

تأثیر گنجاندن ستون «خلاصه‌ی سیر بیماری» در صفحه‌ی دستورات پرونده‌های بیمارستانی بر افزایش ثبت سیر بیماری*

محمدرضا اسماعیلی دوکی^۱، هادی سرخی^۲، سید عباس فاطمی^۳، فاطمه حسین‌زاده^۴،
یداله زاهدپاشا^۵، احمد تمدنی^۶، نعیمه نخجوانی^۷، رحیم براری سوادکوهی^۸، ایرج محمدزاده^۹،
محمدرضا صالحی عمران^{۱۰}، موسی احمدپور کچو^{۱۱}، عباس هادی پور^{۱۲}، سهیل اوصیا^{۱۳}،
محمود حاجی احمدی^{۱۴}، علی بیژنی^{۱۵}، حسن محمودی نشلی^{۱۶}، پیمان اشراقی^{۱۷}،
کاظم بابازاده^{۱۸}، علی محمدپور میر^{۱۹}

چکیده

مقدمه: پرونده‌ی پزشکی متشکل از مجموع مدارکی است که گواه وضعیت سلامت بیمار در لحظه‌ای از زندگی او می‌باشد. بین سیر بیماری و دستورات صادر شده‌ی روزانه‌ی پزشک در پرونده، ارتباط بسیار نزدیکی وجود دارد و هر دستور پزشکی ناشی از وضعیت موجود بیمار و سیر بیماری وی می‌باشد. در این مطالعه، به جهت افزایش ثبت سیر بیماری و ارتقای آموزشی فراگیران، ضمن حفظ وجود صفحه‌ی سیر بیماری قبلی در پرونده، ستونی از سیر بیماری در صفحه‌ی دستورات پرونده‌های پزشکی تعیین و میزان اثربخشی آن در ثبت سیر بیماری شناسایی شد.

روش بررسی: در این مطالعه‌ی مداخله‌ای شاهددار، پرونده‌های بیماران بستری در کلیه‌ی بخش‌های فوق تخصصی بیمارستان کودکان امیرکلاهی بابل در طی سه ماه آخر سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفتند (از مجموع حدود ۳۴۶۲ پرونده، در هر سال، ۱۵۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفت). به هر یک از شاخص‌های سیر بیماری که بر اساس الگوی SOAP (Subject, Object, Assessment و Plan) ثبت شدند، یک امتیاز داده شد. در نهایت، اگر فقط تا سه شاخص در پرونده ذکر گردید ضعیف، تا ۵ مورد متوسط و تا ۷ مورد خوب ارزیابی شدند. سپس امتیازات حاصل از پرونده‌های فوق با استفاده از آزمون‌های آماری Paired t-test، t-test، ضریب همبستگی پیرسون، مجذور کای، fisher's exact و ضریب Kappa مورد مقایسه قرار گرفتند و $P < 0/05$ معنی دار تلقی شد.

یافته‌ها: میانگین تعداد دستورات پزشک پرونده‌ها در سه ماهه‌ی آخر سال ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ به ترتیب $10/8 \pm 9/15$ و $6/80 \pm 8/45$ مورد بوده است. امتیاز خوب، بیشترین فراوانی را در ستون خلاصه‌ی سیر بیماری جدید داشت. بیشترین میانگین نتایج به دست آمده در گروه‌های مورد مطالعه مربوط به خلاصه‌ی سیر بیماری در سال ۱۳۸۸ بود. مقایسه‌ی میانگین‌ها نیز از نظر آماری معنی دار بوده است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با اضافه کردن ستون جدید تحت عنوان «خلاصه‌ی سیر بیماری» در برگه‌ی دستورات پزشک، ثبت سیر بیماری و علت دستورات پزشکی ارایه شده، به طور قابل ملاحظه‌ای بر اساس الگوی SOAP ارتقا می‌یابد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که این ستون در صفحه‌ی دستورات پزشک پرونده‌های بیمارستانی گنجانده شود.

واژه‌های کلیدی: مدارک پزشکی؛ سیر بیماری؛ صفحه‌ی دستورات پزشک؛ مستندسازی.

نوع مقاله: پژوهشی

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۲۰

اصلاح نهایی: ۹۰/۱۲/۱۴

دریافت مقاله: ۹۰/۵/۱۵

ارجاع: اسماعیلی دوکی محمدرضا، سرخی هادی، فاطمی سید عباس، حسین‌زاده فاطمه، زاهدپاشا یداله، تمدنی احمد، نخجوانی نعیمه، براری سوادکوهی رحیم، محمدزاده ایرج، صالحی عمران محمدرضا، احمدپور کچو موسی، هادی‌پور عباس، اوصیا سهیل، حاجی‌احمدی محمود، بیژنی علی، محمودی نشلی حسن، اشراقی پیمان، بابازاده کاظم، محمدپور میر علی. تأثیر گنجاندن ستون «خلاصه‌ی سیر بیماری» در صفحه‌ی دستورات پرونده‌های بیمارستانی بر افزایش ثبت سیر بیماری. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۳): ۳۸۱-۳۷۰.

مقدمه

مدارک پزشکی، مدارکی دایمی و قانونی هستند که باید شامل اطلاعات کافی برای شناسایی بیمار و توجیهی برای تشخیص، درمان و ثبت نتایج آن باشند؛ این موضوع به خصوص در مراکز آموزشی از اهمیت بیشتری برخوردار است. با توجه به اینکه مستندسازی در مدارک پزشکی توسط ارایه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، پزشکان، پرستاران و متخصصین درمان به عنوان فعالیت ثانویه‌ی ارایه‌ی مراقبت بیماران محسوب می‌شود، گاهی ممکن است مستندسازی صحیح، کامل، ضروری و مورد پسند نباشد و فرصت ثبت دقیق آن پیش نیاید. برای کنترل محتوا باید مستندسازی در مدارک پزشکی به طور منظم تحلیل شود تا ارتباط اطلاعات مراقبت بیمار را فراهم کند (۱).

وجود پرونده‌های کامل در بخش، می‌تواند ادعای بیماران مبنی بر سهل‌انگاری را ثابت یا رد نماید و در دفاع از بیماران و پرسنل در مواقع قانونی قابل استفاده باشد. به علاوه، پرونده اهمیت زیادی در فرایند پزشکی دارد و وسیله‌ی ارتباطی مهمی میان پزشکان و دیگر متخصصان سهیم در مراقبت بیماران و اساس برنامه‌ریزی و ارزیابی مراقبت‌های ارایه شده و به خصوص نحوه‌ی آموزش دستیاران و کارآموزان و کارورزان پزشکی است (۲).

پرونده‌ی پزشکی متشکل از مجموع مدارکی است که گواه وضعیت سلامت بیمار در لحظه‌ای از زندگی او می‌باشد؛ شهادتی که ممکن است بعدها برای مقایسه‌ی وضعیت بیمار برای توجیه ظهور و بروز بیماری دیگر، به منظور صدور گواهی خاص برای مشاوره در مراجعه‌های بعدی یا بستری مجدد مفید و مورد نیاز باشد (۳).

Bates در رابطه با مدارک پزشکی کامل چنین می‌نویسد: یک مدرک پزشکی دقیق، روشن و سازمان یافته، تفکر

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۵۶۲۱۵ می‌باشد که توسط مرکز

تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان و معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی بابل حمایت شده است.

۱. دانشیار، گوارش کودکان، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: esmaeilidooki@yahoo.com

۲. دانشیار، کلیه‌ی کودکان، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۳. دکتری تخصصی، کودکان، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۴. کارشناس، مامایی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۵. استاد، نوزادان، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۶. استادیار، خون و انکولوژی کودکان، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۷. استادیار، کودکان، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۸. دانشیار، عفونی کودکان، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۹. دانشیار، آلرژی و ایمونولوژی بالینی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۱۰. دانشیار، اعصاب کودکان، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۱۱. دانشیار، نوزادان، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۱۲. استادیار، جراحی کودکان، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۱۳. عضو هیئت علمی، پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۱۴. پزشک عمومی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۱۵. استادیار، غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۱۶. استادیار، قلب کودکان، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۱۷. استادیار، عفونی کودکان، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

مداخله کننده، مشاهدات و هر اطلاعات مرتبط که خانواده یا پرسنل در مورد بیمار ارایه می‌دهند، می‌باشد. این قسمت باید در بیان ثبت اطلاعات اختصاصی بالینی قابل استفاده باشد.

Objective (مشاهده): این قسمت بیان‌گر تمام اطلاعات قابل مشاهده یا قابل اندازه‌گیری شامل معاینه و آزمایش‌هایی است که در طی دوره‌ی درمان مشخص شده‌اند و می‌تواند در ثبت وضعیت موجود مفید باشد.

Assessment (ارزیابی): این قسمت ارزیابی درمان‌گر از وضعیت بیمار و مشکل موجود در طی دوره‌ی درمان، بر پایه‌ی یافته‌های **Subjective** و **Objective** می‌باشد که کل دوره‌ی بیماری را ارزیابی می‌کند.

Plan (برنامه): در این قسمت، بعد از در نظر گرفتن اطلاعاتی که به تدریج در طی جلسه یا جلسات به دست آمده است، طرح کلی دوره‌ی درمان و یا اقدامات تشخیصی مرتبط پایه‌ریزی می‌شود که شامل برنامه‌های تشخیصی، درمانی و آموزشی است (۹، ۱۰).

در ثبت اطلاعات بیمار و در صفحه‌ی سیر بیماری موجود، گاهی کاستی‌هایی مشاهده می‌شود که این امر در خصوص ثبت سیر بیماری توسط پزشک دستور دهنده اهمیت بیشتری می‌یابد. نتایج مطالعه‌ی اسماعیلی و همکاران در طی سال‌های ۱۳۸۴ الی ۱۳۸۵ از مقایسه‌ی عملکرد دانشجویان پزشکی و دستیاران اطفال در ثبت پرونده‌های پزشکی نشان داد که دستیاران و کارورزان در ثبت پرونده‌های پزشکی از عملکرد متوسطی برخوردارند. از آن‌جا که کارآموزان در ثبت گزارش‌های پزشکی عملکرد ضعیف و دور از انتظار داشتند، آن‌ها پیشنهاد کردند آموزش پرونده‌نویسی در دستور کار گروه‌های آموزشی قرار گیرد (۱۱).

ارتقای ثبت یافته‌های بالینی و پاراکلینیک بیماران موضوع بسیار مهمی است که در مورد نحوه‌ی ثبت آن، با توجه به نواقص موجود، مطالعات بیشتری لازم است؛ از این‌رو بر آن شدیم تا ضمن حفظ وجود صفحه‌ی سیر بیماری قبلی در پرونده‌ها، ستونی از سیر بیماری در صفحه‌ی دستورات پزشکی گنجانده شود تا هر پزشک دستور دهنده بتواند بر اساس وضعیت موجود بیمار و تصمیم نهایی که منجر به ثبت

کلینیکی، معتبر و منطقی را تسهیل می‌نماید. چنین مدرکی منجر به برقراری ارتباط خوب میان بسیاری از متخصصین که در مراقبت از بیمار دخالت دارند، می‌گردد و به هماهنگی فعالیت‌های آن‌ها کمک می‌نماید (۴).

به عقیده‌ی Huffman، مدارک پزشکی باید به طور کامل و دقیق برای تمام بیماران نوشته شود و شامل اطلاعات کافی در مورد شناسایی بیمار، تشخیص یا علت مراجعه، معالجات و نتایج ثبت شده باشد (۵).

ثبت مدارک پزشکی از سال ۱۹۰۲ آغاز شد که ضمن ارزشیابی مسایل پزشکی بیمارستان‌ها، ناهمگونی و ناهماهنگی مدارک در بیمارستان‌های مختلف و نبود کارشناسان این رشته نیز مورد توجه قرار گرفت (۶).

از صفحه‌های موجود در پرونده‌های بیمارستانی که به پزشک و پرسنل امور درمان مربوط می‌شود، صفحه‌ی دستورات پزشکی، سیر بیماری و خلاصه‌ی پرونده، صفحه‌ی شرح حال و معاینه را می‌توان نام برد.

بین سیر بیماری و دستورات صادر شده‌ی روزانه‌ی پزشک ارتباط بسیار نزدیکی وجود دارد؛ به طوری که هر دستور پزشکی ناشی از وضعیت موجود بیمار و سیر بیماری وی می‌باشد. از این‌رو، ثبت سیر بیماری در کنار دستورات صادر شده در صفحه‌ی دستور پزشک بر اساس الگوی SOAP (Subject, Object, Assessment و Plan)، می‌تواند سطح اطلاعات موجود در پرونده‌ها را که منجر به هر دستور تشخیصی و درمانی می‌شود، افزایش دهد و نیز در جهت ارتقای آموزشی فراگیران تأثیر داشته باشد (۸، ۷).

SOAP نوعی قالب دستورسازی و تنظیم پرونده‌ی بیمار است که ثبت قانونی محسوب می‌شود و ممکن است توسط پزشکان یا دستیاران دیگر خوانده شود. SOAP به طور روزانه یا هفتگی - بر حسب اینکه کجای پرونده باشیم و حین درمان چه اتفاقی افتاده باشد- باید نوشته شود و قسمت‌های زیر در آن ذکر شوند:

Subjective (بیان): اطلاعاتی که توسط بیمار یا همراهان وی ارایه می‌شود و درک فرد از بیمار را توضیح می‌دهد و شامل علائم، توضیحاتی در مورد فاکتورهای

دیگر سیر بیماری در دو قسمت پرونده درج می‌گردید. بعد از انجام دوره‌ی سه ماهه‌ی فوق، به مطالعه‌ی پرونده‌های سه ماه مشابه در سال ۱۳۸۷ پرداخته شد و الگوهای قدیم و جدید بر اساس شاخص‌های زیر با هم مقایسه شدند: ۱- ذکر تاریخ و ساعت دستور پزشک؛ ۲- ثبت یافته‌های جدید و یا مهم بیمار در شرح حال فعلی و یا در مقایسه با علائم بیمار در طی روزهای گذشته؛ ۳- ثبت علائم حیاتی؛ ۴- ثبت نشانه‌های جدید و یا مهم در معاینه‌ی فعلی و یا در مقایسه با نشانه‌های بیمار طی روزهای گذشته؛ ۵- ثبت نتایج آزمایش‌ها و بررسی‌های تشخیصی جدید؛ ۶- ثبت برنامه‌های تشخیصی یا درمانی آینده و یا علت دستور تشخیصی و درمانی و ۷- مهر یا امضای پزشک با اسم.

در انتها به هر یک از شاخص‌های فوق، یک امتیاز داده شد و در نهایت ذکر تا سه شاخص در پرونده ضعیف، تا ۵ شاخص متوسط و تا ۷ شاخص خوب ارزیابی می‌شد و روایی محتوایی فرم جدید دستورات پزشک با کسب نظرات ۱۲ نفر از متخصصین مربوط قابل قبول بود.

اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS_{۱۷} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و برای مقایسه‌ای مستقل بین سال‌های مختلف، از آزمون χ^2 و T مستقل و برای مقایسه‌های زوج دودستی در یک سال (۱۳۸۸)، از آزمون‌های McNemar و t زوج استفاده و $P < 0/05$ معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها

تعداد پرونده‌ی بیمارانی در سه ماهه‌ی آخر سال ۱۳۸۷ حدود ۱۶۲۷ مورد بود که ۱۵۰ پرونده از آن استخراج شد که دارای ۱۳۷۲ دستور پزشک بود و همه‌ی آن‌ها از نظر شاخص‌های SOAP در ثبت سیر بیماری مورد بررسی قرار گرفتند.

میانگین تعداد دستورات پزشک پرونده‌ها در بخش‌های مختلف بیمارستان کودکان امیرکلا در سه ماهه‌ی آخر سال ۱۳۸۷، $10/8 \pm 9/15$ دستور پزشک (حداقل یک و حداکثر ۹۲ دستور پزشک) بود.

تعداد بستری بیمارانی در سه ماهه‌ی آخر سال ۱۳۸۸، حدود ۱۸۳۵ پرونده بود که از مجموع ۱۵۰ پرونده،

دستور می‌شود، اطلاعات را در ستون جدید مکتوب نماید. هدف اصلی این مطالعه، ارزیابی الگوی نوین در ثبت سیر بیماری و افزایش کیفیت ثبت اطلاعات در پرونده‌ها و نیز ارتقای آموزشی فراگیران بود و به همین جهت به بررسی اثربخشی اضافه نمودن ستون خلاصه‌ی سیر بیماری در صفحه‌ی دستورات پرونده‌های پزشکی در افزایش ثبت سیر بیماری پرداخته شده است.

روش بررسی

در این مطالعه‌ی مداخله‌ای شاهددار که در سال ۱۳۸۸ انجام گردید، پرونده‌های بیمارانی بستری در کلیه‌ی بخش‌های فوق تخصصی بیمارستان کودکان امیرکلا (مرحوم محمدصادق شفیع‌زاده) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل در طی دوره‌ی زمانی سه ماه آخر سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفتند و از مجموع حدود ۳۴۶۲ پرونده، ۱۵۰ پرونده در هر سال به صورت تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند.

برای انجام این مطالعه، ابتدا صفحه‌ی جدید دستورات پزشک در پرونده‌ی بیمارانی بستری وارد شد (شکل ۱). تغییری که در این صفحه ایجاد شد، بدین شکل بود که ستون محل امضای پزشک و محل امضای پرستار حذف گردید و به قسمت دستورات پزشک ملحق شد. سپس به جای ستون‌های قبلی، ستون جدید خلاصه‌ی سیر بیماری (Brief progressive note) جایگزین شد و ستون‌های ثبت تاریخ و ساعت دستور پزشک نیز به یک ستون تقلیل یافتند (شکل ۱). پیش از اجرای طرح، جلسه‌ی توجیهی برای پزشکان و دستیاران اطفال برگزار شد و تا سه ماه بعد از شروع طرح، تمام پرونده‌ها از نظر وضعیت ثبت سیر بیماری در ستون جدید و نمره‌بندی مربوط بر اساس الگوی SOAP بررسی شدند. بدین شکل که ثبت سیر بیماری در صفحات سیر بیماری و همچنین در ستون خلاصه‌ی سیر بیماری در صفحه‌ی جدید دستورات پزشک مقایسه گردید. یعنی در سه ماهه‌ی آخر سال ۱۳۸۸ در کلیه‌ی پرونده‌ها، علاوه بر برگه‌ی سیر بیماری (فرم رسمی کشور)، فرم جدید برگه‌ی دستورات پزشک که شامل سیر بیماری بود نیز وجود داشت و به عبارت

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل مرکز آموزشی درمانی کودکان شفیع زاده امیرکلا برگه‌ی دستورات پزشک (فرم جدید) Physician's Orders Sheet and progressive note</p>			شماره‌ی پرونده: Unit number:
بخش: Ward:	نام: Name:	نام خانوادگی: Family name:	
پزشک معالج: Attending Physician:	تاریخ پذیرش: Date of admission:	تاریخ تولد: Date of birth:	نام پدر: Father's name:
اتاق: Room:	تخت: Bed:		
خلاصه‌ی سیر بیماری Brief progressive note		دستورات و امضای پزشک و پرستار Orders & sign of physician & nurse	تاریخ و ساعت Date & Time

برگه‌ی دستورات پزشک (رسمی کشور)

Physician Orders Sheet

امضای پرستار Sign of Nurse	امضای پزشک Sign of physician	دستورات Orders	ساعت Time	تاریخ Date

برگه‌ی سیر بیماری (رسمی کشور)

Progress Note

امضای پزشک Sign of physician	پیشرفت معالجات Treatment progresses	تاریخ Date

شکل ۱: صفحه‌ی دستورات پزشک قدیم و فرم پیشنهادی جدید

و امضای پزشک در برگه‌ی سیر بیماری سال ۱۳۸۷ و خلاصه‌ی سیر بیماری سال ۱۳۸۸ معنی‌دار نبوده است ($P > 0/05$). ثبت در برگه‌ی سیر بیماری سال ۱۳۸۸ نسبت به دو قسمت قبل کاهش چشم‌گیری را نشان داده است.

با توجه به جدول ۲، بیشترین فراوانی امتیاز خوب در بین گروه‌های مختلف مورد مطالعه در گروه خلاصه‌ی سیر بیماری سال ۱۳۸۸ بوده است؛ اما در مقایسه‌ای که بین صفحه‌ی سیر بیماری سال ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ به عمل آمده است، ثبت اطلاعات بیمار در صفحه‌ی سیر بیماری سال ۱۳۸۸ نسبت به سال ۱۳۸۷ افت بیشتری داشته است (نمودار ۱).

در جدول ۲ با توجه به معیارهای ۷ گانه که در طرح فوق انتخاب شده است، ستون خلاصه‌ی سیر بیماری سال ۱۳۸۸ با برگه‌های سیر بیماری سال ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ مقایسه شده است. در مقایسه‌ی بین امتیاز صفحه‌های سیر بیماری سال ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ و ستون خلاصه‌ی سیر بیماری در صفحه‌ی جدید دستورات پزشک در گروه‌های مورد مطالعه، بیشترین میانگین نتایج به دست آمده در خلاصه‌ی سیر بیماری سال ۱۳۸۸ و از نظر آماری معنی‌دار بوده است ($P < 0/05$).

۱۲۶۸ دستور پزشک انتخاب شد و به همین تعداد نیز ستون خلاصه‌ی سیر بیماری در صفحه‌ی جدید دستورات پزشک وجود داشت.

میانگین تعداد دستورات پزشک پرونده‌ها در بخش‌های مختلف بیمارستان کودکان امیرکلا در سه ماهه‌ی آخر سال ۱۳۸۸، $6/80 \pm 8/45$ دستور پزشک (حداقل یک و حداکثر ۴۵ دستور پزشک) بود.

فراوانی نسبی هر یک از شاخص‌های ۷ گانه‌ی در نظر گرفته شده برای صفحه‌ی سیر بیماری و ستون خلاصه‌ی سیر بیماری در صفحه‌ی جدید دستورات پزشک در جدول ۱ آورده شده است. همانطور که از جدول فوق بر می‌آید، با توجه به آموزشی که به پزشکان داده شد و گنجاندن ستون جدید خلاصه‌ی سیر بیماری در برگه‌ی دستورات پزشک، ثبت تاریخ و زمان دستور پزشک، شرح حال بیماری، علایم حیاتی و طرح درمانی بین برگه‌ی سیر بیماری سال ۱۳۸۷ و خلاصه‌ی سیر بیماری سال ۱۳۸۸ افزایش قابل ملاحظه‌ای داشت که از نظر آماری نیز معنی‌دار بود ($P < 0/05$).

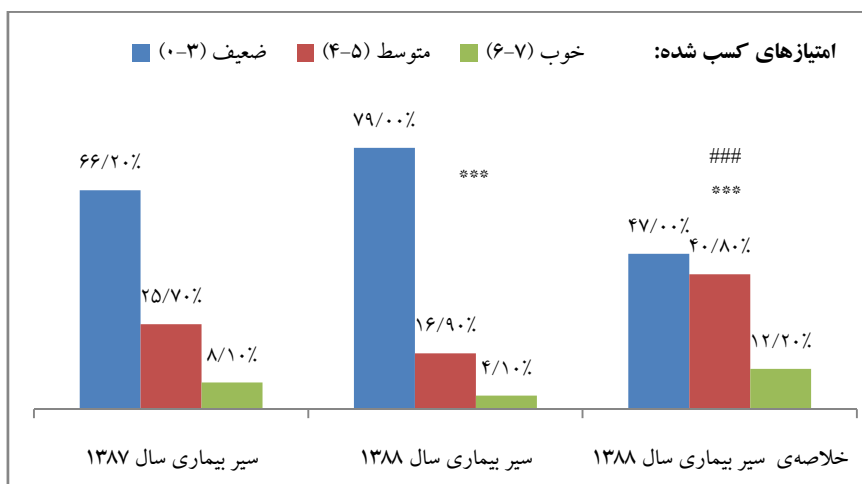
در ثبت معاینه‌ی فیزیکی، ارتباط میان یافته‌های پاراکلینیک

جدول ۱: فراوانی نسبی وجود شاخص‌های ۷ گانه‌ی در نظر گرفته شده در گروه‌های مختلف مورد مطالعه بر حسب درصد

گروه‌های مورد مطالعه	تاریخ و زمان دستور پزشک	شرح حال بیماری	معاینه فیزیکی	ثبت علایم حیاتی	ثبت یافته‌های پاراکلینیک	طرح درمانی یا تشخیصی	امضا (مهر) با اسم
سیر بیماری سال ۱۳۸۷	۹۷/۷۰۰	۴۲/۳۰۰	۲۴/۸۰۰	۱۶/۳۰۰	۲۴/۵۰۰	۱۸/۱۰۰	۹۸/۷۰۰
سیر بیماری سال ۱۳۸۸	۹۹/۴۰۰	۴۷/۶۰۰	۲۰/۰۰۰	۱۳/۵۰۰	۴/۳۰۰	۹/۶۰۰	۹۹/۴۰۰
خلاصه‌ی سیر بیماری سال ۱۳۸۸	۹۹/۴۰۰	۴۷/۰۰۰	۴۴/۲۰۰	۱۹/۰۰۰	۲۳/۹۰۰	۳۹/۴۰۰	۹۹/۱۰۰
P	< 0/001	0/012	< 0/001	0/001	< 0/001	< 0/001	0/021

جدول ۲: مقایسه‌ی میانگین امتیازهای کسب شده از سیر بیماری در گروه‌های مختلف مورد مطالعه

گروه‌های مورد مطالعه	تعداد دستورات پزشک	انحراف معیار \pm میانگین
سیر بیماری سال ۱۳۸۷	۱۳۷۲	$3/22 \pm 1/38$
سیر بیماری سال ۱۳۸۸	۱۲۶۸	$2/93 \pm 1/20$
خلاصه‌ی سیر بیماری سال ۱۳۸۸	۱۲۶۸	$3/72 \pm 1/38$



نمودار ۱: مقایسه‌ی نتایج میان امتیازهای ضعیف، متوسط و خوب در بین گروه‌های مختلف مورد مطالعه بر حسب درصد

###: $P < 0.001$ در مقایسه با سیر بیماری سال ۸۸ با آزمون McNemar
 ***: $P < 0.001$ در مقایسه با سیر بیماری سال ۸۷ با آزمون χ^2

بحث

۱۳۸۸ نسبت به سال ۱۳۸۷ کاهش نشان داده است؛ اما در مجموع، با وارد کردن ستون فوق، ثبت موارد سیر بیماری در پرونده‌های تحت الگوی جدید، بهبود نشان داد که هدف اصلی پژوهش‌گران بوده است. علت افت ثبت در صفحه‌ی اصلی سیر بیماری در سال ۱۳۸۸ می‌تواند ناشی از وجود هم‌زمان ستون جدید همراه با صفحه‌ی اصلی سیر بیماری در پرونده‌ها باشد که منجر به استقبال بیشتر همکاران پزشک از آن شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، با در نظر گرفتن ۷ مورد بررسی انجام شده از نظر مشخصات SOAP در سیر بیماری سال ۱۳۸۷ و خلاصه‌ی سیر بیماری سال ۱۳۸۸، تفاوت چشم‌گیری غیر از طرح درمانی که از ۱۸ درصد به حدود ۴۰ درصد افزایش داشته است، مشاهده نمی‌شود؛ در حالی که با جمع‌بندی مقادیر هر ۷ مورد و مقایسه‌ی آن‌ها با هم، مشاهده می‌شود که حدود ۹ درصد سیر بیماری در سال ۱۳۸۷ دارای نمره‌ی خوب بوده است و در سال ۱۳۸۸ به ۱۲ درصد ارتقا یافته است (نمودار ۱).

همچنین با توجه به جداول ۱ و ۲ مشاهده می‌شود که سیر بیماری در سال ۱۳۸۸ به تنهایی دارای تفاوت قابل توجهی نسبت به سیر بیماری در سال ۱۳۸۷ و خلاصه‌ی سیر

مطالعه‌ی حاضر گویای آن است که با اضافه کردن ستون جدید تحت عنوان خلاصه‌ی سیر بیماری در برگه‌ی دستورات پزشک پرونده‌های بیماران، به طور قابل ملاحظه‌ای ثبت سیر بیماری و علت دستورات پزشکی داده شده بر اساس الگوی SOAP ارتقا می‌یابد، به گونه‌ای که در سال ۱۳۸۷ - که فقط ثبت سیر بیماری در صفحه‌ی مربوط، بر اساس پرونده‌های موجود فعلی کشوری انجام گردید - مشاهده شد که در ۶۶ درصد موارد ویزیت‌ها، ثبت سیر بیماری در حد ضعیف بوده است، اما در سال ۱۳۸۸ با ارزیابی الگوی جدید، این میزان به ۴۷ درصد تقلیل یافت.

در سایر مطالعات در دانشگاه‌های مختلف نیز کاستی‌های مرتبط با ثبت پرونده‌ها گزارش شده است (۱۲، ۱۳)؛ از این‌رو ارزیابی هر روشی که زمینه‌ی ثبت با کیفیت بالاتر در پرونده‌ها را به دنبال داشته باشد، می‌تواند وضعیت موجود را ارتقا بخشد؛ به طوری که در مطالعه‌ی حاضر، بر اساس نتایج به دست آمده، استقبال همکاران پزشک در ثبت اطلاعات (سیر بیماری) در ستون جدید خلاصه‌ی سیر بیماری در صفحه‌ی دستورات پزشک چشم‌گیر بوده است (نمودار ۱). البته ثبت سیر بیماری در صفحه‌ی اصلی پرونده‌ها در سال

طور ناقص و ۱ درصد به طور ناخوانا ثبت شده بود (۱۴). ولی بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، با به کارگیری ابزارهایی نظیر ستون خلاصه‌ی سیر بیماری می‌توان کاستی‌های ثبت در پرونده‌ها را کاهش داد.

نتایج مطالعه‌ی دیگری با عنوان «ارزیابی ثبت اطلاعات بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال ۱۳۸۰» نشان داد که فرایند مستندسازی پرونده‌های پزشکی توسط ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی- درمانی به طور ناقص انجام می‌شود و این امر منجر به از دست دادن اطلاعات بیماران بستری می‌شود (۱).

در مطالعه‌ی سیاح و همکاران در مورد وضعیت ثبت پرونده‌های بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۹۰۵ پرونده به طور تصادفی بررسی شدند که در ۲۹ درصد موارد دستورات پزشک، ۲۶ درصد گزارش جراحی، ۵۲ درصد مراقبت قبل از عمل، ۱۴ درصد برگه‌های مشاوره، ۵۷ درصد سیر بیماری، ۴۳ درصد شرح حال بیماران، ۴۰ درصد خلاصه‌ی پرونده، ۴۶ درصد برگه‌ی پذیرش و ۴۰ درصد خلاصه‌ی ترخیص دارای نقص بودند. در بررسی محتوایی و کیفی اجزای مختلف پرونده، در حدود ۴۰ درصد موارد نقص وجود داشت (۷).

فرخی و همکاران میزان تأثیر کارگاه آموزشی در نحوه‌ی پرونده‌نویسی دانشجویان پزشکی مقطع کارورزی دانشکده‌های پزشکی آزاد و دولتی اردبیل را در سال ۱۳۸۳ بررسی کردند. با بررسی تصادفی ۱۵۰ پرونده از ۵۰ کارورز آموزش دیده (از هر کارورز ۳ پرونده) با ۱۵۰ پرونده از ۵۰ کارورز آموزش ندیده در محدوده‌ی ۶ ماهه، مشخص گردید که در متغیرهای شرح حال‌گیری، برگه‌های مشاوره، سیر بیماری و خلاصه‌ی پرونده، تفاوت معنی‌دار بود؛ اما در متغیرهای دستورات پزشک تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (۸).

در شروع مطالعه‌ی حاضر، به جهت استفاده‌ی بهتر این الگوی جدید ثبت سیر بیماری در پرونده‌ها، جلسه‌ی آموزشی برای پزشکان و افراد دخیل در آن برگزار شد که به اجرای بهتر این طرح کمک نمود. چنانچه نتایج مطالعاتی که توسط توکلی (۱۵)، Tinsley (۱۶) و Purdom و همکاران (۱۷)

بیماری در سال ۱۳۸۸ می‌باشد که از این نظر، مقایسه‌ی جمع‌بندی آن، حدود ۴ درصد نمره‌ی خوب داشته است. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با اضافه نمودن خلاصه‌ی سیر بیماری که در سال ۱۳۸۸ انجام شده است، حدود اطمینان از ثبت موارد ۷ گانه با فراوانی بیشتری همراه بوده است ($P < 0/05$).

در حدود نیمی از پرونده‌های بررسی شده از نظر معیارهای SOAP در این مطالعه دارای نمره‌ی ضعیف بوده‌اند که لزوم انجام فعالیت‌های آموزشی و آشنایی همکاران جهت شناخت اهمیت ثبت این موارد و لزوم نگارش آن را می‌رساند.

تا کنون در ایران پژوهشی در خصوص این روش جدید و ثبت سیر بیماری انجام نشده است و پژوهش‌های قبلی، اغلب در زمینه‌ی تکمیل کل پرونده‌ی بیماران بستری در بیمارستان‌ها بوده‌اند. نتایج مطالعه‌ی در مقایسه‌ی عملکرد پزشکان و پرستاران در تکمیل پرونده‌ی بیماران بستری نشان داد با توجه به اینکه در بررسی پرونده‌ها، شرح حال، سیر بیماری و دستورات پزشک در حد خوب بوده است، اما پزشکان و پرستاران در تکمیل برگه‌ی پذیرش و خلاصه‌ی ترخیص عملکرد ضعیفی داشتند. همچنین عملکرد پرستاران در تکمیل برگه‌ی پذیرش و خلاصه‌ی ترخیص ضعیف بوده است (۱۲)؛ هر چند معیارهای خوب و ضعیف مطالعه‌ی فوق با مطالعه‌ی حاضر نیز متفاوت بوده است.

نتایج مطالعه‌ی محرابی و همکاران تحت عنوان «ارزیابی ثبت اطلاعات بیماران بستری در بیمارستان‌های کشور بر روی ۵۸۰۸ پرونده‌ی بیماران بستری مرخص شده» نشان داد که ۰/۳۱ درصد از پرونده‌ها فاقد تشخیص نهایی بودند، در حالی که معیار SOAP در آن لحاظ نشده بود؛ بنابراین مشخص نیست که تا چه حد معیارهای اصلی ثبت، اجرا شده باشد (۱۳)، اما در مطالعه‌ی حاضر، با توجه به معیارهای SOAP در بیش از نیمی از موارد، معیارهای متوسط و خوب حاصل شده است.

در مطالعه‌ی Niiranen و Lamminen با عنوان «کیفیت و پایایی ثبت اطلاعات پرونده‌ی بیماران»، مشخص شد که ۸ درصد اطلاعات هرگز ثبت نشده بود، ۳ درصد به

در مطالعه‌ای در دانشگاه نیومکزیک مهارت‌های ارتباطی و کلینیکی کارورزان و دستیاران با بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت. این مطالعه، مهارت رزیدنت‌ها در اخذ شرح حال را خوب و معاینات فیزیکی را در وضعیت نامناسبی گزارش کرد و کارورزان نیز در رعایت معیارهایی چون لیست مشکلات و تشخیص افتراقی مشکل داشتند. همچنین از نظر معاینه‌ی بالینی نیز در سطح خوبی نبودند (۲۱).

مطالعه‌ی Solomon و همکاران نشان داد که فقط در ۴۶ درصد از برگه‌های شرح حال، علت صدمات ثبت شده است و پزشکان معالج کمتر از دستیاران و دانشجویان پزشکی علت را درج نمودند (۶۵ درصد). میزان ثبت این داده توسط دستیاران ۷۰ درصد و توسط کارآموزان ۸۱ درصد بود (۲۲). در دپارتمان اطفال دانشگاه پزشکی پنسیلوانیا معدل کیفیت ثبت و اخذ شرح حال در دستیاران ۶۸ درصد و مهارت انجام معاینه‌ی فیزیکی ۵۶ درصد (متوسط) ارزیابی شد (۲۳). طبق نظرسنجی از دانشجویان پزشکی در سمنان، ۸۲/۵ درصد از آنان علت نقص مهارت عملی خود را عدم آموزش بیان کردند (۲۴).

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که کاستی‌های موجود در ثبت سیر بیماری در پرونده‌های بیمارستانی با اضافه کردن ستون جدید خلاصه‌ی سیر بیماری در صفحه‌ی دستورات پزشک قابل ارتقا است؛ از این‌رو پیشنهاد می‌شود که جهت افزایش کیفیت و کمیت پرونده‌های پزشکی در مراکز آموزشی درمانی، ستون فوق در صفحه‌ی دستورات پزشک پرونده‌های بیماران گنجانده شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه‌ی کسانی که پژوهشگران را در انجام این تحقیق یاری نمودند، از جمله خانم فاطمه حاجی‌تبار (پرسنل بخش مدارک پزشکی) و دستیاران تخصصی و فوق تخصصی مرکز آموزشی، بهداشتی و درمانی کودکان امیرکلا (مرحوم محمدصادق شفیع‌زاده) تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

انجام شد نیز تأثیر آموزش را در استفاده‌ی بهتر از ابزارهای ثبت پرونده در بیمارستان نشان دادند. تحقیق توکلی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نیز بر عدم آموزش کافی کادر پزشکی در این مورد تأکید کرده است (۱۵) و یا در تحقیق Tinsley در دانشگاه کانکتیکوت امریکا، بهبود عملکرد دستیاران در تکمیل چارت‌های آموزشی با استفاده از مداخلات آموزشی گزارش شد (۱۶). در نهایت اینکه در برخی از مطالعات راهکارهای تکمیل به موقع پرونده‌های بیمارستانی بررسی شده است، از جمله در مطالعه‌ی Purdom و همکاران در دانشگاه میسوری امریکا نقش تشویقات مثبت در نظر گرفته شده در تکمیل پرونده‌ها بسیار مؤثر بوده است (۱۷). از این‌رو، جهت استفاده‌ی همگانی از این الگوی جدید ثبت سیر بیماری در پرونده، برای موفق‌تر بودن ثبت آن، آموزش قبل از اجرا را توصیه می‌نماییم تا شاید بتوان از این طریق کاستی‌های ثبت سیر بیماری در پرونده‌ها را بر طرف کرد.

نتایج بررسی محتوایی مدارک پزشکی در بیمارستان‌های عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سه ماهه‌ی اول سال ۱۳۷۷ که توسط آریایی بر روی ۱۸ فرم اصلی و مخصوص پرونده‌های پزشکی انجام گرفت، نشان داد که از نظر ثبت عناصر اطلاعاتی هیچ یک از ۱۸ فرم استاندارد و پرونده‌ی پزشکی در واحدهای مورد پژوهش به طور کامل تکمیل نشده بودند. برگه‌ی پذیرش و خلاصه‌ی تریخیص از لحاظ اطلاعات هویتی (شماره‌ی پرونده، نام، نام خانوادگی، نام پدر، سن، شغل، آدرس، اجازه‌ی معالجه، عمل جراحی و امضا) به طور ۱۰۰ درصد و تشخیص نهایی در ۶۲ درصد موارد ثبت شده بود و اطلاعات مربوط به پرسنل پرستاری در تمام موارد، عدم ثبت را نشان می‌داد (۱۸).

هر چند بعضی مطالعات جهت افزایش کیفیت ثبت پرونده‌های بیمارستانی ابزارهای مختلفی از جمله ثبت الکترونیک را مطرح کرده‌اند (۲۰، ۱۹)، اما ابزار به کار گرفته شده در این مطالعه با سهولت بیشتر و فقط با اضافه کردن یک ستون در صفحه‌ی دستورات پزشک توانسته است بدون پیچیدگی خاصی در جهت رسیدن به این هدف کمک کند.

References

1. Mashoufi M, Amani F, Rostami K, Mardi A. Evaluating Information Record in the Hospitals of Ardabil Medical Sciences University. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2004; 3(11): 43-9.
2. Rangraz Jeddi F, Farzandi Pour M, Mousavi SGhA. Completion rate of data information in emergency record in Kashan's hospitals. *FEYZ, Kashan University of Medical Sciences* 2004; 8(31): 68-73.
3. Sedghiani E. *Hospital organization and management*. Tehran, Iran: Jahan Rayaneh Publishing Co; 2010.
4. Bates B. *A guide to physical examination*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott; 1983.
5. Huffman EK. *Health information management*. 10th ed. Berwyn: Physicians' Record Co; 1994.
6. Alelerson BA. Review of medical records. *Australian Physician* 1992; 20(4): 1004.
7. Mojtabaei S, Mesri R, Amizadeh M, Sayyah Melli M. The status of medical record registration of patients hospitalized in medical centers affiliated to Tabriz University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education* 2005; 14: 14.
8. Farokhi S, Memai M, Rasoulzadeh B. Effect of training workshop on writing a medical record for internship students of Azad and general universities of Ardabil. *Iranian Journal of Medical Education* 2005; 14: 15.
9. McComas K. Daily progress notes: soap note [Cited 2012]. Available from: URL: www.marshall.edu/commdis/handbook/Daily%20progress-SOAP%20note-pg.%2031.DOC/
10. Writing soap notes [Online]. Available from: URL: <http://www.southernct.edu/departments/exs/388soap.pdf>
11. Esmaeili MR, Abazari H, Mohammadi Kenari. Comparison of Medical Students' and Pediatric Residents' Practices in Medical Records at Amirkola Children Hospital. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2010; 12(suppl.1): 106-11.
12. Mehrabi N. The comparative of performance of physicians and nurses related to accomplishment of inpatients medical records in general teaching hospitals of Iran-1997 [Thesis]. Tehran, Iran: Iran University of medical sciences; 1997.
13. Mehrabi Y, Amiri MS, Derayeh S, Minavand B, Mohammad Hosseini T, Sadeghi F. Evaluation of records of patients admitted to hospitals in Iran during 2001. *Iranian South Medical Journal* 2002; 5(4): 46.
14. Niiranen S, Lamminen H. Quality and reliability of patient record information in permanent ac treatment follow-up. *Proceedings of the 2nd Ibero-American Congress of Medical Information on the Internet, Informatica 2002, on the internet; 2002 Nov 4-30; USA; 2002.*
15. Tavakoli N. Hospital record defect causes managers and physicians proposals in Isfahan University of Medical Sciences. *Health Inf Manage* 2005; 3(2): 15-24. [In Persian].
16. Tinsley JA. An educational intervention to improve residents' inpatient charting. *Acad Psychiatry* 2004; 28(2): 136-9.
17. Purdom DT, Griffith RS, Weaver DL. A positive, systematic approach to improve inpatient medical record completion in a family practice residency program. *Fam Med* 1996; 28(6): 411-4.
18. Aryai M. Evaluation of contents of Medical records in public hospitals of Kerman University of Medical Sciences in the first quarter of 1998. *Journal of Health Administration* 2001; 4(11): 65-70.
19. O'Leary KJ, Liebovitz DM, Feinglass J, Liss DT, Evans DB, Kulkarni N, et al. Creating a better discharge summary: improvement in quality and timeliness using an electronic discharge summary. *J Hosp Med* 2009; 4(4): 219-25.
20. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007; 297(8): 831-41.
21. Wilson BE. Performance-based assessment of internal medicine interns: evaluation of baseline clinical and communication skills. *Acad Med* 2002; 77(11): 1158.
22. Solomon DH, Schaffer JL, Katz JN, Horsky J, Burdick E, Nadler E, et al. Can history and physical examination be used as markers of quality? An analysis of the initial visit note in musculoskeletal care. *Med Care* 2000; 38(4): 383-91.
23. Lane JL, Ziv A, Boulet JR. A pediatric clinical skills assessment using children as standardized patients. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153(6): 637-44.
24. Malek F, Bazargan A, Mousavi Sh. Self evaluation for quality improvement in department of internal medicine of Semnan University of Medical Sciences. *J Semnan Univ Med Sci* 2000; 1(2): 11-8.

Effects of Including a Brief Disease Progress Column in Physician Order Sheets of Hospital Documents on Improved Recording of Disease Progress*

Mohammad Reza Esmaeili Dooki, MD¹; Hadi Sorkhi, MD²; Seyed Abbas Fatemi, MD³; Fatemeh Hosseinzadeh⁴; Yadollah Zahedpasha, MD⁵; Ahmad Tamaddoni, MD⁶; Naeimeh Nakhjavani, MD⁷; Rahim Barari Savadkahi, MD⁸; Iraj Mohammadzadeh, MD⁹; Mohammad Reza Salehiomran, MD¹⁰; Mousa Ahmadpour Kacho, MD¹¹; Abbas Hadipoor, MD¹²; Soheil Osia, MD¹²; Mahmoud Hajiahmadi, PhD¹³; Ali Bijani, MD¹⁴; Hassan Mahmoodi Nesheli, MD⁶; Peiman Eshraghi, MD¹⁵; Kazem Babazadeh, MD¹⁶; Ali Mohammadpour Mir, MD¹⁷

Abstract

Introduction: Medical records consist of documents evidencing a patient's health status at a moment of life. There is a close relationship between disease progress and daily physician orders issued in medical records. Each order in fact reflects the patient's medical status and his/her disease progress. In this study, while keeping the previous progress page in the records, a column of brief disease progress was included in physician order sheets to increase the quality of records and promote the education of learners.

Methods: In this cross-sectional controlled interventional study, medical records of all patients admitted to super specialty wards of Amirkola Children Hospital during the first quarters of 2009 and 2010 were included. From a total of 3462 records, 150 records were studied each year. Each indicator of disease progress, which was recorded based on subjective, objective, assessment, and plan (SOAP) note, was given a score. Finally, if only three indicators were mentioned in the record, it was considered as poor. Scores 4-5 represented moderate and scores 6-7 were considered as good. The scores of the records were then compared using statistical tests including t-test, paired t-test, Pearson's correlation coefficient, chi-square test, Fisher's exact test, and Kappa coefficient. P values less than 0.05 were considered as significant.

Results: The mean number of physician orders in records during the first quarters of 2009 and 2010 were respectively 9.15 ± 10.8 and 8.45 ± 6.80 cases. Good scores had the highest frequency in the new brief disease progress form. The highest average of results in the studied groups was observed in brief disease progress notes of 2010. Comparison of mean scores revealed statistically significant differences ($P < 0.05$).

Conclusion: Adding a new column named "brief disease progressive note" in physician order sheets significantly promoted the recording of disease progress and reasons for medical orders based on SOAP note. Therefore, it is recommended to include this column in physician order sheets.

Keywords: Medical Records; Progressive Note; Physician Order Sheet; Documentation.

Type of article: Original Article

Received: 6 Aug, 2011

Accepted: 10 Mar, 2012

Citation: Esmaili Dooki M, Sorkhi H, Fatemi SA, Hosseinzadeh F, Zahedpasha Y, Tamaddoni A, Nakhjavani N, Barari Savadkahi R, Mohammadzadeh I, Salehiomran MR, Ahmadpour Kacho M, Hadipoor A, Osia S, Hajiahmadi M, Bijani A, Mahmoodi Nesheli H, Eshraghi P, Babazadeh K, Mohammadpour Mir A. **Effects of Including a Brief Disease Progress Column in Physician Order Sheets of Hospital Documents on Improved Recording of Disease Progress.** Health Information Management 2012; 9(3): 381.

* This article resulted from a research project (No. 56215) funded by Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

1. Associate Professor, Pediatric Gastroenterology, Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran. (Corresponding Author) Email: esmaeilidooki@yahoo.com
2. Associate Professor, Pediatric Nephrologist, Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
3. Pediatrician, Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
4. BSc, Midwifery, Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
5. Professor, Pediatrician, Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
6. Assistant Professor, Pediatric Hematologist and Oncologist, Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
7. Assistant Professor, Pediatrician, Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
8. Associate Professor, Pediatric Infectious, Infectious Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
9. Associate Professor, Clinical Immunologist and Allergist, Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
10. Associate Professor, Pediatric Neurologist, Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
11. Associate Professor, Pediatrician, Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
12. Assistant Professor, Pediatric Surgeon, Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
13. Faculty Member, Social Medicine, Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
14. Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
15. Assistant Professor, Pediatric Endocrinologist, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
16. Assistant Professor, Pediatric Cardiologist, Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
17. Assistant Professor, Pediatric Infectious, Infectious Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.