

میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات، سوختگی‌ها و مسمومیت‌ها در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهیدبهشتی*

فائزه اخلاقی^۱، پوران رئیسی^۲، سید موسی کاظمی^۳

چکیده

مقدمه: کدهای استاندارد و تعاریف آنها ابزار مهمی در تحقیقات، طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های کنترل صدمه و زیر مجموعه‌های آن می‌باشند. هدف از این مقاله تعیین میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات، سوختگی‌ها و مسمومیت‌ها در بیمارستان‌های آموزشی منتخب بود.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - مقایسه‌ای پرونده ۷۳۵ بیمار با تشخیص صدمات، سوختگی و مسمومیت از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران، و شهید بهشتی مورد بازبینی قرار گرفت. پرونده‌ها به روش نمونه‌گیری منظم از میان پرونده کلیه بیماران مورد نظر در ۶ ماه اول سال ۱۳۸۵ انتخاب شد. در این انتخاب از ۳۳ بیمارستان آموزشی موجود، ۹ بیمارستان به علت عدم بستری بیماران صدمه، سوختگی و مسمومیت و ۲ بیمارستان به علت عدم کاربرد کتاب ICD-10 از لیست کنار گذاشته شد. داده‌ها از طریق مشاهده مستقیم و تکمیل چک لیست جمع‌آوری و اعتبار چک لیست با استفاده از نظر خواهی از خبرگان در رشته مورد نظر تعیین شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها: در این پژوهش میانگین درصد میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی به ترتیب ۷۷/۸۰، ۶۷/۶۴ و ۷۰/۱۱ و میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری علت‌های خارجی صدمات به ترتیب ۵۷/۸۰، ۷۰/۰۳ و ۶۲/۱۷ درصد بود. میانگین درصد میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری سوختگی‌ها در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی به ترتیب ۵۸/۳۳ و ۵۵/۷۷ درصد و علت خارجی آن ۵۴/۱۷ و ۵۳/۳۳ درصد بود.

نتیجه‌گیری: تطابق لازم در میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات، مسمومیت و سوختگی‌ها در بین کد گذاران بیمارستان‌های مورد مطالعه دیده نمی‌شود و لازم است برنامه‌های مداخله‌ای مد نظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: سوختگی‌ها؛ مسمومیت؛ زخم‌ها و آسیب‌ها؛ طبقه بندی‌ها.

نوع مقاله: تحقیقی

دریافت مقاله: ۱۶/۱۰/۲۶ اصلاح نهایی: ۱۷/۱۲/۱۷ پذیرش مقاله: ۱۸/۱/۱۹

ارجاع: اخلاقی فائزه، رئیسی پوران، کاظمی سید موسی. میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات، سوختگی‌ها و مسمومیت‌ها در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهیدبهشتی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۸۸؛ ۶(۱): ۲۳-۳۴.

مقدمه

* این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد.

۱. مربی، آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
۲. دانشیار، روانشناسی تربیتی و تحقیق (متدولوژیست)، دانشگاه علوم پزشکی ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

E-mail: f.aminpour@gmail.com

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

صدمه یا آسیب (injury)، یک حادثه نیست، بلکه یک بیماری است که مانند بیماری‌های قلبی و سرطان می‌کشد و معلول می‌سازد. در حال حاضر در بیشتر کشورهای در حال توسعه، صدمات و آسیب‌ها اولین علت مرگ و میر جوانان و مهم‌ترین

دستورالعمل‌ها موجب شده است تا کیفیت داده‌ها و کد گذاری کاهش یافته، مشکلات عدیده‌ای در بازپرداخت صحیح و مناسب به بیماران از سوی سازمان‌های بیمه‌ای به وجود آورد که این امر می‌تواند مشکلات قانونی را نیز به همراه داشته باشد (۵). بنابراین ضرورت دارد کد گذاران (حتی کد گذاران تأیید شده) دستورالعمل‌های حرفه‌ای کد گذاری را اجرا نمایند تا بتوانند اعتبارنامه خود را حفظ کنند (۶).

احمدی در مطالعه‌ای در خصوص تغییر سیستم کد گذاری نشان داد که در زمان انجام پژوهش به دلیل پراکنده بودن اطلاعات کد گذاران، هماهنگی در اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری وجود نداشته، از کدهای علت خارجی و کدهای تماس با مراقبت‌های بهداشتی در اکثر قریب به اتفاق مراکز بهداشتی- درمانی مورد بررسی استفاده نمی‌شده است. این پژوهشگر معتقد است که عدم هماهنگی در اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری باعث می‌شود پژوهشگران قادر نباشند با اطمینان اطلاعات استخراج شده را بر اساس شماره‌ی کدها با یکدیگر مقایسه کنند (۷).

پژوهش محمود زاده نیز در بررسی میزان صحت کد گذاری نشان داد که از مجموع موارد کد گذاری شده ۸۸/۴۶ درصد به طور صحیح، ۵/۲۰ درصد به طور اشتباه و ۳/۳۴ درصد به طور ناقص کد گذاری گردیده و ۵۲/۷۵ درصد از اشتباهات مربوط به ارقام اصلی کد بوده است (۸).

در حال حاضر در کشور ما به دلیل عدم درک صحیح کد گذاران از اهمیت کد گذاری صدمات، سوختگی و مسمومیت‌ها و علل خارجی آنها، دستورالعمل‌های کد گذاری آن طور که باید و شاید اجرا نمی‌شود که این نقیصه استخراج اطلاعات بر اساس شماره‌های کد و مقایسه آنها را با همدیگر با مشکل جدی روبه‌رو ساخته است (۹).

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات، سوختگی‌ها و مسمومیت‌ها در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی بود.

علت از کار افتادگی و صدمات اقتصادی وابسته به سلامت محسوب می‌شوند و این وضعیت در حال بدتر شدن است (۱). طبق پیش‌بینی‌های سازمان جهانی بهداشت، تا سال ۲۰۲۰، حوادث ناشی از تصادفات رانندگی به تنهایی سومین علت سال‌های از دست رفته زندگی در سراسر جهان خواهد شد (۱)؛ با وجود خسارات اقتصادی و اجتماعی زیاد ناشی از صدمه، تاکنون در زمینه پیشگیری از آسیب‌ها، سرمایه‌گذاری بسیار ناچیزی صورت پذیرفته است (۱).

بدون شک هرگونه پیشگیری از صدمه و آسیب‌ها نیازمند دسترسی به آمار دقیق در این زمینه می‌باشد و این امر ممکن نمی‌گردد مگر با به کار گیری سیستم دقیق کد گذاری و اجرای قوانین مربوط به آن. به منظور همگون سازی، سازمان جهانی بهداشت طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها را جهت طبقه‌بندی اطلاعات مربوط به بیماری‌ها، مرگ و میر و وضعیت‌های بهداشتی تدارک دیده است تا در سطح جهان این مهم به شکل یکنواخت و هماهنگ صورت پذیرد (۲).

در اجلاس سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) در مورد تقویت سیستم‌های طبقه‌بندی مسمومیت‌ها تأکید بسیار شده است. این تأکید به طور عمده به خاطر عدم وجود قوانین کد گذاری مدون، عدم اجرای قوانین کد گذاری از سوی کد گذاران، محدود بودن آمارهای ملی و قابل مقایسه نبودن آنها در سطح بین‌المللی، به روز نبودن سیستم‌های طبقه‌بندی، عدم وجود سیستم‌های طبقه‌بندی مورد نیاز جهت آنالیز مسمومیت‌ها و چگونگی وقوع آنها و بروز مشکلات عمده در برنامه‌های پیشگیری از مسمومیت بوده است (۳).

عدم رعایت قوانین کد گذاری موجب خواهد شد سیستم طبقه‌بندی و پیشگیری از صدمه و سوختگی‌ها بهینه نبوده، تخمین دقیق و درستی از وسعت صدمه و سوختگی وجود نداشته باشد که این امر به خودی خود می‌تواند مقایسه داده‌ها با سایر سیستم‌ها و برنامه‌ریزی ملی، محلی و بین‌المللی را با مشکل روبه‌رو سازد. همچنین باعث خواهد شد که کد گذاران درک صحیحی از وضعیت بیماری نداشته، خطاهایی در کد گذاری‌ها ایجاد گردد (۴). افزون بر این عدم به کار بردن

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقایسه‌ای بود و جامعه پژوهش را پرونده‌های بیماران بستری ترخیص شده صدمات، سوختگی و مسمومیت‌ها در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی در شش ماهه اول سال ۱۳۸۵ تشکیل می‌داد. از ۳۳ بیمارستان وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی، آن تعداد بیمارستان که دارای پرونده‌های مرتبط با صدمات، سوختگی و مسمومیت بودند برای این مطالعه انتخاب شدند ($n = 22$). از مجموع پرونده‌های مرتبط با موارد پیش‌گفته در این بیمارستان‌ها ($N = 35784$)، تعداد ۷۳۵ پرونده به روش نمونه‌گیری منظم انتخاب شد و مورد بازرسی قرار گرفت. تعیین تعداد پرونده‌ها بر اساس فرمول‌های آماری صورت پذیرفت.

لازم به ذکر است که بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه تهران فاقد پذیرش بیماران مربوط به سوختگی بودند. همچنین موارد مربوط به مسمومیت‌ها تنها در بیمارستان لقمان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بستری می‌شدند و داده‌های گزارش شده تنها متعلق به این بیمارستان می‌باشد. با این وصف تنها صدمات بیمارستان‌های وابسته به سه دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران کد گذاری می‌شدند.

داده‌ها توسط پژوهشگر و از طریق مشاهده مستقیم و تکمیل چک لیست جمع‌آوری گردید. چک لیست مورد استفاده سه بخش را در بر می‌گرفت، بخش اول مربوط به صدمات، بخش دوم مربوط به سوختگی‌ها و بخش سوم مربوط به مسمومیت‌ها بود که به ترتیب ۲۷، ۱۳ و ۲۳ پرسش را در بر داشت. برای تعیین اعتبار چک لیست از روش اعتبار محتوا و نظر متخصصین استفاده شد. در تعیین ثبات چک لیست نیز از قضاوت همزمان دو پرسشگر (Inter-Judge Reliability) بر روی ۲۰ عدد از پرونده‌ها استفاده شد. ضریب ثبات به دست آمده در این پژوهش $r = 0/92$ بود.

در این پژوهش عملکرد بیمارستان‌های مورد مطالعه در رابطه با اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات، سوختگی، مسمومیت و علت‌های خارجی آنها به صورت مطلوب، متوسط و

ضعیف تقسیم‌بندی شد. بدین منظور چنانچه میانگین امتیازات کسب شده بالای ۶۰ درصد در رابطه با اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری در هر بیمارستان بود نشانگر عملکرد مطلوب، بین ۵۰ تا ۶۰ درصد متوسط و زیر ۶۰ درصد ضعیف ارزیابی گردید. تحلیل داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد که در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی میانگین اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری «صدمات» به ترتیب ۷۷/۸۰، ۶۷/۶۴ و ۷۰/۱۱ درصد می‌باشد که همگی در سطح مطلوب ارزیابی گردیدند. وضعیت اجرای قوانین کد گذاری «علت‌های خارجی صدمات» نیز برای دانشگاه علوم پزشکی ایران متوسط ولی برای دو دانشگاه دیگر در حد مطلوب بود. میانگین این مورد برای دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی به ترتیب ۵۷/۸۰، ۷۰/۰۲ و ۶۲/۱۷ درصد بود.

در این مطالعه بیشترین درصد میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری متعلق به صدمات و ضعیف‌ترین مربوط به سوختگی‌ها بود.

میانگین درصد اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری «سوختگی‌ها» در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی به ترتیب ۵۸/۳۳ و ۵۵/۷۶ درصد و «علت خارجی» آن ۵۳/۰۰ و ۵۲/۱۱ درصد بود (بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران فاقد پذیرش بیماران سوختگی بودند).

درصد میانگین درصد اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری «مسمومیت‌ها» نیز در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۶۸/۰۳ و علت خارجی مسمومیت ۶۸/۰۱ درصد ارزیابی شد (بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران و تهران فاقد پذیرش موارد مربوط به مسمومیت‌ها بودند).

دانشگاه علوم پزشکی ایران بالاترین میانگین درصد اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات و دانشگاه علوم پزشکی تهران کمترین میانگین درصد را دارا بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات، سوختگی و مسمومیت‌ها و علل خارجی آنها در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی - ۱۳۸۶

نوع دستورالعمل	نام دانشگاه	میزان کاربرد دستورالعمل		میزان اجرای دستورالعمل		میزان کاربرد دستورالعمل علت خارجی		میزان اجرای دستورالعمل علت خارجی	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
صدمات	ایران	۲۸۳	۷۷/۸۰	۲۹۸	۷۷/۸۰	۲۱۱	۵۷/۸۰	۲۵۰	۷۰/۰۳
	تهران	۳۴۰	۶۷/۶۴	۲۳۰	۶۷/۶۴	۲۵۰	۶۲/۱۷	۱۶۶	۶۲/۱۷
	شهید بهشتی	۲۵۱	۷۰/۱۱	۱۷۶	۷۰/۱۱	۱۶۶	۵۴/۱۷	۲۶	۵۴/۱۷
سوختگی‌ها	ایران	۶۰	۵۵/۷۶	۲۹	۵۵/۷۶	۲۴	۵۳/۳۳	۲۴	۵۳/۳۳
	تهران*	—	—	—	—	—	—	—	—
	شهید بهشتی	۱۹۲	۶۸/۲۳	۱۳۱	۶۸/۲۳	۱۲۵	۶۱/۲۷	۱۲۵	۶۱/۲۷
مسمومیت‌ها	ایران*	—	—	—	—	—	—	—	—
	تهران*	—	—	—	—	—	—	—	—

* دانشگاه علوم پزشکی ایران و تهران فاقد پرونده‌های بستری مسمومیت بودند.

به طور کلی یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که در میان دانشگاه‌های مورد مطالعه بهترین میزان اجرای قوانین کدگذاری صدمات مربوط به دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد و در میان بیمارستان‌های مورد مطالعه بیمارستان امام حسین (ع) با کسب میانگین ۸۳/۷ درصد امتیازات از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بالاترین میزان درصد اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات را به خود اختصاص داده است.

جدول ۳ توزیع فراوانی میزان اجرای دستورالعمل‌های مربوط به کد گذاری سوختگی‌ها را در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی نشان می‌دهد. میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری سوختگی به طور میانگین در دانشگاه علوم پزشکی ایران ۵۸/۳۳ و در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۵۵/۷۶ بود که هر دو را در موقعیت متوسطی قرار داد (جدول ۴).

در رابطه با اجرای دستورالعمل‌های «علت خارجی صدمات» دانشگاه علوم پزشکی تهران با میانگین ۷۰/۰۳ درصد رتبه اول، علوم پزشکی شهید بهشتی با ۶۲/۱۷ درصد رتبه دوم و دانشگاه علوم پزشکی ایران با میانگین درصد ۵۷/۸ درصد رتبه سوم را به خود اختصاص دادند که عملکرد دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی در این رابطه مطلوب و دانشگاه علوم پزشکی ایران متوسط ارزیابی گردید (جدول ۱).

در مورد اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری سوختگی‌ها، دانشگاه تهران به دلیل عدم پذیرش بیماران سوختگی مورد بررسی قرار نگرفت. دانشگاه علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی نیز عملکرد متوسطی را از خود نشان دادند.

جدول ۲ توزیع فراوانی میزان اجرای دستورالعمل‌های کدگذاری صدمات را در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی به تفکیک نام دانشگاه و بیمارستان نشان می‌دهد.

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی به تفکیک نام دانشگاه و بیمارستان-۱۳۸۶

نام دانشگاه	نام بیمارستان	کاربرد دستورالعمل		میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری		رتبه‌بندی کلی میزان اجرای دستورالعمل‌ها
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ایران	هاشمی نژاد	۱۲	۶۱/۵۳	۸	۶۱/۵۳	۱۷
	شفایحیانیان	۴۱	۸۲/۹۲	۳۴	۸۲/۹۲	۲
	هفتم تیر	۳۷	۶۷/۵۶	۲۵	۶۷/۵۶	۱۲
	اکبر آبادی	۱۴۱	۷۹/۴۳	۱۱۲	۷۹/۴۳	۴
	رسول اکرم (ص)	۱۰۵	۷۹/۰۴	۸۳	۷۹/۰۴	۵
	علی اصغر (ع)	۱۴	۷۸/۵۷	۱۱	۷۸/۵۷	۶
	فیروزگر	۳۳	۷۵/۷۵	۲۵	۷۵/۷۵	۷
	کل	۳۸۳	۷۷/۸۰	۲۹۸	۷۷/۸۰	—
	آرش	۱۹	۷۳/۶۸	۱۴	۷۳/۶۸	۸
	بهرامی	۱۳	۵۳/۸۴	۷	۵۳/۸۴	۲۰
تهران	طبی کودکان	۱۲۶	۷۰/۶۳	۸۹	۷۰/۶۳	۱۰
	فارابی	۳۶	۶۹/۴۴	۲۵	۶۹/۴۴	۱۱
	شریعتی	۵۸	۶۳/۷۹	۳۷	۶۳/۷۹	۱۵
	سینا	۸۸	۶۵/۹۰	۵۸	۶۵/۹۰	۱۳
	کل	۳۴۰	۶۷/۶۴	۲۳۰	۶۷/۶۴	—
	اختر	۲۵	۶۴	۱۶	۶۴	۱۴
	امام حسین (ع)	۴۳	۸۳/۷	۳۶	۸۳/۷	۱
	مفید	۳۴	۶۱/۷	۲۱	۶۱/۷	۱۶
	شهدا تجریش	۴۵	۷۳/۳	۳۳	۷۳/۳	۹
	مدرس	۲۸	۶۰/۷	۱۷	۶۰/۷	۱۸
شهید بهشتی	پانزده خرداد	۳۴	۵۵/۸۸	۱۹	۵۵/۸۸	۱۹
	طالقانی	۴۲	۸۰/۹	۳۴	۸۰/۹	۳
	کل	۲۵۱	۷۰/۱۱	۱۷۶	۷۰/۱۱	—

میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری مسمومیت‌ها در بیمارستان لقمان ۶۸/۱۳ درصد و میانگین میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری علت‌های خارجی مسمومیت ۶۱/۲۷ درصد می‌باشد، این بیمارستان را به نسبت در سطح مطلوب قرار می‌دهد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که درصد میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری علت خارجی سوختگی‌ها بین ۴۰ تا ۶۲/۵ درصد در نوسان می‌باشد که در کل عملکرد متوسطی را در این رابطه نشان می‌دهد. تنها بیمارستان مطهری با میانگین ۶۲/۵ درصد در مرز پایینی سطح مطلوب قرار می‌گیرد.

یافته‌های این پژوهش در مورد میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری مسمومیت‌ها نشان داد که میانگین

جدول ۳: توزیع فراوانی میزان اجرای دستورالعمل کد گذاری سوختگی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی-۱۳۸۶

نام بیمارستان	نام دانشگاه علوم پزشکی	کاربرد دستورالعمل	میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری سوختگی
		تعداد	تعداد درصد
مطهری	ایران	۱۸	۶۶/۶۶
پانزده خرداد	شهید بهشتی	۱۴	۶۴/۲۸
شفا یحیائیان	شهید بهشتی	۱۵	۶۰
شهدای تجریش	شهید بهشتی	۱۲	۵۸/۳۳
امام حسین (ع)	شهید بهشتی	۱۴	۵۷/۱۴
اکبرآبادی	ایران	۱۶	۵۶/۲۵
فیروزگر	ایران	۱۱	۵۴/۵۵
طالقانی	شهید بهشتی	۱۱	۴۵/۵۵

جدول ۴: توزیع فراوانی میزان اجرای دستورالعمل کد گذاری علت‌های خارجی سوختگی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی-۱۳۸۶

نام بیمارستان	نام دانشگاه علوم پزشکی	کاربرد دستورالعمل	میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری
		تعداد	تعداد درصد
مطهری	ایران	۱۶	۶۲/۵
امام حسین	شهید بهشتی	۱۲	۵۸/۳۳
طالقانی	شهید بهشتی	۹	۵۵/۵۵
فیروزگر	ایران	۹	۵۵/۵۵
شهدای تجریش	شهید بهشتی	۱۱	۵۴/۵۴
شفا یحیائیان	شهید بهشتی	۱۳	۵۳/۸۴
پانزده خرداد	شهید بهشتی	۱۳	۴۶/۱۵
اکبرآبادی	ایران	۱۰	۴۰

بحث

بیشتر از میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات بود. اما در دانشگاه‌های ایران و شهید بهشتی میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات بیشتر از کد گذاری علت‌های خارجی آن می‌باشد که نشان دهنده توجه کمتر به کدگذاری علت‌های خارجی موارد پیش‌گفته است. همچنین عدم تطابق درصد اجرای دستورالعمل‌ها در مورد صدمات، سوختگی و مسمومیت و علت خارجی آنها در بیمارستان‌های سه دانشگاه علوم پزشکی مورد مطالعه، نشان از عدم همخوانی فعالیت‌های کد گذاران در اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری دارد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های احمدی (۷) همخوانی دارد. احمدی بیان می‌دارد که در حال حاضر به دلیل ناهماهنگ

یافته‌های این مطالعه نشان داد که در بیمارستان‌های مورد بررسی میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات و علت‌های خارجی آن و نیز مسمومیت‌ها و علت‌های خارجی آن در حد مطلوبی قرار دارد اما میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری سوختگی‌ها و علت‌های خارجی آن در حد متوسط می‌باشد. همچنین میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات، سوختگی‌ها و مسمومیت‌ها تا حدی بالاتر از میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری علت‌های خارجی آنها بود. تنها در دانشگاه علوم پزشکی تهران میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری علت‌های خارجی صدمات کمی

Langley و همکاران در زمینه صحت کد گذاری صدمات در مرخص شدگان بیمارستان عمومی New Zealand بر اساس ICD-9 نشان دادند که ۵ درصد تشخیص‌های اصلی، ۱۸ درصد کدهای چهار رقمی عامل خارجی و ۸ درصد رقم پنجم کد عامل خارجی (محل وقوع حادثه) اشتباه کد گذاری شده است. در مطالعه آنان ارتباط معنی‌داری بین میزان کدهای اشتباه با اندازه بیمارستان (بزرگ بودن و کوچک بودن) دیده نشد. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که استفاده کنندگان از داده‌های ترخیصی بیمارستان عمومی New Zealand می‌توانند به کدهای علت خارجی در سطح رده سه کاراکتري کد گذاری (برای مثال افتادن) اعتماد کنند ولی این میزان در سطح اختصاصی (برای مثال نوع افتادن) یکسان نبوده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌داد که در بعضی موارد فقط تشخیص اصلی کد گذاری شده و علت خارجی آن کد گذاری نشده است. در تعدادی موارد نیز علت خارجی به اشتباه در تشخیص اصلی کد گذاری شده بود (۱۳).

Bruce نیز در مطالعه خود نشان داد که بعضی از ایالت‌ها از علت خارجی به عنوان کد ثانویه به میزان بالایی استفاده کرده، بعضی پرونده‌ها تشخیص صدمه نداشتند و به اشتباه کد علت خارجی به آنها تعلق گرفته بود (۱۲). وی معتقد است که می‌توان داده‌های چندین ایالت را با هم ترکیب کرد به شرطی که محققان به مشکلاتی که ممکن است با آنها مواجه شوند آگاه باشند.

در مطالعه حاضر مشخص شد که بیشترین خطاهای مشاهده شده در اثر ناقص بودن تشخیص‌ها، ناخوانا بودن آنها، خطا در درک قوانین کد گذاری، به کار بردن واژه‌های انگلیسی توسط پزشکان و عدم تسلط کد گذاران به کد آنها می‌باشد. Tsung و Meng نیز در مطالعه خود مشخص نمودند که بیشترین خطا در کد گذاری به علت اشتباه در نامگذاری، اشتباه در تسلسل استانداردهای کد گذاری و درک نادرست استانداردهای کد گذاری است (۱۴). با وجود این که دستورالعمل‌های کد گذاری تخصصی و با جزئیات کامل در ICD - 10 فراهم گردیده اما هنوز کد گذاری در کشورها

بودن اطلاعات کد گذاران، همخوانی در اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری‌ها وجود نداشته، از کدهای علت خارجی و کدهای تماس با مراقبت‌های بهداشتی در اکثر قریب به اتفاق مراکز بهداشتی- درمانی بررسی شده استفاده نمی‌شود (۷).

در بررسی کدهای علت خارجی صدمات در پرونده‌های ترخیصی بیمارستان ایالت واشنگتن توسط Le Mier و Cummings، مشخص شد که میزان مطابقت کدهای علت خارجی صدمات تخصیص یافته توسط کارشناس کد گذاری با کدهای تعیین شده به صورت کامپیوتری ۸۷ درصد برای مکانیسم صدمه، ۹۵ درصد برای هدف صدمه و ۶۶ درصد برای کامل بودن کدهای علت خارجی بود (۱۰).

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داد که علت‌های خارجی صدمات شامل محل وقوع حادثه، نوع فعالیت حین وقوع حادثه، خودزنی، دعوا و عمدی و غیر عمدی بودن حادثه، در تعدادی از پرونده‌ها به طور کامل کد گذاری نشده بود. در کل در این مطالعه مشخص گردید که کیفیت کد گذاری علت‌های خارجی به نسبت کد گذاری صدمات، سوختگی و مسمومیت در سطح پایین‌تری قرار دارد که ممکن است در اثر سیاست نادرست بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های مربوط یا کم اهمیت دانستن کد گذاری علت‌های خارجی از سوی کدگذاران باشد. Wiess ادعان می‌دارد که استفاده ضعیف از کد علت خارجی در داده‌های ترخیصی بیمارستان، سودمندی آنها را در پیشگیری از صدمات جدی و خشونت همسر کم می‌کند و این نشان دهنده اهمیت کدهای علت خارجی در پیشگیری از صدمات می‌باشد (۱۱).

Bruce نیز نشان داد که کدهای علت خارجی ابزار مهم در طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های کنترل صدمه است. قبل از استفاده رایج از کدهای علت خارجی، محققان از طریق کدگذاری فقط به نوع صدمه و عضو صدمه دیده پی می‌برند اما با کد گذاری علت‌های خارجی آنها از علت صدمه و شدت آن آگاه گشته، برنامه‌های کنترل صدمه را با دقت بهتر و مؤثرتر انجام می‌دهند (۱۲).

متفاوت است و از یک روش خاصی پیروی نمی‌کند. یافته‌های این پژوهش در مورد کد گذاری سوختگی نشان می‌دهد که بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران در کدگذاری سوختگی‌ها و علت خارجی آنها عملکرد بهتری نسبت به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی داشتند. اما میانگین دستورالعمل‌های کد گذاری سوختگی در هر دو دانشگاه اختلاف قابل توجهی نداشت. بیشترین خطاهای کدگذاری نیز مانند صدمات در ناقص و ناخوانا بودن تشخیص‌ها، خطا در درک استانداردهای کد گذاری، به کار بردن اصطلاحات انگلیسی توسط پزشکان و عدم درک استانداردهای مربوط به کد گذاری سوختگی با مواد شیمیایی بود. در علت‌های خارجی بالاترین میزان کد گذاری، محل وقوع حادثه بود و فعالیت حین وقوع حادثه و عمدی یا غیر عمدی بودن حادثه در مرتبه‌های بعدی قرار داشت.

Alecna و همکاران نیز در زمینه کیفیت کد گذاری سوختگی‌ها و هماهنگی آن با استانداردها و اثرات آن روی داده‌های بالینی نشان دادند که گرچه هماهنگی بالایی با استانداردهای کد گذاری استرالیا وجود داشت اما خطاهای کدگذاری در ۸۹ درصد از موارد مشاهده شد (۱۵). در این مطالعه ارتباط قابل توجهی میان خطای کد گذاری و کیفیت پایین مستندسازی مشاهده گردید. این یافته‌ها نشان داد با وجود این که استانداردهای کد گذاری اجرا می‌شود اما تغییرات کد گذاری در درجه بالایی به چشم می‌خورد و به احتمال زیاد علت آن ناقص بودن مستندسازی است. به نظر این محققین کادر مراقبت بهداشتی و کد گذاران باید با یکدیگر هماهنگ باشند تا تغییرات کد گذاری در کمترین مقدار ممکن رخ دهد (۱۵).

یافته‌های این مطالعه در مورد اجرای دستورالعمل‌های مسمومیت نشان داد که میزان اجرای دستورالعمل‌های مسمومیت ۶۸/۲۳ درصد و علت خارجی آن هم ۶۱/۲۷ درصد بود؛ لازم به ذکر است که فقط بیمارستان لقمان از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی رسیدگی به این گونه بیماران را بر عهده دارد و در نتیجه امکان مقایسه با سایر بیمارستان‌های دانشگاهی وجود نداشت.

Blanc گزارش می‌نماید که هیچ استاندارد جهت تعیین میزان بروز مسمومیت وجود ندارد. این محقق نشان داد که مسمومیت و کد علت خارجی با مدارک مستند شده از پرونده مطابقت ندارد. در مطالعه Blanc، ۵۲ درصد پرونده‌های مورد مطالعه کد مسمومیت و ۳۲ درصد کد علت خارجی داشتند. در کل ۷۲ درصد از موارد کد دهی شده بود که برخی تنها کد مسمومیت داشتند و فاقد کد علت خارجی بودند (۱۶).

قاضی سعیدی نیز در پژوهش خود تحت عنوان "بررسی فعالیت‌های بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران" نشان داد که از کل بیمارستان‌های مورد بررسی ۸۰ درصد آنها کد گذاری را انجام می‌دهند و فقط در ۵/۵۵ درصد از کل مراکز آموزشی مورد پژوهش کدهای تخصیص داده شده به پرونده‌های پزشکی کنترل مجدد می‌شود. در این پژوهش نشان داده شده که کد گذاران در ۱۰۰ درصد مراکز و ۸۸/۸ درصد مراکز تخصصی برگ پذیرش و خلاصه تریخیص و در ۱۰۰ درصد مراکز عمومی و ۴۴/۴ درصد مراکز تخصصی گزارش عمل جراحی را به عنوان اصلی‌ترین مرجع جهت کدگذاری می‌دانند. همچنین این بررسی نشان داد که میزان مطابقت محتوای کارت ایندکس مورد استفاده در مراکز مورد بررسی با کارت ایندکس تهیه شده توسط معاونت پژوهش وزارت بهداشت- درمان و آموزش پزشکی ۳۳/۴ درصد است (۱۷).

خردمنددار نیز در بررسی وضعیت واحدهای کدگذاری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مقایسه آن با استانداردهای انجمن مدارک پزشکی آمریکا نشان داد که در واحدهای کد گذاری از پنج فعالیت مورد نظر انجمن مدارک پزشکی آمریکا تنها کد گذاری و ایندکس بیماری‌ها و اقدامات مربوط به پرونده بیماران بستری انجام می‌گیرد و در این رابطه هیچ گونه دستورالعمل مکتوبی به واحدهای مذکور ارائه نشده است. یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داد که میزان کدگذاری تشخیص اصلی ۹۴ درصد، سایر تشخیص‌ها ۸۴/۵۶ درصد، اقدام اصلی ۹۶/۱۵ درصد، سایر اقدامات ۸۲/۳۵ درصد و

نشده بودند. از موارد مورد مطالعه، به ۷۳۶ مورد (۷۰ درصد) کد درست اختصاص داده شده بود، ۱۱۰ مورد (۱/۵ درصد) کد اشتباه داشت و ۲۰۵ مورد (۱۹/۵ درصد) کد گذاری نشده بود. در این مطالعه فقط ۶۰ درصد مدارک بررسی شده از لحاظ کدگذاری و مستندات کیفیت خوبی داشتند (۲۰).

Langley و همکاران در سال ۲۰۰۶ در بررسی تأثیر اندازه بیمارستان بر میزان صحت کد گذاری صدمات در بیمارستان‌های عمومی New Zealand بر اساس ICD-9 نشان دادند که ۵ درصد تشخیص‌های اصلی، ۱۸ درصد کدهای چهار رقمی عامل خارجی و ۸ درصد رقم پنجم کد عامل خارجی (محل وقوع حادثه) اشتباه کد گذاری شده است. در این پژوهش ارتباط معنی‌داری بین میزان کدهای اشتباه با اندازه بیمارستان (بزرگ یا کوچک بودن) دیده نشد (۱۳).

در مطالعه Weiss در مورد کد گذاری ناقص و غلط علت خارجی زنان بستری در ایالت متحده به علت دعوا و ضرب و جرح بین همسران، نوع صدمات و علت خارجی به منظور مشخص شدن ارتباط بین علت خارجی با دعوا و ضرب و جرح بررسی شد. یافته‌های این مطالعه که بر روی ۱۳۷۸۸۷ مورد زن صدمه دیده بستری انجام شد نشان داد ۸۸ درصد علت خارجی صدمات کد گذاری شده بود که نتیجه ضعیفی را نشان می‌دهد. این پژوهش نشان داد که استفاده ضعیف از کد علت خارجی در داده‌های ترخیصی بیمارستان، سودمندی آنها را در پیشگیری از صدمات جدی و خشونت همسر کم می‌کند (۱۱).

در پژوهش Alecna و همکاران که در زمینه کیفیت کدگذاری سوختگی‌ها و هماهنگی آن با استانداردها و اثرات آن روی داده‌های بالینی در استرالیا انجام گردید، پرونده‌های سوختگی کد بندی شده دو مرکز مراقبتی حاد مورد بررسی قرار گرفت تا میزان هماهنگی کدهای سوختگی با استانداردهای کدگذاری شده و رابطه میان خطاهای کد گذاری و کیفیت مستندسازی مشخص شود. در این پژوهش نشان داده شد با وجود اجرای استانداردهای کد گذاری، هماهنگی و تغییرات کدگذاری در درجه بالایی مشاهده می‌شود که به احتمال زیاد علت آن ناقص بودن مستند سازی است (۱۵).

صحت کد گذاری تشخیص اصلی ۹۱/۴۹ درصد، سایر تشخیص‌ها ۹۶/۸۳ درصد، اقدام اصلی ۹۸ درصد و سایر اقدامات ۱۰۰ درصد می‌باشد و عدم بررسی اوراق مورد لزوم هنگام کد گذاری و ناخوانا بودن اطلاعات ثبت شده در پرونده مهمترین عوامل بروز مشکلات در امر کد گذاری بوده‌اند (۹).

صدوقی در بررسی وضعیت کد گذاری بیمارستان‌های عمومی، آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مقایسه آن با استانداردهای انجمن مدارک پزشکی آمریکا در پنج بیمارستان آموزشی نشان داد که صحت کد گذاری تشخیص اصلی ۵۹/۶ درصد بوده، بیشترین اشتباه کد گذاران در کدگذاری تشخیص‌های اصلی با کد پنج رقمی می‌باشد. صحت کدگذاری برای سایر تشخیص‌ها ۵۸/۳ درصد و برای اقدام اصلی ۷۹/۳ درصد می‌باشد، ۳۳ درصد سایر اقدامات نیز کد گذاری شده‌اند (۱۸).

حسین مردی نیز در بررسی وضعیت طبقه‌بندی بیماری‌ها در بیمارستان‌های تخصصی - آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران با استانداردهای انجمن مدارک پزشکی آمریکا با انتخاب ۲۱۵ پرونده ترخیص شده مربوط به بیماران ۶ ماهه اول سال ۱۳۷۶ در ۸ بیمارستان مورد پژوهش نشان داد که صحت کد گذاری تشخیص‌های اصلی در کدهای ۳ کاراکتری ۹۵/۵ درصد، چهار کاراکتری ۹۱/۱ درصد و پنج کاراکتری ۶۳/۲ درصد می‌باشد و ۷۵/۴ درصد از کدهای چهار رقمی و ۴/۷ درصد از کدهای سه رقمی اقدامات اصلی صحیح انتخاب شده‌اند (۱۹).

در مطالعه Jorman و همکاران در مورد مستند سازی و کد گذاری مدارک پزشکی، ۳۰۰ پرونده از بیمارستان King Faisal، یک مرکز تخصصی که دارای چهار بخش داخلی، جراحی کودکان، نوزادان و زنان بود انجام داد صحت و کامل بودن مستندات کد گذاری تشخیص اولیه و نهایی و نیز اقدامات انجام شده بر اساس دستورالعمل ICD-9CM مورد بازبینی قرار گرفت؛ در این مطالعه نشان داده شد که از ۱۰۵۱ مورد پرونده بررسی شده ۸۷۶ مورد (۸۳/۳ درصد) صحیح، ۴۱ مورد (۳/۹ درصد) اشتباه و ۱۳۴ مورد (۱۲/۷ درصد) مستند

پیشنهادها

در راستای بهبود وضعیت کد گذاری صدمات، سوختگی و مسمومیت‌ها و نیز علت‌های خارجی آنها پیشنهادهای زیر ارائه می‌گردد:

۱. ارائه دستورالعمل کد گذاری مدون به بیمارستان‌ها و پی‌گیری آنها از لحاظ حسن اجرای آنها.
۲. بهبود مستندسازی‌ها از لحاظ کمیت و کیفیت به منظور کمک به کد گذاران و استفاده کنندگان آنها.
۳. آشنا بودن کد گذاران به کلمات و اصطلاحات انگلیسی به دلیل استفاده پزشکان از اصطلاحات انگلیسی و درک بهتر روند بیماری.
۴. ارائه کارگاه‌های آموزشی درباره نحوه کد دهی و چگونگی اجرای دستورالعمل‌ها.
۵. ایجاد خط مشی مکتوب در سطح ملی به منظور انجام کد گذاری به شیوه‌ای با ثبات و صحیح.
۶. کنترل کیفیت داده‌ها و اصلاح نقایص موجود در آنها در صورت وجود.

Bruce در مطالعه‌ای کیفیت کد گذاری صدمات و میزان استفاده از آنها را در مرکز تحقیق و پیشگیری از صدمه مربوط به سال ۱۹۹۷ در ۱۹ ایالت امریکا را مورد بررسی قرار داد. در این مطالعه اساس معیارهای مربوط به صدمه حاد شامل ۱/۱۲۹/۹۸۰ پرونده می‌شد که ۳/۴ درصد از آنها با تشخیص‌های ثانویه صدمه در فیلد تشخیص اصلی کد گذاری شده بودند. در میان پرونده‌هایی که کد صدمه داشتند، ۸۸/۱ درصد کد علت خارجی نیز داشتند. کامل بودن کد علت خارجی بر حسب ایالت‌ها متفاوت بود (۱۲).

نتیجه‌گیری

وضعیت کد گذاری صدمات، سوختگی، مسمومیت و علت خارجی آنها در بیمارستان‌های دانشگاهی دور از حد مطلوب خود می‌باشد؛ همچنین تطابق لازم در میزان اجرای دستورالعمل‌های کد گذاری صدمات و نیز علت‌های خارجی آنها در بین کد گذاران بیمارستان‌های مورد مطالعه مشاهده نمی‌شود و ضروری است جهت بهبود وضعیت موجود، برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای مد نظر مسؤولین قرار گیرد.

References

1. Alamdari SH. Road Accidents Management - a piece of Globalization Crisis Management. Sepeed Weekly Report 2007; 2(60): 2. [In Persian]
2. Huffman EK. Medical Record Management. 9th ed. Chicago: Physician Record Company; 1990. p. 451-3.
3. World Health Organization. Strengthening of health surveillance of working populations: the use of international statistical classification of diseases (ICD-10) in occupational health. Geneva: WHO; 1998.
4. Krug E. Injury surveillance guidelines. [cited 2001 Feb 1]. Available from URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/surveillance_guidelines/en/index.html
5. Walker S, Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. [online]. Bulletin of World Health Organization 2006; 84(3): 254-256.
6. Heubusch K. Flash forward. Leadership's commitment is crucial at a hospital where tomorrow comes today. J AHIMA 2005; 76(1): 92.
7. Ahmadi M. Changing Coding System from ICD-9CM to ICD-10 In Educational Hospitals of Iran University of Medical Sciences – A Model presentation. [PhD Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2005. [In Persian].
8. Mahmmudzadeh Z. Assessing Accuracy level of codings in Shiraz University of medical sciences hospitals. [Thesis]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 1997. [In Persian].
9. Kharmandar H. Assessment of Coding System in Educational Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences versus American Standards Association Coding System. [MS thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2008. [In Persian].

10. LeMier M, Cummings P, West TA. Accuracy of external cause of injury codes reported in Washington State hospital discharge records. *Inj Prev* 2001; 7(4): 334-8.
11. Weiss HB, Ismailov RM, Lawrence BA, Miller TR. Incomplete and biased perpetrator coding among hospitalized assaults for women in the United States. *Inj Prev* 2004; 10(2): 119-21.
12. Lawrence BA, Miller TR, Weiss HB, Spicer RS. Issues in using state hospital discharge data in injury control research and surveillance. *Accid Anal Prev* 2007; 39(2): 319-25.
13. Langley J, Stephenson S, Thorpe C, Davie G. Accuracy of injury coding under ICD-9 for New Zealand public hospital discharges. *Inj Prev* 2006; 12(1): 58-61.
14. Lu TH, Lee MC, Chou MC. Accuracy of cause-of-death coding in Taiwan: types of miscoding and effects on mortality statistics. *Int J Epidemiol* 2000; 29(2): 336-43.
15. Alechna N, Westbrook J, Roberts R. The quality of burns coding. Compliance with standards and the effects on clinical data. *Health Inf Manag* 1998; 28(4): 181-5.
16. Blanc PD, Jones MR, Olson KR. Surveillance of poisoning and drug overdose through hospital discharge coding, poison control center reporting, and the Drug Abuse Warning Network. *Am J Emerg Med* 1993; 11(1): 14-9.
17. Ghazi-Saeidi M. Evaluation of Medical Record unit performance of Tehran University of Educational hospital. [Thesis]. Tehran: Tehran University of medical sciences; 1994. [In Persian].
18. Sadoughi F. Comparison of Medical Recoding status of the Iran University of Medical Sciences Educational Hospitals with American Association Medical Record Standards. [Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1996. [In Persian].
19. Hosian-mardi M. Evaluation of Diseases Classification in Iran University of Medical Sciences Specialized Hospitals VS American Association Standards. [Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1998. [In Persian].
20. Farhan J, Al Jummaa S, Alrajhi AA, Al Rayes H, Al Nasser A. Documentation and coding of medical records in a tertiary care center: a pilot study. *Ann Saudi Med* 2005; 25(1): 46-9.



Rate of Implementation of Standard Codes for Injuries, Burns and Poisonings in Teaching-Hospitals of the Iran, Tehran and Shahid Beheshti Medical Universities *

Faezeh Akhlaghi¹; Pouran Raeissi, PhD²; Seyedmousa Kazemi³

Abstract

Introduction: Standard codes and their descriptions are important tools for research, design, implementation and evaluation of the injury control program and its sub-categories.

Methods: In this research the medical records of 735 patients diagnosed with injuries, burns or poisonings from teaching-hospitals of the Iran, Tehran and Shahid Beheshti medical universities (N=22) were selected to be reviewed. The records were selected by systematic sampling and pertained to the first 6 months of 2006. From 33 available hospitals 22 met the criteria to be included in this research. The data were collected via a checklist and direct observation. The validity of the checklist was confirmed by experts.

Results: The mean percents for implementing standard codes for injuries were 77.80, 67.64, and 70.11% in teaching-hospitals of the Iran, Tehran and Shahid Beheshti medical universities. For external causes these statistics were 57.80, 70.03, and 62.17% respectively. For burns, the mean percent of implementing standard codes was 55.77 and 58.33% teaching hospitals of the Iran, Tehran and Shahid Beheshti medical universities and for external causes these statistics were 54.17 and 53.33% respectively. The teaching-hospitals of the Tehran University of Medical Sciences did not admit patients with burns and patients with poisonings were only admitted in Loghman hospital from Shahid Beheshti University of Medical Sciences. The mean percent of using standard codes for poisoning was 68.23% in this hospital and for external causes 61.27%.

Conclusion: The rate of implementation of standard codes varies among the universities and this condition indicates the need of an intervention program.

Keywords: Burns; Poisoning; Injury; Wounds and Injuries; Classifications.

Type of article: Original Article

Received: 16 Jun, 2008

Accepted: 8 Apr, 2009

Citation: Akhlaghi F, Raeissi P, Kazemi SM. Rate of Implementation of Standard Codes for Injuries, Burns and Poisonings in Teaching-Hospitals of the Iran, Tehran and Shahid Beheshti Medical Universities. Health Information Management 2009; 6(1): 34. [Article in Persian].

* This paper derived from a Master of Science thesis.

1. Lecturer, Education Medical Records, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Associate Professor, Educational Psychology & Research, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) E-mail: praeissi@yahoo.com

3. MSc Student, Education Medical Records, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran