

مقاله اصیل

کیفیت مستند سازی پرونده بالینی بیماران در بخش اورژانس؛ یک مطالعه مقطعی

مهرداد اسماعیلیان، محمد نصر اصفهانی*، امیر سجاد براهیمی

دپارتمان طب اورژانس، بیمارستان الزهراء، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

*نویسنده مسئول: محمد نصر اصفهانی؛ بخش اورژانس، بیمارستان الزهراء، بلوار صفه، اصفهان، ایران. تلفن: ۰۰۹۱۳۱۵۸۵۰۸۶؛ پست الکترونیک: m_nasr@med.mui.ac.ir

تاریخ دریافت: مرداد ۱۳۹۳

تاریخ پذیرش: مهر ۱۳۹۳

خلاصه:

مقدمه: بخش اورژانس به عنوان یکی از مهمترین بخش های بیمارستان، وظیفه فراهم نمودن مراقبت های 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 استاندارد های مستند سازی در پرونده بالینی بیماران بخش اورژانس طراحی شده تا با بررسی میزان نقص پرونده ها 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 ۱۳۸۸ بر روی پرونده های بیماران بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی الزهراء، اصفهان، صورت گرفت. جهت جمع آوری اطلاعات از چک لیستی که شامل ۲۳ سوال در دو بخش بود، استفاده شد. بخش اول شامل ۹ سوال جهت تعیین میزان رعایت استاندارد های مستند سازی مشخصات بیماران و بخش دوم شامل ۱۴ سوال و به منظور تعیین میزان رعایت استانداردهای مستند سازی در گزارشات پرستاری بود. بر اساس سیستم تقسیم بندی و امتیاز دهی 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 مستند سازی صحیح مشخصات بیماران (۳۶-۹) و در قسمت گزارشات پرستاری (۵۶-۱۴) تعیین گردید. در نهایت داده های مطالعه با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون های آماری مربع کای و دقیق فیشر جهت مقایسه داده های کیفی و $student's\ t-test$ جهت مقایسه داده های کمی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** در این مطالعه ۳۰۰ پرونده اورژانس مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. میانگین امتیاز کسب شده در قسمت بررسی کیفیت تکمیل مشخصات بیماران (۳۴-۱۵) $17 \pm 24/66$ بود (حداکثر امتیاز قابل کسب ۳۶). تفاوت معنی داری در صحت مستند سازی مشخصات بیماران بر اساس شیفت مراجعه ($P=0/44$) و تعطیل یا غیر تعطیل بودن ($P=0/33$) روز مراجعه وجود نداشت. میانگین امتیاز کلی کسب شده برای مستند سازی گزارشات پرستاری (۴۶-۲۸) $37/2 \pm 3/7$ بود (حداکثر امتیاز قابل کسب ۵۶). تفاوت معنی داری در صحت مستند سازی گزارشات پرستاری بر اساس علت مراجعه ($P=0/98$)، شیفت مراجعه ($P=0/37$) و تعطیل یا غیر تعطیل بودن ($P=0/61$) مشاهده نشد. امتیاز کل پرونده های اورژانس به جهت رعایت استانداردهای مستند سازی (۷۴-۴۵) $61/8 \pm 4/8$ بود (حداکثر امتیاز قابل کسب ۹۲). **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های مطالعه حاضر وضعیت و کیفیت رعایت استاندارد های مستند سازی پرونده ها در واحد اورژانس مورد مطالعه در سطح چندان مطلوبی قرار نداشت. بطوریکه بیشترین میزان نواقص به ترتیب در مستند سازی مشخصات بیمار روی جلد و سایر اوراق پرونده، امضا دستورات، ثبت ساعت و تاریخ توسط پزشک و همچنین بسته شدن پایان دستورات مشاهده شد. همچنین بیشترین میزان نواقص مستند سازی در گزارشات پرستاری به ترتیب مربوط به عدم بسته شدن پایان گزارش با یک خط مستقیم، عدم اشاره به علت، نحوه و نوع حادثه در بدو ورود و عدم ارائه توضیحات کافی در مورد وضعیت عمومی بیمار بود.

واژگان کلیدی: مستند سازی؛ طب اورژانس؛ ایمنی بیمار؛ مدیریت اطلاعات**مقدمه:**

فعالیت های اورژانس از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده و تأثیر فراوانی بر عملکرد سایر بخش های بیمارستان، رضایتمندی بیماران و نیز پرسنل درمانی خواهد داشت (۱، ۲). در سال های گذشته تلاش های زیادی در زمینه افزایش کیفیت و ایمنی خدمات درمانی توسط متولیان نظام سلامت در کشورهای مختلف جهان انجام گرفته است. در این بین، اعتباربخشی با برخورداری از

بخش اورژانس به عنوان یکی از مهمترین بخش های بیمارستان، وظیفه فراهم نمودن مراقبت های درمانی فوری جهت کاستن از مرگ و میر و معلولیت ها در بیماران نیازمند به مداخلات سریع درمانی را عهده دار می باشد. لذا عملکرد سریع و بی نقص آن و از طرفی مدیریت و برنامه ریزی صحیح و ارزشیابی

میزان رعایت استاندارد های مستند سازی مشخصات بیماران و بخش دوم شامل ۱۴ سؤال (جدول شماره دو) و به منظور تعیین میزان رعایت استانداردهای مستند سازی در گزارشات پرستاری بود. بر اساس سیستم تقسیم بندی و امتیاز دهی لیکرت 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 مستند سازی صحیح مشخصات فردی ۹ تا ۳۶ و در قسمت گزارشات پرستاری ۱۴ تا ۵۶ تعیین گردید. به عبارتی حداکثر مجموع امتیاز ممکن قابل کسب از جهت رعایت استانداردهای مستند سازی ۹۲ و حداقل ۲۳ بود. 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 و student's 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 ۳۰۰ پرونده از پرونده های بیماران بستری شده در بخش اورژانس مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. علت مراجعه در نه پرونده (سه درصد) و شیفت مراجعه در دو مورد (۰/۷ درصد) ثبت نشده بود. مشخصات عمومی بیماران شامل سن، جنس، علت و ساعت مراجعه در تمامی پرونده های مربوط به روزهای تعطیل به ثبت رسیده بود و تمامی پرونده های ناقص در روزهای غیر تعطیل تکمیل شده بودند. نتایج حاصل از بررسی وضعیت کلی رعایت استانداردهای مستند سازی در پرونده های اورژانس نشان داد، امتیاز کلی پرونده های اورژانس به جهت رعایت استانداردهای مستند سازی $41/8 \pm 61/8$ بود (بیشترین امتیاز قابل کسب ۹۲ بود). به طور کلی از ۲۳ مورد استاندارد بررسی شده، در ۱۵ مورد (۶۵/۲ درصد) امتیاز کسب شده از جهت رعایت استانداردهای مستند سازی کمتر از ۵۰ درصد بود.

کیفیت مستند سازی مشخصات بیماران

جدول شماره یک، میزان مستند سازی مشخصات بیماران را به تفکیک ۹ مشخصه مورد بررسی نشان می دهد. طبق این جدول، مشخصات روی جلد پرونده در ۹۴/۷ درصد ناقص بود. همچنین تعداد و ترتیب اوراق پرونده تنها در ۸۶/۳ درصد موارد بر حسب مصوبات اسناد و مدارک پزشکی تنظیم شده بود و اوراق مربوط به خدمات پاراکلینیک در ۷۷/۷ درصد موارد در پرونده نصب نشده بود. گزینه ۸ و ۹ از این چک لیست به علت عدم وجود کاردکس، در پرونده ها تکمیل نشده بود. میانگین امتیاز کسب شده در قسمت بررسی کیفیت تکمیل مشخصات عمومی بیماران $17 \pm 24/66$ (۱۵-۳۴) بود (حداکثر امتیاز قابل کسب ۳۶). تفاوت معنی داری در صحت مستند سازی مشخصات بیماران بر اساس شیفت مراجعه ($p = 0/44$) و تعطیل یا غیر تعطیل بودن ($p = 0/33$) روز مراجعه مشاهده نشد (نمودار شماره یک).

کیفیت مستند سازی گزارشات پرستاری

جدول شماره دو، کیفیت مستند سازی گزارشات پرستاری بر اساس پرسشنامه ۱۴ گزینه ای را نشان می دهد. طبق این جدول، تنها ۴۶/۳ درصد موارد از گزارشات پرستاری خوانا و بدون خط خوردگی بود. کامل ترین گزینه در بین ۱۴ گزینه مذکور، مستند سازی دقیق دستورات دارویی (مورد

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 میباشد (۳). از آنجا که پرونده های بیمارستانی به عنوان سند اطلاعات بیماران در خصوص خدمات درمانی ارائه شده می باشند، یکی از گام های موثر در زمینه افزایش کیفیت و ایمنی خدمات درمانی و مدیریت بهینه اورژانس، ایجاد سیستم های دقیق مستند سازی اطلاعات می باشد (۴). 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 مستند سازی 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 مستند سازی کلیه خدمات را مطابق استانداردهای موجود انجام دهند (۷). یک مطالعه در این زمینه در ایران حداکثر و حداقل میزان مستند سازی اطلاعات در پرونده ها را به ترتیب ۷۷ درصد و ۴۵ درصد برآورد کرده است در حالی که مطالعات دیگر این مقادیر را چیزی حدود ۹۸/۱ درصد و ۸۳/۳ درصد گزارش کرده اند (۸). در سایر مطالعات نیز به نقص مستند سازی پرونده های پزشکی توسط ارائه دهندگان مراقبتهای بهداشتی اذعان شده است (۹، ۱۰). لذا این پژوهش با هدف تعیین میزان رعایت استاندارد های مستند سازی پرونده های بالینی بیماران بخش اورژانس طراحی شده تا با بررسی میزان نقص پرونده ها بتوان به مشکلات موجود پی برد و جهت رفع آنها اقدام نمود.

روش کار:

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۸ در مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) اصفهان به انجام رسید. مطالعه روی پرونده بالینی بیمارانی که طی سال ۱۳۸۸ به بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی الزهرا، اصفهان، مراجعه نموده بودند صورت پذیرفت. پرونده بیماران سرپایی، ترخیص شده با رضایت شخصی و موارد ترک بدون اطلاع از مطالعه حذف شدند. حجم نمونه مورد نیاز با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، میزان خطای ۰/۰۵ و شیوع ۷۵ درصد ۲۸۸ پرونده برآورد گردید (۲). نمونه گیری در این مطالعه به روش سیستماتیک صورت گرفت که برای این منظور با تقسیم کردن تعداد کل پرونده های سال ۱۳۸۸ 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. مطالعه حاضر به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان رسید و مجریان طرح متعهد به حفظ اصرار و اطلاعات موجود در پرونده بیماران بودند.

جمع آوری اطلاعات

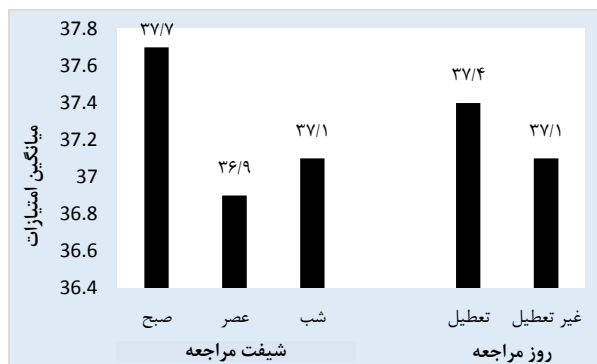
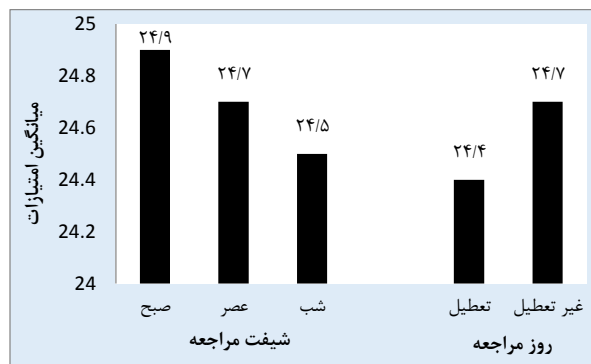
اطلاعات فردی شامل سن، جنس، علت و شیفت مراجعه بیمار و اطلاعات اختصاصی شامل کیفیت مستند سازی اطلاعات در پرونده بالینی بیماران در قسمت های گزارشات پرستاری، دستورات پزشکی و شرح حال و معاینات بالینی، با استفاده از چک لیستی که شامل ۲۳ سؤال در دو بخش بود جمع آوری شدند. بخش اول شامل ۹ سؤال (جدول شماره یک) و به منظور تعیین

جدول ۱: کیفیت مستند سازی مشخصات بیماران بر اساس چک لیست ۹ موردی طراحی شده جهت مطالعه

ردیف	سوالات	کامل (%)	ناقص (%)	ناخوانا (%)	سفید (%)
۱	مشخصات کامل بیمار روی جلد پرونده و کلیه اوراق بطور کامل مستند سازی شده است	۴/۳	۹۴/۷	۰/۳	۰/۷
۲	اوراق پرونده بر اساس ترتیب مصوب مرکز اسناد و مدارک پزشکی تنظیم شده است	۸۶/۳	۱۳/۷	۰	۰
۳	کلیه اقدامات پاراکلینیک براساس تاریخ انجام در برگه های مربوطه پرونده نصب شده است	۱۴/۳	۸	۰	۷۷/۷
۴	دستورات پزشک با تعداد موارد بحروف و درج ساعت و تاریخ امضا شده است	۲۱/۳	۵۴/۷	۲۰	۴
۵	پایان دستورات پزشک پس از چک، با یک خط مستقیم به گونه ای بسته شده است که جایی برای اضافه کردن دستورات نباشد	۸۲/۷	۱۴/۷	۰	۲/۶
۶	علائم حیاتی در برگ چارت و در محل خود بطور دقیق و با رنگ استاندارد ثبت شده است	۶۸	۶/۷	۵	۲۰/۳
۷	اطلاعات خواسته شده در جدول پایین برگه چارت علائم حیاتی بطور کامل و دقیق مستند سازی شده است	۰/۴	۰/۳	۰	۹۹/۳
۸	مشخصات بیمار روی کلیه برگه های جلوی تخت بیمار ثبت شده است	۰	۰	۰	۱۰۰
۹	فواصل کنترل علائم حیاتی در برگه جلوی تخت بیمار با دستورات داده شده در کاردکس مطابقت دارد	۰	۰	۰	۱۰۰

جدول ۲: کیفیت مستند سازی گزارشات پرستاری بر اساس چک لیست ۱۴ موردی طراحی شده جهت مطالعه

ردیف	سوالات	کامل (%)	ناقص (%)	ناخوانا (%)	سفید (%)
۱	گزارشات پرستاری خوانا، بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی است	۴۶/۳	۹/۷	۴۴	۰
۲	گزارشات پرستاری بطور متوالی نوشته شده و فضای خالی بین آنها نیست	۷۹/۷	۱۲	۰	۸/۳
۳	از واژه های مبهم مثل خوب، نرمال و متوسط در گزارش استفاده نشده است	۴۷/۳	۶	۵	۴۱/۷
۴	به ساعت انجام اقدامات خاص (آزمایشات، رادیوگرافی، ویزیت پزشک) اشاره شده است	۳	۶/۷	۰/۳	۹۰
۵	پایان گزارش با یک خط مستقیم به گونه ای بسته شده است که جایی برای اضافه کردن نمی باشد	۵۷	۴۱	۰	۲
۶	گزارشات پرستاری با قید نام و سمت و زمان مستند سازی گزارش امضا شده است	۸۷/۷	۱۱/۷	۰	۰/۶
۷	در گزارش پرستاری بدو ورود به علت، نحوه و نوع مراجعه اشاره شده است	۹	۲۷/۷	۳/۳	۶۰
۸	درمورد وضعیت عمومی بیمار (علائم حیاتی، سطح هوشیاری، علائم عینی و ذهنی توضیحات کافی داده شده است	۳۸/۳	۲۵	۳	۳۳/۷
۹	در مورد وضعیت تغذیه بیمار با معیارهای قابل اندازه گیری توضیحات کامل داده شده است	۰	۰	۹۹/۷	۰/۳
۱۰	در مورد وضعیت دفع بیمار توضیحات کافی داده شده است (در صورت اسهال، تعداد دفعات، رنگ و قوام)	۴	۲	۲/۳	۹۱/۷
۱۱	درمورد وضعیت درمانهای تهاجمی مثل (تجویز اکسیژن، سوند فولی و لوله معده) توضیحات لازم ذکر شده است	۳۲	۱	۲	۶۵
۱۲	به فرآیند آموزش و یادگیری بیمار اشاره شده است	۹۹/۷	۰/۳	۰	۰
۱۳	دستورات دارویی دقیق مستند سازی شده است (با ذکر نام دارو، راه مصرف، زمان اجرای دارو، امضا پرستار)	۷۰/۳	۲۰/۳	۷	۲/۴
۱۴	روش سه مرحله ای تشخیص مشکل، مداخله و ارزیابی در مستند سازی گزارشات رعایت شده است	۰	۰	۰	۱۰۰

**نمودار ۲: میانگین امتیاز مستند سازی گزارشات پرستاری بر حسب شیفت**
($p=0/37$) و روز مراجعه ($p=0/61$)**نمودار ۱: میانگین امتیاز مستند سازی مشخصات بیماران بر حسب شیفت**
($p=0/44$) و روز مراجعه ($p=0/33$)

برای مستند سازی گزارشات پرستاری (۴۶-۲۸) $37/7 \pm 37/2$ بود (از حداکثر امتیاز قابل کسب ۵۶). تفاوت معنی داری در صحت مستند سازی گزارشات پرستاری بر اساس شیفت مراجعه ($p=0/37$) و تعطیل یا غیر تعطیل بودن ($p=0/61$) مشاهده نشد (نمودار شماره دو).

۱۳) بود که در ۹۹/۷ درصد از گزارشات پرستاری کامل بود. گزینه ۱۴ از گزارشات پرستاری اصلاً تکمیل نشده بود. در مقابل، مورد ۱۲ از قسمت گزارشات پرستاری که مربوط به فرآیند آموزش بیمار بود در ۹۹/۷ درصد موارد بطور کامل مستند سازی شده بود. میانگین امتیاز کلی کسب شده

بحث:

نتایج حاصل از بررسی وضعیت کلی رعایت استانداردهای مستند سازی در پرونده های اورژانس نشان داد، امتیاز کل پرونده های اورژانس به جهت رعایت استانداردهای مستند سازی (۷۴-۴۵) $4/8 \pm 1/8$ بود که این امتیاز، از کل ۹۲ امتیازی بود که طبق چک لیست مربوطه، برای پرونده ها در نظر گرفته شده بود. به عبارت دیگر به طور متوسط ۶۷/۳ درصد از استانداردهای مستند سازی در پرونده نویسی های مرکز مورد مطالعه رعایت شده بود. این میزان در مطالعات مشابه بطور قابل توجهی بیشتر بوده است. به عنوان مثال رنگرز جدی و همکاران در بررسی میزان مستند سازی اطلاعات در پرونده بیماران اورژانس در بیمارستان های کاشان این عدد را چیزی حدود ۸۵ درصد برآورد کردند (۴). البته آنها بالاتر بودن میزان مستند سازی اطلاعات در پرونده های اورژانس را ناشی از اقدامات انجام شده در جهت بهبود مستندسازی نظیر برگزاری کارگاههای نحوه مستند سازی اطلاعات دانسته بودند. در تحقیق دیگری که در دانشگاه علوم پزشکی زابل انجام گرفت، میزان استانداردهای مستند سازی در بخشهای اورژانس تنها ۳۵/۲ درصد برآورد گردید (۱۱). در مطالعه حاضر، میانگین امتیاز کسب شده برای مستند سازی مشخصات بیماران بر روی جلد پرونده و اوراق داخل پرونده $17 \pm 24/66$ و درصد امتیاز کسب شده برای مستند سازی مشخصات بیماران ۶۸/۵ درصد بود که این امتیاز برای پرونده های اورژانس یک مرکز آموزشی درمانی بالا نمی باشد و لازم است ضمن شناسایی متغیرهای دخیل در این مشکل، نسبت به رفع آنها اقدام شود. از طرفی میانگین امتیاز کلی کسب شده برای مستند سازی گزارشات پرستاری $7/3 \pm 37/2$ محاسبه شد و درصد مستند سازی صحیح این گزارشات ۶۶/۴ درصد برآورد گردید. این یافته تقریباً با نتایج یکی از مطالعات قبلی که در آن، بیشترین میزان مستند سازی گزارشات پرستاری را ۶۸ درصد برآورد کرده بود همخوانی دارد (۱۱). این در حالیست که این مقدار در سایر مطالعات کمی متفاوت بوده است بطوریکه در مطالعه رنگرز جدی میزان عدم مستند سازی اطلاعات توسط کادر پرستاری تنها ۱۱ درصد (۴) و در مطالعه آریایی صفر درصد (۱۲) گزارش شده بود (۱۳). مشخصات عمومی بیماران در تمامی پرونده های مربوط به روزهای تعطیل به مستند سازی رسیده بود و تمامی پرونده هایی که دارای نقایص عمومی فوق بودند در روزهای غیر تعطیل تکمیل شده بودند.

کیفیت مستند سازی خدمات و رعایت استانداردهای مستند سازی، خود نشان دهنده کیفیت ارائه خدمات درمانی به بیماران است و بیشتر مسئولان ارزشیابی و بازرسان با بررسی پرونده ها و دفاتر، در مورد خدمت رسانی و کیفیت خدمات ارائه شده قضاوت می نمایند. لذا لازم است علاوه بر نظارت و کنترل بیشتر بر نحوه تکمیل گزارشات پرستاری، واحدهای مرتبط با مستند سازی مدارک پزشکی، برنامه ریزی جامعی جهت ارتقاء کیفیت مستند سازی پرونده های بالینی بیماران اورژانس معمول دارند.

نتیجه گیری:

بر اساس یافته های مطالعه حاضر وضعیت و کیفیت رعایت استاندارد های مستند سازی پرونده ها در واحد اورژانس مورد مطالعه در سطح چندان مطلوبی قرار نداشت. بطوریکه بیشترین میزان نواقص به ترتیب در مستند سازی مشخصات بیمار روی جلد و سایر اوراق پرونده، امضا دستورات، ثبت ساعت و تاریخ ویزیت توسط پزشک و همچنین بسته شدن پایان دستورات مشاهده شد. همچنین بیشترین میزان نواقص مستند سازی در گزارشات پرستاری به ترتیب مربوط به عدم بسته شدن پایان گزارش با یک خط مستقیم، عدم اشاره به علت، نحوه و نوع مراجعه در بدو ورود و عدم ارائه توضیحات کافی درمورد وضعیت عمومی بیمار بود.

تقدیر و تشکر:

این مقاله حاصل پایان نامه امیر سجاد ابراهیمی برای اخذ دکترای حرفه ای پزشکی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود. بدین وسیله از تمامی عزیزان و همچنین حوزه معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی که در اجرای این طرح پژوهشی نهایت مساعدت و همکاری خود را مبذول داشتند سپاسگزاری می نمایم.

سهم نویسندگان:

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

تضاد منافع:

بدینوسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع مالی:

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

Reference:

1. Zohoor A, Pilevar-zadeh M. Study of speed of offering services in emergency department at Kerman Bahonar hospital in 2000. Journal of Iran University of Medical Sciences 2003;10(35):413-20.
2. Golaghaie F, Sarmadian H, Rafie R, Nejat N. A study on waiting time and length of stay of attendants to emergency department of Vali-e-Asr Hospital, Arak-Iran. Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh). 2008;11(2):74-83.
3. Commission J. Hospital accreditation standards. Joint Commission Resources. 2010:17.
4. Rangrazjeddi F, Farzandipour M, Mosavi G. Completion rate of data information in emergency record in Kashan's hospitals. 2004;8(3):68-73.
5. Naghavi M, Akbari ME. Epidemiology of trauma result from external causes (accidents) in Islamic Republic of Iran. Tehran: Fekrat publications. 2009:249.

6. Topacoglu H, Karcioğlu O, Ozucelik N, et al. Analysis of factors affecting satisfaction in the emergency department: a survey of 1019 patients. Adv Ther. 2004;21(6):380-8.
7. Olive C. Kobusingye AAH, David Bishai, 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;83(8):626-31.
8. Tavakoli N. Health information management in emergency departments in hospitals affiliated to Isfahan University of medical sciences. Health Information Management journal. 2006;9(42):17-22.
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. Mashauifi. Evaluation of recorded data in Ardabil University of medical sciences hospitals. Ardabil University of medical sciences journal. 2001;6(11):43-9.
11. 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.

12. 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. JHA. 2002;4(11):65-70.

13. Zare Z, Zohoor A. Retracted: Compare the Process of Completion Special Operation Sheets among Medical Teaching Hospitals in Uromia. JHA. 2004;7(15):34-40.

ORIGINAL ARTICLE

The Quality of Patients' Files Documentation in Emergency Department; a Cross Sectional Study

Mehrdad Esmailian, Mohammad Nasr-Esfahani*, Amir-Sajad brahimi

Department of Emergency Medicine, Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

***Corresponding author:**

Mohammad Nasr-esfahani; Department of Emergency Medicine, Al-Zahra Hospital, Soffeh Blvd, Isfahan, Iran
Tel: 09131585086; Email: m_nasr@med.mui.ac.ir

Abstract

Introduction: Emergency departments as one of the most important wards of hospitals, provide the emergency therapeutic care to decrease the mortality and disability rates among patients. The management and evaluation of emergency activities are possible through timely, accurate, and complete registration of information, based on standard rules. Thus, the aim of this research was detecting the observance rate of documentation standards in the emergency department of Al-Zahra Hospital, Isfahan, to find patients' files documentation failures and eliminate them. **Methods:** I This was a cross sectional study performed in the emergency department of Al-Zahra Hospital, Isfahan, 2009. For data gathering, a checklist included 23 questions in two parts was used. The first and second parts had 9 and 14 questions to detect observance rate of patients' characteristics documentation and nurse reports documentation, respectively. Based on Likert scale, the answer of each option includes blank (score 1), illegible (score 2), incomplete (score 3), and complete (score 4). Therefore, the minimum and maximum reachable scores were determined 9-36 in the documentation of patients' characteristics and 14-56 in the nurse reports. Data was analyzed using SPSS 8 and Chi-squared test and Fisher's exact test were applied to compare qualitative data. Student's *t*-test was used to compare quantitative information, too. $P < 0.05$ was considered as significant. **Results:** 300 documents were studied in this research. The average of reached score in the quality assessment of patients record completion was 24.66 ± 17 (15-34), (the maximum reachable score was 36). The total score of emergency patients records was 61.8 ± 4.8 (45-74) from total of 92 reachable scores. The average of total reached score for nurse reports was 37.2 ± 3.7 (28-46), (with the maximum reachable score of 56). No significant difference was seen in the accuracy of patients' documentation according to referring shift ($p=0.37$) and being close or not ($p=0.61$). **Conclusion:** Based on findings of the present study, status and quality of observance in registration standards of files did not have desirable level. So that most of failures in recording of patients' characteristics were related to registrations on the file and other indexes; the comments' signs with date and time documentation and also finishing the comments by the physician were seen, too. Most of documentation failures in nurse reports were related to not finishing the end of report with a straight line, lack of explanation about the cause, status, and type of refer, and not enough statements regarding the patient's general condition.

Key words: Documentation; emergency medicine; patient safety; information management