مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره دوازدهم، ویژه نامه ۱ (آموزش پزشکی)، تابستان ۱۳۸۹، صفحه ۱۱۱-۱۰۶

مقایسه عملکرد دانشجویان پزشکی و دستیاران اطفال در ثبت پرونده های پزشکی در بیمارستان کودکان امیرکلا

محمدرضا اسماعیلی(MD)[1*]، هادی اباذری(MD)[2]، حوریه محمدی کناری(MD)[3]

۱- مرکز تحقیقات بیماریهای غیرواگیر کودکان امیرکلا، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۲- دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳- مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۸۸/۴/۲۸ ، اصلاح: ۸۸/۹/۱۸، پذیرش: ۸۸/۱۲/۱۹

خلاصه

سابقه و هدف: تهیه و تنظیم گزارشات پزشکی بیماران بستری در بیمارستان ها، علاوه بر بایگانی به عنوان پیشینه پزشکی بیماران و تشخیص بیماری، به پزشک کمک می کند تا طرح مراقبت و درمان بیمار را پایه ریزی نماید و درج ناقص اطلاعات در پرونده های پزشکی عوارض نامطلوب پزشکی، قضائی و اقتصادی برای بیمار و بیمارستان به همراه دارد. هدف از این مطالعه بررسی عملکرد دانشجویان پزشکی و دستیاران اطفال در ثبت پرونده های پزشکی جهت ارتقاء کیفیت آنها می باشد.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی به روش کاربردی و با مراجعه به پرونده های بیمارستانی طی سال های تحصیلی ۸۵- ۸۴، در بیمارستان کودکان امیرکلا انجام شد. پرونده ها با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و نحوه درج شرح حال، معاینه فیزیکی، خلاصه پرونده، سیر بیماری و تشخیص نهایی در این پرونده ها مورد ارزیابی قرار گرفت. برای ارزیابی پرونده ها، اطلاعات در فرم مخصوص جمع آوری و به هر آیتم یک امتیاز داده شد. براساس جمع نمرات، گزارشات در ۳ سطح خوب، متوسط و ضعیف طبقه بندی شدند و سپس اطلاعات مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها: در این مطالعه۷۳۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفت. وضعیت ثبت شرح حال توسط دستیاران، کارورزان و کارآموزان به ترتیب متوسط، متوسط و ضعیف (p=۰/۰۰۰)، وضعیت ثبت سیر بیماری در هر سه گروه ضعیف (p=۰/۰۰۰)، ثبت معاینه فیزیکی به ترتیب متوسط، متوسط، ضعیف (p= /۰۰۰) وضعیت ثبت خلاصه پرونده در دو گروه دستیاران و کارورزان خوب (p=۰/۰۰۹) و کیفیت کلی در هر دو گروه دستیاران و کارورزان متوسط (p =۰/۰۰۰) ارزیابی گردید.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که دستیاران و کارورزان در ثبت پرونده های پزشکی از عملکرد متوسطی برخوردار هستند. در حالیکه کارآموزان در ثبت گزارشات پزشکی عملکرد ضعیف و دور از انتظار داشتند. لذا پیشنهاد می شود که آموزش پرونده نویسی در دستور کار گروههای آموزشی قرار گیرد.

واژه های کلیدی: ***دستیاران پزشکی، کارورزان، کارآموزان، گزارشات پزشکی.***

مقدمه

تهیه گزارشات پزشکی بیمار بستری، به پزشک در تشخیص بیماری کمک کرده و می توان براساس آن طرح مراقبت و درمان بیمار را پایه ریزی کرد، معمولاً پزشکان برای اخذ و ثبت گزارشات پزشکی اطلاعاتی راجع به شکایت اصلی، بیماری فعلی، سوابق درمانی، سوابق شخصی و خانوادگی بیمار را اخذ می نمایند، اگر ثبت این گزارشات بطور ناقص انجام پذیرد، عوارض نامطلوبی برای بیمار و بیمارستان به همراه خواهد داشت که عبارت از بستری کردن غیرضروری بیماران در بخش نامناسب، ضایع شدن حقوق دیگر بیماران، استفاده غیرضروری از منابع بیمارستان و همچنین مشکلات قانونی در ارتباط با پرونده بیماران می باشد (۱). پرونده پزشکی نه تنها وسیله ارتباطی است برای تمامی افرادی که در امر درمان بیماران نقش دارند، بلکه نحوه مراقبت و درمان بیمار را منعکس می کند (۲). در این میان ثبت آن قسمت از مدارک پزشکی که توسط دانشجویان و دستیاران پزشکی انجام گیرد، حائز اهمیت است و انتظار می رود که دانشجویان و دستیاران، پس از اتمام دوره آموزشی و کسب مهارتهای علمی و ارتباطی، نسبت به اخذ گزارشات پزشکی دقت لازم را مبذول دارند. ثبت یافته ها در برگه شرح حال، معاینه فیزیکی، خلاصه پرونده و سیر بیماری از مهمترین و اصولی ترین بخش های مدارک پزشکی می باشند. گزارشات باید از انسجام و

* مسئول مقاله:
آدرس: بابل، امیرکلا، بیمارستان کودکان، تلفن: ۵-۳۲۴۲۱۵۱-۰۱۱۱.
e-mail:esmaelidooki@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.5.16.6]

وضوح برخوردار باشند تا خوانندگان و خود دانشجویان براحتی نکات خاص اطلاعات را بیابند، به عنوان مثال نکات مشخص مربوط به تاریخچه را در بخش مربوط به شرح حال ذکر کرده و از انحراف آن به بخش های دیگر جلوگیری شود. طریقه نگارش سیر بیماری نیز کاملاً متفاوت است، می بایست از همان استانداردهایی که بعنوان ارزیابی اولیه به کار می روند پیروی کند، سیر بیماری باید روشن، مختصر، مفید و برای پیگیری ساده بوده، منعکس کننده تفکر بالینی دانشجو باشد و ارزیابی برنامه را مشخص نماید (۳).

سابقه ثبت مدارک پزشکی در آثار مربوط به خطوط تصویری غار نبشته ها از هزارات سال پیش وجود دارد (۴). در تمدن ایران اسلامی، زکریای رازی در شرح حال نویسی و تجزیه و تحلیل اطلاعات پزشکی به روش های کنونی از همه معروفتر بود. از ابن سینا نیز مجموعه ای عظیم از نوشته های طبی و یادداشت های بالینی روزانه بر جای مانده است (۵). ثبت مدارک پزشکی از سال ۱۹۰۲ آغاز شد که ضمن ارزشیابی مسائل پزشکی بیمارستان ها، ناهمگونی و ناهماهنگی مدارک در بیمارستان های مختلف و نبود کارشناسان این رشته نیز مورد توجه قرار گرفت (۶). مطالعه ای در دانشگاه علوم پزشکی گیلان کیفیت شرح حال نویسی و نوشتن خلاصه پرونده ها را به شدت نامطلوب گزارش کرد (۱).

در مطالعه ای در دانشکده پزشکی آزاد و دولتی اردبیل پس از یک دوره کارگاه اصول پرونده نویسی برای دانشجویان پزشکی در آغاز دوره کارورزی، پرونده نویسی کارورزان آموزش دیده با کارورزان آموزش ندیده مقایسه شد که دقت و مهارت در پرونده نویسی کارورزان آموزش دیده بهتر و کاملتر بود (۷). در مطالعه ای در دانشگاه نیومکزیک که مهارتهای ارتباطی و کلینیکی اینترنها و دستیاران با بیماران تحت ارزیابی قرار گرفت، مهارت رزیدنتها در اخذ شرح حال را خوب، ولی معاینات فیزیکی را در وضعیت مناسبی گزارش نکرد و اینترنها نیز در رعایت آیتم هایی چون لیست مشکلات و تشخیص افتراقی مشکل داشتند، همچنین از نظر معاینه بالینی نیز در سطح خوبی نبودند (۸). در دانشگاه UCLA که میزان مهارت دانشجویان پزشکی در اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی بررسی شد، ضعیف و بعضا متوسط گزارش گردید (۹).

با توجه به پژوهشهای فوق و استفاده های مهم مدارک پزشکی مانند کمک در انتقال بیمار به بخش مناسب در همان بیمارستان، ارجاع به پزشک معالج در جای دیگر، کمک به آموزش کارآموزان، کارورزان و همچنین دستیاران رشته های پزشکی، استفاده در اطلاع رسانی پزشکی، بهره گیری در تحقیقات پزشکی، بخصوص در نظام پیوستگی مدارک Record linlcage، استفاده در پزشکی قانونی، کمک به تکمیل پرونده های قضایی و همچنین در تهیه آمارهای بهداشتی (۱۰)، این مطالعه به منظور بررسی عملکرد دانشجویان پزشکی و دستیاران اطفال در ثبت پرونده های پزشکی انجام شد تا با اطلاع از سطح پرونده نویسی و پیدا نمودن راه حل های مناسب جهت بهبود یا اصلاح وضعیت پرونده نویسی و مهارت های بالینی دانشجویان گام برداشت.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی بر روی ۷۳۰ پرونده پزشکی موجود در بیمارستان کودکان امیرکلا در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ انجام شد. پرونده ها به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و پرونده هایی که سرپایی یا کمتر از ۴۸ ساعت از بستری آنها گذشته بود، پرونده های بخش جراحی اطفال و بخش نوزادان، پرونده هایی که در ایام تعطیل سال تشکیل شده بود، پرونده های بستری در ۱۵ روز اول فروردین، ۱۵ روز اول شهریور و از ۱۵ بهمن تا ۱۵ اسفند به دلیل عدم حضور کارآموز در بخش از مطالعه خارج شدند. ارزیابی براساس چک لیستی صورت گرفت که دارای روایی معتبر بر اساس معیارهای مورد تایید وزارت بهداشت بود و حاوی تمام نکاتی بود که دانشجویان و دستیاران ملزم به رعایت آن در ثبت پرونده های پزشکی می باشند. این چک لیست دارای ۵۰ آیتم بوده و حاصل مشارکت گروهی، مشورت با اساتید و محققانی که پژوهش های مشابه انجام دادند و همچنین کتابهای معتبر آموزش پزشکی بود.

در این مطالعه هر چک لیست برای ارزیابی عملکرد هر ۳ گروه مورد استفاده قرار گرفت و آیتم های آن جهت بررسی عملکرد دستیاران با رنگ قرمز، کارورزان با رنگ آبی و کارآموزان با رنگ سیاه علامت گذاری شدند، تا مشکلی در ارزیابی دقیق عملکرد هر گروه پیش نیاید. به هر آیتم در فرم کلی ۱ امتیاز داده شد و در فرمهای جمع آوری اطلاعات مربوط به شرح حال و خلاصه پرونده، برای هر کدام حداکثر ۱۱ امتیاز در نظر گرفته شد و با توجه به آیتم ها از ۸ تا ۱۱ امتیاز در سطح خوب، ۴ تا قبل از ۸ امتیاز در سطح متوسط و ۰ تا قبل از ۴ امتیاز در سطح ضعیف رتبه بندی شد. برای فرم جمع آوری اطلاعات معاینه فیزیکی ۱۸ امتیاز در نظر گرفته شد که از ۱۸-۱۲ امتیاز در سطح خوب، ۶ تا قبل از۱۲ متوسط و۰ تا قبل از ۶ ضعیف محسوب شد. جهت جمع آوری اطلاعات سیر بیماری، حداکثر ۸ امتیاز در نظر گرفته شد که از ۸-۵ در سطح خوب، ۳ تا قبل از ۵ متوسط و ۰ تا قبل از ۳ ضعیف در نظر گرفته شد. در ضمن آیتم (Past Medical History, PMH) به ۵ جزء تقسیم شد که برای هر جزء ۰/۲ امتیاز محسوب گردید. آیتم علائم حیاتی نیز به ۴ جزء تقسیم گردید که برای هر کدام ۰/۲۵ امتیاز در نظر گرفته شد.

در انتها پرونده ها با توجه به امتیازاتی که از مجموع فرم های جمع آوری اطلاعات کسب کردند (حداکثر ۴۹ امتیاز) به سه گروه تقسیم بندی شدند. از ۳۵ تا ۴۹ امتیاز در سطح خوب، ۲۰ تا قبل از ۳۵ در سطح متوسط و ۰ تا قبل از ۲۰ ضعیف محسوب شد. چون ارزیابی کیفیت کلی پرونده ها شامل امتیازات فرم جمع آوری اطلاعات خلاصه پرونده نیز بوده است که کارآموزان در ثبت آن دخالتی نداشتند، از امتیازدهی کلی پرونده ها تنها جهت بررسی عملکرد دستیاران و کارورزان استفاده شد و کیفیت کلی عملکرد کارآموزان در این پژوهش لحاظ نشد. اطلاعات پس از جمع آوری، با استفاده از آزمون آماری Chi-square آنالیز و $p<۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

کیفیت ثبت شرح حال توسط دستیاران در ۴۸۸ پرونده (۶۶/۸٪) متوسط، توسط کارورزان در ۵۰۷ پرونده (۶۹/۵٪) متوسط و توسط کارآموزان در ۵۹۳ پرونده (۸۱/۲٪) ضعیف ارزیابی شد و رابطه معنی داری در کیفیت ثبت شرح حال بین سه گروه وجود داشت ($p=۰/۰۰۰$). کیفیت ثبت خلاصه پرونده در دستیاران در ۶۰۳ پرونده (۸۲/۶) خوب و کیفیت ثبت خلاصه پرونده در کارورزان در ۵۸۱ پرونده (۷۹/۶٪) خوب ارزیابی شد که رابطه معنی داری در کیفیت ثبت خلاصه پرونده وجود داشت ($p=۰/۰۰۹$). کیفیت ثبت سیر بیماری توسط دستیاران در ۵۶۸ مورد (۷۷/۸٪) ضعیف، توسط کارورزان در ۴۵۰ پرونده (۶۱/۶٪) ضعیف و توسط

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.5.16.6]

کارآموزان در ۴۹۳ پرونده (۶۷/۵٪) ضعیف ارزیابی شد (p=۰/۰۰۰). کیفیت ثبت معاینه فیزیکی توسط دستیاران در ۵۵۶ پرونده (۷۶/۲ ٪) متوسط، توسط کارورزان در ۴۶۴ پرونده (۶۳/۶٪) متوسط و توسط کارآموزان در ۶۰۵ پرونده (۸۲/۹٪) ضعیف ارزیابی گردید که این رابطه معنی داری بود (p=۰/۰۰۰). دستیاران در (۶۳/۴٪) ۴۶۳ پرونده و کارورزان در ۴۵۲ پرونده (۶۱/۹٪) تشخیص اولیه را ثبت کرده بودند که رابطه معنی داری در کیفیت ثبت تشخیص اولیه وجود نداشت (p=۰/۳۰۹). در مورد نحوه ثبت تشخیص نهایی، دستیاران ۶۲۶ پرونده (۸۵/۸٪) و کارورزان در ۶۱۲ پرونده (۹۳/۸٪) تشخیص نهایی را ثبت کردند که رابطه معنی داری در کیفیت ثبت تشخیص نهایی وجود نداشت. کیفیت کلی پرونده ها فقط در کارورزان و دستیاران ارزیابی شد که توسط دستیاران، ۶۰۸ پرونده (۸۳/۳٪) متوسط و توسط کارورزان در ۴۸۵ پرونده (۶۶/۴٪) متوسط، ارزیابی شد (p=۰/۰۰۰).

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه کیفیت ثبت شرح حال توسط دستیاران و کارورزان متوسط و در گروه کارآموزان ضعیف بود. کیفیت ثبت سیر بیماری در هر سه گروه ضعیف بود، کیفیت ثبت معاینات فیزیکی توسط دستیاران و کارورزان متوسط و در گروه کارآموزان ضعیف بود. ثبت خلاصه پرونده توسط دو گروه دستیاران و کارورزان خوب بود و کیفیت کلی پرونده نویسی در دو گروه دستیاران و کارورزان در حد متوسط بود. در مطالعه ای که در سمنان انجام شد، مشخص شد که ۵۴/۱ ٪ کارآموزان در اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی و مصاحبه با بیماران از عملکرد متوسطی برخوردار بودند، در حالیکه ۳۵/۸ ٪ کارورزان در اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی و مصاحبه با بیماران از عملکرد خیلی ضعیف، ۴ /۲۲ ٪ ضعیف، ۳۴/۳ ٪ متوسط و ۷/۵ ٪ خوب و عملکرد دستیاران در ۲۶/۳٪ خیلی ضعیف، ۲۶/۲ ضعیف، ۱۵/۸٪ متوسط و ۳۱/۶ خوب بودند. البته بین محل آموزش دانشجویان و دستیاران و عملکرد آنان رابطه معنی داری وجود داشت (۱۱) که در مقایسه با این مطالعه، عملکرد کارآموزان سمنان بهتر از دو گروه دیگر و نیز کارآموزان ما می باشد ولی عملکرد دستیاران و کارورزان در این مطالعه بهتر از مطالعه سمنان بود. مطالعه Rezaee و همکاران، نشان داد که دستیاران و اینترنها نسبت به کارآموزان از عملکرد ضعیف تری برخوردار بودند و علت این امر را عدم نظارت و توجه پزشکان متخصص نسبت به عملکرد این افراد می دانند (۱۲). مطالعه Taban نشان داد که دستیاران گروه داخلی در اخذ شرح حال ضعیف و متوسط و در مورد معاینات بالینی در سطح ضعیف و بسیار ضعیف می باشند و نتایج حاصله بسیار دور از انتظار و نگران کننده می باشد (۱۳)، عملکرد دستیاران در این مطالعه نسبت به مطالعه ما نسبتاً ضعیف تر بوده است.

مطالعه Solomon و همکاران نشان داد که فقط در ۴۶٪ از برگه های شرح حال، علت صدمات ثبت شده است و پزشکان معالج کمتر از دستیاران و دانشجویان پزشکی علت را درج نمودند (۶۵٪) میزان ثبت این داده توسط دستیاران ۷۰٪ و توسط کارآموزان ۸۱٪ بود (۱۴). در دپارتمان اطفال دانشگاه پزشکی پنسیلوانیا، معدل کیفیت ثبت و اخذ شرح حال در دستیاران ۶۸٪ و مهارت انجام معاینه فیزیکی ۵۶٪ (متوسط) ارزیابی شد (۱۵) که با نتایج مطالعه ما نیز شباهت دارد. نتایج به دست آمده در مورد ثبت شرح حال توسط هر سه گروه نگران کننده بوده است ولی عملکرد کارآموزان به نسبت دو گروه دیگر، بسیار دور از انتظار و بحرانی به نظر می رسد و احتمالاً به این دلیل است که کارآموزان یافته های شرح حال خود را در پرونده ثبت نمی کنند و در مقاطعی که کارآموزان شرح حال را در پرونده نوشتند، بخاطر علاقه خود کارآموزان و نظارت نسبی دستیاران یا پزشکان معالج باشد. کیفیت ثبت یافته ها در برگه سیر بیماری در هر سه گروه ضعیف ارزیابی شد و فرض بر این است که اهمیت ثبت یافته ها در برگه سیر بیماری برای هر سه گروه کارآموزان، کارورزان و دستیاران هنوز جا نیفتاده است و هر سه گروه یا به دنبال یافته های لازم جهت ثبت در برگه سیر بیماری نیستند و بیمار را اصلاً ویزیت نمی کنند و یا یافته های خود را در آن ثبت نمی کنند.

کیفیت ثبت معاینه فیزیکی در دو گروه اینترن و دستیار نیز متوسط ارزیابی شده است. با اینکه عملکرد گروه کارورزان در ثبت معاینه فیزیکی ارگانهای مختلف کمی بهتر از گروه دستیاران بود، فرض بر این است که کارورزان ارگانهای مختلف را در خارج از حدسیات و تشخیص خاصی معاینه می کنند در حالیکه دستیاران به دلیل حجم کاری بیشتر سعی در ثبت آن دسته از یافته هایی دارند که به تشخیص های افتراقی و علائم بیمار نزدیک تر است. کیفیت ثبت خلاصه پرونده در گروه دستیاران و کارورزان، خوب ارزیابی شده است و می توان گفت تنها برگه ای بود که اطلاعات در آن بسیار کاملتر از سایر برگه های مورد مطالعه بود، علت آن احتمالاً نظارت جدی متخصصین و اساتید بر کیفیت خلاصه پرونده و همچنین درک اهمیت اطلاعات خلاصه پرونده از سوی دستیاران و کارورزان می باشد. بطوریکه در این مطالعه، در مواردی دیده شد که کارورز نکته ای را در ثبت خلاصه پرونده فراموش کرده و دستیاران در ارزیابی برگه خلاصه پرونده آن را تکمیل می کنند. وضعیت خوب ثبت خلاصه پرونده این نکته را نیز می رساند که اساتید و متخصصین جهت پیگیری وضعیت بیمار بعد از ترخیص و همچنین به دلیل مسائل قانونی که در ارتباط با نقائص اطلاعات در خلاصه پرونده می تواند گریبانگیر آنها کند، توجه بیشتری را به نحوه ثبت برگه خلاصه پرونده نشان می دهند. طبق نظرسنجی از دانشجویان پزشکی در سمنان ۸۲/۵٪ از آنان علت نقص مهارت عملی خود را عدم آموزش بیان کردند (۱۶).

ثبت تشخیص اولیه نیز در هر گروه یکسان بود و بیشتر از نیمی از پرونده ها دارای تشخیص اولیه بودند اما در کل پایین تر از سطح انتظار بود و شاید دلیل آن این باشد که دستیاران و کارورزان، تشخیص نهایی را جهت تکمیل خلاصه پرونده کافی می دانند و تشخیص اولیه را بصورت شکایت اصلی بیمار می دانند، این فرض در مقایسه ثبت تشخیص اولیه با ثبت تشخیص نهایی در خلاصه پرونده و با توجه به عملکرد بسیار خوب هر دو گروه در ثبت آن و وجود تشخیص نهایی در بیشتر از ۳/۴ پرونده ها بیشتر احساس می شود با اینکه تشخیص نهایی اهمیت بیشتری در مسائل بعدی بیمار نظیر پیگیری بیماری، مسائل قانونی و . . . دارد، ولی ثبت تشخیص اولیه هرگز نمی تواند بی اهمیت باشد و نتیجه این مطالعه نیز نشان داد که اهمیت تشخیص نهایی در مقایسه با تشخیص اولیه برای کارورزان و دستیاران بسیار بیشتر می باشد. با توجه به عملکرد ضعیف و متوسط اکثر افراد مورد مطالعه، باید فرایند آموزش بالینی دانشجویان و دستیاران در بخشهای مختلف در سطح بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بابل مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد. از آنجائیکه در بیمارستانهای آموزشی بابل بخشهای مختلف، ضوابط و سطح کیفی متفاوتی دارند، ارزشیابی کیفیت عملکرد دانشجویان

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.5.16.6]

و دستیاران در ثبت پرونده های پزشکی ضروری به نظر می رسد.

این مطالعه، فقط در حد ارزیابی کیفیت ثبت اطلاعات در برگه های پرونده های پزشکی بود، بنابراین پژوهش دیگری درباره متغیرهای فراوانی که در برگه های پرونده وجود دارد و الزام در رعایت آنها بسیار ضروری می باشد، پیشنهاد می گردد، با توجه به عملکرد دور از انتظار کارآموزان لازم است، نظارت دقیق تر اساتید و پزشکان معالج بر فرآیند پرونده نویسی توسط کارآموزان صورت گیرد و با تاکید بر این نکته که کارآموزان موظف به درج کامل اطلاعات دریافتی خود از بیماران هستند، ایجاد انگیزه بیشتر برای کارآموزان جهت افزایش علاقه آنها در جمع آوری اطلاعات از بیمار، انجام معاینات فیزیکی و ثبت یافته های خود در پرونده، برگزاری کارگاههای پرونده نویسی برای کارآموزان جهت افزایش مهارت آنها در پرونده نویسی و استفاده از این مهارت در دوره کارورزی، هماهنگی بین دروس تئوری و عملی زمان آموزش بالینی صورت گیرد، تاکید بر روی طرح mentor ship، طرح سرپرستی دانشجویان سال های پایین تر پزشکی توسط دانشجویان سال بالاتر، که در برخی کشورهای اروپایی نیز انجام می گردد، جهت افزایش سطح آموزشی پرونده نویسی ضروری بنظر می رسد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.5.16.6]

Comparison of Medical Students' and Pediatric Residents' Practices in Medical Records at Amirkola Children Hospital

M.R. Esmaeili (MD) [1*], H. Abazari (MD) [2], H. Mohammadi Kenari (MD) [3]

1. Children's Non-Communicable Diseases Research Center , Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
2. Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
3. Education Development Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Received: Jul 19th 2009, Revised: Dec 9th 2009, Accepted: Mar 10th 2010.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Writing down medical records of patients in hospital helps physicians to diagnose the patients' disease and leads to establish medical care and treatment according to medical records. Incomplete recording of data in patients' files leads to complicated problems in medical, legal and economic fields. The goal of this study was to assess the quality of medical records written by pediatric residents, interns and medical students to improve the quality of them.

METHODS: In this cross sectional study, the records of patients hospitalized in Amirkola pediatric hospital were studied during 2005-2006. The files were randomly selected and the history, physical examination, progress note, record summaries and final diagnosis were assessed. All items were scored in data collection form and according to the scoring the assessment was categorized in 3 level (good, moderate, weak). Finally, data was analyzed and assessed.

FINDINGS: In this study, 730 files were assessed. The quality of writing history by residents, interns and medical students was moderate, moderate and weak, respectively (p=0.000). Quality of writing progress note was weak in three groups (p=0.000). Quality of writing physical examination was moderate in residents, moderate in interns and weak in students (p=0.000). Record summaries was good in residents and interns (p=0.009) and total quality was moderate in residents and interns (p=0.000).

CONCLUSION: This findings show that the quality of writing down medical records in residents and interns is moderate. Medical students were weak in all parts of our study. Training medical students in writing medical records seems to be necessary.

KEY WORDS: *Medical students, Residents, Interns, Medical records, Quality.*

[*] **Corresponding Author;**
Address: Children Hospital, Amirkola, Babol
Tel: +98 111 3242151-5
E-mail: esmaeilidooki@.yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.5.16.6]

References

1. Sobhani AR, Shojaei H, Vaghari SA, et al. Assessment of record summaries and history taking in internal ward. J Qazvin Univ Med Sci Health Serv 2000;12:52-8. [in Persian]
2. Murphy BJ. Principles of good medical record documentation. J Med Pract Manage 2001;16(5): 258-60.
3. Lin S. Bykly, sylajy pytrjy. Physical examination and history taking Barbarabytz. Translated by: Montazeri M, Goldian J, Khodaee M, Rafiee R. 1st ed, Arjmand Publishing 2007; p: 92. [in Persian]
4. Gamorr G. History of science, Translated by: Aram A. 1st ed, Tehran, Amirkabir Publishing 1958; pp: 22-4. [in Persian]
5. Bateni M, Hajari A. Medical records in Islam and Iran. International Congress of History of Islam and Iran, Tehran, Tehran University 1992; p:16. [in Persian]
6. Alelerson BA. Review of medical records. Australian Physician 1992;20(4):1004.
7. 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. Sci J Hamedan Univ Med Sci Health Serv 2009;16(2):45-9. [in Persian]
8. Wilson BE. Performance-based assessment of internal medicine interns: evaluation of base line clinical and communicator skills. Acad Med 2002;77(11):1158.
9. Wilkerson L, Lee M. Assessing physical examination skills of senior medical students: knowing how versus knowing then. Acad Med 2003;78(Suppl 10):S30-2.
10. Bykly LS, Pytrjy S. Physical examination and history taking Barbarabytz. Translated by Montazeri M, Goldian J, Khodaee M, Rafiee R. 1st ed, Arjmand Publishing 2007; pp: 24-25. [in Persian]
11. Kahooei M, Askari Majdabadi H. The quality survey of medical students and assistants practice in history taking and physical examination of patients. J Semnan Univ Med Sci 2001;3(1-2):45-52. [in Persian]
12. Rezaei R. Attitude and evaluation of doctors in Shiraz toward communication skills. Special Issue of Fourth National Conference on Medical Education 2000; p: 38. [in Persian]
13. Taban HA. Qualitative study of histories taken by internal residents from patients hospitalized in internal wards of Khorshid Medical Center in Esfahan. Special Issue of Fourth National Conference on Medical Education 2000; p:194. [in Persian]
14. Solomon DH, Schaffer JL, Katz JN, et al. Can history and physical examination be used as markers of quality? An analysis of the initial visit note in musculoskeletal care. Med Care 2000;38(4):383-91.
15. Lane JL, Ziv A, Bonlet JR. A pediatric clinical skills assessment using children as standardized patients. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153(6):637-44.
16. Mousavi Sh, Bazargan A, Malek F, et al. Self evaluation for quality improvement in department of internal medicine of Semnan University of Medical Sciences. J Semnan Univ Med Sci 2000;1(2):11-18. [in Persian]
17. Asefzadeh SS, Javadi HR. The results of the project of the supervision of first year medical students by senior students (mentorship) in Qazvin University of Medical Sciences and Health Services. Special Issue of Fourth National Conference on Medical Education 2000; p: 178. [in Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.5.16.6]