

بررسی میزان آگاهی کدگذاران از قواعد و اصول کدگذاری تشخیصی ها و اقدامات پزشکی

در بیمارستان‌های شهر اصفهان*

مریم جهانبخش^۱، سکینه سقاییان نژاد اصفهانی^۲

چکیده

مقدمه: با توجه به تقاضای روزافزون کدگذاری صحیح و جامع داده‌های بهداشتی با هدف گردآوری، تحلیل، تفسیر و مقایسه سیستماتیک آن‌ها در ابعاد بالینی، علمی و مالی نمی‌توان اهمیت دانش کدگذاران را در زمینه قواعد و رهنمودهای طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و اقدامات نادیده گرفت. هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین میزان آگاهی کدگذاران از قواعد و اصول کدگذاری تشخیصی‌ها و اقدامات پزشکی در بیمارستان‌های شهر اصفهان در سال ۱۳۸۶ بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر کاربردی-تحلیلی بود. نمونه پژوهش با جامعه پژوهش برابر بود و تمام کدگذاران بیمارستان‌های شهر اصفهان (۳۲ نفر) را در بر داشت. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ای خود ساخته شامل ۳۵ سؤال بسته، مبنی بر رهنمودهای عام و خاص، کدگذاری و در قالب ۵ هدف گردآوری شد. روایی پرسش‌نامه توسط استادان متخصص و پایایی آن از طریق آزمون مجدد (Test-retest) به تأیید رسید و در نهایت داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS در سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین آگاهی کدگذاران از قواعد و اصول کدگذاری تشخیصی‌ها و اقدامات پزشکی در حدود ۴۵ درصد محاسبه گردید. بیشترین میزان آگاهی کدگذاران به ترتیب مربوط به نحوه استخراج تشخیص اصلی، سایر تشخیص‌ها و اقدامات مربوط به آن (۶۸/۷ درصد) و قواعد و اصول کدگذاری اقدامات پزشکی (۵۰/۶ درصد) بود. همچنین کمترین میزان آگاهی کدگذاران به ترتیب مربوط به افتراق تشخیص اصلی از سایر تشخیص‌ها (۳۲/۳ درصد) و قواعد و اصول عام کدگذاری (۳۴/۶ درصد) بود.

نتیجه‌گیری: میزان آگاهی کمتر از ۵۰ درصد کدگذاران، منجر به از بین رفتن مجموعه‌ای از اطلاعات و طبقه‌بندی نادرست و به دنبال آن گزارش‌دهی غیر مؤثر اطلاعات می‌گردد. پیامد این امر ناکارآمدی واحدهای کدگذاری و خدشه‌دار شدن رسالت آن‌ها، به خصوص رسالت پژوهشی آن‌ها، در بیمارستان‌های آموزشی است. بهترین پیشنهاد جهت حل این معضل، برنامه‌ریزی آموزش‌های مداوم ضمن خدمت برای کدگذاران می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: آگاهی؛ تشخیص؛ بیمارستان‌ها؛ طبقه‌بندی‌ها.

نوع مقاله: تحقیقی

پندیرش مقاله: ۸۸/۹/۱۲

اصلاح نهایی: ۸۸/۴/۳۰

دریافت مقاله: ۸۷/۹/۱۶

ارجاع: جهانبخش مریم، سقاییان نژاد اصفهانی سکینه. **بررسی میزان آگاهی کدگذاران از قواعد و اصول کدگذاری تشخیصی‌ها و اقدامات پزشکی در بیمارستان‌های شهر اصفهان.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۸۹؛ ۷(۱): ۷۵-۸۲.

مقدمه

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۲۸۵۰۹۳ است که توسط

معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت گردید.

۱. کارشناس ارشد، آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

E-mail: marryjahan@yahoo.com

۲. مربی، آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،

اصفهان، ایران.

یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های بخش مدیریت اطلاعات بهداشتی (بخش مدارک پزشکی)، کدگذاری تشخیصی‌ها و اقدامات پزشکی است (۳-۱). امروزه نیز تقاضای زیادی برای داده‌های بالینی دقیق و صحیح کدگذاری شده در تمام انواع

کدگذاران باید به منظور ایجاد داده‌های مراقبت بهداشتی با کیفیت، کدگذاری صحیح، کامل و منظمی را دنبال نموده، از قوانین کدگذاری با ICD، رهنمودهای کدگذاری رسمی و کدهای استاندارد متابعت نمایند که این امر خود مهارت و دانش کافی کدگذاران را در زمینه سیستم‌های طبقه‌بندی و کدگذاری برای انتخاب کدهای تشخیصی و اقدامات به صورت صحیح و مناسب می‌طلبد (۴). بنابراین در قدم اول، بررسی میزان آگاهی کدگذاران از قواعد و اصول کدگذاری تشخیصی‌ها و اقدامات پزشکی ضروری به نظر می‌رسد. علاوه بر این، نتایج مطالعات مختلف انجام شده در این راستا مانند مطالعات Mehanni و همکاران (۱۰)، صدوقی و همکار (۱۱)، مرادی (۱۲) و نیز مشعوفی و همکاران (۱۳)، که بیانگر فقدان کیفیت و صحت کدگذاری پرونده‌های پزشکی کدگذاری شده توسط کدگذاران است، مؤکد انجام این پژوهش در بیمارستان‌های شهر اصفهان می‌باشد.

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین میزان آگاهی کدگذاران از قواعد و اصول کدگذاری تشخیصی‌ها و اقدامات پزشکی در بیمارستان‌های شهر اصفهان در سال ۱۳۸۶ بود.

روش بررسی

این پژوهش کاربردی-تحلیلی در سال ۱۳۸۶ انجام شد. نمونه پژوهش با جامعه پژوهش برابر بود و تمام کدگذاران بیمارستان‌های شهر اصفهان (۳۲ نفر) را در برداشت. روش گردآوری داده‌ها، پرسش از کدگذاران شاغل در بیمارستان‌های شهر اصفهان و ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای خود ساخته متشکل از دو بخش بود؛ بخش اول، مشخصات فردی پاسخ دهندگان و بخش دوم، سؤالات مربوط به آگاهی کدگذاران از قوانین کدگذاری بود. پرسش‌نامه طراحی شده دارای ۳۵ سؤال بسته بود که بر اساس قوانین عام و خاص کدگذاری پرونده‌های پزشکی در قالب ۵ هدف مشتمل بر هدف اول، تعیین توزیع فراوانی آگاهی کدگذاران از نحوه استخراج تشخیص اصلی، سایر تشخیصی‌ها و اقدامات مربوط به آن از پرونده پزشکی؛ هدف دوم، تعیین توزیع فراوانی آگاهی

محیط‌های مراقبت بهداشتی وجود دارد؛ چرا که از دیدگاه درون سازمانی، داده‌های کدگذاری شده، سازمان را در پشتیبانی از تصمیمات، مدیریت کیفیت، مدیریت موردی، برنامه‌ریزی، بازاریابی و سایر فعالیت‌های اجرایی و تحقیقاتی یاری می‌دهد (۴) و از دیدگاه برون سازمانی هدف از کدگذاری آرایه داده‌های آماری مرتبط با علل مرگ در سراسر دنیا، تعیین بروز بیماری‌ها و طبقه‌بندی اقدامات انجام شده بر روی بیمار است (۱). سازمان بهداشت جهانی دو هدف اصلی برای کدگذاری قایل شده است:

۱. تسهیل بازاریابی سریع پرونده‌ها بر اساس تشخیص‌های خاص
 ۲. گروه‌بندی بیماری‌ها بر اساس ویژگی‌های مشترک، سهولت استخراج اطلاعات آماری و مقایسه آمارهای به دست آمده در سطوح محلی، ملی و یا بین‌المللی (۵، ۶).
- با به کارگیری اولین سیستم‌های پرداخت آینده‌نگر (Prospective payment system) در سال ۱۹۸۳ در ایالات متحده، تأکید زیادی بر روی کدگذاری پرونده‌های پزشکی وجود داشت (۷). امروزه نیز تقاضای زیادی برای داده‌های بالینی کدگذاری شده وجود دارد؛ چرا که کدگذاری داده‌های بهداشتی، مدیریت داده‌های تشخیصی، اقدامات و سایر خدمات بهداشتی را با هدف بهره‌گیری از آن در امر مراقبت بالینی، تحقیقات و آموزش تسهیل می‌نماید (۵).
- فرایند کدگذاری به طور معمول توسط متخصصان کدگذاری بالینی، که آموزش‌های لازم جهت استفاده از ICD را دیده‌اند، انجام می‌شود (۱). در این راستا کدگذاران به عنوان کارکنان مدیریت اطلاعات بهداشتی با دارا بودن دانش کدگذاری، می‌توانند در انواع سازمان‌های مراقبت بهداشتی به تحلیل و تفسیر داده‌های بهداشتی بپردازند (۸).
- واحد کدگذاری موظف است در کدگذاری پرونده‌های پزشکی، علاوه بر تشخیص بالینی، به سایر موارد مستند شده در پرونده مانند اعمال جراحی، عوامل حادثه ساز (آتش‌سوزی، تصادفات، خودکشی و ...)، عوامل مسمومیت‌زا، انواع عوارض دارویی و سایر موارد مرتبط با مراقبت بیمار کد دهد (۹).

کاردانی و ۳/۱ درصد (۱ نفر) دارای مدرک کارشناسی ارشد می‌باشند، بدین ترتیب بدون در نظر گرفتن یک نفر کارشناس ارشد، اکثر کدگذاران دارای مدرک کارشناسی و حداقل آن‌ها دارای مدرک کاردانی هستند.

ب. نتایج پژوهش حاضر در رابطه با هر یک از اهداف پژوهش

- میانگین آگاهی کدگذاران بیمارستان‌های شهر اصفهان از نحوه استخراج تشخیص اصلی، سایر تشخیص‌ها و اقدامات مربوط به آن ۶۸/۷ درصد و میانگین عدم آگاهی آن‌ها در این زمینه ۳۱/۳ درصد است.

- میانگین آگاهی کدگذاران درباره افتراق تشخیص اصلی از سایر تشخیص‌ها ۳۲/۳ درصد است که کمتر از ۵۰ درصد می‌باشد، به عبارت دیگر، میانگین عدم آگاهی آن‌ها درباره تمایز تشخیص اصلی از سایر تشخیص‌ها حدود ۶۸ درصد می‌باشد.

- میانگین آگاهی کدگذاران از قواعد و اصول کلی یا عام کدگذاری تشخیص‌های پزشکی ۳۴/۶ درصد است که کمتر از ۵۰ درصد می‌باشد.

- میانگین آگاهی کدگذاران از قواعد و اصول خاص کدگذاری تشخیص‌های پزشکی، که مربوط به ۲۱ فصل کتاب ICD-۱۰ است، ۳۹/۱ درصد می‌باشد و در حدود ۶۱ درصد کدگذاران از قواعد مذکور آگاهی ندارند.

- میانگین آگاهی کدگذاران از قواعد و اصول کدگذاری اقدامات پزشکی ۵۰/۶ درصد است و ۴۹/۴ درصد کدگذاران از قواعد و اصول کدگذاری اقدامات پزشکی آگاهی کافی ندارند. نتایج فوق نشان داد میانگین آگاهی کدگذاران از کل اهداف ۴۵/۱ درصد و با انحراف معیار ۱۲/۷ است. به عبارت دیگر، آگاهی کدگذاران از اصول و قواعد کدگذاری کمتر از ۵۰ درصد می‌باشد.

- میانگین آگاهی کدگذاران دارای مدرک کاردانی ۳۶/۶ و حداکثر نمره آگاهی آن‌ها ۵۵/۹ (حداکثر نمره آگاهی ۱۰۰ منظور شده است)، میانگین آگاهی کدگذاران دارای مدرک کارشناسی ۴۹/۳ و حداکثر نمره آگاهی آن‌ها ۷۸/۶ و در نهایت

کدگذاران از افتراق تشخیص اصلی از سایر تشخیص‌ها در پرونده پزشکی؛ هدف سوم، تعیین توزیع فراوانی آگاهی کدگذاران از قواعد و اصول کلی یا عام کدگذاری تشخیص‌های پزشکی؛ هدف چهارم، تعیین توزیع فراوانی آگاهی کدگذاران از قواعد و اصول خاص کدگذاری تشخیص‌های پزشکی و هدف پنجم، تعیین توزیع فراوانی آگاهی کدگذاران از قواعد و اصول کدگذاری اقدامات پزشکی بود. روایی پرسش‌نامه با استفاده از نظر خواهی از صاحب‌نظران این فن و پایایی آن نیز از طریق آزمون مجدد (Test-retest) به دست آمد و نتیجه آزمون مجدد، ۹۶ درصد پایایی را نشان داد. در نهایت داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش آمار توصیفی و استنباطی (آزمون T و ANOVA) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید.

یافته‌ها

نتایج حاصل از پژوهش در دو بخش یافته‌های مربوط به مشخصات فردی پاسخ دهندگان و یافته‌های مربوط به اهداف پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

الف. یافته‌های مربوط به مشخصات فردی پاسخ دهندگان پرسش‌نامه

- از مجموع ۳۲ کدگذار در بیمارستان‌های شهر اصفهان، ۷۵ درصد کدگذاران (۲۴ نفر) زن و ۲۵ درصد (۸ نفر) مرد می‌باشد که این توزیع جنسی تا حدی از توزیع جنسی نیروی انسانی شاغل در بخش‌های مدارک پیروی می‌کند.

- حداکثر سن کدگذاران ۴۱ سال، حداقل ۲۴ سال و میانگین سنی آن‌ها ۲۹/۴ سال می‌باشد.

- بالاترین سابقه خدمت ۱۵ سال، کمترین آن ۱ سال و میانگین سابقه خدمت ۶/۳ سال می‌باشد.

- بالاترین سابقه اشتغال در واحد کدگذاری ۱۲ سال، کمترین آن یک سال و میانگین سابقه کدگذاری ۴/۴ سال است.

- از مجموع کدگذاران به ترتیب ۵۳/۱ درصد (۱۷ نفر) دارای مدرک کارشناسی، ۴۳/۸ درصد (۱۴ نفر) دارای مدرک

کیفیت به طور صحیح، کامل و جامع به کدگذاری بپردازند و از قوانین کدگذاری با ICD و استفاده از کدهای استاندارد متابعت نمایند. کدگذاران باید دارای دانش کافی در رابطه با اصطلاحات پزشکی و قواعد و اصول ICD باشند (۱۶)؛ چرا که آن‌ها مسؤول ترجمه اصطلاحات تشخیصی، اقدامات و خدمات انجام شده توسط ارباب دهنندگان مراقبت بهداشتی در قالب کدها هستند (۴).

اما یافته‌های پژوهش حاضر دال بر این است که آگاهی پایین کدگذاران درباره تمایز تشخیص اصلی از سایر تشخیص‌ها و نیز آگاهی پایین آن‌ها از قواعد و اصول کلی یا عام کدگذاری تشخیص‌های پزشکی، که پایه و اساس کدگذاری بیماری‌ها بر آن استوار می‌باشد، منجر به جایگزینی تشخیص‌ها و اقدامات فرعی به جای تشخیص‌ها و اقدامات اصلی شده، طبقه‌بندی نادرست اطلاعات و عدم پاسخ‌گویی صحیح به کاربران را به دنبال خواهد داشت. علاوه بر این، بیمارستان‌ها به جای استفاده از قواعد عام و خاص کدگذاری، بر اصول قراردادی و ساختگی بیمارستان متکی هستند که در نهایت امکان بازیابی صحیح و معنی‌دار اطلاعات آماری و مقایسه آن با سایر بیمارستان‌ها و یا سطوح بالاتر را خدشه‌دار می‌سازد.

یافته‌ها نشان داد بین آگاهی دو گروه کدگذاران با مدرک کاردانی و کدگذاران با مدرک کارشناسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و شاید بتوان دلیل آن را اخذ ۴ واحد درسی کدگذاری بیماری‌ها، تمرین عملی کدگذاری در قالب واحدهای کارآموزی و همچنین گذراندن واحدهایی مانند دروس کلیات پزشکی و اصطلاحات پزشکی مقطع کارشناسی، که به طور غیر مستقیم در توانمندی آن‌ها در طبقه‌بندی پرونده‌های پزشکی تأثیر گذار است، تلقی نمود.

طبق یافته‌های حاضر، دانش کدگذاران با افزایش سابقه کاری آن‌ها، افزایش می‌یابد که به نظر منطقی بود و بیانگر تأثیر تکرار و تمرین در این حوزه می‌باشد.

با توجه به رسالت تعریف شده برای بیمارستان‌های آموزشی و حجم پاسخ‌گویی این بیمارستان‌ها به کاربران، انتظار می‌رفت

میانگین آگاهی کدگذاران دارای مدرک کارشناسی ارشد ۵۳/۷ و حداکثر نمره آنها ۶۳/۷ است. نتایج مذکور نشان داد که با بالا رفتن مقطع تحصیلی، آگاهی کدگذاران نیز بالا رفته است. نتایج آزمون ANOVA نیز نشان داد تفاوت معنی‌داری ($P = ۰/۰۱۵$) بین آگاهی دو گروه کدگذاران با مدرک کاردانی و کدگذاران با مدرک کارشناسی وجود دارد.

- بر اساس آزمون T-test رابطه معنی‌داری ($P = ۰/۳۸۱$) بین جنسیت کدگذاران و آگاهی کدگذاران از قواعد ICD وجود ندارد.

- با توجه به ضریب همبستگی پیرسون احتساب شده بین سابقه کاری کدگذاران و آگاهی کدگذاران از قواعد ICD رابطه معنی‌داری وجود دارد.

- میانگین آگاهی کدگذاران از قواعد و اصول کدگذاری در بیمارستان‌های آموزشی ۴۶/۵ درصد و در بیمارستان‌های غیر آموزشی ۴۳/۵ درصد است که تفاوت معنی‌داری ($P = ۰/۵۱۲$) بین آن‌ها وجود ندارد.

بحث

حمایت از شاخص‌های کنترل کیفیت به واسطه سیستم‌های کدگذاری رایج تشخیص‌ها و اقدامات مبتنی بر طبقه‌بندی‌های بین‌المللی قابل حصول خواهد بود (۱۴). طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها با تبدیل کلمات به کدهای خاص منجر به تسهیل گروه‌بندی بیماری‌ها و سایر وضعیت‌های مرتبط با آن در راستای اهداف آماری می‌شود (۱۵، ۶). در رابطه با اهمیت طبقه‌بندی Sartorius و همکاران معتقدند "طبقه‌بندی روشی برای دیدن جهان در طول زمان در یک نگاه می‌باشد" (۱۵). بنابراین، اهمیت کدگذاری صحیح امری است که نمی‌توان آن را نادیده گرفت (۸).

کدگذاری باید به طور صحیح و جامع انجام شود تا آمار معنی‌داری به دست آید و این امر مستلزم دانش به کارگیری اصطلاحات پزشکی و فهم قواعد و رهنمودهای ICD است. از جمله استانداردهای اخلاقی کدگذاری این است که از کدگذاران انتظار می‌رود به منظور تأمین داده‌های مراقبت بهداشتی با

مطالعه مشعوفی و همکاران (۱۳۸۳) در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل نشان داد کدگذاری بیماری‌ها و اعمال جراحی توسط کدگذاران نامطلوب است و دقت کدگذاران در انتخاب صحیح کدها ۵/۳۸ درصد می‌باشد (۱۳).

علاوه بر این، محمودزاده ثاقب در سال ۱۳۷۶ در تحقیقی تحت عنوان "بررسی میزان صحت کدگذاری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شیراز در سال ۱۳۷۴" به نتایج زیر دست یافت میزان کدگذاری تشخیص اولیه صفر درصد، تشخیص اصلی ۹۶ درصد، سایر تشخیص‌ها ۷۵/۴ درصد، اقدام اصلی ۸۷/۴۶ درصد و سایر اقدامات ۲۸/۷۵ درصد بود. در این میان، انتخاب تشخیص اصلی در ۸۸/۵۴ درصد و انتخاب اقدام اصلی در ۹۶/۴۱ درصد صحیح بود. میزان صحت کدگذاری تشخیص اصلی ۸۱/۲۵ درصد، سایر تشخیص‌ها ۹۲/۹۵ درصد، اقدام اصلی ۹۵/۲۲ درصد و سایر اقدامات ۹۳/۵۵ درصد بود. از مجموع موارد کدگذاری شده، ۸۸/۴۶ درصد صحیح، ۸/۲ درصد اشتباه و ۴/۳۴ درصد به طور ناقص کدگذاری گردیده بود. نتایج این پژوهش حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین سن کدگذاران و صحت کدگذاری بود و نشان داد مواردی نظیر عدم کدگذاری عوامل مؤثر بر وضعیت‌های بهداشتی و اقدامات غیر جراحی، عدم رعایت برخی از قراردادهای موجود در کتب کدگذاری، عدم مراجعه به لیست شماره‌های طبقه‌بندی برای کدگذاری همه تشخیص‌ها، اقدامات و در نهایت کدگذاری پرونده‌های رفع نقص نشده بر فرایند کدگذاری مؤثر بوده است (۱۷).

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور به ویژه مطالعات مرادی (۱۲) و مشعوفی و همکاران (۱۳)، که عقیده داشته‌اند سیستم کدگذاری بیماری‌ها و اقدامات مناسبی از نظر فقدان سیستم کدگذاری صحیح موجود نبوده است، همسو بود. با نتایج پژوهش محمودزاده ثاقب (۱۷) از نظر رابطه سن (سابقه کار) تا حدودی ارتباط داشت؛ اما با نتایج بخشی از مطالعات وی، که بیانگر این بود که از مجموع موارد کدگذاری شده در شهر شیراز ۸۸/۴۶ درصد موارد صحیح کدگذاری شده‌اند، همخوانی نداشت.

تفاوت میانگین نمرات بین این دو گروه بیمارستان معنی‌دار باشد، اما نکته حایز اهمیت آن بود که در بیمارستان‌ها اعم از آموزشی و غیر آموزشی میانگین آگاهی کدگذاران کمتر از ۵۰ درصد است و دال بر پایین بودن آگاهی کدگذاران از قواعد و اصول کدگذاری می‌باشد.

Mehanni و همکاران در سال ۱۹۹۵ تحقیقی را تحت عنوان "طرح پرسش از بیماران بستری در بیمارستان: بررسی صحت و ذخیره داده‌ها" در آمریکا انجام دادند که نتایج آن نشان داد صحت کدگذاری تشخیص‌های اولیه ۵۹ درصد و صحت کدگذاری تشخیص‌های ثانویه ۵۶ درصد می‌باشد و این ارقام به طور معنی‌داری با ثبت تشخیص اولیه و ثانویه در فرم خلاصه پرونده و وضوح تشخیص نوشته شده در ارتباط است (۱۰).

صدوقی و همکار در سال ۱۳۷۵ در مطالعه‌ای تحت عنوان "بررسی وضعیت کدگذاری بیمارستان‌های عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران و مقایسه آن با استانداردهای انجمن مدارک پزشکی آمریکا"، به نتایج زیر دست یافتند صحت کدگذاری تشخیص اصلی ۵۹/۶ درصد بود و همچنین بیشترین اشتباه کدگذاران مربوط به کدگذاری کدهای ۵ رقمی بود. صحت کدگذاری سایر تشخیص‌ها ۵۸/۳ درصد و برای اقدام اصلی ۷۹/۳ درصد بود و ۳۳ درصد از سایر اقدامات هیچ‌گونه کدگذاری نشده بود (۱۱).

مرادی در سال ۱۳۷۴ در تحقیقی تحت عنوان "بررسی میزان کاربرد مدارک پزشکی در تحقیقات بالینی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی خراسان، ۷۳-۱۳۶۹" مشخص نمود که بیش از ۷۵ درصد افراد جامعه مورد مطالعه (محققان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان) جهت انجام تحقیقات بالینی خود از مدارک پزشکی بیماران استفاده می‌نمودند. وی در رابطه با علل کاهش مراجعه افراد تحت مطالعه به بخش مدارک پزشکی به این نتیجه رسید که ۳۶ درصد افراد جامعه مورد بررسی عقیده داشتند که سیستم کدگذاری مناسبی برای بازیابی اطلاعات مورد نیاز موجود نبوده است (۱۲).

نتیجه‌گیری

در ایران متأسفانه کدگذاران بعد از فراغت از تحصیل، با وجود گذراندن واحدهای درسی کدگذاری در دانشگاه، به طور معمول از قواعد تئوری و جدید دور شده، هنگام ورود به عرصه عملی کدگذاری در بیمارستان با مشکل روبه‌رو می‌شوند. عدم دسترسی به مرجع رسمی یا آموزشی که بتواند پاسخ‌گوی نیاز آنان باشد و علم کدگذاری را به روز سازد از یک سو و فاصله بین فراغت از تحصیل و اشتغال به کار آنها از سوی دیگر، بر این مشکل می‌افزاید. همچنین دروس اخذ شده در زمینه کدگذاری به خصوص قبل از تغییر سر فصل دروس (در سال‌های اخیر) کمتر جنبه عملی داشته، بیشتر بر کتب تخصصی و غیر کاربردی تکیه دارد که خود بر مهارت‌های کدگذاری با ICD-10 تأثیر خواهد داشت. نتایج پژوهش نشان داد که آگاهی کدگذاران از افتراق تشخیص اصلی از سایر تشخیص‌ها، قواعد و اصول کلی یا عام کدگذاری تشخیص‌های پزشکی، قواعد و اصول خاص

کدگذاری تشخیص‌های پزشکی، نحوه استخراج تشخیص اصلی و اقدامات مربوط به آن و قواعد و اصول اقدامات پزشکی بسیار کم می‌باشد. به طور کلی میزان پاسخ‌گویی صحیح کدگذاران شهر اصفهان به سؤالات پژوهش و در واقع میزان آگاهی آنها از قواعد و اصول کدگذاری، کمتر از ۵۰ درصد بود و تأمل در این امر که وضعیت طبقه‌بندی اطلاعات درمانی در این شهر چگونه است؟ اهمیتی است که باید بدان پرداخته شود.

پیشنهادها

۱. در نظر گرفتن دوره‌های مدون آموزش کدگذاری در برنامه‌های آموزش ضمن خدمت شاغلان بخش مدارک پزشکی.
۲. تهیه ماهنامه‌های علمی و آموزشی در زمینه کدگذاری.
۳. تدارک و برقراری دسترسی کدگذاران به سایت‌های آموزشی معتبر کدگذاری.

References

1. McMiller K. Being a medical records/health information clerk. 3rd ed. Upper Saddle River NJ: Prentice Hall; 2003.
2. Huffman EK, Finnegan R, Amatayakul MK. American medical record association. medical record management. 9th ed. New York: Physicians' Record Co; 1990.
3. Garvin JH, Watzlaf VJ. Current coding competency compared to projected competency. *Perspect Health Inf Manag* 2004; 1: 2.
4. AHIMA. Coding Specialist. [cited 2006]. Available from URL: http://www.ahima.org/coding/coding_specialist.asp.
5. Schara JK. Rural cooperative coding project. *J AHIMA* 1995; 66(8): 59-63.
6. World Health Organization. International statistical classification of diseases and health related problems. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2004.
7. AHIMA. Coding education program approval manual. [cited 2006]. Available from URL: http://library.ahima.org/ahima/bok1_033116.pdf.
8. Johns ML. Health information management technology: an applied approach. 1st ed. Chicago: American Health Information Management Association; 2002.
9. American Medical Record Association. Professional practice standards. In: Haviland DS, editor. The architect's handbook of professional practice. Chicago: American Institute of Architects Press; 1994.
10. Mehanni M, Loughman E, Allwright SP, Prichard J. The hospital in-patient enquiry scheme: a study of data accuracy and capture. *Ir Med J* 1995; 88(1): 24-6.

11. Sadoughi F, Fesharaki M. Public hospitals coding assessment university of medical sciences and health services Iran and compare it with the American medical records association standards. [Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences, School of Management and Medical Informatics; 1996. [In Persian].
12. Moradi GH. Evaluation of medical evidence used in clinical research and the university health services Khorasan. [Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences, School of Management and Medical Informatics; 1995. [In Persian].
13. Mashufi M, Amani F, Rostami kh, Mardi A. Assessment records in the hospitals of Ardabil university of medical sciences. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences and Health Services* 2004; 4(11): 7.
14. Diekmann F, Kolodzig C. Basic medical documentation with ID DIACOS as an instrument for quality assurance. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1992; 130(5): 382-7.
15. Sartorius N, Ustun TB, Korten A, Cooper JE, van Drimmelen J. Progress toward achieving a common language in psychiatry, II: results from the international field trials of the ICD-10 diagnostic criteria for research for mental and behavioral disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152(10): 1427-37.
16. Buck CJ, Lovaasen KR, Green MA. Step-by-step medical coding. 3rd ed. New York: W.B. Saunders; 2000.
17. Sagheb Z. Evaluation of coding accuracy in public-educational hospitals of Shiraz university of medical sciences. [Thesis]. Tehran: Iran University of Management and Information University of Medical Sciences; 1997. [In Persian].

Survey of Coder's Knowledge about Coding Guidelines in Hospitals in Isfahan*

Maryam Jahanbakhsh¹; Sakine Saghaeyannejad Isfahani²

Abstract

Introduction: There are many demands for accuracy coded data with purpose of the systemic recording, analysis, interperation and comparison of morbidity and mortality data collected in different countries. Therefore the importance of accurate coding cannot be ignore. Meaningful and comparative statistics needs accurate and comprehensive coding and it requires knowledge of rules and guidelines for ICD. So coders must be knowledge about guidelines for producing quality data. Goal of the research was determining coder's knowledge of coding Isfahan hospitals.

Methods: It is a descriptive study carried out on all coders (N = 32) in hospitals affiliated with Isfahan University o Medical Sciences. The data was collected by a researcher-made questionnaire which was validated by experts and its reliability was confirmed by test retest. Results analyzed by SPSS.

Results: The mean of accurate response of coders was approximately 45%. Maximum of the coders awareness of the questions was about selection of main diagnosis and related procedures (69%) and procedures guidelines (51%). Also minimum of the coders awareness was about selection main diagnosis among other diagnoses (32%) and general coding guidelines(35%).

Conclusion: The coders awareness about axes except the first goal was lesser than 50%. It resulting in not missing of information but inaccurate classification and unreliable reporting. Outcome of its is inefficiency of coding units and alteration their mission specially research in educational hospitals.

Keywords: Awareness; Diagnosis; Hospitals; Classification.

Type of article: Original Article

Received: 7 Dec, 2008

Accepted: 3 Dec, 2009

Citation: Jahanbakhsh M, Saghaeyannejad Isfahani S. **Survey of coder's knowledge about coding guidelines in hospitals in Isfahan.** Health Information Management 2010; 7(1): 82.

* This This article resulted from research project No 285093, funded by deputy of research, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1. MSc, Medical Records, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

E-mail: marryjahan@yahoo.com

2. Lecture, Medical Records, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.