

میزان رعایت استانداردهای تشخیص‌نویسی در پرونده‌های پزشکی بیماران بستری در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی قم

مریم همتی^{۱*}، معصومه اسماعیلی^۱، سمیه مؤمنیان^۲

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت بهداشتی با کیفیت، بستگی به اطلاعات کامل و جامع پرونده پزشکی دارد. اما مراقبت با کیفیت بدون وجود اطلاعات صحیح، بسیار دشوار است. با توجه به اهمیت رعایت اصول تشخیص‌نویسی در پرونده‌های بالینی و استفاده‌های آموزشی، درمانی، تحقیقاتی، قانونی و آماری از آنها و عدم اطلاع از وضعیت موجود، این پژوهش به منظور تعیین میزان رعایت اصول تشخیص‌نویسی در پرونده‌های بالینی بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی قم انجام گرفت.

روش بررسی: این پژوهش به روش توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۹۳ بر روی پرونده‌های پزشکی بیماران بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی قم (مشمول بر ۶ مرکز) انجام شد. نمونه آماری، ۳۹۸ عدد برآورد گردید. جهت گردآوری داده‌ها از چک‌لیست استفاده شد. داده‌ها به کمک آزمون دقیق فیشر و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه با بررسی میزان رعایت اصول تشخیص‌نویسی در پرونده‌های پزشکی، بیشترین موردی که رعایت شده بود میزان رعایت اصول تشخیص‌نویسی با ۵۸٪ بود. پس از آن، اصول ثبت اقدامات پزشکی با ۵۰٪ و علل خارجی حوادث با ۵/۵٪ به ترتیب در مکان‌های دوم و سوم قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، توجه و اهتمام بیشتر مسئولین، پزشکان و کارشناسان مدارک پزشکی به این امر در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی قم و برگزاری کلاس‌های آموزشی برای پزشکان، کادر پذیرش و پرستاری ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: تشخیص؛ استانداردها؛ پرونده پزشکی.

^۱دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

مریم همتی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

maryhemati@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۲۹

تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۲۶

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Hemati M, Esmaili M, Momenian S. The rate of observance of the standards of diagnosis recording in medical records of hospitalized patients in hospitals affiliated to Qom University of Medical Sciences, Iran. Qom Univ Med Sci J 2016;10(1):40-47.

مقدمه

پرونده پزشکی (بهداشتی)، ابزاری ارزشمند در فراهم کردن مراقبت با کیفیت برای بیمار، پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامتی و بهداشت است، همچنین این ابزار در آماده‌سازی آمارهای خدمات بهداشتی در راستای ارزیابی کارآیی و اثربخشی، کمک‌کننده بوده و می‌تواند برای خدمات درمانی و مراقبتی ارائه‌شده به بیمار، گواه محکمی باشد. از طرفی، مراقبت بهداشتی با کیفیت، بستگی به اطلاعات کامل و جامع پرونده پزشکی دارد، در صورتی که مراقبت با کیفیت، بدون وجود اطلاعات صحیح، بسیار دشوار است (۱).

مستندسازی، ابزاری حیاتی برای ایجاد ارتباط بین اعضای تیم درمانی است. اغلب تصمیمات، اقدامات و تجدیدنظرهای مرتبط با مراقبت و درمان بیمار، مبتنی بر مستندسازی اعضای تیم درمانی است. همچنین انجام پژوهش‌ها و مطالعات زیست‌تکنولوژی برای تعیین درمان و مداوای بیماران، به اطلاعات پزشکی وابسته‌اند (۲). ثبت دقیق اطلاعات در پرونده بیماران نیز به حفظ حقوق بیمار کمک می‌کند (۳).

مستندسازی پرونده‌های پزشکی، یک نیاز مهم قانونی و حرفه‌ای است؛ زیرا علاوه بر تسهیل تبادل اطلاعات بیمار برای اعضای تیم درمانی و تضمین مراقبت‌های ارائه‌شده به بیمار می‌تواند برای تحقیق، ارزیابی کیفی و اهداف پزشکی قانونی مورد استفاده قرار گیرد (۴). عملکرد پزشک به‌عنوان سرپرست تیم پزشکی با ثبت دقیق و صحیح اطلاعات در پرونده پزشکی در نظام بهداشت و درمان، از مهم‌ترین و کارآمدترین ابزار در تحقیق پزشکی به‌شمار می‌آید (۵). داده‌های مربوط به تشخیص، مهم‌ترین داده‌های پرونده پزشکی محسوب شده که معمولاً در قالب عبارت تشخیصی مستند می‌شوند. عبارت تشخیصی، موضوع پرونده پزشکی را مشخص کرده و بایستی توسط پزشک معالج به‌طور کامل نوشته شود. از نظر سازمان بهداشت جهانی، مسئولیت ثبت تشخیص کامل به عهده پزشک معالج می‌باشد (۶). اهمیت اصلی ثبت دقیق عبارت تشخیصی در درجه اول برای استفاده خود بیمار بوده، اما استفاده از آن برای سایر مقاصد از جمله تعیین شیوع بیماری‌ها، شناخت مدیریت نظام‌های بهداشتی درمانی، تدابیر مربوط به پیشگیری از بیماری‌ها و نیز تحقیقات و مقایسه نتایج

معاینات، معالجات و سوابق بیماری‌ها که در پرونده بیماران ثبت گردیده، حایز اهمیت است (۶). ثبت تشخیص اصلی و سایر وضعیت‌ها باید به‌صورت سیستماتیک و براساس استانداردهای مربوطه باشد. هر شرح ترخیص می‌بایست دارای اطلاعات مفیدی باشد که بتوان اختصاصی‌ترین رده از International Classification of Diseases را به آن اختصاص داد (۸،۷). به‌طور یقین، فقدان اطلاعات دقیق در مورد بیماران بستری، معضلاتی را به‌همراه دارد که خلأ آن منشأ صدمات جبران‌ناپذیری خواهد بود. عدم ثبت علمی و مناسب تشخیص‌ها و اقدامات درمانی، منجر به عدم دسترسی به اطلاعات مناسب و مقتضی شده و برنامه‌ریزی اصولی را نیز با مشکل مواجه می‌سازد (۹). نظر به اینکه فرآیند مستندسازی پرونده‌های پزشکی توسط پزشکان به‌عنوان اصلی‌ترین گروه‌های ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی درمانی اهمیت زیادی دارد و اگر به‌طور ناقص انجام گیرد علاوه بر از دست‌دادن اطلاعات بیماران بستری می‌تواند اثرات سوء در فرآیند درمانی بیماران داشته باشد، همچنین با توجه به موارد فوق و عدم اطلاع از وضعیت موجود بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی قم، این پژوهش به‌منظور تعیین میزان رعایت استانداردهای تشخیص‌نویسی در پرونده‌های پزشکی بیماران بستری در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی قم انجام گرفت.

روش بررسی

این پژوهش به روش توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه پژوهش شامل پرونده‌های پزشکی بیماران بستری در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی قم {شهید بهشتی (ره)، ایزدی، الزهرا (س)، نکویی، کامکار و حضرت فاطمه معصومه (س)} بود. نمونه‌های آماری از پرونده‌های پزشکی به‌صورت طبقه‌بندی تصادفی و تناسبی انتخاب شدند. براساس فرمول:

$$(n=N/1+N(e)2)$$

تعداد کل نمونه، ۳۹۸ عدد برآورد گردید (۱۰)، که در آن N تعداد کل پرونده‌های بستری همه بیمارستان‌های مذکور در یک‌سال (۸۱۰۰۰) بود، حدود اطمینان، ۰/۹۵ و خطا (e)، ۰/۰۵

در این مطالعه ابتدا میزان رعایت اصول تشخیص‌نویسی در پرونده‌های پزشکی بررسی شد؛ بدین صورت که میزان ثبت آیتم‌های ضروری (مانند میزان ثبت نوع زایمان، نتیجه زایمان، عوارض و مشکلات زایمان، موضع عفونت، عامل عفونت‌زا، علت زمینه‌ای به‌وجودآورنده بیماری، تظاهرات بالینی ایجادشده، موضع آناتومیکی نئوپلاسم، مورفولوژی و رفتار نئوپلاسم، اختلال در عملکرد بافت یا غدد درون‌ریز، موضع آناتومیکی شکستگی، باز یا بسته‌بودن شکستگی، شکل شکستگی، صدمات و جراحات همراه با شکستگی، ماهیت اثر زیان‌آور، نوع دارو یا ماده بیولوژیکی، تجویزی یا غیرتجویزی بودن دارو، ماهیت اختلال ایجادشده و نوع اقدام همراه با نشانه) جهت ثبت در عبارات تشخیصی کنترل گردید. در نتیجه، بیشترین موردی که رعایت شده بود میزان رعایت اصول تشخیص‌نویسی با ۵۸٪ گزارش شد. پس از آن، اصول ثبت اقدامات پزشکی (میزان ثبت اقدامات) با ۵۰٪ در مکان دوم و علل خارجی حوادث (میزان ثبت نوع حادثه، نوع وسیله نقلیه، افراد درگیر، ثبت فعالیت فرد هنگام حادثه و محل حادثه) با ۵/۵٪ به ترتیب در مکان سوم قرار گرفتند.

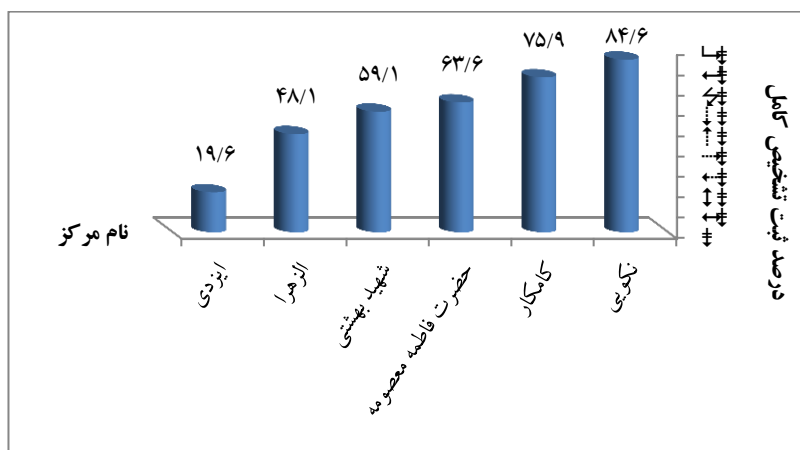
در ارزیابی ثبت تشخیص‌ها و اقدامات به‌صورت کامل و بدون استفاده از اختصارات در پرونده‌های پزشکی مشخص گردید ۵۹٪ تشخیص‌ها، ۵۰٪ اقدامات و ۱۷٪ علل خارجی صدمات به‌صورت کامل و بدون استفاده از اختصارات در پرونده‌های پزشکی ثبت شده بودند.

بیمارستان نکویی با ۸۴/۶٪، بیشترین میزان ثبت کامل تشخیص‌ها و بیمارستان ایزدی با ۱۹/۶٪، کمترین میزان ثبت کامل تشخیص‌ها را داشتند (نمودار شماره ۱).

در نظر گرفته شد و به تناسب پرونده‌های بستری هر بیمارستان، نمونه‌گیری انجام گرفت. جهت گردآوری داده‌ها از چک‌لیست تهیه‌شده از استانداردهای تشخیص‌نویسی در پرونده‌های پزشکی بیمارستان بستری استفاده گردید. چک‌لیست مذکور از استانداردهای تشخیص‌نویسی مندرج در ICD، همچنین از مقاله پژوهشی فرزندی‌پور و همکاران (سال ۱۳۸۱) با عنوان "بررسی میزان رعایت اصول تشخیص‌نویسی در پرونده‌های بالینی بیمارستان بستری در بیمارستان‌های شهر کاشان" (۹) و مقاله زارع‌فضل‌الهی و همکاران (سال ۱۳۸۸) با عنوان "میزان رعایت اصول تشخیص‌نویسی در پرونده‌های پزشکی بیمارستان بستری با تشخیص شکستگی بیمارستان مطهری ارومیه" (۵) استفاده شد. اعتبار ابزار پژوهش از طریق تعیین اعتبار محتوا (Validity Content) سنجیده شد که براساس مطالعه متون معتبر و دریافت نظرات صاحب‌نظران مرتبط با موضوع پژوهش انجام گردید. برای تعیین پایایی پرسشنامه مربوطه، از روش آزمون مجدد (Test re-test) استفاده شد. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون دقیق فیشر و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

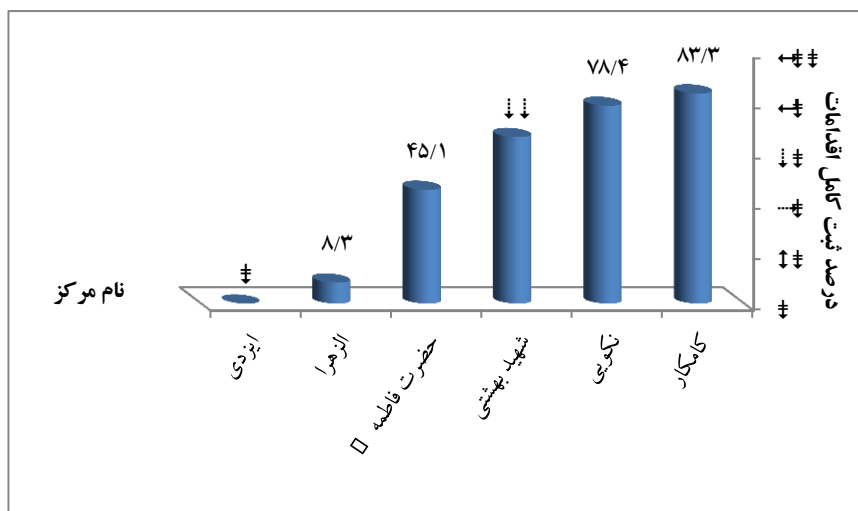
این پژوهش بر روی ۳۹۸ پرونده پزشکی انجام شد که به‌صورت تناسبی از بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی قم (براساس میزان پذیرش) انتخاب شدند. تعداد پرونده مورد بررسی در بیمارستان نکویی، ۵۳ پرونده؛ کامکار، ۵۸؛ ایزدی، ۵۷؛ حضرت زهرا (س)، ۵۲؛ حضرت فاطمه معصومه (س)، ۹۰ و شهید بهشتی (ره)، ۸۸ پرونده بود.



نمودار شماره ۱: میزان ثبت کامل تشخیص‌ها در پرونده‌های پزشکی بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی قم

بیشترین میزان ثبت کامل اقدامات و بیمارستان ایزدی با صفر، کمترین میزان ثبت کامل اقدامات را داشت (نمودار شماره ۲).

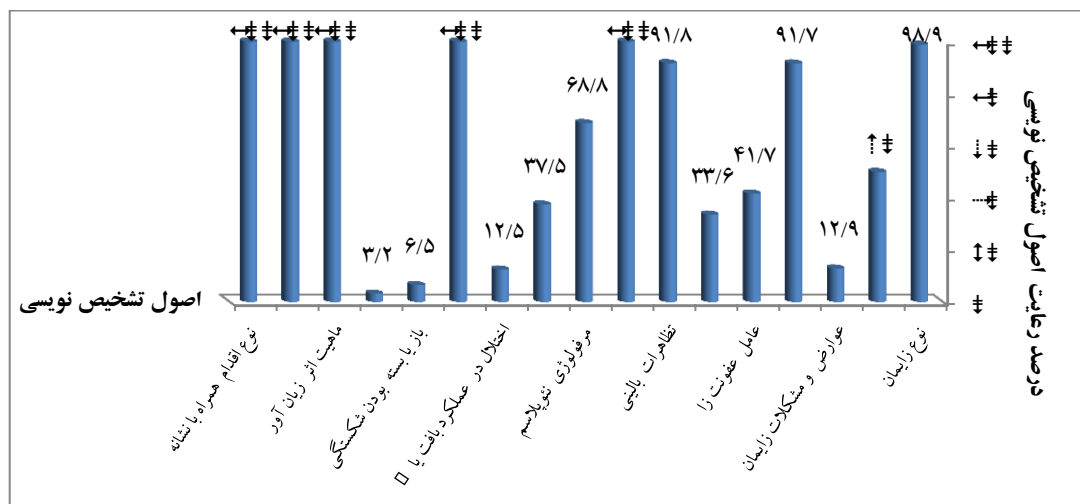
۵۰٪ اقدامات به صورت کامل و بدون استفاده از اختصارات در پرونده‌های پزشکی ثبت شده بود. بیمارستان کامکار با ۸۳/۳٪،



نمودار شماره ۲: میزان ثبت کامل اقدامات در پرونده‌های پزشکی بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی قم

بیشترین میزان رعایت اصول ثبت تشخیص‌ها، مربوط به ثبت موضع آناتومیکی شکستگی و نتوپلاسم، همچنین ماهیت اثر زیان‌آور و ماهیت اختلال ایجادشده در اثر اقدام موجد آن، به میزان ۱۰۰٪ و کمترین میزان رعایت اصول تشخیص نویسی مربوط به ثبت شکل و باز یا بسته بودن شکستگی در تشخیص شکستگی‌ها، به میزان ۳/۲ و ۶/۵٪ بود (نمودار شماره ۳).

علل خارجی صدمات فقط مربوط به مراکز نکویی و شهید بهشتی که پذیرای مصدومین بودند در بیمارستان شهید بهشتی، ۳۲٪ کامل و بدون استفاده از اختصارات و در مرکز نکویی، ۱۰۰٪ به صورت اختصاری ثبت شده بود. بیشترین میزان ثبت علل خارجی مربوط به نوع حادثه به میزان ۲۳٪ و ثبت نوع وسیله نقلیه، ۴٪ بود و افراد درگیر در حادثه، فعالیت فرد هنگام حادثه و محل حادثه را در هیچ‌یک از پرونده‌های مورد بررسی ثبت نکرده بودند.



نمودار شماره ۳: میزان رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده‌های پزشکی بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی قم

بدین معنی که هرچه سطح تحصیلات پزشکان بالاتر باشد میزان ثبت کامل تشخیص‌ها و اقدامات توسط آنها نیز بیشتر است، اما بین سطح تحصیلات پزشکان و ثبت کامل علل خارجی، رابطه‌ای وجود نداشت.

فرضیه میزان ثبت کامل تشخیص‌ها، اقدامات و علل خارجی حوادث در پرونده‌های پزشکی با میزان سابقه کار پزشکان آزمون شد و آزمون تی مستقل نشان داد بین ثبت کامل تشخیص، اقدامات و علل خارجی حوادث با سابقه کار، ارتباط معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی هرچه میزان سابقه کار پزشکان بالاتر باشد میزان ثبت کامل تشخیص‌ها و اقدامات توسط آنها نیز بیشتر می‌شود. طبق جدول، آزمون دقیق فیشر نشان داد بین نوع تخصص و ثبت کامل تشخیص و اقدامات، ارتباط معنی‌داری وجود دارد؛ به طوری که متخصصان قلب، بیشترین میزان ثبت کامل تشخیص‌ها (۹۱/۷٪) را داشته‌اند و متخصصان زنان و زایمان با ۶۶/۴٪ تشخیص‌ها را کامل ثبت کرده‌اند. همچنین میزان ثبت کامل اقدامات (۸۹/۳٪)، مربوط به متخصصان زنان و زایمان بوده و پس از آن متخصصان ارتوپدی با ۶۴/۳٪ قرار دارند.

با مقایسه میزان ثبت کامل تشخیص‌ها با میزان تحصیلات پزشکان، مشخص گردید پزشکان فوق تخصص با ۷۳٪، بیشترین میزان ثبت کامل تشخیص‌ها را دارند و متخصصان، ۵۶٪ تشخیص‌ها را کامل ثبت کرده‌اند.

با مقایسه میزان ثبت کامل اقدامات با میزان تحصیلات پزشکان، مشخص گردید پزشکان فوق تخصص با ۹۲٪، بیشترین میزان ثبت کامل اقدامات را داشته و متخصصان، ۴۳٪ اقدامات را کامل ثبت کرده‌اند.

با مقایسه میزان ثبت کامل علل خارجی صدمات با میزان تحصیلات پزشکان، مشخص گردید پزشکان فوق تخصص با ۱۸٪، بیشترین میزان ثبت کامل را داشته و متخصصان، صفر درصد علل خارجی صدمات را کامل ثبت کرده‌اند. همچنین فرضیه میزان ثبت کامل تشخیص‌ها، اقدامات و علل خارجی حوادث در پرونده‌های پزشکی با سطح تحصیلات پزشکان آزمون شد. طبق آزمون دقیق فیشر، بین ثبت کامل تشخیص با سطح تحصیلات، ارتباط معنی‌داری وجود داشت. همچنین، بین ثبت کامل اقدامات با سطح تحصیلات نیز ارتباط معنی‌دار بود، اما بین ثبت کامل علل خارجی با سطح تحصیلات، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت؛

جدول: ارتباط ثبت کامل تشخیص، اقدامات و علل خارجی با تخصص پزشکان

نوع ثبت	ثبت کامل تشخیص		ثبت کامل اقدامات	
	ثبت کامل	ثبت اختصاری	ثبت کامل	ثبت اختصاری
تخصص	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
زنان و زایمان	۸۷ (۶۶/۴)	۴۴ (۳۳/۶)	۷۵ (۸۹/۳)	۹ (۱۰/۷)
نوزادان	۱ (۶/۳)	۱۵ (۹۳/۸)	۰	۲ (۱۰۰)
اطفال	۱۶ (۳۲/۷)	۳۳ (۶۷/۳)	۲ (۱۲/۵)	۱۴ (۸۷/۵)
کلیه و مجاری	۲ (۱۵/۴)	۱۱ (۸۴/۶)	۳ (۲۵)	۹ (۷۵)
داخلی	۲ (۱۶/۷)	۱۰ (۸۳/۳)	۰	۱ (۱۰۰)
اعصاب و روان	۱۹ (۳۲/۲)	۴۰ (۶۷/۸)	۳ (۳۳/۳)	۶ (۶۶/۷)
گوش، حلق و بینی	۱ (۱۲/۵)	۷ (۸۷/۵)	۱ (۱۲/۵)	۷ (۸۷/۵)
قلب	۱۱ (۹۱/۷)	۱ (۸/۳)	۰	۴ (۱۰۰)
عفونی	۰	۶ (۱۰۰)	۰	۰
چشم	۰	۲ (۱۰۰)	۰	۲ (۱۰۰)
جراحی عمومی	۷ (۱۴)	۴۳ (۸۶)	۳ (۷/۱)	۳۹ (۹۲/۹)
بیهوشی	۱ (۵۰)	۱ (۵۰)	۰	۲ (۱۰۰)
ارتوپدی	۱۵ (۴۴/۱)	۱۹ (۵۵/۹)	۱۸ (۶۴/۳)	۱۰ (۳۵/۷)
مقدار آزمون	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

بحث

در پژوهش حاضر مشخص گردید میزان بیشترین موردی که رعایت شده است رعایت اصول تشخیص‌نویسی با ۵۸٪ می‌باشد، و پس از آن به ترتیب اصول ثبت اقدامات پزشکی با ۵۰٪ و علل خارجی حوادث با ۵/۵٪ در مکان‌های دوم و سوم قرار دارند. فرزندی‌پور در تحقیقی که (سال ۱۳۸۱) در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام داد نشان داد اصول تشخیص‌نویسی به میزان ۸۷٪ و اصول ثبت اقدامات به میزان ۷۷٪؛ در حد مطلوب و اصول ثبت علل خارجی حوادث به میزان ۶۵٪ در حد متوسط در پرونده‌های بالینی رعایت شده است، که در مقایسه با نتایج پژوهش حاضر از وضعیت بهتری برخوردار بود (۹). در ارزیابی ثبت تشخیص‌ها و اقدامات به‌صورت کامل و بدون استفاده از اختصارات در پرونده‌های پزشکی مشخص گردید ۵۹٪ تشخیص‌ها، ۵۰٪ اقدامات و ۱۷٪ علل خارجی صدمات به‌صورت کامل و بدون استفاده از اختصارات در پرونده‌های پزشکی ثبت شده است. در مطالعه فرزندی‌پور، ۷۵٪ تشخیص‌ها و ۶۰٪ اقدامات بدون استفاده از اختصارات در پرونده‌های پزشکی ثبت شده بود (۹)، درحالی‌که در مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعه فرزندی‌پور، تشخیص‌ها و اقدامات کمتر به‌صورت کامل و بدون استفاده از اختصارات ثبت شده بودند و وضعیت بدتری داشتند. بنابراین، این امر لزوم توجه پزشکان نسبت به ثبت تشخیص‌ها و اقدامات را به‌صورت کامل و بدون استفاده از اختصارات می‌طلبد. سیف ربیعی در پژوهشی تحت عنوان "بررسی وضعیت ثبت اطلاعات در پرونده‌های بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۳۸۸" نتیجه‌گیری کرد تشخیص‌های افتراقی در ۷۵٪ ثبت تشخیص نهایی در ۹۰٪ و دستور ترخیص توسط پزشک در ۸۴٪ پرونده‌ها وجود دارد که ۸۶٪ پزشکان اقدامات درمانی و یا اعمال جراحی را در پرونده ثبت کرده بودند و ثبت اقدامات پاراکلینیکی در ۸۳٪ پرونده‌ها انجام شده بود (۱۱). در پژوهش حاضر، تشخیص نهایی در ۱۰۰٪، اقدامات در ۹۵/۷٪ و علل خارجی اقدامات در ۷۶/۸٪ پرونده‌ها ثبت شده بود، که پژوهش حاضر در مقایسه با پژوهش سیف ربیعی، نتایج بهتری در ثبت تشخیص‌ها و اقدامات داشت. مشعوفی در تحقیقی تحت عنوان "بررسی فرآیند مستندسازی مدارک پزشکی پرونده‌های

بالینی توسط پزشکان در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل" نشان داد در ۷۱/۹٪ موارد تشخیص اولیه، ۵۸/۹٪ تشخیص حین درمان، ۶۰/۸٪ تشخیص نهایی و ۵۲٪ اقدامات درمانی و جراحی در پرونده‌های مورد مطالعه ثبت شده است. در این مطالعه باوجود اینکه حداقل، ۱۲/۷٪ بیماران به‌علت حوادث، آسیب‌ها و مسمومیت‌ها بستری شده بودند، اما فقط در ۸/۵٪ پرونده‌ها عامل حادثه ثبت شده بود و در ۵۲/۴٪ پرونده‌ها، اصول صحیح تشخیص‌نویسی توسط پزشکان رعایت نشده بود (۱۲)، که نتایج مطالعه حاضر در مقایسه با پژوهش مشعوفی، وضعیت بهتری را نشان داد.

Khalid Mahmood و همکاران با بررسی مستندسازی مدارک پزشکی بیمارانی که در سال ۲۰۰۵ در یک بخش بیمارستانی آموزشی در پاکستان بستری شده بودند عنوان کرد تشخیص‌نویسی در ۲۴٪ موارد خیلی خوب و در ۶٪ موارد تشخیص ثبت نشده است و در کل، مستندسازی اطلاعات بالینی مهم ضعیف بوده که باعث کاهش کیفیت مراقبت شده است (۱۳).

Sullivan و Wilson (سال ۱۹۹۵) در مطالعه خود نشان دادند تشخیص‌ها در حد ضعیف و تنها در ۴۹٪ موارد کامل بوده است. نتایج پژوهش حاضر در مقایسه با دو مطالعه فوق از وضعیت بهتری برخوردار بود، اما برای رسیدن به مستندسازی بهتر، اصولی‌تر و در نتیجه بهبود کیفیت مراقبت باید تلاش کرد (۱۴).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه، به‌نظر می‌رسد تعیین دستورالعمل‌های مشخص جهت نحوه تکمیل پرونده‌های پزشکی، برگزاری دوره‌های آموزشی برای پزشکان کارورز، دستیاران، کادر پذیرش و پرستاری درباره چگونگی ثبت اطلاعات و اصلاح نواقص، همچنین آگاه ساختن آنها از کاربردهای مستندسازی صحیح برای مقاصد قانونی، آموزشی، پژوهشی و برنامه‌ریزی‌های مدیریتی ضروری می‌باشد.

به‌علاوه، نظارت پزشکان متخصص بر نحوه عملکرد کارورزان و دستیاران، توجه و اهتمام بیشتر مسئولین، پزشکان و کارشناسان مدارک پزشکی به مستندسازی صحیح در بیمارستان‌های تابعه

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان مقاله از حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی قم به جهت تصویب طرح تحقیقاتی (به کد ۹۳۳۹۵) کمال تشکر را دارند.

دانشگاه علوم پزشکی قم و ارزیابی میزان ثبت اطلاعات به طور مستمر در تمامی بیمارستان‌ها، ضروری و مفید است. همچنین پیشنهاد می‌گردد آموزش نحوه ثبت اطلاعات در برنامه‌های درسی و کلاسی کاروزان پزشکی، دوره‌های تخصصی و پرستاری گنجانده شود.

References:

1. Moghaddasi H. Health data processing. Tehran: Word processor Publication; 2008. p. 5. [Text in Persian]
2. Ajami S, Kalbasi F, Kabiri M. Application of medical records in research from the viewpoint of Isfahan educational hospitals' researchers. Health Inform Manag 2008; 4(1):71-9. [Full Text in Persian]
3. Faridaalae Gh, Boushehri B, Mohammadi N, Safari O. Evaluating the quality of multiple trauma patient records in the emergency department of Imam Khomeini Hospital in Urmia. Iran J Emerg Med 2015;2(2):88-92. [Full Text in Persian]
4. Abbassi S, Tavakoli N. Quantitative analysis of medical record of patients admitted in the gharazi hospital. J Health Inform Manag 2011;8(1):50-60. [Full Text in Persian]
5. Zare Fazlollahi Z, Khoshkalam Aghdam M, Lotfnezhad Afshar H, Jabraili M. The rate of adherence to principles of diagnosis recording in medical records of patients with fractures admitted to Urmia Motahari Hospital. Health Inform Manag 2011;8(3):405-11. [Full Text in Persian]
6. Farzandipour M, Rabiee R, Ayatollahi H, Rangraz Jeddi F. Principles of medical documentation. Kashan: Morsal; 2005. p. 12. [Text in Persian]
7. Ahmadi M, Sadoughi F. Medical Coding (ICD-10). 2nd ed. Tehran: Zarin Press; 2000. p. 6-7. [Text in Persian]
8. WHO. International statistical classification of diseases and related health problems (tenth revision). Geneva: WHO; 1993. p. 97. (Vol 2)
9. Farzandee Pour M, Asef Zadeh S. Assessment of diagnostic principles writing in inpatient hospital records in Kashan hospitals in 2002. Fayz 2004;8(31):36-44. [Full Text in Persian]
10. Mirzaie Kh. Research, researching & writing. Tehran: Jameeshenasan Publication; 2009. p. 189. [Text in Persian]
11. Seif Rabiee M, Sedighi I, Mazdeh M, Dadras F, Shokouhee Solgi M, Moradi A. Study of hospital records registration in teaching hospitals of Hamadan University of Medical Sciences in 2009. Scientific J Hamadan Univ Med Sci 2009;16(2):45-9. [Full Text in Persian]
12. Mashoufi M, Amani F, Rostami KH, Mardi A. Evaluating information record in the hospitals of Ardabil Medical Sciences University 2001. J Ardabil Univ of Med Sci 2004;3(11):43-9. [Full Text in Persian]
13. Mehmood K, Shakeel S, Saeedi I, Ud Din Z. Audit of medical record documentation of patients admitted to a medical unit in a teaching hospital NWFP Pakistan. J Postgrad Med Institute (Peshawar-Pakistan) 2007;21(2):113-16.
14. Sullivan F, Wilson P. The completeness and accuracy of patient record transfer between practices. Health Bull (Edinb) 1997;55(1):16-9.

The Rate of Observance of the Standards of Diagnosis Recording in Medical Records of Hospitalized Patients in Hospitals Affiliated To Qom University of Medical Sciences, Iran

Maryam Hemati^{1*}, Masomeh Esmaili¹, Somayeh Momenian²

¹Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

²Faculty of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:**
Maryam Hemati, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Email:
maryhemati@gmail.com

Received: 20 Jul, 2015

Accepted: 17 Sep, 2015

Abstract

Backgrounds and Objectives: High-quality health care depends on comprehensive information of medical record, and high-quality care is very difficult without accurate information. Given the importance of the observance of principles of diagnosis recording in clinical records and their educational, therapeutic, research, legal, and statistical application and given lack of knowledge about the existing situation, this research was conducted to determine the rate of observance of principles of diagnosis recording in the clinical records in the hospitals affiliated to Qom University of Medical Sciences.

Methods: This research was conducted as a descriptive-analytical study on medical records of the patients of hospitals affiliated to Qom University of Medical Sciences (including 6 centers) in 2014. The number of statistical sample was estimated to be 398. Data were gathered using a checklist. Data were analyzed by Fisher's exact test and independent t-test.

Results: In this study, assessment of the observance rate of principles of diagnosis recording in medical records, showed that the highest observance was for the observance rate of diagnosis recording principles with 58%. Then, recording principles of medical measures with 50%, and external causes of events with 5.5%, were respectively in the second and third levels.

Conclusion: According to the findings of this study, it seems that more attention and effort of authorities, physicians, and experts of medical records to this issue in the hospitals affiliated to Qom University of Medical Sciences and holding educational classes for physicians, and admission staff and nurses, are necessary.

Keywords: Diagnosis; Standards; Medical records.