

ثبت داده در گواهی پزشکی فوت بر اساس دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت*

بنیامین محسنی ساروی^۱، آذر کبیرزاده^۲، ابراهیم باقریان فرح آبادی^۳، عالییه زمانی کیاسری^۴

چکیده

مقدمه: اطلاعات مربوط به مرگ، منبع داده‌های مورد نیاز برای دستیابی به اولویت‌های برنامه‌ریزی بهداشتی است. به لحاظ اهمیت داده در تصمیم‌گیری‌ها، ارزیابی از آن به منظور تعیین میزان ثبت و خطاهای آن ضروری می‌باشد. هدف این مقاله شناسایی وضعیت ثبت داده در گواهی پزشکی فوت بر اساس دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت و عوامل مؤثر بر آن در سال ۱۳۸۵ بوده است.

روش بررسی: این پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی بود که در مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد. گواهی فوت‌های صادر شده در طی یک سال از فروردین ۱۳۸۳ لغایت ۱۳۸۴ به صورت سرشماری بررسی شدند. پرسش‌نامه چک لیست بر مبنای اهداف تحقیق، طراحی و اشکالات آن با مطالعه مقدماتی برطرف شد و پایایی پرسش‌نامه با Cronbach alpha برابر ۰/۸۷ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و به کارگیری آزمون‌های آمار توصیفی آنالیز شدند.

یافته‌ها: به طور کلی میزان ثبت داده در گواهی پزشکی علت مرگ ۵۱ درصد بود. در بخش ثبت علل پزشکی منجر به مرگ ۱۶/۴ درصد هیچ خطایی نداشتند. بیشترین خطای ثبت علل پزشکی منجر به مرگ مربوط به خطای ثبت یک توالی علی، ولی ناکافی ۳۸/۱ درصد و کمترین مورد مشاهده شده خطای ثبت چند توالی علی پزشکی ناکافی، آن هم به صورت ناقص ۳/۴ درصد بود.

نتیجه‌گیری: ثبت داده در گواهی فوت با اشکال مواجه است. بنابراین پزشکان که مسؤول صدور گواهی فوت هستند، نیاز به آموزش دارند. ایجاد برنامه‌های آموزشی و فراهم آوردن امکانات تشخیصی، جهت بهبود ارقام ثبت شده باید مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: علت مرگ؛ جوازدهی؛ سازمان جهانی بهداشت؛ مرگ.

نوع مقاله: تحقیقی

پندیرش مقاله: ۸۸/۱/۱۹

اصلاح نهایی: ۱۷/۱۱/۳

دریافت مقاله: ۱۷/۲/۲۶

ارجاع: محسنی ساروی بنیامین، کبیرزاده آذر، باقریان فرح آبادی ابراهیم، زمانی کیاسری عالییه. ثبت داده در گواهی پزشکی فوت بر اساس دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۸۹؛ ۷(۱): ۷-۱۵.

مقدمه

مستندات ثبت شده در اوراق پرونده پزشکی در تحقیقات بالینی، آموزش پزشکی و دعاوی حقوقی، به عنوان نشانه‌گر ارزیابی مراقبت‌های ارائه شده و ابزار ارتباطی بین مراقبین مورد استفاده قرار می‌گیرند (۱). در صورتی که داده‌ها کامل یا به درستی ثبت نشده باشد، دستیابی به بسیاری از اهداف پیش‌بینی شده در حوزه بهداشت و درمان میسر نمی‌باشد (۲). یکی از اوراق پرونده، گواهی پزشکی فوت است که با استفاده از اطلاعات به دست آمده بر مبنای گواهی فوت، آمار

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۲۴-۸۴ است که توسط شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران حمایت گردیده است.

۱. کارشناس، مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۲. مربی، آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول).

E-mail: azakab@gmail.com

۳. مربی، آمار، دانشگاه آزاد اسلامی ساری، ساری، ایران.

۴. استادیار، بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

توالی علی باید در خط مربوط ثبت شود. نکته آخر این که چند توالی علی به صورت نامنظم یا ناکافی ثبت نشود. سایر عناصر موجود در گواهی فوت، اقلام داده‌ای مربوط به هویت گواهی دهنده و متوفی است که در طرح و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای و ارزیابی برنامه‌های مربوط به بهداشت عمومی به کار گرفته می‌شود (۳). به طور مثال محققین از داده‌های مربوط به سن، جنس، وضعیت تأهل متوفی و همچنین تخصص پزشک و ... است که می‌توانند در برنامه‌های بهداشتی که نیاز به مداخله دارند استفاده نمایند. در مطالعه ناظم الرعایا و همکاران مشخص گردید که در ۸۵ درصد گواهی‌ها به علت زمینه‌ای مرگ اشاره نشده و در ۷۵ درصد موارد نیز علت مرگ بیمار، ایست قلبی و تنفسی گزارش شده است (۲).

در مطالعه Lu و همکاران مشخص گردید که ۶۱ درصد گواهی فوت‌ها صحیح تکمیل شده‌اند (۵). در مطالعه رضوی و همکاران نیز مشخص گردید که از نظر نحوه تکمیل گواهی فوت، ۵۱/۰۹ درصد با استانداردهای کشوری تطابق داشته است که از این میزان ۳۰/۸۴ درصد در ذکر علت مرگ، ۱۰/۴۴ درصد در ثبت مشخصات متوفی یا تاریخ و ساعت مرگ و ۷/۶۳ درصد نیز در هر دو قسمت اشکال داشته‌اند (۶). در مطالعه مشعوفی و همکاران نیز بیان می‌شود که فقط ۸ درصد به علت زمینه‌ای و ۳۱ درصد موارد به علت اصلی اشاره شده است (۸، ۷).

بر اساس بررسی به عمل آمده از منابع اطلاعاتی، در زمینه ثبت علل مرگ در کشور ایران، تحقیقات انجام شده بسیار محدود بود. با توجه به اهمیت داده در تصمیم‌گیری‌ها، این مطالعه با هدف تعیین میزان ثبت و همچنین خطاهای آن در گواهی فوت انجام شد. به لحاظ این که در مراکز آموزشی درمانی بیشترین مستندات پزشکی تولید می‌شود، به نظر می‌رسد که بتوان ارزیابی بهتری از وضعیت ثبت داده در گواهی پزشکی علت مرگ به عمل آورد. از این طریق ضمن مشخص شدن کاستی‌ها می‌توان نسبت به تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب جهت رفع آن اقدام نمود.

مرگ و میر شکل گرفته، با مقایسه آن‌ها روش‌های پیشگیری مشخص و برنامه‌های راهبردی نیز بر اثر این مقایسه‌ها برای افزایش طول عمر بشر امکان پذیر می‌گردد (۳). سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) به کشورهای کوشش‌هایی که در سیاست‌های بهداشتی خود از این سازمان پیروی می‌نمایند، توصیه به استفاده از گواهی پزشکی بین‌المللی علت مرگ جهت ثبت موارد مذکور نموده است. بنابراین در صورتی که داده‌های آن در تمام کشورها یکسان تکمیل شود، قابلیت تبادل با سایر کشورها را دارا می‌باشد. از دیدگاه این سازمان مرگ یک واقعه آنی نیست، بلکه زنجیره‌ای از وقایع در ایجاد آن مشارکت دارند. بر این اساس در گواهی پزشکی بین‌المللی علت مرگ که توسط سازمان مذکور طراحی شده است و از سال ۱۳۸۰ نیز در کشور ایران مورد استفاده قرار دارد، از نظر داده‌هایی که باید ثبت شوند به علت زمینه‌ای شروع کننده (اصلی) در خط د یا ج (کشورها در صورت لزوم می‌توانند گواهی با سه یا چهار خط طراحی نمایند)، علل حد واسط در خطوط ج و ب و علت مستقیم در خط الف اشاره می‌شود و بر قید فواصل تقریبی شروع هر علت تا علت بعدی نیز تأکید می‌گردد (شکل ۱) (۴).

یکی از این دستورالعمل‌ها دلالت بر عدم ارزش ثبت حالت مرگ مانند توقف یا نارسایی قلبی و تنفسی به عنوان علت مرگ دارد. همچنین همان طور که اشاره شد مرگ یک واقعه آنی نیست، بلکه زنجیره‌ای از وقایع آن را به وجود می‌آورند. بنابراین ثبت این سلسله وقایع چند نکته مورد توجه قرار دارد. اولین نکته ثبت توالی علی بروز هر واقعه تا واقعه بعدی از دیدگاه بیماری‌شناسی می‌باشد. یعنی این که اگر بین بروز هر علت تا علت بعدی یک توالی وجود دارد و علت ج به دنبال د به وجود می‌آید، هنگام ثبت باید این توالی رعایت شود. نکته دوم ثبت تمام وقایع است. یعنی این که صادر کننده گواهی فوت نباید از ثبت یک واقعه صرف نظر و سایر وقایع را ثبت نماید. در واقع توالی علی وقایع باید کافی ثبت شده باشند.

نکته سوم که مورد توجه قرار دارد، عدم ثبت وقایع در خطوط نابه‌جا می‌باشد. یعنی علت مربوط به هر خط با رعایت

<p>علت مرگ</p> <p>قسمت اول</p> <p>الف) بیماری یا وضعیتی که به طور مستقیم منجر به مرگ می‌شود *</p> <p>در اثر (یا پیامد)</p> <p>ب) وضعیت مرگبار، اگر وجود دارد یا منتهی به ثبت علت در خط بالایی خود می‌شود و بیانگر وضعیتی است که در آخرین خط آورده می‌شود.</p> <p>در اثر (یا پیامد)</p> <p>ج) در اثر (یا پیامد)</p> <p>د) علت زمینه‌ای شروع کننده (که می‌تواند علت اصلی نیز باشد)</p>	<p>فاصله تقریبی بین شروع مراحل و مرگ</p>
<p>قسمت دوم</p> <p>دیگر وضعیت‌های مهمی که مشارکت در مرگ دارند اما به بیماری یا وضعیتی که مرگ را ایجاد کرده است مرتبط نیستند.</p> <p>* نکته مهم: منظور طریقه مرگ مثل Heart failure یا Respiratory failure نیست، در واقع به معنی بیماری، آسیب یا عوارضی است که منجر به مرگ می‌شود.</p>	

شکل ۱: بخش‌های علت پزشکی مرگ در گواهی بین‌المللی

روش بررسی

ثبت شده باشد) می‌باشد. در بخش داده‌های هویتی مرتبط با گواهی دهنده، بررسی شامل میزان ثبت نام و نام خانوادگی گواهی دهنده، وجود مهر و امضا و خطای آن نیز عدم همخوانی مهر با نقش امضا و همچنین مشخصات ثبت شده گواهی دهنده در گواهی با مشخصات موجود همان فرد در حوزه معاونت آموزشی هر مرکز می‌باشد.

در بخش علل پزشکی منجر به مرگ، بررسی شامل موارد میزان ثبت علت مرگ (چقدر علل مرگ ثبت شده است) و خطاهای آن می‌باشد. چهار دسته کلی خطای ثبت، بر اساس دستورالعمل‌های انتخاب علت اصلی مرگ که در کتاب طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ویرایش دهم) به آن اشاره شده است، مشخص گردید (۴). خطای شماره ۱، در بخش علل منجر به مرگ تنها مکانیسم مرگ (ایست قلبی و تنفسی یا نارسایی قلبی و تنفسی) ثبت شده باشد. خطای شماره ۲، پزشک چند توالی علی پزشکی ناکافی (آن هم به صورت ناقص) قید نموده باشد. خطای شماره ۳، ثبت یک توالی علی ولی ناکافی که در این صورت پزشک از ثبت برخی علل صرف نظر نموده است.

این تحقیق از نوع توصیفی و مقطعی می‌باشد. در پنج مرکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، گواهی‌های صادر شده در طی یک سال از فروردین ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۴ به صورت سرشماری بررسی شد. گردآوری داده با استفاده از چک لیستی که بر مبنای گواهی فوت علت پزشکی مرگ که توسط وزارت متبوع و برگرفته از الگوی سازمان جهانی بهداشت طراحی شده است و از سال ۱۳۸۰ نیز در کلیه بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد، انجام شد. چک لیست دارای سه بخش است که به ترتیب در بخش اول و دوم داده‌های هویتی مربوط به متوفی و گواهی دهنده و بخش سوم علل پزشکی منجر به مرگ می‌باشد. در بخش داده‌های هویتی مرتبط با متوفی، بررسی شامل میزان ثبت داده‌هایی مانند نام، نام خانوادگی، نام پدر، شماره شناسنامه، تاریخ تولد، تاریخ پذیرش و ... می‌باشد. خطاهای ثبت مشخصات متوفی با مقایسه گواهی فوت با برگ پذیرش و خلاصه تریخیص انجام شده، شامل عدم مطابقت داده‌ها با یکدیگر (به طور مثال در برگ پذیرش نام متوفی حسن و در برگ گواهی فوت حسین

جدول ۱: میزان ثبت داده گواهی پزشکی علت مرگ در بیمارستان‌های آموزشی مازندران سال ۱۳۸۵

عناصر داده‌ای	فراوانی
داده مرتبط با متوفی	۴۷۰
داده مرتبط با گواهی دهنده	۶۴۸
علل پزشکی منجر به مرگ، بند ۱ گواهی	۱۰۵۴
علل پزشکی منجر به مرگ، بند ۲ گواهی	۸۳
فواصل تقریبی	۱۲۶

بیشترین میزان ثبت به ترتیب در بخش مرتبط با متوفی مربوط به نام خانوادگی ۹۵/۵ درصد و نام ۹۵/۱ درصد و کمترین میزان بخش ملاحظات ۴/۱ درصد می‌باشد. در بخش مرتبط با گواهی دهنده بیشترین میزان ثبت، متعلق به نام و امضای پزشک گواهی دهنده ۹۷/۶ درصد می‌باشد. به طور کلی بیشترین میزان ثبت در گواهی فوت مربوط به مؤلفه نام و امضای پزشک گواهی دهنده و کمترین مربوط به بخش ملاحظات می‌باشد. همچنین بر اساس یافته‌های پژوهشی مشخص گردید که بیشترین میزان ثبت متعلق به بیمارستان زارع با ۷۰/۶ درصد و کمترین مربوط به بیمارستان فاطمه الزهرا (س) با ۴۰/۵ درصد می‌باشد. نتایج بررسی از نظر میزان تطبیق ارقام ثبت شده با برگ پذیرش یا با سایر اوراق (در صورت عدم حل مغایرت‌های یافت شده از سایر اوراق استفاده شد) پرونده نشان داد که بیشترین خطای ثبت مربوط به تاریخ تولد بیمار، ۳۸۷ مورد (۴۶/۳ درصد) بود و همچنین ۲۸۵ مورد (۳۴/۲ درصد) نیز عدم همخوانی تاریخ پذیرش موجود در برگ گواهی فوت با برگ پذیرش مشاهده شد. در بخش داده‌های مربوط به گواهی دهنده، بیشترین خطا مربوط به نقش امضا با مهر گواهی دهنده است که ۱۹ مورد (۲ درصد) عدم همخوانی امضا با مهر وجود داشت. در بخش سوم چک لیست که علل پزشکی منجر به مرگ ثبت شده است به ترتیب بیشترین میزان ثبت در بند ۱ گواهی مربوط به خط الف، ۴۳۲ مورد (۴۰/۹ درصد) و کمترین مربوط به خط ج به میزان ۲۴۷ مورد (۲۳/۴ درصد) می‌باشد. در این تحقیق فقط ۱۳۷ مورد (۱۶/۴ درصد) از گواهی‌ها هیچ خطایی نداشتند. فراوانی خطاهای ثبت داده

خطای شماره ۴، یک توالی علی قید شده است اما مرتبه ثبت صحیح نباشد. به عبارتی دیگر، پزشک علل منجر به مرگ را صحیح اعلام نموده است ولی این موارد در خطوط مناسب قید نشده‌اند. به لحاظ این که در بخش علل پزشکی منجر به مرگ، گواهی فوت خود شامل دو قسمت است که خطای ثبت بخش دوم، درج موارد غیر مرتبط با بند مذکور می‌باشد. فواصل تقریبی نیز فاصله زمانی به وجود آمدن هر علت ذکر شده در خطوط مربوط تا علت بعدی می‌باشد که باید پزشک آن را ثبت نماید. در این تحقیق برای تعیین خطاهای ثبت علت مرگ، کلیه گواهی فوت‌ها توسط یک نفر پزشک متخصص بررسی و خطاها تعیین گردید. برای تعیین فاکتورهای مؤثر نیز پرسش‌نامه‌ای، بر مبنای مرور مطالعات قبلی و اهداف تحقیق با ۲۰ سؤال باز و بسته که به صورت خود ایفا تکمیل می‌شد، طراحی گردید و در بین کلیه پزشکانی که گواهی فوت‌های صادر شده ایشان در این تحقیق با استفاده از چک لیست مورد بررسی قرار گرفته بود (۶۸ نفر)، به صورت حضوری توزیع و حداکثر ظرف یک روز باز گرفته شد. اشکالات پرسش‌نامه با مطالعه مقدماتی برطرف شد و پایایی آن با آزمون Cronbach alpha برابر ۰/۸۷ به دست آمد. مرگ‌های ارجاع شده به سیستم قضایی (به دلیل عدم صدور گواهی در همان مرکز) و مرگ‌های پری‌ناتال (به دلیل این که بر اساس دستورالعمل‌های WHO، مرگ‌های دوره مذکور با یک گواهی جداگانه باید گزارش شوند) از این مطالعه حذف شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی آنالیز شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که از فروردین ۱۳۸۳ لغایت فروردین ۱۳۸۴، تعداد ۱۱۳۴ مرگ از ۵ مرکز آموزشی درمانی مورد مطالعه ثبت شدند که ۸۳۵ مورد (۷۳/۷ درصد) آن در این تحقیق مشارکت داشتند. در ادامه یافته‌های تحقیق به ترتیب ابتدا حاصل از چک لیست‌ها و سپس نتایج پرسش‌نامه‌ها مطرح می‌شوند. میزان ثبت داده در بخش مرتبط با متوفی، گواهی دهنده و علت پزشکی مرگ در جدول ۱ آورده شده است.

پیرامون نحوه تکمیل گواهی فوت دریافت نکرده و فقط ۶ نفر (۸/۸ درصد) آنان در کارگاه‌های آموزشی نحوه تکمیل را آموخته بودند. ۳۶ نفر از پاسخگویان (۵۲/۹ درصد) وضعیت رضایت فعلی خود را از نحوه ثبت متوسط و فقط ۲ نفر (۲/۹ درصد) آن را خیلی خوب ارزیابی کردند. همچنین ۹۴ درصد پاسخگویان با آموزش در زمینه مذکور موافقت داشتند. مهم‌ترین دلایل عدم ثبت دقیق علت مرگ از دیدگاه پزشکان در این مطالعه به ترتیب اولویت، فقدان امکانات تشخیصی (کالبد شکافی) ۲۴ مورد (۳۵/۲ درصد)، عدم تشخیص ۱۵ مورد (۲۲ درصد) و ۱۱ مورد (۱۶/۱ درصد) نیز عدم آشنایی پزشک از نحوه ثبت بیان شد.

بحث

کیفیت آمارهای مرتبط با مرگ و میر، ارتباط مستقیم با داده‌های ثبت شده در گواهی فوت دارند (۱۰، ۹). Lu و همکاران به منظور بیان اهمیت داده‌های گواهی فوت، آن‌ها را به بلوک‌هایی تشبیه می‌کنند که در ساختمان آمارهای حیاتی برای تخصیص منابع پزشکی منبع تصمیم‌گیری می‌باشند (۱۱). به هر حال با یقین می‌توان گفت در عصری که کمیت تولید اطلاعات به مرحله انفجار رسیده است در مرحله بعدی کیفیت آن نیز مورد تقاضای بهره‌گیران آن می‌باشد.

در این تحقیق وضعیت ثبت داده در گواهی پزشکی علت مرگ از دیدگاه میزان ثبت و همچنین خطای آن بررسی و مشخص گردید که میزان ثبت کلیه اقلام داده‌ای در برگ گواهی فوت ۵۱ درصد می‌باشد. نتایج مطالعه بالاغفاری و همکاران بر روی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان پزشکی نسبت به اصول پرونده نویسی نشان داد که دانشجویان (۲۱/۸ درصد) عملکرد ضعیفی داشتند (۱). یکی از فاحش‌ترین عوارض عدم ثبت در گواهی فوت در هنگام ادعاهای بازماندگان متوفی در مواجهه با دعوی قانونی می‌باشد. از طرف دیگر هر اقدامی که انجام گرفت ولی ثبت نشد از نظر قانون، انجام نشده تلقی می‌شود (۱۲). به هر حال جهت استناد، مستندات باید به حد کافی ثبت شده باشد.

مرتبط با علل پزشکی منجر به مرگ به ترتیب نوع خطا در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: فراوانی (نسبی) خطای ثبت داده در بخش علل پزشکی منجر به مرگ در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران سال ۱۳۸۵

نوع خطا	فراوانی (درصد)
۱	۵۵(۷/۸)
۲	۲۸(۴)
۳	۲۶۶(۳۸/۱)
۴	۲۲۷(۳۲/۵)
۳ و ۴	۸۲(۱۱/۸)
۲ و ۴	۴۰(۵/۸)
جمع	۶۹۸(۱۰۰)

یافته‌های پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه که به بررسی فاکتورهای مؤثر از دیدگاه صادر کننده گواهی پرداخته است، نشان داد که در ۶۸ پرسش‌نامه عودت داده شده میانگین سنی پاسخگویان $5/7 \pm 35/5$ سال و دامنه سنی نیز از ۲۵ تا ۵۵ سال متغیر می‌باشد. از نظر میزان تحصیلات ۱۶ نفر پزشک عمومی، ۷ نفر رزیدنت، ۳۵ نفر متخصص و ۱۰ نفر نیز فوق تخصص بود و از نظر جنسی ۵۴ نفر مرد (۷۹/۵ درصد) و ۱۴ نفر زن (۲۰/۵ درصد) بودند. یافته‌های حاصل نشان داد که بیشتر (۶۶/۱ درصد) صادر کنندگان گواهی پزشکی علت مرگ، متخصصین پزشکی بودند. سابقه کار پاسخگویان $3/2 \pm 18/2$ و بیشترین سابقه کار بین ۱۰-۵ سال (۳۳/۸ درصد) بود. در این تحقیق ۵۱ نفر (۷۵ درصد) از پاسخگویان، مسؤول صدور گواهی فوت را پزشک معالج بیمار دانستند؛ همچنین مسؤولیت ثبت داده‌های دیگر گواهی را نیز ۴۲ نفر (۶۱/۷ درصد) بر عهده پزشک امضا کننده گواهی، ۸ نفر (۱۱/۷ درصد) بر عهده پرستار و ۱۶ نفر (۲۳/۵ درصد) بر عهده منشی بخش می‌دانستند. در این تحقیق ۵۱ نفر (۷۵ درصد) پاسخگویان اعلام کردند که در صورتی که علت مرگ نامشخص بود باید از صدور گواهی خودداری کرد و آن را به سیستم قضایی ارجاع داد. نتایج نشان داد که ۴۰ نفر (۵۸/۸ درصد) از پاسخگویان آموزش رسمی

در این مطالعه مشخص شد که بیشترین خطای ثبت داده در بخش علل پزشکی منجر به مرگ مربوط به خطای شماره ۳ (ثبت یک توالی علی ولی ناکافی) می‌باشد. در این خطا گواهی دهنده در چرخه حوادث و وقایع منجر به مرگ فقط یک علت را ثبت کرده است. از دیدگاه WHO مرگ یک واقعه آنی نیست و به عبارتی چرخه‌ای است که سلسله‌ای از وقایع آن را به وجود می‌آورند که از نقطه نظر پیشگیری، این چرخه باید در جایی شکسته شود. مسلم است که برای دستیابی به این وقایع، مستندسازان پزشکی باید آن را ثبت و محققین آن را بررسی کنند و راه‌کارهای علمی و عملی را جهت ایجاد فعالیت‌های پیشگیری به دست آورند. دومین خطا که بالاترین فراوانی ۲۲۷ مورد (۳۲/۵ درصد) را به خود اختصاص داد، خطای شماره ۴ (یک توالی علی قید شده است اما مرتبه ثبت صحیح نباشد) بود. بر اساس دستورالعمل‌های ثبت داده در بند ۱، گواهی دهنده باید علت شروع کننده را در پایین‌ترین خط موجود در گواهی (د یا ج)، علل حد واسط زمینه‌ای در خط بالاتر (ب) و بالاخره در بالاترین خط (الف) علت مستقیم منجر به مرگ را ثبت نماید.

نتایج این مطالعه نشان داد که خطای شماره ۱ نیز ۷/۸ درصد وجود دارد، به نحوی که در بخش علل منجر به مرگ تنها مکانیسم مرگ (ایست قلبی و تنفسی یا نارسایی قلبی و تنفسی) ثبت شده است. در این خطا به جای ثبت علت اصلی، مکانیسم یا حالت مرگ (ایست یا نارسایی قلبی و تنفسی) قید شده است. این مورد در تحقیق رضوی ۳۸/۳ درصد، Gurpinar ۶۱/۶ درصد و Lu و همکاران ۷ درصد گزارش شد. به دلیل این که مکانیسم مرگ از نظر ارزش اطلاعاتی در طبقه‌بندی مرگ و میر جایگاهی ندارد، همواره مورد انتقاد واقع شده است (۱۳، ۱۴، ۱۵).

در بخش ثبت فواصل تقریبی مراحل بیماری تا مرگ، در تحقیق رضوی و همکاران اشاره می‌شود که هیچ یک از گواهی فوت‌ها در این بخش ثبت نشده‌اند (۱۶). در تحقیق حاضر ۱۵/۱ درصد ثبت مشاهده گردید که در مقایسه با تحقیق رضوی افزایش مشاهده می‌شود. اهمیت ثبت فواصل مذکور در مطالعه

بیماری‌ها، بسیار بدیهی و روشن می‌باشد.

مهم‌ترین نکته در بخش علل پزشکی منجر به مرگ در خصوص آخرین خط (یعنی ج یا د) از بند ۱ گواهی پزشکی، علت مرگ می‌باشد. در این بند، از دیدگاه پزشکی علت زمینه‌ای شروع کننده (اصلی مرگ) ثبت می‌شود. بنا بر تعریف WHO علت زمینه‌ای (ریشه‌ای یا اصلی)، "بیماری یا جراحی که در زنجیره وقایع مرگ مبدأ آغازین بوده، یا به عبارتی دیگر ریشه علل منجر به مرگ می‌باشد" یا "علل خارجی تصادف یا خشونت‌ی که جراحات کشنده ایجاد نموده‌اند" تعریف شده است (۴). لذا این علت از دیدگاه آمارهای مرگ اهمیت داشته، در تبادل اطلاعات از طریق جداول مرگ و میر موجود در کتب طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها به مراجع مربوط گزارش می‌شود. در این تحقیق کمترین میزان ثبت داده (۳۳/۹ درصد) به این خط تعلق داشت.

در مطالعه حاضر پزشکان عدم آشنایی خود را از نحوه ثبت به عنوان فاکتور مؤثر، اعلام کردند. نتایج تحقیق بالاغفاری و همکاران، که میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان پزشکی نسبت به اصول پرونده نویسی را بررسی نمود، نیز نشان داد که دانشجویان پزشکی نسبت به اصول پرونده نویسی آگاهی ضعیفی داشتند (۱). همچنین در تحقیق رضوی و همکاران نیز ۶۷/۱ درصد پاسخگویان از نظر نحوه کسب اطلاعات درباره صدور گواهی فوت آموزش رسمی دریافت نکردند. در این مطالعه نیز جامعه تحقیقاتی پیرامون آموزش نحوه ثبت، اظهار علاقه نمودند. لذا با توجه به بستر مناسب ضرورت آموزش نحوه ثبت در قالب کارگاه‌های آموزشی، تدوین کتب خودآموز و طراحی برنامه آموزشی در دوره آموزشی دانشجویان پزشکی توصیه می‌شود (۱۴، ۱۵). یکی دیگر از فاکتورهایی که از دیدگاه صادر کننده گواهی می‌تواند بر میزان و نحوه ثبت تأثیر بگذارد، عدم امکان اتوپسی بیان شده است. در مطالعه رضوی و همکاران نیز ۲۸/۳ درصد پاسخگویان، عدم انجام اتوپسی را دلیل نارسایی ثبت علل مرگ اعلام کرده‌اند (۱۶). در مقاله طالبی اشاره می‌شود که نتایج بررسی انجام شده توسط Goldman و همکاران نشان داد که درصد انجام

نتیجه‌گیری

در در یک جمع‌بندی کلی و بر اساس نتایج یافته‌های تحقیق بر ضرورت آموزش مستندسازان در تمام رده‌های حرفه‌ای به منظور بهبود کیفیت داده‌های مدارک پزشکی بیماران تأکید می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از کلیه کارکنان محترم بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به لحاظ همکاری صمیمانه، قدردانی می‌گردد.

اتوپسی در سال ۱۹۸۰ به نسبت سال‌های ۷۰-۱۹۶۰ از ۷۰ درصد به ۳۰ درصد کاهش یافته است. این کاهش مربوط به انتقادات طولانی مدتی بود که به لحاظ برخی مسایل فرهنگی به اتوپسی صورت گرفت که این انتقادات منجر گردید تا فقط موارد مشکوک از نظر پزشکی قانونی یا موارد جالب از نظر آموزش پزشکی اتوپسی شوند (۱۶). بدیهی است این انتقادات ممکن است به دلیل برخی ویژگی‌های اعتقادی در کشور ما نیز وجود داشته باشد، ولی آن چه که مسلم است تشخیص بالینی در برخی موارد ممکن است با تشخیص مبتنی بر اتوپسی متفاوت باشد.

References

1. Balagafari A, Siamian H, Aligolbandi K, Zakeezadeh M, Kahouei M, Yazdani charati J, et al. A study on the rate of knowledge, attitude and practice of medical students towards method of medical records documentation at Mazandaran University of medical sciences. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2006; 15(49): 73-80.
2. Nazem raiaa B, Bahman ziari F. Survey on general and spesific indexes of death in Esfahan University of medical sciences during 1994-1995. [Approved resarch]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; No of issue 75050. [In Persian].
3. Yavari P, Abadi A, Mehrabi Y. Mortality and changing epidemiological trends in Iran during 1979-2001. *Journal of Hakim* 2006; 6(3): 7-14. [In Persian].
4. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Heath Problems*. vol 2. Geneva: WHO; 1994. p. 30-88.
5. Lu TH, Shau WY, Shih TP, Lee MC, Chou MC, Lin CK. Factors associated with errors in death certificate completion. A national study in Taiwan. *J Clin Epidemiol* 2001; 54(3): 232-8.
6. Razavi saeed M, Riazai M, Akbari H, Dabiran S. Evaluation of the inadequacies of the death certificate issued at Shariati hospital and the factors contributing to them. *Journal of Iranian Medical Council* of 2002; 20(2); 89-94. [In Persian].
7. Mashoufi M, Rostami K, Mardi A. Documentation of Medical Records by Physicians in the Hospitals under Ardabil University of Medical Sciences, 2001. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2006; 6(1): 73-7.
8. Mashoufi M, Amani F, Rostami K, Mardi A. Evaluating Information Record in the Hospitals of Ardabil Medical Sciences University, 2001. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2004; 3(11): 43-9.
9. Lahti RA, Penttila A. The validity of death certificates: routine validation of death certification and its effects on mortality statistics. *Forensic Sci Int* 2001; 115(1-2): 15-32.
10. Farahmand F. The role of death certificate on devalopment of health information system. The abstract book of first congress on health management students. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2002: 72-3. [In Persian].
11. Lu TH, Shih TP, Lee MC, Chou MC, Lin CK. Diversity in death certification: a case vignette approach. *J Clin Epidemiol* 2001; 54(11): 1086-93.
12. Fallahi S. *Nursing rullles and regulation*. The abstract book of first national congress and medical errors. Bandar Abbas: Hurmozgan University of Medical Sciences; 2008. p. 38-46. [In Persian].
13. Gurpinar SS, Can G, Bolukbasi O, Torun P. Analysis of mortality reports from a university hospital of Turkey. *Forensic Sci Int* 1997; 88(2): 169-71.

14. Vazirinajad R, Esmaili A, Naderi A, Radman A. Causes of death registered on death certificates in an Iranian community Based on ICD-10. *Journal of Health Information Management* 2005; 3(2): 2-33.
15. Ajami S. A study on the methods and rules about registration, completion, issuance and collection of death certificates in Esfahan province in 2001. *Journal of Health Information Management* 2003; 1(1): 21-7.
16. Talebi A. Value of autopsy in diagnosis of causes of death. The abstract book of first congress on medicine and law. Isfahan: Isfahan University Medical Sciences; 2004. p. 125. [In Persian].



Expression of Data Documentation on Medical Death Certificate: Accordance WHO role in Mazandaran University of Medical Sciences*

Benyamin Mohsenisaravi¹; Azar Kabirzadeh²; Ebrahim Bagherianfarahabadi³;
Alia Zamanikiasari, PhD⁴

Abstract

Introduction: Death-related information is source for identifying the health prerequisites and formulating the related programs. Due to importance of data for decision making, evaluation of it to determine the rate of documentation and errors is necessary.

Methods: In this descriptive, cross-sectional study, all issued certificates in 5 teaching hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences during March 2004-5 were reviewed. The characteristics of certifying and deceased and the documentation error were checked with a check list according to the WHO introduced death certificate and for associated factors a self administration questioner was used. The rate of documentation and errors calculated. Four types of error were classified. Error 1, only the mechanism(s) of death or mode of dying is given. Error 2, multiple causal sequences are given. Error 3, a single sequence is given but is not specific enough. Error 4, a single sequence is given but the order was incorrect. The questionnaire was designed according to aims of research and reliability was tested with Cronbach's alpha = 0.87 in a pilot study. Data analyzed with SPSS software.

Results: Documentation rate was 51 percent. In 137 (16.4%) death certificates cause of death was documented correctly. The error 3 was the most, (38.1%) and the error 2 has the lowest (3.4%) rate. According to the certifier opinion, the most significant factors associated with the error rates were related to inadequate equipment (35.2%) for determining the diagnosis such as autopsy, undiagnosed (22%), and nor teaching program for physicians with the documentation subject.

Conclusion: Findings show that documentations in death certificate have problems. Training program in death certificate completion for physicians and improvement of diagnostic tests for better documentation are suggested.

Keywords: Cause of Death; licensure; World Health Organization; Death.

Type of article: Original Article

Received: 16 May, 2008

Accepted: 8 Apr, 2009

Citation: Mohsenisaravi B, Kabirzadeh A, Bagherianfarahabadi E, Zamanikiasari A. **Expression of Data Documentation on Medical Death Certificate: Accordance WHO role in Mazandaran University of Medical Sciences.** Health Information Management 2010; 7(1):15.

* This article resulted from research project No 24-84 founded by deputy for research Mazandaran University of Medical Sciences.

1. BSc in Medical Records, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

2. Lecture of Education of Medical Records, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (Corresponding Author)
E-mail: azakab@gmail.com

3. Lecturer of Statistics, Azad University, Sari, Iran.

4. Anesthesiologist, Assistant Professor, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.