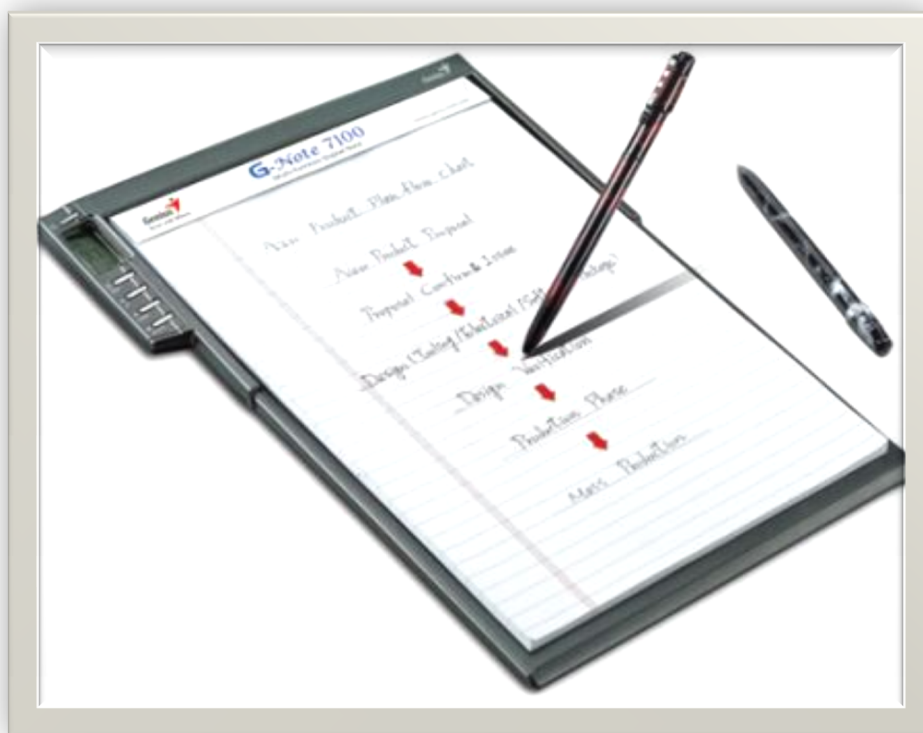


گزارش نویسی در پرستاری



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 ارائه 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 ارائه شده به بیمار، به توانایی ارائه دهنده مراقبت در برقراری ارتباط با دیگر افراد بستگی دارد. تمامی ارائه 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 ارائه 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 گزارش‌دهی منبع ارزشمندی از اطلاعاتی است که توسط همه اعضای تیم مراقبتی و بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخی از اهداف گزارش‌دهی و گزارش‌نویسی 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

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.

► بررسی اطلاعات به دست آمده A = Assessment

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.

► برنامه‌ریزی P = Planning

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

► اجرا I = Intervention

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

► ارزشیابی E = Evaluation

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 اعضای 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 لوپ‌های 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

¹ Actual

² Potential

³ Possible

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، اشتهای 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