

December-January 2021, Volume 10, Issue 6

Effect of "Continuing Education Guidance Program" on The Quality of Nursing Reports

Samaneh Naeimi¹, Saeedeh Elhami^{2*}, Makkiyeh Joukari³

1- Bachelor of Science in Nursing, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran.

2- Instructor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran.

3- Bachelor of Science in Nursing, Clinical Research Development Unit of Taleghani Educational Hospital, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran.

Corresponding author: Saeedeh Elhami, Instructor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran.

Email: s_elhami@yahoo.com

Received: 26 Aug 2020

Accepted: 20 Sep 2021

Abstract

Introduction: Nursing report registration is one of the most important responsibilities of nurses, whose continuous improvement is very important. Therefore, the aim of present study was to determine the effect of "Continuing Education Guidance Program" on the quality of nursing reports.

Methods: The present study is a quasi-experimental method. A total of 60 nurses of Ayatollah Taleghani Hospital in Abadan were purposefully selected and included in the study in the winter of 2018. Then, in a simple random method with lottery method without placement, they were divided into 2 groups of 30 intervention and control. Data collection instruments included demographic questionnaire and "Nursing Reporting Assessment Checklist". Content validity was measured by qualitative method and consistency was measured by test-retest method at 20-day intervals. The "Continuing Education Guidance Program" consisted of 4 stages. Data were collected in three stages: pre-test, post-test and post-test 3 months later. Data were analyzed in SPSS. 16.

Results: Paired t-test showed an improvement in the mean score of nursing reporting in both intervention and control groups after the study. However, in the study of reporting areas, Mann-Whitney U test, which in the pre-test, only showed a significant difference in the area of registration of para clinical cases ($P= 0.001$), in the post-test of this difference, in some areas between the two groups Intervention and control showed significant differences.

Conclusions: Nurses' reporting scores increased in both intervention and control groups. In other words, the quality of nursing reporting was the same in both the control group that did not perform any intervention and the intervention group, which also received a "Continuing Education Guidance Program". Therefore, it is suggested that more studies be done to find more efficient educational methods.

Keywords: Nursing Records, Continuing Education, Nursing.

اثر «برنامه هدایتی آموزش مداوم» بر ثبت گزارش های پرستاری

سمانه نعیمی^۱، سعیده الهامی^۲، مکيه جوکاري^۳

۱- کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.

۲- مربی گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.

۳- کارشناس پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان آموزشی طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.

نویسنده مسئول: سعیده الهامی، مربی گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.
ایمیل: s_elhami@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۲۹

چکیده

مقدمه: ثبت گزارش پرستاری یکی از مهمترین مسئولیت های پرستاران می باشد، که ارتقای مستمر آن، از اهمیت به سزایی برخوردار است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر "برنامه هدایتی آموزش مداوم" بر ثبت گزارش های پرستاری انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر به روش نیمه تجربی می باشد. تعداد ۶۰ نفر از پرستاران بیمارستان آیت الله طالقانی شهر آبادان با روش هدفمند انتخاب و در زمستان ۱۳۹۷، وارد مطالعه شدند. سپس به روش تصادفی ساده با روش قرعه کشی بدون جای گذاری، در ۲ گروه ۳۰ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و "فهرست ارزیابی گزارش نویسی پرستاری" (Nursing Reporting Assessment Checklist)، بود. روایی محتوا به روش کیفی و ثبات به روش آزمون مجدد به فاصله ۲۰ روز اندازه گیری شد. "برنامه هدایتی آموزش مداوم" شامل ۴ مرحله بود. جمع آوری داده ها در ۳ مرحله پیش و پس آزمون و پس آزمون مجدد ۳ ماه بعد انجام شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۱۶ تحلیل شد.

یافته ها: آزمون t زوجی، نشان دهنده بهبود میانگین نمره گزارش نویسی پرستاری، در هر ۲ گروه مداخله و کنترل، بعد از اتمام پژوهش می باشد. اما در بررسی حیطه های گزارش نویسی، آزمون من ویتنی یو، که در پیش آزمون، تنها نشان دهنده اختلاف معنادار در حیطه ثبت موارد پاراکلینیکی بود ($P=0/001$)، در پس آزمون این اختلاف، در برخی حیطه ها بین ۲ گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری نشان داد.

نتیجه گیری: نمره گزارش نویسی پرستاران در هر ۲ گروه مداخله و کنترل، افزایش داشته است. به عبارتی، در گروه کنترل که هیچ گونه مداخله ای انجام دادند و گروه مداخله، که "برنامه هدایتی آموزش مداوم" نیز آموزش دیدند، کیفیت گزارش نویسی پرستاری یکسان بود. لذا پیشنهاد می شود مطالعات بیشتری جهت یافتن روش های آموزشی کارآمدتر، انجام شود.

کلیدواژه ها: گزارش پرستاری، آموزش مداوم، پرستاری.

مقدمه

می شود و در صورت متناسب بودن با اهداف و دستیابی به استانداردها، به عنوان گزارش با کیفیت، تعریف می شود [۲]. از طرفی این گزارشات را می توان در سایر موارد همچون نافذ ترین سند در مراجع قضایی، امور پژوهشی و نظارتی، آموزش به دانشجویان و حتی در امور مالی بکار برد. لذا نیاز به توجهی ویژه، در راستای افزایش

تکمیل اوراق پزشکی گیرندگان خدمت از جمله گزارشات پرستاری، از نقش به سزایی در کیفیت مراقبت های پرستاری و نیز ارتباط بین پرستار با سایر اعضای تیم سلامت برخوردار است [۱]. ثبت گزارش صحیح، سبب ارزشیابی اقدامات درمانی و مراقبتی و مراقبت مداوم از بیمار

پرستاران را انجام دادند. نتایج نشان داد که ضمن بیان مؤثر بودن هر ۲ روش استفاده شده، میزان رضایت و علاقه مندی پرستاران و یادگیری در روش مسئله-محور به مراتب بیشتر بوده است. روش های یادگیری-مشارکت محور (Participatory-Based Learning) از سال ها پیش در رشته های مختلف از جمله پزشکی و پرستاری سازمان دهی شده است و یکی از این روش ها یادگیری مسئله-محور می باشد که با مشارکت یادگیرندگان، بهره وری بیشتر در یادگیری و در مدت زمان کوتاه تر ایجاد می شود. [۱۶] Almasoudi و [۱۷] Abdul Hassan Hamza نیز در پژوهش های خود مزایای یادگیری مسئله-محور را تأیید کرده اند.

یادگیری یک فرآیند محسوب می شود و اطلاعات در این فرآیند، ابتدا به حافظه کوتاه مدت سپرده و سپس بدلیل محدودیت این حافظه و بروز پدیده جانشینی با اطلاعات جدید، به فراموشی سپرده یا حذف خواهند شد. بر طبق عقیده روانشناسان و نظریه های مختلف، حافظه بلند مدت این خصوصیت را نخواهد داشت و امکان بازیابی اطلاعات را در طولانی مدت برای فرد فراهم می کند. لذا جهت دستیابی به یادگیری و ماندگاری آن، می توان آموزش های مهارتی را با ارائه بازخورد پس از آموزش که یکی از روش های تثبیت یادگیری می باشد، همراه نمود [۱۸، ۱۹].

با توجه به مزایای مطرح شده برای هر کدام از روش های آموزشی ذکر شده، پژوهشگران مطالعه حاضر برآن شدند، با استفاده از تلفیق روش های مختلف آموزشی (آموزش معلم-محور و یادگیری مسئله-محور) و اضافه نمودن پیگیری و بازخورد شفاهی در بازه زمانی چند ماهه بعد از آموزش (ارائه بازخورد و هدایت برنامه آموزشی)، اقدام به طراحی و اجرای یک «برنامه هدایتی آموزش مداوم» نمایند تا ماندگاری اطلاعات در این آموزش ها را جهت دستیابی به بهترین شیوه آموزشی، بررسی نمایند. لذا پژوهش حاضر با تعیین اثر «برنامه هدایتی آموزش مداوم» بر ثبت گزارش های پرستاری انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مداخله نیمه تجربی می باشد که با طرح ۲ گروه مداخله و کنترل، در زمستان ۱۳۹۷، انجام شد. جامعه آماری این پژوهش پرستاران شامل ۸۶ تن از

کیفیت ثبت این گزارشات وجود دارد [۵-۳]. مطالعات نشان داده است که از هر ۴ مورد غفلت شغلی در مراقبت از گیرنده خدمت، ۱ مورد شایع مربوط به اشتباهاتی است که در ثبت گزارشات پرستاری رخ داده است [۷، ۶]. آژانس ملی ایمنی بیمار (National Patient Safety Agency) نیز ضعف در مستندات پرستاری را عامل مهم نارسایی مراقبت های پرستاری و عدم شناسایی وضعیت بالینی و خیم در بیماران می داند [۸]. در مطالعه انجام شده در ایران توسط قصابی و مسعودی علوی [۹]، فقط ۲۱/۴ درصد از پرستاران عملکرد مطلوب در زمینه گزارش نویسی، داشته اند و در مطالعه نوحی و همکاران [۱۰] نیز ۸۵/۷۱ درصد از پرستاران خطای گزارش نویسی داشته اند که این موضوع در سایر مطالعات نیز به چشم می خورد [۱۱، ۱۲].

با توجه به مطالب یاد شده، ارتقای مستمر پرستاران در ضمن خدمت، به منظور بهسازی مستندسازی پرستاری، از اهمیت به سزایی برخوردار است. این مسأله، همواره مورد توجه بوده و روز به روز نیز اهمیت بیشتری پیدا می کند [۱۳]. تاکنون راهکارهای مختلفی جهت برطرف نمودن این مشکل، اجرا شده است که از این میان، می توان به در دسترس بودن منابع معتبر در بخش های بالینی و آموزش های ضمن خدمت با روش های مختلف اشاره نمود. اما از آن جایی که همچنان این مشکل به قوت خود باقی است، بنظر می رسد در دستیابی به کیفیت مطلوب، نیاز به بررسی بیشتر ضرورت دارد [۱۴].

تاکنون قسمت اعظم آموزش مهارت گزارش نویسی، معمولاً بصورت سمینار یا کنفرانس (آموزش استاد محور) و در حد انتقال مفاهیم نظری، برگزار شده است [۱۵] در مطالعه عباس زاده و همکاران [۱] تأثیر آموزش مداوم در گزارش نویسی به روش کارگاه ۲ روزه از طریق آموزش به روش سخنرانی و نمایش رایانه ای گزارشات پرستاری، بررسی شد. نتایج نشان داد برنامه آموزش مداوم باعث افزایش دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در گزارش نویسی شده است. نتایج نشان داد که در زمینه ماندگاری اطلاعات در این روش و مقایسه با سایر روش ها، نیاز به بررسی های بیشتری وجود دارد.

وفائی و همکاران [۱۴] در مطالعه خود، مقایسه روش آموزش معلم - محور (Teacher-Centered Teaching) همچون سخنرانی با روش های یادگیری مسئله-محور (Problem-Based Learning) در بروز میزان خطاهای گزارش نویسی

پرستاران بیمارستان آیت الله طالقانی شهر آبادان بود که ۶۰ نفر از آن ها به روش هدفمند انتخاب و وارد مطالعه شدند. با توجه به عمومی بودن اصول گزارش نویسی، پرستاران از بخش های مختلف درمانی همچون داخلی، ویژه (ای سی یو، سی سی یو، ان آی سی یو)، اورژانس و اطفال، به روش نمونه گیری در دسترس وارد پژوهش شدند و سپس به روش تخصیص تصادفی ساده با روش قرعه کشی بدون جایگذاری، در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند.

معیارهای ورود به این مطالعه شامل، تمایل برای شرکت در مطالعه، دارا بودن مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری و داشتن حداقل ۶ ماه فعالیت در حرفه پرستاری بود. معیارهای خروج شامل ترک محل خدمت، انتقال پرستار به شهری دیگر و عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه بود. با توجه به توجیه افراد شرکت کننده در ابتدای مطالعه و ثبت نام از میان پرستاران داوطلب و همچنین نظارت سوپروایزر آموزشی در کلیه مراحل، ریزش نمونه وجود نداشت.

جمع آوری داده ها با ابزارهای زیر انجام شد.

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل جنس، وضعیت تأهل، سن، مدرک تحصیلی، شیفته کاری دوره های بازآموزی در طول استخدام، سابقه کاری، بخش محل کار، نوع استخدام بود.

«فهرست ارزیابی گزارش نویسی پرستاری» (Nursing Reporting Assessment Checklist) در مطالعه حاضر تدوین شده است. عبارت های ابزار فوق با توجه به اهداف پژوهش، نظر مدرسین و صاحب نظران در رشته پرستاری، مطالعه متون، فهرست های واریسی سایر پژوهشگران مانند فرضی و همکاران [۲۲]، قصابی و مسعودی علوی [۹]، محبی و همکاران [۱۲]، شیخ پورخانی [۲۵]، و عباس زاده و همکاران [۱] و همچنین فهرست های اعتبار بخشی برخی از دانشگاه های علوم پزشکی، از جمله اداره پرستاری معاونت درمان اصفهان، همدان، آبادان و مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران، طراحی شد.

«فهرست ارزیابی گزارش نویسی پرستاری» مشتمل بر ۳۶ عبارت و ۱۲ حیطه شامل ساختار (structure) (شیوه نگارش جمله نویسی و تصحیح اشتباه) (writing style, sentence) (writing, wrong correction) (۱۰ عبارت از ۱ تا ۱۰)، ثبت

پذیرش، انتقال و ترخیص (record admission, transfer) (and discharge) (۵ عبارت از ۱۱ تا ۱۵)، ثبت وضعیت عمومی مددجو (record the general status of the patient) (۳ عبارت از ۱۶ تا ۱۸)، ثبت وضعیت همودینامیک (record hemodynamic status) (۱ عبارت، ۱۹)، ثبت داروها (record of medications) (۱ عبارت، ۲۰)، ثبت اقدامات انجام شده (record actions taken) (۶ عبارت از ۲۱ تا ۲۶)، ثبت موارد قابل پیگیری (record traceable items) (۱ مورد، ۲۶)، ثبت موارد پاراکلینیکی (record of para clinical cases) (۱ عبارت، ۲۸)، ثبت وضعیت فعالیت، خواب و استراحت (record activity, sleep and rest situation) (۲ عبارت از ۲۹ تا ۳۰)، ثبت جذب و دفع (record intake and output) (۳ عبارت از ۳۱ تا ۳۳)، ثبت تغییرات حاد (record acute changes) (۲ عبارت ۳۴، ۳۵)، ثبت مشخصات نویسنده (record of author profile) (۱ عبارت، ۳۶)، می باشد.

نمره دهی بر اساس، ثبت کامل نمره ۲، ثبت ناقص نمره ۱، عدم ثبت نمره صفر می باشد. جهت تفسیر اطلاعات از میانگین نمره استفاده شد. کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۷۲ است و با نقطه برش ۳۶، به ۲ سطح ثبت گزارش نویسی ضعیف و قوی تقسیم شده است، بطوریکه نمره بالاتر از ۳۶ ثبت گزارش نویسی در سطح قوی و کمتر از آن در سطح ضعیف قرار گرفته است.

روایی محتوا به روش کیفی «فهرست ارزیابی گزارش نویسی پرستاری»، توسط ۱۰ تن از اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری آبادان با گرایش های مختلف بررسی و بعد از اعمال نظرات متخصصین، مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی ثبات از روش آزمون مجدد به فاصله ۲۰ روز (ضریب همبستگی پیرسون) استفاده شد، به طوری که ۲۰ گزارش پرستاری توسط یک پرستار غیر مطلع از گروه های پژوهشی به فاصله ۲۰ روز، با استفاده از فهرست، بررسی گردید. ضریب همبستگی پیرسون که ۰/۸۱ حاصل شد. پاپایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه ۲۰ نفری از گزارشات پرستاران، ۰/۷۲ بدست آمد.

طراحی «برنامه هدایتی آموزش مداوم» با استفاده از کتاب های اصول و مبانی پرستاری و کتب در زمینه گزارش نویسی پرستاری، مقالات و منابع اعتبار بخشی های بیمارستانی [۲۱، ۲۰، ۴، ۳]، انجام شد.

برای جمع آوری داده ها، مجوز برگزاری دوره آموزشی

بعد از اتمام دوره آموزشی) و کنترل (یک هفته بعد از پیش آزمون) انجام شد. در فاصله بین اجرای دوره آموزشی تا ۳ ماه بعد، هر ۲ هفته یکبار، جهت بررسی و ارائه بازخورد به پرستاران در خصوص نگارش گزارش های پرستاری، سوپروایزر آموزشی که عضو تیم پژوهش بودند و در دوره آموزشی نیز شرکت داشتند، برخی از گزارش های پرستاری نوشته شده توسط پرستاران در بخش های محل خدمت گروه مداخله را نیز بررسی و بازخورد فردی انجام دادند. مرحله چهارم، مجدداً ۳ ماه بعد در هر ۲ گروه، براساس شرح حال بیمار فرضی، یک گزارش پرستاری ثبت شد. سپس جهت بررسی گزارشات پرستاری، نمره دهی با «فهرست ارزیابی گزارش نویسی پرستاری» جهت پیشگیری از سوگیری، توسط یک پرستار خارج از گروه های پژوهشی، انجام شد.

لازم به ذکر است که بعد از اتمام پژوهش، جهت گروه کنترل و سایر پرستاران که در مطالعه شرکت نکرده بودند نیز، دوره آموزش اصول گزارش نویسی پرستاران بر اساس «برنامه هدایتی آموزش مداوم» برگزار گردید.

لازم به ذکر است که کلیه ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آبادان، کسب رضایت از ریاست بیمارستان و مترون، رضایت آگاهانه از پرستاران شرکت کننده، محرمانه ماندن اطلاعات، امکان کناره گیری از ادامه مشارکت در صورت تمایل و انتشار نتایج مطالعه به صورت کلی مورد توجه قرار گرفته است. جهت پیشگیری از نشت کامل اطلاعات بین ۲ گروه، این مطالعه در یک بیمارستان انجام شده است و نمونه ها از بخش های مختلف درمانی شامل داخلی، ویژه (ای سی یو، سی سی یو، ان آی سی یو)، اورژانس و اطفال انتخاب شدند و پژوهشگر اهداف پژوهش را جهت گروه مداخله شرح داده و بازخوردها در فضای خصوصی به پرستار داده شد.

پس از جمع آوری داده ها، اطلاعات کدگذاری شد و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آماری، تی زوجی، من یو ویتنی و همبستگی پیرسون و مجذور آتا انجام شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۱ تحلیل شد.

یافته ها

در این پژوهش از ۶۰ تن به طور تصادفی در ۲ گروه ۳۰ تن مداخله و کنترل قرار گرفته اند که در بخش های داخلی، ویژه (ای سی یو، سی سی یو، ان آی سی یو)، اورژانس

گزارش نویسی از اداره پرستاری و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی آبادان، دریافت شد. بعلاوه، طی جلسه ای کلیه مراحل «برنامه هدایتی آموزش مداوم» را برای مدیر پرستاری و سوپروایزر آموزشی بیمارستان مورد نظر، جهت همکاری در اجرای دوره توضیح داده شد.

دوره آموزشی «برنامه هدایتی آموزش مداوم» بصورت ۲ روز از ساعت ۱۲-۸ (جمعاً به مدت ۸ ساعت)، در ابتدای آذر ماه ۱۳۹۷ توسط یکی از نویسندگان مقاله حاضر در سالن آموزش بیمارستان آیت الله طالقانی شهرآبادان، برگزار گردید. با هماهنگی با سوپروایزر آموزشی و سرپرستار بخش ها، پرستاران شرکت کننده در زمان اجرای دوره آموزشی، شیفت صبح نبودند. این پژوهش در ۴ مرحله اجرا گردید.

در مرحله اول، جهت سنجش کیفیت گزارش نویسی، با توجه به اینکه گزارش های پرستاری بیماران در شرایط مختلف، محتوای متفاوتی دارند، جهت یکسان سازی، شرح حالی از یک بیمار فرضی، بصورت یکسان در اختیار کلیه افراد گروه مداخله و کنترل قرار داده شد و از آن ها خواسته شد که با استفاده از اطلاعات خود، گزارش پرستاری بیمار مذکور را در برگه گزارش پرستاری ثبت نمایند.

در مرحله دوم، «برنامه هدایتی آموزش مداوم» ۲ روز و جمعاً ۸ ساعت برای پرستاران گروه مداخله انجام شد. محتوای آموزشی، شامل بیان اهداف و مقدمات گزارش نویسی، قوانین مستند سازی در مدارک پزشکی، خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح، جزئیات آنچه که باید در گزارشات پرستاری ثبت گردد، مانند دستورات دارویی، علائم حیاتی، رژیم غذایی، وضعیت دفع، خواب و استراحت، درد، ثبت تغییرات رفتاری، ثبت موارد قابل پیگیری، ثبت حوادث غیر مترقبه، ثبت موارد پاراکلینیک، گزارش پروسیجرها، پانسمان زخم، تخلیه قفسه سینه، تهویه مکانیکی، آموزش به بیمار، برنامه ترخیص خود مراقبتی، گزارش انتقال به سایر بخش ها، انواع روش های ثبت و گزارش نویسی و مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش و خطاهای رایج گزارشات پرستاری بود. مطالب ذکر شده به روش سخنرانی و با استفاده از نمایش رایانه ای، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و ارائه تجربیات شخصی مدرس و همچنین شرکت کنندگان در رابطه با موارد واقعی، ارائه شد. جهت گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای در طول پژوهش صورت نگرفت.

در مرحله سوم، پس آزمون شامل ثبت گزارش براساس شرح حال بیمار فرضی بود که در هر ۲ گروه مداخله

کار ۵/۶۱ ± ۵/۵۷ سال و در گروه کنترل با سابقه کار ۱ تا ۱۴ سال با میانگین سابقه کار ۳/۶۱ ± ۵/۲۳ سال بودند. اطلاعات جمعیت شناختی افراد شرکت کننده، در (جدول ۱) آمده است.

و اطفال شاغل بوده اند و در ۳ مرحله پرسشنامه را تکمیل نموده اند. در گروه مداخله سن در بازه ۱۹ تا ۴۶ سال با میانگین سن ۷/۱۷ ± ۳۰/۵۷ سال و در گروه کنترل بازه سن ۲۳ تا ۴۳ سال با میانگین سن ۵/۰۸ ± ۳۱/۲۳ سال بودند. در گروه مداخله سابقه بین ۱ تا ۲۲ سال با میانگین سابقه

جدول ۱: فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای مشخصات جمعیت شناختی

P-value	نوع آزمون	گروه کنترل (درصد فراوانی) تعداد	گروه مداخله (درصد فراوانی) تعداد	زیر گروه	متغیرهای جمعیت شناختی
۱/۰۰۰	آزمون دقیق فیشر	-	(۳/۳)۱	مرد	جنس
		(۱۰۰)۳۰	(۹۶/۷)۲۹	زن	
-	-	(۱۰۰)۳۰	(۱۰۰)۳۰	کارشناسی	تحصیلات
		(۴۳/۳)۱۳	(۷۳/۳)۲۲	مجرد	تأهل
۰/۰۵۰	آزمون کای دو	(۵۳/۳)۱۶	(۲۶/۷)۸	متأهل	
		(۳/۳)۱	-	مطلقه/بیوه	
۱/۰۰۰	آزمون دقیق فیشر	(۹۶/۷)۲۹	(۱۰۰)۳۰	در گردش	شیفت کاری
		(۳/۳)۱	-	ثابت	
۰/۰۲۱	آزمون دقیق فیشر	(۶۶/۷)۲۰	(۹۳/۳)۲۸	بله	شرکت قبلی در دوره بازآموزی
		(۳۳/۳)۱۰	(۶/۷)۲	خیر	
		(۵۶/۹)۱۷	(۲۶/۹)۸	داخلی	
۰/۰۰۱	آزمون کای دو	(۳/۳)۱	(۵۰)۱۵	ویژه (CCU,ICU,NICU)	بخش محل خدمت
		(۶/۷)۲	(۳/۳)۱	اطفال	
		(۳۳/۳)۱۰	(۱۹/۸)۶	اورژانس	
		(۶/۷)۲	(۶/۷)۲	رسمی	
		(۵۶/۷)۱۷	(۴۶/۷)۱۴	پیمانی	
۰/۷۲۲	آزمون کای دو	(۳۶/۷)۱۱	(۴۶/۷)۱۴	طرحی	نوع استخدام
		(۵۶/۷)۱۷	(۴۶/۷)۱۴	پیمانی	
		(۳۶/۷)۱۱	(۴۶/۷)۱۴	طرحی	

نویسی پرستاران به تفکیک ۲ گروه مداخله و کنترل بین قبل و پس از اجرای "برنامه هدایتی آموزش مداوم"، نشان دهنده بهبود میانگین نمره در هر ۲ گروه می باشد. نتایج در (جدول ۲) نشان داده شده است.

در ابتدا جهت تحلیل آماری ابتدا آزمون نرمالیتی استفاده شده است و در صورت توزیع نرمال بودن متغیرهای تحت بررسی، از آزمون های پارامتری و در غیر اینصورت از آزمون ناپارامتری استفاده شده است. نتایج آزمون t زوجی جهت مقایسه میانگین نمره گزارش

جدول ۲: مقایسه نمره گزارش نویسی پرستاران به تفکیک ۲ گروه مداخله و کنترل بین قبل و بعد از اجرای برنامه هدایتی آموزش مداوم

p-value	درجه آزادی	آماره	(انحراف معیار) میانگین		
۰/۰۰۱	۲۹	۱۷/۲۶۸	۰/۹۲ (۰/۱۶۲۵)	پیش آزمون	مداخله
			۱/۴۲ (۰/۱۳۷۷)	پس آزمون	
۰/۰۰۲	۲۹	۳/۴۳۹	۰/۹۳ (۰/۱۴۳۴)	پیش آزمون	کنترل
			۱/۰۱ (۰/۱۶۴۲)	پس آزمون	
*توزیع دو گروه نرمال					

سمانه نعیمی و همکاران

میانگین نمره ها نشان می دهد، میانگین نمره گروه کنترل، بیشتر از گروه مداخله است. اما این اختلاف در پس آزمون در برخی حیطه ها بین ۲ گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری مشاهده شده است، که نتایج در (جدول ۳) نشان داده شده است.

نتایج آزمون من ویتنی یو، جهت بررسی مقایسه ای میانگین نمره گزارش نویسی پرستاران در حیطه های مختلف ثبت گزارشات پرستاری، در ۲ گروه مداخله و کنترل در پیش آزمون، تنها نشان دهنده اختلاف معنادار در حیطه ثبت موارد پاراکلینیکی می باشد ($P=0/001$) و مقایسه

جدول ۳: مقایسه نمره گزارش نویسی پرستاران در حیطه های مختلف ثبت در پیش آزمون، پس آزمون و پس آزمون با تأخیر گروه مداخله و کنترل

P-value	پس آزمون با تأخیر		P-value	پس آزمون		P-value	پیش آزمون		گروه	حیطه های مختلف ثبت
	آماره آزمون یو من ویتنی	(انحراف معیار) میانگین		آماره آزمون یو من ویتنی	(انحراف معیار) میانگین		آماره آزمون یو من ویتنی	(انحراف معیار) میانگین		
0/001	1/0	(0/0805) 1/96	0/001	130/50	1/57 (0/2120)	0/882	440/0	1/13 (0/2923)	مداخله	ساختار
		(0/3190) 1/24			1/21 (0/2945)			1/12 (0/2734)		
0/001	84/5	(0/1634) 1/45	0/05	327/50	1/15 (0/1717)	0/862	439/5	1/05 (0/1943)	مداخله	ثبت وضعیت پذیرش، انتقال و ترخیص
		(0/2258) 1/07			1/04 (0/2313)			1/00 (0/2166)		
0/001	1/5	(0/1017) 1/97	0/001	114/0	1/67 (0/3362)	0/082	337/5	0/64 (0/3494)	مداخله	ثبت وضعیت عمومی مدجو
		(0/3749) 0/70			0/63 (0/3316)			0/50 (0/3264)		
0/001	15/0	(0/1349) 1/84	0/001	87/0	1/35 (0/2069)	0/554	411/0	0/83 (0/2819)	مداخله	ثبت اقدامات انجام شده
		(0/2346) 1/02			0/97 (0/1755)			0/87 (0/1942)		
0/001	146/0	(0/3457) 1/87	0/001	220/5	1/70 (0/4661)	0/854	439/5	1/03 (0/6687)	مداخله	ثبت وضعیت همودینامیک
		(0/5074) 1/33			1/17 (0/4611)			1/07 (0/5208)		
0/001	60/0	2/00 (0/00)	0/001	190/0	1/67 (0/4795)	0/975	448/5	0/97 (0/5561)	مداخله	ثبت وضعیت داروها
		(0/4026) 1/10			1/07 (0/3552)			0/97 (0/3198)		
0/001	30/0	2/00 (0/00)	0/001	135/0	1/77 (0/4302)	0/175	377/5	0/83 (0/6989)	مداخله	ثبت موارد قابل پیگیری
		(0/2537) 1/07			1/07 (0/2537)			1/00 (0/2626)		
0/001	30/0	2/00 (0/00)	0/001	150/0	1/70 (0/4661)	0/001	285/0	0/63 (0/5561)	مداخله	ثبت موارد پاراکلینیکی
		(0/2537) 1/07			1/03 (0/1826)			1/00 (0/00)		
0/001	31/0	(0/0913) 1/98	0/001	156/0	1/30 (0/6242)	0/356	391/5	0/50 (0/4734)	مداخله	ثبت وضعیت فعالیت، خواب و استراحت
		(0/5560) 0/63			0/50 (0/5252)			0/38 (0/4086)		
0/001	49/5	(0/1342) 1/97	0/001	162/5	1/44 (0/4659)	0/300	382/5	0/73 (0/4143)	مداخله	ثبت وضعیت جذب و دفع
		(0/4377) 1/00			0/88 (0/4505)			0/84 (0/4853)		

ثابت تغییرات حاد	مداخله	۰/۹۸ (۰/۱۵۹۹)	۱/۱۵ (۰/۲۶۷۵)	۳۰/۰	۰/۰۰۱	۱/۰۵ (۰/۱۵۲۶)	۴۰/۰	۰/۲۶۵
کنترل	۰/۹۲ (۰/۲۳۰۶)	۰/۹۷ (۰/۱۲۶۸)	۰/۱۸۵	۳۹۲/۰	۰/۱۸۵	۱/۰۰ (۰/۱۸۵۷)	۰/۰۰۱	۰/۲۶۵
ثابت مشخصات نویسنده	مداخله	۱/۲۷ (۰/۷۸۴۹)	۱/۸۳ (۰/۳۷۹۱)	۳۰۰/۰	۰/۰۰۷	۱/۹۷ (۰/۱۸۲۶)	۳۶۰/۰	۰/۰۲۴
کنترل	۱/۴۷ (۰/۶۲۸۸)	۱/۵۰ (۰/۵۰۸۵)	۰/۳۶۲	۳۹۴/۰	۰/۰۰۷	۱/۷۷ (۰/۴۳۰۲)	۰/۰۰۱	۰/۰۲۴
نمره گزارش نویسی پرستاران	مداخله	۰/۹۲ (۰/۱۶۲۵)	۱/۴۲ (۰/۱۳۷۷)	۲۹/۵	۰/۰۰۱	۱/۸۲ (۰/۰۴۳۹)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
کنترل	۰/۹۳ (۰/۱۴۳۴)	۱/۰۱ (۰/۱۶۴۲)	۰/۹۸۲	۴۴۸/۵	۰/۰۰۱	۱/۰۷ (۰/۱۹۳۶)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

*توزیع دو گروه غیر نرمال در تمام موارد

بین میانگین نمره گزارش نویسی پرستاران با سن و سابقه کاری در ۲ گروه مداخله و کنترل، نشان داد همبستگی بین سن و سابقه کاری و نمره گزارش نویسی پرستاران در حیطه های مختلف در پیش آزمون، پس آزمون و پس آزمون با تأخیر، وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$) (جدول ۴).

نتایج آزمون یو من ویتنی نشان داد میانگین نمره پس آزمون با تأخیر تنها در حیطه ثابت تغییرات حاد، در ۲ گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری نداشت ($P = ۰/۲۶۵$) و در بقیه حیطه ها این اختلاف معنادار بوده است ($P < ۰/۰۵$). نتایج آزمون همبستگی پیرسون، جهت تعیین همبستگی

جدول ۴: همبستگی نمره گزارش نویسی پرستاران، با متغیر سن و سابقه کار در گروه مداخله و کنترل

سن		سابقه کار		گروه مداخله	گروه کنترل
همبستگی پیرسون	p-value	همبستگی پیرسون	p-value		
۰/۰۴۳	۰/۸۲۲	۰/۰۴۲	۰/۸۲۵	پیش آزمون	
۰/۲۳۱	۰/۲۱۹	۰/۱۸۶	۰/۳۲۴	پس آزمون	نمره گزارش نویسی پرستاران
۰/۰۱۳	۰/۹۴۶	۰/۰۱۹	۰/۹۱۹	پس آزمون با تأخیر	
۰/۲۸۷	۰/۱۲۵	۰/۲۷۲	۰/۱۴۶	پیش آزمون	
۰/۳۱۷	۰/۰۸۷	۰/۲۱۵	۰/۲۵۳	پس آزمون	نمره گزارش نویسی پرستاران
۰/۲۰۱	۰/۲۸۸	۰/۰۵۲	۰/۷۸۶	پس آزمون با تأخیر	

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر "برنامه هدایتی آموزش مداوم" بر کیفیت ثبت گزارشات پرستاری انجام شد. شرکت کنندگان در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پس آزمون با تأخیر، مورد سنجش قرار گرفتند. نتایج نشان داد میانگین نمره گزارش نویسی پرستاران، در گروه مداخله قبل و بعد از اجرای "برنامه هدایتی آموزش مداوم" اختلاف معناداری داشته و بهبود یافته است. این بهبودی در مطالعه عباس زاده و همکاران [۱] و همچنین خدام و همکاران [۲۶] مبنی بر تأثیر شرکت در برنامه های آموزش مداوم و افزایش دانش و کیفیت عملکرد شرکت کنندگان، همخوانی دارد. در مطالعه Linch و همکاران نیز که به بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر کیفیت گزارش های پرستاری پرداخته

با توجه به اسمی بودن متغیرها، نتایج آزمون همبستگی مجذور آتا نیز، جهت تعیین همبستگی بین میانگین نمره گزارش نویسی پرستاران با برخی ویژگی های جمعیت شناختی در ۲ گروه مداخله و کنترل، نشان داد همبستگی بین تاهل، بازآموزی، نوع استخدام و نمره گزارش نویسی پرستاران در حیطه های مختلف در پیش آزمون، پس آزمون و پس آزمون با تأخیر، وجود ندارد، اما این همبستگی با متغیر بخش محل کار و برخی حیطه های گزارش نویسی، دیده شده است. این حیطه ها شامل ثبت اقدامات انجام شده، ثبت موارد قابل پیگیری در پیش آزمون و ثبت وضعیت پذیرش، انتقال و ترخیص در پس آزمون و پس آزمون با تأخیر، می باشد.

انجام می شود، ممکن است پرستاران در صورتیکه وضعیت بیمار به پایداری رسیده باشد، از ثبت موارد حاد خودداری کنند و بنا به تجارب بالینی پژوهشگران، ممکن است این امر ناشی از عدم دسترسی به موقع به پزشک معالج باشد. با توجه به اهمیت این مورد در پیگیری های قانونی، لازم است که علت عدم بهبود عملکرد پرستاران در حیطه "ثبت تغییرات حاد"، طی برنامه های آموزش مداوم گزارش نویسی مورد بررسی های بیشتری قرار بگیرد و با توجه به فراموشی های پرستاران در ثبت این موارد و یا ترس از بازخواست در موارد حوادث حاد، تأکید بیشتر در این زمینه لازم است.

در کنار نتایج حاصل از مطالعه همبستگی برخی اطلاعات جمعیت شناختی نیز مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج آزمون پیرسون نشان داد همبستگی بین سابقه کار و نمره گزارش نویسی پرستاران در حیطه های مختلف در پیش آزمون، پس آزمون و پس آزمون با تاخیر در گروه مداخله و کنترل وجود ندارد که با نتایج مطالعه همتی مسلک پاک و همکاران [۱۱]، فرضی و همکاران [۲۲]، شیخ پورخانی و حقدوست [۲۵] و عباس زاده و همکاران [۱] نیز همسو بوده است اما با مطالعه نوحی و همکاران [۱۰] مغایرت داشته است. در واقع می توان گفت با توجه به نتایج مطالعه حاضر سابقه کاری بالاتر دلیلی مبنی بر عملکرد بهتر پرستاران در زمینه گزارش نویسی نمی باشد. البته باید میانگین سابقه کاری پایین در شرکت کنندگان این مطالعه را نیز در نظر گرفت.

نتایج همبستگی اتا نشان داد در گروه مداخله بین سن، تاهل، بازآموزی و نوع استخدام با گزارش نویسی پرستاران ارتباطی وجود ندارد، که با مطالعات نوحی و همکاران [۱۰]، همتی مسلک پاک و همکاران [۱۱] محبی و همکاران [۱۲]، عباس زاده و همکاران [۱] و شیخ پورخانی و حق دوست [۲۵] همسو بوده است. اما بین متغیر بخش محل خدمت و گزارش نویسی پرستاران در پس آزمون با تاخیر همبستگی مستقیم وجود دارد که با مطالعه قصابی و مسعودی علوی [۹] و فرضی و همکاران [۲۲] همسو بوده است، اما نتایج مطالعه نوحی و همکاران [۱۰] با این نتایج مغایرت داشته است. در سال های اخیر با توجه به انجام اعتباربخشی در مراکز، آگاهی پرستاران نسبت به مسائل قانونی افزایش یافته است، اما تعیین وضعیت گزارش نویسی بر اساس خصوصیت های جمعیت شناختی از پیچیدگی های زیادی

بودند، علاوه بر بهبود کیفیت گزارش نویسی در نتایج خود، بر اهمیت محتوا و روش تدریس و استفاده از موارد بالینی واقعی در آموزش تأکید نموده است [۲۷]. از جمله دلایل کسب نتایج مطلوب در این پژوهش، حاضر می توان به روش های اجرایی متفاوت و نحوه اجرای آموزش که تلفیقی از روش های مختلف آموزشی استاد - محور و مسئله - محور همچون سخنرانی، استفاده از انواع رسانه های آموزشی، پرسش و پاسخ، تفکر نقادانه و اشتراک تجربیات بالینی و سایر روش ها و همچنین نظارت و هدایت برنامه از طریق بازخورد شفاهی هر ۲ هفته به مدت ۳ ماه جهت تثبیت یادگیری اشاره کرد.

در مطالعه حاضر نتایج نشان داد که با وجود بالاتر بودن میانگین نمره ها در گروه مداخله، در گروه کنترل نیز با وجودی که هیچ مداخله ای که در این گروه صورت نگرفته بود، اما کیفیت گزارش نویسی افزایش یافت. مطالعه وفائی و همکاران [۱۴] و Almasoudi [۱۶] نیز با یافته های این پژوهش همسو بوده است. نوروزی و همکاران نیز در مطالعه خود به مقایسه تأثیر آموزش به ۲ روش سخنرانی و چند رسانه ای در زمینه ثبت و گزارش نویسی پرستاری پرداختند. نتایج حاصل بیانگر موثر بودن هر ۲ نوع روش آموزشی در ثبت گزارش های پرستاری بود [۲۸]. در مطالعه حاضر نیز با توجه به اینکه روند مطالعه ۳ ماه به طول انجامیده است و یکی از شیوه های روتین یادگیری و کسب مهارت، تمرین و تکرار خودآموز از طریق گزارش نویسی های مکرر در طول شیفت های مختلف و مطالعه گزارش های همکاران و پرسش و پاسخ از همتایان بود، در گروه کنترل هم بهبود گزارش نویسی پرستاری مشاهده شد. با توجه به این نتایج در نهایت می توان گفت، گروه مداخله، تنها افزایش میانگین بهتری نسبت به گروه کنترل داشته اند و نیاز به مطالعات بیشتری جهت یافتن روش های آموزشی کارآمد تر، در راستای کسب مهارت گزارش نویسی پرستاری می باشد.

در بررسی حیطه ها در پس آزمون با تأخیر، نتایج حاکی از تغییرات مثبت و معنا دار در کلیه حیطه ها بجز "ثبت تغییرات حاد" می باشد. همسو با نتایج این مطالعه، در مطالعه فرضی و همکاران [۲۲] نیز، "ثبت تغییرات حاد" از جمله حیطه هایی است که در گزارش نویسی های پرستاران نسبت به سایر حیطه ها از کیفیت پایین تری برخوردار می باشد. باوجود پیگیری های قانونی مهمی که در این زمینه

پرستاران با شرح حالی از بیمار فرضی و اقدامات انجام شده بود. مورد دیگر امکان نشت اطلاعات بین همکاران گروه مداخله و کنترل، بود.

برخوردار است و نتایج در این زمینه به روشنی از الگوی خاصی پیروی نمی کند.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصل، نمره گزارش نویسی پرستاران در هر ۲ گروه مداخله و کنترل، افزایش داشته است. عبارتی، در گروه کنترل که هیچ گونه مداخله ای انجام دادند و گروه مداخله، که «برنامه هدایتی آموزش مداوم» نیز آموزش دیدند، گزارش نویسی پرستاری افزایش یافت. لذا روش های آموزشی در گروه مداخله و در کنار آن یادگیری از طریق روش های روتین می تواند سبب بهبودی گزارش نویسی شوند. اما با توجه به شاهد بودن نقص در کیفیت گزارشات پرستاری، پیشنهاد می شود مطالعات بیشتری جهت یافتن روش های آموزشی کارآمدتر، انجام شود. یکی از محدودیت های پژوهش حاضر ارزشیابی گزارش نویسی

سیاسگزارى

مقاله حاضر، حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی آبادان به شماره 97HSR-398 در تاریخ ۱۳۹۷/۷/۱۷ و کد اخلاق (IR-ABADANUMS.REC.1397.011) در تاریخ ۱۳۹۷/۹/۷ می باشد. پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشکده علوم پزشکی آبادان، پرستاران محترم شرکت کننده و سرپرستارانی که در این امر یاری نمودند، اعلام می دارند.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارضی منافی را گزارش نکرده اند.

References

1. Abbaszadeh A, Sabeghi H, Heidary A, Borhani F. Assessment of the effect of continuing education program on nurse's knowledge, attitude and performance about documentation. Evidence Based Care. 2012; 2(2): 75-83.
2. Attarzadeh Behbahani SAS, Yaghmaei F, Akhtardansh N, Alavi Majd H. Development and psychometric of «Assessing Quality of Nursing Records Checklist». Journal of Health Promotion Management. 2015; 4(2): 34-39. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=442337>
3. Potter PA, Perry AG. Basic Nursing: Essential for Practice. 6th edition. St. Louis: Mosby Co; 2007. <https://www.amazon.com/Basic-Nursing-Patricia-Potter-FAAN/dp/0323039375>
4. Berban A, Snyder Sh, Frandsen G, Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice. 10th edition. Pearson Publisher; 2016 <https://www.amazon.com/Kozier-Erbs-Fundamentals-Nursing-10th/dp/0133974367>
5. Attarzadeh Behbahani SAS, Yaghmaei F, Akhtardansh N, Alavi Majd H. Development and psychometric evaluation «Nurse Satisfaction of Report Writing Scale. Journal of Health Promotion Management 2012; 1(2): 54-65. <http://jhpm.ir/article-1-66-en.html>
6. Taylor C, Lillis C. Fundamental of Nursing: The Art & Science of Nursing Care. 7th edition. Philadelphia: Lippincott Co; 2010 <https://www.amazon.com/Fundamentals-Nursing-Art-Science-Care/dp/0781793831>
7. Jha AK, Ferris TG, Donelan K, DesRoches C, Shields A, Rosenbaum S, et al. How common are electronic health records in the United States? A summary of the evidence. Health Affairs. 2006;25(6): 496-507. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.w496>
8. Prideaux A. Issues in nursing documentation and record-keeping practice. British Journal of Nursing. 2011; 20 (22): 1450-54. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.22.1450>
9. Ghasaby M, Masudi Alavi N. Quality and barriers against nursing documentation in Shahid Beheshti Hospital of Kashan (2011). Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 9 (4): 336-343. <http://sid.bums.ac.ir/dspace/handle/bums/4989>
10. Nouhi E, Dehbanizade A, Zoladi M, Saeedi KH, Paghan A. Error reporting among nurses working at Yasuj Shahid Beheshti Hospital in 2014. Iran Journal of Nursing 2016;29(101): 33-42. http://ijn.iums.ac.ir/browse.php?a_id=2304&sid=1&slc_lang=en <https://doi.org/10.29252/ijn.29.101.33>
11. Hemmati Maslakkpak M, Khajeali N, Kazemi N. The impact of problem- oriented reporting education on characteristics of nursing report. Iranian Journal of Nursing. 2013;26(85):26-34.
12. Mohebbi M, Golafrooz M, Borzooyi F, Heshmati Far M. Evaluation of the documentation principles in nurses at research and teaching hospitals

- of Sabzevar University of Medical Sciences. *Beyhagh*. 2016; 20(35); 1-9. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=525692>
13. Zou Alfaghari M, Sarmadi M R, Negarandeh R, Zandi B, Ahmadi F. Attitudes of nursing and midwifery school's faculty toward Blended E-learning at Tehran University of Medical Sciences. *Hayat*. 2009; 15(1):31-9 https://hayat.tums.ac.ir/browse.php?a_id=127&sid=1&slc_lang=en
 14. 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. *Journal of Jundishapur Educational Development* 2016; 7(4): 355-365. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=650978>
 15. Salimi T, Shahbazi L, Mojahed SH, Ahmadi M H, Dehghanpour M H. Comparing the effects of lecture and work in small groups on nursing students' skills in calculating medication dosage. *International Journal of Medical Education*. 2007; 7 (17):79-84. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-629-en.html>
 16. Almasoudi BM. Problem-Based Learning as a teaching method versus lecture-based teaching in Respiratory Therapy Education. Dissertation, Georgia State University; 2012. https://scholarworks.gsu.edu/rt_theses/13
 17. Abdul Hassan Hamza R. Effect of problem based learning and lecture based learning on nursing students at Oman Nursing Institute. Dissertation, DGET at Ministry of Health in Oman; 2012. <https://iasj.net/iasj/article/60924>
 18. Khashabi E, Esmaeili Moghaddam M, Behrouz P, Mirzaee Z, Moradi E. Evaluation of patients' satisfaction with diseases of periodontics of teaching methods at the dental clinic and determination of the effects of age and sex on their learning. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences* 2017; 28(2): 111. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=530662>
 19. Susan K. Whitbourne. Long-Term Memory. *The Encyclopedia of Adulthood and Aging*. USA: Wiley-Blackwell; 2016. <https://www.wiley.com/en-us/9781118528921> <https://doi.org/10.1002/9781118521373>
 20. Ayazi Z, Khosravi N. *Law and Nursing Report*. 2nd edition. Tehran: Jame Negar; 2013. http://Kosarhos.Semums.Ac.Ir/Uploads/Ghanoo_&_Gozaresh_Parastari.Pdf
 21. Yaghmaei F, Attarzadeh Behbahani SS, Niroumand Zandi K, Eftekhari Manesh A. *Nursing Registration and Reporting*. Tehran: Love pen Publications. 2017. <http://ketab.org.ir/bookview.aspx?bookid=2166322>
 22. Farzi S, Moladoost A. Quality of nursing records and its relationship with some demographic characteristics of nurses working in intensive care units. *Nursing Research*. 2017; 11(2): 24-31. <http://ijnr.ir/article-1-1713-en.html>
 23. Askari Majdabadi H, Kahooei M. Survey of the quality of nursing practice of documentation to determine their training needs and providing them with a program of quality promotion. *Asrar, Journal of Sabzevar School of Medical Sciences*. 2004; 10 (4): 61-69. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=56439>
 24. Moattari M, Salami M, Azizi F, Panjeshahin MR. Evaluation of Continuing Medical Education Program of General Practitioners in Shiraz. *Pajouhesh Dar Pezeski*. 2003; 1: 67-70 <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=95961>
 25. Sheikhporkhani M, Haghdoost A. Relationship between nurses' knowledge and practice regarding the principles of nursing documentation among nurses affiliated to Kerman Medical University hospitals. *Nursing Research*. 2010; 5(18):51-57. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=186831>
 26. Khadam H, Sanagou A, Jouybari L. Effectiveness of Continual Education on Quality of Nursing Records. *Journal of Gorgan University of Medical Science*. 2002 ;3(8):65-69. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=28985>
 27. Linch GFC, Lima AAA, Souza EN, Nauderer TM, Paz AA, Da Costa C. An educational intervention impact on the quality of nursing records. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017;25: e298. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1986.2938>
 28. Norouzi J, Jafari Golestan N, Pishgooie S. Comparison of the effect of lecture training and multimedia training on knowledge, attitude and nurses' emergency performance in applying a Communication Model in registration and reporting in selected military hospitals. *Military Caring Sciences*. 2020; 6(4):257-266. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=742799>