

## علل ناقص ماندن پرونده های پزشکی و پیشنهادات مدیران و پزشکان شاغل در

### بیمارستانهای دانشگاهی اصفهان در سال ۱۳۸۳\*

ناهید توکلی<sup>۱</sup>

#### چکیده

**مقدمه:** اطلاعات پزشکی ابزاری کلیدی است که در برنامه ریزی، هماهنگی و ارزشیابی مراقبتهای ارائه شده به بیمار مورد استفاده قرار می گیرد، به علاوه محتوا و مستندات ثبت شده در پرونده های پزشکی برای مقاصد قانونی، آموزشی، تحقیقی، برنامه ریزیهای مدیریتی و اعتباربخشی مفید است. این تحقیق با هدف تعیین علل ناقص ماندن پرونده های پزشکی و راهکارهای پیشنهادی جهت رفع آنها از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه، توصیفی- مقطعی است و در آن با استفاده از پرسشنامه دیدگاه های ۷۱ مدیر و ۶۹ پزشک شاغل در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۸۳ مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه پس از سنجش روایی و پایایی در ۱۱ بیمارستان آموزشی شهر اصفهان تکمیل گردید و داده ها با استفاده از نرم افزار spss مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** در بیشتر موارد، مدیران و پزشکان (به ترتیب ۵۳ و ۵۵ درصد) اعتقاد داشتند کادر پزشکی از آموزش کافی نسبت به نحوه ی تکمیل اطلاعات پرونده بهره مند نیستند. همچنین بیشتر موارد (۵۲ درصد) بر این مساله که نظارت لازم از سوی اتندها بر کار اینترنت ها و رسیدن آنها، جهت ثبت اطلاعات در پرونده ها وجود ندارد، کاملاً موافق بودند. مدیران در ۱۰۰ درصد و پزشکان در ۸۵ درصد معتقد بودند باید دوره های آموزشی برای کادر پزشکی برگزار شود و نیز مدیران در ۶۹ درصد و پزشکان در ۶۰ درصد موارد، با به کارگیری دانش آموختگان رشته مدارک پزشکی کاملاً موافق بودند.

**نتیجه گیری:** با توجه به بیشترین علل نقص پرونده ها، که در قسمت یافته ها قید شده، بهتر است تلاش و برنامه ریزی مسؤولین دانشگاه برای برگزاری دوره های آموزشی، تدوین دستورالعمل هایی جهت تکمیل پرونده ها، ایجاد اهرمهای نظارتی از طرف مسؤولین بیمارستان ها در رابطه با تکمیل اطلاعات و پیگیری جدی تر مسؤولین مدارک پزشکی انجام گیرد.

**واژه های کلیدی:** مدارک پزشکی - مدیران بیمارستان - مدیران پرستار - بیمارستان ها - بیمارستان های دانشگاهی - پزشکان

پذیرش مقاله: ۸۴/۹/۶

اصلاح نهایی: ۸۴/۹/۸

وصول مقاله: ۸۴/۸/۲

#### مقدمه

بهداشتی درمانی تکیه کرده و کیفیت داده های گردآوری، تحلیل، تفسیر و گزارش شده را خواستارند، این کاربران عبارتند از:

الف: بیماران برای اینکه از مراقبت بهداشتی خویش مطلع گشته و مشارکت فعالتری در حفظ یا بهبود سلامتی خود داشته باشند از داده های پزشکی استفاده می کنند.

هسته اطلاعاتی فرآیند تصمیم گیری در مراقبتهای بهداشتی، درمان بیمار و نیز توان بالقوه جهت جمع آوری داده های مراقبت و امور پژوهشی، پرونده های بیمار است که در شکل کاغذی یا الکترونیکی خود بیانگر اطلاعات و داده های مهمی در مورد چه کسی، چه چیزی، چه موقعی، کجائی، چرائی و چگونگی مراقبت از بیمار است. از سوی دیگر، کاربران بسیاری نیز به داده های

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۸۳۱۳۷ است که توسط معاونت

پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت گردیده است.

۱- مری گروه مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

Email: Tavakoli@mng.mui.ac.ir

فراهم نمودن مدرکی مستند از مراقبت‌های ارائه شده در بیمارستانها و کمک به بررسی کیفی این مراقبتها، حمایت از کادر پزشکی و کارکنان بیمارستان در موارد قانونی، از جمله اهداف مهم تشکیل و تنظیم مدارک پزشکی است.

اهداف فوق زمانی قابل تحقق خواهد بود که پرونده های بیماران شامل داده های کافی، دقیق و صحیح باشد. از نظر برخی ممکن است ثبت اطلاعات در پرونده، مصرف بیهوده ی کاغذ باشد در حالیکه هر عبارت ثبت شده در پرونده پزشکی بیمارستانی، حقیقتی آشکار است که می تواند به عنوان یک مدرک در محاکم قضایی ارائه شود و در مواردی که بیمار دادخواهی می کند ممکن است پرونده به عنوان یک سلاح قدرتمند در مقام دفاع یا در مقابل بیمارستان، پزشک و یا بیمار قرار گیرد. به عبارت دیگر هر دادخواهی از قصور پزشکی، می تواند با توجه به کیفیت و محتوای مدارک پزشکی شکست بخورد یا پیروز شود (۴).

در تحقیقی که در سال ۱۳۷۹ در بیمارستانهای آموزشی اصفهان انجام گرفت مشخص شد ۴۳/۲ درصد پرونده های تحت مطالعه، یا برگ خلاصه پرونده نداشته اند یا اطلاعات مربوط به این برگ توسط پزشک معالج تکمیل نشده است (۵).

پرسنل مدارک پزشکی، پس از تحلیل پرونده ها و جدا کردن پرونده های ناقص ناچارند وقت، انرژی و هزینه زیادی را برای پیگیری و تکمیل آنها صرف نمایند و از آنجا که برطرف نمودن این نواقص معمولاً به تاخیر می افتد و مدت زیادی طول می کشد تا پرونده های کامل شده به بایگانی بازگردد، مراحل بعدی فرآیند بایگانی نیز به کندی پیش می رود.

مهمترین پیامد این نواقص متوجه بیمار خواهد بود زیرا در مراجعات بعدی به بیمارستان، تیم درمان نیاز به مستندات معتبری از درمانهای انجام شده قبلی و نتایج آن دارند که اگر پرونده ناقص بایگانی شده باشد منجر به

ب: متخصصین مراقبت های بهداشتی - درمانی، پزشکان، پرستاران و سایر متخصصین بالینی که بیمار را درمان می کنند و از پرونده به عنوان یک وسیله ارتباطی اولیه در بین خود استفاده می کنند.

ج: ارائه دهندگان مراقبتها و مدیران بهداشتی - درمانی، از داده های پرونده، برای ارزیابی، نظارت بر استفاده از منابع و دریافت هزینه خدمات ارائه شده استفاده می کنند. د: پرداخت کنندگان ثالث، مدیران بهره برداری، کمیته های کیفیت مراقبت، ادارات اعتباربخشی، ادارات دولتی، کارفرمایان، وکلای دادگاهها در محاکم قضایی، برنامه ریزان و طراحان خط مشی، آموزش دهندگان و مربیان، پژوهشگران و اپیدمیولوژیست ها، از دیگر کاربران داده های بهداشتی درمانی هستند (۱).

اطلاعات ناقص منجر به تکرار آزمایش ها از جمله مواجهه ی مکرر بیمار با اشعه و نیز هزینه های اضافی خواهد شد. اگر داده های هویتی ناقص باشد احتمال دارد اوراق پرونده با پرونده ی دیگر اشتباه شود که منجر به مشکلات جدی مانند تشخیص اشتباه خواهد شد و بدون مستند سازی مناسب مدارک پزشکی، به سختی می توان ثابت کرد که خدمات ارائه شده به بیمار قابل قبول یا مورد لزوم بوده است یا خیر؟ ناکافی یا ناقص بودن اطلاعات پرونده ها، پیامدهای متعددی به دنبال خواهد داشت و بیمار اولین فردی است که این پیامدها متوجه او خواهد شد (۲).

طی تحقیقی تحت عنوان «کارسنجی و زمان سنجی فرایندهای مدارک پزشکی در مراکز بهداشتی درمانی در تبریز» ناخوانایی تشخیص نهایی، نوشته نشدن تشخیص نهایی در محل مربوط و ناقص بودن تشخیص نهایی را می توان به عنوان عوامل موثر بر فرایند کدگذاری دانست (۳). تامین ابزار ارتباطی بین پزشکان، پرستاران و سایر افراد تیم درمان، تامین ادامه مراقبتها و معالجات بیمار،

## روش بررسی

این مطالعه توصیفی-مقطعی است و با هدف تعیین علل ناقص ماندن پرونده های پزشکی و راهکارهای پیشنهادی جهت رفع این علل از دیدگاه مدیران و پزشکان بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۳ انجام شد.

جمعیت مورد مطالعه، کلیه مدیران و پزشکان بخشهای بالینی شاغل در بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان بودند. در رابطه با مدیران کل جمعیت (۱۳۲ نفر) مورد مطالعه قرار گرفت، اما در رابطه با پزشکان، ابتدا حجم نمونه مورد نیاز محاسبه شد (۹۲ نفر) و در مرحله دوم تعداد نمونه مورد نیاز از هر بیمارستان به صورت سهمیه ای و با توجه به جمعیت پزشکان در هر بیمارستان محاسبه گردید. تعداد افراد شرکت کننده در تحقیق ۶۹ نفر پزشک، ۸ نفر از مدیران و روسا، ۱۰ نفر مدیران خدمات پرستاری، ۴۳ نفر سرپرستار و ۱۰ نفر مسؤولین مدارک پزشکی بیمارستانها بودند. ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه بود. پرسشنامه مذکور دارای ۲ قسمت بود قسمت اول مربوط به علل ناقص ماندن پرونده ها (حاوی ۱۴ سوال) و قسمت دوم مربوط به راهکارهای پیشنهادی (شامل ۱۰ سوال) بود. پاسخ سوال ها در مقیاس لیکرت (کاملاً موافق، موافق، مخالف، کاملاً مخالف، نظری ندارم) گروه بندی شده بود. روایی پرسشنامه، با بهره گیری از نظرات چند تن از استادان متخصص در دانشکده و مشورت با شماری از مدیران و پزشکان با سابقه بیمارستانها و نیز با استفاده از کتب تخصصی رشته مدارک پزشکی تنظیم شد.

در رابطه با سنجش پایایی پرسشنامه؛ پرسشنامه به صورت پایلوت در یکی از بیمارستانهای مورد مطالعه توسط ۱۰

آزمایش های تکراری، تصمیم گیری نامناسب درمانی و صرف هزینه های اضافی خواهد شد (۴).

نتایج بررسی میزان تکمیل سوابق دارویی در پرونده های پزشکی ۳۰۴ بیمار نشان داد که تعداد کل داروها بر اساس پرونده های پزشکی بیمارستانی ۱۲۳۹ مورد بود. هنگامی که با مدارک مستند در داروخانه بیمارستان مقایسه شد، ۵۱۸ مورد دارو برای بیماران مشخص و به بخش های داخلی و عمومی تحویل شده بود که در این موارد هیچ گونه ثبتي در پرونده ها وجود نداشت (۶).

مهمترین علت ناقص ماندن پرونده ها این است که پزشکان و جراحان بر این باورند که مراقبتهای پزشکی یا جراحی مورد نیاز بیمار بسیار حیاتی است ولی بهبود مستند سازی اطلاعات مربوط به مراقبتهای مهم نیست و آن را به عنوان بخشی از فرآیند درمان در نظر نمی گیرند، در حالیکه مدت زمانی که جهت ثبت یا تکمیل پرونده بیمار در رابطه با مراقبتهای ارائه شده صرف می شود باید به عنوان بخشی از فرآیند مراقبت در نظر گرفته شود.

تاخیر در دریافت گزارش های آزمایشگاهی مانند پاتولوژی و کشت، عدم نظارت اتند بر عملکرد پزشکان زبردست یا دانشجویان که مسوولیت تکمیل پرونده را به عهده دارند، یکی دیگر از دلایل ناقص ماندن پرونده ها است. عدم وجود سیاستها و روشکارهایی جهت تکمیل پرونده و عدم بازرسی پزشکی و برنامه های اطمینان کیفی در بیمارستانها، سبب بی توجهی پزشکان در تکمیل اطلاعات پرونده می شود (۴).

در این پژوهش علل ناقص ماندن پرونده ها و راهکارهای پیشنهادی که مدیران و پزشکان شاغل در بیمارستانها به عنوان افراد درگیر فرآیند نظام مدیریت اطلاعات در بیمارستان ارائه نمودند، بررسی و تحلیل شده است.

رفع آنها از دیدگاه مدیران خدمات پرستاری بیمارستانهای آموزشی، در جدول ۱ نشان داده شده است. در ارتباط با راهکارهای پیشنهادی مدیران پرستاری نتایج حاصل نشان داد که:

- در اکثر موارد (۸۰درصد) با اضافه نمودن ۲ واحد درس آشنایی با مدارک پزشکی در برنامه دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی کاملاً موافق بودند.

- در اکثر موارد (۷۰درصد) با این که مندرجات پرونده که اینترنت یا رزیدنت تکمیل نموده است توسط اتند مورد تایید قرار گیرد کاملاً موافق بودند.

- در اکثر موارد (۷۰درصد) با این پیشنهاد که پرسنل مدارک پزشکی از دانش آموختگان این رشته باشند کاملاً موافق بودند.

در ارتباط با تعیین توزیع فراوانی علل ناقص ماندن پرونده های پزشکی و راهکارهای پیشنهادی جهت رفع آنها از دیدگاه سرپرستاران بخشهای بالینی بیمارستانهای آموزشی، نتایج نشان داد:

- سرپرستاران بخشهای بالینی در اکثر موارد (۳۹درصد) با عدم ارسال برخی از گزارش های آزمایشگاهی به بخش بستری قبل از ترخیص بیمار کاملاً موافق و در ۳۷ درصد موارد موافق بودند.

- در اکثر موارد (۴۲درصد) با علت عدم آموزش کادر پزشکی نسبت به نحوه تکمیل اوراق پرونده، موافق بودند. در ارتباط با راهکارهای پیشنهادی سرپرستاران بخشهای بالینی، نتایج نشان داد که:

- در اکثر موارد (۹۰ درصد) با برگزاری دوره های آموزشی برای کادر پزشکی و آگاه نمودن آنها نسبت به اهمیت اطلاعات مدارک پزشکی موافق بودند.

نفر از پزشکان و ۵ نفر از مدیران اجرا شد و آلفای کرونباخ آن ۸۵ درصد به دست آمد.

داده ها با استفاده از آزمونهای آماری توصیفی (تعیین توزیع فراوانی) و به کمک نرم افزار آماری SPSS، مورد تحلیل قرار گرفت.

## یافته ها

در ارتباط با تعیین توزیع فراوانی علل ناقص ماندن پرونده های پزشکی و راهکارهای پیشنهادی جهت رفع آنها از دیدگاه مدیران و روسای بیمارستانهای آموزشی نتایج نشان داد که در بیشتر موارد (۵۰درصد) اذعان داشتند که کادر پزشکی، نسبت به نحوه تکمیل اوراق پرونده، آموزش کامل ندیده اند و نیز ۵۰درصد مدیران و روسا با این علت که اتندها نظارتی بر کار اینترنها و رزیدنتها جهت ثبت اطلاعات پرونده نداشته اند کاملاً موافق بودند.

مدیران و روسا در ۱۰۰ درصد موارد با برگزاری دوره های آموزشی برای کادر پزشکی و آگاه نمودن آنها از اهمیت اطلاعات مدارک پزشکی موافق بودند.

در ۱۰۰ درصد موارد با تدوین دستورالعمل ها و خط مشی هایی جهت تکمیل اوراق پرونده توسط کمیته مدارک پزشکی بیمارستان موافق بودند.

در بیشتر موارد (۶۰درصد) با اضافه نمودن ۲ واحد درس آشنایی با مدارک پزشکی در برنامه دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی کاملاً موافق بودند.

در اغلب موارد (۶۰درصد) با این پیشنهاد که مندرجات پرونده که اینترنت یا رزیدنت تکمیل نموده، توسط اتند مورد تایید قرار گیرد، کاملاً موافق بودند.

نتایج تحقیق در ارتباط با تعیین توزیع فراوانی علل ناقص ماندن پرونده های پزشکی و راهکارهای پیشنهادی جهت

جدول (۱): توزیع فراوانی علل ناقص ماندن پرونده های پزشکی از دیدگاه مدیران خدمات پرستاری

ردیف	علل ناقص ماندن پرونده های پزشکی	کاملا موافق		مخالف		کاملا مخالف		نظری ندارم		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	ثبت مستندات پرونده در فرایند درمان چندان مهم نیست.	۰	%۰	۰	%۰	۱۰	%۱۰۰	۰	%۰	۱۰	%۱۰۰
۲	کادر پزشکی فرصت کافی برای تکمیل همه اطلاعات پرونده بیمار را ندارند.	۴	%۴۰	۴	%۴۰	۲	%۲۰	۰	%۰	۱۰	%۱۰۰
۳	ساختار و نوع فرمهای مورد استفاده در پرونده مناسب نیست	۴	%۴۰	۴	%۴۰	۲	%۲۰	۲	%۲۰	۱۰	%۱۰۰
۴	مندرجات و اطلاعات درخواست شده در فرمهای مدارک پزشکی مناسب نیست.	۲	%۲۰	۳	%۳۰	۲	%۲۰	۳	%۳۰	۱۰	%۱۰۰
۵	بخشنامه و دستورالعملی از مقام مافوق در زمینه تکمیل اطلاعات وجود ندارد	۵	%۵۰	۱	%۱۰	۳	%۳۰	۱	%۱۰	۱۰	%۱۰۰
۶	برخی از گزارش های آزمایشگاهی ( کشت، پاتولوژی) قبل از ترخیص بیمار به بخش بستری ارسال نمی شود.	۸	%۸۰	۰	%۰	۰	%۰	۰	%۰	۱۰	%۱۰۰
۷	کادر پزشکی آموزش کافی نسبت به نحوه تکمیل اوراق پرونده را ندیده اند.	۶	%۶۰	۱	%۱۰	۱	%۱۰	۰	%۰	۱۰	%۱۰۰
۸	اتندها نظارتی بر کار اینترن ها و رزیدنتها جهت ثبت اطلاعات پرونده نداشته اند.	۱	%۱۰	۴	%۴۰	۰	%۰	۲	%۲۰	۱۰	%۱۰۰
۹	کادر پزشکی از واژه ها و اصطلاحات علمی و استاندارد آگاهی کافی ندارند.	۲	%۲۰	۲	%۲۰	۲	%۲۰	۲	%۲۰	۱۰	%۱۰۰
۱۰	مسوول مدارک پزشکی نسبت به پرونده های ناقص پیگیری موثر ندارد.	۲	%۲۰	۴	%۴۰	۲	%۲۰	۲	%۲۰	۱۰	%۱۰۰
۱۱	عملکردهای نظارتی از طرف بیمارستان بر روی تکمیل اطلاعات پرونده وجود ندارد.	۱	%۱۰	۳	%۳۰	۲	%۲۰	۳	%۳۰	۱۰	%۱۰۰

۱۲	ارزیابی کمی پرونده ها توسط پرسنل مدارک پزشکی انجام نمی شود.	۱	٪۱۰	۲	٪۲۰	۴	٪۴۰	۱	٪۱۰	۲	٪۲۰	۱۰	٪۱۰۰
۱۳	عدم تکمیل پرونده ها تاکنون مشکل حادی در بیمارستان ایجاد نکرده است.	۰	٪۰	۲	٪۲۰	۷	٪۷۰	۱	٪۱۰	۰	٪۰	۱۰	٪۱۰۰
۱۴	کادر پزشکی تاکنون در قبال عدم تکمیل پرونده ها مورد سوال قرار نگرفته اند.	۱	٪۱۰	۲	٪۲۰	۴	٪۴۰	۳	٪۳۰	۰	٪۰	۱۰	٪۱۰۰

- در اکثر موارد (۵۰ درصد) مسؤلین مدارک پزشکی با این دلیل که اتندها نظارتی بر کار اینترنها و رزیدنتها جهت ثبت اطلاعات پرونده نداشته اند کاملا موافق بودند. راهکارهای پیشنهادی مسؤلین مدارک پزشکی جهت رفع علل نواقص پرونده ها در جدول ۲ ارائه شده است .

- در اکثر موارد (۵۵ درصد) با عدم آموزش کادر پزشکی نسبت به نحوه تکمیل اوراق پرونده، به عنوان یک مشکل اساسی موافق و در ۲۲ درصد موارد کاملا موافق بودند.

- در اکثر موارد (۴۹ درصد) پزشکان با این دلیل که اتندها نظارتی بر کار اینترنها و رزیدنتها جهت ثبت اطلاعات پرونده نداشته اند، موافق و در ۳۳ درصد موارد کاملا موافق بودند .

راهکارهای پیشنهادی پزشکان جهت رفع نواقص پرونده ها در جدول ۳ ارائه شده است .

- در اکثر موارد (۵۲ درصد) با تجدید نظر در ساختار و نوع فرمهای مورد استفاده در پرونده موافق بودند .

- در اکثر موارد (۵۸ درصد) با تدوین دستورالعملها و خط مشی هایی جهت تکمیل اوراق پرونده توسط کمیته مدارک پزشکی بیمارستان موافق بودند .

نتایج تحقیق در ارتباط با تعیین توزیع فراوانی علل ناقص ماندن پرونده های پزشکی و راهکارهای پیشنهادی جهت رفع آنها از دیدگاه مسؤلین مدارک پزشکی بیمارستانها نشان داد:

- مسؤلین مدارک پزشکی در اکثر موارد ( ۵۰ درصد) با عدم ارسال برخی از گزارش های آزمایشگاهی به بخش بستری قبل از ترخیص بیمار کاملا موافق و در ۳۰ درصد موارد موافق بودند .

- در اکثر موارد (۶۰ درصد) با علت عدم آموزش کادر پزشکی نسبت به نحوه تکمیل اوراق پرونده، کاملا موافق بودند.

جدول (۲): توزیع فراوانی راهکارهای پیشنهادی جهت رفع نقایص پرونده های پزشکی از دیدگاه مسئولین مدارک پزشکی

ردیف	راهکارهای پیشنهادی مدیران و پزشکان جهت رفع علل نقص پرونده ها	کاملا موافق	مخالف	کاملا مخالف	نظری ندارم	جمع
۱	برگزاری دوره های آموزشی برای کادر پزشکی و آگاه نمودن آنها نسبت به اهمیت اطلاعات مدارک پزشکی	۸۰٪	۲۰٪	۰٪	۰٪	۱۰۰
۲	تجدید نظر در ساختار و نوع فرمهای مورد استفاده در پرونده	۲۰٪	۳۰٪	۳۰٪	۲۰٪	۱۰۰
۳	تجدید نظر در محتوی و مندرجات فرمهای مورد استفاده در پرونده	۰٪	۴۰٪	۲۰٪	۳۰٪	۱۰۰
۴	تدوین دستورالعملها و خط مشی هایی جهت تکمیل اوراق پرونده توسط کمیته مدارک پزشکی بیمارستان	۶۰٪	۲۰٪	۲۰٪	۰٪	۱۰۰
۵	ایجاد اهرمهای نظارتی از طرف مسئولین بیمارستان در زمینه تکمیل اطلاعات پرونده ها	۷۰٪	۱۰٪	۱۰٪	۱۰٪	۱۰۰
۶	برنامه ریزی و اتخاذ تدابیری برای ارسال به موقع گزارش های آزمایشگاهی به بخش مربوط	۶۰٪	۳۰٪	۰٪	۱۰٪	۱۰۰
۷	اضافه نمودن ۲ واحد درس آشنایی با مدارک پزشکی در برنامه دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی	۸۰٪	۱۰٪	۰٪	۱۰٪	۱۰۰
۸	مندرجات پرونده که اینترن یا رزیدنت تکمیل نموده اند توسط اتند مورد تایید قرار گیرد	۸۰٪	۱۰٪	۰٪	۱۰٪	۱۰۰
۹	پرسنل مدارک پزشکی از دانش آموختگان این رشته باشند	۸۰٪	۱۰٪	۰٪	۱۰٪	۱۰۰
۱۰	مسوول مدارک پزشکی پیگیری جدی تری نسبت به پرونده های ناقص و گزارش آن به مسوولان بیمارستان داشته باشد	۷۰٪	۲۰٪	۰٪	۱۰٪	۱۰۰

جدول (۳): توزیع فراوانی راهکارهای پیشنهادی جهت رفع نقایص پرونده های پزشکی از دیدگاه پزشکان

ردیف	راهکارهای پیشنهادی مدیران و پزشکان جهت رفع علل نقص پرونده ها	کاملا موافق		مخالف		کاملا مخالف		نظری ندارم		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	برگزاری دوره های آموزشی برای کادر پزشکی و آگاه نمودن آنها نسبت به اهمیت اطلاعات مدارک پزشکی	۲۵	۳۶٪	۴	۶٪	۰	۰٪	۶	۹٪	۶۹	۱۰۰٪
۲	تجدید نظر در ساختار و نوع فرمهای مورد استفاده در پرونده	۱۹	۲۷٪	۵	۷٪	۰	۰٪	۶	۹٪	۶۹	۱۰۰٪
۳	تجدید نظر در محتوی و مندرجات فرمهای مورد استفاده در پرونده	۱۶	۲۳٪	۵	۷٪	۰	۰٪	۷	۱۰٪	۶۹	۱۰۰٪
۴	تدوین دستورالعملها و خط مشی هایی جهت تکمیل اوراق پرونده توسط کمیته مدارک پزشکی بیمارستان	۲۱	۳۰٪	۲	۳٪	۱	۱٪	۲	۳٪	۶۹	۱۰۰٪
۵	ایجاد اهرمهای نظارتی از طرف مسؤولان بیمارستان در زمینه تکمیل اطلاعات پرونده ها	۲۸	۴۰٪	۴	۶٪	۰	۰٪	۵	۷٪	۶۹	۱۰۰٪
۶	برنامه ریزی و اتخاذ تدابیری برای ارسال به موقع گزارش های آزمایشگاهی به بخش مربوط	۳۹	۵۷٪	۰	۰٪	۰	۰٪	۱	۱٪	۶۹	۱۰۰٪
۷	اضافه نمودن ۲ واحد درس آشنایی با مدارک پزشکی در برنامه دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی	۲۲	۳۲٪	۱۰	۱۴٪	۳	۴٪	۶	۹٪	۶۹	۱۰۰٪
۸	مندرجات پرونده که اینترن یا رزیدنت تکمیل نموده اند توسط اتند مورد تایید قرار گیرد	۲۷	۳۹٪	۴	۶٪	۵	۷٪	۲	۳٪	۶۹	۱۰۰٪
۹	پرسنل مدارک پزشکی از دانش آموزان این رشته باشند	۴۱	۶۰٪	۱	۱٪	۳	۴٪	۳	۴٪	۶۹	۱۰۰٪
۱۰	مسوول مدارک پزشکی پیگیری جدی تری نسبت به پرونده های ناقص و گزارش آن به مسوولین بیمارستان داشته باشد	۳۹	۵۷٪	۲۵	۳۷٪	۱	۱٪	۳	۴٪	۶۹	۱۰۰٪

## بحث

نتایج حاصل از تحقیق بیانگر آن است که کادر پزشکی، ثبت اطلاعات بیماران را جزو فرآیند درمان می دانند و آن را بسیار مهم تلقی می نمایند. با وجود این، پرونده ها همچنان ناقص باقی می ماند و برخی از پزشکان اذعان دارند که فرصت کافی برای تکمیل اطلاعات را ندارند.

نتایج تحقیقی تحت عنوان «ارزیابی ثبت اطلاعات بیماران بستری توسط پزشکان در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال ۱۳۸۰» نشان داد، فرایند مستندسازی پرونده ها توسط پزشکان (به عنوان اصلی-ترین گروه ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی درمانی) به طور ناقص انجام می گردد. این امر علاوه بر از دست



دادن اطلاعات بیماران بستری شده می تواند اثرات سوء در فرایند درمان آنها داشته باشد (۷) .

بر اساس بررسیها و یافته های پژوهشگر، در حال حاضر متاسفانه دستورالعمل مشخص و مکتوبی در زمینه ی نحوه ی تکمیل اوراق پرونده در بیمارستانهای آموزشی وجود ندارد لذا لازم است مسؤولان مدارک پزشکی با همکاری اعضای کمیته و حمایت مدیریت بیمارستان جهت تدوین دستورالعملهای تکمیل اوراق پرونده بیمارستانی اقدامات موثری انجام دهند .

یافته های حاصل از این تحقیق نشان داد؛ عدم آموزش کافی کادر پزشکی نسبت به نحوه ی ثبت اطلاعات پرونده ها و عدم نظارت اتند بر اطلاعاتی که اینترن یا رزیدنت در پرونده بیمار ثبت می نمایند از علل بسیار مهم در ناقص ماندن پرونده های پزشکی بوده است .

در همین راستا، از جمله مشکلاتی که در حال حاضر پرسنل مدارک پزشکی با آن مواجه هستند عدم اعتماد به برخی از اطلاعات ثبت شده در پرونده ها ، ناخوانایی و غیر استاندارد بودن اصطلاحات و اختصارات مربوط به تشخیص ها و اقدامات درمانی و جراحی و حتی فقدان اطلاعات اساسی در پرونده ، و از طرفی عدم وجود مهر و امضای اتند، موجب سر در گمی این پرسنل بویژه هنگام طبقه بندی و کدگذاری استاندارد پرونده ها است .

در صورتی که معاونت های آموزشی در سطح دانشگاه و بیمارستانها تدابیری در زمینه رفع این معضل بیندیشند و نظارت بیشتری بر نحوه ی آموزش و درمان اینترنها و رزیدنتها داشته باشند ، دانشجویان پزشکی از ابتدا به اهمیت اطلاعات و مندرجات پرونده آگاه خواهند شد و از دوران دانشجویی، آموزش می بینند که به همان اندازه که به درمان بیماران باید اهمیت بدهند در مورد ثبت اطلاعات مربوط به این درمانها نیز باید فعال باشند . به اعتقاد پژوهشگر و سایر صاحب نظران حرفه ، اضافه نمودن ۱یا ۲ واحد درس آشنایی با مدارک پزشکی و اصول مستند

نویسی در برنامه درسی دانشجویان گروه پزشکی، اقدام موثری در بهبود مستندات پرونده ها و به دنبال آن بهبود کیفیت درمان خواهد بود ،همچنین مسؤولان بیمارستانها نیز اهرمهای نظارتی جهت کنترل ثبت اطلاعات پزشکی در پرونده ها و تایید آن توسط اتند ایجاد نمایند .

در این تحقیق، پزشکان ساختار ، نوع فرمهای مورد استفاده در پرونده ، مندرجات و اطلاعات درخواست شده در فرمهای مدارک پزشکی را نامناسب دانسته و معتقد بودند لازم است نظرات کادر پزشکی ، توسط مسؤول مدارک پزشکی هر بیمارستان به معاونت درمان ارائه شود.

### نتیجه گیری

با توجه به بیشترین علل نقص پرونده ها ، که در قسمت یافته ها قید شده، بهتر است :

۱- معاونت آموزشی دانشگاه درس آشنایی با مدارک پزشکی به میزان ۱ یا ۲ واحد به لیست دروس اجباری دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی اضافه نماید.

۲- معاونت آموزشی دانشگاه برنامه ریزی های لازم را در زمینه ارزیابی فرایند ثبت اطلاعات پرونده های پزشکی و نظارت مستمر و تأیید مستندات پرونده توسط اتندها را انجام دهد.

۳- معاونت آموزشی دانشگاه دستورالعملها و خط مشی های اساسی در این زمینه را با همکاری گروه مدارک پزشکی دانشگاه تدوین نماید و جهت اجرا به بیمارستانها ابلاغ کند.

۴- معاونت درمان دانشگاه کمیته های مدارک پزشکی بیمارستانها را تقویت و حمایت نماید و دانش آموختگان مدارک پزشکی و منابع اطلاعاتی و اجرایی لازم را در زمینه ی تکمیل اوراق پرونده با هماهنگی صاحب نظران در اختیار بیمارستانها قرار دهد .

1. Abdelhak M. Health Information Management. USA:W.B.Sunders company; 2003
2. Mogli GD. Medical Record Organization an Management. India JAYPEE;2001.
- ۳) توکلی، ناهید. اهمیت مستند سازی مدارک پزشکی از دیدگاه مدیران اطلاعات بهداشتی درمانی. اصفهان : سمینار ابعاد حقوقی و قضایی اطلاعات بهداشتی درمانی ، ۱۳۸۱.
- ۴) دانیالی ، افسانه؛ کشتکاران، علی . مدیریت بخش مدارک پزشکی . شیراز : دانشگاه علوم پزشکی شیراز ؛ ۱۳۸۰. ۱۱۷.
- ۵) علیزاده ، کبری ؛ جبرایلی، محمد؛ کافی، نگار؛ درخشان، نسرین؛ حامدان، مهناز؛ واعظی، فهیمه. کارسنجی و زمان سنجی فرآیندهای مدارک پزشکی در مراکز بهداشتی تبریز. تبریز: دانشگاه علوم پزشکی تبریز ؛ ۱۳۸۱.
- 6) Tang P, LaRosa M, Gorden M. Use of computer-based records completeness of documentation , and appropriateness of documented clinical decisions. available at :www.ahima.org, 2005.
- ۷) مشعوفی، مهرناز ؛ امانی، فیروز ؛ رستمی، خلیل؛ مرادی، افروز . ارزیابی ثبت اطلاعات بیماران بستری توسط پزشکان در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال ۱۳۸۱ . اصفهان: اولین سمینار سراسری دانشجویان مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۴ .