

میزان آگاهی دانشجویان پزشکی از اصول مستندسازی پرونده پزشکی

زهرة مباشری¹، جاوید دهقان حقیقی¹، محمدرضا شهرکی^۲، افسانه کریمی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مستندسازی پرونده‌های پزشکی به شیوه صحیح از امور مهم در طی فرآیند تشخیص و درمان بیماری می‌باشد و به لحاظ درمانی، حقوقی، مالی و پژوهشی مهم است. هدف از انجام این تحقیق، تعیین میزان آگاهی دانشجویان پزشکی از اصول مستندسازی پرونده‌های پزشکی بود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان اجرا شد. جامعه پژوهش شامل دانشجویان پزشکی در مقاطع کارآموزی، کارورزی و دستیاری بودند. حجم نمونه ۲۶۰ نفر بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق ساخته بود که روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت. برای توصیف میزان آگاهی دانشجویان بر حسب متغیرهای مورد بررسی از آمارهای توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین نمره و انحراف معیار) و آزمون‌های تحلیلی (ANOVA و T-test) استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره آگاهی کسب شده توسط جامعه پژوهش ۶۴/۹۲±۱۴/۰۲ از نمره کل ۷۴ بود. بیشترین و کمترین میانگین نمره به ترتیب مربوط به اصول مرتبط با چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات و اصول کلی مستندسازی پرونده پزشکی بود. آزمون رابطه میان متغیرهای پژوهش نشان داد که فقط رابطه میان دو متغیر میزان آگاهی و دوره تحصیلی دانشجویان معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه میزان آگاهی دانشجویان از اصول مستندسازی پرونده پزشکی در حد مطلوب بود. ولی با مقایسه نتایج متفاوت حاصل از این پژوهش با مطالعات مشابه قبلی، می‌توان گفت که آموزش اصول مستندسازی در طول زمان تاثیر مثبتی بر ارتقاء سطح آگاهی دانشجویان داشته است.

واژه‌های کلیدی: مستندسازی؛ پرونده پزشکی؛ تشخیص؛ اقدام

پیام کلیدی: آگاهی از اصول مستندسازی پرونده پزشکی برای کادر درمان و به خصوص دانشجویان پزشکی که در آینده منبع اصلی ایجاد این مستندات هستند از الزامات می‌باشد. زیرا مستندسازی صحیح پرونده‌های پزشکی منجر به بهبود کیفیت ثبت داده‌های سلامت و در نهایت بهبود کیفیت بهداشت و درمان و سطح سلامت جامعه می‌شود.

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۴/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۴/۱۰

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۲/۲۵

ارجاع: مباشری زهرة، دهقان حقیقی جاوید، شهرکی محمدرضا، کریمی افسانه. میزان آگاهی دانشجویان پزشکی از اصول مستندسازی پرونده پزشکی. مدیریت اطلاعات سلامت ۲۰۱۴۰۲ (۲): ۹۹-۹۴.

وی از اصول مستندسازی به دلیل عدم آموزش صحیح از جمله مهمترین علل ذکر شده برای ثبت ناقص پرونده‌ها می‌باشد (۳، ۷، ۱۰، ۱۱).

مقدمه

در سازمان‌های مراقبت سلامت، پرونده پزشکی بیمار با اهمیت‌ترین و جامع‌ترین منبع اطلاعاتی است. از لحاظ قانونی آنچه در پرونده ثبت نشده باشد یعنی انجام نشده است (۱، ۲). تکمیل و تایید گزارش‌های موجود در پرونده پزشکی بیمار یکی از مسئولیت‌های پزشکان در برابر بیمار است (۳، ۴). برخی از کاربردهای مهم مستندسازی پرونده‌های پزشکی علاوه بر انتقال اطلاعات بین کادر درمان به عنوان هدف اولیه، استفاده از اطلاعات آنها در مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، پژوهشی و بهداشتی و همچنین سنجش میزان عملکرد کادر بیمارستان می‌باشد (۵، ۶). همچنین، پرونده بیمار در مراجع قانونی از حقوق بیمار، کادر درمانی و بیمارستان حمایت می‌کند (۳). بنابراین، هرچه اطلاعات بهتر و کامل‌تر باشند زمینه برای کاربرد آن اطلاعات و پیشرفت مهیاتر است (۵). مطالعات مختلفی به وجود نقص اطلاعاتی در پرونده پزشکی اشاره کرده‌اند (۷-۱۰). کمبود وقت، عدم توجه کافی مستندساز به اصول مستندسازی یا عدم آگاهی

- ۱- دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
 - ۲- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
 - ۳- استاد، گروه فیزیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
 - ۴- استادیار، مدیریت اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
- نویسنده طرف مکاتبه:** افسانه کریمی؛ استادیار، مدیریت اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
Email: afsanehkarimi2014@gmail.com

استفاده شد. نمونه پژوهش شامل ۱۳۶ دانشجوی دوره کارآموزی، ۵۷ دانشجوی دوره کارورزی و ۶۷ دانشجوی دوره دستیاری بود.

ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق ساخته شامل دو قسمت بود که با استفاده از دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی وزارت بهداشت (۱۳) توسط تیم پژوهش تنظیم شد. قسمت اول پرسشنامه مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی و شامل جنسیت، سن، دوره تحصیلی (کارآموزی، کارورزی، دستیاری) و رشته تخصصی (برای دستیاران) بود. قسمت دوم با ۷۴ سوال مرتبط با هدف اصلی پژوهش بود که در چهار بخش تنظیم شد. این چهار بخش به ترتیب با ۲۷، ۲۵، ۱۵ و ۷ سوال مربوط به اصول کلی مستندسازی پرونده پزشکی، اصول مستندسازی تشخیص‌ها و اقدام‌ها، اصول تصحیح خطای مستندسازی و اصول مرتبط با چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی بود. سوالات در مقیاس دو گزینه‌ای (بلی و خیر) تنظیم شدند. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات چهار عضو هیات‌علمی و از طریق روش روایی محتوایی بررسی شد. برای سنجش پایایی پرسشنامه از روش آزمون-بازآزمون استفاده شد و پرسشنامه به فاصله ۱۰ روز در اختیار ۲۶ نفر از دانشجویان قرار گرفت. پیوستگی بین پاسخ‌های دانشجویان با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲/۷ درصد به دست آمد و پایایی پرسشنامه تایید شد.

جهت تحلیل، داده‌های گردآوری شده در نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS ثبت شدند. به پاسخ‌های بلی، نمره یک و به پاسخ‌های خیر، نمره صفر داده شد (دامنه نمرات: ۰-۷۴). سپس فراوانی، درصد، میانگین نمره و انحراف معیار در همه حیطه‌ها محاسبه شد. برای تحلیل ارتباط بین متغیرهای جنسیت، گروه سنی و دوره تحصیلی با میانگین نمره آگاهی جامعه پژوهش از آزمون‌های آماری T-test و ANOVA استفاده شد. برای تفسیر نتایج پژوهش، با توجه به روش استفاده شده در مطالعات مشابه قبلی (۹، ۱۵)، در صورتی که میانگین نمره کسب شده به ترتیب کمتر از ۲۵ درصد (کمتر از ۱۸/۵)، بین ۲۵ تا ۷۵ درصد (بین ۱۸/۵-۵۵/۵) و بالاتر از ۷۵ درصد (بیشتر از ۵۵/۵) از کل نمره (۷۴) بود به عنوان نامطلوب، متوسط و مطلوب تفسیر شدند.

در این مطالعه، پژوهشگران پایبند به اصول مربوط به اخلاق پژوهش از جمله اخذ رضایت از شرکت‌کنندگان در پژوهش، بیان اهداف پژوهش، داوطلبانه بودن مشارکت در پژوهش، حفظ محرمانگی اطلاعات و حفظ حقوق مولفان در استفاده از متون چاپی و الکترونیک بودند.

یافته‌ها

بیشتر افراد شرکت‌کننده در پژوهش (۵۶/۲ درصد) زن بودند. متوسط سن در جامعه پژوهش $24/7 \pm 4$ بود که در محدوده سنی ۲۱ تا ۲۸ سال بودند. بیشترین فراوانی (۷۵/۸ درصد) مربوط به گروه سنی ۲۱ تا ۲۵ سال بود. بیشتر شرکت‌کنندگان (۵۲/۳ درصد) در پژوهش در دوره کارآموزی مشغول به تحصیل بودند. میانگین نمره آگاهی کسب شده توسط جامعه پژوهش $14/02 \pm 64/92$ از نمره کل ۷۴ بود. بیشترین و کمترین میانگین نمره به ترتیب مربوط به اصول مرتبط با چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات و اصول کلی مستندسازی بود. آزمون رابطه میان

ثبت ناقص پرونده‌ها ضمن مخاطراتی که برای سلامت بیمار دارد، مشکلات متعددی را برای بیمار در پیگیری درمان، مسائل حقوقی و قانونی ایجاد می‌کند. همچنین، مشکلاتی را برای بیمارستان‌ها مثل افزایش کسورات بیمارستانی، خطاهای پزشکی و افزایش ریسک شکایت از بیمارستان به وجود می‌آورد (۱).

نتایج مطالعه انجام شده در اصفهان نشان داد که به‌طور متوسط، برای هر پرونده بیمارستانی که بیمار آن تحت پوشش بیمه خدمات درمانی بود ۳۳۰۰۰۰ ریال کسورات بیمارستانی اعمال شده بود و مهم‌ترین علت این کسورات عدم مستندسازی صحیح و ثبت ناکامل اطلاعات در پرونده بیمار توسط کادر درمان بود (۱۲). در مطالعه‌ای که بالاغفاری و همکاران در مازندران انجام دادند، دانشجویان پزشکی نسبت به اصول مستندسازی پرونده پزشکی آگاهی چندانی نداشتند. کمتر از ده درصد از دانشجویان از سقف مدت زمان تکمیل فرم شرح حال بیمار اطلاع داشتند. همچنین، ۶۰ درصد دستیاران از جنبه‌های قانونی مستندسازی بی‌اطلاع بودند و حدود ۷۵ درصد آنان از نحوه کاربرد اختصارات در تشخیص نهایی و اعمال جراحی بی‌اطلاع بودند (۹).

با توجه به اهمیت فراوان مستندسازی پرونده‌های پزشکی و برای ارتقای کیفیت آن، اصول مستندسازی پرونده پزشکی در دستورالعملی توسط وزارت بهداشت به تمامی دانشگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی ابلاغ شد و همه بیمارستان‌ها و واحدهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت در کشور ملزم به اجرای آن شدند. این دستورالعمل در پنج بخش تنظیم شده است. بخش‌های آن به ترتیب مربوط به اصول کلی، اصول جزئی مربوط به مستندسازی پرونده پزشکی، اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستندسازی یا مستندات از قلم افتاده، چارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی و ملاحظات مهم در مستندسازی می‌باشد (۱۳). با توجه به اینکه پزشکان و دانشجویان پزشکی در مراکز آموزشی بیش از سایر کارکنان بیمارستان در ثبت اطلاعات پرونده بیمار دخالت دارند (۹) و از آنجایی که از میان عوامل موثر بر کیفیت مستندسازی، آگاهی تأثیر زیادی بر افزایش کیفیت مستندات دارد (۱۴)، بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان آگاهی دانشجویان پزشکی از اصول مستندسازی پرونده پزشکی انجام شد و با استفاده از نتایج آن نیازهای آموزشی جامعه پژوهش تعیین شد تا توسط مدیران آموزشی جهت برنامه‌ریزی و ارتقای سطح آموزشی این دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ انجام شد. جامعه پژوهش، دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بودند. معیار ورود به مطالعه؛ تحصیل دانشجویان پزشکی در دوره بالینی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بود. در مجموع ۸۰۴ دانشجوی پزشکی مشمول معیارهای ورود به مطالعه بودند که ۴۲۰ نفر آنها در دوره کارآموزی، ۱۷۶ نفر در دوره کارورزی و ۲۰۸ نفر در دوره دستیاری مشغول به تحصیل بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان ۲۶۰ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای

و دوره تحصیلی دانشجویان رابطه وجود داشت و دانشجویان مشغول به تحصیل در دوره دستیاری آگاهی بیشتری از اصول مستندسازی داشتند (جدول ۱).

متغیرهای میزان آگاهی دانشجویان از اصول مستندسازی با جنسیت، میانگین سنی، گروه سنی و دوره تحصیلی دانشجویان نشان داد که فقط میان دو متغیر میزان آگاهی

جدول ۱: میانگین نمره آگاهی جامعه پژوهش از اصول مستندسازی پرونده پزشکی به تفکیک دوره تحصیلی

P-value	دامنه نمرات	میانگین نمره کسب شده	دوره تحصیلی			حیطه‌های مختلف مستندسازی پرونده پزشکی
			میانگین نمره \pm انحراف معیار	دستیاری	کارورزی	
۰/۰۰۱	۰-۲۷	۲۳/۶۷ \pm ۵/۰۹	۲۶/۴۹ \pm ۱/۴۷	۲۲/۵۴ \pm ۳/۴۳	۲۲/۷۴ \pm ۶/۲۱	اصول کلی مستندسازی پرونده پزشکی
۰/۰۰۱	۰-۲۵	۲۲/۰۹ \pm ۴/۹۷	۲۴/۶۴ \pm ۱/۱۹	۲۱/۷۱ \pm ۴/۰۸	۲۰/۹۹ \pm ۵/۹۴	اصول مستندسازی تشخیص‌ها و اقدام‌ها
۰/۰۰۱	۰-۱۵	۱۳/۱۵ \pm ۳/۳۵	۱۴/۷۳ \pm ۰/۸۶	۱۲/۵۸ \pm ۲/۸۲	۱۲/۶۱ \pm ۴/۰۲	اصول مربوط به تصحیح خطای مستندسازی / مستندات از قلم افتاده
۰/۰۰۱	۰-۷	۶/۰۱ \pm ۱/۸۰	۶/۸۲ \pm ۰/۴۹	۶/۰۱ \pm ۱/۵۲	۵/۶۲ \pm ۲/۱۶	اصول مرتبط با چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی
۰/۰۰۱	۰-۷۴	۶۴/۹۲ \pm ۱۵/۲۱	۷۲/۶۸ \pm ۴/۰۱	۶۲/۸۴ \pm ۱۱/۸۵	۶۱/۹۶ \pm ۱۸/۳۳	جمع

در حیطه اصول مرتبط با چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی، ۸۸/۵ درصد از دانشجویان می‌دانستند که «فرم خلاصه پرونده باید حداکثر تا قبل از تسویه حساب بیمار تکمیل شود» ولی فقط ۸۰/۲ درصد از دانشجویان می‌دانستند که «فرم گزارش عمل جراحی باید حداکثر ۲۴ ساعت پس از انجام عمل تکمیل شود».

بحث

مطابق با نتایج این مطالعه، میانگین نمره آگاهی کسب شده توسط جامعه پژوهش در حد مطلوب بود. بیشترین و کمترین میانگین نمره به ترتیب مربوط به اصول مرتبط با چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات و اصول کلی مستندسازی پرونده پزشکی بود.

در مطالعاتی که در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۳ با موضوع مشابه در دانشگاه‌های سمنان و مازندران انجام شد میزان آگاهی دانشجویان نامطلوب گزارش شد (۳، ۹) که با نتایج این پژوهش همخوانی ندارد و دلیل آن می‌تواند تفاوت در سال‌های انجام این پژوهش‌ها باشد. نظر به پیشنهادات پژوهش‌های قبلی مبنی بر آموزش اصول مستندسازی پرونده پزشکی به دانشجویان می‌توان گفت گنجاندن این آموزش‌ها در برنامه آموزشی دانشجویان اثربخش بوده و باعث ارتقای سطح آگاهی آنها در سال‌های اخیر شده است. همچنین می‌توان گفت انتشار دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی توسط معاونت درمان وزارت بهداشت (۱۳) به عنوان یک استاندارد در ارتقای آگاهی دانشجویان پزشکی از اصول مستندسازی بی‌تاثیر نبوده است.

نتایج این مطالعه نشان داد که کمترین آگاهی به ترتیب مربوط به چهار اصل زیر در حیطه‌های مورد بررسی بود: ۱- ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری (برای مثال: شیفت صبح، عصر، شب) توصیه نمی‌شود. ۲- ثبت تشخیص احتمالی بر ثبت علائم و نشانه‌ها به جای تشخیص نهایی ارجحیت دارد. ۳- هرگاه

دانشجویان به ترتیب ۸۷/۷، ۸۸/۲، ۸۷/۲ و ۸۵/۹ درصد از اصول کلی مستندسازی، اصول مستندسازی تشخیص‌ها و اقدامات، اصول تصحیح خطای مستندسازی و اصول مرتبط با چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی را می‌دانستند.

در حیطه اصول کلی مستندسازی پرونده پزشکی، ۹۳/۵ درصد از دانشجویان می‌دانستند که «کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد». ولی فقط ۷۶/۹ درصد از آنها می‌دانستند که «ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری (برای مثال: شیفت صبح، عصر، شب) توصیه نمی‌شود».

در حیطه اصول مستندسازی تشخیص‌ها و اقدامات، ۹۱/۹ درصد از دانشجویان می‌دانستند که «لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی نام و عنوان پزشک ارائه‌دهنده دستور ثبت شود». ولی فقط ۸۱/۵ درصد از دانشجویان اطلاع داشتند که «ثبت تشخیص احتمالی بر ثبت علائم و نشانه‌ها به جای تشخیص نهایی ارجحیت دارد».

در حیطه اصول مربوط به تصحیح خطای مستندسازی یا مستندات از قلم افتاده، ۹۰/۸ درصد از دانشجویان می‌دانستند که «در ثبت موارد تأخیری لازم است رویداد و تاریخی که ثبت تأخیری در مورد آن نوشته می‌شود، مشخص شده یا به آن ارجاع گردد». ولی فقط ۸۲/۷ درصد از دانشجویان می‌دانستند که «هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، لازم است دور موردی که اشتباه ثبت شده خط نازکی کشیده شود و اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود و علت خطا توضیح داده شود (در حاشیه یا بالای فضای موجود) و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود».

در پژوهش خود اجرای مکانیسم آموزشی در قالب کارگاه را به تنهایی برای ارتقای اصول تشخیص‌نویسی در پرونده‌های پزشکی توسط دستیاران موثر نمی‌دانست و متذکر شد که برای داشتن پرونده پزشکی کامل، صحیح و با کیفیت باید راهکارهای موثرتر از جمله همکاری سه مولفه اصلی مدیریت، متخصصان مدیریت اطلاعات سلامت و ارائه‌دهندگان مراقبت در نظر گرفته شود. بنابراین، به موازات آموزش بر نظارت بر رعایت موازین هم تاکید نمودند (۱۹).

مطابق با نتایج این مطالعه، رابطه میان دو متغیر میانگین نمره آگاهی و دوره تحصیلی دانشجویان معنی‌دار بود و دانشجویان مشغول به تحصیل در دوره دستکاری آگاهی بیشتری از اصول مستندسازی داشتند. بالاغفاری و همکاران (۹) در مطالعه خود گزارش کردند که میزان آگاهی همه دانشجویان پزشکی (کارآموز، کارورز و دستیار) در حد ضعیف بوده است که با نتایج این مطالعه همخوانی ندارد.

در پژوهش حاضر فقط میزان آگاهی جامعه پژوهش نسبت به اصول مستندسازی ارزیابی گردید و عملکرد دانشجویان مورد ارزیابی واقع نشد که از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. همچنین، سولاتی از قبیل گذراندن دوره آموزشی در مورد مستندسازی در گذشته توسط جامعه پژوهش و چگونگی برگزاری و شرکت در دوره مورد توجه قرار نگرفتند که از دیگر محدودیت‌های مطالعه می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه میزان آگاهی دانشجویان از اصول مستندسازی پرونده پزشکی در حد مطلوب بود. ولی با مقایسه نتایج متفاوت این پژوهش با مطالعات مشابه قبلی، می‌توان گفت که آموزش اصول مستندسازی در طول زمان تاثیر مثبتی بر ارتقای سطح آگاهی دانشجویان داشته است. بنابراین، با توجه به اهمیت مستندسازی صحیح داده‌های سلامت و کاربرد این داده‌ها در برنامه‌ریزی و مدیریت سلامت و درمان، آموزش‌ها باید مداوم و با تاکید بر جنبه‌های قانونی مستندسازی ادامه یابد و مورد توجه وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار گیرد تا باعث بهبود سطح کیفی اطلاعات سلامت و به دنبال آن بهبود کیفیت سلامت جامعه شود.

پیشنهادها

از آنجایی که آگاهی دانشجویان از اصول مستندسازی پرونده پزشکی توجیهی برای عملکرد صحیح نمی‌باشد؛ پیشنهاد می‌شود که استفاده از دستورالعمل اصول مستندسازی پرونده پزشکی که توسط وزارت بهداشت منتشر شده است به عنوان یک استاندارد در رویه‌های سازمانی مراکز ارائه خدمات درمانی ادغام و استفاده شود. همچنین، آماده‌سازی و اجرای دستورالعمل نظارت بر مستندسازی و فرآیند آن می‌تواند نقش موثری در بهبود مستندسازی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه پزشکی عمومی با شماره ۳۳۵۴ می‌باشد که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با کد IR.ZAUMS.REC.1401.001 تایید و با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری این دانشگاه انجام شده که شایسته تقدیر می‌باشد.

تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، لازم است دور موردی که اشتباه ثبت شده خط نازکی کشیده شود و اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود و علت خطا توضیح داده شود و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود و ۴- فرم گزارش عمل جراحی باید حداکثر ۲۴ ساعت پس از انجام عمل تکمیل شود. با توجه به اینکه اکثر این اصول دارای جنبه قانونی می‌باشند و در صورتی که مشکل قانونی برای بیماران و بیمارستان اتفاق افتد، پرونده پزشکی بیمار تنها منبع مورد استناد خواهد بود و با وجود اینکه میزان آگاهی مطلوب گزارش شد ولی این موضوع با توجه به اهمیت قابل توجه آن باید در سرفصل آموزشی دانشجویان و در آموزش‌های بالینی به طور عملی مورد توجه قرار گیرد و حتی در دوره‌های آموزش ضمن خدمت هم کارگاه‌هایی جهت یادآوری و ارتقای سطح آگاهی کادر درمان مرتبط با این موضوع گنجانده شود.

در مطالعه‌ای که کاهویی و همکاران انجام دادند بیش از نیمی از دانشجویان از جنبه‌های قانونی مستندسازی بی‌اطلاع بودند. اکثر جامعه پژوهش نحوه کاربرد اختصارات را در ثبت تشخیص نهایی و اعمال جراحی نمی‌دانستند و حدود ۸۶ درصد آنها از سقف مدت زمان تایید دستورات شفاهی اطلاع نداشتند و فقط ۱۰ درصد آنها به خوبی پرونده‌ها را تکمیل می‌کردند. اکثراً گرایش به ثبت اطلاعات بالینی داشتند و نسبت به سایر اطلاعاتی که در مراجع قانونی حایز اهمیت است، بی‌توجه بودند (۱۵) که با نتایج این مطالعه همخوانی ندارد و علت آن می‌تواند مربوط به زمان متفاوت اجرای دو پژوهش باشد.



در مطالعات مختلفی که در ایران انجام شده است، کیفیت مستندسازی توسط پزشکان و کادر درمانی چندان رضایت‌بخش گزارش نشده است (۷، ۱۱، ۱۶، ۱۷). کرمی و شکرزاده‌آرانی در پژوهش خود از میان عوامل موثر بر کیفیت مستندسازی، به ترتیب عوامل آگاهی و نگرش و بعد از آن عوامل پیگیری و نظارت و نهایتاً عوامل رویه‌ها و استانداردها را دارای بیشترین تاثیر گزارش نمودند و راهکارهای پیگیری و نظارت را دارای بیشترین تاثیر و راهکارهای مربوط به رویه‌ها و استانداردها را دارای کمترین تاثیر ذکر کردند. در این پژوهش اقداماتی در راستای برگزاری دوره‌های آموزشی برای کادر درمانی برای آموزش مستندسازی و تاکید بر عوامل تشویقی و تنبیهی و ارزیابی مستندسازان بر اساس مستنداتشان و مکانیزه نمودن ثبت اطلاعات بهداشتی پیشنهاد شد (۱۴). بنابراین، می‌توان گفت پس از ارتقای سطح آگاهی دانشجویان از طریق آموزش که ارزمانی و همکاران در پژوهش خود تاثیر آن را در بهبود کیفیت مستندسازی نشان دادند (۸)، پیگیری و نظارت بر عملکرد دانشجویان در مستندسازی اطلاعات پرونده پزشکی توسط اساتید و پیروی از رویه‌ها و استانداردهای ایجاد شده در این زمینه می‌تواند در رفع مشکلات مستندسازی پرونده های پزشکی موثر باشد و ارتقای عملکرد دانشجویان را در مستندسازی به همراه داشته باشد (۱۴).

در پژوهشی دیگر توسط توکلی و همکاران، مدیران و پزشکان معتقد بودند که نظارت لازم از سوی اتندها بر کار اینترنتی‌ها و رزیدنت‌ها جهت ثبت اطلاعات در پرونده‌ها وجود ندارد. به‌کارگیری دانش‌آموختگان رشته فناوری اطلاعات سلامت از راهکارهای پیشنهاد شده در این مطالعه بود (۱۸). همچنین مطالعه اسدی و همکاران نشان داد که جذب کارشناسان فناوری اطلاعات سلامت در بخش‌های بالینی، بهبود مستندسازی را حدود ۱۲ درصد به همراه داشته است. همچنین ذکر کردند که برای دستیابی به وضعیت خوب، جذب نیروهای آموزش‌دیده در بخش‌های بالینی بیمارستان‌ها ضروری است تا بستر مناسب برای اجرا و توسعه فناوری اطلاعات در رسیدن به حداکثر بهره‌وری در سیستم‌های سلامت ایجاد شود (۴). فرزندی‌پور هم

References

- Zarei J, Mohammadi A, Kameli ME, Kamkar Haghghi M, Amini MK. A survey on the status of the application of document imaging for storage medical records of hospitals in IRAN, 2013. *J Clin Res Paramed Sci* 2015;4 (1): 63-70. [In Persian]
- Sharifi S, Zahiri M, Dargahi H, Faraji-Khiavi F. Medical record documentation quality in the hospital accreditation. *J Educ Health Promot* 2021;1-9.
- Kahouei M, Taherian AA, Babamohammadi H, Kaghobadi S. Medical assistants and students knowledge and practice rate regarding documentation of care provided to patients from medical discipline aspect (Semnan Medical University; 2000-2001). *J Babol Univ Med Sci* 2003;5 (2): 67-73. [In Persian]
- Asadi T, Mohseni Saravi B, Rohanizadeh H, Zakariyai Z, Rezaadeh E, Bagherian E, et al. Evaluation of the Effect of Presence of Health Information Technology Expert on Medical Records of Patients Admitted to Fatemeh Zahra Hospital, Sari, Iran. *Journal of Medical Council of Iran* 2020;38(2):110-14. [In Persian]
- Agahi M, Meraji M, Jamali J, Yousefi M, Fazaeli S. Comparative study of quantitative evaluation indicators of inpatient medical records: Presenting an evaluation tool. *Journal of Modern Medical Information Sciences* 2020;6(1):44-56. [In Persian]
- Carpenter I, Ram MB, Croft GP, Williams JG. Medical records and record-keeping standards. *Clin Med* 2007;7(4):328.
- Mashoufi M, Rostami K, Mardi A. Documentation of medical records by physicians in the hospitals under Ardabil University of Medical Sciences, 2001. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2006;6 (1): 73-77. [In Persian]
- Arzamani M, Doulatabadi T, Hashemi M. The effect of training on the degree of completeness of medical records in university hospitals in the city of Bojnurd. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2011;3(1): 15-21. [In Persian]
- Balaghafari A, Ali Golbandi K, Siamian H, Zakeezadeh M, Kahouei M, Yazdani Charati J, et al. A study on the rate of knowledge, attitude and practice of medical students towards method of medical records documentation at Mazandaran University of Medical Sciences affiliated therapeutic and teaching centers 2003. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2006;15(49): 77-84. [In Persian]
- Setareh M, Bagherian Mahmoud Abadi H, Amini F, Rafati YA, Arjmandkia A. A study on the frequency of medical history sheet, operation report sheet and physician order sheet completeness by different documentaries in Isfahan teaching hospitals, 2007-8. *Iran J Forensic Med* 2010;15(4): 244-51. [In Persian]
- Farzadipour M, Asefzadeh S. Surveying the principle of diagnosis recording in patients' medical records of Kashan hospitals in 1381. *Feyz* 2004;8(3):36-44. [In Persian]
- Tavakoli N, Saghaeian Nezhad S, Rezayatmand MR, Moshaveri F, Ghaderi I. Deductions applied by KHADAMAT-E-DARMAN insurance company on patients' bills at teaching hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences. *Health Inf Manage* 2007; 3(2): 53-61. [In Persian]
- Ministry of Health and Medical Education. Guideline of medical record documentation [on line]. 2018 [cited 2023 apr 4]; Available from: https://vct.iuims.ac.ir/uploads/26/2022/Jun/28/mostanadsazi_parvande_pezeshki_.pdf
- Karami M, Shokrizadeh Arani L. Related factors in medical records documentation quality and presenting solutions from managers' and physicians' viewpoints occupied in hospitals affiliated to Kashan University of Medical Sciences. *Iran J Med Edu* 2010;9(4): 356-63. [In Persian]
- Kahouei M, Sadoughi F, Askari Majd Abadi HA. Medical assistants and students' knowledge and practice rate of Semnan Medical Sciences University regarding documentation of cares provided to patient from medicolegal aspect. *Iran J Forensic Med* 2007; 13(2): 92-97. [In Persian]
- Abbaszadeh A, Rahmani K, Mosses Gafari B, Babahajian A. Quality of patients' files documented by medical students and physicians at Tohid Hospital in Sanandaj. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2021;26(4):94-105. [In Persian]
- Seif Rabiee MA, Sedighi I, Mazdeh M, Dadras F, Shokouhee Solgi M, Moradi A. Study of hospital records registration in teaching hospitals of Hamadan University of Medical Sciences in 2009. *Avicenna J Clin Med* 2009;16(2):45-9. [In Persian]
- Tavakoli N. Identification of reasons for incompleteness of medical records and the managers' views in this regard. *Health Inf Manage* 2005;2(1):15-24. [In Persian]
- Farzandipour M, Meidani Z, Rangraz Jeddi F, Gilasi H, Shokrizadeh Arani L, Mobarak Ghamsari Z. The effect of educational intervention on medical diagnosis recording among residents in Kashan University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ*. 2012;12(1): 90-98. [In Persian].

Awareness of Medical Students Regarding Principles of Medical Record Documentation

Zohre Mobasheri ¹, Javid Dehghan Haghighi, ², Mohammad Reza Shahraki ³, Afsaneh Karimi ⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Accurate documentation of medical records is one of the important issues during the process of diagnosis and treatment. It is important in terms of treatment, legal, educational, financial, and research. This study endeavored to determine awareness of medical students about principles of medical records documentation.

Methods: This descriptive-analytical and cross-sectional study was conducted in the years 2022-2023 at the Zahedan University of Medical Sciences. The population included medical students in the preclinical, clinical, and residency levels. The sample was 260 medical students and the sampling method was quota sampling. The data collection tool was a researcher-made questionnaire. The validity and reliability of questionnaire were confirmed. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and analytical tests (T-test and One-way ANOVA) were used to analysis the gathered data.

Results: The average awareness score obtained by the research community was 64.92 ± 14.02 out of 74. The highest and lowest average scores were respectively related to the principles about the time frame for completing the information and the general principles of documenting the medical record. The test of the relationship between the variables showed that only the relationship between the two variables of awareness level and educational level of students was significant.

Conclusion: In this study, the level of students' awareness about the principles of documenting medical records was optimal. However, by comparing the different results of this research with previous similar studies, it could be said that teaching the principles of documentation over time could have a positive effect on improving the level of students' awareness.

Keywords: Documentation; Medical Records; Diagnosis; Procedure

Received: 15 May; 2023

Accepted: 1 July 2023

Published: 6 July; 2023

Citation: Mobasheri Z, Dehghan Haghighi J, Shahraki MR, Karimi A. **Awareness of Medical Students Regarding Principles of Medical Record Documentation.** Health Inf Manage 2023; 20(2):94-99.

1. Article resulted from M.D thesis No 3354 supported by Zahedan University of Medical Science.

2. Medical Student, School of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

3. Associate Professor, Department of Community Medicine, school of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

4. Professor, Department of Physiology, School of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

5. Assistant Professor, Health Information Management, Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Corresponding Author: Afsaneh Karimi; Assistant Professor, Health Information Management, Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. E-mail: afsanehkarimi2014@gmail.com