

بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان پزشکی نسبت به اصول پرونده نویسی در مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران در سال ۱۳۸۳

آریتا بالاغفاری (M.Sc.)⁺ حسن صیامیان (M.Sc.)^{**} کبری علیگلبندی (M.Sc.)^{*}
میثزه زکی زاده (M.Sc.)^{***} مهدی کاهویی (M.Sc.)^{****} جمشید یزدانی چراتی (M.Sc.)^{*****}
سیده شهربانو رشیدا (B.S.)^{*****}

چکیده

سابقه و هدف : در مدارک بالینی، تاریخچه، یافته های فیزیکی، کلیه اقدامات انجام شده و پاسخ بیمار به درمان ثبت می شود و محتوای آنها نمایانگر نحوه ارزیابی پزشکی می باشد. اگر مدارک بالینی به طور دقیق، روشن و منظم تهیه شده باشد، بر تفکر بالینی منطقی دلالت دارد و فرایند تشخیص بیماری را تسهیل می نماید. این مدارک نقش مهمی در هماهنگی بین کارکنان حرفه ای که در مراقبت از بیمار سهم دارند، ایفا می کند. با توجه به این که در مراکز آموزشی - درمانی، پزشکان و دانشجویان پزشکی بیش از سایر کارکنان بیمارستان در پرونده نویسی دخالت دارند، ضرورت بررسی میزان آگاهی، نگرش و نحوه عملکرد آنها نسبت به رعایت اصول پرونده نویسی مطرح می گردد.

مواد و روش ها : پژوهش از نوع مطالعه توصیفی می باشد که طی آن میزان آگاهی، نگرش و عملکرد ۲۰۷ دانشجوی پزشکی بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران مورد بررسی قرار گرفت و جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و استنباطی و جهت تعیین ارتباط بین آگاهی، نگرش و عملکرد از آزمون تاوکنندال B استفاده شد.

یافته ها : اکثریت جامعه مورد بررسی (۷۷/۸ درصد) نسبت به اصول پرونده نویسی، آگاهی ضعیفی داشتند و اکثریت پاسخگویان (۵۴/۱ درصد) نسبت به کامل بودن پرونده پزشکی بیماران، اهمیت و جایگاه آن در عرصه درمان، آموزش و پژوهش نگرش خوبی داشتند. همچنین جامعه مورد مطالعه نسبت به اصول پرونده نویسی، عملکرد ضعیفی (۲۱/۸ درصد) داشتند.

استنتاج : نتایج حاکی از آن است که ناقص بودن پرونده های پزشکی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ناشی از آگاهی ضعیف دانشجویان نسبت به اصول و فنون پرونده نویسی است. هم چنین عدم توجه به کامل بودن پرونده در ارزیابی دانشجو از جمله عواملی است که می تواند بر عملکرد آنها تاثیر بگذارد.

واژه های کلیدی : اصول پرونده نویسی، آگاهی، نگرش، عملکرد

* کارشناس ارشد مدارک پزشکی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران + ساری : خیابان وصال شیرازی - دانشکده پیراپزشکی ساری
** کارشناس ارشد اطلاع رسانی پزشکی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ** کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
*** کارشناس ارشد مدارک پزشکی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان **** کارشناس ارشد آمار زیستی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

***** کارشناس مدارک پزشکی، کارشناس آموزشی گروه مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
E تاریخ دریافت: ۱۳۸۳/۸/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۸۳/۱۱/۱۲ تاریخ تصویب: ۱۳۸۴/۲/۲۸

مقدمه

تاریخ پرونده نویسی را باید به موازات تاریخ طب و به طور همزمان و در ارتباط با آن مورد بررسی قرار داد، زیرا اسناد و مدارک پزشکی برای امر طبابت دارای همان ارزش و اهمیتی است که دارو برای درمان با مطالعات گسترده چنین استنباط می شود که از روزهای آغازین طبابت، مدارک و اسناد مربوط به آن به نوعی وجود داشته است. اگرچه امروزه شاید نتوان به صراحت نوشته ها و تصاویر مربوط به پرونده های پزشکی قدیم را به عنوان مدارک پزشکی طبقه بندی کرد، همه آنها گواه صادق و صامتی از اهمیت و ارزش نگهداری پرونده نویسی توسط مولفان خود و در زمان خود هستند (۱).

امروزه دیگر مساله درمان به تنهایی جزو اهداف بیمارستان و مراکز درمانی نمی باشد، بلکه نکته مهم سعی در ارتقای کیفیت درمان است. در طول دهه اخیر بسیاری از مدیران و برنامه ریزان سطوح عالی بهداشتی - درمانی در هر کشوری در صدد یافتن عوامل موثر بر کیفیت درمان و میزان تاثیر آنها می باشند و در همین راستا است که جمعی از صاحب نظران، پی به اهمیت اطلاعات بهداشتی و درمانی برده و تحقق شعار ((ارتقای کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی از طریق ارتقای کیفیت اطلاعات)) را جزو اهداف اصلی خود قرار داده اند. این مساله به نوبه خود برنامه های کنترل کیفی در بیمارستان ها را ایجاب می کند. در راستای ارتقای کیفیت اطلاعات، تکمیل پرونده های پزشکی بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است (۲).

درباره ارتقاء کیفیت بیمارستان از ابزارهای مختلفی برای ارزیابی نحوه تشخیص کدگذاری و نحوه مراقبت از بیماران استفاده می شود. یکی از این ابزارها، استفاده از پرونده های پزشکی بیماران است (۳).

امروزه پرونده پزشکی نه تنها وسیله ای است ارتباطی برای تمامی افرادی که در امر درمان اشتغال دارند، بلکه نحوه مراقبت و درمان بیمار را منعکس می کند (۴).

پرونده نویسی در درمان بیمار نقش مهمی دارد و از اهداف آن کسب اطمینان از ارائه مراقبت به بیمار، ارتباط بین پزشکان و دیگر کارکنانی که در مراقبت از بیمار سهیم می باشند، تهیه مدارک مستند از جریان بیماری و درمان بیماری، ارزیابی مراقبت های بهداشتی - درمانی و بالاخره تهیه اطلاعات برای استفاده در هزینه های درمانی می باشد. پرونده پزشکی، مخزن علم و آگاهی در ارتباط با بیمار و تاریخچه پزشکی اوست که هم علت شناسی و هم معالجه را در بر می گیرد. پرونده پزشکی کامل باید حاوی اطلاعات کافی، مکتوب و متوالی از اتفاقات، به ترتیب وقوع آنها جهت تصدیق و توجیه تشخیص ها و مجوز درمان و نتایج نهایی باشد. پزشک یا جراح در خلال مراقبت از بیماری که پذیرفته می شود، مقدماً عهده دار مسوولیت مدارک پزشکی صحیح و کافی برای هر یک از بیماران خود بدون توجه به کوتاهی اقامت آنها در بیمارستان نیز می باشد، چون مدارک پزشکی، اصولاً برای استفاده در مراقبت و معالجه بیماران گردآوری می شود، به عنوان وسیله ای ارتباطی بین پزشکان معالج و تمام همکاران پزشکی و کارمندان پیراپزشکی به کار می رود. بنابراین مدارک پزشکی از دوره های بیماری بیمار و انواع مراقبت های پزشکی ارائه شده مدارکی مستند تهیه می کند. به همین دلیل این مدارک برای سنجش کیفیت مراقبت پزشکی ارائه شده، توسط بیمارستان و کادر پزشکی قابل ارزش است (۵).

بررسی کاهویی (۷۹-۱۳۷۸) از ۱۸۸ نفر دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی سمنان نشان داد که اکثریت جامعه مورد بررسی نسبت به اصول پرونده نویسی آگاهی ضعیفی داشته و نسبت به کامل بودن پرونده پزشکی بیماران، اهمیت و جایگاه آن در عرصه درمان، آموزش و پژوهش، نگرش مثبت داشته و همچنین نسبت به رعایت این اصول در تکمیل پرونده پزشکی بیماران،

عملکرد ضعیفی داشتند (۶).

در مراکز آموزشی - درمانی، پزشکان و دانشجویان پزشکی بیش از سایر کارکنان بیمارستان در پرونده‌نویسی دخالت دارند. بنابراین ضروری است تا آگاهی، نگرش و عملکرد آنان در ارتباط با اصول پرونده نویسی مورد بررسی قرار گیرد تا از این طریق با مشخص شدن کاستی‌ها، نسبت به تدوین برنامه های آموزشی مناسب جهت رفع آنها اقدام نمود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعه توصیفی می‌باشد. در این پژوهش کل جامعه شامل دانشجویان پزشکی اعم از کارآموز، کارورز و دوره تخصص سال ۱۳۸۳ به تعداد ۲۵۵ نفر می‌باشد که از این تعداد ۲۰۷ نفر (۸۱/۱۸ درصد) در مطالعه شرکت داشتند. ابزار اندازه گیری شامل پرسشنامه (مشمول بر ۱۰ سوال ۴ امتیازی مربوط به آگاهی، ۱۰ سوال بین ۲ تا ۲۰ امتیازی مربوط به نگرش) و چک لیستی مربوط به عملکرد است که بر اساس اطلاعات مندرج در اوراق استاندارد مدارک پزشکی مصوبه وزارت متبوع (مشمول بر برگ پذیرش و خلاصه ترخیص، خلاصه پرونده، شرح حال و دستورات پزشک) می‌باشد و تعیین روایی آن نیز بر اساس مطالعه ابزار اندازه گیری با اساتید مربوطه و استفاده از نظرات همکاران گروه مدارک پزشکی انجام گرفته است.

وضعیت آگاهی دانشجویان پزشکی مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران نسبت به اصول پرونده نویسی با مقیاس های ضعیف (۰-۱۰)، متوسط (۱۱-۲۰)، خوب (۲۱-۳۰)، و عالی (۳۱-۴۰) سنجش شده است. وضعیت نگرش دانشجویان پزشکی بیمارستان‌های آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران نسبت به اصول پرونده‌نویسی با مقیاس های ضعیف (۰-۵)، متوسط (۶-۱۰)، خوب (۱۱-۱۵)

و عالی (۱۶-۲۰) سنجش شده‌اند. عملکرد دانشجویان کارآموز مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران در زمینه تکمیل برگ شرح حال به تفکیک مراکز آموزشی - درمانی با مقیاس های ضعیف (۰-۵)، متوسط (۶-۱۰)، خوب (۱۱-۱۵) و عالی (۱۶-۲۰) سنجش شده است.

قابل ذکر است در قسمت سنجش عملکرد کارآموزان، اوراق شرح حال و برای کارورزان و دانشجویان دوره تخصص، اوراق پذیرش و خلاصه ترخیص، خلاصه پرونده، شرح حال و دستور پزشک مورد مطالعه گرفت. برای مقایسه بیمارستان‌ها از حیث رعایت اصول طرح شده در زمینه تکمیل اوراق مدارک پزشکی با عنایت به فرم‌های تکمیل شده از حیث تکمیل اوراق پذیرش و خلاصه ترخیص، خلاصه پرونده، شرح حال و دستورات پزشک با استفاده از آزمون لیکرت با حداقل یک امتیاز و حداکثر ۵ امتیاز از خیلی ضعیف تا عالی رتبه‌بندی و سپس معدل امتیاز محاسبه و برای مقایسه بیمارستان‌ها با یکدیگر منظور گردیده است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است و با تنظیم جداول فراوانی مطلق و نسبی، داده‌های پژوهش توصیف و دسته‌بندی شد و همچنین جهت تعیین ارتباط بین آگاهی، نگرش و عملکرد جامعه مورد مطالعه از آزمون تاوکنندال B و در تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار آماری SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰۷ نفر در مراکز آموزشی - درمانی مورد بررسی قرار گرفتند که ۷۸ نفر آن‌ها دانشجوی کارآموز، ۸۷ نفر دانشجوی کارورز، و ۴۲ نفر دانشجوی دوره تخصص بودند.

عالی	-	-	-	-
جمع	(۱۰۰)۲۰۷	(۱۰۰)۴۲	(۱۰۰)۸۷	(۱۰۰)۷۸

وضعیت نگرش دانشجویان پزشکی (کارآموز، کارورز، و دوره تخصص) با میانگین ۵۴/۱ درصد در سطح خوب قرار دارد.

عملکرد نسبت به اصول پرونده نویسی:

به منظور تعیین عملکرد دانشجویان کارآموز در زمینه تکمیل برگ شرح حال به تفکیک بیمارستان های آموزشی - درمانی چگونگی تکمیل شرح حال توسط دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳. توزیع فراوانی عملکرد دانشجویان کارآموز مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران در زمینه تکمیل برگ شرح حال به تفکیک مراکز آموزشی - درمانی در سال ۱۳۸۳

نوع عملکرد	بوعلی سینا	امام ره	غفایه زهرا	زارع	رازی	جمع
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
ضعیف	۳ (۱۰)	-	-	-	-	۳ (۱۰)
متوسط	۱۴ (۴۶/۷)	۵ (۵۵/۶)	-	-	۱ (۱۶/۷)	۲۰ (۳۸/۱)
خوب	۹ (۳۲/۱)	۹ (۳۰)	۴ (۴۴/۴)	-	۵ (۸۲/۳)	۲۷ (۴۴/۹)
عالی	۸ (۲۸/۹)	۴ (۱۲/۳)	-	۵ (۱۰۰)	-	۱۷ (۲۱/۸)
جمع	۲۸ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	۹ (۱۰۰)	۵ (۱۰۰)	-	۷۸ (۱۰۰)

دانشجویان کارآموز مورد ارزیابی در مقطع زمانی پژوهش در بیمارستان زارع از بالاترین عملکرد (عالی) ۱۰۰ درصد برخوردار بودند. در ارتباط با عملکرد دانشجویان کارورز و دوره تخصص نسبت به تکمیل اوراق مدارک پزشکی (پذیرش و خلاصه ترخیص، شرح حال، دستور پزشک و خلاصه پرونده)، کارورزها با بیشترین درصد (۴۵/۴ درصد) و دانشجویان دوره تخصص با ۳۷/۵ درصد در سطح خوب قرار دارند.

آگاهی در مورد اصول پرونده نویسی

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی میزان آگاهی دانشجویان پزشکی مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران را در مورد اصول پرونده نویسی نشان می دهد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی وضعیت آگاهی دانشجویان پزشکی مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران نسبت به اصول پرونده نویسی در سال ۱۳۸۳.

وضعیت آگاهی	کارآموز	کارورز	دوره تخصص	جمع
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
ضعیف	۵۷ (۷۳/۱)	۶۹ (۷۹/۳)	۳۵ (۸۳/۳)	۱۶۱ (۷۷/۸)
متوسط	۱۹ (۲۴/۳)	۱۸ (۲۰/۷)	۷ (۱۶/۷)	۴۴ (۲۱/۲)
خوب	۲ (۲/۶)	-	-	۲ (۱)
عالی	-	-	-	-
جمع	۷۸ (۱۰۰)	۸۷ (۱۰۰)	۴۲ (۱۰۰)	۲۰۷ (۱۰۰)

چنانچه مشاهده می شود وضعیت آگاهی اکثر دانشجویان پزشکی (کارآموز، کارورز و دوره تخصص) در سطح ضعیف قرار دارد.

نگرش نسبت به پرونده نویسی

به منظور تعیین نگرش دانشجویان پزشکی نسبت به پرونده نویسی، چگونگی نگرش جامعه مورد مطالعه تحت بررسی قرار گرفت و نتایج در جدول شماره ۲ درج گردید.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی وضعیت نگرش دانشجویان پزشکی مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی مازندران نسبت به اصول پرونده نویسی در سال ۱۳۸۳

وضعیت نگرش	کارآموز	کارورز	دوره تخصص	جمع
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
ضعیف	۷ (۹)	۵ (۵/۷)	۴ (۹/۵)	۱۶ (۷/۷)
متوسط	۲۷ (۳۴/۱)	۳۶ (۴۱/۴)	۱۶ (۳۸/۱)	۷۹ (۳۸/۲)
خوب	۴۴ (۵۶/۴)	۴۶ (۵۲/۹)	۲۲ (۵۲/۴)	۱۱۲ (۵۴/۱)

عمل جراحی توسط سایر همکاران گروه پزشکی شده است.

با این که انتظار می رفت دانشجوی دوره تخصص بیش از کارورز و آن‌ها نیز بیش تر از کارآموز (به علت مقطع تحصیلی بالا و تجربه کار بیشتر در محیط کارورزی و کارآموزی) از اصول پرونده‌نویسی آگاهی داشته باشد، نتایج عکس انتظار بود، شاید علل آن حجم بالای کار، نداشتن فرصت کافی جهت تکمیل پرونده و عدم اطلاع از مدت زمان معین باشد.

نتایج مطالعه کاهویی و عسکری مجدآبادی (۱۳۷۹) در بررسی مقایسه ای میزان آگاهی، نگرش، و عملکرد دانشجویان پزشکی و کارکنان پرستاری نسبت به اصول پرونده‌نویسی در بیمارستان های آموزشی حاکی از آن است که آنان از وظایف خود و یکدیگر در تکمیل پرونده پزشکی بیمار اطلاع ناچیزی داشتند (۶).

همچنین ۶۰ درصد از دستیاران از جنبه های قانونی مستندسازی بی اطلاع بودند. ۷۴/۸ درصد از نحوه کاربرد اختصارات در ثبت تشخیص نهایی و اعمال جراحی بی اطلاع بودند. ۸۵/۸ درصد آنان اطلاعی از سقف مدت زمان تایید دستورات شفاهی نداشتند. بین میزان آگاهی و دوره آموزشی رابطه معنی داری مشاهده گردید ($P < 0/05$). تنها ۱۰ درصد، پرونده بیمار را خوب تکمیل کردند. اکثر گرایش به ثبت اطلاعات بالینی داشته و نسبت به سایر اطلاعاتی که در مراجع قانونی حایز اهمیت است، بی توجه بودند. بین وضعیت عملکرد، دوره آموزشی و آگاهی رابطه معنی داری مشاهده گردید ($P < 0/05$) (۱۰).

جدول شماره ۲ وضعیت نگرش جامعه مطالعه شده را مورد بررسی قرار می دهد. بررسی آماری نشان داد که ۵۴/۱ درصد از دانشجویان پزشکی نسبت به پرونده نویسی برای بیماران، نگرش خوبی دارند و این حاکی از آن است که خوشبختانه اکثریت جامعه مورد مطالعه نسبت به داشتن یک پرونده کامل برای بیمار، نگرش

رابطه بین آگاهی، نگرش و عملکرد: رابطه بین آگاهی و نگرش به دلیل رتبه‌ای بودن دو متغیر از روش تاو کندال B محاسبه شده که برابر $p\text{-value} = 0/967$ با $0/008$ بوده که معنی دار نمی باشد.

رابطه بین آگاهی و عملکرد با استفاده از روش تاو کندال B محاسبه شده $0/005$ با ($p\text{-value} = 0/938$) می باشد، که با توجه به شرایط فوق معنی دار نمی باشد. رابطه بین عملکرد و نگرش نیز با توجه به شرایط بالا، آمار تاو کندال برابر با $0/003$ با $p\text{-value} = 0/967$ معنی دار نمی باشد.

بحث

نتایج این تحقیق نشان داد که دانشجویان پزشکی نسبت به اصول پرونده نویسی اطلاع چندانی نداشته و آگاهی ضعیفی دارند. به عنوان مثال: از بین دانشجویان، ۹/۷ درصد از سقف مدت زمان تکمیل برگ شرح حال بیمار اطلاع داشتند؛ در حالی که تکمیل برگ شرح حال در معاینات فیزیکی بیمار در تشخیص بیماری و ادامه درمان توسط سایر کارکنان حائز اهمیت است. لذا در صورتی که برگ شرح حال بیمار تکمیل نشده باشد، پزشک مسوول را باید مطلع ساخت و این برگ باید در عرض ۲۴ ساعت بعد از بستری شدن بیمار تکمیل گردد (۸،۷). اکثر دانشجویان اطلاع نداشتند اگر زمانی به طور اضطراری قرار باشد دستوری شفاهی داده شود، حداکثر پس از چند ساعت باید دستور شفاهی خود را در برگ دستور پزشک نوشته و مورد تایید قرار دهند. در ارتباط با استفاده از اختصارات در ثبت تشخیص نهایی و عمل جراحی، اکثر دانشجویان اظهار بی اطلاعی کرده اند؛ به طوری که موجب استفاده از اختصارات بسیار متنوع و گاهی سلیقه‌ای در اکثر پرونده های پزشکی شده است و منجر به ایجاد مشکلات در ارتباط با تحقیق، پیگردهای قانونی یا ادامه درمان بیمار، تشخیص نوع بیماری یا

مطلوبی دارند. نتایج بررسی نشان داد که ۸۸/۹ درصد از افراد نسبت به نوشتن گزارش بالینی و تشکیل پرونده پزشکی برای بیمار به عنوان حمایت و مراقبت صحیح و مطلوب از بیمار اعتقاد داشتند، ۶۵/۷ درصد از افراد اعتقاد داشتند که مسوولیت پرونده نویسی به عهده پزشک معالج است. ۴۹/۳ درصد از جامعه مورد مطالعه اعتقاد داشتند که نباید پرونده نویسی به منشی های بخش های بیمارستان واگذار شود، زیرا این افراد در درمان بیمار نقشی ندارند. ۵۵/۱ درصد از جامعه مورد مطالعه، مخالف واگذاری پرونده نویسی به کارکنان مدارک پزشکی بودند، چراکه آنها نیز همانند منشی های بخش، در ارتباط مستقیم با درمان بیمار قرار نمی گیرند. ۶۸/۱ درصد از جامعه مورد مطالعه عقیده دارند که یکی از وظایف پزشک در درمان، تکمیل کردن پرونده بیمار است. ۶۸/۸ درصد از جامعه مورد بررسی خواستار برگزاری کارگاه های آموزشی به منظور ارتقاء آگاهی و تغییر در نگرش، بودند. این نگرش حاکی از آن است که خوشبختانه این افراد این نیاز را احساس کرده اند که در رابطه با اصول پرونده نویسی، دوره های آموزشی برگزار گردد. ۷۲ درصد بر این عقیده بودند که نوشتن مشخصات هویتی بیمار بر روی تک تک اوراق پرونده امری ضروری است.

نتایج مطالعات کاهویی و عسگری مجدآبادی (۱۳۷۹) نشان داد که فقط ۹/۲ درصد پرستاران و ۹/۷ درصد از دانشجویان پزشکی نسبت به پرونده نویسی برای بیماران نگرش ضعیفی دارند و این حاکی از آن است که خوشبختانه اکثر جامعه مورد مطالعه نسبت به داشتن یک پرونده کامل برای بیمار نگرش مطلوبی دارند (۶). جامعه مورد مطالعه در این پژوهش در مقایسه با مطالعه کاهویی و عسگری مجدآبادی از سطح نگرش بالاتری برخوردار می باشد. چون تنها ۷/۷ درصد از کل دانشجویان، نگرش ضعیفی داشتند.

جدول ۳ وضعیت عملکرد جامعه مورد بررسی را نشان می دهد. بررسی آماری نشان داد که عملکرد دانشجویان پزشکی در زمینه تکمیل اوراق مدارک پزشکی به تفکیک عبارتند از:

عملکرد ۳۴/۶ درصد از کارآموزها در زمینه تکمیل برگ شرح حالها، در سطح خوب و ۱۱/۵ درصد از آنان در سطح ضعیف قرار دارد. با توجه به اهمیت برگ شرح حال در تشخیص بیماری و اقدامات بعدی درمانی بیمار، ضروری است که تمامی دانشجویان این برگ را به طور کامل و دقیق تکمیل نمایند. در این رابطه، ۴۱/۴ درصد از کارورزها در سطح خوب و ۵۰ درصد در سطح متوسط قرار داشتند. در سال ۱۳۷۵، مطالعه ای توسط ضیایی و همکارانش با عنوان: تحلیلی بر کیفیت پرونده پزشکی سه نوع بیماری گوارشی، در چهار مرکز پزشکی شهید بهشتی انجام شد، نتایج تحقیقات نشان داد، علی رغم آن که کارورزها در بیمارستان های آموزشی از بیمار شرح حال می گرفتند و گزارش آن را در پرونده درج می کردند، برگ های شرح حال حاوی اطلاعات مفیدی نبود (۹).

بررسی آماری تکمیل برگ شرح حال حاکی از آن است که دانشجویان دوره تخصص، از بالاترین عملکرد و دانشجویان کارآموز از پایین ترین عملکرد برخوردار بودند که شاید علت آن سابقه کار بیش تر و مسوولیت بیش تر باشد که پزشکان معالج به دانشجویان دوره تخصص واگذار می کنند. مطالعه مشعوفی و همکاران (۱۳۸۰) نیز نشان داد که در ۶۸/۸ درصد از پرونده ها وضعیت هنگام ترخیص و در ۷۶/۳ درصد از آنها توصیه های پس از ترخیص ثبت نشده بود. نتایج تحقیق نشان داد که عملکرد مستند سازی پرونده های پزشکی توسط ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی - درمانی ناقص می باشد (۱۱). بنابراین می توان گفت که یافته های مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعه نامبرده وضعیت مطلوب تری را نشان می دهد.

نتایج بررسی حاکی از آن است که ناقص بودن پرونده‌های پزشکی که در مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به چشم می‌خورد ناشی از عدم تشریح اهمیت این امر برای دانشجویان پزشکی است و عدم آگاهی از مسوولیت قانونی وجود دارد. پزشکان مشغله کاری زیادی دارند، لذا نوشتن دقیق پرونده بالینی بیمار کار پر زحمتی است و تاکید لازم از طریق مسوولین وجود ندارد. بر اساس نتایج مذکور موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

- ۱- اختصاص رئوس مطالب اصول پرونده نویسی و جنبه های قانونی آن در درس سمپولوژی دانشجویان پزشکی.
- ۲- برگزاری دوره‌های بازآموزی یا کارگاه های آموزشی پرونده نویسی برای دانشجویان پزشکی.
- ۳- تدوین قوانین آموزشی درارتباط بانمره‌ارزشیابی بالینی دانشجویان پزشکی منوط به کامل بودن پرونده پزشکی تهیه شده توسط دانشجو.
- ۴- تقویت کمیته‌های مدارک پزشکی در مراکز آموزشی - درمانی.

در تکمیل برگ پذیرش و خلاصه ترخیص ۶۳/۲ درصد از کارورزها و ۵۷/۱ درصد از دانشجویان دوره تخصص در سطح خوب قرار داشتند. در تکمیل برگ دستور پزشک ۵۰/۶ درصد از کارورزها در سطح عالی و ۳۱ درصد از دانشجویان دوره تخصص در سطح خوب و عالی قرار دارند. در مورد تکمیل خلاصه پرونده ۴۸/۳ درصد کارورزها در سطح خوب و ۳۳/۳ درصد دانشجویان دوره تخصص در سطح عالی قرار داشتند.

در مقایسه بیمارستان‌ها از حیث تکمیل اوراق مدارک پزشکی با استفاده از آزمون لیکرت معدل بیمارستان‌ها به ترتیب صعودی به شرح زیر می‌باشد:

بیمارستان امام (ره) ساری ۱۴/۴۳

بیمارستان حضرت فاطمه زهراء (س) ۱۵/۵

بیمارستان زارع ساری ۱۶/۳۳

بیمارستان بوعلی سینا ساری ۱۷/۲۲

بیمارستان رازی ۱۸/۸۳

فهرست منابع

۱. داورپناه احمد؛ هدیقلیخان مهدی. مدیریت مدارک پزشکی. تهران: معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، ۱۳۷۲، ص. ۲۳-۱۷.
۲. صفدری، رضا. نقش اطلاعات بهداشتی درمانی در کنترل کیفیت مراقبت‌های درمانی. فصلنامه خبری آموزشی مدارک پزشکی انجمن مدارک پزشکی ایران. ش. ۶. (زمستان ۱۳۷۵). ص.
3. Huffman, Edna K. Manual for the *Medical Records Librarians*. Illinois: physician's records co. Berwyn, Illinois: Physicians' Records Company, 1994. p. 57-124.
4. Murphy B J. Principles of Good Medical Record Documentation. *J. Med. Prac. Manage*, 2001, pp. 258-260.
۵. حاجوی ابذر. مدارک پزشکی (۱) و (۲). تهران معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۶. ص. ۸-۶.
۶. کاهویی مهدی؛ عسکری مجد آبادی، حسام الدین. بررسی مقایسه ای میزان آگاهی، نگرش، عملکرد دانشجویان پزشکی و پرسنل پرستاری نسبت به اصول پرونده نویسی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

۱۰. کاهویی مهدی، طاهریان عباسعلی، بابامحمدی حسن، کیقبادی سیف‌الله. میزان آگاهی و عملکرد دستیاران و دانشجویان پزشکی نسبت به مستندسازی مراقبت‌های ارائه شده به بیمار از دیدگاه نظام پزشکی (دانشگاه علوم پزشکی سمنان، ۱۳۷۹-۱۳۸۰). *مجله دانشکده علوم پزشکی بابل*، ویژه نامه مقالات آموزش پزشکی، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۲، ص. ۶۷-۷۳.
۱۱. مشعوفی مهرناز، امانی فیروز، رستمی خلیل، مردی افروز. ارزیابی ثبت اطلاعات در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۳۸۰. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، سال سوم، شماره یازدهم، بهار ۱۳۸۳، ص. ۴۹-۴۴ و ۷۴.
- بهداشتی درمانی سمنان به منظور ارائه برنامه آموزشی مناسب. سمنان: دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان، ۱۳۷۹. چکیده.
7. Mogli G D. Standards for medical records. *The journal of the institute of health record Information and management* 2000, 41(2): 24- 27.
۸. مقلی جی دی. "استانداردهای خدمات مدارک پزشکی". ترجمه کبری علیگلبندی و حسن صیامیان. *فصلنامه علمی- خبری کمیته تخصصی مدارک پزشکی*، سال دوم، ش. ۷ و ۸ (پائیز و زمستان ۱۳۷۹). ص. ۱۷-۱۱ و ۱۲ و ۱۳.
۹. ضیایی ث، درایه ؛ احسانی م؛ نوروزی ا. شاهوردیان. تحلیلی بر کیفیت مدارک پزشکی سه نوع بیماری گوارشی. *پژوهش در پزشکی*، ش. ۴. اسفند ۱۳۷۵. ص. ۳۰.