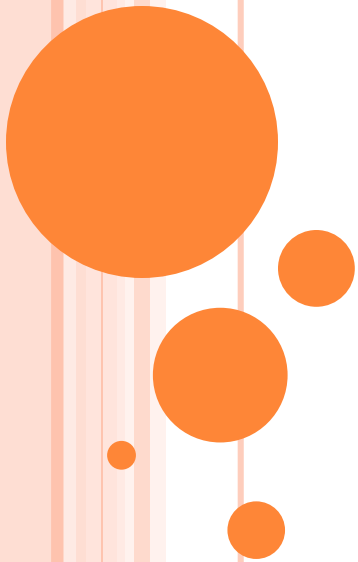


جلسه ششم و هفتم

گزارش نویسی

رضوان فروزان

کارشناس ارشد آموزش مدیریت پرستاری



در پایان این جلسه دانشجو باید بتواند:

- گزارش نویسی را تعریف کند.
- اهداف گزارش نویسی را بیان کرده و توضیح دهد.
- کاربرد گزارش نویسی در پرستاری ر توضیح دهد.
- خصوصیات گزارش نویسی علمی و صحیح را نام برده و توضیح دهد.
- انواع گزارشات را نام برده و توضیح دهد.
- انواع گزارش نویسی را نام برده و توضیح دهد.
- موارد مهم در گزارش نویسی را توضیح دهد.
- کاردکس نویسی را توضیح دهد و مزایا و معایب آن را شرح دهد.



گزارش نویسی

○ ثبت گزارش بیمار تنها سند قانونی دائمی است که جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس نموده و چنانچه بیمار و یا ولی بیمار اظهار نماید که در پرستاری غفلت شده است بهترین مدافع پرستار می باشد . متأسفانه غالباً غفلتهایی در تهیه گزارش پرستاری صورت می گیرد که در نتیجه استفاده مکرر از کلمات نا مفهوم و بی معنی بوده که سبب عدم دقت گزارش نویسی می گردد اگرچه ممکن است این اشتباهات مخفی مانده و تاثیری جدی بر بیمار نداشته باشد اما همچنین احتمال تاثیرات بسیار جدی بر بیمار دریافت کننده مراقبت وجود داشته و این امر سبب کاسته شدن اعتبار پرستاری به عنوان حرفه ای با انضباط می شود ضمن اینکه باعث ایجاد مشکلات قانونی برای پرستار مسئول نیز می گردد.



تعریف گزارش نویسی

ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعاتی را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامتی بیمار به شکل سند به ما منتقل می کند.



اهداف گزارش نویسی

- ۱- ارتباط: اعضای تیم مراقبتی در کارهای خود بوسیله گزارش نویسی با هم در ارتباط هستند .
- ۲- آموزش: ثبت گزارشات بیمار ، اطلاعاتی در رابطه با تشخیص ، ارتباط علائم با هم ، موفقیت یا عدم موفقیت درمان را به دانشجویان حرف پزشکی می دهد.
- ۳- تحقیق: گزارشات منبعی برای جمع اوری اطلاعاتی در رابطه با تکرار یک بیماری ، عوارض ، استفاده از درمان یا پرستاری خاص ، مرگ و بهبودی و عوارض دارویی می باشد .
- ۴- نظارت و ارزشیابی سیستم های بهداشتی و درمانی: با مطالعه گزارشات ، نکات ضعف و قوت در اقدامات انجام شده مشخص می شود و اشتباهات تصحیح می گردد .
- ۵- تهیه صورت حساب مالی: از طریق ثبت کامل و صحیح گزارشات ، صورت حساب مالی بیمارستان درست محاسبه می شود .
- ۶- ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی در ارتباط با بیمار: با ارزیابی اطلاعات ثبت شده در گزارشات پرستاری ، استراتژی های درمان پی گیری می شود و پیش بینی های لازم در مورد نیازهای درمانی و مراقبتی انجام می شود.
- ۷- گزارش نویسی مهارت های تفکر را در دانشجویان تقویت می کند .



کاربرد گزارش نویسی در پرستاری

۱- جنبه های قانونی ثبت :

پرستاری به عنوان یک حرفه در قبال ارائه خدمات خود باید پاسخگو باشد و مسئولیت پذیری و اصل عدم آسیب رسانی به بیمار را در حین مراقبت مد نظر داشته باشد. از جمله مسئولیتهای سنگین این حرفه شیوه انتقال اطلاعات و گزارش دهی و گزارش گرفتن و ثبت آن می باشد که کوچکترین خطا و سهل انگاری در آن می تواند مسئولیت سنگین حرفه ای را به ارمغان آورد. یادداشت ها و گزارشات پرستاری می تواند در نتیجه گیری جدال قانونی در دادگاه بسیار مهم باشد. غفلت در مشاهده ، سهل انگاری در اقدامات صحیح ، کوتاهی در دادن گزارش به پزشک، عدم ثبت اقدامات و فعالیتهای انجام شده، قصور محسوب می شود. گزارش در حکم یک سند قانونی است و ثبت مراقبت پرستاری یک اصل قانونی در تمام سیستم های درمانی است. وقتی که بحث قانونی ثبت مطرح می شود هدف تاکید در باره حفظ جان بیمار، حفظ امنیت حقوقی پرستار و به عبارت کلی تر حفظ امنیت جانی جامعه است.



کاربرد گزارش نویسی در پرستاری

۲- **جنبه حقوقی ثبت** : امروزه ثبت اطلاعات به عنوان حقوق بیماران مطرح است و بیمار حق دارد از محتویات پرونده اش با اطلاع باشد . اعتقاد دارند که نه تنها بیمار باید به پرونده خود دسترسی داشته باشد بلکه باید بتواند صحت اطلاعات مندرج در آنرا کنترل کند.

۳- **جنبه های ارتباطی ثبت** : گزارش پرونده وسیله ارتباطی کادر درمان برای تسهیل تداوم مراقبت از بیمار است .

۴- **جنبه های درمانی ثبت** : پرونده بیمار به عنوان مدرکی که کلیه معالجات و مراقبتهای انجام شده برای بیمار در آن ثبت می شود بسیار با اهمیت است.

۵- **جنبه های پیشرفت بیماری**: سیر بیماری بطور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام شده آسانتر خواهد بود.



کاربرد گزارش نویسی در پرستاری

- ۶- **جنبه تحقیقاتی ثبت:** گزارشات موجود در پرونده بیماران به عنوان منبع اطلاعات برای تحقیقات علمی است .
- ۷- **جنبه های آموزشی دانشجویان :** هدف دیگر گزارش پرونده بیماران ، آموزش دانشجویان رشته های مختلف بهداشتی است.
- ۸- **جنبه های رسیدگی یا نظارت :** منظور از نظارت، مطابقت دادن مراقبتهای پرستاری انجام شده با استانداردهای موجود است . نظارت ممکن است جزئی یا کلی باشد که در نظارت جزئی، نحوه مراقبت از بیمار معین ارزیابی می شود و در نظارت کلی با مطالعه چندین پرونده در یک بیمارستان در مورد کیفیت مراقبتهای آن بیمارستان قضاوت میشود .



کاربرد گزارش نویسی در پرستاری

۹- پرستاری مقرون به صرفه

۱۰- استفاده از تجربیات دیگران

۱۱- قضاوت در مورد کار و شخصیت گزارشگر



خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

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

| | |
|------------------------------|-----------------|
| Actual | ۱. حقیقت |
| Accuracy | ۲. دقت |
| Completeness Concises | ۳. کامل و مختصر |
| Current ness | ۴. پویا |
| Organization | ۵. سازماندهی |
| Confidential | ۶. محرمانه |



۱- حقیقت در گزارش نویسی

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید, اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد.

گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند, می شوند, می بوید و احساس می کند.
از کاربرد کلماتی که ایجاد شک, تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید.

بهیچ عنوان از کلماتی چون به نظر میرسد, ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.

مثال

گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد

گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است, قادر به انجام کارهای خود نیست, حوصله صحبت با دیگران را ندارد, اشتهای خوبی به غذا ندارد.



۲- دقت در گزارش نویسی

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

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

گزارش صحیح: بیمار 360 cc مایعات (آب) مصرف نموده است.

گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار

گزارش صحیح: زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم 5 cm طول دارد.

- در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation) غیراستاندارد جدا خودداری
نمایید.

- علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.

- 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.



۲- دقت در گزارش نویسی

- 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 پرستار گزارشش دقیق و با اطمینان نباشد قانوندانان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد نیست.
- 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- کامل بودن گزارش:

اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. نوشته های مختصر درک آسانی دارد و نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید. در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیر ضروری اجتناب نمود.

گزارش طولانی

انگشتان پای چپ مددجو گرم و صورتی رنگ است، التهاب وجود ندارد، بازگشت و پرشدگی مویرگی خوب است، نبض روی پای چپ قوی است، نبض روی پا در هر دو پا احساس می شود.

گزارش مختصر

انگشتان پای چپ گرم و صورتی رنگ بوده، بستر ناخنها نشان می دهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام گردید، نبض روی پای قوی، ۴ + دو طرفه و بدون التهاب است.



۴- پویا بودن گزارش:

- گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد. به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد.
- تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد.
- فعالیتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:
 - علائم حیاتی
 - تجویز دارو و اقدامات درمانی
 - آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی
 - تغییر در وضعیت سلامت
 - پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
 - درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار



۵- سازماندهی گزارشش:

○ اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرمهای مخصوص استفاده گردد.

مثال: بیمار درد شدیدی در ربع تحتانی شکم بیان میکند که هنگام چرخیدن بدتر میشود و در حالت خوابیده به چپ به حداقل می رسد. شکم در لمس حساس و در دق مات است. صدای روده ها با گوشی شنیده نمیشود به دکتر ... اطلاع داده شد دستور... جهت



۶-محرماتہ بودن گزارش:

- کلیہ گزارشات باید محرماتہ باشد و دور از دسترس ہمراہان و وابستگان بیمار. بیمارستان حق تکثیر ہیچ یک از اوراق پروندہ بدون اجازہ بیمار را ندارد.



گزارشات شفاهی

گزارش شفاهی یک ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیماران می باشد.

پرستاران روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهی استفاده می نمایند. در این نوع گزارش یک پرستار خلاصه‌ای از فعالیتها و شرایط بیمار در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت را به پرستار دیگر منتقل می نماید.

چهارنوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

change of shift reports

Telephone reports

Transfer reports

Incident reports

گزارش تعویض شیفت

گزارش تلفنی

گزارش انتقالی

گزارش حوادث اتفاقی



گزارش تعویض شیفت

یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است بصورت کنفرانس و یا در صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود. راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد. در یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغیر بوده است.

گزارش تعویض شیفت ممکن است بصورت شفاهی، نوار ضبط صوت و یا در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران داده شود.

راند بالینی به پرستاران اجازه می دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوردی فوری دریافت نمایند.

در طی مدت راند بالینی ممکن است نکات هشداردهنده ای از سوی بیماران یادآوری گردد.

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

در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت پرستاری یاری می دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده را نیز به ما می دهد و همچنین به بیمار این امکان را می دهد که در ارتباط با مراقبتهای دریافت شده بحث نماید.



گزارشات تلفنی:

گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد. اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید مطمئن باشند:

* اطلاعات واضح است

* اطلاعات صحیح است

* اطلاعات دقیق است

جهت ثبت مکالمه تلفنی و تهیه مدرک پرستار بایستی به عوامل زیر در گزارش اشاره نماید:

* چه موقع تماس گرفته است؟

* چه کسی تماس گرفته است؟

* با چه کسی صحبت شد؟

* چه اطلاعاتی داده شد؟

مثال: ساعت 10:22 pm مسئول آزمایشگاه آقای کمالی میزان پتاسیم آقای صابری بیمار تخت شماره ۳۰۲ بخش داخلی را ۲, ۳ میلی اکی والان گزارش نمود.

محمدی, پرستار بخش

تاریخ, امضا



دستورات تلفنی

این نوع دستورات معمولاً بین پزشک و پرستار تبادل می شود. دستورات تلفنی بایستی توسط تکرار واضح گردد و سپس پرستار دستوران پزشک را در فرم خاصی به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آنرا امضاء کند. بهتر است این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود. وضوح پیغام در این امر بسیار مهم و ضروری است.

- نکات زیر می تواند پرستاران را در پیشگیری از اشتباه احتمالی در امر دستورات تلفنی یاری نماید:
- * چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت حتماً سوالاتی را دسته بندی و در زمان گرفتن دستورات از پزشک مطرح نمائید تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود.
 - * بطور وضوح نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نمائید.
 - * هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است مجدداً تکرار نمائید.
 - * تاریخ و زمان دستورات تلفنی را دقیق ثبت نمائید. نام بیمار، پرستار و پزشک را در دستور کامل نمائید.
 - * لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط ۲ نفر پرستار تأیید و بوسیله هر دو نفر امضاء می گردد.



گزارش انتقالی

در موارد خاص جهت پیگیری، درمان، تشخیص و اقدامات موثر، بیمار از بخشی به بخش دیگر و یا از مرکزی به مرکز درمانی دیگر منتقل می شود. هنگامیکه گزارش انتقال داده می شود پرستاران در ثبت گزارش بایستی به نکات زیر توجه نمایند:

نام بیمار، سن، پزشک اولیه و تشخیص پزشک
خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال
وضعیت سلامت فعلی (فیزیکی، روانی و اجتماعی)
تشخیصها، مشکلات و طرحهای مراقبتهای فعلی پرستاری
هر مداخله یا ارزیابی فوری که در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.
پرستار تحویل گیرنده بایستی زمانی را به بررسی وضعیت سلامت موجود بیمار پس از انتقال اختصاص دهد.



گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان (موسسه درمانی) :

گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد.
گزارش حوادث اتفاقی شامل موارد زیر است:

- توصیف دقیق واقعه
- زمان حادثه
- اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
- زمان اطلاع به پزشک مسئول
- زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
- درمانها و پیگیریهای لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه



روش های گزارش نویسی

۱- سنتی یا بیمارستانی :

در این روش اطلاعات طبقه بندی شده است و پزشک، پرستار، آزمایشگاه و رادیولوژی هر کدام در برگه خاصی گزارش خود را می نویسند. در این صورت برگه های متعددی در پرونده بیمار دیده می شود. در این روش هر قسمت پرونده توسط منبع خاصی تکمیل میشود. بنابر این به این روش منبع گرا میگویند.



۲- گزارش نویسی به روش SOAPIE

- شکل خاصی برای تهیه و نوشتن یادداشتهای تفصیلی است .
- **S (subjective data)** مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار : شامل مشکلات ، علائم و نشانه هایی است که بیمار زباناَ بازگو می کند در این نوع گزارش باید کلمات و عبارات بیمار نوشته شود نه اینکه مشاهده کننده حرفهای بیمار را تفسیر کند . در صورتیکه بیمار قادر به بیان نباشد ، این بخش از گزارشات خالی می ماند.
- **O (objective data)** مشاهدات عینی : این بخش شامل مشاهدات و اطلاعاتی است که دیده ، شنیده و احساس می شود و با ابزارهای مختلفی بدست می آید در این روش به الگوهای ارتباطی بیمار نیز باید توجه شود .



- **A (assessment analyze)** بررسی اطلاعات بدست آمده : شامل اطلاعات و یافته های عینی و ذهنی دیگران از طریق شرح و درک و نوشتن نتایج است تمام افرادی که در تهیه گزارشات کمک می کنند باید نظر خود را در باره بررسی 'صادقانه و در سطح درک و مهارت خود از وضعیت بیمار بنویسند. روشهای بررسی و شناخت شامل: مشاهده 'مصاحبه 'اندازه گیری 'معاینه فیزیکی (سمع 'لمس 'دق 'دیدن) می باشد .
- **P به معنی Planning** می باشد برنامه ریزی برای مراقبت ها و اقدامات لازم
- و - **I Intervention** اجرای برنامه تدوین شده
- **-E Evaluation**: ارزشیابی از اقدامات انجام شده
- در این روش ثبت همه اعضای تیم مراقبت از یک مدرک برای ثبت استفاده می کنند.



| گزارش سیر پیشرفت بیماری | مشکل | تاریخ/زمان |
|--|----------------------------------|-----------------------------|
| <p>S: احساس درد در ناحیه شکم دارم</p> <p>O: چهار ساعت از عمل هیستریکتومی می گذرد. درد از دو ساعت پیش در ناحیه PACU شروع شده است. بیمار به پشت خوابیده، سختی شکم مشهود است. شدت درد بیمار با ابزار ۱-۱۰ در محدوده ۶ است. ترشحات پانسمان قهوه ای رنگ است. زخم تمیز است. پانسمان تعویض گردید.</p> <p>A: درد ثانویه به ترومای جراحی امروز</p> <p>P: مسکن طبق تجویز داده شد. درد بیمار هر ۳۰-۴۵ دقیقه کنترل گردید. نام پرستار</p> | <p>۱- درد شکم بعد از عمل</p> | <p>۱۳۸۵/۱۱/۱۲ ۱۹:۰۰</p> |
| <p>S: احساس پر بودن مثانه را دارم. نیاز به تخلیه را احساس می کنم.</p> <p>O: بیمار سوند فولی دارد. رنگ ادرار زرد شفاف است.</p> <p>A: عدم آگاهی در مورد وجود کاتتر ادراری</p> <p>P: کاتتر کمی جابجا گردید. بیمار هر ۴۵ دقیقه از نظر ناراحتی مثانه بررسی شد.</p> <p>I: جابجایی کاتتر انجام شد. به بیمار آموزش لازم در مورد وجود کاتتر در مجرای ادراری داده شد.</p> | <p>۲- ناراحتی مثانه</p> | |



۳- گزارش نویسی به روش (POR) : (PROBLEM ORIENTED RECORD)

- در این روش تاکید روی مشکل بیمار یا مشکل طبی او و مراقبت از اوست . در این روش نه تنها درمانهای بیمار ثبت می شود ، بلکه دلیل معالجات و مراقبتها نیز ذکر می شود . سیر بیماری بطور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام می شود ، آسانتر و طبقه بندی شده خواهد بود . پرستار ، متخصص تغذیه ، مددکار اجتماعی ، فیزیوتراپیست ، آزمایشگاه و سایرین در یک محل ، گزارششان را می نویسند . مثال : مشکل بیمار تغذیه ناکافی در رابطه با برداشتن قسمتی از معده اش است ، در بخشی از گزارش پزشکی که عمل جراحی را انجام داده ، پیشرفت بیماری را توصیف میکند ، پرستار راجع به اشتهای بیمار و متخصص تغذیه ، رژیم درمانی پیشنهادی قابل تحمل برای بیمار را ثبت میکند . این روش برای بیمار مفید است ، زیرا کلیه اعضای تیم مراقبت در تنظیم این برنامه شرکت دارند و بطور حتم اثر خلاقیت نیز بیشتر خواهد بود .
- الگوی ثابت این روش عبارتست از : جمع اوری اطلاعات پایه - لیست مشکلات - طرحهای اساسی - گزارش پیشرفت بیماری



۴- گزارش نویسی گام به گام :

- -پرستار معمولاً با اطلاعات پایه مربوط به دلیل بستری بیمار، گزارش خود را شروع کرده و بدنبال آن اطلاعات توصیفی مشروح در مورد پیشرفت بیمار در طول شیفت خود را گزارش می کند و به ترتیب گزارشات بدو ورود، تغییر شیفت، قبل از عمل، ریکاوری، بعد از عمل، آموزش ترخیص و یا گزارش فوت در پرونده ثبت می شود



گزارش گام به گام

گزارش بدو ورود :

ذکر زمان در موقع گزارش نویسی ارزش فوق العاده‌ای دارد پس قید ساعت و تاریخ بستری مهم است.

شرح حال: شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، مشکلات بالقوه و موجود و این که مشکل فعلی از چه زمانی شروع شده، چه شدتی داشته و چه سیستم‌هایی از بدن را دربردارد. سابقه بستری، عمل جراحی، سابقه خانوادگی

نام پزشک، محل ارجاع، ثبت ساعت اطلاع به پزشک، ثبت ساعت ویزیت پزشک
ثبت دقیق علائم حیاتی، علائم ذهنی و عینی و حسی بیمار باید بگونه‌ای مطلوب گزارش گردد.
ثبت اقدامات انجام شده شامل آزمایشات، داروها (شامل نام دارو، دوز دارو، راه مصرف و نام پرستار) گرافی‌ها، مشاوره‌ها و EKG، ویزیت پزشک و در مجموع ثبت موارد قابل پیگیری لازم است.



گزارش گام به گام

گزارش قبل از عمل :

ثبت ساعت تحویل بیمار به اطاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد، صندلی چرخدار و غیره)

ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اطاق عمل

ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید BP –TPR – GCS

ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سندها، لوله تراشه و غیره)

ثبت دستورات دارویی (پریمید) قبل از عمل

آمادگی انجام شده (انما، شیو و غیره)

در مورد سزارین ذکر سن حاملگی و علت سزارین و وضعیت جنین ثبت میشود.

کنترل صدای قلب و حرکات جنین و غیره الزامی است.

ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ



گزارش گام به گام

گزارش ترخیص:

کنترل این که ترخیص بیمار توسط پزشک امضاء شده باشد.

وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قیدعلائم حیاتی ، ساعت ترخیص و خروج از بخش با ذکر همراه

آموزش های مربوطه داده شده (شفاهی ، پمفلت و غیره)

آموزش های ضمن ترخیص شامل : رژیم غذایی، فعالیت ، دارو ، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کنند.

روشن نمودن هر گونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی

دادن کارت ترخیص

در مورد بیماریارانی که با رضایت شخصی مرخص میشوند گرفتن اثر انگشت الزامی است.

در مورد بیماریارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند ، اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد.

ترخیص مادر و نوزاد در یک زمان انجام گیرد حتی اگر یکی از آن دو نیاز به اقامت در بیمارستان داشته باشد.

چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانی که مادر مرخص نشده است گزارش نوزاد در پرونده بیمار باید ادامه داشته باشد.

در مورد کودکان و افراد دارای مشکلات فکری - شناختی مطمئن شوید که به بستگان نزدیک ، بیمار را تحویل داده اید و در صورتیکه تحویل گیرنده بستگان درجه یک نباشند ثبت آدرس تحویل گیرنده و مشخصات وی لازم است.

گزارش گام به گام

گزارش فوتی:

وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی - عینی با قید ساعت و تاریخ)

ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)

ثبت ساعت فوت، نحوه صدور گواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادر گردیده یا توسط پزشک قانونی صادر می‌گردد).

در مورد فوت نوزاد جنس، آپگار زمان تولد یا مرده بدنیا آمده، سن جنین (که از ۲۰ هفته به بالا نیاز به تاریخ و گواهی فوت دارد).

راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره ژنتیک و علت های فوت.

ذکر این نکته در پرونده که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد.

باید نام و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور یا روی بدن وی و روی ملحفه چسبانیده شود.



گزارش گام به گام

ریکاوری:

ثبت ساعت ورود به اطاق ریکاوری

ثبت نوع عمل انجام شده

ثبت نوع بیهوشی ، سطح هوشیاری و تاریخ شروع و پایان عمل

وضعیت عمومی بیمار (استفراغ ، خونریزی و...) با قید ساعت ، نام و امضاء پرستار

ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه مثل (NGT ، FC ، لوله

تراشه، چست تیوب

وزنه ، هموواک...)

ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار همراه با درخواست

ثبت هر گونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته که در اطاق عمل اتفاق افتاده است و می

تواند بر روی مراقبت بعد از عمل موثر باشد.

ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال با دید توسط پرستار

بعدی فوراً صورت گیرد.

در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگار، آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم ثبت شود..



گزارش گام به گام

گزارش بعد از عمل:

ساعت تحویل ویا ورود به بخش

ثبت نوع عمل انجام شده

ثبت وضعیت عمومی با قید V/S و سطح هوشیاری ، درد و غیره

ثبت وضعیت درن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات وپانسمان

ثبت علائم حیاتی و برون ده ادراری در ساعت اولیه

ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری

چارت OR در بالای علائم حیاتی با رنگ قرمز به بلندی حدود ۲ سانتی متر

ثبت روزهای بعد از عمل بعد از تاریخ روز عمل در محل های مربوطه

در سزارین ذکر ساعت تماس مادر ونوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر ، استفراغ و وضعیت دفع ادرار ومدفوع نوزاد و مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشک و غیره

در بخش زنان و زایمان گزارش نوزاد هم به دنبال گزارش مادر نوشته می شود حتی اگر نوزاد سالم باشد



۴- گزارش نویسی بر اساس تشخیص پرستاری :

تشخیص پرستاری جمله یا عبارتی است که وضعیتی نامطلوب را مشخص می کند. پرستاران بر اساس قوانین کار پرستاری، مسائل 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 موارد زیر است:

۱- پیشگیری مثل آموزش ، تغییر وضعیت ،مراقبت مشکلات

۲- روشهای اصلاح کننده مثل تشویق به مصرف مایعات ، دادن داروها



انواع تشخیص پرستاری

۱- موجود یا Actual

۲- بالقوه یا Potential

۳- احتمالی یا Possible

تشخیص پرستاری بیانی است از مشکل بیمار و قضاوت پرستار، به وضعیتی اطلاق می شود که پرستار اجازه دارد آنرا درمان کند اطلاعات لازم برای تشخیص پرستاری از طریق بررسی و شناخت بدست می آید.

تشخیص پرستاری شامل دو قسمت است

۱- مشکل بیمار

۲- اتیولوژی (عناصر محیطی - روانشناختی - اجتماعی - فیزیولوژیک یا معنوی) .

مثال : بیماری ۴۸ ساعت بعد از بستری در بیمارستان از حالت NPO خارج می شود و پرستار متوجه مشکل تغذیه او می شود. تشخیص پرستاری : اختلال تغذیه کمتر از نیاز بدن (مشکل) مربوط به بی اشتهایی (اتیولوژی).
با توجه به اتیولوژی ممکنست اقدامات پرستار متفاوت باشد .



چه مواردی باید در گزارش ثبت شود؟

- ۱- **دستورات روتین یا ثابت** : باید واضح و روشن نوشته شده و به امضای پزشک رسانده شود و همیشه در بخش نگه داری گردد.
- ۲- **دستورات PRN** : باید نام ، دوز و راه مصرف دارو توسط پزشک قید شود. مثال : مسکن PRN.
- 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 می نویسد و در اولین فرصت ممکن به امضای پزشک میرساند . بهتر است در این موارد گیرنده پیام دو نفر باشد تا احتمال خطا کمتر شود .
- ۴- **دستورات شفاهی** : در شرایط بحرانی مثل دستورات تلفنی عمل می گردد.
- ۵- **دستورات پزشک مشاور**: باید به تایید پزشک معالج رسانده شود.
- ۶- **ثبت رفتار بیمار**: مشاهده رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری اوست . رفتار فقط شامل عکس العمل های جسمی نمی شود ، بلکه شامل تغییرات در خلق و خوی مثل افسردگی و گوشه گیری و تغییر در ارتباط کلامی و غیر کلامی و عکس العمل های فیزیولوژیک نیز می شود. در شرح ارتباط کلامی با بیمار باید عین کلمات و جملات بیمار نوشته شود.



چه مواردی باید در گزارش ثبت شود؟

۷- **عکس العمل بیمار نسبت به اقدامات درمانی و پرستاری** : مثال : اثر مسکن بر درد ، اثر پاشویه بر تب ، گرما و سرما بر کاهش تورم و ... (مبنای گزارش درک بیمار و مشکلات عینی اوست) .

۸- **ثبت حوادث غیر مترقبه** : فرار، سقوط ، حساسیت و آلرژی ، برق گرفتگی ، کما، ایست قلبی و تنفسی ، خودکشی باید با ذکر ساعت و توضیحات کامل 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 لایق ترین افراد برای تشخیص موارد قانونی و انجام اقدامات لازم هستند . هم چنین باید اقدامات لازم ایمنی یا حفاظتی ، اطلاع به پزشک ، حمایت و آموزش ابزار و وسایل مورد استفاده برای حفظ ایمنی بیمار ، قبل و بعد از حادثه ثبت گردد.

۹- **ثبت موارد پاراکلینیک** : جواب آزمایشات ، گرافی ها ، باید ضمن اطلاع به پزشک و انجام پیگیری های لازم ثبت شده و برگه های لازم نیز در پرونده بیمار گذاشته شود .

۱۰- اقدامات درمانی که سایر اعضای تیم درمان انجام می دهند .

۱۱- ویژگیهای انجام شده و تعداد آن (توسط فیزیوتراپیست ، مسئول تغذیه ، بیهوشی و...) .

۱۲- درد ، غذا و اشتها ، دفع ، استراحت و خواب (مخصوصا در شیفت شب) .

۱۳- پیشرفت بیمار، آموزشهای داده شده به وی.

۱۴- در بخش زنان و زایمان در مورد نوزاد نیز باید مطلبی نوشت (حتی در صورت سالم بودن نوزاد) .



نکات ضروری در ثبت دقیق و صحیح

- نام خانوادگی ، ساعت ، تاریخ ، امضا و خط کشیدن زیر گزارش (پس از ثبت هر گزارش) .
- خوانا و مرتب ، سریع و موثر (بدون کلمات اضافی) .
- استفاده از خودکار آبی و مشکی (مداد استفاده نشود) .
- ثبت ساعت بصورت کامپیوتری .
- استفاده از چارتهای گرافیکی برای ثبت علائم حیاتی .
- ثبت مشخصات بیمار در هر برگ .
- ذکر علت عدم اجرای دستور پزشک .
- ثبت صحیح دارو (نام ، دوز ، راه تجویز ، تاریخ و ساعت شروع ، نام دهنده دارو) .
- در صورت وجود اشتباه خط کشیدن روی آن به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد و بعد نوشتن مورد صحیح ، عدم استفاده از لاک یا پاک کردن .
- عدم ثبت قبل از انجام کار .



گزارش درد و دارو درمانی

درد:

کیفیت درد: تیز، مبهم و منتشر و ارجاع نشده

شدت درد: شدید: ۸-۱۰ متوسط ۴-۷ خفیف: ۱-۳

-----۰-----۱-۲-۳-----۴-۵-۶-----۷-۸-----۹-۱۰-----

درد بسیار شدید شدید متوسط خفیف فقدان درد

دوره درد: درد مداوم و درد متناوب و درد زودگذر

عوامل تشدید کننده درد و عوامل تخفیف دهنده درد

واکنشهای رفتاری، آشکارسازی فیزیولوژیکی

تعریق و تهوع و رنگ پوست و نبض و تنفس و فشارخون و واکنش مددجو



OXYGEN THERAPY

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



WOUND DRESSING

ناحیه زخم

وسعت و اندازه زخم

نزدیک بودن لبه های زخم

وجود یا عدم وجود ترشح

رنگ و نوع و میزان ترشح

وجود درن

نوع محلول شستشو

واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب و درد و احساس نگرانی

درن-----> توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن



BLADDER CATHETERIZATION

- هدف از سنداژ مثانه
- نوع سند جهت سنداژ
- سائز سند
- ثبت مانورها قبل از سنداژ
- حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون
- حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سنداژ مثانه
- در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو



N.G.T INSERTION

گواژ:

- دلایل لوله گذاری معده
- نوع گواژ: متناوب و مداوم
- حجم و نوع محلول گواژ
- حجم مایع موجود در معده قبل از گواژ
- رنگ ترشحات برگشتی از معده
- واکنش ممدجو

لاواژ:

- دلایل لاواژ
- نوع و حجم محلول لاواژ
- حجم و رنگ موارد برگشت
- واکنش ممدجو



نکات اساسی در ثبت گزارش CPR

- زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- زمان شروع احیاء قلبی و ریوی CPR
- ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی
- ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی ABG
- تعداد و وات دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون
- دارو درمانی (نوع و دز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید).
- واکنش مردمکها
- افراد عضو تیم احیاء
- زمان خاتمه CPR



مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

- عدم تطابق محتوی گزارش با استانداردهای حرفه ای
- محتوی گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد
- محتوی ناقص یا بی ثبات
- محتوی توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد
- محتوایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد.
- وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی
- امضاء گزارشات تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر
- تحریف گزارش
- وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
- ناخوانا بودن گزارش
- درهم برهمی و کثیفی گزارش
- جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- رونویسی اشتباهات
- امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار
- لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی
- ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم



کاردکس پرستاری

کاردکس چیست؟

- در برخی از مراکز اطلاعات مورد نیاز برای مراقبت روزانه از مددجویان در کاردکس پرستاری وجود دارد. کاردکس فرم یا کارتی است که به صورت دفترچه یادداشت قابل حمل در ایستگاه پرستاری نگهداری می شود. کاردکس فرصت بررسی و مرور سریع مراقبتهای اولیه بیمار و اطلاعات اولیه در مورد بیمار را به پرستار می دهد.
- کاردکس هرگز یک منبع دائمی و قابل اعتماد برای ارائه مراقبت نیست و تنها با ثبت اطلاعات به روز پرستار را از مراجعه پی در پی به پرونده مددجویی نیاز می کند.



چه نوع اطلاعاتی در کاردکس ثبت می شود؟

○ بیشتر فرمهای کاردکس دو قسمت دارند:

- قسمت تشخیص و درمان
- قسمت مراقبت پرستاری

○ اطلاعاتی که معمولاً در کاردکس یافت می شود :

- اطلاعات دموگرافیک پایه
- تشخیص طبی
- تشخیص پرستاری

- دستورات پزشکی اخیر (داروها - درمان ها - رژیم غذایی - درمان های داخل وریدی - آزمایشات تشخیصی - پروسیجرهای خاص)
- کلیه مشاوره های انجام شده یا توصیه شده
- تست های تشخیصی
- فعالیت اولیه بیمار
- یادداشتهای خاص
- نام پزشک معالج فعلی
- محل تزریقات محیطی



در چه مواقعی از کاردکس استفاده می شود؟

- در زمانی که نیاز به بررسی سریع بیمار وجود داشته باشد.
- در هنگام ارائه گزارشات تغییر نوبت کاری
- هر زمان که نیاز به بررسی جامع و کلی از وضعیت و درمانهای فعلی بیمار وجود داشته باشد.
- توجه داشته باشید که کاردکس هرگز یک منبع دائمی و قابل اعتماد برای ارائه مراقبت نیست.



انواع کاردکس

- به جز کاردکس هایی که جامع بوده و کلیه اطلاعات مربوط به بیمار در آن ثبت می شود. در برخی مراکز چندین کاردکس وجود دارد که اطلاعات مربوط به بیماران در آنها جداگانه ثبت می شود، مثلا:
 - کاردکس ثبت اطلاعات دارویی
 - کاردکس ثبت تشخیص های پرستاری
 - کاردکس ثبت اطلاعات آزمایشگاهی
- حتی امروز کاردکس های کامپیوتری نیز وجود دارد که اطلاعات موجود در آنها تنها از طریق علامت زدن ثبت می گردد.



هدف از تهیه کاردکس چیست؟

- هدف از تهیه کاردکس تامین موارد ذیل است:
- اجازه می دهد که یک بررسی دقیق در مورد مداخلات و عملکردهای مربوط به مددجو به عمل آید. نظیر مراقبت های خاص بیمار، دریافت دارو و درمان.
- برنامه مراقبتی پرستاری که به کاردکس اضافه می شود کمک می کند تا کلیه اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیمار فراهم شود اگرچه ثبت آن بسیار مشکل است.



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

- حتما تاریخ و ساعت ویزیت ثبت شود.
- حتی اگر بیمار دوز Stat یک دارو را دریافت می کند، حتما باید در کاردکس ثبت شود. تعداد دوز دارو و تاریخ قطع دارو نیز باید ثبت شود.
- ثبت باید بر اساس قوانین انجام شود و تنها اختصارات استاندارد مورد استفاده قرار گیرد.
- تاریخ و ساعت دریافت اولین دوز دارو در کاردکس ثبت شود.
- در صورتیکه بیمار دارو دریافت نکرده باشد، حتما باید علت عدم تجویز دارو ثبت گردد.
- اطلاعات موجود در کاردکس هم می تواند با مداد و هم با خودکار ثبت گردد.
- همواره، همه نکات خوانا و مختصر نوشته شده و توصیف نشود.
- از دوباره کاری و نوشتن یک چیز مشابه در دو جا و ثبت موارد نامربوط خودداری شود.
- همواره برای تهیه کاردکس از فرم های خاص بیمارستان استفاده شود.
- در صورتیکه فضای کافی برای ثبت وجود دارد باید کلیه اطلاعات در کاردکس ثبت شود.



مزایای کاردکس

- اجازه بررسی سریع و دقیق اطلاعات در مورد مداخلات مربوط به بیمار را به ما می دهد.
- برنامه مراقبت پرستاری به کاردکس اضافه می شود تا اطلاعات ضروری در مورد مراقبت از بیمار آماده و در دسترس باشد.



محدودیت های کاردکس

○ کاردکس وسیله خوبی برای تداوم مراقبتها نیست. زیرا در آن درمان و مراقبتهای اخیر ثبت می گردد و مراقبتهای و درمانهای روزهای قبل در آن وجود ندارد.

○ ممکن است قابل اعتماد نباشد به خصوص اگر :

۱. هر روز بازبینی نشود
۲. به طور کامل و دقیق نوشته نشود
۳. بعد از گرفتن مراقبت پرستاری نتایج آن توسط پرستار تکمیل و تصحیح نگردد.
۴. پرستار در ارائه مراقبتهای مربوط به بیمار به مطالب کاردکس توجه نکند.

○ باید دقت کرد که اطلاعات موجود در کاردکس حتما در جای دیگری هم ثبت شود. زیرا اطلاعات آن دائمی و ثابت نیست و همواره تجدید می شود، پس باید اطلاعات در جای دیگری نیز ثبت شود تا سیر درمان و مراقبت بیمار قابل پیگیری باشد.



خطا فوٹا

