

تعیین همبستگی بین عوامل مؤثر در عدم ثبت صحیح داده‌ها در پرونده پزشکی بیماران بستری بیمارستان کودکان بهرامی
سال ۱۳۹۹

نویسنده: نرگس مسرور

استاد راهنما:

دکتر سمیه حسام

استاد مشاور:

دکتر سعاد محفوظ پور

چکیده

مقدمه و هدف: مستندسازی، ابزاری حیاتی برای ایجاد ارتباط بین اعضای تیم درمانی است. اغلب تصمیمات، اقدامات و تجدیدنظرهای مرتبط با مراقبت و درمان بیمار، مبتنی بر مستندسازی اعضای تیم درمانی است. درج اطلاعات صحیح در پرونده پزشکی در نظام بهداشت و درمان، از مهمترین و کارآمدترین ابزار در تحقیق پزشکی به شمار می‌آید.

اهداف: شناخت و تعیین همبستگی بین عوامل مؤثر در عدم ثبت صحیح داده‌ها در پرونده پزشکی بیماران بستری بیمارستان کودکان بهرامی در بازه زمانی ۱۳۹۹ بود.

مواد و روش پژوهش:

این مطالعه نوع توصیفی همبستگی است و از نظر زمانی مقطعی، بر اساس مستندات پزشکی ۳۹۰ پرونده بیماران بستری در بیمارستان کودکان بهرامی بوده. اطلاعات مورد نیاز از پرونده‌های کودکان استخراج و به کمک نرم افزار Medcalc.20.13 و مدل رگرسیون دوجمله‌ای تک متغیره مورد بررسی آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها: در کل ۲۵/۲ درصد مستندات پزشکی دارای خطا بوده، ۱/۲ درصد خطاها عامل تجهیزات و ۲۳/۹ درصد عامل انسانی و عامل زیر ساختی ۰ درصد بود. از ۱۱۷۸۸ خطا سهم پزشکان ۴۳/۵ درصد، پرستاران ۱۷/۱ درصد، منشی ۳۱/۵ درصد و متصدی پذیرش ۲/۵ درصد بود. رخداد خطای پزشک در برگه پذیرش و خلاصه ترخیص نسبت به سایر پرسنل ۱/۶ برابر بیشتر و معنادار بود ($P=۰/۰۳$)، رخداد خطای پزشک در برگه خلاصه پرونده نسبت به سایر پرسنل ۱/۷ برابر بیشتر و معنادار بود ($P=۰/۰۱$)، رخداد خطای پزشک در برگه شرح حال نسبت به سایر پرسنل ۲/۵ برابر بیشتر و معنادار بود ($P=۰/۰۰۱$)، رخداد خطای پزشک در برگه دستورات پزشک نسبت به سایر پرسنل ۲/۸ برابر بیشتر و معنادار بود ($P=۰/۰۰۱$)، رخداد خطای پرستار در برگه گزارش پرستاری نسبت به سایر پرسنل ۲/۷ برابر بیشتر و معنادار بود ($P=۰/۰۰۱$)، رخداد خطای پرستار در برگه بعد از عمل نسبت به سایر پرسنل ۱/۷ برابر بیشتر و معنادار بود ($P=۰/۰۴$)، و در بقیه برگه‌ها رخداد خطا با عامل انسانی ارتباط معناداری نداشت.



نتیجه گیری: بر اساس یافته های مطالعه حاضر وضعیت کیفیت رعایت استانداردهای مستند سازی پزشکی در بیمارستان کودکان بهرامی در سال ۱۳۹۹ بر اساس دستور العمل وزارت بهداشت و درمان در حد قابل قبولی است. **کلیدواژه ها:** ممیزی، پرونده پزشکی، عوامل خطا

مقدمه: یکی از مؤثرترین ابزارها برای ارتقای عملکرد نظام سلامت ممیزی بالینی (Clinical audit) میباشد.

ممیزی بالینی رویکردی نظام مند و مبتنی بر شواهد معتبر و منطبق با استانداردها است.

و به ما اطمینان میبخشد که کیفیت خدمات سلامت به صورت پیوسته ارتقا می یابد. (خسروی و همکاران، ۱۳۹۵، ۳۷-۴۵) وجود یک نظام دقیق و صحیح ثبت و گزارش دهی اطلاعات پزشکی یکی از پایه های اصلی درمان آموزش، تحقیق و نظارت میباشد.

با توجه به اینکه مستند سازی مدارک پزشکی توسط ارائه کنندگان خدمات بهداشتی، پزشکان، پرستاران

و متخصصین درمان به عنوان فعالیت ثانویه ی ارائه ی مراقبت بیماران محسوب می شود،

بنابراین ممکن است مستندسازی همیشه صحیح، کامل، ضروری و مورد پسند نباشد (عباسی، توکلی، ۱۳۹۰، ۵۴-۶۴)

ناکافی یا ناقص بودن اطلاعات پرونده ها، پیامدهای متعددی به دنبال خواهد داشت

و بیمار اولین فردی است که این پیامدها متوجه او خواهد شد.

چرا که در مراجعات بعدی به بیمارستان، تیم درمان به مستندات معتبری از درمان های انجام شده ی

قبلی و نتایج آنها نیاز دارند که اگر پرونده ناقص بایگانی شده باشد، منجر به آزمایش های تکراری،

تصمیم‌گیری نامناسب درمانی و صرف هزینه‌های اضافی خواهد شد. (Mann & Williams, 2003, 3329-332)

بیان مسئله:

مستندسازان ممکن است به دلیل مشغله کاری، عناصر اطلاعاتی را به طور عمد یا سهو تکمیل نکنند و یا این که در پایان مراحل مستندسازی، تاریخ و امضا را به دلایل مختلف درج ننمایند.

چنین اشتباهاتی در تدوین پرونده پزشکی، منجر به ایجاد اختلال در عملکرد استفاده‌کنندگان

از پرونده پزشکی می‌گردد (Huffman, 1972)

درواقع، طبقه‌بندی و پردازش صحیح اطلاعات و مدارک مربوط به سازمان، یکی از ضروریات مدیریت در هر سازمان است. (هاشمی، ۱۹۸، ۱۳۹۶-۱۹۴) پژوهشی نشان می‌دهد که اکثریت کادر پزشکی (۶۰ درصد) و دستیاران و دانشجویان پزشکی از اصول مستندسازی و جنبه‌های قانونی آن آگاهی ندارند و آموزش کافی نسبت به نحوه تکمیل اطلاعات پرونده به‌رمنند نیستند. (کاهوئی و همکاران، ۶۵)

همچنین پژوهشی نشان می‌دهد که پاسخگویی پرونده‌های پزشکی مورد بررسی در حد مطلوب نبوده است و علی‌رغم اهمیت ویژه مستندسازی صحیح از نظر قانونی، ثبت اطلاعات در پرونده‌ها به طور ناقص انجام می‌شود و از بعد کیفیت مستندسازی از جهت دقت، صحت، کامل بودن و دارای مهر و امضا بودن نقاط ضعف متعددی دارد. (سراوانی و همکاران، ۱۳۹۳، ۵۹-۵۲)

(مشکلات موجود در مدارک پزشکی شامل مشکلات ساختاری (فقدان پرونده کامل، ناخوانا بودن) و علاوه بر آن ثبت ناقص اطلاعات بیمار می‌باشد. در دهه اخیر کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و عوامل مؤثر بر آن توجه بسیاری از مدیران سطوح عالی را به خود جلب کرده است و کیفیت و ارتقای مستمر آن را سرلوحه کار خود قرار داده‌اند. (مشعوفی، ۱۳۸۳، ۴۹-۴۳) با در نظر گرفتن نتایج نه‌چندان رضایت‌بخش تحقیقات مشابه، پژوهشگر برآن شد تا از این رو عوامل مؤثر در عدم ثبت صحیح داده‌ها در پرونده پزشکی بیماران را شناسایی کند تا گامی در جهت تحقق اهداف ارتقاء کیفیت از طریق مستندسازی باکیفیت خدمات بهداشتی درمانی بیماران باشد.

اهداف:

هدف کلی: تعیین همبستگی بین عوامل مؤثر در عدم ثبت صحیح داده‌ها در پرونده پزشکی بیماران بستری بیمارستان کودکان

بهرامی سال ۱۳۹۹

اهداف ویژه:

۱- تعیین همبستگی بین عوامل انسانی با ثبت داده در پرونده پزشکی بیماران بستری بیمارستان کودکان بهرامی

۲- تعیین همبستگی بین عوامل تجهیزاتی با عدم ثبت صحیح داده در پرونده پزشکی بیماران بستری بیمارستان کودکان بهرامی

۳- تعیین همبستگی بین عوامل زیر ساختی با عدم ثبت صحیح داده در پرونده پزشکی بیماران بستری بیمارستان کودکان بهرامی
اهداف کاربردی:

با تعیین عوامل مؤثر بر عدم ثبت صحیح داده ها در پرونده پزشکی بیمار برحسب عوامل انسانی ، مادی، زیر ساختی و قوانین و مقررات بتوان در کاهش نواقص پرونده و خطاهای پزشکی در جهت بهبود روند تصمیم گیری و ارتقا سطح کیفیت ارائه خدمات مراکز بهداشتی درمانی گامی برداشته شود.

نوع و روش تحقیق:

با توجه به هدف تحقیق که براساس میزان علل عدم ثبت صحیح مستندات پزشکی بود از نوع توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی است و از نظر زمانی مقطعی می باشد

جامعه تحقیق :

مستندات پرونده پزشکی بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران - بیمارستان کودکان بهرامی

روش نمونه گیری:

روش نمونه گیری از نوع تصادفی سیستماتیک (Systematic random) بوده

حجم نمونه:

با توجه به حجم بیماران بستری در شش ماه اول سال ۱۳۹۹ که ۳۵۰۰ بیمار بوده و بر اساس فرمول کوکران ، خطای ۵۰ درصد در ثبت مستند سازی، مقدار اشتباه مجاز ۵ درصد ، ۳۴۷ بیمار انتخاب شد.

$$\frac{nz^2pq}{nd^2+z^2pq} = \frac{3500 \times 96/100 \times 0.5/100 \times 0.5/100}{(3500 \times 0.5/100) + (96/100 \times 0.5/100 \times 0.5/100)} = 15/346 \approx 347$$

چون از صحت مستند سازی محیط تحقیق اطلاعی نداشتیم ، حداکثر مقدار آنها یعنی ۵۰ درصد استفاده شد. و با توجه به احتمال ریزش ۱۰ درصد ۳۹۰ پرونده انتخاب میشود. سه بخش ویژه به علت تراکم کم تخت بستری یک بخش محسوب گردید (۱۷ درصد) ۶۵ پرونده، ۵ بخش دیگر هر بخش (۱۷ درصد) ۶۵ پرونده اختصاص داده شد.

روش گرد آوری اطلاعات:

روش گردآوری اطلاعات در این تحقیق بوسیله تکمیل چک لیست بود.

چک لیست ارزیابی ثبت صحیح اطلاعات بیماران					
خطا		ارزیابی			
توضیح کامل علت اشتباه	عامل	طبق دستورالعمل است/ نیست	کامل / کامل نیست	دارد/ ندارد	متغیرهای اصلی
					برگه پذیرش و خلاصه پرونده
					برگه خلاصه پرونده
					برگه شرح حال
					برگه سیر بیماری
					برگه مشاوره
					برگه دستورات پزشک
					برگه گزارش پرستار
					برگه گزارش قبل عمل
					برگه بیهوشی
					برگه گزارش عمل
					برگه گزارش بعد از عمل
					گزارشات پاراکلینیکی

ابزار تحقیق:

ابزار تحقیق در این مطالعه پرونده های پزشکی و چک لیست محقق ساخته بر اساس ابلاغیه استاندارد مستند سازی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است. و با توجه به اینکه چک لیست بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت بوده نیازی به روایی و پایایی ابزار وجود نداشت .

یافته ها :

پس از استخراج اطلاعات، از آمار توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد. این فصل دارای ۲۳ جدول به منظور دستیابی به اهداف پژوهش می باشد. در داده های کیفی مانند منشی و متصدی پذیرش به علت فراوانی کم در بعضی از سطوح و اعلام اخطار نرم افرار آماری مورد استفاده، مجبور به ادغام داده ها شدیم (گروه جدیدی به نام منشی و پذیرش ساخته شد). جهت ارتباط سنجی در داده های کیفی از مدل رگرسیون لجستیک دو حالت و Odds. Ratio استفاده شد. و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته های توصیفی:

یافته های توصیفی شامل جداول توصیفی کمی ممیزی ۱۲ برگ اوراق اصلی پرونده برای

۶ بخش بود .

یافته های توصیفی:

۱- برگ پذیرش و خلاصه پرونده که کل خطا این برگ ۱۲۴ بیشترین عامل خطا هم عامل انسانی پزشک با ۶۱ خطا



- ۲- برگه خلاصه پرونده که کل خطا این برگه ۱۱۵ بیشترین عامل خطا هم عامل انسانی پزشک با ۴۹ خطا
- ۳- برگه شرح حال که کل خطا این برگه ۱۲۸ بیشترین عامل خطا هم عامل انسانی پزشک با ۸۱ خطا
- ۴- برگه سیر بیماری که کل خطا این برگه ۱۱۲ بیشترین عامل خطا هم عامل انسانی پزشک با ۹۴ خطا
- ۵- برگه مشاوره که کل خطا این برگه ۸۸ بیشترین عامل خطا هم عامل انسانی پزشک با ۴۹ خطا
- ۶- برگه دستورات پزشک که کل خطا این برگه ۱۲۵ بیشترین عامل خطا هم عامل انسانی پزشک با ۸۶ خطا
- ۷- برگه گزارش پرستار که کل خطا این برگه ۱۲۲ بیشترین عامل خطا هم عامل انسانی پرستار با ۸۶ خطا
- ۸- برگه گزارش قبل عمل که کل خطا این برگه ۶۰ بیشترین عامل خطا هم عامل انسانی پرستار با ۳۶ خطا
- ۹- برگه گزارش بیهوشی که کل خطا این برگه ۵۷ بیشترین عامل خطا هم عامل انسانی پزشک با ۳۴ خطا
- ۱۰- برگه گزارش عمل که کل خطا این برگه ۴۳ بیشترین عامل خطا هم عامل انسانی پزشک با ۱۹ خطا
- ۱۱- برگه گزارش بعد عمل که کل خطا این برگه ۶۳ بیشترین عامل خطا هم عامل انسانی پرستار با ۳۸ خطا
- ۱۲- برگه گزارش پاراکلینیک که کل خطا این برگه ۱۴۱ بیشترین عامل خطا هم عامل انسانی پزشک با ۶۹ خطا



یافته های استنباطی:

4-13 ارتباط سنجی عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح داده ها در برگه برگه پذیرش و خلاصه ترخیص

Odds. Ratio	سطح معناداری	درجه آزادی	والد	خطای استاندارد	ضریب	
	0/060	2	5/64			عوامل انسانی
1/6	0/035	1	4/44	0/24	0/50	پزشک
1/07	0/794	1	0/06	0/26	0/06	پرستار
0/08	0/001	1	171/19	0/18	-2/44	عرض از مبداء
						مرجع
						متصدی پذیرش و منشی

جدول 4-13 بیانگر ارتباط عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح در برگه پذیرش و خلاصه ترخیص می باشد. با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک دو جمله ای می توان گفت رخداد عدم ثبت صحیح داده ها در پزشکان نسبت به متصدی پذیرش و منشی (با توجه به کمبود فراوانی در پرسنل منشی این گروه با متصدی پذیرش ادغام گردید) 1/6 برابر بیشتر و معنادار است. رخداد عدم ثبت صحیح داده ها در پرستاران نسبت به متصدی پذیرش و منشی (با توجه به کمبود فراوانی در پرسنل منشی این گروه با متصدی پذیرش ادغام گردید) 1 برابر بیشتر است و معنادار نمی باشد.



14-4 ارتباط سنجی عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح داده‌ها در برگه خلاصه پرونده

Odds. Ratio	درجه آزادی سطح معناداری	والد	خطای استاندارد	ضریب		
1/7	0/014	1	6/02	0/22	0/54	پزشک
0/10	0/001	1	169/95	0/17	-2/22	عرض از مبدا
		منشی				مرجع



جدول 14-4 بیانگر ارتباط عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح در برگه پذیرش و خلاصه پرونده می‌باشد. با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک دو جمله‌ای می‌توان گفت رخداد عدم ثبت صحیح داده‌ها در پزشکان نسبت به منشی 1 برابر بیشتر و معنادار بود.

4-16 ارتباط سنجی عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح داده ها در برگه سیر بیماری

Odds. Ratio	سطح معناداری	درجه آزادی	والد	خطای استاندارد	ضریب	
1/50	0/051	1	3/81	0/20	0/40	پزشک
0/13	0/001	1	165/15	0/15	-2/03	عرض از مبداء
			منشی			مرجع

جدول 4-16 بیانگر ارتباط عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح در برگه سیر بیماری می باشد. با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک دو جمله ای می توان گفت رخداد عدم ثبت صحیح داده ها در پزشکان نسبت به منشی 1/5 برابر بیشتر و معنادار نبود.

4-15 ارتباط سنجی عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح داده ها در برگه شرح حال

Odds. Ratio	سطح معناداری	درجه آزادی	والد	خطای استاندارد	ضریب	
2/57	0/001	1	19/41	0/21	0/94	پزشک
0/10	0/001	1	170/73	0/17	-2/28	عرض از مبداء
			منشی			مرجع

جدول 4-15 بیانگر ارتباط عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح در برگه شرح حال می باشد. با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک دو جمله ای می توان گفت رخداد عدم ثبت صحیح داده ها در پزشکان نسبت به منشی 2/5 برابر بیشتر و معنادار بود.

18-4 ارتباط سنجی عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح داده ها در برگه دستورات پزشک

Odds. Ratio	درجه آزادی سطح معناداری	والد	خطای استاندارد	ضریب	
2/86	0/001	1	23/99	0/21	1/05
0/099	0/001	1	171	0/17	-2/31
		منشی			

جدول 18-4 بیانگر ارتباط عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح در برگه دستورات پزشک می باشد. با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک دوجمله ای می توان گفت رخداد عدم ثبت صحیح داده ها در پزشکان نسبت به منشی 2/8 برابر بیشتر و معنادار بود.

17-4 ارتباط سنجی عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح داده ها در برگه مشاوره

Odds. Ratio	درجه آزادی سطح معناداری	والد	خطای استاندارد	ضریب	
1/29	0/259	1	1/27	0/22	0/25
0/11	0/001	1	169/45	0/16	-2/19
		منشی			

جدول 17-4 بیانگر ارتباط عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح در برگه مشاوره می باشد. با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک دوجمله ای می توان گفت رخداد عدم ثبت صحیح داده ها در پزشکان نسبت به منشی 1/2 برابر بیشتر و معنادار نبود.

20-4 ارتباط سنجی عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح داده ها در برگه گزارش قبل عمل

Odds. Ratio	سطح معناداری	درجه آزادی	والد	خطای استاندارد	ضریب	
1/70	0/058	1	3/58	0/28	0/53	پرستار
0/06	0/001	1	164/73	0/21	-2/81	عرض از مبدا
			منشی			مرجع

جدول 20-4 بیانگر ارتباط عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح در برگه گزارش قبل از عمل می باشد. با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک دو جمله ای می توان گفت رخداد عدم ثبت صحیح داده ها در پرستاران نسبت به منشی 1/7 برابر بیشتر و معنادار نبود.

19-4 آ ارتباط سنجی عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح داده ها در برگه گزارش پرستاری

Odds. Ratio	سطح معناداری	درجه آزادی	والد	خطای استاندارد	ضریب	
2/78	0/001	1	22/99	0/21	1/02	پرستار
0/10	0/001	1	170/73	0/17	-2/28	عرض از مبدا
			منشی			مرجع

جدول 19-4 بیانگر ارتباط عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح در برگه گزارش پرستاری می باشد. با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک دو جمله ای می توان گفت رخداد عدم ثبت صحیح داده ها در پرستاران نسبت به منشی 2/7 برابر بیشتر و معنادار بود.

24-4 ارتباط سنجی عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح داده ها در برگه پاراکلینیک

Odds. Ratio	سطح معناداری	درجه آزادی	والد	خطای استاندارد	ضریب	
1/24	0/252	1	1/31	0/19	0/21	پزشک
0/18	0/001	1	147/54	0/14	-1/70	عرض از مبدا
						مرجع منشی

جدول 24-4 بیانگر ارتباط عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح در برگه گزارش پاراکلینیک (آزمایشگاه و رادیولوژی) می باشد. با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک دو جمله ای می توان گفت رخداد عدم ثبت صحیح داده ها در پزشکان نسبت به منشی 1/2 برابر بیشتر و معنادار نبود.

21-4 ارتباط سنجی عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح داده ها در برگه گزارش بیهوشی

Odds. Ratio	سطح معناداری	درجه آزادی	والد	خطای استاندارد	ضریب	
1/52	0/132	1	2/26	0/28	0/42	پزشک
0/06	0/001	1	166/05	0/21	-2/77	عرض از مبدا
						مرجع منشی

جدول 21-4 بیانگر ارتباط عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح در برگه گزارش بیهوشی می باشد. با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک دو جمله ای می توان گفت رخداد عدم ثبت صحیح داده ها در پزشکان نسبت به منشی 1/5 برابر بیشتر و معنادار نبود.

23-4 ارتباط سنجی عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح داده‌ها در برگه بعد از عمل جراحی

Odds. Ratio	سطح معناداری	درجه آزادی	والد	خطای استاندارد	ضریب	
1/72	0/048	1	3/92	0/27	0/54	پرستار
0/06	0/001	1	166/05	0/21	-2/77	عرض از مبداء
		منشی				مرجع

جدول 23-4 بیانگر ارتباط عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح در برگه گزارش بعد از عمل جراحی می‌باشد. با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک دوجمله‌ای می‌توان گفت رخداد عدم ثبت صحیح داده‌ها در پرستاران نسبت به منشی 1/7 برابر بیشتر و معنادار بود. (به علت کمبود فراوانی در گروه پزشک این گروه در آنالیز شرکت داده نشد. یک پزشک دارای خطای ثبت بود)

22-4 ارتباط سنجی عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح داده‌ها در برگه گزارش عمل جراحی

Odds. Ratio	درجه آزادی سطح معناداری	والد	خطای استاندارد	ضریب	عوامل انسانی
-	0/093	2	4/57	-	عوامل انسانی
1/94	0/094	1	2/80	0/39	پزشک
0/89	0/816	1	0/05	-0/10	پرستار
0/026	0/001	1	128/92	0/32	عرض از مبداء
		منشی			مرجع

جدول 22-4 بیانگر ارتباط عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح در برگه گزارش عمل جراحی می‌باشد. با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک دوجمله‌ای می‌توان گفت رخداد عدم ثبت صحیح داده‌ها در پزشکان نسبت به منشی 1/9 برابر بیشتر و معنادار نبود. رخداد عدم ثبت صحیح داده‌ها در پرستاران نسبت به منشی 0/8 برابر بیشتر و معنادار نبود. بطور کلی می‌توان گفت بین عوامل انسانی و رخداد عدم ثبت صحیح ارتباط معناداری وجود ندارد.



یافته ها :

۳۹۰ پرونده پزشکی در سال ۱۳۹۹ در ۱۲ برگه پذیرش و خلاصه ترخیص، خلاصه پرونده، شرح حال، سیر بیماری، مشاوره، دستورات پزشک، گزارش پرستاری، گزارش قبل عمل، بیهوشی، گزارش عمل، گزارش بعد از عمل، گزارش پاراکلینیک (آزمایشگاه و رادیولوژی) جهت خطای ثبت مستندات پزشکی مورد ارزیابی قرار گرفت. در مجموع ۲/۲۵ درصد پرونده ها خطا داشتند. با توجه به کمبود خطا در عامل تجهیزات و زیر ساختی در این مطالعه فقط خطای انسانی مورد ارزیابی قرار گرفت. خطای انسانی به ترتیب فراوانی خطا برحسب برگه های بیمارستانی عبارت بود از، برگه گزارش پاراکلینیک ۲/۳۶ درصد، برگه شرح حال ۸/۳۲ درصد، برگه دستورات پزشک ۳/۳۱ درصد، برگه پذیرش و خلاصه ترخیص ۸/۳۱ درصد، گزارش پرستاری ۳/۳۱ درصد، برگه خلاصه پرونده ۵/۲۹ درصد، برگه سیر بیماری ۷/۲۸ درصد، برگه مشاوره ۶/۲۲ درصد برگه گزارش بعد از عمل ۲/۱۶ درصد، برگه گزارش قبل از عمل ۴/۱۵ درصد، برگه بیهوشی ۶/۱۴ درصد، گزارش عمل ۱۱ درصد.

پاسخ به پرسشهای پژوهش :

۱-۲-۵ پاسخ به پرسش نخست :

آیا بین عوامل انسانی و عدم ثبت صحیح داده داده ها در پرونده پزشکی بیماران بستری مورد مطالعه همبستگی وجود دارد؟ جهت پاسخ به این سؤال عوامل انسانی در هر ۱۲ برگه بطور تک تک مورد ارزیابی قرار گرفت. برگه پذیرش و خلاصه ترخیص : بین پرستار با متصدی پذیرش و منشی ارتباط معنادار یافت نشد اما پزشکان ۶/۱ برابر بیشتر خطا داشتند و ارتباط معنادار بود. برگه خلاصه پرونده : پزشکان نسبت به منشی ۷/۱ برابر بیشتر خطا داشتند و ارتباط معنادار بود. برگه شرح حال : پزشکان نسبت به منشی ۵/۲ برابر بیشتر خطا داشتند و ارتباط معنادار بود. برگه سیر بیماری : پزشکان نسبت به منشی ۵/۱ برابر بیشتر خطا داشتند و ارتباط معنادار نبود. برگه دستورات پزشک : پزشکان نسبت به منشی ۲/۱ برابر بیشتر خطا داشتند و ارتباط معنادار بود. برگه گزارش پرستاری : پرستاران نسبت به منشی ۷/۲ برابر بیشتر خطا داشتند و ارتباط معنادار بود. برگه گزارش عمل : پزشکان نسبت به منشی ۹/۱ برابر بیشتر خطا داشتند و ارتباط معنادار نبود.



نتیجه گیری کلی پژوهش :

با توجه به سه عامل اصلی خطا (انسانی، تجهیزات و زیر ساخت) در مستندات پزشکی، در این مطالعه عامل انسانی بالاترین عامل در عدم ثبت صحیح مستندات پزشکی بوده، مخدوش بودن مستندات و نداشتن مهر بیشترین نوع خطا در پزشک و پرستاران بوده و همچنین در منشی و متصدی پذیرش عدم وجود اوراق و یا عدم نظم و ترتیب در اوراق دیده شد. از این رو توصیه می شود جهت بالا بردن دقت افراد توسط مدیران و مسئولین تمهیدات خاصی دیده شود.

محدودیت پژوهش :

پژوهش حاضر با دو محدودیت اساسی مواجه بود. این مطالعه، فقط پرونده های پزشکی در یک بازه زمانی خاص را بررسی کرده و سایر زمانها به دلیل حجم بالای کار ارزیابی نشدند. به دلیل تخصصی بودن این بیمارستان در زمینه کودکان، بیشتر مراجعه کنندگان برای دریافت این طیف از خدمات تخصصی به این مرکز درمانی مراجعه میکنند.

پیشنهادات پژوهش :

پیشنهادات کاربردی :

- ✓ آموزش مستمر مستند سازی پرونده پزشکی به مستند سازان پرونده پزشکی
- ✓ پرونده های پزشکی بیمارستانهای مختلف ارزیابی شوند.
- ✓ مقایسه پرونده های پزشکی کودکان با بزرگسالان
- ✓ پرونده های پزشکی بیمارستانهای کشورهای مشابه ارزیابی شوند.

پیشنهادات جهت مطالعات آینده :

- ✓ مقایسه ممیزی مستندات پزشکی کاغذی با الکترونیکی
- ✓ مقایسه ممیزی مستندات پزشکی کاغذی در سطح منطقه ای



منابع

- آریائی، منیژه، (۱۳۸۰)، بررسی محتوایی مدارک پزشکی در بیمارستان‌های عمومی، فصلنامه مدیریت سلامت، ۴(۱۱)، ص ۶۵-۷۰
- اسماعیلیان، مهرداد، همکاران، (۱۳۹۳)، کیفیت مستند سازی پرونده بالینی در بخش اورژانس، یک مطالعه موردی، مجله طب اورژانس ایران، ۱(۱)، ص ۱۶-۲۱
- توکلی، ناهید، (۱۳۸۴)، علل ناقص ماندن پرونده های پزشکیو پیشنهادات مدیران و پزشکان شاغل در بیمارستانهای دانشگاهی اصفهان در سال ۱۳۸۳، مجله مدیریت و اطلاعات در بهداشت و درمان، ۲(۱)، ص ۱۵-۲۴
- حاجوی، اباذر، (۱۳۷۶)، مدارک پزشکی، انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، ۲۱۰-۲۰۹
- حاجوی، اباذر، (۱۳۷۸)، اصول مستند سازی و اهمیت آن در مدارک پزشکی، مجله مدیریت سلامت، ۲(۴)، ص ۲۴-۳۳
- جوهری، (۱۳۹۳). واکاوی موضوع شفاف‌سازی خطاهای پزشکی تحلیل وضعیت نهاد پزشکی ایران. مجله مطالعات اجتماعی ایران، ۸(۱)، ۲۲-۴۸
- خاکی، غلام رضا، (۱۳۸۷)، روش تحقیق با رویکرد پایان نامه نویسی، انتشارات بازتاب، ص ۲۰۱
- خسروی، محمد فاروق، سلیمرا، شیوا، رستم زاده، اکرم، شادکام، نرگس، دشمنگیر، لیلا، (۱۳۹۵)، ممیزی پرونده های پزشکی بیمارستان شهید مدنی تبریز، مجله تصویر سلامت، ۷(۳)، ۳۷-۴۵



رشیدیان، آرش.، حسین، جودکی، (۱۳۸۸)، بررسی تخلفات و شکایات مرتبط با ارائه خدمات سلامت در ایران: مرور نظام مند

مطالعات انجام شده در کشور، مجله پزشکی قانونی، ۱۵(۴)، ۲۳۳-۲۳۴

سراوانی، سمانه.، و همکاران، (۱۳۹۳)، میزان پاسخگویی پرونده های پزشکی در موارد ارجاعی به پزشکی قانونی شهرستان

زابل، مجله فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل، ۱(۶)، ص ۵۹-۵۲

سلمانی زاده، فرزاد.، عارفه، عامری.، میرمحمدی محبوبه.، (۱۳۹۹)، میزان نواقص در فرمهای اصلی پرونده پزشکی بیماران به

تفکیک نقش مستندسازان، مجله نشریه سلامت، ۲۳(۲)، ص ۴۱-۳۰

سیف ربیعی، محمد علی.، صدیقی، ایرج.، مزده، مهرداد.، دادرسی، فرحناز.، سلگی، شکوهی.، مرادی، عباس.، (۱۳۸۸)، بررسی

وضعیت ثبت اطلاعات در پرونده های بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۳۸۸، مجله علمی دانشگاه

علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، ۱۶(۲)، ۴۹-۴۵

عباسی، شیرین.، توکلی، ناهید.، (۱۳۹۰)، ارزیابی کمی پرونده های پزشکی بیماران بستری شده در بیمارستان دکتر غرضی اصفهان،

مجله مدیریت اطلاعات سلامت، ۱(۸)، ۶۴-۵۴

عزتی، مرتضی، (۱۳۷۶)، روش تحقیق در علوم اجتماعی، انتشارات موسسه تحقیقات اقتصادی دانشگاه تربیت مدرس، چاپ اول

، تهران، ص ۲۰

عظیمی، لیلا.، مرکزی مقدم، نادر.، رستمی، خلیل.، طالبی، عاطفه.، اسکندری کیا، آتوسا.، میرزائی، عبدالله.، عظیمی محمد

اسماعیل.، (۱۳۹۵)، بررسی خطاهای ثبت پزشکان در پرونده های بالینی و عوامل موثر بر آنها (مطالعه موردی). فصل نامه

بیمارستان، ۱۵ (۲)، ص ۴۸-۴۱

فرزندی پور، مهرداد.، آسیف زاده، سعید.، (۱۳۸۱)، بررسی میزان رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده های بالینی بیماران

بستری در بیمارستانهای شهر کاشان، مجله دوماه نامه علمی - پژوهشی فیض، ۸ (۳): ۴۴-۳۶



زارع فضل الهی، زهرا، خوش کلام اقدم، معصومه، لطف نژاد افشار، هادی، جبرییلی، محود، (۱۳۹۰). میزان رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده های پزشکی بیماران بستری با تشخیص شکستگی بیمارستان مطهری ارومیه ، مجله مدیریت اطلاعات سلامت ، ۸ (۳): ۴۱۱-۴۰۶

مشعوفی، مهرناز، امانی، فیروزه، رستمی، خلیل، مردی، افروز. (۱۳۸۳)، ارزیابی ثبت اطلاعات در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۱(۳)، ۴۹-۴۳

هاشمی ، اعظم السادات. ریاحی، لیلا، نظری منش، لیلا، (۱۳۹۶)، تأثیر اجرای دستورالعمل نحوه تکمیل پرونده بیماران توسط پزشکان بر میزان نواقص پرونده های پزشکی در بیمارستان ضیائیان تهران، مجله مدیریت اطلاعات سلامت، ۵(۱۴)، ص ۱۹۸-۱۹۴

Farhan, J., Al-Jummaa, S., Al-Rajhi, A., Al-Rayes, H., & Al-Nasser, A. (2005). Documentation and coding of medical records in a tertiary care center: a pilot study. *Annals of Saudi medicine*, 25(1), 46-49.

Griffin, D. (Ed.). (2011). *Hospitals: What they are and how they work*. Jones & Bartlett Learning.

Huffman, E. K. (1972). *Medical record management*, Physicians Record Company. Vaughan, S., Bate, T., & Round, J. (2012). Must we get it wrong again? A simple intervention to reduce medical error. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 2(3), 104-108.

Hollis, A. C., & Ebbs, S. R. (2016). An examination of inpatient medical record keeping in the Orthopedic Department of Kilimanjaro Christian Medical Centre (KCMC), Moshi, Tanzania. *Pan African Medical Journal*, 23(1).

Khoo, E. M., Lee, W. K., Sararaks, S., Samad, A. A., Liew, S. M., Cheong, A. T., Hamid, M. A. (2012). Medical errors in primary care clinics—a cross sectional study. *BMC family practice*, 13(1), 1-6.

Phillips, A., Stiller, K., & Williams, M. (2006). Medical record documentation: the quality of physiotherapy entries. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 4(3), 4.



Vaughan, S., Bate, T., & Round, J. (2012). Must we get it wrong again? A simple intervention to reduce medical error. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 2(3), 104-108.

Patnaik, S. K., Singh, M. M., & Sridhar, B. (2017). Medical audit of documentation of inpatient medical record in a multispecialty hospital in India. *International Journal of Research Foundation of Hospital and Healthcare Administration*, 5(2), 77-83.

Abstract

Introduction and purpose: documentation is a vital tool to establish communication between members of the treatment team. Most of the decisions, actions and revisions related to the care and treatment of the patient are based on the documentation of the treatment team members. Inserting the correct information in the medical record in the healthcare system is one of the most important and efficient tools in medical research.

Objectives: To identify and determine the correlation between factors affecting the lack of correct data recording in the medical records of patients admitted to Bahrami Children's Hospital in the period of 2019.

Results: In total, 25.2% of medical documents had errors, 1.2% of errors were caused by equipment, 23.9% were caused by human factors, and 0% were caused by infrastructural factors. Out of 11,788 errors, the share of doctors was 43.5%, nurses 17.1%, secretaries 31.5% and receptionists 2.5%. The occurrence of doctor's error regarding admission and discharge summary was 1.6 more and significant than other personnel ($P=0.03$), the occurrence of physician's error regarding case summary was 1.7 more than other personnel and It was significant ($P=0.01$), the occurrence of doctor's error in taking medical history was 2.5 more than other personnel and it was significant ($P=0.001$), the occurrence of doctor's error in taking doctor's orders compared to other personnel. 2.8 personnel were more and significant on cloud ($P=0.001$), the occurrence of nurse error in the nursing report than other personnel was 2.7 more and significant on cloud ($P=0.001$), the occurrence of nurse error In the post-operative period, it was 1.7 more and significant ($P=0.04$), and in the rest of the periods, the occurrence of error was not significantly related to the human factor.

Conclusion: Based on the findings of the present study, the quality status of compliance with medical documentation standards in Bahrami Children's Hospital in 2019 according to the instructions of the Ministry of Health is acceptable.

Keywords: Audit, Medical File, Error Factors