مقـــاله تحقیقی

ارزیابی تاثیـــر حضور کارشناس فنـــاوری اطلاعات ســـلامت بر مستندسازی پرونده‌های بیماران بستری در بیمـــارستان حضرت فاطمه زهرا(س) ساری

تورج اسدی[1]، بنیامین محسنی ساروی[2*]، حامد روحانی زاده[3]، دکتر ذکریا ذکریایی[4]، اسماعیل رضازاده[5]، ابراهیم باقریان[6]، زلیخا اصغری[7]، محمد فلاح خاریکی[8]

[1] عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

[2] کارشناس ارشد فناوری اطلاعات سلامت، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

[3] استادیار اطفال، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

[4] فلوشیب سم شناسی بالینی، استادیار مرکز تحقیقات ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

[5] دانشجوی دکترا مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران

[6] عضو هیات علمی گروه آمار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران

[7] کارشناس فناوری اطلاعات، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

[8] کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

ساری، خیابان ولی عصر، سه راه جویبار، ساختمان شماره ۲ دانشگاه علوم پزشکی، معاونت درمان، اداره مدارک پزشکی

نشانی الکترونیک:

bsaravi@gmail.com

چکیده

زمینه: مستندسازی پرونده‌های پزشکی نقش مهمی در امر درمان و پیشگیری دارد. لذا این پژوهش با هدف ارزیابی تاثیر حضورکارشناس فناوری اطلاعات سلامت در بخش‌های بالینی بر مستند سازی پرونده‌های بستری بیمارستانی انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی – مقطعی، ۹۶ پرونده بستری در سال۱۳۹۳ و۹۶ پرونده بستری درسال ۱۳۹۷در بیمارستان حضرت فاطمه زهرا (س) ساری مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها بر اساس چک لیست بر مبنای چیدمان موجود عناصر داده‌ای در چهار برگ اصلی پذیرش، خلاصه پرونده، شرح حال و سیر بیماری گردآوری و تهیه شد. ارزیابی کلی از میزان مستند سازی بصورت ۱۰۰– ۹۵ درصد"خوب"، ۹۴– ۷۵ درصد "متوسط" و زیر ۷۵ درصد "ضعیف" درنظر گرفته شد. در مجموع ۱۹۲ پرونده به صورت چند مرحله‌ای (یعنی طبقه‌ای– تصادفی ساده) بررسی شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میزان ثبت کلی هر چهار فرم در سال ۹۳ حدود ۵۱/۰۱ درصد و در سال ۹۷، ۶۲/۹۲ درصد بود. تاثیر فنآوری اطلاعات بر فرایند فرمهای پذیرش، خلاصه پرونده، شرح حال و سیر بیماری به ترتیب برابر است با۸۸/۲۵، ۸۵/۶۳، ۳۱/۰۹، ۸۴/۳۰ درصد در طبقه متوسط بود. در بین طبقات داده‌ها بالاترین میانگین ثبت مربوط به تصدیقات (۹۱/۷درصد) در چهار فرم بود.

نتیجه گیری: میزان مستندسازی بعد از جذب کارشناسان فناوری اطلاعات سلامت در بخش‌های بالینی ۱۱/۹۱ درصد رشد داشت. برای دستیابی به وضعیت خوب، جذب نیروهای آموزش دیده در بخش‌های بالینی بیمارستان‌ها ضروری است تا بستر مناسب برای اجرا و توسعه فناوری اطلاعات در رسیدن به حداکثر بهره وری در سیستم‌های سلامت ایجاد شود.

واژگان کلیدی: مدارک پزشکی، مستند سازی، ارزیابی، کارشناس فناوری اطلاعات سلامت

مقدمه

شناخت تأثیرات بالقوه‌ی فنآوری اطلاعات در ابعاد مختلف سلامت، از دستاوردهای نظام سلامت مبتنی بر فنآوری اطلاعات در ارتقای سطح سلامت جامعه می‌باشد(۱). مدارک پزشکی یکی از ابزارهای مهم در اجرای امر درمان و پیشگیری است و به عنوان آیینه منعکس کننده امور پزشکی در مراکز درمانی شناخته می‌شود. با توجه به اهمیت داده‌های ثبت شده در اوراق مدارک پزشکی و کاربرد آنها در تسریع روند و اصلاح شیوه‌های درمان، نشان دادن عملکرد کادر پزشکی و پرستاری، دفاع از بیمار و بیمارستان، برنامه‌ریزی‌های سازمان‌های بهداشتی – درمانی و اتخاذ تصمیمات صحیح و اصولی، لازم است پرونده‌های بالینی از هر جهت کامل باشند (۲). مدارک پزشکی در زمینه ثبت و گردش اطلاعات که به عنوان اساس برنامه ریزی و تصمیم‌گیری مدیریتی در زمینه‌های آموزشی، پژوهشی و بهداشتی به کار می‌رود، یکی از با ارزش‌ترین شاخص‌های ارزیابی فعالیت کادر بیمارستانی می‌باشد (۳).

مهم‌ترین علت ناقص ماندن پرونده‌ها این است که پزشکان و جراحان بر این باورند که مراقبت‌های پزشکی یا جراحی مورد نیاز بیمار بسیار حیاتی است، اما مستندسازی اطلاعات مربوط به مراقبت را به عنوان بخشی از فرایند درمان در نظر نمی‌گیرند، در حالی که مدت زمانی که جهت ثبت یا تکمیل پرونده‌ی بیمار در رابطه با مراقبت‌های ارایه شده صرف می‌شود، باید به عنوان بخشی از فرایند مراقبت در نظر گرفته شود (۳). تهیه و تنظیم گزارشات پزشکی بیماران بستری در بیمارستان‌ها، علاوه بر بایگانی به عنوان پیشینه پزشکی بیماران و تشخیص بیماری، به پزشک کمک می‌کند تا طرح مراقبت و درمان بیمار را پایه‌ریزی نماید (۴). در تحقیق محسنی ساروی درصد تکمیل ۴ فرم (۶۲ درصد) بوده است (۵). در استان مازندران سه تحقیق در زمینه ثبت مستندات انجام شده است (۸–۶). دلیل انتخاب این چهار برگ به لحاظ اهمیتی است که از نظر داده ای این اوراق برای متقاضیان و خصوصا پزشکان و همچنین ارتباطی که این اوراق با سایر اوراق دارند(۹ و ۷)، بود. با توجه به اینکه کارشناسان رشته فناوری اطلاعات سلامت بعنوان مستندسازان مدیریت اطلاعات سلامت می‌باشند در جهت کمیت ثبت اطلاعات موجود در فرم‌های مدارک پزشکی می‌توانند نقش سازنده‌ای داشته باشند. لذا با تعیین وضعیت موجود در رابطه با نحوه مستندسازی گامی در جهت اصلاح مستندسازی برداشته خواهد شد.

این پژوهش با هدف ارزیابی تاثیر حضور کارشناس فناوری اطلاعات سلامت در بخش‌های بالینی بر مستندسازی پرونده‌های بستری بیمارستانی انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی و به صورت مقطعی در سال‌های ۱۳۹۳ (قبل) و سال ۱۳۹۷(بعد) انجام شد. جامعه هدف پرونده‌های بستری بخش‌های بالینی که شامل برگه های برگ پذیرش، خلاصه پرونده، شرح حال، سیر بیماری در بیمارستان حضرت فاطمه زهرا (س) ساری بود. دلیل انتخاب این بیمارستان، بکارگیری نیروهای فنآوری اطلاعات سلامت در بخش‌ها به عنوان منشی بخش بود.

ابزار گردآوری اطلاعات یک چک لیست محقق ساخته بود. این چک لیست حاوی عناصر داده موجود در فرم‌های پذیرش (۶۲عنصر داده)، خلاصه پرونده (۲۵عنصر داده)، شرح حال (۳۷ عنصر داده) و سیر بیماری (۱۳عنصر داده) بود. به لحاظ اینکه این مطالعه فقط یکی از مضامین آنالیز کمّی را مورد توجه قرار داد، لذا پاسخ‌های نحوه ثبت یا مستندسازی بصورت بله با ارزش یک و خیر با ارزش صفر و عدم کاربرد با ارزش ۲ بود . گزینه عدم کاربرد برای حالاتی تعریف شد که متغیر مندرج در پرونده برای بیمار مذکور کاربرد نداشت.

برای سهولت گزارش، متغیرهای مورد بررسی به ترتیب در برگ پذیرش به ۶ طبقه (شامل داده‌های دموگرافی، ترخیصی، تشخیصی، تصدیقات، اجازه نامه‌ها، مدیریت پرونده)، در برگ خلاصه پرونده به ۵ طبقه (شامل دموگرافی، ترخیصی، تشخیصی، تصدیقات و مدیریت پرونده و در برگ شرح حال به ۵ طبقه (شامل دموگرافی، تشخیصی، تصدیقات، مدیریت پرونده و شرح حال) و در برگ سیر بیماری به ۵ طبقه (شامل دموگرافی، تصدیقات، مدیریت پرونده ، گزارش پیشرفت معالجات و تعداد گزارشات پیشرفت معالجات) تقسیم شد. به طور مثال، در برگ پذیرش متغیرهایی مانند نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد و... به عنوان دموگرافیک، و کلیه موارد امضاء یا نقش مهر به عنوان تصدیقات، تشخیص اولیه، حین درمان به عنوان داده‌های تشخیصی و متغیرهای مانند شماره اتاق یا تخت، نام بخش به عنوان داده‌های مدیریت پرونده در نظر گرفته شد. ارزیابی کلی از میزان مستندسازی بصورت ۹۵ تا ۱۰۰ درصد برابر با "خوب"، ۷۵ تا ۹۴ درصد "متوسط" و زیر ۷۵ درصد "ضعیف" درنظر گرفته شد. حجم نمونه و نحوه نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای (یعنی طبقه‌ای– تصادفی ساده) بود. با توجه به عدم وجود مقداری برای پارامتر P از مطالعات گذشته، این پارامتر را ۵۰ درصد در نظر گرفته و با در نظر داشتن آلفا مساوی ۵ درصد و d مساوی ۵ درصد حجم نمونه ۳۸۱ محاسبه شد. در مرحله بعد هر رشته تخصصی به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شده و تعداد نمونه‌های لازم برای هر طبقه با توجه به نسبت بیماران بستری در سال ۱۳۹۲ تعیین شد در مرحله آخر با مراجعه به بایگانی بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌ها پرونده‌ها به صورت تصادفی ساده استخراج و داده ها ثبت گردید. پس از جمع‌آوری، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS شده و با استفاده از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد و میانگین های مورد نیاز به دست آمد. ارزیابی کلی از میزان مستند سازی بصورت ۱۰۰–۹۵ درصد برابر با "خوب"، ۹۴–۷۵ "متوسط" و زیر ۷۵ درصد "ضعیف" درنظر گرفته شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی و چگونگی رعایت حقوق تحقیقات در گزارش پایانی از ذکر اسامی پزشکان، بیماران و هر عامل نقض کننده حقوق افرادی که پرونده‌های آنان در این طرح مورد بررسی قرار گرفته است خودداری شد و داده‌های این طرح برای سازمان مجری محفوظ می‌باشد.

یافته‌ها

میانگین ثبت اقلام اطلاعات هویتی و دموگرافیکی در چهاربرگ (پذیرش– خلاصه پرونده–شرح حال وسیربیماری) در سال ۹۷ به ترتیب (۶۲/۱، ۸۵/۶۳، ۸۴/۳۰، ۳۱/۰۹ درصد) و در سال ۹۳ به ترتیب (۵۱/۱۹، ۶۳/۸۸، ۶۵/۷۷، ۲۸/۲۹ درصد) بود. میانگین ثبت داده‌های مربوط به اطلاعات ترخیصی در سال ۹۳ (۵۰/۷۱ درصد) و سال ۹۷ (۸۶/۷۲ درصد) بود. میانگین ثبت داده اطلاعات تشخیصی سال ۹۳ (۳۸/۸۰درصد) و سال ۹۷ (۵۲/۸۸درصد) بود. میانگین ثبت داده اطلاعات تصدیقات در سال۹۳ (۸۸/۸۲ درصد) و در سال ۹۷(۹۱/۰۵ درصد) و میانگین ثبت داده اطلاعات مدیریتی درسال ۹۳ (۶۵/۰۶ درصد و در سال ۹۷(۷۱/۵۶ درصد) بود. سایر یافته‌های این مطالعه به منظور سهولت بررسی براساس داده‌های طبقه‌بندی شده در جداول ۱ و ۲ آورده شده است.

میانگین ثبت داده برگ پذیرش در بیمارستان آموزشی حضرت فاطمه زهرا (س) ساری در سال ۹۳ (۵۱/۱۹ درصد) و در سال ۹۷ (۶۲/۱ درصد) بود. میانگین ثبت داده برگ خلاصه پرونده در سال ۹۳(۶۳/۸۸ درصد) و در سال ۹۷ (۸۵/۶۳ درصد) بود. میانگین ثبت داده در برگ شرح حال پرونده در سال ۹۳(۲۸/۲۹درصد) و در سال ۹۷ (۳۱/۰۹ درصد) بود. میانگین ثبت داده در برگ سیر بیماری در سال ۹۳ (۶۵/۷۷درصد) و در سال ۹۷(۸۴/۳۰ درصد)

جدول ۱: درصد فراوانی براساس داده‌های طبقه‌بندی شده در اوراق (پذیرش – خلاصه پرونده – شرح حال و سیر بیماری) در سال ۱۳۹۳و۱۳۹۷

اقلام اطلاعاتی		پذیرش و خلاصه ترخیص	خلاصه پرونده	شرح حال	سیر بیماری
اطلاعات هویتی و دموگرافیکی	سال ۹۳	۸۶/۰۵	۶۴/۷۹	۷۷/۷۱	۶۷/۹۲
	سال ۹۷	۸۶/۱۴	۹۲/۰۸	۸۹/۷۹	۸۵
اطلاعات ترخیص	سال ۹۳	۴۹/۸۷	۵۱/۵۶	---	--
	سال ۹۷	۹۲/۱۹	۸۱/۲۵	---	--
اطلاعات تشخیصی	سال ۹۳	۲۵/۶۹	۵۶/۶۷	۳۴/۰۳	--
	سال ۹۷	۳۳/۸۵	۸۷/۲۹	۳۷/۵۰	--
تصدیقات	سال ۹۳	۶۲/۵۰	۹۴/۸	۹۹	۹۱/۷
	سال ۹۷	۸۰/۸۰	۸۵/۴	۹۹	۹۹
اطلاعات مدیریتی	سال ۹۳	۳۸/۹۱	۹۲/۷۲	۶۱/۲۵	۶۷/۳۶
	سال ۹۷	۵۷/۹۷	۷۴/۵۸	۶۱/۶۷	۹۲/۰۱
شرح حال	سال ۹۳	--	--	۸/۲۹	--
	سال ۹۷	--	--	۹/۷۵	--
گزارش پیشرفت معالجات	سال ۹۳	--	--	--	۸۵/۴
	سال ۹۷	--	--	--	۹۹
تعداد گزارش پیشرفت معالجات	سال ۹۳	--	--	--	۰
	سال ۹۷	--	--	--	۵/۲
اجازه نامه	سال ۹۳	۵۶/۷۷	--	--	--
	سال ۹۷	۵۱/۹۵	--	--	--

جدول ۲: مقایسه ثبت (برحسب درصد) در اوراق به صورت طبقه بندی شده در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سال ۱۳۹۳و۱۳۹۷

نام برگ / داده‌های دسته بندی شده		دموگرافی	تشخیصی	مدیریت پرونده	ترخیصی	تصدیقات	اجازه نامه‌ها	گزارش پیشرفت	شرح حال	تعداد سیر	کل
پذیرش	۹۳	۸۶/۰۵	۲۵/۶۹	۳۸/۹۱	۴۹/۸۷	۶۲/۵۰	۵۶/۷۷	--	--	--	۵۱/۱۹
	۹۷	۸۶/۱۴	۳۳/۸۵	۵۷/۹۷	۹۲/۱۹	۸۰/۸۰	۵۱/۹۵	--	--	--	۶۲/۱
خلاصه پرونده	۹۳	۶۴/۷۹	۵۶/۶۷	۷۲/۹۲	۵۱/۵۶	۹۴/۸	--	--	--	--	۶۳/۸۸
	۹۷	۹۲/۰۸	۸۷/۲۹	۷۴/۵۸	۸۱/۲۵	۸۵/۴	--	--	--	--	۸۵/۶۳
سیر بیماری	۹۳	۶۷/۹۲	--	۶۷/۳۶	--	۹۱/۷	--	۸۵/۴	--	۰	۶۵/۷۷
	۹۷	۸۵	--	۹۲/۰۱	--	۹۹	--	۹۹	--	۵/۲	۸۴/۳۰
شرح حال	۹۳	۷۷/۷۱	۳۴/۰۳	۶۱/۲۵	--	۹۹	--	--	۸/۲۹	--	۲۸/۲۹
	۹۷	۸۹/۷۹	۳۷/۵۰	۶۱/۶۷	--	۹۹	--	--	۹/۷۵	--	۳۱/۰۹
کل	۹۳	۷۴/۱۲	۳۸/۸۰	۶۰/۱۱	۵۰/۷۲	۸۷	۵۶/۷۷	۸۵/۴	۸/۲۹	--	۵۲/۲۸
	۹۷	۸۸/۲۵	۵۲/۸۸	۷۱/۵۶	۸۶/۷۲	۹۱/۰۵	۵۱/۹۵	۹۹	۹/۷۵	۵/۲	۶۵/۷۸

بود. میانگین ثبت داده در کل چهار برگ در سال ۹۳ (۵۲/۲۸ درصد) و در سال ۹۷ (۶۵/۷۸ درصد) بود.

جدول ۳: میانگین ثبت (برحسب درصد) کل در کلیه اوراق بر حسب بیمارستان در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سال ۱۳۹۳

ردیف	نام بیمارستان		میانگین
۱	بیمارستان حضرت فاطمه زهرا (س) ساری	۹۳	۵۱/۰۱
		۹۷	۶۲/۹۲

بحث

یکی از وظایف مراقبین در مقابل بیمار و در خصوص مراقبت ارائه شده، ثبت آن می باشد. برای کنترل کمیت و کیفیت ثبت، نظارت مستمر ضروری است. در این مطالعه کمیت ثبت مستندات در چهار برگ اصلی مورد توجه قرار گرفت. دلیل انتخاب این چهار برگ به لحاظ اهمیتی است که از نظر داده ای این اوراق برای متقاضیان و خصوصا پزشکان و همچنین ارتباطی که این اوراق با سایر اوراق دارند(۹ و ۷)، بود. زیرا در غالب اوقات در مراجع حقوقی خلاصه پرونده و برگ پذیرش می تواند جوابگو باشد. در پاره ای از دعاوی نیز درصورت بروز اختلاف، سیر بیماری و شرح حال کمک کننده است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین ثبت برگ پذیرش، خلاصه پرونده، شرح حال و سیر بیماری درسال ۹۷ برابربا ۶۲/۹۲ درصد بود که نسبت به سال ۹۳ به میزان ۱۱/۹۱ درصد افزایش داشت. مطالعه اصغری و همکاران در سال ۱۳۹۵ میزان ثبت کلی هر چهار فرم به میزان ۶۲ درصد بود که با این مطالعه همخوانی داشت (۱۰). در مطالعه محسنی ساروی و همکاران، بین طبقات داده ای، بالاترین میانگین ثبت متعلق به تصدیقات (۹۱ درصد) بود که با نتایج مطالعه اخیر همخوانی داشت(۵). همچنین تاثیر فنآوری اطلاعات سلامت بر ارتقای سطح سلامت درمطالعه سال ۱۳۹۷دانشگاه علوم پزشکی اردبیل نشان داد که تاثیر فناوری اطلاعات سلامت بر فرآیندها مثبت بوده و با این مطالعه همخوانی داشت (۱۱).

بررسی فرم پذیرش و ترخیص براساس داده‌های طبقه‌بندی شده بعد از جذب نیروی فنآوری اطلاعات سلامت، در مطالعه حاضر نشان داد که ثبت داده‌های اطلاعات ترخیص (۴۲/۳۲ درصد)، اطلاعات تشخیصی (۸/۱۶ درصد)، تصدیقات (۱۸/۳۰ درصد)، اطلاعات مدیریتی (۱۹/۰۶ درصد) رشد داشته اما اطلاعات هویتی و دموگرافی بدون تغییربوده است که با مطالعه اصغری و همکاران و محسنی ساروی و همکاران همخوانی داشت (۱۰ و ۵).

دربررسی بخش دیگری از برگ پذیرش که به صورت پشت و رو طراحی شده است، در پشت فرم رضایتنامه مشخص گردید در این مطالعه از ۹۶ نفر (۴۹/۰۵درصد) از بیماران در سال ۹۷ رضایت نامه اخذ نشده بود. بعبارتی حتی تا پایان دوره درمان و ترخیص، زمان بررسی نهایی توسط منشی بخش، قبل از ترخیص از بخش، زمان تحویل و بررسی اولیه توسط کارکنان مدارک پزشکی و حتی بایگانی آن به این نکته توجه نشده بود. لازم به ذکر است کسب اجازه نامه ها به طرفیت از جامعه درمان بر عهده کارکنان بخش مدارک پزشکی گذاشته شده است به این معنی که با اجازه بیمار اقدامات برای وی انجام شده است که از نظر قانون باید از بیمار رضایت کسب شود وگرنه پزشک ضامن خواهد بود (۱۲). عدم انجام ثبت رضایت نامه شاید نیاز به آموزش بیشتر به منظور تغییر نگرش افراد شاغل در بخش مدارک پزشکی و هم دستیابی به درک بیشتر نسبت به مسوولیت آنها در قبال رضایت‌نامه‌ها گردد (۱۳). ولی این بدان معنا نیست که کارکنان گروه مراقبت حتی یکبار هم صفحه مربوط به رضایت نامه ها را چک نکنند. البته روش‌های دیگری هم برای کسب رضایت نامه وجوددارد که برای اجرای آن زیرساخت های لازم باید فراهم گردد (۱۴).

در ارزیابی برگ خلاصه پرونده که در واقع چکیده خدمات انجام شده در قالب یک برگ بود، نتایج نشان داد که بعد از جذب کارشناسان رشته فناوری اطلاعات سلامت در بخشهای بالینی ثبت داده‌های اطلاعات هویتی و دموگرافیکی (۲۷/۲۹درصد)، اطلاعات ترخیص (۲۹/۶۹درصد)، اطلاعات تشخیصی (۳۰/۶۲درصد) رشد فزاینده ای داشته است. با توجه به اینکه عناصر داده‌ای این برگ توسط پزشکان و کارشناسان فنآوری اطلاعات سلامت برمبنای مستندات سایر اوراق تکمیل می گردد، غالبا بیماران با دردست داشتن این برگ برای مشاوره و حتی ادامه درمان خود با سایر پزشکان اقدام می کنند. این امر با مطالعه Schoen و همکاران که از پزشکان ۱۰ کشور در استفاده از فناوری اطلاعات و تاثیر آن در حوزه سلامت نظر سنجی شد (۱۵) و همچنین با مطالعه اسماعیلی و همکاران در خصوص تکمیل این فرم توسط دستیاران با این مطالعه همخوانی دارد و اطلاعات تصدیقات و اطلاعات مدیریتی در سطح ضعیف ارزیابی گردید (۱۶).

در بررسی فرم شرح حال نتایج نشان داد که بعد از جذب کارشناسان رشته فنآوری اطلاعات سلامت در بخش‌های بالینی ثبت داده‌های اطلاعات هویتی و دموگرافیکی (۱۲/۰۸درصد)، اطلاعات تصدیقات(بدون تغییر)، اطلاعات تشخیصی (۳/۴۷درصد)، اطلاعات مدیریتی (۱ درصد)، اطلاعات شرح حال (۱ درصد) رشد داشت. غالبا فرم شرح حال در بدو ورود بیمار در بیمارستان و قبل از ارائه هرگونه مراقبت با اخذ و ثبت برخی تاریخچه ها و معاینات بدنی شکل می گیرد. در انتهای تکمیل این فرم شکل مراقبت از بیمار در ذهن پزشک ترسیم می شود. بنابر این به نظر می‌رسد که درمان بدون تکمیل دقیق این فرم معنای خود را پیدا نخواهد کرد. در مطالعه اسماعیلی نیز عملکرد دستیاران و کارورزان در سطح متوسط و ضعیف ارزیابی شد که با این پژوهش همخوانی نداشت (۱۶). این عدم تشابه شاید به دلیل وجود کارشناسان فناوری در بخش‌های بالینی (منشی بخش) باشد.

دربررسی فرم سیر بیماری، نتایج نشان داد که بعد از جذب کارشناسان رشته فنآوری اطلاعات سلامت در بخش‌های بالینی ثبت داده‌های اطلاعات هویتی و دموگرافیکی، اطلاعات تصدیقات، اطلاعات مدیریتی، اطلاعات گزارش پیشرفت معالجات، تعداد گزارش پیشرفت

معالجات رشد داشته است. این موارد در سطح "خوب" ارزیابی شدند. البته فرم فعلی که مصوب وزارت متبوع نیز می‌باشد، بگونه‌ای طراحی شده است که برای ثبت مستندات از قالب انشایی پیروی می‌کند. بنابراین در بررسی کمّی حاضر به ثبت، عدم ثبت و تعداد آن پرداخته شده است. در مطالعه اسماعیلی و همکاران نیز که یک بررسی کمّی بود، عملکرد دستیاران، کارورزان و کارآموزان در ثبت برگ سیر بیماری در سطح ضعیف ارزیابی شد (۱۶). در یک بررسی انجام شده برای تعداد گزارشات برگ فوق با استفاده از الحاق بخش چکیده سیر بیماری در فرم دستور پزشک و همچنین تغییر ساختار انشایی به ساختار منسجم یافته Subjective Objective Assessment Plan، افزایش قابل توجهی در تعداد یادداشت سیر بیماری مشاهده گردید (۱۷).

ارزیابی کلی نشان داد بعد از جذب کارشناسان رشته فنآوری اطلاعات سلامت در بخش‌های بالینی ثبت داده‌های اطلاعات هویتی و دموگرافیکی، اطلاعات تصدیقات، اطلاعات تشخیصی، اطلاعات مدیریتی، اطلاعات شرح حال در ۴ برگ بررسی شده، رشد خوبی داشته است. البته در مطالعه محسنی و همکاران و مطالعه اصغری و همکاران که به بررسی مستندسازی این فرم‌ها پرداخته‌اند عملکرد کلی آنها در حد خوب ارزیابی شده است که با این مطالعه همخوانی داشت (۱۰ و ۵).

این پژوهش با هدف ارزیابی تاثیر گذاری حضور کارشناسان فناوری اطلاعات سلامت (مدارک پزشکی) بر مستندسازی پرونده‌های بیماران بستری در بیمارستان حضرت فاطمه زهرا (س)ساری انجام شد و یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که جذب کارشناسان رشته فنآوری اطلاعات سلامت تاثیر مثبتی در جهت ارتقای فرایند مستندسازی پرونده‌ها در سیستم درمانی دارد. با توجه به اینکه مستندسازی در فرآیند درمانی و قانونی برای پزشکان، بیمارستان و بیماران اهمیت دارد، از اینرو باید گام‌هایی در جهت جذب بیشتر نیروی متخصص در بیمارستان‌های سراسر کشور برای بهبود فرآیند مستندسازی برداشت.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله از همکاری صمیمانه معاونت محترم درمان و معاونت محترم تحقیقات و فناوری و همچنین از مدیران محترم بیمارستان حضرت فاطمه زهرا (س) ساری در اجرای این مطالعه کمال تشکر را دارند.

منابع

1. Sayf Rabiee M, Sadighi I, Mazdeh M, Dadras F, Shkohi Solgh M, Moradi A. Medical documentation in hospitals of Hammedan University of medical sciences. Journal of Hamedan University of Medical Sciences. 2009;2(16): 45-9. [Persian]

2. Karami M, Shokrizadeh Arani L. Related factors in medical records documentation quality and presenting solutions from managers' and physicians' viewpoints occupied in hospitals affiliated to Kashan University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education. 2010;9(4):356-64.

3. Tavakoli N, Saqayyan-nezhad S, Rezayatmandi MR, Moshaveri F, Ghaderi I. Documentation of medical records and insurance deductions imposed by health services Insurance. Journal of Health Information Management. 2006;3(2):53-61.

4. Rangraz J, Ahmadi M, Sadoghi F, Gohari Mohammad R. Accuracy of death certificate in Shahid Beheshti Hospital of Kashan 2006. Journal of Health Information Management. 2010;7(2):128-135. [Persian]

5. Saravi BM, Asgari Z, Siamian H, Farahabadi EB, Gorji AH, Motamed N, 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):202-6.

6. Mashofee M, Rostami K, Mardi A. Medical documentation in Ardebil hospitals 2001. J Ardabil Univ Med Sci. 2006;6(1):73-7.

7. Sadeghi JM, Afriche H, Mojdeh S, Saghiannejad ES, Mehrabi A. Agreement between causes documented in death certificate with medical records of patient with cardiovascular disease in Isfahan. Sci J Forensic Med. 2010;16(1):21-7.

8. Abassi S, Tavakoli N. Quaantitative analyzing in Inpatient of Gharazi hospital 2008. Journal of Health Information Management. 2011;8(1):50-60. [Persian]

9. Mahjoob M, Farahabbadi M, Dalir M. Medical documentation in selected sheets in Jahrom 2010. Journal of Fasa University of Medical Sciences (JFUMS). 2010;1(1):20-8.

10. Asghari Z, Mardanshahi A, Farahabadi EB, Siamian H, Gorji AM, Saravi BM, et al. The Quantitative Study of the Faculty Members Performance in Documentation of the Medical Records in Teaching Hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences. Mater Sociomed. 2016;28(4):292-297.

11. Haghiri S, Hesam S, Atai J, Jadidi R, Etabar I. Effects of Information Technology of the Improvement of Health Systems from the View Points of Executive Managers. 2018;7(1):47-56.

12. Dibaee A, Sadati N, Nokhbe A. Knowledge of residents about medical consent sheet in Golesatn Hospital 2009. Sci J Forensic Med. 2011;17(2):95-102.

13. Hajavi A, Khoshgam M, Moosavi M. A Study on Knowledge and Considering of Consents Legal Aspects in Teaching Hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2008. Journal of Health Administration. 2009;12(36):47-52.

14. Tagadosinejad F, Akhlaghi M, Yagmaiee A, Hojati A. Consent form filling in inpatient of Imam hospital. Sci J Forensic Med. 2008;14(1):12-7.

15. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Rasmussen P, Pierson R, et al. A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. Health Aff (Millwood). 2012;31(12):2805-16

16. Esmaili M, Abazari H, Mohammadkenari H. Performance of medical students with residents in medical records documentation in Amirkola hospital. J Babol Univ Med Sci. 2010;12(1):106-1.

17. Esamieli DM, Sorkhi H, Fatemi SA, Hossianzadeh F, Zahedpash Y, Tamadoni A. Effects of including a brief disease progress column in physician order sheet of hospital documents to improve recording disease progress. Health Inf Manage. 2012;9(3):370-81.