

فهرست

فصل اول: سیر تکامل مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی	
فصل دوم: مدیریت و سازماندهی محتوای پرونده های پزشکی	
فصل سوم: نحوه سازماندهی، ذخیره و بازیابی پرونده های پزشکی	
فصل چهارم: مدیریت مدارک پزشکی	
فصل پنجم: کاربرد کامپیوتر در مدارک پزشکی و مراقبتهای بهداشتی – درمانی	
فصل ششم: سیستمهای اطلاعات بیمارستانی (HIS)	
فصل هفتم: پزشکی از راه دور Telemedicine	
فصل هشتم: سیستمهای اطلاعات در مراقبتهای بهداشتی	
فصل نهم: مدیریت اطلاعات بهداشتی	

فصل اول: سیر تکامل مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی

مقدمه

فعالیت‌های اصلی سازمان های تامین کننده بهداشت اجتماعی و مراقبت بهداشتی به چهار دسته ذیل خلاصه می شود:

۱- تقویت بهداشت و پیشگیری

۲- شناخت زودرس بیماری و پیگیری آن

۳- درمان

۴- مراقبت و تسکین

مهمترین منابع اطلاعاتی که تامین کننده بخش عمده ای از نیازهای مدیران سطوح مختلف نظام سلامت می باشد، همانا اطلاع مندرج در پرونده بالینی بیماران است که به اصطلاح مدارک پزشکی گفته می شود و در عصر حاضر جمع آوری، ذخیره، پردازش و عرضه این اطلاعات بر حسب نیازهای کاربران مختلف به عهده مدیران اطلاعات بهداشتی درمانی می باشد.

ارزش و اهمیت مدارک پزشکی

مدارک پزشکی چه به صورت دستی و چه به صورت ماشینی، حاوی اطلاعاتی است که همه جنبه های مراقبت بیمار را توصیف می نماید، پزشکان، پرستاران و سایر تامین کنندگان مراقبت بهداشتی و درمانی برای معالجه بیماران نیاز به اطلاعات پزشکی دارند. مدارک پزشکی به عنوان وسیله ارتباطی بین پزشکان، بیماران و سایر پرسنل خدمات بهداشتی - درمانی عمل می نماید.

اطلاعات بهداشتی و درمانی مستند موجب می شود تا در مواقع لزوم و بروز مشکلات بتوان از بیمار، ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی و موسسات درمانی و یا بیمارستانها حمایت قانونی نمود. همچنین مدارک پزشکی در برآورد و تامین مقاصد مالی و همچنین تعیین میزان هزینه های درمانی اهمیت بسزایی دارد.

تعریف مدارک پزشکی

مدارک پزشکی عبارت از کلیه اوراق و مدارکی است که حقایق بیماری، وضعیت بهداشتی، اطلاعاتی از زندگی و تاریخچه کامل بهداشتی و درمانی قبلی و فعلی و درمانهای انجام یافته برای بیمار را مشخص می نماید که کلیه این اطلاعات توسط پرسنل مدارک پزشکی ثبت می شود. به بیانی دیگر مدارک پزشکی عبارت است از داده هایی برای درمان و تهیه اسناد دقیق و مستند در رابطه با نتایج حاصل از مراقبتها. تعریفی که امروزه مطرح است این است که مدارک پزشکی^۱ عبارت است از کلیه اوراق و مدارکی است که ما را از گذشته بیمار و همچنین مراقبت های بهداشتی که در مورد وی انجام شده است آگاه می سازد. این اوراق توسط پرسنل پزشکی و پیراپزشکی تکمیل و توسط پرسنل مدارک پزشکی به نحو صحیح و قابل دسترسی جمع آوری و نگهداری می گردد تا با اجرای سیستمهای صحیح نه تنها امکان بازیابی پرونده بلکه بازیابی اطلاعات موجود در پرونده نیز مقدور باشد.

اصطلاح مدارک بهداشتی و مدارک پزشکی هر دو در یک زمینه به کار برده می شود و اختلافی که در اصطلاحات وجود دارد بر اساس تفاوت در بین مراقبتهای پزشکی و مراقبتهای بهداشتی است و می توان گفت محتوای ایده آل مدارک پزشکی و بهداشتی مخزن است از همه داده ها در مراقبتهای بهداشتی شخصی، مدارک مربوط به تولد و ایمن سازی، گزارش آزمایشات فیزیکی و مدارک کلیه بیماریها و درمانهای انجام شده در هر نوع مراقبت بهداشتی.

ضرورت ثبت کامل داده ها در پرونده پزشکی، مورد تاکید مراجع گوناگونی واقع شده است. مطابق این قوانین مدارک بستری باید محتوی اطلاعاتی از قبیل: اطلاعات شناسایی بیمار، شکایت اصلی، بیماری فعلی، تاریخچه بیماری، تاریخچه خانوادگی، معاینات فیزیکی، سیر بیماری، برگ مشاوره، یک نسخه از فرم انتقال بیمار، گزارشات آزمایشگاهی و رادیولوژی، اعمال جراحی انجام شده، گزارشات مخصوص از قبیل سی تی اسکن و.... با قید تاریخ و امضای متخصص مربوطه باشد و بر این اساس در برخی از ایالتهای آمریکا پروانه کار پزشکی که در امر تکمیل و نگهداری پرونده مدارک پزشکی بیماران دقت کافی ننماید لغو خواهد شد.

مقاصد اصلی تشکیل پرونده پزشکی

در گزارش سازمان جهانی بهداشت در زمینه اهمیت مدارک پزشکی و ثبت دقیق اطلاعات، بیان شده است که: نگهداری صحیح مدارک پزشکی حائز اهمیت می باشد. اگر مدارک پزشکی ناخوانا، ناقص و مبهم بوده و یا به طور صحیح تکمیل نشده باشد، فاقد استفاده خواهد بود. زیرا کیفیت مدارک پزشکی یکی از موارد مهم از دیدگاه مدیریتی است.

در مراکز بهداشتی و درمانی مدارک پزشکی برای گروهها، افراد و واحدهای زیر کاربرد دارد:

۱- واحد مدیریت

- مدیریت مراقبت از بیمار

- سند سازی در رابطه با بیماری بیمار و درمان وی در طی دوره درمانی
- ایجاد ارتباط مناسب و صحیح بین گروههای ارائه دهنده خدمات پزشکی و درمانی حد واسط

- مدیریت اجرایی

- محاسبات مالی
- برنامه ریزی و شناسایی داده های ضروری جهت انتخاب روش های اجرایی و بهبود خدمات موسسه

۲- مراجع قانونی

از نظر قانونی، مدارک پزشکی ارزش زیادی به منظور دفاع از بیمار، پزشک و بیمارستان دارد. از جمله مشکلاتی که امروزه دامنگیر پزشکان می گردد، سوء درمان ناشی از سهل انگاری و غفلت است که در دهه اخیر به وفور دیده شده است. در این صورت چنانچه بیمار به دلایل مختلف از مراجع قانونی دادخواهی نماید، خواه شاکی خصوصی داشته باشد یا از بیمارستان شکایت کند، داده های ثبت شده در پرونده پزشکی بیمار و گزارشات پزشک معالج برای تصمیم گیری در مراجع قانونی فوق العاده موثر است.

۳- کادر آموزشی، درمانی و پژوهشی

- آموزش

پرونده های پزشکی به عنوان منابع روزآمد و اطلاعات ذی قیمتی جهت آموزش پزشکان و پیراپزشکان و هر شخصی که به نوعی فعالیتهای درمانی دخیل باشد مورد استفاده قرار می گیرد.

- پژوهش

پیشرفتهای پزشکی امروزی در حقیقت مرهون ثبت نتایج تحقیقات پزشکان در گذشته می باشد. هر مدرکی که مطابق اصول علمی، به گونه ای قابل قبول و با دقت و صحت ثبت گردد، منبعی با ارزش برای مطالعه و تحقیق محسوب می شود. پزشکان سهم به سزایی در فراهم آوردن اطلاعات موردنظر برای تحقیقات دارند، به شرطی که ثبت دقیق و کامل کلیه داده های مربوطه به بیماری در پرونده های پزشکی توسط آنان رعایت شده باشد.

- بهداشت و درمان

ارزش پرونده پزشکی برای بیمار در زمینه تداوم مراقبت و برنامه ریزی مناسب و وجود یک پرونده کامل پزشکی و ثبت تمام بیماریهای شخص در طول مدت زندگی است. مخصوصاً در پیگیری درمان و آگاهی از سوابق تاریخ بیمار، بسیار ارزنده بوده و به تشخیص و درمان بیمار کمک قابل توجهی می نماید. تداوم مراقبت از بیمار و برنامه ریزی مناسب پزشک در پرونده پزشکی، وضعیت سلامتی فعلی و گذشته بیمار را شرح می دهد و بیماری فعلی را بر اساس تشخیص و پیش آگهی به وسیله علائم مخصوص تجزیه و تحلیل می کند، همچنین در پرونده بیمار نظرات پزشک مشاور یا نتایج آزمایشات تشخیصی، اقدامات جراحی و واکنش بیمار به درمانهای انجام شده قرار دادارد، نتیجه یک گزارش کامل از بیماری، وجود بسیاری اطلاعات در مورد بیمار می باشد. بنابراین مدارک پزشکی به عنوان یک مرجع کامل بوده و در مراجعات بعدی بیمار جهت ادامه درمان و ارائه طرحهای درمانی مفید بوده و از دوباره کاری جلوگیری می نماید.

۴- بیمارستان

از نظر بیمارستان، مدارک پزشکی محتوی داده هایی است که شامل مشاهدات انجام شده توسط پزشک و نتایج درمان بیمار می باشد. با استفاده از مدارک پزشکی بیمارستان به تجزیه و تحلیل کیفیت و کمیت خدمات ارائه شده می پردازد. لذا مهمترین ارزش مدارک پزشکی به لحاظ تشخیص و درمان می باشد. چه بسا ممکن است فوت نماید و مرگ وی به دلایلی باشد که قابل پیشگیری بوده، در چنین مواردی، مدارک پزشکی بیمار به منظور انجام تحقیق در زمینه علت مرگ، مورد توجه ویژه بیمارستان قرار می گیرد.

شایان ذکر است که برای بیمارستان اهمیت مرگ و میر کمتر از بیماری نیست و برای پزشکی مدرن امروزی، تنها دانستن این نکته بیمار درمان شده و ترخیص یافته، کافی نمی باشد.

امروزه بیمارستان مسئول بررسی و مشخص نمودن نتایج به دست آمده از درمان بیمار و علل آن است. اگر نتیجه درمان، بهبودی بیمار باشد، بیمارستان و کادر درمانی باید بدانند چه نقشی در این بهبودی ایفا نموده اند.

همچنین در یک بیمارستان پیشرفته علل نارساییهای درمان باید مشخص شود و چنانچه این نارساییها ناشی از بی توجهی کادر درمانی و کمبود امکانات و تجهیزات باشد، اطلاعات موجود در پرونده پزشکی مبین این مسئله خواهد بود.

۵- پزشک

مدارک پزشکی نه تنها به منظور آموزش رسمی دانشجویان پزشکی مورد استفاده قرار می گیرد، بلکه در آموزشهای غیررسمی و افزایش سطح علمی پزشکان نیز موثر است. زمانی که کادر پزشکی به منظور بازرسی عملکرد بیمارستان، مدارک پزشکی را مورد تجزیه و تحلیل قرار می دهد، جزئیات مربوط به موفقیت یا شکست را به دقت بررسی کرده و نتیجه حاصله را با میانگین های ملی مقایسه می کنند. چنانچه نتایج مساوی یا بالاتر از میانگین موردنظر باشد، در صدد کشف علل آن بر نمی آیند. چنین نتایجی گرچه از نظر درجه علمی جزء آموزش رسمی محسوب نمی شود. معذالک مکمل و جایگزین فرآیند آموزشی بوده که پزشک بدان نیازمند است. مدارک پزشکی برقرار کننده ارتباط بین پزشک و سایر حرف و مشاغل است که به بیمار سرویس مراقبتی و درمانی ارائه می نماید.

مدارک پزشکی منبع ذی قیمتی است که کلیه اطلاعات پزشکی مربوط به بخشهای پاراکلینیکال و فعالیتهایی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی به عنوان منشاء ارتباط بین پزشکان و سایر حرف پزشکی و پیراپزشکی محسوب می گردد.

۶- بهداشت عمومی

هر جامعه ای دارای مشکلات بهداشتی مخصوص به خود می باشد، گرچه برخی بیماریها بین جوامع مختلف مشترک است، اما آنچه که حائز اهمیت می باشد این است که بیماریهای خاصی وجود دارد که شیوع آنها دوره ای بوده و در فصول خاصی دارای شدت و ضعف می باشد.

مدارک پزشکی معمولاً اصیل ترین و پرارزش ترین اطلاعات درباره طبیعت و سیر تکامل بیماری را در اختیار مسئولین حرفه پزشکی می گذارد. آمار بیمارستانی نیز از نظر شناسایی مبدا بیماری و روش شیوع بیماریها با ارزش بوده و اطلاع از موارد بیماریها، سطح سلامت و میزان آگاهی از بیماری راهنمای خوبی برای طرح برنامه های بهداشتی و اجتماعی می باشد.

۷- ارزشیابی بهداشتی و درمانی

ارزشیابی فعالیتهای یک بیمارستان احتیاج به سیستم صحیح مدارک پزشکی دارد. اطلاعات بایستی جمع آوری شده و آمار و گزارشهای مربوط به آن تجزیه و تحلیل گردد. مدارک پزشکی کیفیت خدماتی را که به وسیله گروه پزشکی و سایر کارکنان بیمارستانی به بیمار داده شده است را مشخص می نماید. بنابراین مدارک پزشکی در واقع مبنی بسیار ارزشمندی جهت تجزیه و تحلیل و ارزیابی کیفی خدمات محسوب می گردد.

انجمن های علمی مدیریت اطلاعات بهداشتی و درمانی ایران و جهان

در دنیای پیشرفته امروز که عصر ارتباطات و اطلاعات نام گرفته است، اطلاع رسانی از جایگاه رفیع و ارزشمندی برخوردار است و با توجه به این مهم که اطلاع رسانی می بایست دقیق، صحیح و مطابق با آخرین پیشرفتهای فن آوری و با تکیه بر ابزار و امکانات ارتباطی مدرن و به روز و با سهولت هر چه تمام تر

انجام پذیرد و نیز دسترسی به آنها در هر زمان و مکان به سادگی امکان پذیر باشد، لذا وجود مجامعی قوی که توانایی ایجاد بستر اطلاع رسانی صحیح، بهینه، به روز و همگام با پیشرفتهای فن آوری در سطح جهان را فراهم آورد امری بدیهی و ضروری به نظر می رسد.

از جمله علومی که می تواند نقش ارزنده و بسزایی در امر اطلاع رسانی پزشکی ایفا نماید، علم مدارک پزشکی است و متخصصان این رشته در کشورهای مختلف جهان جهت نیل به اهداف مذکور با تشکیل انجمنهای علمی و حرفه ای مربوطه به این مهم مبادرت می ورزند.

انجمن مدیریت اطلاعات بهداشتی پایبند اصول زیر است:

الف) برقرار کردن تعادل در حقوق پنهانی و محرمانه بیمار در زمینه اطلاعات بهداشتی با استفاده قانونی از اطلاعات.

ب) کیفیت اطلاعات بهداشتی به وسیله پیوستگی، درستی، ثبات و اعتبار

ج) کیفیت اطلاعات بهداشتی با تکیه کردن بر کیفیت ارائه مراقبت بهداشتی.

اهداف انجمن

- ۱- توسعه در تکنیکهای نگهداری مدارک پزشکی
- ۲- تشویق و توسعه برنامه های آموزشی مدارک پزشکی
- ۳- افزایش پیشرفت حرفه ای اعضای خود
- ۴- به وجود آوردن استانداردهای جهت پیشرفت برنامه های آموزشی

فصل دوم: مدیریت و سازماندهی محتوای پرونده های پزشکی

یکی از ارزشمندترین ابزارهای مهم جهت کسب تجربه در علم طب ثبت داده های پزشکی است و همان طور که مطرح شد ثبت این یادداشتهای نقش اصلی در پیگیری و مراقبت از بیمار داشته و رابط بین پزشک و سایر گروههایی است که در امر درمان و مراقبت از بیمار سهیم هستند. همچنین این مدارک اسنادی قانونی است که به منظور تشریح دوران بیماری و راه و روش درمان بیماری ثبت می گردند.

از اهداف اولیه نظام اطلاعات بهداشتی و مدارک پزشکی، ارائه اطلاعات کامل، معتبر، مناسب، کافی و به موقع برای مدیران بیمارستانها، پزشکان، پزشکی قانونی، نظام پزشکی و تحقیقات و پژوهشهای علمی برای کادر پزشکی، اعضاء هیئت علمی، کادر پیراپزشکی و دانشجویان است و بیانگر سیر بیمارها و درمان می باشد. راه دستیابی به هدف فوق مستندسازی مدارک پزشکی است و رعایت قوانین مستندسازی برای مستندسازان پزشکی بالاخص پزشکان و پرستاران از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است و کلیه سوابق بهداشتی و درمانی بیمار اعم از بیماریهای فعلی و گذشته، آزمایشات، درمان و نتایج درمان با استفاده از این قوانین به درستی ثبت و مورد تجربه و تحلیل قرار می گیرند.

قوانین مستندسازی به شرح ذیل بیان شده اند:

- ۱- توصیفی باشد
- ۲- صریح باشد
- ۳- از نقل قول مستقیم استفاده شود
- ۴- به هنگام باشد
- ۵- واضح و مداوم باشد
- ۶- اشتباهات مستندسازی ثبت شود
- ۷- کلیه اطلاعات مربوطه ثبت شود
- ۸- محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد.

طراحی و کنترل فرمها

داده ها لازمه حیات موسسات ارائه کننده مراقبتهای پزشکی و بهداشتی است که شامل داده های پزشکی، اداری، مالی، مدیریت و اجرایی می باشند این داده ها به طور مکرر جمع آوری شده و جریان می یابند یا از طریق فرمها به استفاده کنندگان ارائه می گردند. البته به علت تنوع فرمها و با توجه به نیازهای مختلف، استفاده های متفاوتی از آنها می شود. ممکن است در طریقه و روش نگهداری و کنترل هزینه ها، نارسایی هایی رخ دهد و سبب ایجاد نتایج نامطلوب شود.

طراحی نامناسب فرمها منجر به جمع آوری ناکافی داده ها، سهل انگاری در مستندسازی، فراهم آوردن اطلاعات غلط، دوباره کاری و نیز اشتباهات اساسی خواهد شد. بنابراین سیستمهای طراحی و کنترل فرمها باید وجود داشته باشد تا سبب اطمینان خاطر گردد که هر رم به منظور معینی به کار رفته و تنها فرمهای موردنیاز نگهداری می شوند و همه فرمها به آسانی در اختیار استفاده کنندگان قرار می گیرد.

اصول اساسی طراحی فرمها

- ۱- مطالعه هدف استفاده از فرم و طراحی آن به همراه ذهنیات کاربران
- ۲- طراحی فرم به صورت کاملاً ساده و حذف داده ها یا اطلاعات غیرضروری
- ۳- استفاده از اصطلاحات استاندارد جهت کلیه عناصر و داده ها و همچنین ارائه تعاریفی از اطلاعات
- ۴- ارائه راهنمایی لازم برای اطمینان از استمرار در جمع آوری داده ها یا گزارش مربوطه
- ۵- ترادف منطقی عناوین دادهها، مطابق با سند مرجع یا ارائه اطلاعات به روشی که توجه خواننده را جلب نماید.

فرمها بسیاری از اهداف را برآورده می سازند و فرآیند عملیات را ایجاب می کنند.

نکات ویژه در طراحی فرمهای کاغذی

پنج جزء اصلی در طراحی فرمهای کاغذی عبارتند از:

- سر صفحه یا عنوان^۱
- مقدمه^۲
- دستورالعمل ها^۳
- کالبد یا چهارچوب فرم و یا بدنه^۴
- انتها یا خاتمه فرم^۵

اصلاح فرمها

مراحل فرآیند اصلاح فرمها

- مرحله اول: آنالیز رویه ها و خط مشی های جاری موثر بر فرآیند عملیات
- مرحله دوم: ایجاد چارت فعالیت بر اساس تجزیه و تحلیل فرمهای جاری
- مرحله سوم: تکمیل و مطالعه فرمها و نیز محاسبه آماری فرم
- مرحله چهارم: تجزیه و تحلیل نتایج مطالعات برای کمک در ایجاد طرح نهایی
- مرحله پنجم: ایجاد شکل رسمی فرمها
- مرحله ششم: تهیه و تحریر دفترچه راهنمای طراحی فرمها
- مرحله هفتم: بهبود شیوه اقدام به منظور تصویب شکل فرمهای مدارک پزشکی
- مرحله هشتم: دریافت اطلاعات و بازخورد آن از طرف کادر پزشکی و پیراپزشکی.

انگیزه استاندارد کردن مدارک پزشکی در ایران

به طور کلی عوامل و دلایل زیر را می توان از انگیزه های مهم این برنامه دانست.

- ۱- استفاده بیمارستانها از فرمهای متعدد و متنوع و عمدتاً نامتناسب و بعضاً غلط.
- ۲- تغییر فرم به علت سلیقه های مختلف و در نتیجه اتلاف بودجه برای چاپ فرمهای جدید.

-
- 1 - Heading
 - 2 - Introduction
 - 3 - Instruction
 - 4 -Body
 - 5 - Close

۳- وقتگیر بودن چاپ فرمها به علت وجود تشریفات و مراحل اداری که برای هر فرم مدتی به طور می انجامد.

۴- وجود اختلاف و مغایرت زیاد بین نمونه فرمهای داده شده برای چاپ و فرمهای آماده شده و در نتیجه لطمه شدید به سیستمهای نگهداری مدارک پزشکی

۵- محدودیتهای اقتصادی کمبود کاغذ کشور

۶- اتلاف بودجه زیاد به دلیل چاپ هر فرم خاص به وسیله هر بیمارستان

۷- کافی نبودن اطلاعات پزشکی در پرونده بیماران به علت وجود فرمهای غلط

۸- قابل استفاده نبودن بیشتر اطلاعات پرونده بیماران برای دانشجویان، کارورزان و دستیاران برای مقاصد پژوهشی و آموزشی

۹- بهم ریختگی سیستمها و روشهای مدارک پزشکی به دلایل فوق و اگر فرمها هرچه زودتر به شکلی هماهنگ و استاندارد طراحی نگردد مشکلات عدیده ی فوق همچنان باقی خواهد ماند و هر چه گذر زمان را ندیده بگیریم شاید حل مشکل صعبتر و سخت تر گردد.

فواید برنامه استاندارد فرمها در ایران

استانداردسازی فرمهای پرونده در ایران محاسن زیر را به دنبال دارد:

۱- صرفه جویی قابل ملاحظه در هزینه های چاپ فرم

۲- رهایی بیمارستانها از گرفتاریها و وقتگیریهایی مربوط به مراحل چاپ فرمها

۳- صحیح و قابل استفاده بودن اطلاعات فرمها از لحاظ پزشکی، درمانی، آموزشی و پژوهشی.

۴- کارایی بیشتر کادر درمانی شاغل به لحاظ کار با فرمهای یک شکل

۵- جلوگیری از اتلاف بودجه برای چاپ فرمهای متفرقه و احیاناً غلط

۶- بهبود وضع کلی مدارک پزشکی در بیمارستانهای کشور

اهمیت ارزیابی کمی و کیفی مدارک پزشکی

اسکورکا^۱ اظهار می دارد: «روشهای بررسی و تکمیل مدارک پزشکی بایستی ثبت گردد. به همین جهت چک لیستی^۲ برای تعیین موارد قبت شده توسط پزشکان و چک لیست دیگری برای شناسایی هر گونه نقص معمولی تشخیص، درمان و خدمات پرستاری استفاده می شود چرا که هدف از بررسی پرونده پزشکی ایجاد مدارک پزشکی کامل، دقیق و به روز می باشد.»

انواع روشهای آنالیز مستندسازی مدارک پزشکی

سه نوع روش آنالیز مستندسازی اطلاعات بهداشتی و درمانی وجود دارد:

آنالیز کمی (quantitative analysis)

آنالیز کیفی (qualitative analysis)

آنالیز آماری (statistical analysis)

1 - Eskorka

2 - check List

پرونده های پزشکی تخلف دار و ناقص

نتیجه آنالیز کمی و کیفی، شناسایی نقایص ویژه است و معرف اسناد ناقص و بررسی رویدادهای بالقوه قابل جبران یا حتی غیرقابل جبران می باشد. در صورت ناقص بودن پرونده ارائه دهندگان مراقبتهای بهداشتی نسبت به این نکته آگاه می شوند و مدت زمانی برای تکمیل پرونده ها تعیین می شود و این مدت زمان پرونده تحت عنوان مدارک پزشکی ناقص^۱ نامیده شده و اگر بعد از گذشت مدت مقرر همچنان ناقص باقی بماند تحت عنوان پرونده های پزشکی تخلف دار^۲ تعریف می شود. موسسات مراقبتهای بهداشتی مکرراً جهت تعیین و بررسی پرونده های ناقص اقداماتی را انجام می دهند و ۲ میزان فوق را همواره تعیین می نمایند.

روشهای اعلام نقص پرونده ها

برای اعلام نقص پرونده ها و تکمیل آنها از روش های زیر استفاده می گردد:

۱- تنظیم فرمهایی و الصاق بر روی پرونده (رایجترین روش)

۲- الصاق نوار یا برچسبهایی بر روی پوشه

۳- الصاق برچسبهایی مستقیماً روی مدرک موردنظر

۴- ترکیبی از موارد فوق

پرونده پزشکی به طور کلی ۵ نوع اطلاعات را در بر می گیرد:

* اطلاعات جمعیت شناسی بیمار (اولیه صفحه)

* داده هایی که توسط پزشک وارد می شوند:

- تاریخچه پزشکی (تاریخچه اجتماعی، تاریخچه محیطی)

- شرح حال کامل پزشکی بیمار (وضعیت سلامت بیمار و مسایل آن)

- اعمال پزشکی که باید انجام گیرند و یا قبلاً انجام شده است (طرح درمان)

- تشخیص هنگام بستری و ترخیص

- سیر بیماری

* داده هایی که توسط پرستاران وارد می شوند:

- شرح حال کامل پرستاری بیمار

- نسخ دارویی

- مشاهدات (یادداشت های پرستاری، علایم حیاتی)

- برنامه پرستاری

* مدارک بخشهای جنبی و پاراکلینیکی نظیر رادیولوژی آزمایشگاه پاتولوژی و غیره

* خلاصه پرونده بیمار خلاصه ای از سیر درمان بیماری شامل علت بستری، یافته های مهم، اقدامات انجام

گرفته، درمان های انجام شده و وضعیت بیمار هنگام ترخیص (خلاصه)

1 - Incomplete Medical Record

2 - Delinquent Medical Record

با وجود اهمیت ثبت وقایع پزشکی بر حسب تاریخ، پزشکان ترجیح می دهند که با جهت گیری نسبت به مشکلات بیماران (Problem-Oriented) بیندیشند و سوابق بیمار را در خصوص مشکل پزشکی موجود بیمار در آن زمان سازمان دهند. با هر مراجعه پزشکی (در آینده)، ترتیب قرارگیری داده ها تغییر می کند تا برخورد با مسائل جدید تسهیل گردد.

پرونده پزشکی جهت یافته نسبت به مشکلات بیمار (POMA)

اهداف کلی POMR در سه بخش خلاصه می شود:

- ۱- یک وسیله ساده برای جمع آوری و تدوین داده های مربوط به پزشکی
 - ۲- ایجاد ارتباط بین اعضای مختلف مراقبت بهداشتی که در تشخیص و درمان بیمار نقش دارند.
 - ۳- ارزیابی مراقبتهای ارائه شده
- اجزای POMR عبارتند از:

- ۱- اطلاعات پایه
- ۲- فهرست مسائل و مشکلات
- ۳- گزارش بر مبنای مشکلات
- ۴- خلاصه بر مبنای مشکلات

اطلاعات موجود در POMR

در روش POMR دو دسته اطلاعات وجود دارد:

- ۱- آن دسته از اطلاعات که مستقیماً درباره مشکلات بیمار مطرح است.
- ۲- آن دسته اطلاعاتی که مشکل محسوب نمی گردد مثلاً نداشتن سابقه خانوادگی یا عدم وجود یافته های آزمایشگاهی غیرعادی.

چگونگی ثبت لیست مشکلات^۱ (PL)

P.L با یک متد استاندارد و با اسلوب خاص پیش می رود. تهیه لیست مشکل روندی روز به روز را دنبال می نماید. هر وقت مشکل جدیدی شناسایی می گردد به طریق جامع و کامل و با ذکر شماره و عنوان توصیف می شود به هیچ وجه شماره مشکل ها نباید با هم یکسان باشد اگر مشکلی که حل شده (غیرفعال شده) دوباره عود کند همان شماره قبلی خودش را به آن اختصاص می دهیم.

انواع تشخیصها در ارتباط با مشکلات بیمار

- ۱- مشکلات عمومی؛ «تب با منشا ناشناخته - خستگی، ادم»
- ۲- مشکلات پوستی: «پورپورا - کهیر - ادم عروقی لنفی»
- ۳- مشکلات قلبی - عروقی: «فشار خون سرخرگی، درد قفسه سینه، صداهای اضافی قلب»
- ۴- مشکلات تنفسی: «تنگی نفس - خس خس، خلط خونی، سرفه»
- ۵- مشکلات گوارشی: «اختلال در بلع، درد شکم، تهوع و استفراغ، سوزش سر معده»
- ۶- مشکلات خونی: «بزرگی طحال، کم خونی، مشکلات خونریزی و انعقادی»

- ۷- مشکلات کلیوی - الکترولیت و اسید و باز: «سوزش ادرار - تکرر ادرار، وجود اوره در خون، پرادراری»
- ۸- مشکلات عضلانی - اسکلتی: «درد ماهیچه - درد پشت»
- ۹- مشکلات متابولیک و غده درون ریز: «کاهش و افزایش قند - قطع قاعدگی - چاقی»
- ۱۰- مشکلات عصبی: «کما، هذیان، دمانس - سنکوپ»

محتویات گزارش مراقبت بیمار^۱ PCN

این قسمت درباره بخشهای مهم یادداشتهای مراقبتهای بهداشتی بحث می کند.

۱- یافته های حسی^۲

۲- یافته های عینی^۳

۳- ارزیابی داده ها^۴

۴- طرح مراقبت بیمار^۵

که تحت اختصار (SOAP) شناسایی می شود که S از (Subjective)، O از (Objective)، A از (Appraisal) و P از (Plan) می باشد.

از ضروری ترین یادداشتهای مراقبت بهداشتی تاریخچه معاینات فیزیکی است. که به طور معمول در هنگام پذیرش در بیمارستان یا مطب پزشک انجام می گیرد.

همچنین برگ سیر بیماری که معمولاً به طور روزانه تهیه و نگهداری می شود نمایانگر ارزیابی پویانی از مشکلات بیمار و درمانها و نحوه پاسخگویی بیمار به درمانها می باشد. که در آن می توان پر و سه بیماریهای مختلف را از هم تفکیک کرد. و در این برگ است که باید نشان داد چه مشکلی برای بیمار به وجود آمده است و چه طرح مراقبت برای بیمار پیشنهاد می شود و به گونه ای تنظیم گردد که بقیه افراد با دیدن این برگ ها و مرور آن قادر به تجزیه و تحلیل فعالیت پزشک و طرح مراقبتی وی باشند.

همچنین این یادداشتهای باید به وضوح بیانگر آنچه که بیمار خودش با زبان خودش گفته باشد (مثلاً تغییر رنگ مدفوع، درد $\frac{1}{4}$ فوقانی راست شکم) و همچنین حاوی دلایلی که پزشک به واسطه آن با اطمینان ماهیت بیماری را پیش بینی کند و طرح مراقبت از بیماری وی را تعیین نماید. در آخر این یادداشتهای باید به صورت مکتوب جمع آوری شوند. چرا که به عنوان مدرکی برای معرفی نیاز بیمار به پیگیری و اطلاعات مهم و ضروری برای شناسایی وضعیت بیمار است.

یافته های حسی

تنها راه گرفتن اطلاعات حسی درباره مشکلات بیمار، فقط پرسیدن از خود بیمار است. اگر بیمار دارای شرایط خاصی است مثلاً حمله قلبی و ... که نمی تواند خود مشکلاتش را بازگو کند این قسمت به صورت جای سفید در یادداشت سیر بیماری باقی می ماند این بخش PCN شامل تاریخچه مشکل بیمار است. در این قسمت بیمار تصورات یا گمانش را بیان می کند در واقع تمام اطلاعات حسی بیمار مانند یک خبرنگار

1 - Patient Care Note

2 - The Subjective Component

3 - The objective Component

4 - The appraisal Component

5 - The Patient Care Plan

در حین تهیه گزارش جمع آوری می شوند اعم از زمان شروع مشکل، محل بروز و چگونگی شروع مشکل، مثلاً اگر مشکل بیمار درد است چگونگی شروع درد، چه موقع شروع شده و چه موقع برطرف شده، شدت درد به چه صورت است، مقایسه درد با زمان شروع درد و ...

یافته های عینی

این بخش شامل داده هایی است که توسط بیمار بیان نمی شود و در حقیقت شامل یافته هایی است که پزشک قادر به لمس و مشاهده آنهاست. این قسمت از PCN حاوی اطلاعاتی از قبیل:

داروهایی که بیمار مصرف می کند. داده های آزمایشگاهی، EKG علائم حیاتی بیمار از قبیل نبض، دما، تعداد تنفس و فشار خون و یافته های مربوط به معاینات بیمار است.

داده هایی که در این قسمت ثبت می شود همه باید با واحد و میزانهای خاص بیان شود.

مثلاً شماره واحد تغییرات آنزیمهای بدن، افزایش یا کاهش دما بر حسب F یا C، وزن بر حسب پوند یا کیلوگرم، میزان ادرار و ترشحات معده با CC و ...

همه واقعیاتی که در این قسمت از یادداشتهای مراقبت ثبت می شود. غیر از گفته های حسی است که پرسنل بهداشتی، درمانی را به تفسیر کمک می کند.

این داده ها همگی قابل اندازه گیری با واحدهایی از قبیل پوند و CC و درجه و ... هستند و در مورد داروهای مورد استفاده نام دارو و روز و طریق تجویز (از راه مقعد - از راه دهان - زیرجلدی - درون وریدی - درون عضلاتی) باید ثبت شوند. و در مورد برخی از واکنشهای بدن نسبت به بیماری از قبیل استفراغ، اسهال و ... روشهای مهم و موثری برای توصیف این وضعیتها وجود دارد مثلاً CC ۳۰۰ محتویات استفراغ تیره رنگ، غلیظ و ... بوده است.

این داده، تا حد امکان باید صریح و حاوی اطلاعات مهم قابل بررسی باشد.

ارزیابی داده ها

این قسمت از PO-PCN^۱ درباره تجزیه و تحلیل و ارزیابی داده های (Subjective) و (Objective) است در واقع داده های حسی و عینی جمع آوری شده و نتیجه لازم گرفته می شود.

البته تشخیص در صورتی مطرح است که بدون هیچ شک و تردیدی قابل اثبات باشد این قبیل داده ها در ارزیابی پرستاران و پزشکان موثر است.

طرح مراقبت بیمار

در طرح مراقبت از بیمار یا (PCP)^۲ ارزیابی و تشخیص تبدیل به عملکرد و مرحله عملی می شود و به مرحله اجرا می رسد. که این عملکرد دو نوع مختلف است:

- ۱- طرح اولیه: عملکرد فوری است و مجری طرح تمایل دارد آن را به سرعت عملی کند.
- ۲- طرح ثانویه: طرحی است که کامل و جامع که هدایت عملکردهای بعدی را در آینده بر عهده دارد.

^۱ - Problem Oriented-Patient Care note

^۲ - Patient Care Plan

مثلاً زمانی که بیماری شخص به صورت حاد باشد پزشک را بر آن می دارد که خیلی سریع از ارزیابی داده های حسی و عینی نتیجه گیری کند و طرح فوری برای درمان بیماری وی ارائه دهد (طرح اولیه). به طور خلاصه PCP روشی منظم بر مبنای اهداف تشخیصی - درمانی است هر طرح مراقبت از بیمار شامل سه بخش زیر است:

- 1- Diagnostic
- 2- Therapeutic
- 3- Patient Education

یک طرح کامل باید شامل هر گونه موارد ضروری مربوط به تشخیص - درمان برای حل مشکلات بیمار باشد.

روش طبقه بندی بر اساس منبع تولید اطلاعات^۱ SOMR

(SOMR) یکی از انواع سازماندهی اطلاعات می باشد. که امروزه بیشترین کاربرد را دارد. در این روش ما برای هر مقوله از اطلاعات یک جای مشخص نیاز داریم. در بیمارستانها نیز دقیقاً به همین منوال است یعنی برای هر گونه از اوراق بر حسب منبع واحد ارائه دهنده خدمات بهداشتی - درمانی خاصی در نظر گرفته می شود و اوراق بر اساس محل تولید آن مرتب می گردد مثلاً یک محل برای تمام داده های آزمایشگاهی، یک محل اختصاص به اوراق رادیوگرافی داشته و یک محل برای تمام اقدامات کلی و عمومی و برگه های مربوط به سایر بیماری ها می باشد.

اختلاف بین POMR و SOMR

اولین مورد که به عنوان وجه تمایز POMR و SOMR مطرح است مفهوم فهرست مندرجات یا لیست مشکلات^۲ (PL)،^۳ است.

همه کتابها حاوی یک TOC یا (Table of Contents) (فهرست مندرجات) می باشند که خواننده را قادر می سازد با سرعت بیشتری شماره ها و عناوین مربوط به فصول و صفحات موردنظر را بیابد. ارزش TOC در کتاب به اندازه ارزش محتویات کتاب است به دلیل این که استفاده کننده را قادر به استفاده سریع و صحیح از مطالب می نماید. فهرست مشکلات بیمار یا Problem list هم چیزی مشابه TOC است لیست مشکلات بیمار شامل ۴ جزء عمده و اصلی TOC می باشد که هر چند تفاوتی در اصطلاحات مربوط به این دو روش وجود دارد ولی عملکرد هر دو آنها یکسان است. شماره و عنوان مشکل در یک Problem list معادل شماره و عنوان فصل در یک TOC می باشد و اصطلاح شروع و پایان هر صفحه نیز در TOC در لیست مشکلات کمی تغییر کرده و به تاریخ مواجه شدن با مشکل و تاریخ پایان یافتن مشکل (زمانی که برای پایان یافتن مشکل منصور می شوند) تبدیل گردیده است.

-
- 1 - Source Oriented Medical Record
 - 2- table of content
 - 3- Problem list

برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱-۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

خرید اینترنتی:

Shop.nokhbegaan.ir

www.nokhbegaan.com