

مقایسه کیفیت مستندات پرونده‌های پزشکی بیماران بستری در بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران و تأمین اجتماعی شهر تهران؛ ۱۳۸۶

اباذر حاجوی^۱ / حمید حقانی^۲ / حسن ابوالقاسم گرجی^۳ / سیدعلی عصرجدید^۴

چکیده

مقدمه: کیفیت مراقبت بیمار در ارتباط مستقیم با کیفیت مستندات پزشکی می‌باشد، زیرا در تمام رده‌های شغلی مرتبط با مراقبت بیمار، کیفیت تصمیمات کلینیکی وابسته به کیفیت اطلاعات می‌باشد. در این پژوهش بیمارستان‌های دو جامعه "وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" و "سازمان تأمین اجتماعی" که اصلی‌ترین ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمانی در سطح کشور می‌باشند، جهت مطالعه انتخاب شدند تا میزان دسترسی جامعه بهداشتی، درمانی کشورمان به اطلاعات با کیفیت که شامل ویژگی‌های کیفی صحت داده‌ها، مربوط بودن داده‌ها، تعریف شدگی داده‌ها، به موقع بودن داده‌ها و قالب نمایشی داده‌ها می‌باشد، مشخص گردد و بتوانیم دید روشنی از وضعیت کیفی اطلاعات بهداشتی، درمانی کشورمان برای مسئولان و تصمیم‌گیرندگان مربوطه ایجاد کرده باشیم. تا امروز پژوهش و کار علمی در خصوص نشان دادن واقعیت کیفی اطلاعات در جامعه بهداشت و درمان کشورمان صورت نگرفته است.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش شامل پرونده‌های پزشکی بیماران بستری ترخیص شده ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۶ (حدود ۳۱۰۰۰ پرونده) در بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران (بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم (ص) و فیروزگر) و سازمان تأمین اجتماعی (بیمارستان‌های شهید فیاض‌بخش و آیت‌الله کاشانی) در شهر تهران می‌باشد. که با استفاده از نمونه‌گیری چند مرحله‌ای ابتدا بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران و سازمان تأمین اجتماعی در شهر تهران برگزیده شد. سپس از بین بیمارستان‌های عمومی وابسته به آنها، دو بیمارستان به تصادف انتخاب و سپس حجم نمونه تخصیص یافته در هر بیمارستان به روش متمرکز بازگشت به گذشته و به صورت چند مرحله‌ای، از آخرین ترخیص انتخاب شدند. در نهایت ۱۵۳ پرونده از بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، ۴۷ پرونده از بیمارستان فیروزگر، تعداد ۱۳۳ پرونده از بیمارستان شهید فیاض‌بخش و ۶۷ پرونده از بیمارستان آیت‌الله کاشانی جهت مطالعه در نظر گرفته شد. اطلاعات با استفاده از چک لیست - شامل ۳۷ سؤال مجزا برای هر یک از ویژگی‌های کیفی و مشاهده مستقیم جمع‌آوری شد که روایی آن با استفاده از نظر متخصصان و پایایی آن با استفاده از روش test-retest سنجیده شد. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS با آمار توصیفی ارایه؛ و با آمار استنباطی (آزمون t-test و مجذور کای) تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین میزان رعایت ویژگی‌های کیفی در مستندات مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران عبارت است از: ویژگی صحت داده‌ها ۹۲/۰۲ درصد، میزان مربوط بودن داده‌ها ۸۵/۸۴ درصد، میزان تعریف شدگی داده‌ها ۸۵/۸۷ درصد، میزان به موقع بودن داده‌ها ۷۸/۲ درصد و میزان قالب نمایشی داده‌ها ۸۲/۸۷ درصد. همچنین یافته‌های

◇ وصول مقاله: ۸۶/۱۷۱، اصلاح نهایی: ۸۷/۲۱۰، پذیرش نهایی: ۸۷/۱۰۱۵

- ۱- عضو هیأت علمی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ۲- عضو هیأت علمی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ۳- عضو هیأت علمی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ۴- کارشناس ارشد مدارک پزشکی، نویسنده مسئول (Email: asr_jadid@yahoo.com)

پژوهش در خصوص این ویژگی‌های کیفی در سازمان تأمین اجتماعی به ترتیب برای ویژگی صحت داده‌ها ۸۷/۶۵ درصد، برای ویژگی مربوط بودن داده‌ها ۷۵/۵۴ درصد، برای ویژگی تعریف‌شدگی داده‌ها ۸۲/۰۶ درصد، برای ویژگی به موقع بودن ۸۸/۳ درصد و برای ویژگی قالب نمایشی داده‌ها ۸۰/۷۵ درصد می‌باشد.

نتیجه‌گیری: مقایسه نتایج حاصل نشان می‌دهد که میزان رعایت ویژگی‌های کیفی صحت داده‌ها، مربوط بودن داده‌ها، تعریف‌شدگی داده‌ها و قالب نمایشی داده‌ها در دانشگاه علوم پزشکی ایران نسبت به سازمان تأمین اجتماعی دارای میانگین و درصد بالایی می‌باشد و مستندات مدارک پزشکی سازمان تأمین اجتماعی تنها در خصوص ویژگی کیفی به موقع بودن داده‌ها در وضعیت بهتری نسبت به دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار دارد. با مقایسه آماری میانگین‌های میزان رعایت ویژگی‌های کیفی معلوم شد این دو جامعه در میزان رعایت ویژگی‌های کیفی صحت داده‌ها، مربوط بودن داده‌ها و به موقع بودن داده‌ها تفاوت معنی‌داری با هم دارند. ولی در ویژگی‌های کیفی تعریف‌شدگی داده‌ها و قالب نمایشی داده‌ها تفاوت معنی‌دار ندارند. با توجه به این که نتایج به دست آمده در خصوص ویژگی‌های کیفی مورد مطالعه با وضعیت آرمانی (۱۰۰ درصد)، فاصله دارند برای ارتقای سطح کیفی اطلاعات مستند شده در مدارک پزشکی لازم است قوانین ملی از سوی مراجع ذی‌صلاح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشورمان در خصوص انجام مستندسازی کامل و با کیفیت توسط مستندسازان پرونده‌های پزشکی بیماران وضع شود و حمایت‌های قانونی از متخصصین حرفه‌ای مدارک پزشکی جهت انجام کنترل کمی و کیفی مستندات مدارک پزشکی صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: مستندات مدارک پزشکی، کیفیت، ویژگی‌های کیفی داده‌ها، بیمارستان عمومی

مقدمه

در جامعه گسترده بهداشت و درمان یکی از ارزشمندترین ابزارها جهت کسب تجربه در علم طب ثبت داده‌های پزشکی است. [۱] و از آنجا که ثبوت پرونده‌های پزشکی وضعیت بیمار، طول بستری، بررسی‌های انجام شده، سیربیماری و تعامل بین بیمار و پزشک را در طول یک دوره درمانی به صورت مستند نشان می‌دهند به عنوان یک عنصر اساسی در کیفیت مراقبت بیمار محسوب می‌شوند. [۲] و با توجه باینکه مراقبت بیمار بر حرف کلینیکی متعددی از جمله: پزشکی، پرستاری، داروسازی و غیره تمرکز دارد که در تمام این رده‌های شغلی کیفیت تصمیمات کلینیکی وابسته به کیفیت اطلاعات قابل استفاده برای تصمیم‌گیرندگان است [۳] و چون اطلاعات بهداشتی به منظور بهبود کیفیت مراقبت بیمار استفاده می‌شود. لذا این اطلاعات وقتی به طور مؤثر قابل استفاده خواهد شد که مبتنی بر کیفیت داده‌ها باشد [۴] و با توجه به این که تاکنون مطالعاتی در خصوص میزان کیفیت اطلاعات مستند شده در مدارک پزشکی بیمارستان‌ها و

مراکز درمانی کشورمان صورت نگرفته، در این پژوهش سعی شده است ارزیابی و سنجشی از وضعیت کیفی اطلاعات بهداشتی درمانی مستند شده در مدارک پزشکی کشورمان صورت گیرد تا انعکاسی از وضعیت کیفی اطلاعات بهداشتی درمانی کشورمان داشته باشیم. در خصوص کیفیت داده‌ها و اطلاعات باید گفت که داده با کیفیت دارای ویژگی‌هایی می‌باشد که این ویژگی‌ها طبق پژوهشی از منابع مختلف و از کشورهای آمریکا، کانادا، انگلیس، استرالیا و سازمان بهداشت جهانی ۲۴ صفت یا ویژگی برای کیفیت داده‌های مراقبت بهداشتی مطرح گردیده که طی الگوی ارائه شده برای کشور ایران این ویژگی‌های کیفی شامل ۶ ویژگی: صحت داده‌ها (accuracy)، کامل بودن (completeness)، به موقع بودن داده‌ها (timeliness)، مربوط بودن داده‌ها (relevancy)، تعریف‌شدگی داده‌ها (definition) و قالب نمایشی داده‌ها (Data Representation Format) می‌باشد [۵]. لذا با توجه به ویژگی‌های یک داده با کیفیت و اهمیت داده‌ها و مستندات با کیفیت در کیفیت درمان بیماران و برای دستیابی به آن،

انجام آنالیز منظم در خصوص مستندسازی مدارک پزشکی بایستی به طور مکرر انجام یابد [۲] چرا که دمینگ معتقد است که کیفیت بهبود نمی یابد مگر آنکه اندازه گیری شود. [۶] حاجوی نیز در این زمینه معتقد است که اطمینان یافتن از صحت، کامل بودن و دقت داده های مستند شده پرونده های پزشکی میسر نمی گردد مگر اینکه ارزیابی مستمری در این زمینه صورت گیرد [۷] در خصوص ارزیابی مستندات مدارک پزشکی صاحب نظران نظرات متفاوتی دارند ولی جملگی در دو نوع تحلیل کمی و کیفی مستندات اتفاق نظر دارند [۸، ۹، ۱۰، ۱۱] که هافمن معتقد است تحلیل کیفی بازنگری محتویات اسناد و مدارک پزشکی برای بررسی ناهماهنگی ها و حذفیات، که ممکن است از نظر مدارک پزشکی ناقص یا نادرست باشند. [۱۲] در خصوص مسئولیت کیفیت اطلاعات هافمن، دیویس، ابدلهاک و اسکورکا تأکید می کنند که بخش مدیریت اطلاعات بهداشتی است که مسئولیت پایش کیفیت اطلاعات را برعهده دارد. و چنین مسئولیتی قابل انجام توسط فرد یا افراد تأیید صلاحیت شده در بخش مدیریت اطلاعات بهداشتی می باشد. [۱، ۴، ۵، ۹، ۱۳، ۱۴] لذا در این پژوهش اقدام به سنجش میزان کیفیت مستندات و اطلاعات پرونده های پزشکی بیماران در دو جامعه بیمارستان های تأمین اجتماعی و دانشگاه علوم پزشکی ایران که عمده ترین ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی در کشور هستند، شده و نتایج حاصل با هم مورد مقایسه قرار گرفته اند.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی مقایسه ای می باشد که جامعه پژوهش در این مطالعه شامل: پرونده های پزشکی بیماران بستری ترخیص شده ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۶ در بیمارستان های عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران و سازمان تأمین اجتماعی در سطح شهر تهران می باشد که بیمارستان های منتخب عبارتند از بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) و بیمارستان فیروزگر از دانشگاه علوم

پزشکی ایران و بیمارستان های شهید فیاض بخش و آیت... کاشانی از سازمان تأمین اجتماعی. که پیش بینی می شد تعداد کل پرونده ها در چهار بیمارستان منتخب براساس فاصله زمانی مشابه سال ۱۳۸۵ (۶ ماهه اول سال ۱۳۸۵) حدود ۳۱۰۰۰ پرونده باشد که از این تعداد حدود ۱۷۰۰۰ پرونده مربوط به سازمان تأمین اجتماعی و حدود ۱۴۰۰۰ پرونده نیز مربوط به بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران باشد. که با استفاده از نمونه گیری چند مرحله ای ابتدا بیمارستان های عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران و سازمان تأمین اجتماعی در شهر تهران انتخاب و سپس از بین بیمارستان های عمومی وابسته به آنها دو بیمارستان به تصادف انتخاب و سپس حجم نمونه تخصیص یافته در هر بیمارستان به روش متمرکز بازگشت به گذشته از آخرین ترخیص انتخاب شدند در نتیجه برای مطالعه در هر جامعه ۲۰۰ پرونده محاسبه گردید که در مجموع ۴۰۰ پرونده جهت مطالعه در نظر گرفته شد. که تعداد نمونه مورد مطالعه در هر بیمارستان متناسب با تعداد پرونده های ترخیص آن بیمارستان در ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۵ تخصیص یافت. بنابراین تعداد ۱۵۳ پرونده برای بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، ۴۷ پرونده برای بیمارستان فیروزگر، تعداد ۱۳۳ پرونده برای بیمارستان شهید فیاض بخش و ۶۷ پرونده برای بیمارستان آیت... کاشانی در نظر گرفته شد. اطلاعات با استفاده از چک لیست و از طریق مشاهده مستقیم جمع آوری گردید. چک لیست از ۳۷ سؤال و پنج قسمت تشکیل شده بود که قسمت اول با ۱۰ سؤال مربوط به ویژگی صحت داده ها، قسمت دوم با ۱۵ سؤال مربوط به ویژگی مربوط بودن داده ها، قسمت سوم با ۳ سؤال مربوط به ویژگی تعریف شدگی داده ها، بخش چهارم با ۵ سؤال در خصوص ویژگی به موقع بودن داده ها و بخش پنجم با ۴ سؤال جهت ارزیابی ویژگی کیفی قالب نمایی داده ها بود. که در نهایت داده های جمع آوری شده از طریق چک لیست با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و فراوانی) و استنباطی (آزمون کای دو) و t-test مورد تحلیل قرار گرفتند. و برای این منظور از نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها

یافته های پژوهش براساس اهداف ویژه تعیین شده در این مطالعه به ترتیب عبارت است از:

الف) ویژگی صحت داده‌ها:

میانگین رعایت ویژگی صحت داده ها در مستندات مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران به طور میانگین ۹۲/۰۲ درصد و در سازمان تأمین اجتماعی ۸۷/۶۵ درصد بود.

ب) ویژگی مربوط بودن داده‌ها:

میانگین رعایت ویژگی مربوط بودن داده ها در مستندات مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران ۸۵/۸۴ درصد و در سازمان تأمین اجتماعی ۷۵/۵۴ درصد بود.

ج) ویژگی تعریف شدگی داده‌ها:

میانگین رعایت ویژگی تعریف شدگی داده ها در مستندات مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران ۸۵/۸۷ درصد و در سازمان تأمین اجتماعی ۸۲/۰۶ درصد بود.

د) ویژگی به موقع بودن داده‌ها:

میانگین رعایت ویژگی به موقع بودن داده ها در مستندات مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران ۷۸/۲ درصد و در سازمان تأمین اجتماعی ۸۸/۳ درصد بود.

و) ویژگی قالب نمایشی داده‌ها:

میانگین رعایت ویژگی قالب نمایشی داده ها در مستندات مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران ۸۲/۸۷ درصد و در سازمان تأمین اجتماعی ۸۰/۷۵ درصد بود (جدول ۱).

بحث و نتیجه گیری

براساس نتایج به دست آمده در پژوهش مشخص گردید که میانگین رعایت ویژگی صحت داده ها در مستندات دانشگاه علوم پزشکی ایران نسبت به سازمان تأمین اجتماعی در سطح بالاتری قرار دارد. و با انجام مقایسه میانگین های دو جامعه با استفاده از آزمون t-test معلوم گردید که در میزان رعایت ویژگی کیفی صحت داده ها در بین دو جامعه اختلاف معنی داری وجود دارد. در مطالعه مشابهی که در کشور انگلستان صورت گرفته و نتایج آن توسط NHS منتشر شده، صحت اطلاعات بهداشتی درمانی در یک سوم تراست ها در حدود ۹۵٪ اعلام شده [۵] که با مقایسه درصدها مشخص می گردد که میزان صحت مستندات پزشکی کشورمان فاصله زیادی با نتایج NHS ندارد.

همچنین با انجام مقایسه میانگین های به دست آمده در خصوص ویژگی کیفی مربوط بودن داده ها مشخص گردید که میزان مربوط بودن داده ها در مستندات مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سطح بالاتری نسبت به سازمان تأمین اجتماعی قرار دارد و با انجام آزمون t-test معلوم گردید که بین دو جامعه فوق الذکر اختلاف معنی داری وجود دارد. و فاصله ۲۴/۵ درصدی مستندات مدارک پزشکی سازمان تأمین با وضعیت آرمانی فاصله زیادی بوده و جا دارد که در خصوص رفع و اصلاح آن تلاش بیشتری در خصوص آموزش مستندسازان صورت گیرد و همچنین کنترل بیشتری توسط مراکز درمانی در این خصوص انجام گیرد.

جدول ۱: پنج ویژگی کیفی اطلاعات بهداشتی و درمانی برای جوامع مورد مطالعه

سازمان تأمین اجتماعی	دانشگاه علوم پزشکی ایران	جوامع مورد مطالعه
		ویژگی های کیفی داده‌ها
۸۷/۶۵	۹۲/۰۲	صحت داده‌ها
۷۵/۵۴	۸۵/۸۴	مربوط بودن داده‌ها
۸۲/۰۶	۸۵/۷	تعریف شدگی داده‌ها
۸۸/۳	۷۸/۲	به موقع بودن داده‌ها
۸۰/۷۵	۸۲/۸۷	قالب نمایشی داده‌ها

در وضعیت بهتری نسبت به سازمان تأمین اجتماعی قرار دارد و با انجام آزمون t-test مشخص گردید که بین دو جامعه فوق اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد. و تقریباً دو جامعه از نظر میزان رعایت این ویژگی کیفی در مستندسازی خود در سطح مشابهی قرار دارند. و بر اساس مطالعه ای که توسط خرمندار با عنوان بررسی وضعیت واحد کدگذاری در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۷۸ صورت گرفته است مشخص گردیده که صحت کدهای ارائه شده به تشخیص های اصلی در پرونده های پزشکی ۹۱/۴۹ درصد می باشد که عدم بررسی اوراق مورد لزوم هنگام کدگذاری و ناخوانا بودن مستندات و تشخیص های ثبت شده پزشکی (قالب نمایشی داده ها) مهمترین عوامل بروز مشکلات کدگذاری بوده اند. [۱۶] که با دقت در نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر و نتیجه پژوهش فوق می توان گفت پایین بودن میزان ویژگی کیفی قالب نمایشی داده ها تأثیر منفی در صحت و استفاده از اطلاعات پرونده های پزشکی در امور طبقه بندی بیماری ها، پژوهش محققان و دانشجویان، امور مالی، درمانی و سایر استفاده ها از اطلاعات مدارک پزشکی دارد. لذا استفاده از تکنولوژی های جدید در امر مستندسازی مدارک پزشکی از جمله تایپ کامپیوتری مدارک پزشکی و غیره برای رفع این مشکل ضروری به نظر می رسد.

فهرست منابع

- ۱- قاضی سعید، مرجان؛ داورپناه، احمد؛ صفدری، رضا. مدیریت اطلاعات بهداشتی و درمانی، رضا صفدری، تهران، ۱۳۸۴.
- ۲- عبادی فرد آذر، فرید؛ طیبی، سید جمال الدین؛ صفدری، رضا؛ حاجوی، اباذر؛ میدانی، زهرا. استانداردهای مدیریت اطلاعات بهداشتی و درمانی، عبادی فر، تهران، ۱۳۸۳.
- 3- Shortliff E. Medical Informatics. USA: Springer_ verlag; 2001.
- 4- Davis N, Lacour M. Introduction on Health Information Technology. USA: WB. Saunders Company; 2002.

با توجه به نتایج موجود در خصوص سومین هدف ویژه پژوهش یعنی تعریف شدگی داده های مستند شده در مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران و سازمان تأمین اجتماعی و همچنین مقایسه نتایج موجود مشخص گردید که دانشگاه علوم پزشکی ایران در رتبه بالاتری از سازمان تأمین اجتماعی قرار دارد و مقایسه آماری نشان می دهد که بین دو جامعه اختلاف معنی داری وجود ندارد و دو جامعه تقریباً در سطح یکسانی قرار دارند. ولی فاصله موجود در نتایج حاصل با وضعیت آرمانی (۱۰۰ درصد) نشان دهنده این است که تمام استفاده کنندگان از اطلاعات بهداشتی درمانی درک واحدی از تمام اطلاعات مستند شده در مدارک پزشکی نمی توانند داشته باشند. لذا این نقص به امر تصمیم گیری در خصوص نحوه و نوع درمان بیماران تأثیر گذار است.

یافته های پژوهش در خصوص ویژگی به موقع بودن داده ها در جوامع مورد مطالعه نشان می دهد که مستندات مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران در خصوص رعایت ویژگی به موقع بودن داده ها در سطح پایین تری نسبت به مستندات سازمان تأمین اجتماعی قرار دارد و بین میانگین های دو جامعه فوق اختلاف آماری معنی داری وجود دارد. بر اساس پژوهشی که در سال ۱۹۹۹ در آمریکا توسط دپارتمان دفاع از مراقبت بهداشتی صورت گرفت این دپارتمان تنها به ۹۸ درصد اهداف خود در خصوص مستند کردن به موقع صورت حساب های بیماران طبق استانداردهای تعریفی دست یافته است. [۱۵] که باید بر اساس نتایج به دست آمده گفت عدم مستندسازی به موقع تأثیرات منفی بر کیفیت تصمیم گیری های درمانی دارد چرا که تأخیر در مستندسازی موجبات فراموشی و حذف بعضی از داده های ضروری و مفید بهداشتی درمانی می گردد که گاهاً این داده ها نقشی سرنوشت ساز در امر تصمیم گیری برای بیمار دارند.

نتایج پژوهش در خصوص ویژگی قالب نمایشی داده ها در جوامع مورد مطالعه و با انجام مقایسه این نتایج مشخص گردید که مستندات مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران در خصوص رعایت این ویژگی کیفی

- ۵- مقدسی، حمید. کیفیت اطلاعات در مراقبت بهداشتی، انتشارات واژه پرداز، تهران، ۱۳۸۴.
- ۶- مقدسی، حمید. مطالعه تطبیقی مکانیزم‌های کنترل کیفیت اطلاعات مراقبتی بیماران بستری در دو کشور آمریکا و انگلستان و ارائه الگو برای ایران. رساله دکترای تخصصی مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی؛ ۱۳۸۲.
- ۷- حاجوی، اباذر؛ سرباز، معصومه؛ مرادی، نسرين. مدارک پزشکی ۳ و ۴، شرکت نشر الکترونیکی و اطلاع‌رسانی جهان رایانه، تهران، ۱۳۸۱.
- 8- Skurka, M. Organization of Medical Record Department in Hospitals. USA; 1988.
- ۹- لنگری زاده، مصطفی. گروه مترجمین. مدیریت اطلاعات بهداشتی، موسسه فرهنگی هنری دیباگران تهران، تهران، ۱۳۸۱.
- ۱۰- حاجوی، اباذر. مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ۱۳۷۹.
- ۱۱- احمدی، مریم؛ اسدی، فرخنده؛ جلالی فر، بهزاد؛ صدوقی، فرحناز. مدیریت اطلاعات بهداشتی: مدیریت یک منبع استراتژیک، انتشارات واژه پرداز، تهران، ۱۳۸۱.
- 12- Huffman E. Health Information Management. USA: Physician, RecordCompany; 1999.
- 13- Abdelhak M, Grostic S, Hanken A, Jacobs E. Health Information: Management of Strategic Resource. USA: W. B. SaundersCompany; 2001.
- 14- WHO. Medical Record Manual a Guide for Developing Countries. March 2001.
- 15- General accounting office. Appointment Timeliness Goals Not Met: measurement Tools Need Improvement. USA. Washington DC. B-279619, 30 September 1999. 2008.
- ۱۶- خرمندار، حمیده. بررسی وضعیت واحد کدگذاری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مقایسه آن با استانداردهای انجمن مدارک پزشکی آمریکا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۸.

A Comparative Study on Quality of Inpatients Medical Record Documents in General Hospitals of Iran University Medical of Sciences, and Social Security Hospitals; 2006

Hajavi A.¹ / Haghani H.² / A Gorji H.³ / Asrejadid S.A.⁴

Abstract

Introduction: Quality of patients care is directly linked with medical documentation quality, because in all medical professions related to patient care, quality of decisions depends on information quality. Thus, in this study two main populations that offer medical care in country, Ministry of Health (MoH) and Social security Organization, were selected to measure access rate, and level of medical care professions to quality data that including data accuracy, relevancy, definition, timeliness and data representation format. So we will present clear point of view of health information condition in own country to related masters and decisions. Unfortunately so far no research has be done to show facts of information quality in our health societies.

Methods: This research is a comparative study conducted in April to October 2007. Multistage sampling performed for general hospitals of IUMS and Social Security, of which two hospitals were selected randomly. Research populations include discharge medical records of inpatients (about 31000 records) in general hospitals of IUMS (Hazrate Rasoul Akram and Firouzgar Hospitals) and Social Security (Shahid Fayazbakhsh and Ayatollah Kashani Hospitals). Then sample size allocated to each hospital was selected in centralized retrospective manner. So, 153 records for Hazrate Rasoul Akram hospital, 47 for Firouzgar hospital, 133 for Shahid Fayazbaksh hospital and 67 for ayatollah Kashani hospital were selected. Information was collected through direct observation by a checklist with 37 questions and five sections for any quality elements, reliability of which had been measured by specialists and the validity by test-retest method. Collected data analyzed by SPSS software for descriptive statistics and analytical statistics (t-test and chi-square).

Results: Our study showed that regard rate mean of data quality elements in documents of IUMS is as below: Data accuracy 92/02 % , relevancy 85/84% , definition 85/87 % , timeliness 78/2% and data representation format 82/87; and in Social Security hospitals: 87/65% , 75/54 % , 82/06% , 88/3% and 80/75% respectively.

Conclusion: Regard rate of data quality elements of accuracy, relevancy, definition and data representation format in IUMS shows higher percentage and mean. But documentation of social security medical record about quality timeliness element has higher level as compared with IUMS; t-test analysis shows that in accuracy, relevancy and timeliness of quality elements there is a significant difference, but no significant difference in definition and data representation format quality elements. Considering the differences between our findings with ideal situation (100 percent), for improving quality of documented information in medical records, it is necessary to set national rules by health authorities for complete and quality documentation by documentarian of medical records. Also, legal supports of professional medical records staff for performing quality and quantity control of medical records documentation.

Keywords: *Medical record documentation, Quality, Quality elements, General Hospitals*

1- Faculty Member, School of Management and Medical Information Science, Iran University of Medical Science

2- Faculty Member, School of Management and Medical Information Science, Iran University of Medical Science

3- Faculty Member, School of Management and Medical Information Science, Iran University of Medical Science

4- Ms at Medical Record