

بررسی وضعیت ثبت اطلاعات مورد نیاز کدگذاری در پرونده‌های بیماران بستری مسموم در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد

علیرضا بنای یزدی پور^{۱،۲}، معصومه سرباز^۲، بیتا دادپور^۳، عطیه ملکی نژاد^۴، خلیل کیمیافر^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پرونده پزشکی را می‌توان به عنوان سندی از فرایند درمان بیمار تعریف کرد. ثبت اطلاعات کامل و دقیق در فرم‌های پرونده بیماران مسموم، می‌تواند نقش بسیار مهمی در کدگذاری کامل پرونده پزشکی این بیماران داشته باشد. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین میزان ثبت اطلاعات مورد نیاز کدگذاری در پرونده‌های بیماران بستری مسموم در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد بود.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. ۳۸۷ پرونده به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان تمام پرونده‌های بیماران بستری در بخش مسمومین بیمارستان امام رضا (ع) دانشگاه علوم پزشکی مشهد انتخاب و بازبینی گردید. ابزار تحقیق شامل چک‌لیستی معتبر و پایا بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نوع مسمومیت در ۳۸۷ پرونده (۱۰۰ درصد) ثبت شده بود. تنها در ۲۰ پرونده (۵/۲ درصد) برای نام ماده مسمومیت‌زا، مسمومیت دارویی نامعلوم درج شده بود. علت خارجی مسمومیت‌ها در ۱۸۳ پرونده (۴۷/۳ درصد) ذکر شده بود که تنها در ۱۹ پرونده (۴/۹ درصد) مکان فرد در هنگام مواجهه و در ۱ پرونده (۰/۳ درصد) نیز فعالیت فرد در هنگام مواجهه درج شده بود.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده می‌تواند در جهت برنامه‌ریزی و تدوین دستورالعمل‌های لازم برای مستندسازی صحیح پرونده‌های پزشکی و امکان کدگذاری با کیفیت به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: مسمومیت؛ مدارک پزشکی؛ کدگذاری بالینی؛ مستندسازی؛ طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها

پيام کلیدی: مطالعه حاضر نشان داد که با توجه به اهمیت ثبت داده‌های مربوط به علت خارجی مسمومیت، مکان و فعالیت فرد در هنگام مسمومیت، این موارد به صورت ناقص ثبت می‌شود. ثبت دقیق‌تر و با جزئیات بیشتر در پرونده‌های مسمومیت، امکان کدگذاری با کیفیت بیشتر و با استفاده از رقم‌های چهارم و پنجم کدگذاری را فراهم می‌سازد که در این صورت، امکان انجام پژوهش‌های بیشتر، افزایش کیفیت اطلاعات و کدگذاری در این زمینه فراهم خواهد شد.

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۱۰

پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۴/۳

تاریخ انتشار: ۱۳۹۹/۵/۱۵

ارجاع: بنای یزدی پور علیرضا، سرباز معصومه، دادپور بیتا، ملکی نژاد عطیه، کیمیافر خلیل. بررسی وضعیت ثبت اطلاعات مورد نیاز کدگذاری در پرونده‌های بیماران بستری مسموم در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۷ (۳): ۹۰-۹۶

مقدمه

پرونده پزشکی را می‌توان به عنوان سندی از فرایند درمان بیمار تعریف کرد که حاوی اطلاعات ارزشمند در رابطه با تاریخچه پزشکی بیمار، علائم، یافته‌های بالینی، تشخیص‌ها، روش درمانی و پیش‌آگهی بیمار می‌باشد و از اطلاعات آن می‌توان در جهت اهداف مدیریتی، آموزشی، پژوهشی، قانونی، برنامه‌ریزی و بازپرداخت استفاده کرد (۱، ۲). وضعیت ثبت اطلاعات در فرم‌های پرونده پزشکی تحت تأثیر وضعیت ثبت اطلاعات توسط افراد آرایه‌کننده مراقبت سلامت قرار دارد (۳). سازمان جهانی بهداشت تأکید بسیاری در زمینه ثبت اطلاعات کامل فرم‌های پرونده پزشکی داشته است (۴). این سازمان ویرایش دهم سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Edition) را که یک استاندارد بین‌المللی برای گزارش بیماری‌ها و وضعیت‌های مرتبط با سلامت است، آرایه کرد تا دستیابی به اهداف بالینی، مالی و پژوهشی در سراسر جهان تسهیل یابد (۵). کدگذاری صحیح و کامل تشخیص‌ها و اقدامات درمانی اهمیت زیادی در جهت

مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۹۸۰۱۴۸ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، فن آوری اطلاعات سلامت، گروه مدارک پزشکی و فن آوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 - ۲- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 - ۳- استادیار، انفورماتیک پزشکی، گروه مدارک پزشکی و فن آوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 - ۴- دانشیار، متخصص داخلی و فلوشیپ سم‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات سم‌شناسی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 - ۵- کارشناس، فن آوری اطلاعات سلامت، گروه مدارک پزشکی و فن آوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 - ۶- استادیار، مدیریت اطلاعات سلامت، گروه مدارک پزشکی و فن آوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- نویسنده طرف مکاتبه:** خلیل کیمیافر؛ استادیار، مدیریت اطلاعات سلامت، گروه مدارک پزشکی و فن آوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

Email: kimiafarkh@mums.ac.ir

اطلاعات در هر یک از فرم‌های پذیرش و خلاصه تریخیص، خلاصه پرونده، شرح حال و معاینه بدنی، سیر بیماری، گزارش پرستار، درخواست مشاوره، دستورات پزشک و گزارش عمل جراحی بررسی گردید. پاسخ به هر کدام از آیتم‌های چک‌لیست در قالب پاسخ «بلی یا خیر» طراحی شد. جهت تعیین پایایی چک‌لیست، از قضاوت هم‌زمان دو پرسشگر (Inter-Judge Reliability) بر روی ۲۰ پرونده استفاده شد ($r = 0.82$) و روایی آن نیز به روش تحلیل محتوا (نظر صاحب‌نظران و بررسی متون) مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های مطالعه حاضر با مراجعه حضوری پژوهشگر به بیمارستان و بررسی پرونده‌های بیماران بستری در بخش مسمومین از نظر تکمیل اطلاعات مورد نیاز برای کدگذاری کامل پرونده‌های بیماران بستری جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از جمله ملاحظاتی که گروه محققان خود را ملزم به رعایت آن می‌دانستند، می‌توان به تعهد به حفظ محرمانگی اطلاعات پرونده بیماران و همچنین، بررسی پرونده‌ها با موافقت پزشک مسؤول آن مرکز اشاره کرد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که از ۳۸۷ پرونده بررسی شده، آیتم‌های مربوط به سن و جنسیت در تمامی پرونده‌ها ثبت شده بود. تنها در یک پرونده (۰/۳ درصد) وضعیت بارداری در خانم‌ها گزارش شده بود. توزیع فراوانی وضعیت ثبت اطلاعات در پرونده‌های مورد بررسی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت ثبت اطلاعات در پرونده‌های مورد بررسی (تعداد کل = ۳۸۷ پرونده)

آیتم‌ها	ثبت شده [تعداد (درصد)]
نام ماده مسمومیت‌زا	۳۸۷ (۱۰۰)
دز ماده مسمومیت‌زا	۲۰۵ (۵۳/۰)
مسیر ورود ماده مسمومیت‌زا به بدن	۱۰۶ (۲۷/۴)
تشخیص اولیه	۳۸۷ (۱۰۰)
تشخیص حین درمان	۶ (۱/۶)
تشخیص نهایی	۳۸۷ (۱۰۰)
اقدامات درمانی	۳۸۶ (۹۹/۷)
علت خارجی ماده مسمومیت‌زا	۱۸۳ (۴۷/۳)
مکان فرد در هنگام مواجهه	۱۹ (۴/۹)
فعالیت فرد در هنگام مواجهه	۱ (۰/۳)
تظاهرات بالینی فرد مسموم	۳۷۲ (۹۶/۱)

نوع مسمومیت در ۳۸۷ پرونده (۱۰۰ درصد) ثبت شده بود. تنها در ۲۰ پرونده (۵/۲ درصد) برای نام ماده مسمومیت‌زا، مسمومیت دارویی نامعلوم درج شده بود. همچنین، در ۱۸۳ پرونده (۴۷/۳ درصد) علت خارجی مسمومیت‌ها ذکر شده بود که در ۱۷۷ پرونده (۴۵/۷ درصد) علت خارجی، آسیب به خود ثبت شده بود. تنها در ۱۹ پرونده (۴/۹ درصد) مکان فرد در هنگام مواجهه و در ۱ پرونده (۰/۳ درصد) فعالیت فرد در هنگام مواجهه عنوان شده بود. بر اساس پرونده‌های بازبینی شده، در ۳۷۲ پرونده (۹۶/۱ درصد)، تظاهرات بالینی فرد مسموم درج شده بود (جدول ۱).

مدیریت اطلاعات سلامت دارد (۶). وضعیت مستندسازی پرونده پزشکی به طور مستقیم با وضعیت کدگذاری بالینی پرونده پزشکی مرتبط می‌باشد (۷). برای کدگذاری داده‌های موجود در فرم‌های پرونده پزشکی، در ابتدا کدگذار باید داده‌های ثبت شده در فرم‌ها را تفسیر کند و سپس بر اساس دستورالعمل‌ها و قوانین منتشر شده از سوی سازمان جهانی بهداشت، کد مناسب با آن را انتخاب نماید (۸). با توجه به این که دستورالعمل‌های کدگذاری در بخش‌های مختلف بیمارستان متفاوت است، اطلاعات مورد نیاز جهت کدگذاری پرونده‌های پزشکی نیز با یکدیگر تفاوت دارد (۹).

نتایج پژوهش Cunningham و همکاران نشان داد که وضعیت مستندسازی علل خارجی همچون مکانیسم، مکان و فعالیت فرد در هنگام آسیب به صورت ناقص انجام می‌شود که تأثیر منفی بر کدگذاری علل خارجی دارد (۷). سیف ربیعی و همکاران در مطالعه خود، وضعیت ثبت اطلاعات در پرونده‌های پزشکی را نامطلوب گزارش کردند که مهم‌ترین علت آن، عدم آموزش می‌باشد (۱۰). نتایج تحقیق مهرآیین و همکاران نشان داد که وضعیت مستندسازی در پرونده‌های بخش زنان و زایمان توسط تیم ارایه دهنده مراقبت سلامت به صورت ناقص انجام می‌شود (۱۱).

ثبت اطلاعات کامل و دقیق در فرم‌های پرونده پزشکی بیماران مسموم، می‌تواند نقش بسیار مهمی در کدگذاری کامل پرونده پزشکی بیماران مسموم داشته باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان ثبت اطلاعات مورد نیاز جهت کدگذاری در پرونده‌های بیماران بستری مسموم در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی بود که به روش مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. جامعه تحقیق را پرونده‌های بیماران بستری در بخش مسمومین بیمارستان امام رضا (ع) دانشگاه علوم پزشکی مشهد طی سال ۱۳۹۷ تشکیل داد که از لحاظ اطلاعات مورد نیاز جهت کدگذاری کامل پرونده‌ها، مورد بررسی قرار گرفت (۵۲۱۱ نفر). ۳۸۷ پرونده به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان تمام پرونده‌های بیماران بستری در بخش مسمومین انتخاب گردید و مورد بازبینی قرار گرفت. تعیین تعداد پرونده‌ها بر اساس رابطه ۱ صورت پذیرفت ($\alpha = 0.05$).

$$n = \frac{pqz^2}{a^2} \quad \text{رابطه ۱}$$

ابزار مورد استفاده در پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات، چک‌لیست پژوهشگر ساخته‌ای بود که با توجه به بررسی متون و دستورالعمل‌های کدگذاری مسمومیت و علل خارجی آن بر اساس ICD-10 طراحی شد (۱۴-۱۲، ۵) و شامل سؤالات توصیفی و گزینه‌ای در رابطه با وضعیت ثبت اطلاعات دموگرافیک بیمار (سن، جنسیت و وضعیت بارداری)، اطلاعات مربوط به نوع ماده مسمومیت‌زا، مقدار (Dose)، مسیر ورود ماده مسمومیت‌زا به داخل بدن، تشخیص اولیه، تشخیص حین درمان، تشخیص نهایی، اقدامات پزشکی در جهت رفع و درمان مسمومیت، علت خارجی مسمومیت [تصادفی، به قصد آسیب به خود (خودکشی)، به قصد نامعلوم، دگرکشی و سایر] مکان فرد در هنگام مواجهه، فعالیت فرد در هنگام مواجهه، تظاهرات بالینی به وجود آمده در اثر مسمومیت بود و برای هر کدام از رده‌های مذکور به ترتیب وضعیت ثبت

یافته‌های جدول ۲ نشان داد که در رابطه با وضعیت ثبت اطلاعات در فرم‌های مختلف پرونده‌ها، فرم خلاصه پرونده (۹۸/۲ درصد) بیشترین فراوانی ذکر نام ماده مسمومیت‌زا را داشت. در میان فرم‌هایی که علت خارجی مسمومیت‌ها در آن‌ها ثبت شده بود، فرم درخواست مشاوره (۴۴/۲ درصد)، بالاترین فراوانی را به خود اختصاص داد. بیشترین فراوانی ثبت اطلاعات در فرم‌ها در رابطه با مکان فرد در هنگام مواجهه، در فرم شرح حال (۴/۱ درصد) بود. در رابطه با فعالیت فرد در هنگام مواجهه تنها در ۱ پرونده (۰/۳ درصد) و آن هم در فرم شرح حال، سیر بیماری و گزارش پرستار ذکر شده بود. بر اساس پرونده‌های بازبینی شده در پژوهش حاضر، فرم‌های هفت پرونده پزشکی دارای تناقضاتی در رابطه با ثبت اطلاعات مربوط به نام ماده مسمومیت‌زا بودند که در برخی از فرم‌ها نام ماده مسمومیت‌زا به صورت مشخص ذکر شده و در برخی دیگر، به صورت نامعلوم یا نام ماده متفاوتی درج شده بود. در فرم‌های گزارش پرستار (۴ پرونده)، دستورات پزشک و مشاوره (۳ پرونده) و شرح حال و سیر بیماری (۱ پرونده)، نام ماده مسمومیت‌زا به صورت نامعلوم یا نام ماده متفاوتی درج شده بود.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ثبت اطلاعات مورد نیاز جهت کدگذاری پرونده‌های بیماران مسموم بستری به صورت ناقص انجام می‌شود. بر این اساس، ثبت اطلاعات مربوط به نام ماده مسمومیت‌زا در بیشتر پرونده‌های مورد بررسی ثبت شده و در برخی از آن‌ها نام ماده مسمومیت‌زا به صورت نامعلوم درج شده بود. نوع ماده مسمومیت‌زا، از مهم‌ترین آیتم‌های مورد نیاز برای کدگذاری مسمومیت‌ها می‌باشد که باید به صورت کامل و مشخص درج گردد. ثبت اطلاعات مربوط به علت خارجی مسمومیت‌ها بسیار مهم است تا کدگذار بتواند بر اساس اطلاعات درج شده، علت خارجی را کدگذاری نماید. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، وضعیت ثبت اطلاعات مربوط به علت خارجی مسمومیت، ناقص بود و همچنین، مکان و نوع فعالیت فرد در هنگام مواجهه با ماده مسمومیت‌زا نیز بسیار ناقص درج می‌شود.

وضعیت بارداری در خانم‌ها فقط در یک مورد ثبت شده بود. دوران بارداری یکی از دوران بسیار مهم و حساس در طول عمر زندگی خانم‌ها می‌باشد. ثبت اطلاعات مربوط به وضعیت بارداری در فرم‌های پرونده پزشکی فرد مسموم، می‌تواند در تصمیم‌گیری جهت اهداف درمانی کمک‌کننده باشد. در فرم رجیستری مسمومیت آمریکا که اطلاعات مربوط به مسمومین را جمع‌آوری و ثبت می‌کند، برای عنصر اطلاعاتی جنسیت، سه آیتم مرد، زن (غیر باردار) یا زن (باردار) در نظر گرفته است و از این طریق، وضعیت بارداری فرد مسموم ثبت می‌شود. ثبت این اطلاعات برای مدیریت مسمومیت خانم‌های باردار مهم و ارزشمند می‌باشد (۱۲).

سیف ربیعی و همکاران در تحقیق خود که با هدف بررسی وضعیت ثبت اطلاعات در پرونده‌های بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شد، دریافتند که ثبت اطلاعات در پرونده‌های پزشکی دارای نواقص جدی می‌باشد که یکی از علل مهم این نواقص، عدم آموزش کافی به افراد مستندساز است (۱۰). نتایج پژوهش دیگری در رابطه با وضعیت و کیفیت ثبت اطلاعات در پرونده‌های بیماران ترومایی در واحد اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ارومیه نشان داد که وضعیت و کیفیت ثبت اطلاعات در وضع مطلوبی

قرار ندارد؛ به طوری که بیشترین میزان ثبت ناقص اطلاعات، مربوط به محل ضایعات حاصل از تروما و بیشترین میزان عدم ثبت اطلاعات مربوط به برنامه تشخیصی بود (۱۵) که این نتایج با یافته‌های بررسی حاضر مطابقت داشت. از جمله عوامل تأثیرگذار بر ثبت اطلاعات ناقص و کدگذاری ناقص در پرونده‌ها، می‌توان به عدم آشنایی و آموزش کافی پزشکان با اصول تشخیص‌نویسی صحیح، عدم آشنایی با سیستم‌های طبقه‌بندی بیماری‌ها و اقدامات درمانی، عدم رعایت قوانین ICD، بی‌دقتی و کم‌تجربه بودن کدگذاران اشاره کرد.

اخلاقی و همکاران در مطالعه خود با هدف تعیین میزان اجرای دستورالعمل‌های کدگذاری صدمات، سوختگی‌ها و مسمومیت‌ها در سه بیمارستان آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی، به این نتیجه رسیدند که علت خارجی صدمات مانند عمدی یا غیر عمدی بودن، محل وقوع حادثه و نوع فعالیت فرد در هنگام حادثه در تعدادی از پرونده‌ها به صورت ناقص ثبت شده بود (۱۶) که این یافته‌ها با نتایج تحقیق حاضر همخوانی داشت. همچنین، آن‌ها نتیجه گرفتند که این امر منجر به کدگذاری ناقص پرونده‌های پزشکی شده است و کیفیت کدگذاری علت خارجی، پایین است که این امر می‌تواند حاصل ثبت اطلاعات ناقص در پرونده‌های پزشکی و همچنین، عدم آگاهی یا کم‌اهمیت دانستن کدگذاری علت خارجی از سوی کدگذاران باشد (۱۶). یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که وضعیت علت خارجی ماده مسمومیت‌زا به صورت ناقص در پرونده‌های پزشکی مورد بررسی ثبت شده است. همچنین، ثبت اطلاعات مربوط به مکان و فعالیت فرد در هنگام مواجهه از وضعیت نامطلوبی برخوردار می‌باشد و بر این اساس، کدگذار نمی‌تواند کاراکترهای چهارم و پنجم کدهای مسمومیت را که مربوط به مکان و فعالیت فرد در هنگام مواجهه با ماده مسمومیت‌زا می‌باشد را به صورت دقیق مشخص نماید. این موضوع وضعیت شاخص بلورینگی (Granularity) را در کیفیت کدهای اختصاص داده شده به پرونده‌های پزشکی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

رضایی مفرد و همکاران در مطالعه خود که با هدف بررسی میزان کفایت داده‌های علت خارجی صدمات برای کدگذاری بر اساس ICD-۱۰ انجام شد، نتیجه‌گیری کردند که کاراکترهای چهارم و پنجم کدهای علت خارجی صدمات که مربوط به محل رخداد حادثه و نوع فعالیت فرد در هنگام وقوع حادثه می‌باشد، کفایت لازم را ندارد و در حد مطلوب قرار نمی‌گیرد (۱۷). نتایج تحقیق فرزندی‌پور و شیخ طاهری نیز نشان داد که ۶۰ درصد کدهای علت خارجی تا چهار رقم اعشار و بقیه موارد فقط تا سه رقم اعشار کدگذاری شده است (۱۸). Cunningham و همکاران در پژوهش خود با هدف بررسی وضعیت مستندسازی و کدگذاری علت خارجی در یک بیمارستان آموزشی در استرالیا، دریافتند که تنها در ۵۰ درصد پرونده‌های پزشکی، اطلاعات لازم جهت کدگذاری علت خارجی مانند مکانیسم، مکان و فعالیت فرد در هنگام آسیب ثبت شده است (۷).

در اجلاس سازمان جهانی بهداشت در رابطه با بهبود و ارتقای سیستم‌های طبقه‌بندی مسمومیت‌ها تأکید بسیاری شده است. این تأکید به طور عمده به دلیل عواملی همچون عدم وجود قوانین کدگذاری مدون و کامل، عدم اجرای قوانین کدگذاری از سوی کدگذاران، محدود بودن آمارهای ملی و قابل مقایسه نبودن آن‌ها در سطح بین‌المللی، به‌روز نبودن سیستم‌های طبقه‌بندی، عدم وجود سیستم‌های طبقه‌بندی مورد نیاز جهت تحلیل داده‌های مسمومیت‌ها و چگونگی وقوع آن‌ها و بروز مشکلات عمده در برنامه‌های پیشگیری از مسمومیت بوده است (۱۹).

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت اطلاعات ثبت شده در فرم‌های پرونده‌های مورد بررسی

آیتم	فرم پذیرش و خلاصه تریخیص	فرم خلاصه پرونده	فرم شرح حال و معاینه بدنی	فرم سیر بیماری	فرم گزارش پرستار	فرم مشاوره	فرم گزارش عمل جراحی	فرم دستورات پزشکی	جمع
نام ماده مسمومیت‌زا	۳۶۸ (۹۵/۱)	۳۸۰ (۹۸/۲)	۳۶۴ (۹۴/۱)	۲۹۴ (۷۶)	۳۶۸ (۹۵/۱)	۲۵۰ (۶۴/۶)	۰ (۰)	۳۵۱ (۹۰/۷)	۳۸۷ (۱۰۰)
دوز ماده مسمومیت‌زا	۰ (۰)	۲۲ (۵/۷)	۱۷۹ (۴۶/۳)	۱۴۰ (۳۶/۲)	۱۰ (۲/۶)	۳۷ (۹/۶)	۰ (۰)	۱۳ (۳/۴)	۲۰۵ (۵۳)
مسیر ورود ماده مسمومیت‌زا به بدن	۲ (۰/۵)	۲۱ (۵/۴)	۸۷ (۲۲/۵)	۶۱ (۱۵/۸)	۱۲ (۳/۱)	۱۹ (۴/۹)	۰ (۰)	۹ (۲/۳)	۱۰۶ (۲۷/۴)
تشخیص اولیه	۲۲۴ (۵۷/۹)	۳۸۷ (۱۰۰)	۳۷۹ (۹۷/۹)	۳۰۱ (۷۷/۸)	۳۷۷ (۹۷/۴)	۲۵۷ (۶۶/۴)	۰ (۰)	۳۶۵ (۹۴/۳)	۲۸۷ (۱۰۰)
تشخیص حین درمان	۶ (۱/۶)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۶ (۱/۶)
تشخیص نهایی	۳۷۲ (۹۶/۱)	۳۷۹ (۹۷/۹)	۱ (۰/۳)	۰	۱ (۰/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۳۸۷ (۱۰۰)
اقدامات درمانی	۶ (۱/۶)	۳۷۵ (۹۶/۹)	۱ (۰/۳)	۴ (۱)	۳۷۴ (۹۶/۶)	۰ (۰)	۶۸ (۱۷/۶)	۲ (۰/۵)	۳۸۶ (۹۹/۷)
علت خارجی ماده مسمومیت‌زا	۰ (۰)	۶ (۱/۶)	۳۴ (۸/۸)	۲۳ (۵/۹)	۱ (۰/۳)	۱۷۱ (۴۴/۲)	۰ (۰)	۱ (۰/۳)	۱۸۳ (۴۷/۳)
مکان فرد در هنگام مواجهه	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۶ (۴/۱)	۸ (۲/۱)	۶ (۱/۶)	۴ (۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۹ (۴/۹)
فعالیت فرد در هنگام مواجهه	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۰/۳)	۱ (۰/۳)	۱ (۰/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۰/۳)
تظاهرات بالینی فرد مسموم	۳ (۰/۸)	۵۰ (۱۲/۹)	۳۳۴ (۸۶/۳)	۲۵۲ (۶۵/۱)	۲۲۰ (۵۶/۸)	۹۱ (۲۳/۵)	۰ (۰)	۲۰ (۵/۲)	۳۷۲ (۹۶/۱)

داده‌ها بر اساس تعداد (درصد) گزارش شده است.

پیشنهادهای

با توجه به اهمیت ثبت دقیق و با جزییات اطلاعات در پرونده‌های بیماران مسموم جهت کدگذاری بر اساس استانداردهای بین‌المللی همچون ICD-10، پیشنهاد می‌گردد سیاست‌گذاران قوانین و مقررات لازم را در جهت ثبت کامل اطلاعات لازم در پرونده‌های پزشکی تدوین نمایند. همچنین، برنامه‌های آموزشی مرتبط برای تیم ارایه دهنده مراقبت سلامت در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

تحقیق حاضر با کد اخلاق IR.MUMS.REC.1398.140 و با حمایت مالی کمیته تحقیقات دانشجویی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردید. بدین وسیله از کمیته تحقیقات دانشجویی و همچنین، کلیه مشارکت‌کنندگانی که در جمع‌آوری داده‌ها و تکمیل چک‌لیست همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

از طرف دیگر، پرونده پزشکی ناقص منجر به ایجاد پیامدهای منفی، اختلال در ادامه درمان بیماران و مشکلات قانونی برای مستندسازان خواهد شد (۲۰). بنابراین، ثبت اطلاعات کامل در فرم‌های پرونده پزشکی بیماران، می‌تواند نقش بسیار مهمی در کدگذاری کامل و باکیفیت پرونده پزشکی داشته باشد. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به بررسی پرونده‌های بیماران بستری مسموم یک مرکز مسمومیت اشاره کرد. پیشنهاد می‌گردد جهت تعمیم دادن نتایج، بهتر است تحقیقات گسترده‌تری در سایر مراکز مسمومیت بیمارستان‌ها در سطح ملی انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که علت خارجی مسمومیت، مکان و فعالیت فرد در هنگام مسمومیت بیشترین نقص را در پرونده‌های مورد بررسی داشت. ثبت دقیق‌تر و با جزییات بیشتر در پرونده‌های مسمومیت، امکان کدگذاری با کیفیت بیشتر و با استفاده از رقم‌های چهارم و پنجم کدگذاری را فراهم می‌سازد که در این صورت، امکان انجام مطالعات گسترده‌تر در این زمینه فراهم خواهد شد. طراحی مجموعه حداقل داده‌ها برای بیماران بخش مسمومیت متناسب با دستورالعمل‌های کدگذاری و طراحی فرم‌های ساختمان الکترونیکی بر اساس این عناصر اطلاعاتی، می‌تواند در این زمینه بسیار کمک‌کننده باشد.

References

- Lai FW, Kant JA, Dombagolla MH, Hendaro A, Ugoni A, Taylor DM. Variables associated with completeness of medical record documentation in the emergency department. *Emerg Med Australas* 2019; 31(4): 632-8.
- Abdelhak M, Grostick S, Hanken MA. Health information: Management of a strategic resource. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2014.
- Adane K, Fetene D, Abebe M. Processing medical data: A systematic review. *Arch Public Health* 2013; 71(1): 27.
- Who Regional Office for the Western Pacific, World Health Organization. Medical records manual: A guide for developing countries. Geneva, Switzerland: WHO; 2006.
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10). 5th ed. Geneva, Switzerland: WHO; 2016.
- Shepherd J. Health information management and clinical coding workforce issues. *Health Inf Manag J* 2010; 39(3): 37-41.
- Cunningham J, Williamson D, Robinson KM, Carroll R, Buchanan R, Paul L. The quality of medical record documentation and External cause of fall injury coding in a tertiary teaching hospital. *Health Inf Manag* 2014; 43(1): 6-15.
- Alipour J, Karimi A, Erfannia L, Shahrakipour M, Hayavi Haghghi MH, Kadkhoda A, et al. Reliability of medical diagnosis with international classification of diseases 10th version in 2011. *Health Inf Manage* 2013; 10(1): 1-9. [In Persian].
- Schuman AJ. ICD-10: What you need to know. *Contemporary Pediatrics* [Online]. [cited 2015 Mar 1]; Available from: URL: <https://www.contemporarypediatrics.com/view/icd-10-what-you-need-know>
- Seif Rabiee MA, Sedighi I, Mazdeh M, Dadras F, Shokouhee Solgi M, Moradi A. Study of hospital records registration in teaching hospitals of Hamadan University of Medical Sciences in 2009. *Avicenna J Clin Med* 2009; 16(2): 45-9. [In Persian].
- Mehraeen E, Raeissi P, Omid Kohan Shoori Z, Ahmadi P, Jani Iranadgan S, Saravani S. Review of medical records documentation in obstetrics and gynecology ward (Data quantitative analysis on obstetrics and gynecology ward). *Advances in Nursing and Midwifery* 2015; 24(87): 37-44. [In Persian].
- Wax PM, Kleinschmidt KC, Brent J. The toxicology investigators consortium (Toxic) registry. *J Med Toxicol* 2011; 7(4): 259-65.
- Whyte IM, Buckley NA, Dawson AH. Data collection in clinical toxicology: Are there too many variables? *J Toxicol Clin Toxicol* 2002; 40(3): 223-30.
- Gummin DD, Mowry JB, Spyker DA, Brooks DE, Beuhler MC, Rivers LJ, et al. 2018 Annual report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 36th Annual Report. *Clin Toxicol (Phila)* 2019; 57(12): 1220-413.
- Faridaalae G, Boushehri B, Mohammadi N, Safari O. Evaluating the quality of multiple trauma patient records in the emergency department of Imam Khomeini Hospital in Urmia. *Iranian Journal of Emergency Medicine* 2015; 2(2): 88-92. [In Persian]

16. Akhlaghi F, Raeisi P, Kazemi SM. Rate of implementation of standard codes for injuries, burns and poisonings in teaching-hospitals of the Iran, Tehran and Shahid Beheshti Medical Universities. *Health Inf Manage* 2009; 6(1): 23-34. [In Persian].
17. Rezayi Mofrad MR, Rangraz Jeddi F, Rangraz Jeddi M. Adequacy of data on injuries' external causes for coding based on ICD-10 in inpatient medical records and emergency wards of Shahid Beheshti Hospital in Kashan. *Payavard Salamat* 2011; 5(3): 10-9. [In Persian].
18. Farzandipour M, Sheikhtaheri A. Accuracy of diagnostic coding based on ICD-10. *Feyz* 2009; 12(4): 68-77. [In Persian].
19. World Health Organization. Strengthening of health surveillance of working populations: the use of international statistical classification of diseases (ICD-10) in occupational health. Geneva, Switzerland: WHO; 1998.
20. Hashemi AA, Riahi L, Nazary Manesh L. The effect of filling the patient records by physicians, according to the instructions, on incompleteness of medical records at Ziaieian Hospital, Tehran, Iran. *Health Inf Manage* 2018; 14(5): 194-8. [In Persian].

Evaluating Documentation for Coding of Poisoning Medical Records in Imam Reza Hospital, Mashhad, Iran

Alireza Banaye-Yazdipour^{1,2}, Masoumeh Sarbaz³, Bita Dadpour⁴, Atieh Malekinejad⁵, Khalil Kimiafar⁶

Original Article

Abstract

Introduction: Medical records can be defined as a document of the patients' treatment process. Complete and accurate information recording in the medical records of poisoned patients can play an important role in their complete clinical coding. This study aims to determine the amount of registered information required for clinical coding in the medical records of poisoned patients admitted to Imam Reza Hospital in Mashhad, Iran.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted in 2019. 387 records were selected and reviewed by simple random sampling from all medical records of patients admitted to the poisoning ward of Imam Reza Hospital of Mashhad University of Medical Sciences. The instrument was a valid and reliable checklist. Data analysis was conducted using descriptive statistics.

Results: The type of poisoning was registered in 387 (100%) medical records and in only 20 (5.2%) medical records the poisoning substance was an unknown drug. In 183 (47.3%) medical records, an external cause was registered for the poisoning, with 19 (4.9%) and 1 (0.3%) medical records including the individual's place of exposure and activity during exposure, respectively.

Conclusion: The findings of this study can be used to plan and compile the necessary guidelines for the proper accurate documentation of medical records and the possibility of high quality clinical coding.

Keywords: Poisoning; Medical Records; Clinical Coding; Documentation; International Classification of Diseases

Received: 29 Feb., 2020

Accepted: 23 June, 2020

Published: 05 Aug., 2020

Citation: Banaye-Yazdipour A, Sarbaz M, Dadpour B, Malekinejad A, Kimiafar K. **Evaluating Documentation for Coding of Poisoning Medical Records in Imam Reza Hospital, Mashhad, Iran.** Health Inf Manage 2020; 17(3): 90-6.

Article resulted from research project No. 980148 funded by Mashhad University of Medical Sciences.

1- MSc Student, Health Information Technology, Department of Medical Records and Health Information Technology, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2- Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3- Assistant Professor, Medical Informatics, Department of Medical Records and Health Information Technology, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

4- Associate Professor, Internist and Clinical Toxicology Fellowship, Medical Toxicology Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

5- BSc, Health Information Technology, Department of Medical Records and Health Information Technology, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

6- Assistant Professor, Health Information Management, Department of Medical Records and Health Information Technology, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Address for correspondence: Khalil Kimiafar; Assistant Professor, Health Information Management, Department of Medical Records and Health Information Technology, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Email: kimiafarkh@mums.ac.ir