

بررسی محتوایی مدارک پزشکی در بیمارستان‌های عمومی، آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان در سه ماهه اول سال ۱۳۷۷

منیژه آریایی*

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی محتوایی مدارک پزشکی در بیمارستان‌های عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان در سه ماهه اول سال ۱۳۷۷ به روش توصیفی انجام شده است. گردآوری اطلاعات از طریق مشاهده و چک‌لیست صورت پذیرفت. بررسی پرونده‌ها از نوع بررسی کمی بوده و مؤلفه‌های بررسی کمی در این پژوهش وجود فرم استاندارد، امضاء، تاریخ و عناصر ثبت شده اطلاعاتی بود که در هر کدام از اوراق موجود در پرونده مورد بررسی قرار گرفت.

بیشترین درصد تکمیل محتویات اوراق پزشکی مربوط به برگ گزارش پرستار بود که در دامنه بزرگتر از (۷۰ درصد) تکمیل شده بود. میزان تکمیل اوراق پذیرش، شرح حال، سیر بیماری، دستورات پزشک، نمودار علائم حیاتی، مشاوره پزشکی و برگ جذب و دفع مایعات در حد متوسط در دامنه (۷۰-۵۰ درصد) تکمیل شده بود. میزان تکمیل اوراق خلاصه پرونده، کنترل علائم حیاتی، گزارش آزمایشگاه، عمل جراحی، بیهوشی، مراقبت قبل از عمل، بعد از عمل، رادیولوژی، پاتولوژی و الصاق الکتروکاردیوگرام در حد ضعیف در دامنه کمتر از (۵۰ درصد) تکمیل شده بود.

با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد گردید تمام پرونده‌ها پس از اینکه از بخش‌های درمانی به واحد مدارک پزشکی منتقل گردیدند توسط کارکنان مجرب مورد بررسی قرار گرفته و پس از تکمیل برگه نواقص، فوراً آن را به بخش مربوط جهت تکمیل ارسال نمایند.

واژه‌های کلیدی: مدارک پزشکی، محتویات مدارک پزشکی، ارزیابی

مقدمه

پرونده پزشکی مجموعه حقایق درباره وضعیت بهداشتی درمانی بیمار است که به عنوان یک رسانه موجب برقراری ارتباط مؤثر میان تیم درمانی می‌گردد. بی‌تردید ایجاد و حفظ آن به معنی اهمیت دادن به سلامتی هریک از افراد جامعه از طریق استمرار بخشیدن به مراقبت است (مقدسی، ۱۳۷۷).

مستندسازی عبارت است از ثبت مشاهدات و واقعیات درباره سوابق بهداشتی درمانی اعم از بیماری‌های فعلی و گذشته، درمان و نتایج درمان که بوسیله پزشکان، پرستاران و سایر اعضای گروه درمانی انجام می‌شود (حاجوی، ۱۳۷۷).

به دلیل اینکه مستندسازی پس از ارائه خدمت به

روش پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی بوده و جامعه پژوهش آن پرونده‌های بایگانی شده در سه بیمارستان شهید باهنر، کرمان درمان و شفا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سه ماهه اول سال ۱۳۷۷ بوده است. گردآوری اطلاعات در این پژوهش با روش مشاهده مستقیم صورت گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات چک لیست بود و برای نمونه‌گیری از روش سیستماتیک استفاده شد. در این پژوهش (۱۰ درصد) کل پرونده‌ها شامل ۴۱۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به اینکه ۱۸ فرم مدارک پزشکی مورد بررسی قرار گرفت، ۱۸ چک لیست تهیه شد و سؤالات هر چک لیست مطابق با عناصر اطلاعاتی هر یک از اوراق استاندارد مورد بررسی، تدوین گردید و نتایج به صورت جداول توزیع فراوانی در سه دامنه $50 <$ درصد (ضعیف) و $50-70$ درصد (متوسط) و $70 <$ درصد (خوب) مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

برگ پذیرش و خلاصه ترخیص

در این فرم کلیه واحدهای مورد پژوهش، ثبت موارد شماره پرونده، نام و نام خانوادگی، نام پدر، سن، شغل، آدرس، اجازه معالجه و عمل جراحی و امضاء بطور کامل و (۱۰۰ درصد) انجام پذیرفته بود. تشخیص نهایی در (۶۲ درصد) موارد و تاریخ در (۵۲ درصد) آنها ثبت شده بود. قسمت سوم برگ پذیرش که توسط پرسنل پرستاری می‌بایست تکمیل گردد در (۱۰۰ درصد) موارد عدم ثبت را نشان داد که حاکی از عملکرد ضعیف و بی‌توجهی پرستاران به تکمیل این فرم مهم می‌باشد.

برگ شرح حال

در این فرم بالاترین درصد تکمیل (۷۵ درصد)

بیمار انجام می‌شود ممکن است اغلب دقیق و کامل آنگونه که مورد نیاز و مطلوب است صورت نگیرد. مستندساز ممکن است به دلیل مشغله کاری عناصر اطلاعاتی را عمداً یا سهواً تکمیل نکند و یا اینکه در پایان مراحل مستندسازی تاریخ و امضاء را به دلایل مختلف درج ننماید. اینگونه اشتباهات در تدوین مدارک پزشکی باعث ایجاد اختلال در عملکرد استفاده‌کنندگان از مدارک پزشکی می‌گردد (هافمن، ۱۹۹۴).

مستندسازی مدارک پزشکی اغلب جهت حفظ حقوق قانونی بیماران، تهیه اطلاعات جهت تحقیقات پزشکی، آموزش کادر مراقبت‌های بهداشتی، مطالعات عمومی و بررسی‌های کیفی بکار می‌رود.

مدارک پزشکی از نظر مالی برای مؤسسات در راستای اثبات پرداخت حقوق اهمیت دارد. بنابراین عدم وجود اوراق استاندارد در پرونده پزشکی بیماران و عدم تکمیل به موقع و صحیح عناصر اطلاعاتی و عدم حضور متخصصین مدارک پزشکی در شناسایی و برطرف نمودن نقایص موجود نیل به موارد فوق را با مشکل روبرو می‌سازد. بدیهی است صدمات جبران‌ناپذیری را به هر یک از استفاده‌کنندگان مدارک پزشکی وارد می‌نماید (اسکورکا، ۱۹۹۸).

توکل و دیگران در پژوهشی با عنوان «بررسی کمی اطلاعات پرونده پزشکی در بیمارستان‌های اصفهان در سال ۱۳۷۷»، به این نتیجه رسیدند که در تمامی اوراق مدارک پزشکی نقص‌هایی به چشم می‌خورد و این ناشی از بی‌توجهی و کم‌اهمیت تلقی کردن تکمیل دقیق پرونده توسط پرستار، پزشک و غیره می‌باشد.

با توجه به موارد فوق پژوهشگر درصدد برآمد که به بررسی کمی ۱۸ فرم استاندارد معاونت پژوهشی پرداخته و ضمن بررسی پرونده‌های بیماران بستری و مشخص نمودن نقایص موجود، پیشنهاد و راه حل مناسبی را برای رفع این نقایص ارائه نماید.

پژوهش صورت پذیرفته بود که حاکی از عملکرد خوب پرستاران در تکمیل این فرم می‌باشد.

برگ نمودار علائم حیاتی

در این فرم بالاترین درصد ثبت (۹۰ درصد) مربوط به وجود فرم، تاریخ، نام و نام خانوادگی، ثبت علائم حیاتی بیمار و روزهای بستری و کمترین درصد ثبت (۳۳ درصد) مربوط به ثبت شماره پرونده، نام پزشک معالج و تاریخ پذیرش بوده است.

برگ کنترل علائم حیاتی

اکثر عناصر اطلاعاتی این فرم شامل ثبت نام و نام خانوادگی، وجود فرم، امضاء، تاریخ، شماره پرونده، ساعت و علائم حیاتی و مشاهدات پرستار در دامنه (۴۰-۵۰ درصد) تکمیل شده بود که در حد ضعیف می‌باشد.

برگ گزارش آزمایشگاه

در این فرم یافته‌ها نشان داد که فرم استاندارد در پرونده وجود نداشت. جواب آزمایش‌ها غالباً در فرم‌های متفرقه دیگری چسبانده می‌شد و فقط در (۵۵ درصد) موارد گزارش‌های آزمایشگاه برحسب تقدم تاریخ چسبانده شده بود که اکثراً شماره پرونده، نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء متخصص آزمایشگاه را داشتند.

برگ مشاوره پزشکی

در این فرم بیشترین درصد ثبت (۷۵ درصد) مربوط به تشخیص اولیه، نام پزشک درخواست کننده، ساعت و تاریخ درخواست، گزارش‌های کلینیکی، موضوع مشاوره و نام و نام خانوادگی بیمار و امضاء پزشک درخواست کننده و کمترین درصد ثبت (۲۰ درصد) مربوط به ثبت تاریخ، شماره پرونده، نوع

مربوط به وجود تشخیص اولیه، ثبت معاینات بدنی، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، تاریخچه بیماری فعلی، امضاء و وجود فرم در پرونده بود. هیچ یک از عناصر اطلاعاتی مورد نیاز در برگ شرح حال بطور کامل و (۱۰۰ درصد) ثبت نشده بودند.

برگ خلاصه پرونده

در این فرم بالاترین درصد تکمیل (۵۳ درصد) مربوط به وجود فرم، امضاء، نام و نام خانوادگی، شکایت اصلی، تاریخ پذیرش، تشخیص نهایی، اقدامات درمانی و وضعیت بیمار هنگام ترخیص بود. هیچ یک از عناصر اطلاعاتی مورد نیاز در این برگ که می‌بایست توسط پزشک سرپرست تکمیل گردد به طور کامل ثبت نشده بود.

برگ سیر بیماری

در این فرم ثبت عناصر اطلاعاتی مهمی چون شماره پرونده، تاریخ پذیرش، پیشرفت معالجات در دامنه (۴۹-۵۰ درصد) تکمیل شده بودند و بالاترین درصد تکمیل (۶۳ درصد) مربوط به ثبت امضاء و تاریخ توسط پزشک بود.

برگ دستورات پزشکی

در این فرم ثبت نام و نام خانوادگی، دستورات پزشک معالج با قید ساعت، تاریخ و امضاء بطور کامل (۱۰۰ درصد) در کلیه واحدهای پژوهشی صورت پذیرفته بود. فقط در (۴۳ درصد) موارد نام پزشک ثبت شده بود.

برگ گزارش پرستار

در این فرم امضاء، نام و نام خانوادگی، اقدامات دارویی با قید ساعت و مشاهدات و نظرات پرستار بطور کامل (۱۰۰ درصد) در کلیه واحدهای مورد

مشاوره و تاریخ پذیرش بوده است.

بیهوشی، تاریخ، نام و نام خانوادگی و نوع بیهوشی بوده است و کمترین درصد تکمیل (۴۹-۰ درصد) مربوط به ثبت مواردی چون شماره پرونده، نام پزشک معالج، تشخیص قبل از عمل، وضع بیمار در شروع بیهوشی، اهم نتایج آزمایش‌ها و رادیوگرافی‌های انجام شده، علائم حیاتی، ناراحتی‌های قبل از عمل و ناراحتی‌های حین عمل و پس از عمل بود. هیچ یک از عناصر اطلاعاتی این فرم مهم بطور (۱۰۰ درصد) تکمیل نشده بودند.

برگ جذب و دفع مایعات

در این فرم کلیه عناصر اطلاعاتی مربوط به ستون جذب و دفع توسط پرستاران بطور کامل تکمیل شده بود. کمترین درصد موارد ثبت (۴۹-۰ درصد) مربوط به ثبت شماره پرونده، نام پزشک معالج و تاریخ پذیرش بوده است.

برگ الصاق الکتروکاردیوگرام

درصد بالایی از عدم وجود فرم استاندارد در این زمینه در بیمارستان‌های مورد پژوهش به چشم می‌خورد و نوار قلب بر روی اوراق متفرقه دیگری چسبانده می‌شد که فاقد تفسیر، تشخیص، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج بود.

برگ گزارش رادیولوژی

یافته‌های حاصل، عدم وجود این فرم را در بیمارستان‌های مورد پژوهش نشان می‌داد و فقط برگ درخواست رادیولوژی در پرونده موجود بود. جواب این گزارش مهم تشخیصی پس از ترخیص بیمار از پرونده خارج شده و به اداره بیمه فرستاده می‌شود.

برگ پاتولوژی

یافته‌های حاصل، عدم وجود این فرم استاندارد را

برگ مراقبت قبل از عمل جراحی

در این فرم درصد بالایی از عدم ثبت عناصر اطلاعاتی مهم مانند امضاء، تاریخ، نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، تشخیص، نوع عمل جراحی، علائم حیاتی قبل از عمل، آماده نمودن محل عمل، نوع داروهای تحت درمان، اثر داروهای قبل از بیهوشی و اعضای مصنوعی و خارج نمودن آن به چشم می‌خورد. هیچ یک از عناصر اطلاعاتی این برگ بطور کامل (۱۰۰ درصد) در واحدهای مورد پژوهش ثبت نشده بود.

برگ گزارش عمل جراحی

در این فرم بیشترین درصد تکمیل (۸۵ درصد) مربوط به وجود فرم، امضاء پزشک معالج، تشخیص قبل از عمل، تشخیص بعد از عمل و شرح عمل و کمترین درصد تکمیل (۴۹-۰ درصد) مربوط به ثبت شماره پرونده، تاریخ پذیرش، نام فرد بیهوشی دهنده، زمان و نوع عمل جراحی و دستورات بعد از عمل بوده است. هیچ یک از عناصر اطلاعاتی مورد نیاز در برگ گزارش عمل جراحی بطور کامل و (۱۰۰ درصد) در واحدهای مورد پژوهش تکمیل نشد.

برگ مراقبت بعد از عمل

از بین سه بیمارستان مورد بررسی فقط یک بیمارستان به نگهداری این برگ در پرونده پزشکی اقدام نموده بود و ثبت اکثر عناصر اطلاعاتی این فرم در دامنه (۴۹-۰ درصد) در حد بسیار ضعیف دیده شد.

برگ بیهوشی

در این فرم بالاترین درصد تکمیل (۷۸ درصد) مربوط به وجود فرم، امضاء پزشک متخصص

بحث و نتیجه‌گیری

در نهایت مشخص گردید که هیچ یک از ۱۸ فرم استاندارد مدارک پزشکی در واحدهای پژوهشی بطور کامل و (۱۰۰ درصد) تکمیل نشده بودند. از این رو توصیه می‌شود به منظور افزایش کیفیت تکمیل این اوراق اقدامات زیر صورت پذیرد:

- ۱- استخدام فارغ التحصیلان رشته مدارک پزشکی (کاردان و کارشناس) در واحد مدارک پزشکی بیمارستان‌ها و انجام ارزیابی کمی و کیفی مدارک پزشکی با همکاری کادر پزشکی و متخصصین مدارک پزشکی بصورت ادواری.
- ۲- تشکیل کمیته مدارک پزشکی در بیمارستان و انعکاس نتایج حاصل از این ارزیابی‌ها در کمیته.
- ۳- تنظیم خط‌مشی روشن جهت رفع نواقص پرونده پزشکی.
- ۴- ایجاد کارگاه‌های آموزشی برای پزشکان و پرستاران به منظور شناساندن اهمیت و نقش مدارک پزشکی در انجام فعالیت‌های متعدد از جمله آموزش، پژوهش و جنبه‌های قانونی آن.
- ۵- اضافه نمودن ۲ واحد درسی اجباری مدارک پزشکی به دروس علوم پایه دانشجویان رشته پزشکی و پرستاری به منظور آشنایی آنها با اهمیت ثبت اطلاعات در پرونده پزشکی.
- ۶- محسوب نمودن ایجاد پرونده پزشکی کامل، جامع و کافی به عنوان یکی از معیارهای ارزشیابی فعالیت بیمارستان‌ها و پزشکان.
- ۷- جلب همکاری هرچه بیشتر اعضاء کادر پزشکی از طریق ارائه امتیاز و معرفی پزشکانی که مدارک پزشکی آنان نقص کمتری دارد.

در پرونده بیماران نشان می‌داد و نتایج آن غالباً در فرم دیگری ثبت می‌گردید و عناصر اطلاعاتی مهمی چون شماره پرونده، نام و نام خانوادگی، نام پزشک معالج، تاریخ پذیرش، نتیجه معاینات ماکروسکوپیک و تشخیص در دامنه (۴۹-۰ درصد) تکمیل شده بود.

بیشترین درصد وجود اوراق استاندارد در پرونده مربوط به برگ پذیرش و کمترین درصد مربوط به اوراق پاتولوژی، رادیولوژی و الصاق الکتروکاردیوگرام بود که این رقم در بیمارستان شهید باهنر بیشترین میزان (۶۸ درصد) و در بیمارستان شفا کمترین میزان (۲۴ درصد) را نشان می‌داد.

بیشترین درصد وجود فرم در پرونده بیماران مربوط به اوراق عمومی: شامل برگ پذیرش، شرح حال، سیر بیماری، خلاصه پرونده، دستورات پزشک، گزارش پرستار و نمودار علائم حیاتی و کمترین درصد مربوط به اوراق تشخیصی (گزارش رادیولوژی، پاتولوژی و الصاق الکتروکاردیوگرام) بود که در بیمارستان شهید باهنر بیشترین میزان (۷۵ درصد) و در بیمارستان شفا، پایین‌ترین میزان (۵۳ درصد) را نشان داد.

بیشترین درصد ثبت امضاء توسط مستندساز مربوط به برگ پذیرش و خلاصه ترخیص و کمترین درصد مربوط به برگ نمودار علائم حیاتی بود که این میزان در بیمارستان کرمان درمان بالاترین حد (۷۳ درصد) و در بیمارستان شفا پایین‌ترین حد (۵۰ درصد) را نشان داد.

بیشترین درصد ثبت تاریخ توسط مستندساز مربوط به برگ نمودار علائم حیاتی و جذب و دفع مایعات و کمترین درصد مربوط به برگ شرح حال و الصاق الکتروکاردیوگرام بود که در بیمارستان کرمان درمان بیشترین میزان (۶۳ درصد) و در بیمارستان شفا کمترین میزان (۴۲ درصد) را نشان داد.

A Survey on the Contents of Medical Records General Hospitals Affiliated with Kerman University of Medical Sciences During the First three Months of 1377

*M. Ariaei M.S.**

Abstract

This descriptive research was performed to survey the contents of medical records in general hospitals affiliated with Kerman University of Medical Sciences during the first three months of 1377.

The data was through checklist and observation.

The quantitative elements of this study were: standard forms, signature, date and registered information.

Most of the records were completed by nurses (>70%).

The admission, history, progress, physicians orders, vital signs medical consultation and input-output forms were completed (50-70%).

The summary of vital signs, laboratory, operation, anesthesia, pre-operation, post-operation, radiology, pathology, electrocardiograms was completed less (<50%) range.

All the records were investigated by experienced staff of medical records after transferring to the medical records department expenenced medical records clerks must check then and refer incompleted records to specific wards for completion.

Key Words: *Medical Records, Medical Records' Contents, Evaluation*

* Instructor and M.S. in Medical Records Education, School of Management and Medical Information Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman.