مقاله پژوهشی

استانداردسازی فرایند گزارش صبحگاهی گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

بتول زمانی، منصوره مومن هروی، زریچهر وکیلی*، مجید احسانی

چکیده

مقدمه: گزارش صبحگاهی ازکاربردی‌ترین روش‌های آموزش بالینی است. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت موجود گزارش صبحگاهی گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به منظور شناسایی نقاط ضعف و آموزش استانداردسازی این فرآیند مهم آموزشی انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی در گروه آموزشی داخلی دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۹۴ انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه محقق‌ساخته بر اساس استانداردهای آموزش بالینی تدوین شده توسط حوزه‌ی معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. ابتدا با حضور در گزارش صبحگاهی و نظرسنجی از کارآموزان، کارورزان و دستیاران گروه نقاط ضعف شناسایی شد. نمونه گیری به‌صورت سرشماری از تمام فراگیران بخش داخلی در زمان مطالعه انجام شد (شامل ۱۵ کارآموز، ۶ کارورز و۹ دستیار). سپس نحوه‌ی برگزاری صحیح گزارش صبحگاهی به اعضای هیأت‌علمی با روش سخنرانی آموزش داده شد. پس از آموزش مجدداً با همان پرسشنامه نظرسنجی به عمل آمد و میزان تغییر در رعایت استانداردهای آموزشی قبل و بعد از تغییرات بررسی گردید. داده‌ها با استفاده آزمون‌های Chi-square test و Fisher's exact test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: استانداردهایی که افزایش رعایت کامل آن‌ها پس از مداخله معنادار بود عبارتند از: رعایت کامل "بحث مرحله به مرحله" (p<۰/۰۰۱)، "طرح تشخیص افتراقی" (p=۰/۰۰۱)، "بحث در مورد آزمایش‌های تشخیصی" (p<۰/۰۰۱)، "بحث در مورد رویکرد سیستماتیک" (p=۰/۰۰۵)، "بحث در مورد تصاویر رادیولوژی" (p=۰/۰۰۲)، "ایجاد موقعیت مناسب برای ارتباط استادان با فراگیران " (p=۰/۰۰۴)، "توجه به حضور و غیاب فراگیران " (p=۰/۰۰۱)، "، ارتباط چشمی استادان با شرکت‌کنندگان" (p=۰/۰۴۲).

نتیجه‌گیری: آموزش اعضای هیأت‌علمی گروه داخلی در زمینه‌ی گزارش صبحگاهی، در استاندارد نمودن آن تأثیر داشت و می‌توان با استمرار آن در جهت ارتقای کیفیت و انطباق بیش‌تر با استانداردها حرکت کرد.

واژه‌های کلیدی: گزارش صبحگاهی، استانداردسازی، گروه آموزشی، گروه داخلی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ ۱۳۹۸؛ ۱۹(۹): ۹۰ تا ۱۰۰

مقدمه

آموزش پزشکی عمومی شامل مقاطع علوم‌پایه، فیزیوپاتولوژی، کارآموزی و کارورزی است. مقاطع کارآموزی و کارورزی اختصاص به آموزش بالینی دارد

* **نویسنده مسؤول:** دکتر زریچهر وکیلی (دانشیار)،گروه پاتولوژی،دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
z_vakili@yahoo.com
دکتر بتول زمانی (دانشیار)، گروه داخلی،دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بیماری‌های اتوایمیون، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
(zamani_b@kaums.ac.ir)؛ دکتر منصوره مومن هروی (استاد)، گروه عفونی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. (momenheravi_m@kaumis.ac.ir)
دکتر مجید احسانی استادیار)، گروه داخلی،دانشکده پزشکی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۲/۲۹، تاریخ اصلاحیه: ۹۷/۴/۲۶، تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۱۱

و در ایجاد توانمندی‌های حرفه‌ای فراگیران نقش عمده‌ای ایفا می‌کند. هم‌چنین آموزش دوره‌ی دستیاری بطورعمده بالینی است. ارتقای کیفیت آموزش بالینی مستلزم بررسی مستمر وضعیت موجود، شناخت نقاط قوت و ضعف و اصلاح نقاط ضعف است. آموزش بالینی نیز مانند هر برنامه آموزشی به برنامه ریزی قبلی نیاز دارد و برای یادگیری بهتر دانشجو باید محیط‌های آموزشی به نحو مطلوب طراحی شوند(۱).

آموزش بالینی پزشکان در محیط واقعی و بر بالین بیماران صورت می‌گیرد و تفاوت‌های بنیادی با آموزش در سایر رشته‌ها دارد. در بین روش‌های مختلف آموزش بالینی، گزارش صبحگاهی تقریباً دارای بیش‌ترین تأثیر و کاربرد در ارتقای کیفیت آموزش پزشکی در سطح دنیا است(۲). با این وجود، تاکنون در استفاده از این شیوه آموزشی، الگوی فراگیر که مورد قبول همه متخصصان باشد ارائه نشده‌است(۳).

گزارش صبحگاهی اهداف، روش‌ها و شرایط گوناگونی دارد. به عنوان یک روش آموزشی تعریف آن چالش برانگیز و اندازه گیری پیامد آن مشکل است(٤). هدف اصلی از برگزاری آن بحث در مورد بیماران وآموزش تصمیم‌گیری بالینی مناسب است(٥). کاربردهای اصلی گزارش صبحگاهی شامل به دست آوردن دید کلی از فعالیت‌های انجام شده در بخش‌های بالینی، تحلیل ابعاد مختلف تشخیصی و درمانی بیماران، ارزیابی عملکرد دستیاران، ارزیابی خدمات ارائه شده به بیماران، شناخت حوادث نامطلوب و دلایل آنها و تعامل بین کادر پزشکی است(٦تا٩).

توجه به شیوه برگزاری گزارش صبحگاهی به عنوان یکی از مؤثرترین روش‌های آموزش بالینی از اهمیت به سزایی برخوردار است. گزارش صبحگاهی یکی از بهترین شیوه‌های آموزش بالینی است که، تقریباً در اکثر رشته‌های تخصصی قابل پیاده نمودن است(۱۰و۱۱). مطالعات مختلفی که تاکنون در مورد گزارش صبحگاهی صورت گرفته، نتایج مختلفی در برداشته است. در مطالعه‌ی زمان‌زاد درشهرکرد دانشجویان از گزارش صبحگاهی بیش‌ترین رضایت را نسبت به سایر برنامه‌های آموزشی داشتند(۱۲). مطالعه حق‌دوست در کرمان نشان داد که وضعیت برگزاری گزارش صبحگاهی در بیمارستان‌های آموزشی کرمان بسیار متنوع است(۱۳). در مطالعه آزما در تهران از دید استادان، آموزش مهم‌ترین هدف گزارش صبحگاهی بود؛ در حالی که دانشجویان هدف از برگزاری گزارش صبحگاهی را ارزیابی خود و کیفیت درمان می‌دانستند(١٤). در مطالعه‌ی رضوی در تهران اکثر شاخص‌های ساختاری گزارش صبحگاهی با میزان بهره‌مندی مخاطبین ارتباط معناداری داشت(١٥). در حالی که مطالعه خسروی در مجموع کارآیی پایین آموزشی گزارش‌های صبحگاهی را از نگاه دانشجویان نشان داد(١٦). درنتایج مطالعه‌ی افشار نیز عدم انطباق نظرات استادان و سطوح مختلف دانشجویان نسبت به وضعیت گزارش صبحگاهی وجود داشت(۱۷). پارینو(Parrino) در مطالعه خود نشان داد که در ۱۱۵ بخش از ۱۱۷ بخش آموزشی، گزارش صبحگاهی به‌طور مرتب انجام شده و بیش از ۸۵ درصد ازپاسخ‌دهندگان، گزارش صبحگاهی را محیطی مناسب برای برخوردهای اجتماعی می‌دانستند(۲).

از آنجایی که هرگونه برنامه‌ریزی در جهت ارتقای کیفیت آموزش بالینی در گرو شناخت مشکلات، نارسائی‌ها و کاستی‌های موجود در سیستم آموزشی دوره بالینی از دیدگاه فراگیران این دوره است و با توجه به اهمیت و جایگاه گزارش صبحگاهی در آموزش بالینی اولین گام در جهت ارتقای کیفیت این شیوه آموزش، شناخت وضعیت موجود و تلاش جهت رفع نقایص موجود با مداخله و انجام اصلاحات است.

از طرفی گام چهارم طرح تحول سلامت که تحول و نوآوری در آموزش و شامل ۱۲ بسته است از طرف معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام و برنامه عملیاتی آن نیز ابلاغ شده است(۱۸).

یکی از این بسته‌ها، بسته‌ی اعتباربخشی مؤسسات و بیمارستان‌های آموزشی است. این بسته شامل چهار برنامه است که یکی از آنها استانداردسازی فرآیندهای آموزشی علوم‌پزشکی است.

با توجه به اهمیت موضوع برآن شدیم تا در این مطالعه، با بررسی وضعیت موجود گزارش صبحگاهی گروه‌داخلی دانشگاه علوم‌پزشکی کاشان، نقاط ضعف را شناسایی و با آموزش استانداردهای گزارش صبحگاهی به اعضای هیأت‌علمی گام مؤثری در اجرای طرح تحول آموزش برداریم.

روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی یک گروهی، در گروه آموزشی داخلی دانشگاه علوم پزشکی کاشان مستقر در بیمارستان شهید بهشتی در سال ٩٤ انجام شد. نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری از تمام فراگیران بخش داخلی در زمان مطالعه انجام شد که کلاً ۳۰ نفر (شامل ۱۵ کارآموز، ٦ کارورز و۹ دستیار) بودند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته بر اساس استانداردهای آموزش‌بالینی معاونت‌آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود(۱۹) که روایی آن ۱۰ نظر متخصصین داخلی وآموزش پزشکی تأیید شد. پایایی پرسشنامه در یک مطالعه مقدماتی با شرکت ۱۰ نفر از فراگیران با محاسبه آلفای کرونباخ (α=۰/۸٦) مورد پذیرش قرار گرفت.

پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال شامل حیطه‌های سازمان‌دهی(٤ پرسش)، انتخاب بیمار (۱ پرسش)، نحوه‌ی ارائه آموزش (۱۱ پرسش)، فرآیند اجرایی(٤ پرسش) بود. حیطه‌ی سازمان‌دهی شامل پرسش‌هایی در مورد زمان، مکان، تواتر برگزاری و افراد شرکت‌کننده در گزارش صبحگاهی بود.

حیطه‌ی نحوه‌ی ارائه آموزش شامل پرسش‌هایی نظیر: آموزش براساس مسائل بالینی نه تئوری، بحث مرحله به مرحله در مورد بیمار، طرح تشخیص افتراقی، بحث در مورد آزمایش‌های تشخیصی، بحث در مورد رویکرد سیستماتیک، بحث در مورد تصاویر رادیولوژی، ایجاد موقعیت ارتباط استادان با فراگیران و ترغیب آموزش، پایش کیفیت درمان و مهارت بالینی کارورز و دستیار، بحث صرف بین استاد ودستیار بدون دخالت دادن کارورز و کارآموز، بحث در مورد ملاحظات اخلاقی و ارائه نتایج پیگیری بیماران گزارش شده در جلسه‌های قبل بود.

حیطه‌ی فرآیند اجرایی با پرسش‌های زیر ارزیابی شد:

۱-رعایت نظم در حضور استادان، ۲-توجه به حضور و غیاب فراگیران، ۳ - وجود فرد اداره‌کننده جلسه گزارش صبحگاهی و ٤- ارتباط چشمی استادان با شرکت‌کنندگان حیطه‌های سازمان‌دهی و انتخاب بیمار توسط پژوهشگر. سایر حیطه‌ها با نظرفراگیران بررسی شد.

پرسش‌نامه‌ها بین کارآموزان، کارورزان و دستیاران گروه داخلی توزیع شد. پس ازجلب رضایت آنان، در مورد نحوه‌ی تکمیل پرسشنامه‌ها توضیح داده شد و پس از تکمیل، پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری گردید.

مقیاس پرسشنامه از نوع لیکرت ۳ نقطه‌ای به صورت کاملاً رعایت می‌شود با امتیاز۳، تا حدودی رعایت می‌شود با امتیاز۲ و اصلا رعایت نمی‌شود با امتیاز۱ بود. امتیاز گویه‌ها بر اساس مجموع نظرات فراگیران محاسبه شد و گویه‌هایی که ۳۰٪ فراگیران امتیاز ۱ داده بودند به عنوان نقطه ضعف شناسایی شد.

در یک ستون جداگانه از فراگیران خواسته شد میزان اهمیت هر گویه را از ۱تا ٥ نمره‌دهی کنند. حداکثر امتیاز پرسشنامه ۱۵۰ و حداقل ۳۰ محاسبه شد و نمره کسب شده هر گویه و درصد آن نسبت به ۱۵۰ جداگانه محاسبه شد. برای مثال گویه آموزش بر اساس مسائل بالینی نه تئوری نمره ۱۲۷ گرفت که ۸۵٪ نمره مطلوب ۱۵۰ است.

سپس جهت رفع نقاط ضعف که از تجزیه و تحلیل نظرات فراگیران به‌دست آمد؛ مداخله انجام شد. مداخله عبارت بود از برگزاری ۲ جلسه آموزشی در مورد نحوه‌ی صحیح

برگزاری گزارش صبحگاهی به صورت سخنرانی و پرسش و پاسخ توسط دانش‌آموخته آموزش پزشکی برای تمام اعضای هیأت‌علمی گروه داخلی (۲۰ نفر) و تأکید بر مباحث رویکرد سیستماتیک, طرح تشخیص افتراقی، ایجاد موقعیت ارتباط استاد با دستیار و ترغیب آموزش، آموزش بر اساس مسائل بالینی نه تئوری، پایش کیفیت درمان و مهارت بالینی کارورز و دستیار، بحث مرحله به مرحله در مورد بیمار، بحث در مورد آزمایش‌های تشخیصی، حضورمنظم استادان در گزارش صبحگاهی، پیگیری تشخیص بیماران هفته‌ای یک بار، بحث در مورد تصاویر رادیولوژیک، وجود هماهنگ‌کننده جلسه گزارش صبحگاهی، توجه به حضور و غیاب کارآموز, کارورز و دستیار، اجتناب از بحث بین استاد و دستیار و عدم دخالت دادن کارورزان و کارآموزان، ارتباط چشمی استادان با شرکت‌کنندگان.

اصلاحات بر اساس موارد آموزش داده شده در برگزاری گزارش صبحگاهی توسط مدیر گروه و اعضای هیأت‌علمی انجام شد. پس از ۳ ماه با اعلام مدیر گروه داخلی مبنی بر اعمال تغییرات لازم در اجرای گزارش صبحگاهی بر اساس آموزش‌های داده شده، پرسش‌نامه‌های نظرسنجی مجدداً توسط همان کارآموزان، کارورزان و دستیاران، تکمیل شد.

این مطالعه پس ازطرح در شورای گروه داخلی و جلب موافقت مدیر گروه و سایر اعضا گروه داخلی با حفظ رعایت مسائل اخلاقی وعدم ذکر نام افراد تکمیل‌کننده پرسشنامه انجام گرفت.

داده‌های پرسشنامه‌ها وارد نرم افزار SPSS-16 شد و با استفاده آزمون‌های Chi-square test و Fisher's exact test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. P value کم‌تر و مساوی ۰/۰۵ معنا دار تلقی شد.

نتایج

در زمان انجام این مطالعه کلا ۳۰ نفر (شامل۱۵ کارآموز، ٦ کارورز و۹ دستیار) مشغول گذراندن دوره‌ی آموزشی در بخش داخلی بودند و در جلسه‌های گزارش صبحگاهی شرکت می‌کردند و تمام این افراد در مطالعه شرکت کردندو پرسشنامه‌ها توسط تمام آن‌ها تکمیل و اطلاعات تمام پرسش‌نامه‌ها تجزیه و تحلیل شد (پاسخ‌دهی۱۰۰٪).

گزارش صبحگاهی هفته‌ای ٥ بار در گروه داخلی از ساعت ۸ تا ۹ صبح به مدت یک ساعت برگزار می‌شود. تعداد متوسط فراگیران در هر ترم تقریباً ۳۰ تا٤۰ نفر اعم از کارآموز، کارورز و دستیار است. به‌طور متوسط٦ استاد حضور دارند. استادان حاضر در هر جلسه ثابت نیستند و براساس برنامه تنظیم شده توسط مدیر گروه در گزارش صبحگاهی شرکت می‌کنند. هر روز از هفته طبق برنامه از قبل تعیین شده یکی از استادان فوق تخصص در گزارش صبحگاهی شرکت می‌کند. کاروزان کشیک شب قبل مسؤول معرفی بیماران و دستیار کشیک شب قبل مسؤول پاسخ‌گویی به سؤالات استادان است. هرروز دو بیمار معرفی می‌شوند که یکی از بیماران متناسب با رشته استاد فوق تخصص است. انتخاب بیمار توسط دستیار ارشد کشیک انجام می‌شود.

در این مطالعه "ارائه پیگیری بیماران گزارش شده در جلسات قبل"(۸۲/۸٪)، "ایجاد موقعیت ارتباط اساتید با فراگیران و ترغیب آموزش" (٦۷/۹٪)، "ارتباط چشمی اساتید با شرکت‌کنندگان" (٦٦/۷٪)، بحث در مورد ملاحظات اخلاقی(٦۳٪)، بحث مرحله به مرحله در مورد بیمار(٤۰٪)، دخالت دادن کارورز و کارآموز در بحث‌ها (۳٥٪)، حضورمنظم استادان(۳۱٪) از بارزترین موارد عدم رعایت در قبل از مداخله با توجه به نظرات فراگیران بود و بر اساس تعریف نقطه ضعف تلقی شد.

استانداردهایی که پس از مداخله افزایش رعایت کامل آن‌ها و کاهش عدم رعایت آن‌ها معناداربود به شرح زیر بود:

رعایت کامل "بحث مرحله به مرحله در مورد بیمار" از ۱٦/۷٪ قبل مداخله به۲۳/۳٪ بعد مداخله، افزایش یافت (Fisher's exact=۲۰/۰۹٤, P<۰/۰۰۱).

عدم رعایت "طرح تشخیص افتراقی" از ۱۰٪ به صفر کاهش یافت (Fisher's exact=۱۱/۳۵۳, P=۰/۰۰۱).

رعایت کامل " بحث در موردآزمایش‌های تشخیصی " از ۱۳/۳٪ قبل مداخله به ۲۶/۷٪ بعد مداخله افزایش یافت (Fisher's exact=۱۸/۶۶۳, P<۰/۰۰۱).

رعایت کامل " بحث در مورد رویکرد سیستماتیک " از ۱۳/۸٪ قبل مداخله به۶۰٪ بعد مداخله افزایش یافت (Fisher's exact=۱۱/۳۵۳, P=۰/۰۰۵).

رعایت کامل " بحث در مورد تصاویر رادیولوژی " از ۱۳/۳٪ قبل مداخله به۴۰٪ بعد مداخله افزایش یافت (Fisher's exact=۱۲/۷۹۹, P=۰/۰۰۲).

در خصوص " ایجاد موقعیت ارتباط استادان با فراگیران و ترغیب آموزش " عدم رعایت آن از ۶۷/۹٪ به ۲۳/۳٪ کاهش یافت (Fisher's exact=۱۲/۴۷۰, P=۰/۰۰۴).

رعایت کامل " توجه به حضور و غیاب فراگیران" از ۶۰٪ قبل مداخله به ۸۳/۳٪ بعد مداخله افزایش یافت، (P=۰/۰۰۱ ,Fisher's exact=۱۲/۸۰۰).

رعایت کامل " ارتباط چشمی استادان با شرکت‌کنندگان" از ۶/۷٪ قبل مداخله به۴۰٪ بعد مداخله افزایش یافت (Fisher's exact=۷/۸۶۶, P=۰/۰۴۲).

نظرات فراگیران در مورد میزان رعایت استانداردهای آموزشی در گزارش صبحگاهی گروه داخلی قبل و بعد از مداخله در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: مقایسه شاخص‌های آموزشی گزارش صبحگاهی گروه داخلی قبل و بعد از مداخله از دیدگاه فراگیران

	کاملاً رعایت می‌شود		تا حدودی رعایت می‌شود		اصلا رعایت نمی‌شود		p. value
	قبل تعداد(درصد)	بعد تعداد(درصد)	قبل تعداد(درصد)	بعد تعداد(درصد)	قبل تعداد(درصد)	بعد تعداد(درصد)	(Fisher's exact)
آموزش براساس مسائل بالینی، نه تئوری	۶(٪۲۰)	۹(٪۳۰)	۲۱(٪۷۰)	۲۰(٪۶۶/۷)	۳(٪۱۰)	۱(٪۳/۳)	۰/۲۵۸
بحث مرحله به مرحله در مورد بیمار	۵(٪۱۶/۷)	۷(٪۲۳/۳)	۱۳(٪۴۳)	۱۹(٪۶۳/۳)	۱۲(٪۴۰)	۴(٪۱۳/۳)	<۰/۰۰۱ (۲۰/۰۹۴)
طرح تشخیص افتراقی	۸(٪۲۶/۷)	۱۸(٪۶۰)	۱۹(٪۶۳/۳)	۱۲(٪۴۰)	۳(٪۱۰)	۰	۰/۰۰۱ (۱۱/۳۵۳)
بحث در موردآزمایش‌های تشخیصی	۴(٪۱۳/۳)	۸(۲۶/۷)	۱۹(٪۶۳/۳)	۲۱(٪۷۰)	۷(٪۲۳/۳)	۱(٪۳/۳)	<۰/۰۰۱ (۱۸/۶۶۳)
بحث در مورد رویکرد سیستماتیک	۴(٪۱۳/۸)	۱۸(٪۶۰)	۲۰(٪۶۶/۷)	۹(٪۳۰)	۶(٪۲۰/۷)	۳(٪۱۰)	۰/۰۰۵ (۱۱/۳۵۳)
بحث در مورد تصاویر رادیولوژی	۴(٪۱۳/۳)	۱۲(٪۴۰)	۱۹(٪۶۳/۳)	۱۵(٪۵۰)	۷(٪۲۳/۳)	۳(٪۱۰)	۰/۰۰۲ (۱۲//۷۹۹)
ایجاد موقعیت ارتباط استادان با فراگیران و ترغیب آموزش	۱(٪۳/۶)	۹(٪۳۰)	۱۰(٪۳۳/۳)	۱۴(٪۴۶/۷)	۱۹(٪۶۷/۹)	۷(٪۲۳/۳)	۰/۰۰۴ (۱۲/۴۷۰)
پایش کیفیت درمان و مهارت بالینی کارورز و دستیار	۲(٪۶/۹)	۸(٪۲۶/۷)	۲۳(٪۷۶/۷)	۱۵(٪۵۰)	۵(٪۱۷/۲)	۷(٪۲۳/۳)	۰/۴۷۷
دخالت دادن کارورزان و کارآموزان در بحث	۶(٪۲۰)	۷(٪۲۳/۳)	۱۴(٪۴۶/۷)	۱۵(٪۵۰)	۱۰(٪۳۳/۳)	۸(٪۲۶/۷)	۰/۷۴۵
بحث در مورد ملاحظات اخلاقی	۲(٪۶/۷)	۵(٪۱۶/۷)	۱۱(٪۳۶/۷)	۱۲(٪۴۰)	۱۷(٪۵۶/۷)	۱۳(٪۴۳/۳)	۰/۱۶۱
ارائه نتایج پیگیری بیماران گزارش شده در جلسات قبل	۲(٪۶/۷)	۲(٪۶/۷)	۴(٪۱۳/۳)	۸(٪۲۶/۷)	۲۴(٪۸۰)	۲۰(٪۶۶/۷)	۰/۳۴۵
حضورمنظم استادان	۸(٪۲۶/۷)	۱۱(٪۳۶/۷)	۱۳(٪۴۳/۳)	۱۵(٪۵۰)	۹(٪۳۰)	۴(٪۱۳/۳)	۰/۲۱۲
توجه به حضور و غیاب فراگیران	۱۸(٪۶۰)	۲۵(٪۸۳/۳)	۸(٪۲۶/۷)	۵(٪۱۶/۷)	۴(٪۱۳/۳)	۰	۰/۰۰۱ (۱۲/۸۰۰)
وجود فرد اداره‌کننده جلسه گزارش صبحگاهی	۱۰(٪۳۳/۳)	۳(٪۱۰۰)	۵(٪۱۷/۲)	۱۰(٪۳۳/۳)	۱۵(٪۵۱/۷)	۰	۰/۳۴۷

ارتباط چشمی استادان با شرکت‌کنندگان	۲(٪۶/۷)	۱۲(٪۴۰)	۸(٪۲۶/۸)	۲۰(٪۶۶/۷)	۸(٪۲۶/۷)	۰/۰۴۲ (۷/۸۶۶)

در این مطالعه اهمیت اهداف استانداردهای آموزشی از دیدگاه فراگیران نیز مورد بررسی قرار گرفت. "بحث در مورد رویکرد سیستماتیک" (۸۹/۳٪)، "طرح تشخیص افتراقی" (۸۷٪)، "ایجاد موقعیت ارتباط استاد با دستیار و ترغیب آموزش" (۸۵/۵٪)، "آموزش بر اساس مسائل بالینی نه تئوری" (۸۵٪)، "پایش کیفیت درمان و مهارت بالینی کارورز و دستیار" (۸۳٪)، "بحث مرحله به مرحله در مورد بیمار" (۸۲/۱٪) بیش‌ترین امتیاز را از نظردرجه اهمیت از دیدگاه فراگیران کسب کردند.

"بحث در مورد آزمایش‌های تشخیصی" (۷۸٪)، "حضور منظم استادان در برنامه گزارش صبحگاهی" (۷۶٪)، "پیگیری تشخیص بیماران هفته‌ای یک بار"، (۷۵/۳٪)، "بحث در مورد تصاویر رادیولوژیک" (۷۷/۲٪)، "وجود فرد اداره‌کننده جلسه گزارش صبحگاهی" (۷۱٪)، "توجه به حضور و غیاب کارآموز، کارورز و دستیار" (۶۶٪)، "صرفاً بحث بین استاد و دستیار بدون دخالت دادن کارورز و کارآموز" (۶۵٪)، "ارتباط چشمی استادان با شرکت‌کنندگان" (۵۸/۶٪) در درجات بعدی اهمیت قرار داشت (جدول ۲).

جدول ۲: میزان اهمیت اهداف آموزشی در گزارش صبحگاهی از دیدگاه فراگیران

درجه اهمیت اهداف	درجه ۱ تعداد(درصد)	درجه ۲ تعداد(درصد)	درجه ۳ تعداد(درصد)	درجه ٤ تعداد(درصد)	درجه ٥ تعداد(درصد)	امتیاز کل ۱۵۰
آموزش بر اساس مسائل بالینی نه تئوری	۲(٪۶/۷)	۲(٪۶/۷)	۲(٪۶/۷)	۵(٪۱۶/۷)	۱۹(٪۶۳/۳)	۱۲۷(٪۸۵)
بحث مرحله به مرحله در موردبیمار	۰	۳(٪۱۰/۳)	٤(٪۱۳/۸)	۹(٪۳۱)	۱۳(٪٤٤/۸)	۱۱۹(٪۸۲/۱)
طرح تشخیص افتراقی	۰	۲(٪۶/۷)	۲(٪۶/۷)	۸(٪۲۷/۶)	۱۷(٪۸۵/۶)	۱۲۷(٪۸۷)
بحث در مورد تست‌های تشخیصی	۰	٤(٪۱۳/۸)	۶(٪۲۰/۷)	۷(٪۲٤/۱)	۱۲(٪٤۱/٤)	۱۱٤(٪۷۸)
بحث در مورد رویکرد سیستماتیک	۰	۶(٪۲۰)	۳(٪۱۰)	۱(٪۳/۳)	۲۰(٪۶۶/۷)	۱۳٤(٪۸۹/۳)
بحث در مورد تصاویر رادیولوژیک	۱(٪۳/۳)	۳(٪۱۰/۳)	۷(٪۲٤/۱)	۶(٪۲۰/۷)	۱۲(٪٤۱/٤)	۱۱۲(٪۷۷/۲)
ایجاد موقعیت ارتباط اساتید با رزیدنت و ترغیب آموزش	۱(٪۳/۳)	۲(٪۶/۹)	۲(٪۶/۹)	۷(٪۲٤/۱)	۱۷(٪۸۵/۶)	۱۲٤(٪۸۵/۵)
پایش کیفیت درمان و مهارت بالینی انترن و رزیدنت	۰	۳(٪۱۰/۳)	۶(٪۲۰/۷)	۳(٪۱۰/۳)	۱۷(٪۸۵/۶)	۱۲۱(٪۸۳)
دخالت دادن کارورزان و کاراموزان در بحث‌ها	۷(٪۲۳/۳)	۳(٪۱۰)	۶(٪۲۰)	۳(٪۱۰)	۱۱(٪۳۶/۷)	۹۸(٪۶۵)
بحث در مورد ملاحظات اخلاقی	۵(٪۱۶/۷)	۱(٪۳/۳)	۱(٪۳/۳)	۹(٪۳۰)	۱٤(٪٤۶/۷)	۱۱۶(٪۷۷/۳)
ارائه نتایج پیگیری بیماران گزارش شده در جلسه‌های قبل	۵(٪۱۶/۷)	۱(٪۳/۳)	٤(٪۱۳/۳)	۶(٪۲۰)	۱٤(٪٤۶/۷)	۱۱۳(٪۷۵/۳)
حضورمنظم استادان	۳(٪۱۰)	۲(٪۶/۷)	۷(٪۲۳/۳)	۵(٪۱۶/۷)	۱۳(٪٤۳/۳)	۱۱۵(٪۷۶)
توجه به حضور و غیاب دانشجو, کارآموز و کارورز	۷(٪۲۳/۳)	۳(٪۱۰)	۶(٪۲۰)	۲(٪۶/۷)	۱۲(٪٤۰)	۹۹(٪۶۶)
وجود فرد اداره‌کننده جلسه گزارش صبحگاهی	٤(٪۱۳/۳)	۵(٪۱۶/۷)	۳(٪۱۰)	۶(٪۲۰)	۱۲(٪٤۰)	۱۰۷(٪۷۱)
ارتباط چشمی استادان با شرکت‌کنندگان	۸(٪۲۷/۶)	۷(٪۲۳/۳)	۳(٪۱۰)	۳(٪۱۰)	۹(٪۳۰)	۸۸(٪۵۸/۶)

بحث

در این مطالعه با توجه به نظرات فراگیران"ارائه پیگیری بیماران گزارش شده در جلسات قبل"، "ایجاد موقعیت ارتباط استادان با فراگیران و ترغیب آموزش"، "ارتباط چشمی استادان با شرکت‌کنندگان"، "بحث در مورد ملاحظات اخلاقی"، " بحث مرحله به مرحله در مورد بیمار"، "دخالت دادن کارورزان و کارآموزان در بحث"، "حضور منظم استادان" از بارزترین موارد عدم رعایت در

قبل از مداخله بود.

یکی از موارد عدم رعایت دراین مطالعه بحث صرف بین استادان بدون دخالت دادن کارورز و کارآموز بود که نشانگر غیرفعال بودن کارورز و کارآموز در فرآیند یاددهی یادگیری در گزارش صبحگاهی است؛ نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه حق دوست در کرمان مطابقت دارد(۹). مسلماً برای معرفی بیمار توسط کارآموز زمان بیش‌تری صرف می‌شود که این امر برای استادان و دستیاران خسته کننده است؛ ولی به دلیل قبول مسؤولیت توسط کارآموز، اهمیت و دقت ایشان در پرداختن به مسایل بالینی و بیماران افزایش یافته و در نتیجه باعث می‌شود تا دانشجویان از مراحل ابتدایی‌تر تحصیل به شکل دقیق به موضوع آموزش بیمار محور توجه نمایند(۹). مطالعات دیگری نیز ذکر نموده‌اند که دانشجویان تصریح دارند آموزش بر پایه بحث درباره مشکلات بالینی باشد و می‌خواهند در بحث‌ها شرکت فعال داشته باشند(۱٦و۱۷و۲۰). درگزارش صبحگاهی به علت ناهمگون بودن شرکت‌کنندگان واهمیت بیش‌تری که به آموزش دستیاری داده می‌شود محور بحث‌ها بیش‌تر تخصصی یا فوق تخصصی بوده و این امر منجر به خستگی دانشجویان و عدم توجه آنها به بحث‌ها و غیبت آنان می‌شود. البته باید توجه داشت که برگزاری یک گزارش صبحگاهی وابسته به گروه مخاطب و هدف از برگزاری است. مسلماً گزارش صبحگاهی مطلوب برای گروه دانشجویی با دستیاری تفاوت دارد(٤تا۷).

اختصاص دادن روزهای خاصی از گزارش صبحگاهی به دانشجویان و مطرح کردن پرسش در مورد بیمار معرفی شده از دانشجویان می‌تواند روش خوبی جهت اصلاح این مشکل باشد.

نتایج این تحقیق نشان داد که فراگیران از نظم در حضور استادان در گزارش صبحگاهی رضایت کافی نداشتند. عدم وجود رهبر و گرداننده نقطه ضعف دیگری بود که می‌توانست یکی از علل این بی‌نظمی باشد. در مطالعه فصیحی حضور منظم استادان در گزارش صبحگاهی از نظردانشجویان بالینی متوسط برآورد گردیده است(۱۲). محققی نیز در پژوهش خود حضور فعال اعضای هیأت‌علمی در گزارش صبحگاهی را از نظر دستیاران داخلی متوسط و ناکافی ذکر نموده است(۱۵).

نظم و ترتیب و مدیریت جلسه از جمله موضوعاتی هستند که در پایش و ارزشیابی گزارش صبحگاهی از اهمیت بالایی برخوردار است. تعیین افردی به‌عنوان مسؤول و گرداننده گزارش صبحگاهی در هر روز که زمان و حضور به موقع استادان را به درستی مدیریت نماید راه حل این مشکل است که یکی از مداخلات انجام شده در این مورد تعیین برنامه‌ای برای استادان به‌عنوان گرداننده و مسؤول گزارش صبحگاهی بود که این امر منجر به تغییرات مثبت در نظرات فراگیران بعد از انجام مداخله شد.

مطالعه خسروی نیز در بسیاری از بخش‌ها فقدان نظم، حضور ضعیف اساتید، تأکید زیاد بر مباحث تئوری، آموزش غیر متناسب با مقطع تحصیلی، شرایط محیطی نامناسب و در مجموع کارآیی پایین آموزشی گزارش‌های صبحگاهی را از نگاه دانشجویان نشان می‌دهد(۱٦).

در مطالعه‌ی رضوی در تهران میزان بهره‌مندی کلی فراگیران از گزارش صبحگاهی ۵۵ نفر (۱۸/۳٪) زیاد، ۱۵۲ نفر (۵۰/۷٪) متوسط و ۹۳ نفر (۳۱٪) کم بود و اکثر شاخص‌های ساختاری گزارش صبحگاهی با میزان بهره‌مندی مخاطبین ارتباط معناداری داشتند(۱۵). در مطالعه افشاری که نظرات ۱۱٤ نفر از استادان و دانشجویان در مورد گزارش صبحگاهی مورد بررسی قرار گرفته بود، ۹۱٪ استادان، ٦۸٪ دستیاران و ۵۲٪ کارورزان گزارشات صبحگاهی را خوب و بقیه متوسط ذکر نمودند و همچنین ۷۷/۸٪ استادان ٤۱/۹٪ دستیاران و ٦۵٪ کارورزان، میزان یادگیری در گزارش صبحگاهی را بسیار خوب و خوب توصیف نمودند که این نتایج حاکی از عدم انطباق نظرات استادان و سطوح مختلف دانشجویان نسبت به وضعیت گزارش صبحگاهی است(۱۷).

در مطالعه زارع در یزد بر روی ۱۱۷نفر از دانشجویان در

سه دوره دستیار، کارورز و کارآموز و در ۳بخش (داخلی، کودکان و زنان) که جهت بررسی کیفیت گزارش صبحگاهی. انجام شد ٦٦/٣٪ از دانشجویان مفید بودن گزارش صبحگاهی را در اداره‌ی بهتر بیماران بیان کردند(۲۰).

در مطالعه ضیایی در بیرجند، کیفیت برگزاری گزارش صبحگاهی، از دیدگاه ۱۱۰ نفر از کارآموزان و کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، مورد بررسی قرار گرفت. از دیدگاه دانشجویان به طور کلی کیفیت برگزاری گزارش صبحگاهی، در حد متوسط بود، و نقش گزارش صبحگاهی از دید دانشجویان در "آموزش و انتقال مفاهیم" ضعیف گزارش شده بود؛ لذا تشکیل کمیته‌ای به منظور بازنگری و بهبود کیفیت گزارش با لحاظ کردن نظرات استادان و دانشجویان ضروری دانستند(۲۱).

شهرام یزدانی در ٥ بیمارستان اصلی محل آموزش دانشجویان شامل بخش‌های زنان، داخلی، کودکان، جراحی، روانپزشکی، مغز و اعصاب، اورژانس، جراحی استخوان و مفاصل، بیماری‌های عفونی و مراقبت ویژه در هر مورد ۳ نوبت و جمعاً در ۷۳ مورد به ارزشیابی ۸ استاندارد مصوب پرداخت. نتایج این مطالعه نشان داد ساختار کلی گزارش صبحگاهی دانشگاه مورد بررسی مطلوب بوده است، به طوری که ٦ تا از ۸ استاندارد، مطلوب گزارش شد(۲۲).

پرداختن به مسائل بالینی و نه مسائل صرفاً تئوری و رویکرد بالینی به بیماران داشتن از جمله مسائلی بود که از نظر فراگیران از اهیمت بالایی برخوردار بود. در مطالعه زمان‌زاد در شهرکرد نیز مشخص شده که دغدغه اصلی دانشجویان در دوره بالینی پرداختن استادان به مباحث مرتبط با نیازهای آینده آنان دردرجه اول به‌عنوان یک پزشک عمومی است(۱۲). در مطالعه خسروی نیزیکی از نقاط ضعف ذکر شده تأکید زیاد بر مباحث تئوری است(١٦). مطالعات دیگری نیز ذکر نموده‌اند که دانشجویان تصریح دارند آموزش بر پایه بحث درباره مشکلات بالینی باشد و می‌خواهند در بحث‌ها شرکت فعال داشته باشند(١٦و۲۰).

در مطالعه وست (West) ٦٠ ٪ از فراگیران معتقد بودند که گزارش صبحگاهی تعاملی که یادگیرندگان را در سطوح مختلف را درگیر کند فواید آموزشی زیادی دارد و بر بحث گروهی و یادگیری فعال تأکید داشتند(۲۳). در مطالعه محرری (Moharari) نیز استراتژی معرفی بیماران در ٥٣/٧٪ موارد سنتی و براساس طرح تشخیص افتراقی و فقط ۳۹٪ براساس حل مسأله بود و ٧٣/٢٪ پاسخ‌دهندگان از مدل برگزاری راضی بودند(٢٤).

گزارش صبحگاهی یک فرصت برای دستیاران جهت تمرین کردن و ارتقا دانش و مهارت‌های رهبری،، معرفی بیمار و حل مسأله است و فواید آموزشی زیادی از جمله آماده شدن دستیاران برای حل مشکلات واقعی بالینی در یک محیط حمایتی با فرصت‌هایی برای بازخورد و ارزیابی فوری دارد(۲۵). در سال‌های اخیر یک شیفت در آموزش پزشکی رخ داده است و از فرم غیر فعال روش‌های تدریس به تسهیل یادگیری از طریق تمرکز روی سناریوهای شایع از طریق یادگیری حل مسأله و بر اساس بیمار صورت گرفته است(٢٦). لذا با تغییر شیوه برگزاری گزارش صبحگاهی به سمت این روش‌ها و استفاده از طبابت مبتنی بر شواهد در گزارش صبحگاهی و پرهیز از بحث در مورد مسائل تئوری می‌توان این جلسات را برای همه گروه مخاطبین از دانشجو تا دستیار مفید و جالب و کاربردی ساخت. گزارش صبحگاهی، در کنار راندهای بالینی و آموزش‌های سرپایی از روش‌های رایج، مفید و ارزشمند و استاندارد طلایی در آموزش بالینی است. این روش دارای شاخصه‌ها و استانداردهایی است که وقتی کامل باشد در کمک به یادگیری دانشجویان پزشکی نقش مؤثری را ایفا می‌کند(۱۵). تدوین الگوهای استاندارد و متناسب با اهداف آموزشی برای گزارش صبحگاهی، در برنامه آموزشی بخش‌های بالینی ضروری به نظر می‌رسد(۲۷).

یکی از نقاط قوت مطالعه پرداختن به یکی از مهم‌ترین

فرآیندهای آموزش بالینی است که رده‌های مختلف فراگیران از دانشجو تا دستیار را در برمی‌گیرد. نقطه قوت بعدی انجام مطالعه در یکی از گروه‌های آموزشی بزرگ یعنی گروه داخلی است. نقطه قوت بعد شرکت تمام افراد در مطالعه و استقبال استادان از جلسه‌ی آموزشی بود. هم‌راستایی این مطالعه با طرح تحول آموزش نقطه قوت بعدی است.

نتیجه‌گیری

مداخله‌ی آموزشی انجام شده منجر به ارتقای کیفیت ۸ مورد از استانداردهای گزارش صبحگاهی گروه داخلی شامل"بحث مرحله به مرحله در مورد بیمار، طرح تشخیص افتراقی، بحث در موردآزمایش‌های تشخیصی، بحث در مورد رویکرد سیستماتیک، بحث در مورد تصاویر رادیولوژی، ایجاد موقعیت ارتباط استادان با فراگیران و ترغیب آموزش، توجه به حضور و غیاب فراگیران، ارتباط چشمی استادان با شرکت‌کنندگان" شد.

قدردانی

بر خود لازم می‌دانیم از زحمات جناب آقای دکتر مروجی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها صمیمانه سپاس‌گزاری کنیم. هم‌چنین از دستیاران، کارورزان و کارآموزانی که با ارائه نظرات ارزشمند خود ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

منابع

1. Fasihiharandi T, Soltaniarabshahi S, Tahami S, Mohammadalizadeh S. [Viewpoints of medical students about the quality of clinical education]. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2004; 8(1): 4-9. [Persian]
2. Parrino TA, Villanueva AG. The principles and practice of morning report. JAMA 1986; 256(6): 730-3.
3. Schiffman FJ, Mayo-smith MF, Burton MD. Resident report: a conference with many uses. R I Med J. 1990; 73(3): 95-102.
4. McNeill M, Ali SK, Banks DE, Mansi IA. Morning report: can an established medical education tradition be validated?. J Grad Med Educ. 2013; 5(3): 374-84.
5. Boushehri E, Khamseh ME, Farshchi A, Aghili R, Malek M, Ebrahim Valojerdi A. Effects of morning report case presentation on length of stay and hospitalisation costs. Med Educ. 2013; 47(7): 711-6.
6. Wenger NS, Shpiner RB. An analysis of morning report: implication for internal medicine education. Ann Intern Med. 1993; 119(5): 395-9.
7. Banerjee A, Stanton E, Lemer C, Marshall M. What can quality improvement learn from evidence-based medicine?. J R Soc Med. 2012; 105(2): 55-9.
8. Amin Z, Guajardo J, Wisniewski W, Bordage G, Tekian A, Niederman LG. . Morning report: focus. and methods over the past three decades. Acad Med 2000; 75(10 suppl): 1-5.
9. Gerard JM, Friedman AD, Barry RC, Carney MJ, Barton LL. An analysis of morning report at a pediatric hospital. Clin Pediatr (Phila). 1997; 36(10): 585-8.
10. De Kruijf EJ, de Meijer PH, Meinders AE. Role of morning report in the training of internisis. Ned Tijdschr Geneeskd. 2000; 144(36): 1753-4.
11. Reilly B, Lemon M. Evidence- Based morning report: a popular new format in large teaching hospital. Am J Med. 1997; 103(5): 419- 26.
12. Zamanzad B, Moezzi M, Shirzad H. [Rate of satisfaction and evaluation of medical students (interns and externs) from the quality of clinical education in the Shahre-kord university of medical sciences-2005]. koomesh. 2007; 9(1): 13-20. [Persian]
13. Haghdoost A A, Jalili Z, Asadi Karam E. [Morning reports in training hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2006]. Strides in Development of Medical Education. 2006; 2(2): 88-94. [Persian]
14. Azma K, Shekarchi B, Naseh I. [A study of viewpoints of students and faculty members of Tehran Imam Reza Hospital (AS) on mission and how to do morning reports]. The Journal of Medical Education and Development. 2012; 7(1): 18-25. [Persian]

15. Razavi SM, ShahbazGhazvini S, Dabiran S. [Students' Benefit Rate from Morning Report Sessions and Its Related Factors in Tehran University of Medical Sciences]. Iranian Journal of Medical Education. 2012; 11(7): 798-806. [Persian]
16. Khosravi A, Derakhshan A. educational quantitiy and quality of morning report. journal of Mashhad medical faculty 2000;43(70):45-48.
17. Afshari P, Sadeghi S. [Comparison of view point attending, residents and medical students about quality of morning report in Ahvaz university of medical sciences]. Iranian Journal of Medical Education. 2005; 2(1 suppl): 21-22. [Persian]
18. Ministry of Health and Medical Education. [Bastehaye tahavol va noavari daramoozesh e oloom e pezeshki,]; 2016. [Persian]
19. Agah Sh, Amri P, Afshari R, Bakhshaei MH, Bajdi M, Bita Jiyan F, et al. [Standardhaye amoozeshe balini]. Ministry of Health and Medical Education; 2016. [Persian]
20. Zare S, Behnamfar Z, Behnamfar Z, Mirjalili M. [Quality of Morning Report at Yazd Shahid Sadoughi Teaching Hospital in 1386]. Journal of Medical Education and Development. 2008; 2(2): 56-60. [Persian]
21. Ziaee M, Rezvani Khorashad M, Sadeghi Khorashad M, Hossini S. [Medical students' viewpoints on the quality of morning report sessions]. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2014; 20 (4): 401-408. [Persian]
22. Yazdani SH, Arab M, Hosseini F, Mansouri B, Yaghmaei M, Khoshgoftar Z, et al. [Evaluation of the Structure of Morning Report Sessions of the Wards of Type One Educational Hospitals and Comparison with Announced Standards of the Ministry of Health and Medical Education]. Qom University of Medical Sciences Journal. 2013; 7(S1): 43-50. [Persian]
23. West CP, Kolars JC, Eggert CH, Kennedy CC, Ficalora RD. Changing morning report: evaluation of a transition to an interactive mixed-learner format in an internal medicine residency program. Teach Learn Med. 2006; 18(4): 330-5.
24. Moharari RS, Soleymani HA, Nejati A, Rezaeefar A, Khashayar P, Meysamie AP. Evaluation of morning report in an emergency medicine department. Emerg Med J. 2010; 27(1): 32-6.
25. Sanfey H, Stiles B, Hedrick T, Sawyer RG. Morning report: combining education with patient handover. Surgeon. 2008; 6(2): 94-100.
26. Layne K, Nabeebaccus A, Fok H, Lams B, Thomas S, Kinirons M. Modernising morning report: innovation in teaching and learning. Clin Teach. 2010; 7(2): 77-82.
27. Ghanadi K, Anbari KH. [Evaluation of morning reports situation in the educational hospitals of Lorestan University of Medical Sciences]. The Journal of Medical Education and Development. 1394; 7(1): 64-72. [Persian]

Standardization of Morning Reports in Internal Medicine Department at Kashan University of Medical Sciences

Batool Zamani[1], , Mansooreh Momen-Heravi[2], Zarichehr Vakili[3]

Abstract

Introduction: *Morning report is one of the most effective methods in clinical education. The purpose of this paper was to assess the current state of morning report in the Department of Internal Medicine at Kashan University of Medical Sciences in order to identify the weaknesses and standardize this important educational procedure.*

Methods: *This quasi-experimental study was conducted in Department of Internal Medicine at Kashan University of Medical Sciences in 2016. Data were collected by a researcher-made questionnaire based on the clinical education standards developed by the Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Education. First, the weaknesses were identified in the morning report sessions by surveying the stagers, interns and residents selected by means of census method from all of the internal medicine learners (15 stagers, 6 interns, and 9 residents). Then, faculty members were lectured on the correct way of holding morning report session. After the trainings, the participants were resurveyed using the same questionnaire and the extent of changes in complying with the educational standards was measured. The data were analyzed by Chi-square test and Fisher's exact test.*

Results: *The standards with significant increase in full compliance after the intervention were as follows: complete observation of "step-by-step discussion" ($p<0.001$), "differential diagnosis" ($p=0.001$), "discussion of diagnostic tests" ($p<0.001$), "discussion of systematic approach" ($p=0.005$), "discussion of radiology images" ($p=0.002$), "provision of appropriate conditions for teacher-learner interactions" ($p=0.004$), "attention to learners' attendance" ($p=0.001$), and "teacher-learner eye-contact" ($p=0.024$).*

Conclusion: *The training of the internal medicine faculty members in morning report had a positive effect on the standardization, and the quality of education and its compliance with the standards may be improved by continuous trainings.*

Keywords: Morning report, standardization, educational department, department of internal medicine

Addresses:

[1.] Associate Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Autoimmune Diseases Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. Email: zamani_b@kaums.ac.ir

[2] Professor, Department of Infectious Diseases, School of Medicine, Infectious Diseases Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. Emial: momenheravi_m@kaums.ac.ir

[3] (✉) Associate Professor, Department Of Pathology, School Of Medicine, Infectious Diseases Research Center , Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. Email: z_vakili@yahoo.com