



تعریف گزارش نویسی:

تعویض و تبادل اطلاعات درمورد بیمار به صورت نوشتاری و یا گفتاری بین گروه مراقبت کننده بهداشتی درمانی را گزارش گویند.

برقراری ارتباط حرفه ای موثر بین اعضاء گروه بهداشتی - درمانی به وسیله گزارش دهی به یکدیگر صورت می گیرد. ثبت و گزارش اطلاعات مناسب ، دقیق و صحیح اعضاء گروه بهداشتی درمانی از جمله پرستاران میتواند برنامه مراقبتی سازمان یافته و جامعی را برای مراقبت ازمددجو برنامه ریزی واجرا نماید که نتیجه آن ارتقاء کمی و کیفی برنامه مراقبتی خواهد بود.



گزارش بیماران از طریق ثبت در پرونده (Record)، گزارش شفاهی (Report) یا مشاوره (Consultation) صورت می گیرد. در انتهای هر نوبت کاری در بیمارستان، پرستاران به پرستاران شیفت بعدی، گزارش شفاهی و کتبی خود را ارائه می نمایند. از مهمترین مسئولیت های پرستار نوشتن گزارش بیماران و دادن گزارش شفاهی به دیگر همکاران حرفه ای (پزشک، پرستار، مسئول آزمایشگاه و...) می باشد که در افزایش کیفیت مراقبت از بیماران اهمیت بسزایی دارد.

اهداف گزارش نویسی

اهداف ثبت گزارش بیماران شامل موارد زیر می باشد:

۱. برقراری ارتباط

اولین هدف ثبت گزارش بیماران، در جریان قرار دادن دیگر افراد گروه بهداشتی - درمانی از وضعیت بیمار و اقدامات درمانی است.

۲. برنامه ریزی مراقبتی

براساس داده های روزانه و تغییر وضعیت بیمار و پیشرفت وی برنامه مراقبتی طراحی می شود.

۳. برآورد کیفیت

براساس گزارش ثبت شده در پرونده بیمار، به کیفیت مراقبت از وی پی برده می شود. در صورت وجود مشکلات، برای بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، آموزش های ضمن خدمت برگزار می گردد. همچنین برای انتخاب استانداردهای مراقبتی، از پرونده بیماران نیز استفاده می شود.

۴. پاسخ گویی به مسائل قانونی و مالی

گزارشات ثبت شده در پرونده بیمار، به عنوان مدرک قانونی است. در صورتی که بیمار یا خانواده وی شکایتی در مورد کیفیت مراقبت داشته باشند، بهترین منبع و مدرک، پرونده بیمار می باشد. بنابراین ثبت گزارش بایستی دقیق، صحیح و به موقع صورت گیرد. بیماران هزینه درمانی خود را براساس گزارشات ثبت شده در پرونده که چه نوع مراقبت هایی را دریافت نموده اند، حساب و پرداخت می نمایند.

۵. آموزشی

گزارشات موجود در پرونده بیمار، برای آموزش دانشجویان گروه پزشکی استفاده می گردد.

۶. تحقیقی

پژوهشگرانی که در زمینه حل مشکلات بهداشتی - درمانی فعالیت دارند، به بررسی و مطالعه پرونده بیماران می پردازند و اطلاعات لازم را کسب می نمایند و راهکارهای مناسب را ارائه می دهند.

۷. تاریخی

اطلاعات و یافته های بهداشتی - درمانی بیمار، ممکن است در سال های بعد مورد نیاز باشد. به همین دلیل اطلاعات درج شده در پرونده بیمار، ارزش تاریخی دارد.

۸. اعتباربخشی

سازمان بهداشتی با استفاده از گزارش های ثبت شده، مراقبت های استاندارد را به دست آورده و تعریف می نماید.

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

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

۱. حقیقت Actuality

۲. دقت Accuracy

۳. کامل و مختصر Completeness and Concise

۴. پویا Current

۵. سازماندهی Organize

۶. محرمانه Confidential

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 شنود، 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.

به هیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.

مثال:

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.

گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

دقت در گزارش نویسی :

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

مثال :

گزارش صحیح: بیمار ۳۶۰cc مایعات (آب) مصرف نموده است.

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

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

گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدارمی باشد.

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.

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 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 این مشخصات باشد: نام و نام خانوادگی، سمت، رتبه، تاریخ و ساعت

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 غیرضروری اجتناب نمود.

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 :

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. اداره تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

سازماندهی گزارش :

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

محرمانه بودن گزارش :

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

قوانین ثبت گزارش

• مندرجات (Content)

اطلاعات باید کامل، صحیح، مناسب، دقیق و حقیقی باشد.

یافته های بیمار ثبت شود و از تفسیر آن خودداری گردد.

از به کار بردن کلماتی که ممکن است برای خواننده معانی مختلفی ایجاد کند (مانند خوب، متوسط، کافی، طبیعی و...) خودداری شود.

از به کاربردن کلمات کلی مانند « امروز به نظرم بهتر است » خودداری شود. برای ثبت گزارش می توان از معیار یک تا ده استفاده نمود. مثلاً امروز کمردرد بیمار ۲ تا ۳ بوده در صورتی که دیروز ۷ تا ۹ گزارش شده است.

ثبت مشکلات بیمار و مداخلات پرستاری و عکس العمل بیمار از نظر نظم و توالی رخداد آن بایستی انجام شود.

کلیه مشاوره های طبی بایستی ثبت گردد تا پرستاران دیگر نیز از آن آگاهی یابند.

ثبت گزارش در پرونده بیمار براساس استانداردهای حرفه ای و خط مشی مرکز درمانی مربوطه باید صورت گیرد.

از به کاربردن کلمات کلیشه ای و یا مبهم در هنگام نوشتن گزارش بیمار باید خودداری نمود.

در صورتی که پرستار نسبت به دستورات و معالجات نامناسب پزشک، تذکر و یا سوالی را مطرح می نماید، باید زمان و تاریخ واکنش و توجه پزشک را دقیقاً ثبت نماید. اگر از طریق تلفن مشکل مورد نظر مطرح می گردد، پرستار دومی که به هنگام مکالمه حضور داشته، نیز گزارش را باید امضاء نماید. همچنین اگر با مدیره پرستاری نیز تماس گرفته شده باید ثبت گردد. ثبت این نوع گزارش در موارد قانونی موجب حمایت از پرستار و سایر مراقبت کنندگان مرکز درمانی می گردد.

• زمان بندی (Timing)

همزمان با مشاهده و انجام مداخلات پرستاری، تاریخ و ساعت آن در پرونده درج گردد.

در صورتی که وضعیت بیمار وخیم باشد، ثبت گزارش به طور مکرر بر پایه خط مشی مرکز درمانی صورت می گیرد ثبت دقیق زمانی مداخلات پرستاری اهمیت دارد. در هنگام مراقبت از بیماران بدحال، قبل از ترک بخش، موارد مهم مربوط به وضعیت بیمار باید ثبت گردد.

• چارچوب برگه ها (Format)

ثبت گزارش باید بر روی برگه های طراحی شده مناسب صورت گیرد.

برای چاپ و یا نوشتن می توانید از خودکار سیاه و یا آبی استفاده نمایید. نوشته باید خوانا باشد. در مواردی که بیمار نکته یا حساسیت خاصی دارد که باید مورد توجه قرار گیرد، از خودکار قرمز استفاده شود.

از لغات صحیح و استاندارد، اختصارات و علامت های مشترک استفاده شود.

برای ثبت رایانه ای از راهنمایی های مخصوص آن استفاده گردد.

تاریخ و ساعت هر ثبت گزارش باید نوشته شود.

مداخلات پرستاری با توجه به زمان انجام آن، بر روی خطوط پی در پی نوشته شود و فضای خالی با یک خط پر شود.

• امضاء مسئول و یا پاسخ گویی (Accountability)

پس از یادداشت در پرونده بیمار، فرد ثبت کننده باید نام کوچک، فامیل و عنوان خود را نوشته و امضاء نماید.

در صورت عدم انجام مراقبت، موارد ثبت شده، نباید امضاء گردد.

از پاک کردن و لاک گرفتن هرگز نباید استفاده کرد

بر روی هر صفحه، نام و مشخصات بیمار ثبت شود.

قبل از ارسال پرونده بیمار به مدارک پزشکی، از کامل بودن آن اطمینان حاصل شود.

رازداری (Confidentiality)

بیماران از نظر قانونی و اخلاقی انتظار دارند، اطلاعات موجود در پرونده آن‌ها محرمانه بماند. دانشجویان پرستاری باید از خط مشی مرکز درمانی و قوانین موجود در مورد دستیابی به پرونده بیماران آگاهی داشته باشند.

در مراکز آموزشی - درمانی، دانشجویان می‌توانند از پرونده بیماران در محدوده حرفه‌ای خود استفاده نمایند. از نظر اخلاقی، تمام اطلاعات خوانده شده را باید محرمانه تلقی کنند. در گزارشات شفاهی و یا دست‌نویس خود، نباید نام واقعی و دیگر مشخصات بیمار را ذکر کنند.

گزارشات شفاهی

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

پرستاران روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهی استفاده می‌نمایند. در این نوع گزارش، پرستار خلاصه‌ای از فعالیتها و شرایط بیمار را (در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت) به پرستار دیگر منتقل می‌نماید.

ارائه گزارش شفاهی به اشکال مختلف صورت می‌گیرد.

• گزارش مشکل بیمار

ارائه گزارش به واحد یا بخش‌های مورد نیاز بیمار صورت می‌گیرد. این گزارش‌ها تأکید بر مشکل بیمار دارد. هر نوع مشکل بیمار به صورت ذیل باید ارائه شود :

مشکل مراقبتی بیمار همراه با تشخیص پزشکی و پرستاری

یافته‌هایی که مشکل را کاملاً شرح می‌دهد.

مداخلات انجام شده در روز و میزان موفقیت آن برای حل مشکل

• گزارش تغییر وضعیت بیمار

بسیاری از گزارشات پرستار در طول نوبت کاری، مربوط به تغییر وضعیت بیمار می‌باشد که به سرپرستار و یا دیگر پرستاران گزارش می‌شود. راهنمای اصلی گزارش تغییر وضعیت بیمار، بر مبنای یافته‌های قابل اندازه‌گیری است و نشان‌دهنده میزان تغییر وضعیت می‌باشد.

موردی که می باید در این گزارش ارائه شود عبارت است از:

- ۱- مشخصات فردی بیمار که تغییر وضعیت داشته است.
- ۲- میزان تغییر وضعیت بیمار با توجه به یافته های قابل اندازه گیری اولیه ارائه شود.
- ۳- علائم و نشانه های عوارض بالقوه بیان گردد.
- ۴- هر گونه مداخله انجام شده همراه با نتایج آن بیان شود.

• **گزارش به پرستار دیگر** در این نوع گزارش، گزارش دهنده و گیرنده هر دو پرستار می باشند. در هنگام ثبت گزارش از فرآیند پرستاری استفاده می شود.

• گزارش به پزشک

هنگامی که پرستار به پزشک گزارش می دهد باید از تشخیص های پزشکی استفاده نماید. قبل از گزارش به پزشک، پرستار یافته های عینی و ذهنی و تغییرات بیمار را بررسی می کند سپس وضعیت بیمار را شرح می دهد. یافته های به دست آمده به گونه ای شرح داده شود که پزشک را در تعیین تشخیص پزشکی و معالجات مناسب کمک نماید.

چهارنوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود :

گزارش تعویض شیفت change of shift reports

گزارش تلفنی Telephone reports

گزارش انتقالی Transfer reports

گزارش حوادث اتفاقی Incident reports

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 می‌دهد 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 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 می‌دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده را نیز به ما می‌دهد و همچنین به بیمار این امکان را می‌دهد که در ارتباط با مراقبتهای دریافت شده بحث نماید.

گزارشات تلفنی:



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

اطلاعات خلاصه است

گزارش تلفنی وضعیت بیمار باید در پرونده وی ثبت گردد. موارد ثبت شده عبارتند از:

زمان و نام فرد ارائه دهنده و گیرنده پیام تلفنی ، اطلاعات ارائه و دریافت شده دربرگه گزارش مثلا : در ساعت ۱۰:۲۲ به دکترم - ح تلفن نمودم و اطلاع دادم جواب آزمایش سطح پتاسیم آقای احمدی ۲/۰۲ می باشد. پرستار ت- س.

درموقع گزارش تلفنی به پزشک حتما پرونده بیمار در دسترس پرستار باشد تا هرگونه سؤال پزشک از جمله علائم حیاتی قبلی بیمار، رژیم درمانی و غیره با توجه به آن پاسخ داده میشود.

راهنمای دستور تلفنی

برای پیشگیری از خطا در درک دستورات سریع و با عجله پزشک مجدداً از وی بخواهید که دستورات را روشن تر بیان کند.

نام بیمار ، شماره اتاق و تشخیص بیمار دقیقاً مشخص شود.

پس از اتمام دستورات پزشک ، دستورات وی مجدداً بازگو شود.

طریقه ثبت دستورات تلفنی شامل تاریخ و زمان دستور داده شده ، نام بیمار، پرستار ، پزشک و دستور داده شده می باشد که باید بطور کامل نوشته شود.

از مقررات بیمارستان پیروی کنید. دستورات شفاهی بایستی توسط دو پرستار کنترل و امضا شود.

بر اساس مقررات بیمارستان پزشک مسئول دستور تلفنی دستورات نوشته شده را بایستی امضا کند (حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از دستورات تلفنی).

گزارش انتقالی:

هنگام انتقال بیمار از یک بخش به بخش و یا مرکز درمانی دیگر لازم است پرستار خلاصه ای از وضعیت وی و مراقبتهای انجام شده را دربرگه انتقال بنویسد. مثلاً موقع انتقال بیمار از بخشهای ویژه و یا ریکاوری به بخشهای دیگر.

گزارش انتقال به صورت تلفنی و یا حضوری داده میشود. پرستار به ترتیب موارد زیر را باید در هنگام ارائه گزارش انتقال مورد توجه قرار دهد :

۱- نام ، سن ، نام پزشک معالج و تشخیصهای پزشکی بیمار ، زمان و تاریخ انتقال

۲- وضعیت سلامتی فرد در حال حاضر

۳- برنامه مراقبتهای در حال حاضر

۴- هر نوع بررسی و مداخله ویژه مورد نیاز بیمار در کوتاه مدت تا استقرار کامل در بخش جدید

۵- وسایل خاص مورد نیاز بیمار (مثل لوله ها و وسایل طبی)

۶- توجهات خاص (مثلاً احیاء قلبی ریوی و یا وضعیت ایزولاسیون)

۷- نوشتن نام پرستار تحویل گیرنده

گزارش حوادث:

هدف از گزارش حوادث، شناسایی خطرات و پیشگیری از آن در آینده می باشد و برای ارتقاء کیفی کارپرستاران استفاده می شود. پرستاران موظفند با سیاستها و قوانین مرکز درمانی در رابطه با گزارش حوادث آشنا بوده و در مواقع لزوم از آن بهره گیرند.

در نوشتن گزارش حوادث موارد زیر باید رعایت شود:

نوشتن نام پرستاری که حادثه را دیده و با آن روبرو شده است.

به طور مختصر و دقیق و کاملاً عینی حادثه شرح داده شود.

هرگونه اقداماتی که توسط پرستار، پزشک و یا سایر همکاران برای حادثه دیده صورت گرفته گزارش داده شود.

برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود.

حادثه باید هرچه سریعتر به مسئول مربوطه گزارش شود.

گزارش حادثه باید با شماره مخصوص نوشته و حفظ گردد.

گزارش نباید کپی شود.

گزارش نویسی گام به گام

گزارش بدو ورود:

ذکر زمان در موقع گزارش نویسی ارزش فوق العاده ای 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 سیستم-هایی 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 بگونه ای
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 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 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 (استفرغ ، 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 بروی مراقبت بعد از عمل موثر باشد.

ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال با ید توسط پرستار بعدی فوراً صورت گیرد.

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

گزارش بعد از عمل :

ساعت تحویل و یا 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 و پانسمان

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 و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر ، استفراغ و وضعیت دفع ادرار و مدفوع 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.

گزارش تریخیص :

کنترل این که تریخیص بیمار توسط پزشک امضاء شده باشد.

وضعیت عمومی بیمار حین تریخیص با قید علائم حیاتی ، ساعت تریخیص و خروج از بخش با ذکر همراه

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

آموزش های ضمن تریخیص 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 تریخیص

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

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

تریخیص 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 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 صدورگواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادرگردیده یا توسط پزشک قانونی صادر می‌گردد).

در مورد فوت نوزاد جنس، آپیگار 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.

نکات کلیدی :

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن ، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری یادآوری می گردد.

۱- جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده نمایید.

۲- جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده نمایید.

۳- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.

۴- مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش بطور کامل درج نمایید.

۵- جهت ثبت ساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده نمایید. (لازم به ذکر است که باید گزارش پرستاری در هر شیفت به صورت مجزا نوشته شود و شیفت ثبت گزارش نیز قید گردد)

۶- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.

۷- تعداد و ریتم ضربان قلبی- تنفسی بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن را ثبت کنید.

۸- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور ، مانیتورینگ ، پپس میکر و.....) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید.

۹- وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت کنید.

۱۰- بیانات و نشانه هایی را که بیمار عنوان نموده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.

۱۱- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.

- ۱۲- ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
- ۱۳- با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند ، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.
- ۱۴- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.
- ۱۵- پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمائید.
- ۱۶- انحصاراً در گزارش، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته‌اید ثبت نمایید.
- ۱۷- گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش ، با برانکارد، توسط اورژانس ۱۱۵ ، توسط همراهیان و...) ، وضعیت هوشیاری بیمار ، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده باشد.
- ۱۸- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید. (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره ها و...)
- ۱۹- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.
- ۲۰- در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار ، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها ، موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش ، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع دهید.
- ۲۱- در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید.
- ۲۲- در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (O&I) را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.
- ۲۳- شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته (O&I) را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید.
- ۲۴- هرگونه علائم و نشانه ای را که در صورت بروز به پزشک اطلاع داده میشود را ثبت نمایید.

۲۵- ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط ، اشتباهات دارویی و...) ضروری است.

۲۶- مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول شیف است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید.

۲۷- دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نمایید.

۲۸- کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی اجرا شده را ثبت کنید (نام دارو، دوز دارو تاریخ و ساعت شروع، زمان و راه تجویز).

۲۹- زدن علامت تیک روی ساعت تجویز دارو به منزله داده شدن دارو به بیمار و کشیدن دایره دور آن به معنی ندادن دارو به بیمار می باشد که در هر حالت باید نام دهنده دارو روی محل تیک یا دایره ثبت شود (در برگه گزارش پرستاری در قسمت ثبت داروها).

۳۰- در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود (برخی از علل احتمالی عبارتند از : موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار و...).

۳۱- اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می‌نمایید (حضور، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.

۳۲- در صورت نیاز به ثبت گزارش تلفنی ، شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:

۱-۳۲ دستور تلفنی در برگه دستورات پزشک ثبت و توسط ۲ پرستار امضاء شود.

۲-۳۲ دستور تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضاء پزشک مربوطه رسانده شود.

۳-۳۲ زمان برقراری تماس تلفنی ، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده، اطلاعات داده شده و اطلاعات گرفته شده ثبت شود.

۳۳- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب کنید.

۳۴- جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:

۱-۳۴ بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد.

۲-۳۴ در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه کلمه «اشتباه» یا «Error» را نوشته و گزارش صحیح را بعد از کلمه «اشتباه» یا «Error» ادامه دهید.

- ۳۵- از مواردی که منجر به تحریف گزارش می شود اجتناب کنید از جمله:
- ۳۵-۱ اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است.
- ۳۵-۲ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری
- ۳۵-۳ دوباره نویسی و یا تغییر گزارش
- ۳۵-۴ اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین
- ۳۵-۵ تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود
- ۳۶- گزارش عملیات احیاء قلبی ریوی (C.P.R) بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا باید در پرونده ثبت شود.
- ۳۷ - در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری وابتدا وانتهای گزارش جای خالی وجود نداشته باشد.
- ۳۸- در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری ، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید.
- ۳۹- آموزشهای ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر نمایید.
- ۴۰- در صورتی که بیماری شفاهاً مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقاً گزارش نمایید.
- ۴۱- در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.
- ۴۲- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات ناخوشایند پرهیزید.
- ۴۳- از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.
- ۴۴- گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود. (در بخشهای ویژه و یا در صورتی که روش تقسیم فعالیت به صورت case method باشد گزارش پرستاری باید به صورت پیوسته ثبت گردد و در انتهای شیفت بسته شود).
- ۴۵- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود ، نام، نام خانوادگی و سمت پرستار مربوطه به طور خوانا ثبت شود.
- ۴۶- گزارش را ممهور به مهر اسمی خود به همراه شماره نظام پرستاری نموده و امضاء نمایید.

روش های گزارش نویسی:

- ۱- گزارش نویسی سنتی یا بیمارستانی:
- ۲- گزارش نویسی بر اساس اطلاعات حاصله از مشاهدات عینی ، ذهنی ، برنامه ریزی ، اجرا و ارزیابی
- ۳- گزارش نویسی با تاکید بر مشکل بیمار
- ۴- گزارش نویسی گام به گام
- ۵- گزارش نویسی به روش DAR
- ۶- گزارش نویسی بر اساس تشخیص پرستاری (پیشگیری): (آموزش ، تغییر وضعیت ، مراقبت مشکلات) روش های اصلاح کننده: (تشویق به مصرف مایعات، دادن دارو))

فرایند پرستاری:

مراحل فرایند پرستاری:

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

۱- بررسی و شناخت :

جمع آوری سیستماتیک اطلاعاتی راجع به وضعیت سرایت و برطرف کردن مشکلات موجود یا احتمالی بیمار که از این اطلاعات جهت تشخیص پرستاری استفاده میگردد.

۲-تشخیص پرستاری:

قسمت مهم فرایند پرستاری است و بیانی است از مشکل بیمار و قضاوت پرستار و به وضعیتی اطلاق میشود که پرستار اجازه دارد آن را درمان نماید .

انواع تشخیص های پرستاری شامل:

- ۱- موجود
- ۲- بالقوه
- ۳- احتمالی

تشخیص پرستاری شامل دو قسمت است:

- ۱- مشکل بیمار
- ۲- اتیولوژی (عناصر محیطی ، روانشناختی ، اجتماعی ، فیزیولوژیک یا معنوی)

مثال : بیماری ۴۸ ساعت پس از بستری در بیمارستان از حالت NPO خارج میشود و پرستار متوجه مشکل تغذیه وی میشود. تشخیص پرستاری : اختلال

تغذیه کمتر از نیاز بدن (مشکل) مربوط به بی اشتهاپی (اتیولوژی) با توجه به اتیولوژی اقدامات پرستاری ممکن است متفاوت باشد.

۳- برنامه ریزی

راهنما برای نوشتن تشخیص پرستاری (ص) (غ)

- تشخیص را با واژه های یاسخ به جای نیاز بنویسید.
مثال: اختلال در تحرک جسمی مربوط به ضعف بدنی (ص)
به چرخاندن مکرر نیاز دارد (غ)
- جای عبارت: به علت یا در اثر از عبارت: مربوط به استفاده کنید زیرا این عبارت الزاما به معنی وجود رابطه علت و معلولی نیست.
- تشخیص را با استفاده از اصطلاحات قابل قبول قانونی بنویسید.
مثال: استعداد سلامت پوست، مربوط به کاهش تحرک بدنی (ص)
استعداد اختلال سلامت پوست به علت کم چرخیدن در بستر (غ)
- تشخیص را بدون قضاوت بنویسید (بر اساس اطلاعات عینی و ذهنی)
مثال: اشکال در انجام وظیفه پدری مربوط به دوری طولانی مدت از فرزند (ص)
- اشکال در انجام وظیفه پدری به علت بی علاقگی به فرزند. (غ)
- از جابجا کردن دو بخش تشخیص پرستاری خودداری کنید زیرا سبب بهم خوردن ارتباط مشکل بیمار و اتیولوژی میگردد. بخش اول منعکس کننده مشکل بیمار است و بخش دوم نوع اقدامات پرستاری را مشخص میکند.
- از اشاره به علائم و نشانه های بیماری در تشخیص پرستاری خودداری کنید زیرا یک نشانه یا علامت مجزا را نمیتوان تشخیص محسوب کرد و ممکن است به تشخیص اشتباه برسید.
- مطمئن باشید که دو بخش تشخیص دارای یک معنی نباشد
- مثال: اختلال در مکانیسم های تطابقی مربوط به اثرات رفتن به مدرسه جدید (ص)
- اختلال در مکانیسم های تطابقی به علت ناتوانی در تطابق (غ)
- اتیولوژی را با اصطلاحات قابل تغییر بیان کنید.
- مثال: کمبود آگاهی درباره رژیم غذایی پیش از زایمان (ص)
- کمبود آگاهی بعلت حاملگی

- تشخیص طبّی را در تشخیص پرستاری وارد نکنید.

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

خوب پاک نشدن راههای هوایی به علت ایتماری انسدادی ریه

- تشخیص را روشن و خلاصه بنویسید زیرا موجب تسهیل برقراری ارتباط بین افراد تیم مراقبت شده و باعث میشود که افراد نیروی خود را بر روی عوامل مربوط به مشکل خاصی متمرکز نمایند .

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

تقابل فردی غیر موثر به علت اعتقاد وی در شروع زایمان زودرس به دنبال برداشتن ظرف سنگین در روز زایمان(غ)

نکته: بعد از ثبت تشخیص پرستاری لازم است پیامد ها و اقدامات انجام شوند

مشکل(آنچه باید تغییر کند): یبوست ← نیاز به مصرف مایعاً بیشتر را مطرح ← میکند.

پی آمدها(اجابت مزاج به شکل طبیعی)(بفانیه) نوشیدن ۳۰۰ میلی لیتر در شبانه روز

اتیولوژی(علت بروز): بی حرکتی و کاهش دریافت از رله بجانه اقدامات: راه رفتن در بخش سه بار در شبانه روز. افزایش دریافت مایعات بجانه بجانه مختلف ارائه مایعات مورد سلیقه (چای ، آب هویج ، ژله ، نوشابه)