

درجه مطابقت تشخیص اولیه با تشخیص نهایی در کودکان بستری در بیمارستان بوعلی ساری، سال ۱۳۸۶

آذر کبیرزاده^۱، عالیه زمانی کیاسری^۲، محمدرضا حبیبی^۳، بنیامین محسنی ساروی^۴، محمد خادم‌لو^۵، طاهره حکیمی مقدم^۵

^۱ کارشناس ارشد آموزش مدارک پزشکی، مربی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

^۲ متخصص بیهوشی، استادیار، عضو هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

^۳ متخصص بیهوشی، استادیار، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

^۴ کارشناس مدارک پزشکی، رئیس اداره مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

^۵ استادیار، متخصص پزشکی اجتماعی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

^۵ پزشک عمومی، مازندران، ایران

نویسنده رابط: محمدرضا حبیبی، نشانی: ساری، بلوار ارتش بیمارستان فاطمه الزهرا (س). تلفن: پست الکترونیک: mohammadreza.habibi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۷/۶؛ پذیرش: ۱۳۸۸/۳/۲

مقدمه و اهداف: دستیابی به تشخیص صحیح در پزشکی، اساس و مقدمه درمان بیماری‌ها را تشکیل می‌دهد. میزان مطابقت تشخیص

اولیه با تشخیص نهایی، بستگی زیادی به درک پزشک در جمع‌بندی جنبه‌های مختلف بررسی‌ها دارد.

روش کار: این تحقیق مقطعی بود و داده‌ها از پرونده‌ها استخراج شد. آنالیز در نرم افزار SPSS و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی

انجام پذیرفت. برای بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون‌های آماری آنالیز واریانس و کای دو استفاده شد. بررسی توافق بین تشخیص

اولیه و تشخیص نهایی به کمک محاسبه ضریب کاپا انجام گرفت.

نتایج: تعداد ۱۳۱۰ پرونده در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. نتایج میزان مطابقت نشان داد که در ۱۲۴۴ پرونده (۹۴/۹٪) مطابقت

کامل، در ۱۲ (۰/۹٪) مطابقت نسبی، و در ۵۴ پرونده (۴/۲٪) نیز عدم مطابقت مشاهده شد. متوسط مدت اقامت در بیمارستان با مطابقت

کامل $3/7 \pm 3/9$ روز، در بیمارستان با مطابقت نسبی $1/7 \pm 3/8$ روز و در بیمارستان با عدم مطابقت $2/4 \pm 5/2$ روز بود. ضریب توافق کاپا برای

تشخیص اولیه با نهایی ۰/۸۸ محاسبه شد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که تشخیص اولیه با تشخیص نهایی از مطابقت بالایی برخوردار بوده است. شاید بتوان دلیل آن را به آموزشی

بودن بیمارستان و دقت بالای اساتید و یا درج کلیه تشخیص‌ها در زمان ترخیص بیمار نسبت داد.

واژگان کلیدی: مدیریت بیماری، مطابقت، طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها، کودکان

مقدمه

میزان درک و دریافت پزشک از علم پزشکی و مهارت در جمع‌بندی جنبه‌های مختلف مطرح شده است. تصمیم برای بستری کردن بیمار، نوع و تعداد آزمایش‌ها و سایر اقدامات پاراکلینیکی درخواست شده، نوع داروها، نحوه درمان و طول مدت بستری به تشخیص بیماری بستگی دارد. پزشک با انتخاب مسیرهای درست می‌تواند از انجام اقدامات بی‌مورد و پرهزینه و یا دارای عوارض جانبی جلوگیری نماید (۲). گاهی اوقات به دلیل وجود برخی مشکلات مانند اشکال در

دستیابی به تشخیص صحیح در امر طبابت بسیار مهم و اساسی است. در صورتی که تشخیص یک بیماری درست باشد، درمان معنا پیدا می‌کند. در واقع یک رابطه علت و معلولی بین تشخیص صحیح و درمان مناسب وجود دارد (۱). پزشک اطلاعات را از طریق شرح حال و معاینه بدست آورده و سپس با تجزیه و تحلیل آن‌ها مشکل را شناسایی و واکنش‌های بیمار را ارزیابی کرده و در نهایت به جمع‌بندی یافته‌ها و پی‌ریزی یک برنامه درمانی مناسب می‌پردازد (۲). تشخیص صحیح، بیانگر

مطب یا مرکز درمانی دیگری با تشخیص شناخته شده، بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی یا انتقالی به مراکز دیگر در صورتی که تشخیص داده نشده باشند، بیماران فوتی که صدور گواهی فوت آنان به سیستم قضایی ارجاع شده یا در صورت عدم ارجاع تشخیص داده نشده باشد، در نظر گرفته شد. متغیرهای مورد بررسی شامل سن، جنس، شکایت اصلی بیمار، تشخیص اولیه و نهایی، آزمون‌های آزمایشگاهی (بیوشیمی، کشت‌ها، دید مستقیم، سرولوژی و...)، رادیوگرافی، سونوگرافی، MRI، سی تی اسکن، نوار مغزی و قلبی، اکوکاردیوگرافی، بیوپسی، مدت اقامت، وضعیت ترخیص، تعداد و نوع مشاوره انجام شده بوده است که از پرونده استخراج و در چک لیست ثبت شد. میزان مطابقت بر اساس دهمین ویرایش کتاب طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها - ICD-10) به شرح ذیل تعیین گردید (۶):

- ۱- در صورتی که تشخیص اولیه و نهایی در یک بلوک و رده از یک فصل از فصول کتاب قرار گیرد، مطابقت کامل است.
- ۲- در صورتی که تشخیص اولیه و نهایی در یک بلوک از یک فصل از فصول کتاب قرار گیرد مطابقت نسبی است.
- ۳- در صورتی که تشخیص اولیه و نهایی در بلوک‌های مختلف از یک فصل یا فصل‌های متفاوت کتاب قرار گیرد عدم مطابقت محسوب می‌شود.

آنالیز داده‌ها توسط نرم افزار SPSS و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی انجام شد و برای بررسی ارتباط بین متغیرهای مورد اشاره از آزمون آماری آنالیز واریانس و کای دو استفاده شد. در این مطالعه سطح ($P < 0.05$) معنی‌دار در نظر گرفته شده است. بررسی توافق بین تشخیص اولیه و نهایی با محاسبه ضریب کاپا انجام شد.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد که طی سال ۱۳۸۵، تعداد ۴۲۷۵ کودک بیمار در بیمارستان بوعلی بستری شده‌اند که بر مبنای معیارهای ورود و خروج مطالعه، تعداد ۱۳۱۰ پرونده در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان دادند که میانگین سن $42/3 \pm 33/8$ ماه و ۷۷۸ بیمار ($59/4\%$) پسر و $532/6$ دختر بودند. تعداد ۷۷۰ بیمار ($58/8\%$) در بخش اطفال، ۳ مورد ($0/2\%$) در بخش اطفال ۲، ۳۲۵ ($24/8\%$) در بخش نوزادان، ۳۵ مورد ($2/7\%$) در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، ۱۶۹ ($12/9\%$) در بخش جراحی اطفال، ۲ مورد ($0/2\%$) در بخش مراقبت‌های ویژه اطفال، ۵ مورد ($0/4\%$) در اورژانس و ۱ مورد ($0/1\%$) در بخش گوش و حلق و بینی بستری بود. متوسط مدت اقامت در بیماران

برقراری ارتباط کلامی در کودکان که قادر به بیان مشکل خود نیستند و یا عدم همکاری بیمار به دلیل پایین بودن سن، شرح حال از والدین اخذ می‌شود که بعضاً ممکن است توالی رخداد مسایل یا به دقت گفته نشده و یا به شیوه‌ای گفته شود که خود آنان تمایل به بیان آن دارند. همچنین در برخی موارد مانند کودک آزاری، علت اصلی به شکل دقیق گفته شده و از پزشکان مخفی نگه داشته می‌شود. بنابراین ممکن است دستیابی به تشخیص مشکل شده و همچنین مسیر پر پیچ و خم‌تری طی شده و یا منجر به خطا شود. خطاهای تشخیصی، خاص جامعه پزشکی ما نیست؛ بلکه در مجهزترین و مدرن‌ترین مراکز بیمارستانی دنیا و در شاخه‌های مختلف پزشکی نیز کم و بیش وجود دارد (۱). نمونه‌های زیادی از آن در مجلات معتبر بحث شده و حتی در مواردی تشخیص نهایی، بعد از مرگ بیمار گذاشته شده است.

به نظر اهمیت تشخیص صحیح در روند مدیریت یک بیماری، تحقیقات متعددی تا کنون در این زمینه انجام شده است. در مطالعه تودلا که به بررسی تشخیص‌های اشتباه در اورژانس پرداخته است مشخص شد که $6/2\%$ مورد از تشخیص‌ها اشتباه بوده‌اند (۳). در مطالعه دایت لیندز از ۲۴۸ بیمار بررسی شده تعداد ۲۱۴ مورد تشخیص دقیق داشته‌اند (۴) و هم چنین در مطالعه سرداری‌زاده، اشاره می‌شود که بین تشخیص بالینی و نتایج اتوپسی، ارتباط آماری معناداری وجود دارد (۱). در بررسی انجام شده توسط پور جاجرم مشخص گردید که $18/8\%$ از تشخیص‌های بالینی از نظر هیستوپاتولوژیکی رد شده است (۵).

با توجه به اهمیت تشخیص در درمان بیماری و مشکلاتی که بر سر راه پزشکان اطفال در دستیابی به آن وجود دارد؛ در این مطالعه میزان مطابقت تشخیص‌های اولیه با تشخیص نهایی با در نظر گرفتن مسیرهای طی شده در بیمارستان بوعلی مورد بررسی قرار گرفت.

روش کار

این تحقیق به روش توصیفی - مقطعی انجام شد. در این مطالعه پرونده کودکان بستری شده در بخش‌های بیمارستان بوعلی سینای شهر ساری که طی سال ۱۳۸۵ بستری شده‌اند به صورت سرشماری بررسی شد. معیارهای ورود به مطالعه، بستری بودن در یکی از بخش‌های بیمارستان بوعلی در دوره زمانی فروردین ۸۵ لغایت اسفند ۸۵ همان سال بود. معیارهای خروج نیز موارد شناخته شده از قبل (Known case)، بیمار با مراجعه مجدد (بیماری که برای ادامه درمان مراجعه دارد)، بیمار ارجاع شده از

جدول شماره ۱- فراوانی طبقات سنی و وضعیت ترخیص در کودکان بستری شده در بخش‌های بیمارستان بوعلی، سال ۱۳۸۵

گروه سنی	فراوانی (درصد)	وضعیت ترخیص	فراوانی (درصد)
کمتر از یکماه	(۲۸/۸)۳۷۷	بهبودی نسبی	(۵۹)۷۷۲
یکماه تا ۱۲ ماه	(۲۰/۶)۲۷۱	کامل	(۳۶/۴)۴۷۸
سیزده تا ۳۶ ماه	(۱۹/۸)۲۵۹	فوت	(۲/۱)۳۰
بیشتر از ۳۶ ماه	(۳۰/۸)۴۰۳	پیگیری	(۲/۱)۲۹
جمع	(۱۰۰)۱۳۱۰	اعزام	(۰/۰۷)۱
		جمع	(۱۰۰)۱۳۱۰

جدول شماره ۲- فراوانی آزمون‌های آزمایشگاهی و غیر آزمایشگاهی انجام شده برای کودکان بستری شده در بخش‌های بیمارستان بوعلی، سال ۱۳۸۵

نوع آزمون	فراوانی (درصد)	نوع آزمون	فراوانی (درصد)
فرمول شمارش و کشت خون	(۲۹/۷)۱۵۲۵	آنالیز و کشت مایع نخاع	(۲/۱)۱۱۰
بیوشیمی	(۲۷/۳)۱۴۰۱	آزمون‌های انعقادی	(۱/۸)۹۵
آنالیز و کشت ادرار	(۲۳/۴)۱۱۹۷	نوارقلب	(۰/۳)۱۹
آنالیز و کشت مدفوع	(۵/۳)۲۶۸	بیوپسی	(۰/۴)۲۲
راديوگرافي	(۴/۵)۲۲۹	سونوگرافي	(۴/۴)۲۳۱
اکوگرافي	(۰/۸)۳۸	جمع	(۱۰۰)۵۱۳۵

از نظر هزینه بیماران و رضایت خانواده‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. آزمون آنالیز واریانس نیز همبستگی آماری معناداری را بین مدت بستری و مطابقت تشخیص نشان داد ($P=0/04$). در مطالعه سرداری‌زاده نیز این ارتباط معنادار بوده است ($P < 0/001$ و $r = 0/72$) (۱).

طبق نتایج بدست آمده، بیشترین تشخیص اولیه آسیب‌ها و صدمات، ناهنجاری مادرزادی، و عفونت‌ها بوده است و تشخیص‌های نهایی نیز ناهنجاری مادرزادی، آسیب، صدمه و عفونت بود. در مطالعه هاشم‌زاده، بیشترین علت بستری، تب، تشنج و سرفه و بیشترین تشخیص نهایی، پنومونی و برونشیت گزارش شده که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد (۷). در مطالعه براك نیز تب و تشنج ناشی از تب، اسهال و استفراغ و پنومونی مهم‌ترین علل بستری و شایع‌ترین بیماری‌ها، عفونت دستگاه تنفس، گوارش و بیماری‌های عفونی درگیرکننده چند سیستم به عنوان تشخیص‌های هنگام ترخیص بوده‌اند (۸). لازم به تذکر است که در تحقیقات مورد اشاره، برخی از موارد مانند تب یا سرفه به عنوان تشخیص بیماری ذکر شده که از دیدگاه طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها صرفاً علامت بیماری بوده و تشخیص تلقی نمی‌شوند.

در ارتباط با بالا بودن میزان صدمه و آسیب، علاوه بر تصادفات و سوانح باید مواردی مانند کودک آزاری و یا غفلت از کودکان نیز مورد توجه قرار گیرد. مسئله کودک آزاری و یا غفلت امروزه به

با مطابقت کامل $3/7 \pm 3/9$ روز و در بیماران با مطابقت تشخیص نسبی $1/7 \pm 3/8$ روز و در بیماران با عدم مطابقت تشخیص $2/4 \pm 5/2$ روز بود. فراوانی گروه‌های سنی و وضعیت ترخیص در جدول شماره ۱، فراوانی آزمون‌های آزمایشگاهی و غیر آزمایشگاهی انجام شده در جدول شماره ۲، فراوانی تشخیص اولیه و نهایی بر حسب فصول کتاب طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها و مطابقت آن‌ها در جدول شماره ۳ آورده شده است. آزمون آنالیز واریانس وجود همبستگی آماری بین مدت بستری و میزان مطابقت تشخیص‌ها را نشان داد ($P=0/04$). آزمون کای دو عدم ارتباط معنادار بین وضعیت ترخیص با میزان مطابقت ($x^2=8/1, p=0/08, df=4$) و همچنین سن و میزان مطابقت ($x^2=6/2, p=0/09, df=3$) را نشان داد. ضریب توافق کاپا برای تشخیص اولیه با تشخیص نهایی $0/88$ بود.

بحث

حفظ و ارتقای سلامت کودکان از اهداف اصلی نظام سلامت در هر جامعه محسوب می‌شود. شناسایی الگوی بیماری‌ها به عنوان یک ابزار مفید و قدرتمند برای مسئولین می‌تواند به کار گرفته شود. ضرورت به کار گرفتن تشخیص بیماری به منظور تعیین تاثیر آن بر روند درمان برای جوامع پزشکی کاملاً مشخص است.

نتایج این مطالعه نشان دادند که مدت اقامت در صورت مطابقت تشخیص‌ها در مقایسه با عدم مطابقت تشخیص کاهش داشته که

ثبت می‌نمایند (۱۳).

نتیجه‌گیری

به عنوان یک نتیجه‌گیری کلی، در خصوص مقایسه نتایج این مطالعه با سایر مطالعات انجام شده در دنیا، به لحاظ عدم استفاده از دستورالعمل یکسان در طبقه‌بندی تشخیص اولیه و تشخیص نهایی، مقایسه آن‌ها به صورت اختصاصی میسر نیست. به طور مثال از دیدگاه طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها، تصادف با اتومبیل فقط عامل خارجی صدمه بوده و درج آن به عنوان تشخیص، ارزش داده‌ای ندارد. مثال دیگر اینکه ذکر یک علامت و یا نشانه به عنوان تشخیص نهایی نیز به همین صورت بوده و درج عنوان تشخیصی لازم است. اما در صورتی که در پایان دوره درمان، نکته‌ای دال بر یک عنوان تشخیصی یافت نشد به ذکر علامت یا نشانه می‌توان بسنده نمود (۶).

تشکر و قدردانی

این تحقیق با شماره ۱-۸۷ ثبت و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد. از دانشگاه علوم پزشکی مازندران به لحاظ حمایت از این مطالعه قدردانی می‌گردد.

۸/۸۳٪، مشکوة ۷/۷۲٪، قاسمی مریدانی ۶۹٪ و پورجارجم ۲/۸۱٪ و در مطالعه اکبرزاده باغبان در تشخیص اولیه با تشخیص نهایی ۸۳٪ و تشخیص نهایی با علت زمینهای فوت ۹۵٪ بود (۱۲-۱۰، ۹، ۵، ۱). البته میزان بالای مطابقت را می‌توان به چند دلیل نسبت داد. دلیل اول اینکه به دلیل آموزشی بودن بیمارستان، اساتید دائماً در معرض آموزش قرار داشته و بنابر این با دقت بالاتری به تشخیص‌ها دست یافته و آزمون‌های متعدد نیز صرفاً برای آموزش دانشجویان است. دلیل دوم دلالت بر دقت بالای آزمون‌های مورد استفاده مانند بیوپسی یا اسکن که دستیابی به تشخیص نهایی را تسهیل می‌نماید، دارد. دلیل دیگر اینکه تشخیص‌ها به موقع ثبت نمی‌شوند. به این معنا که تشخیص اولیه در بدو ورود بیمار به بیمارستان باید ثبت شود و اساساً پس از اخذ شرح حال و معاینات بالینی و برخی آزمون‌های قبل از بستری، تشخیص اولیه باید مطرح شود. اگر طی دوره بستری با بررسی‌های بیشتر در تشخیص بیمار تغییری ایجاد شود در همان زمان باید به آن اشاره گردد به نحوی که توجیه کننده طرح درمان باشد. اگر در انتهای دوره درمان تغییر در تشخیص بیمار به وجود آید و یا درج تشخیص نهایی منوط به ارائه گزارش پاتولوژی، جواب کشت یا اتوپسی باشد، تا زمان رسیدن نتایج تامل نموده و سپس اقدام به

منابع

1. Sardaryzadeh H, Kabir A, Nodeh AA, Hossieni H. Comparative study between admission and discharge diagnosis in children referred to Aliasghar and Rahmoon hospital 2005. Journal of IRAN University of medical sciences 2003, 33: 45-54.
2. Gazijahani B, Mirzadeh S, Ghotbi R. Clinical examination and taking medical history. Barbara Bitz. 1997, Babazadeh Publication (translated), chapter 20, 635-42.
3. Tudela P, Modol JM, Rego MJ, Bonet M, Vilaseca B, Tor J. Diagnosis mistake in the emergency room: relation to main symptom at admission, reasons and clinical implications. Med Clin (Barc) 2005; 24,125: 366-70.
4. Dietlind LWR, Swarna SCH, Brent AB, John BB, Larry RB, Mark C, et.al. Who makes the diagnosis? The role of clinical skills and diagnostic test results Journal of Eval in Clin Prac, 2007; 13: 321-5.
5. Hossienpor Jajarm H, Mohtasham N. Comparative study between clinical diagnosis and pathological reports in patients who have biopsy in faculty of Dentistry in Mashhad University of medical sciences during 2002-2004. Journal of faculty of dentistry of Mashhad University of medical sciences 2006, 30: 47-54.
6. International Classification of Diseases and Related Health Problems. 10 th revised. 1992. Geneva. WHO publication.
7. Hashemzadeh A, Haydarian F. Causes and signs of children under 5 years in children who hospitalized in child and emergency wards of Qaeem of Mashhad during 2003-2004. Journal of Sabzavar University of medical sciences 2005, 12: 42-7.
8. Brak M, Amrini Sani N, Abbassgholizadeh Nategh A, Rahimmi M. Survey on causes of hospitalization of children in Aliasghar hospital of Ardebil 2001. Journal of Ardebil University of medical sciences. 2004, 3: 18-22.
9. Moshfee A, Hosseni S. Comparative between clinical and microscopic diagnosis of Trichomana Vaginalis in outpatient of Yassoj city. Journal of Armaghane Danesh. 2004, 23: 62-6.
10. Ghassemi Moridani Sh, Mohtasham Z, Sazesh Rahbar Joo F. Correlation between clinical and histopathological diagnosis or oral lesion surgery in the city of Rasht. (2000-2002) Journal of Islamic Society of dentists. 2005, 17: 95-9.
11. Meshkot Mohammad R, Saryazdi S. Accuracy of Bazal cell carcinoma in the reign of eylied. Journal of Mazandaran University of medical sciences, 2005, 15: 62-6.
12. Akbarzadeh Bagheban AR, Massarat E, Hemati M. Correlation between diagnosis and causes of death in medical records of Loghman Hakim hospital during 2005. Scientific Journal of Epidemiology. 2007, 3: 39-46.
13. Hadjavi A. Medical records. Tehran University of medical sciences: 2005, 89.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.