



گزارش نویسی در پرستاری



تهیه و تنظیم: مرضیه عبدالعلی پور- کارشناس ارشد پرستاری نوزادان

محل خدمت: بیمارستان الزهرا

شماره تماس: ۰۴۱۳۵۵۳۹۱۶۱

ایمیل: m.abdolalipour80@gmail.com

بهار ۱۳۹۴

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سر فصل مطالب

- ✎ فصل ۱- جایگاه گزارش نویسی در قرآن
- ✎ فصل ۲- تاریخچه و تعریف گزارش نویسی
- ✎ فصل ۳- کاربرد گزارش نویسی در پرستاری
- ✎ فصل ۴- خصوصیات یک گزارش خوب
- ✎ فصل ۵- روش های گزارش نویسی
- ✎ فصل ۶- مواردی که در گزارش باید قید شود
- ✎ فصل ۷- نکات ضروری در ثبت دقیق و صحیح گزارش
- ✎ فصل ۸- موارد تحریف گزارش
- ✎ فصل ۹- برخی از خطاهای پرستاری
- ✎ فصل ۱۰- موارد قصور در پرستاری به ترتیب تکرار
- ✎ فصل ۱۱- توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه
- ✎ فصل ۱۲- استفاده از فلوشیت
- ✎ فصل ۱۳- استفاده از کامپیوتر برای گزارش های پرستاری
- ✎ فصل ۱۴- ثبت جنبه های اساسی مراقبت از بیمار بر پایه اصول چهارده گانه
- ✎ فصل ۱۴- مروری بر نکات کلیدی

شماره صفحه	فهرست
۱	جایگاه گزارش نویسی در قرآن
۱	تاریخچه و تعریف گزارش نویسی
۱	تاریخچه
۱	تعریف گزارش نویسی
۲	اصطلاحات رایج
۳	کاربرد گزارش نویسی
۳	کاربرد
۵	اهداف گزارش نویسی
۶	ارزش و اهمیت گزارش نویسی در پرستاری
۶	خصوصیات یک گزارش خوب
۷	حقیقت در گزارش نویسی
۷	دقت در گزارش نویسی
۸	کامل بودن گزارش
۸	پویا بودن گزارش
۹	سازماندهی گزارش
۹	محرمانه بودن گزارش
۹	روشهای گزارش نویسی
۹	داستان نویسی
۹	ثبت طبی مبتنی بر مشکل
۹	گزارشات شفاهی
۱۲	گزارش نویسی گام به گام
۱۴	گزارش درد
۱۴	دارو درمانی
۱۴	اکسیژن درمانی
۱۵	پانسمان زخم
۱۵	سونداژ مثانه
۱۵	تعبیه لوله بینی معدی
۱۶	نکات اساسی در ثبت گزارش احیاء قلبی و ریوی
۱۶	قوانین ثبت گزارش (مواردی که در گزارش باید قید شود)
۱۷	مندرجات
۱۷	زمان بندی
۱۷	چارچوب برگه‌ها
۱۸	امضا فرد مسئول یا پاسخگو
۱۸	رازداری
۱۹	نکات ضروری در ثبت دقیق و صحیح

شماره صفحه	فهرست (ادامه)
۱۹	موارد تحریف گزارش-----
۲۰	برخی از خطاهای پرستاری-----
۲۰	موارد قصور در پرستاری به ترتیب تکرار-----
۲۰	توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه-----
۲۰	بایدها و نبایدها-----
۲۲	مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش-----
۲۳	توجهات خاص در ثبت-----
۲۳	استفاده از فلوشیتها-----
۲۴	استفاده از کامپیوتر برای گزارش های پرستاری-----
۲۴	مزایا-----
۲۴	معایب-----
۲۵	توجهات در ثبت اطلاعات در رایانه-----
۲۵	ثبت جنبه های اساسی مراقبت از بیمار بر پایه اصول چهارده گانه-----
۲۶	مروری بر نکات کلیدی-----
۳۳	منابع-----

گروه هدف

مدیر خدمات پرستاری - رئیس خدمات پرستاری - سوپروایزر در گردش - کارشناس کنترل عفونت بیمارستانی (پرستار) - کارشناس کنترل عفونت بیمارستانی - سرپرستار - سرپرستار اتاق عمل - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر آموزش ضمن خدمت ماما مسول (مسول پایگاه) - کارشناس مامایی - ماما مسول - ماما - کارشناس بهداشت - پرستاری و مامایی، کاردان اتاق عمل - پرستار دندانپزشکی - تکنسین اتاق عمل - بهیار - پرستار ماما - بهیار ماما - پرستار دیالیز - بهیار دیالیز، پرستار (مراقبت های ویژه - روانی - داخلی - جراحی - اتاق عمل - سوختگی - اطفال - بهداشت مادران نوزادان - ارتوپدی - اورژانس و تروما - چشم)

اهداف آموزشی

انتظار می رود شما بعد از خواندن این مطالب به اهداف زیر نایل شوید:

- ۱- تعریف گزارش نویسی در پرستاری
- ۲- اهداف گزارش نویسی
- ۳- روشهای گزارش نویسی
- ۴- خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح
- ۵- انواع گزارشات
- ۶- نکات کلیدی در ثبت گزارشات پرستاری

روش و نحوه اجرای آموزش

دوره کتابخوانی

نحوه ارزشیابی

آزمون چهار گزینه ای

مقدمه

پیشرفت علوم به نوعی وابسته به روند ثبت و ضبط بوده است و انتشار علم تکنولوژی از طریق ثبت و گزارش صورت می پذیرد. چرا که اگر تحقیقات و یافته های دانشمندان و علما نگارش، گزارش و ثبت نمی شد، هم اکنون امکان دستیابی و استفاده از علوم میسر نبود.

لازم است برای پاسخگویی در برابر مسئولیت مهم مراقبت، تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامتی انسان و جامعه اقدامات و فعالیتهای انجام شده برای پرهیز از هر گونه تهمت، افتراء، برچسب و بی کفایتی، بی لیاقتی و یا عمل غیر اخلاقی و غیر قانونی، بر صفحه کاغذ حک شود تا بتوان با مراجعه به آن در پیگیری و مداومت و نظارت بر اعمال صاحبان حرفه در مواقع ضروری بعنوان سندی محکم، مطمئن و قابل دفاع بهره مند شد.

بدیهی است که گزارشات پرستاری هنگامی که از نظر قانون مورد بحث قرار گیرند، دلالت بر تاکید دوباره بر حفظ جان بیمار، امنیت حقوقی پرستار و امنیت جانی جامعه دارند. ثبت گزارشات کامل، دقیق و به موقع جهت قضاوت در مورد اینکه بیمار مراقبت های مورد نیاز و ضروری را دریافت داشته، امری روشن است، همچنین به ارائه دهندگان مراقبت جهت برنامه ریزی - هماهنگی و حفظ تداوم مراقبت کمک می کند.

گزارش پرستاری جامع، عاملی برای رفع اتهام و تبرئه پرستاران است و طبعا "نارسایی در گزارش پرستاری می تواند عاملی برای تائید اتهام تلقی شود. از نظر حقوقی عملکرد تیم پزشکی با ثبت موارد، قابل اثبات است و موردی پذیرفته می شود که خوب گزارش و ثبت شده باشد.

پرستار به عنوان مهمترین عضو تیم درمان و مراقبت بهداشتی، لازم است که اطلاعات مربوط به بیمار را به دقت و در زمانی مناسب و به روشی موثر انتقال دهد تا سایر اعضای تیم درمانی نیز بتوانند یک برنامه ساماندهی شده و قابل اجرا متناسب با نیازها و مشکلات بیمار تدوین کنند در غیر اینصورت مراقبتها ممکن است به صورت منقطع اجرا شود، ارائه برنامه مراقبتی و درمانی به تاخیر بیفتد یا یک مرحله از درمان حذف شود.

بدین ترتیب گزارش پرستاری یکی از مهمترین مدارک پرونده بیماران می باشد، از این رو مجموعه حاضر در راستای آشناسازی هر چه بیشتر گروه هدف با مهارتهای گزارش نویسی در اختیار زحمت کشان این عرصه قرار می گیرد، تا بابت اصولی گزارشات، در جهت اعتلای منزلت حرفه ای خود گام بردارند.

۱- جایگاه گزارش نویسی در قرآن

خداوند در آیه شریفه « ن والقلم و ما یسطرون» به دو موضوع مهم زندگی بشر سوگند یاد کرده « قلم و آنچه می نویسد» چون قلم و نوشتن سرچشمه آگاهی بشر هستند ، و دوران زندگی بشر را نیز به دو دوران «تاریخ و ماقبل تاریخ» تقسیم بندی کرده اند و دوران تاریخ بشر از زمانی شروع می شود که خط اختراع شد و بشر توانست دست به قلم شود همچنین در قرآن در دو آیه (قلم و علق) اشاره صریح به نوشتن و ثبت کرده شده است.

حضرت علی (ع) می فرماید : علم را با نوشتن پایبند کنید زیرا آنچه حفظ شود بگریزد و آنچه نوشته شود تا ابد باقی بماند. بنابراین قلم و محصول آن یعنی نوشته در قرآن کریم قداست خاصی دارد و آن زمانی که با قلم روند سلامتی و بهبودی بهترین مخلوق خدا یعنی انسان را روی کاغذ می نویسیم، این قداست به اوج خود می رسد، پس می توان گفت گزارش نویسی موضوعی معنوی عبادی و مقدس است.

۲- تاریخچه و تعریف گزارش نویسی

۱-۲ تاریخچه

در جهان قدمت ثبت به ۵۰۰۰ سال قبل از میلاد مسیح بر می گردد که اولین بار سومری ها سوابق و تصمیمات خود را ثبت می کردند. در ایران نیز باید آغاز گزارش نویسی را مصادف با دوران خلفای عباسی بدانیم بعدها در دوره ساسانیان و تیموریان شغل وقایع نویسی در ادارات دولتی، دربار و فرمانداری ها رواج یافت. دوره تحول گزارش نویسی در زمان شاه عباس صفوی و بعد در دوران حکومت قاجاریه مصادف با چاپ نخستین روزنامه در ایران بود.

در اواسط قرن هجده تا نوزده با ایجاد تغییراتی اصلاحی در جامعه ، نقش پرستاران عوض شد و این هنگامی بود که پرستاری بر اساس بسیاری از اعتقادات فلورانس نایتینگل در سال ۱۸۲۰ بنا شد و هر پرستار مسئول کیفیت و ثبت خدمات خود گردید و در همین زمان از استانداردها برای کسب اطلاعات ایمنی و مراقبت جامع پرستاری بهره گرفته شد. از سال ۱۹۷۰، پرستاران از کلمات حرفه ای در ثبت گزارش خود استفاده می نمایند. ثبت، نوشته ای قانونی است که در بر دارنده کلیه فعالیت های انجام شده برای بیمار از جمله بررسی، تشخیص و برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی می باشد.

۲-۲ تعریف گزارش نویسی^۱

¹ Reporting

تعویض و تبادل اطلاعات درمورد بیمار به صورت نوشتاری و یا گفتاری بین گروه مراقبت کننده بهداشتی درمانی را گزارش گویند. برقراری ارتباط حرفه ای موثر بین اعضاء گروه بهداشتی - درمانی به وسیله گزارش دهی به یکدیگر صورت می گیرد. ثبت و گزارش اطلاعات مناسب، دقیق و صحیح اعضاء گروه بهداشتی درمانی از جمله پرستاران می تواند برنامه مراقبتی سازمان یافته و جامعی را برای مراقبت از مددجو برنامه ریزی و اجرا نماید، که نتیجه آن ارتقاء کمی و کیفی برنامه مراقبتی خواهد بود.

۲-۳ اصطلاحات رایج

پرونده: پرونده مددجویان یک سند قانونی است و محتوی مدارک مراقبت انجام شده برای مددجو است. پرستاران از نظر قانونی و اخلاقی موظف به حفظ اطلاعات مربوط به بیماری ها و درمان های مددجویان هستند. فقط کارکنانی که به طور مستقیم در مراقبت از مددجو دخیل هستند، دسترسی قانونی به پرونده دارند.

پرونده سازی^۱: عبارت است از انتقال اطلاعات به صورت نوشتن وقایع اساسی، جهت پیگیری سیر بیماری و پیشرفت بهبودی بیمار

ثبت کردن^۲: گزارش کتبی که به منظور تبادل و انتقال اطلاعات اساسی (از فردی به فرد یا افراد دیگر) نوشته می شود. این اطلاعات ممکن است به تدابیر مراقبتی - عمل - رویداد یا حادثه ای که در زمانی واقع شده است مربوط باشد که به عنوان مدرک پایدار و ثابت نگه داری می شوند این اطلاعات قابل دسترسی هستند و به عناوین متعددی به آنها رجوع می شود.

گزارش کردن^۳: انتقال پاره ای اطلاعات به فرد یا افرادی (به صورت شفاهی یا کتبی) که از آن بی اطلاع بوده و یا آگاهی کافی نسبت به آن ندارند.

چارت کردن^۴: واژه معمولی برای پرونده بیمار جهت وارد کردن اطلاعات است

گزارش بیماران از طریق ثبت در پرونده، گزارش شفاهی یا مشاوره صورت می گیرد. در انتهای هر نوبت کاری در بیمارستان، پرستاران به پرستاران شیفت بعدی، گزارش شفاهی و کتبی خود را ارائه می نمایند. از مهمترین مسئولیتهای

¹ Documentation

² Recording

³ Reporting

⁴ Chart

پرستار، نوشتن گزارش بیماران و دادن گزارش شفاهی به دیگر همکاران حرفه‌ای (پزشک، پرستار، مسئول آزمایشگاه و...) می‌باشد که در افزایش کیفیت مراقبت از بیماران اهمیت بسزایی دارد.

۳- کاربرد گزارش نویسی در پرستاری

۳-۱ کاربرد

گزارش نویسی در پرستاری کاربردهای مختلفی دارد که شامل موارد زیر می‌باشد:

- ❖ جنبه های قانونی ثبت
- ❖ جنبه حقوقی ثبت
- ❖ جنبه های ارتباطی ثبت
- ❖ جنبه های درمانی ثبت
- ❖ جنبه های پیشرفت بیماری
- ❖ جنبه تحقیقاتی ثبت
- ❖ جنبه های آموزشی دانشجویان
- ❖ جنبه های رسیدگی یا نظارت

❖ **جنبه های قانونی ثبت :** قانون یک ضرورت اجتناب ناپذیر اجتماعی است که زیر بنای رشد و تعالی جامعه را تشکیل می‌دهد. یکی از سازمانها و حرفه هایی که در اعتلای سطح سلامتی جامعه نقش دارد حرفه پرستاری است که به عنوان یک حرفه در قبال ارائه خدمات خود باید پاسخگو باشد و مسئولیت پذیری و اصل عدم آسیب رسانی به بیمار را در حین مراقبت مد نظر داشته باشد. از جمله مسئولیتهای سنگین این حرفه شیوه انتقال اطلاعات و گزارش دهی و گزارش گرفتن و ثبت آن می‌باشد که کوچکترین خطا و سهل انگاری در آن می‌تواند مسئولیت سنگین حرفه ای را به ارمغان آورد. یادداشتهای و گزارشات پرستاری می‌تواند در نتیجه گیری جدال قانونی در دادگاه بسیار مهم باشد. غفلت در مشاهده - سهل انگاری در اقدامات صحیح - کوتاهی در دادن گزارش به پزشک - عدم ثبت اقدامات و فعالیتهای انجام شده، قصور محسوب می‌شود. گزارش در حکم یک سند قانونی است و ثبت مراقبت پرستاری یک اصل قانونی در تمام سیستمهای درمانی است. وقتی که بحث قانونی ثبت مطرح می‌شود، هدف تاکید در باره حفظ جان بیمار، حفظ امنیت حقوقی پرستار و به عبارت کلی تر حفظ امنیت جانی جامعه است.

- ❖ **جنبه حقوقی ثبت:** امروزه ثبت اطلاعات به عنوان حقوق بیماران مطرح است و بیمار حق دارد از درج صحیح محتویات پرونده اش با اطلاع باشد.
- ❖ **جنبه های ارتباطی ثبت:** گزارش پرونده وسیله ارتباطی کادر درمان برای تسهیل تداوم مراقبت از بیمار است. اعضای تیم درمان در کارها و مراقبتهای بیمار بوسیله گزارش کتبی باهم در ارتباط هستند و ارتباط آنها درباره اقدامات بهداشتی (پرستاری، درمانی، مددکار اجتماعی، فیزیوتراپیست) است. ثبت خوب گزارشات ارتباط گسترده ای را بین همه اعضاء تیم مراقبت از بیمار در حل مشکلات بیمار ایجاد می کند.
- ❖ **جنبه های درمانی ثبت:** پرونده بیمار به عنوان مدرکی که کلیه معالجات و مراقبتهای انجام شده برای بیمار در آن ثبت می شود، بسیار با اهمیت است.
- ❖ **جنبه های پیشرفت بیماری:** سیر بیماری بطور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام شده آسانتر خواهد بود.
- ❖ **جنبه تحقیقاتی ثبت:** گزارشات موجود در پرونده بیماران به عنوان منبع اطلاعات برای تحقیقات علمی است. شیوع یک بیماری و مرگ و میر و بهبودی از آن، عوارض استفاده از درمان یا پرستاری خاص، اثرات و عوارض بعضی خدمات، از طریق همین اطلاعات قابل تحقیق است. گزارش پرونده منبع اطلاعات آماری است که توسط دولت مورد استفاده قرار می گیرد. این اطلاعات در مورد وضعیت سلامتی مردم یک شهر – استان یا کشور می باشد که تحقیقات اپیدمیولوژیک و برنامه های پیشگیری از بیماریها در یک جمعیت را امکان پذیر می سازد و نیز اطلاعات آماری نظیر تعداد مرگ و میر، موالید و تعداد پذیرش بیماران به عنوان اساس برنامه ریزی های آینده و پیش بینی نیازهای بهداشتی منطقه بکار می رود.
- ❖ **جنبه های آموزشی دانشجویان:** هدف دیگر گزارش پرونده بیماران، آموزش دانشجویان رشته های مختلف بهداشتی است و این پرونده ها می تواند تصویر روشنی از بیمار و مشکلات او و برنامه های مراقبتی انجام شده را یکجا به دانشجویان ارائه نماید.
- ❖ **جنبه های رسیدگی یا نظارت:** نظارت پرستاری عبارتست از بررسی گزارشات پرونده بیمار به منظور ارزشیابی کیفیت و کمیت مراقبتهای پرستاری انجام شده به دو صورت:
 - گذشته نگر^۱: بررسی مجدد مراقبتها که قبلا انجام شده و بیمار مرخص شده است.
 - رسیدگی همزمان^۲: بررسی مراقبتهایی که هم اکنون در مورد بیمار انجام می شود.

¹ retrospective² concurrent

در هر دو حالت منظور از نظارت، مطابقت دادن مراقبتهای پرستاری انجام شده با استانداردهای موجود است. نظارت ممکن است جزئی یا کلی باشد که در نظارت جزئی، نحوه مراقبت از بیمار معین ارزیابی می‌شود و در نظارت کلی با مطالعه چندین پرونده در یک بیمارستان، در مورد کیفیت مراقبتهای آن بیمارستان قضاوت می‌شود.

۳-۲ اهداف گزارش نویسی

اهداف ثبت گزارش بیماران شامل موارد زیر می باشد:

- برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان
 - آموزش به دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی
 - تهیه صورتحساب مالی
 - ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی از بیمار
 - پژوهش و کمک در دستیابی به یافته های جدید
 - نظارت کنترل و ارزشیابی سیستمهای مراقبتی، درمانی و بهداشتی
 - پیش بینی نیازهای بهداشتی، درمانی و مراقبتی
- **برقراری ارتباط:** اولین هدف ثبت گزارش بیماران، در جریان قرار دادن دیگر افراد گروه بهداشتی- درمانی از وضعیت بیمار و اقدامات درمانی است.
- **برنامه ریزی مراقبتی:** براساس داده های روزانه و تغییر وضعیت بیمار و پیشرفت وی برنامه مراقبتی طراحی می‌شود.
- **برآورد کیفیت:** براساس گزارش ثبت شده در پرونده بیمار، به کیفیت مراقبت از وی پی برده می‌شود. در صورت وجود مشکلات، برای بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، آموزش های ضمن خدمت برگزار می‌گردد. همچنین برای انتخاب استانداردهای مراقبتی، از پرونده بیماران نیز استفاده می شود.
- **پاسخ گویی به مسائل قانونی و مالی:** گزارشات ثبت شده در پرونده بیمار، به عنوان مدرک قانونی است. در صورتی که بیمار یا خانواده وی شکایتی در مورد کیفیت مراقبت داشته باشند، بهترین منبع و مدرک، پرونده بیمار می باشد. بنابراین ثبت گزارش بایستی دقیق، صحیح و به موقع صورت گیرد. بیماران هزینه درمانی خود را براساس گزارشات ثبت شده در پرونده که چه نوع مراقبت هایی را دریافت نموده اند، حساب و پرداخت می‌نمایند.
- **آموزشی:** گزارشات موجود در پرونده بیمار، برای آموزش دانشجویان گروه پزشکی استفاده می گردد.

- **تحقیقی:** پژوهشگرانی که در زمینه حل مشکلات بهداشتی - درمانی فعالیت دارند، به بررسی و مطالعه پرونده بیماران می پردازند و اطلاعات لازم را کسب می نمایند و راهکارهای مناسب را ارائه می دهند.
- **تاریخی:** اطلاعات و یافته های بهداشتی - درمانی بیمار، ممکن است در سال های بعد مورد نیاز باشد. به همین دلیل اطلاعات درج شده در پرونده بیمار، ارزش تاریخی دارد.
- **اعتباربخشی:** سازمان بهداشتی با استفاده از گزارش های ثبت شده، مراقبت های استاندارد را به دست آورده و تعریف می نماید.

۳-۳ ارزش و اهمیت گزارش نویسی در پرستاری

- ✓ نافذترین سند در مراجع قضایی برای دفاع از پرستاران
- ✓ سندی با ارزش برای تداوم مراقبت از بیمار
- ✓ سندی مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران مانند پزشک...
- ✓ سندی مهم برای نظارت و ارزیابی
- ✓ سندی مهم برای پژوهش

۴- خصوصیات یک گزارش خوب

رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی الزامی است.

۱. حقیقت^۱

۲. دقت^۲

۳. کامل و مختصر^۳

۴. پویا^۴

۵. سازماندهی^۵

¹ Actual

² Accuracy

³ Completeness Concies

⁴ Currentness

⁵ Organization

۶. محرمانه^۱

۴-۱- حقیقت در گزارش نویسی:

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد. گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شنود، می بوید و احساس می کند. از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید. به هیچ عنوان از کلماتی چون "به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است" استفاده نکنید.

مثال:

✓ گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتهای خوبی به غذا ندارد.

× گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

۴-۲- دقت در گزارش نویسی :

موارد ثبت شده درمورد بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.

مثال :

✓ گزارش صحیح: بیمار ۴۰۰ سی سی آب مصرف نموده است.

× گزارش غلط: بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

✓ گزارش صحیح : زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم 5cm طول دارد.

× گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار می باشد.

¹ Confidential

در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری¹ غیراستاندارد جدا خودداری نمایید. علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.

در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.

در گزارشات پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.

چنانچه گزارش پرستار دقیق و با اطمینان نباشد، افراد قانوندان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد نیست.

عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای این مشخصات باشد: نام و نام خانوادگی، سمت، رتبه، تاریخ و ساعت

۴-۳ کامل بودن گزارش :

اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. نوشته های مختصر درک آسانی دارد و نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید. در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود.

۴-۴ پویا بودن گزارش:

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد. به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی شود. تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد. فعالیتهای و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل :

➤ علائم حیاتی

➤ تجویز دارو و اقدامات درمانی

¹ Abbreviation

- آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی
- تغییر در وضعیت سلامت
- پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
- اداره تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

۴-۵ سازماندهی گزارش :

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرمهای مخصوص استفاده گردد.

۴-۶ محرمانه بودن گزارش :

کلیه گزارشات باید محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

۵- روشهای گزارش نویسی

۵-۱ ثبت داستانی

این نوع ثبت یکی از انواع روشهای سنتی برای ثبت کردن است. دارای ساختاری ساده است و مضرات بی‌شماری از جمله تکرار اطلاعات و وقایع، صرف زمان زیاد و اجبار خواننده برای خواندن مطالب زیاد به منظور دستیابی به اطلاعات مورد نیاز دارد.

۵-۲ ثبت طبی مبتنی بر مشکل

شیوه ای از ثبت است که بر مشکل بیمار تاکید می‌کند. در ابتدا مشکلات سازماندهی می‌شوند به گونه ای که هر یک از اعضای تیم مراقبتی باید در یکی از مشکلات بیمار مشارکت کنند، که از این طریق به دستیابی یک برنامه مراقبتی واحد و هماهنگ کمک می‌کند.

۵-۳ گزارشات شفاهی

گزارش شفاهی یک ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیماران می‌باشد. پرستاران روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهی استفاده می‌نمایند. در این نوع گزارش یک پرستار خلاصه‌ای از فعالیتها و شرایط بیمار در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت را به پرستار دیگر منتقل می‌نماید.

چهار نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

(a) گزارش تعویض شیفت^۱

(b) گزارش تلفنی^۲

(c) گزارش انتقالی^۳

(d) گزارش حوادث اتفاقی^۴

گزارش تعویض شیفت: یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است بصورت کنفرانس و یا در صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود. راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد. در یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغیر بوده است. راند بالینی به پرستاران اجازه می دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوردی فوری دریافت نمایند. در طی مدت راند بالینی ممکن است نکات هشداردهنده ای از سوی بیماران یادآوری گردد. با توجه به این امر که پرستاران مسئولیتهای زیاد و متنوعی را دارند این مسئله بسیار مهم است که گزارش تعویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام شود. در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت پرستاری یاری می دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده را نیز به ما می دهد و همچنین به بیمار این امکان را می دهد که در ارتباط با مراقبتهای دریافت شده بحث نماید.

گزارشات تلفنی: گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد. اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید مطمئن باشند:

* اطلاعات واضح است

* اطلاعات صحیح است

* اطلاعات دقیق است

جهت ثبت مکالمه تلفنی و تهیه مدرک پرستار بایستی به عوامل زیر در گزارش اشاره نماید:

* چه موقع تماس گرفته است؟

* چه کسی تماس گرفته است؟

¹ change of shift reports

² Telephone reports

³ Transfer reports

⁴ Incident reports

* با چه کسی صحبت شد؟

* چه اطلاعاتی داده شد؟

مثال: ساعت ۱۲:۳۰ pm مسئول آزمایشگاه آقای دهقان میزان پتاسیم بیمار تخت شماره ۱۰۶ به نام خانم حسینی در بخش داخلی را ۲, ۳ میلی اکی والان گزارش نمود.

زهره محمدی، پرستار بخش

تاریخ، امضا

دستورات تلفنی معمولاً بین پزشک و پرستار تبادل می شود و بایستی توسط تکرار واضح گردد و سپس پرستار دستورات پزشک را در فرم خاصی به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آنرا امضاء کند. بهتر است این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود. وضوح پیغام در این امر بسیار مهم و ضروری است. توجه به نکات زیر می تواند پرستاران را در پیشگیری از اشتباه احتمالی در امر دستورات تلفنی یاری نماید:

- * چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت حتماً سوالاتی را دسته بندی و در زمان گرفتن دستورات از پزشک مطرح نمائید تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود.
- * بطور وضوح نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نمائید.
- * هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است مجدداً تکرار نمایید.
- * تاریخ و زمان دستورات تلفنی را دقیق ثبت نمائید. نام بیمار، پرستار و پزشک را در دستور کامل نمائید.
- * لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط ۲ نفر پرستار تأیید و بوسیله هر دو نفر امضاء گردد.
- * براساس مقررات بیمارستان پزشک مسئول دستور تلفنی دستورات نوشته شده را بایستی امضا کند (حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از دستورات تلفنی).

گزارش انتقالی: در موارد خاص جهت پیگیری، درمان، تشخیص و اقدامات موثر، بیمار از بخشی به بخش دیگر و یا از مرکزی به مرکز درمانی دیگر منتقل می شود. هنگامی که گزارش انتقال داده می شود پرستاران در ثبت گزارش بایستی به نکات زیر توجه نمایند:

۱. نام بیمار، سن، پزشک اولیه و تشخیص پزشک

۲. خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال

۳. وضعیت سلامت فعلی (فیزیکی، روانی و اجتماعی)
۴. تشخیصها، مشکلات و طرحهای مراقبتهای فعلی پرستاری
۵. هر مداخله یا ارزیابی فوری که در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.

پرستار تحویل گیرنده بایستی زمانی را به بررسی وضعیت سلامت موجود بیمار پس از انتقال اختصاص دهد.

گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان یا موسسه درمانی: گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد و توجه به موارد زیر الزامی است:

۱. توصیف دقیق واقعه
۲. زمان حادثه
۳. اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
۴. زمان اطلاع به پزشک مسئول
۵. زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
۶. درمانها و پیگیریهای لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه
۷. برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود.
۸. گزارش حادثه باید با شماره مخصوص نوشته و حفظ گردد.
۹. گزارش نباید کپی شود.

۵-۴ گزارش نویسی گام به گام

گزارش بدو ورود : ذکر زمان در موقع گزارش نویسی ارزش فوق العاده‌ای دارد، پس قید ساعت و تاریخ بستری مهم است. ثبت ساعت اطلاع به پزشک، ثبت ساعت ویزیت پزشک، ثبت دقیق علائم حیاتی، علائم ذهنی و عینی و حسی بیمار باید به گونه ای مطلوب گزارش گردد. ثبت اقدامات انجام شده شامل آزمایشات، داروها (شامل نام دارو، دوز دارو، راه مصرف و نام پرستار) گرافی‌ها، مشاوره‌ها و ECG، ویزیت پزشک و در مجموع ثبت موارد قابل پیگیری لازم است.

گزارش قبل از عمل: ثبت ساعت تحویل بیمار به اطاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد، صندلی چرخدار و غیره)، ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اطاق عمل، ثبت وضعیت عمومی بیمار و سطح هوشیاری، ثبت وسایل و

تجهیزات متصل به بیمار (سندها، لوله تراشه و غیره)، ثبت دستورات دارویی قبل از عمل، آمادگی انجام شده (انما، شیو و غیره). در مورد سزارین ذکر سن حاملگی و علت سزارین و وضعیت جنین ثبت می‌شود. کنترل صدای قلب و حرکات جنین و غیره الزامی است. ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ.

گزارش ریکاوری : ثبت ساعت ورود به اتاق ریکاوری، ثبت نوع عمل انجام شده، ثبت نوع بیهوشی، سطح هوشیاری و تاریخ شروع و پایان عمل، وضعیت عمومی بیمار (استفراغ، خونریزی و...) با قید ساعت، نام و امضاء پرستار، ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه، ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار همراه با درخواست، ثبت هر گونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته که در اتاق عمل اتفاق افتاده است و می تواند بر روی مراقبت بعد از عمل موثر باشد. ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال باید توسط پرستار بعدی فوراً صورت گیرد. در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگار، آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم ثبت شود.

گزارش بعد از عمل : ساعت تحویل و یا ورود به بخش، ثبت نوع عمل انجام شده، ثبت وضعیت عمومی، علائم حیاتی و سطح هوشیاری، درد، ثبت وضعیت درن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان، ثبت علائم حیاتی و برون ده ادراری در ساعت اولیه، ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری، در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر، استفراغ و وضعیت دفع ادرار و مدفوع نوزاد و مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشک و غیره

گزارش ترخیص : کنترل این که ترخیص بیمار توسط پزشک امضاء شده باشد. وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علائم حیاتی، ساعت ترخیص و خروج از بخش با ذکر همراه. آموزش های مربوطه داده شده (شفاهی، پمفلت و غیره) روشن نمودن هر گونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی. در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص می‌شوند گرفتن اثر انگشت الزامی است. بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند، اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد. در مورد کودکان و افراد دارای مشکلات فکری - شناختی مطمئن شوید که به بستگان نزدیک، بیمار را تحویل داده اید و در صورتیکه تحویل گیرنده بستگان درجه یک نباشند، ثبت آدرس تحویل گیرنده و مشخصات وی لازم است.

گزارش فوتی: وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی - عینی با قید ساعت و تاریخ)، ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)، ثبت ساعت فوت، نحوه صدورگواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادرگردیده یا توسط پزشک قانونی صادر می گردد). در مورد فوت نوزاد جنس، آپگار زمان تولد یا مرده بدنیا آمده، سن جنین (که از ۲۰ هفته به بالا نیاز به تاریخ و گواهی فوت دارد). راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره ژنتیک و علت های فوت. ذکر این نکته در پرونده که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد. باید نام و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور یا روی بدن وی و روی ملحفه چسبانیده شود.

۵-۵ گزارش درد

کیفیت درد: تیز، مبهم و منتشر و ارجاع نشده

شدت درد: شدید ۸-۱۰ متوسط ۴-۷ خفیف: ۱-۳

دوره درد: درد مداوم و درد متناوب و درد زودگذر

عوامل تشدید کننده درد و عوامل تخفیف دهنده درد

واکنش های رفتاری، آشکارسازی فیزیولوژیکی (تعریق و تهوع و رنگ پوست و نبض و تنفس و فشارخون و واکنش مددجو)

۵-۶ دارو درمانی

اسم دارو - شکل دارو - مقدار دارو - راه مصرف دارو - زمان مصرف - واکنش های متقابل دارویی در صورت بروز، طول مدت تجویز دارو

۵-۷ اکسیژن درمانی

- دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم اختلال تنفسی)
- زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی
- روش اکسیژن درمانی
- میزان اکسیژن درمانی
- واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

۵-۸ پانسمان زخم

- ناحیه زخم
- وسعت و اندازه زخم
- نزدیک بودن لبه های زخم
- وجود یا عدم وجود ترشح
- رنگ و نوع و میزان ترشح
- وجود درن
- نوع محلول شستشو
- واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب و درد و احساس نگرانی
- در صورت داشتن اتصالات توجه به خونریزی و عملکرد مناسب آنها (مثل درن یا چست تیوب)

۵-۹ سونداژ مثانه

- هدف از سونداژ مثانه
- نوع سوند جهت سونداژ
- سایز سوند
- ثبت مانورها قبل از سونداژ
- حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون
- حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سونداژ مثانه
- در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو

۵-۱۰ تعبیه سوند بینی معدی

- دلایل لوله گذاری معده
- نوع گاوآژ: متناوب و مداوم
- حجم و نوع محلول گاوآژ
- حجم مایع موجود در معده قبل از گاوآژ
- رنگ ترشحات برگشتی از معده
- واکنش مددجو
- دلایل لاواژ

- نوع و حجم محلول لاواژ
- حجم و رنگ موارد برگشت
- واکنش مددجو

۱۱-۵ نکات اساسی در ثبت گزارش احیاء قلبی و ریوی

- زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- زمان شروع احیاء قلبی و ریوی CPR
- ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی
- ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی ABG
- تعداد و وات دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون
- دارودرمانی (نوع و دز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید.
- واکنش مردمکها
- افراد عضوتیم احیاء
- زمان خاتمه CPR

۶- قوانین ثبت گزارش (مواردی که در گزارش باید قید شود)

- مندرجات^۱
- زمان بندی^۲
- چارچوب برگه ها^۳
- امضاء مسئول و یا پاسخ گویی^۴
- رازداری^۵

^۱ Content

^۲ Timing

^۳ Format

^۴ Accountability

^۵ Confidentiality

۶-۱ مندرجات

- ❑ اطلاعات باید کامل، صحیح، مناسب، دقیق و حقیقی باشد.
- ❑ یافته های بیمار ثبت شود و از تفسیر آن خودداری گردد.
- ❑ از به کار بردن کلماتی که ممکن است برای خواننده معانی مختلفی ایجاد کند (مانند خوب، متوسط، کافی، طبیعی و...) خودداری شود.
- ❑ از به کار بردن کلمات کلی مانند «امروز به نظرم بهتر است» خودداری شود.
- ❑ برای ثبت گزارش می توان از معیار یک تا ده استفاده نمود. مثلاً امروز کمردرد بیمار ۲ تا ۳ بوده در صورتی که دیروز ۷ تا ۹ گزارش شده است.
- ❑ ثبت مشکلات بیمار و مداخلات پرستاری و عکس العمل بیمار از نظر نظم و توالی رخداد آن بایستی انجام شود.
- ❑ کلیه مشاوره های طبی بایستی ثبت گردد تا پرستاران دیگر نیز از آن آگاهی یابند.
- ❑ ثبت گزارش در پرونده بیمار براساس استانداردهای حرفه ای و خط مشی مرکز درمانی مربوطه باید صورت گیرد.
- ❑ از به کار بردن کلمات کلیشه ای و یا مبهم در هنگام نوشتن گزارش بیمار باید خودداری نمود.
- ❑ در صورتی که پرستار نسبت به دستورات و معالجات نامناسب پزشک، تذکر و یا سوالی را مطرح می نماید، باید زمان و تاریخ واکنش و توجه پزشک را دقیقاً ثبت نماید.
- ❑ اگر از طریق تلفن مشکل مورد نظر مطرح می گردد، پرستار دومی که به هنگام مکالمه حضور داشته، نیز گزارش را باید امضاء نماید. همچنین اگر با مدیر پرستاری نیز تماس گرفته شده باید ثبت گردد. ثبت این نوع گزارش در موارد قانونی موجب حمایت از پرستار و سایر مراقبت کنندگان مرکز درمانی می گردد.

۶-۲ زمان بندی

- ❑ همزمان با مشاهده و انجام مداخلات پرستاری، تاریخ و ساعت آن در پرونده درج گردد.
- ❑ در صورتی که وضعیت بیمار وخیم است و ثبت گزارش به طور مکرر بر پایه خط مشی مرکز درمانی صورت می گیرد، ثبت دقیق زمانی مداخلات پرستاری اهمیت دارد.
- ❑ در هنگام مراقبت از بیماران بدحال، قبل از ترک بخش، موارد مهم مربوط به وضعیت بیمار باید ثبت گردد.

۶-۳ چارچوب برگه ها

- ❑ ثبت گزارش باید بر روی برگه های طراحی شده مناسب صورت گیرد.

- ❑ برای چاپ و یا نوشتن می توانید از خودکار سیاه و یا آبی استفاده نمایید.
- ❑ نوشته باید خوانا باشد. در مواردی که بیمار نکته یا حساسیت خاصی دارد که باید مورد توجه قرار گیرد، از خودکار قرمز استفاده شود.
- ❑ از لغات صحیح و استاندارد، اختصارات و علامت های مشترک استفاده شود.
- ❑ برای ثبت رایانه ای از راهنمایی های مخصوص آن استفاده گردد.
- ❑ تاریخ و ساعت هر ثبت گزارش باید نوشته شود.
- ❑ مداخلات پرستاری با توجه به زمان انجام آن، بر روی خطوط پی در پی نوشته شود و فضای خالی با یک خط پر شود.

۴-۶ امضاء فرد مسئول یا پاسخگو

- ❑ پس از یادداشت در پرونده بیمار، فرد ثبت کننده باید نام کوچک، فامیل و عنوان خود را نوشته و امضاء نماید.
- ❑ در صورت عدم انجام مراقبت، موارد ثبت شده، نباید امضاء گردد.
- ❑ از پاک کردن و لاک گرفتن هرگز نباید استفاده کرد.
- ❑ بر روی هر صفحه از پرونده، نام و مشخصات بیمار ثبت شود.
- ❑ قبل از ارسال پرونده بیمار به مدارک پزشکی، از کامل بودن آن اطمینان حاصل شود.

۵-۶ رازداری

- ❑ بیماران از نظر قانونی و اخلاقی انتظار دارند، اطلاعات موجود در پرونده آن ها محرمانه بماند.
- ❑ دانشجویان پرستاری باید از خط مشی مرکز درمانی و قوانین موجود در مورد دستیابی به پرونده بیماران آگاهی داشته باشند.
- ❑ در مراکز آموزشی - درمانی، دانشجویان می توانند از پرونده بیماران در محدوده حرفه ای خود استفاده نمایند.
- ❑ از نظر اخلاقی، تمام اطلاعات خوانده شده را باید محرمانه تلقی کنند.
- ❑ در گزارشات شفاهی و یا دست نویس خود، نباید نام واقعی و دیگر مشخصات بیمار را ذکر کنند.

۷- نکات ضروری در ثبت دقیق و صحیح

- ✓ نام خانوادگی، ساعت، تاریخ، امضا و خط کشیدن زیر گزارش (پس از ثبت هر گزارش)
- ✓ خوانا و مرتب، سریع و موثر (بدون کلمات اضافی)
- ✓ استفاده از خودکار آبی و مشکی (مداد استفاده نشود)
- ✓ ثبت ساعت بصورت کامپیوتری
- ✓ استفاده از چارتهای گرافیکی برای ثبت علائم حیاتی
- ✓ ثبت مشخصات بیمار در هر برگ
- ✓ ذکر علت عدم اجرای دستور پزشک
- ✓ ثبت صحیح دارو (نام، دوز، راه تجویز، تاریخ، ساعت شروع و نام دهنده دارو)
- ✓ در صورت وجود اشتباه خط کشیدن روی آن به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد و بعد نوشتن مورد صحیح
- ✓ عدم استفاده از لاک یا پاک کردن
- ✓ عدم ثبت قبل از انجام کار

۸- موارد تحریف گزارش

- * اضافه کردن مواردی بدون آنکه تعیین شود بعدا اضافه شده است
- * ثبت اطلاعات نادرست
- * حذف نکات مهم
- * ثبت تاریخ که موید زمان قبلی باشد
- * دوباره نویسی یا تغییر
- * خدشه دار کردن گزارشات قبلی
- * انتقاد از دیگران
- * اضافه کردن به گزارش دیگران
- * گذاشتن فضای خالی بین نوشته ها
- * نوشتن به جای فرد دیگر
- * نوشتن نکته فراموش شده درون ابر

۹- برخی از خطاهای پرستاری

دارویی : تجویز داروی اشتباه، دوز اشتباه، حذف دارو، نادیده گرفتن علائم مسمومیت، راه نادرست
خطای ثبت : حذف موارد، عقاید شخصی، موارد مبهم، در زمان نامناسب، تصحیح نامناسب، موارد مربوط
 به دیگران، استفاده از کلمات و واژه های مبهم یا اشتباه، عدم صراحت در نگارش

۱۰- موارد قصور در پرستاری به ترتیب تکرار

- ♣ اجرای اشتباه درمان
- ♣ سقوط بیمار و قصور در ثبت آن و نداشتن صداقت
- ♣ اشتباهات دارویی
- ♣ قصور در مشاهده کردن و ثبت صحیح مشاهدات
- ♣ بکارگیری تجهیزات ناقص و معیوب
- ♣ قصور در بررسی بیمار و گرفتن شرح حال
- ♣ سوختگی ها
- ♣ قصور در تهیه شرح حال و گزارش تغییرات
- ♣ قصور در تعیین هویت بیماران و شناسایی بیمار
- ♣ قصور در نگه داشتن اطلاعات محرمانه بیماران
- ♣ قصور در ارزشیابی مراقبت و ثبت بموقع
- ♣ قصور در گزارش بموقع به پزشک

۱۱- توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه

۱۱-۱ بایدها و نبایدها

- ✚ دانشجویان مسئولیت قانونی ندارند و بیمارستانها حق ندارند از دانشجویان برای رفع نیاز پرسنلی استفاده کنند.
- ✚ هیچگونه فعالیت تخصصی خارج از حیطه و قلمرو تعیین شده برای پرستار، نباید توسط وی انجام شود.
- ✚ پرستاران در نگهداری بیماران ناتوان و نابینا و سالمند باید از محدود کننده های فیزیکی استفاده کنند.

- ✚ برای مراقبت و محافظت و جلوگیری از صدمه به بیمار، پرستار باید مطمئن شود که همه لوازم موجود در حوزه مراقبتی بیمار مطمئن و ایمن و سالم هستند.
- ✚ وسایل ناقص و خراب باید سریعاً تعمیر و جایگزین شوند و به سرپرستار و مقام مافوق کتبا گزارش شوند.
- ✚ در صورتی که دستور دارویی مشکوک به نظر می‌رسد، فوراً به پزشک یا مافوق ذیصلاح اطلاع داده شود.
- ✚ هرگونه قصور و کوتاهی از سوی سایر همکاران در ارتباط با بیمار باید جدی گرفته و کتبا گزارش شود.
- ✚ بیماران باید مرتباً کنترل شوند و هر گونه تغییر در طول شیفت پس از بررسی و شناخت دقیق به پزشک و یا مسئول ذیصلاح گزارش شود و در پرونده نیز ثبت گردد.
- ✚ شکایت بیمار از درد را باید جدی گرفته و تا اطمینان از وضعیت بیمار و رفع درد موضوع را پیگیری کرد.
- ✚ اولین وظیفه پرستار حمایت از بیمار است اگر به نظرتان وضعیت بیمار بحرانی است باید به پزشک گزارش دهید، در این امر درنگ نورزید (خواه نیمه شب یا وسط روز).
- ✚ از بکارگیری افراد غیر حرفه ای جهت انجام کارهای تخصصی جدا خودداری کنید. در صورت بروز خطا از سوی آنان، دادگاه پرستار را مجرم می‌شناسد.
- ✚ اگر در دستورات پزشک جای سوال است، نمی‌توانید آنرا بخوانید، ناکامل است و یا احتمال می‌دهید به بیمار آسیبی برساند، در اطمینان از صحت آن بکوشید.
- ✚ به منظور حفاظت خود، تمام تماس‌هایتان با پزشک را ثبت کنید (با تاریخ و ساعت).
- ✚ اگر شما به عملکرد سوء یا معالجه غلط در دادگاه متهم شوید، در مورد شما طبق استانداردهای شغلی رفتار و قضاوت می‌شود.
- ✚ اگر درگیر مسائل دادگاه شوید بهترین حامی، اسناد و مدارک بجا مانده از شما در مراقبت از بیمار می‌باشد.
- ✚ در دادگاه فرض بر این است که اگر چیزی نوشته نشده باشد، یعنی انجام نشده است.
- ✚ خطاهای دارویی، سقوط، خطاهای اتاق عمل مثل جا ماندن گاز و وسایل در بدن بیمار، اشتباه و کوتاهی در انتقال یا اعزام بیمار، مشاهدات ناکافی از جمله علل دادگاهی شدن پرستاران هستند.
- ✚ هیچگاه از بحث درباره نکات ضعف خود با مافوق نهراسید، مسئولیتهایی را که برای آنها آمادگی ندارید، نپذیرید زیرا در صورت ارتکاب خطا ادعایان مبنی بر عدم آشنایی در دادگاه قابل توجیه نخواهد بود.

- ✚ هرگز به درمان هیچ بیماری بدون دستور پزشک نپردازید مگر در موارد اضطراری و تحت شرایط خاص. از نظر قانونی تنها پزشکان حق این کار را دارند.
- ✚ وقتی بیمار از شما می‌خواهد که نظرتان را درباره درمان او اظهار کنید، از قبول آن سرباز زنید و از بیان هر جمله و عبارتی که احتمال می‌رود بیمار از آن دریافت سو کند، اجتناب کنید.
- ✚ هرگز به عنوان شاهد قبل از فهم کامل مطالب، آن را امضا نکنید.
- ✚ کمبود امکانات اعم از تجهیزات، نیروی انسانی و... را که امکان بروز حادثه و صدمه به علت استفاده از آنها برای بیمار وجود دارد و شما مجبور به پذیرش شرایط هستید، بصورت کتبی و طی چند نوبت به مقام مافوق گزارش کنید و یک نسخه نیز جهت بایگانی نزد خود نگه دارید.
- ✚ هر چیزی که سایر همکاران پرستار، پزشک و... برای ارزیابی بیمار لازم دارند را چارت کنید.
- ✚ گزارش یک واقعه را بطور کامل ثبت کنید.
- ✚ برای دستورات مبهم و اشتباه، تهیه و وضع خط مشی های مخصوص بیمارستان جهت مراجعه پرستار در مواقع ضروری، الزامی و اخلاقی است.

۱۱-۲ مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

- عدم تطابق محتوی گزارش با استانداردهای حرفه ای
- محتوی گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد
- محتوی ناقص یا بی ثبات
- محتوی توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد
- محتوایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد.
- وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی
- امضاء گزارشات تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر
- تحریف گزارش
- وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
- ناخوانا بودن گزارش
- درهم برهمی و کثیفی گزارش
- جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- رونویسی اشتباهات
- امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار
- لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی

- ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم

۱۱-۳ توجهات خاص در ثبت

- پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد بهترین مدافع شما می باشد.
- اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعیات ما آسیب می رساند.
- جهل به قانون رفع مسئولیت نمی کند
- چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده ثبت نمایید اثبات صحت اقدامات انجام شده آسانتر خواهد بود.
- تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کنیم.
- ثبت هر نکته ای در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درمانی حمایت نماید ولی وجود هر اشکالی در پرونده بالینی می تواند بر علیه کادر درمانی بکار رود.
- ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید.
- توجه نمایید مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.
- از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جدا ممانعت بعمل آورید.
- در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار مشخصات را با دقت تکمیل نمایید.
- انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرید.

۱۲- استفاده از فلوشیتها

- جهت جلوگیری از تکرار گزارشات مثل نام دارو، علائم حیاتی و... برای ثبت اطلاعات مفید است.
- کاردکس پرستاری جهت ثبت برنامه مراقبتی، تسریع، به حداقل رساندن اشتباهات احتمالی، ملاحظه چند چیز در کنار هم مفید است. (خودکار آبی برای مواردی که همیشه می ماند، قرمز برای موارد مهم مثل حساسیت خطر خودکشی، مداد برای موارد متغیر).
- باید ساعت هر کار نوشته شود (بجای آنکه مثلا نوشته شود : هر سه ساعت)
- تاریخ تعبیه وسایل تهاجمی نوشته شود.
- آزمایشات و گرافی ها پس از گزارش به پزشک پاک شوند، موارد غیر تکراری مانند CT اسکن بمانند.
- تاریخ شروع و اتمام درمان نیز باید نوشته شود.

۱۳- استفاده از کامپیوتر برای گزارش های پرستاری

۱۳-۱ مزایا

- کاهش تماس های تلفنی با پزشک و دیگر قسمت های مؤسسات بهداشتی یا بیمارستان
- حذف تکرار در ثبت اطلاعات
- ثبت کامل پرونده بیمار
- تسهیل در ارائه برنامه های مراقبتی و ترخیصی
- کاهش قابل ملاحظه اشتباهات دارویی، خطاهای چارت کردن و دستورات اشتباه
- حذف اشتباهات و خطاهای ناشی از ناخوانا بودن گزارشات
- فراهم آوردن اطلاعات صحیح در مورد شدت بیماری
- دسترسی سریع به گزارشات و چاپ اطلاعات بیمار
- انتقال سریع اطلاعات به سیستم
- ارتقاء اطلاعات پایه جهت پیشبرد آموزش، تحقیق و مدیریت پرستاری
- امکان گرافیکی کردن اطلاعات
- امکان طبقه بندی اطلاعات براساس استاندارد مراقبتی

۱۳-۲ معایب

- صرف هزینه بالا برای شروع کار
- نارسایی یا نقص در پایانه های پرستاری
- صرف زمان جهت وارد کردن خدمات روتین و یا سرویس های نارسا و بهم ریخته
- بی میلی بعضی از پرستاران که به روش های قدیمی عادت کرده اند.
- آهسته بودن سیستم در زمان شلوغی و پرکاری بخش
- از بین رفتن یا حذف اطلاعات اساسی در صورت وجود اختلال در سیستم
- احتمال وابستگی به اطلاعات کامپیوتریزه شده و عدم تمایل به سوال کردن در مورد خطاها
- کمتر شدن ارتباط و تعامل بین پرسنل بهداشتی
- ترس از کاهش پرسنل
- مقاومت پرسنل در برابر تکنولوژی

- عدم تمایل بیمار به دادن کامل اطلاعات از ترس در دسترس قرار گرفتن اطلاعات در اختیار دیگر پرسنل مؤسسه
- امکان ثبت اطلاعات نادرست
- محدود بودن لغات اختصاصی استاندارد در برنامه‌های کامپیوتری
- امکان سوءاستفاده از اطلاعات موجود در کامپیوتر
- از نظر قانونی اطلاعات مربوط به بیمار یا رمز ورودی به اطلاعات نباید در اختیار دیگران قرار گیرد

۳-۱۳ توجهات در ثبت اطلاعات در رایانه

- هرگز اسم رمز و یا امضاء رایانه‌ای خود را به دیگران (پرستاران دیگر، پزشک) ندهید.
- هرگز پایگاه رایانه‌ای را پس از وارد کردن شماره‌ی رمز خود، ترک نکنید.
- از برنامه دقیق و صحیح برای برطرف نمودن اشتباهات پیروی نمایید.
- مهم‌ترین نکته در هنگام کنترل اطلاعات، محافظت از اطلاعات ثبت شده می‌باشد. در صورتی که سهواً قسمتی از گزارشات پاک گردیده، توضیحی را در رایانه همراه با مشخصات خود، تاریخ، ساعت بنویسید؛ سپس به مسئول خود گزارش نمایید.
- هنگامی که اطلاعات بیمار بر روی صفحه نمایشگر می‌باشد، محل را ترک نکنید.
- در مواردی که بایستی اطلاعات بیمار محرمانه حفظ شود، از دستورات مرکز درمانی پیروی نمایید (مانند وجود عفونت HIV).

۱۴- ثبت جنبه‌های اساسی مراقبت از بیمار بر پایه اصول چهارده گانه

- ۱- وضعیت عمومی بیمار: منظور از حال عمومی بیمار مواردی چون خلق و خو، چگونگی ارتباط، سطح هوشیاری و تفاوت و تغییرات علائم عینی و ذهنی بیمار می‌باشد. استفاده از عباراتی چون "حال عمومی بیمار بد نیست" و از این قبیل جملات، به تنهایی قابل درک و اندازه‌گیری و ارزیابی نیست.
- ۲- وضعیت علائم حیاتی و اوضاع همودینامیکی
- ۳- ثبت جذب و دفع
- ۴- وضعیت خواب و فعالیت
- ۵- موارد پاراکلینیکی

۶- موارد قابل پیگیری

۷- ثبت دستورات و تغییرات حاد در وضعیت بیمار

۸- اقدامات دارویی

۹- دارو های PRN

۱۰- اقدامات ایمنی : اقدامات حفاظتی نظیر میله های کنار تخت یا سایر محدود کننده ها ، بعلاوه زمان استفاده از این ابزار ها ، دلیل استفاده از آنها و وضعیت محدود کننده ها (بالا یا پایین بودن میله های کنار تخت) و پاسخ بیمار به محدود کننده ها ثبت گردد.

۱۱- دستورات تلفنی

۱۲- ثبت حوادث

۱۳- اقدامات پرستاری: بهتر است برای ثبت هر پروسیجر و اقدامی از تکنیک W6 استفاده شود و برای هر پروسیجر قید شود که اولاً چه پروسیجر اجرا شده (What) چرا (Why) چه زمانی (When) کجا (Where) توسط چه کسی (Who) و چگونه (How) . ولی همیشه لازم نیست در مورد هر چیزی ۶ مورد رعایت شود.

۱۴- آموزش به بیمار و همراهان وی

۱۵- مروری بر نکات کلیدی

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری یادآوری می گردد.

۱- جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده نمایید.

۲- جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده نمایید، مطالب ناخوانا ممکن است بد تفسیر شده یا باعث بروز خطا و دادخواهی شود. جوهر قابل پاک کردن نیست و زمانی که کپی گرفته می شود یا به شکل میکروفیلم در می آید، خواناتر است.

۳- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.

۴- مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش بطور کامل درج نمایید.

۵- جهت ثبت ساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده نمایید.

- ۶- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.
- ۷- تعداد و ریتم ضربان قلبی - تنفسی بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن را ثبت کنید.
- ۸- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور، مانیتورینگ، پیس میکر و...) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید.
- ۹- وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت کنید.
- ۱۰- بیانات و نشانه هایی را که بیمار عنوان نموده است، با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.
- ۱۱- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.
- ۱۲- ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
- ۱۳- با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.
- ۱۴- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.
- ۱۵- پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمایید.
- ۱۶- انحصاراً در گزارش، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید، ثبت نمایید.
- ۱۷- گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش، با برانکارد، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراهیان و...)، وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم باشد.
- ۱۸- اقداماتی را که باید در شیفتهای بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید.
- ۱۹- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.

- ۲۰- در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها، موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع دهید.
- ۲۱- در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می‌کند، میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید.
- ۲۲- در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.
- ۲۳- افراد شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته (I&O) را در برگه کنترل جذب و دفع ثبت نمایند.
- ۲۴- هرگونه علائم و نشانه‌ای را که در صورت بروز به پزشک اطلاع داده می‌شود، را ثبت نمایید.
- ۲۵- ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و...) ضروری است.
- ۲۶- مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول شیفت است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید.
- ۲۷- دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نمایید.
- ۲۸- کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی اجرا شده را ثبت کنید (نام دارو، دوز دارو تاریخ و ساعت شروع، زمان و راه تجویز).
- ۲۹- زدن علامت تیک روی ساعت تجویز دارو به منزله داده شدن دارو به بیمار و کشیدن دایره دور آن به معنی ندادن دارو به بیمار می باشد که در هر حالت باید نام دهنده دارو ثبت شود.
- ۳۰- در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود (برخی از علل احتمالی عبارتند از : موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار و...).
- ۳۱- اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می‌نمایید (حضور، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.
- ۳۲- در صورت نیاز به ثبت گزارش تلفنی، در برگه دستورات پزشک ثبت و توسط ۲ پرستار امضاء و ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضاء پزشک مربوطه رسانده شود.

- ۳۳- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب کنید. گزارش ناخوانا می‌شود، ممکن است اطلاعاتی را که شما سعی در مخفی کردن یا محو کردن آن دارید مشخص شود.
- ۳۴- جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش: بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد، در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه کلمه «اصلاح شد» را نوشته و گزارش صحیح را بعد از کلمه «اصلاح شد»، ادامه دهید.
- ۳۵- از مواردی که منجر به تحریف گزارش می‌شود اجتناب کنید از جمله: اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است، ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری، دوباره نویسی و یا تغییر گزارش، اضافه نمودن مواردی به یادداشت‌های سایرین، تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود.
- ۳۶- گزارش عملیات احیاء قلبی ریوی (CPR) بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا باید در پرونده ثبت شود.
- ۳۷- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی وجود نداشته باشد، در غیر این صورت این امکان وجود دارد فرد دیگری اطلاعات غلطی در گزارش شما وارد کند.
- ۳۸- در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید.
- ۳۹- آموزشهای ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر نمایید.
- ۴۰- در صورتی که بیماری شفاهاً مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید نماید، دقیقاً گزارش نمایید.
- ۴۱- در خصوص مشاوره‌های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می‌باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.
- ۴۲- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات ناخوشایند بپرهیزید.
- ۴۳- از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.
- ۴۴- گزارش پرستاری برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی باید در انتهای شیفت نوشته شود.
- ۴۵- پس از ثبت مورد فوق در گزارش انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود، نام، نام خانوادگی، سمت پرستار مربوطه و تاریخ به طور خوانا ثبت شود.
- ۴۶- گزارش را ممه‌ور به مهر اسمی خود به همراه شماره نظام پرستاری نموده و امضاء نمائید.

۴۷- پرستاری که گزارش را ثبت می کند می تواند در شفاف سازی نوع درمانی که بیمار دریافت کرده است کمک کند و به مؤسسه ارایه دهنده مراقبت جهت حمایت از بازپرداخت ها و حساب های مالی یاری برساند، شرکت های بیمه و بازرسین، این گزارشات را به منظور تعیین پرداخت های مربوط به بیمار یا مؤسسه، مورد بازبینی قرار می دهند. یک گزارش دقیق در مورد تجهیزات و مراقبت ها به صحت و زمان مناسب پرداخت ها کمک می کند.

۴۸- گزارش وقایع به طور مشخص به توصیف هر حادثه ای که خارج از روتین روزانه بیمار است می پردازد.

۴۹- ثبت طبی مبتنی بر مشکل بیمار با توجه به مشکلات بهداشتی مددجو سازماندهی می شود.

۵۰- هنگامی که پرستاران در حال گفتگو با بیمار و اعضای خانواده او می باشند داشتن برخورد حرفه ای ضروری است. اغلب لازم است که تعاملات بین بیماران، پرستاران و اعضای خانواده با واژه های رفتاری شرح داده شود.

۵۱- در برخی مؤسسات پرسنل کمکی نیز در گزارش تغییر شیفت شرکت می کنند. پرسنل کمکی بخشی از تیم مراقبتی هستند و هنگامی که بیشتر در مورد وضعیت بیمار بدانند مؤثرتر عمل می کنند. کارشناسان پرستاری می توانند در مورد کارهای انجام شده پرسنل کمکی گزارش دهند.

۵۲- موارد زیر را انجام ندهید:

* تمام اطلاعات بیوگرافی بیمار که به صورت مکتوب وجود دارد را دوباره بیان نکنید.

* از بیان مطالب حساس به مددجو نظیر "آقا، شما باید یک وصیتنامه بنویسید" اجتناب کنید.

* از پیش داوری در مورد ارتباط اعضاء خانواده اجتناب کنید.

* پشت سر بیمار بدگوئی نکنید.

* مراحل ابتدایی یک روش را توضیح ندهید.

* از ذکر جزئیات خودداری کنید مگر اینکه همکاران آن را سؤال کنند.

* هیچگاه نتایج را با کلمات «خوب» یا «ضعیف» توصیف نکنید.

* پرسنل را وادار نکنید که حدس بزنند چه چیز در اولویت قرار دارد.

۵۳- پرستار نباید در مورد مکالمات یا درمان های موجود با دیگر بیماران یا کارکنانی که در مراقبت های بیمار دخیل نمی باشند، گفتگویی انجام دهد.

- ۵۴- پرستار برای حفاظت گزارشات موجود، در برابر خوانندگانی که اجازه خواندن گزارشات را ندارند، مسوولیت دارد.
- ۵۵- گزارشات باید حاوی فرم رضایت نامه آگاهانه برای انجام پروسیجرها و روش های درمانی باشد.
- ۵۶- استفاده از واژه های مبهم، مثل "پدیدار شدن، به نظر رسیدن یا ظاهراً"، نیز قابل قبول نیست چراکه با استفاده از این واژه ها پرستار عقیده شخصی خود را بیان نموده است.
- ۵۷- یک گزارش هدفمند و عینی نیازمند مشاهده رفتارهای بیمار توسط پرستار است. به عنوان مثال علائم و نشانه های عینی اضطراب ممکن است شامل افزایش تعداد نبض، افزایش تنفس، و بی قراری فزاینده باشد.
- ۵۸- پرستار باید به دقت از کلمات مخفف استفاده کند تا از سوء تفاهات و خطا در تفسیر جلوگیری شود. به عنوان مثال، od (به معنای هر روز) می تواند از نظر تفسیر با OD (چشم راست) اشتباه شود. به منظور به حداقل رساندن خطا و اشتباه، در صورتی که کلمات مخفف گیج کننده باشد باید به صورت کامل و با املاء صحیح در انتهای گزارش نوشته شود.
- ۵۹- دانشجویان پرستاری باید نام کامل، خلاصه عبارت دانشجوی پرستاری (SN: یا NS: or Nursing Student Student of Nursing) را ذکر کنند و همچنین نام مؤسسه آموزشی را نیز قید کنند.
- ۶۰- سیستم های ثبتي متعددی برای گزارش اطلاعات مددجو وجود دارد، این سیستم ها توسط سرویس های پرستاری با توجه به سیاست های سازمان انتخاب می شود. در یک موسسه باید یک سیستم ثبت یکسان مورد استفاده قرار گیرد.
- ۶۱- گزارش باید بر پایه فرآیند پرستاری نوشته شود و پرستار نباید فقط بر روی مشکلات بیمار متمرکز شود بلکه باید به نگرانی های وی نیز توجه کند. به این جهت استفاده از تفکر انتقادی روش مناسبی است. چارت های متمرکز به راحتی توسط همه پرسنل درک شده و برای اغلب پرسنل قابل قبول است. این چارت ها به بررسی شرایط و پیشرفت بیمار کمک می کند.
- ۶۲- فلوشیت ها فرم هایی است که به پرستار اجازه می دهد به سرعت و با سهولت به اطلاعات بیمار دست یابد.
- ۶۳- کاردکس روزانه نیاز به تکرار مراجعه به پرونده بیمار و چارت اطلاعات روتین را کاهش می دهد.
- ۶۴- معمولاً کاردکس با مداد نوشته می شود تا هنگام تغییر در اطلاعات بیمار یا نیازهای وی، تغییر برنامه برای پرسنل راحت تر باشد.
- ۶۵- در ثبت گزارش داروهای پرخطر، مثل داروهای نارکوتیک، دوز اول آنتی بیوتیکها، داروهای Stat، اکسیژن و... باید نام پرستار دوم (کنترل کننده) نیز در گزارش ثبت شود.

۶۶- ثبت گزارشات احیا و اورژانسی باید در عرض ۲۰ دقیقه انجام شود.

۶۷- در گزارش تزریق خون و فراورده های خونی، باید نوع فراورده، گروه خونی، شماره سریال کیسه خون، زمان شروع، پایان تزریق، داروهای مورد استفاده قبل و حین و بعد از ترانسفوزیون و نام پرستار دوم کنترل کننده ثبت شود.

منابع

- (۱) مهرزاد باقری، *General Guidelines for Recording*، گروه مدیریت و آموزش دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۸
- (۲) نوروز، پرویز. ثبت در پرستاری. گرگان: نشر فراغی. چاپ اول. ۱۳۸۱.
- (۳) عباسی، مهري. گزارش کتبی و شفاهی در پرستاری. تهران: نشر سالم. چاپ اول. ۱۳۷۹.
- (۴) نسرين توکلی، گیتی زعفری. اصول گزارش نویسی در پرستاری، چاپ ۱۳۹۱
- (۵) ورقایی، افخم. گزارش نویسی اصولی در پرستاری، مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی تبریز، زمسان ۱۳۸۳
- 6) Potter, PA., Perry, AG. (2010). *Canadian fundamentals of nursing*. Toronto, ON: Elsevier Canada
- 7) Blair, W., & Smith, B. (2012). *Nursing documentation: Frameworks and barriers*. *Contemporary Nurse*, 41(2), 160-168
- 8) Scott, R.W. (2006). *Legal Aspects of Documenting Patient Care for Rehabilitation Professionals*(3rd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- 9) Katie Morales. *17 Tips to Improve Your Nursing Documentation*, 2012