

انواع گزارش های پرستاری :

تعریف گزارش و اهمیت آن در پرستاری :

گزارش در لغت به معنی تفسیر، شرح، تفصیل خبر یا کاری که انجام یافته است (فرهنگ عمید) یا بیان و اظهار (فرهنگ معین) و در اصطلاح انتقال اطلاعات است از فردی که آن را می داند یا به دست آورده به فردی که نمی داند و نیازمند اطلاعات مزبور می باشد یا باید از آنها آگاهی داشته باشد. ثبت گزارشهای پزشکی و بالینی بیمار یکی از جنبه های فعالیت پرستاری است. گزارش های پرستاری باید دقیق ، کامل ؛ قابل درک، انعطاف پذیر و نشان دهنده تداوم مراقبت ها و استانداردهای صحیح رایج در فعالیت پرستاری باشد . یک گزارش مطلوب نشان دهنده تداوم مراقبت ها، صرفه جویی در زمان دارای حداقل خطاها باشد . به گونه ای که درمیان ارزش گزارش پرستاری می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- 1) ناقدترین سند در مراجع قضایی برای دفاع از پرستاران و پزشکان است .
- 2) سندی با ارزش برای مراقبت مداوم از بیمار است زیرا مراقبت پرستاری موثر از بیمار نیازمند کسب اطلاعات کامل و پویا از وضعیت سلامتی ، اقدامات تشخیصی ، درمانی ، مراقبت و آموزش می باشد .
- 3) سندی مهم برای پژوهش و نظارت است .

انواع گزارش نویسی در پرستاری :

1) گزارش نویسی به روش سنتی یا بیمارستانی:

در این روش ، اطلاعات طبقه بندی شده ، پزشک ، پرستار ، مسئول آزمایشگاه و رادیولوژی هر کدام در برگ خاص خود گزارش را می نویسند . در این صورت برگه های متعددی در پرونده بیمار دیده می شود.

2) گزارش نویسی به روش: SOAPIE:

شکل خاصی برای تهیه و نوشتن یاد داشت های تفصیلی درست شده که به آن اختصارا SOAPIE می گویند. حروف این عبارت شامل موارد زیر است که به تفکیک توضیح داده میشود:

S=Subjective data	- مشاهدات ذهنی
O=objective data	- مشاهدات عینی
A=Assessment	بررسی و ارزیابی
P=Planning	- برنامه ریزی
I=Intervention	- اجرا
E=Evaluation	- ارزشیابی

- مشاهدات ذهنی بیمار :

این بخش گزارش شامل مشکلات (نشانه هایی) است که بیمار با زبان خود بازگو می کند . در این قسمت باید عین کلمات و عبارات بیمار نوشته شود نه اینکه مشاهده کننده حرف های بیمار را تغییر دهد ، در صورتی که بیمار قادر به بیان احساسات و افکارش نباشد این بخش از گزارش خالی می ماند .

- مشاهدات عینی بیمار :

این بخش گزارش شامل مشکلات (علائمی) است که دیده ، شنیده یا احساس می شوند و به وسیله بوئیدن، لمس کردن یا اندازه گیری به دست می آیند (با استفاده از ابزارهای مختلفی مانند درجه حرارت یا گوشی ، یافته های رادیولوژی، آزمایشگاهی و سایر اقدامات درمانی و تشخیصی) در این قسمت به الگوهای ارتباطی بیمار

نیز توجه می شود مثلا مشکل بیمار ناراحتی یا گوشه گیری است یا پرخاشگری می کند یا اینکه با دیگران ارتباط خوبی ندارد.

- بررسی اطلاعات بدست آمده :

این بخش از گزارش شامل اطلاعات و یافته های عینی و ذهنی دیگران از طریق شرح و مدرک و نوشتن نتایج است. تمام افرادی که گزارش می نویسند باید نظر خودشان را درباره بررسی ها ، صادقانه در سطح مهارت و درک خود از وضعیت بیمار را بنویسند .

- برنامه ریزی:

پس از بررسی برنامه های بیمار و اولویت بندی آنها برنامه ریزی جهت رفع نیاز های بیمار انجام می گیرد. این بخش از گزارش شامل برنامه ریزی های انجام شده می باشد .

- اجرا :

پس از جمع آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل ، شناخت مشکل و برنامه ریزی، برنامه ها اجرا می شوند و در گزارش ثبت می گردد.

- ارزشیابی :

ارزشیابی برنامه های طراحی شده که آیا در اجرا موفق بوده اند یا نه ، در گزارش ثبت می شوند .

3) گزارش نویسی به روش SOAPI:

در این روش که مانند روش قبل است مرحله ارزشیابی وجود ندارد.

4) گزارش نویسی به روش مشکل مدار (Problem-oriented-medical-record)

در این روش ، تاکید روی مشکل بیمار و مراقبت از اوست . در این روش نه تنها درمانهای بیمار ثبت می شوند بلکه دلایل معالجات و مراقبت ها نیز ذکر می گردد . سیر بیماری به طور مرتب و منظم ثبت شده و پرستار، پزشک ، متخصص تغذیه ، مددکار اجتماعی ، فیزیو تراپیست ، مسوول آزمایشگاه و سایرین در یک برگ گزارش های خود را می نویسند .

اصول ثبت الگوی POMR :

در این روش ، گزارش شامل موارد زیر است :

الف)اطلاعات پایه

ب) لیست مشکلات

ج)طرح های اساسی

د)گزارش پیشرفت بیماری

این گزارش در واقع شامل گزارش های زیر است که به ترتیب اولویت و براساس شرایط بیمار نوشته می شود .

1)گزارش پذیرش بیمار

2)گزارش بدو ورود

3)گزارش تغیر شیفت

4)گزارش قبل از عمل

5)گزارش ریکاوری

6)گزارش بعد از عمل

7) گزارش آموزش به بیمار

8) گزارش ترخیص

9) گزارش فوت

6) گزارش نویسی با روش ISBAR:

روش خاصی برای نوشتن گزارش پرستاری و یا حتی تحویل بین افراد کادر درمان می باشد .

حروف این عبارت شامل :

I=Identification	- نام و نام خانوادگی بیمار (هویت بیمار)
S=Situation	- موقعیت (وضعیت) بیمار
B=Back ground	- زمینه ها
A=Assessment	- بررسی
R=Recommendation	- توصیه ها

در این روش با توجه به اینکه اطلاعات دموگرافیک بیمار در قسمت بالای برگ گزارش پرستاری نوشته می شود، نیازی به تکرار آن در تنه اصلی (متن اصلی) گزارش نمی باشد . لذا گزارش پرستاری در این روش با Situation شروع می شود و با Recommendation خاتمه می یابد . در هر کدام از این قسمت ها ، می توان اطلاعات زیر را به عنوان مثال در نظر گرفت . (باید توجه داشت، قسمت های مختلف این روش با هم ، هم پوشانی دارند و قرار دادن یک مرز بین آنها دشوار است)

Situation: بیمار علایمی همچون..... نشان می دهد.

Background: این قسمت شامل اطلاعاتی همچون تاریخ پذیرش ، علایم بدو ورود، دارو ، نتایج تست های تشخیصی ، تغییرات حال بیمار می باشد.

Assessment: این قسمت شامل علایم حیاتی ، مشاهدات بالینی و سایر مشکلات بدست آمده در ارزیابی سیستم به سیستم بیمار است.

Recommendation: در این قسمت بالینی پیشنهادات و توصیه های خود را به صورت شفاف بیان کنید و اینکه این توصیه شما چه موقع و توسط چه کسی انجام شود.

7) گزارش دهی به روش Focus charting :

در این روش تمرکز بر مراقبت های انجام شده برای بیمار صورت می گیرد. در گزارش های نوشته شده براساس این روش به سه قسمت زیر توجه کی شود .

D=Data

A=Action

R= Response

✓ D=Data

در این قسمت براساس ارزیابی سیستم به سیستم ، اطلاعات مورد نیاز را استخراج می کنیم . که یک سری اطلاعات بالینی در این قسمت ، در گزارش پرستاری ثبت شوند ، نظیر علایم حیاتی ، ساختار بیماران ، اطلاعات عینی و ذهنی بیمار .

✓ A=Action

در این قسمت به اقدامات فوری و آتی پرستاری اشاره می شود .

✓ Response=R

پاسخ بیمار به اقدامات درمانی پزشکی و پرستاری است .

8) گزارش نویسی به روش Real-time :

در این روش، گزارش پرستاری در طول شیفت نوشته می شود نه در انتهای آن .

گزارش پرستاری نوشته شده (براساس این روش به گونه ای است که براساس زمانی که بیمار دچار یک مشکل خاص شده است با تاکید بر زمان بروز مشکل، اقدامات انجام شده نیز ذکر می گردد). در این روش می توان از مخفف های استاندارد استفاده کرد و از دوباره گویی پرهیز نمود .

در گزارش پرستاری براساس این روش که به صورت مداوم در طول شیفت نوشته می شود ، بایستی به موارد ذیل توجه کرد:

1- مشکلات بیمار که براساس ارزیابی می توان متوجه آنها شد ، مانند درد غیر قابل کنترل ، تکی کاردی ، افزایش کار تنفس ، پرفیوژن ضعیف بافتی، هایپوتانسیون ، تب ، ...

2- تغییر در شرایط بالینی بیمار ، مانند تغییر در سطح هوشیاری ، وضعیت نورولوژیکی و...

3- اتفاقات ناخواسته مانند دردناک شدن، متورم و ملتهب شدن محل ورود کاتترعروقی ، راش ، استفراغ ، بی اختیاری ، افتادن (سقوط)، عفونت زخم، فقدان ترشحات ، عدم تعادل مایعات و الکترولیت ، بالانس مثبت و منفی مایعات و ...

4- تغییر در برنامه درمانی بیمار (مانند تغییر در استراحت بیمار در تخت ، فعالیت فیزیکی بیمار ، افزایش مایعات تجویزی به بیمار ، تست های تشخیصی ، تغییرات دارویی) ...

5- پاسخ بیمار به درمان و مداخلات انجام شده (نتیجه درمان و مداخلات درمانی بر وضعیت بیمار) مانند تعویض پانسمان ، درمان درد ، بهداشت ، بهبودی کلی و ...

6- نقش خانواده در برنامه مراقبتی بیمار : مانند سطح آگاهی خانواده یا والدین از مراقبت بیمار و نتیجه آموزش بر خانواده ، شرکت در مراقبت ، ارتباط بین بیمار (بخصوص کودک) و خانواده و ...

7- وضعیت اجتماعی : بررسی وضعیت مالی ، مسافرت ، مسائل قانونی بیمار و ...

منابع:

- Anderson M J, Ballestas H C, Bates R, Calvery J, Cook C, Edelman M. Nursing know how to charting patient care,2009
- ICU2014_Clinical_Guidelines_ICU.Receiving a patient into ICU. Liverpool Hospital. 2017
- Focus Charting (F-DAR): How to do Focus Charting or F-DAR. By Matt Vera - Dec 22, 2011
- College of Registered Nurses of British Columbia. Nursing Documentation.2014
- شهرکی ع. حموله م. مشتاق ز. اصول گزارش نویسی در پرستاری به انضمام آشنایی با خطاها و قصورات پرستاری و راهکارهای جلوگیری از آن. 1388