

الله أكبر
محمد أكبر

گزارش نویسی

دکتر طاهره یعقوبی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تعریف گزارش نویسی

ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعاتی را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامتی بیمار به شکل سند به ما منتقل می کند

تعریف گزارش نویسی

عبارت است از در در به تحریر در آوردن:

اخبار

اطلاعات

حقایق

علل مسائل و رویدادها

و تجزیه و تحلیل منطقی و متوالی آنها

برای رسیدن به راه‌حل‌های صحیح، که همراه با اختصار و روشنی تدوین شده و بر دو اصل «ساده نویسی» و «سالم نویسی» استوار باشد.

اهداف گزارش نویسی

- ۱-ارتباط : اعضای تیم مراقبتی در کارهای خود به وسیله گزارش نویسی با هم در ارتباط هستند .
- ۲-آموزش: ثبت گزارشات بیمار، اطلاعاتی در رابطه با تشخیص، ارتباط علائم بیماری با هم، موفقیت یا عدم موفقیت درمان و ... را ارائه می دهد.
- ۳-تحقیق : گزارشات منبعی برای جمع آوری اطلاعاتی در رابطه با تکرار یک بیماری، عوارض، استفاده از درمان یا پرستاری خاص، مرگ و بهبودی و عوارض دارویی می باشد .

اهداف گزارش نویسی

۴- نظارت و ارزشیابی سیستم های بهداشتی و درمانی: با مطالعه گزارشات، نکات ضعف و قوت در اقدامات انجام شده مشخص می شود و اشتباهات تصحیح می گردد .

۵- تهیه صورت حساب مالی: از طریق ثبت کامل و صحیح گزارشات، صورت حساب مالی بیمارستان درست محاسبه می شود .

۶- ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی در ارتباط با بیمار: با ارزیابی اطلاعات ثبت شده در گزارشات پرستاری، استراتژی های درمان پی گیری می شود و پیش بینی های لازم در مورد نیازهای درمانی و مراقبتی انجام می شود.

۷- گزارش نویسی مهارتهای تفکر را تقویت می کند .

کاربرد گزارش نویسی

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

اصطلاحات رایج

Recording (ثبت کردن): گزارش کتبی که به منظور تبادل و انتقال اطلاعات اساسی (از فردی به فرد یا افراد دیگر) نوشته می شود. این اطلاعات ممکن است به تدابیر مراقبتی - عمل - رویداد یا حادثه ای که در زمانی واقع شده است مربوط باشد که به عنوان مدرک پایدار و ثابت نگه داری می شوند این اطلاعات قابل دسترسی هستند و به عناوین متعددی به آنها رجوع می شود .

Reporting (گزارش کردن): انتقال پاره ای اطلاعات به فرد یا افرادی (به صورت شفاهی یا کتبی) که از آن بی اطلاع بوده و یا آگاهی کافی نسبت به آن ندارند.

Chart : واژه ای برای پرونده بیمار جهت وارد کردن اطلاعات است.

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

۱. حقیقت Actual

۲. دقت Accuracy

۳. کامل و مختصر Completeness Concise

۴. پویا Currents

۵. سازماندهی Organization

۶. محرمانه Confidential



حقیقت در گزارش نویسی

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به درک اشتباه نمی گردد.

گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شنود و احساس می کند.

- از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری شود و به هیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نشود.

گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتتهای خوبی به غذا ندارد.
گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

هم چنین استفاده از میزانهها و واحدهای اندازه گیری به صحت و درستی گزارش کمک می کند. مثال: بیمار در ساعت ۱۸:۰۰، ۳۰۰ میلی لیتر آب و چای نوشیده است به جای عبارت، موقع شام به مقدار کافی مایعات نوشیده است.

دقت در گزارش نویسی

موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضای تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.

مثال:

گزارش صحیح: بیمار CC ۳۶۰ 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 ۵ cm طول دارد.

گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ است.

- در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation) غیراستاندارد خودداری نمایید.

-علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.

دقت در گزارش نویسی

- 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 پرستار گزارشش دقیق و با اطمینان نباشد قانوندانان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند.

- عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضای گزارش دهنده می باشد. امضای شخص بایستی دارای مشخصات زیر باشد: نام و نام خانوادگی، سمت، رتبه، تاریخ و ساعت

کامل بودن گزارش

اطلاعاتی که در گزارشات 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 بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود.

مثال:

پای چپ بیمار گرم و صورتی رنگ بوده، بستر ناخن ها نشان می دهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام می گردد، نبض روی پای قوی، دو طرفه و بدون التهاب است.

گزارشات پرستاری شامل شش دسته اطلاعات است:

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

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

۳- اقداماتی که توسط اعضای مختلف تیم پزشکی اعمال شده است.

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

۵- واکنش های خاص بیمار نسبت به درمان و مراقبت

۶- بسیاری از موسسات بهداشتی درمانی ، 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.

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

عدم تطابق محتوی گزارش با استانداردهای حرفه ای محتوی گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد.

محتوی توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد.

محتوایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد.

وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی.

امضای گزارشات تهیه شده پس از امضای فرد دیگر

تحریف گزارش.

وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش.

ناخوانا بودن گزارش.

درهم برهمی و کثیفی گزارش.

جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض .

امضای نامناسب گزارش توسط پرستار

لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی.

ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم.

توجه

پرونده ای که به صورت صحیح تکمیل شده باشد
بهترین مدافع شما می باشد.

اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود
به دفاعیات شما آسیب می رساند.

جهل به قانون رفع مسئولیت نمی کند.

چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده
ثبت نمایید، اثبات صحت اقدامات انجام شده آسانتر خواهد بود.

تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می
باشد برطرف شود.

توجه

ثبت هر نکته ای در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درمانی حمایت نماید. ولی وجود هر اشکالی در پرونده بالینی می تواند بر علیه کادر درمانی به کار رود.

ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید.

توجه نمایید مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.

از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جدا ممانعت به عمل آورید.

در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار مشخصات را با دقت تکمیل نمایید. انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرید.

تشخیص را با واژه های پاسخ به جای نیاز بنویسید. مثال: اختلال در
تحرك جسمی مربوط به ضعف بدنی. (ص) به چرخاندن مکرر نیاز دارد (غ)
.

به جای عبارت " به علت یا در اثر " از عبارت " مربوط به " استفاده
کنید . زیرا این عبارت الزاما به معنی وجود رابطه علت و معلولی نیست .

تشخیص را با استفاده از اصطلاحات قابل قبول قانونی بنویسید. مثال
:استعداد اختلال سلامت پوست ،مربوط به کاهش تحرك بدنی (ص) .
استعداد اختلال سلامت پوست به علت کم چرخیدن در بستر (غ) .

تشخیص را بدون قضاوت بنویسید (بر اساس اطلاعات عینی و ذهنی
(مثال : اشکال در انجام وظیفه پدری ، مربوط به دوری طولانی مدت از
فرزند (ص) اشکال در انجام وظیفه پدری به علت بی علاقه‌گی به فرزند (غ)
.)

مطمئن باشید که دو بخش تشخیص دارای یک معنی نباشد. مثال : اختلال در مکانیسمهای تطابقی مربوط به اثرات رفتن به مدرسه جدید (ص) اختلال در مکانیسمهای تطابقی بعلت ناتوانی در تطابق (غ).

اتیولوژی را با اصطلاحات قابل تغییر بیان کنید. مثال : کمبود آگاهی در مورد رژیم غذایی پیش از زایمان (ص) کمبود آگاهی بعلت حاملگی (غ).

تشخیص طبی را در تشخیص پرستاری وارد نکنید. مثال : خوب پاک نشدن راههای هوایی مربوط به احتباس ترشحات (ص) خوب پاک نشدن راههای هوایی به علت بیماری انسدادی ریه (غ).

تشخیص را روشن و خلاصه بنویسید، زیرا موجب تسهیل برقراری ارتباط بین افراد تیم مراقبت شده و باعث می شود که افراد نیروی خود را بر روی عوامل مربوط به مشکل خاصی متمرکز کنند .

برخي از موارد قصور پرستاران به ترتيب تکرار

- اجرائی اشتباه درمان
- سقوط بیمار و قصور در ثبت آن و نداشتن صداقت
- اشتباهات دارویی
- قصور در مشاهده کردن و ثبت صحیح مشاهدات
- به کارگیری تجهیزات ناقص و معیوب
- قصور در بررسی بیمار و گرفتن شرح حال
- سوختگی ها
- قصور در تهیه شرح حال و گزارش تغییرات
- قصور در تعیین هویت بیماران و شناسایی بیمار
- قصور در نگه داشتن اطلاعات محرمانه بیماران
- قصور در ارزشیابی مراقبت و ثبت به موقع
- قصور در گزارش به موقع به پزشک

نکته مهم :

از نظر قانونی اطلاعات مربوط به بیمار یا رمز ورودی به اطلاعات نباید در اختیار دیگران قرار گیرد .

جنبه های قانونی و اصول محرمانگی پرونده های پزشکی

پرونده ی بالینی بیمار / پرونده بیمار: منبع اصلی دریافت اطلاعات در مورد فرآیند مراقبت و پیشرفت بیماری که شرح و گزارش مکتوبی از اطلاعات گوناگون مربوط به سلامتی بیمار، مانند یافته های ارزیابی پیشرفت درمان و خلاصه ترخیص را شامل می شود (ممکن است به شکل الکترونیک / کاغذی باشد).

. افراد مجاز: تمامی کارکنانی که بر اساس فرم های اصلی و فرعی اعلام شده توسط واحد مدارک پزشکی مجاز به دسترسی و ثبت اطلاعات در پرونده بیمار می باشند

افراد مجاز در پرونده جاری در بخش: پزشک مسئول ، پزشک معالج، مسئول بخش، پرستاران و بهیاران با نظارت مسئول بخش

- گروه هایی که می توانند به پرونده و اطلاعات پزشکی بیمار دسترسی داشته باشند عبارتند از :
 - بیمار و نزدیکان درجه ۱
 - وکالی دادگستری
 - ناظران معرفی شده توسط سازمانهای بیمه گر
 - کارکنان واحد مدارک پزشکی
 - کارفرمای بیماران ناشی از حوادث حین کار
 - . فراگیران و پزشکان معالج بیمار
 - . سازمانها و نهادهای قانونی
 - . مشاور حقوقی بیمارستان ،مراکز درمانی
 - . پزشکان متفرقه (خارج از بیمارستان)
 - جهت امور پژوهشی
 - . کارکنان حسابداری و ترخیص شاغل در بیمارستان
 - کارکنان واحد فیزیوتراپی
 - . پزشکان معالج درمانگاه
 - . پرستاران / بهیاران

سطح دسترسی بیمار و نزدیکان

بیمار با رضایت پزشک معالج می تواند از پرونده جاری واحد بایگانی پزشکی رونوشت تهیه نماید.

همراهان، نزدیکان، بستگان درجه یک بیمار، پدر و مادر، فرزند ارشد ذکور، قیم بیمار و در غیر این صورت بعد از احراز هویت و با توجه به شرایط لازم بیمار میتوانند با ارائه رضایت کتبی از بیمار و پزشک معالج وی و با تأیید ریاست / مدیریت بیمارستان، با توجه به شرایط از پرونده جاری بیمار رونوشت اخذ نمایند،
به طور کلی:

. بیمار با رضایت پزشک معالج مجاز به دسترسی به اطلاعات موجود در پرونده خود میباشد.

. همراه و نزدیکان بستگان درجه یک از جمله پدر و مادر، فرزند ارشد ذکور و نیز قیم بیمار بعد از احراز هویت و با توجه به شرایط لازم، به مدارک پزشکی دسترسی مییابند.
.مراجعه کنندگان با ارائه نامه رسمی از سازمان ها و ارگان ها با توجه به سیاست بیمارستان، رونوشت برابر اصل شده از مدارک لازم را دریافت می نمایند

اعضای کادررزیدنتی و پزشکان معالج بیمار می توانند در بخش، به صورت آزادانه پرونده ها را ملاحظه و مطالعه نمایند.

رزیدنت ها و پزشکان سرویس های غیر معالج بیمار در صورت هماهنگی با پزشک معالج بیمار و مسئول بخش مربوطه مجاز به بررسی و مطالعه ی پرونده می باشند.

کادر پزشکی ورزیدنتی بدون اجازه کتبی ریاست / مدیریت بیمارستان مجاز به ارائه اطلاعات کتبی یا شفاهی موجود در پرونده ، به اشخاص خارج از بیمارستان نمی باشند

پرونده های قانونی

پرونده هایی که جهت داد خواهی بیمارستان، پرسنل بیمارستان و یا پزشک معالج مورد استفاده قرار می گیرند ، برای نگهداری آنها باید ملاحظات خاصی مورد توجه قرار گیرد.

به محض دریافت اختاریه درباره یک پرونده باید تلاش لازم به منظور ارائه آن پرونده ها انجام شود و اقدامات خاصی نیز برای محافظت از این پرونده ها در محل های خاص و غیر قابل دسترس سایر افراد بجز پرسنل مجاز باید اعمال گردد .

چنانچه امکان داشته باشد، پرونده ها باید در کمد قفل دار بایگانی و نگهداری شود و کپی پرونده ها جهت بررسی و ، بحث ارائه گردد، در عین حال پرونده های اصلی نباید از دایره مراقبتی پرسنل بخش مدیریت اطلاعات سلامت خارج شوند.

در چنین مواقعی وسوسه های زیادی برای ایجاد تغییر در این پرونده ها ممکن است ، مطرح شود. محافظت پرونده ها به روشی که در بالا ذکر شد متضمن حفظ پرونده ها در قبال ای ن وسوسه ها می شود و امنیت و دردسترس بودن پرونده ها را برای صورت جلسات قانونی تامین می کند.

(موارد منجر به تحریف گزارش پرستاری

۱- اضافه کردن موارد بدون آن که تعیین شود بعداً اضافه شده است.

۲- ثبت اطلاعات نادرست

۳- ثبت تاریخ که مؤید زمان قبلی باشد.

۴- حذف نکات مهم

۵- دوباره نویسی یا تغییر

۶- انتقاد از دیگران

۷- حذف شهادت کردن گزارشات قبلی

۸- نوشتن به جای فرد دیگر

۹- اضافه کردن به گزارش دیگران

۱۰- گذاشتن فضای خالی بین نوشته ها

۱۱- نوشتن نکته ی فراموش شده درون پرانتز

استفاده از فلوشیت ها

- ۱- جهت جلوگیری از تکرار گزارشات مثل نام دارو، علائم حیاتی و... برای ثبت اطلاعات مفید است.
- ۲- کاردکس پرستاری جهت ثبت برنامه ی مراقبتی، تسریع، به حداقل رساندن اشتباهات احتمالی و ملاحظه ی چند چیز در کنار هم مفید است
خودکار آبی برای مواردی که همیشه میماند
- خودکار قرمز برای موارد مهم مثل حساسیت و خطر خودکشی
- مداد برای موارد متغیر.
- ۳- باید ساعت هر کار نوشته شود (به جای آن که بنویسیم: هر سه ساعت)
- ۴- تاریخ تعبیه ی وسایل تهاجمی (سوند، لوله ی تراشه و...) نوشته شود.
- ۵- تاریخ شروع و اتمام درمان نیز باید نوشته شود.
- ۶- آزمایشات و گرافیها پس از گزارش به پزشک پاک شوند،
ولی موارد غیرتکراری مانند رژیم غذایی باقی بمانند

استفاده از رایانه برای گزارشات پرستاری

استفاده از رایانه برای گزارشات پرستاری دارای فواید بسیاری است، اطلاعات در اختیار همه و در دسترس است، قدرت و سرعت بالاست، تداوم مراقبتها به آسانی میسر است، کیفیت تصمیم گیری را بالا میبرد، ارتباط تیم آسان تر است، خطا کاهش مییابد، ثبت دقیقتر است، از کلمات استاندارد استفاده میشود، در وقت صرفه جویی میشود، تبادل اطلاعات سریعتر و تحویل شیفت نیز سریعتر صورت میگیرد