

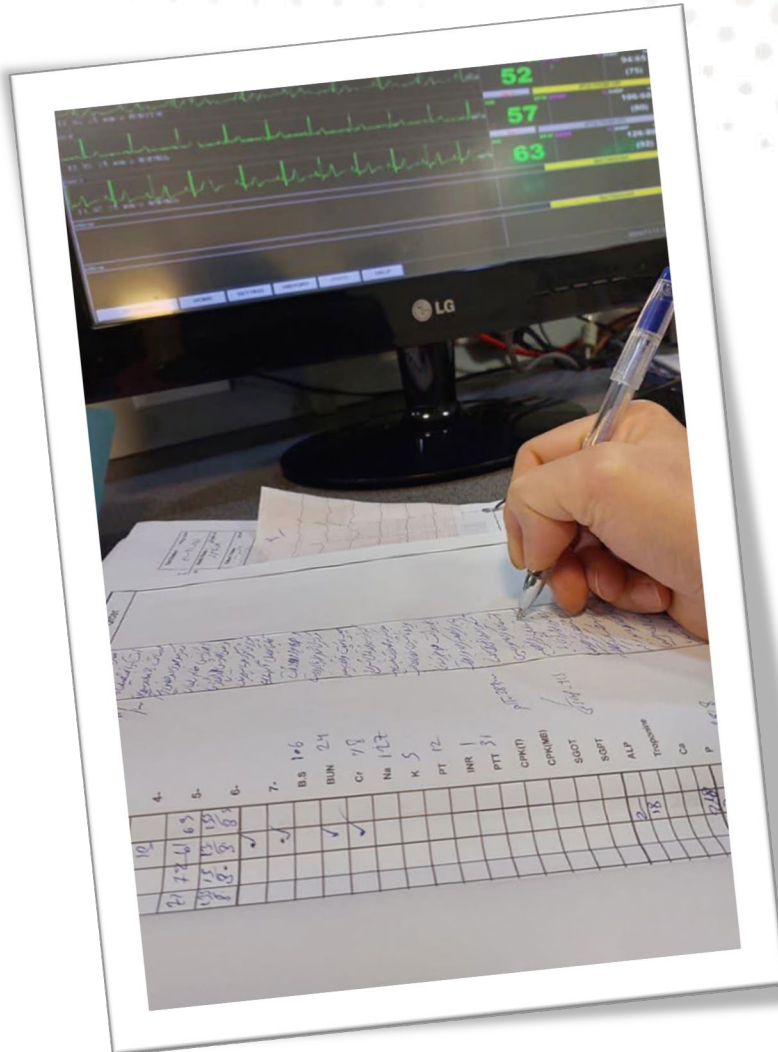
بی نام خداوند جان و خرد
کز این برتر اندیشه بر نگذرد



پیامبر مهربانی:
کسی که در برطرف کردن نیازهای
مریض تلاش کند و نیازهای او را برآورد،
همانند روزی که از مادر متولد شده است،
از گناهان پاک می‌شود.



Nursing Documentation





- تعریف
- اهداف
- خصوصیات یک گزارش علمی
- انواع گزارشها
- انواع روشهای گزارش نویسی
- استانداردهای پرستاری
- خطاهای احتمالی



نوشتن و به تحریر در آوردن اطلاعات، اخبار،

رویداد ها که با ساده ترین و کوتاهترین کلام

هدف مورد نظر را بیان نماید

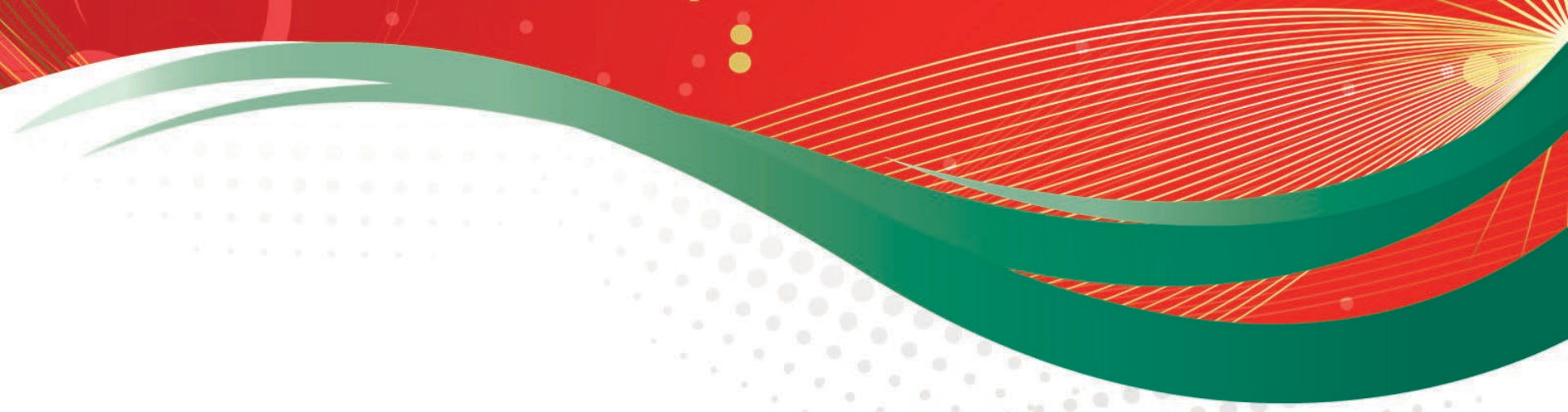
ساده نویسی و سالم نویسی

اهداف گزارش نویسی

-
- ۱- برقراری ارتباط
 - ۲- برنامه ریزی مراقبتی
 - ۳- بررسی کیفیت مراقبتهای پرستاری
 - ۴- تحقیقات
 - ۵- تصمیم گیریهای تشخیصی و درمانی
 - ۶- آموزش
 - ۷- اسناد قانونی
 - ۸- باز پرداخت ها



اهمیت گزارش نویسی



ثبت مراقبتهای پرستاری ابزاری مهم جهت تعیین صحت و

صلاحیت و ارزشیابی مداخلات درمانی و مراقبتی است و

وسیله ای مهم برای حمایت و حفظ حقوق قانونی بیمار و

پرستار است.



گزارش پرستاری جامع عاملی برای رفع اتهام و

تبرئه پرستاران است.

نارسایی در گزارش پرستاری میتواند عاملی برای

تأیید قصور تلقی گردد.

خصوصیات یک گزارش علمی

۱. حقیقت
۲. دقت
۳. کامل و مختصر
۴. پویا
۵. سازماندهی
۶. محرمانه

نادرست

بیمار افسرده به نظر می رسد.

بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است. قادر به انجام کارهای خود نیست. حوصله صحبت با دیگران را ندارد. اشتها به غذا ندارد.

بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

بیمار ۳۶۰ cc مایعات مصرف نموده است.

مواردی که باید بدون وقفه ثبت گردد:
ثبت علائم حیاتی، ثبت تجویز دارو، ثبت اقدامات درمانی، ثبت تستهای تشخیصی، ثبت تغییر ناگهانی در وضعیت سلامت بیمار، ثبت پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار، ثبت اداره تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

دارای نظم باشد.
سازماندهی شده باشد.

کلیه گزارشات مندرج شده به صورت محرمانه باقی می ماند و حتی در دسترس همراهان و وابستگان بیمار هم قرار نمی گیرد. و بیمارستان هم بدون اجازه بیمار، اجازه تکثیر و کپی از هیچ یک از گزارشات پرونده را ندارد.

درست

اصول و موارد ضروری در گزارش پرستاری	
۱ ثبت وضعیت عمومی مددجو	
۲ ثبت وضعیت داروها	
۳ ثبت وضعیت جذب و دفع	
۴ ثبت وضعیت همودینامیکی	
۵ ثبت وضعیت فعالیت، خواب و استراحت	
۶ ثبت موارد قابل پیگیری	
۷ ثبت موارد پاراکلینیکی	
۸ ثبت تغییرات حاد	
۹ ثبت اقدامات انجام شده	
۱۰ ثبت وضعیت ترخیص یا انتقال	
۱۱ ثبت مشخصات نویسنده	

توجه!

در زمان تحویل بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات باید در محیطی دور از بالین بیماران و با صدای آهسته تبادل گردد. همچنین این قبیل اطلاعات نباید به خارج از محدوده بیمارستان و محیط درمان انتقال یابد. اطلاعات حساس و محرمانه بیمار می تواند شامل نتایج مثبت آزمایشاتی مانند HIV / بیماری های قابل انتقال مانند هپاتیت / اختلالات روان / قرار داشتن بیمار در گروه پر خطر اجتماعی (کودک آزاری، دختران فراری، بارداری غیر متعارف، زنان رها شده، نوزادان رها شده، خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان، اقدام به خودکشی) و سایر مواردی که بیماران می خواهند محرمانه بماند. جهت حفظ حریم بیماران و حفظ اسرار آنها فرایند تحویل در بعضی از موارد می تواند خارج از اتاق بیمار انجام شود.



تمام برگه های پرینت شده که دارای مشخصات بیمار است باید از بین برده شوند.

مانیتوری که اطلاعات بیمار را نمایش می دهد رها نکنید.

روشهای مختلف گزارش نویسی

روش ثبت داستانی

ثبت گزارش بر اساس مشکلات بیمار

گزارشات شفاهی



Source-Oriented Record (SOR)

روش مستندسازی بر اساس منبع ثبت کننده

- این روش قدیمی ترین سیستم مستندسازی است و هنوز هم در بسیاری از مراکز درمانی استفاده می شود.
- در این سیستم، هر عضو تیم درمان یادداشت خود را در بخش اختصاصی خود ثبت می کند.

ثبت گزارش بر اساس مشکلات بیمار

POMR = problem-oriented medical record

SOAP: Subjective objective

**PIE : Intervention Evaluation
Problem**

(Problem Oriented Medical Record) P.O.M.R

- در این روش ثبت اطلاعات بیمار بر طبق مشکل وی سازماندهی می شود.
- داده های پایه : تمام اطلاعات جمع آوری در مورد بیمار (تاریخچه پرستاری، معاینات فیزیکی ، گزارشات آزمایشگاهی)
- فهرست مشکلات: نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، تکاملی و محیطی
- مشکلات باید شناسایی شده و به ترتیب اولویت نوشته شود .
- زمانی که مشکل حل شد تاریخ آن ثبت شده یا روی مشکل و شماره آن خطی کشیده شود .
- برنامه مراقبت پرستاری : با توجه به استانداردهای موجود به صورت اختصاصی تدوین شود .



P.O.M.R

مثال: مشکل بیمار تغذیه ناکافی، در رابطه با برداشتن قسمتی از معده اش

در بخشی از گزارش، پزشکی که عمل جراحی را انجام داده، پیشرفت بیماری

را توصیف می کند؛ پرستار راجع به اشتهای بیمار می نویسد و متخصص تغذیه

نیز رژیم درمانی پیشنهادی قابل تحمل برای بیمار را ثبت می کند



P.O.M.R

• اطلاعات بر اساس الگوی مشکل گشایی به صورت SOAPIE نوشته می شود:

- S: (Data Subjective) اطلاعات ذهنی توسط بیمار بازگو می شود.
- O: (Data Objective) اطلاعات عینی توسط درمانگر مشاهده می شود.
- A: (Assessment) بررسی تشخیص های پرستاری و پزشکی
- P: (Plan) طرح و برنامه ریزی بر اساس مطالعات بالا طراحی می گردد.
- I: (Intervention) مداخلات باید قابلیت اجرا داشته باشد.
- E: (Evaluation) پاسخ بیمار به درمان و تغییر در نیازهای او.

SOAPIE

S: گفته بیمار : "من احساس تهوع دارم".

O: بیمار ۱۰۰ میلی لیتر مایع روشن در ساعت ۵:۲۲ استفراغ کرد.

A: بیمار حالت تهوع و استفراغ دارد.

P: تهوع بیمار را کنترل کرده و در صورت لزوم از داروی ضد تهوع استفاده کنید.

I: در ساعت ۵:۳۵ بیمار ۲ میلی گرم داروی ضد تهوع دریافت کرد

(Objective)

گزارش باید بر اساس مشاهده و اندازه گیری باشد، نه قضاوت شخصی

✗ بیمار لجباز است

✓ بیمار با وجود آموزش، از دریافت دارو خودداری کرد



PIE

- روش دارای ریشه پرستاری است

- P (Problem)

- I (Intervention)

- E (Evaluation)

بررسی های روزانه پرستار در فلوشیت ها و فرم های معمول ثبت شده و از دوباره کاری جلوگیری می شود .

مشکلات حل شده پس از مرور پرستار از گزارش روزانه حذف می شود و مشکلات باقیمانده همچنان در گزارش

روزانه ثبت می گردند.

PIE

P	نقص و کمبود آگاهی درباره جراحی در ارتباط با عدم تجربه مشابه
I	آمادگی های معمول قبل از عمل برای بیمار توضیح داده شد. تمرین های پس از جراحی انجام شد. برای بیمار کتابچه مراقبت های پرستاری بعد از عمل تهیه شد.
E	بیمار تمرین های پس از جراحی را به درستی انجام می دهد. به مرور مراقبت های پرستاری بعد از عمل احتیاج دارد. حسن محمدی کارشناس پرستاری



Focused Charting

- این چارت ها شامل DAR است:
- D: داده هم عینی و هم ذهنی
- A: فعالیت یا اقدامات پرستاری
- R: واکنش و پاسخ بیمار می باشد.

Focused Charting

تاریخ	ساعت	کانون (تمرکز)	یادداشت های پیشرفت مددجو
۸۸/۴/۷	۱۴/۰۰	تهوع به علت اثرات دارو های بیهوشی	D: بیمار در ساعت ۱۱/۳۰ ابراز کرد که حالت تهوع دارد.
			A: ساعت ۱۱/۳۵ آمپول پلازیل یک میلی گرم وریدی تزریق شد.
			R: ساعت ۱۱/۴۵ حالت تهوع بیمار بر طرف شد.



Charting by Exception (CBE)

اگر همه چیز طبیعی است، نیازی به نوشتن دوباره آن نیست



ثبت بر اساس فرایند پرستاری

در ثبت گزارش پرستاری به روش فرایند پرستاری لازم است، پس از ارزیابی بیمار، تشخیص های پرستاری مختلف را برای وی مطرح و ثبت نمود، سپس برنامه مراقبتی در نظر گرفته شده را ثبت نموده و آن را اجرا و نتیجه را ارزشیابی کرد.



- مشکل (آنچه باید تغییر کند) : یبوست
- اتیولوژی (علت بروز) : بی حرکتی و کاهش دریافت از راه دهان
- پیامدها : اجابت مزاج به شکل طبیعی، نیاز به مصرف مایعات بیشتر را بیان می کند، نوشیدن ۲۰۰۰ سی سی مایع در شبانه روز
- اقدامات : راه رفتن در بخش سه بار در شبانه روز ، افزایش دریافت

مایعات در ساعات مختلف



ثبت بر اساس استنادات های اعتبار بخشی

در این نوع از ثبت که در واقع ترکیبی از حالات فوق است ثبت گزارش در زمان پذیرش، ترخیص، انتقال، حین بستری و فوت مشخص شده است.



روش	محور اصلی	ساختار	مزیت	محدودیت	کاربرد
SOR	منبع ثبت کننده	یادداشت جداگانه هر عضو تیم	ساده و سنتی	اطلاعات پراکنده	پرونده های سنتی
POMR	مشکل بیمار	Problem List	هماهنگی تیم درمان	نیاز به به روزرسانی مستمر	بیماران پیچیده
SOAP	تفکر بالینی	S، O، A، P	منظم و استاندارد	نیاز به مهارت تحلیل	کلینیک و بیمارستان
PIE	فرآیند پرستاری	Problem، Intervention، Evaluation	مناسب پرستاران	تمرکز کمتر بر داده های ذهنی و عینی	بخش های بستری
DAR	Focus	Data، Action، Response	انعطاف پذیر	انتخاب Focus مناسب	آموزش، درد، ترخیص و مراقبت های موضوع محور
CBE	استثناها	ثبت فقط یافته های غیرطبیعی	کاهش حجم مستندات	نیازمند فرم های استاندارد	بیمارستان های دارای پرونده ساختار یافته



استانداردهای نادیده گرفته شده

- خوانا و مرتب
- قید میزان جذب و دفع مایعات در برگه گزارش
- ذکر موارد آموزش به بیمار
- ذکر موارد تهدید
- ذکر کسب رضایت نامه به همراه تفکیک نوع اقدام



- 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
- ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم



ثبت اکسیژن تراپی

- ✓ دلیل 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



گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان

گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد.

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

انواع گزارش شفاهی

change of shift reports گزارش تعویض شیفت

Telephone reports گزارش تلفنی

Transfer گزارش انتقالی

Incitement reports گزارش حوادث اتفاقی

**با توجه به این که پرستاران مسئولیت های زیاد و متنوعی را دارند
این مسئله بسیار مهم است که گزارش تعویض شیفت با سرعت و با
کفایت انجام شود .**



توجه

تعریف پزشک آنکال: پزشکی است که در ساعات کشیک (در خارج از ساعت اداری و ایام تعطیل) طبق آنچه در لیست کشیک آنکالی آمده است قابل دسترسی و احضار به آن مرکز درمانی باشد بدیهی است باید حدود زمانی دسترسی به پزشک آنکال طبق برنامه به اطلاع پزشک آنکال رسیده باشد و موافقت ایشات کسب شده باشد.

الف: تخصص هایی که حضور بلادرنگ و فوری پزشک آنکال الزامی است: همانند تخصصهای بیهوشی، کاردیولوژی (واضح است که این نوع آنکال معادل کشیک موظف محسوب میگردد).

ب: تخصص هایی که حضور سریع (کمتر از ۳۰ دقیقه) پزشک آنکال الزامی است: همانند جراحی اعصاب، زنان زایمان، داخلی، کودکان، جراحی عمومی، گوش و حلق و بینی، نورولوژی، ارتوپدی، ارولوژی، رادیولوژی، چشم.

ج: تخصص هایی که حضور در اولین فرصت پزشک آنکال الزامی است: همانند پوست، پرتودرمانی .

توجه

12- در رابطه با دارو و سرم های PRN درج زمان، شرط و حداکثر مقدار دارویی که در 24 ساعت می توان به بیمار داد، توسط پزشک الزامی است. جهت جلوگیری از استفاده بیش از حد یا عدم استفاده از دارو، لازم است پرستار با مطالعه گزارش همکاران شیفت های قبلی، میزان و نحوه اثر بخشی داروی مورد نظر را سنجیده و بر اساس آن، نسبت به دادن داروی PRN اقدام کند. مثلا در مورد داروی آپوتل در بزرگسالان، دوز توصیه شده 4 گرم در روز است، که معمولا به شرط تب و یا درد برای بیمار به صورت PRN تجویز می شود. بنابراین باید توجه داشت که بیش از این مقدار برای بیمار تزریق نگردد که این امر، با مطالعه گزارش سایر شیفت ها و ثبت دقیق گزارشات، میسر خواهد بود.

تحریف گزارش

- ۱- اگر مواردی به گزارش تان اضافه شود بدون آن که تعیین شود این موارد مذکور بعدا اضافه شده است، این عمل تحریف به حساب می آید.
- ۲- اگر در گزارش پرستاری اطلاعات نادرست ثبت شود.
- ۳- اگر نکات مهم گزارش حذف شوند.
- ۴- اگر تاریخ گزارش به گونه ای ثبت شود که نشان دهنده این مسئله باشد، که گزارش در زمان قبلی ثبت گردیده است.
- ۵- تغییر دادن گزارش و دوباره نوشتن آن
- ۶- اگر گزارش های قبلی و یا موجود را تخریب یا مخدوش نمایید
- ۷- اگر به گزارش های سایر همکاران مواردی را اضافه کنید تحریف به حساب می آید



Timely به موقع

بهترین زمان ثبت اطلاعات، بلافاصله بعد از انجام مراقبت است.

نوشتن گزارش در پایان شیفت، احتمال فراموشی اطلاعات را افزایش می دهد.



Late Entry

«گزارش تاخیری»

شما اقدامی را انجام داده‌اید یا مشاهد‌های داشته‌اید، اما در همان لحظه (به دلیل مشغله زیاد یا شرایط اورژانسی) موفق به ثبت آن در پرونده نشده‌اید و اکنون می‌خواهید آن را به پرونده اضافه کنید



گزارش دیر هنگام ابزاری برای اصلاح فراموشی‌های صادقانه است،

نه ابزاری برای لاپوشانی.

اگر درست ثبت شود، نشانه مسئولیت‌پذیری است؛ اگر با تقلب در

زمان ثبت شود، سند جرم است.

دلایل عدم ثبت گزارش استاندارد پرستاری

- بی توجهی به گزارشات پرستاری و

عدم کنترل و نظارت

- خستگی و حجم بالای کار

- مشکلات آموزشی

- عدم آگاهی از مسایل قانونی



جهل به قانون رفع مسئولیت نمی کند



**فرد مهرکننده گزارش مسئول مستقیم کلیه نوشته ها و پرستار مسئول بیمار در
مجامع داوری خواهد بود.**

دانشجویان مسئولیت قانونی ندارند.

بیمارستان ها نمیتوانند از دانشجویان برای رفع نیاز پرسنلی استفاده کنند.

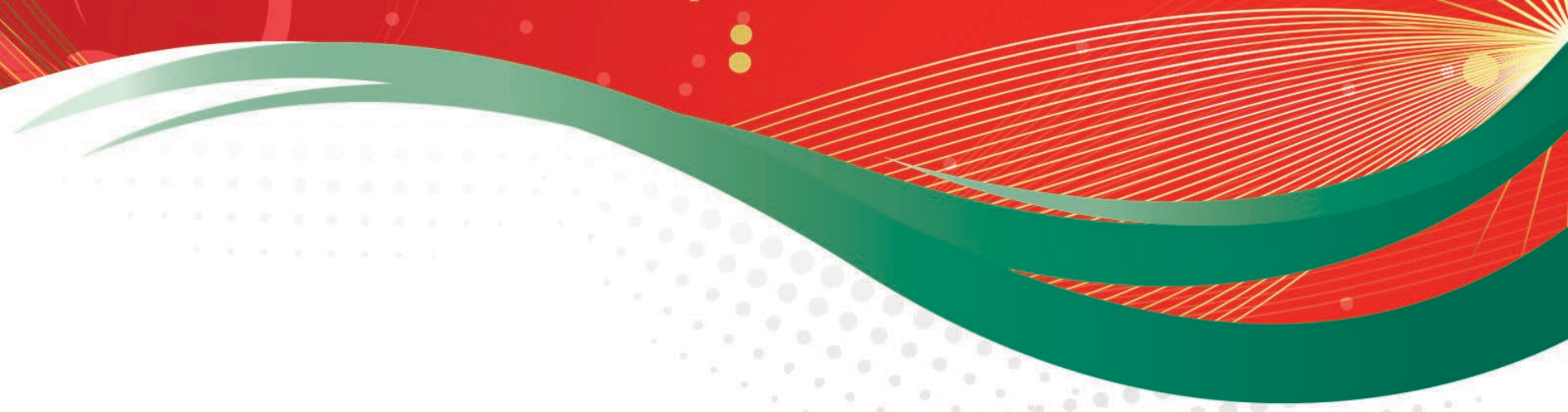


هیچ گونه فعالیت تخصصی خارج از حیطه تعیین شده برای پرستار نباید توسط

وی انجام شد.

وسایل ناقص و آسیب دیده باید سریعاً تعمیر شوند و سرپرستار به صورت **کتبی**

در جریان باشد.



-اگر درگیر مسائل دادگاه شوید بهترین حامی، اسناد بجا مانده از شما در مراقبت از بیمار می باشد.

-در دادگاه فرض بر این است که اگر چیزی نوشته نشده باشد، یعنی انجام نشده است.

استانداردهای خدمات پرستاری

- تعریف: استانداردهای پرستاری توافقهایی هستند که جهت سنجش فعالیتها به کار میروند و موجب تعیین انتظارات برای مراقبتهای پرستاری موثر و ایمن می شوند

استانداردهای حرفه ای

1. پاسخگویی Accountability
2. کسب صلاحیت مداوم Continuing Competence
3. اخلاق حرفه ای Ethics
4. دانش Knowledge
5. کاربرد دانش Knowledge Application
6. رهبری Leadership
7. ارتباطات و ارتباطات حرفه ای Professional Relationships

اصول توسعه استانداردهای حرفه ای

- ۱- پرستاران **مسئول** کلیه تصمیم گیری ها و اعمال خویش هستند
- ۲- مددجویان **کانون مرکزی** خدمات حرفه ای پرستاران و **مشارکت کننده فعال** در فرایند تصمیم گیری مراقبت خودشان هستند.
- ۳- هدف از کار حرفه ای دستیابی به **بهترین** برایند ممکن برای مددجوست
- ۴- پرستاران باید بصورت مداوم **کسب صلاحیت حرفه ای** را با دانش و تجربه بیشتر ارتقا بخشند.
- ۵- **استانداردها معیارهای عملی** را برای پرستاران نشان می دهند.



خطا

خطا شامل انحراف از صحت و قدم در مسیر اشتباه است

**قانون، خطای پرستاری را رعایت نکردن استانداردهای تشخیصی، درمانی و
مراقبت تعریف میکند .**



خطاهای پرستاران را می توان به دو دسته پنهان و فعال تقسیم کرد.

✓ خطاهای فعال شامل اقدام کردن یا نکردن پرستارانی که فعالیتهای آنها

میتواند تأثیرات سوئی داشته باشد

✓ خطای پنهان شامل خطاهایی است که از کنترل مستقیم پرستاران خارج و

ناشی از تصمیمهای نادرست مدیریتی و ضعف ساختاری در سازمانها هستند

چه کسانی می توانند به مسئولین بیمارستان گزارش دهند؟

♦ در فرم گزارش دهی اجباری: کارشناس مسئول پاسخگو ایمنی بیمار ۱۴ مورد وقایع تهدید کننده حیات در درمان بیماران را در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود (اعم از دولتی، خصوصی، خیریه، نیروهای مسلح، تامین اجتماعی و.....) می بایست ظرف ۲۴ ساعت از زمان وقوع رخداد از طریق فکس یا اتوماسیون به معاونت درمان دانشگاه ارسال نمایند.

♦ در فرم گزارش دهی داوطلبانه خطا: کلیه کارکنان شاغل در بیمارستان پزشک، پرستار، کارکنان شاغل در آزمایشگاه، داروخانه، تاسیسات، تجهیزات پزشکی و سایر کارکنان می توانند رویداد/ عوارض مشاهده شده را ثبت و به کارشناس مسئول پاسخگو ایمنی بیمار / کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار گزارش دهند.



ا گزارش می کنم چون

من از تنبیه و توبیخ شدن
نمی ترسم

بابت گزارش کردن به من
پاداش داده می شود

بازخوردهایی که دریافت
می کنم ارزشمند هستند

راهنماها و سیاست های
روشنی برای گزارش کردن
وجود دارد

بیماران به شدت
دچار آسیب شده اند

سیاست های روشنی برای
گزارش کردن رویدادهای
ناخواسته وجود دارد

سیستم گزارش کردن
در دسترس من قرار دارد

من می دانم چه چیزی را و
چگونه باید گزارش کنم

گزارش کردن به
یادگیری من کمک می کند

سیستم گزارش کردن
بدون نام و محرمانه است

من اهمیت گزارش کردن
رویدادهای ایمنی بیمار
را می دانم

من در سازمانی کار می کنم
که فرهنگ تنبیه ندارد

فرایند گزارش کردن
رویدادهای ناخواسته
ساده است

احساس می کنم
وظیفه من است که
این کار را انجام دهم

مهمترین دلیل عدم گزارش تخلف

ترس از انتقام و تلافی



دل مرخبان

که ز هر دل به خدا راهی است...

مولانا