



بررسی وضعیت رعایت اصول گزارش نویسی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی سبزوار در سال ۱۳۹۲

محبوبه محبی^۱، مهدی گل افروز^۲، فاطمه برزویی^۱، نرجس حشمتی فر^{۱*}

۱. *نویسنده مسئول، کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

۲. کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

nheshmatifar@yahoo.com

(تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۲۳ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۴/۰۷/۰۴)

زمینه و هدف: گزارش‌دهی و ثبت فعالیت‌ها به عنوان یکی از مهم‌ترین وظایف پرستار می‌باشد. ثبت اطلاعات پزشکی در پرونده‌های بیمارستانی درحقیقت مستندسازی فعالیت‌های انجام شده توسط تیم پزشکی در بیمارستان است. با توجه به اهمیت گزارش نویسی، این مطالعه به بررسی میزان رعایت اصول گزارش نویسی توسط پرستاران در بیمارستان‌های شهر سبزوار در سال ۱۳۹۲ پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است. تعداد ۹۶ پرونده بایگانی شده بخش‌های عمومی در سال ۱۳۹۲ به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و با استفاده از چک لیستی مشتمل بر ۳۷ گویه، وضعیت ثبت گزارش پرستاران از نظر محتوا و ساختار مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: ۴۹/۶۱ درصد اصول مناسب گزارش نویسی را رعایت کرده‌اند. بالاترین میانگین اصول رعایت شده مربوط به ثبت تغییرات حاد (۸۷/۹۹)، ثبت موارد قابل پیگیری (۸۵/۹۳) و پایین‌ترین میانگین اصول رعایت شده مربوط به ثبت وضعیت جذب و دفع (۱۸/۵۷)، ثبت وضعیت فعالیت و استراحت (۱۵/۵۰) می‌باشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد که گزارش‌های پرستاری در ثبت اطلاعات دارای نواقص می‌باشند. لذا باید درصد ارائه راه‌حل‌هایی در جهت بهبود کیفیت گزارش‌ها باشیم. پیشنهاد می‌شود که دستورالعمل‌های اجرایی در مورد نحوه صحیح گزارش نویسی تهیه و به صورت دوره‌ای و مداوم برای پرستاران آموزش داده شود.

کلید واژه‌ها: گزارش نویسی، ثبت، پرستاران

مقدمه

بخشی مراقبت از بیمار، کنترل هزینه، مدیریت منابع، ارتقاء کیفیت و مسئولیت پذیری می‌شود، مراقبت خوب از بیمار اهمیت زیادی پیدا کرده و باید به طور مناسب نیز ثبت گردد (۴).

ثبت و گزارش‌دهی به عنوان یکی از مهم‌ترین وظایف پرستار و جنبه حیاتی از عملکرد وی می‌باشد (۵). با توسعه فرآیند پرستاری ثبت گزارش پرستاری به عنوان یک چارچوب فعالیتی و یک وسیله ضروری برای ارزیابی مراقبت‌های پرستاری-درمانی گسترش یافته است. به طوری که یکی از مدارک مهم در پرونده پزشکی، ثبت مراقبت‌های پرستاری می‌باشد (۶).

کیفیت عملکرد پرستاران در ارائه خدمات مراقبتی مناسب و مستمر، نیازمند تبادل اطلاعات بین اعضای گروه درمانی در نوبت‌های کاری مختلف است؛ بنابراین ثبت گزارش‌ها در حیطه عملکرد پرستاری، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ به طوری که حدود ۳۸-۳۰ درصد از وقت پرستاران را به خود اختصاص می‌دهد (۱، ۲).

ثبت اطلاعات پزشکی در پرونده‌های بیمارستانی درحقیقت مستندسازی فعالیت‌های انجام شده توسط تیم پزشکی در بیمارستان است و منعکس کننده فعالیت‌های پزشکان، پرستاران و سایر دست‌اندرکاران تیم پزشکی است (۳). امروزه به دلیل تأکیدهای فراوانی که روی اثر

می‌گیرد که در نتیجه استفاده مکرر از کلمات نامفهوم و بی‌معنی بوده که سبب عدم دقت گزارش نویسی می‌گردد (۱۱)؛ به نحوی که از هر چهار مورد غفلت شغلی در مراقبت از مددجو، یک مورد شایع مربوط به اشتباهاتی است که در ثبت گزارش‌های پرستاری رخ داده است (۱۲).

آژانس ایمنی بیمار (NSPA) نیز ضعف در مستندات پرستاری را عامل مهم عدم شناسایی وضعیت بالینی وخیم در بیماران می‌داند (۱۳). ابراهام (Abraham) یکی از دلایل نارسایی مراقبت‌های پرستاری را ضعف در ثبت گزارشات پرستاری دانسته است (۱۴).

با وجود اهمیت ثبت گزارشات پرستاری، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که این امر از کیفیت و استاندارد مناسب برخوردار نیست (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸). در مطالعات انجام شده در ایران نیز کیفیت ثبت گزارشات پرستاری در بعد محتوا را نامطلوب گزارش شده است و بیشتر پرستاران، اصول یازده‌گانه گزارش نویسی را رعایت نکرده بودند (۱، ۴، ۸، ۱۱).

با توجه به ضرورت ثبت اصول گزارش نویسی در جهت تداوم و ارتقاء کیفی مراقبت از بیمار و بخشی از وظایف اصلی پرستار نگارش صحیح آن الزامی است، لذا در این پژوهش به بررسی میزان رعایت اصول گزارش نویسی توسط پرستاران در بیمارستان‌های آموزشی شهر سبزوار در سال ۱۳۹۲ پرداخته شد تا راهکارهای رفع نواقص به مسئولین انعکاس داده شود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی - توصیفی است که با هدف بررسی رعایت اصول گزارش نویسی در بیمارستان - های آموزشی سبزوار در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. جهت بررسی وضعیت موجود بر اساس اصول استاندارد گزارش نویسی، چک لیستی مشتمل بر ۳۷ مورد طراحی شد که وضعیت ثبت گزارش پرستاران را از نظر محتوا و ساختار مورد بررسی قرار داد. به طوری که چک لیست موجود در برگیرنده ۱۵ شاخص اصلی یک گزارش علمی بود که عبارتند از: ثبت گزارش بدو ورود (علت و نحوه مراجعه، نوع حادثه، علایم همراه و علایم حیاتی اولیه)، ثبت ساعت و تاریخ ابتدای گزارش، ثبت وضعیت عمومی

ثبت پرستاری باید در برگیرنده اطلاعات مربوط به بررسی‌های پرستاری، مشکلات بیمار، طرح مراقبتی، سیر پیشرفت روزانه، برنامه آموزشی و طرح ترخیص باشد (۷). ثبت صحیح، بازتاب کیفیت مراقبت و دلیل مسئولیت پذیری هر عضو تیم بهداشتی در ارائه مراقبت است؛ کلیه - ی ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی نیازمند اطلاعاتی مشابه درباره مددجویان به منظور تدوین برنامه مراقبتی جامع می‌باشند (۸).

باتوجه به نوبت‌های کاری مختلف و عوض شدن دائمی افرادی که مسئولیت مراقبت از بیماران را به عهده می‌گیرند، اگر مشکلات بیماران، مراقبت‌های انجام شده، موارد قابل پیگیری و طرح مراقبتی به افراد جدید منتقل نشود. زنجیره مراقبت از هم گسیخته می‌شود که می‌توان با گزارش نویسی، مراقبت را مستمر و پیوسته نمود (۹).

آمارها در کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهند که ۷۴ درصد از خطاهای بهداشتی گروه مراقبتی، به مراجع قضایی گزارش می‌شوند. در ایران نیز از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۴، مشکلات قانونی مرتبط با پرستاران، ۳/۱ درصد بوده است و در ۵۱ درصد موارد، به دلیل ثبت نادرست مراقبت، پرستاران مقصر شناخته شده‌اند (۱۰). اگر پرستاران به عملکرد سوء یا معالجه غلط در دادگاه متهم شوند، در مورد آن‌ها طبق استانداردهای شغلی رفتار و قضاوت می‌شود. در دادگاه فرض بر این است که اگر چیزی نوشته نشده باشد، یعنی انجام نشده است؛ پس اگر پرستاران، درگیر مسایل دادگاهی شوند، بهترین حامی، اسناد و مدارک به‌جا مانده از آن‌ها در مراقبت از بیمار می‌باشد (۱). به طوری که وکیل پرستار می‌تواند از این اسناد در جهت تأیید مراقبت‌های محتاطانه و معقول استفاده کند، همان‌طور که وکیل مددجو نیز ممکن است این مدارک را در جهت تعیین نارسایی در مراقبت‌های استاندارد از مددجو به کار برد (۱۰). بنابراین گزارش جامع، عاملی برای رفع اتهام و تبرئه پرستاران است (۹).

ثبت گزارش بیمار تنها سند قانونی و دائمی است که جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس نموده و چنانچه بیمار و یا ولی وی اظهار نماید که در پرستاری غفلت شده است بهترین مدافع پرستار می‌باشد (۹). متأسفانه غالباً غفلت‌هایی در تهیه گزارش پرستاری صورت

بایگانی بیمارستان استخراج می‌شد و چک لیست نحوه گزارش نویسی، بر اساس ثبت گزارش‌های پرستاری مندرج در پرونده‌ها به وسیله پژوهشگر تکمیل گردید. در بررسی انجام شده، تمام گزارش‌های پرستاری مکتوب در پرونده خوانده و آیتم‌های قابل ارزیابی از ۰ تا ۱۰ نمره گذاری شد. پس از تأیید نامطلوب بودن وضعیت ثبت گزارش‌های پرستاری در مرحله بعد، موانع گزارش نویسی صحیح با توجه به مقالات مرتبط استخراج و پرسشنامه‌ای جهت اولویت بندی علت‌ها طراحی گردید که در اختیار سرپرستاران و پرستاران قرار گرفت، جهت بیان علت‌های دیگری که ذکر نشده و مد نظر افراد بود سؤال باز نیز در نظر گرفته شد. یافته‌ها با نرم افزار SPSS ۱۶ و استفاده از آمارهای توصیفی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

از بررسی ۹۶ پرونده بیمارستانی از ۳ بیمارستان آموزشی شهر سبزوار در سال ۱۳۹۲، ثبت تغییرات حاد شامل شکایات، روند مشکل، دستورات اجرا شده (۸۷/۹۹ درصد)، و ثبت موارد قابل پیگیری شامل عکسبرداری‌ها، آزمایشات، مشاوره‌ها، حساسیت‌ها، ناشتا بودن (۸۵/۹۳ درصد) بیشترین موارد را در رعایت اصول گزارش نویسی به خود اختصاص داده است و در مقابل بیشترین موارد عدم رعایت اصول گزارش نویسی مربوط به ثبت وضعیت جذب و دفع (رژیم غذایی، اشتهای بیمار، محلول‌های تزریق شده در داخل ورید، دفع ادرار، مدفوع، استفراغ و درناژ) (۱۸/۵۷ درصد)، ثبت وضعیت فعالیت و استراحت (۱۵/۵۰ درصد) می‌باشد (جدول شماره ۱).

مددجو (خلق و خو، عملکرد سیستم‌های حیاتی، علایم ذهنی و عینی)، ثبت وضعیت داروها (استفاده شده، نشده، دستورات تلفنی، شفاهی)، ثبت وضعیت جذب و دفع (رژیم غذایی، اشتهای بیمار، محلول‌های تزریق شده در داخل ورید، دفع ادرار، مدفوع، استفراغ و درناژ)، ثبت وضعیت فعالیت، خواب و استراحت، ثبت موارد قابل پیگیری (عکسبرداری‌ها، آزمایشات، مشاوره‌ها، حساسیت‌ها، ناشتا بودن)، ثبت تغییرات حاد (شکایات، روند مشکل، دستورات اجرا شده)، ثبت اقدامات انجام شده (کلیه اقدامات پرستاری، اجرای دستورات پزشک و ساعت انجام اقدامات)، ثبت اطلاعات عمل (ساعت تحویل دادن و تحویل گرفتن بیمار، وضعیت بیمار حین تحویل، مراقبت‌های قبل و بعد)، ثبت پیشرفت برنامه مراقبتی، ثبت ساعت ویزیت پزشک، ساختار کلی گزارش (خوانا بودن، استفاده از اختصارات استاندارد، نبود فاصله خالی بین گزارشات، سازماندهی داشتن)، ثبت وضعیت ترخیص یا انتقال و دستورات ترخیص و ثبت مشخصات نویسنده (نام پرستار، امضاء، ساعت، تاریخ، نوع نوبت کاری). جهت تعیین روایی محتوی آن را در اختیار ۱۰ نفر از اساتید هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و افراد متخصص در این زمینه قرار گرفت و نظرات اصلاحی ایشان اعمال گردید. بر اساس فرمول حجم نمونه، تعداد ۹۶ پرونده مربوط به آبان ماه سال ۱۳۹۲ در ۳ بیمارستان آموزشی شهر سبزوار (واسعی، مبینی، شهید بهشتی) به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت به این معنی که پرونده‌های بیمارانی که طی روزهای تحقیق به تازگی ترخیص شده بودند از

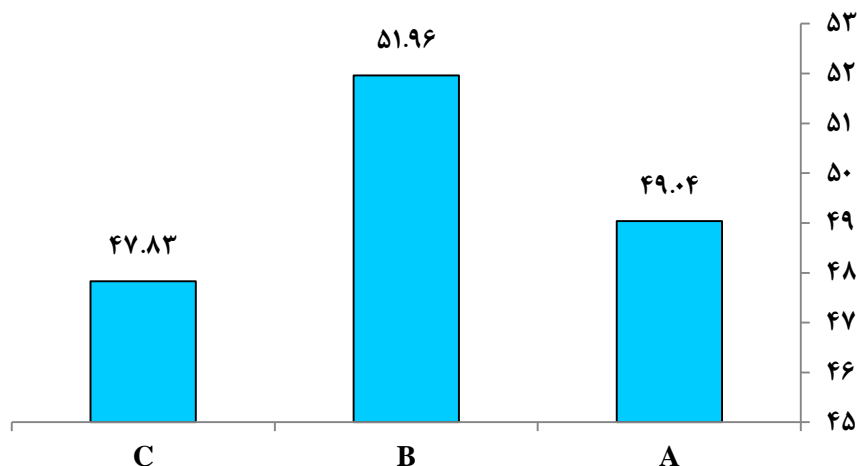
جدول شماره ۱- کیفیت ثبت اطلاعات مورد نیاز پرونده‌های بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های شهر
سبزوار سال ۱۳۹۲

ردیف	اصول و موارد ضروری در گزارش پرستاری	تعداد	درصد
۱	ثبت گزارش بدو ورود	۶۵	۶۳/۰۶
۲	ثبت ساعت و تاریخ ابتدای گزارش	۵۰	۴۸/۲۳
۳	ثبت وضعیت عمومی مددجو	۲۹	۲۸/۵۴
۴	ثبت وضعیت داروها	۴۹	۴۶/۸۷
۵	ثبت وضعیت جذب و دفع	۱۹	۱۸/۵۷
۶	ثبت وضعیت فعالیت و استراحت	۱۶	۱۵/۵۰
۷	ثبت موارد قابل پیگیری	۹۰	۸۵/۹۳
۸	ثبت تغییرات حاد	۹۲	۸۷/۹۹
۹	ثبت اقدامات انجام شده	۳۸	۳۵/۶۴
۱۰	ثبت اطلاعات عمل	۸۳	۸۰/۴۳
۱۱	ثبت پیشرفت برنامه مراقبتی	۸۳	۸۰/۵۴
۱۲	ثبت ساعت ویزیت پزشک	۷۵	۷۲/۱۲
۱۳	ساختار کلی گزارش	۷۴	۷۰/۵۹
۱۴	ثبت وضعیت ترخیص یا انتقال	۴۷	۴۵/۴۳
۱۵	ثبت مشخصات نویسنده	۶۶	۶۲/۹۵
	میانگین	۵۲	۴۹/۶۱

در بررسی موانع رعایت اصول گزارش نویسی از نظر پرستاران عدم تناسب نسبت تعداد پرستاران به بیماران (۵۷/۷۵ درصد) و حجم بالای کار و ساعات کاری پرستاران (۵۶/۸۱ درصد) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- موانع رعایت گزارش نویسی صحیح از دیدگاه پرستاران

ردیف	موانع رعایت گزارش نویسی	تعداد	درصد
۱	عدم تناسب نسبت تعداد پرستاران به بیماران	۶۰	۵۷/۷۵
۲	حجم بالای کار و ساعات کاری	۶۰	۵۶/۸۱
۳	عدم آگاهی از اصول گزارش نویسی	۵۷	۵۵/۴۵
۴	بی توجهی و سهل انگاری پرستاران در ثبت	۵۰	۴۸/۴۲
۵	وقت گیر بودن ثبت گزارش‌های پرستاری	۴۷	۴۴/۸۴
۶	عدم تأثیر ثبت کامل گزارش‌های در ترفیع کاری پرسنل	۴۶	۴۴/۲۳
۷	عدم رضایت شغلی	۴۰	۳۸/۰۷
۸	ضعف در سیستم نظارتی و کنترل	۳۹	۳۷/۴۲
۹	اهمیت ندادن پزشکان به گزارش‌های پرستاری	۳۸	۳۷/۱۰
۱۰	مشکلات انگیزشی و نگرشی	۳۶	۳۴/۸۴



نمودار ۱: وضعیت کلی اصول گزارش نویسی به تفکیک در بیمارستان‌های آموزشی شهر سبزوار سال ۱۳۹۲

شد که تقریباً ۵۵ درصد از پرستاران به آن اشاره کردند، در رده دوم نیز دلایلی نظیر بی توجهی و سهل انگاری پرستاران در ثبت و وقت گیر بودن ثبت گزارشات پرستاری و عدم تأثیر ثبت کامل گزارشات در ترفیع کاری پرسنل مطرح شد (۴۵ درصد). این وضعیت در مطالعات قبلی و بیمارستان‌های دیگر نیز گزارش شده است. نتایج تحقیق اسمسوک یافته‌های حاصل از این پژوهش را حمایت می‌کند. اسمسوک و همکاران ذکر می‌کنند که موانعی بر سر راه گزارش نویسی پرستاری وجود دارد که شامل کمبود پرسنل و کمبود وقت پرستاران، نداشتن مهارت کافی، کمبود انگیزه، نظارت ناکافی بر عملکرد پرستاران و ارزش قائل نشدن پرسنل مراقبتی درمانی به خصوص پزشکان برای گزارش‌های پرستاری می‌باشد (۱۵).

مطالعه مجدآبادی و همکاران نشان داد که تنها ۵/۶ درصد پرستاران، برگ گزارش پرستاری را در سطح خوب تکمیل کرده‌اند که عواملی همچون وقت گیر بودن ثبت گزارشات برای برخی از پرستاران، نبودن تأکید لازم از طرف مسئولان و پزشکان معالج، عدم تأثیر ثبت کامل گزارشات در ترفیع کاری پرسنل، عدم سیستم پاداش و تنبیه و نبودن عوامل ابقاء گر و انگیزشی در محیط کار را عوامل مداخله گر در وضعیت عملکرد پرستاران ذکر کردند (۸). نتایج پژوهش تاپ (Tapp) نیز نشان داد که نداشتن زمان کافی برای ثبت، کار زیاد، اولویت دادن به مراقبت تا ثبت

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که پرونده‌های بررسی شده در بیمارستان‌های مختلف دارای نواقص جدی در ثبت اطلاعات و رعایت اصول صحیح گزارش نویسی می‌باشد. بطوریکه هیچ کدام از اطلاعات خواسته شده ۱۰۰ درصد و کامل نمی‌باشد. هم چنین ثبت اطلاعات بیماران در بین بیمارستان‌های مختلف و حتی در بین بخش‌های مختلف یک بیمارستان دارای اختلافات چشمگیر می‌باشد. در مطالعه انجام شده توسط اقدام و همکاران (۱۳۸۸)، تنها ۲۹/۴ درصد گزارشات، از کیفیت مطلوبی برخوردار بودند (۱۰). همچنین در مطالعه انجام شده در کاشان (۱۳۹۰)، در مجموع کیفیت ۲۱/۴ درصد از گزارشات مطلوب، ۵۳/۶ درصد متوسط و ۲۵ درصد ضعیف بود. کیفیت گزارشات پرستاری در بعد محتوایی از کیفیتی پایین و در بعد ساختاری از کیفیتی قابل قبولی برخوردار بود (۱۹). در مطالعه حنیفی و همکاران نیز ۱۷/۰۹ درصد از مستندات پرستاری کیفیت خوبی داشتند و ۳۵/۸ درصد از آن‌ها، اطلاعات محتوایی لازم را نداشتند (۹). اسمسوک (Cheevaka semsook) و همکاران نیز در تجزیه و تحلیل ۵۰ گزارش پرستاری، دریافتند که ۴۱ درصد آن‌ها دارای کیفیت نامطلوبی هستند (۱۵).

در پژوهش حاضر همچنین نشان داد که پرستاران بیشترین علت در موانع رعایت گزارش نویسی، عدم تناسب نسبت تعداد پرستاران به بیماران و حجم بالای کار و ساعات کاری و عدم آگاهی از اصول گزارش نویسی مطرح

با نظر به یافته‌های این مطالعه و به منظور ارتقاء ثبت صحیح اصول گزارش‌نویسی در واحدهای درمانی مورد مطالعه، علاوه بر برگزاری کارگاه‌های آموزشی به صورت دوره‌ای و مداوم، باید ضمانت اجرایی بر موارد آموزش داده شده وجود داشته باشد تا باعث ایجاد تغییرات مثبت در زمینه ثبت صحیح گزارش‌نویسی گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مسئولین بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهرستان سبزوار به ویژه جناب آقای هادی سعادت منش و نیز پرستاران شرکت کننده در پژوهش ابراز می‌نمایند.

تعارض منافع

تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

آن، عدم آشنایی با اصطلاحات و عدم کنترل کیفی پرستاران دلیل ضعیف بودن عملکرد پرستاران می‌باشد. هم‌چنین نتایج پژوهش وی نشان داد که پرستاران بیشتر تمایل به اجرای مراقبت دارند تا ثبت اقدامات انجام شده (۲۰). که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. هم‌چنین از نتایج این پژوهش عدم آگاهی از اصول گزارش‌نویسی بود. در پژوهش بایلی (Bailey) و هاوس (Howse) نیز، عدم آگاهی پرستاران از اصول و استانداردهای پرستاری را به عنوان عاملی در عدم ثبت صحیح گزارشات دخیل شناخته‌اند؛ بنابراین برنامه‌های آموزشی مداوم می‌تواند بر دانش و عملکرد پرستاران در زمینه گزارش‌نویسی، تأثیر بسزایی داشته باشد (۲۱). علاوه بر این نتایج تحقیقات نشان داده است که گذاشتن دوره‌های گزارش‌نویسی توانسته تأثیرات مثبتی را بر سطح دانش و عملکرد پرستاران در زمینه گزارش‌نویسی داشته باشد (۲۲). مطالعه دامر (Damer) و همکاران نشان داد که آموزش و گذراندن دوره‌های مختلف می‌تواند تأثیر مثبت بر روی عملکرد و دانش پرستاران در زمینه گزارش‌نویسی داشته باشد (۲۳). عدم آگاهی از نحوه صحیح گزارش‌نویسی و ثبت اطلاعات نامناسب، تجاوز به حریم شخصی بیمار است و ممکن است مشکلات قانونی به‌بار آورد بطوریکه کوچک‌ترین خطا و سهل‌انگاری در گزارش‌نویسی می‌تواند منجر به بازخواست‌های قانونی و محاکم قضائی شود (۲۴). با توجه به اینکه هدف نهایی ارائه راه حل مناسب برای بهبود کیفیت ثبت است، هم‌چنین با توجه به اینکه یکی مهم‌ترین علل مطرح شده، مشکلات مدیریتی است. به نظر می‌رسد، ضمن تأمین نیروی انسانی مناسب، داشتن نظارت و کنترل مداوم و مستقیم درون بخشی و درون بیمارستانی بتواند بر عملکرد پرستاران در رعایت اصول صحیح گزارش‌نویسی مؤثر باشد.

References

- 1- Rozitalab M, Azimi S, Mobaraki A, Mohebbi Z. The quality of recording the nursing report in Emam Sajadand Beheshti Hospital Yasouj, 2006. Dena, Quarterly Journal of Yasuj, Faculty of Nursing and Midwifery. 2007; 2 (3): 61-71. [Persian]
- 2- Ghazanfari Z, Sheykhpour-Khani M, Haghdoost A. Nurse's knowledge and practice of the principles of nursing documentation at hospitals of Kerman University of Medical Sciences. IrNuJ. 2008; 22 (59):16-22.
- 3- Shahraki Vahed A, Mardani homole M, Moshtagh Z. Principles of report writing in nursing. Tehran Jameanegar. 2008. [Persian]
- 4- Mashoufi M, Amani F, Rostami K, Mardi A. Evaluating Information Record in the Hospitals of Ardabil Medical Sciences University, 2001; J Ardabil University of Med Sci. Health Serv. 2008;11(3): 43-49 [Persian].
- 5- Sheikhporkhani M, Haghdoost AA. Relationship between nurse's knowledge and practice regarding the principles of nursing documentation among nurses affiliated to Kerman Medical University hospitals. Nursing Research. 2010;5(18):51-7[Persian].
- 6- Potter PA, Perry AG. Fundamental of Nursing. 7th ed: Mosby Elsevier, 2009:385-390.
- 7- Khoddam H, Sanagoo A, Joibary L. Effectiveness of continual education on quality of nursing records. J Gorgan University of Medical Science. 2001; 3 (2): 65-69. [Persian]
- 8- Askari Majdabadi H, Kahooei M. Survey of the quality of nursing practice of documentation todetermine their training needs and providing them with a program of quality promotion. ASRAR, J Sabzevar School of Med Sci, 2004; 4(10): 69-61. [Persian]
- 9- Hanifi N, Mohamadi E .Survey of causes of faculty nursing documentation. The Journal of Faculty of Nursing&Midwifery. 2004; 10 (21): 39-46. [Persian]
- 10- Mahajal Aghdam A, Jasemi M, Abdullah Zadeh F, Rahmani J , Zamanzadeh V. Quality of nursing documents inmedical-surgical wards of teaching hospitals related to Tabriz University of Medical Sciences. Nursing & Midwifery J. 2008; 3 (11): 47-54. [Persian]
- 11- Saif Rabiee M, Sedighi I, Mazdeh M, Dadras F, Shokouhee Solgi M, Moradi A. Study of hospital recordsregistration in teaching hospitals of Hamadan University of Medical Sciences in 2009. Scientific J of Hamadan University of Med Sci2010; 16 (2): 45-49. [Persian]
- 12- Poorshaikhani M, Haghdoost A. Relationship between nurse's knowledge and practice regarding the principles ofnursing documentation among nurses affiliated to Kerman Medical University hospitals. IrJNurs Re. 2010; 5 (18): 58-65. [Persian]
- 13- Prideaux A. Issues in nursing documentation and record-keeping practice. Br J Nurs. 2011; 20 (22): 1450-54.
- 14- Abraham A. Poor systems and staffing problems led to poor patient outcomes. Prof Nurse. 2003; 18 (10): 576-77.
- 15- Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. The study of nursing documentation complexities. Int JNurs Pract. 2006; 12 (6): 366-74.
- 16- McGeehan R. Best practice in record-keeping. Nurs Stand. 2007; 21 (17): 51-55
- 17- Darmer MR, Ankersen L, Nielsen BG, Landberger G, Lippert E, Egerod I. The effect of a VIPS implementationprogramme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. Scand J Caring Sci. 2004; 18 (3): 325-32.
- 18- Tornvall E, Wilhelmsson S. Nursing documentation for communicating and evaluating care. J Clin Nurs. 2008; 17 (16): 2116-24.

- 19- Mohammad Ghasaby M ,Masudi Alavi N. Quality and barriers against nursing documentation in Kashan Shahid Beheshti Hospital (2011) modern care j.2012;9(4):336- 343
- 20- Tapp RA. Inhibitors and facilitators to documentation of nursing practice. West J Nurs Res. 1990; 12 (2): 229-40.
- 21- Howse E, Bailey J. Resistance to documentation-a nursing research issue. Int J Nurs Stud. 1992; 29 (4): 371-80.
- 22- Mahroghi M, Safayi H, Golafrooz M, Behnam HR. Study of the Nursing Performans in Recording the Nurse Reports in Sabzevar Hospitals in 2002. Beyhagh. 2004(1,2):28-36[Persian]
- 23- Darmer MR, Ankersen L, Nielsen BG, Landberger G, Lippert E, Egerod I. The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. Scand J Caring Sci. 2004; 18 (3): 325-32.
- 24- Balaghafari A, Siamian H, Aligolbandi K, Zakeezadeh M, Kahoei M, Yazdani Charati J, et al. A study on the rate of knowledge, attitude and practice of medical students towards method of medical records documentation at Mazandaran University of Medical Sciences Affiliated Therapeutic and Teaching Centers 2003. J Mazandaran Un Med Sci2005; 15 (49): 73-80. [Persian]

Evaluation of the Documentation Principles in Nurses at Research and Teaching Hospitals of Sabzevar University of Medical Sciences in 2013

Mahboobeh Mohebbi¹, Mahdi Golafruz², Fatemeh Borzooyi¹, Narjes Heshmati far^{1}*

1. MSc of Nursing, Student Research Committee, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
2. MSc of Nursing, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Corresponding Author: Narjes Heshmati far, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran (E-mail: nheshmatifar@yahoo.com)

(Received February 13, 2015 Accepted September 26, 2015)

Background and Aims: Recording and reporting are important tasks of every nurse. Recording medical information in the hospital documentations is, in fact, providing evidence of the activities performed by the medical team at hospital. The purpose of this study is to evaluate the nurses' compliance documentation principles in Sabzevar hospitals in 2013.

Materials and Methods: This descriptive study was committed on 96 records selected from the hospital general wards in 2013, using random sampling of a list included 37 items. Nurses' document status was assessed in terms of content and structure. Data were analyzed with version 16 of SPSS software.

Results: The findings of this study showed a 61/49% Compliance with documentation principles in three teaching hospitals in Sabzevar. The highest average recorded, was related to the recording of the acute changes (99/87), recording of the follow-up cases (93/85) and the lowest average was about recording of the intake and output (57/18) and recording of the activity and rest situations (50/15).

Conclusion: The study findings revealed serious deficiencies in data recording of nurses' reports. Accordingly, we need to provide solutions to improve the quality of these reports. It is recommended to provide properly-prepared functional instructions on proper way of reporting to nurses periodically and continually.

Keywords: Documentation, Recorded information, Nurse