

Quality of patients' files documented by medical students and physicians at Tohid Hospital in Sanandaj

Asefeh Abbaszadeh¹, Khaled Rahmani², BaharMoasses-Ghafari³, Asrin Babahajian⁴

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

2. Assistant Professor of Epidemiology, Liver and Digestive Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-0860-8040

3. Assistant Professor of Nuclear Medicine, School of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. (Corresponding Author), Tel: 087-33664645, E-mail: baharmoassesghafari@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-5288-6243

4. MSc, Liver and Digestive Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran., ORCID ID: 0000-0003-0278-1560

ABSTARCT

Background and Aim: Previous studies in Iran have shown that the quality of documentation of medical records by physicians and medical staff is not very satisfactory. The purpose of this study was to investigate the quality of medical records documentation in Tohid teaching hospital, , in Sanandaj, Iran.

Materials and Methods: In this descriptive-analytical study, medical records of 430 patients admitted to various services of Tohid Hospital in Sanandaj during the first six months of 2017 were examined. Variables were collected using a checklist based on the national regulations for the documentation of medical records. Data were analyzed using SPSS V.20 software and Chi-square test.

Results: In the present study we observed registration of the correct diagnosis, in accordance with the principles of diagnosis, in 261 (60.7%) of admission forms and the time of first visit of the physician had been recorded in 282 (66.0%) cases. More than half of the history sheets and most of the initial, daily, and final reports were incomplete. The professors had evaluated 133 (40.7%), 76 (22.0%) and 5 (7.2%) history sheets completed by the residents, interns and externs respectively. About 563 (66.2%) cases of the doctor's prescriptions had been properly recorded in the files. We found correct registration of medical orders by interns and residents and professors in 101 (69.2%) and 186 (87.7%) and 240 (53.7%) cases respectively.

Conclusion: Based on the findings of this study, it is necessary to hold training courses on proper documentation of medical records for physicians and medical students and more precise supervision of professors and physicians on performance of the medical students in all educational hospitals of Kurdistan University of Medical Sciences.

Keywords: Medical record, Health record, Hospital, Documentation

Received: May 26, 2020

Accepted: Oct 4, 2020

How to cite the article: Asefeh Abbaszadeh, Khaled Rahmani, BaharMoasses-Ghafari, Asrin Babahajian. Quality of patients' files documented by medical students and physicians at Tohid Hospital in Sanandaj. SJKU 2021;26(4):93-104.

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

کیفیت مستندسازی پرونده های بیماران توسط دانشجویان پزشکی و پزشکان در بیمارستان توحید سنندج

عاصفه عباس زاده¹، خالد رحمانی²، بهار موسس غفاری³، اسرین باباحاجیان⁴

1. استادیار بیماری‌های عفونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: 00000-0002-0313-4632
2. استادیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: 8040-0860-0002-0000
3. استادیار پزشکی هسته‌ای، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (نویسنده مسئول)، تلفن: 08733664645، پست الکترونیک: baharmoassesghafari@gmail.com، کد ارکید: 0000-0001-5288-6243
4. کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران، کد ارکید: 1560-0278-0003-0000

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات قبلی در ایران نشان داده است کیفیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی توسط پزشکان و کادر درمانی چندان رضایت بخش نیست. هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی وضعیت ثبت پرونده‌های پزشکی و در بیمارستان توحید سنندج بود.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه توصیفی تحلیلی، پرونده پزشکی 430 نفر از بیماران بستری در سرویس‌های مختلف بیمارستان توحید سنندج در شش ماهه اول سال 1396 بررسی شد. متغیرهای مورد نیاز بر اساس دستورالعمل کشوری مستندسازی پرونده پزشکی و با استفاده از یک چک لیست جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS V.20 و آزمون مجذور کای آنالیز شد.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر تشخیص صحیح منطبق بر اصول تشخیص نویسی در 261 مورد (60/7%) از فرم‌های پذیرش رعایت شده بود و ساعت اولین ویزیت پزشک در 282 مورد (66%) از پرونده‌ها ثبت شده بود. بیش از نیمی از برگه‌های شرح حال و اکثر گزارش‌های اولیه، روزانه و انتهایی توسط دانشجویان پزشکی تکمیل نشده و یا ناقص تکمیل شده بود. اساتید به ترتیب 133 مورد (40/7%)، 76 مورد (22/0%) و 5 مورد (7/2%) از شرح حال‌های نوشته شده توسط دستیاران، کارورزان و کارآموزان را مورد ارزیابی قرار داده بودند. 563 مورد (66/2%) از دستورات پزشک در پرونده‌ها به‌طور صحیح ثبت شده بودند. میزان ثبت صحیح دستورات پزشکی توسط کارورزان، دستیاران و اساتید به ترتیب 101 مورد (69/2%)، 186 مورد (87/7%) و 240 مورد (53/7%) بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، برگزاری دوره‌های آموزشی مستندسازی صحیح پرونده‌های درمانی برای پزشکان و دانشجویان این رشته و نظارت دقیق‌تر اساتید و پزشکان معالج بر عملکرد دانشجویان در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: پرونده پزشکی، پرونده سلامت، بیمارستان، مستندسازی و وصول مقاله: 99/3/6 اصلاحیه نهایی: 99/6/26 پذیرش: 99/7/13

افراد دخیل در امر پزشکی نسبت به مسایل حقوقی و همچنین مسئولیت پزشکان در مقابل بیماران است (6, 7). مشکلات عمده در زمینه مستندسازی فرم‌های پرونده‌های پزشکی شامل ثبت ناقص اطلاعات، ناخوانایی و مستندسازی نادرست اطلاعات و استفاده نادرست از اختصارات پزشکی می‌باشد (8).

در مطالعات متعدد انجام گرفته در ایران نشان داده شده است که کیفیت مستندسازی توسط پزشکان و کادر درمانی چندان رضایت بخش نیست (9-12). در مطالعه محمودیان و همکاران (2014) گزارش گردید که استانداردهای مستندسازی تنها در 35/2% از پرونده‌های بخش اورژانس رعایت شده بود (13). همچنین در مطالعه‌ای، اسماعیلیان و همکاران (1393) نشان داده شد که رعایت استانداردهای مستندسازی در پرونده‌های پزشکی در بخش اورژانس مطلوب نیست. بیشترین نقص مربوط به ثبت مشخصات بیمار در برگه‌های پرونده و عدم ثبت امضاء، تاریخ و ساعت پزشکان در فرم‌های دستورات پزشک بود (14). در مطالعه عباسی و همکاران (1390) نیز بیشترین نقص در پرونده‌های پزشکی مربوط به عدم ثبت تاریخ و ساعت فرم‌های تکمیل شده بود (15).

فرم‌هایی که در پرونده‌های بیماران تکمیل می‌شوند از جمله برگه شرح حال، سیر بیماری و خلاصه پرونده، به عنوان مستندات اصلی سوابق بیمار در نظر گرفته می‌شوند و تکمیل صحیح آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از آنجایی‌که بیماران فقط توسط یک پزشک ویزیت و درمان نمی‌شوند و ممکن است نیاز به ویزیت سایر پزشکان نیز پیدا کنند، لذا

مستندسازی ابزاری کارآمد در مدیریت کیفیت است که به‌عنوان قدمی اساسی برای بهبود سیستم‌های مزبور مورد تاکید سازمان‌های معتبر جهانی همانند ISO قرار گرفته است (1). یکی از گام‌های موثر در زمینه افزایش کیفیت خدمات درمانی و مدیریت بهینه بیمارستان‌ها، ایجاد سیستم‌های دقیق مستندسازی اطلاعات و نظارت بر آن می‌باشد (2).

پرونده‌های پزشکی شامل اطلاعاتی هستند که تمام جنبه‌های مراقبت از بیمار را توصیف می‌کنند و به‌عنوان سند اطلاعات بیماران درخصوص خدمات درمانی ارائه شده در بیمارستان‌ها، مبنای مراجعات قانونی و مطالعات پژوهشی قرار می‌گیرند و در صورت لزوم سبب حمایت قانونی از بیمار، پزشکان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌شود. همچنین پرونده‌های پزشکی نقش مهمی در تأمین اهداف مالی و تعیین هزینه‌های درمان دارند (3). اگر کیفیت اطلاعات ثبت شده در پرونده بیماران بهبود یابد، اهداف فوق محقق خواهند شد. در مراکز بهداشتی و درمانی، کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به کیفیت داده‌های جمع‌آوری شده بستگی دارد و آنچه اغلب مورد بررسی قرار می‌گیرد اطلاعات ثبت شده است نه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی (4).

افزایش تعداد افراد بیمه شده در جامعه و بالا رفتن سطح سواد و آگاهی افراد از حقوق خود با افزایش روند صعودی شکایات‌ها از کادر درمانی همراه شده است (5). نگاهی اجمالی بر آمار و کیفیت پرونده‌های جرایم پزشکی، نشان می‌دهد که یکی از علل مهم افزایش میزان شکایات‌ها، ناآگاهی یا داشتن اطلاعات ناقص پزشکان، کادر درمانی و دیگر

پرونده بیماران سرپایی، حدود 8600 مورد بود. در این مطالعه 5 درصد از این پرونده ها یعنی 430 پرونده به صورت تصادفی مورد بررسی قرار گرفت. در انتخاب پرونده ها سعی شد که به نسبت مساوی از هر کدام از ماه های فروردین تا شهریور (هر ماه حدود 71 پرونده) مورد بررسی قرار گیرد. انتخاب تصادفی پرونده ها براساس شماره پرونده بیماران ثبت شده در واحد بایگانی مدارک پزشکی بیمارستان و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انجام گردید.

جمع آوری اطلاعات:

متغیرهای مورد بررسی برای انجام این مطالعه بر اساس آیین نامه کشوری دستورالعمل مستندسازی پرونده 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، چارچوب زمانی مربوط به تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی و ملاحظات مهم در مستندسازی پرونده پزشکی بیمار میباشد، تعیین شد. اطلاعات مورد نیاز توسط چکلیست های تهیه شده از پرونده ها جمع آوری گردید و صحت اطلاعات جمع آوری شده با بررسی چندین پرونده بصورت تصادفی توسط دو نفر از اعضای هیات علمی از هر گروه آموزشی در طول ماه مورد تایید قرار می گرفت.

روش تجزیه و تحلیل داده ها نتایج حاصل از مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS V.20 آنالیز شد. داده های کیفی به صورت فراوانی و درصد گزارش شدند. جهت مقایسه نحوه مستندسازی پرونده ها بین سرویس های مختلف بیمارستان و

پرونده پزشکی بیماران باید به طور دقیق تکمیل و در دسترس آنها قرار گیرد. از طرفی پس از تریخیم بیماران، پرونده های پزشکی در مراجع قانونی مورد بررسی قرار می گیرند و در نتیجه در فرم های پرونده باید شرایط بیمار به طور کامل شرح داده شده باشند. علاوه بر اینها، سوابق پزشکی تکمیل شده نقش مهمی در ارزیابی خدمات ارائه شده در بیمارستان ها دارند.

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 پرونده های پزشکی در بیمارستان توحید سنندج را در یک بازه 6 ماهه مورد بررسی قرار داده و به ارزیابی عملکرد کادر پزشکی می پردازد، حوزه ای که تاکنون کمتر به آن پرداخته شده و دارای اهمیت ویژه ای است.

مواد و روش ها

طراحی مطالعه:

در این مطالعه که به صورت توصیفی - تحلیلی (مقطعی) طراحی شده بود، پرونده های پزشکی مربوط به بیماران بستری در بیمارستان توحید سنندج که دارای بخش های طب اورژانس، داخلی جنرال و فوق تخصصی، قلب، مراقبت های ویژه، نورولوژی و عفونی می باشد، در بازه زمانی شش ماهه اول سال 1396 انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. این مطالعه پس از تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان اجرا گردید و اصول محرمانگی داده ها توسط پژوهشگران رعایت گردید. تعداد کل پرونده های تشکیل شده برای بیماران در بیمارستان توحید سنندج در بازه زمانی 6 ماهه اول سال 1396 به غیر از

بود. در جدول 1 خلاصه ای از تعداد پرونده‌های بررسی شده در هر کدام از بخش‌های بیمارستان نشان داده شده است.

یا بین دانشجویان از آزمون مجذور کای استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد کل پرونده‌های مورد بررسی در این مطالعه 430 مورد

جدول 1. تعداد پرونده‌های بررسی شده از هر بخش در سال 96 در بیمارستان توحید سنندج

بخش درمانی	تعداد پرونده بررسی شده (عدد)
داخلی	28
عمومی	23
انکولوژی	3
روماتولوژی	27
ریه	5
مسمومیت	7
غدد	20
گوارش	6
نفروولوژی	41
قلب	9
بخش CCU	28
عفونی	23
نورولوژی	12
ICU	192
طب اورژانس	5
جراحی	1
اورولوژی	430
مجموع	

مورد (8/59%) مربوط به پرونده‌های طب اورژانس بودند. در مقایسه میزان تشخیص صحیح در صفحه پذیرش بین پرونده‌های طب اورژانس با بخش‌های دیگر اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0/001$) (جدول 2).

بررسی تشخیص صحیح منطبق بر اصول تشخیص‌نویسی در پرونده‌های بررسی شده: از بین پرونده‌های مورد بررسی، 261 مورد (7/60%) دارای تشخیص صحیح منطبق بر اصول تشخیص‌نویسی در فرم پذیرش بودند که از میان آنها 156

جدول 2. تعداد موارد ثبت تشخیص صحیح در صفحه پذیرش بر اساس استاندارد تشخیص‌نویسی در سال 96 در بیمارستان توحید سنندج

Pvalue	غیر طب اورژانس	طب اورژانس	تشخیص صحیح در صفحه پذیرش
	105 (44%/1)	156 (81%/2)	بله
<0/001	133 (55%/9)	36 (18%/8)	خیر
	238	192	مجموع

استاندارد، طی نیم‌ساعت پس از پذیرش در بیمارستان، از ویزیت پزشک متخصص برخوردار شده بودند. 44 نفر (6/15%) طی بازه زمانی نیم تا یک ساعت بعد از پذیرش و تنها 2 نفر (8/0%) بعد

از میان پرونده‌های بررسی شده، ساعت اولین ویزیت پزشک در 148 پرونده (4/34%) ثبت نشده بود. بر اساس نتایج حاصل از سایر پرونده‌ها (282 مورد)، 236 نفر (6/83%) از بیماران بر طبق

بررسی میزان تکمیل شرح حال، گزارش‌های اولیه، روزانه و انتهایی توسط دانشجویان و بررسی نواقص آنها:

در جدول 3 خلاصه ای از نحوه تکمیل کردن شرح حال، گزارش اولیه، گزارش روزانه و انتهایی توسط دانشجویان پزشکی در بیمارستان توحید سنندج نشان داده شده است. بیش از نیمی از کارآموزان برگه‌های شرح حال (53/6%) و گزارش روزانه (57/2%) و اکثر آنها گزارش اولیه (82/7%) و انتهایی (95/6%) را تکمیل کرده بودند. بیشتر دانشجویان درد و مقطع دیگر نیز گزارش‌های اولیه و انتهایی را تکمیل کرده بودند اما 42% از کارورزان و 46/8% از دستیاران برگه شرح حال را به طور کامل صحیح تکمیل کرده بودند.

از یک ساعت از پذیرش، توسط پزشک متخصص ویزیت شده بودند. مهر و امضای پزشک مسئول در 314 پرونده (73/0%) ثبت شده بود که 161 مورد (51/3%) از آنها مربوط به پرونده های طب اورژانس بود. از 312 پرونده بررسی شده که دارای ویزیت دستیار بودند، مهر و امضای آنها در 154 پرونده (49/4%) در صفحه پذیرش ثبت نشده بود که تنها 2 مورد از آنها (1/3%) مربوط به دستیاران طب اورژانس و مابقی مربوط به دستیاران داخلی بود. در صفحه پذیرش پرونده‌ها، از میان 16 مورد مسمومیت و ترومای مراجعه کننده تنها 3 مورد (7/18%) در محل مربوطه ثبت شده بود و نیز از 59 مداخله درمانی که انجام شده بود، 17 مورد (8/28%) در محل مربوطه ثبت شده بود.

جدول 3. درصد صحت تکمیل شرح حال، گزارش‌های اولیه، روزانه و انتهایی در پرونده‌های بیماران بستری در بیمارستان توحید سنندج توسط دانشجویان رشته پزشکی در سال 96

فرم های پرونده	نحوه تکمیل		
	مجموع	تکمیل نشده	کاملاً صحیح
شرح حال	69 (100%)	37 (53%/6)	20 (29%/0)
	345 (100%)	92 (26%/6)	145 (42%/0)
	327 (100%)	82 (25%/1)	153 (46%/8)
گزارش اولیه	81 (100%)	67 (82%/7)	4 (4%/9)
	180 (100%)	134 (74%/4)	12 (6%/7)
	115 (100%)	96 (83%/5)	12 (10%/4)
گزارش روزانه	84 (100%)	(57%/2) 48	(35%/7) 30
	179 (100%)	(42%/4) 76	(43%/6) 78
	114 (100%)	(51%/7) 59	(31%/6) 36
گزارش	23 (100%)	22(95%/6)	0 (0)

نهایی				
کارورز	2 (4%/8)	5 (11%/9)	35 (83%/3)	42 (100%)
دستیار	2 (9%/1)	1 (4%/5)	19 (86%/4)	22 (100%)

در بررسی شرح حال های ناقص مشخص شد که 153 مورد (72/2%) دارای نقص در ثبت تشخیص افتراقی، 30 مورد (14/2%) نقص در ثبت علایم حیاتی، 13 مورد (6/1%)

نقص در ثبت معاینات بالینی، 14 مورد (6/6%) عدم ثبت امضا و 2 مورد (0/9%) عدم ثبت ساعت و تاریخ بودند. نواقص ثبت شده در سایر برگه های پرونده به تفکیک دانشجویان در جدول 4 نشان داده شده است.

جدول 4. نواقص ثبت شده در برگه های پرونده های بیماران بستری در بیمارستان توحید سنندج توسط دانشجویان رشته پزشکی در سال 96

نواقص	شرح حال	گزارش اولیه	گزارش انتهایی
علایم حیاتی	کارآموز 1 (0%/5)	0	0
	کارورز 15 (7%/1)	6 (11%/8)	0
	دستیار 14 (6%/6)	0	0
معاینه فیزیکی	کارآموز 1 (0%/5)	0	0
	کارورز 5 (2%/4)	4 (7%/8)	0
	دستیار 7 (3%/3)	1 (2%/0)	0
تشخیص افتراقی	کارآموز 10 (4%/7)	8 (15%/7)	1 (14%/3)
	کارورز 80 (37%/7)	19 (37%/2)	5 (71%/4)
	دستیار 63 (29%/7)	5 (9%/8)	1 (14%/3)
امضاء	کارآموز 0	1 (2%/0)	0
	کارورز 6 (2%/8)	0	0
	دستیار 8 (3%/8)	0	0
تاریخ و ساعت	کارآموز 0	1 (2%/0)	0
	کارورز 2 (1%/0)	5 (9%/8)	0
	دستیار 0	1 (2%/0)	0

تشخیص نهایی در 3 مورد (0/20%) خلاصه پرونده، ثبت نشده بود. عملکرد اساتید بیمارستان در نظارت بر مستندسازی پرونده ها توسط دانشجویان پزشکی: در 327 شرح حال بررسی شده که توسط دستیاران نوشته شده بود، 133 مورد (40/7%) از آنها توسط پزشک مربوطه ارزیابی گردیده که 123 مورد (92/5%) از آنها

در بررسی 59 مورد خلاصه پرونده، 14 مورد (23/7%) تکمیل نشده بود. 30 مورد (50/8%) کاملا صحیح و 15 مورد (25/5%) ناقص تکمیل شده بود. اقدامات انجام شده در بیمارستان در 5 مورد (33/3%)، وضعیت بیمار در حین ترخیص در 5 مورد (33/3%)، نحوه مراجعات بعدی بیمار پس از ترخیص در 2 مورد (13/4%) و

عدم ثبت ساعت، 16 مورد عدم ثبت تاریخ و 9 مورد فاقد امضا بودند.

میزان ثبت صحیح و ناقص دستورات پزشکی توسط اساتید بیمارستان در شکل 1 نشان داده شده است. نواقص دستورات پزشکی در سرویس قلب و داخلی (جنرال) نسبت به سایر گروهها به طور معنی داری بیشتر بودند (0/001 < P). همچنین در سرویس قلب نواقص دستورات به طور معنی داری نسبت به سرویس داخلی (جنرال) بیشتر بود (0/001 < P). کمترین میزان نواقص در دستورات سرویس های مغز و اعصاب و طب اورژانس مشاهده گردید که اختلاف آنها با سایر سرویس ها معنی دار بود (0/001 < P). مشاهده گردید که نواقص دستورات در سرویس های فوق تخصصی داخلی نسبت به سرویس عفونی به طور معنی داری بیشتر بود (0/001 < P).

تعداد 177 مورد درخواست مشاوره مورد بررسی قرار گرفت. 68 مورد (4/38%) از درخواست مشاوره ها کاملاً صحیح مستندسازی شده بود. در 6 مورد (4/3%) مشاوره دهنده نامعلوم بود. نواقص درخواست مشاوره های تکمیل شده به ترتیب شامل عدم ثبت ساعت در 66 مورد (2/37%)، عدم ثبت تاریخ در 20 مورد (3/11%)، عدم ثبت علت مشاوره در 13 مورد (3/7%) و عدم امضای پزشک در 4 مورد (3/2%) بود.

15 مورد (5/8%) از مشاوره ها پاسخ داده نشده و 2 مورد (1/1%) تنها توسط کارآموز پاسخ داده شده بود. 56 مورد (6/31%) از پاسخ مشاوره ها کاملاً صحیح مستندسازی شده بود. نواقص پاسخ مشاوره ها شامل 85 مورد (0/48%) عدم ثبت ساعت، 14 مورد

مربوط به اساتید طب اورژانس بود. همچنین پزشکان 22% شرح حالی که توسط کارورز و 7/2% شرح حالی که توسط کارآموز ثبت شده بود را مورد بررسی قرار داده بودند. نقش اساتید طب اورژانس نسبت به سایر اساتید در ارزیابی شرح حال های ثبت شده توسط کارورزان از همه بیشتر و 56 مورد (7/73%) بود.

تنها 11 مورد (6/9%) از 114 گزارش روزانه که توسط دستیاران نوشته شده بود توسط پزشک مربوطه مورد ارزیابی قرار گرفته بود. همچنین در بررسی گزارشات روزانه ثبت شده توسط کارورزان و کارآموزان، به ترتیب 10% و 8/4% توسط پزشک مربوطه ارزیابی گردیده بود.

در بررسی 59 مورد خلاصه پرونده موجود، 25 مورد (4/42%) توسط پزشک مسئول ارزیابی شده بود. بررسی ثبت دستورات پزشک و مشاوره های انجام شده در پرونده بیماران:

814 مورد دستورات پزشک در پرونده های بیماران مورد بررسی قرار گرفت. 563 مورد (2/66%) کاملاً صحیح بودند. از 146 دستور پزشکی که توسط کارآموزان نوشته شده بود، 101 مورد (2/69%) کاملاً صحیح بود. موارد ثبت ناقص آنها به ترتیب شامل عدم ثبت ساعت (25 مورد)، تاریخ (14 مورد) و امضاء (6 مورد) بود. دستیاران پزشکی (داخلی و طب اورژانس) نیز 221 دستور را در پرونده ها ثبت کرده بودند که 186 مورد (7/87%) کاملاً صحیح بود و موارد ثبت ناقص آنها شامل عدم ثبت ساعت، تاریخ و امضاء به ترتیب در 24، 9 و 2 دستور بود. 447 دستور نیز توسط اساتید ثبت شده بود که 240 مورد (7/53%) صحیح و نواقص شامل 182 مورد

نشان داد که در 22 مورد (0%/8) درخواست کننده نامعلوم بود، از میان 250 درخواست کننده نوار قلب تنها 120 نفر (0%/48) از آنها نوار قلب را با امضا و مهر خود رویت کرده بودند. تاریخ و ساعت رویت به ترتیب در 99 مورد (6%/39) و 91 مورد (4%/36) ثبت شده بود.

در 69 مورد برگه رضایت انجام مداخلات درمانی، تاریخ و ساعت در 20 مورد (0%/29)، امضای پزشک مسئول انجام مداخله در 21 مورد (4%/30) و امضای بیماری که مداخله بر روی او انجام گرفته بود در 55 مورد (0%/82) قید شده بود. البته در دو مورد مداخله درمانی اورژانسی و حیاتی بود و نیازی به امضای بیمار نبود.

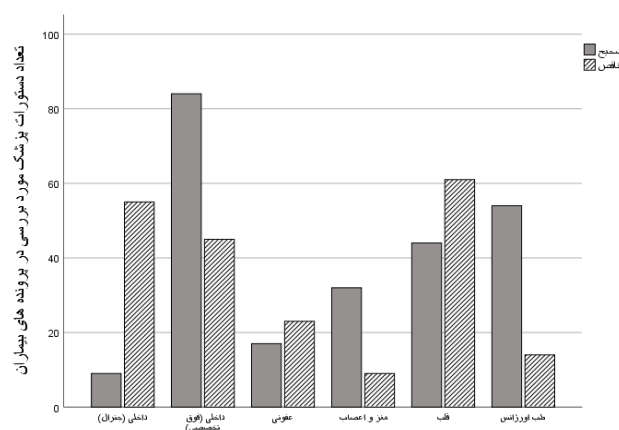
در 10 مورد از پرونده ها، بیماران فوت شده بودند که علل زمینه ای مرگ در هیچ کدام از موارد از نظر استاندارد ICD مشکلی نداشت و مستندسازی در گواهی فوت 100% صحیح بود.

(9%/7) عدم ثبت تاریخ و 5 مورد (8%/2) عدم ثبت امضای پزشک بود.

در میان 66 مورد سونوگرافی انجام شده در پرونده ها، امضای رادیولوژیست در پایین برگه تنها در 11 مورد (6%/16) وجود داشت. 60 مورد از سونوگرافی های درخواست شده نیاز به تشخیص های افتراقی از دید درخواست دهنده داشته است که در 58 مورد (6%/96) رادیولوژیست آنرا ثبت کرده بود.

43 مورد سی تی اسکن درخواست شده بود که یافته های آنها در 35 مورد (4%/81) توسط پزشک گزارش شده بود. فقط 5 مورد (6%/11) دارای مهر و امضای رادیولوژیست بودند و 30 مورد (7%/69) از آنها در گزارش به تشخیص افتراقی اشاره کرده بودند در حالیکه همه آنها برای درخواست دهنده از این نظر اهمیت داشتند.

نتایج حاصل از بررسی های انجام شده از 272 نوار قلب موجود در پرونده های بیماران



شکل 1. چگونگی ثبت دستورات پزشکی در پرونده های بیماران توسط اساتید سرویس های مختلف بیمارستان توحید

در مطالعه حاضر تشخیص صحیح منطبق بر اصول تشخیص نویسی در

بحث

61 درصد فرم های پذیرش رعایت شده بود و نسبت به مطالعه انجام شده در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل که این میزان حدود 48 درصد گزارش شده بود (12)، وضعیت بهتری وجود دارد. همچنین در این مطالعه ساعت اولین ویزیت پزشک در 66 درصد از پرونده ها ثبت شده بود و بر اساس مستندات این پرونده ها 84 درصد از بیماران بر طبق استاندارد، طی نیم ساعت پس از پذیرش در بیمارستان، از ویزیت پزشک متخصص برخوردار شده بودند. در مطالعه ای که ترکی و همکاران (2015) انجام دادند کمترین نقص مستندسازی مربوط به ثبت ساعت اولین ویزیت بود و بر اساس اطلاعات پرونده هایی ثبت شده 50 درصد بیماران طی نیم ساعت پس از پذیرش در بیمارستان، از ویزیت پزشک متخصص برخوردار شده بودند که در مطالعه ما شرایط مطلوب تری وجود دارد (16). در دیگر مطالعه انجام شده، اصول تشخیص نویسی در پرونده های بالینی بیماران بستری در بیمارستان های شهر کاشان در 87 درصد موارد رعایت شده بود و مهمترین دلایل آن را تشکیل شورای عالی مدارک پزشکی در حوزه ریاست دانشگاه و تشکیل کمیته های مدارک پزشکی بیمارستان ها به عنوان زیر مجموعه آن عنوان کرده بودند (17).

در مطالعه حاضر بیش از نیمی از برگه های شرح حال و اکثر گزارش های اولیه، روزانه و نهایی توسط دانشجویان پزشکی تکمیل نشده و یا ناقص تکمیل شده بود. در مطالعه ای که در دانشگاه علوم پزشکی بابل انجام شده بود کیفیت ثبت شرح حال و معاینات فیزیکی توسط دستیاران و کارورزان متوسط و

در کارآموزان ضعیف و کیفیت ثبت سیر بیماری در هر سه گروه ضعیف گزارش شد (18) که نشان می دهد همانند مطالعه ما وضعیت ثبت ناقص اطلاعات در پرونده های پزشکی توسط دانشجویان دور از انتظار و رضایت بخش نیست. موارد بیشتر تکمیل نشدن و یا نقص در تکمیل گزارشات نسبت به شرح حال بیماران احتمالا به این دلیل است که اهمیت ثبت اطلاعات در این فرم ها برای دانشجویان پزشکی مشخص نیست و نبود دستورالعمل مشخص و مکتوبی در زمینه ی نحوه ی تکمیل فرم های پرونده در بیمارستان های آموزشی، منجر به عدم ثبت دقیق و کامل پرونده ها توسط پزشکان و دانشجویان شده است. از طرفی بر اساس نتایج این مطالعه تنها 41 درصد از شرح حال های نوشته شده توسط دستیاران، 22 درصد از شرح حال های کارورزان و در حدود 10 درصد شرح حال نوشته شده توسط کارآموزان توسط اساتید مربوطه (که اکثرا اساتید طب اورژانس بودند) مورد ارزیابی قرار گرفته بود. همچنین نظارت بر ثبت گزارش روزانه توسط کارآموزان و کارورزان کمتر از 10 درصد بود که بیانگر نظارت ضعیف از طرف متخصصین و اساتید بر عملکرد دانشجویان در نحوه مستندسازی پرونده ها می باشد.

دیگر یافته های این مطالعه نشان داد که حدود 66 درصد از دستورات پزشک در پرونده ها به طور کاملا صحیح ثبت شده بودند. میزان ثبت صحیح دستورات پزشکی در گروه کارورزان و دستیاران به ترتیب 69 درصد و 88 درصد بود. دستورات پزشکی ثبت شده توسط اساتید در 54 درصد موارد بدون نقص ثبت شده بود. کمترین میزان نواقص در دستورات پزشکی اساتید سرویس های مغز و اعصاب

نتایج این مطالعه نشان داد که پرونده‌های طب اورژانس با اختلاف معنی‌داری نسبت به سایر پرونده‌ها از تشخیص صحیح منطبق بر اصول تشخیص‌نویسی برخوردار بودند و اساتید طب اورژانس نظارت بیشتری بر ثبت اطلاعات در فرم‌های مختلف پرونده دارند و توجه بیشتر به نحوه ثبت مستندات در این گروه می‌تواند به دلیل آگاهی از عواقب و مسائل قانونی گریبان‌گیر متخصصان در صورت ثبت ناقص اطلاعات باشد. محمودیان و همکاران (2014)، در مطالعه خود با عنوان ارزیابی میزان تکمیل اطلاعات و رعایت جنبه‌های قانونی در پرونده‌های پزشکی اورژانس بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زابل نشان داد که 35/2 درصد پرونده‌های پزشکی اورژانس کامل بوده‌اند و جنبه‌های قانونی در ثبت اطلاعات پرونده‌های اورژانس به میزان 41/4 درصد رعایت شده بود. در این مطالعه الزام به سریع انجام دادن کارها به دلیل حیاتی بودن آنها برای بیماران در بخش اورژانس، علت کم شدن دقت پزشکان و سایر پرسنل در ثبت اطلاعات عنوان شده بود (13). شلوغی و ازدحام زیاد بیماران در بیمارستان‌های آموزشی و عدم آموزش کافی به دانشجویان در زمینه تکمیل پرونده‌های بیماران از علل عمده عدم مستندسازی صحیح توسط پزشکان و دانشجویان به شمار می‌روند (21). در مطالعه ای Tinsley و همکاران (2004) نشان دادند که مداخلات آموزشی سبب بهبود عملکرد دستیاران در تکمیل چارت‌های آموزشی شده بود (22). نقش تشویقات مثبت نیز در تکمیل پرونده‌ها موثر بوده است (23). همچنین با جایگزین شدن پرونده‌های الکترونیکی که در مدت

و طب اورژانس و بیشترین موارد در سرویس قلب مشاهده گردید که علت آن را می‌توان نداشتن دستیار در این بخش و تکمیل کلیه دستورات پزشکی توسط اساتید و متخصصین قلب نسبت داد. دیگر نکته قابل توجه عدم رعایت کامل استانداردهای ثبت دستورات توسط اساتید و متخصصین بیشتر از دستیاران و کارورزان بود که می‌تواند بر روی دانشجویان از لحاظ آموزشی تاثیرگذار باشد.

عدم ثبت ساعت و تاریخ به ترتیب در 80 و 14 درصد از دستورات پزشکی مشاهده شد. در مطالعه عباسی و همکاران (2011) نیز بیشترین موارد نقص پرونده ای مربوط به عدم ثبت تاریخ و ساعت در 91 درصد موارد توسط مستندسازان بود (15) که با مطالعه ما همخوانی دارد. درحالی‌که در مطالعه مشابه با حجم نمونه بالا عدم ثبت تاریخ و ساعت به ترتیب در 12 و 5 درصد موارد گزارش شده (19) و در مطالعه Hartel و همکاران (2011)، میزان خطا در ثبت تاریخ و زمان در 28 درصد موارد عنوان گردید (20) که در مقایسه با نتایج مطالعه ما از میزان کمتری برخوردار می‌باشد.

کرمی و همکاران (2010) در مطالعه ای نشان دادند که بیشترکادر پزشکی، دستیاران و دانشجویان پزشکی از اصول مستندسازی و جنبه‌های قانونی آن آگاهی ندارند و نسبت به نحوه تکمیل اطلاعات پرونده بهره‌مند نیستند (11). پزشکان بر این باورند که بهبود مستندسازی اطلاعات مربوط به مراقبت‌ها مهم نیست و آن را به عنوان بخشی از فرآیند درمان در نظر نمی‌گیرند (17).

دستورالعمل‌های کارآمد جهت تکمیل پرونده‌ها و کاهش نواقص آنها و ارزیابی میزان ثبت اطلاعات به طور مستمر در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل انجام طرح تحقیقاتی مصوب در واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان توحید سنندج، دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد (IR.MUK.REC.1396.385) می‌باشد. بدینوسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان به دلیل همکاری و حمایت‌های مالی از این طرح اعلام می‌دارند.

زمان کوتاه‌تری تکمیل شده و دسترسی به اطلاعات را در زمان کمتری امکان پذیر می‌کند می‌توان شرایط مطلوب‌تری در مستندسازی پرونده های بیماران ایجاد کرد (23, 24). در نهایت به نظر می‌رسد بازخورد نتایج به پزشکان و تعیین بازه زمانی برای تجدیدنظر در مورد تکمیل فرم‌ها می‌تواند در بهبود عملکرد دانشجویان در زمینه مستندسازی مفید واقع شود (25).

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این مطالعه برگزاری دوره‌های آموزشی مستند سازی صحیح پرونده‌های درمانی بصورت دوره‌ای برای پزشکان و دانشجویان این رشته و نظارت دقیق‌تر اساتید و پزشکان معالج بر عملکرد دانشجویان، تدوین

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 of Shahid Mohammad Montazeri Hospital in 2012. RJMS. 2013;20(112):53-66.
3. Toriki S, Tavakoli N, Khorasani E. Improving the Medical Record Documentation by Quantitative Analysis in a Training Hospital. J Environ Health Sci. 2015;1(1):22.
4. Alkureishi MA, Lee WW, Lyons M, Press VG, Imam S, Nkansah-Amankra A, et al. Impact of electronic medical record use on the patient-doctor relationship and communication: a systematic review. J Gen Intern Med. 2016;31(5):548-60.
5. Mahfouzi A, Taghadossinzhad FAD, Abedi Khorasgani H. A 6 years study on anaesthesiologist's medical malpractice cases referred to Tehran medicolegal commission (1994-1999). J Forensic Med. 2002;8(26):4-10.
6. Liang BA. The adverse event of unaddressed medical error: identifying and filling the holes in the health-care and legal systems. JLME. 2001;29(3-4):346-68.
7. 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.
8. Weng CY. Data accuracy in electronic medical record documentation. JAMA ophthalmology. 2017;135(3):232-33
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. IJME. 2012;12(1):90-8.
10. Farzandipour M, Sadoughi F, Ahmadi M, Karimi I. Safety requirements for health electronic file; comparison between selected countries. 2007.1-9.

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. *IJME*. 2010;9(4):356-64.
12. Mashoufi M, Amani F, Rostami K, Mardi A. Evaluating Information Record in the Ardabil Medical Sciences University, 2002. *JArUMS*. 2004;4(1):43-9.
13. Mahmoudian S, Alidadi F, Arji G, Ramezani A. Evaluation of Completeness And Legal Aspects' compliance Of Emergency's Medical Records In Teaching Hospitals Of Zabol University Of Medical Sciences. *J Paramed Sci*. 2014;3(1):33-9.
14. Esmailian M, Nasr-Esfahani M, Brahimi A-S. The quality of patients' files documentation in Emergency Department; a cross sectional study. *Iran. J Emerg Med*. 2014;1(1):16-21.
15. Abbassi S, Tavakoli N. Quantitative analysis of medical record of patients admitted in the gharazi hospital. *HIM*. 2011;8(1):50-60.
16. Toriki S, Tavakoli N, Khorasani E. Improving the Medical Record Documentation by Quantitative Analysis in a Training Hospital. *J Environ Health Sci*. 2015;1(1):22.
17. Farzandipour M, Asefzadeh S. Surveying The Principle Of Diagnosis Recording In Patients' Medical Records Of Kashan Hospitals In 1381. *KAUMS Journal*. 2004;8(3):36-44.
18. Esmaili, MR, Abazari, H, Mohammadi Kenari H. Comparison of Medical Students and Pediatric Residents Practices in Medical Records at Amirkola Children Hospital. *J Babol Univ Medical Sci*. 2010;12(5):106-11.
19. Azimi I, 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.
20. Hartel MJ, Staub LP, Roder C, Egli 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.
21. 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.
22. Tinsley JA. An educational intervention to improve residents' inpatient charting. *Academic psychiatry*. 2004;28(2):136-9.
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):219-25.
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;297(8):831-41.
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.