

مقایسه تأثیر آموزش گزارش نویسی بر مبنای تفکر نقادانه با آموزش روتین بر مهارت‌های ثبت گزارش پرستاران و ماماها در بیمارستان مبینی شهرستان سبزوار

مریضیه ترکمن نژاد سبزواری^۱، مریم خسروجردی^{۲*}، فاطمه عزیزی^۳

۱. کارشناس ارشد آموزش مامایی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار- سبزوار- ایران
۲. کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۳. کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۲۵
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۲۹

زمینه و هدف: گزارش نویسی، عمده‌ترین راه ارتباطی بین مراقبین بالینی، شامل پرستاران و ماماها می‌باشد. مطالعات نشان داده است که میزان خطاهای گزارش نویسی در ایران قابل توجه است و یکی از علل عمده آن آموزش‌های ناکافی در زمینه گزارش نویسی می‌باشد؛ از این رو آموزش گزارش نویسی می‌تواند عملکرد مراقبین بالینی در این زمینه را بهبود بخشد. هدف این مطالعه، مقایسه آموزش مهارت‌های گزارش نویسی بر مبنای تفکر نقادانه با روش روتین بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی دو گروهه قبل-بعد روی ۷۰ نفر از پرسنل پرستاری و مامایی انجام شد. در ابتدا روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بود. سپس نمونه‌ها با تخصیص تصادفی در گروه‌های تجربی و کنترل قرار گرفتند. مهارت‌های گزارش نویسی پرستاران و ماماها قبل و بعد از آموزش در سه نوبت مختلف با استفاده از چک‌لیست استاندارد وزارت بهداشت و درمان سنجیده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون t تست و رگرسیون خطی انجام شد.

یافته‌ها: مقایسه میانگین نمرات عملکرد پرستاران و ماماها در دو گروه آموزش روتین و آموزش با تفکر نقادانه، اختلاف معنی‌داری نشان داد ($P > 0/05$). در هر دو گروه، میانگین نمره عملکرد پرستاران در زمینه گزارش نویسی، اختلاف معنی‌داری قبل و بعد از آموزش نشان داد ($P < 0/001$) ولی میانگین نمرات در گروه تفکر انتقادی بالاتر بود. بین سابقه کار، رشته و مدرک تحصیلی و مهارت‌های گزارش نویسی، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: آموزش گزارش نویسی بر مبنای تفکر نقادانه مهارت‌های گزارش نویسی پرستاران و ماماها، مؤثرتر از آموزش‌های روتین درون‌بخشی می‌باشد.

کلیدواژه‌ها:

آموزش، گزارش پرستاری، تفکر نقادانه

۱. مقدمه

شرط اساسی ارائه خدمات درمانی با کیفیت، تلاش منسجم و هماهنگ اعضای گروه درمانی به صورت بیست و چهار ساعته و بدون وقفه است (۱). گزارش دهی، روش عمده ارتباطی مورد استفاده برای ارائه‌دهندگان مراقبت درمانی به منظور ارزیابی کیفیت، نوع و تداوم

مراقبت‌ها است (۲). هدف اولیه ثبت گزارش پرستاری، تسهیل ارتباط بین مراقبین و فراهم کردن شواهدی برای جوابگو شدن، تسهیل پژوهش و آموزش است (۳) ثبت پرستاری باید دربرگیرنده اطلاعات مربوط به بررسی‌های پرستاری، مشکلات بیمار، طرح مراقبتی، سیر پیشرفت روزانه، برنامه آموزشی و تریخیص باشد (۴). گزارش نویسی، بخش مهم و لازمه کار پرستار و جنبه اساسی از

* نویسنده مسئول: مریم خسروجردی
نشانی: معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

تلفن: ۰۹۱۵۷۱۴۴۱۷۵

رایانامه: maryamkhosrojerdi.1363.m1@gmail.com

شناسه ORCID: 0000-0001-8784-4422

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-3454-524X

شاغل در بخش‌های جراحی، داخلی زنان، پس از زایمان و بلوک زایمان و NICU بودند. نمونه پژوهش براساس مطالعه همتی مسلک پاک و همکاران با استفاده از فرمول زیر $n=70$ نفر برآورد شد (۱۱).

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (\delta_1^2 + \delta_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

معیار ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی، حداقل یک سال سابقه کار بالینی و رشته شغلی پرستاری و مامایی بود. معیار خروج از مطالعه، شرکت نکردن در جلسه آموزشی، نداشتن رضایت یا انصراف در طول مطالعه بود. مشارکت نداشتن در دوره آموزشی یا نداشتن رضایت برای بررسی گزارش‌نویسی، معیار خروج مشارکت‌کننده از مطالعه بود. ابزار مورد استفاده شامل پرسش‌نامه دموگرافیک فردی و چک‌لیست پایش و ارزیابی عملکرد پرستاران ابلاغی از وزارت بهداشت بود. این چک‌لیست شامل ۱۳ سؤال بود که آیتم‌های ضروری ثبت گزارش پرستاری در آن قید شده بود؛ شامل ساعت ورود و خروج بیمار، ساعت ویزیت، ساعت انتقال به بخش دیگر، ثبت دقیق دستورات دارویی، ساعت انجام آزمایش‌ها و اقدامات پاراکلینیک و ثبت ریبورت گزارش‌ها، بررسی وضعیت درد، روند مراقبت از بیمار، وضعیت تغذیه و درد، آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان، وضعیت ایمنی و حفاظت بیمار، ثبت صحیح دستورات تلفنی، نحوه اصلاح خطای گزارش‌نویسی، خوانا بودن، استفاده نکردن از واژه‌های مبهم و کلی در گزارش و مهر و امضا در انتهای گزارش بود. ارزیابی پرونده، طی سه بار بررسی شد و نمره‌دهی صورت گرفت. به این ترتیب که جمع نمرات چک‌لیست برابر با ۱۳ نمره بود که طی سه بار ارزیابی حداکثر نمره ۳۹ بود. اما برای تقسیم‌بندی نمرات چک‌لیست در اختیار ۵ نفر از استادان گروه پرستاری و ۳ نفر از مدیران خدمات پرستاری قرار گرفت و نمره کل طی سه بار ارزیابی به سه دسته تقسیم شد که نمرات (۱۶-۰) ضعیف، (۱۷-۲۹) متوسط و ($30 <$) خوب در نظر گرفته شد. به‌منظور تعیین پایایی نسخه چک‌لیست برای ۱۵ نفر پرستار و ماما تکمیل شد و سپس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی کل پرسش‌نامه تأیید شد ($\alpha=0.85$). روایی محتوا برای این پرسش‌نامه به دلیل انطباق با استانداردهای وزارتخانه انجام نشد. پرسش‌نامه مشخصات فردی شامل سؤالات سابقه کار، مدرک تحصیلی، بخش و سابقه آموزش قبلی در زمینه گزارش‌نویسی، نوع استخدام و رشته شغلی بود. ابتدا پرستاران و ماماها دارای معیار ورود به مطالعه، انتخاب شدند سپس با تخصیص تصادفی

عملکرد وی می‌باشد (۵). مشکلات ناشی از ناآگاهی و عملکرد ضعیف پرستاران باعث اشتباهاتی در گزارش‌نویسی می‌گردد؛ به‌طوری که مطالعات نشان داده است از هر چهار مورد غفلت شغلی اتفاق افتاده در مراقبت از مددجو یک مورد مربوط به اشتباهاتی است که در گزارش‌نویسی پرستاری وجود دارد (۶). در مطالعه زابلی‌پور و همکاران که با هدف بررسی گزارش‌نویسی پرستاران در یاسوج انجام شد ۲۶ درصد پرستاران، ثبت ناقص گزارش پرستاری داشتند (۷). در این خصوص، آبراهام و همکاران بیان کردند که گزارش‌نویسی ضعیف، یکی از دلایل نارسایی در مراقبت پرستاری می‌باشد (۸). گزارش‌نویسی استاندارد در پرستاری، شامل ثبت گزارش بدو ورود، ثبت اطلاعات و اقدامات بالینی حین بستری، انتقال، ثبت اطلاعات پاراکلینیک و ثبت زمان صحیح می‌باشد (۹). یکی از علل عمده خطاها و ثبت نشدن صحیح گزارش پرستاری، مشکلات آموزشی می‌باشد (۱۰). پژوهش همتی و همکاران با عنوان «تأثیر آموزش گزارش‌نویسی مشکل‌مدار بر ویژگی‌های گزارش پرستاری» نشان داد که می‌توان با رویکردهای آموزشی فعال، مهارت گزارش‌نویسی را در پرستاران افزایش داد. در این مطالعه، روش گزارش‌نویسی مشکل‌مدار تأثیر مثبتی بر ویژگی‌های گزارش پرستاری داشت (۱۱). همچنین در پژوهش غضنفری و همکاران با عنوان «دانش و عملکرد پرستاران در زمینه اصول گزارش‌نویسی پرستاری» نیز نشان داد که بین گذراندن دوره گزارش‌نویسی پرستاری و دانش پرستاران، ارتباط معناداری مشاهده گردید؛ به‌طوری که میانگین مرتبه دانش پرستارانی که دوره دیده بودند بیش از پرستارانی بود که این دوره را نگذرانده بودند (۱۲). با توجه به اهمیت گزارش‌های پرستاری، واضح است که ثبت گزارش نقش مهمی دارد؛ زیرا در اغلب موارد، سیر مراقبت و درمان بیمار براساس ثبت گزارش پرستاری تنظیم می‌گردد. آموزش گزارش‌نویسی به مراقبین بالینی عموماً به‌صورت یک‌بار در سال با رویکرد سخنرانی انجام می‌شود. با این وجود همچنان خطاهای گزارش‌نویسی در پرستاران ۳۵ تا ۸۰ درصد بیان شده است (۱۲). تفکر نقادانه به‌عنوان رویکرد آموزشی فراگیر محور می‌تواند ذهن آگاهی نسبت به ثبت گزارش را افزایش دهد. در این راستا مطالعه‌ای با رویکرد تفکر نقادانه در زمینه ثبت صحیح اقدامات پرستاری ضروری بود تا بتوان با توجه به نتایج به‌دست‌آمده راهکارهای مناسب در این زمینه را ارائه داد.

۲. مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه تجربی با طرح دو گروه قبل-بعد، در مرکز آموزشی خدمات درمانی تک‌تخصصی مبینی شهرستان سبزوار در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه پژوهش، کلیه ماماها و پرستاران

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS21 استفاده شد و از آزمون‌های آماری T تست و رگرسیون خطی به ترتیب برای مقایسه میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله و ارتباط نمرات با متغیرهای دموگرافیک استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

۳. یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه ۷۰ نفر بودند که ۵۱/۴۳ درصد (۳۶ نفر) پرستار و ۴۸/۵۷ درصد (۳۴ نفر) ماما بودند. از نظر تحصیلات ۹۸/۵ (۶۹ نفر) درصد مدرک کارشناسی و ۱/۵ درصد کارشناس ارشد بودند. میانگین سابقه کار مشارکت‌کنندگان ۹۶/۸ ماه (۸ سال) و حداکثر سابقه کار ۲۳ سال و حداقل یک سال بود. تمامی مشارکت‌کنندگان، سابقه آموزش کلاسیک قبلی در خصوص گزارش نویسی نداشتند.

میانگین نمره گزارش نویسی پیش از مداخله در گروه تجربی ۲۹/۰۲ ± ۰/۳۷ بود که پس از مداخله به ۳۲/۲۵ ± ۰/۵۴ رسید و اختلاف نمرات قبل و بعد با استفاده از t تست معنی‌دار بود (P < ۰.۰۰۱) (جدول ۱). میانگین نمره گزارش نویسی قبل از مداخله در گروه کنترل ۲۸/۶ ± ۰/۴۸ بود که پس از مداخله به ۲۹/۳۱ ± ۰/۴۹ رسید و اختلاف نمرات قبل و بعد با استفاده از t تست معنی‌دار بود (P < ۰.۰۰۱) (جدول ۲).

مقایسه تأثیر آموزش در دو گروه تجربی و کنترل با استفاده از آزمون آنکووا تفاوت معنی‌داری داشت (P < ۰/۰۰۰۱) (جدول ۲).

بررسی بیشتر با استفاده از رگرسیون خطی، در خصوص تأثیر متغیرهای بخش، سابقه و رشته تحصیلی، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد (جدول ۳).

با استفاده از بلوک‌های جایگشتی در دو گروه تجربی و کنترل قرار گرفتند. مطالعه بعد از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق پزشکی با شماره IR.mesab.rec.1397.086 در سه مرحله انجام شد. در مرحله اول، پرونده‌های پرستاران و ماماهاى واجد شرایط در سه نوبت بررسی و نمره کل کسب شده از چک‌لیست محاسبه و ثبت شد. مشارکت‌کنندگان به دو گروه ۳۵ نفره تقسیم شدند و سپس از مشارکت‌کنندگان گروه تجربی دعوت شد در جلسه توجیهی شرکت کنند و فرم مشخصات دموگرافیک و رضایت آگاهانه را تکمیل کنند. سپس جلسه آموزشی برای گروه تجربی در سالن کنفرانس بیمارستان برگزار شد. محتوی آموزشی به این صورت طراحی شد که ابتدا دستورالعمل‌های وضع شده برای گزارش نویسی و استانداردهای گزارش پرستاری و موارد قانونی به صورت سخنرانی همراه با نمایش کامپیوتری توضیح داده شد، سپس فراگیران پرونده‌های واقعی بیماران را بررسی کردند؛ به این ترتیب که در گروه تجربی، پرستاران و ماماها به ۵ گروه ۷ نفره تقسیم شدند و هر گروه ۵ پرونده اسکن شده را بررسی کردند و در نهایت، نماینده هر گروه، گزارشی از خطاهای موجود را برای سایرین ارائه داد. در نهایت با مشارکت سایر فراگیران، مواردی که اشاره نشده بود تکمیل شد تا زمانی که این روند برای تمامی گروه‌ها انجام شود. در پایان جلسه، مدرس جلسه، نکات اصلاحی را یادآوری و تأکید کرد. گروه کنترل در جلسه آموزش مدون که سالانه با رویکرد سخنرانی به‌طور روتین برای پرستاران و ماماها برگزار می‌شد شرکت کردند. در مرحله سوم، پرونده‌های دو گروه کنترل (آموزش روتین) و تجربی طی یک ماه پس از جلسه آموزش در سه نوبت مطابق با شیفت کاری پرستار یا ماما در شیفت‌های صبح، عصر و شب بررسی شد و نمره کل چک‌لیست مجدداً محاسبه و ثبت گردید. سوپروایزر بالینی که از مشارکت‌کنندگان دو گروه بی‌اطلاع بود پرونده را بررسی کرد.

جدول ۱. میانگین نمرات گزارش نویسی قبل و بعد از مداخله در دو گروه تجربی و کنترل

P - value	فاصله اطمینان	میانگین (انحراف معیار)	گروه
<۰/۰۰۰۱ Diff=3/22	۲۷/۹	۲۹/۰۲ ± ۰/۳۷	قبل از آموزش گروه تجربی
	۳۱/۵	۳۲/۲۵ ± ۰/۵۴	بعد از آموزش
<۰/۰۰۰۱ Diff=0/71	۲۸/۳	۲۸/۶ ± ۰/۴۸	قبل از آموزش گروه کنترل
	۲۷/۶	۲۹/۳۱ ± ۰/۴۹	بعد از آموزش

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات دو گروه تجربی و کنترل بعد از آموزش

P - value	میانگین (انحراف معیار)	گروه
p < ۰/۰۰۰۱	۳۲/۲۵ (۲/۲۰)	گروه تجربی
	۲۹/۳۱ (۲/۹۲)	گروه کنترل

جدول ۳. بررسی نقش متغیرهای زمینه‌ای بر مهارت ثبت گزارش پرستاران و ماماها پس از آموزش

متغیر	ضریب (انحراف معیار)	فاصله اطمینان	t	P - value
بخش	۰/۰۳۳۲۶۴۲ - (۰/۱۷۴۱۳۰۷)	-۰/۳۱۴۷۰۸۲ - ۰/۳۸۱۲۳۶۷	۱۰/۲۲	۰/۸۴۹
رشته	۰/۰۳۵۳۰۴۰ - (۰/۳۲۷۶۴۳۷)	-۰/۶۱۹۴۰ - ۰/۶۹۰۰۸۴	-۰/۱۱	۰/۹۷۷
سابقه	۰/۰۰۰۹۷۶۲ (۰/۰۰۳۰۲۹۸)	-۰/۰۰۵۰۷ - ۰/۰۰۷۰۳	۰/۳۲	۰/۷۴۸
گروه	۰/۲/۶۵۲۸ - (۰/۳۲۷۱۲۲۷)	-۱/۳ - ۹۹۹۳۰	-۸/۱۱	۰/۰۰۰

۴. بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، آموزش گزارش‌نویسی با تفکر نقادانه توانست نمره گزارش‌نویسی پرسنل پرستاری و مامایی را از حد متوسط به خیلی خوب ارتقا دهد؛ به این ترتیب که نمرات کسب شده در گروه آموزشی با تفکر نقادانه با گروه کنترل (آموزش روتین غیرمشارکتی) تفاوت معناداری داشت. رشته شغلی، سابقه کار و بخش بالینی، تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات نشان نداد. همتی و همکاران مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر آموزش گزارش‌نویسی مشکل‌مدار بر ویژگی‌های گزارش پرستاری انجام دادند که در این مطالعه بیان شد پس از آموزش، ویژگی‌های گزارش‌نویسی در گروه آموزش مشکل‌مدار با گروه کنترل، تفاوت معناداری داشت (۱۱) و نمرات گروه تجربی، افزایش چشمگیری از نظر بالینی در تمام ابعاد گزارش‌نویسی شامل حقیقت، دقت، پویایی و کامل بودن و سازماندهی داشت که تفاوت معنی‌داری با قبل از مداخله نشان داد. علی‌رغم اینکه همتی و همکاران ابزار متفاوتی داشتند و گروه‌های کنترل و مداخله از دو بیمارستان مجزا انتخاب شده بود؛ نتایج این مطالعات نشان می‌دهد فرایند گزارش‌نویسی، مهارتی است که می‌تواند با آموزش‌های فعال ارتقا یابد و در موقعیت‌های مختلف، ثبت گزارش پرستاری را به استانداردهای موردانتظار نزدیک کند. در مطالعه کریمی موقتی و همکاران با عنوان «بررسی تأثیر دو رویکرد آموزش استادمحور و مسئله‌محور در بروز خطاهای گزارش‌نویسی پرستاران»، دو رویکرد آموزشی مشارکتی و استادمحور پس از آموزش، تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند (۱۳). در مطالعه کریمی موقتی، آموزش فرایندهای گزارش‌نویسی به روش سخنرانی توانست عملکرد پرستاران را در خصوص بروز خطای گزارش‌نویسی به اندازه آموزش مسئله‌محور که رویکردی مشارکتی می‌باشد ارتقا دهد که از این نظر با مطالعه ما مغایرت دارد. در مطالعه پیش رو رویکرد تفکر نقادانه، مؤثرتر از سخنرانی روتین بود. این ناهم‌سویی می‌تواند به این دلیل باشد که در پژوهش کریمی موقتی، پرسش‌نامه خطاهای گزارش‌نویسی بود که پرستاران قبل و بعد از آموزش پر می‌کردند در حالی که در

مطالعه ما بررسی گزارش‌نویسی از پرونده بالینی و در موقعیت واقعی انجام می‌شد و میانگین نمرات بررسی سه پرونده از هر پرستار یا ماما؛ محاسبه می‌شد. هم‌سو با مطالعه حاضر، مطالعه عباس‌زاده و همکاران نشان داد که آموزش پرونده‌نویسی با رویکرد فراگیرمحور و بررسی پرونده بالینی می‌تواند دانش، نگرش و عملکرد پرستاران را در زمینه ثبت گزارش پرستاری بهبود ببخشد (۱۴). آموزش گزارش‌نویسی با رویکرد تفکر نقادانه می‌تواند مهارت‌های گزارش‌نویسی در پرسنل باتجربه و کم‌تجربه را افزایش دهد و میزان انطباق عملکرد ایشان را با رویکردهای موردانتظار وزارت بهداشت و درمان در زمینه ثبت گزارش پرستاری ارتقا دهد. پیشنهاد می‌شود مدیران پرستاری، رویکرد تفکر نقادانه را در آموزش گزارش‌نویسی، مدنظر قرار دهند و در بازآموزی سالانه، از روش‌های فعال استفاده کنند. همچنین در حال حاضر در کوریکولوم آموزشی رشته پرستاری و مامایی، گزارش‌نویسی و ثبت وقایع بالینی مدنظر قرار نگرفته است در حالی که می‌توان اصول گزارش‌نویسی با رویکرد تفکر نقادانه را در دانشجویان پرستاری و مامایی مدنظر قرار داد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به کنترل نداشتن پژوهشگران بر انتشار مطالب اشاره کرد؛ به این دلیل که پرسنل بالینی در شیفت‌های گردشی به صورت رندوم در گروه تجربی و کنترل بودند. با توجه به محدودیت این مطالعه می‌توان کاربرد این رویکرد آموزشی را در دانشجویان پرستاری و مامایی با قوت بیشتری انجام داد. در نهایت آموزش در خصوص گزارش‌نویسی با تفکر نقادانه و بر مبنای استانداردهای وضع شده از سوی وزارت بهداشت پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی سبزوار بود. از معاون پژوهشی دانشگاه که حمایت مالی طرح را به عهده داشتند تشکر می‌شود. همچنین از پرسنل محترم پرستاری و مامایی مرکز آموزشی خدمات درمانی شهیدان مبینی سبزوار که در این طرح پژوهشی شرکت کردند سپاسگزاری و قدردانی می‌گردد.

References

- [1]. Blair W, Smith B. Nursing documentation: frameworks and barriers. *Contemporary nurse*. 2012;41(2):160-8.
- [2]. Delanne Sc LP. *Fundamental of Nursing: Standards & Practice*. 4th ed. Clifton Park, NY. 2011:165-201.
- [3]. CB R. *Text book of nursing*. 7th ed. Philadelphia JB Lippincott Company. December 20, 2011:40-1.
- [4]. A P. Issues in nursing documentation and record-keeping practice. *Br J Nurs*. 2011;20(22):1450-4.
- [5]. Potter PA PAEM. *Clinical Nursing skills Techniques*. 6th ed St Louis. 2006:49-67.
- [6]. Harkereader H HM. *Fundamental of Nursing: Caring and Clinical Judgment*. 2nd ed. StLouis: Saunders. 2004:217- 40.
- [7]. Zabolypour S, Mohammadi S, Fararoei 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. 2017.
- [8]. A. A. Poor System and Staffing Problems led to poor patient outcomes. *Prof Nurse*. 2003;18(10):576-7.
- [9]. Khodam H SA, Jouybari L. [Effectiveness of Continual Education on Quality of Nursing Records (Persian)]. *JGUMS*. 2001;3(8):65-9.
- [10]. Hanifi N ME. Survey of causes of faculty nursing documentation. *Hayat* 2004;10(2):39-46.
- [11]. Hemmati Maslakkpak M KN, Kazemi N. The Impact of Problem- oriented Reporting Education on Characteristics of Nursing Report. *IJN*. 2013;26(85):26-34.
- [12]. Ghazanfari Z S-kM, Haghdoost A. Nurse's Knowledge and Practice of the Principles of Nursing Documentation at Hospitals of Kerman University of Medical Sciences. *IJN*. 2009;22(29):15-22.
- [13]. Vafae H, Makarem A, Ildarabadi E, Khalafi A, Karimi Moonaghi H. A Survey on Effects of Teacher-Centered Teaching and Problem-Based Learning Methods in Incidence of Nursing Documentation Errors. *Educational Development of Judishapur*. 2017;7(4):355-65.
- [14]. Abbaszadeh A SH, Heidary A, Borhani F. Assessment of the Effect of Continuing Education Program on Nurses Knowledge, Attitude and Performance about Documentation. *Evidence Based Care*. 2012;2(1):75-83.

Comparison the Effect of Nursing Record Educatoin Based on Critical Thinking with Routine Educatoin on Nurses and Midwives Record Skills in Sabzevar Mobini Hospital

Marzieh Torkamannejad Sabzevari¹, Maryam Khosrojerdi^{2*}, Fatemeh Azizi³

1. Master of Midwifery Education, Vice Chancellor for Treatment, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
2. Master of Internal Surgery Nursing, Vice Chancellor for Research and Technology, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
3. Master of Nursing, Vice Chancellor for Treatment, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Abstract

Introduction: Nursing record is the most important communication method between clinical caregivers including nurses & midwives. Studies have shown that recording errors is considerable among Iranian nurses. Insufficient education in the field of recording is of a significant. Cause. So, recording education can improve clinical caregivers' performance in this field. The aim of this study was comparison the effect of nursing record educatoin based on critical thinking with rutine method.

Materials and Methods: This quasi-experimental study of two groups before and after was carried out on 70 nursing and midwifery personnel. at first, sampling method was simple randomization. Then, samples randomly assigned to the experiment and control groups. The recording skills of nurses and midwives assessed before and after using the standard checklist of the Ministry of Health and Treatment in three different times. Data were analyzed using SPSS software version 20 and t-test, and linear regression test.

Results: Comparison the mean scores of nurses' performance in two groups of routine and critical thinking education did not show significant difference before education. ($P > 0/05$). There was significant difference between the mean score of nurses' performance in two groups before and after education ($P < 0.001$). But, the mean scores was higher in critical thinking group. There was no significant differences between work experience, field, and grade, with recording skills ($P > 0/05$).

Conclusion: Nursing record educatoin based on critical thinking is more effective than intraward routine educations.

Received: 2020/08/15

Accepted: 2020/09/19

Keywords: Education, Nursing Reord, Critical Thinking