

عنوان: اصول ثبت و گزارش نویسی پرستاری در مراقبت از بیماران با مشکلات ستون فقرات

مقدمه: گزارش نویسی عبارت است از نوشتن و به تحریر در آوردن اطلاعات، اخبار، رویدادها که با ساده ترین کلام و کوتاه ترین زمان هدف مورد نظر را بیان کند. هدف از گزارش نویسی برقراری و ایجاد تصویری روشن از اندیشه و هدف پیام دهنده در ذهن پیام گیرنده در حداقل زمان و حداقل کلام است. گزارش نویسی در پرستاری ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعاتی را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامتی بیمار به شکل سند به مخاطب (خواننده) منتقل می کند.

بحث: ارتباط کلامی و کتبی در بین اعضای تیم بهداشتی در کیفیت مراقبت مددجویان محسوب می شود. عموماً اعضای تیم بهداشتی با یکدیگر از طریق مشاوره و بحث و گفتو، ارائه گزارش (Reporting) و ثبت اطلاعات (Recording)، ارتباط برقرار می کنند.

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح شامل موارد زیر است:

گزارش صحیح بایستی حقایق (Actual) را بیان نماید .

دقت در گزارش نویسی (Accuracy & correct)؛ مطالب دقیق و صحیح (واقعی) نوشته شوند. یادداشت ها باید با دقت نوشته شوند. فقط مشاهدات قید شود نه عقاید و نظرات شخصی.

کامل و مختصر بودن (Completeness & Concise) یادداشت ها و گزارش ها بسیار اهمیت دارد.

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر (Current ness) انجام شود.

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی (Organization) شوند .

محرمانه بودن گزارش (Confidential)، پرونده بیمار را در دسترس افراد بیگانه قرار ندهید.

نظر به اینکه ثبت وقایع یک سند قانونی محسوب می شود که حتی در دادگاه مورد استفاده قرار خواهد گرفت لذا توجه به آن از اهمیت خاص برخوردار است که شامل:

۱- محفوظ و محرمانه نگه داشتن اطلاعات (Restricted Access) از دسترس دیگران، پرونده بیمار را در اختیار هر فردی قرار ندهید بخصوص افرادی که از آن بهره گیری خاص می کنند. اطلاعات بهداشتی بیمار باید محرمانه باقی بماند.

۲- به جای مداد از خودکار (Use of ink/ permanence) استفاده کنید ، باجوهر آبی یا مشکی که قابل دستکاری نباشد و دائمی باشند.

۳- نوشتن به شیوه صحیح، خوانا و تمیز (Legibility)؛ مطالب خوانا و دست خط ها قابل خواندن باشد، طبق قوانین موسسه خود نوشته شود.

- ۴- کلمات را صحیح (Correct Spelling) بنویسید؛ استفاده از دستور زبان و املاء صحیح؛ تمام یادداشت ها املاء درست داشته باشد.
- ۵- اگر یادداشتی اشتباه (Errors) نوشته شده است روی آن یک خط بکشید و بالای آن بنویسید اشتباه با ذکر نام خود/
- ۶- اجتناب از فاصله گذاری (Blanks) بین گزارشها ، اگر گزارش پرستاری شما جای خالی داشت ، آنرا با خط پر کنید و در انتها اسم خود را بنویسید.
- ۷- مطالبی که ثبت می کنید در حالیکه با دقت نوشته می شود باید با احتیاط نوشته شود. دوراندیشی (Legal Prudence) را از نظر دادگاه مد نظر داشته باشید.
- ۸- مناسب بودن یادداشت ها؛ از واژه های مناسب (Appropriateness) استفاده کنید ، عقیده خود را ننویسید ، فقط بیماری وی و مشکلات را ذکر کنید.
- ۹- استفاده از واژه ها / سمبل ها / نشانه ها و علائم اختصاری استاندارد (Standard Abbreviations / Symbols & Terms)؛ پرستاران فقط مجاز به استفاده از علائم اختصاری ، سمبل ها و واژه های رایج در رشته خود هستند. تا در دادگاه موجب مشکل برای آنان نشود. بعضی از این نشانه ها بین المللی و بعضی منطقه ای می باشند.
- ۱۰- ثبت زمان و تاریخ گزارش (Time & Date)؛ تمام یادداشت ها باید تاریخ و زمان داشته باشند، نه تنها برای دادگاه بلکه از نظر سلامتی حال بیمار مهم است.
- ۱۱- تناوب زمانی (Timing)؛ منظور از زمان ، انجام مراقبت های پرستاری است که برای آنها تعداد دفعات تعیین شده است. مثلاً علائم حیاتی هر سه ساعت کنترل شد.
- ۱۲- رعایت سیر جریان مراقبت ها (Sequence) در نوشتن گزارشات پرستاری؛ مراقبت ها به صورتی که انجام شده از ابتدا تا پایان ثبت شود. مثلاً در فرایند پرستاری از بررسی و شناخت بیمار شروع ، تعیین تشخیص های پرستاری ، سپس برنامه ریزی ، اجرا و در آخر ارزشیابی بصورت یک سیر منطقی نوشته شود.
- ۱۳- اشتباهات یا از قلم افتادگی ها ، حتی اگر بی ضرر باشند ، نه تنها در مراقبت پرستاری تاثیر می گذارند بلکه اعتبار شما را در مقابل مراجع قانونی کاهش می دهند. دقت کنید تا در ثبت دچار اشتباهات زیر نشوید:
- ۱۴- از قلم افتادگی: شامل هر حقیقت مهمی که سایر اعضاء تیم مراقبتی جهت کمک به بیمار نیاز دارند. در صورت بروز مشکل دادگاه ممکن است نتیجه گیری کند که شما در اجراء کار قصور کرده اید یا تلاش کرده اید که مدرک مخفی باشد.
- ۱۵- عقیده شخصی: تفسیرها و عقاید شخصی خود را وارد نکنید. فقط مشاهدات واقعی و عینی و اظهارات بیمار را ثبت نمائید.
- ۱۶- ثبت مبهم: به جای "بیمار روز خوبی داشت" علت را توضیح دهید "بیمار وجود درد را رد کرد".
- ۱۷- تاخیر در ثبت: اگر مجبور به تاخیر در ثبت هستید ، آنرا مشخص کرده و زمان آنرا ثبت و امضاء کنید. زمان و تاریخ بازگشت برای ثبت را بنویسید.
- ۱۸- تصحیح نامناسب: هرگز یک ثبت نادرست را پاک یا محو ننمائید و مطابق با خط مشی محل کار خود نسبت به اصلاح آن اقدام کنید.
- ۱۹- ثبت غیر مجاز: فقط آنچه را که خودتان انجام داده اید ثبت کنید و اقدامات سایرین را ثبت نکنید.

- ۲۰- اختصارات مبهم یا نادرست: فقط از اصطلاحات مطابق با کمیسیون مشترک اعتبار گذاری سازمانهای مراقبتی و سازمان ملی خودتان برای ثبت گزارشات استفاده کنید.
- ۲۱- ناخوانا و فقدان وضوح: طوری بنویسید که دیگران بتوانند گزارش را بخوانند. اگر از کاربرد یا تلفظ اصطلاحی مطمئن نیستید از کتاب لغت نامه (دیکشنری) استفاده کنید.

چهار مورد از مشکلات گزارش نویسی که در دادخواهی ها مورد استفاده قرار می گیرند:

(۱) عدم ثبت ساعت وقوع حادثه

(۲) غفلت در ثبت دستورات شفاهی یا به امضا نرساندن آنها

(۳) عدم ثبت جزئیات

(۴) ثبت اطلاعات غلط

معمولاً در انجام پروسیجر پرستاری باید موارد زیر ثبت گردد: چه نوع پروسیجر انجام شده است، چه زمانی انجام شده است، چه کسی آن رویه را انجام داده است، چگونگی انجام رویه ثبت شود، تحمل بیمار نسبت به رویه نوشته شود و عوارض جانبی احتمالی ثبت شود.

گزارش هنگام ورود بیمار به بخش از اتاق عمل شامل موارد زیر می باشد* ساعت تحویل و یا ورود بیمار به بخش* ثبت نوع عمل انجام شده* وضعیت عمومی با قید علائم حیاتی و سطح هوشیاری، درد و...* ثبت تعداد و وضعیت آنژیوکت و سرم مربوطه، درن ها، تیوپ ها و سایر اتصالات از نظر کارکرد صحیح و ترشحات * ثبت کیفیت پانسمان* ثبت برون ده ادراری در ساعت اولیه* ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری

گزارش پرستاری: ساعت ۱۴ از اتاق عمل با جراحی لامینکتومی همراه با فیوژن (CD) L4-L5 تحویل گرفته شد، هوشیار است، علائم حیاتی کنترل گردید، دو آنژیوکت صورتی در دست راست و چپ در چین آرنج دارد، سرم رنینگر ۱۰۰۰ سی سی وصل گردید ۳۰ قطره در دقیقه ۸ ساعته در جریان است. NPO می باشد. سوند فولی دارد دیورز برقرار است، که در ساعت اول ۱۰۰ سی سی بود،

کنترل I&O انجام شد. پانسمان محل عمل خشک می باشد. اظهار داشت درد دارد که با تزریق 20mg مرفین شدت درد از ۸ به ۴ رسید. حس اندام های تحتانی کنترل شد که طبیعی می باشد. آموزش داده شد تنفس عمیق داشته باشد و می تواند پای خود را خم کند.

پرستار کارشناس مریم گل محمدی ۹۱/۷/۱۰ ساعت ۱۷

نمونه ای از گزارش پرستاری جهت بیمار با صدمات نخاعی که روز پنجم بستری وی در بخش می باشد هنوز عمل نشده است.

معرفی بیمار:

آقای ابراهیم اکبری متعاقب موتورسواری دچار سقوط از بلندی و آسیب دیدگی L5-S1 و ضعف و سستی در اندام های تحتانی شده است.

سرم N/S 1000cc KVO در جریان است با آنژیوکت صورتی روی دست راست. سوند فولی شماره ۱۶، فیکس، دیورز برقرار، حجم ادرار ۸۰۰ cc و شفاف است. رژیم غذایی معمولی، اشتها به غذا نداشت و فقط ۳/۱ غذای خود را خورد، اظهار می دارد ۳ روز است که دفع مدفوع نداشته است. علائم حیاتی کنترل و ثبت شد. حرکت و حس اندام های تحتانی کنترل ولی قادر به حرکت نیست اما به تحریکات دردناک واکنش نشان می دهد. ساعت ۱۱ توسط دکتر شاکری ویزیت شد، به دستورات قبلی MOM اضافه گردید.

تشک موج دارد و استراحت مطلق است. نقاط فشاری هر ۳ ساعت یکبار ماساژ داده شد. فوق العاده نگران و مضطرب است و مرتباً سؤال می کند که آیا حرکت پا ها بر خواهد گشت؟

زخم پیشانی با نرمال سالین استریل شستشو، باگاز خشک ۴ X ۴ پانسمان و با surgifix بانداژ شد. زخم بطول ۴ Cm، تمیز، لبه های زخم نزدیک بهم، علائم قرمزی دیده نشد. نرده کنار تخت بالا می باشد. آموزش مراقبت از خط وریدی، سوند فولی، استفاده از سبزیجات و مایعات زیاد، لزوم استراحت در تخت و تشویق به تنفس عمیق به بیمار و همراه وی ارائه و باز خورد دریافت شد.

نتیجه گیری: گزارش پرستاری یکی از ضروریات پرستاری بشمار می رود و منعکس کننده اقدامات پرستاری انجام شده برای بیمار است. با رعایت اصول گزارش نویسی نه تنها کیفیت کار خود را نشان خواهید داد بلکه تیم بهداشتی بهترین استفاده را از آن خواهند برد و در مراجع قانونی پشتوانه ای برای کار شما خواهد بود.

تعریف واژه ها: گزارش نویسی، گزارش نویسی در پرستاری، بیماری های شایع ستون فقرات، گزارش نویسی در پرستاری از بیماری های شایع ستون فقرات

۱-دکتر هادی کاظمی: رئیس مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، رئیس بیمارستان ۲- پیر حسین کولیوند: کارشناس ارشد MBA، معاونت توسعه منابع و نیروی انسانی مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، مدیریت بیمارستان ۳- مریم علی حکمی: کارشناس پرستاری، مدیره پرستاری بیمارستان ۴- زهرا منجمد: کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مشاور آموزش پرستاری بیمارستان