

Evaluation of the Quality of Documentation in Medical Records: Defects, Causes and Solutions

Amir Torab-Miandoab¹, Leila Gholamhosseini^{1,2*}, Mahdi Basiri³, and Sogand Habibi-Chenaran⁴

¹ Department of Health Information Technology, School of Paramedical Sciences, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Cancer Epidemiology and Monitoring Research Center, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Department of Knowledge Management, Faculty of Social Science, AJA University of Command and Staff, Tehran, Iran.

⁴ Deputy of Treatment, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

ARTICLE INFO

Article Type:
Original Article

Article History:

Received: 2024/07/04

Accepted: 2024/08/18

Published: 2024/09/01

*Corresponding Author:

Leila Gholamhosseini

Email:

Le_hosseini@yahoo.com

Citation: Torab-Miandoab, Amir., Gholamhosseini, Leila., Basiri, Mahdi., & Habibi-Chenaran, Sogand. 2024. Journal of Paramedical Sciences and Military Health 2024; 19(1): 19-31.

Abstract

Introduction: The quality of documentation in medical records is considered as one of the vital components in the provision of healthcare services and it has a profound effect on clinical decision making, the quality of care and ultimately the conclusion of patients' health. However, there are significant shortcomings in this field that can have negative consequences on the health and well-being of patients. Therefore, the present study comprehensively investigated the deficiencies of documentation in medical records, identified the root causes of these deficiencies, and provided effective solutions to improve the quality of documentation.

Materials and Methods: The present study is a retrospective descriptive-analytical study that was conducted in six private hospitals in Tabriz from March to July 2024. 540 cases were selected using the simple sampling method. The data collection tool was a researcher-made checklist, whose validity and reliability were confirmed by experts. Two focus group meetings consisting of managers, doctors, nurses and health information management specialists were held in order to identify the causes of deficiencies and provide solutions. Data were analyzed using SPSS software version 23 and MAXQDA software version 22.

Results: The findings showed that 72.28% of all records were complete. Among the forms of the reviewed records, the admission and discharge summary form with 98.97% were among the most complete forms and the medical history and physical examination form with 42.27% were among the most incomplete forms. Furthermore, the admission staff had the highest documentation rate (89.51 %) and the medical staff had the lowest documentation rate (42.12 %). The average compliance with completeness of data in the reviewed documents was 71.53%, accuracy and precision of data was 80.71%, timeliness of data was 80.12%, consistency of data was 87.74% and reliability of data was 92.91%. The belief of doctors and paramedics that documentation is not part of the treatment process, the inappropriateness of the structure, content and information in the forms were the main causes of deficiencies. In the field of factors affecting the quality of documentation, there are various factors such as awareness and attitude, follow-up and monitoring, and procedures and standards.

Conclusion: Despite recent efforts to improve clinical documentation, the quality of documentation in some healthcare settings is still not optimal and there are significant problems in the documentation of records. Considering the relationship between the quality of documents and issues such as the continuation of care, the quality of care and legal issues, it is necessary for healthcare settings to investigate the process of documentation of medical records through intervention methods.

Keywords: Information, Medical Record, Quality, Documentation

ارزیابی کیفیت مستندسازی اطلاعات در پرونده‌های پزشکی: نواقص، علل و راهکارها

امیر تراب میان‌دوآب^۱، لیلا غلامحسینی^{۲،۱*}، مهدی بصیری^۳، سوگند حبیبی چناران^۴

^۱ گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران

^۲ مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی و پایش سرطان، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران

^۳ گروه مدیریت دانش، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه فرماندهی و ستاد آجا، تهران، ایران

^۴ معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۴

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۲۸

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۶/۱۱

* نویسنده مسئول: لیلا غلامحسینی

آدرس الکترونیکی:

Le_hosseini@yahoo.com

استناد: تراب میان‌دوآب امیر، غلامحسینی لیلا، بصیری مهدی، حبیبی چناران سوگند. ارزیابی کیفیت مستندسازی اطلاعات در پرونده‌های پزشکی: نواقص، علل و راهکارها. علوم پیراپزشکی و بهداشت نظامی. ۱۴۰۳؛ ۱۹: (۱): ۳۱-۱۹.

چکیده

مقدمه: کیفیت مستندسازی اطلاعات در پرونده‌های پزشکی، یکی از مؤلفه‌های حیاتی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی محسوب می‌شود و تأثیر عمیقی بر تصمیم‌گیری‌های بالینی، کیفیت درمان و در نهایت نتیجه‌گیری سلامت بیماران دارد. با این حال، نواقص قابل توجهی در این زمینه وجود دارد که می‌تواند عواقب منفی بر سلامت و رفاه بیماران داشته باشد. بنابراین مطالعه حاضر به بررسی جامع نواقص مستندسازی اطلاعات در پرونده‌های پزشکی، شناسایی علل ریشه‌ای این نواقص و ارائه راهکارهای مؤثر برای بهبود کیفیت مستندسازی پرداخت.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و گذشته‌نگر است که در شش بیمارستان خصوصی تبریز از فروردین تا تیر ۱۴۰۳ انجام شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری ساده تعداد ۵۴۰ پرونده انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌ها چک‌لیست محقق ساخته بود که روایی و پایایی آن توسط متخصصین تأیید شد. به منظور شناسایی علل نواقص و ارائه راهکارها، دو جلسه گروهی متمرکز متشکل از مدیران، پزشکان، پرستاران و متخصصان مدیریت اطلاعات سلامت برگزار گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۳ و MAXQDA نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ۷۲/۲۸ درصد از کل پرونده‌ها کامل بودند. از میان فرم‌های پرونده‌های بررسی شده فرم پذیرش و خلاصه ترخیص با ۹۸/۹۷ درصد جزء کامل ترین فرم‌ها و فرم شرح حال و معاینه بدنی با ۴۲/۲۷ درصد جزء ناقص ترین فرم‌ها بودند. همچنین کادر پذیرش بیشترین میزان ثبت (۸۹/۵۱ درصد) و کادر پزشکی کمترین میزان ثبت (۴۲/۱۲ درصد) را داشتند. میانگین رعایت ویژگی کامل بودن داده‌ها در مستندات مورد بررسی ۷۱/۵۳ درصد، صحت و دقت داده‌ها ۸۰/۷۱ درصد، به موقع و بهنگام بودن داده‌ها ۸۰/۱۲ درصد، همخوانی و همسانی داده‌ها ۸۷/۷۴ درصد و باورپذیری داده‌ها ۹۲/۹۱ درصد بود. باور پزشکان و پیراپزشکان مبنی بر در نظر نگرفتن مستندسازی به عنوان بخشی از فرآیند درمان و مناسب نبودن ساختار، مندرجات و اطلاعات موجود در فرم‌ها به عنوان اصلی ترین علل نواقص بود. در زمینه عوامل مؤثر بر کیفیت مستندسازی، عوامل مختلفی مانند آگاهی و نگرش، پیگیری و نظارت و رویه و استاندارد‌ها وجود دارند.

نتیجه‌گیری: علیرغم تلاش‌های اخیر برای بهبود ثبت اطلاعات، کیفیت مستندسازی در برخی مراکز همچنان مطلوب نیست و مشکلات قابل توجهی در ثبت پرونده‌ها وجود دارد. با توجه به ارتباط کیفیت اطلاعات با مواردی مانند ادامه درمان، کیفیت مراقبت و مسائل قانونی، ضروری است که مراکز درمانی از طریق روش‌های مداخله‌ای به بررسی روند ثبت مستندات پزشکی بپردازند.

کلیدواژه‌ها: اطلاعات، پرونده پزشکی، کیفیت، مستندسازی

مقدمه

اهمیت اطلاعات در دنیای امروز بر هیچ کس پوشیده نیست و نقش آن در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی درست غیرقابل انکار است. اطلاعات اساس پیشرفت و اقتدار هر سازمانی به شمار می‌رود (۱). صنعت مراقبت بهداشتی و درمانی نیز از این قاعده مستثنی نبوده و داشتن اطلاعات کامل و درست منبع تمام فعالیت‌ها در این صنعت محسوب می‌شود (۲). بیمارستان‌ها، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های حوزه سلامت، منبع اصلی اطلاعات از طریق پرونده‌های پزشکی هستند، که جهت ارتقاء وضعیت موجود، وجود مدیریت و برنامه‌ریزی صحیح و ارزیابی فعالیت‌ها اجتناب‌ناپذیر است. تکمیل اطلاعات در پرونده‌های پزشکی، به‌عنوان یکی از گام‌های مؤثر در این زمینه، اهمیت ویژه‌ای دارد (۳، ۴).

ثبت اطلاعات پزشکی در پرونده‌های بیمارستانی در حقیقت مستندسازی فعالیت‌های انجام‌شده توسط تیم پزشکی است و منعکس‌کننده فعالیت‌های پزشکان، پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی می‌باشد (۵). مستندسازی پرونده پزشکی، نیاز مهم قانونی و حرفه‌ای برای کلیه متخصصین در امور بهداشت و درمان است، زیرا مستندسازی مناسب، تبادل اطلاعات بیمار را برای همه اعضای تیم درمانی تسهیل می‌سازد و این خود برای تضمین کلیه مراقبت‌های ارائه‌شده به بیمار حیاتی است. همچنین پرونده‌های پزشکی می‌توانند برای برنامه‌ریزی و ارزیابی فرآیند درمان، آموزش، ارائه اطلاعات به سازمان‌ها، بازپرداخت‌ها، تداوم درمان، تحقیقات و اهداف قانونی مورد استفاده قرار گیرد (۶-۸).

با توجه به اینکه مستندسازی در پرونده پزشکی توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی از جمله پزشکان، پرستاران و سایر کادر درمان به‌عنوان فعالیت ثانویه تلقی می‌شود، ممکن است مستندسازی همیشه صحیح و کامل نباشد (۹). وجود اطلاعات ناقص در پرونده علاوه بر اینکه می‌تواند تبعات قانونی برای تیم پزشکی داشته باشد و منجر به کندی در روند تحقیقی در مسائل بیمارستانی گردد، باعث تکرار خدمات و هزینه‌های اضافی خواهد شد. همچنین پیامدهای متعددی از جمله کاهش کیفیت خدمات ارائه‌شده، افزایش خطاهای پزشکی و کاهش ایمنی بیمار به دنبال خواهد داشت و بیمار اولین فردی است که این پیامدها متوجه او خواهد شد. باید توجه کرد که ثبت ناقص مستندات علاوه بر مشکلات مطرح‌شده می‌تواند منجر به کسورات بیمه‌ای و تبعات مالی نیز گردد. بر اساس تحقیقات اخیر، مستندسازی ناکافی در پرونده‌های پزشکی می‌تواند تأثیرات منفی بر کیفیت کلی خدمات بهداشتی و درمانی داشته باشد و

به‌ویژه در شرایط بحران مانند شیوع بیماری‌ها، می‌تواند به چالش‌های جدی منجر شود. همچنین، مطالعه‌ای نشان می‌دهد که نواقص در مستندسازی می‌تواند به افزایش هزینه‌های درمان، کاهش رضایت بیماران و حتی تأخیر در تشخیص بیماری‌ها منجر گردد (۱۰-۱۳). نظر به اهمیت ویژه‌ی کامل و باکیفیت بودن پرونده‌های پزشکی و اهمیت اطلاعات آن در تصمیم‌گیری به موقع، ضروری است محتویات پرونده‌های پزشکی کنترل و تحلیل گردد. لذا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی میزان تکمیل و کیفیت مستندسازی اطلاعات در پرونده‌های پزشکی بیماران بستری در بیمارستان‌های خصوصی شهر تبریز و تعیین نواقص و بررسی علل آن‌ها و ارائه راهکارهای ارتقاء کیفیت مستندسازی انجام گردید.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت گذشته‌نگر در شش بیمارستان خصوصی شهر تبریز (شامل بیمارستان‌های شمس، بهبود، نورنجات، ولی عصر، شفا و شهریار) از فرودین تا تیر سال ۱۴۰۳ انجام شد. جامعه آماری مورد مطالعه، پرونده‌های بیماران بستری در این بیمارستان‌ها بود. به منظور تعیین حجم نمونه مورد نیاز بر مبنای سطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان اشتباه ۰/۰۵ درصد و برآورد ثبت اطلاعات به میزان ۵۰ درصد از روش کرجسی و مورگان استفاده شد و حجم نمونه ۳۸۴ پرونده به دست آمد که جهت دقت بیشتر مجموعاً ۵۴۰ پرونده با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به‌عنوان نمونه آماری مطالعه انتخاب شد. تعداد نمونه‌ها متناسب با تعداد پرونده‌های بستری سالیانه به هر یک از بیمارستان‌ها تخصیص یافت.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه چک‌لیستی شامل تمام عناصر اطلاعاتی ۱۶ فرم اصلی پرونده‌ی بیمار شامل: پذیرش و خلاصه تریخیص، خلاصه پرونده، شرح حال و معاینه بدنی، سیر بیماری، درخواست مشاوره، مراقبت قبل از عمل جراحی، بیهوشی، گزارش عمل جراحی، مراقبت بعد از عمل جراحی، دستورات پزشک، گزارش پرستار، نمودار علائم حیاتی، کنترل علائم حیاتی، الصاق گزارش آزمایشگاه، الصاق الکتروکاردیوگرام و جذب و دفع مایعات برای بررسی ثبت و یا عدم ثبت عناصر اطلاعاتی و همچنین شامل مواردی برای بررسی کامل بودن، صحت و دقت، به موقع و بهنگام بودن، همخوانی و همسانی و باورپذیری مستندات بود. با توجه به اینکه چک‌لیست ارزیابی برگرفته از فرم‌های استاندارد وزارت بهداشت و درمان و همچنین مدل کیفیت داده ویسکوپف (Weiskopf) و ونگ

بررسی شده فرم‌های الصاق جواب آزمایشات (۹۹/۰۸ درصد)، پذیرش و خلاصه تریخیص (۹۸/۹۷ درصد) و دستورات پزشک (۹۰/۳۳ درصد) جزء کامل ترین فرم‌ها و فرم‌های شرح حال و معاینه بدنی (۴۲/۲۷ درصد)، الصاق الکتروکاردیوگرام (۵۰/۷۶ درصد) و بیهوشی (۵۳/۶۸ درصد) جزء ناقص ترین فرم‌ها بودند. بررسی میزان تکمیل اطلاعات بر اساس ثبت کنندگان اطلاعات در پرونده نشان داد که کادر پذیرش بیشترین میزان ثبت (۸۹/۵۱ درصد) و کادر پزشکی کمترین میزان ثبت (۴۲/۱۲ درصد) را داشتند. همچنین میزان ثبت کادر پرستاری ۶۴/۲۶ درصد بود. (جدول ۱)

یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که در میان پرونده‌های مورد بررسی، تمامی فرم‌های پرونده‌های پزشکی وجود داشت و فقط در یازده مورد (۲/۰۳ درصد) از پرونده‌های بیمارستان‌های خصوصی، فرم کنترل علائم حیاتی و نمودار علائم حیاتی وجود نداشت، بنابراین بیشترین مورد نقص مربوط به این دو فرم بوده است. توزیع فراوانی وضعیت ثبت اطلاعات در پرونده‌های پزشکی مورد مطالعه در جدول یک ارائه شده است. بر اساس این توزیع از میان عناصر اطلاعاتی موجود در برگ پذیرش و خلاصه تریخیص، کدهای تشخیصی و درمانی و همچنین مهر و امضای مستندسازان در تمام موارد (۱۰۰ درصد) تکمیل شده بود. همچنین بیشترین موارد نقص مستندسازی عناصر اطلاعاتی مربوط به ثبت نتایج آزمایشگاهی و تصویربرداری‌ها (۸۹/۸۹ درصد)، اطلاعات فوت مخصوصاً علت فوت (۶ درصد)، نقل و انتقال بیمار (۶۸/۳۶ درصد)، تشخیص حین درمان (۵۶/۷۹ درصد) و علل خارجی (۵۰/۴۶ درصد) بوده است. درخصوص عنصر اطلاعات دموگرافیک فرم‌پذیرش و خلاصه تریخیص بیشترین مورد عدم ثبت مربوطه به شماره‌شناسنامه بود و همچنین در قسمت سرب‌بگ سایر فرم‌ها بیشترین مشکلات مربوط به عدم ثبت شماره اتاق و شماره تخت بیمار بود.

به همین ترتیب، عناصر اطلاعاتی مهر و امضای مستندساز (پزشک معالج) (۹۹/۵۹ درصد) و اطلاعات دموگرافیک (۹۷/۳۰ درصد) دارای بیشترین درصد تکمیل و عناصر اطلاعاتی توصیه‌های پس از تریخیص (۷۳/۳۵ درصد)، سیر بیماری (در صورت فوت، علت فوت) (۵۷/۷۹ درصد)، نتایج آزمایشات پاراکلینیکی (۵۷/۶۹ درصد) و وضعیت بیمار به هنگام تریخیص (۵۳/۰۹ درصد) دارای بیشترین نواقص در فرم خلاصه پرونده بودند. همچنین در فرم شرح حال و معاینه بدنی کمترین میزان نقص در عنصر اطلاعاتی مهر و امضای مستندساز (پزشک معالج) (۱/۰۴ درصد) و بیشترین میزان نقص در عناصر اطلاعاتی خلاصه

(Weng) بود (۱۴)، روایی ابزار توسط نظر هشت نفر از صاحب‌نظران و اساتید خبره و با شاخص روایی محتوایی ($CVI = 0/84$)، شاخص نسبت روایی محتوایی ($CVR = 0/81$) و پایایی آن با استفاده از روش آزمون - بازآزمون به فاصله ۱۵ روز تأیید شد ($R = 0/85$).

پس از انجام مذاکره، ارائه توضیحات و جلب حمایت و همکاری بیمارستان‌های منتخب محل اجرای مطالعه و طی شدن مراحل مختلف اداری، جلب توافق مدیریت و معاونت پژوهشی و آموزشی بیمارستان‌ها و موافقت بخش مدیریت اطلاعات سلامت در این بیمارستان‌ها و ایجاد هماهنگی، پژوهشگران اقدام به ارزیابی پرونده‌های پزشکی بر اساس چک لیست و گردآوری داده‌ها کردند. داده‌های گردآوری شده وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ شد و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مرحله بعد به منظور بررسی علل بروز نواقص پرونده و ارائه راهکارهایی به منظور ارتقا کیفیت اطلاعات پرونده‌های پزشکی دو جلسه گروهی متمرکز متشکل از ۸ نفر (مدیران، پزشکان، پرستاران و متخصصین مدیریت اطلاعات سلامت) تشکیل شد. در این جلسات بر اساس مدل کیفیت داده ویسکوپف (Weiskopf) و ونگ (Weng) (۱۴) و همچنین مدل کیفیت داده AHIMMA (۱۵) و همچنین نتایج بدست آمده، اعضای جلسه به بحث و گفتگو پرداختند و علت‌های موثر در کیفیت اطلاعات و بروز نواقص در پرونده‌های پزشکی استخراج شد و در نهایت راهکارهایی به منظور ارتقا کیفیت اطلاعات پرونده‌های پزشکی ارائه گردید. جلسات گروهی متمرکز توسط متخصص مدیریت اطلاعات سلامت تسهیل می‌شد. جلسات گروهی متمرکز به صورت صوتی ضبط شد. هر جلسه گروهی متمرکز تقریباً یک ساعت و نیم به طول انجامید. ضبط‌های دیجیتالی جلسات گروهی متمرکز پس از شناسایی به طور کلمه به کلمه رونویسی و صحت هر رونویس بررسی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار MAXQDA نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۵۴۰ پرونده پزشکی مربوط به بیماران بستری مورد بررسی قرار گرفت که از این میان، ۹۰ پرونده مربوط به بیمارستان بهبود، ۶۰ پرونده مربوط به بیمارستان شفا، ۱۴۰ پرونده مربوط به بیمارستان ولیعصر، ۵۰ پرونده مربوط به بیمارستان نورنجات، ۹۵ پرونده مربوط به بیمارستان شهریار و ۱۰۵ پرونده مربوط به بیمارستان شمس تبریز بود. بررسی میزان ثبت اطلاعات در فرم‌های پرونده‌های بیماران بستری نشان داد که ۷۲/۲۸ درصد از پرونده‌ها کامل ثبت شده‌اند. از میان فرم‌های پرونده‌های

بعد از عمل (۱۰۰ درصد) و تشخیص بعد از عمل (۷۴/۳۷ درصد) در فرم گزارش عمل جراحی و عناصر اطلاعاتی مربوط به بررسی وضعیت بیمار (۹۸/۶۸ درصد) در فرم مراقبت بعد از عمل جراحی دارای بیشترین موارد عدم ثبت بودند. دستورات پزشکی در ۹۸/۹۶ درصد از پرونده‌های پزشکی و مشاهدات و نظرات و ملاحظات پرستاری در ۷ درصد از پرونده پزشکی ثبت شده بودند.

در فرم کنترل و نمودار علائم حیاتی، عنصر اطلاعات دموگرافیکی جزء کامل ترین آیتم با ۹۸/۵۷ درصد و ۹۹/۵۴ درصد و عناصر اطلاعاتی مشاهدات و نظرات با ۸۹/۴۷ درصد و جذب و دفع مایعات با ۹۸/۷۷ درصد جزء ناقص ترین موارد بودند. افزون بر این، عناصر تفسیر و تشخیص با صفر درصد ثبت جزء ناقص ترین عناصر اطلاعاتی فرم الصاق الکتروکاردیوگرام بودند. (جدول ۱)

شرح حال (۱۰۰ درصد)، سوابق فامیلی (۹۴/۰۴ درصد)، معاینات و بررسی‌های بالینی (۹۳/۶۸ درصد)، حساسیت (۹۳/۴۶ درصد)، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات (۸۸/۷۵ درصد) و تاریخچه بیماری‌های قبلی (۸۴/۳۳ درصد) بود. (جدول ۱)

همان‌گونه که در جدول شماره یک مشاهده می‌شود، عنصر اطلاعاتی پیشرفت معالجات در ۳۲/۷۶ درصد از فرم‌های سیربیماری، عنصر اطلاعاتی تشخیص اولیه در ۷۹/۶۴ درصد از فرم‌های درخواست مشاوره و عناصر اطلاعاتی مربوط به بررسی‌های پرستار اتاق عمل در ۴۹/۱۱ درصد از فرم‌های مراقبت قبل از عمل جراحی ثبت نشده بود. علاوه بر این عناصر اطلاعاتی مواد و مایعات (۹۸/۶۸ درصد)، علائم حیاتی (۹۶/۷۵ درصد)، عوارض و ناراحتی‌های قبل و حین و بعد از عمل جراحی (۹۸/۷۶ درصد)، حساسیت (۹۹/۱۵ درصد) و نتایج آزمایشات و رادیوگرافی (۹۸/۹۸ درصد) در فرم بیهوشی، عناصر اطلاعاتی دستورات

جدول ۱. توزیع فراوانی وضعیت ثبت اطلاعاتی در پرونده‌های پزشکی مورد مطالعه

فرم‌های اصلی پرونده پزشکی	عناصر اطلاعاتی پرونده پزشکی	ثبت شده (درصد)	ثبت نشده (درصد)	میانگین ثبت شده (درصد)
	اطلاعات دموگرافیکی	۹۶/۳۰	۳/۷۰	۹۸/۹۷
	اطلاعات پذیرش	۹۹/۱۰	۰/۹۰	
	اطلاعات انتقال	۳۱/۶۴	۶۸/۳۶	
	اطلاعات بیمه ای	۹۸/۲۰	۱/۸۰	
	نتایج آزمایشات و عکس برداری	۱۰/۱۱	۸۹/۸۹	
	تشخیص اولیه	۹۸/۵۰	۱/۵۰	
	تشخیص حین درمان	۴۳/۲۱	۵۶/۷۹	
	تشخیص نهایی	۶۹/۹۰	۳۰/۱۰	
	علت خارجی	۴۹/۵۴	۵۰/۴۶	
	اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی	۷۲/۵۴	۲۷/۴۶	
	کدهای تشخیصی و درمانی	۱۰۰	۰	
	اطلاعات ترخیص	۹۵/۶۳	۴/۳۷	
	اطلاعات فوت	۲۰/۳۶	۷۹/۶۴	
	اطلاعات مشاوره	۹۷/۶۹	۲/۳۱	
	مدت اقامت	۹۸/۵۸	۱/۴۲	
	مهر و امضای مستندسازان	۱۰۰	۰	
	رضایت نامه‌های آگاهانه	۹۱/۲۶	۸/۷۴	
	اطلاعات دموگرافیکی	۹۷/۳۰	۲/۷۰	۶۹/۴۸
	شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه	۹۵/۶۷	۴/۳۳	

جدول ۱. توزیع فراوانی وضعیت ثبت اطلاعاتی در پرونده‌های پزشکی مورد مطالعه

فرم‌های اصلی پرونده پزشکی	عناصر اطلاعاتی پرونده پزشکی	ثبت شده (درصد)	ثبت نشده (درصد)	میانگین ثبت شده (درصد)
فرم خلاصه پرونده	تشخیص نهایی	۹۳/۵۲	۶/۴۸	
	اقدامات درمانی و اعمال جراحی	۸۱/۲۴	۱۸/۷۴	
	نتایج آزمایشات پاراکلینیکی	۴۲/۳۱	۵۷/۶۹	
	سیر بیماری (در صورت فوت، علت فوت)	۴۲/۲۱	۵۷/۷۹	
	وضعیت بیمار به هنگام ترخیص	۴۶/۹۱	۵۳/۰۹	
	توصیه‌های پس از ترخیص	۲۶/۶۵	۷۳/۳۵	
	مهر و امضای مستندساز	۹۹/۵۹	۰/۴۱	
	اطلاعات دموگرافیکی	۹۸/۳۰	۱/۷۰	۴۲/۲۷
	شکایت اصلی بیمار	۹۶/۳۶	۳/۶۴	
	تاریخچه بیماری فعلی	۸۹/۶۵	۱۰/۳۵	
فرم شرح حال و معاینه بدنی	تاریخچه بیماری‌های قبلی	۱۵/۶۷	۸۴/۳۳	
	داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات	۱۱/۲۵	۸۸/۷۵	
	حساسیت	۶/۵۴	۹۳/۴۶	
	سوابق فامیلی	۵/۹۶	۹۴/۰۴	
	معاینات و بررسی‌های بالینی	۶/۳۲	۹۳/۶۸	
	خلاصه	۰	۱۰۰	
	تشخیص اولیه	۳۵/۹۸	۶۴/۰۲	
	مهر و امضای مستندساز	۹۸/۹۶	۱/۰۴	
	اطلاعات دموگرافیکی	۹۸/۴۵	۱/۵۵	۸۸/۳۸
	پیشرفت معالجات و تاریخ	۶۷/۲۴	۳۲/۷۶	
فرم سیر بیماری	مهر و امضای مستندساز	۹۹/۳۶	۰/۶۴	
	اطلاعات دموگرافیکی	۹۹/۱۰	۰/۹۰	۶۷/۶۹
	تاریخ و ساعت درخواست	۷۶/۶۵	۲۳/۳۵	
	نوع مشاوره	۶۵/۹۸	۳۴/۰۲	
	نام پزشک درخواست کننده	۸۵/۲۳	۱۴/۷۷	
	نام پزشک مشاور	۸۹/۶۵	۱۰/۳۵	
	تشخیص اولیه	۲۰/۳۶	۷۹/۶۴	
	گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره	۹۰/۲۴	۹/۷۶	
	مشاهده و نظریات پزشک مشاور	۱۰۰	۰	
	مهر و امضای مستندسازان	۸۱/۱۱	۱۸/۸۹	
فرم مراقبت قبل از عمل جراحی	اطلاعات دموگرافیکی	۹۸/۸۹	۱/۱۱	۶۷/۶۱۶
	اطلاعات عمل جراحی	۶۹/۵۴	۳۰/۴۶	
	اطلاعات بررسی‌های پرستار بخش	۵۱/۲۳	۴۸/۷۷	
	اطلاعات بررسی‌های پرستار اتاق عمل	۵۰/۸۹	۴۹/۱۱	
	مهر و امضای مستندسازان	۶۵/۲۵	۳۴/۷۵	

جدول ۱. توزیع فراوانی وضعیت ثبت اطلاعاتی در پرونده‌های پزشکی مورد مطالعه

فرم‌های اصلی پرونده پزشکی	عناصر اطلاعاتی پرونده پزشکی	ثبت شده (درصد)	ثبت نشده (درصد)	میانگین ثبت شده (درصد)
فرم بیهوشی	اطلاعات دموگرافیکی	۹۹/۶۵	۰/۳۵	۵۳/۶۸
	تشخیص قبل از عمل	۹۸/۶۳	۱/۳۷	
	تاریخ‌ها	۹۹/۵۴	۰/۴۶	
	نوع بیهوشی	۹۹/۸۹	۰/۱۱	
	داروهای قبل از بیهوشی	۹۵/۳۲	۴/۶۸	
	وضع بیمار در شروع بیهوشی	۹۸/۳۴	۱/۶۶	
	عمل جراحی پیشنهاد شده	۹۷/۹۸	۲۰/۰۲	
	مواد و مایعات	۱/۳۲	۹۸/۶۸	
	وضع بیمار در خاتمه بیهوشی	۵/۶۳	۹۴/۳۷	
	علائم حیاتی	۳/۲۵	۹۶/۷۵	
	عوارض و ناراحتی‌های قبل و حین و بعد از عمل جراحی	۱/۲۴	۹۸/۷۶	
	حساسیت	۰/۸۵	۹۹/۱۵	
	نتایج آزمایشات و رادیوگرافی	۱/۰۲	۹۸/۹۸	
	مشخصات گروه جراحی	۵/۲۳	۹۴/۷۷	
	مهر و امضای مستندساز	۹۷/۳۵	۲/۶۵	
فرم گزارش عمل جراحی	اطلاعات دموگرافیکی	۹۹/۶۹	۰/۳۱	۷۹/۸۳
	مشخصات گروه جراحی	۹۹/۷۰	۰/۳۰	
	اطلاعات عمل شامل تاریخ و نوع عمل	۹۹/۴۱	۰/۵۹	
	تشخیص قبل از عمل	۹۸/۵۶	۱/۴۴	
	تشخیص بعد از عمل	۲۵/۶۳	۷۴/۳۷	
	نمونه برداشته شده و به آزمایش فرستاده شده است	۹۱/۷۹	۸/۲۱	
	شرح عمل و مشاهدات	۱۰۰	۰	
	شمارش گازها و لوازم قبل و بعد از عمل جراحی	۹۲/۳۶	۷/۶۴	
	دستورات بعد از عمل	۰	۱۰۰	
	مهر و امضای مستندسازان	۹۱/۲۳	۸/۷۷	
فرم مراقبت بعد از عمل جراحی	اطلاعات دموگرافیکی	۹۸/۹۸	۱/۰۲	۶۷/۲۷
	نوع عمل جراحی	۹۹/۳۲	۰/۶۸	
	نوع بیهوشی	۹۹/۱۰	۰/۹۰	
	تاریخ و ساعت‌ها	۹۹/۲۱	۰/۷۹	
	اطلاعات بررسی وضعیت بیمار	۱/۳۲	۹۸/۶۸	
	دستورات پزشکی	۶/۶۵	۹۳/۳۵	
	مشاهدات پرستاری	۶/۶۵	۹۳/۴۶	
	مهر و امضای مستندسازان	۹۳/۵۸	۶/۴۲	

جدول ۱. توزیع فراوانی وضعیت ثبت اطلاعاتی در پرونده‌های پزشکی مورد مطالعه

فرم‌های اصلی پرونده پزشکی	عناصر اطلاعاتی پرونده پزشکی	ثبت شده (درصد)	ثبت نشده (درصد)	میانگین ثبت شده (درصد)
فرم دستورات پزشکی	اطلاعات دموگرافیکی	۹۷/۶۹	۲/۳۱	۹۰/۳۳
	دستورات	۹۸/۹۶	۱/۰۴	
	تاریخ و ساعت	۷۹/۳۶	۲۰/۶۴	
	مهر و امضای مستندسازان	۸۵/۳۴	۱۴/۶۶	
فرم گزارش پرستار	اطلاعات دموگرافیکی	۹۸/۵۸	۱/۴۲	۷۴/۳۸
	اقدامات دارویی و درمانی	۹۹/۶۵	۰/۳۵	
	مشاهدات و نظرات	۹۹/۷۴	۰/۲۶	
	تاریخ و ساعت	۸۱/۲۴	۱۸/۷۶	
فرم کنترل علائم حیاتی	مهر و امضای مستندساز	۹۱/۲۸	۸/۷۲	
	اطلاعات دموگرافیکی	۹۸/۵۷	۱/۴۳	۵۸/۹۰
	مشاهدات و نظرات	۱۰/۵۳	۸۹/۴۷	
	علائم حیاتی	۹۵/۳۲	۴/۶۸	
	تاریخ و ساعت	۹۳/۵۶	۶/۴۴	
فرم نمودار علائم حیاتی	مهر و امضای مستندساز	۹۰/۱۲	۹/۸۸	
	اطلاعات دموگرافیکی	۹۹/۵۴	۰/۴۶	۷۱/۰۷
	تاریخ و روزهای بستری و بعد از عمل	۶۶/۹۸	۳۳/۰/۲	
	نمودار علائم حیاتی	۹۳/۲۵	۶/۷۵	
	جذب و دفع مایعات	۱/۲۳	۹۷/۷۷	
فرم الصاق جواب آزمایشات	مهر و امضای مستندساز	۹۴/۳۶	۵/۶۴	
	اطلاعات دموگرافیکی	۹۹/۷۸	۰/۲۲	۹۹/۰۸
	الصاق جواب آزمایشات	۹۸/۹۸	۱/۰۲	
فرم الصاق الکتروکاردیوگرام	اطلاعات دموگرافیکی	۵۹/۳۶	۴۰/۴۶	۵۰/۷۶
	الصاق الکتروکاردیوگرام	۱۰۰	۰	
	تفسیر	۰	۱۰۰	
	تشخیص	۰	۱۰۰	
	تاریخ	۹۸/۵۶	۱/۴۴	
فرم جذب و دفع مایعات	مهر و امضای مستندساز	۴۶/۶۹	۵۳/۴۱	
	اطلاعات دموگرافیکی	۷۱/۵۹	۲۸/۴۱	۸۲/۴۴
	تاریخ و ساعت	۶۴/۲۵	۳۵/۷۵	
	جذب مایعات	۹۵/۶۳	۴/۳۷	
	دفع مایعات	۹۸/۳۰	۱/۷۰	

بودن داده‌ها ۸۰/۱۲ درصد، همخوانی و همسانی داده‌ها ۸۷/۷۴ درصد و باورپذیری داده‌ها ۹۲/۹۱ درصد بود. (جدول ۲)

میانگین رعایت ویژگی کامل بودن داده‌ها در مستندات مورد بررسی ۷۱/۵۳ درصد، صحت و دقت داده‌ها ۸۰/۷۱ درصد، به موقع و بهنگام

جدول ۲. ویژگی‌های کیفی اطلاعات در جوامع مورد مطالعه

ویژگی‌های کیفی داده‌ها	بیمارستان بهبود (درصد)	بیمارستان شفا (درصد)	بیمارستان ولیعصر (درصد)	بیمارستان نورنجات (درصد)	بیمارستان شهریار (درصد)	بیمارستان شمس (درصد)	میانگین (درصد)
کامل بودن داده	۷۵/۵۹	۷۰/۱۱	۶۸/۹۵	۶۹/۶۴	۷۱/۶۹	۷۳/۲۴	۷۱/۵۳
صحت و دقت داده‌ها	۸۵/۴۷	۷۹/۳۶	۷۷/۶۲	۷۸/۹۶	۸۰/۵۴	۸۲/۳۶	۸۰/۷۱
به موقع و بهنگام بودن داده‌ها	۸۲/۵۹	۷۸/۱۲	۷۸/۸۷	۷۹/۳۶	۸۰/۲۷	۸۱/۵۶	۸۰/۱۲
همخوانی و همسانی داده‌ها	۸۹/۹۶	۸۷/۳۵	۸۶/۶۷	۸۵/۶۹	۸۸/۲۳	۸۸/۵۴	۸۷/۷۴
باورپذیری داده‌ها	۹۴/۳۸	۹۲/۴۵	۹۳/۵۴	۹۲/۵۹	۹۱/۹۷	۹۲/۵۸	۹۲/۹۱

جدول ۳. مشخصات اعضای جلسات متمرکز گروهی

فرآوانی	درصد	موارد	
۷	۸۷/۵۰	مرد	جنسیت
۱	۱۲/۵۰	زن	
۱	۱۲/۵۰	۲۰ - ۳۰	سن
۲	۲۵	۳۰ - ۴۰	
۵	۶۲/۵۰	۴۰ - ۵۰	
۰	۰	< ۵۰	
۳	۳۷/۵۰	کارشناسی	مدرک تحصیلی
۰	۰	کارشناسی ارشد	
۵	۶۲/۵۰	دکتری	
۶	۷۵	بیمارستان	سازمان به کارگیرنده
۰	۰	شرکت	
۲	۲۵	دانشگاه	
۲	۲۵	۵ >	سابقه کار
۲	۲۵	۱۰ - ۶	
۳	۳۷/۵۰	۱۵ - ۱۱	
۱	۱۲/۵۰	۱۵ <	

به منظور مقایسه وضعیت کلی شش بیمارستان خصوصی شرکت کننده در مطالعه در خصوص کیفیت اطلاعات پرونده‌های پزشکی بیماران بستری، میانگین رتبه‌ای سوالات پژوهش در مورد هر بیمارستان محاسبه گردید، بدین ترتیب که در مورد هر سوال بهترین بیمارستان با رتبه یک و نامطلوب‌ترین بیمارستان با رتبه چهار مشخص شد. در نهایت، بر این اساس بیمارستان‌های بهبود (میانگین رتبه ای ۱/۸۸)، شمس (میانگین رتبه ای ۲/۰۵)، شهریار (میانگین رتبه‌های ۲/۷۶)، شفا (میانگین رتبه ای ۲/۸۲)، نورنجات (میانگین رتبه ای ۲/۹۷) و ولیعصر (میانگین رتبه ای ۳/۰۶) به ترتیب رتبه بندی شدند. (شکل ۱) در این مطالعه، جلسات متمرکز گروهی شامل دو نفر از اعضای مدیریت بیمارستان، دو پزشک متخصص جراحی عمومی، دو پرستار و دو نفر دکترای تخصصی مدیریت اطلاعات سلامت بودند و شش نفر از آنان نیز دارای سابقه کاری بالای پنج سال بودند. میانگین سنی افراد شرکت کننده در این جلسات ۴۹ سال بود. (جدول ۳)



شکل ۱. میانگین رتبه ای بیمارستان‌های مورد مطالعه از نظر کیفیت اطلاعات پرونده‌های پزشکی بیماران بستری

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که باور پزشکان و پیراپزشکان مبنی بر بی‌اهمیت بودن مستندسازی اطلاعات پزشکی و در نظر نگرفتن آن به عنوان بخشی از فرآیند درمانی، مناسب نبودن ساختار، مندرجات و اطلاعات موجود در فرم‌ها و نوع فرم‌های مورد استفاده در پرونده پزشکی (فرم‌های الکترونیکی و کاغذی)، عدم کنترل پیشگیرانه در فرم‌های الکترونیکی جهت جلوگیری از عدم ثبت و یا ثبت اشتباه اطلاعات، نبود بخشنامه، دستورالعمل و یا خط‌مشی مناسب در زمینه تکمیل اطلاعات

ماهر و آموزش دیده و مشارکت نکردن پرسنل پزشکی و پرستاری در انجام ارزیابی‌های کیفی از مهم‌ترین علل بروز نواقص ثبت اطلاعات و کاهش کیفیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی هستند. در زمینه بهبود کیفیت مستندسازی نیز عوامل و راه‌کارهای مختلفی مانند: آگاهی و نگرش، پیگیری و نظارت، رویه و استانداردها وجود دارند که در جدول چهارم به نمایش درآمده است.

پرونده پزشکی، آماده‌نبودن برخی از اطلاعات مانند جواب آزمایش پیش از ترخیص بیمار، آموزش ناکافی پرسنل پزشکی و پرستاری در زمینه نحوه تکمیل اطلاعات، عدم نظارت و پیگیری مقام مسئول بر عملکرد مستندسازان، عدم پیگیری موثر در زمینه نقص پرونده‌های پزشکی، عدم تأثیر ثبت کامل گزارشات در ترفیح کاری پرسنل و نداشتن سیستم پاداش و تنبیه، عدم انجام ارزیابی‌های کمی و کیفی پرونده توسط کارکنان

جدول ۴. عوامل مؤثر بر کیفیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی و راهکارهایی برای بهبود کیفیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی

عوامل مؤثر	راهکارها
آگاهی و نگرش	آگاه سازی مستندسازان پرونده پزشکی (کادر پزشکی و پیراپزشکی) نسبت به اهمیت اطلاعات پزشکی و اهمیت ثبت آن‌ها از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی برای دانشجویان و کادر درمانی
	آموزش مستندسازان پرونده پزشکی (کادر پزشکی و پیراپزشکی) در خصوص واژه‌ها، اصطلاحات و اطلاعات علمی و استاندارد در مستندسازی اطلاعات پزشکی ها از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی برای دانشجویان و کادر درمانی
	آموزش نحوه تکمیل فرم‌های پرونده پزشکی به مستندسازان پرونده پزشکی (کادر پزشکی و پیراپزشکی) از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی برای دانشجویان و کادر درمانی
پیگیری و نظارت	نظارت مدیر و رئیس و همچنین مسئول مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان بر تکمیل اطلاعات پرونده‌های پزشکی و ارائه بازخورد به مستندسازان مربوطه
	بررسی کامل بودن اطلاعات پرونده‌های پزشکی در ایستگاه پرستاری همزمان با حضور بیمار در بخش بستری توسط فردی آموزش دیده و برطرف کردن نواقص پرونده در صورت لزوم
	دخیل بودن کیفیت ثبت مستندسازان در ارتقای شغلی، حقوق و مزایای آن‌ها (تشویق و تنبیه مستندسازان بر اساس کیفیت مستندات آن‌ها)
	تأثیر کیفیت ثبت مستندسازان در ارزیابی عملکرد آن‌ها (ارزیابی مستندسازان در پایان هر دوره بر اساس کیفیت مستندات آن‌ها)
رویه و استانداردها	مورد سوال قرارداد مستندسازان در مورد عدم تکمیل پرونده‌ها توسط مسئول مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان
	پیگیری مصرانه کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت در رفع نواقص پرونده‌های پزشکی
	طراحی چک لیست جامع ارزیابی کیفیت مستندات بالینی توسط معاونت درمان دانشگاه به منظور ارزیابی جامع کیفیت مستندات بالینی
	وجود بخشنامه و دستورالعمل از مقام بالاتر در زمینه تکمیل اطلاعات (تدوین دستورالعمل‌ها و خط مشی‌هایی از طرف معاونت درمان دانشگاه باشد و ابلاغ آن به مستندسازان پرونده‌ها به منظور تکمیل فرم‌های پرونده پزشکی که تعیین کننده مقادیر قابل قبول برای عناصر اطلاعاتی و تعریف داده‌ها و افراد مسئول مستندسازی و غیره می باشد)
	اقدام برای الکترونیکی کردن سیستم ثبت و تبادل اطلاعات بیمارستانی: استفاده از سیستم‌هایی مثل EMR, EHR, HIS
	تشکیل کمیته ای در بیمارستان با حضور پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت و کادر پزشکی و پرستاری به منظور ارزیابی کیفیت مستندات بالینی
	برنامه‌ریزی و تدوین دستورالعمل و خط مشی‌هایی از طرف معاونت درمان دانشگاه برای ارسال به موقع برخی از اطلاعات پرونده‌های پزشکی مثل گزارشات آزمایشگاهی قبل از ترخیص بیمار و نظارت بر آن
اصلاح و طراحی مجدد ساختار و مندرجات و اطلاعات موجود در فرم‌های پرونده پزشکی بر اساس نیازهای ملی کشور ایران توسط وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی	
تأیید یک فرد آموزش دیده در مورد مندرجات پرونده‌هایی که کادر پزشکی و پرستاری تکمیل نموده‌اند	
افزایش نمودن ۲ واحد درس آشنایی با اطلاعات پزشکی در برنامه درسی دانشجویان رشته پزشکی و پیراپزشکی از طرف معاونت آموزشی دانشگاه	
پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان‌ها حتما باید از دانش آموختگان این رشته باشد	
ایجاد کنترل‌های پیشگیرانه در فرم‌های الکترونیکی جهت جلوگیری از عدم ثبت، ثبت با تاخیر، ثبت اشتباه و یا ثبت اطلاعات تکراری اطلاعات در پرونده پزشکی	
مشارکت کادر پزشکی و پرستاری در انجام ارزیابی کیفی پرونده‌های پزشکی	
اهتمام بیشتر کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان به انجام ارزیابی کمی و کیفی و رفع نواقص پرونده‌های پزشکی	

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که از ۵۴۰ پرونده پزشکی بیماران بستری بررسی شده، ۷۲/۲۸ درصد از پرونده‌ها کامل بودند. هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر در مطالعه سلمانی زاده و همکاران (۱۴۰۱) نیز میزان تکمیل اطلاعات خلاصه پرونده‌ها کمتر از متوسط (۵۰ درصد) بود (۱۶). همچنین در مطالعه محمودیان و همکاران (۱۳۹۲) نیز میزان رعایت جنبه‌های قانونی و تکمیل بودن در کل پرونده‌های مورد بررسی ۴۴/۷ درصد بود (۱۷). البته می‌توان گفت که نتایج مطالعه حاضر به نسبت مطالعات ذکر شده وضعیت مطلوب‌تری دارد. بهبود وضعیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی در مطالعات قبلی و حال حاضر به چندین عامل از جمله افزایش آموزش و پرورش در زمینه مستندسازی، افزایش آگاهی مستندسازان از اهمیت مستندسازی دقیق اطلاعات پزشکی و افزایش نظارت‌های قانونی و الزامات مربوط به مستندسازی اطلاعات پزشکی بستگی دارد (۱۸).

علاوه بر این محمودیان و همکاران (۱۳۹۲) و مسرور و همکاران (۱۳۹۸) نیز مطابق مطالعه حاضر بیان کردند که کادر پزشکی با ۲۵/۴ درصد کمترین میزان ثبت و بیشترین میزان خطا در ثبت و کادر پذیرش با ۶۷/۱ درصد بیشترین میزان ثبت اطلاعات و کمترین میزان خطا در ثبت را در میان سایر مستندسازان پرونده‌های پزشکی داشتند (۱۷، ۱۹). دلایل متعددی برای این واقعیت وجود دارد. کادر پزشکی اغلب با تعداد زیادی بیمار در روز مواجه هستند و محدودیت زمانی ممکن است مانع از تکمیل دقیق پرونده‌ها شود. کار در محیط‌های بیمارستانی و درمانی می‌تواند بسیار استرس‌زا باشد و این فشار ممکن است باعث شود که کادر پزشکی به جزئیات ثبت پرونده‌ها توجه کافی نکند. ممکن است برخی از کارکنان بر روند صحیح پر کردن و مدیریت پرونده‌های پزشکی تسلط کافی نداشته باشند. گاهی اوقات اطلاعات زیادی باید در پرونده پزشکی ثبت شود و این بار اطلاعاتی ممکن است باعث سردرگمی و عدم کامل بودن پرونده‌ها شود. اگر کارکنان احساس کنند که ثبت دقیق اطلاعات پزشکی تأثیر مستقیمی بر کار آن‌ها ندارد یا پاداشی برای این کار وجود ندارد، ممکن است به مشکلاتی در تکمیل پرونده‌ها دچار شوند (۲۰).

مطالعه‌ی کیمیافر و همکاران (۱۳۹۳) و مطالعه محمودیان و همکاران (۱۳۹۲) نیز هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که، فرم پذیرش و خلاصه ترخیص و دستورات پزشکی کمترین میزان نقص را داشت و بیشترین مورد نقص مربوط به فرم کنترل علائم حیاتی بود. فرم پذیرش و خلاصه ترخیص به عنوان فرم اصلی و پایه در پرونده بیمار قرار

می‌گیرد و حتی به بیان دیگر خود به عنوان يك پرونده، دارای خلاصه‌ای از اطلاعات هویتی، مالی و پیگیری و بالینی بیمار می‌باشد به طوری که در صورت کامل بودن و پر شدن صحیح تمام عناصر اطلاعاتی آن می‌تواند نشان دهنده خلاصه‌ای از فرآیند درمان بیمار باشد. بنابراین تکمیل بودن آن بسیار حائز اهمیت می‌باشد. فرآیند اندازه‌گیری علائم حیاتی در بدو ورود بیمار يك فرآیند روتین در بخش‌های درمانی است و این علائم می‌تواند نشان دهنده انحراف از حدود طبیعی بوده و همراه با سایر اطلاعاتی که از بیمار به دست می‌آید، علائم بیماری را در مراحل اولیه نشان دهد. در نتیجه ثبت این علائم در فرمی که بدین منظور تدوین گردیده (فرم علائم حیاتی) ضروری می‌باشد. همچنین در میان عناصر داده‌ای فرم پذیرش و خلاصه ترخیص بیشترین میزان نقص مربوط به ثبت داده‌های آزمایشات و رادیوگرافی‌ها و علت فوت بود (۱۷، ۲۱). در تحقیق مشعوفی و همکاران (۱۳۸۲) نیز در ۹۵ درصد از پرونده‌های مورد مطالعه به نتایج مهم آزمایشگاهی و تصویربرداری‌ها اشاره نشده بود (۲۲).

کم بودن میزان ثبت داده‌های آزمایشات و رادیوگرافی‌ها در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص می‌تواند ناشی از تکراری دانستن آن عنصر اطلاعاتی از دید مستندسازان باشد. نظر به این که هرکدام از فرم‌های پرونده با هدف کاربردی خاص طراحی گردیده است و عدم ثبت مجدد اطلاعات دوباره کاری محسوب نمی‌گردد، بنابراین آموزش مداوم مستندسازان در راستای ایجاد نگرشی صحیح در این زمینه الزامی است. البته، احتمالاً با بازنگری دوره‌ای و مداوم فرم‌های پرونده بیمار و ایجاد پرونده الکترونیک سلامت، مشکلات مربوط به تکرار اطلاعات در قسمت‌های مختلف پرونده رفع خواهد شد. ثبت علت فوت در مورد بیماران فوتی نیز می‌تواند به عنوان مهم‌ترین عنصر اطلاعاتی این نوع پرونده‌ها محسوب گردد و در تکمیل گواهی فوت بسیار تأثیر گذار باشد. از سوی دیگر عدم ثبت علت فوت می‌تواند ناشی از ناشناخته بودن علت فوت در مراکز درمانی باشد (۲۳).

ناصری و همکاران (۱۳۹۲) بیان کردند که مشخصات زمینه‌ای در ۱۰/۷ درصد، تشخیص قبل از عمل و نوع عمل پیشنهادی در ۳۴/۴ درصد، اطلاعات مربوط به داروهای قبل از بیهوشی در ۲۲ درصد، زمان بیهوشی در ۱۰۰ درصد و اطلاعات مربوط به نوع داروهای بیهوشی مصرفی در ۱۴/۵ درصد پرونده‌ها ثبت نشده بودند. تنها در ۲ درصد برگه‌ها اطلاعات مربوط به عوارض بیهوشی ثبت شده بودند و ۴۲/۸ درصد برگه‌ها فاقد ثبت کامل نوع و میزان مایعات مصرفی بودند. این نتایج کاملاً با نتایج حاصل از ارزیابی فرم بیهوشی مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۴).

ثبت ناقص و کیفیت پایین مستندات بالینی یکی از مسائلی است که همواره باعث ایجاد مشکلاتی برای بیماران، ارائه کنندگان خدمات و مراکز درمانی شده است. بر اساس نتایج بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که بر خلاف تلاش‌های صورت گرفته در سال‌های اخیر در زمینه تقویت ثبت اطلاعات، کیفیت اطلاعات پرونده‌های پزشکی در این مراکز، به‌خصوص در برخی از مرکزها، در حد مطلوب نبوده است و همین‌طور اختلافت ثبت پرونده‌های بیماران در بین بیمارستان‌های مختلف دارای دامنه وسیعی می‌باشد. با توجه به رابطه بین برخی از متغیرها مانند ادامه درمان بیماران، کیفیت مراقبت، مسائل قانونی، استفاده‌های تحقیقاتی و مالی و غیره و متغیرهای مربوط به کیفیت اطلاعات پرونده‌های پزشکی امکان تغییر در آن‌ها وجود دارد. از این رو لازم است این مراکز برای ارتقا مستندات مدارک پزشکی از روش‌های مداخله‌ای موثر استفاده کنند.

تضاد منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

حامی مالی

این مطالعه از هیچ سازمانی هیچ حمایت مالی دریافت نکرده است.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مدیران و مسئولین محترم واحد مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان‌های خصوصی شهر تبریز که ما را در این مطالعه یاری نمودند تشکر به عمل می‌آید.

بر خلاف این یافته‌ها معراجی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه خود بیان کردند که کمترین میزان ثبت در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص بود. اما نتایج این مطالعه و مطالعه غفاری و همکاران (۱۳۹۹) از این نظر که بیان کردند فرم شرح حال و معاینه بدنی میزان ثبت بالینی دارد و فرم دستورات پزشکی میزان ثبت بالایی دارد کاملاً با این مطالعه هم سو می‌باشد (۲۵، ۲۶). نتایج مطالعه معراجی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که میزان ثبت مشخصات بیمار در فرم‌های پرونده‌های پزشکی تقریباً کامل می‌باشد که این نتیجه با یافته‌های مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۲۵). با توجه به این که مشخصات بیمار در لحظه پذیرش و توسط کادر پذیرش ثبت می‌شود و این اطلاعات در تمامی فرم‌ها یکسان است و اکثراً به وسیله پرینت فرم‌ها ثبت می‌شود به همین دلیل بیشترین میزان تکمیل شدگی را دارد. در مطالعه حاضر میانگین رعایت ویژگی کامل بودن داده‌ها در مستندات مورد بررسی ۷۱/۵۳ درصد بود که این نتیجه با مطالعه سلمانی‌زاده و همکاران (۱۴۰۱) که بیان کرده بودند میزان تکمیل بودن خلاصه پرونده‌ها ۷۷/۷۳ درصد است همخوانی دارد (۱۶).

نتایج مطالعه هاشمی و همکاران (۱۳۹۶) نیز نشان داد که میانگین نواقص پرونده‌های پزشکی قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۱۲/۴ و ۹/۹ درصد به دست آمد. تأثیر معنی دار مداخله در کاهش نواقص پرونده در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص (۰/۰۱۲)، درخواست مشاوره (۰/۰۴۸)، گزارش عمل جراحی (۰/۰۰۱)، خلاصه پرونده (۰/۰۰۱) و بیهوشی (۰/۰۱۲) مشاهده گردید. بنابراین می‌توان تفسیر کرد که انجام اقدامات مداخله‌ای بر اساس راهکارهای ارائه شده و توجه به رفع علل نواقص بیان شده در مطالعه حاضر برای بهبود وضعیت مستندسازی می‌تواند اثر بخش باشد (۲۷).

References

1. Al-Mamary YH, Al-Nashmi MM, Shamsuddin A, Abdulrab M. Development of an integrated model for successful adoption of management information systems in Yemeni telecommunication organizations. *International Journal of Scientific & Technology Research*. 2019;8(11):3912-39.
2. Aceto G, Persico V, Pescapé A. The role of Information and Communication Technologies in healthcare: taxonomies, perspectives, and challenges. *Journal of Network and Computer Applications*. 2018 Apr 1;107:125-54.
3. Baumann LA, Baker J, Elshaug AG. The impact of electronic health record systems on clinical documentation times: A systematic review. *Health policy*. 2018 Aug 1;122(8):827-36.
4. Pekkaya M, Pulat İmamoğlu Ö, Koca H. Evaluation of healthcare service quality via Servqual scale: An application on a hospital. *International Journal of Healthcare Management*. 2019 Oct 2;12(4):340-7.
5. Sjöberg M, Edberg AK, Rasmussen BH, Beck I. Documentation of older people's end-of-life care in the context of specialised palliative care: a retrospective review of patient records. *BMC palliative care*. 2021 Jun 24;20(1):91.
6. Ommaya AK, Cipriano PF, Hoyt DB, Horvath KA, Tang P, Paz HL, DeFrancesco MS, Hingle ST, Butler S, Sinsky CA. Care-centered clinical documentation in the digital environment: solutions to alleviate burnout. *NAM Perspectives*. 2018 Jan 29.
7. Campanella P, Lovato E, Marone C, Fallacara L, Mancuso A, Ricciardi W, Specchia ML. The impact of electronic health records on healthcare quality: a systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Public Health*. 2016 Feb 1;26(1):60-4.

8. Dehgani M, Torab-miandoab A, Habibi-Chenaran S, Hayavi Hagigi MH, Mirabutalebi N. Design a training content of Health Information Technology field. *Development Strategies in Medical Education*. 2020 Mar 10;7(1):26-40.
9. Tajabadi A, Ahmadi F, Sadooghi Asl A, Vaismoradi M. Unsafe nursing documentation: A qualitative content analysis. *Nursing ethics*. 2020 Aug;27(5):1213-24.
10. Sanderson AL, Burns JP. Clinical documentation for intensivists: the impact of diagnosis documentation. *Critical care medicine*. 2020 Apr 1;48(4):579-87.
11. Gettel CJ, Merchant RC, Li Y, Long S, Tam A, Marks SJ, Goldberg EM. The impact of incomplete nursing home transfer documentation on emergency department care. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2019 Aug 1;20(8):935-41.
12. Gholamhosseini L, Mehrabi N, Rezazadeh A. Evaluation of Barriers and Facilitators Affecting the Implementation of Electronic Health Records in Iran. *Paramedical Sciences and Military Health*. 2020 Mar 10;15(4):43-9.
13. Raney L, McManaman J, Elsaid M, Morgan J, Bowman R, Mohamed A, Russo CL. Multisite quality improvement initiative to repair incomplete electronic medical record documentation as one of many causes of provider burnout. *JCO Oncology Practice*. 2020 Nov;16(11):e1412-6.
14. Weiskopf NG, Weng C. Methods and dimensions of electronic health record data quality assessment: enabling reuse for clinical research. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2013 Jan 1;20(1):144-51.
15. Alakrawi ZM. Clinical terminology and clinical classification systems: a critique using AHIMA's data quality management model. *Perspectives in Health Information Management*. 2016 Jul 1:1.
16. Salmanizadeh F, Sarafi Nejad A, Etminan A, Ahmadian L. Evaluating the Quality of Content and Degree of Completeness of Discharge Summaries from the Physicians' Perspective. *Journal of Health and Biomedical Informatics*. 2022 Sep 10;9(2):58-71.
17. Mahmoodian 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. *Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation*. 2014 Mar 21;3(1):33-9.
18. Al Hilfi RA, Mahmoud RA, Al-Hamadi N, Majeed A, Saihoud SA. Assessment of the documentation completeness level of the medical records in Basrah General Hospital. *The Medical Journal of Basrah University*. 2018 Dec 1;36(2):50-9.
19. Masrou N, Hesam S, Mahfouzpour S. Identify and determine the correlation between factors affecting the lack of correct data recording in the medical records of patients admitted to Bahrami Children's Hospital in the period of 2019. *National conference of interdisciplinary research in management and medical sciences*. 2024 May 20;8(8):574-87.
20. Rizki F, Noor NB, Mangilep AU. Description of health employees knowledge regarding the completion of medical records in inpatient installation unit at Stella Maris Hospital in Makassar. *Enfermería Clínica*. 2020 Mar 1;30:22-6.
21. Kimiafar K, Vafae Najar A, Sarbaz M. Quantitative investigation of inpatients' medical records in training and social security hospitals in Mashhad. *Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation*. 2015 Mar 21;4(1):58-67.
22. Mashoofi M, Emami F, Rostami Kh MA. Evaluation of Information Documentation in Hospital of Ardebil University of Medical Sciences. *Scientific journal of Ardebil University of Medical Sciences in Iran*. 2004;3(11):20-5.
23. Santi MW, Salsabila S, Rahagiyo A, Swari SJ, Alfiansyah G, Deharja A. Causes Of Incomplete Reports Of Medical Certificates Of Cause Of Death-A Study At Dr. Cipto Mangunkusumo National Central Public Hospital. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health (SEATROPH)*. 2022;53(Supl 2).
24. Nasser K, Farsian SE. Assessing anesthetic indexes in patient's medical records. *Health Information Management*. 2014 Aug 23;11(3):285-92.
25. Meraji M, Fazaeli S, Mahmoodian SS. Quantitative Evaluation and Observance of Legal Components of Medical Records of Patients in Selected Hospitals in Mashhad in the First Quarter of 2018. *Navid No*. 2021 Nov 22;24(79):42-54.
26. Moasses-Ghafari B, Abbaszadeh A, Rahmani K. Effect of Education and Written Feedback on the Quantity and Quality of Documenting Patients' Records in a General Teaching Hospital: An Action Research Study. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2018:77-87.
27. Hashemi AS, Riahi L, Nazarimanesh L. The effect of filling the patient records by physicians, according to the instructions, on incompleteness of medical records at Ziaiean Hospital, Tehran, Iran. *Health Information Management*. 2017 Dec 22;14(5):194-8.