

Evaluation of Completeness and Legal Aspects` Compliance of Emergency's Medical Records in Teaching Hospitals of Zabol University of Medical Sciences

Mahmoodian S¹, Alidadi F², Arji G³, Ramezani A⁴

Abstract

Purpose: Emergency departments have a basic role in saving the human life in any accidents. Developing an information system with an accurate documentation facilitates evaluating emergencies activities and providing quality care. The main objective of this study was to determine the rate of complete documentation and compliance of legal aspects in documentation of Emergency's Medical Records in teaching hospitals of Zabol University of Medical Sciences.

Methods: In this descriptive-analytical research, 500 Emergency's Medical Records were selected by random sampling method. Two checklists were applied to gather all the information. First checklist measured completion of data element in Emergency's Medical Records forms and second checklist analyzed the legal aspect Compliance. Since the first checklist used the standard medical record's data item of Ministry of health, it was validated. Reliability and validity of second checklist were verified by of medical records experts' opinions. The statistical significance was set to 0.05. The statistical package SPSS were used for the analysis (Chi-square test).

Results: The amount of data recorded by physician, nurses, and reception staffs were 25.4, 52.6 and 67.1 percent, respectively. In general, legal aspect Compliance was 44.7 percent. Comparing hospitals` legal aspect Compliance ratio showed a statistically significant difference ($P=0.0001$).

Conclusion: Our study showed that Emergency's Medical Records were incomplete and legal aspects were not complied in medical record documentation. These deficiencies lead to loss of patients' information. Therefore authorities, doctors, and medical experts should pay more attention to completeness of documentation of emergency's patient records in teaching hospitals of Zabol University of Medical Sciences.

Key words: Evaluation, Completion ratio, Legal aspects, Emergency's Medical Records, Teaching hospitals

دریافت مقاله: ۹۲/۸/۷ تایید مقاله: ۹۲/۱۱/۱۲

ارزیابی میزان تکمیل اطلاعات و رعایت جنبه های قانونی در پرونده های پزشکی اورژانس بیمارستانهای آموزشی

دانشگاه علوم پزشکی زابل

ساناز سادات محمودیان^۱، فهیمه علیدادی^۲، گلی ارچی^۳، عباسعلی رضانی^۴

هدف: مراکز فوریت ها و اورژانس بیمارستانها نقش اساسی در تضمین سلامت و نجات جان انسان ها در حوادث و سوانح ایفاء می کنند. ارزیابی فعالیت های اورژانس و ارائه خدمات مطلوب به بیماران با ایجاد سیستم اطلاعاتی و ثبت صحیح اطلاعات میسر می باشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین میزان ثبت اطلاعات پرونده اورژانس و رعایت جنبه های قانونی در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زابل در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه، بصورت توصیفی- تحلیلی در سه بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زابل انجام شد. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای تعداد ۵۰۰ پرونده اورژانس از بیمارستانهای آموزشی زابل انتخاب شد. جهت جمع آوری اطلاعات از دوچک لیست استفاده شد. چک لیست اول جهت بررسی ثبت و عدم ثبت آیتم های موجود در فرم های

پرونده پزشکی اورژانس و چک لیست دوم جهت بررسی میزان رعایت جنبه های قانونی و اصول مستند سازی پرونده- های پزشکی طراحی شد. از آنجائی که چک لیست اول برگرفته از فرم های استاندارد وزارت بهداشت و درمان می باشد، بدین لحاظ روائی و پایائی آن مورد تایید می باشد. روائی و پایایی چک لیست بررسی میزان رعایت جنبه های قانونی پرونده های پزشکی بر اساس نظر صاحب نظران رشته مدارک پزشکی تایید شد. داده ها با استفاده از نرم افزار Spss و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میزان ثبت اطلاعات توسط کادر پزشکی، پرستاری و پذیرش به ترتیب ۲۵/۴ درصد، ۵۲/۶ درصد و ۶۷/۱ درصد و میزان رعایت جنبه های قانونی در کل پرونده های مورد بررسی ۴۴/۷ درصد بود. مقایسه میزان رعایت جنبه های قانونی در فرم های پرونده و بیمارستانهای مورد مطالعه اختلاف آماری معناداری را نشان داد ($p=0/001$).

نتیجه گیری: به طور کلی با توجه به نتایج، ثبت اطلاعات و رعایت جنبه های قانونی پرونده ها کامل نمی باشد که این امر منجر به از دست دادن اطلاعات بیماران می گردد. بنابراین توجه و اهتمام بیشتر مسئولین، پزشکان و کارشناسان مدارک پزشکی به این امر در دانشگاه علوم پزشکی زابل و ارزیابی میزان ثبت اطلاعات بطور مستمر در تمامی بیمارستانها و برگزاری کلاسهای آموزشی برای پزشکان و کادر پذیرش و پرستاری ضروری به نظر می رسد. همچنین پیشنهاد می شود آموزش نحوه ثبت اطلاعات در برنامه های درسی و کلاسی کاروزان پزشکی و پرستاری گنجانده شود.

کلمات کلیدی: ارزیابی، میزان تکمیل، جنبه های قانونی، پرونده اورژانس، بیمارستان های آموزشی

نویسنده مسئول: سانا سادات محمودیان، mahmoudians2@mums.ac.ir

آدرس: مشهد، گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۱- مدرس، گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۲- کارشناس، فناوری اطلاعات سلامت، بیمارستان نهم دی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

۳- مربی، گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

۴- مربی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

مقدمه

اورژانس یکی از مهمترین دغدغه های حوزه بهداشت و درمان است که جهت ارتقاء وضعیت موجود آن، وجود مدیریت و برنامه ریزی صحیح و ارزشیابی فعالیت های اورژانس اجتناب ناپذیر است. یکی از گام های مؤثر در این زمینه، ایجاد سیستم های اطلاعاتی و تکمیل اطلاعات در پرونده پزشکی اورژانس می باشد (۱).

ثبت اطلاعات پزشکی در پرونده های بیمارستانی در حقیقت مستندسازی فعالیتهای انجام شده توسط تیم پزشکی در بیمارستان و منعکس کننده فعالیت های پزشکان، پرستاران و سایر دست اندرکاران تیم پزشکی است. مستند سازی پرونده پزشکی یک نیاز مهم قانونی و حرفه ای برای کلیه متخصصین در امور بهداشت و درمان است زیرا مستندسازی مناسب، تبادل اطلاعات بیمار را برای همه اعضای تیم درمانی تسهیل می سازد که این خود برای تضمین کلیه مراقبت های ارائه شده به بیمار حیاتی است.

همچنین پرونده های پزشکی می توانند برای تحقیق، ارزیابی کیفی و اهداف پزشکی قانونی استفاده گردند (۲). وجود پرونده های کامل در بخش اورژانس می تواند ادعای بیماران را مبنی بر سهل انگاری ثابت یا رد نماید و در دفاع از بیماران و پرسنل در جنبه های قانونی قابل استفاده باشد (۳).

با توجه به اینکه مستند سازی در پرونده پزشکی توسط ارائه کنندگان مراقبت های بهداشتی، پزشکان، پرستاران و متخصصین درمان به عنوان فعالیت ثانویه ارائه مراقبت بیماران محسوب می شود، بنابراین ممکن است مستند سازی همیشه صحیح، کامل، ضروری و مورد پسند نباشد. بایستی محتویات پرونده پزشکی کنترل و تحلیل گردد تا ارتباط اطلاعات مراقبت بیمار را کامل گردد و مدرکی از طول ناخوشی و درمان بیمار برای جنبه های مختلف قانونی، پرداخت بررسی های ارزشیابی و اطلاعات بالینی در فعالیتهای آموزشی، تحقیقاتی و اداری تهیه گردد (۴). عدم رعایت جنبه های قانونی در پرونده های

بیمارستانی علاوه بر اینکه تبعات قانونی برای تیم پزشکی دارد، منجر به کندی روند تحقیقاتی و پژوهشی در مقوله های بیمارستانی می گردد (۵). وجود اطلاعات ناقص در پرونده منجر به تکرار آزمایش ها و نیز هزینه های اضافی خواهد شد. بدون مستندسازی مناسب پرونده پزشکی، به سختی می توان ثابت کرد که خدمات ارائه شده به بیمار، قابل قبول یا مورد لزوم بوده است یا خیر. ناکافی یا ناقص بودن اطلاعات پرونده ها، پیامدهای متعددی به دنبال خواهد داشت و بیمار اولین فردی است که این پیامد ها متوجه او خواهد شد (۶). مطالعات انجام شده در این زمینه مانند رنگرز جدی میزان ثبت اطلاعات در پرونده بیماران اورژانس را ۸۵ درصد؛ مطالعه توکلی، بیشترین میزان ثبت داده های هویتی در پرونده بیماران اورژانس ۹۸/۱ درصد و کمترین آن ۸۳/۳ درصد نشان داد که همگی بر این امر دلالت دارند که پرونده های پزشکی بصورت کامل ثبت نمی شوند (۷،۳). مطالعه مشعوفی نیز نشان داد که فرایند مستندسازی پرونده های پزشکی توسط ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی درمانی به طور ناقص انجام می شود که این امر منجر به از دست دادن اطلاعات بیماران بستری می گردد (۸). مطالعه محمد علی سیف ربیعی موید وجود نواقص جدی در ثبت پرونده های بیمارستانی می باشند (۹). مطالعه شانون^۱ و کلرک^۲ نیز نشان داد که پرونده بیماران غالباً فاقد یکی از عناصر اطلاعاتی مهم بودند و ثبت و گزارش نویسی توسط پرسنل پزشکی به صورت کامل انجام نمی شود (۱۰،۱۱). نظر به اهمیت ویژه وجود پرونده های کامل در بخش اورژانس و اهمیت اطلاعات در تصمیم گیری به موقع، لذا این مطالعه با هدف تعیین میزان تکمیل اطلاعات و رعایت جنبه های قانونی در ثبت اطلاعات پرونده اورژانس در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زابل در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه، بصورت توصیفی- تحلیلی در سه بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زابل انجام شد. حجم نمونه بر مبنای سطح اطمینان ۹۵ درصد تعداد ۴۴۰ پرونده بدست آمد که برای اطمینان بیشتر از ۵۰۰ پرونده

استفاده شد. روش نمونه گیری از نوع تصادفی طبقه ای بود. بمنظور اجرای این پژوهش بر روی پرونده های پزشکی اورژانس، ابتدا پرونده ها به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای در سه بیمارستان آموزشی به تناسب حجم پرونده ها انتخاب شدند.

جمع آوری اطلاعات، با استفاده از چک لیستهای تهیه شده بر اساس فرم های استاندارد وزارت بهداشت شامل ۶ فرم، فرم پذیرش و ترخیص، دستورات پزشک، گزارش پرستار، کنترل علائم حیاتی، تریاژ و خدمات ارائه شده به بیمار بود. چک لیست اول جهت بررسی ثبت و عدم ثبت آیتم های موجود در فرم های پرونده پزشکی اورژانس طراحی شد و با توجه به اینکه برگرفته از فرم های استاندارد وزارت بهداشت و درمان است، بدین لحاظ روائی و پایایی آن مورد تایید می باشد. چک لیست اول در برگ دستورات پزشک شامل ۱۳ آیتم، برگ علائم حیاتی ۱۷ آیتم، برگ گزارش پرستاری ۱۲ آیتم، برگ پذیرش و ترخیص ۳۱ آیتم، برگ خدمات ارائه شده به بیمار ۱۱ آیتم و برگ تریاژ ۳۶ آیتم بود.

چک لیست دوم جهت بررسی میزان رعایت جنبه های قانونی و اصول مستند سازی هر یک از ۶ برگ پرونده پزشکی با ۱۵ اصل طراحی شد. آیتم های مورد بررسی چک لیست دوم عبارتند از: خوانا بودن گزارشات، ثبت امضاء برای همه ورودی ها، ثبت تاریخ و زمان برای همه ورودی ها، رضایت آگاهانه، یادداشت انتقال توسط پزشک، امضاء نشان دهنده ماهیت ارائه کننده مراقبت، مستندات صریح و ساده، کشیدن خط در انتهای مستندات، ثبت اطلاعات در جای مخصوص خود، استفاده از اختصارات استاندارد، ثبت با خودکار با جوهر ثابت، رعایت اصل اصلاح مستندات نادرست، درج تاریخ و زمان، امضا برای هر گونه تغییر و حذفیات، به هنگام بودن مستند سازی، ذکر "ثبت تأخیری" در صورت لزوم، زمان تاریخ و نام فرد انجام دهنده ثبت تأخیری. روائی و پایایی چک لیست بررسی میزان رعایت جنبه های قانونی پرونده های پزشکی بر اساس نظر ۴ نفر از صاحب نظران رشته مدارک پزشکی تایید شد. داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار Spss و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل میزان تکمیل اطلاعات اوراق پرونده از آمار توصیفی و جهت بررسی ارتباط بین جنبه های قانونی و آیتم های موجود در برگ های تحت

¹ Shannon

² Clerk

($p < 0.0001$) و همچنین بین بیمارستانهای مورد مطالعه و ۱۵ اصل جنبه های قانونی اختلاف معناداری وجود داشت ($p < 0.0001$) (جدول ۲).

بحث و نتیجه گیری

بطور کلی این مطالعه نشان داد که ۳۵/۲ درصد پرونده های پزشکی اورژانس در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی زابل کامل بوده اند و جنبه های قانونی در ثبت اطلاعات پرونده های اورژانس بمیزان ۴۱/۴ درصد رعایت شده است. میزان تکمیل اطلاعات در بیمارستان امام خمینی و میزان رعایت جنبه های قانونی در بیمارستان امیرالمومنین با تفاوت اندکی، از دو بیمارستان دیگر بیشتر است. از آنجائی که در بخش اورژانس مسئول پذیرش و پزشکان به خاطر حیاتی بودن این بخش کار خود را سریع انجام می دهند همین موضوع منجر به دقت کمتر آنها در ثبت اطلاعات شده است.

بررسی میزان ثبت اطلاعات بتفکیک هر یک از فرم های پرونده پزشکی اورژانس نشان داد فرم پذیرش و ترخیص بیشتر از سایر فرمهای پرونده تکمیل شده است که بیشترین میزان تکمیل فرم پذیرش و ترخیص در بیمارستان امام خمینی ۶۸ درصد بوده است. در این مطالعه ثبت اطلاعات در پرونده پزشکی اورژانس دارای نواقص جدی می باشند. بطوریکه در هیچ یک از فرم های مورد بررسی اطلاعات کامل ثبت نشده اند. مشابه این نواقص در مطالعات مشابه نیز وجود دارد بطوریکه مشعوفی در تحقیق خود در اردبیل سال ۱۳۸۰ نشان داد فرم کنترل علائم حیاتی ۸۳/۴ درصد تکمیل گردیده است (۸). همچنین مطالعه ای که در این زمینه در انگلستان انجام شد نشان داد که ۸۳ درصد از پرونده های پزشکی از لحاظ مستند سازی علائم حیاتی ناقص می باشند (۹).

علت ثبت ناقص فرم های گزارش پرستاری در این مطالعه، استفاده یک صفحه از فرم های پرونده برای ثبت گزارش پرستاری و نتایج آزمایشات و رادیولوژی بجای فرم استاندارد گزارش پرستاری بود که این منجر به نبود مکانی جهت ثبت اطلاعات بیمار خصوصا اطلاعات هویتی بیمار شده بود. فرم تریاژ در برخی از بیمارستان های مورد مطالعه روی جلد پرونده الصاق می گردید (روی پرونده دوخت زده می شود) که این امر منجر به گم شدن و از

بررسی آزمون کای دو استفاده شد و $p < 0.05$ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۵۰۰ پرونده اورژانس بررسی شده ۲۶۰ پرونده مربوط به بیمارستان امیرالمؤمنین(ع)، ۱۷۰ پرونده مربوط به بیمارستان امام خمینی(ره) و ۷۰ پرونده مربوط به بیمارستان سیدالشهداء زهک دانشگاه علوم پزشکی زابل می باشد. بررسی میزان ثبت اطلاعات و رعایت جنبه های قانونی در فرمهای پرونده اورژانس نشان داد فقط ۳۵/۲ درصد پرونده های اورژانس کامل بوده اند و در ۴۱/۴ درصد از پرونده ها جنبه های قانونی رعایت شده است. این ارزیابی نشان داد که عدم ثبت اطلاعات اورژانس و عدم رعایت جنبه های قانونی در بیمارستان سیدالشهداء به ترتیب با ۷۰/۵ درصد و ۶۶/۶ درصد، نسبت به دو بیمارستان دیگر بیشتر بود (جدول ۱).

بررسی میزان تکمیل اطلاعات بر اساس ثبت کنندگان اطلاعات در پرونده، کادر پرستاری بیشترین میزان ثبت را داشت (۶۸ درصد). میزان ثبت اطلاعات کادر پزشکی ۲۵/۳۷ درصد و کادر پذیرش ۶۷/۱ درصد بود. بیشترین میزان عدم ثبت مربوط به پزشکان بیمارستان امام خمینی (ره) با ۵۷/۲۵ درصد و بیشترین میزان عدم ثبت مربوط به پرستاران و کادر پذیرش بیمارستان سیدالشهداء به ترتیب با ۴۰/۵ درصد، ۳۶/۲۵ درصد بود.

در بررسی میزان ثبت هر یک از عناصر اطلاعاتی فرم های پرونده های اورژانس، عنصر اطلاعاتی "تخت بیمار" در فرم دستورات پزشک به میزان ۹۹/۶ درصد و در فرم گزارش پرستاری ۹۸/۲ درصد، عنصر اطلاعاتی "دفع" در فرم علائم حیاتی ۹۹/۴ درصد، آیتم "محل انتقال بیمار و نتایج آزمایشگاه" در فرم پذیرش و ترخیص ۹۸/۶ درصد، آیتم "نوع خدمت ارائه شده" در فرم خدمات ارائه شده به بیمار ۹۵/۴ درصد، آیتم "ارجاع" در فرم تریاژ ۹۷/۱ درصد ثبت نشده بودند. بطور کلی میزان رعایت جنبه های قانونی، در کل پرونده های مورد مطالعه ۶۱/۲ درصد، بیشترین میزان رعایت جنبه های قانونی مربوط به بیمارستان امیرالمؤمنین(ع) ۵۹/۶ درصد و بیشترین میزان عدم رعایت مربوط به بیمارستان امام خمینی (ره) ۵۸/۳ درصد بود. بین فرم های پرونده و ۱۵ اصل جنبه های قانونی اختلاف معناداری وجود داشت

جدول ۱: میزان عدم ثبت اطلاعات و عدم رعایت جنبه های قانونی در فرمهای پرونده اورژانس بیمارستانهای مورد مطالعه

نام بیمارستان	فرمهای پرونده اورژانس											
	دستورات پزشک		علائم حیاتی		گزارش پرستاری		پذیرش و ترخیص		خدمات ارائه شده		تریاز	
	ثبت اطلاعات	جنبه های قانونی	ثبت اطلاعات	جنبه های قانونی	ثبت اطلاعات	جنبه های قانونی	ثبت اطلاعات	جنبه های قانونی	ثبت اطلاعات	جنبه های قانونی	ثبت اطلاعات	جنبه های قانونی
امیرالمؤمنین	۶۳/۴	۵۰	۶۷/۸	۵۹/۲	۶۶	۴۳/۷	۳۹	۵۱	۷۰/۲	۵۴/۷	۷۳/۱	۶۸/۹
امام خمینی	۵۷	۴۵/۷	۶۱/۱	۵۲/۳	۴۹/۵	۲۷/۲	۳۲	۵۱	۸۸	۸۹/۴	۷۵/۵	۶۲
سیدالشهدا	۹۳/۸	۸۹	۵۸/۵	۴۴/۳	۶۸/۹	۴۴	۴۲/۲	۵۳/۱	۱۰۰	۱۰۰	۶۰	۶۹/۲
کل	۶۵	۵۴/۳	۶۴/۲	۵۰	۶۰/۸	۳۵/۹	۳۹/۷	۵۱/۶	۸۰/۴	۷۳	۳۳/۱	۶۶/۲

جدول ۲: میزان عدم رعایت هر یک از اصول جنبه های قانونی در ثبت اطلاعات فرم های پرونده اورژانس بر حسب بیمارستانهای مورد مطالعه

جنبه های قانونی	مورد مطالعه														
	ذکر ثبت با تأخیر	به هنگام بودن ثبتیات	تاریخ و زمان تغییرات	اصلاح یادداشت نادرست	خودکار با جوهر ثبت	اختصار استاندارد	ثبت در مکان خود	کشیدن خط در انتهای ثبتیات	ثبت صریح	امضاء نشان دهنده ماهیت فرد	یادداشت انتقال	رضایت آگاهانه	ثبت تاریخ و زمان	ثبت امضاء	خوانا بودن
امیرالمؤمنین	۸۵/۹	۱۱/۲	۸۸/۸	۸۸/۱	۱۱/۷	۴۵/۲	۲۶/۵	۷۸/۱	۲۰/۳	۱۲/۵	۵۷/۱	۸۳/۷	۵۳/۴	۱۵/۶	۴۹/۷
امام خمینی	۸۶/۶	۵/۱	۸۶/۷	۸۶/۴	۵/۶	۴۷/۶	۱۶/۸	۷۷/۲	۱۱/۲	۶/۹	۶۳/۶	۸۱/۷	۴۰/۴	۹/۶	۳۲/۵
سیدالشهدا	۶۷/۹	۷	۶۸/۱	۶۷/۶	۲/۴	۳۳/۱	۶/۹	۶۷/۶	۵	۲/۶	۵۰/۵	۶۳/۳	۵۱	۱۶/۷	۳۸/۳
کل	۸۳/۶	۷/۷	۸۱/۸	۷۷/۸	۸/۳	۴۴/۳	۲۰/۴	۷۶/۳	۱۴/۴	۹/۳	۵۸/۴	۸۰	۳,۴۸	۱۳/۷	۴۲/۲

داد که میزان ثبت تاریخ، مهر و امضاء پزشک در فرم دستورات پزشک ۹۳ درصد است (۹).

تکمیل این عناصر اطلاعاتی در فرم دستورات پزشک بیمارستان امیرالمؤمنین ۹۳/۸ درصد بود که نسبت به دو بیمارستان دیگر تفاوت قابل ملاحظه ای دارد که دلیل آن را می توان دقت بیشتر پزشکان بیمارستان امیرالمؤمنین در تکمیل این برگه نسبت به دو بیمارستان دیگر دانست. برخی از عناصر اطلاعاتی فرم های پرونده اورژانس شامل

بین رفتن فرم تریاز و عدم دسترسی به اطلاعات آن شده بود

بررسی هر یک از عناصر اطلاعاتی فرم های پرونده پزشکی بیماران اورژانس نشان داد که میزان تکمیل عناصر اطلاعاتی "ثبت تاریخ"، "مهر و امضاء پزشک" در کل پرونده های مورد مطالعه ۲۵ درصد بود که این میزان در مطالعات مشابه، بطور قابل توجهی بیشتر است. صدیقی در بررسی وضعیت ثبت اطلاعات در همدان نشان

وجود پزشک معتمد برای ارزیابی کامل بودن پرونده های پزشکی در بیمارستان های کاشان منجر به تکمیل بهتر پرونده ها توسط پرستاران شده است.

علل مختلفی را می توان برای عدم رعایت اصول صحیح پرونده نویسی توسط پزشکان و دانشجویان پزشکی در بیمارستانهای آموزشی برشمرد که از جمله آنها می توان به شلوغی و ازدحام زیاد بیماران، عدم احساس مسئولیت توسط دانشجویان و کارورزان، و مهمتر از همه عدم آموزش کافی در این خصوص اشاره کرد. عواملی از قبیل وقت گیر بودن ثبت گزارشات برای برخی از پرستاران، نبودن تأکید لازم از طرف مسئولین و پزشکان معالج، عدم تأثیر ثبت کامل گزارشات در ترفیع کاری پرسنل و عدم سیستم پاداش و تنبیه می توانند در وضعیت عملکرد دخالت داشته باشند. عدم استفاده از فارغ التحصیلان رشته مدارک پزشکی در بخش اورژانس یا عدم ثبت اطلاعات مربوط به کادر پذیرش به دلیل نیاز به سرعت عمل و فوریت کار منجر به ثبت ناقص اطلاعات مربوط به پرسنل مدارک پزشکی می شود (۳). عدم حضور پرسنل مدارک پزشکی جهت تعیین نقایص و رفع آن حفظ حقوق قانونی بیماران، تهیه اطلاعات جهت تحقیقات پزشکی، آموزش کادر مراقبت های بهداشتی، مطالعات عمومی و بررسی های کیفی را با مشکل رو به رو می سازد و صدمات جبران ناپذیری را به هر یک از استفاده کنندگان پرونده پزشکی وارد می نماید. از آنجایی که ثبت اطلاعات در پرونده بیماران اورژانس بیمارستانهای شهر زابل نسبت به مطالعات انجام شده، کمتر می باشد، پیشنهاد می گردد میزان ثبت اطلاعات به طور مستمر در تمام بیمارستان های کشور ارزیابی شود و کلاس های آموزشی برای پزشکان و کادر پذیرش و پرستاری برگزار گردد. همچنین آموزش نحوه ثبت اطلاعات قسمتی از برنامه های درسی و کلاسی کاروزان قرار گیرد (۱۲).

همچنین تشکیل کمیته ای از پزشکان متخصص در مستندسازی جهت بررسی نواقص مستندسازی پرونده بیماران، ایجاد خط مشی نحوه تکمیل پرونده به عنوان راهنمایی برای پزشکان و بیمارستان ها و تدوین بروشورهایی در زمینه اهمیت مستندسازی با کیفیت می تواند به ثبت کامل، صحیح و بموقع اطلاعات پرونده کمک کند و مراقبت بیماران را ارتقا دهد.

تخت بیمار، محل کار بیمار، همراه بیمار و نوع پذیرش، نوع خدمت ارائه شده در بیمارستان های مورد مطالعه تقریباً ثبت نمی شوند.

عنصر اطلاعاتی "تخت بیمار" در فرم خدمات ارائه شده در بیمارستان امام خمینی به میزان ۳۹/۴ درصد ثبت نشده است که بیشتر از سایر عناصر اطلاعاتی در همه فرمها تکمیل شده است. عدم حضور منشی جهت ارزیابی پرونده ها قبل از ترخیص، نبود دستورالعمل مشخص و مکتوبی در زمینه ی نحوه ی تکمیل فرم های پرونده در بیمارستانهای آموزشی، منجر به عدم ثبت دقیق و کامل پرونده ها توسط پزشکان، پرستاران و کادر پذیرش شده است. بررسی میزان رعایت جنبه های قانونی به تفکیک هر یک از فرم های پرونده پزشکی اورژانس نشان داد که جنبه های قانونی ثبت اطلاعات در فرم گزارش پرستاری بیشتر رعایت شده است. بیشترین میزان رعایت جنبه های قانونی در فرم گزارش پرستاری در بیمارستان امام خمینی ۷۲/۸ درصد بوده است که نشان می دهد پزشکان نسبت به پرستاران و کادر پذیرش دقت کمتری در ثبت داده ها و رعایت اصول مستندسازی و رعایت جنبه های قانونی دارند. کرمی در مطالعه خود در کاشان که در سال ۱۳۸۸ نشان داد که اکثریت کادر پزشکی، دستیاران و دانشجویان پزشکی از اصول مستندسازی و جنبه های قانونی آن آگاهی ندارند و از آموزش کافی نسبت به نحوه تکمیل اطلاعات پرونده بهره مند نیستند (۲). بررسی میزان ثبت اطلاعات در پرونده ها به تفکیک تکمیل کنندگان پرونده نشان داد که مستندسازی پرونده های پزشکی توسط ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی درمانی به صورت ناقص صورت می گیرد؛ که این خود منجر به عدم تکمیل به موقع و صحیح عناصر اطلاعاتی می گردد. همچنین ثبت اطلاعات بالینی توسط پزشکان معالج بعنوان عمده ترین گروه ارائه کننده مراقبت که اطلاعات پزشکی مهم و زیادی را تولید می کنند، به صورت مطلوبی صورت نمی گیرد. پزشکان بر این باورند که بهبود مستندسازی اطلاعات مربوط به مراقبت ها مهم نیست و آن را به عنوان بخشی از فرایند درمان در نظر نمی گیرند. کلرک نیز در مطالعه ی خود، کافی نبودن ثبت و گزارش نویسی پرسنل پزشکی را نشان داده است (۱۱). مطالعه رنگرز جدی در کاشان نشان داد برگزاری کارگاه های تشخیص نویسی برای پزشکان، ارزیابی مستمر پرونده ها و

سیاسگزاری

و سیدالشهداء که در گردآوری اطلاعات با محققین همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می گردد.

در پایان از مسئولین و پرسنل محترم بخش مدارک پزشکی بیمارستان های امیرالمؤمنین(ع)، امام خمینی(ره)

منابع

1. Asadi F, Mirza M. prevalence of emergency patients in the hospital records of Iran University of medical sciences and health services. Hospital quarterly 1997; 6 (31): 31-26.
2. Karami M, Shokri Zadeh arani I. factors influencing the quality of medical records documentation: strategies for managers and practitioners working in hospitals affiliated to Kashan University of medical sciences. Iranian Journal of medical education 2009; (4) 9: 351-356
3. Farzandipour F, Rangraz M. Check the amount of recorded data in Kashan hospitals in emergency patients. Academic and research quarterly, grace 2004; 3(31): 72-31.
4. Health information management, m. anchor. Tehran: Cultural Institute of art dibagran-2001; 135.
5. Tavakoli T, et al. For documenting medical records and the Insurance Bureau of kasorat applied medical services. Health information management journal 2006; 3(2): 61-53.
6. Be a record G.d. Mogli-6 Medical and Management. New Delhi: Jaypee on Conventional Publishers, Medical 2001:404.
7. Tavakoli N. Health information management in emergency departments in hospitals affiliated to Isfahan University of medical sciences. Health Information Management journal 2006; 9 (24): 22-17.
8. Mashaufi. Evaluation of recorded data in Ardabil University of medical sciences hospitals. Ardabil University of medical sciences journal 2001; 6 (11): 49-43.
9. Sedighi M. a survey of record in the case of Hospitals University of medical sciences, Hamadan, Iran. Journal of medical sciences and health services University of Hamedan. 2006; 16 (2): 45-49.
10. Shannon. Medical records and quality of care in acute coronary syndromes 2008; 168 (15): 1525-8.
11. T-Clerk. A quality review of high-resolve dependency patient care. Australian Critical 1996; 9 (3): 96-101.
12. Armani M. effect of education on medical files being completed in the city of bojnourd University of medical sciences hospitals. Journal of Medical Sciences University of North Khorasan 2011; 3 (1): 15-21.
13. Farzandipour M, asefzadeh Q. Evaluation principles of clinical diagnosis in patients ' files in hospitals in Kashan. Journal of medical sciences and health services, University of Kashan 2002; 24 (31): 44-36.