

بررسی درصد فراوانی تکمیل اوراق شرح حال، گزارش عمل جراحی و دستورات پزشک به تفکیک مستندساز در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در نیمه دوم سال ۱۳۸۶

دکتر مهرداد ستاره* - حسین باقریان محمودآبادی** - فاطمه امینی*** - بداله رفعتی فرد*** -

عاطفه ارجمند کیا****

* متخصص پزشکی قانونی، اداره کل پزشکی قانونی استان اصفهان

** کارشناس ارشد آموزش مدارک پزشکی

*** دانشجوی کارشناسی مدارک پزشکی

**** کاردان مدارک پزشکی

چکیده

زمینه و هدف: مستندسازی مدارک پزشکی اغلب جهت حفظ حقوق قانونی بیماران، تهیه اطلاعات جهت تحقیقات پزشکی، آموزش کادر مراقبت بهداشتی، مطالعات عمومی و بررسی کیفی به کار می‌رود. به دلیل اینکه مستندسازی پس از ارایه خدمت به بیمار انجام می‌شود ممکن است اغلب دقیق و کامل و آن گونه که مطلوب است صورت نگیرد. هدف از انجام این مطالعه بررسی درصد فراوانی تکمیل فرم‌های شرح حال، گزارش عمل جراحی و دستورات پزشک به تفکیک مستندساز در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در نیمه دوم سال ۱۳۸۶ بوده است.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی، کاربردی است که به صورت گذشته نگر انجام شده است. جمعیت مورد مطالعه پرونده‌های بیمارانی بود که در نیمه دوم سال ۱۳۸۶ در بیمارستان‌های آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بستری بوده‌اند و طی همین مدت ترخیص شده‌اند. در مجموع ۱۰۶۷ پرونده به عنوان نمونه انتخاب شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک‌لیستی بود که براساس مندرجات اوراق شرح حال، گزارش عمل جراحی و دستورات پزشک تهیه شده بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش دهم) و نرم افزار Microsoft Office Excel 2003 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های هویتی برگ شرح حال، دستورات پزشک و گزارش عمل جراحی توسط منشیان بخش‌های بیمارستان‌های مورد مطالعه به ترتیب ۵۷، ۵۶ و ۶۴ درصد بود. میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های بالینی برگ شرح حال توسط پزشکان ۴۴٪ بود. میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به عمل جراحی توسط جراحان در برگ گزارش عمل جراحی ۷۱٪ بود. میانگین ثبت داده‌ها توسط پرستار اتاق عمل در برگ گزارش عمل جراحی ۴۲٪ بود. میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به دستورات، توسط پزشک در برگ دستورات پزشک ۷۹٪ بود.

نتیجه‌گیری: میزان تکمیل اوراق مورد بررسی توسط مستندسازان در بیمارستان‌های مورد بررسی در حد مطلوب نبوده و در برخی موارد بسیار ضعیف و ناقص نیز می‌باشد که این نواقص بنا به دلایل مختلفی از قبیل بی‌توجهی و کم‌اهمیت تلقی کردن تکمیل مدارک پزشکی توسط مستندسازان، عدم آموزش مناسب در زمینه تکمیل اوراق پزشکی، زیاد بودن حجم کار مستندسازان و به تبع آن عدم وجود فرصت کافی برای مستندسازی روی می‌دهد.

واژگان کلیدی: مدارک پزشکی، مستند سازی، استاندارد، استانداردهای مدارک پزشکی

تأیید مقاله: ۱۳۸۸/۱۲/۸

وصول مقاله: ۱۳۸۸/۸/۴

نویسنده پاسخگو: اصفهان، میدان فیض، دفتر کمیسیون اداره کل پزشکی قانونی اصفهان h_bagherian1924@yahoo.com

مقدمه

برحسب مؤلفه‌های کمی مربوط به برگ گزارش پرستار بوده که در دامنه بیشتر از ۷۰٪ تکمیل شده بود. همچنین نتایج این طرح نشان داد که میزان تکمیل محتویات اوراق پذیرش، شرح حال، سیر بیماری، دستورات پزشکی، نمودار علائم حیاتی، مشاوره پزشکی و برگ جذب و دفع مایعات در حد متوسط و در دامنه ۵۰ تا ۷۰٪ 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٪ تکمیل شده بود (۵).

احمدزاده 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 کرد. نتایج این تحقیق نشان داد که وضعیت تکمیل اوراق اصلی از لحاظ ثبت تاریخ در بیمارستان‌های مورد پژوهش در حد مطلوب بود. از نظر ثبت شماره پرونده در اوراق اصلی مدارک پزشکی وضعیت در حد متوسط و مطلوب ارزیابی شد. ثبت امضا در اوراق اصلی پرونده به جز فرم‌های پذیرش و گزارش‌های 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٪ و در بیمارستان شهید فقیهی این میزان ۶۹/۲٪ بود. میزان ثبت اطلاعات هویتی در تمامی اوراق اصلی بجز فرم پذیرش و خلاصه ترخیص در حدود ۱۰۰٪ بود (۶). فضل‌الهی 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، ۶۶، ۷۹ و ۶۵ درصد بوده است (۷).

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 موارد تکمیل شده در فرم مراقبت قبل از عمل جراحی، فرم بیهوشی، فرم شرح عمل جراحی و فرم مراقبت بعد از عمل جراحی به ترتیب ۴۱/۶۶، ۵۴/۵۸، ۵۵/۷۸ و ۵۲/۱۳ درصد بود (۸).

Cradock 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،

اطلاعات، پایه‌ای برای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی بوده و هیچ سازمانی نمی‌تواند بدون مدارک کافی رشد و پیشرفت کند و هر جامعه‌ای که بیشتر و بهتر قادر به به‌کارگیری اطلاعات باشد موفق‌تر خواهد بود. مراکز ارایه دهنده خدمات بهداشتی درمانی نیز از قاعده فوق مستثنی نیستند. علم پزشکی به طور روز افزونی در حال گسترش است، لذا باید اطلاعات پزشکی جهت برنامه‌ریزی‌های 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 ضروری است. اطلاعات گوناگون موجود در پرونده به عنوان یک کانال ارتباطی بین تمام کسانی که درگیر معالجه بیمار می‌باشند به کار 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 مسایل قانونی نیز سودمند است. در مراقبت‌های بهداشتی - درمانی اطلاعات به صورت فزاینده گردآوری می‌شود و لذا پرونده پزشکی باید به منزله یک سیستم مادام‌العمر (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، به طور منظم روزآمد شود و در صورت نیاز به راحتی قابل دسترس باشد که در این صورت برای درمان سریع و اثر بخش به کار می‌آید (۲).

پرونده پزشکی بیمار از اوراق مختلفی جهت ثبت خدمات ارایه شده به بیمار، مراقبت و درمان وی تشکیل می‌شود و این اوراق باید به طور صحیح، دقیق و علمی توسط مستندسازان تکمیل شود به طوری که اطلاعات با توضیحات کافی و دور از ابهام، همراه با تاریخ و زمان ارایه خدمت به دقت ثبت شوند تا جوابگوی اهداف مورد نیاز باشند (۱).

به دلیل اینکه مستندسازی پس از ارایه خدمت به بیمار انجام می‌شود ممکن است اغلب دقیق و کامل و آنگونه 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 ارایه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمانی بطور 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

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

تکمیل چک لیست بر این اساس استوار بود که چنانچه مورد درخواستی تکمیل شده بود، در ستون مقابل آن بله علامت زده می‌شد و اگر رعایت نشده بود در ستون مقابل آن خیر علامت زده می‌شد. در این چک‌لیست ستونی برای موارد بدون کاربرد در نظر گرفته شده بود که در صورت عدم کاربرد آن مورد برای بیمار این ستون علامت زده می‌شد. روش جمع‌آوری داده‌ها براساس مشاهده و ثبت بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (ویرایش دهم) و نرم افزار Microsoft Office Excel 2003 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

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. همانطور که نمودار نشان می‌دهد 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 داده‌اند.

میانگین درصد فراوانی ثبت اطلاعات هویتی در اوراق مورد بررسی توسط منشی‌های بخش‌ها در بیمارستان‌های مورد مطالعه به تفکیک بیمارستان در جدول ۱ آمده است. بر این اساس میانگین ثبت اطلاعات هویتی برگ شرح حال در بیمارستان الزهرا با ۳۳٪ کم‌ترین و در بیمارستان شهید بهشتی با ۸۰٪ بیش‌ترین درصد را داشت. میانگین

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

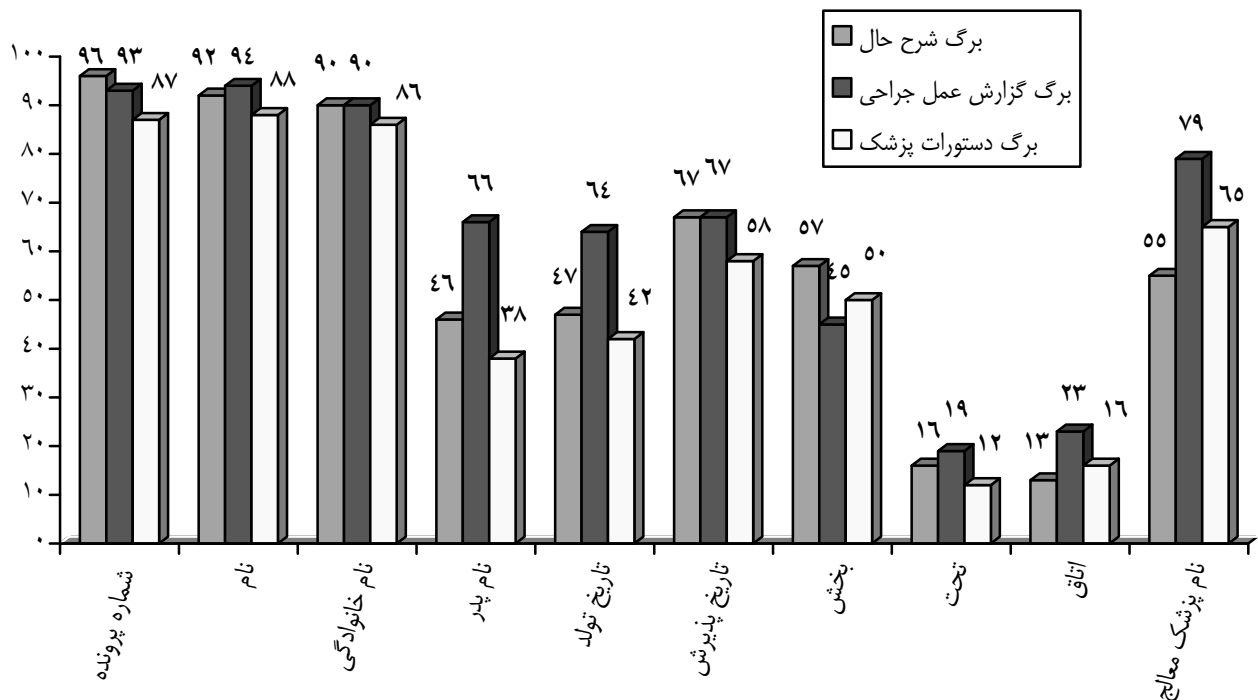
نام بیمارستان	برگ شرح حال (درصد)	برگ گزارش عمل جراحی (درصد)	برگ دستورات پزشک (درصد)
الزهرا	۳۳	۵۳	۳۱
کاشانی	۶۷	۶۵	۴۷
چمران	۳۵	۵۸	۵۰
نور و علی اصغر	۳۷	۸۰	۴۹
امین	۵۲	۵۱	۵۲
سیدالشهدا	۵۹	۴۶	۵۸
فیض	۵۷	۶۸	۵۷
عیسی بن مریم	۶۹	۶۵	۶۸
بهشتی	۸۰	۸۷	۷۳
موسی کاظم	۷۰	۶۸	۷۰
فارابی	۶۴	۶۱	۶۳

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 ارایه اطلاعات کامل، معتبر، کافی و به موقع برای مدیران بیمارستان‌ها، پزشکان، پزشکی قانونی، نظام پزشکی، تحقیقات و پژوهش‌های علمی برای کادر پزشکی، اعضای هیأت علمی، کادر پیراپزشکی و دانشجویان و از همه مهم‌تر پیگیری سیر بیماری‌ها و درمان بیماران (۱۰) و با در نظر گرفتن نتایج نه چندان رضایت‌بخش تحقیقات مشابه داخلی در این زمینه، پژوهشگران بر آن شدند که این پژوهش را در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام دهند 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.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی، کاربردی است که بصورت گذشته‌نگر انجام شده است. جمعیت مورد مطالعه، پرونده‌های بیمارانی بود که در نیمه دوم سال ۱۳۸۶ در بیمارستان‌های آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بستری بوده‌اند و در طی همین مدت ترخیص شده‌اند. در مجموع ۱۰۶۷ پرونده به عنوان نمونه انتخاب شد که از این تعداد ۱۰۲۴ پرونده مورد بررسی قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌های مربوط به این پژوهش چک‌لیستی بود که توسط پژوهشگر و براساس موارد موجود در اوراق شرح حال، گزارش عمل جراحی و دستورات پزشک تهیه شده بود. در مجموع ۶۱ موضوع (آیتم) در این سه برگ وجود داشت (برگ دستورات پزشک ۱۶ مورد، برگ شرح حال ۱۹ مورد و برگ گزارش عمل جراحی ۲۶ مورد) که تمامی آنها در چک‌لیست مورد نظر گنجانده شد. به عنوان نمونه برخی از این موارد شامل نام، نام خانوادگی، نوع بیهوشی، داروهای مصرفی، تاریخچه بیماری فعلی، نام پزشک معالج، امضای پزشک بودند. روایی چک‌لیست با بهره‌گیری از نظر صاحب‌نظران رشته مدارک پزشکی و اساتید فن مورد تأیید قرار گرفت. پس از طراحی چک‌لیست مورد نیاز و تأیید روایی آن، چک‌لیست در اختیار پنج نفر از دانشجویان مدارک پزشکی قرار گرفت. دانشجویان با مراجعه به بیمارستان‌های مورد نظر در ابتدا فهرستی از پرونده‌های بیماران بستری در شش ماهه دوم سال ۸۶ را که بر اساس شماره پرونده بیماران مرتب شده بود دریافت می‌کردند، سپس با توجه به حجم



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

فیض ۴۳٪ درصد، عیسی بن مریم ۳۸٪، بهشتی ۵۹٪، موسی کاظم ۵۷٪، فارابی ۳۳٪.

میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به عمل جراحی توسط جراح در برگ گزارش عمل جراحی به تفکیک هر موضوع در بیمارستان‌های مورد بررسی به این شرح می‌باشد: تشخیص قبل از عمل ۸۴٪، تشخیص پس از عمل ۶۶٪، شرح عمل و مشاهدات ۸۹٪، دستورات بعد از عمل ۲۸٪ و امضای جراح ۸۹٪.

میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به عمل جراحی توسط جراح در برگ گزارش عمل جراحی در کلیه بیمارستان‌های مورد بررسی ۷۱٪ بود.

میانگین درصد فراوانی ثبت این داده‌ها به تفکیک هر بیمارستان به این شرح می‌باشد: الزهرا ۸۰٪، کاشانی ۶۶٪، چمران ۷۱٪، نور و علی اصغر ۷۰٪، امین ۸۲٪، سید الشهدا ۶۹٪، فیض ۶۷٪، عیسی بن مریم ۸۰٪، بهشتی ۶۸٪، موسی کاظم ۶۷٪، فارابی ۶۳٪.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد از بین عناصر اطلاعاتی که باید توسط پرستار اتاق عمل در برگ گزارش عمل جراحی ثبت شود نام جراح و تاریخ عمل با ۸۰ و ۶۸٪ بیشترین و تعداد نمونه‌برداری و نمونه‌برداری با ۱۷ و ۲۰٪ کمترین میزان را داشته‌اند. لازم به ذکر است که در مورد تعداد نمونه‌برداری در ۶۰٪ موارد این مورد برای بیماران

ثبت اطلاعات هویتی برگ گزارش عمل جراحی در بیمارستان امین با ۵۱٪ کم‌ترین و در بیمارستان شهید بهشتی با ۸۷٪ بیش‌ترین درصد را داشت. میانگین ثبت اطلاعات هویتی برگ دستورات پزشک در بیمارستان الزهرا با ۳۱٪ کم‌ترین و در بیمارستان شهید بهشتی با ۷۳٪ بیش‌ترین درصد را داشت.

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 ۵۷، ۶۴ و ۵۶ درصد بود.

میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های بالینی که باید توسط پزشک در برگ شرح حال ثبت شود در کلیه بیمارستان‌های مورد بررسی به شرح زیر می‌باشد: تاریخچه بیماری فعلی ۹۰٪، تاریخچه بیماری قبلی ۷۸٪، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات ۵۰٪، حساسیت به ۲۹٪، تشخیص اولیه ۱۹٪، سوابق فامیلی ۲۵٪، خلاصه مشاهدات ۴۳٪، معاینات بدنی و بررسی‌های اولیه ۴۳٪ و امضای پزشک معاینه کننده ۴۰٪.

میانگین درصد فراوانی ثبت این داده‌ها در کلیه بیمارستان‌های مورد بررسی ۴۴٪ بود. میانگین درصد فراوانی ثبت این داده‌ها به تفکیک هر بیمارستان به این شرح می‌باشد: الزهرا ۴۳٪، کاشانی ۴۰٪، چمران ۵۲٪، نور و علی اصغر ۵۲٪، امین ۳۵٪، سید الشهدا ۳۵٪،

میانگین درصد فراوانی ثبت امضا پرستار در برگ دستورات پزشک توسط پرستاران در کلیه بیمارستان‌های مورد بررسی ۷۳٪ بود.

بحث

همانطور که نتایج نشان می‌دهد میزان ثبت داده‌های هویتی برگ شرح حال در بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان در مجموع ۵۷٪ بود. در میان این عناصر اطلاعاتی میزان ثبت اتاق و تخت کمترین و میزان ثبت شماره پرونده، نام و نام‌خانوادگی بیشترین درصد ثبت را به خود اختصاص داده است. ثبت اطلاعات هویتی در برگ شرح حال در حد متوسط می‌باشد. داده‌های هویتی بطور عادی برای هر بیمار در هر مرکز مراقبتی جمع‌آوری می‌شوند، مگر آنکه این اطلاعات در دسترس نباشند (۱۱). نتایج این پژوهش با نتایج حاصل از تحقیق باطنی همسویی دارد. وی در این پژوهش که در پنج بیمارستان کاشانی، الزهراء، نور، فیض و امین انجام داد میزان ثبت اطلاعات هویتی در برگ شرح حال را ۶۱٪ برآورد 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٪ بدست آمد (۶).

نتایج نشان می‌دهد میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های بالینی توسط پزشک در برگ شرح حال ۴۴٪ است. میزان ثبت تاریخچه بیماری فعلی با ۹۰٪ بیشترین و تشخیص اولیه با ۱۹٪ 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 به طور 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 اصفهان انجام داده به این نتیجه رسیده که ۵۳ و ۵۵٪ 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٪ داده‌های برگ شرح حال را ثبت کرده‌اند (۱۲). این نتایج تا حدود زیادی با یافته‌های پژوهش ما هم‌خوانی دارد. بیگی در تحقیق خود که در بیمارستان الزهراء انجام داد، میزان نقص ثبت اطلاعات توسط پزشک معالج را در کلیه فرم‌های پرونده ۷۳٪ برآورد کرد (۱۵) که تا حدود زیادی با نتایج پژوهش 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٪ بیشترین میزان ثبت را داشتند و معاینات بدنی با ۸۶٪ کمترین میزان ثبت را داشت (۱۶). این در حالی است که

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

موضوع مورد بررسی	میانگین درصد فراوانی میزان ثبت (درصد)
نام جراح	۸۰
نام کمک جراح	۶۴
تاریخ عمل	۶۸
نام بیهوشی دهنده	۶۳
نوع بیهوشی	۵۰
نام پرستار اتاق عمل	۴۰
نام پرستار کمک	۱۹
ساعت شروع عمل	۳۱
ساعت خاتمه عمل	۲۸
نوع عمل	۳۵
انجام نمونه برداری	۲۰
تعداد نمونه برداری	۱۷
ارسال نمونه جهت آزمایش	۳۳
انطباق شمارش گازها و لوازم قبل و بعد از عمل	۴۳

مورد بررسی بدون کاربرد بوده است.

میانگین درصد فراوانی ثبت این داده‌ها به تفکیک هر بیمارستان به این شرح می‌باشد: الزهراء ۵۵٪، کاشانی ۴۹٪، چمران ۴۶٪، نور و علی اصغر ۳۸٪، امین ۴۱٪، سیدالشهدا ۳۳٪، فیض ۳۵٪، عیسی بن مریم ۱۸٪، بهشتی ۸۱٪، موسی کاظم ۵۷٪، فارابی ۱۲٪.

میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به پزشک در برگ دستورات پزشک به تفکیک هر موضوع در بیمارستان‌های مورد بررسی به این شرح می‌باشد: دستورات پزشک ۹۲٪، ساعت ۶۷٪، تاریخ ۸۸٪ و امضای پزشک ۶۹٪. میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به دستورات توسط پزشک در برگ دستورات پزشک در بیمارستان‌های مورد بررسی در کل ۷۹٪ بود.

میانگین درصد فراوانی ثبت این داده‌ها به تفکیک هر بیمارستان به این شرح می‌باشد: الزهراء ۷۵٪، کاشانی ۷۵٪، چمران ۷۴٪، نور و علی اصغر ۷۸٪، امین ۸۹٪، سیدالشهدا ۸۴٪، فیض ۷۶٪، عیسی بن مریم ۸۰٪، بهشتی ۸۲٪، موسی کاظم ۷۰٪، فارابی ۸۸٪.

میانگین درصد فراوانی ثبت امضای پرستار در برگ دستورات پزشک توسط پرستاران بیمارستان‌های مورد بررسی نشان داد که در ۷۳٪ موارد این آیت تکمیل شده بود. درصد فراوانی ثبت این مورد به تفکیک هر بیمارستان نیز به این شرح می‌باشد: الزهراء ۸۱٪، کاشانی ۶۵٪، چمران ۶۶٪، نور و علی اصغر ۷۱٪، امین ۶۸٪، سیدالشهدا ۷۰٪، فیض ۶۹٪، عیسی بن مریم ۷۸٪، بهشتی ۷۹٪، موسی کاظم ۶۹٪، فارابی ۸۳٪.

بررسی ۴۲٪ بوده است. در بین عناصر مورد بررسی نام جراح با ۸۰٪ بیشترین و نام پرستار کمک با ۱۹٪ کمترین میزان ثبت را داشتند. میزان ثبت مواردی که توسط پرستار اتاق عمل در برگ گزارش عمل جراحی در بیمارستان‌های مورد بررسی ثبت شده کمتر از ۵۰٪ است. با توجه به اهمیت حیاتی مواردی همچون نوع عمل، نوع بیهوشی، ساعت شروع و پایان عمل، انجام نمونه‌برداری، تعداد نمونه‌برداری و انطباق شمارش گازها قبل و بعد از عمل جراحی در این فرم و تأثیر زیادی که این موارد در ادامه درمان بیمار دارد و با توجه به مسایل 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٪ بدست آورد (۱۲). ماسوری در تحقیق خود به این نتیجه رسید که پرستاران در ۹۴٪ موارد در ثبت اطلاعات ضعیف و غیر قابل قبول عمل کرده‌اند و هم‌چنین به این مورد اشاره می‌کند که عملکرد پرستاران در مورد ثبت برگ گزارش عمل جراحی ضعیف و غیر قابل قبول است (۱). همانطور که نتایج تحقیق باطنی (۱۲)، ماسوری (۱) و تحقیق ما نشان می‌دهد عملکرد پرستاران در تکمیل موارد 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٪ بیشترین و برگ گزارش عمل جراحی با ۶۰/۳٪ کمترین میزان ثبت را داشت. در حالی که در تحقیق ما میانگین میزان ثبت موارد موجود در برگ گزارش عمل جراحی در مقایسه با دو برگ دیگر میزان ثبت بیشتری داشت (۱۶).

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که میانگین درصد فراوانی ثبت اطلاعات هویتی در برگ دستورات پزشک توسط منشی بخش بیمارستان‌های مورد بررسی ۵۴٪ بوده است. از بین عناصر مورد بررسی نام و شماره پرونده با ۸۸٪ و ۸۷٪ بیشترین و اتاق و تخت با ۱۲٪ و ۱۶٪ 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 مورد در مقایسه با موارد دیگر از اهمیت کمتری برخوردار هستند ولی این دلیل قانع‌کننده‌ای برای عدم ثبت این موارد نیست. تاریخ تولد، تاریخ پذیرش، نام پدر، نام پزشک معالج 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 در هر سه برگ به ترتیب ۵۱، ۶۴، ۵۰ و ۵۵٪ بوده است و این میزان‌ها اندکی از نصف بیشتر است.

باطنی در تحقیق خود که روی برگ دستورات پزشک پنج بیمارستان الزهراء، نور، کاشانی، فیض و امین انجام داد به این نتیجه رسید که در ۹۵٪ موارد میزان ثبت تاریخ و ساعت دستورات پزشک کامل شده‌اند (۱۲). این نتیجه تا حدودی به یافته حاصل از طرح ما نزدیک است. نکته مهم در این برگ این است که دستورات پزشک که

در تحقیق ما تاریخچه بیماری فعلی در ۹۰٪ موارد، تشخیص اولیه در ۱۹٪ موارد و معاینات بدنی در ۴۳٪ 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 ۶۴٪ بوده است. بین موضوع‌های مورد بررسی نام، با ۹۴٪ بیشترین و اتاق با ۱۹٪ 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 امضای 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. هر چند 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٪ دست یافت (۱۵). غلامی در تحقیق خود که در بیمارستان نمازی انجام شد به این نتیجه رسید که ۶۴٪ پرونده‌ها در زمینه ثبت اطلاعات هویتی برگ گزارش عمل جراحی نقص دارند (۱۷). نتایج طرح وی و نقطه مقابل نتیجه بررسی، قرار دارد.

میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به عمل جراحی در برگ گزارش عمل جراحی توسط جراحان در بیمارستان‌های مورد بررسی ۷۱٪ بود. بین موضوع‌های مورد بررسی شرح عمل و مشاهدات و امضای جراح با ۸۹٪ بیشترین و دستورات بعد عمل با ۲۸٪ 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 هر چند قابل قبول نیست ولی تا حدودی رضایت بخش است. باطنی در تحقیق خود در این مورد به این نتیجه رسید که اطلاعات مربوط به عمل جراحی توسط جراحان در ۹۰٪ موارد ثبت شده و تنها در ۱۰٪ موارد این داده‌ها ثبت نشده‌اند (۱۲).

شجاع در تحقیقی که روی برگ گزارش عمل جراحی بیمارستان شهید بهشتی در سال ۸۴ انجام داد به این نتیجه رسید که ۵۶٪ موارد 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 ولی هنوز هم قابل قبول نیست.

نتایج تحقیق صالح کامل و همکاران نشان داد که میانگین ثبت داده‌ها در برگ گزارش عمل جراحی توسط جراح ۶۲/۶٪ بود تشخیص قبل از عمل در ۶۳/۷٪ موارد ثبت شده بود. نمونه برداشته شده با ۳۹/۳٪ کمترین میزان ثبت را داشت (۱۶). میزان ثبت داده‌های مربوط به جراحی در برگ گزارش عمل جراحی توسط جراحان در تحقیق ما ۷۱٪ بدست آمد که اندکی از تحقیق فوق بیشتر است.

طبق نتایج فوق میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های مربوط به پرستار اتاق عمل در برگ گزارش عمل جراحی در بیمارستان‌های مورد

باعث ایجاد مشکلاتی برای بیماران، ارایه‌دهندگان 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 است 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 ماندن اوراق پزشکی و برنامه‌ریزی جهت انجام اقدامات لازم برای برطرف نمودن این نقایص از سوی مسؤولان ذیربط ضروری است.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۲۴/۲۸۷۰ است که توسط مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت معاونت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت شده است. در پایان از زحمات سرکار خانم فریده فروزنده و آقایان مجید سرباز و محسن عبدالله که ما را در جمع‌آوری بخشی از داده‌های این طرح یاری رساندند تقدیر و تشکر می‌نماییم.

یکی از عناصر بسیار مهم این برگ است ۱۰۰٪ تکمیل نشده است و این مورد جای سؤال دارد که چگونه این مورد توسط پزشکان کامل نشده است. ولی خوشبختانه این میزان تکمیل توسط پزشکان تا حدود زیادی قابل قبول است هر چند کافی نیست.

Philips و همکاران در تحقیق خود با عنوان مستندسازی مدارک پزشکی به بررسی کیفیت ثبت این ثبتیات پرداختند. در حدود ۲۲۴ موضوع ورودی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این بررسی نشان داد که پنج موضوع یعنی ۲/۳٪ کل موارد نمره کامل یعنی ۱۰۰ را به دست آوردند. این موارد شامل تاریخ، نام مسؤول، امضا، وضعیت بیمار حین مراجعه و وضعیت بیمار پس از اولین مراجعه بود. در مجموع ۹۴ مورد یعنی حدود ۴۱/۹٪ 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 هم‌خوانی دارد.

نتیجه‌گیری

ثبت ناقص مستندات بالینی یکی از مسایلی است که همواره

References

- 1- Masuri. 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.[Persian]
- 2- Kazemi Far OM, Gheshlaghi F. In Translation: Methods for Prevention of Medical Errors. Tomas Lyman, Jims Sikeston (Authors).1 st ed. Isfahan: Farhang Va MArdom Publisher, 2001: 1-11. [Persian]
- 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. Abstract Book. Isfahan University of Medical Sciences, 2005. [Persian]
- 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. [Persian]
- 6- Ahmad zade F. Study on Medical Record Completeness in General Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. [Master of Sciences Thesis] Tehran: Faculty of Management & Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences: 1999. [Persian]
- 7- Zare fazlollahi Z, Comparison Between Operation Report Forms Completeness in Orumieh Varsity Hospitals. [Master of sciences Thesis] Tehran: Faculty of Management & Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences: 2003. [Persian]
- 8- Shojae M, zarean S, Golnari A. Study on Operation Report Completeness in Shahid Beheshti Kashan Hospital in 2006. In: 2st National Congress of Medical Record Students. Abstract Book. Shiraz University of Medical Sciences, December 2006. [Persian]
- 9- Cradock J, Young AS. The Accuracy of Medical Record Documentation in Schizophrenia. Abstr Acad Health Serv Res Health Policy Meet. 2001; 18 (11).

- 10- Ghazi Saied M, Davar Panah A, Safdari R. health Information Management. 1st ed. Tehran: Mahan Publisher; 2005. [Persian]
- 11- Ahmadi M, Sadughi F, Asadi F, Jalali Far B. In Translation: Health Information Management of a Strategic Resource, Abdelhak Mervat (Author). 1st ed. Tehran: Vajepardaz Publisher, 2003. [Persian]
- 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. [Persian]
- 13- Hajavi A. Medical Record 1&2. 1st ed. Tehran: Iran University of Medical Sciences Publisher, 2000: 48-70. [Persian]
- 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. [Persian]
- 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 .Abstract Book. Shiraz university of Medical Sciences, December 2006. [Persian]
- 16- Kamel SA, Amin AE, mokhtar S. Assessment of physician-documentation in medical records of general hospitals in Kuwait. The Bull ten of the High Institute public Health. 200; 1: 20.
- 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. Abstract Book. Shiraz University of Medical Sciences, December 2006. [Persian]
- 18- Phillips A, Stiller K, Williams M. "Medical Record Documentation: The Quality Of physiotherapy Entries". The International Journal of Allied Health Sciences and Practice. July 2006. : 4: 3.