دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

و نام پروردگارت را یاد کن
و تنها به او دل ببند



اصول صحیح مستندسازی وثبت گزارش پرستاری



ارایه کننده: دکتر مریم خوشبخت دکترای پرستاری

عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

تعریف گزارش نویسی

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

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 می‌نمایند. از مهمترین مسئولیت های پرستار نوشتن گزارش بیماران و دادن گزارش شفاهی به دیگر همکاران حرفه‌ای (پزشک، پرستار، مسئول آزمایشگاه و...) می‌باشد که در افزایش کیفیت مراقبت از بیماران اهمیت بسزایی دارد.

اهداف ثبت گزارش بیماران شامل موارد زیر می باشد:



۱.ارتباط

۲. آموزش

۳. تحقیق

۴. نظارت و ارزشیابی سیستم های بهداشتی و درمانی

۵.تهیهٔ صورت حساب مالی

۶.ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی در ارتباط با بیمار

۷. تقویت مهارتهای تفکر در دانشجویان

چرا گزارش می نویسیم؟

کاربرد گزارش نویسی در پرستاری

۱. جنبه قانونی ثبت
۲. جنبه حقوقی ثبت
۳. جنبه ارتباطی ثبت
۴. جنبه درمانی ثبت
۵. جنبه پیشرفت بیماری
۶. جنبه تحقیقاتی ثبت
۷. جنبه آموزشی دانشجویان
۸. جنبه رسیدگی یا نظارت



کاربرد گزارش نویسی در پرستاری



۱–جنبه های قانونی ثبت : گزارش در حکم یک سند قانونی است و ثبت مراقبت پرستاری یک اصل قانونی در تمام سیستمهای درمانی است. وقتی که بحث قانونی ثبت مطرح می شود، هدف تاکید درباره حفظ جان بیمار، حفظ امنیت حقوقی پرستار و به عبارت کلی تر حفظ امنیت جانی جامعه است که کوچکترین خطا و سهل انگاری در آن می تواند مسئولیت سنگین حرفه ای را به ارمغان آورد و می تواند در نتیجه گیری جدال قانونی دردادگاه بسیار مهم باشد.

۲ .جنبه حقوقی ثبت : امروزه ثبت اطلاعات به عنوان حقوق بیماران مطرح است و بیمار حق دارد از محتویات پرونده اش با اطلاع باشد .

۳ .جنبه های ارتباطی ثبت : گزارش پرونده ، وسیله ارتباطی کادر درمان برای تسهیل تداوم مراقبت از بیمار است .

۴. جنبه های درمانی ثبت : پرونده بیمار به عنوان مدرکی که کلیه اقدامات و مراقبتهای انجام شده برای بیمار در آن ثبت می شود بسیار با اهمیت است.

۵. جنبه های پیشرفت بیماری: سیر بیماری بطور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه مجدد پرونده و کنترل اقداماتی که برای بیمار انجام شده آسان تر خواهد بود .

۶ .جنبه تحقیقاتی ثبت: گزارشات موجود در پرونده بیماران به عنوان منبع اطلاعات برای تحقیقات علمی است .

۷ .جنبه های آموزشی دانشجویان: هدف دیگر گزارش پرونده بیماران، آموزش دانشجویان رشته های مختلف بهداشتی است.

۸ .جنبه های رسیدگی یا نظارت : منظور از نظارت، مطابقت دادن مراقبتهای پرستاری انجام شده با استانداردهای موجود است .

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی و اجرای مناسب مراقبتهای 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 منجربه پیشگیری از تفسیر و درک اشتباه می 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.

دقت در گزارش نویسی



- 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 قانون دانان 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.

کامل و مختصر 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.

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 پایی 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 پایی قوی، + 4 دو طرفه و بدون التهاب است.

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 شود .

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 ی 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

محرمانه بودن گزارش

- ✓ کلیه گزارشات باید محرمانه ودور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد.
- ✓ بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.
- ✓ در مراکز آموزشی – درمانی، دانشجویان می توانند از پرونده بیماران در محدوده حرفه ای خوداستفاده نمایند. از نظر اخلاقی، تمام اطلاعات خوانده شده را باید محرمانه تلقی کنند.
- ✓ در گزارشات شفاهی و یا دست نویس 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 می باشد.

پرستاران روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهی استفاده می نمایند. در این نوع گزارش یک پرستار خلاصه هایی ازفعالیتها و شرایط بیمار در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت را به پرستار دیگر منتقل می 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



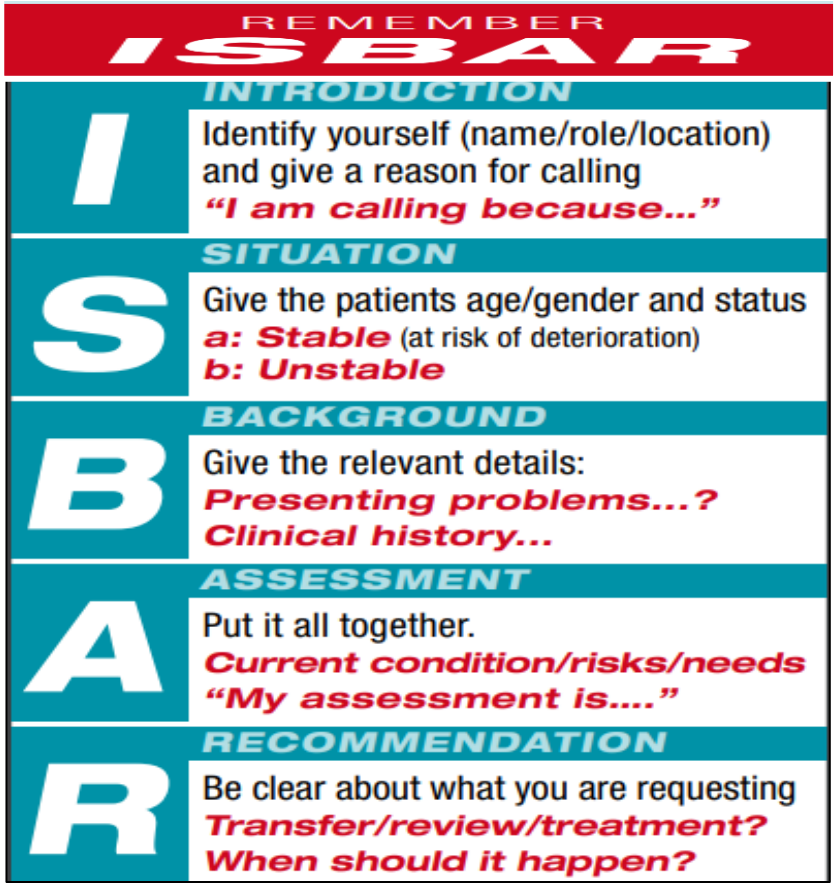
گزارش تعویض شیفت



تعویض نوبت کاری یکی از موقعیتهای تحویل بیمار و تبادل اطلاعات در پرستاری است که طی آن اطلاعات ضروری مربوط به بیمار بین کادر پرستاری نوبت های کاری مختلف مبادله می شود.

برای اطمینان از تبادل اطلاعات مرتبط و پرهیز از ارائه اطلاعات غیر ضروری، اطلاعات مربوط به بیمار با بهره گیری از مدل ISBARو بر طبق آخرین اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس، وجهت تأمین کیفیت مطلوب و مبتنی بر استاندارد در هنگام تحویل بیمار باید اصول CUBANدر تمامی موارد تحویل کلامی بیمار رعایت شود (برگرفته از دستورالعمل تحویل نوبت کاری، سال ۱۳۹۶)

مدل ISBAR



مشخصات
شناسایی هویت،تاریخ پذیرش، تاریخ جراحی، تشخیص و پزشک معالج.
وضعیت
تشریح وضعیت کنونی در طی 5 الی 10 ثانیه؛ شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیتهای بیمار و ...
سوابق
بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار؛ شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار.
ارزیابی
نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید؛ ارائه یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری.
توصیه ها
آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن ؛ پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد، با ذکر چهارچوب زمانی آن مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد ...

اصول CUBAN

اصل محرمانگی	در زمان تحویل بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات باید در محیطی دور از بالین بیماران و با صدای آهسته تبادل گردد. همچنین این قبیل اطلاعات نباید به خارج از محدوده بیمارستان و محیط درمان انتقال یابد.	**C**onfidentiality
توالی و پیوستگی در ارائه گزارش	تحویل بیماران باید در محیطی آرام و بدون ایجاد وقفه انجام شود. در این زمینه می بایست شروع فرایند تحویل نوبت کاری به موقع و در زمان تعیین شده از قبل آغاز شود.	**U**ninterrupted
خلاصه بودن گزارش	انتقال اطلاعات باید تا حد امکان به اطلاعات ضروری و مرتبط با وضعیت درمانی محدود گردد و از ارائه اطلاعات با حجم زیاد خودداری شود.	**B**rife
صحت و دقت اطلاعات	باید اطمینان حاصل شود که تمام اطلاعات انتقال یافته در فرایند تحویل صحیح و دقیق بوده و در مورد هیچ بیماری، سهل انگاری در حیطه انتقال اطلاعات نشده است. اطلاعات مراقبتی باید در ابتدا و انتهای هر نوبت کاری، به روز رسانی شده، شفاف و مختصر باشد و اطلاعات نباید با استفاده از لهجه خاص و یا اصطلاحات غیر معمول انتقال یابد.	**A**ccuracy
پرستار مسئول بیمار	بر اساس رعایت اصل استمرار مراقبت ضروری است پرستار مسئول بیمار تحویل بیمار را انجام دهد.	**N**urse Named



خسته نباشید