

بررسی وضعیت ثبت اطلاعات در برگه های اختصاصی جراحی بیماران ترخیص شده در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۸۴

رویا شریفیان^{۱*}، مرجان قاضی سعیدی^۲

چکیده

زمینه و هدف: رعایت اصول استاندارد در درج اطلاعات امکان بازیابی سریع و آسان اطلاعات طبقه بندی شده و تامین اطلاعات مورد نیاز را فراهم می کند در حال حاضر می توان اشاره کرد که در اغلب بیمارستانها ضوابطی در چارچوب مستند سازی داده های پزشکی به هیات پزشکی و بخش مدارک پزشکی ابلاغ نمی گردد و به موازات آن مستند سازان تحت الشعاع عدم اجرای این اصول از لحاظ کمی و کیفی قرار می گیرند. (۱). در حالیکه به این امر مهم توجه لازم معطوف نگردیده است اوراق اختصاصی جراحی شامل چهار برگه مراقبت قبل از عمل جراحی، بیهوشی، شرح عمل و مراقبت بعد از عمل است که از مهمترین اوراق بشمار می آیند و دارای اقلام اطلاعاتی با اهمیتی بوده که اطلاعات آن گواه مناسبی برای توجیه تشخیص طبی، وضعیت بیمار و کلیه اقدامات مربوط به جراحی است لذا تعیین وضعیت ثبت اطلاعات در برگه های اختصاصی جراحی بخصوص در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران اهمیت خاصی را دارا است.

روش بررسی: بررسی فوق از نوع مقطعی است که به توصیف وضعیت ثبت اقلام اطلاعاتی در برگه های اختصاصی جراحی پرداخته است. به منظور جمع آوری اطلاعات از برگه های مورد نظر در ۱۰۴۰ پرونده بیمارانی که بستری تحت عمل جراحی در بیمارستانهای تحت مطالعه قرار گرفته اند استفاده شده است.

یافته ها: نتایج بررسی حاکی از آن است که در بیمارستانهای عمومی و تخصصی به ترتیب ۶۷/۵٪ و ۵۳/۴٪ از موارد اقلام اطلاعاتی در برگه اختصاصی جراحی ثبت نشده است. برگه گزارش عمل نسبت به بقیه برگه ها از ثبت اقلام اطلاعاتی بیشتری برخوردار بوده که این میزان بالغ بر ۵۹/۵٪ است. اقلام اطلاعاتی مربوط به آزمایشات در برگه مراقبت قبل از عمل، اطلاعات تکمیلی در برگه های گزارش عمل و مراقبت بعد از جراحی و عوارض مشاهده شده در برگه بیهوشی بیشترین عدم ثبت را داشته اند.

نتیجه گیری: وضعیت ثبت اقلام اطلاعاتی در برگه های اختصاصی جراحی در مقایسه با موارد بررسی شده گذشته از حد مطلوبی برخوردار نیست، با توجه به اهمیت این برگه ها و جایگاهی که از نظر اطلاعاتی دارند باید با اتخاذ تدابیر لازم نسبت به رفع عواملی که به نوعی در عدم ثبت اقلام دخالت داشته اند نسبت به اصلاح نواقص فوق اقدام نمود.

واژه های کلیدی: برگه ها اختصاصی جراحی، اقلام اطلاعاتی، جراحی

* نویسنده مسئول:

رویا شریفیان؛
دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم
پزشکی تهران

email: rsharifian @ sina.
tums .ac.ir

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۸۶ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۸۶

مقدمه

و ثبت این یادداشتهای نقش اصلی در پیگیری و مراقبت از بیمار داشته و رابط بین پزشک و سایر گروههایی است که در امر درمان و مراقبت از بیمار سهیم هستند همچنین این مدارک اسنادی قانونی است که به منظور تشریح دوران بیماری و راه و روش درمان بیماری

یکی از ارزشمندترین ابزار های مهم جهت کسب تجربه در علم طب ثبت داده های پزشکی است.

^۱ مدرس دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
^۲ عضو هیات علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مسئولیت های پزشک در قبال بیمار تکمیل پرونده پزشکی بیمار و تائید گزارشات آن است (۹). در کشور ما در ارتباط با رعایت اصول استاندارد، معیار و روشهای متفاوتی وجود دارد (۱۰، ۱۱). لذا به منظور آشنایی با اصول و مبانی در این زمینه ضرورت دارد که به جمع آوری و ارائه اطلاعات پرداخته شود اوراق اختصاصی جراحی شامل چهار برگ مراقبت قبل از عمل جراحی، بیهوشی، شرح عمل و مراقبت بعد از عمل است. شرح وضعیت بیمار، آزمایشات انجام شده و بیش بینی خطرات احتمالی مهمترین اطلاعاتی است که در برگه مراقبت قبل از عمل باید ثبت گردد، علائم حیاتی بیمار، مقدار دارو، تکنیک و طول مدت بیهوشی در برگه بیهوشی، تشخیص بیماری قبل و بعد از عمل و دستورات بعد از عمل در برگه عمل جراحی، وضعیت بیمار در اتاق بیهوشی و چگونگی درمان وی در برگه مراقبت بعد از عمل از جمله مهمترین اطلاعاتی است که باید ثبت گردد اطلاعات این اوراق گواه مناسبی برای توجیه تشخیص طبی، وضعیت بیمار، معالجات و کلیه اقدامات از جمله اعمال جراحی، عوارض عمل و بیهوشی روی بیمار است (۱۲ و ۱۱).

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مقطعی است که جامعه پژوهش را پرونده بیماران که تحت عمل جراحی قرار گرفته اند و در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که مشتمل بر ۱۴ بیمارستان است، بستری شده اند، تشکیل می دهد. به منظور جمع آوری اطلاعات از روش مشاهده و چک لیست استفاده می شود که چک لیست بر اساس اقسام اطلاعاتی برگه های اختصاصی جراحی استاندارد که در بیمارستانها مورد استفاده قرار می گیرد تهیه و تدوین گردیده است.

ثبت می گردند (۱). از اهداف اولیه نظام اطلاعات بهداشتی و مدارک پزشکی ارائه اطلاعات کامل، معتبر، مناسب و کافی و به موقع برای مدیران بیمارستانها، پزشکان، پزشکان قانونی، نظام پزشکی و تحقیقات و پژوهش های علمی برای کادر پزشکی، اعضای هیات علمی کادر پیراپزشکی و دانشجویان است و بیانگر سیر بیماریها و درمان است راه دستیابی به هدف فوق مستند سازی مدارک پزشکی است که رعایت قوانین مستند سازی برای مستند سازان پزشکی بالاخص پزشکان و پرستاران از اهمیت فوق العاده بر خوردار است و کلیه سوابق بهداشتی و درمانی بیمار اعم از بیماریهای فعلی و گذشته، آزمایشات، درمان و نتایج درمان با استفاده از این قوانین به درستی ثبت و مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند (۲، ۳).

اطلاعات ثبت شده در پرونده پزشکی در بر گیرنده خصوصیات دموگرافیکی بیمار، تاریخچه، معاینات، درمان و نتایج آن است (۴). اطلاعات ثبت شده در پرونده پزشکی تاثیر قابل توجهی در کیفیت مراقبت بیماران دارد (۵). این اطلاعات باید به موقع، صحیح و کامل در تمام اوراق پرونده از جمله اوراق اختصاصی اعمال جراحی برای بیمارانی که نیاز به عمل جراحی داشته اند تکمیل گردد (۶).

از نظر قانون سند عبارت است از نوشته ای که در مقام دعوی قابل دفاع و استناد باشد (۷). امروزه علیرغم تلاش جامعه پزشکی و کادر بهداشتی و درمانی و نیز پیشرفت تکنولوژی درمانی و تقدس خاص این رشته، متأسفانه میزان نارضایتی و شکایت بیماران از کادر پزشکی رو به افزایش است (۸). مطالعه انجام شده در سال ۷۸ نشان داد از ۶۱۵ پرونده شکایت بیشترین شکایت به جراحان عمومی و پزشکان عمومی اختصاص داشته است. یکی از

یک زیر شاخه قرار گرفته و نسبت به دسته بندی اقلام اطلاعاتی در گروههای مربوط اقدام شد.

یافته ها

- در بیمارستانهای عمومی در حدود ۷۱/۲٪ (۱۴۸۶۷) از اقلام اطلاعاتی برگه مراقبت قبل از عمل ثبت نشده و این میزان برای بیمارستانهای تخصصی ۵۷/۴٪ (۷۷۰۴) است که به نظر وضعیت بیمارستانهای تخصصی در این خصوص بهتر از بیمارستانهای عمومی است. در مجموع در ۶۵/۸٪ (۲۲۵۷۱) موارد ثبت اقلام اطلاعاتی انجام نشده است. با توجه به اینکه پرونده های بیمارستان بسترى مورد بررسی قرار گرفته اند وجود برگه مراقبت قبل از عمل در پرونده بیمارستان الزامی ایست (جدول شماره ۱).

بمنظور جمع آوری اطلاعات با مراجعه مستقیم به بیمارستانها و استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده (با توجه به تعداد بیماران بستری شده در هر بیمارستان که مورد عمل جراحی قرار گرفته اند) نسبت به انتخاب پرونده از هر بیمارستان جمعاً ۱۰۴۰ پرونده اقدام شده و چک لیست ها بر مبنای محتویات پرونده ها تکمیل گردیده است.

پس از ورود اطلاعات به سیستم کامپیوتری با کمک گیری از روشهای آمار توصیفی و جداول دو بعدی و دسته بندی نسبت به تجزیه و تحلیل و توصیف داده ها اقدام شده است.

چک لیست ها به ترتیب مربوط به برگه مراقبت قبل از عمل شامل ۳۳ سوال، گزارش عمل ۳۰ سوال، بیهوشی ۵۰ سوال و برگه مراقبت بعد از عمل ۴۶ سوال جمعاً ۱۵۹ سوال بسته با پاسخ بله و خیر است که به منظور توصیف بهتر سوالات مرتبط در

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمونه ثبت اقلام اطلاعات در برگه مراقبت قبل از عمل جراحی در بیمارستانهای تحت مطالعه

نوع بیمارستان	عمومی			تخصصی			جمع			
	بله	خیر	جمع	بله	خیر	جمع	بله	خیر	جمع	
مشخصات زمینه ای	تعداد	۲۱۲۳	۳۵۷۴	۵۶۹۷	۱۷۵۳	۱۹۱۰	۳۶۶۳	۳۸۷۶	۵۴۸۴	۹۳۶۰
	درصد	(۳۷/۳)	(۶۲/۷)	(۱۰۰)	(۴۷/۹)	(۵۲/۱)	(۱۰۰)	(۴۱/۴)	(۵۸/۶)	(۱۰۰)
خصوصیات عمومی جراحی	تعداد	۱۳۰۶	۳۱۲۵	۴۴۳۱	۱۳۵۹	۱۴۹۰	۲۸۴۹	۲۶۶۵	۴۶۱۵	۷۲۸۰
	درصد	(۲۹/۵)	(۷۰/۵)	(۱۰۰)	(۴۷/۷)	(۵۲/۳)	(۱۰۰)	(۳۶/۶)	(۶۳/۴)	(۱۰۰)
اقلام اطلاعاتی مربوط به آزمایشات	تعداد	۹۶۱	۳۴۷۰	۴۴۳۱	۸۶۶	۱۹۸۳	۲۸۴۹	۱۸۲۷	۵۴۵۳	۷۲۸۰
	درصد	(۲۱/۷)	(۷۸/۳)	(۱۰۰)	(۳۰/۴)	(۶۹/۶)	(۱۰۰)	(۲۵/۱)	(۷۴/۹)	(۱۰۰)
علائم حیاتی	تعداد	۸۸۲	۲۹۱۶	۳۷۹۸	۸۱۷	۱۶۲۵	۲۴۴۲	۱۶۹۹	۴۵۴۱	۶۲۴۰
	درصد	(۲۳/۲)	(۷۶/۸)	(۱۰۰)	(۳۳/۵)	(۶۶/۵)	(۱۰۰)	(۲۷/۲)	(۷۲/۸)	(۱۰۰)
اطلاعات تکمیلی	تعداد	۷۵۰	۱۷۸۲	۲۵۳۲	۹۳۲	۶۹۶	۱۶۲۸	۱۶۸۲	۲۴۷۸	۴۱۶۰
	درصد	(۲۹/۶)	(۷۰/۴)	(۱۰۰)	(۵۷/۲)	(۴۲/۸)	(۱۰۰)	(۴۰/۴)	(۵۹/۶)	(۱۰۰)
جمع	تعداد	۶۰۲۲	۱۴۸۶۷	۲۰۸۸۹	۵۷۲۷	۷۷۰۴	۱۳۴۳۱	۱۱۷۴۹	۲۲۵۷۱	۳۴۳۲۰
	درصد	(۲۸/۸)	(۷۱/۲)	(۱۰۰)	(۴۲/۶)	(۵۷/۴)	(۱۰۰)	(۳۴/۲)	(۶۵/۸)	(۱۰۰)

- اقلام اطلاعاتی برگه گزارش عمل در ۴/۴۵٪ (۸۶۱۵) موارد در بیمارستانهای عمومی ثبت نشده است. در بیمارستانهای تخصصی این میزان بالغ بر ۸/۳۲٪ (۴۰۱۰) است که نسبت به بیمارستانهای عمومی از درصد کمتری برخوردار است. در کل بیمارستانهای مورد بررسی این میزان ۵/۴۰٪ (۱۲۶۲۵) است. (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمونه ثبت اقلام اطلاعات در برگه گزارش عمل در بیمارستانهای تحت مطالعه

نوع بیمارستان	برگه گزارش عمل	عمومی			تخصصی			جمع		
		تعداد	بله	خیر	تعداد	بله	خیر	تعداد	بله	خیر
مشخصات زمینه ای	تعداد	۶۰۷۰	۴۶۹۱	۱۰۷۶۱	۴۶۳۵	۲۲۸۴	۶۹۱۹	۱۰۷۰۵	۶۹۷۵	۱۷۶۸۰
	درصد	(۵۶/۴)	(۴۳/۶)	(۱۰۰)	(۶۷)	(۳۳)	(۱۰۰)	(۶۰/۵)	(۳۹/۵)	(۱۰۰)
گزارش عمل	تعداد	۲۳۳۷	۱۴۶۱	۳۷۹۸	۱۸۰۷	۶۳۵	۲۴۴۲	۴۱۴۴	۲۰۹۶	۶۲۴۰
	درصد	(۶۱/۵)	(۳۸/۵)	(۱۰۰)	(۷۴)	(۲۶)	(۱۰۰)	(۶۶/۴)	(۳۳/۶)	(۱۰۰)
اطلاعات تکمیلی	تعداد	۱۹۶۸	۲۴۶۳	۴۴۳۱	۱۷۵۸	۱۰۹۱	۲۸۴۹	۳۷۲۶	۳۵۵۴	۷۲۸۰
	درصد	(۴۴/۴)	(۵۵/۶)	(۱۰۰)	(۶۱/۷)	(۳۸/۳)	(۱۰۰)	(۵۱/۲)	(۴۸/۸)	(۱۰۰)
جمع	تعداد	۱۰۳۷۵	۸۶۱۵	۱۸۹۹۰	۸۲۰۰	۴۰۱۰	۱۲۲۱۰	۱۸۵۷۵	۱۲۶۲۵	۳۱۲۰۰
	درصد	(۵۲/۶)	(۴۵/۴)	(۱۰۰)	(۶۷/۲)	(۳۲/۸)	(۱۰۰)	(۵۹/۵)	(۴۰/۵)	(۱۰۰)

- اقلام اطلاعاتی برگه بیهوشی در ۵/۶۰٪ (۱۹۱۴۷) موارد در بیمارستانهای عمومی ثبت نشده است. این میزان در بیمارستانهای تخصصی بالغ بر ۱/۶۱٪ (۳۱۵۷۵) است. در مجموع در ۷/۶۰٪ (۳۱۵۷۵) موارد ثبت انجام نشده است (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳ : توزیع فراوانی نمونه ثبت ارقام اطلاعات در برگه بیهوشی
در بیمارستانهای تحت مطالعه

نوع بیمارستان	عمومی			تخصصی			جمع		
	تعداد	درصد	نسبت	تعداد	درصد	نسبت	تعداد	درصد	نسبت
مشخصات زمینه ای	۴۵۱۶	(۴۴/۶)	(۵۵/۴)	۳۳۰۸	(۵۰/۸)	(۴۹/۲)	۶۵۱۲	(۴۷/۱)	(۵۲/۹)
	۱۰۱۲۸	(۱۰۰)	(۱۰۰)	۲۱۰۳	(۴۳/۱)	(۴۹/۲)	۳۲۰۴	(۴۹/۲)	(۵۲/۹)
مراحل بیهوشی	۵۲۲۸	(۶۸/۸)	(۳۱/۲)	۲۷۸۱	(۵۶/۹)	(۴۳/۱)	۴۸۸۴	(۶۴/۲)	(۳۵/۸)
	۲۳۶۸	(۳۱/۲)	(۳۱/۲)	۲۱۰۳	(۴۳/۱)	(۴۳/۱)	۲۱۰۳	(۴۳/۱)	(۴۳/۱)
مراحل نهایی بیهوشی	۲۶۷۱	(۷۰/۳)	(۲۹/۷)	۱۸۱۵	(۷۴/۳)	(۲۵/۷)	۲۴۴۲	(۷۱/۹)	(۲۸/۱)
	۱۱۲۷	(۲۹/۷)	(۲۹/۷)	۶۲۷	(۲۵/۷)	(۲۵/۷)	۶۲۷	(۲۵/۷)	(۲۵/۷)
خصوصیات عمومی	۷۱	(۱)	(۹۹)	۱۳	(۰/۳)	(۰/۳)	۴۴۶۴	(۰/۷)	(۹۹/۳)
	۶۸۹۲	(۹۹)	(۹۹)	۴۴۶۴	(۹۹/۷)	(۹۹/۷)	۴۴۶۴	(۹۹/۷)	(۹۹/۳)
عوارض مشاهده شده	۱۷	(۰/۵)	(۹۹/۵)	۵	(۰/۲)	(۰/۲)	۲۰۳۰	(۰/۴)	(۹۹/۶)
	۳۱۴۸	(۹۹/۵)	(۹۹/۵)	۲۰۳۰	(۹۹/۸)	(۹۹/۸)	۲۰۳۰	(۹۹/۸)	(۹۹/۶)
جمع	۱۲۵۰۳	(۳۹/۵)	(۶۰/۵)	۷۹۲۲	(۳۸/۹)	(۶۱/۱)	۲۰۳۵۰	(۳۹/۳)	(۶۰/۷)
	۱۹۱۴۷	(۶۰/۵)	(۶۰/۵)	۱۲۴۲۸	(۶۱/۱)	(۶۱/۱)	۱۲۴۲۸	(۶۱/۱)	(۶۰/۷)

(۱۰۴۰۰) موارد است. در مجموع این میزان ۷/۷٪
(۳۵۷۳۴) موارد است (جدول شماره ۴).

- اقلام اطلاعاتی مربوط به برگه مراقبت بعد از عمل
در بیمارستانهای عمومی در ۸۷٪ (۲۵۳۳۴) موارد
ثبت نشده است و وضعیت در خصوص این میزان در
بیمارستانهای تخصصی بهتر بوده و بالغ بر ۵۵/۵٪

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی نمونه ثبت ارقام اطلاعات در برگه مراقبت بعد از عمل جراحی در بیمارستانهای تمت مطالعه

نوع بیمارستان برگه مراقبت بعد از عمل	عمومی			تخصصی			جمع			
	تعداد	درصد	نسبت	تعداد	درصد	نسبت	تعداد	درصد	نسبت	
اطلاعات زمینه ای	۱۸۲۵	(۲۴)	۷۵۹۶	۲۲۷۶	(۴۶/۶)	۴۸۸۴	۴۴۳۳	(۳۵/۵)	۸۰۴۷	(۶۴/۵)
	۱۰۷۶۱	(۹۲/۳)	۱۰۷۶۱	۲۷۶۷	(۴۰)	۶۹۱۹	۳۵۹۳	(۲۰/۳)	۱۴۰۸۷	(۷۹/۷)
وضعیت عمومی در ساعت ورود	۸۲۶	(۷/۷)	۶۳۳۰	۲۵۹۱	(۶۳/۷)	۴۰۷۰	۳۳۹۸	(۳۲/۷)	۷۰۰۲	(۶۷/۳)
	۸۰۷	(۱۲/۷)	۵۵۲۳	۲۴۹۳	(۸۷/۵)	۲۸۴۹	۶۸۲	(۹/۴)	۶۵۹۸	(۹۰/۶)
وضعیت عمومی در ساعت خروج	۳۲۶	(۷/۴)	۲۹۱۱۸	۸۳۲۲	(۴۴/۵)	۱۰۴۰۰	۱۸۷۲۲	(۱۰۰)	۳۵۷۳۴	(۷۴/۷)
	۳۲۶	(۷/۴)	۴۴۳۱	۳۵۶	(۱۲/۵)	۲۴۹۳	۶۸۲	(۹/۴)	۶۵۹۸	(۹۰/۶)
اطلاعات تکمیلی	۳۷۸۴	(۱۳)	۲۵۳۳۴	۲۴۹۳	(۸۷/۵)	۱۰۴۰۰	۱۸۷۲۲	(۱۰۰)	۳۵۷۳۴	(۷۴/۷)
	۳۷۸۴	(۱۳)	۲۵۳۳۴	۲۴۹۳	(۸۷/۵)	۱۰۴۰۰	۱۸۷۲۲	(۱۰۰)	۳۵۷۳۴	(۷۴/۷)
جمع	۳۷۸۴	(۱۳)	۲۵۳۳۴	۲۴۹۳	(۸۷/۵)	۱۰۴۰۰	۱۸۷۲۲	(۱۰۰)	۳۵۷۳۴	(۷۴/۷)

بحث

بطور کلی میتوان گفت که در بیمارستانهای عمومی در ۶۷/۵٪ (۶۷۹۶۳) از موارد ارقام اطلاعاتی در برگه های اختصاصی جراحی ثبت نشده است که بیشترین عدم ثبت مربوط به برگه مراقبت بعد از عمل است. این میزان برای بیمارستانهای تخصصی بالغ بر ۵۳/۴٪ (۳۴۵۴۲) و در مجموع ۶۲٪ (۱۰۲۵۰۵) می باشد که نشان دهنده این مطلب است که وضعیت ثبت ارقام اطلاعاتی در برگه های اختصاصی جراحی در

بیمارستانهای تخصصی بهتر از عمومی است ولی هیچ کدام در حد مطلوب قرار ندارند. با وجود اینکه این برگه ها دارای اهمیت خاص بوده و جزء اوراق اصلی بیمارانی محسوب میشوند که تحت عمل جراحی قرار گرفته اند. ثبت دقیق و کامل آیتهمهای آن در اکثر بیمارستانها قابل قبول نبوده است. برگه گزارش عمل در سطح بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به دیگر برگه های اختصاصی جراحی بیشترین ثبت ارقام اطلاعاتی را ۵۹/۵٪ (۱۸۵۷۵) داشته اند. (جدول شماره ۵)

جدول شماره ۵ : توزیع فراوانی نمونه ثبت ارقام اطلاعات در برگه های اختصاصی جراحی در بیمارستانهای تحت مطالعه

نوع بیمارستان	عمومی			تخصصی			جمع								
	تعداد	درصد	نسبت	تعداد	درصد	نسبت	تعداد	درصد	نسبت						
مراقبت قبل از عمل	۶۰۲۲	(۲۸/۸)	۱۴۸۶۷	۵۷۲۷	(۴۲/۶)	۷۷۰۴	۱۳۴۳۱	(۱۰۰)	۱۱۷۴۹	(۳۴/۲)	۲۲۵۷۱	(۶۵/۸)	۳۴۳۲۰	(۱۰۰)	
	۱۰۳۷۵	(۵۴/۶)	۸۶۱۵	(۶۷/۲)	۸۲۰۰	(۶۷/۲)	۴۰۱۰	(۳۲/۸)	۱۲۲۱۰	(۱۰۰)	۱۸۵۷۵	(۵۹/۵)	۱۲۶۲۵	(۴۰/۵)	۳۱۲۰۰
گزارش عمل	۱۲۵۰۳	(۳۹/۵)	۱۹۱۴۷	۷۹۲۲	(۳۸/۹)	۱۲۴۲۸	۲۰۳۵۰	(۱۰۰)	۲۰۴۲۵	(۳۹/۳)	۳۱۵۷۵	(۶۰/۷)	۵۲۰۰۰	(۱۰۰)	
	۳۷۸۴	(۱۳)	۲۵۳۳۴	(۸۷)	۸۳۲۲	(۴۴/۵)	۱۰۴۰۰	(۵۵/۵)	۱۸۷۲۲	(۱۰۰)	۱۲۱۰۶	(۲۵/۳)	۳۵۷۳۴	(۷۴/۷)	۴۷۸۴۰
مراقبت بعد از عمل	۳۲۶۸۴	(۳۲/۵)	۶۷۹۶۳	۳۰۱۷۱	(۴۶/۶)	۳۴۵۴۲	۶۴۷۱۳	(۱۰۰)	۶۲۸۵۵	(۳۸)	۱۰۲۵۰۵	(۶۲)	۱۶۵۳۶۰	(۱۰۰)	
	۲۲۶۸۴	(۳۲/۵)	۶۷۹۶۳	(۶۷/۵)	۳۰۱۷۱	(۴۶/۶)	۳۴۵۴۲	(۱۰۰)	۶۲۸۵۵	(۳۸)	۱۰۲۵۰۵	(۶۲)	۱۶۵۳۶۰	(۱۰۰)	
جمع	۳۲۶۸۴	(۳۲/۵)	۶۷۹۶۳	۳۰۱۷۱	(۴۶/۶)	۳۴۵۴۲	۶۴۷۱۳	(۱۰۰)	۶۲۸۵۵	(۳۸)	۱۰۲۵۰۵	(۶۲)	۱۶۵۳۶۰	(۱۰۰)	

با توجه به اینکه در اکثر برگه ها امضاء پرستار بخش، اتاق عمل، متخصصین بیهوشی و جراح مشاهده نشده به همین دلیل نتوانستیم وضعیت را براساس فرد تکمیل کننده برگه به طور واضح توصیف نمائیم لذا به نظر می رسد باید به طور خاص این مسئله مورد نظر قرار گرفته تا مسئولیت عدم تکمیل آیت‌های اطلاعاتی در این برگه ها مشخص شود.

با توجه به اهمیت ثبت اطلاعات در پرونده های پزشکی و جایگاهی که پرونده ها در تحقیقات دارند ثبت صحیح داده ها در کلیه اوراق خصوصا برگه های مربوط به اعمال جراحی از اهمیت شایان توجهی برخوردار است (۱) و همچنین نظر به اینکه بر اساس مطالعه ای که در بیمارستانهای اسکاتلند انجام شده است نشان داده شده که حدود ۹۳ درصد آیت‌های اوراق اختصاصی اعمال جراحی تکمیل گردیده است

نتیجه گیری

با توجه به بررسی و مقایسه نتایج بدست آمده بهتر است تدابیری نظیر اجرای دوره های آموزشی در خصوص رعایت اصول ثبت داده ها در برگه های پرونده های پزشکی خصوصا برگه های شرح عمل جهت پزشکان و پرستاران، انجام آموزش لازم جهت دانشجویان پزشکی و تخصصی مرتبط با جراحی در قالب واحد دانشگاهی، صدور دستورالعمل‌های نحوه تکمیل برگه های اختصاصی جراحی برای پرستاران و

با توجه به اهمیت ثبت اطلاعات در پرونده های پزشکی و جایگاهی که پرونده ها در تحقیقات دارند ثبت صحیح داده ها در کلیه اوراق خصوصا برگه های مربوط به اعمال جراحی از اهمیت شایان توجهی برخوردار است (۱) و همچنین نظر به اینکه بر اساس مطالعه ای که در بیمارستانهای اسکاتلند انجام شده است نشان داده شده که حدود ۹۳ درصد آیت‌های اوراق اختصاصی اعمال جراحی تکمیل گردیده است

پزشکان و پرستاران از طریق اعمال باز خورد مناسب از جمله تاثیر بر ارتقاء شغلی، عدم صدور مجوز جهت بستری مجدد بیمار، ایجاد مدیریت قوی، داشتن قدرت اجرایی کافی جهت نظارت و اعمال نفوذ در خصوص پزشکان و کادر پرستاری به منظور بهتر کردن وضعیت موجود بکار برد.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که نتایج حاصل قسمتی از طرح تحقیقاتی مصوب شده در آن معاونت است و مسئولین بخش مدارک پزشکی بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی که همکاری صمیمانه در انجام این پژوهش داشته اند و دانشجویان عزیزی که زحمت جمع آوری اطلاعات را کشیده اند کمال تشکر را نموده و بدینوسیله از زحمات ایشان قدردانی میشود.

پزشکان، صدور دستورالعملهای نحوه تکمیل برگه های اختصاصی جراحی برای پرستاران و پزشکان، ایجاد الزام بر استفاده از فرمهای استاندارد در بیمارستانها به دلیل یکسان سازی مجموعه داده هایی که از برگه های مختلف استخراج می شود از جمله برگه های مربوط به جراحی، انجام ارزیابی های دوره ای در خصوص نحوه تکمیل فرمهای مربوط به جراحی و اعمال نتایج آن در بیلان عملکردی جراحان و پرستاران و کلیه افرادی که در تکمیل پرونده ها نقش دارند (۱۴، ۱۵)، ارتباط منطقی و صمیمانه کارکنان بخش مدارک پزشکی با کادر پزشکی و پرستاری برای ثبت و تکمیل اطلاعات مورد نیاز به منظور فراهم آوردن زمینه جهت مشخص شدن مسئولین تکمیل برگه ها، ایجاد کمیته هماهنگی جهت سازماندهی به اطلاعات و رفع نواقص موجود در برگه ها، اتخاذ تدابیر مناسب از طرف مدیران برای توجه به نحوه تکمیل برگه های جراحی برای

منابع

- ۱- قاضی سعیدی مرجان. بررسی فعالیت های بخش مدارک پزشکی بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران. طرح تحقیقاتی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران، معاونت پژوهشی؛ ۱۳۸۲.
- ۲- فزون خواه شهلا. بررسی میزان استفاده از اطلاعات کد گذاری شده بیمارها در پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی ایران و ارائه الگو در سال ۱۳۷۸. (پایان نامه کارشناسی ارشد). تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۸.
- ۳- صفدری رضا، قاضی سعیدی مرجان، داور پناه احمد. مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی. تهران: رضا صفدری ۱۳۸۴.
- ۴- احمد زاده فروزنده. بررسی میزان تکمیل مدارک پزشکی در بیمارستانهای عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شیراز (پایان نامه کارشناسی ارشد). تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۸.
- 5- Don S. what 's new in clinical data respositiories. Ahima November – December; 2001.
- 6- Manager BJ. Doumentation requirements in non – acute care facilites & organizations. New york: Parthenon publishing group; 2001.
- ۷- امیر شاهی م. مبانی مدیریت اسناد. تهران: انتشارات مرکز آموزش مدیریت دولتی؛ ۱۳۷۲.

۸- محفوظی ع، تقدسی نژاد ف، عابدی خوراسگانی ح. بررسی پرونده های شکایت در قصور پزشکی در رشته بیهوشی ارجاع شده به کمیسیون سازمان پزشکی قانونی کشور در شش سال منتهی به اسفند ۱۳۷۸. مجله علمی پزشکی قانونی. ۱۳۸۱؛ ۲۶(۸): ۴-۱۰.

۹- عمویی م، سلطانی ک، کاهانی ع، نجاری ف، روحی م. بررسی موارد قصور پزشکی ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی در سال ۱۳۷۸. مجله علمی پزشکی قانونی. ۱۳۷۹؛ ۲۱(۶): ۱۵-۲۳.

۱۰- مقدسی حمید. مدارک پزشکی و بایگانی یا حافظه علم پزشکی. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۶۸.

11- Cheryl, Hammer. Documentation error results in medicare overpaymentary. RHIT , Ahima July / August; 2000.

12-Whitelaw FG, Nevin SL, Milne RM, Taylor RJ, Taylor MW, Watt AH. Completeness and accuracy of morbidity and repeat prescribing records held on general practice computers in Scotland. Br J Gen Pract. 1996 March; 46(404): 181-186.

۱۳- آریایی، منیژه. بررسی محتوای مدارک پزشکی در بیمارستانهای عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سه ماهه اول سال ۱۳۷۷. فصلنامه علمی- پژوهشی مدیریت اطلاع رسانی پزشکی. ۱۳۸۰ پاییز و زمستان؛ ۴(۱۰، ۱۱): ۶۵-۷۰.

۱۴- محمود زاده ثاقب زهرا. بررسی میزان صحت کد گذاری در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی شیراز سال ۱۳۷۴ (پایان نامه کارشناسی ارشد). تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۶.

۱۵- صدوقی، فرحناز. بررسی وضعیت کد گذاری بیمارستانهای عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و مقایسه آن با استانداردهای انجمن مدارک پزشکی آمریکا (پایان نامه کارشناسی ارشد). تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۵.