Evaluation of morning reports situation in the educational hospitals of Lorestan University of Medical Sciences

K. Ghanadi* Kh. Anbari**

*Associate Professor ,Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, khorramabad, Iran
**Assistant Professor, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, khorramabad, Iran

ABSTRACT:
Background: Morning report is an important and influential method in clinical training of medical field.
Objective: The purpose of this study was to evaluate the morning reports in. University hospitals of khorramabad.
Methods: In this study, 83 sessions of morning reports were evaluated. Informations were collected by objective morning report check list. It was designed using reliable sources of clinical training and contained questions about the structure, educational content, patient presentation method, physical environment conditions and how ethical considerations during the morning report meetings. ANOVA and Chi-square were used to data analysis.
Findings: The mean duration of morning reports was 49/8 ±16/7 minutes. The number of patients presented in the majority of sessions (60.2 percent), was 2 patients .in the majority of meetings (38/6 percent), three faculties were present. Average length of time a patient presention was 22/7 ± 11/6 minute. The main core of Discussion in 20/3 percent of sessions was stepwise approach to the patient and in the 19/5% was discussion about how to treat patients. In most sessions (69/9 percent), interns were introduced the patients.
Conclusion: Develop a standard and appropriate educational objectives model for morning reports, in educational programs of clinical sections seem necessary.
Key words: Morning report, Khorramabad, Educational hospitals

Corresponding Author: Khatere Anbari, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
Tel: +98-6616200133
Email: anbari.kh@lums.ac.ir
Received: 18 March 2014
Accepted: 17 Jun 2015

بررسی وضعیت برگزاری گزارش صبحگاهی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان در نیمه دوم سال ۱۳۹۱

کوروش قنادی* خاطره عنبری**

*دانشیار گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
** استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
تاریخ دریافت: ۹۲/۱۲/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۲۷
آدرس نویسنده‌ی مسئول: خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، تلفن: ۰۶۶۱۶۲۰۰۱۳۳
Email: anbari.kh@lums.ac.ir

چکیده:

زمینه: گزارش صبحگاهی از روش‌های مهم و تأثیرگذار در آموزش بالینی رشته پزشکی محسوب می‌شود.

هدف: هدف مطالعه حاضر ارزیابی نحوه‌ی برگزاری گزارش صبحگاهی در بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم آباد بوده است.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی ۸۳ جلسه گزارش صبحگاهی مورد بررسی قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات چک لیست ارزیابی گزارش صبحگاهی بود که با استفاده از منابع معتبر آموزش بالینی طراحی گردیده و حاوی سؤالاتی در خصوص ساختار، محتوای آموزشی، نحوه‌ی معرفی بیماران، شرایط محیط فیزیکی برگزاری جلسات و نحوه‌ی رعایت ملاحظات اخلاقی در حین برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی بود. از روش‌های آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون کای اسکوئر جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین طول مدت برگزاری گزارش صبحگاهی ۱۶/۷±۴۹/۸ دقیقه بود. تعداد بیماران معرفی شده در هرجلسه در اکثریت جلسات (۶۰/۲ درصد), ۲ بیمار بود. در اکثریت موارد (۳۸/۶ درصد) ۳ استاد در جلسه گزارش صبحگاهی حضور داشتند. در ۲۷/۷ درصد از کل جلسات, اساتید سایر رشته‌ها از جمله رشته‌های پاتولوژی، رادیولوژی، پزشکی قانونی و ... حضور داشتند. میانگین مدت زمان معرفی یک بیمار ۱۱/۶±۲۲/۷ دقیقه بود. محور بحث در ۲۰/۳ درصد جلسات گزارش صبحگاهی رویکرد گام به گام به بیمار و در ۱۹/۵ درصد جلسات بحث در مورد نحوه‌ی درمان بیماران بود. معرفی بیمار در اکثریت موارد (۶۹/۹ درصد) بر عهده‌ی کارورز بود.

نتیجه‌گیری: تدوین الگوهای استاندارد و متناسب با اهداف آموزشی برای جلسات گزارش صبحگاهی، در برنامه آموزشی بخش‌های بالینی ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: گزارش صبحگاهی، خرم آباد، بیمارستان‌های آموزشی

شیوه‌ی استناد به مقاله:

Ghanadi K, Anbari KH. Evaluation of morning reports situation in the educational hospitals of Lorestan University of Medical Sciences. The Journal of Medical Education and Development, 2015; 7(1): 64-72

مقدمه:

یکی از موثرترین شیوه‌های آموزش بالینی در دوره‌ی آموزشی پزشکی عمومی و تخصصی برنامه‌ی آموزشی گزارش صبحگاهی می‌باشد. این فرایند آموزشی در واقع یک نوع کنفرانس مبتنی بر بیمار است که در آن دستیاران، اساتید و سایر فراگیران پزشکی جهت ارائه‌ی بحث در مورد بیماران و موارد بالینی گرد هم می‌آیند[۱]. برای داشتن یک گزارش صبحگاهی موفق نیاز به برنامه‌ریزی و سازمان-دهی از جهات مختلف در قبل، حین و بعد از برگزاری گزارش صبحگاهی می‌باشد. در اغلب دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، برگزاری منظم گزارش صبحگاهی جزء لاینفک آموزش دوره‌ی بالینی محسوب می‌شود و هدف اصلی آن آموزش فراگیران در مورد جنبه‌های مختلف بیماری و به عبارت دیگر آموزش بیمارگرا می‌باشد.

هم‌چنین گزارش صبحگاهی موجب تقویت مهارت معرفی بیمار، ارتقاء مهارت تصمیم‌گیری و یادگیری خودجوش در فراگیر می‌شود[۱]. گزارش صبحگاهی به عنوان یکی از ارکان اصلی آموزش بالینی دارای شاخص‌ها و استانداردهایی است که اگر در حد مطلوب رعایت شود منجر به ارتقاء سطح مهارت‌های حرفه‌ای دانش‌آموختگان می‌شود[۲]. در اکثر مطالعات نحوه‌ی برگزاری گزارش صبحگاهی به صورت سنتی و با روش بیمارمحور مورد ارزیابی قرار گرفته[۴-۳] در حالی‌که در سایر مطالعات روش انتخاب مورد و میزان تأثیر آن بر ارتقاء دانش و سطح توانمندی‌های حرفه‌ای فراگیران مورد بحث واقع شده است[۵]. هرچند در مورد نحوه‌ی اجرای گزارش صبحگاهی هیچ الگوی قطعی و صد درصد سودمند که بتوان آن را بدون تفکر و تأمل اقتباس نموده و برای تمامی شرایط و مقاطع و رشته‌ها در کشور به کار برد، وجود ندارد[۲-۱]. ولی می‌توان با توجه به نیازهای فراگیران و اهداف آموزشی هر یک از بخش‌های بالینی نسبت به ارائه‌ی مؤثرتر و هدایت بهتر جلسات و ترغیب مشارکت فعال شرکت‌کنندگان مبادرت ورزید. بنابراین بررسی وضعیت موجود هر برنامه آموزشی و رفع نقاط ضعف آن از مهم‌ترین وظایف متولیان آموزش پزشکی هر دانشگاه می‌باشد[۶]. لذا با توجه به مطالب ذکر شده، این مطالعه با هدف بررسی وضعیت برگزاری گزارش صبحگاهی در بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم آباد در نیمه دوم سال ۱۳۹۱ شمسی انجام شده است.

روش‌ها:

در این مطالعه‌ی مقطعی که در فاصله‌ی زمانی آبان ماه تا دی ماه ۱۳۹۱ شمسی انجام شد، از چک لیست عینی ارزیابی گزارش صبحگاهی، که با استفاده از منابع معتبر آموزش بالینی تهیه شده بود استفاده شد. جهت سنجش اعتبار پرسش‌نامه از نظرات دو کارشناس آموزش پزشکی و دو متخصص بالینی استفاده شد. در این چک لیست وضعیت برگزاری گزارش‌صبحگاهی در ۵ حیطه‌ی ساختار جلسات، محتوای آموزشی جلسات، نحوه‌ی معرفی بیماران، شرایط محیط فیزیکی برگزاری جلسات و نحوه‌ی رعایت ملاحظات اخلاقی در حین برگزاری جلسات بررسی شد. جهت تکمیل این چک لیست و به منظور پیشگیری از سوگرایی ناشی از حضور مستمر خود محقق در جلسات گزارش صبحگاهی که ممکن بود منجر به تغییر عملکرد برخی اساتید و دانشجویان شود، از میان کارورزان پزشکی حاضر در هر یک از بخش‌های داخلی، جراحی، کودکان و زنان یک نفر انتخاب شد و برای آن‌ها یک کلاس آموزشی دو ساعته در مورد اهداف پژوهش و چگونگی تکمیل چک لیست از طریق مشاهده مستقیم جلسات گزارش صبحگاهی، برگزار گردید. از سوی دیگر جهت بالاتر رفتن اعتبار ارزیابی جلسات، خود محقق به صورت تصادفی در طی یک ماه در دو جلسه گزارش صبحگاهی هر بیمارستان حضور یافته و با مشاهده‌ی مستقیم، به تکمیل چک لیست اقدام نمود. مشاهده‌گران آموزش دیده به مدت دو ماه بر اساس چک لیست ارائه شده‌ی گزارش صبحگاهی بخش‌ها را ارزیابی نموده و نتایج را در چک لیست مربوط به آن روز ثبت نمودند. این افراد از ابتدا تا انتهای جلسه در گزارش صبحگاهی حضور داشتند. روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری و ارزیابی ۸۳ جلسه گزارش صبحگاهی در مقطع زمانی ذکر شده، بود. از روش‌های آمار آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون مجذور کای جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد.

یافته‌ها:

در این مطالعه در مجموع ۸۳ جلسه گزارش صبحگاهی در ۴ بیمارستان آموزشی مورد ارزیابی قرار گرفت. از کل جلسات بررسی شده ۲۱ جلسه (۲۵/۳ درصد) مربوط به گروه جراحی، ۲۵ جلسه (۳۰/۱ درصد) گروه داخلی، ۱۹ جلسه (۲۲/۹ درصد) گروه اطفال و ۱۸ جلسه (۲۱/۷ درصد)

مربوط به گروه زنان بود. میانگین طول مدت برگزاری گزارش صبحگاهی ۱۶/۷±۴۹/۸ دقیقه بود طولانی‌ترین جلسه ۹۰ دقیقه و کوتاه‌ترین جلسه ۱۵ دقیقه بود. میانگین تعداد جلسات برگزار شده در طول هفته ۰/۶۹±۴/۶ جلسه بود. تعداد بیماران معرفی شده در هر جلسه گزارش صبحگاهی در ۶۰/۲ درصد موارد، ۲ بیمار بود بیشترین تعداد بیمار معرفی شده در طی یک جلسه ۵ بیمار و کم‌ترین آن ۱ بیمار بود. تعداد اساتید حاضر در جلسات گزارش صبحگاهی در اکثریت موارد (۳۸/۶ درصد) ۳ استاد بود. بیشترین تعداد اساتید حاضر در جلسات ۶ استاد و کم-ترین آن ۱ استاد بود. تنها در ۲ جلسه (۲/۴ درصد) از کل جلسات گزارشات صبحگاهی، خود بیمار در جلسه حضور داشت. در ۲۳ جلسه (۲۷/۷ درصد) از کل جلسات، اساتید سایر رشته‌ها از جمله رشته‌های پاتولوژی، رادیولوژی، پزشکی قانونی و... حضور داشتند. در ۱۹ جلسه (۲۲/۹ درصد) از کل جلسات، پزشک آنکال شب قبل حضور داشت. هم‌چنین تنها در ۴۸/۲ درصد کل جلسات اسامی تمام بیماران مراجعه کننده در روز قبل، روی تخته نوشته شده بود و در ۳۱/۳ درصد کل جلسات اسامی بیماران فوت شده مربوط به روز قبل، جهت معرفی به استادان نوشته شده بود. در ۹۷/۶ درصد جلسات، حضور و غیاب دانشجویان به صورت منظم انجام شده بود در ۷۸ درصد جلسات گزارش صبحگاهی اساتید بر اساس برنامه‌ی تنظیم شده از سوی آموزش بیمارستان، در جلسات گزارش صبحگاهی حضور منظم داشتند. در ۵۵ جلسه (۶۶/۳ درصد) نحوه‌ی استقرار استاد، پشت به شرکت‌کنندگان و در ۳۳/۷ درصد موارد رو در روی مخاطب (سایر فراگیران به جز فرد ارائه دهنده) بود. گرداننده‌ی جلسات و هدایت کننده‌ی بحث در ۳۸/۶ درصد موارد، استاد فوق تخصص و در ۶۱/۴ درصد جلسات استاد متخصص بود. هم‌چنین میانگین مدت زمان معرفی یک بیمار ۱۱/۶±۲۲/۷ دقیقه بود. کم‌ترین زمان اختصاص داده شده برای معرفی یک بیمار ۵ دقیقه و بیشترین آن ۷۰ دقیقه بود. محور بحث در ۲۱/۷ درصد جلسات گزارش صبحگاهی رویکرد گام به گام به بیمار و در ۲۰/۵ درصد جلسات بحث در مورد نحوه‌ی درمان بیماران بود. توزیع فراوانی محورهای اصلی بحث در جلسات گزارش صبحگاهی به تفضیل در جدول شماره ۱ آورده شده است. هم‌چنین بیشترین بیماران بحث شده در جلسات گزارش صبحگاهی (۵۰ درصد) بیمارانی بودند که مبتلا به بیماری‌های شایع بودند. در جدول شماره ۲ توزیع فراوانی نوع بیماران بحث شده به تفضیل آورده شده است. معرفی بیمار در ۱۰/۸ درصد جلسات به عهده‌ی کارآموز، در ۶۹/۹ درصد جلسات بر عهده‌ی کارورز، در ۸/۴ درصد کل جلسات بر عهده‌ی کارآموز و کارورز و در ۱۰/۹ درصد جلسات بر عهده‌ی رزیدنت و کارورز بود. از نظر نوع شرح حال ارائه شده توسط فرد ارائه دهنده، در ۴۳/۴ درصد کل جلسات، شرح حال با ذکر جزئیات و تفضیلی بوده و در ۵۶/۶ درصد ارائه‌ی شرح حال به صورت خلاصه و کوتاه بود. اصلاح شرح حال توسط اساتید در ۶۶/۳ درصد کل جلسات گزارش صبحگاهی بررسی شده، انجام شد. شرح حال ارائه شده بیمار در ۳۰/۱ جلسات به صورت گام به گام و در ۶۹/۹ درصد به صورت یک‌جا ارائه شد. هم‌چنین در ۶۰/۹ درصد کل جلسات، ارائه‌ی شرح حال همراه با ذکر تشخیص‌های افتراقی برای بیمار معرفی شده بود. تنها در ۵۹ درصد کل جلسات گزارش صبحگاهی، جمع‌بندی بیماران معرفی شده توسط اساتید در انتهای بحث انجام شد. از نظر وضعیت فضای فیزیکی، در ۹۶/۳ درصد جلسات وضعیت نور محل برگزاری و در ۱۰۰ درصد جلسات وضعیت تهویه هوا در حد مطلوب بود. تنها در ۳ جلسه (۳/۶ درصد) از کل جلسات، وضعیت محیط از نظر سر و صدای اطراف نامطلوب بود در۹۴/۶ درصد جلسات، رعایت احترام به فرد ارائه کننده از سوی اساتید شده بود در ۹۶/۴ درصد جلسات اساتید رعایت احترام متقابل به یکدیگر را نموده بودند هم‌چنین احترام به سایر شرکت-کنندگان در جلسه گزارش صبحگاهی از سوی اساتید در ۹۷/۶ کل جلسات رعایت شده بود. بیشترین حضور آنکال

شب قبل در جلسات گزارش صبحگاهی در بخش داخلی (۲۸ درصد) دیده شد. اما این تفاوت به تفکیک نوع بخش‌ها به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. تفاوت در نوع شرح حال ارائه شده به تفکیک نوع بخش به لحاظ آماری معنی‌دار بود اکثریت شرح حال‌ها ۷۸/۹ درصد و ۷۲ درصد به ترتیب در بخش اطفال و داخلی به صورت تفضیلی و با ذکر جزیئات بود در حالی‌که در بخش جراحی و زنان به ترتیب ۷۶/۲ درصد و ۸۳/۳ درصد شرح حال‌ها به صورت خلاصه ارائه شده بود (P< ۰/۰۰۰۱). هم‌چنین بیشترین مدت زمان معرفی یک بیمار مربوط به بخش اطفال و کم‌ترین آن مربوط به بخش زنان بود (P <۰/۰۰۰۱). از سوی دیگر بیشترین میانگین مدت هر جلسه (۶۶/۱ دقیقه) مربوط به گزارش صبحگاهی بخش داخلی و کم‌ترین آن (۲۶/۱ دقیقه) مربوط به بخش زنان بود و این اختلاف بر اساس آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه به لحاظ آماری معنی‌دار بود. بیشترین تعداد بیماران معرفی شده در هر جلسه گزارش صبحگاهی مربوط به بخش داخلی با میانگین ۲/۹ بیمار و کم‌ترین آن مربوط به بخش اطفال با ۱/۲ بیمار بود (P < ۰/۰۰۰۱). هم‌چنین بیشترین اساتید شرکت‌کننده در جلسات گزارش صبحگاهی، مربوط به بخش داخلی با میانگین ۴/۱ و کم‌ترین مربوط به بخش کودکان با میانگین ۱/۳ بود (P <۰/۰۰۰۱). بر اساس نتایج جدول شماره ۵، محوریت اصلی بحث‌های گزارش صبحگاهی در بخش جراحی، بحث در مورد رویکرد گام به گام به بیماری (۱۹/۱ درصد) و تشخیص‌های افتراقی بیماری (۱۹/۶ درصد) بود. در بخش داخلی محوریت بحث در اکثریت جلسات رویکرد گام به گام به بیمار (۴۰ درصد) و انجام اقدامات درمانی برای بیمار (۲۸ درصد) بود. در جلسات گزارش صبحگاهی گروه اطفال محور بحث در ۲۱ درصد جلسات بحث در مورد اقدامات درمانی که لازم است برای بیمار انجام شود و ۲۱ درصد بحث در مورد تشخیص-های افتراقی بیمار معرفی شده بود و در بخش زنان محور اصلی بحث در ۲۷/۸ درصد از کل جلسات به بحث در مورد درمان بیماران اختصاص داشت. بر اساس آزمون کای اسکوئر تفاوت در توزیع فراوانی محور اصلی بحث در جلسات گزارش صبحگاهی به تفکیک نوع بخش به لحاظ آماری معنی‌دار بود (P <۰/۰۰۰۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی محورهای اصلی بحث در جلسات گزارش صبحگاهی در بیمارستان‌های آموزشی

محوریت بحث	فراوانی مطلق (تعداد)	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی تجمعی (درصد)
پاتوفیزیولوژی بیماری	۱۰	(۱۲)	(۱۲)
رویکرد گام به گام به بیمار	۱۸	(۲۱/۷)	(۳۳/۷)
بررسی‌های تشخیصی	۸	(۹/۶)	(۴۳/۳)
آزمایشات و تفسیر آن‌ها	۷	(۸/۴)	(۵۱/۷)
پزشکی مبتنی بر شواهد	۳	(۳/۶)	(۵۵/۳)
درمان و اقدامات درمانی	۱۷	(۲۰/۵)	(۷۵/۸)
اندیکاسیون‌های بستری	۴	(۴/۸)	(۸۰/۶)
اپیدمیولوژی بیماری	۰	۰	(۸۰/۶)
نحوه پایش و پیگیری بیمار	۶	(۷/۳)	(۸۹/۹)
تشخیص‌های افتراقی بیماری	۸	(۹/۶)	(۹۷/۵)
بحث‌های متفرقه	۲	(۲/۴)	(۱۰۰)
کل	۸۳	(۱۰۰)	

جدول ۲. توزیع فراوانی نوع بیماران بحث شده در جلسات گزارش صبحگاهی

نوع بیماران	فراوانی مطلق (تعداد)	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی تجمعی (درصد)
بیماران مشکل و عارضه دار	۲۰	(۲۷/۸)	(۲۷/۸)
کل بیماران روز قبل	۲	(۲/۸)	(۳۰/۶)
بیماران مبتلا به بیماری‌های شایع	۳۶	(۵۰)	(۸۰/۶)
بیمارانی که ابهام تشخیصی داشتند.	۶	(۸/۳)	(۸۸/۹)
بیماران غیرعادی و نادر	۵	(۶/۹)	(۹۵/۸)
بیمارانی که رخداد حاد بالینی محسوب می‌شدند.	۳	(۴/۲)	(۱۰۰)
بیماران با گرافی یا پاراکلینیک جالب	۰	(۰)	(۱۰۰)

جدول۳. توزیع فراوانی تعداد بیماران معرفی شده و تعداد اساتید حاضر در کل جلسات گزارش صبحگاهی

تعداد بیماران معرفی شده	تعداد (درصد)	اساتید حاضر در جلسات	تعداد (درصد)
۱ بیمار	۷ (۸/۴ درصد)	۱ استاد	۱۵ (۱۸/۱ درصد)
۲ بیمار	۵۰ (۶۰/۲ درصد)	۲ استاد	۱۰ (۱۲ درصد)
۳ بیمار	۱۷ (۲۰/۵ درصد)	۳ استاد	۳۲ (۳۸/۶ درصد)
		۴ استاد	۱۵ (۱۸/۱ درصد)
۴ بیمار	۶ (۷/۲ درصد)	۵ استاد	۹ (۱۰/۸ درصد)
۵ بیمار	۳ (۳/۶ درصد)	۶ استاد	۲ (۲/۴ درصد)

جدول٤. میانگین و انحراف معیار مدت زمان معرفی بیمار، مدت زمان کل جلسه، به تفکیک نوع بخش

بخش	مدت زمان معرفی بیمار میانگین± انحراف معیار	سطح معنی‌داری	مدت زمان کل جلسه میانگین± انحراف معیار	سطح معنی‌داری
داخلی	۲۹/۳±۵/۹	<۰/۰۰۰۱	۶۶/۱±۷/۵	<۰/۰۰۰۱
جراحی	۲۰/۳±۵/۸		۵۴±۱۰/۱	
زنان	۱۰/۸±۶/۹		۲۶/۱±۷/۶	
اطفال	۳۴/۲±۶/۷		۴۳/۱±۸/۹	

جدول۵. توزیع فراوانی محوریت بحث در جلسات گزارش صبحگاهی به تفکیک نوع بخش

محور بحث / بخش	جراحی	داخلی	اطفال	زنان
پاتوفیزیولوژی تعداد (درصد)	۳ (۹/۶)	۲ (۸)	۳ (۱۵/۸)	۳ (۱۶/۷)
رویکرد گام به گام تعداد (درصد)	۴ (۱۹/۱)	۱۰ (۴۰)	۳ (۱۵/۸)	۱(۵/۵)
بررسی‌های تشخیصی تعداد (درصد)	۳ (۱۴/۳)	۰ (۰)	۲ (۱۰/۵)	۳ (۱۶/۷)
آزمایشات و تفسیر آن‌ها تعداد (درصد)	۱ (۴/۷)	۲ (۸)	۱ (۵/۳)	۳ (۱۶/۷)
پزشکی مبتنی بر شواهد	۱ (۴/۷)	۱ (۴)	۱ (۵/۳)	۰ (۰)
اقدامات درمانی تعداد (درصد)	۱ (۴/۷)	۷ (۲۸)	۴ (۲۱)	۵ (۲۷/۸)
اندیکاسیون بستری تعداد (درصد)	۳ (۱۴/۳)	۰ (۰)	۱ (۵/۳)	۰ (۰)
نحوه‌ی پیگیری تعداد (درصد)	۳ (۱۴/۳)	۱ (۴)	۰ (۰)	۲ (۱۱)
تشخیص افتراقی تعداد (درصد)	۲ (۱۹/۶)	۱ (۴)	۴ (۲۱)	۱ (۵/۵)
بحث متفرقه تعداد (درصد)	۱ (۴/۷)	۱ (۴)	۰ (۰)	۰ (۰)

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف اصلی مطالعه حاضر، بررسی ساختار، محتوا و نحوه‌ی ارائه‌ی گزارش صبحگاهی در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان بود تا بتوان فاصله‌ی بین شرایط فعلی با شرایط ایده‌آل را تا حد امکان کاهش داد. از نظر ساختار برگزاری در ۷۵ درصد موارد ساعت برگزاری گزارش صبحگاهی در مطالعه حاضر ۷:۳۰ دقیقه صبح بود در حالی‌که در اغلب مطالعات انجام شده در کشور ساعت شروع گزارش صبحگاهی در اکثر موارد ساعت ۸ صبح بوده است[۷-۸]، که به نظر می‌رسد میزان بهره‌مندی دانشجویان با توجه به پیشنهاداتی که در انتهای نظرسنجی داده بودند، در صورت شروع گزارش صبحگاهی در ساعت ۸ صبح، بیشتر باشد. بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر میانگین مدت زمان برگزاری جلسات تقریبا ۵۰ دقیقه بود که با نتایج سایر مطالعات هم‌خوانی دارد. در مطالعه‌ی رضوی و همکاران در تهران مدت زمان برگزاری جلسات در اکثر موارد حدود ۱ ساعت بوده است[۷]. در مطالعه‌ی ما نیز مدت برگزاری در بخش داخلی در اغلب موارد بیش از یک ساعت و در بخش زنان کمتر از ۳۰ دقیقه بود که به نظر می‌رسد مسئولین دانشکده باید از طریق کمیته‌های استانداردسازی برنامه‌های آموزشی، مدت زمان استاندارد برگزاری گزارش صبحگاهی را برای گروه‌ها تبیین نموده و آن‌ها را ملزم به رعایت مدت مطلوب که در اغلب موارد بین ۵۰-۶۰ دقیقه است، نمایند[۷،۹]. هم‌چنین تعداد جلسات گزارش صبحگاهی برگزارشده در طول هفته در مطالعه حاضر در اکثریت موارد ۵ جلسه در طول هفته بودکه این نتیجه با نتیجه‌ی مطالعه رضوی در تهران هم‌خوانی دارد[۷]. در مطالعه‌ی Brass، تعداد جلسات گزارش هفتگی ۳ بار در هفته بوده است[۹]. هر چند که به نظر می‌رسد با توجه به گستردگی مطالب و تنوع بیماران برگزاری ۵ جلسه در هفته مطلوب بوده و پاسخ‌گوی نیازهای آموزشی فراگیران می‌باشد و از سوی دیگر بیشتر بودن تعداد جلسات و تکرار مطالب موجب بالا رفتن بار آموزشی و ماندگاری بیشتر مطلب در ذهن دانشجو خواهد شد. میانگین تعداد بیماران معرفی شده در طی جلسات صبحگاهی در مطالعه ما در ۶۰ درصد موارد ۲ بیمار بود هرچند که در برخی از جلسات تا ۶ بیمار هم معرفی شده بود. در اکثر مطالعات انجام شده، حداکثر ۲-۳ بیمار در هر جلسه گزارش صبحگاهی معرفی شده بود[۱۰-۱۱]. در مطالعه‌ی رضوی در تهران نیز در اکثر جلسات در مورد ۳ بیمار بحث شده بود[۷]. هم‌چنین در مطالعه ما در اکثریت موارد حداقل ۳ استاد در جلسات گزارش صبحگاهی حضور داشتند. به نظر می‌رسد حضور تعداد بیشتری از اساتید باعث تعامل بیشتر و تبادل نظر سازنده در مورد جنبه‌های مختلف بیمار معرفی شده خواهد شد و با ایجاد زمینه جهت بحث‌های چالش برانگیز می‌تواند منجر به ترغیب فراگیران جهت مطالعه منابع بیشتر و جستجوی مطالبی که در مورد آن‌ها دیدگاه واحدی وجود ندارد بشود. هم‌چنین در ۲۷/۷ درصد جلسات گزارش صبحگاهی در مطالعه‌ی حاضر اساتید سایر رشته‌ها از جمله رشته‌های پاراکلینیک حضور داشتند حضور این اساتید موجب پربارتر شدن جلسات و پرداختن به جنبه‌های تشخیصی بیماری و آموزش نحوه‌ی تفسیر صحیح بررسی‌های تشخیصی بیماران می‌شود همان‌طور که خود اساتید گروه‌ها و اکثر دانشجویان از حضور اساتید رادیولوژیست و پاتولوژیست در جلسات گزارش صبحگاهی استقبال نمودند. در مطالعه‌ی حاضر تقریبا در نیمی از موارد اسامی تمامی بیماران بستری شده در روز قبل روی تخته نوشته شده بود. به نظر می‌رسد که عدم ثبت اسامی تمام بیماران روز قبل فرصت معرفی برخی از بیماران جالبی را که دارای نکات آموزشی فراوان هستند از فراگیران سلب می‌نماید، لذا اساتید باید با تغییر در فرایند برگزاری گزارش صبحگاهی و کاستن از استرس وارد شده به فرد ارائه دهنده سعی در تشویق فراگیران جهت ثبت نام تمامی بیماران نمایند. هم‌چنین در مطالعه‌ی حاضر تنها ۲ بیمار

در جلسات گزارش صبحگاهی به محل برگزاری جلسه آورده شده بودند که این تعداد با نتایج سایر مطالعات هم‌خوانی دارد[۷،۱۰،۱۱]. محل استقرار اکثریت اساتید در این مطالعه، در ردیف جلو و پشت به مخاطب بود که به نظر می‌رسد اگر آموزش به صورت چهره به چهره باشد تأثیر بیشتری بر مخاطب خواهد داشت. در ۶۱/۲ درصد موارد گرداننده‌ی بحث در مطالعه‌ی حاضر اساتید متخصص بودند که این یافته با نتایج اکثر مطالعات هم‌خوانی نداشت[۷،۱۰،۱۱]. در اکثر مطالعات انجام شده یک نفر از دستیاران به ویژه دستیار ارشد مسئول هدایت گزارش صبحگاهی بودند.که علت آن عدم حضور دستیار در این دانشگاه به جز در رشته داخلی می‌باشد، که در رشته داخلی هم به علت کم بودن تعداد دستیاران هدایت تمامی جلسات توسط آن‌ها عملا مقدور نمی‌باشد. رضوی در مطالعه خود پیشنهاد نموده بود که اگر مدیریت جلسه بر عهده‌ی یکی از اساتید باشد به دلیل ایجاد انگیزه‌ی بیشتر، میزان بهره‌مندی دانشجویان بالاتر می‌رود[۷]. از سوی دیگر هدایت جلسات توسط دستیار باعث افزایش اعتماد به نفس آن‌ها و آموزش بیشتر برای آن‌ها خواهد شد. در مطالعه حق‌دوست و همکاران در کرمان در اکثریت موارد اساتید گرداننده بحث بودند[۱۳]. انتخاب بیماران برای معرفی در اغلب جلسات مطالعه حاضر، از میان بیماری‌های شایع بود، در حالی‌که در مطالعه رضوی در تهران اغلب بیماران معرفی شده عارضه‌دار و مشکل‌دار بودند[۷]. در مطالعه‌ی Gross و همکاران، اغلب موارد معرفی شده، بیماران مبتلا به بیماری‌های شایع بودند[۱۱] و در مطالعه Ways در اکثریت جلسات بیماران عارضه‌دار معرفی شده بودند[۱۰]. اما به نظر می‌رسد برای آموزش بهتر فراگیران باید تعادل مناسبی برای معرفی انواع بیماران مختلف برقرار گردد، تا فراگیران هم رویکرد بالینی صحیح به بیماری‌های شایع را فراگیرند و هم نحوه‌ی برخورد با بیماری‌های عارضه‌دار و مشکل را بیاموزند. از نظر محوریت بحث در مطالعه حاضر، رویکرد گام به گام به بیمار و بعد از آن اقدامات درمانی مورد نیاز و انجام شده برای بیمار، محور اصلی بحث‌ها را در اکثریت جلسات گزارش صبحگاهی تشکیل می‌داد در مطالعه‌ی رضوی بیشترین موضوعاتی که روی آن‌ها تأکید می‌شد، اخذ شرح حال پزشکی، تشخیص و تشخیص‌های افتراقی و معاینه بیماران بود[۷]. در برخی مطالعات طبابت مبتنی بر شواهد محور بحث را تشکیل می‌داد[۱۲]. هرچند که ضروری است با مدیریت مناسب زمان در طی معرفی یک بیمار به کلیه‌ی جنبه‌های اصلی مراقبت از وی از جمله: مسایل اخلاقی، اقدامات پیشگیرانه، درمانی، توانبخشی و بررسی‌های پاراکلینیک پرداخته شود.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد که در جلسات گزارش صبحگاهی برای ارتقاء سطح بهره‌مندی فراگیران باید به تنوع محتوایی جلسات، حضور اعضای هیأت علمی آن رشته و متخصصین سایر رشته‌ها و مشارکت فعال تمامی فراگیران در مقاطع مختلف تحصیلی در جلسات توجه ویژه نمود. هم‌چنین بهتر است که جلسات گزارش صبحگاهی توسط افراد مجرب هدایت شده و در محتوای آموزشی این برنامه به تمامی ابعاد مراقبت از بیمار اعم از جنبه‌های بالینی و آزمایشگاهی و ابعاد اجتماعی، اخلاقی، تغذیه و توانبخشی بیماران توجه شود تا هدف اصلی که ایجاد تغییر در نگرش، تقویت تفکر انتقادی و پرورش خلاقیت فراگیران می‌باشد، محقق گردد.

لازم است که الگوهای استاندارد و متناسب با اهداف آموزشی بخش‌های بالینی برای جلسات گزارش صبحگاهی تدوین شود و پیشنهاد می‌شود در هر دانشکده یک کمیته استانداردسازی گزارش صبحگاهی و سایر فعالیت‌های آموزشی در حیطه علوم بالینی تشکیل گردد و این کمیته با مرور منابع معتبر علمی و تدوین راهکارهای متناسب با امکانات محلی، به استانداردسازی آموزش گزارش صبحگاهی بپردازند و تفاوت‌های دیده شده در

نحوه‌ی برگزاری جلسات در گروه‌های بالینی مختلف را به حداقل برسانند.

تشکر و قدردانی:

از همه کسانی که در اجرای این تحقیق کمک نموده‌اند سپاس‌گزاری می‌گردد.

منابع:

1. MaleKan Rad E, Einollahi B, Hosseini S.J & et al. Clinical Teaching and Assessment. First edition. Tehran: Tohfeh and Boshra; 2006. 12

2. Brass EP. Resident's morning report: An opportunity to reinforce principles of biomedical science in a clinical context. Biochem Mol Biol Educ, 2013, Sep-Oct; 41(5): 315-8

3. Huffman MD, Kaufman SR, Saint S. A new approach to resident morning report: introducing “VAVUM.” Intern Emerg Med, 2010; 5(1): 81–82

4. Sacher AG, Detsky AS. Taking the stress out of morning report: An analytic approach to the differential diagnosis. J Gen Intern Med, 2009; 24(6): 747–751

5. McNeill M, Ali SK, Banks DE & et al. Morning report: can an established medical education tradition be validated? J Grad Med Educ, 2013, Sep; 5(3): 374-84

6. James MT, Mintz MJ, McLaughlin K. Evaluation of a multifaceted "resident-as-teacher" educational intervention to improve morning report. BMC Med Educ, 2006; 26(6): 20-9

7. Seyed Mansour R, Soheyla Sh Gh, Soheyla D. Students’ benefit rate from morning report sessions and its related factors in Tehran University of medical sciences. Iranian Journal of Medical Education, 2011; 7(11): 798-805

8. Banks DE, Shi R, Timm DF & et al. Decreased hospital length of stay associated with presentation of cases at morning report with librarian support. J Med Libr Assoc, 2007; 95(4): 381-7

9. Rahnavardi M, Bikdeli B, Vahedi H, Alaei F, Pourmalek F, Amini A, et al. Morning report: a survey of Iranian senior faculty attitudes. Intern Emerg Med, 2008; 3(1): 17-24

10. Ways MK, Kroenke j, Umali-D. Morning report, a survey of resident attitudes. Arch Intern Med, 2005; 15513: 1433-7

11- Gross CP, Donnelly GB, Reisman AB & et al. Resident expectations of morning report: a multi-institutional study. Arch Intern Med, 2009; 159(16): 1910-4

12. Moharari R, Soleymani H, Nejati A & et al. Evaluation of morning report in an emergency medicine department. Emerg Med J, 2010; 27(1): 32-6

13. Haghdoust AA, Jalili Z, Asadi Karami E. Morning reports in training hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2006. Stride in Development of Medical Education, 2005-2006; 2(2): 88-94