

# اهمیت گزارش نویسی

تهیه کننده: فاطمه رادبه - کارشناس ارشد پرستاری ( سوپروایزر  
آموزشی )

## اهمیت گزارش نویسی

یادداشت دقیق گزارش پرستاری از هر لحاظ مهم است. تا جائیکه "اگر کاری انجام شده اما نوشته نشده باشد یعنی آن کار انجام نشده است". یک یادداشت خوب و دقیق میتواند نشان دهنده مراقبت و نتایج آن، آسان شدن برنامه ریزی مراقبت بیمار و کمک کننده به ارتباط بهتر میان خدمات دسته های بهداشتی - درمانی باشد.

نظر به اهمیت ویژه گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن، مهمترین اصول لازم در خصوص نحوه ارائه و ثبت گزارش پرستاری در پرونده بیمار، جهت همکاری محترم پرستاری جمع آوری شده است.

لذا امید است پرستاران محترم با عنایت به این اصول بیش از پیش در ثبت دقیق گزارش پرستاری دقت نمایند.

## اهداف گزارش نویسی

- برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان
- آموزش به دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی
- تهیه صورتحساب مالی
- ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی از بیمار
- پژوهش و کمک در دستیابی به یافته های جدید
- نظارت، کنترل و ارزشیابی سیستمهای مراقبتی-درمانی و بهداشتی
- پیش بینی نیازهای بهداشتی-درمانی و مراقبتی

## مهمترین اصول گزارش نویسی عبارتند از :

- ۱- گزارش خود را حتماً با خودکار آبی، ثبت نمایید. (از خودکار قرمز فقط جهت چارت درجه حرارت بیمار در برگه چارت علائم حیاتی استفاده نمایید.)
- ۲- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را **خوانا و مرتب** بنویسید.
- ۳- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش، **ساعات را بطور کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴** بنویسید. (بعنوان مثال ساعت ۱ بعداز ظهر را بصورت ۱۳:۰۰ و ساعت سه و ربع بامداد را بصورت ۰۳:۱۵ ثبت نمایید.
- ۴- هرگونه علائم حیاتی ساعتی باید در برگه کنترل علائم حیاتی نوشته شده و نام فرد کنترل کننده در محل مربوطه بصورت واضح و خوانا ثبت شده و امضا گردد.
- ۵- بعد از هر بار کنترل علائم حیاتی (V/S)، در برگه مخصوص ثبت گردد. علائم حیاتی ساعت ۶ صبح و ساعت ۶ بعداز ظهر (۱۸:۰۰) را علاوه بر ثبت در برگه کنترل علائم حیاتی (V/S) پرونده در برگه چارت علائم حیاتی نیز رسم نمایید.
- ۶- چنانچه نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه نوشته نشده قبل از نوشتن گزارش باید توسط فرد نویسنده گزارش بطور کامل تکمیل و ثبت شود.
- ۷- در صورتیکه یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به عللی اجرا نشده (مثل عدم همکاری بیمار، ارتباط برخی از دستورات با بخش پذیرش دهنده بیمار و ...)، ضروری است دستورات اجرا نشده با ذکر علت آن در گزارش ثبت شود.
- ۸- مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کارتکس با پرستار مسئول شیفت است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید.
- ۹- کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی باید ثبت شود (این موارد شامل: نام دارو، دوز دارو، راه تجویز دارو، تاریخ و زمان دادن دارو می باشد). اگر بیمار دارو را همراه با سرم دریافت می کند، سرعت تزریق دارو و مراقبتهای مربوطه نظیر کنترل BP و PR ذکر گردد.
- ۱۰- در صورت ندادن دارو به هر دلیل، باید علت آن را در ساعت تجویز دارو بطور مختصر ذکر نمود و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود. (برخی از علل احتمالی عبارتند از: موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار و ...).
- ۱۱- با توجه به تشخیص اصلی یا افتراقی بیمار علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری، سیر بیماری و تصمیم گیری برای درمان کمک کننده باشد بخصوص در گزارش پذیرش بیمار حتماً قید نمایید.
- ۱۲- گزارش پذیرش بیمار باید کامل نوشته شود که شامل: ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش، با برانکار، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراهیان و ...)، وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده می باشد.

۱۳- با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.

۱۴- انواع آزمایشات و تصویربرداری های پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.

۱۵- دریافت پاسخ آزمایشات را گزارش نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی آنها را بطور کامل با ذکر اقدامات انجام شده نظیر اطلاع به پزشک و درمان های مربوطه گزارش نمایید .

۱۶- در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع در یافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید .

۱۷- در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.

۱۸- پرستار شیکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته (I&O) را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید.

۱۹- ضروری است پرستار پس از مشاهده موارد غیر طبیعی در بیمار و یا انجام مراقبتهای خاص برای بیمار، در اسرع وقت گزارش نماید.

۲۰- کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری باید با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.

۲۱- گزارش عملیات احیای قلبی ریوی (C.P.R) بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا باید در پرونده ثبت شود.

۲۲- از ثبت روشها و مراقبتهای پرستاری و درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.

۲۳- برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی، گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت نوشته شود.

۲۴- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک و یا سیاه کردن و نیز پاک کردن آنها اکیدا اجتناب نمایید. برای تصحیح اشتباه در ثبت خود طبق دستورالعمل زیر اقدام نمائید:

الف- بر روی مورد اشتباه یک خط باریک کشیده شود به طوری که قابل خواندن باشد .

ب- در قسمت بالای مورد اشتباه با خودکار مشکی بنویسید: " اشتباه در ثبت " یا "Error"

۲۵- پس از ثبت کامل گزارش پرستاری ، خط پایان (بدون فاصله) کشیده ، با زدن مهر نظام پرستاری خود یا مهر مخصوص بخش، حرف اول نام، نام خانوادگی و سمت خود را نوشته و آن را امضاء نمایید.

۲۶- گزارش پرستاری همانطور که در ابتدا ذکر شد ارزش حقوقی و قضایی دارد و بنا بر این هرگونه تحریف در آن پیگرد قانونی بدنبال خواهد داشت.

• **مواردی که بعنوان تحریف در گزارش پرستاری محسوب می شود عبارتند از :**

- **اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که آن موارد بعداً اضافه گردیده است .**
- **ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری**
- **حذف نکات مهم گزارش پرستاری**
- **ثبت تاریخ گزارش به نحوی که محرز گردد گزارش در زمان قبلی ثبت شده است .**
- **دوباره نویسی و تغییر گزارش پرستاری**
- **تخریب یا مخدوش نمودن گزارش های قبلی یا موجود**
- **اضافه نمودن مواردی به گزارش های سایر پرسنل**

۲۷- در گزارش نویسی انحصاراً مواردی را که خودتان انجام داده یا مشاهده نموده یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.

۲۸- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است عین گفته های بیمار را داخل گیومه گزارش نمایید.

۲۹- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات نا خوشایند بپرهیزید.

۳۰- از انتقاد سایر همکاران تیم درمانی در گزارش پرستاری خودداری نمایید.

۳۱- اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید (حضور ، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید .

۳۲- در بین ، ابتدا و انتهای گزارش جای خالی باقی نگذارید.

۳۳- در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.

**\* در ادامه جهت بهبود کیفیت ثبت گزارش پرستاری رعایت الگوی ذیل برای کلیه بخشهای بستری بیمارستان توصیه می گردد:**

❖ وضعیت و حالت عمومی بیمار با ذکر مواردی نظیر ارتباط با دیگران، وضع هوشیاری، خواب و استراحت و ... با کلمات قابل اندازه گیری توصیف گردد.

- ❖ به مراقبت‌های اولیه پرستاری انجام شده از بیمار شامل کنترل V/S، تعویض ملحفه، دهانشویه، ماساژ پشت، حمام در تخت و ... اشاره گردد.
- ❖ به سایر اقدامات پرستاری مانند تعویض پانسمان و کشیدن بخیه و درن، گذاشتن کاتتر ادراری، لوله معده، تعویض آنژیوکت (با ذکر محل تعبیه و رنگ)، ساکشن راه هوایی و ... اشاره گردد.
- ❖ اگر بیمار سرم دریافت می نماید نوع و حجم محلول دریافت شده ذکر شود. و در صورت تزریق خون، تعداد واحد، حجم، زمان شروع و پایان و مشکلات حین ترانسفوزیون یادداشت گردد.
- ❖ اگر بیمار اکسیژن می گیرد، مقدار و راه دریافت آن (کاتتر بینی، ماسک و ...) ذکر گردد.
- ❖ در صورتیکه بیمار دارای کاتتر، لوله و یا درن باشد (کاتتر ادراری، لوله معده و ...)، باید وجود آنها، و وضعیت آنها از نظر تثبیت و مراقبت‌های مربوطه ذکر شود.
- ❖ به کلیه اقداماتی که توسط سایر پرسنل درمانی انجام شده است (فیزیوتراپی، رادیوگرافی و ...) اشاره گردد.
- ❖ به علائم عینی (مانند استفراغ، تعریق، خونریزی، تغییر رنگ پوست و ...) و علائم ذهنی (درد، تنگی نفس، تهوع، سوزش و ...) و تغییرات آن در طول شیفت اشاره شود.
- ❖ به ویژگی، تشخیص‌های جدید و مشاوره پزشکی اشاره گردد. دستورات پزشک در صورتی که تغییر کرده باشند (مانند قطع و وصل سرم، قطع دارو، تجویز داروی جدید و تجویز داروی Stat)، و هم چنین به دستور پزشک در زمینه انجام تست‌های تشخیصی (مانند آندوسکوپی، سونوگرافی، آزمایشات و ...) اشاره شود.
- ❖ به انجام آزمایشات و تست‌های تشخیصی انجام شده (EKG و ...) اشاره شده و به موارد غیرطبیعی و اقدامات مرتبط با آن اشاره شود.
- ❖ اگر بیمار عمل جراحی داشته، به ساعت جراحی و مراقبت‌های قبل و بعد از آن اشاره شود.
- ❖ به وضعیت تغذیه بیمار از نظر رژیم غذایی (NPO, PO، مایعات) و روش تغذیه (دهان، گاوآژ) اشاره شود. اگر گاوآژ انجام می گیرد به حجم غذای داده شده و زمان آن اشاره شود. به مشکلات گوارشی نظیر بی اشتها، سختی بلع، تهوع و استفراغ، بیبوست، اسهال و ... نیز اشاره شود.
- ❖ به وضعیت حرکتی بیمار مانند CBR, BR اشاره نموده و نیاز به وسایل کمکی یا محدود کننده حرکت نیز ذکر گردد.
- ❖ به اقداماتی که باید در شیفت‌های بعدی انجام گردد (شامل: پیگیری انجام تست‌های تشخیصی، آزمایشات خونی، جمع آوری نمونه، عکسبرداری و آمادگی‌های مربوطه، عمل جراحی و آمادگی‌های مربوطه، مشاوره پزشکی و ...) اشاره شود. اگر بیمار حساسیت به دارو یا ماده خاص یا اقدامات حفاظتی دارد، ذکر گردد.

- ❖ اگر بیمار در این شیفت بستری گردیده، نام پزشک، تشخیص و مشکلات موجود، وضعیت و حالت بیمار، اقدامات انجام شده قبلی، طبقه انتقال به بخش به گزارش پرستاری اضافه گردد.
- ❖ اگر بیمار در این شیفت ترخیص گردید، تشخیص، سیر بهبودی، مشکلات باقیمانده، وضعیت و حالت بیمار (گچ، آتل، زخم، پانسمان و ...)، آموزشهای داده شده و دفعه مراجعه بعدی به گزارش پرستاری اضافه گردد.
- ❖ در صورت وجود یا بروز واقعه خاص یا مشاهده و بروز موارد غیر طبیعی در بیمار (تغییر ناگهانی در وضعیت عمومی، تغییر ناگهانی BP، افتادن از تخت و ...) یا دریافت شواهد غیر طبیعی در یافته های پاراکلینیکی (افزایش یا کاهش BS و ...) موارد، همراه با اقدامات انجام شده و نتایج آن ذکر گردد.
- ❖ در بخش ICU علاوه بر نکات بالا باید به موارد دیگر توجه داشت. در این بیماران که به دستگاه مانیتورینگ وصل می باشند باید به PR و ریتم های غیرطبیعی اشاره شود. اگر بیمار به دستگاه پالس اکسی متری متصل می باشد باید ذکر شود و به O2Sat اشاره شود. اگر اندازه گیری ABG انجام شد باید ذکر گردد. در صورت اتصال به ونتیلاتور به تنظیمات دستگاه شامل Mode,RR,TV,Fio2 اشاره شود.
- ❖ گزارش های پرستاری در شیفتها و بخشهای مختلف باید به شکلی نوشته شود که از ابتدای پذیرش تا ترخیص به شکل واضح و در فصلهای متصل به هم سیر درمان و وضعیت سلامت بیمار را ارائه نماید.
- ❖ در هر حال شما باید تصویری را از بیمار تجسم نمائید که وقتی دیگران نوشته شما را می خوانند بدانند شما چه چیزی را دیده یا شنیده اید و بتوانند یافته های خود را با یافته شما مقایسه نمایند.

#### منابع :

- پرستاران توانمند ایران
- پرستاری و بیماریهای شایع اعصاب و روان (۲)
- پرستاری و بیماریهای غددوداخلی (۴)
- پرستاری و تریاژ (۱)
- مهمترین نکات آموزشی پرستاری (۳)