

تأثیر آموزش گزارش نویسی مشکل مدار بر ویژگی های گزارش پرستاری

نرجس کاظمی^۳

نسرين خواجه علی^۲

*معصومه همتی مسلک پاک^۱

چکیده

زمینه و هدف: گزارش نویسی به عنوان یک چارچوب فعالیتی برای ارائه و ارزیابی مراقبت های پرستاری محسوب می شود. هدف از این مطالعه تعیین تاثیر آموزش گزارش نویسی مشکل مدار بر ویژگی های گزارش پرستاری بود.

روش بررسی: این مطالعه نیمه تجربی، روی پرستاران شاغل در بیمارستان های سیدالشهدا و طالقانی شهر ارومیه انجام شد. ۶۰ پرستار به روش در دسترس انتخاب و سپس پرستاران شاغل در بیمارستان سیدالشهدا (۳۰ نفر) در گروه مداخله و پرستاران شاغل در بیمارستان طالقانی (۳۰ نفر) در گروه کنترل قرار گرفتند. جهت گروه مداخله کارگاه آموزشی گزارش نویسی مشکل مدار اجرا شد. برای جمع آوری داده ها از چک لیست استفاده گردید. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آزمون های آمار توصیفی و آزمون های آماری آزمون تی مستقل و کای اسکوئر با استفاده از SPSS نسخه ۱۶ انجام یافت.

یافته ها: یافته های این مطالعه نشان داد که بعد از آموزش گزارش نویسی مشکل مدار، میانگین نمرات گزارش پرستاری در شیفت های صبح، عصر و شب بین دو گروه کنترل و مداخله اختلاف معناداری وجود داشته است ($P < 0/05$). نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد نمره گزارش نویسی کل در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بعد از انجام مداخله تفاوت آماری معناداری داشت ($P < 0/0001$).

نتیجه گیری کلی: بر اساس یافته ها، روش گزارش نویسی مشکل مدار تاثیر مثبتی بر ویژگی های گزارش پرستاری دارد، لذا پیشنهاد می شود این روش گزارش نویسی توسط پرستاران به کار گرفته شود.

کلید واژه ها: گزارش پزشکی، روش مشکل مدار، آموزش

تاریخ دریافت: ۹۲/۷/۸

تاریخ پذیرش: ۹۲/۹/۲۶

^۱ استادیار آموزش پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

(نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۴۴۱-۲۷۵۲۳۷۸ Email: Hemmati_m@umsu.ac.ir

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

مقدمه

شرط اساسی ارائه خدمات درمانی با کیفیت مناسب، تلاش منسجم و هماهنگ اعضای گروه درمانی به صورت بیست و چهار ساعته و بدون وقفه است. برای دستیابی به این هدف ارتباط دائمی اعضا برای به اشتراک گذاشتن و تبادل اطلاعات ضروری است. گزارش دهی روش عمده ارتباطی مورد استفاده برای ارائه دهندگان مراقبت درمانی به منظور ارزیابی کیفیت، نوع و تداوم مراقبت‌ها است^(۱،۲). با ارتقاء کیفیت اطلاعات، تکمیل اوراق پزشکی مددجویان و گزارش‌های پرستاری می‌توان در جهت ارتقاء کیفیت خدمات درمانی گام برداشت^(۳). هدف اولیه ثبت گزارش پرستاری تسهیل ارتباط بین مراقبین و فراهم نمودن شواهدی برای جوابگو شدن، تسهیل پژوهش و آموزش است^(۴). با توسعه فرآیند پرستاری، ثبت گزارش پرستاری به عنوان یک چارچوب فعالیتی و یک وسیله ضروری برای ارزیابی مراقبت‌های پرستاری-درمانی گسترش یافته است^(۵). ثبت پرستاری باید در برگیرنده اطلاعات مربوط به بررسی‌های پرستاری، مشکلات بیمار، طرح مراقبتی، سیر پیشرفت روزانه، برنامه آموزشی و تریخیص باشد^(۶). پرستاران باید بدانند ثبت دقیق و مطابق استانداردهای حرفه‌ای گزارش پرستاری مهم‌ترین کاری است که می‌توانند برای حمایت خود در برابر اتهامات مربوط به عملکرد غلط و سهل‌انگاری انجام دهند. بنابراین کامل و دقیق بودن اطلاعات و عدم ابهام و دوگانگی موارد ثبت شده در گزارش پرستاری الزامی است^(۲،۴).

یکی از مسئولیت‌های سنگین پرستاران، شیوه انتقال اطلاعات به روش صحیح، گزارش دهی و گزارش گرفتن و ثبت آن است که کوچک‌ترین خطا و سهل‌انگاری در آن می‌تواند مشکلات حرفه‌ای را برای آنان ایجاد کند^(۳). مطالعات نشان داده است که پرستاران حدود ۳۸ درصد کل وقت شیفت کاری خود را صرف نوشتن گزارش پرستاری می‌کنند^(۷،۸). مشکلات ناشی از عدم آگاهی و عملکرد ضعیف پرستاران باعث اشتباهاتی در

گزارش نویسی می‌شود، به طوری که مطالعات نشان داده است از هر ۴ مورد غفلت شغلی اتفاق افتاده در مراقبت از مددجو یک مورد مربوط به اشتباهاتی است که در گزارش نویسی پرستاری وجود دارد^(۸،۹). مطالعه انجام شده در سال ۱۳۸۳ در ایران نشان داد که تنها ۱۷/۹ درصد پرستاران گزارش پرستاری را مطلوب ثبت کرده بودند و ۳۵/۸۱ درصد آنان گزارش پرستاری را ناقص تکمیل کرده بودند^(۱۰).

گزارش پرستاری که به بالا بردن کیفیت گزارش نویسی پرستاری کمک می‌کند، باید دارای ویژگی‌های جامعیت، صحت و دقت و سازمان دهی و اصول ساختار و نگارش صحیح باشد^(۱۱). رعایت شش نکته حقیقت، دقت، کامل و مختصر بودن، پویا بودن، داشتن سازماندهی و محرمانه بودن در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی، طراحی و اجرای مناسب مراقبت‌های پرستاری الزامی است^(۱۲).

مهم‌ترین روش‌های گزارش نویسی توصیه شده در مراکز درمانی شامل روش‌های گزارش نویسی سنتی (Traditional Source-Recording)، موارد غیر طبیعی (Charting by Exception)، کامپیوتری، استاندارد و روش مشکل مدار (Problem Oriented Record or Problem Oriented Medical Record) می‌باشد^(۱۳). روش مشکل مدار دارای انواع مختلف گزارش نویسی پرستاری است. از جمله آن‌ها می‌توان روش‌های داده، عملکرد و پاسخ (Data, Action & Response)، ذهنی، عینی، بررسی و برنامه‌ریزی (Subjective, Objective, Assessment & Plan)، مشکل، مداخله و ارزیابی (Problem, Intervention & Evaluation) و ذهنی، عینی، تجزیه و تحلیل، برنامه‌ریزی، مداخله و ارزیابی (Subjective, Objective, Analysis, Plan, Intervention, Evaluation) (SOAPIE) را نام برد^(۱۱). چهارچوب SOAPIE بر اساس فرآیند پرستاری است که اطلاعات ذهنی توسط بیمار بازگو می‌شود، اطلاعات عینی توسط درمان‌گر مشاهده می‌شود،

اطلاعات بررسی و تجزیه و تحلیل شده و تشخیص‌های پرستاری نوشته می‌شود، براساس اطلاعات طرح و برنامه‌ریزی طراحی می‌شود، مداخلات دارای قابلیت اجرایی ثبت می‌شود و در مرحله آخر پاسخ بیمار به درمان و تغییر در نیازهای او ارزیابی می‌شود^(۱۴). با توجه به اهمیت گزارش پرستاری و نقش آن در ابعاد آموزشی، تحقیقاتی، قانونی، برآورد هزینه‌های بهداشتی-درمانی، نظارت بر عملکرد تیم بهداشت و درمان و برآورد کیفیت خدمات و ارتقاء آن و به خصوص نقش عظیم ارتباطی گزارش نویسی از یک طرف و طبق مطالعات انجام شده، مطلوب نبودن کیفیت گزارشات پرستاری در ایران، در این راستا بر آن شدیم تا مطالعه‌ای را با هدف تعیین تاثیر آموزش گزارش نویسی مشکل مدار بر ویژگی‌های گزارش نویسی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های سیدالشهدا و طالقانی ارومیه دهیم.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که در آن تاثیر آموزش گزارش نویسی مشکل مدار بر ویژگی‌های گزارش نویسی پرستاران مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه این پژوهش، کلیه پرستاران بیمارستان‌های سیدالشهدا و طالقانی شهر ارومیه بودند. در این پژوهش ابتدا یک چهارچوب نمونه‌گیری از پرستارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، تهیه شد و سپس از بین پرستاران بر حسب ویژگی‌های مورد نظر (نوشتن گزارش به شیوه سنتی، داشتن مدرک کارشناسی پرستاری، سابقه کاری حداقل یک سال و تمایل به شرکت و همکاری در پژوهش) ۶۰ پرستار به روش در دسترس که در روزهای مراجعه پژوهشگر در بخش‌های و شیفت‌های مختلف حضور داشتند، انتخاب شدند.

بعد از انتخاب پرستاران واجد شرایط، پژوهشگران طی یک جلسه توجیهی، ضمن معرفی خود به پرستاران، هدف از انجام مطالعه را توضیح داده و رضایت‌نامه کتبی از نمونه‌ها اخذ گردید، سپس با پرتاب سکه پرستاران

شاغل در بیمارستان سیدالشهدا (۳۰ نفر) در گروه مداخله و پرستاران شاغل در بیمارستان طالقانی (۳۰ نفر) در گروه کنترل قرار گرفتند. از هر پرستار در گروه‌های مداخله و کنترل سه گزارش پرستاری در شیفت صبح، عصر و شبکاری به طور تصادفی انتخاب شده و توسط چک لیست ارزیابی شد. چک لیست ارزیابی گزارش پرستاری با استناد از رفرنس‌های پرستاری (۶ و ۳ و ۴)، مشتمل بر ۴۰ سوال در شش بعد (حقیقت در گزارش نویسی، دقت در گزارش نویسی، کامل بودن گزارش، پویا بودن گزارش و سازماندهی گزارش) تهیه شده بود. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره اخذ شده توسط پرستاران ۴۰ بود. پس از تایید روایی صوری چک لیست توسط ۱۵ نفر از نمونه‌ها و پایایی چک لیست توسط پایایی مشاهده گر‌ها سنجیده شد، ضریب کاپا بین دو مشاهده‌گر ۰/۸۵ تعیین شد. ۲ نفر کارشناس ارشد پرستاری قبل از تکمیل چک لیست‌ها در یک جلسه توجیهی نحوه ارزیابی چک لیست شرکت کردند. قابل ذکر است که مشاهده‌گران در خصوص نوع گروه‌ها بی اطلاع بودند. سپس جهت گروه مداخله کارگاه آموزشی گزارش نویسی مشکل مدار به مدت سه جلسه ۴ ساعته در بیمارستان سیدالشهدای ارومیه برگزار شد. در مرحله پس‌آزمون دوباره از هر پرستار در گروه کنترل و مداخله سه گزارش پرستاری در شیفت صبح، عصر و شبکاری به طور تصادفی انتخاب شد و توسط چک لیست ارزیابی گردید.

برای تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی مستقل، تی زوج و کای اسکواتر انجام یافت.

یافته‌ها

اکثر نمونه‌ها ۹۸/۳ درصد زن بودند. میانگین سنی نمونه‌ها ۲۸/۷۱±۵/۶۴ سال بود. آزمون آماری تی مستقل و کای دو تفاوت آماری معناداری بین سن، سابقه خدمت،

جنسیت، وضعیت تاهل و استخدام پرستاران در دو گروه نشان نداد (جدول شماره ۱).
جدول شماره ۱: مقایسه مشخصات جمعیت شناختی واحد های مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله (n=60)

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه مداخله		گروه کنترل		متغیر
	SD±میانگین	SD±میانگین	SD±میانگین	SD±میانگین	
۰/۹۸	۲۸/۷۰±۵/۳۸	۲۸/۷±۵/۹۸	سن (سال)		
۰/۴۹	۵/۵۰±۳/۹۰	۶/۴۳±۶/۲۳	سابقه خدمت (سال)		
نتیجه آزمون کای دو	درصد		درصد		متغیر
$X^2=۰/۵۴$	۱۰۰	۹۶/۷	زن		جنسیت
$P=۰/۴۶$	۰	۳/۳	مرد		
$X^2=۳/۲۱$	۳۰	۵۰	مجرد		تاهل
$P=۰/۲$	۶۶/۷	۵۰	متاهل		
	۳/۳	۰	مطلقه		
$X^2=۲/۰۷$	۶/۷	۶/۷	رسمی		وضعیت استخدام
$P=۰/۵۵$	۰	۳/۳	پیمانی		
	۰	۳/۳	طرحی		
	۹۳/۳	۸۶/۷	قراردادی		

اختلاف معناداری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$). آزمون تی مستقل نشان داد که در شیفت های صبح، عصر و شب کاری در ویژگی های حقیقت، دقت، پویا و کامل بودن و سازماندهی بین دو گروه قبل از مداخله تفاوت معنادار آماری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$). (جدول شماره ۲).

برای مقایسه میانگین نمرات گزارش پرستاری و ویژگی های آن در شیفت (صبح، عصر و شب) بین دو گروه کنترل و مداخله قبل از آموزش گزارش نویسی مشکل مدار از آزمون تی مستقل استفاده شد که بین نمرات گزارش پرستاری کلی در شیفت های مختلف

جدول شماره ۲: مقایسه نمره میانگین گزارش پرستاری و ویژگی های آن در شیفت (صبح، عصر و شب) بین دو گروه کنترل و مداخله قبل از آموزش گزارش نویسی مشکل مدار (n=60)

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه مداخله		گروه کنترل		ویژگی های گزارش نویسی
	SD±میانگین	SD±میانگین	SD±میانگین	SD±میانگین	
۰/۴۷۱	۱/۲۵±۰/۶۶	۱/۴۳±۰/۸۳	حقیقت		شیفت صبح کاری
۰/۱۵۷	۸/۷۰±۲/۰۳	۷/۹۶±۱/۹۲	دقت		
۰/۱۰۳	۴/۳۰±۲/۲۳	۳/۹۶±۲/۳۵	پویا بودن		
۰/۰۹۶	۷/۴۳±۲/۸۷	۷/۵۳±۲/۸۳	کامل بودن		
۰/۷۵۹	۱/۲۶±۰/۷۸	۱/۳۳±۰/۸۸	سازماندهی		شیفت عصر کاری
۰/۶۰۴	۲۳/۷۶±۲/۴۸	۲۲/۹۳±۲/۴۵	کل		
۰/۵۲۶	۱/۱۰±۰/۷۵	۱/۲۳±۰/۸۵	حقیقت		
۰/۰۶۵	۹/۰۳±۲/۳۱	۹/۲۳±۲/۵۱	دقت		
۰/۴۶۷	۴/۹۰±۲/۰۴	۴/۵۰±۲/۱۹	پویا بودن		شیفت عصر کاری
۰/۱۰۸	۵/۶۶±۳/۱۳	۵/۹۶±۳/۳۸	کامل بودن		
۰/۱۸۹	۱/۰۶±۰/۳۶	۱/۲۶±۰/۷۳	سازماندهی		
۰/۶۰۱	۲۱/۷۶±۳/۰۱	۲۲/۲۰±۳/۳۵	کل		

شماره	گروه کنترل	گروه مداخله	نتیجه آزمون تی مستقل
۱/۰	۱/۱±۰/۶۶	۱/۱±۰/۸۰	۱/۰
۰/۰۶۲	۹/۰±۲/۴۴	۱۰/۵۶±۳/۷۷	۰/۰۶۲
۰/۰۶۴	۴/۸۴±۱/۸۳	۴/۹۶±۱/۶۲	۰/۰۶۴
۰/۰۷۵	۵/۰۳±۳/۱۵	۴/۳۶±۲/۱۴	۰/۰۷۵
۰/۱۹۸	۱/۰۳±۰/۱۸	۱/۱۶±۰/۵۳	۰/۱۹۸
۰/۷۸۴	۲۱/۰±۲/۰۱	۲۲/۱۶±۲/۶۴	۰/۷۸۴

آزمون تی مستقل نشان داد که بعد از آموزش گزارش نویسی مشکل مدار، میانگین نمرات گزارش پرستاری در شیفت های صبح، عصر و شب بین دو گروه کنترل و مداخله اختلاف معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). در شیفت صبح کاری در تمام ویژگی های گزارش نویسی بین دو گروه تفاوت معنا دار وجود داشت ($P < 0/05$). جدول شماره ۳).

شیفت عصر تنها در ویژگی سازماندهی گزارش نویسی بین دو گروه تفاوت معنادار آماری وجود نداشت ولی در شیفت شبکاری در ویژگی سازماندهی و کامل بودن گزارش نویسی بین دو گروه تفاوت معنادار آماری وجود نداشت ($P > 0/05$). (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: مقایسه نمره میانگین گزارش پرستاری و ویژگی های آن در شیفت (صبح، عصر و شب) بین دو گروه کنترل و مداخله بعد از آموزش گزارش نویسی مشکل مدار ($n=60$)

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه کنترل		ویژگی های گزارش نویسی	شماره
	گروه کنترل	گروه مداخله		
۰/۰۴۱	۱/۳۳±۰/۸۶	۲/۱۰±۰/۸۴	حقیقت	شیفت صبح کاری
۰/۰۰۰	۸/۰۳±۳/۱۷	۱۲/۰±۲/۳۹	دقت	
۰/۰۴۹	۴/۸۰±۲/۳۵	۵/۹۰±۲/۲۳	پویا بودن	
۰/۰۳۶	۶/۹۳±۲/۶۷	۱۰/۱۶±۳/۳۹	کامل بودن	
۰/۰۲۹	۱/۲۰±۰/۶۶	۲/۰۳±۰/۱۸	سازماندهی	
۰/۰۰۰	۲۲/۱۰±۳/۱۱	۳۱/۳۹±۲/۹۵	کل	
۰/۰۰۳	۱/۳۳±۰/۸۰	۱/۹۶±۰/۷۶	حقیقت	شیفت عصر کاری
۰/۰۰۰	۹/۰۶±۲/۱۹	۱۲/۸۶±۳/۷۴	دقت	
۰/۰۰۲	۴/۴۶±۲/۶۷	۶/۶۳±۲/۳۸	پویا بودن	
۰/۰۰۶	۵/۹۶±۳/۹۵	۸/۶۳±۳/۳۳	کامل بودن	
۰/۰۸۹	۱/۲۰±۰/۶۶	۱/۳۶±۰/۸۸	سازماندهی	
۰/۰۰۰	۲۲/۰۳±۳/۲۱	۳۱/۴۶±۳/۹۵	کل	
۰/۰۳۰	۱/۴۰±۰/۷۷	۱/۹۰±۰/۹۵	حقیقت	شیفت شب کاری
۰/۰۰۰	۷/۹۰±۲/۴۱	۱۱/۱۳±۳/۷۴	دقت	
۰/۰۴۴	۴/۵۶±۲/۵۲	۵/۶۶±۲/۲۰	پویا بودن	
۰/۷۴۵	۴/۸۰±۲/۵۲	۴/۵۳±۳/۶۸	کامل بودن	
۰/۷۰۵	۱/۲۶±۰/۸۲	۱/۲۰±۰/۴۸	سازماندهی	
۰/۰۰۰	۱۹/۹۳±۲/۲۴	۲۴/۴۳±۴/۹۸	کل	

نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد نمره گزارش نویسی کل در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بعد از انجام مداخله تفاوت آماری معناداری داشت (جدول شماره ۴).

نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد نمره گزارش نویسی کل در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بعد از

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین نمره کلی گزارش پرستاری بین دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از آموزش گزارش نویسی مشکل مدار (n=60)

نتیجه آزمون تی	گروه مداخله		گروه کنترل		گزارش نویسی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
مستقل					
قبل از آموزش	۶/۹۸	۶۰/۷۰	۶/۵۲	۶۰/۶۳	۰/۹۷۰
بعد از آموزش	۶/۵۹	۸۱/۱۰	۶/۷۹	۶۱/۰۶	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

شیفت شب کاری نمرات دو گروه تفاوت معناداری نداشت. این شاید به این دلیل باشد که در شیفت شب بدلیل طولانی بودن شیفت، به هم خوردن ریتم بیولوژیک پرستاران و خستگی آن ها، آموزش گزارش نویسی مشکل مدار نتوانسته در دو ویژگی کامل بودن و سازماندهی در گزارش پرستاری تاثیر گذار باشد.

یافته های این پژوهش نشان داد که بعد از آموزش گزارش نویسی مشکل مدار، میانگین نمرات گزارش پرستاری در شیفت های صبح و عصر و شب بین دو گروه کنترل و مداخله اختلاف معناداری وجود دارد. نتایج مطالعه ای که توسط Mergendoller و همکاران انجام شد، نشان داد که پرستارانی که از شیوه گزارش نویسی مشکل مدار استفاده کرده بودند به طور معناداری از گروهی که از شیوه سنتی استفاده کرده بودند اطلاعات مناسب تری را ثبت کرده بودند^(۱۶). به نظر می رسد روش مشکل مدار یک روش با ساختار و چارچوب خاصی است و پرستار مجبور به ثبت مشاهدات عینی و ذهنی در گزارش پرستاری است و نیاز دارد که جهت تغییر عملکرد خود آموزش های داده شده را گزارش کند^(۱۷). یکی از قسمت های گزارش نویسی روش مشکل مدار، ثبت پاسخ بیمار به مراقبت و درمان است، لذا گزارش نویسی به روش مشکل مدار جامع تر از روش سنتی است و این علت تاثیر روش مشکل مدار بر ویژگی های گزارش پرستاری است^(۱۸). در یک گزارش پرستاری به روش مشکل مدار، پرستار نیازی به ثبت به صورت داستان نویسی و تشریح بی مورد جملات ندارد، در حالی

نتایج این مطالعه نشان داد که دو گروه کنترل و مداخله از نظر متغیرهای زمینه ای سن، جنس، وضعیت تاهل، سابقه خدمت و وضعیت استخدام که می توانند به نوعی بر نتایج مطالعه تاثیر داشته باشند از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند. عدم وجود تفاوت آماری در متغیرهای زمینه ای در دو گروه کنترل و مداخله، بیانگر همگونی مناسب بین گروهها بوده و لذا وجود تفاوت معنی دار در متغیر مستقل در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله، ناشی از اثربخشی آموزش گزارش نویسی مشکل مدار است.

قبل از آموزش گزارش نویسی به شیوه مشکل مدار در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری در نمره گزارش نویسی کل و هیچ کدام از ویژگی های گزارش پرستاری در شیفت های سه گانه صبح، عصر و شب کاری مشاهده نشد. در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه شیوه مرسوم گزارش نویسی شیوه سنتی است.

یافته های این پژوهش نشان داد که ویژگی های گزارش پرستاری در روش مشکل مدار نسبت به روش سنتی نمرات بالاتری را در شیفت های صبح و عصر و شب کاری به خود اختصاص داده بود، به طوری که این نمرات بالای گروه تحت آموزش گزارش نویسی مشکل مدار از نظری آماری تفاوت معنادار با گروه کنترل داشت. نتایج مطالعه جعفری که در این زمینه انجام شده است، نشان داد که روش مشکل مدار در مقایسه با روش سنتی بر ویژگی های گزارش پرستاری تاثیر مثبت بیشتری دارد^(۱۵). تنها در دو ویژگی کامل بودن و سازماندهی گزارش در

پژوهشی با این عنوان در بیمارستان های غیر آموزشی نیز صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه کارکنان محترم شاغل در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که در انجام این پژوهش به عنوان مشارکت کننده همکاری نمودند، تقدیر و تشکر می گردد. این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با شماره ۹۲۰ می باشد، لذا پژوهشگران بر خود واجب می دانند که از همکاری دانشگاه کمال تشکر را داشته باشند.

که این عیب در بطن گزارش نویسی پرستاری به روش سنتی است و این علت تاثیر روش مشکل مدار بر اصول نگارش صحیح گزارش پرستاری است^(۱۹).

با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته ها، مشخص شد که در شرایط موجود در بیمارستان های کشورمان گزارش نویسی پرستاری به روش مشکل مدار نسبت به روش سنتی کامل تر، پویاتر تر، دقیق تر و سازمان یافته تر می باشد، لذا استفاده از این روش گزارش نویسی در مراکز آموزشی و درمانی کشور پیشنهاد می شود. از محدودیت های این پژوهش انجام آن فقط در دو بیمارستان آموزشی است، لذا پیشنهاد می شود

فهرست منابع

1. Delanne Sc, Lander PK. *Fundamental of Nursing: Standards & Practice*. 4th ed. Clifton Park, NY. 2011: 165-201.
2. Markle Foundation Connecting for Health. Final Report, Personal Health Working Group. Retrieved November 10, 2008, from www.markle.org/downloadable_assets/final_phwg_report1.pdf.
3. Lecker R, Armijo D, Chin S, Christensen J, Desper J, Hong A, et al. Review of the Personal Health Record (PHR) Service Provider Market. Retrieved November 10, 2008, from www.hhs.gov/healthit/ahic/materials/01_07/ce/PrivacyReview.pdf
4. Rosdahl CB. *Text book of nursing*. 7th ed. Philadelphia J.B. Lippincott Company 1999: 40-41.
5. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med*. 2006;144(10):742-52.
6. Prideaux A. Issues in nursing documentation and record-keeping practice. *Br J Nurs*. 2011; 20(22):1450-4.
7. Clancy TR, Delaney CW, Morrison B, Gunn JK. The benefits of standardized nursing languages in complex adaptive systems such as hospitals. *J Nurs Adm*. 2006; 36(9):426-34.
8. Jha AK, Ferris TG, Donelan K, DesRoches C, Shields A, Rosenbaum S, et al. How common are electronic health records in the United States? A summary of the evidence. *Health Affairs*. 2006;25(6):w496-w507.
9. Taylor C, Lillise. *Fundamental of Nursing: The Art & Science of nursing care*. 4th ed. Philadelphia J.B. Lippincott. 2001: 317-342.
10. Glasper A. Improving record keeping: important lessons for nurses. *Br J Nurs*. 2011; 20(14):886-7.
11. Kaushal R, Jha AK, Franz C, Glaser J, Shetty KD, Jaggi T, et al. Return on investment for a computerized physician order entry system. *J Am Med Inform Assoc*. 2006;13(3):261-6.
12. Miller RH, West C, Brown TM, Sim I, Ganchoff C. The value of electronic health records in solo or small group practices. *Health Affairs*. 2005; 24(5):1127-37.
13. Hillestad R, Bigelow J, Bower A, Girosi F, Meili R, Scoville R, et al. Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. *Health Affairs*. 2005; 24(5):1103-17.
14. Lee M, Delaney C, Moorhead S. Building a personal health record from a nursing perspective. *Int J Med Inform*. 2007; 76:S308-S16.
15. Jafari F, Rokhafuz D, Malekzade J, Esmaili H. [Comparing Effect Two Methods of Documentation the Problem Oriented Medial Record and the Traditional Record on Characteristics

- Nursing Progress Note]. *Journal of Mashhad Nursing and Midwifery Faculty*. 2008; 19(1): 29-35.
persian
16. Mergendoller JR, Maxwell NL, Bellisimo Y. The effectiveness of problem-based instruction: A comparative study of instructional methods and student characteristics. *Interdisciplinary Journal of Problem-based Learning*. 2006;1(2):.49-69.
 17. Thede L. Informatics: Electronic Personal Health Records: Nursing's Role. *OJIN*: 2008;14(1).
 18. Welsh CA, Flanagan ME, Ebright P. Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nurs Outlook*. 2010;58(3):148-54.
 19. Shendell-Falik N, Feinson M, Mohr BJ. Enhancing patient safety: improving the patient handoff process through appreciative inquiry. *J Nurs Adm*. 2007;37 (2):95-104.

The Impact of Problem- oriented Reporting Education on Characteristics of Nursing Report

*Hemmati Maslakpak M¹. PhD.

Khajekali N². MS.

Kazemi N³. MS.

Abstract

Background & Aim: Nursing report has been considered as a framework and an important means for providing and evaluating nursing care. The aim of this study was to determine the effect of educating problem-oriented reporting on the characteristics of nursing report.

Material & Methods: This quasi-experimental study was done on the nurses in Urmia Seiyedolshohada and Taleghani hospitals. Nurses with bachelor's degree in nursing (n=60) were first recruited by convenience sampling method and then nurses in Seiyedolshohada hospital (n=30) and Taleghani hospital (n=30) were randomly assigned to experimental or control groups respectively. Problem-based reporting workshop was held for experimental group. Data was collected with a checklist and analyzed by descriptive statistics, t-test and chi-square using SPSS-PC (v. 16).

Results: The findings showed a significant difference between the mean scores of nursing report of morning, afternoon and night shifts, between experimental and control groups after intervention (P<0.05). The results of Independent t-test showed a significant difference between the mean scores of total nursing report between experimental and control groups after intervention (P<0.0001).

Conclusion: According to the findings, educating problem-based reporting has positive impact on the characteristics of nurse reporting. Accordingly using this method by nurses is suggested.

Keywords: Medical Record, Problem-Oriented, Education

Received: 30 Sep 2013

Accepted: 17 Dec 2013

¹ Assistant professor, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Science, Urmia, Iran (*Corresponding author). Tel:0441-2752378 Email: Hemmati_m@umsu.ac.ir

² Medical-surgical Nursing Master student, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Science, Urmia, Iran

³ Medical-surgical Nursing Master student. School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Science, Urmia, Iran