

مقاله اصیل

کیفیت مستند سازی فرم های ماموریت اورژانس پیش بیمارستانی؛ یک مطالعه مقطعی

سلمان یداللهی*

۱. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

*نویسنده مسئول: سلمان یداللهی؛ استان چهارمحال و بختیاری، شهرستان شهرکرد، مرکز اورژانس پیش بیمارستانی. تلفن: ۰۹۱۳۹۸۲۳۷۶۰ ایمیل: salmanyadollahi59@gmail.com

تاریخ دریافت: اسفند ۱۳۹۶

تاریخ پذیرش: اردیبهشت ۱۳۹۷

خلاصه:

مقدمه: بخش اورژانس به عنوان یکی از مهمترین بخش های بیمارستان، وظیفه فراهم نمودن مراقبتهای درمانی فوری جهت کاستن مرگ و میر و معلولیت در بیماران را عهده دار می باشد. دستیابی به این امر با مدیریت و ارزیابی فعالیت های اورژانس از طریق مستند سازی کامل، دقیق و به موقع اطلاعات بر اساس اصول استاندارد میسر می باشد. لذا این پژوهش با هدف تعیین میزان رعایت استانداردهای مستند سازی در فرم های ماموریت بیماران در اورژانس پیش بیمارستانی طراحی شده تا با بررسی میزان فرم های ماموریت بتوان به مشکلات موجود پی برد و جهت رفع آنها اقدام به برنامه ریزی نمود. **روش کار:** این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۳۹۶ بر روی فرم های ماموریت پیش بیمارستانی صورت گرفت. جهت جمع آوری اطلاعات از چک لیستی که شامل ۲۴ سوال در دو بخش بود، استفاده شد. بخش اول شامل ۱۱ سوال جهت تعیین میزان رعایت استانداردهای مستندسازی مشخصات بیماران و بخش دوم شامل ۱۴ سوال به منظور تعیین میزان رعایت استانداردهای مستندسازی در فرم های ماموریت بود. بر اساس سیستم تقسیم بندی و امتیازدهی لیکرت پاسخ هر گزینه شامل سفید (امتیاز یک)، ناخوانا (امتیاز دو)، ناقص (امتیاز سه) و کامل (امتیاز چهار) بود. بنابراین حداقل و حداکثر امتیاز قابل کسب در قسمت مستندسازی مشخصات بیماران (۱۱-۴۴) و در قسمت گزارشات ماموریت (۵۶-۱۴) تعیین گردید. در نهایت داده های مطالعه با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و با استفاده از آزمون های آماری مربع کای و دقیق فیشر جهت مقایسه داده های کیفی و $students\ t\text{-test}$ جهت مقایسه داده های کمی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** در این مطالعه ۲۵۰ فرم ماموریت پیش بیمارستانی مورد بررسی قرار گرفت. میانگین امتیاز کسب شده در قسمت بررسی کیفیت تکمیل دستورات پزشکی $22/4 \pm 15/0$ (حداقل ۱۵ و حداکثر ۳۴) بود. میانگین امتیاز کلی کسب شده برای مستندسازی گزارشات فرم های ماموریت برابر $32/0 \pm 4/8$ (حداقل ۲۸ و حداکثر ۴۶) بود. امتیاز کل فرم های ماموریت اورژانس ۱۱۵ به جهت رعایت استانداردهای مستندسازی $50/7 \pm 5/2$ (حداقل ۴۵ و حداکثر ۷۴) بود. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های مطالعه حاضر وضعیت و کیفیت رعایت استانداردهای مستندسازی فرم های ماموریت در واحد اورژانس ۱۱۵ مورد مطالعه در سطح مطلوبی قرار نداشت.

واژگان کلیدی: مستند سازی؛ طب اورژانس؛ اورژانس پیش بیمارستانی؛ مدیریت اطلاعات

مقدمه:

معلولیت می گردد. موفقیت این مجموعه بستگی به عوامل گوناگونی مانند توانایی افراد مسئول، کارکنان آموزش دیده، تجهیزات، هماهنگی و ارتباطات دارد. امروزه در سیستم مراقبت سلامت شهری عموماً اولین برخورد با بیماران بحرانی توسط اورژانس پیش بیمارستانی صورت گرفته و هرچه مراقبت این بحرانی توسط اورژانس پیش بیمارستانی صورت گرفته و هرچه مراقبت این بیماران در این مرحله صحیح تر، دقیق تر و سریعتر انجام شود مرگ و میر و معلولیت های ناشی از بیماری ها و حوادث کاهش یافته و اعتماد مردم به این سیستم افزایش می یابد (۳، ۴). در سالهای گذشته تالشهای زیادی در زمینه ی افزایش کیفیت و ایمنی خدمات

سرویس اورژانس پیش بیمارستانی بخش مهمی از سیستم ارائه خدمات بهداشتی است و نقش کلیدی در ارائه خدمات پیش بیمارستانی و انتقال بیماران به مراکز درمانی دارند. هدف از چنین خدمات پزشکی، فراهم کردن درمان مناسب، در محل و زمان صحیح، با استفاده از منابع در دسترس می باشد. مراقبتهای پیش بیمارستانی شامل مراقبتهایی است که از بالین بیمار آغاز گردیده و به اورژانس بیمارستان ختم میشود (۱، ۲). درستی عملکرد قسمتهای مختلف این سیستم منجر به اعزام سریع و به موقع آمبولانس بر بالین بیمار و پیشگیری از فوت و همچنین عدم ایجاد

جمع آوری اطلاعات

اطلاعات فردی شامل سن، جنس، علت تماس بیمار و همچنین شیفت کاری و اطلاعات اختصاصی شامل کیفیت مستندسازی اطلاعات در فرم های ماموریت بیماران در قسمت های گزارشات ماموریت، دستورات پزشکی و شرح حال و معاینات بالینی، با استفاده از چک لیستی که شامل ۲۵ سوال در دو بخش بود جمع آوری شدند. بخش اول شامل ۱۱ سوال و به منظور تعیین میزان رعایت استانداردهای مستندسازی مشخصات بیماران و بخش دوم شامل ۱۴ سوال و به منظور تعیین میزان رعایت استانداردهای مستند سازی در گزارشات ماموریت بود. بر اساس سیستم تقسیم بندی و امتیازدهی لیگرت پاسخ هر گزینه شامل سفید (امتیاز یک)، ناخوانا (امتیاز دو)، ناقص (امتیاز سه) و کامل (امتیاز چهار) بود. بر همین اساس حداقل و حداکثر امتیاز قابل کسب در قسمت مستندسازی صحیح مشخصات فردی ۱۲ تا ۴۴ و در قسمت گزارشات ماموریت ۱۴ تا ۵۶ تعیین گردید. به عبارتی حداکثر مجموع امتیاز ممکن قابل کسب از جهت رعایت استانداردهای مستندسازی ۱۰۰ و حداقل ۲۵ بود.

تجزیه و تحلیل آماری

داده های مطالعه با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد و آزمون های آماری مربع کای و دقیق فیشر جهت مقایسه بین داده های کیفی students t-test جهت مقایسه بین داده های کمی مورد استفاده قرار گرفت. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته ها:

در این مطالعه ۲۵۰ فرم ماموریت از بیماران منتقل شده به بیمارستان توسط اورژانس پیش بیمارستانی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. مشخصات عمومی بیماران شامل سن، جنس، شکایت اصلی و ساعت رسیدن به محل بیمار در تمامی فرم ها به ثبت رسیده بودند. نتایج حاصل از بررسی وضعیت کلی رعایت استانداردهای مستندسازی نشان داد، امتیاز کلی برابر $50/7 \pm 5/2$ (حداقل ۴۵ و حداکثر ۷۴ و بیشترین امتیاز قابل کسب ۱۰۰ بود). به طور کلی از ۲۵ مورد استاندارد بررسی شده، در ۱۷ مورد (۶۸ درصد) امتیاز کسب شده از جهت رعایت استانداردهای مستندسازی کمتر از ۵۰ درصد بود.

کیفیت مستند سازی مشخصات بیماران

جدول شماره یک، میزان مستند سازی مشخصات بیماران را به تفکیک ۱۱ مشخصه مورد بررسی نشان می دهد. طبق این جدول، دستورات پزشکی ساعت و تاریخ و کد پزشک در ۴۴/۵ درصد موارد ناقص بود. همچنین تعداد و ترتیب اوراق پرونده تنها در ۹۲ درصد موارد بر حسب مصوبات اسناد و مدارک پزشکی تنظیم شده بود. ثبت علایم حیاتی و تعیین سطح هوشیاری (جدول گلاسکو) در ۵۶/۴ درصد موارد ثبت شده بود. فواصل کنترل علایم حیاتی بر حسب وضعیت بیمار با ثبات هر ۱۵ دقیقه و بی ثبات هر ۵ دقیقه در ۴۴/۳ درصد موارد ناقص بود. مشخصات عمومی بیمار در ۶۸/۲ درصد موارد ثبت شده بود. اطلاعات خواسته شده در حوادث ترومایی و مشخص کردن آسیب بروی شکل آدمک در ۴۴/۴ درصد موارد ناقص بود. نتیجه ماموریت در ۸۶ درصد موارد ثبت شده بود. فرم براثت نامه تنها در ۶۰/۲ درصد موارد ثبت شده بود. شماره اوراق

درمانی توسط متولیان نظام سلامت در کشورهای مختلف جهان انجام گرفته است. در این بین، اعتباربخشی با برخورداری از مقبولیت جهانی روز افزون در بخش سلامت به عنوان یکی از معتبرترین مدل های ارزیابی عملکرد، ارتقا کیفیت، و امنیت سیستم های بهداشتی درمانی مطرح می باشد (۵). از آنجا که فرم ماموریت بیماران به عنوان سند اطلاعات بیماران در خصوص خدمات درمانی ارائه شده می باشند، یکی از گام های موثر در زمینه افزایش کیفیت وایمنی خدمات درمانی و مدیریت بهینه اورژانس ۱۱۵، ایجاد سیستم های دقیق مستند سازی اطلاعات می باشد (۱). متأسفانه در ایران نتایج تحقیقات انجام گرفته در زمینه ارزشیابی بخش های اورژانس بیمارستان ها نشان داده است که نه تنها در اکثر پرونده ها استانداردهای مستندسازی مورد توجه قرار نمی گیرد، بلکه بسیاری از خدمات ارائه شده به بیمار در پرونده ها حتی به ثبت هم نمی رسد و این امر علاوه بر خسارت مالی به بیمارستان، بخش اورژانس را از یک واحد آموزشی استاندارد دور می سازد (۱، ۵، ۶). بر این اساس ضروری است که مدیران و کادر آموزشی به اتفاق یکدیگر برنامه ریزی مناسب جهت مستندسازی کلیه خدمات را مطابق استانداردهای موجود انجام دهند (۷). یک مطالعه در این زمینه در ایران حداکثر و حداقل میزان مستندسازی اطلاعات در پرونده ها را به ترتیب ۷۷ و ۴۵ درصد برآورد کرده است در حالی که مطالعات دیگر این مقادیر را چیزی حدود ۹۸/۱ و ۸۳/۳ درصد گزارش کرده اند (۸). در سایر مطالعات نیز به نقص مستندسازی پرونده های پزشکی توسط ارائه دهندگان مراقبتهای بهداشتی اذعان شده است (۹، ۱۰). لذا این پژوهش با هدف تعیین میزان رعایت استاندارد های مستندسازی فرم های ماموریت اورژانس ۱۱۵ طراحی شده تا با بررسی میزان نقص پرونده ها بتوان به مشکلات موجود پی برد و جهت رفع آنها اقدام نمود.

روش انجام پژوهش:

طراحی مطالعه

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۶ در مرکز فوریتهای پزشکی شهرستان شهرکرد به انجام رسید. مطالعه حاضر به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد رسید و مجریان طرح متعهد به حفظ اصرار و اطلاعات موجود در فرم ماموریت بیماران بودند.

جامعه آماری

مطالعه روی فرم های ماموریت بیمارانی که طی سال ۱۳۹۶ توسط اورژانس پیش بیمارستانی به بیمارستان منتقل شده بودند، صورت پذیرفت. فرم های ماموریت بیماران سرپایی و ماموریت کاذب از مطالعه حذف شدند. حجم نمونه مورد نیاز با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، میزان خطای ۰/۰۵ و شیوع ۷۵ درصد معادل ۲۵۰ پرونده برآورد گردید. نمونه گیری در این مطالعه به روش سیستماتیک صورت گرفت که برای این منظور با تقسیم کردن تعداد کل فرم های ماموریت سال ۱۳۹۶ به حجم نمونه محاسبه شده، فاصله نمونه گیری تعیین گردید و سپس اولین نمونه به روش تصادفی انتخاب شد و نمونه های بعدی با رعایت فاصله نمونه گیری مشخص گردیدند.

جدول ۱: میزان مستندسازی مشخصات بیماران در فرم های ماموریت اورژانس پیش بیمارستانی (مقادیر به صورت درصد بیان شده اند)				
ردیف	مستند	کامل	ناقص	ناخوانا
۱	مشخصات عمومی بیمار در فرم ماموریت مستندسازی شده است.	۶۸/۲	۲۱/۸	۱۰/۰
۲	اوراق فرم ماموریت بر اساس ترتیب مصوب مرکز اسناد(سفید، زرد، آبی) تنظیم شده است.	۹۲/۰	۸/۰	۰/۰
۳	علائم حیاتی و سطح هوشیاری (معیار گلاسکو) در جدول خود به طور دقیق ثبت شده است.	۵۶/۴	۲۴/۶	۱۲/۰
۴	فواصل کنترل علائم حیاتی با وضعیت بیمار (با ثبات، بی ثبات) ثبت شده است.	۲۵/۰	۴۴/۳	۳۰/۳
۵	دستورات پزشکی، ساعت، تاریخ و کد پزشک به طور دقیق ثبت شده است.	۳۸/۵	۴۴/۵	۱۵/۰
۶	اطلاعات خواسته شده در حوادث ترومایی (اندام های آسیب دیده) روی شکل آدمک مشخص شده است.	۷۴/۴	۲/۰	۲۳/۶
۷	نتیجه ماموریت، نام مرکز درمانی، تاریخ و ساعت تحویل به پزشک ثبت شده است.	۸۶/۰	۱۰/۰	۴/۰
۸	فرم براءت نامه در صورت امتناع از درمان امضا و اثر انگشت شاهدها ثبت شده است.	۶۰/۲	۳۲/۸	۷/۰
۹	شماره اوراق ماموریت با هم مطابقت دارد.	۹۸/۰	۲/۰	۰/۰
۱۰	زمان ها و کیلومتر طی شده حرکت، رسیدن به محل ماموریت، حرکت از محل، انتقال و بازگشت ثبت شده است	۶۵/۸	۲۰/۳	۱۳/۹
۱۱	کلیه اقدامات درمانی بر اساس زمان، دوز و نحوه تجویز ثبت شده است.	۴۰/۴	۴۴/۲	۱۲/۲

جدول ۲: کیفیت مستندسازی گزارشات فرم های ماموریت اورژانس پیش بیمارستانی (مقادیر به صورت درصد بیان شده اند)				
ردیف	مستند	کامل	ناقص	ناخوانا
۱	فرم های ماموریت خوانا، بدون خط خوردگی یا لاک گرفتگی است.	۵۸/۵	۳۳/۵	۸/۰
۲	گزارشات بطور متوالی نوشته شده و فضای خالی بین آنها نیست.	۶۱/۵	۱۰/۰	۲۸/۵
۳	از واژه های مبهم مثل خوب، نرمال، متوسط در گزارش استفاده نشده است.	۷۲/۳	۲۱/۷	۶/۰
۴	به ساعت انجام دستورات پزشکی (۵۰-۱۰) و مشاوره دارویی اشاره شده است.	۳۰/۷	۴۲/۰	۰/۰
۵	پایان گزارش با یک خط مستقیم به گوشه ای بسته شده است که جا برای اضافه کردن نمی باشد.	۶۵/۰	۲۸/۳	۰/۰
۶	گزارشات با قید نام، سمت، کد تکنسین و زمان مستندسازی امضا شده است.	۷۲/۶	۲۰/۰	۰/۰
۷	در مورد وضعیت عمومی بیمار (علائم حیاتی، سطح هوشیاری بررسی ریه ها و قلب) توضیحات کافی داده شده است.	۶۹/۵	۲۵/۵	۰/۰
۸	در مورد تاریخچه پزشکی و تاریخچه داروهای مصرفی توضیحات داده شده است.	۷۶/۷	۰/۰	۸/۰
۹	در گزارش در بدو ورود علت و شکایت اصلی بیمار اشاره شده است.	۸۸/۰	۳/۰	۹/۰
۱۰	در مورد وضعیت بیمار و علائم همراه، تشخیص اولیه، تیک خورده شده است.	۸۲/۴	۰/۰	۱۷/۶
۱۱	در مورد وضعیت درمانهای تهاجمی مثل تجویز اکسیژن، اینتوبیشن و ... بیمار اشاره شده است.	۹۴/۰	۰/۰	۶/۰
۱۲	اقدامات انجام گرفته اعم از ارتباطات رادیویی با اپراتور، درخواست کدهای بیشتر اعلام به بیمارستان اشاره شده است.	۶۵/۲	۲۹/۵	۵/۰
۱۳	روش سه مرحله ای تشخیص مشکل، مداخله و ارزیابی در مستندسازی رعایت شده است.	۰/۰	۰/۰	۰/۰
۱۴	در مورد حوادث غیرمرتبط با حمل و نقل و مرتبط با حمل و نقل موارد خواسته شده در فرم تیک خورده شده است.	۹۱/۰	۹/۰	۰/۰

تیک و توضیح داده شده بود. در مورد گزارشات بر بالین بیمار و شکایت اصلی بیمار در ۸۸ درصد موارد کامل بود. علائم همراه بیمار و تشخیص اولیه هنگام حضور بر بالین بیمار در ۸۲/۴ درصد کامل تیک خورده بود. در مورد وضعیت درمانهای تهاجمی مثل اینتوباسیون و ... در ۹۴ درصد موارد توضیح و تیک خورده بود. هماهنگی با اپراتور و ارتباطات رادیویی در ۶۵/۲ درصد موارد توضیح کافی داده شده بود. روش سه مرحله ای تشخیص مشکل، ارزیابی و مداخله در هیچ موردی تکمیل نشده بود. در ۹۸ درصد موارد خواسته شده در حوادث مرتبط با حمل و نقل و غیر مرتبط (داخلی) تیک خورده بود. میانگین امتیاز کلی کسب شده برای مستند سازی گزارشات فرم های ماموریت (۴۶-۲۸) $4/8 \pm 3/2$ (حداقل ۲۸ و حداکثر ۴۶ و حداکثر امتیاز قابل کسب ۵۶ بود).

بحث:

نتایج حاصل از بررسی وضعیت کلی رعایت استانداردهای مستندسازی در فرم های ماموریت اورژانس پیش بیمارستانی نشان داد، امتیاز کل فرم های ماموریت اورژانس بیمارستانی به جهت رعایت استانداردهای

ماموریت در ۹۸ درصد موارد صحیح بود ثبت صحیح زمانها در ۶۵/۸ درصد موارد موجود بود. کلیه اقدامات درمانی بر اساس زمان، دوز و نحوه تجویز در ۴۴/۲ درصد موارد ناقص بود. میانگین امتیاز کسب شده در قسمت کیفیت تکمیل دستورات پزشکی $22/4 \pm 15/0$ (حداقل ۱۵ و حداکثر ۳۴ و حداکثر امتیاز قابل کسب ۴۴ بود).

کیفیت مستند سازی گزارشات فرم های ماموریت

جدول شماره دو، کیفیت مستندسازی گزارشات فرم های ماموریت بر اساس پرسشنامه ۱۴ گزینه ای را نشان می دهد. طبق این جدول، تنها ۵۸/۰ درصد موارد از گزارشات فرم های ماموریت خوانا و بدون خط خوردگی بود. استفاده نکردن از واژه های مبهم در ۷۲ درصد موارد رعایت شده بود. ساعت انجام دستورات پزشکی (۵۰-۱۰) و مشاوره دارویی در ۴۲ درصد موارد ناقص بود. همچنین ۶۵ درصد گزارشات ماموریت ها به وسیله خط مستقیم به گوشه ای بسته شده بود. قید نام و سمت تکنسین و همچنین کد تکنسین و زمان مستند سازی در ۷۲/۶ درصد موارد کامل بود. در ۶۹ درصد موارد توضیح کافی در مورد وضعیت عمومی بیمار داده شده بود. در مورد تاریخچه پزشکی و تاریخچه مصرف دارویی به ترتیب

ماموریت و دفاتر، در مورد خدمت رسانی و کیفیت خدمات ارائه شده قضاوت می نمایند (۱۳). لذا لازم است علاوه بر نظارت و کنترل بیشتر بر نحوه تکمیل گزارشات فرم های ماموریت پیش بیمارستانی، واحد مرتبط با مستندسازی مدارک پزشکی، برنامه ریزی جامعی جهت ارتقاء کیفیت مستندسازی فرم های بالینی بیماران اورژانس ۱۱۵ معمول دارند.

نتیجه گیری:

بر اساس یافته های مطالعه حاضر وضعیت و کیفیت رعایت استاندارد های مستند سازی فرم های ماموریت پیش بیمارستانی مورد مطالعه در سطح مطلوبی قرار نداشت. بطوریکه بیشترین میزان نواقص به ترتیب در مستند سازی دستورات پزشکی ساعت و کد پزشک، فواصل کنترل علائم حیاتی، کلیه اقدامات درمانی بر اساس زمانو نحوه تجویز مشاهده شد. همچنین بیشترین میزان نواقص مستند سازی در گزارشات فرم های ماموریت به ترتیب مربوط به ناخوانا بودن و خط خوردگی فرم، عدم اشاره به اقدامات و ارتباطات رادیویی با اپراتور عدم بسته شدن پایان گزارش با یک خط مستقیم، بود.

تقدیر و تشکر:

از پرسنل فوریت های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و ریاست محترم مرکز جناب دکتر شاهین که درانجام پژوهش نهایت همکاری را مبذول داشتند، تشکر و قدر دانی بعمل می آید.

سهم نویسندگان:

نویسنده مقاله حاضر چهار شرط لازم مصوب کمیته بین المللی ناشران مجالت پزشکی جهت اخذ شرایط نویسندگی را دارا می باشند.

تضاد منافع:

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

منابع مالی:

هیچ گونه کمک مالی برای انجام این پروژه دریافت نشده است.

منابع:

1. Bahadori M, Ghardashi F, Izadi AR, Ravangard R, Mirhashemi S, Hosseini SM. Pre-hospital emergency in Iran: A systematic review. Trauma monthly. 2016;21(2).
2. Panahi F, Mohebbi HA, Farahani MA, Vishteh HRK, Assari S. Prehospital Emergency Service for Internal Medicine Problems in Pediatrics; Causes, Time Indices and Outcomes. Iranian Journal of Pediatrics. 2007;17(Suppl 2):179-85.
3. Bidari A, ABBASI S, Farsi D, SAEIDI H, MOFIDI M, RADMEHR M, et al. Quality assessment of prehospital care service in patients transported to hazrat-e-rasoul akram hospital. 2007.
4. Rangraz Jeddi F, Farzandipour M, Mousavi SGA. Completion rate of data information in emergency record in Kashan's hospitals. KAUMS Journal (FEYZ). 2004;8(3):68-73.
5. Babakri KA, Bennett RA, Franchetti M. Critical factors for implementing ISO 14001 standard in United States industrial companies. Journal of cleaner production. 2003;11(7):749-52.
6. Short M, Goldstein S. EMS, Documentation. 2017.
7. Olive C, Kobusingye AAH DB, Eduardo Romero Hicks, Charles Mock, and Manjul Joshipura. Emergency medical systems in low- and middle-income countries: recommendations for action. Bull World Health Organ. 2005.

مستندسازی (۷۴-۴۵) $5/2 \pm 5/7$ که این امتیاز، از کل ۱۰۰ امتیازی بود که طبق چک لیست مربوطه، برای فرم های ماموریت در نظر گرفته شده بود. به عبارت دیگر به طور متوسط ۵۳/۶ درصد از استانداردهای مستندسازی در فرم ماموریت نویسی های شهرستان شهرکرد مورد مطالعه رعایت شده بود. این میزان در مطالعات بخش اورژانس بیمارستانی بطور قابل توجهی کمتر بوده است. به عنوان مثال رنگرز جدی و همکاران در بررسی میزان مستندسازی اطلاعات در پرونده بیماران اورژانس در بیمارستان های کاشان این عدد را چیزی حدود ۸۵ درصد برآورد کردند (۴). آنها بالاتر بودن میزان مستندسازی اطلاعات در پرونده های اورژانس را ناشی از اقدامات انجام شده در جهت بهبود مستندسازی نظیر برگزاری کارگاه های نحوه مستند سازی اطلاعات دانسته بودند. در تحقیق دیگری که در دانشگاه علوم پزشکی زابل انجام گرفت، میزان استانداردهای مستندسازی در بخش های اورژانس تنها $35/2$ درصد برآورد گردید (۱۰). در مطالعه حاضر، میانگین امتیاز کسب شده برای مستند سازی دستورات پزشکی $15 \pm 22/4$ و درصد امتیاز کسب شده برای مستند سازی مشخصات بیماران $62/5$ درصد بود که این امتیاز برای فرم های ماموریت پیش بیمارستانی در این شهرستان مطلوب نمی باشد و لازم است ضمن شناسایی متغیرهای دخیل در این مشکلات، نسبت به رفع آنها اقدام شود. از طرفی میانگین امتیاز کلی کسب شده برای مستندسازی گزارشات فرم های ماموریت $32 \pm 4/8$ محاسبه شد و درصد مستندسازی صحیح این گزارشات در فرم ها $61/3$ درصد برآورد گردید. این یافته تقریباً با نتایج یکی از مطالعات در بخش اورژانس بیمارستانی که در آن بیشترین میزان مستندسازی گزارشات پرستاری را ۶۸ درصد بر آورد کرده بود همخوانی ندارد (۱۱). به طوری که در مطالعه رنگرز جدی میزان عدم مستندسازی اطلاعات توسط کادر پرستاری تنها ۱۱ درصد و در مطالعه آریایی صفر درصد گزارش شده بود (۴، ۱۲). کیفیت مستندسازی خدمات و رعایت استانداردهای مستندسازی، خود نشان دهنده کیفیت ارائه خدمات درمانی به بیماران است و بیشتر مسئولان ارزشیابی و بازرسان با بررسی فرم های

8. Ahmadi M, Mohammadi A, Chraghbaigi R, Fathi T, Baghini MS. Developing a minimum data set of the information management system for orthopedic injuries in Iran. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2014;16(7).
9. Sedighi M. A survey of record in the case of Hospitals University of medical sciences, Hamadan. Iran Journal of medical sciences and health services University of Hamedan. 2006;16(2):45-9.
10. Mahmoodian S, Alidadi F, Arji G, Ramezani A. Evaluation of completeness and legal aspects compliance of emergency's medical records in teaching hospitals of zabol university of medical sciences. Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation. 2014;3(1):33-9.
11. Ariyaei M. A Survey on the Contents of Medical Records General Hospitals Affiliated with Kerman University of Medical Sciences During the First three Months of 1377. Journal of Health Administration. 2002;4(11):65-70.
12. Zare Z, Zohoor A. Retracted: Compare the Process of Completion Special Operation Sheets among Medical Teaching Hospitals in Uromia (2003). Journal of Health Administration. 2004;7(15):34-40.

13. Selden BS, Schnitzer PG, Nolan FX. Medicolegal documentation of prehospital triage. *Annals of emergency medicine*. 1990;19(5):547-51.

ORIGINAL ARTICLE

The Quality of Documentation in Pre-Hospital Emergency Mission Forms; a Cross-sectional Study

Salman Yadollahi^{1*}

1. Faculty of Public Health, Shahid Sadougi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

*Corresponding author: Salman Yadollahi; Department of Public Health, Shahid Sadougi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. Tel: +989139823760; Email: salmanyadollahi59@gmail.com

Abstract

Introduction: As one of the most important departments in the hospital, emergency department is responsible for providing rapid treatment care for reducing mortality and disability among patients. Achieving this aim is possible with managing and evaluating the activities in this department via complete, accurate, and timely documentation of data based on standard principles. Therefore, the present study has been designed with the aim of determining the extent to which documentation standards are adhered to in mission forms of patients in pre-hospital emergencies. By evaluating the mission forms, existing problems can be identified and plans can be made to relieve them. **Methods:** The present study is a cross-sectional one performed on pre-hospital mission forms from March 2017 to March 2018. To gather data, a checklist consisting of 24 questions in 2 parts was used. The first part consisted of 11 questions to determine the extent to which standards of patient characteristics documentation were adhered to and the second part consisted of 14 questions for determining the rate of adherence to documentation standards in mission forms. Based on Likert scale, each question was rated as no answer (1 point), illegible (2 points), incomplete (3 points) and complete (4 points). Therefore, the minimum and maximum obtainable points were considered (11-44) in the section regarding correct documentation of patient characteristics and (14-56) in the mission reports part. Finally, data were analyzed via SPSS statistical software version 18 using chi square and Fisher's exact tests for comparing qualitative data and student's t-test for comparing qualitative data. **Results:** In this study, 250 pre-hospital mission forms were evaluated. Mean score obtained in evaluating the quality of documenting medical orders was 22.4 ± 15.0 (minimum 15 and maximum 34). Mean total score obtained for documentation of mission form reports was 32.0 ± 4.8 (minimum 28 and maximum 46). The overall score of emergency medical services (EMS) mission forms regarding adhering to the standards of documentation was 50.7 ± 5.2 (minimum 45 and maximum 74). **Conclusion:** Based on the results of the present study, the state and quality of adhering to documentation standards in mission forms of the studied EMS unit was not at a desirable level.

Keywords: Documentation; emergency medicine; Emergency Medical Services; Health Information Management; Evidence-Based Practice