

عنوان فرآیند: ارتقاء گزارش نویسی پرستاری در پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان امداد شهید دکتر بهشتی سبزوار در

سال ۱۳۹۱

صاحبان فرآیند و همکاران: علیرضا هاشمی، هدی رجب زاده، زهرا پودینه

محل اجرای فرآیند: بیمارستان امداد شهید دکتر بهشتی سبزوار

نام دانشگاه: دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

تاریخ اجراء (مدت اجرای فرآیند): ۹۱/۳/۲۵ الی ۹۱/۶/۲۱

و بیان مسئله: (بیان اهمیت، ضرورت و کاربرد انجام فرآیند براساس نیاز سنجی های انجام شده):

امروزه با توسعه فرآیند پرستاری ثبت پرستاری (گزارش نویسی) به عنوان یک چهارچوب فعالیتی و یک وسیله ضروری برای ارایه و ارزیابی مراقبتهای پرستاری درمانی گسترش یافته است. اوراق ثبت ارایه مراقبتهای پرستاری یکی دیگر از اوراق مهم و مکتوب در پرونده پزشکی بیمار محسوب میشود (۳). گزارش نویسی ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعاتی را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامتی بیمار به شکل سند به ما منتقل می کند. گزارشات پرستاران در پرونده نشان دهنده روند درمان های طبی و مراقبت های پرستاری و عکس العمل های بیمار نسبت به این مراقبت ها می باشد (۱). گزارشات پرستاران در پرونده نشان دهنده روند درمانهای طبی و مراقبتهای پرستاری و عکس العمل های بیمار نسبت به این مراقبتها میباشد (۲). ثبت ناخوانا یا ناقص ممکن است مانع ارایه مراقبت پرستاری شود، زیرا با این نوع ثبتها، تشخیص تغییرات مهم در وضعیت سلامت مددجو و رفتارهای او دشوار خواهد بود. ثبت مراقبتها، مترادف با ارایه مراقبت و کیفیت آن است در نتیجه هر گونه نارسایی در آن مبین ارایه مراقبت ناکافی به بیمار میباشد (۴). ثبت مراقبتهای پرستاری دارای کاربردهای متعددی از جمله ارتباط دادن اعضای تیم مراقبت بهداشتی و تداوم مراقبت و درمان بیمار، ثبت اطلاعات پایه، مبنای مهم برای تعیین و پرداخت هزینه های مراقبتی و درمانی و مبنای اطلاعات تحقیقی است. ثبت نشدن مراقبت های پرستاری، بازتاب عدم کیفیت مراقبت بیمار را می رساند و همچنین نشاندهنده اختلال در روند درمان بیماران به دلیل آگاه نبودن کامل پزشک، پرستار از وضعیت سلامت بیمار می باشد و باعث ایجاد مشکلات و مسائل قانونی و قضایی برای بیماران و کارکنان می گردد و نهایتاً ثبت نادرست دارو ها و تجهیزات باعث افزایش هزینه ها می گردد (۵). ثبت مراقبتهای پرستاری ابزاری مهم جهت تعیین صحت و صلاحیت و ارزشیابی مداخلات درمانی و مراقبتی است و وسیله ای مهم برای حمایت و حفظ حقوق قانونی بیمار و پرستار است، همچنین مبنای ابزاری مهم جهت تعیین نیازهای آموزشی و برنامه ترخیص بیمار، منبع اصلی و قابل اعتماد اطلاعات مربوط به بیمار و خانواده وی، عامل یادآوری و درگیرکننده پرستار نسبت به وظایف و مسئولیتهای حرفه ای در انجام فعالیتها و مبنای اساسی و اولیه برای تشخیص مشکلات جدید نیز میباشد (۶). ثبت مراقبتهای پرستاری وسیله قانونی همه سیستمهای مراقبت بهداشتی است. گزارشات پرستاری هنگامی که از نظر قانونی مورد بحث واقع میشود، دلالت بر تاکید حفظ جان بیمار، حفظ امنیت حقوقی پرستار و به عبارت کلی تر حفظ امنیت جانی جامعه را دارد (۷). بنابراین گزارشات پرستاری باید دقیق،

کامل و به موقع باشد، و هر گونه خطا در ثبت موارد یا حذف آنها مسأله‌ساز است. ثبت موارد مبهم و نامفهوم، ثبت در زمان نامناسب، تصحیح نامناسب و ثبت استنباط شخصی از جمله مواردی است که گزارشات پرستاری را دچار خدشه نموده و از لحاظ قانونی نیز مسأله آفرین می‌باشد. گزارش پرستاری جامع عاملی برای رفع اتهام و تبرئه پرستاران است. نارسایی در گزارش پرستاری می‌تواند عاملی برای تأیید قصور تلقی گردد. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که گزارشات ناقص 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 کامل گزارش و ثبت شده باشد (۴). پرستاران به عنوان عضو اصلی سیستم مراقبت بهداشتی نسبت به گزارش پرستاری مسئول هستند. بنابراین گزارشات پرستاری باید دقیق، کامل و به موقع باشد و هرگونه خطا در ثبت موارد یا حذف آنها مسأله‌ساز است از این رو ثبت نقش حیاتی دارد. با توجه به مطالب فوق و اهمیت گزارشات پرستاری واضح است که ثبت نقش حیاتی دارد، چرا که در اغلب موارد سیر دارو و درمان بیمار بر اساس ثبت پرستاری تنظیم می‌گردد. عدم آشنایی و دقت گروه پرستاری در ثبت صحیح می‌تواند همان طور که اشاره شد به زیان بیمار و هم به زیان پرستار باشد. بنابراین پژوهش حاضر با بررسی علل عدم ثبت صحیح گزارشات پرستاری و ارزیابی راهکار عملی برای این مشکل طراحی شده است.

هدف کلی: ارتقاء گزارش نویسی پرستاری در دانشجویان و پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان

اهداف اختصاصی:

- ۱- ثبت صحیح بازتاب کیفیت مراقبت انجام شده برای بیمار
- ۲- آگاه شدن کامل پرستار و پزشک از روند سلامتی و برنامه مراقبتی بیمار
- ۳- کاهش مشکلات قانونی و قضایی برای بیمار و کارکنان
- ۴- صحت در وصول و افزایش درآمد بیمارستان

روش اجراء:

به منظور بررسی وضعیت موجود گزارشات پرستاری ۱۶۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفته و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی و پرسشنامه استاندارد گزارش نویسی پرستاری تکمیل گردید. سپس به منظور نیازسنجی آموزشی اطلاعات از پرسشنامه‌ها استخراج شده و بر اساس مقایسه با استانداردهای گزارش نویسی پرستاری برنامه آموزشی مدون در قالب تکثیر جزوه روش‌های استاندارد گزارش نویسی و برگزاری کلاس‌های آموزشی طراحی و اجرا شد. مجدداً پرسشنامه تکمیل شده و نتایج با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

: پیامدهای اجرا و محصول یا برون‌دادهای فرآیند:

بر اساس نتایج این پژوهش فرایند گزارش نویسی بیماران بر اساس استاندارد در بخش جراحی عمومی از ۳۰٪ به ۸۷٪ و در بخش جراحی ارتوپدی و مغز و اعصاب از ۳۲٪ به ۷۲٪ افزایش یافته است و این امر ضرورت استمرار آموزش بر اساس استانداردهای گزارش نویسی را نشان می دهد. اعضای تیم سعی نمودند جهت تثبیت فرایند مذکور اقدام ذیل را انجام دهند.

- مقرر شد از طریق هماهنگی با مترون بیمارستان جهت رعایت استانداردهای گزارش نویسی نظارت مستمر توسط سرپرستار ، سوپروایزر انجام گردد.
- مقرر گردید برای پرسنل طرحی جدید ورود دفترچه ای برای آشنایی با دستورالعمل ها و روش های درست گزارش نویسی بر اساس استاندارد های موجود تهیه گردد.
- برگزاری سالانه کارگاه گزارش نویسی توسط اساتید مجرب

سطح اثر گذاری (دانشگاه ، کشوری ، بین المللی):

ارتقاء گزارش نویسی در امور پرستاری و مراقبتی برای بیماران در سطح بیمارستان و دانشگاه

انطباق سیاست های بالادستی (فرآیند تا چه حد کشور را با هدف مرجعیت علمی در منطقه نزدیک می کند).

نگارش صحیح گزارش پرستاری بر اساس استانداردهای کشوری که منجر به بهبود وضعیت مراقبتی بیماران شده و در مرحله بعد قابلیت به شتراک گذاشتن آن به سایر مراکز درمانی در سطح کشور

نتیجه گیری شامل چالش ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

یافته های این پژوهش نشان داد که بین نمرات قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری وجود دارد و مهم ترین علت عدم داشتن استانداردهای گزارش نویسی و عدم آموزش پرسنل و عدم کنترل و نظارت و بی توجهی به روند ثبت و گزارش نویسی در بیمارستان می باشد. در این مطالعه بیشترین تغییر در مورد گزارش نویسی بیماران فوتی، بیماران ترخیصی، دستورات تلفنی، بیماران اعزامی و انتقالی به سایر مراکز اتفاق افتاد.

منابع:

۱- مقبلی نعمت ا . . روش تنظیم مدارک پزشکی برای بیمارستانهای ارتش .پایان نامه کارشناسی ارشد علوم بهداشتی در رشته اداره امور بیمارستانها، دانشکده بهداشت، دانشگاه تهران، 1368 ، ص 11

۲- اعضاء هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس، جزوات کارگاه آموزشی اصول گزارش نویسی، 1379 ، ص 14

۳- عباسی مهین .تهران، نشر سالم، گزارش کتبی و شفاهی در پرستاری، 1379 ، ص 26

4 - Harkeader H. Textbook of fundamental of nursing care: a clinical judgment. Philadelphia: W.B saunders Co; 2000. P.279.

5 - Crhmmens L, Kriss M. The flow chart: improving documentation in the intensive care unit, Available from: URL: <http://www.clinifo.nsw.gov>,2000: 1.

6 - Aumillea L, Moskowitz M. Nursing spectrum career fitness, Available from: URL: <http://nsweb.nursing.spectrum.com>, 2002: 3.

7 - Scarpell M. Medical records, reading and dissecting them, availebe in site: <http://www.niparalegal.com/june>, 2002: 2.