

Perception of Importance and Strategies of Medical Documentation among Physicians in Emergency Departments in Jordan

Salah Moh'd Qazaqi

Ministry of Health || Jordan

Abstract: This study purposed to identify the perception of importance and strategies of medical documentation among physicians in emergency department in Jordanian government hospitals. The Methodology; A descriptive design was adopted and data were collected from 79 physicians working in emergency department in government hospitals in Jordan. A self-reported questionnaire consists of two parts: importance of documentation (9 items) and strategies of documentation (7 items) was utilized. The findings showed that the mean score for documentation was (3.69), which indicates that physicians have a good degree of documentation. Also, the mean for the dimension of importance of documentation was (3.53), and the mean for the dimension of documentation was (3.86), which indicates that physicians have good scores. Recommendations: The results indicate the importance of medical documentation for all physicians in the emergency department, which indicates its importance and the need to take care of this aspect in these departments. Therefore, it is necessary to develop different plans to use different methods of documentation in the emergency department and to develop policies regarding supporting emergency departments and increasing the number of physicians in these departments in government hospitals.

Keywords: Documentation strategies, emergency, medical documentation, physicians.

إدراك أهمية واستراتيجيات التوثيق الطبي بين الأطباء في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية في الأردن

صلاح محمد عبد الرحمن القزقي

وزارة الصحة || الأردن

المستخلص: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة إدراك أهمية واستراتيجيات التوثيق لدى الأطباء في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية الأردنية. وتم اعتماد تصميم ارتباط وصفي، وتم جمع البيانات من 79 طبيب وطبيبة يعملون في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية في الأردن، وتم استخدام استبانة ذاتية مكونة من جزأين هما أهمية التوثيق (9 بنود) واستراتيجيات التوثيق (7 بنود). وأظهرت النتائج أن متوسط درجات التوثيق كان (3.69 من 5) مما يشير إلى أن الأطباء يتمتعون بدرجة جيدة من التوثيق. وأيضاً، كان المتوسط الحسابي لبعد أهمية التوثيق (3.53)، وبالنسبة لبعد استراتيجيات التوثيق فكان متوسط الدرجات (3.86)، مما يدل على أن الأطباء يملكون درجات جيدة.

التوصيات: تشير النتائج إلى أهمية التوثيق الطبي لجميع الأطباء في قسم الطوارئ، مما يدل على أهميته وضرورة العناية بهذا الجانب في هذه الأقسام. لذا من الضروري تطوير الخطط المختلفة لاستخدام طرق مختلفة في التوثيق في قسم الطوارئ ووضع السياسات والخطط المتعلقة بدعم أقسام الطوارئ وزيادة عدد الأطباء في المستشفيات الحكومية.

الكلمات المفتاحية: استراتيجيات التوثيق، التوثيق الطبي، الطبيب، الطوارئ.

مقدمة.

تُعدّ مهمة إعداد السجلات الطبية والتوثيق الطبي من قبل الكوادر الصحية وخاصة الأطباء في أقسام الطوارئ والمستشفيات بجودة عالية أمراً أساسياً لتقديم الرعاية الطبية الآمنة الفعالة. وتعتبر السجلات الطبية سواء أكانت سجلات طبية إلكترونية أو ورقية ضرورية لاستمرار رعاية المرضى. كما يعتبر التوثيق الجيد أمراً هاماً بالنسبة لمقدمي الرعاية الطبية، حيث تعتبر هذه السجلات وثائق قانونية وتستخدم للدفاع عن الشكاوى التي قد يتم رفعها ضدهم في حالة حدوث أي إهمال أو تقصير في تقديم الرعاية الطبية. لذلك فإن وجود سجل طبي كامل يؤدي إلى تقديم رعاية أفضل وإلى تقليل فرص حدوث الأخطاء الطبية.

وتتمكّن السجلات الطبية الشاملة والدقيقة المهنيين المتخصصين في الرعاية الصحية من علاج المرضى بأفضل ما لديهم من كل البيانات المتاحة، وذلك لأن جميع المعلومات يمكن أن تساعد وتساهم في التشخيص والعلاج ورعاية المريض. كما تسهل عملية توثيق السجلات من قبل الطبيب قرارات رعاية المرضى، وتقلل من أخطاء العلاج، كما تُحسن تخطيط النظام الصحي وتخصيص الموارد اللازمة لعلاج المرضى. وبالرغم من أن معلومات المريض الدقيقة والكاملة تدعم جودة واستمرارية رعاية المرضى، فإن توثيق الأطباء غالباً ما يختلف من حيث التوقيت، والوضوح، والاكتمال. وتعد دقة التوثيق مقياساً ووسيلة لضمان جودة الرعاية التي يتلقاها المرضى، من حيث تسهيل معلومات توثيق رعاية المريض الدقيقة، والتواصل بين المتخصصين المشاركين في الرعاية للمرضى، سواء في المستشفى أو عند الخروج من المستشفى (Foster & Manser, 2012).

وفي السنوات الأخيرة، تم إدخال أنظمة السجلات الطبية الإلكترونية (EMR) في العديد من أقسام الطوارئ لتسهيل توثيق رعاية المرضى، وقد وثقت المراجعيات الأدبية أن السجلات الصحية الإلكترونية تؤدي إلى جودة وسلامة أفضل في الرعاية الصحية المقدمة للمرضى (Yanamadala et al., 2016)، وتعزز السجلات الصحية الإلكترونية الإنتاجية في خدمات الرعاية الصحية، والرعاية الصحية العامة للمرضى (Lin et al., 2020)، كما أنها تحسن التوثيق، والتواصل بين مقدمي الرعاية الصحية (Vos et al., 2020)، وتسمح هذه السجلات لمقدمي الرعاية الصحية بالوصول بسهولة إلى ملفات مرضاهم للحصول على المعلومات المتعلقة بالصحة والنتائج المختبرية (Ehrenstein et al., 2019). تدعم السجلات الصحية الإلكترونية استمرارية الرعاية الصحية وتعزز تبادل المعلومات الصحية بين مقدمي الرعاية الصحية (Ehrenstein et al., 2019). أيضاً، تشارك هذه السجلات بشكل فعال في إدارة الأدوية عن طريق تقليل أخطاء الأدوية في المناطق الموجودة بالمستشفى (Vaidotas et al., 2019)، يمكن أن يمثل تنفيذ وقبول السجلات الصحية الإلكترونية تحدياً؛ لتقديم رعاية عالية الجودة للمرضى بسبب الصعوبات في تعلم هذا النظام الجديد (Aguirre et al., 2019) علاوة على ذلك، تطلب بعض المؤسسات من مضاعفة التوثيق من خلال تسجيل نفس البيانات على الأوراق وإلكترونياً (Strudwick, 2015; Topaz et al., 2017).

لسوء الحظ، يشكو مقدمو الرعاية الصحية في حالات الطوارئ، بشكل عام من أن السجلات الصحية الإلكترونية تبطئ من أدائهم، ويصعب استخدامها، ومحدودة بسبب تكرار العبارات المسجلة (Ward et al., 2014). وهذه التحديات مهمة بشكل خاص في قسم الطوارئ، والذي يعتبر المصدر الرئيسي للدخول إلى المستشفيات، ودعم خدمات الرعاية الأولية، ويعمل كشبكة أمان أساسية للمرضى المعرضين للخطر (Yarmohammadian et al., 2017).

مشكلة الدراسة:

يواجه العاملون في قسم الطوارئ، ومنهم الأطباء، مجموعة من الضغوطات المهنية والشخصية وعلى سبيل المثال، الموت المفاجئ، والصدمات الشديدة، والعنف في مكان العمل، وعبئ العمل، والاحتفاظ، وضغوطات الوقت،

واستقبال حالات مختلفة من المرضى، وقد تؤدي إلى سوء التوثيق، لذلك هناك حاجة ملحة لإيجاد طرق لتحسين تسجيل معلومات دقيقة وكاملة عن رعاية المرضى.

ويعد قسم الطوارئ أحد أكبر الأقسام التي يجب أن تقدم عمليات فعالة في المستشفى ورعاية عالية الجودة (Yarmohammadian et al., 2017). علاوة على ذلك، فمع استمرار العديد من إدارات الطوارئ في الاعتماد على المخططات الورقية، هناك حاجة أوسع لتحديد واعتماد مناهج فعالة لتحسين الوثائق التي لا تعتمد حصرياً على السجلات الطبية الإلكترونية. وقد تشمل هذه الأساليب: تدريب الأطباء، والمسح الضوئي لنظام الإملاء الصوتي للملاحظات الورقية في السجلات الطبية الإلكترونية (Lo et al., 2015).

وفي الأردن على الرغم من اعتماد السجلات الصحية الإلكترونية للتوثيق على نطاق واسع، ناقشت القليل من الدراسات القائمة استراتيجيات التوثيق الطبي بين الأطباء في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية الأردنية. كما يعد تنفيذ التوثيق في المستشفيات واعتمادها في المناهج التعليمية للأطباء لتحسين جودة التوثيق في أقسام الطوارئ في المستشفيات غير معروفاً في الأردن لعدم وجود الدراسات الكافية التي تدل على ذلك.

أسئلة الدراسة.

تحدد مشكلة الدراسة في السؤال الآتي:

ما مدى إدراك أهمية واستراتيجيات التوثيق لدى الأطباء في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية الأردنية؟

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

التعرف على مدى إدراك أهمية واستراتيجيات التوثيق لدى الأطباء في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية الأردنية.

أهمية الدراسة:

يحتاج الأطباء، وخاصة أولئك الذين يعملون في أقسام الطوارئ، إلى إدراك التحديات التي يواجهونها في عملهم لتوفير رعاية أكثر كفاءة. ومن أهم هذه التحديات التوثيق الطبي الذي يؤثر على سلامة المرضى واتخاذ القرار السريري الصحيح في الوقت المناسب لإحداث فرق في رعاية المرضى. قد يتأثر التوثيق الطبي بالعديد من العوامل المتعلقة بالأطباء أنفسهم أو بمؤسسات الرعاية الصحية. لذا يتطلب الأمر وجود استراتيجيات فعالة للتوثيق الطبي بالإضافة إلى إدراك الأطباء لأهمية التوثيق الطبي من أجل تقديم رعاية أفضل للمرضى في أقسام الطوارئ. لذا يمكن أن تشكل نتائج البيانات من هذه الدراسة معلومات أساسية لفهم التوثيق الطبي بين الأطباء في قسم الطوارئ، علاوة على ذلك، يمكن أن تعبر نتائج الدراسة الحالية مرجعاً لصانعي السياسات ومخططي الاستراتيجيات لتطوير البرامج والسياسات من أجل تنفيذ التوثيق الطبي بين الأطباء في أقسام الطوارئ بصورة فعالة، وتحسين إدارة السجلات الطبية في المستشفيات الحكومية لضمان جودة الرعاية وسلامة المرضى.

الدراسات السابقة:

اختبر عدد من الباحثين التوثيق ومدى أهميته في الرعاية الطبية. حيث يمكن أن يؤثر التوثيق غير الدقيق على استمرارية رعاية المرضى، لا سيما أثناء الرعاية، وقد يتسبب في تأخير أو وجود أخطاء في علاج المريض، فعلى

سبيل المثال، روس وآخرون (Ross et al., 2013) قاموا بدراسة لمعرفة الأسباب المتصورة لوصف الأخطاء بين الأطباء المبتدئين في اسكتلندا. حيث أجريت الدراسة في ثماني مستشفيات، وتم جمع البيانات عن أخطاء وصف الأدوية من قبل صيادلة المستشفى على مدى 14 شهراً. وتم إجراء مقابلات مع الأطباء المسؤولين عن ارتكاب الأخطاء في الوصف لمعرفة الأسباب المتصورة (عدد الأطباء=40، عدد الأخطاء=100 خطأ محدد). تم تحديد الأسباب المتصورة المتعددة لجميع أنواع الأخطاء وتم تصنيفها إلى خمس فئات حسب الظروف المسببة للخطأ، (عوامل البيئة والفريق والفرد والمهمة والمريض). تم تحديد بيئة العمل باعتبارها جانباً هاماً من قبل جميع الأطباء، وبالأخص عبء العمل وضغوطات الوقت. تضمنت عوامل الفريق مشاركة العديد من الأفراد وفرق الرعاية مع المريض، وسوء الاتصال، وسوء التوفيق بين الأدوية والتوثيق واتباع التعليمات غير الصحيحة من أعضاء الفريق الآخرين. وكان عامل الفريق الآخر هو افتراض أن عضواً آخر في الفريق سيحدد أي أخطاء تم ارتكابها. كانت أكثر العوامل الفردية التي لوحظت هي نقص المعرفة الشخصية والخبرة. كان عامل المهمة الرئيس المحدد هو ضعف توافر المعلومات الدوائية عند الدخول للمستشفى وكان عامل المريض الأكثر شيوعاً هو التعقيد.

ويعد الفشل في توثيق المعلومات الطبية للمريض بشكل مناسب، مثل الحساسية، سبباً مهماً لأخطاء إعطاء الأدوية. فقد يؤدي عدم وجود تفاصيل الحساسية في السجل الطبي الإلكتروني إلى إطالة عملية التحقق من طلب الصيدلي. واتكنز وآخرون (Watkins et al., 2018) قاموا بإجراء دراسة مراجعة بأثر رجعي للملفات في أكتوبر 2017، لتقييم تأثير تفاصيل الحساسية غير المكتملة في الوقت المحدد لحل طلب المضادات الحيوية في مركز أبنشتاين الطبي بفيلا دلفيا. كانت التفاصيل موجودة في 71% من الطلبات. وكان الاختلاف في متوسط الوقت لحل الطلب بتفاصيل مقابل الطلب بدون تفاصيل، 21 دقيقة وكان الاختلاف في متوسط الوقت لحل الطلبات، بناءً على ودية عمل الصيدلي، 21 دقيقة للوردية الأولى 50 دقيقة للوردية الثانية و+3 دقائق للوردية الثالثة. كانت الطلبات مع تدخلات الحساسية من قبل الصيدلي 2.75 مرة أكثر احتمالاً لتغيير العلاج من الطلبات دون تدخلات الحساسية. وبناءً على النتائج، عندما تفتقر المعلومات إلى التفاصيل حول الحساسية من المضادات الحيوية، يستغرق الصيادلة مزيداً من الوقت لحل الطلبات المتغيرة.

وتشير الدراسات السابقة إلى وجود تباين كبير في جودة توثيق الطبيب، فقد أشارت دراسة جورلينك وآخرون (Juurlink et al., 2006) التي أجريت على مرضى خضعوا لعملية استئصال باطنة الشريان السباتي، واستخدم الباحثون مقياس تصنيف مكون من 10 نقاط لتقييم التوثيق، وتم أخذ العينات من 17 مستشفى. وأظهرت النتائج أنه من بين 2061 ملفاً تمت مراجعته، تم تصنيف 42.6% من هذه الملفات على أنها موثقة جيداً، مع نسبة مئوية تتراوح من 14.6% إلى 87.5% لعملية التوثيق. كما يمكن أن يساهم وزن المريض، وتعقيد الرعاية، وتنوع وعدد المتخصصين في الرعاية الصحية المشاركين في رعاية المرضى الفردية واستخدام الملفات الورقية غير المنسقة، في ضعف توثيق الملفات. وأظهرت الدراسات السابقة وجود علاقة مهمة بين عدد المرضى في قسم الطوارئ والأخطاء أو السهو في الملفات الورقية غير المنسقة (Burke et al., 2015; Yu et al., 2011).

والتوثيق له أهمية في توفير جودة الرعاية للمرضى، وعلى سبيل المثال، في دراسة لأينا وآخرون (Aina et al., 2020) لاختبار التوثيق السريري من قبل الأطباء كعامل يؤثر على إدارة رعاية المرضى وتحديد جودة الرعاية المقدمة للمرضى في المستشفى التعليمي الفيدرالي، إيدو- إيكيتي نيجيريا. وقد اعتمد الباحثون دراسة المسح الوصفي. وأظهرت النتائج بأن نسبة مئوية كبيرة من المشاركين وافقوا على أن أهداف التوثيق السريرية في إدارة رعاية المرضى يجب أن تدعن للقانون التنظيمي والمؤسسي والتي تضمن الالتزام بالتوثيق السريري. علاوة على ذلك، فإن النتيجة تظهر أن أكبر عدد من الأطباء وافقوا على أن الالتزام بإجراءات سياسة التوثيق هو أكثر مستوى الأخطاء الفادحة الأكثر

ممارسة في دليل/ معيار التوثيق السريري في المؤسسة الصحية، في حين أن الأمور الأقل ممارسة في المؤسسات الصحية هي التاريخ الطبي والمتابعة الطبية واعطاء الأدوية، والتشخيص المناسب. وتم أيضا اكتشاف أن استخدام التوثيق السريري يساعد في استمرارية تقييم المرضى بنسبة 95.5%، واستخدام التوثيق السريري الدقيق يمكن أن يساعد التوثيق في تقليل الأخطاء بنسبة 95.4%. الغالبية من المشاركين وافقوا على أن استخدام التوثيق السريري يوفر أساسا للمتابعة، بالإضافة إلى أن معظم مجالات الأخطاء في التوثيق السريري في المؤسسات الصحية يعود إلى الملاحظات المهنية. أخيرًا، تشير النتيجة إلى أن تصور التوثيق السريري له أهمية معتدلة العلاقة مع إدارة رعاية المرضى، هذا يدل أن مستوى إدراك الأطباء للتوثيق السريري لها ميل لزيادة مستوى إدارة رعاية المرضى في المؤسسات الصحية.

وقد قام فريق TML staff (2020) بدراسة هدفت إلى تحقيق عدد من الأهداف وهي التحقيق في العوامل المناهضة لممارسة التوثيق الفعالة في مستشفى جامعة Uyo التعليمي لتقييم أهمية التوثيق الفعال في نظام تقديم الرعاية الصحية إضافة لمعرفة طرق تحسين المريض المناسب. وقد شملت عينة الدراسة أربعة أقسام في مستشفى جامعة أويو التعليمي. وقد أجريت الدراسة بأخذ عينات عشوائية بسيطة وتم اختيار مائة وعشرين (120) من المشاركين. وقد أشارت النتائج إلى أن 100% من المستجيبين وافقوا على أن التوثيق الفعال لسجل صحة المريض يساعد على توفير التواصل مع كل من الأطباء والمرضى، مما يوفر سجلات ومعلومات دقيقة وأفضل ما يمكن في كل ملف للمريض. وأيضًا أن نقص السجل الصحي للإلكترونيات، وغيرها هي العوامل التي تعارض التوثيق الصحي الفعال.

من الضروري تطوير فعالية الأساليب لتحسين توثيق طبيب الطوارئ، وقد أجرى لورينزيتي وآخرون (Lorenzetti et al., 2018) دراسة مراجعة منهجية لتقييم فعالية الأساليب لتحسين توثيق طبيب الطوارئ. حيث تم البحث في قواعد البيانات الإلكترونية التي راجعها الباحثون، ومصادر الأدبيات الرمادية، وقوائم مراجع الدراسات المشمولة حتى آذار 2015. وتم تحديد تسعة عشر دراسة هذا التقرير عن فعالية التدخلات لتحسين توثيق الطبيب في قسم الطوارئ، وتضمنت التدخلات التدقيق/ التغذية الراجعة، والإملاء، والتعليم، والتسهيل، والتذكيرات، والقوالب، والتدخلات المتعددة. بينما وجدت عشر دراسات أن التدقيق/ التغذية الراجعة، والإملاء، والتيسير الصيدلاني، والتذكيرات، والقوالب، والنهج متعددة الجوانب قد حسنت جودة توثيق الطبيب عبر مقاييس النتائج المتعددة. كما أفادت الدراسات التسع المتبقية بنتائج مختلطة في إعدادات قسم الطوارئ، اشتملت على التدقيق/التعليقات، والتذكيرات، والقوالب، والتدخلات التعليمية متعددة الجوانب. وأوصت الدراسة بأن الأساليب الواعدة لتحسين توثيق الطبيب في قسم الطوارئ تشتمل على التدقيق/ التغذية الراجعة، والتذكيرات، والقوالب، والتدخلات التعليمية متعددة الجوانب. كما يجب أن تركز الأبحاث المستقبلية على استكشاف تأثير تنفيذ هذه التدخلات في قسم الطوارئ مع وبدون أنظمة السجلات الطبية الإلكترونية (EMRs)، والتحقيق في إمكانات التقنيات الناشئة، بما في ذلك التعلم الآلي القائم على السجلات الطبية الإلكترونية، لتعزيز التحسينات في جودة الوثائق في الطوارئ.

خلاصة الدراسات أثبتت بأن التوثيق عملية مهمة في رعاية المرضى، وضرورة وجود نظام فعال لدعم التوثيق الدقيق والموجز في السجلات الطبية وضرورة وجود السياسات والإجراءات المناسبة فيما يتعلق بأنظمة وممارسات التوثيق الفعالة وإدارة المعلومات الصحية للمرضى، وإدارة المخاطر، والاستراتيجيات التي تدعم التوثيق الفعال للممارسة (بما في ذلك الإبلاغ عن الحوادث) وتوفير ما يكفي من الوقت للتوثيق المناسب كجزء من رعاية المرضى.

الطريقة والإجراءات

مجتمع الدراسة

تم استخدام تصميم وصفي لإجراء الدراسة الحالية. وتكون مجتمع الدراسة من جميع الأطباء الذكور والإناث العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية في الأردن والبالغ عددهم 110. وقد تم اختيار عينة الدراسة لعدة أسباب منها الضغوطات التي يعاني منها هؤلاء الأطباء كالعامل الزائد وأعداد المرضى والعنف من قبل عائلات المرضى وضغط العمل في المستشفيات الحكومية.

عينة الدراسة

تم استخدام طريقة غير عشوائية لجمع عينة الدراسة، حيث تم دعوة 100 طبيب وطبيبة من أقسام الطوارئ في جميع المستشفيات الحكومية للمشاركة في هذه الدراسة. تم توزيع مائة استبانة على المشاركين، وقد تم تعبئة 79 استبانة، حيث كانت نسبة الاستجابة 79%. والجدول (1) يوضح المعلومات الشخصية للمشاركين، حيث أن الأغلبية العظمى كانت من الذكور (94.9%)، و 58.2% من المشاركين كان لديهم خبرة أكثر من عشر سنوات.

الجدول (1): المعلومات الشخصية للمشاركين، العدد (79)

المتغير	التصنيف	العدد	النسبة المئوية (%)
الجنس	ذكور	75	94.9
	إناث	4	5.1
الخبرة	أقل من 5 سنوات	10	12.7
	5 - 10 سنوات	23	29.1
	أكثر من 10 سنوات	46	58.2

أداة الدراسة:

قام الباحث بتطوير أداة للدراسة بناء على المراجعيات الأدبية السابقة، واعتماداً على متطلبات أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية في الأردن. حيث تم تطوير استبانة ذاتية مكونة من جزأين، الجزء الأول المتعلق بالمعلومات الشخصية، والجزء الثاني المتعلق بأهمية التوثيق للطبيب واستراتيجيات التوثيق للطبيب. وبالنسبة للأسئلة المتعلقة بأهمية التوثيق للطبيب فقد تم تطوير 9 بنود، وتم تطوير 7 بنود لقياس استراتيجيات التوثيق للطبيب. ويتكون سلم الاستجابة من 5 مستويات وهي أوافق بشدة (5)، أوافق (4)، محايد (3)، لا أوافق (2)، ولا أوافق بشدة (1). وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس الكلي وبعديه حسب الوسط الحسابي كما يأتي: 1-1.99 = مستوى ضعيف، 2-2.99 = متوسط، 3-3.99 = جيد، و 4-5.00 = ممتاز.

صدق أداة الدراسة وثباتها:

تم التأكد من الصدق المنطقي للمقياس من خلال عرضه على عدد من المحكمين بلغ عددهم (5) محكمين من المختصين من الأطباء والممرضين) لتحكيم الاستبانة وإبداء رأيهم حول فقرات الأداة، والحكم على جودة صياغة العبارات، ومدى ارتباطها بالهدف الذي تقيسه؛ وبالتالي فقد تم إعداد الصيغة النهائية للمقياس على ضوء الموافقة والتعديلات التي أجريت من قبل المحكمين على عبارات المقياس.

كما تم التوصل إلى معامل ثبات للمقياس بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's alpha) على عينة مكونة من 25 طبيباً في أقسام الطوارئ، كما حسب معامل الثبات الكلي للاستبانة، والجدول (1) يوضح معاملات ثبات أداة الدراسة تبعاً لبعديها، حيث يتضح من الجدول أن قيم معامل الثبات كانت متوسطة حيث تراوحت قيم معاملات الثبات بين 0.50-0.78.

الجدول (2): معاملات ثبات أداة الدراسة تبعاً لبعديها

رقم البعد	أبعاد الأداة	عدد العبارات	معامل الثبات
1	مجال أهمية التوثيق للطبيب في قسم الطوارئ	9	0.50
2	مجال استراتيجيات التوثيق للطبيب في قسم الطوارئ	7	0.78

وكما حسبت معاملات ارتباط درجة بعد بالدرجة الكلية للأداة التي ينتمي إليها، والجدول (2) يوضح ارتباط درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس. ويتضح من النتائج أن معاملات ارتباط الدرجة الكلية للاستبانة ببعديها قد تراوحت بين (0.86-0.88) وهي درجة ممتازة مما يعني وجود درجة جيدة من الاتساق الداخلي بما يقيس درجة جيدة من الصدق لبعدي الاستبانة.

الجدول (3) قيم معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للاختبار التي ينتمي إليها

رقم البعد	أبعاد الاختبار	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
1	أهمية التوثيق للطبيب في قسم الطوارئ	0.86
2	استراتيجيات التوثيق للطبيب في قسم الطوارئ	0.88

أخلاقيات البحث:

تم الحصول على الموافقة على إجراء البحث من مجلس الأخلاقيات لوزارة الصحة لجميع المستشفيات الحكومية. كما قام الباحث بأخذ الموافقة الخطية من المشاركين، وتم الحفاظ على السرية في جميع مراحل الدراسة حيث تم الطلب من المشاركين عدم ذكر أسماءهم أو أية معلومات تتعلق بهم، وتم وضع الاستبيانات المكتملة في مغلف وتم اغلاقه. أيضاً تم اعلامهم بأنه لا توجد فائدة مباشرة أو ضرر من مشاركتهم التطوعية وأنه يحق لهم الانسحاب متى أرادوا. وتم حفظ البيانات على جهاز الحاسوب في ملف خاص برمز معين.

جمع البيانات:

بعد الحصول على الموافقة من المستشفيات في القطاع الحكومي، التقى الباحث بالمسؤولين في أقسام الطوارئ كل على حده، وشرح أغراض الدراسة وقدم توضيحاً موجزاً للدراسة. ثم تم تقديم الاستبيانات إلى المسؤول الإداري في كل مستشفى والذي قام بدوره بتوزيع الاستبيانات، وتم توزيع 100 استبانة على عينة الدراسة، وهذه الاستبيانات تحتوي على استمارة الموافقة المرفقة لأغراض الدراسة، والتوجيهات، ومغلف فارغ. وبعد اسبوع، قام الباحث بجمع المغلفات، وبدأت هذه الدراسة من أيلول 2021 إلى كانون ثاني 2022.

المعالجة الإحصائية للدراسة

تم استخدام الإصدار 23.0 من برنامج التحليل الإحصائي SPSS لإدخال البيانات وتحليلها. وللوصول إلى نتائج الدراسة فقد تم استخدام الإحصاء الوصفي (التكرار، النسبة المئوية، المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري).

4- عرض النتائج ومناقشتها.

- نتيجة السؤال الرئيس: "ما مدى إدراك أهمية واستراتيجيات التوثيق لدى الأطباء في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية الأردنية؟

وللإجابة على السؤال قام الباحث باحتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات العينة على عبارات أهمية التوثيق للطبيب في قسم الطوارئ وكذلك استراتيجيات التوثيق وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (4+5) وعلى النحو الآتي:

الجدول (4): المتوسطات والانحرافات المعيارية ومستوى التحقق لأهمية التوثيق للطبيب في قسم الطوارئ

م	أهمية التوثيق للطبيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى التحقق
1	أحتاج بعلمي كطبيب في قسم الطوارئ لاستخدام طرق مختلفة في التوثيق.	4.14	0.90	ممتاز
2	يعتبر عدد الأطباء في قسم الطوارئ كافياً.	1.82	0.91	ضعيف
3	يساعدني التوثيق كطبيب في قسم الطوارئ في عملية صنع القرار.	4.15	0.86	ممتاز
4	يساعدني التوثيق كطبيب باستخدام البدائل المناسبة للمريض.	4.18	0.90	ممتاز
5	إهمالي للتوثيق كطبيب يؤدي إلى نتائج قانونية لها آثار سلبية على عملي.	4.42	0.99	ممتاز
6	إذا قمت بالتوثيق كطبيب خلال 24-48 ساعة فلا يعتبر التوثيق متأخراً.	2.8	0.95	متوسط
7	تساعدني السجلات الطبية كطبيب في قسم الطوارئ في تحديد نتيجة الإجراءات القانونية لأنها توثق الأحداث التي وقعت قبل سنوات.	3.99	0.97	جيد
8	أتفاعل كطبيب في قسم الطوارئ مع الحالات الطارئة بانفعال نتيجة الضغط الشخصي.	3.28	1.0	جيد
9	يوثق الأطباء الحالات الطارئة في قسم الطوارئ بكفاءة عالية.	3.01	0.91	جيد
	الدرجة الكلية	3.53	0.52	جيد

يتضح من الجدول (4) المتعلق بأهمية التوثيق للطبيب في قسم الطوارئ، أن المستوى الكلي لبعد أهمية التوثيق كان (جيداً) إذ بلغ المتوسط الحسابي (3.53) وانحراف معياري (0.52)، وتراوحت قيم المقياس بين (1.82-4.42). وحصل البند " إهمالي للتوثيق كطبيب يؤدي إلى نتائج قانونية لها آثار سلبية على عملي" على أعلى متوسط حسابي (4.42) وانحراف معياري (0.99) بدرجة ممتاز، بينما حصل البند " إذا قمت بالتوثيق كطبيب خلال 24-48 ساعة فلا يعتبر التوثيق متأخراً، على درجة متوسط وبمتوسط حسابي (2.8) وانحراف معياري (0.95). أما البند " يعتبر عدد الأطباء في قسم الطوارئ كافياً." فحصل على درجة ضعيف بمتوسط (1.82) وانحراف معياري (0.91).

ب- استراتيجيات التوثيق للطبيب:

الجدول (5): المتوسطات والانحرافات المعيارية ومستوى التحقق لبعد استراتيجيات التوثيق للطبيب في قسم الطوارئ

م	استراتيجيات التوثيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى التحقق
1	تقدم البرامج الحكومية الدعم لتطوير قسم الطوارئ	2.25	1.20	متوسط
2	تساعدني مهارات الاستماع والإصغاء كطبيب على فهم وتشخيص احتياجات	4.10	0.97	ممتاز

م	استراتيجيات التوثيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى التحقق
	المريض الطارئة بشكل صحيح.			
3	يؤدي توظيف مساعد للطبيب من الاستراتيجيات الهامة في التوثيق بقسم الطوارئ.	4.32	0.86	ممتاز
4	يعد تدريب الأطباء على مهارات التوثيق من الاستراتيجيات الهامة في تطوير الأطباء بقسم الطوارئ.	4.35	0.93	ممتاز
5	يعتبر الاحتفاظ بالكفاءات الطبية احدى الاستراتيجيات في التوثيق بقسم الطوارئ	4.15	0.90	ممتاز
6	استشير الأسرة والمريض كأحد طرق التوثيق في قسم الطوارئ	3.72	0.98	جيد
7	أقوم كطبيب في قسم الطوارئ بإعادة تقييم ومراقبة المريض لتوثيق الحالة.	4.18	0.94	ممتاز
	الدرجة الكلية	3.86	0.96	جيد

وفيما يتعلق باستراتيجيات التوثيق للطبيب في قسم الطوارئ، الجدول (5) يوضح بأن المستوى الكلي لبعده استراتيجيات التوثيق للأطباء في قسم الطوارئ كان (جيدا) حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.86) والانحراف المعياري (0.96). وتراوح قيم البعد بين (2.25-4.35)، وقد حصل البند " يعد تدريب الأطباء على مهارات التوثيق من الاستراتيجيات الهامة في تطوير الأطباء بقسم الطوارئ" على أعلى متوسط حسابي (4.35) وانحراف معياري (0.93) وبدرجة ممتاز، يليه البند " يؤدي توظيف مساعد للطبيب من الاستراتيجيات الهامة في التوثيق بقسم الطوارئ" بمتوسط حسابي (4.32) وانحراف معياري (0.86) بدرجة ممتازة ايضا، بينما البند " تقدم البرامج الحكومية الدعم لتطوير قسم الطوارئ" حصل على أقل متوسط حسابي (2.25) وانحراف معياري (1.1) بدرجة متوسط.

وفيما يتعلق بالمستوى الكلي لمقياس التوثيق فإن الوسط الحسابي كان (3.69) والوسط الحسابي (0.74) بدرجة جيد.

المناقشة.

هدفت الدراسة الحالية إلى تقييم إدراك أهمية واستراتيجيات التوثيق الطبي بين الأطباء في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية في الأردن، وتضيف هذه الدراسة إلى المعرفة الحالية من خلال التركيز على التوثيق وأهميته واستراتيجياته لدى الأطباء. وأظهرت الدراسة مستوى جيد من التوثيق (أهمية التوثيق واستراتيجيات التوثيق). أظهرت الدراسة بأن الأطباء لديهم مستوى جيد من الإدراك لأهمية التوثيق، وهذه النتيجة متوافقة مع دراسة سابقة والتي أظهرت بأن جميع المشاركين موافقين على أن التوثيق الفعال لسجلات المرضى يساعد على توفير التواصل بين الأطباء والمرضى، مما يوفر معلومات دقيقة في ملفات المرضى (TML Staff, 2020). وأظهرت الدراسة بأن عدد الأطباء في قسم الطوارئ كافيا كان على درجة ضعيفة من الأهمية في التوثيق. مما قد يؤكد على أهمية زيادة أعداد الكوادر من الأطباء في أقسام الطوارئ وذلك نتيجة اكتظاظ المرضى وكثرة الحالات المراجعة لقسم الطوارئ مما قد يؤثر على التوثيق. وأكدت الدراسة الحالية بأن التوثيق يساعد في مهارات اتخاذ القرار السريري ووضع بدائل للعلاج مما يؤدي إلى تحسين جودة الرعاية للمرضى والمحافظة على سلامتهم. وقد أشارت النتائج أيضا الى أن مستوى إدراك الأطباء لاستراتيجيات التوثيق في قسم الطوارئ كان (جيدا) وهذه النتيجة متوافقة مع دراسة لورينزيتي وآخرين (Lorenzetti et al., 2018) التي بحثت في استراتيجيات تحسين

توثيق الطبيب في قسم الطوارئ والتي تسهل توثيق الطبيب لقرارات رعاية المرضى، والتقليل من أخطاء العلاج، والتبليغ عن تخطيط النظام الصحي وأنشطة تخصيص الموارد. وأظهرت الدراسة بأن تقديم البرامج الحكومية الدعم لتطوير قسم الطوارئ قد حصل على درجة متوسطة، وهذا قد يفسر بأن الحكومة لا تضع ضمن استراتيجياتها وضع البرامج لتطوير قسم الطوارئ وتدريب الكوادر الصحية ومنهم الأطباء على التوثيق الورقي أو الإلكتروني وتزويد الطوارئ بالكوادر المؤهلة. وأيضاً يجب على الأطباء استشارة الأسرة والمرضى عند القيام بعملية التوثيق. وهذه الدراسة تدل على أن مستوى التوثيق للطبيب في قسم الطوارئ في المستشفيات الحكومية كان جيداً. مما يؤكد حرص الأطباء على توثيق المعلومات الطبية من أجل تقديم الرعاية المناسبة للمرضى وتقليل الأخطاء والمحافظة على ثقافة سلامة المرضى في قسم الطوارئ.

التوصيات والمقترحات.

وبناء على نتائج الدراسة يوصي الباحث ويقترح ما يلي:

- 1- تطوير الخطط المختلفة لاستخدام طرق مختلفة في التوثيق في قسم الطوارئ ووضع السياسات والخطط المتعلقة بدعم أقسام الطوارئ وزيادة عدد الأطباء في المستشفيات الحكومية.
- 2- عقد دورات تدريبية مستمرة للأطباء على التوثيق من أجل ضمان جودة الرعاية وسلامة المرضى.
- 3- إجراء المزيد من الدراسات التي تتناول القضايا المتعلقة بالتوثيق في أقسام الطوارئ ودراسة العوامل المؤثرة على عملية التوثيق.
- 4- إجراء المزيد من الدراسات التي تتناول التوثيق الطبي في المستشفيات الخاصة وعمل مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة.

قائمة المراجع.

- Aguirre, R.R., Suarez, O., Fuentes, M., & Sanchez-Gonzalez, M.A. (2019). Electronic Health Record Implementation: A Review of Resources and Tools. *Cureus*, 11(9), e5649. <https://doi.org/10.7759/cureus.5649>
- Aina, O.M., Musa, A.K., & Opeyemi, O.P. (2020). Importance of Effective Clinical Documentation by Medical Doctors to Patient Care Management in Federal Teaching Hospital, 'Ido Ekiti, Ekiti State, Nigeria. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, 5(7), 462-470.
- Burke, H.B., Sessums, L.L., Hoang, A., Becher, D.A., Fontelo, P., Liu, F., Stephens, M., Pangaro, L.N., O'Malley, P.G., Baxi, N.S., Bunt, C.W., Capaldi, V.F., Chen, J.M., Cooper, B.A., Djuric, D.A., Hodge, J.A., Kane, S., Magee, C., Makary, Z.R., Mallory, R.M., Miller, T., Saperstein, A., Servey, J., & Gimbel, R.W. (2015). Electronic health records improve clinical note quality. *J Am Med Inform Assoc*, 22(1), 199-205. doi: 10.1136/amiajnl-2014-002726.
- Ehrenstein, V., Kharrazi, H., Lehmann, H., & Taylor, C.O. (2019). Obtaining Data from Electronic Health Records. In: R.E. Gliklich, M.B. Leavy, N.A. Dreyer, editors. *Tools and Technologies for Registry Interoperability, Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide*, 3rd Edition, Addendum 2

- [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2019 Oct. Chapter 4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551878/>
- Foster, S., & Manser, T. (2012). The effects of patient handoff characteristics on subsequent care: a systematic review and areas for future research. *Acad Med*, 87(8), 1105.
 - Juurlink, D., Preyra, C., Croxford, R., Chong, A., Austin, P., Tu, J., & Laupacis, A. (2006). Canadian Institute for Health Information Discharge Abstract Database: A Validation Study. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences.
 - Lin, H.L., Wu, D.C., Cheng, S.M., Chen, C.J., Wang, M.C., Cheng, C.A. (2020). Association between Electronic Medical Records and Healthcare Quality. *Medicine (Baltimore)*. Association between Electronic Medical Records and Healthcare Quality. *Medicine*, 99 (31), e21182. doi: 10.1097/MD.00000000000021182
 - Lo, M.D., Rutman, L.E., Migita, R.T., & Woodward, G.A. (2015). Rapid electronic provider documentation design and implementation in an academic pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*, 31(11), 798–804.
 - Lorenzetti, D. L., Quan, H., Lucyk, K., Cunningham, C., Hennessy, D., Jiang, J., & Beck, C. A. (2018). Strategies for improving physician documentation in the emergency department: a systematic review. *BMC emergency medicine*, 18(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0188-z>.
 - Ross, S., Ryan, C., Duncan, E.M., Francis, J.J., Johnston, M., Ker, J.S., Lee, A.J., MacLeod, M.J., Maxwell, S., McKay, G., McLay, J., Webb, D.J., & Bond, C. (2013). Perceived causes of prescribing errors by junior doctors in hospital inpatients: a study from the PROTECT programme. *BMJ Qual Saf*, 22(2), 97-102. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001175.
 - Strudwick, G. (2015). Predicting Nurses' Use of Healthcare Technology Using the Technology Acceptance Model: An Integrative Review. *Comput Inform Nurs*, 33, 189-198.
 - TML Staff (2020). تأثير التوثيق الفعال للمعلومات/ البيانات الصحية للمريض في إدارة المريض في نظام تقديم الرعاية الصحية
 - Topaz, M., Ronquillo, C., Peltonen, L.M., Pruinelli, L., Sarmiento, R.F., Badger, M.K., Ali, S., Lewis, A., Georgsson, M., Jeon, E., Tayaben, J.L., Kuo, C.H., Islam, T., Sommer, J., Jung, H., Eler, G.J., Alhuwail, D., & Lee, Y.L. (2017). Nurse Informaticians Report Low Satisfaction and Multi-level Concerns with Electronic Health Records: Results from an International Survey. *AMIA... Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium*, 2016–2025.
 - Vaidotas, M., Yokota, P., Negrini, N., Leiderman, D., Souza, V.P., Santos, O., & Wolosker, N. (2019). Medication errors in emergency departments: is electronic medical record an effective barrier?. *Einstein*, 17(4), eGS4282. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019GS4282

- Vos, J.F.J., Boonstra, A., Kooistra, A., Seelen, M., & van Offenbeek, M. (2020). The influence of electronic health record use on collaboration among medical specialties. BMC Health Serv Res, 20(1), 676. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05542-6>
- Ward, M.J., Landman, A.B., Case, K., Berthelot, J., Pilgrim, R.L., & Pines, J.M. (2014). The effect of electronic health record implementation on community emergency department operational measures of performance. Annals of emergency medicine, 63(6), 723–730. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.12.019>
- Watkins, T., Aguero, S., & Jaecks, M. (2018). Impact of clinical decision support on time to order resolution for patients with documented allergies. Pharmacy (Basel), 6(3), 80. Available from: <https://www.mdpi.com/2226-4787/6/3/80>.
- Yanamadala, S., Morrison, D., Curtin, C., McDonald, K., & Hernandez-Boussard, T. (2016). Electronic Health Records and Quality of Care: An Observational Study Modeling Impact on Mortality, Readmissions, and Complications. Medicine, 95(19), e3332. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003332>
- Yarmohammadian, M.H., Rezaei, F., Haghshenas, A., & Tavakoli, N. (2017). Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. Journal of research in medical sciences, 22, 23. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.200277>
- Yu, K.T., & Green, R. A. (2009). Critical aspects of emergency department documentation and communication. Emerg Med Clin North Am, 27(4), 641–54 ix.