

میزان آگاهی و عملکرد دستیاران و دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی سمنان نسبت به مستند سازی مراقبت های ارائه شده به بیمار از دیدگاه پزشکی قانونی

مهدی کاهویی*، دکتر فرحناز صدوقی**، حسام الدین عسکری مجدآبادی***

* دانشجوی دکترای مدیریت اطلاعات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

** دکترای مدیریت اطلاعات بهداشتی و درمانی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

*** کارشناس ارشد آموزش بهداشت، عضو هیأت علمی (مربی) دانشگاه علوم پزشکی سمنان

چکیده

زمینه و هدف: از جمله عواملی که در طرح دعوی، پزشک نتوانسته از خود دفاع کند، عدم تکمیل پرونده بیمار بوده است. با توجه به حوزه اختیارات پزشکی قانونی هر شهرستان و اهمیت مستندسازی جهت حمایت از حقوق پزشکان، وضعیت آگاهی و عملکرد دانشجویان و دستیاران پزشکی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان در این زمینه مورد بررسی قرار گرفت.

روش ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، وضعیت آگاهی و عملکرد ۱۳۴ دانشجو و دستیار پزشکی نسبت به اصول مستندسازی مراقبت های ارائه شده، مورد بررسی قرار گرفت. ابزار اندازه گیری یک پرسشنامه ۱۲ سؤالی مربوط به آگاهی و یک چک لیست مربوط به عملکرد بود که پس از تأیید اعتبار و روایی آن مورد استفاده قرار گرفت. داده ها از طریق مصاحبه با دستیاران و مطالعه پرونده های پزشکی بیماران جمع آوری شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که ۴۰٪ دستیاران از جنبه های قانونی مستندسازی اطلاع داشتند. ۲۵٪ از نحوه کاربرد اختصارات در ثبت تشخیص نهایی و اعمال جراحی اطلاع داشتند. ۱۴٪ آنان می دانستند سقف مدت زمان تأیید دستورات شفاهی چند ساعت است. بین میزان آگاهی و دوره آموزشی رابطه معنی داری مشاهده گردید ($p < 0/05$). تنها ۱۰٪ پرونده بیمار را خوب تکمیل می کردند. اکثر جامعه پژوهش، گرایش به ثبت اطلاعات بالینی داشته و نسبت به سایر اطلاعاتی که در مراجع قانونی حایز اهمیت است کمتر توجه داشتند. بین وضعیت عملکرد، دوره آموزشی و آگاهی رابطه معنی داری مشاهده گردید ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه ضروری است در فرایند آموزشی بالینی مواردی از قبیل هماهنگی بین دروس تئوری و عملی، تأکید بر جنبه های قانونی پزشکی، بررسی کمی و کیفی گزارش صبحگاهی و نظارت دقیق اساتید و پزشکان معالج بر فرایند مستندسازی پرونده پزشکی و بازخورد آن به دانشجویان و دستیاران مد نظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: آگاهی، عملکرد، دانشجویان و دستیاران پزشکی، مستند سازی، پزشکی قانونی.

وصول مقاله: ۱۳۸۵/۱۲/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۴/۱۳

نویسنده پاسخگو: سمنان، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پرستاری، گروه پیراپزشکی k47522000@yahoo.com

مقدمه

همکاران نشان داد از ۶۱۵ پرونده شکایت، بیشترین شکایت به جراحان عمومی و پزشکان عمومی اختصاص داشته است (۳). نگاهی گذرا به آمار و کیفیت پرونده های جرایم پزشکی نشان می دهد، یکی از علل افزایش میزان شکایت ها، عدم آگاهی صاحبان حرف پزشکی از مسایل حقوقی و مقررات حاکم بر حرفه پزشکی و مسئولیت پزشکان در قبال بیماران است (۴). یکی از مسؤولیت های پزشک در قبال بیمار، تکمیل پرونده پزشکی بیمار و تأیید گزارشات آن است (۵).

از نظر قانون سند عبارت است از نوشته ای که در مقام دعوی، قابل دفاع و استناد باشد (۱). امروزه علی رغم تلاش جامعه پزشکی و کادر بهداشتی و درمانی و نیز پیشرفت تکنولوژی درمانی و تقدس خاص این رشته، متأسفانه میزان نارضایتی و شکایت بیماران از کادر پزشکی رو به افزایش است (۲). مطالعه انجام شده توسط عمومی و

در دسته خوب قرار گرفتند. همچنین چک لیست عملکرد مشتمل بر ۴۰ مورد بود که وضعیت ثبت اطلاعات هویتی، اداری و بالینی بیمار و نحوه اعتباردهی به گزارشات را مورد بررسی قرار داد. منظور از اطلاعات اداری، ثبت تاریخ و ساعت مواردی از قبیل پذیرش، ترخیص، انتقال، فوت و دستورات دارویی می‌باشد. همچنین منظور از اعتباردهی، خوانا بودن گزارش، وجود مهر و امضا و شماره نظام پزشکی و تاریخ در گزارش می‌باشد.

وضعیت عملکرد با توجه به میزان انعکاس اطلاعات مربوطه در پرونده بیمار، در ۴ گروه دسته بندی شدند. گروه اول ۵۰-۰٪ در دسته خیلی ضعیف، گروه دوم ۷۰-۵۰/۱٪ در دسته ضعیف، گروه سوم ۹۰-۷۰/۱٪ در دسته متوسط و گروه چهارم ۱۰۰-۹۰/۱٪ در دسته خوب دسته بندی شدند. در سنجش عملکرد به ترتیب برای کارآموزان بالینی اوراق شرح حال، برای دستیاران و کارورزان بالینی، شرح حال، دستور پزشک و خلاصه پرونده مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه در هر بیمارستان ابتدا تاریخ شروع و خاتمه دوره آموزشی دانشجویان پزشکی (کارآموز و کارورز) از طریق سوپروایزر آموزشی سؤال شد (به استثنای دستیاران که در بخش های تخصصی ثابت هستند) با به دست آوردن فهرستی از اسامی دانشجویان یک هفته قبل از پایان دوره آموزش، تاریخ آخرین کشیک یا آخرین کارورزی یا کارآموزی هر دانشجو مشخص گردید. با اطمینان از اینکه دانشجو یا دستیار مورد نظر در بخش یا درمانگاه تخصصی حاضر است و با اطمینان از مصاحبه با بیمارار و تحت درمان قرار گرفتن بیمارار و تکمیل پرونده آنها، بدون اطلاع دانشجویان، پرونده بیمارار در زمان بستری بیمار (در صورت امکان)، یا به هنگام ترخیص از بیمارستان در واحد حسابداری و پس از ترخیص بیمار، در بخش مدارک پزشکی، مورد بررسی قرار گرفت. از بین چند پرونده پزشکی که توسط جامعه پژوهش تکمیل شده بود، بطور تصادفی یک پرونده انتخاب شد. در مورد دستیاران، با مشخص شدن تاریخ کشیک آنان در درمانگاه های تخصصی و بخش های بستری، وضعیت عملکرد آنان همانند دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت. چون توزیع پرسشنامه آگاهی همزمان با بررسی عملکرد ممکن بود بر روی رفتار جامعه آماری تأثیر بگذارد. لذا توزیع پرسشنامه های آگاهی بعد از اتمام بررسی عملکرد شروع شد. داده ها از طریق روش های آماری توصیفی و استنباطی و آزمون X^2 و تاکندال C مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در مورد وضعیت آگاهی دانشجویان و دستیاران پزشکی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، یافته ها نشان داد تنها ۶/۱٪ جامعه از سقف مدت زمان تکمیل برگ شرح حال بیمار مطلع بودند. ۱۴/۵٪ جامعه پژوهش می دانستند سقف مدت زمان دستورات شفاهی چند ساعت است. از بین جامعه آماری، ۶/۱٪ از نحوه

پرونده بیمار، در مراجع قانونی به عنوان قاضی، نقطه عطف دعاوی گروه های ذی نفع می باشد و از حقوق بیمار، کادر درمانی و بیمارستان حمایت نموده، موجب کسب مصونیت برای گروه پزشکی در مقابل دعاوی بیمارار می گردد (۶).

از جمله عواملی که توانسته در طرح شکایت از پزشکان، پزشک را مورد اتهام قرار دهد، نگرفتن یا ناقص گرفتن شرح حال بیمار و عدم تکمیل پرونده بیمار می باشد (۳). در مورد سوانح، اولین اقدام درک صحیح از ماهیت و شدت ضایعه است. لذا ثبت دقیق ماهیت و میزان آسیب دیدگی عضو مربوطه از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۷). در بیمارستان های آموزشی، پس از اتمام دوره آموزش و کسب مهارت عملی و ارتباط با بیمارار این انتظار می رود که دستیاران و دانشجویان پزشکی نسبت به تکمیل پرونده بیمار و اصول اعتبار دهی و مستندسازی آن، آگاهی لازم را داشته باشند (۸). با توجه به اهمیت پرونده بیمار در مراجع قضایی، میزان آگاهی و عملکرد دانشجویان و دستیاران پزشکی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان نسبت به اصول مستندسازی پرونده بیمار مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی وضعیت آگاهی و عملکرد ۱۳۴ نفر (۴۸ نفر کارآموز بالینی، ۶۷ نفر کارورز بالینی و ۱۹ نفر دستیار) از دانشجویان و دستیاران پزشکی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان نسبت به مستند سازی مراقبت های ارائه شده به بیمار مورد بررسی قرار گرفته است. اطلاعات از طریق پرسشنامه ای مربوط به آگاهی و چک لیستی در ارتباط با عملکرد افراد تکمیل گردید. اعتبار و روایی آنها براساس اطلاعات مندرج در برگه های مصوبه وزارت متبوع، مراجعه به کتب مرجع، مشورت با اساتید مربوطه، تأیید انجمن علمی مدارک پزشکی ایران و استفاده از نظرات آنان بوده است. پایایی پرسشنامه توسط آزمون Test-Retest و پایایی چک لیست با استفاده از روش بین ناظر (Intra-rater) مورد بررسی قرار گرفت که ضریب همبستگی ۹۵٪ به دست آمد.

پرسشنامه آگاهی، مشتمل بر ۱۲ سوال ۵ امتیازی بود که میزان آگاهی جامعه آماری را نسبت به ثبت حداقل اطلاعات هویتی بیمار، نوع اطلاعات مندرج در گزارشات پزشکی، نحوه گزارش در صورت فقدان برگه مربوطه، نحوه اصلاح مندرجات پرونده، مسؤول اصلی تکمیل پرونده، استفاده از اختصارات در گزارش تشخیص نهایی و عمل جراحی، سقف مدت زمان تأیید دستورات شفاهی و نحوه اعتبار دهی به گزارشات، مورد بررسی قرار داد.

وضعیت آگاهی با توجه به پاسخ های مثبت جامعه آماری به سؤالات، در ۳ گروه دسته بندی شد. گروه اول ۲۰-۰٪ امتیاز در دسته ضعیف، گروه دوم ۴۰-۲۵٪ امتیاز در دسته متوسط، گروه سوم ۶۰-۴۵٪

نحوه اعتباردهی به گزارشات را به طور کامل ثبت کرده بودند و حداکثر ۷۱٪ آنان اطلاعات بالینی را در این برگ به طور کامل نوشته بودند. در بررسی برگ خلاصه پرونده در بین کارورزان و دستیاران، از بین افراد مذکور، تنها ۵۰٪ اطلاعات هویتی و ۸۴٪ اطلاعات بالینی را به طور کامل درج کرده بودند. همچنین در بررسی برگ دستورات پزشک، تنها ۳۸٪، اطلاعات هویتی را ثبت کرده بودند. به طور کلی در بررسی وضعیت عملکرد، نتایج نشان داد فقط ۱۰٪ جامعه آماری از عملکرد خوب برخوردار بودند. همچنین بین آگاهی و عملکرد رابطه معنی داری مشاهده گردید ($p < 0.05$) (جدول ۳).

جدول ۳- رابطه بین عملکرد و آگاهی دانشجویان و دستیاران نسبت به مستندسازی پرونده پزشکی بیمار در سال ۸۴

آگاهی	ضعیف	متوسط	خوب	جمع
تعداد(٪)	تعداد(٪)	تعداد(٪)	تعداد(٪)	تعداد(٪)
خیلی ضعیف	۴۰(۵۰)	۰(۰)	۰(۰)	۴۰(۳۰)
ضعیف	۲۸(۳۴)	۰(۰)	۰(۰)	۲۸(۲۱)
متوسط	۱۳(۱۶)	۴۰(۹۳)	۰(۰)	۵۳(۳۹)
خوب	۰(۰)	۳(۷)	۱۰(۱۰۰)	۱۳(۱۰)
جمع	۸۱(۱۰۰)	۴۳(۱۰۰)	۱۰(۱۰۰)	۱۳۴(۱۰۰)

اصلاح مندرجات در گزارشات اطلاع داشتند و ۲۵/۲٪ از نحوه کاربرد اختصارات در ثبت تشخیص نهایی و عمل جراحی اطلاع داشتند. آزمون‌های آماری بین میزان آگاهی و دوره آموزشی رابطه معنی داری نشان داد، به طوری که دانشجویان کارورز از آگاهی بیشتری برخوردار بودند ($p < 0.05$). ۴۳ نفر از دانشجویان نسبت به اصول مستندسازی مراقبت های ارایه شده به بیماران از آگاهی نسبی برخوردار بودند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی آگاهی و عملکرد دانشجویان و دستیاران پزشکی نسبت به اصول مستندسازی مراقبت های ارایه شده به بیماران در سال ۸۴

وضعیت	آگاهی (عملکرد)	خوب	متوسط	ضعیف	خیلی ضعیف
مقطع آموزشی					
کارآموز بالینی		۱۲(۲۶)	۳۶(۳)	۹(۰)	
کارورز بالینی		۲۷(۲۳)	۳۰(۱۸)	۲۴(۲)	
دستیار تخصصی		۴(۴)	۱۵(۷)	۷(۱)	
جمع		۴۳(۵۳)	۸۱(۲۸)	۴۰(۴۰)	

در بررسی وضعیت عملکرد دانشجویان کارورز بالینی و دستیاران تفاوت معنی داری مشاهده نشد. اما در بررسی مقایسه ای عملکرد کارآموزان و کارورزان بالینی و دستیاران در تکمیل برگ شرح حال، تفاوت معنی داری مشاهده گردید به طوری که دانشجویان کارآموز بهتر از سایرین اوراق شرح حال بیماران را تکمیل می کردند ($p < 0.05$) (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی عملکرد دانشجویان و دستیاران پزشکی نسبت به تکمیل برگ شرح حال بیمار در سال ۸۴

عملکرد	کارآموز بالینی	کارورز بالینی	دستیار تخصصی	جمع
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
خیلی ضعیف	۸(۱۷)	۲۴(۳۵/۸)	۶(۳۱)	۳۸(۲۸)
ضعیف	۲(۴)	۱۵(۲۲/۴)	۶(۳۱)	۲۳(۱۷)
متوسط	۲۷(۵۶)	۲۳(۳۴/۳)	۴(۲۱)	۵۴(۴۰)
خوب	۱۱(۲۳)	۵(۷/۵)	۳(۱۷)	۱۹(۱۵)
جمع	۴۸(۱۰۰)	۶۷(۱۰۰)	۱۹(۱۰۰)	۱۳۴(۱۰۰)

یافته های این پژوهش نشان داد که تنها تعداد اندکی از دانشجویان و دستیاران از اهمیت پر کردن برگ شرح حال در مدت زمان ۲۴ ساعت اول پذیرش بیمار آگاه بودند. لازم به ذکر است این زمان هم از نظر معاینات بدنی در تشخیص بیماری و ادامه درمان توسط سایر پرسنل درمان و هم از نظر مسایل قانونی از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۵).

تعداد معدودی می دانستند در صورت اضطرار و صدور دستور شفاهی، حداکثر پس از چند ساعت باید دستور مزبور در برگ دستورات پزشک ثبت گردد. شاید بی اطلاعی اکثر این افراد، ناشی از عدم برخورد آنها با این گونه مسایل و یا نبودن مقررات خاص در بیمارستان محل خدمت آنها بوده است. بحث پیرامون جنبه های پزشکی و قانونی اسناد و مدارک پزشکی مستلزم اطلاع از استانداردهای تعیین شده توسط موسسات ذیربط و شناخت قوانین و مقررات جاری بیمارستان، آگاهی

از قوانین حرفه‌ای و مقررات هر یک از گروه‌های اجتماعی نسبت به پرونده پزشکی است (۶).

اطلاعات حاصل از این پژوهش همچنین حاکی از این بود که فقط تعداد معدودی از دانشجویان و دستیاران از نحوه اصلاح مندرجات در گزارش‌ها اطلاع داشتند. همچنین تعداد کمی از آنان در ارتباط با عدم استفاده از اختصارات در ثبت تشخیص نهایی و عمل جراحی اطلاع داشتند. به منظور جلوگیری از هر گونه ابهام در تشخیص بیماری و اعمال جراحی انجام شده برای بیمار، مراجع قضایی الزام کرده اند که از کاربرد اختصارات در گزارش تشخیص نهایی و عمل جراحی خودداری گردد (۵).

یافته‌ها نشان داد دانشجویان کارورز بالینی بیش از همه آگاهی داشتند در صورتی که انتظار می رود دستیاران، به سبب تجربه کاری بیشتر در محیط کارورزی و کارآموزی، بیش از کارورزان از اصول مستندسازی پرونده پزشکی بیمار آگاهی داشته باشند شاید آگاهی ضعیف دستیاران به خاطر حجم زیاد کارهای محول شده در بخش‌های سرپایی و بستری به آنان باشد که سبب شده به مرور زمان این گونه اطلاعات را به فراموشی بسپارند.

شرایط اعتبار اسناد پزشکی شامل: استاندارد بودن و نسخه اصلی بودن گزارش، امضاء و ثبت مشخصات و شماره و مهر نظام پزشکی، صحت مطالب، ثبت تاریخ و ساعت دقیق به ویژه ساعت و تاریخ پذیرش، اجرای دستورات پزشک، عمل جراحی، ترخیص و فوت و ناقص نبودن اطلاعات پزشکی است (۶).

با وجود تنظیم گزارش‌ها توسط جامعه پژوهش که حاوی امضای نویسنده بود ولی همانطور که اشاره شد تنها امضای پزشک و تأیید توسط وی، دلیل اعتبار گزارش پزشکی نیست. براساس نتایج این مطالعه، تعداد کمی، گزارش‌های پزشکی را در سطح خوب تنظیم کرده بودند. عوامل متعددی از جمله نحوه برقراری ارتباط با بیمار می تواند در ناقص بودن گزارش‌ها مؤثر باشد (۲).

نتایج ارزیابی درونی گروه آموزشی داخلی دانشکده پزشکی سمنان که توسط موسوی و همکاران انجام شد، نشان داد که دوره‌های کارآموزی در ایجاد مهارت چگونگی برقراری ارتباط با بیمار و دوره‌های کارورزی در ایجاد مهارت معاینه فیزیکی ناموفق بوده‌اند (۹). بدیهی است ارتباطات ناقص با بیمار منجر به کسب اطلاعات ناقص می‌شود (۱۰). چنانکه مطالعه Pau و همکاران به منظور بررسی میزان ثبت حساسیت دارویی بیماران توسط پزشکان و دستیاران و دانشجویان پزشکی بر روی برگ شرح حال ۴۹ بیمار، نشان داد، ۲۰٪ از موارد حساسیت‌های دارویی در برگ شرح حال بیماران ثبت نشده بود. این مطالعه نشان داد که موارد ثبت نشده به خاطر عدم توانایی بیماران در ذکر آنها نبوده است بلکه به خاطر قصور پزشکان و دستیاران و دانشجویان پزشکی در کسب اطلاعات کامل از بیماران بوده است (۱۱). مطالعه انجام شده توسط محفوظی و همکاران در پزشکی قانونی تهران نشان داد، از ۱۲۶۶ پرونده، مربوط به شکایت از قصور پزشکی که

توسط آنان مورد بررسی قرار گرفت، در ۱۰٪ دستیاران به عنوان متهم شناخته شدند (۲).

در بررسی پرونده‌های پزشکی دانشجویان و دستیاران این مطالعه، در مورد بیمارانی که به خاطر سوانح تحت درمان قرار گرفته بودند، در اکثر پرونده‌ها اطلاعات مربوط به نوع ضایعه و علت درگیری خیلی مختصر گزارش شده بود. گاهی اوقات این گونه می‌توان فرض کرد که دانشجویان و دستیاران، اطلاعات کاملی از بیماران کسب می‌کنند ولی همه اطلاعات را در گزارش ثبت نمی‌کنند. Moran و همکاران با فیلم‌برداری از مصاحبه دستیاران با بیماران متوجه شدند که از تمامی مصاحبه‌های انجام شده فقط ۵۰٪ آنها در پرونده بیمار ثبت شده است (۱۲).

در مورد نحوه تهیه شرح حال توسط کارورزان نتایج مطالعه انجام شده در دانشگاه شهید صدوقی یزد، حاکی از آن بود که به رغم وجود برگ شرح حال بیماران در پرونده، متأسفانه اطلاعات مفیدی در آن ثبت نمی‌شده است (۱۳). بررسی کیفی گزارش‌های درج شده در پرونده بیمار توسط دستیاران در شهر اصفهان نشان داد که دستیاران پزشکی پرونده بیمار را بطور ناقص تکمیل کرده بودند (۱۴).

البته عوامل دیگری هستند که تأثیر غیر مستقیم بر روی ثبت گزارش‌ها دارند. از جمله این عوامل، فرم و محتوای سؤالات موجود در گزارش‌ها است، به طوری که فرم‌های خوب طراحی شده می‌توانند فرایند ثبت اطلاعات را ساده نمایند و بهبود بخشند (۱۵، ۵).

در بررسی برگ خلاصه پرونده بیماران، یافته‌ها نشان داد که در تشخیص نهایی و اعمال جراحی از اختصارات استفاده شده است. مطالعه انجام شده در اسپانیا به منظور مشخص کردن میزان استفاده از اختصارات در برگ خلاصه پرونده بیماران، نشان داد در هر قسمت از مندرجات برگ مزبور، میزان استفاده از اختصارات عبارت بود از اطلاعات شخصی ۷۴٪، معاینات بدنی ۸۷/۲٪، و توضیحات تکمیلی ۹۵/۸٪، به طوری که زیاده روی در به کارگیری اختصارات کاملاً واضح و مشخص بود (۱۶).

از مسایل مهم دیگری که می‌تواند علاوه بر ایجاد عدم اعتماد، مشکلات درمانی و قانونی به همراه داشته باشد، عدم ثبت عوارض احتمالی در حین درمان، در خلاصه پرونده بیمار و مخفی کردن از همراهان وی می‌باشد (۱۷). همچنین تشخیص‌های نهایی غلط و یا عدم تطابق با طبقه‌بندی‌های بین‌المللی از جمله مواردی است که می‌تواند پیگردهای قانونی را به دنبال داشته باشد در مطالعه‌ای که به همین منظور در فرانسه انجام شده است ۴۰٪ از تشخیص‌های نهایی و ۳۲٪ از اعمال جراحی و اقدامات درمانی با طبقه‌بندی‌های بین‌المللی مطابقت نداشتند (۱۸).

با توجه به آگاهی و عملکرد ضعیف اکثریت جامعه آماری، بررسی و ارزیابی فرایند آموزش بالینی دانشجویان و دستیاران پزشکی در بخش‌های سرپایی و بستری در سطح بیمارستان‌های آموزشی لازم و ضروری به نظر می‌رسد. از جمله می‌توان به هماهنگی بین دروس

حکم پزشکی قانونی برای کادر پزشکی در نظر بگیرد، لذا امید است با رفع نواقص و موارد ذکر شده، از طریق آموزش به دانشجویان پزشکی و نظارت مستمر بر روی مستندسازی مراقبت‌های ارائه شده به بیماران، شاهد سیر نزولی شکایت از پزشکان و گروه پزشکی باشیم.

تقدیر و تشکر

از همکاری شورای محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان به دلیل حمایت مالی و نیز از رؤسای محترم بیمارستان‌های آموزشی کمال تشکر را داریم.

آزمون‌های آماری تفاوت معنی‌داری بین وضعیت آگاهی دانشجویان و دستیاران نسبت به اصول مستندسازی نشان دادند، بطوری‌که دانشجویان کارورز بیش از سایرین از آگاهی بیشتری برخوردار بودند ($P < 0.05$).

آزمون‌های آماری تفاوت معنی‌داری را بین عملکرد دانشجویان و دستیاران نشان داد، بطوری‌که دانشجویان کارآموز بهتر از سایرین برگ شرح حال بیمار را تکمیل کردند ($P < 0.05$).

آزمون‌های آماری رابطه معنی‌داری بین وضعیت آگاهی و عملکرد نشان دادند ($P < 0.05$).

تئوری و عملی، تأکید بر جنبه‌های قانونی پزشکی، بررسی کمی و کیفی گزارش صبحگاهی، بررسی شیوه آموزشی و آموزش مهارت عملی اشاره نمود (۹).

شاید طرح Mentorship، طرح سرپرستی دانشجویان سال اول پزشکی توسط دانشجویان سال بالاتر که در برخی از دانشگاه‌های اروپا انجام می‌گیرد، به منظور رفع بعضی از نواقص ذکر شده، اثر بخش باشد. طبق مطالعه انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی قزوین، با اجرای این طرح و نظر سنجی دانشجویان، نتایج نشان داد دانشجویان از این شیوه هدایت دانشجویی استقبال کردند و به مداومت آن تأکید داشتند (۱۹). ضمن اینکه نظارت دقیق اساتید و پزشکان معالج بر فرآیند مستند سازی روندهای پزشکی و بازخورد آن به دانشجویان و دستیاران را نباید فراموش کرد. مطالعات نشان داده این عمل، فرآیند ثبت اطلاعات را در دانشجویان و دستیاران بین ۶۰ تا ۸۰٪ بهبود می‌بخشد (۲۰).

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های این مطالعه و با توجه به اینکه نظام پزشکی هر شهرستان می‌تواند مجازات‌هایی از تذکر یا توبیخ شفاهی تا محرومیت دایم از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته را براساس

منابع

- ۱- امیرشاه محمد. مبانی مدیریت اسناد. چاپ چهارم، انتشارات مرکز آموزشی مدیریت دولتی، تهران، ۱۳۷۲؛ ص: ۱۸.
- ۲- محفوظی علی، تقدسی‌نژاد فرزاد، عابدی خوراسگانی حمید، بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته بیهوشی ارجاع شده به کمیسیون سازمان پزشکی قانونی کشور در شش سال منتهی به اسفند ۱۳۷۸، مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۳۸۱؛ ۲۶(۲): ۱۰-۴.
- ۳- عمویی محسن، سلطانی کیوان، کاهانی عباس، نجاری و روحی مریم، بررسی موارد قصور پزشکی ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی در سال ۱۳۷۸، مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۳۷۸؛ ۶(۲۱): ۲۳-۱۵.
- ۴- دیوسالار ن، سقط جنین، مجله علمی پزشکی قانونی، سال هشتم، ۱۳۸۱؛ ۸(۲۶): ۶-۵۳.
- 5- Huffman EK. Health informayion management. 10thed. Physician record co, Beruyn Illinois 1999: 12-17
- ۶- صدرالدینی فاطمه، مدارک پزشکی قانونی، مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۳۷۷؛ ۴(۳): ۸۴-۱۰۲.
- ۷- ظفرقندی مرتضی، عباسی کیوان، شیوع و شاخص‌های حوادث ناشی از کار و سنجش آسیب‌های حاصله براساس ISS در سه
- مرکز درمانی در سطح شهر تهران، بیمارستان سینا، شهادی تجریش و شهید فیاض بخش، مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۳۷۷؛ ۴(۱۵): ۱۷-۱۰.
- ۸- کاهویی مهدی، عسکری مجدآبادی حسام‌الدین، بررسی کیفی عملکرد دانشجویان و دستیاران پزشکی نسبت به اخذ شرح حال و معاینات فیزیکی بیمار، مجله علمی پژوهشی کومش. ۱۳۸۴؛ ۳(۲): ۵۲-۴۵.
- ۹- موسوی شاهرخ، بازرگان عباس، ارزیابی درونی فرایندی برای ارتقاء کیفیت آموزش پزشکی، در مورد گروه آموزش داخلی دانشگاه علوم پزشکی سمنان. مجله علمی- پژوهشی کومش. ۱۳۸۴؛ ۱(۲): ۱۱.
- 10- Evan BJ, Stanley OR, Burrows GD, Sweet B. lectures and skills workshops as teaching formats in history- taking skills course for medical students. Med Educ 2005 :23: 364-70.
- 11- Pau AK, Morgan SE, Terlingo A. Drug alleragey documentation by physicians, nurse, medical student. Am SHosp Pharm 2005; 46: 570-3.
- 12- Moran MT, Wiser TH, Nanda J, Gross H.

- ۱۷ - سازمان نظام پزشکی ایران، مراقبت بیمارستانی ناقص، نشریه داخلی نظام پزشکی، ۱۳۸۳، ۵:۴۴.
- 18- Vergnon P. Quality assessment of medical information on the standardized discharge summery. *Rev Epidemio Sante Publique* 2005, 46(1): 24-33
- ۱۹ - آصف زاده سعید، جوادی شهرام، نتایج اجرای طرح سرپرستی دانشجویان سال اول پزشکی توسط دانشجویان بالاکتر (Mentorship) در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین، مجله دانشکده پزشکی (ویژه نامه چهارمین همایش کشوری آموزش پزشکی)، ۱۳۸۳؛ ص: ۱۷۸
- 20- Opila DA. The impact of feedback to medical house staff on chart documentation and quality of care in the outpatient service. *J Gen Intern Med* 2004;12(6):352-6
- Measuring medical documentation practices. *J Med Edu* 2004; 63 (11): 859-65
- ۱۳ - ضیایی ثریا. تحلیلی بر کیفیت مدارک پزشکی سه نوع بیماری گوارشی، پژوهش در پزشکی ۱۳۸۲؛ ۲۰(۴): ۳۰.
- ۱۴ - تابان حسن، بررسی کیفی شرح حال های اخذ شده توسط دستیاران گروه داخلی از بیماران بستری شده در بخش های داخلی مرکز پزشکی خورشید اصفهان، مجله دانشکده پزشکی (ویژه نامه چهارمین همایش کشوری آموزش پزشکی) ۱۳۸۳؛ ص: ۱۹۴
- 15- Hamill J, paice civil I. Trauma from documentation in major trauma. *NZ Med* 2005; 113: 146-8.
- 16- Vianan- Alonso A, De-La-Morena- Fernandez J. Abbreviation or acronyms in the internal medicine discharge reports study group of quality of information in internal medicine(Castill-lamanch). *An Med Interna* 2004; 15 (4): 196-8.