

انواع روش های گزارش نویسی

روش‌های ثبت

سیستم‌های ثبتی متعددی برای گزارش اطلاعات مددجو وجود دارد، این سیستم‌ها توسط سرویس‌های پرستاری با توجه به سیاست‌های سازمان انتخاب می‌شود. در یک مؤسسه باید یک سیستم ثبت یکسان مورد استفاده قرار گیرد.

چند نوع روش ثبت در بین پرسنل متداول است

- ▶ گزارش نویسی به روش سنتی یا بیمارستانی
- ▶ گزارش نویسی SOAPIE
- ▶ گزارش نویسی بر اساس شیوه مشکل مدار P.O.R
- ▶ گزارش نویسی گاه به گاه
- ▶ گزارش نویسی براساس تشخیص پرستاری
- ▶ گزارش داستانی

گزارش نویسی به روش سنتی یا بیمارستانی ▶



▶ در این روش اطلاعات طبقه بندی شده است و پزشک، پرستار، آزمایشگاه، رادیولوژی هر کدام در برگه خاص خود گزارش را می نویسند. در این صورت برگه های متعددی در پرونده دیده می شود به این روش گزارش نویسی سیستم گزارش نویسی بیمارستان هم اطلاق می شود.

گزارش نویسی به روش SOAPIE ▶



SOAPIE

- ▶ شکل خاصی برای تهیه و نوشتن یادداشت‌های تفصیلی درست شده که به آن اختصاراً SOAPIE می‌گویند. زیرا شامل مشاهدات ذهنی و مشاهدات عینی، بررسی مشکل بیمار، شناخت مشکل، برنامه ریزی، اقدام و ارزشیابی می‌باشد.

- ▶ ***S*** = Subjective Data
- ▶ ***O*** = Objective Data
- ▶ ***A*** = Assessment
- ▶ ***P*** = Planning
- ▶ ***I*** = Intervention
- ▶ ***E*** = Evaluation

S: Subjective Data

مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار

▶ شامل مشکلات (علائم یا نشانه ها) که بیمار زبانا[ً] بازگو می کند. در این نوع گزارش باید عین کلمات و عبارات بیمار نوشته شود نه این که مشاهده کننده حرف های بیمار را تعبیر کند. در صورتی که بیمار قادر به بیان احساسات و افکارش نمی باشد این بخش از گزارشات خالی می ماند.

مشاهدات عینی

- ▶ این بخش از گزارشات شامل مشاهداتی (اطلاعاتی) است که دیده، شنیده و احساس می‌شوند یا بوسیله بوئیدن و لمس کردن به دست می‌آیند یا با استفاده از ابزارهای مختلفی مانند درجه حرارت یا گوشی و یافته‌های رادیولوژی، آزمایشگاهی و سایر اقدامات درمانی و تشخیصی به دست می‌آید.
- ▶ همچنین در این قسمت به الگوهای ارتباطی بیمار توجه می‌شود.
مثلاً آیا بیمار افسرده است گوشه گیر است یا پرفاشگری می‌کند یا این که با دیگران تعامل و ارتباط خوبی دارد.

A = Assessment

بررسی اطلاعات به دست آمده

▶ شامل اطلاعات و یافته های عینی و ذهنی دیگران از طریق شرح و درک و نوشتن نتایج است. تمام افرادی که در تهیه گزارشات کمک می کنند باید نظر خودشان را درباره بررسی ها صادقانه در سطح مهارت و درک خود از وضعیت بیمار بنویسند.

فواید بررسی و شناخت

- ▶ آگاهی از حوزه وظیفه و محیط مسئولیت حرفه ای
- ▶ به دست آوردن مفهوم روشنی از اطلاعات
- ▶ استفاده از سوالات و مشاهدات متمرکز (کاهش مصرف انرژی و وقت)

روش های بررسی و شناخت

- ▶ مشاهده
- ▶ مصاحبه
- ▶ اندازه گیری
- ▶ معاینه فیزیکی

مشاهده شامل

- ▶ استفاده از حواس
- ▶ توجه به ظاهر کلی
- ▶ توجه به حرکات بدن
- ▶ توجه به الگوهای تعاملی (ارتباط)
- ▶ یادگیری این مهارت یعنی (مشاهده) نیازمند تکرار و تمرین است.

- ▶ تماس برقرار کردن : (محیط خلوت جلب کردن اعتماد بیمار، بیان هدف، تماس چشمی ها، عدم عجله و شتاب)
- ▶ چطور سوال کردن (واژه های عادی، سوالات باز، استفاده از انعکاس)
- ▶ چطور گوش کردن (شنونده فعال، اجازه دادن به بیمار، توجه دقیق، خلاصه کردن)

صفات پرستار مصاحبه گر

- ▶ خوب از عقل استفاده کند
- ▶ خوب قضاوت کند
- ▶ حضور ذهن داشته باشد
- ▶ از تجربیات خود حین مصاحبه سود ببرد

مهارت لازم جهت معاینه فیزیکی

- ▶ نگاه کردن
- ▶ لمس کردن
- ▶ دق کردن
- ▶ سمع کردن (گوش کردن)

انواع بررسی و شناخت

- ▶ بررسی اولیه یا بررسی اطلاعات پایه
- ▶ بررسی متمرکز (مشکل، محور ...)

بررسی اولیه

- ▶ در نخستین برخورد با بیمار اطلاعات کافی در مورد تمامی جنبه های وضعیت سلامت او جمع آوری می شود.
- ▶ اطلاعات پایه
- ▶ ۲۴ - ۲۸ ساعت ملاک و معیار برای ثبت های بعدی است
- ▶ باید بطور جامع مددجو محور باشد، یعنی به کلیه جنبه های بیمار توجه کنید، جنبه زیستی، روانی، اجتماعی (فرهنگی) (روحی)

▶ پرستاری جامع گرا و کلی نگر

عنوان می کند که وقتی مشکل برای قسمتی از بدن ایجاد می شود کل سیستم انسان درگیر و دچار مشکل می شود. بیماری که درد دارد، فکر و روح او هم دچار مشکل می شود ارتباط با دیگران و حافظه، درک و قوه قضاوت و تصمیم گیری مختل می شود.

P = Planning

برنامه ریزی

▶ پس از بررسی نیازهای بیمار و اولویت بندی آنها
برنامه ریزی جهت رفع نیازهای بیمار انجام
می گیرد.

I = Intervention

اجرا

▶ بعد از جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل و شناخت مشکل و برنامه ریزی اقدام به اجرای برنامه ها می کنند.

▶ ارزشیابی برنامه های طراحی شده که آیا برنامه ها در
اجراء موفق بوده اند یا نبوده اند

مثال:

بررسی وضعیت مشکل موجود یا احتمالی به روش SOAPIE

- ▶ S= Subjective Data
- ▶ O=Objective Data
- ▶ A= Assessment
- ▶ P= Planning
- ▶ I= Intervention
- ▶ E= Evaluation

بررسی وضعیت

▶ شامل اقدامات خاصی است که مشاهده کننده برای از بین بردن مشکلات بیمار انجام می دهد.

▶ مثال: مشکل بیمار : بی اختیاری مدفوع

مشاهدات ذهنی

▶ بیمار گزارش می دهد که تنقیه هر سه روز یک بار برای تخلیه روده بزرگ داده می شده، آخرین بار دیروز انجام شده بیمار عادت داشته بلافاصله بعد از صبحانه به دستشویی برود.

مشاهدات عینی

▶ تونیسیتة اسفنگتر رکتوم وجود دارد و مقدار زیادی مدفوع که نرم بوده از رکتوم خارج شده

بررسی و شناخت مشکل

▶ عمل دفع طبیعی مدفوع در اثر تنقیه زیاد
مختل شده است.

برنامه ریزی

- ▶ الف- ارزیابی عمل دفع که آیا امکان برگشت عمل طبیعی روده وجود دارد یا خیر و برای این مشکل باید یک جدول گرافیکی ثبت شود.
- ▶ ب- حذف تنقیه
- ▶ پ- استفاده از صندلی لگن دار بعد از صبحانه

اجرای برنامه

► بعد از جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل و شناخت مشکل و برنامه ریزی اقدام به اجرای برنامه ها می کنند.

▶ ارزشیابی برنامه های طراحی شده که آیا برنامه ها در
اجراء موفق بوده اند یا نبوده اند و بالاخره این که با
این برنامه توانسته ایم عمل طبیعی دفع روده را
برگردانیم یا خیر؟

کار گروهی ...

مشکل:

عوامل مساعد کننده برای اختلال در قواهم یا تمامیت
پوست : نوک پستان ها

▶ **S** = مددجو ابراز می داشت که نوک پستان هایش در طی شیردادن به نوزادش و بعد از آن زخم شده بود.

▶ **O** = اولین روز بعد از زایمان، پوست مددجو تمیز و صاف با لکه های روی آن بدون نواحی قرمز و بدون ترک خوردگی و بدون آمادگی نوک پستان ها قبل از زایمان بوده است.

▶ **A** = برای افزایش ترک خوردگی و شکاف نوک پستان در معرض خطر زیادی قرار داشت. مددجو فاقد اطلاعات و تجربه کافی در رابطه با اقدامات پیشگیری کننده بود.

▶ **P** = گسترش طرح آموزشی برای مراقبت از نوک پستان ها

▶ **I** = طرح آموزشی اجرا گردید.

▶ **E** = مددجو در برآوردن کلیه اهداف بر طبق آنچه که در طرح آموزشی ثبت گردید به طور رضایت بخشی توانا بود.

گزارش نویسی به روش

Problem Oriented record

»» (P.O.R)

Problem Oriented Medical record
(P.O.M.R)

در این روش تاکید روی مشکل بیمار یا مشکل طبی بیمار و مراقبت از اوست

- ▶ در این روش نه تنها درمان های بیمار ثبت می شوند بلکه دلایل معالجات و مراقبت ها نیز ذکر می شوند.
- ▶ سیر بیماری به طور مرتب و منظم ثبت شده که مطالعات مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام می شود آسانتر و طبقه بندی شده خواهد بود.
- ▶ پرستار، پزشک، متخصص تغذیه، مددکار اجتماعی، فیزیوتراپیست، آزمایشگاه و سایرین در یک محل گزارششان را می نویسند.

اصول الگوی ثبت (P.O.R) :

- ▶ - اطلاعات پایه
- ▶ - لیست مشکلات
- ▶ - طرح های اساسی
- ▶ - گزارش پیشرفت بیماری

اطلاعات پایه شامل:

تاریخچه ▶

R.O.S ▶

P.E ▶

یافته های آزمایشگاهی ▶

تاریخچه

- ۱- اطلاعات دموگرافیک : اسم، فامیل، سن، جنس، شغل، محل زندگی
- ۲- شکایت اصلی: Chief complaint (C.C)
- ۳- بیماری کنونی: Present Illness (P.I)
- ۴- تاریخچه بیماری های گذشته Past Medical History
- ۵- تاریخچه فامیلی Family History (F.H)

۶- اطلاعات شخصی Personal Problem (P.P)

* محیط فیزیکی (رشد و نمو، تحصیلات، وضعیت تاهل)

* روحی (اعتقادات، مذهب، ...)

* محیط درونی (ارتباط با فامیل، ...)

۷- سبک زندگی Life Style :

* خواب * ورزش * تغذیه * تفریحات * عادات

▶ **مروری بر سیستم های بدن : Review of system (R.O.S)**
از سر تا پا

▶ **معاینه فیزیکی: Physical Examination**
قد، وزن، دور سر، V/S ، معاینه

▶ **یافته های آزمایشگاهی:**
آزمایشات روتین، EEG, ECG, CL, M.R.I

لیست مشکلات عمده

شماره مشکل	تاریخ و زمان شروع مشکل	تاریخ مشاهده	عنوان مشکل به همراه علت	تاریخ حل مشکل	مشکلات حل شده و غیر فعال
۱	۱/۵/۸۰	۲/۵/۸۰	حادثه مغزی عروقی (بوسیله پزشک مشخص شده)		
۲	۲/۵/۸۰	۲/۵/۸۰	آسیب بالقوه به تمامیت پوست که مربوط است به بی حرکتی (بوسیله پرستار مشخص شده است)		

طرح مراقبت پرستاری برای هر مشکل با ذکر شماره مشکل

شماره مشکل	عنوان مشکلات بیمار	تاریخ	طرح مراقبت	زمان
			- درمانی - تشخیص - آموزشی	

Patient Progress note

تاریخ	زمان	عنوان مشکل به همراه شماره	گزارش پیشرفت بیمار
		(۱)	S O A P I E

گزارش نویسی به روش گام به گام



► پذیرش بیمار:

پرستار معمولاً با اطلاعات پایه مربوط به دلیل بستری شدن بیمار گزارش خودش را شروع می نماید و به دنبال آن اطلاعات توصیفی مشروح در مورد پیشرفت بیمار در طول شیفت خود را گزارش می دهد. پرستار بالینی گزارشات را به ترتیبی که بیماران را پذیرش نموده و دلایل مشروح ویزیت بیماران را ثبت می نماید.

گزارش بدو ورود

- ▶ ذکر زمان در موقع گزارش نویسی ارزش فوق العاده دارد پس قید ساعت و تاریخ بستری مهم است.
- ▶ نحوه ورود بیمار باید قید شود که چگونه وارد بخش شما شده؟ آیا با پای خودش آمده؟ با برانکارد یا ویلچر آورده شده؟ یا افرادی زیربغل او را گرفته و وارد بخش گردید. نحوه ورود تا اندازه ای به پیش آگهی وضعیت بیمار و سطح انتظار همراهان و ارزیابان از تیم مراقبت کمک می نماید. مثلاً بیماری که با برانکارد آورده شده با بیماری که با پای خودش آمده ممکن است پیش آگهی یا انتظار یکسانی نداشته باشند.

شرح حال، شامل:

- ▶ سن، جنس، وضعیت تأهل، مشکلات بالقوه و موجود و این که مشکل فعلی از چه زمانی شروع شده چه شدتی داشته و چه سیستم هایی از بدن را درگیر کرده، سابقه بستری، عمل و سابقه خانوادگی و غیره ...
- ▶ نام پزشک و محل ارجاع قید می شود، ثبت ساعت اطلاع به پزشک و نیز ثبت ساعت ویزیت پزشک از بیمار.
- ▶ ثبت تشخیص قطعی یا احتمالی.
- ▶ ثبت علایم و مشکلات زمان پذیرش.
- ▶ ثبت وضعیت عمومی مددجو با قید V/S شامل اندازه گیری و ثبت رفلکس بلع، رفلکس اندام ها، رفلکس مردمک ها و اندازه مردمک ها، وضعیت هوشیاری.

▶ I.O - G.C.S - T.P.R - B.P - R.R وزن و ...
▶ وضعیت عمومی بیمار همواره نسبی است و ثبت دقیق علائم حیاتی، علائم ذهنی و عینی و حسی بیمار باید به گونه ای مطلوب گزارش گردد. گویاترین علائمی که می تواند به نوعی بیانگر سلامت و بیماری فرد باشد علائم حیاتی اوست.

▶ ثبت اقدامات انجام شده شامل آزمایشات، داروها، (شامل نام دارو و دوز دارو، راه مصرف و نام پرستار) گرافی ها، مشاوره، ECG، ویزیت ها.

▶ ثبت موارد قابل پیگیری.

گزارش ترخیص

- ۱- کنترل این که ترخیص بیمار توسط پزشک امضاء شده باشد.
- ۲- وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علائم حیاتی
- ۳- ساعت ترخیص و خروج از بخش با قید همراه
- ۴- آموزش های مربوطه داده شده (شفاهی، پمفلت، و غیره و ...)
باید ثبت گردد. آموزش های ضمن ترخیص شامل: رژیم غذایی،
فعالیت، دارو، مراقبت از خود، مراقبت از زخم و علایم
هشداردهنده که باید به پزشک مراجعه کنند.
- ۵- روشن نمودن هر گونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی.
- ۶- دادن کارت مراجعات بعدی (کارت ترخیص)

۷- در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص می شوند حتماً قید شود که علیرغم توصیه در مورد ادامه درمان، با رضایت و آگاهی از عوارض بیمارستان را ترک کرد (گرفتن اثر انگشت الزامی است)

۸- در مورد بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد (و بهتر است پزشک قید نماید تا زمان ترخیص دستورات ادامه یابد) و پرونده از قسمت مالی برگشت داده شود در غیر این صورت پرونده ثانویه تشکیل گردد.

۹- ترخیص مادر و نوزاد در یک زمان انجام گردد حتی اگر یکی از آن دو نیاز به اقامت در بیمارستان داشته باشد.

۱۰- چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانی که مادر مرخص نشده است گزارش نوزاد کماکان در پرونده مادر باید ادامه داشته باشد.

۱۱- در مورد کودکان و افراد دارای مشکلات فکری، شناختی مطمئن شوید که به بستگان نزدیک بیمار را تحویل داده اید و در صورتی که تحویل گیرنده بستگان درجه یک نباشند.
(ثبت آدرس تحویل گیرنده و مشخصات وی لازم است) ثبت نماید که کودک یا بیمار به مادر، پدر، برادر، خواهد یا X یا Y تحویل شد.

گزارش فوت

- ▶ وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی، عینی)
- ▶ ثبت ساعت بد حال شدن بیمار (در موارد ناگهانی)
- ▶ اقدامات انجام شده به تفصیل (در مورد C.P.R ثبت مراحل آن با قید لوله تراشه، داروهای مصرف شده و یا ماساژ قلبی و الکتروشوک ECG، داروهای مصرف شده. اشاره شود که بیمار فاقد نبض و تنفس بوده و مردمک ها فاقد واکنش به نور و مدریاز دوبرل بودند).
- ▶ مرگ بیمار باید توسط پزشک تایید شود.
- ▶ ثبت تاریخ و ساعت فوت، نحوه گواهی فوت (گواهی فوت صادر گردیده و یا توسط پزشک قانونی باید صادر گردد)

▶ باید نام و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شود و روی بدن بیمار و روی ملافه چسبانیده شود.

▶ باید در پرونده نوشته شود که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد.

▶ در مورد فوت نوزاد: جنس، آپگار زمان تولد، یا مرده به دنیا آمدن نوزاد، سن جنینی (که از ۲۰ هفته به بالا نیاز به تاریخ و گواهی فوت دارد) و ساعت فوت باید ذکر شود. راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره ژنتیک و علت فوت.

گزارش نویسی براساس تشخیص پرستاری



▶ بخش اول تعیین مشکل بیمار و بخش دوم عوامل مربوط به اتیولوژی بیماری است.

اتیولوژی منعکس کننده عناصر محیطی، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی، فیزیولوژیک یا معنوی است. برای روشن شدن مطلب مثالی در زیر آورده می شود.

▶ بیماری بعد از ۴۸ ساعت بستری شدن در بیمارستان از حالت **NPO** فارج می شود و پرستار در جریان بررسی بیمار متوجه مشکل اختلال تغذیه بیمار می شود که وی کمتر از نیازمندی های بدن خود غذا دریافت میکند. برای این مورد تشفیص پرستاری به این شکل نوشته می شود:

اتیولوژی

- ▶ **اختلال تغذیه: کمتر از نیازمندی های بدن - اشکال در عمل بلع**
- ▶ **مربوط به بی اشتهایی**
- ▶ **مربوط به احساس تنهایی**
- ▶ **با توجه به اتیولوژی مشکل ممکن است اقدامات پرستاری شما برای برطرف کردن مشکل متفاوت باشد چون یک مشکل چندین اتیولوژی ممکن است داشته باشد.**

اصول راهنما برای نوشتن گزارش از روی تشخیص های پرستاری

تشخیص را با واژه های پاسخ به جای نیاز بنویسید

▶ مشکل بیمار نوعی پاسخ از طرف بیمار به بیماری است و شما در بررسی خود به این می رسید که با چرخاندن مکرر بیمار در بستر از زخم بستر پیشگیری می شود. چرخاندن بیمار نوعی اقدام پرستاری است. بنابراین تشخیص مربوط به این قسمت به شکل زیر نوشته میشود.

مثال:

✓ اختلال در تحرک جسمی مربوط به ضعف بدن = صحیح
✗ به چرخاندن مکرر در بستر نیاز دارد = غلط (با این گونه نوشتن خود را مکتوم کرده ایم)

به جای عبارت «به علت» و «در اثر» از عبارت «مربوط به» استفاده کنید.

▶ اختلال در تحرک جسمی به علت یا در اثر ضعف بدن
(غلط)

▶ اختلال در تحرک جسمی مربوط به ضعف بدن
(صحیح)

▶ «مربوط به» الزاماً در اینجا به معنی وجود رابطه مستقیم علت و معلول بین دو بخش تشفیص پرستاری نیست.

تشخیص را با استفاده از اصطلاحات قابل قبول قانونی بنویسید

▶ جمله تشخیص (استعداد اختلال سلامت پوست به علت که
پرفیدن در بستر) از نظر قانونی قابل قبول نیست. این جمله
منعکس کننده نوعی اهمال و سهل انگاری است و میتواند
پیامدهای قانونی قابل توجهی برای مراقب بیمار به دنبال
داشته باشد. بیان این جمله به شکل (استعداد اختلال
سلامت پوست به علت کاهش تحرک بدن) بهتر است.

مثال:

▶ خوب پای نشدن راه هوایی به علت ساکشن ناکافی (غلط)
▶ خوب پای نشدن راه هوایی مربوط به ترشحات چسبناک
(صحیح)

تشخیص را بدون قضاوت کردن بنویسید.

- ▶ تشخیص پرستاری باید براساس اطلاعات عینی و ذهنی بدست آمده و هماهنگ شده با بیمار و یا نزدیکان او تعیین شود.
- ▶ مثال:
- ▶ اشکال در انجام وظیفه پدری و مادری به علت بی علاقه‌گی به فرزند = (غلط)
- ▶ اختلال در تداوم اداره امور منزل به علت عادات نامناسب برای نگهداری منزل، آشفتگی منزل = (غلط)
- ▶ اشکال در انجام وظیفه پدری و مادری مربوط به دوری طولانی از فرزند = (صحیح)
- ▶ اختلال در اداره امور منزل به علت ناآگاهی درباره اقدامات ایمنی منزل = (صحیح)

از جابجا کردن بخش های تشخیصی خودداری کنید

- ▶ اولین بخش منعکس کننده مشکل بیمار است و پیامدها را مشخص می کند و بخش دوم نوع اقدامات پرستاری را تعیین می کند.
- ▶ جابجا کردن بخش های تشخیصی پرستاری باعث به هم خوردن ارتباط بین مشکل و اتیولوژی می شود.

از اشاره به نشانه ها و علائم بیماری در تشخیص پرستاری خودداری کنید

- ▶ یک نشانه یا علامت مجزا را نمی توان تشخیص پرستاری محسوب کرد اگر پرستار روی نشانه یا علامتی مجزا متمرکز شود ممکن است به تشخیص غلط برسد در حالیکه بایستی به تمامی تصویر بالینی توجه داشته باشد.

مطمئن شوید که دو بخش تشخیص پرستاری دارای معنی یکسانی نباشند

▶ مثال:

▶ اختلال در مکانیسم های تنظیمی به علت ناتوانی در
تنظیم = (غلط) هر دو بخش یک معنی دارند.

▶ اختلال در مکانیسم های تنظیمی مربوط به اثرات رفتن
به مدرسه جدید (صحیح)

▶ اختلال در مکانیسم های تنظیمی مربوط به اثر بستری
شدن در بیمارستان (صحیح)

اتیولوژی را با اصطلاحات قابل تغییر بیان کنید

▶ به خاطر داشته باشید که مشکلات واقعی یا بالقوه بیان شده باشد و این مشکلات و اتیولوژی آنها به انجام اقدامات در محدوده مراقبت های پرستاری قابل تغییر باشد.
▶ مثال:

▶ کمبود آگهی به علت حاملگی = (غلط)
▶ کمبود آگهی در مورد رژیم غذایی پیش از زایمان = (صحیح)

▶ درد به علت جراحی = (غلط)
▶ درد مربوط به فرآیند التهابی = (صحیح)

تشخیص طبی را در تشخیص پرستاری وارد نکنید

▶ چون تشخیص طبی نوع اقدامات طبی را معین می کند و استفاده از آنها در تشخیص پرستاری نامناسب است.

مثال:

▶ خوب پای نشدن راه هوایی به علت بیماری انسدادی ریه
(غلط)

▶ خوب پای نشدن راه هوایی مربوط به امتیاس ترشحات
(صحیح)

تشخیص را روشن و خلاصه بنویسید

- ▶ وضوح و اختصار تشخیص پرستاری موجب تسهیل در برقراری ارتباط بین افراد تیم مراقبت شده و باعث می شود که افراد نیروی خود را روی عوامل مربوط به مشکل خاصی متمرکز کنند.
- ▶ مطمئن شوید که اتیولوژی با بخش اول ارتباط داشته باشد.

گزارش نویسی به روش داستانی

در گزارش داستانی گفته های بیمار بدون آن که از فرایند خاصی در نوشتن گزارش استفاده شود، ثبت می شوند.

▶ **مثال:** بیمار می گوید “من مدتی است که به سفتی نفس می کشم” تنفس ۳۲ بار در دقیقه، نبض ۱۲۰ و فشارخون ۷۰/۱۲۰ است. بیمار در هنگام درد از عضلات بین دنده ای استفاده میکند. صداهای تنفسی سمع شد. کراکل و ویزینگ در لوبهای تحتانی هر دو طرف شنیده شد. سر تفت بالا آورده شد تا بیمار در وضعیت نشسته قرار گیرد. در ساعت ۴۵:۱۰ دقیقه خون شریانی برای بررسی گازهای خون گرفته شد. اکسیژن ۲ لیتر در دقیقه با ماسک داده شد. برای آرامش دادن به بیمار پرستار در کنار تفت وی باقی ماند.

سالمی پرستار

▶ ساعت ۳۰:۱۱ دقیقه جواب ABG به دکتر "ص" گزارش شد.

$$Po_2=88, Pco_2=44, PH=7.34$$

تعداد تنفس بیمار کاهش یافته و به ۲۸ بار در دقیقه رسید. نبض ۹۶ و فشارخون ۷۰/۱۱۰ بود. کراکل و ویزینگ همچنان وجود داشت بیمار به آرامی استراحت می کند.

سالمی پرستار

چگونگی انتخاب یک شیوه ثبت گزارش

برای ارزیابی سیستم ثبت گزارش خود، سوالات زیر را جواب دهید. در صورتی که پاسخ شما به هر یک از سوالات منفی است، توصیه می کنیم که سیستم خود را با دقت مورد ارزیابی قرار دهید.

الف- ثبت گزارش مداخلات پرستاری و پیشرف

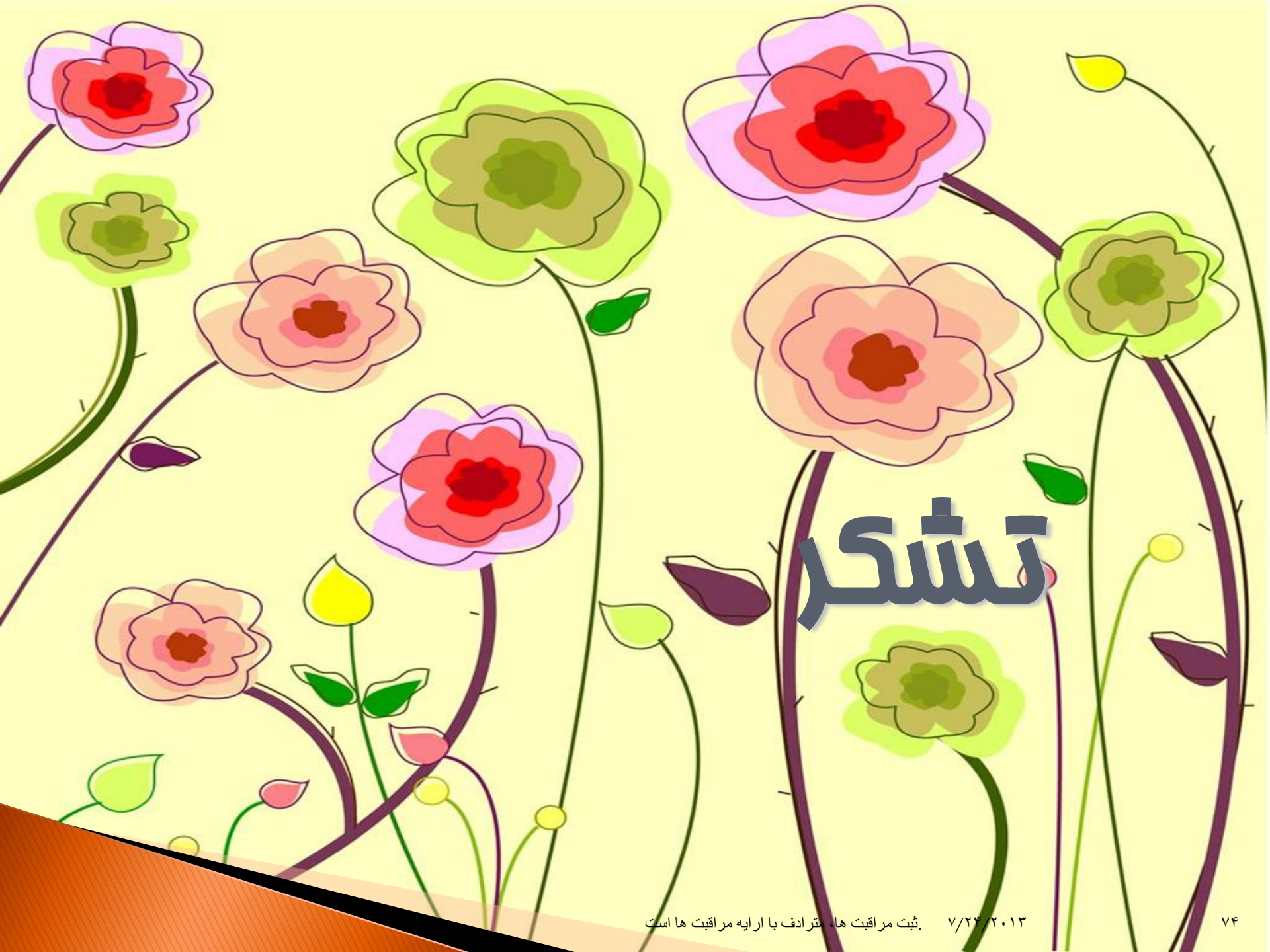
۱. آیا سیستم مورد استفاده، انعکاس دهنده پیشرفت وضعیت بیمار و مداخلات پرستاری براساس ارزشیابی ثبت گزارش می باشد؟
۲. آیا ثبت گزارش در پرونده بیمار، عکس العمل بیمار نسبت به مراقبت پرستاری و درمان را نشان می دهد؟
۳. آیا ثبت در پرونده بیمار، تداوم و یا وجود فاصله غیرقابل توضیح در بین مراقبت های پرستاری را نشان می دهد؟
۴. آیا فعالیتهای روزمره ثبت می شود؟

ب. ثبت گزارش فعالیت‌های افراد دیگر گروه درمانی

- ▶ آیا ثبت گزارش فرآیند پرستاری را توصیف می‌کند؟
- ▶ آیا ثبت گزارش ارتباط بین اعضاء گروه درمان را به راحتی فراهم می‌کند؟
- ▶ آیا ثبت گزارش، برنامه ترخیص را به وضوح بیان می‌کند؟ آیا هماهنگی درون گروهی، کنفرانس گروهی، آموزش به بیمار و برنامه آموزشی ترخیص ثبت می‌شود؟

ه. جامع بودن و وضوح ثبت گزارش

۱. آیا کلیه قسمتهای ثبت گزارش کامل می باشد؟
۲. آیا ثبت گزارش وقت کافی و استاندارد را دارد؟
۳. آیا دستیابی به پرونده، توالی مراقبت بیمار در بیمارستان و پس از آن به دست می آید؟



تشکر