بررسی صحث داده‌های مدارک پزشکی بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر اردبیل در سال ۱۳۸۰

عبدالله مهدوی (۱)، ناصر مظفری (۲)

چکیده

مقدمه: بکی از منابع مهم کسب اطلاعاتی بروندو های بیماران و مدارک پزشکی است. این مدارک مهمترين ابزار هستند که برای اتخاذ تصمیم‌های درمانی و بررسی وضعیت دلیل اصلی صحت بکی ابزاری اصلی است. این مطالعه به منظور ارزیابی صحت داده‌های مدارک بیمارستانی، بیمارستان‌های آموزشی درمانی اردبیل انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یکی از بررسی‌های کاربردی و توصیفی است. در این پژوهش داده‌های آماری ارسالی از مراکز آموزشی درمانی به پایگاه نمایشگاه آماری پزشکی درجه آموزی، شامل سیستم پزوهشگران به مراکز فوق مراجعه و عمل گردآوری و دسته بندی را انجام دادند. در این مطالعه یک دانشجو و مصاحبه‌ای داده‌های گزارش شده را تعبیر کردند. داده‌های جمع‌آوری شده با آمار توصیفی توسط نرم‌افزار Tijhe و NNA تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد در ۸۶/۵ موارد بخش های بیمارستانی درآیاری دفتر نتیجه ورود و خروج بودند. نتایج تحقیق نشان داد که غیر از گزارش‌های مورد کمک نیازی به تغییراتی جمع آوری داده‌ها در آمار میزان فعال و بعد از ۲۴ ساعت ۲/۵ مورد اختلاف وجود داشت. نسبت بی‌بی‌ش شده بیمار برای هر تحت گزارش شده ۰/۲/۸۹ مورد و آمار استخراجی ۴/۸۹ مورد بود. همجنس تغییرات نسبت بی‌بی‌ش سالشنه بیمار به ازای هر تحت در آمار استخراجی و گزارش شده حدود ۳/۰۰ بود.

بحث و توصیه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که در ضریب اشغال نتیجه بیمارستان، نسبت بی‌بی‌ش سالمند بیمار برای هر تحت در آمار ارسالی و استخراجی جامان تفاوتی وجود نداشت. اما در میزان صحت بیمار آن داده‌ها، نسبت بی‌بی‌ش سالمند بیمار برای هر تحت در آمار ارسالی و استخراجی تفاوت وجود داشت. بنابراین بررسی‌های آموزشی کوتاه مدت نه اثر نتیجه با ضریب احتمال بیمارستان و مصداقی بیمارستان مدارک پزشکی ضروری نظر می‌رسد.

واژه‌ها: کلیدی: مدارک پزشکی، داده، بیمارستان و صحبت

(۱) مریم و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل (مولف مسئول)
(۲) عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
تا آنکه بتوان برنامه ریزی و ارزش‌سازی برنامه‌های مراقبتی بیگیری نتایم فضای فیزیکی و تجهیزات را با اعتماد و اطمینان بیشتری نشان دهد. به همین خاطر این مطالعه هم یا بهترین بررسی صحت داده‌های مدارک پزشکی بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر اردبیل انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک بررسی کاربردی توسعی ایست که در آن صحت اطلاعات مدارک پزشکی بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر اردبیل از سال 1379 تا 1380 مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم‌های مختلف نظام نوین آماری در بخش دیروز بوده و شماره 201 و بخش مطالعات فیزیکی و محسوبه‌های این پژوهش ترکیبی از روش‌های مشاهده و مصاحبه بود بدون صورت ابتدایی اطلاعات آماری که ماهانه از سوی مراکز درمانی به پایگاه نظام نوین آماری دانشگاه ارسال شده بود با پژوهشگران شد. به محله‌ای مورد نظر مراجعه و عمل گرد آوری و دسته بنیاد انجام داده و میزان صحت در رستی داده‌های گزارش شده از مراکز فوق را مشخص کردند. با استفاده از آمار توسعی (فرآیند، میانگین و انحراف معیار) توسط نرم‌افزار منافع در مورد نرخ و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در پاسخ به هدف اول پژوهش مقیاسه‌ی میران ضریب اشغال خست سالانه به‌دلیل آمده توسط پژوهشگران و آمار تحریف‌های از مراکز آموزشی درمانی شهر اردبیل نتایج نشان داد: میانگین درصد اشغال نتیجه گزارش شده (38/55%) و درصد اشغال نشان داد: میانگین درصد اشغال نتیجه گزارش شده در 7/62%.
در بایش به هدف دوم پژوهش "مقایسه نسبت بیماران بیماری هر تخت طبقه‌بندی شده" در بستر شماره ۶۷ و درصد اشغال تخت واقعی (۷۶/۵۷) بود. جدول شماره ۱ مقایسه میانگین سالانه درصد اشغال تخت بر حسب نوع بخش

جدول شماره ۱ مقایسه میانگین سالانه درصد اشغال تخت بر حسب نوع بخش

| نوع بخش | تخت | تحولی | استخراجی | آمار | اختلاف
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مзвاعصاب</td>
<td>۶۷/۵۹</td>
<td>۷۰/۲۰</td>
<td>۶۱/۱۰</td>
<td>۶۱/۱۰</td>
<td>۶۱/۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>نوزادان</td>
<td>۷۱/۵۸</td>
<td>۷۴/۵۲</td>
<td>۶۹/۵۲</td>
<td>۶۹/۵۲</td>
<td>۶۹/۵۲</td>
</tr>
<tr>
<td>جراحی</td>
<td>۸۰/۴۵</td>
<td>۶۴/۳۳</td>
<td>۷۶/۴۵</td>
<td>۷۶/۴۵</td>
<td>۷۶/۴۵</td>
</tr>
<tr>
<td>عمومی</td>
<td>۶۴/۱۰</td>
<td>۶۲/۱۶</td>
<td>۶۸/۶</td>
<td>۶۸/۶</td>
<td>۶۸/۶</td>
</tr>
<tr>
<td>ICU</td>
<td>۶۴/۳۵</td>
<td>۸۳/۶</td>
<td>۷۲/۱۵</td>
<td>۷۲/۱۵</td>
<td>۷۲/۱۵</td>
</tr>
<tr>
<td>داخی</td>
<td>۸۴/۷۰</td>
<td>۸۶/۷۰</td>
<td>۸۰/۴۰</td>
<td>۸۰/۴۰</td>
<td>۸۰/۴۰</td>
</tr>
<tr>
<td>اطلاعی</td>
<td>۸۸/۴۰</td>
<td>۸۰/۴۰</td>
<td>۸۵/۵۵</td>
<td>۸۵/۵۵</td>
<td>۸۵/۵۵</td>
</tr>
<tr>
<td>ارتودی</td>
<td>۹۲/۲۵</td>
<td>۸۸/۹۰</td>
<td>۹۲/۲۵</td>
<td>۹۲/۲۵</td>
<td>۹۲/۲۵</td>
</tr>
<tr>
<td>CCU</td>
<td>۹۳/۴۲</td>
<td>۹۳/۴۲</td>
<td>۹۳/۴۲</td>
<td>۹۳/۴۲</td>
<td>۹۳/۴۲</td>
</tr>
<tr>
<td>سوختگی</td>
<td>۱۱/۱۷</td>
<td>۳۰/۱۷</td>
<td>۱۷/۱۷</td>
<td>۱۷/۱۷</td>
<td>۱۷/۱۷</td>
</tr>
<tr>
<td>جراحی</td>
<td>۱۱/۵۰</td>
<td>۷۹/۵۰</td>
<td>۵۰/۵۰</td>
<td>۵۰/۵۰</td>
<td>۵۰/۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>جشم</td>
<td>۱۷/۳۰</td>
<td>۲۷/۳۰</td>
<td>۳۰/۳۰</td>
<td>۳۰/۳۰</td>
<td>۳۰/۳۰</td>
</tr>
<tr>
<td>ENT</td>
<td>۵۲/۲۵</td>
<td>۲۵/۵۲</td>
<td>۲۵/۵۲</td>
<td>۲۵/۵۲</td>
<td>۲۵/۵۲</td>
</tr>
<tr>
<td>ارولوژی</td>
<td>۶۹/۵۰</td>
<td>۶۹/۵۰</td>
<td>۵۰/۵۰</td>
<td>۵۰/۵۰</td>
<td>۵۰/۵۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

نسبت بذریش سالانه بیمار برای هر تخت گزارش شده ۳۴/۹ نفر و آمار استخراجی ۶/۶ نفر بود. نسبت بذریش سالانه بیمار برای هر تخت در بخش ICU ۴/۶ نفر گزارش شده بود در صورتی که آمار استخراجی ۴/۶ نفر بود. همچنین در بخش جراحی عمومی و جراحی کله نسبت بذریش سالانه ۶/۸ نفر گزارش شده بود در حالی که نسبت واقعی بتریب ۷/۶۸ و ۶/۷۱ نفر بود. بهشتین نسبت بذریش سالانه استخراجی مربوط به بخش زنان و زایمان ۱۴/۹۱ و ارتودی ۴۶/۱۳ و کمترین آنان مربوط به بخش روانپزشکی ۹۳/۰ و سوختگی ۴۹/۰ بوده است. جدول شماره ۱ مقایسه نسبت بذریش سالانه بیمار برای هر تخت بر حسب بخش‌های مراکز آموزشی، درمانی شهر اردبیل نشان می‌دهد.
جدول شماره ۲ مقایسه نسبت پذیرش سالانه بیمار برای هر تحت بر حسب نوع بخش

| نوع بخش | نسبت پذیرش | تحويلی | اامار
|----------|-------------|--------|----------|
| داخلی   | ۵/۱۱۹۹     | ۵/۹۹   | ۵۱۰ مورد و در آمار استخراجی ۵۳۹ و ۵۹۵ مورد بوده است.
| اطفال    | ۳/۵۳        | ۳/۴۹   |
| زنان و زایمان | ۱۴/۸۵     | ۱۴/۸۱   |
| جراحی    | ۴/۸۵        | ۴/۸۵   |
| عمومی    | ۴/۹۳        | ۴/۹۳   |
| اعصاب    | ۶/۱۸        | ۶/۱۴   |
| جراحی زنان | ۲/۱۹۸       | ۲/۱۹۸   |
| جراحی کلیه | ۷/۲۸۸       | ۷/۲۸۸   |
| ومناته    | ۳/۴۹۴       | ۳/۴۹۴   |
| جراحی گوش | ۳/۴۳۵       | ۳/۴۳۵   |
| حلق و بینی | ۳/۳۸۵       | ۳/۴۳۵   |
| جراحی چشم | ۴/۸۶۴       | ۴/۸۶۴   |
| ارتوپدی   | ۵/۸۶۴       | ۵/۸۶۴   |
| روشنایشکی | ۶/۸۳۳       | ۶/۸۳۳   |
| CCU       | ۵/۸۳۳       | ۵/۸۳۳   |
| ICU       | ۴/۸۳۳       | ۴/۸۳۳   |
| درمانی عصب | ۳/۹۵۲       | ۳/۹۵۲   |
| نورولوژی | ۴/۲۷۴       | ۴/۲۷۴   |
| سوختنی    | ۱/۴۹۹       | ۱/۴۹۹   |
| جمع گروه  | ۴/۸۴۲       | ۴/۸۴۲   |

نتایج تحقیق در پاسخ به هدف سوم پژوهش

مقایسه جمع آوری داده های آماری گزارش شده و استخراجی نشان داد که میزان میرانی قبل و بعد از
جدول شماره ۳ مقایسه تفاوت میزان میرانی قبل و بعد از ۲۴ ساعت بستری سالانه بر حسب نوع بخش

<table>
<thead>
<tr>
<th>مرحله</th>
<th>میرانی متوسط</th>
<th>استخراجی</th>
<th>بیمار فوت شده</th>
<th>بیمار فوت شده قبل از</th>
<th>میزان میرانی قبل از</th>
<th>میزان میرانی بعد از</th>
<th>ساعت</th>
<th>ساعت</th>
<th>ساعت</th>
<th>ساعت</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>داخلی</td>
<td>۵۷</td>
<td>۶۷</td>
<td>۹۱</td>
<td>۴۷۲</td>
<td>۴۷۲</td>
<td>۴۷۲</td>
<td>۵۷</td>
<td>۴۷</td>
<td>۹۱</td>
<td>۴۷</td>
</tr>
<tr>
<td>اطفال</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>زنان و زایمان</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>جراحی عمومی</td>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰۰</td>
<td>۳۰۰</td>
<td>۳۰۰</td>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰</td>
</tr>
<tr>
<td>جراحی مغز و عصب</td>
<td>۲۴</td>
<td>۲۴</td>
<td>۲۴</td>
<td>۲۴۰</td>
<td>۲۴۰</td>
<td>۲۴۰</td>
<td>۲۴</td>
<td>۲۴</td>
<td>۲۴</td>
<td>۲۴</td>
</tr>
<tr>
<td>جراحی زنان</td>
<td>۱</td>
<td>۱</td>
<td>۱</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱</td>
<td>۱</td>
<td>۱</td>
<td>۱</td>
</tr>
<tr>
<td>جراحی کلیه</td>
<td>۱</td>
<td>۱</td>
<td>۱</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱</td>
<td>۱</td>
<td>۱</td>
<td>۱</td>
</tr>
<tr>
<td>عوده</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>بیمارستان</td>
<td>۴۰</td>
<td>۴۰</td>
<td>۴۰</td>
<td>۴۰۰</td>
<td>۴۰۰</td>
<td>۴۰۰</td>
<td>۴۰</td>
<td>۴۰</td>
<td>۴۰</td>
<td>۴۰</td>
</tr>
<tr>
<td>CCU</td>
<td>۳۲</td>
<td>۳۲</td>
<td>۳۲</td>
<td>۳۲۰</td>
<td>۳۲۰</td>
<td>۳۲۰</td>
<td>۳۲</td>
<td>۳۲</td>
<td>۳۲</td>
<td>۳۲</td>
</tr>
<tr>
<td>ICU</td>
<td>۴۰</td>
<td>۴۰</td>
<td>۴۰</td>
<td>۴۰۰</td>
<td>۴۰۰</td>
<td>۴۰۰</td>
<td>۴۰</td>
<td>۴۰</td>
<td>۴۰</td>
<td>۴۰</td>
</tr>
<tr>
<td>داخلي اعصاب</td>
<td>۱۵</td>
<td>۱۵</td>
<td>۱۵</td>
<td>۱۵۰</td>
<td>۱۵۰</td>
<td>۱۵۰</td>
<td>۱۵</td>
<td>۱۵</td>
<td>۱۵</td>
<td>۱۵</td>
</tr>
<tr>
<td>نوزادان</td>
<td>۹۳</td>
<td>۹۳</td>
<td>۹۳</td>
<td>۹۳۰</td>
<td>۹۳۰</td>
<td>۹۳۰</td>
<td>۹۳</td>
<td>۹۳</td>
<td>۹۳</td>
<td>۹۳</td>
</tr>
<tr>
<td>سخنگي</td>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰۰</td>
<td>۳۰۰</td>
<td>۳۰۰</td>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع گروه</td>
<td>۳۶۲</td>
<td>۳۶۲</td>
<td>۳۶۲</td>
<td>۳۶۲۰</td>
<td>۳۶۲۰</td>
<td>۳۶۲۰</td>
<td>۳۶۲</td>
<td>۳۶۲</td>
<td>۳۶۲</td>
<td>۳۶۲</td>
</tr>
</tbody>
</table>

با توجه به اهمیت پرودنده های پزشکی بعنوان یک منبع غیب اطلاعات، توجه به روندی که برای نهایی تنظیم و کنترل پرونده های پزشکی بکار می‌رود سبب راحل‌سازی است (۱۰). نتایج نشان داد که در ۶۸ ٪ موارد بخش‌های بیمارستانی دارای دفته ثبت ورود و خروج بیمار بوده و چند نوبت ثبت داده و گزارش آمارها و اطلاعات ارائه شده غلاب بوده است. صاحیح نسب در مطالعه ای که تحت عنوان بررسی مکاتسبی تولید اطلاعات آماری در بیمارستانهای آمریکایی دانشگاهی علم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر تهران انجام داد نشان می‌دهد که تنها در (۴۲٪) از موارد اطلاعات بیمارستان فوقانی و تری سخته بصورت ناقص در دفتر ثبت شده بود (۴). یافته‌های این مطالعه نشان داد که تفاوت شاخص درصد اشغال ثبت گزارش‌شده و استخراجی ۵۱ درصد بود و این تفاوت چندان چشمگیر نبود. بنظر می‌رسد عدم دقت در تعیین و محاسبه تعداد ثبت فعل روزانه به خصوص به حساب بیماران در این زمینه مؤثر بوده است. همان‌طور که بررسی‌های عمومی بیمارستان آمار را برای هر طبقه پیش بخشه می‌آورند؛ بهتر است به صورت خاصی بسترهایی از بیمارستان در بک زمان خاص معمولاً نیمه شب جمع‌آوری می‌کنند (۲) که این مورد می‌تواند در دسترس قرار گیرد. به‌طور کلی این کار کسانی است که آن‌ها جمع آوری می‌نمایند. (۵) گود می‌تواند به‌طور افتراقی مدیراند. که اگر مطالعه ساده و درست نباشد از این امید کننده برای کاربرد صحح آماری وجود ندارد (۶). در بروز سیزمان صحح جمع آوری داده‌های آماری گزارش شده و استخراج نشان داد که در آمار میرانی قبل و بعد از ۲۴ ساعت در ۳۲ مورد اختلاف میان آنها وجود داشت. شاید تفاوت فوق از آنجا ناشی شود که دقت
لازم در جمع بندی سطون‌ها، بسدست آوردن تعداد متوسط تخت فعال مانده. نقل و انتقالات درون بیمارستان و ثبت دقیق موارد مرگ و میر صورت نگرفته است. فناوری در مطالعه‌ها حذف نشان داده است که هر چه بهروز انسانی تحصیل کرده در مراکز درمانی بهتر باشد انجام فعالیت‌ها به سمت علمی شدن بیش می‌رود [1، فولادی (۱۳۷۳) در پژوهشی که با هدف بررسی عوامل مؤثر در تقلیل ضربت اشعال تخت دیدگاه مدیران در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، مدیران بخش‌های انجام نشان داد که (۸۵٪) مدیران محاسبه ضربت اشعال تخت را برای برنامه‌ریزی مهم دانسته‌اند [۷]. همچنین این مطالعه نشان داد که درصد اشعال تخت مراکز آموزشی شهر اردبیل (۱۳۷۳) (۵۶٪) بود. صدفیانی می‌نویسد در حال حاضر در بیمارستان‌های شهر های صنعتی ضربت اشعال تخت بین ۴۶ تا ۸۵ درصد است تا با پزشکان فوریت‌های پزشکی که به میزان ۱۵ تا ۱۴ درصد تخت تهیه آماده بره به‌دردی محاسبه می‌شود استفاده از کلیه تسهیلات بیمارستان امکان پذیر گردید [۸]. پایه‌های نقشه حکومتی نسبت به تخت در آمار استخراجی و گزارش این به حدود (۳۰٪) و همچنین کمترین و بسته به شاخص نسبت پذیرش سالانه استخراجی تر ترتیب (۹٪) و (۱۴٪) در بخش‌های زن و زایمان، و روپرتزیکی مشاهده شد.

پیشنهادات
الف - برگزاری کلاسهای آموزشی جهت کلیه کارکنان مراکز بهداشتی، درمانی در زمینه اهمیت جمع آوری اطلاعات آمار و مدارک پزشکی.

7- فولادی پروپزین‌رسی عوامل مؤثر در تقلیل ضراب
اشغال تخت از دیدگاه مدیران و رئسای مراکز
آموزشی: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
تهران: دانشگاه مدیریت و اطلاع رسانی
پزشکی: 1373 ص 59

8- صدقیانی ابراهیم. ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی و
درمانی و استانداردهای بیمارستانی: تهران;
انتشارات معین و علم و هنر 1376 ص 194 الی 195