

بررسی ساختار جلسات گزارش صبحگاهی بخش های بستری بیمارستان های آموزشی دانشگاه تیپ یک و مقایسه با استانداردهای اعلام شده وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شهرام یزدانی^۱، ملیحه عرب^{۲*}، فخرالسادات حسینی^۲، بهنام منصوری^۲، مینو یغمائی^۲، زهره خوش گفتار^۳،
سیمین اسماعیل پور زنجانی^۲، گیتی نقبائی^۲، علی اصغر حلیمی اصل^۲

چکیده

زمینه و هدف: گزارش صبحگاهی یک روش دیرپا است، که ارتقای آن نقش مهمی در آموزش پزشکی دارد. تحقیق حاضر با هدف بررسی بُعد ساختار جلسات گزارش صبحگاهی بخش های بستری بیمارستان های آموزشی دانشگاه تیپ یک و مقایسه آن با استانداردهای اعلام شده وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه در ۵ بیمارستان اصلی محل آموزش دانشجویان شامل بخش های زنان، داخلی، بیماری های کودکان، جراحی، روانپزشکی، مغز و اعصاب، طب اورژانس، جراحی استخوان و مفاصل، بیماری های عفونی و مراقبت ویژه در هر مورد ۳ نوبت و جمعاً در ۷۳ مورد به ارزشیابی ۸ استاندارد مصوب پرداخت. استانداردهای مورد بررسی شامل زمان معرفی، تعداد بیمار، مدت جلسه، تناسب محل جلسه، محل برگزاری، در دسترس بودن وسایل کمک آموزشی، دفعات اجرای جلسه در طول هفته و پذیرایی ساده در جلسه بود.

یافته ها: میانگین زمان معرفی هر بیمار ۴/۴ دقیقه، تعداد بیمار معرفی شده ۳/۲ مورد، میانگین مدت جلسات ۴۷/۴ دقیقه، اجرای درون بخش (۶۱/۶٪)، تناسب گنجایش محل ۹۵/۹٪، میانگین تعداد جلسه در هفته ۴/۲ مورد بود. پذیرایی ساده در جلسه نیز در هیچ موردی مشاهده نشد. فراوانی وسایل کمک آموزشی در مورد تخت معاینه ۷۹/۵٪، نکتاوسکوپ ۸۹٪، وایت بورد ۹۳/۲٪، رایانه ۸۷/۷٪، چاپگر ۱۹/۲٪، اینترنت ۱۷/۸٪ و ویدئو پروژکتور ۸۳/۶٪ بود.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد ساختار کلی جلسات گزارش صبحگاهی دانشگاه مورد بررسی مطلوب بوده است، به طوری که ۶ تا از ۸ استاندارد، مطلوب گزارش شد. همچنین پذیرایی به صورت استاندارد نبوده، و استاندارد وسایل کمک آموزشی نیز ۵ از ۷ مورد مطلوب و دو مورد چاپگر و اینترنت نامطلوب بوده است.

کلید واژه ها: آموزش پزشکی؛ گزارش صبحگاهی؛ گزارش صبحگاهی - استاندارد؛ ایران.

^۱دانشیار آموزش پزشکی، دانشکده آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۲دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، استاد بیماری های زنان، دانشکده آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۳استادیار مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۴دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، دانشیار بیماری های زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
^۵دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، دانشکده آموزش پزشکی، واحد آموزش مرکز قلب تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
^۶پزشک عمومی، مرکز پزشکی امام حسین (ع)، تهران، ایران.
^۷استادیار بیماری های اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^{*} نویسنده مسئول مکاتبات:

ملیحه عرب، دانشکده آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

drmarab@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۸/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۲/۱۴

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Yazdani Sh, Arab M, Hosseini F, Mansouri B, Yaghmaei M, Khoshgoftar Z, Esmaeilpour Zanjani S, Naghmaei G, Halimi Asl A. 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 Univ Med Sci J 2013;7(Suppl 1): 43-50. [Full Text in Persian]

مقدمه

گزارش صبحگاهی روشی دیرپا در برنامه‌های آموزشی پزشکی است (۱). در سالهای ۱۹۳۰ و اولین سالهای برقراری گزارش صبحگاهی در بخش‌های بالینی، هدف‌گیری عمدتاً حفظ سلامت و ایمنی بیماران بود، و در گزارش صبحگاهی اطلاعات لازم برای این هدف مدنظر قرار گرفت. "بسک" این روند مرور وقایع در یک سرویس جراحی را تحت عنوان اداره خطای پزشکی ذکر کرده است. در آن سالها گزارش صبحگاهی تجربه‌ای اضطراب‌آور بوده است.

نقش و عملکرد گزارش صبحگاهی از روش نظارت بر کیفیت کارها به چیز دیگری تغییر یافته، ولی آن چیز دیگر چیست؟ اکثر مؤلفین تأکید دارند گزارش صبحگاهی باید روی برنامه آموزشی متمرکز باشد تا در آن تنوع بیماران تأمین و اطمینان حاصل شود، که در آن صورت دستیاران با مجموعه کاملی از مشکلات پزشکی شایع مواجه می‌شوند (۲). در یک بررسی، پرسشنامه‌ای برای ۱۲۴ دپارتمان پزشکی ارسال شد و اعضای هیأت علمی به آن پاسخ دادند، که گزارش صبحگاهی از دیدگاه پاسخ‌دهندگان برای آموزش، همچنین برای ارزیابی پیشرفت دستیاران و کیفیت مراقبت بالینی، مهم تلقی شده بود (۱). گزارش صبحگاهی از دیدگاه دستیاران، بالاترین ارزش آموزشی را نسبت به کنفرانس یا فعالیت‌های دیگر دارد (۳). به چندین علت می‌توان گزارش صبحگاهی را جلسه آموزشی محبوب دستیاران تلقی نمود:

۱- لازم است که در گزارش صبحگاهی، دستیاران بیماران واقعی را آماده و معرفی کنند، و به علت اینکه خود بیمار را برای معرفی انتخاب کرده‌اند، لذا نسبت به بحث‌ها پاسخ‌دهی بالاتری دارند.

۲- تجارب نشان داده است معمولاً دستیاران بیمارانی را برای گزارش صبحگاهی انتخاب می‌کنند که دارای مشکلات تشخیصی و درمانی باشند (۴).

در کشور ما نیز سالها است که گزارش صبحگاهی در بخش‌های آموزشی دانشکده‌های پزشکی برگزار می‌شود. در یک بررسی که در بخش آموزش دستیاران زنان یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران انجام شد، دستیاران ارشد، ۸٪ وقت فراگیری روزانه خود را در گزارش صبحگاهی سپری می‌کردند (۵).

معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای ساماندهی و بهبود آموزش پزشکی، پروژه ملی تحت عنوان "پروژه تعیین معیارها و شاخص‌های آموزش بالینی در مراکز و بیمارستان‌های آموزشی" را به گروهی از صاحب‌نظران سفارش داد که هدف اصلی پروژه ارائه "مجموعه استانداردهای آموزش بالینی" بوده است (۶).

جهت اجرای این پروژه که گام عظیمی در مسیر استانداردسازی آموزش بالینی پزشکی و از جمله گزارش صبحگاهی در ایران محسوب می‌شود؛ ابتدا گروه صاحب‌نظران تشکیل گردید، سپس در قدم اول وضعیت موجود آموزش بالینی گردآوری شد (۷). در ادامه، با مرور کامل متون، پیشنهادها با لحاظ اطلاعات بررسی وضعیت موجود، انجام گرفت (۸). پروژه پس از جمع‌آوری اطلاعات، ۱۱ محور اصلی مشکلات در آموزش بالینی را که راه‌حلهایی نیز جهت آن وجود دارد، خلاصه می‌کند. یکی از این موارد عدم توجه به ساختار کلاس درس و تجهیزات آموزشی در بخش‌ها می‌باشد. استانداردهای آموزش بالینی حاصل از پروژه ملی فوق‌الذکر در حوزه‌های مختلف آموزشی از جمله گزارش صبحگاهی تدوین شده است (۸). تحقیق حاضر بخش ساختار جلسات گزارش صبحگاهی از آموزش بالینی را که شامل ۸ استاندارد از کل ۵۸ استاندارد گزارش صبحگاهی می‌باشد، مدنظر قرار داده است.

روش بررسی

در این بررسی بیمارستان‌های آموزشی درمانی یک دانشگاه تپ یک (براساس تپ‌بندی وزارت بهداشت، درمان) مورد بررسی قرار گرفت. بیمارستان‌های محل اصلی آموزش دانشجویان پزشکی شامل ۵ بیمارستان بود که با شماره‌های ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در مطالعه ذکر شده است. بخش‌های فوق‌تخصصی و خاص شامل جراحی قلب، پیوند عضو و بیمارستان‌های تک‌تخصصی که درگیر آموزش عمومی پزشکان بودند و یا بخش‌هایی که حاضر به همکاری نبودند، از مطالعه حذف شدند.

در ابتدا هماهنگی با معاونین آموزشی بیمارستان‌ها صورت گرفت، و پس از اطلاع‌رسانی اولیه مجوزهای کتبی کسب شد، سپس اجازه شفاهی از رؤسای بخش‌ها یا معاونین آموزشی گرفته شد، و

ساده و وسایل کمک آموزشی مثل تخت معاینه، نگاتوسکوپ، وایت بورد، رایانه، چاپگر، اینترنت و ویدئو پروژکتور در محل گزارش صبحگاهی و اجرای گزارش صبحگاهی حداقل ۳ بار در هفته بود. اطلاعات ثبت شده با نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ آنالیز شد. تفسیر مشاهدات با استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت گرفت که جهت سهولت بحث در بعضی موارد، وضعیت مطلوب اعلام می‌شد. اختلاف از میانگین (Difference) در موارد کمی محاسبه و ذکر گردید.

یافته‌ها

میانگین زمان معرفی هر بیمار در جلسات گزارش صبحگاهی دانشگاه مورد بررسی $(\pm 2/6)$ ۴/۴ دقیقه و مطلوب بود. میانگین زمان معرفی هر بیمار به تفکیک بیمارستان‌ها و دپارتمان‌های آموزشی در جدول شماره ۱ آمده است. چنانچه مشاهده می‌شود وضعیت بخش‌های غیر جراحی به‌طور کلی، و دپارتمان‌های جراحی، بیماری‌های کودکان، روانپزشکی، مغز و اعصاب و طب اورژانس نیز مطلوب بوده است.

میانگین تعداد بیمار معرفی شده در جلسات گزارش صبحگاهی دانشگاه مورد بررسی $(\pm 3/1)$ ۳/۲ مورد و مطلوب بود. میانگین تعداد بیمار معرفی شده به تفکیک بیمارستان‌ها و دپارتمان‌های آموزشی در جدول شماره ۱ آمده است. در این مورد وضعیت بیمارستان ۴ مطلوب بوده است. میانگین طول مدت جلسات گزارش صبحگاهی دانشگاه مورد بررسی $(\pm 17/8)$ ۴۷/۴ دقیقه و مطلوب بود. میانگین طول مدت جلسات گزارش صبحگاهی به تفکیک بیمارستان‌ها و دپارتمان‌های آموزشی در جدول شماره ۱ آمده است. در مورد طول مدت جلسه در بیمارستان‌های ۱-۴، همچنین بخش‌های جراحی به‌طور کلی، و دپارتمان‌های زنان، جراحی، داخلی و جراحی استخوان و مفاصل مطلوب بوده است.

در ادامه ۸ مورد استاندارد ساختاری تحت بررسی قرار گرفت. ابتدا کارشناس آموزش دیده، سه نوبت در گزارش صبحگاهی هر بخش شرکت کرده و طبق پرسشنامه؛ اطلاعات زمان معرفی هر بیمار، تعداد بیمار معرفی شده، طول مدت زمان جلسه، محل گزارش صبحگاهی، تناسب گنجایش محل جلسات گزارش صبحگاهی، پذیرایی، وجود وسایل کمک آموزشی مثل تخت معاینه، نگاتوسکوپ، وایت بورد، رایانه، چاپگر (پرینتر)، اینترنت و ویدئو پروژکتور را مشاهده و ثبت نمود. سپس با استفاده از مستندات برنامه‌های بخش، سؤال از معاون آموزشی یا رئیس بخش و دستیار ارشد اطلاعات؛ تعداد گزارش صبحگاهی در هفته نیز ثبت گردید.

در مجموع بخش‌های زنان، داخلی، بیماری‌های کودکان، جراحی، روانپزشکی، مغز و اعصاب، طب اورژانس، جراحی استخوان و مفاصل، بیماری‌های عفونی و گرمسیری و مراقبت ویژه وارد مطالعه شدند. همه بخش‌ها در یک فاصله زمانی ۶-۴ ماه مورد بررسی قرار گرفت. عدم همکاری فقط در دو مورد وجود داشت که در یک مورد بخش مربوطه حذف شد و در مورد بعدی فقط یک‌بار اجازه شرکت در گزارش صبحگاهی داده شد، که مورد اخیر در مطالعه باقی ماند.

در مجموع ۷۳ مورد مشاهده و ثبت اطلاعات گزارش صبحگاهی صورت گرفت. قابل ذکر است که استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طبق لیست منتشر شده سال ۱۳۸۸ (۸) در مورد زمان معرفی هر بیمار ۵ دقیقه، تعداد بیمار معرفی شده ۲ الی ۴ (متوسط ۳ در نظر گرفته شد)، زمان گزارش صبحگاهی ۶۰ دقیقه در بخش داخلی و ۳۰ دقیقه در جراحی در نظر گرفته شد. در مواردی که اطلاعات بخش‌های داخلی و جراحی، یکجا محاسبه می‌شد به‌طور متوسط، ۴۵ دقیقه لحاظ می‌گردید. محل جلسات گزارش صبحگاهی درون بخش با فاصله کم از بخش و با توجه به تناسب گنجایش فضای محل گزارش صبحگاهی با تعداد شرکت کننده، وجود پذیرایی

جدول شماره ۱: میانگین زمان معرفی هر بیمار (دقیقه)، تعداد بیمار معرفی شده، مدت زمان جلسه گزارش صبحگاهی (دقیقه) دانشگاه مورد بررسی در

کل و به تفکیک بیمارستان ها و دپارتمان های آموزشی

واحد مورد بررسی	تعداد	تعداد بیمار	Dif	مطلوبیت	زمان معرفی بیمار	Dif	مطلوبیت	مدت جلسه	Dif	مطلوبیت
کل دانشگاه	۷۳	۳/۲(±۳/۱)	۰/۲	+	۴/۴(±۲/۶)	-۰/۶	+	۴۷/۴(±۱۷/۸)	۲/۴	+
بیمارستان (۱)	۲۸	۳/۸(±۳/۶)	۰/۸	-	۳/۸(±۲/۷)	-۱/۲	-	۴۶/۹(±۱۶)	۱/۹	+
بیمارستان (۲)	۱۲	۱/۷(±۱)	-۱/۳	-	۵/۷(±۲/۱)	۰/۷	-	۵۱/۸(±۱۵/۱)	۶/۸	+
بیمارستان (۳)	۱۲	۴/۸(±۴/۳)	۱/۸	-	۳/۹(±۲/۶)	-۱/۱	-	۴۶/۳(±۲۱/۱)	۱/۳	+
بیمارستان (۴)	۱۵	۲/۹(±۱/۹)	-۰/۱	+	۳/۹(±۲/۱)	-۱/۱	-	۴۸/۵(±۲۱/۳)	۳/۵	+
بیمارستان (۵)	۶	۱/۳(±۰/۵)	-۱/۷	-	۶/۸(±۲/۷)	۱/۸	-	۴۰/۷(±۱۸)	-۴/۳	-
جراحی	۲۷	۵/۴(±۴/۱)	۲/۴	-	۳/۲(±۱/۹)	-۱/۸	-	۴۴/۶(±۱۹/۹)	۱۴/۶	+
غیر جراحی	۴۶	۲(±۱/۳)	-۱	-	۵/۱(±۲/۷)	۰/۱	+	۴۹/۱(±۱۶/۵)	-۱۰/۹	-
د. زنان	۶	۵/۸(±۲/۳)	۲/۸	-	۳(±۱/۳)	-۲	-	۵۹/۲(±۱۸/۸)	۲۹/۲	+
د. جراحی	۱۵	۳/۷(±۳/۷)	۰/۷	-	۴/۱(±۱/۹)	-۰/۹	+	۴۵(±۱۷/۷)	۱۵	+
د. بیماری های کودکان	۹	۲/۴(±۱/۸)	-۰/۶	-	۴/۶(±۱/۷)	-۰/۴	+	۵۴(±۱۷/۱)	-۶	-
د. داخلی	۱۵	۱/۸(±۱)	-۱/۲	-	۶/۹(±۳/۵)	۱/۹	-	۵۸/۳(±۱۰/۲)	-۱/۷	+
د. روانپزشکی	۳	۱/۳(±۰/۶)	-۱/۷	-	۴/۳(±۲/۱)	-۰/۷	+	۳۲/۳(±۲۴)	-۲۷/۷	-
د. مغز و اعصاب	۹	۲/۱(±۱/۵)	-۰/۹	-	۴/۳(±۱/۹)	-۰/۷	+	۳۶/۲(±۱۳/۷)	-۲۳/۸	-
د. طب اورژانس	۳	۱/۳(±۰/۶)	-۱/۷	-	۵(±۱/۷)	۰	+	۴۸/۷(±۱۶/۳)	-۱۱/۳	-
د. جراحی استخوان	۶	۹/۳(±۳/۹)	۶/۳	-	۱/۲(±۰/۴)	-۳/۸	-	۲۹/۲(±۱۶/۶)	-۰/۸	+
د. عفونی	۶	۲(±۱/۳)	-۱	-	۳/۲(±۱/۷)	-۱/۸	-	۴۷/۲(±۱۶/۹)	-۱۲/۸	-
د. مراقبت ویژه	۱	۲	-	غیر قابل بررسی	۴(±۰)	-	غیر قابل بررسی	-	-	غیر قابل بررسی

اعداد به صورت میانگین و SD در پرانتز ذکر شده اند.

*در مورد تعداد بیمار، استاندارد ۳ مورد است و بین ۲-۴ مورد، قابل قبول است.

**در مورد زمان معرفی هر بیمار، استاندارد ۵ دقیقه بوده و بین ۶-۴ دقیقه نیز قابل قبول است.

***در مورد زمان جلسه استاندارد حداقل ۴۵ دقیقه، بخش های داخلی ۶۰ دقیقه و بخش های جراحی ۳۰ دقیقه و تا ۵ دقیقه کمتر نیز قابل قبول است.

جدول شماره ۲: فراوانی اجرا در بخش، گنجایش متناسب و اجرای حداقل ۳ مورد در هفته جلسات گزارش صبحگاهی دانشگاه

مورد بررسی در کل و به تفکیک بیمارستان ها و دپارتمان های آموزشی

واحد مورد بررسی	تعداد	اجرا در بخش n(%)	گنجایش متناسب n(%)	حداقل ۳ مورد
کل دانشگاه	۷۳	۴۵(۶۱/۶)	۷۰(۹۵/۹)	۲۲(۸۸)
بیمارستان (۱)	۲۸	۲۸(۱۰۰)	۲۵(۸۹/۳)	۹(۹۰)
بیمارستان (۲)	۱۲	۳(۲۵)	۱۲(۱۰۰)	۳(۷۵)
بیمارستان (۳)	۱۲	۰(۰)	۱۲(۱۰۰)	۴(۱۰۰)
بیمارستان (۴)	۱۵	۸(۵۳/۳)	۱۵(۱۰۰)	۵(۱۰۰)
بیمارستان (۵)	۶	۶(۱۰۰)	۶(۱۰۰)	۱(۵۰)
جراحی	۲۷	۱۵(۵۵/۶)	۲۷(۱۰۰)	۸(۸۸/۹)
غیر جراحی	۴۶	۳۰(۶۵/۲)	۴۳(۹۳/۵)	۱۴(۸۷/۵)
د. زنان	۶	۳(۵۰)	۶(۱۰۰)	۲(۱۰۰)
د. جراحی	۱۵	۹(۶۰)	۱۵(۱۰۰)	۴(۸۰)
د. بیماری های کودکان	۹	۶(۶۶/۷)	۹(۱۰۰)	۳(۱۰۰)
د. داخلی	۱۵	۶(۴۰)	۱۵(۱۰۰)	۴(۸۰)
د. روانپزشکی	۳	۳(۱۰۰)	۳(۱۰۰)	۱(۱۰۰)
د. مغز و اعصاب	۹	۵(۵۵/۶)	۹(۱۰۰)	۲(۶۶/۷)
د. طب اورژانس	۳	۳(۱۰۰)	۰(۰)	۱(۱۰۰)
د. جراحی استخوان و مفاصل	۶	۳(۵۰)	۶(۱۰۰)	۲(۱۰۰)
د. عفونی	۶	۶(۱۰۰)	۶(۱۰۰)	۲(۱۰۰)
د. مراقبت ویژه	۱	۱(۱۰۰)	۱(۱۰۰)	۱(۱۰۰)

*اعداد ذکر شده به صورت n(%) به معنی تعداد موارد حایز شرط مورد نظر و درصد آن از کل می باشد.

در بیمارستان ۳ و ۴، دپارتمان‌های زنان، بیماری‌های کودکان، روانپزشکی، طب اورژانس، جراحی استخوان و مفاصل، عفونی و مراقبت ویژه، جلسات سه مورد یا بیشتر در هفته بود. همچنین در هیچ‌یک از موارد در محل گزارش صبحگاهی دانشگاه مورد بررسی، از شرکت کنندگان پذیرایی نشد.

در مورد احراز حداقل ۳ جلسه در هفته، تعداد کل موارد ۱/۳ جلسات بود؛ بدین معنی که در هر بخش ۳ نوبت جلسه گزارش صبحگاهی بررسی می‌شد، ولی تعداد جلسه در هفته صفت مربوط به بخش بود، نه هر جلسه. فراوانی وجود وسایل کمک آموزشی در محل گزارش صبحگاهی در مورد تخت معاینه ۷۹/۵٪، نگاتوسکوپ ۸۹٪، وایت بورد ۹۳/۲٪، رایانه ۸۷/۷٪، چاپگر ۱۹/۲٪، اینترنت ۱۷/۸٪ و ویدئو پروژکتور ۸۳/۶٪ بود. جدول شماره ۳ به تفکیک، دسترسی به وسایل کمک آموزشی را در بیمارستان‌ها و دپارتمان‌های آموزشی نشان داده است.

در ۶۱/۶٪ موارد، جلسات گزارش صبحگاهی در درون بخش‌های بالینی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی برگزار می‌شد. فراوانی اجرای جلسات در بخش به تفکیک بیمارستان‌ها و دپارتمان‌های آموزشی در جدول شماره ۲ آمده است. چنانکه ملاحظه می‌شود در بیمارستان ۱ و ۵ همه موارد جلسات در بخش بوده و در مورد بیمارستان ۳، هیچ مورد جلسه گزارش صبحگاهی در بخش اجرا نشده است. در ۹۵/۹٪ موارد نیز گنجایش محل جلسات گزارش صبحگاهی دانشگاه علوم پزشکی متناسب با تعداد شرکت کننده می‌باشد. فراوانی گنجایش، متناسب محل جلسات به تفکیک بیمارستان‌ها و دپارتمان‌های آموزشی در جدول شماره ۲ ارائه شده است، که میانگین تعداد جلسات گزارش صبحگاهی در هفته در بخش‌های بررسی شده ۴/۲ مورد بوده است. در ۸۸٪ موارد نیز تعداد جلسات گزارش صبحگاهی ۳ یا بیشتر در هفته می‌باشد. فراوانی تعداد جلسات ۳ یا بیشتر در هفته به تفکیک بیمارستان‌ها و دپارتمان‌های آموزشی در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول شماره ۳: فراوانی وجود وسایل کمک آموزشی در محل جلسات گزارش صبحگاهی دانشگاه مورد بررسی به تفکیک بیمارستان‌ها، بخش‌های جراحی، غیر جراحی و دپارتمان‌های مختلف آموزشی

واحد مورد بررسی	تخت معاینه	نگاتوسکوپ	وایت بورد	رایانه	پرینتر	اینترنت	ویدئو پروژکتور
کل دانشگاه	۵۸(۷۹/۵)	۶۵(۸۹)	۶۸(۹۳/۲)	۶۴(۸۷/۷)	۱۴(۱۹/۲)	۱۳(۱۷/۸)	۶۱(۸۳/۶)
بیمارستان (۱)	۲۲(۷۸/۶)	۲۲(۷۸/۶)	۲۸(۱۰۰)	۲۸(۱۰۰)	۶(۲۱/۴)	۷(۲۵)	۲۱(۷۵)
بیمارستان (۲)	۹(۷۵)	۱۲(۱۰۰)	۹(۷۵)	۱۲(۱۰۰)	۳(۲۵)	۰(۰)	۱۲(۱۰۰)
بیمارستان (۳)	۹(۷۵)	۱۲(۱۰۰)	۱۲(۱۰۰)	۹(۷۵)	۰(۰)	۰(۰)	۹(۷۵)
بیمارستان (۴)	۱۲(۸۰)	۱۳(۸۶/۷)	۱۳(۸۶/۷)	۱۲(۸۰)	۵(۳۳/۳)	۶(۴۰)	۱۳(۸۶/۷)
بیمارستان (۵)	۶(۱۰۰)	۶(۱۰۰)	۶(۱۰۰)	۳(۵۰)	۰(۰)	۰(۰)	۶(۱۰۰)
جراحی	۱۸(۶۶/۷)	۲۷(۱۰۰)	۲۷(۱۰۰)	۲۱(۷۷/۸)	۰(۰)	۰(۰)	۲۴(۸۸/۹)
غیر جراحی	۴۰(۸۷)	۳۸(۸۲/۶)	۴۱(۸۹/۱)	۴۳(۹۳/۵)	۱۴(۳۰/۴)	۱۳(۲۸/۳)	۳۷(۸۰/۴)
د. زنان	۶(۱۰۰)	۶(۱۰۰)	۶(۱۰۰)	۳(۵۰)	۰(۰)	۰(۰)	۶(۱۰۰)
د. جراحی	۱۲(۸۰)	۱۵(۱۰۰)	۱۵(۱۰۰)	۱۲(۸۰)	۰(۰)	۰(۰)	۱۵(۱۰۰)
د. بیماری‌های کودکان	۹(۱۰۰)	۹(۱۰۰)	۹(۱۰۰)	۶(۶۶/۷)	۰(۰)	۳(۳۳/۳)	۹(۱۰۰)
د. داخلی	۱۵(۱۰۰)	۱۵(۱۰۰)	۱۲(۸۰)	۱۵(۱۰۰)	۳(۲۰)	۳(۲۰)	۱۵(۱۰۰)
د. روانپزشکی	۳(۱۰۰)	۰(۰)	۳(۱۰۰)	۳(۱۰۰)	۰(۰)	۰(۰)	۳(۱۰۰)
د. مغز و اعصاب	۹(۱۰۰)	۷(۷۷/۸)	۷(۷۷/۸)	۹(۱۰۰)	۸(۸۸/۹)	۶(۶۶/۷)	۴(۴۴/۴)
د. طب اورژانس	۳(۱۰۰)	۰(۰)	۳(۱۰۰)	۳(۱۰۰)	۰(۰)	۰(۰)	۰(۰)
د. جراحی استخوان و مفاصل	۰(۰)	۶(۱۰۰)	۶(۱۰۰)	۶(۱۰۰)	۰(۰)	۰(۰)	۳(۵۰)
د. عفونی	۰(۰)	۶(۱۰۰)	۶(۱۰۰)	۶(۱۰۰)	۳(۵۰)	۰(۰)	۶(۱۰۰)
د. مراقبت ویژه	۱(۱۰۰)	۱(۱۰۰)	۱(۱۰۰)	۱(۱۰۰)	۰(۰)	۱(۱۰۰)	۰(۰)

*اعداد ذکر شده به صورت (٪) n به معنی تعداد حایز شرط مورد نظر و درصد آن از کل می‌باشد.

بحث

بررسی ساختار جلسات گزارش صبحگاهی بخش‌های بستری بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه تپ یک در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ نشان داد ساختار کمی در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار دارد. در تفسیر مطلوب بودن ساختار و وسایل در دانشگاه مورد بررسی، لازم است نوع تپ یک این دانشگاه مورد نظر باشد. شرایط مطلوب این دانشگاه تأییدکننده شرایط ساختاری مطلوب و شایستگی تپ یک در این حوزه است. در مطالعه حاضر میانگین ۴/۴ دقیقه زمان معرفی هر بیمار به ۵ دقیقه نزدیک و مطلوب تلقی شد، همچنین میانگین تعداد بیمار ۳/۲ مورد که در محدوده مطلوب ۲-۴ قرار داشت؛ نشانه درک مناسب اساتید حاضر در جلسه و مسئولین بخش‌های بالینی این دانشگاه از زمان‌بندی لازم برای معرفی بیمار و تعداد مناسب بیمار جهت تأمین آموزش مطلوب بود.

در استانداردهای مصوب وزارت بهداشت نیز میانگین مطلوب زمان معرفی بیمار ۵ دقیقه و تعداد مناسب بیمار معرفی شده ۲-۴ مورد تعیین شده است (۶). در بررسی بیمارستان آموزشی "میدیان" آمریکا نیز در ۷۵٪ موارد، جلسات گزارش صبحگاهی بین ۲-۴ بیمار معرفی شدند (۹). در یک بررسی دیگر، چندین نویسنده پیشنهاد کردند در جلسات گزارش صبحگاهی بیماران متنوعی معرفی شوند تا فراگیران به مجموعه کاملی از مشکلات شایع طبی دسترسی یابند و از طرفی، تمایل دستیاران به انتخاب بیماران عجیب برای معرفی بیشتر شود (۲).

این نکته که در بخش‌های جراحی به‌طور کلی، و از جمله دپارتمان‌های زنان، جراحی استخوان و مفاصل زنان، معرفی بیمار خیلی کوتاه و نامطلوب بوده است (جدول شماره ۱) می‌تواند به‌علت روال معرفی تمامی بیماران در جلسه باشد، که منجر به معرفی کوتاه هر بیمار می‌شود. لذا تعداد زیاد بیمار و معرفی کوتاه بیمار همراه با هم، در بخش‌های مذکور ملاحظه شده است (جدول شماره ۱). این سؤال می‌تواند به‌علت اورژانسی‌تر بودن این بخش‌ها و نگرانی اساتید و دستیاران از ایجاد عوارض باشد که منجر به ادامه بیش هدف قرار دادن اداره درمانی بیماران در جلسات گزارش صبحگاهی در بخش‌های اورژانسی‌تر شده است. در بررسی تاریخچه گزارش‌های صبحگاهی در سالهای ۱۹۳۰، این

جلسات کاربرد کنترل کیفیت کاری بخش را داشته و صبح روز بعد از کشیک، اقدامات انجام‌شده مرور شده، که اضطراب‌آور نیز بوده است (۲). طول مدت جلسات گزارش صبحگاهی ۴/۴ دقیقه بود که مطلوب می‌باشد. در استانداردهای مطلوب وزارت بهداشت کشور، مدت زمان مطلوب جلسات گزارش صبحگاهی در بخش‌های داخلی یک‌ساعت و در بخش‌های جراحی ۳۰ دقیقه تعیین شده است (۶). در دانشگاه لویزیانا نیز در بخش‌های داخلی، یک‌ساعت از ۸-۹ صبح بوده است (۱۰). در بیمارستان آموزشی میدیان نیز جلسات گزارش صبحگاهی به‌صورت یک‌ساعته برگزار می‌شود (۹). این مسئله نیز دال بر توجه برگزارکنندگان جلسه به زمان‌بندی مناسب است. همچنین برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی، ۶۱/۶٪ درون‌بخش بود. در این مورد به‌نظر می‌رسد مسئولین آموزشی بعضی مراکز به فواید آموزشی اجرای جلسه گزارش صبحگاهی درون‌بخش که شامل حاضر کردن بیمار در جلسه یا مراجعه به بعضی مدارک و سؤالاتی از پرستاران بخش یا رفت و آمد فراگیران در موارد اورژانس به‌صورت راحت و آسان می‌باشد، چندان واقف نبوده‌اند. حتی در بعضی مراکز از جمله بیمارستان ۳، چندین کلاس درس بزرگ و مجهز در محلی مجتمع و دور از بخش‌های بالینی برای برگزاری جلسات فراهم شده، که قطعاً با هدف بهبود آموزش بوده است (جدول شماره ۲).

گنجایش جلسات گزارش صبحگاهی در بیش از ۹۵٪ موارد مناسب بوده که تأمین فضای کافی مناسب، قدمی مهم و البته نه کافی، در جهت بهبود آموزش است. در ۸۸٪ موارد حداقل سه جلسه گزارش صبحگاهی در هفته برگزار می‌شود که زمینه نسبتاً مناسبی برای اجرای محتوا و برنامه‌های آموزشی مناسب است. در مورد دسترسی به وسایل کمک آموزشی در جلسه در بیش از دوسوم موارد؛ تخت معاینه، نگاتوسکوپ، وایت بورد، رایانه و ویدئو پروژکتور در محل وجود داشته که مطلوب تلقی می‌شود. همچنین در کمتر از ۲۰٪ موارد به چاپگر و اینترنت دسترسی وجود داشته است، که نامطلوب تلقی می‌شود. پذیرایی ساده در جلسه نیز در هیچ موردی مشاهده نشده است. به‌طور خلاصه از ۸ استاندارد مورد بررسی در ۶ مورد مطلوب و در مورد استاندارد هفتم؛ یعنی دسترسی به وسایل کمک آموزشی ۵ تا از ۷ وسیله مورد بررسی

در پروژه ملی کشوری (۸)، مشکلات محوری نظام آموزش علوم پزشکی کشور به شرح زیر خلاصه می‌شود:

آگاهی ناکافی هیأت علمی، مهارت‌های ناکافی هیأت علمی، فقدان کلاس و تجهیزات، بی‌برنامگی آموزشی، مواجهه ناکافی با بیماران شايع، حضور اجرایی و نه آموزشی کارورزان، عدم تعامل آموزشی مؤثر، عدم رعایت اخلاق در تعامل استاد و دانشجو، ضعف در استناد به شواهد، فقدان مستندسازی در آموزش بالینی و روش‌های نامناسب ارزشیابی.

تنها یکی از ۱۱ مورد نقاط ضعف و مشکلات، به فقدان کلاس درس و تجهیزات کمک آموزشی در بخش‌ها و درمانگاه‌ها تخصیص دارد که در تأیید مطالعه حاضر است. همچنین ساختار کمی آموزشی در جلسات گزارش صبحگاهی به عنوان یکی از نماهای نظام آموزش پزشکی نسبتاً مناسب می‌باشد، که به نظر می‌رسد محتوای آموزش و توجه به ۱۰ مورد دیگر در بهبود نظام آموزش پزشکی بیشتر در اولویت قرار می‌گیرد.

نتیجه گیری

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که ساختار کمی آموزش پزشکی جلسات گزارش صبحگاهی در دانشگاه تپ یک مورد بررسی، مناسب بوده است. لذا به نظر می‌رسد پیشرفت آموزش این دانشگاه و احتمالاً دانشگاه‌های تپ یک مشابه، بهبود کیفیت و محتوای جلسات بوده است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل نتایج بخشی از طرح تحقیقاتی به شماره ۳۹۸۷ مورخ ۹۱/۵/۱۵ به صورت پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد آموزش پزشکی و طرح تحقیقاتی مصوب می‌باشد.

مطلوب و در دو مورد چاپگر و اینترنت نامطلوب بوده است. در مورد استاندارد هشتم؛ یعنی پذیرایی ساده در هیچ موردی وجود نداشته است. دسترسی به اینترنت و چاپگر در جلسه گزارش صبحگاهی به نوعی در رابطه با محتوای عملکرد مبتنی بر شواهد مورد نیاز قرار می‌گیرد. لذا محتوا و کیفیت جلسات است که در صورت طرح سؤال مشخص بالینی و نیاز به تحقیق در مورد سؤال بالینی مورد نظر، ضرورت دسترسی به اینترنت و چاپگر در جلسه را مطرح می‌سازد. این نقطه ضعف تأییدکننده ضعف در استناد به شواهد در آموزش پزشکی است، که در پروژه ملی، یکی از ۱۱ محور ضعف آموزش پزشکی می‌باشد (۸).

در پژوهش حاضر، بعضی از وسایل کمک آموزشی مورد بررسی در بعضی بخش‌ها موردی نداشت. مثلاً در بخش روانپزشکی که نگاتوسکوپ نبود، طبعاً کاربردی نیز نداشت و نقطه ضعف محسوب نمی‌شد. مثال دیگر، نبودن تخت معاینه در جلسه گزارش صبحگاهی بخش جراحی استخوان و مفاصل بود، که موردی نداشت (جدول شماره ۳).

مورد پذیرایی ساده در جلسه نیز به نوعی نمادی از محتوای ارتباط صمیمانه در جلسه در جهت بهبود یادگیری است. لذا با وجود اینکه این پذیرایی می‌تواند به سادگی برقرار شود، ولی احتمالاً ضرورت آن در رابطه با فضای محتوایی جلسات کمتر مطرح شده و یا به طور سنتی مورد توجه قرار نداشته است. مطالعات نشان می‌دهد جلسه گزارش صبحگاهی از هر دو سوی آموزش دهنده و آموزش گیرنده، ترس و اضطراب ایجاد می‌کند؛ چراکه هر دو ممکن است احتمالات تشخیص را از قلم بیندازند (۹). پذیرایی ساده در جلسه نیز می‌تواند سبب کاهش اضطراب جلسه شود، همچنین افزایش توجه و تمرکز را در پی داشته باشد.

References:

1. Parrino TA, Villanueva AG. The Principles and Practice of Morning Report. JAMA 1986;256(6):730-3.
2. Parrino TA. The Social Transformation of Medical Morning Report. J Gen Intern Med 1997;12(5):332-3.
3. 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.

4. Kane GC, Holumzer C, Sorokin R. Utilization Management Morning Report: Purpose, Plannings, and Early Experience in a University Hospital Residency Program. *Semin Med Pract* 2001;4(1):27-36.
5. Arab M, Emadi Sh. Study of Obstetrics and Gynecology Training Program in Hamadan University of Medical Sciences and Health Services. Hamadan: Hamadan University; 1999. [Text in Persian]
6. Determination of Clinical Medical Education Standards Final Report. Student and Education Deputy of Iranian Ministry of Health and Medical Education. Tehran: Iranian Ministry of Health and Medical Education, Medical Education Research and Development Centre; 2009.
7. Iranian Ministry of Health and Medical Education. Medical Education Research and Development Centre 2009.
8. Yazdani Sh. Main Messages of Determination of Clinical Medical Education Standards Project. Student and Education Deputy of Iranian Ministry of Health and Medical Education. Medical Education Research and Development Centre 2009.
9. Ramratan B, Kelly G, Mega A, Tilkemeier P, Schiffman FJ. Determants of Case Selection at Morning Report. *J Gen Intern Med* 1997;12(5):263-6.
10. Bank DE, Runhauashi, Timm DF, Christopher KA, Duggar DC, McLarty J. 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.
11. 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):747-51.