



الگوهای گزارش نویسی

دکتر ناهید آقایی

دکترای تخصصی سلامت در بلایا و فوریتها
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
EMAIL: na.aghaei@gmail.com

- انواع الگوهای گزارش نویسی
- خلاصه ای از بایدها و نبایدهای مهم

ثبت گزارش مراقبت بصورت داستانی

یکی از انواع روشهای سنتی برای ثبت گزارش مراقبت پرستاری است ساختار داستان نویسی برای ثبت اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار و مراقبت پرستاری ساده است .
معایب

- تکرار اطلاعات و وقایع
- صرف زمان زیاد
- اجبار خواننده برای خواندن مطالب با حجم زیاد به منظور دستیابی به اطلاعات مورد نیاز

نمونه ای از ثبت داستانی

۶/۸/۲۰۰۴ ساعت ۱۱:۰۰

بیمار می گوید "من مدتی است که به سختی می توانم نفس بکشم" تنفس ۳۲ بار در دقیقه، نبض ۱۲۰ و فشارخون ۷۰/۱۱۲ است. بیمار در هنگام دم از عضلات بین دنده ای استفاده می کند. صداهای تنفسی سمع شد، کراکل و ویزینگ در لوب های تحتانی هر دو طرف شنیده شد. سر تخت بالا آورده شد تا بیمار در وضعیت نشسته قرار گیرد. در ساعت ۱۰:۴۵ دقیقه خون شریانی برای بررسی گازهای خونی گرفته شد. اکسیژن ۲ لیتر در دقیقه با ماسک داده شد. برای آرامش دادن به بیمار پرستار در کنار تخت وی باقی ماند.
حسن محمدی - پرستار

ساعت ۱۱:۳۰ دقیقه جواب ABG به دکتر "س" گزارش شد. $PH = ۷.۳۷$ ، $PCO_2 = ۴۴$ ، $PO_2 = ۸۸$ بود. تعداد تنفس بیمار کاهش یافته و به ۲۸ بار در دقیقه رسید ، نبض ۹۶ و فشار خون ۷۲/۱۱۰ بود. کراکل و ویزینگ همچنان وجود داشت. بیمار به آرامی استراحت می کند . حسن محمدی - پرستار

ثبت مبتنی بر مشکل (POMR) Problem Oriented Medical Record

در این روش ثبت اطلاعات بیمار بر طبق مشکل وی سازماندهی می شود . قسمت اصلی شامل موارد زیر است :

داده های پایه : تمام اطلاعات جمع آوری در مورد بیمار است . به عنوان مثال تاریخچه پرستاری ، معاینات فیزیکی ، گزارشات آزمایشگاهی و ...

فهرست مشکلات : فهرست مشکلات شامل نیازهای جسمی ، روانی ، اجتماعی ، فرهنگی روحی روانی ، تکاملی و محیطی است .

نکته مهم : مشکلات باید شناسایی شده و به ترتیب اولویت نوشته شود . زمانی که مشکل حل شد تاریخ آن ثبت شده یا روی مشکل و شماره آن خطی کشیده شود .

برنامه مراقبت پرستاری : با توجه به استانداردهای موجود به صورت اختصاصی تدوین شود .

در گزارش نویسی بر اساس الگوی مشکل گشایی اطلاعات به صورت SOAPIE نوشته می شود:

- S (Subjective Data) : اطلاعات ذهنی توسط بیمار بازگو می شود .
- O (Objective Data) : اطلاعات عینی توسط درمانگر مشاهده می شود .
- A (Assessment) : بررسی تشخیص های پرستاری و پزشکی
- P (Plan) : طرح و برنامه ریزی بر اساس اطلاعات بالا طراحی می گردد .
- I (Intervention) : مداخلات باید قابلیت اجرا داشته باشد .
- E (Evaluation) : ارزشیابی (پاسخ بیمار به درمان و تغییر در نیازهای او .

SOAP بررسی های عینی و ذهنی

۱۹/۱/۲۰۰۴ کمبود آگاهی در ارتباط با عدم تجربه در مورد جراحی. ۴:۳۰ pm .

S	من در مورد این که بعد از جراحی چه اتفاقی می افتد نگران هستم
O	بیمار سوالات متعددی درباره جراحی می پرسد. او تجربه قبلی در جراحی نداشته ، حضور همسرش ، به عنوان منبع حمایت کننده است .
A	کمبود آگاهی درباره جراحی در ارتباط با بی تجربگی . همچنین بیمار اضطراب خود را بیان می کند .
P	در مورد آمادگی های قبل از عمل توضیح داده شد . دلیل انجام سرفه و تنفس عمیق بعد از عمل برایش بازگو شد . کتابچه ای در مورد آموزش و توضیح مطالب بعد از عمل در اختیارش قرار گرفت . حسن محمدی کارشناس پرستاری

روش PIE

روش PIE دارای ریشه پرستاری است . شامل :

P (Problem) یا مشکلات

I (Intervention) یا مداخلات

E (Evaluation) یا ارزشیابی

در این روش بررسی های روزانه پرستار در فلوشیت ها و فرم های معمول ثبت شده و از دوباره کاری جلوگیری می شود .

نکته مهم : مشکلات حل شده پس از مرور پرستار از گزارش روزانه حذف می شود و مشکلات باقیمانده همچنان در گزارش روزانه ثبت می گردند .

PIE (مشکل ، اقدامات ، ارزشیابی)

P	نقص و کمبود آگاهی درباره جراحی در ارتباط با عدم تجربه مشابه
I	آمادگی های معمول قبل از عمل برای بیمار توضیح داده شد. تمرین های پس از جراحی انجام شد. برای بیمار کتابچه مراقبت های پرستاری بعد از عمل تهیه شد.
E	بیمار تمرین های پس از جراحی را به درستی انجام می دهد. به مرور مراقبت های پرستاری بعد از عمل احتیاج دارد. حسن محمدی کارشناس پرستاری

چارت های متمرکز یا Focus Charting

این چارت ها شامل DAR است :

D : داده (هم عینی و هم ذهنی)

A : فعالیت یا اقدامات پرستاری

R : واکنش و پاسخ بیمار می باشد .

- در این روش نباید فقط بر روی مشکلات بیمار تمرکز شود بلکه باید به نگرانی های وی نیز توجه کند .
- فقط روی یک مشکل متمرکز نمی شود .
- علائم و نشانه ها ، وضعیت بیمار ، تشخیص های پرستاری ، رفتارها ، وقایع مهم و تغییر در وضعیت موجود در گزارش ثبت می شود .

چارت متمرکز DAR (داده ها، فعالیت، واکنش)

D	بیمار بیان می کند: "من درباره وقایع بعد از جراحی نگرانم". بیمار سوالات متعددی درباره جراحی می پرسد و تجربه جراحی قبلی ندارد. همسر او حضور دارد و از او حمایت می کند.
A	برای بیمار درباره مراقبت های معمول قبل از عمل توضیح داده شد. تمرین های پس از جراحی انجام شد. کتابچه ای در مورد مراقبت های پرستاری بعد از عمل در اختیار بیمار قرار گرفت.
R	بیمار به درستی تمرین های پس از جراحی را انجام می دهد، اما به مرور برنامه های پرستاری بعد از عمل نیاز دارد. حسن محمدی کارشناس پرستاری توجه: در برخی مؤسسات P (Plan) هم اضافه می شود.

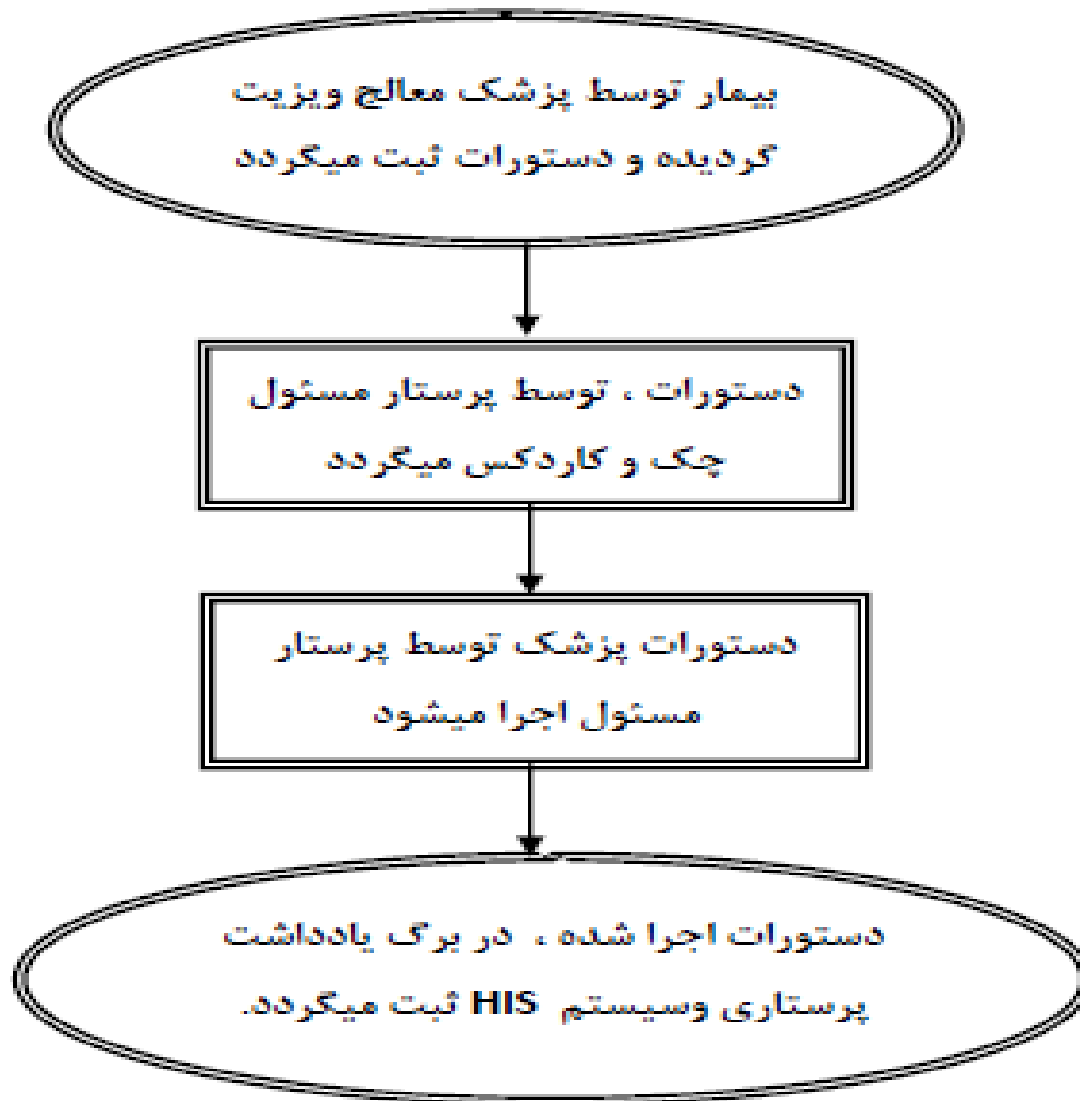
ثبت موارد استثنا Charting by Exception

در این روش تنها به یافته های غیر طبیعی در بیمار پرداخته می شود و شامل موارد زیر است :

- ◀ فلوشیت ها : شامل فلوشیت های دستورات پزشک ، پرستاران ، ثبت گرافیکی ، گزارش آموزش به بیمار و ترخیص
- ◀ اقدامات بالینی استاندارد : ثبت علامت (✓) دلالت بر اجرای آنها دارد .
- ◀ اطلاعات پایه پرستاری : تاریخچه و معاینات فیزیکی
- ◀ طرح برنامه مراقبتی بر اساس تشخیص پرستاری
- ◀ گزارش سیر پیشرفت بیمار بر اساس SOAPIE

نکته مهم : کلیه فرم های چارت (CBE) باید در بالین بیمار و در دسترس بوده و نیاز به توضیح یا اطلاعات نداشته باشد .

پروتکل چک ، اجرا و ثبت دستورات جاری



چرا گزارش می نویسیم؟





پرستاری شاکی از گزارش نویسی
به شما می گوید: به نظر من گزارش
نویسی اتلاف وقت است و من هرگز
آن را جدی نمی گیرم. ترجیح می
دهم وقتم را بجای نوشتن آنچه برای
بیمار انجام داده ام، صرف انجام
دادن خدمتی برای او کنم.

اهداف گزارش نویسی:

- ۱- برقراری ارتباط
- ۲- برنامه ریزی مراقبتی
- ۳- بررسی کیفیت مراقبت‌های پرستاری
- ۴- تحقیقات
- ۵- تصمیم‌گیری‌های تشخیصی و درمانی
- ۶- آموزش
- ۷- اسناد قانونی
- ۸- بازپرداخت‌ها

• خلاصه ای از بایدها و نبایدها در ثبت گزارشات

- نوشته های وارد شده در برگه ها، باید با خودکار آبی یا سیاه نوشته شده؛ و نام و مرتبه تحصیلی نویسنده معلوم باشد
- زمان نوشتن گزارش در پرونده براساس ۲۴ ساعت ذکر شود
- در صورت وجود اشتباه در ثبت، می توان با کشیدن خط روی اطلاعات نادرست و نوشتن کلمه (اشتباه است) و امضاء کامل زیر آن، متن را تصحیح نمود
- مطلقاً نباید روی اشتباهات را لاک گرفت؛ و یا آن را پاک کرد
- بین نوشته ها نباید فاصله زیاد وجود داشته باشد.
- زمان ثبت و زمان انجام مراقبت باید دقیقاً نوشته شود
- گزارشات تأخیری (ثبت بعد از وقوع) باید بعد از آخرین گزارش چارت شده، نوشته شود؛ و عنوان گزارش تأخیری نیز در کنار آن ذکر شود.

- نباید بین گزارشات فاصله باشد. در صورت وجود فاصله باید روی آن خط کشیده شود؛ تا از نوشتن در آن محل جلوگیری به عمل آید.
- در گزارش نویسی باید اصطلاحات و اختصارات همان مؤسسه مورد استفاده قرار گیرد.
- گزارش باید مختصر، بدون تکرار و فاقد کلمات نامفهوم باشد.
- نوشته ها باید خوانا و با هجّی کامل کلمه باشد. از کلی گویی نیز باید پرهیز کرد.
- از بکارگیری کلماتی که معانی مختلفی را برای خوانندگان ایجاد می نماید؛ مانند خوب، متوسط، طبیعی و کافی، اجتناب نمائید.
- از بکارگیری جملات عمومی که مفهومی اختصاصی ندارند اجتناب نمائید. میتوانید « امروز راحت به نظر می رسد » مانند به جای آن از جدول امتیاز بندی ۱ تا ۱۰ استفاده کنید. مثلاً بنویسید امتیاز درد پشت بیمار امروز ۳ - ۲ بوده، در حالیکه روز گذشته ۹ - ۷ بوده است.

- یافته های کسب شده از بیمار (مشاهدات پرستار از رفتار بیمار) همانگونه که مشاهده شده ثبت شود؛ نه تفسیر یافته های شما.
- هرگز قبل از اینکه مداخله ای را انجام دهید؛ آن را ثبت نکنید.
- در هر ثبت گزارش، با استفاده از نام، نام خانوادگی و عنوان، متن گزارش های ثبت شده را، امضا نمائید.
- هرگز یادداشت ها و مداخلاتی که شما انجام نداده اید را، امضا نکنید.
- هر صفحه گزارش را، با نام بیمار و شماره پرونده خاص وی مشخص نمائید.

- دانشجویان باید با قوانین و مقررات مؤسسات بهداشتی، در ارتباط با دسترسی به گزارشات بیمار، توسط افراد دیگر تیم مراقبتی و افراد غیر حرفه ای و فرآیند دسترسی به اطلاعات، آشنا باشند.
- بیشتر مؤسسات بهداشتی برای آموزش دانشجویان اجازه میدهند تا آنها به اطلاعات دسترسی یابند.
- دانشجو با اینکه از گزارشات بیمار جهت آموزش استفاده می نمایند، از نظر حرفه ای و اخلاقی باید تمامی اطلاعات را محرمانه نگه دارند.
- نا مه‌های حقیقی بیمار و دیگر مشخصات واقعی او نباید در گزارشات بیمار جهت آموزش استفاده گردد.
- بیماران از نظر اخلاقی و قانونی انتظار دارند، که اطلاعات کسب شده در گزارش بهداشتی آنها ثبت شده، و خصوصی باقی بماند.
- از نظر حرفه ای و اخلاقی بایستی تمامی اطلاعات را محرمانه نگه داشت.

Remember!!

“If it is not documented ... it is not done”

“آنچه که ثبت نشده است، یعنی انجام نشده است.”

با تشکر از توجه شما