

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ثبت و گزارش دهه

در پرستارک

نویسندگان:

صدیقه فرضی،

دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

صبا فرضی،

کارشناس ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی لرستان

دکتر علی رضا ایرج پور،

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اعظم مولادوست،

کارشناس ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

عنوان و نام پدیدآور	: ثبت و گزارش‌دهی در پرستاری/نویسندگان صدیقه فرضی...[و دیگران].
مشخصات نشر	: اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان، ۱۳۹۵.
مشخصات ظاهری	: ۹۸ص: مصور(بخشی رنگی).
شابک	: ۱۰۰۰۰۰ ریال 5-603-964-978:
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: نویسندگان صدیقه فرضی، صبا فرضی، علیرضا ایرج‌پور، اعظم مولادوست.
موضوع	: مدارک پرستاری
موضوع	: Nursing records
موضوع	: مدارک پرستاری -- ایران -- فرم‌ها
موضوع	: Nursing records -- Iran -- Forms, blanks, etc.
شناسه افزوده	: فرضی، صدیقه، ۱۳۵۹ -
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان
شناسه افزوده	: Isfahan University of Medical sciences & Health Services
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۵ ت/۲/RT50
رده بندی دیویی	: ۶۱۰/۷۳
شماره کتابشناسی ملی	: ۴۳۵۸۲۹۲



نام کتاب: ثبت و گزارش‌دهی در پرستاری
نویسندگان: صدیقه فرضی، صبا فرضی، دکتر علی‌رضا ایرج‌پور، اعظم مولادوست
ناشر: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۵۲۴-۶۰۳-۵
تعداد صفحات: ۹۶ قطع: وزیری تاریخ چاپ: تابستان ۱۳۹۵
تیراژ: ۱۰۰۰ قیمت: ۱۰۰۰۰ تومان
کلیه حقوق برای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان محفوظ است.

آدرس: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان-ص پ ۳۱۹-۸۱۷۴۵

تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۲۳۰۶۷-۰۳۱ داورنگار: ۰۳۱-۳۶۶۸۵۷۶۳

Email: publications@mui.ac.ir

فهرست مطالب

۷	پیشگفتار
۹	فصل اول: تاریخچه ثبت، گزارش دهی و مروری بر فرآیند پرستاری
۱۰	مقدمه
۱۰	تاریخ ثبت و گزارش دهی
۱۱	اصطلاحات رایج در ثبت و گزارش دهی
۱۲	فرآیند پرستاری
۱۹	خلاصه فصل
۱۹	منابع مورد استفاده
۲۱	فصل دوم: ثبت در پرستاری
۲۲	مقدمه
۲۳	ویژگی های ثبت استاندارد و مناسب
۲۷	روش های ثبت در پرستاری
۳۵	اصول راهنما در ثبت پرستاری
۳۹	خلاصه فصل
۳۹	منابع مورد استفاده
۴۱	فصل سوم: گزارش دهی در پرستاری
۴۲	مقدمه
۴۳	مزایای گزارش دهی
۴۳	انواع گزارش دهی در پرستاری
۵۱	انواع فرمت ثبت پرستاری
۶۲	اصول راهنما در گزارش دهی
۶۳	خلاصه فصل

۶۴	منابع مورد استفاده
۶۵	فصل چهارم: مروری بر پرونده سلامت
۶۶	پرونده‌ی سلامت
۶۷	اهداف پرونده‌ی سلامت
۷۰	انواع پرونده‌ی سلامت
۷۱	محتوا پرونده‌ی سلامت
۷۴	خلاصه فصل
۷۴	منابع مورد استفاده
۷۵	پیوست
۹۵	نمایه فارسی

پیشگفتار

در شرایط کنونی که عصر ارتباطات و تبادل سریع اطلاعات از طریق وسایل ارتباط جمعی محسوب می‌شود، اعضای تیم سلامت نیز به تبع سایر افراد جامعه نیازمند استفاده از اطلاعات مرتبط با مددجویان و ارتباط می‌باشند. ثبت و گزارش‌دهی همان نقش وسایل ارتباط جمعی در جامعه را برای اعضای تیم سلامت ایفا می‌کند. به طور حتم ارائه مراقبت منسجم و اثربخش به مددجویان در پرتو ثبت و گزارش مناسب امکان پذیر خواهد بود. به بیان دیگر جهت حصول اطمینان از روند تشخیص، درمان و مراقبت صحیح از مددجویان نیازمند ارتباط صحیح بین اعضای تیم سلامت هستیم و در مراکز مراقبت سلامتی این ارتباط به صورت ثبت و گزارش‌دهی نمود پیدا می‌کند.

با توجه به تجارب کاری نویسندگان به عنوان پرستاران بالینی، این کتاب به عنوان نیاز عمده یکی از اعضای مهم تیم نظام سلامت یعنی پرستاران نگاشته شده است و امید است که بتواند در این زمینه آنان را در پایش بهتر مددجو و بهبود مراقبت یاری نماید. این کتاب در ۴ بخش تدوین شده است. در ابتدا به تاریخچه ثبت، گزارش‌دهی و فرآیند پرستاری به عنوان رویکرد مدرن ارایه و ثبت خدمات پرستاری ارایه می‌شود. در بخش دوم؛ ثبت و روش‌های مختلف آن، در بخش سوم؛ گزارش‌دهی و انواع آن و در بخش چهارم به پرونده سلامت پرداخته می‌شود. امید است که این مجموعه یاری‌گر پرستاران توانمند این مرزوبوم گردد. نویسندگان بر این باورند که این کار بدون نقص نبوده و از نظرات انتقادی و حسن دقت خوانندگان عزیز استقبال می‌نمایند.

فصل اول

تاریخچه ثبت، گزارش دهی و مروری بر فرآیند پرستاری

پس از مطالعه این فصل از فراگیر انتظار می‌رود:

۱. تاریخچه ثبت و گزارش دهی را توضیح دهد.
۲. اصطلاحات مربوط به ثبت و گزارش دهی را شرح دهد.
۳. فرآیند پرستاری را به عنوان رویکرد مدرن ارایه و ثبت خدمات پرستاری توضیح دهد.

مقدمه

با توجه به اهمیت ثبت و گزارش‌دهی در پرستاری، ابتدا به تاریخچه مختصر ثبت و گزارش‌دهی در دوران مختلف اشاره می‌گردد و در ادامه به فرآیند پرستاری به عنوان رویکرد مدرن ارایه و ثبت خدمات پرستاری پرداخته می‌شود.

تاریخ ثبت و گزارش‌دهی

با بررسی آثار گذشتگان اطلاعات ارزشمندی در مورد سلامت و بیماری در آن دوران به دست می‌آوریم. ثبت یافته‌هایی که بتوان آن‌ها را مدارک پزشکی دانست به آغازین روزهای علم پزشکی باز می‌گردد. بقایایی از سنگ نگاره‌ها بر دیواره‌ی غارهای باستانی به جا مانده که قدمت آن‌ها به بیش از ۱۶ هزار سال قبل از میلاد می‌رسد. هر چند شکل این مدارک پزشکی با مدارک امروزه تفاوت بارزی دارد، ولی جنبه مشترک آن‌ها یعنی ثبت اطلاعات برای زمان‌های بعد در هر دو زمان یکسان است (۱).

اگر گزارش را انتقال پاره‌ای از اطلاعات به کسی که از آن بی‌اطلاع است فرض کنیم، باید آغاز گزارش‌دهی در ایران را مصادف با دوران حکومت خلفای عباسی بدانیم. در این دوره و بعدها در دوره‌ی فرمانروایی سامانیان و تیموریان شغل وقایع‌نویسی و ثبت در ادارات دولتی، دربار و هم‌چنین بین استان‌ها و فرمانداری رواج پیدا کرد. علت آن را نیز باید پیشرفت وسایل ارتباطی و توسعه‌ی صنعت کاغذ و کتاب‌سازی در ایران دانست. شغل وقایع‌نویسی در دوره‌ی سلسله‌ی تیموری توسعه یافت. در این دوره برای نخستین بار در

تاریخ ایران، حرفه‌ی گزارش‌گری در ادارات و استان‌های مختلف به رسمیت شناخته شد. گزارش‌نویسان، در این دوره به طور مرتب خبر و تفسیر امور شهری و مملکتی را به فرمانداری‌ها و مراکز خبری دربار تیموری گزارش می‌دادند و به گفته‌ی مورخان ایرانی و خارجی، تصمیمات بزرگ مملکتی و سیاسی کشوری، مبتنی بر اخبار و گزارش‌هایی بود که وقایع‌نویسان و گزارش‌نویسان تیموری به پایتخت می‌فرستادند. مقام ثبت از زمان تیموریان در ایران رونق یافت، تا چند قرن و در واقع تا پیدایش صنعت چاپ در ایران ادامه یافت. این شغل به خصوص در قرون شانزدهم و هفدهم میلادی در حکومت صفویه، در امور دولتی نقش بسیار مهمی داشت (۲).

اصطلاحات رایج در ثبت و گزارش‌دهی

۱. پرونده: ثبت قانونی و مداوم اطلاعات مربوطه به مراقبت سلامتی از مددجو می‌باشد. بعد از هر مراجعه به مراکز مراقبت سلامتی، اطلاعات مربوط به مددجو ثبت شده، بدین ترتیب گزارش مستمر از شرایط و نیازهای مراقبت سلامتی مددجو ارائه می‌شود.
 - در واقع پرونده بیمارستانی بخشی از پرونده سلامت محسوب می‌شود که حاوی مجموعه‌ای از اوراق مربوط به مددجو می‌باشد.
۲. ثبت کردن^۱: ثبت؛ عبارت است از انتقال اطلاعات اساسی به صورت کتبی به منظور آگاهی از عملی که انجام شده یا باید انجام شود.
۳. گزارش کردن^۲: گزارش؛ انتقال پاره‌ای اطلاعات به فرد یا افرادی به صورت شفاهی یا کتبی می‌باشد که از آن بی‌اطلاع بوده یا آگاهی کافی نسبت به آن ندارند.
۴. چارت^۳: چارت؛ واژه‌ی معمولی برای پرونده‌ی سلامت جهت وارد کردن اطلاعات است.

¹ Recording

² Reporting

³ Chart

۵. مستندسازی^۱: مستندسازی؛ تصدیق وقایع و فعالیت‌های انجام شده از طریق نگهداری و بایگانی گزارش‌ها است (۲).

همان‌طور که در مقدمه ذکر گردید با توجه این که مدل فرآیند پرستاری یکی از رویکردهای مدرن ثبت در پرستاری محسوب می‌شود، بنابراین در این قسمت فرآیند پرستاری توضیح داده می‌شود.

فرآیند پرستاری

هر فردی در مراجعه به مراکز مراقبت سلامتی از پرستاران انتظار دریافت مراقبت‌های پرستاری متناسب با شرایط خود را دارد و این در حالی است که آرایه خدمات پرستاری در گذشته تا اوایل دهه ۸۰-۱۹۷۰ به صورت رویکرد سنتی یا وظیفه محور^۲ بوده است. در رویکرد سنتی، مراقبت کل‌گرایانه مد نظر نیست و بیمار به صورت اجزاء جداگانه در نظر گرفته می‌شود. امروزه جهت گذر از آرایه مراقبت سنتی و ارتقاء دید کل‌گرایانه به بیمار مدل فرآیند پرستاری مورد توجه بسیاری از پرستاران قرار گرفته است زیرا مراقبت بیمار محور و کل‌گرایانه را مطرح می‌کند (۳). با توجه به اهمیت این رویکرد در پرستاری و اهمیت آن به عنوان یکی از شیوه‌های اصلی ثبت در پرستاری در ادامه فصل به توضیح این رویکرد پرداخته می‌شود.

فرآیند پرستاری^۳، زیربنای اساسی حرفه پرستاری محسوب می‌شود (۴). فرآیند پرستاری یک روش نظام‌مند و سازماندهی شده برای ارائه مراقبت پرستاری است که بر عمل و پاسخ ویژه افراد یا گروه‌ها نسبت به مشکلات بالقوه و موجود در وضعیت سلامتی متمرکز است (۵)، در واقع فرآیند پرستاری یکی از رویکردهای مراقبتی است که به دستیابی، ارتقاء

¹Documentation

²Task-Based

³Nursing Process

فصل اول: تاریخچه ثبت و گزارش‌دهی و ... ۱۳

سطح سلامت و بهبودی مددجو کمک می‌کند (۶). همان طور که می‌دانیم فرآیند پرستاری شامل ۵ مرحله‌ی بررسی و شناخت، تشخیص پرستاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی (۷) می‌باشد. در مرحله اجرا، علاوه بر انجام اقدامات برنامه‌ریزی شده بایستی پرستار اقدام به ثبت مداخلات در پرونده نماید.

اگر چه از تفکر انتقادی در حرفه پرستاری به دفعات استفاده می‌شود اما این به تنهایی به عنوان چارچوبی جهت رفع مشکلات به طور هدفمند نیست. شما به عنوان پرستار، مهارت‌های تفکر انتقادی و روش علمی حل مشکل را جهت شناسایی مشکلات بیمار و ارائه مراقبت به شیوه‌ای ساختارمند، هدفمند و اثربخش ترکیب می‌کنید. این چارچوب برای تفکر و عملکرد فرایند پرستاری نام دارد. فرایند پرستاری شیوه خاص تفکر در خصوص چگونگی مراقبت از بیمار است. علاوه بر این فرایند پرستاری به عنوان روش نظام‌مند جهت:

- تعیین نیاز به مراقبت‌های پرستاری
- برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت
- ارزشیابی نتایج می‌باشد (۸).

مراحل فرایند پرستاری

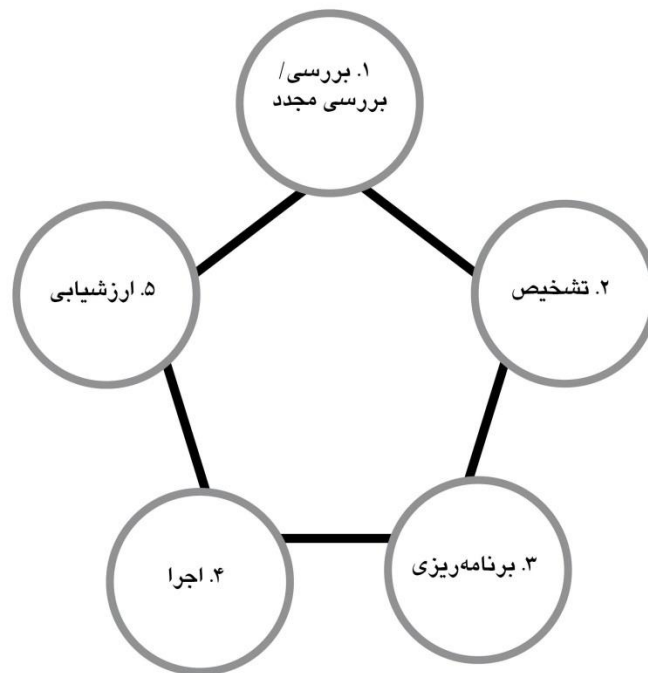
۱. بررسی و شناخت^۱: گردآوری منظم و مداوم داده‌ها
۲. تشخیص پرستاری^۲: بیانیه‌ای که نشان‌دهنده‌ی مشکل واقعی یا بالقوه بیمار است.
۳. برنامه‌ریزی^۳: توسعه اهداف مراقبتی و فعالیت‌های احتمالی جهت دستیابی به اهداف.
۴. اجرا^۴: ارائه مراقبت پرستاری واقعی.
۵. ارزشیابی^۱: اندازه‌گیری اثربخشی مراقبت‌های پرستاری (۴).

¹ Assessment

² Nursing Diagnosis

³ Planning

⁴ Implementation



تصویر ۱-۱: مراحل فرایند پرستاری

ویژگی‌های فرایند پرستاری

فرایند پرستاری یک روش نظام‌مند^۲، مددجو محور^۳، هدف محور^۴، مداوم^۵ و پویا^۶ می‌باشد که در ذیل به هر یک از این ویژگی‌ها به اختصار پرداخته می‌شود.

¹ Evaluation

² Systematic

³ Client- Oriented

⁴ Goal- Oriented

⁵ Continuous

⁶ Dynamic

فرایند پرستاری روشی

نظام‌مند

فرایند پرستاری نظام‌مند است. پرستار یک روند منظم، ویژه و منطقی بر اساس نیازهای اساسی و مهم بیمار دنبال می‌کند که به عنوان اولویت‌دهی^۱ شناخته می‌شود. با تبعیت از روند سیر منقی؛ پرستار قادر به شناسایی نیازهای بیمار و برنامه‌ریزی در خصوص برآورده نمودن نیازهای وی می‌نماید.

مددجو محور

فرایند پرستاری مددجو محور است. نیازهای بیمار شناسایی می‌شود نه نیازهای پرستار، خانواده و یا سایر اعضای تیم سلامت. بیمار و در صورت لزوم خانواده یا سایر اشخاص مهم به عنوان همکار پرستار در تعیین اهداف مراقبتی می‌باشند.

هدف محور

فرایند پرستاری هدف محور است. اهداف و بریندها به عنوان بخش اولیه در فرایند پرستاری محسوب می‌شوند. بیمار، خانواده و سایر افراد مهم در تعیین اهداف کمک‌کننده هستند. اهداف به صورت کوتاه مدت و بلندمدت قابل تدوین هستند. اهداف کوتاه مدت اهدافی هستند که دری ساعت‌ها، روزها یا هفته‌ها بسته به مشکل بیمار قابل دستیابی هستند. اهداف طولانی مدت اهدافی هستند که در درازمدت قابل دستیابی هستند.

مداوم

فرایند پرستاری مداوم است زیرا زندگی و سلامت افراد به طور دائم در حال تغییر است و بررسی‌های مکرر به دفعات به خصوص در شرایط حاد و ویژه انجام می‌شود.

¹ Prioritizing

پویا

فرایند پرستاری پویا است و در حال تغییر است. اگرچه فرایند دارای مراحل مشخص است؛ اما این مراحل با همدیگر هم پوشانی دارند و گاهی اوقات این مراحل به طور همزمان رخ می‌دهند (۸).

با توجه به این که پرستار هنگام ثبت و گزارش‌دادن بر اساس مدل فرایند پرستاری بایستی طبق مراحل فرایند عمل نماید. بنابراین، در زیر به مراحل آن پرداخته می‌شود.

مرحله ۱: بررسی و شناخت

بررسی و شناخت به طور معمول اشاره به ارزیابی وضعیت سلامتی بیمار دارد. در پرستاری بررسی و شناخت به گردآوری منظم داده‌های ذهنی و عینی جهت قضاوت بالینی پرستاری در خصوص فرد خانواده و جامعه است. در مرحله‌ی بررسی و شناخت وضعیت عمومی بیمار را با در نظر گرفتن عوامل جسمی سایکولوژیک هیجانی اجتماعی فرهنگی و معنوی که ممکن است بر روی وضعیت سلامتی بیمار اثرگذار باشد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بیمار منبع اولیه داده‌ها در این مرحله محسوب می‌شود. منابع ثانویه شامل اعضای خانواده اشخاص مهم و سایر اعضای تیم سلامت می‌باشد. در این مرحله داده‌ها از طریق مشاهده مصاحبه و معاینه بیمار و تفسیر تست‌های آزمایشگاهی و روش‌های تشخیصی گردآوری می‌شوند. به طور معمول گرفتن شرح حال کامل و بررسی دقیق هنگام پذیرش بیمار ضروری می‌باشد؛ چون داده‌های به دست آمده به عنوان یک منبع اطلاعاتی و مرجع جهت بررسی‌های بیشتر پرستاری محسوب می‌شود.

مرحله ۲: تشخیص پرستاری

تشخیص پاسخ‌های انسانی به مشکلات بالقوه یا واقعی سلامتی افراد مرحله‌ی دوم فرایند پرستاری را تشکیل می‌دهد. تشخیص عملکرد بالینی شناسایی مشکلات محسوب

می‌شود. جهت تعیین تشخیص‌های پرستاری بایستی داده‌های حاصل از مرحله‌ی بررسی و شناخت مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. پرستاران مسئول تعیین تشخیص‌های پرستاری و برنامه‌ریزی صحیح در راستای تشخیص‌های تعیین شده می‌باشند. انجمن بین‌المللی تشخیص‌های پرستاری آمریکای شمالی^۱؛ تشخیص پرستاری را به عنوان «قضاوت بالینی در خصوص پاسخ‌های فرد خانواده جامعه به مشکلات بالقوه یا واقعی سلامتی یا فرایند زندگی» تعریف می‌نمایند. تشخیص پرستاری بر خلاف تشخیص پزشکی که به توصیف بیماری می‌پردازد؛ به توصیف پاسخ‌های فردی خانوادگی و اجتماعی به مشکلات بالقوه سلامتی است. تشخیص پرستاری پایه‌ای جهت انتخاب مداخلات پرستاری جهت دستیابی به اهداف تعیین شده می‌باشد. پس از تعیین تشخیص پرستاری بایستی اهداف مورد نظر را تنظیم نمود. در واقع شناسایی اهداف اشاره به شکل‌دهی اهداف مستند قابل اندازه‌گیری واقعی و بیمار محور دارد.

مرحله ۳: برنامه ریزی

بعد از تعیین تشخیص‌های پرستاری اولویت‌بندی و نوشتن اهداف مورد انتظار مرحله‌ی برنامه‌ریزی آغاز می‌شود. پرستار با مشارکت بیمار جهت شناسایی اهداف و راهکارهای مورد نیاز عمل می‌کند. مرحله‌ی برنامه‌ریزی شامل آماده‌سازی برنامه مراقبتی بیمار که هدایت‌گر فعالیت‌های پرستار جهت برطرف نمودن مشکلات بیمار است. برنامه مراقبتی در واقع خلاصه‌ی نوشتاری از مراقبت‌هایی است که از بیمار به عمل می‌آید. البته این برنامه ممکن است به صورت کاغذی یا الکترونیکی باشد. نوشتن برنامه مراقبتی بیمار در پرونده وی نشان دهنده‌ی مشکلات شناسایی شده توسط پرستار و مداخلات انجام شده در راستای مشکلات مورد نظر است. بایستی توجه داشت که برنامه مراقبتی به عنوان بخش دائمی پرونده بیمار خواهد بود.

^۱ NANDA- I (North American Nursing Diagnosis Association- International)

مرحله ۴: اجرا

مرحله اجرایی فرایند پرستاری اجرا است. این مرحله؛ شروع برنامه ارزیابی پاسخ به برنامه و ثبت فعالیت‌های پرستاری و پاسخ بیمار به فعالیت‌های انجام شده می‌باشد. اجرا شامل مداخلات تفویضی و هماهنگ‌کننده برنامه مراقبتی نیز می‌باشد. در این مرحله در واقع برنامه مراقبتی به اجرا در می‌آید. اجزای این مرحله شامل بررسی مجدد آغاز برنامه ارزیابی پاسخ و ثبت فعالیت‌های انجام شده می‌باشد. فعالیت‌های پرستاری متمرکز بر برطرف نمودن یا بهبود مشکلات عملکردی مرتبط با سلامتی بیمار است.

مرحله ۵: ارزشیابی

ارزشیابی اشاره به درجه‌بندی رتبه‌بندی و قضاوت کردن دارد. در این مرحله پرستار موفقیت یا عدم موفقیت برنامه مراقبتی را مورد ارزشیابی قرار می‌دهد. در این مرحله پاسخ بیمار به برنامه مراقبتی و مداخلات انجام شده و دستیابی به اهداف مورد نظر مشخص می‌شود. با وجود این که این ارزشیابی مرحله‌ای جداگانه محسوب می‌شود اما این مرحله به طور همزمان و هم گام در مراحل قبلی فرایند پرستاری وجود دارد. قضاوت به عمل آمده در مراحل قبلی فرایند پرستاری منجر به بررسی مجدد تشخیص‌گذاری و برنامه‌ریزی مجدد می‌گردد. این مرحله شامل بررسی مجدد برنامه مراقبتی به صورت کامل و قضاوت عمیق و جامع در خصوص دستیابی به اهداف مورد نظر می‌باشد. مرحله ارزشیابی نیازمند مهارت‌های گوناگون از قبیل دانش کافی از استانداردهای مراقبتی پاسخ‌های طبیعی بیمار و مدل‌های مفهومی پرستاری و توانایی پایش اثربخشی مداخلات پرستاری و مطالعه بودن از تحقیقات بالینی است (۶).

خلاصه فصل

در این فصل به تاریخچه ثبت و گزارش‌دهی و اصطلاحات رایج در آن پرداخته شد. علاوه بر این فرآیند پرستاری به عنوان رویکرد مدرن آرایه خدمات پرستاری و یکی از شیوه‌های اصلی ثبت در پرستاری توضیح داده شد. در واقع؛ فرایند پرستاری روشی علمی، نظام‌مند، مددجو محور، هدف محور، مداوم و پویا می‌باشد که شامل پنج مرحله بررسی و شناخت پرستاری، تشخیص پرستاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی است. این مراحل ممکن است با همدیگر هم‌پوشانی داشته باشند و یا تغییر یا تکرار یابند و یا این که به صورت همزمان رخ دهند. در مرحله اجرا بایستی مداخلات انجام شده در پرونده بیمار ثبت گردد.

منابع مورد استفاده

۱. سیاوش م، بختی م. راهنمای نگارش پرونده‌های پزشکی. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، چاپ اول، ۱۳۹۰.
۲. عباسی م. گزارش کتبی و شفاهی در پرستاری. نشر سالم، چاپ اول، تهران، ۱۳۷۹.
3. Peate I, Wild K, Nair M. Nursing Practice (Knowledge and Care), WILEY BLACKWELL, London. 2014, p: 115.
4. Craven RF, Hirnle CJ. Fundamentals of Nursin human health and function. 6th, Wolters Kluswer/Lippincott.2009; pp: 129-221.
5. Taylor C, Lillis C, Lemone P, Lynn P. Fundamentals of Nursing, the art and science of nursing. 8th, Wolters Kluswer/Lippincott.2015; pp: 339-363.
6. Huckabay LM. Clinical reasoned judgment and the nursing process. Nursing Forum. 2009; 44(2):72-78.
7. Meleis, AI. Theoretical Nursing. Wolter Kluwer, Philadelphia.2012; pp: 119.
8. Rosdahl CB, Kowalski M. Basic Nursing. 10th, Wolters Kluswer/Lippincott. 2012; pp: 387-393.

فصل دوم

ثبت در پرستاری

پس از مطالعه این فصل از فراگیر انتظار می‌رود که:

۱. اهمیت ثبت در پرستاری را توضیح دهد.
۲. انواع روش‌های ثبت در پرستاری از قبیل روایتی، متمرکز، تشخیص پرستاری، موارد استثناء، SOAP, PORM, PIE را شرح دهد.
۳. مزایا و معایب روش‌های ثبت را بیان نماید.
۴. بین انواع مختلف ثبت تمایز قایل شود.
۵. اصول راهنمای ثبت را توضیح دهد.

مقدمه

در این فصل اهمیت ثبت و انواع روش‌های آن مورد بحث قرار می‌گیرد و مزایا و معایب روش‌های مختلف ثبت مورد بررسی قرار می‌گیرد. در ادامه فصل نیز به اصول راهنمای ثبت پرداخته می‌شود.

ارتباط مؤثر بین کارکنان مراکز مراقبت سلامتی به منظور انسجام و تداوم در امر مراقبت از مددجو ضروری است. ارتباط مؤثر کارکنان را قادر می‌سازد تا از دوباره کاری و قصور در مراقبت از مددجو اجتناب کنند. ثبت و گزارش‌دهی از جمله روش‌های مؤثر جهت برقراری ارتباط میان کارکنان مراکز مراقبت سلامتی می‌باشد (۱).

ثبت پرستاری یک وسیله ارتباطی بسیار قوی به شکل نوشتاری و مکتوب است که اطلاعات مهم و اساسی از روند بهبودی و سلامتی مددجو را به شکل سند به اعضای تیم مراقبتی منتقل می‌کند. هدف از ثبت و گزارش‌دهی برقراری ارتباط و ایجاد تصویر روشنی از اندیشه و هدف پیام دهنده در ذهن پیام گیرنده در حداقل زمان و حداقل کلام است (۲). ثبت پرستاری یکی از مهم‌ترین عملکردهای پرستاران است که حدود ۳۰ درصد وقت آن‌ها را به خود اختصاص می‌دهد. ثبت، نوشته‌ای قانونی از تمام تعاملات مددجو؛ ارزیابی، تشخیص، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی است. ثبت پرستاری باید در برگیرنده‌ی اطلاعات مربوط به بررسی‌های پرستاری، مشکلات مددجو، طرح مراقبتی، سیر پیشرفت روزانه، برنامه آموزشی و طرح ترخیص باشد (۳).

همان‌طور که گفته شد؛ ثبت یک جنبه حیاتی از کار پرستاری است. ثبت پرستاری برای یافتن اطلاعات مهم، حفظ کیفیت و تداوم مراقبت، پیگیری وضعیت مددجو و بازتاب

فصل دوم: ثبت در پرستاری ۲۳

استانداردهای موجود، باید جامع و انعطاف‌پذیر باشد. هر چیزی که برای مددجو انجام می‌شود باید در پرونده‌ی وی ثبت گردد تا مؤسسه هزینه‌های مراقبت سلامتی ارائه شده را دریافت نماید. پرستاران به عنوان اعضای تیم مراقبت سلامت نیازمند تبادل اطلاعات درباره مددجو به روش دقیق و مؤثر در زمان مناسب می‌باشند.

ویژگی‌های ثبت استاندارد و مناسب

همان طور که می‌دانید، ثبت و گزارش‌دهی برای افزایش کفایت مراقبت منحصر به فرد از مددجو ضروری می‌باشند. یک ثبت مناسب بایستی واقعی، دقیق، کامل، به موقع و سازمان‌دهی شده باشد که در زیر توضیح داده می‌شوند:

واقعی بودن

۱. پرونده حاوی اطلاعات توصیفی و عینی درباره‌ی آن چه که پرستار می‌بیند، می‌شنود، احساس می‌کند و می‌بوید، می‌باشد. توصیف عینی، نتیجه‌ی مشاهده و اندازه‌گیری مستقیم می‌باشد. در ثبت از عباراتی مانند "به نظر می‌رسد ظاهراً / آن طور که وانمود می‌شود" نباید استفاده شود زیرا قابل قبول نیست و در خواننده ایجاد شک و تردید می‌کند. به عنوان مثال «به نظر می‌رسد نوزاد دچار خونریزی معده شده است» صحیح نیست زیرا پرستار مشاهدات خود را ثبت نکرده است بلکه تفسیر کرده است.

▪ مثال صحیح: ساعت ۱۶:۰۰ قبل از گاوآژ نوزاد، ترشحات معده آسپیره گردید و ۱۰ سی سی ترشحات دانه قهوه‌ای مشاهده گردید.

دقیق بودن

استفاده از معیارهای قابل اندازه‌گیری، گزارش را دقیق می‌کند. دقیق بودن یعنی این که پرستار از عباراتی چون «مددجو ۱۰۰ سی سی دفع ادرار داشت» استفاده می‌کند نه این که صرفاً بنویسد «دیورز برقرار است». از این اندازه‌ها بعداً برای تعیین تغییر در وضعیت

مددجو استفاده می‌شوند. استفاده از اختصارات، علایم و سیستم اندازه‌گیری قابل قبول این اطمینان را می‌دهد که تمام کارکنان از زبان یکسان در ثبت و گزارش‌دهی استفاده می‌کنند. جهت جلوگیری از سوء تعبیر، از اختصارات به طور صحیح استفاده شود. هنگامی که واژه مبهم است، برای پرهیز از هرگونه اشتباه، اختصارات به طور کامل هجی شوند. املاء صحیح کلمات مهم است. بسیاری واژه‌ها به راحتی موجب اشتباه یا سوء تعبیر می‌شوند و املاء غلط می‌تواند منجر به خطاهای جدی در درمان شوند.

- مثال صحیح: مددجو در ۲۴ ساعت گذشته ۱۰۰ سی سی دفع ادرار داشته است.

کامل بودن

ثبت یا گزارش‌دهی باید حاوی اطلاعات کامل، مختصر، مناسب و صحیح باشد. اطلاعات مختصر به راحتی قابل درک هستند.

- مثال صحیح: ساعت ۲۰:۰۰ آنژیوکت صورتی در ورید روی دست راست توسط خانم (ق. پرستار) فیکس گردید، مسپر رگ باز است و فاقد قرمزی و التهاب می‌باشد.

به هنگام بودن^۱

گزارش به موقع اطلاعات در مراقبت مستمر از مددجو اساسی است. برای افزایش دقت و کاهش دوباره کاری؛ بسیاری از مؤسسات از گزارش‌دهی در بالین استفاده می‌کنند که ثبت فوری اطلاعات گردآوری شده از مددجو را ممکن می‌سازد. فعالیت‌هایی از قبیل علایم حیاتی، تجویز دارو و درمان، آمادگی برای آزمایشات تشخیصی یا جراحی، تغییر وضعیت مددجو، پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ مددجو و درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت مددجو بایستی به موقع ثبت و گزارش داده شوند. بلافاصله بعد از ارائه‌ی مراقبت، دارودرمانی و سایر اقدامات انجام شده، آن‌ها را ثبت کنید. هرگز قبل از انجام فعالیت، اقدام

^۱ Current

فصل دوم: ثبت در پرستاری ۲۵

به ثبت نکنید. اگر مراقبتی را به عمل آوردید و فراموش کردید آن را ثبت نمایید و بعد از انجام سایر اقدامات به یاد آوردید آن را به عنوان ثبت تأخیری اضافه کنید.

▪ **مثال صحیح:** ساعت ۱۳:۰۰ نوزاد دچار حرکات تشنجی گردید، بلافاصله به پزشک معالج (آقای دکتر «ف») اطلاع داده شد.

نکته: بهتر است برای اجتناب از سوء تفسیر Am, Pm از زمان ۲۴ ساعته استفاده شود.

منسجم بودن

پرستار اطلاعات را با یک نظم منطقی انتقال می‌دهد. برای مثال، یادداشت سازمان دهی شده از درد مددجو، ارزیابی و اقدامات پرستار و پاسخ مددجو را توصیف می‌کند. برای ثبت گزارشات به صورت سازمان دهی شده، پرستار باید درباره‌ی موقعیت فکر کند و پیش از ثبت آن در پرونده‌ی قانونی، آن را جداگانه یادداشت نماید. جملات و عبارات ثبت شده بایستی از نظر نگارش و گرامری صحیح باشند. در مورد به کارگیری اختصارات^۱ صرفاً از اختصارات رایج (جدول ۱-۲) استفاده کنید. فهرست جامع اختصارات در قسمت پیوست ارائه شده است. به منظور کاهش احتمال بدخوانی یا بدفهمی و پیشگیری از خطای دارویی و ارتقاء ایمنی مددجو از اصطلاحات مندرج در جدول ۲-۲ استفاده نکنید. در بین سطرها فضای خالی نگذارید. به محض اتمام صفحه اول ثبت با ذکر کلمه «ادامه» به صفحه بعدی رفته و در آن صفحه کلمه «ادامه از صفحه قبل» و تاریخ را بنویسید. در پایان موارد ثبت شده، نام و نام خانوادگی و تاریخ ثبت را ذکر کنید. پرونده‌ی مددجو را در محل امن نگه داری کنید و آن را از ایستگاه پرستاری به غیر از موارد مورد نیاز از قبیل ویزیت، مشاوره و... خارج نکنید (۴).

¹ Abbreviations

جدول ۱-۲: فهرست اختصارات مورد استفاده در ثبت (۴)

اختصار یا سرواژه	معنی	اختصار یا سرواژه	معنی
AC,ac	قبل از غذا	NG	سوند بینی-معدی
ABG	گازهای خون شریانی	NKA	بدون آلرژی شناخته شده
BM	حرکات روده ای	NPO, npo	هیچ چیز از طریق دهان داده نشود
BID,bid	دو بار در روز	NS	نرمال سالیین
Cc	شکایت اصلی	N/ V, N/ V/ D	تهوع/ استفراغ، تهوع/ استفراغ/ اسهال
c/o	شکایت از	O	دهانی
Co2	دی اکسید کربن	O2	اکسیژن
CPR	احیا قلبی ریوی	PC, pc	بعد از غذا
DSG,dsg	پانسمان کردن	Per, per	از طریق
DX,Dx,dx	تشخیص	PO, po	از طریق دهان
g	گرم	PR	از طریق رکتال
Gtt	قطره / قطرات	PRN, prn	در صورت لزوم
H, hr	ساعت	Pt, pt	بیمار، پیمانانه
Hx, hx	تاریخچه	Pulse Ox	پالس اکسیمتری
I&O	جذب و دفع	Q, q	هر
IM	داخل عضلانی	QH, qh	هر ساعت
IV	داخل وریدی	QID, qid	چهار بار در روز
KVO, TKO	باز نگه داشتن یک مسیر وریدی	R, r	تنفس، رکتوم
L	لیتر	R/ O, r/ o	رد کردن، حذف کردن
LMP	تاریخ آخرین قاعدگی	ROM	دامنه حرکتی
mEq	میلی اکی والانت	ROS	مرور سیستم ها
Mg	میلی گرم	R/ T, r/ t	مرتبط با
MI	میلی لیتر	RX, Rx	نسخه، درمان
Mm	میلی متر	Fx, fx	شکستگی

جدول ۲-۲: فهرست اختصاراتی که نایستی در ثبت مورد استفاده قرار گیرد (۴).

اصطلاح جایگزین	مشکل احتمالی	اختصار ناصحیح
از اسم کامل دارو استفاده کنید.	در صورت استفاده از اختصارات دارویی به علت شباهت در اختصارات دارویی احتمال خطای دارویی وجود دارد.	اختصارات دارویی
از واحدهای استاندارد استفاده کنید.	ممکن است تعداد زیادی از کارکنان با این واحدها آشنا نباشند و منجر به بروز خطای دارویی شود.	واحد مورد استفاده در دارو
at را کامل بنویسید.	ممکن است با عدد ۲ اشتباه شود.	@
از ml یا milliliters استفاده کنید.	ممکن است با U اشتباه شود.	cc
از mcg یا micrograms استفاده کنید.	ممکن است با میلی گرم اشتباه شود Milligram	µg
از Unite استفاده کنید.	ممکن است با عدد ۴، ۰ و یا cc اشتباه شود.	U(unite)
از International Unite استفاده کنید.	ممکن است با یکدیگر اشتباه شوند.	IU(International Unite)
به صورت Xmg بنویسید. به صورت 0. Xmg بنویسید.	نقطه اعشار فراموش شود.	X. 0 mg .Xmg
بایستی از اسم کامل دارو استفاده شود یعنی: Morphine Sulfate Magnesium Sulfate	ممکن است به معنای سولفات مورفین یا سولفات منیزیم باشد و اشتباه رخ دهد.	MS MSO4 and MgSO4
به جای < و > از کلمات کمتر از و بیشتر از استفاده کنید.		بیشتر از > کمتر از <

روش های ثبت در پرستاری

در حال حاضر مطالعات زیادی جهت بررسی و بهبود روش های ثبت انجام می گیرد. اغلب پرستاران در ثبت کامل مراقبت های انجام شده با مشکلاتی مثل کمبود وقت، تکرار مطالب و نگرانی از نامفهوم بودن اطلاعات ثبت شده؛ مواجه هستند. وجود چنین مشکلاتی باعث شده روش های متنوعی برای ثبت اطلاعات استفاده شود که در ذیل به برخی از آنها پرداخته می شود:

- ثبت روایتی یا داستانی با توجه به ترتیب زمانی^۱

^۱ Narrative- Chronological

- ثبت به روش (S.O.A.P.I.E)^۱
- ثبت مشکل محور^۲
- ثبت بر اساس سیستم مشکل-مداخله-ارزیابی^۳
- ثبت متمرکز^۴
- ثبت بر اساس تشخیص‌های پرستاری
- ثبت موارد استثناء^۵
- ثبت کامپیوتری

ثبت توصیفی (روایتی یا داستانی) با توجه به ترتیب زمانی

ثبت توصیفی (روایتی یا داستانی)؛ روش سنتی برای ثبت مراقبت‌های پرستاری و پزشکی است که اطلاعات به صورت واقعه‌نگاری در برگه‌ی گزارش ثبت می‌شود. در این روش هر قسمت از پرونده توسط منبع خاصی تکمیل می‌شود. مثلاً یک قسمت توسط پرستار، قسمتی دیگر توسط پزشک و قسمتی برای گزارش فیزیوتراپ، بنابراین این روش را منبع‌گرا می‌گویند. این روش تا حد زیادی ذهنی بوده، از نظر سازمان‌دهی و نظم و ترتیب ضعف داشته و بر اساس آن نمی‌توان به راحتی اطلاعات را تجزیه و تحلیل کرده و تصمیم‌گیری نمود.

ثبت به روش (S.O.A.P.I.E)

روش SOAPIE یکی از کامل‌ترین روش‌های ثبت مراقبت و درمان است که به فرآیند پرستاری بسیار نزدیک بوده و شامل بخش‌های زیر است:

¹ Subjective Objective Assessment Analysis Planning Implementation Evaluation (SOAPIE)

² Problem- Oriented(Focus)

³ Problem- Intervention- Evaluation(PIE)

⁴ Focus Charting

⁵ Charting by Exception

S = داده‌های ذهنی^۱: مددجو در مورد مشکل صحبت کرده و اطلاعات می‌دهد. پرستار اطلاعات را بر اساس آن چه مددجو می‌گوید ثبت می‌کند. به عنوان مثال وقتی مددجو در مورد کیفیت درد صحبت می‌کند و اظهار می‌دارد دارای درد تیز و تیر کشنده است، پرستار نیز کیفیت درد مددجو را بر اساس آن چه مددجو توصیف کرده است ثبت می‌کند.

O = داده‌های عینی^۲: مواردی است که در رابطه با مشکل مددجو دیده می‌شود. در واقع پرستار اطلاعات را بر اساس آن چه خود مشاهده می‌کند ثبت می‌کند. جهت کسب داده‌های عینی می‌توان از وسایل و ابزار خاص استفاده کرد. پرستار با استفاده از دستگاه فشارسنج فشارخون مددجو را اندازه‌گیری می‌کند و یک داده عینی گردآوری می‌نماید و آن را ثبت می‌کند (۵). علاوه بر این از ابزارهای مختلف نیز می‌توان برای کسب داده‌های عینی استفاده کرد. به عنوان مثال، در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه که تحت تهویه مکانیکی قرار دارند جهت جداسازی از ونتیلاتور یا دستگاه تهویه مکانیکی باید از ابزارهای مربوط به جداسازی^۳ استفاده شود (۶).

A = بررسی^۴: منظور تجزیه تحلیل و بیان مشکل مددجو است. در این قسمت پرستار بر اساس داده‌های ذهنی و عینی گردآوری شده به بررسی و تجزیه و تحلیل شرایط مددجو می‌پردازد تا مشکل مددجو به طور دقیق مشخص گردد و مورد بررسی قرار گیرد.

¹Subjective data

²Objective data

³Wean

⁴Assessment analysis

P = برنامه‌ریزی^۱: برنامه‌ریزی برای مراقبت‌ها و اقدامات لازم است. در این مرحله

پرستار با توجه به مشکل شناسایی شده اقدام به طرح برنامه مراقبتی به منظور رفع و یا تعدیل مشکل مددجو می‌نماید.

I = اجرای برنامه تدوین شده^۲ است. پس از تنظیم برنامه مراقبتی باید اقدام به

اجرای آن بر اساس مراحل تدوین شده نمود. در واقع در این مرحله اقدامات طبق برنامه مراقبتی تدوین شده توسط پرستار یا تیم مراقبت به اجرا گذاشته می‌شود.

E = منظور ارزشیابی^۳ اقدامات انجام شده است. مانند هر برنامه اجرا شده، برنامه

مراقبتی نیز باید مورد ارزشیابی قرار گیرد تا بتوان میزان دستیابی به اهداف تعیین شده را بررسی نمود. در صورت لزوم می‌توان برنامه مراقبتی را تغییر و یا اصلاح نمود.

ثبت به روش P.O.R یا P.O.R.M

ثبت متمرکز بر مشکل (PORM): در این روش مشکلات مددجو طبقه‌بندی و

اطلاعات مربوط به هر مشکل به اختصار ثبت می‌شود. سپس اقدامات درمانی و مراقبتی در رابطه با حل مشکلات ثبت می‌شود. بر این اساس تعیین نیازهای مددجو با سهولت بیشتری انجام می‌گردد و تمام اطلاعات مربوط به هر مشکل با هم ارائه می‌شود، خواه این اطلاعات توسط پزشک گردآوری شده باشد یا توسط پرستار یا سایر اعضای گروه درمانی که درگیر امر مراقبت و درمان مددجو هستند.

¹planning

²implementation

³evaluation

روش POMR چهار جز اصلی دارد:

- **اطلاعات پایه^۱:** شامل اطلاعات مربوط به مددجو است که هنگام پذیرش وی در مرکز مراقبت سلامتی گردآوری شده است.
- **فهرست مشکلات^۲:** بعد از گردآوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آنها مشکلات مددجو مشخص شده و در یک فهرست نوشته می‌شود. در صورتی که اطلاعات پایه کامل نباشد، این مطلب به عنوان اولین مشکل در فهرست وارد می‌شود. این مشکلات عبارتند از؛ نیازهای ضروری مددجو که بدون کمک تیم درمان قادر به حل و برطرف کردن آنها نیست. در صورتی که در مدت بستری مشکلی برای مددجو پیش بیاید، آن را به لیست اضافه و در صورتی که مشکلی حل شود؛ تاریخ برطرف شدن مشکل ذکر شده و روی مشکل خط کشیده می‌شود.
- **فهرست اولیه طرح‌های مراقبتی و دستورات پزشکی:** فهرست طرح‌ها با توجه به مشکلات مددجو طراحی و تنظیم می‌شود. برنامه مراقبت پزشکی توسط پزشک و برنامه مراقبت پرستاری توسط پرستار نوشته می‌شود. این مراقبت‌ها شامل انجام اقدامات تشخیصی، درمانی، آموزشی، میزان فعالیت، رژیم غذایی و مشاهدات رفتاری از مددجو است.
- **گزارش سیر بیماری^۳:** در این قسمت نحوه بهبود و پیشرفت مددجو در ارتباط با حل مشکلات گزارش می‌شود.
- برای استفاده از روش POMR باید همه اعضای تیم مراقبتی از یک شیوه برای چارت کردن و ثبت استفاده کنند.

¹Data base

²Problems list

³Progressive note

ثبت بر اساس سیستم مشکل-مداخله-ارزیابی یا PIE

این سیستم بر پایه‌ی مشکلات مددجو و اطلاعات به دست آمده از وی، سازمان یافته است. در این سیستم برنامه‌های مراقبتی همراه با سیر پیشرفت و مشکل تعیین شده در یک برگه ثبت می‌شود. در شروع هر نوبت کاری با استفاده از فلوشیت^۱ و یا برگه‌های چاپی از مددجو بررسی کامل به عمل می‌آید. سپس مشکلات مددجو شناسایی و شماره گذاری می‌گردد. برگه‌ی گزارش پیشرفت مددجو براساس PIE نوشته می‌شود.

اجزای PIE عبارتند از:

- **مشکل:** پس از بررسی کامل مددجو، مشکلات مددجو با استفاده از تشخیص پرستاری نوشته و با حرف اختصاری P و شماره مشخص می‌شود مثل P.1.
- **مداخله:** مراقبت‌های پرستاری برای برطرف کردن مشکل مددجو با شماره مشخص می‌شود؛ مثل IP.1.
- **ارزیابی:** پاسخ مددجو به معالجه و تدابیر مراقبتی و درمانی را ارزیابی و با حرف اختصاری EP.1 نوشته می‌شود.

ثبت متمرکز

این شیوه مددجو محور می‌باشد. برگه‌ی ثبت پرستاری دارای ستون‌های تاریخ، ساعت، کانون (تأکید، تمرکز و یا توجه) و گزارش سیر پیشرفت مددجو می‌باشد. در ستون کانون تشخیص پرستاری، یک نشانه و یا علامت، رفتار مددجو و یا نیاز مددجو و یا تغییر وضعیت حاد مددجو و یا حوادث قابل توجه ثبت می‌شود. برای ثبت تدابیر درمانی روزانه و مداخلات از فلوشیت استفاده می‌شود.

¹ Flowsheet

فصل دوم: ثبت در پرستاری ۳۳

ستون گزارش پیشرفت مددجو بر اساس ۳ قسمت طبقه بندی شده است که عبارتند از DAR:

- **داده‌ها (data=D)**. ثبت داده‌های ذهنی و عینی گردآوری شده برای توضیح ستون کانون می‌باشد.
- **عملکرد (Action=A)**. اقدامات فوری و بعدی پرستار بر اساس بررسی به عمل آمده از مددجو ثبت می‌شود.
- **پاسخ (Response=R)**. پاسخ مددجو نسبت به اقدامات مراقبتی - درمانی انجام شده، نوشته می‌شود (۵).

ثبت بر اساس تشخیص پرستاری

تشخیص پرستاری جمله یا عبارتی است که وضعیتی نامطلوب را مشخص می‌کند. پرستاران طبق الزامات حرفه‌ای، مسئول تشخیص و درمان واکنش‌های مددجویان به مشکلات سلامتی هستند. تشخیص پرستاری بیانی از مشکل مددجو است که بر اساس اطلاعات گردآوری شده معین می‌گردد. تشخیص‌های پرستاری عمدتاً به قسمت‌هایی مربوط می‌شود که به عنوان اعمال مستقل پرستاری شناخته شده‌اند و اقداماتی هستند که پرستار بدون همکاری پزشک یا اعضای دیگر تیم مراقبتی و بدون وابستگی آن‌ها را انجام می‌دهد. این اعمال شامل موارد زیر است:

۱. اقدامات پیشگیرانه از قبیل آموزش و تغییر وضعیت مددجو
 ۲. روش‌های اصلاح کننده از قبیل تشویق به مصرف مایعات و اجرای دستورات دارویی
- تشخیص پرستاری قسمت مهمی از فرآیند پرستاری است.
 - توصیه می‌شود؛ تشخیص‌های پرستاری بر اساس تشخیص‌های پرستاری انجمن پرستاران آمریکا^۱ نوشته شود؛ زیرا تداوم و انسجام در مراقبت از مددجو را به دنبال دارد.

^۱ North American Nursing Diagnosis Association- International (NANDA-I)

به کارگیری فرآیند پرستاری مزایای زیر را به همراه دارد:

۱. از نقص‌ها و دوباره کاری‌های غیر ضروری جلوگیری می‌کند.
۲. به پرستاران جهت انجام اقدامات برای فرد (نه بیماری وی) کمک می‌کند.
۳. به مددجویان و خانواده‌ها کمک می‌کند تا درک کنند فعالیت‌های آن‌ها مهم است و از نقاط قوت ارزشمندی برخوردارند.
۴. انعطاف‌پذیری و استقلال فکری را افزایش می‌دهد.
۵. ارتباط بهتری فراهم می‌کند.
۶. به پرستاران کمک می‌کند تا نتایج رضایت بخشی را کسب کنند (۷).

ثبت موارد استثناء

در صورتی که اطلاعات مهم یا یافته‌ی غیرطبیعی وجود داشته باشد از این نوع ثبت استفاده می‌شود. در این روش از تکرار و طولانی شدن موارد ثبت شده کاسته می‌شود و باعث می‌شود سیر پیشرفت مددجو به سهولت پیگیری شود. علی‌رغم مزایای ذکر شده؛ در این روش موارد از قلم افتاده به راحتی قابل شناسایی نیست. جزئیات ثبت شده محدود است و از طریق آن نمی‌توان فرآیند پرستاری را دنبال نمود (۸).

ثبت کامپیوتری

ثبت کامپیوتری این امکان را می‌دهد که هر مددجو دارای یک پرونده‌ی الکترونیک باشد و پرستار بتواند وضعیت مددجو را بررسی نماید و با تمرکز بر اطلاعات و یافته‌های بالینی از مناسب‌ترین روش برای بهترین مراقبت از مددجو استفاده نماید. در این روش اطلاعات به طور خودکار به سابقه‌ی مددجو منتقل شده و این امکان را به اعضای تیم سلامت می‌دهد تا برای برقراری ارتباط، اعتبار قانونی، ارزیابی و هماهنگ نمودن پیشرفت درمان مددجویان از طریق کامپیوتر در نقاط مختلف مراکز مراقبت سلامتی با هم در ارتباط باشند (۹).

فصل دوم: ثبت در پرستاری ۳۵

علاوه بر این پرستاران از کامپیوتر برای بسیاری از اقدامات از جمله درخواست دارو و آزمایشات استفاده می‌کنند. برنامه‌های نرم افزاری به پرستاران امکان ثبت سریع داده‌ها را می‌دهند. همچنین برنامه‌های کامپیوتری در تدوین برنامه مراقبت پرستاری و ثبت تمام جنبه‌های مراقبت از مددجو کمک می‌کنند. ورودی‌های متداول (همانند صفحه کلید) نیازمند مهارت‌های تایپ می‌باشند و می‌توانند موجب خطا در ثبت داده‌ها شوند. قلم نوری یا تکنولوژی تشخیص صدا یا مکالمه ممکن است برای ثبت پرستاری بسیار مفید و کارا باشند. کامپیوترهایی به اندازه دفترچه یادداشت وجود دارند که به پرستاران امکان ثبت راحت و انعطاف‌پذیر را می‌دهند.

▪ **توجه:** خطرات حقوقی همراه با ثبت کامپیوتری وجود دارند. هر فردی می‌تواند به

سیستم کامپیوتری مددجوستان دسترسی یابد و اطلاعات مددجو را کسب کند.

دسترسی به پرونده‌های کامپیوتری محرمانه مسئله اصلی می‌باشد. استفاده از کلمه عبور برای روشن و خاموش نمودن کامپیوتر جهت حفظ امنیت ضروری است. سیستم خوب نیازمند تغییر دوره‌ای کلمه عبور می‌باشد تا مانع دسترسی افراد غیرمجاز به پرونده‌ها شود. پرستاران باید از چگونگی تصحیح خطاها در ثبت کامپیوتری مطلع باشند. همانند سایر روش‌های ثبت، اطلاعات پرونده نباید حذف گردند. اطلاعات غلط باید با مشخص نمودن اسم تصحیح کننده و زمان تصحیح شوند (۴).

اصول راهنما در ثبت پرستاری

آن چه را که می‌بینید ثبت کنید.

آن چه را که مشاهده می‌کنید توصیف کنید و آن چه را می‌بینید ثبت کنید. آن چه مشاهده می‌کنید را به دور از عقاید و تفاسیر خود ثبت کنید. به عنوان مثال، زمانی که شما خونریزی از محل زخم را مشاهده می‌کنید؛ باید مقدار، رنگ، منبع خونریزی و جهنده،

تراوشی یا مستمر بودن خونریزی مشخص شود. زمانی که پاسخ مددجو را توصیف می‌کنید فعالیت مددجو را توصیف کنید نه برداشتی که از شرایط مددجو دارید. به عنوان مثال؛ «مددجو در حال گریه کردن است و در صندلی نشسته و به طرف جلو و عقب حرکت می‌کند» این یک بیانیه عینی و توصیفی است. در حالی که اگر شما تفسیر خود را در جملات بیان شده دخالت دهید ممکن است از این حرکت مددجو برداشت‌های مختلفی شود که هیچ ضمانتی وجود ندارد که این برداشت‌ها صحیح باشند. تعدادی از این برداشت‌ها عبارتند از:

- مددجو تنها است.
- مددجو درد دارد.

هشدار پرستاری

تفسیری از قبیل **مددجو تنها است و یا مددجو درد دارد نه تنها کمک کننده نیست بلکه ممکن است منجر به انحراف از برنامه مراقبتی مناسب شود.**

به صورت ویژه^۱ عمل کنید.

از به کار بردن عبارات مبهم پرهیز کنید و کلی گویی نکنید. به عنوان مثال عبارت «داشتن یک شب ناراحت» چیز خاصی را نشان نمی‌دهد و مبهم است در حالی که جمله «مددجو ۱۰ مرتبه به علت اسهال از خواب شبانه بیدار شد» بیان می‌کند چرا مددجو شب راحتی نداشته است و در خواب وی وقفه و اختلال ایجاد شده است. از کلمات قضاوتی از قبیل «خوب، راحت، ضعیف یا مناسب» استفاده نکنید.

¹ Be Specific

از جملات مستقیم استفاده کنید.

هنگامی که از کلمات و عبارات مددجو استفاده می‌کنید آن‌ها را داخل گیومه قرار دهید. به عنوان مثال؛ آقای (س) بیان می‌کند «در دستم احساس زق زق^۱ می‌کنم». توجه داشته باشید این عبارت بیان‌گر چگونگی تفسیر مددجو از درد است و باید عین جملات نوشته شود. گفته‌های دیگران را در مورد مددجو ثبت نکنید. به عنوان مثال؛ آقای (ف) اظهار می‌دارد «همسرم غذای بیمارستان را دوست ندارد».

اطلاعات مرتبط را ثبت کنید.

دستورات پزشک را بخوانید و در صورتی که ابهامی وجود داشت از پزشک سوال نمایید. در صورتی که به هر دلیل اقدامی را انجام ندادید؛ حتماً دلیل عدم انجام اقدام را ذکر کنید. به عنوان مثال زمانی که مددجو جهت کنترل پر فشاری خون دارو مصرف می‌کند در صورتی که دچار افت فشارخون است نمی‌توان به وی داروی پایین‌آورنده فشارخونی که مصرف می‌کرده است را داد بایستی اطلاع داده شود و در پرونده مددجو ثبت کرد.

محرمانه بودن اطلاعات یا راز داری^۲ را مد نظر داشته باشید.

پرستار از نظر قانونی و اخلاقی در برابر اطلاعات حاصل از تشخیص و درمان مددجویان مسئول است و نباید اطلاعات وی را در معرض دید دیگران قرار دهد یا راز وی را فاش نماید و یا حتی با سایر افرادی که در طرح مراقبتی مددجو دخیل نیستند در مورد وضعیت مددجو گفتگو نماید. پرونده‌ی مددجو باید از دسترس مددجو، همراهان وی و سایر افرادی که درگیر مراقبت و درمان مددجو نیستند، حفظ شده و در جای خاص نگه‌داری شود. مسئولیت حفظ پرونده به عهده‌ی پرستار است. قانون نیز در محرمانه نگاه داشتن اطلاعات مربوط به مددجو، سیستم‌های درمانی را حمایت می‌کند.

¹ Throbbing

² confidential

هنگام خطاهای ثبتی به شیوه‌ی مناسب عمل کنید.

استفاده از پاک کن و لاک غلط‌گیر در پرونده‌ی مددجو غیرقانونی است. چنین رخدادی می‌تواند به عنوان تلاش و سعی در پنهان نمودن مراقبت پرستاری ضعیف یا رخداد خطا در مراقبت از مددجو در نظر گرفته شود. اگر در حین ثبت دچار خطا شدید، روی آن خط بکشید و کلمه «ERROR» را در بالای جمله بنویسید و سپس جمله صحیح را ثبت کنید. توجه داشته خط کشیدن باید به نحوی باشد که نوشته اصلی قابل خواندن باشد (۵).

مشکلات موجود در ثبت که در دادخواهی‌ها مورد استناد قرار می‌گیرند

- **عدم ثبت ساعت وقوع حادثه:** ثبت رخدادها و اقدامات بایستی با ذکر ساعت باشد.
- **غفلت در ثبت دستورات شفاهی یا به امضاء رساندن آن‌ها:** دستورات شفاهی یا تلفنی بایستی در پرونده ثبت و مهر و امضا پزشک برسد.
- **عدم ثبت جزئیات:** اقدامات و رخدادها را با ذکر جزئیات دقیق آن ثبت نمائید. این فکر که جزئیات را همه می‌دانند و نیاز به نوشتن نیست را فراموش کنید.
- **کوتاهی در اطلاع دادن به پزشک:** در صورت بروز هر گونه تغییر در حال بیمار بایستی بدون فوت وقت به پزشک ذی‌صلاح اطلاع داده و در پرونده ثبت شود. پرستار ممکن است پس از مشاهده‌ی مددجو موفق به اطلاع دادن به پزشک نشود بایستی به سوپروایزر کشیک اطلاع داده تا ایشان پیگیری نماید و در گزارش خود این مسئله را قید نماید.
- **ثبت اطلاعات غلط:** اطلاعات پرونده باید به دقت و صحیح ثبت شود.

خلاصه فصل

کیفیت مستندات و مدارک ثبت شده گویای مراقبت ارائه شده است. ثبت کامل و دقیق جهت برقراری ارتباط مؤثر و پاسخ‌گویی مهم است. شیوه‌های مختلف ثبت بیان شد. صرف نظر از شیوه‌های مختلف؛ رعایت اصول راهنمای ذکر شده جهت ثبت صحیح لازم و ضروری است؛ از جمله این که ثبت مناسب باید شامل اطلاعات لازم و کافی باشد و از هرگونه مطلب غیرضروری و غیرمفید به دور باشد. نه خیلی طولانی و مفصل و نه خیلی کوتاه و مختصر باشد یعنی همه‌ی نکات را پوشش دهد و خسته کننده نباشد. ثبت خوب بایستی براساس تفکر صحیح و منطقی تدوین شده باشد و از حدس و احتمال به دور باشد. نقل قول‌ها بدون تحریف و با دقت تمام آورده شوند. قواعد نگارش در آن رعایت گردد و از ثبت دقیق، به هنگام و محرمانه اطمینان حاصل شود.

منابع مورد استفاده

1. Taylor C, Lillis C, Lemone P, Lynn P. Fundamentals of Nursing, the art and science of nursing. 8th, Wolters Kluswer/Lippincott.2015; pp: 339-363.
۲. شهرکی ع. حموله م. اصول گزارش‌نویسی در پرستاری. چاپ دوم، نشر جامعه‌نگر، تهران، ۱۳۸۸.
۳. روزی طلب م، عظیمی س، مبارکی آ، محبی ز. ۱۳۸۶. کیفیت ثبت گزارش پرستاری در مددجویان‌های امام سجاد (ع) و شهید بهشتی یاسوج سال ۱۳۸۵، فصلنامه دنا، (۲): ۳: ۶۱-۷۱.
4. Potter P, Perry A, Ostendorf WR. Fundamentals of Nursing. 6th, ELSEVIR. 2016; pp: 35-42.
5. Rosdahl CB, Kowalski M. Basic Nursing.10th, Wolters Kluswer/Lippincott. 2012; pp: 414-426.
6. Yazdannik AR, Salmani F, Irajpour AL, Abbasi S. Application of Burn s Wean assessment program on the duration of mechanical ventilation among patients in

intensive care unite: Aclinical n trail. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2012; 17(7): 520-523.

۷. پرویزی ن. ثبت و گزارش نویسی در پرستاری، چاپ اول، گرگان: مؤسسه انتشاراتی

مختومقلی فراغی، ۱۳۸۱.

8. Harkreader H, Hogan MA, Thobaben M. Fundamentals of Nursing, caring and clinical judgment, 3rd. SAUNDERS ELSEVIR. 2007; pp: 230-252.

۹. توکلی ن، زعفری گ. اصول گزارش نویسی در پرستاری. چاپ اول، انتشارات

پرستاران جوان، مشهد، ۱۳۹۱.

فصل سوم

گزارش دهی در پرستاری

پس از مطالعه این فصل از فراگیر انتظار می‌رود:

- گزارش دهی را تعریف نماید.
- مزایای گزارش دهی را توضیح دهد.
- انواع گزارش دهی را شرح دهد.
- تفاوت گزارش دهی کتبی و شفاهی را بیان نماید.

مقدمه

گزارش‌دهی یکی از روش‌های مهم انتقال اطلاعات در مراکز مراقبت سلامت می‌باشد. در این فصل ابتدا به گزارش‌دهی و مزایای آن پرداخته می‌شود، سپس انواع گزارش‌دهی و وجه تمایز آن‌ها توضیح داده می‌شود.

گزارش‌دهی یعنی ارائه‌ی چیزی که دیده، شنیده، انجام و یا بررسی شده است. گزارش‌دهی به صورت شفاهی، کتبی یا مبتنی بر کامپیوتر انجام می‌شود (۱). گزارش‌دهی ارتباطی نوشتاری و دائمی است که اطلاعات لازم را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامتی به شکل مدرک به سایرین منتقل می‌کند و در حقیقت نقش وسیله‌ی ارتباط جمعی را برای اعضای تیم سلامت ایفا می‌کند. مراقبت از مددجو نیازمند ارتباط مؤثر بین اعضاء تیم مراقبت سلامت است. به عبارتی گزارش‌دهی همان تبادل شفاهی و کتبی اطلاعات بین مراقبین است. به عنوان مثال؛ بعد از تغییر یک شیفت کاری پرستار؛ گزارش مربوطه را به صورت شفاهی به پرستار شیفت بعد انتقال می‌دهد و یا پزشک ممکن است از واحد پرستاری بخواهد تا گزارشی شفاهی از شرایط و پیشرفت مددجو ارائه نماید.

▪ هدف گزارش‌دهی ایجاد تصویری روشن از اندیشه و هدف پیام دهنده در ذهن پیام‌پیرنده در حداقل زمان و حداقل کلام است.

مزایای گزارش‌دهی

گزارش‌دهی مراقبت‌های پرستاری دارای کاربردهای متعددی از جمله برقراری ارتباط بین اعضای تیم مراقبت سلامتی و تداوم مراقبت و درمان مددجو، ثبت اطلاعات پایه، مبنای مهم برای تعیین و پرداخت هزینه‌های مراقبتی درمانی و مبنای اطلاعاتی برای فرآیندهای تحقیقاتی است.

علاوه بر این گزارش‌دهی؛ مبنا و ابزاری مهم جهت تعیین نیازهای آموزشی و برنامه‌ترخیص مددجو، منبع اصلی و قابل اعتماد اطلاعات مربوط به مددجو و خانواده وی، عامل یادآوری و درگیر کننده پرستار نسبت به وظایف و مسئولیت‌های حرفه‌ای در انجام فعالیت‌ها و مبنای اساسی و اولیه برای تشخیص مشکلات جدید می‌باشد. همان‌طور که گفته شد؛ پرستاران اطلاعات لازم درباره‌ی مددجو را انتقال می‌دهند به طوری که تمام اعضاء بتوانند تصمیمات مناسب درباره‌ی مراقبت از مددجو اتخاذ کنند (۲). گزارش‌دهی به شیوه‌های مختلفی انجام می‌شود که در ذیل به آن‌ها پرداخته می‌شود.

انواع گزارش‌دهی در پرستاری

- گزارش پذیرش^۱
- گزارش تغییر شیفت کاری^۲
- گزارش تلفنی^۳
- گزارش انتقال^۴
- گزارش حوادث^۵

^۱Admission Report

^۲Change Of Shift Report

^۳Telephon Report

^۴ Transfer Report

^۵ Events Report

- گزارش یافته‌های مهم
- گزارش ترخیص^۱
- گزارش مرگ

گزارش پذیرش

این نوع گزارش، اولین گزارشی است که توسط پرستار ثبت می‌گردد. زمانی که مددجو در مرکز مراقبت سلامتی بستری می‌شود؛ این گزارش ثبت می‌شود. گزارش پذیرش مددجو از اهمیت خاصی برخوردار است و پرستار بایستی در نوشتن آن نکات زیر مدنظر قرار دهد:

- نظارت بر تکمیل بالای برگه‌ی گزارش شامل: نام، نام خانوادگی، جنس، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و تشخیص پزشکی مددجو
- تاریخ و ساعت بستری شدن مددجو
- طریقه ورود مددجو به بخش (با پای خود، صندلی چرخدار یا برانکاردر)
- مکانی که مددجو از آن جا به بخش ارجاع داده شد. مثل: درمانگاه یا بخش اورژانس
- شکایت اصلی و فعلی مددجو
- اطلاعات حاصل از بررسی و شناخت پرستاری شامل:
 - الف. مشاهدات وضعیت عمومی و علایم حیاتی
 - ب. معاینه پرستاری مثل کنترل علایم حیاتی، معاینه فیزیکی
 - ج. مصاحبه با مددجو و بستگان در مورد تاریخچه بیماری، آلرژی‌های دارویی و غذایی، سابقه‌ی بستری در مراکز مراقبت سلامتی، عمل جراحی و بیماری خاص
- نام پزشک معالج و ساعت مطلع کردن وی
- اقدامات پرستاری انجام شده طبق دستور پزشک و پیگیری‌های مربوطه به آن

¹Discharg Report

- تنظیم طرح برنامه مراقبتی مددجو
- گزارش تحویل یا نگهداری البسه و اشیاء قیمتی در صورتی که مقررات مؤسسه اجازه دهد.
- نام و سمت پرستار، تاریخ و ساعت نوشتن گزارش (۳).

گزارش تغییر شیفت کاری

گزارش تغییر شیفت تبادل رسمی اطلاعات بین پرستاران مسئول مراقبت از مددجو است. این نوع گزارش به صورت کتبی هم ثبت می‌شود. در پایان هر شیفت پرستار گزارشی درباره‌ی مددجویان به پرستار شیفت بعد ارائه می‌دهد. لازم به ذکر است گزارش سوپروایزرهای در گردش در شیفت‌های مختلف کاری جزء این نوع گزارش محسوب می‌شوند که وقایع شیفت کاری در بیمارستان به اطلاع سوپروایزر شیفت بعدی رسانیده می‌شود. هدف اصلی این گزارش، تداوم مراقبت‌های انجام شده برای مددجو از یک شیفت به شیفت بعدی است. گزارش تغییر شیفت ممکن است به شیوه‌های زیر انجام شود:

- ضبط صوت^۱
- حضوری
- گزارش بر بالین مددجو^۲
- کنفرانس
- پیامک (۴).

ضبط صوت

در روش ضبط صوت، گزارشات شیفت قبل بر روی نوار ضبط می‌شود و پرسنل شیفت بعدی به آن گوش می‌دهند. در این نوع گزارش چنان چه پس از پر شدن نوار

^۱ Oudio- Tape

^۲ Walking Round (W.R)

پرسنل شیفت قبل بخش را ترک کرده باشند، پرسنل شیفت بعد فرصت ندارند اگر سوالی برایشان مطرح شد، بپرسند.

حضور یا چهره به چهره

در این روش پرستار شیفت وضعیت مددجو را به صورت شفاهی و در حضور پرستاران شیفت بعد گزارش می‌کند. در این روش چنان چه پرسنل شیفت جدید سوالی داشته باشند؛ از پرستار می‌پرسند و پرستار به آن‌ها پاسخ می‌دهد.

گزارش بر بالین مددجو

در پایان هر نوبت‌کاری پرستاران اطلاعات مربوط به مددجویان را به پرستاران شیفت بعد گزارش می‌دهند. در این گزارش پرستار خلاصه‌ای از فعالیت‌ها و شرایط مددجو را در زمان ترک بخش به پرستار دیگر منتقل می‌نماید. در این روش شرایط و وضعیت مددجو بر بالین و با حضور مددجو گزارش می‌شود. زمان گزارش بر بالین مددجو بین ۴۰-۱۰ دقیقه متغیر است (۵). گزارش تغییر شیفت به صورت گزارش بر بالین مددجو مزایایی دارد از قبیل:

- همه مددجویان توسط پرستار جدید همراه پرستار شیفت قبل حضوراً بررسی می‌شوند و با گزارش کتبی مقایسه صورت می‌گیرد.
- مددجو با پرستار شیفت جدید خود آشنا می‌شود. در این نوع گزارش مسایل محرمانه با صدای آهسته به پرستار جدید گوشزد می‌شود. زمان در این نوع گزارش اهمیت ویژه‌ای دارد. گزارش باید سریع و مؤثر داده شود و از گفتن جملات اضافی خودداری شود.

گزارش به روش کنفرانس

در روش کنفرانس پرسنل شیفت قبل و بعد با هم گزارش ثبت شده را گوش می‌کنند و تبادل اطلاعات به صورت جمعی است، همچنین از مشکلات تمام مددجویان بخش مطلع می‌شوند.

گزارش از طریق پیامک

امروزه استفاده از پیامک به عنوان روش گزارش‌دهی رو به افزایش است. در مواردی از قبیل اطلاع‌رسانی جواب آزمایشات توسط آزمایشگاه یا اطلاع شرایط بیمار به پزشک و سایر اعضای تیم سلامت از این گزارش‌دهی استفاده می‌شود.

گزارش انتقال

ممکن است مددجو جهت دریافت سطوح مختلف مراقبت، از یک بخش به بخش دیگر منتقل شود. برای پیشبرد تداوم مراقبت، گزارشات انتقال ممکن است توسط تلفن یا مستقیم داده شوند. اطلاعاتی که پرستاران در گزارش انتقال ارائه می‌دهند؛ شامل موارد زیر می‌باشند:

- اسم و سن مددجو، نام پزشک و تشخیص طبی
- خلاصه پیشرفت تا زمان انتقال
- وضعیت سلامت فعلی
- برنامه مراقبت فعلی
- ارزیابی‌ها یا اقدامات مهمی که باید بعد از انتقال تکمیل شوند.
- ملاحظات خاص
- نیاز به تجهیزات خاص

بعد از تکمیل گزارش انتقال، پرستار دریافت‌کننده باید فرصتی برای پرسش‌سوالاتی درباره وضعیت مددجو داشته باشد. در برخی موارد باید اطلاعات گزارش شده ثبت شوند.

گزارش حوادث

یک حادثه به هر گونه واقعه‌ای اطلاق می‌شود که با اعمال متداول بخش مراقبت سلامتی یا مراقبت معمول از مددجو سازگار نباشد. مثال‌هایی از حوادث شامل زمین‌خوردن مددجویان، صدمات ناشی از فرورفتن سوزن و خطر در تجویز دارو می‌باشند.

تجزیه و تحلیل گزارشات حوادث به شناسایی مشکلات سیستم‌های مراقبتی و ارائه دلایلی برای تغییر خط مشی‌ها و روش‌های کار یا آموزش‌های ضمن خدمت کمک می‌کنند. گزارشات حوادث بخش مهمی از برنامه ارتقاء کیفیت بخش می‌باشند. این گزارشات جهت بهبود کیفیت بایستی مورد استفاده قرار گیرند نه برای تنبیه و مواخذه‌ی کارکنان؛ زیرا از طریق آن‌ها مدیریت و مراقبت از مددجو از طریق شناسایی خطر بهبود می‌یابد (۱).

پرستاران به علت حضور دائم جزء اولین کسانی هستند که در زمان و مکان ایجاد حادثه حضور داریم داشته و بهتر از هر کس دیگر می‌توانند گزارش بدون نقص و منطبق بر واقعیت تهیه نمایند. هنگام بروز حادثه، پرستار دخیل در بروز آن یا پرستار شاهد گزارش حادثه را تکمیل می‌کند، حتی زمانی که صدمه‌ای ایجاد نشده است، گزارش تهیه می‌شود (۶). به عبارتی دیگر، گزارش‌دهی خطا جهت توسعه راهکارهای پیشگیرانه و کاهش خطا ضروری است تا به موجب آن متخصصین مراکز مراقبت سلامتی از اشتباهات درس بگیرند (۷).

کلیه اقداماتی که توسط تیم درمانی و پرستار انجام می‌گردد باید به دقت ثبت و مستند گردد. به این منظور از پرستار انتظار می‌رود که اطلاعات مربوط به مددجو و مراقبت‌های انجام شده را با کیفیت و با رعایت حمایت و رازداری مددجو، ثبت نماید. یکی از متداول‌ترین انواع حوادث، خطر در تجویز دارو می‌باشد. گزارش حادثه برای خطا در تجویز دارو باید شامل این مواد باشد:

- توضیح دقیق و مختصر از خطا
- تمام اطلاعات مربوط (برای مثال اعمال انجام شده)
- گزارش بروز هرگونه عارضه جانبی در مددجو
- در برخی موقعیت‌ها پرستاران در حوادث مرتبط با مددجو درگیر می‌شوند. فهرست زیر رهنمودهایی جهت تکمیل صحیح گزارش حادثه ارائه می‌دهد:

فصل سوم: گزارش‌دهی در پرستاری ۴۹

- پرستار شاهد حادثه یا پرستاری که مددجو را در زمان حادثه می‌یابد، گزارش را تکمیل می‌کند.
- اتفاقات را با واژه‌های عینی و مختصر شرح دهید.
- شرایط مددجو هنگام کشف حادثه را به طور عینی توصیف کنید.
- اقدامات صورت گرفته توسط خود فرد، سایر پرستاران یا پزشکان را گزارش کنید.
- سعی نکنید، علت حادثه را تفسیر کنید یا توضیح دهید یا کسی را سرزنش کنید.
- هر چه سریعتر گزارش را به مدیریت مربوطه ارائه دهید.
- یک نسخه از گزارش کتبی حادثه را در فایل شخصی خود نگهدارید (۶).

گزارش ترخیص

- در گزارش ترخیص مددجو، رعایت موارد زیر از سوی پرستار الزامی است:
- کنترل این که ترخیص مددجو توسط پزشک امضاء شده باشد.
 - وضعیت عمومی مددجو حین ترخیص با قید علائم حیاتی
 - ساعت ترخیص و خروج از بخش با قید حضور همراه مددجو
 - آموزش‌های داده شده (شفاهی، پمفلت و غیره) باید ثبت گردد. آموزش‌های ضمن ترخیص شامل: رژیم غذایی، فعالیت، دارو، مراقبت از خود، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده که در صورت بروز این علائم باید به پزشک مراجعه کنند.
 - روشن نمودن هر گونه سوال مددجو در مورد نحوه‌ی مراجعات بعدی
 - دادن کارت مراجعات بعدی (کارت ترخیص)
 - در مورد مددجویانی که با رضایت شخصی مرخص می‌شوند حتماً قید شود: مددجو؛ علی‌رغم توصیه در مورد ادامه درمان، با رضایت و آگاهی از عوارض

ناشی از ترخیص زودرس، مرکز مراقبت سلامتی را ترک کرده است (گرفتن اثر انگشت الزامی است).

- در مورد مددجویانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی‌شوند؛ اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد (و بهتر است پزشک در پرونده مددجو قید نماید تا زمان ترخیص دستورات ادامه یابد) و پرونده از قسمت مالی برگشت داده شود در غیر این صورت پرونده‌ی جدید تشکیل گردد.
- در مورد کودکان و افراد دارای مشکلات فکری، شناختی مطمئن شوید که به بستگان نزدیک مددجو را تحویل داده‌اید و در صورتی که تحویل گیرنده بستگان درجه یک نباشند (ثبت آدرس تحویل گیرنده و مشخصات وی لازم است (۶)).

گزارش مرگ

ثبت وضعیت عمومی مددجو قبل از مرگ (علائم حیاتی، علائم ذهنی، عینی) با قید ساعت و تاریخ باید انجام شود. علاوه بر این ساعت بدحال شدن مددجو، اقدامات انجام شده در احیاء قلبی ریوی از قبیل لوله گذاری نای و داروهای مصرف شده و یا ماساژ قلبی و الکتروشوک بایستی به دقت ثبت گردد. علائم مبنی بر مرگ مددجو نیز باید ثبت شود از جمله این که «مددجو فاقد نبض و تنفس است و مردمک‌ها فاقد واکنش به نور و میدریاز دوبل هستند»، مرگ مددجو باید توسط پزشک تأیید شود.

ثبت ساعت مرگ، نحوه‌ی صدور گواهی مرگ (پزشک مربوطه - پزشک قانونی) الزامی است. در مورد مرگ نوزاد، جنس، آپگار زمان تولد، یا مرده به دنیا آمده بودن نوزاد و سن جنینی (که از ۲۰ هفته به بالا نیاز به تاریخ و گواهی مرگ دارد) و ساعت مرگ، راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره‌های ژنتیک ضرورت دارد. هم چنین در پرونده‌ی مددجو ثبت شود که جسد به چه کسی تحویل شد یا به سردخانه مرکز انتقال داده شده

فصل سوم: گزارش‌دهی در پرستاری ۵۱

است. باید نام و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ مرگ نوشته شود و روی بدن مددجو و روی کاور جسد چسبانیده شود (۶).

گزارش یافته‌های مهم

در این گزارش یافته‌های مهم در رابطه با مشکل یا موقعیت مشکوک مددجو، توسط پرستار به فرد مناسب (پزشک، سرپرستار، پرستار یا سوپروایزر) به صورت کلامی ارائه می‌شود. گزارش این موارد خاص مثل بروز تغییرات تنفسی یا علائم حیاتی غیرطبیعی، درد ناگهانی و خونریزی، انجام اقداماتی که خارج از تخصص پرستار است را تسریع می‌کند و باعث رسیدگی سریع به مشکل و پیشگیری از حادثه شدن وضعیت مددجو می‌گردد.

انواع فرمت ثبت پرستاری

- بررسی اولیه پرستاری^۱
- کاردکس و خلاصه مراقبتی مددجو^۲
- برنامه مراقبتی پرستار^۳
- سیر پیشرفت^۴
- فلوشیت

بررسی اولیه پرستاری

ثبت اطلاعات اولیه حاصل از شرح حال و معاینات پرستار است. مستندسازی دقیق این اطلاعات جهت تأمین اصول پایه بررسی مقایسه شرایط مددجو و تغییرات ایجاد شده لازم است (۱).

¹ Initial Nursing Assessment

² Kardex and Patient Case Summary

³ Plan of Nursing Care

⁴ Progress Notes

کاردکس

در برخی مراکز، اطلاعات مورد نیاز برای مراقبت از مددجویان در کاردکس پرستاری موجود می‌باشند. کاردکس به شکل کارت می‌باشد که در ایستگاه پرستاری نگهداری می‌شود. بیشتر کاردکس‌ها مشتمل بر دو بخش درمان و برنامه مراقبت پرستاری می‌باشد که هنگام ارائه‌ی گزارشات تغییر شیف‌ت کاری، اطلاعات را برای ارجاع سریع پرستار سازمان‌دهی می‌کنند. اطلاعات روزآمد کاردکس، پرستار را از مراجعه‌ی پی‌درپی به پرونده‌ی مددجو بی‌نیاز می‌کند. در بسیاری از مؤسسات به علت تغییر نیازهای مددجو و نیاز به اصلاح مکرر، کاردکس با مداد ثبت می‌شود.

اطلاعات مندرج در کاردکس

همان‌طور که گفته شد، کاردکس مشتمل بر بخش تشخیص و درمان و بخش مراقبت پرستاری می‌باشد. اطلاعاتی که معمولاً در کاردکس یافت می‌شود شامل مواردی از قبیل:

- اطلاعات دموگرافیک پایه (نام مددجو، سن، وضعیت تأهل، نژاد و...).
- تشخیص طبی (همه‌ی تشخیص‌ها از ابتدا تا به حال باید فهرست شوند).
- تشخیص پرستاری (همه‌ی تشخیص‌ها از ابتدا تا به حال بر حسب اولویت باید فهرست گردند).
- دستورات پزشکی اخیر مددجو مشتمل بر:
 - داروها
 - درمان‌ها
 - رژیم غذایی
 - درمان‌های داخل وریدی
 - آزمایشات تشخیصی
 - پروسیجرهای خاص
 - اندازه‌گیری‌های بدن (قد، وزن و...)

- کلیه مشاوره‌های انجام شده یا توصیه شده
- آزمون‌های تشخیصی و پروسیجرهای انجام شده و نتایج بعضی از آزمون‌ها از قبیل تست سل.
- فعالیت‌های اولیه مددجو، محدودیت‌های حرکتی، کمک‌هایی که مددجو نیاز دارد، محافظ‌های خاص مورد نیاز برای هر مددجو.
- یادداشت‌های خاص (که غالباً به صورت خاص و ویژه به کاردکس مددجو ضمیمه می‌گردد).
- نام پزشک معالج فعلی.
- محل تزریقات محیطی.

انواع کاردکس

به جزء کاردکس‌هایی که جامع بوده و همه‌ی اطلاعات مربوط به مددجو در آن ثبت می‌شود. در برخی مراکز چندین کاردکس وجود دارد که اطلاعات مربوط به مددجویان در آن‌ها جداگانه ثبت می‌گردد:

- کاردکس ثبت اطلاعات دارویی
- کاردکس ثبت تشخیص‌های پرستاری
- کاردکس ثبت اطلاعات آزمایشگاهی

علاوه بر کاردکس‌های کاغذی، کاردکس‌های کامپیوتری نیز وجود دارد که اطلاعات موجود در آن‌ها از طریق علامت‌زدن ثبت می‌گردد.

هدف از تهیه کاردکس

هدف از تهیه کاردکس دستیابی به موارد ذیل می‌باشد:

- اجازه می‌دهد بررسی دقیق در مورد مداخلات و عملکردهای مربوط به مددجو به عمل آید. نظیر مراقبت‌های خاص مددجو، دریافت دارو و درمان.

- برنامه مراقبتی پرستاری که به کاردکس اضافه می‌شود کمک می‌کند تا همه‌ی اطلاعات ضروری برای مراقبت از مددجو فراهم شود؛ اگر چه ثبت آن بسیار مشکل است.

نکاتی که باید در هنگام ثبت در کاردکس مورد توجه قرار گیرد

- تاریخ و ساعت ویزیت پزشک ثبت شود. هم چنین دوز دارو، نوع و دفعات آن باید ثبت گردد.
- حتی اگر مددجو دوز Stat یک دارو را دریافت می‌کند، حتماً بایستی در کاردکس ثبت گردد. در موارد دیگر دوز دستور داده شده و تاریخ قطع دارو نیز باید ثبت گردد.
- ثبت باید براساس قوانین انجام شود و تنها اختصارات استاندارد مورد استفاده قرار گیرد. در صورتی که برای مختصرنویسی یک کلمه اشکال دارید باید آن را به طور کامل و صحیح بنویسید و هرگز از روش‌های فردی برای مختصرنویسی استفاده نکنید.
- همیشه تاریخ و ساعت گرفتن اولین دوز دارو در کاردکس ثبت شود و پرستار بعد از دادن اولین دوز دارو باید آن را در پرونده مددجو با نوشتن کامل نام و شماره نظام پرستاری و امضاء ثبت نماید.
- در صورت پاک نویس کاردکس در بخش، کاردکس قبلی پانچ و در فایل پرونده گذاشته شود. فرد پاک نویس کننده نام و مشخصات خود را بایستی قید نماید.
- در صورتی که ادامه مراقبت‌ها و یا دارو در پشت کاردکس نوشته می‌شود، با علامت فلش و جمله «به پشت صفحه دقت شود» موضوع یادآوری شود.
- کاردکس باید تمیز نگه داشته شود و مطالب آن به صورت منظم قید گردد و همه‌ی پرستاران از الگوی هماهنگ استفاده نمایند.

- در صورتی که مددجو دارو دریافت نکرده باشد حتماً باید ثبت شود که چرا به مددجو دارو داده نشده است. در صورتی که مددجو یکی از دوزهای دارو را نیز دریافت نکرده است باید در کاردکس ثبت شود که چرا آن دوز خاص از دارو دریافت نشده است مثلاً دارو خوراکی مددجو داده نشد چون جهت عمل جراحی NPO بود.
- همواره همه‌ی نکات خوانا و مختصر نوشته شده و توصیف نشود.
- از دوباره کاری و نوشتن یک چیز مشابه در دو جا و ثبت موارد نامربوط خودداری شود.
- همواره برای تهیه کاردکس از فرم‌های خاص مرکز استفاده شود.
- در صورتی که فضای کافی برای ثبت وجود دارد باید همه‌ی اطلاعات در کاردکس ثبت شود اما اگر فضای کافی برای برخی اطلاعات مانند محل‌های تزریقات محیطی، پاسخ‌های مددجو به درمان و انحرافات که در مورد دستورات دارویی رخ داده وجود ندارد باید این اطلاعات بر روی یک یادداشت اضافی ثبت شده و به کاردکس مددجو وصل گردد.

مزایای کاردکس

- کاردکس اجازه بررسی دقیق و سریع اطلاعات در مورد مداخلات مربوط به مددجو مانند مراقبت‌های خاص مربوط به مددجو، دارودرمانی، درمان‌های داخل وریدی، دریافت اکسیژن و پوزیشن مددجو را می‌دهد.
- برنامه مراقبت پرستاری به کاردکس اضافه می‌شود تا اطلاعات ضروری در مورد مراقبت از مددجو آماده و در دسترس باشد. اگرچه ممکن است زحمت ثبت اطلاعات دوبرابر شود، ولی وجود آن از این جهت که همه‌ی اطلاعات ضروری در مورد مراقبت از مددجو فراهم می‌شود، بسیار مفید است.

محدودیت‌های کاردکس

- کاردکس وسیله‌ی خوبی برای تداوم مراقبت‌ها نیست، زیرا در آن درمان‌ها و مراقبت‌های اخیر ثبت می‌گردد و مراقبت‌ها و درمان‌های روزهای قبل در آن وجود ندارد.
- ممکن است قابل اعتماد نباشد به خصوص اگر:
 - هر روز بازبینی نشود.
 - به طور کامل و دقیق نوشته نشود.
 - بعد از گرفتن مراقبت‌های پرستاری نتایج آن توسط پرستار تکمیل و تصحیح نگردد.
 - پرستار در ارائه‌ی مراقبت‌های مربوط به مددجو به مطالب کاردکس توجهی نکند.
 - باید دقت کرد که اطلاعات موجود در کاردکس حتماً در جای دیگری هم ثبت شود. زیرا اطلاعات آن دائمی و ثابت نیست و همواره تجدید می‌شود. پس باید اطلاعات در جای دیگر نیز ثبت شود تا سیر درمان و مراقبت مددجو قابل پیگیری باشد.

برنامه مراقبتی پرستار

برنامه مراقبت پرستاری ممکن است به صورت جداگانه یا همراه با برنامه مشترک با اعضای تیم سلامت طراحی شود. به عبارتی برنامه مراقبت پرستاری بر اساس فرآیند پرستاری است (۱).

یادداشت‌های سیر پیشرفت

هدف یادداشت‌های سیر پیشرفت مطلع نمودن مراقبین از سیر پیشرفت در جهت دستیابی به اهداف مورد انتظار برای مددجو است. این که از چه روشی برای یادداشت سیر پیشرفت استفاده شود بستگی به مرکز مراقبت سلامتی دارد. نمونه‌های معمول شامل نوشته‌هایی بر اساس SOAP, PIE و... که در قسمت‌های قبلی به آن پرداخته شده است (۱).

فلوشیت

فلوشیت‌ها، خلاصه‌ای هستند که جهت ثبت جنبه‌های روزمره مراقبت پرستاری استفاده می‌گردند اطلاعات در فلوشیت‌ها بر اساس جنبه‌های مراقبتی از قبل تعیین و در دسترس هستند و به پرستار این امکان را می‌دهد که اطلاعات پرستاری را به طور سریع و خلاصه همراه با مرور آن ثبت نموده و از تکرار غیر ضروری اطلاعات جلوگیری شود (۸). مداخلات پرستاری و پایش مددجویان در بخش مراقبت‌های ویژه در برگه‌های یک صفحه‌ای جهت ثبت مراقبت ۲۴ ساعته مددجو مورد استفاده قرار می‌گیرند؛ اطلاعات مندرج در فلوشیت به صورت دیاگرام در دسترس اعضای تیم مراقبتی قرار می‌گیرد و از این طریق باعث صرفه جویی در زمان می‌شوند (۹).

هنگام ثبت فلوشیت‌ها بایستی به محتوای ثبت شده توجه داشته باشیم نه صرفاً به جنبه‌های کمی مطالب. فلوشیت‌ها تکمیل‌کننده‌ی سیر پیشرفت هستند و زمانی که تغییر قابل توجهی در مطالب ثبت شده در فلوشیت‌ها مشاهده شد؛ توضیحات در خصوص این موارد و این که چه اقداماتی برای رفع مشکل انجام شده است و پاسخ به درمان یا مراقبت چه بوده است در سیر پیشرفت نوشته می‌شود.

انواع فلوشیت مورد استفاده در مراکز مراقبت سلامتی

- فلوشیت ثبت جذب و دفع مایعات^۱
- فلوشیت ثبت دارو^۲
- فلوشیت ثبت مراقبت پرستاری روزانه
- فلوشیت ثبت علایم حیاتی (۸).

سایر روش‌های گزارش‌دهی

- تلفنی
- تله‌مدیسین^۳
- فاکس

گزارش تلفنی

تلفن و تجهیزات تله‌مدیسین می‌تواند باعث ارتباط بین کارکنان مراکز مراقبت سلامتی گردد و باعث دسترسی به اطلاعات مهم و حیاتی در مواقع ضروری شود. به عنوان مثال آزمایشگاه به صورت تلفنی گزارش می‌دهد:

مددجو بستری در بخش شما پلاکت ۱۰ هزار دارد؛ شما نیز شرایط مددجو را بلافاصله به پزشک معالج اطلاع می‌دهید، در واقع پرستار؛ پزشک را از تغییرات به وجود آمده در شرایط مددجو آگاه می‌سازد و در مورد برنامه درمانی و مراقبتی مددجو تصمیم‌گیری می‌شود. علاوه بر این از طریق گزارش تلفنی پرستار با پرستاران بخش دیگر درباره انتقال مددجو ارتباط برقرار می‌کنند. گزارش تلفنی باید اطلاعات واضح، دقیق و مختصر ارائه شود. جهت انجام گزارش تلفنی موارد زیر مد نظر قرار دهید:

¹ Intake & Output(I&O)

² Medication Sheet

³ Telemedicine

- خود و مددجو را به پزشک معالج معرفی کنید.
 - تغییرات ایجاد شده در مددجو را به طور دقیق و صحیح اطلاع دهید.
 - علائم حیاتی و تظاهرات بالینی مددجو را گزارش کنید.
 - پرونده مددجو در دسترس شما باشد تا در صورت نیاز از اطلاعات مندرج از قبیل علائم حیاتی و آزمایشات قبلی وی در صورت نیاز جهت اطلاع به پزشک استفاده کنید.
 - تمام موارد گزارش شده و پاسخ‌های گرفته شده به همراه تاریخ، ساعت و نام و نام خانوادگی بایستی در پرونده‌ی سلامت مددجو ثبت گردد (۱).
- در این جا لازم است به موضوع دستورات تلفنی و نحوه‌ی برخورد با آن‌ها پرداخته شود.

دستورات تلفنی^۱

به طور معمول پرستاران باید دستورات کتبی پزشک را اجرا کنند؛ با این وجود در موارد اورژانس که مددجو نیاز به درمان فوری دارد و پزشک برای نوشتن دستور دسترس نیست و هنگامی که اطلاعات جدیدی به دست می‌آید که نیاز به معاینه و بررسی پزشک نیست دستورات تلفنی قابل قبول هستند (۱۰).

دستورات تلفنی شامل درمان توصیه شده توسط پزشک به پرستار از طریق تلفن می‌باشند. هنگامی که پرستار دستورات پزشک را از طریق تلفن دریافت می‌کند، شفاف سازی پیام مهم است. دستور باید با تکرار، واضح و کامل گردد و در واقع تأیید شود. در صورت عدم اطمینان از پیام شنیده شده حتماً درخواست تکرار پیام لازم است؛ سپس پرستار دستورات را در برگه‌ی دستور پزشک ثبت نموده و امضاء نماید. پزشک نیز بایستی دستور تلفنی را با امضاء ظرف ۲۴ ساعت آینده تأیید نماید. دستورات تلفنی غالباً در شب یا در مواقع فوری داده می‌شوند و فقط باید در صورت ضرورت به کار روند (۱).

^۱Telephon Order

نکات قابل توجه در دستورات تلفنی

- اگر پزشک در تماس تلفنی سریع صحبت می‌کند، از سوالات روشن جهت اجتناب از سوء تعبیر استفاده کنید.
- نام مدجو، شماره اتاق و تشخیص را مشخص کنید.
- بعد از صحبت پزشک، دستورات تجویز شده را تکرار کنید.
- دستور تلفنی را با ذکر تاریخ و زمان آن، اسم مددجو، پرستار و پزشک و دستور تجویز شده بنویسید.
- بر اساس خط مشی مؤسسه خود عمل نمایید. در برخی موسسات باید دستورات تلفنی مرور شده و توسط دو پرستار امضاء شوند و پزشک باید تا ۲۴ ساعت بعد دستور را امضاء کند.

فاکس کردن

استفاده از فاکس برای فرستادن اطلاعات بهداشتی روشی جهت اطمینان از دریافت سریع و دقیق محتویات پرونده محسوب می‌شود. مشکلی که در این زمینه ممکن است رخ دهد در زمینه محفوظ ماندن حریم خصوصی مددجو می‌باشد. طبق توصیه کمیسیون مشترک اعتبار بخشی سازمان‌های مراقبت سلامتی (۲۰۰۳ میلادی) لازم است امکاناتی در محل موجود باشد تا از امنیت و محرمانه ماندن گزارشات پزشکی کامپیوتری و کاغذی حفاظت شود.

نکات مورد توجه جهت استفاده از فاکس

اطلاعات پزشکی فقط در صورتی که به طور فوری مورد نیاز باشند باید فاکس شود و می‌بایست با یک فرم ترخیص امضاء شده همراه باشد. قبل از فاکس کردن، بهتر است شماره‌های فاکس تأیید شوند و یادداشت گردند. یک پاکت که نشان دهنده‌ی محرمانه بودن

فصل سوم: گزارش‌دهی در پرستاری ۶۱

اطلاعات است و این که اطلاعات باید به چه کسی داده شود باید به تمام فاکس‌های پزشکی ضمیمه باشد. همچنین باید بر روی پاکت نوشته شود که اگر فاکس به اشتباه توسط فرد دیگری دریافت شد دریافت‌کننده چه کاری باید انجام دهد. محتویات فاکس شده باید فقط به وسیله‌ی افراد ذی صلاح مورد استفاده قرار گیرند و نسخه اصلی باید فوراً به پرونده برگردانده شود. علاوه بر آن، دستگاه فاکس هم در محلی که دسترسی به آن محدود است، قرار گیرد.

جنبه‌های قانونی فاکس کردن

هنگام ارسال اطلاعات مربوط به مددجو از طریق فاکس نیز باید مراقبت لازم اعمال شود و اطلاعات مربوطه حفاظت گردد و از فاش شدن اطلاعات محرمانه مددجو جلوگیری به عمل آید. فاکس باید دارای جملات محدود و برای گیرنده‌های خاصی فرستاده شود.

پست الکترونیکی و اینترنت

استفاده از پست الکترونیک از طریق اینترنت نیز مسئولیت‌های احتمالی برای ارائه دهندگان مراقبت سلامتی به همراه دارد. مکاتبه‌ی مراقبت‌های به عمل آمده از مددجو از طریق پست الکترونیک همراه با احتمال افشای غیرقانونی اطلاعات می‌باشد. اگر چه تدابیر امنیتی مانند ایجاد رمز عبور الکترونیکی در موارد پست الکترونیک به کار گرفته می‌شود؛ اما امنیت کامل را تضمین نمی‌کند. پیام‌هایی که ارسال می‌شوند صرفاً توسط فرد دارای رمز عبور الکترونیکی قابل دریافت و دسترسی است.

هشدار: احتمال خطر افشای پیام و دسترسی به آن توسط افراد غیرمجاز یا هاکرها^۱ وجود دارد و این باعث کاهش امنیت پیام‌های اینترنتی می‌گردد.

^۱ Hackers

تله‌مدیسین

تله‌مدیسین روشی بین‌المللی و سریعاً در حال رشد برای ارائه‌ی مراقبت‌های سلامتی است که دو طرفه و تعاملی^۱ است و شامل شبکه‌ی تعامل ویدئویی با دیگر افراد ارائه‌دهنده‌ی مراقبت یا مددجویان می‌باشد. با پیشرفت این فناوری، کلینک‌ها و سازمان‌ها نیاز دارند سیستم‌های ثبت خود را متناسب با آن سازمان‌دهی کنند (۱۰).

اصول راهنما در گزارش‌دهی

- شناسایی اطلاعات پایه
- اطلاعات روزآمد و رویدادهای مربوط
- گزارش‌دهی بر اساس خط‌مشی مرکز مراقبت سلامتی (۴)

شناسایی اطلاعات پایه

- شماره اتاق مددجو: در مواردی که خط‌مشی مرکز براساس شماره اتاق است.
- اسم مددجو
- سن مددجو
- تشخیص زمان بستری
- نام فرد ارائه‌دهنده مراقبت
- سابقه‌ی جراحی یا وضعیت پزشکی
- تغییرات مهم ایجاد شده در شرایط مددجو

اطلاعات روزآمد و رویدادهای مربوط

- دستورات پزشکی و پرستاری
- آزمایشات تشخیصی، رویه‌ها با تأکید و تمرکز روی یافته‌های مهم و غیر طبیعی

¹Interactive

- ویزیت‌های آتی
- علایم حیاتی
- سطح فعالیت
- رژیم و تغذیه
- درد و تسکین درد
- محل مسیر وریدی، دارو درمانی و عوارض جانبی داروها
- پانسمان و سایر مراقبت‌ها
- تزریق خون و فرآورده‌های خونی
- آموزش به مددجو
- برنامه‌ی ترخیص
- سایر اطلاعات مرتبط و لازم

گزارش‌دهی بر اساس خط مشی مرکز مراقبت سلامتی

- تشخیص‌های پرستاری یا مشکلات پرستاری
- گزارش یافته‌ها و مشاهدات مهم
- شناسایی مداخلات بر اساس تشخیص‌های پرستاری

خلاصه فصل

در طول شیفت‌های کاری، پرستاران به دفعات؛ وقایع، رویدادها و شرایط مددجو را به پرستاران و سایر اعضای تیم سلامت گزارش می‌دهند. گزارش ممکن است به صورت کتبی یا شفاهی و به طور مختصر یا کامل باشد. البته این بستگی به هدف گزارش‌دهی دارد. گزارش‌دهی بایستی اثربخش و دقیق باشد تا استفاده‌ی مؤثر از آن به عمل آید و باعث تداوم در امر مراقبت از مددجو شود. گزارش‌دهی یکی از شیوه‌های ارتباطی بین اعضای تیم سلامت است.

منابع مورد استفاده

1. Taylor C, Lillis C, Lemone P, Lynn P. Fundamentals of Nursing, the art and science of nursing. 8th, Wolters Kluswer/Lippincott. 2015; pp: 339-363.
2. Potter P, Perry A, Ostendorf WR. Fundamentals of Nursing. 6th, ELSEVIR. 2016; pp: 35-42.
3. Harkreader H, Hogan MA, Thobaben M. Fundamentals of Nursing, caring and clinical judgment. 3rd, SAUNDERS ELSEVIR. 2007; pp: 230-252.
4. Rosdahl CB, Kowalski M. Basic Nursing. 10th, Wolters Kluswer/Lippincott. 2012; pp: 414-426.
۵. توکلی ن، زعفری گ. اصول گزارش نویسی در پرستاری. چاپ اول، انتشارات پرستاران جوان، مشهد، ۱۳۹۱.
۶. شهرکی ع. حموله م. اصول گزارش نویسی در پرستاری. چاپ دوم، نشر جامعه نگر، تهران، ۱۳۸۸.
۷. فرضی ص، عابدی ح، قدوس آ، یزدان نیک ا. تجارب پرستاران از خطاهای دارویی. مجله‌ی تحقیقات کیفی در علوم سلامت. ۱۳۹۲؛ ۲(۴): ۳۱۹-۳۱۰.
۸. شیخ پورخانی م. گزارش نویسی پرستاری با تاکید بر اصول اساسی. چاپ اول، انتشارات آوای جامعه، نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۸۹.
9. Irajpour AL, Salimi M, Mardanian L, Rahimi M. Developing and Validating a patient monitoring flow sheet in intensive care units. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2014; 19(4): 354-359.
۱۰. شهبواری اصفهانی س، پیروی ح. گزارش نویسی در پرستاری. چاپ اول، نشر و تبلیغ بشری، تهران، ۱۳۸۸.

فصل چهارم

مروری بر پرونده سلامت

پس از مطالعه این فصل از فراگیر انتظار می‌رود:

۱. پرونده‌ی سلامت را تعریف نماید.
۲. اهداف پرونده‌ی سلامت را توضیح دهد.
۳. در مورد دلایل حفظ یک مدرک و گزارش دائمی بحث نماید.
۴. انواع اطلاعاتی که در پرونده‌ی سلامتی ثبت می‌شود را نام ببرد.

پرونده‌ی سلامت^۱

در مراکز مراقبت سلامت یکی از منابع مهم اطلاعاتی مربوط به مددجویان، پرونده سلامت یا پرونده مددجو است. در این فصل ابتدا به انواع پرونده و اهداف آن اشاره می‌شود سپس به محتوای پرونده و اوراق مندرج در پرونده پرداخته می‌شود. در قسمت پیوست کتاب نیز نمونه‌هایی از اوراق مندرج در پرونده ارائه شده است.

پرونده‌ی سلامت به طور دستی یا الکترونیکی در مراکز مراقبت سلامتی وجود دارد در واقع رابط بین مددجو و اعضای تیم سلامت می‌باشد. ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامتی به طور نظام‌مند و بر اساس ترتیب زمانی تمام اطلاعات مربوط به سلامت مددجو، مشکلات گذشته و فعلی، آزمایشات، آزمون‌های تشخیصی، درمان‌ها و پاسخ به درمان‌ها و برنامه‌ی ترخیص از طریق نوشتاری یا کامپیوتری ثبت می‌نمایند. بنابراین پرستار به عنوان ارائه‌دهنده‌ی خدمات مراقبت سلامتی اطلاعاتی را که در پرونده‌ی مددجو ثبت می‌نماید از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است زیرا از این طریق سایر اعضای تیم سلامت از شرایط، رفتار و پاسخ‌های مددجو مطلع می‌شوند. این اطلاعات بایستی به صورت واضح، دقیق و به ترتیب زمانی باشد(۱).

اصطلاح رایج در مورد مستند سازی در واقع ثبت یا چارت کردن^۲ است.

^۱ Health Record

^۲ Charting

اهداف پرونده‌ی سلامت

اطلاعات صحیح، کامل و مستند پرونده‌ی سلامت مددجو به عنوان یک ابزار ارتباطی مهم در نظر گرفته می‌شود. از پرونده‌ی سلامت با اهداف زیر استفاده می‌شود؛ در ادامه به طور مختصر به هر کدام از این موارد به طور جداگانه پرداخته می‌شود.

- جهت حفظ ارتباط بین اعضای تیم سلامت
- تأمین شواهد مستند
- برآورده نمودن الزامات قانونی^۱، نظارتی^۲ و مالی^۳
- کاربرد در تحقیق و آموزش^(۲).

۱. ارتباط بین اعضای تیم سلامت

با توجه به این که هدف کار جمعی اعضای تیم سلامت ارائه‌ی بهترین مراقبت ممکن برای مددجو است؛ بنابراین پرونده‌ی سلامت به عنوان ابزار ارتباطی برای تمام مراقبین^۴ مددجو به منظور تبادل اطلاعات با یکدیگر محسوب می‌شود. هر یک از مراقبین، اطلاعاتی راجع به شرایط مددجو، درمان‌ها، پاسخ به درمان و برنامه‌ریزی‌های صورت گرفته را در پرونده‌ی سلامت ثبت می‌کنند.

پرونده‌ی سلامت به مثابه یک بانک اطلاعاتی محسوب می‌شود که اطلاعات در آن ذخیره و نگهداری می‌شود و در صورت نیاز در دسترس سایرین (به شرط داشتن حق دسترسی به اطلاعات) قرار می‌گیرد. پرونده‌ی سلامت به نوعی به مراقبت مؤثر و منسجم مددجو در طی ۲۴ ساعت کمک می‌کند^(۳). جنبه ارتباطی که در مورد پرونده‌ی سلامت گفته شد برای مددجو نیز مهم است در مواقعی مددجو ممکن است به اطلاعات پرونده‌ی

¹ Legal Requirements

² Regulatory Requirements

³ Financial Accountability

⁴ Caregivers

سلامت خود با اهداف خاص از قبیل استخدام یا به عنوان مدرکی جهت نشان دادن معلولیت وی مورد استفاده قرار گیرد.

جهت تسهیل ارتباط بین مددجو و اعضای تیم سلامت:

- اطلاعات مددجو به صورت محرمانه نگهداری شود.
- به طور ماهرانه با مددجو مصاحبه انجام شود تا نیازهای وی مشخص شود.
- به آن چه مددجو می‌گوید به دقت گوش داده شود.
- جنبه‌های مراقبتی مورد نیاز مددجو و خانواده وی آموزش داده شود.
- اطلاعات مورد نیاز در برنامه مراقبت پرستاری^۱ و پرونده‌ی سلامت ثبت شود.
- وضعیت و شرایط مددجو را به اعضای تیم سلامت مرتبط با مددجو گزارش دهید.
- به مددجو به عنوان یک موجود منحصر به فرد آموزش دهید؛ به عبارتی آموزش با توجه به شرایط مددجو باشد و این می‌تواند متفاوت از آموزش سایر مددجویان باشد.
- هنگام برقراری ارتباط از انواع کلامی و غیر کلامی استفاده شود؛ علاوه بر این به پاسخ‌های کلامی و غیرکلامی مددجو توجه شود.

۲. تأمین شواهد مستند

۳. پاسخ‌گویی^۲

همان‌طور که می‌دانیم مسئولیت‌پذیری به معنای پاسخ‌گویی در مقابل اعمال انجام شده است. پرونده‌ی سلامت یک مدرک مستند^۳ است که نشان می‌دهد کارکنان مراقبت سلامتی به صورت پاسخ‌گو و مؤثر عمل نموده‌اند. این شواهد مستند در موارد گوناگون به دلایل قانونی، نظارتی و مالی مورد نیاز است.

^۱ Nursing Care Plan

^۲ Accountability

^۳ Documented Evidence

مقتضیات قانونی و حمایت

ثبت یا ورود اطلاعات دقیق، صحیح و به موقع در پرونده‌ی سلامت مددجو از اعضای تیم سلامت در مقابل اتهامات وارده از قبیل مراقبت ناکافی حمایت می‌کند.

هشدار پرستاری

پرونده‌ی مددجو یک سند قانونی است و شامل مدارک قانونی مبنی بر مراقبت انجام شده برای مددجو است. مراقبت پرستاری ممکن است به بهترین نحو انجام شده باشد اما در قانون «مراقبت ثبت نشده برابر با مراقبت انجام نشده است» پرستاران باید تمام اقدامات، آموزش‌ها و ارجاع‌ها را در پرونده‌ی سلامت ثبت کنند.

مقتضیات نظارتی

همه اعضای تیم سلامت بایستی مراقبت‌های استاندارد را بر اساس استانداردهای مؤسسه‌ای و بین‌المللی در مورد مددجو به کار گیرند و در پرونده‌ی سلامت ثبت گردد. پرونده نشان دهنده‌ی این است که تا چه اندازه این استانداردها مورد توجه بوده و در واقع رعایت شده است.

پاسخ گویی مالی

با توجه به این که هزینه‌ای که از مددجو موقع ترخیص دریافت می‌شود با توجه به مستندات و اقداماتی است که در پرونده‌ی مددجو ثبت شده است؛ بنابراین ثبت دقیق و به موقع می‌تواند به محاسبه‌ی دقیق و عادلانه‌ی هزینه‌ها کمک نماید به طوری که مددجو هزینه اضافی پرداخت نکند و مراکز مراقبت سلامتی نیز متناسب با خدمات ارائه شده به مددجو، از وی هزینه دریافت کنند.

۴. کاربرد در تحقیق و آموزش

مسئولان برنامه‌ریزی در مراکز مراقبت سلامتی پرونده‌های سلامت افراد را به منظور تعیین الگوهای بیماری و راهبردهای درمانی مؤثر مورد مطالعه و بررسی قرار می‌دهند. انجام تحقیق جهت انتخاب بهترین شیوه درمانی برای افراد یا تلاش در جهت جستجوی درمان‌های بهتر در مورد مشکلات سلامتی لازم و ضروری است. پرونده‌های سلامت به ویژه پرونده‌های الکترونیک^۱ منبع مهمی جهت تحقیقات محسوب می‌شوند. علاوه بر این پرونده‌ی مددجو به عنوان یک ابزار آموزشی مناسب محسوب می‌شود. دانشجویان در مراکز مراقبت سلامتی با استفاده از مطالعه پرونده‌ها و مقایسه اطلاعات مددجویان متعدد، در جهت افزایش دانش خود در زمینه سلامتی، بیماری، درمان‌ها و پاسخ‌های مددجو سود می‌برند (۲).

انواع پرونده‌ی سلامت

پرونده‌ی سلامت الکترونیکی

پرونده‌ی سلامت به صورت دستی یا کاغذی^۲ یا به صورت الکترونیکی و یا ترکیبی از هر دو روش وجود دارند. مستندات الکترونیکی در سیستم اطلاعات مددجویانی^۳ یا HIS در شبکه کامپیوتری قرار دارند. البته در این سیستم امکان چاپ فایل الکترونیک پرونده‌ی سلامت به صورت کاغذی وجود دارد.

پرونده‌ی سلامت دستی یا کاغذی

پرونده‌ی سلامت دستی شامل برگه‌های متعددی است. این پرونده گویای ارتباط مددجو و اعضای تیم سلامت است. پرونده در ایستگاه پرستاری نگهداری می‌شود؛ علاوه بر این ممکن است تعدادی از برگه‌های های پرونده از قبیل برگه‌ی علایم حیاتی یا برگه‌ی

¹ Electronic Records

² Manual or Paper

³ Hospital Information System(HIS)

فصل چهارم: مروری بر پرونده سلامت ۷۱

کنترل جذب و دفع^۱ در بالین مددجو وجود داشته باشد. برگه‌ی بررسی و شناخت، برنامه مراقبتی، دارودرمانی، علایم حیاتی، نتایج درمان و برگه‌ی سیر پیشرفت و ... از برگه‌های موجود در پرونده‌ی سلامت می‌باشند(۲).

▪ ممکن است با توجه به خط مشی‌های موجود در هر مرکز مراقبت سلامتی به پرونده‌ی سلامت برگه‌های دیگری نیز اضافه شود.

هشدار پرستاری

در صورتی که در مرکز شما از سیستم الکترونیکی جهت ثبت استفاده می‌شود، نحوه‌ی کار با آن را فرا بگیرید. علاوه بر این هرگز رمز ورود خود را در اختیار سایر اعضای تیم سلامت قرار ندهید.

محتوا پرونده‌ی سلامت

همان طور که پیشتر گفته شد، پرونده‌ی سلامت شامل برگه‌های مختلف است؛ به طور کلی این برگه‌ها در طبقه‌بندی زیر قرار داده می‌شوند:

۱. مدارک بررسی و شناخت

در این برگه‌ها، کلیه اطلاعات به دست آمده از مددجو در طی مصاحبه، معاینات بالینی، رویه‌های تشخیصی یا مشاوره‌های به عمل آمده ثبت می‌گردد. این مدارک شامل برگه‌ی شرح حال و معاینات بالینی پزشک، برگه‌ی شرح حال پرستاری و برگه‌های دیگر که با توجه به شرایط مددجویان گنجانده می‌شوند. البته فرمت این برگه‌ها در مراکز مراقبت سلامتی با هم اندکی متفاوت می‌باشند.

پرستار بایستی با برگه‌های معمول در مرکز مراقبت سلامتی که فعالیت می‌کند، آشنایی کامل داشته باشد. آن چه اهمیت دارد این است که برگه‌ها در نهایت دقت و صداقت تکمیل گردند.

^۱ Intake& Output

۲. برنامه‌های مراقبتی و درمانی

هدف از برنامه‌ریزی مراقبتی و درمانی این است که اطمینان کسب شود تمام اعضای تیم مراقبتی، مراقبت و درمان مشابه به مددجو ارائه می‌دهند. به عنوان مثال؛ برنامه مراقبتی پزشک شامل اهداف درمانی و دستورالعمل‌های خاص که تحت عنوان دستورات^۱ پزشک نامیده می‌شوند و جهت هدایت کارکنان پرستاری در مراقبت از مددجو مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۳. سیر پیشرفت مددجو

شیوه‌های گوناگونی جهت چارت نمودن یا ثبت کردن سیر پیشرفت مددجو وجود دارد. در واقع ثبت یا چارت کردن بایستی بر اساس فرآیند پرستاری باشد یعنی بررسی و شناخت، تشخیص پرستاری، برنامه ریزی و تنظیم اهداف، اجرا یا مداخلات و ارزشیابی است. دلایل انجام این کار عبارت است از:

- ایجاد داده‌های پایه و اولیه.
- وارد نمودن اطلاعات در فواصل زمانی منظم.
- خلاصه نمودن شرایط و موقعیت مددجو.
- ثبت تغییرات به وجود آمده در شرایط مددجو.
- ثبت پاسخ به درمان مددجو.

۴. برنامه‌هایی جهت استمرار درمان، مراقبت و توانبخشی

طول اقامت مددجو در مراکز مراقبت سلامتی از چند روز تا چند سال با توجه به علت بیماری و ناتوانی وی متفاوت است. در طی پذیرش، انتقال یا ترخیص مددجو از یک مرکز به مرکز دیگر، کارکنان از برگه‌های ویژه‌ای جهت حصول اطمینان از ارائه‌ی مراقبت

^۱ Orders

فصل چهارم: مروری بر پرونده سلامت ۷۳

مداوم و منسجم استفاده می‌کنند. برنامه‌های آموزشی، گزارش انتقال و ترخیص حاوی اطلاعاتی هستند که منجر به حصول اطمینان از مراقبت جامع می‌شود (۲). به طور کلی اعضای تیم سلامت از ثبت و گزارش‌دهی اهدافی را دنبال می‌کنند که در ذیل فهرست وار بیان می‌شوند:

- برقراری ارتباط بین اعضای تیم مراقبتی.
- آموزش به دانشجویان؛ زیرا در رابطه با تشخیص، درمان، یافته‌های بالینی و تشخیصی اطلاعات وسیعی در اختیار دانشجویان قرار می‌دهند. به علاوه مهارت تفکر و استنتاج منطقی را در دانشجویان تقویت می‌کند.
- بررسی، شناخت و کسب اطلاعات اساسی در ارتباط با مددجو که بر این اساس روش‌های درمانی پیگیری شده پیش‌بینی لازم در مورد نیازهای درمانی و مراقبتی انجام می‌شود.
- نظارت، کنترل و ارزشیابی کار افرادی که عهده دار مراقبت و درمان مددجو هستند که می‌تواند به دو صورت انجام شود:
- **بررسی گذشته‌نگر^۱ یا بررسی سوابق:** در طی این بررسی پرونده‌ی مددجویانی که ترخیص شده‌اند مورد کنترل قرار می‌گیرد.
- **بررسی جاری^۲:** در این حالت مراقبت‌هایی که در حال حاضر برای مددجویان بستری یا سرپایی در حال انجام است و گزارشات مکتوب و شفاهی مورد ارزشیابی و کنترل قرار می‌گیرد (۴).

¹Retropective

²concurrent

خلاصه فصل

پرونده‌ی سلامت به دو صورت کاغذی و الکترونیکی وجود دارد. اعضای تیم سلامت از پرونده با اهداف گوناگون استفاده می‌کنند. تمام اعضای تیم سلامت باید اطلاعات یکسان در ارتباط با مددجو در اختیار داشته باشند تا از ارائه‌ی مراقبت‌ها به شیوه‌ی سازمان یافته و جامع اطمینان حاصل نمایند؛ این اطلاعات دقیق از پرونده‌ی سلامت به دست می‌آید؛ علاوه بر این در موارد دیگری از قبیل پاسخ‌گویی و فرآیند تحقیق و آموزش از پرونده‌ی سلامت استفاده می‌شود. مجدداً یادآوری می‌کنیم که وجود پرونده‌ی سلامت در ارائه‌ی مراقبت جامع به مددجو کمک شایانی می‌کند. هدف اولیه پرونده‌ی سلامت، تسهیل ارتباط بین ارائه‌دهندگان مراقبت سلامتی، تأمین شواهد کافی جهت پاسخ‌گویی و تسهیل فرآیند تحقیق و آموزش است. به یاد داشته باشید؛ کمترین اطلاعات کسب شده از پرونده می‌تواند در تدوین برنامه مراقبتی مددجو توسط پرستار کمک‌کننده می‌باشد.

منابع مورد استفاده

۱. فرضی ص، فرضی ص، مولادوست ا. کیفیت ثبت گزارش پرستاری و ارتباط آن با برخی مشخصه‌های دموگرافیک پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه. پژوهش پرستاری. ۱۳۹۵؛ ۱۱ (۲): ۲۴-۳۱.
۲. عباسی م. گزارش‌کنشی و شفاهی در پرستاری. نشر سالم، چاپ اول، تهران، ۱۳۷۹.
3. Rosdahl CB, Kowalski M. Basic Nursing. 10th, Wolters Kluswer/Lippincott. 2012; pp: 414-426.
4. Taylor C, Lillis C, Lemone P, Lynn P. Fundamentals of Nursing, the art and science of nursing. 8th, Wolters Kluswer/Lippincott. 2015; pp: 339-363.

پيوسٽ
اوراق پرونده

پیوست: اوراق پرونده ۷۷

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
 The Ministry Of Health & Medical Education
 The University Of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی
 Educational & Treatment Center: مرکز آموزشی درمانی

برگ نمودار علائم حیاتی
 COMPOSITE GRAPHIC CHART

شماره پرونده: Unit Number:

Attending Physician: پزشک معالج			Ward: بخش			Name: نام			Family Name: نام خانوادگی		
Date Of Admission: تاریخ پذیرش			Room: اتاق			Date Of Birth: تاریخ تولد			Father's Name: نام پدر		
Date: تاریخ			Bed: تخت								

Hosp. Days: روزهای بستری																		
Post-OP. Days: روزهای بعد از عمل																		
فشار خون	نبض	حرارت	صبح ۸.۰۰	ظهر ۱۲.۰۰	صبح ۸.۰۰	ظهر ۱۲.۰۰	صبح ۸.۰۰	ظهر ۱۲.۰۰	صبح ۸.۰۰	ظهر ۱۲.۰۰	صبح ۸.۰۰	ظهر ۱۲.۰۰	صبح ۸.۰۰	ظهر ۱۲.۰۰	صبح ۸.۰۰	ظهر ۱۲.۰۰	صبح ۸.۰۰	ظهر ۱۲.۰۰
B.P	Pulse	Temp	ε A ۱۷	ε A ۱۷	ε A ۱۷	ε A ۱۷	ε A ۱۷	ε A ۱۷	ε A ۱۷	ε A ۱۷	ε A ۱۷	ε A ۱۷	ε A ۱۷	ε A ۱۷	ε A ۱۷	ε A ۱۷	ε A ۱۷	ε A ۱۷
250	100	41.5																
240	150	41																
230	140	40.5																
220	130	40																
210	120	39.5																
200	110	39																
190	100	38.5																
180	90	38																
170	80	37.5																
160	70	37																
150	60	36.5																
140	50	36																
130	40	35.5																
120	30	35																
110	20																	
100																		
90																		
80																		
70																		
60																		
30																		
40																		
30																		
20																		
10																		

RESPIRATION

جذب و دفع مایعات		جذب	دفع	جذب	دفع	جذب	دفع	جذب	دفع	جذب	دفع	جذب	دفع	جذب	دفع
Fluid Ab. & Ex.		Ab.	Ex.	Ab.	Ex.	Ab.	Ex.	Ab.	Ex.	Ab.	Ex.	Ab.	Ex.	Ab.	Ex.
Tot. 24Hr. جمع ۲۴ ساعته															
Oral دهان															
I.V. از راه ورید															
Blood خون															
Urine ادرار															
Other Secretion سایر ترشحات															
Stool مدفوع															
Weight وزن															
B.P فشار خون															
Temp. حرارت															

۱۴

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
مرکز آموزشی درمانی

برگ خلاصه پرونده

شماره پرونده		
نام خانوادگی		
نام :	بخشهای بستری:	پزشک معالج :
سن :	بخش اول :	تاریخ پذیرش:
جنس <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	بخش دوم :	تاریخ ترخیص:
	بخش سوم :	
شکایت اصلی بیمار :		تشخیص اولیه:
تشخیص نهایی :		سایر تشخیص ها:
مختصری از شرح حال :		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
یافته های مهم بالینی و پاراکلینیکی :		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
درمان اصلی:		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
سایر اقدامات درمانی :		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
 The Ministry Of Health & Medical Education
 دانشگاه علوم پزشکی
 مرکز آموزشی درمانی

The University Of Medical Science:
 Educational & Treatment Center :

« برگ شرح حال »
 MEDICAL HISTORY SHEET

Attending Physician: پزشک معالج :		Ward: بخش :	Name: نام :	Family Name: نام خانوادگی :	Unit Number: شماره پرونده :
Date Of Admission: تاریخ پذیرش :	Room: اتاق :	Date Of Birth: تاریخ تولد :	Father's Name: نام پدر :		
Bed: تخت :		Presenting Symptoms: نشانه های فعلی بیمار :			
History Of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی :					
Past Disease History: تاریخچه بیمارهای قبلی :					
Current Drugtherapy & Other Addiction: داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات :					
Allergy To: حساسیت به :					
Family History: سوابق فامیلی :					
Physical Examination & Clinical Investigation: معاینات بدنی و بررسیهای بالینی :					
Skin: <input type="checkbox"/>					پوست: <input type="checkbox"/>
Skull: <input type="checkbox"/>					جمجمه: <input type="checkbox"/>
Ear: <input type="checkbox"/>					گوش: <input type="checkbox"/>

Please Complete The Back Of The Sheet. لطفا پشت صفحه را تکمیل کنید.

۴

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
 The Ministry Of Health & Medical Education
 دانشگاه علوم پزشکی
 مرکز آموزشی درمانی

The University Of Medical Science:
 Educational & Treatment Center : « برگ شرح حال »

MEDICAL HISTORY SHEET

Attending Physician: پزشک معالج :	Ward: بخش :	Name: نام :	Family Name: نام خانوادگی :
Date Of Admission: تاریخ پذیرش :	Room: اتاق :	Date Of Birth: تاریخ تولد :	Father's Name: نام پدر :
Bed: تخت :		Unit Number: شماره پرونده :	

Presenting Symptoms : نشانه های فعلی بیمار :

History Of Present Illness : تاریخچه بیماری فعلی :

Past Disease History : تاریخچه بیماری های قبلی :

Current Drugtherapy & Other Addiction : داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات :

Allergy To : حساسیت به :

Family History : سوابق فامیلی :

Physical Examination & Clinical Investigation : معاینات بدنی و بررسیهای بالینی :

Skin : پوست :

Skull: جمجمه :

Ear: گوش :

Please Complete The Back Of The Sheet. لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.

۴

برگ شرح حال
MEDICAL HISTORY SHEET

Physical Examination & Clinical Investigation (Continued) معاینات بدنی و بررسیهای اولیه بالینی (ادامه)

Eye:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	چشم:
Nose:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	بینی:
Mouth:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	دهان:
Throat:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	گلو:
Neck:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	گردن:
Lymphatic Glands:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	غدد لنفاوی:
Chest:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	قفسه سینه:
Breast:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	پستان:
Heart:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	قلب:
Lung:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ریه:
Vessels:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	عروق:
Abdomen:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	شکم:
Genital Organ (Male):	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	اندام تناسلی مرد:
Genital Organ (Female):	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	اندام تناسلی زن:
Rectum:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	مقعد:
Nervous System:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	اعصاب:
Exterimities:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	اندام‌ها (فوقانی تحتانی):
Bone-Joints-Muscles:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	استخوان - مفاصل - عضلات:

توضیح: در صورت وجود بیماری یا نابس و هر علامت دیگر در دستگاههای فوق در مقابل آن توضیح و با علامت مشخص گردد.

Incase Of Abnormalities In Any Of Organ Please Put:

Summary: _____ خلاصه:

Pre-Dx: _____ تشخیص اولیه:

Signature Of Examining Physician: _____ مهر و امضاء پزشک معاینه کننده:

برگ شرح حال
MEDICAL HISTORY SHEET

Physical Examination & Clinical Investigation (Continued) معاینات بدنی و بررسیهای اولیه بالینی (ادامه)

Eye: <input type="checkbox"/>	چشم: <input type="checkbox"/>
Nose: <input type="checkbox"/>	بینی: <input type="checkbox"/>
Mouth: <input type="checkbox"/>	دهان: <input type="checkbox"/>
Throat: <input type="checkbox"/>	گلو: <input type="checkbox"/>
Neck: <input type="checkbox"/>	گردن: <input type="checkbox"/>
Lymphatic Glands: <input type="checkbox"/>	غدد لنفاوی: <input type="checkbox"/>
Chest: <input type="checkbox"/>	قفسه سینه: <input type="checkbox"/>
Breast: <input type="checkbox"/>	پستان: <input type="checkbox"/>
Heart: <input type="checkbox"/>	قلب: <input type="checkbox"/>
Lung: <input type="checkbox"/>	ریه: <input type="checkbox"/>
Vessels: <input type="checkbox"/>	عروق: <input type="checkbox"/>
Abdomen: <input type="checkbox"/>	شکم: <input type="checkbox"/>
Genital Organ (Male): <input type="checkbox"/>	اندام تناسلی مرد: <input type="checkbox"/>
Genital Organ (Female): <input type="checkbox"/>	اندام تناسلی زن: <input type="checkbox"/>
Rectum: <input type="checkbox"/>	مقعد: <input type="checkbox"/>
Nervous System: <input type="checkbox"/>	اعصاب: <input type="checkbox"/>
Exterimities: <input type="checkbox"/>	اندام ها (فوقانی تحتانی): <input type="checkbox"/>
Bone-Joints-Muscles: <input type="checkbox"/>	استخوان - مفاصل - عضلات: <input type="checkbox"/>

توضیح: در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در دستگاههای فوق در مقابل آن توضیح و با علامت مشخص گردد.

Incase Of Abnormalities In Any Of Organ Please Put:

Summary: خلاصه:

Pre-Dx: تشخیصی اولیه:

Signature Of Examining Physician: مهر و امضاء پزشک معاینه کننده:

مرکز آموزشی درمانی بیمارستان		بخش:	
نام:	بذیرش: ساعت	مذهب:	شماره تخت:
نام خانوادگی:	تاریخ تشخیص:	رژیم غذایی:	نوع بیمه:
جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	سن:	ویزیت روزانه: ساعت	شماره پرونده:
پزشک معالج:	تاریخ عمل:	آلرژی:	وزن:

داروهای تزریقی					
تاریخ شروع	نام دارو	مقدار دارو	طریقه مصرف	زمان مصرف	مراقبت های پرستاری خاص دارو

داروهای خوراکی					
تاریخ شروع	نام دارو	مقدار دارو	طریقه مصرف	زمان مصرف	مراقبت های پرستاری خاص دارو

گرافی‌ها				آزمایشات تشخیصی			
تاریخ وساعت اجرا	تاریخ جواب	مراقبت پرستاری	نام بیمار	تاریخ وساعت اجرا	تاریخ جواب	مراقبت پرستاری	نام آزمایش

مراقبت	روش - ساعت	مراقبت	روش - ساعت

مشاوره	سایر موارد	تاریخ وصل	سوند - کاتتر
نوع مشاوره: تاریخ و زمان اجرا:			سوند اداری
			آنژیوگت
			میکروسنت
			سوندمعده
			چسب تیوب

بستان

گزارش سوپروایزر شیفت: عصر شب مرکز آموزشی درمانی تاریخ:

پزشکان مقیم

تک اورژانس: _____
تک CCU مرکزی: _____
تک CCU اورژانس: _____

بزرگ آنگال که باوی قشای گرفته شده است

میزان رعایت از پزشک اورژانس	ساعت بستری	ساعت CCU	ساعت پذیرش	نام بیمار	نام پزشک	جنس
خیلی خوب <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/>						
خیلی خوب <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/>						

((آمار بیمار در طول شیفت))

شماره پرونده	نام بیمار	آمار	نوع بیماری	نوع بستری		تاریخ	نام پزشک
				بستری	CCU		
			درمانگاه				
			آزمایشگاه				
			داروخانه				
			راهپولوزی				
			پذیرش				
			تاسیسات				
			نگهبانی				
			آشپزخانه				

بخش قابل ذکر

ارش: موارد اعزام: شامل ذکر موارد اعزام بدون هماهنگی و شرایط اعزام از سایر مراکز به اورژانس
شماره پرونده: ساعت اعزام: وضعیت عمومی بیمار در حال اعزام: ساعت:

نام بخش اعزام کننده: نام پرستار یا بهرادر همراه بیمار:
مشکلات احتمالی:
ارش موارد فوت شامل ذکر:
تشخیص بیماری: نام بخش: نام پزشک تایید کننده فوت: (نام پزشک بیمار)
بارد قابل ذکر:

۱- آمار اعلام شده بخش های ویژه CCU به ستاد هدایت و مرکز اورژانس شهر:
الف - تعداد تخت CCU تعداد تخت اورژانس ساعت ارائه گزارش دریافت کننده گزارش آقای
ب- تعداد تخت CCU تعداد تخت اورژانس ساعت ارائه گزارش دریافت کننده گزارش آقای

۲- گزارش بیماران بدحال:
نام بیمار: تشخیص: نام بخش بستری:
نام بیمار: تشخیص: نام بخش بستری:

۹۲ ثبت و گزارش دهی در پرستاری

۳- وضعیت اعزام بیماران یا آمبولانس :

۴- موارد ترخیص با رعایت شخصی اعلت
 نام و نام خانوادگی بیمار: علت رعایت شخصی: شماره پرونده: نام بخش:
 نام و نام خانوادگی بیمار: علت رعایت شخصی: شماره پرونده: نام بخش:

۵- شماره تابلوی بیمارستانی، شماره تلن بیمارستانی، نام پداسی بستری اعلت و رعایت شخصی، انترهایستی، انترهایستی (در برد)

۶- تکریم اگر به رجوع احکام بیمار، موردی از عدم تکریم وجود دارد؟
 بلی خیر هر صورت مثبت بودن پاسخ علت را ذکر نمایید.

۷- گزارش همکاری بیمارستان با اورژانس ۱۱۵ و مشکلات احتمالی:

۸- نظارت و نتایج بخش با چه حومه بیمارستان:

موارد نظارت	استاندارد	شرح استاندارد	در صورت مجوز استثنا آره بر طبق است ذکر شود
مسائل ویژه			
بازرسی ویژه			
نظارت بیمار			
نظارت کماخت			
نت حومه بخش			

۹- کیفیت و توزیع خدمات نظر کمی و کیفی:
 ۹-۱- میزان همکاری آزمایشگاه: خوب متوسط ضعیف
 ۹-۲- گزارش موارد مسئولان و کارشناسان معاونت: خوب متوسط ضعیف

۱۰- گزارش موارد عرابی تجهیزات و تاسیساتی و ...

۱۱- تعداد مراجعین بیمارستانی: تعداد کل بیماران بستری در بخش ها: تعداد پذیرش بیمار در اورژانس با همکاری پزشکی اورژانس:

سویر و ایتر: مدیر پرستاری: مدیر بیمارستان:

گزارش سوپروایزر مرکز پزشکی

در شیفت: تاریخ / / ۱۳ از ساعت لغایت ساعت

ردیف	نام بخش	اسامی پرسنل	بررسی پرسنل	انضباط پرسنل	بهدار پرسنل	آیا به	جابجایی پرسنل	کل تخت	کل بیماران	تغذیه خالص	بهدار شده	بررسی شده	شون شده	گرمی برقرار	انتقال
۱															
۲															
۳															
۴															
۵															
۶															
۷															
۸															
۹															
۱۰															
۱۱															
۱۲															
۱۳															
۱۴															
۱۵															
۱۶															
۱۷															
۱۸															
۱۹															
۲۰															
۲۱															
۲۲															

ب - واحد مدیریتی	اسامی پرسنل	موارد قابل گزارش واحدها

نام و نام خانوادگی و امضاء سوپروایزر تحویل گیرنده	نام و نام خانوادگی و امضاء سوپروایزر تحویل دهنده	موارد غیر قابل پیش بینی
نام و نام خانوادگی و امضاء مدیر بیمارستان	نام و نام خانوادگی و امضاء پزشک معالج	

نمایه فارسی

بررسی اولیه پرستار: ۵۸

برنامه مراقبتی پرستار: ۶۳، ۵۸

پرونده: ۵۸، ۵۷، ۵۶، ۵۵، ۵۴، ۵۳، ۵۲، ۵۱، ۵۰، ۴۹، ۴۵، ۴۰، ۳۹، ۳۸، ۳۶، ۳۲، ۳۱،

۲۶، ۲۱، ۱۹، ۱۸

پست الکترونیک: ۶۷

تشخیص پرستاری: ۵۹، ۴۰، ۳۹، ۲۵، ۱۳، ۱۱، ۸

تفکر انتقادی: ۷، ۶، ۵

تله مدیسین: ۶۸، ۶۴

ثابت: ۶۸، ۶۶، ۶۵، ۶۴، ۶۳، ۶۲، ۶۱، ۶۰، ۵۹، ۵۸، ۵۷، ۵۶، ۵۵، ۵۴، ۵۳، ۵۲، ۵۱، ۵۰،

۴۶، ۴۵، ۴۴، ۴۳، ۴۲، ۴۱، ۴۰، ۳۹، ۳۸، ۳۷، ۳۶، ۳۳، ۳۲، ۳۱، ۳۰، ۲۶، ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۲،

۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۰، ۵

ثابت PIE: ۶۳، ۳۹

ثابت براساس تشخیص پرستاری: ۴۰

ثابت به روش SOAPIE: ۳۷-۳۶

ثابت روایتی: ۳۶

ثابت کامپیوتری: ۴۲، ۴۱، ۳۶

ثابت متمرکز: ۳۹، ۳۶

ثابت مشکل محور (PORM): ۳۶، ۳۵

ثابت موارد استثنا: ۴۱، ۳۶

چارت: ۳۸، ۲۵، ۱۹، ۱۸

حل مشکل: ۷، ۶، ۵

سیر پیشرفت: ۶۳، ۳۹، ۳۰، ۲۵، ۲۳

فاکس: ۶۴، ۶۶، ۶۷

فرایند پرستاری: ۶۳، ۵۴، ۴۱، ۴۰، ۳۷، ۲۵، ۱۷، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۵، ۴

فلوشیت: ۶۴، ۶۳، ۵۸، ۳۹

کاردکس: ۶۲، ۶۱، ۶۰، ۵۹، ۵۸

گزارش: ۵۸، ۵۷، ۵۶، ۵۵، ۵۴، ۵۳، ۵۲، ۵۱، ۵۰، ۴۹، ۴۵، ۴۰، ۳۹، ۳۸، ۳۶، ۳۲، ۳۱

۲۶، ۲۱، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶

گزارش دهی: ۷۰، ۷۱، ۶۸، ۶۴، ۵۶، ۵۴، ۵۰، ۴۹، ۳۲، ۳۱، ۳۰، ۲۶، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۰، ۵

گزارش از طریق پیامک: ۵۳

گزارش انتقال: ۵۴، ۵۰، ۲۶

گزارش بر بالین مددجو: ۵۳، ۵۲

گزارش پذیرش: ۵۱، ۵۰

گزارش ترخیص: ۵۶، ۵۰

گزارش تغییر شیفت کاری: ۵۲، ۵۰

گزارش تلفنی: ، ۶۵، ۶۴، ۵۰

گزارش حوادث: ۵۴

گزارش مرگ: ۵۷، ۵۰

گزارش یافته‌های مهم: ۵۴