Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Spring 2011
Vol. 3; Issue 1, Pages : 15-21

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
بهار ۱۳۹۰
دوره ۳، شماره۱، صفحات ۲۱-۱۵

تاثیر آموزش بر میزان تکمیل بودن پرونده‌های پزشکی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهرستان بجنورد در سال۱۳۸۸

معصومه ارزمانی [۱*]، تقی دولت آبادی[۲]، میترا هاشمی[۳]

چکیده

زمینه و هدف: پرونده پزشکی حاوی مطالب مهم و اساسی درباره مراقبت از بیمار در یک مرکز بهداشتی و درمانی است و شامل اطلاعات کافی برای شناسایی بیمار، تشخیص یا دلیل انجام مراقبت بهداشتی، توجیه درمان و ثبت صحیح نتایج می‌باشد.

مواد و روش کار : مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی بود، که با تکمیل ۹ چک لیست ۳ گزینه‌ی به بررسی کمی ۹ برگ اصلی پرونده پزشکی بیماران ترخیص شده از بیمارستانهای دانشگاهی شهرستان بجنورد در سال ۸۸ در دو نوبت قبل از آموزش و ۵ ماه بعد از آموزش پرداخت. آموزش بصورت برگزاری دو دوره آموزشی با عنوان اصول صحیح مستند سازی جهت پزشکان و گروه مستند ساز (گروه پرستاری و پیرا پزشکی) انجام گرفت و ۳۵۵پرونده با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده و با توجه به تعداد بیمار بستری از هریک از بیمارستانهای مورد نظر انتخاب گردید. داده‌ها با کمک نرم افزارSPSS 15 و با استفاده از آزمونهای تی زوجی ، آنالیز واریانس یک طرفه ، مک نمار و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین وضعیت پرونده‌های پزشکی قبل و بعد از آموزش در ۹برگ اصلی پرونده پزشکی، افزایش داشته و اختلاف معنی داری ملاحظه شد ($P<۰/۰۰۱$)، بجز برگ آزمایش که میانگین قبل و بعد اختلاف معنی داری را نشان نداد. میزان تکمیل بودن پرونده قبل از آموزش ۷۵٪ و بعد از آموزش ۷۹٪ محاسبه گردید. در ارزیابی ۹ برگ مورد بررسی بیشترین درصد تکمیل پرونده قبل از آموزش (۹۰/۴۵٪) و بعد از آموزش (۹۳/۵۵٪) مربوط به برگ گزارش دستورات پزشک بود.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش تاثیر مثبتی بر میزان تکمیل بودن پرونده پزشکی دارد و کلیه مراکز نیاز به آموزش در زمینه بالا بردن کیفیت مستند سازی پرونده‌های پزشکی بصورت منظم و مستمر دارند.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی کمی، بیمارستان دانشگاهی، پرونده پزشکی

۱- کارشناس مدارک پزشکی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۲- پزشک عمومی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۳- کارشناس ارشد آمار معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
***نویسنده مسئول:** بجنورد، خیابان طالقانی غربی-ابتدای بلوار فرودگاه، معاونت درمان، اداره آمار و مدارک پزشکی
تلفن:۰۵۸۴-۲۳۱۸۰۰۸ پست الکترونیک: arzemani2002@yahoo.com

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2024-10-12]

مقدمه

با توجه به اینکه پرونده پزشکی حاوی مطالب مهم و اساسی درباره مراقبت از بیمار در یک مرکز بهداشتی و درمانی است، باید براساس یک روش زمانبندی شده نوشته شود و شامل اطلاعات کافی برای شناسایی بیمار، تشخیص یا دلیل انجام مراقبت بهداشتی، توجیه درمان و ثبت صحیح نتایج باشد. مدارک پزشکی بعنوان سرمایه‌های غنی علم پزشکی در بیمارستانها وجود دارند (۱). داشتن اطلاعات و دسترسی به موقع به آن در نظام بهداشت و درمان، مایه پیشرفت و بقای سازمانی و بزرگترین عامل موفقیت است. پرونده بیمار اعم از پرونده دستی یا کامپیوتری، محل تمرکز و مخزن اطلاعات بهداشتی و درمانی است و باید تمام مراحل مراقبت بیمار را به خوبی توصیف و معرفی نماید (۲). گاه بدلیل اینکه مستندسازی در مدارک پزشکی توسط ارائه کنندگان مراقبت بهداشتی، پزشکان، پرستاران، متخصصین درمان و سایرین انجام شده و چون بعنوان فعالیت ثانویه ارائه مراقبت بیماران انجام می‌شود، امکان ندارد مستندسازی همیشه صحیح یا کامل و حتی ضروری و مورد پسند همیشه وجود ندارد (۳).

در طول دهه اخیر بسیاری از مدیران و برنامه ریزان سطوح عالی بهداشتی و درمانی در هر کشوری در صدد یافتن عوامل موثر بر کیفیت درمان و میزان تاثیر آنها می‌باشند و در همین راستا جمعی از صاحب نظران پی به اهمیت اطلاعات بهداشتی درمانی برده و تحقق شعار «ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از طریق ارتقای کیفیت اطلاعات» را جزء اهداف اصلی خود قرار داده اند. این مسئله به نوبه خود برنامه‌های کنترل کیفی در بیمارستان‌ها را ایجاب می‌کند. مراکز و موسسات درمانی باید برنامه کنترل کیفی مکتوب داشته باشند که به وسیله کادر پزشکی و اداری و هیات رئیسه آنها به تصویب رسیده باشد. علاوه بر این مراکز موسسات درمانی باید کنترل کیفی را به منظور ارزیابی مستمر کیفیت مراقبت‌های درمانی بطور مداوم اعمال نمایند. هدف از این کار دسترسی به بالاترین استاندارد مراقبت‌های بیمار است که می‌تواند از طریق منابع قابل دسترسی تحقق یابد (۴). نانسی استیمفل[1] عنوان می‌دارد که در بررسی و مشاهده پرونده‌های پزشکی، با تعداد زیادی از پرونده‌ها مواجه شده است که در زیر سطح مطلوب بوده اند و یا اینکه محتویات مهمی از آنها از دست رفته بود (۵). در مطالعه صورت گرفته توسط کلخواجه و همکارانشان برروی نتایج ارزشیابی واحدهای مدارک پزشکی و پرونده‌های پزشکی بیمارستانهای استان خوزستان در سال ۱۳۸۲ نشان دادکه تنها ۱۲ بیمارستان از مجموع ۳۶ بیمارستان در رتبه یک قرار داشتند (۶). طی پژوهشی با عنوان بررسی نحوه ثبت اطلاعات پرونده بیماران بستری توسط کادر پرستاری در مرکز آموزشی و درمانی استان اردبیل در سال ۸۳ توسط مهرناز مشعوفی و همکاران روی ۱۵۰ پرونده بیماران بستری نشان داده شد که متوسط ثبت کلی پرستار در پرونده پزشکی ۵۱/۲٪ بود (۷). براساس پژوهشی دیگر با عنوان مستند سازی مدارک پزشکی و کسورات اعمال شده اداره بیمه خدمات درمانی در بیمارستان‌های آموزشی اصفهان در سال۸۴، براساس مطالعه که بر روی۳۳۳ پرونده بیمارستانی که بیماران آن تحت پوشش خدمات درمانی و دارای کسورات بالای ۲۰۰۰۰ ریال بودند. نشان داد بطور متوسط به هر پرونده بیمارستانی که بیمار آن تحت پوشش بیمه خدمات درمانی است ۳۳۰ هزار ریال کسورات اعمال می‌شود. علل مهم این کسورات براساس بررسی پژوهشگران ثبت ناقص مستندات پرونده‌ها توسط اعضای تیم درمان در بیمارستان هاست که هر کدام به نحوی در مستند کردن خدمات ارائه شده به بیماران در پرونده بیمارستان کوتاهی و بی دقتی می‌نمایند (۸).

در مطالعه ای با عنوان ارزیابی ثبت اطلاعات در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال ۸۰ توسط مشعوفی و همکاران برروی ۳۷۰ پرونده بیمارستانی نشان داده شد که تنها ۳۵٪ از اطلاعات بالینی مربوط به برگ پذیرش و خلاصه ترخیص تکمیل گردیده است (۹). و در مطالعه‌ی دیگر با عنوان بررسی وضعیت ثبت اطلاعات در پرونده‌های بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال۸۸ برروی ۴۵۷ پرونده بیمارستانی نشان داد که هیچ یک از اوراق پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل نگردیده بود (۱۰). همچنین در مطالعه ای که توسط شانون و همکاران در بیمارستانهای امریکا صورت گرفت، نشان داد که پرونده بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونر[2] غالباً فاقد یکی از عناصر کلیدی مربوط به شرح حال و معاینات فیزیکی بود بیماران معالجه شده در بیمارستانها با پرونده‌های پزشکی کامل و با کیفیت بطور مشخصی مرگ و میر کمتری را نشان می‌دهند و احتمال دریافت خدمات پزشکی مبتنی بر شواهد بیشتری را نیز دارند. ارتباط بین ثبت‌های پزشکی بهتر و مراقبت پزشکی بهتر می‌تواند منجر به ارائه روشهای جدید برای نظارت و بهبود کیفیت مراقبت پزشکی شود (۱۱). با توجه به اهمیت موضوع و بررسی تاثیر آموزش بر میزان تکمیل بودن پرونده‌های پزشکی و از آنجا که تاکنون مطالعه ای در این خصوص در سطح استان انجام نشده است، مطالعه حاضر به بررسی کمی نحوه ثبت در ۹ برگ اصلی پرونده شامل؛ برگ پذیرش و خلاصه ترخیص، خلاصه پرونده، شرح حال، سیر بیماری، دستورات پزشک، گزارش پرستار، کنترل علائم حیاتی، نمودار علائم حیاتی،گزارش آزمایشگاه در دو نوبت قبل و بعد از آموزش در بیمارستانهای دانشگاهی شهرستان بجنورد پرداخت.

1-Nancy Stimpfel

2-NSTE ACS:Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2024-10-12]

روش کار

این پژوهش، از نوع مطالعات نیمه تجربی می‌باشد که به بررسی کمی اطلاعات ۹ برگ اصلی پرونده پزشکی بیماران ترخیص شده از بخشهای بستری بیمارستانهای دانشگاهی شهرستان بجنورد در سال ۸۸ پرداخت. حجم نمونه با اطمینان ۹۵٪ و خطای ۵٪، ۳۵۵ پرونده برآورد شد که سپس با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده و با توجه به تعداد بیمار بستری در هریک از بیمارستانهای دانشگاهی در شهرستان بجنورد، این تعداد نمونه از بین بیمارستانها انتخاب گردید، بیمارستان امام رضا (ع) با ۱۳۴ نمونه بیمارستان امام علی (ع) با ۱۱۷ نمونه و بیمارستان بنت الهدی با ۱۰۴ نمونه، سپس پرونده‌ها بصورت تصادفی از هر بیمارستان انتخاب شدند. ابزار گرداوری داده‌ها شامل ۹ فرم در رابطه با ارزیابی کمی پرونده می‌باشد که به بررسی ۹ برگ از اوراق اصلی پرونده پزشکی می‌پردازد که از چک لیستهای استاندارد ارزیابی محتویات پرونده پزشکی استفاده شد (۴).

در این روش ابتدا وضعیت پرونده‌ها قبل از آموزش مورد بررسی قرار گرفت و سپس با توجه به اینکه آموزش بعنوان عامل مداخله ای انتخاب شده بود به آموزش پزشکان و کارکنان درگیر در امر مستندسازی پرداخته شد. آموزش بصورت برگزاری دو دوره آموزشی به روش‌های سخنرانی و پمفلت با عنوان اصول صحیح مستند سازی جهت پزشکان و گروه مستند ساز (گروه پرستاری و پیرا پزشکی) توسط دو تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و نویسنده اول مقاله برگزار شد. با توجه به اینکه پرونده‌های پزشکی در زمان انجام مداخله با تاخیری چند ماهه به بخش مدارک پزشکی ارسال می‌شوند لذا پرونده‌ها پس از ۵ ماه از برگزاری دوره آموزشی مورد بررسی مجدد قرار گرفتند. آنگاه داده‌های بدست آمده به کمک نرم افزارSPSS 15 و با استفاده از آمار توصیفی و آزمونهای تی وابسته، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین وضعیت پرونده‌های پزشکی قبل و بعد از آموزش توسط آزمون تی مورد آزمون قرار گرفت که در تمامی برگه‌ها، میانگین افزایش داشته واختلاف معنی داری ملاحظه شد ($P<۰/۰۰۱$) بجز برگ آزمایش که میانگین قبل و بعد اختلاف معنی داری را نشان نداد (جدول ۱). در ارزیابی صورت گرفته درصد تکمیل بودن پرونده قبل از آموزش۷۵٪ و بعد از آموزش ۷۹٪ محاسبه گردید (جدول ۲). در ارزیابی ۹ برگ مورد بررسی بیشترین درصد تکمیل قبل از آموزش (۹۰/۴۵٪) و بعد از آموزش (۹۳/۵۵٪) مربوط به برگ گزارش دستورات پزشک بود. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه اختلاف معنی داری بین میانگین برگ‌های پرونده‌های پزشکی در سه بیمارستان مورد مطالعه نشان داد (جدول ۳).

الف- قبل از آموزش: بیمارستان امام رضا (ع) با میانگین ۱۰/۳۵±۲۱۹/۳۱ نسبت به دو بیمارستان دیگر در وضعیت بالاتری قرار داشت. بین میانگین تکمیل بودن برگ‌های پرونده‌های پزشکی تمامی بیمارستانهای مورد بررسی اختلاف معنی داری وجود داشت جهت مشخص کردن اختلاف بین بیمارستانها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد بیمارستان امام علی (ع) دربرگ پذیرش و خلاصه ترخیص دارای میانگین بالاتری بود و بیمارستان بنت الهدی در برگ شرح حال، گزارش پرستار و نمودار علائم حیاتی میانگین بالاتری داشت، بیمارستان امام رضا (ع) نیز در برگ سیر بیماری، دستورات پزشک و کنترل علائم حیاتی و خلاصه پرونده نسبت به سایر بیمارستانها میانگین بالاتری را در پرکردن پرونده‌ها داشت (جدول ۲).

ب- پس از آموزش: بیمارستان بنت الهدی با میانگین ۶/۳۶±۲۲۶/۳۷ نسبت به دو بیمارستان دیگر در وضعیت بالاتری قرار داشت. بیمارستان امام علی (ع) در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص و نمودار علائم حیاتی دارای میانگین بالاتر، بیمارستان بنت الهدی در برگ شرح حال و بیمارستان امام رضا (ع) در برگ خلاصه پرونده، سیر بیماری، دستورات پزشک، گزارش پرستار، برگ کنترل علائم حیاتی و آزمایش نسبت به سایر بیمارستانها میانگین بالاتری را در پر کردن پرونده‌ها داشت. در ارزیابی برگ پذیرش و خلاصه ترخیص، قبل از آموزش (۷۸٪) شاخص‌ها تکمیل شده بود که بعد از آموزش درصد تکمیل به (۸۰٪) رسید که تفاوت معنی داری بین شاخص‌های تکمیل شده و تکمیل نشده قبل و بعد از آموزش وجود داشت ($P<۰/۰۰۱$)، که این اختلاف در بین ۱۵ شاخص (شاخص‌های وضعیت تاهل، شماره شناسنامه، محل تولد و صدور شناسنامه، سابقه بستری و دفعات آن، بخش بستری، نحوه پرداخت هزینه، تاریخ انتقال، اعمال جراحی با قید تاریخ ، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه‌های پس از ترخیص، در صورت فوت بیمار - تاریخ و ساعت فوت، در صورت انجام مشاوره، تعداد روز بیمار، تکمیل فرم‌های رضایت نامه – اجازه معالجه و عمل جراحی، تکمیل فرم‌های رضایت نامه اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی) از ۴۳ شاخص این برگ وجود داشت. در بررسی نتایج بعد از آموزش، بیشترین میزان تکمیل بودن این برگ مربوط به شاخص‌های شماره پرونده، نام و نام خانوادگی، تاریخ و ساعت پذیرش، اجازه ترخیص با میل شخصی ۱۰۰٪، نام پدر(۹۹/۷٪) و آدرس و تلفن بیمار (۹۹/۲٪) و کمترین میزان مربوط به شاخص‌های ثبت نتایج مهم و مثبت آزمایش (۳/۷٪)، نام پزشک یا درمانگاه جهت مراجعه بیمار پس از ترخیص (۶/۹٪)، توصیه‌های پس از ترخیص (۸/۲٪) بوده است. در ارزیابی برگ خلاصه پرونده، قبل از آموزش (۵۷٪) شاخص‌ها تکمیل شده بود که بعد از

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2024-10-12]

جدول ۱: مقایسه میانگین میزان تکمیل بودن پرونده های پزشکی قبل و بعد از آموزش در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهرستان بجنورد درسال۸۸

نام برگ	قبل از آموزش	بعد از آموزش	سطح معنی داری آزمون t- test جهت مقایسه میانگین هر برگ قبل و بعد از آموزش
پذیرش و خلاصه ترخیص	۶۰/۰۳ ± ۴	۶۲/۱۱ ± ۴/۵	* P<۰/۰۰۱
خلاصه پرونده	۲۹ /۸ ± ۱/۶	۳۱ /۳ ± ۱/۷	* P<۰/۰۰۱
شرح حال	۲۳ /۴ ± ۲/۶	۲۳ /۹ ± ۲/۵	* P<۰/۰۰۶
سیر بیماری	۱۶/۸۹ ± ۳/۴	۱۷ / ۶ ± ۲/۵	* P= ۰/۰۰۲
دستورات پزشک	۱۷ /۱۴ ± ۱	۱۷ /۴۲ ± ۰/۷	* P<۰/۰۰۱
گزارش پرستار	۱۹ /۷۸ ± ۱	۲۰/۲۷ ±۱ /۱	* P<۰/۰۰۱
کنترل علائم حیاتی	۱۷ /۴۲ ± ۴	۱۸ /۴ ± ۱/۶	* P<۰/۰۰۱
نمودار علائم حیاتی	۱۷/۵۴ ± ۳/۵	۱۸ / ۳ ± ۳/۸	* P<۰/۰۰۶
ازمایش	۱۴/۸۲± ۳/۴	۱۴ /۸۲ ± ۴/۱	p= ۰/۹
جمع	۲۱۶/۸±۹/۶	۲۲۴/۱۸±۱۸	* P<۰/۰۰۱

* significance when P<۰/۰۵

جدول ۲ : مقایسه درصد تکمیل بودن پرونده های پزشکی قبل و بعد از آموزش در بیمارستانهای دانشگاهی شهرستان بجنورد درسال۸۸

نام برگ	قبل ازآموزش		بعد از آموزش		سطح معنی داری آزمون مک نمارجهت بررسی شاخص‌های تکمیل شده و تکمیل نشده قبل و بعد از آموزش
	بلی	خیر	بلی	خیر	
	(فراوانی) درصد	(فراوانی) درصد	(فراوانی) درصد	(فراوانی) درصد	
پذیرش و خلاصه ترخیص	٪۷۸ (۹۴۶۷)	٪ ۲۲ (۲۶۸۹)	٪۸۰ (۹۹۳۰)	٪۲۰ (۲۵۱۵)	* P<۰/۰۰۱
خلاصه پرونده	٪۵۷ (۳۸۴۱)	٪۴۳ (۲۹۰۰)	٪۶۵ (۴۳۶۸)	٪۳۵ (۲۳۶۹)	* P<۰/۰۰۱
شرح حال	٪۶۷ (۳۳۳۹)	٪۳۳ (۱۶۳۱)	٪۷۱ (۳۵۲۸)	٪۲۹ (۱۴۴۲)	* P<۰/۰۰۱
سیر بیماری	٪۷۲ (۲۵۰۵)	٪۲۸ (۹۸۵)	٪۷۶ (۲۶۹۷)	٪۲۴(۸۵۳)	* P<۰/۰۰۱
دستورات پزشک	٪۹۰/۴۵ (۲۸۹۰)	٪۹/۵۵ (۳۰۵)	٪۹۳/۵۵ (۲۹۸۹)	٪۶/۴۵ (۲۰۶)	* P<۰/۰۰۱
گزارش پرستار	٪۷۹/۸۵ (۳۱۱۸)	٪۲۰/۱۵(۷۸۷)	٪۸۴/۲۵ (۳۲۹۰)	٪۱۵/۷۵ (۶۱۵)	* P<۰/۰۰۱
کنترل علائم حیاتی	٪۸۳/۵۶ (۲۸۱۶)	٪۱۶/۴۴ (۵۵۴)	٪۸۵/۶ (۳۰۲۱)	٪۱۴/۴(۵۰۹)	* P<۰/۰۰۱
نمودار علائم حیاتی	٪۷۴ (۲۶۴۷)	٪۲۶/۱ (۹۳۴)	٪۸۰ (۲۸۹۰)	٪۱۹/۸ (۷۱۳)	* P<۰/۰۰۱
آزمایش	٪۶۹/۴۴ (۲۱۵۶)	٪۳۰/۵۶ (۹۴۹)	٪۷۸/۱۸ (۲۳۰۸)	٪۲۱/۸۲ (۶۴۴)	* P<۰/۰۰۱

* significance when P <۰/۰۵

جدول ۳: مقایسه میانگین میزان تکمیل بودن پرونده‌های پزشکی قبل و بعد از آموزش در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهرستان بجنورد در سال ۸۸

نام برگ	قبل از آموزش				بعد از آموزش				میانگین تفاضل نتایج قبل و بعد از آموزش در بین بیمارستانها		
	بیمارستان امام علی (ع)	بیمارستان بنت الهدی	بیمارستان امام رضا(ع)	آزمون تعقیبی	بیمارستان امام علی (ع)	بیمارستان بنت الهدی	بیمارستان امام رضا(ع)	آزمون تعقیبی	بیمارستان امام علی (ع)	بیمارستان بنت الهدی	بیمارستان امام رضا(ع)
پذیرش و خلاصه ترخیص	۶۲/۴۵±۴/۳	۵۸/۵۷±۲/۲۷	۵۹/۰۵±۳/۸	A-C، A-B	۶۴/۴±۴/۶۶	۶۱/۳۲±۴/۲۴	۶۰/۷۳±۳/۸۷	A-C، A-B	*۱/۹۵±۶/۷	*۲/۷±۵	*۱/۶۸±۵/۴
خلاصه پرونده	۳۰/۰۴±۱/۲۹	۲۸/۵۶±۱/۱۲	۳۰/۵۷±۱/۶۲	A-C B-C ،A-B	۳۰/۷۹±۱/۲	۳۰/۸±۱/۶۳	۳۲/۰۹±۱/۷۶	A-C، B-C	*۰/۷۴±۱/۴	*۲/۲±۱/۶	*۱/۵۱±۲۰/۰۵
شرح حال	۲۲/۶۵±۱/۷۲	۲۵/۵±۱	۲۲/۴۴±۳/۱۸	B-C، A-B	۲۳/۳۸±۱/۶۷	۲۵/۸۱±۱/۴۲	۲۲/۹۸±۳/۰۲	B-C، A-B	*۰/۷۳±۲۰/۰۲	*۰/۳۱±۱۰/۵	*۰/۵۴±۲۰/۲
سیر بیماری	۱۴/۶۲±۴	۱۷/۷۲±۰,۹۲	۱۸/۲۲±۳	A-C، A-B	۱۶/۲۷±۳/۱۱	۱۷/۹۳±۰/۹۷	۱۸/۴۹±۲/۳	A-C، A-B	*۱/۶۵±۴۰/۵۶	۰/۲۱±۱۰/۲	۰/۲۸±۳/۳
دستورات پزشک	۱۷/۲۲±۰,۹۶	۱۶/۴۳±۰,۷۸	۱۷/۶۲±۰,۸	A-C B-C، A-B	۱۷/۵±۰/۷۱	۱۶/۹±۰/۷۹	۱۷/۷۴±۰/۵۱	A-C B-C،A-B	*۰/۲۸±۰/۷	*۰/۴۷±۰/۸	*۰/۱۳±۰۰/۶۲
گزارش پرستار	۱۹/۵۲±۱/۰۳	۲۰/۲±۰/۸۷	۱۹/۶۹±۱/۱	B-C،A-B	۱۹/۸±۱/۱۸	۲۰/۴۱±۰/۹۵	۲۰/۵۶±۱	A-C،A-B	*۰/۲۸±۰/۷	*۰/۲۲±۱/۱	*۰/۸۷±۱/۳
کنترل علائم حیاتی	۱۷/۳۳±۳/۸	۱۶/۰۶±۵/۲۴	۱۸/۵۷±۲/۲۷	B-C A-C ،A-B	۱۸/۱۰±۲/۴۴	۱۸/۵۷±۰/۷۶	۱۸/۶۷±۱/۰۷	A-C	*۰/۷۷±۴/۴	*۲/۵±۵	۰/۱±۲/۲
نمودار علائم حیاتی	۱۸/۱۴±۳/۵۴	۱۸/۱۸±۱/۶۵	۱۶/۵۱±۴/۱۴	B-C، A-C	۱۹/۶۴±۳/۴۵	۱۸/۹±۱/۱	۱۶/۶۵±۴/۸	A-C ، B-C	*۱/۵±۳/۱	*۰/۷±۱/۶	۰/۱۴±۴/۰۶
آزمایش	۱۱/۸۱±۳/۹۳	۱۵/۵۸±۰/۷۲	۱۶/۶۴±۲/۳۳	A-C، A-B	۱۱/۶۱±۴/۷	۱۵/۷۵±۲/۲۲	۱۶/۹±۲/۹	A-C B-C،A-B	۰/۲±۴/۸	۰/۱±۲/۲	۰/۲۵±۳/۱
جمع	۲۱۳/۸±۱۰/۳۳	۲۱۷/۰۷±۶/۵	۲۱۹/۳۱±۱۰/۳	A-C، A-B	۲۲۱/۵±۸/۹۴	۲۲۶/۳۷±۶/۳۶	۲۲۴/۸۱±۱۰/۱۹	A-C، A-B	*۷/۷±۱۱/۰۵	*۹/۳±۷/۶	*۵/۵±۹/۳

* significance when P<۰/۰۵

بیمارستان امام علی (ع) =A

بیمارستان بنت الهدی=B

بیمارستان امام رضا(ع)=C

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2024-10-12]

آموزش درصد تکمیل به (۶۵٪) رسید تفاوت معنی داری بین شاخص‌های تکمیل شده و تکمیل نشده قبل و بعد از آموزش وجود داشت (P<۰/۰۰۱)، که این اختلاف در بین ۷ شاخص (شاخص ثبت جنس، وضعیت تاهل، نام پزشک معالج، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه‌های پس از ترخیص، تاریخ پذیرش، نام و امضا پزشک معالج) از ۱۹ شاخص این برگ وجود داشت. در بررسی نتایج بعد از آموزش، بیشترین میزان تکمیل بودن مربوط به شاخص‌های نام و نام خانوادگی و نام و امضا پزشک معالج (۹۹/۷٪) و شماره پرونده (۹۸/۹٪) و کمترین میزان مربوط به شاخص شغل(۷٪) و آدرس و شماره تلفن بیمار (۸/۵٪) و توصیه‌های پس از ترخیص (۱۳/۲٪) بوده است. در ارزیابی برگ شرح حال، قبل از آموزش (۶۷٪) شاخص‌ها تکمیل شده بود که بعد از آموزش درصد تکمیل به (۷۱٪) رسید تفاوت معنی داری بین شاخص‌های تکمیل شده و تکمیل نشده قبل و بعد از آموزش وجود داشت (P<۰/۰۰۱)، که این اختلاف در بین ۲ شاخص (بخش بستری، گزارشات معاینات بدنی و بررسیهای بالینی) از ۱۴ شاخص مورد بررسی وجود داشت در بررسی نتایج بعد از آموزش، بیشترین میزان تکمیل بودن مربوط به شاخص‌ها نام و نام خانوادگی (۹۴/۴٪) و نام و امضا پزشک معالج (۹۳/۵٪) و شماره پرونده (۹۲/۴٪) و کمترین میزان مربوط به شاخص داروهای مصرفی و حساسیت‌ها (۲۸/۲٪) و سوابق فامیلی (۲۸/۵٪) و گزارش معاینات بدنی و بررسیهای بالینی (۲۹/۶٪) بوده است. در ارزیابی برگ سیر بیماری، قبل از آموزش (۷۲٪) شاخص‌ها تکمیل شده بود که بعد از آموزش درصد تکمیل به (۷۶٪) رسید، تفاوت معنی داری بین شاخص‌های تکمیل شده و تکمیل نشده قبل و بعد از آموزش وجود داشت (P<۰/۰۰۱)، که این اختلاف در بین ۵ شاخص (آیتم تاریخ پذیرش، بخش بستری، وضعیت بیمار هنگام پذیرش، پیشرفت معالجات با قید تاریخ، امضا پزشک معالج) از ۱۰ شاخص مورد بررسی وجود داشت. در بررسی نتایج بعد از آموزش، بیشترین میزان تکمیل بودن مربوط به شاخص‌های نام و نام خانوادگی (۸۹/۵٪) و تاریخ پذیرش (۸۹/۳٪) و شماره پرونده (۸۸/۵٪) و کمترین میزان مربوط به شاخص پیشرفت معالجات با قید تاریخ (۳۹/۲٪) و وضعیت بیمار هنگام پذیرش (۴۸/۷٪) بوده است. در ارزیابی برگ دستورات پزشک، قبل از آموزش (۹۰/۴۵٪) شاخص‌ها تکمیل شده بود که بعد از آموزش درصد تکمیل به (۹۳/۵۵٪) رسید. تفاوت معنی داری بین شاخص‌های تکمیل شده و تکمیل نشده قبل و بعد از آموزش وجود داشت (P<۰/۰۰۱)، که این اختلاف در بین۲ شاخص (آیتم شماره پرونده ، نام پزشک معالج) از ۹ شاخص مورد بررسی وجود داشت. در بررسی نتایج بعد از آموزش، بیشترین میزان تکمیل بودن مربوط به شاخص امضاء پزشک معالج و پرستار (۱۰۰٪) و نام و نام خانوادگی (۹۹/۷٪) و شماره پرونده (۹۷/۷٪) و کمترین میزان مربوط به شاخص بخش بستری (۸۰٪) بوده است. در ارزیابی برگ گزارش پرستاری، قبل از آموزش (۷۹/۸۵٪) شاخص‌ها تکمیل شده بود که بعد از آموزش درصد تکمیل به (۸۴/۲۵٪) رسید تفاوت معنی داری بین شاخص‌های تکمیل شده و تکمیل نشده قبل و بعد از آموزش وجود داشت (P<۰/۰۰۱)، که این اختلاف در بین ۴ شاخص (آیتم شماره پرونده، نام پزشک معالج، وضع سلامتی حقیقی بیمار هنگام ترخیص، انتقال اطلاعات به بیمار در زمان مناسب) از۱۱ شاخص مورد بررسی وجود داشت. در بررسی نتایج بعد از آموزش، بیشترین میزان تکمیل بودن مربوط به شاخص‌های نام و نام خانوادگی(۹۹/۷٪) و اقدامات داروی و درمانی انجام شده با قید تاریخ، ساعت و امضاء پرستار(۹۸/۹٪) و شماره پرونده (۹۷/۵٪) و کمترین میزان مربوط به شاخص وضع سلامتی حقیقی بیمار در هنگام ترخیص (۴۹/۶٪) و دستورات پس از ترخیص (۵۸/۶٪) بوده است. در ارزیابی برگ کنترل علائم حیاتی، قبل از آموزش (۸۳/۵۶٪) شاخص‌ها تکمیل شده بود که بعد از آموزش درصد تکمیل به (۸۵/۶٪) رسید تفاوت معنی داری بین شاخص‌های تکمیل شده و تکمیل نشده قبل و بعد از آموزش وجود داشت (P<۰/۰۰۱)، ولی این اختلاف بین ۱۰ آیتم مورد بررسی این فرم وجود نداشت. در بررسی نتایج بعد از آموزش، بیشترین میزان تکمیل بودن مربوط به شاخص‌های نام و نام خانوادگی (۱۰۰٪) و امضاء پرستار بخش (۹۹/۲٪) و علائم حیاتی با قید تاریخ و ساعت (۹۹/۲٪) و کمترین میزان مربوط به شاخص ملاحظات و مشاهدات انجام شده (۱۶/۴٪) می‌باشد. در ارزیابی برگ نمودار علائم حیاتی، قبل از آموزش (۷۴٪) شاخص‌ها تکمیل شده بود که بعد از آموزش درصد تکمیل به (۸۰٪) رسید، تفاوت معنی داری بین شاخص‌های تکمیل شده و تکمیل نشده قبل و بعد از آموزش وجود داشت (P<۰/۰۰۱)، که این اختلاف در بین ۳ شاخص (آیتم بخش بستری، روزهای بستری، تکمیل کادر مربوط به جذب و دفع مایعات) از ۱۱ شاخص مورد بررسی وجود داشت. در بررسی نتایج بعد از آموزش، بیشترین میزان تکمیل بودن مربوط به شاخص‌های نام و نام خانوادگی(۱۰۰٪) و شماره پرونده (۹۷/۹٪) و کمترین میزان مربوط به شاخص‌های روزهای بعد از عمل (۱۶/۲٪) و تکمیل کادر مربوط به جذب و دفع مایعات (۳۹/۴٪) بوده است. در ارزیابی برگ گزارش آزمایشگاه، قبل از آموزش (۶۹/۴۴٪) شاخص‌ها تکمیل شده بود که بعد از آموزش درصد تکمیل به (۷۸/۱۸٪) رسید، تفاوت معنی داری بین شاخص‌های تکمیل شده و تکمیل نشده قبل و بعد از آموزش وجود داشت (P<۰/۰۰۱)، که بین ۹ آیتم مورد بررسی این برگ نیز اختلافی وجود نداشت. در بررسی نتایج بعد از آموزش، بیشترین میزان تکمیل بودن مربوط به شاخص الصاق گزارشات نتایج آزمایشگاهی به برگ آزمایشگاه و اطلاعات آن می‌باشد (۱۰۰٪) و کمترین میزان مربوط به شاخص بخش بستری (۵۶/۷٪) و

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2024-10-12]

نام پزشک معالج (۶۴/۳٪) بوده است. در این بررسی بیشترین تفاوت حاصل شده پس از آموزش در بیمارستان بنت‌الهدی مشاهده شد، برگه‌های پذیرش، خلاصه ترخیص، خلاصه پرونده، سیر بیماری، کنترل علائم حیاتی بیشترین میانگین تفاضل نتایج قبل و بعد از آموزش را در این بیمارستان داشتند و کمترین تفاوت حاصل شده در بیمارستان امام رضا (ع) مشاهده شد برگه‌های پذیرش، خلاصه ترخیص، دستورات پزشک،کنترل علائم حیاتی، نمودار علائم حیاتی،کمترین میانگین تفاضل نتایج قبل و بعد از آموزش را نسبت به دو بیمارستان دیگر داشتند (جدول ۳).

بحث

براساس کاوش پژوهشگران این مطالعه، تاکنون پژوهشی در خصوص تاثیر آموزش بر میزان تکمیل بودن پرونده‌های پزشکی یا عناوین مشابه انجام نشده است. پژوهش‌های موجود فقط به ارزیابی وضعیت مستند سازی اوراق پرونده پزشکی پرداخته‌اند.

در مطالعه انجام شده توسط خوشباطن و همکاران نیز عنوان شد که برگزاری کارگاه‌های آموزشی بهبود چشمگیری در وضعیت ثبت پرونده‌های پزشکی داشته است، که نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر را تایید می‌کند (۱۲). کلارک[1] در پژوهشی با عنوان اثر برنامه آموزش مداوم بر عملکرد پرستاری و نتایج مورد انتظار بر بیمار، اظهار می‌دارد که پس از برنامه آموزش مداوم، اجرا، ثبت و گزارش نویسی تداخلات مناسب پرستاری تا ۳۰٪ بهبود و توسعه داشته که نشان دهنده ارتباط قوی بین اجرای برنامه آموزش مداوم و توسعه اقدامات پرستاری است (۱۳). همچنین در مطالعات صورت گرفته توسط مهتاب کرمی در کاشان و بالاغفاری در مازندران عنوان گردید که عامل آگاهی و نگرش، از بین دو عامل دیگر رویه‌ها و استانداردها و پیگیری و نظارت، بیشترین تاثیر را برافزایش کیفیت مستندات دارد (۱۵،۱۴). بیشترین میزان تکمیل اوراق پرونده پزشکی پس از آموزش، مربوط به برگ دستورات پزشک، کنترل علائم حیاتی و گزارش پرستاری و کمترین میزان مربوط به برگ خلاصه پرونده و برگ شرح حال و سیر بیماری می‌باشد. آریایی نیز در مطالعه خود نشان داد که بیشترین درصد تکمیل محتویات اوراق پزشکی بر حسب مولفه‌های کمی مربوط به برگ گزارش پرستار بوده است که در دامنه بزرگتر از ۶۷ ٪ تکمیل شده بود و میزان تکمیل محتویات اوراق پذیرش، شرح حال، سیر بیماری، دستورات پزشکی، نمودار علائم حیاتی در حد متوسط و در دامنه ۷۰-۵۰ درصد تکمیل شده بود و میزان تکمیل محتویات اوراق خلاصه پرونده،کنترل علائم حیاتی، گزارش آزمایشگاه، گزارش رادیولوژی، در حد ضعیف و در دامنه کوچکتر از ۵۰٪ تکمیل شده بود (۱۶). با توجه به اینکه کمترین میزان ثبت مربوط به ۳ برگ خلاصه پرونده و شرح حال و سیر بیماری است که بایستی توسط پزشکان تکمیل گردد، می‌توان گفت بیشترین نقص مربوط به مستند سازی پزشکان می‌باشد که در مطالعه ربیعی و همکاران در همدان نیز نشان داد که ثبت اطلاعات مرتبط با اعضای هیئت علمی و دانشجویی نواقص جدی دارد و هیچ یک از مقوله‌های مورد بررسی بطور ۱۰۰٪ تکمیل نشده بود (۱۰). در مطالعه مشعوفی در اردبیل نیز ۸۳/۴٪ اطلاعات مربوط به برگ کنترل علائم حیاتی و ۹۶/۳٪ اطلاعات مربوط به برگ گزارش پرستاری تکمیل گردیده بود (۷). در مطالعه دیگری که در کشور انگلستان انجام شده است؛ مشخص گردید که ۸۳٪ از پرونده‌های پزشکی از لحاظ مستند سازی علائم حیاتی و سیر بیماری که توسط پزشکان و پرستاران تکمیل می‌گردد، ناقص می‌باشد (۱۷). خوشباطن نیز اظهار داشت که وضعیت ثبت پرونده‌های پزشکی در هر دو دانشگاه تبریز و اردبیل اشکالات چشمگیر داشته و به خصوص در مورد ثبت شرح حال و یادداشت روزانه کلیه گروه‌ها و همچنین وضعیت کیفی ثبت پرونده‌ها و درج دستورهای پزشکی، اشکال فراوانی وجود داشت (۱۸). سبحانی در مطالعه خود در گیلان بیان داشت که کیفیت شرح حال نویسی و نوشتن خلاصه پرونده‌ها به شدت نامطلوب است (۱۹). ناهید توکلی نیز در مطالعه خود در خصوص بررسی ناقص ماندن پرونده‌های پزشکی و راهکارهای پیشنهادی بیشترین علل ناقص بودن پرونده‌ها از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در بیمارستانها، عدم آموزش کافی کادر پزشکی نسبت به نحوه تکمیل اطلاعات پرونده و عدم نظارت پزشکان بر کار اینترن و رزیدنت در زمینه ثبت اطلاعات پرونده‌ها دانسته است. (۲۰).

نتیجه گیری

این بررسی نشان می‌دهد که آموزش تاثیر مثبتی بر میزان تکمیل بودن پرونده پزشکی دارد و کلیه مراکز نیاز به آموزش در زمینه بالا بردن کیفیت مستند سازی پرونده‌های پزشکی بصورت منظم و مستمر دارند. برنامه آموزش منجر به رشد ۶ درصدی در تکمیل پرونده‌ها بعد از آموزش شده است.

تشکر و قدردانی

باتشکر از مدیریت محترم پژوهشی و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی که انجام این پژوهش را امکان پذیر نمودند و همچنین از زحمات سرکار خانم فاطمه ارجمند، ناهید قلیچی، صدیقه مجردی و نجمه موذنی و سلمازسادات محمودیان نیز تقدیر و تشکر می‌نمایم.

1-Therese Clarke

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2024-10-12]

References

1. Ahmadi M, Asadi F, Jalali fard B , Sadoughi F , Health information management (managing a strategic resource), Tehran 2004[Persian].
2. Moradi Gh, New aspects of health information management ,Tehran 2004, 96 [Persian].
3. Langarizadeh M, Interpreters Group, Health Information Management, Tehran 2003,195 [Persian].
4. Hajvy A, Sarbaz M, Moradi N, Medical records (3, 4) , Tehran 2003, 239-240 [Persian].
5. Stimpfel N, The importance of proper medical record documentation, Available from: URL: http://www.transformed.com/workingpapers/qualitymedicalcharts.pdf,(accessed:2007).
6. Ghorbani kalkhajeh S, Fakor M, Assessment of medical records units of evaluation results on hospitals in Khuzestan 2003, Available from:URL: http://www.ddopa.ir/ddopfarsic/magile/4/doc, (accessed:2003).
7. Mashoufi M, Movahedpour, Refahi S, Tazakori Z, Feizi I , Survey of Documentation Inpatient's Files by Nursing Staff in the Hospital of Ardabil , Journal - Research Nursing Hamadan 2004; 1(25):31-38[Persian].
8. Tavakoli N, Saghaeean Nejad S, Rezayatmand M, Moshaveree M, Ghaderee I, Hospital records documentation and medical insurance cuts, Health Information Management 2006;3(2):53-61 [Persian].
9. Mashoufee M, Amanee F, Rostamee KH, Hospital records assessment in Ardabil educational hospitals, Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services 2004; 4(1):43-49 [Persian].
10. Rabiee Seif M , Sedighi A, Mazdeh M, Dadras F, Shokouhee Solgi M, Moradi A, Study of Hospital Records Registration in Teaching Hospitals of Hamadan University of Medical Sciences in 2009, Scientific Journal of Hamadan university of Medical Sciences 2010; 2(16): 49-45 [Persian].
11. Shannon M, Dunlay, Medical records and quality of care in acute coronary syndromes, Arch Intern Med, 2008;168(15):1692-1698.
12. Khoshbaten M, Entezari M, Isazade far KH , GHafaru fard S ,Determination of re-education students and the faculty role in the improvement of medical record data files , proceeding of the 10th medical science education , Specialty Journal of Medical Education 2010; No.6 [Persian].
13. Clarke T, Abbenbroek B, Hardy L, The impact of a high dependency unit continuing education program on nursing practice and patient outcomes, Aust Crit Care 1996;9(4):138-149.
14. 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 MedicalSciences , Iranian Journal of Medical Education Win 2010; 9(4): 356-364 [Persian].
15. Balaghfari A, Siamian H, Aligolbandi K, “et al”, Knowledge, attitude and practice of medical students to the principles of documentation in Mazandaran University of Medical Sciences 2005, Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2006;15(49):73-80 [Persian].
16. Ariaee M , Hospital records content evaluation in Kerman general hospitals during 3first month in year1998, Management and Information in Medicine, Iran University of Medical Sciences 2001;4(10-11):65-70 [Persian].
17. Macgain F, Incomplete medical records after surgery, Medical journal of Australia, available from: URL : http://www.medicalnewstoday.com/articles/124305.php, (Accessed: oct 2008).
18. Isazadeh far K, Entezari M, Koshbaten M, Comparison of medical recording in internal medicine,general surgery, obstetric and pediatric wards of Tabriz and Ardabil medical universities, Journal of medical education & development Qazvin univ.of med.sci 2008;4(1):15-24[Persian].
19. Sobhani A, Shojaei H, Vaghari SA, Poormirzaei SH, Aranfar B, Ramezanian T, Assessment of record summaries and history taking in internal ward, Journal of Qazvin univ.of Med.sc 2000; 3(4):52-58[Persian].
20. Tavakoli N, Hospital record defect causes , managers and physicians proposals in Esfahan university of medical sciences, Management and Information in Health 2005;3(2):15-24 [Persian].

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2024-10-12]