

## بهسازی نحوه ثبت و گزارش نویسی پرستاران: راهکار ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری

\* نسرین جعفری گلستان<sup>۱</sup>، فهیمه دادگری<sup>۲</sup>، سمیه آزرمی<sup>۳</sup>، زیبا جابری<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** ضابطه و مبنای یک عملکرد بالینی سالم در پرستاری، مطابقت آن با مقررات حرفه‌ای و استانداردهای مراقبتی است. ما تنها در صورتی قادر به اندازه‌گیری و قضاوت در مورد این اصل می‌باشیم که پرستار، آنچه را که برای بیمار انجام داده است، دقیق ثبت کرده باشد. در غیر این صورت هر گونه انحراف احتمالی از این استانداردها، می‌تواند به منزله ارتکاب پرستار به جرم، خطا و سوء عملکرد در ارائه خدمات تلقی شود، که به شدت سبب کاهش کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توسط سازمان‌های مربوطه می‌شود. از طرفی ما بر این باوریم که مراقبتی که توسط پرستار ثبت نشده است، پس انجام نپذیرفته است. آنچه پرستار ثبت می‌کند و چگونگی ثبت آن می‌تواند در محافل قانونی نشان دهنده صلاحیت و شایستگی بالینی پرستاران نیز باشد. در این مطالعه سعی شده است تا با ارائه راهکار اجرایی و اثر بخش و سازماندهی کمیته ثبت در پرستاری، تا حدودی به برطرف شدن مشکلات پرستاران کمک نماید.

**روش بررسی:** این مطالعه مروری بوده و با جستجو در منابع کتابخانه‌ای، اینترنت، مقالات انجام شده است.

**یافته‌ها:** یکی از معضلات شایع در مسیر ارائه خدمات در واحدهای بهداشتی و درمانی، عدم آگاهی به ثبت گزارشات و تکمیل پرونده‌های پزشکی بیماران می‌باشد که این عامل کیفیت خدمات پرستاری را کاهش می‌دهد. بنابراین پرستار در قبال ارائه خدمات به بیماران باید پاسخگو باشد و مسؤولیت آنچه را که انجام می‌دهد بپذیرد و درست نیز ثبت کند.

**بحث و نتیجه گیری:** سازماندهی کمیته ثبت در پرستاری می‌تواند سبب ارتقاء کیفیت ثبت‌ها و در نتیجه بهبود کیفیت خدمات پرستاری شود. ثبت صحیح و اصولی گزارش‌های پرستاری یکی از مهمترین عملکردها و مسؤولیت‌ها است و بهسازی مستمر پرستاران به منظور ارتقاء کیفیت ثبت پرستاری حائز اهمیت بسزایی است.

**کلمات کلیدی:** بهسازی، ثبت و گزارش نویسی، کیفیت خدمات پرستاری

مجله علمی ابن سینا / اداره بهداشت و درمان نهاجا (سال سیزدهم، شماره اول و دوم، بهار و تابستان ۱۳۸۹، مسلسل ۳۵ و ۳۶)

۱. مربی دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا

(همؤلف مسؤول)

۲. مربی دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا

۳. کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم

پزشکی آجا

۴. کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم

پزشکی آجا

## مقدمه

در جهان قدمت ثبت به ۵۰۰۰ سال قبل از میلاد مسیح برمی‌گردد، که اولین بار سومری‌ها سوابق و تصمیمات خود را ثبت می‌کردند. در اواسط قرن هجده و نوزده میلادی با تغییراتی اصلاحی در جامعه، نقش پرستاران نیز تغییر کرد [۱]. امروزه به دلیل تاکیده‌های فراوانی که روی مدیریت منابع، کنترل هزینه، اثر بخشی مراقبت از بیمار، ارتقاء کیفیت خدمات و مسؤولیت‌پذیری می‌شود، مراقبت خوب از بیمار اهمیت زیادی پیدا کرده است و باید به طور مناسب نیز ثبت شود. بسیاری از سازمان‌ها برای اطمینان از فراهم آوردن بیشترین کیفیت ممکن مراقبت، به اجرای برنامه‌های تضمین کیفیت مبادرت می‌ورزند. ثبت گزارشات پرستاری به عنوان یک ابزار تضمین کیفیت، نه تنها برای مصرف کننده، بلکه حتی برای پرستاران بکار می‌رود [۲].

نتایج به دست آمده در مطالعات متعدد در زمینه ثبت و گزارش‌نویسی در پرستاری، بیانگر این واقعیت است که ثبت‌ها نادرست، نامفهوم، ناخوانا و فاقد ارزش قانونی در محاکم قانونی می‌باشند. لذا با توجه به اهمیت این موضوع، سنجش و اندازه‌گیری کیفیت مراقبت‌های پرستاری و کیفیت ثبت‌های پرستاری امری ضروری است [۳، ۴].

## یافته‌ها

ارتقاء کیفیت ثبت گزارشات پرستاری، مسئله‌ای ضروریست [۴، ۵]. ارزشیابی مداوم ثبت گزارشات، به همراه بحث درباره بهبود آن، یکی از راه‌های ارتقاء کیفیت ثبت‌ها و تغییر رفتارهای خاص مشاغل مراقبت سلامت است. حنیفی و محمدی (۱۳۸۳) طی مطالعه خود دریافتند که مهمترین علت عدم گزارش‌نویسی صحیح پرستاری از دیدگاه پرستاران، عدم کنترل و نظارت و بی‌توجهی به روند ثبت و گزارش‌نویسی در بیمارستان می‌باشد. در پژوهشی نیمه تجربی که در ۴ بخش ویژه قلبی در دو بیمارستان دولتی شهر اراک با هدف تأثیر فرایند ارزشیابی

همکار بر کیفیت ثبت گزارشات پرستاری انجام شده است، نتایج نشان داد که اجرای فرایند ارزشیابی همکار بر ارتقای کیفیت ثبت گزارشات پرستاری مؤثر بوده است [۲].

در پژوهشی نیمه تجربی دیگری که به صورت قبل و بعد و با هدف بررسی تأثیر اجرای برنامه هدایتی بر کیفیت ثبت گزارشات پرستاری بخش CCU، بیمارستان مصطفی خمینی انجام شده است، نتایج نشان می‌دهد که اجرای یک برنامه هدایتی طی ۵ مرحله بر ارتقاء کیفیت گزارشات پرستاری تأثیر دارد [۶].

پرستارانی که مراقبت‌های پرستاری کامل و بر اساس استانداردهای حرفه‌ای ارائه می‌دهند به ندرت نگران دادگاه و تخلفات حرفه‌ای خواهند بود. لذا پرستار باید دارای آموزش‌ها و مهارت‌های کافی بوده تا بتواند در شرایط لازم، قدرت مشکل‌گشایی و تصمیم‌گیری داشته باشد [۴].

در پژوهش نیمه تجربی دیگری که به صورت قبل و بعد و با هدف سازماندهی کمیته رایزنان پرستاری به عنوان یک راهکار برای ارتقاء صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار انجام شده است، مهارت‌های شناختی پرستاران تازه کار که همان کیفیت ثبت و گزارش‌نویسی آن‌ها در بالین می‌باشد، مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار گرفته است. ضعف پرستاران تازه کار در ثبت و گزارش‌نویسی به اثبات رسید و نتایج مرحله بعد، اندازه‌گیری مجدد کیفیت ثبت‌ها با آموزش پرستاران تازه کار در معیت منتورها، نشان داد که ارائه یک برنامه آموزشی از طریق مشاورانی امین در بالین یا همان منتور می‌تواند نقش بسیار مفیدی در این زمینه ایفا کند [۳].

در پژوهشی نیمه تجربی که با هدف بررسی تأثیر بازآموزی بر کیفیت ثبت و گزارش‌نویسی پرستاران شاغل در مراکز درمانی ارتش، انجام شده است، مقایسه کیفیت ثبت و گزارشات پرستاری، قبل و بعد از اجرای آموزش یک هفته‌ای، برای کلیه پرستاران هر سه شیفت در بخش‌های داخلی- جراحی، بیانگر این واقعیت است که گاهی برنامه‌های آموزشی نمی‌تواند نتیجه مورد نظر را فراهم کند. لذا آموزش مستمر به همراه نظارت‌های

مستمر، مستقیم و غیرمستقیم می‌تواند نتیجه را به سمت ارتقاء کیفیت ثبت‌ها و گزارشات پرستاری سوق دهد [۷].

به نظر می‌رسد که یک دلیل عمده ضعف در ثبت‌ها و گزارش‌نویسی پرستاران، فقدان یک راهنمای عملکردی مناسب است. نداشتن استانداردهای مراقبتی مناسب و منطبق با محیط‌های درمانی، نداشتن شرح وظایف تعریف شده و با محدوده و مرزهای مشخص، نداشتن دستورالعمل‌های ساده، روشن و قابل اجرا در تمام محیط‌های درمانی با امکانات متفاوت و نبود سیستم کنترلی مستمر از طریق مدیران پرستاری بر نحوه ثبت‌ها و گزارشات پرستاری، می‌تواند سرمنشأ بسیاری از خطاهای پرستاری، سهل‌انگاری‌ها و ضعف در ثبت‌ها و گزارشات پرستاری باشد [۱۰، ۹، ۸]. از این رو طراحی و تدوین استانداردهای مراقبتی و داشتن شرح وظایف روشن، در کنار برنامه‌های متعدد آموزشی و انواع سمینارها و بازآموزی‌ها به عنوان یک راه حل اجرایی و عملیاتی می‌تواند راهگشا باشد [۳].

با شرایط موجود در محیط‌های بالینی کشور، در حال حاضر امکان دسترسی به سیستم ثبت رایانه‌ای که از بهترین روش‌های ثبت می‌باشد، دارای محدودیت‌هایی است. اولین گام در این زمینه تعریف دقیق انواع مراقبت‌ها و پروسیجرهای پرستاری بر اساس استانداردهای پرستاری می‌باشد. که نیاز به پرستاران مجرب و دارای شایستگی و صلاحیت‌های بالینی در سطوح عالی می‌باشد. تسلط کافی پرستاران در کاربرد رایانه و انواع نرم‌افزارهای مورد نیاز، دسترسی آن‌ها به نفراتی مسلط به فناوری اطلاعات، فراوانی دستگاه رایانه در واحدهای درمانی، دسترسی به شبکه‌های اینترنت و... از جمله نیازمندی‌های این روش ثبت می‌باشد [۱۱، ۹].

ضرورت سازماندهی یک روش آموزشی در قالب کمیته ثبت پرستاری، استراتژی ارایه شده توسط این مطالعه می‌باشد. که با شرایط موجود، تطابق و هماهنگی لازم را دارد. گردآوری پرستاران توانمند با مشارکت بهینه اعضای مدیریتی، تحت عنوان یک کمیته، افق‌های وسیعی از مدیریت مشارکتی، تضمین کیفیت خدمات پرستاری و مدیریت ریسک را به معرض

نمایش خواهد گذاشت [۹، ۴].

این کمیته بر این باور است که کیفیت خدمات پرستاری وابسته به نحوه عملکرد پرستاران می‌باشد. آن چه پرستار ثبت کرده است همان است که انجام داده است. بنابراین اگر نتواند به خوبی ثبت کند پس مراقبت درستی به عمل نیاورده است [۱۲].

هدف کلی: ارتقاء کیفیت ثبت و گزارش‌نویسی پرستاران

- جمع‌آوری اطلاعاتی که نشان‌دهنده ضعف در کیفیت ثبت و گزارش‌نویسی پرستاران است.
- نیازسنجی بر اساس اطلاعات به دست آمده از مرحله قبل.
- تدوین استانداردهای مراقبتی برای هر بخش بطور اختصاصی.
- تهیه آخرین دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه ثبت و گزارش‌نویسی.
- ارتقاء سطح آگاهی پرستاران از مسؤلیت‌های قانونی، حقوقی و حرفه‌ای و اهمیت ثبت.
- تشخیص مسئله
- جمع‌آوری اطلاعات
- درک کلی و عمومی از مسئله
- موافقت و تعهد پرستاران در مقابل تغییر
- آموزش به پرستاران
- ارزشیابی تغییراتی که در اثر آموزش به دست آمده است
- تعیین خط مشی، رویه‌ها، فعالیت‌ها و مقررات برای اعضای کمیته (چهارچوب پنداشتی)
- جلب مشارکت سایر اعضای مدیریتی مورد نیاز برای سازماندهی کمیته ثبت
- تهیه بودجه، امکانات و نیروی انسانی مورد نیاز کمیته
- بررسی ثبت‌ها و یادداشت‌های پرستاری در پرونده‌ها
- بررسی و شناخت نقاط ضعف پرستاران در زمینه ارتباطات و موانعی از این قبیل
- بررسی و شناخت وضعیت فرم‌ها، چارت‌ها و... موجود در

- استخراج بندها و تبصره‌های قانون مجازات اسلامی در خصوص اشتباهات پرستاران در ثبت‌ها و عواقب آن در دعاوی قانونی، جهت آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی به پرستاران
- شرکت فعالانه در جلسات کمیته و پرسش و پاسخ مستقیم با پرستاران بالین و بحث درباره ثبت‌ها و گزارشات پرستاری
- جلب مشارکت و کلایی که با پرونده‌های پرستاری در جرایم پزشکی در ارتباط نزدیک هستند
- ارائه راه حل‌های پیشنهادی برای پرستاران در صورت بروز مشکلاتی از این قبیل
- جلب حمایت سازمان‌ها و نهادهای دولتی برای تخصیص بودجه به پرستاران در موارد پرداخت خسارت‌های نقدی و دیه‌ها
- آگاه‌سازی پرستاران جهت عضویت در شرکت‌های بیمه‌گذار و بیمه‌های مسؤولیت و ...

### بحث و نتیجه‌گیری

اعضای این کمیته می‌توانند روش کار خود را منطبق با شرایط موجود در سازمان، طراحی نموده و حتی تغییرات لازم را نیز اعمال نمایند. این روش کاملاً قدرت اجرایی داشته و می‌تواند راه‌کاری اثر بخش برای ارتقاء کیفیت ثبت و گزارشات پرستاری باشد، که در نهایت تضمینی برای بهبود کیفیت خدمات پرستاری نیز خواهد بود [۱۴، ۱۵]. طراحی کمیته‌هایی از این قبیل علاوه بر رفع مشکلات مورد نظر، سبب ایجاد انگیزش و خلق موقعیت‌ها و جایگاه‌های شغلی جدید نیز در سازمان‌ها خواهد شد. با توجه به این که پرستاران به طور قانونی و اخلاقی در کنار مسؤولیت مراقبت پرستاری از بیمار، مسؤول کیفیت مراقبت نیز هستند، مدیران می‌توانند با تفویض اختیار صحیح، موجب بلوغ‌کاری و اجتماعی و مسؤولیت‌پذیری کارکنان شوند [۲].

- پرونده و رفع نقایص احتمالی
- بررسی استانداردهای مراقبتی تدوین شده و قابلیت اجرایی آنها
- برنامه‌ریزی جهت تشکیل جلسات آموزشی و برنامه‌های آگاه‌سازی ثبت برای پرستاران
- تنظیم محتوای جلسات آگاه‌سازی
- کنترل و نظارت مستمر بر چگونگی تشکیل کلاس‌های آموزشی و کنترل حضور و غیاب پرستاران
- ایجاد زمینه‌های تشویقی برای مشارکت بهینه پرستاران در فعالیتهای آموزشی و پژوهشی پیشنهادی توسط کمیته
- گزارش‌نویسی اصولی
- تعیین روش ارزشیابی و کنترل نهایی، پس آموزش و ارائه بازخورد به پرستاران [۱۳].
- جلب اعتماد و اطمینان پرستاران بالین و برقراری ارتباطات حرفه‌ای مؤثر با آنها و پاسخ صحیح به سوالات ثبت و گزارش‌نویسی
- ایجاد رابطه مثبت میان اعضای مدیریتی کمیته و پرستاران بالین
- دریافت بازخورد از پرستاران بالین و ارائه به اعضای مدیریتی کمیته
- استخراج استانداردهای مراقبتی مورد نیاز پرستاران و بیماران در هر بخش به طور اختصاصی
- بررسی وضعیت و کیفیت ثبت‌ها در پرونده‌های بیماران
- گردآوری اطلاعات از کیفیت ثبت‌ها و کیفیت خدمات پرستاری در مراکز مختلف و ارائه آمار دقیق به پرستاران
- معرفی منابع حمایتی حقوقی در دسترس پرستاران در صورت درگیری با محافل قانونی به دلیل ثبت‌های نادرست و ...
- جلب مشارکت پرستاران برای عضویت در کمیته و همراهی برای رسیدن به ثبت‌های درست و قانونمدار

## References

۱. ورقایی، افخم. گزارش نویسی اصولی در پرستاری. مرکز آموزشی و درمانی شهید مدنی تبریز. زمستان ۱۳۸۳.
۲. قمری زارع، زهره. انوشه، منیره، ونکی، زهره. حاجی زاده، ابراهیم. تأثیر فرآیند ارزشیابی همکار بر کیفیت ثبت گزارشات پرستاری. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تابستان ۱۳۸۷، سال هجدهم، شماره ۶۱.
۳. جعفری گلستان، نسرين و ونکی، زهره و معماریان، ربابه. بررسی تأثیر سازماندهی کمیته رایزنان پرستاری بر میزان صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های منتخب در سال ۱۳۸۳، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس، دانشکده پرستاری و مامایی.
۴. جعفری گلستان، نسرين. بررسی میزان سوء عملکردهای مراقبتی در پرستاران. سمینار مسایل پرستاری، ۱۳۸۳، دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس، دانشکده پرستاری و مامایی.
۵. درویش، ملیحه و آذربین، زهرا و محبوبه رحیمی. ثبت و گزارش نویسی در بخش اورژانس. دومین همایش سراسری طب اورژانس، ۱۳۸۶.
۶. ستارزاده، مریم. بررسی تأثیر تدوین و اجرای برنامه هدایتی بر کیفیت ثبت گزارشات پرستاری بخش CCU بیمارستان مصطفی خمینی در سال ۱۳۸۱، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس، دانشکده پرستاری و مامایی.
۷. جعفری گلستان، نسرين و برومند، سهیلا و زارعیان، آرمین و آرزوی، سمیه. بررسی تأثیر برنامه بازآموزی بر کیفیت ثبت و گزارش نویسی پرستاران شاغل در مراکز درمانی منتخب آجا. ۱۳۸۹، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، دانشکده پرستاری ارتش.
8. Malloch k. The electronic health record: An essential tool for advancing patient safety. Nursing outlook. 2006;may/june. 159-161.
9. Saletnik LA, Niedlinger MK, Wilson M. Nursing resource considerations for implementing an electronic documentation system. AORN journal. 2008;87(3).
10. Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. nursing record system: effects on nursing practice and health care outcomes. Thecochrane collaboration(Cochrane reviews).2010.
11. Sharon Giarrizo W. Using AORNs standardized data framework for documentation. AORN journal. 2009;90(6).
12. Buus N. How writing records reduces clinical knowledge: a field study of psychiatric Hospital wards. Archives of psychiatric nursing. 2009;23(2).
۱۳. غضنفری، زهرا و شیخ پورخانی، مریم و حق دوست علی اکبر. دانش و عملکرد پرستاران در زمینه اصول گزارش نویسی پرستاری. فصلنامه پرستاری ایران، ۱۳۸۸: (۵۹) ۲۲.
14. Nursing Records and Reports. Headquarters Department of the Army Washington DC, 15 august 1991.
15. Stout H, Implementing walking Report: A staff Registered nurses Approach to Improving care. journal of pediatric Nursing, 2008;23(2).

## Nurse's documenting development; strategy for improving the quality of nursing cares

\*Jafari Golestan N<sup>1</sup>, Dadgar F<sup>2</sup>, Azarmi S<sup>3</sup>, Jaberi Z<sup>3</sup>

### **Abstract**

**Background:** Criterion of a safe clinical practice in nursing is to be matched with professional laws and health standards. We can only measure and arbitrate about these principles only if nurses write down exactly what they've done for the patients during their shifts. Any probable deviation from these standards can show the commotion of crimes, neglecting and malpractition which considered the nurse that result in intense diminishing of quality in nursing cares. On the other hand, we believe that nursing cares which have not been recorded, infact have not been accomplished yet. What the nurse documented and how recorded those documents, can explanate the clinical competency of them. In this study, it is attempted to present effective and administrative strategy and to organize the nurse's documenting committee in order to resolve the problems.

**Materials and methods:** This study is a review article which based on the information that is published in the library sources, internet and journals.

**Results:** one of the crucial problems in presenting services which have done in health care and treatment units is lack of sufficient information in documenting reports and completion of medical cases which is responsible for decreasing nursing cares quality therefore the nurses should be responsible for their activities.

**Conclusion:** Organizing nurse's documenting committee can increase the documenting quality which lead to improve their qualities. Accurate nurse's report documenting is one of the important responsibilities which result in improving the documenting quality.

**Keywords:** Staff development, Documentation, Quality of nursing cares

1. Insturctor nursing faculty, IRI

Army University of Medical  
Sciences

(\*Corresponding Author)

2. Insturctor nursing faculty, IRI

Army University of Medical  
Sciences

3. BSc in nursing, nursing faculty,

IRI Army University of Medical  
Sciences