

بررسی کیفیت گزارش پرستاری در حیطه‌های مختلف و علل عدم گزارش نویسی صحیح توسط پرستاران در بیمارستان شهید بهشتی یاسوج

سهیلا زابلی پور^۱، سپیده محمدی^{۲*}، محمد فرارویی^۳، مریم بازگیران^۴

^۱ مرکز تحقیقات مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

^۲ دکترا تخصصی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ مرکز تحقیقات ایدز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۴ گروه پرستاری، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: سپیده محمدی، دکترا تخصصی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: sepidmohamadi@nm.mui.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۷/۲۴

چکیده

مقدمه: گزارش نویسی در پرستاری از جمله مسئولیت‌های مهم رشته پرستاریست که پس از چندین دهه آموزش و تاکید بر لزوم اجرای صحیح آن، همچنان با مشکلات متعددی روبروست. این پژوهش با هدف بررسی کیفیت گزارش پرستاری در حیطه‌های مختلف و علل عدم گزارش نویسی صحیح توسط پرستاران بیمارستان شهید بهشتی یاسوج انجام شده است.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی است که در آن اطلاعات جمع آوری شده از ۱۲۰ پرونده و ۱۰۰ نفر پرستار که بصورت تصادفی انتخاب شدند جمع آوری شده است. ابزارهای پژوهش شامل چک لیست گزارش معمول بخش، بدو ورود، ترخیص، قبل و بعد از عمل و همچنین چک لیست علل عدم ثبت صحیح گزارشات پرستاری بوده است. داده‌های آماری با SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میزان گزارشات ثبت شده صحیح، در قسمت گزارش‌های معمول بستری در بخش و بدو ورود ۵۶٪، ترخیص ۸۲٪، قبل عمل ۴۴٪ و بعد از عمل ۶۸٪ بوده است و در سایر موارد به صورت ثبت نشده و یا ثبت ناکامل بوده است. همچنین پرستاران به نبودن وقت، بارکاری زیاد و خستگی به عنوان مهم‌ترین علل عدم گزارش نویسی صحیح اشاره کردند.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه فرصت مغتنمی ایجاد کرده است تا پرستاران و مسئولین با توجه بیشتر به گویه‌هایی که ضعف در آن مشاهده شده است، به ارتقا گزارشات پرستاری کمک کنند. همچنین تمهیداتی جهت کاهش بار کاری و خستگی پرستاران که منجر به عدم گزارش نویسی صحیح می‌شود، اندیشیده شود.

واژگان کلیدی: گزارش نویسی، گزارش پرستاری، کیفیت گزارش

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

امروزه به دلیل تاکید فراوانی که روی مدیریت منابع، اثربخشی مراقبت از بیمار، ارتقا کیفیت خدمات و مسئولیت پذیری است، مراقبت خوب از بیمار اهمیت زیادی پیدا کرده است که می‌بایست همراه با ثبت دقیق باشد (۱). در این میان ثبت در حیطه عملکرد پرستاری از اهمیت ویژه‌ی برخوردار است (۲) و نگارش تمام مراقبت‌های داده شده به بیمار، نشان از کیفیت مراقبت و پاسخ به درمان دارد. در واقع هیچ چیز به اندازه یک ثبت کامل و استاندارد نمی‌تواند مانند آینه‌ای دورنمای کامل از مراقبت بیمار را به نمایش بگذارد (۳). در حرفه پرستاری مراقبتی انجام شده تلقی می‌شود (۴) که ثبت شده باشد و در بیان ارزش گزارش پرستاری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: نافذترین سند در مراجع

قضایی برای دفاع از پرستاران و پزشکان، سند با ارزش برای مراقبت مداوم از بیمار، سند مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران و همچنین سندی مهم برای پژوهش و نظارت است (۵). علاوه بر موارد فوق ثبت گزارش پرستاری نقش به‌سزایی در کیفیت مراقبت‌های پرستاری و ارتباط بین پرستار با سایر اعضای تیم سلامت برخوردار است (۶) چرا که شرط اساسی ارائه خدمات درمانی با کیفیت مناسب، تلاش منسجم و هماهنگ اعضای گروه بهداشتی- درمانی به صورت ۲۴ ساعته و بدون وقفه است و برای دستیابی به این هدف ارتباط دائمی اعضا برای به اشتراک گذاردن و تبادل اطلاعات ضروری است (۷). همچنین مبنا و ابزاری مهم جهت تعیین نیازهای آموزشی و

و پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها آلفای کرونباخ $0/86$ تعیین گردید. حجم نمونه بر اساس مطالعات مشابه گذشته با مطالعه حاضر و با در نظر گرفتن $1-\beta = 0/9$ برای بررسی تعداد پرونده‌ها 120 نمونه و برای پرستاران 100 نمونه تعیین گردید. در این پژوهش پس از تهیه ابزار گردآوری اطلاعات و تعیین حجم نمونه، پژوهشگر به بایگانی بیمارستان مراجعه کرد و از بین پرونده‌های بیمارستان بصورت سیستماتیک و بر اساس جدول اعداد تصادفی پرونده‌ها انتخاب شدند، سپس گزارش پرستاری را بررسی و در چک لیست علامتگذاری گردید. این روش تا زمانی که تعداد نمونه‌ها کامل شود ادامه یافت. در مجموع 120 پرونده مورد بررسی، 30 پرونده جهت بررسی گزارش معمول بخش، 20 پرونده برای گزارش بدو ورود، 20 پرونده جهت گزارش ترخیص، 20 پرونده قبل و 20 پرونده بعد از عمل مورد بررسی قرار گرفت. محقق می‌بایست هر یک از آیتم‌های موجود در این چک لیست را در یکی از دسته‌های ثبت شده، ثبت نشده و ناقص یا ناکامل قرار می‌داد. به جهت جمع‌آوری داده‌های هدف دوم پژوهش نیز از جدول اعداد تصادفی استفاده گردید. بدین صورت که لیست پرستاران تهیه شده و براساس اعداد بدست آمده از جدول اعداد تصادفی، پرستاران منتخب مشخص گردید و چک لیست به آن‌ها داده شد تا تکمیل کنند. 100 پرستاری که چک لیست را دریافت کرده بودند می‌توانستند از میان آیتم‌های موجود هر موردی را که در عدم گزارش نویسی صحیحشان تأثیر داشت را انتخاب کنند. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS16 و آزمون‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت.

یافته‌ها

در قسمت یافته‌ها داده‌ها بر اساس تمام موارد موجود در چک لیست، در **جدول ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵** جای گذاری شدند و جداول به صورت کامل و دقیق گویای یافته‌های حاصل از پژوهش است. در قسمت بررسی کیفیت گزارش‌های معمول بستری در بخش، یافته‌ها حاکی از آن بود که تنها در یک مورد که مربوط به خط کشیدن در پایان گزارش بوده است، 100% گزارش‌ها به خوبی ثبت شده بود. در بیش از 50% موارد، وضع ظاهری بیمار ($73/3$) و تغذیه بیمار ($53/3$) ثبت نشده بود. در مجموع 56% موارد در قسمت ثبت شده، 18% در قسمت ثبت نشده و 26% در قسمت ناقص جای گرفت (**جدول ۱**). در قسمت یافته‌های مربوط به گزارش بدو ورود بیماران، تنها در مورد ثبت نام و نام خانوادگی و امضای گزارشات با قید ساعت و تاریخ، ثبت به صورت کامل انجام شده بود و در سایر موارد ثبت به صورت ناقص یا عدم وجود آیتم مورد نظر در هر گویه موجود بوده است. در این قسمت در بیش از 80% موارد، ساعت اطلاع به پزشک، ساعت ویزیت پزشک و وزن بیمار ثبت نشده بود. در نیمی از موارد نیز علایم حیاتی بیمار ثبت نشده بود. در مجموع 56% موارد در قسمت ثبت شده، 40% در قسمت ثبت نشده و 4% در قسمت ناقص جای گرفتند. یافته‌های مربوط به گزارش ترخیص بیماران شرایط بهتری نسبت به گزارش بدو ورود داشته است و در 100% موارد ثبت نام و نام خانوادگی و امضا و وضعیت عمومی بیمار ثبت شده بود. در میان آیتم‌های مختلف، ثبت ساعت ترخیص و خروج از بخش کمترین امتیاز را کسب کرد. در مجموع 82% موارد در قسمت ثبت شده، 11% در قسمت ثبت نشده و 7% در قسمت ناقص جای گرفت. در قسمت ثبت گزارش قبل از عمل در 100% پرونده‌ها ثبت نام

برنامه ترخیص بیمار (8)، 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 می‌باشد (9). با توجه به اهمیت گزارش نویسی، ثبت ضعیف ممکن است نه تنها برای بیماران، بلکه برای پرستاران نیز زیان آور باشد (3). ثبت‌های نادرست، نا مفهوم، ناخوانا و فاقد ارزش قانونی در محاکم قانونی می‌باشد و 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 بطور کامل ثبت شده باشد (5). هر چند که ثبت صحیح گزارش پرستاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است نتایج حاصل از یک مطالعه در ایران نشان می‌دهد که $17/09\%$ از پرستاران گزارش پرستاری مطلوب داشتند و $35/81\%$ آنان گزارش پرستاری را ناقص تکمیل کرده بودند و 48% موارد ضروری را ثبت نکرده بودند (10). در اکثر مطالعات انجام شده در ایران به ضعف در گزارش نویسی پرستاران و لزوم انجام مطالعه در این زمینه در شهرهای مختلف اشاره کرده‌اند (6 ، 10 ، 12). گروه‌های بالینی بهداشت آمریکا نیز به منظور بهبود کیفیت ثبت، تأکید کرده است که؛ ارزیابی ثبت‌ها و دادن بازخورد مناسب و تحقیقات بیشتر برای بهبود استانداردها لازم و ضروری است (13). ضمن اهمیت و لزوم انجام پژوهش در این راستا، پژوهشگران این مطالعه نیز در طول سالهای فعالیت خود با مشکلاتی در زمینه ثبت گزارش پرستاری روبرو بوده‌اند و برآن شدند تا مطالعه‌ای را با هدف بررسی کیفیت گزارش پرستاری در رده‌های مختلف و علل عدم گزارش صحیح پرستاران در بیمارستان شهید بهشتی یاسوج انجام دهند تا به شناخت نقاط قوت و ضعف گزارشات پرستاری نائل شده و تلاش جهت رفع آن‌ها صورت گیرد

روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - مقطعی است. نمونه‌های پژوهش پرونده بایگانی شده مربوط به بخشهای داخلی جراحی بیمارستان شهید بهشتی یاسوج در سال 92 و پرستاران این بیمارستان بوده است. این مطالعه دو هدف را به همراه داشته است: هدف اول بررسی کیفیت گزارش پرستاری در قسمت‌های: گزارش بدو ورود، ترخیص، قبل و بعد از عمل، و گزارش معمول بستری در بخش بوده است. هدف دوم بررسی علل عدم گزارش نویسی صحیح در پرستاران بوده است. ابزارهای پژوهش شامل دو دسته چک لیست بوده است. چک لیست دسته اول که برای سنجش هدف اول استفاده گردید شامل ملزومات یک گزارش صحیح طبق دستورالعمل بیمارستان در بخش‌های مختلف شامل گزارش بدو ورود، ترخیص، قبل و بعد از عمل و گزارش معمول بستری در بخش، بوده است. و هر کدام از موارد فوق چک لیست جداگانه خود را داشتند. چک لیست دوم شامل عوامل مؤثر در عدم گزارش نویسی صحیح بوده است. هر دو چک لیست محقق ساخته بوده است و به جهت تعیین روایی محتوی ابزار به ده تن از اعضای هیات علمی دانشگاه و 5 تن از مدیران پرستاری بیمارستان داده شد. سپس با توجه به نظرات آنها تکمیل گردید. به جهت بررسی پایایی چک لیست‌های دسته اول برای هر چک لیست 15 پرونده مورد بررسی قرار گرفتند و پایایی چک لیست‌ها با آلفای کرونباخ بین 85% الی 87% تأیید شد. در نهایت به جهت تعیین پایایی چک لیست دوم چک لیست به 15 پرستار داده شد

حساسیت دارویی و اخذ رضایت نامه بیهوشی، در بیش از ۵۰٪ پرونده‌ها ثبت نشده بود.

و نام خانوادگی و امضا و وضعیت عمومی بیمار انجام شده بود. هر یک از آیتم‌های نحوه انتقال بیمار به اتاق عمل، ثبت وسایل و تجهیزات همراه، دستورات دارویی قبل از عمل، آمادگی‌های قبل از عمل،

جدول ۱: کیفیت ثبت گزارشات پرستاری معمول در بخش‌های بیمارستان شهید بهشتی شهر یاسوج در سال ۱۳۹۲

موارد	ثبت شده		ثبت نشده		ناقص یا نامفهوم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سربرگ گزارش پرستاری دارای مشخصات کامل بیمار می‌باشد	۲۶	۸۶/۷	۲	۶/۷	۲	۶/۷
گزارش پرستاری خوانا و مرتب است	۳	۱۰	۳	۱۰	۲۴	۸۰
گزارش پرستاری مختصر و کامل نوشته می‌شود	۲۳	۷۶/۷	۲	۶/۷	۵	۱۶/۷
در پایان گزارش خط ممتد کشیده می‌شود	۳۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰
در گزارش پرستاری از کلمات شبهه انگیز (مثل بنظر می‌رسد، ممکن است، شاید و ظاهراً...) استفاده نمی‌شود	۱۴	۴۶/۷	۱۶	۵۳/۳	۰	۰
گزارش پرستاری گویای مشکل جسمی بیمار می‌باشد	۱۵	۵۰	۰	۰	۱۵	۵۰
گزارش پرستاری گویای وضعیت ظاهری بیمار می‌باشد	۳	۱۰	۲۲	۷۳/۳	۵	۱۶/۷
در گزارش پرستاری وضعیت علائم حیاتی بیمار و نتایج غیر طبیعی آن ذکر گردیده است	۲۱	۷۰	۲	۶/۷	۷	۲۳/۳
کلیه اطلاعات ضروری در مورد داروها (نام دارو، مقدار و راه تجویز آن، روز و تاریخ) در گزارش قید شده است	۲۷	۹۰	۲	۶/۷	۱	۳/۳
در گزارش پرستاری وضعیت خواب و استراحت بیمار ذکر گردیده است	۳	۱۰	۹	۳۰	۱۸	۶۰
در گزارش پرستاری رژیم غذایی و وضعیت تغذیه بیمار ثبت گردیده است	۶	۲۰	۱۶	۵۳/۳	۸	۲۶/۷
در گزارش پرستاری وضعیت اجابت مزاج بیمار ذکر گردیده است	۱۸	۶۰	۶	۲۰	۶	۲۰
در گزارش پرستاری به پیگیری‌های لازم از قبیل اقدامات پاراکلینیکی، مشاوره و... اشاره شده است	۲۰	۶۶/۷	۳	۱۰	۷	۲۳/۳
در گزارش پرستاری I&O بیمار نوشته می‌شود	۱۵	۵۰	۲	۶/۶	۱۳	۴۳/۴
آموزش‌های داده شده به بیمار در گزارش پرستاری ذکر می‌شود	۱۵	۵۰	۵	۱۶/۷	۱۰	۳۰
در پایان گزارش نام خانوادگی، سمت، تاریخ و ساعت گزارش بطور دقیق قید می‌شود	۲۲	۷۳/۳	۱	۳/۳	۷	۲۳/۳

جدول ۲: کیفیت ثبت گزارش‌های پرستاری بدو ورود بیماران در بیمارستان شهید بهشتی شهر یاسوج در سال ۱۳۹۲

محتوی	ثبت شده		ثبت نشده		ناقص یا نامفهوم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ذکر تاریخ و ساعت	۲۴	۸۰	۲	۶/۷	۴	۱۳/۳
نحوه ورود بیمار به بخش	۲۳	۷۶/۷	۵	۱۶/۷	۲	۶/۶
شرح حال بیمار	۲۵	۸۳/۳	۴	۱۳/۳	۱	۳/۳
ثبت ساعت اطلاع به پزشک	۲	۶/۶	۲۸	۹۳/۳	۰	۰
ثبت ساعت ویزیت پزشک	۲	۶/۶	۲۸	۹۳/۳	۰	۰
ثبت تشخیص احتمالی یا قطعی	۱۹	۶۳/۳	۸	۲۶/۷	۳	۱۰
ثبت وضعیت عمومی مددجو	۲۸	۹۳/۴	۱	۳/۳	۱	۳/۳
ثبت علائم حیاتی	۱۳	۴۳/۳	۱۵	۵۰	۲	۶/۷
ثبت وضعیت هوشیاری	۲۰	۶۶/۷	۱۰	۳۳/۳	۰	۰
ثبت وزن	۱	۳/۳	۲۹	۹۶/۷	۰	۰
ثبت نام و نام خانوادگی و امضای گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ	۳۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰

در ۶۸٪ موارد در قسمت ثبت شده، ۲۸٪ در قسمت ثبت نشده و ۴٪ در قسمت ناقص جای گرفت. در قسمت علل مطروحه در مورد عدم گزارش نویسی صحیح، پرستاران به نبودن وقت (۹۰٪)، خستگی (۷۲٪)، بارکاری زیاد (۷۷٪)، عدم آگاهی از مسائل قانونی (۸٪) و عدم وجود نظارت و کنترل (۱۵٪) به عنوان بیشترین علل موقر در این زمینه اشاره کردند.

در مجموع ۴۴٪ موارد در قسمت ثبت شده، ۴۹٪ در قسمت ثبت نشده و ۷٪ در قسمت ناقص جای گرفت. در مورد ثبت گزارش بعد از عمل، ثبت نام و نام خانوادگی و امضا و وضعیت عمومی بیمار، هوشیاری و درد، ساعت تحویل بیمار به بخش، در تمام پرونده‌ها ثبت گردیده بود. در بیش از ۵۰٪ پرونده‌ها، ثبت اتصالات بیمار (درن و ترشحات و ...)، برون ده ادراری، و اقدامات قابل پیگیری، ثبت نشده بود. در مجموع

جدول ۳: کیفیت ثبت گزارش‌های ترخیص بیماران در بیمارستان شهید بهشتی شهر یاسوج در سال ۱۳۹۲

محتوی	ثبت شده		ثبت نشده		ناقص یا نامفهوم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ثبت وضعیت عمومی	۲۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰
ثبت ساعت ترخیص و خروج از بخش	۱۳	۶۵	۵	۲۵	۲	۱۰
ثبت آموزش‌های داده شده	۱۷	۸۵	۲	۱۰	۱	۵
قید علائم حیاتی	۱۲	۶۰	۴	۲۰	۴	۲۰
ثبت نام و نام خانوادگی و امضای گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ	۲۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰

جدول ۴: کیفیت ثبت گزارش‌های پرستاری قبل از عمل بیماران در بیمارستان شهید بهشتی شهر یاسوج در سال ۱۳۹۲

محتوی	ثبت شده		ثبت نشده		ناقص یا نامفهوم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل	۱۵	۷۵	۵	۲۵	۰	۰
ثبت نحوه انتقال به اتاق عمل	۳	۱۵	۱۷	۸۵	۰	۰
ثبت علائم حیاتی قبل از تحویل به اتاق عمل	۱۸	۹۰	۲	۱۰	۰	۰
ثبت وضعیت عمومی	۲۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰
ثبت وسایل و تجهیزات	۳	۱۵	۱۵	۷۵	۲	۱۰
ثبت دستورات دارویی قبل از عمل	۴	۲۰	۱۴	۶۵	۲	۱۰
ثبت آمادگی‌های قبل از عمل	۷	۳۵	۱۱	۵۵	۲	۱۰
ثبت نوع عمل جراحی	۶	۳۰	۹	۴۵	۵	۲۵
ثبت حساسیت دارویی	۰	۰	۱۷	۸۵	۳	۱۵
اخذ رضایت بیهوشی	۱	۵	۱۹	۹۵	۰	۰
ثبت نام و نام خانوادگی و امضای گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ	۲۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰

جدول ۵: کیفیت ثبت گزارش‌های پرستاری بعد از عمل بیماران در بیمارستان شهید بهشتی شهر یاسوج در سال ۱۳۹۲

محتوی	ثبت شده		ثبت نشده		ناقص یا نامفهوم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ثبت ساعت تحویل بیمار به بخش	۲۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰
ثبت نوع عمل انجام شده	۱۱	۵۵	۹	۴۵	۰	۰
ثبت علائم حیاتی	۱۹	۹۵	۱	۵	۰	۰
ثبت وضعیت عمومی و سطح هوشیاری و درد	۲۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰
ثبت اتصالات بیمار (درن و ترشحات و ...)	۹	۴۵	۱۱	۵۵	۰	۰
ثبت برون ده ادراری	۶	۳۰	۱۴	۷۰	۰	۰
ثبت اقدامات قابل پیگیری	۴	۲۰	۱۴	۷۰	۲	۱۰
ثبت وضعیت تغذیه	۱۴	۷۰	۳	۱۵	۳	۱۵
ثبت نام و نام خانوادگی و امضای گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ	۲۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰

بحث

هدف از انجام این مطالعه بررسی کیفیت گزارش پرستاری در حیطه‌های مختلف و علل عدم گزارش نویسی صحیح توسط پرستاران بیمارستان شهید بهشتی یاسوج بوده است یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که در تمامی گزارشات مورد بررسی در حیطه‌های متفاوت، تنها آیتم‌های محدود و مشابهی بوده است که در تمام پرونده‌ها ثبت صحیح و کامل داشته است. در حقیقت در اکثر آیتم‌هایی که می‌بایست به صورت قطع در پرونده ثبت شده باشد، عدم ثبت و یا ثبت ناقص مشاهده گردید، بدین گونه که میزان گزارشات ثبت شده صحیح، در

قسمت گزارش‌های معمول بستری در بخش و بدو ورود ۵۶٪، ترخیص ۸۲٪، قبل عمل ۴۴٪ و بعد از عمل ۶۸٪ بوده است و در سایر موارد به صورت ثبت نشده و یا ناکامل بوده است. حنیفی و همکاران نیز در مطالعه‌ای که بر روی گزارش نویسی پرستاران در سال ۱۳۸۲ انجام دادند، در نتایج خود ذکر کردند: ۱۶/۱ درصد موارد ثبت مطلوب و ۳۵/۸۱ درصد ثبت ناقص داشتند و ۴۲/۵ درصد موارد ثبت نشده بودند، بنابراین حدود ۷۸٪ موارد در گزارشات یا ثبت نشده بودند یا ثبت ناقص داشتند(۱۰).

ثبت آن‌ها در گزارش نویسی اشاره می‌کند(۱۶). در مطالعه حاضر پرستاران از میان علل مختلف عدم گزارش نویسی صحیح، به نبودن وقت، بار کاری زیاد و خستگی به عنوان مهم‌ترین علل اشاره کردند، حنیفی و همکاران نیز در مطالعه خود از خستگی و بار کاری زیاد به عنوان علت عدم گزارش نویسی صحیح نام می‌برند(۱۰). ساراتو و همکاران نیز خستگی را از جمله علل مهم در گزارش نویسی صحیح می‌دانند و تاکید می‌کنند عواملی مانند خستگی و یا حجم بالای کار نباید مانع از ثبت کامل و دقیق گزارشات شود. وی در مطالعه خود بیان می‌کند ثبت مراقبت اجرا شده به اندازه خود مراقبت از اهمیت بالایی برخوردار است و هرگونه کوتاهی در این زمینه به ضرر هم پرستار و هم بیمار است(۵).

نتیجه گیری

طبق نتایج مطالعه حاضر گزارش پرستاری که از اهمیت بالایی در رشته پرستاری برخوردار است در سطح کاملاً مطلوب نبوده است. در این مطالعه کیفیت تمامی گویه های موجود در گزارش‌های مختلف پرستاری به صورت کامل مشخص شده است لذا فرصت مغتنمی است تا پرستاران و مسئولین با توجه بیشتر به این حیطة و خصوصاً در گویه هایی که ضعف بیشتری در آن مشاهده شده است، به ارتقا گزارشات پرستاری کمک کنند. همچنین تمهیداتی جهت کاهش بار کاری و خستگی پرستاران که منجر به عدم گزارش نویسی صحیح می‌شود، اندیشیده شود. با توجه به این که در این پژوهش گزارش پرستاری در حیطة‌های مختلف به تفکیک بررسی شده است و کیفیت گزارشات در گویه های مختلف مشخص شده است و بصورت همزمان علل عدم گزارش نویسی صحیح از دیدگاه پرستاران نیز بررسی شده است بنابراین مسئولین پرستاری می‌توانند از نتایج این مطالعه جهت آموزش گزارش نویسی در حیطة‌های مختلف و برطرف کردن نقاط ضعف استفاده کرده و تمهیداتی نیز در جهت اصلاح موانع عدم گزارش نویسی صحیح توسط پرستاران بیندیشند.

پاسگزارى

مطالعه حاضر حاصل از طرح پژوهشی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و تحت حمایت مالی این ارگان می‌باشد لذا از همکاری این دانشگاه کمال تشکر را داریم. قدردان کلیه مدیران پرستاری و پرستارانی که فرصت اجرای این طرح را به ما دادند هستیم.

References

- Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. The study of nursing documentation complexities. *Int J Nurs Pract.* 2006;12(6):366-74. DOI: [10.1111/j.1440-172X.2006.00596.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00596.x) PMID: [17176310](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17176310/)
- Voyer P, McCusker J, Cole MG, Monette J, Champoux N, Ciampi A, et al. Nursing documentation in long-term care settings: New empirical evidence demands changes be made. *Clin Nurs Res.* 2014;23(4):442-61. DOI: [10.1177/1054773813475809](https://doi.org/10.1177/1054773813475809) PMID: [23431024](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23431024/)
- Muller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2007;18(1):5-17. DOI: [10.1111/j.1744-618X.2007.00043.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2007.00043.x) PMID: [17430533](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17430533/)

پرستاری در قسمت‌های مختلف را کمتر از ۵۰٪ موارد ذکر کردند(۱۲). البته در مطالعه حاضر میزان درصد ثبت مطلوب بیش از این مطالعه است که شاید بتوان گفت بهبود ثبت گزارش نویسی در طی سال‌های اخیر را نشان می‌دهد، هرچند که هنوز با وضعیت مطلوب فاصله بسیاری دارد. در عین حال غضنفری و همکاران نیز به عدم کیفیت مطلوب گزارشات پرستاری و دانش کم پرستاران در این زمینه اشاره می‌کنند(۱۴). از میان گزارشات مورد بررسی در قسمت‌های مختلف گزارش ترخیص با درصد بالاتر ثبت صحیح، شرایط بهتری نسبت به سایر گزارشات داشته است و گزارش قبل از عمل با کمترین درصد ثبت کامل، کمترین امتیاز را کسب کرده است. این در حالیست که گزارش قبل از عمل از جمله گزارشات حساس و حیاتی در زمینه گزارش نویسی است و لزوم دقت و توجه بیشتر در این زمینه را می‌طلبد. بر خلاف مطالعه حاضر، خدام و همکاران در مطالعه خود، کمترین امتیاز از بعد محتوی را در گزارشات ترخیص مشاهده کردند(۱۲). یکی از مواردی که در تمام گزارشات به صورت کامل ثبت گردیده بود ثبت امضا و نام پرستاران و خط کشیدن در پایان گزارش بوده است. در این مورد بر خلاف مطالعه حاضر حنیفی و همکاران و خدام و همکاران در مطالعه خود به ضعف در این قسمت اشاره می‌کنند(۱۰، ۱۲). امروزه تاکید بر مسئولیت قانونی افراد در گزارشات پرستاری بیش از پیش شده است و شاید بتوان علت بهبود این قسمت را به تاکید بیشتر بر مسئولیت قانونی و ذکر نام و نام خانوادگی در گزارش پرستاری ذکر کرد(۱۵). بررسی گویه‌های مختلف نشان از این دارد که گویه هایی مانند: وضعیت ظاهری بیمار، خواب و استراحت، تغذیه بیمار، ساعت ویزیت پزشک در بدو ورود، ثبت وزن در بدو ورود بیمار، اخذ رضایت بیهوشی، حساسیت دارویی قبل از عمل، ثبت دستورات دارویی قبل از عمل، ثبت آمادگی‌های قبل از عمل و ثبت برون ده ادراری بعد از عمل، ثبت اتصالات بیمار (درن و ترشحات و ...) بعد از عمل، جز گویه هایی بوده‌اند که کمترین ثبت صحیح را به خود اختصاص داده بودند. این درحالیست که هر یک از گویه‌های بالا از جمله مواردی هستند که وجود آن‌ها در گزارش پرستاری ضروری است. بلایر و همکاران نیز در مطالعه خود به عدم ثبت صحیح خواب و استراحت، تغذیه و وضعیت ظاهری بیماری اشاره می‌کند. وی در مطالعه خود ذکر می‌کند: پرستاران علت عدم توجه به مسائلی نظیر تغذیه را کم اهمیت بودن آن می‌دانستند و بیشترین توجه را در گزارش نویسی به علایم تخصصی بیماری فرد داشتند. وی نیز در مطالعه خود به اهمیت بالای ثبت این موارد و لزوم

- Bruylands M, Paans W, Hediger H, Muller-Staub M. Effects on the quality of the nursing care process through an educational program and the use of electronic nursing documentation. *Int J Nurs Knowl.* 2013;24(3):163-70. DOI: [10.1111/j.2047-3095.2013.01248.x](https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01248.x) PMID: [23859641](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23859641/)
- Saranto K, Kinnunen UM. Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. *J Adv Nurs.* 2009;65(3):464-76. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2008.04914.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04914.x) PMID: [19222644](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19222644/)
- Hemmati Maslakkpak M, Khajeali N, Kazemi N. [The Impact of Problem- oriented Reporting Education on

- Characteristics of Nursing Report]. Iran J Nurs. 2013;26(85):26-34.
7. Tornvall E, Wilhelmsson S. Nursing documentation for communicating and evaluating care. J Clin Nurs. 2008;17(16):2116-24. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2007.02149.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02149.x) PMID: [18710374](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18710374/)
 8. McMullen L, Gale S. Improving nursing documentation. BMJ Support Palliat Care. 2014;4(1):A52-A.
 9. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. J Adv Nurs. 2011;67(9):1858-75. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x) PMID: [21466578](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21466578/)
 10. Hanifi N, Mohamadi E. Survey of causes of faculty nursing documentation. Hayat. 2004;10(2):39-46.
 11. Abraham A. Poor systems and staffing problems led to poor patient outcomes. Prof Nurse. 2003;18(10):576-7. PMID: [12808857](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12808857/)
 12. Khoddam H, Sanagoo A, Joibary L. [Effectiveness of continual education on quality of nursing records]. J Gorgan Uni Med Sci. 2001;3(2):65-9.
 13. Hayrinen K, Lammintakanen J, Saranto K. Evaluation of electronic nursing documentation--nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. Int J Med Inform. 2010;79(8):554-64. DOI: [10.1016/j.ijmedinf.2010.05.002](https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.05.002) PMID: [20617569](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20617569/)
 14. Ghazanfari Z, Sheykhpour KM, Haghdoost A. [Nurse's Knowledge and Practice of the Principles of Nursing Documentation at Hospitals of Kerman University of Medical Sciences]. Iran J Nurs. 2009;22(59):15-22.
 15. Paans W, Sermeus W, Nieweg RM, van der Schans CP. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. J Adv Nurs. 2010;66(11):2481-9. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2010.05433.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05433.x) PMID: [20735494](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20735494/)
 16. Blair W, Smith B. Nursing documentation: frameworks and barriers. Contemp Nurse. 2012;41(2):160-8. DOI: [10.5172/conu.2012.41.2.160](https://doi.org/10.5172/conu.2012.41.2.160) PMID: [22800381](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22800381/)

A Review of Quality of Nursing Documentation in Different Fields and the Lack of Proper Reporting by Nurses in Shahid Beheshti Hospital in Yasouj

Soheila Zabolypour¹, Sepideh Mohammadi^{2,*}, Mohammad Fararoei³,
Maryam Bazgirian⁴

¹ Clinical Cares and Skills Research Center, School of Nursing and Midwifery, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

² PhD Candidate, Department of Nursing, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Aids Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

⁴ Department of Nursing, Taleghani Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Sepideh Mohammadi, PhD Candidate, Department of Nursing, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: sepidmohamadi@nm.mui.ac.ir

Received: 15 Oct 2016

Accepted: 10 Mar 2017

Abstract

Introduction: Nursing documentation is one of the most important responsibilities in nursing, yet after decades of education and importance of correct nursing documentation, many problems still remain. This study was done with an aim to check the quality of nursing documentation in different areas and reasons for lack of proper nursing reports at Yasuj Shahid Beheshti hospital.

Methods: This was a cross-sectional study conducted during year 2013. Samples were 120 records of admitted patients and 100 nurses, who were randomly selected. Research tools included the check-list of common reports, admission, discharge, and pre-postoperative records. Other check-lists were reasons of incorrect nursing documentation. Data were analyzed with the SPSS 16 software.

Results: Percentage of correct records was 56% on admission, 82% at discharge, 44% before surgery, and 68% after surgery. The nurses' lack of time, high workload, and fatigue were the most important reasons for correct documentation.

Conclusions: The results of this study therefore provide an opportunity for nurses and administrators to pay more attention to items with weak documentation, and help promote nursing reports. Nurses' workload and fatigue must be reduced, leading to a lack of accurate documentation.

Keywords: Nursing Reporting, Nursing Documentation, Quality of Nursing Documentation