

Original Article

بررسی میزان تکمیل اوراق منتخب در پرونده‌های پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم

محمد پارسا محبوب^۱، سید محمد احسان فرح‌آبادی^۲، مهسا دلیر^{۳*}

- ۱- استادیار، گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی جهرم
- ۲- کارشناس مدیریت خدمات درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- ۳- کارشناس مدارک پزشکی، بخش مدارک پزشکی، بیمارستان استاد مطهری جهرم

چکیده

زمینه: مستندسازی مدارک پزشکی اغلب جهت حفظ حقوق قانونی بیماران، تهیه اطلاعات جهت تحقیقات پزشکی، آموزش کادر مراقبت بهداشتی، مطالعات عمومی و بررسی کیفی بکار می‌رود. ضرورت کنترل میزان داده‌های وارد شده در پرونده بیماران با توجه به این نکته که تکمیل اوراق پزشکی پس از ارائه خدمت به بیماران صورت می‌پذیرد امری اجتناب ناپذیر می‌باشد. لذا این مطالعه به بررسی درصد فراوانی تکمیل فرم‌های شرح حال، گزارش عمل جراحی و دستورات پزشک در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی، کاربردی به صورت گذشته نگر انجام شد. جمعیت مورد مطالعه پرونده‌های ۴۰۰ نفر از بیمارانی بوده است که از دو بیمارستان آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی جهرم به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند. ابزار جمع آوری داده‌ها چک لیستی بود که براساس مندرجات اوراق شرح حال، گزارش عمل جراحی و دستورات پزشک تهیه شد.

نتایج: میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های هویتی برگ شرح حال، دستورات پزشک و گزارش عمل جراحی توسط منشیان بخش بیمارستان‌های مورد مطالعه به ترتیب ۳۲/۹، ۳۵/۸ و ۴۰/۲ درصد بود. میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های بالینی برگ شرح حال توسط پزشکان معادل ۳۸/۰ درصد، میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به عمل جراحی توسط جراحان در برگ گزارش عمل جراحی ۹۴/۸ درصد و میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌ها توسط پرستار اتاق عمل در برگ گزارش عمل جراحی ۳۶/۸ درصد بود همچنین میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به دستورات، توسط پزشک در برگ دستورات پزشک ۹۹/۳ درصد بدست آمد.

نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌های پژوهش، میزان تکمیل اوراق مورد بررسی توسط مستند سازان در بیمارستان‌های مورد بررسی در حد مطلوب نبود و در برخی موارد بسیار ضعیف و ناقص نیز می‌باشد که این نواقص بنا به دلایل مختلفی از قبیل بی‌توجهی و کم اهمیت تلقی کردن تکمیل مدارک پزشکی توسط مستند سازان، عدم آموزش مناسب در زمینه تکمیل اوراق پزشکی، زیاد بودن حجم کار مستند سازان و به تبع آن عدم وجود فرصت کافی برای مستند سازی روی می‌دهد.

کلمات کلیدی: پرونده پزشکی، مستند سازی اوراق، بیمارستان آموزشی.

مقدمه

پزشکی به‌طور روز افزونی در حال گسترش است، لذا باید اطلاعات پزشکی جهت برنامه ریزی‌های آینده در جامعه بسیار دقیق و صحیح در دسترس باشد. بنابراین تهیه مدارک پزشکی صحیح و معتبر برای بیماران به عنوان یک هدف با اهمیت در مدیریت و اداره کردن بیمارستان‌ها و مراکز درمانی لازم و

اطلاعات، پایه‌ای برای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی بوده و هیچ سازمانی نمی‌تواند بدون مدارک کافی رشد و یا پیشرفت کند و هر جامعه‌ای که بیشتر و بهتر قادر به بکارگیری اطلاعات باشد موفق‌تر خواهد بود. مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی نیز از قاعده فوق مستثنی نیستند. علم

نویسنده مسئول: جهرم، بیمارستان فارابی، بخش مدارک پزشکی

Email: e.farahabadi@yahoo.com

www.SID.ir

http://zjums.hbi.ir

گزارش پرستار بوده که در دامنه بیشتر از ۷۰ درصد تکمیل شده بود. همچنین نتایج این طرح نشان داد که میزان تکمیل محتویات اوراق پذیرش، شرح حال، سیر بیماری، دستورات پزشک، نمودار علائم حیاتی، مشاوره پزشک و برگ جذب و دفع مایعات در حد متوسط و در دامنه ۵۰ تا ۷۰ درصد تکمیل شده بود. میزان تکمیل محتویات اوراق خلاصه پرونده، کنترل علائم حیاتی، گزارش آزمایشگاه، گزارش عمل جراحی برگ بیهوشی، برگ مراقبت قبل از عمل، برگ مراقبت بعد از عمل، گزارش رادیولوژی، گزارش پاتولوژی و برگ الصاق الکتروکاردیوگرام نیز در حد ضعیف و در دامنه کمتر از ۵۰ درصد تکمیل شده بود (۵).

احمد زاده در تحقیقی به بررسی میزان تکمیل مدارک پزشکی در دو بیمارستان عمومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز (نمازی و شهید فقیهی) طی نیمه نخست سال ۱۳۷۷ پرداخت. در مجموع ۳۷۰ پرونده در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. وی به منظور دستیابی به اهداف پژوهش از ۷ چک لیست که بر اساس محتویات اوراق پرونده تنظیم شده بود استفاده نمود. نتایج این تحقیق نشان داد که وضعیت تکمیل اوراق اصلی از لحاظ ثبت تاریخ در بیمارستان‌های مورد پژوهش در حد مطلوب می‌باشد. از نظر ثبت شماره پرونده در اوراق اصلی مدارک پزشکی وضعیت در حد متوسط و مطلوب ارزیابی شد. ثبت امضا در اوراق اصلی پرونده بجز فرم‌های پذیرش و گزارشات آزمایشگاهی در سایر فرم‌ها در حد مطلوب ارزیابی شد. نسبت تطابق اوراق اصلی مدارک پزشکی در بیمارستان نمازی نسبت به اوراق استاندارد وزارت بهداشت ۶۲ درصد و در بیمارستان شهید فقیهی این میزان ۶۹/۲ درصد بود. میزان ثبت اطلاعات هویتی در تمامی اوراق اصلی بجز فرم پذیرش و خلاصه ترخیص در حدود ۱۰۰ درصد بود (۶). فضل الهی در تحقیق خود به مقایسه وضعیت تکمیل اوراق اختصاصی اعمال جراحی بیمارستان‌های امام خمینی و شهید مطهری ارومیه پرداخت. وی ۲۰۰ پرونده در هر بیمارستان و در مجموع ۴۰۰ پرونده را مورد بررسی قرار داد. یافته‌های این طرح نشان داد که میزان تکمیل برگه مراقبت قبل از عمل، بیهوشی، شرح عمل و مراقبت بعد از عمل به ترتیب ۴۲، ۷۹ و ۶۵ درصد بود (۷).

ضروری می‌باشد. اطلاعات گوناگون موجود در پرونده به عنوان یک کانال ارتباطی بین تمام کسانی که درگیر معالجه بیمار می‌باشند بکار برده می‌شود (۱).

امروزه تشکیل پرونده برای بیماران و ثبت هرگونه اقدامی در آن امری معمول شمرده می‌شود و علاوه بر کمک به مراقبت پزشکی بهینه از بیمار، در مسائل قانونی نیز سودمند می‌باشد. در مراقبت‌های بهداشتی - درمانی اطلاعات به صورت فزاینده گردآوری می‌شود و لذا پرونده پزشکی باید به منزله یک سیستم مادام العمر (از تولد تا مرگ) عمل نماید تا نیازهای هر نوع مراقبت را برطرف کند. اطلاعات پرونده زمانی سودمند است که در همان بار اول به دقت و درست ثبت شده باشد، به‌طورمنظم روزآمد شود و در صورت نیاز به راحتی قابل دسترس باشد که در این صورت برای درمان سریع و اثر بخش بکار می‌آید (۲).

پرونده پزشکی بیمار از اوراق مختلفی جهت ثبت خدمات ارائه شده به بیمار، مراقبت و درمان وی تشکیل می‌شود و این اوراق بایستی به‌طور صحیح، دقیق و علمی توسط مستند سازان تکمیل گردد به طوری که اطلاعات با توضیحات کافی و دور از ابهام، همراه با تاریخ و زمان ارائه خدمت به دقت ثبت گردد تا بتوانند این اوراق جوابگوی اهداف مورد نیاز باشند (۱).

به دلیل این که مستند سازی پس از ارائه خدمت به بیمار انجام می‌شود ممکن است اغلب دقیق و کامل و آن گونه که مورد نیاز مطلوب است صورت نگیرد این امر علاوه بر از دست دادن اطلاعات بیماران بستری شده می‌تواند اثرات سوء در فرآیند درمان آن‌ها نیز داشته باشد (۳).

نتایج تحقیقی تحت عنوان ارزیابی ثبت اطلاعات بیماران بستری توسط پزشکان در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال ۸۰ نشان داد فرآیند مستندسازی پرونده‌ها توسط پزشکان به عنوان اصلی‌ترین گروه ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمانی به‌طور ناقص انجام می‌گیرد (۴). آریایی در پژوهشی به بررسی محتویات مدارک پزشکی در بیمارستان‌های عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان در سه ماهه اول سال ۱۳۷۷ پرداخت. نتایج تحقیق وی نشان داد که بیشترین درصد تکمیل اوراق پزشکی بر حسب مولفه‌های کمی مربوط به برگ

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی، کاربردی بوده که به صورت گذشته‌نگر انجام شد. جمعیت مورد مطالعه پرونده‌های بیمارانی بود که در چهار ماهه نخست سال ۱۳۸۸ در ۲ بیمارستان آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی جهرم بستری بوده‌اند و در طی همین مدت ترخیص شده‌اند. در مجموع ۴۰۰ پرونده به عنوان نمونه انتخاب (۲۵۰ پرونده از بیمارستان استاد مطهری و ۱۵۰ پرونده از بیمارستان پیمانیه انتخاب شد) و مورد بررسی قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌های در این پژوهش چک لیستی بود که توسط پژوهشگر و بر اساس آیتم‌های موجود در اوراق شرح حال، گزارش عمل جراحی و دستورات پزشک تهیه شده بود. در مجموع ۶۲ آیتم در این سه برگ وجود داشت (برگ دستورات پزشک ۱۶ آیتم، برگ شرح حال ۱۹ آیتم و برگ گزارش عمل جراحی ۲۶ آیتم) که تمامی آن‌ها در چک لیست مورد نظر گنجانده شد. آیتم‌های مشترک بین سه اوراق عبارتند از: شماره پرونده، نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، تاریخ پذیرش، بخش، اتاق، تخت و پزشک معالج، آیتم‌های غیر مشترک در برگ گزارش عمل جراحی نام جراح، نام کمک جراح، تاریخ عمل نام بیهوشی دهنده، نوع بیهوشی، نام پرستار اتاق عمل، نام پرستار کمک، ساعت شروع عمل، ساعت خاتمه عمل، انجام نمونه برداری، تعداد نمونه برداری، ارسال نمونه جهت آزمایش، انطباق شمارش گازها و لوازم قبل و بعد و در برگ شرح حال تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماری قبلی، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت‌های دارویی و غیر دارویی، تشخیص اولیه، سوابق فامیلی، معاینات بدنی و بررسی‌های اولیه بالینی، معاینات بدنی و بررسی‌های اولیه بالینی، خلاصه مشاهدات و امضاء پزشک معاینه کننده و در برگ دستورات پزشک ساعت، تاریخ، امضاء پزشک و دستورات پزشک بود.

روایی چک لیست‌ها با بهره‌گیری از نظر صاحب نظران رشته مدارک پزشکی و اساتید فن مورد تأیید قرار گرفت. پس از طراحی چک لیست مورد نیاز و تأیید روایی آن، ابتدا لیستی از پرونده‌های بیمارستان بستری در چهار ماهه نخست سال ۱۳۸۸ که بر اساس شماره پرونده بیمارستان مرتب شده بود دریافت شد، سپس با توجه به حجم نمونه مربوط به هر

شجاع و همکاران در تحقیقی به بررسی میزان ثبت اطلاعات در فرم‌های اعمال جراحی در بیمارستان شهید بهشتی کرمان در سال ۱۳۸۴ پرداختند. آن‌ها در مجموع فرم‌های اختصاصی جراحی ۴۵۰ پرونده از این بیمارستان را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد که درصد آیتم‌های تکمیل شده در فرم مراقبت قبل از عمل جراحی، فرم بیهوشی، فرم شرح عمل جراحی و فرم مراقبت بعد از عمل جراحی به ترتیب ۴۱/۶، ۵۴/۵، ۵۵/۷ و ۵۲/۱ درصد بود (۸).

کرادوک و همکارانش در تحقیقی به بررسی صحت ثبتیات مدارک پزشکی بیماران اسکیزوفرنیا در دو مرکز روانی در لس‌آنجلس پرداختند. آن‌ها اطلاعات مربوط به ۲۲۴ بیمار را مورد بررسی قرار دادند. عناصری همچون جنس، نژاد، سن، طول مدت اقامت، مرحله درمان، وضعیت بیماری فرد، تاریخچه مصرف دارو و الکل و پذیرش درمان بررسی شد. محققان اطلاعات موجود در پرونده‌ها را با بررسی نشانه‌های بیمار و عوارض جانبی موجود مورد مقایسه قرار دادند. نتایج نشان داد که مستندات موجود در رابطه با نشانه‌ها و عوارض جانبی عمدتاً ثبت نشده‌اند. عوارض جانبی نسبت به نشانه‌ها کمتر مستند شده بودند. مستندات مربوط به نشانه‌ها همبستگی کمتری با بیماری افرادی که مدت طولانی در این مراکز اقامت داشتند را نشان می‌داد (۹).

با توجه به اهمیت ثبت اطلاعات پزشکی در اوراق پزشکی به منظور ارائه اطلاعات کامل، معتبر، کافی و به موقع برای مدیران بیمارستان‌ها، پزشکان، پزشکی قانونی، نظام پزشکی، تحقیقات و پژوهش‌های علمی برای کادر پزشکی، اعضاء هیئت علمی، کادر پیراپزشکی و دانشجویان و از همه مهم‌تر پیگیری سیر بیماری‌ها و درمان بیماران (۱۰) و با در نظر گرفتن نتایج نه چندان رضایت بخش تحقیقات مشابه داخلی در این زمینه پژوهشگر بر آن شد که این پژوهش را در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام دهد تا از این رهگذر نقایص احتمالی اوراق منتخب (اوراق شرح حال، گزارش عمل جراحی و دستورات پزشک که جزء اوراق مهم پرونده به ویژه در زمان رسیدگی به خطاهای پزشکی در مراجع ذیصلاح نظیر پزشکی قانونی و نظام پزشکی می‌باشند) شناسایی و بازخورد لازم به مدیران این بیمارستان‌ها به منظور چاره‌اندیشی جهت رفع این نقایص صورت پذیرد.

نتایج

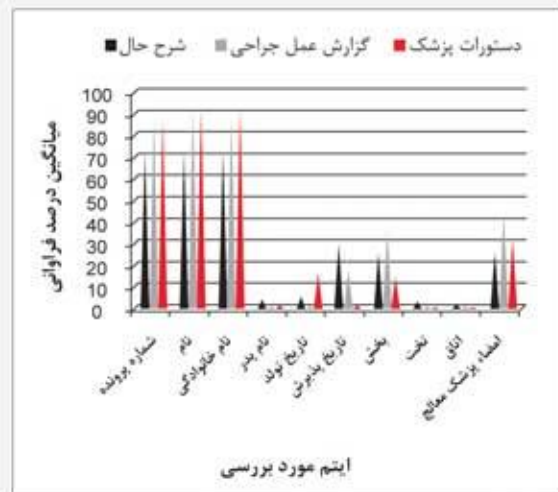
میانگین درصد فراوانی ثبت اطلاعات هویتی در اوراق شرح حال، گزارش عمل جراحی و دستورات پزشک توسط منشی بخش‌های مربوطه در بیمارستان‌های مورد بررسی در نمودار ۱ نشان داده شده است. به این ترتیب میانگین درصد فراوانی ثبت شماره پرونده، نام و نام خانوادگی در هر سه برگ بیشترین و میانگین درصد فراوانی ثبت شماره تخت و اتاق کمترین میزان ثبت را در بین اطلاعات هویتی به خود اختصاص داده اند.

میانگین درصد فراوانی ثبت اطلاعات هویتی در برگ شرح حال، گزارش عمل جراحی و دستورات پزشک توسط منشی بخش در کل بیمارستان‌های مورد بررسی به ترتیب ۳۲/۹، ۴۰/۲ و ۳۵/۸ درصد بود. میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های بالینی که بایستی توسط پزشک در برگ شرح حال ثبت شود در کلیه بیمارستان‌های مورد بررسی به شرح زیر می‌باشد: تاریخچه بیماری فعلی ۲۷/۴ درصد، تاریخچه بیماری قبلی ۵۷/۲ درصد، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات ۳۲/۴ درصد، حساسیت دارویی و غیر دارویی ۲۹/۱ درصد، تشخیص اولیه ۲۴/۱ درصد، سوابق فامیلی ۲۵/۰ درصد، خلاصه مشاهدات ۱۲/۱ درصد، معاینات بدنی و بررسی‌های اولیه ۳۵/۱ و امضاء پزشک معاینه کننده ۵۴/۱ درصد بود.

میانگین درصد فراوانی ثبت این داده‌ها در کلیه بیمارستان‌های مورد بررسی ۳۸/۰ درصد بود. میانگین درصد فراوانی ثبت این داده‌ها به تفکیک هر بیمارستان به این شرح می‌باشد: مطهری ۳۱/۷ درصد، پیمانیه ۴۴/۴ درصد بود.

میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به عمل جراحی توسط جراح در برگ گزارش عمل جراحی به تفکیک هر آیتم در بیمارستان‌های مورد بررسی به این شرح می‌باشد: تشخیص قبل از عمل ۸۹/۷ درصد، تشخیص پس از عمل ۸۸/۲ درصد، شرح عمل و مشاهدات ۹۸/۷ درصد، دستورات بعد از عمل ۹۸/۷ درصد و امضاء جراح ۹۸/۷ درصد بود. میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به عمل جراحی توسط جراح در برگ گزارش عمل جراحی در کلیه بیمارستان‌های مورد بررسی ۹۴/۸ درصد بود. میانگین درصد فراوانی ثبت این داده‌ها به تفکیک هر بیمارستان به این شرح می‌باشد: مطهری ۹۶/۵ درصد، پیمانیه ۹۳/۱ درصد بود.

بیمارستان بر اساس روش نمونه‌گیری سیستماتیک اقدام به استخراج نمونه‌های مورد نیاز در هر بیمارستان شد. در ادامه داده‌های مورد نیاز با مشاهده و بررسی نمونه‌های استخراجی و بر اساس چک لیست موجود جمع‌آوری گردید.



نمودار ۱: میانگین درصد فراوانی ثبت اطلاعات هویتی در اوراق مورد بررسی توسط منشی بخش‌ها در بیمارستان‌های مورد مطالعه

تکمیل چک لیست بر این اساس استوار بود که چنانچه آیتم مورد نظر تکمیل شده بود در ستون مقابل آن بله و اگر رعایت نشده بود خیر علامت زده می‌شد. در این چک لیست ستونی برای آیتم‌های بدون کاربرد در نظر گرفته شده بود که در صورت عدم کاربرد آیتم مورد نظر برای بیمار این ستون علامت زده می‌شد. روش جمع‌آوری داده‌ها بر اساس مشاهده و ثبت بود. میانگین درصد فراوانی بدین صورت محاسبه شده است که برای هر یک از اوراق اشاره شده میانگین هر بیمارستان محاسبه شده و سپس میانگین دو بیمارستان مورد مطالعه استخراج شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (ویرایش دهم) و نرم افزار Microsoft Office Excel 2003 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نام بیمارستان	برگ شرح حال	برگ گزارش عمل جراحی	برگ دستورات پزشک
مطهری	۴۳/۲٪	۴۹/۰٪	۴۱/۶٪
پیمانیه	۲۲/۷٪	۳۱/۳٪	۳۰/۰٪

جدول ۱: میانگین درصد فراوانی ثبت اطلاعات هویتی در اوراق مورد بررسی توسط منشی بخش‌ها در بیمارستان‌های مورد مطالعه

میانگین درصد فراوانی ثبت امضاء پرستار در برگ دستورات پزشک توسط پرستاران بیمارستان‌های مورد بررسی نشان داد که در ۹۹/۱ درصد این آیتم تکمیل شده بود. درصد فراوانی ثبت این آیتم به تفکیک هر بیمارستان نیز به این شرح می‌باشد: مطهری ۹۸/۸ درصد، پیمانیه ۹۹/۳ درصد بود.

بحث

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد میزان ثبت داده‌های هویتی برگ شرح حال در بیمارستان‌های آموزشی شهر جهرم در مجموع ۳۲/۹ درصد بود. در میان این عناصر اطلاعاتی میزان ثبت اتاق و تخت کمترین و میزان ثبت شماره پرونده، نام و نام خانوادگی بیشترین درصد ثبت را به خود اختصاص داده است. ثبت اطلاعات هویتی در برگ شرح حال در حد کمتر از متوسط می‌باشد. داده‌های هویتی به‌طور عادی برای هر بیمار در هر مرکز مراقبتی جمع‌آوری می‌شوند، مگر آن که این اطلاعات در دسترس نباشند (۱۱). نتایج این پژوهش نسبت به پژوهش باطنی و احمدزاده ضعیف‌تر بوده است. باطنی در پژوهشی که در پنج بیمارستان کاشانی، الزهرا، نور، فیض و امین انجام داد میزان ثبت اطلاعات هویتی در برگ شرح حال را ۶۱/۰ درصد عنوان کرد (۱۲). این در حالی است که در پژوهش احمدزاده که در دو بیمارستان بزرگ شیراز انجام شد ثبت داده‌های هویتی در برگ شرح حال ۱۰۰ درصد بدست آمد (۶).

نتایج نشان می‌دهد میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های بالینی توسط پزشک در برگ شرح حال ۳۸ درصد است. میزان ثبت تاریخچه بیماری فعلی ۷۳/۴ درصد بیشترین و خلاصه مشاهدات ۱۲/۱ درصد کمترین میزان ثبت را به خود اختصاص داده‌اند. میزان ثبت داده‌های بالینی در این برگ کمتر از نصف می‌باشد. حاجوی هدف از تشکیل این برگ را کمک به پزشک در رسیدن به یک تشخیص مطمئن و درست می‌داند و اظهار می‌دارد که اگر این برگ بطور کامل و صحیح پر شود به مقدار زیادی ادامه فعالیت‌های درمانی آموزشی در آن مرکز روتین خواهد شد (۱۳). با توجه به اهمیت این داده‌ها در درمان و ادامه معالجه بیمار متأسفانه شاهد این هستیم که این داده‌ها ناقص هستند. توکلی در تحقیق خود که بر روی پزشکان و مدیران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد از بین عناصر اطلاعاتی که بایستی توسط پرستار اتاق عمل در برگ گزارش عمل جراحی ثبت شود نام جراح ۹۸/۴ درصد و، تاریخ عمل ۹۶/۸ درصد بیشترین و تعداد نمونه برداری با صفر درصد انجام نمونه برداری با ۰/۸ درصد کمترین میزان را داشته‌اند. میانگین درصد فراوانی ثبت این داده‌ها به تفکیک هر بیمارستان به این شرح می‌باشد: مطهری ۴۷/۴ درصد و پیمانیه ۲۶/۱ درصد بود.

میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به پزشک در برگ دستورات پزشک به تفکیک هر آیتم در بیمارستان‌های مورد بررسی به این شرح بود: دستورات پزشک ۹۸/۸ درصد، ساعت ۹۹/۶ درصد، تاریخ و امضاء پزشک ۹۹/۴ درصد بود. میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به دستورات توسط پزشک در برگ دستورات پزشک در بیمارستان‌های مورد بررسی در کل ۹۹/۳ درصد بود. میانگین درصد فراوانی ثبت این داده‌ها به تفکیک هر بیمارستان به این شرح می‌باشد: بیمارستان مطهری ۹۸/۶ درصد و پیمانیه ۱۰۰/۰ درصد بود.

میانگین درصد فراوانی میزان ثبت	نام آیتم مورد بررسی
۹۸/۴٪	نام جراح
۱۹/۷٪	نام کمک جراح
۹۶/۷٪	تاریخ عمل
۵۱/۸٪	نام بیپوشی دهنده
۸۸/۳٪	نوع بیپوشی
۵۸/۸٪	نام پرستار اتاق عمل
۹/۸٪	نام پرستار کمک
۱/۴٪	ساعت شروع عمل
۱/۴٪	ساعت خاتمه عمل
۰/۷٪	انجام نمونه برداری
۰/۰٪	تعداد نمونه برداری
۰/۷٪	ارسال نمونه جهت آزمایش
۵۰/۳٪	انطباق شمارش گازها و لوازم قبل و بعد

جدول ۲: میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به پرستار اتاق عمل در برگ گزارش عمل جراحی توسط پرستار در بیمارستان‌های مورد مطالعه

عمل جراحی نقص دارند (۱۷). که نتایج طرح وی بر نتیجه طرح ما منطبق است.

میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به عمل جراحی در برگ گزارش عمل جراحی توسط جراحان در بیمارستان‌های مورد بررسی ۹۴/۸ درصد بود. در بین آیتم‌های مورد بررسی شرح عمل و دستورات بعد از عمل و امضاء جراح با ۹۸/۷ درصد بیشترین و تشخیص پس از عمل با ۸۸/۲ درصد کمترین میزان ثبت را داشتند. با توجه به اهمیت این برگ در زمینه‌های مختلف به ویژه در مواردی که مشکلات قانونی به وجود می‌آید این میزان ثبت قابل قبول بوده و تا حدودی زیادی رضایت بخش بوده است. باطنی در تحقیق خود در این مورد به این نتیجه رسید که اطلاعات مربوط به عمل جراحی توسط جراحان در ۹۰ درصد موارد ثبت شده و تنها در ۱۰ درصد موارد این داده‌ها ثبت نشده‌اند (۱۲).

شجاع در تحقیقی که بر روی برگ گزارش عمل جراحی بیمارستان شهید بهشتی در سال ۸۴ انجام داد به این نتیجه رسید که ۵۶ درصد آیتم‌های موجود در این فرم ثبت شده‌اند (۸). نتایج دو طرح فوق نیز گویای این مطلب است که برگ گزارش عمل جراحی در مقایسه با برگ‌های دیگر از درجه تکمیل بالاتری برخوردار است. نتایج تحقیق صالح کامل و همکاران نشان داد که میانگین ثبت داده‌ها در برگ گزارش عمل جراحی توسط جراح ۶۲/۶ درصد بود تشخیص قبل از عمل در ۶۳/۷ درصد موارد ثبت شده بود. نمونه برداشته شد با ۳۹/۳ درصد کمترین میزان ثبت را داشت (۱۶). میزان ثبت داده‌های مربوط به جراحی در برگ گزارش عمل جراحی توسط جراحان در تحقیق حاضر ۹۴/۷ درصد به دست آمد که از تحقیق فوق بیشتر بوده است.

طبق نتایج فوق میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به پرستار اتاق عمل در برگ گزارش عمل جراحی در بیمارستان‌های مورد بررسی ۳۶/۸ درصد بوده است. در بین عناصر مورد بررسی نام جراح با ۹۸/۴ درصد بیشترین و تعداد نمونه برداری با صفر درصد کمترین میزان ثبت را داشته‌اند. میزان ثبت آیتم‌هایی که توسط پرستار اتاق عمل در برگ گزارش عمل جراحی در بیمارستان‌های مورد بررسی ثبت شده کمتر از پنجاه درصد است. با توجه به اهمیت حیاتی مواردی

اصفهان انجام داده به این نتیجه رسیده که ۵۳ و ۵۵ درصد مدیران و پزشکان عدم وجود آموزش کافی در زمینه ثبت را عامل اصلی این نقص می‌دانند (۱۴). باطنی در زمینه تکمیل برگ شرح حال به این نتیجه رسید که پزشکان پنج بیمارستان مورد بررسی ۶۲ درصد داده‌های برگ شرح حال را ثبت کرده‌اند (۱۲). این نتایج تا حدودی با نتایج طرح ما همخوانی دارد. بیگی در تحقیق خود که در بیمارستان الزهرا انجام داد، میزان نقص ثبت اطلاعات توسط پزشک معالج را در کلیه فرم‌های پرونده ۷۳ درصد برآورد کرد (۱۵) که تا حدود زیادی با نتایج طرح ما شباهت دارد.

در تحقیقی که در کویت انجام شد نتایج نشان داد که در زمینه ثبت مندرجات برگ شرح حال؛ تاریخچه بیماری فعلی و تشخیص اولیه هر دو با ۹۸/۲ درصد بیشترین میزان ثبت را داشتند. و معاینات بدنی با ۸۶/۴ درصد کمترین میزان ثبت را داشت (۱۶). این در حالی است که در تحقیق ما تاریخچه بیماری فعلی در ۷۳/۴ درصد موارد، تشخیص اولیه در ۲۴/۱ درصد موارد و معاینات بدنی در ۳۵/۱ درصد موارد ثبت شده بودند.

طبق نتایج حاصله میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های هویتی توسط منشی اتاق عمل در برگ گزارش عمل جراحی در بیمارستان‌های مورد بررسی ۴۰/۲ درصد بوده است. در بین آیتم‌های مورد بررسی میانگین ثبت نام با ۹۹/۲ درصد بیشترین درصد و میانگین ثبت نام پدر با صفر درصد کمترین میزان ثبت را به خود اختصاص داده‌اند. وجود برگ گزارش عمل جراحی در پرونده کلیه بیمارانی که مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند ضروری است. هدف از ایجاد این برگ این است که گزارشی از عمل جراحی با امضاء جراح جهت استفاده‌های درمانی - آموزشی در پرونده موجود باشد (۱۳). با وجود اهمیت این برگ میزان ثبت اطلاعات هویتی در این برگ قابل قبول نمی‌باشد. هرچند در مقایسه با برگ شرح حال وضعیت بهتری دارد. بیگی در تحقیق خود میزان نقص ثبت اطلاعات دموگرافیک را در کلیه اوراق پرونده مورد بررسی قرار داده که به رقم ۵۹ درصد دست یافت (۱۵). غلامی در تحقیق خود که در بیمارستان نمازی انجام دادند به این نتیجه رسید که ۶۴ درصد پرونده‌ها در زمینه ثبت اطلاعات هویتی برگ گزارش

در هر سه برگ به ترتیب ۱۷/۴، ۱/۸، ۱/۹ و ۱۴/۶ درصد بوده است و این میزان‌ها بسیار ضعیف بوده است.

باطنی در تحقیق خود که بروی برگ دستورات پزشک پنج بیمارستان الزهراء، نور، کاشانی، فیض و امین انجام داد به این نتیجه رسید که در ۹۵ درصد موارد میزان ثبت تاریخ و ساعت دستورات پزشک کامل شده اند (۱۲). که این نتیجه تا حدودی به نتیجه طرح ما نزدیک است. در این طرح میزان ثبت تاریخ ۹۹/۴ درصد و ساعت دستورات پزشک ۹۹/۶ درصد بوده است. نکته مهم در این برگ این است که دستورات پزشک که یکی از عناصر بسیار مهم این برگ است صد درصد تکمیل نشده است و این مورد جای سوال دارد که چگونه این آیتم توسط پزشکان کامل نشده است. ولی خوشبختانه این میزان تکمیل توسط پزشکان تا حدود زیادی قابل قبول است هر چند کافی نیست.

آنا فیلیپس و همکاران در تحقیق خود با عنوان مستند سازی مدارک پزشکی به بررسی کیفیت ثبت این ثبیتات پرداختند. در حدود ۲۲۴ آیتم ورودی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این بررسی نشان داد که پنج آیتم نمره کامل یعنی ۱۰۰ را به دست آوردند. این آیتم‌ها شامل تاریخ، نام مسئول، امضاء، وضعیت بیمار حین مراجعه و وضعیت بیمار پس از اولین مراجعه بود. در مجموع ۹۴ آیتم یعنی حدود ۴۱/۹ درصد نمره کمتر از ۵۰ را به دست آوردند (۱۸). نتایج این تحقیق با نتایج کلی تحقیق ما که میزان ثبت مستندات اوراق مورد بررسی را در حد مطلوب برآورد نکرد هم خوانی دارد.

نتیجه گیری

ثبت ناقص مستندات بالینی یکی از مسائلی است که همواره باعث ایجاد مشکلاتی برای بیماران، ارائه دهندگان خدمات و مراکز درمانی شده است. بر اساس نتایج بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که میزان ثبت اطلاعات مختلف بویژه اطلاعات بالینی که نقش اساسی در ادامه درمان بیماران دارند در اوراق مورد بررسی که جزء اوراق اصلی و مهم پرونده‌های پزشکی هستند در حد مطلوب نبوده که این امر باعث ایجاد اختلال در ادامه درمان بیماران و ایجاد مشکلات قانونی برای مستند سازان خواهد شد. به نظر می‌رسد شناسایی علل ناقص

همچون نوع عمل، نوع بیهوشی، ساعت شروع و پایان عمل، انجام نمونه برداری، تعداد نمونه برداری و انطباق شماره‌شمارها قبل و بعد از عمل جراحی در این فرم و تأثیر زیادی که این موارد در ادامه درمان بیمار دارد و با توجه به مسائل قانونی مکرری که برای بیماران، جراحان و پرستاران در این زمینه به وجود آمده این میزان ثبت و این میزان نقص جای بررسی و تأمل فراوانی دارد. باطنی نیز در تحقیق خود میزان ثبت این داده‌ها توسط پرستار اتاق عمل را ۲۹ درصد بدست آورد (۱۲). ماسوری در تحقیق خود به این نتیجه رسید که پرستاران در ۹۴ درصد موارد در ثبت اطلاعات ضعیف و غیر قابل قبول عمل کرده‌اند وی همچنین به این مورد اشاره می‌کند که عملکرد پرستاران در مورد ثبت برگ گزارش عمل جراحی ضعیف و غیر قابل قبول است (۱). همان طور که نتایج تحقیق باطنی (۱۲)، ماسوری (۱) و تحقیق ما نشان می‌دهد عملکرد پرستاران در تکمیل آیتم‌های موجود در برگ گزارش عمل جراحی در حد ضعیف و غیر قابل قبول است.

در تحقیق صالح کامل و همکاران فرم شرح حال با میانگین ۹۳/۸ درصد بیشترین میزان ثبت را داشت و برگ گزارش عمل جراحی با ۶۰/۳ درصد کمترین میزان ثبت را داشت (۱۶). در حالی که در تحقیق ما میانگین میزان ثبت آیتم‌های موجود در برگ گزارش عمل جراحی در مقایسه با دو برگ دیگر میزان ثبت بیشتری داشت.

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که میانگین درصد فراوانی ثبت اطلاعات هویتی در برگ دستورات پزشک توسط منشی بخش بیمارستان‌های مورد بررسی ۳۵/۸ درصد بوده است. از بین عناصر مورد بررسی نام و شماره پرونده با ۹۶/۸ و ۹۴/۲ درصد بیشترین و اتاق و تخت با ۱۲ و ۱۶ درصد کمترین میزان ثبت را به خود اختصاص داده‌اند. لازم به ذکر است که در بین عناصر اطلاعاتی هر سه برگه مورد بررسی اتاق و تخت کمترین میزان ثبت را داشته‌اند. هر چند این دو آیتم در مقایسه با موارد دیگر از اهمیت کمتری برخوردار هستند ولی این دلیل قانع کننده‌ای برای عدم ثبت این موارد نیست. تاریخ تولد، تاریخ پذیرش، نام پدر، بخش از جمله موارد مهم در داده‌های هویتی این سه فرم هستند که آن‌ها هم وضعیت خیلی خوبی ندارند به گونه‌ای که میانگین میزان ثبت آن‌ها

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم حمایت شده است.

ماندن اوراق پزشکی و برنامه ریزی جهت انجام اقدامات لازم برای برطرف نمودن این نقایص از سوی مسئولان ذیربط ضروری است.

References

1. Mansuri N. A Study on Nurses Performance in Medical Record Completing at Three Hospitals of Tehran University of medical Sciences [Master of sciences Thesis]. Tehran: Faculty of Management & Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences; 1996.
2. Kazemi Far OM, Gheshlaghi F. Methods for Prevention of Medical Errors [T. Lyman, J. Sikeston, trans]. Isfahan: Farhang Va MARDom Publisher; 2001.
3. Huffman KE. Medical Record Management. 1st ed. Berwyn Illinois: Physicians Record Company; 1990.
4. Mashufi M, Amlani F, Rostami KH, Mardi A. Evaluation of Inpatient Documented Information by physician in Hospitals of Ardebil University of Medical Sciences in 2002. In: 1st National Congress of Medical Record Students . Isfahan University of Medical Sciences; 2005.
5. Ariaii M. Study on Medical Record Content in Educational Hospitals of Kerman University of Medical Sciences in 1999 [Master of Sciences Thesis]. Tehran: Faculty of Management & Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences; 2000.
11. Ahmadi M, Sadughi F, Asadi F, Jalali Far B. Health Information Management of a Strategic Resource [A. Mervat, trans]. 1st ed. Tehran: Vajepardaz Publisher; 2003.
12. Bateni MR. Study on Condition and Effective Factors on Medical Record Improvement in Isfahan University of Medical Sciences Teaching Hospitals. [Approved research]. Isfahan: Faculty of Management & Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences; 2002.
13. Hajavi A. Medical Record 1&2.1st ed. Tehran: Iran University of Medical Sciences Publisher; 2000.
14. Tavakoli N. Study on Effective Reasons in Medical Record Defect and Suggested Solutions by Managers and Physicians for Solving this Problem. [Approved Research]. Isfahan: Faculty of Management & Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences; 2004.
6. Ahmadzade F. Study on Medical Record Completeness in General Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences [Master Thesis]. Tehran: Faculty of Management & Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences; 1999.
7. Zare fazlolahi Z. Comparison Between Operation Report Forms Completeness in Orumieh Varsity Hospitals [Master Thesis]. Tehran: Faculty of Management & Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences; 2003.
8. Shojae M, zarean S, Golnari A. Study on Operation Report Completeness in Shahid Beheshti Kashan Hospital in 2006. In: 2nd National Congress of Medical Record Students. Shiraz University of Medical Sciences; 2006.
9. Cradock J, Young AS. The Accuracy of Medical Record Documentation in Schizophrenia. Abstr Acad Health Serv Res Health Policy Meet; 2001.
10. Ghazi Saied M, Davar Panah A, Safdari R. health Information Management. 1st ed. Tehran: Mahan Publisher; 2005.
15. Beigi M, Nikbakht M, Sadeghi Jebeli M, Mojdeh S. Study on Inpatient Information's Documentation By Attention to Standards in Alzahra Isfahan Hospital in 2004 Second Half. In: 2nd National Congress of Medical Record Students. Shiraz university of Medical Sciences; 2006.
16. Saleh A Kamel, Abdel E Amin, mokhtar S. Assessment of physician-documentation in medical records of general hospitals in Kuwait. The Bull ten of the High Institute public Health; 2000.
17. Gholami M, Arjmand R. Study on Inpatients Medical Records Condition in Namazi Hospital during 1 Month. In: 2nd National Congress of Medical Record Students. Shiraz University of Medical Sciences; 2006.
18. Phillips A, Stiller K, Williams M. Medical Record Documentation: The Quality Of physiotherapy Entries. The International Journal of Allied Health Sciences and Practice; 2006,4:3.



Original Article

Evaluation of Randomly Selected Completed Medical Records Sheets in Teaching Hospitals of Jahrom University of Medical Sciences, 2009

Mahjob Mohammad Parsa¹, Farahabadi Seyyed Mohammad Ehsan², Dalir Mahsa^{3*}

1- Dept. of cardiology, School of Medicine, Jahrom university of Medical sciences, Jahrom, Iran.

2- Student of Health Service Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3- Medical Record Unit, Motahary Hospital, Jahrom, Iran.

Abstract

Background and objective: Medical record documentation, often use to protect the patients legal rights, also providing information for medical researchers, general studies, education of health care staff and qualitative surveys is used. There is a need to control the amount of data entered in the medical record sheets of patients, considering the completion of these sheets is often carried out after completion of service delivery to the patients. Therefore, in this study the prevalence of completeness of medical history, operation reports, and physician order sheets by different documentaries in Jahrom teaching hospitals during year 2009 was analyzed.

Methods and Materials: In this descriptive / retrospective study, the 400 medical record sheets of the patients from two teaching hospitals affiliated to Jahrom medical university was randomly selected. The tool of data collection was a checklist based on the content of medical history sheet, operation report and physician order sheets. The data were analyzed by SPSS (Version10) software and Microsoft Office Excel 2003.

Results: Average of personal (Demography) data entered in medical history, physician order and operation report sheets which is done by department's secretaries were 32.9, 35.8 and 40.18 percent. Average of clinical data entered by physician in medical history sheet is 38 percent. Surgical data entered by the surgeon in operation report sheet was 94.77 percent. Average of data entered by operation room's nurse in operation report sheet was 36.78 percent; Average of physician order data in physician order sheet entered by physician was 99.3 percent.

Conclusion: According to this study, the rate of completed record papers reviewed by documentary in Jahrom teaching hospitals were not desirable and in some cases were very weak and incomplete. This deficiency was due to different reason such as medical record documentaries negligence, lack of adequate education for documentaries, High work load and shortage of time for completing data by documentaries.

Keywords: Medical records, documentation of sheets, teaching hospital.

Corresponding author: Dalir Mahsa, Medical Record Unit, Motahary Hospital, Jahrom, Iran.