

ارزیابی خلاصه پرونده و شرح حال بیماران بخش داخلی

دکتر عبدالرسول سبحانی* دکتر حسین شجاعی تهرانی** صفرعلی وفاری*** شمس‌ا... پورمیرزائی*** بابک آریانفر*** تقی رزمزانیان***

Assessment of record summaries and history taking in internal ward

A. Sobhani H. Shojaei S.A. Vaghari Sh. Poormirzaei B. Aryanfar T. Ramezani

Abstract

Background : Writing down records of patients and record summaries are very important for legal , medical and economical purposes.

Objective : To determine the completeness of record summaries and records written down by interns of internal medical department.

Methods : In a survey study , 1824 records of patients , hospitalized in the medical ward of Razi hospital in Rasht , were studied in 1397. Data collection was carried out on the basis of criteria in the book of clinical examinations and the completeness rate was determined by an ordinal scale.

Findings : The study revealed the poor quality of the variables related to the nasal examination and the genital organs of the variables (100%). There were high quality of the variables relating to the lung and heart examination (poor quality 2.52% and 6.63% respectively).

Conclusion : Due to the undesirable results on summary records , a comprehensive study in other departments and also an educational plan for the medical staff is recommended.

Keywords : Medical Records , Internal Medicine

چکیده

زمینه : شرح حال و خلاصه پرونده بیماران از لحاظ کاربردهای پزشکی ، قضایی و اقتصادی بسیار با اهمیت است.

هدف : این بررسی به منظور تعیین میزان کامل بودن خلاصه پرونده و شرح حال‌های نوشته شده به وسیله کارورزان پزشکی در بخش داخلی یک بیمارستان آموزشی در گیلان صورت گرفت.

مواد و روش‌ها : مطالعه از نوع بررسی شیوع و محل اجرای آن بیمارستان آموزشی رازی بود که به طور عمده بیماران مبتلا به بیماری‌های داخلی و عفونی در آن بستری می‌شوند. ۱۸۲۴ پرونده بیماران بستری در بخش‌های داخلی این بیمارستان در سال ۱۳۷۶ مورد بررسی قرار گرفت. میزان کامل بودن با مقیاس ترتیبی تعیین شد.

یافته‌ها : ضعف کیفیت متغیرهای مربوط به معاینه بینی و اندام‌های تناسلی مرد و زن به میزان ۱۰۰٪ بود. کیفیت متغیرهای مربوط به معاینه ریه و قلب عالی (نقطه ضعف به ترتیب ۲/۵۲٪ و ۶/۶۳٪) بود.

نتیجه‌گیری : کیفیت شرح حال نویسی و نوشتن خلاصه پرونده‌ها به شدت نامطلوب بود. پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای جامع در سایر بخش‌ها انجام و برای آموزش کارکنان بخش مدارک پزشکی و کارورزان و دستیاران برنامه‌ریزی شود.

کلیدواژه‌ها : مدارک پزشکی - طب داخلی

* دانشیار گروه فارماکولوژی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

** پزشک عمومی و MPH

*** پزشک عمومی

□ مقدمه :

سابقه ثبت مدارک پزشکی را از آثار مربوط به خطوط تصویری غار نبشته‌ها می‌توان تا هزاران سال پیش ردگیری کرد. (۴) در تمدن ایران اسلامی زکریای رازی (۹۲۵ - ۸۶۵ میلادی) در شرح حال نویسی و تجزیه و تحلیل اطلاعات پزشکی به روش کنونی از همه معروف‌تر بوده است. از ابن‌سینا (۱۰۳۷ - ۹۸۰ میلادی) نیز مجموعه‌ای عظیم از نوشته‌های طبی و یادداشت‌های بالینی روزانه بر جای مانده است. (۱)

در جهان، ثبت مدارک پزشکی از سال ۱۹۰۲ آغاز شد که ضمن ارزشیابی مسأله بایگانی پزشکی بیمارستان‌ها، ناهماهنگی و ناهمگونی مدارک در بیمارستان‌های مختلف و نبود کارشناسان این رشته مورد توجه قرار گرفت.

در ایران از سال ۱۳۶۴ در آموزشگاه فنی حرفه‌ای وزارت بهداشتی، آموزش حرفه‌ی مدارک پزشکی آغاز شد. (۵)

مدارک پزشکی استفاده‌های مهمی در علم پزشکی دارد که مهم‌ترین آنها عبارتند از:

کمک در انتقال بیمار به بخش همان بیمارستان یا ارجاع به پزشک معالج در جایی دیگر؛ کمک به آموزش کارآموزان و کارورزان و همچنین دستیاران رشته‌های پزشکی؛ استفاده در اطلاع‌رسانی پزشکی؛ بهره‌گیری در پژوهش‌های پزشکی به خصوص در نظام پیوستگی مدارک (Record Linkage)؛ استفاده در پزشکی قانونی؛ کمک‌های تکمیل پرونده‌های قضایی و کمک در تهیه آمارهای بهداشتی.

اوراق مدارک پزشکی عبارتند از:

برگه شرح حال؛ برگه سیر بیماری؛ برگه خلاصه

پرونده؛ برگه دستورهای پزشکی؛ برگه گزارش‌های پرستاری؛ برگه بازبینی نشانه‌های حیاتی؛ برگه تقاضای مشاوره؛ برگه درخواست انتقال خون و برگه‌های درخواست و گزارش کارهای فرابالینی (Paraclinical).

منظور از نوشتن شرح حال بیمار توسط کارورز، دستیابی به تشخیص دقیق و تعیین مراقبت‌های لازم و روند بیماری است و در آن افزون بر پیشینه تندرستی بیمار و نتیجه معاینه بدنی، گزارش کارهای آزمایشگاهی گذشته نیز ذکر می‌شود. مطالب آن باید توسط پزشک معالج یا دستیار سرپرست کارورز نیز تأیید شود. پیشینه تندرستی بیمار از خود وی و در صورتی که این کار ممکن نباشد از کسی که دقیق‌ترین و بیشترین اطلاعات را دارد تهیه می‌شود.

ترتیب معاینه بدنی متفاوت است. ولی در هر حال باید به صورت کامل و منظم انجام گیرد، نتیجه معاینه به صورت قطعی و دقیق ثبت شود و از اظهار عقیده دو پهلو و مبهم خودداری شود.

برگه خلاصه پرونده مهم‌ترین مدرک قانونی است که حسب درخواست، رونوشت آن به مراجع ذیصلاح داده و در آن چکیده سودمندی از کلیه اوراق پرونده توسط پزشک معالج نوشته و امضا می‌شود. در هر برگ خلاصه پرونده ابتدا مشخصات کامل بیمار، سپس شرحی از درمان‌ها و خدمات ارائه شده، تشخیص اولیه در موقع پذیرش و تشخیص نهایی در موقع ترخیص نوشته می‌شود.

تحقیقات انجام شده در مناطق مختلف دنیا اشکالات متعدد ثبت مدارک پزشکی را نشان داده

پرونده‌های موجود فراهم شد. تعداد ۱۸۲۴ پرونده بیماران بخش داخلی بیمارستان رازی مورد بررسی قرار گرفته و کلیه متغیرها با مقیاس ترتیبی ارزیابی شدند. ارزیابی برگه‌های شرح حال بیماران براساس کتاب راهنمای معاینات بالینی^(۷) و اقلام مندرج در خلاصه پرونده (۳۷ متغیر) انجام گرفت. هشت متغیر پایانی این فرم با مقیاس ترتیبی و ۲۰ متغیر نخست با مقیاس اسمی ارزیابی شدند.

ارزیابی میزان کامل بودن خلاصه پرونده به این صورت بود که وقتی بیش از ۱۷ قلم اطلاعات کامل بود به عنوان کامل؛ زمانی که بین ۱۰ تا ۱۷ قلم از اطلاعات کامل بود به عنوان ناقص و هنگامی که کمتر از ۱۰ قلم اطلاعات کامل بود به عنوان کاملاً ناقص در نظر گرفته شد.

ارزیابی کیفیت برگه شرح حال بر مبنای مقیاس ترتیبی به این صورت بود که کسب بیش از ۷۰ درصد از امتیاز مربوطه به میزان کامل؛ ۳۰ تا ۷۰ درصد از امتیاز مربوطه به میزان متوسط و کمتر از ۳۰ درصد از امتیاز مربوطه به میزان ضعیف در نظر گرفته شد. ارزیابی متغیرهای انفرادی پرسش‌های ۹ تا ۳۴ با مقیاس ترتیبی و ارزیابی پرسش‌های دیگر با مقیاس اسمی (درج شده / نشده) انجام گرفت.

□ یافته‌ها :

تعداد ۱۲۴۳ پرونده (۶۸/۱ درصد) از نظر برگه شرح حال بیمار دارای کیفیت متوسط و ۵۸۱ پرونده (۳۱/۹ درصد) دارای کیفیت ضعیف بودند. پرونده‌ای با کیفیت خوب مشاهده نشد.

همه متغیرهای مربوط به معاینه بینی و اندام تناسلی

است. در انگلستان جاکوب و همکاران نشان دادند که در خلاصه پرونده‌های بیماران مبتلا به پرفشاری خون، فقط ۴۳ درصد موارد آزمایش ادرار، ۶۱ درصد موارد معاینه ته چشم، ۶۷ درصد موارد شرح نوار قلب و ۵۶ درصد موارد شرح پرتونگاری ریه ثبت شده است.^(۶) در تحقیق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، نقص پرونده‌ها در ثبت سابقه پزشکی، معاینه بدنی، فهرست مشکلات بیمار و تشخیص افتراقی بوده است. در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، نقص در ثبت اطلاعات تخصصی مربوط به بیماری‌های گوارشی به دست آمد که به طور خلاصه وضعیت تأهل ۳۴ درصد، وضعیت شغلی ۳۴/۳ درصد، سطح سواد ۷۸/۵ درصد و تعداد افراد خانوار ۵۹/۲ درصد ناقص بود.^(۳)

در بیمارستان‌های استان گیلان پژوهشی در زمینه بررسی مدارک پزشکی انجام نگرفته بود از این رو برای تعیین میزان کامل بودن برگه‌های شرح حال و خلاصه پرونده‌های بخش بیماری‌های داخلی بیمارستان رازی دو تحقیق جداگانه انجام شد که خلاصه آنها در این مقاله آمده است.

با توجه به این که شرح حال بیماران در بخش‌های بیماری‌های داخلی با دقت و جزئیات بیشتری از سایر بخش‌های نوشته می‌شود و برگه‌های خلاصه پرونده نیز بیشتر توسط کارورز و با نظارت دستیار مربوطه تهیه می‌شود، این تحقیق می‌تواند گویای وضعیت این دو نوع مدرک پزشکی در بخش مذکور باشد.

□ مواد و روش‌ها :

مطالعه از نوع توصیفی بود که داده‌های آن از

مرد و زن در برگه‌های شرح حال از نظر کیفیت ضعیف بودند (۱۰۰ درصد). ولی متغیرهای ریه و قلب به ترتیب با ۲/۵۲ درصد و ۶/۶۳ درصد کیفیت ضعیف داشتند (جدول شماره ۱).

جدول ۱:

میزان کامل بودن متغیرهای اطلاعاتی در برگه‌های شرح حال بیماران بخش داخلی بیمارستان رازی در سال ۱۳۷۶

ضعیف		متوسط		کامل		میزان تکمیل پرونده افلام اطلاعاتی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
(۷۲/۲۰)	۱۳۱۷	(۲۷/۷۹)	۵۰۷	-	-	پوست
(۳۷/۷۱)	۶۸۸	(۶۲/۲۸)	۱۱۳۶	-	-	جمع‌جمه
(۷۰/۹۶۱)	۱۲۸۸	(۲۹/۳۸)	۵۳۶	-	-	گوشت
(۹۸/۹۰)	۱۸۰۲	(۱/۰۹)	۲۰	-	-	چشم
(۱۰۰)	۱۸۲۴	-	-	-	-	بینی
(۹۸/۶۲)	۱۷۹۹	(۱/۳۷)	۲۵	-	-	دهان
(۹۶/۶۰)	۱۷۶۲	(۳/۰۷)	۵۶	(۰/۳۲)	۶	گلو
(۳۲/۸۹)	۶۰۰	(۵۴/۲۷)	۹۹۰	(۱۲/۸۲)	۲۳۲	گردن
(۹۳/۳۱)	۱۷۰۲	(۶/۰۸)	۱۱۱	(۰/۶)	۱۱	غده لنفاوی
(۸۶/۶۴)	۱۵۸۱	(۱۳/۳۲)	۲۴۳	-	-	قفسه سینه
(۹۹/۶۷)	۱۸۱۸	(۰/۳۲)	۶	-	-	پستان
(۶/۶۳)	۱۲۱	(۷۲/۵۱)	۱۳۳۰	(۲۰/۴۴)	۳۷۳	قلب
(۲/۵۲)	۴۶	(۹۴/۸۴)	۱۷۳۰	(۲/۶۳)	۴۸	ریه
(۸۰/۸۱)	۱۴۷۴	(۱۹/۱۸)	۳۵۰	-	-	عروق
(۴۵/۸۸)	۸۳۷	(۵۴/۱۱)	۹۸۷	-	-	شکم
(۱۰۰)	۱۸۲۴	-	-	-	-	اندام تناسلی مرد
(۱۰۰)	۱۸۲۴	-	-	-	-	اندام تناسلی زن
(۹۹/۶۷)	۱۸۱۸	(۰/۳۲)	۶	-	-	مقعد
(۸۶/۶۷)	۱۵۸۱	(۱۳/۳۲)	۲۴۳	-	-	اعصاب
(۳۲/۱۲)	۵۸۶	(۶۷/۵۴)	۱۲۳۲	(۰/۳۲)	۶	اندام‌ها
(۹۱/۵۰)	۱۶۶۹	(۶/۶۳)	۱۲۱	(۱/۸۶)	۳۴	استخوان، مفاصل و عضلات
(۱۳/۴۸)		(۷۹/۸۷)	۱۴۵۷	(۶/۶۳)	۱۲۱	ناریخچه فعلی بیماری
(۲۲/۲۰)	۴۰۵	(۷۷/۷۹)	۱۴۱۹	-	-	ناریخچه بیماری‌های قبلی
(۱۸/۰۹)	۳۳۰	(۸۱/۹۰)	۱۴۹۴	-	-	داروهای در حال مصرف و اعتیادات
(۷۸/۷۸)	۱۴۳۷	(۲۱/۲۱)	۳۸۷	-	-	حساسیت به داروها
(۳۵/۱۹)	۶۴۲	(۶۴/۸۰)	۱۱۸۲	-	-	سوابق فامیلی

برگه‌های خلاصه پرونده به خود اختصاص داده بودند. کمترین درصد نقص (۱/۰۹ درصد) مربوط به نوشتن نام و نام خانوادگی بود (جدول شماره ۲). سایر یافته‌های برگه خلاصه پرونده‌ها در جدول‌های شماره ۳ و ۴ آورده شده است.

از نظر برگه خلاصه پرونده از میان ۱۸۲۴ پرونده، ۶۷۶ پرونده (۳۷ درصد) کامل، ۱۰۷۰ پرونده (۵۸/۷) ناقص و ۷۸ پرونده (۴/۳ درصد) کاملاً ناقص بودند. آدرس، شغل بیمار و نام پزشک معالج بیشترین درصد نقص را در قسمت اطلاعات شناسایی بیمار در

جدول ۲:

میزان کامل بودن اطلاعات شناسایی بیمار در خلاصه پرونده‌های بخش داخلی بیمارستان رازی در سال ۱۳۷۶ (تعداد کل پرونده ۱۸۲۴)

درصد	درج نشده	اقلام اطلاعاتی شناسایی بیمار در خلاصه پرونده
۱۰/۸۵	۱۹۸	۱- شماره پرونده
۱/۰۹	۲۰	۲- نام و نام خانوادگی
۴۵/۳۹	۸۲۸	۳- نام پدر
۱۷/۶۵	۳۲۲	۴- تاریخ تولد
۶۱/۷۳	۱۱۲۶	۵- جنس
۷۸/۹۴	۱۴۲۰	۶- وضعیت تاهل
۱۰/۹۶	۲۰۰	۷- نام بخش
۹۲/۴۳	۱۶۸۶	۸- شغل بیمار
۲۲/۹۱	۴۱۸	۹- تاریخ پذیرش
۲۹/۸۲	۵۴۴	۱۰- تاریخ ترخیص
۹۸/۴۶	۱۷۹۶	۱۱- نام پزشک معالج
۹۸/۴۶	۱۷۹۶	۱۲- آدرس بیمار

جدول ۳:

میزان کامل بودن متغیرهای تشخیص اولیه، تشخیص نهایی و ... در خلاصه پرونده‌های بخش داخلی بیمارستان رازی در سال ۱۳۷۶ (تعداد کل پرونده ۱۸۲۴)

درصد	درج نشده	اقلام اطلاعاتی شناسایی بیمار در خلاصه پرونده
۱/۳۲	۲۴	۱- شکایت اصلی بیمار
۵۰/۲۱	۹۱۶	۲- تشخیص اولیه
۴۶/۲۷	۸۳۳	۳- تشخیص نهایی
۴۲/۰۰	۷۰۸	۴- توصیه‌های پس از ترخیص
۱۸/۰۵	۳۰۴	۵- وضعیت بیمار در هنگام ترخیص
۴۲/۲۶	۷۱۲	۶- داروی تجویزی

جدول ۴:

میزان کامل بودن اطلاعات متغیرهای اقدامات درمانی، یافته‌های بالینی، سیر بیماری و اقدامات پاراکلینیکی در خلاصه پرونده‌های بخش داخلی بیمارستان رازی در سال ۱۳۷۶ (تعداد کل پرونده ۱۸۲۴)

افلام اطلاعاتی		درج نشده		ناقص	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد
۱- علایم بیماری		۱۳/۵۹	۲۴۸	۲/۵۳	۴۶
۲- یافته‌های بالینی		۲۵/۵۲	۴۶۶	۳۱/۷۳	۵۷۲
۳- اقدامات درمانی		۴۵/۱۷	۸۲۴	۷/۹۱	۱۴۴
۴- آزمایش‌های روتین		۶/۷۹	۱۲۴	۱۲/۸۴	۲۳۴
۵- آزمایش‌های تخصصی		۲۱/۰۵	۳۸۴	۱۵/۵۸	۲۸۴
۶- اقدام‌های پاراکلینیکی		۴۳/۱۰	۶۲۲	۱۸/۴۶	۳۳۰
۷- سیر بیماری		۵۱/۵۳	۹۳۰	۷/۰۱	۱۲۸

بود. در معاینه دستگاه‌های بدن از ۱ درصد (معاینه چشم) تا ۹۵ درصد (معاینه ریه) کیفیت متوسط و بین ۲/۵ درصد (معاینه ریه) تا ۱۰۰ درصد (معاینه بینی و اندام تناسلی) کیفیت ضعیف داشت. در همین زمینه معاینه گلو (۳۲ درصد) قلب (۲۰ درصد) و ریه (۳/۵ درصد) کیفیت خوب داشتند. در مطالعه‌های قبلی نشان داده شده که ثبت مدارک پزشکی چه در ایران و چه در خارج به صورت ایده‌آل کامل انجام نمی‌شود.^(۵ و ۳) در کشورهای دیگر از جمله انگلستان نشان داده شده که اجزای خلاصه پرونده بیماران ناقص است. به عنوان مثال میزان ثبت آزمایش ادرار، معاینه ته چشم، نوار قلب و پرتونگاری ریه به ترتیب ۴۳، ۶۱ و ۵۶ درصد بوده است.^(۶) البته در مطالعه ما چنین جزئیاتی قابل مقایسه نیست و فقط به ثبت معاینه کلی دستگاه‌های بدن توجه شده است.

در سایر نقاط کشور نیز نقص در ثبت پرونده‌های بیماران وجود داشت. البته در تحقیق دانشگاه علوم

علت مرگ ۱۳۹ نفر از بیماران فوت شده در ۷۱ مورد (۵۱/۱ درصد) کامل، ۶۲/۱ مورد (۴۴/۶ درصد) ناقص درج شده و در ۶ مورد (۴/۳ درصد) درج نشده بود. خلاصه شرح حال و تشخیص اولیه بیماران به ترتیب در ۲۳۳ مورد (۱۲/۸ درصد) ضعیف و در ۶۰۰ مورد (۳۲/۹ درصد) متوسط درج شده بود.

□ بحث و نتیجه‌گیری:

در این مطالعه کیفیت کامل بودن برگه شرح حال در ۶۸ درصد موارد متوسط و در ۳۲ درصد از موارد ضعیف بود و پرونده‌های با کیفیت خوب وجود نداشت. نسبت کامل بودن متغیرهای مربوط به سابقه پزشکی بین ۸۲ درصد (ثبت داروهای در حال مصرف) تا ۲۱ درصد (سابقه حساسیت دارویی) متوسط و از ۱۳ درصد (ثبت تاریخچه بیماری فعلی) تا ۷۹ درصد (داشتن سابقه حساسیت دارویی) ضعیف

④ مراجع :

۱- باطنی محمدرضا ، حاجوی اباذر. مدارک پزشکی در اسلام و ایران. کنگره بین‌المللی تاریخ پزشکی در اسلام و ایران، دانشگاه تهران، ۱۳۷۱، ص ۱۶

۲- باطنی م ر. درآمدی بر شناخت مدارک پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ، زمستان ۱۳۷۱ :

۱۸-۲۵

۳- ضیایی ث، درایه س، احسانی م و دیگران. تحلیلی بر کیفیت مدارک پزشکی سه نوع بیماری گوارشی. مجله دانشکده پزشکی شهید بهشتی ، دی - اسفند

۱۳۷۵ ، سال بیستم ؛ شماره ۴ : ۳۴ - ۳۰

۴- گاموف جورج. تاریخ علم ، ترجمه احمد آرام ، فصل اول ، چاپ اول تهران امیرکبیر ، ۱۳۳۷ ، صص

۲۲ - ۲۴

5. Alelerson B. A review of medical records. *Australian Physician* 1992 ; 20 (4) : 1004

6. Gordon J , Kearney M , Waston. Medical record in general practice. *Med J Aust* 1992 ; 156 (10): 701-4 , 9

7. Henry M Siedel , June W Ball Joyce E. Dains & G-William Benedict. *Mosby's Guide to physical Examination* , 3rd ed , Baltimore , 1995 , PP 24-7

پزشکی شهید بهشتی که فقط نکات مربوط به بیماری‌های دستگاه گوارش مورد توجه بوده است. وضعیت تأهل ، وضعیت شغلی ، سطح سواد و تعداد افراد خانوار به ترتیب ۳۴ ، ۳۴/۳ ، ۷۸/۵ و ۵۹/۲ درصد ناقص ثبت شده بود. (۳) این نتایج از یافته‌های این مطالعه که وضعیت تأهل ۷۸/۹ درصد و وضعیت شغلی ۹۲/۴ درصد ناقص بوده و به سطح سواد و تعداد افراد خانوار توجه نشده ، کمتر است.

به هر حال قابلیت به کارگیری پرونده‌های پزشکی موجود به عنوان یک منبع اطلاعاتی موفق به شدت مورد تردید است و یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که وضعیت شرح حال نویسی و نوشتن خلاصه پرونده بیماران از حالت مطلوب بسیار دور است و وجود ۳۲ درصد وضعیت ضعیف گواه این ادعاست. لذا پیشنهاد می‌شود وضعیت مدارک پزشکی سایر بیمارستان‌های تخصصی و بخش‌های جراحی نیز بررسی شود. همچنین برای کارکنان بخش مدارک پزشکی ، کارورزان و دستیاران برنامه‌های آموزشی در باره اطلاعات و مدارک پزشکی اجرا شود تا به نوشتن شرح حال بیماران و تهیه خلاصه پرونده آنان بیشتر توجه نمایند.