

ساختار گزارش صبحگاهی در گروه‌های اصلی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بر اساس استانداردهای ملی موقعیت‌های آموزش بالینی

فیروزه مجیدی*، افسانه ملک پور، مجید شیرانی، معصومه معزی، نجمه مجیدی

چکیده

مقدمه: گزارش صبحگاهی، کنفرانس‌های مبتنی بر مورد را توصیف می‌کند که استادان، دستیاران و سایر دانشجویان پزشکی برای ارائه موارد بالینی پذیرفته شده در شب گذشته در آن شرکت می‌کنند. در این پژوهش با در نظر گرفتن استانداردهای ملی، نحوه برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی بیمارستان‌های آموزشی شهرکرد بررسی گردید.

روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-مقطعی، براساس استانداردهای ملی ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت و مرور مطالعات، چک‌لیست بررسی نحوه برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی طراحی گردید. مشاهده‌گر با حضور در ۲۲ جلسه گزارش صبحگاهی (به صورت سرشماری) چک‌لیست را تکمیل نمود و در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از شاخص‌های آماری توصیفی تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: در گزارش صبحگاهی‌های بررسی شده میانگین طول مدت جلسات $49/36 \pm 13/69$ دقیقه بود. در ۲۰ (۹۰/۹٪) گزارش صبحگاهی، اساتید گرداننده بحث بودند. در ۱۶ گزارش (۷۷/۳٪) شیوه ارائه مطالب پرسش و پاسخ بود و اساتید فقط سؤال می‌پرسیدند. در ۱۴ مورد (۶۳/۶٪) یک بیمار معرفی شد و در ۱۲ مورد (۵۴/۵٪) فرد معرفی‌کننده کارورز بود. بیش‌ترین بیمارانی که در جلسات گزارش صبحگاهی معرفی شدند بیماران پیچیده با فراوانی ۵۰٪ (۱۱ مورد) و بعد از آن بیماران شایع با فراوانی ۱۳/۶٪ (۳ مورد) بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد ساختار کلی جلسات گزارش صبحگاهی گروه‌های مورد بررسی قابل قبول است و گروه‌ها به برگزاری آن پای‌بندند اگرچه در برگزاری جلسات ایرادات و نقص‌هایی وجود دارد. بنابراین اطلاع از نقاط قوت و ضعف و ترغیب گروه‌ها باعث خواهد شد که شرایط جلسات ارتقا یابد و به آموزش بالینی مؤثر کمک نماید.

واژه‌های کلیدی: گزارش صبحگاهی، استاندارد گزارش صبحگاهی، آموزش بالینی، دانشجوی پزشکی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / شهریور ۱۳۹۷؛ ۱۸(۲۱): ۱۸۳ تا ۱۹۱

مقدمه

گزارش صبحگاهی کنفرانسی است که با حضور اساتید بالینی و دانشجویان برگزار می‌گردد و در طی آن تیم

عهده‌دار شیفت شب مسایل بالینی چند بیمار را که در طی این شیفت بستری شده‌اند، گزارش می‌دهند و حاضرین در رابطه با نحوه صحیح اداره بیماران به بحث و تبادل نظر می‌پردازند. گزارش صبحگاهی در کنار راند بالینی و آموزش سرپایی از موقعیت‌های، مفید و ارزشمند در آموزش بالینی است(۱). در گزارش صبحگاهی مدیریت موارد و اصول پزشکی بالینی مرور می‌شود و به عنوان تنها کنفرانس رسمی بزرگ که به طور عمومی برای ارزشیابی مدیریت موارد و عملکرد دستیاران استفاده می‌شود، استمرار یافته است(۲). گزارش صبحگاهی جز مهم آموزش پزشکی در گروه‌های آموزشی و به ویژه

* نویسنده مسؤل: فیروزه مجیدی، کارشناس ارشد آموزش پزشکی، مرکز مطالعات دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران. nafiroze2@gmail.com
دکتر افسانه ملک‌پور (استادیار)، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ایران. (afsanehmalekpour@yahoo.com)؛ دکتر مجید شیرانی (استادیار)، گروه جراحی ارولوزی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران. (majd_uro@yahoo.cm)؛ دکتر معصومه معزی (دانشیار)، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران. (Imoezzi@yahoo.com)؛ نجمه مجیدی، کارشناس ارشد آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ایران. (waterfall1365@yahoo.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۶/۲۱، تاریخ اصلاحیه: ۹۶/۸/۲۴، تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۲۶

داخلی است(۳).

برگزاری، مدت زمان) ۳-۳ اجرا (شرکت‌کنندگان، مدیریت جلسات، مراحل، انتخاب بیماران، تعداد بیماران معرفی شده در هر جلسه، آمادگی و پیش زمینه، ارائه شرح حال بیمار، محتوای بحث، تعامل مؤثر آموزشی، اتمسفر و اخلاق، استناد به شواهد، ثبت و مستندسازی، پیگیری، ارزشیابی، ارتقای کیفیت) تدوین شده است(۱).

به طور کلی برای نیل به اهداف آموزش بالینی کارآمد، لازم است وضعیت موجود آموزش به صورت مستمر ارزیابی و نقاط ضعف و قوت آن شناسایی و هر تلاشی در جهت ارتقای آموزش می‌بایست حمایت و تقویت شود. در بین روش‌های مختلف آموزش بالینی گزارش صبحگاهی تقریباً دارای بیشترین کاربرد در سطح دنیا است(۱۱) و دارای شاخصه‌ها و استانداردهایی است که وقتی کامل باشد در کمک به یادگیری دانشجویان پزشکی نقش مؤثری ایفا می‌کند(۱۲). بنابراین با توجه به گستردگی کاربرد، اهمیت و جایگاه گزارش صبحگاهی در آموزش دانشجویان پزشکی، اولین گام در جهت ارتقای کیفیت این شیوه آموزش، شناخت وضعیت موجود و ارائه راهکارهایی برای استفاده از فرصت‌های آموزشی بی نظیر و با ارزش در گزارش صبحگاهی است.

این مطالعه با هدف بررسی نحوه اجرای این شیوه آموزش بالینی و شناخت نقاط قوت و ضعف آن در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد صورت گرفت.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی- مقطعی در نیمسال تحصیلی دوم ۹۳-۹۴ انجام شد. ابتدا استانداردهای ملی ابلاغ شده از طرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش علوم پزشکی بررسی گردید(۱)؛ سپس بر اساس استانداردهای ملی، چکلیستی جهت بررسی و انطباق جلسات گزارش صبحگاهی با این استانداردها تدوین گردید. روایی محتوایی و صوری چکلیست با استفاده از نظر متخصصین تأیید شد. در این خصوص از نظر ۴ نفر از اساتید گروه‌های ماژور که تجربه زیادی در برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی داشتند و همچنین آشنا با استانداردهای برگزاری گزارش صبحگاهی بودند،

از طرفی آموزش بالینی بخش مهمی از دوره پزشکی است که بدون آن تربیت پزشکانی شایسته و کار آمد غیر ممکن است(۴). در این میان گزارش صبحگاهی ارزش و نقش زیادی در آموزش بالینی دارد و به عنوان ابزاری برای ارزیابی خدمات بالینی و وسیله‌ای برای تضمین کیفیت شناخته می‌شود(۵). محرری در پژوهش خود بیان کرده است که گزارش صبحگاهی به عنوان یکی از مهم‌ترین روش‌های آموزشی در علوم پزشکی شناخته شده است(۶). از دیدگاه دستیاران نیز گزارش صبحگاهی بالاترین ارزش آموزشی را نسبت به کنفرانس یا فعالیت‌های دیگر دارد(۷). در مطالعه اسعدی و همکاران بیش‌تر اعضای هیأت‌علمی، دستیاران، کارورزان و کارآموزان نیز هدف اصلی از گزارش صبحگاهی را آموزش می‌دانند و ارتقای اخلاق پزشکی و تأثیر بر مهارت دانشجویان را جزء اهداف این گونه جلسات می‌دانند(۸).

با وجودی که گزارش صبحگاهی یکی از کاربردی‌ترین روش‌های آموزش بالینی در سطح دنیا است هنوز الگویی فراگیر و مورد قبول همه متخصصان برای برگزاری آن ارائه نشده است(۹). وارتمن (Wartman) در مطالعه خود مدل جدیدی از گزارش صبحگاهی ارائه داد که در این مدل چند مورد جدید از جمله مرور بیمارانی که اخیراً مرخص شده بودند را نیز شامل می‌شود(۱۰). در کشور ما نیز پروژه‌های با عنوان "تعیین معیارها و شاخص‌های آموزش بالینی در مراکز و بیمارستان‌های آموزشی" به سفارش مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط مؤسسه چشم‌انداز توسعه سلامت در پاییز سال ۸۸ انجام شد. یکی از روش‌های مهم آموزش بالینی که در این پروژه به آن پرداخته شد، گزارش صبحگاهی بود و استانداردهای برگزاری آن در این مجموعه در موارد ۱- آماده‌سازی (آموزش‌های ضروری برای برگزارکنندگان، بخش‌های مورد توصیه، مکان (درون بخش یا در کمترین فاصله ممکن از بخش)، تجهیزات ۲- زمان‌بندی (تواتر، زمان

چالش‌انگیز و با ارزش آموزشی انتخاب کردند. مدت زمان برگزاری جلسات صبحگاهی: حداقل ۴۵ دقیقه و بهتر است در بخش‌های آموزشی داخلی حداقل یک ساعت در بخش‌های آموزشی جراحی حداقل نیم ساعت باشد و تا ۵ دقیقه کمتر نیز قابل قبول است. مدیر و گرداننده جلسات: مدیریت جلسات گزارش صبحگاهی باید برعهده دستیار ارشد بخش، دستیار ارشد کشیک و یا استاد مسؤول شیفت شب باشد. محل استقرار اساتید در جلسه: بهتر است در ردیف اول و رو به مخاطبین باشد. ارائه فیدبک یا عدم ارائه فیدبک: بهتر است برای ارزشیابی نحوه عملکرد تیم کشیک (شامل مدیریت بیماران، و ارائه در گزارش صبحگاهی) فرم خاصی طراحی شده و در هر جلسه توسط دستیار ارشد بخش و اساتید حاضر در جلسه تکمیل گردد. محتوای بحث: بهتر است در گزارش صبحگاهی تعامل مؤثر آموزشی برقرار گردد بدین معنا که در طول بحث رزیدنت‌های ارشد به بیان نکات علمی بپردازند و اساتید بخش با بیان تجربیات و نکات کاربردی در مورد بیمار به غنی شدن هر چه بیشتر بحث کمک کنند. بحث باید در رابطه با نحوه مدیریت بیمار معرفی شده صورت گیرد. از تبدیل جلسه به مسابقه محفوظات و دانسته‌های پزشکی به هر نحو باید اجتناب گردد(۱).

در چکلیست مطابقت و عدم مطابقت آیتم‌هایی مورد بررسی بر اساس استانداردهای ملی به صورت مطلوب و نامطلوب گزارش گردید و مطابقت با مواردی که در استانداردها به صورت باید و بهتر است بیان شده بود نیز مطلوب در نظر گرفته شد.

جهت انجام پژوهش ابتدا محقق توسط معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به مدیریت بیمارستان‌ها و مدیران وقت گروه‌ها معرفی و با اجازه ایشان در جلسات گزارش صبحگاهی حضور پیدا کرده و به بررسی تطابق گزارشات صبحگاهی با استانداردهای ملی پرداخت. جلسات گزارش صبحگاهی با توجه به برنامه آموزشی گروه‌ها در ۵ روز هفته برگزار می‌گردد که محقق با توجه به برنامه گروه‌ها سعی در شرکت در یک جلسه از هر گروه در یک هفته نموده و در

استفاده شد و اصلاحات و تغییرات لازم چکلیست داده شد. پایایی ابزار جمع‌آوری اطلاعات به روش پایایی مصحح به این صورت که دو نفر مشاهده‌گر هم ارز در سه جلسه گزارش صبحگاهی حضور یافته و چکلیست را به طور جداگانه تکمیل نمودند. بر اساس آزمون ویلکاکسون برای مشخص شدن میزان توافق ارزیابان حداکثر مقدار ($\kappa=0/317$) به دست آمد. بر اساس نتایج این آزمون توافق بین دو ارزیاب کاملاً مشهود بود.

چک لیست تدوین شده جهت بررسی نحوه برگزاری گزارش صبحگاهی دارای دو بخش ساختاری و محتوای گزارش صبحگاهی بود. بخش ساختار گزارش صبحگاهی مشتمل بر ۱۲ آیتم: ساعت شروع جلسات، مدت هر جلسه (دقیقه)، تعداد بیماران معرفی شده در هر جلسه (۱، ۲، ۳، ۴، و یا بیشتر از ۴ بیمار)، فرد معرفی‌کننده بیمار (دستیار، کارورز، کارآموز)، نوع بیماران معرفی شده، مدت زمان معرفی هر بیمار (دقیقه)، مدیر و گرداننده جلسات، محل استقرار اساتید در جلسه، شرایط فیزیکی محل برگزاری جلسات (نور، صدا، تهویه، گرمایش و سرمایش محل برگزاری: (صورت مناسب و نامناسب)، تجهیزات آموزشی و بخش محتوای گزارش صبحگاهی مشتمل بر ۳ آیتم نحوه ارائه مطالب و شیوه تدریس غالب در جلسات، محتوای بحث، ارائه فیدبک یا عدم ارائه فیدبک بود. موارد بررسی شده در چکلیست که بر اساس استاندارد ملی تعیین شده از سوی وزارت بهداشت به ترتیب زیر مشخص شده است:

ساعت شروع جلسات: در بخش‌های آموزشی داخلی قبل از ساعت ۹ بامداد و در بخش‌های آموزشی جراحی قبل از ساعت ۸ بامداد. مدت هر جلسه: در بخش‌های آموزشی داخلی حداقل یک ساعت و در بخش‌های آموزشی جراحی حداقل نیم ساعت. تعداد بیماران معرفی شده در هر جلسه: بهتر است در هر جلسه گزارش صبحگاهی حداقل دو و حداکثر چهار بیمار به طور کامل معرفی گردند. فرد معرفی‌کننده بیمار: شرح حال بیماران باید توسط دستیاران و یا کارورزان کشیک ارائه شود. نوع بیماران معرفی شده: بیمارانی که برای معرفی در گزارش صبحگاهی انتخاب می‌شوند باید از میان موارد جالب،

جدول ۱: میانگین طول مدت جلسات برگزار شده شده به تفکیک هر بخش

بخش	تعداد جلسات برگزار شده در هر بخش	میانگین طول مدت جلسات گزارش صبحگاهی در هر بخش
اطفال	۴	۴۷/۵۰ (±۵)
جراحی	۷	۵۰/۷۱ (±۱۵/۹۲)
داخلی	۶	۶۰ (±۰/۱)
زنان	۵	۳۶/۲۰ (±۱۳/۸۶)

با توجه به نتایج مطالعه، طولانی‌ترین گزارش ۶۰ دقیقه و کوتاه‌ترین گزارش در ۲۵ دقیقه ارائه گردید. میانگین طول مدت جلسات گزارش صبحگاهی بخش‌های مورد بررسی ۴۹/۳۶ دقیقه (±۱۳/۶۹) که بر اساس استانداردهای ملی مطلوب است. بر اساس استاندارد بهتر است طول مدت جلسات صبحگاهی حداقل یک ساعت باشد.

بر اساس نتایج در گزارشات صبحگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد فرد مسئول معرفی بیمار در ۱۲ مورد (۵۴/۵٪) کارورز و در ۱۰ مورد (۴۵/۵٪) دستیار و کارورز هستند (جدول ۲). همچنین بیماری‌های مورد بحث در ۱۲ گزارش صبحگاهی (۵۴/۵٪) بیماران مشکل و عرضه‌دار و در ۳ مورد (۱۳/۶٪) بیماران شایع بودند که مطابق با استانداردهای ملی نبوده و به بررسی بیماران جالب و چالش‌برانگیز پرداخته نشده بود. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه مدیر و گرداننده جلسات در ۲۰ گزارش صبحگاهی (۹۰/۹٪) یکی از اعضای هیأت‌علمی بود و فقط در ۲ مورد از گزارشات صبحگاهی مدیریت جلسات بر عهده کارورز بود. بر اساس نتایج مطالعه حاضر محل استقرار اساتید در ۶۳/۶٪ جلسات (۱۴ جلسه) در ردیف جلو و پشت به مخاطبین بود. همچنین نتایج نشان داد محل برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی از نظر تجهیزات آموزشی و نور و وضعیت صدا و تهویه مناسب بود.

مجموع ۲۲ گزارش صبحگاهی مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است که حضور محقق در جلسات ابتدا از طرف اعضای هیأت‌علمی به منزله حضور و غیاب ایشان در نظر گرفته شد؛ که با ارائه توضیح در خصوص چرایی و چگونگی و اهمیت انجام کار از طرف محقق و مدیرگروه‌های آموزشی این مشکل برطرف گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-18 و تست‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه ۲۲ گزارش صبحگاهی مورد بررسی قرار گرفت که از این تعداد ۴ مورد (۲/۱۸٪) گروه آموزشی اطفال، ۷ مورد (۳۱/۸٪) گروه آموزشی جراحی، ۶ مورد (۲۷/۳٪) گروه آموزشی داخلی، و ۵ مورد (۲۲/۷٪) گروه آموزشی زنان بود. در ۲۱ مورد (۹۵/۵٪) ساعت شروع جلسه بود که بر اساس استانداردهای ملی مطلوب است (۱). میانگین تعداد بیمار معرفی شده در جلسات گزارش صبحگاهی بخش‌های مورد بررسی ۱/۵ مورد (۹۱۳/±) که بر اساس استانداردهای ملی نامطلوب است و بر اساس استاندارد بهتر است در هر جلسه گزارش صبحگاهی حداقل دو بیمار به طور کامل معرفی گردند. با توجه به نتایج مطالعه، طولانی‌ترین گزارش ۶۰ دقیقه و کوتاه‌ترین گزارش در ۲۵ دقیقه ارائه گردید. میانگین طول مدت جلسات گزارش صبحگاهی بخش‌های مورد بررسی ۴۹/۳۶ دقیقه (±۱۳/۶۹) که بر اساس استانداردهای ملی مطلوب است. بر اساس استاندارد بهتر است طول مدت جلسات صبحگاهی حداقل یک ساعت باشد.

جدول ۲: ساختار جلسات گزارش صبحگاهی در بخش‌های ماژور دانشگاه

متغیر	وضعیت استاندارد	وضعیت مشاهده شده	تعداد (%)
فرد مسئول معرفی بیمار	دستیار و یا کارورز کشیک	کارورز	۱۲ (۵۴/۵)
بیماری‌های مورد بحث	میان موارد جالب، چالش‌انگیز	مشکل و عرضه دار	۱۲ (۵۴/۵)
مدیر و گرداننده جلسات	دستیار ارشد بخش، دستیار ارشد کشیک و یا استاد مسئول شیفت شب	یکی از اعضای هیأت‌علمی	۲۰ (۹۰/۹)
نور محل برگزاری جلسات	مناسب از نظر روشنایی	مناسب	۲۲ (۱۰۰)

وضعیت صدا در محل برگزاری جلسات	مناسب از نظر صدا	مناسب	۲۲ (۱۰۰)
وضعیت تهویه در محل برگزاری جلسات	مناسب از نظر تهویه	مناسب	۲۲ (۱۰۰)
گرمایش و سرمایش محل	مناسب از نظر گرمایش و سرمایش	مناسب	۲۲ (۱۰۰)
محل استقرار استادان در جلسه	جلو و پشت به مخاطبین	ردیف جلو و پشت به مخاطبین	۱۴ (۶۳/۶)

در مطالعه ما مسئولیت معرفی بیمار در جلسات صبحگاهی در اکثر موارد برعهده یک کارورز است که با روند موجود در مطالعات دیگر اندکی متفاوت است در اکثر مطالعاتی که انجام شده است معمولاً دستیاران مسئولیت معرفی بیمار را برعهده دارند (۶ و ۵). درنتیج مطالعه رضوی و همکاران نیز در اکثر موارد کارورز مسئولیت معرفی بیمار را برعهده دارد (۱۳). در مطالعه غیبی که به بررسی و مقایسه اثربخشی گزارشات صبحگاهی با حضور دستیار و گزارشات صبحگاهی بدون حضور دستیار پرداختند، نتایج نشان داد که در گزارشات صبحگاهی که دستیاران حضور دارند معرفی بیمار برعهده دستیار و در جلسات با عدم حضور دستیار مسئولیت معرفی بیمار برعهده کارورز است (۹). به نظر می‌رسد چنانچه این وظیفه به عهده کارورزان باشد، می‌تواند موجب افزایش تجربه آنان در زمینه گرفتن شرح حال و نیز تقویت مهارت‌های تشخیص، تصمیم‌گیری بالینی، حل مسأله و ایجاد حس تعامل اجتماعی و تقویت حس مسئولیت‌پذیری در آنها شود (۱). شاید معرفی بیمار توسط کاورزان، در شرایط کشور ما که دستیاران وظایف سنگینی برعهده دارد، باعث کاهش بار وظایف آنان گردد (۱۳).

نتایج مطالعه نشان داد بیمارانی که برای معرفی در جلسات گزارش صبحگاهی انتخاب و معرفی می‌شوند در اکثر موارد بیماران مشکل و عارضه‌دار هستند، که با استاندارد ملی که ذکر شده باید بیماران از میان موارد جالب، چالش‌انگیز و با ارزش آموزشی انتخاب گردند متفاوت است (۱). در مطالعات دیگر به معرفی همه بیماران بستری شده (۳ و ۲ تا ۱۶)، بیماران غیر عادی و نادر (۱۷ تا ۱۹) بیماران شایع (۱۷) و بیمارانی که از نظر فرد معرفی‌کننده جالب هستند (۲۰) پرداخته شده است. نتایج این مطالعه با مطالعه رضوی و همکاران که به معرفی بیماران مشکل و عارضه‌دار اشاره شده است هماهنگی

نتایج مطالعه نشان داد که محتوای بحث در ۱۳ مورد (۵۹٪) ارزشیابی عملکرد تیم کشیک در خصوص نحوه مدیریت بیمار معرفی شده و در ۶ مورد (۲۷/۳٪) به صورت ترکیبی ارزشیابی عملکرد در خصوص نحوه مدیریت بیماران و محفوظات و دانسته‌های پزشکی فراگیران بود. نحوه ارائه مطالب و شیوه تدریس در ۱۷ مورد (۷۷/۳٪) گزارش صبحگاهی به صورت پرسش و پاسخ و در ۵ مورد (۲۲/۷٪) به صورت سخنرانی یکی از اساتید بود. همچنین نتایج مطالعه نشان داد فقط در ۱۱ مورد (۵۰٪) از گزارشات صبحگاهی فیدبک ارائه گردیده است ولی در هیچ‌کدام از جلسات گزارش صبحگاهی فیدبک به صورت کتبی ارائه نشده است و این مورد مطابق استاندارد نیست.

بحث

در این مطالعه برنامه‌های آموزشی گزارش صبحگاهی در بخش‌های ماژور بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد از نظر ساختار و محتوا مورد ارزیابی قرار گرفت.

در بخش ساختاری، نتایج نشان داد در حدود ۹۵٪ موارد، جلسات گزارش صبحگاهی در ساعت ۸ صبح شروع می‌شود که با استانداردهای ملی که ساعت شروع جلسه را قبل از ۹ بیان کرده است (۱) و اکثر مطالعات دیگر مطابقت دارد (۵ و ۹ و ۱۳).

بر اساس یافته‌های مطالعه کنونی، مدت زمان برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی متنوع و بین ۲۵ تا ۶۰ دقیقه و میانگین مدت زمان برگزاری جلسات در اکثر موارد ۴۹/۳۶ دقیقه (±۱۳/۶۹) بود که میزان مطلوبی دارد و در استانداردهای مطلوب وزارت بهداشت، مدت زمان مطلوب جلسات گزارش صبحگاهی در بخش‌های داخلی یک ساعت و در بخش‌های جراحی ۳۰ دقیقه تعیین شده است (۱).

گرداننده جلسات است(۱۷). در مواردی که مدیریت جلسات بر عهده یکی از اعضای هیأت‌علمی است، به دلیل ایجاد انگیزه بالاتر، میزان بهره‌مندی دانشجویان بالاتر می‌رود، لذا با توجه به بهره‌مندی بیشتر اگر مدیریت جلسه با اعضای هیأت‌علمی باشد بهتر است(۱۳).

بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه کنونی، محل استقرار اعضای هیأت‌علمی در جلسات در ۶۳/۶ درصد جلسات (۱۴ جلسه) در ردیف جلو و پشت به دانشجویان بود که این امر با توجه به این که تأثیر آموزش چهره به چهره کم‌تر می‌شود، مطلوب نیست در مطالعه رضوی بین محل استقرار استادان در جلسات و میزان بهره‌مندی و رضایت دانشجویان ارتباط معناداری دیده شد و در مواردی که محل استقرار اعضای هیأت‌علمی در ردیف جلو و رو به مخاطبین بود میزان بهره‌مندی و رضایت دانشجویان از جلسات بالاتر بود که این امر مبین تأثیر بیشتر آموزش چهره به چهره است(۱۳). در مطالعه غریبی و همکاران استاد مدیر جلسه در ردیف جلو و رو به مخاطبین و سایر اساتید ردیف جلو و پشت به مخاطبین بودند(۹).

در این مطالعه، مخاطبین اصلی جلسات کارورزان هستند، ولی به نظر می‌رسد که اگر محتوای گزارشات صبحگاهی طوری باشد که مورد استفاده تمام مقاطع باشد، بهتر است. در مطالعه حاضر در هیچ‌کدام از جلسات متخصصین رشته‌های دیگر حضور نداشتند. به نظر می‌رسد که حضور متخصصین سایر رشته‌ها در جلسات بر غنای محتوای جلسات و بهبود عملکرد درمانی برای بیماران می‌افزاید در مطالعه رضوی تنها در تعداد معدودی از جلسات، متخصصینی از رشته‌های دیگر (معمولاً داروساز بالینی) حضور داشتند(۱۳).

نتایج این مطالعه نشان داد، محل جلسات برگزاری گزارشات صبحگاهی از نظر وضعیت تهویه و سرمایش و گرمایش محل و همچنین وجود تجهیزات آموزشی مطلوب بوده است.

نتایج مطالعه نشان داد که جلسات گزارش صبحگاهی در بخش‌های ماژور به صورت پرسش و پاسخ است و اساتید بیشتر نقش سؤال‌کننده را داشتند، این مورد با

دارد و به نظر می‌رسد که اگر فقط بر بیماران مشکل و عارضه‌دار تأکید شود بیمارانی که عارضه کم‌تر ولی شیوع بیشتری دارند، مورد غفلت قرار خواهند گرفت(۱۳). این مطالعه همچنین با نتایج مطالعه عرب و همکاران که به بررسی ساختار جلسات گزارش صبحگاهی بخش‌های بستری بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه تیپ یک در سال ۹۱-۹۰ پرداختند و بطور عمده بیماری‌های نادر مورد توجه و معرفی قرار می‌گرفتند، متفاوت است(۲۱). نتایج مطالعه غریبی و همکاران نیز نشان داد که در جلسات گزارشات صبحگاهی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد به ترتیب بیماران شایع، بیماران جالب و همه بیماران بستری معرفی شدند(۹).

در مطالعه ما در اکثر جلسات درباره مشکلات یک بیمار به طور کامل بحث می‌شود که با استانداردهای ملی که توصیه به معرفی ۲-۴ شده است، متفاوت است. (۱) اکثر مطالعات نیز معرفی ۲ تا ۳ بیمار را ذکر نموده‌اند(۱۳). یزدانی و همکاران در مطالعه خود میانگین تعداد بیمار معرفی شده در جلسات گزارش صبحگاهی دانشگاه مورد بررسی ۲/۲ مورد بیان کرده است(۲۱). در بررسی بیمارستان آموزشی میریام (Miriam Hospital) آمریکا نیز در ۷۵٪ موارد، جلسات گزارش صبحگاهی بین ۲-۴ بیمار معرفی شدند(۱۳).

در مطالعه ما میانگین زمان معرفی هر بیمار در اکثر موارد حدود ۴۰ دقیقه است ولی نتایج مطالعه عرب و همکاران، نشان داد معرفی هر بیمار ۵ دقیقه طول می‌کشد(۲۲). همچنین بر اساس استانداردهای ملی و مصوب وزارت بهداشت نیز میانگین مطلوب زمان معرفی بیمار ۵ دقیقه تعیین شده است(۱). لذا با توجه به استانداردهای ملی به نظر می‌رسد که بهتر است از مدت معرفی بیمار در برنامه‌های گزارش صبحگاهی کم و در گزارشات صبحگاهی به محتوای آموزشی توجه بیشتری گردد.

در مطالعه حاضر، مدیر و گرداننده برنامه گزارش صبحگاهی در اکثر موارد یک نفر از اعضای هیأت‌علمی بود، که با استانداردهای ملی مطابقت دارد. بر اساس مطالعات انجام شده نیز، در گزارشات صبحگاهی یکی از دستیاران ارشد(۱۶ و ۲۲) و یا یکی از اعضای هیأت‌علمی

با توجه به یافته‌های مطالعه و تطابق با استانداردهای ملی پیشنهاد می‌شود، جهت اعضای هیأت‌علمی بدو ورود و دستیاران کارگاه‌های آشنایی با استانداردهای موقعیت‌های آموزش بالینی برگزار گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که اگر چه در برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی در بخش‌های ماژور دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد ایراداتی وجود دارد ولی گروه‌ها به برگزاری آن پای‌بند و از آنجا که از گزارش صبحگاهی به عنوان یکی از روش‌های مهم آموزش بالینی یاد شده است و در دهه اخیر بیش از پیش به آن توجه شده است؛ اجرای آن به صورت هر چه نزدیک‌تر به استاندارد باعث موفقیت شرکت‌کنندگان در رسیدن به مقاصد مورد نظر می‌شود. آگاهی از نتایج این پژوهش موجب ارتقای کیفیت برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی در بخش‌های بالینی می‌گردد.

قدردانی

بدینوسیله از حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (شماره طرح ۱۷۷۲)، همکاری مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی و تمامی کسانی که به نحوی در اجرا و تکمیل این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

استانداردهای ملی مطابقت دارد. در این خصوص در استانداردهای ملی بیان گردیده است که بهتر است در گزارش صبحگاهی تعامل مؤثر آموزشی برقرار گردد بدین معنی که در طول بحث رزیدنت‌های ارشد به بیان نکات علمی بپردازند و اساتید بخش با بیان تجربیات و نکات کاربردی در مورد بیمار به غنی شدن هر چه بیشتر بحث کمک کنند (۱). نتیجه مطالعات انجام شده نشان داده است که رزیدنت‌ها پس از ارائه شرح حال مختصری از بیمار، بحث در مورد نکات کلیدی چند کیس جالب را به بحث در مورد همه بیماران پذیرش شده در شب قبل ترجیح دادند و خواستار ارائه مطالب به روش سقراط (پرسش و پاسخ) و به صورت سوالات باز بودند (۲۳)؛ همچنین ارائه فیدبک فقط در ۱۱ مورد (۵۰٪) از موارد دیده شد. با توجه استانداردهای ملی و برای افزایش و بهبود کیفیت آموزشی گزارشات صبحگاهی فراگیران بهتر است که ارائه فیدبک به صورت کتبی توسط اساتید و دستیاران ارشد کشیک در تمامی جلسات انجام گردد (۱). همچنین محتوای بحث ارزشیابی عملکرد فراگیران در خصوص نحوه مدیریت بیماران معرفی شده است که با توجه به اهمیت و نقش گزارش صبحگاهی در بهبود فعالیت و عملکرد فراگیران در محیط بالینی این نتیجه مطلوب و می‌توان به عنوان یکی از نقاط مثبت گزارش صبحگاهی قلمداد نمود. مطابق استاندارد ملی بحث باید در رابطه با نحوه مدیریت بیمار معرفی شده صورت گیرد و از تبدیل جلسه به مسابقه محفوظات و دانسته‌های پزشکی باید اجتناب گردد (۱).

منابع

1. Ministry of Health and Medical Education, Medical Education Research and Development Centre. [Determination of Clinical Medical Education Standards Final Report. Student and Education Deputy of Iranian]. Tehran; 2009. [Persian]
2. Parrino TA, Villanueva AG. The principles and practice of morning report. JAMA. 1986; 256(6): 730-3.
3. Rahnnavardi 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.
4. Gandomkar R, Salsali M, Mirzazadeh A. [Factors Influencing Medical Education in Clinical Environment: Experiences of Clinical Faculty Members]. Iranian Journal of Medical Education. 2011; 11(3): 279-290. [Persian]
5. Reilly B, Lemon M. Evidence-based morning report: a popular new format in a large teaching hospital. Am J Med. 1997; 103(5): 419-26.

6. Moharari R, Soleymani H, Nejati A, Rezaeefar A, Khashayar P, Meysamie A. Evaluation of morning report in an emergency medicine department. *Emerg Med J*. 2010; 27(1): 32-36.
7. Amratnam B, Kelly G, Mega A, Tilkemeier P, Schiffman FJ. Determinants of Case Selection at Morning Report. *J Gen Intern Med*. 1997; 12(5): 263-6.
8. Asadi SN, Afshari R, Rajabimashhadi MT. [Baressiye Sathe Agahi Va Negaresh Azaye Heyate Elmi Va Daneshjooyan Nesbat Be Gozaresh Sobhgahi Dar Bimarestanhaye Amoozeshiye Daneshgah oloom pezeskhiye Mashhad]. *Horizons Of Medical Education Development*. 2009; 2(4): 6-13. [Persian]
9. Gharibi f, Makarem A, Abdollahi A. [A survey on morning report Conduct and effectiveness in cardiology department of Educational hospitals in Mashhad University of Medical Sciences in 2012-2013] [dissertation]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2013. [Persian]
10. Wartman SA. Morning report revisited: a new model reflecting medical practice of the 1990s. *J Gen Intern Med*. 1995; 10(5): 271-2.
11. Motallebnejad M, Madani Z, Ahmadi E, Hosseini S R. [The Viewpoints of Dentists Graduated from Babol Dental School about Their Professional Capability]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2005; 5 (2) :139-145. [Persian]
12. Malekanrad E, Hoseini SJ, Moomtazmanesh N. [Clinical Teaching and assessment what Every clinical Teacher must know]. Tehran : Nashr va boshra. 2006: 40-41. [Persian]
13. Razavi SM, ShahbazGhazvini S, Dabiran S. [Students' Benefit Rate from Morning Report Sessions and Its Related Factors in Tehran University of Medical sciences]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012; 11(7):798-806. [Persian]
14. Amin Z, Guajardo J, Wisniewski W, Bordage G, Tekian A, Niederman LG. Morning report: focus and methods over the past three decades. *Acad Med*. 2000 ; 75(10 Suppl): S1-5.
15. Westman EC. Factors influencing morning report case presentations. *South Med J*. 1999; 92(8): 775-7.
16. Ways M, Kroenke K, Umali J, Buchwald D. Morning report. A survey of resident attitudes. *Arch Intern Med*. 1995; 155(13): 1433-1437.
17. Wenderoth S, Pelzman F, Demopoulos B. A mbulatory morning report: can it preoare residents for the American Board of Internal Medicine Examination?. *J Gen Intern Med*. 2002; 17(3): 207-9.
18. Pupa LE Jr, Carpenter JL. Morning report. A successful format. *Arch Intern Med*. 1985; 145(5): 897-9.
19. Schwartz A, Hupert J, Elstein AS, Noronha P. Evidence-based morning report for in patient pediatrics rotations. *Acad Med*. 2000; 75(12): 1229.
20. D'Alessandro DM, Qian F. Do morning report format changes affect educational content?. *Med Educ*. 1999; 33(9): 648-54.
21. Yazdani SH, Arab M, Hosseini F, Mansouri B, Yaghmaei M, Khoshgoftar Z, et al. [Evaluation of the Structure of Morning Report Sessions of the Wards of Type One Educational Hospitals and Comparison with Announced Standards of the Ministry of Health and Medical Education]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2013; 7(S1):43-50. [Persian]
22. Gross CP, Donnelly GB, Reisman AB, Sepkowitz KA, Callahan MA. Resident expectations of morning report: a multi-institutional study. *Arch Intern Med*. 1999; 159(16): 1910-4.
23. Elliott SP, Ellis SC. A bitter pill: attempting change in a pediatric morning report. *Pediatr s*. 2004; 113(2): 243-247.

The Structure of Morning Report in Major Departments of Shahrekord University of Medical Sciences Based on National Standards for Clinical Training Settings

Firozeh Majidi¹, Afsaneh Malekpour², Mjrid Shirani³, Masoomeh moezzi⁴, Najmeh majidi⁵

Abstract

Introduction: Morning reports refer to case-based conferences attended by faculty members, residents and medical students to discuss patients admitted the night earlier. This study assessed the conduction of morning report sessions in teaching hospitals of Shahrekord based on the national standards.

Methods: In this descriptive, cross-sectional study, a morning report assessment checklist was developed according to the national standards issued by the Ministry of Health. The researcher completed the checklist by attending 22 morning report sessions (selected by census method). Data were analyzed by means of descriptive statistics.

Results: The mean session duration was 49.36 ± 13.6 minutes. In 20 sessions (90.9%), faculty members led the discussions, while 16 sessions (77.3%) were conducted as Q&A and the faculty members only asked questions. In 14 cases (63.6%), one patient was introduced in each session, and in 12 cases (54.5%) patients were introduced by the interns. The majority of patients introduced were complicated patients ($n=11$, 50%) followed by common patients ($n=3$, 13.6%).

Conclusion: The results suggest that despite existing deficiencies, the general structure of morning report sessions is acceptable and the department are committed to conducting such sessions. Therefore, identifying the weaknesses and strengths and encouraging the departments will lead to enhanced settings for report sessions and contribute to effective clinical training.

Keywords: Morning report, morning report standard, clinical training, medical student

Addresses:

- ¹: (✉) MSc in Medical Education, Medical Education Development Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. Email: nafiroze2@gmail.com
- ²: Assistant Professor, Community Medicine Department, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. Email: afsanehmalekpour@yahoo.com
- ³: Assistant Professor, Urology Department, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. Email: majd_uro@yahoo.com
- ⁴: Associate Professor, Community Medicine Department, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. Email: Imoezzi@yahoo.com
- ⁵: MSc in Medical Education, Medical Education Development Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. Email: waterfall1365@yahoo.com