عوامل مؤثر بر کیفیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی: راهکارهای مدیران و پزشکان شاغل در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی کاشان

مهتاب کرمی*، لیلا شکری‌زاده آرانی

چکیده

مقدمه: مستندسازی پرونده پزشکی یک نیاز مهم قانونی و حرفه‌ای برای کلیه متخصصین در امور بهداشت و درمان، و تضمین کلیه مراقبت‌های حیاتی ارائه شده به بیمار است. هدف این مطالعه، تعیین عوامل مؤثر بر کیفیت مستندسازی از دیدگاه مدیران و پزشکان دانشگاه علوم پزشکی کاشان و ارائه راهکار از دیدگاه آنها است.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۸۷ به روش سرشماری بر روی کلیه مدیران و پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان (۳۰۰ نفر) انجام شد. ابزار پژوهش، پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته، شامل سؤالاتی درباره تأثیر عوامل آگاهی و نگرش، رویه‌ها و استانداردها و پیگیری و نظارت بر کیفیت مستندسازی بود که پس از سنجش پایایی و روایی توسط جامعه پژوهش تکمیل گردید. سپس داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیلی با کمک نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

نتایج: در زمینه عوامل مؤثر بر کیفیت مستندسازی، به ترتیب عوامل آگاهی و نگرش بیشترین میانگین امتیازات (۹۴/۳) و بعد از آن عوامل پیگیری و نظارت (۹۰/۱) و نهایتاً عوامل رویه‌ها و استانداردها امتیاز ۸۸/۵ را گرفت. در زمینه راهکارهای ارائه شده، راهکارهای پیشنهادی در زمینه پیگیری و نظارت، بیشترین تأثیر (۹۰/۶) و راهکارهای مربوط به رویه‌ها و استانداردها، کمترین تأثیر را داشت. تفاوت بین دیدگاه گروه‌های مختلف مورد پژوهش معنادار بود.

نتیجه‌گیری: از بین عوامل مؤثر بر کیفیت مستندسازی، عامل آگاهی و نگرش بیشترین تأثیر را بر افزایش کیفیت مستندات دارد، بنابراین، باید اقداماتی در راستای برگزاری دوره‌های آموزشی برای کادر درمانی برای آموزش مستندسازی و تأکید بر عوامل تشویقی و تنبیهی و ارزیابی مستندسازان بر اساس مستنداتشان و مکانیزه نمودن ثبت اطلاعات بهداشتی صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت، مستندسازی، پرونده‌های پزشکی، مدیران، پزشکان شاغل، پرستار.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / زمستان ۱۳۸۸؛ ۹(٤): ۳٥٦ تا ۳٦٤.

مقدمه

پرونده پزشکی ابزاری ارزشمند در فراهم نمودن مراقبت با کیفیت برای بیمار، پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامتی و بهداشت است. کیفیت یک پرونده ازنظر مطالعاتی، تحقیقاتی، اطلاعات علمی و آماری، دقیقاً وابسته به کیفیت محتویات داخل پرونده است که توسط مستندسازان ثبت می‌شود. این کیفیت غالباً بر حسب مربوط بودن، کامل و قابل دسترس، بموقع و خوانا بودن بیان می‌شود(۱). بنابراین، مستندسازی

* **نویسنده مسؤول:** مهتاب کرمی (مربی)، گروه مدارک پزشکی، دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، جاده راوند، کاشان.
karami_m@kaums.ac.ir
لیلا شکری‌زاده آرانی، مربی گروه مدارک پزشکی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان (arani_leila@yahoo.com).

این طرح به شماره ۸۷۴۴ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به ثبت رسیده و هزینه‌های آن از طرف این معاونت پرداخت گردیده است.
این مقاله در تاریخ ۸۷/۱۱/۲ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۸/۳/۱۸ اصلاح شده و در تاریخ ۸۸/۸/۱۹ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

پرونده پزشکی یک نیاز مهم قانونی و حرفه‌ای برای کلیه متخصصین در امور بهداشت و درمان است زیرا مستند- سازی مناسب، تبادل اطلاعات بیمار را برای همه اعضای تیم درمانی تسهیل می‌سازد که این خود برای تضمین کلیه مراقبت‌های ارائه شده به بیمار حیاتی است. همچنین پرونده‌های پزشکی می‌توانند برای تحقیق، ارزیابی کیفی و اهداف پزشکی قانونی استفاده گردند(۲و۳).

علی‌رغم اهمیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی، متأسفانه، پژوهش‌های انجام شده در ایران نشان داده‌اند کیفیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی توسط پزشک، پرستار و مسؤولین پذیرش رضایت‌بخش نمی‌باشد(٤تا٨) که می‌تواند عوامل متعددی در آن نقش داشته باشد. بطور مثال، در پژوهشی عنوان گردیده است که عواملی از قبیل وقت‌گیر بودن ثبت گزارشات برای برخی از پرستاران، نبودن تأکید لازم از طرف مسؤولین و پزشکان معالج، عدم تأثیر ثبت کامل گزارشات در ترفیع کاری پرسنل و عدم سیستم پاداش و تنبیه می‌توانند در وضعیت عملکرد دخالت داشته باشند(۹). اما پژوهشی دیگر نشان داد که اکثریت کادر پزشکی (٦٠ درصد)، دستیاران و دانشجویان پزشکی از اصول مستندسازی و جنبه‌های قانونی آن آگاهی ندارند و از آموزش کافی نسبت به نحوه تکمیل اطلاعات پرونده بهره‌مند نیستند(۱۰).

اکثر پژوهش‌های انجام شده در جهان، در مقایسه با نتایج مطالعات انجام شده در ایران، کیفیت مطلوب‌تری در رعایت اصول و استانداردهای مستندسازی توسط متخصصین مختلف نشان می‌دهند. از نتایج این پژوهش‌ها چنین به نظر می‌رسد که علت اصلی آن نقش مستندات در بازپرداخت‌های مالی به سازمان و درمانگران، ارزیابی سازمان و درمانگران و کاربرد آنها در مراجع قانونی می‌باشد(۲،۳و۱۱). از نتایج مطالعات متعدد چنین استنباط می‌گردد که عواملی از قبیل آگاهی، نگرش، آموزش، دستورالعمل‌ها، استانداردها و اهرم‌های نظارتی می‌توانند بر افزایش کیفیت مستندسازی مؤثر واقع گردند(۲،۳،۹،۱۰و۱۲).

با در نظر گرفتن این مهم که مستندسازی صحیح، پرونده پزشکی را به یک ابزار اولیه برای ارزشیابی عملکردها و مراقبت‌های بهداشتی درمانی تبدیل می‌کند. بیمارستان‌ها باید درصدد شناخت عوامل مؤثر بر افزایش کیفیت مستندسازی در جهت ارتقای کیفیت مراقبت بهداشتی درمانی برآیند(۱۳). از طرفی، بنا بر دیدگاه مدیریت کیفیت فراگیر، بهترین افرادی که مشکلات مربوط به یک فعالیت را درک می‌کنند، کسانی هستند که آن فعالیت را انجام می‌دهند. در نتیجه، مهم‌ترین راه حل را هم همان افراد می‌توانند ارائه دهند. بنابراین، مدیریت باید زمینه نظرخواهی از آنان را فراهم کرده و از راه‌های مناسب به جمع‌بندی نظرات آنها بپردازد، در این صورت است که تصمیم‌گیری منجر به افزایش کارآیی و بهره‌وری می‌گردد(١٤).

با توجه به این دیدگاه، مدیریت کیفیت و همچنین اهمیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی در ارزیابی کیفیت مراقبت و اعتباربخشی بیمارستان و با استناد به نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۳ بر روی پرونده‌های بیماران بستری و اورژانس بیمارستان‌های این دانشگاه، که کیفیت مستندسازی را از لحاظ میزان رعایت اصول مستندسازی پرونده‌های پزشکی در حد متوسط و ضعیف نشان داده(۷و۸)، شناخت عوامل مؤثر بر کیفیت آن حائز اهمیت می‌باشد. بنابراین، هدف این مطالعه تعیین عوامل مؤثر بر کیفیت مستندسازی از دیدگاه مدیران و پزشکان دانشگاه علوم پزشکی کاشان بود تا به دنبال آن راهکارهایی برای بهبود کیفیت در مستندسازی از دیدگاه خود آنها ارائه گردد.

روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی- مقطعی است که در سال ۱۳۸۷ انجام گردید. جامعه پژوهش شامل مدیران (مدیران اجرایی، مترون‌ها و سوپروایزرهای پرستاری و مسؤولین مدارک پزشکی) و پزشکان شاغل در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی کاشان بودند (۳۰۰ نفر). به دلیل در

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

دسترس بودن کل جامعه پژوهش و همچنین برای ارتقای قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش، نمونه پژوهش منطبق با جامعه پژوهش در نظر گرفته شد و به صورت سرشماری ۳۰۰ پرسشنامه توزیع شد.

به منظور گردآوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته مشتمل بر سه قسمت استفاده گردید که قسمت اول آن مربوط به اطلاعات دموگرافیک جامعه پژوهش؛ قسمت دوم، شامل ١٤ سؤال در رابطه با نظر جامعه پژوهش در مورد تأثیر عوامل آگاهی و نگرش، رویه‌ها و استانداردها و پیگیری و نظارت بر کیفیت مستند-سازی؛ و قسمت سوم، شامل ۱۱ سؤال در رابطه با دیدگاه مستندسازان نسبت به راهکارهای پیشنهادی برای افزایش کیفیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی بود. سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت با ساختار ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف) طراحی و بالاترین امتیاز برای گزینه کاملاً موافق (۱۰۰) و کمترین امتیاز برای گزینه کاملاً مخالف (۲۰) منظور گردید.

برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش test و retest استفاده گردید. بدین صورت که یک بیمارستان خارج از جامعه پژوهش به عنوان آزمایشی انتخاب و پرسشنامه در دو نوبت به فاصله زمانی ۱۰ روز بین ده نفر از پزشکان و مدیران توزیع و سپس ضریب همبستگی پیرسون (r=۰/۸۲) محاسبه شد. روایی پرسشنامه هم با بهره‌گیری از نظرات چند تن از اساتید مدارک پزشکی دانشکده پیراپزشکی و مشورت با شماری از مسؤولین مدارک پزشکی، مدیران و پزشکان با تجربه بیمارستان‌ها و نیز با استفاده از کتب و مقالات تخصصی رشته مدارک پزشکی سنجیده شد. تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت مراجعه به محل کار جامعه پژوهش بود. پرسشنامه‌ها به صورت خودایفا تکمیل شده و در همان زمان و یا به صورت پیگیری در آینده جمع‌آوری شد.

برای تحلیل داده‌های پژوهش، علاوه بر شاخص‌های موجود در آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار، از آزمون آماری ANOVA برای مقایسه میانگین امتیازات بین گروه‌های مختلف جامعه پژوهش استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-14 انجام گرفت.

نتایج

از ۳۰۰ پرسشنامه توزیع شده، ۲۳۳ نفر پرسشنامه را تکمیل کردند که مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (response rate=٪۷۷/٦۷). یک صد و چهل و چهار نفر (٦۱/۵ درصد) از جامعه پژوهش را مردان و ۹۰ نفر (۳۸/۵ درصد) را زنان تشکیل دادند. بیشترین تعداد افراد جامعه پژوهش ۸۸ نفر (۳۷/٤ درصد) در گروه سنی ٤۹-٤۰ و ۲۰۲ نفر (۸۵/۹ درصد) با مدرک تحصیلی دکترا بودند و جامعه پژوهش را ۱۹٦ نفر (۸٤/۲ درصد) پزشکان، ۵ نفر (۲/۱ درصد) مدیران اجرایی، (۱۱/٦ درصد) ۲۷ نفر مترون‌ها و سوپروایزرها و (۲/۱ درصد) ۵ نفر مسؤولین مدارک پزشکی تشکیل دادند.

در زمینه عوامل مؤثر بر کیفیت مستندسازی به ترتیب عوامل آگاهی و نگرش بیشترین میانگین امتیازات (۹٤/۳) و بعد از آن عوامل پیگیری و نظارت (۹۰/۱)، و در نهایت، عوامل رویه‌ها و استانداردها امتیاز ۸۸/۵ را گرفت که در این بین پزشکان، مدیران اجرایی و مسؤولین مدارک پزشکی عوامل آگاهی و مترون‌ها و سرپرستاران عوامل پیگیری و نظارت را مؤثرتر دانستند. جامعه پژوهش معتقد بودند راهکارهای پیشنهادی در زمینه پیگیری و نظارت، بیشترین تأثیر بعد از آن آگاهی و نگرش، و راهکارهای مربوط به رویه‌ها و استانداردها کمترین تأثیر را دارد. آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که اختلاف بین نظرات زیرگروه‌های جامعه پژوهش معنادار می‌باشد (p<۰/۰۵) (جدول ۱ و ۲).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نظرات جامعه پژوهش به اجزای عوامل مؤثر بر کیفیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی

عوامل مؤثر	پزشک	مدیر اداری	مترون و سرپرستار	مسؤول بخش مدارک پزشکی	میانگین	p
آگاهی و نگرش						
آگاهی مستندسازان نسبت به اهمیت ثبت اطلاعات	۹۴/۸۵±۹/۲	۱۰۰±۰	۶۵/۲±۲۸/۶	۹۲±۱۰/۹	۹۴/۲±۸/۶	۰/۰۰
آگاهی پزشکان از واژه‌ها و اطلاعات علمی و استاندارد	۹۵/۷±۸/۵	۸۸±۱۷/۹	۹۷±۹/۱	۹۶±۸/۹		
آموزش نحوه تکمیل اوراق پرونده به مستندسازان	۹۷/۱±۸/۹	۹۶±۸/۹	۸۶/۷±۱۱/۱	۹۲±۱۰/۹		
میانگین	۹۵/۹±۰	۹۰±۷/۳	۷۶/۲±۱۲/۹	۸۹/۳±۸/۲		
رویه‌ها و استانداردها						
وجود فرصت کافی برای تکمیل اطلاعات پرونده بیمار توسط کادر پزشکی	۹۵/۴±۹	۹۲±۱۰/۹	۶۴/۴±۲۸/۴	۸۰±۳۴/۶	۸۸/۵±۱۰/۲	۰/۰۰
ارسال به موقع گزارشات آزمایشگاهی قبل از ترخیص بیمار به بخش بستری	۹۳/۷±۱۱/۷	۸۸±۱۷/۹	۸۵/۲±۹	۸۴±۱۶/۷		
نوع مندرجات و اطلاعات درخواست شده در فرم‌های مدارک پزشکی	۹۰/۲±۱۴/۷	۸۴±۱۶/۷	۶۳±۲۵/۲	۹۲±۱۰/۹		
وجود بخشنامه و دستورالعمل از مقام بالاتر در زمینه تکمیل اطلاعات	۸۴/۶±۱۶/۸	۹۲±۱۰/۹	۸۳±۱۰/۷	۸۸±۱۷/۹		
استفاده از سیستم‌های رایانه‌ای مثل EMR و HIS	۸۶/۲±۱۰/۴	۹۶±۸/۹	۹۷±۹/۱	۹۶±۸/۹		
میانگین	۹۰/۲±۴/۶	۹۰±۱۰/۳	۷۶/۲±۱۵/۳	۸۹/۳±۷/۹		
پیگیری و نظارت						
نظارت اتندها بر کار کارورزان و دستیاران برای ثبت اطلاعات پرونده	۹۴/۹±۱۲/۶	۹۶±۸/۹	۸۵/۹±۱۰/۸	۸۴±۱۶/۷	۹۰/۱±۸/۱	۰/۰۳
عملکردهای نظارتی از سوی بیمارستان بر تکمیل اطلاعات پرونده	۸۷/۷±۱۵/۲	۹۲±۱۰/۹	۹۷±۹/۱	۹۲±۱۰/۹		
بررسی کامل بودن اطلاعات در ایستگاه پرستاری و همزمان با حضور بیمار در بخش بستری	۹۰/۴±۱۰/۴	۸۴±۱۶/۷	۹۵/۶±۱۰/۱	۹۲±۱۰/۹		
مورد سؤال قرار گرفتن مستندسازان در قبال عدم تکمیل پرونده‌ها	۹۱±۱۴/۷	۹۶±۸/۹	۹۶/۳±۷/۹	۸۸±۱۷/۹		
دخیل بودن کیفیت ثبت مستندسازان در ارتقای شغلی، حقوق و مزایای آنها	۸۴/۵±۱۲/۹	۹۲±۱۰/۹	۹۴/۸±۸/۹	۹۲±۱۰/۹		
تأثیر کیفیت ثبت مستندسازان در ارزیابی عملکرد آنها	۸۴/۵±۱۲/۴	۹۲±۱۰/۹	۹۵/۶±۸/۴	۹۲±۱۰/۹		
میانگین	۸۹/۵±۶/۶	۹۳/۱±۲/۶	۹۴/۷±۵/۷	۸۸/۶±۶/۴		

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نظرات جامعه پژوهش به اجزای راهکارهای پیشنهادی برای افزایش کیفیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی

عوامل مؤثر	پزشک	مدیر اداری	مترون و سرپرستار	مسؤول بخش مدارک پزشکی	میانگین	p
آگاهی و نگرش						
برگزاری دوره‌های آموزشی برای دانشجویان پزشکی و سایر کادر درمانی و آگاه نمودن آنها نسبت به اهمیت اطلاعات مدارک پزشکی	۸۸/۳±۱٤/۳	۸۴±۱٦/۷	۹۶/۳±۷/۹	۸۰±۳٤/٦		
تدوین دستورالعمل‌ها و خط و مشی‌هایی برای تکمیل اوراق پرونده از طرف کمیته مدارک پزشکی بیمارستان و ابلاغ آن به مستندسازان پرونده‌ها	۹۳±۱۷/۲	۹۲±۱۰/۹	۹۳/۳±۱٦/٦	۹۲±۱۰/۹	۹۰±۸/۹	۰/۰۲
برگزاری کارگاه‌های اصول تشخیص‌نویسی مستندسازان و آشنایی با مدارک پزشکی برای پزشکان و سایر مستندسازان	۹۰±۱۳/۵	۸۸±۱۷/۹	۹۴/۸±۱۰/۵	۸۴±۱٦/۷		
میانگین	۹۵/۹±۸/۵	۹۴/۷±۹/۹	۸۳±۸/۷	۹۳/۳±۸/۲		
رویه‌ها و استانداردها						
تجدید نظر در محتوای و مندرجات فرم‌های مورد استفاده در پرونده	۸٤/٤±۱٦/٤	۸۴±۱٦/۷	۹۴/۱±۹/۳	۹۳/۳±۱۷/۲		
برنامه‌ریزی و اتخاذ تدابیری برای ارسال بموقع گزارش‌های آزمایشگاهی به بخش مربوطه	۹۰/۱±۱٤/۷	۸۸±۱۷/۹	۹۱/۸±۱۷/۸	۸۳/۳±۱۰/۲	۸۸/۳±۸/٤	۰/۰۰٤
تأیید اتند در مورد مندرجات پرونده‌هایی که کارورزان و دستیاران تکمیل نموده‌اند	۹۰/۱±۱٤/۷	۹۲±۱۰/۹	۹۵/۶±۱۰/۱	۸۶/۷±۱۱/۱		
اقدام برای مکانیزه کردن سیستم تبادل اطلاعات بیمارستانی	۸۸/۵±۱۵/۲	۸۸±۱۷/۹	۹۴/۲±۱۲/۲	۸۶/۷±۱۱/۱		
میانگین	۹۰/۲±۷/۸	۹۰±۸/۹	۷۶/۲±۹/۲	۸۹/۳±۸		
پیگیری و نظارت						
ارزیابی کارورزان و دستیاران در پایان هر دوره آموزشی بر اساس کیفیت مستندات آنها	۹۳/٦±۱٤/۵	۹۶±۸/۹	۹۷±۹/۱	۹۶±۸/۹		
نظارت مسؤولین بیمارستان‌ها بر نحوه تکمیل پرونده	۸۷/۱±۱۷/۳	۸۸±۱۷/۹	۹۶/۳±۷/۹	۹۲±۱۰/۹	۹۰/۶±۸/۲	۰/۱۲
تشویق و تنبیه مستندسازان بر اساس کیفیت مستندات آنها	۹۱/۱±۱٦/۱	۸۸±۱۷/۹	۹۷/۸±٦/٤	۹۲±۱۰/۹		
ارزیابی عملکرد مستندسازان بر اساس کیفیت مستندات آنها	۹۲/۲±۱٤/۷	۸۸±۱۷/۹	۹۷±۹/۱	۹۶±۸/۹		
میانگین	۸۹/۵±۱۱	۹۳/۱±۷/۸	۹۴/۷±٦/۷	۸۸/۶±٦/٤		

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

بحث

عوامل آگاهی و نگرش بیشترین تأثیر را بر افزایش کیفیت مستندسازی دارد. در این باره، کلارک هم در مطالعه خود به این نتیجه رسید که کیفیت مستندسازی با آموزش پرستاران تا ۳۰ درصد بهبود می‌یابد و مشخص نمود که ارتباط قوی بین برنامه آموزشی مداوم و بهبود اقدامات پرستاری وجود دارد(۱۵). کاهویی در پژوهش خود اظهار داشت که بین میزان آگاهی و دوره آموزشی رابطه معناداری وجود دارد(۹). همچنین پیشنهاد شده که با آموزش مستندسازان در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی می‌توان روند ثبت اطلاعات در پرونده‌های پزشکی را بهبود بخشید(۱۶). بهره‌مند نبودن کادر پزشکی از آموزش کافی نسبت به نحوه تکمیل اطلاعات پرونده(۳،۱۰و۱۲) نیز اهمیت برگزاری دوره‌های آموزشی مداوم و برنامه‌ریزی به منظور برگزاری این دوره‌ها را ضروری می‌سازد.

با استناد به این که یکی از مهم‌ترین علل نقص پرونده‌های پزشکی، بی‌توجهی پزشکان و جراحان به فرایند ثبت اطلاعات مراقبت است(۱۷)، پیشنهاد می‌گردد طبق نظر جامعه پژوهش، ابتدا با برگزاری کارگاه‌های آموزش مستندسازی برای کادر درمان و دانشجویان پزشکی و پرستاری، به تدوین دستورالعمل‌ها و خط مشی‌ها پرداخت و آن را در اختیار کادر درمانی قرار داد تا مستندسازان، هم با اصول و روش‌های مستندسازی آشنا گردند و هم به اهمیت و ارزش کار مستندسازی خود در فرایند مراقبت پی ببرند.

در مورد عوامل پیگیری و نظارت، بیشترین میانگین امتیازات مربوط به نظارت اتندها بر کار کارورزان و دستیاران برای ثبت اطلاعات پرونده‌هاست. همان طور که توکلی نیز بیان می‌دارد، عدم نظارت اتند بر اطلاعاتی که کارورزان یا دستیاران در پرونده بیمار ثبت می‌کند، از علل بسیار مهم در ناقص ماندن پرونده‌های پزشکی است(۱۲). دیگران نیز بر این عقیده‌اند که نظارت دقیق اساتید و پزشکان بر فرایند مستندسازی و بازخورد آن به دانشجویان و دستیاران بین ۶۰ تا ۸۰ درصد این فرایند را بهبود می‌بخشد(۱۸). در این زمینه نیز، بنا به نظر جامعه پژوهش، پیشنهاد می‌شود در پایان هر دوره آموزشی کارورزان و دستیاران کیفیت مستندسازی آنان نیز در ارزیابی آنها دخیل باشد و پایان هر دوره آموزشی آنها را منوط به ارائه گواهی تأیید از بخش مدارک پزشکی دانست.

و اما در مورد ارزیابی کادر درمان بر اساس کیفیت مستندات، فقط مدیران معتقد بودند که می‌توان ارزیابی کیفیت مستندات افراد را معیاری برای اعطای پاداش قرارداد و در این راستا، به اهمیت اهرم‌های نظارتی از طرف بیمارستان بر روی تکمیل اطلاعات پرونده اشاره نمودند، چرا که اعطای پاداش و تخصیص تنبیه، تابع سیاست‌های سازمان است و از علل اصلی ارزیابی عملکرد می‌باشد. البته باید خاطر نشان نمود که این ارزیابی و دخیل نمودن کیفیت ثبت در ارزیابی، فرصت‌هایی برای بهبود کارها فراهم می‌آورد که از طریق آن پیشنهادهایی برای ارتقای افراد و سازمان نیز صورت می‌پذیرد. در امریکا، پزشکان بر اساس کامل و دقیق بودن مستندات خود ارزیابی شده و بازپرداخت‌های مالی آنها نیز بر همین اساس صورت می‌گیرد. چنان که در تکمیل پرونده‌های خود اهمال نمایند، جواز طبابت آنان برای مدتی لغو و اجازه پذیرش بیمار در بیمارستان را ندارند، زیرا، کامل بودن مستندات آنها در ارزیابی بیمارستان توسط سازمان JCAHO (Join Commission in Accreditation of Health Organization) و در درآمد بیمارستان تأثیر بسزایی دارد(۱۷).

در مورد عوامل رویه‌ها و استانداردها که نسبت به عوامل دیگر امتیاز کمتری را کسب نمودند. یافته جالب توجه، بیشترین میانگین امتیاز نظرات جامعه پژوهش به استفاده از سیستم‌های رایانه‌ای مثل HIS (Hospital Information System) و EMR (Electronic Medical Record) بود که در این مورد در مطالعه‌ای به

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

این نتیجه رسیده‌اند کیفیت ثبت گزارش عمل جراحی به صورت سیستم رایانه‌ای بالاتر از ثبت این گزارش در فرم‌های مربوطه به صورت دستی می‌باشد، زیرا، ثبت رایانه‌ای در بردارنده تمامی معیارهای مورد نیاز و موارد قانونی می‌باشد(۱۹). ویلسون نیز در تحقیق خود به این یافته رسید که در میان ۸۵ درصد از پزشکانی که در ورناک شایر ادینبورگ از رایانه استفاده نموده‌اند، ٤٦ درصد از مدارک پزشکی بطور کامل ارسال شده و در ۵۱ درصد موارد بین مدارک پزشکی رایانه‌ای و دستی از نظر ثبت بیماری، اطلاعات دارویی و نتایج معاینات، تطابق و هماهنگی وجود داشته است(۲۰).

در مطالعه‌ای، با استفاده از سیستم‌های رایانه‌ای ٦۲ درصد از خطاهای دارویی کاهش یافته است(۲۱). در تحقیقی متذکر شده‌اند که عدم ثبت رایانه‌ای اطلاعات و استفاده نکردن از مدارک پزشکی استاندارد، یکی از دلایل کاهش کیفیت مستندات مدارک پزشکی در مراکز مورد بررسی بوده است(۲۲). همچنین در تحقیقی دیگر این نتیجه مشاهده گردید که در یک مستندسازی کارآمد باید اطلاعات به سرعت ثبت شود بدون اینکه صحت و درستی آن از بین برود، برای رسیدن به این هدف استفاده از سیستم‌های رایانه‌ای در زمینه اطلاعات بهداشتی می‌تواند کمک کننده باشد(۷). بنابراین، پیشنهاد می‌گردد بیمارستان‌ها برای مکانیزه نمودن ثبت اطلاعات بهداشتی اقدام نموده و با ثبت دقیق، کامل و بموقع اطلاعات، برای ارتقای سطح سلامت جامعه بطور صحیح و مبتنی بر اطلاعات برنامه-ریزی نمایند.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به محدود بودن نتایج به دانشگاه علوم پزشکی کاشان و به یکسان نبودن تعداد پزشکان و مدیران و عدم تمایل بعضی از پزشکان در تکمیل پرسشنامه اشاره کرد.

در نهایت، بنا بر یافته‌های پژوهش می‌توان چنین پیشنهاد کرد که برای افزایش کیفیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی، باید از یک طرف، دستورالعمل‌ها و خط مشی‌هایی برای تکمیل اوراق پرونده تدوین و سپس دوره‌های آموزش مستندسازی برای دانشجویان پزشکی و سایر کادر درمانی برگزار گردد و از اساتید و پزشکان معالج خواسته شود که نظارتی دقیق بر فرایند مستندسازی پرونده‌های پزشکی داشته باشند و از طرف دیگر، بیمارستان نیز بر روی تکمیل اطلاعات پرونده نظارت نموده و میزان مستندات دقیق، کامل و صحیح را به عنوان معیار برای ارزیابی مستندسازان برای ترفیع شغلی و مبنایی برای بازپرداخت‌های مالی آنها قرار دهد.

نتیجه‌گیری

از بین عوامل مؤثر بر کیفیت مستندسازی عامل آگاهی و نگرش بیشترین تأثیر را بر افزایش کیفیت مستندات دارد. اما در زمینه راهکارهای پیشنهادی، جامعه پژوهش بر راهکارهای ارائه شده در زمینه عوامل پیگیری و نظارت بیشترین موافقت را اعلام می‌دارند که بر این اساس، اقدام برای افزایش آگاهی مستندسازان در مورد شیوه عملکرد آنها و تأثیری که اقدام فعلی آنها بر استفاده آتی از همین مستندات در زمینه‌های آموزشی، پژوهشی، قانونی و مالی دارد، در واقع گامی است برای مثبت نمودن نگرش آنان نسبت به انجام مستندسازی صحیح و بموقع، که البته برای نهادینه شدن و بهبود مستمر در مستندسازی نیز لازم است بیمارستان، به منظور نظارت مداوم بر عملکرد مستندسازان، ارزیابی مستندات و بازخورد نتیجه ارزیابی به هر یک از مستندسازان، تصمیماتی را اتخاذ نماید. لازم به یادآوری است عوامل رویه‌ها و استانداردها برای هر نوع اقدامی برای موارد پیش‌گفت در قالب یک ضرورت لحاظ می‌گردد.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

منابع

1. Moghaddasi H. [Information quality in health care]. Tehran: Vajepardaz. 2006. [Persian]
2. Phillips A, Stiller K, Williams M. Medical record documentation: the quality of physiotherapy entries. Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice 2006; 4(3): 1-17.
3. 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 Jan-Feb; 25(1): 46-9.
4. Masouri F. [A survey of the nursing practice to document medical records in three selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences]. [dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences. 2002. [Persian]
5. Shoghli A. [A survey of the quality of documentation by nursing students in shafieeh educational hospitals in Zanjan]. [Research plan]. Zanjan: Zanjan University of Medical Sciences. 2004. [Persian]
6. Mashoufi M, Amani F, Rostami Kh, Mardi A. [Evaluation of information recording in hospitals of Ardabil University of Medical Sciences]. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2007; 3(11): 43-9. [Persian]
7. Farzandipour M, Asefzadeh S. [Surveying the principle of diagnosis recording in patient's medical records of Kashan hospitals]. Feyz (Journal of Kashan University of Medical Sciences) 2005; 8(31): 68-73. [Persian]
8. Rangraz Jeddi F. Farzandipour M. Mousavi GhA. [Completion rate of information in emergency record in kashan hospitals]. Feyz (Journal of Kashan University of Medical Sciences) 2005; 8(31): 36-44. [Persian]
9. Kahouei M, Sadoughi F, Askari Majdabadi H. [Medical assistant's and students knowledge and practice rate of Semnan University of Medical Sciences regarding to documentation of care provided to patient from medico legal aspect]. Journal of Legal Medicine of Islamic Republic of Iran 2007; 46(13): 92-7.
10. Askari Majdabadi H, Kahooei M. [Survey of the quality of nursing practice of documentation to determine their training needs and providing them with a program of quality promotion]. Asrar (Journal of Sabzevar School of Medical Sciences) 2004; 4(10): 61-9. [Persian]
11. Soto CM, Kleinman KP, Simon SR. Quality and correlates of medical record documentation in the ambulatory care setting 2002. BMC Health Serv Res 2002 Dec 10; 2(1): 22.
12. Tavakoli N. [Identification of reasons for incompleteness of medical records and manager's view in this regard]. Journal of Health Information Management 2005; 2(1): 15-24. [Persian]
13. Tabibi J, Ebadifard Azar F. Turani S. Khalesi N. [Total quality management in healthcare services]. Tehran: Olum Novin Pardazan. 2000. [Persian]
14. Karami MA. [Survey of implementation rate of total quality management principles and concepts in medical record department of educational hospitals based in Iran medical sciences university]. [Dissertation]. Management & Informatics Faculty: Iran University of Medical Sciences. 2006. [Persian]
15. Clarke T. A quality review of high-dependency patient care. Aust Crit Care 1996 Sep; 9(3): 96-7, 100-11.
16. Asadi F. [Recording rate of emergency patient's information in Iran university of medical sciences]. Journal of Hospital 2000; 12(4): 27-35. [Persian]
17. Daniali A, Keshtkaran A. [Management of medical record department]. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences. 2001. [Persian]
18. Opila DA. The impact of feedback to medical housestaff on chart documentation and quality of care in the outpatient setting. J Gen Intern Med 1997 June; 12(6): 352–6.
19. O'Bichere A, Sellu D. The quality of operation notes: can simple word processors help? Ann R Coll Surg Engl 1997 Sep; 79(5 Suppl): 204-8.
20. Moghaddasi H, Sheikhtaheri A, Hashemi N. [Reducing medication errors: role of computerized physician order entry system]. Journal of Health Management 2007; 27(10): 57-68. [Persian]
21. Anderson JG, Jay SJ, Anderson M, Hunt TJ. Evaluating the potential effectiveness of using computerized information systems to prevent adverse drug events. Proc AMIA Annu Fall Symp 1997: 228-32.
22. Bassøe CF, Skogstad F, Maartmann-Moe K. Standardization of medical forms in health care. Tidsskr Nor Laegeforen 1993 Apr 20; 113(10): 1251-3.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

Related Factors in Medical Records Documentation Quality and Presenting Solutions from Managers' and Physicians' Viewpoints Occupied in Hospitals Affiliated to Kashan University of Medical Sciences

Karami M, Shokrizadeh Arani L.

Abstract

Introduction: *Medical record documentation is an important legal and professional requirement for all health professionals which ensures holistic patient care presented to him. The aim of this study was to determine factors affecting documentation quality from the viewpoints of managers and physicians in Kashan University of Medical Sciences and present solutions.*
Methods: *This descriptive cross-sectional study was performed through census in which all managers and physicians employed in universities affiliated to Kashan University of Medical Sciences participated (n=300). The study tool was a questionnaire made by the researcher including questions on effects of factors such as knowledge, attitude, and procedures and standards and follow up and supervision on documentation quality, which was completed by study population after evaluating its reliability and validity. Data, was analyzed by SPSS software using descriptive analytic statistics indices.*
Results: *Among the factors affecting documentation quality, factors of knowledge and attitude respectively enjoyed the highest mean score (94.3) and after that, factors of follow up and supervision (90.1) were placed and factors of processes and standards got the mean score of 88.5 finally. Regarding presented solutions, the recommended strategies for follow up and supervision were more effective (90.6) and resolutions for processes and standards were less effective than others. There was a significant difference among different groups under investigation.*
Conclusion: *Among the factors affecting documentation quality, the factors of knowledge and attitude enjoy the most affectivity on document quality. Therefore, it is recommended to hold training courses for the medical staff for teaching documentation, putting emphasis on reward/punishment factors, evaluating documentation staff based on their documents and computerizing health data entry.*

Key words: Quality, Documentation, Medical records, Solution presentation, Managers, Employed physicians, Matron, Nurse.

Addresses
Corresponding Author: Mahtab Karami, Instractor, Medical Documentation, School of Allied Health Sciences, Kashan University of Medical Sciences, Ravand Road, Kashan, Iran.
E-mail: karami_m@kaums.ac.ir
Leila Shokrizadeh Arani, Instractor, Medical Documentation, School of Allied Health Sciences, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. E-mail: arani_leila@yahoo.com

Source: Iranian Journal of Medical Education 2010 Win; 9(4): 356-363.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]