

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# دستور شفاہی تلفنی

---

---



۱ ۳ ۹ ۴

عنوان و نام پدیدآور	: دستور شفاهی تلفنی / گردآورندگان مسعود یآوری ... [و دیگران]؛ تهیه شده در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، معاونت درمان، اداره اقتصاد درمان، استاندارد و ارزیابی فناوری سلامت.
مشخصات نشر	: تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، انتشارات، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	: ۴۸ ص: مصور، جدول (رنگی).
شابک	: ۸۵۰۰۰ ریال: ۴-۸۳-۵۹۰۷-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: گردآورندگان مسعود یآوری، خسرو رحمانی، لیلا عظیمی، شیدا وحیدی، فریبا ملاحعفری، محمد سیستانی‌زاد، مریم محسنی، فرنوش داوری.
یادداشت	: کتابنامه: ص. ۴۶ - ۴۸.
یادداشت	: نمایه.
موضوع	: اورژانس -- خدمات گزارش تلفنی
موضوع	: تریاژ (پزشکی)
شناسه افزوده	: یآوری، مسعود، ۱۳۴۱ - ، گردآورنده
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، اداره اقتصاد درمان، استاندارد و ارزیابی فناوری سلامت
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
رده بندی کنگره	: HE۸۸۱۵/د۵ ۱۳۹۴
رده بندی دیویی	: ۳۸۴/۶۰۹۳۷
شماره کتابشناسی ملی	: ۴۱۵۲۱۳۸

# دستور شفاهی تلفنی

گردآورندگان:

**دکتر مسعود یآوری** فوق تخصص جراحی ترمیمی و اعصاب محیطی دست، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**دکتر خسرو رحمانی** فوق تخصص روماتولوژی کودکان، عضو هیات علمی و معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**دکتر لیلا عظیمی** دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و سرپرست اداره پرستاری و مامایی، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
**شیدا وحیدی** کارشناس ارشد آموزش بهداشت جامعه، کارشناس ایمنی بیمار، اداره اقتصاد درمان، استاندارد و ارزیابی فناوری سلامت، معاونت درمان

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**دکتر فریبا ملا جعفری** پزشک عمومی، رئیس اداره اقتصاد درمان، استاندارد و ارزیابی فناوری سلامت، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**دکتر محمد سیستانی زاد** فارماسیست بالینی، عضو هیات علمی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**دکتر مریم محسنی** متخصص پزشکی اجتماعی، عضو هیات علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**دکتر فرناوش داوری** متخصص پزشکی قانونی، معاون درمان بیمارستان آیت الله طالقانی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



تهیه شده در:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

معاونت درمان، اداره اقتصاد درمان، استاندارد و ارزیابی فناوری سلامت

۱ ۳ ۹ ۴

## دستور شفاهی تلفنی



تهیه شده در: اداره اقتصاد درمان، استاندارد و ارزیابی فناوری سلامت - معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

گردآورندگان: دکتر مسعود یآوری، دکتر خسرو رحمانی، دکتر لیلا عظیمی، شیدا وحیدی، دکتر فریبا ملا جعفری،

دکتر محمد سیستانی‌زاد، دکتر مریم محسنی، دکتر فروش داوری

ناشر: اداره انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

طراحی و اجرا: انتشارات میرماه (۲-۱۰۲۲۲۲۹۰۱)

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/۱۳۹۴

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۸۵۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۹۰۷-۸۳-۴

تمام حقوق قانونی اثر برای معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی محفوظ است.

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی: تهران، بزرگراه شهید چمران، خیابان یمن،

میدان شهید شهریار، بلوار دانشجو، کدپستی ۱۹۸۳۹۶۴۱۱ تلفن: ۲۲۴۳۹۷۸۳



## تقدیم به تمامی دست اندر کاران ارجمند عرصه سلامت

با سپاس از:

جناب آقای دکتر سید مهدی معزّی	قائم مقام محترم معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
سرکار خانم دکتر مهنّاز بالادست	مدیر محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
جناب آقای دکتر محمدباقر رضایی	مشاور محترم معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
سرکار خانم فرناز مستوفیان	کارشناس محترم مسئول ایمنی بیمار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
آقای قاسم خسرو آبادی	کارشناس محترم اداره اقتصاد درمان، استاندارد و ارزیابی فناوری سلامت - معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
آقای ابوالقاسم روشنایی	کارشناس محترم اداره اقتصاد درمان، استاندارد و ارزیابی فناوری سلامت - معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
خانم شراره سلج محمودی	کارشناس محترم اداره اقتصاد درمان، استاندارد و ارزیابی فناوری سلامت - معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

و

همکاران ارجمند دفتر معاونت درمان سرکار خانم حمیده سریندی فراهانی و آقای مهدی یعقوبی







### به نام خدا

عدم حضور پزشک به دلایل مختلف بر بالین بیمار در شرایط بحرانی و اورژانس، مانع ارائه خدمات به بیماران نمی‌باشد و در این شرایط بایستی از standing order (عمدتاً در شرایط خطرناک) و از دستور شفاهی - تلفنی (عمدتاً در شرایط اورژانس) برای رفع نیازهای بیماران بهره جست.

این شرایط احتمال وقوع خطاهای پزشک در درمان بیمار را افزایش می‌دهد؛ از این رو ایجاد چارچوبی برای شفاف نمودن پیام و مقید نمودن پیام دهنده و پیام گیرنده می‌تواند از میزان خطر بکاهد. بر همین اساس کتاب حاضر با توجه به شرایط موجود در مراکز درمانی تابعه و نظر استادان محترم در این مورد تهیه شده است و امید آن می‌رود که باعث ایجاد وحدت رویه در روش‌های مورد استفاده از سوی ارائه دهندگان خدمات درمانی شده و از میزان خطاهای پزشکان در بیمارستان‌ها، مراکز ارائه خدمات سلامت سرپایی و بخش‌های پاراکلینیک بکاهد.

گردآورندگان

۱۳۹۴ خورشیدی



## فهرست

بخش اول: مبانی دستور شفاهی - تلفنی.....	۱۳
الف- کلید واژه‌ها.....	۱۳
ب- اهمیت و ضرورت دستور شفاهی - تلفنی.....	۱۶
ج- مداخلات ایمن.....	۲۱
د- فهرست اختصارات، سمبل‌ها و نقش دوز داروها در بروز خطا.....	۲۶
ه- جداول.....	۲۸
بخش دوم: ابزار و تکنیک‌های مورد نیاز برای دستور شفاهی-تلفنی.....	۳۵
الف-اهمیت و ضرورت فنون ارتباطی.....	۳۵
ب-معرفی ابزار و تکنیک‌های مورد نیاز برای دستور شفاهی-تلفنی.....	۳۷
ج- مثالی در خصوص ارائه شرح حال بیمار توسط پرستار به پزشک به صورت شفاهی - تلفنی در چارچوب ابزار SBARR.....	۴۱
واژه یاب.....	۴۵
منابع انگلیسی.....	۴۶
منابع فارسی.....	۴۸



---

## بخش اول: مبانی دستور شفاهی - تلفنی

---

### الف - کلید واژه‌ها

مرکز درمانی: به کلیه مراکز درمانی که خدمات اورژانس و بستری ارائه می‌دهند؛ به اختصار مرکز درمانی گفته می‌شود (معاونت، سلامت، ۱۳۸۷).

دستور شفاهی<sup>۱</sup>: دستور به صورت شفاهی و چهره به چهره بین فرستنده و دریافت کننده پیام مبادله می‌شود (Coller, Deirdre, 2014).

دستور تلفنی<sup>۲</sup>: دستور به صورت تلفنی یا سایر وسایل شنیداری بین فرستنده و دریافت کننده پیام مبادله می‌شود (Coller, Deirdre, 2014).

پزشک متخصص مقیم: پزشک متخصصی است که در تمام طول ساعاتی مقرر و در خارج از ساعات اداری و روزهای تعطیل برای کشیک در بیمارستان حضور داشته و انجام وظیفه نماید (معاونت، سلامت، ۱۳۸۷).

---

1- Verbal Orders

2- Telephone Orders

پزشک آنکال: پزشک متخصصی است که در ساعات کشیک آنکالی قابل دسترسی و احضار به بیمارستان می‌باشد (معاونت، سلامت، ۱۳۸۷).

فرمولاری دارویی: فهرستی از داروهایی است که براساس شیوع بیماری، اثربخشی مبتنی بر شواهد و مقایسه تحلیل اثر بخشی تعیین شده و نیازهای بیماران را در تمام اوقات شبانه‌روز برآورده نموده و دریک سیستم درمانی توسط افراد دارای صلاحیت، مشخص و تایید می‌گردد (سلیمانی، احمدی رز، فهیمی، روشن ضمیر، & ناصری، ۱۳۸۷).

داروهای مشابه: داروهایی هستند که از لحاظ بسته بندی، شکل دارویی و یا از لحاظ نام دارویی در تلفظ بسیار شبیه به هم می‌باشند ( ISMP's List Of Confuse Drug Name, 2013).

**Standing Order:** دستوراتی هستند که در شرایط خاص و تهدید کننده حیات بیمار بر اساس مصوبه کمیته دارو و درمان بیمارستان، پرستار می‌تواند طبق ضوابط تعیین شده بدون دستور کتبی یا شفاهی پزشکان آن را اجرا نماید ( NewZealand,Ministry of Health, 2012).

آکرونیوم: اختصاری است که اجزای اولیه حروف در عبارت یا لغت را تشکیل می‌دهد (NewZealand,Ministry of Health, 2012).

سمبل: عکس، شکل، حرف، عدد، مقدار یا ماده شیمیایی است که مفهومی اختصاصی را برای سازمانی یا ایده‌ای بیان می‌دارد (NewZealand,Ministry of Health, 2012).

احیاء قلبی-ریوی: اقداماتی است که برای بازگرداندن اعمال حیاتی دو عضو مهم قلب و ریه انجام می‌شود و تلاش می‌شود تا گردش خون و تنفس به طور مصنوعی تا زمان برگشت خود به خودی جریان خون بیمار برقرار باشد (Saghaei, M, 2006).

### گروه بندی انتقال بیماران (وضعیت کد آنها)<sup>۱</sup>

بیماران با وضعیت خطرناک: وضعیت بیمار ناپایدار است و درمان بی‌درنگ جهت نجات زندگی یا فعالیت‌های حیاتی وی ضروری است. یک یا چندین سیستم بیمار به علت بیماری یا صدمه حاد در وضعیت غیر عادی قرار دارد و عملکردشان به سرعت رو به وخامت می‌باشد.

بیماران با وضعیت اورژانس: وضعیت بیمار پایدار است اما بطور بالقوه خطیر شدن وضعیت بیمار و تهدید حیات او یا فعالیت‌های حیاتی‌اش مورد توجه است. اگرچه بیماری یا صدمه حادی که منجر به وضعیت مخاطره آمیز یا بی‌ثباتی وضعیت بیمار شود نیز وجود دارد.

بیماران با وضعیت غیرفوری: وضعیت بیمار پایدار است و هیچ تهدیدی برای حیات یا فعالیت‌های حیاتی وی وجود ندارد (علویان، موید، ۱۳۸۴).

معیار نورتون: یکی از معتبرترین معیارهای پیشگویی کننده شانس ابتلاء به زخم فشاری است و بر اساس ۵ معیار وضعیت جسمانی، وضعیت مغزی، سطح فعالیت، میزان تحرک و بی‌اختیاری تنظیم شده است، معیار نورتون یک معیار نزولی است که حداکثر نمره اکتسابی در این معیار ۲۰ و حداقل آن ۵ می‌باشد (مستوفیان، فرناز، ۱۳۹۲).

معیار SADPERSONS: ارزیابی خطر خودکشی بر اساس الگوی PATTERSON می‌باشد؛

اکرونیم SADPERSONS در جدول شماره ۱ ذکر شده است (Patterson, WM; Dohn, HH; ) (al, et, 1983).

جدول شماره ۱- آکرونیم SADPERSONS

S	A	D	p	E	R	S	O	N	S
Sex	Age	Depression	Previous attempt	Ethanol abuse	Rational thinking loss	Social Supports Lacking	Organized Plan	No Spouse	Sickness

معیار مورس: معتبرترین و مفیدترین روش ارزیابی برای هر سازمان با هدف شناسایی بیماران در معرض خطر یا افراد پرخطر در برنامه پیشگیری از سقوط بشمار می‌رود (مستوفیان، فرناز، ۱۳۹۲).

ویزیت: شامل بررسی، معاینه و ارزیابی بالینی و پاراکلینیکی بیمار است که به منظور تشخیص بیماری وی انجام می‌پذیرد (اداره نظارت بیمارستانی دفتر اسناد پزشکی تهران، ۱۳۸۷).

#### ب- اهمیت و ضرورت دستور شفاهی - تلفنی

دستور شفاهی به طور مستقیم توسط ارائه دهنده خدمت نوشته نمی‌شود و به صورت (تلفنی یا چهره به چهره) دریافت می‌گردد. این دستور در شرایط اورژانس و یا زمانی که فرد ارائه دهنده خدمت قادر به حضور در بخش مربوطه نیست، قابل پذیرش می‌باشد؛ بطور مثال (زمانی که پزشک در اتاق عمل، بر سر کد احیا بیمار، بیمار ترومایی، بحران و بلایا حضور دارد) (ECRI & ISMP, 2006). کیفیت ارتباط در خصوص دریافت دستور شفاهی - کتبی به رخداد خطاهای پزشکی و ایمنی بیمار مرتبط است (ISMP Medication Alert, 2004)

ارتباط شفاهی - تلفنی غیر موثر ممکن است منجر به خطاهایی گردند که به سادگی با انجام مکانیسم بازخوانی قابل پیشگیری باشد. یافته‌های مطالعه مشاهده‌ای در خصوص



دستور تلفنی در سه مرکز؛ نشان داد که از ۸۲۲ تماس تلفنی ۳/۵ درصد از خطاهای گزارش شده مربوط به شناسایی نادرست بیمار، نتایج نادرست آزمایش‌ها، انجام نمونه‌گیری نادرست، انجام تست‌های مکرر و امتناع دریافت‌کننده از تکرار پیام است (United States Pharmacopeia, 2000).

انجمن دارو- درمان آمریکا (۲۰۰۲) مطالعه‌ای بر روی ۱۲۶۴ بیمارستان انجام داد؛ یافته‌های مطالعه نشان داد که ۷۸/۸٪ از بیمارستانها پروتکل بازخوانی را اجرا کردند؛ در مقایسه با سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۰۱ که به ترتیب ۸۱/۹٪ و ۳۱/۴٪ گزارش شده است (Institute for Safe Medication Practices, 2002).

مطالعه دیگری مکانیسم بازخوانی را در اتاق عمل به دلیل اینکه کارکنان ماسک دارند؛ مهم تلقی نموده است (Patient Safety Authority, 2006).

آژانس ملی ایمنی بیمار<sup>۱</sup>، بازخوانی پیام را در ارتباط به شیوه شفاهی- تلفنی در مورد نتایج بحرانی آزمایش‌ها مهم تلقی نموده است (Brunetti, Santell, & Hicks, 2007) (Barenfanger, Sautter, & Lang, 2004)

همچنین هدف کمیسیون مشترک سازمان اعتبار بخشی بهداشت و درمان<sup>۲</sup> در کاهش بروز خطا به شیوه دستور شفاهی- تلفنی؛ نوشتن دستور بطور کامل، ورود دستور به سیستم کامپیوتری، بازخوانی و دریافت تائید از کسانی است که دستور شفاهی یا نتایج بحرانی آزمایش‌ها را مطرح کرده‌اند؛ می‌باشد (Advisory, PA-PSRS Patient safety, 2006).

---

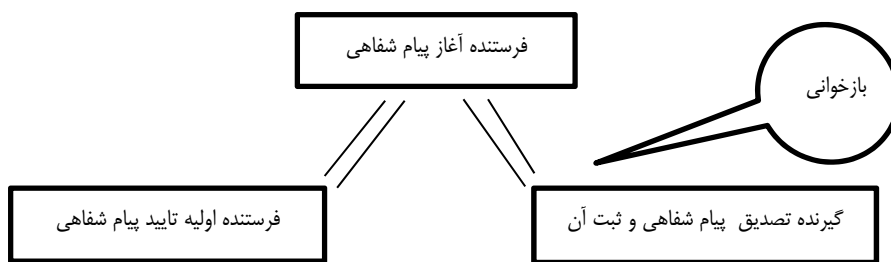
1- The national patient safety agency

2- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO)

مدیریت مراقبت، نیاز به معرفی تکنیک ارتباطی موثر و ایمن در کاهش میزان خطا دارد؛ بنابراین مکانیسم حلقه بسته ارتباطی<sup>۱</sup> تکنیکی ساده برای حصول اطمینان از فهمیدن اطلاعات ارسالی از سوی فرستنده توسط دریافت کننده پیام است ( Order Read-Back (And Abbreviations, 2010) بازخوانی پیام به فرستنده و گیرنده این اطمینان را می‌دهد که اطلاعات به درستی و به وضوح درک شده است. بازخوانی به‌عنوان یک مکانیسم پایه و اساسی در حلقه بسته ارتباطی بیان می‌گردد.

متد حلقه بسته ارتباطی شامل:

- ۱- فرستنده پیام شفاهی؛ اطلاعات را به اختصار به گیرنده پیام می‌دهد.
- ۲- گیرنده پیام شفاهی، اطلاعاتی را که شنیده بازخوانی و ثبت می‌نماید.
- ۳- فرستنده پیام می‌بایست پس از دریافت یا شنیدن اطلاعات آن را تایید و اصلاح نماید.
- ۴- در نهایت؛ اگر پیام به درستی درک نشده بود فرآیند بازخوانی ادامه یافته تا پزشک یا تجویز کننده آن را تایید کند. (شکل ۱) (Barenfanger, J; Sautter, RL; Lang, DL, 2004)، (Hendrickson, 2007).



شکل ۱- مکانیسم حلقه بسته ارتباطی

1- Mechanism of closed-loop check back یا read back

نکته: هیچ کس بجز تجویزکننده پیام دستور شفاهی - تلفنی نمی تواند بررسی کند که دریافت کننده پیام؛ پیام را به درستی دریافت کرده است یا نه؟  
دستور شفاهی - تلفنی، به دلیل لهجه‌ها، گویش‌ها، تلفظ‌های مختلف، همچنین سروصداهای پس زمینه، اسم داروهای ناآشنا و ترمینولوژی سخت؛ ذاتاً مشکل ساز است. دستور شفاهی پس از دریافت می‌بایست نوشته شود؛ همین روند بر پیچیدگی آن می‌افزاید. تنها ثبت واقعی دستور شفاهی - تلفنی به عنوان سابقه آن محسوب می‌شود (Pennsylvania, 2006)

مواردی که در دستورات تلفنی یا شفاهی سبب بروز خطا می‌گردد شامل:

۱. داروهایی با نام مشابه
۲. درست نشنیدن دوز داروها
۳. دریافت همزمان دستور چند دارو
۴. دریافت اطلاعات ناقص مرتبط با بیمار شامل لیستی از سوابق دارویی، تشخیص، سابقه آلرژی، عوارض و بیماریهای همراه وی.
۵. خطا در تصمیم گیری برای تجویز دارویی پس از گزارش دادن نتایج بحرانی آزمایش‌های مرتبط با آن (Institute for Safe Medication Practices, 2004).

مثال‌هایی از پیامد دستور شفاهی - تلفنی بر ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت

۱. خطا در نام داروهایی با نام مشابه در دستور شفاهی - تلفنی؛ به جای Flutamide، Thalidomide شنیده شده است لازم به ذکر است که هر دو دارو در درمان سرطان کاربرد دارد (United States Pharmacopeia, ۲۰۰۰).

۲. خطا در نام داروهایی با نام مشابه در دستور شفاهی - تلفنی؛ برای بیماری در وضعیت احیاء قلبی - تنفسی، آمپول به جای آمپودارون از داروخانه بیمارستان به بخش اورژانس داده شده است.

۳. خطا در بکار بردن اختصارات به شکل سمبل و آکرونیما در دستور شفاهی - تلفنی؛ به جای تزریق وریدی ۴۰ میلی اکی والان پتاسیم کلرید در عرض یک ساعت ۴۰ میلی گرم ویتامین ک۱ وریدی تزریق شده است؛ یعنی به اشتباه کلرید پتاسیم (k) بیان شده است (Institute for Safe Medication Practices, 2002).

۴. خطا در درست شنیدن دوز دارویی؛ پرستار اورژانس به دنبال دستور شفاهی - تلفنی ۱/۲ قاشق چایخوری Zithromax فقط ۱/۲ را شنیده و به بیمار ۱/۲ قاشق چایخوری Zithromax داده است (Patient Safety Authority, 2006).

با توجه به موارد مطرح شده فوق، هدف از تدوین این مجموعه موارد ذیل را در بر می گیرد:

۱. آگاهی کادر درمانی از نحوه ارائه ایمن دستور شفاهی - تلفنی و نحوه اجرای آن در راستای کاهش خطاهای مرتبط با تفسیر اشتباه دستور شفاهی - تلفنی در قالب ابزار SBARR.

۲. آگاهی کادر درمانی از ارتباط دقیق و موثر بین ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی - درمانی در مورد شرایط درمانی و پیش بینی رویدادهایی که ایمنی بیمار و تداوم مراقبت را به مخاطره می اندازد.

### ج- مداخلات ایمن

۱. به حداقل رساندن دستورات پزشکی به صورت شفاهی - تلفنی
۲. وضوح دستور شفاهی - تلفنی در هنگام تجویز
۳. دریافت کننده دستور شفاهی یا تلفنی می‌بایست آن را به محض دریافت در پرونده بیمار ثبت نماید و سپس آن را بازخوانی نموده و تجویز کننده باید آن را تایید کند. در واقع تلفظ مجدد هر رقم در صورت تجویز دوز دارو یا خود کلمه مورد نظر؛ دریافت کننده پیام را از سردرگمی نجات می‌دهد.
۴. در صورت امکان برای بیمارستانهای آموزشی با فراگیران (تخصصی - فوق تخصصی) و بیمارستانهایی با کارکنان جدید الورد، بهتر است فرد دومی برای شنیدن دستور شفاهی - تلفنی در نظر گرفته شود.
۵. دستور شفاهی یا تلفنی می‌بایست بر روی برگه دستور پزشک ثبت گردد. همچنین ثبت شماره تلفن یا پیجر فرد تجویز کننده برای پیگیری موارد خاص؛ ضروری و کمک کننده است.
۶. دریافت کنندگان دستور شفاهی یا تلفنی می‌بایست نام و نام خانوادگی خود و صادر کننده دستور، تاریخ، ساعت را به همراه امضاء در زیر دستور شفاهی یا تلفنی ثبت نمایند.
۷. دستور شفاهی یا تلفنی در مراکز آموزشی - درمانی می‌بایست به محض حضور پزشک (فراگیر تخصصی - فوق تخصصی) و اعضاء هیئت علمی در بخش مربوطه با مهر و امضاء تایید گردد.

۸. دستورات شفاهی یا تلفنی در مراکز خصوصی یا وابسته نیز می‌بایست حداکثر در مدت ۲۴ ساعت بعد توسط پزشک معالج با مهر و امضاء تایید گردد (Chief Medical Officer

(Executive Director of Nursing, 2012)

۹. دستور شفاهی یا تلفنی می‌بایست برچسب (TO/VO RB<sup>۱</sup>) داشته باشند؛ این برچسب‌ها به‌عنوان هشدار است تا اینکه تجویز کننده پس از بازگشت این دستور را با مهر و امضاء تایید کند.

۱۰. در صورتیکه تایید دستور شفاهی یا تلفنی بیش از ۲۴ ساعت طول کشید می‌بایست بطور جداگانه پزشک تجویز کننده دستور را با تاریخ و ساعت در برگه دستور پزشکی بیمار ثبت نماید و در نهایت نیز عبارت TO/VO RB را اضافه نماید.

۱۱. دستورات دارویی که به صورت شفاهی یا تلفنی دریافت می‌گردند می‌بایست در چارت دارویی، چارت مایعات وریدی و برگه احیاء قلبی-ریوی<sup>۲</sup> ثبت گردند.

۱۲. افراد مجاز برای تجویز دستور شفاهی-تلفنی عبارتند از: پزشکان، فارماسیست بالینی، دندانپزشکان، ماماها

۱۳. افراد مجاز برای دریافت دستور شفاهی-تلفنی عبارتند از: پرستاران؛ ماماها، مسئول، فارماسیست بالینی، متخصص تغذیه، درمانگر حرفه‌ای، درمانگر فیزیکی، درمانگر تنفسی، گفتار درمان و مسئولین آزمایشگاه و رادیولوژی

۱۴. دستور شفاهی یا تلفنی باید به فرمولاری دارویی بیمارستان محدود شود.

---

1- Telephone order/Verbal order Read Back

2- CPR (Cardiopulmonary Resuscitation)

۱۵. آموزش نحوه دریافت دستور شفاهی یا تلفنی دستور می‌بایست به تجویزکنندگان و دریافت‌کنندگان داده شود.

۱۶. توصیه می‌گردد پوسترهای یادآور در خصوص بازخوانی دستور شفاهی یا تلفنی تهیه و نصب گردد.

۱۷. لیست داروهای با نام مشابه بیمارستان می‌بایست به پزشکان آنکال و مقیم ابلاغ گردد.

۱۸. در خصوص تجویز دستور دارویی به صورت شفاهی یا تلفنی موارد ذیل می‌بایست لحاظ گردد:

\* نام و نام خانوادگی بیمار و در صورت نیاز نام پدر او

\* تاریخ و ساعت دریافت دستور

\* نام دارو بر حسب طبقه بندی ژنریک

\* دلیل تجویز دارو

\* فرم دوزاژ دارو (قرص، کپسول، داروهای استنشاقی و غیره)<sup>۱</sup>.

\* بیان دقیق و واضح دوز داروها براساس واحد وزن (میلی گرم، گرم، میلی اکی والان

و میلی مول) به خصوص در کودکان و نوزادان و دفعات تجویز آن

\* قدرت یا غلظت دارو<sup>۲</sup>

\* راه تجویز دارو

---

۱- به دلیل بسته بندی های مختلف امکان خطا و آسیب وجود دارد.

۲- در خصوص دوزهایی چون ۲، ۹، ۱۹ و ۱۵ میلی گرم و غیره که احتمال بروز خطا را افزایش می‌دهد؛ تجویز کننده می‌بایست نحوه نوشتاری آن را برای پیشگیری از خطا بیان نماید.

\* نحوه مصرف دارو بطور مثال تزریق ۱۰۰ میلی لیتر نرمال سالین در مدت یک ساعت  
\* بررسی اطلاعات پراهمیت بیمار (سابقه آلرژی، نتایج آزمایش‌های تشخیصی،  
(Co morbid conditions)

\* اجتناب از به کار بردن اختصارات به شکل سمبل و آکرونیم‌ها در دستور  
شفاهی/تلفنی و در صورت استفاده می‌بایست از اختصارات مجاز و تایید شده استفاده  
نمایند (جدول شماره ۳).

\* امضاء دریافت کننده دستور

\* مهر و امضاء فرد تجویز کننده پس از بازگشت

\* فردی که دستور دارویی را به طریق شفاهی دریافت می‌کند مسئولیت پاسخگویی به  
سوالات تجویز کنندگان را در صورت وجود سؤال یا هرگونه مخالفتی در خصوص دستور  
شفاهی - تلفنی بر عهده دارد (Coller, Deirdre, 2014)

۱۹. موارد ذیل نباید به صورت شفاهی یا تلفنی تجویز گردند:

\* بلوس اپی دورال

\* خون و فرآورده‌های خونی (ممکن است در شرایط تهدید کننده یا اورژانسی به

صورت دستور شفاهی یا تلفنی تجویز گردد)

\* کموتراپی (عوامل آنتی‌نئوپلاستیک)

\* داروهای نارکوتیک در کودکان

\* القاء زایمان (سقط یا لیبر)



\* داروهای پرخطر (ممکن است در شرایط تهدیدکننده یا اورژانسی به صورت دستور شفاهی تجویز گردد) (جدول ضمیمه شماره ۲) (Coller, Deirdre, 2014).

۲۰. کلیه پزشکان و کارکنانی که اجازه ارائه دستور شفاهی - تلفنی را دارند؛ می‌بایست قبل از ترخیص بیمار از تایید دستور شفاهی - تلفنی در پرونده بیمار اطمینان حاصل نمایند.  
۲۱. در بیمارستان‌هایی که امکان وجود فارماسیست بالینی در همه شیفت‌ها وجود دارد، فارماسیست بالینی می‌تواند دستور شفاهی - تلفنی را دریافت نموده و در پرونده بیمار ثبت نماید.

(Chief Medical Officer Executive Director of Nursing, 2012)(Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations, 2004)(Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook., 2003),(Jeffrey P, 2004),(Advisory P.-P. P., 2006)

۲۲. در بیمارستان‌هایی که فارماسیست بالینی مجاز به تجویز برخی داروهای خاص نظیر آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف، تغذیه تام وریدی و انجام مداخلاتی همچون کنترل سطح خونی داروها طبق تاییدیه کمیته دارو درمان می‌باشد؛ فارماسیست بالینی مجاز به دادن دستور شفاهی - تلفنی می‌باشد.

۲۳. دستور شفاهی یا تلفنی و نتایج آزمایش‌های بحرانی نباید از طریق پیام صوتی منتقل گردد (Advisory P.-P. P., 2006)

۲۴. توصیه می‌گردد خطاهای مرتبط با دستور شفاهی - تلفنی در کمیته‌های مرتبط بیمارستانی مطرح و مدیریت شوند. (Natal quality, 2010)

۲۵. تجویزکننده می‌تواند در قالب چارچوب از قبل تعیین شده، دستور شفاهی - تلفنی خود را بیان کند. [بطور مثال تکنیک SBARR] (Committee, 2012)

بطور کلی در خصوص تجویز هر دارو؛ تجویز کننده می‌بایست هدف از تجویز دارو و شرایط بالینی بیمار را در نظر بگیرد.

بیشترین خطا در خصوص داروهایی با نام مشابه گزارش شده است.

### بهای ویزیت شفاهی - تلفنی

مبنای پرداخت ویزیت بیمار بستری، تعرفه‌ای است که سالانه توسط مصوبه هیئت محترم وزیران ابلاغ می‌شود. لازم به ذکر است اگر چه ممکن است یک بیمار در طول یک روز چندین بار ویزیت شود، اما مبنای پرداخت بیمه‌های پایه، یک ویزیت محسوب می‌گردد. جهت قابل پرداخت بودن ویزیت لازم است که پزشک معالج نتیجه معاینه و یا دستورات پزشکی را در پرونده منعکس و مهر و امضا نمایند.

### د- فهرست اختصارات، سمبل‌ها و نقش دوز داروها در بروز خطا

مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا، خطاهای دارویی را ۶۴۳.۱۵۱ مورد گزارش داد از این تعداد ۳۰٪ موارد مربوط به استفاده از اختصارات بوده است؛ گزارش خطاها در خصوص اختصارات به قدری زیاد بود سبب گردید کمیسیون مشترک سازمان اعتباربخشی بهداشت و درمان<sup>۱</sup> فهرستی از اختصارات، سمبل‌ها و نقش دوز داروها را در بروز خطا لیست نماید. اما با وجود در دسترس بودن لیست مذکور در سال ۲۰۰۴ میزان خطاها ۲۳٪ گزارش شده است؛ همچنین کمیسیون مشترک سازمان اعتباربخشی بهداشت و درمان در طی مطالعه‌ای از سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۶ میزان کاهش بروز خطا را از ۷۵ به ۶۴ درصد گزارش کرده است (National quality, 2010). موارد لیست شده در جدول برای تجویز شفاهی -

1- Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization

تلفنی، برچسب گذاری انبارك دارویی، برچسب گذاری کامپیوتری، ثبت دستور دارویی،  
غربالگری ورود دستور دارویی در کامپیوتر بین داروساز و تجویز کننده، مورد استفاده قرار  
می گیرد (جدول شماره ۳). (Institute for Safe Medication Practices, 2013).

## ۵- جداول

جدول شماره ۲- لیست داروهای پرخطر بر اساس تقسیم بندی ISMP

داروهای خاص / ویژه	طبقه / دسته دارویی	
اپوپروستنول وریدی	انسولین (وریدی / زیرجلدی)	آگونیست‌های آدرنرژیک وریدی مثل ایپی نفرین، فنیل افرین، نوراپی نفرین و....
منیزیم سولفات تزریقی	فرم لیپوزومال داروها مثل آمفوتریسین B	آنتاگونیست‌های آدرنرژیک وریدی مثل پروپرانولول، متوپرولول، لابتالول
متوتروکسات خوراکی (موارد مصرف غیرانکولوژیک)	داروهای آرامبخش وریدی با تأثیر متوسط (مانند میدازولام و...) و انواع خوراکی در کودکان (مانند: کلرال هیدرات)	داروهای آنتی آریتمی (لیدوکائین، آمیودارون و..)
تنتور اپیوم	نارکوتیک‌ها/ اپیوئیدها (وریدی، پوستی و خوراکی)	داروهای بیهوشی عمومی، وریدی و استنشاقی مثل پروپوفول، کتامین و....
اکسی توسین وریدی	مهارکننده‌های عصبی-عضلانی (مانند سوکسینیلکولین، و کرونیوم و...)	
سدیم نیتروپروساید تزریقی	محلول‌های تغذیه وریدی	ترکیبات آنتی ترومبوتیک: - آنتی کوآگولانت‌ها مثل وارفارین، هپارین، انوکسپارین و.. - مهارکننده‌های فاکتور X مانند: فونداپارینوکس - مهارکننده‌های مستقیم ترومبین مانند: دابیگاتران، آرگاتروبان و ...

داروهای خاص / ویژه	طبقه / دسته دارویی	
	- ترومبولیتیک‌ها مانند: رتپلیز، آلتپلیز، تنکتپلیز - مهارکننده‌های گلیکوپروتئین IIb/IIIa	
پتاسیم کلراید تزریقی	محلول‌های کاردیوپلژیک / فرآورده‌های رادیو کنتراست وریدی	
پتاسیم فسفات تزریقی	داروهای شیمی درمانی (خوراکی و تزریقی) آب مقطر برای تزریق / استنشاق و شستشو در محفظه‌های با حجم ۱۰۰ ml و بیشتر	
پرومتازین وریدی	سدیم کلراید تزریقی / هیپرتونیک با غلظت بیش از ۰/۹٪	پرومتازین وریدی محلول‌های الکترولیتی با غلظت بالا
وازوپرسین وریدی یا داخل استخوانی	دکستروز هیپرتونیک با غلظت ۲۰٪ و بیشتر	وازوپرسین وریدی یا داخل استخوانی محلول‌های دیالیز
	داروهای اپی‌دورال / اینتراتکال	
	داروهای هیپوگلیسمیک خوراکی	
	داروهای اینوتروپیک وریدی مثل دیگوکسین، میلرینون و ...	
(ISMP's List of High-Alert Medications)		

جدول شماره ۳- فهرست اختصارات، سمبلها و نقش دوز داروها در بروز خطا

اختصارات	معنی در نظر گرفته شده	سوء تعبیرها	موارد قابل قبول
o.d. or OD	یکبار در روز	ممکن است با چشم راست (OD-oculus dexter) اشتباه گردد	"daily"
OJ	آب پرتقال	ممکن است با چشم راست یا چپ اشتباه شود و داروی رقیق شده در آب پرتقال در چشم ریخته شود.	"orange juice"
Per os	از طریق دهان یا دهانی	ممکن است با چشم چپ OS یا oculus sinister اشتباه شود	"PO," "by mouth," or "orally"
q.d. or QD	روزانه	ممکن است با q.i.d یا ۴ بار در روز اشتباه شود	"daily"
Qhs	هر شب	ممکن است با هر ساعت اشتباه شود	"nightly"
Qn	شبانه یا موقع خواب	ممکن است با هر ساعت اشتباه شود	"nightly" or "at bedtime"
q.o.d. or QOD	هر روز دیگر	ممکن است با روزانه یا ۴ بار در روز اشتباه شود	"every other day"
q1d	روزانه	ممکن است با q.i.d یا ۴ بار در روز اشتباه شود	"daily"
.q6PM, etc	هر عصر ساعت ۶ (عصر)	ممکن است با هر ساعت اشتباه شود	"daily at 6 PM" or "6 PM daily"
SC, SQ, sub q	زیر جلدی	ممکن است با زیر زبانی اشتباه گردد	"subcut" or "subcutaneously"
Ss	نصف	ممکن است با ۵۵ اشتباه شود	use "one-half" or "1/2"
SSRI SSI	واحد اندازه گیری انسولین	ممکن است با مهار کننده‌های سروتونینی اشتباه گردد.	"sliding scale (insulin)"

اختصارات	معنی در نظر گرفته شده	سوء تعبیرها	موارد قابل قبول
Mg	میکروگرم	ممکن است با mg شود.	Mcg or microgram
AD, AS, AU	گوش راست، گوش چپ، هر دو گوش	ممکن است با OD, OS, OU اشتباه شود یا به ترتیب چشم راست، چشم چپ، هر دو چشم	“right ear,” “left ear,” or “each ear”
OD, OS, OU	چشم راست، چشم چپ، هر دو چشم	ممکن است با AD, AS, AU اشتباه شود یا به ترتیب گوش راست، گوش چپ، هر دو گوش	“right eye,” “left eye,” or “each eye”
BT	زمان خواب	ممکن است با B.I.D یا ۲ بار در روز اشتباه شود.	bedtime”
CC	سانتی متر مکعب	ممکن است با unit اشتباه گردد	“mL”
D/C	قطع دارو یا ترخیص	ممکن است با قطع زودرس دارو در هنگام ترخیص اشتباه شود	“discharge” and “discontinue”
IJ	تزریق	ممکن است با تزریق وریدی یا داخل ژوگولار اشتباه گردد	“injection”
IN	داخل بینی	ممکن است با تزریق وریدی یا داخل عضلانی اشتباه گردد	“intranasal” or “NAS”
HS Hs	زمان خواب نیمه قدرت	ممکن است تعاریف به جای هم استفاده شوند	“half-strength” or “bedtime”
IU	واحد بین المللی	ممکن است با داخل وریدی یا عدد ۱۰ اشتباه گردد	“units”
i/d	روزانه	ممکن است با TID اشتباه شود	“daily”
TIW or tiw	سه بار در هفته	ممکن است با ۳ بار در روز یا ۲ بار در هفته اشتباه شود.	“times weekly”

اختصارات	معنی در نظر گرفته شده	سوء تعبیرها	موارد قابل قبول
U or u	واحد	ممکن است با صفر یا ۴ اشتباه گردد که سبب مصرف ۱۰ برابر بیشتر مثلاً ۴u؛ ۴۰u دیده شود یا ۴u با ۴۴ واحد اشتباه می گردد یا امکان دارد با cc اشتباه گردد مثلاً ۴u به اشتباه ۴ cc	

نقش دوزها و سایر اطلاعات	معنی در نظر گرفته شده	سوء تعبیرها	موارد قابل قبول
قرار دادن صفر بعد از اعشار بطور مثال (e.g., 1.0 mg)	۱mg	ممکن است با ۱۰ میلی گرم اشتباه شود، اگر اعشار دیده نشود.	کاربرد عدد بطور کامل و عدم استفاده صفر
استفاده از اعشار بدون کاربرد صفر (e.g., .5 mg)	۰/۵ mg	ممکن است با ۵ mg اگر اعشار دیده نشود، اشتباه شود.	صفر را قبل از نقطه اعشار بکار ببرید وقتی که دوز کمتر از واحد کل است
اختصاراتی مثل Mg یا mL با یک دوره تکرار	mg mL	ممکن است با عدد یک اشتباه شود.	mg mL
بخصوص نامهای دارویی مشکل دار که به "۱" ختم می شوند مثل Inderal 40 mg Tegretol 300 mg	Inderal 40 mg Tegretol 300 mg	ممکن است با Inderal 140 mg یا Tegretol 1300 mg اشتباه گردد	اختصاص فضای مناسب بین نام دارو، دوز و واحد اندازه گیری
دوزهای عددی و واحد اندازه گیری	10 mg ۱۰۰mL	که m میلی گرم با یک یا دو صفر اشتباه شده و خطر افزایش دوز را به همراه دارد.	اختصاص فضای مناسب بین دوز و واحد اندازه گیری



نقش دوزها و سایر اطلاعات	معنی در نظر گرفته شده	سوء تعبیرها	موارد قابل قبول
دوزهای بزرگ بدون در نظر گرفتن کاما	100,000 units 1,000,000 units	۱۰۰,۰۰۰ اشتباه می شود با ۱۰,۰۰۰ یا ۱,۰۰۰,۰۰۰ و ۱,۰۰۰,۰۰۰ اشتباه می شود با ۱۰۰,۰۰۰	از کاما استفاده کنید.
APAP	Acetaminophen	اختصار تعریف شده، استامینوفن را تداعی نمی کند	acetaminophen
ARA A	Vidarabine	ممکن است با cytarabine (ARA C) اشتباه گردد	vidarabine
AZT	zidovudine (Retrovir)	ممکن است با azathioprine یا aztreonam اشتباه گردد.	zidovudine (Retrovir)
اختصارات نام دارو	معنی در نظر گرفته شده	سوء تعبیرها	موارد قابل قبول
CPZ	Compazine (prochlorperazine)	ممکن است با chlorpromazine اشتباه شود.	Compazine (prochlorperazine)
DPT	Demerol- Phenergan- Thorazine	ممکن است با diphtheria-pertussis-tetanus (vaccine) اشتباه گردد	Demerol-Phenergan- Thorazine
DTO	تنتور رقیق شده مخدر یا deodorized tincture of opium (Paregoric)	ممکن است با تنتور مخدر اشتباه گردد.	تنتور رقیق شده مخدر یا deodorized tincture of opium (Paregoric)
HCl	hydrochloric acid or hydrochloride	ممکن است با کلرید پتاسیم اشتباه شود، یعنی h با k اشتباه گردد.	hydrochloric acid or hydrochloride

موارد قابل قبول	سوء تعبیر ها	معنی در نظر گرفته شده	نقش دوزها و سایر اطلاعات
hydrocortisone	ممکن است با hydrochlorothiazide اشتباه گردد	Hydrocortisone	HCT
hydrochlorothiazide	ممکن است با hydrocortisone یا HCT250 (mg) اشتباه شود.	Hydrochlorothiazide	HCTZ
magnesium sulfate	ممکن است با morphine sulfate اشتباه گردد.	magnesium sulfate	MgSO4
morphine sulfate	ممکن است با magnesium sulfate اشتباه گردد.	morphine sulfate	MS, MSO4
methotrexate	ممکن است با mitoxantrone اشتباه گردد.	Methotrexate	MTX
procainamide	ممکن است با patient controlled analgesia اشتباه گردد.	Procainamide	PCA
propylthiouracil	ممکن است با mercaptopurine اشتباه شود.	Propylthiouracil	PTU
Tylenol with codeine No. 3	ممکن است با liothyronine اشتباه گردد.	Tylenol with codeine No.3	T3
(ISMP's List Of Confuse Drug Name, 2013)			

---

## بخش دوم: ابزار و تکنیک‌های مورد نیاز برای دستور شفاهی-تلفنی

---

### الف-اهمیت و ضرورت فنون ارتباطی

ارتباط به معنای در میان گذاشتن اطلاعات یا تجارب میان انسانهاست و بنابراین ارتباط موثر با درمیان گذاشتن تجربه‌های مهم با اشخاص رابطه دارد (جری ریچاد سون، ۱۳۷۵). درک ماهیت ارتباط و فرآیند آن برای انجام فعالیت‌های درمانی بسیار ضروری است؛ نقص در فرآیند ارتباط موثر، یک تم رایج در موضوعات ایمنی بیمار به ویژه در زمان دستور شفاهی تلفنی است، وجود عقاید متعدد کلامی و نوشتاری وابسته به فرآیند فرد و حرفه، عدم وجود سیستم پاسخگو، فقدان برنامه مراقبتی و وجود سبک‌های ارتباطی متفاوت سبب وخامت در ارائه دستور شفاهی تلفنی شده است و با حوادث نامطلوب و آسیب بالقوه به بیمار مرتبط است (Jill M Porteous, 2009). ضعف ارتباطی به عنوان فاکتور موثر در قصور پزشکی و مشکلات مربوط به ایمنی بیمار و حوادث مرگبار شناسایی شده است (Hospitals and Health Network , 2006) به گزارش کمیسیون مشترک سازمان

اعتبار بخشی بهداشت و درمان<sup>۱</sup> ۶۵ درصد حوادث مرگبار و ۹۰ درصد علل ریشه‌ای آنالیز خطاهای پزشکی در مرکز پزشکی جوزف به فاکتور ارتباط مربوط می‌گردد (Kathleen M. Haig, 2006). از ۲۵۰۰۰ تا ۳۰۰۰۰ حادثه قابل پیشگیری که منجر به ناتوانی دائمی در استرالیا شده است؛ ۱۱٪ به موضوع ارتباط و در مقابل ۶٪ به عدم کفایت شاغلین کادر درمان مربوط می‌شود (WHO Collaborating Centre, 2007).

یکی از چالش‌های مطرح در خصوص دستور شفاهی تلفنی به این نکته می‌توان اشاره نمود که روش گزارش دادن پرستاران با پزشکان متفاوت است. رویکردی را که پرستاران در خصوص گزارش‌دهی بیماران اتخاذ می‌نمایند، مطلبی داستان گونه را با تمام جزئیات گزارش می‌کنند؛ در عوض پزشکان می‌آموزند رئوس مطالب را به طور خلاصه بیان نمایند. این تفاوت در نحوه گزارش‌دهی سبب ایجاد چالش شده است، در حال حاضر نیز پرستاران یا سایر حرف پزشکی در مورد چگونگی گزارش شفاهی تلفنی موثر و با کیفیت در مواقع اورژانسی و سایر موقعیت‌ها آموزش کمی دریافت کرده‌اند.

همچنین فاکتورهایی که نقص ارتباطی بین پزشک و پرستار را تحت شعاع قرار می‌دهد و چالش برانگیز است، شامل موارد ذیل است:

۱. فقدان خط‌مشی و روش گزارش شفاهی تلفنی مرتبط با هدف
۲. عدم وجود چارچوب یا ابزاری برای ارتباط کلامی / شفاهی در سیستم بهداشت و

درمان

۳. عدم وجود قانونی برای ارتباط چهره به چهره یا تلفنی
۴. تفاوت عقاید بین پرستاران یا سایر حرف (در خصوص اینکه از چه اطلاعاتی در هنگام گزارش شفاهی تلفنی استفاده نمایند).

1- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

۵. حواس پرتی های مکرر

۶. ارتباط غیر موثر

۷. فقدان مثالهایی از یک ارتباط خوب بر اساس مدل های ذهنی ارتباط

۸. ترس به دنبال سیستم سلسله مراتبی در سیستم بهداشت و درمان

۹. خستگی / استرس / محرومیت از خواب

۱۰. چندکاره بودن<sup>۱</sup>

از اینرو با توجه به موارد مطروحه؛ در این بخش به معرفی فنون ارتباطی و ابزار و تکنیک های مورد نیاز برای دستور شفاهی - تلفنی می پردازیم.

#### ب- معرفی ابزار و تکنیک های مورد نیاز برای دستور شفاهی - تلفنی

تکنیک ها تبادل دقیق و به موقع اطلاعات را تضمین می نمایند و مدیران ارشد بیمارستانها می توانند جهت دستیابی به اطلاعات بالینی کارآمد و با کیفیت در هر زمانی که مسئولیت مراقبت انتقال داده می شود؛ در جهت ایجاد بستر فرهنگی از آنها بهره گیرند.

تکنیک SBAR: ابزار ارتباطی ساختار یافته در جهت فرموله کردن اطلاعات مرتبط با بیمار است و از حذف اطلاعات مهم و موثر پیشگیری می کند (Advisory P.-P. P., 2006). تکنیک SBAR در صنایع پرخطر مثل صنایع هسته ای زیردریایی آمریکا کاربرد داشته و پیشینه مبتنی بر شواهد دارد. به دنبال سقوط هواپیما به دلیل عدم ارتباط موثر خلبان با اتاقک خلبانان (۱۹۷۰) صنعت هواپیمایی آمریکا متعهد گردید برای کاهش حوادث هوایی از برنامه ایمنی و تکنیک SBAR بهره گیرد (Kaiser). یک تیم ایمنی بیمار در اوکلند<sup>۲</sup> و

---

1- Multitasking

2- Oakland

کالیفرنیا<sup>۱</sup> از تکنیک SBAR جهت تسهیل ارتباط بین پزشک و پرستار به عنوان چارچوبی در راستای گزارش شفاهی بیمارانی که نیاز فوری و مبرم به پزشک دارند بهره گرفتند (2007). همچنین تکنیک SBAR در بیمارستانها و مراکز مراقبتی به عنوان راه حلی موثر جهت پُر کردن شکاف؛ در خصوص انتقال بالینی بیماران، گزارش یا دستور شفاهی - تلفنی پیشنهاد می‌گردد. به گزارش کمیسیون مشترک سازمان اعتبار بخشی بهداشت و درمان، تکنیک SBAR بهترین عملکرد را با هدف ایمنی بیمار دارد.

**تکنیک CHECK BACK:** تکنیکی ساده برای حصول اطمینان از فهمیدن اطلاعات ارسالی از سوی فرستنده توسط دریافت‌کننده پیام است.

\* مرحله یک: فرستنده پیام را آغاز می‌کند.

\* مرحله دو: دریافت‌کننده پیام را پذیرش کرده، بازخورد می‌دهد.

\* مرحله سه: فرستنده دوباره مرور می‌کند تا مطمئن شود پیام فهمیده شده است.

**تکنیک Read back:** بازخوانی اطلاعات و اطمینان از اینکه اطلاعات به درستی و وضوح

درک شده است.

**تکنیک ISBAR:** تکنیکی برای تبادل اطلاعات حیاتی دربارهٔ دغدغه‌های مربوط به بیمار

است که نیازمند توجه فوری و اقدام می‌باشند. هدف از این تکنیک حصول اطمینان از آن

است که اطلاعات صحیح بین کادر حرفه‌ای درمان مبادله می‌شود.

اجزای ISBAR شامل موارد ذیل می‌باشد:

\* معرفی<sup>۱</sup>

"نام من مری اسمیت و پرستار مراقب خانم ژوزف در بخش ۴ - تخت ۵ هستم."

\* وضعیت<sup>۲</sup>

چه بر بیمار می‌گذرد؟

"من به خاطر خانم ژوزف در اتاق ۲۵۱ تماس می‌گیرم. شکایت اصلی وی تنگی نفس

ناگهانی است."

\* سابقه<sup>۳</sup>

زمینه یا سابقه بالینی چیست؟

"بیمار خانمی ۶۲ ساله در روز اول پس از عمل جراحی شکم می‌باشد. هیچ سابقه قلبی

از بیماری قلبی یا ریوی موجود نیست."

\* ارزیابی<sup>۴</sup>

در این مرحله پرستار می‌تواند در خصوص مشکل بیمار نظر دهد.

"صداهاى تنفسی در سمت راست کاهش یافته، اما با احساس درد همراه است. ممکن

است پنوموتوراکس باشد.

\* توصیه<sup>۵</sup>

برای اصلاح وضعیت چه باید بکنم؟

- 
- 1- Introduction
  - 2- Situation
  - 3- Background
  - 4- Assessment
  - 5- Recommendation

"من احساس می‌کنم که بیمار الان باید ارزیابی شود؛ آیا می‌توانید سریع خود را برسانید؟"

اگر اعضای تیم مراقبت از پاسخ به درخواست‌های خود برای توجه فوری ناراضی هستند باید در پی مشورت و کمک افراد ارشدتر باشند (VanFleet, 2012)  
لازم به ذکر است که تکنیک SBARR در خصوص دستور شفاهی - تلفنی شامل سوالات استاندارد در ۵ بخش به شکل زیر می‌باشد:

۱- Situation: معرفی کارکنان بهداشتی - درمانی، معرفی بخش / واحدی که کارکنان بهداشتی از آنجا تماس می‌گیرند، معرفی بیمار، مطرح کردن مشکل بیمار به طور خلاصه؛ مشکل چیست؛ از چه زمانی شروع شده است و با چه عواملی تشدید می‌شود.

۲- Background: طرح دلیل پذیرش بیمار، تاریخچه بیماری زمینه‌ای، بررسی ریسک بیماریهایی از قبیل (خودکشی، زخم بستر، آسپیراسیون، ترومبوز ورید عمقی، سوء تغذیه و سقوط، نوع ایزولاسیون، آلرژی)، اطلاعات زمینه‌ای شامل تشخیص بیماری در زمان پذیرش بیمار، تاریخ و زمان پذیرش، لیستی از وضعیت دارویی و نتایج آزمایشگاهی بحرانی بیمار، علایم حیاتی، گروه بندی انتقال بیماران (وضعیت کد آنها)<sup>۱</sup>

۳- Assessment: وضعیت جاری بیمار، تشخیص‌های محتمل، میزان وخامت حال بیمار و علایم حیاتی فعلی بیمار را ارزیابی می‌کند.

۴- Recommendation: پیشنهاد و توصیه‌هایی در مورد اقدامات بعدی را توصیه می‌کند.

۵- Read back: بازخوانی اطلاعات و اطمینان از اینکه اطلاعات به درستی و وضوح

درک شده است.



نکته: فرم‌های SBARR به‌عنوان فرم‌های دائمی و ثابت در پرونده بیمار نیستند، فقط به‌عنوان ابزاری برای تبادل اطلاعات در گزارش‌های فوری که به صورت شفاهی یا تلفنی صورت می‌پذیرد، کاربرد دارند.

#### مزایای تکنیک SBAR

۱. به اشتراک گذاشتن اطلاعات دقیق و مرتبط
۲. اثربخشی تحویل و تحول بین کارکنان
۳. سهولت در تصمیم‌گیری‌های درمانی
۴. اولویت بندی مناسب بیماران
۵. بهبود مدیریت زمان
۶. شنونده فعال بودن

ج- مثالی در خصوص ارائه شرح حال بیمار توسط پرستار به پزشک به صورت شفاهی - تلفنی در چارچوب ابزار SBARR

#### S : Situation

آقای دکتر حسنی؛ من عسگری هستم پرستار بخش ارتوپدی در خصوص بیمار آقای احمدی دارای مشکل تنگی نفس و درد قفسه سینه با علایم حیاتی  $T=37.5$ ،  $PR=120$ ،  $RR=18$ ،  $BP=140/90$  است، تماس می‌گیرم.

#### B : Background

آقای احمدی در تاریخ ۹۳/۸/۲۹ بستری شده است. وی در تاریخ ۹۳/۹/۱ تعویض کامل مفصل هر دو زانو (آرتروپلاستی) داشته است. در تاریخ ۹۲/۸/۳ در شیفت صبح از درد قفسه سینه، تنگی نفس و دیسترس تنفسی و سرفه‌های خشک شکایت داشته، و  $BP=140/90$  و  $PR=120$  دارد.

**A : Assessment**

A: ارزیابی بیمار از لحاظ بررسی علائم حیاتی و وضعیت بیمار نشان دهنده آمبولی ریه است.

**R : Recommendation**

- ۱- شروع فوری اکسیژن از طریق نازال کانولا با سرعت ۳-۵ لیتر بر ثانیه
- ۲- گرفتن گرافی سینه
- ۳- گرفتن نوار قلبی
- ۴- اخذ آزمایش D-دایمر، بیوشیمی و CBC
- ۵- انجام دستورات فوق و حضور اورژانسی پزشک بر بالین بیمار

**R: Read back**

- ۱- شروع فوری اکسیژن از طریق نازال کانولا با سرعت ۳-۵ لیتر بر ثانیه
- ۲- اخذ گرافی سینه
- ۳- اخذ نوار قلبی
- ۴- اخذ آزمایش D-دایمر و بیوشیمی و CBC
- ۵- انجام دستورات فوق و حضور اورژانسی پزشک بر بالین بیمار

\* پرستار رحیمی (دریافت کننده دستور) ۵ مورد دستور تلفنی - شفاهی ساعت ۶ عصر مورخ ۹۳/۹/۳ دریافت و بازخوانی گردید. پرستار شگری (پرستار ناظر)، دکتر حسینی (پزشک تجویز کننده) TO/VO RB

## جدول شماره ۴- ابزار SBARR

<b>S = Situation</b>
<p>من درخصوص مشکل بیمار x تماس گرفته‌ام.  معرفی کادر درمان، واحد، نام بیمار  مختصری درباره مشکل (چیست، چه وقت اتفاق افتاده یا شروع شده و چطور تشدید شده است؟)  وضعیت کد بیمار:  علائم حیاتی بیمار: فشارخون، نبض، درجه حرارت و تعداد تنفس</p>
<b>B = Background</b>
<p>وضعیت هوشیاری در زمان پذیرش: آگاه به زمان و مکان □ بیمار همکاری داشته □ همکاری و  گیج □ بیمار به طور واضح صحبت نمی‌کند □ بیمار در وضعیت کما بوده □ بیمار در معرض سقوط  است □ آژیته □ مهاجم □ لتارژیک □ قادر به بلع □ استوپور □ و عدم صحبت کردن به صورت واضح  □ عدم قدرت بلع □ وضعیت مردمک ها: میدریاتیک □ میوتیک □ نرمال □  پوست: گرم و خشک □ رنگ پریده □ مشبک □ دیافوریک □ اندامها: سرد □ گرم □  قلب: درد قلبی □ تعداد نبض □ فشارخون □ سوآن گنز □ CVP □ ریتم: □ ST □ SB  □ AF □ PVC □ SVT □ SR □ Aflutter □ pacer □ VT □ JUNC □ شالدون □  گوارش: رژیم غذایی: NPO □ معمولی □ کم نمک □ کم چرب □ اورمیک □ پوره □ مایعات □  محدود به مایعات □ تهوع □ استفراغ □ بیوست □  دردشکمی □ اسهال □ شکم نفاخ و تندر نس □ کاهش اشتها □ دردشکمی □ کاهش صداهای  روده □  تنفس: اکسیژن با سرعت X لیتر بر دقیقه □ Fio2 و نیلاتور: □ Bipapffio2 □ صداهای تنفسی: واضح  □ کراکل □ کاهش یافته □ ترشحات □ کوتاهی تنفس □ سرفه (ترشحات - غیر ترشحات) □  ادراری: سوند فولی □ دیالیز □ کنترل I/O □ فیستول □ خون در ادرار □ تکرر ادرار □ ادرار  در دناک □ نیاز به دفع ادرار □  غدد: دیابت □ FBS □ BS □ سرعت انسولین (واحد بر ساعت) □ پای دیابتی □  زنان: لوشیای کم □ متوسط □ زیاد □ پرینه: تمیز □ متورم □ وضعیت زخم: ترشحات □ تغییر</p>

<p>پانسمان <input type="checkbox"/></p> <p>نتایج بحرانی آزمایشگاهی اخیر: (CBC / سطح دارویی / بیوشیمی / هورمونی و....)</p> <p>اطلاعاتی در خصوص مراقبت‌های پیشرفته:</p> <p>احیاء قلبی - ریوی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> اینتوباسیون: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> لوله بینی - معدی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>بررسی بیمار از نظر خودکشی بر اساس معیار SADPERSONS</p> <p>بررسی بیمار از نظر سقوط بر اساس معیار Mors score</p> <p>بررسی زخم بستر بر اساس معیار نورتون</p>
<b>A = Assessment</b>
<p>ارزیابی بیمار از نظر وخامت بیماری</p>
<b>R = Recommendation</b>
<p>پیشنهاد می‌شود:</p> <p>بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه انتقال یابد.</p> <p>ویزیت یا مشاوره فوری</p> <p>ABG، CXRay، EKG اخذ گردد.</p> <p>تغییر دوز دارو</p> <p>تعویض پانسمان بیمار</p> <p>پزشک تجویز کننده دستور</p> <p>پرستار دریافت کننده دستور</p> <p>تاریخ و ساعت تماس:</p>
<b>R=Read back</b>
<p>بارخوانی و ثبت مواردی که در قسمت recommendation یا توصیه مطرح می‌شود.</p>
<p>(Committee, 2012)</p>

## واژه یاب

### ز

زخم بستر، ۳۸، ۴۱، ۴۶

### س

سمبل، ۹، ۱۲، ۱۸، ۲۲، ۲۴، ۲۸

### ف

فارماسیست بالینی، ۲۰، ۲۳

فرمولاری، ۱۲، ۲۰

### ک

کموتراپی، ۲۲

### م

معیار مورس، ۱۴

### آ

آکرونیف، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۲۲

آنکال، ۱۲، ۲۱

ارتباط، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۴۵

ارزیابی، ۱۳، ۱۴، ۳۷، ۳۸، ۴۰، ۴۲

### ب

بازخوانی، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۱، ۳۶، ۳۸

بهای ویزیت، ۹، ۲۴

### ح

حوادث نامطلوب، ۳۳

### د

دستور شفاهی، ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹

۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۸

### منابع انگلیسی:

- Advisory, P.-P. P. (2006). Improving the safety of Telephone or Verbal Order. ECRI&ISMP undercontract to the pennsylvania patient safety advisory .
- Advisory, P.-P. P. (2006). sample policy on verbal / telephone orders. Pennsylvania patient safety reporting sysrem(PA-PSRS).
- Advisory, PA-PSRS Patient safety. (2006). sample policy on verbal / telephone orders. Pennsylvania patient safety reporting sysrem(PA-PSRS).
- Barenfanger, J., Sautter, R., & Lang, D. (2004). Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. Am J Clin Patho .
- Barenfanger, J; Sautter, RL; Lang, DL. (2004). Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. Am J Clin Patho .
- Brunetti, L., Santell, J., & Hicks, R. (2007). The impact of abbreviations on patient safety. Jt Comm J Qual Patient Saf , 576-83.
- Chief Medical Officer Executive Director of Nursing, F. (2012). Medical Management Verbal Medication Order Policy.
- Coller, Deirdre. (2014). Inpatient Nursing Pharmacology Study Guide. Henry Ford West Bloomfield Hospital.
- Coller, Deirdre. (2014). Inpatient Nursing Pharmacology Study Guide. Henry Ford West Bloomfield Hospital.
- Committee, P. s. (2012). SBAR(Situation-Background-Assessment- Recommendation) Handover/Communication Tool ,NHS Foundation Trust. Cheshire and Wirral Partnership.
- (2003). Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations.
- Hendrickson, T. (2007). Verbal medication orders in the OR. AORN J .
- Hospitals and Health Network. (2006). از OCTOBER 26, 2015 باز یابی در ،  
<http://www.hhnmag.com>
- ECRI & ISMP. (2006). Improving the Safety of Telephone or Verbal Orders. PA-PSRS Patient Safety Advisory , .
- (2004, January). ISMP Medication Alert: october monday, 2015 باز یابی در .  
<http://www.ismp.org>
- (2004, January). ISMP Medication Alert: october monday, 2015 باز یابی در .  
<http://www.ismp.org>
- (2013). ISMP's List Of Confuse Drug Name: ,www. ISMP.org
- (2013). ISMP's List Of Confuse Drug Name: ,www. ISMP.org
- 5s), C. E. ( 2007). Draft Standard operating protocol template Action on patient safety. Comments of the WHO Collaborating Centre for patient safety solutions.
- Institute for Safe Medication Practices. ( 2013). ISMP's List of Error-Prone Abbreviations: www.ISMP.ORG
- Institute for Safe Medication Practices. (2002, October 3). از october monday, 2015 باز یابی در .  
 از Verbal order for "40 of K." ISMP Medication Alert: <http://www.ismp.org>

- Institute for Safe Medication Practices. (2004, January). در . از october monday, 2015 بازایی در .  
Thalidomide and flutamide. ISMP Medication Alert: <http://www.ismp.org>
- ISMP's List of High-Alert Medications (بدون تاریخ) . بازایی در . OCTOBER 26, 2015 .  
[www.ismp.org](http://www.ismp.org)
- Jeffrey P, B. (2004). closing the communication loop:using readback/hearback to support patient safety. joint commission jornal on quality and safety .
- Jill M Porteous, E. G.-W. (2009). iSoBAR — a concept and handover checklist. the National Clinical Handover Initiative.
- Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations. ( 2004). در . از october manday, 2015 , the National Patient Safety Goals: <http://www.jcaho.org>
- Kaiser, P. SBAR Report to Physician About a Critical Situation. Available at [www.IHI.org](http://www.IHI.org).
- Kathleen M. Haig, S. S. (2006). SBAR:A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. journal on quality and patient safety .
- Natinal quality, f. (2010). Order Readback and Abbreviations. SAFE PRACTICE FOR BETTER HEALTH CARE.
- NewZealand,Ministry of Health. (2012). بازایی از StandingOrderGuidelines:  
[www.health.govt.nz](http://www.health.govt.nz)
- Order Read-Back And Abbreviations. (2010). National Quality Forum .
- Patient Safety Authority. (2006). در . از october monday, 2015 , Improving the safety of telephone or verbal orders: <http://www.psa.state.pa.us/psa/lib/psa/press>
- Patterson, WM; Dohn, HH; al, et. (1983). Evaluation ofsuicidal patients, THE SAD PERSONS Scale. Psychosomatics .
- Pennsylvania, E. &. (2006). Improving the Safety of Telephone or Verbal Orders. PA-PSRS Patient Safety Advisory .
- Saghaei, M. (2006). Principles and methods of cardiopulmonary resuscitation. Esfahan. 78-95.
- to, E. &. (2006). Improving the Safety of Telephone or Verbal Orders. PA-PSRS Patient Safety Advisory .
- United States Pharmacopeia. ( 2000, January 28). در . از october monday, 2015 بازایی در .  
Practitioners' Reporting News, Current Confusion Between Amiodarone and Amrinone:  
<http://www.usp.org/hqi/practitionerPrograms/newsletters>
- VanFleet, M. ( 2012). Non-Clinical Tools for Improving the Patient Experience.
- WHO Collaborating Centre, p. s. (2007). Communication during patient handover. patient safety solutions

### منابع فارسی:

- اداره نظارت بیمارستانی . (۱۳۸۷). چگونگی بررسی تایید و رسیدگی به مطالبات بیمارستانهای طرف قرار داد در اسناد بستری. : دفتر اسناد پزشکی تهران.
- جری ریچاد سون، م. ق. (۱۳۷۵). معجزه ارتباط و ان، ال، پی. نشر البرز، چاپ دوم.
- سلیمانی، ف.، احمدی رز، ف.، فهیمی، ف.، روشن ضمیر، ف.، و ناصری، م. (۱۳۸۷). کمیته دارو درمان بیمارستان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی معاونت غذا دارو، مرکز کشوری تجویز و مصرف احتمالی دارو. اندیشه ماندگار.
- علویان، موید. (۱۳۸۴). ستاد هدایت در مواردی که ارائه خدمات سلامت مناسب در موارد اورژانس فراهم نباشد. معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی.
- مستوفیان، فرناز. (۱۳۹۲). راهنمای بالینی پیشگیری از زخم بستر. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی.
- مستوفیان، فرناز. (۱۳۹۲). راهنمای بالینی پیشگیری از سقوط. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی.
- معاونت، سلامت. (۱۳۸۷). دستورالعمل نحوه آنکالی و کشیک‌های مقیم پزشکان در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکی کشور. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.