

تأثیر اجرای دستورالعمل نحوه تکمیل پرونده بیماران توسط پزشکان بر میزان نواقص پرونده‌های پزشکی در بیمارستان ضیائیان تهران

اعظم السادات هاشمی^۱، لیلا ریاحی^۲، لیلا نظری‌منش^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ثبت کامل و به موقع پرونده پزشکی بیماران، نقش مهمی در بهبود فعالیت‌های درمانی، آموزشی، پژوهشی و قانونی دارد. پرونده ناقص، انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر اجرای دستورالعمل نحوه تکمیل پرونده بیماران توسط پزشکان بر میزان نواقص پرونده‌های پزشکی بیمارستان ضیائیان تهران صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی-کاربردی بود که به صورت گذشته‌نگر در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه پژوهش را ۲۴۱۳ پرونده پزشکی در ماه‌های مرداد و آذر تشکیل داد. نمونه‌ها شامل ۳۲۴ پرونده ناقص مرداد ماه (قبل از مداخله) و ۲۸۸ پرونده ناقص آذر ماه (بعد از مداخله) بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات، از چک‌لیست ممیزی اوراق پرونده استفاده گردید. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آزمون Wilcoxon مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نواقص پرونده‌های پزشکی قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۱۲/۴ و ۹/۹ درصد به دست آمد. تأثیر معنی‌دار مداخله آموزشی در کاهش نواقص پرونده در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص ($P = ۰/۰۱۲$)، درخواست مشاوره ($P = ۰/۰۴۸$)، گزارش عمل جراحی ($P < ۰/۰۰۱$)، خلاصه پرونده ($P = ۰/۰۰۱$) و بیهوشی ($P = ۰/۰۱۲$) مشاهده گردید، اما مداخله تأثیر معنی‌داری را در کل مستندسازی پرونده‌ها نشان نداد ($P = ۰/۲۳۸$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد کاهش نواقص پرونده پزشکی در بیمارستان مورد بررسی معنی‌دار نبود که این امر می‌تواند بر روند درمان بیماران، کیفیت انتقال اطلاعات و استفاده در مراجع قانونی تأثیر بگذارد. نتایج پژوهش می‌تواند برای مسؤولان و مدیران بیمارستان در راستای برنامه‌ریزی بهینه مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: پرونده‌های پزشکی؛ مستندسازی؛ بیمارستان‌ها

پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۸/۱۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۳/۳۱

ارجاع: هاشمی اعظم السادات، ریاحی لیلا، نظری‌منش لیلا. تأثیر اجرای دستورالعمل نحوه تکمیل پرونده بیماران توسط پزشکان بر میزان نواقص پرونده‌های پزشکی در بیمارستان ضیائیان تهران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۶؛ ۱۴ (۵): ۱۹۴-۱۹۴

مقدمه

پرونده بیمار، منبع اصلی اطلاعات مربوط به مراقبت سلامت بیمار و همچنین، منبع پویایی برای سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت می‌باشد (۱). پرونده پزشکی یک سند زمان‌بندی شده از مراقبت بیمار و شاخص مهمی در جهت ارتقای کیفیت مراقبت بیمار محسوب می‌شود (۲). مستندسازی ضعیف پرونده پزشکی علاوه بر کاهش کیفیت مراقبت، می‌تواند منجر به کاهش صحت نتایج تحلیل‌های گذشته‌نگر شود (۳). پرونده پزشکی از نظر مالی برای مؤسسات در راستای اثبات پرداخت حقوق نیز اهمیت دارد. بنابراین، عدم وجود گزارش‌های استاندارد در پرونده پزشکی بیماران و عدم تکمیل به موقع و صحیح عناصر اطلاعاتی، نیل به موارد فوق را با مشکل مواجه می‌سازد (۴).

عواملی که باعث زیر سؤال رفتن صحت یک پرونده می‌شود، شامل از قلم افتادگی یک قسمت مهم از پرونده که شاید اطمینان کل پرونده را سلب کند و کوتاهی و غفلت در یادداشت مراحل مراقبت اضطراری پس از معالجه است (۵). به دلیل این که مستندسازی پس از ارائه خدمت به بیمار انجام می‌شود، ممکن است اغلب دقیق و کامل آنچنان که مورد نیاز و مطلوب است، صورت نگیرد. مستندسازان ممکن است به دلیل مشغله کاری، عناصر اطلاعاتی را به طور عمد یا سهو تکمیل نکنند و یا این که در پایان مراحل مستندسازی، تاریخ و امضا را

به دلایل مختلف درج ننمایند. چنین اشتباهاتی در تدوین پرونده پزشکی، منجر به ایجاد اختلال در عملکرد استفاده‌کنندگان از پرونده پزشکی می‌گردد (۶). در واقع، طبقه‌بندی و پردازش صحیح اطلاعات و مدارک مربوط به سازمان، یکی از ضروریات مدیریت در هر سازمان است (۷).

سیف ربیعی و همکاران با اشاره به وضعیت نامطلوب ثبت اطلاعات در پرونده‌های پزشکی، عدم آموزش را به عنوان یکی از مؤثرترین علل بروز این نواقص معرفی کردند (۸). نتایج مطالعه دیگری حاکی از آن بود که میزان مستندسازی اطلاعات فرم‌های شرح‌حال، سیر بیماری، پذیرش و خلاصه

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران انجام شده است.

۱- کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فن‌آوری‌های پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۲- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فن‌آوری‌های پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: l.riahi@srbiau.ac.ir

پزشک، فرم بیهوشی، فرم گزارش عمل جراحی، فرم مراقبت بعد از عمل و فرم مشاوره بود. دستورالعمل نحوه تکمیل پرونده بیماران توسط پزشکان در مهر ماه در اختیار تمام پزشکان بیمارستان ضیائیان قرار گرفت و توضیحات لازم در خصوص نحوه تکمیل پرونده و اولویت‌های نواقص هر بخش ارائه گردید. داده‌های پرونده‌های بیماران بستری در آذر ماه (بعد از مداخله) استخراج و با داده‌های مرداد ماه (قبل از مداخله) مقایسه شد. نواقص پرونده‌های پزشکانی مورد بررسی قرار گرفت که در هر دو ماه (مرداد و آذر) حضور داشتند. نواقص پرونده‌های پزشکان جدید و پزشکانی که از بیمارستان رفته بودند، مورد بررسی قرار نگرفت. ۴۱ پزشک بررسی شدند و میانگین نواقص از تعداد نواقص هر فرم بر تعداد پزشکان مورد مطالعه به دست آمد. جهت تأثیر مداخله و ارزیابی همانندی دو نمونه وابسته با مقیاس رتبه‌ای، از آزمون Wilcoxon استفاده گردید. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (IBM version 21, Armonk, NY Corporation) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

بر اساس داده‌های حاصل شده، از تعداد کل پرونده‌های بستری در مرداد ماه (۱۲۱۷ مورد)، ۳۳۴ مورد (۲۶ درصد) را پرونده‌های ناقص تشکیل داد و این میزان برای پرونده‌های آذر ماه (۱۱۹۶ مورد)، ۲۸۸ مورد (۲۴ درصد) به دست آمد.

تعداد کل نواقص در ماه‌های مرداد و آذر به ترتیب ۵۰۸ و ۴۰۶ مورد بود که بیشترین میانگین نواقص به مرداد ماه (۱۲/۴ درصد) اختصاص داشت. واریانس نواقص در ماه مرداد، ۲۶۷/۹ و در ماه آذر، ۱۸۲/۳ بود.

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که کمترین میانگین مربوط به فرم دستورات پزشک و بیشترین میانگین مربوط به فرم درخواست مشاوره بود.

نتایج به دست آمده از جدول ۲ بیانگر آن بود که بین استقرار دستورالعمل نحوه تکمیل پرونده بیماران توسط پزشکان با تکمیل بودن پرونده در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، فرم خلاصه پرونده، فرم بیهوشی، فرم گزارش عمل جراحی و فرم مشاوره ارتباط معنی‌داری وجود داشت، اما در فرم شرح‌حال، فرم سیر بیماری، فرم دستورات پزشک و فرم مراقبت بعد از عمل رابطه‌ای مشاهده نشد. همچنین، این دستورالعمل در کل پرونده‌ها تأثیری نداشت.

بحث

پرونده پزشکی ناقص، باعث ایجاد اختلال در ادامه درمان بیماران و مشکلات قانونی برای مستندسازان خواهد شد. اجرای دستورالعمل نحوه تکمیل پرونده بیماران توسط پزشکان که با مداخله آموزشی انجام گردید، به طور کامل در کاهش تعداد نواقص پرونده‌های بستری تأثیر نگذاشت، اما در برخی از گزارش‌های پرونده مؤثر بود.

ترخیص و گزارش عمل دستیاران گروه جراحی بعد از قطع مداخله، تغییرات معنی‌داری را نشان داد و ارایه بازخورد و تشویق، بر بهبود رفتار مستندسازی دستیاران تأثیر مثبتی داشت (۹). بر اساس نتایج پژوهشی، فرایند ثبت داده‌ها و اطلاعات پرونده‌های بخش زنان و زایمان توسط گروه درمانی، به عنوان اصلی‌ترین گروه ارایه کننده مراقبت‌های بهداشتی-درمانی به طور ناقص انجام می‌شود (۱۰).

یافته‌های تحقیق دیگری نشان داد که وضعیت و کیفیت ثبت اطلاعات مربوط به بیماران دچار تروما در واحد اورژانس مورد بررسی در سطح چندین مطلوبی قرار نداشت؛ به طوری که بیشترین میزان ثبت ناقص اطلاعات مربوط به محل ضایعات حاصل از تروما و بیشترین میزان عدم ثبت اطلاعات مربوط به برنامه تشخیصی بود (۱۱). همچنین، Yunuswangsa و همکاران به این نتیجه رسیدند که علایم حیاتی تنها شاخص در بین ۴۴ شاخصی بود که در تمامی موارد به صورت کامل و صحیح ثبت شده و ثبت اطلاعات برای ۴۳ آیتیم دیگر به صورت ناقص انجام گرفته بود (۱۲). نتایج مطالعه‌ای در کویت نشان داد که در زمینه ثبت مندرجات فرم شرح‌حال، تاریخچه بیماری فعلی و تشخیص اولیه هر دو با ۹۸/۲ درصد بیشترین میزان ثبت و معاینات بدنی با ۸۶/۴ درصد کمترین میزان ثبت را داشت (۱۳). بر اساس تحقیقات صورت گرفته، مشکلات مربوط به عدم ثبت کامل اطلاعات پرونده پزشکی و مستندسازی، یک چالش جهانی می‌باشد، اما در کشورهای در حال توسعه به شکل پیچیده‌تری مطرح است (۱۴).

با توجه به استانداردهای موجود، نواقص مدارک پزشکی به میزان زیادی در پرونده‌های بیماران مشهود بود. از این‌رو، پژوهش حاضر با اجرای دستورالعمل تکمیل پرونده بیماران توسط پزشکان و با هدف بررسی کمی میزان نواقص پرونده‌ها در گزارش‌های پذیرش و خلاصه ترخیص، خلاصه پرونده، شرح‌حال، سیر بیماری، دستورات پزشک، گزارش بیهوشی، گزارش عمل جراحی، مراقبت بعد از عمل جراحی و مشاوره در بیمارستان ضیائیان تهران انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی-کاربردی بود که به صورت گذشته‌نگر در سال ۱۳۹۵ صورت گرفت. جامعه پژوهش را ۲۴۱۳ پرونده پزشکی بیماران بستری در ماه‌های مرداد و آذر تشکیل داد. نمونه‌ها، ۳۳۴ پرونده ناقص مرداد ماه (قبل از مداخله) و ۲۸۸ پرونده ناقص آذر ماه (بعد از مداخله) بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از چک‌لیست ممیزی اوراق پرونده در زمان ترخیص که وزارت بهداشت و درمان طراحی نموده است، استفاده گردید. ملاک نقص پرونده، عدم تکمیل گزارش‌ها و عدم وجود مهر و امضای پزشک در پرونده در نظر گرفته شد. گزارش‌هایی از پرونده که مورد بررسی قرار گرفت، شامل فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، فرم خلاصه پرونده، فرم شرح‌حال، فرم سیر بیماری، فرم دستورات

جدول ۱: فراوانی نواقص مستندات پزشکان در دو ماه قبل و بعد از مداخله به تفکیک موضوع نقص

ماه مورد بررسی	فرم پذیرش	فرم شرح‌حال	فرم سیر بیماری	فرم درخواست مشاوره	فرم گزارش عمل جراحی	فرم خلاصه پرونده	فرم دستورات پزشک	فرم مراقبت بعد از عمل	فرم بیهوشی
مرداد ماه	۴/۳	۲/۳	۱/۳	۴/۵	۱/۸۰	۱/۲	۰/۰۵	۰/۱	۰/۸
آذر ماه	۵/۲	۲/۴	۷/۳	۶/۱	۷/۹۰	۴/۵	۰/۰۵	۰/۲	۴/۱
	۱/۳	۱/۲	۱/۲	۱/۷	۰/۰۲	۰/۱	۰/۳۰	۰/۱	۰/۱
	۴/۴	۸/۹	۵/۲	۶/۵	۰/۰۲	۰/۱	۱/۳۰	۰/۱	۰/۱

جدول ۲: نتایج آزمون Wilcoxon برای تعیین تأثیر مداخله بر میزان تکمیل اوراق پرونده پزشکی

گزارش	فرم پذیرش	فرم شرح حال	فرم سیر بیماری	فرم درخواست مشاوره	فرم گزارش عمل جراحی	فرم خلاصه پرونده	فرم دستورات پزشک	فرم مراقبت بعد از عمل	فرم بیهوشی	کل پرونده‌ها
Z	-۲/۵	-۱/۴	-۱/۷	-۲/۰	-۳/۶	-۳/۲	-۱/۴	-۰/۸	-۲/۵	-۱/۲
P	۰/۰۱۲	۰/۱۶۱	۰/۰۹۴	۰/۰۴۸	< ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۶۱	۰/۴۱۴	۰/۰۱۲	۰/۲۳۸

کیفیت ثبت اطلاعات مربوط به بیماران دچار تروما در واحد اورژانس مورد بررسی در سطح چندان مطلوبی قرار نداشت (۱۱). یافته‌های مطالعه ناصری و فارسیان حاکی از آن بود که اطلاعات موجود در برگه‌های بیهوشی بیمارانی که در بیمارستان بعثت عمل می‌شوند، ناقص است (۱۹). پارسا محجوب و همکاران با انجام پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که میزان تکمیل اوراق مورد بررسی توسط مستندسازان در بیمارستان‌های مورد مطالعه در حد مطلوبی نبود و حتی در برخی موارد بسیار ضعیف و ناقص می‌باشد (۱۳). نتایج به دست آمده از تحقیق افضلی و همکاران نشان داد که با وجود اهمیت مستندسازی در پرونده‌های پزشکی به ویژه در بیماران دچار تروما، تکمیل پرونده‌ها به صورت کامل و دقیق صورت نمی‌گیرد و دارای نواقص قابل توجهی می‌باشد (۲۰). اسماعیلیان و همکاران نتیجه‌گیری کردند که کیفیت مستندسازی در وضعیت مطلوبی قرار ندارد (۲۱) که با یافته‌های تحقیق حاضر همسو بود.

پژوهش حاضر علت عدم ثبت اطلاعات را مورد بررسی قرار نداد. بنابراین، نمی‌توان دلیل قطعی برای آن ذکر نمود، اما شاید بتوان علت این امر را در برگ سیر بیماری و دستورات پزشک به دلیل وجود گزارش برای هر بار ویزیت پزشک و همچنین، عدم فرصت کافی پزشکان جهت تکمیل اطلاعات جستجو نمود. از جمله دلایل دیگر می‌توان به اهمیت مراقبت پزشکی از دید پزشکان اشاره کرد، اما مستندسازی اطلاعات مربوط به مراقبت از نظر پزشکان چندان مهم به نظر نمی‌رسد. لازم به ذکر است که مطالعه حاضر فقط بر روی پزشکان بیمارستان ضیائیان تهران انجام گرفت و قابلیت تعمیم به پزشکان سایر مراکز درمانی را ندارد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، به نظر می‌رسد کاهش نواقص پرونده پزشکی در بیمارستان ضیائیان معنی‌دار نبوده است که این امر می‌تواند بر روند درمان بیماران، کیفیت انتقال اطلاعات و استفاده در مراجع قانونی تأثیرگذار باشد. نتایج پژوهش می‌تواند برای مسؤولان و مدیران بیمارستان در راستای برنامه‌ریزی بهینه مفید باشد.

پیشنهادات

با توجه به این که آموزش به تنهایی راهکار نیست، توجیه مستندسازان در رابطه با مزایای تکمیل بودن پرونده، تشویق مستندسازان نمونه و تدوین دستورالعمل‌هایی از سوی مسؤولان ذی‌ربط جهت برخورد حرفه‌ای با مستندسازان اهمال کار پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از ریاست، مدیریت، پزشکان و بخش مدارک پزشکی بیمارستان

با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، تأثیر آموزش پزشکان مورد بررسی بر میزان نواقص پرونده‌های پزشکی نشان داد که در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، درخواست مشاوره، گزارش عمل جراحی، خلاصه پرونده و بیهوشی ارتباط معنی‌داری قبل و بعد از مداخله مشاهده شد که نشان دهنده کاهش نواقص پرونده‌ها بعد از اجرای مداخله می‌باشد.

فرزندپور و آصف‌زاده وضعیت مطلوب تشخیص‌نویسی در پرونده‌های پزشکی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان را علاوه بر توجه و دقت متخصصان در ثبت اطلاعات، به وجود شورای عالی مدیریت اطلاعات سلامت به عنوان عامل حمایت‌کننده مدیریتی از سوی دانشگاه نسبت دادند (۱۵). نتایج مطالعه آریایی نیز مشخص نمود که در ۶۲ درصد موارد، تشخیص نهایی در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص ثبت شده بود (۱۶). در مطالعه عباسی و توکلی کمترین نقص در ارتباط با ثبت داده‌ها توسط مستندسازان بوده است (۱۷). یافته‌های تحقیق خسروی و همکاران نشان داد که شرایط مستندسازی پرونده‌های بالینی بیمارستان شهید مدنی در حد نسبتاً قابل قبولی می‌باشد (۱۸). صدوقی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که میزان مستندسازی اطلاعات فرم‌های شرح حال، سیر بیماری، پذیرش، خلاصه ترخیص و گزارش عمل دستیاران گروه جراحی بعد از قطع مداخله تغییرات معنی‌داری پیدا کرد (۹) که با نتایج بررسی حاضر همخوانی داشت. شاید دلیل تکمیل و مستندسازی گزارش‌ها و کاهش نواقص پرونده را بتوان به اهمیت این گزارش‌ها در پرونده بیماران نسبت داد. فرم خلاصه پرونده، نتیجه‌گیری کلی از پرونده است که در اختیار بیمار هم قرار می‌گیرد و همچنین، فرم‌های پذیرش و خلاصه ترخیص، گزارش عمل جراحی، بیهوشی و درخواست مشاوره از جمله فرم‌هایی هستند که هنگام درخواست بیمار و در مراجع قضایی استفاده می‌شود و نشان دهنده اهمیت این فرم‌ها در پرونده بیماران می‌باشد.

در فرم شرح حال، فرم سیر بیماری، فرم دستورات پزشک و فرم مراقبت بعد از عمل ارتباط معنی‌داری قبل و بعد از مداخله مشاهده نشد؛ یعنی میزان نواقص بعد از اجرای مداخله کاهش نیافت.

فرزندپور و آصف‌زاده در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که عوامل متعددی بر میزان مستندسازی پرونده پزشکی تأثیر دارد. بنابراین، افزایش آگاهی پزشکان از طریق آموزش، به تنهایی در بهبود این فرایند مؤثر نخواهد بود (۱۵). شواهد بسیاری بر این امر دلالت دارد که ممیزی و بازخورد، تأثیر چشمگیری بر تغییر رفتار پزشکان دارد و یکی از رویکردهای بهبود رفتار و عملکرد حرفه‌ای در مؤسسات مراقبت بهداشتی - درمانی محسوب می‌شود (۹).

نتایج پژوهش مهرآیین و همکاران نشان داد که فرایند ثبت داده‌ها و اطلاعات پرونده‌های بخش زنان و زایمان به طور ناقص انجام می‌شود (۱۰). فریداعلایی و همکاران نیز در تحقیق خود نتیجه‌گیری کردند که وضعیت و

References

1. Gozali E, Langarizadeh M, Sadooghi F, Sadeghi M. Electronic medical record, step toward improving the quality of healthcare services and treatment provided to patients. *J Ardabil Univ Med Sci* 2014; 14(1): 93-6. [In Persian].
2. DiSantostefano J. Mastering the basics of medical documentation. *J Nurse Pract* 2007; 3(3): 190-1.
3. Cox JL, Zitner D, Courtney KD, MacDonald DL, Paterson G, Cochrane B, et al. Undocumented patient information: An impediment to quality of care. *Am J Med* 2003; 114(3): 211-6.
4. Skurka MF, Converse ME. Organization of medical record departments in hospitals: Chicago, IL: American Hospital Publishing; 1984.
5. Hajavi A. Medical record. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences Publications; 2005. p. 218-55.
6. Huffman EK. Medical record management. Berwyn, IL: Physicians' Record Company; 1990. p. 100.
7. Zarei J, Beghlar M, Chettraz A, Goudarzi S, Nikkhah S, Amini M. Document management in the health system styles. Tehran, Iran: Tandis Publications; 2011; p. 9.
8. Seif Rabiee MA, Sedighi I, Mazdeh M, Dadras F, Shokouhee Solgi M, Moradi A. Study of hospital records registration in teaching hospitals of Hamadan University of Medical Sciences in 2009. *Avicenna J Clin Med* 2009; 16(2): 45-9. [In Persian].
9. Sadoughi F, Meidani Z, Farzandipour M, Davoodabadi A, Farrokhan A, Gilasi H. The effect of feedback and incentive mechanisms on improving residents' medical record documentation procedure. *Iran J Med Educ* 2015; 15: 648-55. [In Persian].
10. Mehraeen E, Raeissi P, Omid Kohan Shoori Z, Ahmadi P, Jani Iranadgan S, Saravani S. Review of medical records documentation in obstetrics and gynecology ward (data quantitative analysis on obstetrics and gynecology ward). *Advances in Nursing & Midwifery* 2015; 24(87): 37-44. [In Persian].
11. Faridaalae G, Boushehri B, Mohammadi N, Safari O. Evaluating the quality of multiple trauma patient records in the emergency department of Imam Khomeini Hospital in Urmia. *Iranian Journal of Emergency Medicine* 2015; 2(2): 88-92. [In Persian].
12. Yunuswangsa Q, Nimmaanrat S, Wasinwong W. Completion and accuracy in charting of anesthetic records in Songklanagarind Hospital. *J Med Assoc Thai* 2008; 91(7): 1002-10.
13. Parsa Mahjob M, Farahabadi M, Dalir M. Medical record department problems (admission unit, filling unit, coding unit, statistical unit) in Motahari & Peymani hospitals in 2008. *J Jahrom Univ Med Sci* 2010; 8(1): 47-51. [In Persian].
14. Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, accreditation, and certification: Approaches to health services quality [Online]. [cited 2009]; Available from: URL: <https://www.usaidassist.org/resources/licensure-accreditation-and-certification-approaches-health-services-quality-0>
15. Farzadipour M, Asefzadeh S. Surveying the principle of diagnosis recording in patients' medical records of Kashan hospitals in 2002. *Feyz* 2004; 8(3): 36-44. [In Persian].
16. 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 1998. *J Health Adm* 2002; 4(11): 65-70. [In Persian].
17. Abbasi S, Tavakoli N. Quantitative analysis of medical record of patients admitted in the Gharazi hospital. *Health Inf Manage*; 2011; 8(1): 50-60. [In Persian].
18. Farough-Khosravi M, Salimlar S, Rostamzadeh A, Shadkam N, Doshmangir L. The relationship between folic acid intake and infant birth weight, *Depiction of Health* 2016; 7(3): 38-45. [In Persian].
19. Nasser K, Farsian SE. Assessing anesthetic indexes in patient's medical records. *Health Inf Manage* 2014; 11(3): 285-92. [In Persian].
20. Afzali S, Seyferabie MA, Naghdi S. Processing of file record for multiple traumatic patients in Hamedan's Besat Hospital in 2008. *Sci J Forensic Med* 2011; 17(2): 79-86. [In Persian].
21. Esmailian M, Nasr-Esfahani M, Brahimi AS. The quality of patients' files documentation in emergency department; A cross sectional study. *Iranian Journal of Emergency Medicine* 2014; 1(1): 16-21. [In Persian].

The Effect of Filling the Patient Records by Physicians, According to the Instructions, on Incompleteness of Medical Records at Ziaeian Hospital, Tehran, Iran

Azam Alsadat Hashemi¹, Leila Riahi², Leila Nazarymanesh²

Original Article

Abstract

Introduction: The full and timely documentation of medical records plays an important role in the improvement of medical, legal, educational, treatment and research processes. Incomplete record keeping is indicative of defective care and treatment. The purpose of this study was to determine the effect of implementation of the instructions on filling the patients' records by physicians on the incompleteness of medical records of Ziaeian Hospital, Tehran, Iran.

Methods: This descriptive applied study was carried out at Ziaeian Hospital in 2016. The study population included 2413 medical files filled out in August and December. The sample included 324 incomplete medical files from August (before the implementation) and 288 incomplete medical records in December (after implementation). The medical record checklist was used to collect data. SPSS and Wilcoxon signed-rank tests were employed for data analysis.

Results: The mean number of defects was 12.4 and 9.9 before and 9.9 after the intervention, respectively. Number of defects in the admission document ($P = 0.012$), counseling request ($P = 0.048$), surgery report ($P = 0.001$), case summary ($P = 0.001$) and anesthesia ($P = 0.012$) showed a significant reduction in the number of defects and the effectiveness of the intervention. However, in total medical record documentation, the intervention was not effective ($P = 0.238$).

Conclusion: It appears that reducing the defects in medical records of Ziaeian Hospital has not been significant which can affect the treatment of patients, the quality of transmission of information and also use of medical records by legal authorities. The results of this research can be useful for hospital directors and managers for a more optimal planning approach.

Keywords: Medical Records; Documentation; Hospitals

Received: 21 June, 2017

Accepted: 05 Nov., 2017

Citation: Hashemi AA, Riahi L, Nazarymanesh L. **The Effect of Filling the Patient Records by Physicians, According to the Instructions, on Incompleteness of Medical Records at Ziaeian Hospital, Tehran, Iran.** Health Inf Manage 2017; 14(5): 194-8

Article resulted from MSc thesis funded by Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran.

1- MSc, Health Services Management, Department of Health Services Management, School of Sciences and Technology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Health Services Management, Department of Health Services Management, School of Sciences and Technology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: l.riahi@srbiau.ac.ir