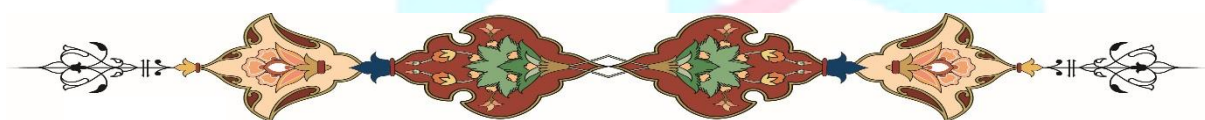


پایگاه
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام
مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)



کتابچه آموزشی مهارت‌های رفتاری و ارتباطی



تدوین و گردآوری: واحد توسعه آموزش (EDU) و اعتبار بخشی آموزشی
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی (ره) ایلام
معاونت آموزشی مرکز

تاریخ تدوین: ۱۳۹۹/۱۱/۲۶

اهداف:

هدف کلی: آشنایی با مهارت‌های رفتاری و ارتباطی

اهداف رفتاری: پس از پایان این دوره از فراگیران انتظار می‌رود:

- فرهنگ را تعریف کنند.
- فراگیر هوش هیجانی را توضیح دهند.
- ارتباط را تعریف نمایند.
- اجزای فرآیند ارتباط را شرح دهند.
- عوامل موثر در ارتباط را بیان نمایند.
- اشکال ارتباط را نام ببرند.
- اجزای فرآیند ارتباط را بیان نمایند.
- مراحل ارتباط با بیمار را توضیح دهند.
- نحوه صحیح برقراری ارتباط با بیمار را شرح دهند.
- موانع برقراری ارتباط با بیمار را نام ببرند.
- روش صحیح مصاحبه با بیمار را شرح دهند.
- با بیماران خود ارتباط صحیح درمانی برقرار نمایند.

مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی (ره) ایلام

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
۱. چکیده	۵
۲. مقدمه	۶
۳. جامعه شناسی و فرهنگ	۶
۴. هوش هیجانی	۷
۵. تعریف ارتباط	۸
۶. اجزای فرایند ارتباط	۹
۷. سطوح ارتباط	۱۰
۸. اشکال ارتباط	۱۱
۹. عوامل موثر در ارتباط	۱۴
۱۰. عوامل کننده به برقراری ارتباط موثر در یک ارتباط درمانی و حرفه ای	۱۵
۱۱. موانع ارتباط	۱۷
۱۲. فرایند درمان و ارتباط	۱۹
۱۳. ثبت ارتباط	۲۲
۱۴. ارتباط کلامی معیوب	۲۲
۱۵. برقراری ارتباط با بیماران با نیازهای ویژه	۲۳
۱۶. مراحل ارتباط پزشک / پرستار و بیمار	۲۴
۱۷. ارتباط پزشک/پرستار با سایر اعضای تیم بهداشتی	۲۷
۱۸. نکات کلیدی	۳۰
۱۹. خودآزمایی	۳۱
۲۰. کلید واژگان	۳۲
۲۱. منابع	۳۳

چکیده :

از ویژگی های افراد موفق می توان به توانایی و مهارت آنها در برقراری ارتباط موثر و صحیح با دیگران اشاره کرد. ارتباط موثر، رابطه ای است که در آن، گیرنده پیام (طرف مقابل)، پیام فرستنده را با حداکثر دقت ممکن دریافت و درک کند. اکثر متخصصان ارتباطات بخش اصلی (و گاه تمام) مسئولیت ارتباط موثر را بر عهده ی ارسال کننده ی پیام می گذارند.

(انسانها بیشتر عمرشان را در گروهها زندگی می کنند؛ آنها به عنوان اعضای خانواده، ساکنان یک محله یا شهر، اعضای یک گروه خاص اجتماعی یا اقتصادی و یا مذهبی و قومی نیز به عنوان شهروندان یک ملت با یکدیگر رابطه دارند. آنچه که مشخص کننده ویژگی گروههایی است که انسانها در آن زندگی میکنند، فرهنگ آنهاست. یافته های جدید نشان می دهد کارکنانی که دارای وجدان کاری و احساس وظیفه شناسی بالایی هستند، اما فاقد هوش هیجانی و اجتماعی اند، در مقایسه با کارکنان مشابهی که از هوش هیجانی بالایی برخوردارند، عملکرد ضعیف تری دارند. هوش هیجانی، اصطلاح فراگیری است که مجموعه گسترده ای از مهارت ها و خصوصیات فردی را در برمی گیرد. (۱)

امروزه، آموزش علوم پزشکی، از آموزش های تئوری و بالینی می باشد که به هدف کسب مهارت های انسانی و ارتباطی نیز معطوف شده است. شایان ذکر است که برقراری ارتباط صحیح با مراجعه کنندگان و بیماران اثرات مثبتی همچون: بهبود علائم حیاتی، کاهش درد و اضطراب و ... دارد و همچنین در راستای اختلال در ارتباط منجر به اشتباه در تشخیص و .. می شود که در نهایت نارضایتی بیماران را به همراه دارد.



مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی (ره) ایلام

(ما انسانها در اداره زندگی شخصی، اجتماعی و حرفه ای خویش ناگزیر از برقراری ارتباط می باشیم. با برقراری یک ارتباط موثر می توانیم تاثیرگذاری بیشتری داشته و به نتایج مطلوب تری دست یابیم. میتوانیم باورهایمان را تایید و یا تعدیل برخی موقعیتهای پیش آمده را مهار و حتی در مواردی بر حرص و حسد و طمع خود غلبه نموده تصمیم بهتری برای حل مشکلات خود و دیگران اتخاذ نماییم. ۲)

(در حقیقت، ارتباط موثر زندگی را ثمربخش می کند، اما به شرطی که مهارت های این ارتباط را بیاموزیم، با شیوه های ارتباطی در مواجهه با افراد متفاوت آشنا شویم و سعی کنیم خطاهای ارتباطی خود را اصلاح کنیم. اولین گام در این فرایند شناسایی احساسات و عواطف و توانمندی خود و سپس گروه یا جامعه ای است که در آن زندگی میکنیم و یا مایل به برقراری ارتباط با آن هستیم. از این رو لازم است برای شروع فراگیری توانمندی ارتباط موثر با سه پارادایم، جامعه شناسی و فرهنگ برای شناسایی گروه یا جامعه خود و همچنین هوش هیجانی برای شناسایی خود آشنا شویم

جامعه شناسی و فرهنگ:

انسانها بیشتر عمرشان را در گروهها زندگی می کنند؛ آنها به عنوان اعضای خانواده، ساکنان یک محله یا شهر، اعضای یک گروه خاص اجتماعی یا اقتصادی و یا مذهبی و قومی نیز به عنوان شهروندان یک ملت با یکدیگر رابطه دارند. انسانها حتی اگر خودشان هم آگاه نباشند که اعضای یک گروه اند، باز به شیوه هایی فکر و عمل می کنند که دست کم بخشی از آنها را عضویت در گروه تعیین می کند. نوع لباسی که آدمها می پوشند، نوع خوراک و نحوه خوردن آنها، عقاید و ارزشهایشان و رسمومی که رعایت می کنند، همگی تحت تأثیر عضویت آنان در گروههای گوناگون می باشند. ۱)

فرهنگ مشخص کننده ویژگی گروههایی است که انسانها در آن زندگی میکنند. **فرهنگ** مجموعه پیچیده ای از دانش ها، باورها، هنرها، قوانین، اخلاقیات، عادات و هر چه که فرد به عنوان عضوی از جامعه، از جامعه خویش فرا می گیرد تعریف می شود. هر منطقه از هر کشوری می تواند فرهنگی متفاوتی با دیگر مناطق آن کشور داشته باشد. فرهنگ به وسیله آموزش، به نسل بعدی منتقل می شود؛ در حالی که ژنتیک به وسیله وراثت منتقل می شود. واژه «فرهنگ» از دو واژه «فر» و «هنگ» به معنای ادب، تربیت، دانش، علم، معرفت و آداب و رسوم تعریف شده است. واژه فرهنگ در پهلوی ساسانی به صورت «فره هنگ» آمده است که از دو جزء «فره» به معنای پیش و فرا؛ و «هنگ» به معنای کشیدن و راندن، ساخته شده است. در نتیجه «فرهنگ» به معنای پیش کشیدن و فرا کشیدن است. به همین سبب است که در فارسی زبانان فرهنگ را سبب پیشرفت می دانند.



هوش هیجانی

(هوش عاطفی، هوش احساسی یا هوش هیجانی (Emotional intelligence) شامل شناخت و کنترل عواطف و هیجان‌های خود و دیگران است. به عبارت دیگر، شخصی که EI بالایی دارد، سه مؤلفه هیجان‌ها را به‌طور موفقیت آمیزی با یکدیگر تلفیق می‌کند: مؤلفه شناختی، مؤلفه فیزیولوژیکی و مؤلفه رفتاری. متون علم مدیریت بر این باورند که رهبران و مدیران، با هوش‌های هیجانی بالاتر، توان بیشتری برای هدایت سازمان تحت کنترل‌شان دارند. یافته‌های جدید نشان می‌دهد کارکنانی که دارای وجدان کاری و احساس وظیفه‌شناسی بالایی هستند، اما فاقد هوش هیجانی و اجتماعی‌اند، در مقایسه با کارکنان مشابهی که از هوش هیجانی بالایی برخوردارند، عملکرد ضعیف‌تری دارند. (۳)

از مقالات پژوهشی برخی دانشمندان این‌گونه بر می‌آید که، کسانی که از هوش هیجانی برخوردارند می‌توانند عواطف خود و دیگران را کنترل کرده، بین پیامدهای مثبت و منفی عواطف تمایز گذارند و از اطلاعات عاطفی برای راهنمایی فرایند تفکر و اقدامات شخصی استفاده کنند. هوش هیجانی، اصطلاح فراگیری است که مجموعه گسترده‌ای از مهارت‌ها و خصوصیات فردی را دربر گرفته و به‌طور معمول به آن دسته مهارت‌های درون فردی و بین فردی گفته می‌شود که فراتر از دایره مشخصی از دانش‌های پیشین، چون بهره هوشی و مهارت‌های فنی یا حرفه‌ای است.

(هوش هیجانی ۵ حیطه مهم را در بر می‌گیرد:

۱- شناخت عواطف شخصی و خود آگاهی : شناخت و آگاهی نسبت به عواطف شخصی خود در لحظه درک احساسات به همان صورتی که بروز کرده است، یکی از جنبه‌های مهم هوش هیجانی است. فردی که از هوش هیجانی بالایی برخوردار است، نسبت به احساسات خود، آگاهی بی‌واسطه و بدون وقفه دارد.

۲- خود مدیریتی یا استفاده صحیح از هیجان‌ها و اعمال مدیریت بر آنها : یعنی اینکه بتوانیم احساسات خود را مدیریت کرده و با انتخاب و گزینش واکنش‌های عاطفی آگاهانه واکنش‌های تکانشی خود را در مقابل افراد و وقایع کنترل کنیم.

۳- خود انگیزگی یا داشتن منبع حمایت درونی و خویش داشتن داری : برای آنکه بتوانیم هدفهای خاصی را که در زندگی دنبال کنیم باید از درون هدایت شویم بدین معنا که برای رسیدن به آنچه خواهیم هستیم به واسطه تمایلات درونی عمیق و انگیزه‌های درونی هدایت شویم و منبع هدایت، انگیزه‌های درونی خودمان باشد نه انگیزه‌های بیرونی. افرادی که دارای چنین توانایی هستند نسبت به کار خود اشتیاق زیادی دارند و به شکل خود جوش به سمت موفقیت حرکت می‌کنند.

۴- همدلی یا درک احساسات و عواطف دیگران : به معنای تشخیص و ادراک احساسات طرف مقابل و احترام گذاردن به تفاوت‌های موجود در احساسات افراد نسبت به پدیده‌های مختلف است. بدین معنا که حتی اگر احساسات و عواطف طرف مقابل مورد تأیید ما نیست آنرا تشخیص بدهیم و به وی نشان دهیم که او را درک کرده ایم. توانایی دریافت نشانه‌های غیر کلامی کلید درک احساسات دیگران است. گاهی لحن کلام، حالت‌های بدنی، چهره و امثال آن گویای احساسات درونی است.

۵- کنترل و حفظ روابط اجتماعی : یکی دیگر از جوانب هوش هیجانی، مهارت کنترل عواطف در دیگران است. افرادی که در این مهارت، توانایی زیادی دارند، در رابطه با دیگران بسیار سنجیده عمل می‌کنند. برای رسیدن به این مهارت، لازم است افراد به مهارت‌های دیگری چون شناخت احساسات، تسلط بر آنها و حس همدلی مجهز باشند، بدین وسیله قادر می‌گردند احساسات و واکنش‌های افراد را به سرعت درک کنند، احساسات جمعی ابراز نشده را حس کنند و ضمن در نظر گرفتن نیازها و احساسات عمیق خود، با دیگران ارتباط صمیمانه برقرار کنند و بر آنان تاثیر بگذارند و در نهایت احساسات منفی آنها مثل درماندگی، خشم و اضطراب را تعادل ببخشند.

(۴)



تعریف ارتباط

ارتباط عبارت است فرایند ارسال و دریافت پیام . ارسطو شاید اولین اندیشمندى باشد که ۲۲۰۰ سال پیش، در زمینه ارتباط سخن گفت. او در کتاب "ریطوریکا" در تعریف ارتباط نوشت: ارتباط عبارت است از جستجو برای دست یافتن به کلیه وسایل وامکانات موجود برای ترغیب و اقناع دیگران. ارتباط فرآیندی است که طی آن افکار، عقاید و احساسات یک فرد به فرد دیگر منتقل می شود ارتباط فرآیندی است آگاهانه یا ناآگاهانه، خواسته یا ناخواسته که از طریق آن احساسات و نظرات به شکل پیامهای کلامی و غیر کلامی بیان، ارسال، دریافت و ادراک می شوند. بنا به تعریفی دیگر ارتباط فرآیند انتقال پیام از فرستنده به گیرنده به شرط این که ذهنیات مورد نظر فرستنده به گیرنده پیام انتقال یابد و بالعکس می باشد.

(برداشت هایی که از این تعریف می توان داشت این است که اولاً ارتباط نوعی فرایند است، دیگر اینکه برای برقراری ارتباط حداقل حضور سه عنصر فرستنده، گیرنده و پیام الزامی است. در مدل های جدید ارتباطات به جای استفاده از کلمات فرستنده و گیرنده، از کلمه برقرارکنندگان ارتباط استفاده می شود، زیرا به طور همزمان هر دو طرف هم فرستنده و هم گیرنده هستند و اثرات گفتار یکدیگر را با واکنش به یکدیگر نشان می دهند. پس مفهوم "منبع - گیرنده" نقش شرکت کنندگان را دقیق تر توضیح می دهد.

در ابتدا باید فرد ارائه دهنده ی خدمات پیام مورد نظر را در ذهن فرد مقابل به روشنی مشخص کرده و سپس برای ارسال آن تصمیم بگیرد.

۱- چه پیامی منتقل شده است (نظیر چگونگی رفتن به جایی یا انجام کاری، دادن اطلاعاتی نظیر توضیح درمورد انجام عکس رادیولوژی یا یک سری آزمایشات خاص، انجام رفتاری خاص یا ابراز محبت)

۲- چه کسی پیام مورد نظر را دریافت می کند(آیا بیمار را به عنوان یک انسان به اندازه کافی می شناسیم؟ آیا درباره زمینه قبلی بیمار همه چیز را می دانیم؟، چگونگی نقطه نظرات بیمار)

۳- چرا این پیام باید منتقل شود؟ (آیا بیمار نیاز دارد چیزهایی را برای آشنایی با موسسه یا بیمارستان بداند؟، آیا جهت غلبه بر ترس ناشی از جراحی نیاز به کمک دارد؟، آیا بیمار به این پیام برای حفظ ایمنی خود و نیز برای افزایش عدم وابستگی نیاز دارد؟)

۴- پیام باید چگونه (از چه راهی) منتقل گردد؟ (آیا باید با بیمار صحبت کرد یا اطلاعات را کتبی داد؟، آیا بهتر است برای این پیام از ارتباط غیرکلامی استفاده شود؟)

۵- ارتباط باید در کجا برقرارگردد؟ (اتاق بیمار؟ اتاق پزشک ؟ ایستگاه پرستاری؟ خارج از واحد پرستاری؟)

۶- چه زمانی ارتباط باید برقرار گردد؟ (آیا بیمار پذیرای پیام است؟، آیا بیمار هم اکنون نیاز به پیام دارد؟، آیا پیام باید به تعویق بیفتد؟، آیا افراد دیگر نظیر افراد خانواده بیمار حضور دارند؟)

پزشک/پرستار زمانی که در موقعیت یک ارتباط قرار می گیرد با کمک این سوالات اجزای اصلی ارتباط را به یاد می آورد.



اجزای فرایند ارتباط

این اجزا عبارتند از: برقرار کنندگان ارتباط، پیام، رسانه، کانال، سروصدا، فیدبک و بافت.

برقرار کنندگان ارتباط

ارتباط برقرار کنندگان به طور هم زمان هم فرستنده پیام هستند و هم گیرنده آن. زیرا شخص (الف) در حین صحبت کردن اثرات گفتارش را نیز بازبینی می کند و در همان حال از شخص (ب) اطلاعاتی می گیرد. شخص (ب) نیز در حین گوش دادن به شخص (الف) واکنش نشان می دهد، حتی اگر این واکنش بی اعتنایی باشد. پس مفهوم "منبع-گیرنده" نقش شرکت کنندگان را دقیق تر توضیح می دهد.

پیام

همان محتوای ارتباط و گویای منظور ارتباط برقرار کنندگان است. محصول واقعی ارتباط بوده که ممکن است یک صحبت، مصاحبه، مکالمه تلفنی، چارت، گفتگو، ژستها و رفتارها و یا یادداشتهای پزشکی/پرستاری باشد. پیام همیشه نمی تواند حاصل معنایی باشد که گیرنده خواهان آن است و یا آنچه فرستنده قصد دارد ارسال نماید. پیام ممکن است تحت تأثیر اطلاعات قبلی شخص و تجارب گذشته و احساسات و یا سطوح اجتماعی و فرهنگی باشد. برای مثال پزشک/پرستاری به بیمار می گوید "با اینکه کمی دیر شده ولی از آمدنتان بسیار خوشحالم" ولی نگاههای پنهانی به ساعت و یا زدن روی پا به صورت بی قرار دو پیام متغیر را می تواند منتقل کند.

مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی (ره) ایلام

رسانه

منظور ما از رسانه شیوه خاص انتقال پیام است. رسانه نظامی از نمادها یا رمزها است که می تواند مثلاً به شکل مرس، تلگراف ساحلی و یا زبان انگلیسی باشد. جمع این کلمه یعنی "رسانه ها" معنای نسبتاً خاص دارد و تلویزیون، رادیو و مطبوعات و ... را به ذهن متبادر می کند.

کانال

گاهی در کتابها مرز بین رسانه و کانال کم رنگ میشود. همان چیزی است که ارتباط برقرار کنندگان را به هم پیوند میدهد و رسانه را در خود جای می دهد. یک واسطه برای انتقال پیام بوده که ممکن است هر کدام از حواس برقرار کنندگان ارتباط را تحت تأثیر قرار دهد. پزشکان/پرستاران با استفاده از حواس سمعی و بصری و لامسه با بیماران ارتباط برقرار مینمایند. کانال ارتباطی شنوایی شامل کلمات گفتاری و اشاره ها می باشد. کانال ارتباطی بینایی شامل دیدن و مشاهده و ادراک میباشد. کانال ارتباطی لامسه شامل تجارب حسی میباشد. ما از طریق سه کانال اصلی کلامی، نوشتاری و غیر کلامی با دیگران ارتباط برقرار میکنیم.

چیزی بیشتر از صداهای معمولی است. منظور هر نوع مزاحمت است که در عمل ارتباط خلل ایجاد می کند و پیام را طوری تحریف میکند که دیگر معنای خودش را نرساند. منشأ آن می تواند منبع، کانال، گیرنده و یا بافت تعامل باشد. گاهی این سروصداها مزاحم اند و مانع انتقال گفته ها می شوند اما گاهی نیز محصول تجارب ذهنی خود شرکت کنندگان می باشند. بدیهی است که ما پیام ها را نیز بر اساس همین تجارب ذهنی رمزگردانی و رمزگشایی می کنیم. گروههای قومی یا فرهنگی مختلف، تعبیر مختلفی از کلمات و ابزارها دارند و به همین خاطر گاهی دچار سردرگمی و سوء تعبیر می شوند، یا اینکه احساس می کنند به آنها اهانت شده است. در بعضی از منابع به جای کلمه سروصدا از عبارت کلی تر پارازیت استفاده شده است که به دو نوع تقسیم می گردد:

۱ - پارازیت های فیزیکی: همان گونه که ازنماشان پیداست مانع از انتقال فیزیکی پیام می شوند نظیر سروصدا، گرما و سرمای بیش از حد، نور بسیار و یانور بسیار کم

۲ - پارازیت های استنباطی: زمانی رخ می دهند که سوءتعبیر درمورد پیام پیش بیاید ولو اینکه پیام همان گونه که فرستاده شده دریافت شده باشد، نظیر زمانی که فرستنده پیام از کلماتی که درک آن ها برای گیرنده پیام مشکل است برای انتقال پیام استفاده کرده باشد و یا کلمات به کار گرفته شده برای فرستنده و گیرنده پیام معانی متفاوتی داشته باشند. پارازیت های استنباطی را میتوان با تعریف لغات و اصطلاحات ناآشنا و کاربرد لغات و اصطلاحات آشنا و مطابق با علایق و توانایی های گیرندگان پیام، کاهش داد. پارازیت های استنباطی ممکن است به خاطر مشکل و یا پیچیده بودن محتوای پیام رخ دهند. متخصصان ارتباطات، کاهش تأثیر پارازیت های فیزیکی را با استفاده از وسایل جلب توجه و تکرار مجدد مطالب و کاربرد مجدد مهارت ها توصیه

بازخورد (فیدبک)

پیامی است که از طرف گیرنده به فرستنده اصلی برگردانده میشود. فیدبک مشخص می کند که تا چه حد معنی پیام فرستنده از طرف گیرنده درک شده است. پزشک/پرستار باید به دنبال شواهد کلامی و غیرکلامی، یعنی بازخورد که نشان دهنده دریافت و درک پیام از بیمار است باشد، تا با بازبینی واکنشهای طرف مقابل ارتباطات بعدی خود را بهبود بخشد.

بافت

تمام ارتباطات در درون نوعی بافت روی می دهند و تأثیر شدیدی نیز از آن بافت میپذیرند. به عبارتی دیگر تعامل (ارتباط دو جانبه) در درون چارچوبهای به هم مرتبط روی می دهد. یکی از این بافت ها موقعیت جغرافیایی و محیط اطراف ما می باشد. برای مثال در درون آسانسور به خاطر محدودیت محیط فیزیکی رفتارهایمان محدود می شود. از انواع دیگر این بافت ها، بافت زمانی است. مثلاً در پزشکی/پرستاری در پایان یک کشیک صبح و عصر نسبت به یک کشیک صبح ممکن است میزان توجه و دقت کمتر شود. پس بافت بر ارتباط تأثیر می گذارد. اما در عین حال تعامل کنندگان نیز با ارتباط خود تا حدودی بر بافت تأثیری می گذارند.

سطوح ارتباط

ارتباط دارای سه سطح مختلف با کاربردهای مهم هریک در پزشکی/پرستاری است. این سه سطح شامل ارتباط درونی، ارتباط بین فردی و ارتباط عمومی می باشد.

۱ - ارتباط درونی

با اسا می نظیر "سخن با خود"، "کلام درونی"، "راهنمای درونی"، "تفکر درونی" و گفتگوی درونی نامیده میشود. مردم از طریق تفکرات درونی با خودشان حرف میزنند و این تفکرات بر ادراک و احساسات و رفتار و مفاهیم درونی تأثیر مهمی میگذارد. پزشکان/پرستاران باید از ماهیت و منظور افکار خود آگاهی داشته و سعی کنند افکار منفی و بازدارنده را با افکار مثبت جانشین کنند. تصورات دو دانشجوی پزشکی/پرستاری مختلف آنها را جهت مواجهه با اولین تجربه پرستاری در خصوص بیماران بدحال و با وضعیت بحرانی آماده مینماید:

هر دو ترسیده بودند، یکی از آنها به خودش گفت: "آرام باش، تو باید بر این موقعیت غلبه کنی تا همیشه بتوانی ثابت قدم بمانی". دیگری مرتباً با خودش می گفت، "راهی برای ابقاء این تجربه وجود ندارد". واضح است که صحبت‌های مثبت اولین دانشجو با خودش بسیار کمک کننده‌تر از دومین دانشجو خواهد بود. درک این ارتباط میتواند پزشکان/پرستاران را در جهت کارکردن با بیماران و خانواده‌هایشان که دارای تصورات منفی از خودشان هستند در خصوص سلامتی و تواناییهای مراقبتی از خود یاری دهد.

۲ - ارتباط بین فردی

ارتباطی که بین دو نفر یا در یک گروه کوچک واقع می شود که به رفتارهای کلامی و غیر کلامی درون یک اجتماع مربوط بوده و شامل تمام نشانه‌های مورد استفاده برای دریافت و ارسال معنی است. با توجه به این که پیام های دریافتی ممکن است از نظر مفهوم با آنچه مورد نظرفرستنده است مغایر باش، بنابراین معانی باید از طریق مذاکره متقابل بین طرفین مورد نقد و بررسی قرار گیرد تا اعتبار یکسانی بین طرفین پیدا کند. بیشتر پزشکان/پرستاران که در روز کار می کنند با بیمار و سایر افراد خانواده و گروه ارتباط برقرار می نمایند. توانایی پزشک/پرستار در برقراری ارتباط در این سطح بر مشارکت پرستاران در روابط بین فردی و الگوی حل مسئله و تمرکز بر هدف و ساختار گروهی و نقشهای بحرانی پزشکی/پرستاری مانند ارائه دهنده مراقبت و معلم و مشاور و حمایت کننده تأثیری گذارد.

۳ - ارتباط عمومی

ارتباط یک فرد با گروههای بزرگ است. پزشکان/پرستاران اغلب دارای فرصتهایی برای صحبت با بیماران یا سایرین درباره موضوعات بهداشتی- درمانی هستند. ارتباط عمومی به تطبیقات ویژه ای چون تطبیق نوع نگاه و اشاره‌های سر و دست و تغییر تن صدا و استفاده از ابزارهای رسانه ای برای انتقال موثر پیامها نیازمند است. نتایج مطلوب ارتباط عمومی عبارتند از افزایش آگاهی عمومی نسبت به موضوعات بهداشتی و درمانی و سایر موارد مربوط به حرفه پزشکی/پرستاری است.

اشکال ارتباط

ارتباط در قالب کلامی و غیر کلامی صورت میپذیرد.

ارتباط کلامی

ارتباط کلامی تبادل اطلاعات با استفاده از کلمات می باشد که شامل کلمات نوشتاری و هم گفتاری است. ارتباط کلامی وابسته به زبان است. زبان یک راه قراردادی استفاده از کلمات جهت به مشارکت گذاشتن موثر اطلاعات بین افراد می باشد. زبان شامل تعریف مشترک کلمات و قراردادن کلمات براساس روش و دستور معین می باشد. هر دو نوع نوشتاری و گفتاری ارتباط درباره فرد مسائل زیادی را آشکار می نماید. زبان به پزشک/پرستار کمک می کند که آنچه را که بیمار می داند و احساس می کند را بررسی نماید. در هر صورت پزشکان/پرستاران باید مهارت های زبانی خود را جهت کمک به تأثیرمتقابل در فرایند ارتباط تقویت نمایند. ارتباط کلامی به صورت گسترده ای به وسیله پزشکان/پرستاران در صحبت نمودن با بیماران و ارائه گزارشات شفاهی به پرستاران دیگر و نوشتن طرح های مراقبتی و ثبت کردن در یادداشتهای پیشرفت پزشکی/پرستاری کاربرد دارد. مثال های دیگر از ارتباط کلامی شامل: سخنرانی برای عموم، درج در مطبوعات و تهیه علامت ها و پوسرها است. در هر کدام از این مثال ها توسط کلمات و زبان می توان با یکدیگر ارتباط برقرار نمود. با این که پزشکان/پرستاران کاملاً از پیشگیری و علت و درمان بیماری ها اطلاع دارند، ممکن است معنی بعضی از اصطلاحات سایر کارکنان بهداشتی را ندانند. این امر در ارتباط پزشک/پرستار و بیمار هم صادق است. برای کودکان هم باید از اصطلاحات خاص آنها استفاده کرد.

در ارتباط کلامی این اجزا نقش دارند و هر کدام از اینها به نوبه خود بر ارتباط کلامی تأثیر می گذارند:

واژه ها: برای مثال زبان کودک با بزرگسال متفاوت است. یا در فرهنگهای مختلف معانی متفاوتی از کلمات استنباط می شود.

معنی صریح و ضمنی: مثلاً کلمه کد در پزشکی یک معنی را دارد و در مفهوم عام معنی دیگری دارد.

سرعت: ارتباط کلامی زمانی موفق خواهد بود که با سرعت و آهنگ مناسب بیان شود.



فشار روی کلمات: تن صدا تأثیر فراوانی بر معنی پیام دارد و احساسات نیز بر تن صدا موثر است. مثلاً اگر بیماران پیام پزشکان/پرستاران را آمرانه تلقی کنند ارتباط با مشکل مواجه می شود. تن صدای بیمار نیز اطلاعاتی درمورد وضع روحی او می دهد.

وضوح و اختصار: عباراتی نظیر "فهمیدی" یا "خوب" در پایان هر جمله باعث کاهش وضوح پیام می شود. جملات بایستی ساده باشد. گاهی هم برعکس. بیان یک کلمه ساده نظیر "بله" به عنوان پاسخ کوتاه نشانه توجه شما به بیمار است

زمان و مربوط بودن: زمان گفتن پیامها باید به موقع باشد. مثلاً یک پزشک/پرستار نباید در زمان درد بیمار توصیه های روزمره را ارائه دهد.

ارتباط غیر کلامی

اگرچه برای بسیاری از افراد رایج ترین وسیله ارتباطی کلمات شفاهی، نمادین یا مکتوب است اما این شکل از ارتباط تنها شکل آن نیست. ارتباط غیر کلامی یکی دیگر از انواع ارتباط است که شایان توجه بسیار است. در واقع لغات به تنهایی فقط بخشی از پیام هستند و ممکن است همراه کننده باشند. بدین معنی که تقریباً هر جنبه از رفتار انسانی می تواند پیامی را به دیگری منتقل کند. هنگامی که با دیگری صحبت می کنیم، فقط با کلمات ارتباط برقرار نمی کنیم، بلکه اطلاعاتی درباره خودمان منتقل می کنیم که شنونده همراه با کلماتی که انتخاب کرده ایم آنها را تعبیر و تفسیر می کند. ارتباط غیر کلامی شامل پاسخ های فیزیکی از قبیل حالات چهره، دست ها، حرکات و تماس چشمی است که چه همراه با صحبت مورد استفاده قرار گیرند و چه نگیرند، معنی آنچه را که میگوییم تحت تأثیر قرار می دهند. علائم زبانی غیر کلامی، احساسات و نگرش های ما را نسبت به سایرین آشکار می سازند. گاهی به این روش، زبان بدن هم می گویند. به طور کلی عقیده بر این است که ارتباط غیر کلامی بهتر از ارتباط کلامی معنای حقیقی پیام را بیان می کنند. بنابراین پرستاران باید بر پیامهای غیر کلامی که ارسال نموده و یا دریافت می دارند آگاهی بیشتری داشته باشند. این نوع ارتباط به فرهنگ و شخصیت فرد بستگی دارد. پزشکان/پرستاران باید به این موضوع توجه نمایند تا از تعبیر نادرست جلوگیری شود.

در ارتباط غیر کلامی توجه به موارد ذیل مهم است:

۱- مجاورتها: منظور تأثیر فضا بر رفتار است که شامل مجاورت، جهت یابی و قلمرو یابی می باشد.

مجاورت: منظور میزان فاصله فیزیکی افرادی است که با یکدیگر ارتباط برقرار می کنند. مثلاً میزان موفقیت در انتقال پیام به یک بیمار خوابیده روی تخت توسط فردی که با او از فاصله نسبتاً دور در پایین تخت حرف می زند و فردی که نزدیک تر می آید و روی تخت یا روی یک صندلی کنار بیمار می نشیند، به یک اندازه نیست.

جهت یابی: منظور ادراک افراد از موقعیت خود در رابطه با سایر افراد و اشیاء است. مثلاً نحوه آرایش کلاس به صورت صندلی و میزهای ردیف شده روبروی مربی نشان می دهد که آموزش به شیوه سنتی برگزار می شود. در حالی که صندلی هایی که به صورت دایره چیده شده اند نشان دهنده آموزش به صورت غیر رسمی و مشارکت جویانه است.

قلمرو یابی: یعنی رفتارهایی که در رابطه با قلمرو (فضای شخصی) یا همان فضای اطراف بدن خود انجام داده و در صورت تجاوز به آن ناراحت می شویم. پزشک/پرستار باید به این حریم توجه نماید. برای یک تعامل صمیمی فاصله ۴۵-۷۵ سانتی متر و جهت مطرح کردن

مسائل خصوصی بیمار مناسب است. فاصله ۱/۲-۳/۶ متری در تعامل اجتماعی و در گروههای کوچک مناسب است. در گروههای نسبتاً بزرگ مثلاً داخل کلاس با بیش از ۱۰-۱۲ نفر، فاصله ممکن است بیش از ۳/۷ متر باشد. بسیاری از فعالیتهای پزشکی/پرستاری در فاصله نزدیک امکان پذیر است.

۲- سطح: اشاره به تفاوت در میزان ارتفاع بین برقرار کنندگان ارتباط دارد. به طور کلی ارتباط هنگامی راحت تر خواهد بود که افراد در یک سطح باشند. برقراری ارتباط بین دو نفر در دو سطح متفاوت می تواند در یکی از طرفین یا هردو طرف، احساس بی ثمر بودن رابطه را پدید آورد و گاهی این کار به منظور خاص صورت می گیرد: عدم دعوت فرد به نشستن هنگام ورود وی به یک اتاق کار، این پیام را القاء می کند که او باید به زودی آنجا را ترک کند.

۳- جلوه ظاهری و وضعیت آراستگی: پیام هایی همچون وضعیت اجتماعی فرد، شخصیت، عادات پاکیزگی و ... ممکن است به وسیله جلوه فیزیکی منتقل شود. جلوه ظاهری کارکنان بهداشتی به علت پیامی که به مراجعین منتقل می کند دارای اهمیت است. مثلاً لباس پزشک/پرستار می تواند لیاقت حرفه ای و رسمیت او را منتقل کند. در مورد نوع پوشش بیماران هم، بیمارانی که اعتماد به نفس بالایی دارند به ظاهر خود توجه بیشتری می کنند.

۴- ظاهر عمومی بدن: در مورد بیماران مشاهده تغییرات در ظاهر، یکی از مسئولیتهای مهم پزشک/پرستار جهت شناخت بیماری و یا ارزشیابی تأثیرمراقبت است. مثلاً کسی که مایعات کافی دریافت نکرده پوست خشکی دارد و چشمها گود افتاده است.

۵- حالت چهره: احساساتی همچون غمگینی، شادی، خشم، تعجب و سردرگمی و ... رانشان می دهد. پزشکان/پرستاران باید کنترل نمودن بعضی از حالات صورت خود را بیاموزند. برای مثال بیماری که به شدت سوخته است، ممکن است عکس العمل پزشک/پرستار هنگامی که برای اولین بار پانسمان وی را عوض می کند ببیند. هر نوع علامت ت نفر و یا انزجار می تواند تأثیرمهمی بر تصویر ذهنی از خود یا بهبودی بیمار داشته باشد. پزشکان/پرستاران باید سعی کنند از نشان دادن آشکار شوک و نفرت و ترس و یا دیگر واکنش های دلننگ کننده در حضور مددجو اجتناب کنند.

۶- حرکات دست و حرکات سر: تکان دادن سرودست به طور واضحی توافق و عدم توافق را بدون نیاز به کلمات منتقل می کند. مشت های گره کرده و دست های بی قرار و پاهایی که به زمین کوبیده می شود، استرس و تنش را آشکار می سازد. در حالی که دست های باز و آرام نشانگر یک زمینه ذهنی آرام می باشد. مشکلات عاطفی از قبیل گیجی یا نگرانی، اغلب با گذاشتن دست روی سر و بازی با مودست کشیدن روی ریش یا مالش پیشانی نشان داده می شود.

۷- تماس چشمی: به عنوان یک قاعده کلی وقتی گوینده روی آنچه می گوید تمرکز دارد، چشمانش تمایل به چرخیدن دارد. هنگامی که انتظار دریافت پاسخی را داشته باشد، مستقیماً به شنونده نگاه خواهد کرد. اگر به شنونده نگاه نکند ممکن است به این علت باشد که یا با شنونده یا با آنچه می گوید راحت نیست. مثلاً ممکن است نگاه کردن مستقیم در چشمان بیمار وقتی اخبار بدی درمورد نتایج آزمایش های پزشکی وی ارائه می دهیم بسیار دشوار باشد. درمورد شنونده نیز قاعده کلی آن است که وقتی به آنچه می گوید توجه داشته باشد به طور مستقیم در چشمان گوینده نگاه خواهد کرد، اما اگر توجهش منحرف شده باشد به جای دیگر نگاه می کند. اگر خدمت گیرنده خدمات بهداشتی دریابد که کارمند بهداشتی به جای دیگری غیراز او نگاه می کند قضاوت خواهد کرد که او در حال توجه به وی نیست این موضوع به خصوص برای فرد مضطربی که نیاز دارد احساس کند متخصص بهداشتی تمام توجهش به اوست، مهم است. در بعضی از فرهنگها تماس مستقیم چشمی نشانه بی احترامی است. البته بایستی توجه داشت که خیره شدن زیاد به فرد دیگر نیز تأثیر ارتباط را کاهش خواهد داد. مقتضیات فرهنگی نیز بایستی مورد توجه قرار گیرد. چنانکه دردین مبین اسلام نیز نگاه کردن مستقیم در چشمان زنان به هنگام صحبت با ایشان برای مردان نامحرم توصیه نشده است.

۸- حالت بدن (ژست): یک علامت غیرارادی است که اطلاعات مهمی را درباره نگرش ها، نسبت به خودمان و دیگران منتقل می کند. مثلاً یک ژست آسوده معمولاً می تواند هم گویای حالت خویشتن پنداری حاکی از اعتماد به نفس و هم حاکی از اطمینان در فردی باشد که با او در حال برقراری ارتباط هستیم. علائم ممکن است حاکی از این باشند که پاسخ دهنده راحت نیست و بنابراین قادر نیست پذیرنده باشد

یا این امکان را ندارد که در طی تعامل، حالتی پاسخ دهنده داشته باشد. افراد افسرده و خسته بیشتر حالات بدنی خمیده به خود می گیرند. اگر بیمار در موقع صحبت با پزشک/پرستار نگاه نمی کند نشانه آن است که نمی خواهد ارتباط برقرار کند.

۹-لمس: لمس به عنوان یکی از موثرترین راههای غیر کلامی جهت بیان احساسات مانند آسودگی و عشق و دلبستگی و امنیت و عصبانیت و محرومیت و پرخاش و هیجان و ... می باشد. ما از دستهایمان در بسیاری از اقدامات پزشکی/پرستاری استفاده می کنیم. ولی باید با احتیاط استفاده شود زیرا بعضی آن را نشانه بی احترامی می دانند. لمس در بچه ها جهت تکامل "من" لازم است و در افراد مسن نشانه توجه است

۱۰- طرز راه رفتن: راه رفتن با وقار و هدف دار معمولاً حامل پیام سلامتی است. و برعکس بدون هدف، نشانه غمگینی و یا دلسردی است. حرکت خمیده یک بیمار بعد از جراحی نشانه نیاز به کمک است.

۱۱- صداها: گریه کردن (نشانه هیجان و یا غم) و ناله کردن و نفس نفس زدن (نشانه ترس و یا درد و یا متعجب شدن) و آه کشیدن همراه با صدا (نشانه عدم تمایل در انجام کارها یا نشانه تسکین).

۱۲- سکوت: ممکن است نشانه درک کامل یکدیگر و یا نشانه عصبانیت آنها از یکدیگر باشد.

عوامل موثر در ارتباط

ملاحظات تکاملی

دانستن اینکه هر گروه سنی چطور سلامتی و بیماری را درک می کنند به پرستار در انجام مداخلات کمک می کند.

جنسیت: مردان و زنان روشهای مختلفی را در برقراری ارتباط به کار می برند.

تفاوتهای فرهنگی - اجتماعی: پزشکان/پرستاران باید مهارت های خود را در این زمینه گسترش دهند و به این نکات در برقراری ارتباط توجه نمایند.

نقشها و مسئولیتها: شغل یک فرد یک نظر کلی راجع به توانایی ها و استعدادها و علایق و شرایط اقتصادی فرد به پزشک/پرستار می دهد و پزشک/پرستار با توجه به این مسائل برای نیازهای بیمار برنامه ریزی می کند.

فضا و قلمرو: در ارتباط غیر کلامی به آن اشاره شده است. برای مثال پرستار برای لمس هر قسمت از بدن بیمار و برای انجام هر فرایندی باید از او اجازه بگیرد.

شرایط جسمی و عقلانی و احساسات: مثلاً یک مثنای پر یا یک سردرد کسل کننده یا یک درد قفسه سینه خرد کننده ... می تواند در ارتباط تأثیر منفی داشته باشد. بنابراین پزشکان/پرستاران لازم است که به موانع فیزیکی و عقلانی و احساسات حساسیت بیشتری نشان دهند تا بتوانند ارتباط موثرتری برقرار نمایند.

ارزشها: پزشکانی/پرستارانی که اعتقاد دارند ارائه آموزش یکی از جنبه های مهم پزشکی/پرستاری است و آنهایی که برای اختیار دادن به بیماران ارزش قائلند به این جنبه از عوامل توجه دارند.

محیط: هنگامی ارتباط به بهترین نحو برقرار می شود که محیط، تبادل اطلاعات مورد نظر را تسهیل نماید. با توجه به اهداف ارتباط دو جانبه، ممکن است که جهت آرامش دادن به بیمار احتیاج به کاهش اضطراب و فراهم آوردن خلوت و استفاده از موزیک و دکور داشته باشیم. برای مثال بیماری که به تازگی دچار سندرم نقص ایمنی شده است برایش مشکل است که در مورد نکات ضروری تاریخچه جنسی و یا در خصوص زگیلهای ناحیه تناسلی به دلیل در دسترس نبودن یک اتاق خلوت در یک راهروی شلوغ بحث کند.

عوامل کمک کننده به برقراری ارتباط موثر در یک ارتباط درمانی و حرفه ای

۱ - **تکرار کلمات کلیدی:** پزشک/پرستار باید در بین کلمات بیمار عبارات کلیدی را بیابد و از آنها برای ارتباط با او استفاده نماید. برای مثال بیمار می گوید: "از وقتی پارسال عمل کردم هیچ چیز خوب پیش نمی رود. دیگر نمی توانم مانند گذشته به انجمنی که دوست داشتم بروم." در اینجا عبارت کلیدی "از وقتی پارسال عمل کردم" است.

۲ - **پاسخهای کوتاه:** مثلاً گفتن کلماتی مانند "آهان فهمیدم" و یا "بله" یا تکان دادن سر به نشانه تاکید به یک ارتباط موثر کمک می کند..

۳ - **سکوت:** گاهی اوقات اگر پزشک/پرستار احساس کند که بیمار می خواهد حرفی به گفته های قبلی خود اضافه کند بهتر است چیزی نگوید.

۴ - **لمس:** در ارتباط غیر کلامی به آن اشاره شده است. البته باید در جایگاه مناسب استفاده گردد. مثلاً لمس نقاط دردناک و یا لمس فرد حساس به این مسئله موجب عواقب منفی می شود.

۵ - **باز تاب احساسات:** به این طریق پزشک/پرستار علاقه و توجه خود را نشان می دهد. یعنی از لابه لای گفتار بیمار ویا رفتار بیمار برداشتی را که دارد به صورت کلامی ابراز می دارد. برای مثال بیمار می گوید: "من در را محکم کوبیدم" که نشان دهنده عصبانیت فرد است. در این جا پزشک/پرستار در حرفهای خود می گوید "من متوجه شدم که تو عصبانی بودی و یا اذیت شدی".

۶ - **استفاده از سوالات باز:** اگر پزشک/پرستار بخواهد راجع به یک موضوع اطلاعات بیشتری به دست بیاورد می تواند از سوالات باز استفاده نماید. مثلاً ممکن است بپرسد: "شما گفتید که سال گذشته عمل داشتید، شاید بتوانید راجع به این موضوع بیشتر با من صحبت کنید".

۷ - **درخواست برای روشنی و وضوح:** گاهی درک حرفهای بیمار مشکل است. بنابراین سوالاتی نظیر "منظور شما این بود که (مثلاً) احساس گناه می کردید؟ یا درست متوجه شدم؟" به درک حرف بیمار کمک می کند.

۸ - **یافتن راه حلها:** آگاهی به برخی عوامل که مشکلات را ایجاد می کند و بیمار نسبت به آن آگاه نیست می تواند به پزشک/پرستار کمک نماید که راهکارهایی در پیش گیرد تا در جهت حل مشکل بیمار اقدام نماید. در عین حال باید مراقب باشد تا عقاید شخصی خود را تحمیل نکند.

۹ - **دادن اطلاعات:** پزشک/پرستار باید همیشه به سوالات بیمار پاسخ بدهد. پاسخها باید همیشه واضح باشد و نکات گفته شده در موارد قبل مورد توجه قرار گیرد. برای مثال بیمار می پرسد "من شنیدم که آنها فردا می خواهند مرا عمل کنند، می خواهم بدانم چه ساعتی مرا عمل می کنند؟" پزشک/پرستار می گوید "من لیست عمل فردا را دیده ام. عمل شما فردا ۸ صبح است".

۱۰ - **گوش دادن به بیمار:** در کلیه ارتباطات بیمار با پرستار مشکلات و علایق و احساسات و فعالیت های بیمار باید قبل از هر چیز مورد توجه قرار گیرد. به منظور کمک به بیمار، پزشک/پرستار باید یاد بگیرد که به بیمار گوش دهد. برای گوش دادن، پرستار باید روبه روی بیمار در فاصله ۳ فوتی قرار گرفته و موانع فیزیکی برداشته شده و ارتباط چشمی برقرار شود. یک موقعیت راحت به خود بگیرد و جهت بازخورد مختصری به جلو خم شود و با تکان سر تصدیق نماید. در بیشتر مواقع نیاز بیمار فقط گوش شنوا است. پزشک/پرستار باید موقعیتهای مناسب برای گفتگو را کشف کند. مثلاً در هنگام حمام در تخت از شغل بیمار می پرسد و بیمار فرصت درد و دل در مورد از دست دادن شغل و یک گوش شنوا را می یابد.

۱۱ - **رعایت ادب و احترام و مهربانی:** مانند گفتن سلام و خداحافظی، در زدن قبل از ورود، معرفی خود و بیان منظور، صدا زدن با نام خانوادگی، گفتن لطفاً و تشکر و... اجتناب از اصطلاحات محبت آمیز نظیر «عزیز، عسل و...» اجتناب از ارجاع بیمار با تشخیص و یا شماره اتاق و...

۱۲- رازداری: پزشک/پرستار باید کسانی را که در دریافت اطلاعات برای بیمار سهیم هستند را مشخص نماید.

۱۳- جلب اعتماد بیمار با درستی

۱۴- در دسترس بودن و اجتناب نکردن از بیمار

۱۵- همدلی نه همدردی: همدلی به معنی توانایی برای فهمیدن و پذیرش واقعی شخص دیگر و درک درست احساسات و نشان دادن آن است یعنی خود را به جای دیگران بگذاریم. همدردی غمگین بودن و یا احساس ترحم و دلسوزی به وسیله پرستار برای بیمار است که مانع از بررسی تمام جوانب مشکلات بیمار می شود که روش درمانی محسوب نمی شود.

۱۶- آرزو و تشویق: البته باید در جایگاه مناسب استفاده گردد و از اطمینان دادن نامناسب خودداری کرد.

۱۷- شوخی: جهت کاهش احساسات نامناسب بیمار بوده و باید در جایگاه مناسب استفاده گردد.

۱۸- درک حساسیتهای فرهنگی و جنسی

۱۹- گرمی و دوستی: مثلاً شروع آشنایی با یک سلام و احوال پرسی خوشایند.

۲۰- شایستگی و هدفمندی در ارائه مراقبت

۲۱- محیط راحت: مانند صندلی و نور و حرارت مناسب و جو آرام و بدون استرس.

۲۲- حفظ خلوت و تعیین حریم بیمار: مثل کشیدن پاراوان. صحبت در محیطی خصوصی و ... یا در بعضی از بیماران تماس نزدیک موجب خشم بیمار می شود.

۲۳- حفظ بیمار محوری و نه فعالیت محوری: مثال: بیمار: من نمی دانم چرا این تزریق مرا می ترساند؟ پزشک/پرستار (صحیح): شما از این تزریقات می ترسید؟ پزشک/پرستار (غلط): مانند بچه ها نباش. من صدها تزریق انجام داده ام.

۲۴- حفظ تن مناسب صدا

۲۵- داشتن اطلاعات مناسب در هنگام گفتگو با بیمار

۲۶- قابلیت انعطاف در گفتگو با بیمار: اگر بیمار به موضوع گفتگو علاقمند نیست در یک زمان مناسب با بیمار صحبت کنیم. برای مثال پزشک/پرستار به کنار تخت می آید تا داروی بیمار را دهد ولی بیمار از رژیم غذایی صحبت می کند. در اینجا به جای اصرار بر خوردن دارو در صورت داشتن وقت به بیمار اجازه صحبت داده شود.

۲۷- استفاده از جملات ساده و مختصر و نه اصطلاحات پیچیده پزشکی و یا دارای تعابیر مختلف

۲۸- مهارتهای قاطعانه: که دارای ۴ جزء اصلی است: مثال در ارتباط مربی و دانشجو:

۱- همدلی (قبلاً توضیح داده شده): "من فکر می کنم برای شما مشکل است که هر هفته تکالیف بالینی ما را بررسی نموده و در نظر بگیرید که هر کدام از ما به چه چیز نیاز داریم."

۲- توصیف احساسات یا موقعیت فرد: "من ناگزیرم به شما بگویم در حال حاضر احساس می کنم به اندازه ای کار دارم که هر هفته هنگام رفتن از بیمارستان به خانه اشک از چشمانم سرازیر خواهد شد."

۳- مشخص نمودن انتظارات: "من گیج شده ام ای کاش می توانستم در این باره صحبت نمایم دوست دارم که زیاد کار کنم ولی به نظر می رسد که برای هر چیز نیاز به کمک دارم."

۴- پیش بینی پیامدها : "من انتظار دارم که کار بالینی را خوب انجام دهم اما می ترسم اگر به همین منوال پیش بروم نخواهم توانست نیم سال تحصیلی را پایان برسانم."

۲۹- خلاصه کردن: گاهی جهت مرور کلمات کلیدی می شود.

۳۰- ارتباط متمرکز: برای تاکید بر موضوع خاص و یا هدایت موضوع و جلوگیری از پراکندگی موضوع به کار می رود.

۳۱- استفاده از بیان واضح و مناسب

۳۲- پذیرشو واکنش: به صورت یک واکنش مثبت و یا اطمینان دهی مناسب از طریق یک بیان کلامی و یا غیر کلامی مناسب می باشد.

۳۳- مواجهه مناسب: با تشخیص شرایط رو حی و جسمی و رفتاری مددجو.

۳۴- اجتماعی کردن: یعنی پزشک/پرستار با صحنه های روزمره ارتباط صمیمانه تری برقرار نماید. ولی باید از اجتماعی کردن نامناسب خودداری کرد و این با توجه به موقعیت متفاوت است.

۳۵- اجازه به بیمار جهت بیان خود و استقلال: نظیر "من می خواهم"، "من احتیاج دارم"، "من احساس می کنم".

موانع ارتباط

۱. قوت قلب بیجا: مثلاً در بعضی از موارد پرستار می خواهد بیمار را مطمئن کند که احساس راحتی نماید، بنابر این از جملاتی نظیر "نگران نباش، همه چیز روبه راه می شود" و... استفاده می کند. این جملات برای قوت قلب به بیمار است ولی ممکن است این مفهوم را منتقل کند که مشکل بیمار ساده است. در صورتی که بیمار ممکن است بیماری خطرناکی داشته باشد. همچنین ممکن است بیمار این طور تصور نماید که پزشک/پرستار تمایل به حل مشکلش ندارد.

۲- پاسخهای کلیشه ای و تکراری: مثلاً در مورد هرچه که بیمار می گوید از جمله ای نظیر "دکتر شما می داند چه دارویی را تجویز کند" به جای گوش دادن به بیمار استفاده کند، که این حس را به بیمار منتقل می کند که پرستار نمی خواهد به حرفهایش گوش دهد. یا از به کار بردن جملات عمومی باید خودداری کرد. مثلاً "همه از جراحی می ترسند پس شما چرا این قدر بی تفاوتید؟" یا استفاده از سوالاتی که جوابش بله و خیر است نظیر "آیا روز خوبی داشتید؟" که یک سوال تک پاسخ است و به جای آن باید گفت "با من درباره روزی که داشته اید صحبت کنید". یا در بعضی موارد سوالی که گفتن نه یا بله توسط بیمار موجب اختلال در درمان می شود را نباید از بیمار پرسید. مثلاً اگر از بیمار بپرسید: "آیا آمادگی خروج از تخت را دارید و بیمار جواب خیر بدهد در صورتی که باید حتماً از تخت پایین بیاید و در غیر این صورت موجب مشکل برایش می شود، شما در واقع به اوفرتن نه گفتن را داده اید. ولی بعضی از موارد لازم است فقط از سوالاتی که جواب آن بله و یا خیر است استفاده شود، مثلاً "آیا احساس درد می کنید زمانی که بازویتان را این طور حرکت می دهید؟". مشکل در زمانی به وجود می آید که پزشک/پرستار در ادامه این سوال در صدد کسب اطلاعات بیشتر برآید. گاهی استفاده از جملاتی که در آنها از چرا و چطور استفاده شده هم موجب ترس بیمار می شود مثلاً "چطور شما تا به حال تصمیمی برای ادامه یک رژیم سخت نگرفته اید؟". در اینجا بهتر است پرسیده شود "چه کاری تصمیم شما را برای ادامه یک رژیم سخت استوارتر می نماید؟". همچنین از سوالات راهنمایی کننده باید پرهیز کرد مثلاً پزشک/پرستار می گوید: "شما دیگر نمی خواهید این سیگار را بکشید، این طور نیست؟". این سوالات به جای این که باعث شود بیمار هر چه در سر دارد را بگوید مستقیماً این حس را به بیمار القاء می کند که از بیمار انتظار می رود آنچه را پزشک/پرستار انتظار دارد بگوید.

۳- خصومت و گرفتن حالت تدافعی: در تمام لحظات پزشک/پرستار باید در برابر هرگونه برخورد بیمار یا همراهان با تحمل برخورد نماید و از عصبانیت پرهیزد. مثلاً به جای استفاده از کلماتی نظیر "شما نباید این گونه صحبت می کردید" از جمله "این تجربه باید برایت خیلی سخت باشد" استفاده نماید، تا بیمار احساس راحتی نموده و اضطراب خود را به راحتی بیان نماید.

۴- **تحمیل ارزشها:** پزشک/پرستار نباید ارزشها و عقاید شخصی خود را به بیمار تحمیل نماید. مثلاً از به کار بردن جملاتی نظیر "شما اشتباه کردید که اینکار را کردید" یا "اگر من جای شما بودم..." خودداری نماید.

۵- **نصیحت کردن:** این کار نشانه آن است که پرستار بهتر از بیمار می داند که چه کاری برای بیمار بهتر است. فقط در مسائل بهداشتی حق دارد که به بیمار توصیه نماید. همچنین این کار موجب وابستگی بیمار به پرستار می شود.

۶- **کنجکاوی:** به جز پزشکان/پرستاران بهداشت روان، آن هم در شرایط مرتبط پزشکان/پرستاران دیگر باید از دخالت در زندگی خصوصی بیمار بپرهیزند. استفاده از سکوت و روشهای غیر کلامی موثر در حین توصیف احساسات بیمار مناسب تر است و بیمار را تشویق به بیان احساسات خود می نماید. پس نباید از سوالاتی استفاده شود که پرستار نشان دهد دنبال اطلاعات بیشتر است و باید طوری برخورد نماید که خود بیمار پیشقدم شود و تا زمان اعلام آمادگی بیمار از کسب اطلاعات بیمار بپرهیزد.

۷- **تحقیر نمودن:** موجب کاهش اعتماد به نفس افراد می شود. مثلاً اگر زائویی بگوید "بخیه هایم درد می کند" و پزشک/پرستار پاسخ دهد "بالآخره باید انتظار کمی درد را داشته باشید. خواهر من پس از زایمان تا ۱ هفته نمی توانست بنشیند" موجب بی اعتمادی بیمار به پرستار می شود.

۸- **طرد کردن:** آگاهانه یا غیر آگاهانه موجب قطع ارتباط می شود. گفتن جملاتی نظیر "تو نباید این گونه احساس کنی" یا "من نمی خواهم این چیزها را بشنوم" این مفهوم را می رساند که بیمار بی ارزش است. این روش حتی در ارتباط غیر کلامی هم تأثیرگذار است. مثلاً رُوی برگرداندن از بیمار و یا پشت چشم نازک کردن از مصادیق طرد کردن است.

۹- **عدم درک بیمار:** به عنوان یک انسان، توجه محض به درمان نه خود بیمار.

۱۰- **ناتوانی در گوش کردن:** بستگی به مهارت پزشک/پرستار در برقراری ارتباط مناسب دارد. گاهی عدم مهارت کاری پرستار و تمرکز بر نیازهای خود به جای بیمار هم موجب این حالت می شود.

۱۱- **عبارات داوری کننده:** سبب سوء استفاده از استانداردهای پزشکی/پرستاری جهت بیمار می شود. به عبارت زیر در مورد بیماری که گریه می کند توجه نمایید: پرستار: "عمل شما بدین گونه ناپختگی شما را نشان می دهد. چطور شما فکر نمی کنید شوهرتان چه احساسی خواهد داشت از این که ببیند شما این طور گریه می کنید؟" پرستار قضاوت می کند که بیمار نا بالغ است و مخالفت آشکار می تواند سبب قطع ارتباط موثر شود. به جای آن بهتر است بگوید "من دوست دارم به شما کمک کنم. به من بگویید چه چیز باعث گریه شما شده است؟" یا بیمار می گوید: "من فکر می کنم حق دارم که از این عمل جراحی احساس ترس نمایم" و پزشک/پرستار می گوید "به من بگویید چه چیز باعث ترس شما شده است؟" در اینجا بیمار اجازه می یابد تا در مورد احساساتش بدون هیچ قضاوتی صحبت نماید. در اینجا باید پرستار با کمک دیگران موافقت و یا عدم موافقت خود را نشان دهد.

۱۲- **تغییر دادن موضوع:** یک روش سریع ختم گفتگو است. بیمار ممکن است تمایل به صحبت در مورد موضوعی را داشته باشد ولی با تغییر موضوع احساس بی نتیجه بودن صحبت را نماید. بیمار: "چه موقع در مورد تزریق انسولین به خودم صحبت می کنید؟" پزشک/پرستار: "در حال حاضر لطفاً بیابید در مورد رژیم غذایی تان صحبت نمایم. می توانیم در مورد انسولین در وقت دیگری صحبت نمایم." حتی زمانی که پزشک/پرستار از حرفهای بیمار احساس ناراحتی نماید نباید به حرف بیمار خاتمه دهد.

۱۳- **بدگویی و شایعه و تخلف در رازداری با پخش اطلاعات شخصی:** بیشتر در مورد ارتباط با همکار صدق می کند. از نکات منفی آن ضربه زدن به افراد صاحب منصب است. همچنین در مورد بیمار باید رازدار بود و تخلف از آن جرم محسوب می شود.

۱۴- **گوش دادن بی توجه:** وجود ناراحتی و قطع ارتباط چشمی و خواب آلودگی در هنگام گفتگو و گوش دادن کاذب. که نشان دهنده بی اعتنائی به بیمار است.

۱۵- **بحث:** بحث زیادممکن است باعث کاهش قدرت فکری و جسمی پرستار شود

۱۶- پاسخ مثبت در بعضی مواقع: مثلاً در مواقع ایجاد حس خشم و افسردگی و گیجی با پاسخ مثبت، باید محتاط برخورد کرد.

فرایند درمان و ارتباط

توانایی پزشک/پرستار در برقراری ارتباط با بیماران و سایر همکاران جهت استفاده موثر از فرایند پزشکی/پرستاری ضروری است. دانش مربوط به فرایند ارتباط و روش موثر برقراری ارتباط در تمامی مراحل فرایند پرستاری یک پایه و ضرورت است. در عین حال فرایند پزشکی/پرستاری، رهبری و هدایتی را که لازمه برقراری ارتباط موثر با بیماران است را در اختیار پزشک/پرستار قرار می دهد.

۱- بررسی و شناخت

از آنجا که تاکید اصلی مرحله بررسی و شناخت روی جمع آوری اطلاعات است، ارتباطات کلامی و غیر کلامی به عنوان مهم ترین ابزار پزشکی/پرستاری تلقی می شوند. پزشکان/پرستاران لغات مکتوب را جهت کسب اطلاعات مربوط به بیماران به کار می برند. همچنین پزشکان/پرستاران اغلب قبل از ملاقات با بیمار پرونده و چارچاق را مطالعه می نمایند. لغات گفتاری جهت ارائه و دریافت اطلاعات از سایر پرسنل تیم سلامتی استفاده می شود، که البته یک کار مشترک از زمان پذیرش بیمار در یک واحد بیمارستانی می باشد. پزشکان/پرستاران جهت تهیه شرح حال پزشکی/پرستاری و معاینات بالینی با یک یک بیمارانشان ارتباط برقرار می نمایند. تکنیکهای ارتباط موثر به طور گسترده در این مرحله استفاده می شود. اطلاعات جمع آوری شده کلامی و غیر کلامی تجزیه و تحلیل شده و سپس به صورت ارتباط مکتوب و یا شفاهی به افراد مناسب انتقال داده می شود. یکی از روش های جمع آوری اطلاعات از بیمار مصاحبه است که از ابزار اصلی ارتباط است که در اینجا به توضیح آن می پردازیم.

مصاحبه: در سایر رشته ها نیز کاربرد دارد اما به طور وسیع توسط اعضای تیم بهداشتی مورد استفاده قرار می گیرد. در حیطه های بهداشتی و روانی برای اهداف مختلفی استفاده می شود. پزشکان/پرستاران در مراقبت های خود از مصاحبه جهت جمع آوری اطلاعات یا صحت و سقم آن و ارزیابی نتایج مراقبت های پزشکی/پرستاری، مشاوره با افراد در مورد مسائل بهداشتی و در برنامه ریزی مراقبت از بیمار به عنوان یک ابزار درمانی استفاده می کنند. وقتی یک مصاحبه برنامه ریزی می شود پزشک/پرستار نه تنها باید هدف از آن مصاحبه بلکه زمان و مکان مصاحبه را هم مشخص نماید. همچنین با روش های اصلی انجام مصاحبه در شروع و ختم آن و استخراج اطلاعات مورد نیاز آشنایی داشته باشد. زمان و مکان مصاحبه: باید زمان کافی در نظر گرفته شود که بستگی به هدف و ماهیت مصاحبه دارد. پرستار باید طول زمانی که به مصاحبه خود اختصاص داده و زمانی که مصاحبه در طول آن انجام شده را با هم مقایسه کند. اگر فرد شدیداً بیمار بوده و در بیمارستان بستری شده باشد و نیاز به انجام آزمایشات و معاینات متعدد داشته باشد بهتر است مصاحبه را تا یک زمان مناسب به تأخیر انداخت یا اگر بیمار در حین مصاحبه خسته شد بهتر است مصاحبه را به زمانی دیگر موکول کرد. مصاحبه باید در زمانی انجام شود که هم پزشک/پرستار و هم بیمار فارغ از سایر درگیری های خود باشند. به طور خلاصه پزشک/پرستار باید فضایی آرام و بدون التهاب و عجله را برای مصاحبه ایجاد کند.

شروع مصاحبه: مصاحبه اساساً عبارت از مکالمه بین دو نفر است. اغلب زمانی که بیمار در یک موسسه بهداشتی، درمانی توسط یک پزشک/پرستار پذیرش می گردد در واقع مکالمه ای بین دو فرد غریبه انجام می گیرد. پزشک/پرستار به عنوان فرد مصاحبه کننده مسئول ایجاد محیطی آرام برای انجام مصاحبه است. اغلب افراد مراجعه کننده بیمار بوده و درباره وضعیت سلامت خود نگران هستند. حتی افراد سالمی هم که برای معاینات دوره ای به این مراکز مراجعه می کنند نیز کمی نگران هستند. برای انجام مصاحبه سلام و خوش آمد گویی مؤدبانه، خواندن بیمار با نام همراه با لبخند یا دست دادن با بیمار، تعارف برای نشستن بیمار (اگر بستری نباشد) یا اجازه برای نشستن در کنار بیمار (در صورت بستری بودن) می تواند به پزشک/پرستار برای شروع یک مصاحبه موفق کمک کند. همچنین پزشک/پرستار باید خود را معرفی کرده تا موجب راحتی فرد گردد.

کسب اطلاعات ویژه: هرچند پزشک/پرستار اغلب در طول مصاحبه قادر به کسب اطلاعات ویژه است ولی مصاحبه نباید به شکل یک جلسه پرسش و پاسخ یک طرفه در بیاید. مصاحبه باید طوری سازمان دهی گردد که پزشک/پرستار نقش اداره کننده و کنترل کننده جهت جمع آوری اطلاعات و ارزیابی بیمار را داشته باشد. اما بیمار هم باید برای بحث و تبادل نظر در مورد احساسات و علائق خود آزادی عمل کافی داشته باشد. اغلب پزشکان/پرستاران اگر محیط مناسبی برای انجام مصاحبه خود به وجود بیاورند می توانند اطلاعات مورد نیاز خود و حتی

بیشتر از آن را نیز کسب نمایند. پزشک/پرستار اطلاعات ویژه از بیمار را می تواند با پرسش سوالات مستقیم به دست آورد. بهتر است نخست به مسائل فوری بیمار نسبت به درک و احساسات او درمورد موضوع مصاحبه پرداخته شود. اگر پزشک/پرستار به بیمار اجازه ندهد که آزادانه با او صحبت کند ممکن است عوامل مهم فراموش شود. هنگام پرسش ابتدا باید از سوالات عمومی آغاز نمود و سپس با طرح جزئیات موضوع به مصاحبه ادامه داد. افراد معمولاً در شروع مصاحبه به سوالاتی که شخصی نیستند بهتر پاسخ می دهند. پرستار باید پرسش سوالات خصوصی را تا زمانی که اعتماد بیمار به او جلب شده باشد به تعویق اندازد. به طور کلی اطلاعاتی چون نام، سن، تحصیلات و شغل و... که افراد مرتباً در فرم های اطلاعاتی پر می کنند سوالات غیر شخصی محسوب می گردند. علائق و نفرت ها و احساسات از مسائل خصوصی تری هستند و اگر کسب اطلاعات شامل پرسش سوالاتی درمورد این مسائل باشد باید پس از سوالات عمومی مورد سوال قرار گیرد.

روشهای مصاحبه

۱- نظریه استفاده از سوالات باز

این روش باعث صحبت بیشتر بیمار می شود و از جواب دادن بیمار به صورت کلمات ساده بله یا خیر جلوگیری می کند. (برای مثال پزشک/پرستار: پزشک شما در رابطه با نیاز به بستری شدنتان در این بیمارستان چه می گوید؟ بیمار: او به من گفت فشارخونم خیلی بالاست و هنگامی که به آزمایشات خاص نیاز داشته باشم من اینجا هستم.) این سوال باز به بیمار اجازه می دهد آنچه را فهمیده بیان نماید.

۲- نظریه استفاده از سوالات بسته

به بیمار اجازه می دهد انتخاب پاسخ های احتمالی را محدود نموده و اغلب ممکن است به وسیله یکی از دو کلمه بله یا خیر جواب دهد. این سوالات به پزشک/پرستار و بیمار اجازه می دهد که بر موضوع خاصی تمرکز یابند و در صورتی که درست استفاده نشود مانعی جهت ارتباط موثر است چراکه اگر زیاد استفاده شود باعث اثرات محدود در پاسخ های بیمار می شود.

۳- سوالات اعتباری

این نوع سوالات برای تعیین اعتبار آنچه پزشک/پرستار معتقد است شنیده یا مشاهده کرده به کار می رود. (مثال: پزشک/پرستار در ادامه صحبت بیمار مبنی بر استفاده از داروی مدر و فشارخون می پرسد: شما باید این دو دارو را هر روز مصرف نمایید. آیا مصرف نموده اید؟ بیمار: بله هر کدام از آنها را با صبحانه ام مصرف نموده ام.) پزشک/پرستار با این سوال مطمئن می گردد بیمار دارویش را به طور معمول و با دوز صحیح روزانه مصرف نموده است. اما استفاده زیاد از این سوالات ممکن است این مطلب را به بیمار القا نماید که پزشک/پرستار به حرفهای او گوش نمی دهد.

۴- سوالات روشن کننده درمانی و درمانی امام خمینی (ره) ایلام

با این روش پزشک/پرستار سعی می کند از توضیحات بیمار منفعت ببرد مثال: (بیمار: من هرگز قبلاً نیاز به مصرف دارو در تمام عمرم نداشتم. پزشک/پرستار: آیا این اولین مشکل طبی است که دچار شده اید؟ بیمار: بله من همیشه سلامت بوده ام.) اما استفاده زیاد از این روش می تواند به بیمار القا نماید که پزشک/پرستار به حرفهایش گوش نمی دهد. هر چند وقتی در جای مناسب استفاده شود از سوء تفاهم هایی که منجر به تشخیص های پزشکی/پرستاری نامناسب می شود جلوگیری می نماید.

۵- سوالات انعکاسی

شامل تکرار آنچه بیمار می گوید یا توصیف احساسات بیمار می باشد. از این طریق بیمار تشویق می شود تا افکار و احساسات خود را با دقت بیان نماید. (مثال، بیمار: من حقیقتاً به دلیل بالا رفتن فشارخونم و استفاده اجباری از این قرص ها مضطرب هستم. پزشک/پرستار: آیا شما مضطرب شده اید. بیمار: نگرانی من به این خاطر است که اگر فشار خونم خیلی بالا برود چه اتفاقی خواهد افتاد؟) با گفتن این مطلب پزشک/پرستار بیمار را تشویق می کند که موضوع را با بیان مطالب بیشتری روشن نماید. استفاده مکرر و زیاد از این روش یا استفاده از آن به طور مکانیکی بیمار را به سمت اعتقاد بر اینکه پزشک/پرستار به حرفهای او گوش نمی کند یا تمایلی به گوش دادن ندارد، سوق می دهد.

۶- سوالات تسلسلی

برای تعیین رابطه زمانی حوادث و یا جستجوی رابطه علی و معلولی احتمالی بین حوادث استفاده می شود. (مثال، بیمار: از وقتی داروهای فشارخونم را استفاده می نمایم احساس می کنم حالم زیاد مساعد نیست. خسته هستم و احساس می کنم هیچ نیرویی ندارم. پرستار: خستگی شما بعد از اینکه داروهایتان را شروع کردید آغاز شده است؟) این نوع سوال می تواند پزشک/پرستار را به سمت عوامل احتمالی دخیل در مشکل مددجو هدایت نماید. بررسی و شناخت پرستاری زمانی تسهیل می شود که توالی حوادث ما را به سمت مشکلی که به دنبال مشکلات دیگر بوجود آمده است هدایت نماید.

۷- سوالات مستقیم (هدایت کننده)

استفاده از این سوالات ممکن است زمانی نیاز باشد که بخواهیم اطلاعات بیشتری در مورد مطلب بخصوصی که در ابتدای مصاحبه بیان شده و یا جنبه تازه ای از مطلبی که در حال حاضر مطرح می شود را به دست آوریم. در بعضی از موارد پزشک/پرستار می تواند سعی کند بیمار را به سمت موضوع خاص که در مثال آمده سوق دهد. (مثال، پزشک/پرستار: شما گفتید که پدرتان را زود از دست داده اید آیا او عوارضی به دنبال فشارخون بالا داشت؟ بیمار: بله. پزشک/پرستار: چه عوارضی داشت؟ بیمار: نارسایی کلیه. او سالها قبل از عمل جراحی پیوند کلیه دیالیز می شد. پزشک/پرستار: و شما می ترسید که این مسئله برای شما اتفاق بیفتد؟) به این ترتیب پزشک/پرستار اطلاعات با ارزشی از نظر بررسی و شناخت وضعیت سلامتی بیمار و نیازهای آموزشی یا مشاوره ای وی کسب می نماید.

ختم یک مصاحبه

زمانی که هدف یک مصاحبه برآورده شد پزشک/پرستار باید وقتی را به پرسش سوالات بیمار یا موضوعاتی که بیمار دوست دارد در مورد آن به بحث بپردازد اختصاص دهد. بیماران اغلب از اینکه وقت پزشک/پرستار را بگیرند مقید هستند، لذا صرف کمی وقت برای پاسخ به پرسش های بیمار، درخواست های مکرر احتمالی بیمار برای اطمینان از توجه پزشک/پرستار به او را کاهش می دهد. در انتهای مصاحبه نیز رعایت احترام اجتماعی مهم است. تشکر از بیمار برای اینکه وقتش را به شما داده و اطمینان دادن به او در مورد اینکه اگر سوال یا مشکلی داشت می تواند با شما تماس بگیرد، جزء روش های ابراز احترام به بیمار است.

۲- تشخیص

بعد از اینکه پزشک/پرستار، تشخیص پزشکی/پرستاری را تنظیم نمود باید از طریق کتبی و شفاهی به سایر پزشکان/پرستاران و بیمار منتقل شود. تشخیص ثبت شده در پرونده بیمار به عنوان یک بخش دائمی از پرونده بیمار محسوب می شود.

۳- طرح و برنامه ریزی

در مرحله طرح و برنامه ریزی بعد از آنکه اهداف و پیامدها توسعه یافته و مداخلات انتخاب شدند نیاز به برقراری ارتباط بین بیمار و پزشک/پرستار و سایر اعضای گروه می باشد. به تنهایی بخشهای یک برنامه را انجام دهد، لذا ارتباط شفاهی و کتبی در این مرحله بر آگاهی دادن دیگران بر آنچه جهت دستیابی به اهداف کوتاه مدت و بلند مدت لازم است انجام شود تکیه دارد، بدون برقراری ارتباط، طرح و برنامه ریزی پزشکی/پرستاری هرگز به مرحله اجرا نخواهد رسید.

۴- اجرا

پزشکان/پرستاران در هنگام اجرای برنامه های مراقبتی چندین نقش را تقبل می نمایند. ارتباط کلامی و غیر کلامی به پزشکان/پرستاران اجازه می دهد که میزان ارائه مراقبتهای اساسی را توسعه داده و در طی مرحله اجرا بیماران و خانواده هایشان را آموزش داده و با آنها مشورت نموده و حمایت نمایند. حتی یک دستور ساده پزشکی/پرستاری مانند تشویق به نوشیدن ۱۰۰ سی سی مایعات در هر ساعت پس از بیداری نیاز به ارسال پیامهای بی شمار بین پزشک/پرستار و بیمار دارد. پزشک/پرستار باید توضیح دهد که چرا مصرف مایعات مهم است، چه مایعاتی مفید بوده و چه میزان مورد نیاز می باشند. در مقابل بیمار به پرستار اطلاعاتی در خصوص توانایی یا عدم توانایی خود جهت پذیرش دستورات می دهد. پیامهای کلامی و غیر کلامی بیمار در حین تعامل پزشک/پرستار و بیمار بررسی می شود و سپس اجرای برنامه مراقبتی در گزارشات بیمار توسط پرستار ثبت می شود.

۵- ارزشیابی

پزشکان/پرستاران اغلب بر اساس اشارات کلامی و غیر کلامی که از بیماران دریافت می کنند دستیابی به اهداف کوتاه مدت و بلند مدت بیمار را ارزیابی می کنند. برقراری ارتباط همچنین اصلاح در بخشهایی از برنامه مراقبتی را از طریق تبادل پیامهای مثبت و منفی بین پزشک/پرستار و بیمار را تسهیل می کند.

ثبت ارتباط

هرگونه اطلاعاتی که جهت بررسی مداوم نیازها و وضعیت بیمار مورد احتیاج است باید در محل مناسبی ثبت شود حتی اگر این اطلاعات محرمانه باشد این مدارک جهت توسعه تداوم در امر مراقبتهای انجام شده به وسیله پزشکان/پرستاران و سایر اعضای تیم بهداشتی استفاده می شود. از آن جایی که پزشک/پرستار نمی تواند در تمامی ۲۴ ساعت در اختیار بیمار باشد، اطلاعات با اهمیت باید از طریق یادداشتهای پرستاری در رابطه با سیر بهبودی بیمار و برنامه های مراقبتی انتقال یابد.

ارتباط کلامی معیوب

توانایی برقراری ارتباط یکی از مهم ترین خصوصیات انسان ها است. ارتباط بین انسان ها جهت یادگیری کارکردن و تعاملات اجتماعی بسیار ضروری است. ارتباط معیوب می تواند بر هر جنبه از زندگی انسان تأثیر بگذارد. ارتباط کلامی معیوب یک تشخیص پرستاری است که مصوب انجمن تشخیص پرستاری آمریکای شمالی می باشد.

تعریف و مشخصه های تعریف کننده و عوامل مرتبط با آن به این شرح است: تعریف: حالتی که شخص احساس کاهش یا عدم توانایی برای استفاده یا فهم زبان در روابط انسانی می کند. مشخصه ها: زبان غالب را نمی تواند صحبت کند و به سختی صحبت و یا تلفظ می کند، با لکنت حرف می زند، جملات را سر هم بندی می کند، در شکل گیری لغات یا جملات و بیان افکار به شکل کلامی مشکل دارد، تلفظهای نامناسب به کار می برد، اختلال در تنفس دارد و آگاه نیست. عوامل مرتبط: کاهش جریان خون به مغز، تومور مغزی، موانع جسمی (تراکتوستومی - وجود لوله نای)، نقص آناتومیکی، شکاف کام، اختلالات روانی (سایکوز، فقدان محرک)، اختلالات فرهنگی، عوامل مرتبط با سن و یا رشد و تکامل.

تظاهرات: بر بالغین مسن و ارتباط با بیماران دارای نیازهای خاص تأکید مینماید. اختلالات گفتاری و زبانی و شنوایی که اغلب بر افراد بالغ سالمند تأثیرگذار است، راهکارهایی را برای ارتباط با این بیماران با نیازهای خاص توصیه می نماید. عواملی که موجب از دست دادن شنوایی میشود شامل عفونتهای مزمن گوش و توارث و نقایص مادرزادی و مشکلات بهداشتی در خانه و بعضی داروهای خاص و ضربه به سر و عفونتهای ویروسی یا باکتریایی، در معرض صدای بلند بودن و سالمندی و تومورها میباشد. عواملی که باعث اختلالات گفتاری و زبانی هستند با از دست دادن شنوایی و فلج مغزی و سایر اختلالات عصبی و ماهیچههای و ضربات شدید سر و سکنه قلبی و بیماریهای ویروسی و عقب ماندگی ذهنی و بعضی داروهای خاص و اختلالات جسمی مانند شکاف لب یا کام و سوء استفاده یا بد استفاده کردن از صوت و ناکافی بودن الگوهای گفتاری و زبانی مرتبط می باشند. پرستاری که به وجود یک مشکل گفتاری و زبانی و یا شنوایی مشکوک است بیمار را به یک پاتولوژیست گفتاری-زبانی یا شنوایی سنج ارجاع می دهد.

برقراری ارتباط با بیماران با نیازهای ویژه

مشکلات بینایی

- ۱- حضور خود را در اتاق مددجو اعلام نمایید.
- ۲- خودتان را با اسم معرفی نمایید.
- ۳- به خاطر داشته باشید که بیمارانی که دچار مشکلات بینایی هستند قادر به درک بسیاری از اشارات غیر کلامی هنگام برقراری ارتباط نمی باشند. با آنها با یک تون و صدای طبیعی صحبت کنید.
- ۴- قبل از آنکه بیمار را لمس نمایید دلیل آن را برای وی توضیح دهید.
- ۵- هنگام اختتام گفتگو و هنگامی که اتاق را ترک می نمایید به بیمار اطلاع دهید.
- ۶- یک چراغ یا زنگ اخبار را که به آسانی در دسترس بیمار قرار می گیرد در اختیار او قرار دهید.
- ۷- بیمار را با صداهای محیط و ترتیب قرار گرفتن وسایل در اتاق آشنا نمایید.
- ۸- از تمیز بودن شیشه عینک و یا بدون عیب بودن و قرار داشتن در جای مناسب لنزها اطمینان حاصل نمایید.

مشکلات شنوایی

- ۱- قبل از گفتگوی اولیه، حضور خودتان را به بیمار اعلام نمایید. این عمل ممکن است به وسیله لمس آهسته بیمار یا حرکت کردن به نحوی که بتوانید دیده شوید باشد.
- ۲- مستقیماً در حالی که روبرو بیمار هستید با او صحبت نمایید اگر بیمار قادر به لب خوانی است از جملات ساده استفاده نمایید و آرام و با روش و سرعت طبیعی صحبت نمایید. به ارتباط غیر کلامی نیز توجه داشته باشید.
- ۳- هنگام صحبت نمودن با بیمار آدامس نجوید و جلوی دهانتان را نگیرید.
- ۴- اگر تمایل دارید عقیده تان را به خوبی بیان کنید از نمایش دادن یا پانتومیم استفاده نمایید.
- ۵- در صورت امکان از زبان اشاره یا هجی کردن با انگشتان به نحو مناسب استفاده نمایید.
- ۶- هر عقیده ای را که نمی توانید به بیمار به روش دیگری انتقال دهید آن را بنویسید.
- ۷- اطمینان حاصل نمایید که وسیله کمک شنوایی تمیز بوده و عملکرد و جای مناسبی دارد.

موانع فیزیکی

لارنگکتومی یا اندوتراکیال تیوپ:

- ۱- یک یا تعداد بیشتری از وسایل ارتباطی ساده که بیمار از نظر جسمی قادر به استفاده از آن باشد را انتخاب نموده و جهت برقراری ارتباط به معنای بله یا خیر علامت دادن با چشم یا فشردن دست و یا نوشتن یادداشتها تخته های برقراری ارتباط با کلمات و نامه ها و یا عکسها و یا کارتهای براق و زبان اشاره را انتخاب نمایید.
- ۲- از اینکه تمامی افراد اعم از خانواده و دوستان و مراقبت کنندگان که با مددجو ارتباط برقرار می نمایند قادرند شیوه برقراری ارتباط انتخاب شده را درک نموده و به کار برند، اطمینان حاصل نمایید.
- ۳- جهت برقراری ارتباط موثر صبر و حوصله داشته و با دادن زمان مناسب به تقویت تلاشهای انجام شده توسط بیمار بپردازید.

۴- مطمئن باشید که بیمار به طور موثری طبقه کمک خواستن مانند فشار دادن زنگ اخبار را متوجه شده است.

اختلال در حیطه شناختی

۱- تماس چشمی را جهت توجه بیمار، ثابت و پایدار نگه دارید.

۲- جهت کسب اطلاعات مهم در یک مکان ساکت گفتگو کنید تا کمترین امکان منحرف نمودن حواس برای بیمار ایجاد شود. ارتباط را ساده و واقعی حفظ نمایید. آموزش ها را به وظایف ساده تقسیم نموده و از توضیحات طولانی خودداری نمایید. از تلفظ نمودن یا واژه خلاصه استفاده ننمایید. از عکس ها یا طرحها در زمان مناسب استفاده کنید.

۳- در صورت امکان از سوالات باز استفاده ننمایید. سوال نمایید آیا شلوار قهوه ای یا خاکستری را مایلید بپوشید؟ به جای این که پرسید: چه چیز را دوست دارید بپوشید؟. همراه بیمار باشید و به او فرصت دهید پاسخ دهد. اگر بیمار پس از ۲ دقیقه پاسخی نداد آنچه را گفته اید تکرار نمایید. اگر همچنان پاسخی دریافت ننموده اید قبل از ادامه گفتگو یک فرصت استراحت بدهید تا اینکه نه شما و نه بیمار احساس بیهوده بودن گفتگو را نمایند.

بیمار بیهوش

۱- مراقب آنچه در حضور بیمار می گوئید باشید. اعتقاد بر این است که شنوایی آخرین حسی است که از دست می رود بنابراین بیمار بیهوش اغلب می تواند بشنود حتی اگر ظاهراً واکنش نشان ندهد.

۲- فرض را بر این بگذارید که بیمار قادر است حرفهای شما را بشنود. با یک تن صدای طبیعی درباره آنچه معمولاً بحث می کنید صحبت نمایید.

۳- قبل از لمس نمودن بیمار با او صحبت نمایید. به خاطر داشته باشید لمسی تواند روش موثری در برقراری ارتباط باشد.

۴- صدای محیط را تا حد امکان کاهش دهید. این امر باعث می شود تا تمرکز بیمار به برقراری ارتباط معطوف شود.

بیمارانی که نمی توانند به زبان عمومی کشور صحبت کنند

۱- در موقع لزوم از مترجم استفاده کنید.

۲- از یک لغت نامه جهت ترجمه کلمات استفاده کنید تا حداقل از بعضی از کلمات استفاده نمایید.

۳- با جملات ساده و یک تون معمولی استفاده کنید.

۴- در صورت امکان با پانتومیم عقاید را انتقال دهید.

۵- به برقراری ارتباط غیر کلامی توجه داشته باشید. زیرا بعضی از آنها در تمام زبانها به کار می روند.

نکته: در بالغین مسن هم با افزایش سن ممکن است اختلال در ارتباط در اثر ابتلا به بیماریهای مختلف و یا کهولت سن به وجود آید که باید به همین ترتیب مورد توجه قرار گیرند. همچنین ارتباط با کودکان هم نیازمند توجه خاص است که پزشک/پرستار باید با ارتباط مناسب با والدین اطلاعات را دریافت نماید. همچنین نحوه ارتباط در شرایط سنی متفاوت، متغیر است.

مراحل ارتباط پزشک/پرستار و بیمار

بسیاری از افرادی که به مراکز مراقبتهای بهداشتی وارد می شوند قصد کمک به مردم را دارند و این امر به صورت اتفاقی امکان پذیر نبوده و بیشتر با برقراری یک ارتباط هدفدار به تحقق می پیوندد. ارتباط یاری دهنده بین بسیاری از افرادی که در جهت ارضای نیازهای بشری همکاری می کنند وجود دارد. پزشک/پرستار هم جزو این افراد به شمار می رود. این نوع ارتباط شرایطی را جهت افراد مشارکت کننده

ایجاد می نماید تا به سوی هدفهای مشترکشان به جهت دستیابی به نیازهای اساسی بشر حرکت نمایند. بنابراین نتیجه موفقیت آمیز یک ارتباط یاری دهنده، خوشنودی و رضایت است.

هنگام برقراری ارتباط یاری دهنده بین پزشک/پرستار و بیمار، پزشک/پرستار به بیمار جهت رسیدن به هدف و ارضای نیازهای اساسی کمک می کند. این نوع ارتباط با یک ارتباط اجتماعی و یا دوستانه متفاوت است و خود به خود به وجود نمی آید و ارتباطی حرفه ای و پویا به شمار می رود. بنابر این پزشک/پرستار باید تلاش نماید در این ارتباط چهره ای مطلوب از حرفه پزشکی/پرستاری نشان دهد. این ارتباط دارای ۳ مرحله است:

۱- مرحله معرفی یا آشنایی

زمانی است که صرف آشنایی پزشک/پرستار و بیمار با یکدیگر شده و اعتماد متقابل بین آنان ایجاد می گردد. این مرحله به دلیل اینکه پذیرش بیمار برای او و خانواده اش اضطراب آور و تنش زا است حائز اهمیت می باشد و شروع یک ارتباط درمانی موثر باعث ایجاد محیط مراقبتی گرم و مناسب و کاهش اضطراب بیمار و همراهان می گردد. در شرایط عادی معمولاً افراد همچون غریبه ها رفتار میکنند، اما پزشک/پرستار معمولاً این مزیت را دارد که قبل از اولین ملاقات اطلاعاتی راجع به بیمار خود به دست می آورد. به طور مثال پزشک/پرستار از پرونده بیمار در درمانگاه می تواند اطلاعات لازم را راجع به بیمار کسب نماید یا گزارش شفاهی از پرستاری که مسئول مراقبتهای اولیه او بوده است بگیرد. یا با گرفتن تاریخچه می تواند نسبت به بیمار شناخت پیدا کند. در این مرحله پزشک/پرستار باید سعی نماید با معرفی خود به بیمار و رفتار مناسب اعتماد بیمار را جلب نماید. همچنین بیمار را با واحد پرستاری و قسمتهای مختلف بخش آشنا نماید. انتظارات پزشک/پرستار نسبت به بیمار بر اساس تجارب بالینی و دانش آموخته شده او شکل می گیرد. بیمار هم ممکن است در این مرحله از قبل عقاید و تجارب نسبت به ارتباط با پزشک/پرستار و محیط با بستری قبلی و یا صحبت با آشنایان داشته باشد و این موضوع بر انتظارات بیمار تأثیرگذار است.

۲- مرحله اجرا

طولانی ترین مرحله در ارتباط است. این مرحله با جمع آوری اطلاعات و طرح برنامه مراقبتی همراه با تشریک مساعی با بیمار شروع می شود. پزشک/پرستار و بیمار هردو در جهت رفع نیازهای بیمار کار می کنند. تعاملات پزشک/پرستار و بیمار هدفدار بوده و وسیله ای است جهت اطمینان به دستیابی توافق دو جانبه که بر اساس اهداف بهداشتی کوتاه مدت و بلند مدت طراحی شده است. در این مرحله پزشک/پرستار موظف است هرگونه یاری مورد نیاز را جهت نیل به اهداف فراهم آورد. برای مثال اگر یک بیمار پیر اشتیهای خوبی نداشته باشد و هدف، افزایش میزان دریافت مواد غذایی باشد، پزشک/پرستار باید نحوه استفاده از مواد غذایی به میزان کم و به تناوب را برای او توضیح دهد. با موافقت بیمار، پرستار مقدمات آنچه لازم است را فراهم آورد. یا در صورتی که بیماری با اختلال حرکتی قادر به خارج شدن از تخت بدون استفاده از کمد کنار تخت نباشد، پرستار جهت انجام فعالیتهای بهداشتی روزانه او را یاری می دهد. نقش پرستار به عنوان معلم و مشاور در ابتدای این مرحله مشخص می شود این نقش ها شامل ایجاد انگیزه برای بیمار جهت یادگیری و اجرای فعالیتهای ارتقاء سطح سلامتی و تسهیل تواناییهای بیمار جهت اجرای طرح مراقبتی و بیان احساسات در خصوص مسائل مربوط به سلامتی، مراقبتهای پرستاری، هرگونه پیشرفت، و یا سایر موارد ربط داده شده است. در اینجا مهارتهای بین فردی پزشکان/پرستاران در کامل ترین شکل خود ارائه می گردد. در مرحله اجرا بین پزشک/پرستار و بیمار ساختاری از ارتباط به نام ((عقد قرارداد با بیمار)) شکل می گیرد.

۳- عقد قرارداد با بیمار

عبارت است از توافق بین این دو در مورد نقش ها و مسئولیتهاشان. قرارداد ممکن است به شکل ساده و به صورت یک توافق شفاهی باشد. برای مثال ((من به شما نحوه تنفس عمیق پس از جراحی را آموزش می دهم و انتظار دارم که شما این تمرین را ۴ بار در روز انجام دهید)). یا ممکن است توافق به صورت نوشته شده باشد و توسط دو طرف امضاء شود (یک عضو خانواده یا فردی از بستگان هم این توافق نامه را امضاء کند و پزشک/پرستار دیگر و یا سایر کادر درمانی هم حضور داشته باشند)

Herje (۱۹۸۰) برخی از خصوصیات یک قرارداد موثر با بیمار را مشخص ساخته است. بر این اساس قرارداد باید:

۱- واقع بینانه باشد) اهداف مشخص شده برای بیمار قابل دستیابی باشد).

۲- قابل اندازه گیری و یا قابل ارزیابی باشد. (آیا اهداف واقعی است؟ پیشرفت آن قابل ارزیابی است؟)

۳- مثبت باشد. (بیمار دوست دارد به چه اهدافی برسد؟ کدام یک از نقاط قوت بیمار می تواند پرورش یابد؟)

۴- زمانبندی داشته باشد. (قرارداد در چه زمانی می تواند شروع شود؟ در یک چهارچوب زمانی، انتظار چه مقدار پیشرفت وجود دارد؟) نوشته شده باشد. (آیا پرستار و بیمار هردو قرارداد را امضاء کرده و یک برگ از آن را نزد خود دارند؟)

۵- پاداش پذیر باشد. (آیا به رفتارهای مطلوب بیمار پاداش تعلق می گیرد؟ آیا رفتارهای مطلوب بیمار تقویت می گردد؟)

Hayes and Davs (۱۹۸۰) نیز ۵ مرحله را در فرایند قرارداد مشخص کرده اند. این مراحل راهنمای خوبی برای فرایند عقد قرارداد محسوب می گردد:

۱- شناسایی مشکلات و یا اولویت بندی آنها (بیمار و پزشک/پرستار، درک بیمار از سلامتی را مورد بحث قرار بدهند و لیستی از مشکلات موجود را اولویت بندی کنند).

۲- عقد قرارداد) شامل رفتارهایی که از بیمار انتظار می رود و تقویتی که در ازای رفتارهای خود دریافت می کند).

۳- اجرای قرارداد (پزشک/پرستار و بیمار در اجرای اهداف بکوشند و یا بر طبق اهداف از پیش تعیین شده رفتار کنند).

۴- ارزیابی قرارداد (پزشک/پرستار و بیمار با هم به طور مداوم نیل به اهداف قرارداد را مورد ارزشیابی قرارداده مشاهده نمایند که آیا به اهدافی که از پیش تعیین شده رسیده اند؟ قرارداد ممکن با توجه به پیشرفت بیمار مورد ارزشیابی قرار گیرد).

۵- پایان قرارداد (بهتر است زمان پایان قرارداد از پیش تعیین گردد) معمولاً ممکن است بیش از یک پزشک/پرستار در عقد قرارداد با بیمار شرکت داشته باشند. گاهی پزشک بیمار نیز در طراحی قرارداد شرکت می کند. بستگی به ماهیت فعالیت ممکن است دستورات پزشک هم جزء قرارداد باشد. به علاوه قرارداد ممکن است تمامی طرح مراقبتی را شامل شود. پرستار نقش مهم ایجاد انگیزه را در طول مرحله اجرا بر عهده دارد. پزشک/پرستار بیمار را به افزایش انجام مراقبت از خود تشویق می کند. (فقط آن دسته از مراقبت هایی که قادر به انجام آن است) و به بیمار جهت نیل به اهدافی که با هم مشخص کرده اند کمک می نماید. بازنگری پیشرفت روزانه و تشویق برای اجرای وظایف مختلفی که به حفظ انگیزه بیمار کمک می کند، نیز از وظایف پرستار است. خانواده و دوستان می توانند جهت ایجاد انگیزه بیمار را حمایت کرده و او را به سمت اهداف از پیش تعیین شده سوق دهند.

۴- مرحله پایانی (اختتام)

این مرحله هنگامی ایجاد می شود که نتیجه موفقیت آمیز اولیه حاصل شده باشد. این مرحله ممکن است در زمان تعویض شیفت، ترخیص بیمار یا هنگامی که پرستار به مرخصی می رود یا جای دیگری مشغول به کار می شود و یا به هر دلیلی مسئولیت مراقبت از بیمار را به اتمام برساند اتفاق بیفتد. زمان ارتباط و اختتام آن متغیر است. گاهی ارتباط کوتاه است همچون زمانی که پرستار مسئولیت مراقبت از بیمار را فقط برای یک شیفت بر عهده دارد یا بیمار در بخش ویژه بستری است که به چند روز یا چند هفته محدود می گردد و برعکس زمانی که بیمار در بخشی اقامتی طولانی مدت دارد، این ارتباط برای ماهها به طول می انجامد. در هر صورت در این مرحله پرستار و بیمار اهداف ارتباط را بررسی نموده تا میزان حصول و یا نزدیک شدن به آن را تعیین نمایند. اگر به اهداف و پیامدها دسترسی پیدا کنیم ممکن است این حقیقت تعیین شود. در صورت پذیرفتن این مسئله عموماً احساس رضایت در پزشک/پرستار و بیمار بوجود می آید. اگر اهداف و پیامدها به تحقق نپیوند میزان نزدیک شدن به آن باید مشخص شود. بیمار و پزشک/پرستار ممکن است جهت تلاش های آینده پیشنهادات و برنامه هایی داشته باشند. معمولاً احساسات هیجان آمیز در مرحله اختتام این ارتباط وجود دارد. در صورتی که دستیابی به اهداف صورت گرفته باشد اغلب احساس تأسف به خاطر ختم ارتباط رضایت بخش ایجاد می شود، حتی اگر بیمار به ادامه آن اصرار داشته باشد اگر به طور کامل به اهداف دسترسی پیدا نمودیم، بیمار ممکن است در رابطه با آینده دچار اضطراب و ترس شود. با وجود چنین احساساتی بیمار را باید تشویق نمود تا احساسات خود را در رابطه با اختتام ارتباط بیان نماید.

پزشک/پرستار می تواند مرحله اختتام ارتباط یاری دهنده را به روش های مختلف آماده نماید. یک پزشک/پرستار اندیشمند در صورت امکان می تواند شرایطی را برای بیمار به جهت برقراری یک ارتباط یاری دهنده با پزشک/پرستار دیگری ایجاد نماید. حتی می تواند به بیمار یاری نماید تا از یک موسسه به موسسه دیگر یا از یک واحد به واحد دیگر در همان موسسه انتقال یابد و در ضمن انتقال نیز توضیحاتی در رابطه با جابجایی به وی بدهد. بعضی مواقع پزشک/پرستار ممکن است بیمار را به پرسنلی که می خواهد از او مراقبت نمایند معرفی کند. گاهی نیز مرحله اختتام در ارتباط یاری دهنده موجب بروز واکنش های احساساتی منفی می شود. بیمار ممکن است احساس عصبانیت، عدم پذیرش توسط پزشک/پرستار یا افسردگی و ناامیدی و یا وجود یک ارتباط که واقعاً وجود دارد را انکار نماید. هنگامی که این عکس العمل اتفاق می افتد پزشک/پرستار باید سعی کند بیمار را یاری کرده و از او حمایت نماید، نه اینکه احساس او را بد دانسته و او را به خاطر داشتن چنین نقطه نظری محکوم نماید. به هر حال اگر بیمار در تثبیت اهدافش دخالت داشته و به اختتام ارتباط کمک نماید، واکنش های هیجانی از این قبیل کمتر اتفاق می افتد. می توان جهت کاهش نگرانی های بیمار به خصوص هنگام انتقال از بخش ویژه به بخش عمومی اطلاعات کاملی از بخش مورد نظر به او و افراد خانواده اش داد. شکست در برقراری ارتباط در هر کدام از این سه مرحله می تواند باعث عواقب جدی شود مثلاً بیماری که شروع به نافرمانی از دستورات طبی می نماید اگرچه به نظر می رسد که هنگام ورود به کلینیک نسبت به سلامتی اش علاقمند بوده است. هنگامی که یک پرستار بهداشت جامع با منزل یک بیمار تماس حاصل می نماید او می گوید به نظر می رسد پرستار کلینیک سرش خیلی شلوغ است و همچنین به نظر می رسد چه مراجعه کنیم چه مراجعه نکنیم، نتواند از من مراقبت نماید من دوست ندارم به آن کلینیک بروم. عدم وجود تعامل رضایت بخش بین پرستار و بیمار او را نسبت به ادامه برقراری ارتباط تشویق نمی نماید. حتی اگر از نظر سلامتی مشکلی برایش به دنبال داشته باشد. اگر تعاملات بین پزشک/پرستار و بیمار رضایت بخش باشد چنین مشکلی پیش نخواهد آمد. تعامل رضایت بخش باعث تمامیت افراد شده و سبب توسعه دادن فضایی می شود که به وسیله آن صفاتی مانند ترس، اضطراب، بی اعتمادی و تنش را به حداقل می رساند. در این صورت افراد احساس هماهنگی و توافق با یکدیگر نموده و در جهت رسیدن به اهداف مشترک با همدیگر همکاری می نمایند.

ارتباط پزشک/پرستار با سایر اعضای تیم بهداشتی

به ندرت به تنهایی کار می کنند. حتی در مراکز بسیار کوچک معمولاً با مراکز بزرگتر در تماس تلفنی هستند. در مراکز بزرگ با تعداد زیادی از پرسنل سر و کار دارند. در هر صورت بدون توجه به مکان ارائه مراقبت، پزشکان/پرستاران به اتکای نقش های خود باید بهترین ارتباط را برقرار کنند. ارتباط با سایر اعضای تیم بهداشتی بخش مهمی از کار پزشک/پرستار است که جهت تسهیل فرایند مراقبت از بیمار ضروری است. تبادل اطلاعات بین اعضای تیم بهداشتی که پزشک/پرستار یکی از آنان است از دوباره کاری در جمع آوری اطلاعات جلوگیری می کند و هرکدام از آنان را قادر می سازد تا از اطلاعات جمع آوری شده توسط دیگران استفاده نمایند. ارتباط بین اعضای تیم بهداشتی برای برنامه ریزی مراقبتی بیمار ضروری است و باعث می شود تا افراد تیم در جهت نیل به اهداف مشترک تلاش نموده و اهدافشان با یکدیگر مغایرت نداشته باشد. همچنین اجرای مراقبت نیاز به مهارت های مختلف اعضای تیم دارد. این ارتباط از طرق مختلف می تواند ایجاد گردد. بسیاری از این روش های تبادل اطلاعات، از طریق ملاقات های رودررو و مکالمات تلفنی صورت می گیرد. اما کانال های رسمی نیز نظیر ارتباط کلامی و کتبی برای انتقال اطلاعات وجود دارد. پرونده بیمار هم یکی از وسایل بسیار مهم برای به دست آوردن آخرین اطلاعات درمورد پیشرفت وضعیت بیمار است. سایر رسانه های ارتباطی که توسط پزشک/پرستار مکرراً استفاده می شود شامل: گزارشات کتبی و شفاهی، کاردکس، برگه های مشاوره، کنفرانس ها و راند بیماران است.

گزارشات

گزارش اطلاعات به سایر اعضای تیم بهداشتی درمورد وضعیت بیمار، پیشرفت و بهبود او و نکات مهم و حیاتی درمورد وی ضروری است. گزارش ممکن است به صورت کتبی یا شفاهی باشد. در پایان هر شیفت اعضای تیم پرستاری به اعضای شیفت جدید درمورد پیشرفت وضعیت هر بیمار شامل درمان ها و سایر فعالیت های مربوط به او به طور شفاهی گزارش می دهند. (به طور مثال ممکن است پرستار در گزارش خود بگوید: دکتر... عصر برای نوشتن دستور دارویی آقای فرهادی به بخش مراجعه خواهد کرد. یا پذیرش بیمار جدیدی را به بخش خواهد فرستاد و...) به علاوه گزارشات مربوط به مراقبت از بیمار که اغلب موسسات بهداشتی دارند شامل تعداد زیادی از فرم های گزارش دهی هستند. برای مثال فرم های رادیوگرافی، آزمایشگاه، دستورات دارویی و حوادث و...

مشاوره ها

پزشکان/پرستاران اغلب در مراقبت از بیماران خود نیاز به مشاوره با سایر اعضای تیم بهداشتی را احساس می کنند و معمولاً در مورد برنامه مراقبتی و مشکلات بیمارانشان با ستیر پزشکان/سرپرستاران و... مشاوره می کنند. پزشکان بیشتر از این روش استفاده می کنند. پرستاران درخواست های مشاوره و گزارش متخصصین را در پرونده بیمار وارد می کنند.

کنفرانسها

پزشکان/پرستاران و سایر اعضای تیم بهداشتی به طور روتین در یک کنفرانس گروهی اطلاعات خود را درمورد بیماران و برنامه درمانی آنان مرور و بازنگری می کنند.

ارجاع بیمار به سایر بخشها

بیماران معمولاً به دو صورت به بخش های دیگر ارجاع می شود: ارجاع به سایر بخش های بیمارستانی که بیمار در آن بستری می باشد و ارجاع به بیمارستان یا موسسه بهداشتی دیگر.

راند بیماران

تعریف: راندهای آموزشی شکل خاصی از راندها است که صرفاً با هدف آموزش تعداد محدودی از دانشجویان که جملگی در یک مقطع تحصیلی مشخص به تحصیل اشتغال دارند، صورت می گیرد.

هدف اصلی راندهای آموزشی تمرین نحوه اخذ شرح حال و آشنایی با علایم بیماری ها و همچنین تمرین معاینه فیزیکی و مشاهده نشانه های بیماری ها در دوران کارآموزی می باشد. سایر اهداف راندهای آموزشی شامل ارتقا مهارت های ارتباطی، تفسیر اطلاعات بالینی و پاراکلینیکی، استدلال تشخیصی و برنامه ریزی درمانی در دوره کارورزی و دستیاری تخصصی می باشد. لذا راند های آموزشی باید به عنوان یک جزء اصلی در برنامه آموزشی کلیه دانشجویان رشته پزشکی لحاظ گردد.

طرح یک مثال مناسب از ارتباط پزشک/پرستار و بیمار:

آقای فرهادی مرد ۶۴ ساله ای است که با مشکلات تنفسی، درد قفسه سینه و درد در بازوی چپ و شست بستری شده است. او ۵۰ سال پیش از ایلام به تهران آمده ولی هنوز قادر نیست به خوبی فارسی صحبت کند. او با دختر و دامادش زندگی می کند. نانوا است و با ۳ پسر خود نانواپی را اداره کرده و سرپرست خانواده محسوب می گردد. معمولاً هر روز از ۴ صبح الی ۶ عصر و ۶ روز در هفته کار می کند. روزانه در حدود یک پاکت سیگار می کشد، از غذا خوردن لذت می برد و اضافه وزن نیز دارد. هرگز در بیمارستان بستری نشده است و به نظر می رسد که به علت دوری از خانواده مضطرب است. وقتی که پزشک/پرستار وارد اتاق شد، در تخت نشسته بود و تعدادی از عکس های خانوادگی را تماشا کرده و با خود زمزمه می کرد.

پزشک/پرستار: صبح بخیر آقای فرهادی، امروز حالتان چطور است؟

فرهادی: من خوبم. چرا نمی توانم به خانه ام بروم؟ من همه روز اینجا نشسته ام. چرا نمی گذارید یک سیگار بکشم و یک غذای حسابی بخورم؟ چطور انتظار دارید که این غذاها را بخورم؟ چیزی که الان من دلم می خواهد، یک پرس چلو کباب خوب است. من حتی نمی توانم به این غذاها نگاه کنم.

پزشک/پرستار: آقای فرهادی به نظر می رسد که امروز صبح ناراحتید (بازتاب احساسات) شما گفتید که می خواهید به منزل بروید؟ (انتخاب کلمات کلیدی)

فرهادی: بله. من می خواهم به منزل بروم. هیچ کس اینجا هیچ کاری برای من نمی تواند بکند. اینجا فقط درجه حرارت و فشارخون مرا کنترل می کنند و از من انتظار دارند که تمام مدت اینجا دراز بکشم. من از وقتم به مراتب بهتر می توانم استفاده کنم.

پزشک/پرستار: شما احساس می کنید که کارهای زیادی برای انجام دادن دارید؟ (بازتاب احساسات و درخواست برای روشن تر شدن موضوع)

فرهادی: بله. برای مثال من باید در نانوائی باشم. آنها در آنجا به من احتیاج دارند.

پزشک/پرستار: آیا پسران شما در نانوائی به شما کمک می کنند؟ (درخواست برای روشن شدن موضوع)

فرهادی: بله. بله پسرانم هستند. ولی آنها کار خودشان را دارند. اما چه کسی نان را می پزد؟ من هر روز خودم این کار را می کردم. آنها به من احتیاج دارند.

پزشک/پرستار: من مطمئن هستم که آنها به شما نیاز دارند آقای فرهادی. الان که شما در بیمارستان هستید چه کسی نان را می پزد (پذیرش احساسات بیمار و کمک جهت توصیف وضعیت موجود).

فرهادی: بله پسر بزرگترم. ولی کارهای زیادی به دوش اوست. وقتی همه سرشان این قدر شلوغ باشد چه کسی باید مراقب دخل باشد؟

پزشک/پرستار: شما در کارتان هم مراقب دخل هستید و هم نان می پزید؟ (تأکید بر عبارات کلیدی صحبت‌های بیمار)

فرهادی: بیشتر یکی از پسرانم مراقب دخل است اما اگر نانوائی شلوغ باشد من هم کمکش می کنم. در ضمن علی هم آخر هفته می آید و کمکم می کند.

پزشک/پرستار: علی؟ (پرسش برای روشن نمودن مطلب)

فرهادی: او بزرگترین نوه ام است. به نظر می رسد که از نانوائی هم بدش نمی آید و در ضمن از پول هم بدش نمی آید.

پزشک/پرستار: علی می تواند بعد از مدرسه اش به نانوائی برود و آنجا کمک کند؟ (کمک به بیمار برای پیدا کردن راه حل مناسب)

فرهادی: این هم فکری است. علی اکنون هفده ساله است و باید مسئولیت های بیشتری را به عهده بگیرد. من به دخترم زنگ می زنم و با او در این مورد صحبت می کنم.

وقتی که پزشک/پرستار بعد از مدتی دوباره به اتاق آقای فرهادی بازگشت او به نظر بشاش تر از قبل می رسید.

پزشک/پرستار: آقای فرهادی حالا به نظر کمی بهتر می رسید. صحبت با دخترتان به نتیجه رسید یا خیر؟ (نشانه توجه به بیمار)

فرهادی: بله تلفن کردم. ولی هم اکنون چیزی را به یاد آوردم. (کراهِ روزشمارِ روانی امام خمینی (ره) ایلام)

پزشک/ پرستار: چه چیزی را آقای فرهادی؟ (تشویق برای توضیح بیشتر)

فرهادی: من باید هفته آینده در اتحادیه نانوایان سخنرانی کنم. من هرگز غیبتی در این جلسات نداشتم. به همین دلیل رئیس اتحادیه شدم. و حالا قادر نیستم که در آن جلسه شرکت کرده و سخنرانی کنم.

پزشک/پرستار: اعضاء اتحادیه می دانند که در بیمارستان بستری هستید؟ (استفاده از کلمات کلیدی و کمک به بیمار جهت تشریح وضعیت کنونی)

فرهادی: نه ولی قرار است پسر امشب در جلسه آنها را مطلع کند و دو جلسه را پشت سرهم از دست خواهیم داد.

پزشک/پرستار: دوست داری با یکی از اعضاء اتحادیه صحبت کنی؟ مثلاً با معاونتان؟ (کمک به بیمار جهت بررسی امکانات موجود جهت حل مشکل)

فرهادی: بله این کار را خواهم کرد اما تا فردا نه. تازه ممکن است که آنها شخص دیگری را برای سخنرانی انتخاب کنند. ولی من می خواهم از بیمارستان خارج شوم و سخنرانی را خودم انجام دهم.

نکات کلیدی

بحث ارتباط عبارت است از فرایند انتقال پیامها و تفسیر معانی آن. این امر پایه تمامی تعاملات انسانی و همچنین تمام امور پزشکی/پرستاری است. ارتباط دارای اجزاء، اشکال، سطوح مختلفی است که آشنایی با آنها جهت کاربرد صحیح در پزشکی/پرستاری امری ضروری است. چرا که پزشکان/پرستاران در همه امور از اجزای ارتباط به عنوان شاخص کلیدی اجرای مراقبت از بیمار بهره می برند. پزشک/پرستار با شناخت موانع ارتباطی و شناخت راه های رفع آن به ارتباطی موثر با بیمار و تیم درمان دست می یابد. یک ارتباط موثر از تشخیص های پزشکی/پرستاری غلط و اجرای اشتباه امور بالینی جلوگیری می کند و پزشک/پرستار را در پیشبرد اهداف تعیین شده و ارزیابی آن کمک خواهد کرد. با ارتباط موثر بین بیمار و پزشک/پرستار و سایر اعضای تیم بهداشتی اهداف درمانی قابل حصول است و تیم درمان را به هدف اصلی یعنی ارتقاء سطح سلامت بیماران هدایت می نماید. (۵)



مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی (ره) ایلام

خودآزمایی

کدامیک از جملات زیر غلط است؟

الف - ارتباط نوعی فرآیند است.

ب - برای برقراری ارتباط حداقل سه عنصر فرستنده، گیرنده و پیام الزامی است.

ج - در تعریف ارتباط مفهوم منبع - پیام، نقش شرکت کنندگان را بهتر توضیح میدهد.

د - در تعاریف جدید ارتباط از کلمه (برقرارکنندگان ارتباط به جای کلمه فرستنده و گیرنده) استفاده می شود.

۲- این جمله تاثیر کدامیک از اجزاء فرآیند ارتباط را نشان می دهد؟

"در پرستاری در پایان یک کشیک صبح و عصر نسبت به یک کشیک صبح ممکن است میزان توجه و دقت کمتر شود"

الف - پیام ب - کانال ج - پارازیت د - بافت

۳- کدامیک از تعاریف زیر در مورد قلمرویی درست است؟

الف - اشاره به تفاوت در میزان ارتقاع بین برقرارکنندگان ارتباط دارد.

ب - یعنی رفتارهایی که در رابطه با فضای شخصی یا همان فضای اطراف بدن خود انجام می دهیم.

ج - منظور ادراک افراد از موقعیت خود در رابطه با سایر افراد و اشیاء است.

د - هیچکدام

۴- کدامیک از موارد زیر از مهارتهای قاطعانه نیست؟

الف - همدلی ب - توصیف احساسات ج - مشخص کردن انتظارات د - همدردی

۵- کدام دسته از بیماران قادر به درک اشارات غیر کلامی ارتباط نیستند؟

الف - دارای مشکلات بینایی ب - دارای مشکلات شنوایی

ج - دارای موانع فیزیکی د - دارای اختلال در حیطه شناختی

۱- جواب: ج

۲- جواب: د

۳- جواب: ب

۴- جواب: د

۵- جواب: الف

کلید واژگان:

Communication	ارتباط	
Effective communication	ارتباط مؤثر	
Patient	بیمار	
Feedback	بازخورد	
Healths care provider team	تیم درمانی	
Procces	فرایند	

مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی (ره) ایلام

منابع

۱. مهارت های رفتاری و ارتباطی ، دوره آموزشی ضمن خدمت کارکنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران
 ۲. مهارت های ارتباطی ، اعظم اصغری خاتونی ، مدیر واحد توسعه آموزش ، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
 ۳. سایت پایگاه اطلاع رسانی صنعت، هوش هیجانی یک مهارت مدیریتی
 ۴. هوش هیجانی. دانیل گلمن. ترجمه نسرين پارسا
 ۵. برگرفته از کتابچه آموزشی خانم مریم گلی کناری و خانم میثاقی با ذکر منابع زیر :
- اون هارچی و کریستین ساندروز و دیوید دیکسون. مهارت های اجتماعی در ارتباطات میان فردی. ترجمه مهرداد فیروز بخت-خشیایار بیگی. سوم. رشد. تهران. ۱۳۸۴
 - پاتر. باتریشیا آن. اصول و فنون پرستاری پوتر و پری. ترجمه سوسن اویسی و... اول. سالمی. تهران. ۱۳۸۲
 - تیلور، کارول. اصول پرستاری تایلور. مفاهیم پرستاری بخشیک. ترجمه افسانه افتخاری منشو... اول. بشری. تهران ۱۳۸۲
 - خوشنویس، محمد علی. رفعتی، سعید. طریقه برقراری ارتباط با بیماران در سنین مختلف. کنگره سراسری اخلاق پرستاری. دانشگاه شهید . بهشتی ۱۳۷۳
 - دوگاس. بوری ویتز . اصول مراقبت از بیمار.. جلد یک. ترجمه فروزان آتش زاده. شوریده و... گلبان. تهران. ۱۳۸۲
 - زالی، محمدرضا. مبانی نوین ارتباط پزشک و بیمار. انتشارات مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. . اول . تهران ۱۳۷۷
 - شکرابی، ربابه، بیگدلی، شعله. خلاصه مقالات اولین کنگره سراسری اخلاق پرستاری، تهران، وزارت بهداشت و درمان، معاونت امور . دانشجویی، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی. ۱۳۷۳
 - شیدفر، محمدرضا. کتاب جامع بهداشت عمومی. جلد اول چاپ دوم وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی/معاونت تحقیقات و فن آوری.

مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی (ره) ایلام