

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی ایران
دفتر پرستاری

اصول ثبت صحیح اقدامات پرستاری (گزارش نویسی در پرستاری)

تیر ۹۴

تهیه و تنظیم: زهرا طالب نیا مدیر پرستاری

فهرست مطالب:

ردیف	عنوان	صفحه
۱	تعریف فرآیند پرستاری	۲
۲	مراحل فرآیند پرستاری	۲
۳	مراحل فرآیند پرستاری (بررسی و شناخت)	۲
۴	تشخیص پرستاری	۴
۵	مراحل فرآیند پرستاری (برنامه ریزی)	۴
۶	مراحل فرآیند پرستاری (اجرای تدابیر پرستاری)	۵
۷	مراحل فرآیند پرستاری (ارزشیابی)	۵
۸	تعریف گزارش نویسی	۶
۹	اهداف گزارش نویسی	۷
۱۰	خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح	۸
۱۱	قوانین ثبت گزارش	۱۰
۱۲	گزارشات شفاهی	۱۱
۱۳	گزارش نویسی گام به گام	۱۵
۱۴	نکات کلیدی در ثبت و گزارش نویسی و ثبت صحیح ارزیابی های جسمی و روانی	۱۷
۱۵	گزارش نویسی در بخش روان	۲۰
۱۶	دستورالعمل تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار	۲۵
۱۷	منابع	۳۲

تعریف فرآیند پرستاری

فرآیند پرستاری چارچوبی برای برنامه ریزی و اجرای مراقبت های پرستاری برای بیمار و خانواده اش است.

فرآیند پرستاری روشی سیستماتیک برای تفکر پرستار است.

چارچوبی از فعالیت های مرتبط به هم، پویا، مداوم، علمی و مشکل مدار است.

راهی سازمان یافته برای تشخیص عکس العمل های بیماران نسبت به بیماری و کاهش سلامتی یا درمان است.

مراحل فرآیند پرستاری

نظرات متفاوتی در مورد مراحل فرآیند پرستاری وجود دارد. بعضی آن را به چهار مرحله و بعضی به پنج مرحله تقسیم نموده اند که البته هر دو شکل صحیح است.

برای انسجام و هماهنگی بهتر کار، مطلوب تر آن است که در انتهای بررسی و شناخت در مرحله اول، کار به تشخیص های پرستاری دست یابد.

مراحل پنجگانه فرآیند پرستاری

1 - Assessment	بررسی و شناخت
2 - Nursing diagnosis	تشخیص پرستاری
3 - Planning	برنامه ریزی
4 - Implementation	اجرا
5 - Evaluation	ارزشیابی

مروری بر فرآیند پرستاری (Review nursing process)

مراحل فرآیند پرستاری (بررسی و شناخت)

در این مرحله که می توان آن را به شکل رابطه زیر نشان داد:

جمع آوری اطلاعات + تجزیه و تحلیل اطلاعات + تشخیص پرستاری

اینکه هر گونه اطلاعاتی را جمع آوری کنیم درست نیست، بلکه پرستار باید در جمع آوری اطلاعات مهارت داشته باشد و فقط اطلاعات مربوط را جمع آوری کند.

جمع آوری اطلاعات:

بطور کلی از طریق دو فرم تاریخچه پرستاری و بررسی وضعیت سلامت انجام می شود.

انواع داده ها :

- عینی : علایم و رفتارهایی که پرستار مشاهده و بر اساس آن قضاوت می کند.
- ذهنی : اطلاعاتی که بیمار به پرستار می دهد.

انواع روش های جمع آوری داده

۱. مشاهده : Observation

۲. مصاحبه : Interview

۳. معاینه : Examination

۴. (اندازه گیری) (Measurement)

مهارت های لازم برای جمع آوری اطلاعات شامل :

الف - مشاهده : تمرین و تکرار

ب - مصاحبه گوش کنید و سؤال کنید.

مشاهده کنید و تفسیر کنید.

اطلاعات بدست آمده را با هم ترکیب کنید.

اطلاعات را ثبت کنید.

ج - بکار بردن قدرت تعقل (Wisdom)، قضاوت (Judgment)، حضور ذهن (Tact) و استفاده از تجارب خود.

تجزیه و تحلیل اطلاعات

این مرحله به منظور سازمان دادن به اطلاعات، پیدا کردن تناقض ها و درک اطلاعات از طریق رابطه زیر انجام می شود :

مروری بر اطلاعات + تفسیر اطلاعات

شناخت مشکل:

تشخیص پرستاری

تشخیص پرستاری مشکل بالفعل و یا بالقوه بیمار است و برای حل، کاهش یا سازش بیمار ضرورت دارد.

Present N.D بالفعل (موجود):

انواع تشخیص های پرستاری :

• بالقوه (احتمالی): Potential N.D

• ممکن: Tentative or Possible N.D

تشخیص پرستاری

نحوه نگارش انواع تشخیص های پرستاری :

باید دقت نمود که تشخیص ذکر شده مختصر، اختصاصی، مربوط به یک مشکل و با توجه به اطلاعات به دست آمده باشد.

مراحل فرآیند پرستاری (برنامه ریزی)

از طریق رابطه زیر نشان داده می شود:

تعیین اولویت ها + تعیین اهداف + برنامه تدابیر پرستاری

تعیین اولویت ها

منظور این نیست که یک مشکل به طور کامل حل شود بدون اینکه مشکلات دیگر در نظر گرفته نشوند.

- نیازهای حیاتی
- مشکلاتی که بیمار اظهار می کند
- نکات ضروری
- مشکلات بالقوه
- منابع قابل دسترس، پرسنل و زمان مورد نیاز

تعیین اهداف

در واقع منظور از هدف، نتایج مراقبت پرستاری یا تغییر در وضعیت سلامت بیمار با عملکرد اوست.

کوتاه مدت (مراقبت های ویژه، اورژانس و ریکاوری)

انواع هدف :

• بلند مدت (پیشگویی برای مددجو)

• کوتاه مدت :

معیار: رفتار بیمار + معیار انجام دادن کار + زمان + موقعیت

برنامه تدابیر پرستاری

این مرحله با توجه به اولویت های تعیین شده و اهداف در نظر گرفته شده طراحی می شود.

در واقع در نظر گرفته می شود چه فعالیتی، چه وقت، چه مدت و چگونه باید انجام شود. همچنین تاریخ و زمان انجام فعالیت ها هم باید قید گردد.

مراحل فرآیند پرستاری (اجرای تدابیر پرستاری)

به اجرای دسته ای از فعالیت های اختصاصی که برای کمک به بیمار طرح ریزی شده و به منظور رسیدن به هدف انجام می شود، اجرای تدابیر پرستاری گویند.

مراحل فرآیند پرستاری (ارزشیابی)

تعیین واکنش بیمار نسبت به تدابیر پرستاری

از طریق رابطه زیر نشان داده می شود

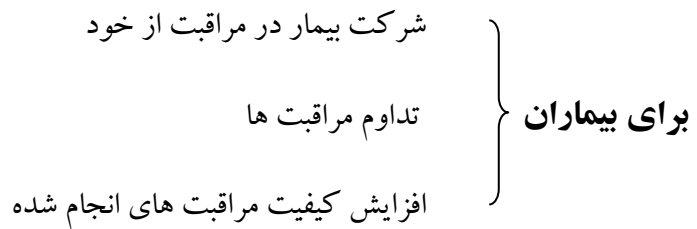
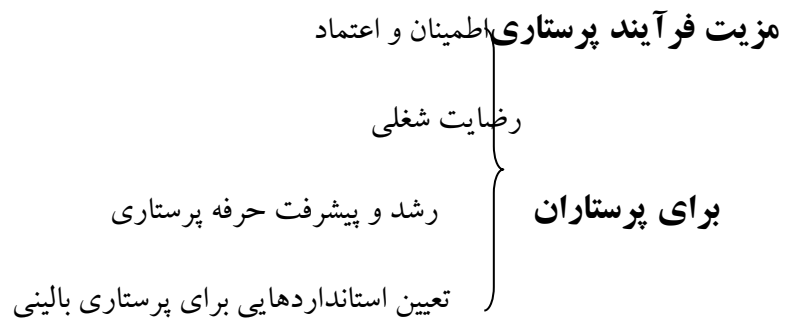
ارزشیابی دستیابی به هدف + مروری بر فرآیند پرستاری

✓ چه مراقبت هایی انجام شده .

✓ اطلاع از کیفیت مراقبت (مروری بر گزارشات بیمار و مقایسه با استانداردها راهی برای بررسی کیفیت مراقبت های انجام شده است).

✓ منبعی برای تحقیق.

✓ مورد استفاده دیگران بودن.



گزارش نویسی

تعریف:

گزارش پرستاری نقش بسزایی در سیر فرآیند درمان بیماران و ارزش فراوانی از نظر حقوقی و قضایی در حمایت از پرستار را داشته و دارد. تعویض و تبادل اطلاعات درمورد بیمار به صورت نوشتاری و یا گفتاری بین گروه مراقبت کننده بهداشتی درمانی را گزارش گویند.

برقراری ارتباط حرفه ای موثر بین اعضاء گروه بهداشتی - درمانی به وسیله گزارش دهی به یکدیگر صورت می گیرد. ثبت و گزارش اطلاعات مناسب، دقیق و صحیح اعضاء گروه بهداشتی درمانی از جمله پرستاران میتواند برنامه مراقبتی سازمان یافته و جامعی را برای مراقبت ازمددجو برنامه ریزی واجرا نماید که نتیجه آن ارتقاء کمی و کیفی برنامه مراقبتی خواهد بود.

گزارش بیماران از طریق ثبت در پرونده (Record)، گزارش شفاهی (Report) یا مشاوره (Consultation) صورت می گیرد. در انتهای هر نوبت کاری در بیمارستان، پرستاران به پرستاران شیفت بعدی، گزارش شفاهی و کتبی خود را ارائه می نمایند. از مهمترین مسئولیت های پرستار نوشتن گزارش بیماران و دادن گزارش شفاهی به دیگر همکاران حرفه ای (پزشک، پرستار، مسئول آزمایشگاه و...) می باشد که در افزایش کیفیت مراقبت از بیماران اهمیت بسزایی دارد.

اهداف گزارش نویسی

اهداف ثبت گزارش بیماران شامل موارد زیر می باشد:

۱. برقراری ارتباط

اولین هدف ثبت گزارش بیماران، در جریان قرار دادن دیگر افراد گروه بهداشتی - درمانی از وضعیت بیمار و اقدامات درمانی است.

۲. برنامه ریزی مراقبتی

براساس داده های روزانه و تغییر وضعیت بیمار و پیشرفت وی برنامه مراقبتی طراحی می شود.

۳. برآورد کیفیت

براساس گزارش ثبت شده در پرونده بیمار، به کیفیت مراقبت از وی پی برده می شود. در صورت وجود مشکلات، برای بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، آموزش های ضمن خدمت برگزار می گردد. همچنین برای انتخاب استانداردهای مراقبتی، از پرونده بیماران نیز استفاده می شود.

۴. پاسخ گویی به مسائل قانونی و مالی

گزارشات ثبت شده در پرونده بیمار، به عنوان مدرک قانونی است. در صورتی که بیمار یا خانواده وی شکایتی در مورد کیفیت مراقبت داشته باشند، بهترین منبع و مدرک، پرونده بیمار می باشد. بنابراین ثبت گزارش بایستی دقیق، صحیح و به موقع صورت گیرد. بیماران هزینه درمانی خود را براساس گزارشات ثبت شده در پرونده که چه نوع مراقبت هایی را دریافت نموده اند، حساب و پرداخت می نمایند.

۵. آموزشی

گزارشات موجود در پرونده بیمار، برای آموزش دانشجویان گروه پزشکی استفاده می گردد.

۶. تحقیقی

پژوهشگرانی که در زمینه حل مشکلات بهداشتی - درمانی فعالیت دارند، به بررسی و مطالعه پرونده بیماران می پردازند و اطلاعات لازم را کسب می نمایند و راهکارهای مناسب را ارائه می دهند.

۷. تاریخی

اطلاعات و یافته های بهداشتی - درمانی بیمار، ممکن است در سال های بعد مورد نیاز باشد. به همین دلیل اطلاعات درج شده در پرونده بیمار، ارزش تاریخی دارد.

۸. اعتباربخشی

سازمان بهداشتی با استفاده از گزارش های ثبت شده، مراقبت های استاندارد را به دست آورده و تعریف می نماید.

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی، طراحی و اجرای مناسب مراقبتهای پرستاری الزامی است.

Actuality	۱. حقیقت
Accuracy	۲. دقت
Completeness and Concise	۳. کامل و مختصر
Current	۴. پویا
Organize	۵. سازماندهی
Confidential	۶. محرمانه

حقیقت در گزارش نویسی:

- ❖ گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد.
- ❖ گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شوند، می بوید و احساس می کند.
- ❖ از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید.
- ❖ به هیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.

مثال:

گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتهای خوبی به غذا ندارد.

گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

دقت در گزارش نویسی :

- ❖ موارد ثبت شده در مورد بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.

مثال :

گزارش صحیح: بیمار ۳۶۰ CC مایعات (آب) مصرف نموده است.

گزارش غلط: بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

گزارش صحیح : زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم ۵ cm طول دارد.

گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار می باشد.

- ❖ در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation) غیراستاندارد جدا خودداری نمایید.
- ❖ علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.
- ❖ در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.
- ❖ در گزارشات پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.
- ❖ چنانچه گزارش پرستار دقیق و با اطمینان نباشد قانوندانان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد نیست.
- ❖ عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای این مشخصات باشد: نام و نام خانوادگی، سمت، رتبه، تاریخ و ساعت

کامل بودن گزارش :

- ❖ اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. نوشته های مختصر در ک آسانی دارد و نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید.
- ❖ در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود.

پویا بودن گزارش :

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد. به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد.

تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد. فعاليتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل :

۱. علائم حیاتی
۲. تجویز دارو و اقدامات درمانی
۳. آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی
۴. تغییر در وضعیت سلامت
۵. پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
۶. اداره تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

سازماندهی گزارش :

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرمهای مخصوص استفاده گردد.

محرمانه بودن گزارش :

کلیه گزارشات باید محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

قوانین ثبت گزارش

▪ مندرجات (Content)

اطلاعات باید کامل، صحیح، مناسب، دقیق و حقیقی باشد. یافته های بیمار ثبت شود و از تفسیر آن خودداری گردد. از به کار بردن کلماتی که ممکن است برای خواننده معانی مختلفی ایجاد کند (مانند خوب، متوسط، کافی، طبیعی و...) خودداری شود.

از به کار بردن کلمات کلی مانند «امروز به نظرم بهتر است» خودداری شود. برای ثبت گزارش می توان از معیار یک تا ده استفاده نمود. مثلاً امروز کمردرد بیمار ۲ تا ۳ بوده در صورتی که دیروز ۷ تا ۹ گزارش شده است. ثبت مشکلات بیمار و مداخلات پرستاری و عکس العمل بیمار از نظر نظم و توالی رخداد آن بایستی انجام شود. کلیه مشاوره های طبی بایستی ثبت گردد تا پرستاران دیگر نیز از آن آگاهی یابند. ثبت گزارش در پرونده بیمار براساس استانداردهای حرفه ای و خط مشی مرکز درمانی مربوطه باید صورت گیرد. از به کار بردن کلمات کلیشه ای و یا مبهم در هنگام نوشتن گزارش بیمار باید خودداری نمود.

در صورتی که پرستار نسبت به دستورات و معالجات نامناسب پزشک، تذکر و یا سوالی را مطرح می نماید، باید زمان و تاریخ واکنش و توجه پزشک را دقیقاً ثبت نماید. اگر از طریق تلفن مشکل مورد نظر مطرح می گردد، پرستار دومی که به هنگام مکالمه حضور داشته، نیز گزارش را باید امضاء نماید. همچنین اگر با مدیره پرستاری نیز تماس گرفته شده باید ثبت گردد. ثبت این نوع گزارش در موارد قانونی موجب حمایت از پرستار و سایر مراقبت کنندگان مرکز درمانی می گردد.

▪ زمان بندی (Timing)

همزمان با مشاهده و انجام مداخلات پرستاری، تاریخ و ساعت آن در پرونده درج گردد. در صورتی که وضعیت بیمار وخیم باشد، ثبت گزارش به طور مکرر بر پایه خط مشی مرکز درمانی صورت می گیرد. ثبت دقیق زمانی مداخلات پرستاری اهمیت دارد. در هنگام مراقبت از بیماران بدحال، قبل از ترک بخش، موارد مهم مربوط به وضعیت بیمار باید ثبت گردد.

▪ چارچوب برگه‌ها (Format)

ثبت گزارش باید بر روی برگه‌های طراحی شده مناسب صورت گیرد. برای چاپ و یا نوشتن می‌توانید از خودکار سیاه و یا آبی استفاده نمایید. نوشته باید خوانا باشد. در مواردی که بیمار نکته یا حساسیت خاصی دارد که باید مورد توجه قرار گیرد، از خودکار قرمز استفاده شود. از لغات صحیح و استاندارد، اختصارات و علامت‌های مشترک استفاده شود. برای ثبت رایانه‌ای از راهنمایی‌های مخصوص آن استفاده گردد. تاریخ و ساعت هر ثبت گزارش باید نوشته شود. مداخلات پرستاری با توجه به زمان انجام آن، بر روی خطوط پی در پی نوشته شود و فضای خالی با یک خط پر شود.

▪ امضاء مسئول و یا پاسخ‌گویی (Accountability)

پس از یادداشت در پرونده بیمار، فرد ثبت‌کننده باید نام کوچک، فامیل و عنوان خود را نوشته و امضاء نماید. در صورت عدم انجام مراقبت، موارد ثبت شده، نباید امضاء گردد. از پاک کردن و لاک گرفتن هرگز نباید استفاده کرد. بر روی هر صفحه، نام و مشخصات بیمار ثبت شود. قبل از ارسال پرونده بیمار به مدارک پزشکی، از کامل بودن آن اطمینان حاصل شود.

رازداری (Confidentiality)

بیماران از نظر قانونی و اخلاقی انتظار دارند، اطلاعات موجود در پرونده آن‌ها محرمانه بماند. دانشجویان پرستاری باید از خط مشی مرکز درمانی و قوانین موجود در مورد دستیابی به پرونده بیماران آگاهی داشته باشند. در مراکز آموزشی - درمانی، دانشجویان می‌توانند از پرونده بیماران در محدوده حرفه‌ای خود استفاده نمایند. از نظر اخلاقی، تمام اطلاعات خوانده شده را باید محرمانه تلقی کنند. در گزارشات شفاهی و یا دست‌نویس خود، نباید نام واقعی و دیگر مشخصات بیمار را ذکر کنند.

گزارشات شفاهی

گزارش شفاهی یک ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیماران می‌باشد. پرستاران روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهی استفاده می‌نمایند. در این نوع گزارش، پرستار خلاصه‌ای از فعالیتها و شرایط بیمار را (در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت) به پرستار دیگر منتقل می‌نماید. ارائه گزارش شفاهی به اشکال مختلف صورت می‌گیرد.

• گزارش مشکل بیمار

- ارائه گزارش به واحد یا بخش های مورد نیاز بیمار صورت می گیرد. این گزارش ها تأکید بر مشکل بیمار دارد. هر نوع مشکل بیمار به صورت ذیل باید ارائه شود :
- مشکل مراقبتی بیمار همراه با تشخیص پزشکی و پرستاری
 - یافته هایی که مشکل را کاملاً شرح می دهد.
 - مداخلات انجام شده در روز و میزان موفقیت آن برای حل مشکل

• گزارش تغییر وضعیت بیمار

- بسیاری از گزارشات پرستار در طول نوبت کاری، مربوط به تغییر وضعیت بیمار می باشد که به سرپرستار و یا دیگر پرستاران گزارش می شود. راهنمای اصلی گزارش تغییر وضعیت بیمار، بر مبنای یافته های قابل اندازه گیری است و نشان دهنده میزان تغییر وضعیت می باشد.
- مواردی که می باید در این گزارش ارائه شود عبارت است از:
- ۱- مشخصات فردی بیمار که تغییر وضعیت داشته است.
 - ۲- میزان تغییر وضعیت بیمار با توجه به یافته های قابل اندازه گیری اولیه ارائه شود.
 - ۳- علائم و نشانه های عوارض بالقوه بیان گردد .
 - ۴- هر گونه مداخله انجام شده همراه با نتایج آن بیان شود.

- **گزارش به پرستار دیگر** در این نوع گزارش، گزارش دهنده و گیرنده هر دو پرستار می باشند. در هنگام ثبت گزارش از فرآیند پرستاری استفاده می شود.

• گزارش به پزشک

- هنگامی که پرستار به پزشک گزارش می دهد باید از تشخیص های پزشکی استفاده نماید. قبل از گزارش به پزشک، پرستار یافته های عینی و ذهنی و تغییرات بیمار را بررسی می کند سپس وضعیت بیمار را شرح می دهد. یافته های به دست آمده به گونه ای شرح داده شود که پزشک را در تعیین تشخیص پزشکی و معالجات مناسب کمک نماید .
- چهار نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود :

change of shift reports

گزارش تعویض شیفت

Telephone reports

گزارش تلفنی

Transfer reports

گزارش انتقالی

Incident reports

گزارش حوادث اتفاقی

گزارش تعویض شیفت :

یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است بصورت کنفرانس و یا در صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود. راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد. در یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغیر بوده است.

گزارش تعویض شیفت ممکن است بصورت شفاهی، نوار ضبط صوت و یا در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران داده شود.

راند بالینی به پرستاران اجازه می دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوردی فوری دریافت نمایند. در طی مدت راند بالینی ممکن است نکات هشداردهنده ای از سوی بیماران یادآوری گردد.

با توجه به این امر که پرستاران مسئولیتهای زیاد و متنوعی دارند این مسئله بسیار مهم است که گزارش تعویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام شود.

در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت پرستاری یاری می دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده را نیز به ما می دهد و همچنین به بیمار این امکان را می دهد که در ارتباط با مراقبتهای دریافت شده بحث نماید.

گزارشات تلفنی:

گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد. اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید مطمئن باشند:

- اطلاعات واضح است
- اطلاعات صحیح است
- اطلاعات دقیق است
- اطلاعات خلاصه است

گزارش تلفنی وضعیت بیمار باید در پرونده وی ثبت گردد. موارد ثبت شده عبارتند از: زمان و نام فرد ارائه دهنده و گیرنده پیام تلفنی، اطلاعات ارائه و دریافت شده دربرگه گزارش مثلا: در ساعت ۱۰:۲۲ به دکترم - ح تلفن نمودم و اطلاع دادم جواب آزمایش سطح پتاسیم آقای احمدی ۳/۰۲ می باشد. پرستار ت- س. در موقع گزارش تلفنی به پزشک حتما پرونده بیمار در دسترس پرستار باشد تا هرگونه سؤال پزشک از جمله علائم حیاتی قبلی بیمار، رژیم درمانی و غیره با توجه به آن پاسخ داده میشود.

راهنمای دستور تلفنی

برای پیشگیری از خطا در درک دستورات سریع و با عجله پزشک مجددا از وی بخواهید که دستورات را روشن تر بیان کند.

- ❖ نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص بیمار دقیقا مشخص شود.
- ❖ پس از اتمام دستورات پزشک، دستورات وی مجددا بازگو شود.

❖ طریقه ثبت دستورات تلفنی شامل تاریخ و زمان دستور داده شده ، نام بیمار، پرستار ، پزشک و دستور داده شده می باشد که باید بطور کامل نوشته شود.

❖ از مقررات بیمارستان پیروی کنید. دستورات شفاهی بایستی توسط دو پرستار کنترل و امضا شود.

❖ بر اساس مقررات بیمارستان پزشک مسئول دستورتلفنی دستورات نوشته شده را بایستی امضا کند (حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از دستورات تلفنی).

گزارش انتقالی:

هنگام انتقال بیمار از یک بخش به بخش و یا مرکز درمانی دیگر لازم است پرستار خلاصه ای از وضعیت وی و مراقبتهای انجام شده را در برگه انتقال بنویسد. مثلاً موقع انتقال بیمار از بخشهای ویژه و یا ریکاوری به بخشهای دیگر. گزارش انتقال به صورت تلفنی و یا حضوری داده میشود. پرستار به ترتیب موارد زیر را باید در هنگام ارائه گزارش انتقال مورد توجه قرار دهد:

- ۱- نام ، سن ، نام پزشک معالج و تشخیصهای پزشکی بیمار ، زمان و تاریخ انتقال
- ۲- وضعیت سلامتی فرد در حال حاضر
- ۳- برنامه مراقبتی در حال حاضر
- ۴- هر نوع بررسی و مداخله ویژه مورد نیاز بیمار در کوتاه مدت تا استقرار کامل در بخش جدید
- ۵- وسایل خاص مورد نیاز بیمار (مثل لوله ها و وسایل طبی)
- ۶- توجهات خاص (مثلاً احیاء قلبی ریوی و یا وضعیت ایزولاسیون)
- ۷- نوشتن نام پرستار تحویل گیرنده

گزارش حوادث:

هدف از گزارش حوادث ، شناسائی خطرات و پیشگیری از آن در آینده می باشد و برای ارتقاء کیفی کار پرستاران استفاده می شود. پرستاران موظفند با سیاستها و قوانین مرکز درمانی در رابطه با گزارش حوادث آشنا بوده و در مواقع لزوم از آن بهره گیرند.

در نوشتن گزارش حوادث موارد زیر باید رعایت شود:

- ❖ نوشتن نام پرستاری که حادثه را دیده و با آن روبرو شده است.
- ❖ به طور مختصر و دقیق و کاملاً عینی حادثه شرح داده شود.
- ❖ هرگونه اقداماتی که توسط پرستار، پزشک و یا سایر همکاران برای حادثه دیده صورت گرفته گزارش داده شود.
- ❖ برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود.
- ❖ حادثه باید هر چه سریعتر به مسئول مربوطه گزارش شود.
- ❖ گزارش حادثه باید با شماره مخصوص نوشته و حفظ گردد.

❖ گزارش نباید کپی شود.

دستورالعمل جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش به شرح ذیل است :

- I. بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد .
- II. در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اشتباه است یا Error.
- III. تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید .
9. برای اضافه کردن مطلب جدید به گزارشات قبلی، علاوه بر درج تاریخ و ساعت جدید، بنویسید ضمیمه گزارش قبلی (تاریخ و ساعت گزارش قبلی را نیز درج کنید) و امضا نمائید .
10. از گنجانیدن مطالب جدید در لابلای گزارش قبلی خودداری کنید .
11. در صورت طولانی بودن گزارشات باید نوشته شود (ادامه دارد) امضا شود و بعد وارد صفحه بعدی شد . جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده نمایید .
1. وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید .
2. تعداد و ریتم ضربان قلبی - تنفسی بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن را ثبت کنید .
3. در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور، مانیتور، پمپ میکر و.....) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید .
- ❖ 4. وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت کنید .

گزارش نویسی گام به گام

ارزیابی اولیه بیمار در بدو ورود:

فرم مربوطه طبق خط مشی بخش مربوطه در محدوده زمانی تعیین شده تکمیل و الصاق گردد.

گزارش بدو ورود :

- ذکر زمان در موقع گزارش نویسی ارزش فوق العاده ای دارد پس قید ساعت و تاریخ بستری مهم است.
- 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 سیستم‌هایی از بدن را دربردارد.
 - سابقه بستری، عمل جراحی، سابقه خانوادگی
 - نام پزشک، محل ارجاع، ثبت ساعت اطلاع به پزشک، ثبت ساعت ویزیت پزشک
 - ثبت دقیق علائم حیاتی، علائم ذهنی و عینی و حسی بیمار باید بگونه ای مطلوب گزارش گردد.
 - ثبت اقدامات انجام شده شامل آزمایشات، داروها (شامل نام دارو، دوز دارو، راه مصرف و نام پرستار)
 - گرافی‌ها، مشاوره‌ها و EKG، ویزیت پزشک و در مجموع ثبت موارد قابل پیگیری لازم است.

گزارش قبل از شوک :

- ثبت ساعت تحویل بیمار به اطاق شوک و نحوه انتقال (برانکارد، صندلی چرخدار و غیره)
- ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اطاق عمل
- ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید BP -TPR
- ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سندها، لوله تراشه و غیره)
- ثبت دستورات دارویی (پریمید) قبل از شوک
- آمادگی انجام شده (استحمام، خالی بودن مثانه و ناشتا و غیره طبق چک لیست)
- ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش حین شوک :

- ثبت ساعت ورود به اطاق شوک
- سطح هوشیاری و تاریخ شروع و پایان عمل
- وضعیت عمومی بیمار با قید ساعت، نام و امضاء پرستار
- ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه در صورت وجود
- ثبت هر گونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته که در اطاق شوک اتفاق افتاده است و می تواند بر روی مراقبت بعد از شوک موثر باشد.
- ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال با ید توسط پرستار بعدی فوراً صورت گیرد.
- ر سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگار، آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم ثبت شود.

گزارش بعد از شوک :

- ساعت تحویل و یا ورود به بخش
- ثبت وضعیت عمومی با قید V/S و سطح هوشیاری، و غیره
- ثبت علائم حیاتی
- ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری

گزارش ترخیص :

- کنترل این که ترخیص بیمار توسط پزشک امضاء شده باشد.
- وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علائم حیاتی، ساعت ترخیص و خروج از بخش با ذکر همراه
- آموزش های مربوطه داده شده (شفاهی، پمفلت و غیره)
- آموزش های ضمن ترخیص شامل: رژیم غذایی، فعالیت، دارو، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کنند.

- روشن نمودن هر گونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی
- دادن کارت ترخیص
- در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص میشوند گرفتن اثر انگشت الزامی است.
- در مورد بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند ، اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد.
- ترخیص مادر و نوزاد در یک زمان انجام گیرد حتی اگر یکی از آن دو نیاز به اقامت در بیمارستان داشته باشد.
- چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانی که مادر مرخص نشده است گزارش نوزاد در پرونده بیمار باید ادامه داشته باشد.
- در مورد کودکان و افراد دارای مشکلات فکری - شناختی مطمئن شوید که به بستگان نزدیک ، بیمار را تحویل داده اید و در صورتیکه تحویل گیرنده بستگان درجه یک نباشند ثبت آدرس تحویل گیرنده و مشخصات وی لازم است.

گزارش فوتی:

- وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی- عینی با قید ساعت و تاریخ)
- ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)
- ثبت ساعت فوت، نحوه صدور گواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادر گردیده یا توسط پزشک قانونی صادر می گردد).
- در مورد فوت نوزاد جنس، آپگار زمان تولد یا مرده بدنیا آمده، سن جنین (که از ۲۰ هفته به بالا نیاز به تاریخ و گواهی فوت دارد).
- راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره ژنتیک و علت های فوت.
- ذکر این نکته در پرونده که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد.
- باید نام و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور یا روی بدن وی و روی ملحفه چسبانیده شود.

نکات کلیدی در ثبت و گزارش نویسی و ثبت صحیح ارزیابی های جسمی و روانی :

- نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن ، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری یادآوری می گردد.
- ۱- جهت ثبت گزارش پرستاری از بر گه های استاندارد استفاده نمایید.
 - ۲- جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خود کار آبی یا مشکی استفاده نمایید.
 - ۳- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.

- ۴- مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش بطور کامل درج نمایید.
- ۵- جهت ثبت ساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده نمایید. (لازم به ذکر است که باید گزارش پرستاری در هر شیفت به صورت مجزا نوشته شود و شیفت ثبت گزارش نیز قید گردد)
- ۶- **وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار** را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.
- ۷- **تعداد و ریتم ضربان قلبی - تنفسی بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن و وضعیت دفعی و کلیه مشکلات جسمی را در هر شیفت بررسی و در کاردکس و پرونده ثبت کنید.**
- ۸- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی در صورت وجود (ونتیلاتور ، مانیتورینگ ، پمپ میکر و.....) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید.
- ۹- ارزیابی وضعیت روانی بیمار بر اساس کتابچه تشخیص های و مداخلات پرستاری شماره ۱۴ مرکز در هر شیفت انجام و در کاردکس و پرونده ثبت گردد و نیز وضعیت **خواب و استراحت و میزان فعالیت** و بیمار را حتماً ثبت کنید.
- ۱۰- **بیانات و نشانه هایی را که بیمار عنوان نموده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.**
- ۱۱- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.
- ۱۲- ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن 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- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.
- ۱۵- پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمایید.
- ۱۶- انحصاراً در گزارش، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته‌اید ثبت نمایید.
- ۱۷- گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش ، با برانکار، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراهان و...) ، وضعیت هوشیاری بیمار ، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده باشد.
- ۱۸- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید. (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره ها و...)
- ۱۹- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.
- ۲۰- در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار ، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها ، موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش ، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع دهید.
- ۲۱- 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.

- ۲۲- 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 هر گونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.
- ۲۳- شبکار 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.
- ۲۴- هر گونه علائم و نشانه ای را که در صورت بروز به پزشک اطلاع داده میشود را ثبت نمایید.
- ۲۵- ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و....) ضروری است.
- ۲۶- مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول شیفت است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید.
- ۲۷- دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نماید.
- ۲۸- کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی اجرا شده را ثبت کنید (نام دارو، دوز دارو تاریخ و ساعت شروع، زمان و راه تجویز).
- ۲۹- زدن علامت تیک روی ساعت تجویز دارو به منزله داده شدن دارو به بیمار و کشیدن دایره دور آن به معنی ندادن دارو به بیمار می باشد که در هر حالت باید نام دهنده دارو روی محل تیک یا دایره ثبت شود (در برگه گزارش پرستاری در قسمت ثبت داروها).
- ۳۰- در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو بطور مختصر ذکر شده 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...).
- ۳۱- اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید (حضور، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.
- ۳۲- در صورت نیاز به ثبت گزارش تلفنی، شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:
- ۳۲-۱ دستور تلفنی در برگه دستورات پزشک ثبت و توسط ۲ پرستار امضاء شود.
- ۳۲-۲ دستور تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضاء پزشک مربوطه رسانده شود.
- ۳۲-۳ زمان برقراری تماس تلفنی، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده، اطلاعات داده شده و اطلاعات گرفته شده ثبت شود.
- ۳۳- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب کنید.
- ۳۴- جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:
- ۳۴-۱ بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد.
- ۳۴-۲ در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه کلمه «اشتباه» یا را نوشته و سپس قید گردد اصلاح شد و گزارش صحیح را بعد از کلمه «اشتباه» ادامه دهید.

- ۳۵- از مواردی که منجر به تحریف گزارش می شود اجتناب کنید از جمله:
- ۳۵-۱ اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است.
- ۳۵-۲ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری
- ۳۵-۳ دوباره نویسی و یا تغییر گزارش
- ۳۵-۴ اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین
- ۳۵-۵ تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود
- ۳۶- گزارش عملیات احیاء قلبی ریوی (C.P.R) بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا باید در پرونده ثبت شود.
- ۳۷- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری وابتدا و انتهای گزارش جای خالی وجود نداشته باشد.
- ۳۸- در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری ، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید.
- ۳۹- آموزشهای ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر نمایید.
- ۴۰- در صورتی که بیماری شفاهماً مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقاً گزارش نمایید.
- ۴۱- 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.
- ۴۲- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات نا خوشایند پرهیزید.
- ۴۳- از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.
- ۴۴- گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود. (در بخشهای ویژه و یا در صورتی که روش تقسیم فعالیت به صورت case method باشد گزارش پرستاری باید به صورت پیوسته ثبت گردد و در انتهای شیفت بسته شود).
- ۴۵- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود ، نام، نام خانوادگی و سمت پرستار مربوطه به طور خوانا ثبت شود.
- ۴۶- گزارش را ممهور به مهر اسمی خود نموده و امضاء نمایید.

گزارش نویسی در بخش روان

در گزارش نویسی در بخش روانپزشکی علاوه بر موارد بالا باید موارد زیر بررسی و در گزارش قید گردد .

علائم و نشانه های اختلالات روانی

- نشانه (sign): یافته عینی که متخصص بالینی مشاهده می کند: عواطف محدود، کندی روانی حرکتی
- علامت (symptom): تجربه ذهنی توصیف شده توسط بیمار: خلق افسرده، کاهش نیرو
- نشانگان (syndrome) : گروهی از علائم و نشانه ها

علائم اختلالات روانی دارای دو ویژگی است :

□ شکل علامت ، محتوای علامت

□ زمانی نشانه ها به عنوان بیماری اهمیت پیدا می کنند که :

شدت آنها بسیار زیاد باشد ، برای مدت زمان طولانی باقی بمانند ، عملکرد فرد را بر هم زنند

□ خلق : Mood حالت هیجانی نافذ و مستمر که به طور ذهنی احساس شده و به وسیله شخص گزارش می شود در

زیر انواع آن ذکر شده است .

• Euthymic خلق متعادل

• Elevated بالا

• Euphoria نشئه

• Expansive گسترده یا بسیط

• Ecstasy خلسه

• Dysphonic ملال انگیز

• Depressed افسرده

• Alexithymia ناتوانی در بیان خلق

• Swing خلق نوسان دار

• Irritable تحریک پذیر

• Agitation اضطراب همراه با بی قراری شدید حرکتی

□ عاطفه : Affect حالت ظاهری چهره و پاسخگویی هیجان شخصی که قابل مشاهده می باشد، که انواع آن به شرح

ذیل است .

• Appropriate متناسب

• Inappropriate نامتناسب

• Restricted محدود

• Blunted کند

• Surface سطحی

• Labile بی ثبات

• Swimming شناور

• ظاهر Appearance

• وضع ظاهری و وضعیت فیزیکی کلی بیمار در نظر مصاحبه کننده با توجه به حالت و وضعیت اندام، توازن، لباس و

آراستگی او در این قسمت توصیف می شود .

آرایش Grooming

• لباس dressing

- بهداشت hygiene

رفتار و فعالیت روانی - حرکتی psychomotor activity

- به صورت افزایش یا کاهش حرکت ویا حرکت غیر عادی ظاهر شود .
- پژواک رفتار : Echoparaxia تکرار دقیق حرکات فرد دیگر
- کاتونیا : Catatonia اختلال حرکتی در اختلالات عضوی و غیرعضوی
- منفی کاری : Negativism مقاومت بدون انگیزه
- کاتاپلکسی : Cataplexy کاهش ناگهانی و موقتی تونسیته عضلانی
- رفتار کلیشه ای : Stereotypy الگوی ثابت و تکراری حرکات و تکلم
- ادا و اطوار : Mannerism رفتارهای غیرلازم با القا معنی و مفهوم خاص به مخاطب
- گنگی : Mutism خاموشی بدون اختلالات ساختمانی
- بیش فعالی : overactivity
- خودکاری Automatism: فعالیت نمادین و ناخودآگاه
- خودکاری دستوری : Command automatism اطاعت محض
- کاهش فعالیت : Hypokinesia کندی حرکتی و شناختی
- تکلم Speech
- فشارتکلم (pressure speech): تکلم سریعی که حجم ان زیاد و قطع ان مشکل میباشد .
- حرافی : (Logorrhea) تکلم منطقی مربوط و پر حجم
- فقر کلامی (poverty of speech) محدودیت در حجم صحبت ، پاسخ ها ممکن است یک سیلابیباشد
- دیس پرو سودی : (Dysprosdy) فقدان اهنگ طبیعی کلام
- دیزارتیری : (Dysarthria) اشکال در ادای کلمات و نه در پیدا کردن کلمات یا دستور
- لکنت زبان : (Stuttering) تکرار مکرر یا تطویل یک صوت یا سیلاب
- بریدگی : (Cluttering) تکلم غیر عادی و ناموزون به صورت ادای سریع و انفجاری کلمات

نگرش Attitude

- همکاری Cooperative
- طفره رفتن Evasive
- دوستانه Friendly
- دفاعی guarded
- خصمانه Hostile
- دست انداختن Manipulation
- غیر همکاری Non cooperative

• خوش بینانه Optimistic

• بدبینانه Pessimistic

□ اختلالات درکی perception disorder

• توهم Hallucination درک حسی اشتباه از محرک خارجی که وجود ندارد .

□ توهم شنوایی (Auditory)

□ توهم بینائی (Visual)

□ توهم لمسی (Tactile)

□ توهم چشایی (Gustatory)

□ توهم بویای (Olfactory)

□ توهم جسمی (Somatic)

□ توهم لی لی پوتی (Lilliputian)

خطای حسی Illusion درک حسی اشتباهی

فکر thought اختلال در

□ فرم

□ فرایند یا جریان

□ محتوای تفکر

فرم فکر

□ تفکر عینی یا Concrete thinking

□ تفکر انتزاعی یا Abstract thinking

فرآیند یا جریان فکر

• Incoherence تفکر بی ربط

• Autistic thinking تفکر اوستیتیک

• Magical thinking تفکر سحر امیز

• Flight of Ideas پرش افکار

• Retarded thinking کندی تفکر

• circumstantiality حاشیه پردازی

• Tangentiality تفکر مماسی

• Perseveration تکرار یا در جا زدن

• Verbigeration رفتار کلامی کلیشه ای

محتوای فکر

□ هذیان (delusion) عقیده باطلی است که متناسب با فرهنگ نبوده و با منطق قابل اصلاح نمی باشد .

1- هذیان گزند و اسیب (Persecutory 2-) هذیان انتساب (Delusion of Reference)

3- هذیان مسموم شدن، هذیان نفوذ (ربایش افکار، کاشتن افکار، پخش افکار) و هذیان حسادت

- هذیان بزرگ منشی (Grandeur 5-) هذیانهای افسردگی (هذیان گناه، هذیان نفی وجود، ۶- هذیان فقر،

هذیان خود بیمار انگاری) ۷- فکر وسواسی (Obsession) 8- ترس بیمار گونه (Phobia)

نظام حسی شناختی

• آگاهی و سطح هوشیاری

• جهت یابی

• حافظه

• توجه و تمرکز

• توانایی خواندن و نوشتن

• توانایی دیداری فضایی

• سطح معلومات و هوش

• نظام حسی شناختی

• هوشیاری و حالت آگاهی

الف - اختلال هوشیاری :

1- عدم آگاهی به زمان و مکان 2- Disorientatation ابر گرفتگی شعور Clouding of consciouness

3- بهت 4- Stupor دلیریوم 5- Delirium اغتشاش شعور confusion

ب- اختلال توجه :

1- حواس پرتی 2- Distractibility بی توجهی انتخابی 3- Selective inattention گوش به زنگ بودن

Hypervigilance

ج - تغییرات تلقین پذیری :

1- خواب تلقینی 2- Hypnosis اختلال روانی القایی بین دو یا سه نفر Folie a trois/ folie a deux

ادامه نظام حسی شناختی

سطوح حافظه : فوری - نزدیک - گذشته نزدیک - گذشته دور - اختلال حافظه

• فراموشی : Amnesia پارامنزی - Paramnesia هیپرمنزی - و

• قضاوت : judgment قضاوت خودکار - Automatic judgment قضاوت انتقادی

- Critical judgment • قضاوت مختل Impaired judgment

• بینش : Insight بینش تخریب شده - Impaired insight بینش عقلایی - Intellectual insight

بینش واقعی True insight

دستورالعمل تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار

اطمینان از ارائه خدمات کیفی، ایمن و اثربخشی آن در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، یکی از اهداف مهم نظام اعتبار بخشی محسوب می شود. از آن جا که ارزیابی پرستار از بیمار یکی از ملزومات نظام اعتبار بخشی می باشد، لذا فرم "**ارزیابی اولیه پرستار**" ارسالی به بخش ها می بایست . کلیه کارشناسان پرستاری ملزم به تکمیل فرم مذکور بر اساس دستورالعمل ضمیمه آن حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از بستری بیمار در کلیه بخش های بستری به استثنای درمانگاه های اورژانس، درمانگاه های سرپایی و اتاق های عمل می باشند.

دستورالعمل تکمیل بخش اطلاعات پایه، وضعیت ارتباطی و حساسیت ها

این بخش از فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار بوسیله مصاحبه با بیمار یا همراه وی و مشاهده و بررسی تکمیل می گردد. در قسمت اطلاعات پایه ثبت:

- ✓ در ابتدا تاریخ و ساعت پذیرش بیمار توسط پرستار جنس بیمار
- ✓ تابعیت بیمار بر حسب ایرانی و غیر ایرانی و نوع آن.
- ✓ علائم حیاتی بدو ورود شامل تعداد نبض، فشارخون، تعداد تنفس و درجه حرارت
- ✓ قد و وزن بیمار
- ✓ نحوه ورود بیمار بر مبنای پای خود، صندلی چرخدار، برانکارد و سایر روش های ورود.
- ✓ منبع اطلاعات بیمار، خانواده بیمار یا سایر منابع با ذکر آن
- ✓ همراهان بیمار بر حسب خانواده، دوستان همکار و یا هیچ کس
- ✓ مراجعه بیمار از بر حسب مطب پزشک، اورژانس، اتاق عمل، بخش ویژه، بیمارستان دیگر، منزل و سایر موارد.
- ✓ وضعیت تاهل بیمار بر حسب مجرد، متاهل و سایر موارد
- ✓ تعداد فرزندان
- ✓ تحصیلات بیمار بر حسب باسواد و بی سواد
- ✓ شغل بیمار
- ✓ خلق بیمار: آرام، مضطرب، افسرده، ترس
- ✓ فاکتورهای استرس زای اخیر
- ✓ سیستم حمایتی بیمار شامل: همسر، خانواده، دوستان و آشنایان، بهزیستی، کمیته امداد، خیرین، بیمه و نوع آن
- ✓ سرپرست خانواده بودن، بی خانمان، ساکن بهزیستی، سرای سالمندان، زندان

وضعیت ارتباطی:

- ✓ هوشیاری، خواب آلودگی، گیج، بدون پاسخ و آگاه به زمان و مکان بودن
- ✓ همکاری بیمار به صورت بله یا خیر
- ✓ زبانی که بیمار صحبت میکند بر حسب فارسی، ترکی و سایر زبان ها با ذکر آن
- ✓ نحوه صحبت کردن بیمار به صورت واضح، اشکال در تکلم با ذکر نوع آن، عدم توانایی در صحبت کردن
- ✓ محاسبه مقیاس گلاسکو در کودکان و بزرگسالان بر حسب جدول زیر:

جدول GCS

بزرگسال		۱-۵ سال		از یک ماه تا یک سالگی		GCS
۴	خودبخودی	۴	خودبخودی	۴	خودبخودی	EYE
۳	در واکنش به صدا	۳	با درخواست کلامی	۳	با داد زدن	
۲	با تحریک دردناک	۲	با تحریک دردناک	۲	با تحریک دردناک	
۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	
۵	آگاه و هوشیار	۵	عبارات نامناسب	۵	گریه یا خنده بچگانه	VERBAL
۴	گیجی و کلمات نامناسب	۴	کلمات نامناسب	۴	گریه	
۳	پاسخ نامناسب	۳	گریه	۳	گریه نامناسب	
۲	صدای غیر قابل تشخیص	۲	خرخر	۲	خرخر	
۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	
۶	اجرای دستورات	۶	اجرای دستورات	۶	حرکات خودبخود طبیعی	MOTOR
۵	تشخیص محل درد	۵	تشخیص محل درد	۵	تشخیص محل درد	
۴	دور کردن از محل درد	۴	دور کردن از محل درد	۴	دور کردن از محل درد	
۳	دکورتیکه	۳	دکورتیکه	۳	خم کردن غیر طبیعی	
۲	دسربره	۲	دسربره	۲	باز کردن اندام ها	
۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	

حساسیت ها:

- ✓ حساسیت دارویی و در صورت مثبت بودن تبت نوع آن و عکس العملی که بیمار به آن دارو داده است.
- ✓ حساسیت غذایی و در صورت مثبت بودن تبت نوع آن و عکس العملی که بیمار به آن غذا داده است.
- ✓ سایر حساسیت های بیمار ثبت شود.
- ✓

دستورالعمل تکمیل تاریخچه سلامتی و ارزیابی دارو:

این بخش از فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار بوسیله مصاحبه با بیمار یا همراه وی و مشاهده و بررسی تکمیل می گردد.

در تکمیل قسمت هایی که قابل توضیح است عینا اظهارات بیمار یا همراه وی ثبت گردد

تاریخچه سلامتی

ثبت موارد زیر توسط پرستار:

- ✓ دلیل بستری شدن از نظر بیمار، سوابق بیماری هایی که در فرم آورده شده است و در نهایت در قسمت سایر موارد اگر بیماری بود که در آیتم ها گنجانده نشده است
- ✓ داشتن یا نداشتن مسمومیت
- ✓ سابقه بستری در بیمارستان
- ✓ سابقه جراحی در گذشته و نوع آن
- ✓ سابقه ترانسفوزیون خون
- ✓ در بیماران خانم سابقه بارداری، سقط، سزارین یا زایمان طبیعی و ذکر تعداد آن ها
- ✓ عادات مصرف سیگار، سوء مصرف داروها، الکل
- ✓ داشتن رژیم غذایی خاص
- ✓ خواب و استراحت بیمار بر حسب آرام و یا داشتن مشکلات خواب
- ✓ مصرف مکمل های غذایی و نوع آن
- ✓ واکسیناسیون
- ✓ سابقه بیماری در خانواده و ذکر نوع آن
- ✓ سابقه مصرف دارو در زمان بستری و یا یک ماه قبل از بستری به همراه تکمیل جدول دارویی شامل: نوع دارو، مقدار دارو، علت مصرف، نحوه مصرف، موثر بودن دارو

دستورالعمل تکمیل محدودیت ها و ناتوانایی ها:

این بخش از فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار بوسیله مصاحبه با بیمار یا همراه وی و مشاهده و بررسی تکمیل می گردد.

ثبت موارد زیر توسط پرستار:

- ✓ مشکل شنوایی به صورت بلی یا خیر
- ✓ داشتن سمعک در گوش راست یا چپ
- ✓ داشتن مشکل بینایی به صورت خیر، بله و ذکر نوع آن به صورت نابینایی، کم بینایی، داشتن عینک و لنز تماسی
- ✓ توانایی صحبت کردن، خواندن، نوشتن
- ✓ نقص و قطع عضو و ذکر عضو مبتلا

- ✓ استفاده از وسایل کمکی در حرکت
- ✓ داشتن هر گونه پروتز و ذکر نام آن
- ✓ توانایی انجام کار های روزانه: حرکت، لباس پوشیدن، غذا خوردن
- ✓ داشتن دندان مصنوعی
- ✓ استفاده از اکسیژن در خانه
- ✓ داشتن هر گونه درن، پانسمان، آتل، گچ، تراکشن و ذکر محل آن

دستورالعمل تکمیل ارزیابی زخم بستر Braden

این دستورالعمل در راستای خط مشی ارتقاء ایمنی بیماران و ارزیابی مستمر و یکپارچه بیماران می باشد.

- ۱- در ابتدا بیمار از نظر وجود زخم بستر ارزیابی می شود بر حسب محل زخم، درجه زخم و وجود ترشح. در صورت عدم وجود زخم، از نظر از نظر استعداد زخم ارزیابی می شود.
- ۲- اولین بخش، ارزیابی سطح هوشیاری بیمار با دامنه ۴-۱ می باشد:

۱ امتیاز	عدم پاسخ به محرک دردناک
۲ امتیاز	پاسخ به تحریکات دردناک
۳ امتیاز	گاهها به دستورات کلامی پاسخ می دهد
۴ امتیاز	به دستورات کلامی پاسخ داده و درد را بیان می کند

۳- دومین بخش، ارزیابی رطوبت پوست بدن بیمار با دامنه ۴-۱ می باشد:

۱ امتیاز	ملحفه و لباس بیمار، همواره مرطوب می باشد
۲ امتیاز	ملحفه ها در هر شیفت، به دلیل خیس بودن تعویض می شود
۳ امتیاز	ملحفه ها حداقل یکبار در روز به دلیل خیس بودن، تعویض می شود
۴ امتیاز	ملحفه ها، طبق روتین، بدون خیس بودن تعویض می شود

۴- سومین بخش، ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی بیمار با دامنه ۴-۱ می باشد:

۱ امتیاز	محدودیت در تخت، اجازه خروج از تخت را ندارد (CBR)
۲ امتیاز	با صندلی چرخدار حرکت می کند
۳ امتیاز	با کمک گاهها راه می رود
۴ امتیاز	مرتبا بطور مستقل راه می رود

۵- چهارمین بخش، ارزیابی توانایی در تغییر پوزیشن با دامنه ۴-۱ می باشد:

۱ امتیاز	کاملاً بدون حرکت می باشد
۲ امتیاز	تحرك خیلی محدود در تخت
۳ امتیاز	محدودیت حرکتی کم در تخت
۴ امتیاز	حرکت مستقل و بدون کمک در تخت

۶- پنجمین بخش ارزیابی مربوط به تغذیه با دامنه ۴-۱ می باشد:

۱ امتیاز	تغذیه بیمار کاملاً ناکافی است ممکن است روزها NPO باشد
۲ امتیاز	تغذیه ناکافی از راه دهان یا از طریق NGT
۳ امتیاز	تغذیه ناکافی بطوری که بیش از نصف غذایش را می خورد
۴ امتیاز	تغذیه کاملاً خوب، همه وعده های غذایی را بطور کامل می خورد

۷. ششمین بخش ارزیابی، مربوط به اصطکاک و سایش پوست بدن با دامنه ۳-۱ امتیاز می باشد:

۱ امتیاز	همواره، موقع جابجایی روی ملحفه کشیده می شود
۲ امتیاز	موقع جابجایی، گاهی کمک می کند ولی باز هم قسمت هایی از بدن بیمار بر روی ملحفه سائیده می شود
۳ امتیاز	بطور کامل قادر به بلند کردن بدن خود می باشد و روی ملحفه سائیده نمی شود

۸. در مرحله آخر، کل امتیازات جمع شده و در نهایت پایین ترین امتیاز ۶ می باشد:

امتیاز ۶-۱۲	بالاترین ریسک خطر
امتیاز ۱۳-۱۴	ریسک متوسط
امتیاز ۱۵ به بالا	ریسک پایین

۹- میزان ریسک ایجاد زخم در کاردکس ثبت می شود.

۱۰- ارزیابی این ریسک در کلیه شیفت ها قابل پیگیری است و امکان تغییر آن با توجه به شرایط متغیر مددجو را باید مد نظر قرار داد.

دستور العمل ارزیابی تکمیل احتمال سقوط از تخت Morse

- ۱- این ابزار از طریق مصاحبه با بیمار تکمیل می گردد.
- ۲- امتیاز هر ردیف کامل یا صفر می باشد.
- ۳- کنار ردیف امتیازات، یک ردیف اضافه جهت تیک زدن امتیاز مناسب می باشد.
- ۴- این فرم در راستای خط مشی ارتقا سطح ایمنی بیماران می باشد، همچنین جهت اجرای ارزیابی مستمر بیماران قابل استفاده می باشد.
- ۵- ردیف اول، در رابطه با سقوط قبلی، دارای ۲۵ امتیاز بوده و در صورت عدم سابقه هیچ امتیازی به آن تعلق نمی گیرد.
- ۶- ردیف دوم، در رابطه با بیماری زمینه ای (دیابت، پرفشاری خون، سرگیجه، صرع، شکستگی و ...) می باشد. در صورت داشتن حتی یک بیماری زمینه ای و یا چند مورد با هم امتیاز ۱۵ تعلق می گیرد و در غیر این صورت هیچ امتیازی به آن تعلق نمی گیرد.
- ۷- ردیف سوم، استفاده از ابزار حرکتی: در صورت استفاده از ویلچر بالاترین امتیاز (۳۰) را دریافت می کند، در صورت استفاده از ابزارهای کمکی (واکر، عصا و ...) ۱۵ امتیاز و در صورت استراحت در تخت و یا عدم استفاده از ابزار حرکتی و یا مراقبت پرستاری (پرستار به یک بیمار) هیچ امتیاز تعلق نمی گیرد.
- ۸- داشتن سرم یا هپارین لاک ۲۰ امتیاز داشته، عدم وجود هر کدام، امتیازی قایل نمی شویم.
- ۹- وضعیت ذهنی، عدم آگاهی بیمار به زمان و مکان امتیاز ۱۵ و در غیر این صورت صفر می باشد.
- ۱۰- در نهایت همه امتیازات جمع شده :

امتیاز ۰-۲۲	ریسک پایین
امتیاز ۲۵-۴۴	ریسک متوسط
امتیاز ۴۵ به بالا	ریسک بالا

۱۱. نتیجه ارزیابی در کاردکس بیمار ثبت می شود.

۱۲. ارزیابی این ریسک در کلیه شیفت ها قابل پیگیری است و با تغییر شرایط بیمار امکان تغییر آن وجود دارد.

دستورالعمل تکمیل بررسی درد: از طریق مصاحبه، مشاهده بیمار و ثبت آن تکمیل می گردد.

شماره صورتک	نشانگر	برابر با
صفر	فقدان ناراحتی	صفر
۱	درد خفیف	۲
۲	درد اندکی بیشتر	۴

۶	در باز هم بیشتر	۳
۸	درد تمام عیار	۴
۱۰	بدترین درد	۵

✓ روش های تسکین درد بر حسب دارویی و غیر دارویی با ذکر روش و میزان تاثیر آن نوشته شود.

دستورالعمل تکمیل نیاز های آموزشی:

بر اساس مصاحبه، مشاهده، مستندات پرستار از بیمار تکمیل می گردد.

- ✓ تمایل بیمار به یادگیری
- ✓ توانایی یادگیری بیمار
- ✓ موانع یادگیری بر حسب نوع آن شامل: جسمی، خواندن، زبان، شناختی، انگیزشی و روانی
- ✓ نیاز بیمار به بررسی های جامع تر بر حسب بررسی اولیه پرستار از بیمار شامل: مدیریت درد، تغذیه ، روانپزشکی ، دندانپزشکی، چشم پزشکی ، شنوایی سنجی و ذکر سایر سیستم های مورد نیاز در قسمت سایر موارد
- ✓ ذکر نوع نیاز آموزشی بیمار بر حسب: فرایند بیماری، مراقبت، درمان، داروها و مصرف آن، تجهیزات و وسایل، تغذیه، پروسجر های تشخیصی- درمانی ، روند ترخیص ، فعالیت ، پیگیری، معرفی سیستم های حمایتی
- ✓ ثبت سطح مراقبتی بیمار بر اساس پنج سطح تعریف شده

دستورالعمل تکمیل تشخیص های پرستاری:

- بر اساس ارزیابی بیمار و با استفاده از لیست تشخیص های پرستاری بخش مربوطه و با در نظر گرفتن اولویت این قسمت پر شود.

منابع:

- ۱- رسول زاده ، نسرين. دکتر تقوی لاریجانی ، ترانه. ثبت گزارش پرستاری. انتشارات دریچه. تهران ، ۱۳۸۲.
- ۲- پرویز ، نوروز. ثبت و گزارش نویسی در پرستاری انتشارات سراقی ، تهران ، ۱۳۸۱.

منابعی برای مطالعه بیشتر:

1. Tomby, Barbara K. Fundamental Skills and Concepts in Patient Care. Philadelphia: Lippincott Co. 2000.
2. Chitty Kay Kittrell. Professional Nursing- concepts and challenges. Evolve Elsevier & saunders. 2005
3. Http: // WWW.odu.edu ebroot/orgs/hs/nurs/nursing.nsf/pages/401-fa99philpap
4. <http://omni.ac.uk/browse/mesh/D010687.html>
5. Cronin Patricia and Rawlings Karen. Knowledge for contemporary nursing. practice. Mosby. 2004