

گزارش صبحگاهی و راند بخش مبتنی بر شواهد^۱

در پایان این فصل انتظار می‌رود که خواننده با مفاهیم زیر آشنا شده باشد:

- ۱- اصول کلی گزارش صبحگاهی رایج و اشکالات موجود
- ۲- شیوه اجرا گزارش صبحگاهی مبتنی بر شواهد
- ۳- شیوه اجرا راند مبتنی بر شواهد
- ۴- تاثیر گزارش صبحگاهی و راند مبتنی بر شواهد بر عملکرد بالینی

مقدمه

معرفی و به کارگیری پزشکی مبتنی بر شواهد^۲ تأثیر زیادی بر آموزش پزشکی و طبابت داشته است. در سراسر دنیا کارگاه‌ها و دوره‌های متعددی برای آموزش EBM برگزار شده‌اند. برنامه‌های آموزشی از نو طراحی شده و ژورنال کلاب‌ها به چهارچوب EBM درآمده‌اند. هدف اصلی از مبتنی بر شواهد نمودن برنامه آموزشی، افزایش توانایی و القاء تفکر لازم برای اقدام کردن شواهد در تصمیم‌گیری‌های بالینی برای بیماران می‌باشد. یکی از موارد طرز تفکر مورد نظر ایجاد فرهنگ نقد شدن و نقد کردن است که متأسفانه با تجربه ما (که البته بدون سوگرایی نخواهد بود) در ایران حتی در محیط علمی آن تقریباً وجود ندارد. در همین راستا پزشکان از EBM به طور کامل استفاده نخواهند کرد مگر این که سؤالاتشان در جریان مراقبت بالینی بیماران پرسیده و پاسخ داده شود. در بسیاری از برنامه‌های آموزشی، آموزش و بکارگیری^۳ EBM در ژورنال کلاب‌ها، راندها و گزارش صبحگاهی محقق شده است.

¹ Evidence-Based Morning Report and Round

² Evidence-Based Medicine

³ Practice

از طرفی در بیشتر سیستم‌های آموزشی گزارش صبحگاهی و راندها دیرپاترین و ارزنده‌ترین شیوه‌های آموزش عملی بوده تا حدی که رزیدنت‌ها آنها را به عنوان مهمترین فعالیت آموزشی دوران رزیدنتی خود قلمداد نموده‌اند. گزارش صبحگاهی و راندها در تقریباً همه مراکز آموزش پزشکی اجرا می‌شود. بدلیل اهمیت گزارش صبحگاهی این فصل در دو قسمت تهیه شده است. یک قسمت در مورد اصول کلی گزارش صبحگاهی و راند و اشکالات موجود و بعد بحث اصول گزارش صبحگاهی و راند به روش مبتنی بر شواهد^۱ است.

* ساختار و نحوه اجرای گزارش صبحگاهی رایج:

گزارش صبحگاهی جلسات یک ساعته است که معمولاً صبح‌ها برگزار می‌شود، و در آن بیماران معرفی شده و در مورد آن بحث می‌شود.

اهداف گزارش صبحگاهی:

۱- آموزش:

- آموزش مبتنی بر بیمار^۲
 - آموزش بهترین رویکرد^۳ به بیمار
 - برنامه‌ریزی برای اداره^۴ بیمار
 - پرورش توانایی لازم برای ایجاد فرضیه برای پژوهش
 - ارتقاء مهارت‌های تصمیم‌گیری بالینی^۵
 - یادگیری متکی به خود^۶
 - آموزش موضوعات خاصی که معمولاً جزء برنامه آموزشی عادی نمی‌باشد مثل اخلاق پزشکی
 - پرورش توانایی‌های افراد برای معرفی بیماران
 - میدانی برای رزیدنت‌ها تا توانایی‌های آموزش دادن و مدیریت را تمرین نمایند.
 - مکانی برای رزیدنت‌ها که تصمیم‌گیری‌های بالینی خود را مورد خودارزشیابی قرار دهند.
- ۲- کشف و گزارش وقایع ناگوار (مثلاً عوارض دارویی).
- ۳- مباحث غیر پزشکی مثلاً مسائل اخلاقی، اجتماعی، اقتصادی مثل هزینه اثر بخشی

و

۴- ارزیابی عملکرد رزیدنت‌ها و کیفیت خدمات بالینی

[البته ارزیابی افراد در گزارش صبحگاهی معمولاً توصیه نمی‌شود (در ادامه خواهد آمد)]

البته همه اهداف فوق در گزارش صبحگاهی اجرا نمی‌شود.

¹ Evidence-Based

² Case-based learning

³ Approach

⁴ Management

⁵ Decision making skills

⁶ Self directed learning

در سال‌های اخیر هدف، روش اجرا و ارزش گزارش صبحگاهی زیر سؤال رفته است یعنی علی‌رغم تغییرات جدیدی که در شیوه آموزش پزشکی و خدمات درمانی به وجود آمده همچنان گزارش صبحگاهی بیمار است!

۱- برخی میزان درستی مطالبی که در گزارش صبحگاهی مطرح می‌شود را زیر سؤال برده‌اند به طوریکه دیده شده در بسیاری از موارد اطلاعاتی که در گزارش صبحگاهی رد و بدل می‌شود ارزش علمی پایینی داشته و براساس شواهد نیست. در مواردی هم که به اطلاعات متون و مقالات استناد می‌شود - چون شخصی که مقاله را ارائه می‌کند، معمولاً از اصول نقد مقاله چیزی نمی‌داند - مشخص نیست که آیا واقعاً داده‌های به دست آمده قابل اعتماد هستند (اعتبار داخلی)^۱ یا نه؟ و آیا این داده‌ها به شرایط موجود ما با منابع موجود و طیف بیماران ما قابل تعمیم هست (اعتبار خارجی)^۲؟

طبیعی است هنگامی که در گزارش صبحگاهی یا راند از اساتید می‌خواهید نظر خود را در مورد مطلبی بگویند، آنها احساس می‌کنند باید حتماً پاسخی به سؤال شما بدهند. دیگر جایی برای گفتن «من نمی‌دانم» وجود ندارد و احتمال دارد برای این پاسخ‌ها شواهد کافی وجود نداشته باشد و گاه براساس تجربه شخصی اظهار نظر می‌کنند. (من این دارو را برای بیماران داده‌ام خوب جواب داده) و همانطور که ذکر شده کسب داده‌ها براساس تجربه شخصی خطاهای متعددی دارد. ضمن اینکه افراد به طور ناخودآگاه بیماری نادری را که تشخیص نداده‌اند یا بیماری که اخیراً مواجه شده‌اند و را بیشتر در ذهن داشته و توصیه آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بطوریکه می‌گویند حتماً از نظر فلان بیماری نیز بررسی کامل بکنید چون من دیروز یک مورد داشتم! ضمناً گاهی بین نظرات متخصصین همخوانی^۳ وجود ندارد (هم بین افراد مختلف اختلاف نظر هست هم یک فرد در زمان‌های متفاوت نظرات متفاوت می‌دهد). چنانچه قبلاً ذکر شده است سطوح شواهد^۴ نظرات متخصصین پایین بوده و احتمال خطا زیاد است.

۲- در گزارش صبحگاهی و راندهای رایج (بخصوص از جانب افراد بی‌تجربه‌تر مثل دانشجویان) تعداد کمی از سؤالاتی که پرسیده می‌شود مبتنی بر بیمار^۵ بوده احتیاج به ترکیب اطلاعات بیمار با شواهد دارد و مربوط به تصمیم‌گیری‌های بالینی^۶ است و اکثراً سؤالاتی پرسیده می‌شود که دانستن و ندانستن آنها چندان تأثیری بر کار بیماران ندارد.

۳- انتقادات دیگری هم بر شیوه آموزش گزارش صبحگاهی وارد شده مثلاً Seigler و Groot از شیوع سندرم گزارش صبحگاهی یعنی یادگیری منفعلانه (نقش اسفنج داشتن در کسب اطلاعات) بجای یادگیری فعالانه و جستجو برای یافتن داده‌ها انتقاد کردند. واقعاً در گزارش صبحگاهی رایج میزان افزایش درک و به حافظه سپردن مطالب چقدر است؟ یعنی بطور ساده احتمال آنکه فرد بتواند روز بعد همان مطالبی که دیروز شنیده را توضیح دهد چقدر است؟ تأکید این مطلب بر یادگیری فعالانه است. (خلاق باشید همه چیز را امتحان کنید. مثلاً آنژیوگرام... یا حتی خود مریض را بیاورید. کنجکاو حاضران را تحریک کنید و آنها را وادار کنید بجای چرت زدن مشارکت فعال داشته باشند و خود به دنبال یافتن پاسخ بروند).

^۱ Internal validity

^۲ External validity

^۳ Consistency

^۴ Level of evidence

^۵ Problem oriented

^۶ Medical decision making

۴- دیده شده است که افراد در ارتباطات کلامی خود نیز غیر قابل انعطاف می‌باشند (حتی اگر شواهد کافی در تأیید آن نداشته باشند). شاید علت این باشد که زبان مشترکی برای بحث کردن ندارند در حالیکه بحث کردن با زبان EBM (حد آستانه درمان و تشخیص^۱ نسبت درست‌نمایی^۲ -NNT^۳ و...) که همه برداشت یکسانی از آن دارند خیلی سریع تر بحث را به نتیجه مطلوب می‌رساند.

۵- یک جنبه مهم از هر برنامه آموزشی جوی است که بر فضای آموزشی حاکم است از جمله اینکه آیا این جو شور و شوق و انگیزه ایجاد می‌کند؟ آیا افراد می‌توانند به راحتی اشکالات و ضعف‌های خود را شناسایی و مطرح نمایند؟ اگر این‌ترن یا رزیدنتی در پاسخ سؤالی گفت من نمی‌دانم لزوماً قاتل و جانی بالقطره نمی‌شود (جمله‌ای که به کرات شنیده می‌شود: نمی‌دانی؟ فردا می‌روی آدم می‌کشی!!). بلکه مطرح کردن این «من نمی‌دانم‌ها» اگر به دنبال یافتن پاسخ آنها باشیم خود زمینه‌ساز کسب اطلاعات بیشتر و افزایش دانش و توانایی‌ها می‌شود. (بهرحال وقتی نمی‌دانیم بهتر است بگوئیم نمی‌دانیم و به دنبال پاسخ درست آن باشیم تا اینکه با انواع و اقسام توجیهات پاتوفیزیولوژیک و غیره چیزی بگوئیم و مسأله را حل شده تلقی کنیم). کمتر چیزی اینقدر ارزشمند است که فردی قبل از گزارش صبحگاهی به راحتی از مسؤول جلسه بخواهد که بگذارد او این بیمار را معرفی نماید چون با تصمیماتی که گرفته مشکل دارد و می‌خواهد اشکالات خود را با کمک اساتید حل نماید.

۶- نحوه اداره جلسه خیلی مهم است. روش مقتدرانه با ایجاد رعب و وحشت بجای روش دموکراتیک دانشجوی محور ممکن است مشارکت افراد را سرکوب نماید. بطوریکه ارزیابی عملکرد افراد در گزارش صبحگاهی توصیه نشده است. ارزیابی مانع از این می‌شود که افراد به راحتی اشکالات و ضعف‌های خود را مطرح نمایند و در ضمن ترس از مؤاخذه شدن در حضور جمع باعث می‌شود افراد یافته‌های بیماران را تحریف نموده و طوری معرفی نمایند که فکر می‌کنند اساتید می‌خواهند بشنوند (در حقیقت بیماران خیالی را معرفی نمایند).

Brancati این مسأله را زیر سؤال برده و Morning Report را Morning Retort (تحریف صبحگاهی) و Morning Distort (کل صبحگاهی) خوانده است و ما آن را morning rechort یافتیم.

۷- Mc Gahic و همکارانش از نحوه توجیه رویدادهای ناگوار انتقاد کردند بدین صورت که افراد با روش‌هایی مثل انکار کردن (مثلاً مشکل اشتباه پزشکی^۴ که برای بیمار رخ داده را به سیر طبیعی بیمار نسبت دهیم)، بی‌اهمیت دانستن (مثلاً بیمار پیر است اگر در اثر سهل‌انگاری ما دو پا و دو دستش باید قطع شود اشکال ندارد) و از خود دور کردن (هرکس بگوید تقصیر دیگری است) رویدادهای ناگوار را توجیه می‌کنند.

با توجه به اشکالاتی که مطرح شد، تحقیقات انجام شده به این نتیجه رسیده‌اند که اجراء گزارش صبحگاهی به روش مبتنی بر شواهد می‌تواند گزینه مناسبی باشد اگرچه تا زمانی که طرز تفکر ما مبتنی بر شواهد نشود هیچ روشی مشکل‌گشا نخواهد بود ولی با توجه به وضعیت خراب موجود هر روش جدیدی که صحیح اجرا شود از این وضع موجود بهتر می‌نماید.

EBM با بیمار شروع و به بیمار ختم می‌شود و اصولاً ۵ مرحله دارد:

۱. Ask

۲. Search

^۱ Treatment and testing threshold

^۲ Likelihood Ratio (LR)

^۳ Number Needed to Treat

^۴ Iatrogenic

^۵ Amputate

Appraise ۳

Apply ۴

Evaluate ۵

گزارش صبحگاهی مبتنی بر شواهد به صورت بحث گروهی فعال اجرا می‌شود. بیماران براساس شکایاتشان معرفی شده^۱، موارد سؤال برانگیز و غیر قطعی که یافتن پاسخ آنها بر تشخیص، درمان و ... بیماران تأثیر دارد یافت شده، سؤالاتی که برای جستجوی متون مبتنی بر شواهد مناسب باشد ساخته شده با تأکید بر استدلال بالینی پاسخ آنها یافت شده و در نهایت اثرات این تلاش‌ها بر پیامدهای بالینی بیماران و بهره‌گیری افراد از آن مشخص می‌شود. این شیوه می‌تواند به حل مشکلاتی که در مراقبت از بیماران داریم از جمله اینکه گاه حتی در زمان ترخیص تشخیص قطعی برای بیماران نداریم، کمک نماید.

گزارش صبحگاهی مبتنی بر شواهد می‌تواند ضمن افزایش سطح دانش افراد و فرصت مناسبی برای آموزش متکی به خود^۲ باشد (یعنی آن نوع آموزشی که افراد اشکالات بالینی و آنچه نیاز دارند بیاموزند را خود به درستی شناسایی نموده و براساس آن خود به دنبال کسب اطلاعات از منابع صحیح برونند).

اهمیت یادگیری روش آموزش متکی به خود این است که بعد از فراغت از تحصیل دانسته‌های فعلی فراموش و تاریخ گذشته^۳ می‌شود، ضمناً چون در گزارش صبحگاهی حداقل اطلاعات را از بیمار بستری داریم در یک شرایط کاملاً غیرقطعی^۴ هستیم و این شرایط در خارج از یک بیمارستان دانشگاهی در تهران شایع است. این فرصت خوبی است که پزشکان آموزش ببینند تا بتوانند در شرایط غیرقطعی با حداقل داده‌ها تصمیم بگیرند نه با اطلاعات کاملی که در مقالات و ... برای تصمیم‌گیری استفاده می‌شود.

این مسأله اهمیت یادگیری فرایند جستجوی شواهد و نقد^۵ آنها بجای حفظ کردن خط به خط کتابها را روشن کرده بر آن تأکید می‌کند و در حقیقت EBM یاد می‌دهد که پزشکان جوان چگونه استفاده کنندگان خوبی از اطلاعات باشند.

* شیوه اجرا گزارش صبحگاهی مبتنی بر شواهد:

در این فرم از گزارش صبحگاهی رزیدنت‌ها مریض‌هایی را معرفی می‌کنند که ارزیابی یا نحوه درمان آنها سؤالاتی ایجاد می‌کند. موضوع سؤالات بهتر است مسائل Foreground باشد نه Background: مثلاً:

۱. بررسی اثر یک تست تشخیصی بر احتمال پس از تست^۶ بیمار برای داشتن یک بیماری خاص
۲. مشخص کردن حساسیت و ویژگی یک تست
۳. مشخص کردن بهترین تست تشخیصی برای یک بیمای خاص
۴. بررسی متون برای پیدا کردن بهترین گزینه‌های درمانی و اندیکاسیون‌های دارویی
۵. بحث هزینه اثربخشی^۷ برای دو روش تشخیصی یا درمانی

¹ Problem oriented case presentation

² Self directed learning

³ Out of date

⁴ Uncertain

⁵ Critical appraisal

⁶ Post test probability

⁷ Cost effectiveness

۶. بررسی متون برای یافتن بهترین و جدیدترین دستورالعمل های بالینی^۱

۷. بحث اصول تصمیم گیری و آستانه های تشخیصی و درمانی^۲

این سؤالات براساس اصول PICO^۳ ساخته می شود. (جدول شماره ۱۵-۱)

به دلیل اینکه اکثراً مسؤول گزارش صبحگاهی و اساتید از یک برنامه چرخشی پیروی می کنند ممکن است بخواهیم سؤالاتی که در یک جلسه مطرح می شود در همان جلسه پاسخ داده شود. برای جستجو در ابتدا از Cochrane و Best evidence استفاده می کنیم. اگر پاسخ سوال در این منابع موجود بود که احتیاج به نقد^۴ جهت بررسی اعتبار داخلی ندارد. اگر پاسخ سوال در این منابع موجود نبود و فرصت کافی داشتیم از up-to-date CD استفاده می کنیم (که البته رفرنس آن احتیاج به نقد دارد).

جدول شماره ۱۶-۱: سؤالات مبتنی بر بیمار، برای جستجوی متون

سؤالات برای جستجو	بیمار
	• شکایت اصلی ^۵
	• تشخیص نهایی
low V/Q اسکن Likelihood ratio	آقای ۶۴ ساله
probability (براساس کرایتریای PIOPED) در	تنگی نفس
تشخیص امبولی ریه کدام است؟	امبولی ریه
چرا اسکن V/Q تست کم ارزشی است؟	
یافته های مستقل و وابسته برای تشخیص امبولی چیست؟	
آستانه درمانی چقدر است؟	
تست gold standard برای تشخیص	خانم ۲۴ ساله
hypokalemic periodic paralysis چیست؟	ضعف
اگر gold standard نبود چه می کنید؟	(periodic paralysis)
اگر gold standard نباشد حساسیت ویژگی چه	
تغییری می کند؟ ارزش اخباری چه؟ حال چه	
می کنید؟	

یافتن پاسخ از این منابع تنها احتیاج به یک رایانه و CDهای مربوطه در محل و یا نزدیک محل برگزاری گزارش صبحگاهی دارد و زمان لازم برای جستجو از این منابع خیلی کم است.

^۱ Guideline

^۲ Testing and treatment threshold

^۳ Patient- Intervention- Comparison- Outcome

^۴ Critical appraisal

^۵ Chief complaint

اگر پاسخ سؤال را نیافتیم و فرصت نداشتیم یا دسترسی به منابع الکترونیک در زمان کم امکان نداشت، دو راهکار وجود دارد:

راهکار اول این است که یک نفر مسئول می‌شود شواهد موجود در مورد آن موضوع را از بانک‌های اطلاعاتی^۱ جامع‌تر مثل Medline بدست آورد (جستجو از این منابع احتیاج به فرصت بیشتری دارد). مقالاتی که از این طریق بدست می‌آید احتیاج به نقد دارد که فرد مورد نظر ارزش آنها را بررسی کرده روز بعد پاسخ سؤال را همراه خلاصه‌ای از نقد خود ارائه می‌دهد یا اینکه یک روز در هفته به پیگیری^۲ اختصاص داده می‌شود که در آن روز پیگیری بیماران و پاسخ کلیه جستجوهای انجام شده در طول هفته مطرح می‌شود (توضیح کامل‌تر ارائه خواهد شد).

راهکار دوم در مورد مواردی که اطلاعات مورد نیاز از Cochrane، best evidence و up-to-date بدست نمی‌آید یا بین متون مختلف در مورد آن اختلاف نظر وجود دارد این است که اینها موضوعی برای ژورنال کلاب‌های رشته مرتبط - CPC ها - CAT^۳ ها یا ایجاد گایدلاین^۴ های جدید که بطور لوکال برای همان مرکز مناسب است، می‌شود. بدین صورت که در این موارد جستجو در منابع جامع‌تر مثل Medline انجام شده، مقالات مورد نیاز بدست آمده و نقد این مقالات و بحث اعتبار خارجی در مثلاً ژورنال کلاب انجام می‌شود.

این سؤالات و جستجوی انجام شده و نقد مقاله خود می‌تواند مبنای ساخت CAT باشد که در جلسات بعد مورد استفاده قرار گیرد یعنی وقتی سؤالی پیش آمد ابتدا به سراغ CATهای موجود برویم و اگر CAT در مورد سؤال مورد نظر وجود نداشت، بقیه مراحل جستجو را انجام دهیم.

در نتیجه‌گیری از داده‌ها و یافتن پاسخ‌ها استفاده از اصول تصمیم‌گیری‌های بالینی نقش اساسی دارد. اگر در جایی هستیم که هیچ گونه دسترسی به منابع الکترونیک وجود ندارد، می‌توانیم حداقل از text های موجود مثل Harrison و ... برای حل سؤالات ایجاد شده در گزارش صبحگاهی استفاده نماییم. البته متأسفانه متون پزشکی اشکالات متعددی دارند (به فصل ۱ و ۱۲ رجوع شود) ولی اگر منبعی نباشد حداقل می‌توان در آنها به قسمت مراجع^۵ نگاه کرد، هم تاریخ مرجع آن مطلب و هم نوع مطالعه (RCT، همگروهی^۶ و ...) می‌تواند تا حدی اعتبار آن گفته را نشان دهد. مثلاً اگر در مراجع مربوط به آن مبحث در متن هیچ مرجعی در رابطه با مطلب ذکر شده در متن وجود ندارد معلوم می‌شود که آن مطلب نظر شخصی نویسنده بوده و قابل استناد نمی‌باشد. یا مثلاً اگر مرجع مربوط به یک توصیه درمانی یک Case series باشد احتمال خطا زیاد بوده و گاه لازم‌الاجرا نیست. منظور اینکه تنها با نگاه کردن به لیست رفرنس‌ها می‌توان بدون صرف انرژی! اطلاعات زیادی بدست آورد. هرچه درجه اعتبار کمتر قابل قضاوت باشد یا باید جستجوی بیشتری کرد (اگر بیماری شایعی را بحث می‌کنید) یا باید از اصول تصمیم‌گیری در شرایط غیرمطمئن^۷ استفاده کرد که جزء مباحث تصمیم‌گیری‌های بالینی می‌باشد. در هر صورت سؤال مهم را بدون پاسخ نگذاریم.

در یکی از دانشگاه‌ها یک بار در هفته جلسات گزارش صبحگاهی مبتنی بر شواهد برگزار می‌شود، در جلسه اول افراد با روش PICO^۸ برای ساخت سؤالات بالینی قابل پاسخ‌گویی آشنا می‌شوند. در طی هفته‌های بعد، یک گروه

^۱ Database

^۲ Follow-up

^۳ Critically Appraised Topics

^۴ Guideline

^۵ Reference

^۶ Cohort

^۷ Uncertain

^۸ Patient- Intervention- Comparison- Outcome

م تفاوت از رزیدنت و انترن و دانشجو مسؤول معرفی یک بیمار (که در مورد آن سؤال دارند) ساخت سؤال با روش PICO- جستجوی متون و انتخاب بهترین مقاله می‌شوند و در آخر بیمار را معرفی و جزئیات لازم در مورد پروسه جستجو خود، نقد آن مقاله و توضیحی از کاربرد آن در مورد بیمار خود ارائه می‌دهند. در این شرایط یک گروه درگیر بیمار شده بجای چرت زدن فعالانه در پی یافتن بهترین روش هستند. می‌توان برای این رویکرد جوایزی نیز در نظر گرفت. مثلاً اجازه دهیم دانشجو یک هفته حضور و غیاب شود! با این روش دانشجویان بقدری علاقمند می‌شوند که همه خودشان می‌آیند!

برای اجرای این شیوه از گزارش صبحگاهی. مسؤول جلسه باید به اصول EBM مسلط باشد و خصوصیات زیر را داشته باشد:

۱. اصول اولیه جستجو را بدانند (نه لزوماً خیلی مفصل).
۲. اصول نقد مقالات و سخنرانی و نظرات افراد خبره و ... را بدانند مثلاً بدانند بر مبنای مطالعه هم گروهی^۱ می‌تواند نسخه درمانی بنویسد یا نه؟
۳. باید علم تصمیم‌گیری‌های بالینی را بدانند و احساس نکنند که تصمیم‌گیری‌های بالینی فقط هنر است. اگر این طور باشد ما بیش از ۶۰ میلیون نفر تصمیم گیرنده در هر زمینه داریم به هر حال هنر نزد ایرانیان است و بس!
۴. ظرفیت نقد شدن داشته باشد- که خوشبختانه همه داریم!
۵. باید در مورد تحلیل هزینه اثربخشی^۲، اصول اولیه اپیدمیولوژی و آمار مثل P-value حدود اطمینان و ... اطلاعات داشته باشد.

با توجه به بررسی‌های انجام شده در یک مطالعه مقطعی بیش از ۹۵٪ هیأت علمی در مورد موارد فوق اطلاعات کافی ندارند. در یک مطالعه مقطعی، متوسط نمره هیئت علمی یکی از دانشگاه‌های بسیار مشهور ۸/۲۰ بود. این موضوع لزوم آموزش افرادی با این خصوصیات برای اداره گزارش صبحگاهی را روشن می‌کند.

Reilly and Leman از Chicago در ایالت Illinois، گزارش صبحگاهی با فرم دیگری را طراحی نمودند که در بیمارستان آموزشی بزرگ Cook County اجرا می‌شود.

به طور کلی هر جلسه گزارش صبحگاهی آنها ۴ فاز دارد:

۱. گزارش نتایج جستجوهای روز قبل
۲. گزارش مواردی که طی ۲۴ ساعت گذشته پذیرش شده‌اند.
۳. معرفی بیماران و بحث
۴. ساخت سؤالات جدید برای جستجو و گزارش روز بعد.

فاز اول: ارائه نتایج جستجوها

دستیار ارشد^۳ جلسه را با درخواست نتایج جستجوهای روز قبل (که معمولاً سه تا ست) آغاز می‌کند. رزیدنت‌ها یافته‌های خود را طبق الگوی استاندارد (مطابق با جدول شماره ۱۵-۲) ارائه می‌دهند. تأکید این الگو بر سؤالات دقیق، جوابهای کوتاه، سطوح شواهد^۴ به دست آمده و ارتباط آن با مراقبت فعلی بیمار می‌باشد.

^۱ Cohort

^۲ Cost Effectiveness Analysis

^۳ Chief resident

^۴ Level of evidence

ارائه نتایج جستجو های روز قبل یک سود واضح دارد. تصور کنید یک عضو هیأت علمی با قاطعیت در مورد یک بیماری نظر می دهد. مثلاً به عقیده من باید ... و این کار انجام شده خطاست و فرد دیگری می گوید به عقیده من این کار صحیح است و ... نتیجه جستجو و نقد آن یکی یا هر دو نفر را زیر سؤال خواهد برد. حال اگر شما بدانید حرفی که می زنید در طی ۲۴ ساعت آینده جستجو و نقد می شود باز هم می توانید بر مبنای تجربیات شخصی آنقدر محکم اظهار نظر نمائید؟ بدانید با آن روش بیان سلی از دانشجو و انترن و ... پروتکل شما را در آینده اجرا خواهند کرد. پس مراقب باشید حرف شما مبتنی بر شواهد باشد نه مبتنی بر!

بعد از ارائه نتایج جستجو ها، اساتید در مورد تعمیم پذیری یافته های بدست آمده به جامعه (اعتبار خارجی^۱ یافته ها) بحث می نمایند.

برای مثال حال که شواهد نشان می دهد فلوراید معمولی احتمال شکستگی فمور را زیاد می کند بحث تعمیم پذیری به جامعه واضح است! توصیه نمی کنیم ولی گاه بعضی این طور نظر می دهند: اولاً مقالاتی هست که می گوید با مصرف فلوراید شکستگی کم می شود ثانیاً چون فلوراید بسیار ارزان است پس می دهیم! (برخورد شما با طناب دار مفت چیست؟)

این قسمت از گزارش صبحگاهی ظرف ۱۵ دقیقه پایان می یابد. گزارش های نوشته شده جمع آوری می گردد تا در جلسه مروری آخر دوره مورد استفاده قرار گیرد.

جدول شماره ۱۶-۲: مقالی از یک فرم استاندارد برای گزارش جستجو های انجام شده در گزارش صبحگاهی

نام بیمار:	نام بیمارستان:
رژیدنت گزارش دهنده:	نام استاد:
شرح حال بالینی: آقای ۶۵ ساله مبتلا به نارسایی احتقانی قلب، که سابقه انفارکتوس میوکارد دارد، در اکوکاردیوگرافی قلبی ejection fraction ۳۵٪ بوده است. بیمار تنگی نفس کلاس III دارد. فشار خون بیمار ۱۳۰/۷۰ mmHg و تعداد ضربان قلب ۶۰ در دقیقه می باشد. بیمار آسپرین ۸۱ mg اتنولول ۵۰ mg و فورزماید ۴۰ mg مصرف می کند.	
سوال بالینی: آیا در بیماری با مشخصات فوق، ACE inhibitor در مقایسه با پلاسبو می تواند سبب کاهش مرگ و میر ناشی از نارسایی قلبی شود؟	
پاسخ مبتنی بر شواهد*: ACE inhibitor سبب کاهش مرگ و میر ناشی از نارسایی قلبی می شود.	
استراتژی جستجو: جستجو در Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) با استفاده از کلمات کلیدی "heart failure"، "ACE inhibitor" انجام گرفت.	
اعتبار مطالعات (نقد مقاله): اطلاعات مورد نظر از یک مقاله مروری سیستماتیک بدست آمد که در آن ACE inhibitor با پلاسبو در بیش از ۷۰۰۰ بیمار مقایسه شده بود. ACE inhibitor ریسک مرگ را کاهش داده بود (NNT=16, CI 13-22; Odds Ratio=0.77, CI 0.67-0.88).	

^۱ External validity

* پاسخ مورد نظر مبتنی بر شواهد موجود در زمان نگارش کتاب است.

فاز دوم: گزارش پذیرش‌ها

دستیار ارشد^۱ در این مرحله گزارش پذیرش‌های ۲۴ ساعت قبل را ارائه (برای مثال خانم ۲۴ ساله با سردرد و استفراغ برای ۱۲ ساعت، مسمومیت با منوکسید کربن). در این مرحله مسؤول جلسه برای تحریک مشارکت فعال افراد سوالات آموزشی می‌پرسد و گرنه گزارش ساده پذیرش‌های ۲۴ ساعت گذشته آن هم به مدت طولانی بسیار کسل کننده خواهد بود. در پایان این قسمت که حداکثر ۱۰ دقیقه طول می‌کشد، حداقل سه بیمار برای معرفی کامل‌تر توسط مسؤول جلسه انتخاب می‌شود. گزارش پذیرش‌ها جمع‌آوری شده به بانک اطلاعاتی بخش سپرده می‌شود تا زمان ترخیص بیماران از بیمارستان تکمیل گردد.

فاز سوم:

معرفی جزئیات هر بیمار نیم ساعت بعدی وقت گروه را پر می‌کند. در اینجا بر روی استدلال بالینی بجای نشخوار حفظیات تأکید می‌شود. برای مثال پس از شنیدن شرح حال یا شکایت اصلی^۲ ممکن است فرد مسؤول جلسه از اساتید بخواهد در مورد فرضیه‌های تشخیصی اولیه خود صحبت نمایند تا فرصتی فراهم شود که حاضرین با روش تفکر و استدلال اساتید با تجربه‌تر آشنا شوند-یعنی روش فرضیه سازی و استنتاج^۳. (طرز تفکر و روش نتیجه‌گیری از داده‌ها مهم‌تر از میزان دانش افراد است). بیماران که در وهله اول از نظر رزیدنت‌ها جالب نیستند (مثل موارد شایع و تیپیک) یا موضوعاتی که مسؤول جلسه کمتر راجع به آنها اطلاعات دارد و نتیجتاً کمتر مطرح می‌شوند ثابت شده که معمولاً بیش از همه برای گروه آموزنده ست. برای مثال مسأله هزینه-اثربخشی^۴ که با توجه به محدودیت شدید ما از نظر منابع و امکانات بسیار اهمیت دارد و ضروری است ولی به دلیل عدم اطلاع افراد از این مبحث و دگماتیسم^۵ عده‌ای که این مباحث را خلاف اخلاق می‌دانند مطرح نمی‌شود. باید توجه داشت که در این روش هر مریضی می‌تواند فرصت آموزش خوبی فراهم کند و بیماران جالب صرفاً بیماریهایی نادر نیستند. کلاً هدف افزایش توانایی استدلال افراد است نه مطرح شدن بیماریهایی عجیب و غریب و جالب!!

در هر بحث یک یا چند سؤال برای جستجو به وجود می‌آید که هم نقش محوری در مراقبت از بیمار دارد و هم پاسخ آن برای گروه نامعلوم است یا در مورد آن اختلاف نظر وجود دارد. بحث ممکن است ادامه یابد ولی در زمان نتیجه‌گیری بحث در مورد هر بیمار سوالات برای جستجو تعیین می‌شود. این قسمت خیلی مهم است. قرار نیست همه اساتید حاضر در گزارش صبحگاهی علامه دهر باشند. آنها نیز باید یاد بگیرند که بگویند من نمی‌دانم (با عرض معذرت از محضر گرامیشان) شاید یکی از مهمترین نکات این فاز آموزش من نمی‌دانم است بجای اینکه من می‌گویم فلان شاید یک حسن EBM این است که افراد را طوری تربیت

^۱ Chief resident

^۲ Chief complaint

^۳ Hypothetico-deduction

^۴ Cost-effectiveness

^۵ Dogmatism

می‌کند که بجای اینکه هی من کنند من مین کنند یعنی تردید پیدا کنند و بگویند این را نمی‌دانم یا تردید دارم، این منشأ PICO^۱ و جستجو های بعدی خواهد شد.

فاز چهارم:

۵ دقیقه انتهایی هر جلسه به مرور و خلاصه کردن مسائلی که طی بحث بوجود آمده و ساخت سؤالات دقیق (PICO) برای جستجو و گزارش روز بعد توسط رزیدنت ارائه دهنده اختصاص داده می‌شود. خیلی مهم است که سؤالات به روشنی ساخته شده و به طور واضح بیان گردد و قبل از اتمام جلسه به تأیید برسد.

شیوه های خاص:

روز آخر هفته معمولاً برای پیگیری^۲ اختصاص داده می‌شود. رزیدنتهایی که در طی هفته بیمار معرفی کرده‌اند پی گیری بیماران و سیر بالینی آنها را از جمله رادیوگرافی‌های انجام شده، داده‌های آزمایشگاهی و پاتولوژی و نمونه‌برداری را ارائه می‌دهند. مسئول جلسه که فایل جستجو های تکمیل شده را نگه می‌دارد همچنین از رزیدنت مسئول می‌خواهد که در مورد تأثیرات بالینی سؤال جستجو شده در مراقبت بالینی بیمار برای گروه توضیح دهد. معمولاً سؤالات جدیدی در پاسخ به داده‌های جدید (پیگیری^۳) به وجود می‌آید که استراتژی تست‌های سریال، تصمیمات درمانی، اختلاف نظر میان مشاوران و ... را در بر می‌گیرد. سؤالات حل نشده علاوه سؤالات ایجاد شده توسط بحث‌های جدید آن روز برای گزارش روز اول هفته بعد تعیین می‌شود.

* راند بخش مبتنی بر شواهد

راندها در اکثر بیمارستان‌های آموزشی برگزار می‌شوند که شرکت کنندگان شامل اساتید، رزیدنت‌ها انترن‌ها، دانشجویان و... می‌باشند. در دهه‌های اخیر راندها چه از نظر بالینی چه آموزشی به طور قابل توجهی افت پیدا کرده‌اند.

بجای بحث در مورد بیماران و یافته‌های بالینی آنها در مورد ساختار و عملکرد مولکول‌ها، رستورها، ژن‌ها و... بحث می‌شود (که شاید برای جاهای دیگر خوب باشد ولی به عنوان تمرکز اصلی گراند راندها نه). به طوری که بیماران که در بعضی موارد غایبند، بهانه‌ای شده‌اند برای بحث در مورد پاتوژن و روند مولکولی بیماری‌ها و پز دادن در مورد اثر فلان دارو روی فلان رستور و..... و جالب اینجاست که هر کس مولکولی تر صحبت کند او را با سوادتر و گفته های او را جالب تر و ارزشمندتر می‌دانند!

در راندها گاه بیمار فراموش شده و قبل از اینکه فرصتی برای فکر کردن باشد و سؤالی ایجاد شود از ابتدا تشخیص نهایی بیماری مطرح شده و بعد بجای اینکه شرکت کنندگان به طور فعال در مورد سیر بالینی روز به روز بیمار، اقدامات و یافته‌های تشخیصی و نتایج درمان بحث کنند و کلنجار بروند به طور منفعل به سخنرانی‌های یک جانبه، بی‌وقفه و از پیش تعیین شده که جایی برای سؤال ندارد و بر اساس علاقه‌مندی‌های شخصی فرد سخنران و تشخیص نهایی بیماری است گوش می‌دهند... ظاهراً گوش می‌دهند چون این توضیحات بیماری محور^۳ بقدری کسل

^۱ Patient- Intervention- Comparison- Outcome

^۲ Follow-up

^۳ Disease oriented

کننده است که اکثر افراد یا ایستاده چرت می‌زنند یا تمام حواسشان به کمردرد و پادردشان است یا در کمینند جایی خارج از دید برای نشستن پیدا کنند!!!

البته در راندهای رایج راهکارهایی هم به کار برده می‌شود. مثلاً آشکارا دیده شده که وقتی اساتید متوجه بی‌علاقگی دانشجویان (که مثل لشکر شکست خورده هر کدام گوشه‌ای افتاده اند) می‌شوند، گاه برای جلب علاقه آنها یک مورد عجیب و غریب و نادر پیدا می‌کنند و می‌گویند: این مورد خیلی جالب است! آن را بنویسید و بخوانید! از همین هم امتحان می‌گیریم چون احتمالاً تا آخر عمرتان همچنین چیزی نمی‌بینید!! (واقعاً اگر قرار است دیگر نبینید چقدر اهمیت دارد؟!)

دیگر اینکه گاهی وقتی برای تشخیص یا درمان یا ... بیمارانی به مشکلی برمی‌خورند، اساتید، رزیدنت‌ها و ... بجای جستجوی شواهد، بر اساس نظرات شخصی خود به بحث می‌پردازند در این شیوه یادگیری فعالانه یعنی روش کوشش و خطا بر روی بیمارانی رخ می‌دهد!! (البته منظور از مبتنی بر شواهد بودن صرفاً این نیست که برای آنچه می‌گوییم به مقاله‌ای رفرنس دهیم، چون هر مقاله‌ای که به دست ما می‌رسد لزوماً بهترین شواهد موجود که قابل تعمیم به شرایط ما باشد نیست و اصولاً تفاوت پزشکی مبتنی بر مراجع^۱ با پزشکی مبتنی بر شواهد^۲ در این است که در بسیاری از موارد در پزشکی مبتنی بر مراجع ابتدا مسأله‌ای را باور داریم بعد به دنبال مقالاتی یا کتبی می‌گردیم که نظر ما را تأیید کند ولی در EBM یافتن شواهد، استراتژی جستجو دارد که خود قابل نقد است و مقالات یافت شده براساس اصول مشخص و روشنی نقد می‌شوند و نتایج مقالاتی که کیفیت کافی را داشته باشند می‌پذیریم).

یک مسأله دیگر ارزش قائل شدن برای مطالب بر اساس مرتبه افراد است. یعنی معمولاً حرف فلو به رزیدنت و حرف استاد به فلو برتری دارد حتی اگر هر دو رفرنس با اعتبار یکسانی خوانده باشند.

مشکل دیگری که وجود دارد تغییر کتاب رفرنس رزیدنت‌ها در سال‌های متفاوت است گاه رفرنس رزیدنت سال بالاتر چیزی می‌گوید و رفرنس رزیدنت سال پائین‌تر چیز دیگری یا حتی چیزی کاملاً متناقض. حال تکلیف بیمار این میان چیست؟ (توجه داشته باشید کتاب‌ها چندان هم معتبر نیستند) اگر می‌گوییم این کتاب مرجع^۳ معتبر است لزوماً تمام مطالب آن که قطعی و صحیح نیست. اگر بین کتاب‌های مختلف اختلاف نظر وجود دارد باید مقالات رفرنس آنها را یافته نقد کنیم بالاخره یا یکی از آنها درست می‌گوید یا هیچ یک درست نمی‌گویند در این صورت باید پاسخ صحیح را بیابیم، البته گاهی یافتن پاسخ صحیح تر واقعاً مشکل است.

همین مسأله را در راندهایی که روزهای متفاوت اساتید متفاوت دارند هم داریم. امروز یک استاد می‌گوید فلان اقدام تشخیصی یا درمانی را انجام دهید، استاد روز بعد می‌گوید من با این اقدام موافق نیستم و این داستان تا ابد ادامه دارد. بهتر نیست بجای سرگردان شدن بین نظر این استاد و آن استاد پاسخ درست را بیابیم؟

هدف از مبتنی بر شواهد کردن راندها این است که نشان داده شده تمرکز بر بیمارانی واقعی همراه با به کارگیری روش‌های آموزش فعالانه عملکرد بالینی را بهبود می‌بخشد.

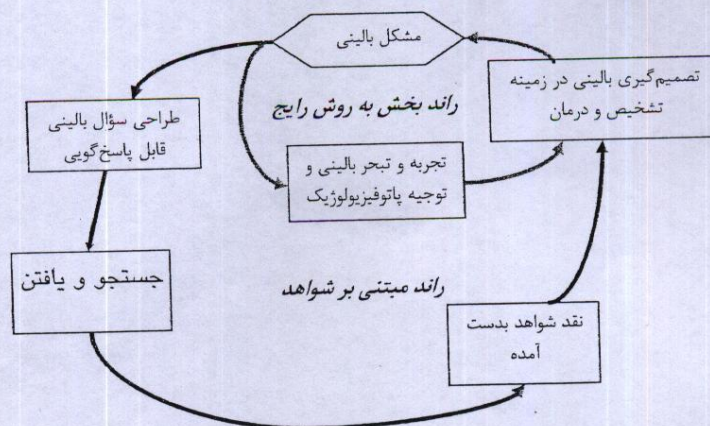
راندهای مبتنی بر شواهد با معرفی و معاینه یک بیمار با شرکت فعال حاضرین آغاز می‌شود. بعد سایر داده‌های بالینی لازم برای آغاز بحث اولیه (برای مثال تصویربرداری‌ها و سایر داده‌های تشخیصی، درمان، سیر بالینی و پیامد و ...) بدون اینکه رنگ و لعاب ریسپتور و ژن و مولکول بگیرد ارائه می‌شود.

¹ Reference-Based Medicine

² Evidence-Based Medicine

³ Textbook

بعد از اعضاء حاضر خواسته می شود یافته های خود را ارزیابی نمایند و نظرات خود را در مورد نرمال بودن یا نبودن و یا مفهوم تشخیصی، درمانی، پروگنوسیک آنها بیان نمایند. پرسش هایی که در مورد شرح حال و یافته های بالینی بیمار به وجود می آید، جزء بهترین فرصت های آموزشی EBM می باشد.



در نهایت از سؤالات ایجاد شده و جستجوهای انجام شده CAT^۱ تهیه شده CAT ها ثبت و نگهداری می شود و در مراجعات بعدی مورد استفاده قرار می گیرد. وقتی در راندها سؤالی ایجاد شود ابتدا از CAT های تهیه شده قبلی استفاده می شود. اگر پاسخ یافت نشد از Best Evidence و Cochrane استفاده می شود. زمان لازم برای جستجو از این منابع خیلی کم می باشد و در زمان راند قابل انجام است. باز اگر پاسخ بدست نیامد از Medline و سایر منابع استفاده می شود که البته تکمیل جستجو از این منابع خارج از زمان راند انجام می شود.

David Sackett و همکارانش برای دستیابی سریع و آسان به شواهد در طی راندها منابع متعددی از شواهد را همراه خود به بالین بیمار می برند که نام آنها برگه شواهد^۲ گذاشته اند. برگه شواهد شامل یک رایانه و CD های Best evidence, Cochrane, Radiological examination, Text book, JAMA rational clinical examination series (شامل حدود ۲۰ مقاله که در JAMA چاپ شده و دقت و صحت یافته های شرح حال و معاینه بالینی را ارزیابی می نماید) و ... می باشد. به علاوه شواهد به دست آمده در پاسخ سؤالات بالینی ایجاد شده در طی راندها به شکل CAT^۳ جمع آوری می شود. این CAT ها سالیانه یا با فاصله کمتر به روز^۴ می شوند. در شرایطی که شاید این ها در دسترس نباشد می توانیم از یک رایانه در انتهای بخش و up to date، CD استفاده نموده پاسخ را از خلاصه های آن بدست آوریم.

در مطالعه ای که David Sackett و همکارانش انجام دادند دیدند بعد از اینکه برگه شواهد را از برنامه خارج کردند نیاز به شواهد به شدت افزایش یافت ولی جستجو برای دستیابی به شواهد لازم تنها در ۱۲٪ موارد انجام شد.

^۱ Critically Appraised Topics

^۲ Evidence card

^۳ Critically Appraised Topics

^۴ Up-to-date

نتیجه اینکه دستیابی سریع و آسان پزشکان به شواهد در یک برنامه شلوغ میزان جستجوی شواهد و استفاده از آن را در تصمیم‌گیری‌های بالینی برای بیماران افزایش می‌دهد.

حال اگر وسایل لازم مثل کامپیوتر پرتابل^۱ در اختیار نداریم حداقل می‌توانیم منابع مبتنی بر شواهد و CAT‌های تهیه شده قبلی را در راندها همراه خود داشته باشیم و سؤالاتی که با این منابع بدون پاسخ می‌ماند بعداً پاسخ داده CAT، تهیه نماییم. ضمناً با این روش وقتی با اختلاف نظر بین منابع مواجه شدیم رفرنس آنها را نقد کرده و به پاسخ صحیح می‌رسیم (یا خارج از زمان راند یا مثلاً در ژورنال کلاب).

در مواردی که راندهای روزانه در بخش برگزار می‌شود می‌توان از شیوه ارائه شده برای گزارش صبحگاهی مبتنی بر شواهد سود برد.

مطالعه Sackett نشان داده که مبتنی بر شواهد بودن راندها در بسیاری از موارد اقدامات تشخیصی و درمانی را تغییر می‌دهد که در نهایت به نفع بیماران است. دیگر اینکه در این شیوه از راند مشارکت فعال حاضرین تحریک شده در نتیجه هم افراد علاقه‌مندتر می‌شوند دیگر راندها کسل کننده نبوده و بجای بحث‌های فوق تخصصی که برای دانشجویان جالب نیستند مسائلی مطرح می‌شود که برای همه از دانشجو تا اساتید جالب و هیجان‌انگیز است.

❖ آیا همه اینها در یک برنامه شلوغ واقعاً قابل انجام است؟

سعی نکنید به تمام سؤالات ممکن برای هر بیمار پاسخ بگویید.

از CAT ها استفاده کنید.

این شیوه احتیاج به آمادگی قبلی هم دارد. مثلاً:

واژگان Physical Examination ، Medical history taking ، حساسیت، ویژگی و Clinical assessment را

در استراتژی جستجو خود وارد کنید.

از JAMA Rational Clinical Examination series استفاده نمائید و...

فراتر از گزارش صبحگاهی و راند: تأثیرات و کارایی

Reilly and Lemon و سایر محققین تأثیرات و کارایی گزارش صبحگاهی و راند مبتنی بر شواهد را مطالعه و

به این صورت بحث می‌کنند:

جدول ۱۶-۳ (صفحه بعد) برخی از اثرات سودمند گزارش صبحگاهی و راند مبتنی بر شواهد را بر محیط آموزشی، برنامه آموزشی- اداره برنامه رزیدنتی و همسو کردن ارتقاء کیفیت خدمات بالینی و پژوهش‌های بالینی را بیان می‌کند. تأثیرات گزارش صبحگاهی و راند مبتنی بر شواهد بر هر دو جنبه تفکر مورد نظر EBM و یادگیری مهارت‌های آن می‌باشد.

^۱ Laptop

جدول ۱۶-۳. اثرات گزارش صبحگاهی و راند مبتنی بر شواهد

• محیط آموزشی: - تأکید بر آموزش مبتنی بر بیمار - گفتن «من نمی‌دانم» در شرایطی که شواهد کافی وجود ندارد - نگارش با تردید و محترمانه به نظرات متخصصین^۱ در مواردی که شواهد معتبر ارائه نمی‌دهند - یادگیری نحوه ساخت سؤالات بالینی قابل پاسخ‌گویی که مرتبط به بیمار باشند.
• برنامه آموزشی: - در راندهای روزانه بخش و گزارش صبحگاهی رزیدنت سؤالات مطرح شده را جستجو می‌کند و به استاد و گروه گزارش می‌دهد. - کارگاههای تصمیم‌گیری پزشکی^۲ و پزشکی مبتنی بر شواهد برگزار می‌شود که آموزش لازم برای گزارش صبحگاهی و راند مبتنی بر شواهد را فراهم نماید. - سؤالاتی که پاسخ آنها از Best evidence, Cochrane یا up to date بدست نیامده یا بین کتابها در مورد آن اختلاف نظر وجود دارد، در پایگاه‌های اطلاعاتی جامع‌تر مثل Medline، جستجو شده، مقالات بدست آمده در ژورنال کلاب نقد می‌شود و از نظر اعتبار خارجی^۳ بحث می‌شوند.
• مدیریت برنامه رزیدنتی - بانک اطلاعاتی بیماران بستری که در گزارش صبحگاهی فراهم می‌آید، نیازهای برنامه تحصیلی را مشخص و ثبت می‌کند. - جستجوهای گزارش صبحگاهی دائماً فایل مقالات و CAT ها را گسترش داده و به روز می‌کند.
• همسو کردن ارتقاء کیفیت خدمات بالینی^۴ با پژوهشهای بالینی - مسائل مطرح شده در گزارش صبحگاهی و جستجوهای انجام شده ایده‌هایی برای پژوهش‌های بالینی تولید می‌کند، بجای این که تنها کی‌برداری از سؤالات مطرح در منابع غربی با کیفیت و گاه کمیت پایین‌تر باشد، براساس نیاز خودمان باشد. (به نظر می‌رسد در حال حاضر بعضی از افراد بظاهر محقق از منابع محدود موجود در ایران در جهت پاسخگویی به سؤالات خارجیا استفاده می‌کنند و اکثراً توانایی سنتز حتی یک فرضیه را ندارند. Knowledge gap ها یا سؤالات بی‌جواب منبع خوبی برای طراحی پروپوزال‌های جدید است. برای مثال: تخمین احتمالات پیش از تست^۵ مثلاً شایع‌ترین علل شکایت X در اورژانس بیمارستان Y چیست؟ اگر شایع‌ترین علل با منابع موجود متفاوت باشد طبعاً گایدلاین‌ها نیز متفاوت خواهد بود). - در طی معرفی بیماران و یافتن پاسخ سؤالات گایدلاین‌های موجود بررسی و نقد شده در صورت فقدان گایدلاین‌های معتبر^۶ باشند، گایدلاین‌های داخلی^۷ بر حسب نیاز طراحی می‌شوند. - بانک اطلاعاتی گزارش صبحگاهی برای بررسی قابلیت اجرایی پژوهش‌ها (مثلاً برآورد حجم نمونه) مورد استفاده قرار می‌گیرد.

محققین در مورد گزارش صبحگاهی و راند مبتنی بر شواهد چنین می‌گویند:

مهمترین مسأله پرورش برخورد محققانه با مسائل بالینی بیماران و جستجوی شواهد است. یعنی اگر مطلبی را نمی‌دانستیم یا در مورد آن تردید داشتیم (مثلاً بین منابع اختلاف نظر وجود داشت) آن را ندیده نگرفته و صرفاً به سؤال کردن از فرد متخصص اکتفا نکنیم بلکه خود فعالانه عمل نموده و به دنبال یافتن پاسخ و بهترین شواهد موجود باشیم. با این روش تقریباً تمام برنامه‌های آموزشی مبتنی بر مشکل^۸ و مبتنی بر بیمار شده‌اند.

^۱ Expert opinion^۲ Schedule^۳ Medical Decision Making^۴ External validity^۵ Clinical quality improvement^۶ Pretest probability^۷ Internally valid^۸ Local practice guideline^۹ Problem oriented

ترکیب آموزش و مراقبت از بیماران در بیمارستان‌های آموزشی مستلزم این است که به آموزش به اندازه مراقبت از بیماران رسیدگی شود. پیدا کردن آنچه باید بیاموزیم تا بهترین کار را برای بیماران انجام دهیم، اداره بیماران را با آموزش متکی به خود^۱ همسو کرده است. یعنی با این روش هم بیماران بهتر درمان می‌شوند هم خودمان بهتر یاد می‌گیریم. اصولاً یکی از اهداف اصلی ارتقاء آموزش متکی به خود می‌باشد با این پیش زمینه گفتن بدون واهمه «من نمی‌دانم» در بحث‌ها، یک نتیجه مطلوب بوده است. دیگر اینکه چشم همه باز شد که حتی تأیید شده‌ترین متخصصین هم گاهی اوقات برای آنچه فکر می‌کنند و انجام می‌دهند اساس مبتنی بر شواهد ندارند. ما داریم رودرویی بین برخورد دگماتیسم با مسائل (حرف همان است که من می‌گویم) و روش استفاده از شواهد را تجربه و در حقیقت تحریک می‌کنیم. سنگر پزشکان سالخورده با تجربه توسط نوپایان جستجو کننده شواهد که انتظار قضاوت‌های درست بالینی و پایه مبتنی بر شواهد برای آنها را دارند محاصره شده است. خود این رودرویی از نتیجه آن و اطلاعات بدست آمده مهم‌تر است.

برای تمام افراد درگیر (چه رزیدنت‌ها و چه اساتید هیأت علمی) پیش زمینه مطلق بودن و بی قید و شرط بودن تجربه‌های بالینی شخصی^۲ و قضاوت متخصصین به عنوان بهترین راهکار برای درمان بیماران زیورده شده است. «داده‌ها کجا هستند؟» سؤالی است که به فراوانی در بخش‌ها شنیده می‌شود و پزشکان را بین دانش علمی پیوسته در تغییر و قضاوت تردیدآمیز به چالش وا می‌دارد.

جالب اینجاست که بحث دائم در مورد عدم قطعیت دانسته‌های بالینی اهمیت ترجیحات بیماران^۳ را روشن کرده و بحث‌های گسترده در مورد مختاری بیمار، قیّم مآبی پزشک^۴ و ارتباط بین پزشک و بیمار ایجاد کرده است. در شرایط عدم قطعیت یا کمبود شواهد چیزی که خیلی به کمکمان می‌آید تا تصمیم بگیریم ترجیح بیمار است. اگر بین دو روش شک دارید و منابع به شما کمک نمی‌کند مریض می‌تواند به شما کمک کند کدام برای وی مطلوب است. برای مثال:

سناریوی اول: فرد دیابتی با زخم پا در سن ۷۳ سالگی مراجعه کرده است ایشان بازنشسته بوده و بیشترین فعالیت وی مراجعه به پارک در عصرهای جمعه است.

سناریوی دوم: آقای ۳۰ ساله مبتلا به دیابت، شغل راننده، با پای دیابتی مراجعه کرده است و غیر از رانندگی کار دیگری بلد نیست.

سؤال: اگر بین آنتی بیوتیک بسیار طولانی و گران قیمت و آمپوتاسیون^۵ تردید دارید برای کدام بیمار کدام روش را انتخاب می‌کنید؟

این روش بهتر است یا اینکه کارخانه‌ای را تصور کنید که پاهای دیابتی با استئومیلیت از دستگاهی عبور کرده و از آن طرف پاهای قطع شده- بدون در نظر گرفتن اینکه پای کیست - خارج می‌شود؟

با اجراء این شیوه از گزارش صبحگاهی و راند رزیدنت‌ها و دانشجویان گفته‌اند که به ویژه به علت تمرکز آن بر بیمارانشان از این جلسات لذت می‌برند. رزیدنت‌ها بیمارانشان را با پختگی بیشتری معرفی می‌کنند و سؤالات بهتری می‌پرسند. هیأت علمی دریافته‌اند که آنها فعال‌تر شده مشارکت بیشتری در کار بیمارانشان می‌کنند و دانشجویانی

¹ Self directed learning

² Personal experience

³ Patient preference

⁴ Paternalism

⁵ Amputation

که شرکت می‌کنند در طی راندهای آموزشی^۱ سوالات پخته‌تری می‌پرسند و نه تنها به دنبال پاسخ‌های قانع‌کننده بلکه اساس علمی آنها نیز هستند.

رزیدنت‌ها و دانشجویان با اصول PICO^۲ آشنا شده و یاد می‌گیرند که چطور سوالات مبتنی بر مشکل^۳ و خوبی (براساس PICO) بپرسند. در حقیقت یادگیری اینکه چطور می‌توان سوال خوبی پرسید که هم مستقیماً مربوط به بیمار باشد و تا حدی دقیق باشد که یک جستجوی متون موفق را باعث شود تقریباً به اندازه خود پاسخ‌ها ارزشمند است.

همین‌طور توانایی رزیدنت‌ها و دانشجویان در جستجو بین متون افزایش یافته است. آنها گفته‌اند بیشتر از سابق مقاله می‌خوانند و تصور آنها از اینکه مقاله خواندن خیلی وقت‌گیر است و خیلی مشکل از بین رفته و در واقع مقاومت آنها در برابر مقالات شکسته شده است. همچنین حضورشان در ژورنال کلاب‌ها و سمپوزیوم‌های پژوهش‌های بالینی افزایش یافته است. بحث در مورد روش‌های یکار گرفته شده در مقاله و نتایج آن لحظات آموزشی متعددی برای مفاهیم مربوط به طراحی پژوهش و تفسیر آنالیزهای آماری فراهم می‌کند.

رزیدنت‌ها و دانشجویان متوجه شدند هر بیماری می‌تواند فرصت آموزشی خوبی فراهم کند. توانایی رزیدنت‌ها در آموزش افزایش یافته است و همین‌طور توانایی آنها در نقد مقالات. تنها اگر رزیدنت‌ها یاد بگیرند ارزش اطلاعاتی را که بدست می‌آورند با دقت ارزیابی نمایند گزارش صبحگاهی و راند می‌تواند اثرات مفید بالقوه خود را بر آموزش و مراقبت از بیماران بگذارد. با این روش از گزارش صبحگاهی و راند مبتنی بر شواهد افراد به پژوهش علاقمند شده و کارهای تحقیقاتی بیشتری انجام می‌شود. ضمناً مقالات آنها خیلی راحت‌تر و بیشتر از گذشته از سد مرور دقیق^۴ گذشته و چاپ می‌شوند. در یک تحقیق متوجه شدند با اجرای این روش از گزارش صبحگاهی تعداد رزیدنت‌هایی که مقالات آنها در مجلات پذیرش می‌شود ۸ برابر شده است.

اجراء شیوه مبتنی بر شواهد و تحریک مشارکت فعال افراد حس لذت و هیجانی به هنر و علم پزشکی می‌بخشد که به دیگر برنامه‌های آموزشی (ژورنال کلاب‌ها و ...) و کارهای پژوهشی هم سرایت می‌کند به شرط آنکه این علاقه‌مندی با تحقیرهای گزارش صبحگاهی و راند، ارزیابی افراد در جمع، حضور و غایب‌های مسخره و تهدیدهای بچه‌گانه و ... خراب نشود.

رزیدنت‌ها معتقدند گزارش صبحگاهی و راند مبتنی بر شواهد یکی از مفیدترین آماده‌سازی‌های آنها برای امتحانات بود بوده است (البته اگر امتحان بود مبتنی بر شواهد باشد نه مبتنی بر متون و مراجع معرفی شده). Reilly and Lemon با بررسی‌های خود به این نتیجه رسیده‌اند که استراتژی‌های تشخیصی و درمانی ایجاد شده در گزارش صبحگاهی نه تنها کیفیت خدمات بالینی را افزایش می‌دهد بلکه هزینه را نیز کاهش می‌دهد. ولی هنوز ثابت نشده که گزارش صبحگاهی مبتنی بر شواهد مراقبت از بیماران را (به عنوان یکی از اهداف اصلی) بهبود بخشیده است. به کرات مشاهده شده که تشخیص‌ها و نقشه‌های درمانی بعد از اینکه بیماران در گزارش صبحگاهی معرفی می‌شوند تغییر کرده است ولی پیامدهای بالینی با یک گروه کنترل همسان مقایسه نشده است. اثبات این که گزارش صبحگاهی و راند مبتنی بر شواهد از نظر آموزشی یا بالینی راهکار مؤثری است ساده نیست. اینگونه تحقیقات نیاز به چالش‌های متدولوژیک خاص دارد. برای مثال این مطالعات ممکن است این‌طور

¹ Teaching round

² Patient- Intervention- Comparison- Outcome

³ Problem oriented

⁴ Peer review

فرضیه دهند که بیمارانی که در گزارش صبحگاهی معرفی می‌شوند پیامد بالینی بهتری نسبت به بیمارانی که معرفی نمی‌شوند خواهند داشت. هرچند ما در مورد اینکه گزارش صبحگاهی و راند مبتنی بر شواهد می‌تواند یک مداخله درمانی مؤثر برای بیماران باشد توافق داریم، شک داریم که یک مطالعه مداخله‌گر مقایسه‌ای بتواند این فرضیه را اثبات کند. چرا؟ ما این طور فرض می‌کنیم که بجای آن گزارش صبحگاهی و راند مبتنی بر شواهد با افزایش رقابت و قدرت تحلیل رزیدنتها کیفیت کلی مراقبت از بیماران را در بیمارستان‌های آموزشی بهبود می‌بخشد. اگر قبول کنیم که بالا رفتن موج تمام قایق‌ها را بالا می‌برد، مطالعات مقایسه‌گر گزارش صبحگاهی به عنوان یک مداخله درمانی صرف ممکن است شکست بخورد زیرا گزارش صبحگاهی یک مداخله آموزشی مؤثر می‌باشد.

❖ محدودیت‌ها

تأکید بر جستجوی مبتنی بر شواهد یک نیاز پرهزینه برای دستیابی به منابع الکترونیک ایجاد می‌کند که به طور ایده‌آل باید در نزدیک بخش‌ها در تمام ساعات روز فراهم باشد. برای حل این مشکل می‌توان به جای سفارش ژورنال‌های DOE^۱ از ژورنال‌های POEM^۲ سود برد و بجای پز دادن و برمیانی مقاله‌ای از NEJM^۳ در مورد اثر فلان دارو بر روی ریسپتور X که شاید هیچ ارزش بالینی نداشته باشد صحبت کردن، می‌توانیم سفارش ژورنال‌های مبتنی بر شواهد داده و براحتی از اطلاعات نقد شده استفاده نماییم.

سرمایه‌گذاری مورد نیاز محدود به هزینه لازم برای وسایل و نرم‌افزارها نیست بلکه افراد باید برای جستجو کارآمد و همین‌طور تفسیر دقیق متون آموزش ببینند به همین دلیل ارتباط گزارش صبحگاهی و راند و ژورنال کلاب اساسی است.

به علت شلوغی برنامه و محدودیت‌های زمانی موفقیت گزارش صبحگاهی قویاً بستگی به توانایی‌ها، مقبولیت و روش مسئول گزارش صبحگاهی دارد. حتی برای یک استاد باتجربه کار ساده‌ای نیست که فرصتهای آموزشی متعددی در هر جلسه شناسایی و ارائه کند در حالیکه گروه بزرگی در سطوح مختلف را هم با سرعت بالا بگرداند. برای آماده سازی گزارش صبحگاهی باید اساتید و دستیاران ارشد علاقه‌مند به عنوان مسئول گزارش صبحگاهی آموزش داده شوند. این راهکار آموزشی بدون وجود معلمان مستعد و علاقه‌مند که از کار خود لذت برده و این اشتیاق و لذت را به دیگران هم منتقل می‌کنند موفق نخواهد شد.

بطور قطع بخش بیماران بستری برای توسعه آموزش و بکارگیری EBM خوب است ولی فرصتهای دیگری هم وجود دارد مثلاً می‌توان گزارش صبحگاهی‌های جداگانه ولی مشابه با گزارش صبحگاهی برای CCU، بخش‌های اورژانس^۴ و ... طراحی نمود یا می‌توان تمام اینها را در یک گزارش صبحگاهی گنجانید تا بتوان از تمام فرصتهای موجود بهره‌برداری نمود.

^۱ Disease Oriented Endpoint

^۲ Patient Oriented Endpoint that Matters

^۳ New England Journal of Medicine

^۴ Ambulatory service

هفت عدد از مهمترین اشتباهات آموزشی که به طور شایع مرتکب می‌شویم:

- ۱- آموزش افراد به اینکه چطور پژوهش کنند نه اینکه چطور از پژوهش استفاده نمایند (واضح است پزشکان جان زنان با سرطان پستان را با تجویز تاموکسیفن نجات می‌دهند نه با یادگیری انجام و تفسیر تست‌های رستور استروژن آنها): نقد مهمتر از انجام تحقیق است چون ما بیشتر می‌خوانیم تا تحقیق کنیم ولی در ایران برعکس است بیشتر روش تحقیق می‌آموزیم تا نقد مقاله.
- ۲- آموزش افراد به نحوه انجام آنالیز آماری بجای آموزش نحوه تفسیر آنها. مثلاً کارگاه SPSS بیشتر از نقد آماری برگزار می‌شود.
- ۳- آموزش یکسری مباحث از پیش تعیین شده بجای تعیین مباحث بر اساس مشکل بیماران^۱
- ۴- ارزیابی افراد بر اساس حفظیات آنها بجای ارزیابی مهارت‌های آنها در بدست آوردن، نقد و پیاده کردن دانسته‌ها روی بیماران. در حقیقت ما با این روش به خرج آموزش آنها برای اینکه پزشکان خوبی شوند، آنها را آموزش می‌دهیم که امتحان دهندگان خوبی باشند (۱۲ سال تربیت می‌کنیم برای کنکور - ۷ سال برای امتحان پره‌انترنی و رزیدنتی - ۴ سال برای امتحان مورد و هرگز برای پزشک شدن!)
- ۵- اصرار بر اینکه حتماً طبق برنامه آموزشی پیش برویم
- ۶- تلاش برای اینکه بحث در انتهای هر جلسه بسته شود بجای این که حجم زیادی برای فکر کردن بین جلسات باقی بماند جهت تجربه بیشتر برای جستجو، نقد و...
- ۷- تحقیر کردن اعضا گروه برای پرسیدن سؤالات/حماقانه یا دادن جواب‌های مسخره.

منابع

1. Reilly B, Lemon M. Evidence based morning report: a popular new format in a large teaching hospital. Am J Med. 1997;103:419-26.
2. 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 suppl oct:S1-5.
3. McGinn T, Seltz M, Korenstein D. A method for real time evidence based general medical attending rounds. Acad Med. 2002;77:1150-2.
4. Sackett DL, Straus SE. Finding and applying evidence during clinical rounds: the "evidence cart". JAMA. 1998;280:1336-8.
5. Schwartz A, Hupert J, Elstein AS, Noronha P. Evidence based morning report for inpatient pediatric rotation. Acad Med. 200;75:1229.
6. Green ML. Evidence based training in internal medicine residency programs. JGIM. 2000;15(2):129-33.
7. Parrino TA, Villanueva AG. The principles and practice of morning report. JAMA. 1986;265:730-3.
8. Shankel SW, Mazzaferri EL. Teaching the resident in internal medicine. JAMA. 1986;265:725-9.
9. Harris ED. Morning report. Ann Intern Med. 1993;119:430-1.
10. DeGroot LJ, Siegler M. The morning report syndrome and medical search. NEJM. 1997;301:1285-7.

^۱ Case based learning

11. Brancati FL. Morning disyort. JAMA. 1991;266:1627.
12. Wenger NS, Shpiner RB. An analysis of morning report: implications for internal medicine education. Ann Intern Med. 1993;119:395-9.
13. Wartman SA. Morning report revisited: a new model reflecting medical practice of the 1990,s. J Gen Intern Med,1995;155:1433-7.
14. Osheroff JA, Forsythe DE, Buchanan BG. Physicians' information needs: an analysis of questions posed during clinical teaching. Ann Untern Med. 1991;114:576-81.
15. Malone ML, Jacobson TC. Educational characteristics of ambulatory morning report. J Gen Intern Med. 1993;8:512-4.
16. Osheroff JA, Bankowitz RA. Physicians' use of computer software in answering clinical questions. Bull Med Libr Assoc. 1993;81:11-9.
17. Kassirer JA. Incorporating patients' preferences into medical decisions. NEJM. 1994;330:1895-6.
18. Sauve S, Lee HN, Meade MO. The critically appraised topic: a practical approach to learning critical appraisal. Ann RCPSC. 1995;28:396-8.
19. Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL. Inpatient general medicine is evidence based. Lancet. 1995;346:407-10.
20. Barbour GL, Young MN. Morning report: role of clinical librarian. JAMA. 1986;255:1921-2.
21. DaRosa DA, Mast TA, Dawson-Saunders B. A study of the information seeking skills of medical students and physician faculty. J Med Educ;58:45-50.