



مقاله پژوهشی

بررسی کمی میزان تکمیل و رعایت مولفه‌های قانونی پرونده‌های پزشکی بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر مشهد در سه ماهه اول سال ۱۳۹۷

مرضیه معراجی^۱، سمیه فضائلی^۱، ساناز سادات محمودیان^{۲*}

^۱ استادیار، گروه مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

^۲ کارشناس ارشد، گروه مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۸

چکیده

مقدمه: در نظام سلامت، پرونده پزشکی دارای کاربردهای مختلفی نظیر پیگیری مراقبت، آموزش، پژوهش، حمایت از بیمار، پزشکان و مراکز بهداشتی-درمانی و همچنین ارزیابی خدمات سلامت می‌باشد. مستندسازی ضعیف پرونده پزشکی می‌تواند به کیفیت پایین مراقبت و تحلیل-ها منجر شود. این مطالعه با هدف تعیین کمی اطلاعات پرونده پزشکی بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر مشهد در سه ماهه اول سال ۱۳۹۷ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی ۴۴۲ پرونده پزشکی از چهار بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سه ماه اول ۱۳۹۷ بررسی گردید. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از چک لیست محقق‌ساخته در دو بخش (بررسی کامل بودن و خوانایی و بررسی مولفه‌های قانونی) در ۹ فرم اصلی پرونده انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اکسل با روش‌های آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بیشترین میزان ثبت در فرم‌های مراقبت بعد عمل، دستورات پزشک و بیهوشی و کمترین میزان ثبت در فرم‌های شرح حال، پذیرش و خلاصه ترخیص بود. فرم‌های جراحی شامل گزارش عمل، مراقبت بعد از عمل، مراقبت قبل از عمل نسبت به بقیه فرم‌ها خواناتر و فرم‌های دستورات پزشک و گزارش پرستاری خوانایی کمتری داشتند. بررسی مولفه‌های قانونی نشان داد ۶۵/۵۸ درصد فرم‌ها به زبان فارسی و ۷۲/۵۱ درصد بصورت دستی ثبت شده بودند.

نتیجه‌گیری: ارتقای کیفیت داده‌ها و مستندسازی برای گروه درمان، استمرار درمان و ایمنی بیمار در مراکز درمانی از اهمیت زیادی برخوردار است. در نهایت افزایش آگاهی نسبت به اهمیت کامل بودن پرونده‌های پزشکی، طراحی مناسب فرم‌ها جهت درج داده‌ها، نظارت بر تکمیل پرونده‌ها، بررسی مستمر عوامل مؤثر بر تکمیل فرم‌ها، برنامه‌ریزی و پیاده‌سازی طرح عملیاتی بهبود مستندسازی را می‌توان به عنوان راهکارهای پیشنهادی توصیه نمود.

کلمات کلیدی: تحلیل پرونده‌های پزشکی، تحلیل کمی، کامل بودن، کیفیت داده، مولفه‌های قانونی

* نویسنده مسئول: ساناز سادات محمودیان، گروه مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

۰۹۱۵۳۲۰۱۵۵۰ ایمیل: mahmoudians2@mums.ac.ir

مقدمه

امروزه صاحب نظران به اهمیت اطلاعات بهداشتی و درمانی به خوبی واقف هستند و تحقق ارتقای کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی از طریق ارتقاء کیفیت اطلاعات را جزء اهداف اصلی خود قرار داده اند (۱). تأثیر قابل توجه اطلاعات پرونده های پزشکی بر کیفیت مراقبت بیماران، در زمینه استمرار مراقبت، ارتباط میان پزشکان و دیگر متخصصان سلامت، آگاهی از میزان رعایت استانداردهای حرفه ای پزشکی و همچنین برنامه ریزی و ارزیابی مراقبت های ارائه شده کاملاً مشهود است (۲). جمع آوری و دسترسی به تمام عناصر داده ها مورد نیاز، عامل کلیدی برخورداری از اطلاعات با کیفیت است؛ چرا که فرایند تولید، جمع آوری و حفظ داده ها باید با بالاترین کیفیت ممکن انجام شود (۳). اطلاعات بیماران در حین بستری و پس از ترخیص در ادامه درمان بیماران، مطالعات پژوهشی و مسائل قانونی کاربرد دارد (۴).

کلیه ارائه دهندگان مراقبت سلامت در مستندسازی پرونده های پزشکی سهیم هستند؛ بدین ترتیب که مسئولیت تنظیم، تصحیح و تکمیل پرونده پزشکی در درجه اول با پزشک معالج، مسئولیت نهایی تکمیل پرونده در طی مدت بستری به عهده پرستار بخش، مسئولیت بررسی کمی و کیفی پرونده به عهده کارکنان بخش مدارک پزشکی و بررسی پرونده های ناقص به عهده کمیته های پزشکی از جمله کمیته مدارک پزشکی است (۵).

از آنجائیکه مشکلات کیفیت اطلاعات در فرایند ثبت اطلاعات و توسط مستندسازان به وجود می آید، این موضوع همچنان مورد بررسی قرار دارد. فرآیند مستندسازی پرونده های پزشکی توسط ارائه کنندگان سلامت بسیار ناقص انجام می گیرد و این امر موجب از دست رفتن اطلاعات مورد نیاز و خدشه دار شدن ظرفیت های موجود در پرونده پزشکی بیماران برای استفاده اشخاص حقیقی و حقوقی خواهد شد

(۶). میزان ثبت اطلاعات فرمها در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مازندران سال ۱۳۹۵ به میزان ۶۲ درصد بود (۷). عناصر اطلاعاتی مهمی مانند تاریخ ثبت در بیمارستان دکتر غرضی سال ۱۳۹۰ فقط ۹ درصد ثبت شده بود (۸). عدم آموزش کافی مستندسازان نسبت به نحوه ی ثبت اطلاعات در پرونده ها و عدم نظارت از علل بسیار مهم در ناقص ماندن پرونده های پزشکی بوده است (۹).

از طرفی امروزه هزینه های درمانی به طور روز افزون افزایش یافته و در مقابل، منابع مالی با محدودیت روبرو است. از طرفی بین مستندسازی دقیق با بازپرداخت های درمانی توسط ادارات بیمه ارتباط مستقیم وجود دارد و بخشی از کسورات به دلیل نقص در مستندسازی به وجود می آید. مطالعه ای با بررسی علل کسورات اعمال شده از سوی بیمه ی بیمارستان تأمین اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی کاشان نشان داد که نداشتن برخی عناصر اطلاعاتی مانند دستور پزشک، مشخصات بیمار، مهر و امضای جراح و متخصص بیهوشی و نقص در گزارش عمل از عللی است که منجر به کسورات شده است (۱۰).

تحلیل کمی، مرور پرونده پزشکی به منظور اطمینان از کامل بودن، درست بودن و برآورده کردن استانداردهای مورد نیاز در ایجاد پرونده های پزشکی می باشد (۸، ۱۱). بررسی موارد قانونی اطمینان می دهد که خطاها به شکل قانونی تصحیح شده اند؛ پرونده ها خوانا و به موقع هستند (۱۱). نظر به اهمیت ویژه وجود پرونده های کامل در نظام سلامت، پژوهش حاضر با هدف تعیین کمی و قانونی پرونده های پزشکی بیماران بستری در بیمارستان های منتخب شهر مشهد در سه ماهه اول سال ۱۳۹۷ انجام گرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی در سه ماهه اول سال ۱۳۹۷ در

پایایی، اطلاعات ۲۰ پرونده با فاصله زمانی یک ماه توسط دو پژوهشگر به صورت مجزا ثبت گردد و همبستگی داده‌ها ۸۰ درصد بدست آمد. روش جمع‌آوری داده‌ها بر اساس مشاهده و ثبت بود که فرم‌های پرونده پس از مشاهده در هر بیمارستان، از لحاظ میزان ثبت اطلاعات هر فرم و میزان رعایت مولفه‌های قانونی در هر فرم بررسی شدند. خوانایی فرم‌ها توسط ۳ نفر کارشناس فناوری اطلاعات سلامت بررسی گردید. در صورتی که ۳ نفر در مورد خوانایی آیت‌های فرم اشتراک نظر داشتند، آیت مورد نظر "خوانا"، اگر یک یا دو نفر در مورد خوانایی آیت‌های فرم اشتراک نظر داشتند، آیت مورد نظر "تا حدودی خوانا" و در صورتی که هیچکدام در مورد خوانایی آیت‌های فرم توافق نداشتند، آیت مورد نظر "ناخوانا" در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار اکسل ۲۰۱۶ تحلیل شد.

نتایج

از ۴۴۲ پرونده بررسی شده، ۱۴۹ پرونده از بیمارستان قائم (عج)، ۱۵۳ پرونده از بیمارستان امام رضا (ع)، ۷۰ پرونده از بیمارستان دکتر شیخ و ۷۰ پرونده از بیمارستان خاتم (عج) بودند. ۴۲/۷۶ پرونده‌ها از بخش‌های اورژانس، داخلی، ICU,CCU، تصویربرداری، روماتولوژی، مسمومین، عفونی، سوختگی و ۲۳/۹۸ درصد پرونده‌ها از بخش‌های تخصصی مانند قلب، زنان و مامایی، گوش و حلق و بینی و غیره، ۲۳/۰۸ درصد بخش جراحی بستری و سرپایی، ۸/۸۲ درصد پرونده‌ها از بخش‌های اطفال، مردان و زنان، ۱/۳۶ درصد مربوط به بخش لیزیک بود.

نوع بیمه پرونده‌های بررسی شده به ترتیب بیمه سلامت ۴۸/۱۹ درصد، تأمین اجتماعی ۲۶/۰۲ درصد، فاقد بیمه ۱۸/۱۰ درصد، بیمه نیروهای مسلح ۴/۳۰ درصد، گردشگری سلامت ۱/۸۱ درصد، کمیته امداد امام خمینی (ره) ۰/۹ درصد، شرکت نفت ۰/۴۵ درصد و اداره زندان

چهار بیمارستان آموزشی شهر مشهد شامل دو بیمارستان عمومی (بیمارستان امام رضا (ع) و قائم (عج)) و دو بیمارستان تخصصی (بیمارستان خاتم و بیمارستان دکتر شیخ) انجام شد. هدف از انتخاب این بیمارستان‌ها تنوع در ساختار سازمانی و شیوه نظارت بر مستندسازی پرونده‌های پزشکی بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران $n = \frac{z^2 pq}{e^2}$ و سطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان اشتباه ۰/۰۵ درصد، ۳۸۴ پرونده از فروردین تا خرداد ۱۳۹۷ به دست آمد که برای اطمینان بیشتر تعداد پرونده بیشتری گردآوری گردید (۱۲). حجم نمونه متناسب با تعداد پرونده‌های پزشکی بستری به هر یک از بیمارستان‌ها به صورت تصادفی طبقه‌بندی طی سه ماه مشخص گردید.

میزان تکمیل و رعایت مولفه‌های قانونی در فرم‌های بالینی، جراحی و اداری پرونده‌های بیماران بستری با استفاده از چک لیست محقق ساخته که شامل دو بخش بود، بررسی گردید. بخش اول، با تأکید بر ویژگی کامل بودن و بررسی خوانایی و بخش دوم بررسی مولفه‌های قانونی مانند ثبت تاریخ، امضا، زبان ثبت، فرم اصلی یا کپی، نحوه اصلاح اشتباهات و دستی یا کامپیوتری بودن در ۹ فرم اصلی پرونده انجام گرفت. فرم‌های اداری شامل پذیرش و خلاصه تریخیص (۲۴ مورد)، رضایت‌نامه‌ها (۴ مورد)، فرم‌های بالینی شامل خلاصه پرونده (۱۰ مورد)، شرح حال (۱۱ مورد)، دستورات پزشک (۵ مورد)، گزارش پرستار (۶ مورد)، فرم‌های جراحی شامل مراقبت قبل از عمل (۵ مورد)، بیهوشی (۹ مورد)، گزارش عمل جراحی (۱۳ مورد)، مراقبت بعد از عمل (۷ مورد) بود (۱۱). فرم سیر بیماری به دلیل ساختارمند نبودن و شیوه متفاوت تکمیل در بیمارستان‌های منتخب در این مطالعه بررسی نگردید.

روایی محتوای چک لیست با توجه به استاندارد بودن فرم‌های اصلی پرونده پزشکی و براساس نظر ۳ متخصص مدیریت اطلاعات سلامت تأیید گردید. برای سنجش

جدول ۱: فراوانی میزان ثبت و خوانایی عناصر اطلاعاتی فرم پذیرش و خلاصه ترخیص در پرونده های مورد بررسی (به درصد)

عناصر اطلاعاتی	ثبت کامل	خوانایی*	عناصر اطلاعاتی	ثبت کامل	خوانایی
شماره پرونده	۱۰۰	۹۹/۷۸	تاریخ فوت	۱۰۰	۹۹/۳۳
کد ملی بیمار	۱۰۰	۹۹/۸۹	مهر و امضا متصدی پذیرش	۱۰۰	۹۷/۸۴
ساعت پذیرش	۱۰۰	۹۹/۸۹	مهر و امضا پرستار	۱۰۰	۹۵/۸۸
تاریخ پذیرش	۱۰۰	۱۰۰	مهر و امضا پزشک معالج	۱۰۰	۹۲/۵۵
نوع بیمه	۱۰۰	۱۰۰	تشخیص نهایی	۱۰۰	۸۷/۸۶
بخش پذیرش	۱۰۰	۱۰۰	تشخیص اولیه	۱۰۰	۸۶/۳۴
بخش منتقل شده	۱۰۰	۱۰۰	وضعیت بیمار حین ترخیص	۱۰۰	۷۵/۶۵
تاریخ انتقال	۹۹/۷۸	۹۹/۷۸	تشخیص حین درمان	۹۹/۷۸	۵۹/۳۲
مشخصات بیمار	۹۹/۶۶	۱۰۰	اقدامات درمانی	۱۰۰	۵۸/۵۹
آدرس بیمار	۹۹/۶۶	۱۰۰	مهر و امضا رزیدنت	۱۰۰	۴۳/۱۹
شماره بیمه	۹۹/۴۴	۱۰۰	توصیه های پس از ترخیص	۱۰۰	۱۳/۷۲
ساعت فوت	۹۹/۳۳	۱۰۰	ثبت علل خارجی	۱۰۰	۴/۷۹

* بررسی موارد خوانایی در عناصر اطلاعاتی که ثبت شده بودند، انجام گردیده است

میزان اخذ و تکمیل فرم های رضایت نامه در پرونده های مورد بررسی در بیمارستان ها در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

۰/۲۳ درصد بوده است. در این مقاله به جهت حفظ محرمانگی از ذکر اسامی بیمارستان ها اجتناب گردیده است و تمرکز مقاله بر فرم های اصلی پرونده ها می باشد.

فرم های بالینی

در جدول شماره ۳ میزان ثبت عناصر اطلاعاتی در هر یک از فرم های بالینی به ترتیب از زیاد به کم نمایش داده شده است. بررسی میزان خوانایی عناصر اطلاعاتی ثبت شده هر یک از فرم های بالینی نشان داد که عنصر اطلاعاتی شماره پرونده در فرم خلاصه پرونده از بیشترین خوانایی برخوردار بود و عنصر اطلاعاتی مشاهدات و نظرات در فرم مشاهدات پرستاری کمترین میزان خوانایی را داشته است.

فرم های اداری

در جدول شماره یک، میزان ثبت و خوانایی عناصر اطلاعاتی فرم پذیرش و خلاصه ترخیص در پرونده های مورد بررسی نشان داده شده است. عناصر اطلاعاتی مشخصات بیمار، تاریخ پذیرش، آدرس بیمار، نوع بیمه، شماره بیمه و بخش منتقل شده خوانا و عناصر اطلاعاتی تشخیص نهایی، اقدامات درمانی کمترین میزان خوانایی را داشتند.

جدول ۲: فراوانی و نوع رضایت نامه های اخذ شده در پرونده های مورد بررسی (به درصد)

معالجه و عمل جراحی	قطع عضو	ترخیص با میل شخصی	استفاده از اطلاعات پزشکی	فاقد رضایت نامه
۱۰۰	۰	۱۰	۱۰۰	-
۷۹/۷۴	۰/۶۵	۵۸/۴	۷۶/۴۷	-
۲۷/۵۲	۳/۳۶	۸/۰۵	۱۷/۴۵	-
۹۸/۵۷	-	-	-	۱/۴۳
۷۶/۴۶	۱	۱۹/۱۱	۴۸/۴۸	۰/۳۶

جدول ۳: میزان ثبت و خوانایی عناصر اطلاعاتی فرم‌های بالینی در پرونده‌های مورد بررسی (به درصد)

فرم های بالینی	عناصر اطلاعاتی	ثبت کامل	خوانایی
خلاصه پرونده	شماره پرونده	۱۰۰	۹۹/۸۹
	مهر و امضا پزشک معالج	۹۸/۹۰	۹۶/۵۷
	تشخیص نهایی	۹۱/۷۰	۹۲/۴۱
	اقدامات درمانی	۸۸/۸۳	۸۵/۹۸
	نتایج آزمایش‌ها	۸۲/۴۷	۹۲/۱۵
	وضعیت بیمار حین ترخیص	۸۲/۱۸	۹۵/۵۰
	شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه	۸۱/۶۴	۹۴/۱۸
شرح حال	توصیه های پس از ترخیص	۷۵/۴۸	۹۷/۴۱
	شکایت اصلی بیمار	۹۴/۳۳	۸۶/۱۷
	مهر و امضا پزشک معالج	۹۷/۳۸	۹۷/۴۵
	تاریخچه بیماری فعلی	۹۴/۶۹	۷۹/۳۲
	شماره پرونده	۹۴/۳۷	۹۷/۷۲
	داروهای در حال مصرف	۹۲/۱۲	۸۰/۹۲
	حساسیت	۹۰/۶۲	۸۱/۸۳
	سوابق فامیلی	۸۸/۵۷	۹۱/۴۳
	معاینات بدنی	۸۷/۱۴	۹۵/۷۱
	تشخیص اولیه	۴۸/۹۴	۹۷/۰۲
دستورات پزشکی	تاریخ شرح حال	۴۴/۳۶	۹۸/۷۳
	ساعت شرح حال	۴۴/۵۱	۹۸/۸۴
	ثبت تشخیص بیماری	۹۸/۵۷	۳۷/۳۰
	تاریخ دستورات	۹۸/۳۸	۹۴/۲۶
	چک شدن دستورات توسط پرستار	۹۸/۱۷	۷۸/۷۲
	شماره پرونده	۹۵/۱۰	۹۸/۶۱
	ساعت دستورات	۸۰/۵۰	۸۹/۹۱
مشاهدات پرستاری	مشاهدات و نظرات	۹۹/۷۸	۲۲/۱۲
	مهر و امضا پرستار	۹۹/۴۴	۹۰/۱۹
	تاریخ ثبت مستندات	۹۸/۷۳	۹۶/۴۹
	شماره پرونده	۹۶/۷۷	۹۸/۹۰
	اقدامات دارویی و درمانی	۷۵/۹۹	۵۴/۴۰
ساعت ثبت مستندات	۵۷/۷۱	۸۶/۲۵	

فرم های جراحی

در جدول شماره ۴ میزان ثبت عناصر اطلاعاتی در هر یک از فرم‌های جراحی به ترتیب از زیاد به کم نمایش داده شده است. بررسی خوانایی عناصر اطلاعاتی نشان داد که عنصر اطلاعاتی شماره پرونده از بیشترین خوانایی در فرم مراقبت

بعد از عمل برخوردار بوده و عنصر اطلاعاتی تشخیص در فرم مراقبت قبل از عمل کمترین میزان خوانایی را داشته است. در ۱۵ پرونده، از فرم استاندارد شرح حال استفاده نشده بود و بجای آن از فرم غیر استاندارد دیگری استفاده شده بود، بنابراین ۱۵ فرم از مطالعه حذف شدند.

بطور کلی میزان ثبت و خوانایی عناصر اطلاعاتی فرمها در پرونده های مورد بررسی در جدول شماره ۵ نمایش داده شده است. در جدول شماره ۶ میزان رعایت مولفه های قانونی شامل وجود تاریخ در فرمها، زبان فرمها، درج فرم اصلی یا کپی در پرونده، دست نویس یا پرینت بودن فرمها، استفاده از وسایل اصلاح کننده در فرمهای مورد بررسی نمایش داده شده است.

جدول ۴: میزان ثبت و خوانایی عناصر اطلاعاتی فرم های جراحی در پرونده های مورد بررسی (به درصد)

فرم های جراحی	عناصر اطلاعاتی	ثبت کامل ▼	خوانایی
مراقبت قبل از عمل	شماره پرونده	۹۹/۱۰	۹۹/۸۹
	مهر و امضا پرستار	۹۸/۵۰	۹۵/۴۴
	تاریخ عمل	۹۴	۹۹/۵۶
	تشخیص	۹۴/۷۰	۸۰/۴۹
	نام عمل	۵۶/۱۰	۹۵/۹۳
بییهوشی	مهر و امضا پزشک بییهوشی	۹۸/۸۴	۹۸/۶۲
	شماره پرونده	۹۸/۶۶	۹۹/۶۷
	داروهای قبل از بییهوشی	۹۸/۵۱	۷۴/۲۷
	ساعت شروع بییهوشی	۹۸/۲۷	۹۱/۳۰
	ساعت پایان بییهوشی	۹۷/۴۶	۹۰/۴۴
	نوع بییهوشی	۹۵/۹۹	۹۰/۶۳
	مدت زمان بییهوشی	۹۳/۶۸	۸۶/۳۰
	عمل جراحی پیشنهاد شده	۸۶/۲۷	۸۷/۷۶
	تشخیص قبل از عمل	۷۹/۹۷	۸۹/۳۱
گزارش عمل	شرح عمل	۹۹/۶۵	۹۲/۲۳
	مهر و امضا جراح	۹۹/۵۶	۹۹/۸۹
	شماره پرونده	۹۹/۴۴	۹۸/۴۶
	نام جراح	۹۹/۳۳	۹۷/۸۷
	تاریخ عمل جراحی	۹۸/۲۹	۹۹/۶۵
	ساعت شروع عمل	۹۷/۶۱	۹۹/۶۵
	ساعت پایان عمل	۹۷/۶۱	۹۹/۶۵
	نام پزشک بییهوشی	۹۷/۰۸	۹۷/۵۱
	تشخیص قبل از عمل	۹۴/۲۵	۹۶/۱۰
	نوع عمل	۹۱/۰۸	۹۵/۸۴
	تشخیص بعد از عمل	۷۷/۰۵	۹۵/۹۹
	نام پرستار اسکراب	۷۴/۹۰	۹۶/۳۲
	شمارش گازها	۶۶/۲۳	۹۴/۰۷
	نام و امضا پرستار ریکاوری	۹۹/۴۴	۹۷/۷۹
مهر و امضا متخصص بییهوشی	۹۸/۸۹	۹۸/۹۵	
مراقبت بعد از عمل	شماره پرونده	۹۷/۱۰	۱۰۰
	ساعت ورود به ریکاوری	۹۵/۶۴	۹۶/۲۷
	ساعت خروج از ریکاوری	۹۵/۴۴	۹۵/۲۳
	نوع بییهوشی	۹۲/۹۴	۸۹/۴۵
	نوع عمل جراحی	۸۵/۶۲	۹۱/۰۶

جدول ۵: میزان ثبت و خوانایی عناصر اطلاعاتی فرم‌ها در پرونده‌های مورد بررسی (به درصد)

میزان خوانایی	میزان ثبت	نام فرم‌ها	میزان خوانایی	میزان ثبت	فرم‌های اداری
۹۱/۵۴	۷۵/۸۱	پذیرش و خلاصه ترخیص	۹۱/۵۴	۷۸/۵۱	
۹۳/۷۸	۸۷/۱۵	خلاصه پرونده			
۹۱/۳۸	۷۹/۷۳	شرح حال	۸۴/۹۱	۸۷/۲۷	فرم‌های بالینی
۷۹/۷۶	۹۴/۱۴	دستورات پزشک			
۷۴/۷۳	۸۸/۰۷	گزارش پرستاری			
۹۴/۲۶	۸۸/۴۸	مراقبت قبل از عمل			
۸۹/۸۱	۹۴/۱۸	بیهوشی	۹۴/۲۰	۹۲/۳۳	فرم‌های جراحی
۹۷/۱۷	۹۱/۷۰	گزارش عمل			
۹۵/۵۴	۹۵/۰۱	مراقبت بعد از عمل			

جدول ۶: میزان رعایت مولفه‌های قانونی در فرم‌های مورد بررسی (به درصد)

تاریخ	زبان فرم	فرم اصلی	روش ثبت	مخدوش شدگی	موارد قانونی
دارد	فارسی انگلیسی	اصلی کپی	دستی کامپیوتری	غلط سایر اصلاح کننده ها	فرم‌های پرونده پذیرش و خلاصه ترخیص
۱۰۰	۱۰۰	۸۴/۱۸	۱۵/۸۲	۰/۴۶	۹۹/۴۳
۲۲/۰۵	۱۷/۱۱	۹۹/۸۹	۰/۱۱	۰/۱۱	۹۹/۸۹
۴۷/۳۴	۳۲/۱۵	۹۶/۴۳	۳/۵۷	۳/۶۱	۹۶/۳۹
۹۷/۰۶	۱/۰۴	۱۰۰	۰	۱/۷۵	۹۸/۰۳
۹۷/۴۷	۶/۰۱	۹۹/۷۶	۰/۲۴	۰/۱۱	۹۹/۷۸
۹۳/۸۶	۱۶/۴۷	۹۹/۲۹	۰/۷۱	۰/۱۵	۹۹/۳۴
۹۸/۵۱	۳۱/۸۶	۱۰۰	۰	۱	۹۹
۹۷/۹۰	۹/۸۷	۹۹/۷۶	۰/۲۴	۳/۳۷	۹۶/۵۲
۱۰۰	۱۴/۲۲	۹۸/۸۹	۰	۲	۹۸/۲۲
۱۰۰	۰	۱۰۰	۰/۱۱	۱/۴۶	۹۸/۴۳
۸۵/۴۲	۱۴/۳۰	۹۷/۸۲	۲/۹۶	۱/۵۳	۹۸/۵۰

بحث

است. از آنجائیکه موضوع نقص مستندات پرونده‌های پزشکی در اکثر کشورها حتی کشورهای با درآمد بالا نیز وجود دارد؛ استمرار ارزیابی تکمیل پرونده‌ها و برنامه‌های بهبود جمع‌آوری داده‌ها ضروری هستند.

بطور کلی میزان ثبت اطلاعات فرم‌های پرونده‌های بررسی شده ۸۵/۹۳ درصد و میزان خوانایی ۸۹/۳۳ درصد بوده است که فرم مراقبت بعد از عمل از بیشترین میزان

در این مطالعه میزان کامل و خوانا بودن و رعایت مولفه‌های قانونی ۴۴۲ پرونده چهار بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی مشهد بررسی گردید. مطالعه حاضر نشان داد با وجود اینکه در مقایسه با مطالعات مشابه، میزان تکمیل فرم‌های پرونده پزشکی افزایش یافته است، اما هنوز برخی از اطلاعات مهم، ناقص ثبت می‌شوند و فقدان این اطلاعات مانعی برای ارزیابی، درمان و پیگیری مطلوب موارد مهم

به دست آمد که این میزان در مطالعه ارزمانی (۱۳۸۸) ۷۳/۲۶ درصد و در مطالعه کیمیافر (۱۳۹۴) ۷۳ درصد بود. می توان نتیجه گرفت میزان تکمیل پرونده ها نسبت به سال های گذشته افزایش داشته است (۶،۱۴). **Tol a** (۲۰۱۷) در بررسی میزان تکمیل پرونده های پزشکی یک بیمارستان اتیوپی نشان داد میزان ثبت اطلاعات فرم خلاصه ترخیص ۸۳/۸ درصد، فرم دستورات پزشک ۹۲/۸ درصد و فرم گزارش پرستار ۷۶/۶ درصد بوده است که این میزان در مطالعه حاضر بیشتر می باشد (۱۶).

در فرم خلاصه پرونده میزان ثبت اطلاعات مطلوب بوده است (۶). مقایسه میزان ثبت اطلاعات بالینی در فرم شرح حال با مطالعه محجوب (۱۳۹۰) نشان می دهد که مشهود از وضعیت مطلوب تری برخوردار می باشد (۱۷). با توجه اینکه هدف از ثبت فرم شرح حال کمک به پزشکان در رسیدن به یک تشخیص صحیح است و تکمیل این فرم به انجام فعالیت های آموزشی - درمانی کمک می نماید؛ بنابراین تکمیل این فرم حائز اهمیت است.

در فرم دستورات پزشک، ثبت ساعت دستورات ۸۰/۵ درصد بود در حالیکه در مطالعه محجوب (۱۳۹۰) میزان ثبت ساعت دستورات ۹۹/۶ درصد و در مطالعه عظیمی (۱۳۹۵) ۸۸/۱۰ درصد بود؛ بنابراین این آیتم نسبت به سایر مطالعات کمتر می باشد (۱۸، ۱۷). میانگین درصد فراوانی ثبت امضا پرستار در برگ دستورات پزشک در مطالعه حاضر ۹۸/۱۷ درصد بود که در مقایسه با میزان مشابه ۹۹/۱ درصد در مطالعه محجوب (۱۳۹۰) از میزان کمتری برخوردار است (۱۷).

در فرم گزارش پرستار اطلاعاتی مانند مشاهدات و نظرات، مهر و امضا پرستار تقریباً کامل ثبت شده اند؛ اما ساعت ثبت مستندات ۵۷/۷۱ درصد ثبت شده بود که در مطالعه رحیمی (۱۳۹۳) به طور مشابه پرستاران، ساعت انجام اقدامات را کمتر ثبت نمودند (۱۹). در مقابل رنکرز

ثبت و فرم پذیرش و خلاصه ترخیص از کمترین میزان ثبت؛ فرم گزارش عمل جراحی از بیشترین میزان خوانایی و گزارش پرستاری از کمترین میزان خوانایی برخوردار بود. Isworo در بررسی مسئولیت های بیمارستانی در خصوص کامل بودن پرونده های پزشکی نشان داد میزان ثبت اطلاعات ۷۵/۸۰ درصد بوده است (۱۳).

فرم های اداری

میزان ثبت اطلاعات در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص در بیمارستان های مورد بررسی، ۷۶/۸۱ درصد بود که به طور مشابه ارزمانی (۱۳۸۸) در بررسی تأثیر آموزش در تکمیل پرونده های بیمارستان های بجنورد نشان داد این فرم ۷۸ درصد تکمیل شده بود (۱۴) و نسبت به مطالعه کیمیافر (۱۳۹۴) در بررسی کمی اطلاعات پرونده پزشکی بیماران بستری در بیمارستان های دانشگاهی و تأمین اجتماعی شهر مشهد، ۳ درصد افزایش داشته است (۶). یافته ها نشان داد میزان ثبت مشخصات بیمار در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، ۹۹/۶۶ درصد، تاریخ و ساعت فوت بیمار به میزان ۹۹/۳۳ درصد بوده که در مقایسه با مطالعه کیمیافر (۱۳۹۴)، می توان افزایش ثبت این اطلاعات را مشاهده نمود (۴). به نظر می رسد براساس یافته های مطالعه حاضر در مقایسه میزان ثبت اطلاعات بالینی در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص نسبت به مطالعه همتی (۱۳۹۵) ۳۲ درصد در بیمارستان شهید بهشتی و ۱۰۰ درصد در مرکز نکویی و نسبت به مطالعه کیمیافر (۱۳۹۴) ۱۰/۵ درصد ثبت توصیه های پس از ترخیص بوده است (۶، ۱۵). از آنجایی که اطلاعات بالینی در استمرار درمان بیمار و عدم مراجعه مجدد به مراکز درمانی تأثیر شایانی دارد؛ توجه به تکمیل آیتم های اطلاعاتی از اهمیت شایانی برخوردار است.

فرم های بالینی

میزان ثبت اطلاعات در فرم های بالینی ۸۷/۲۷ درصد

(۱۳۸۴) نشان داد پرستاران از بیشترین میزان تکمیل اطلاعات نسبت به سایر کادر درمانی برخوردارند. با توجه به اینکه ثبت ساعت و امضا پرستار در قسمت دستور پزشک، نشان دهنده رویت دستور پزشک معالج و اجرای آن است و پس از آن پرستار گزارشات مربوطه را در فرم گزارش پرستار مستند می‌نماید، اهمیت ویژه ثبت اطلاعات توسط پرستاران واضح است. در بسیاری از کشورها به ویژه کشورهای توسعه یافته پرستاران را تشویق به ارائه تشخیص خود می‌کنند و محل درج تشخیص ایشان را در همین فرم در نظر می‌گیرند (۴،۶). به نظر می‌رسد این وضعیت در مطالعه حاضر متفاوت و نیازمند توجه بیشتری است.

فرم های جراحی

به طور کلی میزان ثبت اطلاعات در فرم های جراحی نسبت به مطالعات مشابه مطلوب تر می‌باشد (۲۰). بیشترین میزان ثبت اطلاعات در فرم مراقبت های پس از عمل و کمترین میزان ثبت در فرم مراقبت قبل از عمل بود؛ اما در مطالعه شریفیان (۱۳۸۷) بیشترین عدم ثبت، مربوط به فرم مراقبت بعد از عمل بود (۲۱). در فرم بیهوشی مقایسه میزان ثبت اطلاعات با مطالعه ناصری (۱۳۹۲) نشان داد که این میزان در مطالعه حاضر از وضعیت مطلوب تری برخوردار است؛ به طوریکه در مطالعه ناصری بیشترین فراوانی نقص، مربوط به زمان شروع و اتمام بیهوشی و طول مدت بیهوشی بود (۲۲). باید توجه داشت با وجود اینکه کادر درمان می‌توانند در بخش مدارک پزشکی برخی آیتم‌ها را تکمیل کنند اما اکثر آیتم‌ها نیاز به ثبت دقیق و به هنگام در زمان درمان دارند. عدم ثبت برخی اطلاعات یا بی دقتی در ثبت یا بی‌اهمیت دانستن آن از طرف متخصصین مثل تشخیص در فرم‌ها می‌تواند خسارت غیر قابل جبرانی را به بار آورد. در فرم گزارش عمل میزان تکمیل اطلاعات مربوط به عمل جراحی در مقایسه با مطالعه محجوب (۱۳۹۰) ۸۸/۲

درصد و مطالعه دویانتی (۲۰۰۸) نزدیک به صد درصد، در وضعیت پایین تری قرار دارد (۱۷،۲۳). یافته‌ها نشان داد آیتم مهم تشخیص بیماری در پرونده‌ها کامل ثبت نمی‌شود و میزان آن نیز در فرم‌های مختلف پرونده‌ها متفاوت می‌باشد؛ به خصوص ثبت آیتم تشخیص حین درمان بین ۴۹ تا ۶۰ درصد بود. در مطالعه همتی (۱۳۹۵) و مطالعه‌ای در اندونزی (۲۰۱۹) این میزان، مشابه بوده است. اما در اندونزی میزان ثبت تشخیص پس از اجرای اعتباربخشی ۸/۹۵ درصد بهبود یافته است. به نظر می‌رسد به علت اینکه فرم پذیرش در بدو ورود تکمیل می‌شود و هنگام ترخیص بیشتر به فرم خلاصه پرونده توجه می‌گردد، میزان ثبت تشخیص حین درمان کم است. کم بودن ثبت تشخیص در فرم بیهوشی می‌تواند به علت تکراری بودن آن در فرم مراقبت قبل از عمل باشد (۱۵،۲۴). با توجه به کاربرد مشخص هر یک از اطلاعات فرم‌های پرونده، ثبت مجدد اطلاعات دوباره کاری نیست و علاوه بر بازنگری فرم‌ها، بایستی نگرش مستندسازان پرونده در این زمینه اصلاح گردد.

در فرم مراقبت پس از عمل میزان ثبت اطلاعات ۹۵/۰۱ درصد بود که شریفیان (۱۳۸۷) نشان داد این میزان ۲۵/۳ درصد است (۲۱)؛ لذا می‌توان گفت میزان ثبت اطلاعات در این فرم با گذشت زمان بهتر شده است. بررسی میزان خوانایی اطلاعات ثبت شده نشان داد که میزان خوانایی اطلاعات ثبت شده در پرونده‌ها بطور کلی ۸۹/۳۳ بوده است که نسبت به مطالعه محمودیان (۱۳۹۳) در ارزیابی میزان تکمیل اطلاعات پرونده‌های پزشکی اورژانس زابل با ۴۲/۲ درصد خوانایی از وضعیت مطلوب تری برخوردار است؛ اما با میزان خوانایی ۸۲/۴۰ درصد در مطالعه عظیمی (۱۳۹۵) مشابهت دارد (۲۵، ۱۸). به طور کلی ناخوانایی اطلاعات پرونده های پزشکی یکی از مشکلات مستندات دست‌نویس در کلیه مطالعات انجام شده است.

برای ورود داده‌ها، عدم نظارت و سهل‌انگاری را می‌توان از علل ریشه‌ای تکمیل ناکافی پرونده‌ها دانست.

در این راستا توجه به چهار عامل اصلی "مدیریت جمع‌آوری داده‌ها"، "استاندارد سازی فرایند جمع‌آوری داده‌ها"، "گردآورندگان اطلاعات"، "محیط جمع‌آوری اطلاعات" و برنامه‌ریزی مستمر برای آنها باید به عنوان طرح عملیاتی بهبود مستندسازی مورد توجه قرار گیرند (۱۳، ۳). با توجه به پیشرفت‌های اخیر در حوزه فناوری اطلاعات سلامت و نحوه جمع‌آوری اطلاعات پزشکی و مطالعاتی که در سال‌های اخیر انجام شده است، همچنان عدم تکمیل آیتم‌های ضروری در پرونده مشاهده می‌شود. در همین راستا الکترونیکی شدن فرم‌های پرونده می‌تواند راهکار مؤثری باشد. البته بایستی قوانین و الزامات ثبت آیتم‌ها و عناصر اطلاعاتی ضروری به صورت اجباری تدوین گردد.

این مطالعه نشان داد که میزان ثبت کامپیوتری فرم‌ها افزایش یافته است، شاید بتوان مهمترین علت عدم تکمیل پرونده را گردآورندگان اطلاعات دانست؛ بنابراین افزایش آگاهی آنها نسبت به اهمیت ثبت اطلاعات و آموزش مستمر سازمانی، تسهیل روش‌های ثبت و کاهش بارکاری مستندسازان را اصلی‌ترین راهکار ثبت اطلاعات دانست.

برای استانداردسازی فرایند جمع‌آوری اطلاعات، مسئولین می‌بایست فرایند جمع‌آوری داده‌ها و ساختار فرم‌های پرونده پزشکی و چگونگی تکمیل آنها را مدیریت نمایند؛ به صورت دوره‌ای میزان تکمیل پرونده‌ها را بررسی کنند و براساس آن اقدامات مداخله‌ای برای بهبود مستندسازی را به طور دائم انجام دهند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد حمایت مالی شده است.

اگرچه میزان رعایت اصول قانونی ثبت اطلاعات و تصحیح اشتباهات در مقایسه با میزان اصلاح یادداشت‌های پرونده اورژانس در مطالعه محمودیان (۱۳۹۳) ۸/۸۱ درصد و میزان خط خوردگی ۱۴/۳ درصد در مطالعه عظیمی (۱۳۹۵) افزایش یافته است؛ اما هنوز روش قانونی تصحیح اشتباهات ثبت نیازمند آموزش می‌باشد (۱۸، ۲۵). میزان ثبت تاریخ در فرم‌ها نسبت به مطالعه محمودیان (۱۳۹۳) با ۴۸/۲۷ درصد تقریباً دو برابر است (۲۵). به طور مشابه در مطالعه‌ای در اندونزی (۲۰۱۹) میزان رعایت مولفه‌های قانونی ۶۲/۵۳ درصد بوده است که پس از اعتباربخشی به ۱۲/۰۵ درصد بهبود یافته است (۲۴). یافته‌ها نشان داد که ثبت فرم‌ها به سمت کامپیوتری شدن پیش می‌رود؛ بدین شکل که فرم گزارش عمل جراحی ۸۰/۵۲ به صورت کامپیوتری و فرم بیهوشی کاملاً دست‌نویس تکمیل می‌شد. آیتم تاریخ در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص به صورت کامل ثبت می‌شد و در فرم خلاصه پرونده فقط ۲۲/۰۵ درصد ثبت شد. به طور مشابه مطالعه مروری Isworo و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که تاریخ و امضا پزشک در خلاصه پرونده‌ها به طور کامل ثبت نمی‌شود (۱۳).

نتیجه‌گیری

بررسی چگونگی جمع‌آوری داده‌ها به استانداردسازی عملکرد برنامه‌های سلامت و مقایسه اقدامات انجام شده، وقایع رخ داده، واکنش‌های بشر در برابر استانداردهای پذیرفته شده کمک می‌کند. برای برخورداری از اطلاعات کامل باید به عوامل مهم و مؤثر بر فرایند جمع‌آوری اطلاعات که منجر به بهبود کیفیت داده‌ها می‌شود توجه داشت (۲۶). این مطالعه میزان ثبت و خوانایی و رعایت مولفه‌های قانونی چهار بیمارستان مشهد را بررسی نمود و نشان داد که مستندسازی همچنان باید ارتقا یابد. ناآگاهی از اهمیت کامل بودن پرونده پزشکی، نامناسب بودن فرم‌ها

ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد اخلاق IR.MUMS.REC.1397.218 می باشد.

تضاد منافع

در این مقاله تعارض منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به شماره ۹۷۰۳۷۷ می باشد که بدین وسیله از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه و نیز از همکاری صمیمانه ارزیابان گران قدر در بررسی مقالات مرتبط این پژوهش، سپاسگزاری و قدردانی می گردد.

References

- Hajavi, A, Sarbaz, M, Moradi, N. Medical Recording, and Tehran: Nashr Electronici va Etelarasani Jahan Rayane, First, 2003. 239-240. [in Persian]
- Fazlollahi, z, Koshkalam Aghdam, M, Lotfinezhad Afshar, H, Jabraili, M. The Rate of Adherence to Principles of Diagnosis Recording in Medical Records of Patients with Fractures Admitted to Urmia Motahari Hospital, Health Information Management, 2011; 8(3): 405-408. [in Persian]
- Chen H, Yu P, Hailey D, Cui T. Identification of the essential components of quality in the data collection process for public health information systems. Health Informatics J. 2020; 26(1):664-682.
- Rangraz Geddi F, Farzandipour M, Mousavi S. Studying the rate of Medical Records Use in Kashan Hospitals. Jha. 2005; 8 (21) :88-94
- Mashoofi, M, Amani, F, Rostami, KH, Mardi, and A. Evaluation Information Record in Hospitals Ardabil Medical Science 2001, Research and Scientific Journal of Ardabil University of Medical Science, 2004; 3(11): 44-49. [in Persian]
- Kimiafar, K and Vafae Najar, A, Sarbaz, M. Quantitative Investigation of Inpatients' Medical Records in Training and Social Security Hospitals in Mashhad. Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation, 2015; 4 (1). P. 58-67. [In Persian].
- Saravi B, Asgari Z, Siamian H, et al. Documentation of Medical Records in Hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences in 2014: a Quantitative Study. Acta Inform Med. 2016; 24(3):202-206.
- Abbassi S, Tavakoli, N. Quantitative Analysis of Medical Record of Patients Admitted in the Gharazi Hospital, Health Information Management, 2011; 8(1): 50-60. [in Persian]
- Tavakoli N. Identification of reasons for incompleteness of medical records and the managers' views in this regard. Health Information Management .2005; 2(1): 15-24. [in Persian]
- Safdari R, karami M, Moini M. Causes of Deductions Made by The Social Security Insurance in Hospital Affiliated to Kashan University of Medical Sciences. Health Information Management. 2012; 9(1):140-144 [in Persian].
- Abdelhak M; Hanken M. Health Information: management of strategic resource. 5 th edition. Saunders. 2016.
- Hafeznia MR. Introduction to Research in the Humanities. Tehran: SAMT publication. 2001.
- Iswor S, Setijaningsih R, Suyoko. Study on hospital responsibilities regarding the completeness of medical resumes. Magna Scientia Advanced Biology and Pharmacy, 2021; 01(02). P: 021-031.
- Arzamani M, Doulatabadi T, Hashemi M. Effect of training on the degree of completeness of medical records in the hospitals of North Khorasan University of Medical Sciences in Bojnurd. JNKUMS. 2011; 3 (1):15-21. [in Persian]
- Hemati M, Esmaili M, Momenian S. The rate of observance of the standards of diagnosis recording in medical records of hospitalized patients in hospitals affiliated to Qom University of Medical Sciences, Iran. Qom Univ Med Sci J 2016; 10(1):40-47. [in Persian]
- Tola k, Abebe H, Gebremariam Y, Jikamo B. Improving Completeness of Inpatient Medical Records in Menelik II Referral Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. Advances in Public Health. 2017; Article ID 8389414. P: 5.
- Mahjob M P, Farahabadi S M E, Dalir M. Evaluation of Randomly Selected Completed Medical Records Sheets in Teaching Hospitals of Jahrom University of Medical Sciences, 2009. J Fasa Univ Med Sci. 2011; 1 (1):20-28. [in Persian]
- Azimi L, markazimoghaddam N, Rostami K, Talebi A, Eskandari A, Mirzaiy A et al. Assessing the Physicians' Order Errors in Medical Records and its effective Factors (A Case Study). jhosp. 2016; 15

- (2):41-48. [in Persian]
19. Rahimi A, Shaverdi A. Investigating the quality of recording nursing reports in Yazd Kargar Martyrs Hospital. Fourth National Conference on Strategies for Improving the Quality of Nursing and Midwifery Services, 2015. [in Persian]
 20. Mahmoodian, S., Alidadi, F., Arji, G., Ramezani, A. (2014). '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, 3(1), pp. 33-39. [in Persian]
 21. Sharifian R, Ghazisaeedi M. Information registration in surgical special sheets for discharge patients in Tehran University of Medical Sciences Teaching Hospitals, 2005. payavard. 2008; 2 (1 and 2) :31-39. [in Persian]
 22. Nasserri, K, farsian, S E. Assessing anesthetic indexes in patient's medical records. Health Information Management. 2014;11(3). P: 285-292. [in Persian]
 23. DWI Yanti S, et al. implementation of Completeness and Accuracy of Surgical Medical Record in Regional Hospital Kendari Based on Regulation of the Minister of Health Number 269 of 2008. East African Scholars Multidiscip Bull. 2019; 2(10).P: 335-339.
 24. Wariyanti, Harjanti M, Sugiarsi S. The Completeness of Medical Record Documents to Improve the Service Quality at Puskesmas in Sukoharjo Regency. 1st International Conference of Health, Science & Technology (ICOHETECH); 2019 November 16, Universitas Duta Bangsa Surakarta, Indonesia.
 25. Mahmoodian SS, Jamshidian F, Arji G, Ahmadi P. Comparison of the status of data recording in discharge patient's surgical forms in educational hospitals of Zabol and Torbat-jam in 2011. jms. 2014; 2 (3) :38-44. [in Persian]
 26. Getahun F, Completeness of Inpatient Medical Record in St. Paul's Hospital Millennium Medical College [Dissertation or Thesis]. Ethiopia. Addis ababa university.2018

Original Article

Quantitative Evaluation and Observance of Legal Components of Medical Records of Patients in Selected Hospitals in Mashhad in the First Quarter of 2018

Marziyhe Meraji¹, Somayeh Fazaeli¹, Sanaz Sadat Mahmoodian^{2*}

¹ Assistant professor, Department of Medical Records and Health Information Technology, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² MSc, Department of Medical Records and Health Information Technology, school of Paramedical Sciences, University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 07 April 2021

Accepted: 21 November 2021

Abstract

Introduction: In the health system, medical records have different uses such as follow-up, education, research, profession supporting patients, physicians, and health facilities, as well as evaluating health services, so poor documentation of medical records can lead to low quality of care and low quality of analysis results. The aim of this study was quantitative evaluation and observance of legal components of medical records of patients in selected hospitals in Mashhad in the first quarter of 2018.

Materials and Methods: In this descriptive study was reviewed 442 medical records from 4 teaching hospitals of Mashhad University of Medical Sciences in the first quarter of 2018 using a researcher-made checklist composed of two parts forms completeness and legibility and the second part observing the legal components in 9 main forms. The data were analyzed using Excel software using descriptive statistics methods.

Results: The results showed that the highest rate of completion was in the forms of postoperative care, physician orders, and anesthesia and the lowest rate of completion was in history, admission, and discharge summary forms. Surgical forms including operation reports, postoperative care, and preoperative care were more legible than others, and f doctor's orders and nursing report forms were less legible. Observing of legal components revealed 65.58 percent of forms were documented in Persian language and 72.51 percent were manually documented.

Conclusion Improving the quality of data and documentation is very important for the treatment team, care continuity, and patient safety in medical centers. Increasing awareness about the importance of medical records completion, proper design of forms to ease data entry, monitoring medical records completion, nonstop assessment of factors affecting forms completion, planning, and implementation of an operational plan to improve documentation could be recommended as a solution.

Keywords: Completeness, Data quality, Legal aspects, Medical record analysis, Quantitative analysis

* **Corresponding Author:** Sanaz sadat Mahmoodian. Department of Medical Records and Health Information Technology, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. Tel: 09153201550; Email: mahmoudians2@mums.ac.i