

# بررسی مقایسه‌ای برگزاری گزارش صبحگاهی از دیدگاه دانشجویان پزشکی به دو روش روتین و پزشکی مبتنی بر شواهد

فریبا فرهادی فر<sup>۱</sup>، میترا بهرامی<sup>۲\*</sup>، فایق یوسفی<sup>۳</sup>، عرفان فرضی<sup>۴</sup>، افشین بهرامی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۰۳/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۲۴

## چکیده

**مقدمه:** یکی از مهمترین روش‌های آموزشی در علوم پزشکی گزارش صبحگاهی می‌باشد. پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM) یک رویکرد نوین در علوم پزشکی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بالینی بیماران است. هدف از انجام این مطالعه بررسی و مقایسه برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی از دیدگاه دانشجویان پزشکی به دو روش روتین و EBM بود.

**روش:** مطالعه به روش توصیفی - تحلیلی بر روی ۸۷ نفر از کارآموزان، کارورزان و رزیدنت‌های بخش زنان بیمارستان بعثت سنندج در سال ۱۳۹۳ انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته، مشتمل بر ۲۶ سؤال در ۳ بخش شامل اطلاعات جمعیت شناختی و تحصیلی، اطلاعات مرتبط با ساختار و محتوای آموزشی گزارش صبحگاهی و قسمت مربوط به ارتقاء توانمندی‌های دانشجویان در دو روش روتین و EBM جمع‌آوری شد. پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۵ بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری t-test و کای اسکویر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ۸۵ نفر (۹۷ درصد) از دانشجویان ساعت شروع گزارش صبحگاهی را ۸ صبح اعلام کردند. میانگین مدت زمان برگزاری جلسات در گروه EBM ۴۲/۱۰ دقیقه و در گروه روتین ۳۸/۶ دقیقه بود. در گروه‌های EBM و روتین بین ارائه فیدبک و مشارکت و تعامل حاضرین ( $p=0/003$ ) تفاوت معنی‌داری آماری وجود داشت و میانگین گروه EBM بیشتر از گروه روتین بود. از نظر تعداد بیماران معرفی شده، نوع بیماری‌ها و مدت زمان معرفی هر بیمار بین گروه روتین و EBM تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. بین گروه‌های EBM و روتین در توانمندی‌های دانشجویان تفاوت معنی‌داری آماری مشاهده شد ( $P=0/04$ ) و میانگین در گروه EBM بیشتر از گروه روتین بود.

**نتیجه‌گیری:** ضوابط مربوط به ساختار جلسات گزارش صبحگاهی در حد قابل قبول در هر دو روش رعایت شده بود. به منظور بهبود جلسات گزارش صبحگاهی باید بر موارد مربوط به ساختار و محتوای جلسات مانند ارائه فیدبک، مشارکت و تعامل حاضرین و همچنین موارد مربوط به ارتقاء توانمندی‌های دانشجویان تاکید بیشتری گردد.

**کلید واژه‌ها:** گزارش صبحگاهی، بخش زنان و زایمان، پزشکی مبتنی بر شواهد، بالینی

## مقدمه

طول شب گذشته تا معرفی کامل یک بیمار تازه بستری شده یا یک بیمار بستری شده با یافته‌های غیرعادی و جالب باشد (۴). گزارش صبحگاهی بطور معمول با حضور رئیس بخش، استادان، دستیاران و کارورزانی که شب قبل کشیک بوده‌اند برگزار می‌شود (۱، ۵). هدف از بحث‌های گزارش صبح گاهی بحث بر سر بیماری، تشخیص‌های متفاوت و روش‌های مختلف درمانی آن است. گروهی که شب قبل کشیک (شیفت) بوده‌اند (مثل پزشک متخصص، دانشجویان دوره تخصصی و اینترن‌ها) مسئولیت برگزاری و مدیریت این گزارشات را به عهده دارند. در شروع این جلسات توضیح مختصری درباره همه بیماران داده می‌شود و بعد درباره یک یا چند مورد از آنان بحث صورت می‌گیرد (۶-۷).

آموزش صحیح در پزشکی یکی از اصول اساسی و مهم در دانشگاه‌های علوم پزشکی است. دانشجویان دوره‌های مختلف پزشکی نقش مهمی در سیستم سلامت جامعه را برعهده دارند، بنابراین آموزش و تهیه و تدوین برنامه‌های آموزشی مناسب برای آن‌ها اهمیت بسیاری دارد. یکی از مهم‌ترین روش‌های آموزشی در علوم پزشکی گزارش صبحگاهی (Morning Report) می‌باشد (۱-۳). معرفی بیماران می‌تواند از یک بحث کوتاه در مورد هر یک از بیماران پذیرش شده در

\*نویسنده مسئول: میترا بهرامی، کارشناس ارشد آموزش بهداشت، کمیته تحقیقات

دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

mitra\_bahrami66@yahoo.com

فریبا فرهادی فر، گروه زنان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

فایق یوسفی، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

عرفان فرضی، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

افشین بهرامی، کارشناس بیوتکنولوژی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

اهداف مختلف گزارش صبحگاهی شامل ۵ زیر شاخه اصلی: آموزش، ارزیابی کیفیت خدمات، شناسایی و گزارش وقایع نامطلوب، موضوعات غیرپزشکی و تعاملات اجتماعی می‌باشد (۱). بخش اهداف آموزشی گزارش‌های صبحگاهی خود نیز دامنه وسیعی از اهداف جزئی‌تر را که شامل: آموزش مبتنی بر یک بیمار خاص، برنامه‌ریزی برای مدیریت یک بیماری، تقویت مهارت‌های سخنرانی و ارائه، تقویت مهارت‌های تصمیم‌گیری و آموزش موضوعات اخلاقی است را دنبال می‌کند (۸-۱۳).

گزارش صبحگاهی معمولاً قبل از ساعت ۹ شروع می‌شود و حدود ۱ ساعت به طول می‌انجامد (۱۴). این گزارشات ارزش و نقش زیادی در مراکز آموزش بالینی دارد؛ از جمله به عنوان ابزاری برای ارزیابی خدمات بالینی و وسیله‌ای برای تضمین کیفیت بکار می‌رود (۱۵). در انواع روش‌های آموزشی بر یادگیری فعال از طریق مشارکت فعالانه فراگیران تاکید می‌شود. با مشارکت فعالانه دانشجویان توانایی آن‌ها برای تفکر مستقل و حل مسائل توسعه می‌یابد. گزارش‌های صبحگاهی می‌تواند فرصت مناسبی برای یادگیری فعالانه از طریق درگیر شدن دانشجویان در بحث‌های گروهی درباره موارد جالب، تشخیص و مدیریت وضعیت‌های بحرانی و دیگر موضوعات مرتبط را فراهم کند (۱۶).

باتوجه به این‌که در گزارشات صبحگاهی هم اساتید هم دانشجویان همزمان شرکت می‌کنند این جلسات باید به نحوی مدیریت شوند که نیازهای آموزشی گروه‌های مختلف شرکت‌کننده را بطور صحیح برآورده سازند. حق دوست در بررسی خود کم بودن نقش دانشجویان و کارورزان در گزارش صبحگاهی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان را قابل تامل ذکر کرده‌است همچنین به نقل از افشاری اشاره کرده است که نظرات اساتید در مقایسه با مقاطع مختلف دانشجویان نسبت به وضعیت گزارش صبحگاهی همخوان نیست (۱۷). همچنین با وجود استفاده گسترده از این برنامه آموزشی تاکنون الگوی مورد توافق متخصصان ارائه نشده است (۱۸). نتایج مطالعه رضوی نشان داد که با تبدیل جلسات سنتی گزارش صبحگاهی به جلسات مبتنی بر شواهد (Evidence Base) جلسات گزارش صبحگاهی پربارتر خواهد شد (۱۹). امروزه پزشکی مبتنی بر شواهد به عنوان یک رویکرد نوین در علوم پزشکی پذیرفته شده و جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بالینی بیماران مورد بحث و توجه قرار گرفته است. پزشکی مبتنی بر شواهد (Evidence Based Medicine) روند سیستماتیک بررسی،

ارزیابی و استفاده از یافته‌های تحقیقات بالینی برای کمک به ارائه خدمات مطلوب به بیماران و تشخیص و درمان بیماری‌ها است (۲۰-۲۱). در تعریف دیگر پزشکی مبتنی بر شواهد را استفاده درست و صریح از بهترین شواهد موجود برای تصمیم‌گیری بالینی در مراقبت از بیماران تعریف کرده‌اند (۳-۴). بنابراین پزشکی مبتنی بر شواهد دیدگاهی است که به پزشک این امکان را می‌دهد تا علاوه بر استفاده از تجربه خود از آخرین مستندات علمی موجود نیز استفاده بنماید. پزشکی مبتنی بر شواهد به بروز ماندن اطلاعات پزشکان نیز کمک شایان توجهی می‌نماید (۲۲) و همین طور الگوی جدیدی در عملکرد بالینی پزشکان می‌باشد (۲۳) در این روش پزشکانی که شب قبل شیفت بوده‌اند برای معرفی مواردی که در جلسه گزارش صبحگاهی فردا مطرح خواهند شد، از طریق اینترنت منابع و مقالات علمی جدید را مطالعه می‌نمایند و در معرفی بیمار علاوه بر تجربه خود از این منابع نیز کمک خواهند گرفت.

مطالعات مختلف، کارایی آموزش مهارت‌های مختلف پزشکی مبتنی بر شواهد به دانشجویان پزشکی را نشان داده‌اند (۲۳-۲۷). صادقی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که دستیاران دانشگاه علوم پزشکی کرمان شناخت کمی از پزشکی مبتنی بر شواهد دارند و فقط ۵/۳ درصد آن‌ها اظهار کرده‌اند که در بیش از نیمی از کارهای بالینی خود از رویکرد پزشکی مبتنی بر شواهد استفاده می‌کنند (۲۸). بنابراین با توجه به اهمیت فزاینده پزشکی مبتنی بر شواهد و آشنایی اندک پزشکان با آن، لزوم برنامه‌ریزی صحیح برای آموزش این موضوع در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور احساس می‌شود. همچنین با توجه به این‌که برگزاری گزارشات صبحگاهی به روش‌های مختلف ویژگی‌های ساختاری و محتوایی متفاوتی خواهد داشت، لذا هدف از انجام این مطالعه بررسی و مقایسه برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی به روش روتین و EBM (Evidence Base Medicine) از دیدگاه دانشجویان پزشکی بود.

## روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی بود. جامعه آماری شامل کلیه کارآموزان، کارورزان و رزیدنت‌هایی بود که در جلسات گزارش صبحگاهی بخش زنان بیمارستان بعثت سنندج در ماه‌های اردیبهشت و خرداد سال ۱۳۹۳ مشغول گذراندن دوره آموزشی در بخش زنان این بیمارستان بودند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از کارآموزان و کارورزانی که در حال

بود: خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲)، خیلی کم (۱). البته در نهایت، نمره‌های زیاد و خیلی زیاد با هم و نمره‌های کم و خیلی کم نیز با یکدیگر ادغام شدند. در مجموع برای رتبه‌های زیاد و خیلی زیاد نمره ۳ و برای رتبه‌های کم و خیلی کم نمره ۱ در نظر گرفته شد. روایی محتوایی و صوری پرسشنامه بر اساس نظر متخصصین و پایایی آن با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ  $0/85$  محاسبه شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS.Ver.16 و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی از قبیل آزمون t-test و کای‌اسکویر به منظور مقایسه میانگین نظرات رزیدنت‌ها، کارآموزان و کارورزان در مورد برگزاری گزارش‌های صبحگاهی به دو روش روتین و EBM مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و حد معنی‌داری  $p < 0/05$  در نظر گرفته شد. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش تمام دانشجویان به هر دو روش روتین و EBM آموزش داده شدند. همچنین پرسشنامه‌ها بدون نام و نام خانوادگی پر می‌شد و در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات نیز به دانشجویان اطمینان داده شد.

### یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه  $25 \pm 2$  سال بود. ۵۸ (۶۷/۵ درصد) نفر از افراد شرکت‌کننده زن و ۲۸ (۳۲/۵ درصد) نفر مرد بودند. ۵ نفر (۵/۸ درصد) از افراد شرکت‌کننده در مطالعه اینترن در گروه EBM و ۵ نفر (۵/۸ درصد) دیگر اینترن در گروه روتین بودند. ۲۳ نفر (۲۶/۷ درصد) از آن‌ها اکسترن در گروه EBM و ۲۳ نفر (۲۶/۷ درصد) دیگر اکسترن در گروه روتین بودند. همچنین ۱۵ نفر (۱۷/۴ درصد) از آنها از دستیار در گروه EBM و ۱۵ نفر نیز دستیار در گروه روتین بودند. بطور کلی ۴۳ نفر در گروه EBM و ۴۳ نفر در گروه روتین قرار گرفتند.

در بخش ساختاری نتایج مطالعه ما نشان داد که ساعت شروع گزارش صبحگاهی در ۹۷ درصد مواقع (۸۵ مورد) در هر دو روش ساعت ۸ صبح بوده‌است. میانگین مدت زمان برگزاری جلسات در گروه EBM  $42/10$  دقیقه و در گروه روتین  $38/6$  دقیقه بوده‌است. تعداد بیماران معرفی شده در ابتدای جلسه در هر دو روش ۵ بیمار بود. میانگین تعداد بیمارانی که بطور کامل در جلسه معرفی می‌شدند ۳ بیمار بود که میانگین مدت زمان معرفی این بیماران در گروه EBM ۲۳ دقیقه و در گروه روتین ۲۷ دقیقه بود (جدول ۱).

گذراندن بخش زنان بودند و برای بار اول دوره بخش زنان را می‌گذراندند. معیار خروج از مطالعه شامل پاسخ ناکامل به پرسشنامه‌ها بود. حجم نمونه شامل ۹۰ نفر بود که به دلیل پاسخ ناکامل به پرسشنامه‌ها، ۴ نفر از مطالعه خارج شدند و تجزیه و تحلیل با ۸۶ پرسشنامه انجام شد. بررسی جلسات گزارش صبحگاهی به مدت ۴ هفته انجام شد. هر گروه از دانشجویانی که در حال گذراندن بخش زنان بودند ۳ روز اول هفته به روش روتین و ۳ روز دوم هفته به روش مبتنی بر شواهد آموزش داده می‌شدند. در روش روتین جلسات گزارش صبحگاهی با استفاده از اطلاعات بالینی و تجربه استاد بدون استفاده از منابعی مانند مقالات جدید علمی اداره می‌شد اما در روش مبتنی بر شواهد اساتیدی که شب قبل شیفت بودند، آخرین مقالات و دستاوردهای علمی مربوطه را، از طریق اینترنت آماده می‌کردند و با تلفیق اطلاعات خود با آخرین شواهد موجود، روز بعد به روش مبتنی بر شواهد جلسه گزارش صبحگاهی را مدیریت می‌کردند. پرسشنامه توسط دانشجویان بعد از آموزش به روش روتین و EBM تکمیل گردید. پژوهشگر قبل از شروع جلسات در محل برگزاری گزارش صبحگاهی حضور یافته و پرسشنامه را بین کارآموزان و کارورزانی که قصد ورود به جلسه را داشتند توزیع کرده و پس از جلسه آن‌ها را تحویل می‌گرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه پژوهشگر ساخته، مشتمل بر ۲۶ سؤال و ۳ بخش شامل بخش الف) مشخصات جمعیت شناختی و تحصیلی، بخش ب) اطلاعات مرتبط با ساختار و محتوای آموزشی گزارش صبحگاهی و بخش پ) مربوط به ارتقای توانمندی‌های دانشجویان بود. مشخصات جمعیت شناختی و تحصیلی شامل: سن، جنس و مقطع تحصیلی بود. سؤال‌های مربوط به حیطه‌ی ساختار و محتوای گزارش صبحگاهی در دو روش روتین و EBM شامل: ساعت شروع جلسه، مدت جلسه، مدیر و گرداننده جلسه، تعداد بیماران معرفی شده در ابتدای جلسه، تعداد بیماران معرفی شده بطور کامل در جلسه، نوع بیماری‌های معرفی شده، مدت زمان معرفی هر بیمار، محل استقرار اساتید در جلسه، شرایط فیزیکی محل برگزاری جلسات، ارائه فیدبک (بازخورد) به ارائه‌دهنده در جلسه، حضور متخصصین سایر رشته‌ها، محتوای بحث، مشارکت و تعامل حاضرین بود. منظور از قسمت مربوط به ارتقای توانمندی‌های دانشجویان افزوده شدن توانمندی‌های پزشکی فراگیران از دیدگاه خود آن‌ها بود. سوالات مربوط به این قسمت با استفاده از جدول درجه‌بندی شده با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت اندازه‌گیری شد. روش نمره‌دهی به این صورت

جدول ۱: میانگین شاخص‌های ساختار برنامه گزارش صبحگاهی در دو گروه روتین و EBM در بخش زنان

متغیر	گروه روتین	گروه EBM
ساعت شروع	۸	۸
مدت جلسه (دقیقه)	۳۸/۶	۴۲/۱۰
تعداد بیماران معرفی شده در ابتدای جلسه	۵	۵
تعداد بیماران معرفی شده بطور کامل در جلسه	۳	۳
زمان معرفی هر بیمار (دقیقه)	۹	۸
میانگین زمان معرفی بیماران (دقیقه)	۲۷	۲۳

شرایط فیزیکی محل برگزاری در جلسات گزارش صبحگاهی هم در روش روتین و هم در روش EBM در حد نسبتاً مطلوب و مطلوب بود. بین میانگین این شاخص‌ها در دو گروه تفاوت آشکاری دیده نشد (جدول ۲).

مدیر جلسه در حدود ۹۰ درصد موارد گزارش صبحگاهی هم در روش روتین و هم در روش EBM مشخص بود و در هر دو روش در اکثر موارد یک نفر از اعضای هیأت علمی مدیر و گرداننده جلسه بود. محل استقرار اساتید در جلسات روتین و EBM در اکثر موارد در ردیف جلو و رو به مخاطبین بود.

جدول ۲: شاخص‌های ساختار برنامه گزارش صبحگاهی در دو گروه روتین و EBM در بخش زنان

متغیر	روتین (درصد تعداد)	EBM (درصد تعداد)	P-value
مدیر جلسه	مشخص	۴۰ (۹۳)	۰/۵۶
	نامشخص	۳ (۷)	
مدیر و گرداننده جلسه	یکی از اعضای هیئت علمی	۶۶ (۷۶/۸)	۰/۴۷
	یکی از اعضای غیر هیئت علمی	۵ (۵/۸)	
	مدیر گروه	۲ (۲/۳)	
	کارورز	۳ (۳/۴)	
محل استقرار اساتید	ردیف جلو و پشت به مخاطبین	۳۴ (۳۹/۵)	۰/۴۶
	ردیف جلو و رو به مخاطبین	۵۲ (۶۰/۵)	
شرایط فیزیکی محل برگزاری جلسات	مطلوب	۲۴ (۲۷/۹)	۰/۸۲
	نسبتاً مطلوب	۵۳ (۶۱/۷)	
	نامطلوب	۹ (۱۰/۴)	

سایر رشته‌ها در جلسات حضور نداشتند. همچنین در ۶۹/۷ درصد موارد جو حاکم بر فضای جلسه گزارش صبحگاهی در گروه EBM و ۶۵/۲ درصد موارد در گروه روتین دوستانه، مبتنی بر احترام و به دور از هرگونه تهدید و تحقیر بود. در هر دو گروه محتوی بحث در بیش از ۷۰ درصد موارد نحوه مدیریت بیماران بستری شده بود. در گروه روتین در ۴۴/۱ درصد موارد مشارکت و تعامل حاضرین در بین نیمی از حضار جلسه وجود داشت و در گروه EBM مشارکت و تعامل حاضرین در ۵۳/۴ درصد موارد در بین اکثر حضار وجود داشت.

بین گروه روتین و EBM در شاخص‌های ساختاری ذکر شده در جدول فوق تفاوت معنی‌داری دیده نشد. نتایج مطالعه ما در بخش سوالات مربوط به محتوای جلسات گزارش صبحگاهی نشان داد که در گروه روتین در ۵۲/۴ درصد موارد بیماری‌های مورد بحث در جلسه بیماران دارای مشکل و عارضه بودند و در گروه EBM نیز ۵۸/۲ درصد از بیماری‌های مورد بحث بیماران دارای مشکل و عارضه بودند. ارائه فیدبک (بازخورد) به ارائه دهنده در ۲۲/۱ درصد در گروه روتین انجام می‌شد در حالی که این میزان در گروه EBM ۴۴/۲ درصد بوده است. در بالای ۸۰ درصد موارد در گروه روتین و EBM متخصصین

جدول ۳: مقادیر شاخص‌های محتوای برنامه گزارش صبحگاهی در دو گروه روتین و EBM در بخش زنان دانشگاه علوم پزشکی کردستان

متغیر	روتین تعداد (درصد)	EBM تعداد (درصد)	P-value
بیماریهای مورد بحث	همه بیماران بستری	۷ (۸/۱)	۵ (۵/۸)
	بیماران شایع	۱۷ (۱۹/۸)	۲۱ (۲۴/۴)
	بیماران دارای مشکل و عارضه	۴۵ (۵۲/۴)	۵۰ (۵۸/۲)
	بیماران غیرعادی و نادر	۷ (۸/۱)	۵ (۵/۸)
	بیماران سرپایی	۱۰ (۱۱/۶)	۷ (۵/۸)
ارائه فیدبک به ارائه‌دهنده	دارد	۱۹ (۲۲/۱)	۳۸ (۴۴/۲)
	ندارد	۶۷ (۷۷/۹)	۴۸ (۵۵/۸)
حضور متخصصین سایر رشته‌ها	حضور	۱۵ (۱۸/۴)	۱۳ (۱۴/۹)
	عدم حضور	۷۱ (۸۱/۶)	۷۳ (۸۵/۱)
جو حاکم بر فضای جلسه	دوستانه، مبتنی بر احترام و به دور از هرگونه تهدید و تحقیر	۵۶ (۶۵/۲)	۶۰ (۶۹/۷)
	غیردوستانه، مبتنی بر احترام و به دور از هرگونه تهدید و تحقیر	۲۴ (۲۷/۹)	۲۳ (۲۶/۷)
	دوستانه، همراه با تهدید و تحقیر	-	-
	غیردوستانه، همراه با تهدید و تحقیر	۶ (۶/۹)	۳ (۳/۶)
محتوی مورد بحث	نحوه مدیریت بیماران بستری شده	۶۷ (۷۷/۹)	۶۱ (۷۰/۹)
	محفوظات و دانسته‌های پزشکی	۱۲ (۱۳/۹)	۱۴ (۱۶/۳)
	عوارض و خطاهای دارویی	۷ (۸/۲)	۱۱ (۱۲/۸)
مشارکت و تعامل حاضرین	اکثریت	۳۴ (۳۵/۹)	۴۶ (۵۴/۳)
	نیمی از حضار	۳۸ (۴۴/۱)	۳۳ (۳۸/۳)
	تعداد کمی از حضار	۱۴ (۱۶/۲)	۷ (۸/۳)

\* P-value کمتر از ۰/۰۵

برقراری ارتباط، مهارت تصمیم‌گیری بالینی، اخذ شرح حال پزشکی و طبابت مبتنی بر شواهد، ارتقاء مهارت تصمیم‌گیری بالینی، تشخیص بیماری و تشخیص‌های افتراقی و معاینه بیماران بیشتر از گروه روتین ارتقا می‌یابد (جدول ۳).

بین گروه روتین و EBM در شاخص‌های محتوایی هم‌چون ارائه فیدبک و مشارکت و تعامل حاضرین تفاوت معنادار وجود داشت. در رابطه با ارتقای توانمندی‌های پزشکی، اکثر دانشجویان ذکر کرده بودند که با شرکت در جلسات گزارش صبحگاهی به روش EBM مهارت‌هایی از جمله مهارت

جدول ۴: ارتقای توانمندی‌های پزشکی دانشجویان در برنامه گزارش صبحگاهی

متغیر ارتقای توانمندی‌های پزشکی	روتین تعداد (درصد)	EBM تعداد (درصد)	P-value
زیاد	۴۴ (۵۱/۲)	۵۷ (۶۶/۳)	* ۰/۰۴
متوسط	۳۱ (۳۶/۱)	۲۱ (۲۴/۴)	
کم	۱۱ (۱۲/۷)	۸ (۹/۳)	

\* P-value کمتر از ۰/۰۵

هر جلسه گزارش صبحگاهی از ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت نیز ذکر شده است. میانگین مدت زمان برگزاری جلسه در مطالعه حق دوست یک ساعت ذکر شده بود (۴، ۱۷، ۳۰). زارع در مطالعه خود نشان داد بهترین مدت زمان برگزاری گزارشات یک ساعت می‌باشد که دانشجویان فرصت بیشتری برای رسیدگی به بیماران را داشته باشند (۳۱).

در مطالعه حاضر نتایج نشان داد که اکثر جلسات درباره مشکلات ۳ بیمار به طور کامل بحث می‌شود که با نتایج مطالعه رضوی همخوانی دارد (۱۹). در مطالعات مشابهی نیز معرفی ۲ تا ۳ بیمار در طول جلسه گزارش صبحگاهی را مطلوب ذکر نموده‌اند (۲).

نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که مدت زمان معرفی هر بیمار در اکثر موارد حدود ۹ دقیقه است ولی نتایج سایر مطالعات نشان می‌دهد که معرفی هر بیمار ۵ دقیقه یا کمتر طول می‌کشد (۲). در مطالعه رضوی میانگین مدت زمان معرفی هر بیمار حدود ۲۰ دقیقه بوده است (۱۹). بین دو گروه روتین و EBM از لحاظ میانگین مدت زمان معرفی هر بیمار و تعداد بیماران معرفی شده تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). بنظر می‌رسد که با توجه به مدت زمان گزارش صبحگاهی در این مطالعه که حدود ۴۰ دقیقه بوده است، میانگین مدت زمان معرفی بیمار در این مطالعه مناسب است. در مطالعه حاضر، مدیر و گرداننده برنامه گزارش صبحگاهی در اکثر موارد یک نفر از اعضای هیئت علمی بود که با مطالعه Ways همخوانی دارد (۲). و نتایج مطالعه رضوی که در اکثر موارد یک نفر از دستیاران مدیر و گرداننده جلسه بود مغایرت دارد (۱۹). بنظر می‌رسد در مواردی که یک نفر از اعضای هیئت علمی گرداننده جلسه باشد میزان رضایت‌مندی و بهره‌مندی دانشجویان بالاتر خواهد بود و جلسات مفیدتر برگزار می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که بیمارانی که برای معرفی در جلسات گزارش صبحگاهی انتخاب و معرفی شدند، در اکثر موارد بیماران دارای مشکل و عارضه بودند. این یافته با نتایج حاصل از مطالعه رضوی همخوانی دارد (۱۹). در بعضی از مطالعات به نوع بیماری‌های نادر و غیرعادی (۲) و یا همه بیماران بستری شده (۳۲) ذکر شده‌اند. در جلسات اگر فقط بر بیماران مشکل‌دار و عارضه‌دار تأکید شود کارورزان در زمینه بیماری‌هایی که در جامعه شیوع بالایی دارند اما عارضه کمتری دارند و همچنین در مورد بیماران سرپایی تجربه لازم راکسب نخواهند کرد.

همانطور که از نتایج جدول پیداست توانمندی‌های فراگیران در گروه EBM بیشتر از گروه روتین ارتقا پیدا کرده بود. از نظر مشخص یا نامشخص بودن مدیر جلسه، تعداد بیماران معرفی شده در جلسه، نوع بیماری‌های معرفی شده در جلسه و مدت زمان معرفی بیمار بین گروه روتین و EBM تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). افرادی که در گروه گزارش صبحگاهی به روش EBM بودند بیشتر به ارائه فیدبک اشاره کرده بودند ( $P < 0/04$ )، همچنین در گروه EBM مشارکت و تعامل حاضرین بیشتر از گروه روتین بود ( $P < 0/003$ ). همچنین توانمندی فراگیران در گروه EBM بیشتر از گروه روتین ارتقا پیدا کرده بود ( $P < 0/04$ ) (جدول ۴).

### بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه برنامه‌های آموزشی گزارش صبحگاهی در بخش زنان بیمارستان بعثت سنج به روش روتین و EBM از نظر ساختار و محتوا و همچنین از لحاظ ارتقای سطح توانمندی دانشجویان مورد ارزیابی قرار گرفت. نگاه کلی به وضعیت فعلی گزارشات صبحگاهی در این تحقیق نشان داد که ویژگی‌های ساختاری و محتوایی جلسات گزارش صبحگاهی در حد قابل قبول اجرا شده بودند. از نظر اجرای برخی ویژگی‌های محتوایی هم‌چون ارائه فیدبک و مشارکت و تعامل حاضرین در بین گروه روتین و EBM تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. توانمندی فراگیران در گروه EBM بیشتر از گروه روتین ارتقا پیدا کرده بود. همخوان با این نتیجه، حق دوست در مطالعه خود نشان داد که اصول برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی در حد قابل قبول رعایت می‌شود (۱۷) همچنین جویباری در مطالعه خود نشان داد که کیفیت برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی در دانشگاه علوم پزشکی گلستان مطلوب بوده است (۲۹). در بخش ساختاری جلسات در حدود ۹۰ درصد موارد، جلسات گزارش صبحگاهی در ساعت ۸ صبح شروع می‌شود که با نتایج اکثر مطالعات دیگر همخوان (۲، ۱۹، ۲۱-۲۲) و با برخی مطالعات دیگر مغایرت دارد (۳، ۸، ۱۹). رضوی در مطالعه خود نشان داد که میزان بهره‌مندی فراگیران در ساعت ۸ نسبت به سایر ساعات بالاتر بوده است (۱۹).

براساس یافته‌های مطالعه حاضر، میانگین مدت زمان برگزاری جلسات در اکثر موارد حدود ۴۰ دقیقه بوده است که این زمان در بین گروه روتین و EBM تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P > 0/05$ ). این یافته با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد و مدت زمان مطلوبی جهت زمان برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی است (۲، ۲۶-۲۷). در مطالعات دیگر، مدت زمان

و فرصت مناسبی برای تقویت مراقبت بیماران و تقویت مهارت‌های بالینی می‌باشد (۸). ساختار گزارش صبحگاهی به روش EBM در اکثر موارد در حد مطلوب رعایت شده بود.

در نهایت می‌توان گفت، جلسات آموزشی گزارش صبحگاهی در بخش زنان دانشگاه علوم پزشکی کردستان از نظر ساختاری با آنچه در بقیه مطالعات ذکر شده‌است، انطباق دارد و ضوابط برگزاری جلسات در حد قابل قبول رعایت شده بود. به‌طور کلی در این مطالعه بین ویژگی‌های ساختاری و محتوایی برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی به روش روتین و EBM تفاوت زیادی مشاهده نشد. به منظور بهبود و ارتقاء این جلسات باید بر حضور کامل اعضای هیأت علمی، حضور متخصصین رشته‌های دیگر، محتوای بحث در جلسات و شرایط فیزیکی جلسات تاکید بیشتری گردد. همچنین با توجه به نقش موثر روش EBM در مشارکت و تعامل دانشجویان و ارتقای توانمندی‌های پزشکی، پیشنهاد به برگزاری کلاس‌های آموزشی بیشتری در زمینه آشنایی پزشکان و اعضاء هیأت علمی با پزشکی مبتنی بر شواهد و گسترش این شیوه آموزشی در سایر بخش‌ها می‌شود.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌گردد مدت زمان برگزاری جلسات حدود یک ساعت و در طول جلسه به معرفی حداقل ۳ بیمار به‌طور کامل پرداخته شود. مدیر و گرداننده جلسه از افراد هیئت علمی و مجرب انتخاب گردد، به معرفی بیماران سرپایی و درمانگاهی توجه شود و همچنین در جلسات بر حضور متخصصین سایر رشته‌ها تاکید بیشتری گردد. تبدیل جلسات سنتی به جلسات Evidence Based و ارائه Evidence متناسب با موضوعات و بیماری‌های معرفی شده در جلسات مانند کتاب، مقاله، فیلم می‌تواند بر بارتر کردن جلسات گزارش صبحگاهی کمک شایان توجهی بنماید. با توجه به اینکه هر دانشگاهی شرایط آموزشی خاص خود را دارا می‌باشد پیشنهاد می‌شود این بررسی در سایر دانشگاه‌ها و سایر بخش‌های بیمارستان‌ها نیز انجام تا به یک استاندارد قابل ملاحظه و بهترین شیوه ارائه گزارشات صبحگاهی دست پیدا کنیم و در نهایت به ارتقای آموزش بالینی کمک موثری بنماییم.

در نهایت می‌توان گفت با توجه به مفید بودن هر دو روش روتین و EBM در برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی، واضح است که تصمیم‌گیری بالینی مبتنی بر مشاهده به تنهایی نمی‌تواند کارساز باشد و از سوی دیگر بکارگیری خام نتایج تحقیقات در بالین بدون در نظر گرفتن نسبت منفعت به زیان

در پژوهش حاضر محل استقرار اعضای هیأت علمی در اکثر جلسات گزارش صبحگاهی ردیف جلو و رو به مخاطبین بود که در تایید آن می‌توان به مطالعه رضوی اشاره نمود که بین محل استقرار استادان در جلسات و میزان بهره‌مندی و رضایت دانشجویان ارتباط معنی‌داری وجود دارد و میزان بهره‌مندی و رضایت دانشجویان از جلسات زمانی بیشتر بود که محل استقرار اعضای هیأت علمی در ردیف جلو و رو به مخاطبین باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در اکثر موارد فضای فیزیکی و وضعیت تهویه و سرمایش و گرمایش محل در حد مطلوب و نسبتاً مطلوب بوده‌است که با مطالعه رضوی همخوانی دارد (۱۹).

همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین جلسات روتین و EBM از نظر ارائه فیدبک تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). به‌طوریکه در جلسات گزارش صبحگاهی به روش روتین در اکثر موارد فیدبک به ارائه‌دهنده داده نمی‌شد ولی در روش EBM بیشتر از روش روتین فیدبک به ارائه‌دهنده داده می‌شد. نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که سایر رشته‌ها در اکثر موارد در جلسات Morning Report حضور نداشتند. همخوان با این نتیجه در مطالعه رضوی نیز تنها در تعداد معدودی از جلسات گزارش صبحگاهی متخصصینی از رشته‌های دیگر حضور داشتند (۱۹). در مطالعه امین ذکر شده‌است که در گزارشات صبحگاهی در بیش از ۷۰ درصد موارد متخصصینی از رشته‌های دیگر مانند داروسازی و علم اخلاق، در جلسات حضور می‌یابند (۱). ممکن است حضور متخصصین سایر رشته‌ها در جلسات علاوه بر آموزش و یاددهی بیشتر به دانشجویان بر غنای محتوایی جلسات و بهبود عملکرد درمانی برای بیماران بیافزاید. محتوی مورد بحث در جلسات Morning Report اکثراً نحوه مدیریت بیماران بستری شده بود و کمتر در باره عوارض و خطاهای دارویی بحث شده بود.

نتایج نشان داد که در گزارش صبحگاهی به روش EBM در اکثر موارد تعامل و مشارکت حاضرین بیشتر از گزارش صبحگاهی به روش روتین بود. مهارت‌هایی از جمله مهارت برقراری ارتباط، مهارت تصمیم‌گیری بالینی، اخذ شرح حال پزشکی و طبابت مبتنی بر شواهد، ارتقا مهارت تصمیم‌گیری بالینی، تشخیص بیماری و تشخیص‌های افتراقی و معاینه بیماران در روش EBM بیشتر از روش روتین تقویت می‌شد. مطالعه Pupa نشان داد که گزارش صبحگاهی مبتنی بر شواهد Evidence-Based ابزار مناسبی برای آموزش پزشکی

وجود نداشت. به جز مورد ذکر شده محدودیت بازدارنده خاصی در روند انجام مطالعه وجود نداشت.

### قدردانی

از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند سپاسگزاریم. این پژوهش با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان با شماره ثبت ۱۴/۴۹۰۷۷ - ۱۳۹۲/۱۲/۱۸ انجام شده است.

و ضرر، هزینه اثربخشی آن نسبت به درمان‌های رایج دیگر و ارزش‌ها و ترجیحات بیماران منطقی به نظر نمی‌رسد. لذا می‌توان از هر دو روش در جلسات بهره‌گرفت. پیشنهاد می‌گردد برای تعیین حد بهره‌مندی فراگیران و تشخیص ارتقائ مهارت‌های آنان بررسی‌های دقیق‌تر و بیشتری انجام گیرد. در این مطالعه توانمندی‌های فراگیران از دیدگاه خود آنها بررسی شد و احتمال ارزیابی دقیق توانایی‌های فراگرفته شده توسط دانشجویان بطور مجزا در گروه روتین و EBM

## References

- 1-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): 1-5.
- 2-Ways M, Kroenke K, Umali J, Buchwald D. Morning report. A survey of resident attitudes. *Arch Intern Med* 1995; 155 (13): 1433 -7.
- 3-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): 32-6. [Persian].
- 4-Banks DE, Shi R, Timm DF, Christopher KA, Duggar DC, Comegys M, 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.
- 5-Barbour GL, Young MN. Morning report. Role of the clinical librarian. *JAMA* 1986; 255 (14): 1921-2.
- 6-Collin TB. Students' expectations and their answer-changing behavior. *Psychological Reports* 1977; 41 (1): 163-6.
- 7-Wenger NS, Shpiner RB. An analysis of morning report: implications for internal medicine education. *Annals of Internal Medicine* 1993; 119 (5): 395-9.
- 8-Pupa LE Jr, Carpenter JL. Morning report: a successful format. *Arch Intern Med*. 1985; 145: 897 -9.
- 9-Ramratnam B, Kelly G, Mega A, Tilkemeier P, Schiffman FJ. Determinants of case selection at morning report. *J Gen Intern Med*. 1997; 12: 263 -6.
- 10-Recht L, Kramer P, Schwartz W. Morning report in computer era: tradition meets technology. *Med Teach*. 1995; 17 (3): 327 -31.
- 11-DeGroot LJ, Siegler M. The morning-report syndrome and medical search. *N Engl J Med* 1979; 301 (23): 1285 -7.
- 12-Wartman SA. Morning report revisited: a new model reflecting medical practice of the 1990s. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 271 -2.
- 13-Silverman HJ. Description of an ethics curriculum for a medicine residency program. *West J Med*. 1999; 170: 228 -31.
- 14-Schiffman F, Mayo-Smith M, Burton M. Resident report: A conference with many uses. *Rhode Island Med J*. 1990; 73: 95 -102.
- 15-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.



- 16-Gross, Cary. Donnelly, Gerard. Reisman, Anna. Resident Expectations of Morning Report. ARCH INTERN MED 1999;159 (16): 1910-1914.
- 17-Haghdoost AA, Jalili Z, Asadikaram E. [A survey on status of morning reports in education hospitals in Kerman University of Medical Sciences]. Development steps in medical education Journal 2005; 2 (2): 88-94. [Persian]
- 18-Fasset RG, Bollipo SJ. Morning report: an Australian experience. eMJA 2006; 184 (4): 159-161.
- 19-Razavi SM, Shahbaz Ghazvini 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]
- 20-Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. BMJ 1995; 310 (6987): 1122-6.
- 21-Belsey J. What is Evidence-Based Medicine? Second edition. [Cited 2011 Dec 12]. Available from: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/ebm.Pdf>
- 22-Youssef MAFM. Is evidence based medicine (EBM) applicable in our real life? Middle East Fertility Society Journal 2013; 18(3): 217-219.
- 23-Abu-Gharbieh E, Al Khalidi D, Baig RM, Khan AS. Refining knowledge, attitude and practice of evidence-based medicine (EBM) among pharmacy students for professional challenges. Saudi Pharmaceutical Journal 2015; 23 (2): 162-166.
- 24-Weberschock TB, Ginn TC, Reinhold J, Strametz R, Krug D, Bergold M, et al. Change in knowledge and skills of Year 3 undergraduates in evidence-based medicine seminars. Med Educ 2005; 39 (7): 665-71.
- 25-Cayley WE Jr. Evidence-based medicine for medical students: introducing EBM in a primary care rotation. WMJ 2005; 104 (3): 34-7.
- 26-Srinivasan M, Weiner M, Breitfeld PP, Brahmī F, Dickerson KL, Weiner G. Early introduction of an evidence-based medicine course to preclinical medical students. J Gen Intern Med 2002; 17 (1): 58-65.
- 27-Shaneyfelt T, Baum KD, Bell D, Feldstein D, Houston TK, Kaatz S, et al. Instruments for evaluating education in evidence-based practice: a systematic review. JAMA 2006; 296 (9): 1116-27.
- 28-Sadeghi M, Khanjani N, Motamedi F. [Knowledge, Attitude and Application of Evidence Based Medicine (EBM) among Residents of Kerman Medical Sciences University]. Iranian Journal of Epidemiology 2011; 7 (3): 20-26. [Persian]
- 29-Mahasti Jouybari L, Cheraghali F, Padash L, Sanagoo A. Effect of Participation in the Principles of the Morning Report Case Presentation Workshop on Clinical Faculty Members' Performance. FMEJ 2012; 2 (1): 12-16.
- 30-Schwartz A, Hupert J, Elstein AS, Noronha P. Evidence-based morning report for inpatient pediatrics rotations. Acad Med 2000; 75 (12): 1229.
- 31-Zare s, Behnamfar Z, Behnamfar Z, Mirjalili MR. [A survey on quality of morning reports in shahidsadooghi education hospital of Yazd]. Journal of medical education and development center of Yazd 2008; 2 (2): 56-60. [Persian]
- 32-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. [Persian]

# Comparative Study of Morning Report in Conventional & Evidence Based Medicine forms, from the Viewpoint of Medical Students

Farhadifar F<sup>1</sup>, Bahrami M<sup>2\*</sup>, Yousefi F<sup>3</sup>, Farazi E<sup>4</sup>, Bahrami A<sup>5</sup>

Received: 2015/6/17

Accepted: 2016/1/14

## Abstract

**Introduction:** One of the most important educational method in medical sciences is Morning Report. Evidence Based Medicine (EBM) is a new approach that has been considered to improve the quality of clinical care. The aim of this study was to evaluate and compare of morning report in regular & Evidence Based Medicine from the viewpoint of medical students.

**Methods:** A cross-sectional study was carried out on 87 students in OB&GYN departments of Besat hospital in Sanandaj in 2014. Sampling was done through consensus. Data was collected by a researcher- made questionnaire that include 3 Section and 26 Items including Demographic and educational factors, information about Structure and content of morning report, and Section about Improving students skills in regular and EBM method. The reliability of the questionnaire using Cronbach's alpha coefficient was 0.85. Data was analyzed by SPSS software and T-test and Chi-square test.

**Result:** The results showed that 85 students (97%) declare 8 (A.M) as suitable time of holding morning Report in Routine and EBM group. The average duration of Morning Report in EBM group was 42.10 minutes and in Routine group was 38.6 minutes. There was significant difference between EBM and regular in presenting feedback ( $P < 0/04$ ), participation and interaction between the audiences ( $P < 0/003$ ) so that in EBM group was observed more than routine group. There was no significant difference between EBM and Routine group in the number of patients, the type of disease and time Case Presentation ( $p > 0.05$ ). In EBM group students ability was promoted more than routine group ( $p < 0.04$ ).

**Conclusion:** Conditions of Morning Report structure was observed within acceptable level in two groups. To improve Morning Report it should be more emphasized on the structure and content of meetings such as feedback, participation and interaction between the audiences and subjects about promoting the ability of students.

**Key words:** Morning Report, Hospital Obstetrics and Gynecology Department, Evidence Based Medicine (EBM), Clinical

**Corresponding Author:** Bahrami M, Student Research Committee, Kurdistan University of medical sciences, sanandaj, Iran. mitra\_bahrami66@yahoo.com

Farhadifar F, Gynecology Department, Kurdistan University of medical sciences, sanandaj, Iran.

Yousefi F, Psychology Dept, Kurdistan University of medical sciences, sanandaj, Iran.

Farazi E, GP, Kurdistan University of medical sciences, sanandaj, Iran.

Bahrami A ,Kurdistan University, Sanandaj,Iran.