

عوامل مؤثر و بازدارنده در گرفتن شرح حال بیمار از دیدگاه دانشجویان پزشکی بیرجند در سال ۱۳۸۹-۹۰

زهرا خزاعی^۱، طاهره خزاعی^{۲*}، محمد حسن نمایی^۳، الهام جانانه^۴

۱- استادیار، گروه زنان، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

۲- عضو هیئت علمی، گروه اطاق عمل و هوشبری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

۳- استادیار، گروه علوم آزمایشگاهی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

۴- پزشک، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۶/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۰/۲

چکیده

سابقه و اهداف: اخذ شرح حال کامل و انجام معاینات فیزیکی، به پزشک کمک می‌نماید تا ضمن تشخیص صحیح بیماری، برنامه مراقبت و درمان بیمار را به درستی طراحی کند. با توجه به تأثیر عوامل زیاد در شرح حال نویسی، مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر و بازدارنده در گرفتن شرح حال از دیدگاه دانشجویان پزشکی انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۸۹-۹۰ روی ۱۳۷ نفر از دانشجویان پزشکی (کارآموز، کارورز) در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شد. برای تعیین دیدگاه دانشجویان از پرسش نامه و بررسی عملکرد آنان از چک لیست محقق ساخته استفاده گردید. دیدگاه دانشجویان به روش سرشماری و عملکرد آنان به صورت تصادفی سیستماتیک مشخص و اطلاعات در نرم افزار SPSS وارد و با آمار توصیفی و استنباطی (T-test) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره عوامل انگیزشی (۴۰/۴۰) نسبت به عوامل بازدارنده (۹/۵۹) برتری داشت. در میان عوامل انگیزشی گزینه «گرفتن شرح حال پایه‌ای برای تشخیص درست و درمان بیمار» بیشترین نمره (۳/۵۸) و در میان عوامل بازدارنده گزینه «گرفتن شرح حال تنها برای انجام رفع تکلیف» بیشترین نمره (۲/۵۷) را به خود اختصاص داده بود و همچنین تفاوت معنی داری در عملکرد کارآموزان با کارورزان در گرفتن و ثبت شرح حال وجود داشت ($P < 0/005$).

نتیجه‌گیری: علی‌رغم نگرش مثبت دانشجویان نسبت به عوامل مؤثر در گرفتن شرح حال، عملکرد آنان در ثبت نشانه‌های بیماری و تشخیص و درمان بیماران رضایت بخش نبود که نیازمند توجه و نظارت دقیق اساتید بر فرآیند شرح حال گیری می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: دانشجویان پزشکی، دیدگاه، عملکرد، شرح حال گیری، معاینه فیزیکی

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۵۶۱-۴۴۴۳۰۴۱-۹، آدرس الکترونیکی: Azar.khazaei@yahoo.com

ارجاع به این مقاله به صورت زیر است:

Khazae Z, Khazae T, Namayi M. H. Jananeh E. *The effective and preventive factors of taking patients' history from the viewpoint of the students of Birjand Medical School in 2010-2011*. Journal of Medical Education and Development. 2013; 8(1): 14-21

مقدمه

گرفتن شرح حال و انجام معاینات فیزیکی و ثبت آن به تشخیص و طراحی برنامه مراقبت و درمان بیمار کمک شایانی می‌نماید. ثبت یافته‌ها در طی مدت بستری، سیر بیماری و خلاصه سازی پرونده از اصولی‌ترین بخش‌های مدارک پزشکی می‌باشند که تهیه و تنظیم این گزارشات علاوه بر کمک به تشخیص و اداره بیمار در طی مدت بستری، از عواقب نامطلوب پزشکی، اقتصادی و قضایی برای بیمار، پرسنل پزشکی و بیمارستان پیشگیری می‌نماید (۵-۱).

سابقه ثبت مدارک پزشکی در آثار مربوط به خطوط تصویری غارنشته‌ها از هزاران سال پیش وجود دارد (۶). در تمدن ایران اسلامی، زکریای رازی در شرح حال نویسی و تجزیه و تحلیل اطلاعات پزشکی به روش‌های کنونی از همه معروف‌تر بود. از ابن سینا نیز مجموعه‌ای عظیم از نوشته‌های طبی و یادداشت‌های بالینی روزانه برجای مانده است (۷).

یکی از مشکلات نظام مراقبتی، پرونده‌های ناقص یا بلا تکلیف یا مشمول اهمال در بخش‌های مدارک پزشکی می‌باشد. بر اساس گزارش‌های موجود، مشکلات مربوط به عدم ثبت کامل اطلاعات پرونده پزشکی و مستندسازی، یک چالش جهانی است، به خصوص در کشورهای در حال توسعه که این امر شکل پیچیده‌تری به خود گرفته است (۸). مطالعات انجام شده در ایران نیز گویای عدم مستندسازی مناسب پرونده‌های پزشکی است (۹).

گرفتن شرح حال از مهم‌ترین مهارت‌های بالینی است که دانشجویان پزشکی در طی دوره آموزشی خود فرا می‌گیرند و متأسفانه به دلیل سهل انگاری در آموزش این بخش و گاهی کم توجهی به آن در بخش‌های آموزشی توسط مسئولین بخش، این امر به خوبی اجرا نمی‌شود.

در مطالعه محمدرضا اسماعیلی در دانشگاه علوم پزشکی بابل، عملکرد دستیاران و کارورزان در ثبت پرونده‌های پزشکی متوسط و عملکرد کارآموزان در ثبت گزارش‌های پزشکی ضعیف و دور از انتظار بوده است (۱).

در مطالعه دیگری در دانشکده پزشکی آزاد و دولتی اردبیل پس از یک دوره کارگاه اصول پرونده نویسی برای دانشجویان پزشکی مشاهده شد که دقت و مهارت پرونده نویسی در کارورزان آموزش دیده بهتر و کامل‌تر بود (۱۰).

اما در مطالعه فرزندی پور در دانشگاه علوم پزشکی کاشان، نشان دادند که اجرای مکانیسم آموزش در قالب کارگاه به تنهایی تأثیری بر ارتقای اصول تشخیص نویسی در پرونده‌های پزشکی نداشته و پیشنهاد شده راهکارهای مؤثرتری در نظر گرفته شود (۳).

با توجه به بررسی‌های به عمل آمده تا زمان تحقیق هیچ مطالعه‌ای که در آن عوامل انگیزشی و بازدارنده در شرح حال نویسی توسط دانشجویان پزشکی مورد ارزیابی قرار گرفته باشد، یافت نشد و مطالعات موجود صرفاً به بررسی وضعیت موجود پرونده نویسی پرداخته بودند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل انگیزشی و بازدارنده در گرفتن شرح حال از دیدگاه دانشجویان پزشکی صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - مقطعی بر روی ۱۳۷ نفر از دانشجویان پزشکی (کارآموز و کارورز) در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد. به منظور جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه و چک لیست محقق ساخته استفاده گردید.

پس از بررسی متون و جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی و نظرخواهی از اساتید و دانشجویان، عوامل انگیزشی و بازدارنده‌ای که در گرفتن شرح حال مؤثر بودند، مشخص شد و پرسشنامه‌هایی بر اساس آن برای تعیین دیدگاه دانشجویان کارورز و کارآموز جداگانه تنظیم گردید. پرسشنامه‌ها شامل ۳ بخش: ۱- اطلاعات دموگرافیک، ۲- عوامل انگیزشی (دارای ۱۳ سؤال) (حداکثر نمره ۶۵ و حداقل نمره ۱۳)، ۳- عوامل بازدارنده (دارای ۴ سؤال) (حداکثر نمره ۲۰ و حداقل نمره ۴) بود.

یافته‌ها

در بین ۱۳۷ نفر از دانشجویان مورد مطالعه ۱۰۱ نفر (۷۳/۷) مؤنث، ۳۶ نفر (۲۶/۳) مذکر، ۹۹ نفر (۷۲/۳) مجرد و ۳۸ نفر (۲۷/۷) متأهل بودند. میانگین سن دانشجویان $23/76 \pm 1/31$ و میانگین معدل نیمسال گذشته $17/20 \pm 1/04$ بود. میانگین نمره عوامل انگیزش $40/40 \pm 5/51$ (حداقل ۱۳، حداکثر ۶۵) و میانگین نمره عوامل بازدارنده $9/59 \pm 3/07$ (حداقل ۴، حداکثر ۲۰) بود.

بالاترین میانگین نمره از عوامل انگیزشی در گرفتن شرح حال، مربوط به گزینه‌ی «گرفتن شرح حال پایه‌ای برای تشخیص درست و درمان بیمار» بود (جدول ۱).

بالاترین میانگین نمره از عوامل بازدارنده در گرفتن شرح حال مربوط به گزینه‌ی «گرفتن شرح حال تنها برای انجام رفع تکلیف» بود (جدول ۲).

مقایسه میانگین نمره عوامل انگیزشی و عوامل بازدارنده بر حسب متغیرهای جنس، وضعیت تأهل و مقطع تحصیلی تفاوت معنی داری نداشت.

با بررسی عملکرد دانشجویان در خصوص ثبت نشانه‌های بیمار مشخص گردید: ۱۰۰٪ دانشجویان شکایت اصلی بیمار، سابقه بیماری‌های قبلی و توضیح مشکلات بیماری را ذکر کرده بودند و ۷۶/۵٪ آنان به سابقه حساسیت دارویی بیماران اشاره‌ای نکرده بودند. در چک لیست معاینه فیزیکی بیمار ۹۵٪ دانشجویان، بیمار را مشاهده و لمس کرده بودند ولی تنها ۱۶/۲٪ آنان معاینه دقیق را انجام داده بودند.

در خصوص ثبت تشخیص و درمان بیماران، ۶۰/۳ درصد دانشجویان یافته‌های پاراکلینیک را ثبت کرده بودند در حالی که فقط ۱۷/۶ درصد درمان مناسب بیماری را ذکر کرده بودند.

میانگین نمره عملکرد دانشجویان در خصوص ثبت نشانه‌های بیمار $8/87 \pm 1/61$ (حداقل ۵، حداکثر ۱۱) در مورد ثبت معاینات فیزیکی $6/60 \pm 1/61$ (حداقل ۳، حداکثر ۹) و در ثبت تشخیص درمان $3/31 \pm 1/16$ (حداقل ۱، حداکثر ۵) بود.

مقیاس ارزش گذاری پرسشنامه‌ها بر اساس طبقه بندی لیکرت پنج درجه‌ای با گزینه‌های کاملاً موافق (۵)، موافق (۴)، نظری ندارم (۳)، مخالف (۲) و کاملاً مخالف (۱) بود.

برای تعیین عملکرد دانشجویان پزشکی در گرفتن شرح حال، چک لیستی بر اساس نحوه شرح حال گیری کتاب باربارابتیز (۱۱) در ۲ قسمت تهیه گردید. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک شرح حال گیرنده و بخش دوم شامل ۱۴ سؤال در مورد هر یک از ویژگی‌های شرح حال بود. سؤالات با گزینه‌های دارد (۱) و ندارد (۰) نمره دهی شد.

پرسشنامه و چک لیست به تأیید اساتید صاحب نظر رسید و جهت تأیید پایایی ابزار گردآوری، به صورت پایلوت در ۲ مرحله در بین ۱۰ نفر از دانشجویان پزشکی مقطع کارورزی و کارآموزی توزیع و اطلاعات جمع آوری گردید و با استفاده از آزمون مجدد ($t=0/97$) برآورد گردید.

روش نمونه گیری به صورت سرشماری ساده بود و در هر گروه (کارآموز و کارآورز) به صورت جداگانه بررسی و مقایسه گردید. معیارهای خروج، دانشجویان مهمان و انتقال در آن زمان بودند. پرسشنامه‌ها در زمان مناسب بعد از توضیح اهداف مطالعه و توجیه دانشجویان در مورد اهمیت موضوع گرفتن شرح حال، توزیع گردید. بعد از جمع آوری پرسشنامه‌ها، چک لیست بررسی عملکرد دانشجویان توسط مجری طرح با مراجعه به پرونده‌هایی که همین دانشجویان شرح حال گرفته بودند تکمیل گردید و چون مقدور نبود عملکرد تمام دانشجویان پاسخگو به پرسشنامه‌ها بررسی گردد، لذا از بین ورودی‌های هر دوره به صورت تصادفی سیستماتیک تعدادی دانشجو انتخاب گردید.

از بین چند برگ شرح حال که توسط دانشجو تکمیل شده بود، کامل‌ترین آن‌ها جهت بررسی انتخاب شد. بعد از تکمیل چک لیست و پرسشنامه‌ها، اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS 11.5 گردید و با آزمون‌های آماری توصیفی، فراوانی و آزمون استنباطی T-test مقایسه میانگین نمرات دیدگاه و عملکرد دانشجویان کارورز و کارآموز محاسبه شد.

وضعیت تأهل نیز معنی‌دار نبود ولیکن مقایسه میانگین نمره عملکرد دانشجویان در خصوص ثبت نشانه‌های بیمار بر حسب مقطع تحصیلی با $P < 0/001$ اختلاف معنی‌دار داشت (جدول ۳).

مقایسه میانگین نمرات عملکرد دانشجویان در خصوص ثبت معاینات فیزیکی و تشخیص و درمان بر حسب متغیرهای جنس، وضعیت تأهل و مقطع تحصیلی تفاوت معنی‌داری نداشت و مقایسه میانگین نمرات عملکرد دانشجویان در خصوص ثبت نشانه‌های بیمار بر حسب متغیرهای جنس و

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار عوامل انگیزشی در گرفتن شرح حال به ترتیب اولویت

شماره	متغیر	میانگین±انحراف معیار
۱	گرفتن شرح حال پایه‌ای برای تشخیص درست و درمان بیمار است	۰/۶۴±۳/۵۸
۲	برگزاری کارگاه‌های آموزش گرفتن شرح حال تأثیر دارد	۰/۷۶±۳/۳۵
۳	با گرفتن شرح حال مطالب بالینی خوانده شده در ذهن افراد ثبت می‌شود	۰/۷۳±۳/۳۴
۴	گرفتن شرح حال دقیق در آموزش چگونگی معاینه بیمار تأثیر دارد	۰/۵۵±۳/۳۳
۵	گرفتن شرح حال «در ارتقاء مهارت‌های بالینی» تأثیر دارد	۰/۶۶±۳/۲۸
۶	روشن نمودن جایگاه گرفتن شرح حال دقیق در تشخیص بیماری برای دانشجویان تأثیر دارد	۰/۶۷±۳/۲۲
۷	رفتار دانشجو با بیمار در گرفتن شرح حال دقیق تأثیر دارد	۰/۸۶±۳/۱۳
۸	گرفتن شرح حال دقیق در آموزش چگونگی برخورد با بیمار و نشان دادن توجه و احساسات لازم نقش دارد	۰/۶۸±۳/۱۲
۹	نظارت اساتید و پرسنل در گرفتن شرح حال تأثیر دارد	۰/۹۵±۲/۹۳
۱۰	مشخص نمودن نمره خاص برای گرفتن شرح حال تأثیر دارد	۰/۹۱±۲/۹۲
۱۱	گرفتن شرح حال دقیق در کیفیت مراقبت از بیمار تأثیر دارد	۰/۸±۲/۸۸
۱۲	قرار دادن ساعات خاص در بخش برای اخذ شرح حال تأثیر دارد	۰/۹۶±۲/۶۶
۱۳	گرفتن شرح حال در چهارچوب متناسب با بخش مربوطه تأثیر دارد	۰/۹۵±۲/۶۴

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار عوامل بازدارنده در گرفتن شرح حال به ترتیب اولویت

شماره	متغیر	میانگین±انحراف معیار
۱	گرفتن شرح حال تنها برای انجام رفع تکلیف در بخش است	۰/۹۲±۲/۵۷
۲	گرفتن شرح حال یک کار بیهوده و خسته کننده‌ای است	۱/۰۱±۲/۴۵
۳	به جای گرفتن شرح حال، مطالعه مطالب تئوری آن بیشتر در ذهن به جا می‌ماند	۰/۹۳±۲/۳۲
۴	گرفتن شرح حال اتلاف وقت می‌باشد	۰/۸۹±۲/۲۶

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره عملکرد دانشجویان در خصوص ثبت نشانه‌های بیمار بر حسب مقطع تحصیلی

مقطع	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون آماری T-test
کارآموز	۴۶	۹/۳۷	۱/۴۲	t= ۴/۱۴
کارورز	۲۲	۷/۸۲	۱/۵	df= ۶۶
				P< 0/001

بحث

داشتند و این حاکی از آن است که اکثر جامعه مورد مطالعه آنان نسبت به داشتن یک پرونده کامل برای بیمار نگرش مطلوبی داشتند (۴،۱۲).

در مطالعه ما بین دیدگاه دانشجویان در مورد عوامل مؤثر و بازدارنده گرفتن شرح حال بر حسب متغیرهای جنس، وضعیت تأهل و دوره آموزشی تفاوت معنی داری وجود نداشت. اما در مطالعه بالا غفاری بین میزان آگاهی دانشجویان از اصول پرونده نویسی بر حسب دوره آموزشی تفاوت معنی داری وجود داشت وی می‌گوید: با این که انتظار می‌رفت دانشجوی دوره تخصص بیشتر از کارورز و آن‌ها بیشتر از کارآموز (به علت مقطع تحصیلی بالا و تجربه کار بیشتر در محیط کارورزی و کارآموزی) از اصول پرونده نویسی آگاهی داشته باشند، نتایج برعکس بود و کارآموزها از اصول پرونده نویسی بیشتر آگاهی داشتند (۱۲).

میانگین نمره دیدگاه دانشجویان پزشکی در مورد عوامل مؤثر در گرفتن شرح حال از بیمار بیشتر از میانگین نمره عوامل بازدارنده در گرفتن شرح حال بود. بدین ترتیب از دیدگاه دانشجویان پزشکی عوامل انگیزشی نسبت به عوامل بازدارنده نقش مهم‌تری در گرفتن شرح حال دقیق از بیمار دارند.

در بررسی عملکرد دانشجویان، ۱۰٪ آنان در برگه شرح حال شکایت اصلی بیمار و سابقه بیماری‌های قبلی و مشکلات بیمار را ذکر کرده‌اند و لیکن تنها ۲۳/۵٪ آنان حساسیت دارویی بیمار اشاره کرده‌اند. در مطالعه‌ای که در قزوین انجام شد، در ارزیابی خلاصه پرونده و شرح حال بیماران مشخص گردید، ۹۸/۷ درصد شکایت اصلی، ۷۷/۸۹ درصد سابقه بیماری‌های قبلی، ۲۱/۲۱ درصد حساسیت‌های دارویی را ثبت کرده بودند (۱۴).

در این مطالعه، میانگین نمره عملکرد دانشجویان کارآموز با کارورز در خصوص ثبت نشانه‌های بیماری اختلاف معنی داری داشت به طوری که میانگین نمره کارآموزان بیشتر از کارورزان بود، شاید علت عملکرد خوب کارآموزان بدین دلیل

یافته‌ها نشان داد که در مورد عوامل انگیزشی اکثر دانشجویان اعتقاد داشتند: شرح حال دقیق پایه‌ای برای تشخیص درست و درمان بیمار است و گذراندن کارگاه‌های آموزشی تأثیر مثبت در گرفتن شرح حال دارد. بالاغفاری نیز بیان می‌کند که اکثر دانشجویان پزشکی (۷۷/۸ درصد) نسبت به داشتن یک پرونده کامل برای بیمار نگرش مطلوبی دارند و همچنین نشان داد که ۸۸/۹ درصد دانشجویان نسبت به نوشتن گزارش بالینی و تشکیل پرونده پزشکی برای بیمار به عنوان حمایت و مراقبت صحیح و مطلوب از بیمار اعتقاد داشتند (۱۲).

اما فرزندی پور معتقد است: اجرای آموزش در قالب کارگاه به تنهایی تأثیر قابل توجهی بر ارتقاء اصول تشخیصی نویسی در پرونده‌های پزشکی توسط دستیاران ندارد و به نظر می‌رسد ایجاد یک پرونده پزشکی کامل، صحیح و با کیفیت مستلزم همکاری و تعامل بین عوامل: متخصصان مدیریت اطلاعات سلامت، مدیریت و متخصصان بالینی می‌باشد (۳).

انجمن مدیریت اطلاعات بهداشتی- درمانی آمریکا هم عوامل دیگری مانند انجام بررسی کمی پرونده‌های پزشکی، استفاده از مکانیسم‌های تشویق (هدیه، اعطای گواهی آموزش مداوم، تقدیرنامه، بازخورد)، تنبیه (عدم امکان فارغ‌التحصیلی دستیاران دارای پرونده ناقص، تعلیق مجوز پذیرش بیمار)، اصلاح یا بازسازی فرم‌های پرونده پزشکی و البته تهیه و تدوین دستورالعمل‌ها و استانداردهای مصوب و ضمانت اجرایی آن‌ها را در ایجاد شکل گیری یک پرونده پزشکی کامل ضروری می‌داند (۱۳).

در مورد عوامل بازدارنده اکثر دانشجویان اعتقاد داشتند که گرفتن شرح حال کار بیهوده‌ای است و تنها برای رفع تکلیف می‌باشد که نشان دهنده عدم اهمیت و نظارت اساتید به شرح حال گرفته شده توسط کارآموز و کارورز است.

در حالی که در مطالعات کاهوئی و بالاغفاری فقط ۹/۲ درصد پرستاران و ۷/۷ درصد از دانشجویان پزشکی نسبت به پرونده نویسی و گرفتن شرح حال از بیماران نگرش ضعیفی

بر نحوه ثبت مدارک پزشکی تأثیر دارد که مستلزم مدیریت آنان می‌باشد (۱۶).

نتیجه‌گیری

نتایج بررسی حاکی از آن است که دانشجویان علیرغم اعتقاد قوی به عوامل مؤثر در گرفتن شرح حال عملاً نتوانسته‌اند اصول دقیق نوشتن شرح حال را رعایت کنند و این امر دلیل بر نگرش منفی آنان نمی‌باشد، بلکه نظارت دقیق‌تر اساتید و پزشکان معالج را بر فرآیند شرح حال‌گیری و انجام معاینات فیزیکی بیماران توسط دانشجویان را می‌طلبد، بنابراین توجه بیشتر اساتید و به کارگیری شرح حال گرفته شده توسط دانشجویان در قضاوت بالینی، تأکیدی بر اجرای دقیق این فرآیند است.

پیشنهاد می‌شود بخشی از نمره ارزشیابی به نحوه گرفتن شرح حال و تکمیل پرونده بیماران اختصاص داده شود و به بازخورد تشویق و تنبیه دانشجویان توجه شود.

این مقاله حاصل پایان نامه دوره دکترای پزشکی عمومی با شماره ۵۷۴ می‌باشد. (تاریخ تصویب: ۸۹/۱۱/۲۵ تاریخ دفاع: ۹۰/۱۲/۳)

باشد که چون محیط بیمارستان را برای اولین بار تجربه می‌کنند، لذا با علاقه بیشتری با بیماران ارتباط برقرار نموده و وقت کافی برای گرفتن اطلاعات از بیمار دارند یا اینکه کارآموزان اجبار بیشتری برای گرفتن شرح حال دارند.

در حالی که مطالعه اسماعیلی نشان داد که کیفیت ثبت شرح حال و معاینات فیزیکی توسط دستیاران و کارورزان متوسط و در گروه کارآموزان ضعیف بود (۱).

همچنین در مطالعه مشعوفی با بررسی آماری تکمیل برگ شرح حال، مشاهده شد که دانشجویان دوره تخصص از بهترین عملکرد و دانشجویان کارآموز از ضعیف‌ترین عملکرد برخوردار بودند (۱۵). دلیل این امر می‌تواند تجربه کاری و مسئولیت‌پذیری دانشجویان دوره تخصص و کارورز باشد اما احتمالاً در دانشگاه ما به دلیل اهمیت ندادن به شرح حال گرفته شده توسط کارورزان و عدم نظارت کافی، دانشجویان بی‌انگیزه شده و رغبت به این کار ندارند.

لئو می‌گوید: عوامل متعددی مانند زمان، فرهنگ، آموزش، ارتباطات، تهیه و تدوین منابع آموزشی، نظارت و حرفه‌گرایی

References

- 1- M.R. Esmaeili, H. Abazari, H. Mohammadi Kenari. "Comparison of Medical Students and Pediatric Residents' Practice in Medical Records at Amirkola Children Hospital". Journal of Babol University of Medical Sciences 2010; 12(1) 54: 106-111. [Persian].
- 2- Murphy BJ. "Principles of good medical record documentation". J Med Pract Manage 2001; 16(5): 258-60.
- 3- M. Farzandipour, Z. Mediani, Rangraz Jeddi, H. Gilasi, L. Shokrizadeh Arani, Z. Mobarak.

"The effect of educational intervention on medical diagnosis recording among residents in Kashan University of Medical Sciences". Iranian Journal of Medical Education 2012, 12(1): 91-98. [Persian].

- 4- Kahoei M, Askari Majdabadi H. "The quality survey of medical students and assistants practice in history taking and physical examination of patients". Journal Semnan Univ Med Sci. 2001; 3(1-2); 45-52. [Persian].

- 5- Bickley LS, Bates B, Szilagy PJ. Bate's guide to physical examination and history taking. Ninth Ed. Boston. Lippincott Williams & Wilkins 2007.
- 6- Gamorr G. History of science, translated by: Aram A. 1st Ed, Tehran, Amirkabir Press 1958; 22-4. [Persian]
- 7- Bateni M, Hajari A. Medical records in Islam and Iran. Proceedings of International Congress on History of Islam and Iran, Tehran, Tehran University 1992. [Persian]
- 8- Rooney A, Licensure, accreditation and certification; Approaches to health services quality. Accessed 04/02/ 2012. Available from: <http://www.hiciproject.org/ned/894>.
- 9- Evaluation of diagnostic coding principles in the clinical records of patients hospitalised in Kashan in 2002, Fays .2004;8(31) :36-44 [Persian]
- 10- Seif Rabiee MA, Sedighi I, Mazdeh M, Padras F, Shokouhee Solgi M, Moradi A. Study of hospital records registration in teaching hospitals of Hamedan University of Medical Sciences in 2009. Sci J Hamedan Univ Med Sci 2009; 16(2): 45-90 [Persian].
- 11-Bickley LS, Bates B, Szilagy PJ. Bate's guide to physical examination and history taking. 10th Ed. Boston. Lippincott Williams & Wilkins 2009.
- 12- Balaghfari A, Siamian H, Aligolbandi K. A survey of knowledge, attitudes and practices of medical students ratio the medical documentation of teaching hospitals of Mazandaran University of Medical and Health Services in 2004. Journal of Mazandaran University of Medical Science, 13 (49): 77-85. 2005 [Persian].
- 13- Anonymous. AHIMA body of knowledge: Best practices in medical record documentation and completion. [Accessed 05/02/2012]. Available from: http://library.Ahima.org/Xpedio/groups/public/doucuments/ahima/bok1_000043.hcsPDOCName=bok1_000043
- 14- Sobhani H. Shojaei, S.A. Vaghari. Assessment of record summaries and history taking in internal ward. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 12 2000; 52-58 [Persian].
- 15- Mash'oufi M, Rostami Kh, Mardy A. Assessment information records in hospitals, of Ardabil University of Medical Sciences. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 3 (11) 2005; 44-49 [Persian].
- 16- Lowe N, Ku-ring-gai H. Improving medical and surgical wards. [Accessed 05/02/2012]. Available from: <http://www.archi.net.au/doucuments/resources/workforce/learning/improving-doucumentation.pdf>

The effective and preventive factors of taking patients' history from the viewpoint of the students of Birjand Medical School in 2010-2011

Z. Khazaei (MD)¹, T. Khazaei (MSc)^{*2}, M. H. Namayi (PhD)³, E. Jananeh (MD)⁴

1,2,3,4- Birjand University of Medical Sciences

Received: 18 Sep 2012

Accepted: 22 Dec 2012

Abstract

Introduction: Taking patients' history and doing physical examinations help physicians to diagnose correctly and treat accordingly. There are several factors which may affect the quality of taking patients' history. This study aims to assess determinants of taking patients' history from the viewpoint of the students of Birjand Medical School.

Methods: This descriptive study was carried out in 2010-2011 on all 137 medical trainees and interns studying at Birjand Medical School. To determine the students' attitudes towards history taking and to evaluate their performance a questionnaire and a check-list were used, respectively. The data analyzed using SPSS software. Descriptive-deductive statistics (T-test) were applied on the data.

Results: The average score of the motivational factors was more than the preventive factors. Among the motivational factors, the statement "taking patient history is a basis of proper diagnosis and treatment" (3.58); and among the preventive factors the statement "taking patient history just to evade responsibility"(2.57) had the highest scores. Moreover, there was a significant difference between the performance of trainees and interns in taking and recording patients' history ($P < 0.005$).

Conclusion: Although the students held a positive attitude toward taking patients' history, they didn't have satisfactory performance in recording disease symptoms, diagnosis and treatment plans this entails more attention. Observation of trainers on the process of history taking may help.

Keywords: Medical students, attitudes, performance, history taking, physical examination

*Corresponding author's email: Azar.khazaei@yahoo.com

This paper should be cited as:

Khazaei Z, Khazaei T, Namayi M. H. Jananeh E. *The effective and preventive factors of taking patients' history from the viewpoint of the students of Birjand Medical School in 2010-2011*. Journal of Medical Education and Development. 2013; 8(1): 14-21