

بسم الله الرحمن الرحيم

■ موضوع: گزارش نویسی
تهیه و تنظیم: پروانه زینعلی کارشناس پرستاری

کمیته آموزش بیمارستان کوثر آستانه

مقدمه

■ پرونده پزشکی سند معتبری است که امکان ارزیابی کمیت و کیفیت خدمات ، برقراری ارتباط موثر میان ارائه دهندگان خدمت ، انتقال مناسب اطلاعات میان تمامی واحدها و مراکز ارائه دهنده خدمت و استمرار مراقبت در طول بستری و پس از آن را فراهم میکند.



هدف این کلاس

ارتقای کیفیت مستندات پرونده
پزشکی،

مخصوصاً گزارش پرستاری



تعریف گزارش

- هر نوع انتقال اطلاعات به فرد یا افراد مشخص بر مبنای موازین علمی و طبق اصول و ضوابطی ویژه و به منظور حصول اطلاع یا اتخاذ تصمیم، گزارش گفته می شود.
- یکی از مهمترین مدارک پرونده بیماران، گزارش پرستاری است.

- 
- پرستار به عنوان یکی از اعضای تیم مراقبتی بهداشتی ، لازم است که اطلاعات مربوط به بیمار را به دقت ، در زمان مناسب و به روشی موثر انتقال دهد.



■ تمامی ارائه دهندگان مراقبت های
بعداشتی به اطلاعات مشابهی درباره
مددجو احتیاج دارند تا بتوانند یک
برنامه سازماندهی شده و قابل درک،
تدوین کنند.



■ در صورتیکه برنامه درمانی با دیگر اعضای تیم مراقبتی در میان گذاشته نشود ، مراقبت ها ممکن است به طور منقطع اجرا شود یا ارائه درمانها به تاخیر بیوفتد یا یک مرحله از درمان حذف شود.



■ گزارش پرستاری جزئیات
تعاملات بیمار و پرستار را
منعکس می کند.

گروه مستند سازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:

- ۱. ارائه دهندگان خدمات اعم از پزشکان ،
پرستاران، ماماها و سایر گروه های مرتبط
شامل رادیولوژی ، آزمایشگاه ، پاتولوژی ،
فیزیوتراپی
- ۲. کارشناسان مدیریت اطلاعات بهداشت و
درمان
- ۳. کارشناسان امور ترخیص

در بیان ارزش گذاری گزارش پرستاری میتوان گفت:

- 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 موثر از بیمار نیازمند کسب اطلاعات کامل و پویا از وضعیت سلامتی ، اقدامات تشخیصی درمانی ، مراقبتی آموزشی می باشد.



۳. سندی مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران مانند پزشک و...

۴. سندی مهم برای پژوهش و نظارت است.

۵. مواردی دیگر



اهداف گزارش نویسی

- ۱. برقراری ارتباط بین اعضا مختلف تیم درمان
- ۲. آموزش به دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی
- ۳. تهیه صورت حساب مالی



۴. ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی از بیمار
۵. پژوهش و کمک در دستیابی به یافته های
جدید

۶. نظارت ، کنترل و ارزیابی سیستم های مراقبتی
، درمانی و بهداشتی



۷. پیش بینی نیاز های بهداشتی ، درمانی ، مراقبتی

اصول کلی

- کلیه خدمات ارائه شده به بیمار اعم از بستری، سرپای، اورژانسی باید در پرونده پزشکی، با شماره واحد و منحصر به فرد ثبت و ضبط گردد.

- تمامی فرمهای اصلی پرونده بیمار بستری و یا اوژانسی و نیز فرمهای اختصاصی مورد نیاز بر حسب نوع خاص بیماری و اقدامات خاص درمانی باید در پرونده پزشکی وی موجود باشد.
- مثال: پرونده اطفال - پرونده داخلی - پرونده جراحی



■ اطلاعات هویتی بیمار باید در
سربرگ تمامی فرمها به درستی و
به طور کامل ثبت گردد.



■ ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها ، نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده به عهده اولین فردی می باشد که محتوای فرم را مستند مینماید.



■ تکمیل سایر اطلاعات سربرگ ها به عهده منشی بخش می باشد.



■ کلیه مستندات موجود در پرونده باید
حاوی تاریخ کامل، روز، ماه و سال
باشد.

روش های گزارش نویسی

- ۱. روش سنتی یا بیمارستانی
- ۲. روش SOAPIE
- ۳. شیوه مشکل مدار P.O.M.R
- ۴. روش گام به گام
- ۵. بر اساس تشخیص پرستاری
- ۶. روش داستانی

گزارش نویسی به روش سنتی یا بیمارستانی

- در این روش ، گزارش نویسی اطلاعات طبقه بندی شده پزشک ، پرستار، مسئول آزمایشگاه و رادیولوژی هر کدام در برگه خاص خود گزارش می نویسند.
- در این صورت برگه های متعددی در پرونده بیمار دیده میشود.

گزارش به روش SOAPIE

- شکل خاصی برای تهیه و نوشتن یادداشت های تفصیلی درست شده که به آن اختصارا SOAPIE میگویند.

حروف این عبارت شامل :

S= SUBJECTIVE DATA

مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار

- این بخش گزارش شامل مشکلات (علائم و نشانه‌هایی) است که بیمار با زبان خود بازگو میکند. در این قسمت باید عین کلمات و عبارات بیمار نوشته شود نه اینکه مشاهده کننده حرف‌های بیمار را تعبیر کند.



■ در صورتیکه بیمار قادر به بیان احساسات
وافکارش نمی باشد این بخش از گزارش
ها خالی می ماند.

O= OBJECTIVE DATA

مشاهدات عینی

- این بخش از گزارشات شامل مشاهداتی (اطلاعاتی) است که دیده، شنیده، احساس می شوند.
- بوسیله بوئیدن و لمس کردن بدست می آیند یا با استفاده از ابزارهای مختلفی مانند درجه حرارت، گوشی، یافته های آزمایشگاهی و رادیولوژی و سایر اقدامات درمانی و تشخیصی بدست می آیند.

در این قسمت به الگوهای ارتباطی بیمار نیز
توجه می شود. مثلاً بیمار ناراحت یا گوشه
گیر است یا پر خاشگیری می کند و یا اینکه
با دیگران تعامل و ارتباط خوبی دارد.

A= ASSESSMENT

بررسی و ارزیابی

- این بخش از گزارش 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 میکنند باید نظر خودشان را درباره ی بررسی ها صادقانه در سطح مهارت و درک خود از وضعیت بیمار بنویسند.

P= PLANNING

برنامه ریزی

- پس از بررسی نیازها بیمار و اولویت بندی آنها ، برنامه ریزی جهت رفع نیازهای بیمار انجام میگیرد.

I= INTERVENTION

اجرا

■ بعد از جمع آوری اطلاعات ،
تجزیه و تحلیل ، شناخت مشکل و
برنامه ریزی، برنامه ها اجرا می
شوند که در گزارش ثبت میشوند.

E= EVALUATION

ارزشیابی

■ ارزشیابی برنامه های طراحی شده
که آیا در اجرا موفق بوده اند یا
نه؟ در گزارش ثبت میشوند.

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 مراقبت ها نیز ذکر میشوند.

در این روش پزشک ، پرستار ، کارشناس تغذیه ، مسئول آزمایشگاه ، فیزیوتراپیست و سایرین در یک محل گزارش های خود را مینویسند.

اصول ثبت الگوی P.O.M.R

■ در این روش یک گزارش باید شامل موارد زیر باشد:

- ۱. اطلاعات پایه
- ۲. لیست مشکلات
- ۳. طرح های اساسی
- ۴. گزارش پیشرفت بیماری

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:
- ۱. گزارش پذیرش بیمار
- ۲. گزارش بدو ورود
- ۳. گزارش تغییر شیفت
- ۴. گزارش قبل از عمل
- ۵. گزارش ریکاوری



- ۶. گزارش بعد از عمل
- ۷. گزارش آموزش به بیمار
- ۸. گزارش ترخیص
- ۹. گزارش فوت

گزارش نویسی براساس تشخیص پرستاری

- در این روش گزارش ها بر اساس تشخیص های پرستاری نوشته می شود ، تشخیص اساسا جمله یا عبارتی است که وجود وضعیت نامطلوبی را مشخص می کند.
- تشخیص های پرستاری عمدتا به قسمت هایی مربوط میشوند که به عنوان اعمال مستقل پرستاری شناخته شده اند، و بدون همکاری پزشک یا دیگر اعضاء تیم مراقبت های بهداشتی انجام میشوند.

گزارش داستانی

- در گزارش داستانی کلیه وقایع، مراقبت ها و گفته های بیمار بدون آن که از فرآیند خاصی در نوشتن گزارش استفاده شود ، به ترتیب ثبت میشوند.

■ مثال: در ساعت ۹ شب بیمار میگوید: (من مدتی است که به سختی نفس میکشم.)

تنفس وی ۳۲ بار در دقیقه ، نبض ۱۲۰ ، فشار خون ۱۲۰/۷۵ است. بیمار هنگام درد از عضلات بین دنده ای 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 ۱۰:۴۰ شب 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.

پ.زینعلی کارشناس پرستاری

۹۶/۸/۸N

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

- ۱. گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان کند ، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمیشوند.
- ۲. موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا تیم درمان به آن اعتماد کند.
- ۳. اطلاعات دز گزارشات پرستاری بایستی کامل در عین حال مختصر باشند .

- 
- ۴. گزارش نویسی باید به صورت پویا و بدون تاخیر باشند .
 - ۵. اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و برای ثبت از فرمهای مخصوص استفاده گردد.
 - ۶. کلیه گزارشات باید محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده را بدون اجازه بیمار ندارد.

حقیقت در گزارش نویسی

- گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان کند ، شامل حقایق عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار میبیند، میشنود، می بوید و احساس میکند.
- از به کار بردن کلماتی که ایجاد شک ، تردید یا ابهام در فرد خواننده گزارش مینماید جدا خودداری شود .
- از کلماتی چون ”به نظر میرید“ ، ”ظاهرا“ ،
- ”ممکن است“ نباید در متن گزارش استفاده نمود.



■ مثال:

گزارش غلط : بیمار افسرده به نظر میرسد.
گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد که دچار
اختلال در خواب است، حوصله صحبت با
دیگران را ندارد و اشتهای خوبی به غذا ندارد.



دقت در گزارش نویسی

- موارد ثبت شده درباره ی بیمار باید دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان به آن اعتماد کنند. مثال:
- گزارش غلط : بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است .
- گزارش صحیح: بیمار ۳۵۰ سی سی مایعات (آب) مصرف نموده است.
- گزارش غلط : زخم ناحیه ی شکم بزرگ و شکافدار است .
- گزارش صحیح : زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم ۵ سانتی متر طول دارد.



■ در تهیه گزارش باید از کاربرد علایم اختصاری غیر استاندارد جدا خودداری شود.

■ علایم اختصاری استاندارد نیز باید دقیق هجی شود و به صورت صحیح در گزارش مورد استفاده قرار گیرند.





■ در شب، گزارش های پرستاری به هیچ عنوان نبایستی اقدامات درمانی و مراقبتی که توسط یک پرستار انجام میشوند ، توسط پرستار دیگر ثبت و چارت شوند.



■ در گزارش های پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی ، 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 ، قانوندان نیز در حیطه
کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام
میگردد و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد
نخواهد بود.



■ عامل دیگر جهت اطمینان وصحت دقت گزارشات ،
داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد .

■ امضاء مشخص باید دارای مشخصات زیر باشد :

■ ۱. نام ، نام خانوادگی

■ ۲. سمت

■ ۳. رتبه (کاردان ، کارشناس)

■ ۴. تاریخ وساعت



کامل و مختصر بودن گزارش

- اطلاعاتی که گزارش های پرستاری ثبت میگردد، باید کامل و در عین حال مختصر باشد .
- در تهیه گزارش بایستی از کاربرد کلمات غیر ضروری اجتناب نمود

■ گزارش طولانی: انگشتان پای چپ مددجو گرم و صورتی رنگ است ، التهاب وجود ندارد و پر شدن مویرگی خوب است .نبض رو پایی در پای چپ قوی است ، نبض رو پایی در هر دو پا احساس میشود.

■ گزارش مختصر: انگشتان پای چپ گرم و صورتی رنگ بوده ، بستر ناخن ها نشان میدهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام گردیده ، نبض روی پایی قوی و بدون التهاب است .

DYNAMIC

پویا بودن گزارش

- گزارش نویسی باید به صورت پویا و بدون تاخیر باشد .
- تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی میتواند سبب بروز اشتباهات جدی گردد و در نتیجه تامین نیاز های مراقبتی بیمار با اختلال مواجهه شود .

فعالیت ها و وقایعی که باید به طور جاری و بدون وقفه ثبت گردند، شامل :

- ۱. علایم 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 مهم*** :

■ مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه و
چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت
شود .

سازماندهی و محرمانه بودن گزارش پرستاری

- اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند . بهتر است برای ثبت از فرم های مخصوص استفاده گردد.



■ * ثبت ساعت در قالب بازه ی زمانی یا شیفت
کاری توصیه نمی شود ، ولی اقدامات غیر
روتین اورژانس از جمله CPR ، پیگیری
ویزیت و مشاوره و ... در گزارش هر شیفت
پرستاری با ذکر دقیق ساعت نوشته شود.





■ هر اقدام ، آزمایش ، معاینه یا وقوع هر
اتفاقی بلافاصله پس از انجام باید ثبت
گردد.

■ ثبت هیچ موردی نباید به آینده موکول
گردد.



■ * ثبت تاریخ ، قبل و یا بعد از
تاریخ واقعی غیر قانونی و غیر
اخلاقی است .

■ * هر یک از موارد ثبت شده در پرونده پزشکی باید توسط نویسنده آن تایید شود. تایید نهایی مستندات با ذکر نام و نام خانوادگی ، عنوان ، مهر و امضاء صورت گیرند.

- * در رابطه با تمامی دستورات داده شده از سوی پزشک معالج از جمله دستورات جدید و تکرار دستورات قبلی لازم است پرستار بلافاصله فرم دستوراتی پزشک را مور نموده و موارد را با درج علامت در سمت راست و شماره گذاری در سمت چپ از بالا به پایین تایید و برنامه ریزی نماید.
- سپس از انجام نیز ذکر تعداد، موارد، تاریخ و ساعت انجام دستور و نام و امضاء خود را مستند نماید .
- سپس با یک خط راست دستورات بسته شود.



■ *پس از آنکه دستوری از سوی
پزشک معالج امضاء میشود نباید
مطلبی به آن اضافه شود.

* در صورت واکنش بیمار نسبت به تزریق خون ،
سریعا جریان خون را متوقف کرده و گزارش را به
صورت ذیل می نویسیم :

- - نوع و مقدار یا فرآورده های خونی تزریق شده
- - زمان شروع و توقف انتقال خون
- - تاریخ و ساعت واکنش و علایم مشاهده در بیمار
- - درمانهایی که برای واکنش بیمار انجام شده و نتایج آن

در گزارش اکسیژن درمانی باید موارد زیر ثبت شوند:

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

مواردی که باید در مراقبت از زخم و تعویض پانسمان ثبت شود :

- - ناحیه ی زخم
- - وسعت ، اندازه و ظاهر زخم
- - نوع و تعداد پانسمان
- - وجود درن یا کیسه (در موارد استوما)
- - نوع محلول شست و شو
- - 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.

- ***نکته: قطره های چشمی ، گوش و بینی به همان صورت که مصرف شده ثبت شوند.
- در مورد شیاف ها روش استفاده (رکتال ، واژینال) و چگونگی تحمل بیمار نوشته شود.
- در صورت مصرف دارویی با دستور **PRN**، دلیل تجویز دارو و پاسخ بیمار در گزارش نوشته شود.

نکات اساسی در ثبت گزارش CPR:

- - زمان و نوع ایست قلبی (فقدان نبض یا تنفس)
- - زمان شروع احیاء قلبی - ریوی
- - ریتم قلبی در زمان شروع دارودرمانی و پس از
اجراء دارو درمانی
- - ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از
دفیبریلاسیون
- - لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه ی گاز های
خون شریانی

- - تعداد دفعات دفیبریلاسیون ، مقدار انرژی به کار رفته و واکنش بیمار نسبت به آن
- - دارو درمانی (نوع، میزان و زمان دارو و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق مینماید .)
- - واکنش مردمک ها
- - افراد عضو تیم احیاء
- - زمان خاتمه CPR

TEL ORDER

دستورات تلفنی

- دستورات تلفنی بهتر است فقط در موارد اورژانس صادر شوند.
- پرستار مسئول هر بیمار، مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می باشد.

- لازم است در مستند سازی دستورات تلفنی در برگ دستورات پزشک موارد زیر لحاظ شود:
- - ساعت و تاریخ تماس تلفنی
- - نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور
- - متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک) نام بیماری که دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا شود و نام و امضاء پرستار شاهد
- - نام و امضاء پرستار دریافت کننده دستور
- - امضاء نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی



■ *در صورت نیاز به مشاوره لازم است
پزشک معالج درخواست مشاوره مورد نظر
را در فرم درخواست مشاوره ثبت و دستور
آن را در فرم دستورات پزشک مستند
نماید.



■ **** نکته:****

■ در تهیه یک مورد گزارش باید تنها یک نوع دست خط وجود داشته باشد و همه مطالب با خود کار آبی یا مشکی و خوانا نوشته شود.



■ ****نکته****:

■ گزارش باید خط به خط نوشته شده و اگر فضای باقی بماند یک خط افقی کشیده شده و آن جا تاریخ ، ساعت ، نام پرستار امضاء و مهر درج گردد.

ملاحظات مهم :

- عملکرد غلط: پاک نمودن مطالب اشتباه با استفاده از لاک غلط گیر یا مخدوش نمودن اشتباهات ثبت .
- عملکرد صحیح: کشیدن یک خط ساده روی مطلب اشتباه و ثبت **ERROR** در بالا یا کنار آن و ثبت تاریخ و ساعت ، نام و نام خانوادگی و امضاء



■ عملکرد غلط : ثبت اطلاعات بدون اطلاع از صحت آنها ، عجله برای کامل نمودن گزارش ها و ثبت حدس و گمان در پرونده

■ عملکرد صحیح: ثبت اطلاعات پس از اطمینان از دقت در آنها ثبت مطالب واقعی و اجتناب از گزارش حدس و گمان.



عملکرد غلط: ثبت مطالب به صورت پراکنده در
گزارش ها و وجود فضای خالی بین مطالب
عملکرد صحیح: ثبت گزارش به صورت خط به
خط و در صورت باقی ماندن فضای خالی
بین نوشته ها ، کشیدن یک خط افقی در آن و
ثبت نام و نام خانوادگی و امضاء در آن محل



■ عملکرد غلط : در صورت احتمال اشتباه پزشک در دستورات پزشک، ثبت عبارت ” پزشک اشتباه نموده است “.

■ عملکرد صحیح : در صورت احتما اشتباه پزشک در دستورات پزشک ، ثبت عبارت ” برای روشن شدن دستور با پزشک تماس گرفته شد “.



■ عملکرد غلط: ثبت خدمات ارائه شده به بیمار توسط فردی

غیر از ارائه دهنده خدمت در پرونده بیمار

عملکرد صحیح: ثبت خدمات ارائه شده به بیمار صرفاً توسط ارائه دهنده خدمت، در پرونده بیمار (هیچگاه ثبت های دیگران را عهده دار نگردید به جزء مواردی که ارائه دهنده خدمت از بیمارستان خارج شده و به صورت تلفنی گزارشی که نیاز به ثبت دارد را اطلاع میدهد در این شرایط منع اطلاع گزارش و نحوه "گزارش تلفنی" را ثبت نمایید.



■ عملکرد غلط : استفاده از عبارات عمومی
نظیر “ بیمار تغییری نکرده است ” یا “ بیمار
روز خوبی داشته است ” در ثبت گزارش.

■ عملکرد صحیح : ثبت وضعیت بیمار به طور
کامل با جزئیات در گزارش





■ عملکرد غلط : ثبت کل مطالب گزارش در پرونده
در پایان شیفت و با عجله

■

■ عملکرد صحیح : ثبت مطالب مهم گزارش به تدریج
در ، طول شیفت و اطمینان از ثبت تاریخ و ساعت ،
نام و نام خانوادگی ، مهر و امضاء مستند ساز .

■ با تشکر از توجه شما

