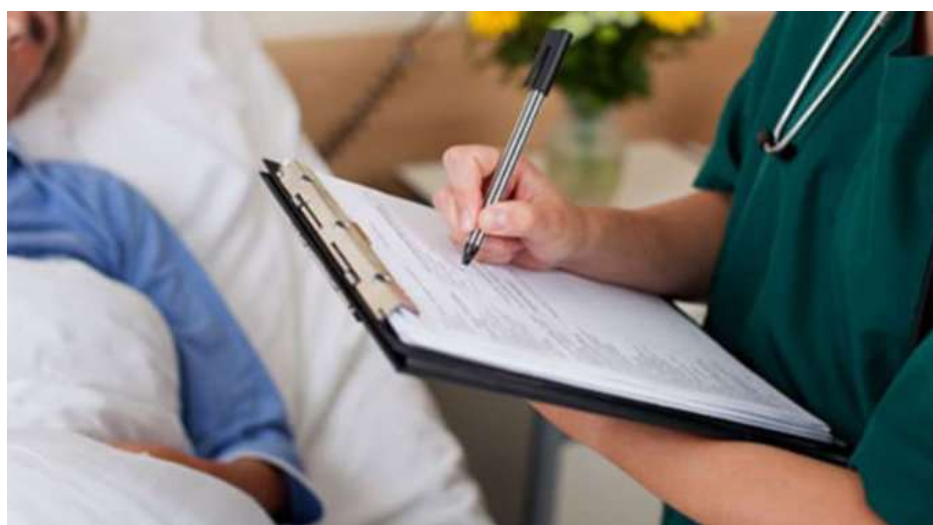




عنوان دوره آموزشی

گزارش نویسی و مستندسازی

پاییز ۱۴۰۲



سپاس مخصوص خداوند مهربان که به انسان توانایی و دانایی بخشید تا به بندگان شفق ورزد، مهربانی کند و در حل مشکلاتشان یاری شان نماید. از راحت خویش بگذرد و آسایش هم نوعان را مقدم دارد، با او معامله کند و در این خلوص انباز نگیرد و خوش باشد که پروردگار سمیع و بصیر است.

با احترام

تقدیم به:

شهدای کادر درمان

فهرست مطالب

بخش یکم

- ۱.....تعریف گزارش نویسی
- ۲.....انواع خطا
- ۲.....مستند سازی
- ۵.....اهداف گزارش نویسی
- ۶.....اهمیت گزارش نویسی در پرستاری
- ۷.....کاربردهای گزارش نویسی پرستاری
- ۱۰.....ویژگی های کلی یک گزارش خوب

بخش دوم

- ۲۳.....ثبت در سیستم مغز و اعصاب
- ۲۸.....ثبت در سیستم تنفسی
- ۳۸.....ثبت در سیستم گوارش
- ۴۴.....ثبت در سیستم قلبی عروقی
- ۵۶.....ثبت در سیستم ادراری تناسلی
- ۵۸.....ثبت در سیستم عضلانی-اسکلتی
- ۶۱.....ثبت در سیستم پوستی
- ۶۴.....ثبت در سیستم روانی-اجتماعی

بخش سوم

- ۶۵..... فعاليتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد.
- ۶۶..... انواع گزارش های پرستاری.
- ۷۱..... روش های متداول گزارش نویسی پرستاری.

بخش چهارم

- ۷۹..... نکات طلایی در گزارش نویسی.

بخش پنجم

- ۱۱۳..... بررسی مفاهیم مهم.

بخش ششم

- ۱۲۷..... مواردی که در گزارش ICU باید ذکر شود.
- ۱۲۹..... منابع.

گروه هدف:

پرستار/کاردان و کارشناس اتاق عمل/کاردان و کارشناس هوشبری/ماما/بهبیار

اهداف آموزشی:

افزایش دانش و آگاهی فراگیران در رابطه با گزارش نویسی و مستندسازی پرونده های پزشکی

ارتقا سطح دانش و نگرش و مهارت فراگیران در زمینه:

۱- گزارش نویسی ۲- کاردکس نویسی ۳- عوامل تهدید کننده ایمنی و نحوه ثبت

۴- تشخیص های پرستاری و فرآیند پرستاری

۵- نحوه تکمیل برگه بیهوشی

نتایج مورد انتظار بعد از پایان دوره

فراگیر در رابطه با گزارش نویسی ، کاردکس نویسی، عوامل تهدید کننده ایمنی و نحوه ثبت، تشخیص های پرستاری و فرآیند پرستاری و نحوه تکمیل برگه بیهوشی اطلاعات لازم را کسب کرده باشد.

روش و نحوه اجرای آموزش

مدت دوره: ۳۰ ساعت

اجرای آموزش: کتابخوانی

نوع آزمون: کتابخوانی

روش آزمون: الکترونیکی

➤ مقدمه:

- پیشرفت علوم به نوعی وابسته به روند ثبت و ضبط بوده است و انتشار علم از طریق ثبت و گزارش صورت می پذیرد. چرا که اگر تحقیقات و یافته های دانشمندان و علما نگارش، گزارش و ثبت نمیشد، هم اکنون امکان دستیابی و استفاده از علوم میسر نبود. از چه روشی برای گزارش نویسی استفاده می کنید؟
- اگر همکاران بگویند نوشتن گزارش وقت تلف کردن است و نیازی به این همه نوشتن نیست و همیشه خلاصه وار بنویس. پاسخ شما برای ایشان چیست؟
- تصور کنید امروز صبح برگه ای به دستان می رسد که نشان می دهد خانواده ای که بیمارشان پنج ماه گذشته در بخش شما بستری بوده است و از افتادن بیمارشان از تخت از شما شکایت کرده اند...

آرزو می کنید چه مطالبی در گزارش تان در آن موقع وجود داشته باشد.



➤ نگرش:

برای پاسخ به این سوال و تمام سوالاتان در زمینه گزارش نویسی تا آخر این فایل همراه ما باشید

بخش یکم

➤ تعریف گزارش نویسی:

تبادل و انتقال 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، می تواند برنامه مراقبتی سازمان یافته و جامعی را برای مراقبت از ممدجو، 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، گزارشات شفاهی و کتبی خود را ارائه می دهند. 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.
- ✓ امروزه با توسعه ی فرآیند پرستاری، ثبت پرستاری (گزارش نویسی) به عنوان یک چهارچوب فعالیتی و یک وسیله ی ضروری برای ارائه و ارزیابی مراقبت های پرستاری گسترش یافته است.

اوراق ثبت مراقبت های پرستاری یکی دیگر از اوراق مهم و مکتوب در پرونده پزشکی بیمار محسوب

می شود.

❖ بدیهی است که گزارشات پرستاری هنگامی که از نظر قانون مورد بحث قرار گیرند، دلالت بر تاکید دوباره بر حفظ جان بیمار ، امنیت حقوقی پرستار و امنیت جانی جامعه دارند.

✚ گزارشات پرستاری نشان دهنده یک ابزار قانونی برای مراقبت ها و کیفیت آنهاست که به بیمار ارائه شده است. بنابراین گزارش پرستاری جامع ، عاملی برای رفع اتهام و تبرئه پرستاران است. و طبعاً "نارسایی در گزارش پرستاری می تواند عاملی برای تائید اتهام" تلقی شود.

✚ فایده و هدف از نوشتن گزارش، رساندن پیام به خواننده با سرعت و صحت و روشنی است. مهم این است که نویسنده ی گزارش، قادر باشد تصویری روشن از فکر و هدف خواننده ترسیم نماید. قبل از اینکه تصمیم به تدوین گزارش بگیرید باید بدانید که گزارش را برای چه شخصی یا اشخاصی تهیه می کنید. در واقع چه کسی یا کسانی، بر اساس گزارش شما تصمیم گرفته و اقدام خواهند کرد.

➤ انواع خطا

۱. **سوی رفتارهای حرفه ای (تخلف)** ➡ (اجرای یک عمل خارج از حیطه استاندارد یا اشتباه در اجرای یک عمل مثلا کاری را که نباید انجام دهیم را انجام دهیم یا اقدامی که انجام نشده است را ما ثبت کنیم)

۲. **قصور پزشکی** ➡ (کوتاهی در اجرای یک عمل، مثلا سقوط بیمار را در گزارش مان ثبت نکنیم).

➤ مستند سازی (Documenting)

مجموعه ثبت شده از اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت بیمار، برنامه های درمانی- مراقبتی و اقدامات انجام شده

✚ مستند سازی شامل ثبت (Recording) و گزارش نویسی (Reporting) می باشد.

❖ ثبت (Recording)

✓ ثبت اطلاعات مرتبط با سلامت بیمار بصورت نوشتاری جهت پیگیری سیر بیماری و پیشرفت بهبود (یعنی آنچه را که ما می بینیم ثبت می کنیم در واقع این نوشته نتیجه و ماحصل عمل ما نیستند بلکه وضعیت خود بیمار می باشد. مثلاً وقتی فشار خون بیمار را کنترل می کنیم مقدار عددی فشار خون نشان دهنده بخشی از همودینامیک بیمار می باشد و ما در ایجاد آن نقشی نداشتیم و فقط آنچه را می بینیم یا می شنویم یا حس می کنیم را ثبت میکنیم). مانند:

ثبت علائم حیاتی

ثبت کنترل I/O

ثبت شرح حال

ثبت اطلاعات در کاردکس

خلاصه پرونده

❖ گزارش نویسی (Reporting)

انتقال اطلاعات مرتبط با اقدامات انجام شده جهت بیمار بصورت نوشتاری (یعنی اقداماتی را که ما برای بیمار انجام می دهیم را گزارش می کنیم). مانند:

گزارش پرستاری (مثلاً این سناریو را در بخش داخلی جنرال و در شیفت صبح تصور کنید؛ بیمار آقای مجیدی به دنبال درد قفسه سینه (chest pain) و تعریق سرد و ...

شما به عنوان پرستار برای بیمار اقداماتی را که انجام دادید؛ از جمله زمان اطلاع به پزشک- زمان حضور پزشک بر بالین بیمار- اجرای اوردر پزشک- اخذ ECG- مانیتورینگ و... و در نهایت سرانجام وضعیت بیمار و انتقال ایشان به CCU یا ICU، همراه با علائم بالینی بیمار ثبت می کنید).

گزارش اتاق عمل

➤ پس بصورت خلاصه:

✓ در واقع ثبت، ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعاتی را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامتی بیمار به شکل سند به ما منتقل می نماید. در حالیکه گزارش نویسی، بیشتر اقداماتی هستند که ما برای بیمار انجام دادیم.



➤ نگرش

به نظر شما هدف از ثبت و گزارش نویسی چیست؟

➤ هدف از ثبت و گزارش نویسی:

معمولا، افراد متعددی در شیفت های مختلف شبانه روز (صبح ، عصر و شب) و بطور مداوم در بیمارستان عهده دار مراقبت از بیمار می باشند و این افراد دائما عوض می شوند ، شیفت آنها تمام می شود و افراد دیگری امر مراقبت را ادامه می دهند و این تغییر و تحولات ادامه می یابد . اگر ما مشکلات بیماران و مراقبتهای انجام شده و موارد قابل پیگیری و طرح مراقبتی را به افراد جدید منتقل نکنیم و آنها بی خبر باشند زنجیره مراقبت از هم گسیخته می شود .

➤ اهداف گزارش نویسی را می توان بصورت خلاصه برشمرد:

۱-ارتباط : اعضای تیم مراقبتی در کارهای خود به وسیله گزارش نویسی با هم در ارتباط هستند .

۲-آموزش: ثبت گزارشات بیمار، اطلاعاتی در رابطه با تشخیص، ارتباط علائم بیماری با هم، موفقیت یا عدم موفقیت درمان و ... را ارائه می دهد.

۳-تحقیق: گزارشات منبعی برای جمع آوری اطلاعاتی در رابطه با تکرار یک بیماری، عوارض، استفاده از درمان یا پرستاری خاص، مرگ و بهبودی و عوارض دارویی می باشد.

۴-نظارت و ارزشیابی سیستم های بهداشتی و درمانی: با مطالعه گزارشات، نکات ضعف و قوت در اقدامات انجام شده مشخص می شود و اشتباهات تصحیح می گردد.

۵-تهیه صورت حساب مالی: از طریق ثبت کامل و صحیح گزارشات، صورت حساب مالی بیمارستان درست محاسبه می شود.

۶-ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی در ارتباط با بیمار: با ارزیابی اطلاعات ثبت شده در گزارشات پرستاری، استراتژی های درمان پی گیری می شود و پیش بینی های لازم در مورد نیازهای درمانی و مراقبتی انجام می شود.

در یک جمله می توان گفت: با ثبت کردن و گزارش نویسی می توانیم مراقبت را مستمر و پیوسته نماییم.

➤ اهمیت گزارش نویسی در پرستاری:

✚ گزارش یک نوشته انحصاری است که وضعیت بیمار و مراقبت های انجام شده در بیمارستان را نشان می دهد.

✚ گزارش نمادی از فعالیت ها و عملکردهای تیم درمان است و تنها منبع ارتباطی نوشته شده بین گروههای درمانی است.

✚ مدارک پزشکی جزو ادله اثباتی یا دفاعی و به استناد ماده ۱۲۸۴ قانون مدنی، جز اسناد است.

تمام اعضاء تیم درمان برای رسیدن به یک هدف واحد به گزارشات نوشته شده در پرونده تکیه دارند. چون گزارشات پرستاری شامل اطلاعات مخصوص در مورد بیمار و مراقبت های اوهست و همچنین رایج ترین گزارشات نوشته شده در مورد وقایعی است که در طول روز برای بیمار اتفاق افتاده است .

ثبت مراقبت های پرستاری یک اصل قانونی در تمام سیستم های بهداشتی درمانی است و به عنوان یک وظیفه حرفه ای باید این کار را انجام بدهیم ،/ما و اگر ندارد.

آنچه در پرونده ثبت نشده یعنی انجام نشده (قدرت پرونده بیشتر از قدرت شهود است، برای مثال اگر ما دچار قصور یا تخلف پزشکی شویم و خانواده بیمار از ما شکایت کنند دادگاه و قاضی با مستندات موجود از جمله گزارش ما رای را صادر می کند و حتی اگر برای بیمار اقدام نجات بخشی هم انجام داده باشیم ولی ثبت نکرده باشیم انگار هیچ کاری انجام نداده ایم و حتی اگر همکاران آن شیفت هم، که با ما بودند را به عنوان شهود ببریم هیچ ارزش قانونی ندارد. پس بصورت کلی تمام اقدامات انجام شده برای بیمار بایستی ثبت و گزارش گردد).



➤ نگرش

می توانید از کاربردهای گزارش نویسی پرستاری به سه مورد اشاره کنید؟

➤ کاربردهای گزارش نویسی پرستاری :

۱- جنبه های قانونی ثبت:

از آنجایی که پرستاران بیشترین تماس را با بیماران دارند و برای دریافت علائم و واکنش های مهم تعلیم دیده اند بنابراین وظیفه قانونی برای مشاهده دقیق و مکرر بیماران و گزارش همه یافته های تشخیصی و نتیجه درمان پزشک و سایر اعضاء تیم درمانی را بر عهده دارند . علاوه بر بررسی دقیق و مراقبت از بیمار ، پرستار وظیفه ثبت و گزارش وضعیت بیمار را نیز دارد ، به طوری که پزشک بتواند بر اساس اطلاعات روزمره تصمیمات درمانی را در باره بیمار اتخاذ کند . بعلاوه پرستار موظف است مراقبت پزشکی نادرست را از طریق کانال های مناسب گزارش نماید تا بیمار از غفلت و سهل انگاری مصون باشد .

✓ از جمله مسئولیت های سنگین این حرفه را، می توان شیوه انتقال اطلاعات و گزارش دهی و گزارش گرفتن و ثبت آن را مطرح نمود . آگاهی پرسنل پرستاری نسبت به مقررات قانونی کاملاً ضروری است گزارش نویسی در حکم یک سند قانونی می باشد و ثبت مراقبت پرستاری یک اصل قانونی در تمام سیستم های درمانی می باشد ، ثبتی که بعدها ممکن است به عنوان یک گواه در دادگاه مورد استفاده قرار گیرد.



➤ نگرش

به این نوشته مهم خوب توجه کنید.



❖ بیمار بر طبق اطلاعاتی که در پرونده نوشته شده می تواند علیه پرستار ، پزشک یا هر کس دیگری در دادگاه شکایت و اعلام خسارت نماید . پس لازم است پرستاران گزارشی بنویسند ؛ اصولی ، روشن و شفاف که خودشان را تبرئه نمایند و زیر سوال نروند .

۲- جنبه حقوقی ثبت:

ثبت اطلاعات به عنوان حقوق بیمار، امروزه بعضی ها معتقدند که اطلاعات مندرج در پرونده جزء حقوق بیمار است.

۳- جنبه ارتباطی ثبت:

گزارش پرونده وسیله ارتباطی کادر درمانی برای تسهیل تداوم مراقبت از بیمار است که اعضاء تیم درمان در کارها با هم در ارتباطند .

۴- جنبه های درمانی ثبت:

پرونده بیمار به عنوان مدرکی که کلیه معالجات و مراقبت های انجام شده برای بیمار در آن ثبت می شود بسیار با اهمیت است .

۵ - جنبه پیشرفت بیماری:

سیر بیماری بطور مرتب و منظم ثبت شده و برای مطالعه مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام شده آسانتر خواهد بود .

۶- جنبه تحقیقاتی ثبت:

گزارشات موجود در پرونده بیماران، به عنوان منبع اطلاعات برای تحقیقات علمی می باشد . شیوع یک بیماری و مرگ و میر و بهبودی از آن ، عوارض استفاده از درمان یا پرستاری خاص ، اثرات و عوارض دارویی از طریق همین اطلاعات قابل تحقیق است .

۷- آموزش دانشجویان:

پرونده ها می تواند تصویر روشنی از بیمار و مشکلات او و برنامه های مراقبتی انجام شده را در یک جا به دانشجویان ارائه نماید .

۸- نظارت یا رسیدگی:

نظارت پرستاری عبارت است از بررسی گزارشات پرونده بیمار به منظور ارزشیابی کیفیت و کمیت مراقبت های پرستاری انجام شد .

۹- پرستاری مقرون به صرفه از طریق ثبت گزارشات :

ثبت مراقبت های ارائه شده بر اساس نیازهای معلوم بیمار و پی آمد ناشی از آن و نوع و مقدار زمانی که خدمات پرستاری انجام می شود نسبت به محاسبه جاری امکان تخمین هزینه ها را با دقت بیشتری میسر گردانیده است .

۱۰- قضاوت در مورد کار و شخصیت گزارشگر:

گزارش تا حد زیادی بازتاب کیفیت کاری است که از آن خبر می دهد و هم نمودار شخصیت کسی است که آن را انشاء یا تنظیم کرده است .

از اینکه همچنان همراه ما هستید بینهایت سپاسگزاریم.



➤ نگرش

تصور کنید در شیفیت صبح فردا، یک دانشجوی ترم چهار پرستاری از شما این سوال را می پرسد؛ آقا یا خانم می توانید چند ویژگی شاخص یک گزارش خوب را به من بگویید؟

پاسخ شما چیست؟

➤ ویژگی های کلی یک گزارش خوب:

ارتباط کلیه اعضای تیم مراقبت وابسته به ثبت اطلاعات در پرونده هاست .

ویژگی های یک گزارش خوب و صحیح شامل رعایت ۱۰ اصل مهم گزارش نویسی:

۱- حقیقت (Actual):

- گزارش صحیح باید حقایق را بیان نماید ، پرستار آنچه را که پرستاری دیگر شرح میدهد گزارش نمی کند ، گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی در باره پدیده ها باشد که پرستار آن را می بیند، می شنود ، می بوید و احساس می کند.
- استفاده از اصطلاحات صحیح و اختصارات مورد قبول هنگام گزارش اطلاعات مهم است (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).

❖ **نکته مهم:** به هیچ عنوان در گزارش نویسی قضاوت نخواهیم کرد جز در مرحله تشخیص.

- **گزارش غلط:** بیمار بی اشتها می باشد.



➤ نگرش

به نظر شما گزارش صحیح (بیمار بی اشتها) چی می تونه باشه؟؟؟

بله کاملاً درسته ما در بالا اشاره کردیم ما در گزارش نویسی قضاوت نمی کنیم و فقط حق داریم از زبان بیمار کلمات را روی کاغذ بیاریممثلاً گزارش صحیح مثال فوق به شرح زیر می باشد.

✓ **گزارش صحیح:** بیمار اظهار می دارد (بالا اشاره کردیم از زبان بیمار می نویسیم یعنی هرچی بیمار گفت یادداشت می کنیم) میل به غذا ندارد و از خوردن غذا امتناع می نماید.

- **گزارش غلط:** بیمار به بی خوابی دچار است.



➤ نگرش

اینبار شما از زبان بیمار گزارش صحیح مثال بالا رو بنویسید.

✓ **گزارش صحیح:** بیمار اظهار می دارد شب گذشته ۲ ساعت توانسته است بخوابد.

این سناریو را تصور کنید:

❖ مثلاً در شیفت عصر ساعت ۱۵:۱۶ بعد از وارد شدن به اتاق بیمار متوجه می شویم بیمار روی زمین کنار تخت افتاده است نحوه گزارش نویسی:

- **گزارش غلط:** بیمار ساعت ۴ و ربع عصر دچار سقوط از تخت شد.

بالا اشاره کردیم آنچه را میبینیم ثبت میکنیم و قضاوت نمی کنیم یعنی از زبان و اندیشه و افکار خودمون نمی نویسیم و تنها و تنها گفته های بیمار و وضعیت کنونی بیمار را ثبت میکنیم!!! و اینکه ساعت را دقیق و بصورت 24h می نویسیم.

✓ گزارش صحیح: ساعت ۱۶:۱۵ حین ورود به اتاق بیمار، متوجه شدم روی زمین و کنار تخت دراز کشیده است...

- گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

همکاران خوبم گزارش صحیح را شما بنویسید؟

✓ گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد.....

یک نمونه از مثال فوق را می توان به شکل زیر نوشت.

مثلا بیمار اظهار می دارد (از زبان بیمار می نویسیم) قادر به انجام کارهای خود نیست و حوصله صحبت با دیگران را ندارد.

۲-دقت Accurate

- موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضا تیم درمان بتوانند اعتماد کنند.
- از به کار بردن کلماتی که ممکن است برای خواننده معانی مختلفی ایجاد کند(مانند خوب، متوسط، کافی، طبیعی و نرمال و خودداری شود).

- گزارش غلط: حال عمومی بیمار خوب / نسبتا بد (غلط) است.

✓ گزارش صحیح: بیمار هوشیار است، علایم حیاتی $RR=17$ ، $PR=84$ ، $T=37.2$ $BP=125/75$ می باشد. از درد شکایت ندارد.

✓ گزارش غلط: فشار خون طبیعی / نرمال / خوب (غلط) است.



➤ نگرش

بنظرتون منظور از فشار خون نرمال یا خوب چیه؟؟؟

✓ گزارش صحیح: فشار خون $120/80$ است. (بایستی بصورت کمی بیان شود نه بصورت کیفی)

❖ محتوای ثبت باید قابل ارزیابی و دقیق باشد.

- گزارش غلط: بیمار به میزان کافی (غلط) مایعات مصرف کرده است.

✓ گزارش صحیح: بیمار $400cc$ مایعات (آب) از راه دهان مصرف کرده است.

- گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و عمیق (غلط) می باشد و ترشحات دارد.

✓ گزارش صحیح: زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم 4cm طول و 2cm عمق دارد و ترشحات سروزی 100cc (یا تعداد گاز خیس) داشت.

- گزارش غلط: زخم شستشو و پانسمان شد.



➤ نگرش

به نظر شما این شیوه نوشتن که زخم شستشو و پانسمان شد درسته یا غلط؟؟؟ آخه زخم کجا؟؟؟؟؟؟

✓ گزارش صحیح: زخم محل عمل جراحی (ربع تحتانی چپ شکم) به ابعاد: طول 4cm و عرض 5cm بصورت سوچور شده، توسط دکتر محمدی در ساعت ۱۸:۳۰ شستشو و پانسمان شد. و در طی شیفت محل عمل جراحی مذکور خونریزی و هماتوم نداشت.

یا به این شکل می توان نوشت:

در ساعت ۱۸:۳۰ پانسمان توسط دکتر محمدی در حالیکه ترشحاتی روی پانسمان وجود نداشت جهت شستشوی زخم از روی برش شکمی (mid-line abdominal incision) برداشته شد. لبه های برش با استاپل (بخیه های چسبی) به خوبی در کنار هم قرار گرفته اند. حاشیه های زخم اکیموز ندارند و اریتماتوز نیست و ناحیه اطراف زخم دارای ترشحات سروزی اندکی است (حدود نصف گاز استریل). گاز خشک استریل در ربع پایینی سمت چپ شکم قرار داده شد و با چسب ثابت گردید.

اگر محل عمل درن (پن رز-جکسون-هموواگ-کاروگیت و ...) داشت در ادامه به این صورت می توان به آن اشاره کرد.

درن پن رز در ربع پایینی سمت چپ شکم ترشحات سرروزی را خارج میکند . مقدار ۴۰ سی سی ترشحات تخلیه شد محل برش بدون قرمزی یا ترشحات است. و در طی شیفت مذکور و حین تحویل شیفت نیز به خانم رضایی همکار پرستار شب کار، محل عمل جراحی مذکور بدون خونریزی و همتوم بود.

❖ نکته مهم:

✓ اگر بعد از ترخیص ، نیاز به مراقبت از زخم وجود داشته باشد باید آموزش های مناسب که در این زمینه ارائه شده اند ثبت گردند . این ثبت باید نشان دهد که روشهایی که در شرایط استریل بایستی انجام گردد { روش آسپتیک (Aseptic Technique) } توضیح داده شده است ، چگونگی بررسی زخم از نظر علائم عفونت و دیگر عوارض شرح داده شده است. بیمار چگونگی تعویض پانسمان را نمایش داده است و اینکه آموزش های کتبی برای مراقبت از زخم در منزل را برای بیمار فراهم شده است .

۳-مختصر بودن (Conciseness):

✓ در ثبت گزارش ، پرستارتنها اطلاعات ضروری را نوشته و از شرح اضافی و جزئیات بی ربط اجتناب می ورزد.

✓ نوشته های مختصر درک 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. از آنجایی که ثبت گزارشات برای برقراری ارتباط با دیگر مراقبت کنندگان در مورد وضعیت بیمار می باشد، هرگز نباید از عبارت اختصاری جدید که فقط برای تعداد اندکی معنی دارد یا فقط برای یک بخش در بیمارستان معنی دارد، استفاده کرد. عبارات اختصاری که توسط فرد نویسنده ابداع می شوند نه تنها به فرایند ارتباط کمک نمی کند، بلکه مانع برقراری ارتباط می شود. دومین دلیل عدم استفاده از عبارات اختصاری جدید یا خود ساخته این است که پرستار زمانی که به وسیله هیئت منصفه مورد سؤال قرار می گیرد. احتمالاً به یاد نمی آورد که آن عبارت اختصاری چه معنایی داشته است و زمانی که خود پرستار نتواند ثابت کند که چه اتفاقی برای بیمار افتاده است، مشکل می توان کارآیی و کیفیت مراقبت وی را تایید کرد.

4-کامل بودن (Completeness):

✓ گزارش خوب به همان اندازه که مختصر است کامل نیز می باشد. در گزارش های مرتبط با اقدامات درمانی و مراقبتی باید به وضوح ذکر گردد چه کاری توسط چه کسی و چه زمانی انجام شد. اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل باشد. و در عین کامل بودن بایستی مفاهیم با زبان علمی و به اختصار در گزارش پرستاری ثبت گردد.

✚ گزارش پذیرش بیمار(ازجمله وضعیت هوشیاری- وسیله انتقال- علایم حیاتی و ...)
✚ شرح حال و شکایت بیمار (توصیف هر علامتی مثل درد که باید محل و شدت درد، نوع درد، مدت درد، چگونگی انتشار درد، عوامل تشدید یا تسکین دهنده درد و علائم همراه در آن مشخص باشد)
✚ علایم و یافته های قابل مشاهده (رنگ پوست و ...)

آزمایشات ، رادیوگرافی ها و کارهای تشخیصی ، پیگیری آنها ، وجود موارد غیر طبیعی به پزشک معالج و سایرین گزارش شود .

تجویزهای دارویی (مثلا به علت افت فشار خون بیمار: ساعت ۴:۱۵ به دکتر رضایی رزیدنت بخش که در بخش تشریف داشتند، افت فشار خون بیمار اطلاع داده شد و به ایشان گفته شد که فشار خون بیمار 75/45 می باشد، ایشان نیز برای بیمار 500cc سرم نرمال سالین بصورت state و 5-10 میکرو داروی لئوفد بصورت انفوزیون وریدی شروع کردند و در ادامه گزارش بایستی به وضعیت بیمار در صورت بهبود فشار خون یا بدتر شدن وضعیت بیمار بعد از دریافت سرم و داروی لئوفد اشاره کنیم).

نکته مهم: اثر دارو بایستی ثبت شود مثلا داروی آپوتل بدلیل تب بیمار که آیا بعد از تزریق مثر مثر بوده است یا خیر ؟ یا داروی آمیودارون بدلیل آریتمی...

وضعیت حرکتی (بیمار RBR یا CBR)

ثبت وقایع و حوادث (سقوط بیمار و تزریق داروی اشتباه...)

رفتارهای تاثیرگذار بر سلامت مددجو

آموزش به بیمار (نیازهای آموزشی بیمار تشخیص و آموزش لازم داده می شود و اگر تغییری در رفتارش پیدا شد ، ثبت گردد) .

اقدامات قابل پیگیری

مشاوره ها

مشاهدات پرستار به صورت ذهنی و عینی مثل بیان درد توسط بیمار و اندازه گیری نبض و فشار خون هنگام درد و یا بیان وضعیت دفع ، اشتها ، خواب و بیمار .

برنامه ترخیص بر اساس SMART

گزارش فوت (از زمان بدحال شدن بیمار با زمان دقیق باید اشاره شود....)

نکته مهم: پرونده جایی برای گزارش خطای دیگران نیست، پرونده گزارش وضعیت سلامت مددجو است.

۴-جاری و پویا بودن (Dynamic):

✚ 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 بر اساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد. یادداشت یک سری از موارد باید بدون هیچ تاخیری باشد^۱ مانند: دادن داروها، آمادگی برای عمل و کارهای تشخیصی، مراقبت های اولیه بعد از عمل جراحی، پذیرش، انتقال، ترخیص و تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار، اندازه گیری علائم حیاتی و کنترل جذب و دفع و ... اما ثبت مواردی مثل حمام دادن^۲ ماساژ و... را میتوان به تاخیر انداخت.

۵-سازماندهی شده و منظم (Organization):

✓ اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرمهای مخصوص استفاده گردد. منظور از سازماندهی اینست که وقایع را به ترتیب زمان وقوع نوشت.

▪ مثال: بیمار درد شدیدی در ربع تحتانی شکم بیان می کند که هنگام چرخیدن بدتر می شود و در حالت خوابیده به چپ به حداقل می رسد. شکم در لمس حساس و در دق مات می باشد صدای روده ها با گوشی شنیده نمی شود^۳ به دکتر کریمی ساعت ۲۱:۴۵ اطلاع داده شد^۴ ایشان او در انجام اسکن شکم و لگن با کنتراست وریدی اورژانسی گذاشتند... و در ادامه ساعت رفت و برگشت بیمار به اسکن- وضعیت انتقال بیمار-ساعت

اطلاع جواب اسکن به پزشک و اوردر پزشک و وضعیت نهایی بیمار بایستی در گزارش پرستاری قید شود.

✓ نوشته ها باید خوانا و روشن باشد و فقط از عبارت اختصاری (مخفف) استاندارد استفاده شود. اگر پرستار در به خاطر آوردن مخفف ها مشکل دارد یا در معنی آنها شک دارد، باید از کلمات اختصاری استفاده نکند. اینکه گزارش را کامل و درست بنویسیم بهتر از این است که نتوانیم اختصارات به کار برده شده را برای هیئت منصفه توضیح دهیم. هیئت منصفه در ضمن استشهاد، بارها گزارشات را با نویسنده مرور می کنند و اصرار دارند که هر لغت ناخوانا، تعبیر و تفسیر، یا توضیح ناخوانایی توضیح داده شود. گزارشات پرستاری باید سازماندهی شده باشند و مرتب نوشته شوند. اگر چه نوشته های کثیف و نامرتب، تاثیری بر کیفیت مراقبت های انجام شده ندارد، اما وکلای مدافع قضاوت خواهند کرد که اگر پرستار در چارت کردن، نامرتب باشد و سازماندهی نداشته باشد، بنابراین، در انجام مراقبت های پرستاری نیز نامرتب است و سازماندهی ندارد. بسیاری از داورن این گونه فکر می کنند و بر علیه مراقبت کنندگان و به نفع بیمار آسیب دیده رای می دهند.

✚ اطلاعات با نظم و ترتیب به راحتی قابل درک است.

❖ گزارش سازماندهی نشده:

✓ بیمار دردی تیز در ربع تحتانی شکم داشت، پزشک وی را ویزیت نمود. حساسیت شکم به لمس وجود داشت. صدای دودی وجود نداشت. آمپول دمرول ۷۵ میلی گرم عضلانی تزریق شد. در حالت خوابیده به سمت چپ درد خفیف داشت. سی تی اسکن شکم اوردر داده شده، بیمار با چرخیدن به سمت راست دردش بیشتر و با چرخش به سمت چپ دردش تسکین می یابد.



➤ نگرش

گزارش سازماندهی شده مثال بالا با شما. اما ما کمکتون می کنیم...

❖ گزارش سازماندهی شده:

✓ بیمار اظهار می دارد درد تیزی در ربع تحتانی چپ شکم دارد که با چرخش به طرف راست بدتر می شود. برگشتن به پهلوی چپ مختصری درد را تسکین می دهد. شکم در لمس سفت و حساس بود. در دق صدای دال شنیده شد، صدای حرکات دودی سمع نگردید. دکتر آرمان که در بخش تشریف داشت بیمار را ویزیت نمود، آمپول دمرول ۷۵ میلی گرمی عضلانی طبق اوردردر جهت برطرف کردن درد تزریق شد. بیمار جهت سی تی اسکن ساعت ۹:۳۵ به رادیولوژی فرستاده شد. و ساعت ۱۰:۱۰ به بخش بازگشتند.

۶- محرمانه بودن گزارش (Confidentiality):

کلیه گزارشات باید بصورت محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد. پرستار نباید راجع به وضعیت بیمار با بیماران دیگر یا افرادی که عضو تیم مراقبت از بیمار نیستند صحبت کند. فاش کردن راز بیمار بدون اجازه وی پیگرد قانونی دارد. اطلاعات ثبت شده در پرونده 'باید دور از دسترسی بیماران دیگر باشد' اگر پرونده گم شود 'پرستار مسئول است. پرستاران باید از ثبت اطلاعات محرمانه که در باره بیمار از سایر اعضا شنیده اند 'نام بردن تشخیص بیمار به دیگران و بحثی که راجع به سایر بیماران می شود در پرونده خودداری کنند.

۷- به موقع بودن (Timely):

هیچگاه قبل از انجام اقدام آن را گزارش نکنید.

ثبت زمان بر اساس ۲۴ ساعت و تاریخ (در قسمت نکات طلایی، نکته پنجم به آن اشاره کردیم).

هیچگاه ثبت یا گزارش یا تاخیر را در بین فاصله ثبت های قبلی ننویسید.

برای ثبت و گزارش با تاخیر بین ۲۴ تا ۷۲ ساعت بسته به قوانین بیمارستان فرصت است.

- گزارش غلط: 1401/12/10 ساعت 11 بیمار جهت انجام گرافی ریه با ویلچر توسط همکار کمکی اعزام شد.

✓ گزارش صحیح: 1401/12/10 ساعت ۱۱:۲۵ // در تاریخ 1401/12/9 ساعت ۸:۱۵ بیمار جهت انجام گرافی ریه با ویلچر توسط همکار کمکی آقای سعدالله پور اعزام شد. (ثبت با تاخیر)

بعد از انتقال پرونده به پایگانی هیچ ثبت و گزارشی امکان پذیر نیست.

نوشتن تاریخ دقیق و ساعت ثبت و گزارش امری ضروری است و همواره باید هنگام مستند سازی، زمان گزارش و زمان انجام اقدام مشخص شود.

۸- قانونی بودن (legally Prudent):

ثبت باید خوانا باشد.

اگر دستورات پزشک جای سوال است یا نمی توانید آن را بخوانید ناکامل است یا احتمال می دهید به بیمار آسیبی برساند/ در اطمینان از صحت آن بکوشید.

9- مرتبط بودن (Relevant) و ۱۰- پی در پی بودن (Sequential)

نکاتی که در گزارش پرستاری به آن اشاره می کنید بایستی دارای یک نظم مشخصی باشد و هیچ یک از جملات ما نباید نوشته های دیگر را نقض کند.

بصورت خلاصه می توان گفت: که نوشته های ما باید مثله حلقه های زنجیر به هم پیوسته باشند.

➤ بطور کلی هدف از تشکیل پرونده بیمار از جمله گزارش نویسی، پرونده پزشکی و :

- ✚ انعکاس دهنده مراقبت های ارائه شده به بیمار است .
- ✚ نشان دهنده نتایج مراقبت و درمان است .
- ✚ تسهیل کننده برنامه ریزی مداوم و مراقبت بیمار است .
- ✚ کمک به هماهنگی بین خدمات اعضاء تیم بهداشتی – درمانی است.
- ✚ کمک به تبادل اطلاعات در مورد وضعیت بیمار ، درمان ها و مراقبت ها در بین اعضای تیم بهداشتی درمانی است .
- ✚ در واقع مدارک پزشکی یا پرونده بیمار به عنوان یک گواه در دادگاه در مقابل دعاوی بیماران و بیمارستان، معتبر و قابل قبول است و باعث مصونیت حرفه ای می شود.

بخش دوم

ثبت در سیستم مغز و اعصاب



بررسی سطح هوشیاری بر اساس مقیاس کمای گلاسکو یا Glasgow (GCS) و Four Score (Coma Scale)

اندازه مردمک ها و واکنش به نور

بررسی بیمار از جهت آگاهی به مکان، زمان و اشخاص

بررسی بیمار از نظر صحبت کردن، درک، فهم و رفتار

بررسی حافظه

بررسی حس و حرکت اندام های فوقانی و تحتانی

بررسی از نظری پاسخ کلامی مناسب یا نداشتن پاسخ کلامی

بررسی مشکل، تشخیص پرستاری، اقدامات انجام شده ، نتایج بدست آمده، اقداماتی

که باید پیگیری شود و ثبت کلیه داده ها و آموزشها با ذکر ساعت

➤ اختلالات شایع نورولوژی:

➤ سکته مغزی

✓ سکته مغزی اختلال ناگهانی در یک یا چند رگ خونی تأمین کننده جریان خون مغز است که در اثر ترمبوز , آمبولی یا خونریزی مغزی ایجاد می شود . هنگام مراقبت از این بیماران ثبت موارد زیر لازم است:

- ✚ حوادثی که منجر به سکته مغزی شده است و تاریخ و ساعت بروز حادثه
- ✚ نشانه های بیماری , اگر بیمار می تواند صحبت کند این نشانه ها باید به زبان خودش نوشته شوند.
- ✚ یافته های حاصل از بررسی , از جمله ارزیابی راه هوایی , تنفس , جریان خون , بررسی نورولوژیکی و علائم حیاتی
- ✚ نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است و ساعات اطلاع- ساعت حضور و ویزیت پزشک و مداخلاتی که انجام داده شده است و پاسخ بیمار.
- ✚ نتایج بررسی های مکرری که انجام شده است به همراه قید ساعت.



➤ تمرین

تصور کنید در شیفت عصر، در بخش مغز و اعصاب کشیک هستید و ناگهان حین دادن دارو متوجه افتادگی پلک چپ و سمت چپ دهان بیمار می شوید برای ثبت گزارش پرستاری بیمار اشاره به چه مواردی ضروری به نظر می رسد؟؟؟

❖ نمونه گزارش:

✓ هنگام دادن دارو در ساعت ۱۵:۲۰ دقیقه متوجه افتادگی پلک چپ و سمت چپ دهان بیمار شدم . بیمار در تخت بود و به راحتی نفس می کشید . علائم حیاتی بیمار

Axillary T=37.2 PR =112 RR=24 BP =142/75

بود . بیمار بیدار بود و به محیط اطرافش آگاهی داشت . به سؤالات با بلی و خیر و تکان دادن سر جواب می داد . صحبت کردن بیمار به صورت منقطع بود و برخی کلمات به صورت نامناسب ادا می شد . بیمار اظهار می دارد که مضطرب است . و دستورات ساده را دنبال می کرد . قدرت دست چپ بیمار کمتر از قدرت دست راست بود . پای چپ کمی افتادگی داشت و ضعیف تر از پای راست بود . نمره هوشیاری بیمار در مقیاس گلاسگو ۱۳ بود . پوست بیمار سرد و خشک و نبض های محیطی قابل لمس و (+3) بود . پرشدن مجدد مویرگی سریع و تند است . به دکتر اسماعیلی در ساعت ۱۵:۲۵ اطلاع داده شد. ایشان بیمار را در ساعت ۱۵:۳۵ دقیقه ویزیت نمودند. اکسیژن به مقدار ۲ لیتر در دقیقه از طریق کاتتر بینی در جریان است . نرمال سالین از طریق وریدی شروع شد . پالس اکسیمتری مداوم آغاز شد . بیمار برای انتقال به بخش آی سی یو آماده شد . و ساعت ۱۶:۱۰ طبق اوردر دکتر اسماعیلی، بیمار به بخش ICU مغز منتقل و به خانم محمدی پرستار مسول بیمار تحویل داده شد. دکتر اسماعیلی انتقال بیمار و وضعیت ایشان را به اطلاع خانواده بیمار رساند.

➤ خونریزی داخل جمجمه ای

خونریزی داخل جمجمه ای در اثر پاره شدن عروق رخ می دهد و منجر به خونریزی در داخل بافت مغز می شود . این نوع خونریزی ممکن است منجر به از دست دادن عملکرد مغز به طور وسیع می شود و بهبودی تدریجی و پیش آگاهی بدی داشته باشد . هنگام مراقبت از این بیماران ، باید از ثبت موارد زیر اطمینان حاصل کرد:

بررسی نورولوژیکی بیمار ، مانند کاهش سطح هوشیاری ، گیجی ، بی قراری ، آشفتگی ، لتارژی ، کما ، تغییرات مردمک (از جمله نامساوی بودن اندازه مردمک ، پاسخ آهسته یا عدم پاسخ نور) سردرد ، غش ، علائم نورولوژیک موضعی ، افزایش فشار خون ، افزایش فشار نبض (تفاوت فشار سیستول و دیاستول) برادیکاردی، پوزیشن دکورتیکیت یا دسربریت و استفراغ.

نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است و ساعت اطلاع -ساعت ویزیت و اوردرهایی که داده شده است .

مداخلاتی انجام شده مانند تجویز دارو و مایعات، کمک به پزشک در گذاشتن کاتتر مانیتورینگ فشار مغزی ،تجویز اکسیژن، کمک به پزشک در گذاشتن لوله تراشه و برقراری تهویه مکانیکی و پاسخ بیمار .

بررسی بیمار به طور مرتب و ثبت نتایج بررسی .

استفاده از فلوشیت های مناسب برای کنترل مایعات وریدی ، داروها و اندازه گیری مکرر وضعیت همودینامیک و علائم حیاتی(ممکن است از فلوشیت مخصوص مراقبت ویژه برای ثبت مکرر بررسی های انجام شده از بیمار استفاده شود).

همچنین در بخشهای ویژه بایستی از فلوشیت نورولوژیک مانند مقیاس کمای گلاسگو و Four Score (هر دو مقیاس بایستی بررسی و در قسمت مربوطه تکمیل شود) برای ثبت مکرر بررسی های نورولوژیکی استفاده شود.



➤ تمرین

تصور کنید در بخش جراحی مغز فعالیت دارید و بیمار تان ساعت ۰۸:۲۷ دقیقه صبح ناگهان دچار کاهش سطح هوشیاری می شود... شما بایستی در گزارش پرستاری تان به چه مواردی اشاره کنید؟؟؟

➤ نمونه گزارش:

✓ ساعت 08:27 دقیقه متوجه شدم بیمار در پاسخ تحریکات کلامی کلمات نامربوط به کار می برد. و در واکنش به صدا زن چشم هایش را باز می کند و خود را از محرک دردناک دور می کند. (سطح هوشیاری بیمار در مقیاس کمای گلاسگو 9 بود.) مردمک سمت راست گرد و دارای واکنش نور است. اما مردمک سمت چپ این گونه نیست. راه هوایی باز است و بیمار بدون تقلانفس می کشد. علائم حیاتی چک شد PR=72 - BP=100/60 - Rectal RR=16 - T=38/2 صداهای تنفسی واضح است، صداهای قلب طبیعی است. پوست بیمار سرد و خشک است. نبض های محیطی قابل لمس و طبیعی (۲+) است. به دکتر احمدی در ساعت 08:30 اطلاع داده شد و و ایشان بیمار را ساعت ۰۸:۴۰ ویزیت و وی اوردرهای لازم را ثبت نمودند. اکسیژن ۲ لیتر در دقیقه از طریق کاتتر بینی در جریان است. مسیر وریدی در براکیال دست راست با کاتتر شماره ۱۸ برقرار شد. محلول نرمال سالین جهت بازنگهداشتن مسیر در جریان است. فولی شماره ۱۶ گذاشته شد. برای ساعت ۰۹:۰۰ وقت MRI گرفته شد. دکتر احمدی خانواده بیمار را در جریان تغییر وضعیت بیمار قرار داد. خانواده بیمار، به انجام MRI رضایت دادند.

ثبت در سیستم تنفسی



✚ داشتن یا نداشتن سرفه، انواع سرفه، داشتن یا نداشتن چست تیوب، داشتن بوی خاص ترشحات و رنگ و ویژگی ترشحات (مثلا وجود ترشحات کف آلود صورتی در ادم ریه)، Retraction، تعداد، نوع تنفس

✚ وابستگی به دستگاه تهویه مکانیکی از جمله (PEEP، Rate، PAWP، I.E، R.A.T.O.O، Fio2، TV، MODE) ثبت شود.

✚ وابستگی میزان دریافت اکسیژن (min/l) بوسیله ETT، تراکیاستومی، ماسک، CPAP و....

✚ جواب گازهای خونی شریانی و اقدامات انجام شده و نتایج

✚ انجام ساکشن، دفعات، نوع ترشحات و بوی آن در صورت امکان

❖ دو نکته مهم در مورد ساکشن:

✓ بایستی دقت کرد که ساکشن بصورت PRN یا در صورت لزوم ثبت شود نه بصورت روتین.

✓ زمانی که ترشحات بیمار غلیظ و چسبنده و غیر قابل ساکشن باشد بایستی از پوش آب مقطر به داخل لوله تراشه بیمار خودداری کرد و مراتب را به اطلاع پزشک رسانده و در گزارش پرستاری بصورت کامل ثبت شود.

✚ صداهای تنفسی، انجام یا عدم انجام فیزیوتراپی، نوع آن، میزان تحمل، یا پیشرفت بیمار

✚ بررسی و ثبت مسائل غیر طبیعی، نتایج آزمایشات، گرافی ها
✚ داروهای مصرفی، اقدامات انجام شده، پروسیجرهای انجام شده، نتایج و ثبت دقیق اطلاعات

✚ انجام پروسیجرهای تشخیصی، درمانی و نتایج آن

➤ اختلالات و مداخلات شایع سیستم تنفسی:

➤ هیپوکسمی

✓ هیپوکسمی عبارت است از پائین بودن غلظت اکسیژن در خون شریانی تعریف می شود و زمانی که فشار نسبی اکسیژن شریانی به کمتر از ۶۰ میلی متر جیوه می رسد رخ دهد . هیپوکسمی منجر به کاهش پرفیوژن بافتی می شود و ممکن است منجر به نارسای تنفسی گردد . هنگام مراقبت از بیماری که مبتلا به هیپوکسمی می باشد ثبت موارد زیر لازم است:

✚ علائم حیاتی و یافته های آزمایشگاهی از جمله سطح اکسیژن شریانی
✚ یافته های حاصل از بررسی قلبی ریوی مانند تغییر در سطح هوشیاری، تاکیکاردی، افزایش فشار خون، تاکی پنه، تنگی نفس، لکه لکه شدن پوست، سیانوز در بیماران مبتلا به هیپوکسمی شدید، برادیکاردی و هایپوتانسیون

✚ نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است و ساعات اطلاع- ساعت حضور و ویزیت پزشک.

➤ مداخلاتی که انجام شده اند مانند: اندازه گیری میزان اشباع اکسیژن به وسیله پالس اکسیمتری، نتیجه آزمایش های خونی، دادن اکسیژن به بیمار، قرار دادن بیمار در وضعیت کاملاً نشسته، کمک به پزشک در هنگام گذاشتن لوله تراشه، مانیتورینگ تهویه مکانیکی، انجام مانیتورینگ قلبی مداوم و پاسخ بیمار.

➤ ثبت گزارش مربوط به اکسیژن تراپی:

- ✚ دلایل شروع اکسیژن درمانی.
- ✚ روش اکسیژن درمانی.
- ✚ میزان اکسیژن درمانی.
- ✚ زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی.
- ✚ واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی مانند عوارض و یا میزان O2sat.
- ✚ فقط در صورت انجام اکسیژن درمانی برای بیمار به هر روش اعم از استفاده از دستگاه ونتیلاتور و یا ... لازم است موارد فوق در هر شیفت ثبت گردد.

➤ هنگام مراقبت از بیماری که دارای سیستم دریناژ قفسه سینه است موارد زیر باید ثبت شود .

- ✚ دفعات بررسی سیستم
- ✚ وجود یا عدم وجود هوا یا نوسان در محفظه شیشه ای
- ✚ وضعیت تنفسی بیمار
- ✚ وضعیت پانسمان های قفسه سینه
- ✚ نام ، مقدار و روش تجویز داروهای ضد دردی که داده شده است .
- ✚ عوارضی که بروز کرده است .
- ✚ مداخلاتی که انجام شده

➤ هنگام ثبت مراقبت های انجام شده برای سیستم دریناژ قفسه سینه موارد زیر باید رعایت شود :

تاریخ و ساعت هر مشاهده گزارش شود.

نتایج بررسی های تنفسی شامل تعداد و کیفیت تنفس های بیمار ، یافته های حاصل از سمع ریه ها ثبت شود.

در هر بار تعویض پانسمان چست تیوب یافته های مرتبط با وضعیت پوست بیمار در محل چست تیوب، کنترل از نظر وجود حباب داخل باتل و کنترل اتصالات چست تیوب ثبت شود.

ثبت تاریخ و ساعت اطلاع، حضور و ویزیت پزشک، در مواقعی که وضعیت وخیمی برای بیمار رخ داده است.

گزارش در مورد جلسات آموزش به بیمار و فعالیت هایی که بیمار انجام خواهد داد مانند سرفه کردن و تمرین تنفس عمیق ، نشستن و با دست گرفتن محل ورود چست تیوب به منظور کاهش درد



➤ تمرین

یک نمونه گزارش برای بیماری که در اثر تصادف دچار پنوموتوراکس سمت راست شده است بنویسید؟

❖ نمونه گزارش:

✓ چست تیوب در قسمت قدامی سمت راست قفسه سینه قرار دارد و به ساکشن با فشار ۲۰ سانتی متر متصل است . تمام اتصالات سالم هستند ۵۰ سی سی ترشحات خونی روشن از ساعت ۰۷:۴۰ صبح گزارش شد. نشت هوا وجود ندارد و سطح مایع درون محفظه شیشه ای درنوسان است . پانسمان محل چست تیوب سالم و خشک است . کریپتوس لمس نشد . هر دو ریه صاف هستند . اتساع ریه ها در هر دو طرف قرینه است. تنگی نفس گزارش نشد و بیمار بدون تقلا نفس می کشد . تعداد تنفس ۱۸ تا در

دقیقه است . اکسیژن به میزان ۲ لیتر از طریق کاتول بینی طبق اوردر پزشک جریان دارد .

➤ تهویه مکانیکی :

✓ در تهویه مکانیکی به کمک دستگاه ونتیلاتور ، که ممکن است از فشار مثبت یا منفی برای تهویه استفاده کند، هوا به داخل و خارج ریه های بیمار حرکت می کند . هنگامی که بیمار تحت تهویه مکانیکی قرار دارد لازم است موارد زیر ثبت شود :

✚ تاریخ و ساعت شروع تهویه مکانیکی

✚ نوع ونتیلاتور

✚ تنظیمات دستگاه و ونتیلاتور و ثبت PEEP, Rate, PAWP, I:E Ratio, MODE, Fio2, TV ,

✚ پاسخ های ذهنی و عینی بیمار به تهویه مکانیکی از قبیل علائم حیاتی ، صداهای تنفسی ، استفاده از ماهیچه های کمکی برای تنفس ، سطح راحتی بیمار و ظاهر فیزیکی وی

✚ عوارضی که بروز کرده است و مداخلات انجام شده .

✚ نتایج تست های آزمایشگاهی از جمله نتایج آنالیز گازهای خونی شریانی و اشباع اکسیژن



➤ تمرین

در بخش ICU ریه از بیماری که به دستگاه تهویه مکانیکی وصل می باشد مراقبت می کنید. از مواردی که بایستی در بیماران اینتوبه به آن اشاره کرد سه مورد رو نام ببرید؟

❖ نمونه گزارش:

✓ بیمار با مختصات

TV:450 - FiO2:80% - PEEP:5cm - Rate:12 و مد SIMV ونتیلیته می

شود. لوله تراشه شماره ۸ در گوشه راست دهان گذاشته شده و با چسب در ناحیه دارای علامت ۲۲ سانتی متر فیکس شد. لوله تراشه و دهان بیمار بصورت PRN ساکشن شد و مقادیر زیادی ترشحات سفید رنگ غلیظ از دهان خارج شد پالس اکسی متر ۹۸٪ اشباع اکسیژن را نشان می دهد. ریه ها صاف و تمیز هستند. در ریه راست، رالز و خس خس حین بازدم قابل سمع است. تنگی نفس وجود ندارد.

اگر بیمار تحت تهویه مکانیکی قرار دارد رعایت موارد زیر لازم است :

✚ ثبت تغییرات در تنظیمات ونتیلاتور (این تغییرات بر اساس نتایج آزمایش ، گازهای خون شریانی انجام می گیرد با ذکر ساعت)

✚ ثبت مداخلاتی که برای ارتقای تحرک بیمار ، محافظت پوست یا تسهیل تهویه انجام شده است از جمله اینکه : چه زمانی و چگونه ورزش های دامنه حرکتی فعال یا غیر فعال با بیمار انجام شده است ، چه زمانی تغییر وضعیت داده شده است ، چه اوقاتی ساکشن انجام شده است و همچنین ثبت خصوصیات ترشحات.

✚ ثبت یافته هایی که در بررسی بیمار در ارتباط با جریان خون محیطی ، برون ده ادراری ، کاهش برون ده قلبی ، افزایش حجم مایعات، دهیدراتاسیون و دوره های خواب و بیداری به دست آمده است.

✚ ثبت آموزش هایی که به بیمار یا مراقبت کنندگان از بیمار هنگام آماده کردن بیمار برای ترخیص انجام شده است ، نظیر مراقبت از ونتیلاتور و تنظیمات آن ، مراقبت از راه هوایی مصنوعی ، نحوه برقراری ارتباط ، تغذیه و ورزش ، علائم و نشانه های عفونت، کارکرد وسایل ، هر گونه ارجاع بیمار به فروشندگان تجهیزات ، مؤسسات مراقبت در منزل و دیگر منابع اجتماعی.

➤ گرفتن نمونه خون شریانی

✓ هنگام گرفتن نمونه خون شریانی ، موارد زیر باید به دقت ثبت شود :

✚ محل اخذ نمونه (مثلا از شریان رادیال – براکیال – فمورال و).

✚ نتیجه تست آلن.

✚ موارد بروز اختلال در جریان خون مانند خون ریزی در محل ورود سوزن و تورم ، تغییر

رنگ ، درد ، بیحسی یا مورمور شدن.

✚ پس از گرفتن نمونه خون شریانی موارد زیر ثبت شوند :

✓ ساعتی که نمونه خون گرفته شده است .

✓ مدت زمانی که جهت کنترل خون ریزی بر محل ورود سوزن فشار وارد شده است.

✓ نوع و مقدار اکسیژن درمانی که بیمار دریافت کرده است.

✓ علائم و درجه حرارت و میزان هموگلوبین بیمار.



➤ تمرین

برای بیمارتان در بخش جراحی یک، پزشک او در ABG/Stat نوشته است، و شما ساعت ۰۸:۰۰

نمونه را اخذ و توسط همکار کمک بهیار به آزمایشگاه ارسال می کنید.... در گزارش پرستاری تان

در این زمینه چه نکاتی را ثبت می کنید؟

❖ نمونه گزارش:

✓ ساعت ۰۸:۰۰ خون از شریال رادیال دست راست گرفته شد. نبض طبیعی (۲+) بود. نتیجه تست آلن پرشدگی سریع مویرگی بود. به مدت ۵ دقیقه به محل فشار وارد آمد و پانسمان فشاری در محل گذاشته شد. هیچ مورد خونریزی، هماتوم یا تورم گزارش نشد. دست به رنگ صورتی و گرم بود و بازگشت مجدد مویرگی ظرف دو ثانیه صورت می گرفت. ساعت ۰۸:۰۵ دقیقه نمونه در ظرف حاوی یخ توسط آقای صدیق ارسال شد. نتیجه آزمایش ساعت ۰۸:۱۵ دقیقه به آقای دکتر اصغری اطلاع داده شد. اکسیژن از طریق سوند بینی به ۴۰٪ افزایش یافت در پی دیسترس تنفسی ساعت ۰۸:۴۵ دقیقه طبق اوردر دکتر اصغری برای بیمار ماسک گذاشته شد. و بیمار با ماسک اکسیژن و جریان ۸ لیتر اکسیژن دریافت می کند و اینک دیسترس تنفسی ندارد

➤ ادم ریوی

✓ ادم ریوی عبارت است از تجمع منتشر مایعات در فضای خارج عروقی در بافت ها و آلولهای ریه ها به دلیل افزایش فشار در مویرگ های ریوی می باشد. هنگام مراقبت از این بیماران موارد زیر باید ثبت شوند:

✚ یافته های حاصل از بررسی مانند تنگی نفس، ارتوپنه، استفاده از ماهیچه های فرعی کمکی تنفسی، خلط صورتی رنگ کف آلود، تعریق، سیانوز، تاکی پنه، تاکیکاردی و صداهای غیر طبیعی ریوی مانند رالز، رونکای، ویز و اتساع ورید ژیگولار.

✚ نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده و زمان اطلاع و حضور ایشان و اوردرهای داده شده مانند تجویز اکسیژن و دارو.

✚ مداخلات انجام شده مانند قرار دادن بیمار در وضعیت خاص، برقراری مسیر وریدی، تجویز اکسیژن و دارو ها، کمک به پزشک در برقراری مسیر شریانی مانند مانیتور کردن وضعیت همو دینامیک، ساکشن کردن و پاسخ بیمار.

✚ بررسی های مکرر بیمار از نظر علائم حیاتی، وضعیت همودینامیک، کنترل جذب و دفع مایعات، درمان وریدی، نتایج تستهای آزمایشگاهی و گازهای خونی شریانی و وریدی.

✚ حمایت روحی و آموزش هایی که به بیمار ارائه شده است.



➤ تمرین

در بخش داخلی ریه شیفت شب کشیک هستید و ساعت ۲:۳۰ همراه بیمار سراسیمه به شما مراجعه می کند و می گوید بیمارم به سختی نفس می کشد و شما زمانی که وارد اتاق می شوید با این صحنه مواجه می شوید > بیمار در تخت دراز کشیده بود . سعی می کرد بنشیند و بیان می کرد (نمی توانم نفس بکشم) بیمار سرفه کرد و مقدار کمی خلط صورتی کف آلود خارج شد ... به نظرتان برای این بیمار چه گزارش پرستاری را ثبت می کنید؟

❖ نمونه گزارش:

✓ بیمار در ساعت 02:30 در تخت دراز کشیده بود . سعی می کرد بنشیند و بیان می کرد (نمی توانم نفس بکشم) بیمار سرفه کرد و مقدار کمی خلط صورتی کف آلود خارج شد . پوست بیمار رنگ پریده ، لبها سیانوز ، پرشدن مجدد مویرگی آهسته و کند است . قوزک پا ادم دارد (2+) در سمع دو طرف ریه صدای کراکل شنیده می شود . در سمع قلب صدای S3 وجود دارد . علائم حیاتی چک شد .

BP =140/90 T =37.8 PR =120 RR=30

بیمار بی قرار است اما هوشیار می باشد و به زمان و مکان و شخص آگاهی دارد . یافته های حاصل از بررسی در ساعت 02:35 به دکتر بهادر اطلاع داده شد و ایشان در ساعت 02:45 بیمار را ویزیت کرد . وی بیمار را در وضعیت نشسته با پاهای آویزان قرار داد . اکسیژن از طریق کاتتر بینی به میزان ۲ لیتر در دقیقه در جریان بود که به ۱۲ لیتر در دقیقه از طریق ماسک تغییر کرد . به بیمار توضیح داده شد که ماسک ، اکسیژن بیشتری به او خواهد رساند و به تنفس او کمک خواهد کرد . درصد اشباع اکسیژن ۸۸ درصد بود . عکس رادیوگرافی قفسه سینه گرفته شد . نوار قلب نشان دهنده

سینوس تاکیکاردی همراه با انقباضات زود رس بطنی بود . نمونه خون بیمار جهت آزمایش شمارش کامل گلبول های خون و الکترولیت گرفته شد و به آزمایشگاه فرستاده شد . داروی مورفین , فورزماید و دیگوکسین جهت تزریق وریدی طبق اوردردر داده شد . فولی کاتتر شماره ۱۶ گذاشته شد تا برون ده ادراری را اندازه گیری کند . ۱۰۰ سی سی ادرار هنگام گذاشتن کاتتر خارج شد . تمام پروسیجر ها و داروها به بیمار توضیح داده شد.

ثبت در سیستم گوارش



- ✚ NPO بودن یا نبودن، مقدار و نوع رژیم غذایی ، وضعیت اشتها.
- ✚ توانایی خوردن غذا، داشتن رفلکس gag- داشتن یا نداشتن دندان و...
- ✚ توجه به مخاط دهان، مراقبت های انجام شده، ثبت موارد غیر طبیعی و گزارش به پزشک و اقدامات انجام شده
- ✚ ژژنوستومی، کلستومی، ایلئوستومی
- ✚ مراقبت از استوما، تعویض کیسه های آن، پانسمان و کیفیت پوست اطراف استوما و اندازه آن و ...
- ✚ داشتن یا نداشتن NG-Tube و زمان و تاریخ گذاشتن یا تعویض و خارج کردن.
- ✚ زمان و تاریخ شروع یا قطع TPN و نوع TPN (مثلا آمینوپلازما-اینترالیپید و...).
- ✚ علائم و نشانه ها(مثل بلع دردناک، تهوع، استفراغ، اسهال، وجود خون در مدفوع، نفخ، آسیت).
- ✚ داشتن یا نداشتن مدفوع/کیفیت/رنگ/بو/ شکل مدفوع/ نوع اسهال.
- ✚ داشتن خونریزی از معده و اقدامات انجام شده.
- ✚ ویزیت توسط متخصص تغذیه، اوردر داده شده، اقدامات انجام شده و نتایج.
- ✚ اقدامات تشخیصی، درمانی، (آمادگیها و توجهات خاص پس از انجام پروسیجرها) و گزارش موارد غیر طبیعی به پزشک
- ✚ تنقیه و کولونوسکوپی
- ✚ کاربرد داروها، ثبت عوارض و مراقبتهای خاص

➤ گذاشتن لوله بینی - معدی:

✓ در مواقع گذاشتن لوله بینی - معدی ثبت موارد زیر ضروری است :

- ✚ نوع و اندازه لوله ای که به کار رفته است .
- ✚ تاریخ ، ساعت و مسیر ورود لوله (دهان یا بینی) .
- ✚ دلیل گذاشتن لوله بینی - معدی .
- ✚ روش کسب اطمینان از جایگزینی صحیح لوله .
- ✚ نوع و مقدار ساکشن (اگر به کار برده شده است) .
- ✚ خصوصیات ترشحات مانند مقدار ، رنگ ، قوام و بو .
- ✚ تحمل بیمار هنگام گذاشتن لوله .
- ✚ زمان شستشوی لوله و مقدار محلولی که به کار برده شده است .
- ✚ علائم و نشانه هایی که نشان دهنده بروز عوارض هستند مانند تهوع ، استفراغ ، و نفخ شکم .
- ✚ پروسیجر های شستشوی آتی و ادامه مشکلات و عوارض بعد از شستشو .



➤ تمرین

در بخش گوارش پزشک برای بیمار شما اوردر لوله بینی معدی گذاشته است. شما بعد از تعبیه سوند بینی معدی در گزارشتان چه مواردی را ثبت می کنید؟

❖ نمونه گزارش:

✓ ساعت ۱۲:۳۵ لوله بینی معدی شماره ۱۲ در مجرای چپ بینی قرار داده شد و سپس طبق دستور به ساکشن متناوب با فشار کم وصل شد. ترشحات، سبز کم رنگ و حاوی خون بودند و شستشو با ۳۰ سی سی نرمال سالین هر ۲ ساعت انجام شد که بیمار تحمل کرد. صداهای روده در هر ۴ ربع شکمی به صورت هایپواکتیو شنیده می شود.

تغذیه از طریق لوله:

- ✚ در مواقعی که بیمار از طریق لوله تغذیه می شود علاوه بر بررسی مکرر و ثبت چگونگی تحمل پروسیجر و ترکیب غذایی توسط بیمار، ثبت موارد زیر لازم است:
- ✚ نوع تغذیه لوله ای که بیمار دریافت می کند (تغذیه از طریق دودنوم یا ژوژنوم و همچنین تغذیه مداوم یا متناوب).
- ✚ مقدار دفعات، مسیر و روش تغذیه.
- ✚ نوع ترکیب غذایی.
- ✚ ساعت تغذیه و محلول مورد استفاده برای شستشوی لوله.
- ✚ ثبت مقدار ترکیب غذایی داده شده و مقدار محلول شستشوی لوله در برگه گزارش جذب و دفع.
- ✚ تعویض لوله تغذیه.

هنگام کلمپ کردن یا خارج کردن لوله موارد زیر باید ثبت شود:

- ✚ تاریخ و زمان انجام پروسیجر.
- ✚ تحمل بیمار در مورد پروسیجر.
- ✚ حوادث غیر معمول که هنگام کلمپ یا خارج کردن بروز کرده است مانند تهوع، استفراغ، نفخ شکم، عدم تحمل غذا.

➤ گواژ

✚ نوع گاوآژ: متناوب یا مداوم

✚ حجم و نوع محلول گاوآژ

✚ حجم مایع موجود در معده قبل از گاوآژ

✚ رنگ ترشحات برگشتی از معده

✚ واکنش مددجو

➤ لاواژ

✚ دلایل لاواژ

✚ نوع و حجم محلول لاواژ

✚ حجم و رنگ مواد برگشتی

✚ واکنش مددجو

➤ همچنین بررسی منظم و ثبت موارد زیر ضروری است :

✚ کارکرد معده بیمار.

✚ داروها یا درمان های انجام شده برای کاهش یبوست و اسهال.

✚ سرعت تغذیه در مواردی که به صورت مداوم انجام می شود .

✚ مقدار و محتویات کشیده شده از معده در مواقعی که تغذیه به صورت متناوب انجام می شود.

✚ یافته های حاصل از تست های آزمایشگاهی از جمله گلوکز ادرار و سرم بیمار ، الکترولیت های سرم ،

سطح نیترोजن اوره خون و اسمولالیت سرم.

✚ عوارضی مانند هایپرگلیسمی ، گلوکوز اوری و اسهال که ممکن است بروز کند.

✚ اگر تغذیه بیمار از طریق لوله بعد از ترخیص هم ادامه خواهد یافت باید از ثبت موارد زیر اطمینان حاصل کرد

✚ آموزش هایی که در این زمینه به بیمار و خانواده اش داده می شود .

✚ ارجاعاتی که به تامین کنندگان وسایل یا مؤسسات حمایتی داده می شود.

➤ تغذیه کامل وریدی :

تغذیه کامل وریدی عبارت است از تجویز محلولی است که شامل دکستروز ، پروتئین ها ، الکترولیت ها ، ویتامین ها و مقادیر کمی مواد معدنی می باشد و باعث افزایش انرژی و آنابولیسم می شود . برای بیماری که تغذیه کامل وریدی دریافت می کند رعایت موارد زیر لازم است :

- ثبت نوع و محل مسیر وریدی مرکزی ، محل ورود کاتتر ، حجم و میزان محلول تزریق شده.
- پایش بیمار از نظر عوارض جانبی و ثبت مشاهدات و مداخلات در این زمینه.
- ثبت تاریخ و زمان قطع مسیر مرکزی ، وضعیت ظاهری محل و نوع پانسمان که به کار می رود .



➤ تمرین

تصور کنید در بخش جراحی یک، کشیک شب هستید و بیمارتان TPN دریافت میکند. و شما بایستی طبق
اوردن پزشک سرم اینترالیپید را در شیفت مذکور تزریق نمایید، در ارتباط با دریافت TPN بیمارتان چه نکاتی
را در گزارش پرستاری تان قید می کنید؟

❖ نمونه گزارش:

✓ ساعت ۲۰:۱۰ یک شیشه نیم لیتری اینترالیپید ۵ درصد وصل شد . به وسیله پمپ انفوزیون و از طریق
مسیر ورید مرکزی تحت ترقوه محلول با سرعت ۷۰ سی سی در ساعت جریان دارد . پانسمان شفاف
در محل دست نخورده و سالم است و محل بدون قرمزی ، ترشح ، تورم یا تندرس است . به بیمار گفته
شد اگر پانسمان شل یا کثیف شد ، محل کاتتر دردناک شد یا لوله ها و کاتتر ها بیرون آمدند پرستار
را مطلع کند . دلایل استفاده از تغذیه کامل وریدی بازبینی شد و در مورد هدف از انجام تغذیه کامل
وریدی به سؤالات بیمار پاسخ داده شد. ساعت ۳:۴۰ اینترالیپید به اتمام رسید. و لاین ورودی آن با (
Heparin 150 Unite + 3cc N/S) شستشو داده شد.

➤ محدودیت های رژیم غذایی:

- ✓ اگر بیماری که بدلیل بیماری دیابت محدودیت رژیم غذایی دارد و پرستار در می یابد غذا ها و نوشابه های بدون اجازه کنار تخت وی می باشد ، ثبت موارد زیر ضروری است:
- ✓ عدم اطاعت بیمار.
- ✓ آموزش هایی که پرستار داده است و اینکه اهمیت پیگیری رژیم غذایی تجویز شده را دوباره مورد تأکید قرار داده است.
- ✓ اینکه پرستار به پزشک بیمار اطلاع داده است و ساعت اطلاع را ثبت کرده است.



➤ تمرین

در نظر بگیرید شیفت صبح، در بخش غدد مشغول آموزش رژیم غذایی به بیمار دیابتیک می باشید. و سپس بعد از آموزش چهره به چهره با بیمار اتاق وی را ترک می کنید و بعد از گذشت حدود یک ساعت این بار برای کنترل علایم حیاتی به اتاق بیمار می روید و متوجه می شوید روی یونیت بیمار ترکیبی از شیر و بستنی و نوشابه بود... به نظر شما در گزارش پرستاری مان بایستی عدم اطاعت بیمار از رژیم غذایی آموزش داده شده را چگونه ثبت کرد؟

❖ نمونه گزارش:

ساعت ۱۵:۱۹ متوجه شدم که مخلوط شیر و بستنی و نوشابه و غذاهایی کنار تخت بیمار بود . به بیمار گفته شد که او روزانه 1800 کالری نیاز دارد . بیمار بیان می کند " من هر چه دلم بخواهد خواهم خورد " به دکتر صادقی اطلاع داده شد که بیمار از رژیم دیابتی توصیه شده پیروی نمی کند . به متخصص تغذیه اطلاع داده شد تا با بیمار و خانمش ملاقات و صحبت کند.

ثبت در سیستم قلبی عروقی



- تعداد ضربان قلب در دقیقه، ریتم و فشار خون در حالت نشسته، خوابیده (محل گرفتن)
- صدای قلب و نوار قلب/مشخصات (Interval, Duration, ECG).
- مانیتورینگ بیمار، زمان شروع مانیتورینگ، مقادیر مانیتور شده، لید مانیتور شده.
- تغییر در وضعیت بیمار، ایست قلبی-عروقی و ثبت اقدامات انجام شده و نتایج.
- احیای قلبی ریوی و اقدامات تیم احیا و کاربرد دستگاه دفیبریلاتور، ژول مصرفی، دفعات مصرف، نوع و تعداد شوک.
- (chest pain) داشتن یا نداشتن، محل انتشار درد، شدت و مدت زمان درد، مداخلات پزشکی و پرستاری و نتایج اقدامات صورت گرفته.
- تمیزی محل، تغییر رنگ پوست، گرمی پوست، داشتن نبض، قرمزی.
- التهاب، ترشحات و خونریزی از محل .
- پروسیجرها (آمادگیهای قبل و بعد از آن).
- نوع و مقدار داروهای مصرفی-نتایج و عوارض و احتیاطات و اقدامات انجام شده.
- ثبت آموزش ها، مشاوره ها، اقدامات و نتایج.
- نبض های محیطی و کیفیت آن (قوی، ضعیف، عدم وجود نبض).
- کاربرد وسایل، داروها، و اقدامات ضد تشکیل لخته، (مانند کاربرد تورنیکت، جورابهای ضد آمبولی و داروها)

فعالیت بیمار، تحمل فعالیت، مشکلات و اقدامات انجام شده.

کلیه مراقبتهای پرستاری انجام شده، با ذکر زمان و ساعت.

■ هنگام ثبت مراقبت از بیماری که مانیتورینگ قلبی می شود درج موارد زیر لازم است:

تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ و لید های مورد استفاده برای مانیتورینگ.

اضافه کردن نمونه ای از نوار قلب به گزارش (روی نوار باید نام بیمار ، شماره اتاق ، تاریخ و ساعت درج شود).

هر گونه تغییر در وضعیت ریتم قلبی بیمار.

❖ نمونه گزارش:

❖ از بیمار ساعت ۱۶:۵۰ نوار قلب اخذ شد . نوار قلب نشان دهنده ریتم سینوسی طبیعی به تعداد ۸۰ تا در دقیقه به همراه انقباضات بطنی نارس به صورت متناوب است.

PR:0.16/ QRS:0.08 rate80

ساعت ۱۷ به دکتر میرزایی اطلاع داده شد. بیمار بدون علامت است . نبض های محیطی طبیعی(۲+) است . ادم گزارش نشده است . سوفل ، راب یا ریتم گالوپ وجود ندارد. طبق اظهار بیمار درد قفسه سینه و ناراحتی ، تنگی نفس و تپش قلب وجود ندارد.



➤ تمرین

در شیفت عصرکاری در بخش تروما برای بیمارتان که ناگهان دچار درد قفسه شده بود چه گزارشی را ثبت می

کنید؟

❖ نمونه گزارش:

✓ بیمار ساعت ۱۸:۱۰ شکایت از درد قفسه سینه و تپش قلب داشت. مانیتورینگ بیمار ریتم سینوسی ریت ۱۵۰ را نشان داد. اکسیژن ۲ لیتر بر دقیقه از طریق سوند بینی برای وی گذاشته شد. فشار خون ۱۴۰/۸۰ بود. به دکتر حسینی ساعت ۱۸:۱۵ اطلاع داده شد. و ایشان بیمار را ساعت ۱۸:۲۰ ویزیت نمود. طبق اوردر از بیمار نوار قلب اخذ و ساعت ۱۸:۳۰ به رویت دکتر حسینی رسانده شد. نمونه خون از نظر الکترولیتها چک شد. ۳ میلی گرم مورفین داخل وریدی تزریق شد (ساعت ۱۸:۴۰). بیمار درد قفسه سینه نداشت و ریتم سینوسی است.

➤ نکات مربوط به ثبت داروها و سرم درمانی که باید در صورت لزوم در ثبت آنها دقت کرد :

- تمام داروهایی که باید در صورت لزوم داده شوند ثبت گردند .
- در مورد قطره های چشمی و همچنین قطره های گوش و بینی ، تعداد قطره ها و محل قطره ها باید ثبت شوند .
- در مورد شیاف ها ، نوع آنها (مقعدی ، واژنی یا از طریق مجرای اداری) و تحمل بیمار نسبت به دارو باید ثبت شود .
- برای داروهای پوستی ، اندازه ، محل ، وضعیت ضایعه (جایی که دارو را به کار برده اید) باید ثبت شود .
- اگر یک داروی شیمی درمانی به خارج از رگ نفوذ کرد ، طبق مقررات مؤسسه باید وضعیت ظاهری محل مسیر وریدی ، نوع مداخله مخصوصاً نوع دارویی که به عنوان آنتی دوت به کار رفته است ، نوع پانسمان به کار رفته در محل و اطلاع به پزشک ثبت شود .

✚ اگر هنگام سرم درمانی واکنش حساسیتی رخ دهد . باید پزشک را فوراً در جریان قرار داد و فرم مخصوص عوارض ناخواسته حاوی نوع و وسعت واکنش ، زمان تشخیص واکنش ، درمان های انجام شده و پاسخ بیمار به این درمان ها تکمیل شود .
✚ آموزش هایی که به بیمار و خانواده وی در زمینه هدف سرم درمانی ، توضیح پروسیجر و عوارض احتمالی داده شده اند باید ثبت شود .

توجه : برای داروهایی که طبق استانداردهای پذیرفته شده داده می شوند ، نیازی به نوشتن اطلاعات دیگر در پرونده نیست .

❖ نکات مربوط به ثبت مواردی که باید حتماً به آنها توجه شود :

✚ اگر برقراری مسیر وریدی پس از چند دفعه تلاش امکان پذیر شد، دفعات آن ونوع کمکی که از دیگران دریافت شده است باید ثبت شود.
✚ در هر شیفت ، نوع ، مقدار و میزان جریان مایع وریدی و وضعیت محل مسیر وریدی باید ثبت شود.
✚ در مواقعی که برای بازکردن مسیر وریدی اقدامی انجام می شود ، نوع و مقدار مایع به کار برده شده برای این کار باید مشخص و ثبت شود.
✚ در مواقع بروز عوارض اقداماتی که انجام می شود (قطع جریان مایع وریدی ، بررسی مقدار مایعی که نشت کرده است ، مداخلات پرستاری انجام شده ، و اطلاع به پزشک باید ثبت شود.

❖ نمونه گزارش:

❖ ساعت ۱۴:۱۵ بیمار از خوردن شربت کلروپتاسیم خودداری کرد و اظهار داشت که با خوردن دارو احساس تهوع به وی دست می دهد و نمی تواند مزه دارو را تحمل کند . ساعت ۱۴:۳۰

به دکتر کاظمی گزارش داده شد. قرص پتاسیم که ساعت ۱۵:۰۰ توسط پزشک تجویز شد به بیمار داده و بیمار آن را به خوبی تحمل کرد.

▪ نکات مربوط به ثبت داروهای (State) یا در صورت لزوم (PRN) داده شوند:

داروهای یک نوبته (state) باید در برگه ثبت داروی داده شده و همچنین در برگه گزارشات سیر وضعیت بیمار ثبت شوند. مواردی که در مورد این داروها ثبت می شوند شامل: فرد تجویز کننده، دلیل تجویز و پاسخ بیمار به دادن دارو هستند، به عنوان مثال:

❖ اگر فقط یک نوبت تزریق وریدی داروی فورازماید (لازیکس) تجویز شده است ثبت موارد مربوط به دادن دارو به صورت زیر است:

❖ نمونه گزارش:

❖ ساعت ۱۵:۱۰ طبق اوردرد دکتر محمدی به بیمار با علائم و نشانه های تنگی نفس، رال دو طرفه و کاهش اشباع اکسیژن به ۸۴٪ Lasix 40 mg به صورت وریدی تزریق شد. ساعت ۱۱ بیمار با برون ده ادراری ۱۵۰۰ سی سی، کاهش تنگی نفس و افزایش اشباع اکسیژن به ۹۷٪ به دارو پاسخ داد.

❖ در مورد داروهای در صورت لزوم (PRN) باید نام دارو، دوز دارو، راه مصرف دارو توسط پزشک قید گردد. مثلاً دستور مسکن در صورت لزوم قابل اجرا نیست چون نوع مسکن و نام دارو را مشخص نکرده، دوز و راه مصرف دارو قید نشده؛ در صورتی که دستور پزشک واضح و روشن و شفاف و خوانا نیست و برای پرستار معلوم نیست نباید آن دستور اجرا شود. دستورات نوشته شده در پرونده توسط پرستار کنترل و یکی یکی پاراف می شود و انتهای هر دستور با علامت (تیک) بسته می شود تا از اضافه کردن مواردی به دستورات

جلوگیری شود (با خودکار قرمز و از پایین به بالا بر خلاف شماره گذاری پزشک شماره گذاری کنید).

❖ در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده ، ضروریست پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن (عدم تحمل بیمار یا امتناع بیمار از دریافت دارو و ...) ثبت نماید.

❖ کلیه اطلاعات ضروری را در مورد دستورات دارویی اجرا شده ثبت نمایید. (نام دارو ، دوز ، راه تجویز ، تاریخ و ساعت شروع استفاده دارو و نام دهنده دارو).

▪ سرم درمانی :

هنگام ثبت سرم درمانی ، رعایت موارد زیر ضروری است :

✚ پس از برقراری مسیر وریدی ، تاریخ ، ساعت ، محل ورود به ورید و وسایلی که به کار رفته اند (مانند نوع و قطر کاتتر یا نیدل) باید ثبت شوند .

✚ تغییر محل مسیر وریدی یا تعویض ست سرم و دلیل آن (خروج مایع از رگ ، فلبیت ، انسداد ، حرکت و جابه جایی بیمار ، یا تعویض طبق مقررات موسسه) باید ثبت شود.

✚ در صورتی که مددجو نیاز به دریافت مایعات وریدی یا رگ باز دارد تعداد قطرات سرم را در دقیقه محاسبه ، تنظیم و کنترل نمایید و در پایان گزارش پرستاری در هر شیفت میزان سرم دریافتی مددجو را ثبت نمایید .

✚ در صورتی که مددجو نیاز به کنترل جذب و دفع مایعات دارد ضروریست پس از محاسبه میزان جذب و دفع در پایان هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت نمایید و در شیفت شب جمع ۲۴ ساعته را محاسبه و قید نمایید .

❖ نمونه گزارش:

✓ بیمار ساعت ۱۵:۰۰ از درد محل مسیر وریدی در دست چپ شکایت داشت محل ورود به ورید قرمز و هنگام لمس ، دردناک و گرم بود. تورم کمی وجود داشت. مسیر وریدی قطع شد و یک پارچه گرم و مرطوب بر روی دست چپ در محل قرار داده شد . مسیر وریدی دیگری با برانول صورتی در ناحیه ساعد دست راست وصل شد.

■ ترانسفوزیون فرآورده های خون :

در مواقع تزریق خون یا فرآورده های خونی ، تعیین هویت بیمار و انجام آزمایشات سازگاری خونی جهت اطمینان از تزریق فرآورده خونی صحیح به بیمار ضروری می باشد . در این موارد باید نکات زیر رعایت شود :

✚ قبل از شروع تزریق با کمک یکی از همکاران ، مشخص و ثبت شود که خون یا فرآورده خونی مناسب تجویز شده برای تزریق تحویل گردیده است . محل مسیر وریدی ، قطر کاتتر و میزان جریان خون ثبت شود.

✚ بعد از تزریق خون باید تاریخ ، زمان ، شروع و تکمیل تزریق خون ، مقدار کل خون تزریق شده ، و هر نوع وسیله تزریقی یا گرم کردن خون که مورد استفاده قرار گرفته است ثبت شود .

✚ ثبت علائم حیاتی بیمار قبل ، حین و بعد از تزریق خون.
✚ اگر بیمار خون خودش را دریافت می کند مقدار خونی که بازیافت شده و دوباره تزریق شده است باید در برگه ثبت جذب و دفع درج شود .

✚ نتایج آزمایشگاهی حین و بعد از ترانسفوزیون ثبت کنید .

✚ نکته مهم: در صورت واکنش بیمار به خون بلافاصله متوقف شده و بعد از انجام اقدامات لازم در گزارش پرستاری تاریخ و ساعت واکنش و علائم مشاهده شده، نوع و مقدار خون یا فرآورده های تزریق شده، زمان شروع و توقف خون، درمانهای انجام شده برای عوارض

ثبت شود. (برای کسب اطلاعات بیشتر به قسمت هموویژولانس در کتابچه آموزشی جدیدالورود مراجعه نمایید).

❖ نکاتی مربوط به ثبت در مواقع واکنش به تزریق فراورده های خونی :

- ❖ تاریخ و ساعت شروع واکنش.
- ❖ نوع و مقدار خون یا فراورده خونی تجویز شده.
- ❖ زمان شروع و قطع تزریق فراورده.
- ❖ علائم بالینی و واکنش به ترتیب زمان وقوع.
- ❖ علایم حیاتی بیمار.
- ❖ نمونه های ادرار یا خون که برای آزمایشگاه فرستاده شده است .
- ❖ درمان های انجام شده و پاسخ بیمار به درمان.
- ❖ در مرکز امام رضا برگه گزارش واکنش به تزریق فراورده خونی تکمیل و سپس به همراه فراورده به بانک خون فرستاده می شود .

اختلالات شایع قلبی

➤ سکته قلبی حاد

- ✓ سکته قلبی عبارت از انسداد شریان کرونری است که منجر به محرومیت اکسیژن ، ایسکیمی میوکارد و سرانجام نکروز می شود . در صورت تاخیر در درمان سکته قلبی میزان مرگ و میر افزایش می یابد . هنگام مراقبت از بیمار مبتلا به سکته قلبی حاد ، ثبت موارد زیر ضروری است :

- ❖ تاریخ و ساعت ورود پرستار.
- ❖ درد قفسه سینه و دیگر نشانه های سکته قلبی ، هر جا امکان پذیر است . باید از کلمات خود بیمار استفاده شود .

یافته های حاصل از بررسی های بیمار مانند احساس مرگ قریب الوقوع، اضطراب، بی قراری، خستگی، تهوع، استفراغ، تنگی نفس، تاکی پنه، سردی اندام ها، نبض های محیطی ضعیف، تعریق، صداهای قلبی غیر طبیعی از جمله صدای سوم و چهارم، صدای فریکشن راب پریکاردیال، تب خفیف، هایپوتانسیون و هایپرتانسیون، برادیکاردی یا تاکیکاردی، وجود رال هنگام سمع ریه و...

نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است، ساعت اطلاع و حضور پزشک و دستوراتی که داده شده است. مانند انتقال بیمار به بخش سی سی یو، مانیتورینگ مداوم قلبی، تجویز اکسیژن، گرفتن نوار قلب، مایع درمانی، اندازه گیری آنزیم های قلبی، تجویز نیتروگلیسرین (زیر زبانی یا وریدی)، درمان ترمبولیتیک، آسپرین، مرفین، استراحت در تخت، داروهای بتا آدرنرژیک و هپارین و ...

مداخلات انجام شده و پاسخ بیمار.

حمایت روحی و آموزش هایی که به بیمار ارائه شده است.

❖ نمونه گزارش:

✓ بیمار در ساعت 22:40 از درد شدید در ناحیه قفسه سینه که به بازوی راست وی کشیده شده میشد شکایت داشت. بیمار به مرکز قفسه سینه اشاره و بیان میکند (احساس می کنم یک فیل روی قفسه سینه ام قرار دارد) در مقیاس درجه بندی درد ۰ تا ۱۰ بیمار شدت درد را ۹ درجه بندی می کند. بیمار در تخت بی قرار است و عرق کرده است و از تهوع شکایت دارد. علائم حیاتی چک شد Oral T 37.6 PR=84 RR=24 BP =128/82 نبض دست ها و پاها ضعیف است، صداهای قلب نرمال است، صداهای ریه واضح است. به دکتر باستانی در ساعت 22:45 اطلاع داده شد. وی بیمار را ویزیت کرد و اوردر مشاوره قلب اورژانسی داده شد. ساعت 22:50 به دکتر رضایی مشاور قلب اطلاع داده شد و ایشان ساعت ۲۳:۱۰ بر بالین بیمار حاضر شدند. تا آمدن دکتر رضایی طبق اوردر دکتر باستانی برای بیمار اکسیژن به میزان ۲ لیتر در دقیقه از طریق کاتتر بینی شروع شد. نوار قلب گرفته شد که در لیدهای قدامی بالا رفتن قطعه ST را نشان می داد. بیمار به مانیتور قلبی پرتابل متصل شد. مسیر وریدی در ساعد چپ با کاتتر شماره ۱۸ شروع شد. محلول نرمال سالین جهت بازنگهداشتن

مسیر وریدی در جریان است . آنزیم های قلبی تروپونین ، میوگلوبین ، الکتrolیت ها به صورت اورژانسی طبق اوردرد دکتر رضایی اندازه گیری شدند و نیتروگلیسرین زیر زبانی ، سه بار هر باز به فاصله ۵ دقیقه داده شد ولی درد تسکین نیافت . تمام پروسیجر ها برای بیمار توضیح داده شد و به او اطمینان داده شد که به منظور مانیتورینگ بهتر و درمان به بخش آی سی یو انتقال خواهد یافت . دکتر رضایی درد قفسه سینه بیمار و انتقال وی به بخش آی سی یو را به همسرش اطلاع داد و در ساعت ۲۳:۳۰ به پرستار بخش آی سی یو خانم رنجبر گزارش داده شد.

➤ آریتمی ها:

آریتمی زمانی اتفاق می افتد که هدایت یا خود کاری الکتریکی غیر طبیعی باعث تغییر در ضربان قلب یا ریتم قلب یا هر دو شود . آریتمی ها از نظر شدت متفاوت می باشند ، به طوری که از نوع خفیف ، یعنی اختلالات بدون علامت که نیاز به درمان ندارد تا فیبریلاسیون بطنی فاجعه انگیز که نیاز به احیای فوری دارد متغیر هستند . در مواقع بروز آریتمی ثبت موارد زیر لازم است:

- تاریخ و زمان وقوع آریتمی.
- حوادثی که قبل از آریتمی و در زمان آریتمی وجود داشته است.
- نشانه های بیمار و یافته های حاصل از بررسی قلبی عروقی که به دست آمده اند مانند رنگ پریدگی، پوست سرد و مرطوب، تنگی نفس، تپش قلب، ضعف، درد قفسه سینه ، سرگیجه، سنکوپ (غش) ، کاهش برون ده ادراری.
- علائم حیاتی و ریتم قلب بیمار (اگر بیمار مانیتور قلبی می شود ، یک استریپ از لحاظ آریتمی در پرونده قرار داده شود).
- نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است و زمان اطلاع و حضور پزشک.
- نتایج بررسی نوار قلب.
- مداخلاتی که انجام شده است و پاسخ بیمار به مداخلات .
- حمایت روحی و آموزش هایی که به بیمار داده شده است.

❖ نمونه گزارش:

✓ هنگام کمک به بیمار جهت راه رفتن در راهرو در ساعت 16:45 بیمار از احساس ضعف و سرگیجه شکایت کرد بیمار گفت "احساس می کنم قلبم مانند چکش در قفسه سینه ام می زند" بیمار بیان می کند که قلبم هرگز چنین احساسی نداشته است. بیمار به تختش بازگردانده شد و مانیتورینگ شد و علائم حیاتی به صورت زیر ثبت شد (Apical Rate =180 BP =90/50 RR=24). ساعت ۱۶:۵۵ به دکتر سیادت گفته شد و ایشان بیمار را ساعت ۱۷:۰۵ ویزیت نمودند و...

➤ بحران پرفشاری خون

✓ بحران افزایش فشار خون یک اورژانس طبی است که در آن فشار خون دیاستولیک بیمار به طور ناگهانی به بالاتر از ۱۲۰ میلی متر جیوه افزایش می یابد. هنگام مراقبت از این بیماران ثبت موارد زیر لازم است:

✚ فشار خون و علائم حیاتی بیمار.

✚ یافته های حاصل از بررسی وضعیت قلبی ریوی، نورولوژیک و سیستم کلیوی مانند سردرد، تهوع، استفراغ، غش، تاری دید، نابینایی زود گذر یا ناپایدار، گیجی، خواب آلودگی، نارسایی قلبی، ادم ریوی، درد قفسه سینه و اولیگوری.

✚ تدابیری که جهت اطمینان از باز بودن راه هوایی انجام شده است.

✚ نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است و ساعت اطلاع و حضور ایشان.

✚ پاسخ بیمار به مداخلات انجام شده مانند مایع درمانی و داروهای تجویز شده.

✚ جذب و دفع مایعات.

✚ حمایت روحی و آموزش هایی که به بیمار داده شده است.

➤ هایپوتانسیون

هایپوتانسیون عبارت است از فشار خون کمتر از ۹۰/۶۰ میلی متر جیوه یا فشار خون ۳۰ میلی متر کمتر از حد پایه تعریف می شود. هایپوتانسیون منجر به کاهش پرفیوژن بافت ها و

ارگان های بدن می شود. هیپوتانسیون شدید به عنوان اورژانس طبی محسوب می شود و ممکن است منجر به شوک و مرگ شود. هنگام مراقبت از بیمار مبتلا به هیپوتانسیون، پرستار باید از ثبت موارد زیر اطمینان پیدا کند.

✚ فشار خون و دیگر علائم حیاتی بیمار.

✚ یافته های حاصل از بررسی مانند برادیکاردی، تاکیکاردی، نبض ضعیف، پوست سرد و مرطوب، اولیگوری، کاهش صداهای روده، سرگیجه، سنکوپ، کاهش سطح هوشیاری و ایسکیمی قلبی.

✚ نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است و ساعت اطلاع و حضور ایشان.

✚ اوردرهایی که داده شده است، مانیتورینگ مداوم فشار خون و قلب بیمار، گرفتن نور قلب، تجویز اکسیژن، برقراری مسیر وریدی برای دادن مایعات و داروهای تنگ کننده عروق.

✚ مداخلات انجام شده مانند: پائین آوردن سر تخت بیمار، گذاشتن کاتتر ادراری، کمک به پزشک در برقراری مسیر هایی که برای مانیتورینگ همودینامیک بیمار به کار می رود و پاسخ های بیمار.

✚ حمایت های روحی و آموزش های داده شده به بیمار.



- وضع ظاهری اندام های تناسلی - ادراری، و یافته های غیر طبیعی.
- رنگ، میزان، دفعات، مقدار، بوی ادرار دفعی+علائم و نشانه ها، (مانند تکرر ادرار، هماچوری، قطره قطره آمدن ادرار، ادرار دردناک و چرک در ادرار، تهوع، استفراغ، لرز، اتساع مثانه، پر ادراری و ...)
- خارش، ترشحات بدبو، نتایج پاپ اسمیر، خونریزی، درد، مشکلات درارتباط با عملکرد جنسی.
- داشتن اختیار و کنترل ادرار، وسایل کمکی، اقدامات انجام شده.
- نتایج تست حاملگی، انجام دوش واژینال، معاینه واژن و...
- فولی، سوپراپوبیک Self catheterization، انجام مراقبت در خصوص کاتترها) و...
- جایگزینی مایعات خون و فراورده های خونی و نوع، چک جذب و دفع بیمار(سی سی در ساعت) دادن مایعات و واکنش به آن.
- زمان شروع و قطع مایعات و وسایل و ذکر علت.

▪ ثبت گزارش مربوط به سوندگذاری مثانه:

- ❖ هدف از سونداژ مثانه.
- ❖ نوع سوند استفاده شده جهت سونداژ.
- ❖ سایز سوند.
- ❖ ثبت مانورها و اقدامات انجام شده قبل از سونداژ.
- ❖ شخص انجام دهنده سونداژ.
- ❖ حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون.
- ❖ حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سونداژ مثانه.
- ❖ در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو.

❖ **توجه:** بدیهی است این گزارش فقط یکبار و در زمان تعبیه سونداژ ثبت میشود. در زمانی که بیمار سوند دارد، نیازی به ثبت موارد فوق نیست، فقط مراقبتهای انجام شده برای سوند شامل شستشوی ژنیتال، شستشوی سوند، اطمینان از فیکس بودن سوند، اطمینان از برقرار بودن جریان ادرار، پایین بودن بگ ادراری، حجم و رنگ ادرار و اقدامات انجام شده مربوطه در همان شیفت، ثبت میگردد.

ثبت در سیستم عضلانی-اسکلتی



- ✚ رنگ اندامهای محیطی، گرمی و سردی، دامنه حرکتی مفاصل، تعادل در راه رفتن، داشتن نبض های محیطی، پر شدگی مویرگی، حرکات غیر طبیعی اندامها.
- ✚ داشتن حس و حرکت اندامهای محیطی، فلج و سستی اندامها، محدودیت حرکتی اندامها.
- ✚ تحرک فعال یا غیر فعال یا عدم تحرک و عوارض ناشی از آن.
- ✚ توانایی انجام کار یا فعالیت های روزانه مانند (راه رفتن، غذا خوردن،توالت رفتن، غذا پختن، رخت شستن، خوابیدن،لباس پوشیدن).
- ✚ داشتن یا نداشتن کشش، گچ، (خشک یا تر بودن گچ).
- ✚ تعویض پانسمان، شستشوی زخم، نوع محلول مصرفی، داشتن ورم و شدت آن.
- ✚ داشتن درد و بی قراری.
- ✚ حمام و نوع آن.

▪ گزارش محدود کردن حرکات بیمار

✓ به هر روشی که به طور فیزیکی آزادی حرکت شخصی یا فعالیت جسمی شخص را محدود می کند ، محدود کردن حرکات بیمار گفته می شود .این کار می تواند باعث ایجاد مشکلات متعددی مانند محدودیت حرکت ، زخم های پوستی ، اختلال در جریان خون ، بی اختیاری و اختناق شود . به دلیل بروز این عوارض ، محدود کردن حرکات بیمار باید بر اساس اوردر پزشک باشد . در بیشتر مؤسسات از جمله مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع)، این گونه دستورات فقط ۲۴ ساعت اعتبار دارند و به پزشک در صورت تمایل به ادامه اجرای اوردر باید آن را تکرار کند . و حتماً بایستی پزشک مجدداً آن را اوردر کند. از طرفی دلیل محدود کردن بیمار نوع آن نیز باید در پرونده ثبت شود . بهتر است قبل از تصمیم به محدود کردن بیمار از گزینه های دیگر استفاده شود . همچنین لازم است وضعیت بیمار به طور مرتب ارزیابی شود و در صورت عدم نیاز به محدود کردن بیمار، این مسئله با پزشک در میان گذاشته شود

➤ گزارش سقوط بیمار

✓ تحقیقات نشان می دهد که سقوط بیماران ، همراهان بیمار و پرسنل ، بیشترین حوادثی است که در بخش های بالینی گزارش شده است . در بین حوادثی که منجر به سقوط می شود می توان **لیز خوردن ، لغزیدن ، غش کردن یا برخورد پا با وسایل** را نام برد . عواقب سقوط ممکن است بستری شدن طولانی مدت ، افزایش هزینه های بیمارستانی و مسائل قانونی مربوط به آن باشد . اگر علیرغم احتیاطاتی که بکار برده می شود بیمار سقوط کند ، ثبت واقعه و همچنین درج گزارش حادثه در پرونده لازم است. هنگام ثبت باید موارد زیر را لحاظ کرد:

✚ ثبت هر گونه کبودی ، خراشیدگی یا پارگی و زخم.

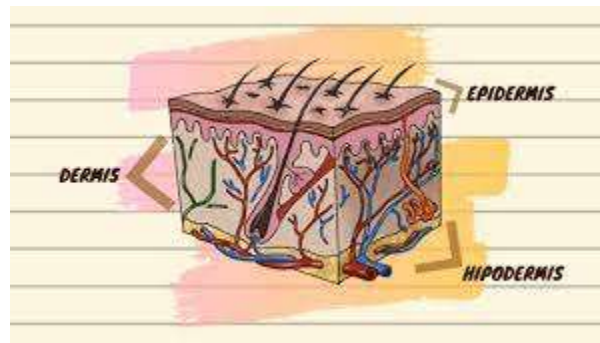
✚ ثبت درد یا تغییر شکل در اندام ها ، مخصوصاً در مفصل ران ، بازو ، پا یا کمر.

✚ ثبت علائم حیاتی بیمار.

✚ بررسی نورولوژیکی و ثبت یافته های غیر طبیعی مانند لکنت زبان ، وجود ضعف در اندام ها ، یا تغییر در وضعیت هوشیاری.

- ثبت تاریخ و ساعت اطلاع به پزشک.
- ثبت موارد درخواستی پزشک و انجام و پیگیری آنها در شیفت بعدی.

ثبت در سیستم پوستی



- ✚ رنگ کلی پوست و مخاط، قرمزی، التهاب، سیانوزه بودن یا نبودن، وجود خونمردگی، ورم و خراش.
- ✚ وضع کلی پوست: خشک، مرطوب، زخمی، ترشحات، پوسته پوسته بودن، گرمی- سردی و...).
- ✚ ورم پوست (ورم کل بدن، دور چشم، اندامهای محیطی).
- ✚ قوام پوست (خوب، بد) .
- ✚ داشتن زخم بستر (رنگ، محل، درجه، ظاهر، طول، عرض، عمق، زمان تعویض پانسمان، بو، رنگ، نوع داروی شستشو و مقدار آن، ترشحات و التهاب.
- ✚ داشتن بخیه، کشیدن آن، نزدیک کردن پوست به هم.
- ✚ گرفتن نمونه، تعویض پانسمان، نوع پانسمان بکار رفته.
- ✚ تغییر وضعیت بیمار، کاربرد وسایل جلوگیری کننده از زخم بستر، کاربرد بالش زیر اعضاء، انجام ماساژ، توجه به تغذیه.
- ✚ ترشحات زخم حاوی گرفتن نمونه جهت کشت، جواب و اقدامات.
- ✚ دادن حمام، شستشوی پوست و ...

➤ ثبت گزارش مربوط به ناحیه زخم و پانسمان:

- ✚ محل زخم
- ✚ علت زخم
- ✚ وسعت و اندازه ی زخم
- ✚ نزدیک بودن لبه های زخم
- ✚ وجود یا عدم وجود ترشح
- ✚ رنگ و نوع و میزان ترشح
- ✚ نوع محلول شستشو و ضد عفونی و ...
- ✚ تعداد گاز خیس شده ناشی از ترشحات زخم
- ✚ نوع پانسمان استفاده شده (فشاری-معمولی- نوین و...)
- ✚ واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب، درد و احساس نگرانی در صورت داشتن درن
- توجه به خونریزی، فیکس بودن و عملکرد مناسب آن
- ✚ فرد یا افرادی که در تعویض پانسمان مداخله داشته اند. (به طور معمول تعویض پانسمان توسط پرستار بیمار صورت می گیرد، ولی گاه ممکن است توسط تیم پانسمان (رزیدنت کشیک بخش) تعویض گردد.

❖ **نکته:** در هر شیفت وجود و یا عدم وجود زخم یا زخم بستر، در گزارش پرستاری ثبت میگردد و در صورت وجود زخم موارد فوق در هر شیفت، مورد بررسی قرار گرفته و ثبت میشود.

➤ سوختگی ها

- ✚ از دیگر عوامل ایجاد کننده صدمه به بیماران سوختگی ها می باشند . بیماران به وسیله غذا ها یا مایعات داغ، حمام داغ و وسایل الکتریکی دچار سوختگی می شود. پرستار باید خطر سوختگی ها را مورد بررسی قرار دهد و احتیاطات لازم را مورد بررسی قرار دهد و احتیاطات لازم را رعایت کند :
- ✚ پرستار باید مواظب بیمارانی که لرزش دست دارند باشد تا غذاها یا مایعات داغ را در دست نگیرند.

✚ به بیمارانی که دچار کاهش حس در پاها یا دست هایشان هستند آموزش داده شود که آب حمام را با عضو دیگری که حس دارد چک کنند.

✚ به بیمارانی که داروهایی می خورند که ایجاد خواب آلودگی می کند توضیح داده شود که بیشتر مستعد سوختگی هستند و باید بیشتر احتیاط کنند.

✓ اگر بیماری تحت مراقبت پرستار است خودش را بسوزاند باید صدمات وارده در پرونده بیمار ثبت شود.

❖ نمونه گزارش:

✓ ساعت ۱۵:۱۰ حین ملاقات خانواده بیمار با وی، یک فنجان چای داغ روی ران راست بیمار ریخته شد. ناحیه کمی قرمز رنگ و حساس به لمس است ولی ادم ندارد، ساعت ۱۵:۲۰ به دکتر حسینی اطلاع داده شد. کمپرکس سرد اوردرشد و روی ناحیه گذاشته شد. بیمار کمپرکس سرد را به خوبی تحمل کرد.

ثبت در سیستم روانی-اجتماعی



- ✚ داشتن یا نداشتن فرایند فکری نرمال، زمان ورود بیمار، رفتار بیمار، ثبت رفتار نامناسب بیمار
- ✚ ،گفته های بیمار، توهمات (شنیداری، دیداری، بویایی).
- ✚ دلیریوم ، حافظه.
- ✚ اضطراب، وسواس، وسواس اجباری، ترس مرضی، بدبینی، اعتماد به نفس.
- ✚ افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، مداخلت انجام شده، پاسخ بیمار.
- ✚ داشتن نقشهای اجتماعی، برقراری ارتباط موثر با دیگران.
- ✚ اعتیاد، ترک اعتیاد، علایم بازگیری، عصبانیت و خشم، صدمه زدن به دیگران و خود.
- ✚ داشتن پاسخ کلامی مناسب.
- ✚ روشهای ECT (مصرف داروها، عوارض و اقدامات خاص پرستاری و پزشکی انجام شده)، روان درمانی، پسیکوتراپی.

بخش سوم

➤ **فعالیتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:**

- علائم حیاتی.
- تجویز دارو و اقدامات درمانی.
- آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی.
- تغییر در وضعیت سلامت.
- پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار.
- درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار.

❖ **توجه: چارت یادداشت های پرستاری**

- ✚ با خودکار آبی و یا مشکی خوانا بنویسید نه مداد .
- ✚ در صورت امکان ، یادداشت های خود را بلافاصله بعد از انجام مراقبت پرستاری بنویسید .
- هرگز قبل از اجرا ثبت نکنید .
- ✚ گزارشات باید سازماندهی داشته باشد .
- ✚ دقیقاً از خط مشی های بیمارستان برای ثبت گزارشات باید استفاده شود .
- ✚ دقیق باشید (یادداشت کنید : چگونه ، چه موقع و کجا حوادث و فعالیت ها اتفاق افتاده است) .
- ✚ هرگز جای خالی در زیر یادداشت خود قرار ندهید . یک خط در سرتاسر فضای غیر قابل استفاده قبل و بعد از امضایتان بکشید .
- ✚ کامل بنویسید : به خاطر داشته باشید که هر چیزی را که چارت نکنید به این معنی است که انجام نشده است . اگر فراموش کنید اقدامات مهم یا داروها را چارت کنید یا از انجام دادن این کار خودداری نمایید ، ممکن است سبب عکس العمل های خطرناک ، افزایش مقدار دارو
- ✚ یا حتی مرگ شود .

به نظر شما وقتی صحبت از گزارش پرستاری می شود صرفاً منظورمان گزارشات ثبت شده روی کاغذ است؟ یا

خیر؟

برای پاسخ به این سوال در ادامه همراه ما باشید.



➤ انواع گزارش های پرستاری

➤ گزارشات کلامی پرستاری Reporting

- ✓ گزارش کلامی شامل یافته های مهم (علائم حیاتی غیر طبیعی ، مشکلات تنفسی) می باشد که به افراد حرفه ای مجرب (سرپرستار ، سوپروایزر یا پزشک) داده می شود .

➤ گزارش تغییر شیفت (کتبی - شفاهی) :Change of shift report

- ✓ در آخر هر شیفت ، پرستار گزارشات در باره بیماران به پرستارانی که در شیفت بعد کار می کند ؛ می دهد . هدف اصلی از این گزارشات تداوم مراقبت های انجام شده برای یک بیمار از یک شیفت به شیفت بعدی است .
- ✓ یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی، گزارش تعویض شیفت است که می تواند 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 بررسی های انجام شده، زمان راند بالینی در یک بخش از ۳۰ تا ۴۵ دقیقه متغیر بوده است. 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 که پرستاران مسئولیتهای زیاد و متنوعی را بر عهده دارند، این مسئله حائز اهمیت است که گزارش تعویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام گردد. در هنگام راند بالینی، علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبتهای پرستاری یاری می دهد، فرصت مناسبی نیز جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده، فراهم می گردد و همچنین به بیمار این امکان را می دهد که در ارتباط با مراقبتهای دریافت شده بحث نماید. **بهترین روش تحویل بیمار در حین تعویض شیفت استفاده از روش SBAR می باشد.**

➤ گزارش تلفنی Telephone Report

همانطور که در ابتدای مبحث نیز به آن اشاره کردیم **گزارش**، تبادل رسمی اطلاعات بین پرستاران مسئول مراقبت از بیمار است که **بصورت کتبی و یا شفاهی** در انتهای شیفت داده می شود .

اما **گزارش تلفنی** در هر ساعتی از روز ممکن است انجام پذیرد .

در یک مکالمه تلفنی مدرک کتبی وجود ندارد . بنابراین باید کاملاً دقیق بوده و واضح و خلاصه باشد و برای پیشگیری از هر گونه شک و تردید ، آنچه شنونده گوش می دهد تکرار کند و تصدیق شود .

اگر تلفنی دستور دارویی گرفته می شود بایستی تکرار آن توسط پرستار به وسیله پزشک تصدیق شود و در پرونده ثبت گردد و پزشک بعداً دستور تلفنی خود را در پرونده امضاء کند .

❖ **گزارشات تلفنی:** گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد. اشخاصی که

در گزارشات تلفنی نقش دارند باید مطمئن باشند که

✓ اطلاعات واضح است .

✓ اطلاعات صحیح است.

✓ اطلاعات دقیق است.

● جهت ثبت مکالمه تلفنی و تهیه مدرک، پرستار باید به عوامل زیر در گزارش اشاره نماید :

- ✓ چه موقع تماس گرفته است؟
- ✓ چه کسی تماس گرفته است؟
- ✓ با چه کسی صحبت شده است؟
- ✓ چه اطلاعاتی رد و بدل شده است؟

✚ دستورات تلفنی که توسط پرستار در پرونده ثبت می شود باید مانند دستورات کتبی پزشک **تیک** بخورد . دستورات تلفنی وقتی قابل اجراست که پزشک در دسترس نباشد یا وضعیت بیمار اورژانسی باشد . **در صورتی که برای بیماری مشاوره ای انجام می شود** ، دستورات پزشک مشاور حتما به اطلاع و تایید پزشک معالج برسد و بعد اجرا شود ، چون مسئولیت درمان مستقیما متوجه پزشک معالج می باشد.

❖ نمونه گزارش:

۱۰:۲۰ مسئول آزمایشگاه، آقای کریمی، میزان پتاسیم آقای علی اسدالهی، متولد ۱۳۵۳/۱۰/۱ در ساعت میلی اکسی والان ۲/۷ رعایت دو شناسه معتبر در شناسایی صحیح بیمار) بستری در بخش جراحی یک را، (گزارش نمود. در صورت وجود بیمار با نام مشابه رعایت دستورالعمل مربوطه و استفاده از شناسه های نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و نام پدر الزامی است. مهر پرستار (بختیار امینی ، کارشناس پرستاری، نظام پرستاری....) - تاریخ - امضا.

نکته: در دفتر ثبت بحران آزمایشگاه که در بخشها موجود می باشد و حتما بایستی نام پزشکی که موارد مختل آزمایشگاهی به ایشان اطلاع داده شده است را با ذکر ساعت یادداشت کنید. همچنین بایستی در گزارش پرستاری نیز زمان اطلاع به پزشک و موارد گفته شده و موارد درخواستی پزشک حتما ثبت گردد.

➤ تکنیک **Read Back . Write Down . Repeat Back Close the Loop** جهت گزارشات تلفنی استفاده می شود . در این تکنیک، پس از اینکه اطمینان حاصل شد هر دو نفری که می خواهند گزارش شفاهی به یکدیگر ارائه دهند، حرفه ای هستند و بعد از شناسایی صحیح بیمار توسط هر دو طرف، ابتدا

گزارش شفاهی توسط نفر اول ارائه شده و توسط نفر دوم شنیده و ثبت میشود، سپس نفر دوم نوشته خود را برای نفر اول با صدای بلند و واضح خوانده و هر گونه ابهامی توسط هر دو نفر، بر طرف میگردد.

❖ دستورات یا درخواستهای تلفنی

این نوع دستورات معمولاً بین پزشک و پرستار تبادل می شود. دستورات تلفنی باید توسط تکرار، واضح گردد و سپس پرستار دستورات پزشک را در فرم خاصی به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آنرا امضاء کند. بهتر است این نوع دستورات فقط در موارد **اورژانس** گرفته شود. وضوح پیغام در این مورد، بسیار مهم و ضروری است. نکات زیر می تواند پرستاران را در پیشگیری از اشتباه احتمالی در امر دستورات تلفنی یاری نماید:

- ✚ الف) چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت، حتماً سوالاتی را دسته بندی نموده و در زمان گرفتن دستورات از پزشک، مطرح کنید تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود.
- ✚ ب) بطور واضح نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ تولد (دو شناسه معتبر در شناسایی صحیح بیمار) و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نمایید.
- ✚ ج) هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است، مجدداً و با صدای بلند، تکرار نمایید.
- ✚ د) تاریخ و زمان دستورات تلفنی، نام بیمار، پرستار و پزشک را به دقت ثبت نمایید.

✓ لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط دو پرستار تأیید و بوسیله هر دو نفر مهر و امضاء گردد و حداکثر تا ۲۴ ساعت آینده به تایید پزشک مربوطه رسانده شود (درخواست در پرونده به صورت کتبی).

▪ مراحل درخواست تلفنی

- ✚ اوردِر را روی برگه دستورات پزشک بنویسد و قبل از اینکه پزشک به صحبت تلفنی خاتمه دهد آن را برای وی بخواند.
- ✚ تاریخ و زمان را بنویسد.
- ✚ جلوی دستور تلفنی ثبت شده باید عبارت (Telephone Order=TO) نوشته شود.
- ✚ ثبت نام پزشک و همچنین ثبت نام پرستار به همراه امضا.

✚ اگر پرستار دیگری هم زمان به مکالمه تلفنی گوش داده است ، از او درخواست می شود . دستور را امضاء کند.

✚ در فضاهای خالی موجود در دستور پزشک خط کشیده شود.

✚ پرستار باید مطمئن شود که پزشک دستور را در محدوده زمانی که مقررات بیمارستان مشخص کرده است امضا می کند(حداکثر ۲۴ ساعت).

✚ برای صرفه جویی در وقت و اجتناب از بروز اشتباهات ، می توان از پزشک درخواست کرد یک کپی از دستور را از طریق فاکس یا شبکه های مجازی ارسال کند .

➤ **اورد ر شفاهی**

گاهی اوقات مخصوصاً زمانی که پرستار در منزل از بیمار مراقبت می کند صدور این نوع دستورات ضرورت پیدا می کند ، اما در بیمارستان باید سعی شود دستورات کتبی توسط پزشک داده شود و دستورات شفاهی فقط در بخش اورژانس هنگامی که پزشک نمی تواند فوراً بر بالین بیمار حضور یابد ، موضوعیت پیدا می کند . هنگام صدور دستورات شفاهی رعایت نکات زیر لازم است :

✚ رعایت مقررات بیمارستانی در زمینه ثبت دستورات شفاهی.

✚ اگر زمان و موقعیت اجازه می دهد ، پرستار دیگری نیز باید دستورات شفاهی را بشنود.

✚ پرستار باید دستورات را روی برگه دستورات پزشک بنویسد و برای پزشک بخواند . ثبت تاریخ و زمان نیز لازم است.

✚ جلوی دستورات شفاهی ثبت شده باید عبارت (verbal Order= VO) نوشته شود.

✚ ثبت نام پزشک و همچنین پرستاری که دستور را برای پزشک خوانده است.

✚ پرستار نام خود را بنویسد و امضا کند و محلی هم برای امضای پزشک در نظر بگیرد.

✚ ثبت نوع دارو ، دوز و زمان تجویز دارو و هر اطلاعات دیگری که مقررات مؤسسه نیاز دارد.

✚ اطمینان از اینکه پزشک دستورات را در محدوده زمانی که در مقررات مؤسسه مشخص شده است امضاء کرده است.

روش های متداول گزارش نویسی پرستاری

چارت کردن یا ثبت کردن مراقبت های پرستاری **وسیله قانونی** همه سیستم های مراقبت بهداشتی است . یادداشت های پرستاری که می نویسید ، قسمتی از گزارش قانونی بیمار خواهد شد ، گزارشی که ممکن است بعدا به عنوان مدرک در دادگاه معرفی گردد . این یادداشت ها اغلب ابلاغ نوشته شده معمولی از اینکه چه اتفاقی در طی روز افتاده است خواهند بود.

- ❖ یادداشت هایی که خوب هستند و بطور واقعی توصیف شده اند ، سطح مراقبت از بیمار را افزایش می دهند چون آنها جنبه های سلامت مددجو را ابلاغ خواهند کرد و به دیگران کمک می کنند که الگوهای پاسخ مددجو را بررسی کنند . یادداشت های پرستاری ، مدرکی از درمان های پزشکی و پرستاری که واقعا انجام شده است را ارائه می دهند .
- ❖ فرم های استفاده شده برای چارت کردن یادداشت های پرستاری از موسسه ای به موسسه دیگر متفاوت هستند. گرچه این فرم ها ، استانداردها و روش های عملی ممکن است از مکانی به مکان دیگر متفاوت باشد ، ولی محتوای اساسی یادداشت های پرستاری شبیه یکدیگر است .



❖ به نظر شما چند نوع روش ثبت در بین پرسنل متداول است ؟؟؟

❖ ۱- گزارش نویسی به روش سنتی :

✓ چارتهای نوشتاری ، قدیمی ترین روش ثبت و پرونده سازی است . گزارش سیر پیشرفت بیماری و نوشتن پاراگرافهای دستوری ساده با ذکر زمان ، ساختارهای کوچکی از این برگه ها در پرونده های موسسات بهداشتی است . یکی دیگر از نمونه های گزارش های نوشتاری ، برگه فلوشیت است که جهت منعکس نمودن تغییرات در رابطه با یک مشکل خاص به صورت گرافیکی به کار

گرفته می شود (تغییرات درجه حرارت بدن) فلوشیت ها همیشه برای استفاده در یک مدت زمان خاص طراحی می شوند . فرم های کنترل علائم حیاتی در بخش های ویژه به صورت ساعت به ساعت و گاه دقیقه به دقیقه طراحی شده اند.

❖ ۲- گزارش نویسی بر اساس الگوی مشکل گشایی:

Medical Record) POMR (Problem Oriented

✓ در این روش تاکید بر روی مشکل طبی بیمار و مراقبت از او می باشد، لذا نه تنها درمانهای بیمار ثبت میشوند، بلکه ذکر دلایل معالجات و مراقبتها نیز الزامی است. سیر بیماری به طور مرتب و منظم ثبت می گردد، بنابراین مطالعه مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام شده، آسانتر و طبقه بندی شده خواهد بود . پرستار، پزشک، متخصص تغذیه، مددکار اجتماعی، فیزیوتراپیست، مسئول آزمایشگاه و سایرین در یک محل گزارش های خود را می نویسند . در این روش یک گزارش باید شامل موارد زیر باشد : اطلاعات پایه- لیست مشکلات - طرح های اساسی- گزارش پیشرفت بیمار.

✓ در روش ثبت براساس شیوه مشکل مدار، در ابتدا مشکلات به گونه ای سازماندهی می شوند که هر یک از اعضای تیم مراقبتی در برطرف کردن یکی از مشکلات بیمار مشارکت نمایند و از این طریق به دستیابی یک برنامه مراقبتی واحد و هماهنگ کمک کنند.

اطلاعات پایه : شامل تمام اطلاعات جمع آوری شده در رابطه با بیمار می باشد که به منظور شناسایی مشکلات مددجو و برنامه ریزی مراقبت ها شکل گرفته است.

لیست مشکلات: پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات، مشکلات شناسایی شده، به ترتیب اولویت و حیطه مربوطه، فهرست شده و در پایان گزارش ثبت می شوند تا به عنوان خط مشی و راهنمایی، جهت ارائه مراقبتهای لازم به بیمارمورد استفاده قرار گیرد، مشکلات جدید نیز در ادامه ثبت خواهند شد و به محض حل مشکل، با ذکر تاریخ، بر روی آن خط کشیده می شود و زمان حل مشکل ثبت می گردد.

طرح های اساسی (برنامه مراقبت پرستاری): برای هر مشکل با توجه به استانداردهای مراقبتی به صورت اختصاصی برنامه ای تدوین میشود، که شامل ثبت تشخیصهای پرستاری، پیامدهای مورد انتظار و اقدامات انجام شده است.

مثال: **گزارش پیشرفت بیمار:** اعضای تیم باید میزان پیشرفت مشکلات بیمار را ثبت و کنترل کنند.

در بخشی از گزارش، پزشکی **مشکل بیمار** تغذیه ناکافی در رابطه با برداشتن قسمتی از معده اش است که عمل جراحی را انجام داده، **پیشرفت بیماری** را توصیف می کند؛ پرستار راجع به اشتهای بیمار می نویسد و متخصص تغذیه نیز رژیم درمانی پیشنهادی قابل تحمل برای بیمار را ثبت می کند.

❖ **۳- روش ثبت SOAPIE:** گزارش نویسی به روش **SOAPIE** از شکل خاصی برای تهیه و نوشتن یادداشتهای برخوردار است. حروف این عبارت شامل موارد زیر می باشد.

مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار (S: Subjective Data): این بخش از گزارش شامل مشکلات، علائم یا نشانه هایی است که بیمار با زبان خود بازگو می کند. در این قسمت باید عین کلمات و عبارات بیمار نوشته شود نه این که مشاهده کننده حرفهای بیمار را تعبیر کند. از

جمله (درد، تنگی نفس، تپش قلب). در صورتی که بیمار قادر به بیان احساسات و افکار خود نباشد، این بخش از گزارشات خالی می ماند.

 **مشاهدات عینی (O : Objective Data):** این بخش از گزارشات شامل مشاهدات یا اطلاعاتی است که دیده، شنیده و احساس شده و یا بوسیله بوئیدن و لمس کردن یا با استفاده از ابزارهای مختلفی مانند ترمومتر یا گوشی پزشکی، یافته های رادیولوژی، آزمایشگاهی و سایر اقدامات درمانی و تشخیصی به دست می آیند. در این قسمت به الگوهای ارتباطی، نظیر بیمار ناراحت یا گوشه گیر است یا پرخاشگری می کند، یا این که با دیگران تعامل و ارتباط خوبی دارد توجه می شود.

 **بررسی و ارزیابی (A: Assessment):** این بخش از گزارش شامل اطلاعات و یافته های عینی و ذهنی دیگران از طریق شرح، درک و نوشتن نتایج است. تمام افرادی که در تهیه گزارشات کمک می کنند باید نظر خودشان را درباره بررسی ها، به طور صادقانه، در سطح مهارت و درک خود از وضعیت بیمار ثبت کنند.

 **برنامه ریزی (P : Planning):** پس از بررسی نیازهای بیمار و اولویت بندی آنها، برنامه ریزی جهت رفع نیازها انجام می گیرد. این بخش از گزارش شامل برنامه ریزی های انجام شده است.

 **اجرا (I: Implementation):** بعد از جمع آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل، شناخت مشکل و **برنامه ریزی** برنامه ها اجرا می شوند و در گزارش پرستاری ثبت می گردند .

ارزشیابی (E: Evaluation): ارزشیابی برنامه های طراحی شده که آیا در اجراء موفق بوده اند

یا نه، در گزارش ثبت می شوند.

❖ مثال:

تشخیص پرستاری شماره ۱: تهوع در ارتباط با بیهوشی

S: گفته بیمار: "من احساس تهوع دارم."

O: بیمار ۱۰۰ میلی لیتر مایع روشن در ساعت ۲۲:۰۵ استفراغ کرد.

A: بیمار حالت تهوع و استفراغ دارد.

P: تهوع بیمار را کنترل کرده و در صورت لزوم از داروی ضد تهوع استفاده کنید.

I: در ساعت ۲۲:۳۵ بیمار ۴ میلی گرم داروی اندانسترون بصورت وریدی دریافت کرد.

تشخیص پرستاری شماره ۲: درد در ارتباط با عمل جراحی

S: در ساعت 22:45 وقتی از بیمار در مورد "درد" سوال شد، اظهار داشت که درد ندارد. ولی در

ساعت 23:20 بیمار از دردی آزار دهنده شکایت داشت.

O: بیمار درد ناحیه انسیون را در مقیاس درد ۰ تا ۱۰ عدد ۷ را توصیف می کند.

A: بیمار درد داشته و نیاز به دارو دارد.

P: آمپول پتدین 25mg بصورت عضلانی برای کاهش درد به بیمار داده شد.

ا: در ساعت ۲۳:۳۵ بیمار ۲۵ میلی گرم پتدین عضلانی دریافت کرد.

E: بیمار درد ناحیه انسزیون را در مقیاس درد ۰ تا ۱۰ عدد ۱ را بیان کرد.

❖ ۴- چارت کردن متمرکز (Focus Charting):

در ثبت متمرکز یادداشت ها فقط بر طبق مشکلات نیستند. سه ستون برای ثبت استفاده می شود: تاریخ و زمان، تمرکز، یادداشتهای پیشرفت. موردی که به عنوان تمرکز در نظر گرفته می شود ممکن است یک وضعیت، تشخیص پرستاری، علامت ذهنی یا عینی و یا یک تغییرحاد در وضعیت مددجو باشد.

❖ نمونه گزارش:

✓ بیمار ساعت ۱۶:۱۰ اظهار درد شدیدی (از ۱-۱۰ نمره ۸) در ناحیه عمل جراحی (کله سیسکتومی لاپاراسکوپیک) داشت. که ساعت ۱۶:۱۵ طبق اوردر دکتر ابراهیمی به بیمار ۲۵ میلی گرم آمپول پتدین بصورت عضلانی تزریق شد. و ساعت ۱۶:۳۰ بیمار اظهار کردند که اینک درد ندارند.

❖ ۵- ثبت بر اساس فرایند پرستاری :

✓ در این روش گزارشات بر اساس تشخیص های پرستاری نوشته می شوند. تشخیص پرستاری، جمله یا عبارتی است که وجود وضعیت نامطلوبی را مشخص میکند. پرستاران براساس قوانین کار پرستاری، مسئول تشخیص و درمان واکنشهای بیماران به مشکلات هستند. تشخیصهای پرستاری عمدتاً به قسمتهایی مربوط میشوند که به عنوان اعمال مستقل پرستاری شناخته شده اند و بدون همکاری پزشک یا دیگر اعضاء تیم مراقبتهای بهداشتی انجام میشوند. تشخیصهای

پرستاری سه نوع هستند **Actual: موجود** - **Potential بالقوه** - **Possible احتمالی**

✓ تشخیص پرستاری بیانی است از مشکل بیمار و قضاوت پرستار و به وضعیتی اطلاق می شود که پرستار اجازه دارد آن را مورد مراقبت قرار دهد. اطلاعات لازم برای تشخیص پرستاری از طریق بررسی و شناخت به دست می آید. تشخیص های پرستاری شامل دو قسمت است:

➤ الف) مشکل بیمار

➤ ب) اتیولوژی (عناصر محیطی، روان شناختی، اجتماعی، فیزیولوژیک یا معنوی) مثال: بیمار

بعد از ورود به اورژانس اینتوبه شده است. تشخیص پرستاری: اختلال در پاکسازی راه

هوایی (مشکل) به علت اینتوباسیون (اتیولوژی) که ممکن است بر اساس این تشخیص و

شرایط بیمار، مراقبتهای مختلف برای وی در نظر گرفته شود. در ثبت گزارش پرستاری به

روش فرایند پرستاری لازم است، پس از ارزیابی بیمار، تشخیص های پرستاری مختلف را

برای وی مطرح و ثبت نمود، سپس برنامه مراقبتی در نظر گرفته شده را ثبت نموده و آن

را اجرا و نتیجه را ارزشیابی کرد. مثلا تشخیص پرستاری یبوست در ارتباط با بی حرکتی

یا کاهش دریافت مایعات از راه دهان:

- بررسی مشکل (آنچه باید تغییر کند)
- اتیولوژی: یبوست
- علت بروز : بی حرکتی و کاهش دریافت از راه دهان
- پیامدها : اجابت مزاج به شکل طبیعی، نیاز به مصرف مایعات بیشتر را بیان می کند،
نوشیدن ۲۰۰۰ سی سی مایع در شبانه روز
- اقدامات : راه رفتن در بخش سه بار در شبانه روز ، افزایش دریافت مایعات در ساعات مختلف.

❖ ۶- ثبت الکترونیکی اطلاعات

بخش چهارم



نکات طلایی در گزارش نویسی

- نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری برای شما عزیزان یادآوری می گردد

۱- جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده نمایید.

➤ برگه گزارش نویسی در بخشهای غیر ویژه:



۲- مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش بطور کامل درج نمایید.

➤ ثبت کامل مشخصات بیمار در برگه گزارش نویسی در بخشهای غیر ویژه:

 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع) یوگ کلاژین پرستار NURSE'S NOTE SHEET				Unit No. شماره پرونده			
Attending Physician	پزشک معالج	Waril	بستر	Name	نام	Family Name	نام خانوادگی
Date of Admission	تاریخ پذیرش	Room	اتاق	Date of Birth	تاریخ تولد	Father Name	نام پدر
		Bed	بهدت				

➤ ثبت کامل مشخصات بیمار در برگه گزارش نویسی در بخشهای ویژه:

۷- روش SBAR

برای اطمینان از برقراری ارتباط موثر و ایمن از ابزارهایی مانند SBAR استفاده میشود. تکنیک SBAR دارای مکانیسمی ساده برای به خاطر سپردن است و برای شکل دادن به ارتباطات افراد به ویژه در خصوص موارد حیاتی که توجه و اقدام اضطراری کادر بالینی را می طلبد، استفاده می شود. توانمندی درک بهتر اطلاعات مورد تبادل و چگونگی آن، تسهیل کار تیمی، پرورش فرهنگ ایمنی بیمار و فراهم سازی امکان تبادل کامل اطلاعات مرتبط به شرایط بیمار، از ویژگیهای تکنیک SBAR محسوب می شود. مراحل تکنیک SBAR که سابقاً آن را با ISBAR میشناختیم عبارت است از:

مشخصات (Identify): شناسایی هویت بیمار براساس دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران در ابلاغیه شماره ۴۰۹۵/۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت (تاریخ پذیرش، تاریخ جراحی، تشخیص و پزشک معالج) این مورد در دستورالعمل جدید **حذف** شده است ولی اهمیت و لزوم شناسایی صحیح بیمار همچنان پابرجا است.

الف) وضعیت (Situation): تشریح وضعیت کنونی در طی ۵ الی ۱۰ ثانیه و ارائه اطلاعات مربوط به وضعیت فعلی بیمار شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، حرکتی و محدودیت های بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان، رژیم غذایی و...

ب) سوابق (Background): بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار (به اختصار).

ج) ارزیابی (نتیجه گیری) (Assessment): یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و خطر زخم فشاری.

د) توصیه‌ها Recommendation: (آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن) پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد. مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مشاوره‌ها، آزمایشات، گرافی‌ها هر چند خود روش SBAR میتواند به عنوان یک الگوی گزارش نویسی مطرح گردد، ولی قسمت R یا توصیه‌ها از تکنیک SBAR را در گزارش پرستاری ثبت می‌کنیم. در صورتی که بخش را در هر ساعتی (وسط و انتهای شیفت) حتی به مدت کوتاهی ترک مینمائیم، بهتر است در گزارش پرستاری ثبت کنیم که در طول این مدت چه کسی از بیمار مراقبت میکند، بدیهی است شخص تحویل گیرنده بیمار در طول این زمان در صورت انجام اقدام خاص و مراقبتهای پرستاری، برای بیمار موظف به ثبت گزارش مربوطه می‌باشد. وظیفه گزارش شرایط بیمار تا پایان شیفت و ساعت همپوشانی دو شیفت بر عهده پرستار تحویل دهنده (شیفت قبل) است.

۸- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.

۹- تعداد و ریتم ضربان قلبی - تنفسی بیمار و عملکرد سیستم های حیاتی بدن را ثبت کنید.

۱۰- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور، مانیتورینگ، پیس میکر و...) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید.

۱۱- بیمار که رژیم غذایی PO دارد: رژیم غذایی بیمار از جمله معمولی، دیابتی، کم نمک و ... را همراه با تحمل یا عدم تحمل بیمار ثبت کنید (مثلاً بیمار با رژیم غذایی معمولی ۸۰٪ غذای خود (یا بصورت کامل) را میل نموده و تحمل کرده است).

۱۲- وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را از نظر کارکردشکمی و دیورز حتماً بررسی و ثبت کنید.

۱۳- بیماری که سوند Foley ندارد : بایستی گزارش براساس گفته بیمار ثبت شود. **مثلاً:** طبق گفته بیمار " دو بار ادرار زرد رنگ داشته ام."

۱۴- بیانات و نشانه هایی را که بیمار عنوان نموده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.

۱۵- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.

- در رابطه با Hold دارو ، ساعت و علت ثبت شود.
- در رابطه با داروهای PRN علت دریافت و ساعت ثبت شروع ثبت شود.
- در رابطه با داروهای Stat درج زمان و مقدار دارو و واکنش بیمار به دارو الزامی است.

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

۱۷- ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق **ساعت مشاهده** یا **اجرای آن** باشد.

۱۸- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.

۱۹- پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (مثلاً: ایزولاسیون) در **اسرع وقت** اقدام به گزارش نویسی نمایید.

۲۰- **انحصاراً** در گزارش، مراقبتهایی را که **خود** ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته‌اید ثبت نمایید. توصیه می شود که پرستاران از چارت کردن برای پرستار های دیگر خودداری ورزند . مگر اینکه واقعاً لازم باشد . زیرا اگر

گزارشات در دادگاه مورد بررسی و استفاده قرار گیرد ، پرستار چارت کننده قادر نخواهد بود جزئیات را درباره بیمار ، تشخیص ها و مراقبت های پرستاری انجام شده را به خاطر آورد . به همین دلیل باید فقط آنچه که خود پرستار مشاهده یا بررسی می کند توسط وی چارت شود . چارت کردن برای دیگران و یا امضای نوشته های آنها ، پرستار چارت کننده را مسئول مراقبت ها ، مشاهدات یا غفلت هایی که ثبت شده اند می سازد . در چنین مواقعی پرستار باید آنچه که چارت شده است را قبل از امضا بخواند و درباره آن جستجو و تحقیق کند.

۲۱- در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری ، **اختصارات قابل قبول بین المللی** را بکار ببرید. و از کاربرد **علائم اختصاری 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 نیاستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.

۲۲- گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل **ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش ، با برانکارد، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراهیان و...) ، وضعیت هوشیاری بیمار ، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم** مشاهده شده باشد.

۲۳- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید. (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره ها و...)

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

۲۵- 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. در مراکز آموزشی درمانی از جمله مرکز آموزشی امام رضا(ع) در بعضی از بخشها در شیفتهای عصر و شب کشیک

اینترنی داریم، دقت نمایید در بخشهایی که کشیک اینترنی دارند حتما این موارد در اسرع وقت (حتی الامکان اولین نفر) به اطلاع رزیدنت کشیک نیز رسانده شود و صرفا نبایستی با اطلاع به اینترن کشیک اکتفا نمود.

۲۶- 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.

۲۷- 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.

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

۲۹- هرگونه علائم و نشانه ای را که در صورت بروز مشکل به پزشک اطلاع داده میشود را همراه با نام پزشک و ساعت اطلاع به پزشک را ثبت نمایید.

۳۰- ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط ، اشتباهات دارویی و....) ضروری است.

۳۱- در مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول بیمار است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید.

۳۲- دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نمایید.

۳۳- کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی اجرا شده را در برگه گزارش پرستاری قسمت **ثبت دارویی** ثبت کنید (نام دارو، دوز دارو تاریخ و ساعت شروع، زمان و راه تجویز).

۳۴- **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).

۳۵- 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 حتماً بایستی علت آن با اطلاع به پزشک معالج در برگه گزارش پرستاری ثبت گردد. (برخی از علل احتمالی عبارتند از : موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار و...). در صورت ثبت داروها در برگه مخصوص ثبت دارویی یا قسمت "اقدامات دارویی و درمانی" در برگه گزارش پرستاری، دیگر نیازی به بیان این جمله: **که دستورات دارویی اجرا شد نیست** اما توصیه می شود شما همکاران خوبم اشاره کنید که دستورات دارویی براساس **7Right** اجرا شد.

۳۶- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش **به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب** کنید.

۳۷- جهت **تصحیح موارد اشتباه** در گزارش شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:

✚ (الف) بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که قابل خواندن باشد یا دور مورد اشتباه دایره کشیده شود.

✚ (ب) در قسمت بالا یا جلوی مورد اشتباه بنویسید: اشتباه است .

✚ (ج) مورد اصلاح شده را با خط خوانا مجدداً در متن گزارش و بعد از مورد اشتباه درج کنید.

❖ در انتهای گزارش ثبت شود که یک مورد در خط چندم اصلاح شده است.

۳۸- از مواردی که منجر به تخریف گزارش می شود اجتناب کنید از جمله:

- ✚ اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است.
- ✚ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری.
- ✚ دوباره نویسی و یا تغییر گزارش.
- ✚ اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین.
- ✚ تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود.
- ✚ حذف نکات مهم گزارش.
- ✚ ثبت تاریخ گزارش بنحوی که موید این مسئله باشد که در زمان قبلی ثبت شده است .

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

- ✚ ثبت زمان ارست قلبی ریوی
- ✚ ثبت زمان اطلاع به تیم احیا
- ✚ ثبت زمان شروع عملیات احیا
- ✚ ثبت زمان حضور تیم احیا بر بالین بیمار
- ✚ ثبت نام افراد حاضر در عملیات احیا
- ✚ ثبت نوع احیاء انجام شده(پایه و پیشرفته)
- ✚ ثبت سرم، دارو و تجهیزات استفاده شده در حین احیا با ذکر دوز و تعداد و روش تزریق
- ✚ در صورت انجام هر گونه پروسیجر، ثبت نوع پروسیجر انجام شده و شخص انجام دهنده
- ✚ در صورت فیبریلاسیون، ثبت نوع و میزان شوک و فرد شوک دهنده و واکنش بیمار نسبت به شوک
- ✚ مدت زمان احیا
- ✚ نتیجه احیا
- ✚ زمان اتمام احیا
- ✚ در صورت انتقال بیمار به ICU، نحوه انتقال -ساعت انتقال-علائم همودینامیک-مراقبتهای بعد از احیای قلبی ریوی و... باید ثبت شود.

۴۰- گزارش پس از مرگ در صورت فوت

- ثبت تاریخ و ساعت فوت
- ثبت نام پزشک تأیید کننده فوت
- ثبت اینکه چه کسانی از بستگان بیمار در زمان مرگ حضور داشتند.
- ثبت این موضوع که وسایل بیمار پس از فوت به چه کسی تحویل داده شده است.
- ثبت نحوه و شرایط انتقال جسد به سردخانه

۴۱- دستور عدم احیاء بیمار ({ Do Not Resuscitate } DNR)

بیماری در مراحل آخر بیماری است و انتظار مرگ او می رود ، پزشک و خانواده وی (یا خود بیمار) ممکن است موافق باشند که دستور عدم احیای بیمار اجرا شود . پزشک دستور را می نویسد و هنگامی که بیمار دچار ایست قلبی یا تنفسی می شود پرستار بر اساس این دستور اقدامی جهت احیای بیمار انجام نمی دهد . دستور DNR باید به صورت کتبی در پرونده وارد شده باشد . اگر بیمار بدون دستور DNR به طور شفاهی به پرستار بگوید که نمی خواهد در مراحل بحرانی احیاء شود . ثبت گفته های بیمار ، درجه آگاهی و هوشیاری بیمار و ثبت اینکه مراتب به پزشک و پرستاری اطلاع داده شده است (به همراه تاریخ و ساعت اطلاع) ضروری است.

نکته: در کشور ما هیچ قانونی برای اجرای دستور DNR وجود ندارد.

۴۲- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی وجود نداشته باشد.

۴۳- آموزشهای ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر نمایید. پرستاران ناگزیرند آموزش به بیمار با انواع مختلفی از وظایف فیزیکی دیگر مانند آموزش به بیمار در مورد مراقبت صحیح از پاها هنگام حمام کردن بیمار دیابتی، آموزش درباره برنامه های غذایی بیمار مبتلا به نارسایی کلیه یا نشان دادن چگونگی تعویض صحیح پانسمان به همراه بیماری که سالمند است، ترکیب نمایند. تمام آموزش های داده شده به بیمار و همچنین، ارزشیابی آموزش های داده شده باید در پرونده بیمار ثبت شود. برای ارزیابی درک بیمار از آموزش های داده شده باید سؤالاتی پیرامون مواردی که آموزش داده شده است از بیمار پرسیده شود. راهکار دیگر این است که از بیمار درخواست شود عملی را که آموخته است نمایش دهد یا غذاهای مناسب را از لیست غذاهای روزانه انتخاب کند تا مشخص شود که یادگیری اتفاق افتاده است. سؤالات بیمار در مورد آموزش داده شده نیز می تواند معیار مناسبی برای تعیین تسلط وی بر محتوای آموخته شده باشد. هنگام ثبت مواردی که آموزش داده شده است پرستار باید بنویسد (آموزش انجام شده است) و نوشتن جملاتی نظیر (با بیمار در مورد اینکه چگونه غذاهای کم نمک را انتخاب کند بحث شد) مناسب نیست. تمام آموزش هایی که برای تقویت دانش مورد نیاز بیمار و تایید کسب اطلاعات توسط بیمار انجام می شود باید ثبت شوند. اگر آموزش ها به صورت چاپ شده در اختیار بیمار قرار می گیرد یک کپی از آن باید در پرونده پزشکی بیمار نگهداری شود.

۴۴- در صورتی که بیماری شفاهاً مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقاً گزارش نمایید.

۴۵- در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره بایستی reorder شود یعنی فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم (رزیدنت کشیک) در پرونده اوردر اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد. به جز بخش اورژانس که می توان دستورات پزشک مشاور را بدون reorder کردن اجرا نمود.

۴۶- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات ناخوشایند پرهیزید.

۴۷- از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.

۴۸- در بخشهای ویژه و یا در صورتی که روش تقسیم فعالیت به صورت **case method** (مثل مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع)) که تقسیم بندی بیماران بصورت **case method** می باشد) باشد گزارش پرستاری باید به صورت پیوسته ثبت گردد و در انتهای شیفت بسته شود. از طرفی **گزارش هرشیفت استمرار گزارش شیفت بعدی** باشد به ویژه در مورد تغییرات عاظم حیاتی، انجام پروسیجرها و...

۴۹- آیتم هایی که در فلوشیت ثبت می شود (عاظم حیاتی، مراقبت از فولی و...) در **صورتیکه تغییری نکند نیازی به ثبت در گزارش نمی باشد** ولی چنانچه در هر آیتم تغییری مشاهده شد و یا در زمان انجام مراقبت ها مانند مراقبت از فولی نشانه های غیر طبیعی دیده شد، تمام تغییرات و مشاهدات و اقدامات پس از آن باید ثبت شود.

۵۰- در صورتیکه بیمار آزمایشاتی مانند چک پتاسیم هر ۶ ساعت دارد، **نیازی به نوشتن دستور پزشک نیست** بلکه ساعت ارسال نمونه و ثبت جواب در صورت غیر طبیعی بودن باید ثبت شود. مثال: در ساعت BS 12:00 بیمارچک شد ۳۱۰ بود طبق دستور دکتر جبارپور، SQ Insulin Regular ۶Unit تزریق شد. مجددا در ساعت BS 12:55 بیمار چک شد و 180 بود.

۵۱- هر گونه شکایت و مشکلی که از طرف بیمار بیان می شود و یا هر گونه نشانه و علامتی غیر طبیعی که مشاهده می شود باید پیگیری شود و اقدامات لازم انجام شود. لازم به ذکر می باشد کلیه نقل قول های بیمار باید در گیومه ثبت شود مثال: به گفته بیمار "احساس سرگیجه و سردرد دارم" - "به گفته بیمار" دو روز دفع مدفوع نداشته ام."

۵۲- **ثبت ویزیت پزشک در گزارش پرستاری :** بیمار در ساعت 11:10 توسط دکتر رضایی پزشک معالج ... یا پزشک مشاور قلب دکتر احمدی ویزیت شد... یا اندام های تحتانی بیمار توسط کارشناس فیزیوتراپی خانم کریمی ساعت 14:25 در دامنه ROM فیزیوتراپی شد.

۵۳- هر اقدامی که سایرین بر روی بیمار انجام دادند مثل فیزیوتراپی تنفسی توسط کارشناس فیزیوتراپی و عکس العمل بیمار نسبت به هر اقدام درمانی باید ثبت شود.

۵۴- هر اقدامی که **طبق تجوز پزشک** برای بیمار انجام دادید بایستی ثبت شود .

۵۵- **خروج بیمار از بخش جهت انجام پروسیجر :** بیمار در ساعت ۱۰:۲۰ توسط برانکارد به همراه پرستار / بیماریار آقای / خانم به واحد اکو رفت و در ساعت ۱۱:۱۰ به بخش بازگشت جواب اکو ..بود و ساعت ۱۱:۱۵ به اطلاع (پس در صورتی که بیمار به هر دلیل از بخش خارج شود مثلاً برای انجام سونوگرافی . دکتر محمدی رسانده شد ، سی تی اسکن و... بایستی زمان رفت و برگشت، با تخت یا ویلچر و..... ، با کپسول اکسیژن یا بدون اکسیژن ، توسط چه کسی ، در چه زمانی و محلی را که رفته است همراه با ثبت علایم حیاتی قبل از خروج از بخش ثبت شود).

۵۶- **گزارش دبل لومن (مثلاً کاتتر دیالیز) یا تریپل لومن (cv line):** تریپل لومن در Internal Jugular Line سمت راست است که هر سه لومن فلشینگ انجام شد (هر لومن Heparin 150 Unite + 3cc N/S) پانسمان خشک و تمیز بود (یا پانسمان تعویض شد). محل لومن Leakage داشت به دکتر امیدی ساعت ۱۷:۲۵ اطلاع داده شد طبق اورد ر ایشان ساعت ۱۸:۳۰ CXR پرتابل انجام شد. دستور D/C لومن داده شد. لومن توسط دکتر فرهادی در ساعت ۱۹:۲۰ خارج شد در محل، پانسمان فشاری گذاشته شد).

۵۷- گزارش پرستاری در مورد بیماری که Chest Tube دارد Chest Tube در سمت راست که Fluctuation دارد و ترشحات Bloody با حجم 50cc داشت. پانسمان تعویض شد اطراف تیوب قرمز بود به دکتر کریمی ساعت ۱۷ اطلاع داده شد و طبق اوردر ایشان پماد موپیرسین استفاده شد.

۵۸- **تشخیص پرستاری** بایستی براساس ارزیابی های انجام شده نوشته شود. می توان یک تشخیص با اولویت بالا همراه با اقدامات پرستاری ثبت کرد. مثال : اختلال در تبادلات گازی در ارتباط با اینتوباسیون که PRN بیمار ساکشن شد. مجدداً" در ساعت ۱۰:۲۰ ABG ارسال شد $\text{HCO}_3 \dots, \text{PCO}_2 \dots, \text{PH} \dots$ بود و جواب آن ساعت ۱۰:۴۵ دقیقه به اطلاع دکتر پاک روان رسانده شد...

۵۹- پس از ثبت هر گونه اطلاعات در گزارش پرستاری با **نوشتن نام و نام خانوادگی و سمت خود ساعت و تاریخ زده و امضاء** نموده و سپس در پایین گزارش خط کشیده شود تا کسی گزارش را تحریف یا اضافه نکند. (گزارش باید دارای امضاء فردی باشد که گزارش را نوشته است و فردی گزارش را می نویسد که خودش مراقبت را انجام داده یا بر اجرای آن نظارت داشته است).

۶۰- چنانچه پرستار گزارشش 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 مشخصات زیر باشد: نام و نام خانوادگی، سمت، تاریخ و ساعت (مشخصاتی که در نکته بالا نیز به آن اشاره کردیم).

۶۱- **راهنمای گزارش نویسی قانونی:**

❖ **بایدها:**

- ✓ قبل از نوشتن مطمئن باشید که **محل مربوطه** را درست انتخاب کرده اید.
- ✓ مطمئن باشید که ثبت شما در **چهارپوب فرآیند پرستاری** و توانایی حرفه یی شما باشد.

- ✓ خوانا و روشن بنویسید.
- ✓ احتیاطاتی که در نظر گرفته اید مانند گذاشتن نرده را ثبت کنید.
- ✓ تماس های گرفته شده با پزشک را شامل زمان، پیام و پاسخ را ثبت کنید.
- ✓ در زمانی که مراقبتی را انجام می دهید آن را در اولین فرصت ثبت کنید.
- ✓ اگر بعد از ثبت مراقبتی، به خاطر آوردید که نکته یی را فراموش کرده اید با عنوان یادداشت آخر(اگر بعد از شیفت مذکور خواستید نکته یی را ثبت کنید بایستی بنویسید ثبت با تاخیر) و زمان و مکان نکته خود را ثبت کنید.
- ✓ به میزان کافی یک رخداد را ثبت کنید تا خواننده متقاعد شود که بیمار خدمات لازم را دریافت کرده است.
- ✓ در هرکجا نوشته یی دارید آن را امضا کنید. و در مکانهای خالی خط بکشید و مابین نوشته های گزارشتان فاصله نگذارید.

❖ نباید ها:

- نشانه یی که در مورد آن هیچ کاری نکردید را گزارش نکنید.
- تغییر گزارش بیمار یک عمل مجرمانه است.
- از عبارات غیر دقیق مانند مقدار زیاد استفاده نکنید.
- یافته های دیگران را ثبت نکنید مگر اطلاعات حیاتی باشند.
- مراقبتها را زودتر از زمانی که انجام می شود ثبت نکنید. ثبت عملی که انجام نداده اید تقلب است.

۶۲- ثبت اقدامات مستقل پرستاری :

- ❖ این اقدامات بدون دستور پزشک و با قضاوت پرستار در صورتی که برای بیمار لازم باشد انجام می شود. شامل :

الف) روش های پیشگیری ، آموزشی یا رفع مشکل بیمار مثل بالا آوردن سر تخت برای راحتی تنفس بیماری که مشکل تنفسی دارد یا تغییر پوزیشن برای جلوگیری از ایجاد زخم بستر .

ب) روش های اصلاح کننده مثل تشویق به مصرف مایعات بیشتر در صورت عدم محدودیت ناشی از بیمار قلبی، کلیوی و..... تشویق به فعالیت در بیمار RBR یا حرکت اندامها در تخت در بیمار CBR در صورت عدم محدودیت حرکتی و سرفه یا عدم استعمال دخانیات .

ج) اقدامات پرستاری که توسط پزشک دستور داده نشده ، اما پرستاران جهت برآوردن نیازهای خاص بیماران آن را انجام می دهند (پرستار این اقدامات را با قضاوت خود در صورتی که برای بیمار لازم بداند ،انجام داده و گزارش می کند).

د)-رفتار و دیگر مشاهدات که در رابطه با وضعیت سلامتی بیمار می باشد . (عکس العمل های جسمی ، تغییرات خلق و خوی و ارتباط کلامی و عکس العمل های فیزیولوژیکی . پرستار در شرح ارتباط کلامی که با بیمار داشته باید کلمات خود بیمار را نوشته و جملات و کلمات بیمار را عوض ننماید).
ه)- واکنش های خاص بیمار نسبت به درمان و مراقبت (اثر مسکن بر درد ، اثر پاشویه بر تب).

۶۳- در خیلی از موسسات بهداشتی از جمله مرکز درمانی امام رضا (ع)، گزارش آموزشی که به بیمار داده می شود نیز در قسمت گزارش پرستاری نوشته می شود ، زیرا آموزش یکی از مسئولیت های مهم پرستاری است و در گزارشات موجود باید ثبت گردد .

۶۴-نکته مهم: با توجه به تشخیص اصلی یا تشخیص افتراقی بیمار ، علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری ، سیر بیماری ، تصمیم گیری برای درمان کمک کننده باشد حتما گزارش نمایید.

۶۵-نوع آزمایشات پاراکلینیکی را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید. پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی ، ساعت دقیق دریافت آزمایش را گزارش نمایید و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج شفاهی اطلاع دهید و موضوع را در گزارش پرستاری ثبت نمایید.

۶۶- اگر به نوشته دکتر در پرونده **تردید** دارید بایستی برطرف کنید . در غیر اینصورت مسئولیت خطا به عهده پرستار و پزشک است .

۶۷- مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

- ✚ عدم تطابق محتوی گزارش با استانداردهای حرفه ای
- ✚ محتوای گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد.
- ✚ محتوای ناقص یا بی ثبات
- ✚ محتوای توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد .
- ✚ محتوایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد.
- ✚ وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی
- ✚ امضاء گزارشات تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر
- ✚ تحریف گزارش
- ✚ وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
- ✚ ناخوانا بودن گزارش
- ✚ نا مرتب بودن و کثیفی گزارش
- ✚ جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- ✚ رونویسی اشتباهات یا سیاه کردن روی موارد اشتباه به نحوی که خوانا نباشد.
- ✚ امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار (امضا بایستی در انتهای آخرین کلمه گزارش باشد نه در کنار گزارش نوشته شده)
- ✚ گلچین کردن بخشی از محتوای گزارش نویسی و توضیح بیش از حد
- ✚ ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم

۶۸- علل شایع محکوم شدن پرستاران در مراجع قانونی (۸ اشتباه شایع در گزارش نویسی):

۱. قصور در ثبت تاریخچه طبی و سابقه حساسیت (پنی سیلین)
۲. فراموش کردن ثبت اقدام پرستاری (تعویض پانسمان)
۳. فراموش کردن ثبت دادن یک دارو
۴. ثبت اشتباه در یک پرونده یا فرم دیگر (به علت تشابه نام، تخت، عامل بیماری و)
۵. تداوم در تجویز داروی قطع شده
۶. قصور در ثبت عوارض جانبی داروها
۷. ثبت و تجویز اشتباه دارو
۸. ثبت ناخوانا

۶۹- مستند ساختن رضایت آگاهانه

✓ فرم رضایت آگاهانه باید شامل خطرات و فواید خاص در ارتباط با نوع پروسیجر یا اقدامی که برای آن رضایت گرفته شده است باشد. ضروری است در گزارش نوشته شود که در مورد پروسیجر یا اقدام با بیمار گفتگو شد و تا این لحظه (لحظه نوشتن گزارش) برای بیمار سوالی در مورد پروسیجر یا اقدام باقی نمانده است و وی خواهان انجام پروسیجر است. جهت اطمینان از اینکه بیمار از یافته های شما آگاه است و برای ثبت شرایط یا وضعیت هایی که قبلاً داشته است (یافته های غیر طبیعی) مانند محدودیت دامنه حرکت یا اختلالات حسی عصبی، این موارد را به طور مستقیم در فرم رضایت نامه بنویسد و از بیمار بخواهید نام و نام خانوادگی خود را بنویسد و در محل مخصوص امضا نماید.

❖ ۷۰- توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه:

✚ دانشجویان مسئولیت قانونی ندارند و بیمارستانها حق ندارند از دانشجویان برای رفع نیاز پرسنلی استفاده کنند.

- ✚ هیچگونه فعالیت تخصصی خارج از حیطه و قلمرو تعیین شده برای پرستار ، نباید توسط وی انجام شود .
- ✚ برای مراقبت و محافظت و جلوگیری از صدمه به بیمار ، پرستار باید مطمئن شود که همه لوازم موجود در حوزه مراقبتی بیمار مطمئن و ایمن و سالم هستند .
- ✚ پرستاران در نگهداری بیماران ناتوان و نابینا و سالمند باید از محدود کننده های فیزیکی استفاده کنند.
- ✚ وسایل ناقص و خراب باید سریعاً تعمیر و جایگزین شوند و به سرپرستار و مقام مافوق کتبا گزارش شوند.
- ✚ در صورتی که دستور دارویی مشکوک به نظر می رسد ، فوراً به پزشک یا مافوق ذیصلاح اطلاع داده شود.
- ✚ بیماران مرتب کنترل شوند و هر گونه تغییر در طول شیفت پس از بررسی و شناخت دقیق به پزشک و یا مسئول ذیصلاح گزارش شود و در پرونده نیز ثبت گردد.
- ✚ هر گونه قصور و کوتاهی از سوی سایر همکاران در ارتباط با بیمار باید جدی گرفته و کتبا گزارش شود.
- ✚ شکایت بیمار از درد را باید جدی گرفته و تا اطمینان از وضعیت بیمار و رفع درد موضوع را پیگیری کنید.
- ✚ اولین وظیفه پرستار حمایت از بیمار است اگر به نظرتان وضعیت بیمار بحرانی است باید به پزشک گزارش دهید . در این امر درنگ نوزید (خواه نیمه شب ، یا وسط روز) .
- ✚ از بکارگیری افراد غیر حرفه ای جهت انجام کارهای تخصصی جدا خودداری کنید . در صورت بروز خطا از سوی آنان دادگاه پرستار را مجرم می شناسد.
- ✚ اگر در دستورات پزشک جای سوال است، نمیتوانید آنرا بخوانید، ناکامل است و یا احتمال میدهید به بیمار آسیبی برساند، در اطمینان از صحت آن بکوشید .
- ✚ به منظور حفاظت خود ، تمام تماسهایتان با پزشک را ثبت کنید (با تاریخ و ساعت دقیق) .
- ✚ اگر شما به عملکرد سو یا معالجه غلط در دادگاه متهم شوید ، درمورد شما طبق استانداردهای شغلی رفتار و قضاوت میشود.
- ✚ اگر درگیر مسائل دادگاه شوید بهترین حامی اسناد و مدارک بجا مانده از شما در مراقبت از بیمار میباشد. در دادگاه فرض بر اینست که اگر چیزی نوشته نشده باشد ، یعنی انجام نشده است .

✚ خطاهای دارویی ، سقوط ، خطاهای اتاق عمل مثل جا ماندن گاز و وسایل در بدن بیمار ، اشتباه و کوتاهی در انتقال یا اعزام بیمار ، مشاهدات ناکافی از جمله علل دادگاهی شدن پرستار هستند.

✚ هیچگاه از بحث در باره نکات ضعف خود با مافوق نهراسید ، مسئولیتهایی را که برای آنها آمادگی ندارید، نپذیرید زیرا در صورت ارتکاب خطا ادعایتان مبنی بر عدم آشنایی در دادگاه قابل توجیه نخواهد بود.

✚ هرگز به درمان هیچ بیماری بدون دستور پزشک نپردازید مگر در موارد اضطراری و تحت شرایط خاص . از نظرقانونی تنها پزشکان حق اینکار را دارند (رو در بایستی ممکنست به بیمار آسیب برسان).

✚ وقتی بیمار از شما میخواهد که نظرتان را در باره درمان او اظهار کنید ، از قبول آن سرباز زنید و از بیان هر جمله و عبارتی که احتمال میرود بیمار از آن سوء تعبیر کند ، اجتناب کنید.

✚ هرگز به عنوان شاهد قبل از فهم کامل مطالب ، آن را امضا نکنید .

✚ کمبود امکانات اعم از تجهیزات ، نیروی انسانی و.. را که امکان بروز حادثه و صدمه به علت استفاده از آنها برای بیمار وجود دارد و شما مجبور به پذیرش شرایط هستید ، بصورت کتبی و طی چند نوبت به مقام مافوق (در شیفت صبح سرپرستار و در نبود ایشان به سوپروایزر کشیک) گزارش کنید و یک نسخه نیز جهت بایگانی نزد خود نگه دارید.

۷۱- ثبت گزارش توضیحی، تکمیلی، تاخیری:

ثبت تاریخ و ساعت گزارش توضیحی، تاخیری یا تکمیلی الزامی است. واژه "گزارش توضیحی" یا "گزارش تاخیری" و علت آن، حتما باید ثبت شود و به موردی که نیاز به توضیح بیشتری دارد، ارجاع داده شود. گزارشات توضیحی و تکمیلی یا تاخیری، باید درحداقل زمان ممکن، پس ازثبت مورد اولیه، ثبت گردد.

✚ ثبت کردن باید به موقع و تا آنجا که ممکن است به زمان وقوع حادثه نزدیک باشد . گذشت زمان ، حتی بهترین حافظه ها را تحت تاثیر قرار می دهد و اغلب اطلاعات با ارزش به دلیل عدم یاد آوری دقیق مطالب از قلم می افتد . برای چارت کردن به موقع ، باید تاریخ و زمان ثبت رخداد به طور کامل قید شود . هیچ قانونی در مورد دیر چارت کردن وجود ندارد . ولی ثبت دیر هنگام و تاخیری بهتر از ثبت نکردن آن است . هر چند با افزایش فاصله زمانی بین مراقبت واقعی از بیمار و ثبت آن مراقبت دادگاه به این مسئله مظنون می شود که ثبت اضافی فقط به

خاطر سلب مسئولیت انجام گرفته است . اگر ثبت دیر انجام می شود ، هرگز نباید سعی شود اطلاعات به قسمت های کوچک تقسیم شود و در حاشیه گزارش اضافه شود . وجود چنین تراکمی در گزارش اغلب در دادگاه به عنوان تلاش جهت پنهان سازی اطلاعات تلقی می گردد.

۷۲- روش اضافه کردن ضمیمه به گزارش :

- ✓ الف) ثبت تاریخ و ساعت ایجاد ضمیمه در پایان گزارش
- ✓ ب) ثبت محل الصاق ضمیمه در پایان گزارش
- ✓ ج) ثبت نوع ضمیمه در پایان گزارش

۷۳- **نکته:** برخی بیماران آسیب پذیر هستند که لازم است شناسایی شده و طرح مراقبت های پرستاری برای ایشان انجام و ثبت گردد. بیماران آسیب پذیر شامل بیمارانی هستند که در شرایط خاص فیزیولوژیک، فیزیکی، روانی واجتماعی قرار دارند. از جمله این بیماران میتوان به بیماران سالمند، بیماران روانپزشکی، بیمار دارای اختلالات ذهنی، معلولیت های جسمی (بینایی، شنوایی، حرکتی، گفتاری)، بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین یا بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، بیماران باشخصیتهای ضداجتماعی و افراد بی خانمان، اشاره کرد.

۷۴- ثبت مربوط به بیماران پر خطر:

بر اساس استاندارد های اعتبار بخشی نسل پنجم، بیماران پرخطر شامل ۶ دسته هستند، که لازمست کلیه بیماران بر اساس ۶ معیار ابلاغی، بررسی شده و ریسک خطر آنها تعیین گردد و سپس با توجه به ریسک خطر تعیین شده، اقدام به اجرای مراقبتهای پرستاری نموده و در هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت گردد. این ۶ گروه شامل موارد زیر میباشد:

- ✚ بیماران در معرض خطر سقوط که با معیار مورس (scale assessment risk fall Morse) مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبتهای پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت میگردد.
- ✚ بیماران در معرض خطر زخم فشاری که با معیار برادن (scale Braden) مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبتهای پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت میگردد.
- ✚ بیماران در معرض خطر ترومبوز وریدهای عمقی که با معیار ولز (score Wells) مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبتهای پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت میگردد.
- ✚ بیماران در معرض خطر خودکشی که با معیار سد پرسنس (SAD Persons Scale) مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبتهای پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت میگردد.
- ✚ بیماران در معرض خطر پلی فارمسی (چند دارویی) که در صورت داشتن بیش از ۴ دارو و سرم در کاردکس پر خطر محسوب شده و مراقبتهای پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت میگردد.
- ✚ بیماران در معرض خطر سوءتغذیه که با معیارهای مشخص ارزیابی تغذیه ای، توسط پرستار و کارشناس تغذیه، مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبت های پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت می گردد.

۷۵- خارج شدن از تخت علیرغم توصیه پرستار:

بعضی مواقع علیرغم اینکه پرستار به بیمار گفته است که نباید بدون کمک از تخت خارج شود ، او ممکن است چنین کاری را انجام دهد و خود را در معرض خطر سقوط و پرستار را در معرض خطر طرح دعوی در دادگاه قرار دهد پرستار برای حفاظت از خود باید اطمینان یابد که:

آموزش هایی را که به بیمار داده است و هر کاری که بیمار علیرغم آموزش های وی انجام می دهد را به طور واضح ثبت کرده است.

هر نوع وسیله ای که استفاده کرده است تا امنیت بیمار را برقرار نماید (مانند زنگ کنار تخت، بالا بردن کناره های تخت و ...) ثبت کرده است.

➤ نمونه گزارش:

بیمار ضعف دارد و روی پاهایش تعادل ندارد. به وی در رفتن به حمام کمک شد. بیمار بیان می کند وقتی می ایستد سرگیجه دارد. به بیمار آموزش داده شد که هنگام خارج شدن از تخت و سرویس رفتن یا وسایل خواستن کمک بخواهد. نرده های کنار تخت بالاست. زنگ احضار پرستار در دسترس بیمار قرار داده شد و استفاده از آن به وی آموزش داده شد. ساعت ۱۷:۳۰ متوجه شدم بیمار به سمت سرویس می رود. بیان کرد خودش از تخت خارج شده است. به او یاد آوری شد که برای پائین آمدن از تخت کمک بخواهد. او گفت که حرف های من را فهمیده است.

۷۶- عدم تبعیت بیمار:

بیماران معمولاً از پذیرش آموزش های معمول مانند "رژیمت را ادامه بده"، "بدون کمک از تخت پائین نیا"، "داروهایت را طبق دستور مصرف کن"، یا "دستور پزشک را برای چکاپ در نظر داشته باش" سر باز می زنند. در چنین مواقعی، ثبت موارد زیر در پرونده بیمار لازم است:

- هر رفتاری که بیمار علیه آموزش های پرستار نشان می دهد.
- اینکه پرستار مشکل را به اشخاص مناسب گزارش کرده است.
- اینکه پرستار سعی کرده است بیمار را به اطاعت از دستور تشویق کند، هر چند اگر ناموفق بوده است.

۷۷- ثبت حوادث غیرمترقبه:

فرار، سقوط، حساسیت، آلرژی، برق گرفتگی، کما، ایست قلبی و تنفسی، خودکشی و ... با ذکر ساعت، توضیحات و اقدامات انجام شده و نیز در جریان قراردادادن مسئولین ثبت می گردد. در هنگام وقوع حوادث باید، ابتدا سوپروایزر کشیک بیمارستان و سپس مسئول ایمنی بیمار بیمارستان را، جهت پی گیری و تشخیص موارد قانونی و انجام اقدامات لازم، درجریا قراردهید. همچنین باید اقدامات انجام شده

ایمنی، حفاظتی، اطلاع به پزشک، حمایت و آموزش، وسایل مورد استفاده برای حفظ ایمنی بیمار، قبل و بعد از حادثه، ثبت گردد.

۷۸- گم شدن بیمار:

در موقع گم شدن بیمار باید سعی کرد او را در ساختمان بیمارستان پیدا کرد و پس از آن با منزلش تماس گرفت. اگر احتمال دارد بیمار به خودش یا دیگران صدمه بزند مخصوصاً اگر بیمارستان را با هر گونه وسایل پزشکی ترک کرده باشد باید به دفتر پرستاری، پزشک و پلیس اطلاع داده شود. در چنین مواقعی ثبت موارد زیر در پرونده ضروری است.

✚ زمانی که پرستار متوجه گم شدن بیمار شده است.

✚ تلاش پرستار برای پیدا کردن بیمار

✚ نام افرادی که به آنها اطلاع داده شده است.

✚ دیگر اطلاعات مربوط به بیمار

۷۹- حداقل های ثبت در گزارش قبل از عمل:

✚ ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل

✚ ثبت نحوه ی انتقال (برانکارد، صندلی چرخدار و ...)

✚ ثبت تجهیزات همراه بیمار و تیم همراهی کننده در زمان انتقال

✚ ثبت نام فرد تحویل گیرنده بیمار در اتاق عمل سایر موارد در برگه مراقبت قبل از عمل جراحی

ثبت میگردد و در صورت تکمیل صحیح و دقیق، نیازی به ثبت موارد اضافه تر در گزارش پرستاری، نمی باشد.

۸۰- گزارش حین عمل جراحی (اتاق عمل):

✚ ساعت شروع و خاتمه عمل، نوع بیهوشی، نوع برش و محل قرار دادن پلیت کوتتر، می باید توسط پزشک

جراح و بیهوشی در برگه شرح عمل، ثبت گردد.

هر نوع اتفاق حین عمل (خونریزی زیاد ، شوک، ایست قلبی و...) با ذکر اقدامات انجام شده و نتایج آن، باید علاوه بر پزشک جراح و متخصص بیهوشی، توسط کارشناس بیهوشی هم در برگه بیهوشی یا گزارش پرستاری ثبت گردد.

در صورت برداشتن نمونه ، محل نمونه برداری ، نوع و تعداد نمونه و اندازه تقریبی نمونه، باید علاوه بر پزشک جراح، توسط کارشناس اتاق عمل، در برگه شرح عمل و یا گزارش پرستاری ثبت گردد.

تعداد گاز، لنگاز و کلیه وسایل مصرفی را در زمان قبل از دوختن فاشیا و قبل از دوختن جلد، شمارش کرده و توسط کارشناس اتاق عمل، در برگه شرح عمل و یا گزارش پرستاری ثبت گردد.

هر نوع داروی مصرف شده حین عمل (داروهای بیهوشی، داروهایافزاینده یا کاهنده فشارخون و ...) که توسط متخصص بیهوشی تجویز و ثبت شده، به همراه عکس العمل بیمار نسبت به این داروها، باید توسط کارشناس بیهوشی ثبت گردد.

زمان خروج لوله تراشه و وضعیت بیمار در حین و بعد از خروج لوله، باید توسط کارشناس بیهوشی ثبت گردد.

وضعیت بیمار (سطح هوشیاری، وضعیت علائم حیاتی، داروهای مصرفی و میزان جذب و دفع) با ذکر ساعت خروج از اتاق عمل و ورود به ریکاوری، باید توسط کارشناس بیهوشی ثبت گردد.

۸۱-حداقل های مورد نیاز به ثبت در گزارش ریکاوری:

ثبت ساعت ورود به ریکاوری

ثبت نوع بیهوشی و وضعیت بیمار در زمان ورود به ریکاوری مانند سطح هوشیاری و...

ثبت وضعیت عمومی بیمار در ریکاوری (حس و حرکت اندامها، استفراغ، خونریزی، مشکلات همودینامیکی، درد، لرز و...) با قید ساعت.

ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه و عملکرد آنها مثل NGT، سوند ادراری، لوله تراشه، چست تیوب، وزنه، پانسمان، درن و...

ثبت هرگونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته که در ریکاوری اتفاق افتاده است و می تواند برروی مراقبتهای بعداز عمل موثر باشد.

ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان حضور بیمار در ریکاوری انجام شده است.

ثبت زمان تحویل بیمار از ریکاوری به بخش

ثبت فرد تحویل گیرنده بیمار در بخش

۸۲- حداقل های مورد نیاز ثبت در گزارش بعد از عمل:

ساعت تحویل و یا ورود بیمار به بخش

ثبت نوع عمل انجام شده

ثبت وضعیت عمومی بیمار در بدو ورود با قید علائم حیاتی و سطح هوشیاری ، درد و....

ثبت وضعیت درن ها، کاتترها، Chest Tube و سایر اتصالات بیمار، از نظر کارکرد صحیح، میزان ترشحات و پانسمان

ثبت علائم حیاتی طبق روتین بیمارستان امام رضا (ع) هر ۱۵ دقیقه تا یکساعت اول (یعنی ۴ بار کنترل v/s) سپس نیم ساعت تا ساعت دوم (یعنی ۲ بار کنترل v/s) و در آخر هر ساعت تا Stable شدن شرایط همودینامیک بیمار.

ثبت برون ده ادراری در ساعت اولیه با ذکر حجم و رنگ ادرار.

۸۳- گزارش اعزام و انتقال:

زمانیکه بیماری از بخشی به بخش دیگر و یا از مرکزی به مرکز دیگر منتقل می شود، علاوه بر ثبت در گزارش پرستاری بایستی بصورت شفاهی نیز موارد زیر را حتما ذکر نمایید:

✚ ساعت انتقال از بخش مبدا و ساعت پذیرش در بخش مقصد (که نباید اختلاف زیادی داشته باشند)

✚ وسیله انتقال بیمار (برانکارد، صندلی چرخدار و...) تجهیزات لازم در زمان انتقال (طبق اوردر کتبی پزشک)

✚ اعضای تیم انتقال دهنده (از جمله پرستار بیمار و کارشناس بیهوشی و شرایط عمومی، سطح هوشیاری، وضعیت همودینامیک و علائم حیاتی بیمار در زمان انتقال از بخش مبدا و زمان پذیرش در بخش مقصد)

✚ پرستار تحویل دهنده و تحویل گیرنده در بخش مقصد

✚ داروها و مدارک بیمار به چه کسی تحویل داده شد.

✓ در ارائه گزارش شفاهی به پرستار بخش مقصد رعایت تکنیک (**SBAR** ذکر نام و پزشک و تشخیص پزشکی بیمار، خلاصه ای از سیر بیماری، تشخیصهای پرستاری، مشکلات و طرحهای مراقبتهای فعلی، پیگیری ها و ارزیابی های فوری که در زمان کوتاهی پس از انتقال باید انجام شود و در خصوص اعزام و ارجاع بیمار نیز رعایت دستورالعمل اعزام و ارجاع ضروری می باشد).

۸۴- گزارش ترخیص:

✓ حتما بایستی در گزارش پرستاری قید کنید که بیمار به روش **SMART** ترخیص شده است.

✚ ثبت نوع ترخیص (موقت و دائمی) (با دستور پزشک ، با رضایت شخصی و...)

✚ ثبت زمان ترخیص

✚ ثبت وضعیت بیمار هنگام ترخیص (هوشیاری،علائم حیاتی، وضعیت ظاهری و اتصالات،وضعیت حرکتی)

✚ تاریخی که انتظار می رود بیمار برای ویزیت پیگیری برگردد و تاریخی که پرستار این وعده ملاقات را با بیمار در میان گذاشته است.

ثبت آموزش های داده شده (داروها ، فعالیت ، تغذیه، مراجعه بعدی ، مراقبت های بعد از ترخیص همان روش SMART)

۸۵- ثبت گزارش مربوط به درد:

در بررسی مشخصات درد استفاده از معیار PQRST کمک کننده است:

P (Provokes) : عوامل تحریک کننده درد: عواملی که باعث تشدید یا تخفیف درد می شوند.

Q (Quality) : کیفیت درد: درد ممکن است تیز، مبهم و منتشر و ارجاعی باشد.

R (Radiates) : انتشار درد: گسترش درد به سایر قسمتها

S (Severity) : شدت درد: به دو شکل عددی یا توصیفی ثبت می گردد، شکل عددی آن از ۱ تا ۱۰ و شکل توصیفی با عبارتهای درد بسیار شدید، درد شدید، درد متوسط، درد خفیف و فقدان درد ثبت می شود.

T (Time) : زمان درد: مدت زمانی که درد به صورت مداوم یا متناوب، ادامه داشته است. در این راستا دوره درد ممکن است به صورت دردمداوم، درد متناوب و درد زودگذر باشد.

از جمله سایر موارد مهم در بررسی درد :

الف) ارتباط محل درد با علت بستری: (مثلا برای بیماری که به علت عمل جراحی کله سیستیت بستری شده و از سردرد شاکی است، باید علت را بررسی و سپس اقدام به درمان کرده و در گزارش نیز ثبت نمود).

ب) واکنشهای رفتاری و تظاهرات فیزیولوژیکی: تعریق، تهوع، رنگ پوست، نبض، تنفس، فشارخون، سائز مردمکها و...

➤ نکته: درد بیمار باید در هر شیفت بررسی و ثبت گردد، عدم وجود درد در بیمار هم باید در هر شیفت ثبت شود، حتی در صورتی که درد ارتباطی به علت بستری بیمار ندارد، باز هم باید مورد توجه و ثبت قرار گیرد.

۸۶- خلاصه نکات کلی ارایه شده در ثبت گزارش نویسی :

✚ از مثال ها و گفتار خود بیمار جهت توصیف چیزی که مشاهده کردید یا استنباط کردید ، استفاده کنید .

✚ همیشه وضعیت راههای تهاجمی و اقدامات درمانی را ثبت کنید . (اکسیژن درمانی ، تراکشن ، سوند معده یا فولی) .

✚ تاریخ و زمان دقیق به ترتیب حوادث و اولویتهای یادداشت شود .

✚ اختصاصی عمل کنید . از بکار بردن لغات نامعلوم و یا نامفهوم بپرهیزید .

✚ همیشه اسم کوچک ، نام خانوادگی و مدرک خود را به ترتیب روی هر برگه و یا زیر گزارش بنویسید .

✚ مختصر بنویسید ، هرگز توصیف نکنید . از صفات و علائم اختصاری پذیرفته شده استفاده کنید .

✚ به اطلاعات لازم از قبیل گزارش ها و یادداشت های مرتبط پیشین اشاره شود .

✚ جنبه های اجرایی کار که باید مورد توجه قرار گیرد در بندی مستقل منظور گردد .

✚ اطلاعاتی را که به پزشک معالج بیمار گزارش می نمایید دقیقا ثبت نمایید .

✚ در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی باقی نگذارید .

✚ در گزارشات روی یافته های غیر طبیعی تاکید گردد .

✚ چنانچه بیمار از خوردن دارو امتناع می ورزد حتما با ذکر دلیل در گزارش ثبت شود .

✚ نباید جای همکار دیگر گزارش نوشته شود . زیرا مسئولیت قانونی دارد .

✚ در ثبت موارد از قلم افتاده از باز کردن آکولاد خودداری گردد .

✚ اقدامات و روش های درمانی که توسط اعضاء مختلف تیم پزشکی اعمال شده است را حتما ثبت کنید

(تعویض پانسمان زخم بیمار توسط پزشک ، فیزیوتراپی توسط فیزیوتراپیست و...) .

✚ تمام اقداماتی که با اوردر پزشک و توسط پرسنل پرستاری انجام می گیرد باید در گزارش به آن اشاره شود .

✚ پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد بهترین مدافع شما می باشد .

✚ اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعیات ما آسیب می رساند .

✚ چهل به قانون رفع مسئولیت نمی کند .

✚ چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده ثبت نمایید اثبات صحت اقدامات انجام شده آسانتر خواهد بود.

✚ تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کنیم.

✚ ثبت هر نکته ای در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درمانی حمایت نماید ولی وجود هر اشکالی در پرونده بالینی می تواند بر علیه کادر درمانی بکار رود.

✚ ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید .

✚ توجه نمایید مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.

✚ از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جدا ممانعت بعمل آورید.

✚ در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار مشخصات را با دقت تکمیل نمایید.

✚ انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب گرفته شود.

۸۷- کاردکس پرستاری:

کلیه بخش های بیمارستانی به کاردکس جهت ثبت برنامه مراقبتی نیاز دارند . هر برگ کاردکس شامل دو صفحه متوالی به ابعاد ۱۲ * ۱۹/۵ سانتی متر است که بصورت یکبار مصرف برای دوره بستری بیمار مورد استفاده قرار می گیرد .

هدف اصلی از در نظر گرفتن کاردکس برای هر بخش ایجاد سرعت در مراقبت های بهداشتی درمانی و به حداقل رساندن اشتباهات احتمالی است . استفاده از کاردکس امکان ملاحظه مجموعه اطلاعات همه مددجویان را در کنار هم به ما می دهد و به برنامه ریزی برای مدیر پرستاری کمک شایانی می کند .

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

۸۹- در ارتباط با گزارش بخش دیالیز بایستی نکات زیر را رعایت کنیم:

✚ در گزارش پرستاری بخش دیالیز، بایستی همچون سایر بخشها به وضعیت هوشیاری بیمار، نحوه ی پذیرش بیمار(تخت- برانکاردو...)، تحویل به روش SBAR، ثبت بررسی به عمل آمده از سیستم بدن از جمله سیستم تنفسی و سیستم قلب و عروق و... و ثبت آموزشهای ارائه شده به بیمار اشاره کرد.

✚ بایستی برگه مشخصات همودیالیز بیمار بصورت کامل تکمیل شود. از جمله: تشخیص علت همودیالیز، ثبت علائم حیاتی قبل و بعد از دیالیز، نوع دسترسی به عروق، مشخصات تنظیمات دستگاه همودیالیز و ...

✚ در صورتیکه بیمار در طی فرایند دیالیز دچار حالات غیر طبیعی یا تغییر در همودینامیک یا علائم حیاتی ناپایدار شد حتما بایستی در گزارش پرستاری با ذکر علائم حیاتی، زمان اطلاع به پزشک و اقدام صورت گرفته و در نهایت وضعیت بیمار بعد از مداخله ثبت شود.

۹۰- در ارتباط با گزارش بخش اورژانس بایستی نکات زیر را رعایت کنیم:

✚ در گزارش پرستاری بخش اورژانس، بایستی همچون سایر بخشها به وضعیت هوشیاری بیمار، نحوه ی پذیرش بیمار از همکاران EMS یا خانواده بیمار و ... (با تخت- برانکارد و...)، تحویل به روش SBAR، ثبت بررسی به عمل آمده از سیستم بدن از جمله سیستم تنفسی، سیستم قلب و عروق و... و ثبت آموزشهای ارائه شده به بیمار اشاره کرد.

✚ در صورتیکه بروز حالات غیر طبیعی یا تغییر در همودینامیک یا علائم حیاتی ناپایدار در بیمار حتماً بایستی در گزارش پرستاری با ذکر علائم حیاتی، زمان اطلاع به پزشک و اقدام صورت گرفته و در نهایت وضعیت بیمار بعد از مداخله ثبت شود.

بررسی مفاهیم مهم

Four Scour معیار

FOUR Score

در حال حاضر جهت تعیین دقیق سطح هوشیاری در بالین بیماران، نیازمند به ابزار ساده و پایا هستیم که بازگوکننده پیش آگهی وضعیت بیماران، تریاژ صحیح آنها و همچنین استاندارد جهت تصمیمات درمانی باشد.

مقیاس نسبتاً جدید FOUR توسط نورولوژیستی بنام "ویجدیکز" در مایوکلینیک آمریکا معرفی گردیده که میتواند به عنوان جانشین خوبی برای GCS معرفی شود. مقیاس FOUR بر خلاف GCS، عملکرد کلامی را بررسی نمیکند و بیماران کمایی اینتوبه و دارای تراکئوستومی را دقیقتر بررسی میکند. مقیاس FOUR دارای چهار قسمت **پاسخ چشمی**، **پاسخ حرکتی**، **پاسخ ساقه مغز**، **الگوی تنفس** با حداقل امتیاز هر قسمت ۴ و حداقل امتیاز صفر میباشد. ارزشیابی تمام اجزای این امتیازبندی معمولاً چند دقیقه طول می کشد و در مجموع، امتیاز بین صفر تا شانزده دارد.

وضعیت واکنش	امتیاز
Eyes open چشم	
پلک ها باز است یا نسبت به دستور پلکها را باز می کند، پلک میزند و یا شيء را تعقیب میکند	۴
پلک ها را باز می کند اما با چشم چیزی را تعقیب نمی کند	۳
پلک ها بسته است اما نسبت به صدای بلند آنها را باز می کند	۲
پلک ها بسته است اما نسبت به محرک دردناک آنها را باز می کند	۱
پلک ها نسبت به محرک دردناک هم بسته می مانند	۰
MotorResponse حرکتی	
نشان دادن اعداد یا انگشتان دست یا مشت کردن دست یا بالا آوردن شست طبق دستور	۴
محل درد را مشخص می کند (لمس دست معاینه کننده بعد از تحریک دردناک) لوکالیزه	۳
در پاسخ به محرک دردناک، اندامهایش را خم می کند (حرکت فلکسیون)	۲
در پاسخ به محرک دردناک، اندامهایش را باز می کند (حرکت اکستنسیون)	۱
عدم پاسخ به محرک دردناک یا انقباض عمومی عضلات	۰
BrainStem Response پاسخ ساقه مغز	
واکنش مردمک و قرنیه وجود دارد	۴
یکی از مردمکها گشاد و ثابت است	۳
فقدان واکنش مربوط به مردمک یا قرنیه	۲
فقدان هر دو واکنش مردمک و قرنیه	۱
فقدان واکنش مربوط به مردمک، قرنیه و سرفه	۰
Respiration تنفس	
لوته داخل نای ندارد، الگوی تنفسی مادی و منظم است	۴
لوته داخل نای ندارد، الگوی تنفسی شین استوک است	۳
لوته داخل نای ندارد، تنفس نامنظم است	۲
تعداد تنفس بیمار از تعداد تنفس دستگاه ونتیلاتور بیشتر است	۱
تعداد تنفس بیمار مساوی یا تعداد تنفس دستگاه ونتیلاتور یا آینه است	۰

(GCS= Glasgow Coma Scale)

Glasgow coma scale (GCS)

- مقیاس اغمای گلاسکو بر سه پایه استوار است که عبارتند از:
- پاسخ چشمی (Eye opening or Eye response) : در بهترین حالت ۴ نمره
 - پاسخ کلامی (Verbal response) : در بهترین حالت ۵ نمره
 - پاسخ حرکتی (Motor response) : در بهترین حالت ۶ نمره

تفسیر معیار گمای گلاسکو:

- میزان آسیب مغزی را با استفاده از این معیار می توان تخمین زد:
- آسیب خفیف: ۱۵ تا ۱۳
 - آسیب متوسط: ۱۲ تا ۹
 - آسیب شدید: GCS زیر ۹
 - معمولاً در شرایطی که این معیار کمتر از ۸ باشد انتوباسیون توصیه میشود.
 - در این مقیاس حداکثر امتیاز ۱۵ است و حداقل آن ۳، در صورتیکه فرد انتوبه باشد امکان بررسی کلام وجود ندارد و لذا حداقل T ۲ و حداکثر T ۱۱ است.

تعیین سطح هوشیاری بر اساس معیار درجه بندی گلاسکو (GCS)

وضعیت واکنش		امتیاز
پاسخ حرکتی:		
انجام حرکات صحیح در پاسخ به معاینه کننده (اجرای دستورات)		۶
حرکات را لواکالیزه میکند (عامل تحریک دردناک را از خود دور می کند)		۵
خود را از محرک دردناک دور می کند		۴
فلکسیون (جمع شدن) غیرطبیعی اندام ها (دکورئیکه) در پاسخ به تحریکات		۳
اکستنسیون (باز شدن) غیرطبیعی اندام ها (دسربره) در پاسخ به تحریکات		۲
عدم واکنش حرکتی به تحریکات		۱
پاسخ کلامی (واکنش بیمار به تحریکات کلامی):		
هوشیار است (پاسخ صحیح به سوالات مربوط به مکان، زمان و شخص می دهد)		۵
پاسخ های نامناسب به سوالات می دهد و گیج است		۴
در پاسخ به تحریکات کلامی کلمات نامربوط بکار می برد		۳
در پاسخ به تحریکات کلامی اصوات نامفهوم بکار می برد		۲
عدم واکنش به تحریکات کلامی		۱
پاسخ چشمی:		
چشم ها را بصورت ارادی و خودبخود باز می کند		۴
چشم ها را در واکنش به صدا زدن باز می کند		۳
چشم ها را با محرک های دردناک باز می کند		۲
چشم ها در واکنش به تحریک باز نمی شود (عدم واکنش)		۱

Four Score و GCS مقایسه دو معیار

GCS رفلکس های ساقه مغز و حرکات چشم یا پاسخهای پیچیده حرکتی را در بیماران با تغییر هوشیاری ارزیابی نمیکند. سیستم امتیازدهی FOUR در انواع شرائط ICU قابل استفاده است. به آسانی بخاطر آمده، برای کاربر آسان بوده و اطلاعات نورولوژیک پایه را در اختیار قرار میدهد و اجازه میدهد تا ارزیابی دقیقی از بیماران با تغییر سطح هوشیاری بعمل آید. FOUR میتواند پیش آگهی ضعیف بیماران و وقوع مرگ مغزی را در بیمارانی که شرایط بحرانی دارند پیش بینی نماید. علاوه بر این FOUR قادر است سندرم Lockedin را که شبیه به کما است افتراق دهد و می تواند مراقبت از بیمار را با استفاده از علائم دستی ساده آزمایش نماید. در مقابل GCS قادر به انجام این ارزیابی ها نمی باشد، زیرا فقط از ۳ جزء باز کردن چشم، پاسخ حرکتی و پاسخ به تحریک دردناک تشکیل شده است و برای بررسی وضعیت هوشیاری بیمارانی که ایتوبه شده اند کارا نیست.

واحد آموزش پرستاری اردهیشت ۱۴۰۰

درجه بندی زخم های فشاری

مطابق اصول و فنون حسابداری، برآورد مالی، گردآوری، بررسی، تحلیل و تفسیر اطلاعات اقتصادی و مالی، جهت ارزیابی عملکرد

assaulted officer, 20

— *with the author*

بہار العلوم و ادب (آموزش پرستاری، بیمارستان امام رضا (ع))

سیستم طبقه بندی براساس شدت بیماری بیماران

(۵ سطح مراقبتی - بزرگسالان)

سیستم طبقه بندی براساس شدت بیماری بیماران (۵ سطح مراقبتی - بزرگسالان)				
سطح پنجم مراقبت ویژه Intensive Care	سطح چهارم مراقبت کامل Total Care	سطح سوم مراقبت نسبی Intermediate care	سطح دوم مراقبت جزئی Minimal care	سطح اول فاندر به مراقبت از خود Self-care
بیمار نیازمند حداکثر مراقبت - مشاهدات و مانیتورینگ مداوم - کنترل هر یک ساعت علائم حیاتی - دریافت کننده درمان های پیچیده و مداخلات پیشرفته پرستاری مثل مراقبت از بیمار تحت ونتیلاتور می باشد -	بیمار به طور کامل وابسته است و قادر به انجام هیچ یک از فعالیت های روزمره خود نیست - در این سطح بیمار از نظر فیزیولوژیک به شدت بدحال و دارای علائم حاد مانند : خونریزی ، حملات جاذبه تنفسی ، .. دریافت کننده داروهای متعدد - نیازمند دریافت مراقبت بیشتر از متوسط شامل مشاهده و ارزیابی مکرر فیزیولوژیک ، شناختی و روانی کنترل هر ۴ تا ۲ ساعت علائم حیاتی ، بررسی و اقدامات ویژه لغذایی ای می باشد -	بیمار برای انجام فعالیت های روزانه به کمک احتیاج داشته و نیازمند سطح بالاتری از مراقبت ها مانند : مشاهده و ارزیابی دوره ای وضعیت فیزیولوژیک در هر نوبت کاری - کنترل دقیق علائم حیاتی ، یوگراری راه وریدی و مانیتورینگ آن ، درمان دارویی و بررسی اثرات درمانی و جایی درمان ها می باشد -	بیمار با حداقل کمک فاندر به انجام فعالیت های روزانه خود می باشد - در طول یک نوبت کاری نیازمند سطح محدودی از مراقبت که نهایتاً شامل کنترل علائم حیاتی (هر ۶ ساعت) ، یوگراری راه وریدی ، دافن دارو و بررسی اثر دارو می باشد -	بیمار بدون کمک فاندر به انجام فعالتهای روزانه خود (خوردن - انگیزیدن ، نظافت - آراستگی ، دفع ، حرکت) می باشد - غالباً نیاز به درمان دارویی خاصی ندارند و عمده اقدام مراقبتی آنها یوگراری راه وریدی و کنترل علائم حیاتی هر ۶ ساعت می باشد -

و آند ایمانی بیمار ساقاپور

معیار زخم بستر برادن در بزرگسالان (BRADEN SCALE)

معیار	معیارهای ارزیابی برادن	نمره
سطح هوشیاری	کاملاً محدود: عدم پاسخ به محرک دردناک (به دلیل کاهش هوشیاری-دریافت سداتیو-کاهش توانایی احساس درد در بدن)	۱
	خیلی محدود: پاسخ به تحریکات دردناک (عدم برقراری ارتباطی-قراری-محدودیت در احساس درد بیش از نصف بدن)	۲
	کمی محدود: گاهی به دستورات کلامی پاسخ می دهد.	۳
	بدون محدودیت: به دستورات کلامی پاسخ داده و درد را بیان می کند.	۴
رطوبت پوست	رطوبت مداوم، ملحفه و لباس بیمار، همواره مرطوب می باشد.	۱
	خیلی مرطوب: ملحفه ها در هر شیفت، به دلیل خیس بودن تعویض می شوند.	۲
	کامی مرطوب: ملحفه ها حداقل یکبار در روز به دلیل خیس بودن، تعویض می شوند.	۳
	بدون مرطوب: پوست معمولاً خشک است، ملحفه طبق روتین بدون خیس بودن تعویض می شود.	۴
فعالیت فیزیکی	محدود به تخت: استراحت مطلق (CBR) بدون تحرک	۱
	محدود به صندلی: باید با کمک صندلی پرخدا حرکت کند.	۲
	کامی راه می رود: کامی در طول روز با کمک راه می رود (کثر ساعات را در تخت می گذراند).	۳
	مگر راه می رود: مرتباً بطور مستقل راه می رود.	۴
تغییر پوزیشن	کاملاً بی حرکت: بدون کمک حتی قادر به تغییرات اندک در وضعیت بدن یا اعضا نمی باشد.	۱
	حرکت بسیار محدود: کامی تغییرات کمی را به بدن یا اعضا با کمک می دهد.	۲
	اندکی محدود: بدون کمک تغییرات اندکی را بطور مکرر در بدن و اعضایش ایجاد می کند.	۳
	بدون محدودیت: بدون کمک مکرراً و مستقل پوزیشن خود را تغییر می دهد.	۴
ارزیابی تغذیه	بسیار کم: تغذیه بیمار کاملاً ناکافی است، ممکن است روزها NPO باشد.	۱
	ناکافی: تغذیه ناکافی از راه دهان یا از طریق NGT	۲
	کافی: تغذیه کافی بطوریکه بیش از نصف غذایش را می خورد.	۳
	عالی: تغذیه کاملاً خوب، همه وعده های غذایی را بطور کامل می خورد.	۴
ارزیابی اسپکتاک پوست	مشکل دار: همواره مواقع جایابی روی ملحفه کشیده می شود.	۱
	مشکل احتمالی: موقع جایابی گاهی کمک می کند ولی باز هم قسمت هایی از بدن بیمار روی ملحفه کشیده می شود.	۲
	بدون مشکل: به طور کامل قادر به بلند کردن بدن خود می باشد و روی ملحفه سائیده نمی شود.	۳
نتایج ارزیابی با ابزار برادن	خطر بسیار بالا	۹-۵
	خطر بالا	۱۰-۱۲
	متوسط	۱۳-۱۴
	پیشگیرانه	۱۵-۱۶
	بدون خطر	۱۷-۲۳
توجه: نتیجه ارزیابی ریسک ایجاد زخم بستر در کاردکس بیمار ثبت شود.		
ارزیابی ریسک در کلیه شیفت ها قابل پیگیری است و امکان تغییر آن با توجه به شرایط متغیر محدود را باید		

- ✓ از ریسک متوسط به بالا مج بند زرد برای بیمار لحاظ شود.
- ✓ نتیجه ارزیابی زخم بستر در زمان ارزیابی اولیه پرستار و هم در حین مراقبت در کلیه شیفت ها باید چک و امتیاز آن در گزارش پرستاری ثبت شود.

زخم فشاری کودکان گلامورگان معیار ارزیابی ریسک

(Glamorgan Pressure injury Risk Assessment)

امتیاز	ارزیابی خطر بروز زخم فشاری
۲۰	کودک قادر به حرکت نیست / بیهوشی عمومی
۱۵	قادر به تغییر پوزیشن نمیباشد/ قادر به نشستن نمی باشد/ توانایی کنترل بدنش را ندارد
۱۰	با توجه به سن فعالیت کمی دارد
۵	فعالیت متناسب با سن دارد
۱۵	تجهیزات/ وسایل/ فشار سطوح سخت روی پوست

امتیاز	سطح خطر	اقدام مراقبتی لازم
10+	در معرض خطر	بررسی پوست دوبار در روز، تامین تغذیه و آب کافی، تغییر پوزیشن کودک هر ۲ ساعت یکبار
15+	ریسک متوسط	بررسی پوست هر ساعت، ارجاع به مشاور تغذیه، تغییر پوزیشن/ جابجایی کودک و اتصالات نظیر کاف فشارخون هر ۲ ساعت یکبار
20+	ریسک بالا	بررسی پوست هر ساعت، ارجاع به مشاور تغذیه، تغییر پوزیشن/ جابجایی کودک و اتصالات نظیر کاف فشارخون هر ۲ ساعت یکبار

توجه:

- ✓ امتیازدهی زخم فشاری هنگام ارزیابی اولیه و حین مراقبت در هر شیفت کاری حتما انجام شود در کاردکس و گزارش پرستاری قیدگردد.
- ✓ در صورت وجود زخم: نوع، محل، وسعت یا اندازه آن، درجه و وجود یا عدم وجود ترشحات زخم در گزارشات پرستاری هر شیفت مکتوب گردد و در تحویل شفاهی نیز به آن اشاره شود.
- ✓ در صورت وجود زخم، مراتب را از طریق هدنرس یا سوپروایزر به کلینک زخم اطلاع رسانی نمایید.

معیار ارزیابی سقوط در بزرگسالان

(Morse Fall Risk Assessment)

عنوان	امتیاز
سابقه سقوط	بدون سابقه سقوط =
	سابقه سقوط قبلی - بیمار ما از زمان پذیرش در بیمارستان تا به امروز سابقه سقوط داشته است؟ - بیمار طی سه ماه گذشته سابقه سقوط داشته است ۲۵
تشخیص پزشکی	فقط یک تشخیص پزشکی فعال =
	بیش از یک تشخیص پزشکی فعال ۱۵
وضعیت حرکتی	نرمال =
	استراحت مطلق / استفاده از ویلچر / کمک گرفتن از پرستار / بدون وسیله کمک حرکتی راه می‌رود
	ضعیف ۱۵
	استفاده از صندلی یا واکر مختل بیمار هنگام راه رفتن از تکلیف (کمک صندلی و ...) اطراف خود کمک می‌گیرد. ۳۰
لاک‌ریختن	عدم وجود راه وریختن =
	وجود راه وریختن ۲۰
الگوی گام برداشتن و حرکتی	الگوی گام برداشتن نرمال است =
	الگوی گام برداشتن زمان جانبایی ضعیف می‌باشد: - سر بیمار خمیده است - وای بدون از دست دادن تعادل سر خود را بلند می‌کند. - بیمار جهت راه رفتن با تعادل مختصر دست از تکلیف اطراف خود کمک می‌گیرد. - گام کوتاه‌تر از حالت طبیعی است و پاهای خود را روی زمین می‌کشد. الگوی گام برداشتن بیمار معیوب باشد. ۱۰
	بیمار در زمان برخاستن از صندلی مشکل دارد (نیاز به استفاده از دستن خود دارد ، چندین بار تکلیف می‌کند تا برخیزد - بیمار در زمان راه رفتن سرگیج حالت ایستاده دارد و زمین را نگاه می‌کند. - آیا بیمار بدون چنگ زدن به تکلیف و اشیاء اطراف خود نمی‌تواند راه برود - - آیا بیمار قدم‌هایش کوتاه است و پاهایش را روی زمین می‌کشد. ۳۰
	وضعیت روانی طبیعی =
	اضطراب در توانمندی‌ها ویا فراموشکاری محدودیت ۱۵

امتیاز احتمال خطر سقوط بیمار

۲۵ و بیشتر	ریسک بالا
۱۵ تا ۲۴	ریسک متوسط
۰ تا ۱۴	ریسک کم

سقوط کودکان هامپی دامپی معیار ارزیابی ریسک

(Humpy Dumpy Fall Risk Assessment)

امتیاز	معیار	ریسک فاکتور
۴	کمتر از ۳ سال	سن
۳	۳ تا ۷ سال	
۲	۷ تا ۱۳ سال	
۱	۱۳ سال یا بیشتر	
۲	پسر	جنس
۱	دختر	
۴	تشخیص های نورولوژیک (مانند صرع ، ضربه به سر ، هیدروسفالی ، فلج مغزی و)	تشخیص بالینی (اگر بیمار چندین تشخیص اولیه و ثانویه داشته باشد ، امتیاز دهی بر مبنای جدیدترین تشخیص است مثلا برای بیماری که مبتلا به کم خونی داسی شکل است و سابقه فلج مغزی یا صرع دارد ، از این قسمت امتیاز ۴ دریافت می کند)
۳	اختلال در اکسیژن رسانی (مانند تشخیص تنفسی ، دهیدراتاسیون ، آتمی ، عیاشتهایی ، سنگوب و ...)	
۲	اختلالات روانی – رفتاری (اختلالات خلقی مانند افسردگی شدید ، اختلال دو قطبی و ...)	
۱	تشخیص های دیگر که شامل موارد بالا نباشد	
۳	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی ندارد (مثلا بیمار شیر خوار است یا دچار آسیب مغزی است)	اختلالات شناختی
۲	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی دارد ولی به دلیل مشکل فعلی که برایش ایجاد شده است (مثلا هاپرو گلاپسمی و یا ضعف) محدودیت هاو ناتوانایی های خود را فراموش کرده است یا کودک تحت درمان یا آرام بخش یا تحت تاثیر بیهوشی است ، یا کودک لجباز است .	
۱	بیمار به ناتوانایی های جسمی خود آگاهی کامل دارد.	
۴	سابقه سقوط در بستری فعلی یا بستری قبلی دارد یا بیمار کودک نو پا یا شیر خواری است که در تخت مناسب کودک قرار نگرفته است	
۳	بیمار از وسایل کمک حرکتی مانند ویلچر ، عصا یا واکر استفاده می کند . یا بیمار کودک یا شیر خواری است که در تخت مخصوص کودک قرار گرفته است ، اما در اتاق چند تخته، یا نور کم و وسایل و تجهیزات پزشکی متعدد است.	فاکتور های محیطی
۲	بیمار بزرگتر از ۳ سال که در تخت است	
۱	بیماری که جهت انجام تست های تشخیصی به صورت سریایی مراجعه کرده است .	
۳	تا ۲۴ ساعت بعد از عمل جراحی	
۲	تا ۴۸ ساعت بعد از عمل جراحی	پاسخ به جراحی ، مسکن و یا داروهای بیهوشی
۱	بیش از ۴۸ ساعت گذشته است یا اصلا انجام نشد	
۳	استفاده همزمان از دارو های زیر -مسکن ها (به غیر از بیمارانی بستری در بخش های مراقبت ویژه که تا ۳۰ تا ۴۰ ساعت بعد از جراحی) آرام بخش ها-باربیتورات ها – فلو تیازین-دند افسردگی ها-ملین ها و یا دیورتیک ها-تار کوتیک ها	دارو های مصرفی
۲	فقط یکی از دارو های بالا را دریافت کند	
۱	هیچ یک از داروهای بالا را استفاده نکند یا اصلا دارو دریافت نکند	
امتیاز احتمال خطر سقوط بیمار		
۱۲ و بیشتر		ریسک بالای سقوط
۷ – ۱۲		ریسک پایین سقوط

معیار ولسز جهت پیش بینی آمبولی ریوی

(Wells criteria for PTE)

معیار ولسز جهت پیش بینی آمبولی ریوی:

Wells criteria for PTE:

این معیار در سال ۲۰۰۹ توسط دکتر ولسز و همکاران جهت پیش بینی خطر آمبولی ریوی در بیماران طرachi و ریواسنجی شد تا مشخصه‌ها بتوانند خطر بروز گرفتاری را در کنار تخت بیمار و بدون انجام اقدامات تصویربرداری تعیین کنند.

- حداقل نمره مدعو در این معیار خطر و حداکثر ۲.۰ خواهد بود.
- چنانچه نمره مدعو بیشتر شده احتمال خطر آمبولی ریوی بیشتر خواهد بود.
- این معیار در بیماران کمتر از ۱۸ سال کاربرد ندارد.
- چنانچه نمره مدعو در ارزیابی ۶.۰ و یا بیشتر شده تهیه **تستهای ژنیک** الزامی است.

نمره دمی این معیار به روش زیر است:

سوالات	خیر	بله
آیا علامت و نشانه بالینی DVT وجود دارد؟	-	+۳
آمبولی ریه اولین تشخیص یا تشخیص احتمالی می باشد؟	-	+۳
آیا ضربان قلب بیشتر از ۱۰۰ می باشد؟	-	+۱/۵
آیا ایس حرکتی در سه روز گذشته یا جراحی در چهار هفته گذشته داشته است؟	-	+۱/۵
آیا سایته قلبی بیماری آمبولی ریوی یا DVT داشته است؟	-	+۱/۵
آیا بیمار خلع خونی دارد؟	-	+۱
آیا بدخیمی درمان شده در شش ماه گذشته یا تسکین داده شده دارد؟	-	+۱

تفسیر این معیار به روش زیر است:

نمره	احتمال خطر
۰ - ۱/۵	کم (Low Risk)
۲ - ۶	متوسط (Moderate Risk)
۷/۵ - ۱۲/۵	زیاد (High Risk)

• چنانچه بیمار در گروه "خطر کم" قرار گرفته احتمال آمبولی ریوی ۱.۴٪ گزارش شده است و انجام تست D-DIMER توصیه شده است. چنانچه آزمایش D-DIMER بیمار منفی بود می توان درمان را متوقف کرد ولی چنانچه مثبت بود انجام سی تی آنژیوگرافی توصیه می شود.

• چنانچه بیمار در گروه "خطر متوسط" قرار گرفته احتمال آمبولی ریوی در ۱۶.۴٪ گزارش شده است و انجام تست D-DIMER و یا سی تی آنژیوگرافی توصیه شده است. چنانچه آزمایش D-DIMER بیمار منفی بود می توان درمان را متوقف کرد ولی چنانچه مثبت بود انجام سی تی آنژیوگرافی توصیه می شود.

• چنانچه بیمار در گروه "خطر زیاد" قرار گرفته احتمال آمبولی ریوی در ۳۷.۵٪ گزارش شده است و انجام سی تی آنژیوگرافی توصیه شده است. انجام آزمایش D-DIMER توصیه نمی شود.




Copyright © 2010 by Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. All rights reserved. This publication is intended for use by healthcare professionals only. It is not to be used for the diagnosis, treatment, or prevention of any disease. The publisher and author assume no responsibility for any errors or omissions. The publisher and author assume no responsibility for any damages, including consequential damages, arising from the use of this publication. The publisher and author assume no responsibility for any claims, damages, or losses, including consequential damages, arising from the use of this publication. The publisher and author assume no responsibility for any claims, damages, or losses, including consequential damages, arising from the use of this publication.

website: tahaiposter.sefsh.ac.ir

معیار ارزیابی خطر خودکشی

(SAD Persons Scale)

(حداقل نمره ۰ و حداکثر ۱۰ می باشد.)

جنس	SEX
۱ مرد	۰ زن
سن کمتر از ۲۰ یا بیشتر از ۴۴	AGE
۱	DEPRESSION
افسردگی و ناامیدی	1
۱	PREVIOUS ATTEMPT
سابقه خودکشی	1
۱	ETHANOL ABUSE
سوء مصرف الکل	1
۱	RATIONAL THINKING LOOS
از دست دادن تفکر منطقی	1
۱	SOCIAL SUPPORTS LACKING
دور افتادن از اجتماع یا عدم وجود پشتیبان اجتماعی	1
۱	ORGANIZED PLAN
طراحی سازماندهی شده برای خودکشی داشته باشد	1
۱	NO SPOUSE
مجرد، مطلقه، بیوه	1
۱	S-SICKNESS
بیماری های ناتوان کننده و مزمن	1

جمع

۲ تا ۰	ترخیص همراه با پیگیری	Send home with follow-up
۳ تا ۴	پیگیری از نزدیک بستری شدن را در نظر بگیرید	Close follow-up; consider hospitalization
۵ تا ۶	بسته به اطمینان در ترتیب پیگیری، به شدت بستری شدن در بیمارستان را در نظر بگیرید	Strongly consider hospitalization, depending on confidence in the follow-up arrangement
۷ تا ۱۰	بستری در بیمارستان (از نظر آسیب به خود و دیگران تحت نظر باشد)	Hospitalize or commit

بخش ششم

باید به آن توجه شود ICU مواردی که در گزارش بخش



مواردی که در گزارش ICU باید ذکر شود

۱. موقع پذیرش بیمار تاریخ و ساعت ورود، وضعیت هوشیاری، نحوه مراجعه و وسایل بیمار به چه کسی تحویل داده شد در گزارش نوشته شود.
۲. سطح هوشیاری بیمار در گزارش نوشته شود. (اگر با دارویی sedate می شود مقدار سداتیو نوشته شود).
۳. هر گونه تغییرات در وضعیت هوشیاری، تنفس و ... در گزارش ذکر شود.
۴. وسیله ای که بیمار اکسیژن دریافت می کند (نازال، ماسک، ونتیلاتور و ...) در گزارش نوشته شود.
۵. ساکشن ترشحات دهانی و تراشه در گزارش ذکر و در صورت غیر طبیعی بودن ترشحات، نوع و رنگ ترشحات و انجام اقدامات در گزارش نوشته شود.
۶. در صورت تراکتوستومی بودن به تمیز بودن پانسمان اطراف آن اشاره و ساکشن مرتب آن قید شود.
۷. پالس اکسی متری انجام شده در گزارش نوشته شده و به مقدار آن اشاره و موارد غیر طبیعی و اقدامات انجام شده نوشته شود.
۸. مانیترینگ بودن بیمار در گزارش ذکر و ریتم قلبی و در صورت وجود آریتمی نوع آن نوشته شود.
۹. در صورت داشتن هر گونه درن، Chest tube و... مقدار، نوع ترشحات و مراقبت از آن ذکر شود.
۱۰. انجام فیزیوتراپی سینه و در صورت آموزش فیزیوتراپی سینه به بیمار در گزارش نوشته شود.
۱۱. ساینز و رفلکس مردمکها و ایکتر یا pail بودن ملتحمه، درجه حرارت بدن، وجود ادم یا اکیموز در اندامها، وجود زخمهای دهانی، آفت، خونریزی دهانی، بررسی شکم از نظر دیستاسیون و گزارش کارکرد شکم، بررسی پوست از نظر خشکی و تورگور پوست، بررسی رفلکس کف پای در بیماران دچار آسیب مغزی و CVA در گزارش نوشته شود.
۱۲. در صورتی که بیمار خودش قادر به حرکت نیست تغییر پوزیشن بیمار ذکر و به مراقبت از بدسور (از نظر درجه، ساینز، بهبودی) اشاره شود.
۱۳. به انفوزیونها یا اشاره به نحوه و مقدار داروهای در حال انفوزیون با ذکر توجهات در گزارش نوشته شود.
۱۴. رژیم غذایی و نوع فعالیت بیمار، نوع پوزیشن بیمار و کنترل BS و اجرای پروتکل انسولین در گزارش نوشته شود.
۱۵. در صورت داشتن فیستول چگونگی مراقبت از فیستول ذکر شود.
۱۶. ساعت و نحوه فرستادن بیمار به دیالیز و ساعت و نحوه برگشتن بیمار از دیالیز ذکر و در موقع دیالیز موارد پیگیری برای شیفت بعدی نوشته شود.
۱۷. کنترل I&O و وضعیت دیورز بیمار، چگونگی کنترل CVP در گزارش اشاره و مقدار آن در گزارش ذکر شود.
۱۸. ترانسفوزیون نوع فراورده خونی، میزان، ساعت و واکنشهای احتمالی بیمار ذکر و موقع دریافت خون شسته برای بیماران به تاریخ در گزارش نوشته شود.
۱۹. تعبیه NGT، گاواز و شستشوی معده در گزارش ذکر و انجام آندوسکوپی، کولونوسکوپی و ... در گزارش نوشته شود.
۲۰. در صورت داشتن هر گونه کاتتر، CVP، درن، NGT، سوند فولی و ... و نحوه مراقبت از آن ذکر شود.
۲۱. آزمایشات اورژانس انجام شده و اطلاع دادن نتیجه به پزشک در گزارش ذکر شود.
۲۲. تمام ابزار حفاظتی بکار رفته برای بیمار ثبت شود.
۲۳. مشکلات و علائم ذهنی (گفته شده توسط خود بیمار)، علائم عینی (دیده شده توسط پرستار)، اقدامات انجام شده برای رفع مشکل بیمار و نتیجه آن ذکر شود.
۲۴. ساعت و گزارش نقل و انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر و از بخش به اتاق عمل و از اتاق عمل به بخش ذکر شود.
۲۵. ساعت و نحوه اعزام بیمار به MRI، CT و... و زمان برگشت بطور دقیق ثبت شود.
۲۶. اتفاقات افتاده برای بیمار با ذکر دقیق ساعت از قبیل سقوط از تخت، افتادن در دستویی و ... در گزارش ذکر شود.
۲۷. موارد استثنایی موقت تغییر رژیم و یا دوز دارو ثبت و علت آن اشاره شود.
۲۸. NPO بودن برای برونکوسکوپی، آندوسکوپی، عمل جراحی احتمالی و ... در گزارش نوشته شود.
۲۹. Hold کردن داروها برای پروسه خاص مثل اسپیرو متری و داروهای آرامبخش برای ویزیت در گزارش اشاره شود.
۳۰. انجام پانسمان، Tap ها و سایر پروسیجرهای دیگر انجام شده برای بیمار نوشته شود.
۳۱. عدم تعویض پانسمان محل چست تیوب خارج شده برای ۳ روز حتما ذکر و علت عدم تجویز یا تزریق دارو یا یک مورد گاواز در گزارش نوشته شود.
۳۲. در صورت اجرای دستور شفاهی به علت آن اشاره شود و کنترل آنژیوکت از نظر هر گونه عوارض در گزارش نوشته شود.
۳۳. اقدامات CPR انجام شده در گزارش بطور کامل نوشته شود.
۳۴. ساعت و شیفت ترخیص بیمار با ذکر آموزشهای داده شده به بیمار نوشته شود.
۳۵. سایر موارد.....

منابع:

- ✚ گزارش نویسی در پرستاری و جنبه های قانونی آن، سکینه شهبواری اصفهانی ، دکتر حمید پیروی، ۱۳۸۸، نشر بشری، تهران.
- ✚ اصول گزارش نویسی در پرستاری به انضمام آشنایی با خطاها و قصورات پرستاری و راهکارهای جلوگیری از آن، عزیز شهرکی واحد ، مرجان مردانی حموله ،زهرا مشتاق، ۱۳۸۸، نشر جامعه نگر، تهران.
- ✚ دفتر نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ستانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانها، نسخه دور پنجم، ۱۴۰۱، ناشر وزارت بهداشت، تهران.
- ✚ قانون و گزارش پرستاری، زهرا ایازی و همکاران، ۱۳۸۸، نشر جامعه نگر، تهران.
- ✚ گزارش نویسی در پرستاری، قطب علمی آموزش الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز با همکاری سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران، فاطمه شیرازی و همکاران، ۱۳۸۸، شیراز.
- ✚ گزارش نویسی استاندارد پرستاری، مرکز آموزشی درمانی آیت اله کاشانی اصفهان، شهناز علیخواه، حسین طاهریان، ۱۳۹۹.
- ✚ ثبت در پرستاری، نوروز پرویز، ۱۳۸۱، نشر فراغی، گرگان.

از همراهی شما سپاسگزاریم

