

تأثیر فرآیند ارزشیابی همکار بر کیفیت ثبت گزارشات پرستاری

زهره قمری زارع^۱ * دکتر منیره انوشه^۲ دکتر زهره ونکی^۳ دکتر ابراهیم حاجی زاده^۴

چکیده

مقدمه: ثبت مراقبت های پرستاری، نشانه آرایه مراقبت و کیفیت آن است. لذا، هرگونه نارسایی در آن مبین آرایه مراقبت ناکافی به بیمار می باشد. ارزشیابی همکار به عنوان شیوه ای از تفویض اختیارات مدیران جهت تضمین کیفیت مراقبت های پرستاری معرفی شده است. هدف این مطالعه، تعیین تأثیر اجرای فرآیند ارزشیابی همکار بر کیفیت ثبت گزارشات پرستاری در بخشهای ویژه قلبی بیمارستانهای دولتی شهر اراک بود.

مواد و روشها: این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی بود. چهار بخش ویژه قلبی در دو بیمارستان دولتی شهر اراک بعنوان محیطهای پژوهش انتخاب شدند. دو بخشی که دارای تعداد پرستار بیشتر بود (با ۲۵ پرستار) به عنوان گروه آزمون و دو بخش دیگر (با ۱۹ پرستار) به عنوان گروه شاهد مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل چک لیست های بررسی کیفیت ثبت گزارشات پرستاری بود. جهت پیش آزمون چک لیستهای بررسی کیفیت ثبت به تعداد ۳۵ عدد توسط همکار پژوهشگر، با مشاهده نحوه ثبت پرستاران در هر گروه تکمیل شد. قبل از مداخله، آماده سازی پرستاران ارزیاب توسط پژوهشگر بمدت یکماه انجام گرفت، سپس مداخله بصورت اجرای فرآیند ارزشیابی همکار توسط پرستاران ارزیاب در گروه مورد بمدت یکماه با نظارت مستقیم پژوهشگر و یکماه بدون نظارت مستقیم پژوهشگر انجام شد. بعد از آن ابزارهای مطالعه مجدداً برای هر گروه (مرحله پس آزمون) تکمیل شد.

یافته ها: گروههای آزمون و شاهد به لحاظ ویژگیهای دموگرافیک (سن، تحصیلات، وضعیت معیشت و ...) همسان بوده و آزمون های مجذور کای و تی مستقل اختلاف معنی داری را بین دو گروه نشان نداد. همچنین در این پژوهش بین ویژگیهای دموگرافیک پرستاران با کیفیت ثبت در گروه آزمون و شاهد هیچگونه ارتباط معنی داری یافت نشد. آزمون آماری من ویتنی اختلاف معنی داری را برای کیفیت ثبت گزارشات پرستاری بین دو گروه آزمون و شاهد، بعد از مداخله نشان داد ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که اجرای فرآیند ارزشیابی همکار بر ارتقای کیفیت ثبت گزارشات پرستاری مؤثر بوده است.

کلید واژه ها : فرآیند ارزشیابی همکار ، کیفیت ثبت گزارشات پرستاری.

تأیید مقاله: ۱۳۸۷/۸/۷

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۴/۷

^۱ - دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

^۲ - استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول مکاتبات)

آدرس پست الکترونیکی: anoosheh@modares.ac.ir

^۳ - استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس.

^۴ - دانشیار گروه آمار، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس.

امروزه به دلیل تأکیدهای فراوانی که روی مدیریت منابع، کنترل هزینه، اثربخشی مراقبت از بیمار، ارتقاء کیفیت و مسئولیت پذیری می شود، مراقبت خوب از بیمار اهمیت زیادی پیدا کرده و باید به طور مناسب نیز ثبت شود (ناولوری^۱، ۲۰۰۲). بسیاری از سازمانها برای اطمینان از فراهم آوردن بیشترین کیفیت ممکن مراقبت، به اجرای برنامه های تضمین کیفیت مبادرت می ورزند. ثبت گزارشات پرستاری به عنوان یک ابزار تضمین کیفیت، نه تنها برای مصرف کننده، بلکه حتی برای پرستاران بکار می رود (کالج درمانگران تنفسی اونتاریو^۲، ۲۰۰۵) در مقابل نتایج ثبت ضعیف ممکنست نه تنها برای بیماران بلکه همچنین برای پرستاران زیان آور باشد (مولونی و مگز^۳، ۱۹۹۹). یک ثبت پرستاری کامل، شرط اول مراقبت خوب از بیمار می باشد (آمنورس و همکاران^۴، ۲۰۰۱)، اگر چه ارائه مراقبتهای پرستاری، عملکردی است که روی وضعیت بیمار تأثیر می گذارد ولی نوشتن گزارشات پرستاری بیان کننده انجام این عملکردها و حمایت کننده آنها می باشد (اگلان و اسکلی هینمن^۵، ۱۹۹۴)، بنابراین، از آنجا که همه مراقبتهای ارائه شده به بیمار، برآیندهای مراقبت و پاسخ بیمار به مراقبت ارائه شده و بطور کلی هر آنچه که انجام شده در گزارش نویسی نشان داده شده و ثبت می گردد. لذا، ثبت صحیح و اصولی گزارشهای پرستاری یکی از مهمترین عملکردها و مسئولیتهای پرستار حرفه ای است و بهسازی مستمر پرستاران بمنظور ارتقاء کیفیت ثبت پرستاری حائز اهمیت بسزائی است (خدام و همکاران^۶، ۲۰۰۲). اد و لی^۷ (۲۰۰۶) در پژوهش خود، کیفیت ثبت گزارشات پرستاری را در حد ضعیف گزارش کردند، بررسی، ثبت و گزارش به موقع پرستاران در بخش ویژه منجر به طراحی و تصمیم گیری به موقع و اصولی تیم درمانی شده و از بروز حوادث و اورژانسهای قلبی می کاهد (احمدی ۱۳۷۹).

ارتقاء کیفیت ثبت گزارشات پرستاری مسئله مهم و ضروریست. ارزشیابی مداوم ثبت گزارشات، به همراه بحث درباره بهبود آن، یکی از راههای بهبود کیفیت ثبتها و تغییر رفتارهای خاص مشاغل مراقبت سلامت است. زیرا بدین طریق نقاط قوت و ضعفی که نیاز به اصلاح و هدایت دارند شناخته می شوند (بجرو

و همکاران^۸، ۲۰۰۰)، بنابراین، کیفیت ثبت باید یک اولویت حسابرسی سازمانی از لحاظ کنترل و بهبود عملکرد پرستاری، مراقبت بیمار و مدیریت خطر مراقبت سلامت باشد (بوی و همکاران^۹، ۲۰۰۴). یک پرستار باید هدف عمده ثبت و عواقب احتمالی ناشی از عدم ثبت یا ثبت ناقص را بداند (بجرو و همکاران ۲۰۰۰)، حنیفی و محمدی (۱۳۸۳) طی مطالعه خود دریافت که مهمترین علت عدم گزارش نویسی صحیح پرستاری از دیدگاه پرستاران؛ عدم کنترل و نظارت و بی توجهی به روند ثبت و گزارش نویسی در بیمارستان می باشد.

ارزشیابی همکار به عنوان یک روش کنترلی و جزء برنامه های تضمین کیفیت پرستاری معرفی شده است. ارزشیابی همکار فرآیندی است که بوسیله آن پرستاران بطور سیستماتیک به بررسی، کنترل و قضاوت درباره کیفیت مراقبت پرستاری در مقایسه با استانداردهای حرفه ای عمل می پردازند (لیندبرگ و همکاران^{۱۰}، ۱۹۹۸)، تعریف دیگر ارزشیابی همکار امری است که توسط آن کارکنان با حرفه و وضع مشابه عملکرد فرد دیگری را در قبال معیارهای قابل قبول ارزیابی می کنند (گیلیس^{۱۱}، ۱۹۹۴). این روش ارزشیابی به عنوان یکی از روشهای معمول جهت اندازه گیری و بهبود کیفیت مراقبت پرستاری ارائه شده در سازمان تحت مطالعه می باشد. ارزشیابی همکار همچنین به عنوان روشی جهت ارزشیابی ثبت مراقبت از بیمار می باشد تا به مقایسه عملکرد واقعی با استانداردهای عملکرد پرستاری بپردازد (لیندبرگ و همکاران ۱۹۹۸). همکاران از جمله منابع ارزشمندی به حساب می آیند که می توانند عملکرد افراد را ارزشیابی کنند، ارزشیابی همکار با این مزیت که همکاران بینش جامعتری از عملکرد شغلی همدیگر دارند و فرصت های ارائه بازخوردهای بهتر به منظور خود بهبودی دارند، ارزشمند می باشد (سلطانی^{۱۲}، ۲۰۰۳). با توجه به اهمیت گزارشات پرستاری واضح است که ثبت نقش حیاتی دارد و جهت ارتقاء کیفیت آن، می بایست ابتدا به ارزشیابی میزان کیفیت ثبت گزارشات و سپس به اجرای برنامه های ارتقاء کیفیت پرداخت. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان کیفیت ثبت گزارشات پرستاری و تأثیر ارزشیابی همکار بر ارتقاء آن اجرا شد.

¹ - Navuluri

² - College of Respiratory Therapists of Ontario

³ - Moloney & Maggs

⁴ - Ammenwerth et al

⁵ - Egglan, Skelly Hineman

⁶ - Khoddam et al

⁷ - Aude & Lee

⁸ - Bjorvell et al

⁹ - Bowie et al

¹⁰ - Lindberg et al

¹¹ - Gillies

¹² - Soltani

مواد و روشها

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی بود. جامعه پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در بخشهای مراقبت ویژه قلبی و بعد از سی سی یو پرونده های بیماران بستری در این بخشها تشکیل می داد. نمونه پژوهش نیز شامل کلیه پرستاران شاغل در این بخش ها بودند که از مدت اشتغال آنها در این بخشها حداقل ۲ ماه گذشته و در طول پژوهش ادامه داشته باشد، همچنین پرونده بیمارانی که مدت ۷۲ ساعت از زمان بستری شدن آنها در این بخش ها گذشته بود از نظر گزارشات پرستاری موجود مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه گیری در مورد جامعه پرستاران و در مورد پرونده بیماران به روش غیر تصادفی (دردسترس) بود، زیرا از نمونه های در دسترس و واجد شرایط استفاده گشت؛ محیطهای پژوهش را بخشهای مراقبت های ویژه و بعد از سی سی یو در دو بیمارستان دولتی اراک تشکیل میداد. روش تقسیم بندی گروه ها به آزمون و شاهد برطبق تعداد پرستار موجود در این بخشها صورت گرفت، بطوریکه دو بخش سی سی یو و پس از سی سی یو که دارای ۲۵ پرستار بود به عنوان گروه آزمون و دو بخش دیگر با ۱۹ پرستار، به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. لازم به ذکر است که محیط های پژوهش از نظر قوانین و مقررات حاکم بر بخش ها، پروتکل های ارزشیابی عملکرد پرستاران، پروتکل های درمان برای بیماران، سیستم های ثبت گزارشات، نوع پزشکان، تجهیزات و... تفاوتی نداشتند، نمونه لازم جهت بررسی کیفیت ثبت، از طریق کاربرد فرمول اندازه نمونه (فرمول پوکاک) و با استفاده از یافته های مطالعات مشابه انجام گرفت.

$$N = \frac{P_1 (100 - p_1) + p_2 (100 - p_2)}{(p_1 - p_2)^2} \times 10/5$$

پژوهشگر طی برگزاری جلسه معارفه، سرپرستار و پرستاران گروه آزمون را پیرامون هدف و روش اجرای ارزشیابی همکار آشنا کرده و همکاری آنها را جهت شرکت در پژوهش جلب کرد. جهت کاهش تورش در جمع آوری داده ها، بررسی کیفیت ثبت گزارشات پرستاری توسط همکار پژوهشگر (پرستاری که بعد از آموزش دیدن درباره چگونگی جمع آوری داده ها، به بررسی کیفیت ثبت گزارشات پرستاری بدون اطلاع از تقسیم بندی بخشها به گروه آزمون و شاهد پرداخت) با استفاده از چک لیست بررسی کیفیت ثبت گزارشات پرستاری انجام گرفت. انتخاب پرستاران ارزشیاب با توجه به سابقه کاری (حداقل ۸ سال)، تمایل فرد برای ارزشیاب شدن و مورد قبول بودن توسط

سرپرستار و کارکنان صورت گرفت. در این پژوهش ۶ پرستار ارزیاب از ۲۵ پرستار بخش های گروه آزمون انتخاب شدند به طوری که به هر کدام از پرستاران ارزیاب مسئولیت اجرای فرایند ارزشیابی از ۴ پرستار همکار محول گردید.

آماده سازی پرستاران ارزیاب توسط پژوهشگر صورت گرفت. این افراد طی جلسات نظری و عملی به مدت یکماه با مفهوم ارزشیابی همکار، روشها و مشخصات بازخورددهی اثربخش، ثبت مراقبتها مطابق با فرایند پرستاری، چگونگی تکمیل فرمهای ارزشیابی ثبت همکار (مطابق با چک لیست بررسی کیفیت ثبت گزارشات پرستاری) و عوامل مؤثر بر افزایش اثربخشی ارزشیابی آشنا شدند.

آماده سازی ارزشیابی شوندگان (پرستاران همکار) توسط پرستاران ارزیاب به منظور آشنایی همکاران با فرایند ارزشیابی همکار صورت گرفت. در این مرحله هر پرستار ارزیاب به تعیین حدود انتظار و وظایف ارزشیابی شوندگان با ارائه یک نمونه فرم ارزشیابی ثبت به آنها بعنوان راهنمای ثبت و جهت آشنایی با معیارهای موجود در فرم پرداخته و بعد از آشنا کردن همکاران با مراحل فرایند؛ زمان ارزشیابی را (تعیین شده توسط سرپرستار) به آنها اعلام می کنند. در این مرحله سرپرستاران با سازماندهی برنامه کاری کارکنان بطوریکه در هر شیفت، یک ارزیاب با حداقل یکی از ارزشیابی شونده های او در بخش حضور داشته باشد و یادآوری زمان ارزشیابی به ارزیابان و تقسیم کار کمتر به آنها در روز ارزشیابی، زمینه را برای اجرای فرایند ارزشیابی همکار توسط ارزیاب در زمان مقرر آماده می کرد. همچنین برای هر ارزشیابی شونده یک کد انتخاب کرده که در فرم ارزشیابی هر ارزشیاب شونده نوشته می شد و این کد تنها برای سرپرستار، پرستار ارزیاب و آنان شناخته شده بود.

در مرحله اجرای فرایند در زمان مقرر هر پرستار ارزیاب با استفاده از فرمهای ارزشیابی ثبت همکار به بررسی نحوه ثبت ارزشیابی شونده (ها) ی خود می پرداخت و اگر ثبت مطابق با معیارهای موجود در فرم بود، با ارائه بازخورد مثبت سعی در تثبیت رفتار صحیح داشت و در صورت هرگونه ثبت ناقص و یا عدم ثبت موارد اقدام به رفع نقاط ضعف آنها می نمود همچنین وی را از نتیجه ارزشیابی آگاه کرده؛ در صورت لزوم اقدامات اصلاحی بصورت نظری و عملی در جهت بهسازی وی ارائه می داد و او را برای ارزشیابی بعد آماده می کرد. این فرمها جمع آوری و در فایل ارزشیابی شونده نزد سرپرستار نگهداری می شد. در مرحله اجرای فرایند که یکماه طول کشید هر کدام از

ارزشیابی شونده ها ۴ بار مورد ارزشیابی توسط ارزیابان قرار گرفت. همچنین هر کدام از ارزیابها بعد از هر دو بار ارزشیابی کردن ارزشیابی شونده های خود فرمی را برای هر کدام از آنها تکمیل و به آنها ارائه میکردند که در آن نمونه ای از نقاط قوت به همراه نقاط ضعف رفع شده طی ارزشیابی های قبلی وی نوشته می شد (بعنوان بازخورد نوشتاری).

در طول مدت اجرای فرآیند، پژوهشگر در بخش حضور داشته و عملکرد هر پرستار ارزیاب را در رابطه با نحوه ارزشیابی ثبت هر کدام از چهار ارزشیابی شونده وی حداقل یکبار مورد نظارت مستقیم قرار می داد تا در صورت نقص یا انحراف از ارزشیابی صحیح، ارزیاب را هدایت کند.

در مرحله آخر (مرحله نظارت و کنترل غیر مستقیم پرستاران ارزیاب) که در این مرحله ارزیابان فرآیند ارزشیابی همکار را بدون حضور مستمر پژوهشگر به مدت یک ماه انجام دادند. پس آزمون همانند مرحله پیش آزمون توسط همکار پژوهشگر انجام گرفت. به این ترتیب از نتایج بدست آمده در دو گروه مورد و شاهد بصورت قبل و بعد از بکارگیری اجرای فرآیند ارزشیابی همکار به منظور تعیین تأثیر این فرآیند بر کیفیت ثبت گزارشات پرستاری بخش های مراقبت ویژه قلبی در گروه مورد و مقایسه این میزان تأثیر با گروه شاهد استفاده گردید. ابزار گردآوری داده های این پژوهش را چک لیست بررسی کیفیت ثبت گزارشات پرستار (مشمول بر ۲ قسمت) تشکیل می داد که از قبل اعتبار و پایایی آن در مطالعه ستارزاده (۱۳۸۲) سنجیده شده بود. اصول نگارش گزارش نویسی (قسمت اول) که معیار سنجش به صورت "رعایت شده" و "رعایت نشده" می باشد و در صورتیکه موارد رعایت شده باشند نمره ۱ و در صورتیکه رعایت نشده باشند نمره ۰ به آنها تعلق می گیرد و اصول چهارده گانه (قسمت دوم) که به صورت ثبت شده "۱ نمره"، ناقص "۰/۵ نمره" و ثبت نشده "۰" امتیاز بندی شده است جهت تعیین کیفیت ثبت، نمره اصول نگارش و اصول چهارده گانه با هم جمع شده است و از بین نمرات ۱۴۰ گزارش پرستاری مورد بررسی قبل و بعد از مداخله در دو گروه، تفاوت مابین حداکثر امتیاز (۲ نمره) و حداقل امتیاز (۰/۵) به سه قسمت مساوی تقسیم شده و کیفیت ثبت در سه حیطه کیفیت ضعیف (نمره ۰/۳-۰/۵)،

کیفیت متوسط (نمره ۱/۴۶-۱/۰۴) و کیفیت خوب (نمره ۲-۱/۴۷) مورد بررسی قرار گرفته است. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس انجام شد. پژوهشگر بمنظور رعایت ملاحظات اخلاقی؛ هدف پژوهش را به واحدهای مورد پژوهش توضیح و به آنها اطمینان داد که اطلاعات گردآوری شده محرمانه باقی مانده و نتایج برای هر نمونه محفوظ خواهد ماند، همچنین رضایت پرستاران جهت شرکت در پژوهش جلب شد.

یافته ها

تمام پرستاران گروه مورد و ۸۴/۲۱ درصد پرستاران گروه شاهد زن هستند. همچنین اکثر پرستاران گروه مورد (۸۰ درصد) و شاهد (۷۳/۶۸ درصد) متأهل بودند. ۸۸ درصد پرستاران گروه آزمایش و ۹۴/۷۳ درصد پرستاران گروه شاهد دوره واحد مراقبت ویژه قلبی را گذرانده اند و از نظر گذراندن دوره ضمن خدمت نزدیک به نیمی از پرستاران گروه آزمایش (۴۸ درصد) و شاهد (۴۷/۳۶ درصد) این دوره را نگذرانده اند. وضعیت استخدامی اکثر پرستاران در گروه آزمایش (۶۸ درصد) غیر رسمی و در گروه شاهد (۵۲/۶۳ درصد) رسمی می باشد. شیفت غالب اکثر پرستاران گروه مورد و شاهد، شیفت در گردش است. اکثریت پرستاران هر دو گروه اضافه کاری دارند (۸۰ درصد گروه آزمایش و ۸۹/۴۷ درصد گروه شاهد). بیشتر پرستاران گروه آزمایش (۶۴ درصد) در رده سنی ۲۸-۳۶ سال و بیشتر پرستاران گروه شاهد (۴۲/۱ درصد) در رده سنی ۲۸-۳۶ سال قرار دارند. همچنین اکثر پرستاران گروه آزمایش (۶۰ درصد) و شاهد (۴۲/۱ درصد) سابقه کاری زیر ۵ سال دارند و از نظر سابقه خدمت در بخش ویژه، اکثر پرستاران هر دو گروه زیر ۲ سال سابقه کاری دارند (آزمایش ۴۰ درصد، شاهد ۵۲/۶۳ درصد). استفاده از آزمون آماری مجذور کای و تی مستقل نشان داد که پرستاران هر دو گروه از نظر ویژگیهای فردی ذکر شده همسان بوده و تفاوت معنی داری ندارند ($p>0/05$). نتایج جدول شماره ۱ حاکی است که بین ویژگی های فردی پرستاران با ثبت آنان رابطه معنی داری وجود نداشت ($p>0/05$).

جدول شماره ۱. بررسی ارتباط بین ویژگیهای فردی پرستاران گروه آزمایش و شاهد و ثبت گزارشات پرستاری

ثبت گزارشات پرستاری				متغیر وابسته	
شاهد		آزمایش		گروه	ویژگیهای فردی
آزمون آماری	P مقدار	آزمون آماری	P مقدار		
$\chi^2 = 15/24$	۰/۸۳	در گروه آزمایش، تمام پرستاران زن بودند.		جنس سن وضعیت تأهل سابقه خدمت پرستاری سابقه خدمت در بخش ویژه قلبی گذراندن دوره مراقبت ویژه قلبی گذراندن دوره ضمن خدمت وضعیت استخدامی نوبت کاری اضافه کاری	
$t = 0/1$	۰/۶۷	$t = 0/08$	۰/۷۶		
$\chi^2 = 13/84$	۰/۹۴	$\chi^2 = 16$	۰/۶		
$t = 0/09$	۰/۷	$t = 0/1$	۰/۶۹		
$t = 0/03$	۰/۸۹	$t = 0/16$	۰/۵۳		
$\chi^2 = 19$	۰/۶۸	$\chi^2 = 16$	۰/۷۶		
$\chi^2 = 19$	۰/۱	$\chi^2 = 13/96$	۱		
$\chi^2 = 14/98$	۰/۸۵	$\chi^2 = 16$	۰/۵۴		
$\chi^2 = 14/37$	۰/۹۱	$\chi^2 = 16$	۰/۷۶		
$\chi^2 = 19$	۰/۴۷	$\chi^2 = 16$	۰/۶۷		

کیفیت ۸۵/۷۱ درصد گزارشات پرستاری در حد خوب بود. آزمون ناپارامتری ویلکاکسون تفاوت معنی داری را بین کیفیت ثبت گزارشات در مرحله قبل و بعد از مداخله نشان داد، در حالی که تفاوت معناداری در گروه شاهد بین مراحل قبل و بعد از مداخله مشاهده نشد ($P > 0/05$).

میزان کیفیت ثبت گزارشات پرستاری، مقادیر بدست آمده از تجزیه و تحلیل ۱۴۰ چک لیست در جدول شماره ۲ و ۳ آورده شده است. نتایج جدول شماره ۲ نشان میدهد که کیفیت ۶۵/۷۱ درصد گزارشات پرستاری گروه آزمایش در مرحله قبل مداخله در حد ضعیف ارزیابی گردید در حالیکه بعد از اجرای مداخله هیچکدام از گزارشات پرستاری در حد ضعیف نبوده و

جدول شماره ۲: بررسی کیفیت ثبت گزارشات پرستاری در مرحله قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه آزمایش و شاهد

شاهد				آزمایش				گروه
بعد		قبل		بعد		قبل		کیفیت ثبت گزارشات پرستاری
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱۵	۴۲/۸۵	۲۰	۵۷/۱۴	۰	۰	۲۳	۶۵/۷۱	کیفیت ضعیف (۰/۵ - ۱/۰۳)
۲۰	۵۷/۱۴	۱۵	۴۲/۸۵	۵	۱۴/۲۸	۱۲	۳۴/۲۸	کیفیت متوسط (۱/۴۶ - ۱/۰۴)
۰	۰	۰	۰	۳۰	۸۵/۷۱	۰	۰	کیفیت خوب (۲ - ۱/۴۷)
۳۵	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	جمع
Z=-۱/۱۲۳ p=۰/۲۶				Z=-۵/۱۶ p=۰/۰۰				آزمون ویلکاکسون

نتایج در جدول شماره ۲ نشان می دهد که هیچکدام از گزارشات پرستاری گروه شاهد و آزمایش در مرحله قبل در حد خوب نبود و کیفیت اکثر گزارشات در حد ضعیف ارزیابی گردید. آزمون ناپارامتری من ویتنی در مقایسه کیفیت ثبت گزارشات پرستاری گروه آزمایش و شاهد در مرحله قبل مداخله تفاوت معنی داری را نشان نداد ($P>0/05$)، در حالی که تفاوت معناداری را بین گروه

آزمایش و شاهد در مرحله بعد از مداخله نشان داده ($P<0/05$). این یافته ها فرضیه پژوهش را مبنی بر کیفیت ثبت گزارشات پرستاری بخش های مراقبت ویژه قلبی در گروه آزمایش بعد از اجرای فرایند ارزشیابی همکار نسبت به کیفیت ثبت گزارشات پرستاری گروه شاهد بیشتر است، تأیید می کند.

جدول شماره ۳: بررسی کیفیت ثبت گزارشات پرستاری در مراحل قبل و بعد مداخله در دو گروه

گروه		قبل				بعد	
		شاهد		آزمایش		شاهد	
کیفیت ثبت گزارشات پرستاری		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کیفیت ضعیف (۰/۵ - ۱/۰۳)		۲۰	۵۷/۱۴	۲۳	۶۵/۷۱	۱۵	۴۲/۸۵
کیفیت متوسط (۱/۰۴ - ۱/۴۶)		۱۵	۴۲/۸۵	۱۲	۳۴/۲۸	۲۰	۵۷/۱۴
کیفیت خوب (۱/۴۷ - ۲)		۰	۰	۰	۰	۰	۰
جمع		۳۵	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	۱۰۰
آزمون من ویتنی		$Z = - ۱/۶۲$ $p = ۰/۱$		$Z = - ۷/۱۸$ $p = ۰/۰۰$			

بحث و نتیجه گیری

لی و همکاران^۱ (۲۰۰۷) اولین و مهمترین عامل در بهبود کیفیت مراقبت را اندازه گیری کیفیت است. در این پژوهش گزارشات پرستاری به عنوان یک منبع مهم جهت ارزیابی کیفیت مراقبت ها استفاده شد. حنیفی و محمدی در سال ۱۳۸۳ طی بررسی پیرامون چگونگی ثبت گزارشات پرستاری دریافت که ۳۵/۸۱ درصد ثبتها ناقص بوده و ۴۸ درصد عدم ثبت موارد ضروری وجود داشته است. ستارزاده نیز کیفیت ثبت گزارشات پرستاری بخش ویژه قلبی را در سال ۱۳۸۲ پائین گزارش کرده، بطوریکه ۹۲/۳ درصد گزارشات پرستاری در حد ضعیف و ۷/۷ درصد در حد متوسط ارزیابی شده است. وی در پژوهش خود بیان می کند که از جمله دلایل ثبت ضعیف؛ فقدان دانش و آگاهی لازم پرستاران از نحوه ثبت صحیح و همچنین فقدان سیستم کنترل و نظارت مناسب روی کیفیت ثبت گزارشات پرستاری می باشد. صفری در سال ۱۳۸۱ نیز بیان کرده که

ضعف سیستم ارزشیابی و پاداش دهی به پرستاران در قبال انجام وظیفه، عدم افتراق بین رفتارمراقبتی استاندارد و غیر استاندارد، عدم تفویض اختیار از سوی پزشکان و پرستاران رده مدیریتی بالا به کارکنان در زمینه انجام مراقبت های ضروری و در نتیجه تضعیف حس مسئولیت پذیری و کاهش اعتماد به نفس در پرستاران، از جمله علل ثبت ضعیف پرستاران می باشد. کیفیت ثبت گزارشات در خارج از کشور نیز پایین گزارش شده، از جمله شانگو^۲ در سال ۲۰۰۲، نشان داد که اکثریت بخش ها دارای استانداردهای پرستاری نیستند و فرایند پرستاری بکار گرفته نشده است؛ بنابراین، ثبت صحیحی از مشکلات یا بهبودهای بیماران انجام نگرفته است. در پژوهش کنونی، فرایند ارزشیابی همکار بعنوان یک روش حمایت کننده از عدم تمرکز در مدیریت و یک روش کنترلی مناسب توانست موجب شناخت نقاط ضعف پرستاران در نحوه ثبت و سپس بهبود کیفیت ثبت گردد نتایج

²- Shangwe

¹-Lee et al

ثبت مؤثر است، بطوریکه کیفیت ثبت گزارشات در بخشهای ویژه بهتر از دیگر بخشها است. بنابراین، پیشنهاد میگردد تأثیر این روش مداخله بر کیفیت ثبت گزارشات پرستاری در دیگر بخشهای بیمارستان نیز صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش صمیمانه با پژوهشگران همکاری داشته اند، از جمله مدیران و پرستاران بخشهای ویژه قلبی (سی سی یو و قبل و پس از سی سی یو) بیمارستانهای دولتی شهر اراک تشکر و قدردانی می گردد.

پژوهش کرامر و اسچمالنبرگ^۱ نیز در سال ۲۰۰۳ نشان داد که پرستاران عواملی مانند کنترل و نظارت بر عملکرد پرستاران، دریافت حمایت از جانب مدیریت، وجود فضای مناسب آموزشی و... را برای ارائه مراقبت با کیفیت بالا به بیماران ضروری می دانند. بنابراین، مشاهده گردید در گروه آزمون که این روش کنترلی و البته با تکیه بر اصول ارزشیابی، مثل ارائه بازخورد جهت رفع نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت بکار گرفته شده، توانسته در مقایسه کیفیت ثبت گزارشات پرستاری گروه آزمایش و شاهد در مرحله بعد از مداخله، تفاوت معنی داری را نشان دهد. مک کارتی و گاروان^۲ (۲۰۰۱) بیان می کنند که ۸۵ درصد از شرکت کنندگان در پژوهشی نظر مساعد و موافقی نسبت به ارزشیابی همکار داشته و سفارش کرده بودند سیستم ارائه بازخورد از جانب همکار تداوم یابد، زیرا موجب تغییراتی در رفتار و عملکردها شده است. مطالعه شاهان^۳ در سال ۲۰۰۱ نشان داده که روش ارزشیابی همکار می تواند نقضهای ثبت پرستاری و نیازهای آموزشی مداوم را بشناساند. از جمله شاخص های مهم کیفیت مراقبت؛ عملکرد مطابق با استانداردهای حرفه ای و ثبت برنامه های مراقبتی می باشند (سالیوان و دکر^۴ ۲۰۰۵). پس بررسی کیفیت ثبت گزارشات پرستاری می تواند در قالب کیفیت مراقبت ها گنجانده شود. نتایج پژوهش هاریس و همکاران^۵ در سال ۲۰۰۰ در یکی از بیمارستان های زنان کانادا نشان داد که اجرای فرایند ارزشیابی همکار باعث افزایش کیفیت مراقبت توسط پرستاران می گردد.

با توجه به این که پرستاران به طور قانونی و اخلاقی در کنار مسئولیت مراقبت پرستاری از بیمار، مسئول کیفیت مراقبت نیز هستند (گانتر و علیگود^۶ ۲۰۰۲)، مدیران می توانند با تفویض اختیار صحیح موجب بلوغ کاری و اجتماعی و مسئولیت پذیری کارکنان شوند (هرو آبادی و مرباگی ۱۳۷۵)، همچنین با توجه به یافته های این پژوهش پیشنهاد می گردد، روش ارزشیابی همکار در واحدهای پرستاری به کارگرفته شود. احمدی (۱۳۷۷) طی مطالعه خود دریافت که نوع بخش در میزان کیفیت

^۱ - Kramer & Schmalenberg

^۲ - Mc Carthy & Garavan

^۳ - Sheahan

^۴ - Sullivan & Decker

^۵ - Harris et al

^۶ - Gunther & Alligood

منابع

- احمدی ف (۱۳۷۷). بررسی کیفیت گزارشات پرستاری مندرج در پرونده پزشکی بیماران بستری در بیمارستانهای منتخب تهران، **خلاصه مقالات ارائه شده در سمینار پرستاری و قانون وزارت بهداشت و درمان، تهران**.

- احمدی ف (۱۳۷۹). عوارض انفارکتوس میوکارد و اهمیت پیشگیری عارضه ها از دیدگاه پرستاری، **خلاصه مقالات دوازدهمین کنگره بین المللی قلب و عروق ایران، تهران**.

- حنیفی ن محمدی ع (۱۳۸۳). بررسی علل عدم گزارش نویسی صحیح پرستاری، **حیات**. سال دهم. شماره ۲۱. ۴۶-۳۹.

- ستارزاده م (۱۳۸۲). بررسی تأثیر تدوین و اجرای برنامه هدایتی بر کیفیت ثبت گزارشات پرستاری بخش CCU بیمارستان مصطفی خمینی در سال ۱۳۸۱، **پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس، دانشکده پرستاری و مامایی**.

- صفری م (۱۳۸۱). بررسی تأثیر آموزش پرستاران بروش بحث گروهی بر کیفیت مراقبت پرستاری بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد، **پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس، دانشکده پرستاری و مامایی**.

- هروآبادی ش، مرباگی ا (۱۳۷۵). **مدیریت پرستاری و مامائی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران**.

- Ammenwerth E et al (2001). Nursing process documentation systems in clinical routine—prerequisites and experiences. **International Journal of Medical Informatics**. 64(2,3) 187 – 200.

- Aud M Lee J (2006). Introducing nursing students to quality assurance activities in skilled nursing facilities. **Journal of Nursing Care Quality**. 21 (2) 121 – 123.

- Bjorvell C et al (2000). Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. **Quality of Health Care**. 9 (1) 6 – 13.

- Bowie P et al (2004). The feasibility and potential of organizational peer review audit in community nursing: an example of record keeping. **Quality in Primary Care**. 12 109 – 117.

- College of Respiratory Therapists of Ontario (2005). **Professional Practice Guideline Documentation**. Toronto, Second printing. 1 – 15.

- Egglan ET Skelly Hineman D (1994). **Nursing Documentation**. Philadelphia: Lippincott co.

- Gillies DA (1994). **Nursing Management: A System Approach**. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.

- Gunther M Alligood MR (2002). A dicipline-specific determination of high quality nursing care. **Journal of Advanced Nursing**. 38 (4) 353 - 359.

- Harris S et al (2000). Induction of labour: A continuous quality improvement and peer review program to improve the quality of care. **Canadian Medical Association Journal**. 163 (9) 1163 – 1166.

- Khoddam H et al (2002). Effectiveness of continual education on quality of nursing records. **Journal of Medical Sciences**. 3 (8) 65 – 69.

- Kramer M Schmalenberg C (2003). Securing “good” nurse/physician relationships. **Nursing Management**. 34 (7) 34 – 38.

- Lee L et al (2007). An evaluation of the quality of nursing care in orthopedic units. ***Journal of Orthopedic Nursing***. 11. 160–168.
- Lindberg JB et al (1998). ***Introduction to Nursing*** . 3rd edition. Lippincott Co.
- Mc Carthy AM Garavan TN (2001). 360 feedback processes: performance improvement and employee career development. ***Journal of European Industrial Training***. 25 (1) 5 – 32.
- Moloney R Maggs C (1999). A systemic review of the relationships between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes. ***Journal of Advanced Nursing***. 30 (1) 52
- Navuluri RB (2002). ***Documentation: What, Why, When, Where, Who, and How***. Available in. [www. Graduat research.com](http://www.Graduatresearch.com).
- Shangwe NT (2002). ***Quality Assurance: An Evaluation of the Quality of Nursing Care in Swaziland***. PhD. Dissertation, University of South Africa.
- Sheahan SL (2001). Nurse practitioner peer review: Process and evaluation. ***Research***. 13 (3) 140–145.
- Soltani E (2003). Towards a TQM-driven HR performance evaluation: An empirical study. ***Employee Relations***. 25 (4) 347-370.
- Sullivan E Decker P (2005). ***Effective Leadership and Management in Nursing***. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall.