

اصول گزارش نویسی

گزارشات پرستاران :

گزارشات پرستاران در پرونده نشان دهنده گزارش درمان های طبی و مراقبت های پرستاری و عکس العمل های بیمار نسبت به این مراقبت ها می باشد .

عموماً گزارشات پرستاران شامل شش دسته اطلاعات است :

۱- اقدامات و روش های درمانی که توسط اعضاء مختلف تیم پزشکی اعمال شده است .

در اکثر مواقع گزارشات پرستاران نشان دهنده اقدامات درمانی است که توسط اعضاء تیم پزشکی در مورد بیماران اجرا شده است . بطور مثال وقتی پزشک پانسمان زخم بیمار را عوض می کند بوسیله پرستار در برگ گزارش پرستاری نوشته می شود . پرستار نه فقط نام پزشکی که این کار را انجام داده ، بلکه موارد دیگر مشکل مانند شکل زخم ، مقدار ترشحات ، دارو و یا محلول استفاده شده و برداشتن بخیه ها را نیز ذکر می کند . در بعضی از موسسات پرستاران همچنین تعداد ویزیت پزشکان و سایر اعضاء تیم درمانی از قبیل فیزیوتراپیست و مسئول تغذیه و یا مددکار را نیز ثبت می نمایند . این نوع گزارشات علاوه بر اینکه نشان دهنده مراقبت پرستاری و درمان بیمار است ، بعنوان وسیله ارتباطی همه اعضاء تیم پزشکی نیز باشد .

۲- اقداماتی که به دستور پزشک و توسط پرسنل پرستاری انجام می گیرد .

پرستار همچنین دستوراتی را که توسط پزشک داده شده ثبت نموده و شخصاً مسئول اولیه آن می باشد . بطور مثال پرستار داروهایی را که پزشک دستور داده و با ذکر ساعت به بیمار می دهد ، ثبت می نماید . همچنین پرستار باید هر نوع مشکل غیر معمول و یا عکس العمل غیر طبیعی در بیمار را بعد از دادن دارو ثبت نماید .

در حین چارت کردن اقداماتی که پرستار طبق دستورات پزشک انجام می دهد باید به نکات زیر توجه داشته باشید :

- دقیقاً چه اقداماتی و چگونه انجام شد .
- دقیقاً در چه زمانی و در چه تاریخی انجام شد .
- دقیقاً چه مقدار ، چطور ، برای چه مدت و با چه روشی انجام گردید .

۳- اقدامات پرستاری که توسط پزشک دستور داده نشده ، اما پرستاران جهت برآوردن نیازهای خاص بیماران آن را انجام می دهند :

در این مورد ، گزارش پرستاران شامل اقدامات پرستاری است که مستقلاً و بدون تجویز پزشک انجام می شود ؛ بدین معنی که پرستار این اقدامات را با قضاوت خود در صورتیکه برای بیمار لازم بداند ، با توجه به تشخیص های استاندارد پرستاری با رعایت روند فرآیند پرستاری ، آنها را انجام می دهد و سپس گزارش می نماید .

۴- رفتار و دیگر مشاهدات که در رابطه با وضعیت سلامتی بیمار می باشد :

گزارشات دیگر پرستاران شامل ثبت مشاهدات رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری است . مفهوم رفتار نه فقط شامل عکس العمل های فیزیولوژیکی نیز می باشد . در این نوع گزارش نویسی ، ابتدا بیمار را مورد مشاهده قرار داده و سپس گزارش نوشته می شود ، در گزارش باید توضیح کامل باشد . در شرح ارتباط کلامی که با بیمار داشته باید کلمات خود بیمار ، وضعیت عاطفی او را نیز نشان می دهد . اغلب عکس العمل های بدنی را به راحتی می توان شناسایی کرد .

این گونه اطلاعات باید ثبت شوند . بطور مثال نبودن تنگی نفس در بیماری که پس از چهار هفته استراحت روی صندلی نشانه شده ، می تواند نشان دهنده آمادگی او برای تحمل فعالیت بیشتر باشد .

۵- واکنش های خاص بیمار نسبت به درمان و مراقبت

قسمت پنجم از گزارش پرستاران شامل عکس العمل های خاص بیمار نسبت به اقدامات درمانی و مراقبت های پرستاری می باشد . مثلاً اثر مسکن ها بر درد ، پاشویه در تب ، اثر سرما روی تورم یک مفصل و یا کم شدن تورم که باید ثبت گردد . پرستار مبنای گزارش خود را هم بر درک بیمار و هم بر مشاهدات عینی خود می گذارد . مثل کاهش درجه حرارت و یا کاهش تورم مفصلی ، وقتی درک بیمار را گزارش می نماید . باید مطلب گزارش روشن و واضح باشد . بطور مثال ، پرستار ممکن است بنویسد ، ((بیمار می گوید)) ولی لغت بیمار اغلب حذف می شود . وقتی می خواهیم جمله ای را از زبان بیمار بنویسیم ، بهتر است از اختصار O/C (Complaining of) که به معنی ((شکایت از)) می باشد ، استفاده شود . مثلاً ((O/C درد شانه چپ)) .

۶- در خیلی از موسسات بهداشتی گزارش آموزشی که به بیمار داده می شود نیز در قسمت گزارش پرستاری نوشته می شود ، زیرا آموزش یکی از مسئولیت های مهم پرستاری است و در گزارشات موجود باید ثبت گردد .

ثبت فرآیند آموزش - یادگیری شامل خلاصه ای از نیازهای یادگیری ، طرح اجرای برنامه و نتایج ارزشیابی می گردد . ثبت ارزشیابی قطعی می باشد و باید نشان دهد که آیا بر طبق دلایل معینی در مددجو یادگیری رخ داده است یا خیر ؟

چنانچه یادگیری مطلوب صورت نگرفته ، در یادداشت های پرستاری چگونگی حل مجدد مشکل باید مطرح شود . تنها ثبت آنچه تعلیم داده شده کافی نمی باشد با جدول بندی نمودن باید دلایل موجود مبنی بر فراگیری محتوای آموزشی توسط مددجو یا افراد نزدیک وی مسجل گردد . برای مطالعه یک مثال ثبت شده به نمونه مراجعه نمایید .

در گزارش پرستاران باید مراقبت و مداوای اجرا شده برای بیمار با ذکر ساعت و تاریخ باشد . ساعت معمولاً با (قبل از ظهر – morning) A.M و (بعد از ظهر AFTERNOON) p.m نشان داده می شود . در بعضی از موسسات برای جلوگیری از اشتباهات ، ساعت را با همان ۲۴ ساعت در شبانه روز مشخص می کنند . مثل ساعت ۱۳ که همان ۱ بعداز ظهر است . گزارش باید دارای امضای فردی باشد که گزارش را نوشته است .

موارد زیر را چارت کنید :

- تشخیص های پرستاری
- دستورات پرستاری
- اهداف کوتاه مدت
- پیشرفت بیمار
- مشکلات بیمار
- آیا اهداف بیمار حاصل شده اند ؟
- عدم پیشرفت بیمار

بیمار انسولین خودش را به طرز صحیح تزریق نمود . برگه های پیشرفت وضعیت بیمار باید : مرتبط ، با معنی ، اخباری باشند .

بیمار بدون کمک دیگران با چوب دستی راه رفت . قرمزی ناحیه دنبالچه برطرف شده است .

تعیین کردن محدوده مشکلات :

- مشکلات طبی قبلی
- مشکلات پرستاری قبلی
- تنفس و جریان خون
- درد
- تغذیه و گوارش
- جذب و دفع مایعات
- ایمنی
- استراحت ، ورزش و یا ...
- توانایی تفکر و یا ادراک محیطی
- برقراری ارتباط و وابستگی و مشکلات خانوادگی
- انتقال و عفونت
- از بین رفتن تمامیت پوست
- سازگاری یا استرس
- محیطی ، اجتماعی ، تکاملی و روانی
- اعتقادات دینی و اعتقادات شخصی
- نگهداری و حفظ سلامت در خانه
- در گرفتن دارو
- نداشتن آگاهی و آموزش کافی

فصل دوم

ویژگی های کلی یک گزارش خوب :

ارتباط کلیه اعضای تیم مراقبت وابسته به ثبت اطلاعات در پرونده هاست .

ویژگی های یک گزارش خوب و صحیح شامل :

۱- صحت و دقت (accuracy)

۲- اختصار (conciseness)

۳- جامع و کامل (thoroughness)

۴- جاری و پویا (currentness)

۱- صحت و دقت

- گزارش صحیح باید حقایق را بیان نماید تا منجر به تفسیر و درک اشتباه نگردد .
- پرستار آنچه را که پرستاری دیگر شرح می دهد گزارش نمی کند .
- گزارش باید شامل اطلاعات عینی (Objective Data) و ذهنی (Subjective Data) درباره پدیده ها باشد که پرستار آن را می بیند ، می شنود ، می بوید و احساس می کند .
- از کاربرد کلماتی که ایجاد شک و تردید در فرد خواننده می نماید جداً خودداری کند و (به هیچ عنوان از کلمات بنظر می رسد ، ظاهراً ، ممکن است و ... استفاده نکند)

گزارش غلط : بیمار افسرده بنظر می رسد .

گزارش صحیح : بیمار اظهار می دارد : دچار اختلال در خواب است ، قادر به انجام کارهای خود نیست و حوصله صحبت کردن با دیگران را ندارد .

این گزارش دقت پرستار را می رساند : (زخم شکم به طول تقریبی ۴ سانتی متر بدون التهاب و ترشح) استفاده از میزان ها و واحدهای اندازه گیری به اطمینان از صحت و درستی گزارش کمک می کند .

مثلاً در مورد مصرف مایعات چنانچه بنویسید (6P.M به میزان 300cc آب و چای نوشیده) خیلی دقیق تر است تا بنویسید موقع شام به میزان کافی مایعات نوشید .

در مثال دیگر در مورد ترشحات زخم چنانچه بنویسید به میزان 100cc خونابه از محل زخم درناژ گردید خیلی دقیق تر است تا بنویسید مقدار کمی خونابه از محل زخم درناژ شد .

- استفاده از اصطلاحات صحیح و اختصارات مورد قبول هنگام گزارش اطلاعات مهم است زیرا در غیر این صورت اصطلاحات بسادگی می تواند سبب گیجی گردد .
- برای مثال داروی Digoxin بایستی به دقت نوشته و تلفظ شود . اختصار نامناسب آنها یا عبارت دو پهلو می تواند به سادگی گمراه کننده باشد .

۲- اختصار

تبادل اطلاعات بطور خلاصه سبب سهولت در فهم آن می شود . اعضای گروه مراقبت جهت بهبودی بیمار به احتمال زیاد ترجیح می دهند گزارشات خوب و مختصر را بجای نوشته های طولانی بخوانند . مطالعه یک گزارش طولانی دقت را ضایع نموده و خسته کننده می باشد .

۳- جامع و کامل

گزارش خوب به همان اندازه که مختصر است کامل نیز می باشد و شامل موارد ذیل است :

- مشاهدات پرستار به صورت ذهنی و عینی مثل بیان درد توسط بیمار و اندازه گیری نبض و فشار خون هنگام درد و یا بیان وضعیت دفع ، اشتها ، خواب و ... بیمار .
- توصیف هر علامتی مثل درد که باید محل ، شدت ، درد ، نوع درد ، مدت درد ، چگونگی انتشار درد ، فاکتورهای تسریع کننده ، فاکتورهای تسکین دهنده و علائم همراه در آن مشخص باشد .

مثال : ساعت ۷:۱۵ بیمار درد شدید و ضربان داری در انگشتان دست راستش حس می کند . درد حدود ۵ دقیقه طول می کشد ، قبل از شروع واقعه ای رخ نداد ، درد طی حرکت کردن تشدید می شود و با بالا نگه داشتن دست راست بر روی بالش کاهش پیدا می کند ، نبض رادیال قوی ، انگشتان متورم و ملتهب است . نام ، امضاء و تاریخ .

- بستری و ترخیص بیمار
- آزمایشات ، رادیوگرافی ها و کارهای تشخیصی ، پیگیری آنها ، وجود موارد غیر طبیعی به پزشک و سایرین گزارش شود .
- نیازهای آموزشی بیمار تشخیص و آموزش لازم داده می شود و اگر تغییری در رفتارش پیدا شد ، ثبت گردد .
- مواردی که قبل از تجویز داروها بررسی می شود ، مثل نبض و فشار خون ، واکنش بیمار نسبت به تجویز و احتمالاً عوارض پیدا شده بایستی ثبت گردد .
- بروز هر نوع تغییر حالت بلافاصله بایستی گزارش شده و توصیف شود مثل تغییرات تنفس ، کیفیت آن . علائم عینی و ذهنی مربوطه و اقدامات انجام شده بایستی ثبت گردد .
- هر اقدامی طبق تجویز پزشک برای بیمار انجام دادید بایستی ثبت شود .
- هر اقدامی که سایرین بر روی او انجام دادند مثل انجام فیزیوتراپی تنفسی توسط فیزیوتراپیست بایستی ثبت گردد .
- عکس العمل بیمار نسبت به هر اقدام درمانی و پرستاری نیز جزء گزارشاتی است که باید ثبت گردد .
- مشخصات کامل بیمار ، اسم و فامیل و جنس در برگه گزارش مشخص باشد .

۴- جاری و پویا

اطلاعات ثبت شده در پرونده نایستی با تاخیر باشد زیرا ممکن است از قلم بیفتد . یادداشت کردن یک سری موارد بایستی بدون هیچ تاخیری باشد :

- دارو دادن و تزریق و وصل کردن سرم
- آمادگی بیمار برای عمل جراحی و کارهای تشخیصی
- پذیرش بیمار
- انتقال بیمار
- ترخیص بیمار
- تغییر وضعیت در حال بیمار بطور ناگهانی
- اندازه گیری علائم حیاتی و وزن و کنترل جذب و دفع (I&O)
- مراقبت های اولیه بعد از عمل جراحی

اما بعضی از اقدامات و مراقبت های پرستاری نیاز به ثبت فوری ندارند مثل :

- حمام دادن
- ماساژ دادن
- تعویض ملحفه
- دهان شویه

برای ثبت زمان دقیق اقدامات پرستاری طبق دستورات اخیراً بایستی از سیستم ۲۴ ساعته استفاده شود یعنی نیازی به نوشتن P.M و A.M نیست . مثلاً ساعت یک بعداز ظهر ۱۳:۰۰ و ساعت ۱ صبح ۰۱:۰۰ نوشته می شود . شایسته است پرستاران قبل از استراحت ، صرف چای ، و یا خارج شدن از بخش گزارشات را ثبت ننمایند.

۵- ترتیب و سازماندهی

اطلاعات با نظم و ترتیب به راحتی قابل درک است . به مثال زیر توجه کنید :

گزارش سازماندهی نشده	گزارش سازماندهی شده
ساعت	ساعت
تاریخ	تاریخ
بیمار دردی تیز در ربع تحتانی شکم داشت . پزشک وی را ویزیت نمود . حساسیت شکم به لمس وجود داشت . صدای دودی وجود نداشت . آمپول دمرول ۷۵ میلی گرم عضلانی تزریق شد . در حالت خوابیده به سمت چپ درد خفیف داشت . سی تی اسکن شکم دستور داده شده ، بیمار با چرخیدن به سمت راست دردش بیشتر و با چرخش به سمت راست دردش تسکین می یابد .	بیمار اظهار می دارد درد تیزی در ربع تحتانی چپ شکم دارد که با چرخش به طرف راست بدتر می شود . برگشتن به پهلو چپ مختصری درد را تسکین می دهد . شکم در لمس سفت و حساس بود . در دق صدای دال شنیده شده ، صدای حرکات دودی سمع نگردید . دکتر نصیری بیمار را ویزیت نمود ، آمپول دمرول ۷۵ میلی گرمی عضلانی طبق دستور جهت برطرف کردن درد تزریق شد . بیمار جهت سی تی اسکن به رادیولوژی فرستاده شد . گرافی به عمل آمد .
امضاء	امضاء

در گزارشات سازماندهی شده سه مسئله به ترتیب روشن می شود اول درد بیمار ، دوم بررسی پرستار ، سوم دستور پزشک . اما در گزارش سازماندهی نشده به وضوح نشان داده نمی شود اول چه اتفاقی افتاده است . قبل از معرفی موضوع جدید ، موضوع قبلی باید بصورت جامع سازماندهی شود .

۶- محرمانه و رازدار

- پرستار نباید راجع به وضعیت بیمار با بیماران دیگر یا پرسنلی که در طرح مراقبت دخالتی ندارند صحبت نماید .
- فاش کردن راز بیمار بدون اجازه وی پیگرد قانونی دارد .
- اطلاعات لازم بایستی در پرونده ثبت شود و پرونده از دسترسی بیمار و همراهان حفظ شود .
- اگر پرونده گم شود ، پرستار مسئول است و تا انتهای درمان جای پرونده بایستی مشخص باشد .

چارت یادداشت های پرستاری :

- با خودنویس و خوانا بنویسید نه مداد .
 - در صورت امکان ، یادداشت های خود را بلافاصله بعد از انجام مراقبت پرستاری بنویسید ، تا آنها را بهتر به خاطر آورید . هرگز قبل از اجرا ثبت نکنید .
 - هرگونه اطلاعی که مشاهده شد باید ثبت شود .
 - گزارشات باید سازمان دهی داشته باشد .
 - دقیقاً از خط مشی های سازمان برای ثبت گزارشات باید استفاده شود .
 - دقیق باشید : یادداشت کنید ، چگونه ، چه موقع و کجا حوادث و فعالیت ها اتفاق افتاده است .
 - هرگز جای خالی در زیر یادداشت خود قرار ندهید . یک خط در سرتاسر فضای غیر قابل استفاده قبل و بعد از امضایتان بکشید و به اصطلاح نت پرستاری را ببندید .
 - کامل بنویسید : به خاطر داشته باشید که هر چیزی را که چارت نکنید به این معنی است که انجام نشده است .
 - از مثال ها و گفتار خود بیمار جهت توصیف چیزی که مشاهده کردید یا استنباط کردید ، استفاده کنید.
- مثال : به نظر نمی رسد به خوبی از درد خلاص شده باشد . او می گوید خوب است اما به طور مستقیم راه می رود و دائماً دستهایش را روی پهلوهایش می فشرد .
- همیشه وضعیت راههای تهاجم (*invasive lines*) و اقدامات درمانی را ثبت کنید .
- به عنوان مثال : اکسیژن درمانی ، کشش (*Traction*) ، سندهای فولی ، سند معده ، راههای وریدی (*IV lines*) .

- تاریخ و زمان دقیق به ترتیب حوادث و اولویت ها یادداشت شود .
- اختصاصی عمل کنید . از بکار بردن لغات نامعلوم و یا نامفهوم بپرهیزید .
- همیشه اسم کوچک ، نام خانوادگی خود را روی هر برگه نت نویسی و یا زیر گزارش بنویسید .
- مختصر بنویسید ، هرگز توصیف نکنید . شما مجبور نیستید جملات را کامل بنویسید ، اما از صفات و علائم اختصاری پذیرفته شده استفاده کنید تا تصویر خوبی از فعالیت ها و مشاهدات به دست دهد ولی از مبهم بودن مطالب اجتناب گردد . لغات اضافی مثل ((بیمار)) از گزارش حذف شود ، برای اینکه وقتی در پرونده مطالبی نوشته می شود ، واضح است که مربوط به بیمار است .
- به اطلاعات لازم از قبیل گزارش ها و یادداشت های مرتبط پیشین اشاره شود .
- جنبه های اجرایی کار که باید مورد توجه قرار گیرد در بندی مستقل منظور گردد .
- به علت اینکه پرونده بیمار یک سند قانونی است ، اغلب موسسات اجازه نمی دهند که مطالب اشتباه پاک شوند . هر موسسه برای تصحیح اشتباهات مقررات خاصی دارد . اغلب اشتباه را بوسیله کشیدن یک خط افقی روی مورد اشتباه نشان می دهند و می نویسند اشتباه و بلافاصله بعد از مورد اشتباه مورد صحیح را می نویسند . ۷۶mg اشتباه ۲۵ mg صحیح است . پرستار احمدی

لغات و اختصارات متداول مورد استفاده

Abd	Abdomen	شکم
a.m	Morning	صبح
amb	Ambulatory , walking	سرپایی
amt.	Amount	مقدار
I.V	Intravenous	وریدی
ax	Axillary(armpit)	زیر بغل
B.M.	Bowel movement	دفع مدفوع
B.P	Blood pressure	فشار خون
lab	Laboratory	آزمایشگاه
min	minute	دقیقه
NPO	Nothing by mouth	چیزی از راه دهان خورده نشود
O.O.B	Out of bed	خارج از تخت
CBC	Complete blood count	شمارش کامل خون
Cc	Cubic centimeters	سانتی متر مکعب
O.R	Operating room	اتاق عمل
Ped(S)	pediatrics	اطفال - کودکان
C/O	Complains of	شکایت از
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease	بیماری مزمن انسدادی ریوی
CVA	Cerebrovascular accident	سکته مغزی
R.B.C	Red blood cell	گلبول های قرمز خون (سلول)
Dist	Distilled	مقطر (تقطیر شده)
ECG(EKG)	electrocardiogram	نوار قلب
E.R	Emergency room	اتاق فوریت (اورژانس)
Exam	Examination	امتحان
S.C	subcutaneous	زیر جلدی
G.I	Gastrointestinal	معهده - روده
G.U	genitourinary	تناسلی - ادراری
via	By way of	بوسیله

WBC	White blood cell	سلول سفید خون (گلوبول سفید خون)
H(hr.)	hour	ساعت
hi-cal	High-calori	پر کالری
hi-vit	High-vitamin	پر ویتامین
H ₂ O	water	آب
h.s	Bed time	وقت خواب
I and O	Intake and output	جذب و دفع
I.M	Intramuscular	عضلانی
WT	weight	وزن