Effect of Education and Written Feedback on the Quantity and Quality of Documenting Patients' Records in a General Teaching Hospital: An Action Research Study

Bahar Moasses-Ghafari[1], Asefeh Abbaszadeh[2], Khaled Rahmani[3]

1.Assistant Professor of Nuclear Medicine, School of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID: 0000-0001-5288-6243

2.Assistant Professor of Infectious Diseases, School of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID: 0000-0002-0313-4632

3.Associate Professor of Epidemiology, Liver and Digestive Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. Tel:087-33664645,Email:khaledrahmani111@yahoo.com ORCID: 0000-0002-0860-8040.

ABSTRACT

Background and Aim: Numerous studies conducted in Iran have shown that the quality of documentation of medical records by physicians and medical staff is not very satisfactory. Considering the importance of proper documentation of medical records in teaching hospitals as a valid document of educational and medical activities in educational accreditation, the present study was designed and conducted to investigate the effect of training on the quantity and quality of documentation of the patients' records.

Materials and Methods: The present study was an action research study. The status of medical records was first evaluated by residents, interns and externs in 400 randomly selected files. Then, based on an intervention protocol, training programs were held for these individuals and every month defects in the files were reported to the department heads in the form of written feedback. Finally, using SPSS V.22 software, data were analyzed by McNemar's test.

Results Based on the comparison of the studied criteria before and after the intervention, the percentage of history recording, the percentage of on-service note, the percentage of off-service notes, and the percentage of daily progressive note (PN) in all three groups of medical students including externs, interns and residents improved significantly. ($P < 0.05$). In addition, the intervention significantly improved other indicators, including the principles of recording correct diagnosis in the files, recording the time and date and also medication orders, completing the patient education form, obtaining informed consent from the patients in case of need, recording medical consultations correctly and preparation of standardized file summary ($P < 0.05$).

Conclusions: Based on the findings, continuous training and providing regular written feedback can be effective in increasing the quantity and quality of recording necessary items in the patients' medical records by residents, interns and externs.

Keywords: Medical records; Teaching hospital; Documentation; Education; Feedback; Action research

Received: Dec 3, 2021 **Accepted:** June 26, 2023

How to cite the article: Bahar Moasses-Ghafari, Asefeh Abbaszadeh, Khaled Rahmani. Effect of Education and Written Feedback on the Quantity and Quality of Documenting Patients' Records in a General Teaching Hospital: An Action Research Study.SJKU 2024;29(2):79-88.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.61186/sjku.29.2.79]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و نه / خرداد و تیر ۱۴۰۳/۸۸-۷۹

اثر آموزش و ارائه پسخوراند کتبی بر کمیت و کیفیت مستندسازی پرونده بیماران در یک بیمارستان آموزشی عمومی: یک مطالعه اقدام پژوهی

بهار مؤسس غفاری[۱]، عاصفه عباس زاده[۲]، خالد رحمانی[۳]

۱. استادیار پزشکی هسته‌ای، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.کد ارکید:۶۲۴۳-۵۲۸۸-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۲. استادیار بیماری‌های عفونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.کد ارکید:۴۶۳۲-۰۳۱۳-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۳. دانشیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. پست الکترونیک:Khaledrahmani111@yahoo.com، تلفن ثابت: ۳۳۶۶۴۶۴۵-۰۸۷، کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۰۸۶۰-۸۰۴۰

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات قبلی در ایران نشان داده اند که کیفیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی توسط پزشکان در ایران چندان رضایت‌بخش نیست. با توجه به اهمیت مستندسازی دقیق پرونده‌های پزشکی در اعتباربخشی بیمارستان‌های آموزشی، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر آموزش بر کمیت و کیفیت مستندسازی پرونده های بیماران طراحی و اجرا شد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر از نظر طراحی یک مطالعه اقدام پژوهی و نیمه تجربی بود. در این مطالعه ابتدا وضعیت ثبت پرونده‌های پزشکی توسط دستیاران، کارورزان و کارآموزان در ۴۰۰ پرونده انتخاب شده به صورت تصادفی مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس بر اساس یک پروتکل مداخله‌ای، برنامه‌های آموزشی برای این افراد برگزار و به صورت ماهیانه موارد نقص در پرونده ها هم در قالب بازخورد کتبی به مدیران گروه‌های آموزشی ارائه گردید. در نهایت وضعیت ثبت داده ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS V.22 و آزمون مک نمار آنالیز شد.

یافته‌ها: بر اساس مقایسه سنجه‌های مورد بررسی قبل و بعد از انجام مداخله، درصد ثبت شرح حال، درصد On service note، درصد Off service note و درصد Progressive note (PN) روزانه در هر سه گروه کار آموزان پزشکی، کارورزان و دستیاران بهبود معنی داری داشت (P <۰/۰۵). علاوه بر این‌ها، مداخله انجام شده باعث بهبود معنی‌داری در سایر شاخص‌های مورد بررسی از جمله اصول صحیح تشخیص نویسی در پرونده، ثبت ساعت و تاریخ، ثبت دستورات دارویی، تکمیل فرم آموزش بیمار، اخذ رضایت آگاهانه از بیمار در موارد نیاز، ثبت صحیح درخواست و انجام مشاوره های پزشکی و تهیه خلاصه پرونده استاندارد شده بود(P <۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، آموزش مستمر و ارائه بازخورد کتبی منظم در افزایش کمیت و کیفیت ثبت موارد لازم در پرونده‌های پزشکی بیماران توسط دستیاران، کارورزان و کارآموزان مؤثر است.

کلمات کلیدی: پرونده های پزشکی، بیمارستان آموزشی، مستند سازی، آموزش؛ بازخورد، اقدام پژوهی

وصول مقاله:۱۴۰۰/۹/۱۲ اصلاحیه نهایی:۱۴۰۲/۲/۹ پذیرش:۱۴۰۲/۴/۵

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.61186/sjku.29.2.79]

مقدمه

مستندسازی ابزاری کارآمد در مدیریت کیفیت است که به‌عنوان قدمی اساسی برای بهبود سیستم‌های مزبور مورد تأکید سازمان‌های معتبر جهانی همانند ISO قرار گرفته است(۱). یکی از گام‌های مؤثر در زمینه افزایش کیفیت خدمات درمانی و مدیریت بهینه بیمارستان‌ها، ایجاد سیستم‌های دقیق مستندسازی اطلاعات و نظارت بر آن است (۲).

پرونده‌های پزشکی به عنوان سند اطلاعات بیماران در خصوص خدمات درمانی ارائه شده در بیمارستان‌ها، مبنای مراجعات قانونی و مطالعات پژوهشی قرار می‌گیرند. افزایش تعداد افراد بیمه شده در جامعه و بالا رفتن سطح سواد و آگاهی افراد از حقوق خود از دلایل مهم افزایش روند صعودی شکایت‌های پزشکی است(۳). نگاهی اجمالی بر آمار و کیفیت پرونده‌های جرائم پزشکی، نشان می‌دهد که یکی از علل مهم افزایش میزان شکایت‌ها، ناآگاهی یا داشتن اطلاعات ناقص پزشکان، کادر درمانی و دیگر افراد دخیل در امر پزشکی نسبت به مسائل حقوقی و همچنین مسئولیت پزشکان در مقابل بیماران است (۵, ۴).

در سال‌های اخیر توجه به افزایش کیفیت مستندسازی در پرونده‌های پزشکی یکی از دغدغه های اصلی سیاستگذاران سلامت در سطح دنیا بوده است. در همین راستا استفاده از مستندسازی الکترونیکی به‌جای مستندسازی کاغذی یکی از رویکردهای مهم در تکمیل پرونده‌های پزشکی در بیمارستان‌ها بوده است. بر اساس شواهد علمی موجود استفاده از پرونده‌های الکترونیکی به دلیل ساده‌تر بودن فرایند پایش و ارزشیابی آن‌ها باعث کاهش خطاهای موجود و توجه بیشتر پزشکان، دستیاران و کارورزان پزشکی به ثبت اقدامات مداخله‌ای می‌شود. (۷, ۶). علاوه بر این‌ها ثبت دقیق اقدامات و الکترونیکی کردن فعالیت‌ها همراه با آموزش به کارکنان درمانی باعث بهبود کیفیت مراقبت‌های پزشکی می‌شود(۸).

در مطالعات متعدد انجام گرفته در ایران نشان داده شده است که کیفیت مستندسازی توسط پزشکان و کادر درمانی چندان رضایت بخش نیست(۹-۱۲). در مطالعه‌ی عمویی و همکاران در سال ۱۳۷۸ گزارش گردید که بیشترین پرونده شکایات مربوط به جراحان عمومی و پزشکان عمومی است. همچنین نشان داده شده که الکترونیکی کردن پرونده‌ها در کشورهای پیشرفته باعث کامل بودن مستندسازی در ۴۶٪ پزشکان شده است. (۱۳) در ایران در بررسی دو و نیم میلیون پرونده الکترونیکی، مشاهده شد که در ۱۰۰٪ موارد اطلاعات هویتی توسط کارمندان (غیر پزشک) ثبت می‌گردد(۱۴).

با توجه به اینکه نواقص ثبت پرونده پزشکی بیماران در هر منطقه متفاوت است و متغیرهای مختلفی در آن نقش دارند، از این رو مطالعه حاضر وضعیت ثبت پرونده‌های پزشکی در بیمارستان توحید سنندج را در یک بازه ۶ ماهه مورد بررسی قرار داده و به ارزیابی عملکرد کادر پزشکی می پردازد، حوزه‌ای که کمتر تاکنون به آن پرداخته شده و دارای اهمیت ویژه‌ای است.

مواد و روش ها

طراحی و مکان انجام مطالعه

مطالعه حاضر از نظر هدف یک مطالعه کاربردی و از نظر طراحی یک مطالعه اقدام پژوهی (Action Research) و نیمه تجربی بود که در سال های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ انجام شد. مکان انجام مطالعه بیمارستان توحید سنندج به عنوان یک بیمارستان عمومی آموزشی در استان کردستان بود.

سنجه ها (شاخص‌های) مورد بررسی و روش جمع‌آوری اطلاعات قبل از انجام مداخله

در مطالعه حاضر و قبل از انجام هر مداخله‌ای، ۴۰۰ پرونده به صورت تصادفی از بین پرونده‌های موجود در بایگانی بیمارستان از نظر شاخص‌های مورد بررسی، ارزیابی گردید. شاخص‌ها یا متغیرهای مورد بررسی بر اساس آیین‌نامه کشوری دستورالعمل مستندسازی پرونده‌های پزشکی که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت درمان) تدوین شده است و شامل اصول کلی و جزئی مربوط به مستندسازی و تصحیح خطای مستندسازی،

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.61186/sjku.29.2.79]

چارچوب زمانی مربوط به تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی و ملاحظات مهم در مستندسازی پرونده پزشکی بیمار است، انتخاب شدند. این شاخص‌ها عبارت بودند از: ثبت کامل شرح حال بیمار، On service note، Off service note، Progressive Note روزانه، ثبت دستورات دارویی، رعایت اصول صحیح تشخیص نویسی در پرونده، ثبت ساعت و تاریخ، آموزش بیمار، ثبت پروسیجر، اخذ رضایت بیمار، ثبت درخواست و پاسخ مشاوره و داشتن خلاصه پرونده استاندارد بود. این شاخص ها در یک چک لیست از قبل طراحی شده به عنوان وضعیت موجود یا وضعیت قبل از مداخله وارد می‌شدند. صحت اطلاعات جمع‌آوری شده و ثبت آن در چک لیست جمع‌آوری سنجه‌ها با بررسی چندین پرونده به‌صورت تصادفی توسط دو نفر از اعضای هیات علمی هر کدام از گروه‌های آموزشی در طول ماه مورد تائید قرار می گرفت.

تعریف مداخله، نحوه انجام مداخله

مداخله مورد استفاده در این مطالعه اقدام پژوهی پس از آنالیز وضعیت موجود شامل آموزش فراگیران (کارآموزان، کارورزان و دستیاران پزشکی) و ارائه بازخوردهای مکتوب در یک دوره زمانی شش ماهه بود. آموزش و ارائه پسخوراند منظم توسط معاون آموزشی بیمارستان با همکاری یک نفر متخصص عفونی و یک نفر متخصص پزشکی هسته‌ای انجام شد. پس از استخراج موارد نقص پرونده‌ها، در جلسات حضوری آموزش رفع نواقص و اهمیت ثبت صحیح برای فراگیران برگزار شد که در قالب جلسات آموزش پرونده نویسی فراگیران جدیدالورود بیمارستان در تمام مقاطع و نیز در بدو ورود به هر بخش تحت عنوان جلسات توجیهی بدو ورود بخش های آموزشی برگزار می‌شد و طی آموزش توسط پزشکان متخصص، آشنایی با فرم های ارزیابی و بندهای آن جهت گروه های هدف نمایش داده می شد. این آموزش ها بصورت دوره ای هر سه ماه یک بار نیز برای هر گروه هدف تکرار می شد و به طور همزمان بررسی پرونده ها و نحوه مستند سازی اطلاعات بیماران توسط معاونت آموزشی و واحد EDO (Education Development Office) بیمارستان رصد شده و به صورت مکتوب در قالب نامه ای خطاب به فراگیر و با رونوشت به مدیرگروه آموزشی مربوطه تمام نکات مثبت و منفی ثبت شده در پرونده ها، فیدبک داده میشد. در صورت عدم رفع نقص در بررسی های بعدی، نامه مکتوب مجدداً خطاب به فراگیر و این بار با رونوشت به مدیر گروه و دانشکده پزشکی ارسال می‌گردید، البته فیدبک های مثبت با ارسال نامه تشویقی به فراگیران مربوطه نیز انجام می‌شد. همچنین آموزش چهره به چهره مداوم در کنار ارسال فیدبک مکتوب و نظارت بر ثبت صحیح پرونده‌ها در دوره شش ماهه انجام شد.

سنجه‌ها (شاخص‌ها) ی مورد بررسی و روش جمع‌آوری اطلاعات بعد از انجام مداخله

دو ماه بعد از انجام مداخله ۴۰۰ پرونده جدید که بعد از انجام مداخله در بیمارستان برای بیماران تشکیل شده بود به صورت تصادفی از بین پرونده‌های پزشکی انتخاب گردید و با استفاده از اطلاعات آن‌ها، شاخص‌ها/سنجه‌های مورد استفاده دوباره محاسبه گردید و در ادامه چک لیست ثبت متغیرها، به عنوان وضعیت شاخص‌ها بعد از انجام مداخله ثبت گردید.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند. شاخص‌های محاسبه شده به صورت درصد قبل و بعد از انجام مداخله با یکدیگر مقایسه شدند. برای تحلیل تغییر شاخص ها از آزمون مک نمار استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال انجام این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان بررسی و با کد IR.MUK.REC.1396.385 مورد تائید قرار گرفت. در مراحل مختلف انجام مطالعه اصول محرمانگی داده ها توسط پژوهشگران رعایت گردید و مشخصات هویتی بیماران و افراد تکمیل کننده پرونده ها از جمله پزشکان،

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.61186/sjku.29.2.79]

دستیاران، کارورزان و کارآموزان در چک لیست جمع‌آوری داده‌ها ثبت نگردید.

یافته‌ها

تعداد ۴۰۰ پرونده به تصادف انتخاب شده به عنوان وضعیت قبل از مداخله و ۴۰۰ پرونده جدید تشکیل شده بعد از انجام مداخله از نظر شاخص‌های مورد بررسی ارزیابی شدند. جدول ۱. مقایسه وضعیت ثبت پرونده پزشکی توسط کار آموزان پزشکی قبل و بعد از انجام مداخله را نشان می دهد.

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است درصد ثبت و تکمیل پرونده توسط کارآموزان قبل از انجام مداخله بسیار نامطلوب بوده است طوری که هیچ‌کدام از پرونده ها ثبت Off service note نداشتند و تنها ۵٪ از پرونده ها ثبت On service note داشتند و درصد PN روزانه به‌طور منظم هم تنها ۷٪ بود. اگرچه بعد از انجام مداخله در بعضی شاخص‌ها همچون ثبت شرح حال به صورت کامل، On service note و PN روزانه تغییر زیادی به وجود آمده است؛ اما ثبت Off service note در کمتر از ۲۰٪ پرونده ها انجام شده است.

جدول ۱. مقایسه وضعیت ثبت پرونده پزشکی توسط کار آموزان پزشکی قبل و بعد از مداخله

شاخص	قبل از مداخله، (n = ۴۰۰)	بعد از مداخله، (n = ۴۰۰)	معنی داری
درصد ثبت شرح حال به صورت کامل	۲۹	۶۷	<۰/۰۰۱
درصد On service note	۵	۴۶	<۰/۰۰۱
درصد Off service note	۰	۱۹	<۰/۰۰۱
درصد Progressive note (PN)روزانه	۷	۷۱	<۰/۰۰۱

بر اساس نتایج خلاصه شده در جدول ۲، اگر چه وضعیت ثبت پرونده ها از نظر شاخص های مورد بررسی در کارورزان پزشکی قبل از انجام مداخله تا حدودی نسبت به کارآموزان بهتر است؛ اما تنها در یک شاخص یعنی ثبت دستورات دارویی بالای ۵۰ است و در بقیه موارد زیر ۵۰٪ است. درصد Off service note در کارورزان قبل از مداخله (۵٪) بسیار پائین بود. بعد از انجام مداخله بهبود قابل ملاحظه‌ای در ثبت برخی شاخص‌ها توسط کارورزان حاصل شد طوری که درصد ثبت شرح حال، PN روزانه و ثبت دستورات دارویی به ترتیب به ۶۹، ۶۶ و ۷۸/۹ درصد رسیده است. در این بین بیشترین تغییر نسبت به قبل از مداخله مربوط به ثبت PN روزانه است که ۵۲٪ بهبود داشته است. در جدول ۳ وضعیت ثبت شاخص ها توسط دستیاران خلاصه شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است وضعیت ثبت در دستیاران قبل از انجام مداخله نامطلوب بوده است و در تمام موارد غیر از ثبت دستورات دارویی، زیر ۵۰٪ و در سه مورد یعنی PN روزانه، On service note و Off service note زیر ۲۰٪ بوده است. بعد از انجام مداخله ثبت تمام شاخص‌ها به‌صورت معنی‌داری افزایش پیدا کرده است. بیشترین افزایش در شاخص درصد PN روزانه بود، طوری که بعد از انجام مداخله، حدود ۵۰٪ بهبود پیدا کرده است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.61186/sjku.29.2.79]

جدول ۲. مقایسه وضعیت ثبت پرونده پزشکی توسط کارورزان پزشکی قبل و بعد از مداخله

شاخص	قبل از مداخله، (n = ۴۰۰)	بعد از مداخله، (n = ۴۰۰)	معنی‌داری
درصد ثبت شرح حال به صورت کامل	۴۲	۶۹	<۰/۰۰۱
درصد On service note	۱۴	۴۴	<۰/۰۰۱
درصد Off service note	۵	۴۱	<۰/۰۰۱
درصد PN روزانه	۱۴	۶۶	<۰/۰۰۱
درصد ثبت دستورات دارویی	۶۹/۲	۷۸/۹	<۰/۰۰۱

جدول ۳. مقایسه وضعیت ثبت پرونده های پزشکی بیماران توسط دستیاران قبل و بعد از مداخله

شاخص	قبل از مداخله، (n = ۴۰۰)	بعد از مداخله، (n = ۴۰۰)	معنی‌داری
درصد ثبت شرح حال به صورت کامل	۴۷	۶۹	<۰/۰۰۱
درصد On service note	۱۰	۳۹	<۰/۰۰۱
درصد Off service note	۹	۳۰	<۰/۰۰۱
درصد PN روزانه	۱۷	۶۷	<۰/۰۰۱
درصد ثبت دستورات دارویی	۸۷/۷	۹۵	۰/۰۱

جدول ۴ مقایسه وضعیت ثبت شاخص‌های کلی در پرونده‌های پزشکی بیماران قبل و بعد از مداخله را نشان می‌دهد. در حدود ۸۰٪ پرونده‌های بررسی شده قبل از انجام مداخله، ساعت تشکیل پرونده ثبت نشده بود و تنها ۱۱٪ پرونده ها دارای فرم تکمیل شده آموزش بیمار بودند. قبل از انجام مداخله، درصد رعایت اصول صحیح تشخیص نویسی در پرونده ۶۰/۷٪ بود که بعد از مداخله با ۱۵٪ افزایش به ۷۵/۸٪ رسیده است(P=۰/۰۰۱). درصد پرونده‌های دارای ثبت ساعت با ۵۶٪ افزایش نسبت به قبل از مداخله (۲۰٪) به ۷۶٪ رسیده است(P<۰/۰۰۱). یکی از سنجه هایی که علیرغم انجام مداخله زیر ۵۰٪ بود پرونده‌های دارای فرم انجام پروسیجر تکمیل شده بود. قبل از انجام مداخله ۲۸/۸٪ از پرونده ها دارای فرم انجام پروسیجر تکمیل شده بودند و پس از انجام مداخله به صورت معنی‌داری به ۴۹٪ افزایش پیدا کرده بود(P<۰/۰۰۱). بر اساس نتایج جدول ۴، اگرچه سنجه‌ها نسبت به قبل از مداخله به‌صورت معنی‌داری بهبود پیداکرده‌اند؛ اما غیر از ثبت تاریخ، مقدار عددی در بقیه شاخص‌ها بعد از انجام مداخله باز زیر ۹۰٪ بود.

جدول ۴. مقایسه وضعیت ثبت شاخص‌های کلی در پرونده‌های پزشکی بیماران قبل و بعد از مداخله

شاخص	قبل از مداخله، (n = ۴۰۰)	بعد از مداخله، (n = ۴۰۰)	معنی‌داری
درصد رعایت اصول صحیح تشخیص نویسی در پرونده	۶۰/۷	۷۵/۸	۰/۰۰۱
درصد پرونده های دارای ثبت ساعت	۲۰	۷۶	<۰/۰۰۱
درصد پرونده های دارای ثبت تاریخ	۸۶	۹۵	۰/۰۰۱
درصد ثبت دستورات دارویی پزشکان	۶۶/۲	۷۱/۹	۰/۰۰۳
درصد پرونده های دارای فرم آموزش بیمار تکمیل شده	۱۱	۵۹	<۰/۰۰۱
درصد پرونده های دارای فرم انجام پروسیجر تکمیل شده	۲۸/۸	۴۹	<۰/۰۰۱
درصد پرونده های دارای فرم رضایت نامه آگاهانه بیمار	۲۳	۵۷	<۰/۰۰۱

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.61186/sjku.29.2.79]

تکمیل شده			
درصد پرونده های دارای فرم درخواست و پاسخ مشاوره تکمیل شده	۵۶	۷۸	۰/۰۰۱
درصد پرونده های دارای خلاصه پرونده استاندارد	۵۳	۸۷	<۰/۰۰۱

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش و ارائه پسخوراند منظم بر روی کیفیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی انجام شد. یافته ها نشان داد که تشخیص صحیح منطبق بر اصول تشخیص نویسی بعد از انجام مداخله در ۶۱٪ فرم‌های پذیرش رعایت شده بود و نسبت به مطالعه انجام‌شده در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل که این میزان حدود ۴۸٪ گزارش شده بود وضعیت بهتری وجود دارد. همچنین در این مطالعه ساعت اولین ویزیت پزشک پس از انجام مداخله در ۶۶٪ از پرونده ها ثبت شده بود و بر اساس مستندات این پرونده ها ۸۴٪ از بیماران بر طبق استاندارد، طی نیم ساعت پس از پذیرش در بیمارستان، از ویزیت پزشک متخصص برخوردار شده بودند. در مطالعه‌ای که ترکی و همکاران انجام دادند، کمترین نقص مستندسازی مربوط به ثبت ساعت اولین ویزیت بود و بر اساس اطلاعات پرونده‌هایی ثبت شده ۵۰٪ بیماران طی نیم ساعت پس از پذیرش در بیمارستان، از ویزیت پزشک متخصص برخوردار شده بودند (۱۵) که در مطالعه ما شرایط مطلوب‌تری وجود دارد. علاوه بر تفاوت‌های فرهنگی و مدیریتی در مطالعه‌ی کنونی و قدرت مداخلات انجام شده به عنوان مؤثرترین عامل، شاید تفاوت در زمان انجام این دو مطالعه هم دخیل باشد. با گذر زمان و افزایش سطح آگاهی جامعه، توقع و درخواست بیماران و همراهان آن‌ها از زمان ویزیت و ارائه خدمات اولیه تغییر پیدا کرده است.

در مطالعه حاضر بیش از نیمی از برگه‌های شرح‌حال و اکثر گزارش‌های اولیه، روزانه و نهایی توسط فراگیران پزشکی تکمیل نشده و یا ناقص تکمیل شده بود. در مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی بابل انجام شده بود کیفیت ثبت شرح‌حال و معاینات فیزیکی توسط دستیاران و کارورزان متوسط و در کارآموزان ضعیف و کیفیت ثبت سیر بیماری در هر سه گروه ضعیف گزارش شد(۱۶). که نشان می‌دهد همانند مطالعه ما وضعیت ثبت ناقص اطلاعات در پرونده‌های پزشکی توسط فراگیران دور از انتظار نیست . مقاله کنونی توسط دو تن از متخصصین با سابقه اجرایی در معاونت آموزشی نوشته شده. با اینکه این موضوع از دید همگان رضایت بخش نیست، تجربیات شخص محقق نقش مهمی در نحوه بیان مسئله با جزییات دارد. در مورد سیر بیماری، موارد بیشتر تکمیل نشدن و یا نقص در تکمیل ، نسبت به شرح حال، احتمالاً به این دلیل است که اهمیت ثبت اطلاعات در این فرم ها برای فراگیران پزشکی مشخص نیست و خود

را مسئول و درگیر زمان ترخیص یا نحوه‌ی درمان بیمار نمی‌دانند. هر چند انتظار می‌رود انجام روزانه معاینات در یک بیمار، و بررسی تفاوت آن با روز قبل ، و ثبت یافته‌ها به شیوه‌ی استاندارد مسئله‌ای باشد که هر روز در ویزیت همزمان با اساتید، انجام شود. از طرفی بر اساس نتایج این مطالعه تنها ۴۱٪ از شرح حال‌های نوشته شده توسط دستیاران، ۲۲٪ از شرح حال های کارورزان و در حدود ۱۰٪ شرح حال نوشته شده توسط کارآموزان توسط اساتید مربوطه (که اکثراً اساتید طب اورژانس بودند) مورد ارزیابی قرار گرفته بود. همچنین نظارت بر ثبت گزارش روزانه توسط کارآموزان و کارورزان کمتر از۱۰٪ بود که بیانگر نظارت ضعیف بر عملکرد فراگیران در نحوه مستندسازی پرونده‌ها است.

باید از اساتید تمام رشته های بالینی درخواست نمود تا در نهایت دقت نظر و با یادآوری اهمیت موضوع ثبت دقیق و صحیح مستندات بیماران، زمان بیشتری برای آموزش

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.61186/sjku.29.2.79]

فراگیران و نظارت روزانه بر مستندسازی پرونده‌ها بر بالین بیمار لحاظ نمایند.

دیگر یافته‌های این مطالعه نشان داد که حدود ۶۶٪ از دستورات پزشک در پرونده‌ها به‌طور کاملاً صحیح ثبت‌شده بودند. میزان ثبت صحیح دستورات پزشکی در گروه کارورزان و دستیاران به ترتیب ۶۹٪ و ۸۸٪ بود. دستورات پزشکی ثبت شده توسط اساتید در ۵۴٪ موارد بدون نقص ثبت شده بود. نکته قابل توجه عدم رعایت کامل استانداردهای ثبت دستورات توسط اساتید و متخصصین بیشتر از دستیاران و کارورزان بود که احتمالاً ناشی از لود بالای بیماران نیازمند ویزیت در بازه‌های زمانی محدود است و می‌تواند بر روی فراگیران از لحاظ آموزشی تأثیرگذار باشد. کمترین میزان نواقص در دستورات پزشکی اساتید سرویس‌های مغز و اعصاب و طب اورژانس دیده شد و بیشترین مورد نقص در تمام گروه‌ها عدم ثبت ساعت دستورات بود.

عدم ثبت ساعت و تاریخ به ترتیب در ۸۰ و ۱۴٪ از دستورات پزشکی مشاهده شد. در مطالعه عباسی و همکاران نیز بیشترین موارد نقص پرونده‌ای مربوط به عدم ثبت تاریخ و ساعت در ۹۱٪ موارد توسط مستندسازان بود(۱۷) که با مطالعه ما همخوانی دارد. درحالی‌که در مطالعه مشابه با حجم نمونه بالاتر عدم ثبت تاریخ و ساعت به ترتیب در ۱۲ و ۵ ٪ موارد گزارش شده (۱۸) و در دیگر مطالعه انجام شده میزان خطا در ثبت تاریخ و زمان در ۲۸ ٪ موارد عنوان گردید (۱۹) که در مقایسه با نتایج مطالعه ما از میزان کمتری برخوردار می‌باشند. علت آن را می‌توان کم بودن یا نداشتن دستیار در بعضی بخش‌ها و تکمیل کلیه دستورات پزشکی توسط متخصصین ، و مسئولیت‌های فراوان دیگر آموزشی، و پژوهشی این اساتید نسبت داد.

نتایج این مطالعه نشان داد که پرونده‌های تکمیل شده توسط متخصصان طب اورژانس با اختلاف معنی داری نسبت به سایر پرونده ها از تشخیص صحیح منطبق بر اصول تشخیص نویسی برخوردار بودند و اساتید طب اورژانس نظارت بیشتری بر ثبت اطلاعات در فرم های مختلف پرونده دارند. توجه بیشتر به نحوه ثبت مستندات در این گروه می‌تواند به دلیل آگاهی از عواقب و مسائل قانونی گریبان گیر متخصصان در صورت ثبت ناقص اطلاعات باشد.

شلوغی و ازدحام زیاد بیماران در بیمارستان‌های آموزشی و عدم آموزش کافی به فراگیران در زمینه تکمیل پرونده‌های بیماران از علل عمده عدم مستندسازی صحیح توسط پزشکان و دانشجویان به شمار می‌روند (۲۰). در مطالعه Tinsley و همکاران نشان داده شده است که مداخلات آموزشی سبب بهبود عملکرد دستیاران در تکمیل چارت‌های آموزشی می‌شود(۲۱). در مطالعه‌ای دیگر که توسط Azzolini و همکاران انجام شده است نشان داده‌اند که بررسی منظم پرونده‌های پزشکی باعث بهبود ثبت فعالیت‌ها از جمله ثبت تاریخچه پزشکی بیمار و معاینه فیزیکی؛ یادداشت‌های پیشرفت بالینی روزانه پزشکی و پرستاری، رسم نمودار درمان دارویی، نمودار درد، خلاصه ترخیص، ثبت جراحی و رضایت آگاهانه می‌شود(۲۵). همچنین با جایگزین شدن پرونده‌های الکترونیکی که در مدت زمان کوتاه‌تری تکمیل شده و دسترسی به اطلاعات را در زمان کمتری امکان پذیر می‌کند می‌توان شرایط مطلوب‌تری در مستندسازی پرونده‌های بیماران ایجاد کرد (۲۴, ۲۳). بر اساس یافته‌های این مطالعه و سایر شواهد علمی موجود به نظر می‌رسد بازخورد نتایج به پزشکان و تعیین بازه زمانی برای تجدید نظر در مورد تکمیل فرم ها می‌تواند در بهبود عملکرد فراگیران در زمینه مستندسازی مفید واقع شود (۲۵).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که برگزاری جلسات آموزشی و ارائه بازخورد منظم به گروه‌های آموزشی در بهبود مستندات پرونده‌های پزشکی تأثیرگذار است. از آنجا که علیرغم برنامه مداخله‌ای مذکور، باز با شرایط ایده آل در ثبت پرونده‌ها فاصله وجود دارد و مستندسازی دقیق در

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.61186/sjku.29.2.79]

بیشتر شاخص‌ها زیر ۹۰ درصد است برگزاری دوره‌های آموزشی مستندسازی صحیح پرونده‌های درمانی به‌صورت دوره‌ای برای پزشکان و فراگیران این رشته و نظارت دقیق‌تر اساتید و پزشکان معالج بر عملکرد دانشجویان و دستیاران، تدوین دستورالعمل‌های کارآمد جهت تکمیل پرونده‌ها و کاهش نواقص آن‌ها و ارزیابی‌های دوره‌ای با سنجه‌های معتبر در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان ضروری به نظر می‌رسد.

این مطالعه نتایج یک طرح تحقیقاتی مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد IR.MUK.REC.1396.385 است. هیچ‌کدام از نویسندگان مطالعه تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند. بدین وسیله از حمایت معاونت محترم و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، پزشکان، دستیاران و دانشجویان بیمارستان توحید سنندج و تمام کسانی که در انجام این پژوهش یاریگر ما بودند، کمال تشکر و سپاس را داریم.

تشکر و قدردانی

منابع

1.Standardization IOf. Quality Management Systems: Guidelines for Performance Improvements: International Organization for Standardization; 2000.
2.Askari H, Samandari A, Rastegari Z, Nadipour N. Identifying and documenting work processes promoting efficiency in emergency department ofShahid Mohammad Montazeri Hospital in 2012. RJMS. 2013;20(112):53-66.
3.Mahfouzi A, Taghadosinzhad FAD, Abedi Khourasgani H. A 6 years study on anaesthesiologist's medical malpractice cases referred to Tehran medicolegal commission (1994-1999). J. Forensic Med. 2002;8.-:(۲۶)
4.Liang BA. The adverse event of unaddressed medical error: identifying and filling the holes in the health-care and legal systems. J Law Med Ethics. 2001;29(3-4):346-68.
5.Liang BA. Risks of Reporting Sentinel Events: A system for reporting medical errors could be used for lawsuits rather than just for safety purposes. Health Aff. 2000;19(5):112-20.
6.Miller RH, Sim I. Physicians' use of electronic medical records: barriers and solutions. Health Aff. 2004;23(2):116-26.
7.Carter JT. Electronic medical records and quality improvement. Neurosurg Clin N. 2015;26(2):245-51.
8.Manca DP. Do electronic medical records improve quality of care?: Yes. Can Fam Physician. 2015;61(10):846-7.
9.Farzandipour M, Meidani Z, Rangraz Jeddi F, Gilasi H, Shokrizadeh Arani L, Mobarak, Zohreh. The Effect of Educational Intervention on Medical Diagnosis Recording among Residents in Kashan University of Medical Sciences. Iran J Med Educ. 2012;12(1):90-8.
10.Farzandipour M, Sadoughi F, Ahmadi M, Karimi I. Safety requirements for health electronic file; comparison between selected countries. 2007.
11.Karami M, Shokrizadeh Arani L. Related factors in medical records documentation quality and presenting solutions from managers' and physicians' viewpoints occupied in hospitals affiliated to Kashan University of Medical Sciences. Iran J Med Educ. 2010;9(4):356-64.
12.Mashoufi M, Amani F, Rostami K, Mardi A. Evaluating Information Record in the Ardabil Medical Sciences University, 2002. J Ardabil Univ Med Sci. 2004;4(1):43-9.
13.Moghaddasi H, Sheikhtaheri A, Hashemi N. Reducing medication errors: Role of computerized physician order entry system. J Health Adm. 2007;10(27):57-67.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.61186/sjku.29.2.79]

14.Kahouei M, Taherian Aa, Babamohammadi H, Kaghobadi S. Medical Assistants And Students Knowledge And Practice Rate Regarding Documentation Of Care Provided To Patients From Medical Discipline Aspect (Semnan Medical University; 2000-2001). 2003.
15.Torki S, Tavakoli N, Khorasani EJJoE, Environment, Sciences H. Improving the Medical Record Documentation by Quantitative Analysis in a Training Hospital. J earth environ heath sci. 2015;1(1):22.
16.Esmaeili, MR, Abazari, H, Mohammadi Kenari H. Comparison of Medical Students and Pediatric Residents Practices in Medical Records at Amirkola Children Hospital. J. Babol Univ. Med. Sci. 2010;12(5):106-11.
17.Abbassi S, Tavakoli N. Quantitative analysis of medical record of patients admitted in the gharazi hospital. 2011.
18.azimi l, markazimoghaddam N, Rostami k, Talebi A, Eskandari A, Mirzaiy A, et al. Assessing the Physicians 'Order Errors in Medical Records and it's effective Factors (A Case Study). Hospital. 2016;15(2):41-8.
19.Hartel MJ, Staub LP, Roder C, Eggli S. High incidence of medication documentation errors in a Swiss university hospital due to the handwritten prescription process. BMC Health Serv. Res. 2011;11:199.
20.Seif Rabiee MA, 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. Avicenna J Clin Med. 2009;16(2):45-9.
21.Tinsley JA. An educational intervention to improve residents' inpatient charting. Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry. Acad Psychiatry. 2004;28(2):136-9.
22.Azzolini E, Furia G, Cambieri A, Ricciardi W, Volpe M, Poscia A. Quality improvement of medical records through internal auditing: a comparative analysis. J Prev Med Hyg. 2019;60(3):E250.
23.O'Leary KJ, Liebovitz DM, Feinglass J, Liss DT, Evans DB, Kulkarni N, et al. Creating a better discharge summary: improvement in quality and timeliness using an electronic discharge summary. J Hosp Med. 2009;4(4.۲۵-۲۱۹:(
24.Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. Jama. 2007.٤١-٨٣١:(٨)٢٩٧;
25.Saravi BM, Asgari Z, Siamian H, Farahabadi EB, Gorji AH, Motamed N, et al. Documentation of Medical Records in Hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences in 2014: a Quantitative Study. Acta Informatica Medica. 2016;24(3):202-6.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.61186/sjku.29.2.79]