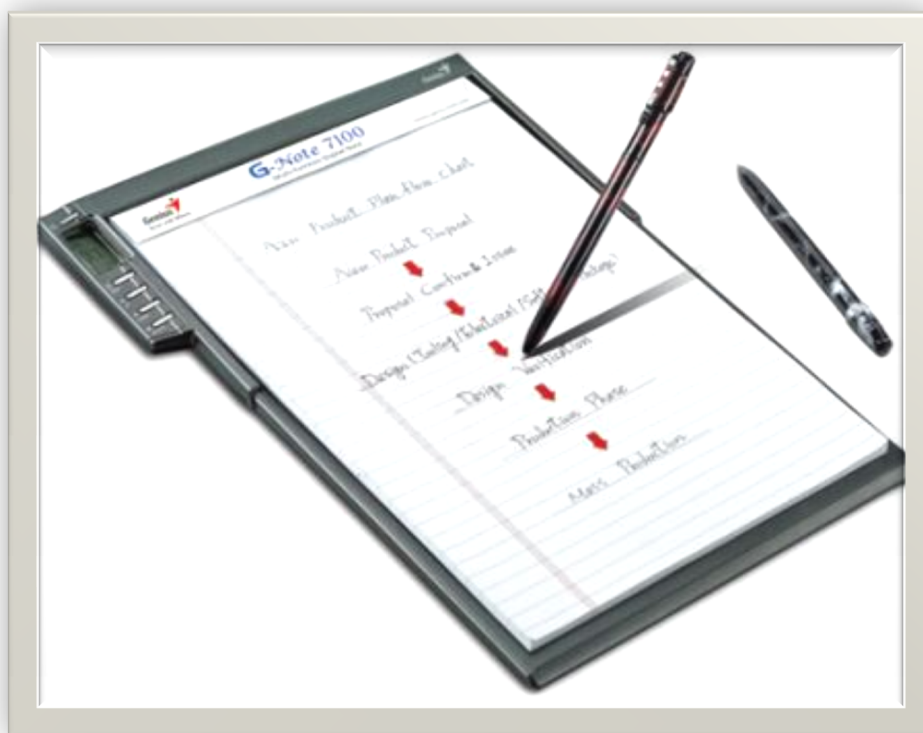


گزارش نویسی در پرستاری



مرکز پزشکی آموزشی درمانی پانزده خرداد
واحد آموزش دفتر پرستاری

فهرست مطالب

۳	اهداف کلی.....
۳	۱ مقدمه.....
۳	۱.۱ تعریف گزارش.....
۴	۱.۲ اهداف گزارش نویسی.....
۵	۲ روش‌های گزارش نویسی.....
۵	۲.۱ گزارش نویسی به روش سنتی یا بیمارستانی.....
۵	۲.۲ گزارش نویسی به روش SOAPIE.....
۶	۲.۳ گزارش نویسی بر اساس شیوه مشکل مدار P.O.M.R.....
۶	۲.۴ گزارش نویسی به روش گام به گام.....
۷	۲.۵ گزارش نویسی براساس تشخیص پرستاری.....
۷	۲.۶ گزارش داستانی.....
۸	۳ خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح.....
۸	۳.۱ حقیقت در گزارش نویسی.....
۸	۳.۲ دقت در گزارش نویسی.....
۹	۳.۳ کامل و مختصر بودن گزارش.....
۱۰	۳.۴ پویا بودن گزارش.....
۱۰	۳.۵ سازماندهی و محرمانه بودن گزارش.....
۱۱	۴ راهنمایی ثبت برخی از اقدامات پرستاری.....
۱۱	۴.۱ درد.....
۱۱	۴.۲ دارو درمانی.....
۱۲	۴.۳ درمان داخل وریدی.....
۱۲	۴.۴ انتقال خون.....
۱۳	۴.۵ مانیتور قلب و مراقبت از پیس میکر.....
۱۳	۴.۶ فیزیوتراپی ریه، تخلیه ترشحات ریوی و اکسیژن درمانی.....
۱۴	۴.۷ لوله گذاری معده – روده‌ای.....
۱۵	۴.۸ مراقبت از زخم و ناحیه برش عمل جراحی.....
۱۵	۴.۹ نکات اساسی در ثبت گزارش CPR.....
۱۶	بایدها و نبایدها.....
۱۶	خلاصه.....
۱۷	۵ منابع.....

اهداف کلی

در تدوین این درس هدف‌های کلی زیر در نظر بوده‌اند. انتظار می‌رود شما پس از خواندن این مطالب به هدف‌های زیر نائل آید. آشنایی با:

۱. تعریف گزارش
۲. اهداف گزارش‌نویسی
۳. روش‌های گزارش‌نویسی
۴. خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح
۵. گزارش برخی از اقدامات پرستاری
۶. بایدها و نبایدها در گزارش‌نویسی

به منظور دستیابی به هدف‌های کلی بالا در ابتدای هر بخش یک سری هدف‌های یادگیری تدوین شده‌اند که شما را در رسیدن به هدف‌های کلی راهنمایی می‌کنند.

۱ مقدمه

➤ مفاهیم کلیدی

- هر نوع انتقال اطلاعات به فرد یا افرادی مشخص بر مبنای موازین علمی و طبق اصول و ضوابطی ویژه و به منظور حصول اطلاع یا اتخاذ تصمیم، گزارش گفته می‌شود.
- یکی از مهم‌ترین مدارک پرونده بیماران، گزارش پرستاری می‌باشد.
- ثبت و گزارش‌دهی منبع ارزشمندی از اطلاعاتی است که توسط همه اعضای تیم مراقبتی و بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

➤ اهداف یادگیری

شما پس از مطالعه این بخش قادر خواهید بود:

۱. گزارش را تعریف کنید.
۲. حداقل ۴ مورد از اهداف گزارش‌دهی و گزارش‌نویسی را ذکر کنید.

۱.۱ تعریف گزارش

گزارش در لغت به معنی تفسیر، شرح و تفصیل خبر یا کاری که انجام یافته است (فرهنگ عمید) یا بیان و اظهار (فرهنگ معین) و در اصطلاح انتقال اطلاعات از فردی که آن را می‌داند یا به دست آورده، به فردی که نمی‌داند و نیازمند اطلاعات مزبور می‌باشد یا باید از آنها آگاهی داشته باشد، است. در تعریف می‌توان گفت به هر نوع انتقال اطلاعاتی که بر مبنای موازین علمی از منابع موثق تحصیل گردیده، و طبق اصول و ضوابطی ویژه تنظیم و تدوین شده باشد، و به فرد یا افرادی مشخص به منظور حصول اطلاع یا اتخاذ تصمیم ارائه گردد، گزارش گفته می‌شود.

ثبت و گزارش‌نویسی در برگیرنده نوشتن یا چاپ مطالبی است که به عنوان گزارش یا دلیل و مدرک برای بررسی صلاحیت افراد تلقی می‌شوند. ثبت گزارشات پزشکی و بالینی بیمار یکی از جنبه‌های فعالیت پرستاری است. گزارشات پرستاری باید دقیق، قابل درک، به اندازه کافی جهت اصلاح نتایج حیاتی انعطاف پذیر، نشان دهنده تداوم مراقبت‌ها، نشان دهنده دستیابی به پیامدهای مورد انتظار بیمار و استانداردهای صحیح رایج در فعالیت پرستاری باشد.

اطلاعات موجود در گزارش بیمار باید حاوی جزئیات و کیفیت مراقبت‌های ارایه شده به بیمار باشد. یک گزارش مطلوب نشان دهنده تداوم مراقبت، صرفه جویی در زمان و دارای حداقل خطاها می‌باشد.

پرستار به عنوان یکی از اعضای تیم مراقبت بهداشتی، لازم است که اطلاعات مربوط به بیمار را به دقت، در زمان مناسب و به روشی مؤثر انتقال دهد. کیفیت مراقبت ارایه شده به بیمار، به توانایی ارایه دهنده مراقبت در برقراری ارتباط با دیگر افراد بستگی دارد. تمامی ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به اطلاعات مشابهی درباره مددجو احتیاج دارند تا بتوانند یک برنامه سازماندهی شده و قابل درک، تدوین کنند. در صورتی که برنامه درمانی با دیگر اعضای تیم مراقبتی در میان گذاشته نشود، مراقبت‌ها ممکن است به طور منقطع اجرا شود یا ارایه درمان‌ها به تاخیر بیفتد یا یک مرحله از درمان حذف شود.

به جرات می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین مدارک پرونده بیماران، گزارش پرستاری می‌باشد. گزارش پرستاری جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس می‌کند. در بیان ارزش گزارش پرستاری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد :

۱. نافذ ترین سند در مراجع قضایی برای دفاع از پرستاران و پزشکان است.
۲. سندی با ارزش برای مراقبت مداوم از بیمار است، زیرا مراقبت پرستاری اصولی و مؤثر از بیمار نیازمند کسب اطلاعات کامل و پویا از وضعیت سلامتی، اقدامات تشخیصی درمانی، مراقبتی و آموزشی می‌باشد.
۳. سندی مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران مانند پزشک و... می‌باشد.
۴. سندی مهم برای پژوهش و نظارت است.
۵. موارد دیگر

۱.۲ اهداف گزارش نویسی

ثبت و گزارش دهی منبع ارزشمندی از اطلاعاتی است که توسط همه اعضای تیم مراقبتی و بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخی از اهداف گزارش دهی و گزارش نویسی عبارتند از:

۱. برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان
۲. آموزش به دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی
۳. تهیه صورتحساب مالی
۴. ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی از بیمار
۵. پژوهش و کمک در دستیابی به یافته‌های جدید
۶. نظارت، کنترل و ارزشیابی سیستم‌های مراقبتی، درمانی و بهداشتی
۷. پیش بینی نیازهای بهداشتی، درمانی و مراقبتی

➤ آزمون

۱. کدام یک از موارد زیر جزء اهداف گزارش نویسی است؟
 الف) برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان
 ب) تهیه صورتحساب مالی
 ج) پژوهش و کمک در دستیابی به یافته‌های جدید
 د) همه موارد بالا
۲. کدام یک از موارد زیر در رابطه با گزارش نویسی پرستاری صحیح‌تر است؟
 الف) هر گونه انتقال اطلاعات مربوط به بیمار
 ب) گزارش ذهنی پرستار
 ج) انتقال اطلاعات ضروری مربوط به بیمار
 د) اطلاعات مورد نیاز مراجع غذایی

۲ روش‌های گزارش‌نویسی

➤ مفاهیم کلیدی

۱. سیستم‌های ثبتی متعددی برای گزارش اطلاعات مددجو وجود دارند، که این سیستم‌ها معمولاً توسط سرویس‌های پرستاری و با توجه به سیاست‌های سازمان انتخاب می‌شوند.
۲. در یک موسسه باید یک سیستم ثبت یکسان مورد استفاده قرار گیرد.
- برخی از روش‌های متداول گزارش‌نویسی عبارتند از: روش سنتی یا بیمارستانی، روش SOAPIE، بر اساس شیوه مشکل‌مدار یا P.O.M.R، روش گام به گام، بر اساس تشخیص پرستاری، روش داستانی

➤ اهداف یادگیری

- شما پس از مطالعه این بخش قادر خواهید بود:
۱. روش‌های مختلف گزارش‌نویسی را نام ببرید.
 ۲. روش‌های مختلف گزارش‌نویسی را با هم مقایسه کنید.

۲.۱ گزارش‌نویسی به روش سنتی یا بیمارستانی

در این روش گزارش‌نویسی اطلاعات طبقه‌بندی شده؛ و پزشک، پرستار، مسول آزمایشگاه و رادیولوژی هر کدام در برگه خاص خود گزارش را می‌نویسند. در این صورت برگه‌های متعددی در پرونده بیمار دیده می‌شود.

۲.۲ گزارش‌نویسی به روش SOAPIE

شکل خاصی برای تهیه و نوشتن یادداشت‌های تفصیلی درست شده که به آن اختصاراً SOAPIE می‌گویند. حروف این عبارت شامل:

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| ▶ S = Subjective Data | مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار |
| ▶ O = Objective Data | مشاهدات عینی |
| ▶ A = Assessment | بررسی و ارزیابی |
| ▶ P = Planning | برنامه ریزی |
| ▶ I = Intervention | اجرا |
| ▶ E = Evaluation | ارزشیابی |

▶ مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار
 S: Subjective Data
 این بخش گزارش شامل مشکلات (علائم یا نشانه‌هایی) است که بیمار با زبان خود بازگو می‌کند. در این قسمت باید عین کلمات و عبارات بیمار نوشته شود نه این که مشاهده کننده حرف‌های بیمار را تعبیر کند. در صورتی که بیمار قادر به بیان احساسات و افکارش نمی‌باشد این بخش از گزارشات خالی می‌ماند.

▶ مشاهدات عینی
 O: Objective Data
 این بخش از گزارشات شامل مشاهداتی (اطلاعاتی) است که دیده، شنیده و احساس می‌شوند؛ به وسیله بوئیدن و لمس کردن به

دست می‌آیند یا با استفاده از ابزارهای مختلفی مانند درجه حرارت یا گوشی؛ یافته‌های رادیولوژی، آزمایشگاهی و سایر اقدامات درمانی و تشخیصی به دست می‌آیند. در این قسمت به الگوهای ارتباطی بیمار نیز توجه می‌شود. مثلاً بیمار ناراحت یا گوشه گیر است یا پرخاشگری می‌کند، یا این که با دیگران تعامل و ارتباط خوبی دارد.

A = Assessment

► بررسی اطلاعات به دست آمده

این بخش از گزارش شامل اطلاعات و یافته‌های عینی و ذهنی دیگران از طریق شرح و درک و نوشتن نتایج است. تمام افرادی که در تهیه گزارشات کمک می‌کنند باید نظر خودشان را درباره بررسی‌ها صادقانه در سطح مهارت و درک خود از وضعیت بیمار بنویسند.

P = Planning

► برنامه‌ریزی

پس از بررسی نیازهای بیمار و اولویت‌بندی آنها، برنامه‌ریزی جهت رفع نیازهای بیمار انجام می‌گیرد. این بخش از گزارش شامل برنامه‌ریزی‌های انجام شده می‌باشد.

I = Intervention

► اجرا

بعد از جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل، شناخت مشکل و برنامه‌ریزی، برنامه‌ها اجرا می‌شوند که در گزارش ثبت می‌شوند.

E = Evaluation

► ارزشیابی

ارزشیابی برنامه‌های طراحی شده که آیا در اجراء موفق بوده‌اند یا نه، در گزارش ثبت می‌شوند.

۲.۳ گزارش نویسی بر اساس شیوه مشکل مدار P.O.M.R

در این روش، تاکید روی مشکل طبی بیمار و مراقبت از اوست. در این روش نه تنها درمان‌های بیمار ثبت می‌شوند، بلکه دلایل معالجات و مراقبت‌ها نیز ذکر می‌شوند. سیر بیماری به طور مرتب و منظم ثبت شده که مطالعات مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام می‌شود، آسان‌تر و طبقه‌بندی شده خواهد بود. پرستار، پزشک، متخصص تغذیه، مددکار اجتماعی، فیزیوتراپیست، مسئول آزمایشگاه و سایرین در یک محل گزارش‌های خود را می‌نویسند.

اصول ثبت الگوی (P.O.M.R)

در این روش یک گزارش باید شامل موارد زیر باشد:

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

۲.۴ گزارش نویسی به روش گام به گام

این گزارش در واقع شامل گزارشات زیر است که به ترتیب اولویت و بر اساس شرایط بیمار نوشته می‌شود:

- گزارش پذیرش بیمار
- گزارش بدو ورود
- گزارش تغییر شیفت
- گزارش قبل از عمل
- گزارش ریکاوری
- گزارش بعد از عمل

- گزارش آموزش به بیمار
- گزارش ترخیص
- گزارش فوت

۲.۵ گزارش نویسی براساس تشخیص پرستاری

در این روش گزارشات بر اساس تشخیص‌های پرستاری نوشته می‌شوند. تشخیص اساساً جمله یا عبارتی است که وجود وضعیت نامطلوبی را مشخص می‌کند. پرستاران براساس قوانین کار پرستاری، مسئول تشخیص و درمان واکنش‌های بیماران به مشکلات بهداشتی هستند. تشخیص‌های پرستاری عمدتاً به قسمت‌هایی مربوط می‌شوند که به عنوان اعمال مستقل پرستاری شناخته شده‌اند و بدون همکاری پزشک یا دیگر اعضاء تیم مراقبت‌های بهداشتی انجام می‌شوند.

تشخیص‌های پرستاری سه نوع هستند:

- ۱- موجود^۱
- ۲- بالقوه^۲
- ۳- احتمالی^۳

۲.۶ گزارش داستانی

در گزارش داستانی کلیه وقایع، مراقبت‌ها و گفته‌های بیمار بدون آن که از فرایند خاصی در نوشتن گزارش استفاده شود، به ترتیب ثبت می‌شوند.

* مثال:

در ساعت ۹ بیمار می‌گوید "من مدتی است که به سختی نفس می‌کشم" تنفس وی ۳۲ بار در دقیقه، نبض ۱۲۰ و فشارخون ۱۲۰/۷۰ است. بیمار هنگام درد از عضلات بین دنده‌ای استفاده می‌کند. صداهای تنفسی سمع شد. کراکل و ویزینگ در لوب‌های تحتانی هر دو طرف شنیده شد. سر تخت بالا آورده شد تا بیمار در وضعیت نشسته قرار گیرد. در ساعت ۱۰:۴۵ نمونه خون شریانی برای بررسی گازهای خونی فرستاده شد. اکسیژن ۲ لیتر در دقیقه با ماسک داده شد. برای آرامش دادن به بیمار، پرستار در کنار تخت وی باقی ماند.

X پرستار

➤ آزمون

۱. در کدام روش گزارش‌نویسی تاکید روی مشکل طبی بیمار و مراقبت از اوست؟

الف) S.O.P.I.E

ب) P.O.M.R

ج) گام به گام

د) سنتی

۲. در گزارش‌نویسی به روش S.O.P.I.E کدام یک از موارد زیر جزء S محسوب می‌شود؟

الف) درد

¹ Actual

² Potential

³ Possible

- (ب) تب
(ج) افزایش WBC
(د) افت فشار خون

۳ خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

➤ مفاهیم کلیدی

رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی، طراحی و اجرای مناسب مراقبت‌های پرستاری الزامی است.

۱. گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید؛ اطلاعات واقعی، منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی‌شوند.
۲. موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.
۳. اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می‌گردد، بایستی کامل و در عین حال مختصر باشند.
۴. گزارش نویسی باید به صورت پویا و بدون تاخیر انجام شود.
۵. اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است برای ثبت، از فرم‌های مخصوص استفاده گردد.
۶. کلیه گزارشات باید محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشند. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده را بدون اجازه بیمار ندارد.

➤ اهداف یادگیری

شما پس از مطالعه این بخش قادر خواهید بود:

۱. خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح را بیان کنید.
۲. هر یک از خصوصیات ذکر شده را توضیح دهید.

۳.۱ حقیقت^۴ در گزارش نویسی

گزارش صحیح بایستی **حقایق** را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی‌شوند. گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده‌هایی باشد که پرستار می‌بیند، می‌شنود، می‌بوید و احساس می‌کند. در گزارش نویسی باید از به کار بردن کلماتی که ایجاد شک، تردید یا ابهام در فرد خواننده گزارش می‌نماید، جدا خودداری شود. از کلماتی چون **به نظر می‌رسد**، **ظاهراً** و **ممکن است** نباید در متن گزارش استفاده کرد.

* مثال:

- ☒ **گزارش غلط:** بیمار افسرده به نظر می‌رسد.
- ☒ **گزارش صحیح:** بیمار اظهار می‌دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را نداشته، اشتیهای خوبی به غذا ندارد.

۳.۲ دقت^۵ در گزارش نویسی

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

⁴ Actuality

⁵ Accuracy

* مثال:

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

✓ **گزارش صحيح:** بیمار ۳۶۰ cc مایعات (آب) مصرف نموده است.

✗ **گزارش غلط:** زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار است.

✓ **گزارش صحيح:** زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم ۵ cm طول دارد.

- در تهیه گزارش باید از کاربرد علائم اختصاری غیراستاندارد جدا خودداری شود. علائم اختصاری استاندارد نیز باید دقیق هجی شده و به طور صحيح در گزارش مورد استفاده قرار گیرند.
- در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود، توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.
- در گزارشات پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.
- چنانچه گزارش پرستار گزارش دقیق و با اطمینانی نباشد، قانون دانان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد نخواهد بود.
- عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات، داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای مشخصات زیر باشد:

➤ نام و نام خانوادگی

➤ سمت

➤ رتبه

➤ تاریخ و ساعت

۳.۳ کامل و مختصر بودن^۶ گزارش:

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

* مثال:

گزارش طولانی	گزارش مختصر
انگشتان پای چپ مددجو گرم و صورتی رنگ است، التهاب وجود ندارد، بازگشت و پرشدگی مویرگی خوب است، نبض روی پایي در پای چپ قوی است، نبض روی پا در هر دو پا احساس می شود.	انگشتان پای چپ گرم و صورتی رنگ بوده، بستر ناخن ها نشان می دهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام گردید، نبض روی پایي قوی، ۴+ دو طرفه و بدون التهاب است.

⁶ Abbreviation

⁷ Completeness & Conciseness

۳.۴ پويا بودن^۸ گزارش

گزارش‌نویسی باید به صورت پويا و بدون تاخير انجام شود. تاخير در گزارش کتبی و شفاهی می‌تواند سبب بروز اشتباهات جدی گردد و در نتیجه تامین نیازهای مراقبتی بیمار با اختلال مواجه شود. به عنوان مثال نارسایی و تاخير در ثبت گزارش یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می‌تواند موجب تاخير در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد. تصمیم‌گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد.

فعالیت‌ها و وقایعی که بایستی به طور جاری و بدون وقفه ثبت گردند شامل:

۱. علائم حیاتی
۲. تجویز دارو و اقدامات درمانی
۳. آماده کردن بیمار برای تست‌های تشخیصی
۴. تغییر در وضعیت سلامت
۵. پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
۶. تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

* نکته: مرخصی موقت و غیبت بیمار، چه موجه و چه غیر موجه باید حتماً در پرونده ثبت شود.

۳.۵ سازماندهی^۹ و محرمانه بودن^{۱۰} گزارش

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است برای ثبت از فرم‌های مخصوص استفاده گردد. * نکته: در تهیه یک مورد گزارش باید تنها یک نوع دست‌خط وجود داشته باشد و همه مطالب با خودکار آبی یا مشکی و خوانا نوشته شوند.

* نکته: گزارش باید خط به خط نوشته شده و اگر فضایی باقی بماند، یک خط افقی کشیده شده و آن‌جا تاریخ، ساعت، نام پرستار و امضاء و مهر درج گردد.

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

➤ آزمون

۱. کدام یک از موارد زیر جزء خصوصیات یک گزارش صحیح محسوب می‌شود؟

- الف) دقیق و کامل
- ب) سازماندهی شده و محرمانه
- ج) پويا و حقیقی
- د) همه موارد بالا

⁸ Dynamic

⁹ Organization

¹⁰ Confidentiality

۲. آیا استفاده از عبارت زیر در گزارش پرستاری صحیح است؟
 " بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است "
 الف) بلی ب) خیر

۴ راهنمایی ثبت برخی از اقدامات پرستاری

➤ مفاهیم کلیدی

۱. ثبت رویه‌های معمول پرستاری معمولاً روی برگه‌های فلوشیت یا ترسیمی و غیره صورت می‌گیرد.
۲. مواردی که باید در ثبت اطلاعات مورد توجه قرار گیرند عبارتند از:
 - نوع رویه‌ای که انجام شده است.
 - زمانی که رویه انجام شده است.
 - کسی که رویه را انجام داده است.
 - چگونگی انجام رویه.
 - تحمل بیمار نسبت به رویه.
 - عوارض جانبی احتمالی.

➤ اهداف یادگیری

- شما پس از مطالعه این بخش قادر خواهید بود:
- نکاتی را که باید در ثبت هر یک از اقدامات پرستاری قید شوند، ذکر کنید.

۴.۱ درد

در گزارش درد باید به موارد زیر توجه کرد:

- کیفیت درد: تیز، مبهم، منتشر، ارجاع دهنده
 - شدت درد:
- شدید: ۸-۱۰ متوسط ۴-۷ خفیف: ۱-۳
- | | | | |
|-----------|-------|-------|----------------|
| ۱-۲-۳ | ۴-۵-۶ | ۷-۸ | ۹-۱۰ |
| فقدان درد | خفیف | متوسط | شدید |
| | | | درد بسیار شدید |
- دوره درد: درد مداوم، درد متناوب، درد زودگذر
 - عوامل تشدید کننده و تخفیف دهنده درد
 - واکنش‌های رفتاری، آشکارسازی فیزیولوژیکی
 - علائم و واکنش‌های مددجو: تعریق، تهوع، رنگ پوست، نبض، تنفس و فشارخون

۴.۲ دارو درمانی

- اسم دارو
- شکل دارو
- مقدار دارو
- راه مصرف دارو
- واکنش‌های متقابل دارویی (در صورت بروز).

- در مورد داروهای اختصاصی باید طول مدت تجویز دارو نیز قید شوند.
- در مورد داروهای تزریقی محل تزریق نیز باید ذکر گردد:
- SC inj, IM inj ← مکان تزریق
- IV line ← موضع IV line ورید سفالیک، بخش قدامی، دست راست
- ID inj ← میزان مصرف دارو جهت تست، مکان دقیق تزریق و واکنش بیمار نسبت به تست

* نکته:

- قطره‌های چشمی، گوشی و بینی، به همان صورتی که مصرف شده، نوشته و ثبت می‌شوند.
- پس از مصرف داروهای جلدی، وضعیت زخم و موضع و چگونگی آن نوشته می‌شود.
- در مورد شیاف‌ها روش استفاده (رکتال، واژینال، اورتال) و چگونگی تحمل بیمار نوشته می‌شود.
- وقتی دارویی با دستور "در صورت نیاز - PRN" به بیمار داده می‌شود، دلیل تجویز دارو، پاسخ بیمار و راهنمایی‌های دیگر در گزارش نوشته می‌شود.

* نکته:

- اگر دارویی غیر مجاز در اطراف یا همراه بیمار دیده شود، در گزارش نوشته می‌شود.
- در صورتی که بیمار دارویی غیر مجاز مصرف کند، باید دارو برای شناسایی به داروخانه فرستاده شده و ادامه کار طبق مقررات مرکز درمانی ثبت شود.
- باید تغییرات رفتاری بیمار پس از دریافت دارو مورد توجه قرار گرفته و ثبت شوند.
- در صورتی که بیمار دارویی را بر می‌گرداند یا مصرف نمی‌کند، این مورد با ذکر دلیل در گزارش ثبت می‌شود.

* مثال:

ساعت ۱۱: بیمار قرص را به دلیل بزرگ بودن و ناتوانی در بلع، نخورده است.

۴.۳ درمان داخل وریدی

موارد ذیل باید در گزارش درمان داخل وریدی ثبت شوند:

- وسایل مورد استفاده برای رگ گیری مثل آنژیوکت یا اسکالپ وین.
- تاریخ و موضع وارد نمودن آنژیوکت یا اسکالپ وین.
- مقدار، نوع، تعداد قطرات سرم و وضعیت موضع تزریق در هر نوبت کاری.
- در صورت تغییر محل آنژیوکت، مجدداً تاریخ نوشته شده و دلیل آن مثل زیر جلد رفتن مایع، التهاب عروق، انسداد، در آوردن آن توسط بیمار یا تعویض آن طبق روتین ذکر می‌شود.
- عوارض ایجاد شده ناشی از وجود آنژیوکت.
- مواردی که به بیمار و خانواده‌اش آموزش داده شده است.

۴.۴ انتقال خون

خون یا فرآورده‌های خونی باید توسط دو پرستار بررسی شده و اطلاعات آن ثبت شوند. نام بیمار؛ شماره پرونده؛ نوع و گروه خون؛ یافته‌های کراس ماچ؛ شماره شناسایی بانک خون مندرج روی فرآورده خونی باید دقیقاً بررسی شده و مورد توجه قرار گیرند. در انتقال خون موارد زیر باید در نظر گرفته شده و ثبت شوند:

- نوع و میزان فرآورده خونی
- تاریخ و ساعت شروع و اتمام انتقال خون
- نام پرستاری که اطلاعات را تایید کرده است

- نوع و اندازه سوزن مورد استفاده
- علایم حیاتی قبل، حین و پس از تجویز خون
- وسایل مورد استفاده برای تزریق
- در صورتی که خون گرم شده قید آن ضروری است.

اگر انتقال خون به صورت اتو ترانسفیوژن باشد، موارد زیر باید ثبت شوند:

- مقدار خون گرفته شده از بیمار و مقدار خونی که به وی تزریق شده (در برگه گزارش جذب و دفع)
- نتایج آزمایشات در حین و پس از انتقال خون
- پروفیل انعقادی، هماتوکریت، گازهای شریانی، هموگلوبین، کلسیم
- علایم حیاتی قبل، حین و پس از انتقال خون

* نکته: در صورتی که بیمار نسبت به انتقال خون واکنش نشان داد، سریعاً ترانسفیوژن را متوقف نموده و گزارش را به صورت ذیل می‌نویسیم:

- نوع و مقدار خون یا فرآورده‌های خونی تزریق شده
- زمان شروع و توقف انتقال خون
- تاریخ و ساعت واکنش و علایم مشاهده شده در بیمار
- درمان‌هایی که برای واکنش بیمار انجام شده و نتایج آن

۴.۵ مانیتور قلب و مراقبت از پیس میکرو

مواردی که در مانیتورینگ قلب باید یادداشت شوند عبارتند از:

- تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ قلب
- لیدهای استفاده شده
- ریتم‌های خوانده شده
- تغییر وضعیت بیمار

در صورتی که پیس میکرو موقت گذاشته شود باید به این موارد در ثبت گزارش اشاره شود:

- تاریخ و ساعت گذاشتن پیس میکرو و دلیل استفاده از آن
- تنظیم پیس میکرو و واکنش بیمار
- سطح هوشیاری و علایم حیاتی (ذکر بازویی که از آن فشار خون گرفته شده)
- عوارض و علایم عفونت
- مداخلات از قبیل عکس‌برداری
- داروهای داده شده در قبل و حین گذاشتن پیس میکرو
- تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار و گزارش آن به پزشک
- در صورتی که پیس میکرو زیرجلدی به کار برده شود محل الکترودها نیز قید می‌شوند

۴.۶ فیزیوتراپی ریه، تخلیه ترشحات ریوی و اکسیژن درمانی

موارد یادداشت شده در گزارش فیزیوتراپی ریه شامل:

- تاریخ و ساعت فیزیوتراپی
- مدت قراردادن بیمار در وضعیت‌های مختلف برای تخلیه ترشحات
- استفاده از دق و لرزش در هر سگمان ریه
- مشخصات ترشحات (بو، رنگ، مقدار، چسبندگی، خون)
- تحمل بیمار نسبت به فیزیوتراپی ریه

- عوارض ناشی از مداخلات انجام شده

در ثبت گزارش تخلیه ترشحات ریه‌ها باید موارد زیر ذکر گردد:

- تاریخ و ساعت شروع تخلیه ریوی
- نوع سیستم به کار برده شده
- مقدار و نوع مواد تخلیه شده
- وضعیت تنفس بیمار

در گزارش اکسیژن درمانی باید موارد زیر ثبت شوند:

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

۴.۷ لوله گذاری معده - روده‌ای

ثبت گزارش لوله‌گذاری بینی - معدی عبارت است از:

- نوع و اندازه لوله بینی - معده‌ای
- تاریخ، ساعت و راه ورود لوله (از سوراخ راست یا چپ بینی یا دهان)
- مواد ساکشن شده از نظر نوع، مقدار، قوام و بوی آن
- تحمل بیمار نسبت به جای‌گذاری لوله
- علائم و نشانه‌های عوارض مثل تهوع، استفراغ، اتساع شکم
- روش مطمئن شدن از محل لوله در معده (سمع هوای معده یا عکس‌برداری)

در ثبت گاوآژ و لاواژ نیز باید به مواردی دقت کرد، مواردی که باید در گاوآژ ثبت شوند، عبارتند از:

- دلایل لوله‌گذاری معده
- نوع گاوآژ (متناوب یا مداوم)
- حجم و نوع محلول گاوآژ
- حجم مایع موجود در معده قبل از گاوآژ
- رنگ ترشحات برگشتی از معده
- واکنش مددجو
- بررسی میزان گلوکز ادرار و سطح الکترولیت سرم، سطح نیترژن و اوره خون
- عوارض احتمالی مثل هیپرگلیسمی، هیپرگلیکوزوری و اسهال
- آموزش به خانواده

مواردی که باید در لاواژ ثبت شوند، عبارتند از:

- علائم حیاتی و نشانه‌های شوک (تاکی‌کاردی، کاهش فشار خون، تعریق، تنگی نفس، سرگیجه)
- وضعیت محل برش روی شکم
- نوع و اندازه سوند به کار رفته برای لاواژ
- نوع و مقدار محلول وارد شده
- مقدار و رنگ مایعات برگشتی
- عوارض احتمالی

پس از برداشتن لوله معده – روده‌ای مواردی که می‌بایست نوشته و ثبت شوند عبارتند از:

- تاریخ و ساعت برداشتن لوله
- چگونگی تحمل بیمار
- حوادث غیر معمول در حین برداشتن لوله مثل تهوع – استفراغ – اتساع شکم یا عدم تحمل غذا

۴.۸ مراقبت از زخم و ناحیه برش عمل جراحی

در انجام پانسمان، مواردی که در گزارش باید به آن‌ها اشاره شود عبارتند از:

- ناحیه زخم
- وسعت، اندازه و ظاهر زخم (رنگ؛ وضعیت لبه‌های زخم؛ وجود وسایل محدود کننده؛ نکروز پوست؛ وجود ترشحات و مشخصات ترشحات از قبیل بو، نوع، مقدار و قوام آن‌ها).
- نوع مراقبت از زخم.
- نوع و مقدار پانسمان.
- وجود درن یا کیسه (در موارد استوما)
- نوع محلول شستشو.
- داروهای استفاده شده در موضع.
- آموزش‌هایی که به بیمار یا همراه وی داده شده است.
- چگونگی تحمل بیمار نسبت به پانسمان و داروهای به کار برده شده.

* مثال:

۸۷/۱۱/۳۰ – ۱۱ پانسمان محل ماستکتومی برداشته شد. در محل پانسمان ترشحات خونی – سروزی وجود داشت. برش جراحی مشکلی نداشت، بخیه‌ها سالم بودند. با نرمال سالین استریل شست و شو داده شد و پانسمان استریل 4×4 گذاشته شد. آموزش تعویض پانسمان و علایم و نشانه‌های عفونت به بیمار داده شد. بیمار آن را تکرار نمود.

۴.۹ نکات اساسی در ثبت گزارش CPR

- زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- زمان شروع احیاء قلبی – ریوی
- ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی
- ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- لوله‌گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی
- تعداد دفعات دفیبریلاسیون، مقدار انرژی به کار رفته و واکنش بیمار نسبت به آن
- دارودرمانی (نوع، میزان و زمان دارو و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می‌نماید).
- واکنش مردمک‌ها
- افراد عضو تیم احیاء
- زمان خاتمه CPR

➤ آزمون

۱. در گزارش حساسیت و واکنش به انتقال خون، ثبت کدام مورد ضروری است؟
 الف) اندازه و محل آنژیوکت
 ب) زمان شروع و توقف انتقال خون
 ج) درمان‌هایی که برای واکنش بیمار انجام شده
 د) گزینه ب و ج

۲. در ثبت رویه‌های پرستاری، قید کدام یک از موارد زیر معمول است؟

- الف) نوع رویه‌ای که انجام شده
 ب) فردی که رویه را انجام داده است
 ج) فردی که انجام رویه را تجویز کرده
 د) همه موارد بالا

بایدها و نبایدها

۱. آیا استفاده از این جمله برای بیان وضعیت کلی بیمار صحیح است یا خیر؟
 "بیمار افسرده به نظر می‌رسد و به خوبی ارتباط برقرار نمی‌کند."
 بلی ☐ خیر ☐
۲. در صورت بروز اشتباه در متن گزارش پرستاری، انجام چه اقدامی صحیح است؟
 الف) پاک کردن کامل اشتباه به نحوی که اثری از آن باقی نماند و سپس جایگزین کردن مطالب جدید.
 ب) استفاده از لاک غلط‌گیر برای پوشاندن اشتباهات و سپس اصلاح اشتباهات.
 ج) خط کشیدن روی کل گزارش و نوشتن گزارش جدید.
 د) خط کشیدن روی کلمه یا عبارت اشتباه و نوشتن عبارت صحیح کنار آن در ادامه متن.
 آیا استفاده از عبارت زیر در گزارش پرستاری صحیح می‌باشد یا خیر؟
 "بیمار از درد قفسه سینه شکایت داشت که اقدامات درمانی لازم انجام شد."
 بلی ☐ خیر ☐
۴. در صورتی که دستور پزشکی (order) به نظر پرستار مشکوک و سؤال برانگیز بوده یا با وضعیت موجود بیمار تطابق نداشته باشد، پرستار باید چه اقدامی انجام دهد؟
 الف) در صورتی که دستور دارای مهر و امضای پزشک معتبر است باید آن را انجام دهد و ثبت کند.
 ب) باید موقتاً از انجام دستور خودداری کرده و موضوع را با پزشک مذکور چک کند.
 ج) باید دستور را با پرستار یا پزشک دیگری چک کرده، اجرا کند و سپس ثبت کند.
 د) باید دستور داده شده را اجرا کند، سپس به سوپروایزر اطلاع داده و ثبت کند.
۵. آیا انجام اقدامات مراقبتی برای بیمار توسط یک پرستار و ثبت گزارش این اقدامات در پرونده، توسط پرستار دیگر صحیح است؟
 بلی ☐ خیر ☐

خلاصه

- تمامی ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به اطلاعاتی درباره مددجو احتیاج دارند تا بتوانند یک برنامه سازماندهی شده و قابل درک، تدوین کنند. در صورتی که برنامه درمانی با دیگر اعضای تیم مراقبتی در میان گذاشته نشود، مراقبت‌ها ممکن است به طور منقطع اجرا شود، ارایه درمان‌ها به تاخیر بیفتد یا یک مرحله از درمان حذف شود. پرستار به عنوان یکی از اعضای تیم مراقبت بهداشتی، لازم است که اطلاعات مربوط به بیمار را به دقت، در زمان مناسب و به روشی موثر انتقال دهد.
- گزارش پرستاری با اهداف مختلف و به روش‌های متعددی تهیه می‌شود. برخی از اهداف گزارش نویسی عبارتند از: برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان؛ آموزش به دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی؛ تهیه صورتحساب مالی؛ ارزیابی و کسب اطلاعات

اساسی از بیمار؛ پژوهش و کمک در دستیابی به یافته‌های جدید؛ نظارت، کنترل و ارزشیابی سیستم‌های مراقبتی، درمانی و بهداشتی؛ پیش‌بینی نیازهای بهداشتی، درمانی و مراقبتی.

- یک گزارش باید حقیقی، دقیق، پویا، سازماندهی شده، کامل، مختصر و محرمانه باشد تا به عنوان یک گزارش صحیح و علمی تلقی شود.
- برخی از روش‌های معمول گزارش نویسی عبارتند از: روش سنتی یا بیمارستانی، SOAPIE، POMR، گام به گام، داستانی و بر اساس تشخیص پرستاری

هنگام نوشتن گزارش پرستاری باید به موارد زیر دقت شود:

- در تهیه گزارش باید از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation) غیراستاندارد جدا خودداری شود. علائم اختصاری استاندارد نیز باید دقیق هجی شده و به طور صحیح در گزارش استفاده شود.
- در گزارش نباید از کلمات عمومی نظیر (وضعیت بیمار تغییری نکرده) یا (بیمار روز خوبی داشته است) استفاده کرد.
- در گزارشات پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.
- در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می‌شود، توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.
- عامل مهم جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات، داشتن امضاء گزارش دهنده می‌باشد. امضاء شخص بایستی دارای مشخصات زیر باشد:
 - نام و نام خانوادگی
 - سمت
 - رتبه
 - تاریخ و ساعت

۵ منابع

- Beverage D, Donofrio J. Charting, Incredibly Easy. Philadelphia. Baltimore. Lippincott Williams& Wilkins.2005.
- عباسی، مهری. گزارش کتبی و شفاهی در پرستاری. تهران: نشر سالم، ۱۳۷۹.
- رسول زاده، نسرين. تقوی لاریجانی، ترانه. ثبت گزارش پرستاری. تهران: نشر دریچه، ۱۳۸۲.
- پرویز، نوروز. ثبت و گزارش نویسی در پرستاری. تهران، انتشارات فراغی، ۱۳۸۱.