

Investigating the Quality of Nursing Records and its Relationship to Missed Care by Neonatal Intensive Care Nurses

Hajtaghi L¹, Arshadi M², Rahkar Farshi M^{*2}

1. Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran

2. Pediatric Department, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

* **Corresponding author.** Tel:+989143113607, E-mail: m.rahkarfarshi@gmail.com

Received: Jun 21, 2023

Accepted: Jan 08, 2024

ABSTRACT

Background & aim: Intensive Care Units nurses prioritize their assigned tasks due to their high workload, which may result in missing some care. On the other hand, accurately documenting these care activities is very complex, time-consuming, and may affect the provision of complete care. Therefore, this study was conducted with the aim of determining the quality of nursing records and its relationship to missed care by Neonatal Intensive Care Units (NICU) Nurses in Tabriz.

Methods: This descriptive correlational study was conducted in 2022, using a census study, on all 151 nurses working in the Neonatal Intensive Care Units of Al-Zahra, Mardani, Azar, and Taleghani hospitals in Tabriz. The data collection was performed using the Nursing Report Quality Questionnaire and the Tubbs-Cooley Missed Care Questionnaire. Data analysis was performed using descriptive statistics, Spearman's correlation test, and t-test using SPSS-26.

Results: The average score of the total nursing records quality was 56.19 ± 8.69 . The most neglected cares were "Parents inclusion in baby's care" and "Parents education about home management of illness". The number of 12 cares had a significant relationship with the quality of nursing records ($p < 0.05$). Among theme, "Medication administration principles follow", "Medications administration in scheduled time" and "Infection control precautions follow" had the highest correlation coefficient ($p < 0.001$).

Conclusion: From the nurses' perspective in neonatal intensive care units, the quality of nursing records was above the average and most of the cares are provided completely. At higher quality recordings, the missed cares are less likely. Considering that there are many detailed cares in the neonatal intensive care units, recording them accurately can be important in reducing the negligence of care.

Keywords: Missed Care, Nursing Record, Neonatal Intensive Care Unit

بررسی کیفیت ثبت گزارشات پرستاری و ارتباط آن با مراقبت فراموش شده در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان

لیلا حاجی تقی^۱، محمد ارشدی^۲، ماهنی رهکار فرشی^{۲*}

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران

۲. گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۳۱۱۳۶۰۷ ایمیل: m.rahkarfarshi@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل بار کاری بالا، وظایف محوله خود را اولویت‌بندی می‌کنند که می‌تواند منجر به فراموش شدن برخی مراقبت‌ها شود. از طرفی ثبت دقیق این فعالیت‌های مراقبتی بسیار پیچیده و زمان‌بر بوده و ممکن است بر ارائه مراقبت کامل اثرگذار باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت ثبت گزارشات پرستاری و ارتباط آن با مراقبت فراموش شده در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان شهر تبریز انجام گرفت.

روش: این مطالعه توصیفی همبستگی در سال ۱۴۰۱، به روش تمام شماری روی ۱۵۱ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های الزهرا، مردانی آذر و طالقانی تبریز، انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های کیفیت ثبت گزارش پرستاری و مراقبت فراموش شده تابس کالی بود. آنالیز داده‌ها با آمار توصیفی، آزمون‌های همبستگی اسپیرمن و تی در نرم افزار SPSS-26 انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کل کیفیت ثبت گزارشات پرستاران، $56/19 \pm 8/69$ بود. بیشترین مراقبت‌های کاملاً فراموش شده، «مشارکت دادن والدین در مراقبت از نوزاد» و «آموزش والدین درباره مراقبت در منزل» بود. تعداد ۱۲ مراقبت با کیفیت ثبت پرستاران ارتباط معنی‌دار داشتند ($p < 0/05$). از این بین، «رعایت اصول صحیح دارو دادن»، «انجام دستورات دارویی در زمان تعیین شده» و «رعایت احتیاطات کنترل عفونت» بیشترین ضریب همبستگی را دارا بودند ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: از نظر پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان، کیفیت ثبت‌های پرستاری بالاتر از سطح متوسط بوده و بیشتر مراقبت‌ها بطور کامل انجام می‌شود. در ثبت‌های با کیفیت بالاتر، فراموشی مراقبت‌ها کمتر می‌باشد. با توجه به اینکه در بخش مراقبت ویژه نوزادان جزئیات مراقبتی بسیار زیاد است، ثبت دقیق آن‌ها می‌تواند در کاهش فراموشی مراقبت‌ها مهم باشد.

واژه‌های کلیدی: مراقبت فراموش شده، ثبت پرستاری، بخش مراقبت ویژه نوزادان

پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۸

دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۳۱

مقدمه

از مراقبت‌های مورد نیاز بیمار که حذف گشته یا با تاخیر انجام شده باشد، اشاره می‌کند. پرستاران با توجه به ماهیت کارشان، مراقبت‌های پرستاری را اولویت‌بندی می‌کنند که در این بین ممکن است یک مراقبت را حذف یا مراقبت دیگری را در اولویت قرار دهند که نتیجه آن فراموش کردن برخی از مراقبت‌ها

یکی از جنبه‌های فرآیند مراقبت پرستاری، مراقبت‌های فراموش شده است (۱). اصطلاح مراقبت فراموش شده برای اولین بار در سال ۲۰۰۶ توسط پرستار آمریکایی کالیش^۱ مطرح شد که به هر جنبه‌ای

^۱ Kalisch

خواهد بود (۲). نتایج مطالعه ای که در بخش مراقبت ویژه نوزادان کره جنوبی انجام شد، نشان داد که پرستاران به طور متوسط، ۱۹/۳۵ فعالیت را انجام نداده بودند (۳). لیک^۱ و همکاران نیز در مطالعه خود روی ۳۰۳ پرستار بخش مراقبت ویژه نوزادان در ایالات متحده، نشان دادند که ۳۶ درصد از پرستاران یک یا چند فعالیت مراقبتی را در آخر شیفت خود از دست داده بودند (۴). طبق مطالعات انجام گرفته، عوامل مربوط به نیروی انسانی شامل کمبود پرستاران، سختی کار، تغییر نوبت کاری، توزیع نامناسب وظایف در نوبت کاری قبلی، بی تجربه بودن برخی از پرستاران و فقدان مهارت‌های مدیریت زمان در بروز مراقبت فراموش شده تاثیرگذار هستند (۵،۶). مساله مهم در این قضیه آن است که بیشتر شدن مراقبت‌های فراموش شده منجر به کاهش کیفیت خدمات مراقبتی می‌گردد (۲،۷) که این امر در مراقبت از بیماران آسیب پذیر به ویژه نوزادان از اهمیت بالاتری برخوردار است. از پیامدهای مراقبت فراموش شده می‌توان به اشتباهات دارویی، عفونت‌های بیمارستانی، تاخیر در شروع تغذیه دهانی، زخم‌های فشاری، خونریزی گوارشی، درد، افزایش مدت بستری در بیمارستان، بستری مجدد و حتی مرگ اشاره کرد (۵،۸).

نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان^۲ (NICU)، جنین‌هایی هستند که در محیطی خارج از رحم مادر تکامل می‌یابند و ممکن است در معرض پیامدهای نامطلوب قرار بگیرند. در این دوران، مغز نوزادان سریع‌تر از هر زمان دیگری رشد می‌کند (۹). این نوزادان به دلیل نارس بودن از لحاظ آناتومیک، فیزیولوژیک و ایمونولوژیک نیاز به مراقبت‌های پرستاری مستمر و پیچیده دارند (۱۰). وجود مشکل در هر یک از مراقبت‌ها می‌تواند تأثیرات مخربی بر رشد و تکامل نوزاد حتی در درازمدت داشته باشد

(۳). به عنوان مثال مراقبت‌های ضعیف از خطوط وریدی نوزاد خطر عفونت را بالا برده و طول مدت بستری را افزایش می‌دهد و با عدم کنترل دقیق اکسیژن دریافتی و میزان اشباع اکسیژن خون، خطر اختلالات چشمی را افزایش می‌دهد (۱۱). علاوه بر این مراقبت‌های مستقیمی که از نوزاد به عمل می‌آید، تعامل با والدین، آموزش و کمک به برقراری ارتباط بین والدین و نوزاد، شروع و حمایت از تغذیه با شیر مادر نیز از وظایف پرستاران NICU می‌باشد (۴). بر این اساس تنوع مراقبت‌های پرستاری در نوزادان بسیار بالا است. ارائه مراقبت‌های متنوع و پیچیده، باید به همراه ثبت این مراقبت‌ها انجام شود. به عبارتی اولین شرط یک مراقبت خوب، ثبت کامل آن است و هیچ چیز به عنوان یک ثبت کامل و استاندارد نمی‌تواند تمام کارهای انجام شده برای بیماران را نشان دهد (۱۲). ثبت پرستاری، یک وسیله ارتباطی بسیار قوی و از مهمترین عملکردهای پرستاران است که به شکل نوشتاری بوده و اطلاعات مهم و اساسی از روند بهبودی و سلامتی مددجو را به شکل مستند به اعضا تیم مراقبتی منتقل می‌کند (۱۳). پرستاران تقریباً ۳۸ درصد از زمان شیفت کاری خود را صرف نوشتن گزارش‌های پرستاری می‌کنند (۱۲). حتی نیمی از پرستاران جهت تکمیل مستندات پرستاری، مجبور می‌شوند یک تا دو ساعت پس از اتمام شیفت کاری خود در محل کار بمانند (۱۴). بنابراین ممکن است برخی از مراقبت‌های پرستاری به دلیل زمان‌بر بودن ثبت فراموش شود، یا به تاخیر بیافتد و یا به درستی انجام نگردد.

هرچه بخشی که پرستاران در آن کار می‌کنند تخصصی‌تر و حساس‌تر باشد، گزارش پرستاری نیز باید دقیق‌تر و در فواصل زمانی کوتاه‌تر ثبت شود (۱۵). ثبت پرستاری در NICU نیز بایستی با جزئیات زیاد و بسیار دقیق انجام شود و انجام مراقبت‌ها در تمام مراحل بررسی نوزاد، مداخلات و پایش و پاسخ به درمان ثبت شود. این امر بسیار زمان‌بر بوده و ممکن

¹ Lake² Neonatal Intensive Care Unit

است بر نوع و کیفیت مراقبت پرستاری تاثیر بگذارد. ثبت‌های پرستاری به صورت دستی یا کاغذی و الکترونیکی و یا ترکیبی از هر دو روش انجام می‌شود که هر کدام به نوبه خود معایب و مزایای فراوانی را دارند.

مراقبت فراموش شده در ایران، موضوع نسبتاً تازه‌ای است بطوری که تا سال ۱۳۹۵ مطالعه‌ای درباره مراقبت فراموش شده در ایران انجام نشده و در مطالعات انجام یافته نیز بیشترین عوامل مرتبط با مراقبت‌های فراموش شده، بار کاری زیاد پرستاران و کمبود زمان بوده است. از طرفی در مطالعات، به زمان‌بر بودن ثبت پرستاری نیز اشاره شده است. ولی مطالعه‌ای که به شکل مستقیم ارتباط بین کیفیت ثبت‌های پرستاری و مراقبت‌های فراموش شده را بررسی کند، انجام نگردیده است. همچنین مطالعات محدودی در این مورد، بخصوص در بخش مراقبت ویژه نوزادان انجام شده است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت ثبت گزارشات پرستاری و ارتباط آن با مراقبت فراموش شده در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان شهر تبریز انجام گرفت.

روش کار

در مطالعه توصیفی همبستگی حاضر که از مهرماه تا اسفندماه سال ۱۴۰۱ انجام شد، تمامی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان سه مرکز آموزشی- درمانی الزهرا (س)، مردانی آذر و طالقانی شهر تبریز مورد بررسی قرار گرفتند (۱۵۱ نفر). ثبت گزارشات پرستاری در بیمارستان الزهرا به صورت الکترونیکی و در بیمارستان طالقانی و مردانی آذر به صورت دستی انجام می‌گیرد. معیارهای ورود به مطالعه، دارا بودن حداقل ۶ ماه سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نوزادان و داشتن مدرک تحصیلی کارشناسی پرستاری و بالاتر بود. عدم تمایل به شرکت در مطالعه و تکمیل نکردن

بیشتر از ۱۰ درصد سوالات پرسشنامه به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. نحوه انجام کار به این صورت بود که پس از کسب اجازه از معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز و اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه جهت حضور در مراکز آموزشی درمانی فوق، محقق با هماهنگی با مسئولین مرکز اقدام به جمع‌آوری داده‌ها نمود. محقق در شیفت‌های مختلف در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان حاضر شد و پرستارانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند شناسایی و از آنها جهت شرکت در مطالعه دعوت نمود. به مشارکت‌کنندگان، در مورد اهداف مطالعه، نحوه انجام و طول مدت آن و محرمانه‌بودن اطلاعات، توضیحات لازم داده شد و بعد از اخذ رضایت ضمنی جهت شرکت در مطالعه، فرم رضایت نامه کتبی آگاهانه توسط پرستاران امضا شد. پرستاران طی ۷۲ ساعت پرسشنامه‌ها را در هر مکانی که ترجیح می‌دادند به شکل خودگزارشی تکمیل کرده به محقق تحویل دادند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات مشتمل بر پرسشنامه سه قسمتی بود که قسمت اول فرم مشخصات فردی اجتماعی پرستاران شامل سن، تعداد شیفت در ماه، ساعت کار در هفته، سابقه کار در NICU، تعداد تخت، تعداد معمول نوزاد در هر شیفت، وضعیت تاهل، تعداد فرزند، نحوه ثبت پرستاری و میزان تحصیلات بود.

قسمت دوم؛ پرسشنامه کیفیت ثبت گزارشات پرستاری بود که کیفیت ثبت را از دیدگاه پرستاران به شکل خودگزارشی ارزیابی می‌کرد. این پرسشنامه در سال ۹۴ توسط رهکار و همکاران طراحی شده و دارای ۱۹ سوال است که دیدگاه پرستاران را در مورد کیفیت ثبت پرستاری بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای ۱ تا ۴ (هرگز، به ندرت، اغلب، همیشه) بررسی می‌کند. دامنه نمرات کل پرسشنامه، ۱۹ تا ۷۶ است. پرسشنامه دارای چهار خرده مقیاس دقت و

کیفیت گزارشات پرستاری (نمرات ۶ تا ۲۴)، زمان (نمرات ۴ تا ۱۶)، نحوه کنترل و مدیریت گزارشات پرستاری (نمرات ۴ تا ۱۶) و تبادل اطلاعات درمانی مراقبتی (نمرات ۵ تا ۲۰) می‌باشد.

قسمت سوم پرسشنامه که توسط پرستاران NICU پر شد، پرسشنامه سنجش مراقبت فراموش شده^۱ بود که توسط کالیش و ویلیامز^۲ در سال ۲۰۰۶ تدوین و در سال ۲۰۰۹ توسط آن‌ها مورد روان‌سنجی قرار گرفت. در سال ۲۰۱۴ توسط تابس کالی^۳ به نسخه قابل استفاده در NICU تعدیل شد. پرسشنامه شامل ۳۳ گویه است که هر یک از این گویه‌ها با مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از نمره صفر تا ۳ (-) جز وظیفه نبوده ، ۱- به طور کامل انجام داده‌ام ، ۲- به طور ناقص انجام داده‌ام ، ۳- کاملاً فراموش شده است) نمره‌دهی شده است. نمره بالاتر در هر گویه نشان‌دهنده بالاتر بودن امکان فراموش شدن مراقبت است. روایی پرسشنامه مراقبت‌های فراموش شده در ایران، در مطالعه خواجه‌پوری بررسی و شاخص CVI پرسشنامه ۰/۹۹ برآورد شد. پایایی آن نیز با ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ تعیین شد (۶). پایایی این پرسشنامه در مطالعات امامی و عبادی نیز، تأیید شده است (۱۰، ۲).

روایی محتوایی پرسشنامه کیفیت ثبت گزارشات پرستاری در مطالعه رهکار از طریق نظرسنجی از ۱۰ استاد دانشکده پرستاری بررسی شده است (۱۲). در پژوهش حاضر نیز، روایی پرسشنامه‌های کیفیت ثبت گزارشات پرستاری و مراقبت فراموش شده به روش اعتبار محتوا و با استفاده از پانل متخصصین و تعیین شاخص‌های CVI و CVR سنجیده شد. مقدار CVI و CVR به دست آمده برای هر یک از گویه‌ها به طور میانگین بالای ۰/۸۵ به دست آمد و بر اساس نظرات حاصل شده، تغییرات و اصلاحات لازم در پرسشنامه‌ها

صورت گرفت. جهت محاسبه پایایی پرسشنامه‌های مراقبت فراموش شده و کیفیت ثبت گزارشات پرستاری، با مشارکت ۲۰ آزمودنی، پرسشنامه‌ها تکمیل و سپس ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. مقادیر ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه مراقبت فراموش شده، ۰/۸۳ و برای پرسشنامه کیفیت ثبت، ۰/۸۶ بدست آمد و مورد تأیید قرار گرفت.

توصیف متغیرهای کیفیت ثبت پرستاران و مراقبت فراموش شده و همچنین اطلاعات دموگرافیک پرستاران با استفاده از آمار توصیفی شامل تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار گزارش شد. پس از تأیید نرم‌الیتی توزیع داده‌ها توسط آزمون کولموگروو- اسمیرنوف، برای بررسی ارتباط بین کیفیت ثبت و مراقبت‌های فراموش شده از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده گردید. جهت بررسی اختلاف میانگین متغیرهای کیفیت ثبت و مراقبت‌ها در دو نوع ثبت دستی و الکترونیکی نیز از آزمون تی مستقل استفاده شد. آنالیز داده‌ها در محیط نرم‌افزاری SPSS-26 انجام و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تمام پرستاران مورد مطالعه زن بوده و میانگین سنی آن‌ها ۳۵/۵۶±۷/۴۳ سال بود. مشخصات فردی اجتماعی پرستاران در جدول ۱ ارائه شده است. یافته‌های مرتبط با کیفیت ثبت پرستاران نشان داد که میانگین نمره کل کیفیت ثبت پرستاران از حد وسط دامنه نمرات بالاتر می‌باشد. در بررسی خرده مقیاس‌ها، نمره خرده مقیاس زمان پایین‌تر از حد وسط دامنه نمرات گزارش شد ولی نمره سه خرده‌مقیاس دیگر بالاتر از حد وسط دامنه نمرات بود. بر اساس نتایج آزمون تی مستقل در بررسی اختلاف میانگین نمره کل و نمره خرده مقیاس‌ها در دو نوع ثبت الکترونیکی و دستی، در همه نمرات تفاوت آماری

¹ Missed Nursing Care

² Kalisch & Williams

³ Tubbs-Cooley

معنی‌داری یافت شد ($p < 0/001$). به طوری که نمره کل کیفیت ثبت پرستاری و نمرات همه خرده مقیاس‌ها در ثبت به روش الکترونیکی بیشتر از ثبت به روش دستی بود (جدول ۲).

یافته‌های مرتبط با توزیع فراوانی مراقبت‌های فراموش شده نشان داد که در اکثریت گویه‌ها، بیش از ۹۰ درصد پرستاران برای مراقبت‌ها، پاسخ «بطور کامل انجام داده‌ام» را انتخاب کرده‌اند. بیشترین میزان مراقبت کاملاً فراموش شده مربوط به گویه‌های «مشارکت دادن والدین در مراقبت از نوزاد» و «آموزش والدین درباره مراقبت در منزل» می‌باشد. بیشترین ($30/5\%$) مراقبتی که به طور ناقص انجام می‌شد، «بررسی تأثیر داروها ۶۰-۳۰ دقیقه پس از تزریق یا بر اساس پروتکل» بود. ۶/۶ درصد پرستاران «مراقبت دهانی برای نوزاد تحت ونتیلاتور» را جزو وظایف نمی‌دانستند. همچنین ۹۸/۷ درصد از پرستاران مورد مطالعه «اخذ نمونه‌های آزمایشگاهی طبق دستور» را به طور کامل انجام می‌دادند. در بررسی ارتباط بین تک تک مراقبت‌ها با نمره کل کیفیت ثبت، با توجه به نمره‌دهی پرسشنامه مراقبت فراموش شده مبنی بر اینکه امتیاز یک به معنی انجام کامل مراقبت و امتیاز سه به معنی فراموشی کامل

مراقبت بود، ضریب همبستگی در تمامی گویه‌ها منفی بود که نشان‌دهنده این است که در کیفیت بالای ثبت پرستاران، فراموشی مراقبت‌ها کمتر است. از بین ۳۳ مراقبت، تعداد ۱۲ مراقبت با نمره کیفیت ثبت پرستاران ارتباط آماری معنی‌دار داشتند ($p < 0/05$). از این بین، سه مراقبت «رعایت اصول صحیح دارو دادن در هر بار»، «انجام دستورات دارویی در زمان تعیین شده» و «رعایت احتیاطات کنترل عفونت طبق پروتکل» بیشترین ضریب همبستگی را با نمره کیفیت ثبت دارا بودند ($p < 0/001$) (جدول ۳).

در بررسی جداگانه اختلاف میانگین هر یک از مراقبت‌ها در دو نوع ثبت الکترونیکی و دستی، تفاوت آماری معنی‌داری بین اکثریت مراقبت‌ها (تعداد ۳۰ مراقبت) یافت نشد ($p > 0/05$). فقط در سه مراقبت «رعایت اصول صحیح دارو دادن»، «بازبینی داروهای ریسک بالا طبق پروتکل» با سطح معنی‌داری ($p = 0/02$) و «تعدیل کردن اکسیژن بر اساس میزان سچوریشن طبق پروتکل یا دستور» با سطح معنی‌داری ($p = 0/05$), بین ثبت الکترونیکی و دستی تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده شد. میانگین نمره این مراقبت‌ها در ثبت الکترونیکی کمتر از ثبت دستی و نزدیک به نمره یک (انجام مراقبت بطور کامل) بود (جدول ۴).

جدول ۱. توصیف خصوصیات جمعیت شناختی پرستاران دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۴۰۱

متغیرهای کمی	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۵/۵۶	۷/۴۳
تعداد شیفت در ماه	۲۴/۵۸	۴/۶۴
ساعات کار در هفته	۴۴/۰۱	۷/۲۲
سابقه کار در NICU (سال)	۸/۱۹	۶/۲۵
تعداد تخت در NICU	۲۴/۳۶	۲/۲۱
تعداد معمول نوزاد در شیفت	۴/۳۰	۱/۴۰

متغیرهای کیفی	تعداد	درصد	متغیرهای کیفی	تعداد	درصد
وضعیت تأهل	۱۲۳	۸۱/۵	فرمت ثبت	۷۳	۴۸/۳
متأهل	۲۸	۱۸/۵	گزارشات پرستاری	۷۸	۵۱/۷
مجرد	۵۹	۳۹/۱	صبح ثابت	۱۹	۱۲/۶
بدون فرزند	۵۱	۳۳/۸	عصر ثابت	۲	۱/۳
یک	۳۹	۲۵/۸	شب ثابت	۱۲	۷/۹
دو	۲	۱/۳	گرددشی	۱۱۸	۷۸/۱
سه					

بیمارستان محل کار	مردانی آذر	۵۷	۳۷/۷	سطح تحصیلات	ارشد	۱۵	۹/۹
الزهرا	۷۷	۵۱	کارشناسی	دکتری	۱	۸۹/۴	۰/۷
طالقانی	۱۷	۱۱/۳					

جدول ۲. میانگین کیفیت ثبت کلی پرستاران و خرده مقیاس‌های آن در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان

ابعاد کیفیت ثبت پرستاران	دامنه نمرات	حد وسط دامنه نمرات	میانگین (انحراف معیار) (n = ۱۵۱)	کمترین- بیشترین	ثبت دستی میانگین (انحراف معیار) (n= ۷۳)	ثبت الکترونیکی میانگین (انحراف معیار) (n= ۷۸)	نتیجه آزمون آماري	سطح معنی‌داری
دقت و کیفیت گزارشات	۶-۲۴	۱۵	۱۷/۱۴ (۳/۱۶)	۹-۲۴	۱۵/۷۱ (۲/۸۲)	۱۸/۴۸ (۲/۸۸)	۵/۹۷	۰/۰۰۱
زمان	۴-۱۶	۱۰	۹/۶۸ (۲/۲۰)	۴-۱۶	۸/۸۳ (۲/۰۰)	۱۰/۴۷ (۲/۰۹)	۴/۹۰	۰/۰۰۱
تبادل اطلاعات درمانی مراقبتی	۴-۱۶	۱۰	۱۶/۰۹ (۲/۷۹)	۶-۲۰	۱۴/۷۲ (۲/۷۴)	۱۷/۳۸ (۲/۱۶)	۶/۶۲	۰/۰۰۱
نحوه کنترل و مدیریت گزارشات	۵-۲۰	۱۲/۵	۱۳/۲۷ (۲/۳۰)	۸-۱۶	۱۲/۱۹ (۲/۱۷)	۱۴/۲۸ (۱/۹۴)	۶/۲۲	۰/۰۰۱
نمره کل کیفیت ثبت پرستاری	۱۹-۷۶	۴۷/۵	۵۶/۱۹ (۸/۶۹)	۲۹-۷۳	۵۱/۴۶ (۷/۹۷)	۶۰/۶۲ (۶/۸۴)	۷/۵۹	۰/۰۰۱

جدول ۳. توزیع فراوانی مراقبت‌های فراموش شده و میزان همبستگی آن‌ها با کیفیت ثبت پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان

شرح وظیفه	جزو وظیفه‌ام نمی‌باشد	به طور کامل انجام داده‌ام	به طور ناقص انجام داده‌ام	کاملاً فراموش شده است	نتیجه آزمون آماری	سطح معنی‌داری
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
۱. حضور کامل در زمان تحویل شیفت	۱(۷)	۱۴۸(۹۸/۰)	۲(۱/۳)	۰	۰/۰۲	۰/۸۰
۲. انتقال تمامی اطلاعات حیاتی نوزادان حین تعویض شیفت به کارکنان	۰	۱۳۶(۹۰/۱)	۱۵(۹/۹)	۰	۰/۱۵	۰/۰۶
۳. ارائه حمایت روانی برای والدین-خانواده	۳(۲/۰)	۱۰۳(۶۸/۲)	۴۴(۲۹/۱)	۱(۰/۷)	۰/۱۶	۰/۰۵
۴. مشارکت دادن والدین در مراقبت از نوزاد	۲(۱/۳)	۱۰۸(۷۱/۵)	۳۸(۲۵/۲)	۳(۲/۰)	۰/۱۷	۰/۰۲
۵. آموزش والدین درباره مراقبت در منزل شامل آشنایی با وسایل، داروها و مراقبت‌های عمومی برای نوزاد پره ترم	۲(۱/۳)	۱۰۳(۶۸/۲)	۴۳(۲۸/۵)	۳(۲/۰)	۰/۱۲	۰/۱۲
۶. چک علائم حیاتی طبق پروتکل	۰	۱۴۴(۹۵/۴)	۷(۴/۶)	۰	۰/۱۶	۰/۰۴
۷. مراقبت دهانی برای نوزادان تحت ونتیلاتور(مشخص شده با پروتکل)	۱۰(۶/۶)	۱۱۴(۷۵/۵)	۲۵(۱۶/۶)	۲(۱/۳)	۰/۱۶	۰/۰۴
۸. تغذیه دهانی توصیه شده در فرصت مناسب (وقتی نوزاد آماده است)	۰	۱۴۴(۹۵/۴)	۶(۴)	۰	۰/۱۰	۰/۲۲
۹. رعایت اصول صحیح دارو دادن در هر بار	۰	۱۳۷(۹۰/۷)	۱۴(۹/۳)	۰	۰/۲۵	۰/۰۰۲
۱۰. انجام دستورات دارویی در زمان تعیین شده	۱(۰/۷)	۱۳۶(۹۰/۱)	۱۴(۹/۳)	۰	۰/۲۳	۰/۰۰۴
۱۱. بازیابی داروهای با ریسک بالا طبق پروتکل	۱(۰/۷)	۱۳۷(۹۰/۷)	۱۲(۷/۹)	۱(۰/۷)	۰/۱۴	۰/۰۸
۱۲. بررسی تأثیر داروها در ۳۰-۶۰ دقیقه پس از تزریق یا بر اساس پروتکل	۳(۲/۰)	۱۰۰(۶۶/۲)	۴۶(۳۰/۵)	۲(۱/۳)	۰/۰۵	۰/۴۸
۱۳. تجویز داروهای PRN طبق دستور	۱(۰/۷)	۱۴۳(۹۴/۷)	۷(۴/۶)	۰	۰/۰۹	۰/۲۳

۰/۳۱	-۰/۰۸	۰	۷(۴/۶)	۱۴۴(۹۵/۴)	۰	۱۴. مراقبت از پوست و زخم طبق روتین و یا هر وقت که نیاز باشد
۰/۰۳	-۰/۱۶	۰	۴(۲/۶)	۱۴۵(۹۶/۰)	۲(۱/۳)	۱۵. مراقبت از لاین‌های مرکزی و بررسی آنها طبق پروتکل
۰/۴۵	-۰/۰۶	۰	۳(۲/۰)	۱۴۶(۹۶/۷)	۲(۱/۳)	۱۶. مراقبت از لاین وریدی محیطی و بررسی آن طبق پروتکل
۰/۵۶	-۰/۰۴	۱(۰/۷)	۱۷(۱۱/۳)	۱۳۱(۸۶/۸)	۲(۱/۳)	۱۷. بررسی جامع فیزیکی نوزاد طبق پروتکل
۰/۵۷	-۰/۰۴	۰	۱۶(۱۰/۶)	۱۲۹(۸۵/۴)	۶(۴/۰)	۱۸. اندازه گیری و ثبت ساعتی جذب و دفع مایعات طبق پروتکل
۰/۰۰۲	-۰/۲۵	۰	۱۴(۹/۳)	۱۳۷(۹۰/۷)	۰	۱۹. رعایت احتیاطات کنترل عفونت طبق پروتکل
۰/۸۴	۰/۰۱	۰	۶(۴/۰)	۱۴۳(۹۴/۷)	۲(۱/۳)	۲۰. پاسخ دادن به موقع به آلارم‌ها
۰/۰۱	-۰/۲۰	۰	۲۳(۱۵/۲)	۱۲۸(۸۴/۸)	۰	۲۱. بررسی درد طبق پروتکل
۰/۰۱	-۰/۲۰	۱(۰/۷)	۱۴(۹/۳)	۱۳۵(۸۹/۴)	۱(۰/۷)	۲۲. مدیریت درد با استفاده از دارو یا مراقبت‌های حمایتی در دسترس
۰/۰۹	-۰/۱۳	۰	۲(۱/۳)	۱۴۹(۹۸/۷)	۰	۲۳. اخذ نمونه‌های آزمایشگاهی طبق دستور
۰/۱۴	-۰/۱۱	۱(۰/۷)	۷(۴/۶)	۱۴۳(۹۴/۷)	۰	۲۴. رعایت بهداشت دست طبق پروتکل
۰/۱۱	-۰/۱۲	۱(۰/۷)	۱۳(۸/۶)	۱۳۵(۸۹/۴)	۲(۱/۳)	۲۵. کنترل سلامت ساید‌های وارمر یا انکوباتور در شیفیت یا طبق پروتکل
۰/۰۱	-۰/۲۰	۱(۰/۷)	۳۲(۲۱/۲)	۱۱۴(۷۵/۵)	۴(۲/۶)	۲۶. پوزیشن دهی به نوزاد حداقل هر ۲ ساعت
۰/۰۱	-۰/۲۰	۲(۱/۳)	۱۰(۶/۶)	۱۳۹(۹۲/۱)	۰	۲۷. ارائه مراقبت تکاملی (مراقبت در لانه-مراقبت پوست به پوست و ...)
۰/۲۴	-۰/۰۹	۱(۰/۷)	۷(۴/۶)	۱۴۱(۹۳/۴)	۲(۱/۳)	۲۸. بررسی مجدد نوزاد به دنبال تغییر وضعیت سلامتی
۰/۱۲	-۰/۱۲	۱(۰/۷)	۶(۴/۰)	۱۴۴(۹۵/۴)	۰	۲۹. تعدیل اکسیژن بر اساس سچوریشن طبق پروتکل یا دستورپزشک
۰/۱۱	-۰/۱۳	۰	۴(۲/۶)	۱۴۶(۹۶/۷)	۱(۰/۷)	۳۰. شناسایی و گزارش آزمایشات بحرانی بر حسب وضعیت نوزاد
۰/۰۶	-۰/۱۴	۰	۵(۳/۳)	۱۴۵(۹۶/۰)	۱(۰/۷)	۳۱. شناسایی و گزارش علائم حیاتی بحرانی بر حسب وضعیت نوزاد
۰/۴۱	-۰/۰۶	۰	۱۳(۸/۶)	۱۳۶(۹۰/۱)	۲(۱/۳)	۳۲. چارت دقیق تمامی مراقبت‌هایی که انجام می‌شود
۰/۳۶	-۰/۰۷	۱(۰/۷)	۷(۴/۶)	۱۴۱(۹۳/۴)	۲(۱/۳)	۳۳. چارت دقیق تمامی درمان‌های انجام شده

جدول ۴. مقایسه میانگین هر یک از مراقبت‌های فراموش شده پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان در ثبت دستی و الکترونیکی

شرح وظیفه	دامنه نمرات هر یک از گویه‌ها (۰ تا ۳)	ثبت دستی (n = ۷۳)		ثبت الکترونیکی (n = ۷۸)		نتیجه آزمون معنی‌داری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۱. حضور کامل در زمان تحویل شیفیت	۱/۰۱	۰/۲۰	۱/۰۰	۰	۰/۵۷	۰/۵۶
۲. انتقال تمامی اطلاعات حیاتی نوزادان حین تعویض شیفیت به سایر کارکنان	۱/۲۱	۰/۳۳	۱/۰۷	۰/۲۶	۰/۹۴	۰/۳۴
۳. ارائه ی حمایت روانی برای والدین-خانواده	۱/۳۵	۰/۵۶	۱/۲۱	۰/۴۴	۱/۶۶	۰/۹۸
۴. مشارکت دادن والدین در مراقبت از نوزاد	۱/۳۵	۰/۵۳	۱/۳۴	۱/۲۰	۰/۰۶	۰/۹۴
۵. آموزش والدین درباره مراقبت در منزل	۱/۳۵	۰/۵۱	۱/۳۶	۰/۵۵	۱/۰۰	۰/۳۱
۶. چک علائم حیاتی طبق پروتکل	۱/۰۵	۰/۲۲	۱/۰۳	۰/۱۹	۰/۴۷	۰/۶۳
۷. مراقبت دهانی برای نوزادان تحت ونتیلاتور	۱/۲۰	۰/۵۲	۱/۰۵	۰/۵۰	۱/۸۳	۰/۰۶
۸. تغذیه دهانی توصیه شده در هر فرصت مناسب	۱/۰۴	۰/۱۹	۱/۰۳	۰/۱۹	۰/۰۶	۰/۹۴
۹. رعایت اصول صحیح دارو دادن در هر بار	۱/۱۵	۰/۳۶	۱/۰۳	۰/۱۹	۲/۳۶	۰/۰۲

۱/۰۹	۰/۳۴	۱/۰۷	۰/۴۶	۰/۳۸	۰/۷۰	۱۰. انجام دستورات دارویی در زمان تعیین شده
۱/۱۶	۰/۴۷	۱/۰۲	۰/۲۲	۲/۲۷	۰/۰۲	۱۱. بازبینی داروهای با ریسک بالا طبق پروتکل
۱/۳۵	۰/۵۶	۱/۳۶	۰/۵۰	۱/۰۰	۰/۳۱	۱۲. بررسی تأثیر داروها در ۳۰-۶۰ دقیقه پس از تزریق یا بر اساس پروتکل
۱/۰۶	۰/۳۰	۱/۰۱	۰/۱۱	۱/۴۷	۰/۱۴	۱۳. تجویز داروهای PRN طبق دستور
۱/۰۲	۰/۱۶	۱/۰۶	۰/۴۴	-۱/۰۸	۰/۲۸	۱۴. مراقبت از پوست و زخم طبق روتین و یا هر وقت که نیاز باشد.
۱/۰۲	۰/۲۳	۱/۰۰	۰/۱۶	۰/۸۴	۰/۴۰	۱۵. مراقبت از لاین‌های مرکزی و بررسی آنها طبق پروتکل
۱/۰۱	۰/۲۶	۱/۰۰	۰/۰۰	۰/۴۴	۰/۶۵	۱۶. مراقبت از لاین وریدی محیطی و بررسی آن طبق پروتکل
۱/۱۳	۰/۳۴	۱/۰۸	۰/۴۰	۰/۷۷	۰/۴۴	۱۷. بررسی جامع فیزیکی نوزاد طبق پروتکل
۱/۰۵	۰/۳۲	۱/۰۷	۰/۴۱	-۰/۳۵	۰/۷۲	۱۸. اندازه گیری و ثبت ساعتی جذب و دفع مایعات طبق پروتکل
۱/۱۳	۰/۳۴	۱/۰۵	۰/۲۲	۱/۷۹	۰/۰۷	۱۹. رعایت احتیاطات کنترل عفونت طبق پروتکل
۱/۰۱	۰/۲۶	۱/۰۳	۰/۱۹	-۰/۶۶	۰/۵۰	۲۰. پاسخ دادن به موقع به آلام‌ها
۱/۱۶	۰/۳۷	۱/۱۴	۰/۳۵	۰/۳۹	۰/۶۹	۲۱. بررسی درد طبق پروتکل
۱/۱۵	۰/۴۳	۱/۰۵	۰/۲۲	۱/۷۶	۰/۰۸	۲۲. مدیریت درد با استفاده از دارو یا مراقبت‌های حمایتی در دسترس
۱/۰۲	۰/۱۶	۱/۰۰	۰/۰۰	۱/۴۲	۰/۱۵	۲۳. اخذ نمونه‌های آزمایشگاهی طبق دستور
۱/۰۸	۰/۳۲	۱/۰۳	۰/۱۹	۱/۰۰	۰/۳۱	۲۴. رعایت بهداشت دست طبق پروتکل
۱/۱۳	۰/۳۸	۱/۰۳	۰/۲۹	۱/۷۵	۰/۰۸	۲۵. کنترل سلامت ساید‌های وارمر یا انکوباتور در هر شیفت یا طبق پروتکل
۱/۲۶	۰/۵۵	۱/۱۴	۰/۳۸	۱/۵۲	۰/۱۲	۲۶. پوزیشن دهی به نوزاد حداقل هر ۲ ساعت
۱/۱۲	۰/۴۰	۱/۰۶	۰/۴۴	۱/۰۷	۰/۲۸	۲۷. ارائه مراقبت تکاملی (مراقبت در لانه-مراقبت پوست به پوست و ...)
۱/۰۸	۰/۳۹	۱/۰۱	۰/۱۱	۱/۴۳	۰/۱۵	۲۸. بررسی مجدد نوزاد به دنبال تغییر وضعیت سلامتی
۱/۰۹	۰/۳۴	۱/۰۱	۰/۱۱	۱/۹۸	۰/۰۵	۲۹. تعدیل اکسیژن بر اساس میزان سچوریشن طبق پروتکل یا دستورپزشک
۱/۰۴	۰/۲۶	۱/۰۰	۰/۰۰	۱/۳۴	۰/۱۸	۳۰. شناسایی و گزارش آزمایشات بحرانی بر حسب وضعیت نوزاد
۱/۰۵	۰/۲۸	۱/۰۰	۰/۰۰	۱/۶۵	۰/۱۰	۳۱. شناسایی و گزارش علائم حیاتی بحرانی بر حسب وضعیت نوزاد
۱/۰۸	۰/۳۶	۱/۰۶	۰/۲۴	۰/۳۶	۰/۷۱	۳۲. چارت دقیق تمامی مراقبت‌هایی که انجام میشود
۱/۰۶	۰/۳۸	۱/۰۲	۰/۱۵	۰/۸۸	۰/۳۷	۳۳. چارت دقیق تمامی درمان‌های انجام شده

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت ثبت‌های پرستاری و ارتباط آن با مراقبت فراموش شده در پرستاران مراقبت ویژه نوزادان تبریز انجام گرفت. نتایج مربوط به دیدگاه پرستاران در مورد کیفیت ثبت پرستاری نشان می‌دهد که میانگین نمره کل کیفیت ثبت و سه خرده مقیاس دقت و کیفیت گزارشات، تبادل اطلاعات درمانی مراقبتی و نحوه کنترل و مدیریت گزارشات، بالاتر از حد وسط دامنه نمرات می‌باشد و فقط نمره خرده مقیاس زمان پایین‌تر از حد متوسط گزارش شد. در مطالعه زابلی پور و همکاران در یاسوج پرستاران به کمبود وقت، بار کاری زیاد و خستگی به عنوان مهمترین علل عدم گزارش نویسی صحیح اشاره کردند (۱۶). یافته‌های این مطالعه در خصوص عامل زمان و کمبود آن در گزارش‌های پرستاری با

یافته‌های مطالعه حاضر مشابه می‌باشد. مطالعه مشاهده ای دالورا^۱ و همکاران در انگلیس نشان داد که زمان صرف شده برای مشاهده و ثبت علائم حیاتی بیمار قابل توجه است (۱۷). بر اساس مطالعات انتشار یافته (۱۲، ۱۴) و نتایج مطالعه کنونی ثبت‌های پرستاری برای پرستاران بخش ویژه نوزادان جزو اقدامات وقت گیر و زمان بر می‌باشد. هر چه حساسیت مراقبت‌ها بالاتر باشد نیاز به ورود اطلاعات در گزارش نیز بیشتر بوده و ثبت‌ها در فواصل زمانی کوتاه‌تر انجام می‌شوند. ثبت دقیق و با جزئیات زیاد در NICU باعث می‌شود که پرستاران زمان زیادی را برای آن صرف کرده و حتی آن را مانعی برای مراقبت با کیفیت از نوزادان بدانند.

¹ Dallora

همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که نمره کل کیفیت ثبت پرستاری و نمرات همه خرده مقیاس‌ها در ثبت به روش الکترونیکی بیشتر از ثبت به روش دستی بود. به عبارتی کیفیت ثبت‌های پرستاری در نوع الکترونیکی بهتر از نوع دستی گزارش شده است. در مطالعه توصیفی مقایسه‌ای رهکار و همکاران (۲۰۱۴) پرستاران شاغل در مرکز با سیستم دستی زمان بیشتری را صرف نوشتن فعالیت‌های پرستاری می‌کردند و در سیستم الکترونیکی کنترل و مدیریت بهتری نسبت به سیستم دستی وجود داشت (۱۲). برید مک کارتی^۱ و همکاران در یک بررسی سیستماتیک که با هدف بررسی شواهد در مورد اثرات مستندسازی الکترونیکی پرستاری بر ارتقا یا بهبود کیفیت مراقبت و یا ایمنی بیمار انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مستندات الکترونیکی پرستاری موجب صرفه جویی در زمان و کاهش میزان خطاهای مستندسازی می‌شوند (۱۸) که نتایج پژوهش‌ها با یافته‌های مطالعه کنونی مشابه می‌باشد.

در نتایج مربوط به وضعیت مراقبت‌های فراموش شده، بیشترین میزان مراقبت کاملاً فراموش شده مربوط به «مشارکت دادن والدین در مراقبت از نوزاد» و «آموزش والدین درباره مراقبت در منزل» و کمترین مراقبت فراموش شده، «اخذ نمونه‌های آزمایشگاهی طبق دستور» بود و «مراقبت دهانی برای نوزاد تحت ونتیلاتور» بیشترین مراقبتی بود که از نظر پرستاران جزو وظایفشان نبود. در مطالعه تابس کالی و همکاران مراقبت‌هایی که به طور کلی فراموش شده بودند، حضور کامل در زمان تحویل شیفت، مراقبت دهانی برای نوزدان تحت ونتیلاتور و مشارکت دادن والدین در مراقبت از نوزاد بود (۱۹). در مطالعه ای که توسط یوتومو^۲ و همکاران، در سال در اندونزی انجام گرفت، بیشترین مراقبت فراموش شده «ارائه حمایت روانی برای والدین و

خانواده» و کمترین مراقبت از دست رفته «ارزیابی بیمار در هر شیفت کاری» و «مراقبت از دهان و شستن دست‌ها» بود (۲۰). نتایج این دو مطالعه تا حد زیادی مشابه مطالعه کنونی است. انجام اقدامات حمایتی و مراقبتی برای والدین و مراقبت دهانی، جزو مراقبت‌های اولویت‌دار پرستاران نبوده است. چنین به نظر می‌رسد که پرستاران NICU با توجه به حجم بالای مراقبت‌ها و کمبود زمان، مراقبت‌های جسمی و حیاتی نوزاد را بیشتر از ابعاد خانواده در اولویت قرار می‌دهند و بعد مراقبت از خانواده کم‌رنگ‌تر می‌شود. در رابطه با تعیین ارتباط بین کیفیت ثبت پرستاری و فراوانی مراقبت فراموش شده، ضریب همبستگی در تمامی گویه‌ها منفی بود. با این حال از بین ۳۳ مراقبت، تعداد ۱۲ مراقبت با نمره کیفیت ثبت پرستاران ارتباط آماری معنی‌دار داشته‌اند. در واقع نتایج مطالعه حاضر نشان داد هرچه ثبت‌های پرستاری با کیفیت انجام شود، فراموشی مراقبت‌ها کمتر خواهد بود و به موازات آن مراقبت‌های پرستاری نیز با کیفیت انجام خواهند شد. بیشتر مراقبت‌هایی که با کیفیت ثبت پرستاری ارتباط آماری معنی‌داری داشتند، مراقبت‌های با اهمیتی نظیر مشارکت دادن والدین، کنترل درد، مراقبت‌های دهانی و ارائه مراقبت تکاملی بود. ولی انجام ندادن آن‌ها حیات نوزاد را تهدید نمی‌کرد و حتی پرستاران در مورد آن مراقبت‌ها پاسخگویی کمتری داشتند. به عبارتی پرستارانی که مراقبت‌های ذکر شده را به طور کامل انجام می‌دادند، ثبت‌های پرستاری‌شان هم از کیفیت بالاتری برخوردار بود. ولی بین مراقبت‌های حیاتی نوزاد و مراقبت‌هایی که پرستاران در قبال آن‌ها بیشتر از طرف مسئولین بیمارستان مورد پایش قرار می‌گیرد، ارتباط معنی‌داری با کیفیت ثبت وجود نداشت. می‌توان اذعان داشت که اکثریت پرستاران این مراقبت‌ها را در هر شرایطی برای نوزادان ارائه می‌دهند.

¹ Bridie McCarthy² Utomo

در مقایسه میانگین نمره مراقبت‌ها در دو نوع ثبت، تفاوت آماری معنی‌داری بین اکثریت مراقبت‌ها یافت نشد. فقط در سه مراقبت «رعایت اصول صحیح دارو دادن»، «بازبینی داروهای با ریسک بالا طبق پروتکل» و «تعدیل کردن اکسیژن بر اساس میزان سچوریشن»، بین ثبت الکترونیکی و دستی تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده شد. میانگین نمره این مراقبت‌ها در ثبت الکترونیکی کمتر از ثبت دستی و نزدیک به نمره یک (انجام مراقبت بطور کامل) بود. این تفاوت نشان می‌دهد که در ثبت الکترونیکی، مراقبت‌های ذکر شده تا حدودی کامل‌تر از ثبت دستی انجام می‌شود. در مطالعه توصیفی- تحلیلی کاهوئی و همکاران نتایج نشان داد که ۵۰ درصد پرستاران با تاثیر گزارشات الکترونیکی بر مراقبت از بیمار، ۴/۴۲ درصد با تاثیر آن بر برنامه‌ریزی در رژیم غذایی بیمار و ۷/۴۰ درصد با تاثیر این نوع گزارشات در رسیدن به تشخیص پرستاری موافقت داشتند (۲۱). بر این اساس به نظر می‌رسد که در ثبت پرستاری به روش الکترونیکی فرصت بیشتری جهت مراقبت پرستاری ایده آل و چک دقیق اقدامات مراقبت برای پرستاران فراهم می‌شود.

در مطالعه حاضر پرستاران پرسشنامه مراقبت‌های فراموش شده بر اساس حضور ذهنی خود از انجام یا عدم انجام مراقبت در شیفت‌های قبلی تکمیل کردند. این محدودیت خارج از کنترل پژوهشگر بود. این مطالعه بر داده‌های خودگزارشی پرستاران متکی بود که احتمال سوگیری و خودسانسوری اطلاعات را افزایش می‌دهد. برای کنترل این امر به پرستاران اطمینان داده شد که این طرح تحقیقاتی در راستای بهبود عملکرد می‌باشد و نتایج مطالعه به صورت گروهی و بدون تفکیک و ذکر نام افراد منتشر خواهد شد. نمونه‌های مورد بررسی در این

مطالعه پرستاران بودند و بررسی مراقبت‌ها از نظر والدین و بررسی کیفیت ثبت از نظر مسئولین انجام نشد. لذا پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی دیدگاه والدین نوزاد و مسئولین نیز مورد بررسی قرار بگیرند.

نتیجه گیری

بطور کلی از یافته‌های مطالعه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که از نظر پرستاران مراقبت ویژه نوزادان کیفیت ثبت‌ها بالاتر از سطح متوسط می‌باشد و بیشتر مراقبت‌ها بطور کامل انجام می‌گیرد. با وجود زمان‌بر بودن ثبت علائم و گزارشات پرستاری در NICU، در ثبت‌های با کیفیت بالاتر، فراموشی مراقبت‌ها کمتر می‌باشد و در روش الکترونیکی کیفیت ثبت‌ها بهتر از روش دستی است. می‌توان اذعان داشت که ثبت‌های پرستاری با کیفیت و دقیق می‌تواند یادآوری برای انجام مراقبت‌های فراموش شده بوده و میزان فراموشی مراقبت‌ها را کاهش دهد. بعلاوه سیستم‌های ثبت الکترونیکی می‌توانند پرستاران را در ثبت دقیق و کامل یاری کنند.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1401.437 است. بدین وسیله نویسندگان از کلیه پرستاران مشارکت‌کننده در مطالعه و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

- 1- Almuharraq E, Alallah S, Alkhayrat S, Jahlan A. An overview of missed nursing care and its predictors in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Nursing Research and Practice*. 2022;2022:4971890.
- 2- Ebadi J, Najafi E, Aghamohammadi V, Saeedi S, Nasiri K. Missed nursing care and its related factors in Ardabil and Khalkhal educational and medical centers in 2020. *Journal of Health and Care*. 2021;23(1):78-87 [persian].
- 3- Kim S, Chae S. Missed nursing care and its influencing factors among neonatal intensive care unit nurses in South Korea: a descriptive study. *Child Health Nursing Research*. 2022;28(2):142.
- 4- Lake E, Staiger D, Cramer E, Hatfield L, Smith J, Kalisch B, et al. Association of patient acuity and missed nursing care in US neonatal intensive care units. *Medical Care Research and Review*. 2020;77(5):451-60.
- 5- Najafi F, Nikbakht Nasrabadi A, Mardanian Dehkordi L. Exploring the lived experience of missed nursing care in postgraduate nursing students in Iran. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2021;9(1):44-54 [persian].
- 6- Khajooee R, Bagherian B, Dehghan M, Azizzadeh Forouzi M. Missed nursing care and its related factors from the points of view of nurses affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2017. *Journal of Hayat*. 2019;25(1):11-24 [persian].
- 7- Vatankhah I, Rezaei M, Baljani E. The correlation of missed nursing care and perceived supervisory support in nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2020;33(126):103-16 [persian].
- 8- Chaboyer W, Harbeck E, Lee B, Grealish L. Missed nursing care: an overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2021;37(2):82-91.
- 9- Namnabati M, Farzi S, Ajoodaniyan N. Care challenges of the neonatal intensive care unit. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016;11(4):35-42 [persian].
- 10- Emamy N. Missed care and its referral from the perspective of nurses in neonatal intensive care units of Tabriz University of Medical Sciences and its relationship with job satisfaction. MS Thesis in Nursing. Tabriz University of Medical Sciences; 2016.
- 11- Tubbs-Cooley H, Mara C, Carle A, Mark B, Pickler R. Association of nurse workload with missed nursing care in the neonatal intensive care unit. *JAMA Pediatrics*. 2019;173(1):44-51.
- 12- Rahkar Farshi M, Jebreili M, Abdinia B. Comparison of manual and electronic methods of nursing record: a nurse's perspective. *International Journal of Pediatrics*. 2015;3(1.1):367-73.
- 13- Farzi S, Farzi S, Moladoost A. Quality of nursing records and its relationship with some demographic characteristics of nurses working in intensive care units. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016;11(2):24-31 [persian].
- 14- Shafiee M, Shanbehzadeh M, Nassari Z, Kazemi-Arpanahi H. Development and evaluation of an electronic nursing documentation system. *BMC Nursing*. 2022;21(1):1-12.
- 15- Roshan HY, Noorian M, Shakeri N. Auditing NICU nursing documentation in hospitals of Babol University of Medical Sciences. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2015;24(87):23-28 [persian].
- 16- Zabolypour S, Mohammadi S, Fararoei M, Hosseini M, Bazgirian M. A review of quality of nursing documentation in different fields and the lack of proper reporting by nurses in Shahid Beheshti Hospital in Yasouj. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2017;12(2):38-44 [persian].
- 17- Dall'Ora C, Griffiths P, Hope J, Briggs J, Jeremy J, Gerry S, et al. How long do nursing staff take to measure and record patients' vital signs observations in hospital? a time-and-motion study. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;118:103921.
- 18- McCarthy B, Fitzgerald S, O'Shea M, Condon C, Hartnett-Collins G, Clancy M, et al. Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: a systematic review. *Journal of Nursing Management*. 2019;27(3):491-501.
- 19- Tubbs-Cooley H, Pickler R, Younger J, Mark B. A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(4):813-24.
- 20- Utomo M, Sampurna M, Melisa M, Permana P, Albright I, Etika R, et al. Nurse workload, missed nursing care, and the contributing factors in the Neonatal Intensive Care Unit in a limited resource setting: a case from Indonesia. *F1000Research*. 2022;11(468):1-12.

- 21- BabaMohamadi H, Kahouie M, Bayat S, Fooladian S, Shahsavane Toghan M. Nurses' attitude toward the effect of nursing electronic reports on patient care. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery. 2013;10(2):77-86 [persian].