

Quantitative Investigation of Inpatients' Medical Records in Training and Social Security Hospitals in Mashhad

Kimiafar Kh¹, Vafae Najar A², Sarbaz M³

Abstract

Purpose: Medical records should be documented according to the patients' health care to act as a lifetime documents. These documents should meet the primary and legal requirements related to patients' care. The aim of this research is Quantitative evaluation of inpatients' medical records in training and Social Security hospitals in Mashhad.

Methods: This research is a descriptive-cross sectional survey. 550 of medical records were selected from each hospital with regard to the number of total medical records per year. After confirming the validity and reliability of the checklist, data gathering was performed and analyzed with SPSS statistical software.

Results: Findings of the present study showed that the admission and discharge summary forms were not existed in one of the selected medical records (%0.01). The most deficiency was related to the vital signs form (%34.5). The most common deficiency among clinical data elements of admission and discharge summary forms was related to the discharge program (%89.9) in addition to the results of lab tests and radiographies (%88.9). In most cases, there was a significant difference between the completeness of data elements of medical records in training hospitals and social security hospitals.

Conclusion: Results of the present study showed that the documentation process of medical records is performed incomplete by care providers which lead to data losing. Therefore, providing enough educations about complete and correct documentation of medical records for care providers is advisable. In addition, it is preferable that quantitative review of medical records be performed by staffs of the medical record departments immediately after the care/event, which is called the concurrent review.

Keywords: Quantitative study, Inpatient medical records, Training hospital, Social security

دریافت مقاله: ۹۲/۸/۸ تایید مقاله: ۹۳/۱/۲۰

بررسی کمی اطلاعات پرونده پزشکی بیماران بستری در بیمارستان های دانشگاهی و تامین اجتماعی

شهر مشهد

خلیل کیمیافار^۱، علی وفایی نجار^۲، معصومه سرباز^۳

هدف: پرونده پزشکی باید به صورت کامل و با توجه به فرآیند مراقبتی بیمار مستند گردد تا به منزله یک سیستم مادام‌العمر (قبل از تولد تا پس از مرگ) عمل نماید. پرونده ناقص انعکاس‌دهنده مراقبت و درمان ناقص است. اطلاعات پرونده پزشکی وقتی سودمند است که در همان بار اول به دقت و درست ثبت شده باشد. هدف این مطالعه بررسی کمی اطلاعات پرونده پزشکی بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی و تامین اجتماعی شهر مشهد بوده است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقطعی است. جامعه پژوهش شامل پرونده بیماران بستری در بیمارستان- های دانشگاهی و تامین اجتماعی شهر مشهد بود که مجموعاً ۵۵۰ پرونده انتخاب گردید. تعداد نمونه‌ها متناسب با تعداد پرونده‌های بیماران بستری هر بیمارستان انتخاب گردید. پس از بررسی روایی و پایایی ابزار (چک لیست)، داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری و وارد رایانه شد و با نرم افزار آماری SPSS تحلیل گردید.

یافته‌ها: در میان پرونده‌های مورد بررسی، برگ پذیرش و خلاصه ترخیص فقط در یک مورد (۰/۰۱ درصد) در پرونده‌ها وجود نداشت و بیشترین مورد نقص مربوط به برگ کنترل علائم حیاتی بود (۳۴/۵ درصد). بیشترین میزان نقص در میان عناصر

اطلاعات بالینی برگ پذیرش و خلاصه ترخیص مربوط به توصیه‌های پس از ترخیص (۸۹/۵ درصد) و ثبت نتایج آزمایشات و رادیوگرافی‌ها (۸۸/۹ درصد) بود. در اکثر موارد اختلاف معنی‌داری در تکمیل عناصر اطلاعاتی فرم‌های پرونده‌های مورد بررسی در بیمارستان‌های دانشگاهی و تأمین اجتماعی وجود داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی نشان داد که فرآیند مستندسازی پرونده‌های پزشکی توسط ارائه‌کنندگان مراقبت بسیار ناقص انجام می‌گیرد و این امر موجب از دست رفتن اطلاعات مورد نیاز و خدشه‌دار شدن ظرفیت‌های موجود در پرونده پزشکی بیماران برای استفاده اشخاص حقیقی و حقوقی خواهد شد. بنابراین توصیه می‌گردد آموزش‌های لازم در زمینه مستندسازی کامل و صحیح پرونده به تمامی اعضای تیم مراقبت داده شود و اجرای تحلیل کمی اطلاعات پرونده ترجیحاً به صورت تحلیل همزمان توسط کارکنان بخش مدارک پزشکی انجام گیرد.

واژه های کلیدی: بررسی کمی، پرونده بستری، بیمارستان آموزشی، بیمارستان تأمین اجتماعی
نویسنده مسئول: علی وفائی نجار، vafaea@mums.ac.ir

آدرس: مشهد، دانشکده بهداشت، گروه آموزشی بهداشت و مدیریت، خیابان دانشگاه، گلستان ۴۱

۱- استادیار گروه مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۲- دانشیار گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۳- مربی گروه مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشجوی دکتری انفورماتیک پزشکی گروه انفورماتیک پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

مقدمه

سازمان بهداشت ملی انگلستان (National Health Service) همچون خون برای بدن حیات بخش است و به منظور ارائه مراقبت بهداشتی با کیفیت، اطلاعات وقتی سودمند است که در همان بار اول به دقت و درست ثبت شده باشد (۳).

پرونده‌های پزشکی در برنامه‌ریزی و ارزیابی فرآیند درمان بیمار به متخصصین مراقبتهای بهداشتی کمک نموده و تداوم مراقبت بیمار را در مواجهه با ارائه‌کنندگان مختلف تضمین می‌نماید. کیفیت مراقبتی که بیمار دریافت کرده است ارتباط مستقیمی با دقت و کیفیت محتویات پرونده پزشکی بیمار دارد (۵). از طرفی مدارک پزشکی مدرکی دایمی و قانونی است که باید شامل اطلاعات کافی برای شناسایی بیمار و توجیهی برای تشخیص، درمان و ثبت نتایج درمان باشد. با توجه به اینکه مستندسازی در مدارک پزشکی توسط ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، پزشکان، پرستاران و متخصصین درمان به عنوان فعالیت ثانویه ارائه مراقبت بیماران محسوب می‌شود، بنابراین ممکن است مستندسازی همیشه صحیح، کامل، ضروری و مورد پسند نباشد (۶). در حالی که پرونده پزشکی یک سند زمان‌بندی شده از مراقبت بیمار و فاکتوری مهم در ارتقای کیفیت مراقبت بیمار محسوب می‌شود (۷). مستندسازی ضعیف پرونده پزشکی می‌تواند به کیفیت پایین مراقبت و پایین آمدن

یکی از مهم‌ترین ارکان نظام سلامت که موجبات ارتقای سطح کیفی خدمات ارائه شده را فراهم می‌آورد، نظارت و ارزیابی مستمر و مداوم آن است زیرا به کمک نظارت مداوم می‌توان اشکالات موجود را به سرعت شناسایی و در رفع آنها اقدام نمود. پرونده بیمار ابزار اولیه این کار محسوب می‌گردد (۱). در مراکز بهداشتی و درمانی گردآوری و تحلیل آمارها با استفاده از پرونده پزشکی صورت می‌گیرد و مدیران این مراکز به منظور آگاهی از نحوه عملکرد کارکنان و واحدهای مختلف، پرونده بیمار را مورد استفاده قرار می‌دهند (۲) و لذا پرونده پزشکی باید به منزله یک سیستم مادام‌العمر (قبل از تولد تا پس از مرگ) عمل نماید تا نیازهای هر نوع مراقبت اعم از اولیه یا ویژه را برطرف کند (۳).

در نظام سلامت، پرونده پزشکی دارای کاربردهای مختلفی نظیر پیگیری مراقبت، آموزش، پژوهش، برقراری ارتباط بین کارکنانی که در مراقبت سلامت مشارکت دارند؛ ارائه اطلاعات به سازمان‌ها؛ برنامه‌ریزی خدمات سلامت؛ ارتقای کیفیت خدمات؛ حمایت از بیمار، پزشکان و مراکز بهداشتی و درمانی و همچنین ارزیابی خدمات سلامت می‌باشد (۴).

سازمان بهداشت ملی انگلستان (۲۰۰۲) نیز اهمیت اطلاعات مراقبتی را چنین توصیف می‌کند؛ اطلاعات برای

کسورات اعمال شده اداره‌ی بیمه خدمات درمانی، علل مهم این کسورات را ثبت ناقص مستندات پرونده‌ها توسط اعضای تیم درمان در بیمارستان‌ها عنوان می‌کنند (۱۲). توجه به اهمیت ثبت کامل اطلاعات و عدم اطلاع از وضعیت موجود در بیمارستانهای شهر مشهد، پژوهشگران را بر آن داشت تا به بررسی کمی اطلاعات پرونده پزشکی بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی و تامین اجتماعی شهر مشهد بپردازند. نتایج این بررسی امکان ارزیابی و مقایسه خط مشی‌ها و دستورالعمل‌های بکار گرفته شده جهت تکمیل پرونده‌های پزشکی و وضعیت تکمیل عناصر اطلاعاتی موجود در پرونده‌های پزشکی بیماران بستری در این دو بخش را فراهم می‌کند.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقطعی و در زمره‌ی مطالعات کاربردی است. جامعه پژوهش شامل پرونده بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی و تامین اجتماعی شهر مشهد بود که دلیل انتخاب این بیمارستان‌ها، تفاوت در ساختار سازمانی و شیوه نظارت بر مستندسازی پرونده‌های پزشکی در این دو بیمارستان بود. برای تعیین حجم نمونه مورد نیاز بر مبنای سطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان اشتباه ۰/۰۵ درصد و برآورد ثبت اطلاعات به میزان ۵۰ درصد تعداد ۴۰۰ پرونده به دست آمد که جهت دقت بیشتر مجموعاً ۵۵۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفت (۱۱). در این مطالعه کلیه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه (پنج بیمارستان) و بیمارستان‌های وابسته به تامین اجتماعی (دو بیمارستان) مورد بررسی قرار گرفت. تعداد نمونه‌ها متناسب با تعداد پرونده‌های بستری سالیانه به هر یک از بیمارستان‌ها تخصیص یافت و در داخل هر بیمارستان پرونده‌ها به صورت تصادفی سیستماتیک انتخاب گردید.

پس از انجام مذاکره، ارائه توضیحات و جلب حمایت و همکاری بیمارستان‌های منتخب محل اجرای طرح و طی شدن مراحل مختلف اداری، جلب توافق مدیریت و معاونت پژوهشی و آموزشی بیمارستان‌ها و موافقت بخش مدارک پزشکی در این بیمارستان‌ها و ایجاد هماهنگی، کارگاه‌های توجیهی برای آموزش بررسی‌کنندگان برگزار گردید. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش چک لیستی شامل تمام عناصر اطلاعاتی ۹ فرم اصلی پرونده‌ی بیمار شامل: فرم

کیفیت نتایج تحلیل‌های گذشته‌نگر منجر شود. پیشگیری و درمان صحیح بیمار نیازمند داشتن اطلاعات مناسب و کامل از پرونده بیمار است و در این میان مستندسازی کامل می‌تواند در مدیریت فرایند درمان بیمار نقش کلیدی داشته باشد (۸).

داده‌های حاصل از پرونده بیمار مدرکی مستند از دوره بیماری و پروسه درمان بیمار بوده و می‌تواند در بسیاری از موارد برای اهداف قانونی مورد استفاده قرار گیرد. این داده‌ها مدرکی قانونی از اقداماتی است که برای بیمار انجام شده و یا می‌بایستی انجام شود (۹). بدون وجود پرونده کامل و دقیق ارائه‌کنندگان مراقبت بهداشتی ممکن است نتوانند در برابر ادعاهایی که در مورد قصور در مراقبت بیمار علیه آنها انجام می‌گیرد به خوبی دفاع کنند. افزایش تأکید بر جلوگیری از سوء استفاده و کلاهبرداری در صنعت مراقبت بهداشتی اهمیت توجه به مستندسازی صحیح پرونده‌های پزشکی را بیشتر کرده است (۵). در مسایل قانونی یک پرونده ناقص انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است. حذف جزئیات، یک اشتباه مهم در مستندسازی است. مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاری‌های درمانی، بر این باور هستند که اگر کاری انجام شود ولی در پرونده ثبت نشده باشد آن کار را می‌توان به منزله عدم انجام آن تلقی کرد (۱۰). افرادی که محتویات پرونده‌های پزشکی بیماران را ثبت می‌کنند تأثیر بسیار زیادی در کیفیت این پرونده‌ها دارند. تمام متخصصین مراقبتهای بهداشتی و کسانی که اطلاعات را در پرونده بیمار ثبت می‌کنند باید اهمیت ایجاد پرونده‌های دقیق و کامل و کاربردهای قانونی و پزشکی آن را درک کنند (۵).

احمدزاده در پژوهش خود با عنوان بررسی میزان تکمیل مدارک پزشکی در بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز نتیجه می‌گیرد که وضعیت تکمیل فرم‌های اصلی مدارک پزشکی در بیمارستان‌های عمومی در حد مطلوب است و بیان می‌کند که به منظور ارتقای وضعیت تکمیل فرم‌ها می‌توان بررسی فعال پرونده‌های ارسالی از سوی پرسنل درمانی به بخش مدارک پزشکی، نظارت مستقیم مدیریت بخش در مراحل تکمیل فرم‌ها و یکنواخت نمودن فرم‌های مدارک پزشکی در کلیه بیمارستان‌های آموزشی را انجام داد (۱۱). توکلی و همکاران در بررسی مستندسازی مدارک پزشکی و

نتایج آزمایشات و رادیوگرافی‌ها ۸۸/۹ درصد بود. کمترین مورد نقص نیز مربوط به ثبت کدهای تشخیص‌های بیماری ۱/۵ درصد بود. از میان پرونده‌های مورد بررسی آیت‌م علت فوت در ۷۵ درصد پرونده‌های مربوط به بیماران فوت شده تکمیل نگردیده بود.

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که در میان عناصر اطلاعاتی برگ خلاصه پرونده در بیمارستان‌های مورد مطالعه، میانگین بیشترین میزان نقص مربوط به عنصر اطلاعاتی شغل ۹۴/۸ درصد، و کمترین میزان نقص نیز مربوط به نام خانوادگی بیمار ۰/۷ درصد می‌باشد. همچنین یافته‌ها نشان داد کمترین میزان نقص در برگ دستورات پزشک مربوط به امضای دستورات توسط پزشک ۰/۶ درصد و بیشترین میزان نقص نیز مربوط به عنصر اطلاعاتی نام پدر بیمار بود. همچنین بیشترین میزان نقص در برگ گزارش پرستار مربوط به ثبت نام پزشک معالج ۳۰/۴ درصد و کمترین میزان نقص مربوط به ثبت نام خانوادگی بیمار ۱/۷ درصد می‌باشد (جدول ۲).

سایر یافته‌های این تحقیق نشان داد که در میان عناصر اطلاعاتی برگ کنترل علائم حیاتی بیشترین میزان نقص مربوط به قسمت ملاحظات و مشاهدات ۳۴/۱ درصد و نام پدر بیمار ۳۲/۲ درصد، و کمترین میزان نقص نیز مربوط به نام و نام خانوادگی بیمار ۱/۸ درصد می‌باشد. همچنین در میان عناصر اطلاعاتی برگ نمودار علائم حیاتی نیز کمترین میزان نقص مربوط به آیت‌م نام و نام خانوادگی بیمار ۰/۵ درصد، و بیشترین میزان نقص مربوط به تکمیل کادر مربوط به جذب و دفع مایعات ۷۸/۱ درصد بود. در مورد برگ گزارش آزمایشگاه، کمترین نقص مربوط به الصاق نتایج آزمایشات درخواست شده ۳/۷ درصد، و بیشترین میزان نقص مربوط به ثبت نام پزشک معالج بوده است (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

از آنجا که فرم پذیرش و خلاصه ترخیص به عنوان فرم اصلی و پایه در پرونده بیمار قرار می‌گیرد و حتی به بیان دیگر خود به عنوان یک پرونده، دارای خلاصه‌ای از اطلاعات هویتی، مالی و پیگیری و بالینی بیمار می‌باشد به طوری که در صورت کامل بودن و پرشدن صحیح تمام عناصر اطلاعاتی آن می‌تواند نشان‌دهنده خلاصه‌ای از فرآیند درمان بیمار باشد. مندرجات این فرم توسط سه

پذیرش و خلاصه ترخیص، فرم خلاصه پرونده، فرم شرح حال، فرم سیر بیماری، فرم دستورات پزشک، فرم گزارش پرستار، فرم نمودار علائم حیاتی، فرم کنترل علائم حیاتی و فرم گزارش آزمایشگاه بود. جهت حصول اطمینان از روایی ابزار، از روش اعتبار محتوی (Content Validity) استفاده گردید.

جهت تعیین پایایی ابزار، ابتدا یکی از افراد تکمیل کننده چک لیست تعداد ۲۰ پرونده (۱۰ عدد از یکی از بیمارستان‌های تأمین اجتماعی و ۱۰ عدد از یکی از بیمارستان‌های دانشگاهی) را بررسی نموده سپس از یکی دیگر از افراد تکمیل کننده چک لیست درخواست شد تا مجدداً پرونده‌ها را بطور کامل بررسی نماید. در ادامه بین نتایج حاصل از بررسی هر یک از فرم‌های موجود در پرونده‌ها مقایسه و همبستگی بین ارزیاب‌ها سنجیده شد. حداقل همبستگی ۰/۷۷ بود. اطلاعات در هر مقطع بطور مرتب مورد بازبینی قرار گرفت تا از بروز خطا در داده‌ها اجتناب گردد. پس از گردآوری اطلاعات، داده‌ها وارد رایانه شده و با نرم افزار آماری (SPSS ۱۱/۵) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کای دو و من-ویننی استفاده گردید. در همه آزمون‌ها سطح معنی داری ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که در میان فرم‌های عمومی پرونده‌های مورد بررسی، برگ پذیرش و خلاصه ترخیص فقط در یک مورد (۰/۰۱ درصد) در پرونده بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه وجود نداشت و بیشترین مورد نقص مربوط به برگ کنترل علائم حیاتی بود (۲۸/۹ درصد در بیمارستان‌های دانشگاهی و ۲۶/۹ درصد در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی) (جدول ۱).

از میان عناصر اطلاعات هویتی موجود در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص، شماره پرونده و نام و نام خانوادگی بیمار بود (۲۸/۹ درصد در بیمارستان‌های دانشگاهی و ۲۶/۹ درصد در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی) (جدول ۱).

در تمام موارد تکمیل گردیده بود و بیشترین مورد نقص مربوط به عنصر اطلاعاتی مذهب ۷۵/۲ درصد و شماره شناسنامه ۴۴/۳ درصد بود. بیشترین میزان نقص در میان عناصر اطلاعات بالینی برگ پذیرش و خلاصه ترخیص مربوط به توصیه‌های پس از ترخیص ۸۹/۵ درصد و ثبت

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت وجود فرمهای عمومی در پرونده های مورد مطالعه

نام فرم	گروه بیمارستان			
	تامین اجتماعی		دانشگاهی	
	وجود دارد (%) تعداد	وجود ندارد (%) تعداد	وجود دارد (%) تعداد	وجود ندارد (%) تعداد
برگ پذیرش و خلاصه ترخیص	۱۹۸(۱۰۰)	۰(۰)	۳۴۳(۰/۹۹)	۱(۰/۰۱)
برگ خلاصه پرونده	۱۹۸(۱۰۰)	۰(۰)	۲۶۳(۷۷/۸)	۷۵(۲۲/۲)
برگ شرح حال	۱۹۷(۹۹/۵)	۱(۰/۰۵)	۳۱۰(۹۲/۳)	۲۶(۷/۷)
برگ سیر بیماری	۱۹۷(۹۹/۵)	۱(۰/۰۵)	۲۰۶(۶۲/۲)	۱۲۵(۳۷/۸)
برگ دستورات پزشک	۱۹۷(۹۹/۵)	۱(۰/۰۵)	۳۴۰(۹۹/۱)	۳(۰/۰۹)
برگ گزارش پرستار	۱۹۸(۱۰۰)	۰(۰)	۳۳۹(۹۸/۵)	۵(۱/۵)
برگ نمودار علائم حیاتی	۱۹۸(۱۰۰)	۰(۰)	۳۳۱(۹۷/۱)	۱۰(۲/۹)
برگ کنترل علائم حیاتی	۱۴۴(۷۳/۱)	۵۳(۲۶/۹)	۲۰۴(۶۱/۱)	۱۳۰(۳۸/۹)
برگ گزارش آزمایشگاه	۱۹۶(۹۹)	۲(۱)	۲۸۰(۸۲/۸)	۵۸(۲)

تشخیص‌ها به ترتیب مربوط به تشخیص‌های حین درمان، تشخیص اولیه و تشخیص نهایی بود. در تحقیقی که مشعوفی و همکاران در خصوص فرآیند مستندسازی مدارک پزشکی انجام دادند بیان شده است که در ۷۶/۳ درصد پرونده‌های مورد بررسی آیتم توصیه‌های پس از ترخیص ثبت نگردیده بود، که با یافته‌های تحقیق حاضر همخوانی دارد. در این تحقیق همچنین نقص در ثبت تشخیص‌های اولیه، حین درمان و نهایی به ترتیب، ۲۸/۱ درصد، ۴۱/۱ درصد و ۳۹/۲ درصد عنوان شده است که این موارد نیز با نتایج تحقیق حاضر مطابقت دارد (۶). رنکرز جدی در تحقیق خود با عنوان بررسی میزان ثبت اطلاعات در پرونده بیماران اورژانس در بیمارستان- های کاشان به این نتایج دست یافت که به نظر می‌رسد در بعضی موارد خاص پزشکی مانند ساعت ترخیص و توصیه‌های پس از ترخیص کمبود ثبت اطلاعات وجود دارد (۱۴). در مطالعه آریایی نیز مشخص گردید که در ۶۲ درصد موارد تشخیص نهایی در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص ثبت شده بود (۱۵). توجه به توصیه‌های پس از ترخیص می‌تواند در تکمیل پروسه درمان و کاهش مراجعات مجدد بیمار به مرکز درمانی تأثیرگذار باشد. از طرفی تحقیقات نشان داده است با صرف یک دلار هزینه

گروه متصدیان پذیرش، پرستاران و پزشکان مرکز درمانی تکمیل می‌گردد (۱۳). از آنجا که فرآیند اندازه‌گیری علائم حیاتی در بدو ورود بیمار یک فرآیند روتین در بخش‌های درمانی است و این علائم می‌تواند نشان‌دهنده انحراف از حدود طبیعی بوده و همراه با سایر اطلاعاتی که از بیمار به دست می‌آید، علائم بیماری را در مراحل اولیه نشان دهد؛ ثبت این علائم در فرمی که بدین منظور تدوین گردیده (فرم علائم حیاتی) ضروری می‌نماید.

از میان عناصر اطلاعات هویتی موجود در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، شماره پرونده و نام و نام‌خانوادگی بیمار در تمام موارد تکمیل گردیده بود و بیشترین مورد نقص مربوط به آیتم مذهب و شماره شناسنامه بود. شماره پرونده و نام و نام‌خانوادگی بیمار به ترتیب به عنوان مهم‌ترین عناصر هویتی بیمار در داخل و خارج مرکز درمانی محسوب می‌گردد.

بیشترین میزان نقص در میان عناصر اطلاعات بالینی فرم پذیرش و خلاصه ترخیص مربوط به توصیه‌های پس از ترخیص و ثبت نتایج آزمایشات و رادیوگرافی‌ها و کمترین مورد نقص نیز مربوط به ثبت کدهای تشخیص بیماری می‌باشد. بیشترین میزان نقص در ثبت

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت ثبت اطلاعات فرم خلاصه پرونده در پرونده های مورد مطالعه

عناصر اطلاعاتی	گروه بیمارستان			
	دانشگاهی		تامین اجتماعی	
	وجود ندارد (%)	وجود دارد (%)	وجود ندارد (%)	وجود دارد (%)
شماره پرونده	۱۷(۶/۸)	۲۴۶(۹۳/۲)	۰	۲۰۰(۱۰۰)
نام و نام خانوادگی	۲(۱/۵)	۲۶۱(۹۸/۵)	۰	۲۰۰(۱۰۰)
نام پدر	۱۴۰(۵۳/۴)	۱۲۲(۴۶/۴)	۰	۲۰۰(۱۰۰)
تاریخ تولد	۸۶(۳۴/۲)	۱۷۴(۶۶/۸)	۰	۲۰۰(۱۰۰)
جنس	۱۸۹(۷۲/۵)	۷۱(۲۷/۵)	۱۸۸(۹۳/۵)	۱۳(۶/۵)
وضعیت تاهل	۱۹۶(۷۵/۵)	۶۳(۲۴/۵)	۱۹۲(۹۵/۵)	۹(۴/۵)
شغل	۲۴۲(۹۳/۱)	۱۷(۶/۹)	۱۹۴(۹۷)	۶(۳)
نام پزشک معالج	۱۲۵(۴۸/۱)	۱۳۵(۵۱/۹)	۳(۱/۵)	۱۹۸(۹۸/۵)
بخش بستری	۳۳(۱۳)	۲۲۷(۸۷)	۶۷(۳۳/۳)	۱۳۴(۶۶/۷)
تاریخ پذیرش	۳۴(۱۲/۳)	۲۲۸(۸۶/۷)	۳(۱/۵)	۱۹۷(۹۸/۵)
تاریخ ترخیص	۷۵(۲۸/۸)	۱۸۷(۷۱/۲)	۲۷(۱۳/۶)	۱۷۳(۸۶/۴)
آدرس و شماره تلفن بیمار	۲۴۲(۹۳/۱)	۱۷(۶/۹)	۲۴۲(۸۵/۶)	۲۹(۱۴/۴)
شکایت اصلی بیمار	۸(۳/۴)	۲۵۴(۹۶/۴)	۸(۴)	۱۹۳(۹۶)
تشخیص اولیه	۱۰(۴/۳)	۲۴۸(۹۵/۸)	۲(۱)	۱۹۹(۹۹)
اقدامات درمانی و جراحی	۱۹(۷/۸)	۲۴۲(۹۲/۴)	۵(۲/۵)	۱۹۶(۹۷/۵)
تشخیص نهایی	۴۸(۱۸/۶)	۲۱۳(۸۱/۴)	۵(۲/۵)	۱۹۶(۹۷/۵)
نتایج آزمایشات پاراکلینیکی	۶۴(۲۴/۶)	۱۹۸(۷۵/۴)	۱۵(۷/۵)	۱۸۶(۹۲/۵)
وضعیت بیمار هنگام ترخیص	۵۷(۲۲)	۲۰۵(۸۰)	۴۵(۲۲/۶)	۱۵۵(۷۷/۴)
توصیه های پس از ترخیص	۱۴۶(۵۵/۷)	۱۱۶(۴۴/۳)	۵۷(۲۹)	۱۴۲(۷۱)
نام و امضای پزشک معالج	۵۷(۲۲)	۲۰۵(۸۰)	۱(۰/۰۵)	۱۹۹(۹۹/۵)

اطلاعاتی را ۶۹ درصد بیان کرده‌اند (۶). ثبت علت فوت در مورد بیماران فوتی می‌تواند به عنوان مهمترین عنصر اطلاعاتی این نوع پرونده‌ها محسوب گردد و در تکمیل گواهی فوت بسیار تأثیرگذار باشد. از سوی دیگر عدم ثبت علت فوت می‌تواند ناشی از ناشناخته بودن علت فوت در مرکز درمانی باشد.

برای آموزش صحیح بیمار می‌توان تا چهار دلار در هزینه‌های درمان صرفه جویی کرد (۱۶).

از میان پرونده‌های مورد بررسی آیتم علت فوت در اکثر پرونده‌های مربوط به بیماران فوت شده تکمیل نگردیده بود. مشعوفی و همکاران نیز در مطالعه خود به نتایجی مشابه دست یافتند و میزان نقص در تکمیل این عنصر

جدول ۳: توزیع فراوانی وضعیت تکمیل عناصر اطلاعاتی در فرمهای پرونده‌های مورد مطالعه

نام فرم	میانگین تکمیل عناصر اطلاعاتی فرمها (درصد)		P-value
	بیمارستانهای دانشگاهی (%) تعداد	بیمارستانهای تامین اجتماعی (%) تعداد	
برگ پذیرش و خلاصه ترخیص	۳۴۵(۷۴)	۲۰۱(۷۵)	۰/۹۹۳
برگ خلاصه پرونده	۲۶۳(۶۶)	۲۰۱(۷۵)	<۰/۰۰۱
برگ شرح حال	۳۱۴(۶۶)	۲۰۰(۷۹)	<۰/۰۰۱
برگ سیر بیماری	۲۰۲(۷۰)	۲۰۰(۹۸)	<۰/۰۰۱
برگ دستورات پزشک	۳۴۲(۸۲)	۲۰۱(۹۵)	<۰/۰۰۱
برگ گزارش پرستار	۳۳۹(۸۱)	۲۰۱(۹۵)	<۰/۰۰۱
برگ نمودار علائم حیاتی	۲۰۵(۷۷)	۱۴۹(۹۵)	<۰/۰۰۱
برگ کنترل علائم حیاتی	۳۳۱(۷۴)	۲۰۱(۸۴)	<۰/۰۰۱
برگ گزارش آزمایشگاه	۲۸۰(۶۵)	۱۹۸(۹۵)	<۰/۰۰۱

آمریکا و دو شرکت بیمه معتبر Blue Shield و Blue Cross آمریکا اعلام گردیده است که پرونده پزشکی بیمار علاوه بر تاریخ و دلیل مراجعه، شرح حال و معاینات فیزیکی مناسب بایستی بررسی‌های آزمایشگاهی و داده‌های مربوط به پرتونگاری و سایر خدمات پیراپزشکی را نیز داشته باشد تا در موقع لزوم ارزیابی و برنامه‌ریزی مراقبت بیمار در دسترس باشد و لازم است دلایل و نتایج پرتونگاری و آزمایشات و سایر خدمات پیراپزشکی مستند گردد و در پرونده پزشکی موجود باشد (۱۷). یافته‌ها نشان می‌دهد که در برگ شرح حال پرونده‌های مورد بررسی کمترین نقص در ثبت نام و نام خانوادگی بیمار بوده است و بیشترین میزان نقص در ثبت تشخیص اولیه مشاهده گردیده است.

سبحانی نیز در تحقیق خود با عنوان "ارزیابی خلاصه پرونده و شرح حال بیماران بخش داخلی" به این نتیجه دست یافت که کیفیت شرح حال نویسی و نوشتن خلاصه پرونده‌ها بسیار نامطلوب بود (۱۸). برخلاف نتایج این تحقیق فرزندی پور در تحقیق خود با عنوان بررسی میزان اصول تشخیص نویسی در پرونده‌های بالینی بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر کاشان به این نتایج دست یافت که در مجموع رعایت اصول تشخیص‌نویسی در

یافته‌ها حاکی از آن است که عنصر اطلاعاتی نتایج مهم و مثبت آزمایشات و رادیوگرافی‌ها در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص در ۸۸/۹ درصد تکمیل نگردیده است و این در حالی است که این عدد در فرم خلاصه پرونده ۱۷/۲ درصد است. متغیر بودن میزان ثبت یک آیتیم در فرم‌های مختلف پرونده بیمار می‌تواند ناشی از تکراری دانستن آن عنصر اطلاعاتی از دید مستندسازان باشد. نظر به این که هرکدام از فرم‌های پرونده با هدف کاربردی خاص طراحی گردیده است و عدم ثبت مجدد اطلاعات دوباره کاری محسوب نمی‌گردد، بنابراین آموزش مداوم مستندسازان در راستای ایجاد نگرشی صحیح در این زمینه الزامی است. البته، احتمالاً با بازنگری دوره‌ای و مداوم فرم‌های پرونده بیمار و ایجاد پرونده الکترونیک سلامت، مشکلات مربوط به تکرار اطلاعات در قسمت‌های مختلف پرونده رفع خواهد شد.

میزان نقص در ثبت نتایج آزمایشات و رادیوگرافی‌ها ۸۸/۹ درصد بود. در تحقیق مشعوفی و همکاران نیز در ۹۵ درصد از پرونده‌های مورد مطالعه در برگ خلاصه پرونده به نتایج مهم آزمایشگاهی و عکسبرداری‌ها اشاره نشده بود (۶). این در حالی است که براساس توافق نامه انجمن‌های پزشکی، بیمارستانی، مدیریت اطلاعات سلامت

الصاق نتایج آزمایشات درخواست شده، و بیشترین میزان نقص مربوط به ثبت نام پزشک معالج بود. محرابی نیز در تحقیق خود عملکرد پزشکان را در تکمیل پرونده بیماران به خصوص در ثبت آزمایشات ضعیف عنوان نموده است که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد (۲۰).

اسدی در تحقیق خود بیان می کند که بیشترین میزان تکمیل محتویات مدارک پزشکی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به میزان ۷۷ درصد بوده است (۲۱). همچنین اسدی در تحقیق دیگری، بالاترین میزان تکمیل پرونده اورژانس را ۷۷ درصد و کمترین آن را ۴۵ درصد عنوان می کند و اظهار می دارد که در هیچ یک از واحدهای پژوهش عناصر مهم پرونده های اورژانس در حد مطلوب ثبت نشده بود (۲۲). همچنین در تحقیقی که مرادی در زمینه بررسی میزان کاربرد مدارک پزشکی در تحقیقات بالینی در بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام داده است بیان می کند که ۶۸ درصد متخصصین، اطلاعات مدارک پزشکی نظیر ثبت تشخیص ها و اقدامات را ناقص می دانستند (۲۳). به طور کلی نتایج پژوهش های ذکر شده در زمینه وجود نقص در فرآیند مستندسازی فرم های پرونده پزشکی بیماران با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

از آنجایی که در اکثر موارد، اختلاف معنی داری در تکمیل عناصر اطلاعاتی فرم های پرونده های مورد بررسی در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و سازمان تأمین اجتماعی شهر مشهد وجود داشت به نظر می رسد این اختلاف به دلیل سیاست های نظارتی و اجرایی مستقل و متفاوت این دو سازمان می باشد که در این راستا انجام مطالعات بیشتر در زمینه سیاستها و خط مشی های مورد استفاده برای نظارت بر تکمیل پرونده های پزشکی بیماران توصیه می گردد.

در نهایت نتایج این تحقیق و تحقیقات مشابه انجام شده در کشور نشان می دهد که فرآیند مستندسازی پرونده های پزشکی توسط ارائه کنندگان مراقبت به صورت ناقص انجام می گیرد و این امر موجب از دست رفتن اطلاعات مورد نیاز و خدشه دار شدن ظرفیت های موجود در پرونده پزشکی بیماران برای استفاده اشخاص حقیقی و حقوقی خواهد شد.

اجرای تحلیل کمی اغلب به تعیین نقایص اطلاعاتی

پرونده های بالینی بیماران بستری مطلوب است. او در تحقیق خود عنوان می کند که به نظر می رسد علاوه بر توجه و دقت متخصصین به ثبت تشخیص ها و اقدامات، وجود شورای عالی مدارک پزشکی دانشگاه زیر نظر ریاست محترم دانشگاه در این امر موثر بوده است و توصیه می کند شورای عالی مدارک پزشکی در سایر دانشگاه ها نیز تاسیس شود (۱۰). وجود امضای پزشک به منظور تأیید دستورات ثبت شده در فرم دستورات پزشک از جنبه های مختلف از جمله پتانسیل قانونی پرونده های پزشکی دارای اهمیت خاص می باشد.

کمترین میزان نقص در برگ دستورات پزشک مربوط به امضای دستورات توسط پزشک و بیشترین میزان نقص نیز مربوط به عنصر اطلاعاتی نام پدر بیمار بود. پزشک معالج براساس تشخیص اولیه، اقدام به ارائه دستوراتی که بیانگر طرح درمانی اولیه و همچنین دستوراتی که مبین طرح مطالعاتی او برای نیل به تشخیص نهایی است می کند و این دستورات را در فرم دستورات پزشک مستند می نماید. این فرم به شکل دو رویه است و در مقابل دستورات، جایی برای ثبت تاریخ و زمان و امضاء پزشک وجود دارد و بعلاوه فضایی برای درج امضاء پرستار در نظر گرفته شده است که این امضاء به معنی رویت و دریافت دستورات پزشک توسط پرستار می باشد. در این فرم بتدریج در خلال اقامت بیمار در بیمارستان، بایستی دستوراتی که بیانگر طرح مطالعاتی و درمانی است مستند گردد (۱۹).

یافته های این پژوهش نشان می دهد که بیشترین میزان نقص در برگ گزارش پرستار مربوط به ثبت نام پزشک معالج و کمترین میزان نقص مربوط به ثبت نام خانوادگی بیمار می باشد. پرستار بعد از مطالعه دستورات پزشک، محل تعیین شده در فرم مذکور را امضاء می کند و این امر به معنی رویت و دریافت دستور است. سپس او اجرای دستورات مطالعاتی را پیگیری نموده؛ دستورات درمانی را نیز اجرا می کند. پرستار موظف است گزارشات مربوط به اجرای دستورات درمانی پزشک معالج را در فرم گزارش پرستار مستند نماید. در بسیاری از کشورها به ویژه کشورهای توسعه یافته از لحاظ بهداشتی، پرستاران را تشویق به ارائه تشخیص خود می کنند و محل درج تشخیص ایشان را در همین فرم در نظر می گیرند (۱۹). در مورد برگ گزارش آزمایشگاه، کمترین نقص مربوط به

کارشناسان مدارک پزشکی به فرآیند تکمیل و مستندسازی پرونده‌های پزشکی ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که در تامین اعتبار مالی این طرح (کد طرح ۸۶۵۶۹) پژوهشگران را یاری رسانده‌اند و نیز از کمک‌های بی‌شائبه مدیران، مسئولان و کارکنان بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های دانشگاهی و تأمین اجتماعی شهر مشهد تشکر و قدردانی می‌گردد.

ختم می‌شود که باید ارائه‌کننده مراقبت، نقایص مربوط به مستندات خود را در فرصت مشخص شده جهت رفع نقص برطرف نماید. چنانچه بعد از فرصت اعلام شده، پرونده همچنان ناقص بماند، آنگاه به عنوان پرونده مشمول اهمال کاری محسوب می‌گردد و توصیه می‌گردد در این موارد سیاست‌هایی اتخاذ گردد تا از سوی کادر پزشکی یا هر مرجع ذیصلاح در مؤسسه، با این گونه افراد برخورد حرفه‌ای صورت گیرد. به طور کلی با توجه به نتایج پژوهش حاضر توجه و اهتمام بیشتر مسؤولین، پزشکان و به طور کلی مستندسازان پرونده‌های پزشکی و نیز

منابع

- Francis CM, Mario CS. Hospital Administration. 3rd Ed. New Delhi, Japee Brothers 2000: 40-185.
- Vatankhah S, A Survey on Social Security Managers Attitude's in Related to Health Insurance Problems. Iran University of Medical Sciences, Faculty of Medical Informatics and Management 1995. [Persian].
- Moghadasi H. Information Quality in Health Care. Tehran; Vajehpardaz; 2005. [Persian]
- Lynch J. Health record in court. UK, Radcliffe publishing Ltd 2009: 2.
- Roach WH, Hoban RG, Broccolo BM, Roth AB, Blanchard TP. Medical records and the law. Jones and Bartlett, Forth Edition, 2006.
- Mashoofi M, Emami F, Rostami Kh, Mardi A. Evaluation of Information Documentation in Hospital of Ardebil University of Medical Sciences. Scientific journal of Ardebil University of Medical Sciences in Iran 2004; 3(11): 20-25. [Persian].
- DiSantostefano J. Mastering the Basics of Medical Documentation. The Journal for Nurse Practitioners 2007; 3(3): 190-1.
- Cox JL, Zitner D, Courtney KD, MacDonald DL, Paterson G, Cochrane B, et al. Undocumented Patient Information: An Impediment to Quality of Care. The American Journal of Medicine 2003; 114(3): 211-6.
- Dana c. Mcway, JD. Today's Health information management; an integrated approach. Thomson Delmar Learning, 2008.
- Farzandipour M, Rabiei R. Principles of Medical Information Documentation. Kashan: Morsal; 2005. [Persian]
- Ahmadzadeh F, Study of Medical Records Completeness in General Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. Health Information Management 2004; 1(1): 33. [Persian]
- Tavakoli N, Saghayannejad S, Rezayatmand MR, moshaveri F, Ghaderi I. Deductions Applied by Khadamat-e-Darmani Insurance Company on Patients Bills at Teaching Hospitals Affiliated to Isfahan University of Medical Sciences. Health Information Management 2007; 3(2): 53-61. [Persian].
- Hajavi A. Medical Records 1, 2. Tehran: Ministry of Health in Iran; 1997. [Persian]
- Rangraz jedi F, Farzandipour M, Moosavi Gh. A Survey on Rate of Medical Record Documentation of Urgent Patient in Kashan Hospitals. Faze Scientific journal 2004; 3(21): 68-73. [Persian]
- Ariayee M. A Survey on Content of Medical Records in General Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. Iran University of Medical Sciences, Faculty of Medical Informatics and Management; 1998. [Persian]

16. Vafae A, Shidfar MR. Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education. *Nezamesalamat Scientific journal* 2009; 1(1):31-41. [Persian]
17. Moghadasi H. Principles of Medical Record Documentation. [Educational Pamphlet]. Workshop of Diagnostic Documentation Based on ICD. Vice chancellor of Research of Ministry of Health in Iran, 2000.
18. Sobhani A, Shojaee ehrani H, Vaghari S.A. Assessment of Record Summaries and History Taking in Internal Ward. *Scientific journal of Ghazvin University of Medical Sciences in Iran* 1999; 4(12):52-58. [Persian].
19. Moghadasi H. Health Data Processing. Tehran: Vajehpardaz; 2008. [Persian]
20. Mehrabi N. Comparison of Physicians and Nurses Performance in Medical Record Documentation for Inpatient in Iran University of Medical Sciences. Iran University of Medical Sciences, Faculty of Medical Informatics and Management; 1998. [Persian]
21. Asadi F. Evaluation of Medical Records Quality. *Scientific journal of Health Management of Iran University of Medical Sciences* 2000; 4(50): 20-25. [Persian]
22. Asadi F. A Survey on Rate of Information Documentation for Urgent Patients. *Scientific Professional Research journal of Hospital* 1997; 6(31). [Persian].
23. Moradi Gh. A Survey on Medical Records Usage in Clinical Research in Hospital of Mashhad University of Medical Sciences. Iran University of Medical Sciences, Faculty of Medical Informatics and Management; 1994. [Persian]