

قانون

گزارش پروستاری

مولفین:

زهرا ایازی

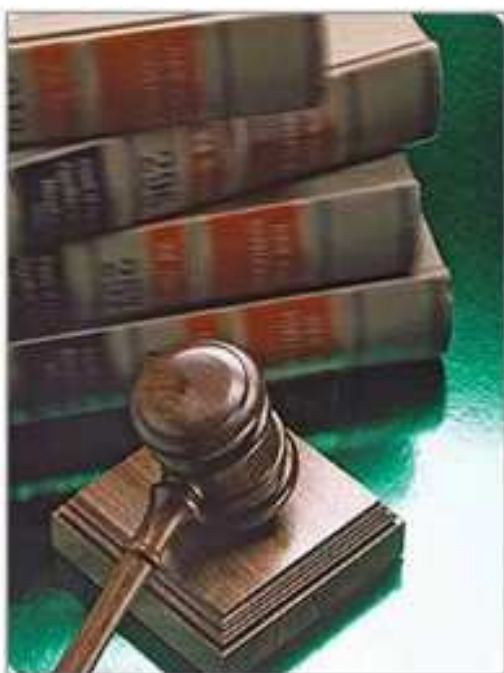
نسرین خسروی



دانشگاه علوم پزشکی
شهرکرد

Law & Nursing Report

*Z. Ayazi
N. Khosravi*



قانون و گزارش پرستاری



دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد

قانون و گزارش پرستاری

مؤلفین

زهرا ایازی

کارشناس پرستاری

نسرین خسروی

کارشناس پرستاری

سرشناسه	: ایازی، زهرا، ۱۳۵۴ -
عنوان و نام پدیدآورنده	: قانون و گزارش پرستاری / مولفین زهرا ایازی، نسرین خسروی.
مشخصات نشر	: تهران: جامعه‌نگر: شهرکرد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد، ۱۳۸۸.
مشخصات ظاهری	: ۱۰۴ ص: جدول
شابک	: ۲۹۰۰۰ ریال : ۱-۰۰۷-۱۰۱-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیبا
موضوع	: مدارک پرستاری
موضوع	: پرستاران - - خطای شغلی
موضوع	: پرستاری - - قوانین و مقررات
موضوع	: اخلاق پرستاری
شناسه افزوده	: خسروی، نسرین، ۱۳۵۳ -
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد
رده بندی کنگره	: ۱۳۸۸ ق ۲ الف ۹ / RT۵۰
رده بندی دیویی	: ۶۱۰ / ۷۳
شماره کتابشناسی ملی	: ۱۷۹۹۶۹۶



- قانون و گزارش پرستاری
- تألیف: زهرا ایازی - نسرین خسروی
- ناشر: نشر جامعه‌نگر با همکاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد
- نوبت و سال چاپ: اول - ۱۳۸۸
- شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه
- صفحه‌آرایی: آرساگو
- طرح جلد: شمیمی
- لیتوگرافی: آبرنگ، چاپ: افرنگ، صحافی: چاوش
- بها: ۳۰۰۰ تومان
- شابک: ۱-۰۰۷-۱۰۱-۶۰۰-۹۷۸

مراکز پخش و فروش

• نمایشگاه و فروشگاه مرکزی جامعه‌نگر و نشر سالمی

تهران: خ انقلاب - مقابل درب اصلی دانشگاه تهران - خ فخر رازی - خ نظری غربی - شماره ۸۴
تلفن: ۶۶۴۹۳۷۱۶ - ۶۶۴۹۴۱۸۷

• کتاب‌فروشی‌های معتبر پزشکی سراسر کشور

• اردبیل: جامعه‌نگر، خیام • ارومیه: شاهد اینارگران • اصفهان: رازی - پژواک • اهواز: رشد - بین‌الملل • بابل: علی‌زاده • بجنورد: به‌نشر • بروجرد: ولایت • بندرعباس: استاد • بوشهر: نمایشگاه دایمی محمدپور • بیرجند: آدین • تالش: جامعه‌نگر • تبریز: بابک - صادق‌زاده - رستم‌زاده • تنکابن: میرچی • جهرم: کلبه کتاب • خرم‌دره: معلم • ۲ • خرم‌آباد: نشر دانشگاهیان • رشت: دانشگاه آزاد پل طالشان - ارجمند - مزده • زاهدان: کالج • زنجان: شهر کتاب • ساری: هدف • ساوه: کوثر • سمنان: نسیم • شیراز: جمالی - مرکز نشر دانشگاهی • قم: فاضل • کاشان: خانه کتاب • کرمان: پایپروس - حاجی‌پور • کرمانشاه: دانشمند • گرگان: دانشجو • مشهد: دانشجو - نمایشگاه علوم پزشکی جهاد دانشگاهی • همدان: روزاندیش - دانشجو.

پیش‌گفتار

بسمه تعالی

تهیه و تدوین مجموعه قوانین و مقررات، یکی از شیوه‌های مطلوب دستیابی و بهره‌مندی شاغلان در رشته‌های تخصصی از ضوابط و معیارهای حاکم بر امور تخصصی و اجتماعی می‌باشد. خصوصاً برای شاغلان در رشته‌های پزشکی که فرصت مطالعه کتب قانون را ندارند، با پیشرفت‌های جدید، وضع قوانین و مقررات صنفی و حرفه‌ای و خوب کامل دارد.

در زمینه علم پزشکی که ظرایف و پیچیدگی‌های خاص خود را دارد و عدم اطلاع از قوانین نیز مانع اعمال قوانین نمی‌شود، و چه بسا افرادی از روی خیرخواهی اقداماتی انجام می‌دهند ولی به علت عدم انطباق با قوانین، ایشان را متحمل مجازات و کیفرهای خاص خود می‌نماید. مجموعه حاضر که به همت چند تن از پرستاران دلسوخته برای این رشته تدوین شده، مجموعه نسبتاً کاملی از قوانین، مقررات و مجازات‌هایی است که در رشته‌های پزشکی به طور عام و در رشته پرستاری به طور خاص حاکم است و کلیه افرادی که با این رشته به نحوی از انحاء سروکار دارند به آن نیازمندند.

قوانین و مقررات پزشکی خصوصاً بخشی از قوانین جزای پزشکی از جمله قوانینی است که به لحاظ انطباق مصوبات مجمع تشخیص مصلحت نظام با قوانین مصوب مجلس شورای اسلامی، تعیین مقدم و مؤخر، نسخ و منسوخ و استناد و بهره‌برداری از آن امری دشوار است. بخصوص وقتی نظر شورای نگهبان در تعارض با نظر مجلس شورای اسلامی، این موضوع پیچیدگی خاص خود را در زمینه قوانین حاکم بر مرجع اختصاصی قضایی وابسته به قوه مجریه (تعزیرات حکومتی) خواهد یافت که این مرجع صلاحیت رسیدگی به جرایمی را دارد که صلاحیت رسیدگی به همان جرم در قوه قضائیه جای تردید دارد.

لذا به نظر می‌رسد هرچند کتاب حاضر دارای نقایصی نیز می‌باشد، لیکن فقط می‌تواند به عنوان یک راهنمای مناسب جهت مطالعه همکاران باشد و به هیچ وجه نمی‌تواند مأخذ مورد استناد در مجامع قضایی و منبع مداخله و مدافعه باشد. این مجموعه تلاش و هدیه‌ای کوچک به جامعه پرستاری جهت کاهش مشکلات و آمال ایشان می‌باشد و امید است که در بازبینی‌های بعدی قوانین و مقررات جدید به همکاران اهدا گردد.

دکتر ابراهیم پوریا مفرد

عضو هیئت علمی دانشگاه

سرپرست معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

اول دفتر به نام ایزد دانا خالق یکتا پروردگار حی توانا

حمد و سپاس ایزد منان را که با الطاف بی‌کران خود به ما توفیق ارزانی نمود تا بتوانیم در جهت اعتلای سطح علمی و آگاهی همکاران گامی کوچک برداشته و در انجام رسالتی که برعهده‌ی ماست، شاید مؤثر واقع گردیم.

امام علی (ع) می‌فرماید: علمی که در کار جلوه کند، برترین نوع دانش است. به مصداق این کلام زیبا، گردآوری این مطالب را با هدف در هم آمیختن علم و عمل در حرفه‌ی مقدس پرستاری در به‌کارگیری صحیح گزارش‌نویسی در پرستاری و اهمیت قانونی آن انجام داده‌ایم و آن را به کلیه‌ی همکاران تقدیم می‌داریم، باشد که مورد قبول قرار گیرد. همان‌طور که می‌دانید گزارش پرستاری جامع، عاملی برای رفع اتهام و تبرئه‌ی پرستاران است و طبعاً نارسایی در گزارش پرستاری می‌تواند عاملی برای تأیید اتهام تلقی شود. از نظر حقوقی، عملکرد تیم پزشکی با ثبت موارد، قابل اثبات است و موردی پذیرفته می‌شود که خوب گزارش و ثبت شده باشد.

در طول مدت خدمت در واحد آموزشی و بخش‌های درمانی، با بررسی گزارش‌های پرستاری همکاران نقایصی وجود داشت که ما را بر آن داشت تا با استفاده از منابع علمی و یاری برخی دوستان، به آشنا نمودن همکاران در این زمینه بپردازیم.

وظیفه‌ی خود می‌دانیم از آقایان محمدهاشم رئیسی (کارشناس ارشد پرستاری)، دکتر هدایت‌الله شیرزاد، دکتر یوسفی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خانم دکتر معزی (کارشناس مرکز مطالعات و آموزش پزشکی دانشگاه) که ما را مرهون لطف و راهنمایی خود قرار دادند، سپاس‌گزاری نماییم.

امیدواریم کسانی که این مجموعه را مطالعه می‌نمایند به همان اندازه که تدوین آن برای ما لذت‌بخش بود، از آن تمتع جویند و با انعکاس نظرات سازنده‌ی خود ما را در بهتر نمودن این مجموعه یاری دهند.

مولفین

فهرست مطالب

فصل اول: حقوق و جرایم	۱۱
الف) حقوق و برخی از اصطلاحات حقوق کیفری (جزایی)	۱۲
ب) مجازات و انواع آن	۱۴
ج) منشور حقوق بیمار بستری در بیمارستان	۱۵
د) حقوق پرستاران	۱۷
ه) آیین‌نامه‌ی اخلاق پرستاری	۱۹
و) اقسام قصور پرستاری	۲۳
ز) آشنایی با برخی از جرم‌ها و مجازات آنها	۲۷
فصل دوم: بررسی قصورات پرستاران	۳۳
الف) برخی از قصورات در پرستاری به ترتیب تکرار	۳۴
ب) برخی از خطاهای پرستاری	۳۵
ج) بررسی چند شکایت علیه پرستاران	۳۵
فصل سوم: گزارش پرستاری در ابعاد مختلف	۴۹
الف) جایگاه گزارش نویسی	۵۰
ب) تاریخچه‌ی گزارش نویسی	۵۲
ج) تعریف گزارش نویسی در پرستاری	۵۲
د) فواید گزارش نویسی در پرستاری	۵۳
ه) اصطلاحات رایج در گزارش نویسی	۵۴
و) جنبه‌های گزارش نویسی در پرستاری	۵۵
فصل چهارم: معیارهای ارزش‌یابی کیفیت مراقبت	۶۳
الف) نقش مدیریت پرستاری در رعایت استانداردها توسط پرستار	۶۴
ب) معیارهای ارزش‌یابی کیفیت مراقبت‌های پرستاری	۶۷

ج) خصوصیات یک گزارش خوب ۶۷

د) روش‌های گزارش‌نویسی ۷۰

فصل پنجم: فرایند پرستاری ۷۷

الف) مراحل فرآیند پرستاری ۷۸

ب) تشخیص پرستاری ۷۹

ج) انواع تشخیص پرستاری ۷۹

د) راهنما برای نوشتن تشخیص پرستاری ۸۰

فصل ششم: توصیه‌های لازم در ثبت گزارشات ۸۵

الف) چه مواردی باید در گزارش ثبت شود؟ ۸۶

ب) موارد ضروری در ثبت دقیق و صحیح ۸۸

ج) موارد منجر به تحریف گزارش پرستاری ۹۴

د) توصیه‌های لازم برای پیش‌گیری از بروز خطا و اشتباه ۹۵

ه) استفاده از فلوشیت‌ها ۹۷

و) استفاده از رایانه برای گزارشات پرستاری ۹۸

فهرست منابع ۱۰۱

علم را به آموختن زنجیر کنیم،
و به نوشتن تکثیر.
(مولای متقیان)

تقدیم به:
پدر و مادر، سرلوحه‌ی استقامت و محبت.

- فصل اول -

حقوق و جرایم

الف) حقوق و برخی از اصطلاحات حقوق

کیفری

ب) انواع مجازات

ج) منشور حقوق بیمار بستری در بیمارستان

د) حقوق پرستاران

ه) آیین‌نامه‌ی اخلاق پرستاری

و) اقسام قصور پرستاری

ز) آشنایی با برخی از جرایم و مجازات‌ها

- فصل اول - حقوق و جرایم

زندگی حرفه‌ای با مجموعه‌ای از مقررات و قوانین به هم آمیخته است، در هر یک از مشاغل پذیرفته شده‌ی اجتماعی، توفیق نصیب کسانی است که علم و آگاهی بیشتری از مقررات و قوانین حاکم بر شغل و تخصص خود دارند و در پرتو این آگاهی می‌توانند با مسایل طرح شده در محیط شغلی و اجتماعی درست برخورد کنند. با اعتقاد بر این که جهل نسبت به قانون منشاء بسیاری از مشکلات و گرفتاری‌های انسان در همه‌ی زمینه‌ها به‌خصوص در زمینه‌ی شغلی است و تذکر این مطلب که کادر درمانی خصوصاً پرستاران به علت ارتباط تنگاتنگ با بیماران در بسیاری از روش‌های مراقبتی از بیماران، با اعتراضات شدید و یا برخورد نامناسب آنان روبه‌رو می‌شوند که گاهاً مسیر زندگی‌شان را دستخوش تغییرات دلخراشی می‌کند و توجه به این نکته که حدود ۷۳٪ از کادر پزشکی اصلاً مراجع رسیدگی به تخلفات پزشکی را نمی‌شناسند و ۸۴٪ اصلاً آگاهی از اصطلاحات حقوقی ندارند (بر اساس تحقیقی در بیمارستان چمران ساوه، سال ۱۳۸۵)، لازم است از قوانین و مقررات آگاهی کامل داشته باشند. پس بر خود لازم دیدیم ابتدا برای درک بهتر مسایل، چند اصطلاح حقوقی رایج را بر اساس منابع قضایی و پرستاری تعریف کنیم.

الف) حقوق و برخی از اصطلاحات حقوق کیفری (جزایی)

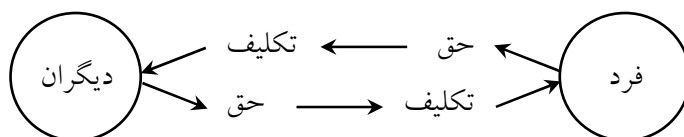
۱- حقوق

حقوق عبارت است از روابطی اجتماعی که میان دو نفر یا بیشتر برقرار می‌گردد و

انسان از آن جا که موجودی است مدنی الطبع (اجتماعی)، از حقوق جدانشدنی است.

روابط حقوقی اشخاص به طور عادی دوجانبه است؛ یعنی وقتی فردی دارای حق است، دیگری یا دیگران در مقابل او مکلف به رعایت و انجام آن حق می‌باشند، این معادله به خوبی توسط امام علی^(ع) در نهج البلاغه بیان شده است:

"حق در مقام توصیف، فراخ‌ترین میدان را دارد و به هنگام عدالت و انصاف از هر تنگنایی، تنگ‌تر است. حق هرگز به سود کسی اجرا نخواهد شد مگر آن که به زیان او نیز اجرا شود و هرگز به زیان کسی اجرا نمی‌شود مگر آن که به سود او اجرا شود."



۲- جرم

در قوانین و مقررات آمده است که اگر کسی به دیگری ضرری وارد نماید، مسئول جبران ضرر وارده می‌باشد که ضرر نیز خود بر دو قسم است:

* مادی

* معنوی

ماده ۲ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۷۵ در خصوص جرم می‌گوید:

"هر فعل یا ترک فعل که در قانون برای آن مجازات تعیین شده باشد، جرم محسوب می‌شود."

۳- فعل

انجام دادن کار یا عمل یا رفتاری که قانون آن را ممنوع نکرده است.

۴- ترک فعل

عدم انجام یا ترک کردن کار یا عمل یا وظیفه‌ای که قانون بر انجام آن تأکید نموده است.

ب) مجازات و انواع آن

در ابتدا این نکته را متذکر شویم که ما بر اساس بینش اسلامی خود معتقدیم تنها راه محو ساختن جرم از جامعه، مجازات نیست. مجازات یکی از راه‌های مبارزه با جرم است و تقویت ایمان فرد و برقرار ساختن رابطه‌ی قلبی و درونی میان انسان و خدا و ایجاد تقوا در درون انسان، مهم‌ترین عامل پیش‌گیرنده از جرم می‌باشد. بر اساس ماده‌ی ۱۲ قانون مجازات اسلامی (ق. م. ا)، مجازات‌های مقرر در قانون عبارتند از:

۱- حد

حد به مجازاتی گفته می‌شود که نوع و میزان و کیفیت آن در شرع (اسلام) تعیین شده است (ماده‌ی ۱۳ ق. م. ا).

۲- دیه

مالی است که از طرف شارع برای جنایت تعیین شده است (ماده‌ی ۱۵ ق. م. ا).

۳- تعزیر

تأدیب و یا عقوبتی است که نوع و مقدار آن در شرع (اسلام) تعیین نشده و به نظر حاکم واگذار شده است.

۴- قصاص

کیفر و یا مجازاتی است که جانی (مجرم) به آن محکوم می‌شود و باید با جنایت او برابر باشد (ماده‌ی ۱۴ ق.م.ا).

۵- مجازات بازدارنده

عقوبتی است که از طرف حکومت به منظور حفظ نظم و مراعات مصلحت اجتماع درقبال تخلف از مقررات و نظامات حکومتی تعیین می‌گردد، از قبیل حبس، جزای نقدی، تعطیل محل کسب، لغو پروانه، محرومیت از حقوق اجتماعی، اقامت یا منع اقامت در نقطه یا نقاط معین.

ج) منشور حقوق بیمار بستری در بیمارستان

این منشور شامل دستوراتی است که کلیه‌ی افراد شاغل در بیمارستان و خصوصاً کادر درمان، باید آن را محترم شمرده و به آن جامعه‌ی عمل بپوشانند.

۱- بیمارستان باید در مورد ارائه‌ی مراقبت‌های بیمارستانی به بیمار، ملاحظات اخلاقی را مورد توجه قرار دهد.

۲- حقوق بیمار باید هنگام ارائه‌ی درمان یا خدمت رعایت شود و مورد حمایت قرار گیرد.

- ۳- بیماران باید در کلیه جنبه‌های درمانی مراقبت مربوط به خود مشارکت کنند.
- ۴- اخذ رضایت جهت انجام کلیه اقدامات درمانی باید با آگاهی بیمار، همراه باشد (در صورت لزوم هر اقدام به صورت کامل توضیح داده شود تا بیمار آگاهی کامل نسبت به اقدام مورد نظر پیدا کند).
- ۵- کلیه بیماران که برای مشارکت در یک طرح تحقیقاتی بیمارستانی تعیین می‌شوند باید در جریان منافع مورد انتظار آن قرار گیرند.
- ۶- تمامی بیماران که برای مشارکت در یک طرح پژوهشی دعوت می‌شوند، باید در جریان ناراحتی‌ها و خطرهای احتمالی آن قرار گیرند.
- ۷- تمامی بیماران که برای مشارکت در یک طرح تحقیقاتی داوطلب می‌شوند باید توضیحات کاملی از روش اجرایی آن که باید مورد پیگیری قرار گیرد، به اجرا درآید و به ویژه در مورد آن بخش که جنبه‌ی تجربی دارد، دریافت کنند.
- ۸- به تمام بیماران که برای مشارکت در یک طرح تحقیقاتی داوطلب می‌شوند باید گفته شود که می‌توانند مشارکت در پژوهش را رد کنند و عدم مشارکت در آن، دسترسی به خدمات ضروری را در مورد آنان دچار اختلال و وقفه نخواهد ساخت. خانواده‌ی بیمار نیز باید در اتخاذ تصمیمات مربوط به مراقبت‌های درمانی بیمار خود مشارکت کنند.
- ۹- بیماران باید در حل معضلات مربوط به تصمیم‌گیری در مورد مراقبت از خود شرکت کنند.
- ۱۰- بیمارستان باید از ارائه‌ی هرگونه راهنمایی پیش از انجام مراقبت به بیمار دریغ نرزد.

- ۱۱- بیمارستان باید مسئله‌ی امتناع یا رد مراقبت‌های حمایتی مداوم را از طرف بیمار مورد توجه قرار دهد.
- ۱۲- بیمارستان باید مراقبت در پایان زندگی بیمار را مورد توجه قرار دهد.
- ۱۳- بیماران حق دارند که وضع جسمانی آنها به طور مناسب ارزیابی شود و تحت مراقبت و درمان قرار گیرند.
- ۱۴- بیمارستان باید نسبت به رفع نیازمندی‌های بیمار (محرمانه بودن، حریم بیمار، ایمنی، حل و فصل شکایات، خدمات مذهبی و سایر خدمات روحانی، ارتباطات لازم برای بیمار و...) توجه کافی مبذول دارد.
- ۱۵- چنانچه بیمارستان محدودیت‌هایی را در زمینه‌ی عیادت‌کنندگان، دریافت نامه، تلفن یا سایر اشکال ارتباطی برای بیمار اعمال می‌کند، محدودیت‌های مذکور باید در زمینه‌ی منافع و مصالح بیمار توجیه‌پذیر باشند.
- ۱۶- هر نوع محدودیت در ارتباطات باید به طور کامل به بیمار و خانواده‌ی او توضیح داده شود و با مشارکت بیمار به اجرا درآید.
- ۱۷- هر بیماری باید از چگونگی حقوق خود به عنوان بیمار، کتباً آگاه شود.
- ۱۸- بیمارستان باید با مشارکت کارکنان پزشکی، خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی خود را در مورد فراهم کردن یا اهدای اعضا و سایر نسج‌های پیوندی تهیه کند.
- ۱۹- بیمارستان باید طی انجام پژوهش‌ها و آزمایشات بالینی که مشارکت خود بیمار در آن لازم است، از حقوق بیمار حمایت کند و از آن دفاع نماید.

(د) حقوق پرستاران

برای این که پرستار، مراقبت پرستاری ایمن به بیمار ارائه دهد، باید حقوق زیر را

دارا باشد:

- ۱- انجام وظیفه مطابق با محدوده‌ای که به طور قانونی به وی اجازه داده شده است.
 - ۲- محیط ایمن کاری که با مراقبت کافی از بیمار سازگار بوده و مجهز به نیازهای فیزیکی، پرسنلی و تجهیزاتی مناسب است.
 - ۳- آشناسازی مناسب و آموزش در داخل مجموعه‌ای مبتنی بر هدف در مورد شیوه‌ها و رویه‌های درمانی مربوط به حیطه‌ی کاری.
 - ۴- مذاکره با کارفرما در مواردی مانند آموزش مداوم حرفه‌ای که به طور مستقیم به مسؤلیت حرفه‌ای اش مربوط می‌شود.
 - ۵- در مورد افراد حرفه‌ای و صلاحیت‌دار، مشارکت کامل در تعیین خط مشی‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و تصمیم‌گیری‌هایی که به مراقبت و درمان بیماران مربوط می‌شود.
 - ۶- حمایت و حفاظت بیماران و پرسنلی که مسؤلیت آنها به پرستار سپرده شده است.
- ۷- اعتراض به شکلی که:
- * کارفرما به موقع و به طور کتبی از آن آگاه شده باشد.
 - * مداخله‌ای در ایمنی بیمار نداشته باشد و سبب ازهم‌گسیختگی درمان و پرستاری بیمار نگردد.
- ۸- رد انجام وظایفی که خارج از محدوده‌ی عملکرد پرستار است و یا مواردی که فرد در مورد آنها به اندازه‌ی کافی آموزش ندیده است و یا وظایفی که فرد مهارت و یا دانش کافی برای انجام آن را ندارد.
 - ۹- حق عدم مشارکت در اقدامات غیراخلاقی و ناشایسته.

- ۱۰- حق داشتن راهنماهای مکتوب، خط‌مشی‌ها و اقدامات مربوط به اداری محیط کاری وی.
- ۱۱- رد به‌کارگیری و اجرای تجویزها یا مشارکت در فعالیت‌هایی که مطابق با دانش حرفه‌ای و قضاوت وی می‌باشد ولی مورد علاقه‌ی بیمار نیست.
- ۱۲- در جریان گذاشتن پرستار نسبت به تشخیص بیمارانی که مسئولیت آنها به پرستار سپرده می‌شود. پرستار بایستی از تشخیص بیمارانش آگاه شود.
- ۱۳- داشتن محیط کاری عاری از خطرات، ارعاب و دخالت.
- ۱۴- حمایت پزشکی یا سیستم ارجاعی برای از عهده برآمدن مسئولانه در موقعیت‌های اورژانس.

ه) آیین‌نامه‌ی اخلاق پرستاری

آیین‌نامه‌ی اخلاق پرستاری دستورالعملی است که پرستاران در زمینه‌ی ارائه‌ی خدمات مراقبتی به بیماران، نحوه‌ی برخورد با همراه بیمار و ارتقای سطح علمی پرستاری به آن استناد می‌کنند و شامل:

- ۱- پرستار خدمات خود را با رعایت احترام به بیمار و بدون توجه به وضعیت اقتصادی، مزایای فردی و بهداشتی وی ارائه می‌دهد.
- ۲- پرستار اطلاعات محرمانه‌ی مربوط به بیمار را حفظ می‌کند.
- ۳- پرستار ملزم به حفظ کفایت در پرستاری است.
- ۴- پرستار برای حفظ حرفه‌ی پرستاری، در پیشبرد استانداردها مشارکت دارد.
- ۵- پرستار زمانی که مراقبت بهداشتی و ایمنی بیمار به‌وسیله‌ی فعالیت‌های نامناسب و غیراخلاقی افراد دیگر به خطر می‌افتد، برای حراست از بیمار و جامعه

وارد عمل می‌شود.

۶- پرستار در قبال اعمال پرستاری انجام شده برای هر بیمار، پاسخ‌گو و مسؤول است.

۷- پرستار در گسترش مداوم منابع علمی و عملی این حرفه مشارکت دارد.

۸- پرستار در برقراری شرایط مطلوب و مناسب استخدامی که به ارائه‌ی مراقبت پرستاری با کیفیت بالا منجر می‌شود، شرکت می‌کند.

۹- پرستار در کوشش این حرفه برای محافظت از جامعه در مقابل اطلاعات و حفظ پرستاری مسؤول است.

۱۰- پرستار به منظور پاسخ‌گویی به احتیاجات بهداشتی بیماران، با اعضای حرفه‌های پزشکی همکاری دارد.

۱۱- پرستار همیشه به گونه‌ای عمل می‌کند که منافع و سلامتی بیماران و همچنین مراجعه‌کنندگان حفظ شود و بهبود یابد.

۱۲- پرستار باید مطمئن شود که در بخش یا در دایره‌ی فعالیتش، عمل یا غفلتی در جهت زیان رساندن به منافع، موقعیت و امنیت بیماران انجام نگیرد.

۱۳- پرستار باید دانش و صلاحیت حرفه‌ای خود را حفظ کرده و بهبود بخشد.

۱۴- پرستار باید به هرگونه محدودیت‌هایی که در دانش و صلاحیت او باعث نقص در انجام وظیفه شود، اعتراف کند.

۱۵- پرستار شرایط را برای ایمن‌تر بودن محیط و انجام عملکرد ماهرانه‌تر میسر می‌سازد.

۱۶- پرستار با بیماران و خانواده‌های آنها به طور واضح و مشخص رفتار می‌کند و استقلال و درک و احترام آنها را در مورد برنامه‌ریزی و انجام مراقبت‌ها در نظر دارد.

۱۷- پرستار با مراقبین حرفه‌ای بهداشت و درمان و دیگر کسانی که در فراهم کردن مراقبت‌ها سهیم هستند، با حس همکاری و تعاون متقابل رفتار می‌کند؛ به ویژه هنگامی که مراقبت به صورت تیمی انجام می‌شود باید به درک مقام و شأن همکاران احترام بگذارد.

۱۸- پرستار شناخت، احترام به ویژگی‌ها، شأن، مقام بیمار و مراجعه‌کنندگان را در نظر می‌گیرد و هنگام برطرف کردن نیازهای مراقبتی آنها، ویژگی‌های مذهبی و نسبت‌های شخصی و فاکتورهای دیگر را نادیده می‌گیرد.

۱۹- پرستار هر نوع عملی را که از لحاظ وجدانی در رابطه با حرفه‌ی خود مشکلی ایجاد کرده و یا می‌کند، تا آن‌جا که ممکن است در اسرع وقت به شخص مناسب و صاحب اختیار گزارش می‌دهد.

۲۰- پرستار از هرگونه سوء استفاده از اختیارات شغلی و یا حق امتیاز عملکرد خود با بیماران و مراجعه‌کنندگان پرهیز می‌کند.

۲۱- پرستار تمام اطلاعات محرمانه و با اهمیتی را که در طول مدت انجام وظیفه‌ی خود از بیمار و مراجعه‌کنندگان به دست می‌آورد، حفظ می‌نماید و تنها در جایی که اجازه‌ی بیمار، دستور کتبی دادگاه و یا حفظ منافع عمومی جامعه مورد نظر است، آن را در حد نیاز افشا می‌کند.

۲۲- پرستار در موقعیتی که استانداردهای عملکرد حرفه‌ای مورد محاکمه قرار می‌گیرد، نتایج جسمی، روانی، و اجتماعی بیماران و نیز مراجعه‌کنندگان را به شخص مناسب و صاحب‌اختیار گزارش می‌دهد.

۲۳- پرستار هرگونه وضعیتی را که نمی‌تواند در آن به طور ایمن و مناسب برای بیمار مراقبت انجام دهد، گزارش می‌کند.

- ۲۴- پرستار هنگامی که عملکرد همکاران، بیمار را به خطر می‌اندازد، مواقعی که مراقبت‌های آن‌ها طبق استاندارد نیستند، موضوع را به شخص مناسب و صاحب اختیار گزارش می‌دهد.
- ۲۵- پرستار هر هدیه و کادو یا مهمان‌نوازی که از جانب بیمار یا مراجعه‌کنندگان در طول مراقبت‌ها به وی پیشنهاد می‌شود را رد می‌کند.
- ۲۶- پرستار با در نظر گرفتن شأن و حرمت انسانی بیماران و نیز با اطلاع از ویژگی‌های فردی هر بیمار، سرویس‌های مراقبتی را برای آن‌ها فراهم می‌کند و به موقعیت اجتماعی، وضع اقتصادی و فاکتورهای فردی از قبیل ملیت، نژاد، مذهب، رنگ، وضع و شأن اجتماعی محدود نمی‌گردد.
- ۲۷- پرستار اطلاعات مربوط به بیمار را محفوظ می‌دارد و از فاش شدن آنها جلوگیری می‌کند تا از حقوق بیمار حمایت کند.
- ۲۸- پرستار هنگامی که مراقبت‌های بهداشتی درمانی ناکافی، غیراخلاقی و غیرقانونی می‌باشد و بر سلامتی بیمار تأثیر می‌گذارد، به عنوان مدافع بیمار عمل می‌کند.
- ۲۹- پرستار در مقابل قضاوت‌ها و عملکردهای فردی پرستاری، مسئولیت دارد.
- ۳۰- پرستار صلاحیت کار پرستاری را حفظ می‌کند.
- ۳۱- پرستار بر طبق قضاوت آگاهانه عمل می‌کند و از صلاحیت‌ها و قابلیت‌های فردی خود به عنوان معیاری برای تحقیق، مشاوره، قبول مسئولیت و واگذار کردن فعالیت‌های پرستاری به دیگران استفاده می‌کند.
- ۳۲- پرستار در فعالیت‌هایی که باعث بالا رفتن سطح آگاهی تخصصی می‌شود، مشارکت می‌کند.

۳۳- پرستار در تلاش‌های تخصصی برای اجرا و بهبود استانداردهای پرستاری مشارکت می‌کند.

۳۴- پرستار در تلاش‌های تخصصی برای اثبات و نگهداری شرایط استخدام که منجر به بالا رفتن کیفیت خدمات پرستاری می‌شود شرکت می‌کند.

۳۵- پرستار در تلاش‌های تخصصی که برای حفاظت جامعه از بدآگاهی و بداندیشی و حفظ تمامیت حرفه‌ی پرستاری انجام می‌گیرد، مشارکت می‌کند.

۳۶- پرستار با سایر اعضای تیم تخصصی بهداشتی و سایر شهروندان همکاری می‌کند تا برای برطرف کردن نیازهای بهداشتی جامعه، تلاش‌های اجتماعی و ملی را تأمین نمایند.

و) اقسام قصور پرستاری

بر اساس موازین حقوقی، قصور پرستاری اقسامی دارد که به آن اشاره می‌کنیم:

۱- بی‌احتیاطی

بی‌احتیاطی یعنی عدم نگهداری نفس از وقوع گناه و به معنی عام شامل بی‌مبالاتی است. منظور از بی‌احتیاطی آن است که شخص بدون توجه به نتایج عملی که عرفاً قابل پیش‌بینی است، اقدام به عملی نماید که منتهی به قتل یا صدمات بدنی غیر و یا ضرر بر او یا دیگران شود؛ و بی‌احتیاط کسی است که بدون توجه به پیش‌بینی‌های لازم و متعارف، اقدام به عملی می‌نماید که منجر به وقوع جرم می‌گردد و ضابطه‌ی تشخیص بی‌احتیاطی، عرف است و چنان‌چه تخصصی باشد، نظریه‌ی کارشناس و اهل فن معتبر است.

بی احتیاطی کاری است که نباید انجام شود و از طرف قانون گذار انجام آن نهی شده است؛ مانند عمل جراحی توسط پزشک بدون توجه به انجام آزمایشات لازم و یا ترک بیمار بدحال یا غیرهوشیار توسط پرستار و صدمه به بیمار.

۲- بی‌مبالاتی

در لغت به معنی بی‌تدبیری، بی‌قیدی، بی‌فکر و اندیشه بودن، بی‌پروایی، بی‌اعتنایی، بی‌توجهی و غفلت می‌باشد و ظاهراً مترادف بی‌احتیاطی است. در تعریف بی‌مبالاتی چنین آمده است: "هرگاه فاعل عمل، پیش‌بینی کند که عمل وی موجب ورود ضرر به غیر می‌گردد ولی لایق‌دی و سهل‌انگاری او را به طرف ارتکاب جرم سوق دهد، مرتکب بی‌مبالاتی شده است؛ مانند تزریق پنی‌سیلین توسط پرستار بدون تست و اطمینان از عدم حساسیت و مرگ فرد به علت شوک آنافیلاکسی".

بی‌مبالاتی برای پرسنل بهداشتی به عبارت بهتر، نارسایی در وقت و توجه لازم به عمل آمده، می‌باشد.

منظور از توجه لازم، توجهی است که از پرسنل بهداشتی درمانی واجد شرایط در هر موقعیتی انتظار می‌رود که با توجه به موقعیت، به بیمار ارائه‌ی خدمت نماید. برای اثبات بی‌مبالاتی چهار شرط لازم است:

- الف) وظیفه‌ی مراقبت که بر عهده‌ی پرسنل بهداشتی درمانی گذاشته شده باشد.
- ب) اعمال عملکرد نامناسب و نارسایی در انجام مراقبت در حد استاندارد.
- ج) بیمار باید دچار آسیب شده باشد.
- د) آسیب وارده به بیمار باید از بی‌مبالاتی پرسنل بهداشتی درمانی ناشی شده

باشد.

حال با توجه به موارد فوق اگر پرسنل بهداشتی درمانی کارشان را بادقت انجام بدهند، یک خطا در قضاوت یا یک اشتباه، بی‌مبالاتی تلقی نمی‌شود. البته اشتباه ممکن است بیمار را متوجه صدمه‌ی جدی کند؛ در این صورت مسئولیت تنها در صورت اهمال، متوجه پرسنل خواهد شد. بنابراین آنچه که انتظار می‌رود این است که انجام وظیفه بدون مسامحه جهت رفاه حال بیمار باشد.

۳- مشارکت در بی‌مبالاتی

در مواقعی که دستورالعمل‌های لازم توسط پرسنل بهداشتی درمانی به بیمار داده می‌شود و خود بیمار بی‌مبالاتی می‌کند، علت تمام یا قسمتی از آسیب‌های وارده متوجه خود او می‌باشد و در این صورت پرسنل بهداشتی درمانی بایستی دستورالعمل‌های داده شده به بیماران و آنچه را که اتفاق افتاده است، ثبت نمایند تا در صورت لزوم بتوان مقصر اصلی را تشخیص داد و در صورت عدم ثبت، امکان دفاع یا اثبات بی‌گناهی پرسنل وجود ندارد.

۴- عدم مهارت

در اصطلاح حقوق، "عدم مهارت" عبارت است از عدم آشنایی متعارف به اصول وقایع علمی و فنی کار معین. به عبارتی عدم مهارت یعنی فقدان اطلاعات علمی، فنی و توانایی‌های لازم برای تقبل و انجام بعضی از کارها.

عدم مهارت به دو دسته تقسیم می‌شود:

الف) عدم مهارت مادی

ب) عدم مهارت معنوی

الف) عدم مهارت مادی:

عدم مهارت مادی یعنی نداشتن چابکی و تردستی و ورزیدگی کافی در اموری که حسن انجام آنها مستلزم داشتن توانایی خاص می‌باشد.

ب) عدم مهارت معنوی:

عدم مهارت معنوی از این جهت مطرح است که مرتکب، بدون معلومات و اطلاعات لازم اقدام به عملی می‌کند که موجب ضرر و صدمه‌ی شخص دیگری می‌گردد.

عدم مهارت در تبصره‌ی ۳ ماده‌ی ۲۹۵ و همچنین در تبصره‌ی ماده‌ی ۳۳۶ قانون به عنوان یکی از مصادیق خطای جزایی ذکر شده است.

۵- عدم رعایت نظامات دولتی

به موجب تبصره‌ی ۳ ماده‌ی ۲۹۵ قانون مذکور، هرگاه بر اثر عدم رعایت مقررات مربوط به امری، قتل و یا ضرب و جرح واقع شود به نحوی که اگر آن مقررات رعایت می‌شد حادثه‌ای اتفاق نمی‌افتاد، قتل و یا ضرب و یا جرح در حکم عمد خواهد بود. این بند، در رابطه با قوانین و مقررات و آیین‌نامه‌ی سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی می‌باشد و گروه پزشکی ملزم به اجرای آنها هستند.

بنابراین زمانی که کادر پرستاری مرتکب قصور و خطای جزایی شده‌اند که

خلاف ضوابط خاص و آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مراکز علمی و درمانی باشد و باعث زیان و ضرر مادی، جسمانی و روانی مددجویان شوند، طبق مقررات قانون مجازات اسلامی بسته به کیفیت عمل و نتایج حاصله از خطای مرتکب، اعمال خواهد شد.

اگر در اثر هر کدام از قصورات فوق ضرر جانی متوجه بیمار گردد، طبق قوانین مجازات‌های اسلامی، فرد مقصر محکوم به پرداخت دیه خواهد شد؛ چرا که طبق ماده‌ی ۳۱۹ قانون هرگاه طیبی گرچه حاذق و متخصص باشد، در معالجاتی که انجام می‌دهد یا دستور آن را صادر می‌کند هرچند با اذن بیمار یا ولی بیمار، باعث تلف شدن جان یا نقص عضو یا خسارات مالی شود، ضامن است.

(ز) آشنایی با برخی از جرم‌ها و مجازات آنها

بر اساس موازین حقوقی کشور، مواردی که به آنها اشاره می‌شود جرم محسوب شده و بر طبق قانون قضا، مجازات خاصی برای آن تعیین شده است.

۱- جرم افشای اسرار بیماران

هر نوع اطلاعات موجود در پرونده‌ی بیماران مانند نوع بیماری، مدت و پیشرفت بیماری، و مشخصات بیمار می‌تواند جزء اسرار باشد و لذا کادر پزشکی به موجب قانون، مجاز به افشای آن نمی‌باشند و در صورت افشای اسرار بیماران، مرتکب تخلف انتظامی یا جرم شده و قابل مجازات می‌باشد. ممکن است یک ترک فعل علاوه بر مجازات انتظامی (که به خاطر تخلفات صنفی و حرفه‌ای است)، دارای مجازات شدیدتری به موجب قانون باشد.

ماده‌ی ۴ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌ی پزشکی و مشاغل وابسته (مصوب سال ۱۳۷۸) مقرر می‌دارد: "شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون را ندارند". لذا کلیه‌ی افرادی که با پرونده‌ی بالینی بیمار در ارتباط هستند، می‌توانند مشمول ماده‌ی فوق باشند، حتی دانش‌جویان و کارورزان گروه‌های پزشکی، بایگان‌های شاغل و پرستاران. حفظ اسرار بیمار از حقوق مسلم بیمار است و ما باید در حفظ و نگهداری آن نهایت کوشش و دقت را انجام دهیم.

مجازات جرم شماره‌ی ۱ (افشای اسرار بیمار):

- ۱- بر اساس قانون مجازات اسلامی (ماده‌ی ۶۴۸) هر کس که به مناسبت شغل یا حرفه‌ی خود از اسرار مردم آگاه می‌شود و برخلاف موارد قانونی آن را افشا کند، به مجازات سه ماه و یک روز تا یک سال حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شود.
- ۲- البته اگر به واسطه‌ی افشای اسرار فوق، خسارت‌های مادی و معنوی نیز به شخص شاکی وارد شده باشد، بر اساس قانون از باب مسؤولیت مدنی، فرد مجرم موظف به جبران خسارت‌های وارده بر شاکی خصوصی نیز می‌باشد.
- ۳- علاوه بر مجازات قانونی بالا در صورتی که پرونده‌ی مجرم در هیئت رسیدگی به تخلفات انتظامی شاغلان گروه پزشکی و وابسته مطرح شود:

بر اساس ماده‌ی ۴ آیین‌نامه‌ی فوق، مرتکب تخلف طبق تبصره‌ی بند الف ماده‌ی

۲۹ آیین‌نامه برای بار اول به مجازات زیر محکوم می‌شود:

* تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیئت نظام پزشکی محل وقوع.

* اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده‌ی نظام پزشکی محل وقوع.

در صورت تکرار جرم به مجازات‌های زیر محکوم می‌شود:

* توبیخ کتبی با درج در پرونده‌ی نظام پزشکی و نشریه‌ی نظام پزشکی محل، یا الصاق رأی در تابلوی اعلانات نظام پزشکی محل.

* محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی یا وابسته از ۳ ماه تا یک سال در محل ارتکاب.

البته در مواردی که به موجب قانون اشخاص موظف به افشای اسرار می‌باشند، از مجازات کیفری و حرفه‌ای معاف هستند و دیگر به واسطه‌ی شکایت شخصی که اسرار او فاش شده، مورد تعقیب کیفری یا انتظامی قرار نمی‌گیرند، زیرا افشای اسرار به موجب قانون بوده است.

۲- جرم عدم کمک به مصدومین و مجروحین در مواقع اورژانس

چه کسانی مکلف به کمک به مصدومین در مواقع اورژانس هستند؟
افراد مکلف برای کمک به مصدومین و مجروحین در مواقع اورژانس، سه دسته هستند:

الف) تکلیف عام بر همه اشخاص.

ب) تکلیف عام بر اشخاص حرفه‌ای.

ج) کسانی که بر حسب وظیفه یا قانون مکلف به کمک می‌باشند.

و مجازات مکلفین مشمول قانون فوق نیز سه دسته خواهد شد.

مجازات جرم شماره‌ی ۲:

الف) تکلیف عام بر همه اشخاص: بر اساس بند ۱، ماده‌ی ۱ واحده‌ی مجازات

خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴/۳/۲۵ مقرر می‌دارد:

"هرکس شخص یا اشخاص را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع ذی‌صلاح، از وقوع خطر یا تشدید نتیجه‌ی آن جلوگیری کند بدون آن که با این اقدام خطری متوجه خود او یا دیگران شود؛ حال اگر کسی بدون توجه به شغل خود بدون دلیل از اقدامات امتناع کند، مرتکب جرم خودداری از کمک به مصدومین گردیده و به حبس تا یک سال و یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد."

ب) تکلیف عام بر اشخاص حرفه‌ای: در ادامه بند ماده‌ی واحده‌ی قانون آمده است: اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای شغل خود، می‌توانسته کمک مؤثری بنماید و خودداری کرده، به حبس از ۳ ماه تا ۲ سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال محکوم خواهد شد. توجه شود که این حالت فقط در مواردی است که اشخاص فوق در حال مأموریت یا اشتغال به خدمت نباشند، زیرا در صورت مأموریت یا اشتغال به مجازات شدیدتری محکوم می‌شوند.

ج) کسانی که برحسب وظیفه یا قانون مکلف به کمک می‌باشند: اگر اشخاص به واسطه‌ی شغل خود می‌توانند کمک مؤثری بنمایند و در حال مأموریت یا خدمت باشند و از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی خودداری نمایند، مشمول مجازات شدیدتری می‌شوند؛ مانند نیروی انتظامی، مأموران آتش‌نشانی، تکنسین اورژانس، پزشکان، پرستاران مراکز درمانی یا اورژانس در هنگام خدمت، هرگاه در

حال خدمت از کمک کردن به افراد مصدوم و یا در معرض خطر خودداری کنند، به حبس از ۶ ماه تا ۳ سال محکوم می‌شوند.

همچنین به موجب ماده‌ی ۲۴ قانون ایجاد نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران، موارد تخلف و مجازات‌های کادر پرستاری و وابسته مطابق با قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۷۴، توسط هیئت‌های بدوی و عالی انتظامی سازمان نظام پزشکی می‌باشد و به موجب ماده‌ی ۲۳ قانون ایجاد نظام پرستاری، در مرکز و شهرستان‌های دارای نظام پرستاری، هیئت‌های کارشناسی تشکیل می‌شود و در مواردی که هیئت‌های بدوی و عالی انتظامی رسیدگی به تخلفات گروه پزشکی به پرونده‌ی تخلفاتی اعضای سازمان نظام پرستاری رسیدگی می‌نماید، به آن هیئت مشاوره می‌دهد و نظر کارشناسی خود را اعلام می‌کند.

حکمت درختی است که ریشه‌ی آن در قلب و میوه‌ی آن در زبان است.

بطلمیوس

- فصل دوم -

بررسی قصورات پرستاران

الف) برخی از قصورات در پرستاری
به ترتیب تکرار
ب) برخی از خطاهای پرستاری
ج) بررسی چند شکایت علیه پرستاران

- فصل دوم - بررسی قصورات پرستاران

الف) برخی از قصورات در پرستاری به ترتیب تکرار

برخی از قصورات پرستاران به ترتیب تکرار عبارتند از:

- ۱- اجرای اشتباه درمان؛ که برخی موارد بین دو بیمار با روش‌های درمانی تقریباً مشابه، اشتباه در شماره‌ی تخت بیمار و یا تشابه اسمی بیماران رخ می‌دهد.
- ۲- سقوط بیمار و قصور در ثبت آن و نداشتن صداقت؛ در بعضی موارد کادر درمانی به علت ترس و ناآگاهی از قوانین، سقوط بیمار را ثبت نمی‌کنند یا گزارش را با تغییرات و به صورت نادرست و غیر صادقانه ثبت می‌کنند.
- ۳- سوختگی‌های ناشی از به کار بردن گرم‌کننده‌ها مانند کمپرس آب گرم و... که لازم است گزارش این موارد حتماً در پرونده ثبت شود.
- ۴- اشتباهات دارویی
- ۵- قصور در مشاهده کردن و ثبت صحیح مشاهدات
- ۶- قصور در گزارش به موقع به پزشک
- ۷- به کارگیری تجهیزات ناقص و معیوب و عدم گزارش به مسئولین
- ۸- قصور در بررسی بیمار و گرفتن شرح حال
- ۹- قصور در تهیه‌ی شرح حال و گزارش تغییرات
- ۱۰- قصور در ارزش‌یابی مراقبت و ثبت به موقع
- ۱۱- قصور در تعیین هویت بیماران و شناسایی بیمار

۱۲- قصور در نگه‌داشتن اطلاعات محرمانه‌ی بیماران

ب) برخی از خطاهای پرستاری

لازم به ذکر است که بگوییم خطاهای پرستاری در دو دسته زیر بیشتر بروز کرده است:

۱- خطای دارویی

تجویز داروی اشتباه، دوز اشتباه، حذف دارو، نادیده گرفتن علائم مسمومیت، راه نادرست.

۲- خطای ثبت

حذف موارد، عقاید شخصی، موارد مبهم، زمان نامناسب، تصحیح نامناسب، موارد مربوط به دیگران، استفاده از کلمات و واژه‌های مبهم یا اشتباه، عدم صراحت و یا صداقت در نگارش.

ج) بررسی چند مورد شکایت علیه پرستاران

برای درک بهتر موارد قصور پرستاری، لازم دیدیم برخی خطاهای رخ یافته در بیمارستان‌های سراسر کشور، که منجر به ارائه‌ی شکایت در محاکم قضایی شده‌اند را بیان کنیم.

شکایت (۱)

پسر ۱۶ ساله‌ای که با چاقو مورد ضرب و جرح قرار گرفته، در ساعت ۱۸ با مراجعه

به بیمارستان بستری می‌گردد و پس از دریافت برخی خدمات درمانی، بدون اطلاع، بیمارستان را ترک می‌کند. متأسفانه بیرون از بیمارستان ضاربان مجدداً وی را مورد ضرب و شتم قرار داده و بیمار فوت می‌کند. همراهان پس از مراجعه به بیمارستان و پیدا نکردن فرزندشان، از پرسنل شکایت می‌کنند.

*** استاندارد شغلی:**

پرستار موظف به نگهداری از بیمار بستری شده، توجه به حضور او در بخش و تحویل وی به سایر همکاران در پایان شیفت می‌باشد.

*** قصور:**

عدم توجه به حضور بیمار، عدم ثبت زمان فرار بیمار در پرونده، عدم اطلاع به موقع زمان خروج بیمار از بخش و بیمارستان.

*** جرم:**

عدم توجه به شرایط خاص بیمار (درگیری)، عدم اطلاع به مسئولین در زمینه فرار بیمار.

شکایت (۲)

خانم ۲۶ ساله‌ای در اثر تصادف دچار قطع عضو از ناحیه ساعد دست شده که توسط اورژانس ۱۱۵، بیمار و عضو قطع شده با شرایط خاص تحویل بخش اورژانس شد. اما علی‌رغم پیگیری جهت نجات بیمار، متأسفانه به علت عدم تحویل

به موقع عضو قطع شده به اتاق عمل، بیمار دچار نقص عضو مادام‌العمر شده و باعث شکایت از پرستاران شد.

*** استاندارد شغلی:**

کلیه جزئیات و شرح رخدادهای مربوط به بیمار باید به طور کامل در پرونده ثبت گردد.

*** قصور:**

بی‌توجهی در اطلاع‌رسانی به همکاران شیفت بعد و عدم ثبت در پرونده بیمار.

*** جرم:**

کوتاهی در نگهداری عضو قطع شده و ثبت اطلاعات مربوط به عضو.

شکایت (۳)

بیمار، سالمند ۷۵ ساله‌ای که برای عمل ویتراکتومی در بیمارستان بستری شده است، شب‌هنگام پس از عمل جراحی از تخت سقوط می‌کند و دچار شکستگی ران شده و آسیب می‌بیند. بیمار به دادگاه شکایت می‌نماید و دادگاه پس از بررسی، پرستار را احضار کرد و به دلیل قصور و سهل‌انگاری در انجام وظیفه‌ی حفاظتی، او را متهم دانست.

*** استاندارد شغلی:**

پرستار موظف به کاربرد وسایل و تجهیزات حفاظتی برای بیماران سالمند، نابینا و

گیج می‌باشد. باید در پایان هر شیفت، وضعیت ابزارهای حفاظتی در پرونده‌ی بیمار ثبت شود و در صورت وجود مشکل در ابزار حفاظتی، حتماً به مافوق گزارش داده شود تا در جهت رفع مشکل اقدام گردد؛ که در این مورد هیچ گزارشی مبنی بر اطلاع مسئولین از مشکلات وسایل حفاظتی تخت بیمار وجود ندارد.

* قصور:

عدم به‌کارگیری ابزار حفاظتی از جمله نرده‌ی کنار تخت برای بیمار سالمند.

* جرم:

کوتاهی در انجام وظیفه‌ی پرستار، دلیل سقوط از تخت می‌باشد.

شکایت (۴)

پسربچه‌ای حدود ۱۰ ساله دچار سانحه‌ی برق‌گرفتگی شده، و در بیمارستان فوت می‌کند. در بررسی انجام شده مشخص می‌شود که پرسنل تأسیسات جهت تعمیر سیستم خنک‌کننده در اتاق بیمار دیگری دچار اشتباه شده و سیم بدون روپوش را در اطراف محل کار رها کرده‌اند؛ پسربچه‌ی بازیگوش وارد اتاق شده و به سیم برق دست زده، دچار برق‌گرفتگی شده و در نهایت باعث مرگ وی شده است. به‌هرحال با شکایت پدر بیمار، پرستار به دادگاه خوانده می‌شود و به دلیل قصور در انجام وظیفه محکوم می‌شود.

* استاندارد شغلی:

در مراقبت و محافظت از بیماران و جلوگیری از صدمه، پرستار باید مطمئن باشد که

همه‌ی لوازم استفاده شده در حوزه‌ی مراقبتی بیمار، مطمئن و ایمن هستند.

*** قصور:**

بی‌دقتی و بی‌مبالاتی در مراقبت از بیمار، رها نمودن بیمار در بخش و عدم توجه به محیط پیرامون بیمار.

*** جرم:**

کوتاهی در مراقبت و محافظت بیمار در ارتباط با وسایل ناقص و خراب غیرایمن و عدم گزارش موارد به مافوق و عدم ثبت در دفتر بخش، از جمله‌ی موارد محکوم شدن پرستاران در دادگاه می‌باشد.

هشدار: به راستی در قبال خراب بودن وسایل بخش از جمله ساکشن، لارنگوسکوپ، و دستگاه کوتر در اتاق عمل چه کسی مسؤول است؟ قضاوت در محکمه‌ی وجدان با شما.

شکایت (۵)

بیمار، جوانی است حدوداً ۲۸ ساله که پس از تصادف دچار پیچ‌خوردگی مچ دست و زخم‌های متعدد می‌شود؛ به اورژانس بیمارستان مراجعه نموده و پس از ویزیت پزشک، نیاز به گچ‌گیری و بخیه دارد. گچ‌گیری دست بیمار و بخیه توسط پرستار انجام می‌شود. بیمار پس از چندی به دنبال سیاه شدن انگشتان دست و چسبندگی تاندون و عضلات دست، نیاز به جراحی داشته به دادگاه شکایت می‌کند. دادگاه پس از بررسی پرونده، پرستار را متهم می‌داند.

*** استاندارد شغلی:**

انجام کار گچ‌گیری و بخیه، خارج از حیطه‌ی قلمرو تعیین شده در حرفه‌ی پرستاری بوده و مداخله در امور پزشکی محسوب می‌شود.

*** جرم:**

عمل گچ‌گیری و بخیه از وظایف پرستار نبوده و پرستار حق دخالت در این امر را ندارد.

هشدار: عمل بخیه‌زدن از وظایف پرستار نیست و انجام آن مداخله در امور پزشکی محسوب می‌شود.

شکایت (۶)

بیمار ۵۰ ساله با درد قفسه‌ی سینه به اورژانس بیمارستان مراجعه نموده و پس از انجام معاینات و آزمایشات لازم، تشخیص انفارکتوس حاد داده می‌شود و نیاز به بستری شدن در CCU دارد. به علت نداشتن CCU از بیمارستان دیگری پذیرش گرفته، بیمار بدون همراهی پرستار به وسیله‌ی راننده‌ی آمبولانس به بیمارستان مقصد اعزام می‌شود. راننده‌ی آمبولانس بیمار را جلوی درب بیمارستان رها نموده و برمی‌گردد. بیمار قبل از ورود به بیمارستان دچار ایست قلبی - تنفسی شده و فوت می‌کند. بستگان بیمار به دادگاه شکایت نموده و دادگاه پس از بررسی، بیمارستان را متهم می‌داند که در بررسی نهایی، سوپروایزر بیمارستان به پرداخت جریمه محکوم می‌گردد.

* استاندارد شغلی:

اعزام بیماران حاد اورژانسی از هر بیمارستان به بیمارستان دیگر باید با همراهی پرستار انجام گردد.

* جرم:

سو پروایزر در اعزام بیمار به بیمارستان مقصد قصور نموده و بیمار را بدون همراهی پرستار اعزام کرده است. در ثبت نیز کوتاهی کرده است.

هشدار: موقعیت اورژانس‌ها در بیمارستان از اهمیت خاصی برخوردار است. ورود و خروج بیمار، انجام کلیه اقدامات مورد نیاز و ثبت جزء به جزء آن با ذکر نام و نام خانوادگی و امضاء در پرونده‌ی بیمار و هماهنگی لازم با افراد ذی‌صلاح، از جمله‌ی وظایف حرفه‌ای پرستاران می‌باشد.

شکایت (۷)

بیمار، زن بارداری است که جهت وضع حمل در بیمارستان بستری شده و سیر زایمان طبیعی به خوبی انجام می‌شود. نوزاد سالم به دنیا آمده و جهت شیردهی به مادر تحویل می‌شود.

پس از مدت کوتاهی پرستار جهت گرفتن نوزاد مراجعه می‌کند اما مادر اظهار می‌دارد که نوزاد را از بخش بیرون انداخته است خانواده و بستگان بیمار به دادگاه شکایت می‌کنند. دادگاه به دلیل قصور در بررسی و شناخت بیمار، پرستار را متهم دانست.

*** استاندارد شغلی:**

بررسی و شناخت دقیق بیمار از جمله‌ی وظایف اصلی پرستار می‌باشد.

*** جرم:**

کوتاهی در بررسی و شناخت بیماری که دچار افسردگی پس از زایمان شده است. پرستار به دلیل عدم اطلاع از وضعیت روحی و روانی بیمار و همچنین عدم ثبت وضعیت عمومی و خلق بیمار در پرونده و گزارشات پرستاری، محکوم شد.

هشدار: توجه به وضعیت خلقی بیمار در هر موقعیت الزامی بوده، و ثبت آن از ضروریات گزارش پرستاری است.

شکایت (۸)

جهت بیماری، پزشک معالج ۱mg آمپول Colchicine دستور داده بود که به صورت IV تزریق شود. پرستاری که این دستور را رونویسی کرده و در کارت دارویی بیمار ثبت نموده بود، به جای ۱mg، ۱۰mg یادداشت می‌نماید. پرستار شیفیت بعد هم ۱۰mg را به صورت IV تزریق می‌نماید، بیمار از علائم مسمومیت با این دارو از قبیل تهوع، درد شکم و اسهال رنج می‌برد و به سمت یک مسمومیت حاد پیشرفت می‌کند که با توجه به وضعیت حاد، اقدامات انجام شده مؤثر واقع نشده و بیمار فوت می‌کند. دادگاه پس از بررسی پرونده هر دو پرستار را مقصر دانسته و به پرداخت جریمه محکوم کرد.

*** استاندارد شغلی:**

تمام دستوراتی که رونویسی می‌شوند ضرورت دارد که توسط سرپرستار مورد

بازنگری قرار گیرد چون با توجه به حجم کاری بالا، امکان اشتباه در رونویسی دستورات وجود دارد. پرستاران به لحاظ اخلاقی متعهد و مسؤول هستند که هر دستور داده شده برای بیمار که بی‌مورد و نامناسب به نظر می‌رسد را سؤال کنند.

* جرم:

پرستار ثبت‌کننده‌ی دارو دچار قصور در رونویسی دستورات شده و سند و مدرک اصلی یعنی پرونده‌ی بیمار به کارت دارویی بدون چک مجدد اکتفا نموده است. از طرفی ضعف علمی او باعث شد که بیمار فوت کند، در حالی که پرستار باید می‌دانست حداکثر دوز دارو ۴mg در روز است.

شکایت (۹)

بیمار ۸۰ ساله با درد جنرالیزه به اورژانس بیمارستان مراجعه نموده است. پس از انجام معاینات و آزمایشات لازم مشخص شده که بیمار به دلیل مشکلات انعقادی نیاز به دریافت خون دارد. متأسفانه گروه خون بیمار کمیاب بوده و به سختی از شهر مجاور، یک کیسه خون تهیه و تزریق می‌شود. همان شب با چرخیدن بیمار، آنژیوکت از روی دست بیمار جدا شده، خون‌ریزی شدیدی رخ داده و بیمار به علت از دست دادن خون زیاد دچار شوک شده، فوت می‌کند. بستگان بیمار به دادگاه شکایت نمودند و دادگاه پس از بررسی، بیمارستان را متهم می‌داند که در بررسی نهایی، پرستاران آن شیفت به پرداخت جریمه محکوم می‌گردند.

* استاندارد شغلی:

۱- ثبت شرایط وضعیت عمومی بیمار و یا مشکلات خاص بیمار در گزارشات

پرستاری.

- ۲- پرستار باید سوزن پروانه‌ای یا آنژیوکت را به روش زیر در محل ثابت می‌کند:
- الف) باید سوزن پروانه‌ای را با استفاده از چسب به روش ضرب‌دردی در محل ثابت می‌کند. در صورت لزوم، برای حفظ وضعیت سوزن در ورید باید قطعه‌ای گاز ۵×۵ سانتی‌متر را زیر انتهای سوزن قرار می‌داد.
- ب) باید لوله‌ی آنژیوکت را به شکل U به روش زیر ثابت می‌کند:
- ۱) قطعه‌ی اول چسب را در حالی که سطح چسبنده‌ی آن به طرف بالا قرار دارد، در زیر برجستگی انتهای لوله‌ی آنژیوکت قرار داده، دو طرف چسبناک آن را به سمت پایین روی پوست در امتداد ورود سوزن ثابت می‌نمود.
- ۲) دومین قطعه‌ی چسب را در حالی که سطح چسبنده‌ی آن به طرف پایین قرار گرفته، در عرض برجستگی انتهای لوله‌ی آنژیوکت ثابت می‌کند.
- ۳) سومین قطعه‌ی چسب را در حالی که سطح چسبنده‌ی آن به طرف پایین قرار گرفته، در عرض برجستگی انتهای ست تزریق ثابت نمود.
- ج) آن قسمت از ست سرم را که به سوزن وصل است با چسب به صورت حلقه‌ای روی پانسمان متصل نموده تا سوزن در اثر حرکت بیمار به خارج کشیده نشود.
- د) چک آنژیوکت از لحاظ فیکس بودن و باز بودن، باید هر ۸ ساعت انجام شود.

*** جرم:**

پرستاری که مسؤول رگ‌گیری بوده، قوانین فیکس کردن آنژیوکت را رعایت نکرده

بود و پرستار شیفت دیگر نیز آنژیوکت را در زمان تحویل شیفت و تزریق دارو، چک نکرده و از شرایط بیماری بیمار بخش آگاه نبوده است. در ضمن در گزارشات به شرایط حاد بیماری و مشکلات انعقادی بیمار اشاره نشده است.

شکایت (۱۰)

بیمار ۶۰ ساله با مشکلات ارولوژیک تحت عمل جراحی قرار گرفت و بعد از عمل، از ریکاوری به بخش جراحی منتقل شد. طبق دستور پزشک بیمار به صورت PRN دستور مرفین جهت کنترل درد داشته است، بیمار دچار مشکل تنفسی بوده و در همین زمان نیز دچار درد می شود و پرسنل دستور مرفین جهت کاهش درد را اجرا می کنند؛ بیمار دچار آپنه ی تنفسی و سپس دچار ایست قلبی می شود. عملیات احیاء انجام می شود ولی موفق نبوده و بیمار فوت می شود. بستگان بیمار به دادگاه شکایت نموده و دادگاه پس از بررسی، بیمارستان را متهم می داند. در بررسی نهایی پرستاران آن شیفت به پرداخت جریمه محکوم می گردند.

* استاندارد شغلی:

شرایط بیمار از نظر حساسیت دارویی و پروتکل موجود در کارت را کنترل و اجرا کنید، علایمی مانند نبض، فشارخون، تنفس، وزن و دما را کنترل کنید. طبق دستور عمل کنید و در موارد خاص، پزشک معالج را مطلع کنید (داروهای مربوط به کاهش یا افزایش فشار خون، داروهای مخدر، ضد انعقادها و دیژیتالها و...).

* جرم:

عدم توجه به شرایط بیمار؛ وضعیت تنفسی کند بیمار بعد از بیهوشی مربوط به عمل

جراحی و فقط توجه به دستور داروی مخدر PRN که توسط پرستار اجرا شده، و عدم اطلاع به پزشک بعد از تشدید مشکل تنفسی و آپنه‌ی بیمار.

برخی دیگر از شکایات را خود شما بررسی نمایید:

۱- بیمار، جوانی ۲۵ ساله است که دچار ارست قلبی - تنفسی ناگهانی می‌شود و نیاز به CPR داشته است. هنگام حضور اعضای کد CPR متأسفانه پرسنل در به-کارگیری تجهیزات و داروهای ترالی احیاء، سرعت عمل نداشته و آمبویگ را پیدا نکرده‌اند و بیمار در نهایت فوت می‌کند. طبق پیگیری به عمل آمده، در شیفت قبل آمبویگ همراه بیمار بدحالی جهت انتقال به ICU از بخش خارج شده است و در زمان تحویل شیفت، وسایل با دقت تحویل گرفته نشده و همچنین پرستار شیفت قبل هم نه به صورت شفاهی و نه به صورت کتبی، اطلاع نداده است.

۲- بیمار به علت درد شکم دو روز بستری شده است. روز سوم درد وی تشدید یافته و از پرستاران بخش می‌خواهد که به پزشک اطلاع دهند. طی اطلاع به پزشک وضع بیمار بدتر شده و متأسفانه فوت می‌نماید. علی‌رغم پیگیری‌های بسیار پرسنل پرستاری، به دلیل عدم ثبت ساعت اطلاع به پزشک در گزارشات پرستاری پرونده، پرستاران با عنوان "کوتاهی در اطلاع‌رسانی به پزشک" محکوم شدند.

۳- پرستار برای بیمار نیازمند به ترانسفوزیون خون، یک واحد PC از بانک خون دریافت نموده و پس از چک گروه خون، اره‌اش و شماره‌ی کیسه، خون را به بیمار تزریق می‌کند، طی تزریق، بیمار دچار واکنش شد؛ تزریق فرآورده قطع شده و با هماهنگی بانک خون، کیسه‌ی خون دیگری تزریق می‌شود. در شیفت بعدی، بیمار به علت تنگی نفس شدید فوت می‌کند و متأسفانه به دلیل عدم ثبت فعالیت‌های

مثبت پرستار در شیفت قبل، ایشان محکوم گردید.

۴- پرستار اورژانس ساعت و حلقه‌ی طلایی بیمار را تحویل همراهان می‌دهد بدون آن که جایی ثبت و صورتجلسه شود. پس از یک هفته، همراهان مدعی دریافت پول و طلای همراه بیمار شدند و پرستار بدون مدرک محکوم شد.

۵- بیمار، خانمی جوان مبتلا به اختلالات سایکولوژیک می‌باشد که پرستار او را مهار فیزیکی کرده است. پرستار بدون در نظر گرفتن دستور پزشک در مورد مدت زمان مهار فیزیکی بیمار و عدم ثبت در پرونده بیمار، او را مهار فیزیکی می‌کند و به دنبال تلاش بیمار برای نجات خود، کمربندهای مهار به کلیه‌ی عروق و اعصاب آسیب وارد نموده و دچار نکروز عضو می‌شود و پرستار پس از شکایت همراهان بیمار محکوم می‌گردد.

نکته: همیشه منتظر نباشیم که برای بیمار اتفاق بدی رخ دهد و یا بمیرد تا از اقدامات خود یا دیگران درس بگیریم.

خشم مگیر و از مردم چیزی درخواست مکن.
برای مردم آن بپسند که برای خودت می‌پسندی.

امام رضا(ع)

- فصل سوم -

**گزارش پرستاری
در ابعاد مختلف**

- الف) جایگاه گزارش نویسی
- ب) تاریخچه‌ی گزارش نویسی
- ج) تعریف گزارش نویسی در پرستاری
- د) فواید گزارش نویسی در پرستاری
- ه) اصطلاحات رایج در گزارش نویسی
- و) جنبه‌های گزارش نویسی در پرستاری

- فصل سوم - گزارش پرستاری در ابعاد مختلف

در این فصل و همچنین فصول بعدی سعی کرده‌ایم که در زمینه‌ی گزارش‌نویسی استاندارد پرستاری و روش‌های گزارش‌نویسی، توضیحاتی هرچند مختصر بیان کنیم تا بتوانیم قصورات پرستاری در مبحث ثبت اطلاعات را تا حد امکان کاهش دهیم. ابتدا تاریخچه و جایگاه گزارش‌نویسی را شرح می‌دهیم و سپس به سایر مطالب می‌پردازیم.

الف) جایگاه گزارش‌نویسی

خداوند در آیه‌ی شریفه‌ی «ن والقلم و ما یسطرون» به دو موضوع مهم زندگی بشر سوگند یاد کرده است: «قلم و آنچه می‌نویسد»؛ چون قلم و نوشتن سرچشمه‌ی آگاهی بشر هستند.

پیشرفت علوم نیز به نوعی وابسته به نوشتن و روند ثبت و ضبط بوده است و انتشار علم نیز از طریق ثبت و گزارش صورت می‌پذیرد، چرا که اگر تحقیقات و یافته‌های دانشمندان و علما، نگارش، گزارش و ثبت نمی‌شد، هم اکنون امکان دستیابی و استفاده از علوم میسر نبود.

ثبت کردن، یکی از مهم‌ترین عملکردهای پرستاری است که حدود ۳۰٪ وقت آنان را به خود اختصاص می‌دهد و از آنجا که نگارش تمام مراقبت‌های انجام شده برای بیمار، نتیجه‌ی مراقبت و پاسخ به درمان است، هیچ چیز به اندازه‌ی ثبت کامل و

استاندارد نمی‌تواند بیان‌گر تمام کارهای انجام شده برای بیمار باشد. پرستاران در قبال ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی خود و پاسخ‌گویی به بیماران و مددجویان مسؤول می‌باشند و آنچه می‌تواند در این میان برای انجام هرچه بهتر وظایف و جوابگویی وجدانی و قانونی به پرستاران کمک کند، شامل:

۱- آشنایی با اصول گزارش‌نویسی

۲- موازین اخلاقی

۳- موازین قانونی

بوده و در این زمینه، پرونده‌ی بیمار و یادداشت‌های به‌جا و صحیح پرستار گواه اوست و همچون سندی محکم، نشان دهنده‌ی درستی و صحت اعمال او محسوب می‌شود.

در زمینه‌ی الزامات قانونی و اهمیت گزارشات پرستاری باید گفت: یکی از ۱۴ مورد اول قانون پرونده‌ی بیماران، برگ گزارشات پرستاری می‌باشد و از آن‌جا که پرستاران ۲۴ ساعته با بیماران هستند و مسؤول مانیتورینگ و گزارش دائم وضعیت مددجویان می‌باشند، از نظر مراجع ذی‌صلاح، بررسی گزارشات و ثبت گزارشات پرستاری بسیار مهم است و لازمست برای پاسخ‌گویی در برابر مسؤولیت مهم مراقبت، تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامتی انسان و جامعه، اقدامات و فعالیت‌های انجام شده برای پرهیز از هرگونه تهمت، افترا، برچسب بی‌کفایتی، بی‌لیاقتی و یا عمل غیراخلاقی و غیرقانونی، بر صفحه‌ی کاغذ حک شود تا بتوان با مراجعه به آن در پیگیری و مداومت و نظارت بر اعمال صاحبان حرفه در مواقع ضروری به عنوان سندی محکم، مطمئن و قابل دفاع بهره‌مند شد. بدیهی است که گزارشات پرستاری هنگامی که از نظر قانون مورد بحث قرار گیرند، دلالت بر تأکید دوباره بر حفظ جان

بیمار، امنیت حقوقی پرستار و امنیت جانی جامعه دارند.

ب) تاریخچه‌ی گزارش‌نویسی

دوران زندگی بشر را به دو دوران «تاریخ و ما قبل تاریخ» تقسیم‌بندی کرده‌اند و دوران تاریخ بشر از زمانی شروع می‌شود که خط اختراع شد و بشر توانست دست به قلم شود. همچنین در قرآن در دو سوره «قلم» و «علق»، به نوشتن و ثبت اشاره‌ی صریح شده است.

حضرت علی (ع) می‌فرمایند: «علم را با نوشتن پایند کنید، زیرا آن‌چه حفظ نشود بگریزد و آن‌چه نوشته شود تا ابد باقی بماند». بنابراین «قلم» و محصول آن یعنی «نوشته»، در قرآن کریم قداست خاصی دارد و آن زمانی که با کمک قلم، روند سلامتی و بهبودی بهترین مخلوق خدا یعنی انسان را روی کاغذ می‌نویسیم، این قداست به اوج خود می‌رسد. پس در مورد گزارش‌نویسی باید بدانیم که موضوعی معنوی و مقدس است.

در جهان قدمت ثبت به ۵۰۰۰ سال قبل از میلاد مسیح برمی‌گردد که اولین بار سومری‌ها سوابق و تصمیمات خود را ثبت می‌کردند. در ایران نیز باید آغاز گزارش‌نویسی را مصادف با دوران خلفای عباسی بدانیم. بعدها در دوره‌ی سامانیان و تیموریان شغل وقایع‌نویسی در ادارات دولتی، دربار و فرمانداری‌ها رواج یافت. دوره‌ی تحول گزارش‌نویسی در زمان شاه عباس صفوی و بعد در دوران حکومت قاجاریه مصادف با چاپ نخستین روزنامه در ایران بود.

ج) تعریف گزارش‌نویسی در پرستاری

در اواسط قرن هجده تا نوزده میلادی، با ایجاد تغییراتی اصلاحی در جامعه، نقش

پرستاران عوض شد و این هنگامی بود که پرستاری بر اساس بسیاری از اعتقادات فلورانس نایتینگل در سال ۱۸۲۰ بنا شد و هر پرستار مسؤول کیفیت و ثبت خدمات خود گردید. در همین زمان از استانداردها برای کسب اطلاعات ایمنی و مراقبت جامع پرستاری بهره گرفته شد. همچنین نایتینگل و سایر همکارانش در مدارس پرستاری طرح درس پرستاری را برای نحوه‌ی ارائه‌ی مراقبت درمانی به صورت فرایند پرستاری، چگونگی ثبت شرح حال و ثبت گزارشات پرستاری ارائه داده بودند.

د) فواید گزارش نویسی در پرستاری

ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعاتی را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامتی بیمار به شکل سند به ما منتقل کرده و اهداف ذیل را دنبال می‌کند:

۱- ارتباط:

اعضای تیم مراقبتی در کارهای خود به وسیله‌ی گزارش نویسی با هم در ارتباط هستند.

۲- آموزش:

ثبت گزارشات بیمار، اطلاعاتی را در رابطه با تشخیص، ارتباط علایم با هم، موفقیت یا عدم موفقیت درمان و... به دانشجویان حرف پزشکی ارائه می‌دهد.

۳- تحقیق:

گزارشات، منبعی برای جمع‌آوری اطلاعاتی در رابطه با تکرار یک بیماری، عوارض استفاده از درمان یا پرستاری خاص، مرگ و بهبودی و عوارض دارویی می‌باشد.

۴- نظارت و ارزش‌یابی سیستم‌های بهداشتی و درمانی:

با مطالعه‌ی گزارشات، نقاط ضعف و قوت در اقدامات انجام شده مشخص و

اشتباهات تصحیح می‌گردد.

۵- تهیه‌ی صورت‌حساب مالی:

از طریق ثبت کامل و صحیح گزارشات، صورت‌حساب مالی بیمارستان درست محاسبه می‌شود.

۶- ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی درارتباط با بیمار:

با ارزیابی اطلاعات ثبت شده در گزارشات پرستاری، استراتژی‌های درمان پیگیری شده و پیش‌بینی‌های لازم در مورد نیازهای درمانی و مراقبتی انجام می‌شود.

۷- گزارش‌نویسی، مهارت تفکر را در دانشجویان تقویت می‌کند.

ه) برخی اصطلاحات رایج در گزارش‌نویسی

ثبت کردن^۱

گزارش کتبی که به منظور تبادل و انتقال اطلاعات اساسی (از فردی به فرد و یا افراد دیگر) نوشته می‌شود. این اطلاعات ممکن است به تدابیر مراقبتی - عمل - رویداد یا حادثه‌ای که در زمانی واقع شده مربوط باشد که به عنوان مدرک پایدار و ثابت نگهداری می‌شوند. این اطلاعات قابل دسترسی هستند و به عناوین متعددی به آنها رجوع می‌شود.

گزارش کردن^۲

انتقال پاره‌ای اطلاعات به فرد یا افرادی (به صورت شفاهی یا کتبی) که از آن بی‌اطلاع بوده یا آگاهی کافی نسبت به آن ندارند.

1. Recording
2. Reporting

چارت^۱

واژه‌ی معمولی برای پرونده‌ی بیمار جهت وارد کردن اطلاعات یا رسم نمودار تغییرات علائم حیاتی است.

نوشته‌ها^۲

تصدیق وقایع و فعالیت‌های انجام شده از طریق نگهداری و بایگانی گزارشات.

(و) جنبه‌های گزارش نویسی پرستاری

۱- جنبه‌های قانونی ثبت^۳

قانون یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر اجتماعی است که زیربنای رشد و تعالی جامعه را تشکیل می‌دهد. یکی از سازمان‌ها و حرفه‌هایی که در اعتلای سطح سلامتی جامعه نقش دارد، حرفه‌ی پرستاری است و به عنوان یک حرفه، در قبال ارائه‌ی خدمات خود باید پاسخ‌گو باشد و مسئولیت‌پذیری و اصل عدم آسیب‌رسانی به بیمار را در حین مراقبت مد نظر داشته باشد.

از جمله مسئولیت‌های سنگین این حرفه، شیوه‌ی انتقال اطلاعات، گزارش‌دهی، گزارش گرفتن و ثبت آن است که کوچک‌ترین موارد خطا و سهل‌انگاری در آن می‌تواند مسئولیت سنگین حرفه‌ای را به ارمغان آورد.

یادداشت‌ها و گزارشات پرستاری می‌تواند در نتیجه‌گیری جدال قانونی در دادگاه بسیار مهم باشد. غفلت در مشاهده، سهل‌انگاری در اقدامات صحیح، کوتاهی

-
1. Chart
 2. Document
 3. Legal Documentation

در دادن گزارش به پزشک، و عدم ثبت اقدامات و فعالیت‌های انجام شده، قصور محسوب می‌شود.

گزارش در حکم یک سند قانونی است و ثبت مراقبت پرستاری، یک اصل قانونی در تمامی سیستم‌های درمانی است. وقتی که بحث قانونی ثبت مطرح می‌شود، هدف تأکید درباره‌ی حفظ جان بیمار، حفظ امنیت حقوقی پرستار و به طور کل حفظ امنیت جانی جامعه است. در پایان این مباحث برخی اصطلاحات حقوق کیفری (جزایی) و برخی جرم‌ها و مجازات آنها مطرح می‌گردد و چند مورد شکایت علیه پرستاران نیز بیان خواهد شد.

۲- جنبه‌ی حقوقی ثبت^۱

امروزه ثبت اطلاعات به عنوان حقوق بیماران مطرح است و بیمار حق دارد از محتویات پرونده اش مطلع باشد، و اعتقاد دارند که نه تنها بیمار باید به پرونده خود دسترسی داشته باشد بلکه باید بتواند صحت اطلاعات مندرج در آن را کنترل کند.

۳- جنبه‌های ارتباطی ثبت^۲

گزارش پرونده وسیله‌ی ارتباطی کادر درمان برای تسهیل تداوم مراقبت از بیمار است. اعضای تیم درمان در کارها و مراقبت‌های بیمار به وسیله‌ی گزارش کتبی با هم در ارتباط هستند و ارتباط آنها درباره‌ی اقدامات بهداشتی (پرستاری - درمانی - مددکار اجتماعی - فیزیوتراپیست) است. ثبت خوب گزارشات، ارتباط گسترده‌ای را

1. Patient Right
2. Communication

بین تمامی اعضای تیم مراقبت از بیمار در حل مشکلات بیمار ایجاد می‌کند.

۴- جنبه‌های درمانی ثبت^۱

پرونده‌ی بیمار به عنوان مدرکی که کلیه‌ی معالجات و مراقبت‌های انجام شده برای بیمار در آن ثبت می‌شود، بسیار با اهمیت است و بسیاری مواقع سندی محکم برای اثبات سلامت یا بیماری یک فرد خصوصاً در ابعاد روانی است.

۵- جنبه‌های پیشرفت بیماری^۲

سیر بیماری به طور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه‌ی مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام شده، آسان‌تر خواهد بود.

۶- جنبه‌ی تحقیقاتی ثبت^۳

گزارشات موجود در پرونده‌ی بیماران به عنوان منبع اطلاعات برای تحقیقات علمی است. شیوع یک بیماری، مرگ و میر و بهبودی از آن، عوارض استفاده از درمان یا پرستاری خاص، اثرات و عوارض سرویس‌دهی نیز، از طریق همین اطلاعات قابل تحقیق است.

گزارش پرونده منبع اطلاعات آماری است که توسط دولت مورد استفاده قرار می‌گیرد. این اطلاعات در مورد وضعیت سلامتی مردم یک شهر، استان یا کشور می‌باشد که تحقیقات اپیدمیولوژیک و برنامه‌های پیش‌گیری از بیماری‌ها در یک

1. Therapeutic
2. Illness Program
3. Research

جمعیت را امکان پذیر می‌سازد؛ همچنین اطلاعات آماری نظیر تعداد مرگ و میر، موالید و تعداد پذیرش بیماران به عنوان اساس برنامه‌ریزی‌های آینده و پیش‌بینی نیازهای بهداشتی منطقه به کار می‌رود.

۷- جنبه‌های آموزشی دانش‌جویان^۱

هدف دیگر گزارش پرونده‌ی بیماران، آموزش دانش‌جویان رشته‌های مختلف بهداشتی است. پرونده می‌تواند تصویر روشنی از بیمار، مشکلات بیمار و برنامه‌های مراقبتی انجام شده را به طور کامل و یک‌جا به دانش‌جویان ارائه نماید.

۸- جنبه‌های رسیدگی یا نظارت^۲

نظارت پرستاری عبارتست از بررسی گزارشات پرونده‌ی بیمار به منظور ارزش‌یابی کیفیت و کمیت مراقبت‌های پرستاری انجام شده به دو صورت:

الف) گذشته‌نگر^۳:

بررسی مجدد مراقبت‌هایی که قبلاً انجام شده و بیمار مرخص شده است.

ب) رسیدگی هم‌زمان^۴:

بررسی مراقبت‌هایی که هم‌اکنون در مورد بیمار انجام می‌شود. در هر دو حالت منظور از نظارت، مطابقت دادن مراقبت‌های پرستاری انجام شده با استانداردهای

-
1. Student Education
 2. Auditing
 3. Retrospective
 4. Concurrent

موجود است.

نظارت ممکن است جزئی یا کلی باشد که در نظارت جزئی، نحوه‌ی مراقبت از یک بیمار معین ارزیابی می‌شود و در نظارت کلی، با مطالعه‌ی چندین پرونده در یک بیمارستان، در مورد کیفیت مراقبت‌های آن بیمارستان قضاوت می‌شود.

۹- پرستاری مقرون به صرفه

عدم پرداخت هزینه‌ها از سوی بیمه‌ها باعث شد که بیمارستان‌های بزرگ کشور تصمیم بگیرند روی گزارش‌نویسی و ثبت، تأکید بیشتری کنند، زیرا سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی از سال ۱۳۷۸ بر آن شد که میزان پرداخت خود را در مقابل ارائه‌ی خدمات استاندارد و ثبت کامل آنها تنظیم کند و به خدمات غیراستاندارد و ثبت‌های ناقص، مبلغی پرداخت نکند.

۱۰- گزارش‌نویسی وسیله‌ای برای استفاده از تجربیات دیگران و خلق

آثار هنری و تاریخی می‌باشد.

مجموعه‌ی گزارشات، در حقیقت سند و سابقه‌ی فرهنگی و تاریخی پدید می‌آورد که می‌تواند راهنما و راهگشای زندگی آینده‌ی سازمان باشد. سازمان‌هایی که گزارش‌نویسی را امری بیهوده تلقی کرده و به آن بهای کافی نمی‌دهند، از نقش مهم گزارشات و تأثیر آن در تداوم امور غافلند.

در چنین مؤسسه‌ای تجربیات در سینه‌ی افراد محبوس می‌ماند و غبار می‌گیرد و با بیرون رفتن فرد از سازمان، خارج از دسترس قرار می‌گیرد. نهادی که در آن گزارش‌نویسی نظام پا برجایی نداشته باشد، مانند کسی است که حافظه‌اش ضعیف

شده است.

۱۱- قضاوت در مورد کار و شخصیت گزارشگر

گزارش تا حد زیادی بازتاب کیفیت کاری است که از آن خبر می‌دهد و نیز نمودار شخصیت کسی است که آن را انشا کرده است. در حقیقت از روی گزارش می‌توان درباره‌ی کار گزارش‌گر و نیز در مورد خود او، داوری و قضاوت کرد.

**شجاع باشید جوانان، فراموش نکنید که برای جاودان شدن
نخستین شرط این است.**

ویرژیل

- فصل چهارم -

معیارهای ارزشیابی کیفیت مراقبت

الف) نقش مدیریت پرستاری در رعایت
کردن استانداردها توسط پرستار
ب) معیارهای ارزشیابی کیفیت مراقبت‌های
پرستاری
ج) خصوصیات یک گزارش خوب
د) روش‌های گزارش‌نویسی

- فصل چهارم - معیارهای ارزش‌یابی کیفیت مراقبت

الف) نقش مدیریت پرستاری در رعایت استانداردها توسط پرستار

وسعت و پیچیدگی عملکردهای پرستاری هر روز در حال افزایش است و نتیجتاً به منظور حفظ جان و سلامت مددجویان و ارائه‌ی خدمات پرستاری هرچه مؤثرتر، شاغلین این حرفه در رده‌های مختلف باید به وضوح از محدوده‌ی وظایف محوله آگاهی داشته باشند. شرح وظایف تدوین شده توسط مسئولین امر نباید هیچ گونه ابهامی را باقی بگذارد، چرا که باعث سردرگمی پرسنل، بی‌نظمی و... می‌شود. از جمله مسائلی که باید مورد توجه قرار گیرد، تعیین منبع کسب اطلاعات، تعیین زمان اطلاع از شرح وظایف پرسنل و همچنین آگاهی از مسایل قانونی و اجتماعی مرتبط با بروز حوادث حرفه‌ای می‌باشد.

بر اساس مطالعه‌ای در بیمارستان‌های آموزشی مشهد در سال ۱۳۸۵، مشخص شد که ۴۰/۵٪ پرسنل پرستاری از شرح خود وظایف کاملاً مطلع بودند، ۵۹٪ افراد عملکرد شغلی‌شان را بیشتر از شرح وظایف دانسته، همچنین در ارتباط با مراجع قانونی موجود و بروز حوادث حرفه‌ای ۵۵٪ معتقد بودند که مرجع قانونی حمایت‌کننده وجود ندارد که در زمان بی‌گناهی از آنان دفاع کند، میزان اطلاع آنان از مجازات‌های قانونی در ۳۸/۵٪ موارد کم بود و در ۳۹٪ موارد هیچ اطلاعی نداشتند.

۱- مدیران ارشد پرستاری باید رویکردی طرح‌ریزی شده و نظام‌یافته را به منظور طراحی فرآیند، اندازه‌گیری عملکرد، تحلیل و بهبود آن مستقر سازند.

- ۲- کلیه فعالیت‌ها و اقدامات باید با روش مشارکتی و تخصصی طرح‌ریزی شود.
- ۳- فرآیندهای نو و تغییر یافته باید بهتر از وضعیت پیشین طراحی شوند.
- ۴- عملکرد مورد انتظار در مورد فرآیندهای جدید یا تغییر یافته باید پیش‌بینی و مستقر شود.
- ۵- عملکرد فرآیندهای بهبود و تغییر یافته باید به سنجش درآیند.
- ۶- نسبت به تعیین تغییراتی که ممکن است به بهبود عملکرد و کاهش یافتن خطرات و حوادث ناخواسته منجر شود، مبادرت ورزد.
- ۷- نظارت بر فراهم کردن مراقبت سالم و احترام‌آمیز داشته باشد.
- ۸- از محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری اطمینان حاصل کند.
- ۹- از این که بیمار اطلاعات کافی برای رضایت آگاهانه دارد، اطمینان یابد.
- ۱۰- از تداوم مراقبت حمایت نماید.
- ۱۱- از عمل غیرمنطقی یا غیراخلاقی کارکنان پیش‌گیری کند.
- ۱۲- از حرفه‌ی پرستاری حمایت نماید.
- ۱۳- بر کار کارکنان در جهت پیروی از دستورات پزشک نظارت داشته باشد.
- ۱۴- از خط‌مشی‌های بیمارستان حمایت نماید.
- ۱۵- وضعیت شغلی را که موجب بالا بردن کیفیت مراقبت شود حفظ کند.
- ۱۶- با دیگر پرسنل بهداشتی و اعضای تیم درمانی همکاری کند.
- ۱۷- بر اساس ارزش‌های فردی بیماران، بر ارائه‌ی مراقبت نظارت داشته باشد.
- ۱۸- مدیر اجرایی پرستاری باید دارای اختیارات مسئولیت‌های لازم جهت استقرار استانداردهای حرفه‌ی پرستاری باشد.

- ۱۹- خط‌مشی‌های پرستاری، روش‌های اجرایی استانداردهای مراقبت‌های پرستاری و استانداردهای وظایف پرستاری به تأیید مدیر اجرایی پرستاری برسد.
- ۲۰- مدیر پرستاری با مدیران ارشد بیمارستان در خصوص طرح‌ریزی، ارتقاء و هدایت فعالیت‌های بهبود عملکرد بیمارستان مشارکت کند.
- ۲۱- در استقرار برنامه‌ی جاری و مؤثر برای اندازه‌گیری ارزیابی بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری مشارکت نماید.
- ۲۲- کلیه‌ی خط‌مشی‌ها، روش‌های اجرایی و استانداردهای حرفه‌ای را در دسترس کارکنان پرستاری قرار دهد.
- ۲۳- با مدیران ارشد بیمارستان برای تدارک تعداد کافی کارکنان واجد شرایط پرستاری در ادامه خدمات و مراقبت‌های پرستاری مشارکت کند.
- ۲۴- از تداوم مراقبت و فراهم بودن به موقع خدمات پرستاری به بیماران اطمینان حاصل کند.
- ۲۵- به طور مداوم در خصوص ضرورت آرامش درون‌بخشی و برون‌بخشی کارکنان پرستاری اقدام کند.
- ۲۶- با مدیران ارشد بیمارستان در خصوص تأمین فضا و منابع لازم برای فعالیت‌های پرستاری مشارکت کند.
- ۲۷- جهت استخدام و حفظ پیشرفت آموزشی وادامه‌ی تحصیل کارکنان اقدام کند.
- ۲۸- نسبت به استقرار برنامه‌های کارکنان، پیشرفت‌های حرفه‌ای و دستیابی به اهداف آموزشی اقدام کند.
- ۲۹- نسبت به اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و واحدهای تحت سرپرستی اقدام کند.

- ۳۰- در چهارچوب الزامات قانونی در زمینه‌ی مراقبت از بیماران برنامه‌ریزی کند.
- ۳۱- مشارکت کارکنان پرستاری را در مورد نیل به چشم‌اندازها، اهداف و ارزش‌یابی بیمارستان ترغیب کند.

ب) معیارهای ارزشیابی کیفیت مراقبت‌های پرستاری

- ۱- شناسایی مشکلات مراقبتی.
- ۲- اهداف مراقبتی.
- ۳- تاریخ شروع مداخلات.
- ۴- انتخاب مداخلات پرستاری و حدود مراقبت‌های انجام شده همان‌طور که در پرونده بیمار ثبت شده است. برای سنجش کیفیت روند مراقبتی باید سؤال شود که آیا هر کاری لازم بوده انجام شده است یا نه؟
- برای ارزش‌یابی اهداف مراقبتی این سؤال مطرح می‌شود که نتیجه مراقبت از بیمار چه بوده و باعث چه تغییری در وضعیت سلامت او شده است؟
- با ثبت گزارش می‌توانیم پاسخ سؤالات خود در معیارهای ارزش‌یابی کیفیت مراقبت‌های پرستاری را به خوبی بیان کنیم، به طوری که برای دیگران نیز قابل استفاده باشد.

ج) خصوصیات یک گزارش خوب

- ۱- صحت و درستی^۱
- اطلاعات باید صحیح باشند، پرستار آنچه را که گمان می‌کند اتفاق افتاده یا آنچه

1. Accuracy or Factuality

را که فرد دیگری شرح داده گزارش نمی‌کند؛ تنها اطلاعاتی را که خود از طریق مشاهده یا معاینه به دست آورده یادداشت می‌کند؛ هم‌چنین از به کار بردن عباراتی مانند «به نظر می‌رسد» یا «ظاهراً» و... خودداری می‌کند.

مثال: به جای عبارت «بیمار افسرده به نظر می‌رسد و...» بنویسیم: «بیمار اظهار می‌دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست و حوصله‌ی صحبت با دیگران را ندارد».

همچنین استفاده از میزان‌ها و واحدهای اندازه‌گیری به صحت و درستی گزارش کمک می‌کند.

مثال: به جای عبارت «موقع شام به مقدار کافی مایعات نوشیده است» بنویسیم: «بیمار در ساعت ۱۸ معادل ۳۰۰،۰۰۰ میلی لیتر آب و چای نوشیده است».

۲- اختصار^۱

تبادل اطلاعات به طور خلاصه سبب سهولت فهم آن می‌شود. افراد ترجیح می‌دهند که گزارشات مختصر و مفید را به جای گزارشات طولانی بخوانند. در ثبت گزارشات، پرستار تنها اطلاعات ضروری را نوشته و از شرح اضافی و جزئیات بی‌ربط اجتناب می‌ورزد و سعی می‌کند با حداقل زمان و کلام، پیام خود را به طور کامل و گویا انتقال دهد.

مثال: انگشتان پای چپ بیمار گرم، صورتی رنگ و بدون التهاب بوده، بازگشت خون در طی ۲ ثانیه انجام می‌شود، نبض روی پا قوی حس می‌شود.

۳- مربوط بودن^۱

در ثبت وقایع، پرستار تنها اطلاعات ضروری را نوشته و از کلمات اضافی و جزئیات بی‌ربط با وقایع اجتناب می‌ورزد.

۴- جامع بودن^۲

یک گزارش خوب به همان اندازه که مختصر است، باید کامل نیز باشد و کلیه‌ی موارد مربوط به بیمار باید ثبت گردد.

۵- جاری و معاصر و پویا^۳

ثبت اطلاعات در پرونده، نباید توأم با تأخیر باشد زیرا ممکن است از قلم بیفتد. یادداشت یک سری از موارد باید بدون هیچ تأخیری باشد.

مثال: دادن داروها، آمادگی برای عمل و کارهای تشخیصی، پذیرش، انتقال، ترخیص و تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار، اندازه‌گیری علایم حیاتی و...، اما ثبت مواردی مثل حمام بیمار، ماساژ و... را می‌توان به تأخیر انداخت.

۶- سازمان‌دهی^۴

ثبت اطلاعات به صورت سازمان‌دهی شده به راحتی قابل درک است. منظور از سازمان‌دهی این است که وقایع، به ترتیب زمان وقوع ثبت شود.

-
1. Relevant
 2. Thoroughness
 3. Currentness
 4. Organization

مثال: بیمار درد شدیدی در ربع تحتانی شکم بیان می‌کند که هنگام چرخیدن بدتر می‌شود و در حالت خوابیده به چپ به حداقل می‌رسد. شکم در لمس حساس و در دق مات است. صدای روده‌ها با گوشی شنیده نمی‌شود، به دکتر... اطلاع داده شد، دستور دارو... جهت کاهش درد بیمار و انجام اسکن شکم، داده شد.

۷- محرمانه و رازداری^۱

پرستار نباید راجع به وضعیت بیمار با بیماران دیگر یا افرادی که عضو تیم مراقبت از بیمار نیستند، صحبت کند. فاش کردن راز بیمار بدون اجازه‌ی وی پیگرد قانونی دارد. اطلاعات ثبت شده در پرونده، باید دور از دسترس بیماران دیگر باشد. اگر پرونده گم شود، پرستار مسؤول است.

پرستاران باید از ثبت اطلاعات محرمانه که درباره‌ی بیمار از سایر اعضا شنیده‌اند، نام بردن تشخیص بیمار برای دیگران و بحثی که راجع به سایر بیماران می‌شود، در پرونده خودداری کنند.

د) روش‌های گزارش نویسی^۲

گزارش نویسی در حرفه‌ی پرستاری از اهمیت به‌سزایی برخوردار است و روش ثبت این مستندات که از ماندگاری بالایی برخوردار هستند، انواع گوناگونی دارد که به اختصار و فقط برای یادآوری مجدد بیان شده‌اند.

-
1. Confidentiality
 2. Types Of Nursing Recording

۱- گزارش نویسی سنتی یا بیمارستانی^۱

در این روش اطلاعات طبقه‌بندی شده است. پزشک، پرستار، آزمایشگاه و رادیولوژی هر یک در برگه‌ی خاصی گزارش خود را می‌نویسند. در این صورت برگه‌های متعددی در پرونده بیمار دیده می‌شود.

۲- گزارش نویسی بر اساس اطلاعات حاصل از مشاهدات عینی، ذهنی، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی^۲

اعضای تیم مراقبت یک مدرک و روش برای تهیه و نوشتن یادداشت‌های تفصیلی، به کار می‌برند. این روش شامل مراحل زیر می‌باشد:

* مشاهدات عینی^۳:

این بخش شامل مشاهدات و اطلاعاتی است که دیده، شنیده و احساس می‌شود و با ابزارهای مختلفی به دست می‌آید. در این روش به الگوهای ارتباطی بیمار نیز باید توجه شود.

* مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار^۴:

شامل مشکلات، علایم و نشانه‌هایی است که بیمار، شفاهی بازگو می‌کند. در این نوع گزارش باید کلمات و عبارات بیمار در پرونده نوشته شود، نه این که مشاهده کننده حرف‌های بیمار را تفسیر کند و در صورتی که بیمار قادر به بیان نباشد، این

1. Traditional-Source-Recording (T. S. R)
2. SOAPIE
3. S: Subjective
4. O: Objective

بخش از گزارشات خالی می ماند.

*** بررسی اطلاعات به دست آمده^۱:**

شامل اطلاعات و یافته های عینی و ذهنی دیگران از طریق شرح، درک و نوشتن نتایج است، تمام افرادی که در تهیه گزارشات کمک می کنند باید نظر خود را درباره ی بررسی، صادقانه و در سطح درک و مهارت خود از وضعیت بیمار بنویسند. روش های بررسی و شناخت شامل: مشاهده، مصاحبه، اندازه گیری، و معاینه ی فیزیکی (سمع، لمس، دق، مشاهده) می باشد.

*** برنامه ریزی^۲:**

در جهت اطلاعات به دست آمده، برنامه ی مراقبتی تدوین می شود.

*** اجرا^۳:**

برنامه ی تدوین شده را مرحله به مرحله اجرا می کنند.

*** ارزش یابی^۴:**

در این مرحله میزان تأثیر برنامه ی اجرا شده در بهبود، تغییر وضعیت یا پایدار شدن شرایط بیمار مورد بررسی قرار می گیرد و در صورت ناکارآمد بودن و یا یافتن مشکلات، آن را اصلاح می کنند.

-
1. A: Assessment
 2. P: Planning
 3. I: Intervention
 4. E: Evaluation

۳- گزارش‌نویسی با تأکید بر مشکل بیمار^۱

در این روش تأکید بر مشکل بیمار یا مشکل طبی او و مراقبت از اوست. در این روش نه تنها درمان‌های بیمار ثبت می‌شود، بلکه دلیل معالجات و مراقبت‌ها نیز ذکر می‌شود. سیر بیماری به طور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه‌ی مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام می‌شود، آسان‌تر و طبقه‌بندی شده خواهد بود. پرستار، متخصص تغذیه، مددکار اجتماعی، فیزیوتراپیست، آزمایشگاه و سایرین، در یک محل گزارش خود را می‌نویسند.

مثال: مشکل بیمار تغذیه‌ی ناکافی در رابطه با برداشتن قسمتی از معده‌اش است. در بخشی از گزارش، پزشکی که عمل جراحی را انجام داده، پیشرفت بیماری را توصیف می‌کند؛ پرستار راجع به اشتهای بیمار می‌نویسد و متخصص تغذیه نیز رژیم درمانی پیشنهادی قابل تحمل برای بیمار را ثبت می‌کند. این روش برای بیمار مفید است، زیرا کلیه‌ی اعضای تیم مراقبت در تنظیم این برنامه شرکت دارند و به طور حتم اثر خلاقیت نیز بیشتر خواهد بود. الگوی ثابت این روش عبارتست از:

جمع‌آوری اطلاعات پایه - لیست مشکلات - طرح‌های اساسی - گزارش پیشرفت بیماری

۴- گزارش‌نویسی گام به گام

پرستار معمولاً با اطلاعات پایه‌ی مربوط به دلیل بستری بیمار، گزارش خود را شروع کرده و به دنبال آن اطلاعات توصیفی مشروح در مورد پیشرفت بیمار در

1. POR: Problem Oriented Record

طول شیفت خود را گزارش می‌کند و به ترتیب گزارشات بدو ورود، تغییر شیفت، قبل از عمل، ریکاوری، بعد از عمل، آموزش ترخیص و یا گزارش فوت در پرونده ثبت می‌شود.

۵- گزارش نویسی بر اساس تشخیص پرستاری^۱

تشخیص پرستاری، جمله یا عبارتی است که وضعیتی نامطلوب را مشخص می‌کند. پرستاران بر اساس قوانین کار پرستاری، مسؤول تشخیص و درمان واکنش‌های بیماران به مشکلات بهداشتی هستند.

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 درمان و مراقبت و بدون وابستگی، آن‌ها را انجام می‌دهد. این اعمال شامل:

۱- پیش‌گیری:

آموزش، تغییر وضعیت، مراقبت مشکلات.

۲- روش‌های اصلاح‌کننده:

تشویق به مصرف مایعات، دادن دارو.

فقری سخت‌تر از نادانی و ثروتی بالاتر از خردمندی و
عبادت‌ی والاتر از تفکر نیست.

رسول اکرم (ص)

- فصل پنجم -

فرایند پرستاری

- الف) مراحل فرآیند پرستاری
- ب) تشخیص پرستاری
- ج) انواع تشخیص پرستاری
- د) راهنما برای نوشتن تشخیص پرستاری

- فصل پنجم - فرایند پرستاری

الف) مراحل فرآیند پرستاری

اغلب افراد مسؤل مراقبت از بیماران، جزء افراد حرفه‌ای تیم درمانی می‌باشند که می‌باید برای حل مشکلات و نیازهای درمانی بیمار، توانایی لازم را داشته باشند. تشخیص‌های پرستاری در واقع روند برقراری ارتباط میان این تیم و مشکلات بیمار را تسهیل می‌کند. با توجه به تشخیص‌های پرستاری، دیگر افراد حرفه‌ای تیم درمان، قادر خواهند بود تا دست به برقراری ارتباط وسیع‌تری در زمینه‌ی اهداف و نیازهای درمانی بیمار بزنند.

فرایند پرستاری در واقع هدف اساسی ثبت و گزارش پرستاری را که همان برقراری ارتباط بین اعضای تیم درمانی، تداوم ارائه‌ی خدمات بالینی، ارزیابی بهتر و نهایتاً حداکثر تلاش در جهت بهبودی بیمار یا بهتر شدن اوضاع بیمار است را محقق می‌نماید.

در این قسمت، مراحل فرآیند پرستاری را یادآور می‌شویم که در این میان به تشخیص پرستاری خواهیم پرداخت:

۱) بررسی و شناخت^۱

۲) تشخیص^۲

-
1. Assessment
 2. Diagnosis

۳) برنامه‌ریزی^۱

۴) اقدام^۲

۵) ارزیابی^۳

ب) تشخیص پرستاری

تشخیص پرستاری قسمت مهمی از فرآیند پرستاری است.

فرآیند پرستاری یک روش منسجم از انجام مراقبت پرستاری را فراهم می‌آورد:

- ۱- از نقص‌ها و دوباره‌کاری‌های غیرضروری جلوگیری می‌کند.
- ۲- به پرستاران جهت انجام اقدامات برای فرد (نه بیماری او) کمک می‌کند.
- ۳- به بیماران و خانواده‌ها کمک می‌کند که بفهمند فعالیت‌های آن‌ها مهم است و نقاط قوت آن‌ها دارای ارزش زیادی می‌باشد.
- ۴- انعطاف‌پذیری و استقلال فکری را افزایش می‌دهد.
- ۵- ارتباط بهتری فراهم می‌کند.
- ۶- به پرستاران کمک می‌کند که نتایج رضایت‌بخشی به دست آورند.

ج) انواع تشخیص‌های پرستاری

۱- موجود^۴

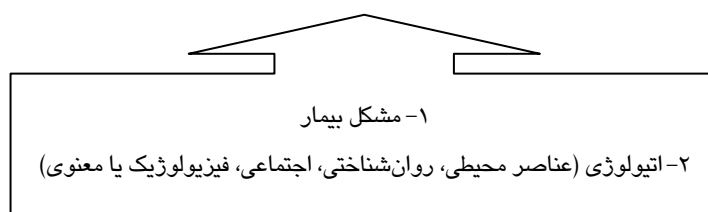
۲- بالقوه^۵

-
1. Planning
 2. Intervention
 3. Evaluation
 4. Actual
 5. Potential

۳- احتمالی^۱

تشخیص پرستاری بیانی است از مشکل بیمار و قضاوت پرستار و به وضعیتی اطلاق می‌شود که پرستار اجازه دارد آن را درمان کند. اطلاعات لازم برای تشخیص پرستاری از طریق بررسی و شناخت به دست می‌آید.

تشخیص پرستاری شامل دو قسمت است:



مثال: بیماری ۴۸ ساعت بعد از بستری در بیمارستان از حالت NPO خارج شده و پرستار متوجه مشکل تغذیه‌ی او می‌شود.

تشخیص پرستاری: اختلال تغذیه‌ی کمتر از نیاز بدن (مشکل) مربوط به بی-اشتهایی (اتیولوژی). با توجه به اتیولوژی، ممکن است اقدامات پرستار متفاوت باشد.

(د) راهنما برای نوشتن تشخیص پرستاری (ص: صحیح / غ: غلط)

۱- تشخیص را با واژه‌های «پاسخ» به جای «نیاز» بنویسید.

مثال: اختلال در تحرک جسمی مربوط به ضعف بدنی (ص)

به چرخاندن مکرر نیاز دارد. (غ)

۲- به جای عبارت «به علت یا در اثر»، از عبارت «مربوط به» استفاده کنید؛ زیرا این عبارت الزاماً به معنی وجود رابطه‌ی علت و معلولی نیست.

۳- تشخیص را با استفاده از اصطلاحات قابل قبول قانونی بنویسید.

مثال: استعداد اختلال سلامت پوست، مربوط به کاهش تحرک بدنی (ص)

استعداد اختلال سلامت پوست به علت کم چرخیدن در بستر (غ).

۴- تشخیص را بدون قضاوت بنویسید (بر اساس اطلاعات عینی و ذهنی).

مثال: اشکال در انجام وظیفه‌ی پدری، مربوط به دوری طولانی‌مدت از فرزند

(ص)

اشکال در انجام وظیفه‌ی پدری به علت بی‌علاقگی به فرزند (غ).

۵- از جابه‌جا کردن دو بخش تشخیص پرستاری خودداری کنید، زیرا سبب به‌هم خوردن ارتباط بین مشکل بیمار و اتیولوژی می‌شود. بخش اول منعکس‌کننده‌ی مشکل بیمار است و پیامدها را مشخص می‌کند و بخش دوم نوع اقدامات پرستاری را تعیین خواهد کرد.

مثال: هیپوترمی مربوط به تماس طولانی با سرما (ص)

تماس طولانی با سرما و بروز هایپوترمی (غ).

۶- از اشاره به علایم و نشانه‌های بیماری در تشخیص پرستاری خودداری کنید؛ زیرا یک نشانه یا علامت مجزا را نمی‌توان تشخیص محسوب کرد و ممکن است به تشخیص اشتباه برسد.

مثال: الگوی تنفس غیرمؤثر مربوط به خستگی‌های مکرر (ص)

تنگی نفس به علت خستگی مکرر (غ).

۷- مطمئن باشید که دو بخش تشخیص دارای یک معنی نباشد.

مثال: اختلال در مکانیسم‌های تطابقی مربوط به اثرات رفتن به مدرسه جدید (ص)

اختلال در مکانیسم‌های تطابقی به علت ناتوانی در تطابق (غ)

۸- اتیولوژی را با اصطلاحات قابل تغییر بیان کنید.

مثال: کمبود آگاهی در مورد رژیم غذایی پیش از زایمان (ص)

کمبود آگاهی به علت حاملگی (غ)

۹- تشخیص طبی را در تشخیص پرستاری وارد نکنید.

مثال: خوب پاک نشدن راه‌های هوایی مربوط به احتباس ترشحات (ص)

خوب پاک نشدن راه‌های هوایی به علت بیماری انسدادی ریه (غ)

۱۰- تشخیص را روشن و خلاصه بنویسید، زیرا موجب تسهیل برقراری ارتباط

بین افراد تیم مراقبت شده و باعث می‌شود که افراد نیروی خود را روی عوامل مربوط به مشکل خاصی متمرکز کنند.

مثال: تقابل فردی مؤثر مربوط به احساس تقصیر و گناه (ص)

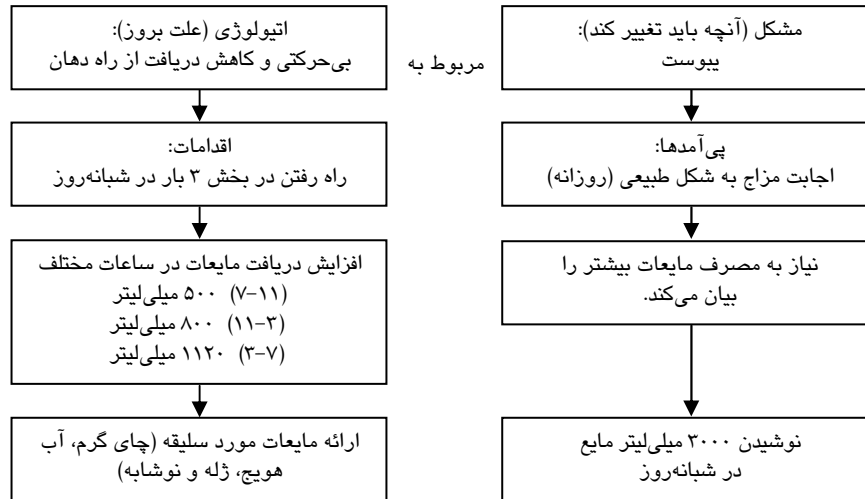
تقابل فردی غیرمؤثر به علت اعتقاد وی در شروع زایمان زودرس به دنبال

برداشتن ظرف سنگین در روز زایمان (غ).

لازم به ذکر است که بعد از ثبت تشخیص پرستاری، لازم است پی‌آمدها و

اقدامات انجام شوند. فلوجارت مقابل اجزای برنامه مراقبت پرستاری را در قالب

یک مثال مشخص می‌کند.



خدمت به وطن نیمی از وظیفه است و خدمت به انسانیت نیم دیگر آن.
هوگو

- فصل ششم -

توصیه‌های لازم در ثبت گزارشات

الف) چه مواردی باید در گزارش ثبت شود؟

ب) موارد ضروری در ثبت دقیق و صحیح

ج) موارد منجر به تحریف گزارش پرستاری

د) توصیه‌های لازم برای پیش‌گیری از بروز خطا و اشتباه

ه) استفاده از فلوشیت‌ها

و) استفاده از کامپیوتر برای گزارشات پرستاری

- فصل ششم -
توصیه‌های لازم در ثبت گزارشات

الف) چه مواردی باید در گزارش ثبت شود؟

۱- دستورات روتین یا ثابت

باید واضح و روشن نوشته شده، به امضای پزشک رسانده شود و همیشه در بخش نگهداری گردد.

۲- دستورات در صورت لزوم^۱

باید نام، دوز و راه مصرف دارو توسط پزشک قید شود.

مثال: مسکن PRN (غ).

۳- دستورات تلفنی

در این مورد پرستار، دستور، نام پزشک، ساعت و دوز دستور داده شده را با امضا و نام خود (پرستار) در برگ دستورات می‌نویسد و در اولین فرصت ممکن به امضای پزشک می‌رساند. بهتر است در این موارد گیرنده‌ی پیام دو نفر باشند تا احتمال خطا کمتر شود.

۴- دستورات شفاهی

در شرایط بحرانی مثل دستورات تلفنی عمل می‌گردد.

1. PRN

۵- دستورات پزشک مشاور

که این دستور باید به تأیید پزشک معالج رسانده شود.

۶- ثبت رفتار بیمار

مشاهده‌ی رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری اوست. رفتار فقط شامل عکس‌العمل‌های جسمی نمی‌شود، بلکه شامل تغییرات در خلق و خوی فرد مثل افسردگی، گوشه‌گیری، تغییر در ارتباط کلامی و یا غیرکلامی و عکس‌العمل‌های فیزیولوژیک نیز می‌شود. در شرح ارتباط کلامی با بیمار باید عین کلمات و جملات بیمار نوشته شود.

۷- عکس‌العمل بیمار نسبت به اقدامات درمانی و پرستاری

مثال: اثر مسکن بر درد، اثر پاشویه بر تب، اثر گرما و سرما بر کاهش تورم و... (مبنای گزارش، درک بیمار و مشکلات عینی اوست).

۸- ثبت حوادث غیرمترقبه

فرار، سقوط، حساسیت، آلرژی، برق‌گرفتگی، کما، ایست قلبی و تنفسی، خودکشی با ذکر ساعت، توضیحات و اقدامات انجام شده و نیز در جریان قرار دادن مسئولین ثبت گردد. در هنگام وقوع حوادث باید مدیر بیمارستان را در جریان قرار داد، زیرا مدیران لایق‌ترین افراد برای تشخیص موارد قانونی و انجام اقدام لازم هستند. همچنین باید اقدامات انجام شده‌ی ایمنی، حفاظتی، اطلاع به پزشک، حمایت و آموزش، وسایل مورد استفاده برای حفظ ایمنی بیمار قبل و بعد از حادثه ثبت گردد.

۹- ثبت موارد پاراکلینیک

جواب آزمایشات، گرافی‌ها، باید ضمن اطلاع به پزشک و انجام پی‌گیری‌های لازم با ذکر زمان ثبت شده و همچنین برگ‌های مربوط نیز به پرونده بیمار الصاق شود.

۱۰- ثبت اقدامات درمانی

سایر اقدامات انجام شده توسط اعضای تیم درمان نیز ثبت شود.

۱۱- ثبت ویزیت‌های انجام شده و تعداد آن

توسط فیزیوتراپیست، مسئول تغذیه، بیهوشی و... انجام شود.

۱۲- ثبت درد، غذا و اشتها، دفع، استراحت و خواب

مخصوصاً در شیفت شب انجام شود.

۱۳- ثبت پیشرفت بیمار و آموزش‌های داده شده به وی

۱۴- در بخش زنان و زایمان در مورد نوزاد طبیعی و یا غیرطبیعی نیز باید مطلبی ثبت شود.

ب) موارد ضروری در ثبت دقیق و صحیح

* استاندارد ثبت و گزارش نویسی در پرستاری

۱- جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه‌های استاندارد استفاده کنید.

- ۲- جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی استفاده کنید.
- ۳- گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
- ۴- مشخصات بیمار بایستی در بالای اوراق گزارش به طور کامل درج شود.
- ۵- جهت ثبت تاریخ و ساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده کنید.
- ۶- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت کنید.
- ۷- تعداد و ریتم ضربان قلب و تنفس بیمار و عملکرد سیستم‌های حیاتی بدن را ثبت کنید.
- ۸- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور، مانیتورینگ، ضربان‌ساز و...) جهت مراقبت از بیمار، توضیحات لازم یادداشت شده، وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را ثبت کنید.
- ۹- بیانات و نشانه‌هایی را که بیمار بیان کرده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.
- ۱۰- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنش‌های بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت کنید.
- ۱۱- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.
- ۱۲- پس از مشاهده هرگونه مورد غیرعادی یا ارائه‌ی مراقبت‌های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی کنید.
- ۱۳- انحصاراً در گزارش، مراقبت‌هایی را که خود ارائه داده‌اید و یا برای اجرای آنها نظارت داشته‌اید ثبت کنید.
- ۱۴- اقداماتی را که باید در شیفت‌های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش

- کنید (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره‌ها و...).
- ۱۵- در صورت بروز موارد غیرطبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده‌ی عوارض جانبی داروها و موارد مشاهده شده، علاوه بر ثبت دقیق در گزارش، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع دهید.
- ۱۶- در صورتی که بیمار مایعات وریدی یا TPN دریافت می‌کند و یا نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات دارد، علاوه بر چارت در برگه‌های گرافیکی استاندارد، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در گزارش پرستاری قید کنید.
- ۱۷- هرگونه علایم و نشانه‌ای را در صورت بروز به پزشک اطلاع دهید و ثبت کنید.
- ۱۸- هرگونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و...) ثبت کنید.
- ۱۹- دستورات اجرا نشده‌ی پزشکان را با ذکر علت ثبت کنید.
- ۲۰- در صورت نیاز به ثبت گزارش تلفنی، دستور تلفنی را به امضای پرستار دیگری برسانید.
- ۲۱- دستور تلفنی را ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضای پزشک مربوطه برسانید.
- ۲۲- زمان برقراری تماس تلفنی، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده و اطلاعات گرفته شده را ثبت کنید.
- ۲۳- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله‌ی لاک گرفتن یا سیاه کردن آن‌ها اجتناب کنید.
- ۲۴- در قسمت بالا یا جلوی مورد با خودکار قرمز، کلمه‌ی «اشتباه» یا «Error» را بنویسید و گزارش صحیح را بعد از کلمه‌ی «اشتباه» یا «Error»، ادامه دهید.

- ۲۵- تاریخ، ساعت و سمت پس از ثبت مورد فوق را به طور کامل در گزارش بنویسید.
- ۲۶- نمی‌توانید مواردی را بدون آن که تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است، در گزارش بنویسید.
- ۲۷- برای تکمیل گزارش پرستاری نمی‌توانید هرچه راجع به بیمار شنیده‌اید بنویسید.
- ۲۸- در صورتی که متوجه شدید گزارشی که نوشته‌اید اشتباه است، نباید آن را معدوم کنید.
- ۲۹- برای تکمیل گزارش نمی‌توانید مواردی را به یادداشت‌های دیگران اضافه کنید.
- ۳۰- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی نگذارید.
- ۳۱- در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری، اختصارات رایج جهانی را به کار ببرید.
- ۳۲- آموزش‌های ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر کنید.
- ۳۳- در صورتی که بیمار، شما یا مسؤولین بیمارستان را تهدید به تعقیب موردی نماید، باید دقیقاً گزارش کنید.
- ۳۴- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی را به طور کامل ببندید، نام و سمت خود را به طور خوانا ثبت کنید.
- ۳۵- گزارش پرستاری را ممهور به مهر اسمی خود به همراه شماره‌ی نظام پرستاری نموده و امضاء کنید.

* استاندارد ثبت و گزارش نویسی در اتاق عمل و ریکاوری

الف - قوانین کلی:

- ۱- گزارشات را خوانا و با سازماندهی (نظم و ترتیب در اقدامات) ثبت کنید.
- ۲- بین سطرهای گزارش نبایستی فاصله بیندازید.
- ۳- در صورت بروز اشتباه، روی آن فقط خط کشیده و کلمه‌ی خطا را در بالای آن ذکر کرده و جمله را به صورت صحیح کنار آن بنویسید.
- ۴- کلیه‌ی گزارشات را در زمان وقوع هر اتفاق یا انجام هر اقدام با ذکر ساعت و تاریخ ثبت کنید.
- ۵- نام و سمت خود را خوانا و واضح ثبت کرده و به مهر پرستاری ممهور کنید و امضاء نمایید.

ب - قبل از عمل:

- ۶- نحوه‌ی تحویل بیمار به اتاق عمل، وضعیت بیمار هنگام پذیرش، نوع عمل و وسایل همراه را با ذکر تاریخ و ساعت ورود ثبت کنید.
- ۷- برگه‌ی مراقبت‌های قبل از عمل جراحی را کنترل کرده و کلیه‌ی فاکتورهای مؤثر در جراحی (شامل آزمایشات، مشاوره‌ها، علائم حیاتی، داروهای قبل از عمل، بیماری‌های زمینه‌ای و...) و همچنین نکات غیرطبیعی را ثبت کنید.
- ۸- وضعیت روانی بیمار و آموزش‌های مورد نیاز قبل از عمل را نیز ثبت کنید.

ج - حین عمل:

- ۹- ساعت شروع عمل، نوع بیهوشی، برش و محل قرار دادن پلیت کوتر را ثبت کنید.

- ۱۰- هر نوع اتفاق حین عمل (خونریزی زیاد، شوک، ایست قلبی، و...) را با ذکر اقدامات انجام شده و نتیجه‌ی آن ثبت کنید.
- ۱۱- در صورت برداشتن نمونه، محل نمونه‌برداری، نوع و تعداد نمونه، و اندازه‌ی تقریبی نمونه را گزارش و ثبت کنید.
- ۱۲- تعداد گاز و لنگاز، کلیه‌ی وسایل مصرفی را در زمان قبل از دوختن فاشیا و قبل از دوختن جلد شمارش کرده و ثبت کنید (بهتر است از فرم مخصوص استفاده شود).
- ۱۳- هر نوع داروی مصرف شده حین عمل (داروهای بیهوشی، داروهای افزایشنده یا کاهشنده‌ی فشارخون و...) را که توسط مسئول بیهوشی تجویز و ثبت شده، مشاهده کرده و عکس‌العمل بیمار نسبت به این داروها را در حین عمل ثبت کنید.
- ۱۴- ساعت پایان عمل را ثبت کنید.
- ۱۵- زمان خروج لوله‌ی تراشه و وضعیت بیمار در حین و بعد از خروج لوله را ثبت کنید.
- ۱۶- وضعیت بیمار (سطح هوشیاری، وضعیت علائم حیاتی، داروهای مصرفی، و میزان جذب و دفع را با ذکر ساعت خروج از اتاق عمل و ورود به ریکاوری ثبت کنید).

د - پس از عمل (ریکاوری):

- ۱۷- وضعیت بیمار هنگام ورود به ریکاوری با ذکر ساعت ورود را ثبت کنید.
- ۱۸- وضعیت بیمار (سطح هوشیاری، وضعیت علائم حیاتی، داروهای مصرفی،

میزان جذب و دفع، عکس‌العمل بیمار نسبت به داروها، وضعیت پانسمان و درن‌ها، وضعیت و رنگ پوست) را در طول اقامت در ریکاوری تا خروج از آن به طور منظم در برگه‌ی ریکاوری و گزارش ثبت کنید.

۱۹- هر نوع تغییر در وضع همودینامیک بیمار را با ذکر اقدامات انجام شده و نتایج آن در پرونده ثبت کنید.

۲۰- وضعیت بیمار در هنگام انتقال به بخش را با ذکر اقدامات انجام شده و اقداماتی که بایستی انجام و پیگیری شود، به صورت مکتوب در پرونده درج کنید.

۲۱- ساعت خروج از ریکاوری و اعزام به بخش را نیز در پرونده درج کنید.

ج) موارد منجر به تحریف گزارش پرستاری

۱- اضافه کردن موارد بدون آن که تعیین شود بعداً اضافه شده است.

۲- ثبت اطلاعات نادرست

۳- ثبت تاریخ که مؤید زمان قبلی باشد.

۴- حذف نکات مهم

۵- دوباره‌نویسی یا تغییر

۶- انتقاد از دیگران

۷- خدشه‌دار کردن گزارشات قبلی

۸- نوشتن به جای فرد دیگر

۹- اضافه کردن به گزارش دیگران

۱۰- گذاشتن فضای خالی بین نوشته‌ها

۱۱- نوشتن نکته‌ی فراموش شده درون پرانتز.

د) توصیه‌های لازم برای پیش‌گیری از بروز خطا و اشتباه

- ۱- دانش‌جویان مسئولیت قانونی نداشته و بیمارستان‌ها نمی‌توانند از ایشان برای رفع نیاز پرسنلی استفاده کنند.
- ۲- هیچ‌گونه فعالیت تخصصی خارج از حیطه و قلمروی تعیین شده برای پرستار، نباید توسط وی انجام شود.
- ۳- پرستاران در نگهداری از بیماران ناتوان و نابینا و سالمند، باید از محدود کننده‌های فیزیکی استفاده کنند.
- ۴- برای مراقبت و محافظت و جلوگیری از صدمه به بیمار، پرستار باید مطمئن شود که همه‌ی لوازم موجود در حوزه‌ی مراقبتی بیمار، مطمئن و ایمن و سالم هستند.
- ۵- وسایل ناقص و خراب باید سریعاً تعمیر و جایگزین شده و به سرپرستار یا مقام مافوق کتباً گزارش شوند.
- ۶- در صورتی که دستور دارویی مشکوک به نظر می‌رسد، فوراً به پزشک یا مافوق ذی‌صلاح اطلاع داده شود.
- ۷- هرگونه قصور و کوتاهی از سوی سایر همکاران در ارتباط با بیمار باید جدی گرفته، و کتباً گزارش شود.
- ۸- بیماران مرتب کنترل شوند و هرگونه تغییر در طول شیفت پس از بررسی و شناخت دقیق به پزشک و یا مسؤول ذی‌صلاح گزارش شود و در پرونده نیز ثبت گردد.
- ۹- شکایت بیمار از درد را باید جدی گرفته و تا اطمینان از وضعیت بیمار و رفع درد، موضوع را پیگیری کرد.

- ۱۰- اولین وظیفه‌ی پرستار، حمایت از بیمار است. اگر به نظرتان وضعیت بیمار بحرانی است باید به پزشک گزارش دهید، در این امر درنگ نورزید (خواه نیمه شب، یا وسط روز).
- ۱۱- از به‌کارگیری افراد غیرحرفه‌ای جهت کارهای تخصصی جداً خودداری کنید. در صورت بروز خطا از سوی آنان، دادگاه پرستار را مجرم می‌شناسد.
- ۱۲- اگر در دستورات پزشک جای سؤال است، نمی‌توانید آن را بخوانید، ناکامل است و یا احتمال می‌دهید به بیمار آسیبی برساند، در اطمینان از صحت آن بکوشید.
- ۱۳- به منظور حفاظت خود، تمام تماس‌هایتان با پزشک را ثبت کنید (با تاریخ و ساعت).
- ۱۴- اگر به عملکرد سوء یا معالجه‌ی غلط در دادگاه متهم شوید، در مورد شما طبق استانداردهای شغلی رفتار و قضاوت میشود.
- ۱۵- اگر درگیر مسایل دادگاه شوید بهترین حامی، اسناد و مدارک به‌جا مانده از شما در مراقبت از بیمار می‌باشد.
- ۱۶- در دادگاه فرض بر این است که اگر چیزی نوشته نشده باشد، یعنی انجام نشده است.
- ۱۷- خطاهای دارویی، سقوط، خطاهای اتاق عمل مثل جا ماندن وسایل در بدن بیمار، اشتباه و کوتاهی در انتقال یا اعزام بیمار، مشاهدات ناکافی از جمله علل دادگاهی شدن پرستار هستند.
- ۱۸- هرگز از بحث درباره‌ی نکات ضعف خود با مافوق نهراسید، مسؤولیت‌هایی را که برای آنها آمادگی ندارید، نپذیرید زیرا در صورت ارتکاب خطا، ادعایتان مبنی بر عدم آشنایی در دادگاه قابل توجیه نخواهد بود.

۱۹- هرگز به درمان هیچ بیماری بدون دستور پزشک نپردازید، مگر در موارد اضطراری و تحت شرایط خاص. از نظر قانونی تنها پزشکان حق این کار را دارند (رودر بایستی ممکن است به بیمار آسیب برساند).

۲۰- وقتی بیمار از شما می‌خواهد که نظرتان را درباره‌ی درمان او اظهار کنید، از قبول آن سر باز زنید و از بیان هر جمله و عبارتی که احتمال می‌رود بیمار از آن دریافت سوء کند، اجتناب کنید.

۲۱- هرگز به عنوان شاهد قبل از فهم کامل مطالب، آن را امضاء نکنید.

۲۲- کمبود امکانات اعم از تجهیزات، نیروی انسانی و... را که امکان بروز حادثه و صدمه به علت استفاده از آنها برای بیمار وجود دارد و شما مجبور به پذیرش شرایط هستید، به صورت کتبی و طی چند نوبت به مقام مافوق گزارش کنید و یک نسخه نیز جهت بایگانی نزد خود نگهدارید.

۲۳- هر چیزی که سایر همکاران پرستار، پزشک و... برای ارزیابی بیمار لازم دارند را چارت کنید.

۲۴- گزارش یک واقعه را به طور کامل ثبت کنید.

۲۵- برای دستورات مبهم و اشتباه، تهیه و وضع کردن خط‌مشی‌های مخصوص بیمارستان جهت مراجعه‌ی پرستار در مواقع ضروری، عقلی، منطقی و اخلاقی است.

ه) استفاده از فلوشیپ‌ها

۱- جهت جلوگیری از تکرار گزارشات مثل نام دارو، علائم حیاتی و... برای ثبت اطلاعات مفید است.

۲- کاردکس پرستاری جهت ثبت برنامه‌ی مراقبتی، تسریع، به‌حداقل رساندن

اشتباهات احتمالی و ملاحظه‌ی چند چیز در کنار هم مفید است (خودکار آبی برای مواردی که همیشه می‌ماند - خودکار قرمز برای موارد مهم مثل حساسیت و خطر خودکشی - مداد برای موارد متغیر).

۳- باید ساعت هر کار نوشته شود (به جای آن که بنویسیم: هر سه ساعت)

۴- تاریخ تعبیه‌ی وسایل تهاجمی (سوند، لوله‌ی تراشه و...) نوشته شود.

۵- تاریخ شروع و اتمام درمان نیز باید نوشته شود.

۶- آزمایشات و گرافی‌ها پس از گزارش به پزشک پاک شوند، ولی موارد

غیرتکراری مانند رژیم غذایی باقی بمانند.

(و) استفاده از رایانه برای گزارشات پرستاری

استفاده از رایانه برای گزارشات پرستاری دارای فواید بسیاری است، اطلاعات در اختیار همه و در دسترس است، قدرت و سرعت بالاست، تداوم مراقبت‌ها به آسانی میسر است، کیفیت تصمیم‌گیری را بالا می‌برد، ارتباط تیم آسان‌تر است، خطا کاهش می‌یابد، ثبت دقیق‌تر است، از کلمات استاندارد استفاده می‌شود، در وقت صرفه‌جویی می‌شود، تبادل اطلاعات سریع‌تر و تحویل شیفت نیز سریع‌تر صورت می‌گیرد.

لازم به ذکر است با تمام پیشرفت‌هایی که در زمینه‌ی فن‌آوری و اطلاعات خصوصاً در مباحث پزشکی و پرستاری ایجاد شده است و همگی تحت عنوان MIS مطرح می‌شوند، اما در کلیه محاکم قضایی هنوز هم دست‌نوشته‌ها و تحریرات مٌهر و امضاءدار ارزش والایی داشته و هنوز مورد استناد می‌باشد و کمتر به اطلاعات پرونده الکترونیک استناد می‌شود، و این امر در همه دنیا جاری است. با

این حال پرستاران باید جهت به‌کارگیری چنین سیستمی دست به کار شوند، وگرنه افراد دیگری غیر از پرستاران عهده‌دار آن خواهند شد و این مسلماً به سود تیم پرستاری نخواهد بود.

برای آن که ارزش خوشبختی را بشناسیم، باید به همان درجه
احساس رنج کنیم.

ادگار آلن پو

منابع مورد استفاده

- ۱- احمدی، فضل‌الله. تهران: گزارش کتبی پرستاری و ملاحظات قانونی. دانشگاه تربیت مدرس (۱۳۸۰).
- ۲- استانداردهای پرستاری. دفتر نظام پرستاری کل کشور (۱۳۸۵).
- ۳- اسدی نوقایی، احمدعلی (مترجم). اصول و فنون پرستاری (پوتر و پری) تهران: انتشارات بشری و تحفه (۱۳۸۶).
- ۴- ایمانی، محمدرضا. بررسی جرایم و مجازات پزشکان در حقوق ایران. تهران: انتشارات اباصالح (۱۳۸۱).
- ۵- پاکدل، محبوبه. مشهد: بررسی آگاهی و نگرش شاغلین پرستاری از محدوده‌ی شرح وظایف و حمایت‌های قانونی و اجتماعی مربوط به آنان. دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۱۳۸۶).
- ۶- حسن‌پور دهکردی، علی (مترجم). فرایند پرستاری. تهران: انتشارات مانی (۱۳۷۲).
- ۷- خامنه‌ای، سید محمد. حقوق.
- ۸- خدام، حمیرا. گرگان: تأثیر آموزش مدام بر کیفیت ثبت گزارش‌های پرستاری (۱۳۸۰).
- ۹- خسروی، محمدرضا. ایران: قوانین و احکام - مجموعه‌ی کامل قوانین و مقررات جزایی. تهران: انتشارات مجد (۱۳۸۱).
- ۱۰- سلیمانی، وحیدرضا. ساوه: بررسی میزان آگاهی کادر پرستاری بیمارستان

- تأمین اجتماعی دکتر چمران از قوانین حقوقی حرف پزشکی (۱۳۸۵).
- ۱۱- شجاع‌پوریان، سیاوش. مسؤولیت مدنی ناشی از خطای شغلی پزشک. تهران: انتشارات گیتی (۱۳۷۳).
- ۱۲- صهبا، عفت. نقیبه، فرزانه. تهران: بررسی تأثیر آموزش بر نحوه‌ی ثبت و گزارش‌نویسی پرستاری در مراکز تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی ایران (۱۳۷۶).
- ۱۳- عباسی، مهری. گزارش کتبی و شفاهی در پرستاری. تهران: نشر سالمی. چاپ اول (۱۳۷۹).
- ۱۴- کارگاه اصول گزارش‌نویسی در پرستاری. شهرکرد (۱۳۸۲).
- ۱۵- مقالات مربوط به کنگره‌ی سراسری مراقبت‌های پرستاری. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران (تیرماه ۱۳۷۶).
- ۱۶- مکارم شیرازی، ناصر: تفسیر نمونه. جلد ۲۴.
- ۱۷- موسوی، ملیحه‌سادات. رفیعی، فروغ. روش‌های پرستاری بالینی. تهران: انتشارات شهر آب. چاپ سوم (۱۳۷۲).
- ۱۸- نوروز، پرویز. ثبت در پرستاری. گرگان: نشر فراغی. چاپ اول (۱۳۸۱).

