

مقدمه

ثبت یک جنبه حیاتی از کار پرستاری و یکی از مهمترین وظایف پرستار است (۱). اهمیت ثبت در پرستاری روز به روز در حال افزایش است (۲). بدلیل اینکه مراقبت ممکن است عالی انجام شده باشد اما این مسئله را تنها ثبت صحیح آن ثابت می کند (۳). ثبت پرستاری باید کامل ، دقیق، به موقع و حقیقی باشد. ثبت پرستار در درجه اول موجب تعامل صحیح وی با بیمار، سایر پرستاران و همچنین دیگر افراد تیم مراقبتی خواهد شد (۴) و در نتیجه از تکرار کارها پرهیز شده و می توان از تداوم و کیفیت مراقبتها اطمینان حاصل نمود (۵). فلورانس نایتینگل در سال ۱۸۷۳ در کتابی تحت عنوان ((یادداشتهایی پیرامون بیمارستان)) ارتباط پرونده پزشکی را با مراقبت بیمار و مدیریت بهداشتی مستند نمود و اعلام داشت که مراقبت بهداشتی یک فرایند مستمر است که در خلال آن داده ها بطور فزاینده گرد آوری می شود و لذا پرونده پزشکی باید به منزله یک سیستم مادام العمر (قبل از تولد تا پس از مرگ) عمل نماید تا نیازهای هر نوع مراقبت اولیه یا ثانویه را فراهم نموده و به مثابه ابزاری مهم برای حمایت از فعالیتهای وابسته به مراقبت بهداشتی از قبیل، مدیریت، تضمین کیفیت، پژوهش و اپیدمیولوژی عمل کند (۶). مانگر^۱ (۲۰۰۱) با تاکید بر ضرورت مستند سازی پرونده پزشکی درباره ثبت حقایق بایسته، یافته ها، مشاهدات و بررسی های مربوط به شرح حال بهداشتی بیمار اظهار می دارد: پرونده پزشکی در حقیقت مستندات مربوط به مراقبت از بیمار است و بعنوان یک عنصر مهم در امر مراقبت با کیفیت دخالت دارد وی همچنین تداوم مراقبت و بررسی میزان بهره برداری از منابع را در گرو وجود یک پرونده پزشکی کامل می داند (۶). به همین دلیل هرگونه نقص و نارسائی در ثبت می تواند منجر به پیامدهای منفی، درمان نامناسب و حتی عدم درمان گردد (۷). از آنجا که پرستاران در قبال ارائه مراقبت به بیماران خود مسئولیت قانونی دارند (۲)، این ثبت پرستار است

که بعنوان تنها سند قانونی دائمی می تواند در جریان یک محاکمه بهترین مدافع وی باشد (۴). همچنین موارد ثبت شده توسط پرستاران در هنگام حسابرسی جهت برآورد هزینه های درمانی بیمار بکار می رود ضمناً می تواند بعنوان منبعی جهت آموزش دانشجویان پرستاری، پزشکی و سایر رشته ها بکار رود (۳) و بالاخره اینکه پرستاران و یا سایر اعضاء تیم بهداشتی درمانی می توانند در پژوهش های خود به آن استناد نمایند (۱). علیرغم اهمیت جنبه های گوناگون ثبت پرستاری، در کشور ما مطالعات معدودی در این زمینه صورت گرفته است که عمدتاً^۱ هم به بررسی نحوه ثبت در یک برگ (برگ گزارش پرستاری) از ۸ برگ اوراق اصلی و مخصوص که طبق استاندارد های واحد مدارک پزشکی معاونت پژوهشی وزارتخانه باید توسط پرستار تکمیل شود، پرداخته اند (۷ و ۸). لذا به خاطر اهمیت موضوع بر آن شدیم که به بررسی کمی مولفه های ۸ برگ یعنی (۱) برگ پذیرش و خلاصه ترخیص (۲) برگ مراقبت قبل از عمل (۳) برگ گزارش عمل جراحی (۴) برگ مراقبت بعد از عمل (۵) برگ گزارش پرستار (۶) برگ کنترل علائم حیاتی (۷) برگ نمودار علائم حیاتی و (۸) برگ جذب و دفع مایعات بپردازیم. در این تحقیق اهداف پژوهش شامل (۱) تعیین وجود یا عدم وجود ۸ برگ (۲) تعیین استاندارد بودن یا نبودن این برگها و (۳) ثبت یا عدم ثبت عناصر اطلاعاتی در این فرمها بوده است.

روش کار

مطالعه حاضر، مطالعه ای توصیفی است که روی ۱۵۰ پرونده بیمار بستری (۱۰۰ پرونده جراحی و ۵۰ پرونده غیر جراحی) از میان پرونده های بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی علوی، فاطمی و بوعلی اردبیل در سال ۱۳۸۳ انجام شد. نمونه گیری از نوع تصادفی ساده بود. ابزار گرد آوری داده ها چک لیستی بود که با توجه به اهداف پژوهش در سه بخش طراحی شد در بخش اول وجود و عدم وجود فرم مورد بررسی قرار گرفت. در بخش دوم استاندارد بودن این برگها بررسی شد. در بخش سوم ثبت و عدم ثبت تمامی عناصر

اطلاعاتی که بر اساس استانداردهای مدارک پزشکی

معالجات زمان مراقبت بعلت مبهم بودن در چک لیست آورده نشدند.

نتایج

در رابطه با تعیین وجود یا عدم وجود هربرگ، برگ مراقبت قبل از عمل و مراقبت بعد از عمل و کنترل علائم حیاتی به ترتیب در ۶۷٪، ۶۷٪ و ۶۳٪ موارد وجود داشتند. برگ نمودار علائم حیاتی در هیچیک از پرونده های مورد بررسی وجود نداشت. برگ جذب و دفع مایعات نیز تنها در ۱۰٪ موارد موجود بود و در ۹۰٪ موارد بعلت این که پزشک معالج درخواست نکرده بود وجود نداشت. لذا سایر برگه ها در تمامی پرونده ها استفاده شده بودند. در ارتباط با تعیین استاندارد بودن برگه ها، تمامی برگه ها استاندارد بودند و تنها برگ جذب و دفع مایعات در ۳٪ موارد استاندارد نبود. در رابطه با هدف سوم پژوهش در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص متوسط ثبت پرستار ۲/۲۶٪ بوده است (جدول ۱). در برگ مراقبت قبل از عمل، متوسط ثبت توسط پرستار بخش ۴۷٪ و پرستار اتاق عمل ۹٪ بوده است (جدول ۲). متوسط ثبت در برگ گزارش عمل پرستار ۳/۹۶٪ و در برگ کنترل علائم حیاتی ۴/۸۳٪ بود (جدول ۳). در برگ مراقبت بعد از عمل، عناصر اطلاعاتی ورود به اتاق ریکاوری و خروج از اتاق ریکاوری بطور متوسط به ترتیب در ۱۶٪ و ۶۲٪ از موارد ثبت شده بودند (جدول ۵).

معاونت پژوهشی وزارتخانه می بایست توسط پرستار ثبت شوند در فرمهای مذکور بررسی شدند که شامل ۱۲ آیتم در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص، ۲۰ آیتم در برگ مراقبت قبل از عمل برای پرستار بخش و ۱۸ آیتم برای پرستار اتاق عمل (بطور جداگانه)، ۱۴ آیتم در برگ گزارش عمل جراحی، ۱۱ آیتم در برگ مراقبت بعد از عمل، ۵ آیتم در برگ گزارش پرستاری و ۸ آیتم در برگ کنترل علائم حیاتی بوده است. در این مطالعه بررسی فرمهای مراقبت قبل از عمل، گزارش شرح عمل جراحی و مراقبت بعد از عمل در ۱۰۰ پرونده جراحی انتخابی و بررسی برگهای پذیرش و خلاصه ترخیص، گزارش پرستار، کنترل علائم حیاتی، نمودار علائم حیاتی و جذب و دفع مایعات در ۱۵۰ پرونده جراحی و غیرجراحی انتخابی صورت گرفت. در این مطالعه منظور از بررسی کمی تعیین وجود و عدم وجود ثبت در هر یک از عناصر اطلاعاتی فرمهای مذکور می باشد. در این مطالعه آیتمهایی که ضرورتی به ثبت نداشتند در جداول با اصطلاح "موردی ندارد" مشخص شده اند. جهت محرز شدن ضرورت ثبت آیتمها همه محتوای پرونده بررسی شد. ضمناً بعلت عدم وجود برگ نمودار علائم حیاتی و تنها ۱۰٪ برگ جذب و دفع مایعات در پرونده های مورد مطالعه بررسی آیتمهای آنها میسر نشد. البته لازم به ذکر است که در برگ مراقبت قبل از عمل آیتمهای اوراق آزمایشگاهی، رادیولوژی و گزارش پرستار و در برگ مراقبت بعد از عمل آیتم مشاهدات و

جدول ۱: توزیع فراوانی ثبت عناصر اطلاعاتی برگ پذیرش و خلاصه ترخیص در ۱۵۰ پرونده مورد مطالعه

ردیف	عناصر اطلاعاتی	ثبت			
		شد	نشد	جمع	موردی ندارد
		تعداد	درصد	تعداد	تعداد
۱	انتقال از بخش	۱	۵/۳	۱۸	۱۳۱
۲	انتقال به بخش	۵	۲۲	۱۸	۱۲۷
۳	تاریخ ترخیص	۹۹	۶۶	۵۱	-
۴	انتقال به بیمارستان دیگر	۶	۴۳	۸	۱۳۶
۵	مدت اقامت بیمار	۲۶	۱۷/۳	۱۲۴	۱۵۰
۶	تاریخ فوت	۱	۲۰	۴	۱۴۵
۷	ساعت فوت	۱	۲۰	۴	۱۴۵
۸	فوت قبل و بعد از ۲۴ ساعت	۱	۲۰	۴	۱۴۵
۹	اثوپیسی دارد یا ندارد	۳۲	۲۱/۳	۱۱۸	-
۱۰	مشاوره دارد یا ندارد	۳۸	۲۵/۳	۱۱۲	-
۱۱	نام و امضاء سر پرستار بخش	۴۲	۲۸	۱۰۸	-
	متوسط	-	۲۶/۲	-	-

جدول ۲: توزیع فراوانی ثبت عناصر اطلاعاتی برگ مراقبت قبل از عمل در ۱۰۰ پرونده جراحی مورد مطالعه

ردیف	عناصر اطلاعاتی	ثبت پرستار بخش		ثبت پرستار اتاق عمل	
		شد	نشد	شد	نشد
۱	تاریخ عمل جراحی	۸۳	۱۷	۱۰۰	-
۲	تشخیص	۸۳	۱۷	۱۰۰	-
۳	نام عمل جراحی و سمت عمل	۴۰	۶۰	۱۰۰	-
۴	آماده نمودن محل عمل و سمت عمل	۶۶	۳۴	۱۰۰	-
۵	اجازه نامه عمل جراحی ضمیمه است	۷۲	۲۸	۱۰۰	-
۶	نوار مشخصات بیمار	۶۲	۳۸	۱۰۰	-
۷	فشار خون موقع پذیرش	۷۴	۲۶	۱۰۰	-
۸	فشارخون پس از داروهای قبل از بیهوشی	۰	۱۰۰	-	۱۰۰
۹	قند خون	۵	۲۵	۳۰	۷۰
۱۰	اوره خون	۵	۲۵	۳۰	۷۰
۱۱	هموگلوبین و هماتوکریت	۱۷	۴۸	۶۵	۳۵
۱۲	گروه خون و وارهاش	۱۱	۵۴	۶۵	۳۵
۱۳	ساعت آخرین ادرار قبل از عمل	۲۸	۷۲	۱۰۰	-
۱۴	علائم حیاتی قبل از عمل	۶۴	۳۶	۱۰۰	-
۱۵	تحت درمان با داروهای	۶	۱۴	۲۰	۸۰
۱۶	داروهای قبل از عمل و ساعت استفاده آن	۷	۱۳	۲۰	۸۰
۱۷	اثر داروهای قبل از بیهوشی	۳۸	۶۲	۱۰۰	-
۱۸	اعضاء مصنوعی	۷۷	۲۳	۱۰۰	-
۱۹	خارج کردن متعلقات شخصی	۱۷	۸۳	۱۰۰	-
۲۰	امضاء پرستار	۹۳	۷	۱۰۰	-
	متوسط به درصد	٪۴۷	٪۵۳	۱۰۰	-

جدول ۳: توزیع فراوانی ثبت عناصر اطلاعاتی برگهای کنترل علائم حیاتی و گزارش پرستار در ۱۵۰ پرونده مورد مطالعه

برگ کنترل علائم حیاتی	شد		نشد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱ تاریخ	۱۴۴	۹۶	۶	۴
۲ ساعت	۱۴۴	۹۶	۶	۴
۳ حرارت	۱۳۶	۹۱/۳	۱۴	۸/۷
۴ نبض	۱۳۸	۹۲/۱	۱۲	۷/۹
۵ تنفس	۹۳	۶۱/۹	۵۷	۳۸/۱
۶ فشار خون	۱۴۳	۹۵/۲	۷	۴/۸
۷ مشاهدات	۶۰	۳۹/۷	۹۰	۶۰/۳
۸ نام و امضاء پرستار	۱۴۳	۹۵/۲	۷	۴/۸
متوسط به درصد	-	۸۳/۴	-	۱۶/۶
برگ گزارش پرستار	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱ تاریخ	۱۴۸	۹۸/۷	۲	۱/۳
۲ ساعت	۱۴۲	۹۴/۶	۸	۵/۴
۳ اقدامات درمانی و دارویی	۱۴۹	۹۹/۳	۱	۰/۷
۴ مشاهدات پرستار	۱۴۷	۹۸	۳	۲
۵ نام و امضاء پرستار	۱۳۶	۹۱	۴	۹
متوسط به درصد	-	٪۹۶/۳	-	٪۳/۷

جدول ۴: توزیع فراوانی ثبت عناصر اطلاعاتی برگ گزارش شرح عمل در ۱۰۰ پرونده جراحی مورد مطالعه

عناصر اطلاعاتی	ثبت		
	شد	نشد	جمع
	تعداد	تعداد	تعداد
۱ نام جراح	۹۵	۵	۱۰۰
۲ نام کمک اول	۹۵	۵	۱۰۰
۳ نام کمک دوم	۱۴	۸۶	۱۰۰
۴ بیهوشی دهنده	۹۵	۵	۱۰۰
۵ نوع بیهوشی	۹۱	۹	۱۰۰
۶ پرستار اتاق عمل	۹۵	۵	۱۰۰
۷ پرستار کمک	۱۰	۹۰	۱۰۰
۸ تاریخ عمل	۸۷	۱۳	۱۰۰
۹ ساعت شروع عمل	۶۹	۳۱	۱۰۰
۱۰ ساعت خاتمه عمل	۶۹	۳۱	۱۰۰
۱۱ نوع عمل	۲۷	۷۳	۱۰۰
۱۲ شمارش گاز قبل و بعد از عمل	۶۴	۳۶	۱۰۰
۱۳ نمونه عمل جهت آزمایش فرستاده شده است	۷۶	۲۴	۱۰۰
۱۴ امضاء پرستار اتاق عمل	۸۹	۱۱	۱۰۰
متوسط به درصد	٪۷۰	٪۳۰	۱۰۰

جدول ۵: توزیع فراوانی ثبت عناصر اطلاعاتی برگ مراقبت بعد عمل در ۱۰۰ پرونده جراحی

عناصر اطلاعاتی	ورود به ریکاوری		خروج از ریکاوری	
	شد (تعداد)	نشد (تعداد)	شد (تعداد)	نشد (تعداد)
۱ ساعت ورود	۱۳	۸۷	۲۹	۷۱
۲ وضع عمومی	۱۹	۸۱	۶۹	۳۱
۳ بیداری	۱۸	۸۳	۶۶	۳۴
۴ فشارخون	۱۶	۸۴	۶۴	۳۶
۵ نبض	۱۶	۸۴	۶۶	۳۴
۶ تنفس	۱۶	۸۴	۶۶	۳۴
۷ سیانوز موضعی	۱۶	۸۴	۶۴	۳۶
۸ سیانوز عمومی	۱۶	۸۴	۶۴	۳۶
۹ رنگ پوست	۱۶	۸۴	۶۳	۳۷
۱۰ حرارت پوست	۱۶	۸۴	۶۱	۳۷
۱۱ امضا پرستار	۱۶	۸۴	۶۸	۳۹
متوسط به درصد	٪۱۶	٪۸۴	٪۶۲	٪۳۸

بحث

در مطالعه حاضر متوسط ثبت پرستاری در برگه پذیرش و خلاصه ترخیص برابر ۲۶٪ بوده است. در پژوهشی که در سال ۱۳۷۷ در کرمان بر روی محتوای مدارک پزشکی انجام شد، در ۱۰۰٪ موارد عدم ثبت پرستاری را نشان داده است (۱۰). عناصر اطلاعاتی مربوط به ساعت و تاریخ فوت در این برگه تنها در ۲۰٪ موارد تکمیل شده بود. که نشانگر وضعیت نامطلوب ثبت در این موارد بسیار با اهمیت می باشد. در برگه مراقبت قبل از عمل، متوسط ثبت پرستار بخش ۴۷٪ و پرستار اتاق عمل ۹٪ بود. تحقیقات مشابه در ارومیه (۱۳۸۲) نشان داد که متوسط ثبت پرستار بخش در این برگه ۱۷٪ و برای پرستار اتاق عمل ۵۹٪ بوده است (۱۱). آریایی در کرمان (۱۳۷۷) نشان داد که هیچیک از عناصر اطلاعاتی این برگه بطور ۱۰۰٪ ثبت نشده بود (۱۰). این درحالیست که پژوهشگران در بیمارستانهای اسکاتلند نشان دادند که ثبت این اطلاعات در این برگه حدود ۹۰٪ بوده است (۱۲). بنا بر این نتایج فوق حاکی از عملکرد ضعیف پرستاران در ثبت عناصر اطلاعاتی برگه مراقبت قبل از عمل در این پژوهش می باشد. در بررسی حاضر بیشترین درصد متوسط ثبت مربوط به برگه گزارش پرستار با ۹۶/۳٪ بوده است که مشابه با نتیجه تحقیق آریایی (۱۳۷۷) در کرمان است که در ۱۰۰٪ موارد اطلاعات برگه گزارش پرستاری تکمیل شده بود (۱۰). مقایسه نتایج فوق نشان می دهد که ثبت در این برگه مطلوب بوده است. برگ نمودار علائم حیاتی فرمی است که دسترسی به شاخص های حیاتی بیمار را سریعاً امکان پذیر می سازد و یکی از مهمترین برگه ها در پرونده محسوب می شود که متأسفانه در هیچیک از پرونده های مورد مطالعه استفاده نشده بود. در برگ کنترل علائم حیاتی ۸۳/۴٪ عناصر اطلاعاتی تکمیل شده بود. در حالیکه در مطالعه آریایی (۱۳۷۷) ثبت عناصر اطلاعاتی این برگه در حد ضعیف بین (۰-۴۹) درصد بود (۱۰). در این برگ وضعیت ثبت پرستاری مطلوب بود. ثبت عناصر اطلاعاتی برگ گزارش شرح عمل توسط پرستار

در این مطالعه ۶۹/۳٪ بود. در مطالعه آریایی ثبت این داده ها بین (۰-۴۹) درصد بود که مطالعه حاضر از این نظر وضعیت مناسبتری دارد (۱۰). در برگ مراقبت بعد از عمل یا ریکاوری میزان ثبت برای زمان ورود و خروج بترتیب ۱۶٪ و ۶۲٪ بود. این درحالی است که در مطالعه آریایی (۱۳۷۷) این فرم در ۶۷٪ از بیمارستانهای تحت مطالعه اصلاً استفاده نشده بود و در بیمارستانهای استفاده شده هم ثبت در حد بسیار ضعیف بود (۱۰).

در کل در ۶ برگ بررسی شده متوسط ثبت پرستاران ۵۱/۲٪ بوده است که بیانگر عملکرد ضعیف پرستاران در زمینه مستند سازی فرآیندهای درمانی است. مقایسه در صدهای ثبت در این ۸ برگ نشان می دهد که با وجود اهمیت ثبت کلیه اوراق توسط پرستاران تنها اوراق کنترل علائم حیاتی و گزارش پرستار بیشتر مورد توجه آنها بوده است. جهت مشخص شدن دلایل آن نیاز به مطالعات دیگر می باشد. با توجه به درصدهای فوق الذکر بنظر پژوهشگر شاید یکی از علل پایین بودن میزان ثبت، عدم آگاهی پرستاران در این زمینه باشد، بنابراین آموزش می تواند کمک کننده باشد. در تحقیقی که انصاری و همکارانش (۱۳۷۶) تاثیر آموزش را بر ثبت پرستاران مورد بررسی قرار دادند، دریافتند که نحوه ثبت قبل و بعد از آموزش در مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایران اختلاف معنی دار داشته است (۲).

همچنین تینگل^۲ در تحقیق خود نشان داد، که حضور در یک برنامه آموزشی ضمن خدمت سبب تغییر رفتار پرستاران شده و موجب می گردد آنها در برگشت به محیط کار خود، موارد جدید را اجرا نموده و بطور قابل ملاحظه ای کیفیت ارائه مراقبت به بیماران را ارتقاء دهند (۱۳). بنابراین پیشنهاد می شود، مدیران پرستاری اقدام به برگزاری کارگاههای آموزشی در زمینه ثبت پرستاری نموده و آن را جزء اهم برنامه های آموزش ضمن خدمت قرار دهند. از نظر محقق عدم انگیزه و بی توجهی پرستاران به مقوله ثبت می تواند علت دیگر ضعف مستندسازی و ثبت باشد. در همین راستا توجهی پرسنل، تشویق آندسته از کارکنان پرستاری که ثبت

² - Tingle

منابع

1. Patricia AP: perry AG. Fundamentals of nursing. St. Louis, MO: Mosby, 2001: 179-180.
2. انصاری حسن، صهبها عفت، فانی اعظم، مقیمی فرزانه. بررسی تاثیر آموزش بر نحوه ثبت و گزارش نویسی پرستاری در مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در سال ۱۳۷۷. فصلنامه آموزشی خبری انجمن علمی مدارک پزشکی ایران، دوره سوم، شماره اول، ۱۳۸۱: ۱۶ - ۱۹.
3. Ruth FC, Constan JH. Fundamentals of nursing: human health and function. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003: 230 - 31.
4. Taylor C, Lillis C LeMone P. Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care. 4th ed. Philadelphia: Lippincott. 2001:118-119.
5. Lindeman CA, McAthie MA. Fundamentals of Contemporary Nursing Practice. W.B. Saunders Company. 1999: 246
6. مقدسی حمید. کیفیت اطلاعات در مراقبتهای بهداشتی، تهران، انتشارات واژه پرداز، ۱۳۸۴: ۳۳ - ۳۲.
7. Phipps WJ, Monahan FD, Sands JK, Marek JF, Nigbors M. Medical - surgical Nursing, Health and illness perspective. 7th ed. st. Louis: Mosby. 2003: 181.
8. زلفخانی عذرا، شکوری سکینه، اسکندری فریدون. بررسی مشخصات ثبت گزارش های پرستاری مرکز آموزشی درمانی حضرت ولی عصر (عج) زنجان در اردیبهشت ماه ۱۳۸۱. خلاصه مقالات همایش سراسری اخلاق و قانون در حرفه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳۱ - ۳۰ تیرماه ۱۳۸۱: ۲۳.
9. ورقائی افخم. اهمیت قانونی ثبت گزارشات پرستاری. خلاصه مقالات همایش سراسری اخلاق و قانون در حرفه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳۱ - ۳۰ تیرماه ۱۳۸۱: ۲۵.
۱۰. آریائی منیژه. بررسی محتوایی مدارک پزشکی در بیمارستانهای عمومی، آموزشی دانشگاه علوم

کامل و صحیح انجام می دهند و اختصاص امتیازاتی به آنها و نیز در نظر گرفتن ثبت جامع و درست بعنوان یکی از معیارهای ارزشیابی کارکنان می تواند از راهکارهای افزایش انگیزه آنان در این زمینه باشد. عسکری (۱۳۸۰) در تحقیق خود اشاره می نماید که اکثر کادر پرستاری با برقراری سیستم پاداش و تنبیه در قبال رعایت و عدم رعایت اصول مستندسازی به هنگام تنظیم گزارشات موافق بودند و این چیزی نیست جز درخواست پرستاران از مسئولین به منظور نظارت بیشتر بر روی گزارشات پرستاران (۱۴).

علت دیگری که بنظر پژوهشگر می تواند موجب نقص در مستندسازی گردد، عملکرد ضعیف مدیریت پرستاری و مدارک پزشکی در زمینه بررسی، نظارت و بازخورد مناسب می باشد. چراکه اگر نظارت های ادواری و مستمر بر نحوه ثبت این اوراق صورت گیرد و نواقص ثبتی شناسائی گردیده و به ثبت کنندگان اعلام شود، تا حد زیادی می تواند بر بهتر شدن ثبت داده ها موثر باشد. در این میان نقش واحد مدارک پزشکی و کمیته مدارک پزشکی بیشتر احساس می شود. زیرا بررسی کمی و کیفی پرونده های پزشکی از نظر ثبت بعهدہ این گروه بوده و ارتباط تنگاتنگ آن با مدیریت پرستاری کاملاً ضروری می باشد. البته وجود برخی نقصها و ابهامات را در طراحی فرمهای مذکور که جزئی از وظایف کمیته های مدارک پزشکی در سطح بیمارستانها و معاونت پژوهشی وزارتخانه می باشد، نباید نادیده گرفته شود. همچنانکه در اوراق مراقبتهای قبل و بعد از عمل این مسئله وجود داشت. این موارد خود بعنوان محدودیتهای پژوهش در این مطالعه مطرح بوده است.

نتیجه نهایی

بر همین اساس پیشنهاد می شود که انجمن علمی مدارک پزشکی ایران با همکاری واحد مدارک پزشکی معاونت پژوهشی وزارتخانه توجه لازم را به رفع این نواقص و ابهامات مبذول نمایند. حل همه مشکلات ذکر شده می تواند منجر به ارتقاء کیفیت اطلاعات در مراقبتهای بهداشتی و درمانی گردد.

دانشگاهی ارومیه ۱۳۸۲ . فصلنامه علمی پژوهشی مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی ، سال هفتم، دوره جدید شماره پانزدهم ، بهار ۱۳۸۳ : ۳۹ - ۳۴ .

13. Tingle JH. Nurses must improve their record keeping skills. *Br J Nurs* 1998; 7(5); 245.

۱۴. عسکری مجدآبادی حسام الدین، کاهویی مهدی . بررسی کیفی عملکرد پرستاران نسبت به اصول مستندسازی و تعیین نیازهای آموزشی آنان ، بمنظور ارائه برنامه آموزشی ارتقاء کیفیت، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، سال دهم ، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۲ : ۶۷-۶۱ .

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان در سه ماهه اول سال ۱۳۷۷ . فصلنامه علمی و پژوهشی مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، سال چهارم ، شماره ۱۰ و ۱۱ ، ۱۳۸۰ : ۶۵ - ۷۰ .

11. Whitelaw FG, Nevin SL, Milne RM, Taylor RJ, Taylor MW, Watt AH. Completeness and accuracy of morbidity and repeat prescribing records held on general practice computers in Scotland. *Br J Gen Pract* 1996; 46(404): 181-6.

۱۲. زارع فضل اللهی زهرا، ظهوری علیرضا. وضعیت تکمیل اوراق اختصاصی اعمال جراحی بیمارستانهای