مقاله اصیل پژوهشی

کیفیت و موانع ثبت گزارشات پرستاری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان (۱۳۹۰)

مرضیه محمد قصابی[۱]، نگین مسعودی علوی[۲]

چکیده

زمینه و هدف: ثبت دقیق و کامل گزارشات پرستاری، از پیش‌شرط‌های انجام مراقبت‌های مبتنی بر شواهد است و یکی از مهم‌ترین وظایف پرستاران محسوب می‌گردد؛ همچنین نقش بسزایی در ارائه کیفی مراقبت‌های پرستاری دارد و ارتباط با سایر اعضای گروه سلامت را ممکن می‌سازد. تحقیق حاضر با هدف ارزیابی محتوا و ساختار ثبت گزارشات و علل عدم گزارش‌نویسی صحیح، در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه مقطعی، در مجموع ۱۴۰ گزارش پرستاری بررسی شد. پرونده‌ها به صورت تصادفی، از بخش‌های ویژه، داخلی و جراحی انتخاب شدند. به منظور ارزیابی کیفیت ثبت گزارشات پرستاری، از یک فرم بازنگری که براساس اصول یازده‌گانه عمومی گزارش‌نویسی پرستاری، طراحی شده و حاوی ۳۸ گویه بود، استفاده گردید. در این فرم‌ها، ۳۰ گویه مربوط به حیطه محتوا و ۸ گویه، در حیطه ساختار طراحی بود. برای بررسی موانع موجود در ثبت گزارشات پرستاری، از پرسشنامه‌ای خودساخته که با استفاده از نتایج تحقیق قبلی در این زمینه طراحی شده بود، استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۱/۵) و روش‌های آماری توصیفی و کای‌دو، در سطح معنی‌داری $P<۰/۰۵$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: کیفیت ۲۱/۴٪ از گزارشات مطلوب، ۵۳/۶٪ متوسط و ۲۵٪ ضعیف بود. در مجموع، کیفیت گزارشات پرستاری، در بعد محتوا از کیفیت پایین و در بعد ساختار، از کیفیت مطلوبی برخوردار بود. در بررسی علل عدم گزارش‌نویسی صحیح از نظر پرستاران، عدم تناسب تعداد پرستار به بیمار، خستگی، حجم بالای کاری، عدم تأثیر گزارش‌نویسی در ترفیع کاری، اولویت‌دادن به مراقبت تا ثبت گزارش آن، مشکلات شغلی و عدم آگاهی از اصول نگارش صحیح گزارش و پیامدهای قانونی آن، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص دادند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این تحقیق، گزارشات پرستاری، در بعد محتوا از کیفیت مناسبی بهره‌مند نبودند و برای ارتقای کیفیت نیازمند برنامه‌ریزی است.

واژه‌های کلیدی: مدارک پرستاری، کنترل فرم‌ها و مدارک

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند. ۱۳۹۱؛ ۹ (۴): ۳۳۶-۳۴۳

دریافت: ۱۳۹۱/۰۶/۱۸ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۰۲ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۱۱

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران

[۲] نویسنده مسؤول، دانشیار، گروه داخلی- جراحی، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران

آدرس: کاشان- بلوار قطب راوندی- دانشگاه علوم پزشکی کاشان- دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: ۰۳۶۱۵۵۵۰۰۲۱ نمابر: ۰۳۶۱۵۵۵۶۶۳۳ پست الکترونیکی: masudialavi_N@kaums.ac.ir

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

مقدمه

کیفیت عملکرد پرستاران در ارائه خدمات مراقبتی مناسب و مستمر، نیازمند تبادل اطلاعات بین اعضای گروه درمانی در نوبت‌های کاری مختلف است؛ بنابراین ثبت گزارشات در حیطه عملکرد پرستاری، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ به گونه‌ای که حدود ۳۰-۳۸٪ از وقت پرستاران را به خود اختصاص می‌دهد (۲،۱)؛ در واقع، یکی از مسؤولیت‌های سنگین پرستاران، انتقال اطلاعات به روش صحیح، گزارش‌دهی و گزارش‌گرفتن و ثبت اطلاعات می‌باشد. کوچک‌ترین خطا و سهل‌انگاری در این امر، می‌تواند مشکلات حرفه‌ای را برای پرستاران فراهم کند (۲). در واقع در حرفه پرستاری، مراقبتی انجام‌شده تلقی می‌شود که ثبت‌شده باشد (۳). ثبت مراقبت‌های پرستاری، ابزاری مهم جهت تعیین صحت و صلاحیت و ارزشیابی مداخلات درمانی و مراقبتی و حفظ حقوق قانونی بیمار و پرستار است (۴).

مطالعات، نشان می‌دهند که از هر چهار مورد غفلت شغلی در مراقبت از مددجو، یک مورد مربوط به اشتباهاتی است که در ثبت گزارشات پرستاری رخ داده است (۵)؛ همچنین گزارشات ناقص، همواره باعث سوء ظن و متهم‌شدن پرستاران در مراجع قانونی شده است (۴).

آمارها در کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهند که ۷۴٪ از خطاهای بهداشتی گروه مراقبتی، به مراجع قضایی گزارش می‌شوند. در ایران نیز از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۴، مشکلات قانونی مرتبط با پرستاران، ۳/۱٪ بوده است و در ۵۱٪ موارد، به دلیل ثبت نادرست مراقبت، پرستاران مقصر شناخته شده‌اند (۶)؛ بنابراین گزارش جامع، عاملی برای رفع اتهام و تبرئه پرستاران است (۴).

ثبت ناخوانا و ناقص گزارشات پرستاری، ممکن است مانع ارائه مناسب مراقبت پرستاری شود؛ زیرا با این نوع ثبت، تشخیص تغییرات مهم در وضعیت سلامت مددجو و رفتارهای او، دشوار خواهد بود (۴). Abraham نیز با تأکید بر این نکته، یکی از دلایل نارسایی مراقبت‌های پرستاری را ضعف در ثبت گزارشات پرستاری دانسته است (۷). آژانس ایمنی بیمار (NSPA)* نیز ضعف در مستندات پرستاری را عامل مهم عدم شناسایی وضعیت بالینی وخیم در بیماران می‌داند (۸). ثبت دقیق گزارشات و پرونده کامل و صحیح، از پیش‌شرط‌های انجام مراقبت‌های مبتنی بر شواهد است که انعکاس‌دهنده کیفیت مراقبت ارائه‌شده به مددجو است. ثبت گزارشات، با اهداف اطمینان از ارائه مراقبت و ایجاد ارتباط بین کارکنان مراقبتی، محافظت از جان مددجو و کسب اعتبار حرفه‌ای برای پرستار و مؤسسه سلامتی- مراقبتی صورت می‌گیرد (۹).

گزارش پرستاری، باید دارای ویژگی‌های جامعیت، صحت، دقت، سازماندهی، ساختار مناسب و نگارش صحیح (۱۰) و در برگیرنده اطلاعات مربوط به بررسی‌های پرستاری، مشکلات بیمار، طرح مراقبتی، سیر پیشرفت روزانه، برنامه آموزشی و طرح ترخیص باشد. اصول گزارش‌نویسی پرستاری، شامل دو بعد ساختار و محتوا است که بعد محتوا شامل ثبت: وضعیت عمومی، داروهای تجویزشده، دستورات و تغییرات حاد، موارد قابل پیگیری، یافته‌های پاراکلینیکی، علائم حیاتی و نیز ثبت برنامه‌های ترخیص است. در بعد ساختار نیز ثبت مشخصات نویسنده، زمان و تاریخ گزارش مورد نظر است (۱۰،۳).

با وجود اهمیت ثبت گزارشات پرستاری، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که این امر از کیفیت و استاندارد مناسب برخوردار نیست. Cheevakasemsook و همکاران، کمّیت و کیفیت تداوم و صحت قانونی مستندات پرستاری را کمتر از ۵۰٪ گزارش کرده و بیان نموده اند که بیشتر پرستاران، ثبت‌کردن مراقبت‌ها را نوعی کاغذبازی می‌دانند که تنها وظیفه سنگین پرستاری را افزایش می‌دهد (۱۱). در تحقیق McGeehan و همکاران نیز بسیاری از پرستاران، ثبت گزارشات را یک وظیفه ناخواسته در پایان نوبت کاری خود قلمداد کرده‌اند (۱۲). Darmer و همکاران نیز کیفیت گزارشات پرستاری را نامطلوب دانسته‌اند (۱۳). یک مطالعه در سوئد نشان داد که تنها گروهی از گزارشات پرستاری، به منظور ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پرستاری، مورد بررسی قرار می‌گیرند که می‌تواند نشان‌دهنده ضعف در ثبت گزارشات پرستاری باشد (۱۴).

در تحقیقی در داخل کشور نیز کیفیت ثبت گزارشات پرستاری در بعد محتوا، نامطلوب گزارش شد و بیشتر پرستاران، اصول یازده‌گانه گزارش‌نویسی را رعایت نکرده بودند (۱). در تحقیق دیگری نیز مشخص شد که الگوی ثبت گزارشات پرستاری، قبل از اجرای برنامه‌های آموزشی، بویژه در بعد محتوا

* National Patient Safety Agency

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

از کیفیت مطلوب برخوردار نبوده و امتیازهای کسب‌شده، از ۵۰٪ حدّ مورد انتظار کمتر بوده است (۱۰). عسگری مجدآبادی و همکاران، کیفیت مطلوب گزارشات پرستاری را ۵/۶٪ گزارش نمودند (۱۵). در دیگر مطالعات نیز ضعیف‌بودن کیفیت ثبت گزارشات پرستاری تأیید شده است (۲، ۶، ۱۶-۱۷).

با توجه به اهمیت ثبت گزارشات در ارائه مراقبت‌های علمی و مبتنی بر شواهد، در این پژوهش، به ارزیابی کیفیت ثبت گزارشات و عوامل مؤثر در عدم رعایت استانداردهای ثبت در گزارشات پرستاری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان پرداخته شد تا پس از روشن‌شدن ابعاد مشکل، راهکارهای رفع نواقص به مسؤولین انعکاس داده شود.

روش تحقیق

در این پژوهش توصیفی- مقطعی در مجموع ۱۴۱ گزارش پرستاری مورد بررسی قرار گرفت. پس از تصویب طرح تحقیقاتی در کمیته تحقیقات دانشجویی و اخذ مجوز از دانشکده پرستاری و مامایی و مسؤولین مربوطه در بیمارستان شهید بهشتی کاشان، گزارشات پرستاری پذیرش بیمار در نوبتهای کاری صبح، عصر و شب، به صورت تصادفی انتخاب شدند. معیار ورود به تحقیق عبارت بود از: بستری‌بودن بیمار بیش از ۷۲ ساعت در بخش‌های CCU، ICU، داخلی و یا جراحی. به منظور انتخاب تصادفی گزارشات، شماره تخت‌ها در هر بخش نوشته و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۴۷ پرونده، از بیماران واجد شرایط انتخاب شد. از هر پرونده، ۳ گزارش به صورت تصادفی از هر نوبت کاری صبح، عصر و شب انتخاب شد. گزارش پذیرش بیماران همراه با گزارش های مربوط به همان نوبت کاری بررسی گردید.

به منظور بررسی کیفیت ثبت گزارشات پرستاری، یک فرم بازنگری بر اساس اصول یازده‌گانه عمومی گزارش‌نویسی پرستاری، در دو حیطه محتوا و ساختار طراحی شد؛ این فرم حاوی ۳۸ گویه بود؛ هر گویه حاوی ۳ گزینه ثبت کامل (نمره ۲)، ثبت ناقص (نمره ۱) و عدم ثبت (نمره ۰) بود؛ ۳۰ گویه نیز مربوط به حیطه محتوا شامل: ثبت وضعیت عمومی بیمار، وضعیت دارویی، وضعیت جذب و دفع، وضعیت همودینامیک، خواب و فعالیت، تغییرات حاد، اقدامات انجام‌شده و وضعیت ثبت‌شده هنگام پذیرش بود؛ همچنین ۸ گویه شامل نام پرستار، امضا، ساعت، تاریخ، نوع نوبت کاری، کشیدن خط در پایان گزارش، خوانایی و تمیزی گزارش، در حیطه ساختار طراحی شد.

روایی فرم بازنگری، با استفاده از مطالعه متون مختلف و نظر چند تن از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری کاشان مورد تأیید قرار گرفت و به منظور تعیین پایایی آن، از روش پایایی هم‌ارز مشاهده‌گران استفاده شد؛ بدین صورت که تعداد ۱۰ گزارش پرستاری، در اختیار سه مربی پرستاری قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا با استفاده از این فرم، گزارش‌های پرستاری ارائه‌شده را ارزیابی کنند و نمره بدهند. همبستگی درونی سؤالات فرم بازنگری، آلفای کرونباخ ۰/۷۶۵ به دست آمد. کیفیت گزارشات پرستاری بر حسب نمره کل، به سه دسته ضعیف (نمره کلّ زیر ۴۸)، متوسط (نمره کلّ ۴۹-۶۲) و مطلوب (نمره کلّ بالای ۶۳) طبقه‌بندی شد.

برای بررسی موانع موجود در ثبت گزارشات پرستاری، از پرسشنامه‌ای خودساخته که با استفاده از نتایج تحقیق قبلی انجام‌گرفته در این زمینه طراحی شده بود، استفاده شد (۴). این پرسشنامه شامل ۱۹ گویه در زمینه موانع موجود در ثبت گزارشات پرستاری مانند: عدم وجود انگیزه در درج صحیح و کامل گزارشات، بی‌توجهی سایر اعضای گروه مراقبتی به گزارشات پرستاری، خستگی، حجم بالای کار و عدم تعداد کافی پرستاران، عدم آگاهی از اصول صحیح گزارش‌نویسی، عدم وجود تقسیم کار و ناآگاهی از پیامدهای قانونی ثبت ناقص گزارشات بود. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای (بسیار موافق، موافق، مخالف و بسیار مخالف) امتیازبندی گردید. روایی پرسشنامه با استفاده از شاخص روایی محتوا، بر اساس نظرات سه نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی کاشان و پایایی آن، با استفاده از روش آزمون مجدّد، توسط ۱۰ پرستار با فاصله زمانی دو هفته مورد بررسی قرار گرفت و ضریب همبستگی ۰/۸ برای آن محاسبه گردید. این پرسشنامه توسط ۲۰ نفر کارشناس پرستاری که در بخش‌های CCU، ICU، داخلی و جراحی مشغول به کار بودند و به صورت تصادفی انتخاب شدند، تکمیل شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۱/۵) و آمار توصیفی و آزمون کای‌دو، در سطح معنی‌داری $P<۰/۰۵$ تجزیه و تحلیل شدند.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

یافته‌ها

از ۱۴۱ گزارش مورد بررسی، یک گزارش به دلیل اطلاعات ناخوانا، از بررسی حذف شد. از ۴۷ پرونده مورد بررسی، ۳۹/۳٪ پرونده‌ها از بخش داخلی، ۱۷/۹٪ از بخش ICU، ۱۷/۱٪ از بخش CCU و ۲۵/۷٪ از بخش جراحی بودند. در حیطه محتوا، وضعیت عمومی مددجو در موارد خلق و خو، علائم ذهنی، علائم عینی و هوشیاری به طور میانگین در ۲۱٪ و عملکرد سیستم حیاتی در ۲۳٪ گزارشات به طورکامل ثبت شده بود.

ثبت وضعیت دارویی شامل نوع، مقدار و نحوه تجویز دارو، بیشترین موارد ثبت کامل (۷۱/۴٪) را به خود اختصاص داده بود و در مقابل، بیشترین مورد عدم ثبت در این حیطه (۷۶٪)، مربوط به ثبت نوع دستورات دارویی (کتبی، شفاهی و تلفنی) گزارشات بود. بخشCCU، بهترین عملکرد را در ثبت وضعیت دارویی با بیشترین موارد ثبت کامل (۱۰۰٪)، به خود اختصاص داد.

در حیطه مرتبط با وضعیت جذب و دفع بیماران، بیشترین موارد ثبت کامل در این حوزه، مربوط به ثبت وضعیت دفع ادرار (۷۳/۲٪) و نوع رژیم غذایی (۶۲/۷٪) بیماران و بیشترین موارد عدم ثبت، مربوط به ثبت وضعیت دفع مدفوع بیماران (۱۳/۴٪) بود. تعداد کمی از گزارشات (۲۳٪)، وضعیت همودینامیکی (فشارخون، تعداد، ریتم نبض، میزان درجه حرارت، تعداد و ریتم تنفس) را به طور کامل ثبت کرده بودند. الگوی خواب و استراحت بیماران، در ۹۹٪ گزارشات ثبت نشده بود و در گزارشات با ثبت ناقص، فقط به نوع استراحت بیماران (مطلق، نسبی) توجه شده و وضعیت خواب بیماران ذکر نشده بود.

در این پژوهش، پس از ثبت وضعیت داروها، ثبت موارد قابل پیگیری که شامل: عکسبرداری‌ها، آزمایشات و مشاوره‌ها بود، بیشترین فراوانی ثبت کامل را به خود اختصاص داد و در موارد ثبت ناقص، پرستاران فقط دستور پزشک را علامت زده و در گزارشات خود آنها را ثبت نکرده بودند.

در مورد ثبت تغییرات حادّ که شامل شکایات، روند مشکل، دستورات اجراشده، بازتاب دستورات اجراشده و جواب به درمان و اقدامات انجام‌شده بود، در ۸۸/۷٪ گزارشات، هیچ موردی مشاهده نشد و تنها در ۷/۸٪ موارد، ثبت کامل گزارش شد. رویه‌های پرستاری نیز در بیشتر از نیمی از موارد (۵۰/۴٪)، به طور کامل ثبت شده بود.

گزارشات مرتبط با پذیرش بیماران نیز از کیفیت مطلوبی برخوردار نبود و به طور ناقص ثبت شده بود؛ ثبت ناقص گزارشات، محدود به زمان، نحوه انتقال و علت بستری و پذیرش بیماران بود و به سایر موارد مرتبط با پذیرش بیماران، از جمله وضعیت بیماران هنگام پذیرش و علائم حیاتی اشاره نشده بود. ثبت در این حوزه، در بخش‌های ویژه از کیفیت مطلوب‌تری برخوردار بود.

در بعد ساختار گزارش‌نویسی، درصد بسیار بالایی از ثبت‌ها (۹۰٪) کامل بود و موارد نقص، بیشتر در کشیدن خط در پایان گزارش‌ها، ذکر ساعت و تاریخ و خوانایی و تمیزی گزارشات مشاهده شد. کیفیت ثبت گزارشات پرستاری در نوبت کاری شب نسبت به سایر نوبت‌های کاری، از کیفیت مطلوب‌تری برخوردار بود؛ همچنین بخش‌های ویژه، در ثبت گزارشات پرستاری بهتر عمل کرده بودند (جدول ۱). در مجموع، کیفیت گزارشات پرستاری در این تحقیق، در بعد محتوایی از کیفیت پایین و در بعد ساختاری از کیفیت قابل قبولی برخوردار بود.

در بررسی موانع موجود در ثبت گزارشات پرستاری از نظر پرستاران، عدم رضایت شغلی (۷۵٪)، عدم تناسب تعداد پرستاران به بیماران (۹۰٪)، خستگی و حجم کاری بالا (۸۵٪)، خوانده نشدن گزارشات پرستاری (۷۵٪)، اولویت‌دادن پرستاران به انجام مراقبت تا ثبت آن (۸۰٪)، عدم تأثیر ثبت کامل گزارشات در ترفیع کاری (۸۵٪) و عدم آگاهی از اصول نگارش صحیح گزارشات پرستاری و نیز پیامدهای قانونی (۷۵٪) نقص در گزارشات، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد.

جدول ۱- کیفیت ثبت گزارشات پرستاری بر حسب نوبت کاری و بخش

متغیر		کیفیت					
		مطلوب		متوسط		ضعیف	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نوبت کاری:	صبح	۵	٪۱۱/۱	۱۸	٪۴۰	۲۲	٪۴۸/۹
	عصر	۷	٪۱۵/۲	۳۰	٪۶۵/۲	۹	٪۱۹/۶
	شب	۱۸	٪۳۶/۷	۲۷	٪۵۵/۱	۴	٪۸/۲
بخش	داخلی	۲	٪۳/۶	۳۵	٪۶۳/۶	۱۸	٪۳۲/۷
	جراحی	۴	٪۱۱/۱	۱۸	٪۵۰	۱۴	٪۳۸/۹
	CCU	۱۲	٪۵۰	۱۱	٪۴۵/۸	۱	٪۴/۲
	ICU	۱۲	٪۴۸	۱۱	٪۴۴	۲	٪۸

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

بحث

در مجموع کیفیت ۲۱/۴٪ از گزارشات مطلوب، ۵۳/۶٪ متوسط و ۲۵٪ ضعیف بود. کیفیت گزارشات پرستاری در بعد محتوایی از کیفیتی پایین و در بعد ساختاری از کیفیتی قابل قبولی برخوردار بود.

در تحقیق طالع اقدم، تنها ۲۹/۴٪ از گزارشات، از کیفیت مطلوبی برخوردار بودند (۶). در مطالعه حنیفی و محمدی نیز ۱۷/۰۹٪ از مستندات پرستاری کیفیت خوبی داشتند و ۳۵/۸٪ از آنها، اطلاعات محتوایی لازم را نداشتند (۴). Cheevakasemsook و همکاران نیز در تجزیه و تحلیل ۵۰ گزارش پرستاری، دریافتند که ۴۱٪ آنها دارای کیفیت نامطلوبی هستند (۱۱). در مطالعه خدام و همکاران نیز ثبت ناقص وضعیت جذب و دفع بیمار، قابل توجه بود (۱۰)؛ این موارد با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد.

در این پژوهش، بیشترین فراوانی در حیطه محتوا، مربوط به ثبت وضعیت دارویی و وضعیت پاراکلینیکی بود. در مطالعه روزی‌طلب، بیشترین فراوانی در ثبت کامل محتوا، مربوط به ثبت وضعیت دارویی و بیشترین فراوانی عدم ثبت، مربوط به ثبت موارد پاراکلینیکی بود (۱) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد؛ از طرفی ربیعی در مطالعه خود نشان داد که ثبت اقدامات پاراکلینیکی، در ۸۳٪ از موارد، کامل انجام شده است (۱۶). به نظر می‌رسد، نحوه ثبت گزارشات پاراکلینیکی در مراکز درمانی، به شیوه متفاوتی انجام می‌گیرد.

در این مطالعه، وضعیت گزارشات در بخش‌های ویژه، از کیفیت مطلوب‌تری برخوردار بود؛ همچنین گزارشات ثبت‌شده در نوبت کاری شب، بیشترین فراوانی را از نظر کیفیت مطلوب به خود اختصاص داد که این مطلب با مطالعه خدام و همکاران همخوانی دارد (۱۰). علت عدم ثبت کافی علائم حیاتی، شاید به این دلیل باشد که برگه مجزایی برای این منظور وجود دارد.

در این پژوهش، کیفیت گزارشات پرستاری در بعد ساختار، مطلوب بوده و موارد ساختاری در بیشتر گزارشات رعایت شده بود؛ این امر نشان می‌دهد که کیفیت ثبت گزارشات، حداقل در بعد ساختار، بهبود داشته است. خدام و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که مهم‌ترین و شایع‌ترین نکته در ساختار تمام گزارش‌ها، فقدان امضای فرد ثبت‌کننده و نکشیدن خط در پایان گزارش‌ها بود (۱۰) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در بررسی علل عدم گزارش‌نویسی صحیح نیز، عدم تناسب تعداد پرستار به بیمار، خستگی، حجم بالای کاری، عدم تأثیر ثبت گزارش‌ها در ترفیع کاری، اولویت‌دادن به مراقبت تا ثبت آن، عدم رضایت شغلی و ناآگاهی از اصول نگارش صحیح گزارش و پیامدهای قانونی آن، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد. در مطالعه حنیفی و محمدی نیز بیشترین علت، عدم کنترل و نظارت بر کیفیت ثبت، گزارش شد که ۵۵٪ از پرستاران به آن اشاره کرده بودند و در رده دوم نیز دلایلی نظیر خستگی و حجم بالای کاری مطرح شده بود (۴)؛ همچنین نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه Tapp همخوانی دارد (۱۸). Howse و Bailey نیز عدم تمایل پرستاران نسبت به ثبت صحیح گزارشات را به وجود عوامل روان‌شناختی پرستاران مانند: ضعف اعتماد به نفس، مهارت نوشتن و نوع نگرش آنها به ثبت، نسبت دادند (۱۹) که یافته‌های این پژوهش نیز، به تأثیر مشکلات شغلی و انگیزشی بر روی کیفیت ثبت گزارشات اشاره دارد. در این پژوهش، عدم آگاهی پرستاران از اصول و استانداردهای پرستاری، به عنوان عاملی در عدم ثبت صحیح گزارشات دخیل شناخته شد؛ بنابراین برنامه‌های آموزشی مداوم می‌تواند بر دانش و عملکرد پرستاران در زمینه گزارش‌نویسی، تأثیر بسزایی داشته باشد (۲۰،۱۵). نتایج مطالعه خدام نیز افزایش قابل توجه کیفیت ثبت گزارش‌های پرستاری، به دنبال برگزاری برنامه‌های آموزشی مداوم را نشان داد (۱۰).

بی‌انگیزگی و بی‌توجهی پرستاران به مقوله ثبت، دلیل دیگر ضعف مستندسازی و ثبت بوده است؛ در همین راستا توجیه کارکنان، تشویق آن دسته از کارکنان پرستاری که ثبت کامل و صحیح انجام می‌دهند و اختصاص امتیازاتی به آنها و در نظرگرفتن آن به عنوان یکی از معیارهای ارزشیابی کارکنان، می‌تواند از راهکارهای افزایش انگیزه آنان در این زمینه باشد؛ همچنین عملکرد ضعیف مدیریت پرستاری و مدارک پزشکی در زمینه بررسی و نظارت، عامل دیگر نقص در مستندسازی است که لازم است، نظارت‌های مستمر بر نحوه ثبت گزارشات صورت گیرد و نواقص ثبتی، شناسایی و به ثبت‌کنندگان اعلام گردد. ثبت گزارشات پرستاری به صورت الکترونیک و با استفاده از برنامه‌های مناسب نیز می‌تواند در بهبود کیفیت ثبت گزارشات و کاهش زمان مورد نیاز برای گزارش‌نویسی مؤثر باشد.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، ثبت گزارشات پرستاری، در بعد محتوا از کیفیت مطلوبی برخوردار نبود و بیشتر پرستاران، اصول یازده‌گانه گزارش‌نویسی را رعایت نمی‌کردند؛ بنابراین با توجه به اهمیت ثبت گزارش پرستاری، لزوم برنامه‌ریزی توسط مسؤولین به منظور اجرای برنامه‌های آموزشی در زمینه ارتقای کیفیت گزارشات پرستاری توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر

محققین، سپاس خود را از کارکنان محترم و مدیریت پرستاری بیمارستان شهید بهشتی کاشان که در مدّت اجرای تحقیق کمال همکاری را داشتند، ابراز می‌نمایند.

منابع:

1- Rozitalab M, Azimi S, Mobaraaki A, Mohebbi Z. The quality of recording the nursing report in Emam Sajadand Beheshti Hospital Yasouj, 2006. Dena, Quarterly Journal of Yasuj, Faculty of Nursing and Midwifery. 2007; 2 (3): 61-71. [Persian]

2- Ghazanfari Z, Sheykhpour-Khani M, Haghdoost A. Nurse's knowledge and practice of the principles of nursing documentation at hospitals of Kerman University of Medical Sciences. Iranian Nursing Journal. 2008; 22 (59):16-22. [Persian]

3- Shahraki Vahed A, Mardani homole M, Moshtagh Z. Principles of report writing in nursing. Tehran Jameanegar. 2008. [Persian]

4- Hanifi N, Mohamadi E .Survey of causes of faculty nursing documentation. The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery. 2004; 10 (21): 39-46. [Persian]

5- Poorshaikhani M, Haghdoost A. Relationship between nurse's knowledge and practice regarding the principles of nursing documentation among nurses affiliated to Kerman Medical University hospitals. Iranian Journal of Nursing Research. 2010; 5 (18): 58-65. [Persian]

6- Mahajal Aghdam A, Jasemi M, Abdullah Zadeh F, Rahmani J , Zamanzadeh V. Quality of nursing documents in medical-surgical wards of teaching hospitals related to Tabriz University of Medical Sciences. Nursing & Midwifery Journal. 2008; 3 (11): 47-54. [Persian]

7- Abraham A. Poor systems and staffing problems led to poor patient outcomes. Prof Nurse. 2003; 18 (10): 576-77.

8- Prideaux A. Issues in nursing documentation and record-keeping practice. Br J Nurs. 2011; 20 (22): 1450-54.

9- Balaghafari A, Siamian H, Aligolbandi K, Zakeezadeh M, Kahooei M, Yazdani Charati J, et al. A study on the rate of knowledge, attitude and practice of medical students towards method of medical records documentation at Mazandaran University of Medical Sciences Affiliated Therapeutic and Teaching Centers 2003. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2005; 15 (49): 73-80.

10- Khoddam H, Sanagoo A, Joibary L. Effectiveness of continual education on quality of nursing records. Journal of Gorgan University of Medical Science. 2001; 3 (2): 65-69. [Persian]

11- Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. The study of nursing documentation complexities. Int J Nurs Pract. 2006; 12 (6): 366-74.

12- McGeehan R. Best practice in record-keeping. Nurs Stand. 2007; 21 (17): 51-55

13- Darmer MR, Ankersen L, Nielsen BG, Landberger G, Lippert E, Egerod I. The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. Scand J Caring Sci. 2004; 18 (3): 325-32.

14- Tornvall E, Wilhelmsson S. Nursing documentation for communicating and evaluating care. J Clin Nurs. 2008; 17 (16): 2116-24.

15- Askari Majdabadi H, Kahooei M. Survey of the quality of nursing practice of documentation to determine their training needs and providing them with a program of quality promotion. Asrar, Journal of Sabzevar School of Medical Sciences. 2004; 10 (4): 61-69. [Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

16- Saif Rabiee M, Sedighi I, Mazdeh M, Dadras F, Shokouhee Solgi M, Moradi A. Study of hospital records registration in teaching hospitals of Hamadan University of Medical Sciences in 2009. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences. 2010; 16 (2): 45-49. [Persian]

17- Mashoufi M, Movahedpour A, Refahi S, Faizi I, Tazakori Z. Survey of documentation inpatient's files by nursing staff. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2006; 14 (1): 31-38. [Persian]

18- Tapp RA. Inhibitors and facilitators to documentation of nursing practice. West J Nurs Res. 1990; 12 (2): 229-40.

19- Howse E, Bailey J. Resistance to documentation-a nursing research issue. Int J Nurs Stud. 1992; 29 (4): 371-80.

20- Abbaszadeh A, Sabeghi H, Heidari A, Borhani F. Assessment of the effect of continuing education program on nurse's knowledge, attitude and performance about documentation. Evidence-Based Care Journal. 2012; 2 (1): 75-83. [Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

Abstract *Original Article*

Quality and barriers against nursing documentation in Shahid Beheshti Hospital of kashan(2011)

M. Mohammad Ghasaby[1], N. Masudi Alavi[2]

Background and Aim: Accurate and complete documentation of nursing reports is the precondition for evidence-based care and one of the most important duties of nurses. Besides, it has a decisive role in the quality of nursing care and improves the relationship with other health team members. The object of the present survey was to evaluate the structure and content of nursing reports and reasons of incorrect reporting in Shahid Behashti hospital of Kashan in 2011.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 140 nursing documents were evaluated. The records were randomly selected from the intensive care unit, internal medicine ward, and surgery ward. A 38-item checklist designed according to the eleven principles of nursing documentation was used in order to evaluate the quality of nursing documentation.In the checklist, 30 items referred to content and 8 referred to the structure of documentation. To pinpoint barriers in nursing documentation, a previously self-designed questionnaire was applied. The obtained data was analyzed in SPSS software (V:11.5) using statistical tests and Chi-square at the significant level $P<0.05$.

Results: From among the documents, 21.4% had a favorable quality, 53.6% had moderate quality, while the quality of 25% was weak. In the hospital mentioned, total content quality of nursing documents was low but that of structure was acceptable. According to the nurses, nursing staff shortage, fatigue, high workload,the documentation's on job promotion, nurses' priority to patient care rather than documentation, occupational problems, lack of knowledge of the principles of writing correct documentation, and unawaveness of legal consequences were the most frequent reasons for or barriers against accurate and due documentation.

Conclusion: The content of nursing documents was not satisfactory and requires improvement.

Keywords: Nursing Records; Forms and Records Control

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 9 (4): 336-343

Received: September 8, 2012 Last Revised: January 21, 2013 Accepted: January 30, 2013

[1] *Nursing Student, Student Research Committee, Kashan University of Medical Sciences, Iran*
[2] *Corresponding Author, Associate Professor, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences*
masudialavi_N@kaums.ac.ir

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]