواند به درک بهتری از چالش‌ها و فرصت‌های موجود در راندهای بالینی کمک کند. پیشنهاد می‌شود که فرآیندهای آموزشی اثربخش از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای اساتید و توسعه محتوای آموزشی متناسب با نیازهای دانشجویان تقویت شود. همچنین، استفاده از شبیه‌سازی‌های بالینی و روش‌های یادگیری مبتنی بر مشکل می‌تواند تجربه یادگیری را غنی‌تر کند. به منظور آموزش مهارت‌های اصلی، برگزاری دوره‌های تخصصی و ارزیابی مستمر پیشرفت دانشجویان ضروری است. بهبود تعاملات بین اساتید و دانشجویان از طریق فراهم کردن فرصت‌های

بازخورد و برگزاری جلسات مشاوره نیز می‌تواند به حل چالش‌های موجود کمک کند. در نهایت، شناسایی موانع یادگیری و تشکیل گروه‌های حمایتی برای دانشجویان می‌تواند به افزایش انگیزه و رضایت آن‌ها از فرآیند آموزشی منجر شود.

نتیجه‌گیری

آموزش بالینی یک جزء حیاتی از آموزش پزشکی است که مهارت‌های اساسی برای آینده حرفه‌ای را به دانشجویان منتقل می‌کند. این مطالعه نقاط قوت و چالش‌های راندهای بالینی در دانشگاه علوم پزشکی یاسوج را مورد بررسی قرار داده و توجه به فرایندهای آموزشی، روش‌های آموزشی و آموزش مهارت‌های اساسی را به وضوح نشان می‌دهد. پرداختن به مسائلی مانند شفافیت وظایف، کیفیت محتوای آموزشی، آموزش ساختارمند و آموزش متناسب با رده‌های دانشجویان در راندها می‌تواند تجربه یادگیری را بهبود بخشد. همچنین، ایجاد یک محیط حمایتی و تمرکز بر جنبه‌های عاطفی آموزش برای توسعه حرفه‌ای و همدلی در دانشجویان ضروری است. توجه به چالش‌های دانشجویان و اساتید پزشکی در نهایت به بهبود مراقبت از بیماران و پیامدهای مثبت دانشجویان منجر خواهد شد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این پژوهش از کلیه دانشجویانی که در جمع‌آوری داده‌های این مطالعه نقش داشتند و

همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در خصوص این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

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

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.YUMS.REC.1399.054 می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله در تمامی مراحل همکاری و مشارک داشته‌اند.

REFERENCES

1. Salajegheh M, Bahmanbijari B, Shokouhi M, Safipour Afshar A, Beigzadeh A. Educational environment assessment at outpatient clinics in teaching hospitals of kerman university of medical sciences, iran, from resident's perspective based on the ACLEEM questionnaire. *Strides Dev Med Educ* 2015; 12(Suppl): 119-130.
2. Esmaeili M, Haghdoost AA, Beigzadeh A, Bahmanbijari B, Bazrafshan A. Personal and scientific characteristics of positive and negative role models among medical educators from the viewpoint of dentistry and pharmacy students in Kerman university of medical sciences Iran. *Strides Dev Med Educ* 2013; 10(3): 298-311.
3. Beigzadeh A, Yamani N, Sharifpoor E, Bahaadinbeigy K, Adibi P. Teaching and learning in clinical rounds: a qualitative meta-analysis. *J Emerg Pract Trauma* 2021; 7(1): 46-55.
4. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach* 2007; 29(1): 2-19.
5. Yamani N, Delzendeh M, Adibi P, Beigzadeh A. An educational model to teach at the bedside: a qualitative exploratory descriptive study. *Res Dev Med Educ* 2023; 12(1): 25.
6. Crumlish CM, Yialamas MA, McMahon GT. Quantification of bedside teaching by an academic hospitalist group. *J Hosp Med* 2009; 4: 304-7.
7. Yamani N, Bahmanbijari B, Adibi P, Delzendeh M, Beigzadeh A. Assessing the efficacy of clinical rounds for medical learners at different educational levels using clinical training models: a quasi-experimental study. *J Isfahan Med Sch* 2025; 43(806): 167-77.
8. Beigzadeh AM, Bahaadinbeigy K, Adibi P, Yamani N. Identifying the challenges to good clinical rounds: A focus-group study of medical teachers. *J Adv Med Educ Prof* 2019; 7(2): 62-73.
9. Beigzadeh A, Yamani N, Bahaadinbeigy K, Adibi P. Challenges and problems of clinical medical education in Iran: a systematic review of the literature. *Strides Dev Med Educ* 2020; 16(1): 1-5.
10. Beigzadeh A, Yamani N, Bahaadinbeigy K, Adibi P. Challenges and strategies of clinical rounds from the perspective of medical students: a qualitative research. *J Educ Health Promot* 2021; 10(1): 1-8.
11. Lincoln YS. Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qual Inq* 1995; 1(3): 275-89.
12. 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.
13. Heydari S, Beigzadeh A. Medical students' perspectives of reflection for their professional development. *BMC Med Educ* 2024; 24(1): 1399.
14. Shams B, Jamshidian S, Changiz T. Educational challenges in ambulatory pediatrics teaching programs based on the experiences of Interns and attends: a qualitative study. *Strides Dev Med Educ* 2011; 7(2): 81-91.
15. Anbari Z, Ramezani M. The obstacles of clinical education and strategies for the improvement of quality of education at Arak university of medical sciences in 2008. *J Arak Uni Med Sci* 2010; 13(2): 110-8.
16. Nasri K, Kahbazy M, Noroozy A, Nasri S. The medical education problems and possible solutions in staggers and intern's viewpoints of Arak university of medical sciences, 2006-07. *J Arak Uni Med Sci* 2010; 12(4): 111-21.
17. Rohani M, Baradaran HR, Sanago A, Sarani A, Yazdani S, Alizadeh HR. Attitude of trainee, interns, residents and attends of health centers of Iran University of Medical Sciences toward "Grand Rounds program. *Razi J Med Sci* 2016; 23(147): 115-24.
18. Fani Pakdel A, Anvari K, Rostami S. Evaluating perspectives of clinical assistants of mashhad University of Medical Sciences toward educational grand round program. *Horiz Med Educ Dev* 2011; 4(4): 83-6.
19. Beigzadeh A, Adibi P, Bahaadinbeigy K, Yamani N. Strategies for teaching in clinical rounds: A systematic review of the literature. *J Res Med Sci* 2019; 24(1): 33.
20. Beigzadeh A, Yamani N, Adibi P, Bahaadinbeigy K. Strategies for clinical medical education in iran: a systematic review. *Strides Dev Med Educ* 2020; 17(1): 1-9.
21. Esteghamati A, Baradaran H, Monajemi A, Khankeh HR, Geranmayeh M. Core components of clinical education: a qualitative study with attending physicians and their residents. *J Adv Med Educ Prof* 2016; 4(2): 64-71.
22. Arabshahi KS, Haghani F, Bigdeli S, Omid A, Adibi P. Challenges of the ward round teaching based on the experiences of medical clinical teachers. *J Res Med Sci* 2015; 20: 273-80.

23. Adibi P, Alizadeh R. 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. *Iran J Med Educ* 2007; 7(1): 15-22.
24. Force J, Thomas I, Buckley F. Reviving post-take surgical ward round teaching. *Clin Teach* 2014; 11(2): 109-15.
25. Ali Khan I. Bedside teaching-making it an effective instructional tool. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2014; 26(3): 286-9.
26. Holla R, Shrishra M, Unnikrishnan B, Sharma N, Janani S, Thapar R, et al. Facilitators and barriers for bedside teaching in the teaching hospitals of coastal south India. *Asian J Pharm Clin Res* 2015; 8(2): 271-3.
27. Mosalanejad L, Hojjat M, Badeyepeyma Z. A comprehensive evaluation of the quality and barriers of bedside teaching from professors. *Point of View Int J Nurs Educ* 2013; 5(2): 233-38.
28. Siabani S, Moradi MR, Siabani H, Rezaei M, Siabani S, Amolaei K, Ebrahim Karimi E. Students' view points on the educational problems in medical school of Kermanshah University of Medical Sciences (2007). *J Kermansha Univ Med Sci* 2009; 13(2): 162-71.
29. Beigzadeh A, Haghani F. Active learning methods: a way of tackling large classroom setting. *Strides Dev Med Educ* 2016; 13(1): 107-13.
30. Rezaee R, Ebrahimi S. Clinical learning environment at shiraz medical school. *Acta Medica Iranica* 2013; 51(1): 62.
31. Salari A, Moaddab F, Rouhi Balasi L, Dadgaran I, Nourisaeed A, Pourali H, et al. Medical interns' satisfaction of clinical education's quality in rasht hospitals. *Educ Res Med Sci* 2016; 5(2): 97-102.
32. Ghaffarifar S, Ghojzadeh M, Alizadeh M, Ghaffari MR, Sadeghi-Ghyassi F. An academic medical center: a customized strategy to overcome the shortcomings of interns' ambulatory education. *Shiraz E Med J* 2012; 13(3): 113-21.
33. Wiseman C. Is patient satisfaction affected by a student? *Clin Teach J* 2014; 11: 62-3.
34. Shehab A. Clinical teachers' opinions about bedside-based clinical teaching. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2013; 13(1): 121-6.
35. Williams K, Ramani S, Fraser B, Orlander J. Improving bedside teaching: findings from a focus group study of learners. *Acad Med* 2008; 83(3): 257-64.
36. Azemian A, Motamed N, Yousefi Mohamad R. Barriers and facilitating factors in learning of effective clinical teaching in Bushehr University of medical sciences: clinical students' point of view. *Educ Dev Jundishapur* 2015; 6(1): 8-17.
37. Hoffman KG, Donaldson JF. Contextual tensions of the clinical environment and their influence on teaching and learning. *Med Educ* 2004; 38(4): 448-54.
38. Delzende M, Nazarieh M, Beigzadeh A. Empathy as an essential component in the practice of medicine. *J Emerg Med Trauma Acute Care* 2023; 2023(4): 28.
39. Sadat Hoseini AS, Beigzadeh A, Delzende M. Application of jean watson's theory in nursing practice: a quasi-experimental study. *J Kerman Univ Med Sci* 2025; 32: 1-12.
40. Leila V, Shokoohi M, Beigzadeh A. Characteristics of a capable university teacher; the viewpoints of faculty members of health services management department in Iranian medical universities. *Iran J Med Educ* 2014; 14(2): 90-100.
41. Beigzadeh A, Shokoohi M, Vali L. Characteristics of a capable university lecturer from the viewpoints of health services management students in Iranian Medical Universities. *Strides Dev Med Educ* 2014; 11(3): 330-341.
42. Bijari BB, Zare M, Haghdooost AA, Bazrafshan A, Beigzadeh A, Esmaili M. Factors associated with students' perceptions of role modelling. *Int J Med Educ* 2016; 7: 333.
43. Bahmanbijari B, Beigzadeh A, Etminan A, Najarkolai AR, Khodaei M, Askari SM. The perspective of medical students regarding the roles and characteristics of a clinical role model. *Electron Physician* 2017; 9(4): 4124.
44. Karimi Monaghi H, Derakhshan A, Khajedalouei M, Dashti Rahmat abadi M, Binaghi T. Lived Clinical Learning Experiences of Medical Students: A Qualitative Approach. *Iranian J Med Educ* 2012; 11(6): 635-647.
45. Castiglioni A, Shewchuk RM, Willett LL, Heudebert GR, Centor RM. A pilot study using nominal group technique to assess residents' perceptions of successful attending rounds. *J Gen Intern Med* 2008; 23(7): 1060-5.
46. Jones P, Rai BP. The status of bedside teaching in the United Kingdom: the student perspective. *Adv Med Educ Pract* 2015; 6: 421-9.

47. Celenza A, Rogers IR. Qualitative evaluation of a formal bedside clinical teaching program in an emergency department. *Emerg Med J* 2006; 23(10): 769-73.
48. Khazaei T, Khazaei T, Sharifzade G. Professional burnout & predisposing factor. *J Birjand Univ Med Sci* 2006; 13(1): 56-62.
49. Rezaei H, Bahmanbijari B, Beigzadeh A, Askari SM, Khadir E. Job satisfaction and organizational commitment of nurses in teaching hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences. *Iranian J Med Educ* 2017; 17: 245-50.
50. Ahmady S, Hosseini MA, Homam SM, Farajpour A, Ghitaghi M, Hosseini-Abardeh M. Challenges of medical education at Islamic Azad University, Iran, from faculty perspectives: a qualitative content analysis. *Strides Dev Med Educ* 2016; 13(2): 114-32.
51. Yaghoobi T, Saleme F. Assessment of clinical education problem and improving strategies from the viewpoint of medical student at Mazandaran medical university 2003-4. 7th ed. Tabriz: National Congress of Medical Education; 2005; 15.
52. Zahedi M, Amirmaleki Tabrizi H. Medical education effectiveness from the viewpoints of medical students of Tehran University of Medical Sciences. *Iranian J Med Educ* 2008; 7(2): 289-98.

The Perspective of Medical Students on Clinical Rounds: A Qualitative Study

Rezaei H¹, Rahbar A², Sabz GH³, Beigzadeh A^{4*}

¹Cellular and Molecular Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ²Student Research Committee, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ³Department of Otolaryngology, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ⁴Center for Medical Education Studies and Development, Sirjan School of Medical Sciences, Sirjan, Iran

Received Date: 05 July 2025 Accepted Date: 30 Sep 2025

Abstract

Background & aim: Education in medical sciences is a combination of knowledge and art that requires practice in realistic environments. Learning in the clinical environment is recognized as an essential component of the educational program of medical students. Therefore, the purpose of the present study was to investigate the views of medical students regarding the status of clinical rounds at Yasuj University of Medical Sciences.

Methods: The present qualitative study, based on conventional content analysis, was conducted among medical students (9 interns and 7 residents) at Yasuj University of Medical Sciences in 2023. Participants were selected through purposive sampling based on inclusion and exclusion criteria. Data were collected using semi-structured individual interviews. The analysis was performed following the framework of Graneheim and Lundman. The credibility and trustworthiness of the data were ensured using Guba and Lincoln's criteria. Data analysis was conducted using MAXQDA 10 software.

Results: Two main categories including strengths of clinical rounds and challenges of clinical rounds and five subcategories namely effective educational processes, the use of clinical teaching methods, training of essential skills, challenges related to the faculty members and students were identified.

Conclusion: The results indicated two key areas in clinical rounds. On one hand, strengths include effective teaching methods and essential skills that enhance the quality of clinical education. On the other hand, challenges arise from issues related to faculty and student interactions. Addressing these aspects could lead to improvements in the clinical education experience and the enhancement of clinical skills.

Keywords: Clinical rounds, Clinical education, Medical students, Qualitative research

***Corresponding author: Beigzadeh A**, Center for Medical Education Studies and Development, Sirjan School of Medical Sciences, Sirjan, Iran
Email: beigzadeh.amin@gmail.com

Please cite this article as follows: Rezaei H, Rahbar A, Sabz GH, Beigzadeh A. The Perspective of Medical Students on Clinical Rounds: A Qualitative Study. Armaghane-danesh 2025; 30(4): 520-539.
The scientific research journal Armaghan Danesh, affiliated with Yasuj University of Medical Sciences, is an open-access publication. All articles published in this journal