

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

رویا شریفیان<sup>۱\*</sup>، مرجان قاضی سعیدی<sup>۲</sup>

## چکیده

**زمینه و هدف :** رعایت اصول استاندارد در درج اطلاعات امکان بازیابی سریع و آسان اطلاعات طبقه بندي شده و تامین اطلاعات مورد نیاز را فراهم می کند در حال حاضر می توان اشاره کرد که در اغلب بیمارستانها خواسته 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.<sup>(۱)</sup> در حالیکه به این امر مهم توجه لازم معطوف نگردیده است اوراق اختصاصی جراحی شامل چهار برگ مراقبت قبل از عمل جراحی، بیهوده، 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 دارد است.

**روش بررسی:** بررسی فوق از نوع مقطعی است که به توصیف وضعیت ثبت اقلام اطلاعاتی در برگه های اختصاصی جراحی پداخته 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 تكمیلی در برگه های گزارش عمل و مراقبت بعد از جراحی و عوارض مشاهده شده در برگه بیهوده 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 تدبیر 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 های اختصاصی جراحی، اقلام اطلاعاتی، جراحی

\* نویسنده مسئول:

رویا شریفیان:

دانشکده پرایزشکی دانشگاه علوم

پزشکی تهران

email:rsharifian @ sina.  
tums.ac.ir

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

## مقدمه

و ثبت این یادداشتها نقش اصلی در پیگیری و مراقبت از بیمار داشته و رابط بین پزشک و سایر گروههای 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.

<sup>۱</sup> مدرس دانشکده پرایزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۲</sup> عضو هیات علمی دانشکده پرایزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مسئولیت های پزشک در قبال بیمار تکمیل پرونده پزشکی بیمار و تأیید 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 رائمه 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، بستره شده اند، تشکیل می دهد. به منظور جمع آوری اطلاعات از روش مشاهده و چک لیست استفاده می شود که چک لیست بر اساس اقلام اطلاعاتی برگه های اختصاصی جراحی استاندار که در بیمارستانها مورد استفاده قرار می گیرد تهیه و تدوین گردیده است.

ثبت می گردد (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، اعضاء هیات علمی کادر پرآپزشکی 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 برخوردار 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 (۱، 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، متاسفانه 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 بیماران بستری مورد بررسی قرار گرفته اند وجود برگه مراقبت قبل از عمل در پرونده بیماران 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 جمعبال ۱۰۴۰ پرونده اقدام شده و چک لیست ها بر منبای 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 جمعبال ۱۵۹ سوال بسته با پاسخ بله و خیر است که به منظور توصیف بهتر سوالات مرتبط در

### جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نموده ثبت اقلام اطلاعات در برگه مراقبت

#### قبل از عمل جراحی در بیمارستانهای تمت مطالعه

نوع بیمارستان	برگه مراقبت قبل از عمل	جمع											
		تخصصی				عمومی				جهت			
		بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر
مشخصات زمینه ای	تعداد	۹۳۶۰	۵۴۸۴	۳۸۷۶	۳۶۶۳	۱۹۱۰	۱۷۵۳	۵۶۹۷	۳۵۷۴	۲۱۲۳	۶۲۷	(۱۰۰)	(۵۸/۶)
	درصد	(۱۰۰)	(۴۱/۴)	(۱۰۰)	(۵۲/۱)	(۴۷/۹)	(۱۰۰)	(۶۲/۷)	(۳۷/۳)				
خصوصیات عمومی جراحی	تعداد	۷۲۸۰	۴۶۱۵	۲۶۶۵	۲۸۴۹	۱۴۹۰	۱۳۵۹	۴۴۳۱	۳۱۲۵	۱۳۰۶	۷۰/۵	(۱۰۰)	(۶۳/۴)
	درصد	(۱۰۰)	(۳۶/۶)	(۱۰۰)	(۵۲/۳)	(۴۷/۷)	(۱۰۰)	(۷۰/۵)	(۲۹/۵)				
آزمایشات	تعداد	۷۲۸۰	۵۴۵۳	۱۸۲۷	۲۸۴۹	۱۹۸۳	۸۶۶	۴۴۳۱	۳۴۷۰	۹۶۱	۷۸/۳	(۱۰۰)	(۷۴/۹)
	درصد	(۱۰۰)	(۲۵/۱)	(۱۰۰)	(۶۹/۶)	(۳۰/۴)	(۱۰۰)	(۷۸/۳)	(۲۱/۷)				
علاوه حیاتی	تعداد	۶۲۴۰	۴۵۴۱	۱۶۹۹	۲۴۴۲	۱۶۲۵	۸۱۷	۳۷۹۸	۲۹۱۶	۸۸۲	۷۶/۸	(۱۰۰)	(۷۲/۸)
	درصد	(۱۰۰)	(۲۷/۲)	(۱۰۰)	(۶۶/۵)	(۳۳/۵)	(۱۰۰)	(۷۶/۸)	(۲۳/۲)				
اطلاعات تکمیلی	تعداد	۴۱۶۰	۲۴۷۸	۱۶۸۲	۱۶۲۸	۶۹۶	۹۳۲	۲۵۳۲	۱۷۸۲	۷۵۰	۷۰/۴	(۱۰۰)	(۵۹/۶)
	درصد	(۱۰۰)	(۴۰/۴)	(۱۰۰)	(۴۲/۸)	(۵۷/۲)	(۱۰۰)	(۷۰/۴)	(۲۹/۶)				
جمع	تعداد	۳۴۳۲۰	۲۲۵۷۱	۱۱۷۴۹	۱۳۴۴۱	۷۷۰۴	۵۷۲۷	۲۰۸۸۹	۱۴۸۶۷	۶۰۲۲	۷۱/۲	(۱۰۰)	(۶۵/۸)
	درصد	(۱۰۰)	(۳۴/۲)	(۱۰۰)	(۵۷/۴)	(۴۲/۶)	(۱۰۰)	(۷۱/۲)	(۲۸/۸)				

عوموی از درصد کمتری برخوردار است. در کل بیمارستانهای مورد بررسی این میزان ۴۰/۵٪ است. (جدول شماره ۱۲۶۲۵) (۲).

- اقلام اطلاعاتی برگه گزارش عمل در ۴۵٪ (۸۶۱۵) موارد در بیمارستانهای عمومی ثبت نشده است. در بیمارستانهای تخصصی این میزان بالغ بر ۳۲٪ (۴۰۱۰) است که نسبت به بیمارستانهای

**جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نموده ثبت اقلام اطلاعات در برج گزارش**  
**عمل، در بین استانهای تمثیل مطالعه**

نوع بیمارستان												برکه گزارش عمل	
جمع				تخصصی				عمومی					
جمع	خیر	بله	جمع	خیر	بله	جمع	خیر	بله	جمع	خیر	بله		
۱۷۶۸۰	۶۹۷۵	۱۰۷۰۵	۶۹۱۹	۲۲۸۴	۴۶۳۵	۱۰۷۶۱	۴۶۹۱	۶۰۷۰	تعداد	مشخصات زمینه ای			
(۱۰۰)	(۳۹/۵)	(۶۰/۵)	(۱۰۰)	(۳۳)	(۶۷)	(۱۰۰)	(۴۳/۶)	(۵۶/۴)	درصد				
۶۲۴۰	۲۰۹۶	۴۱۴۴	۲۴۴۲	۶۳۵	۱۸۰۷	۳۷۹۸	۱۴۶۱	۲۳۳۷	تعداد	گزارش عمل			
(۱۰۰)	(۳۳/۶)	(۶۶/۴)	(۱۰۰)	(۲۶)	(۷۴)	(۱۰۰)	(۳۸/۵)	(۶۱/۵)	درصد				
۷۲۸۰	۳۵۵۴	۳۷۲۶	۲۸۴۹	۱۰۹۱	۱۷۵۸	۴۴۳۱	۲۴۶۳	۱۹۶۸	تعداد	اطلاعات تکمیلی			
(۱۰۰)	(۴۸/۸)	(۵۱/۲)	(۱۰۰)	(۳۸/۳)	(۶۱/۷)	(۱۰۰)	(۵۵/۶)	(۴۴/۴)	درصد				
۳۱۲۰۰	۱۲۶۲۵	۱۸۵۷۵	۱۲۲۱۰	۴۰۱۰	۸۲۰۰	۱۸۹۹۰	۸۶۱۵	۱۰۳۷۵	تعداد	جمع			
(۱۰۰)	(۴۰/۵)	(۵۹/۵)	(۱۰۰)	(۳۲/۸)	(۶۷/۲)	(۱۰۰)	(۴۵/۴)	(۵۴/۶)	درصد				

موارد ثبت انجام نشده است (جدول شماره ۳).  
۱۲۴۲۸) (۳۱۵۷۵) در مجموع در ۷٪ (۶۰٪) است.

- اقلام اطلاعاتی برگه بیهوشی در ۶۰/۵٪ (۱۹۱۴۷) موارد در بیمارستانهای عمومی ثبت نشده است. این میزان در بیمارستانهای تخصصی بالغ بر ۶۱/۱٪

**جدول شماره ۱۳ : توزیع فراوانی نموده ثبت اقلام اطلاعات در برگه بیهوشی  
در بیمارستانهای تمثیل مطالعه**

نوع بیمارستان												برگه بیهوشی
جمع				تخصصی				عمومی				برگه بیهوشی
جمع	خیر	بله	جمع	خیر	بله	جمع	خیر	بله	تعاداد			
۱۶۶۴۰	۸۸۱۶	۷۸۲۴	۶۵۱۲	۳۲۰۴	۳۳۰۸	۱۰۱۲۸	۵۶۱۲	۴۵۱۶	مشخصات زمینه ای	درصد	تعداد	مشخصات زمینه ای
(۱۰۰)	(۵۲/۹)	(۴۷/۱)	(۱۰۰)	(۴۹/۲)	(۵۰/۸)	(۱۰۰)	(۵۰/۴)	(۴۴/۶)				
۱۲۴۸۰	۴۴۷۱	۸۰۰۹	۴۸۸۴	۲۱۰۳	۲۷۸۱	۷۵۹۶	۲۲۶۸	۵۲۲۸	مراحل بیهوشی	درصد	تعداد	مراحل بیهوشی
(۱۰۰)	(۳۵/۸)	(۶۴/۲)	(۱۰۰)	(۴۳/۱)	(۵۶/۹)	(۱۰۰)	(۳۱/۲)	(۶۸/۸)				
۶۲۴۰	۱۷۵۴	۴۴۸۶	۲۴۴۲	۶۲۷	۱۸۱۵	۳۷۹۸	۱۱۲۷	۲۶۷۱	مراحل نهایی بیهوشی	درصد	تعداد	مراحل نهایی بیهوشی
(۱۰۰)	(۲۸/۱)	(۷۱/۹)	(۱۰۰)	(۲۵/۷)	(۷۴/۳)	(۱۰۰)	(۲۹/۷)	(۷۰/۳)				
۱۱۴۴۰	۱۱۳۵۶	۸۴	۴۴۷۷	۴۴۶۴	۱۳	۶۹۶۳	۶۸۹۲	۷۱	خصوصیات عمومی	درصد	تعداد	خصوصیات عمومی
(۱۰۰)	(۹۹/۳)	(۰/۷)	(۱۰۰)	(۹۹/۷)	(۰/۳)	(۱۰۰)	(۹۹)	(۱)				
۵۲۰۰	۵۱۷۸	۲۲	۲۰۳۵	۲۰۳۰	۵	۳۱۶۵	۳۱۴۸	۱۷	عارض مشاهده شده	درصد	تعداد	عارض مشاهده شده
(۱۰۰)	(۹۹/۶)	(۰/۴)	(۱۰۰)	(۹۹/۸)	(۰/۲)	(۱۰۰)	(۹۹/۵)	(۰/۵)				
۵۲۰۰۰	۳۱۵۷۵	۲۰۴۲۵	۲۰۳۵۰	۱۲۴۲۸	۷۹۲۲	۳۱۶۵۰	۱۹۱۴۷	۱۲۵۰۳	جمع	درصد	تعداد	جمع
(۱۰۰)	(۶۰/۷)	(۳۹/۳)	(۱۰۰)	(۶۱/۱)	(۳۸/۹)	(۱۰۰)	(۶۰/۵)	(۳۹/۵)				

( ۱۰۴۰۰ ) موارد است. در مجموع این میزان ۷۴/۷٪ ( 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 ۱۴ : توزیع فراوانی نموده ثبت اقلام اطلاعات در برگه مراقبت بعد از عمل برگه مراقبت بعد از عمل بیمارستانی در بیمارستانهای تمثیل مطالعه**

نوع بیمارستان											
برگه مراقبت بعد از عمل											
جمع				تخصصی				عمومی			
جمع	خیر	بله	جمع	جمع	خیر	بله	جمع	جمع	خیر	بله	
۱۲۴۸۰	۸۰۴۷	۴۴۳۳	۴۸۸۴	۲۲۷۶	۲۶۰۸	۷۰۹۶	۵۷۷۱	۱۸۲۵	تعداد		اطلاعات زمینه ای
(۱۰۰)	(۶۴/۵)	(۳۵/۵)	(۱۰۰)	(۴۶/۶)	(۵۳/۴)	(۱۰۰)	(۷۶)	(۲۴)	درصد		
۱۷۶۸۰	۱۴۰۸۷	۳۵۹۳	۶۹۱۹	۴۱۵۲	۲۷۶۷	۱۰۷۶۱	۹۹۳۵	۸۲۶	تعداد		وضعیت عمومی در ساعت ورود
(۱۰۰)	(۷۹/۷)	(۲۰/۳)	(۱۰۰)	(۶۰)	(۴۰)	(۱۰۰)	(۹۲/۳)	(۷/۷)	درصد		
۱۰۴۰۰	۷۰۰۲	۲۳۹۸	۴۰۷۰	۱۴۷۹	۲۵۹۱	۶۳۳۰	۵۵۲۳	۸۰۷	تعداد		وضعیت عمومی در ساعت خروج
(۱۰۰)	(۶۷/۳)	(۳۲/۷)	(۱۰۰)	(۳۶/۳)	(۶۳/۷)	(۱۰۰)	(۸۷/۳)	(۱۲/۷)	درصد		
۷۲۸۰	۶۵۹۸	۶۸۲	۲۸۴۹	۲۴۹۳	۳۵۶	۴۴۳۱	۴۱۰۵	۳۲۶	تعداد		اطلاعات تکمیلی
(۱۰۰)	(۹۰/۶)	(۹/۴)	(۱۰۰)	(۸۷/۵)	(۱۲/۵)	(۱۰۰)	(۹۲/۶)	(۷/۴)	درصد		
۴۷۸۴۰	۳۵۷۳۴	۱۲۱۰۶	۱۸۷۲۲	۱۰۴۰۰	۸۳۲۲	۲۹۱۱۸	۲۵۳۴۴	۳۷۸۲	تعداد		جمع
(۱۰۰)	(۷۴/۷)	(۲۵/۳)	(۱۰۰)	(۵۵/۵)	(۴۴/۵)	(۱۰۰)	(۸۷)	(۱۳)	درصد		

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 آیتمهای 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 اقلام اطلاعاتی را  $18575 / 5.59\%$  داشته اند .  
( جدول شماره ۵ )

### بحث

بطور کلی میتوان گفت که در بیمارستانهای عمومی در  $67963 / 67.5\%$  از موارد اقلام 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  $53.4\%$  ( ۳۴۵۴۲ ) و در مجموع  $62 / 102505\%$  می باشد که نشان دهنده این مطلب است که وضعیت ثبت اقلام اطلاعاتی در برگه های اختصاصی جراحی در

**جدول شماره ۵ : توزیع فراوانی نموده ثبت اقلام اطلاعات در برگه های  
اختصاصی جراحی در بیمارستانهای تمثیل مطالعه**

										نوع بیمارستان			
جمع					تخصصی			عمومی			برگه های اختصاصی جراحی		
	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	
۳۴۳۲۰	۲۲۵۷۱	۱۱۷۴۹	۱۳۴۳۱	۷۷۰۴	۵۷۲۷	۲۰۸۸۹	۱۴۸۶۷	۶۰۲۲	تعداد	مراقبت قبل از عمل	مراقبت در صد	مراقبت قبل از عمل	
(۱۰۰)	(۶۵/۸)	(۳۴/۲)	(۱۰۰)	(۵۷/۴)	(۴۲/۶)	(۱۰۰)	(۷۱/۲)	(۲۸/۸)					
۳۱۲۰۰	۱۲۶۲۵	۱۸۵۷۵	۱۲۲۱۰	۴۰۱۰	۸۲۰۰	۱۸۹۹۰	۸۶۱۵	۱۰۳۷۵	تعداد	گزارش عمل	در صد	گزارش عمل	
(۱۰۰)	(۴۰/۵)	(۵۹/۵)	(۱۰۰)	(۳۲/۸)	(۶۷/۲)	(۱۰۰)	(۴۵/۴)	(۵۴/۶)	در صد	در صد	در صد	در صد	
۵۲۰۰۰	۳۱۵۷۵	۲۰۴۲۵	۲۰۳۵۰	۱۲۴۲۸	۷۹۲۲	۳۱۶۵۰	۱۹۱۴۷	۱۲۵۰۳	تعداد	بیهوشی	در صد	مراقبت بعد از عمل	
(۱۰۰)	(۶۰/۷)	(۳۹/۳)	(۱۰۰)	(۶۱/۱)	(۳۸/۹)	(۱۰۰)	(۶۰/۵)	(۳۹/۵)	در صد	مراقبت بعد از عمل	در صد	مراقبت بعد از عمل	
۴۷۸۴۰	۳۵۷۳۴	۱۲۱۰۶	۱۸۷۲۲	۱۰۴۰۰	۸۳۲۲	۲۹۱۱۸	۲۵۳۳۴	۳۷۸۴	تعداد	در صد	در صد	در صد	
(۱۰۰)	(۷۴/۷)	(۲۵/۳)	(۱۰۰)	(۵۵/۵)	(۴۴/۵)	(۱۰۰)	(۸۷)	(۱۳)	در صد	در صد	در صد	در صد	
۱۶۵۳۶۰	۱۰۲۵۰۵	۶۲۸۵۵	۶۴۷۱۳	۳۴۵۴۲	۳۰۱۷۱	۱۰۰۶۴۷	۶۷۹۶۳	۳۲۶۸۴	تعداد	جمع	در صد	در صد	
(۱۰۰)	(۶۲)	(۳۸)	(۱۰۰)	(۵۳/۴)	(۴۶/۶)	(۱۰۰)	(۶۷/۵)	(۳۲/۵)	در صد	در صد	در صد	در صد	

(۱۲). بر اساس مطالعه مشابه انجام شده در کرمان مشخص گردیده که حدود ۶۳ درصد از آیتم های اوراق اختصاصی اعمال جراحی در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان تکمیل گردیده است (۱۳).

### نتیجه گیری

با توجه به بررسی و مقایسه نتایج بدست آمده بهتر است تداویری نظر اجرای دوره های آموزشی در خصوص رعایت اصول ثابت داده ها در برگه های پرونده های پزشکی خصوصاً 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 اینکه در اکثر برگه ها امضاء پرستار بخش، اتفاق 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 آیتمهای 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 خصوصاً 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 اسکاتلندر انجام شده است نشان داده شده که حدود ۹۳ درصد آیتم های 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 قادر 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 قادر 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 تدبیر 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- فرون خواه شهلا. بررسی میزان استفاده از اطلاعات کد گذاری شده بیماریها در پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی ایران و ارائه الگو در سال ۱۳۷۸. (پایان نامه کارشناسی ارشد). تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۸.
- ۳- صفردری رضا، قاضی سعیدی مرجان، داور پناه احمد. مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی. تهران: رضا صفردری ایران و ارائه الگو در سال ۱۳۷۸. (پایان نامه کارشناسی ارشد). تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۸.
- 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 respositories. Ahima November – December; 2001.
- 6- Manager BJ. Documentation requirements in non – acute care facilities & organizations. New york: Parthenon publishing group; 2001.
- 7- امیر شاهی م. مبانی مدیریت اسناد. تهران: انتشارات مرکز آموزش مدیریت دولتی؛ ۱۳۷۲.

- ۸- محفوظی ع، قدسی نژاد ف، عابدی خوراسگانی ح. بررسی پرونده های شکایت در قصور پزشکی در رشته بیهوشی ارجاع شده به کمیون سازمان پزشکی قانونی کشور در شش سال متنه به اسفند ۱۳۷۸. مجله علمی پزشکی قانونی. ۱۳۸۱؛ ۲۶(۸): ۴-۱۰.
- ۹- عمومی 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 overpay mentary. 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(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 استاداردهای انجمان مدارک پزشکی آمریکا (پایان نامه کارشناسی ارشد). تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۵.