

بررسی کیفی عملکرد پرستاران نسبت به اصول مستندسازی و تعیین نیازهای آموزشی آنان به منظور ارائه برنامه آموزشی ارتقاء کیفیت

حسام الدین عسکری مجدآبادی* - مهدی کاهویی*

مستندسازی یکی از مهم‌ترین عملکردهای پرستاری است که حدود ۳۰ درصد وقت آنان را به خود اختصاص می‌دهد. هیچ چیز به اندازه ثبت کامل و استاندارد نمی‌تواند بیانگر تمام مراقبت‌های داده شده به بیماران باشد. با توجه به گزارشات نگران‌کننده در مورد وضعیت گزارش‌نویسی پرستاران در بیمارستان‌های آموزشی منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تبریز، تهران و گلستان مبنی بر عملکرد نامطلوب پرستاران در ثبت گزارشات، این پژوهش با هدف مطالعه وضعیت عملکرد گزارش‌نویسی پرستاران در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی سمنان و نیز تعیین عوامل مؤثر بر میزان آگاهی و نگرش ایشان نسبت به اصول مستندسازی انجام گرفت. این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی می‌باشد که وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد ۵۴ پرستار کاردان و کارشناس شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان را نسبت به اصول مستندسازی مورد بررسی قرار داده است. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه‌ای مربوط به آگاهی و نگرش و چک لیستی مربوط به عملکرد می‌باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شده است. یافته‌ها نشان داد که نه درصد از جامعه آماری نسبت به اصول مستندسازی از آگاهی ضعیف و ۶۳ درصد از آگاهی خوب برخوردار بودند. از نظر نگرش، تنها ۹/۲ درصد از جامعه آماری از نگرش ضعیف برخوردار بودند. تنها ۵/۶ درصد پرستاران برگ گزارش پرستار را در سطح خوب تکمیل کرده بودند. علی‌رغم عملکرد نامطلوب پرستاران در ثبت گزارشات پرستاری، اکثر آنان از آگاهی و نگرش خوبی برخوردار بودند. لذا عوامل دیگری بجز آگاهی و نگرش باید در وضعیت عملکرد دخالت داشته باشند. این عوامل می‌توانند شامل 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، عدم سیستم پاداش و تنبیه، نبودن عوامل ابقاء‌گر و انگیزشی در محیط کاری باشد. لذا مطالعه عوامل انگیزشی بهداشتی براساس تئوری هرزبرگ در مورد ایشان توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: عملکرد؛ پرستاران؛ مستندسازی؛ ارتقاء کیفیت

*کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان
 • کارشناس ارشد مدارک پزشکی، مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان

مقدمه

ثبت کامل، دقیق و بموقع گزارشات درمانی (مستندسازی) جهت قضاوت در مورد اینکه بیمار مراقبت‌های مورد نیاز و ضروری را دریافت نموده، امری واضح و روشن است (۱). در واقع، هدف اولیه از مستندسازی، تسهیل ارتباط بین مراقبین و فراهم نمودن شواهدی جهت جوابگو شدن و تسهیل تحقیق و آموزش است (۲). پرستاران باید بدانند مستندسازی دقیق و مطابق استانداردهای حرفه‌ای، مهم‌ترین کاری است که می‌توانند برای حمایت خود در برابر اتهامات مربوط به عملکرد غلط و سهل‌انگاری انجام دهند (۳). از طرفی ثبت ناقص، مبهم، نامفهوم و در زمان نامناسب و نگرش استنباط‌های شخصی از جمله مواردی است که گزارش‌های پرستاری را خدشه‌دار نموده و از لحاظ قانونی بی‌اعتبار می‌سازد (۴). در مطالعه‌ای که توسط آندرسن و فوگ با هدف بررسی مقایسه‌ای بر روی داروهای تجویزی ثبت شده در برگ دستورات پزشکی با لیست داروها در برگ دارویی پرستاران انجام گرفت، پرونده‌های پزشکی ۱۳۵ بیمار در بخش داخلی یکی از مراکز درمانی مورد مطالعه قرار گرفت و نتایج نشان داد که از تمامی داروهای تجویز شده، فقط ۷۵ درصد از آن‌ها هم در برگ دستورات پزشکی و هم در برگ دارویی پرستاران وجود داشت و ۱۴ درصد از داروها فقط در برگ دستورات پزشکی و ۱۱ درصد فقط در برگ دارویی پرستاران لیست شده بود. از نظر تطبیق میزان و نوع داروی تجویز شده بین دستور پزشکی و برگ دارویی پرستاران، فقط ۳۵ درصد پرونده‌های پزشکی بیماران از این انطباق تبعیت می‌کردند (۵).

نتایج مطالعه انجام شده بر روی گزارشات پرستاران بخش‌های داخلی جراحی مرکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۱۳۷۷ نشان داد که الگوی ثبت گزارشات پرستاری خصوصاً از بُعد محتوا فاقد کیفیت مطلوب است. همچنین مطالعه احمدی بر روی کیفیت گزارش پرستاری در بیمارستان‌های منتخب تهران در سال ۱۳۷۷ نشان داد که اکثر گزارشات ثبت شده از نظر محتوا خصوصاً ثبت وضعیت عمومی بیمار، جذب و دفع، استراحت و یافته‌های پاراکلینیکی ناقص بوده است (۱). با توجه به نتایج نگران‌کننده وضعیت گزارشات پرستاری در دانشگاه علوم پزشکی گلستان و بیمارستان‌های تهران و نقش این مستندات در فرآیند درمان بیماران، ضرورت داشت که این وضعیت در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان نیز مورد مطالعه قرار گیرد. لذا این پژوهش با هدف بررسی عوامل مؤثر در وضعیت عملکرد پرستاران و تعیین میزان آگاهی و نگرش ایشان نسبت به اصول مستندسازی انجام گرفت تا در صورت نیاز به برگزاری هر گونه دوره‌های آموزشی ارتقاء کیفیت، برنامه‌های متناسب با نیازها و با کارایی و بهره‌وری کافی طراحی و ارائه شود.

روش پژوهش

این مطالعه توصیفی - تحلیلی برای بررسی وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد ۵۴ پرستار کاردان و کارشناس شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان نسبت به اصول مستندسازی در سال‌های ۸۰-۱۳۷۹ طراحی و انجام شده است. ابزار اندازه‌گیری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ای مربوط به آگاهی و نگرش و چک‌لیستی مربوط به اندازه‌گیری عملکرد است که اعتبار و روایی آن بر اساس کتب مرجع، مقالات و مشورت با اساتید مربوطه، مورد تأیید قرار گرفت. پرسشنامه مشتمل بر ۲۲ سؤال بود که پس از بررسی مشخصات دموگرافیک، میزان آگاهی را نسبت به نوع اطلاعات ضروری در گزارش پرستار، برخورد با دستورات شفاهی پزشکان، اصلاح مندرجات و استفاده از اختصارات مورد بررسی قرار داده است؛ همچنین وضعیت نگرش جامعه پژوهش نسبت به جایگاه مستندسازی در روند درمان بیمار، واگذاری گزارش‌نویسی به فردی خاص، برگزاری کارگاه آموزشی مستندسازی، نظارت بر روی گزارشات پرستاری و وجود سیستم‌های تشویق و تنبیه مورد بررسی

قرار گرفت. چک لیست عملکرد مشتمل بر ۱۴ مورد بود که وضعیت ثبت گزارش پرستاران را از نظر محتوا و ساختار مورد بررسی قرار داد. با توجه به میزان پاسخ به سؤالات آگاهی (مشتمل بر ۱۲ سؤال ۵ امتیازی و در مجموع ۶۰ امتیاز)، وضعیت آگاهی جامعه مورد مطالعه به سه گروه ضعیف (افرادی که بین صفر تا ۲۰ امتیاز آورده باشند)، گروه متوسط (بین ۲۵ تا ۴۰ امتیاز) و گروه خوب (بین ۴۵ تا ۶۰ امتیاز) گروه بندی شدند و با توجه به میزان پاسخ به سؤالات نگرشی، وضعیت نگرش به گروه ضعیف (افراد دارای صفر تا ۱۰ امتیاز)، متوسط (یازده الی ۱۵ امتیاز) و خوب (۱۶ تا ۲۰ امتیاز) منتسب شدند و با توجه به میزان ثبت اطلاعات در گزارش پرستار، جامعه مورد مطالعه به چهار گروه خیلی ضعیف (صفر تا ۵۰ درصد)، ضعیف (۵۱ تا ۷۰ درصد)، متوسط (۷۱ تا ۹۰ درصد) و خوب (۹۱ تا ۱۰۰ درصد) دسته بندی شدند.

در مطالعه، تاریخ آخرین شیفت هر پرستار از دفتر پرستاری بدست آمد و گزارش‌ها مورد بررسی قرار گرفت. اگر به دلایلی در آن تاریخ گزارشی توسط پرستار تنظیم نشده بود، گزارشات مربوط به کشیک قبلی پرستار، مورد بررسی قرار می‌گرفت. چون توزیع پرسشنامه آگاهی و نگرش ممکن بود بر روی رفتار جامعه مورد مطالعه تأثیر بگذارد، لذا توزیع پرسشنامه یک روز بعد از اتمام عملکرد تمامی پرستاران انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی و برای تعیین ارتباط بین یافته‌های دموگرافیک با میزان آگاهی، نگرش و عملکرد از آزمون آماری مجذور کای و برای تعیین ارتباط بین آگاهی، نگرش و عملکرد از آزمون تاوکندال C استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۵۴ نفر پرستار در بیمارستان‌های آموزشی فاطمیّه (س)، امیرالمؤمنین (ع) و امداد مورد بررسی قرار گرفتند که از این میان ۱۲ نفر کاردان، ۴۲ نفر کارشناس و در کل ۳۱ نفر زن بودند. از نظر سابقه کار، یازده نفر سابقه کار کمتر از پنج سال، ده نفر سابقه کار بین ۵ تا ۹ سال، شانزده نفر سابقه کار بین ۱۰ تا ۱۴ سال، دوازده نفر سابقه کار بین ۱۵ تا ۱۹ سال و پنج نفر سابقه کار ۲۰ سال و بیشتر داشتند. از نظر آگاهی، فقط ۹ درصد از جامعه مورد مطالعه نسبت به اصول مستندسازی از آگاهی ضعیف برخوردار بودند و ۶۳ درصد از آگاهی خوبی برخوردار بودند. بین میزان آگاهی و محل خدمت رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/016$) (جدول شماره ۱) یافته‌ها نشان داد که ۸۵/۷ درصد از پرستاران نسبت به نوع اطلاعات در گزارش پرستار اطلاع داشتند. همچنین میزان آگاهی ایشان نسبت به نحوه برخورد با دستورات شفاهی پزشکان ۴۰ درصد، اصلاح مندرجات گزارشات ۵۶ درصد و استفاده از اختصارات ۵۰ درصد بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی میزان آگاهی پرستاران بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان

نسبت به اصول مستندسازی در سال‌های ۸۰-۷۹

وضعیت	فاطمیه		معیری		امیرالمومنین		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ضعیف	۴	۱۵٪	۰	۰٪	۱	۸٪	۵	۹٪
متوسط	۱۲	۴۶٪	۲	۱۳٪	۱	۸٪	۱۵	۲۸٪
خوب	۱۰	۳۹٪	۱۴	۸۷٪	۱۰	۸۴٪	۳۴	۶۳٪
جمع	۲۶	۱۰۰٪	۱۶	۱۰۰٪	۱۲	۱۰۰٪	۵۴	۱۰۰٪

جدول ۲: توزیع فراوانی میزان نگرش پرستاران بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان

نسبت به اصول مستندسازی در سال‌های ۸۰-۷۹

وضعیت	فاطمیه		معیری		امیرالمومنین		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ضعیف	۴	۱۵/۴	۱	۶/۲	۰	۰	۵	۹/۲
متوسط	۹	۳۴/۶	۶	۳۷/۵	۱۰	۸/۳	۱۶	۲۹/۶
خوب	۱۳	۵۰	۹	۵۶/۲	۱۱	۹۱/۷	۳۳	۶۱/۲
جمع	۲۶	۱۰۰	۱۶	۱۰۰	۱۲	۱۰۰	۵۴	۱۰۰

جدول ۳: توزیع فراوانی میزان عملکرد پرستاران بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان

نسبت به اصول مستندسازی در سال‌های ۸۰-۷۹

وضعیت	فاطمیه		معیری		امیرالمومنین		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خیلی ضعیف	۵	۱۷/۲	۵	۳۵/۷	۸	۷۲/۸	۱۸	۳۳/۳
ضعیف	۱۱	۳۷/۹	۵	۳۵/۷	۳	۲۷/۳	۱۹	۳۵/۲
متوسط	۱۰	۳۴/۵	۴	۲۸/۵	۰	۰	۱۴	۲۵/۹
خوب	۳	۱۰/۳	۰	۰	۰	۰	۳	۵/۶
جمع	۲۹	۱۰۰	۱۴	۱۰۰	۱۱	۱۰۰	۵۴	۱۰۰

از نظر نگرش، ۹/۲ درصد جامعه مورد مطالعه، نگرش ضعیف داشتند (جدول شماره ۲).

بین وضعیت نگرش و اطلاعات دموگرافیک جامعه مورد مطالعه رابطه معنی داری مشاهده نشد. تمامی پرستاران نسبت به تأثیر مستندسازی بر روی فرآیند درمان بیماران نگرش خوبی داشتند (۱۰۰ درصد). همچنین میزان موافقت ایشان نسبت به واگذاری گزارش نویسی به فردی به غیر از پرستار ۱۰ درصد، برگزاری کارگاه‌های مستندسازی کامپیوتری ۸۰ درصد نظارت بر روی گزارشات پرستاری و وجود سیستم‌های پاداش و تنبیه در مقابل عملکرد پرستاران ۸۵ درصد بود. از نظر عملکرد و از بُعد محتوا، نکته قابل توجه عدم ثبت یا ثبت ناقص وضعیت خواب، استراحت، دفع و نتایج بررسی‌های

پاراکلینیکی بیماران بود. از نظر ساختار، مهم‌ترین و شایع‌ترین موارد، عدم ثبت مشخصات بیماران، عدم امضاء پرستار و عدم ثبت تاریخ اجرای دستورات دارویی بود. فقط ۵/۶ درصد جامعه پژوهش، برگ گزارش پرستار را در سطح خوب تکمیل کرده‌اند. بین محل خدمت و وضعیت عملکرد رابطه معنی‌داری وجود داشت (جدول شماره ۳).

بحث

این مطالعه نشان داد که اکثر پرستاران از اصول مستندسازی اطلاع دارند ولی علی‌رغم این‌که اکثر جامعه آماری را کارشناسان و افرادی با سابقه بالاتر از ده سال تشکیل می‌داد، اما هیچ رابطه معنی‌داری بین میزان تحصیلات و یا سنوات شغلی با میزان آگاهی مشاهده نشد. نتایج نشان داد که اکثر پرستاران نمی‌دانستند که در قبال دستورات شفاهی پزشکان چه اقدامی انجام دهند و از سقف مدت زمان تأیید این‌گونه دستورات توسط پزشکان بی‌اطلاع بودند و علت آن‌است که در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، صدور دستورات شفاهی ممنوع اعلام شده است ولی این مسأله برای پرستاران حائز اهمیت است چرا که می‌تواند بطور بالقوه مشکلات قانونی را برای پرستاران به همراه داشته باشد (۶). همچنین برخی از افراد جامعه مورد پژوهش در رابطه با نحوه اصلاح مندرجات پرونده اظهار بی‌اطلاعی می‌کردند که شاید همین امر باعث شده که در برخی از گزارشات از خط‌خوردگی و استفاده از لاک غلط‌گیر جهت اصلاح مندرجات استفاده شود؛ این عمل بطور مسلم مشکلات قانونی به همراه خواهد داشت که منجر به ضایع شدن حقوق بیمار یا بیمارستان می‌گردد.

اکثر پرستاران نسبت به رعایت اصول مستندسازی و همچنین برگزاری دوره‌های آموزشی نگرش خوبی داشتند و این مسأله می‌تواند حاکی از آن باشد که به اهمیت اطلاعات در فرآیند درمان بیمار پی‌برده و نیاز به رعایت اصول مستندسازی را احساس کرده‌اند. نکته جالب توجه آن‌است که با برقراری سیستم گزارش‌دهی کامپیوتری موافق بودند و این حاکی از علاقه پرستاران به ارتقاء کیفیت گزارش‌دهی است. اکثر افراد جامعه مورد پژوهش با برقراری سیستم پاداش و تنبیه در قبال رعایت و عدم رعایت اصول مستندسازی به هنگام تنظیم گزارشات موافقت داشتند و این چیزی نیست جز درخواست پرستاران از مسؤولین به منظور نظارت بیشتر بر روی گزارشات پرستاران.

در بررسی عملکرد پرستاران در تنظیم گزارشات، اکثر گزارشات در سطح نامطلوبی تکمیل شده بود، بطوری‌که از نظر محتوا، وضعیت استراحت بیماران و نتایج بررسی‌های آزمایشگاهی بسیار ناقص گزارش شده بود؛ این وضعیت عملکرد با نتایج گرفته شده در دانشگاه علوم پزشکی گلستان و مطالعه احمدی در تهران در همان سال یکسان است، بطوری‌که در هر دو مطالعه پرستاران در گزارشات خود بسیاری از موارد حساس و مهم از قبیل ثبت وضعیت عمومی بیمار، جذب و دفع، خواب و استراحت، موارد قابل پیگیری و یافته‌های پاراکلینیکی را ناقص گزارش کرده‌اند (۱).

آموزش بر روی عملکرد افراد تأثیر بسزائی دارد، بطوری‌که پدن در تحقیق خود به این نتیجه رسید که حضور در یک برنامه آموزشی ضمن خدمت سبب تغییر رفتار پرستاران شده و موجب می‌گردد آنها در برگشت به محیط کار خود، موارد جدید را اجرا نموده و بطور قابل ملاحظه‌ای کیفیت ارائه مراقبت به بیماران را ارتقاء دهند (۷) ولی در مطالعه حاضر، اکثر پرستاران از سطح آگاهی خوبی برخوردار بودند و نمی‌توان علت عملکرد نامطلوب ایشان را تنها به آگاهی نسبت داد. در بررسی ساختاری در اکثر گزارشات پرستاران، اطلاعات هویتی بیماران ثبت نشده بود، شاید علت این باشد که پرستاران انتظار دارند که این دسته از اطلاعات توسط منشی بخش تکمیل گردد. همچنین در اکثر گزارشات به نام و نام خانوادگی فرد ثبت کننده، ساعت و تاریخ ثبت اشاره‌ای نشده و یا ناقص گزارش شده بود و این نتایج با مطالعه‌ای که در تبریز در سال ۷۹ در دو مرکز آموزشی

طالقانی و سینا و مطالعه‌ای که در سه بیمارستان آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۷۴ به اجرا در آمده بود، مشابه است. در آن مطالعه، ۸۰ الی ۸۵ درصد گزارشات پرستاران فاقد امضاء و نام خانوادگی پرستار مسؤول و بدون ساعت ترخیص بیماران بود. در ۵۵ الی ۶۵ درصد گزارشات، پرستاران از ثبت اسامی خودشان خودداری کرده بودند (۸، ۳).

این گونه عملکرد سالیان متمادی است که در کشورهای توسعه یافته مرتفع گردیده است. بطوری که نتایج این مطالعه و یافته‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی گلستان، تهران، ایران و تبریز با وضعیت گزارشات پرستاران آمریکا در سال ۱۹۸۸ مطابقت دارد. در آن مطالعه، نتایج نشان داد که در گزارشات پرستاران تمامی حوادث و وقایع مربوط به بیماران و آموزش‌های داده شده به آنان بندرت ثبت شده است و اغلب فاقد نام و امضاء نویسنده و تاریخ ثبت بود (۹). بین آگاهی و عملکرد در این مطالعه رابطه معنی‌داری مشاهده نشد، پس عوامل دیگری بجز آگاهی باید بطور بالقوه در وضعیت عملکرد دخالت داشته باشند، از جمله نوشتن گزارش پرستاری برای بعضی از پرستاران، کاری پرزحمت و وقت‌گیر است. تأکید لازم در این زمینه از طرف مسؤولین بخش‌ها و پزشکان معالج وجود ندارد؛ کامل نوشتن گزارش پرستار در ترفیع کار پرسنل تأثیری ندارد؛ عدم وجود سیستم‌های تنبیهی برای افرادی که در ثبت گزارشات سهل‌انگاری می‌کنند و نبودن عوامل ابقاء‌گر و انگیزشی در محیط کاری پرستاران (۱۰).

با شتاب فراوانی که در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی برای روز آمد کردن اطلاعات خدمات بهداشتی درمانی مواجه هستیم، چاره‌ای جز گسترش آموزش مداوم وجود ندارد و بدون تغییر در رفتار کارکنان در سازمان، بهبود کیفیت امری ناممکن است (۱۱). همچنین نتایج مطالعه مشابهی در سال ۱۹۹۸ در کشور اسپانیا نشان داد که از بین ۳۷۳ گزارش مورد بررسی، در ۸۰ الی ۹۰ درصد موارد مشکلات و نیازهای بیمار و تشخیص‌های پرستاری مطابق معیارهای استاندارد ثبت شده است؛ همچنین اکثر گزارشات خوانا و حاوی نام و نام خانوادگی و امضاء نویسنده بود (۱۲). نتایج مطالعه در بیمارستان‌های آموزشی سمنان نشان داد که فقط ۹ الی ۳۷ درصد از پرستاران نیاز به آموزش دارند و جمع کردن همه آنان در کارگاه ارتقاء کیفیت ضروری نیست.

همچنین نتایج نشان داد که در کارگاه ارتقای کیفیت گزارش‌نویسی علاوه بر توجه به اطلاعات ضروری در گزارش پرستار، باید بیشتر بر کاربرد اختصارات، نحوه اصلاح مندرجات، طرز بر خورد با دستورات شفاهی پزشکان، ثبت کامپیوتری گزارشات و جنبه‌های قانونی تمرکز کرد. لازم به ذکر است که کارگاه‌های آموزشی ارتقاء کیفیت تنها علاج کار نبوده و باید اجرای موارد آموزش داده شده ضمانت اجرایی داشته باشد که می‌توان از طریق گروه کاری منسجم از صاحبان فرآیند که متشکل از پرستاران منتخب از بخش‌های بستری، مسؤولین بخش، مترون و سوپروایزر آموزشی می‌باشد، نسبت به ارتقاء کیفیت فرآیند گزارش‌نویسی با رعایت اصول مستندسازی اقدام نمود.

در این فرآیند به مواردی از قبیل نظارت مستمر و مستقیم مسؤولین بخش‌ها بر روی گزارشات پرستاری و نظارت دائمی دفتر پرستاری روی عملکرد مسؤولین بخش‌ها، اجرای سیستم تشویق و تنبیه باید توجه نمود و مسؤولین بخش‌ها باید تحت حمایت مدیریت و ریاست بیمارستان قرار گیرند (۱۳).

با توجه به نتایج تحقیق حاضر و سایر موارد ذکر شده، اهمیت آموزش مداوم، ارتقاء کیفیت اصول مستندسازی تأیید می‌شود. در واقع ایجاد پیوند مؤثر و اثربخش و فراهم نمودن زمینه ایجاد مشارکت و همکاری بین آموزش و بالین

می‌توان گامی اساسی در جهت ارتقاء سطح حرفه پرستاری از لحاظ علمی و عملکردی برداشت که طبیعتاً مهم‌ترین نتیجه حاصل از این مشارکت و همکاری، صرفه‌جویی در هزینه‌های مصرفی همراه با کیفیت مطلوب خواهد بود.

تشکر و قدردانی

از معاونت و شورای محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان که بودجه انجام این مطالعه را فراهم نمودند و از رؤسا، مدیران و مترونهاى محترم بیمارستان‌های فاطمیه (س)، امیرالمؤمنین (ع) و شهید دکتر معیری که همکاری لازم را به عمل آوردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

Abstract

Survey of the quality of nursing practice of documentation to determine their training needs and providing them with a program of quality promotion

Documentation is one of the most important practices in nursing and takes up about 30% of the nurses' time. Nothing can reflect the total amount of nursing care given to patients as documentation does. Already, we have had disappointing reports of poor reporting at hospitals in Tehran, Tabriz and Golestan. This study was carried out to research and evaluate the current status of nursing reports and to determine factors affecting knowledge and attitudes of nurses towards the principles of documentation at hospitals affiliated to the Semnan University of Medical Sciences in Semnan, Iran. 54 nurses participated in this descriptive - analytical study; they were given a questionnaire on Knowledge and attitude and a checklist on their practice of reporting. Descriptive and inferential statistics were used for data analysis. Nine percent were found to possess poor knowledge and 63% good knowledge of the principles. Only 9.2% had low attitude. However, only 5.6% of the nurses performed good reporting. Despite their poor performance, most of the nurses indicated good knowledge and attitude, so there might be other factors affecting their performance. These factors might be among time-consuming nature of the task, lack of emphasis on the part of senior officials and physicians, its null impact on the promotion of the personnel, lack of reward/punishment and mativiating factors. Therefore, we recommend studying motivation and health factors in nurses' workplace.

Key Words: *Practice; Nurses; Documentation; Quality Promotion.*

منابع

- ۱- احمدی، فضل ا... . بررسی کیفیت گزارش پرستاری مندرج در پرونده پزشکی بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب تهران، همایش پرستار و قانون، دفتر امور پرستاری معاونت وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، شهریور ۱۳۷۷.
2. Castledine G. The standard of nursing records should be raised. *British journal of nursing*. 1998, 7(3): 172.
- ۳- ماسوری، نیلوفر. تعیین عملکرد پرستاران در رابطه با تکمیل پرونده بیماران در سه بیمارستان منتخب آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی. تهران ۱۳۷۴.
4. Currell - R. Wain Wright P. urquhart C. Nursing record systems: Effects on nursing practice and health care outcomes. *Cochrane database sys Rev* 2000; (2): CD002099.
5. Anderson SE. FogD. Documentation of drug Written prescriptions: accordance between medical records and dispensing records. *Ugesker - Laeger*. 1998 jun 29; 160(27): 4059-62
6. Huffman K Edna. Health information managment. Physician record company. 1994. pp. 90-91.
7. Paden H. Evaluating the impact of professional education. *Nurse edu. Today*. 1990 Dec; 10(6): 428-29.
- ۸- اکبرزاده رؤیا و لیلا مسعود نیا. عملکرد پرستاران در رابطه با تکمیل برگ گزارش پرستاری در دو مرکز آموزشی و درمانی طالقانی و سینا در سال ۱۳۷۷، فصلنامه علمی خیری کمیته تخصصی مدارک پزشکی تبریز، سال دوم، شماره ۷، پاییز ۱۳۷۹.
9. Tingel J. Nursing must improve their record keeping skills. *British journal of nursing* 1998, 7(3): 245.
- ۱۰- ایران نژاد پاریزی، مهدی و پرویز ساسان گوهر. سازمان و مدیریت از تئوری تا عمل. مؤسسه عالی بانکداری، چاپ سوم، ۱۳۷۵.
11. Handsebo G. Kihlgern M. Review of nursing documentation nursing home wards – charges after intervention for individualized care. *J Adv Nurse*. 1999 jun; 29(6): 1462-73.
12. Esoejo M. Primary health care specialized health care quality of nurses reports. *Rev - Enfem*. 1998 jun; 21(233): 7-13.
- ۱۳- امین بیدختی، طاهره؛ پهلوانی نژاد، شهربانو و همکاران. گزارش‌نویسی در پرستاری. همایش استانی ارتقاء مستمر کیفیت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، بهمن ۱۳۸۰.