مجله نوین سلامت
دوره سوم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۷، صفحه ۲۹-۲۴

NOVIN Health Journal

حسابرسی ثبت گزارش‌های پرستاری در بخش‌های عمومی و ویژه بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل

آرش رهبر (MD)[۱]، سیّد جلیل سیّدی اندی (PhD)[۲*]، شکوفه درخور (MSc)[۳]، حوریه یوسفی روشن (MSc)[۳]
ندا احمدزاده توری (MSc)[۴]، بیژن احمدزاده توری (MSc)[۵]، همت قلی نیا آهنگر (MSc)[۶]

دریافت:۹۷/۲/۱ اصلاح: ۹۷/٤/۸ پذیرش: ۹۷/٤/۲۰

۱-کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۳- بیمارستان شهید یحیی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۴-دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵- معاونت توسعه مدیریت و منابع، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۶- پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
عنوان مکرری: حسابرسی ثبت گزارش‌های پرستاری...

چکیده

سابقه و هدف گزارش‌های پرستاران از مهم‌ترین مستندات قانونی نشان‌دهنده وضعیت عمومی بیماران است. گزارش‌های پرستاری باید کامل و دقیق باشد؛ چراکه در صورت متهم شدن به قصور، می‌توان به آن استناد کرد. پژوهش حاضر قصد دارد به حسابرسی ثبت گزارش‌های پرستاری در بخش‌های عمومی و ویژه بیمارستان شهید یحیی نژاد در دانشگاه علوم پزشکی بابل بپردازد..

مواد و روش: مطالعه حاضر، مقطعی و گذشته‌نگر است که با بررسی پرونده بیماران در بخش‌های عمومی و ویژه با استفاده از چک‌لیست اعتباربخشی وزارت بهداشت، جهت ارزیابی گزارش‌های پرستاری انجام شده است. جامعه آماری موردمطالعه شامل ۲۵۰ پرونده بیمار و گزارش پرستاری مربوط به ۱۲۴ پرستار، متشکل از ۱۰۵ نفر خانم و ۱۹ نفر آقا بودند.

یافته ها: نتایج حاصل نشان داد که میانگین نمرات گزارش‌ها در بین پرستاران ۳۸,۱۲±۵۴,۷۷ بود. پرستاران با مدرک کارشناسی ارشد به‌طور معناداری نمرات بیشتری از پرستاران با مدرک کارشناسی دریافت کردند (P=۰/۰۴۷). نتایج آزمون من-ویتنی نشان داد که نمرات گزارش‌های پرستاری در بین بخش‌های ویژه و عمومی (P=۰/۱۸۷) اختلاف معنی‌داری نداشت. کار آیی پرستاران باسابقه کاری زیر ۱۰ سال بیشتر از سایرین بود (P=۰/۰۰۱) خلاصه‌شده است

نتیجه گیری: به‌طورکلی رابطه سطح دانش، معلومات و دقت در گزارش‌نویسی مشهود است؛ لذا نقش آموزش باکیفیت و کمیت بالاتر در بهبود گزارش‌ها انکارناپذیر است. همچنین می‌توان به جایگزینی پرستاران باسابقه زیاد از طریق همکاران جوانشان اعتماد کرد.

واژه‌های کلیدی: گزارش پرستاری، حسابرسی، بیمارستان

مقدمه

پرستاران یکی از اولین مراقبت‌کننده‌های بیماران هستند و گزارش پرستاری به‌عنوان یکی از مهم‌ترین وظایف پرستاری است که می‌بایست روشن، دقیق و کامل باشد و شامل ثبت شرایط وضعیت عمومی یا مشکلات خاص بیمار باشد. زیرا ازنظر حقوقی، گزارش‌های ناقص و ضعیف، همواره باعث سوءظن و متهم شدن پرستاران در مراجع قانونی شده و عدم ثبت اقدامات در گزارش پرستاری به‌منزله عدم اجرا یا نارسایی در مراقبت پرستاری به شمار می‌رود (۱-۳). آمار کشورهای پیشرفته نشان می‌دهد که در ۷۴ درصد موارد، اشتباهات کادر مراقبت بهداشتی به مراجع قضایی گزارش‌شده است (۴). مستندات پرستاری ثبت مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان می‌باشد. هدف این ثبت و ضبط، تقویت دستگاه‌های مراقبت بهداشتی از طریق مراقبت استاندارد از بیماران است (۵). مستندات پرستاری می‌تواند برای اهداف دیگری مانند تضمین کیفیت، اهداف قانونی، برنامه‌ریزی بهداشتی، تخصیص منابع و توسعه و تحقیقات پرستاری مورداستفاده قرار گیرد (۶). برخی از قصورات در پرستاری، عدم ثبت صحیح مشاهدات، تغییرات

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

و ارزشیابی‌ها هست (۷). مستندات مناسب، یک جزء اساسی مراقبت از بیمار است، زیرا ارتباطات بین پزشکان، پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را تسهیل می‌کند که یک عنصر کلیدی در کیفیت مراقبت است (۱, ۵). مستندات پرستاری در هماهنگی و انسجام تلاش‌های تیمی، بهره‌مندی از دانش حرفه‌ای سایر کارکنان، بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده به بیمار، ارزیابی و تداوم مراقبت‌ها نقش اساسی داشته و امکان تشخیص سریع تغییر شرایط بیمار را فراهم می‌نمایند (۸). علیرغم کاربردهای فراوان ثبت در پرستاری، تحقیقات انجام‌گرفته در اکثر کشورها، حاکی از کیفیت پایین مستندات پرستاری می‌باشد (۱, ۸). در بررسی سیستماتیک گزارش‌های پرستاری نشان داده‌شده است که آن‌ها بدون انسجام، ناکافی، مبهم و ناقص ثبت می‌شوند و نیازهای بیماران ثبت نمی‌شود (۹). زمان قابل‌توجهی صرف نوشتن گزارش‌های، پرونده ناخوانا و اطلاعات نادرست یا ثبت‌نشده می‌شود که عامل اشتباهات پزشکی است که از نقایص عمده این سیستم محسوب می‌شود. در مطالعات نشان داده‌شده که تنها ۵۰ درصد گزارش‌های پرستاری، درست می‌باشد (۱۰, ۱۱). با توجه به نقش کلیدی مستندات پرستاری بر روند بهبودی بیمار و رفع مشکلات قضایی برای گروه درمان، شناسایی عوامل تأثیرگذار در این زمینه جهت برنامه‌ریزی‌های آتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار خواهد بود(۸). حسابرسی گزارش پرستاری یکی از ابزارهای ارزیابی کیفی و مراقبت پرستاری می‌باشد که اولین بار در سال ۱۹۱۸ در ایالت متحده صورت پذیرفت (۱۲). در یک مطالعه توصیفی کیفیت مستندات پرستاری در بخش‌های داخلی-جراحی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۲۰۰۹ توسط محجل اقدم و همکاران انجام گرفت و نشان داد که کیفیت مستندات پرستاری با نمره ۷۰٫۶ نسبتاً قابل‌قبول می‌باشد (۸). با توجه اهمیت گزارش پرستاری به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مدارک پزشکی و نقش گزارش‌های در استمرار مراقبت و همکاری بین بخشی و یک سند قانونی در مجامع قانونی مطالعه حاضر به حسابرسی ثبت گزارش‌های پرستاری در بخش‌های عمومی و ویژه بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی بابل پرداخته است

مواد و روش

مطالعه حاضر از نوع مقطعی و گذشته‌نگر است که با بررسی پرونده بیماران در بخش‌های ویژه و عمومی با استفاده از معیارهای چک‌لیست اعتباربخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد. این چک‌لیست اعتباربخشی، یک ابزار اندازه‌گیری معتبر و قابل‌اعتماد جهت ارزیابی گزارش‌های پرستاری در ایران است که شامل ۶۶ سؤال (بلی- خیر- موردی نبود) بوده است (۱۱). بر اساس فرمول‌های آماری و ریاضی، حداقل نمره موردنظر ۳۷ و حداکثر ۹۶ تعیین شده بود.

مکان پژوهش شامل ۱۲ بخش بالینی بیمارستان شهید یحیی نژاد بود که تمام پرونده‌های بیماران بستری در مدت‌زمان سه ماه از اول تیر تا اول مهر سال ۱۳۹۶ قرار گرفت. با توجه به اینکه مطالعات نشان دادند که در اغلب حسابرسی‌های بالینی یک بازه زمانی یک تا سه‌ماهه کافی است (۹). در بررسی ۲۵۰ پرونده، تمام گزارش‌های پرستاری مورد ارزیابی قرار گرفتند. پژوهشگران در روزهای متوالی غیر تعطیل و ساعاتی که با اوج کار پرستاری تداخل نداشته باشد، به بخش‌ها مراجعه نمودند. با توجه به تعداد ۲۵۰ پرونده موردبررسی و سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۵ درصد، ۱۲۴ گزارش پرستاری مورد بررسی قرار گرفت. به‌طوری‌که ۱۳ درصد این گزارش‌ها مربوط به بخش‌های ویژه و ۸۶ درصد آن مربوط به بخش‌های عمومی بوده‌اند. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با توجه به مقدار فراوانی و درصد گزارش‌ها صورت گرفت. جهت بررسی توافق درونی دو ارزیاب از آماره کاپا کوهن استفاده گردید که مقدار ۸۷٪ برای کل چک‌لیست به دست آمد. پس از تصویب طرح پژوهشی و کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی بابل، پژوهشگران با مراجعه به ریاست بیمارستان و کسب اجازه از ریاست، مترون و سرپرستاران با حفظ امانت و رعایت ملاحظات اخلاقی به بررسی پرونده‌ها بدون توجه به نام و امضای پرستار ثبت‌شده در پایان هر گزارش پرداختند. قبل از شروع جمع‌آوری داده‌ها به پرستاران بخش‌ها در خصوص پژوهش و روش بررسی و اهداف موردنظر اطلاع داده شد. ارزیابان در زمان‌های مستقل از هم در بخش‌ها حضور داشتند. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به حدنصاب گزارش پرستاری ادامه یافت. برای تجزیه‌وتحلیل آماری از نرم‌افزار آماری SPSS ورژن ۲۲ استفاده شد که از این طریق، فراوانی و درصد عبارات چک‌لیست محاسبه گردید. به این منظور از آمار توصیفی و استنباطی و آزمون‌های آماری فراوانی استفاده شد. مقدار P کمتر از ۰/۰۵ به‌عنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد کل پرستارانی که وارد مطالعه شدند، ۱۲۴ نفر بودند که از این تعداد ۱۰۵ نفر زن و ۱۹ نفر مرد بوده‌اند. ۱۱۹ نفر از پرستاران دارای مدرک کارشناسی و ۵ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. ۱۰۷ نفر از آن‌ها در بخش‌های عمومی شامل (داخلی، جراحی و روان‌پزشکی و...) و ۱۷ نفر نیز در بخش‌های مراقبت ویژه (آی سی یو و سی‌سی‌یو) شاغل بودند. ۵۶ نفر از پرستاران سن کمتر از ۳۰ سال و ۶۸ نفر از آنان سنی بیشتر یا مساوی ۳۰ سال داشتند. ۸۹ نفر از پرستاران سابقه کاری کمتر از ۱۰ سال و ۳۵ نفر از آن‌ها سابقه کاری بیشتر و یا مساوی ۱۰ سال داشتند. ۱۱۸ نفر از پرستاران شیفت‌های در گردش و ۶ نفر از آن‌ها شیفت‌های ثابت داشتند. نتایج حاصل از بررسی نمرات به‌دست‌آمده از چک‌لیست اعتباربخشی نشان داد که میانگین نمرات گزارش‌نویسی در بین پرستاران ۷۷/۵۰±۱۲/۳۸ بوده است (جدول ۱). با عنایت به اینکه حداقل نمره موردنظر ۳۷ و حداکثر ۹۶ تعیین‌شده بوده است. میانگین نمرات گزارش پرستاری در زنان ۷۹/۹۱ ±۹/۹۶ و در مردان ۶۴.۶۳±۱۶.۲۸ بوده است که اختلاف معنادار آماری داشته‌اند (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون من ویتنی نشان داد که نمرات گزارش پرستاری در بین افراد با مدرک کارشناسی ۷۷/۱۸ ±۱۲/۴۶ و در بین افراد با مدرک کارشناسی ارشد ۸۷±۴/۴۲ بوده است که اختلاف معنادار آماری داشته است (P=۰/۰۴۷). نتایج آزمون من ویتنی همچنین نشان داد که نمرات گزارش پرستاری حاصله از بخش‌های ویژه ۸۱/۴۷±۷/۱۲ و بخش‌های عمومی ۷۶.۹۶±۱۲.۹۴ بوده است که اختلاف معنادار آماری را نشان نداده است (P=۰/۱۸۷). نتیجه آزمون تعقیبی توکی نشان داد که کارایی افراد در بخش جراحی (مردان وزنان) به‌طور معنی‌داری کمتر از سایر بخش‌ها (روان‌پزشکی p=۰/۰۰۱، داخلی p=۰/۰۱۵، مراقبت‌های ویژه P=۰/۰۰۷) بود اما سایر بخش‌ها با یکدیگر اختلاف معناداری نشان ندادند. کارایی افراد زیر ۳۰ سال با میانگین نمرات ۷۹/۷۱±۱۱/۸۴ بیشتر از افراد بالای ۳۰ سال با میانگین نمرات ۷۵/۸۱±۱۲/۶۲ نشان داد ولی این اختلاف دارای سطح معنی‌داری نبوده است (P=۰/۰۸). کارایی افراد باسابقه کاری زیر ۱۰ سال با میانگین نمرات

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

۷۹/۸۹±۱۰/۹۶ به‌طور معنی‌داری بیشتر از افراد باسابقه کاری بالای ۱۰ سال با میانگین نمرات ۷۱/۶۹±۱۳/۹۲ بوده است (P<۰/۰۰۱). نمرات گزارش پرستاری در بین شیفت ثابت و گردشی تفاوت معناداری نداشته است (P=۰/۶۴۸).

جدول ۱. نمرات میانگین و انحراف معیار گزارش‌های پرستاری بر اساس متغیرهای موردبررسی

متغیر		تعداد	میانگین نمرات گزارش‌نویسی به درصد	مقدار پی
جنسیت	زن	۱۰۵	۷۹/۹۱ ±۹/۹۶	۰/۰۰۱
	مرد	۱۹	۶۴/۶۳±۱۶/۲۸	
شیفت کاری	ثابت	۶	۷۹/۸۳±۷/۷۰	۰/۶۴۸
	در گردش	۱۱۸	۷۷/۴۶±۱۲/۵۸	
تحصیلات	کارشناسی	۱۱۹	۷۷/۱۸ ±۱۲/۴۶	۰/۰۴۷
	کارشناسی ارشد	۵	۴±۸۷/۴۲	
بخش محل کار	ویژه	۱۷	۸۱/۴۷±۷/۱۲	۰/۱۸۷
	عمومی	۱۰۷	۷۶/۹۶±۱۲/۹۴	
سن	زیر ۳۰ سال	۵۶	۷۹/۷۱±۱۱/۸۴	۰/۰۸
	بالای ۳۰ سال	۶۸	۷۵/۸۱±۱۲/۶۲	
سابقه کار	زیر ۱۰ سال	۸۹	۷۹/۸۹±۱۰/۹۶	۰/۰۰۱
	بالای ۱۰ سال	۳۵	۷۱/۶۹±۱۳/۹۲	

بحث و نتیجه گیری

میانگین نمرات گزارش‌نویسی پرستاران در کل بیمارستان ۱۲/۳۸± ۷۷/۵ بوده است که اختلاف معنادار آماری در نمرات گزارش‌نویسی بین بخش‌های ویژه و عمومی وجود نداشته است. این یافته در تضاد با نتایج حاصل از مطالعه احمدی (۱۳)، قصابی (۱۴) و جاسمی (۸) است. در مطالعه احمدی در تهران، قصابی در کاشان و جاسمی در تبریز، وضعیت گزارش‌های پرستاری در بخش‌های ویژه، وضعیت مطلوب‌تری نسبت به بخش‌های عمومی داشتند. در بین بخش‌های بررسی‌شده، کمترین نمرات گزارش‌نویسی مربوط به بخش‌های جراحی مردان و جراحی زنان بوده است که ازجمله عوامل مؤثر بر کیفیت مستندات می‌توان به کثرت بیماران و ضریب اشغال تخت بالا، تشخیص‌های متنوع‌تر، تردد در اتاق عمل و موارد اورژانسی را ذکر نمود که این یافته با پژوهش‌های جاسمی و همکاران در تبریز (۸) ، حنیفی و محمدی در زنجان (۱۵)، Cheevakasemsook و همکاران در تایلند (۱۶)، Björvell و همکارانش در سوئد (۱۷) مطابقت دارد. احمدی نیز در مطالعه خود به رابطه بین کیفیت مستندات و نوع بخش اشاره‌کرده است. در این پژوهش، شیفت پرستاران تأثیری در نمرات گزارش پرستاری نداشته است که بامطالعه احمدی همسو بوده ولی بامطالعه‌های قصابی (۱۴) و خدام (۱۸) همخوانی ندارد. در مورد رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی واحدهای موردپژوهش و نمرات گزارش‌نویسی، نتایج نشان داد که جنس، تحصیلات و سابقه کار با نمرات گزارش‌نویسی ارتباط معنادار آماری دارد و با افزایش سابقه کار، کیفیت و نمرات گزارش‌ها، کمتر می‌باشد که همسو بامطالعه جاسمی است. مطالعه‌ای که حلاج پور به‌عنوان پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد خود در تهران انجام داد، نیز مؤید این مطلب است (۱۹). رابطه معکوس نمرات باسابقه را شاید بتوان به فاصله بین زمان تحصیل، فرسودگی جسمی–روانی در پرستاران و تأثیر افزایش سنوات خدمت دانست. البته لازم به ذکر است که این نتیجه با یافته‌های حاصل از مطالعه احمدی (۱۳) و پژوهش عسکری(۲۰) مغایرت دارد. با توجه به اهمیت ثبت گزارش‌های پرستاری در بهبود کمیت و کیفیت ارائه خدمات پرستاری و نقش آن در دفاع از حقوق بیماران و پرستاران و از سوی دیگر افزایش آگاهی مردم در پیگیری حقوق و مطالبات خودشان در مراجع قانونی و همچنین افزایش آمار پرونده‌های قضایی مربوط به پزشکان و پرستاران، تشکیل چنین کمیته‌ای در بیمارستان‌ها بیش از بیش مطرح می‌شود. اقدامات فوق، دیر یا زود مسئولین بیمارستان، پزشکان و پرستاران را وادار به ثبت صحیح گزارش پرستاری و حتی پزشکی خواهد نمود (۱۵). Tapp عوامل تسریع‌کننده ثبت را موردبررسی قرار داده و علل اُفت کمیت و کیفیت ثبت را چنین بیان می‌کند: نداشتن زمان کافی برای ثبت، کار زیاد، اولویت دادن به مراقبت تا ثبت آن، نداشتن مکانی برای نوشتن و فکر کردن، وجود فرمهای اضافی، عدم آشنایی با اصطلاحات، عدم کنترل کیفی پرستاران از طریق ثبت (۲۱). همین‌طور نتیجه پژوهش حنیفی (۱۵) نشان داد که پرستاران، بیشتر تمایل به اجرای مراقبت پرستاری دارند تا ثبت اقدامات انجام‌شده (۱۵). در پژوهش شیخ پور خانی ۲۲ (۲۳) به این نکته اشاره شد که پرستارانی که دوره آموزشی گزارش‌نویسی را گذرانده بودند، دارای میانگین نمره دانش بالاتری نسبت به پرستارانی که این دوره را طی نکردند، بودند (۲۲). Darmer هم در پژوهش خود این یافته را تائید می‌کند (۲۳). حنیفی در مصاحبه انجام‌شده با پرستاران، مهم‌ترین علت ضعف در گزارش‌نویسی را عدم کنترل و نظارت بر کیفیت ثبت مطرح کرد (۱۵). از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به حجم کم نمونه و نیز مطالعه در یک بیمارستان اشاره کرد.

به‌طورکلی از یافته‌های مطالعه حاضر برمی‌آید که با توجه به اهمیت ثبت گزارش صحیح و اصولی توسط پرستاران، بهتر است تمهیدات ویژه‌ای جهت آموزش باکیفیت و کمیت بالاتر و نیز مداخلات خاص مدیریتی و نظارتی بر نگارش صحیح گزارش‌های پرستاری اندیشیده شود. همچنین می‌توان به جایگزینی پرستاران باسابقه زیاد از طریق همکاران جوان که روزآمدتر هستند، اعتماد کرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، حاصل طرح پژوهشی است که در دانشگاه علوم پزشکی بابل با کد ۴۶۱۰ و نیز کد اخلاق MUBABAOL.HRI.REC.1396.48 به تصویب رسیده است. پژوهشگران از معاونت محترم پژوهشی، کلیه پرستاران و سرپرستاران ارجمند، تشکر و قدردانی می‌نمایند

تعارض منافع

در این مطالعه هیچ تعارض منافعی وجود ندارد.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

References

1.A Alkouri O, J Alkhatib A, Kawafhah M. Importance And Implementation Of Nursing Documentation: Review Study. European Scientific Journal, ESJ. 2016;12(3):101-6.

2.Ghamari-Zareh Z, Anoosheh M, Vanaki Z, Hagi Zadeh E. The effect of peer review evaluation on quality of nurse's performance and patient's satisfaction. Iran Journal of Nursing. 2010;22(62):8-21.

3.Abbas Zadeh A,Boehani F, Abbasi M. Spiritual health, a model for use in nursing. Medical Ethics Journal. 2014;8(30):57-76.

4.Aghdam ARM, Jasemi M, Rahmani A. Quality of nursing documents in medical-surgical wards of teaching hospitals related to Tabriz University of Medical Sciences. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2009;14(2):45-50.

5.Mohammadi Firouzeh M, Jafarjalal E, Emamzadeh Ghasemi HS, Bahrani N, Sardashti S. Evaluation of vocal-electronic nursing documentation: A comparison study in Iran. Informatics for Health and Social Care. 2017;42(3):250-60.

6.Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. Journal of advanced nursing. 2011;67(9):1858-75.

7.Nouhi E, Dehbanizadeh A, Zoladl M, Saeedi K, Paghan A. Error Reporting among Nurses Working at Yasuj Shahid Beheshti Hospital in 2014. Iran Journal of Nursing. 2016;29(101):33-42.

8.Jasemi M, Mohajal Aghdam A, Rahmani A, Abdollahzadeh F, Zamanzadeh V. Assessing quality of nursing documentations and effective factors on it in medical-surgical units. Quarterly Journal of Nursing Management. 2012;1(3):37-45.

9.Instefjord MH, Aasekjær K, Espehaug B, Graverholt B. Assessment of quality in psychiatric nursing documentation–a clinical audit. BMC nursing. 2014;13(1):32.

10.Oroviogoicoechea C, Elliott B, Watson R. Evaluating information systems in nursing. Journal of Clinical Nursing. 2008;17(5):567-75.

11.Yousefi M, Abed Saeedi Z, Maleki M, Sarbakhsh P. Frequency and causes of medication errors of nurses in different shift works in educational hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery. 2014;24(86):27-34.

12.Valença CN, de Azevêdo LMN, de Oliveira AG, de Medeiros SSA, Malveira FAS, Germano RM. The scientific literature on audit and quality of nursing records. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2013;5(5):69-76.

13.Ahmadi F, editor Assessing quality of nursing records for patients hospitalized in selective hospitals in Tehran provenience. Proceeding Congress of the Law and Regulation in Nursing Profession; 1999.

14.Mohammad Ghasaby M, Masudi Alavi N. Quality and barriers against nursing documentation in Kashan Shahid Beheshti Hospital (2011). Modern Care Journal. 2012;9(4):336-43.

15.Hanifi N, Mohamadi E. Survey of causes of faculty nursing documentation. Journal of hayat. 2004;10(2):39-46.

16.Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. The study of nursing documentation complexities. International journal of nursing practice. 2003;12(6):366-74.

17.Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. Scandinavian journal of caring sciences. 2002;16(1):34-42.

18.Khoddam H, Sanagoo A, Joibary L. Effectiveness of continual education on quality of nursing records. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2001;3(2):65-9.

19Hallajpour M. Comparison of quality of nursing records in general and surgical wards - MSc. thesis in Nursing. Tehran:Tarbiat Modarres University. 1996.

20.Askari MH, Kahouei M. Survey of the quality of nursing practice of documentation to determine their

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

training needs and providing them with a program of quality promotion. 2004.

21.Tapp RA. Inhibitors and facilitators to documentation of nursing practice. Western journal of nursing research. 1990;12(2):229-40.

22.Sheykhpourkhani M, Haghdoust AA. Relationship between nurse's knowledge and practice regarding the principles of nursing documentation among nurses affiliated to Kerman Medical University hospitals. Iranian Journal of Nursing Research. 2010;5(18):51-7.

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. Scandinavian journal of caring sciences. 2004;18(3):325-32.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

NOVIN Health Journal

Audit of Nursing Documentation Reports in Intensive and General Wards of Medical Education Center of Shahid Yahyanezhad

Arash Rahbar (MD)[1], Seyed Jalil Seyedi-Andi (PhD)[2]*, Shekofeh Darkhor (MSc)[3]
Horiyeh Yosefi Roshan (MSc)[3], Neda Ahmadzadeh Tori (MSc)[4]
Bizhan Ahmadzadeh Tori (MSc)[5], Hemat Gholini Ahangar (MSc)[6]

Received: 21 April 2018 **Revised: 29 June 2018** **Accepted: 11 July 2018**

Abstract

Background and Objective: Nursing reports is one of the most important legal documents that representthe general condition of patients. Nursing reports should be complete and precise; because you can rely on the time of accusation on. In this survey, we want to audit the nursing reports in intensive and general wards.

Methods: This survey is cross-sectional which asses the patient's case in general and intensive wards with an evaluated checklist of health ministry. Our survey includes 250 patient's case and nursing reports of 124 nurse consist of 105 women and 19 men.

Findings: This survey showed that the mean score of reports was 54.77±38.12. Nurses with a master degree were significantly higher scores than nurses with a bachelor degree (P=0.047). Mann-Whithney exam results showed no significant difference between general and intensive wards (P=0.187). The nurse's efficacy with experience less than 10years was more than others (P=0.001).

Conclusion: In general the relationship between education level and precision is obvious so the role of education with higher quality was undeniable, although we can trust younger nurses.

1. Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
2. Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences. Babol, Iran
3. Shahid Yahyanezhad Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
4. School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Deputy of Development and Resources management, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
6. Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Corresponding author: Seyed Jalil Seyedi-Andi
Address: Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences. Babol, Iran
Tel: +989111192535
Email: dr.seyedi1390@gmail.com

Keywords: Nursing reports, Audit, Hospital.

Please cite this article as: Rahbar A, Seyedi-Andi SJ, Darkhor S, Yosefi Roshan H, Ahmadzadeh Tori N, Ahmadzadeh Tori B, Gholini Ahangar H. Audit of Nursing Documentation Reports in Intensive and General Wards of Medical Education Center of Shahid Yahyanezhad. Novin Health J. 2018; 3(1): 24-9.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]