

بررسی وضعیت ثبت داده های پرونده های بخش زنان و زایمان (آنالیز کمی داده های بخش زنان و زایمان)

اسماعیل مهرآیین^۱، دکترپوران رئیسی^{۲*}، زبیده امیدکهن شوری^۳، پروین احمدی^۴، سپیده جانی ایرندگان^۳، سمانه سراوانی^۵

^۱ دانشجوی دکترای مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۳ کارشناس فن آوری اطلاعات سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل
^۴ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
^۵ دانشجوی کارشناسی ارشد فن آوری اطلاعات سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
■ نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر پوران رئیسی raeissi2009@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: ثبت اطلاعات سلامت در پرونده بیمارستانی نشان دهنده فعالیت های تیم مراقبتی می باشد. ثبت صحیح، کامل و به موقع اطلاعات بیماران می تواند نقشی اساسی در بهبود فعالیت های آموزشی، درمانی، تحقیقاتی، قانونی و آماری ایفاء نماید. هدف مطالعه حاضر بررسی وضعیت ثبت داده های پرونده های پزشکی بیماران بخش زنان و زایمان (زایمان طبیعی) در سال ۱۳۹۲ در بیمارستان امیرالمومنین (ع) شهرستان زابل بود.

مواد و روش ها: به منظور نیل به اهداف این پژوهش، یک مطالعه توصیفی - مقطعی گذشته نگر بر روی ۴۰۰ پرونده پزشکی (موارد زایمان طبیعی) بخش زنان و زایمان بیمارستان امیرالمومنین زابل انجام گردید. نمونه ها به روش نمونه گیری تصادفی ساده از میان پرونده های سال ۱۳۹۱ انتخاب گردیدند. داده مورد نیاز توسط چک لیست پژوهشگر ساخته که براساس اقلام برگه های اختصاصی پرونده زایمان طبیعی طراحی شده بود جمع آوری گردید. روایی محتوا و ساختار چک لیست توسط ۲ نفر از اساتید و صاحب نظران مورد بررسی و ویرایش قرار گرفت. پایایی ابزار مورد نظر نیز با استفاده از آزمون همبستگی درونی آلفای کرونباخ (۰/۸۳) تعیین شد. تجزیه و تحلیل داده ها توسط شاخص های آمار توصیفی و نرم افزار آماری SPSS انجام گردید.

یافته ها: یافته های این مطالعه نشان داد که بیشترین میزان ثبت آیتم ها مربوط به برگه زایمان (۲) (۶۷ درصد) و کمترین میزان ثبت آیتم ها مربوط به برگه معاینات بدنی نوزاد (۷/۳ درصد) می باشد. میزان تکمیل بودن برگه های دیگر از جمله مراقبت های قبل از زایمان (۶۴/۴۵ درصد)، برگه زایمان (۱) (۵۶/۷۸ درصد)، برگه فرم پارتوگراف (۴۱/۶ درصد)، برگه مشاهدات قبل از زایمان (۴۰/۵۴ درصد)، برگه اقدامات مامایی و تولد نوزاد (۲۴/۸ درصد) بود.

نتیجه گیری: فرایند ثبت داده ها و اطلاعات پرونده های بخش زنان و زایمان توسط گروه درمانی، که به عنوان اصلی ترین گروه ارائه کننده مراقبت های بهداشتی درمانی انجام وظیفه می نمایند به طور ناقص انجام می شود.

کلمات کلیدی: مستند سازی، پرونده های پزشکی، بخش زنان و زایمان، بیمار.

مقدمه

هزینه ایفا می کند (Rabee, 2001). این بخش مسئولیت جمع آوری، پردازش، حفظ و نگهداری پرونده های پزشکی بیماران را به

می‌تواند منبع اصلی اطلاعات جهت مراقبت بیمار، بررسی های کیفی، آموزش، تحقیقات و برنامه ریزی های مدیریتی باشد (Sadaghiani, 1998). همچنین تمرکز اطلاعات در پرونده و بررسی وضعیت ثبت داده‌ها نیز موجب بالا رفتن کیفیت مراقبت می‌گردد (Hammond, 2003). ارزیابی، جزء جدا نشدنی هر فعالیت است، زیرا با استفاده از اطلاعات قابل اندازه گیری فعالیت های اجرایی بهبود می‌یابد و به شناخت نقاط قوت و ضعف خدمات ارائه شده کمک می‌نماید (Sadaghian, 2005). به همین دلیل در هر نظامی، امکانات لازم جهت نظارت و ارزیابی صحیح باید وجود داشته باشد (Vatankhah, 2003). در حقیقت بخش مدیریت اطلاعات سلامت مسئول کنترل محتویات پرونده پزشکی به منظور اطمینان از کامل بودن، کافی بودن و درست بودن داده‌ها می‌باشد (Mogli, 2001).

با توجه به اهمیت بخش مدیریت اطلاعات سلامت در کارایی، ارزیابی و اعتلای کمی و کیفی فعالیت های بهداشتی و درمانی بیمارستان ها، باید در اصلاح این بخش نهایت سعی و کوشش را به عمل آورد (Ahmadi, 2007). این بخش با ارائه خدمات متعدد به بیمار، پزشک، مدیریت بیمارستان و پژوهشگران، نقش مهمی در ارتقای سطح مراقبت های بهداشتی و درمانی ایفا می‌کند (Huffman, 2007). پرونده های بیمارستانی علاوه بر اینکه در موارد قانونی و تشخیص قصور و خطاهای کادر پزشکی می‌توانند مورد استناد قرار گیرند، به عنوان مهم ترین منابع جمع آوری اطلاعات بیماران در تحقیقات کمی و کیفی می‌توانند حاوی اطلاعات مفیدی برای محققین علوم پزشکی باشند. به طوریکه در بسیاری از بیماری ها اطلاعات دقیق تشخیص بیماری صرفاً بر اساس پرونده های بیمارستانی قابل اکتساب است و پرسش از بیماران در خصوص نوع بیماری خیلی کمک کننده نخواهد بود (Bergmann, et al., 1998).

با توجه به مطالب فوق ثبت دقیق پرونده های بیمارستانی اهمیت زیادی داشته و از آنجایی که مستندسازی در بخش مدیریت اطلاعات سلامت توسط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، پزشکان، پرستاران و متخصصین درمان به عنوان فعالیت ثانویه ارائه مراقبت بیماران محسوب می‌شود، بنابراین ممکن است مستندسازی همیشه صحیح، کامل، ضروری و مورد پسند نباشد (Abbassi and Tavakoli, 2011). باید توجه کرد که ثبت ناقص ممکن است موجب کسورات بیمه‌ای و تبعات مالی نیز گردد که در مطالعات مختلفی به آن استناد شده است (Tavakoli, et al., 2006).

اگر داده‌های هویتی ناقص باشد، احتمال دارد اوراق

عهده دارد (Raeisi and A, 2008)، مراقبت بیمار را در خود مستند می‌کند و یکی از عناصر مهمی است که در کیفیت مراقبت نقش دارد. از سوی دیگر به عنوان اولین وسیله جهت ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه شده توسط مؤسسات مراقبتی به حساب می‌آید (Manger, 2001). با توجه به اینکه پرونده پزشکی حاوی مطالب مهم و اساسی درباره مراقبت از بیمار در یک مرکز بهداشتی و درمانی است باید شامل اطلاعات کافی برای شناسایی بیمار و توجیهی برای تشخیص، درمان و ثبت نتایج درمان باشد (Ahmadi, et al., 2004).

امروزه با توسعه فناوری و استفاده از سیستم های کامپیوتری برای ثبت داده های بیماران بررسی و ارزیابی این سیستم ها برای بررسی وضعیت ثبت داده‌ها امری ضروری است. یکی از اهداف مهم ارزیابی نرم افزارهای سیستم اطلاعات کامپیوتری ارتقای روز افزون این دسته نرم افزارها براساس معیارهای وزارت بهداشت می باشد که بطور پیوسته بر اساس نیازهای جاری تدوین گردیده و به شرکت ها و دانشگاه های توسعه دهنده ابلاغ می گردد (Mehraeen, et al., 2013). ارزیابی جزء لاینفک هر فعالیت است، زیرا با استفاده از اطلاعات قابل اندازه گیری، فعالیت های اجرایی بهبود می‌یابد و به شناخت نقاط قوت و ضعف خدمات ارایه شده کمک می‌نماید. به همین دلیل در هر نظامی، امکانات لازم جهت نظارت و ارزیابی عملکرد در مؤسسات مراقبت بهداشتی درمانی شکل گرفته است (Abbassi and Tavakoli, 2011).

با توجه به اینکه آنالیز کمی و بررسی ثبت داده‌ها در بخش مدیریت اطلاعات سلامت توسط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، پزشکان، پرستاران و متخصصین درمان به عنوان فعالیت ثانویه ی ارائه مراقبت بیماران محسوب می‌شود بنابراین، ممکن است مستند سازی همیشه صحیح، کامل، ضروری و مورد پسند نباشد. داشتن اطلاعات و دسترسی به موقع به آن در نظام بهداشت و درمان، مایه پیشرفت و بقای سازمانی و بزرگترین عامل موفقیت است. پرونده بیمار اعم از پرونده دستی یا کامپیوتری، محل تمرکز و مخزن اطلاعات بهداشتی و درمانی است و باید تمام مراحل مراقبت بیمار را به خوبی توصیف و معرفی نماید (Moradi, 2003). از سوی دیگر به عنوان اولین وسیله جهت ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه شده توسط مؤسسات مراقبتی به حساب می‌آید. از این رو باید شامل اطلاعات کافی برای شناسایی بیمار و توجیهی برای تشخیص، درمان و ثبت نتایج درمان باشد (Abbassi and Tavakoli, 2011).

بخش مدیریت اطلاعات سلامت با داشتن پرونده های بالینی

نظران فناوری اطلاعات سلامت مورد بررسی و ویرایش قرار گرفت. پایایی ابزار مورد نظر نیز با استفاده از آزمون همبستگی درونی آلفای کرونباخ (۰/۸۳) تعیین شد. این چک لیست شامل ۸ قسمت بود: قسمت اول مربوط به مشخصات دموگرافیک (شامل نام و نام خانوادگی بیمار، نام بخش مربوطه، نام پزشک و شماره پرونده)، قسمت دوم مربوط به برگ زایمان (۱) با ۳۷ آیتم، قسمت سوم مربوط به برگ زایمان (۲) با ۴۳ آیتم، قسمت چهارم مربوط به برگ معاینات بدنی نوزاد با ۳۶ آیتم، قسمت پنجم مربوط به برگ مشاهدات قبل از زایمان با ۳۳ آیتم، قسمت ششم مربوط به برگ مراقبت های قبل از زایمان با ۲۷ آیتم، قسمت هفتم مربوط به برگ معاینات مامایی و تولد نوزاد با ۵۳ آیتم و قسمت هشتم مربوط به برگ فرم پارتو گراف با ۲۸ آیتم.

یافته ها

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که در برگه زایمان (۱) ۶۶/۹۸ درصد آیتم ها ثبت شده بودند و بیشترین آیتم ثبت شده مربوط به آیتم های "نام خانوادگی" و "نام" (۹۸ درصد) و کمترین آیتم ثبت شده و آیتم "شغل" (۰/۸ درصد) بودند. در برگه زایمان (۲) از لحاظ کمی ۵۶/۷۷ درصد آیتم ها ثبت شده بودند. نتایج این پژوهش نشان داد که بیشترین آیتم ثبت شده مربوط به آیتم "نام و امضاء مسئول زایمان" (۳۹۷ مورد، ۹۹/۳ درصد) و کمترین آیتم ثبت شده مربوط به آیتم "اثر انگشت دست راست مادر" (صفر درصد) بود (جدول ۱). در برگه مشاهدات قبل از زایمان یافته ها نشان داد که ۴۰/۶۴ درصد آیتم ها ثبت شده بودند. بیشترین آیتم ثبت شده در این برگه مربوط به آیتم های "نام خانوادگی" و "نام" (۹۸/۵ درصد) و کمترین آیتم ثبت شده مربوط به آیتم های "سن شوهر"، "محل زایمان"، "وزن"، "جنس"، "نتیجه"، "نوع زایمان"، "تاریخ زایمان"، "مدت حاملگی"، "سال" و "نتیجه آزمایشگاه" با صفر درصد.

در برگه معاینات بدنی نوزاد ۷/۳ درصد از آیتم ها ثبت شده بودند و بیشترین آیتم ثبت شده برگه معاینات بدنی نوزاد مربوط به آیتم های "پزشک معالج" و "تاریخ پذیرش" (۲۳ درصد) و کمترین آیتم های ثبت شده در این برگه مربوط به آیتم های "تخت"، "یرقان در زمان تولد"، "سن حاملگی"، "جدول معاینات"، "نظرات زمان پذیرش"، "نظرات و تشخیص هنگام ترخیص" و "تاریخ" با صفر درصد (جدول ۲). در کل بیشترین درصد ثبت آیتم ها مربوط به برگه زایمان (۱) (۶۶/۹۸ درصد) و کمترین ثبت آیتم ها مربوط به برگه معاینات بدنی نوزاد (۷/۳ درصد) بود. برای بقیه برگه ها در صد میزان تکمیل بقرار زیر بود:

پرونده های با پرونده ی دیگری اشتباه شود. بدون آنالیز و بررسی وضعیت ثبت داده ها به سختی می توان ثابت کرد که خدمات ارائه شده به بیمار، قابل قبول یا مورد لزوم بوده است یا خیر. بی توجهی به امر آنالیز کمی داده ها پیامدهای بسیاری به دنبال خواهد داشت و بیمار اولین فردی است که این پیامدها متوجه او خواهد شد زیرا در مراجعات بعدی به بیمارستان، تیم درمان به مستندات معتبری از درمان های انجام شده قبلی و نتایج آنها نیاز دارند که اگر پرونده ناقص باشد، منجر به آزمایش های تکراری، تصمیم گیری نامناسب درمانی و صرف هزینه های اضافی خواهد شد (Mogli, 2001).

هدف از آنالیز کمی و بررسی وضعیت ثبت داده های پرونده پزشکی ایجاد مدارک پزشکی کامل، دقیق و به روز می باشد. بررسی های کمی، مرور مستندات پرونده های پزشکی جهت کمک به کادر درمان، برای اصلاح امر مستند سازی پرونده ها و کمک به پژوهش است. این بررسی داده ها باعث تکمیل مدارک پزشکی به وسیله پرسنل مراقبت درمانی و بهبود در مستندسازی می گردد. با توجه به اهمیت این مسئله، پژوهش حاضر به بررسی وضعیت ثبت داده ها و اطلاعات پرونده های بخش زنان و زایمان در بیمارستان امیرالمؤمنین زابل و ارائه راهکارهای مناسب جهت رفع نواقص موجود به مسئولین پرداخته است.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی بود که بصورت گذشته نگر در بیمارستان امیرالمؤمنین شهرستان زابل انجام گردید. جامعه پژوهش را کلیه ی پرونده های پزشکی موجود در بخش زنان و زایمان (زایمان طبیعی) بیمارستان مورد مطالعه در سال ۱۳۹۲، تشکیل می داد. جهت انجام این مطالعه ۴۰۰ پرونده به روش تصادفی ساده انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. به این ترتیب که پژوهشگر از طریق واحد آمار بیمارستان امیرالمؤمنین زابل، کلیه ی شماره پرونده های مربوط به زایمان طبیعی در سال ۹۲ را جدا و به بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان مراجعه و با توجه به زیاد بودن پرونده ها، طبق فرمول $n = \frac{pqz^2}{d^2}$ با اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۵ درصد به تعداد ۳۸۰ مورد محاسبه و در نهایت ۴۰۰ پرونده زایمان طبیعی مورد بررسی قرار گرفت.

پژوهشگران با مطالعه اطلاعات اوراق استاندارد معاونت پژوهشی وزارت بهداشت اقدام به تهیه چک لیست نمودند. روایی محتوا و ساختار چک لیست توسط ۲ نفر از اساتید و صاحب

بیمارستان‌های آموزشی تهران در تهران در سال ۱۳۸۸ نشان داد که ۲۸/۸ درصد از اقلام اطلاعاتی برگه مراقبت قبل از عمل در بیمارستان عمومی ثبت شده بودند و این میزان در بیمارستان تخصصی ۴۲/۶ درصد بود (Sharifian and Ghazisaeedi, 2008).

در رابطه با آیتم کادر تکمیل کننده یافته های مطالعه حاضر نشان داد که که میزان ثبت آیتم ها به ترتیب با صفر درصد مربوط به متخصصان زنان و زایمان، ۷/۳ درصد مربوط به متخصصان اطفال و ۳۵/۸ درصد مربوط به کادر مامایی بودند. این درصدها خود گویای تفاوت در توجه افراد مختلف کادر درمان به بحث مستندسازی اطلاعات بیماران می باشد. متأسفانه در بیمارستان مورد بررسی میزان تکمیل مستندات توسط کادر متخصص کمتر از کادر مامایی بود. در مطالعه مشابهی که تحت عنوان "بررسی ثبت اطلاعات در پرونده بیماران اورژانس بیمارستان های شهر کاشان" انجام شد یافته ها نشان داد که میزان آیتم های ثبت شده توسط کادر پرستاری ۱۱ درصد، کادر پزشکی ۱۷ درصد، کادر پذیرش نیز ۱۷ درصد بودند (Rangrazjeddi, et al., 2004). در پژوهش دیگری که تحت عنوان "بررسی میزان ثبت اطلاعات بیمارستان اورژانس" انجام شده میزان آیتم های تکمیل شده توسط کادر پرستاری بیشترین مقدار عدم ثبت ۶۳ درصد و کمترین مقدار ۲۷ درصد گزارش شده است (Asadi and Mirzaee, 1997).

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که از لحاظ میزان تکمیل بودن آیتم های مربوط به برگه های پرونده بخش زنان و زایمان (زایمان طبیعی)، ، بیشترین میزان ثبت (۶۶/۹۸ درصد) مربوط به برگه زایمان (۱) و کمترین میزان ثبت (۷/۳ درصد) مربوط به برگه معاینات بدنی نوزاد بود. در این مطالعه میزان ثبت آیتم ها در برگه های زایمانی از بیشترین به کمترین عبارت بود از: برگه زایمان (۱) ۶۶/۹۸ درصد، برگه مراقبت های قبل از زایمان ۶۴/۴۵ درصد، برگه زایمان (۲) ۵۶/۷۷ درصد، برگه فرم پارتوگراف ۴۱/۶ درصد، برگه مشاهدات قبل از زایمان ۴۰/۵۴ درصد، برگه اقدامات مامایی و تولد نوزاد ۲۴/۸۵ درصد و برگه معاینات بدنی نوزاد ۷/۳ درصد. با توجه به این یافته ها می توان گفت که آیتم های مربوط به برگه های خود نوزاد کمتر از آیتم های مربوط به برگه های مادران تکمیل می گردد و این امر می تواند یک خطر جدی در از دست رفتن اطلاعات مربوط به نوزادان تازه متولد شده شود. تا زمانی که اطلاعات سلامت نوزادان ثبت نگردد ارتباط بین داده های تولد و مشکلات احتمالی قبل یا حین تولد با داده های بعدی نوزادان امکانپذیر نخواهد بود. همچنانکه در مطالعات مشابه نیز به این مورد اشاره

برگه مراقبت های قبل از زایمان (۶۴/۴۵ درصد)، برگه زایمان (۲) ۵۶/۷۸ درصد، برگه فرم پارتوگراف (۴۱/۶ درصد)، برگه مشاهدات قبل از زایمان (۴۰/۵۴ درصد)، ، برگه اقدامات مامایی و تولد نوزاد (۲۴/۸ درصد) (جدول ۳).

بحث

نتایج حاصل از بررسی وضعیت ثبت اوراق پرونده بر اساس محورهای مورد نظر مستندسازی نشان داد که ۴۲/۲۲ درصد آیتم ها ثبت شده بودند که این نتیجه نشاندهنده ضعف در مستندسازی است طوری که بیش از نیمی از آیتم های اوراق مورد بررسی ثبت نشده بودند. با توجه به اینکه عدم ثبت داده های مورد نیاز در پرونده بیماران باعث مشکلاتی در ادامه درمان بیماران می گردد لذا باید به این مهم توجه کافی شود. یافته های مطالعه حاضر با یافته های مطالعه ارزشمندی که تحت عنوان "تأثیر آموزش بر میزان تکمیل بودن پرونده های پزشکی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهرستان بجنورد" انجام شد هم خوانی ندارد (Arzamani, et al., 2009).

یافته های این پژوهش نشان داد که آیتم های مربوط به نام و امضای مسئول برای ۷۵/۸۵ درصد از پرونده های مورد بررسی پر شده بود. وجود نام و امضای مستند ساز بر روی برگه های پرونده یکی از مهمترین مواردی است که می توان در صورت ناقص بودن و یا اشتباه در ثبتیات، پرونده را به مستندساز مربوطه جهت رفع اشکالات ارجاع داد. در پژوهشی که تحت عنوان "بررسی وضعیت ثبت اطلاعات در پرونده های بیمارستان آموزش دانشگاه علوم پزشکی همدان" انجام شد در برگه های مراقبت پرستاری برای اکثر پرونده ها مهر و امضا ثبت شده بود و همچنین در برگه مشاوره ۸۳ درصد آیتم ها از قبیل ساعت درخواست و تاریخ ثبت شده بود. همینطور برای ۸۲ درصد موارد مهر و امضا پزشک مشاور درج شده بود که نشان دهنده این است که پرونده ها در همدان نیز مانند زابل با درصدهای مشابه ثبت شده بودند (Seyf Rabiei, et al., 2009).

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که برای مشاهدات و مراقبت های قبل از زایمان به ترتیب ۴۰/۶۴ درصد و ۶۴/۵۵ درصد آیتم ها و در برگه علائم حیاتی مادر ۳۶/۸۵ درصد آیتم ها ثبت شده بود. کنترل علائم حیاتی مادر در بخش زنان زایمان تا اونجایی مهم است که بی توجهی به این قسمت و عدم تکمیل تمام قسمت های این برگه می تواند بر روی نوزاد نیز تأثیر بگذارد. تمام عملیاتی که برای افراد در بخش های زایمان انجام می گیرد باید مستند شود. مطالعه شریفیان در

شده که یکی از ابزارهای مهم جهت کسب تجربه در علم طب ثبت داده های مراقبتی است و ثبت این یادداشت ها نقش اصلی در پیگیری و مراقبت از افراد داشته و رابط بین پزشک و سایر گروه هایی است که در امر درمان و مراقبت بیمار سهیم هستند (Seyf Rabiei, et al., 2009)

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش های مشابه، نتیجه گیری می شود که فرایند مستند سازی پرونده های پزشکی در بسیاری از بیمارستان های کشور و خصوصاً بیمارستان مورد مطالعه، به طور ناقص انجام می شود که این امر منجر به از دست رفتن اطلاعات بیماران بخش زنان و زایمان می شود و نیز می تواند اثرات سوء بر فرایند درمانی بیماران داشته باشد. بنابراین، توجه بیشتر مسئولین، پزشکان، کادر درمان و کارشناسان بخش مدیریت اطلاعات سلامت به این امر ضروری به نظر می رسد. در پایان با توجه به یافته های پژوهش و در جهت بهبود مستند سازی توسط ارائه دهندگان مراقبت سلامت پیشنهاداتی ارائه می گردد که امید است این پیشنهادات راه گشای مشکلات مربوط به ثبت اطلاعات پرونده های بیماران در بیمارستان های کشور و خصوصاً شهر زابل باشد:

- آموزش لازم برای رعایت اصول صحیح تشخیص نویسی و مستندسازی پرونده های بیماران توسط پزشکان از طریق برگزاری کارگاه های آموزشی
- توجه مستندسازان در رابطه با مزایای تکمیل بودن اطلاعات پرونده های بیماران
- احساس مسؤولیت و توجه بیشتر ارائه دهندگان مراقبت سلامت به ثبت کامل پرونده ها
- ایجاد و تقویت دستورالعمل های اجرایی واضح در رابطه با نحوه ی تکمیل پرونده ی پزشکی توسط کادر درمانی
- ارزیابی اطلاعات ثبت شده توسط ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی - درمانی در پرونده ی بیماران به طور مستمر و دوره ای
- پیگیری تکمیل پرونده ها و نواقص آن ها بر اساس قوانین و ضوابط اداری
- ارزیابی تکمیل پرونده ها و استفاده از نتایج آن در ارتقای عملکرد کادر درمانی
- انجام تحقیقات بیشتر به منظور پی بردن به علت کوتاهی پزشکان در ثبت کامل و کافی اطلاعات
- تدوین دستورالعمل هایی جهت برخورد با مستندسازان احمال کار

جدول ۱: توزیع فراوانی آیتم های ثبت در برگه زایمان (۲)

ردیف	آیتم	ثبت شده		ثبت نشده		مجموع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	شماره پرونده و نام و نام خانوادگی	۳۷۴	۹۳/۵	۲۶	۶/۵	۴۰۰	۱۰۰
۲	نام پدر	۵۲	۱۳	۳۴۸	۸۷	۴۰۰	۱۰۰
۳	تاریخ تولد و سایر موارد*	۴۴	۱۱	۳۵۶	۸۹	۴۰۰	۱۰۰
۴	بخش	۷۴	۱۸/۵	۳۲۶	۸۱/۵	۴۰۰	۱۰۰
۵	اتاق	۱۰۷	۲۶/۸	۳۹۳	۷۳/۲	۴۰۰	۱۰۰
۶	تخت و درجه حرارت	۱۰	۲/۵	۳۹۰	۹۷/۵	۴۰۰	۱۰۰
۷	پزشک معالج و سایر موارد**	۳۴۴	۸۶	۵۶	۱۴	۴۰۰	۱۰۰
۸	تاریخ پذیرش و جنس نوزاد و آپگار	۳۶۲	۹۰/۵	۳۵۹	۹/۵	۴۰۰	۱۰۰
۹	نوع زایمان و سایر موارد***	۳۸۷	۹۶/۸	۳۵۳	۳/۲	۴۰۰	۱۰۰
۱۰	درجه پارگی پرینه	۱۱۵	۲۸/۸	۹۷	۲۴/۲	۴۰۰	۱۰۰
۱۱	پیزیاتومی ()	۳۰۳	۷۵/۸	۶۸	۱۷	۴۰۰	۱۰۰
۱۲	بند ناف	۳۳۲	۸۳	۶۸	۱۷	۴۰۰	۱۰۰
۱۳	وضعیت رحم و کیسه آب	۲۶۲	۶۵/۵	۱۳۸	۳۴/۵	۴۰۰	۱۰۰
۱۴	خونریزی	۱۸۴	۴۶	۲۱۶	۵۴	۴۰۰	۱۰۰
۱۵	بیهوشی و نبض	۳۲	۸	۳۶۶	۹۱/۵	۴۰۰	۱۰۰
۱۶	تنفس	۱۸	۴/۵	۳۸۲	۹۵/۵	۴۰۰	۱۰۰
۱۷	ناهنجاری	۱۴۰	۳۵	۲۶۰	۶۵	۴۰۰	۱۰۰
۱۸	دورسر	۳۷۶	۹۴	۲۴	۶	۴۰۰	۱۰۰
۱۹	اثر انگشت دست راست مادر	۰	۰	۳۹۷	۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰
۲۰	معاینات بعد از زایمان	۲۲۶	۵۶/۵	۱۷۴	۴۳/۵	۴۰۰	۱۰۰
۲۱	نام و امضاء مسئول زایمان	۳۹۷	۹۹/۳	۳	۰/۷	۴۰۰	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی آیتم های ثبت شده در برگه معاینات بدنی نوزاد

ردیف	آیتم	ثبت شده		ثبت نشده		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	شماره پرونده و نام و نام خانوادگی	۸۹	۲۲/۳	۳۱۱	۷۷/۷	۴۰۰	۱۰۰
۲	نام پدر	۴۸	۱۲	۳۵۲	۸۸	۴۰۰	۱۰۰
۳	تاریخ تولد	۳۴	۸/۵	۳۶۶	۹۱/۵	۴۰۰	۱۰۰
۴	بخش	۱۲	۳	۳۸۸	۹۷	۴۰۰	۱۰۰
۵	اتاق، نحوه زایمان مادر و آپگار	۴	۱	۳۹۶	۹۹	۴۰۰	۱۰۰
۶	تخت و سایر موارد*	۰	۰	۴۰۰	۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰
۷	پزشک معالج و تاریخ پذیرش	۹۱	۲۳	۳۰۹	۷۷	۴۰۰	۱۰۰
۸	وزن هنگام تولد و گروه خونی و RH	۷	۱/۸	۳۹۳	۹۸/۲	۴۰۰	۱۰۰
۹	دور سینه	۱۸	۴/۵	۳۸۲	۹۵/۵	۴۰۰	۱۰۰
۱۰	دور سر و قد	۸	۲	۳۹۲	۹۸	۴۰۰	۱۰۰
۱۱	نام پزشک	۵۴	۱۳/۵	۳۴۶	۸۶/۵	۴۰۰	۱۰۰
۱۲	امضاء پزشک	۷۲	۱۸	۳۲۸	۸۲	۴۰۰	۱۰۰

*برقان در زمان تولد و سن حاملگی و جدول معاینات، نظرات زمان پذیرش، نظرات و تشخیص هنگام ترخیص و تاریخ

جدول ۳: توزیع فراوانی آیتم های ثبت شده مربوط به میانگین تکمیل بودن برگه ها

ردیف	برگه ها	ثبت شده		ثبت نشده		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	برگه معاینات بدنی نوزاد	۲۹	۷/۳	۳۷۱	۹۲/۷	۴۰۰	۱۰۰
۲	برگه اقدامات مامایی و تولد نوزاد	۹۹	۲۴/۸۵	۳۰۱	۷۵/۱۵	۴۰۰	۱۰۰
۳	برگه فرم پارتوگراف	۱۶۶	۴۱/۶	۲۳۴	۵۸/۴	۴۰۰	۱۰۰
۴	برگه مراقبت های قبل از زایمان	۲۵۷	۶۴/۴۵	۱۴۳	۳۵/۴۵	۴۰۰	۱۰۰
۵	برگه مشاهدات قبل از زایمان	۱۶۲	۴۰/۶۴	۲۳۸	۵۹/۳۶	۴۰۰	۱۰۰
۶	برگه زایمان (۱)	۲۶۸	۶۶/۹۸	۱۳۲	۳۳/۰۲	۴۰۰	۱۰۰
۷	برگه زایمان (۲)	۲۲۷	۵۶/۷۷	۱۷۳	۴۳/۲۳	۴۰۰	۱۰۰

REFERENCES

- Abbassi S and Tavakoli N (2011) [Quantitative analysis of medical record of patients admitted in the gharazi hospital]. Health Information Management. 8 (1) 50-60. (Persian)
- Ahmadi M (2007) [Deployment of quality management principles and concepts pervasive in the medical record Hospitals University of Medical Sciences-Year 2005]. Quarterly Health Management Research. 10 (29) 25-30. (Persian)
- Ahmadi M, Asadi F, Jalalifard B and Sadoughi F (2004) [Health Information Management (managing a strategic resource)]. edition. Tehran, Persian)
- Arzamani M, DolatAbadi T and Hashemi M (2009) [Effect of education in completed rate of medical records at the hospitals Bojnord University of medical sciences in 2005]. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 3 (1) 15-21. (Persian)
- Asadi F and Mirzaee M (1997) [Study of information recording rate of emergency room patients]. Journal of Hospital. 6 (2) 3-5. (Persian)
- Bergmann M M, Byers T, Freedman D S and Mokdad A (1998) Validity of self-reported diagnoses leading to hospitalization: a comparison of self-reports with hospital records in a prospective study of American adults. American journal of epidemiology. 147 (10) 969-77.
- Huffman E K (2007) Health Information Management. edition. Bewyn, Physicians' Record Company.(
- Manger B J H (2001) Documentation requirements in non-acute care facilities & organizations. edition. New York ; London, Parthenon Publishing Group.(
- Mehraeen E, Ahmadi M, Shajarat M and Khoshgam M (2013) [Assessment of hospital information system in selected hospitals in tehran]. Payavard Salamat. 6 (6) 458-466. (Persian)
- Moradi G (2003) [New aspects of health information management]. edition. Persian)
- Rabee R (2001). [Performance assessment section of medical record hospitals – specialized medical university and health services Iran] Tehran: Iran university of medical sciences. (Persian)
- Raeisi P and A p m (2008). [Study of medical record performance in section of medical record] Zabul: Zabul University of Medical Sciences and Health Services. (Persian)
- Rangrazjeddi F, Farzandi pour M and Mousavi G (2004) [Completion rate of information in emergency record in kashan hospitals]. Journal of Kashan University of Medical Sciences. 8 (3) 36-44. (Persian)
- Sadaghian A (2005) [Evaluate Health Care and Hospital Standards]. edition. Tehran, Jafari publication.(Persian)
- Sadaghiani E (1998) [Organization and Hospital Management]. edition. Tehran, Electronic Publishing and information Jahanrayanei.(Persian)
- Seyf Rabiei M, Sedighi I, Mazdeh M, Dadras F, Shokouhi Solgi M and Moradi A (2009) [Study of hospital records registration in teaching hospitals of Hamadan University of Medical Sciences in 2009]. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services. 16 (2) 45-49. (Persian)
- Sharifian R and Ghazisaeeedi M (2008) Information registration in surgical special sheets for discharge patients in Tehran University of Medical Sciences Teaching Hospitals , 2005. Payavard Salamat. 2 (1) 31-39. (Persian)
- Tavakoli N, Saghaeean Nejad S, Rezayatmand M, Moshaveree M and Ghaderee I (2006) [Hospital records documentation and medical insurance cuts]. Health Information Management. 3 (2) 53-61. (Persian)
- Vatankhah S (2003). [Attitude of managers to treatment of social problems in some health care insurance] Tehran University of Medical Sciences. (Persian)

Review of Medical Records Documentation in Obstetrics and Gynecology Ward (Data Quantitative Analysis on Obstetrics and Gynecology Ward)

Mehraeen E ¹, Raeissi P^{2*}, Omid Kohan Shoori Z³, Ahmadi P⁴, Jani Iranadgan S ³, Saravani S ⁵

¹ Ph.D Student of Health Information Management, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.

² Associate Professor of Health Care Management, Department of health services management School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran,.

³ BS in Health Information Technology, School of Public Health, Zabol University of Medical Science, Zabol, Iran.

⁴ MSc in Epidemiology, School of Public Health, Zabol University of Medical Science, Zabol, Iran.

⁵ Graduate Student of Health Information Technology, Faculty of Management and Information Science, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

■ Corresponding author: raeissi 2009@yahoo.com

Abstract

Background and aim : Nursing process is a deliberate problem solving approach for meeting people's health care needs .Using nursing process helps to improve the quality of patient care. The aim of this study was to determine the effect of nursing process implementation on quality of nursing care of patients hospitalized in surgical wards at Shahid Beheshti hospital in Yasuj city in 2012.

Method and Material: This was a quasi- experimental study with befor-after design. The sample of the consisted of 48 nurses working in surgical wards of teaching hospitals affiliated to Yasoj Medical University. The samples were selected by using purposive sampling. The nursing care quality was evaluated by using the quality patient care scale (Qual PacS) checklist, that its validity were determined by face and content validity and its reliability was determined by using inter-observer (ICC=0.86) . Initially the nursing care quality was evaluated. Nurses participated in an educational program on nursing process and its implementation. After one month the quality of nursing care was assessed again. Data were analyzed by SPSS 16 software and using paired t-test.

Results: This study showed a significant difference between the quality of nursing care in meeting psychosocial needs (p=0.031) communication needs (p=0.012), physical aspects of care (p=0.047) and the overall quality of nursing care (p=0.001) before and after implementation of nursing process.

Conclusions: The results of this study showed that nursing process implementation can improve the quality of nursing care of patients in surgical wards.

Keywords: Quality of nursing care, Nursing care, Nursing process.