

## حسابرسی گزارش نویسی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی بابل

حوریه یوسفی روشن<sup>۱</sup>، منصوره زاغری تفرشی<sup>۲\*</sup>، منیژه نوریان<sup>۳</sup>، نزهت شاکری<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستار NICU، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> دکترای پرستاری، استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> مربی، دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
<sup>۴</sup> دکترای آمار زیستی، استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

■ نویسنده مسئول مکاتبات: منصوره زاغری تفرشی m.z.tafreshi@sbmu.ac.ir

### چکیده

**زمینه و هدف:** گزارش نویسی یکی از وظایف حرفه‌ای پرستاران بوده و ثبت گزارش‌ها در پرونده به عنوان یکی از مهمترین مدارک پزشکی مورد توجه همه مراکز بهداشتی درمانی است. در واقع گزارش نویسی انعکاس دهنده مراقبت‌های انجام شده بیمار می‌باشد. هدف از این مطالعه حسابرسی گزارش نویسی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل در سال ۱۳۹۱ بود.

**مواد و روش‌ها:** تحقیق حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی است. در این پژوهش، ۴۰۰ گزارش، از دو بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان دو بیمارستان، با روش نمونه‌گیری زمانی انتخاب شد. داده‌ها با استفاده از فهرست واریسی که با توجه به اصول استاندارد و شاخص‌های گزارش نویسی پرستاری موجود در منابع معتبر داخلی و خارجی توسط محقق (در سه قسمت نادرست = صفر، نسبتاً درست = یک و درست = دو) تهیه و تدوین شده و پس از تعیین شاخص روایی محتوا و پایایی (ضریب توافق مشاهده گرها)، جمع‌آوری و مورد مقایسه قرار گرفت. ابتدا امتیاز کسب شده گزارش پرستاران در هر قسمت محاسبه و سپس نمره کل هر فهرست واریسی بصورت درصد محاسبه شده و در سه گروه غیر قابل قبول (نمره صفر تا ۴۹ درصد)، نسبتاً قابل قبول (۵۰ تا ۷۴ درصد) و قابل قبول (۷۵ تا ۱۰۰ درصد) قرار گرفت.

**یافته‌ها:** تعداد کل پرستاران شاغل در بخش NICU دو بیمارستان ۵۶ نفر بوده، که ۱۰۰ درصد آنها خانم و با مدرک کارشناسی پرستاری بودند. نتایج حاصل از بررسی ۴۰۰ نمونه گزارش پرستاری در پرونده‌های بخش‌های مورد پژوهش، نشان داد که در مقایسه با استانداردها، ۵۰/۷ درصد گزارش نویسی پرستاران درست (قابل قبول ۷۵-۱۰۰)، ۱۰/۲۶ درصد نسبتاً درست (نسبتاً قابل قبول ۵۰-۷۴) و ۳۹/۰۴ درصد نیز نادرست (غیرقابل قبول ۰-۴۹) بوده است.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که پرستارانی که در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان مشغول به کار می‌باشند نیاز به آموزش بیشتری در زمینه اصول گزارش نویسی و استانداردهای آن و همچنین مداخلات خاص نظارتی و مدیریتی جهت کاهش خطاهای گزارش نویسی دارند.

**کلمات کلیدی:** گزارش نویسی، پرستاری، حسابرسی، مراقبت‌های ویژه نوزادان.

نداشتن شرح وظایف تعریف شده و با محدوده و مرزهای مشخص، نداشتن دستورالعمل‌های ساده، روشن و قابل اجرا در تمام محیط‌های درمانی با امکانات متفاوت و نبود سیستم کنترلی مستمر از طریق مدیران پرستاری بر نحوه ثبت‌ها و گزارشات پرستاری، می‌تواند سر منشأ بسیاری از خطاهای پرستاری، سهل انگاری‌ها و ضعف در ثبت‌ها و گزارشات پرستاری باشد (Malloch, 2007). هر چه بخشی که پرستاران در آن کار می‌کنند تخصصی‌تر باشد گزارش پرستاری نیز باید دقیق‌تر نوشته شود یعنی هرچه حساسیت بالاتر باشد نیاز به ورود اطلاعات در گزارش نیز بیشتر، و در فواصل زمانی کوتاه‌تر است و از آن جا که حساسیت در بخش ویژه نوزادان بسیار بالاست، انتظار می‌رود مراقبت‌ها به صورت مستمر و مکرر در تمام مراحل از جمله بررسی نوزاد، مداخلات و پایش و پاسخ به درمان و بازدهی ثبت شود (Tornvall, et al., 2007). پرستاران بخش ویژه نوزادان (NICU) باید توانایی ثبت بهترین گزارش پرستاری را داشته باشند، گزارشی که نشان دهنده یک مراقبت کامل و صحیح بوده و نشان دهد کلیه اقدامات پرستاری استاندارد و قابل قبول است (Cartwright-Vanzant, 2010). فرآیند پرستاری به عنوان استاندارد عملی برای کار پرستاران به شمار می‌رود (Amante, et al, ۲۰۱۰)، Brunner, et al (۲۰۱۰) و Timby (۲۰۰۹) این استاندارد عملی را جوهره پرستاری می‌دانند و معتقدند روشی متفکرانه برای حل مشکلات و رفع نیازهای بیمار و مراقبت از اوست. فرآیند پرستاری آمیزه‌ای از مهارت‌های شناختی، بین فردی، اخلاقی و قانونی است (Taylor, 2011) و سبب می‌شود ارائه مراقبت‌های پرستاری از روش سنتی به سمت روش‌های علمی و بیمار محور پیش رود (Fawcett, et al., 2005). برای بررسی عملکرد افراد و میزان تطابق آن با استانداردها روش‌هایی وجود دارد که مهمترین آن‌ها همیزی یا حسابرسی است. با توجه به مطالب فوق و اهمیت گزارش پرستاری واضح است که ثبت نقش حیاتی دارد، چرا که در اغلب موارد سیر دارو و درمان بیمار بر اساس ثبت پرستاری تنظیم میگردد. عدم آشنایی و دقت گروه پرستاری در ثبت صحیح می‌تواند همان طور که اشاره شد به زیان بیمار و هم به زیان پرستار باشد. با در نظر گرفتن این که ثبت و گزارش نویسی نادرست در بخش ویژه نوزادان یکی از جنبه‌های مهم و مشکل آفرین در امر مراقبت از نوزادان است و گزارش نویسی صحیح یکی از وظایف مهم پرستار می‌باشد، این مطالعه به حسابرسی گزارش نویسی پرستاران بخش ویژه نوزادان بر اساس استانداردهای موجود و بررسی میزان عدم تطابق با استانداردها پرداخته است.

گزارش نویسی بخش مهم و لازمه کار پرستار و جنبه اساسی از عملکرد وی می‌باشد (Perry and Potter, 2006). مطالعات نشان داده که پرستاران حدود ۳۸ درصد کل وقت کاری خود را صرف نوشتن گزارش پرستاری می‌نمایند (Clancy, et al., 2006). ثبت مراقبت‌های پرستاری نشانه آرایه مراقبت و کیفیت آن است. بنابراین هرگونه نارسایی در آن مبین آرایه ناکافی به بیمار می‌باشد (Hanifi and Mohamadi, 2004). نتایج پژوهش آبراهام نشان داده که گزارش نویسی ضعیف یکی از دلایل نارسایی در مراقبت پرستاری می‌باشد (Abraham, 2003). با توجه به اینکه پرونده پزشکی حاوی مطالب مهم و اساسی درباره مراقبت از بیمار در یک مرکز بهداشتی و درمانی است، باید بر اساس یک روش زمان بندی شده نوشته شود و شامل اطلاعات کافی برای شناسایی بیمار، تشخیص یا دلیل انجام مراقبت بهداشتی، توجیه درمان و ثبت صحیح نتایج باشد. مدارک پزشکی بعنوان سرمایه‌های غنی علم پزشکی در بیمارستان‌ها وجود دارند (Ahmadi, et al., 2003).

داشتن اطلاعات و دسترسی به موقع به آن در نظام بهداشت و درمان، مایه پیشرفت و بقای سازمانی و بزرگترین عامل موفقیت است. پرونده بیمار اعم از پرونده دستی یا کامپیوتری، محل تمرکز و مخزن اطلاعات بهداشتی و درمانی است و باید تمام مراحل مراقبت بیمار را به خوبی توصیف و معرفی نماید (Moradi, 2002). ثبت دقیق پرونده‌های بیمارستانی اهمیت زیادی داشته و اگر از آن غفلت شود می‌تواند علاوه بر اینکه تبعات قانونی برای تیم پزشکی داشته باشد، منجر به کندی روند تحقیقاتی و پژوهشی در مقوله‌های بیمارستانی گردد. باید توجه کرد که ثبت ناقص مستندات علاوه بر دو مشکل مطرح شده می‌تواند منجر به کسورات بیمه‌ای و تبعات مالی نیز گردد، که در مطالعات مختلفی به آن استناد شده است (Tavakoli, et al., 2006). یکی از علل عملکرد ضعیف پرستاران در ثبت گزارش کتبی ناشی از این است که معمولاً پرستارانی که گزارش پرستاری را می‌نویسند خود مراقبت از بیمار را انجام نمی‌دهند. در این رابطه Cheevakasemsook, et al (۲۰۰۶) می‌نویسد موانعی بر سر راه گزارش نویسی موثر پرستاران وجود دارد که شامل کمبود پرسنل، کمبود وقت، نداشتن مهارت کافی، کمبود انگیزه، نظارت ناکافی بر عملکرد و ارزش قائل نشدن پرسنل مراقبتی درمانی بخصوص پزشکان برای گزارش پرستاران می‌باشد. به نظر می‌رسد که یک دلیل عمده ضعف در ثبت‌ها و گزارش نویسی پرستاران، فقدان یک راهنمای عملکردی مناسب است. نداشتن استانداردهای مراقبتی مناسب و منطبق با محیط‌های درمانی،

## مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی از نوع مقطعی است که با هدف بررسی وضعیت ثبت و گزارش نویسی و مقایسه آن با استانداردهای گزارش نویسی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل سال ۱۳۹۱ انجام شده است. جهت بررسی وضعیت موجود بر اساس اصول استاندارد گزارش نویسی و شاخص‌های یک گزارش علمی پرستاری، برگه مشاهده<sup>۱</sup> جهت بررسی نحوه گزارش نویسی تهیه و تدوین گردید، این فهرست واری (Checklist) شامل ۴۹ گویه و نمره کل آن ۱۴۷ بود و با مقیاس درست (۲)، نسبتاً درست (۱) و نادرست (۰) سنجیده می‌شد. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری زمانی (Time Sampling) استفاده شد به این صورت که در سه ماه متوالی روزهای اول، دهم و بیستم هر ماه جهت کاهش تکراری شدن نمونه‌ها و تنوع در گزارش‌های پرستاران، در سه شیفت صبح و عصر و شب (بخش‌های NICU) دو بیمارستان مورد نظر برای کلیه پرونده‌های نوزادان بستری در روزهای تعیین شده به عمل آمد. نتیجه مشاهدات به صورت انتخاب گزینه‌های فهرست واری در ۴۰۰ گزارش پرستاری توسط پژوهشگر ثبت و مورد حسابرسی قرار گرفت. با توجه به مقدار فراوانی و درصد گزارش‌ها، نمره کل گزارش نویسی پرستاران در بخش مراقبت ویژه نوزادان (از ۰ تا ۱۰۰) و در سه گروه نادرست (۰ تا ۴۹)، نسبتاً درست (۵۰ تا ۷۴) و درست (۷۵ تا ۱۰۰) محاسبه شد.

## یافته‌ها

تمام پرستاران شاغل در بخش‌های راقبت‌های ویژه نوزادان مورد بررسی خانم و دارای مدرک کارشناسی پرستاری بودند. شایان ذکر است تعداد کل پرستاران شاغل در بخش NICU دو بیمارستان ۵۶ نفر بوده از این تعداد پرستار شاغل در این مراکز، شش نفر ( دو سرپرستار و چهار پرستاری که گزارش پرستاری نمی‌نوشتند) حذف شدند.

نتایج بررسی ۴۰۰ نمونه گزارش پرستاران بر اساس فهرست واری، نشان داد که درست ترین وضعیت ثبت، مربوط به موارد ثبت نام و نام خانوادگی نوزاد، ثبت مرکز ارجاع دهنده (اتاق عمل، بیمارستان دیگر، پذیرش مستقیم) و ثبت همه اطلاعات با خودکار (بدون استفاده از مداد) در گزارش پرستاری در تمام نمونه‌های گرفته شده که نیاز به ثبت این موارد بوده در ۱۰۰ درصد نمونه‌ها در گزارش پرستاری وارد به صورت صحیح وارد شده بود. رتبه‌های بعدی ثبت تاریخ تولد (۹۹/۵ درصد)، عدم استفاده از وسیله اصلاح کننده (۹۷/۵ درصد)، راه‌های تهاجمی

(۹۴/۰ درصد)، کنترل جذب و دفع (۹۳/۷ درصد)، تاریخ و ساعت ورود به بخش (۹۰/۱ درصد)، ثبت دلیل بستری شدن نوزاد (۹۰/۰ درصد)، وزن اولیه نوزاد (۸۶/۰ درصد)، گروه خونی (۸۳/۸ درصد)، وضعیت تغذیه (۷۸/۷ درصد) و وضعیت دفع (۷۸/۱ درصد)، امضا و مهر ثبت کننده (۷۴/۰ درصد) و مراقبت‌های لازم بر اساس تشخیص پرستاری (۷۳/۲ درصد) در گزارش پرستاران صحیح ثبت شده بود.

در مقابل نادرست ترین موارد ثبت مربوط به ثبت مستمر ارزیابی و کنترل درد نوزاد، ثبت فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی و کنترل دوز دارویی توسط پرستار، ثبت فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری و درج امضای هر دو کارشناس و ثبت انجام واکسیناسیون و فرد واکسیناتور و زمان و ساعت انجام آن و نوع واکسن در تمام نمونه‌های گرفته شده بود که در ۱۰۰ درصد نمونه‌ها اصلاً در گزارش پرستاری وارد نشده بود. در رتبه‌های بعدی ثبت نام فرد آموزش دهنده (۹۹/۴ درصد)، اقدامات جهت کنترل درد (۹۹/۰ درصد)، توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به والدین (۹۸/۱ درصد)، نام مادر بر روی برگه (۹۷/۹ درصد)، تعویض جای چست لیدها (۹۷/۶ درصد)، تست‌های غربالگری (۹۵/۶ درصد)، اقدامات ایمنی در برابر حوادث (۹۲/۰ درصد)، سن بارداری (۸۷/۲ درصد)، سطح اکسیژن شریانی (۸۱/۱ درصد)، ساعت و تاریخ انجام ویزیت (۸۱/۷ درصد)، واکنش نسبت به درمان (۶۸/۰ درصد) و تصحیح درست اشتباه در گزارش نویسی (۶۲/۱ درصد) در گزارش‌های پرستاری نادرست وارد شده بود و بقیه موارد در محدوده نسبتاً درست قرار داشت.

جدول ۱: توزیع فراوانی درصد متغیرهای جمعیت‌شناسی مربوط

به پرستاران شاغل در بخش‌های NICU بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهربابل در سال ۱۳۹۱

| متغیر جمعیت شناسی | فراوانی | درصد | متغیر جمعیت شناسی |             |
|-------------------|---------|------|-------------------|-------------|
|                   |         |      | سابقه (سال)       | بیشتر از ۱۰ |
| جمع               | ۵۰      | ۱۰۰  | کمتر از ۱۰        | ۸۰          |
| کلاس گزارش نویسی  | ۲۵      | ۵۰   | حضور یافته        | ۵۰          |
| جمع               | ۵۰      | ۱۰۰  | حضور نیافته       | ۵۰          |
| شیفت کاری         | ۴۵      | ۹۰   | در گردش           | ۱۰          |
| جمع               | ۵۰      | ۱۰۰  | ثابت              | ۱۰          |

**جدول ۲:** توزیع فراوانی میزان اجرای استانداردهای گزارش‌نویسی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل

| کل استانداردها | تعداد | درصد  |
|----------------|-------|-------|
| درست           | ۶۷۴۵  | ۵۰/۷  |
| ناقص           | ۱۳۶۶  | ۱۰/۲۶ |
| نادرست         | ۵۱۹۵  | ۳۹/۰۴ |
| جمع            | ۱۳۳۰۶ | ۱۰۰   |

بر اساس جدول فوق در مقایسه با استانداردها، ۵۰/۷ درصد گزارش‌نویسی پرستاران درست (قابل قبول ۷۵-۱۰۰)، ۱۰/۲۶ درصد نسبتاً درست (نسبتاً قابل قبول ۷۴-۵۰) و ۳۹/۰۴ درصد نیز نادرست (غیرقابل قبول ۴۹-۰) بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر با مقایسه وضعیت ثبت و گزارش‌نویسی پرستاری موجود در بخش ویژه نوزادان با استانداردهای گزارش‌نویسی در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی بابل نشان داده شد که میزان اجرای استانداردهای گزارش‌نویسی پرستاران در رابطه با فهرست واریسی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان ۴۹/۳ درصد در حد نسبتاً درست و نادرست قرار دارد. در مطالعه Rozitalab, et al (۲۰۰۷) در یاسوج، یافته‌ها نشان داد ۸۰ درصد از ثبت پرستاران کامل، ۱۸ درصد ناقص و ۲ درصد نیز ثبت نشده بود. در مطالعه Hector (2010) یافته‌ها نشان داد در بخش ویژه بررسی بیمار ۶۲/۶ درصد، تشخیص پرستاری ۵۳/۱ درصد، برنامه‌ریزی ۳۷/۱ درصد، اجرا ۷۲/۶ درصد و ارزیابی ۴۰/۵ درصد ثبت شده است که نشان دهنده گزارش‌نویسی ناکافی در ۴۸ ساعت اول پذیرش بیمار در بخش ویژه است.

مطالعه Paans, et al. (2010) نشان داد فقط ۲۸ درصد گزارش‌ها فرآیند پرستاری کامل داشتند. هم‌چنین بیش از ۵۰ درصد از اطلاعات پذیرش کامل بود و شامل تشخیص پزشکی و علت بستری بود. هم‌چنین بیش از ۵۰ درصد از گزارشات شامل ارزیابی‌های غیر ضروری و فقدان اطلاعات مرتبط بود. بیش از

۵۰ درصد از گزارشات مداخلات پرستاری مرتبط با تشخیص نبود و بیش از ۵۰ درصد هدف از مداخله پرستاری نامشخص بود. در مطالعه Hanifi and Mohamadi (۲۰۰۴) یافته‌ها نشان داد که ۱۷/۰۹ درصد از ثبت پرستاران در وضعیت مطلوب بوده و ۳۵/۸۱ درصد ثبت ناقص و ۴۸ درصد موارد ضروری را ثبت نکرده بودند. و در مطالعه Mashoufi, et al (۲۰۰۴) نیز متوسط ثبت کلی پرستار در پرونده پزشکی ۵۱/۲ درصد بود. نتایج مطالعه‌ای در کشور انگلستان نشان داد که ۸۳ درصد از پرونده‌های پزشکی از لحاظ مستند سازی علائم حیاتی و سیر بیماری که توسط پزشکان و پرستاران تکمیل می‌گردد، ناقص می‌باشد (anonymouse, 2008). Aud & Lee در پژوهش خود در سال ۲۰۰۶، کیفیت ثبت گزارش‌های پرستاری را در حد ضعیف گزارش کردند (Aud and Lee, 2006). در سال ۱۳۸۹ نیز در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی همدان نتایج مطالعه‌ای بر روی ۴۵۷ پرونده بیمارستانی نشان داد که هیچ یک از اوراق پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل نگردیده بود (Seyf Rabiei, et al., 2009).

### تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی است که در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی به تصویب رسیده است. پژوهشگران از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی که حمایت مالی نمودند و تمامی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تابعه‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که اجازه انجام پژوهش را دادند، تشکر و قدردانی می‌کنند. هم‌چنین از کلیه پرستاران بخش NICU بیمارستان روحانی و امیرکلا بابل، مربیان و مدیران پرستاری که در این پژوهش مشارکت نموده‌اند، سپاسگزاری می‌گردد. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از اساتید محترم گروه پرستاری دانشگاه بابل که در امر بازنگری فهرست واریسی بر اساس استانداردها، پژوهشگران را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

### REFERENCES

- Abraham A (2003) Poor systems and staffing problems led to poor patient outcomes. Professional nurse. 18 (10) 576-7.
- Ahmadi M, Asadi P and Jalali b (2003) [Medical Information Management.Tehran]. edition. Tehran, Jafari Press.(Persian)
- Amante L, Anders J, Meirelles B, Padilha M and Kletemberg D (2010) The interface between teaching of the nursing process and the application in professional practice. Revista Eletronica de Enfermagem. 12 (1) 201-207. (Portuguesa Abstract in English)
- anonymouse. "Incomplete medical records after surgery, Medical Journal of Australia" [on line]. <http://www.medicalnewstoday.com/releases/124305.php>. [Oct 2008 ].

- Aud M A and Lee J (2006) Introducing nursing students to quality assurance activities in skilled nursing facilities. *Journal of nursing care quality*. 21 (2) 121-3.
- Brunner L S, Suddarth D S and Boyer M J (2010) Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 12th edition. Philadelphia, Wolters Kluwer.
- Cartwright-Vanzant R C (2010) Medical record documentation: Legal aspects in neonatal nursing. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 10 (3) 134-137.
- Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K and Davies C (2006) The study of nursing documentation complexities. *International journal of nursing practice*. 12 (6) 366-74.
- Clancy T R, Delaney C W, Morrison B and Gunn J K (2006) The benefits of standardized nursing languages in complex adaptive systems such as hospitals. *The Journal of nursing administration*. 36 (9) 426-34.
- Fawcett J, Fawcett J A and evaluation of conceptual models of n (2005) *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2nd ed. edition. Philadelphia, F.A. Davis Co.(
- Hanifi N and Mohamadi E (2004) Survey of causes of faculty nursing documentation. *Hayat*. 10 (2) 39-46. (Persian)
- Hector D (2010). A retrospective analysis of nursing documentation in the intensive care units of an academic hospital in the Western Cape Stellenbosch: University of Stellenbosch.
- Malloch K (2007) The electronic health record: an essential tool for advancing patient safety. *Nursing outlook*. 55 (3) 159-61.
- Mashoufi M, Amani F, Rostami K and Mardi A (2004) Evaluating Information Record in the Ardabil Medical Sciences University, 2002. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 4 (1) 43-49. (Persian)
- Moradi G (2002) [New aspects of medical information management]. edition. Tehran, Vajeh Pardaz Press.(Persian)
- Paans W, Sermeus W, Nieweg R M and van der Schans C P (2010) Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*. 66 (11) 2481-9.
- Perry A G and Potter P A (2006) *Clinical nursing skills & techniques*. 6th ed. edition. St. Louis, Mo., Elsevier Mosby.
- Rozitalab M, Azimi S, Mobaraaki A and Mohebbi Z (2007) [Quality of nursing records in Imam Sajjad and Shahid Beheshti Hospitals of Yasooj]. *Dena, Quarterly Journal of Yasuj Faculty of Nursing And Midwifery*. 2 (3) 61-71.
- Seyf Rabiei M, Sedighi I, Mazdeh M, Dadras F, Shokouhi Solgi M and Moradi A (2009) [Study of hospital records registration in teaching hospitals of Hamadan University of Medical Sciences in 2009]. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services*. 16 (2) 45-49. (Persian)
- Tavakoli N, Saghaeean Nejad S, Rezayatmand M, Moshaveree M and Ghaderiee I (2006) [Hospital records documentation and medical insurance cuts]. *Health Information Management*. 3 (2) 53-61. (Persian)
- Taylor C (2011) *Fundamentals of nursing : the art and science of nursing care*. 7th edition. Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Timby B K (2009) *Fundamental nursing skills and concepts*. 9th edition. Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Tornvall E, Wahren L K and Wilhelmsson S (2007) Impact of primary care management on nursing documentation. *Journal of Nursing Management*. 15 (6) 634-42.

# Auditing NICU nursing documentation in hospitals of Babol University of Medical Sciences

Horieh Yosefi Roshan<sup>1</sup>, Mansoureh Zagheri Tafreshi<sup>2\*</sup>, Manijeh Noorian<sup>3</sup>, Nezhat Shakeri<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> NICU M.Sc student, Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Management Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid beheshti University of Medical Sciences

<sup>3</sup> Ph.D. Candidate in Nursing, Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Medical Sciences, School of Paramedical Sciences, Shahid beheshti University of Medical Sciences

■ Corresponding author: m.z.tafreshi@sbmu.ac.ir

## Abstract

**Background and aim:** Documentation is one of the nurses' professional tasks, which is an essential component of medical evidence and patient's record; it sounds that nothing can reflect the total amount of nursing care giving patients as documentation does. The aim of this study was to audit the nurses' documentation in NICU at hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences and health service, 2012.

**Method & Materials:** This study was a descriptive survey, 400 nursing documentations of the two NICUs of two hospitals of Babol University of Medical Sciences were selected through time sampling. The data were collected by a check list which was developed by the researcher in accordance with recent national and international standards of nursing documentation. The validity of the check list was assured by a panel of experts. Reliability was determined by inter rater method. Completeness of records was observed and scores as: not acceptable (0-49), somewhat acceptable (50-74) and acceptable (75-100).

**Findings:** The study indicated that 49.3% of nursing documents complied with standards of documentations. Which indicates a poor quality of documentation in NICUs of hospitals in this study.

**Conclusion:** Findings of the study showed that there is a need to educate Nurses in NICUs on documentation principles and more supervision and feedback by managers and leaders

**Keywords:** Documentation, Nursing, Auditing, NICU.