

## بررسی همخوانی تشخیصهای مطرح شده در گزارش صبحگاهی با زمان ترخیص در یک مرکز آموزشی - درمانی دانشگاهی

نویسندگان: دکتر ملیحه کدیور<sup>۱</sup>، دکتر مژگان مرشدی<sup>۲</sup>

### خلاصه:

گزارش صبحگاهی از مهمترین ارکان آموزش پزشکی در بخشهای بالینی می باشد. با توجه به اهمیت این مسئله جهت برآورد کیفیت گزارش صبحگاهی در یکی از مراکز آموزشی درمانی دانشگاهی تهران و عوامل موثر بر آن، این مطالعه صورت گرفت. هدف این بررسی مقطعی، مقایسه تشخیص بیماران معرفی شده در گزارش صبحگاهی و تشخیص نهایی در زمان ترخیص و عوامل موثر بر آن چون زمان و تعداد بیماران بستری، نحوه معرفی بیمار و حضور استاد بخش مربوطه در طی سه ماه بر روی کلیه بیماران معرفی شده صورت گرفت. از میان ۱۰۴ بیمار معرفی شده در ۸۴٪ موارد در زمان ترخیص تشخیص قطعی وجود داشته که از این تعداد در ۶۸٪ موارد همخوانی با تشخیص گزارش صبحگاهی مشهود بود. در میان عوامل موثر تنها در ۲ مورد همبستگی دیده شد ( $Pvalue < 0/05$ ).

الف - همبستگی بین وجود اشکال در معرفی بیمار با همخوانی در کل تشخیصهای افتراقی مطرح شده و تشخیص قطعی  
ب - همبستگی بین نحوه معرفی بیماران با همخوانی کل تشخیصهای افتراقی مطرح شده در گزارش صبحگاهی و تشخیص قطعی.

میزان همخوانی تشخیص مطرح شده در گزارش صبحگاهی و تشخیص نهایی حین ترخیص در این مرکز کمتر از برخی مطالعات قبلی مشابه می باشد. از طرفی وجود اشکال در نحوه معرفی بر روی تشخیص استادان و نظر آنان موثر بوده است ( $Pvalue = 0/004$ )  
گزاردن بازخورد بیماران معرفی شده می تواند در ارتقاء گزارش صبحگاهی بعنوان یکی از ارکان مهم آموزش بالینی نقش بسزایی را ایفا نماید.

کلیدواژه: گزارش صبحگاهی، آموزش پزشکی، آموزش بالینی، برنامه آموزش پزشکی، بیمارستان آموزشی

### مقدمه:

آموزشی استفاده می شود که عبارتند از گردش بالینی (راند) استادان در بخشها، گردش بالینی (راند) دستبازی، جلسات مجله خوانی (ژورنال کلاب)، جلسات بررسی موارد مرگ و میر (مورتالیتی کنفرانس)، جلسات سخنرانی استادان، جلسات آسیب شناسی بالینی (CPC) و بالاخره گزارش صبحگاهی که

در طی سالهای آموزش در واحدهای درمانی و بیمارستانها دستیاران و کارورزان پزشکی عملاً دانش بالینی را فرا می گیرند. در برنامه های آموزشی این دوره ها بایستی ضمن انجام فعالیتهای روزانه در بیمارستان، دانش بالینی و مهارتهای لازم آموخته و تقویت شود. جهت رسیدن به این هدف از برنامه های مختلف

۱- دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز توسعه آموزش دانشگاه  
۲- متخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی در طی سه ماه آخر سال ۱۳۷۶ بر روی ۱۳۱ بیماری که در جلسات گزارش صبحگاهی یک بیمارستان آموزشی معرفی شدند، صورت گرفت. بر اساس برنامه از قبل تعیین شده سرپرستی گزارش صبحگاهی هر روز بر عهده یکی از استادان این مرکز است. نحوه اجرای گزارش صبحگاهی بر اساس انتخاب از فهرستی حاوی اطلاعات عام و کلی از بیماران بستری در طی ۲۴ ساعت گذشته توسط استاد مسئول جلسه می باشد. معمولاً ۲-۳ بیمار به انتخاب رئیس جلسه در طی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه در هر روز صبح توسط پزشک مسئول در کشیک شب قبل معرفی می شود. پس از معرفی بیمار تشخیصیهایی که در گردش بالینی (راند) کشیک شب قبل توسط دستیار ارشد کشیک برای بیمار طرح و مختصری از کارهای درمانی انجام شده برای بیمار نیز مطرح می گردد. بحث بر روی بیمار عمدتاً توسط استاد بخش مربوطه بیمار صورت می گیرد. جهت بررسی گزارش صبحگاهی این مرکز فرمهایی از قبل

یکی از مهمترین ارکان آموزش پزشکی می باشد. گزارش صبحگاهی در اکثر برنامه های آموزش طب داخلی از جایگاه ویژه ای برخوردار است (۱ و ۲). هدف از این برنامه آموزش بر مبنای معرفی بیماران تازه بستری شده و بحث بر روی مشکلات، چگونگی رسیدگی و در نهایت برنامه تشخیص و درمانی می باشد. روش بحث در این جلسات در مراکز مختلف باهم متفاوت است که دو شکل اصلی آن عبارتند از:

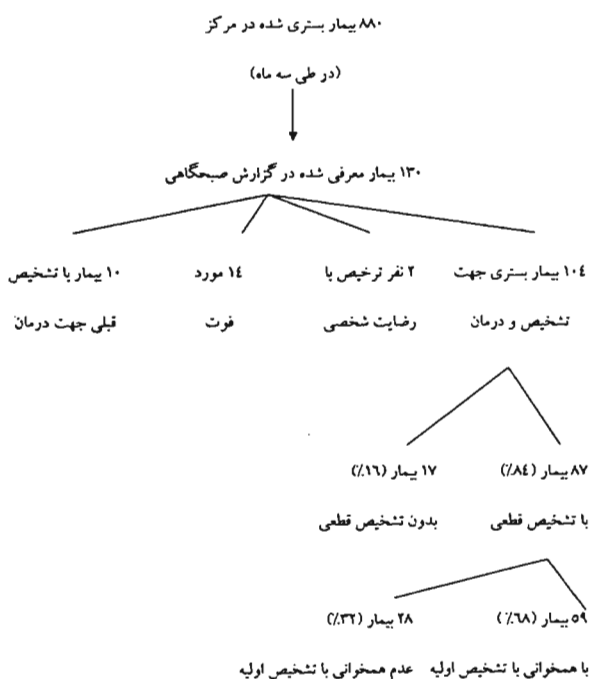
الف. رویکرد بیمار محوری (Case-oriented)

ب. رویکرد شاهد محوری (Evidence-based) یا همان روش

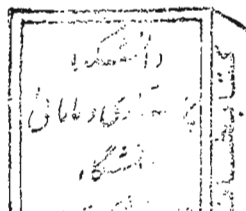
رویکرد بر اساس مسئله (Problem-based)

نوع بیمار محوری روش قدیمی، سنتی و مرسوم در اغلب مراکز است. در این روش افراد شرکت کننده در جلسه گزارش صبحگاهی به صورت انفعالی اطلاعات را به شیوه سخنرانی فرا می گیرند و شرکت کنندگان عمدتاً تشویق به یادآوری کلیه مطالب در منابع علمی موجود می شوند (۱ و ۳). به همین دلیل به این روش، روش اسفنجی (sponge mode) گفته شده و گاهی نیز از آن بعنوان سندرم گزارش صبحگاهی یاد می گردد (۴). در این نوع بحث غالباً استادان حاضر یک سری مطالب را به صورت سخنرانی بیان می کنند و دستیاران، کارورزان و دانشجویان نیز اکثراً شنونده هستند (۵ و ۶).

امروزه در آموزش پزشکی تاکید بیشتر بر روی نحوه تجسسی (search mode) یا شاهد محوری که در واقع یک روش تحقیقی بر اساس خودآموزی فعال بوده، می شود. در این روش برخورد با گزارش صبحگاهی به صورت تمرین بر اساس آموزش حل مسائل بیمار می باشد (۶ و ۷). چندین مطالعه بر روی دقت تشخیص در گزارش صبحگاهی و میزان تشخیص قطعی در این جلسات صورت گرفته تا اهمیت و کیفیت گزارش صبحگاهی را نشان دهد (۷ و ۸ و ۹). تمامی این مطالعات ضمن بررسی عوامل موثر در این خصوص اهمیت پیگیری بیماران و بازخورد بیماران معرفی شده را از عوامل اصلی در به حداکثر رسانیدن بهره آموزشی از این جلسات بر شمرده اند (۷ و ۹).



شکل ۱ - نمایش کلیه بیماران معرفی شده در گزارش صبحگاهی بیمارستان دانشگاهی



این اطلاعات با همکاری مشاور آمار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱: میزان موارد همخوانی تشخیص‌های مطرح شده در گزارش صبحگاهی با تشخیص نهائی در حین ترخیص در یک بیمارستان دانشگاهی (در طی سه ماه ۱۳۷۶)

| میزان همخوانی با احتمال | دامنه همخوانی | موارد همخوانی  |
|-------------------------|---------------|--|
| $78 \pm 10$             | 78-58%        | تشخیص اول گزارش صبحگاهی با تشخیص نهائی               |
| $74 \pm 10$             | 74-56%        | تشخیص اول دستیار ارشد با تشخیص نهائی                 |
| $71 \pm 8$              | 79-63%        | اولین تشخیص دستیار ارشد با اولین تشخیص گزارش صبحگاهی |
| $85 \pm 7$              | 92-78%        | کل تشخیص‌های افتراقی گزارش صبحگاهی با تشخیص نهائی    |
| $76 \pm 9$              | 85-67%        | کل تشخیص‌های افتراقی دستیار ارشد کشیک با تشخیص نهائی |

### نتایج

در طی سه ماه ۸۸۰ بیمار در این بیمارستان بستری شدند. از این تعداد ۱۳۱ بیمار در گزارش صبحگاهی معرفی شدند که یک نفر از آنها بعنوان معرفی بیمار جالب از بیماران بستری در هفته‌های قبل و ۱۰ مورد (۸٪) با تشخیص قبلی جهت درمان بستری شده و ۱۴ نفر (۱۱٪) از بیماران معرفی شده قبل از

تهیه شده که در آن مشخصات زمینه‌ای هر بیمار و مختصری از شرح حال و نحوه معرفی بیمار (با سنجش بر اساس فهرست درجه بندی از نظر طول مدت، نظم و ترتیب و چگونگی بیان)، حضور استاد متخصص بخش مربوطه، زمان پذیرش (صبح یا بعد از ظهر و شب)، ارجاع یا عدم ارجاع از دیگر مراکز درمانی، تعداد بستری در کشیک روز قبل و بخش مربوطه در آن ثبت می‌شد. بعلاوه کلیه تشخیص‌های مطرح شده توسط دستیار ارشد کشیک و تشخیص‌هایی که در جمع بندی معرفی بیمار در انتهای گزارش صبحگاهی طرح می‌گشت در فرمها وارد می‌شد. تکمیل کلیه فرمها تنها توسط همکار طرح و با نظارت پژوهشگر اصلی صورت می‌گرفت. پس از اتمام معرفی بیماران در جلسه، تمامی بیماران ذکر شده در بخش مورد معاینه قرار گرفته، پرونده آنها ارزیابی گردیده و در صورت اشکال در اطلاعات ارائه شده با موارد موجود، این اختلاف به دقت ثبت می‌گردید. سپس با پیگیری روزانه بیمار تا زمان ترخیص، تشخیص نهائی وی نیز درج می‌شد و با متغیرهای یاد شده مورد بررسی قرار گرفت. پس از جمع آوری کلیه داده‌ها با نرم‌افزار SAS و SPSS با استفاده از روش آماری آزمون فیشر (Fisher) و رگرسیون لجستیک (Logistic Regression)

جدول ۲: بررسی عوامل مؤثر بر همخوانی کل تشخیص‌های افتراقی دستیار ارشد کشیک با تشخیص قطعی حین ترخیص (زمستان ۱۳۷۲)

| متغیر مورد بررسی            | فقدان همخوانی | وجود همخوانی |
|-----------------------------|---------------|--------------|
| زمان پذیرش                  |               |              |
| شیفت صبح                    | ۱۰            | ۱۷           |
| شیفت عصر - شب               | ۲۲            | ۶۲           |
| پذیرش                       |               |              |
| مستقیم از درمانگاه          | ۲۳            | ۶۶           |
| ارجاع از دیگر مراکز         | ۹             | ۱۳           |
| تعداد بیماران بستری در کشیک |               |              |
| < ۵ بیمار                   | ۱۳            | ۲۹           |
| > ۵ بیمار                   | ۱۹            | ۵۰           |
| معرفی بیمار <sup>۱</sup>    |               |              |
| بدون اشکال                  | ۲۶            | ۷۱           |
| با اشکال                    | ۶             | ۸            |
| نحوه معرفی <sup>۲</sup>     |               |              |
| بد یا متوسط                 | ۱۹            | ۳۹           |
| خوب                         | ۱۲            | ۳۹           |
| استاد متخصص بخش مربوطه      |               |              |
| حضور دارد                   | ۳۰            | ۷۴           |
| عدم حضور                    | ۱             | ۵            |

۱. وجود ارتباط معنی‌دار [Chi square < 0.05]

- عدم وجود اشکال (تناقص) بین اطلاعات ارائه شده در معرفی بیمار در جلسه گزارش صبحگاهی با بررسی اطلاعات موجود در پرونده، یافته‌های معاینه بالینی و یا بررسی‌های پاراکلینیک هر یک به تنهایی یا یکدیگر
- بررسی نحوه معرفی بیماری بر اساس سه پایه نوع لحن (نامفهوم، آهسته، رسا و بلند)، مدت زمان معرفی (بیش از ۱۰ دقیقه یا کمتر از ۵ دقیقه) و وجود نظم (پراکنده گویی تا کاملاً منظم)، بد > ۵، متوسط ۵-۷ و خوب < ۷

مواردی که تشخیص قطعی جزو تشخیصهای افتراقی مطرح شده در گزارش صبحگاهی بود، (همخوانی) در ۳۴ مورد معرفی نامناسب در ۳۸ معرفی خوب بوده است. (P value= ۰/۰۰۵)

### بحث

گزارش صبحگاهی یکی از ارکان مهم برنامه آموزش بالینی پزشکی است و می تواند جایگاه ویژه ای در ارتقاء سطح مهارتهای دانشجویان پزشکی و دستیاران داشته باشد: مهمترین اهداف برگزاری گزارش صبحگاهی آموزش، ارزیابی کارورزان و دستیاران و کیفیت سرویس دهی، گزارش دهی و آشکارسازی مسائل غیر مترقبه، بحث در خصوص مسائل خاص غیر پزشکی صرف و در نهایت تعامل اجتماعی ذکر گردیده است (۸، ۹، ۱۰) در اکثر سرویسهای بالینی، گزارش صبحگاهی به صورت کنفرانس منظمی برگزار می شود که وقایع مهم بالینی را بررسی کرده که نحوه برگزاری آن در مراکز مختلف متفاوت است. مروری که بر روی چگونگی اجرای گزارش صبحگاهی در سالهای قبل انجام شده نشان دهنده برگزاری کنفرانس منظمی در اوایل یا اواسط صبح در ۶-۵ روز هفته می باشد که معمولاً یک عضو هیئت علمی یا دستیار ارشد آن را اجرا کرده و تمرکز اصلی بر روی معرفی بیماران جدیداً بستری شده (بیمار محوری)

تشخیص و بررسی کامل فوت کرده و ۲ نفر (۲۲٪) نیز قبل از رسیدن به تشخیص با رضایت خانواده ترخیص گردیدند که کلیه این افراد از مطالعه حذف شدند. از میان ۱۰۴ بیمار باقیمانده، ۱۷ نفر (۱۶٪) به تشخیص قطعی در طی بستری در بیمارستان نرسیده و بدون تشخیص مرخص شدند و ۸۷ (۸۴٪) بیمار باقیمانده در زمان ترخیص تشخیص قطعی داشتند (شکل شماره ۱). از این بیماران ۹۶ نفر در عصر و شب بستری شده و ۲۶ بیمار (۲۰٪) از دیگر بیمارستانها ارجاع شده بودند. در ۹۴٪ موارد استاد متخصص مربوطه در جلسه گزارش صبحگاهی حضور داشت.

در پیگیری بیماران معرفی شده در ۲ مورد (۲۲٪) اشکال در نحوه ارائه شرح حال، ۱۱ مورد (۹٪) اشکال در معاینه بالینی و یک مورد (۱٪) اشکال در یافته های آزمایشگاهی یافت شد. در کل میزان موارد همخوانی با تشخیص قطعی با حدود احتمال از ۹۵٪ اعتماد در جدول ۱ نمایش داده شده است. ارتباط هر یک از عوامل احتمالی مطرح شده از جمله تعداد بیماران بستری، بستری در صبح یا عصر و شب، ارجاعی بودن بیمار، معرفی کننده (دستیار، کارورز) و حضور استاد مربوطه بر روی هر یک از همخوانی ها بررسی شده که تنها در دو مورد ارتباط معنی دار مشاهده شد (P value < ۰/۰۰۵).

الف- وجود اشکال در معرفی بیماری روی همخوانی کل تشخیصهای افتراقی و تشخیص نهایی موثر بود، به طوری که در بیمارانی که تشخیص قطعی آنان جزء تشخیصهای افتراقی دستیار ارشد کشیک نبود (عدم همخوانی) در ۱۵ مورد بدون اشکال و در ۶ مورد اشکال وجود داشت. در مقابل در بیمارانی که تشخیص قطعی بیمار جزو تشخیصهای افتراقی بود در ۶۴ مورد معرفی بیمار بدون اشکال و در ۴ مورد اشکال مشاهده شد که اختلاف آن معنی دار بود. (P value= ۰/۰۰۴).

ب- نحوه معرفی نامناسب نسبت به معرفی خوب (بر اساس فهرست معیارهای درجه بندی، جدول ۲) روی همخوانی کل تشخیصهای افتراقی گزارش صبحگاهی با تشخیص نهایی موثر بود (P value= ۰/۰۴۹) به طوری که در بیمارانی که تشخیص قطعی آنان جزو تشخیصهای افتراقی مطرح شده در گزارش صبحگاهی نبود (عدم همخوانی) در ۱۰ مورد معرفی نامناسب بوده و در ۳ مورد معرفی بیمار خوب بوده است و در مقابل در

استاد غیر فعال استاد فعال

|                |               |
|----------------|---------------|
| استاد غیر فعال | کارآموز محوری |
| استاد فعال     | مربی - محوری  |

بیمار

در جلسه

شکل ۲: الگوی فعال - غیر فعال در گزارش صبحگاهی (۱۱)

می باشد (۱۸). اما همانطوریکه در مقدمه به آن اشاره رفت در حال حاضر تکیه بر بحث فعال بر اساس رویکرد به مسائل بیمار می باشد که هر دو گروه استادان و دانشجویان در آن به طور فعال شرکت کنند (شکل ۲).

از جمله بررسی های انجام شده در این زمینه مطالعه ریلی (Raily) و همکاران است که در سال ۱۹۹۷ بر روی گزارش صبحگاهی باروش شاهد محوری صورت گرفته و نتیجه خوبی در رسیدن به اهداف آموزشی با خود آموزی فعال دانشجویان در پی داشته است. در این تحقیق علاوه بر همبستگی بین موارد مطرح شده در گزارش صبحگاهی و تشخیص نهایی بر روی روش معرفی بیمار به صورت حل مسئله تاکید شده است (۲). با این حال در بسیاری از مراکز آموزشی همچنان روش سنتی گزارش صبحگاهی مرسوم است. از نظر دقت تشخیص در گزارش صبحگاهی در بررسی واتمن (Watman) در ۲۴٪ موارد بیماران حتی در زمان ترخیص نیز به تشخیص نهایی نرسیده بودند اما در بین بیماران با تشخیص نهایی زمان ترخیص تنها در ۱۷٪ موارد تشخیص مطرح شده اولیه در گزارش صبحگاهی با تشخیص نهایی بیمار متفاوت بود (۳).

بارتون (Barton) و همکاران هم مقایسه ای بین گزارش صبحگاهی در دو بیمارستان آموزشی و غیر آموزشی در بخشهای کودکان بعمل آوردند که در هر دو بیمارستان به ترتیب ۵۸٪ و ۲۸٪ بیماران در هنگام معرفی در جلسه صبحگاهی بیماری آنها تشخیص داده نشده بود (۷). تمامی این پژوهشگران بر اهمیت پیگیری بیماران معرفی شده در گزارش صبحگاهی جهت افزایش میزان بهره وری از این جلسات تاکید می کنند. (۲،۳،۷،۸) اما در مطالعه انجام شده در این مرکز ۱۶٪ بیماران در زمان ترخیص تشخیص نهایی نداشته و از باقیمانده، ۳۲٪ موارد هم این تشخیص با تشخیص اول مطرح شده در گزارش صبحگاهی متفاوت بود. موارد عدم همخوانی بین تشخیصهای مطرح شده در گزارش صبحگاهی با تشخیص نهایی در مطالعه این مرکز نسبت به تحقیق ذکر شده بیشتر می باشد. در مطالعه واتمن میزان موارد عدم همخوانی (۱۷٪) زیاد تلقی گردیده و علت آن عدم وجود بازخورد (feedback) مناسب

و فقدان تداوم و پیگیری در بررسی بیماران بیان شده است. عوامل زیر در کیفیت گزارش صبحگاهی و تفاوت میزان عدم همخوانی تشخیصهای مطرح شده در گزارش صبحگاهی و تشخیص نهایی بیماران در مطالعه این مرکز می تواند دخیل باشد:

۱. روش سنتی بیمار محوری و عدم بحث فعال دستیاران در جلسه
۲. فقدان بازخورد و پیگیری دقیق و مداوم بیماران معرفی شده (معرفی مجدد)
۳. عدم نظارت کامل اعضاء هیئت علمی در معاینه و گرفتن شرح حال بیماران قبل از ارائه در گزارش صبحگاهی
۴. عدم آموزش نحوه صحیح معرفی بیماران به رده های مختلف پزشکی
۵. علاقه کم و انگیزه پایین دستیاران و کارورزان در بررسی دقیق بیماران و پیگیری بیمار در شب کشیک و مشاوره با استادان مسئول
۶. نقش کم رنگ دستیاران خصوصاً دستیار ارشد کشیک در اداره جلسه گزارش صبحگاهی جهت طرح مشکلات روز قبل با توجه به جنبه کاربردی گزارش صبحگاهی متاسفانه آنچنان که شایسته است به جایگاه این جلسه در بیمارستانهای آموزشی توجه نمی شود. بعنوان مثال در جلسات گزارش صبحگاهی این مرکز حدود ۷۰ تا ۲۰۰ نفر (در صورت حضور دانشجویان) روزانه شرکت می کنند و در نظر سنجی بر روی جنبه های مختلف آموزشی ۹۰٪ اعضاء هیئت علمی این مرکز همانند دیگر بررسی های دیگر نقش گزارش صبحگاهی را در آموزش زیاد بر آورده کرده، اما تنها حدود ۵۰٪ استادان موافق ادامه روند فعلی این جلسات بودند (۸، ۱۲). به هر حال با در نظر گرفتن نظرات اعضاء هیئت علمی، دستیاران، کارورزان و دانشجویان و انجام ارزیابی مکرر می توان از منابع و امکانات موجود استفاده بهتری کرد. آشنایی اعضاء هیئت علمی و رده های مختلف آموزشی با روشهای نوین آموزش پزشکی و خصوصاً جنبه های مختلف آموزش بالینی چون گزارش صبحگاهی، گردشهای بالینی و ... می تواند نقش مهمی در ارتقا سطح آموزش پزشکی داخل کشور داشته باشد و علیرغم وجود برخی مشکلات و کمبود امکانات در مراکز آموزشی و بیمارستانها با مدیریت قوی و دلسوزی و همکاری

همگان به سیستم آموزش فعلی سر و سامان بهتری داد.

#### پیشنهادهات:

جهت بهبود کیفیت گزارش صبحگاهی این موارد پیشنهاد می شود:

۱. تشکیل کمیته ای جهت برنامه ریزی گزارش صبحگاهی بر اساس روش جدید و کارآمد شاهد محوری یا رویکرد بر اساس مسئله

۲. محول کردن مسئولیت اداره گزارش صبحگاهی به دستیار ارشد کشیک

۳. شرکت دادن فعال دستیاران و کارورزان در بحث جلسات

۴. برنامه ریزی جهت دادن بازخورد در مورد بیماران معرفی شده در گزارش صبحگاهی

۵. ایجاد جو همکاری و صمیمیت در جلسات گزارش صبحگاهی به جای فضای تهدید و وحشت

۶. مشاهده و معاینه بیمار با حضور استاد مربوطه قبل و یا بعد از

گزارش صبحگاهی و تصحیح اشکالات موجود.

۷. معرفی کامل بیمار در شب کشیک در حضور دستیار ارشد و رفع اشکالات

۸. در صورت پذیرش بیمار در صبح، معاینه و بحث بر روی بیمار در حضور استاد مربوطه

۹. نظر خواهی از استادان، دستیاران، کارورزان و دانشجویان و ارزیابی مکرر سیستم آموزشی

۱۰. ارائه و گسترش گزارش صبحگاهی سرپایی

#### تشکر:

در پایان از کلیه استادان، دستیاران و کارورزان و کارکنان دفتر آموزش بیمارستان که در انجام این تحقیق با ما همکاری صمیمانه ای داشته و جناب آقای دکتر کرامت اله نوری جلیانی که کارهای آماری این تحقیق را بر عهده داشته تشکر و تقدیر می نمایم.

#### References:

- 1- Parrino T.A., Villanvena A.G. The principles & practice of morning report. *JAMA* 1986; 256: 730-733.
- 2- Reily B., Lemon M, Evidence-based morning report: A popular new format in a large teaching hospital. *Am J Med*. 1997; 103: 419-426.
- 3- Watman S.A. Morning report revisited: A new model reflecting medical practice. *J Gen Intern Med*. 1995; 10: 271-272.
- 4- Degroot L.J., Sienhler M. Sounding board, The morning report syndrome & medical search. *New Engl J Med*, 1979; 301: 1285-1287.
- 5- Alwssondro D.M. Documenting the educational content of morning report. *Arch Pediatr Adol Med*, 1997; 151: 1151-1156.
- 6- Wenger NS, Shpiner RB. An Analysis of morning

- report. *Ann Intern Med*, 1993; 119: 395-399
- 7- Barton LL, Rice SA, Wells SJ, et al. Pediatric morning report. *Pediatr*: 1997; 36: 581-583
- 8- Amin z, Guajardo J, wisniewsk: w, et al. *Acad Med*, 2002; 75: 51-55.
- 9- Evidence- Baced Medicine working Group. Evidence based medicine a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-2425.
- 10- Stokman J.A. The morning report. *Clinic Pediatr*, 1997; 137: 589-592.

۱۱. شونک ل توماس، ویتمن نیل. دستیاران پزشکی به عنوان مدرسن ترجمه ملیحه کدیور. نکیسا هومن. تهران. انتشارات روزنامه اطلاعات ۱۳۷۷

۱۲. گزارش دفتر آموزش گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران نظر سنجی از اعضا هیئت علمی در خصوص وضعیت آموزشی ۱۳۷۷

## Abstract

### **A Survey on the Correlation Between the Initial Diagnosis at morning Report and the Definite Diagnosis at discharge in One Teaching Hospital in 1997**

**Authors: Maliheh Kadivar MD <sup>1</sup>, Modjgan Morshedi MD <sup>2</sup>**

Morning report is a traditional ritual within academic health care services. To compare the initial diagnosis of cases presented at morning report with the final diagnosis reached at discharge from the hospital, and the factors influencing this process, a survey on morning reports in one of the teaching hospital was conducted. This cross - sectional stud was performed in the winter of 1997 Among the 104 patients presented at the morning reports 84% had a definite diagnosis at the time of discharge. In 67.8% of the initial diagnosis at the morning report and the final diagnosis at the time of discharge were the same. The quality of presentation and the problems in the presentation of the patients were the only significant factors in this study. The experts believe that many parts of traditional educaional medical interventions, Such as morning report, need to be "updated" to reflect the new realities of medical practice.

*Key Words: Morning report, Medical education, Medical training program, Teaching hospital*

1- Associat Professor of Tehran University

2-Pediateric specialist, Tehran university of medical sciences