

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. تصميم‌گیری 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 تست های 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.

⁸ Dynamic

⁹ Organization

¹⁰ Confidentiality

۴ راهنمایی ثبت برخی از اقدامات پرستاری

➤ مفاهیم کلیدی

۱. ثبت رویه‌های معمول پرستاری معمولاً روی برگه‌های فلو شیت 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
۹-۱۰	۷-۸	۴-۵-۶
درد بسیار شدید	شدید	متوسط
۱-۲-۳	۱-۲-۳	۱-۲-۳
درد فقدان	خفیف	فقدان درد
- 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 فراورده‌های 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 - معده 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:

۸۷/۱۱/۱۱ - 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

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