

بررسی میزان کارایی پرونده‌های پزشکی در پاسخگویی به موارد ارجاعی سازمان پزشکی قانونی کاشان

مهرداد فرزندی پور^۱، لیلا شکری زاده^۲، زهرا میدانی^۳، فاطمه رنگرز جدی^۱، سمیه داوودی^۳، پریسا فرشید^۴

^۱ دکتری تخصصی مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
^۲ دانشجوی دکتری مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
^۳ پژوهشگر، کارشناس ارشد آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
^۴ پژوهشگر، کارشناس ارشد آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

چکیده

سابقه و هدف: سالانه هزاران نفر به عنوان ارجاعات پزشکی قانونی به قصد دریافت پرونده بالینی مربوط به ضرب و جرح، تصادفات، نزاع و حوادث، قصور پزشکی، معاینه اجساد و معاینات بالینی به پزشکی قانونی مراجعه می‌کنند. این پژوهش با هدف بررسی پاسخگویی پرونده پزشکی به مراجعات قانونی به بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کاشان انجام گرفت.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی-کاربردی در سال ۱۳۸۹ بر روی پرونده‌های بالینی مراکز درمانی شهرستان کاشان، ارسالی به پزشکی قانونی، انجام شد. نوع مدارک درخواست شده توسط پزشکی قانونی، دلایل ارجاع به پزشکی قانونی و دلایل عدم استفاده از پرونده‌های بالینی بررسی شد. گردآوری اطلاعات با مراجعه حضوری به پزشکی قانونی انجام و موارد ارجاعی به پزشکی قانونی که برای پاسخ به آنها نیاز به پرونده بالینی بود، استخراج گردید و با استفاده از نرم افزار SPSS15 تحلیل آماری شد.

یافته‌ها: از ۱۰۲۱۲ مراجعه به مرکز پزشکی قانونی در سال ۱۳۸۹، موارد درخواست پرونده بالینی، ۱۳۲۰ مورد (۱۳ درصد) بود که بیشترین مورد (۸۰ درصد) مربوط به تصادفات بود. ۱۳۴ مورد (۱۰/۲ درصد) دقیق نبودن اطلاعات پرونده، ۲۶۴ مورد (۱۲ درصد) کامل نبودن اطلاعات پرونده، ۲۸ مورد (۲ درصد) فاقد اعتبار بودن مدرک به دلیل نداشتن مهر، ۳۱ مورد (۲ درصد) فاقد اعتبار بودن مدرک به دلیل نداشتن امضاء، ۵۷ مورد (۴/۳ درصد) فاقد اعتبار بودن مدرک به دلیل عدم رعایت اصول مستندسازی و ۳۲ مورد (۲/۴ درصد) عدم مطابقت گزارشات پاراکلینیک با نظریه پزشک و سایر مستندات، از جمله موارد عدم استفاده از پرونده‌های بالینی در رسیدگی‌های قانونی بود.

نتیجه‌گیری: پرونده‌های پزشکی از بعد کیفیت مستندسازی از جهت دقت، صحت، کامل بودن، سازگار بودن و دارای مهر و امضا بودن دارای نقاط ضعف متعددی هستند.

واژگان کلیدی: پاسخگویی، پزشکی قانونی، پرونده پزشکی.

مقدمه

همین دلیل توسعه و تکامل این علم بر پایه اطلاعات صحیح و آگاهی‌های مبتنی بر واقعیات، ضروری می‌باشد (۱). در این راستا اطلاعات ثبت شده در مدارک پزشکی بیماران و مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی از اساسی‌ترین منابع مهم در علوم بهداشتی محسوب می‌شوند (۲).

بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که مدارک پزشکی در زمینه پاسخگویی به مسائل حقوقی و قانونی به میزان ۵۴

یکی از مهم‌ترین علومی که با سرنوشت مملکت و ارتقاء سلامت جامعه جهانی مرتبط می‌باشد، علوم بهداشتی است. به

آدرس نویسنده مسئول: کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، لیلا شکری زاده

(email: arani_leila@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۸/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۹/۶

مواد و روشها

پژوهش به روش توصیفی و از نوع کاربردی در سال ۱۳۸۹ انجام شد و در آن پرونده‌های بالینی مراکز درمانی شهرستان کاشان، ارسالی به پزشکی قانونی بررسی شدند. کل درخواست‌های پزشکی قانونی از پرونده‌های بالینی به تعداد ۱۳۲۰ مورد بررسی شده و از نمونه‌گیری استفاده نشد. متغیرهای مورد پژوهش نوع مدارک درخواست شده توسط پزشکی قانونی، دلایل ارجاع به پزشکی قانونی و دلایل عدم استفاده از پرونده‌های بالینی بود. در ارتباط با دلایل عدم استفاده، دقیق نبودن موارد ثبت شده، کامل نبودن و فاقد اعتبار بودن مدرک بودن به دلیل نداشتن مهر و امضا، فاقد اعتماد بودن به دلیل عدم رعایت اصول مستند سازی (خط خوردگی و لاک گرفتگی) و عدم مطابقت گزارشات پاراکلینیکی با نظریه پزشک و سایر مستندات ارزیابی شدند. این آیت‌ها بر اساس بررسی کتب، مقالات و متون علمی استخراج انتخاب شدند. جهت گردآوری اطلاعات، چک لیستی مشتمل بر دو بخش، قسمت اول داده‌های دموگرافیک بیماران و قسمت دوم سؤالات مبتنی بر اهداف پژوهش تهیه گردید. اعتبار و روایی (validity) محتوا پس از بررسی کارشناسانه توسط متخصصین امر مورد تأیید قرار گرفت. همچنین اعتماد و پایایی (reliability) به روش test re test طی فاصله زمانی ۱۵ روز با $r=0/98$ مورد تأیید قرار گرفت. گردآوری اطلاعات با مراجعه حضوری به پزشکی قانونی انجام و موارد ارجاعی به پزشکی قانونی که برای پاسخ به آنها نیاز به پرونده بالینی بود، استخراج گردید. سپس شماره پرونده‌های بالینی مورد نیاز از بایگانی پزشکی قانونی استخراج و اطلاعات با مراجعه به پرونده‌های بالینی دریافت شده توسط پزشکی قانونی از مراکز درمانی به انضمام معاینات انجام شده و نظریات متخصص پزشکی قانونی جمع‌آوری شد. لازم به ذکر است که برای بررسی دلایل عدم استفاده از پرونده‌های بالینی یک کارشناس پزشکی قانونی در کنار کارشناس مدارک پزشکی به بررسی میزان رعایت اصول مستند سازی پرداختند. سپس اطلاعات گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS15 به شکل جداول و نمودار تدوین و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در طول یک سال، ۱۰۲۱۲ مراجعه به مرکز پزشکی قانونی کاشان جهت انجام معاینات زنان و مردان، معاینات برای اجساد مرگ‌های طبیعی و غیرطبیعی صورت گرفت که در جدول ۱ آمده است.

درصد قابل استفاده بوده است (۳)، در حالی که سیستم‌های کنترل کننده برای مهار پرونده‌های ناقص و ارزشیابی و اقدام لازم در بخش مدارک پزشکی وجود ندارد (۴).

گروه‌های اجتماعی مختلفی از جمله بیماران، کادر درمانی و مسئولین بیمارستان، سازمان نظام پزشکی، دادگستری، مراجع قضایی و پزشکی قانونی از مدارک پزشکی استفاده می‌کنند. در واقع، مدارک پزشکی در مراجع قانونی به عنوان قاضی، نقطه عطف دعاوی گروه‌های ذی‌نفع می‌باشند و از حقوق بیمار، کادر درمانی و بیمارستان حمایت نموده و موجب کسب مصونیت برای بیمارستان در مقابل دعاوی بیماران می‌گردند (۵).

قضاوت کار بسیار پیچیده و حساسی است که با تمام شئون زندگی مردم سروکار دارد و جان و مال و آبروی اشخاص در گرو کار قاضی است و در بیشتر موارد تصمیمات قاضی منوط به نظرات کارشناسانه پزشکی قانونی است که این نظرات نیز اکثراً بر مبنای مستندات ثبت شده در مدارک بالینی بیماران می‌باشد. بنابراین وجود اطلاعات مناسب در حوزه سلامت جهت پاسخگویی به موارد ارجاعی پزشکی قانونی از اهمیت به سزایی برخوردار است (۲).

موارد ارجاعی به پزشکی قانونی که برای پاسخگویی به آنها به مدارک پزشکی موجود در بیمارستان‌ها نیاز است، شامل ضرب و جرح که موارد تصادفات، نزاع و حوادث را در بر می‌گیرد، موارد حقوقی و روانپزشکی و موارد فوت است (۶).

اهداف پرونده‌های پزشکی در محیط مراقبت بهداشت مدرن شامل حمایت از تصمیم‌گیری بالینی، فراهم کردن ابزار مهم ارتباط، فراهم کردن یک پرونده قانونی از مراقبت ارائه شده و عمل به عنوان منبع داده برای حمایت ممیزی بالینی، تحقیق، تخصیص منابع، انجام کنترل اپیدمیولوژی و طراحی خدمات است (۷).

پژوهش انجام شده بر روی میزان استفاده از پرونده‌های پزشکی در ایران نشان می‌دهد که بیش از ۵۰ درصد اطلاعات پرونده‌های پزشکی در موارد قانونی مورد استفاده قرار گرفته است که اکثریت آنها مربوط به موارد جراحی تخصصی و بخش اورژانس بوده است (۸). اکنون با توجه به حجم وسیع مراجعات به پزشکی قانونی و لزوم پاسخگویی به آنها برای کار قضاوت (۲)، باید منابع

پاسخگویی به این ارجاعات مورد بررسی قرار گرفته و با بررسی نقاط قوت و ضعف آنها، به ارتقای نظام اطلاعات پزشکی قانونی در نهایت کار قضاوت کمک نمود. یکی از این منابع مهم اوراق پرونده‌های بالینی بیماران می‌باشد. لذا این پژوهش با هدف تعیین میزان پاسخگویی مدارک پزشکی به مراجعات پزشکی قانونی انجام شد.

جدول ۱- توزیع فراوانی کلیه ارجاعات به مرکز پزشکی قانونی کاشان در سال ۱۳۸۹

| جمع | مرد | زن | کل معاینات* |
|------------|-----------|-----------------------|---|
| ۹۹۵۱(۹۷/۴) | ۷۱۱۳(۷۱) | ۲۸۳۸(۲۹) [§] | معاینات اولیه |
| ۹۰۰۴(۸۸/۱) | ۶۹۸۳(۷۷) | ۲۰۲۱(۲۳) | معاینات و مشاوره‌های ارجاعی |
| ۷۷۸(۷/۶) | ۱۸(۲/۳) | ۷۶۰(۹۷/۷) | روانپزشکی قانونی |
| ۱۶۹(۱/۷) | ۱۱۲(۶۶/۳) | ۵۷(۳۳/۷) | معاینات اختصاصی |
| ۲۴۴(۲/۴) | ۱۹۵(۸۰) | ۴۹(۲۰) | معاینات اجساد مرگ‌های غیرطبیعی [‡] |
| ۱۷(۰/۲) | ۱۲(۷۱) | ۵(۲۹) | معاینات اجساد مرگ‌های طبیعی [‡] |
| ۱۰۲۱۲(۱۰۰) | ۷۳۲۰(۷۲) | ۲۸۹۲(۲۸) | جمع کل |

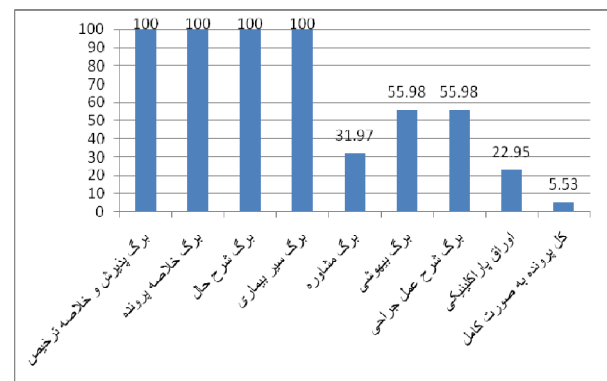
* شامل معاینات عمومی، معاینات و مشاوره‌های روانپزشکی و معاینات اختصاصی زنان و مردان؛ † شامل مرگ‌های ناشی از علل خارجی مانند غرق شدن، سوختگی، برق‌گرفتگی و مرگ‌های ناشی از حوادث غیر مترقبه، مرگ‌های ناشی حوادث جنگی، تصادفات و سوء مصرف مواد مخدر، مرگ در اثر اقدامات طبی و جراحی و مرگ داخل رحمی و نوزادان؛ ‡ مرگ‌های ناشی از بیماری‌های دستگاه بدن و کپهولت سن؛ § اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

کل موارد درخواست پرونده بالینی در سال ۱۳۸۹، حدود ۱۳٪ (۱۳۲۰ مورد) کل مراجعات مرکز پزشکی قانونی کاشان بود (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی درخواست‌های پرونده‌های بالینی توسط مرکز پزشکی قانونی کاشان در سال ۱۳۸۹

| جمع کل | مرد | زن | تصادف |
|-------------|----------|----------------------|-------------------|
| ۱۰۵۳ (۷۹/۸) | ۸۶۱(۸۲) | ۱۹۲(۱۸) [*] | نزاع |
| ۸۱ (۱/۶) | ۶۷(۸۳) | ۱۴(۱۷) | حادثه حین کار |
| ۱۰۲(۸) | ۹۸(۹۶) | ۴(۴) | فوت |
| ۱۰(۰/۷۵) | ۱۰(۱۰۰) | ۰ | سایر [‡] |
| ۷۴(۵/۶) | ۶۸(۹۲) | ۶(۸) | جمع کل |
| ۱۳۲۰ (۱۰۰) | ۱۱۰۴(۸۴) | ۲۱۶(۱۶) | |

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند. † فرو ریختن سقف، درگیری با سارق، سقوط در چاه و تعیین ارش



نمودار ۱- توزیع فراوانی درخواست فرم‌های درخواست شده از پرونده‌های بالینی بیمارستان‌ها توسط مرکز پزشکی قانونی کاشان.

در خصوص فرم‌های درخواست شده از پرونده‌های بالینی، فرم‌های پذیرش و خلاصه ترخیص، خلاصه پرونده، شرح حال و سیر بیماری هر یک با ۱۰۰ درصد بیشترین درخواست را داشتند (نمودار ۱).

از ۷۵۵۶ فرم درخواست شده، در مجموع ۶۰۸ مورد (۸ درصد) از پرونده‌های درخواستی به دلایلی قابل استفاده نبود که بیشترین دلیل عدم استفاده از فرم‌های پرونده بالینی بیمارستانی کامل نبودن اطلاعات آن بود.

جدول ۳- دلایل عدم استفاده از پرونده‌های پزشکی توسط مرکز پزشکی قانونی شهرستان کاشان در سال ۱۳۸۹

| تعداد (%) | دلیل عدم استفاده از فرم‌های پرونده |
|-----------|---|
| ۱۳۴(۲) | دقیق نبودن اطلاعات پرونده |
| ۲۶۴(۳) | کامل نبودن اطلاعات پرونده |
| ۲۸(۰/۰۴) | فاقد اعتبار بودن مدرک به دلیل نداشتن مهر |
| ۳۱(۰/۰۴) | فاقد اعتبار بودن مدرک به دلیل نداشتن امضاء |
| ۵۷(۰/۰۸) | فاقد اعتماد بودن مدرک به دلیل عدم رعایت اصول مستند سازی (خط خوردگی، لاک گرفتگی و ...) |
| ۳۲(۰/۰۴) | عدم مطابقت گزارشات پاراکلینیک با نظریه پزشک و سایر مستندات |
| ۶۲(۰/۰۸) | سایر موارد |
| ۶۰۸(۸) | جمع |

بحث

کامل نبودن اطلاعات پرونده با ۲۶۴ مورد با بالاترین درصد (۳ درصد) اولین دلیل استفاده نکردن از اطلاعات پرونده در این پژوهش بود و در رتبه دوم دقیق نبودن اطلاعات پرونده با ۱۳۴ مورد (۲ درصد) قرار داشت. بر اساس نتایج به دست آمده لزوم نظارت بر صحت، کامل و خوانا بودن پرونده‌های پزشکی در فرآیند مستندسازی نه تنها انگیزه و میزان استفاده از پرونده‌های پزشکی را افزایش خواهد داد، بلکه پایایی و اعتماد نتایج پژوهش‌هایی را که بر اساس این اطلاعات انجام می‌گیرند، نیز افزایش می‌دهد. به طوری که مندل نیز یکی از مشکلات در استفاده قانونی از پرونده‌های پزشکی را عدم دقیق بودن و کامل بودن اطلاعات دانسته است (۹).

به نظر دانیالی، یکی از مهم‌ترین علل نقص پرونده‌های پزشکی این است که پزشکان و جراحان فرایند ثبت اطلاعات مراقبت را به اندازه خود مراقبت مهم نمی‌دانند (۱۰). از طرفی عسکری و توکلی نیز اعتقاد دارند که کادر پزشکی از آموزش کافی نسبت به نحوه تکمیل اطلاعات پرونده بهره‌مند نیستند (۱۱ و ۱۲). در

این زمینه، اهمیت برگزاری دوره‌های آموزشی مداوم و برنامه‌ریزی به منظور برگزاری این دوره‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

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 داد (۱۳)، شناخت عوامل مؤثر بر کیفیت آن حائز اهمیت می‌باشد، چرا که به تقویت اعتماد و اعتبار اطلاعات برای استفاده‌های پزشکی قانونی و در نتیجه مستندسازی با کیفیت کمک می‌کند.

فقدان اعتبار بودن مدرک به دلیل نداشتن مهر در ۲۸ مورد (۰/۰۴ درصد) و فقدان اعتبار بودن مدرک به دلیل نداشتن امضاء در ۳۱ مورد (۰/۰۴ درصد) از جمله دلایل عدم استفاده از فرم‌های پرونده‌های بالینی در سازمان پزشکی قانونی بود. در این راستا پیشنهاد می‌شود با استفاده از سیستم‌های الکترونیکی ثبت داده به دلیل داشتن امکان ردیابی، به صفر شدن این عامل کمک شود. چنانچه بیکرا و سلا در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که کیفیت ثبت گزارش عمل جراحی به صورت سیستم کامپیوتری بالاتر از ثبت این گزارش در فرم‌های مربوطه به صورت دستی می‌باشد، زیرا ثبت کامپیوتری در بردارنده تمامی معیارهای مورد نیاز و موارد قانونی می‌باشد (۶). در مطالعه‌ای آندرسون و همکارانش به این نتیجه رسیدند که با استفاده از سیستم‌های کامپیوتری، ۶۲ درصد از خطاهای دارویی کاهش می‌یابد (۱۴). باسو هم در تحقیق خود متذکر گردید که عدم ثبت کامپیوتری اطلاعات و استفاده نکردن از مدارک پزشکی استاندارد یکی از دلایل کاهش کیفیت مستندات مدارک پزشکی در مراکز مورد بررسی می‌باشد (۱۵). هرچند که صرف الکترونیکی بودن دلیل بر کامل بوده اطلاعات نمی‌باشد، به طوری که سالازار به ناقص بودن ۴۱ درصد از پرونده‌ها علی‌رغم الکترونیکی بودن آن اشاره دارد (۱۶)، ولی ثبت کامپیوتری به دلیل داشتن سیستم ردیابی الکترونیکی اعتماد و اعتبار را از جهت داشتن مهر و امضا افزایش می‌دهد. پیشنهاد می‌گردد ابتدا باید به برگزاری کارگاه‌های آموزش مستندسازی الکترونیکی هم برای کادر درمان و هم برای دانشجویان پزشکی و پرستاری اقدام و سپس در این زمینه دستورالعمل و خط مشی‌هایی را تدوین نمود و 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.

فقدان اعتماد بودن مدرک به دلیل عدم رعایت اصول مستندسازی (خط خوردگی، لاک گرفتگی و ...) با ۵۷ مورد (۰/۰۸ درصد) از موارد عدم استفاده از مدارک پزشکی در سازمان پزشکی قانونی بود. اکثر پژوهش‌های انجام شده در جهان در مقایسه با نتایج مطالعات انجام شده در ایران، کیفیت مطلوب‌تری در رعایت اصول و استانداردهای مستندسازی را 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 (۶). اما پژوهش فرزندی پور دیگر نشان داد که اکثر (۶۰ درصد) کادر پزشکی، 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 همچنین مشاهده گردید که در یک مستندسازی کارآمد باید اطلاعات به سرعت ثبت شود، بدون اینکه صحت و درستی آن از بین برود و برای رسیدن به این هدف استفاده از سیستم‌های کامپیوتری در زمینه اطلاعات بهداشتی می‌تواند کمک کننده باشد (۱۷).

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 (۷).

بنابراین پیشنهاد می‌گردد بیمارستان‌ها در جهت مکانیزه نمودن ثبت اطلاعات بهداشتی اقدام نموده و با ثبت دقیق، کامل و به موقع اطلاعات برای ارتقاء سطح سلامت جامعه بطور صحیح و مبتنی بر اطلاعات برنامه‌ریزی نمایند. به طور مثال در پژوهشی عنوان گردید که عواملی از قبیل وقت‌گیر بودن ثبت گزارشات برای برخی از پرستاران، نبودن تأکید لازم از طرف مسئولین 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 (۱۶).

عدم مطابقت گزارشات پاراکلینیک با نظریه پزشکی و سایر مستندات در ۳۲ مورد (۰/۰۴ درصد) از دیگر موارد عدم استفاده از مدارک پزشکی در سازمان پزشکی قانونی بود. Liviup letter گزارشات جراحی توسط وکیل پزشکی قانونی برای تعیین سطح خوانایی، سودمندی و مطابقت گزارشات پاراکلینیک را بررسی کرد. وی در پژوهش خود بدین نتیجه رسید که ۵۱/۶ درصد از گزارشات جراحی ناکامل است و ۱۳/۷ درصد اطلاعات مهم، ۶/۸ درصد جزئیات بیمار، ۶/۳

پزشکی قانونی برآیند. همچنین مطالعه‌ی رنگرز جدی بیان کرده که که بیش از ۵۰ درصد از اطلاعات پرونده‌های پزشکی در موارد قانونی مورد استفاده قرار گرفته است (۸).
به طور کلی پرونده‌های پزشکی از بعد کیفیت مستندسازی از جهت دقت، صحت، کامل بودن، سازگار بودن و دارای مهر و امضا بودن دارای نقاط ضعف متعددی هستند. تهیه و تدوین دستورالعمل‌های مستند سازی، آموزش متخصصان بالینی، بهره‌گیری از مکانیسم‌های تشویق و تنبیه، استفاده از سیستم پرونده الکترونیک سلامت، فرم‌های ساختمان، آنالیز کمی و کیفی پرونده‌های پزشکی و حمایت مدیران و مسئولان مؤسسات مراقبتی از جمله راهکارهای مؤثر در افزایش کیفیت مستندسازی پرونده‌های پزشکی محسوب می‌شود.

درصد تشخیص‌های قبل از عمل، ۶/۳ درصد عنوان جراحی و ۱۴/۷ درصد دستورات بعد از عمل جراحی نوشته نشده است (۱۸). یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد زمانی که از گزارشات جراحی به عنوان مدرکی برای پزشکی قانونی یا پیگیری‌های بعدی استفاده می‌شود، عدم تطابق بعضی از یافته‌ها در گزارشات می‌تواند خطاهای زیادی را ایجاد کند (۶، ۷، ۱۹).
با در نظر گرفتن این مهم که مستندسازی صحیح، پرونده پزشکی را به یک ابزار اولیه جهت ارزشیابی عملکردها و مراقبت‌های بهداشتی درمانی تبدیل می‌کند و در بررسی‌های پزشکی قانونی نقش مهمی دارد، بیمارستانها باید در جهت شناخت عوامل مؤثر بر افزایش کیفیت مستندسازی در جهت ارتقاء قدرت پاسخگویی پرونده‌های بالینی در رسیدگی‌های

REFERENCES

1. Safdari R, ed. ICD-10 disease classification- first edition, Tehran: Kamran Publications; 2003. [In Persian]
2. Shokrizadeh L. Comparative study on legal medicine organization information system in such countries as Iran, US and Australia [Dissertation]. Tehran: Para medicine Department of Tehran Medical Sciences University; 2005. [In Persian]
3. Masouri N. Nurses' performance in connection with patient's file completion [Dissertation]. Tehran: Department of Management and Communication of Iran University of Medical Sciences; 1997. [In Persian]
4. Ghazi Saeed M, Sharifian R. An assessment of medical documentary in educational hospitals of Tehran medical sciences university in 2003. *Medicine and Morality* 2005; 14: 30-41. [In Persian]
5. Sadroddini F. Medical documentary from legal medicine organization point of view. *Legal Medicine Magazine* 2001; 3: 12-16. [In Persian]
6. Shokrizadeh L, FarzandiPour M. Responsibility of medical files to the referred cases to the organization of Kashan. Kashan: Project 8740 enacted by Kashan University of Medical Sciences; 2010. [In Persian]
7. Shokrizadeh L, FarzandiPour M, Setareh M. Utility of medical sciences content in procedures of legal medicine organization in referred cases to the department general of legal medicine organization of Kashan. Kashan: Project enacted by kashan University of Medical Sciences; 2010. [In Persian]
8. Rangraz Jedi F, FarzandiPour M, Mousavi SG. Utility of medical sciences content in hospitals of Kashan towns in 2003. *Journal of Health Information Management* 2007; 8: 88-94. [In Persian]
9. Mandel L, Worm L. Documentation of torture victims, assessment of the start procedure for medico legal documentation. *Torture* 2007; 17: 196-202.
10. Daniali A, Keshtkaran A, eds. Management of medical record department. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences ; 2001. [In Persian]
11. Askari Majdabadi H, Kahouei M. A qualitative assessment of nurses' performance on documentation principles and determination their educational needs to provide them with quality enhancement curriculum. *Asrar* 2002; 10: 61-69. [In Persian]
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: 15-24. [In Persian]
13. Karami M, Shokrizadeh Arani L. Effective factors on quality of medical documentations and solution from managers and physicians perspective in hospitals associated with Kashan University of Medical Sciences, 2008. *Iranian Journal of Education in Medical Sciences* 2009; 9: 364-56. [In Persian]
14. 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; 23: 228-32.
15. Bassoe CF, Skogstad F, Maartmann-Moe K. Standardization of medical forms in health care. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1993; 113: 1251-53.
16. Salazar L, Best TM, Hiestand BS. Incomplete documentation of elements of Ottawa Ankle Rules despite an electronic medical record. *Am J Emerg Med* 2010, Jul 30.

17. Farzandipour M, Asef Zadeh S. Observation of the principles of diagnostic documents in clinical files of the patients admitted to Kashan hospitals in 2001. *Feyz* 2004; 8: 68-73.
18. Lefter LP, Walker SR, Dewhurst F, Turner RW. An audit of operative notes: facts and way to improve. *ANZ J Surg* 2008; 78: 800-802.
19. Kahouei M, Sadoughi F, Askari Majdabadi H. Awareness and performance of students of Semnan University of Medical Sciences towards the care rendered to the patients from legal medicine organization point of view. *Scientific Magazine of Legal Medicine Organization* 2007; 13: 92-97. [In Persian]