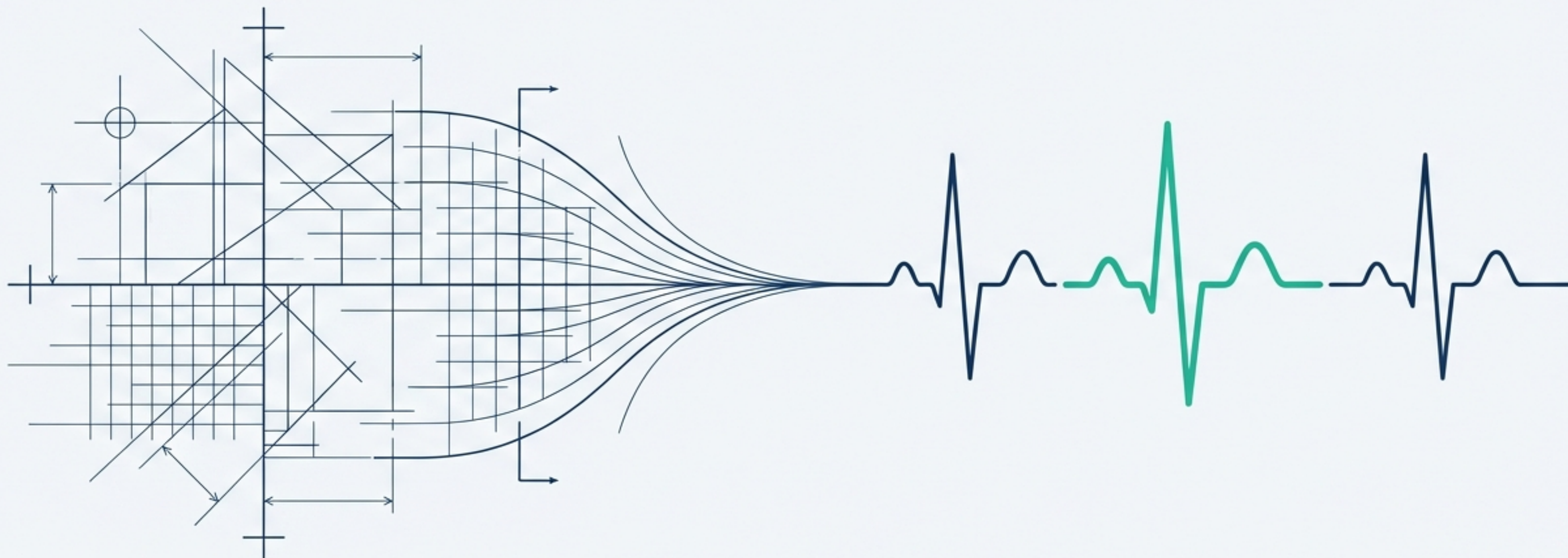


معماری مراقبت: مستندسازی پرستاری به مثابه رکن ایمنی بیمار

راهنمای جامع پروتکل‌ها، فرم‌ها و استانداردهای بالینی در نظام سلامت ایران



از بایگانی اداری تا ابزار بالینی: بازتعریف نقش مستندسازی

بر اساس اصول وزارت بهداشت، «عدم ثبت مراقبت به منزله عدم انجام مراقبت است» و می‌تواند پیامدهای سنگین حقوقی و بالینی به همراه داشته باشد.



تداوم مراقبت

ایجاد زبان مشترک و ارتباط بین‌رشته‌ای.



شواهد قانونی

صیانت از حقوق بیمار و ارائه‌دهندگان خدمت.



تضمین مالی

مبنای بازپرداخت هزینه‌ها توسط سازمان‌های بیمه‌گر.



پژوهش و آموزش

تولید داده‌های خام برای بهبود مستمر.

نقشه راه قانونی: الزامات و استانداردهای وزارتی

«دستورالعمل جامع مستندسازی پرستاری» ابلاغی وزارت بهداشت، بر یکسان سازی فرمها در سراسر کشور تاکید دارد.

استانداردهای ثبت



- خط خوانا، واضح و با خودکار مشکی یا آبی.
- استفاده از مداد ممنوع (به جز در کاردکس).

نحوه اصلاح خطا (بسیار مهم)



هرگز از لاک غلطگیر یا مخدوش کردن استفاده نکنید.

اشتباه ~~صحیح~~
۱۳-۰۳-۰۴
Shaw

روش صحیح: یک خط روی متن اشتباه (به طوری که خوانا بماند)، سپس ثبت مورد صحیح همراه با تاریخ و امضا.

فوریت ثبت



مستندسازی باید «به هنگام» و بلافاصله پس از انجام اقدام باشد تا از فراموشی و خطا جلوگیری شود.

شالوده پرونده بیمار: فرم‌های پذیرش و ارزیابی اولیه

فرم ارزیابی اولیه پرستاری (تکمیل در ۲۴ ساعت اول)

ایجاد یک «خط پایه» (Baseline) دقیق از وضعیت بیمار در بدو ورود.



نمودار علائم حیاتی
(Vital Signs Chart)



فرم جذب و دفع
مایعات
(I&O Chart)



فرم رضایت آگاهانه
(Informed Consent)

مسئولیت حقوقی ثبت اولیه

اگر زخمی در بدو ورود ثبت نشود، قانوناً فرض بر این است که بیمار سالم وارد شده و زخم در بیمارستان ایجاد شده است. مسئولیت این امر با کادر پرستاری است.

ISBAR: زبان مشترک تیم درمان برای تحویل ایمن بیمار



Identity (هویت)

معرفی خود، بیمار (نام، سن، پرونده) و مکان.

اهمیت: جلوگیری از خطای تشابه اسمی.



Situation (وضعیت)

علت بستری و تغییرات حاد اخیر (مثلاً افت ناگهانی O2 Sat).

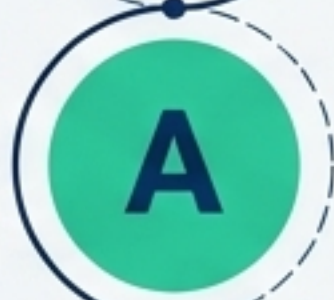
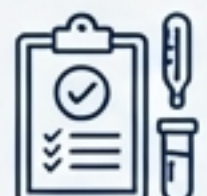
اهمیت: جلب توجه فوری به مسائل حیاتی.



Background (پیشینه)

تاریخچه پزشکی، بیماری زمینه‌ای، آلرژی‌ها.

اهمیت: فراهم‌سازی زمینه (Context) برای وضعیت فعلی.



Assessment (ارزیابی)

علائم حیاتی، نتایج آزمایشگاهی بحرانی، نمرات ریسک (Morse, Braden).

اهمیت: ارائه داده‌های عینی و قضاوت بالینی.



Recommendation (توصیه)

برنامه مراقبتی، پیگیری‌های لازم، درخواست‌های مشخص.

اهمیت: تضمین تداوم مراقبت.


فراتر از گزارش: قدرت مشاهده در بالین بیمار (ISOBAR)


O + ISBAR

0 - Observation (مشاهده)

تاکید بر بررسی فیزیکی و مشاهدات عینی در کنار بیمار. این فرآیند به عنوان «Bedside Handover» شناخته می‌شود.

سطح هوشیاری بیمار 

محل‌های اتصال (آنژیوکت، سوند، درن) 

تنظیمات دستگاه‌ها (ونتیلاتور، پمپ انفوزیون) 

انتقال مسئولیت قانونی

تحویل شیفت، تنها انتقال اطلاعات نیست، بلکه انتقال مسئولیت قانونی است. بررسی ایمنی محیط و عملکرد تجهیزات (مانند ترالی کد) الزامی است.

پیش‌بینی و پیشگیری از سقوط: معماری ایمنی با مقیاس موریس

		دارد (۲۵)	ندارد (۰)	۱. سابقه سقوط:	
		بله (۱۵)	خیر (۰)	۲. تشخیص ثانویه:	
	تکیه به دیوار (۳۰)	عصا (۱۵)	بدون وسیله (۰)	۳. وسایل کمک حرکتی:	
		دارد (۲۰)	ندارد (۰)	۴. درمان وریدی:	
	مختل (۲۰)	ضعیف (۱۰)	نرمال (۰)	۵. الگوی گام برداشتن:	
		فراموش‌کار (۱۵)	آگاه به توانایی (۰)	۶. وضعیت ذهنی:	

۰-۲۴: ریسک کم
(مراقبت‌های معمول)


۲۵-۴۴: ریسک متوسط
(اجرای پروتکل‌های استاندارد)


≥۴۵: ریسک بالا
(اقدامات شدید مانند دستبند زرد و بالا بودن نرده‌ها)


حفاظت از تمامیت پوست: پیشگیری از زخم فشاری با مقیاس برادن


برخلاف مقیاس مورس، در مقیاس برادن نمره کمتر، نشان‌دهنده خطر بیشتر است. (دامنه نمرات: ۶ تا ۲۳)


مقیاس‌ها (Subscales)

درک حسی (Sensory Perception) 

رطوبت (Moisture) 

فعالیت (Activity) 

تحرک (Mobility) 

تغذیه (Nutrition) 

اصطکاک و کشش (Friction & Shear) 

سطوح خطر و اقدامات (Risk Levels & Actions)

۹ ≤ (خطر خیلی بالا): نیاز به تشک مواج حرفه‌ای، تغییر پوزیشن ساعتی.

۱۰-۱۲ (خطر بالا)

۱۳-۱۴ (خطر متوسط)

۱۵-۱۸ (خطر پایین)

۱۹-۲۳ (بدون خطر)

هموویتز لانس (بخش اول): زنجیره ایمنی از درخواست تا تطبیق در بالین

هموویتز لانس، نظام نظارتی برای تضمین سلامت خون از اهداکننده تا گیرنده است.

قانون طلایی نمونه‌گیری



نمونه‌گیری باید **حتماً بر بالین بیمار** و پس از تطبیق هویت بیمار با دستبند شناسایی انجام شود.

لوله‌های بدون برچسب یا مخدوش توسط بانک خون پذیرفته نمی‌شوند.

پروتکل چک دو نفره



قبل از تزریق، هویت بیمار و مشخصات کیسه خون باید توسط **دو پرستار** در بالین بیمار چک شود.

✓ نام بیمار و شماره پرونده

✓ گروه خونی بیمار و کیسه

✓ تاریخ انقضای فرآورده

✓ سلامت ظاهری کیسه (عدم وجود همولیز، لخته، تغییر رنگ)

هموویتز لانس (بخش دوم): پایش دقیق حین تزریق و مدیریت عوارض

پایش دقیق حین تزریق

شروع: ثبت علائم حیاتی پایه (T, PR, BP, RR).

حیاتی ترین زمان: پرستار بر بالین بیمار می ماند و علائم حیاتی را مجدداً ثبت می کند.

در طول تزریق: ثبت علائم حیاتی هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه.

پایان: ثبت زمان اتمام و وضعیت نهایی بیمار.



مدیریت عوارض

مشاهده علائم

تب، لرز، کهیر، درد قفسه سینه، ادرار خونی.



اقدام فوری

بلافاصله تزریق را قطع کنید.



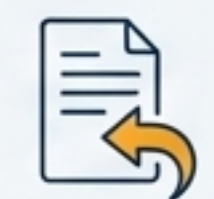
حفظ مسیر وریدی

با نرمال سالین باز نگه دارید.



گزارش و بازگرداندن

کیسه خون و ست را به بانک خون بازگردانید و فرم عوارض ناخواسته را تکمیل کنید.



ترخیص ایمن و آگاهانه: ساختار آموزشی با پروتکل SMART

کاهش نرخ بازگشت مجدد بیماران (Readmission) از طریق آموزش ساختارمند.

S - Signs (علائم هشدار)

آموزش علائم خطر که نیاز به مراجعه فوری دارند (مثلاً تب، ترشح چرکی).



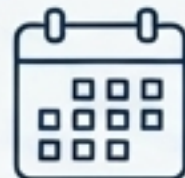
M - Medications (داروها)

لیست دقیق داروها، دوز، زمان و عوارض جانبی.



A - Appointments (مراجعات بعدی)

زمان و مکان دقیق ویزیت‌های بعدی.



R - Results (نتایج)

نحوه پیگیری نتایج آزمایش‌های آماده نشده.



T - Talk with me (گفتگو)

پاسخ به سوالات بیمار (رژیم غذایی، فعالیت).



در مرحله آخر، از تکنیک «Teach-back» (بازگویی آموزش‌ها توسط بیمار) برای اطمینان از درک صحیح مطالب استفاده کنید. ✓

روایت قانونی مراقبت: اصول گزارش نویسی پرستاری

گزارش پرستاری (Nursing Notes) سند دائمی و قانونی مراقبت است.

SOAP

- **S** (Subjective - گفته بیمار)
- **O** (Objective - مشاهدات پرستار)
- **A** (Assessment - تشخیص پرستاری)
- **P** (Plan - طرح مراقبتی)



کاربرد: مناسب سیستم‌های مشکل‌مدار.

FOCUS (DAR)

- **Focus** (کانون توجه - مثلاً درد)
- **D** (Data - داده‌های عینی و ذهنی)
- **A** (Action - اقدام انجام شده)
- **R** (Response - پاسخ بیمار به اقدام)



کاربرد: تمرکز بر یک مشکل خاص و نتیجه‌گرایی.

ثبت دقیق زمان، تاریخ و امضا در پایان هر گزارش و عدم وجود فضای خالی بین گزارش‌ها الزامی است.

ثبت دقیق، تاریخ و امضا چا می شوند.

وقایع ناخواسته (Never Events): یادگیری سیستمی از خطاهای غیرقابل قبول

وقایعی که وقوع آنها غیرقابل قبول است و باید بلافاصله (ظرف ۶ ساعت) گزارش شوند.



جراحی روی
عضو اشتباه



جا ماندن ابزار
در بدن بیمار



ترخیص نوزاد به
خانواده اشتباه



خودکشی بیمار
در بیمارستان



مرگ مادر باردار

هدف، حرکت به سمت فرهنگ ایمنی بدون سرزنش (No Blame) است.

گزارش‌دهی برای یادگیری سیستمی و تحلیل ریشه‌ای خطا (RCA) است، نه تنبیه فردی.

پرونده بیمار، روایت ماندگار مراقبت شماست

مستندسازی دقیق، سپری است که هم از بیمار در برابر آسیب محافظت می‌کند و هم از پرستار در برابر اتهامات ناعادلانه.



➤ آنچه در پرونده ثبت می‌شود، روایتی ماندگار از کیفیت مراقبتی است که ارائه شده است.