

ویرایش: اول

تاریخ: ۱۴۰۵/۴/۱۰

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمان

عنوان سند: اصول مستندسازی در پرستاری

کد سند: NO-WI-267

اصول مستندسازی در پرستاری

واحد آموزش کارکنان

مرکز آموزشی درمانی شفا

مقدمه

مستندسازی یکی از ارکان اساسی مراقبت پرستاری و بخش جدایی ناپذیر فرآیند ارائه خدمات سلامت است. هر اقدام مراقبتی که برای بیمار انجام می شود باید به صورت دقیق، کامل، به موقع و قابل استناد در پرونده بیمار ثبت شود. پرونده پرستاری تنها محلی برای ثبت اطلاعات نیست، بلکه ابزاری برای انتقال اطلاعات، تضمین تداوم مراقبت، ارتقای ایمنی بیمار، ارزیابی کیفیت خدمات، آموزش، پژوهش و دفاع قانونی از عملکرد کارکنان سلامت محسوب می شود.

امروزه با توسعه پرونده های الکترونیک سلامت (Electronic Health Records) و افزایش پیچیدگی مراقبت های درمانی، اهمیت مستندسازی صحیح بیش از گذشته مورد توجه سازمان های بین المللی از جمله American Nurses Association (ANA)، Joint Commission International (JCI) و World Health Organization (WHO) قرار گرفته است. بر اساس استانداردهای این سازمان ها، اگر مراقبتی در پرونده ثبت نشده باشد، از نظر قانونی و حرفه ای به منزله انجام نشدن آن تلقی می شود.

اهمیت مستندسازی در پرستاری

مستندسازی صحیح، علاوه بر ثبت فعالیتهای پرستاری، نقش مهمی در ارتقای ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت دارد. مهم ترین مزایای مستندسازی عبارتند از:

- ایجاد تداوم و هماهنگی در مراقبت بین اعضای تیم درمان
- افزایش ایمنی بیمار و کاهش خطاهای درمانی
- مستندسازی وضعیت بیمار و پاسخ وی به درمان ها
- فراهم کردن شواهد قانونی از اقدامات انجام شده
- تسهیل تصمیم گیری بالینی و برنامه ریزی مراقبت
- ارزیابی کیفیت خدمات پرستاری و بهبود عملکرد
- تأمین داده های مورد نیاز برای آموزش، پژوهش و مدیریت
- تسهیل ارتباط مؤثر میان اعضای تیم درمان

اهداف مستندسازی

هدف از مستندسازی صرفاً ثبت اطلاعات نیست، بلکه ایجاد یک گزارش دقیق، علمی و قابل اعتماد از وضعیت بیمار و مراقبت‌های ارائه‌شده است. اهداف اصلی عبارت‌اند از:

۱. ثبت دقیق وضعیت سلامت بیمار در طول دوره بستری
۲. انتقال صحیح اطلاعات بین اعضای تیم درمان
۳. تضمین تداوم مراقبت و جلوگیری از تکرار یا حذف اقدامات درمانی
۴. حمایت از تصمیم‌گیری‌های بالینی مبتنی بر شواهد
۵. مستندسازی پاسخ بیمار به مداخلات درمانی و پرستاری
۶. ایجاد مستندات معتبر برای بررسی‌های حقوقی و قانونی
۷. پایش کیفیت مراقبت و برنامه‌ریزی برای بهبود خدمات
۸. فراهم کردن اطلاعات لازم برای آموزش و پژوهش

مبانی قانونی و اخلاقی مستندسازی

مستندسازی صحیح یک مسئولیت حرفه‌ای، اخلاقی و قانونی برای پرستاران است. هرگونه نقص، تأخیر یا ثبت اطلاعات نادرست می‌تواند پیامدهای جدی برای بیمار، پرستار و سازمان درمانی داشته باشد.

مسئولیت‌های قانونی پرستار

پرستار موظف است:

- تمامی اقدامات انجام‌شده را به‌صورت واقعی و دقیق ثبت کند .
- از ثبت اطلاعات نادرست یا ساختگی خودداری نماید .
- مستندسازی را بلافاصله پس از انجام مراقبت انجام دهد .

- اطلاعات بیمار را محرمانه نگه دارد .
- از امضا یا ثبت اطلاعات به جای سایر افراد خودداری کند .
- هرگونه اصلاح در پرونده را مطابق دستورالعمل‌های قانونی انجام دهد .

مسئولیت‌های اخلاقی

بر اساس آیین‌نامه اخلاق حرفه‌ای پرستاری و کد اخلاق شورای بین‌المللی پرستاران (ICN) ، پرستار موظف است:

- صداقت و امانت‌داری را در ثبت اطلاعات رعایت کند .
- حریم خصوصی و محرمانگی اطلاعات بیمار را حفظ نماید .
- از تغییر یا حذف اطلاعات ثبت‌شده بدون مجوز خودداری کند .
- اطلاعات را بدون قضاوت شخصی و بر اساس واقعیت ثبت نماید .
- مسئولیت حرفه‌ای ثبت صحیح مراقبت‌های انجام‌شده را بپذیرد .

ویژگی‌های مستندسازی استاندارد بر اساس اصول ANA

بر اساس اصول **American Nurses Association (ANA)**، یک مستند پرستاری استاندارد باید دارای ویژگی‌های زیر باشد:

۱. دقیق (Accurate)

اطلاعات باید کاملاً صحیح، واقعی و مبتنی بر مشاهدات و یافته‌های بالینی باشند.

۲. کامل (Complete)

تمامی ارزیابی‌ها، مداخلات، پاسخ بیمار و آموزش‌های ارائه‌شده باید ثبت شوند.

۳. به‌موقع (Timely)

ثبت اطلاعات باید بلافاصله پس از انجام مراقبت صورت گیرد تا از فراموشی یا ثبت نادرست جلوگیری شود.

۴. خوانا و واضح (Clear and Legible)

در پرونده‌های کاغذی، نوشته‌ها باید خوانا و بدون ابهام باشند و در پرونده‌های الکترونیک نیز از اصطلاحات استاندارد استفاده شود.

۵. مختصر و مرتبط (Concise and Relevant)

اطلاعات باید مختصر، دقیق و مرتبط با وضعیت بیمار باشند و از درج مطالب غیرضروری پرهیز شود.

۶. عینی (Objective)

ثبت اطلاعات باید بر اساس مشاهدات واقعی، اندازه‌گیری‌ها و اظهارات بیمار باشد و از قضاوت یا برداشت شخصی اجتناب شود.

۷. سازمان‌یافته (Organized)

اطلاعات باید به صورت منطقی و با توالی زمانی ثبت شوند تا پیگیری روند مراقبت امکان‌پذیر باشد.

۸. محرمانه (Confidential)

اطلاعات بیمار باید مطابق قوانین حفظ حریم خصوصی و محرمانگی نگهداری شود و تنها در اختیار افراد مجاز قرار گیرد.

اصول طلایی مستندسازی

برای دستیابی به یک مستندسازی استاندارد، رعایت اصول زیر ضروری است:

- اطلاعات را بلافاصله پس از انجام مراقبت ثبت کنید .
- فقط واقعیات و مشاهدات را بنویسید .
- از اصطلاحات علمی و اختصارات مجاز استفاده کنید .

- از به کار بردن عبارات مبهم، قضاوتی یا احساسی خودداری کنید .
- هرگز فضای خالی در فرم‌ها باقی نگذارید .
- هرگونه اصلاح را مطابق دستورالعمل سازمان انجام دهید و از پاک کردن یا مخدوش کردن اطلاعات بپرهیزید .
- هر ثبت باید دارای تاریخ، ساعت و نام یا امضای ثبت‌کننده باشد .
- از ثبت اطلاعات مربوط به اقدامات انجام‌نشده یا اقدامات سایر افراد خودداری کنید .
- در صورت بروز خطا یا حادثه، اطلاعات را به‌صورت واقعی و بدون پنهان‌کاری ثبت کنید .
- محرمانگی اطلاعات بیمار را در تمام مراحل مستندسازی حفظ نمایید .

انواع روش‌های مستندسازی در پرستاری

در نظام‌های مراقبت سلامت، روش‌های مختلفی برای مستندسازی اطلاعات بیمار به کار می‌رود که هر یک دارای ساختار، مزایا و کاربردهای خاص خود هستند. انتخاب روش مناسب به سیاست‌های بیمارستان، نوع بخش، سیستم پرونده (کاغذی یا الکترونیک) و هدف مستندسازی بستگی دارد.

۱. Narrative Note یادداشت روایی

در این روش، پرستار اطلاعات بیمار را به‌صورت متن آزاد و بر اساس توالی زمانی ثبت می‌کند. این شیوه یکی از قدیمی‌ترین و رایج‌ترین روش‌های مستندسازی در پرستاری است و امکان ثبت جزئیات کامل وضعیت بیمار و اقدامات انجام‌شده را فراهم می‌کند.

۲. SOAP

SOAP یک روش ساختاریافته برای ثبت اطلاعات بالینی است که شامل چهار بخش می‌باشد:

- (Subjective) اطلاعات ذهنی و اظهارات بیمار
- (Objective) یافته‌های عینی و قابل اندازه‌گیری

- (Assessment) ارزیابی و تفسیر بالینی

- (Plan) برنامه مراقبتی و اقدامات آینده

SOAPIE.۳

SOAPIE نسخه تکامل یافته SOAP بوده و علاوه بر چهار بخش اصلی، دو بخش دیگر را نیز شامل می شود:

- (Intervention) مداخلات انجام شده

- (Evaluation) ارزیابی پاسخ بیمار به مداخلات

این روش تمامی مراحل فرآیند پرستاری را پوشش می دهد و در بسیاری از مراکز درمانی کاربرد دارد

PIE .۴

روش PIE بر مشکلات پرستاری تمرکز دارد و از سه بخش تشکیل شده است:

- P (Problem) مشکل یا تشخیص پرستاری

- (Intervention) امدادات انجام شده

- E (Evaluation) ارزیابی نتایج مداخلات

این روش برای مستندسازی سریع و متمرکز در بخش های پرمشغله مناسب است.

۵. Focus Charting (DAR)

در این روش، مستندسازی بر اساس یک «فوکوس» (مانند مشکل، علامت، رفتار یا نیاز بیمار) انجام می شود و شامل سه بخش است:

- D (Data) داده های مرتبط

- A (Action) اقدامات انجام شده

- R (Response) پاسخ بیمار به اقدامات

Focus Charting انعطاف پذیری بالایی داشته و بر نیازهای واقعی بیمار تمرکز می کند.

۶. Charting by Exception (CBE)

در روش Charting by Exception (CBE) تنها یافته‌ها، وقایع یا وضعیت‌های غیرطبیعی و خارج از استاندارد ثبت می‌شوند و فرض بر این است که سایر مراقبت‌ها مطابق استاندارد انجام شده‌اند. این روش باعث کاهش حجم مستندسازی و صرفه‌جویی در زمان می‌شود، اما مستلزم وجود استانداردها و چک‌لیست‌های مشخص در سازمان است.

مستندسازی بر اساس فرایند پرستاری

فرآیند پرستاری (Nursing Process) یک روش نظام‌مند، علمی و بیمارمحور برای ارائه مراقبت‌های پرستاری است که شامل پنج مرحله ارزیابی (Assessment)، تشخیص پرستاری (Diagnosis)، برنامه‌ریزی (Planning)، اجرا (Implementation) و ارزشیابی (Evaluation) می‌باشد. مستندسازی هر یک از این مراحل، بخش جدایی‌ناپذیر مراقبت استاندارد بوده و موجب تداوم مراقبت، ارتقای ایمنی بیمار، تسهیل ارتباط بین اعضای تیم درمان و حمایت قانونی از عملکرد پرستار می‌شود.

۱. مستندسازی مرحله ارزیابی (Assessment)

ارزیابی، نخستین مرحله فرآیند پرستاری است و مبنای تمامی تصمیمات بالینی محسوب می‌شود. در این مرحله، پرستار باید اطلاعات کامل، دقیق و به‌روز را از بیمار جمع‌آوری و ثبت نماید.

اطلاعاتی که باید ثبت شوند:

- شکایت اصلی بیمار (Chief Complaint)
- شرح حال بیماری فعلی
- سابقه بیماری‌های گذشته
- سابقه جراحی، بستری و آلرژی‌ها
- داروهای مصرفی
- علائم حیاتی

- نتایج معاینه فیزیکی
- وضعیت درد (شدت، محل، مدت و ویژگی‌ها)
- وضعیت تغذیه، خواب، دفع، تحرک و فعالیت
- وضعیت روانی، شناختی و عاطفی
- نیازهای فرهنگی، اجتماعی و معنوی
- نتایج آزمایش‌ها و اقدامات تشخیصی مرتبط

اصول ثبت:

- اطلاعات ذهنی (Subjective) و عینی (Objective) از یکدیگر تفکیک شوند .
- از عبارات دقیق و قابل اندازه‌گیری استفاده شود .
- از قضاوت شخصی یا تفسیر بدون شواهد خودداری گردد .

۲. مستندسازی تشخیص پرستاری (Nursing Diagnosis)

پس از تحلیل داده‌های ارزیابی، پرستار مشکلات یا پاسخ‌های بیمار به بیماری را به صورت تشخیص پرستاری ثبت می‌کند.

در مستندسازی تشخیص باید:

- تشخیص بر اساس داده‌های واقعی بیمار باشد .
- از اصطلاحات استاندارد مانند (NANDA-I) استفاده شود .
- شواهد و علائم مؤید تشخیص ذکر گردد .

مثال:

تشخیص پرستاری: درد حاد مرتبط با برش جراحی، شواهد: گزارش بیمار از درد با شدت ۸ از ۱۰، حالت چهره دردناک و محدودیت حرکت.

۳. مستندسازی برنامه‌ریزی (Planning)

در این مرحله اهداف مراقبتی و مداخلات مورد نیاز برای رفع مشکلات بیمار تعیین و ثبت می‌شود.

موارد قابل ثبت:

- اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت
- اولویت‌های مراقبتی
- مداخلات پرستاری برنامه‌ریزی شده
- آموزش‌های مورد نیاز بیمار و خانواده
- همکاری با سایر اعضای تیم درمان

ویژگی اهداف:

- مشخص (Specific)
- قابل اندازه‌گیری (Measurable)
- قابل دستیابی (Achievable)
- واقع‌بینانه (Realistic)
- دارای زمان مشخص (Time-bound)

۴. مستندسازی اجرای مراقبت (Implementation)

در این مرحله تمامی اقدامات انجام‌شده باید به‌صورت دقیق و به‌ترتیب زمانی ثبت شوند.

مواردی که باید مستند شوند:

- داروهای تجویز شده (نام، دوز، مسیر، زمان)
- مراقبت‌های انجام‌شده
- اقدامات درمانی و تشخیصی

- آموزش بیمار و خانواده
- مشاوره‌ها
- تماس با پزشک و دستورات دریافت‌شده
- پاسخ فوری بیمار به مداخلات

اصول مهم:

- ثبت بلافاصله پس از انجام اقدام
- ذکر ساعت دقیق انجام مداخله
- ثبت نام و امضای ثبت‌کننده
- ثبت اقدامات واقعی، نه اقدامات برنامه‌ریزی‌شده

۵. مستندسازی ارزشیابی (Evaluation)

آخرین مرحله فرآیند پرستاری، ارزیابی اثربخشی مداخلات انجام‌شده است.

موارد قابل ثبت:

- میزان تحقق اهداف تعیین‌شده
- پاسخ بیمار به درمان
- تغییرات وضعیت بالینی
- ادامه، اصلاح یا خاتمه برنامه مراقبتی
- نیاز به مداخلات جدید

نمونه:

پس از دریافت مسکن، شدت درد بیمار از ۸ به ۳ از ۱۰ کاهش یافت. بیمار اظهار داشت درد قابل تحمل شده و قادر به استراحت است.

اصول مهم در مستندسازی فرآیند پرستاری

- مستندسازی باید بازتاب‌دهنده تمام مراحل فرآیند پرستاری باشد .
- هر مرحله باید بر اساس مرحله قبل تنظیم شود .
- ارتباط منطقی بین ارزیابی، تشخیص، برنامه، مداخله و ارزشیابی حفظ گردد .
- اطلاعات باید واقعی، دقیق، خوانا، کامل و به‌موقع ثبت شوند .
- در صورت تغییر وضعیت بیمار، فرآیند پرستاری باید مجدداً ارزیابی و مستندسازی شود .

نکات

- اگر ارزیابی ثبت نشود، تشخیص پرستاری قابل دفاع نیست .
- اگر مداخله ثبت نشود، از نظر قانونی انجام نشده تلقی می‌شود .
- اگر پاسخ بیمار مستندسازی نشود، اثربخشی مراقبت قابل ارزیابی نخواهد بود .
- مستندسازی صحیح فرآیند پرستاری، ارتباط مؤثر بین اعضای تیم درمان، تداوم مراقبت و ایمنی بیمار را تضمین می‌کند .

مستندسازی الکترونیک (Electronic Health Record - EHR)

پرونده الکترونیک سلامت (Electronic Health Record: EHR) یکی از مهم‌ترین ابزارهای نوین در ارائه مراقبت‌های ایمن، هماهنگ و مبتنی بر شواهد است. امروزه اغلب بیمارستان‌های دنیا از سیستم‌های الکترونیک برای ثبت، ذخیره، بازیابی و انتقال اطلاعات بیماران استفاده می‌کنند. مستندسازی الکترونیک علاوه بر افزایش کیفیت مراقبت، نقش مهمی در کاهش خطاهای پزشکی، بهبود ارتباط بین اعضای تیم درمان، تسهیل تصمیم‌گیری بالینی و ارتقای ایمنی بیمار دارد.

بر اساس استانداردهای سازمان جهانی بهداشت (WHO)، کمیسیون مشترک بین‌المللی (JCI) و انجمن پرستاران آمریکا (ANA)، اطلاعات ثبت‌شده در پرونده الکترونیک همان ارزش قانونی پرونده کاغذی را داشته و باید مطابق اصول حرفه‌ای، اخلاقی و قانونی ثبت شوند.

مزایای مستندسازی الکترونیک

- افزایش دقت و خوانایی اطلاعات
- دسترسی سریع اعضای تیم درمان به اطلاعات بیمار
- کاهش خطاهای ناشی از ناخوانا بودن دست خط
- کاهش خطاهای دارویی از طریق سیستم‌های هشداردهنده
- افزایش هماهنگی بین واحدهای درمانی
- تسهیل پایش کیفیت خدمات
- امکان استخراج داده‌ها برای آموزش، پژوهش و مدیریت
- کاهش ثبت اطلاعات تکراری

الزامات مستندسازی در EHR

پرستار موظف است:

- اطلاعات را بلافاصله پس از انجام مراقبت ثبت کند .
- از نام کاربری و رمز عبور اختصاصی خود استفاده نماید .
- هرگز اطلاعات را با حساب کاربری سایر افراد ثبت نکند .
- قبل از ثبت، هویت بیمار را به‌درستی بررسی کند .
- اطلاعات را دقیق، کامل، خوانا و بر اساس واقعیت ثبت نماید .
- از اصلاح یا حذف اطلاعات خارج از ضوابط سیستم خودداری کند .
- محرمانگی اطلاعات بیمار را رعایت کرده و از خروج بدون Sign Out از سیستم خودداری نماید .

اصول امنیت اطلاعات

- عدم افشای نام کاربری و رمز عبور

- قفل کردن رایانه هنگام ترک محل کار
- استفاده از سامانه فقط برای ارائه مراقبت
- عدم ثبت اطلاعات بیماران خارج از سیستم بیمارستان
- رعایت قوانین محرمانگی اطلاعات سلامت

مستندسازی دارودرمانی

اهمیت مستندسازی دارو

مستندسازی صحیح دارودرمانی یکی از مهم‌ترین اقدامات پرستاری برای تضمین ایمنی بیمار و پیشگیری از خطاهای دارویی است. ثبت دقیق اطلاعات دارویی موجب تداوم درمان، ارزیابی اثربخشی داروها و حمایت قانونی از عملکرد پرستار می‌شود.

اصل مهم در پرستاری این است که:

دارویی که ثبت نشده است، از نظر قانونی تجویز یا دریافت نشده تلقی می‌شود.

اطلاعاتی که باید ثبت شوند

پس از تجویز دارو، موارد زیر باید در پرونده ثبت شوند:

- نام دارو
- دوز دارو
- شکل دارویی
- مسیر مصرف
- زمان دقیق تجویز
- نام یا امضای پرستار

- پاسخ بیمار به دارو
- عوارض جانبی مشاهده شده
- علت عدم تجویز دارو (در صورت عدم اجرا)

موارد ویژه در مستندسازی دارودرمانی

در موارد زیر مستندسازی دقیق تر ضروری است:

- داروهای پرخطر (High-alert Medications)
 - داروهای مخدر
 - انسولین
 - فرآورده های خونی
 - داروهای شیمی درمانی
 - داروهای وریدی با سرعت انفوزیون مشخص
- در این موارد باید علاوه بر اطلاعات معمول، نتایج پایش بیمار نیز ثبت شود.

مستندسازی واکنش های دارویی

در صورت مشاهده هرگونه واکنش دارویی باید موارد زیر ثبت گردد:

- زمان شروع علائم
- نوع علائم
- شدت واکنش
- اقدامات انجام شده
- اطلاع به پزشک
- پاسخ بیمار

ثبت امتناع بیمار از دریافت دارو

در صورتی که بیمار از دریافت دارو خودداری کند، باید موارد زیر مستند شوند:

- نام داروی تجویز شده
- دلیل امتناع بیمار
- آموزش‌های ارائه شده
- اطلاع به پزشک
- وضعیت نهایی بیمار

مستندسازی آموزش بیمار

اهمیت آموزش بیمار

آموزش بیمار یکی از مسئولیت‌های اصلی پرستار است و باید همانند سایر مراقبت‌های پرستاری مستندسازی شود. ثبت آموزش‌ها نشان‌دهنده انجام مسئولیت حرفه‌ای پرستار بوده و از نظر قانونی اهمیت زیادی دارد.

مواردی که باید ثبت شوند

پس از ارائه آموزش، اطلاعات زیر باید ثبت گردد:

- موضوع آموزش
- علت آموزش
- زمان آموزش
- فرد آموزش‌دیده (بیمار یا همراه)
- روش آموزش (شفاهی، عملی، بروشور، فیلم آموزشی و ...)
- میزان مشارکت بیمار

- میزان درک بیمار از مطالب

- نیاز به آموزش مجدد

موضوعات رایج آموزش بیمار

- مصرف صحیح داروها

- رژیم غذایی

- فعالیت بدنی

- مراقبت از زخم

- کنترل درد

- پیشگیری از سقوط

- پیشگیری از عفونت

- علائم هشداردهنده

- مراقبت‌های پس از ترخیص

- زمان مراجعه مجدد

ارزیابی اثربخشی آموزش

پس از پایان آموزش، پرستار باید ارزیابی کند که آیا بیمار مطالب را فراگرفته است یا خیر. روش‌های ارزیابی شامل:

- پرسش و پاسخ

- درخواست از بیمار برای توضیح مجدد مطالب (Teach-back)

- مشاهده انجام صحیح مهارت توسط بیمار

- ارزیابی تغییر رفتار بیمار

نتیجه ارزیابی نیز باید در پرونده ثبت شود.

اصول مستندسازی آموزش

- آموزش باید متناسب با سطح سواد و شرایط بیمار باشد .
- مطالب آموزش داده شده باید دقیق و قابل فهم باشند .
- آموزش های انجام شده باید بلافاصله ثبت شوند .
- در صورت عدم همکاری بیمار، علت آن ثبت گردد .
- آموزش های تکمیلی مورد نیاز برای ادامه مراقبت مشخص شود .

نکات

- اطلاعات ثبت شده در پرونده الکترونیک از نظر حقوقی همان اعتبار پرونده کاغذی را دارند .
- مستندسازی دارودرمانی باید شامل تجویز، اجرا، پایش و پاسخ بیمار باشد .
- آموزش بیمار زمانی کامل تلقی می شود که علاوه بر ارائه آموزش، میزان یادگیری و اثربخشی آن نیز ارزیابی و مستندسازی شود .
- رعایت اصول مستندسازی الکترونیک، دارودرمانی و آموزش بیمار نقش مهمی در ارتقای کیفیت مراقبت، کاهش خطاهای درمانی و افزایش ایمنی بیمار دارد.

مستندسازی تحویل شیفت

مقدمه

تحویل شیفت یکی از مهم ترین فرآیندهای ارتباطی در پرستاری است که طی آن مسئولیت مراقبت از بیمار از یک پرستار به پرستار دیگر منتقل می شود. مستندسازی صحیح تحویل شیفت نقش مهمی در تداوم مراقبت، کاهش خطاهای درمانی، افزایش ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت خدمات دارد. بر اساس استانداردهای سازمان

جهانی بهداشت (WHO) و کمیسیون مشترک بین‌المللی (JCI)، ارتباط مؤثر هنگام تحویل شیفت یکی از اهداف بین‌المللی ایمنی بیمار محسوب می‌شود.

اطلاعاتی که باید در تحویل شیفت ثبت یا منتقل شوند

- هویت کامل بیمار و وضعیت بستری
- تشخیص پزشکی و مشکلات اصلی بیمار
- وضعیت علائم حیاتی و آخرین تغییرات بالینی
- سطح هوشیاری و وضعیت عصبی
- وضعیت تنفس، گردش خون و اکسیژن‌درمانی
- داروهای مهم دریافت‌شده و داروهای نوبت بعدی
- سرم‌ها، کاتترها، درن‌ها و تجهیزات متصل به بیمار
- نتایج مهم آزمایش‌ها و اقدامات تشخیصی
- مراقبت‌های انجام‌شده و اقدامات برنامه‌ریزی‌شده
- مشکلات یا خطرات احتمالی (مانند خطر سقوط، زخم فشاری، آلرژی، محدودسازی)
- آموزش‌های ارائه‌شده به بیمار و خانواده
- دستورات جدید پزشک و اقدامات پیگیری مورد نیاز

اصول مستندسازی تحویل شیفت

- اطلاعات باید دقیق، مختصر و به‌روز باشند.
- از انتقال اطلاعات ناقص یا غیرمستند خودداری شود.
- در صورت استفاده از فرم استاندارد، تمامی قسمت‌ها تکمیل گردد.
- اطلاعات محرمانه فقط با اعضای مجاز تیم درمان به اشتراک گذاشته شود.

- تحویل شیفت باید به صورت تعاملی انجام شود تا امکان پرسش و پاسخ وجود داشته باشد .

مستندسازی وقایع غیرمنتظره و خطاها

مقدمه

وقایع غیرمنتظره شامل هر رویدادی است که منجر به آسیب بیمار شده یا احتمال آسیب را ایجاد کرده است. ثبت دقیق این وقایع علاوه بر حمایت از ایمنی بیمار، امکان تحلیل ریشه‌ای خطاها و پیشگیری از تکرار آن‌ها را فراهم می‌کند.

نمونه‌هایی از وقایع غیرمنتظره

- سقوط بیمار
- خطاهای دارویی
- واکنش‌های شدید دارویی
- انتقال خون اشتباه
- آسیب ناشی از تجهیزات پزشکی
- خروج ناخواسته کاتتر یا لوله‌ها
- زخم فشاری ایجاد شده در بیمارستان
- فرار یا مفقود شدن بیمار
- حوادث مرتبط با ایمنی بیمار

اصول مستندسازی وقایع غیرمنتظره

- ثبت فوری و بدون تأخیر
- ثبت فقط واقعیت‌ها و مشاهدات
- ذکر دقیق زمان، مکان و افراد حاضر

- ثبت وضعیت بیمار قبل، حین و بعد از حادثه
- ثبت اقدامات انجام شده برای بیمار
- ثبت اطلاع رسانی به پزشک و مسئول مربوطه
- عدم نسبت دادن تقصیر یا ارائه قضاوت شخصی
- تکمیل فرم گزارش حادثه طبق دستورالعمل بیمارستان

نحوه اصلاح اشتباه در پرونده

مقدمه

اشتباه در مستندسازی ممکن است رخ دهد، اما اصلاح آن باید مطابق قوانین و دستورالعمل های سازمان انجام شود تا اعتبار قانونی پرونده حفظ گردد.

اصول اصلاح اشتباه در پرونده کاغذی

- هرگز از لاک، پاک کن یا محوکننده استفاده نشود .
- روی عبارت اشتباه فقط یک خط نازک کشیده شود، به گونه ای که متن اولیه همچنان قابل خواندن باشد .
- عبارت صحیح در کنار یا بالای متن نوشته شود .
- تاریخ، ساعت و امضای اصلاح کننده ثبت گردد .
- دلیل اصلاح، در صورت نیاز، ذکر شود .

اصول اصلاح اشتباه در پرونده الکترونیک

- اصلاح اطلاعات فقط از طریق امکانات پیش بینی شده در سامانه انجام شود .
- از حذف یا ویرایش غیرمجاز اطلاعات خودداری گردد .
- تمامی اصلاحات باید دارای تاریخ، ساعت و نام کاربر ثبت کننده باشند

مواردی که نباید انجام شوند

- پاک کردن یا مخدوش کردن اطلاعات
- ثبت اطلاعات به جای فرد دیگر
- امضای مستندات سایر کارکنان
- ثبت اطلاعات قبل از انجام مراقبت
- افزودن اطلاعات با تاریخ یا ساعت غیرواقعی
- تغییر اطلاعات با هدف پنهان کردن خطا

اختصارات مجاز و غیرمجاز در مستندسازی

مقدمه

استفاده از اختصارات در مستندسازی پرستاری با هدف افزایش سرعت ثبت اطلاعات انجام می شود، اما به کارگیری اختصارات غیراستاندارد یا مبهم می تواند منجر به سوءبرداشت، خطاهای درمانی و آسیب به بیمار شود. بر اساس توصیه های (JCI) Institute for Safe Joint Commission International Medication Practices (ISMP) و American Nurses Association (ANA)، تنها اختصارات مورد تأیید سازمان باید مورد استفاده قرار گیرند.

اصول استفاده از اختصارات

- فقط از اختصارات مصوب بیمارستان یا وزارت بهداشت استفاده شود .
- از اختصاراتی که ممکن است چند معنا داشته باشند، اجتناب گردد .
- در صورت احتمال سوءبرداشت، واژه به طور کامل نوشته شود .
- اختصارات مربوط به داروها، دوزها و مسیر تجویز باید مطابق دستورالعمل های سازمان باشد .

توصیه های ایمنی

- در صورت تردید، واژه را به‌طور کامل بنویسید .
- لیست اختصارات مجاز باید در تمامی بخش‌ها در دسترس کارکنان باشد .
- استفاده از اختصارات غیرمجاز می‌تواند به‌عنوان خطای مستندسازی تلقی شود .

اشتباهات رایج در مستندسازی

بخش قابل توجهی از خطاهای حرفه‌ای و شکایات قانونی علیه کارکنان سلامت، ناشی از مستندسازی ناقص یا نادرست است. رعایت اصول استاندارد مستندسازی از بروز این مشکلات جلوگیری می‌کند.

اشتباهات رایج

- تأخیر در ثبت اطلاعات
- ثبت اطلاعات قبل از انجام مراقبت
- ناقص نوشتن اقدامات انجام‌شده
- استفاده از عبارات مبهم مانند «حال بیمار خوب است»
- ثبت قضاوت شخصی به‌جای واقعیت‌های بالینی
- حذف یا تغییر اطلاعات بدون رعایت ضوابط
- ثبت اطلاعات به جای سایر کارکنان
- استفاده از اختصارات غیرمجاز
- عدم ثبت پاسخ بیمار به مداخلات
- ثبت نکردن آموزش بیمار یا امتناع از درمان
- عدم درج تاریخ، ساعت، نام یا امضا
- باقی گذاشتن فضای خالی در فرم‌ها

راهکارهای پیشگیری

- ثبت اطلاعات بلافاصله پس از انجام مراقبت
- استفاده از زبان علمی، دقیق و عینی
- رعایت ترتیب زمانی ثبت اطلاعات
- بازبینی مستندات قبل از پایان شیفت
- آشنایی با دستورالعمل‌های مستندسازی بیمارستان

مستندسازی در شرایط ویژه

۱. مستندسازی احیای قلبی – ریوی (CPR)

مواردی که باید ثبت شوند:

- زمان دقیق وقوع ایست قلبی یا تنفسی
- زمان شروع و پایان CPR
- ریتم اولیه بیمار
- اقدامات انجام شده (ماساژ قلبی، دفیبریلاسیون، راه هوایی و ...)
- داروهای تجویز شده، دوز و زمان مصرف
- پاسخ بیمار به احیا
- زمان بازگشت گردش خون (ROSC) یا خاتمه احیا
- اسامی اعضای تیم احیا

۲. مستندسازی سقوط بیمار

موارد قابل ثبت:

- تاریخ، ساعت و محل وقوع سقوط
- شرایط وقوع حادثه
- وضعیت بیمار قبل و بعد از سقوط
- نتایج معاینه و آسیب‌های احتمالی
- اقدامات درمانی انجام‌شده
- اطلاع به پزشک و خانواده
- تکمیل فرم گزارش حادثه
- اقدامات پیشگیرانه برای جلوگیری از تکرار

۳. مستندسازی زخم فشاری :

اطلاعات ضروری:

- محل زخم
- مرحله زخم (Stage)
- اندازه (طول، عرض و عمق)
- وضعیت پوست اطراف
- وجود ترشح، نکروز یا عفونت
- اقدامات درمانی انجام‌شده
- پاسخ بیمار به درمان
- برنامه مراقبتی و زمان ارزیابی مجدد

۴. مستندسازی انتقال خون

موارد قابل ثبت:

- اندیکاسیون انتقال خون
- نوع فرآورده خونی
- گروه خون بیمار و فرآورده
- نتایج تطابق هویتی
- زمان شروع و پایان انتقال
- علائم حیاتی قبل، حین و بعد از انتقال
- واکنش‌های احتمالی بیمار
- اقدامات انجام‌شده در صورت بروز واکنش
- نام و امضای مسئولان انتقال خون

۵. مستندسازی در مورد محدودسازی بیمار

اطلاعات ضروری:

- علت محدودسازی
- نوع محدودسازی
- دستور پزشک
- زمان شروع و پایان
- وضعیت گردش خون، پوست و اندام‌ها
- ارزیابی‌های دوره‌ای
- نیاز مستمر به ادامه محدودسازی
- آموزش بیمار یا همراه
- مراقبت‌های انجام‌شده در طول محدودسازی

۶. مستندسازی انتقال اخبار ناگوار

موارد قابل ثبت

- زمان و مکان ارائه خبر
- افراد حاضر
- خلاصه اطلاعات ارائه شده
- واکنش بیمار یا خانواده
- حمایت های روانی ارائه شده
- سؤالات مطرح شده و پاسخ های داده شده
- برنامه پیگیری یا ارجاع به خدمات حمایتی

نکات کلیدی

- مستندسازی در شرایط ویژه باید دقیق تر، کامل تر و زمان مند باشد .
- هرگونه تغییر در وضعیت بیمار باید بلافاصله ثبت شود .
- در تمامی موارد، اطلاعات باید واقعی، عینی و بدون قضاوت شخصی باشند .
- تکمیل فرم های اختصاصی بیمارستان مانند فرم CPR ، فرم سقوط یا فرم وقایع ناخواسته جایگزین ثبت اطلاعات در پرونده بیمار نیست و هر دو باید مطابق دستورالعمل سازمان تکمیل شوند.

ملاحظات حقوقی و قضایی مستندسازی

مستندسازی پرستاری علاوه بر نقش درمانی، یک سند رسمی، قانونی و قابل استناد در مراجع قضایی، سازمان نظام پرستاری، کمیته های بررسی خطاهای پزشکی و سازمان های اعتباربخشی محسوب می شود. کیفیت مستندسازی می تواند در دفاع از عملکرد حرفه ای پرستار یا اثبات قصور نقش تعیین کننده ای داشته باشد. از دیدگاه حقوقی، پرونده بیمار مهم ترین مدرک برای بررسی اقدامات درمانی انجام شده است.

یکی از اصول پذیرفته‌شده در حقوق سلامت این است که:

اگر اقدامی مستندسازی نشده باشد، از نظر قانونی انجام نشده تلقی می‌شود

بنابراین، مسئولیت پرستار تنها انجام مراقبت نیست، بلکه ثبت دقیق، کامل و به‌موقع آن نیز بخشی از وظایف حرفه‌ای وی محسوب می‌شود.

اصول حقوقی مستندسازی

پرستار موظف است:

- تمامی اقدامات انجام‌شده را به‌صورت واقعی، دقیق و بدون اغراق ثبت کند .
- مستندسازی را بلافاصله پس از انجام مراقبت انجام دهد .
- اطلاعات را بدون قضاوت شخصی و بر اساس شواهد ثبت نماید .
- از ثبت اطلاعات نادرست، ساختگی یا گمراه‌کننده خودداری کند .
- هرگونه اصلاح در پرونده را مطابق دستورالعمل‌های سازمان انجام دهد .
- محرمانگی اطلاعات بیمار را مطابق قوانین و اصول اخلاق حرفه‌ای رعایت کند .
- از امضا یا ثبت اطلاعات به جای سایر افراد خودداری نماید .

پیامدهای حقوقی مستندسازی نامناسب

مستندسازی ناقص یا نادرست می‌تواند منجر به:

- مسئولیت انتظامی
- مسئولیت مدنی
- مسئولیت کیفری در موارد خاص
- افزایش احتمال محکومیت در دعاوی قصور پزشکی
- کاهش اعتبار حرفه‌ای پرستار

- ایجاد اختلال در تداوم مراقبت

- افزایش احتمال وقوع خطاهای درمانی

مواردی که از نظر حقوقی تخلف محسوب می‌شوند

- ثبت اطلاعات غیرواقعی

- ثبت اقدامی که انجام نشده است .

- ثبت اطلاعات به جای همکار دیگر .

- حذف، پاک کردن یا مخدوش کردن مستندات .

- ثبت اطلاعات با تاریخ یا ساعت غیرواقعی .

- تغییر مستندات پس از وقوع حادثه بدون رعایت ضوابط .

- افشای اطلاعات محرمانه بیمار برای افراد غیرمجاز .

نمونه‌های صحیح و ناصحیح مستندسازی

مثال اول: ثبت وضعیت درد بیمار

ناصحیح

بیمار حال خوبی ندارد.

اشکال: عبارت مبهم، غیرقابل اندازه‌گیری و فاقد ارزش بالینی است.

صحیح

بیمار درد برش جراحی را با شدت ۸ از ۱۰ بر اساس مقیاس عددی درد گزارش می‌کند. درد در ناحیه شکم متمرکز بوده و با حرکت تشدید می‌شود.

مثال دوم: ثبت علائم حیاتی

ناصحیح

علائم حیاتی طبیعی است.

صحیح

فشار خون: ۸۰/۱۲۰ میلی‌متر جیوه، نبض: ۸۲ ضربه در دقیقه، تعداد تنفس: ۱۸ بار در دقیقه، دمای بدن: ۳۷.۱ درجه سانتی‌گراد، اشباع اکسیژن: ۹۸ درصد با هوای اتاق.

مثال سوم: ثبت آموزش بیمار

ناصحیح

به بیمار آموزش داده شد.

صحیح

آموزش نحوه مصرف صحیح آنتی‌بیوتیک، تکمیل دوره درمان، عوارض احتمالی و علائم هشدار به بیمار و همسر وی ارائه شد. بیمار مطالب را با روش Teach-back به درستی بازگو کرد.

مثال چهارم: ثبت دارودرمانی

ناصحیح

دارو تزریق شد.

صحیح

ساعت ۱۰:۰۰، مورفین ۲ میلی‌گرم وریدی طبق دستور پزشک تجویز شد. پیش از تجویز، شدت درد ۸ از ۱۰ بود. سی دقیقه پس از تزریق، شدت درد به ۳ از ۱۰ کاهش یافت. بیمار عارضه‌ای گزارش نکرد.

مثال پنجم: ثبت سقوط بیمار

ناصحیح

بیمار افتاد.

صحیح

ساعت ۱۴:۲۰ بیمار هنگام خروج از تخت بدون کمک دچار سقوط شد. بیمار هوشیار بود و از درد خفیف در ناحیه لگن شکایت داشت. علائم حیاتی پایدار بود. پزشک معالج مطلع شد، معاینه انجام گرفت و فرم گزارش حادثه تکمیل شد.

مثال ششم: ثبت امتناع بیمار از درمان

ناصحیح

بیمار همکاری نکرد.

صحیح

بیمار پس از دریافت توضیحات کامل درباره مزایا و عوارض احتمالی، از دریافت داروی تجویز شده امتناع کرد و دلیل آن را ترس از عوارض دارو اعلام نمود. پزشک معالج مطلع شد و موضوع در پرونده ثبت گردید

نکات مهم

- از واژه‌های دقیق، علمی و قابل اندازه‌گیری استفاده کنید .
- آنچه مشاهده کرده‌اید بنویسید، نه آنچه حدس می‌زنید .
- به‌جای قضاوت، رفتار یا یافته بالینی را توصیف کنید .
- اقدامات انجام‌شده و پاسخ بیمار را همواره مستند نمایید .
- هر ثبت باید دارای تاریخ، ساعت و نام یا امضای ثبت‌کننده باشد .

چک‌لیست ارزیابی مستندسازی پرستاران

این چک‌لیست می‌تواند توسط سرپرستار برای بررسی کیفیت مستندسازی پرستاران مورد استفاده قرار گیرد.

نیاز به اصلاح	خیر	بلی	شاخص ارزیابی	ردیف
☐	☐	☐	تمامی ثبت‌ها دارای تاریخ و ساعت دقیق هستند	1
☐	☐	☐	نام، امضا یا شناسه ثبت‌کننده در تمامی مستندات درج شده است	2
☐	☐	☐	اطلاعات به‌موقع و بلافاصله پس از ارائه مراقبت ثبت شده‌اند	3
☐	☐	☐	اطلاعات ثبت‌شده دقیق، واقعی و مبتنی بر شواهد بالینی هستند	4
☐	☐	☐	از عبارات مبهم، قضاوتی یا غیرعلمی استفاده نشده است	5
☐	☐	☐	تمامی ارزیابی‌های اولیه و دوره‌ای بیمار مستندسازی شده‌اند	6
☐	☐	☐	تشخیص‌های پرستاری و برنامه مراقبتی به‌درستی ثبت شده‌اند	7
☐	☐	☐	مداخلات پرستاری و درمانی به‌طور کامل مستند شده‌اند	8
☐	☐	☐	پاسخ بیمار به مداخلات و درمان‌ها ثبت شده است	9
☐	☐	☐	دارودرمانی مطابق استاندارد (نام دارو، دوز، مسیر، زمان و پاسخ بیمار) ثبت شده است	10
☐	☐	☐	آموزش‌های ارائه‌شده به بیمار یا خانواده مستندسازی شده است	11
☐	☐	☐	تحويل شیفت به‌صورت کامل و استاندارد ثبت شده است	12
☐	☐	☐	وقایع غیرمنتظره و اقدامات انجام‌شده به‌طور کامل مستندسازی شده‌اند	13
☐	☐	☐	اصلاح اشتباهات مطابق دستورالعمل سازمان انجام شده است	14
☐	☐	☐	از اختصارات مجاز استفاده شده و اختصارات ممنوعه به‌کار نرفته است	15
☐	☐	☐	مستندسازی با رعایت محرمانگی اطلاعات بیمار انجام شده است	16
☐	☐	☐	مستندسازی از نظر خوانایی، نظم و توالی زمانی مناسب است	17

18	پرونده از نظر کامل بودن اطلاعات، فاقد فضای خالی غیرضروری است	☐	☐	☐
----	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

امتیازدهی پیشنهادی:

- 16 تا ۱۸ امتیاز: عالی
- 13 تا ۱۵ امتیاز: خوب
- 10 تا ۱۲ امتیاز: قابل قبول (نیازمند آموزش تکمیلی)
- کمتر از ۱۰ امتیاز: نیازمند بازآموزی و پایش مجدد

جمع‌بندی و نکات کلیدی

مستندسازی صحیح یکی از ارکان اصلی مراقبت حرفه‌ای، ایمنی بیمار و کیفیت خدمات پرستاری است. هر اقدامی که برای بیمار انجام می‌شود باید به‌صورت دقیق، کامل، خوانا، به‌موقع و مبتنی بر واقعیت در پرونده ثبت گردد. مستندسازی مناسب موجب تداوم مراقبت، تسهیل ارتباط بین اعضای تیم درمان، کاهش خطاهای پزشکی و حمایت قانونی از عملکرد پرستار می‌شود.

نکات کلیدی که هر پرستار باید همواره به خاطر داشته باشد:

- اگر اقدامی ثبت نشده باشد، از نظر قانونی انجام نشده تلقی می‌شود .
- مستندسازی باید بلافاصله پس از انجام مراقبت صورت گیرد .
- فقط واقعیت‌ها، مشاهدات و یافته‌های بالینی ثبت شوند؛ از قضاوت شخصی خودداری شود .
- تمامی ثبت‌ها باید دارای تاریخ، ساعت و نام یا امضای ثبت‌کننده باشند .
- پاسخ بیمار به درمان‌ها و مداخلات همواره باید مستند شود .
- هرگونه خطا یا حادثه باید صادقانه، دقیق و مطابق دستورالعمل‌های سازمان ثبت و گزارش شود .
- از اختصارات غیرمجاز، پاک کردن اطلاعات یا ثبت اطلاعات به‌جای دیگران خودداری شود .

- محرمانگی اطلاعات بیمار در تمام مراحل مستندسازی باید رعایت گردد .
- مستندسازی صحیح، بخشی از فرآیند پرستاری و نشان‌دهنده تفکر بالینی و مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای پرستار است .

فهرست منابع

1. American Nurses Association (ANA). *Principles for Nursing Documentation: Guidance for Registered Nurses*. Silver Spring, MD: ANA; Latest Edition.
2. International Council of Nurses (ICN). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. 2021.
3. World Health Organization (WHO). *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*. Geneva: WHO.
4. Joint Commission International (JCI). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. Latest Edition.
5. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). *ISMP Guidelines and Safe Practice Recommendations*. Latest Updates.
6. Potter PA, Perry AG, et al. *Fundamentals of Nursing*. 11th ed. Elsevier; 2025.
7. Taylor C, Lynn P, Bartlett JL. *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Person-Centered Care*. 10th ed. Wolters Kluwer.
8. Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 16th ed. Wolters Kluwer.
9. NANDA International. *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2024–2026*. Thieme.
10. Herdman TH, Kamitsuru S, Takáo Lopes C. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2024–2026*. Thieme.
11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Patient Safety Network (PSNet): Documentation and Communication Resources*.

12. Health Information and Management Systems Society (HIMSS). *Electronic Health Record Documentation Best Practices*. Latest Update.
13. Müller-Staub M, et al. Evidence-based nursing documentation and patient outcomes: A systematic review.
14. Wang N, et al. Nursing documentation quality and patient safety: An integrative review. *Journal of Nursing Management*.
15. Recent review articles (2023–2025) on nursing documentation, patient safety, and electronic health records published in *Journal of Advanced Nursing*, *International Journal of Nursing Studies*, *BMC Nursing* and *Nurse Education Today*."/>