

بررسی مقایسه ای روند نظام مدیریت اطلاعات در بخش مدارک پزشکی بیمارستان

آیت ا... کاشانی با استاندارد*

دکتر سیما عجمی^۱، عذرا توکلی مقدم^۲

چکیده

مقدمه: نظام مدیریت اطلاعات یک روش رسمی برای تهیه و ارائه اطلاعات لازم، دقیق و به هنگام به مدیران، به منظور تسهیل فرآیند تصمیم گیری، برنامه ریزی و کنترل مدیریت می باشد. در این میان مدارک پزشکی با وقوف به ابعاد و ارزش واقعی اطلاعات در بخش بهداشت و درمان می تواند اصلی ترین جایگاه اطلاعاتی بخش را به خود اختصاص دهد. هدف اصلی از انجام این پژوهش مقایسه روند نظام مدیریت اطلاعات بخش مدارک پزشکی بیمارستان آیت ا... کاشانی با استاندارد بوده است.

روش بررسی: این پژوهش از دسته مطالعات مشاهده ای- توصیفی- موردنگاری است. جامعه ی پژوهش شامل ۷ نفر کارکنان بخشهای مدارک پزشکی (واحد پذیرش، آمار، بایگانی و کدگذاری) و مشاور مدیر بیمارستان آیت اله کاشانی و زمان پژوهش بهار ۱۳۸۵ بوده است. ابزار جمع آوری اطلاعات چک لیست و پرسش نامه و روش جمع آوری داده ها مشاهده و مصاحبه بوده است. روایی چک لیست و پرسشنامه براساس نظرات متخصصین مربوط مورد تأیید قرار گرفت و با توجه به اینکه به کمک استانداردهای کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان های مراقبت بهداشتی آمریکا ارزیابی انجام شد پایایی مورد تأیید بود. تحلیل اطلاعات از طریق آزمون فرضیه Z انجام گرفت.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد که روند ثبت و جمع آوری اطلاعات، روند بازیابی و توزیع اطلاعات از وضعیتی غیراستاندارد در مقایسه با استانداردهای آمریکا و کانادا برخوردار بوده ولی روند توزیع اطلاعات تقریباً رو به بهبود است.

نتیجه گیری: مطابق نبودن روند نظام مدیریت اطلاعات در بخش مدارک پزشکی بیمارستان آیت ا... کاشانی با استاندارد و نامطلوب بودن روش های کار، باعث انحراف مسیر فعالیت های این بخش از اهداف اصلی خود شده است و اصلاح آن ضروری است.

نوع مقاله: تحقیقی

واژه های کلیدی: نظام های اطلاعات بیمارستانی؛ نظام های مدیریت اطلاعات؛ مدارک پزشکی؛ استانداردهای مرجع؛ مدیریت

اطلاعات

پذیرش مقاله: ۸۵/۱۱/۱۶

اصلاح نهایی: ۸۵/۱۱/۱۴

وصول مقاله: ۸۵/۷/۴

مقدمه

توسعه، اجراء، نگهداری، و مدیریت سیستم ها به منظور تولید، ثبت، ذخیره، بازیابی، تحلیل و انتشار اطلاعات سلامتی بیمار بصورت موثر و کارا می باشد (۴). مدیریت اطلاعات سلامت در تمامی محیط های مراقبت بهداشتی و درمانی مشابه است. گرچه ممکن است یکی از این روشها در مطب پزشک پیچیدگی و ابهام کمتری نسبت

امروزه اطلاعات به عنوان یکی از مهمترین منابع قدرت در جهان مطرح می باشد. اطلاعات اساس تصمیم گیری و برنامه ریزی می باشد و منبع اولیه اطلاعات مراقبت بهداشتی، مدارک سلامت بیمار است. در عصر تکنولوژی اطلاعات و اطلاع رسانی، مدارک پزشکی بعنوان مهم ترین، غنی ترین و واقعی ترین منابع اطلاع رسانی پزشکی و بهداشتی است زیرا مبتنی بر واقعیات علم پزشکی است (۱-۳). مدیریت اطلاعات سلامت عبارت از

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۹۳-۳۸۵۰ می باشد که توسط

معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت گردیده است.

۱. استادیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اصفهان (نویسنده ی مسوول) Email: ajami@mng.mui.ac.ir

۲. کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

کمسیون مشترک اعتبار بخشی سازمان های مراقبت بهداشتی آمریکا (JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) اظهار می دارد: آمریکا و کانادا از جمله کشور هایی هستند که معتبر ترین و پرسابقه ترین سازمان های ارزیابی کننده و اعتبار بخشی جهت بررسی عملکرد موسسات مراقبتی از جمله مدارک پزشکی، در سراسر جهان هستند، در ضمن یکی از بزرگ ترین و قدیمی ترین سازمان هایی است که از سال ۱۹۱۰ تا امروز، استاندارد هایی را به منظور ارتقای بهبود کیفیت مدارک پزشکی لحاظ کرده است (۱۱). انجمن مدیریت اطلاعات بهداشتی آمریکا (AHIMA: American Health Information Management Association) به عنوان یک انجمن حرفه ای، دستورالعمل ها و استاندارد هایی را در خصوص مدارک پزشکی ایجاد می کند (۱۲). مجمع اعتباربخشی خدمات بهداشتی کانادا (CCHSA: Canadian Council on Health Services Accreditation) در سال ۱۹۷۴ جهت ارزیابی کیفیت خدمات های مختلف مراکز مراقبتی از جمله مدارک پزشکی ایجاد شده است (۱۳-۱۴).

استاندارد های مدیریت اطلاعات سلامت:

الف) ثبت و جمع آوری اطلاعات:

- بهنگام بودن ثبت اطلاعات.
- داشتن امضا و تاریخ.
- صریح بودن.
- کامل بودن.

ب) نگهداری و بازیابی اطلاعات:

- اقدامات امنیتی از جمله وجود سیستم ثبت خروج پرونده (یا کارت راهنمای خروج) برای انواع پرونده های پزشکی.
- مدت نگهداری اطلاعات بهداشتی درمانی

به بیمارستان ها و مراکز بهداشتی بزرگ داشته باشد، اما اهداف مشابه و یکسان است: «مدیریت موثر و پویای اطلاعات سلامتی ارائه شده به بیمار.» مدارک پزشکی، به شکل دستی یا خودکار، اطلاعات پزشکی را، یعنی تمام جنبه های مراقبت از بیمار را در خود دارد. پزشکان، پرستاران، و سایر مراقبین سلامتی برای درمان یک بیمار به اطلاعات پزشکی نیاز دارند. مدیریت اطلاعات سلامت نیازمند سیستم هایی است که جهت ذخیره سازی، بازیابی، نگهداری و امحاء مدارک بهداشتی (بر اساس قانون)، تنظیم و قوانین و امور حرفه ای حرکت نماید (۵). نقش مدیر اطلاعات سلامت نقش حیاتی در مراکز مراقبت سلامتی است، زیرا اطلاعات به دست آمده دارای یک اهمیت کاملاً منحصر به فرد است، علاوه بر این فقدان یا کاهش اطلاعات سلامتی ممکن است مراقبت بهداشتی درمانی بیمار را به مخاطره بیندازد. در نظام سلامتی، مدیریت اطلاعات سلامت و مدارک بهداشتی تبادل داده های بالینی و تفکیک و تحلیل این داده ها به منظور ارائه اثر بخش و کارآمد مستلزم داده های کامل بوده و در این راستا رعایت استانداردهای کامل اطلاع رسانی از اهمیت خاصی برخوردار می باشد (۶-۱۰).

مدیر مدارک پزشکی نه تنها به عنوان مدیر مدارک انجام وظیفه می نماید، بلکه اطلاعات سلامتی را برای تامین بسیاری از نیاز های بیماران، پزشکان، و نمایندگی های معتبر و قانونی و بیمه شخص ثالث تهیه می نماید. مدارک پزشکی، نیز برای حمایت از بیمار، مراقبت بهداشتی، در مراکز مراقبت بهداشتی برای ارائه ی خدمت مؤثر می باشد (۴). نظام مدیریت اطلاعات سلامت، یک نظام فرعی از نظام سلامت است که به مدیریت نظام اختصاص دارد. در بسیاری از موارد برای اشاره به نظام اطلاعات سلامتی از عبارت نظام اطلاعات مدیریت سلامت استفاده می شود تا بر استفاده از این اطلاعات برای مدیریت سلامت تاکید گردد (۵).

ج) توزیع اطلاعات: (به موقع و آسان و سریع بودن)

د) تحلیل اطلاعات: (براساس نیازهای کاربران)

- تعداد مراجعات به اورژانس، موارد بستری، موارد ترخیص، تعداد ویزیت به صورت سرپایی، تعداد اعمال جراحی سرپایی و بستری، موارد مرگ و میر و...
- تعداد تخت های ثابت، تعداد تخت های فعال و درصد اشغال تخت
- تخت روز و متوسط اقامت بیماران قبل از ترخیص (۱۱).

ه) بازخورد داشتن فرایند نظام ها

روش بررسی

این پژوهش از دسته مطالعات مشاهده ای - توصیفی - موردنگاری بوده است. جامعه پژوهش شامل ۷ نفر کارکنان بخش های مدارک پزشکی (واحد پذیرش، آمار، بایگانی و کدگذاری) و مشاور مدیر بیمارستان آیت... کاشانی بود و زمان پژوهش بهار ۱۳۸۵ بوده است. ابزار جمع آوری اطلاعات چک لیست و پرسش نامه و روش جمع آوری داده ها مشاهده و مصاحبه بوده است. روائی چک لیست و پرسشنامه بر اساس نظرات متخصصین مربوط مورد تأیید قرار گرفت و با توجه به اینکه به کمک استانداردهای کمیسیون مشترک اعتبار بخشی سازمان های مراقبت بهداشتی آمریکا ارزیابی انجام شد پایایی مورد تأیید بود. تحلیل اطلاعات از طریق آزمون فرضیه Z انجام گرفت. در این پژوهش داده ها با استفاده از مقایسه نسبت با عدد ثابت Z مورد تحلیل قرار گرفت.

روش تجزیه و تحلیل داده های پژوهشی از طریق آزمون Z و همچنین روش اولویت دهی بر اساس معیار (۱۵) صورت گرفته است.

در این راستا از منابع اطلاعاتی بخش مدارک پزشکی بیمارستان آیت... کاشانی استفاده شده است.

یافته ها

بخش مدارک پزشکی بیمارستان آیت الله کاشانی که وظیفه ارائه خدمت به بیماران، پزشکان، مدیریت بیمارستان و ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی را در طی روند کاری خود داراست از نظام زیر پیروی می کند:

(۱) ثبت و جمع آوری اطلاعات: در این قسمت اطلاعات مربوط به بیمار در بخش پذیرش مرکزی یا اورژانس و اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار در سیستم کامپیوتری ثبت شده و تشکیل پرونده برای بیمار همراه با دادن شماره معین به پرونده پزشکی هر بیمار و نظارت بر کار منشیان بخش ها در امر نظارت بر ثبت فرم های مربوط به پرونده به صورت خوانا و دقیق انجام می گیرد. ثبت اطلاعات در پذیرش مرکزی بدون دریافت مدرک و گواهی یا شناسنامه از بیمار صورت می گیرد و سپس نسخه ای از برگ پذیرش در پرونده بیمار قرار می گیرد و سایر فرمت ها در بخش بستری مربوط، توسط پزشکان پرستاران و منشیان بخش ها تکمیل می گردد.

(۲) نگهداری و ذخیره و بایگانی پرونده های پزشکی: به دلیل فرسودگی ساختمان بیمارستان و کمبود منابع مالی در فضایی نامناسب قرار داشت. همچنین موارد زیر مشاهده شد:

- نگهداری پرونده های راکد و جاری در فضای نامناسب از نظر نور و گرد و غبار.
- عدم امحاء پرونده های راکد سالهای ۶۶ به بعد.
- نگهداری پرونده های مجروحین جنگی در کنار پرونده های راکد عادی.
- بایگانی پرونده های پزشکی طبق شماره پرونده ها.
- عدم دسترسی به موقع به پرونده ها.
- نبود امنیت به دلیل فضای نامناسب بایگانی پرونده های پزشکی.

(۳) توزیع اطلاعات در بخش مدارک پزشکی: اطلاعات شامل هویتی و دموگرافیک و برخی اطلاعات اساسی مربوط به پرونده و اطلاعات آماری است.

همراه وی، اطلاعات لفظی را ثبت کرده و آن را به عنوان برگه پذیرش در پرونده قرار می دهد و این امر با استاندارد مربوط که بیان می دارد اطلاعات بیمار باید مستند باشد مطابقت ندارد. ثبت اطلاعات در سایر فرم های مدارک پزشکی که از سوی پزشکان و پرستاران صورت می گیرد به صورت ناخوانا و ناقص می باشد که این امر نیز بر خلاف استاندارد های مطرح شده بود. ارقام اطلاعاتی از قبیل شماره پرونده، نام و نام خانوادگی در تمامی فرم ها از سوی منشیان بخش تکمیل می گردد ولی شماره شناسنامه و جنسیت و امضای مستند در اغلب فرم ها کامل نبوده که این امور نیز برخلاف استاندارد است.

جمع آوری اطلاعات هویتی و اطلاعات مربوط به

بیماری بیماران: همزمان با ثبت اطلاعات صورت می گیرد. اطلاعات مربوط به هویت بیمار بدون استناد به هیچ مدرکی صورت می گیرد و بر خلاف استاندارد است. گرچه در مرحله جمع آوری اطلاعات از نظر کادر مجرب و دارای اعتبار نامه از سوی سازمان خاص، این بیمارستان در وضعیت مطلوبی قرار دارد ولی در مرحله ثبت به دلیل عدم مراعات امضای افراد مجاز، عدم رعایت تصریح در بیان اطلاعات جمع آوری شده و کلی گویی و ناخوانا و نامرتب بودن اطلاعات ثبت شده، این مرحله نیز غیر استاندارد نشان داده شد.

نگهداری اطلاعات بیماران: در بیمارستان آیت ...

کاشانی هیچگونه استاندارد از نظر فضای بایگانی، مدت زمان نگهداری، امنیت پرونده ها و امحاء پرونده ها صورت نمی گیرد. پرونده ها از سال ۱۳۶۶ تا کنون در فضایی کاملاً نامناسب از نظر نور قرار گرفته اند و این امر باعث فرسودگی و از بین رفتن مدارک شده است. افراد مسئول بایگانی در فضایی خارج از فضای بایگانی مشغول کار هستند و این امر امنیت پرونده ها را به خطر می اندازد.

بازیابی اطلاعات: پرونده به منظور انجام برخی از

اعمال درمانی مجدد روی بیماران، انجام تحقیقات در

اطلاعات دسته اول هویتی به دلیل شبکه ای بودن سیستم کامپیوتری بیمارستان به راحتی در اختیار بخش های حسابداری و درآمد، بخش های بستری و پذیرش و مدارک پزشکی قرار می گرفت.

اطلاعات دسته دوم دموگرافیک به صورت دستی و جداول و نمودار طبق فرمت های تعیین شده از سوی معاونت درمان به صورت تحلیل نشده در اختیار مدیریت، دانشگاه و کاربران قرار می گرفت.

۴) بازیابی اطلاعات: در این بیمارستان برای بیماران ترخیص شده و بستری از طریق اجازه نامه مقام مافوق بیمارستان و دریافت اطلاعات و پرونده از بایگانی صورت می گیرد و با دادن شماره پرونده به مسئول بایگانی، پرونده بیمار از فضا خارج و اطلاعات آن جهت استفاده پژوهشگران، مراجع قانونی، پزشکان و بیمارستانهای دیگر مورد استفاده قرار می گیرد.

۵) ارائه اطلاعات به مدیریت بیمارستان: داده ها به صورت خام به مدیریت بیمارستان ارائه می شد و از آنجا که تجزیه و تحلیل نظام مند بر روی داده ها صورت نمی گرفت، مدیریت بیمارستان چندان رغبتی به استفاده از اطلاعات نداشت. وجود این اطلاعات بدون تجزیه و تحلیل منطقی و نظام مند چندان کاربردی برای مدیریت بیمارستان نداشت.

مستند سازان و ثبت کنندگان اطلاعات: با توجه به

اینکه پرونده های پزشکی اسناد مشهودی از عملکرد بیمارستان هستند که باید به صورت صحیح و به هنگام برای هر بیمار در مورد خدمات مراقبت بهداشتی که استفاده می کند مستند شود، مندرجات برگه های پرونده و ثبت اطلاعات دقیق در آنها از اهمیت خاصی برخوردار بوده و باید توسط متصدی پذیرش، پرستاران و پزشکان مرکز درمانی تکمیل گردند. مشاهدات نشان داد که فرد ثبت کننده اطلاعات در پذیرش بیمارستان به دلیل عدم آگاهی در مورد مستند سازی اطلاعات بیمار از دریافت مدرک یا گواهی دال بر درستی اطلاعات ارائه شده از سوی بیمار یا

بالینی یکی از مسائلی است که همواره پرسنل بخش مدارک پزشکی بیمارستان ها با آن مواجه می باشند.

فرضیه: روند نظام مدیریت اطلاعات در بخش مدارک پزشکی بیمارستان با استاندارد مطابقت دارد.

در اثبات فرضیه فوق از آزمون مقایسه نسبت با عدد ثابت استفاده شده است. در این راه از فرمول زیر استفاده شده است:

$$Z = \frac{P-P'}{\sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}} = \frac{0.75-1}{\sqrt{\frac{0.75(1-0.75)}{100}}} = 5/8 \Rightarrow 5/8 > 1/96$$

بنابراین فرضیه H_0 رد می شود.

از تعداد ۱۰۰ سوال چک لیست به ۲۵ مورد جواب خیر و ۷۵ مورد جواب بلی داده شده است: بنابراین روند نظام مدیریت اطلاعات در بخش مدارک پزشکی بر اساس استاندارد نمی باشد. طبق آزمون انجام شده، روند نظام مدیریت اطلاعات در بخش مدارک پزشکی بیمارستان آیت ... کاشانی با استاندارد مطابقت نداشت. با وجود تمامی مزایای بکارگیری استاندارد ها، این مطالعه نشان داد که بخش مدارک پزشکی به دلیل فقدان نظارت کافی و مناسب، هنوز نتوانسته به استاندارد های مطلوب عملکرد و خدمات با کیفیت بالا دست یابد (جدول ۱). به گونه ای که عدم تطابق روند نظام مدیریت اطلاعات در بخش مدارک پزشکی با استاندارد و نامطلوب بودن روش های کار، باعث انحراف مسیر فعالیت های این بخش از اهداف اصلی خود شده است.

بر اساس یافته های جدول ۱ می توان پی برد که از ۱۹ معیار استاندارد انتخاب شده بر اساس استانداردهای JCAHO, AHIMA, CCHSA از وزن ۱ الی ۱۰ برای معیارها در نظر گرفته شد و با توجه به اهمیت هر مورد از نقطه نظر متخصصان مربوط، وزن مرتبط با خود را گرفت. رتبه هر مورد بر اساس معین و دارا بودن (۴)، تا حدودی معین بودن (۳)، عدم دسترسی به اطلاعات (۲) و دارا نبودن (۱) بود.

مورد بیماری و نوع درمان آن، حل و فصل دعاوی برای مراجع قانونی صورت می گیرد و باید خاطر نشان کرد که بازیابی اطلاعات تحت تأثیر سیستم بایگانی غیر استاندارد، سیستم ثبت غیر استاندارد قرار گرفته و بازیابی اطلاعات نیز دشوار شده است.

روند توزیع اطلاعات: نظر به اینکه بخش مدارک پزشکی بیمارستان آیت ... کاشانی ادعای اتصال به سیستم شبکه ای بیمارستان را دارد اما در توزیع اطلاعات چندان قوی عمل نمی کند و این امر نیز ناشی از دقیق نبودن اطلاعات ثبت شده بود. مسوولین این بخش گزارشات هفتگی یا ماهیانه از فعالیت بیمارستان را تهیه می کند ولی این گزارشات چندان اعتباری ندارند و فقط به دلیل اینکه باید مثل سایر بیمارستان ها، این گزارشات تهیه شود، مجبور به تهیه گزارشات هستند.

روند نظام استفاده از اطلاعات بیمار: باید خاطر نشان کرد که در تصمیم گیری های مدیریتی بیمارستان آیت ... کاشانی، اطلاعات موجود در بیمارستان از جمله اطلاعات بخش مدارک پزشکی، نیازهای اطلاعاتی بیمارستان، کیفیت خدمات، شیوه ارائه خدمات، ملاحظات امنیت بیمار، دسترسی به تکنولوژی جدید، تعیین مشکلات مربوط به ارتباطات مؤثر میان درمانگران را مشخص می کند و مدیر بیمارستان تنها در صورتی قادر به برنامه ریزی صحیح و تخصیص منابع به صورت صحیح خواهد بود که اطلاعات درست و مناسبی را دریافت کند. از آنجا که در بیمارستان آیت الله کاشانی تحلیل نظام مند اطلاعات توسط مدیریت صورت نمی گیرد و اطلاعات به صورت داده های خام در اختیار مدیریت قرار می گیرد و مدیر بیمارستان به تناسب رشته تحصیلی خود در جایگاه مدیریت قرار نگرفته و قادر به تحلیل درست اطلاعات نمی باشد، این اطلاعات چندان کاربردی در روند تصمیم گیری های مدیریت ندارد و مدیر صرفاً مشخصه های عادی و روزمره را در تصمیم گیری های خود وارد می کند. از جمله، ثبت ناقص مستندات پرونده

منهای حداقل (۱) تقسیم بر تعداد محدوده ی موردنظر (۵: خیلی ضعیف، ضعیف، متوسط، خوب و عالی) برابر ۰/۶ می شود. بنابراین وضعیت فعلی با نمره ۲/۶ در محدوده متوسط است و باید مسوولین در ارتباط با تدوین، اجرا و پیگیری روند نظام مدیریت اطلاعات در بخش مدارک پزشکی بیمارستان همسو با استانداردها فعالیت نمایند.

جمع بندی حاصل از فرایند اولویت دهی بر اساس معیار نظام مدیریت اطلاعات مرتبط با بیماران در بیمارستان آیت ... کاشانی اصفهان نشان داد که وضعیت موجود نمره ۲/۶ از وضعیت مطلوب ۴ را دارا بود. اگر محدوده ی نمره دهی را به ۵ قسمت از ۱ تا ۴ تقسیم نموده محدوده ی : از ۱/۶ تا ۲/۳ محدوده ی خیلی ضعیف، از ۲/۳ تا ۲/۸ محدوده ی ضعیف، از ۲/۸ تا ۳/۵ متوسط، از ۳/۵ تا ۴ محدوده عالی است. بنابراین حاصل حداکثر (۴/۴۰)

جدول ۱: مطابقت و ارزشیابی اولویتهای نظام مدیریت اطلاعات مرتبط با بیماران در بیمارستان آیت ... کاشانی اصفهان با وضعیت مطلوب

معیار	وزن	وضعیت موجود	ضریب	جمع نتایج وضعیت موجود	جمع وضعیت مطلوب
۱- اطلاعات هویتی و دموگرافیک مورد نیاز نظام مدیریت اطلاعات بیمار بر اساس استاندارد ثبت می گردد.	۷	۱	۰/۰۶*	۰/۰۶	۰/۲۴
۲- فرمهای جمع آوری اطلاعات هویتی و دموگرافیک مشخص است.	۶	۴	۰/۰۵**	۰/۲	۰/۲
۳- متولیان و مسئولین ثبت اطلاعات هویتی و دموگرافیک مشخص هستند.	۵	۴	۰/۰۴	۰/۱۶	۰/۱۶
۴- اطلاعات علی و بالینی مورد نیاز نظام مدیریت اطلاعات بیمار بر اساس استاندارد ثبت می گردد.	۷	۱	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۲۴
۵- فرمهای جمع آوری اطلاعات علی و بالینی مشخص است.	۸	۴	۰/۰۷	۰/۲۸	۰/۲۸
۶- متولیان و مسئولین ثبت اطلاعات علی و بالینی مشخص هستند.	۷	۴	۰/۰۶	۰/۲۴	۰/۲۴
۷- نحوه جمع آوری اطلاعات هویتی و دموگرافیک مشخص است.	۵	۴	۰/۰۴	۰/۱۶	۰/۱۶
۸- نحوه جمع آوری اطلاعات علی و بالینی مشخص است.	۶	۴	۰/۰۵	۰/۲	۰/۲
۹- متولیان و مسئولین نگهداری داده ها مشخص هستند.	۴	۴	۰/۰۳	۰/۱۲	۰/۱۲
۱۰- نحوه ذخیره و نگهداری داده ها بر اساس استاندارد ملی است.	۶	۱	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۲
۱۱- نحوه کنترل وضعیت و کیفیت داده ها بر اساس استاندارد مشخص است.	۸	۱	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۲۸
۱۲- روند بازیابی داده ها بر اساس استاندارد است.	۵	۱	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۱۶
۱۳- متولیان و مسئولین تجزیه و تحلیل اطلاعات مشخص است.	۸	۳	۰/۰۷	۰/۲۱	۰/۲۸
۱۴- نحوه توزیع اطلاعات بیمار بر اساس استاندارد است.	۴	۳	۰/۰۳	۰/۰۹	۰/۱۲
۱۵- متولیان و مسئولین گزارش و توزیع اطلاعات مشخص هستند.	۴	۴	۰/۰۳	۰/۱۲	۰/۱۲
۱۶- کاربران اطلاعات مشخص هستند.	۷	۴	۰/۰۶	۰/۲۴	۰/۲۴
۱۷- نحوه واگذاری اطلاعات به کاربران و ذی نفعان مشخص است.	۷	۳	۰/۰۶	۰/۱۸	۰/۲۴
۱۸- بازخورد در این نظام وجود دارد.	۹	۱	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۲۸
۱۹- امنیت نظام اطلاعات مد نظر قرار گرفته است.	۸	۱	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۲۸
جمع	۱۲۱		۱	۲/۶	۴

مقیاس:

۴- معین و دارا بودن، ۳- تا حدودی معین بودن، ۲- عدم دسترسی به اطلاعات، ۱- خیر
وزن: از ۱ تا ۱۰
ضریب هر مورد = جمع وزن ها (۱۲۱) / وزن هر معیار

$$* 7 \div 121 = 0/06$$

$$** 6 \div 121 = 0/05$$

محدوده: از ۱ تا ۱/۶ محدوده خیلی ضعیف، از ۱/۷ تا ۲/۲ محدوده ضعیف، از ۲/۳ تا ۲/۸ محدوده متوسط، از ۲/۹ تا ۲/۴ محدوده خوب و از ۳/۵ تا ۴ محدوده عالی است.

$$\frac{\text{حداقل - حداکثر}}{\text{تعداد حیطه ها}} = \frac{4 - 1}{5} = 0/6$$

- ۱ = ۱ - ۱/۶ ⇒ خیلی ضعیف
- ۲ = ۱/۷ - ۲/۲ ⇒ ضعیف
- ۳ = ۲/۳ - ۲/۸ ⇒ متوسط
- ۴ = ۲/۹ - ۲/۴ ⇒ خوب
- ۵ = ۳/۵ - ۴ ⇒ عالی

بحث

بالینی ثبت شده توسط پزشک ۷۳/۵ درصد بوده است (۱۷).

در این ارتباط یافته های تحقیقی در سال ۱۳۸۴ نشان داد که علت عدم استفاده پژوهشگران از پرونده های پزشکی ناخوانا و ناقص بودن اطلاعات موجود در پرونده ها بوده است (۱۸) که خود مؤید همین مسأله است.

در ارتباط با نگهداری، بازیابی، توزیع و تحلیل اطلاعات بیماران در بیمارستان آیت .. کاشانی موارد زیر مشاهده شد:

اقدامات امنیتی از جمله وجود سیستم ثبت خروج پرونده (یا کارت راهنمای خروج) برای انواع پرونده های پزشکی، وجود نداشت. در این ارتباط نتایج تحقیقی با عنوان بررسی نحوه ی دسترسی به اطلاعات پزشکی در بخش مدارک پزشکی بیمارستانهای آموزشی اهواز نشان داد که مسائل امنیتی در زمینه های تصویر برداری از اصل پرونده به دلیل عدم وجود دستگاههای تکثیر رعایت نمی گردد و میزان دسترسی به اطلاعات مورد نیاز در

در ارتباط با ثبت و جمع آوری اطلاعات بیماران در بیمارستان آیت .. کاشانی موارد زیر مشاهده شد:

- صریح بودن. کم
- بهنگام بودن ثبت داده ها. تا حدودی.
- امضا و تاریخ داشتن. کم. در این ارتباط نتایج تحقیقی با عنوان تحلیل کمی مستندات پرونده های پزشکی بیماران بستری توسط پزشکان نشان داد در اصفهان: بیشترین درصد (۸۵ درصد) عدم تکمیل مربوط به مهر و امضا پزشک معالج در فرم خلاصه پرونده و در مازندران ثبت حساسیت ها به میزان ۶۶/۶ درصد بوده است (۱۶).

- صریح بودن. کم .
- کامل بودن. بسیار کم. نتایج تحقیقی با عنوان بررسی مقایسه ای میزان ثبت اطلاعات بیماران بستری با استاندارد ها در بیمارستان الزهرا شهر اصفهان نشان داد که میزان نقص ثبت اطلاعات دموگرافیک ۵۹ درصد، میزان نقص اطلاعات ثبت شده توسط کارکنان پذیرش و مدارک پزشکی ۶۹/۴ درصد و میزان نقص اطلاعات

جهان را در زمینه ی مدارک پزشکی بررسی نموده و نرم افزار مناسبی را براساس نیاز جامعه و نیازهای آینده تهیه و در سطح کل کشور از یک نرم افزار مرتبط با سایر امور کامپیوتری بیمارستان و مراکز آموزشی، بهداشتی، درمانی در تولید مدارک پزشکی اهتمام لازم را مبذول نمایند. بهینه سازی علمی مدارک پزشکی طبق استاندارد (ملی و بین المللی) با اصول مستند سازی صحیح و کاربرد روش های علمی ذخیره سازی، حفظ و نگهداری و بازیابی سریع (تکنولوژی جدید اطلاع رسانی) خصوصاً در اجرای پروژه های تحقیقاتی بالینی، پایه و بیومدیكال ضروری است. مدارک پزشکی امری عام المنفعه است و از جمله نقش آن در تحقیق و ارزیابی درمان و جمع آوری اطلاعات آماری نمود پیدا می کند. ممکن است این اطلاعات در تعیین شاخص های سلامت جامعه چه در سطح استانی و ملی، چه در برنامه های بهداشت جهانی نظیر ایمن سازی عموم بکار رود. بنابر آنچه که اشاره شده جمع آوری داده ها با مستند سازی موثق داده های تولید شده، نگهداری، بازیابی، تحلیل، انتشار و بازخورد در نظام اطلاعات براساس استانداردهای بین المللی، ملی و محلی می باشد که باید در کلیه ی بخشهای مدارک پزشکی بیمارستان تدوین و لحاظ گردد.

هنگام مطالعه یا هر نوع استفاده از پرونده اساساً رعایت نمی شود و فرآیند رفع نقص برای ارائه ی اطلاعات، منجر به نادیده گرفتن اطلاعات محرمانه می گردد(۱۹).

- روش نگهداری اطلاعات بهداشتی درمانی، با استاندارد مطابقت نداشت ولی نیازهای کاربران را مرتفع می نمود و در این ارتباط یافته های تحقیقی در سال ۱۳۸۴ نشان داد که علت استفاده پژوهشگران از پرونده های پزشکی متمرکز بودن اطلاعات مورد نیاز و دسترسی آسان به آنها بوده است(۱۸).

نتیجه گیری

برتری کشورهای پیشرفته بر کشورهای عقب نگه داشته شده، بیش از آنکه بر توان اقتصادی، نظامی و یا فرهنگی و سیاسی متکی باشد مبتنی بر قدرت اطلاعاتی آنها است، به بیان دیگر اولین وجه تمایز کشورهای توسعه نیافته و حتی کشورهای در حال توسعه، در میزان تولید، سازماندهی و کاربرد اطلاعات است. با توجه به نقش مدارک پزشکی و اهمیت بیان شده آن، لزوم توجه به نیازهای اساسی جامعه و تغییر و تحولات در امور پزشکی و راز سلامتی انسان، بر همه دست اندر کاران امور پزشکی، بویژه استادان مدارک پزشکی و مدیریت اطلاعات سلامت واجب است که نرم افزارهای موجود در

منابع

۱. عرب زاده عبدالنبی، عزیزی احمد. سیستم های ذخیره و بازیابی در مدیریت اطلاعات بهداشتی و درمانی " با تاکید بر اصول و روشهای بایگانی اداری و پزشکی". اهواز: ارشاد اسلامی، ۱۳۷۸.
۲. صدرالدینی فاطمه. نگرشی جامع بر مدارک پزشکی. تبریز: اختر؛ ۱۳۷۹.
۳. اصول مدیریت و برنامه ریزی بیماران. ترجمه حسن انصاری و فرید عبادی آذر. تهران: سماط؛ ۱۳۷۸.
4. Bailey S. P. Health Information Management: 865 questions and answer. 7th edition. U.S.A: Appleton & Lange; 1998.
5. Mogli G. D. Standards for medical record services. The Journal of the Institute of Health Record Information and Management 2000; 41(2):24-27.
۶. ربیعی رضا. " نقش مدارک پزشکی و اطلاع رسانی پزشکی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی و بررسی استانداردهای موجود نظام اطلاع رسانی پزشکی". فصلنامه مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۱۳۸۰؛ (شماره ویژه بهار و تابستان): ۲۷-۳۴.
۷. جانسون ج. اصول بایگانی در مدیریت اطلاعات پزشکی. ترجمه علی ماهر. تهران: موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی؛ ۱۳۸۰.

۸. مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. توسعه و تقویت سیستم های اطلاعات بهداشتی: راهنمای ارزیابی نیازها برای توسعه سیستم های اطلاعات بهداشت ملی سازمان جهانی بهداشت - ژانویه ۲۰۰۰. مترجم عباس دانش کهن؛ ویراستار هاله طالایی. [تهران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی]؛ ۱۳۸۰.
۹. هافمن ا، فینگان ر، آماناپاکول م. مدیریت اطلاعات بهداشتی. ترجمه و ترخیص گروه مترجمین، زیر نظر مصطفی لنگری زاده. تهران: موسسه فرهنگی هنری دیباگران؛ ۱۳۸۱.
۱۰. قاضی سعیدی مرجان. "مدیریت اطلاعات بهداشتی و درمانی" تهران: ماهان. ۱۳۸۴.
11. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Field Reviews and Standards. Available at: www.jointcommission.org/standards/fieldreviews/2007.
12. American Health Information Management Association. Guidelines in medical records . Available at: www.ahima.org/infocenter/guidelines/Ltes/S.
13. Canadian Council on Health Services Accreditation. Accreditation process. Available at : www.cchsa.ca/2007
14. American university of Beirut Medical center. Understanding JCI Standards, JCI Standards1. available at : [www.ib.aub.edu.lb/~webaccrm/re sources/understanding = Jcia-stds.pdf](http://www.ib.aub.edu.lb/~webaccrm/re%20sources/understanding%20Jcia-stds.pdf).2007.
۱۵. چانگ ری. روش اولویت دهی بر اساس معیار. همای سلامت ۱۳۸۴؛ ۲(۱۱): ۶۳-۶۵.
۱۶. خانزاده سمیه، غلامی بهروز، صفرنژاد محبوبه، عالیپور سمیه، لطفی زهرا. تحلیل کمی مستندات پرونده های پزشکی بیماران بستری توسط پزشکان در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه اصفهان و مازندران. دومین همایش دانشجویان مدارک پزشکی سراسر کشور ۱۳۸۵ دی ۲-۳؛ شیراز، ایران.
۱۷. بیگی ملیحه، نیکبخت میترا، صادقی جبلی منیره، مژده سهیلا. بررسی مقایسه ای میزان ثبت اطلاعات بیماران بستری با استاندارد ها در بیمارستان الزهرا شهر اصفهان. دومین همایش دانشجویان مدارک پزشکی سراسر کشور ۱۳۸۵ دی ۲-۳؛ شیراز، ایران.
۱۸. عجمی سیما، کلباسی فائزه، کبیری مهناز، گلشیری پرستو، فرزانه علی. بررسی اهمیت کاربرد مدارک پزشکی در انجام تحقیقات پژوهشی از دیدگاه پژوهشگران بیمارستانهای آموزشی شهر اصفهان. طرح تحقیقاتی به شماره ۲۸۴۰۱۴. اصفهان: دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی؛ ۱۳۸۴.
۱۹. شجیرات زینب. بررسی نحوه دسترسی به اطلاعات پزشکی در بخش مدارک پزشکی بیمارستانهای آموزشی اهواز. دومین همایش دانشجویان مدارک پزشکی سراسر کشور ۱۳۸۵ دی ۲-۳؛ شیراز، ایران.