

بررسی علل عدم گزارش نویسی صحیح پرستاری

نسرین حنیفی*: عضو هیأت علمی گروه داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی زنجان
دکتر عیسی محمدی: استادیار گروه پرستاری دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

چکیده

مقدمه: ثبت مراقبت‌های پرستاری، نشانه‌ی ارایه‌ی مراقبت و کیفیت آن است بنابراین هر گونه نارسایی در آن مبین ارایه‌ی مراقبت ناکافی به بیمار می‌باشد.

روش کار: این پژوهش با هدف بررسی علل عدم گزارش نویسی صحیح در بیمارستان شهید بهشتی شهر زنجان انجام شد. تحقیق حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی است. در این پژوهش، با توجه به اصول استاندارد و شاخص‌های گزارش پرستاری برگه‌ی مشاهده تهیه و تدوین گردید و سپس اعتبار آن توسط ۱۰ نفر از کارشناسان مجرب تأیید گردید. بر اساس این برگه‌ی مشاهده ۳۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفت. پس از بررسی پرونده‌ها جهت بررسی علل عدم گزارش نویسی صحیح با ۲۰ نفر از پرستاران مصاحبه (به صورت غیر ساختاری و با سوال باز) انجام شد.

یافته‌ها: نتایج بررسی پرونده‌ها بر اساس برگه‌ی مشاهده نشان داد که در مجموع ۱۷/۰۹٪ ثبت مطلوب داشتند، ۳۵/۸۱٪ ثبت ناقص داشتند و ۴۸٪ موارد ضروری را ثبت نکرده بودند. نتایج مصاحبه نشان داد که پرستاران، مهم‌ترین علل را بی‌توجهی به گزارشات پرستاری و عدم کنترل و نظارت، مشکلات ناشی از خستگی و حجم بالای کار، مشکلات آموزشی، مشکلات عدم آگاهی از نظر مسایل قانونی و مسایل شغلی عنوان کردند.

نتیجه‌گیری: به طور کلی مهم‌ترین علت عدم کنترل و نظارت و بی‌توجهی به روند ثبت و گزارش نویسی در بیمارستان مشخص گردید. با توجه به اهمیت ثبت گزارشات پرستاری در بهبود کمیت و کیفیت ارایه خدمات پرستاری و نقش آن در دفاع از حقوق بیماران و پرستاران، تشکیل کمیته ثبت و گزارش نویسی در کلیه مراکز خدمات بهداشتی - درمانی ضروری است.

واژه‌های کلیدی: گزارش پرستاری، اصول ثبت، ثبت پرستاری

تاریخ دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۳۸۲ تاریخ پذیرش مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۳ صص ۴۶-۳۹

*نویسنده مسئول مقاله: زنجان - دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: ۰۲۴۱-۵۲۳۶۶۴۲ نمابر: ۰۲۴۱-۷۲۷۲۰۵۷

E-mail: nasrinhanifi@yahoo.com

مقدمه

امروزه با توسعه‌ی فرآیند پرستاری ثبت پرستاری (گزارش‌نویسی) به عنوان یک چهارچوب فعالیتی و یک وسیله‌ی ضروری برای ارزیابی و ارزیابی مراقبت‌های پرستاری-درمانی گسترش یافته است. اوراق ثبت ارزیابی مراقبت‌های پرستاری یکی دیگر از اوراق مهم و مکتوب در پرونده پزشکی بیمار محسوب می‌شود (۱).

گزارشات پرستاران در پرونده نشان‌دهنده روند درمان‌های طبی و مراقبت‌های پرستاری و عکس‌العمل‌های بیمار نسبت به این مراقبت‌ها می‌باشد (۲). هر گونه اطلاعاتی که جهت بررسی مداوم نیازها و وضعیت مددجو مورد احتیاج است، باید در محل مناسب ثبت شود، حتی اگر این اطلاعات محرمانه باشد (۳).

ثبت ناخوانا یا ناقص ممکن است مانع ارزیابی مراقبت پرستاری شود، زیرا با این نوع ثبت‌ها (چارت کردن)، تشخیص تغییرات مهم در وضعیت سلامت مددجو و رفتارهای او دشوار خواهد بود. ثبت مراقبت‌ها، مترادف با ارزیابی مراقبت و کیفیت آن است در نتیجه هر گونه نارسایی در آن مبین ارزیابی مراقبت ناکافی به بیمار می‌باشد (۴).

ثبت مراقبت‌های پرستاری دارای کاربردهای متعددی از جمله ارتباط دادن اعضای تیم مراقبت بهداشتی و تداوم مراقبت و درمان بیمار، ثبت اطلاعات پایه، مبنای مهم برای تعیین و پرداخت هزینه‌های مراقبتی و درمانی و مبنای اطلاعات تحقیقی است (۵). ثبت مراقبت‌های پرستاری ابزاری مهم جهت تعیین صحت و صلاحیت و ارزشیابی مداخلات درمانی و مراقبتی است و وسیله‌ای مهم برای حمایت و حفظ حقوق قانونی بیمار و پرستار است،

همچنین مبنا و ابزاری مهم جهت تعیین نیازهای آموزشی و برنامه ترخیص بیمار، منبع اصلی و قابل اعتماد اطلاعات مربوط به بیمار و خانواده وی، عامل یادآوری و درگیرکننده پرستار نسبت به وظایف و مسئولیت‌های حرفه‌ای در انجام فعالیت‌ها و مبنای اساسی و اولیه برای تشخیص مشکلات جدید نیز می‌باشد (۶).

ثبت مراقبت‌های پرستاری وسیله قانونی همه سیستم‌های مراقبت بهداشتی است. گزارشات پرستاری هنگامی که از نظر قانونی مورد بحث واقع می‌شود، دلالت بر تاکید حفظ جان بیمار، حفظ امنیت حقوقی پرستار و به عبارت کلی‌تر حفظ امنیت جانی جامعه را دارد (۷).

بنابراین گزارشات پرستاری باید دقیق، کامل و به موقع باشد، و هر گونه خطا در ثبت موارد یا حذف آنها مسأله‌ساز است. ثبت موارد مبهم و نامفهوم، ثبت در زمان نامناسب، تصحیح نامناسب و ثبت استنباط شخصی از جمله مواردی است که گزارشات پرستاری را دچار خدشه نموده و از لحاظ قانونی نیز مسأله آفرین می‌باشد. گزارش پرستاری جامع عاملی برای رفع اتهام و تبرئه پرستاران است. نارسایی در گزارش پرستاری می‌تواند عاملی برای تأیید قصور تلقی گردد. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که گزارشات ناقص همواره باعث سوءظن و متهم شدن پرستاران در مراجع قانونی شده است چرا که از نظر حقوقی عملکرد تیم پزشکی با ثبت قابل اثبات است و موردی پذیرفته می‌شود که کامل گزارش و ثبت شده باشد (۴).

با توجه به مطالب فوق و اهمیت گزارشات پرستاری واضح است که ثبت نقش حیاتی دارد، چرا که در اغلب موارد سیر دارو و درمان بیمار بر اساس ثبت پرستاری تنظیم می‌گردد. عدم

آشنایی و دقت گروه پرستاری در ثبت صحیح می‌تواند همان طور که اشاره شد به زیان بیمار و هم به زیان پرستار باشد. بنابراین پژوهش حاضر با بررسی علل عدم ثبت صحیح گزارشات پرستاری و آرایه‌ی راه‌کار عملی برای این مشکل طراحی شده است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی از نوع مقطعی است که با هدف بررسی وضعیت ثبت و علل عدم گزارش‌نویسی صحیح، به منظور آرایه‌ی راه حل مناسب با مجوز رسمی از دانشگاه تربیت مدرس و آرایه‌ی آن به بیمارستان شهید بهشتی شهر زنجان سال ۱۳۸۲ انجام گردید.

جهت بررسی وضعیت موجود بر اساس اصول استاندارد گزارش‌نویسی و شاخص‌های یک گزارش علمی پرستاری، برگه‌ی مشاهده^۱ جهت بررسی نحوه و کیفیت گزارش‌نویسی تهیه و تدوین گردید. این برگه‌ی مشاهده بر اساس ۱۰ شاخص اصلی یک گزارش علمی تدوین شد که عبارتند از: ثبت وضعیت عمومی مددجو (خلق و خو، عملکرد سیستم‌های حیاتی، علایم ذهنی و عینی)، ثبت وضعیت داروها (استفاده شده، نشده، دستورات تلفنی، شفاهی، پی.آر.ان^۲)، ثبت وضعیت جذب و دفع (رژیم غذایی، اشتهای بیمار، محلول‌های تزریق شده در داخل ورید، دفع ادرار، مدفوع، استفراغ و درناژ)، ثبت وضعیت همودینامیکی^۳ (فشار خون، نبض، تنفس، درجه حرارت، چرخه سطح هوشیاری)، ثبت وضعیت فعالیت، خواب و استراحت، ثبت موارد قابل پیگیری (عکسبرداری‌ها، آزمایشات، مشاوره‌ها،

حساسیت‌ها، ناشتا بودن و...)، ثبت تغییرات حاد (شکایات، روند مشکل، دستورات اجرا شده و...)، ثبت اقدامات انجام شده (رویه‌های^۴ پرستاری، بازتاب اجرای دستورات و پانسمان و...)، ثبت وضعیت ترخیص یا انتقال (وضعیت به هنگام ترخیص و انتقال، دستورات ترخیص و...) و ثبت مشخصات نویسنده (نام پرستار، امضاء، ساعت، تاریخ، نوع نوبت کاری). جهت بررسی گزارشات پرستاری، در مقابل هر کدام از این شاخص‌ها ۲ گزینه به ترتیب، ثبت مطلوب، ثبت ناقص و ثبت نشده، طراحی شد سپس اعتبار آن توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه علوم پزشکی زنجان تأیید گردید. این برگه‌ی مشاهده بر اساس ثبت گزارشات پرستاری مندرج در ۳۰ پرونده از بیمارانی که در طی مدت یک ماه در بخش‌های قلب و مراقبت ویژه قلب (CCU)^۵ بیمارستان شهید بهشتی بستری شده بودند به وسیله پژوهشگر تکمیل گردید. در مرحله دوم بررسی، یک مصاحبه غیر ساختاری با ۲۰ نفر از پرستاران (با ۲ سوال باز: به نظر شما وضعیت ثبت گزارشات پرستاری در بخش چگونه است و در صورت اشاره به نامطلوب بودن وضعیت ثبت، سوال دوم پرسیده می‌شد: به نظر شما علل عدم گزارش‌نویسی صحیح در بخش شما چیست) شاغل در بخش‌های قلب و مراقبت ویژه قلب، جهت تعیین علل عدم گزارش‌نویسی صحیح انجام شد؛ سپس متن مصاحبه استخراج و مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها با نرم افزار SPSS، در مرحله اول با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و در مرحله دوم با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی از نوع مقطعی است که با هدف بررسی وضعیت ثبت و علل عدم گزارش‌نویسی صحیح، به منظور آرایه‌ی راه حل مناسب با مجوز رسمی از دانشگاه تربیت مدرس و آرایه‌ی آن به بیمارستان شهید بهشتی شهر زنجان سال ۱۳۸۲ انجام گردید.

جهت بررسی وضعیت موجود بر اساس اصول استاندارد گزارش‌نویسی و شاخص‌های یک گزارش علمی پرستاری، برگه‌ی مشاهده^۱ جهت بررسی نحوه و کیفیت گزارش‌نویسی تهیه و تدوین گردید. این برگه‌ی مشاهده بر اساس ۱۰ شاخص اصلی یک گزارش علمی تدوین شد که عبارتند از: ثبت وضعیت عمومی مددجو (خلق و خو، عملکرد سیستم‌های حیاتی، علایم ذهنی و عینی)، ثبت وضعیت داروها (استفاده شده، نشده، دستورات تلفنی، شفاهی، پی.آر.ان^۲)، ثبت وضعیت جذب و دفع (رژیم غذایی، اشتهای بیمار، محلول‌های تزریق شده در داخل ورید، دفع ادرار، مدفوع، استفراغ و درناژ)، ثبت وضعیت همودینامیکی^۳ (فشار خون، نبض، تنفس، درجه حرارت، چرخه سطح هوشیاری)، ثبت وضعیت فعالیت، خواب و استراحت، ثبت موارد قابل پیگیری (عکسبرداری‌ها، آزمایشات، مشاوره‌ها،

1 - check list

2 - PRN (Pro re nata)

3 - hemodynamic

4 - procedures

5 - Coronary Care Unit (CCU)

یافته‌ها

یافته‌ها در دو قسمت استخراج و دسته‌بندی گردید. در قسمت اول، وضعیت موجود مشخص گردید. از نظر رابطه ثبت صحیح گزارشات پرستاری با جنس، سن و همین‌طور بخش مورد فعالیت با استفاده از آزمون χ^2 ارتباط معناداری یافت نشد. لازم به ذکر است چون کیفیت ثبت در تمام موارد از ۵۰ درصد بالاتر نبود بنابراین وضعیت ثبت مطلوب از جداول حذف و فقط کیفیت ثبت متوسط و بد در جداول مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (جدول شماره ۱ تا ۳).

استفاده از آمار توصیفی نشان داد که از موارد دهگانه اصول صحیح ثبت پرستاری در گزارشات ۱۶/۱ درصد موارد ثبت مطلوب و ۳۵/۸۱ درصد ثبت ناقص داشتند و ۴۲/۵ درصد موارد ثبت نشده بودند، بنابراین حدود ۷۸ درصد موارد در گزارشات یا ثبت نشده بودند و یا ثبت ناقص داشتند (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۱- بررسی رابطه کیفیت ثبت با متغیر

جنس شهر زنجان سال ۱۳۸۲

df	p value	χ^2	جنس		کیفیت ثبت
			مرد	زن	
۱	۰/۴	۰/۷۵	٪۸۵	٪۹۰	ضعیف
			٪۱۵	٪۱۰	متوسط

جدول شماره ۲- بررسی رابطه کیفیت ثبت با متغیر

سن شهر زنجان سال ۱۳۸۲

df	p value	χ^2	سن		کیفیت ثبت
			۳۰-۴۰	۲۰-۳۰	
۱	۰/۲	۱/۶	٪۹۰	٪۸۵	ضعیف
			٪۱۰	٪۱۵	متوسط

جدول شماره ۳- بررسی رابطه کیفیت ثبت با بخش

مورد فعالیت شهر زنجان سال ۱۳۸۲

df	p value	χ^2	بخش مورد فعالیت		کیفیت ثبت
			قلب	CCU	
۱	۰/۱	۲/۵	٪۹۵	٪۸۰	ضعیف
			٪۵	٪۲۰	متوسط

بر اساس هدف دوم علل عدم گزارش نویسی صحیح تبیین گردید. طی یک مصاحبه با پرستاران بخش‌های مربوطه علل عدم ثبت صحیح مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مصاحبه نیز با استفاده از آمار توصیفی مورد بررسی قرار گرفت.

این مصاحبه که با ۲۰ نفر از پرسنل پرستاری بخش‌های قلب در بیمارستان شهید بهشتی زنجان به عمل آمد، ۲۱ علت را برای عدم ثبت اصولی گزارشات بیان نمودند، که بر اساس تناسب موارد ذکر شده در ۵ گروه دسته‌بندی گردید؛ به طور کلی میانگین درصد علل مطروحه از سوی پرستاران در جدول شماره ۵ نشان داده شده است و تفصیل آن بدین شرح است:

دسته اول را می‌توان (که بیشترین درصد را نیز به خود اختصاص می‌دهد) بی‌توجهی به گزارشات پرستاری و عدم کنترل و نظارت دانست که پرستاران به موارد ذیل اشاره نمودند: ضعف در سیستم نظارتی و کنترل (۸۰ درصد)، اهمیت ندادن پزشکان به گزارشات پرستاری (۶۰ درصد)، تبعیت پرستاران تازه کار از روتین بخش‌ها در عدم توجه به ثبت اصولی (۴۰ درصد)، استفاده روتین پرستاران از دفتر گزارش پرستاری بخش (روش سنتی و غیر اصولی) و عدم ثبت صحیح و دقیق گزارشات در پرونده بیمار (۴۰ درصد).

دسته دوم علل مذکور مربوط به مشکلات ناشی از خستگی و حجم بالای کار است که پرستاران به موارد عدم تناسب نسبت تعداد پرستاران به بیماران (۵۰ درصد)، حجم بالای کار (۳۰ درصد)، روش تقسیم کار در بخش‌ها که فعالیت محور است نه بیمار و فرآیند محور (۱۰ درصد)، عدم ارتباط صحیح پرستاران با بیماران و به تبع آن ثبت غیر اصولی و در

پرستاران به موارد عدم آگاهی بیماران نسبت به حقوق خود (۱۰ درصد)، نادر بودن مطرح شدن پرونده‌ها در محاکم قضایی (۱۰ درصد)، عدم آگاهی پرستاران از پی‌آمدهای قانونی مربوط به نقص گزارشات (۲۰ درصد)، عدم روشن شدن جایگاه ثبت (۱۰ درصد)، بی‌توجهی و سهل‌انگاری پرستاران در ثبت اشاره نمودند. دسته پنجم از علل را می‌توان به مسایل شغلی نسبت داد، که این موارد شامل مشکلات انگیزشی و نگرشی پرستاران (۲۰ درصد) و عدم رضایت شغلی (۱۰ درصد) بود.

مواردی دور از واقعیت (۲۰ درصد)، اشاره نمودند.

دسته سوم علل را می‌توان ناشی از مشکلات آموزشی دانست که این موارد در نتایج اخذ شده از مصاحبه شامل عدم آگاهی پرستاران از اصول صحیح گزارش‌نویسی (۳۰ درصد) و ضعف در ارزیابی مراقبت‌های پرستاری و به دنبال آن ثبت ضعیف و ناقص (۱۰ درصد) بود.

دسته چهارم را می‌توان به مشکلات عدم آگاهی از مسایل قانونی دانست که در این رابطه

جدول شماره ۴ - وضعیت گزارشات پرستاری مندرج در پرونده‌های بخش‌های قلب و CCU بر اساس اصول دهگانه گزارش نویسی شهر زنجان سال ۱۳۸۲

اصول و موارد ضروری در گزارش پرستاری	ثبت شده	ثبت نشده	ناقص یا نامفهوم
ثبت وضعیت عمومی مددجو	٪۶۰	٪۲۰	٪۲۰
ثبت وضعیت داروها	٪۱۰	٪۶۰	٪۳۰
ثبت وضعیت جذب و دفع	٪۱۰	٪۶۰	٪۳۰
ثبت وضعیت همودینامیکی	٪۸	٪۸۲	٪۱۰
ثبت وضعیت فعالیت، خواب و استراحت	٪۳۰	٪۱۰	٪۶۰
ثبت موارد قابل پیگیری	٪۲۰	٪۷۲	٪۱۸
ثبت موارد پاراکلینیکی	۰	٪۷۴	٪۲۶
ثبت تغییرات حاد	۰	٪۷۰	٪۳۰
ثبت اقدامات انجام شده	٪۱۰	٪۸۰	٪۱۰
ثبت وضعیت ترخیص یا انتقال	۰	۰	٪۱۰
ثبت مشخصات نویسنده	٪۴۰	۰	٪۶۰
میانگین	٪۱۷/۰۹	٪۴۸	٪۲۵/۸۰

جدول شماره ۵ - درصد علل مطروحه در مورد عدم گزارش نویسی صحیح از سوی پرستاران شهر زنجان سال ۱۳۸۲

علل مطروحه	عدم کنترل و نظارت	خستگی و حجم بالای کار	مشکلات آموزشی	عدم آگاهی از مسایل قانونی	مشکلات شغلی و انگیزشی
فراوانی	٪۵۵	٪۲۷/۲۵	٪۲۰	٪۱۶	٪۱۵

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش در گزارشات پرستاری فقط ۱۶/۱ درصد موارد ثبت مطلوب داشتند و حدود ۷۸ درصد موارد یا ثبت نشده بودند و یا ثبت ناقص داشتند که این ارقام خود گواه بر وضعیت نامطلوب ثبت است. این وضعیت در مطالعات قبلی و بیمارستان‌های دیگر نیز گزارش شده است و این نتایج مشابه نتایج حلاجپور و احمدی است (۹ و ۸).

حلاجپور در یک مطالعه‌ی توصیفی، کیفیت گزارشات کتبی (ثبت) و شفاهی پرستاران را مورد بررسی قرار داد. وی کیفیت گزارشات کتبی و شفاهی ۵۰ تن از پرستاران را مورد بررسی و مشاهده قرار داد و کیفیت انجام گزارشات را نیز در ارتباط با عواملی نظیر سن، تجربه‌ی کاری، تعداد فرزندان، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات بررسی نمود. نتیجه این بود که در اکثریت موارد ارتباط بین متغیرهای فوق و کیفیت گزارشات وجود داشت و نهایت اینکه کیفیت گزارشات کتبی و شفاهی پرستاران مورد بررسی، پایین بوده است (۸).

احمدی کیفیت گزارش پرستاری مندرج در پرونده پزشکی بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که وضعیت گزارشات پرستاری از لحاظ قانونی، علمی و اصولی از کیفیت مطلوبی برخوردار نیست. همین طور نتایج این پژوهش نشان داد که هیچ گونه رابطه معناداری بین کیفیت گزارش نویسی با متغیرهای سن، نوع نوبت کاری، جنس، سابقه کار و نوع مسئولیت مشاهده نشد و تنها بین نوع بخش و کیفیت گزارش نویسی رابطه معناداری وجود داشت و گزارشات پرستاری

مکتوب در بخش‌های ویژه از وضعیت مطلوب‌تری نسبت به بخش‌های دیگر برخوردار بود (۹) که این یافته با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد.

در مصاحبه انجام شده با پرستاران بیشترین علت، عدم کنترل و نظارت بر کیفیت ثبت مطرح شد که ۵۵ درصد از پرستاران به آن اشاره کردند، در رده دوم نیز دلایلی نظیر خستگی و حجم بالای کار مطرح شد (۲۷/۵ درصد) که نتایج تحقیق تاپ^۶ یافته‌های حاصل از مصاحبه را حمایت می‌کند.

تاپ عوامل تسریع‌کننده‌ی ثبت را مورد بررسی قرار داده و علل اُفت کمیت و کیفیت ثبت را چنین بیان می‌کند: «نداشتن زمان کافی برای ثبت، کار زیاد، الویت دادن به مراقبت تا ثبت آن، نداشتن مکانی برای نوشتن و فکر کردن، وجود فرم‌های اضافی، عدم آشنایی به اصطلاحات، عدم کنترل کیفی پرستاران از طریق ثبت»، همین‌طور نتیجه این پژوهش نشان داد که پرستاران بیشتر تمایل به اجرای مراقبت پرستاری دارند تا ثبت اقدامات انجام شده (۱۰). هاوز و بیلی^۷ عدم تمایل پرستاران نسبت به ثبت را بررسی نموده و از علل اُفت کمیت و کیفیت ثبت علاوه بر عوامل خارجی که ذکر شد عوامل دیگری را تحت عنوان عوامل درونی مطرح ساختند. این عوامل درونی بیشتر بر روی عوامل شناختی و عاطفی پرستاران و نگرش آنها نسبت به ثبت متمرکز بوده است (۱۱). یافته‌های این پژوهش نیز علل دسته پنجم مطرح شده در مصاحبه که ناظر بر مشکلات

6 - Tap

7 - Haws and Baily

باید مبتنی بر علل اصلی بیان شده و از سوی دیگر با توجه به محدودیت‌ها و منابع موجود در محیط‌های بالینی و عینی باشد. با توجه به اینکه مهم‌ترین علت مطرح شده، مشکل مدیریتی، یعنی عدم کنترل و نظارت است. به طور تقریبی دیگر مشکلات می‌تواند در صورت رفع این علت اساسی به تدریج بر طرف گردد. بنابراین تشکیل کمیته نظارت و کنترل روند ثبت گزارشات ارایه‌ی مراقبت پرستاری با حضور رییس پرستاری، سوپروایزر آموزشی و مدیریت در هر یک از بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌گردد.

با توجه به اهمیت ثبت گزارشات پرستاری در بهبود کمیت و کیفیت ارایه‌ی خدمات پرستاری و نقش آن در دفاع از حقوق بیماران و پرستاران و از سوی دیگر افزایش آگاهی مردم در پیگیری حقوق و مطالبات خودشان در مراجع قانونی و همچنین افزایش آمار پرونده‌های قضایی مربوط به پزشکان و پرستاران تشکیل چنین کمیته‌ای بیش از پیش در بیمارستان مطرح می‌شود. اقدامات فوق دیر یا زود مسئولین بیمارستان، پزشکان و پرستاران را وادار به ثبت صحیح گزارش پرستاری و حتی پزشکی خواهد نمود. لذا این اقدام هر چه زودتر با روش اصولی پیشنهاد شده‌ی فوق مورد توصیه و تأکید می‌باشد.

شغلی، انگیزشی و نگرشی پرستاران است را حمایت می‌نماید.

بررسی دیگری با عنوان ارزش‌گذاری پرستاران نسبت به ثبت فرم‌ها نشان داد که پرستاران به ترتیب برای یادداشت‌های پیشرفت برنامه مراقبتی و اطلاعات پایه اهمیت زیادی قایل هستند ولی برای آموزش به بیمار، یادداشت‌های قبل و بعد از عمل و برنامه ضمن ترخیص اهمیت کمتری قایل هستند (۱۲).

یافته‌های ادل ایستن^۱ در مطالعه ۳۷ فقره پرونده و بررسی آگاهی، نگرش، کمیت و کیفیت ثبت گزارشات کتبی پرستاران از طریق ۴۳ فقره پرسش‌نامه نشان داد میانگین ثبت در پرونده‌ها ۲/۴۹ درصد بود که از وضعیت نامطلوبی برخوردار بود. همین‌طور بررسی آگاهی و نگرش پرستاران مورد مطالعه نشان داد که ۳۸ درصد از پرستاران آگاهی کمتر از حد متوسط دارند، در حالی که این وضعیت در مورد نگرش آنها به ۶۹ درصد رسیده است (۱۳).

این مطالعه نشان می‌دهد آگاهی پرستاران در مورد گزارشات پرستاری نسبت به نگرششان کمتر است، بنابراین حتی در مواردی که پرستاران نگرش مطلوب داشتند ولی آگاهی کافی جهت ثبت اصولی نداشته‌اند. یافته پژوهش ادل استین، علل دسته سوم نتایج مصاحبه را حمایت می‌کند که به مشکلات آموزشی در زمینه‌ی ثبت اشاره دارد.

از آنجایی که هدف نهایی ارایه‌ی راه حل مناسب برای بهبود کیفیت ثبت است، به نظر محققین این پژوهش، ارایه‌ی راه حل مناسب

منابع

- ۱ - مقبلی نعمت ا. ... روش تنظیم مدارک پزشکی برای بیمارستان‌های ارتش. پایان نامه کارشناسی ارشد علوم بهداشتی در رشته اداره امور بیمارستان‌ها، دانشکده بهداشت، دانشگاه تهران، ۱۳۶۸، ص ۱۱.
- ۲ - اعضاء هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس، جزوات کارگاه آموزشی اصول گزارش‌نویسی، ۱۳۷۹، ص ۱۴.
- ۳ - عباسی مهین. تهران، نشر سالم، گزارش کتبی و شفاهی در پرستاری، ۱۳۷۹، ص ۲۶.
- 4 - Harkeader H. Textbook of fundamental of nursing care: a clinical judgment. Philadelphia: W.B saunders Co; 2000. P. 279.
- 5 - Crhmmens L, Kriss M. The flow chart: improving documentation in the intensive care unit, Available from: URL: <http://www.clinifo.nsw.gov>, 2000: 1.
- 6 - Aumillea L, Moskowitz M. Nursing spectrum career fitness, Available from: URL: <http://nsweb.nursing.spectrum.com>, 2002: 3.
- 7 - Scarpell M. Medical records, reading and dissecting them, available in site: <http://www.niparalegal.com/june,2002>: 2.
- ۸ - حلاجپور ملکه. بررسی مقایسه‌ای و تعیین کیفیت انجام گزارشات کتبی و شفاهی بیماران توسط پرستاران مسئول در بخش‌های داخلی و جراحی عمومی. پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۶، ص ۳۴.
- ۹ - احمدی فضل ا. ... بررسی کیفیت گزارش پرستاری مندرج در پرونده پزشکی بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب تهران. تهران، سمینار قانون و مقررات حرفه‌ای، وزارت بهداشت، ۱۳۷۷؛ ص ۹.
- 10 - Tapp RA. Inhibitors and facilitators to documentation of nursing practice. West J Nurs Res. 1990; 12(2): 229-40.
- 11 - Howse E, Bailey J. Resistance to documentation: a nursing research issue. Int J Nurs Stud. 1992; 29(4): 371-80.
- 12 - Bunker Rosdahl C. Textbook of Basic Nursing. Philadelphia: Mosby; 1995. P. 407.
- 13 - Edelstein J. A study of nursing documentation. Nurs Manage. 1990; 21(11): 40-3, 46.