

باسمه تعالی

دستور العمل گزارش نویسی پرستاری بر اساس فرآیند پرستاری

تهیه کننده:

زهرا جمشیدی

سوپروایزر آموزشی

بیمارستان شهید رجایی شیراز

سال ۱۳۹۳

مقدمه:

“As a nurse, we have the opportunity to heal the heart, mind, soul and body of our patients”

“پرستاری موهبتی است که به واسطه آن می توان قلب، ذهن، روح و بدن بیمار را التیام بخشید”

گزارش پرستاری نقش بسزایی در فرآیند درمان بیماران و نیز ارزش فراوانی از نظر حقوقی و قضایی در حمایت از پرستار را داشته و دارد. تا کنون روش ثبت گزارشات پرستاری تغییرات زیادی نموده است که آخرین روش انتخابی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز روش سیستم به سیستم می باشد. اما با بررسی های صورت گرفته توسط دفتر پرستاری و مامایی استان فارس نشان داده است که در نحوه ثبت گزارش نویسی بر اساس سیستم به سیستم مواردی از جمله عدم بررسی صحیح بیمار، عدم تشخیص صحیح و به موقع مشکلات بیمار توسط پرستار و نیز عدم انجام مداخله صحیح و سریع در برخی مواقع به چشم میخورد، لذا تصمیم به تغییر نحوه گزارش نویسی پرستار از روش سیستم به سیستم به روش فرآیند پرستاری نموده است که در این راستا نکات مهم مربوط به چگونگی نوشتن این نوع گزارش جهت همکاران محترم پرستاری یادآوری می گردد.

امید است همکاران عزیز با مطالعه این راهنما، بیش از پیش در ثبت دقیق گزارش پرستاری دقت لازم را داشته و تمهیدات لازم را جهت انجام خدمات پرستاری با کیفیت بالاتر در نظر داشته باشند، ضمن اینکه این نوع گزارش نویسی به نوبه خود نقش بسزایی در ارتقاء علمی و عملی پرستار ایجاد می نماید.

این راهنما در پنج بخش کاملاً مرتبط با هم تهیه شده است که توجه به هر بخش لازم و استفاده از هر بخش سبب تسهیل در امر گزارش نویسی به روش فوق الذکر می گردد.

در بخش اول توضیحی کوتاه در ارتباط با فرآیند پرستاری ارائه می‌دهیم :

مراحل فرآیند پرستاری به صورت زیر می باشد:

۱- بررسی ۲- تشخیص پرستاری ۳- تعیین اهداف ۴- اجرا یا مداخلات ۵- ارزشیابی

۱- بررسی

در مرحله بررسی بیمار پرستار از سه چیز جهت انجام بررسی استفاده می نماید

۱- مشاهده بیمار (رنگ بیمار - حالات بیمار و...)

۲- معاینه بیمار (شنوایی (صدای تنفسی) - بویایی - بینایی - لمس کردن - نتایج آزمایشات -

گرافی ها و...)

۳- مصاحبه با بیمار (بیانات و اظهارات بیمار درباره مشکلاتش)

۲- تشخیص پرستاری

سه جزء اصلی برای تشخیص پرستاری نیاز است که با آنها طرح PES گفته می شود. پرستار باید این اجزا را هنگام طبقه بندی و نوشتن تشخیص برای مددجوی خاص در نظر بگیرد.

✚ توصیف مشکلات (Problem): این جزء شامل توصیف مشکلات بالقوه یا بالفعل (فردی، اجتماعی، خانوادگی) سلامتی مددجو می باشد.

✚ علت و اتیولوژی مشکل (Etiology) یا عوامل موثر در ایجاد مشکل:

این جزء یک یا چند علت احتمالی مسبب مشکلات سلامتی را تعیین می کند و دستورالعمل خاصی را برای درمان پرستاری ارائه می دهد. اتیولوژی می تواند شامل رفتار مددجو، عوامل محیطی یا ترکیبی از هر دو باشد.

✚ تعیین ویژگی ها و یا طبقه بندی علائم و نشانه ها (Sign):

تعیین ویژگی ها اطلاعات لازم جهت دستیابی به یک طبقه بندی تشخیصی را تامین می کند.

مثال: پاکسازی غیر موثر راه هوایی (P) در ارتباط با تجمع ترشحات، استفاده از داروهای ناکوتیک (E) به صورت تنگی نفس، سرفه (S).

۳- تعیین اهداف و برنامه ریزی

پس از جمع آوری و تفسیر اطلاعات بیمار و تعیین توانایی ها و مشکلات سلامتی بیمار ، این زمان وقت مناسبی برای برنامه ریزی اعمال پرستاری می باشد.

اجزاء برنامه ریزی شامل:

شما در این نوع گزارش نویسی برنامه خود را نمی نویسید و فقط تصمیم به برنامه میگیرید اما برنامه انجام شده را در قسمت مداخلات بیاورید. اولویت بندی: اولویت ها بر اساس تشخیص های پرستاری تعیین می شود. در طی فرآیند تعیین اولویت، پرستار به کمک بیمار مشخص می نماید کدامیک از مشکلات تعیین شده نیاز به توجه فوری دارند و کدامیک از مشکلات در فاصله زمانی طولانی تر می توانند مورد رسیدگی قرار گیرند.

تعیین اهداف: هدف حل مشکل سلامتی است که در تشخیص پرستاری مشخص شده است. تشخیص های پرستاری نشان دهنده ی نوع هدف است. اهداف ممکن است بلند مدت یا کوتاه مدت باشد.

تعیین برآیند های مورد انتظار: معیار برآیند اظهارات یا بیاناتی است که ویژگی ها، مشاهدات و پاسخ های قابل اندازه گیری مددجو را توصیف می کند.

مثال: مددجو راه هوایی پاک و باز را بر اساس شواهد زیر بدست می آورد: ۱- صدای تنفسی طبیعی ۲- فقدان تنگی نفس

۴- اجرا:

اجرا یعنی ارائه مراقبت از بیمار بر اساس گامهای قبلی که در فرآیند پرستاری مشخص شده است. اقدامات پرستاری طی مرحله اجرای فرآیند پرستاری، از قبل طراحی می شوند.

مثال: الف) بررسی علائم و نشانه های عدم پاک بودن موثر راههای هوایی مثل سرفه، تنگی نفس

ب) اجرای اقداماتی به منظور ارتقا و بهبود پاکی موثر راههای هوایی مثل ساکشن ترشحات، استفاده از نبولایزر جهت رقیق سازی ترشحات، تغییر وضعیت هر ۱-۲ ساعت

۵- ارزشیابی:

ارزشیابی میزان دستیابی به اهداف پرستاری جهت مددجو می باشد. ارزشیابی پنجمین و آخرین مرحله از فرآیند پرستاری است. ارزشیابی بر اساس معیار های برآیند انجام می شود.

مثال: مددجو راه هوایی پاک و باز را بر اساس شواهد زیر بدست آورده است:

۱- صدای تنفسی طبیعی ۲- فقدان تنگی نفس

در بخش دوم به نحوه انجام و ثبت فرآیند پرستاری توسط پرستار اشاره می کنیم :

ستون بررسی، تشخیص و اقدامات : در این ستون نشانه ها و نتایج پاراکلینیک غیر طبیعی به صورت سیستم به سیستم می بایست نوشته شود. دقت شود حتماً در انجام بررسی سیستم به سیستم رعایت شود. پرستار میبایست در این قسمت بررسی های خود را انجام دهد که نحوه جمع آوری اطلاعات از بیمار در قسمت بررسی به آن اشاره شده است. تمام مواردی را که پرستار مشاهده میکند حتی اتصالات بیمار یا با بیمار مصاحبه میکند مانند ابراز نگرانی و یا معاینه میکند با دید دقیق به آن مشکلات ، در قسمت بررسی ثبت می نماید. بهتر این است که ابتدا مشکلات بالفعل بیمار (شرایطی که در حال حاضر برای بیمار مشکل ساز شده است) و سپس به مشکلات بالقوه خطر ساز مانند بالا نبودن سایه ریل ، داشتن کاتتر هایی که احتمال عفونت را در بر دارد و... که بر اساس مشاهده و... بدست می آید اشاره شود. عدم دقت بر روی عوامل خطر ساز احتمالی نیز بیمار را در آینده دچار مشکلات میکند که باید اقدام پرستاری مربوط به آن توسط پرستار انجام پذیرد. ضمن اینکه در بررسی ممکن است یک مشکل علتش مربوط به سیستم مغز و اعصاب باشد اما مثلاً پوست را درگیر کرده باشد . در این صورت بررسی و تشخیص و مداخلات مربوطه باید در سیستم مغز و اعصاب ثبت گردد. در حقیقت قسمت بررسی با جزء دوم تشخیص "یعنی قسمت در ارتباط با" به هم مربوط هستند.

مثال:

بررسی	تشخیص های پرستاری	مداخلات پرستاری
استراحت مطلق در تخت (مربوط به سیستم اسکلتی - عضلانی)	احتمال اختلال در تمامیت پوست در ارتباط با کم تحرکی	بر اساس راهنما

در هر حال مهمترین جزء فرآیند پرستاری قسمت بررسی آن میباشد و در حقیقت نوشتن این نوع گزارش نویسی جهت آشناسازی و ارتقاء پرستار و نیز حساس سازی آنها به امر بررسی بیمار میباشد.

ترتیب سیستم های که می بایست مورد بررسی قرار گیرند :

۱- سیستم اعصاب مرکزی

۲- سیستم تنفسی

۳- سیستم قلبی عروقی

۴- سیستم پوست

۵- سیستم ادراری

۶- سیستم گوارشی

۷- سیستم ماهیچه ای - اسکلتی

۸- سیستم اعصاب و روان

۹- آموزش به بیمار

نمونه ارزیابی :

سیستم اعصاب مرکزی: ثبت مواردی نظیر سردرد ، سرگیجه ، ضعف ، سطح هوشیاری ، آگاهی به شخص - زمان و مکان ، اندازه مردمک و واکنش آن ، اختلال بینائی ، اختلال شنوایی ، اختلال حسی ، اختلال حرکتی ، اختلال بینایی ، سوزش اندام ، عدم تعادل ، حرکات غیر طبیعی (تشنج) ، تغییرات دمای بدن (هیپو یا هیپرترمیا) ، تغییر در حس بویایی ، اختلالات هورمونی (مثل دیابت و...) ، کانفیوز ، خواب آلودگی ، عدم توانایی در تکلم ، گردن درد ، دلیریوم ، سنکوپ ، لرزش و داروهای مصرفی ، اتصالات ، آزمایشات ، کشت ها و گرافی های غیر طبیعی مربوط به این سیستم

سیستم تنفسی: ثبت مواردی نظیر تنگی نفس ، نوع سرفه ، اورتوپنه ، تکی پنه ، برادی پنه ، تنگی نفس شبانه ، رتراکسیون ، تنفس شکمی ، خلط و ترشحات ، اتصال به دستگاه تنفسی ، تنفس سینه ای ، دیسترس تنفسی ، تنفس تند و سطحی ، خلط خونی ، درد قفسه سینه ، خونریزی از ریه ، خونریزی از بینی ، خشونت صدا ، خس خس سینه ، صداهای غیر طبیعی تنفس و پروسیجرها ، داروهای مصرفی ، اتصالات ، آزمایشات ، کشت ها و گرافی های غیر طبیعی مربوط به این سیستم

سیستم قلبی عروقی: ثبت مواردی نظیر درد یا ناراحتی قفسه سینه ، تپش قلب ، تنگی نفس ، افزایش تعداد نبض بیشتر از ۱۰۰ ضربه در حالت استراحت ، کاهش ضربان قلب کمتر از ۶۰ ، تغییرات نوار قلب ، ادم ، کاهش یا عدم وجود نبض محیطی ، کاهش فشار خون ، افزایش فشار خون ، درد ساقها ، درد ران ، تورم پاها ، سردی اندامها ، کاهش برون ده قلبی ، اختلال در پرفیوژن بافتی ، گزارش عملیاتی ، اختلال الکتروولت و پروسیجرها ، داروهای مصرفی ، اتصالات ، آزمایشات و گرافی های غیر طبیعی مربوط به این سیستم

سیستم پوست: ثبت مواردی نظیر زخم بستر ، بخیه ، پانسمان ، بثورات جلدی ، تعریق ، بیش از حد ، خشکی پوست ، رنگ پریدگی ، ادم ، کاهش تورگور و قوام پوست ، اختلال در تنظیم درجه حرارت بدن ، کاهش درجه حرارت (کمتر از ۳۵/۵) ، افزایش درجه حرارت بیش از ۳۸ ، خونمردگی ، خارش ، بوی نامطبوع و پروسیجرها ، داروهای مصرفی و کشت های مربوطه غیر طبیعی

سیستم ادراری: ثبت مواردی نظیر تکرر ادرار ، هما چوری ، اضطراب در ادرار کردن ، بی اختیاری ادراری ، احتباس ادرار یا اتساع مثانه ، کاهش برون ده ادرار به کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت ، ادرار دردناک ، پر ادراری ، سوزش ، خارش و پروسیجرها ، داروهای مصرفی ، اتصالات ، آزمایشات و گرافی های غیر طبیعی مربوط به این سیستم

سیستم گوارشی: ثبت مواردی نظیر کاهش اشتها ، تهوع ، استفراغ ، یبوست ، اسهال ، درد شکم ، التهاب مخاط دهان ، خشکی دهان ، تشنگی ، آسیت ، از بین رفتن صدای روده ، نفخ ، بررسی مخاط دهان ، اختلالات الکتروولت ، تغییر در حس چشایی ، اشکال در بلع ، پرنوشی ، تغییرات وزن ، سوء هاضمه ، خونریزی گوارشی ، داشتن استوما ، خون در مدفوع ، داشتن گاستروستومی ، کلوستومی و ژوژنوستومی ، PEG ، NGT ، تغییر در رنگ و حجم ادرار مدفوع و پروسیجرها ، داروهای مصرفی ، اتصالات ، آزمایشات و گرافی های غیر طبیعی مربوط به این سیستم

سیستم ماهیچه ای - اسکلتی: ثبت مواردی نظیر بی حسی و کرختی عضلات ، فلج ، نبض محیطی اندام ، بررسی حس و حرکت اندام ، ضعف ، کرامپ عضلانی ، عدم تحرک ، اسپاسم و سفتی عضلات ، گچ گرفتگی ، اتصالات (تراکشن) ، پروسیجرها و داروهای مصرفی ، آزمایشات و گرافی های غیر طبیعی مربوط به این سیستم

سیستم اعصاب و روان: ثبت مواردی نظیر عصبی بودن ، اضطراب ، هوشیاری ، گیجی ، بی قراری ، عدم آگاهی زمان و مکان و شخص ، سردرد ، سرگیجه ، کاهش سطح هوشیاری ، زود از خواب بیدار شدن ، بی خوابی ، خواب آلودگی ، بیدار شدن مکرر در شب ، تاخیر در خواب رفتن ، خستگی ، پروسیجرها و داروهای مصرفی و آزمایشات

ثبت تشخیص پرستاری: در این قسمت تمام بررسی های بعمل آمده از طریق معاینه ، مشاهده و یا مصاحبه، که خود دارای یک تشخیص پرستاری بوده ، می بایست دقیقاً مرتبط با بررسی بعمل آمده در هر سیستم بر اساس لیست ناندا (عدم ثبت کلمات یا جملات غیر از آنچه که در ناندا نوشته شده است) تشخیص را انتخاب نموده همراه با علت ارتباطی آن که در راهنماهای پرستاری به آن اشاره شده است ، درست روبروی بررسی انجام شده این تشخیص ها نوشته شوند. بیاد داشته باشید که این قسمت دو جزء دارد (تشخیص و علت مربوطه) که در توضیحات فرآیند پرستاری بخش اول به آن اشاره شده است. ممکن است بررسی در سیستم مغز و اعصاب باشد اما تشخیص مربوط به سیستم پوست باشد .

ثبت مداخلات انجام شده: برای هر کدام از تشخیص های صورت گرفته اقدامات پرستاری انجام شده در طول شیفت با استفاده از کتاب راهنمای بالینی پرستاری جهت بیمار انجام و ثبت گردد.

ستون ارزیابی نهایی: نتایج حاصل از هر اقدام که نشان دهد مشکل به طور کامل یا موقتاً و یا اینکه اصلاً حل نشده در پایان اقدامات ذکر گردد. تمامی اقدامات دارویی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنش های بیمار نسبت به اقدامات در مداخلات بیاورید. آموزشهای ارائه شده به بیمار که مربوط به هر مشکل وی میباشد در انتهای مداخلات آورده شود. مشاوره های پزشکی که جهت هر بیمار ارسال میشود در قسمت مداخلات آورده شود. تمامی پروسیجرهای انجام شده جهت بیمار در قسمت مداخلات مربوط به مشکل همان سیستم آورده شود. تمامی اقدامات دارویی را همراه با ساعت اجرای آنها و واکنش های بیمار نسبت به اقدامات در مداخلات آورده شود.

- ❖ گزارش پس از عمل : نظیر ساعت ورود به بخش ، نوع عمل انجام شده ، نوع بیهوشی ، سطح هوشیاری ، تاریخ شروع و پایان عمل ، وضعیت عمومی بیمار پس از عمل (خونریزی - استفراغ و...) ، علائم حیاتی زمان تحویل ، رخداد های نامطلوب اتاق عمل، مراقبات خاص انجام شده پس از عمل ،
- ❖ گزارش زمان ترخیص : بیان وضعیت عمومی بیمار در حین ترخیص با قید علائم حیاتی، آموزشهایی که به بیمار ارائه میشود چه بصورت کتبی و چه شفاهی ، دادن نوبت پیگیری به بیمار قید رضایت شخصی بیمار در مواقع لازم .
- ❖ گزارشات فوتی : با توجه به اینکه حتماً بیمار قبل از فوت دچار علائم و مشکلاتی بوده است لذا آن علائم و مشکلات بصورت فرآیند پرستاری در قسمت بالای نت پرستاری نوشته میشود اما ثبت جزئیات این فوت نظیر : علائم حیاتی قبل از فوت ، بد حال شدن ناگهانی و سایر مواردی که مربوط به این مورد میباشد در سایر گزارشات آورده شود.
- ❖ هر نوع حادثه با اتفاقی که برای بیمار رخ میدهد اعم از سقوط ، اشتباهات دارویی و... را در سایر گزارشات بیاورید. دستورات دارویی اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت (نبود دارو با تجهیزات و...) کلیه آماده سازی های مربوط به هر بیمار قبل از هر تست تشخیصی در قسمت سایر آورده شود.

در بخش سوم مثالهایی اشتباه و صمیم از گزارش پرستاری به روش فرآیند نویسی بیان می شود :

نمونه هایی از اشتباهات در ثبت گزارش به روش فرآیند پرستاری

بررسی ، تشخیص پرستاری و مداخلات

دریافت هپارین (این یک مداخله است) به دلیل DVT (این یک تشخیص پزشکی است) + مداخلات

تب در ارتباط با تکی کاردیا (این تکی کاردیا است که در ارتباط با تب وجود می آید) + مداخلات

احتمال آسپیراسیون این یک تشخیص پرستاری است که در قسمت بررسی آورده شده است. در ارتباط با NGT (تشخیص آن نوشته نشده است) + مداخلات

Surjical (این یک مداخله است) **اختلال در رژیم غذایی** (یک تشخیصی که در ارتباط با ندارد و علت این اختلال مشخص نشده است)

نمونه هایی از ثبت صحیح گزارش به روش فرآیند پرستاری

بررسی تشخیص پرستاری و مداخلات

Assess. Nursing diagnosis & Intervention

بررسی تعداد و عمق تنفس ، تنگی نفس ، تنفس های سطحی و آهسته Inefficient breathing pattern
تشخیص: الگوی تنفسی نامناسب در ارتباط با تجمع ترشحات ، استفاده از داروهای خواب آور و آرامبخش ، افزایش فشار داخل جمجمه ، درد ، ترس و اضطراب ، عدم تحرک به صورت تاکی پنه ، تنفس های سطحی و آهسته ، تنگی نفس

- بررسی و گزارش علائم و نشانه های یک الگوی تنفسی غیر موثر (تاکی پنه ، تنگی نفس ، تنفس سطحی)
- انجام اقدامات جهت ارتقا الگوی تنفس : مثل : ساکشن ترشحات راه هوایی ، کاهش درد ، تغییر وضعیت هر دو ساعت
- در بیماران با خطر افزایش ICP اقدامات جهت کاهش ICP نظیر : بالا بردن سر تخت ، جلوگیری از هیپوکسی شدن بیمار خصوصا هنگام ساکشن

بررسی پوست بیمار از نظر رنگ پریدگی ، قرمزی ، زخم Impaired skin integrity

اختلال در تمامیت پوست در ارتباط با افزایش شکنندگی پوست به علت ادم و وضعیتهای غذایی ناکافی ، تجمع مواد زائد و کاهش اکسیژن و فرآورده های غذایی برای پوست و بافتهای زیر جلدی به علت کاهش جریان خون به صورت رنگ پریدگی ، قرمزی ، زخم

- بررسی پوست خصوصا نواحی برجسته استخوانی (پاشنه پا، ساکروم و ...) از نظر قرمزی، رنگ پریدگی و شکنندگی
- اجرای اقدامات برای پیشگیری از شکنندگی پوست: تغییر وضعیت هر دو ساعت، ماساژ آرام حداقل هر دو ساعت در اطراف نواحی قرمز شده، تمیز نگه داشتن پوست، جلوگیری از خشکی پوست با مرطوب نگه داشتن پوست مثل استفاده از لوسیون مرطوب کننده

بررسی تعداد و عمق نفس، علائم حیاتی، بررسی ABG Altered gas exchange
اختلال در تبادل گازی در ارتباط با ترشحات غلیظ و فراوان ثانوی به عفونت، عدم تحرک، تضعیف رفلکس سرفه، بی حرکتی ثانوی به درد و اضطراب، داروهای آرامبخش به صورت کاهش اشباع هموگلوبین از اکسیژن (O₂ sat)، تاکی پنه، تنگی نفس، افزایش فشار گاز کربنیک خونی شریانی (افزایش PCO₂ و کاهش PO₂) بررسی و گزارش علائم و نشانه های اختلال در تبادل گازی: مثل: افزایش تعداد تنفس، تنگی نفس، کاهش O₂ sat کمتر از ۹۲ درصد، افزایش PCO₂ و کاهش PO₂ خون شریانی
اجرای اقدامات جهت بهبود تبادل گاز: ساکشن ترشحات، پیشگیری از هیپوکسی حین ساکشن، اکسیژن درمانی مرطوب، قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته

بررسی صدای تنفسی، ترشحات راه هوایی، تب و تعداد نفس خطر عفونت (Infection)
(پنومونی) در ارتباط با رکود ترشحات ریوی و آسپیراسیون، عدم رعایت نکات استریل در ساکشن تراکتوستومی و لوله تراشه، تماس با عوامل آلوده کننده (عفونتهای بیمارستانی) به صورت تاکی پنه، ترشحات فراوان، تب و لرز، صدای تنفسی غیر طبیعی، افزایش WBC ها بررسی و گزارش علائم و نشانه های پنومونی: صدای تنفس غیر طبیعی (کراکل)، ترشحات چرکی و سبز رنگ، تب و لرز
اجرای اقدامات جهت پیشگیری از عفونت ریوی: حفظ الگوی تنفسی مناسب، جلوگیری از آسپیراسیون، رعایت نکات استریل حین ساکشن و حین کار کردن با تراکتوستومی، تجویز آنتی بیوتیک ها طبق دستور پزشک

بررسی بیمار از نظر: تحریک پذیری، خواب آلودگی، اظهار بی خوابی، خمیازه کشیدن Altered sleep pattern
اختلال در الگوی خواب در ارتباط با درد، ترس و اضطراب، سر و صدای محیط، روشن بودن مداوم لامپ ها، عدم توانایی جهت خوابیدن در پوزیشن معمول ثانوی به درد، درمان داخل وریدی، وجود کلار به صورت مشکل به خواب رفتن، تحریک پذیری، حلقه سیاه زیر چشمها، لرزش مختصر دستها، اظهار بی خوابی، خمیازه کشیدن بررسی و گزارش علائم و نشانه های اختلال در الگوی خواب (تحریک پذیری، خواب آلودگی و ..)
اجرای اقداماتی به منظور ارتقاء خواب: کاهش ترس و اضطراب، کاهش سرو صدای محیط، در صورت نیاز تجویز داروهای آرامبخش طبق دستور، تشویق برای خوابیدن در طی روز به مدت طولانی

بررسی تنفس از نظر تعداد، عمق، صدای تنفس، وجود تنگی نفس، سرفه Ineffective cleaning air پاکسازی غیر موثر راه هوایی در ارتباط با بی حرکتی، ترشحات فراوان یا غلیظ ثانوی به عفونت، تجمع ترشحات و سرفه غیر موثر ثانوی به تضعیف سیستم عصبی مرکزی، تضعیف رفلکس سرفه ثانوی به وجود تراکتوستومی، استفاده از داروهای آرامبخش به صورت سرفه، تنگی نفس، صدای تنفس غیر طبیعی بررسی و گزارش علائم و نشانه های عدم پاک بودن موثر راههای هوایی (صدای تنفس غیر طبیعی، سرفه) اجرای اقداماتی به منظور پاک شدن راه هوایی مثل تغییر وضعیت بیمار هر ۱ تا ۲ ساعت، ساکشن ترشحات، مرطوب کردن اکسیژن، استفاده از نبولایزر جهت رقیق سازی ترشحات

بررسی تعداد و عمق تنفس ، تعداد ضربان قلب ، وجود سیانوز پاسخ نامناسب به جدا سازی از دستگاه ونتیلاتور در ارتباط با ضعف عضلات ، خستگی ثانوی به کاهش هوشیاری، استفاده بیش از حد سداتیو ، درد ، تغذیه ناکافی ، وابستگی به تهویه طولانی مدت و بیش از یک هفته ، روند سریع جداسازی از ونتیلاتور ، ترس از جدا سازی از ونتیلاتور به صورت تاکی پنه ، تاکی کاردیا ، تنگی نفس ، تنفس سریع و کم عمق ، سیانوز

بررسی علائم و نشانه های ترس و اضطراب مثل بیان اضطراب ، بی خوابی، عدم برقراری ارتباط Anxiety and fear
ترس و اضطراب در ارتباط با انجام پروسیجرهای تهاجمی لوله گذاری تراشه ، تراکتوستومی ، CVP ، محیط و افراد ناآشنا، آلام ها ، احساس حبس بودن در بستر ، مسائل مالی به صورت بی قراری ، تحریک پذیری ، بی خوابی ، تاکی کاردی ، تهوع و استفراغ ، دهان خشک بررسی و گزارش علائم و نشانه های ترس و اضطراب : بی خوابی ، تحریک پذیری ، لرزش ، بی قراری ، عصبانیت
اجرای اقداماتی برای کاهش ترس و اضطراب : صحبت کردن با بیمار در مورد محیط ICU ، فراهم کردن محیط آرام و کاهش سر و صدای محیط ، کاهش روشنایی در شب ، آموزش به بیمار در مورد پروسیجرهای تهاجم

بررسی مخاط دهان و لب ها از نظر خشکی ، وجود ادم ، ترشحات چرکی تغییر در مخاط دهان Altered oral mucosa
در ارتباط با NPO بودن بیمار بیش از ۲۴ ساعت ، سو تغذیه ، تنفس دهانی ، بهداشت ضعیف دهان ، دهیدراتاسیون ، تحریک میکابانیکی ثانوی به لوله داخل تراشه ، NG tube به صورت دهان خشک ، ادم ، ژنرویت خونریزی دهنده ، ترشح چرکی ، تخریب غشا و مخاط دهان بررسی و گزارش علائم و نشانه های تغییر در مخاط دهان مثل خشکی دهان ، تخریب غشاء مخاط دهان ، ترشح چرکی
اجرای اقداماتی جهت پیشگیری و درمان ، تغییر در مخاط دهان : استفاده از محلولهای غیر محرک و بدون الکل (کلرگزیدین) ، پیشگیری از دهیدراتاسیون و سوء تغذیه ، در هنگام ساکشن ترشحات دهان فشار ساکشن به اندازه مناسب باشد.

بررسی سمع ریه از نظر وجود کراکل ، کنترل جذب و دفع ، چک CVP ، بررسی ادم محیطی Fluid volume excess
افزایش حجم مایعات بدن در ارتباط با دریافت بیش از حد مایعات ، تحریک ترشح ADH ثانوی به ضربه سر ، عفونت ، اختلال در بازگشت وریدی ثانوی به عدم تحرک ، فلبیت مزمن به صورت ادم محیطی ، جذب بیش از دفع ، افزایش فشار ورید مرکزی ، سمع کراکل در ریه ها بررسی و گزارش علائم و نشانه های افزایش حجم مایعات مثل ادم محیطی ، جذب بیشتر از دفع ، افزایش CVP ، اجرای اقداماتی جهت کاهش حجم مایعات مثل محدودیت مصرف مایعات طبق دستور ، محدود کردن مصرف سدیم ، تجویز دیورتیک طبق دستور ، بررسی بیمار از نظر علائم و نشانه های SIADH (کاهش برون ده ادراری ، ادرار غلیظ ، ادم ، هیپوناترمی)

بررسی علائم و نشانه های درد: بیان کلامی درد، اخم کردن، امتناع از حرکت کردن، بی قراری، تعریق، علائم حیاتی ناپایدار(تاکی کاردی، افزایش فشار خون) Pain درد در ارتباط با آسیب بافتی، تحریک ناشی از لوله های درناژ، چست تیوپ، شکستگی ها، فشار روی سطح جراحی همراه با تنفس عمیق، سرفه و حرکت به صورت بیان کلامی درد، اخم کردن، امتناع از حرکت کردن، بی قراری، تعریق، علائم حیاتی ناپایدار(تاکی کاردی، افزایش فشار خون) - بررسی علائم و نشانه های درد مانند: بیان کلامی درد، اخم کردن، علائم حیاتی ناپایدار(تاکی کاردی، افزایش فشار خون) - بررسی الگوی درد بیمار(محل، کیفیت شروع، مدت، عوامل تشدید کننده و تسکین دهنده)

- انجام اعمالی به منظور ارتقاء و بهبود استراحت مثل کاهش سر و صدای محیط به منظور کاهش خستگی و افزایش آستانه تحمل درد
- اطمینان از محکم بودن لوله های درناژ
- کاهش ترس و اضطراب
- استفاده از روش های غیر دارویی مثل محیط آرام، ماساژ، فعالیت های انحرافی مثل صحبت کردن با بیمار و تماشای تلویزیون
- در صورت دستور استفاده از داروهای آرامبخش

در بخش چهارم باید ها و نباید های مربوط به نمونه ثبت گزارش پرستاری براساس فرآیند

پرستاری بیان می نمائیم:

در نوشتن تشخیص پرستاری از اصطلاحات نادر استفاده کنید.
تشخیص را خلاصه بنویسید تا بر روی مشکل اصلی تمرکز شود.
تشخیص طبی را به جای تشخیص پرستاری ننویسید :

مثال غلط	مثال صحیح
پاکسازی غیر موثر راه هوایی در ارتباط با COPD	پاکسازی غیر موثر راه هوایی در ارتباط با احتباس ترشحات

هر دو بخش مربوط به تشخیص پرستاری و R/T دارای یک معنا نباشند :

مثال غلط	مثال صحیح
اختلال در مکانیسم های تطابقی در ارتباط با ناتوانی در تطابق	اختلال در مکانیسم های تطابقی در ارتباط با انتقال به بخش جدید

تشخیص و R/T را در جای خویش بنویسید. بخش اول مشکل را بیان میکند حال اینکه بخش دوم جهت اقدام پرستاری یا اتیولوژی مشکل مطرح میشود. که بایستی این اتیولوژی را برطرف نمود. یعنی مشکل در ارتباط با یک علت بوجود آمده است که علت بایستی توسط اقدامات پرستاری از بین برود. اتیولوژی را همچون تشخیص باید بر اساس متون علمی و راهنماهای بالینی نوشت و نه بر اساس قضاوت های خودتان در ارتباط با مشکل بیمار.

اختلالات آنکولوژی و اتوایمیون در قسمت مغز و اعصاب آورده شود.

اختلالات بینایی، شنوایی، و بویایی در قسمت مغز و اعصاب آورده شود.

اختلالات الکترولیتی نظیر تغییرات سدیم، پتاسیم، منیزیم، کلسیم و آنزیم های قلبی ... در قسمت قلبی عروقی ذکر گردد.

اختلالات مربوط به غدد، کبد و مجاری صفراوی و دیابت نظیر (قند خون، آلبومین، آنزیم های کبدی و...) در سیستم گوارش ذکر گردد.

اختلالات ویروسی و عفونی و پاسخ های غیر طبیعی کشت ها در صورتی که هر سیستم را درگیر کرده باشد در همان سیستم آورده شود.

اختلالات هورمونی نظیر افزایش یا کاهش آنها در قسمت مغز و اعصاب آورده شود.

در بخش پنجم باید ها و نبایدهای مربوط به نحوه ثبت گزارش پرستاری را بیان می نمائیم:

اطلاعات بیمار باید بصورت (کامل - صحیح - مناسب - دقیق - حقیقی) باشد
پرهیز از به کار بردن کلمات مبهم و رفع ابهام در مورد اقدامات پزشکی (زمان ، تاریخ ، واکنش)
رعایت نظم و توالی رخداد مشکلات و مداخلات انجام شده
ثبت گزارش در برگه های طراحی شده مناسب
استفاده از خودکار آبی یا مشکی
نوشتن ساعت و تاریخ هر گزارش (ساعات را بطور کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسد)
انتهای گزارش پرستاری را حتماً به طور کامل ببندید
نوشتن شرح مداخلات پی در پی و بدون فاصله خالی
نوشتن نام و نام خانوادگی ، عنوان و امضاء فرد مسئول بیمار
ثبت تمام مراقبت هایی که باید انجام می پذیرفته
پرهیز از نوشتن اختصارات غیر علمی در نت پرستاری
عدم استفاده از لاک غلط گیری و پاک کن (تنها میتوانید بالای جمله اشتباه بنویسید کلمه Error)
نوشتن مشخصات و نام بیمار بر کلیه صفحات پرونده و داشتن مهر بخش
مرتب و خوانا نوشتن جهت جلوگیری از اتلاف وقت ، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها
عدم ثبت روشها و مراقبتهای پرستاری و درمانی قبل از اجرای آنها
ثبت مداخلات پرستاری باید بلافاصله پس اجرا
عدم حذف نکات مهم در گزارش پرستاری
عدم دوباره نویسی و تغییر گزارش
عدم ثبت گزارشات بصورت مبهم (بطور مثال ثبت حال عمومی با کلمات خوب و بد ثبت علائم حیاتی یا علائم عینی و ذهنی)
عدم استفاده از کلمات مخفف ، مبهم یا اشتباه و یا نوشتن مداخله در قسمت بررسی و یا بر عکس (مثلاً در قسمت assess اگر نوشته شود Surgical صحیح نبوده بلکه باید بعنوان مشکلی که باعث استفاده از این رژیم شده می بایست در قسمت assess آورده شود و DX پرستاری مربوطه ثبت گردد و استفاده از این رژیم در قسمت مداخلات میبایست آورده شود.
ثبت نحوه محاسبه دوز کلیه داروها در قسمت مداخلات پرستاری (در ثبت دارو باید عنوان دارو ، شکل دارو، دوز دارو و راه تجویز) ذکر گردد و در صورتیکه دارو hold شده با ذکر علت در قسمت مداخلات نوشته شود . در اجرای دستورات دارویی در خصوص داروهای پرخطر (دیجوکسین وریدی- انسولین - اولین دوز آنتی کامل وریدی ، دوز داروی کودکان ، کلرو پتاسیم ، خون و فراورده های خونی که باید توسط دو کارشناس پرستاری چک ، انجام و ثبت شود .حتماً با امضای دو کارشناس پرستاری ثابت در تمام امضاها این اقدام صورت پذیرد. و در مورد داروهای

PRN باید بطور کامل و مشخص دلیل استفاده و پاسخ بیمار به دارو ثبت شود . در صورتی که بیمار از دارو سوء استفاده نمود یا دارو را نپذیرفت ، باید در گزارش ثبت گردد. در صورت تزریق خون یا فرآورده های خونی ، زمان و تاریخ شروع ترانسفوزیون ، مقادیر ، علائم حیاتی قبل - حین و پس از ترانسفوزیون در قسمت ملاحظات ثبت شود .

گزارش وقایعی نظیر (آلرژی ، واکنش ناگهانی دارویی ، سقوط از تخت ، برق گرفتگی ، ایست قلبی تنفسی ، فرار از بخش سقوط از طبقات ، کما ، خود کشی و ...) بسیار مهم بوده و باید اهم فرآیند حادثه بطور واقع بینانه در گزارش پرستاری ثبت شود . در ثبت حوادث مترقبه باید ساعت و توضیحات کامل اقدامات انجام شده ثبت شود . گزارشات پروسیجرها باید شامل چگونگی پروسیجر، زمان و نام انجام دهنده پروسیجر و چگونگی انجام پروسیجر و واکنش و تحمل بیمار به پروسیجر باشد .

منابع:

1. Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice; Lynda Jual, Carpentito Moyet, Lippincott/William & Wilkins
2. Barbara Kuhn Timby, Fundamental Nursing Skills and Concepts,
3. Earning Material on Nursing; The nursing process and documentation, World Health Organization
4. Luanne Begin, The Nursing Student's Practical Guide to Writing Care Plans
5. Herdman, TH (Ed.) Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2009-2011. Wiley-Blackwell: Singapore
۶. مارجوری گوردون، ترجمه علی فخر موحدی و فاطمه اسدی، دستنامه تشخیص پرستاری، انتشارات بشری
۷. درسنامه پرستاری داخلی-جراحی : تالیف برونر و سودارث ویراست ۱۳، ترجمه محمد رضا حیدری و ژاله محمد علیها، ۱۳۹۳