

## گزارش کوتاه

## بررسی کیفیت شرح حال بیماران ترومایی بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ارومیه

غلامرضا فرید اعلائی<sup>۱</sup>، بهزاد بوشهری<sup>۲</sup>، ندا محمدی<sup>۳</sup>، امید صفری<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup>دپارتمان طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران  
<sup>۲</sup>دپارتمان پزشک قانونی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران  
<sup>۳</sup>دپارتمان طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

\*نویسنده مسئول: امید صفری، ارومیه، خیابان ارشاد، بیمارستان امام خمینی (ره)، بخش اورژانس، ایران. تلفن: ۰۹۱۴۲۰۱۹۹۶۴ - فاکس: ۰۴۴۳۳۴۵۷۲۸۶ - پست الکترونیک: omidsafari668@gmail.com

تاریخ دریافت: آذر ۱۳۹۳

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۳۹۳

### خلاصه:

**مقدمه:** شیوه صحیح تکمیل پرونده ها تاثیر قابل توجهی در کاهش میزان خطای پزشکی داشته و باعث تشخیص صحیح و درمان به موقع بیماران می شود. پرونده پزشکی منبع مهم اطلاعاتی در مورد بیمار، بیماری، عملکرد پزشک و تشخیص و درمان صحیح وی می باشد. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت شرح حال پرونده بیماران ترومایی مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه انجام شده است. **روش کار:** در یک مطالعه مقطعی، پرونده بالینی بیماران ترومایی مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ارومیه طی آبان ماه سال ۱۳۹۲ با هدف بررسی میزان و کیفیت تکمیل پرونده ها مورد بررسی قرار گرفت. پرونده بالینی کلیه بیماران از نظر ثبت دقیق مکانیسم تروما؛ اندازه، محل و عمق تشریحی ضایعات جلدی؛ ثبت علائم حیاتی؛ برنامه تشخیصی و درمانی مورد ارزیابی و استخراج اطلاعات قرار گرفت. بر اساس سیستم تقسیم بندی و امتیاز دهی لیکرت، کیفیت ثبت اطلاعات به سه وضعیت ثبت نشده، ثبت شده با کیفیت مطلوب و ثبت شده با کیفیت نامطلوب تقسیم بندی شد. اطلاعات مذکور در نهایت با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. **یافته ها:** در این پژوهش پرونده ۷۹۵ بیمار ترومایی بستری شده در بخش اورژانس مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت (۶۶/۷ درصد). بیشترین میزان ثبت کامل اطلاعات مربوط به مکانیسم تروما (۹۲/۵ درصد) و کمترین آن مربوط به برنامه تشخیصی (۹ درصد) بود. بیشترین میزان ثبت ناقص اطلاعات نیز به ترتیب مربوط به محل ضایعات حاصل از تروما (۷۱/۷ درصد)، تعداد ضایعات (۳۴ درصد) و عمق تشریحی و شدت تروما (۳۴ درصد) بود. بیشترین موارد عدم ثبت اطلاعات مربوط به برنامه تشخیصی (۹۱ درصد) گزارش گردید. در ۱۴۲ (۱۷/۸ درصد) پرونده فقط ۱ مورد، در ۲۴۱ (۳۰/۳ درصد) پرونده ۲ مورد و در ۲۷۷ (۳۴/۸ درصد) پرونده ۳ مورد از آیتم ها ناقص ثبت شده بود و ثبت اطلاعات در ۱۳۵ (۱۶/۹ درصد) پرونده در تمامی موارد ناقص بود. در کل در ۸۲ درصد پرونده ها یک تا چند نقص در ثبت موارد مورد نظر وجود داشت. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های مطالعه حاضر، وضعیت و کیفیت ثبت اطلاعات مربوط به بیماران ترومایی در واحد اورژانس مورد مطالعه در سطح چندان مطلوبی قرار نداشت. بطوریکه بیشترین میزان ثبت ناقص اطلاعات مربوط به محل ضایعات حاصل از تروما و بیشترین میزان عدم ثبت اطلاعات مربوط به برنامه تشخیصی بود.

**واژگان کلیدی:** تروما؛ پرونده پزشکی؛ خطای پزشکی؛ تشخیص

### مقدمه:

پزشکی و مرگ ناشی از آن اثرات حقوقی و اجتماعی مهمی در پی دارد (۵-).  
 (۷). ثبت دقیق اطلاعات در پرونده بیماران به حفظ حقوق بیمار کمک خواهد کرد (۸). مستند سازی پرونده های پزشکی یک نیاز مهم قانونی و حرفه ای است زیرا علاوه بر تسهیل تبادل اطلاعات بیمار برای اعضای تیم درمانی و تضمین مراقبت های آرایه شده به بیمار می تواند برای تحقیق، ارزیابی کیفی و اهداف پزشکی قانونی مورد استفاده قرار گیرد (۹). ثبت مستندات پرونده

پرونده پزشکی بیمار مجموعه ای از مستندات مهم در خصوص سلامت، بیماری و اقدامات تشخیصی و درمانی بیماران بوده و بعنوان اولین و مهمترین منبع جمع آوری اطلاعات می باشد (۱-۳). شیوه صحیح تکمیل پرونده ها تاثیر قابل توجهی در میزان کاهش خطای پزشکی داشته و باعث تشخیص صحیح و درمان به موقع بیماران می شود (۴). رد یا اثبات خطای

درصد) فقط ۱ مورد، در ۲۴۱ پرونده (۳/۳۰ درصد) ۲ مورد و در ۲۷۷ پرونده (۸/۳۴ درصد) ۳ مورد از آیت‌ها ناقص بوده و در ۱۳۵ پرونده (۹/۱۶ درصد) تمامی موارد ناقص بود. در کل در ۸۲ درصد پرونده‌ها یک تا چند نقص در ثبت آیت‌های مورد نظر وجود داشت. در جدول شماره دو فراوانی و درصد موارد ثبت کامل، ثبت ناقص و عدم ثبت بر اساس هشت مشخصه ذکر شده است.

#### بحث:

نتایج حاصل از بررسی وضعیت ثبت شرح حال بیماران در این پژوهش نشان می‌دهد که در بیماران ترومایی شرح حال به صورت مطلوب و کامل نوشته نمی‌شود و در ۸۲ درصد موارد یک تا چند نقص در ثبت آیت‌های مورد نظر وجود دارد که ممکن است سبب مشکلات و عوارض بعدی گردد. بیماران ترومایی اکثراً جهت دریافت گرامت آسیب دیدگی نیازمند ثبت تمام ضایعات وارده در پرونده پزشکی هستند و از طرف دیگر عدم ثبت ضایعات به معنی عدم معاینه تعبیر شده و نشانه معاینه ناکامل است. پرونده پزشکی بیمار، بعنوان اولین و مهمترین منبع جمع آوری اطلاعات می‌باشد، زیرا هر پرونده شامل اطلاعات کافی جهت شناسایی کامل یک بیمار خاص، ثبت مسائل بهداشتی وی و ثبت نتیجه‌ی هر گونه معالجه می‌باشد. کلیه ارائه دهندگان مراقبت به گونه‌ای در صدور مدارک پزشکی دخالت دارند (۱۱). پرونده‌های پزشکی مجموعه‌ای از مستندات مهم در خصوص سلامتی بیماران بوده و مهم‌ترین اهداف پرونده نویسی شامل ارتباط بین تیم مراقبت، آموزش تیم مراقبت، ارزیابی کیفیت مراقبت برای استفاده‌ی سایر واحد‌های درگیر مانند بیمه‌گراها، مراکز بهداشت عمومی، مراکز قانونی، مدیریت بیمارستان و پرسنل ارزیابی‌کننده اطلاعات آماری در جهت بهبود سلامت بیماران می‌باشد (۱۲). مستندسازی پرونده‌های پزشکی یک نیاز مهم و قانونی و حرفه‌ای برای کلیه‌ی متخصصین در امور بهداشت و درمان است زیرا علاوه بر تسهیل تبادل اطلاعات بیمار برای اعضای تیم درمانی و تضمین مراقبت‌های ارائه شده به بیمار، می‌تواند برای تحقیق، ارزیابی کیفی و اهداف پزشکی قانونی مورد استفاده قرار گیرد (۱۳). در مطالعه‌ی ای که دکتر افضل‌ی و همکارانش در سال ۱۳۸۷ در مورد اصول صحیح پرونده نویسی انجام دادند و ۴۱۳ پرونده را مطالعه کردند، دریافتند که در ۵۵ تا ۹۸/۳ درصد موارد پرونده پزشکی دچار نقصان می‌باشد. همچنین لازم به ذکر است برگه گزارش سیر بیماری حتی در موارد ثبت شده، ناقص بوده و سیر روند درمان و پیشرفت معالجات از زمان بستری تا هنگام ترخیص گزارش نشده بود. امضا و مهر دستیار بیهوشی در هیچ یک از پرونده‌های بیماران ثبت نشده بود. در تمام بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفتند دستورات بعداز عمل در برگه دستورات پزشک ثبت گردیده بود و از این نظر نقصی مشاهده نشد. از کل بیماران تعداد ۴۶ پرونده (۱۱/۱ درصد) فوت کرده بودند که در تمامی آنها گواهی فوت توسط کارورز یا دستیار در پرونده بیماران ثبت شده بود ولی با توجه به اینکه علت فوت آنها ناشی از یک سانحه بود برای هیچ یک جواز دفع صادر نشده و جسد آنها به پزشکی قانونی ارسال شده بود (۱۱).

در مطالعه دیگری دکتر مشعوفی و همکارانش در اردیبه‌ل در سال ۱۳۸۰ نشان دادند که ۸ تا ۹۱ درصد موارد پرونده‌ها به صورت ناقص نوشته شده

بیماران وظیفه کلی پرسنلی است که از زمان ورود بیمار تا هنگام ترخیص به اشکال مختلف اعم از اقدامات درمانی و غیر درمانی خدمات ارائه می‌دهند. در این بین آشنا بودن پزشکان و پرستاران به مقررات و دستورالعمل‌های ثبت صحیح و به موقع اطلاعات می‌تواند شان و حقوق مسلم بیماران را در نظر بگیرد (۱۰). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان رعایت استاندارد‌های ثبت در پرونده بالینی بیماران ترومایی طراحی شده است.

#### روش انجام پژوهش:

این مطالعه مقطعی در آبان ماه سال ۱۳۹۲ در بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ارومیه به انجام رسید. مطالعه بر روی پرونده بالینی کلیه بیماران ترومایی که طی تاریخ مذکور به بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ارومیه، استان آذربایجان غربی مراجعه کرده بودند صورت پذیرفت. ابتدا بر اساس یک چک لیست از پیش طراحی شده، شاخص‌ها و ملاک‌های مهم در شرح حال بیماران ترومایی شامل: مکانیسم دقیق تروما، وضعیت بیمار از نظر ضایعات، وسعت ضایعات، محل و عمق تشریحی ضایعات، علائم حیاتی، برنامه تشخیصی و برنامه درمانی از پرونده بیماران استخراج و ثبت گردید. بر اساس سیستم تقسیم بندی و امتیاز دهی لیکرت ثبت اطلاعات بیماران به سه وضعیت؛ ثبت نشده، ثبت شده با کیفیت مطلوب و ثبت شده با کیفیت نامطلوب تقسیم بندی شد. اطلاعات مذکور در نهایت با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. این پژوهش به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه رسید و مجریان طرح ملزم به حفظ کلیه اطلاعات و اسرار موجود در پرونده بیماران بودند.

#### یافته‌ها:

در طول یک ماه مطالعه، پرونده ۷۹۵ بیمار ترومایی بستری شده در بخش اورژانس مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت (۶۶/۷ مرد). بالاترین میزان تروما در گروه سنی ۲۰ تا ۴۱ سال مشاهده شد (۳۷ درصد). اطلاعات دموگرافیک بیماران در جدول شماره یک آمده است.

بیشترین میزان ثبت کامل اطلاعات مربوط به مکانیسم تروما (۹۲/۵ درصد) و کمترین آن مربوط به برنامه تشخیصی (۹ درصد) بود. بیشترین و کمترین میزان ثبت ناقص اطلاعات به ترتیب مربوط به محل ضایعات حاصل از تروما (۷۱/۷ درصد) و مکانیسم تروما (۷/۵ درصد) بود. بیشترین میزان عدم ثبت اطلاعات در برنامه تشخیصی با ۹۱ درصد گزارش شد. در ۱۴۲ پرونده (۱۷/۸

جدول ۱: توزیع فاکتورهای دموگرافیک بیماران

متغیر	فراوانی (درصد)
جنسیت	
مرد	۵۳۱ (۶۶/۷)
زن	۲۶۴ (۳۳/۳)
سن	
۱ تا ۲۰ سال	۱۵۳ (۱۹/۲)
۲۱ تا ۴۰ سال	۲۹۵ (۳۷/۱)
۴۱ تا ۶۰ سال	۲۰۳ (۲۵/۶)
بیش از ۶۰ سال	۱۴۴ (۱۸/۱)

جدول ۲: موارد ثبت پرونده ها بر اساس هشت مشخصه مورد بررسی در ثبت اطلاعات

متغیر	ثبت کامل (%)	ثبت ناقص (%)	عدم ثبت (%)
مکانیسم تروما	۷۳۵ (۹۲/۵)	۶۰ (۷/۵)	-
عمق تشریحی و شدت تروما	۲۴۰ (۳۰/۲)	۲۷۰ (۳۴)	۲۸۰ (۳۵/۸)
اندازه ی ضایعات	۲۷۵ (۲۸/۳)	۱۵۰ (۱۸/۹)	۴۲۰ (۵۲/۸)
تعداد ضایعات	۱۹۵ (۲۴/۵)	۲۷۰ (۳۴)	۳۳۰ (۴۱/۵)
محل ضایعات حاصل از تروما	۱۶۵ (۲۰/۸)	۵۷۰ (۷۱/۷)	۶۰ (۷/۵)
علائم حیاتی	۲۱۵ (۲۷)	۲۱۵ (۲۷)	۱۶۷ (۲۱)
برنامه تشخیصی	۷۲ (۹)	-	۷۲۳ (۹۱)
برنامه درمانی	۱۱۱ (۱۴)	-	۶۸۴ (۸۶)

### نتیجه گیری:

به نظر می رسد وضعیت و کیفیت شرح حال نویسی بیماران ترومایی در بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ارومیه در سطح چندان مطلوبی قرار ندارد. بطوریکه بیشترین میزان ثبت ناقص اطلاعات مربوط به محل ضایعات حاصل از تروما و بیشترین میزان عدم ثبت اطلاعات مربوط به برنامه تشخیصی بیمار می باشد

### تقدیر و تشکر:

نویسندگان از کلیه کادر بیمارستان که در تهیه این مقاله کمک نمودند تشکر می نمایند.

### سهم نویسندگان:

تمام نویسندگان چهار شرط لازم کمیته بین المللی ناشران مجلات پزشکی برای نویسندگی را دارند.

### تضاد منافع:

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

### منابع مالی:

این مقاله حاصل پایان نامه دکترای عمومی دکتر امید صفری بوده که تحت حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شده است.

بودند. یافته ها نشان داد که جنس، وضعیت تاهل، تاریخ تولد، محل تولد، به ترتیب در ۵/۹ درصد، ۱۵/۷ درصد، ۲/۴ درصد، ۵۱/۶ درصد، پرونده های بیمارستانی ثبت نشده است. در ۲۸/۱ درصد تشخیص اولیه، در ۴۱/۱ درصد تشخیص حین درمان، در ۳۹/۲ درصد تشخیص نهایی و در ۴۸ درصد اقدامات درمانی و جراحی ثبت نشده بود. در ۵۲/۴ درصد پرونده ها اصول تشخیص نویسی صحیح توسط پزشکان رعایت نشده بود و در ۳۶/۵ درصد کدگذاری با دقت انجام نشده بود (۱۲). در مطالعه دیگری که عباسی و همکارش در سال ۱۳۸۷ پرونده ۲۶۲۸۴ بیمار را از نظر کمی بررسی کردند و نشان دادند که پرونده های پزشکی تا ۹۱ درصد دارای نواقص می باشد (۹). نتایج مطالعه دکتر اسماعیلیان و همکارانش در اصفهان با هدف بررسی کیفیت مستند سازی در بخش اورژانس بیمارستان الزهرا نشان داد که کیفیت مستند سازی در وضعیت مطلوبی قرار ندارد (۱۴). بر اساس یافته های مطالعه حاضر، شرح حال نویسی بیماران اکثرا توسط کارورزانی انجام می شود که تسلط علمی کافی به برنامه تشخیصی و درمانی و نگارش اصولی شرح حال نویسی ندارند که همین امر موجب می شود شرح حال نویسی معولا با نقایصی روبه رو باشد. لذا جهت تعمیم دادن نتایج این مطالعه، مطالعات گسترده تری در بیمارستان های غیر آموزشی پیشنهاد می گردد. برنامه ریزی در جهت رفع نواقص مذکور و مطالعه مجدد بعد از اصلاح نقایص موجود نیز کمک کننده خواهد بود.

### Reference:

- Hillestad R, Bigelow J, Bower A, et al. Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. *Health Aff (Millwood)*. 2005;24(5):1103-17.
- Miller RH, Sim I. Physicians' use of electronic medical records: barriers and solutions. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23(2):116-26.
- Wang SJ, Middleton B, Prosser LA, et al. A cost-benefit analysis of electronic medical records in primary care. *The American journal of medicine*. 2003;114(5):397-403.
- Quinn C. The medical record as a forensic resource: Jones & Bartlett Learning; 2004. p.
- Brennan TA, Localio RJ, Laird NL. Reliability and validity of judgments concerning adverse events suffered by hospitalized patients. *Med Care*. 1989;27(12):1148-58.
- Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing medical injury. *Qual Rev bull*. 1993;19(5):144-9.
- O'Neil AC, Petersen LA, Cook EF, Bates DW, Lee TH, Brennan TA. Physician reporting compared with medical-record review to

- identify adverse medical events. *Ann Intern Med*. 1993;119(5):370-6.
- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. *Med J Aust*. 1995;163(9):458-71.
- Abbassi S, Tavakoli N. Quantitative analysis of medical record of patients admitted in the gharazi hospital. *J Health Inform Manag*. 2011;8(1):50-60. [Persian].
- Watzlaf VJ, Rudman WJ, Hart-Hester S, Ren P. The Progression of the Roles and Functions of HIM Professionals: A Look into the Past, Present, and Future. *Perspectives in Health Information Management/AHIMA, American Health Information Management Association*. 2009;6(Summer).
- Saeed Afzali MAS, Sare Naghdi. Processing of File Record for Multiple Traumatic Patients in Hamedan's Besat Hospital in 2008. *Scientific Journal of Forensic Medicine*. 2011;17(2):79-85.
- Mashoufi M, Rostami K, Mardi A. Assessment Records in Hospitals of Ardabil University of Medical Sciences in 2002. *J Ardabil Uni Med Sci*. 2006;3(11):43-9.

13. Houser SH, Manger BJ, Price BJ, Silvers C, Hart-Hester S. Expanding the health information management public health role. *Perspect Health Inf Manag.* 2009;6:1b.

14. Esmailian M, Nasr-Esfahani M, Brahimi A-S. The Quality of Patients' Files Documentation in Emergency Department; a Cross Sectional Study. *Iran J Emerg Med.* 2014;1(1):16-21.

## BRIEF REPORT

## Evaluating the Quality of Multiple Trauma Patient Records in the Emergency Department of Imam Khomeini Hospital in Urmia

Gholamreza Faridaalae<sup>1</sup>, Behzad Boushehri<sup>2</sup>, Neda Mohammadi<sup>3</sup>, Omid Safari<sup>3\*</sup>

1. Department of Emergency Medicine, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran.

2. Department of Forensic Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

3. Department of Emergency Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

**\*Corresponding author:**

Omid Safari; Department of Emergency Medicine, Imam Khomeini Hospital, Ershad Ave, Urmia, Iran.

Tel: +989142019964; Fax: +984433457286; Email: omidsafari668@gmail.com

**Abstract**

**Introduction:** Medical profile is an important source of data regarding the patient, the illness, the doctor's performance and leads to adequate diagnosis and treatment. Filling out medical profiles correctly, greatly decreases medical errors and leads to accurate diagnosis and proper treatment of the patients. This study aims to evaluate the quality of the patient records of trauma patients admitted to the emergency department of Emam Khomeini Hospital, Urmia, Iran. **Methods:** In a cross-sectional study, the medical profiles of trauma patients admitted to the emergency department of Emam Khomeini Hospital, Urmia, Iran in November 2013 were evaluated aiming to determine the quality of filling the profiles. All the patients' medical profiles were evaluated regarding accurate recording of trauma mechanism; size, site of injuries; vital signs recordings; diagnostic and treatment plan. Based on the Likert scale, the quality of data recording was rated as: not recorded, recorded with high quality, recorded with low quality. The data were statistically analyzed using SPSS 21. **Results:** In this study, 795 profiles were studied and evaluated (66.7% male). The most accurate data recording belonged to mechanism of trauma (92.5%) and the least accurate data recording belonged to diagnostic plan (9%). The highest frequency of incomplete data belonged to the site of injuries caused by trauma (71.7%), the number of injuries (34%) and anatomical depth and severity of trauma (34%). Most cases of missing data belonged to diagnostic plan (91%). In 142 (17.8%) profiles only 1, in 241 (30.3%) profiles 2, and in 277 (34.8%) profiles 3 categories were incomplete and data recording in 135 (16.9%) profiles were incomplete in all categories. In total, 82% of the profiles had 1 or more incomplete categories. **Conclusion:** Based on the results of this study, the quality of data recordings of trauma patients admitted to the studied emergency department was not satisfying. The highest rate of incomplete data belonged to the site of injury caused by trauma and the highest rate of missing data belonged to diagnostic plan.

**Key words:** Wounds and Injuries; emergencies; medical errors; multiple trauma