

منابع دوره آموزشی غیر حضوری شامل مباحث:

تعریف ارتباط

مهارت‌های رفتاری و ارتباطی

ارتباط درمانی

مدیریت خشم

مشور حقوق بیماران در ایران

تهیه و تنظیم:

مریم خبازی ثانی (کارشناس مدیریت پرستاری)

فاطمه امیریان (سوپروایزر آموزشی بیمارستان مبینی)

حسین خسرو جردی (سوپروایزر آموزشی بیمارستان امداد)

صدری جغتایی (سوپروایزر آموزشی بیمارستان جغتای)

مقدمه

در بین گروه‌های بهداشتی تنها گروهی که ارتباط مستقیم و طولانی با مددجو دارد گروه پرستاری می باشد. در علم پرستاری هم برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار هسته اساسی را تشکیل می دهد. این ارتباط از نوع حرفه ای بوده و بر اساس اعتماد و احترام متقابل بیان شده است. ارتباطی که بین پرستار و بیمار به وجود می آید به علت تشریک مساعی است که پرستار و بیمار در جهت ارتقای بالاترین سطح سلامت بیمار باهم برقرار می کنند. به منظور برقراری رابطه جهت کمک به بیمار، پرستار باید با مهارت‌های ارتباطی که بدون آن ایجاد ارتباط غیر ممکن خواهد بود، آشنا باشد. و چون بیماران در گروه‌های مختلفی از نظر اعتقادی، اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی دارند در نتیجه باید زبان مشترک و قابل تفهیم برای هر دو گروه ارائه دهنده خدمات (پرستار) و گیرنده خدمات (بیمار) موجود باشد تا این ارتباط هر چه سریع تر انجام شود تا بتوان در مدت کوتاهی به بالاترین نتیجه قابل انتظار که همان ارائه مراقبت استاندارد و رضایتمندی هردو گروه می باشد دست یافت.

فن ارتباطات به عنوان یکی از مهارت‌های مهم حرفه پرستاری از طریق مطالعه و تمرین قابل کسب است. پرستاران به مقتضای شغلشان به تبادل اطلاعات با اشخاص مختلف پرداخته و روابط انسانی با بسیاری از افراد برقرار می کنند. اصول و تکنیک‌های ارتباط مؤثر باعث بهبود روابط و محیط کلی تعاملات پرستار شده و به او در رسیدن به استانداردهای حقوقی، گروهی و کلینیکی در عمل کمک می کند. از طرفی نارسایی در برقراری ارتباط مشکلات سختی را به دنبال خواهد داشت و باعث افزایش مسئولیت شده و اعتبار حرفه ای را مورد تهدید قرار می دهد. در بسیاری از موقعیت‌ها در ارتباط بین فردی خطاهایی رخ می دهد که لزوم آشنایی با موازین پیشگیری از این موانع را حائز اهمیت می سازد. به همین دلیل شایسته است برنامه ریزان امور بهداشتی که مسئولیت تربیت نیروی انسانی شاغل در بخش خدمات مربوط به سلامتی) بهداشتی -

درمانی) را برعهده دارند، در برنامه آموزش این گروه تاکید آموزشی کامل به عمل آورند تا کارکنان شاغل در خدمات مربوط به سلامتی قادر باشند ارتباط موثرتری با خدمت گیرندگان خود برقرار نمایند و هدف نهایی ارتقاء سلامتی جامعه را تحقق بخشند.

همچون سایر مهارت‌های پرستاری، ارتباط نیازمند دانش تئوری و ارزش گذاری بر آن و عمل به آن است، لذا در این مجموعه سعی شده هر چند مختصر ولی با تأکید بر اصول اولیه علم ارتباط همکاران را در رسیدن به این اهداف یاری نمود.

تعریف ارتباط

ارتباط فرایند تبادل اطلاعات و یا فرایند ایجاد و ارسال مفاهیم است. تعریف جامع تری از ارتباط عبارتست از فرایند انتقال پیام از فرستنده به گیرنده، مشروط بر آن که محتوای مورد انتقال از فرستنده به گیرنده منتقل شود و یا بالعکس. 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 مدل‌های جدید ارتباطات به جای استفاده از کلمات فرستنده و گیرنده، از کلمه برقرارکنندگان ارتباط استفاده می شود، زیرا به طور همزمان هردو طرف هم فرستنده و هم گیرنده هستند و اثرات گفتار یکدیگر را با واکنش به یکدیگر نشان می دهند. پسمفهوم "منع-گیرنده" نقش شرکت کنندگان را دقیق تر توضیح می دهد.

در ابتدا باید پرستار 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 یکسری 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 بدانند؟، 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 غیر کلامی استفاده شود؟)
- ۵- ارتباط باید در کجا برقرار گردد؟ (اتاق بیمار؟ 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؟)
- 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. پسمفهوم "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 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 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.

رسانه

منظور ما از رسانه شیوه خاص انتقال پیام است. رسانه نظامی از نمادها یا رموزها 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 میدهد. یک واسطه برای انتقال پیام بوده که ممکن است هر کدام از حواس برقرار کنندگان ارتباط را تحت تأثیر قرار دهد. 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.

سروصدا

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 از نامشان 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 سوء تعبیر 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 نا آشنا و کاربرد لغات و اصطلاحات آشنا و مطابق با علائق 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 میکنند.

بازخورد (فیدبک)

پیامی است که از طرف گیرنده به فرستنده اصلی برگردانده میشود. فیدبک مشخصی کند که تا چه حد معنی پیام فرستنده از طرف گیرنده درک شده است. پرستار باید به دنبال شواهد کلامی و غیر کلامی، 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 میدهند 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 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 گذارند.

سطوح ارتباط

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

۱-ارتباط درونی

با اسامی 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. 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 پرستاری مختلف آنها را جهت مواجهه با اولین تجربه پرستاری در خصوص بیماران بدحال و با وضعیت بحرانی آماده مینماید: هردو 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 کننده تر از دومین دانشجو خواهد بود. درک این ارتباط میتواند 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 نشانه های مورد استفاده برای دریافت و ارسال معنی است. با توجه به این که پیام های دریافتی ممکن است از نظر مفهوم با آنچه مورد نظر فرستنده 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 پرستاران که در روز کار می کنند با بیمار و سایر افراد خانواده و گروه ارتباط برقرار می نمایند. توانایی 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 پرستاری مانند ارائه دهنده مراقبت و معلم و مشاور و حمایت کننده تأثیری گذارد.

۳-ارتباط عمومی

ارتباط یک فرد با گروههای بزرگ است. 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 اشارهای 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 پرستاری است.

ارتباط درمانی چیست؟

ارتباط درمانی هنر و فرایند دستیابی به شخص، توسط پیامهای تنظیم شده به منظور تسهیل و ایجاد تندرستی است. درمانگران به منظور برقراری ارتباط درمانی، نیازهای مددجو را بررسی می کنند و آنها را به درستی تشخیص می دهند. آنها با همکاری و مشارکت مددجو اهداف را تعیین کرده و الگوهای ارتباطی را انتخاب می کنند که در جهت رشد مددجو و دستیابی به اهداف تنظیم شده باشد. به دلیل اینکه هر مراجعی نیازها و اهداف منحصر به فردی دارد لذا درمانگر با روشهای مختلفی ارتباط درمانی برقرار می کند.

خصوصیات ارتباط درمانی

فرایند ارتباط درمانی حاوی پیامهایی است که آنها به ندرت از طریق کلامی رد و بدل می شوند. مراجعان وقتی که به طریق غیر کلامی ارتباط بقرار می کنند این پیامها را به طور واضح تر دریافت می کنند چون پیامهای غیر کلامی تقریباً همیشه درست و واقعی هستند. یک ارتباط درمانی با خصوصیات زیر مشخص می شود: ۱- پذیرش: یعنی قبولی دلپذیر فرد دیگر است که به معنی تصدیق گفتار یا رفتار شخص نمی باشد؛ بلکه ترجیحاً این نتیجه را می دهد که شما حق دارید وجود داشته باشید زندگی کنید و فردی به شما اهمیت بدهد. زمانی مردم به عنوان اشخاص احساس مورد قبول واقع شدن می کنند که نسبت به کوچکترین تغییر در آنها نظر داده شود.

۲- علاقه: علاقه احساس کنجکاوی صادقانه را نشان می دهد. به عبارتی دیگر علاقه میل و درخواستی جهت شناخت دیگر افراد است. علاقه با پرسش در باره سایر جنبه های زندگی یک فرد که دیگران آن را رد می کنند ایجاد می شود. درمانگران به وسیله نگرشهایشان نشان می دهند که در اینجا در مورد هر چیزی می توان صحبت کرد و به مراجع پیشنهاد می کنند که من می خواهم همه چیز را در مورد شما بدانم و بدین ترتیب یک پیام در مانی را با مهارت و مهربانی به مراجع می رسانند.

۳- احترام: فرایند مد نظر داشتن دیگری است که به وسیله گوش دادن همراه با توجه، توضیح قصداً رابطه، کسب رضایت، همکاری در اهداف مشترک، داکردن مراجع با نام خانوادگی، رسیدن و ترک کردن سر وقت، حرف کسی را قطع نکردن انتقال می یابد. در جلسه درمان از اطمینان بخشی نادرست باید احتراز کرد زیرا این کار نوعی بی احترامی است و پیام احساسات شما قابل درک نیست یا احساسات شما را درک نمی کنم را به مراجع منتقل می کند.

۴- صداقت: ارادت و راستگویی است، صداقت بدون احترام، پذیرش و علاقه غیر درمانی است. در هر زمان پاسخها یا واکنشهای بسیاری وجود دارند که فرد می تواند در یک ارتباط درمانی از آنها استفاده کند. درمانگر پیامهایی را باید انتخاب کند که بتواند حداکثر رشد را در مراجع ایجاد کند.

۵- کمک و همیاری به معنای حاضر بودن و کمک کردن به مراجع است. یک رابطه درمانی درمانگر را ملزم می کند تا وقت و انرژی خود را صرف کرده و خود را در دیگری جستجو کند. کمک و همیاری نشانگر این باور است که درمانگر حاضر و در دسترس مراجع است و کمک مشخصی را ارائه می دهد.

۶- حفاظت و حمایت به عنوان امنیت اطمینان بخش تعریف شده است. اجازه دادن بدون حمایت کاری غیر درمانی است و گاهی اوقات هم خطرناک است. مراجع باید یاد بگیرد که به ارائه دهنده مراقبت اطمینان کند همانند کودکی که به والدینش اعتماد می کند.

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 پرستار کمک می کند که آنچه را که بیمار می داند و احساس می کند را بررسی نماید. در هر صورت پرستاران باید مهارت های زبانی خود را جهت کمک به تأثیرمقابل در فرایند ارتباط تقویت نمایند. ارتباط کلامی به صورت گسترده ای به وسیله پرستاران در صحبت نمودن با بیماران و ارائه گزارشات شفاهی به پرستاران دیگر و نوشتن طرح های مراقبتی و ثبت کردن در یادداشتهای پیشرفت پرستاری کاربرد دارد. مثال های دیگر از ارتباط کلامی شامل: سخنرانی برای عموم، درج در مطبوعات و تهیه علامت ها و پوسترها است. در هر کدام از این مثال ها توسط کلمات و زبان می توان با یکدیگر ارتباط برقرار نمود. با این که 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 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 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 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 گمراه 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، دستها، 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. 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 قلمرویی 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. پرستار باید به این حریم توجه نماید.
- 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 هر دو 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 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 پرستار جهت شناخت بیماری و یا ارزشیابی تأثیر مراقبت 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... را نشان می دهد. پرستاران باید کنترل نمودن بعضی از حالات صورت خود را بیاموزند. برای مثال بیماری که به شدت سوخته است، ممکن است عکسالعمل پرستار هنگامی که برای اولین بار پانسمان وی را عوض می کند ببیند. هر نوع علامت تنفر و یا انزجار می تواند تأثیر مهمی بر تصویر ذهنی از خود یا بهبودی بیمار داشته باشد.
- پرستاران باید سعی کنند از نشان دادن آشکار شوک و نفرت و ترس و یا دیگر واکنش های دلتنگ کننده در حضور مددجو اجتناب کنند.
- ۶- حرکات دست و حرکات سر: تکان دادن سر و دست 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 گنجی 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 در مورد نتایج آزمایش های پزشکی ویا ارائه می دهیم بسیار دشوار باشد. در مورد 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 غیرازو نگاه می کند قضاوت خواهد کرد که اودر 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 نفسو 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 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 پرستاری استفاده می کنیم. ولی باید با احتیاط استفاده

شود زیرا بعضی آن را نشانه بی احترامی می دانند. لمسدر بچه ها جهت تکامل "من" لازم است ودر 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 ویا 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: 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 توانائی ها و استعدادها و علایق و شرایط اقتصادی فرد به پرستار می دهد و پرستار باتوجه 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 مthane پر یا یک سردرد کسل کننده یا یک درد قفسه سینه خرد کننده و ... می تواند در ارتباط تأثیر منفی داشته باشد. بنابراین پرستاران لازم است که به موانع فیزیکی و عقلانی و احساسات حساسیت بیشتری نشان دهند تا بتوانند ارتباط موثرتری برقرار نمایند.

ارزشها: پرستارانی که اعتقاد دارند ارائه آموزش یکی از جنبه های مهم 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 یکار تباط درمانی و حرفه ای

۱- **تکرار کلمات کلیدی:** 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 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 پرستار علاقه و توجه خود را نشان می دهد. یعنی از لابه لای گفتار بیمار و یا 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 پرستار در حرفهای خود می گوید: "من متوجه شدم که تو عصبانی بودی و یا اذیت شدی."

۶- استفاده از سوالات باز: اگر پرستار بخواهد راجع به یک موضوع اطلاعات بیشتری به دست بیاورد می تواند از سوالات باز استفاده نماید.

مثلاً ممکن است پرسد: "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؟ آیا 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 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: 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؟" 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، 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. 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 اجتناب از ارجاع بیمار با تشخیص یا شماره اتاق و ... «... عزیز، عسل و « خانوادگی، گفتن لطفاً و تشکر و... اجتناب از اصطلاحات محبت آمیز

۱۲- رازداری: 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 شخصدیگر 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: مثل 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؟

پرستار (صحیح): شما از این تزریقات می ترسید؟

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 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- مهارت های قاطعانه: که دارای ۴ جزء اصلی است:

مثال در ارتباط مری 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- پذیرش و 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 روحی و جسمی و رفتاری مددجو.

۳۴- اجتماعی کردن: یعنی پرستار با صحبت 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 می‌خواهد بیمار را مطمئن کند که احساس راحتی نماید، بنابر این از جملاتی نظیر "نگران نباش، همه چیز روبه راه می‌شود" و ... استفاده می‌کند. 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 پرستار تمایل به حل مشکلش ندارد.

۲- پاسخهای کلیشه ای و تکراری: مثلاً در مورد هرچه که بیمار می‌گوید از جمله ای نظیر "دکتر شما می‌داند چه دارویی را تجویز کند" به جای گوش دادن به بیمار استفاده کند، که این حس را به بیمار منتقل می‌کند که پرستار نمی‌خواهد به حرفهایش گوش دهد. یا از به کاربردن جملات عمومی باید خودداری کرد. مثلاً "همه از جراحی می‌ترسند 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 می‌شود را نباید از بیمار پرسید. مثلاً اگر از بیمار پرسید: "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 می‌شود، شما در واقع به افرصت 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 می‌کنید زمانی که بازویتان را این طور حرکت می‌دهم؟". مشکل در زمانی به وجود می‌آید که

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 می‌شود 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 می‌نماید؟". همچنین از سوالات راهنمایی کننده باید پرهیز کرد مثلاً پرستار می‌گوید: "شما دیگر نمی‌خواهید 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 می‌کند که از بیمار انتظار می‌رود آنچه را پرستار انتظار دارد بگوید.

۳- خصومت و گرفتن حالت تدافعی: در تمام لحظات 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 می‌کردید" 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: 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 می‌داند 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 می‌شود.

۶- کنجکاوی: به جز پرستاران بهداشت روان، آن هم در شرایط مرتبط پرستاران دیگر باید از دخالت در زندگی خصوصی بیمار پرهیزند.

استفاده از سکوت و روشهای غیر کلامی موثر در حین توصیف احساسات بیمار مناسب تر است و بیمار را تشویق به بیان احساسات خود می‌نماید. 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 پرهیزد.

۷- تحقیر نمودن: موجب کاهش اعتماد به نفس افراد می شود. مثلاً اگر زائویی بگوید "بخیه هایم درد می کند" و 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 روی 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 پرستار در برقراری ارتباط مناسب دارد. گاهی عدم مهارت کاری پرستارویا تمرکز بر نیازهای خود به جای بیمار هم موجب این حالت می شود.

۱۱- عبارات داوری کننده: سبب سوء استفاده از استانداردهای 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 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؟" پرستار: "در حال حاضر لطفاً بیاوید در مورد رژیم غذایی تان صحبت نمایم. می توانیم در مورد انسولین در وقت دیگری صحبت نمایم". حتی زمانی که پرستار از حرفهای بیمار احساس ناراحتی نماید نباید به حرف بیمار خاتمه دهد.

۱۳- بدگویی و شایعه و تخلف در رازداری با پخشاطلاعات 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 اعتنایی به بیمار است.

۱۵- بحث: بحث زیاد ممکن است باعث کاهش قدرت فکری و جسمی پرستار شود

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

فرایند پرستاری و ارتباط

توانایی پرستار در برقراری ارتباط با بیماران و سایر پرستاران جهت استفاده موثر از فرایند 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 پرستاری، رهبری و هدایتی را که لازمه برقراری ارتباط موثر با بیماران است را در اختیار 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 پرستاری تلقی می شوند. پرستاران لغات مکتوب را جهت کسب اطلاعات مربوط به بیماران به کار می برند. همچنین پرستاران اغلب قبل از ملاقات با بیمار پرونده و چارثشان 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. پرستاران جهت تهیه شرح حال پرستاری و معاینات بالینی با یک یک

بیماران نشان 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. پرستاران در مراقبت های خود از مصاحبه جهت جمع آوری اطلاعات یا صحت و سقم آن و ارزیابی نتایج مراقبت های 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 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 پرستار و هم بیمار فارغ از سایر

درگیری های خود باشند. به طور خلاصه 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 پرستار پذیرش می گردد در واقع مکالمه ای بین دو فرد غریبه انجام می گیرد. 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 پرستار برای شروع یک مصاحبه موفق کمک کند. همچنین پرستار باید خود را معرفی کرده تا موجب راحتی فرد گردد.

کسب اطلاعات ویژه: هرچند 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 پرستار نقشاداره 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 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. 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 در مورد موضوع مصاحبه پرداخته شود. اگر 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 در مورد 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 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 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 پرستار معتقد است شنیده یا مشاهده کرده به کار می رود. مثال: 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. 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 پرستار به حرفهای او گوش نمی دهد.

۴- سوالات روشن کننده

با این روش پرستار سعی می کند از توضیحات بیمار منفعت ببرد مثال (بیمار: من هرگز قبلاً نیاز به مصرف دارو در تمام عمرم نداشتم.

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 بیمارالقا نماید که پرستار به حرفهایش گوش نمی دهد. هرچند وقتی در جای مناسب استفاده شود از سوء تفاهم هایی که منجر به تشخیص های 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 بادقت بیان نماید. (مثال، بیمار: من حقیقتاً به دلیل بالا رفتن فشارخونم و استفاده اجباری از این قرص ها مضطرب هستم. 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 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 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 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 وجود 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 پرستار می تواند سعی کند بیمار را به سمت موضوع خاص که در مثال آمده سوق دهد. (مثال، پرستار: شما گفتید که پدرتان را زود از دست داده اید آیا او عوارضی به دنبال فشارخون بالا داشت؟ بیمار: بله. پرستار: چه عوارضی داشت؟ بیمار: نارسایی کلیه. او سالها قبل از عمل جراحی پیوند کلیه دیالیز می شد. پرستار: و شما می ترسید که این مسئله برای شما اتفاق بیفتد؟) به این ترتیب 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 پرستار باید وقتی را به پرسش سوالات بیمار یا موضوعاتی که بیمار دوست دارد در مورد آن به بحث پردازد اختصاص دهد. بیماران اغلب از اینکه وقت پرستار را بگیرند مقید هستند، لذا صرف کمی وقت برای پاسخ به پرسش های بیمار، درخواست های مکرر احتمالی بیمار برای اطمینان از توجه 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 پرستار، تشخیص پرستاری را تنظیم نمود باید از طریق کتبی و شفاهی به سایر 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 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 پرستاری هرگز به مرحله اجرا نخواهد رسید.

۴- اجرا

پرستاران در هنگام اجرای برنامه های مراقبتی چندین نقش را تقبل می نمایند. ارتباط کلامی و غیر کلامی به 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 پرستاری مانند تشویق به نوشیدن ۱۰۰ سی سی مایعات در هر ساعت پس از بیداری نیاز به ارسال پیامهای بی شمار بین پرستار و بیمار دارد. 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 پرستار و بیمار بررسی می شود و سپس اجرای برنامه مراقبتی در گزارشات بیمار توسط پرستار ثبت می شود.

۵- ارزشیابی

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 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 پرستاران و سایر اعضای تیم بهداشتی استفاده می شود.

از آن جایی که 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 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 (تراکئوستومی - وجود لوله نای)، نقص آناتومیکی، شکاف کام، اختلالات روانی (سایکوز، فقدان محرک)، اختلافات فرهنگی، عوامل مرتبط با سن و یا رشد و تکامل.

تظاهرات: بر بالغین مسن و ارتباط با بیماران دارای نیازهای خاص تاکید 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 باز دست دادن شنوایی و فلج مغزی و سایر اختلالات عصبی و ماهیچههای و ضربات شدید سر و سکتة 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 روبه روی 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

لارنگتومی 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 پیردازید.

۴- مطمئن باشید که بیمار به طور موثری طریقه 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 ننمایند.

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 پرستار باید با ارتباط مناسب با والدین اطلاعات را دریافت نماید. همچنین نحوه ارتباط در شرایط سنی متفاوت، متغیر است.

مراحل ارتباط 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. 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 پرستار و بیمار، 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 پرستار باید تلاش نماید در این ارتباط چهره ای مطلوب از حرفه پرستاری نشان دهد. این ارتباط دارای ۳ مرحله است:

۱- مرحله معرفی یا آشنایی

زمانی است که صرف آشنایی 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 پرستار معمولاً این مزیت را دارد که قبل از اولین ملاقات اطلاعاتی راجع به بیمار خود به دست می آورد. به طور مثال 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 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 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 تجاربی نسبت به ارتباط با 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.

پرستار و بیمار هردو در جهت رفع نیازهای بیمار کار می کنند. تعاملات 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 پرستار موظف است هرگونه یاری مورد نیاز را جهت نیل به اهداف فراهم آورد. برای مثال اگر یک بیمار پیر اشتهای خوبی نداشته باشد و هدف، افزایش میزان دریافت مواد غذایی باشد، 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 پرستاران در کامل ترین شکل خود ارائه می گردد. در مرحله اجرا بین 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 پرستار دیگر و یا سایر کادر درمانی هم حضور داشته باشند).

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

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 هر دو 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؟)

(۱۹۸۰ نیز ۵ مرحله را در فرایند قرارداد مشخص کرده اند. این مراحل راهنمای خوبی برای فرایند عقد قرارداد محسوب)

Hayes و Davis

می گردد:

۱- شناسایی مشکلات و یا اولویت بندی آنها (بیمار و 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 (پرستار و بیمار در اجرای اهداف بکوشند و یا بر طبق اهداف از پیش تعیین شده رفتار کنند).

۴- ارزیابی قرارداد (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 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. 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 پرستار و بیمار بوجود می آید. اگر اهداف و پیامدها به تحقق نپیوندند میزان نزدیک شدن به آن باید مشخص شود. بیمار و 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. پرستار می تواند مرحله اختتام ارتباط یاری دهنده را به روش های مختلف آماده نماید. یک پرستاراندیشمند در صورت امکان می تواند شرایطی را برای بیمار به جهت برقراری یک ارتباط یاری دهنده با 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 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 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 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 جامعه 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 کنم چه مراجعه نکنم، 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 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 پرستار با سایر اعضای تیم بهداشتی

پرستاران 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، پرستاران به اتکای نقش های خود باید بهترین ارتباط را برقرار کنند. ارتباط با سایر اعضای تیم بهداشتی بخش مهمی از کار پرستار است که جهت تسهیل فرایند مراقبت از بیمار ضروری است. تبادل اطلاعات بین اعضای تیم بهداشتی که پرستار یکی از آنان است از دوباره کاری در جمع آوری اطلاعات جلوگیری می کند و هر کدام 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 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 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 بیماران با 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

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

پرستار در زمان تحویل و تغییر شیفت و همچنین نظارت مسئولین بخش و پرستاری و زمان ویزیت پزشک از این روش استفاده می کند. در زمان راند مقدار زیادی اطلاعات تبادل می گردد و همین طور نظرات در رابطه با وضعیت، بهبودی و برنامه های

مراقبتی بیماران مورد بحث و بررسی قرار می گیرد. این روش برای انتقال تجارب به دانشجویان پزشکی و پرستاری نیز از نظر آموزشی مهم است.

طرح یک مثال مناسب از ارتباط 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 تبریز به تهران آمده ولی هنوز قادر نیست به خوبی فارسی صحبت کند. او با دختر و دامادش زندگی می کند. نانا است و با ۳ پسر خودنواایی 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 پرستار وارد اتاق شد، در تخت نشسته بود و تعدادی از عکس های خانوادگی را تماشا کرده و با خود زمزمه می کرد.

پرستار: صبح بخیر آقای فرهادی، امروز حالتان چگونه 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.

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 وقتی که مراتب بهتر می توانم استفاده کنم.

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 نانوایی باشم. آنها در آنجا به من احتیاج دارند.

پرستار: آیا پسران شما در نانوایی 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.

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

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

پرستار: علی؟ (پرسش برای روشن نمودن مطلب)

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

پرستار: علی می تواند بعد از مدرسه اش به نانوایی 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 پرستار بعد از مدتی دوباره به اتاق آقای فرهادی بازگشت او به نظر بشاش تر از قبل می رسید.

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.

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.

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 خواهم داد.

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 پرستاری است. ارتباط دارای اجزاء، اشکال، سطوح مختلفی است که آشنایی با آنها جهت کاربرد صحیح در پرستاری امری ضروری است. چرا که پرستاران در همه امور به خصوص در فرایند پرستاری از اجزای ارتباط به عنوان شاخص کلیدی اجرای فرایندهای پرستاری بهره می برند. 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 پرستاری غلط و اجرای اشتباه امور بالینی جلوگیری می کند و پرستار را در پیشبرد اهداف تعیین شده و ارزیابی آن کمک خواهد کرد. با ارتباط موثر بین بیمار و پرستار و سایر اعضاء تیم بهداشتی اهداف درمانی قابل حصول است و تیم درمان را به هدف اصلی یعنی ارتقاء سطح سلامت بیماران هدایت می نماید.

مرگ شناسی (Thanatology)

مرگ شناسی شاخه ای از روان شناسی و روان پزشکی است که به شناخت مرگ و مردن و ساختارهای دفاعی روان شناختی مقابله با آنها می پردازد.

در واقع مرگ شناسی به شناسایی موقعیتهای و شرایطی می پردازد که مرگ یک فرد را در بر می گیرد. به این اعتبار، مرگ شناسی از مرزهای روانشناسی نیز بالاتر می رود و به عنوان یک دانش میان رشته ای مطرح می شود و با پزشکی، پرستاری و جامعه شناسی گره می خورد و در عین حال با فلسفه، الهیات، انسان شناسی نیز همپوشانی پیدا میکند. بنابراین مرگ شناسی به تمام جنبه های

مرگ، اعم از زیستی (فرایند های فیزیولوژیک)، روان شناختی (عناصر احساسی، شناختی و رفتاری) و اجتماعی (فرهنگی و مباحث قانونی) می پردازد و هدف آن کاهش رنج جسمانی و روانی بیماران رو به مرگ و اعضای خانواده آنهاست.

مرگ و گزینش معنای زندگی:

تصور هر فرد از مرگ، ارتباط نزدیکی با بینش فلسفی وی درباره حیات و جهان دارد. بنابر این اگر ما بتوانیم به زندگیمان معنا دهیم، مرگ نیز به همان مبنا بر معنا خواهد بود

مرگ، مسئله معنای زندگی را در همه عمق و عرض آن مطرح میکند، زیرا پایان هر فعالیت همواره افشاگر معنای آن است.

چگونه مردن یک فرد بیش از همه در گرو آن است که آیا و تا چه حد توانسته است به اهداف و آرمانهایش برسد و تکالیفی که بر عهده داشته است، تحقق بخشد. جان سپردن خاصه برای کسانی دشوار است که گرچه ممکن است زندگی پرباری را پشت سر گذاشته باشند، اما احساس کنند شیوه مردنشان تهی از معناست.

افرادی که زندگی با معنایی داشته اند می توانند به آخرین پرده حیاتشان که همانا مرگ است نیز ارزش و معنا بدهند آنها با آگاهی از اینکه به خاطر چه چیز زندگی کرده اند، این توانایی و قدرت را دارند که خود به خود به آخرین پرده حیاتشان که همانا مرگ است نیز ارزش و معنا بدهند.

چگونه مردن یک فرد بیش از همه در گرو آن است که آیا و تا چه حد توانسته است به اهداف و آرمانهایش برسد و تکالیفی که بر عهده داشته است، تحقق بخشد. جان سپردن خاصه برای کسانی دشوار است که گرچه ممکن است زندگی پرباری را پشت سر گذاشته باشند، اما احساس کنند شیوه مردنشان تهی از معناست.

وجوه مرگ

۱- مرگ جسمی

۲- مرگ روانی

۳- مرگ جامعه شناختی

مرگ جسمی : Physically Death

که دو جزء زیستی (Biology) و فیزیولوژیکی (Physiological) دارد.

مرگ زیستی: ارگانسیم هستی خود را به عنوان یک وجود انسانی از دست میدهد، مثل اغمای برگشت ناپذیر.

مرگ فیزیولوژیکی: عملکرد نظام اندامها متوقف می شود.

مرگ روانی : Psychological Death

هنگامی که بیمار مرگ خود را می پذیرد و به ژرفای وجود خویش بازگشت می کند. وقوع مرگ روانی ممکن است با کاهش واقعی عملکردهای روانی همراه باشد. از سوی دیگر مرگ روانی می تواند زودتر از مرگ زیستی باشد.

مرگ جامعه شناختی: Social Death

منظور جدایی میان بیمار و اشخاص مهم زندگی اوست در صورتیکه بیمار در تنهایی برای مردن رها شود، این مرگ روزها و هفته ها پیش از پایان واقعی زندگی رخ می دهد و ممکن است به صورت روندی کاهنده بر خاتمه نهایی حیات مقدم باشد. مرگ جامعه شناختی را میتوان شکل نهایی یا تکامل یافته مرگ روانی دانست.

هراس از مرگ :

دقت در زندگی اقوام کهن نشان می دهد که آدمی همیشه مرگ را ناخوشایند می دانسته است. از دیدگاه روان پزشکان این پدیده طبیعی است زیرا آدمی در عمق ناخودآگاه، مرگ خویش را غیرممکن میداند.

ترس از مرگ جهانی و عمومی است، از آنجا که ما تصور مبهمی از مرگ داریم، واکنش ما در برابر آن به اضطراب بیشتر شبیه است تا ترس. البته باید میان هراس از مرگ و مضطرب شدن به خاطر مرگ تفاوت قایل شد. ترس غریزی از مرگ یک واکنش کاملاً عادی است، زیرا خود محرک حیات است. ولی مضطرب شدن به خاطر مرگ عاملی منفی است و ممکن است باعث فلج شدن فعالیتهای بشر شود.

در واقع این نه خود مرگ، بلکه تصویر پیش نگرانه مرگ است که ترس و دهشت برمی انگیزد. اگر بنا بود همین آن بی هیچ دردی بمیریم مرگ برایمان دهشت آور نبود.

گاهی نیز هراس افراد نه از مرگ بلکه ترس از لحظات احتضار است. آنها غالباً نگران بیماری طولانی و دردناک لحظات احتضار هستند که مقدم بر مرگ میباشد. ترس از مرگ که موجب بروز افسردگی در افراد می شود، ارتباط نزدیکی با فردیت دارد، افرادی که فقط و فقط به خود فکر می کنند هراس بیشتری از مرگ دارند.

مرگ و رشد

مرگ چگونه می تواند هم کسی را که می میرد و هم آنهایی را که پشت سر او زنده می مانند رشد دهد؟ یکی از سودمندترین مسیرها برای رشد انسان مطالعه و تجربه مرگ است. مرگ به یاد ما می آورد که فرصت ما اندک است و قبل از اینکه عمرمان تمام شود باید کاری کنیم.

روبرو شدن با مرگ ممکن است بسیار دشوار باشد و ما را وسوسه کند که از آن اجتناب کنیم، ولی اگر شجاعت کنار آمدن با مرگ را بیابیم و بدانیم که قطعاً اتفاق خواهد افتاد با پذیرش مرگ رشد خواهیم کرد. بر خلاف سایر شرایط رشد دهنده که در آنها حق انتخاب داریم در اینجا کسی از ما نمی پرسد که آیا می خواهیم برویم یا نه. تنها چیزی که در کنترل ماست "کیفیت تجربه جدایی" است.

سطوح برقراری مکالمه با بیمار پایانی:

۱- "بیماری" و علائم فیزیکی آن، در این مرحله هدف از برقراری ارتباط، بالابردن درجه همکاری او برای تشویق به ادامه درمان است.

۲- آگاهی از بیماری و مرگ نزدیک و واکنش روانی به آن: این مرحله حفظ تعادل روحی و ایجاد حدود متناسبی از آگاهی نسبت به اهمیت بیماری و درمان استرس و کمک به او برای حفظ حداکثر توانایی در روشهای مدارا با موقعیت مد نظر است.

۳- تغییرات در روابط اجتماعی در موقعیت بیماری: هدف این مرحله حفظ روابط بیمار با افراد خانواده، کمک به او برای تطابق با نقش بیمار و جلوگیری از فشارهای نامطلوب هیجانی ناشی از روابط معیوب بیمار- خانواده است..

فرایند روانشناختی مردن

الیزابت کوبلر راس (۱۹۶۵) با تحقیق بر روی ۵۰۰ بیمار محتضر فرایند روانشناختی مردن را در ۵ مرحله تبیین می نماید که بیمار در هر مرحله نیازهای خاصی داشته و ارتباط با وی مستلزم شناخت این نیازهاست. پس از راس، فعالیتهای وی در خصوص مهارتهای ارتباطی با محتضرین توسط برخی محققین ادامه یافته و فعالیتهای آنان منجر به تاسیس شورای ملی مراقبتهای تسکینی در سال ۲۰۰۵ گردید. مراقبت تسکینی، مدیریت انسانهای مبتلا به بیماریهای پیشرفته است که تمرکز آن بر بهبود کیفیت زندگی بیمار و خانواده اش می باشد. یکی از حوزه های مهم مراقبتهای حمایتی- تسکینی، مهارتهای ارتباطی با بیمار لاعلاج می باشد که در قالب سه سطح عمومی، پیشرفته و تخصصی به افرادی که در کمک رسانی به بیمار دخیل می باشند، ارائه میشود.

۱- مرحله انکار (من؟؟ نه امکان نداره!!)

بیمار در مرحله انکار بیماری است اگر:

مشکلات خود را دست کم و بی اهمیت جلوه دهد.

از صحبت کردن از بیماری طفره برود و اصرار به صحبت از مسائل غیر مرتبط داشته باشد.

با وجود سیر پیش رونده بیماری دائماً به دیگران یادآوری می کند که حالش رو به بهبودی است.

۲- مرحله خشم (آخر چرا من؟؟)

وقتی بیمار از بیماری خود خشمگین است

در برخورد با بیماری که به دلیل آگاهی از بیماری ناعلاجش دچار خشم و پرخاشگری شده است، مهمترین نکته دانستن این مطالب است که:

خشم واکنشی است از نگرانیهای پنهان بیمار، حاصل تفکر: "حمله بهترین دفاع است."

شاید پرسنل درمان یا خانواده بیمار مورد رفتار خشم آلود بیمار قرار بگیرند، اما در واقع این خشم نشانه ای از نگرانی وسیع درونی بیمار است

واکنش به خشم بیمار:

برخورد محترمانه و گذشتن از خشم، کلید طلایی رفع مشکل است.

از هرگونه رفتار مقابله به مثل و تلافی جویانه خودداری شود.

خشم بیمار را نسبت به خود شخصی نکنید. از ماهیت فرافکنی واکنش خشم آگاه باشید.

با آرامش و متانت قدرت تحمل خود را بالا ببرید.

صحبت هایی که معمولاً برای آرام کردن بیمار به کار می رود، ولی عملاً بی فایده است:

* تلاش برای رفع اتهام از خود:

مثال: مگر ما مقصر بیمار شدن تو هستیم؟ ما که برای درمان تو هر کاری توانستیم انجام داده ایم...

* نصیحت کردن بیمار:

مثال: آرام و صبور باش. اینقدر عصبانی نشو...

* مشروط کردن حمایتها:

مثال: باید آرام باشی تا در کنارت بمانیم...

* انتقاد کردن، سرزنش کردن و تهدید کردن

بنابراین بهترین عبارتهایی که در برخورد با بیمار خشمگین موثر است شامل عبارتهایی است که بیانگر احترام به وی و حاکی از عشق بدون قید و شرط است.

گاهی بیمار با انجام رفتارهای خشم آلود قصد دارد اطرافیان خود را آزمایش کند که تا چه حد به او توجه دارند. بنابراین بهترین گفتارها در این گونه موارد شامل:

حتی اگر بر ما خشم هم بگیری باز هم در کنارت خواهیم ماند.
بدون اینکه خشمگین شوی، به نیازهایت رسیدگی می کنیم.... ما در همه حال در کنارت خواهیم بود.

سرکوب کردن خشم بیمار، منجر به افسردگی او می شود.
فعالانه گوش دادن، کلید ورود به ترسها، نگرانیها و کنار آمدن با خشم بیمار است.

مرحله سوم: چانه زدن (معامله)

این مرحله چندان شناخته شده نیست و ممکن است خیلی کوتاه باشد. چنانچه بیمار در مرحله نخست موفق نشده باشد واقعیت غم انگیز را هضم کرده باشد و در مرحله دوم بر همه کس خشم گرفته باشد، آنگاه با خود می گوید شاید بتواند به نوعی توافق برسد که این واقعه محتوم را به تعویق بی اندازد.

مرحله چهارم - مرحله افسردگی

بیمار با نگرستن به گذشته، تغییرات بدنی، تغییر در وظایف و مسئولیتهای خانوادگی و شغلی و بار مالی ناشی از اقدامات درمانی احساس غمگینی و ناراحتی می کند. گاهی اعمال جراحی و تغییرات فیزیکی ناشی از شیمی درمانی تأثیرات عمده ای را بر حالات روانی بیمار ایجاد می کند.

گاهی غمگینی و افسردگی پاسخ نرمال بیمار به فقدانها، تغییر در سلامت و استقلال بیمار است که در این صورت نباید حذف شوند. نکته مهم این است که باید به افسردگی بیمار به صورت توجه و دقت کردن پاسخ داده شود. به همان اندازه که به نشانه های جسمانی او توجه می شود.

برخورد با بیمار در مرحله افسردگی

دلگرمی دادن، نوازش کردن و توصیه به جراحی های ترمیمی برای جبران تغییرات

حمایت های مالی، تقسیم مسئولیتها و کارهای انجام نشده ی بر جا مانده بیمار در خانواده

کمک گرفتن از روانشناس یا روانپزشک

خودداری از سرزنش کردن بیمار به منظور برگرداندن وی به زندگی

به بیمار اجازه داده شود اندوه خود را به طور کامل ابراز کند. فعالانه به ابراز اندوه او گوش کنید.

استفاده فراوان از واکنشهای غیر کلامی (فعالانه گوش دادن، نوازش کردن، نگاه محبت آمیز و...)

اطمینان دادن به بیمار که در هر صورت در کنارش خواهید بود و تنهانش نخواهید گذارد.

* از اطمینان دهی کاذب اکیداً خودداری کنید، برای مثال: من مطمئنم که تو بهبود خواهی یافت...

مرحله پنجم: پذیرش

چنانچه بیمار فرصت کافی داشته باشد و به او کمک شده باشد تا مراحل پیشین را از سر بگذراند، در این صورت به مرحله ای میرسد که نه دیگر افسرده است و نه خشمگین. او با سوگی ارزشمند و با انتظاری آرام به پایان محتوم خود می اندیشد. اکنون بیمار خسته و از پا در آمده است. بیشتر به چرت زدن و خوابیدن نیاز دارد آن هم به صورت فاصله های کوتاه.

اعضاء خانواده نیز برای سازگاری از مراحل عبور می کنند که شبیه مراحل است که بیمار از آنها می گذرند. در آغاز ممکن است واقعیت را انکار کنند. ممکن است خشم خود را به پزشک یا کادر بیمارستان فرافکنی کنند و آنها را به بی توجهی و بی کفایتی متهم کنند. با پشت سر گذاشتن خشم و تنفر و احساس گناه، خانواده بیمار به مرحله سوگ پیش از مرگ پا می گذارند. هر چه این سوگ پیش از مرگ بیشتر ابراز شود، تحمل آن در آینده آسانتر می شود. خانواده بیمار باید تفهیم شوند که تحمل هیجانهای واقعی آنها برای بیمار آسانتر است از نقاب غیر واقعی آنها و او این نقاب دروغین را بیشتر پنهانکاری میدانند تا همدردی

شیوه برخورد با ابراز احساسات بیمار:

- اگر بیماری مایل به ابراز احساسات خود نسبت به بیماری خود می باشد، هرگز نباید متوقف شود، اما اگر هیچ علاقه ای به این کار ندارد، نباید تحت فشار قرار بگیرد.
 - در صورتیکه شرم مانع ابراز احساسات بیمار می شود، به او توصیه شود که از معیارهای خودساخته ای همچون: "مرد که گریه نمی کنه" یا "گریه نشانه ضعف است" دست بردارد، به او گفته شود لازم نیست مثل قهرمانها رفتار کند و از بیان اضطراب و ترس خود نگران باشد، چون ناراحتی کاملاً طبیعی بوده و حتی سرسخت ترین افراد هم در چنین موقعیتهایی نیازمند گفتگو با دیگران هستند.
 - هیجانهای همچون خشم، بهتر است با ظاهر شدن و بروز پیدا کردن فرونشانده شوند. خصوصاً وقتی این احساسات سطحی و در مورد بیماری است، مانند خشم از پرسنل درمانی، دوری از منزل، ترس از عمل جراحی و... بروز دادن خشم در این گونه موارد نقش "درآوردن دمل چرکی" را برای بیمار بازی می کند.
- به بیمار بیندیشیم نه به بیماری...



روش های مدیریت خشم

تعریف خشم:

خشم یک احساس پیچیده است که به صورت جسمانی و هیجانی ابراز می شود. خشم واکنش طبیعی ارگانیسم نسبت به شرایط و موقعیت هایی است که در آن دچار ناکامی می شویم و احساس تهدید می کنیم، یا معتقدیم صدمه خواهیم دید یا فردی در مورد ما دچار اشتباه شده است. این احساس می تواند از یک احساس خفیف ناخوشایند تا یک احساس شدید عصبانیت را در برگیرد.

خشم و پرخاشگری یک رفتار است که هدف آن صدمه زدن به پرخاشگری یک فرد دیگر یا اموال اوست. پرخاشگری می تواند به شکل سوء استفاده کلامی، تهدید کردن یا اعمال آسیب زننده باشد. ولی خشم یک احساس است که الزاما منجر به پرخاشگری نمی شود. بنابراین یک فرد ممکن است خشمگین شود، بدون اینکه الزاما رفتار پرخاشگرانه داشته باشد.

خصومت:

خصومت یک اصطلاح مرتبط با خشم و پرخاشگری است. خصومت به مجموعه ای از نگرش ها و قضاوت های برانگیزاننده رفتارهای پرخاشگرانه اطلاق می شود. بنابراین خشم یک هیجان و پرخاشگری یک رفتار است در حالی که خصومت نگرشی است که شامل دوست نداشتن دیگران و ارزیابی منفی آنان است.

ده علت خشم

مابل در سال ۱۹۹۴ ده علت خشم افراد را به این شکل توصیف می کند:

۱. جلوگیری از رفتار هدفمند
۲. تحقیر شدن یا مورد تبعیض قرار گرفتن
۳. مورد پیشداوری یا بی مهری قرار گرفتن
۴. مورد فریب کاری یا عهد شکنی قرار گرفتن
۵. تحقیر شدن احساسات، ارزشها، یا اقتدار واقعی فرد از سوی دیگران
۶. مورد بدرفتاری و بی توجهی قرار گرفتن از سوی دیگران

۷. صدمه دیدن در نتیجه بی توجهی نسبت به خود

۸. رفتار حاکی از بی توجهی دیگران

۹. مورد تجاوز و حمله بدنی یا کلامی قرار گرفتن

۱۰. قربانی شدن

علائم هشدار دهنده نشانه های خشم

• این نشانه ها علایم هشدار دهنده ای هستند که به شما نشان می دهند دارید خشمگین می شوید و خشم تان در حال افزایش است.

نشانه های خشم:

• نشانه های جسمی

• نشانه های رفتاری

• نشانه های هیجانی

• نشانه های شناختی ذهنی

نشانه های جسمانی همراه با خشم:

• افزایش ضربان قلب

• افزایش فشار خون

• گشاد شدن مردمک چشم

• منقبض شدن عضلات

• تغییر رنگ چهره سرخ شدن یا رنگ پریدگی

• داغ شدن یا یخ کردن

• بیحس شدن برخی قسم تهای بدن

• تغییر تنفس

• احساس درد در قفسه سینه

نشانه های رفتاری خشم:

• مشت کردن دست ها

• عقب و جلو رفتن

• کوبیدن در

• بالا بردن صدا

نشانه های هیجانی:

- عصبانیت
- خشونت
- خصومت
- تحقیر شدن
- بی حرمتی
- احساس گناه
- بی صبری
- نا امنی
- حسادت
- طرد شدگی
- ترس
- کینه توزی
- غضب
- تنفر
- تحریک
- رنجش
- غرض
- احساس ترک شدن

نشانه های شناختی :

- نشانه های شناختی به افکاری اطلاق می شود که در واکنش به موقعیت خشم بر انگیز به ذهن افراد خطور می کنند.
- وقتی فرد عصبانی می شود معمولاً رویدادها را به شیوه خاصی تفسیر می کند.
- به این افکار “خود گویی” می گویند. خود گویی افراد خشمگین معمولاً انتقادی و خصمانه است و منعکس کننده باور او نسبت به جهان، افراد، مکان ها و اشیا است.

نشانه های شناختی :

- کاهش تمرکز
- اشتغال ذهنی با حرف یا رفتار طرف مقابل
- خود گویی های منفی مانند سرزنش طرف مقابل
- تحریف های شناختی مثل بزرگ نمایی
- افکار بایدها

نحوه واکنش به خشم:

- افراد از فرایندهای خود آگاه و ناخود آگاهانه مختلفی برای برخورد با خشم استفاده می کنند.
- سه رویکرد مهم در برخورد با پدیده خشم عبارتند از :
- فرو خوردن خشم، ابراز خشم و خشم جا به جا شده

روش ابراز خشم شما چیست؟

آیا شما میدانید که شیوه ابراز خشمستان چیست؟ اگر نمیدانید، ممکن است دلیل مشکلاتی که در خانه، محل کار یا زندگی اجتماعی دارید، همین باشد. نگذارید خشم، کنترل شما را به دست بگیرد، بلکه شما باید با شناختن سه روش اصلی مهار خشم، کنترل زندگی خود را به دست بگیرید. این سه شیوه عبارتند از: فرو نشاندن، بیرون ریختن و منفجر شدن و کنترل یا مهار کردن خشم.

انواع خشم؟

هرچند اکثر مردم در زندگی روزمره ممکن است از همه این روشها استفاده کرده باشند، اما معمولاً هر شخص یک شیوه را نسبت به دو شیوه دیگر بیشتر مورد استفاده قرار میدهد. این سه شیوه، مولود شرایط خارجی و محیطی و همچنین رفتارهای ژنتیکی هستند. هر خلق و خوی خاص، یک یا دو نوع از این روشها را بیشتر مورد استفاده قرار میدهد و فرهنگ، خانواده و اجتماع نیز نقش مهمی در این موضوع ایفا میکنند. اما مهمترین عامل در تعیین کردن روشی که هر فرد در برخورد با نزدیکترین کسان خود، مانند خانواده، به کار میبرد، آموختن است.

روشهای اکتسابی

تمام روشهای ابراز خشم، روشهای اکتسابی هستند و ما آنها را از دیگران می آموزیم. در نتیجه، هر نوع ابراز خشم میتواند با روش دیگر جایگزین شود یا فراموش شود. به این معنا که شخص میتواند روش خاص ابراز عصبانیت خود را تغییر داده، آنرا کنترل و هدایت کند.

فرو نشاندن

روش فرو نشاندن خشم، در اشخاصی وجود دارد که خشم را به طور کل چیزی ناپسند دانسته و سرکوب کردن آنرا کاری شایسته میدانند. اما خشم، احساسی خدا داده و طبیعی است که نمیتواند سرکوب شده یا از بین برود. در نتیجه، کسانی که خشم خود را مدام سرکوب میکنند، با گذشتن از مرز تحمل خود، در ناچیزترین و کوچکترین موقعیت عصبی ممکن، منفجر میشوند.

افرادی که از این روش پیروی میکنند عادت کرده اند که احساس و ابراز خشم را نادیده بگیرند. آنها مدام نگران این هستند که در صورت عصبانیت، دیگران درباره شان چه فکر خواهند کرد. مهمترین دل مشغولی آنها این است که سعی میکنند در تمام احوال موافق دل دیگران عمل کنند و همه آنها را به دید مثبت بنگرند. ممکن است آنها سرکوب کردن خشم را به خاطر ترس از انتقام طرف مقابل به کار برند یا اینکه قسم خورده باشند مانند والدین غضبناک خود رفتار نکنند.

بیرون ریختن و منفجر شدن

این روش درست نقطه مقابل شیوه قبلی است. چنین شخصی، برخلاف فرد سرکوب کننده، خشم خود را

آزادانه و بدون کنترل ابراز میکند. آنها هیچ چیزی را در دل نگه نمی‌دارند و تحت تاثیر شدت موقعیت، بی رحمانه بر همه می‌تازند. هر کسی میتواند هدف حملات لفظی یا جسمی آنها باشد. آنها غالباً احساسات خود را "سیل آسا" توصیف میکنند و میگویند که چنان تحت تاثیر احساسات قرار میگیرند که نمیدانند در آن لحظه چه میکنند.

آنها معمولاً به خاطر شیوه ابراز خشم خود دچار پشیمانی و احساس گناه میشوند و گاهی قول میدهند که رفتار خود را تغییر دهند. این دسته از افراد آموخته اند که ابراز خشم روشی سریع و مطمئن برای رسیدن به خواسته ها و کنترل دیگران است. کودکان در سن کم می آموزند که کج خلقی و رفتاری توأم با گریه و جیغ و فریاد میتواند یک شکلات، اسباب بازی یا عملی شدن خواسته آنها را به دنبال داشته باشد و بزرگسالان نیز متوجه میشوند که عصبانیت میتواند موجب شود کودکان به حرفشان گوش دهند، هر چند که عمر این حرف شنوی ممکن است بسیار کوتاه باشد.

آنچه در کانون افکار این اشخاص وجود دارد، نیاز به قدرت و کنترل داشتن بر دیگران است. آنها بر خلاف ظاهرشان معمولاً دارای حس نا امنی و عدم قدرت هستند و غیر از مواقع ابراز خشم، خود را قوی نمیدانند. آنها از وابستگی رنج میبرند و هنگامی که دیگران ترکشان میکنند دچار انزوا و تنهایی شده و بیش از پیش به خشم فراینده و انفجاری مبتلا میشوند.

کنترل یا مهار کردن

آخرین روش، کنترل یا مهار خشم است. شخصی که چنین روشی در ابراز خشم دارد، از میزان خشم خود آگاه است و آنرا در راهی سازنده ابراز میکند. او به جای سرکوب کردن یا منفجر شدن از غضب، به احساس خود واقف است و انرژی حاصل از آنرا در راهی صرف میکند که منجر به یک تغییر در موقعیت یا رابطه آنها شود.

برای مثال، یکی از والدین ممکن است اعلام کند: "من از اینکه تو اسباب بازیهایت را جمع نکرده ای عصبانی هستم" شخصی که خشم خود را کنترل میکند، گفتگو را طوری پیش میرد که سازنده باشد و به جای اینکه بگوید چه چیزی نمیخواهد، به بیان واضح خواسته خود میپردازد. او ممکن است به فرزندش بگوید: "من میخواهم که تمام اسباب بازیهایت را جمع کنی، در غیر اینصورت مجبور میشوم مدتی آنها را کنار بگذارم."

در این روش، والد، فرزند خود را به خاطر اجرای خواسته خود خجالت نمیدهد و او را مقصر جلوه نمیدهد. روش اول ممکن است در کوتاه مدت مفید باشد، اما همکاری کودک را در دراز مدت تضمین نمیکند و علاوه بر آن موجب بروز رنجش و کینه توزی خواهد شد.

باورهای غلط در ابراز خشم

کسی که میتواند خشم خود را کنترل کند، میداند که جملاتی نظیر: "خشم و غضب نادرست و مذموم هستند" و یا "اگر داد بزنی خشم به پایان میرسد" واقعیت ندارند و مهمتر از همه اینکه، چنین افرادی افکار غیر منطقی و بی معنایی که میتوانند موجب خشمشان شوند را تشخیص میدهند، با آنها مبارزه کرده و از ذهن خود خارج میکنند. آنها به خوبی متوجه هستند که چه چیزی خوششان را به جوش می آورد و با تمرین و ممارست توانسته اند در چنین برخوردهایی بهترین تصمیم را اتخاذ کنند.

راههای کنترل خشم در محیط کار

آیا هنوز هم از این که تاکنون در محیط کار از تلاش هایتان قدردانی نشده و ارتقای رتبه نگرفته‌اید، عصبانی هستید؟ آیا عصبانیت شما به خاطر داشتن همکارانی است که دائم با بدگویی‌ها و دخالت‌های خود، دست به تخریب وجهه شما نزد کارفرمایان می‌زنند؟ شاید وقت آن رسیده که به این خشم به عنوان یک عامل بازدارنده در محیط کار که کارایی شما را کاهش می‌دهد توجه بیشتری کنید و حداقل ریشه آن را بیابید. شواهد نشان می‌دهد بسیاری از ما، در محیط کار، نفرت و عصبانیت را در خود سرکوب می‌کنیم غافل از این که این احساسات، تاثیر منفی خود را بر زندگی شخصی و حرفه‌ای ما به جا می‌گذارند. ریشه‌یابی این احساس، حداقل کاری است که ما می‌توانیم به عنوان گام اول برای رهایی از آن برداریم. نتایج یک تحقیق دانشگاهی نشان می‌دهد از هر ۴ کارمند، یک کارمند در محیط کار خود بنا به دلایل مختلف عصبانی است و در بیشتر اوقات این عصبانیت را کتمان می‌کند. این عصبانیت در آن حد نیست که به کسی آسیبی برساند، اما تاثیرات منفی آن به صورت استرس، افسردگی، دلزدگی از کار، خستگی مفرط و حتی تحریک دیگران به خرابکاری و توطئه علیه دیگران در وجود فرد نمود می‌یابد؛ بنابراین عصبانیت ناشی از کار یا محیط کار، نه تنها برای سازمان‌ها خطرناک است، بلکه می‌تواند سلامت افراد را با بیماری‌هایی نظیر فشارخون بالا، سردرد و حتی ناراحتی‌های قلبی عروقی به خطر اندازد.

مهار و کنترل خشم

این که چگونه و کجا خشم خود را بروز دهید به شرایط بستگی دارد. لذا افرادی که کنترل عصبانیت در آنها سخت و دشوار است نیاز به برنامه‌ای برای کنترل عصبانیت دارند. با این حال راهکارهای زیر به شما کمک خواهد کرد تا بر خشم خود مسلط شوید یا آن را به طرز صحیحی بروز دهید.

کنترل زبان

هنگام خشمگین شدن نخستین مطلبی که باید به آن توجه کنید کنترل زبانتان است (یعنی هر سخنی را نگویید و اول فکر کنید). اگرچه کنترل زبان هنگام عصبانیت و خشم، سخت و دشوار است، چون برای برخی افراد کنترل دست خود که به کسی صدمه نزنند و کنترل پای خود که در مسیر خلاف گام برندارند، بسیار آسان‌تر از کنترل زبان است، اما باید بدانیم که بسیاری از گناهان و خطاها به دلیل کنترل نکردن زبان روی می‌دهد.

واکنش خود را به بعد از رفع عصبانیت تان موکول کنید

مطمئن باشید هنگام خشم، همیشه اولین راهی که به ذهن می‌رسد بهترین راه نیست، بنابراین با به تعویق انداختن خشم می‌توانید بهترین راه را برگزینید.

بنابراین اگر عصبانی هستید با شمردن از ۱ تا ۵۰ واکنش خود را در برابر شرایط موجود به پس از رفع شدن عصبانیت تان موکول کنید. روان‌شناسی توصیه می‌کند: «بر خود مسلط شوید و با حفظ خونسردی، از گرفتن هرگونه تصمیم یا اقدامی در لحظه‌ای که برآشفته هستید، خودداری کنید.»

سرگرم کردن خود با افکار دیگر به شما کمک می‌کند در آن لحظه بر خود مسلط شوید و با احساسات ضد و نقیض خود کنار بیایید. وقتی بر خشم خود فائق آمدید به جای سرزنش کردن خود، به خود تبریک بگویید و با آرامش خاطر به حل مشکل پردازید. به خاطر داشته باشید که در حالت عصبانیت، مشکل بتوان طرف مقابل را متوجه درستی دیدگاه خود کرد؛ بنابراین اثبات درستی حرف یا موضع خود را به پس از رفع عصبانیت موکول کنید.

نفس عمیق بکشید

در لحظه عصبانیت چند نفس عمیق بکشید. این کار باعث خون‌رسانی بهتر به سلول‌ها و بافت‌های بدن و فعالیت بهتر مغز می‌شود. در نتیجه قادر خواهید بود بهتر مشکل خود را بررسی کنید و چگونگی مقابله واقع‌بینانه را با آن بیابید.

از مسائل و مشکلات جزئی عصبانی نشوید

وقتی از دست فردی یا چیزی عصبانی می‌شوید برای لحظه‌ای با خود تامل کنید که آیا ارزش دارد خود را به خاطر مسائل و مشکلات جزئی و پیش پا افتاده عصبانی کنید.

اهمیت ندهید

بسیاری از مواقع با چشمپوشی از برخی مسائل یا رفتارها می‌توان خود را از افتادن در دام عصبانیت نجات داد. به عنوان مثال اگر کسی در محیط کار با شما رفتار ناعادلانه‌ای داشت به جای غصه‌خوردن و سرکوب کردن خشم‌تان بسادگی از کنار آن بگذرید و به خاطر آن اعصاب خود را فرسوده نکنید. بد نیست در اینجا به داستان کوتاهی در مورد بودا اشاره کنیم

یک روز بودا در دهکده‌ای به موعظه می‌پرداخت. در همان حال یکی از افراد دهکده سعی داشت با ایجاد مزاحمت برای او، بودا را عصبانی کند. بودا به او گفت: «اگر به من یک تکه کاغذ بدهی و من آن را قبول نکنم، آن تکه کاغذ چه سرنوشتی خواهد یافت؟» آن مرد گفت: «نزد من خواهد ماند.» بودا رو به او کرد و گفت: «و این دقیقاً همان کاری است که من با آزار و اذیت‌های تو می‌کنم. آنها را به تو واگذار می‌کنم و به خود نمی‌گیرم.»

دیدگاه‌های مختلف را مد نظر قرار دهید

گاهی یک مساله یا مشکل از ابعاد مختلفی قابل بررسی است و با دیدگاه‌های مختلفی می‌توان به آن پرداخت، در نتیجه تصمیم‌گیری درباره درست یا غلط بودن آن، کاری بیهوده است. متفاوت بودن دیدگاه‌های طرف مقابل ما نباید باعث شود فکر کنیم او اشتباه می‌کند یا این که حق فقط با ماست.

کمی قدم بزنید تا خشم‌تان فروکش کند

در طی یک جلسه کاری، وقتی کسی از سبک مدیریت یا بخش تحت اداره شما ایراد می‌گیرد، عصبانی نشوید. وقتی می‌بینید که درصدد خشمگین شدن هستید، خود را از آن محل دور کنید. بهانه‌ای بیاورید و از جلسه بیرون روید تا بتوانید عصبانیتان را فروکش دهید. اگر برای فروکش کردن خشم‌تان به خود فرصت دهید می‌توانید کنترل احساساتان را دوباره به دست آورید.

قبل از نشان دادن هرگونه واکنش، توضیح بخواهید

با پرسیدن سؤال‌های مختلف وقت را بگذرانید. می‌توانید از صحبت‌های دیگران استفاده کرده و سؤال‌اتی از آنها پرسید. با این کار به آن فرد زمان می‌دهید که اشتباه خود را تصحیح کند.

از قانون ۱۰ ثانیه‌ای استفاده کنید

هیچ عکس‌العملی نشان ندهید. اگر می‌بینید که در یک جلسه‌ی کاری یا پشت تلفن می‌خواهید کنترل خشم‌تان را از دست بدهید، با خود تا ۱۰ بشمارید تا از عصبانی شدن‌تان جلوگیری شود. قبل از نشان دادن هرگونه واکنش، واقعیات را بررسی کنید.

باکسی که می‌تواند آرامتان کند حرف بزنید

همیشه کسی را برای درد دل کردن و تکیه کردن داشته باشید، چه داخل و چه خارج از محل کار. در این مواقع سعی کنید که با او بیرون رفته و کمی صحبت کنید. درست نیست که همه‌ی احساساتان را در خود نگاه داشته و بیرون نریزید. با این کار سلامتی خودتان به خطر خواهد افتاد. با دوستی صمیمی در مورد این مشکلات صحبت کنید تا او آرامتان کرده و کنترل خود را دوباره بازیابد.

برای از بین بردن عصبانیتان ورزش کنید

اجازه ندهید که تصویر کاریتان با عصبانی شدن و از دست رفتن کنترل‌تان مخدوش شود. در این مواقع ورزش کمک بسیار خوبی است. به باشگاه بروید و کمی ورزش کنید. مطمئناً همه چیز را فراموش خواهید کرد.

بینید چه چیز باعث عصبانیتان می‌شود

آگاه باشید که در چه موقعیت‌هایی کنترل خود را از دست داده و عصبانی می‌شوید. وقتی فهمیدید که چه چیز منجر به عصبانیتان می‌شود درصدد جلوگیری از ایجاد چنین موقعیت‌هایی برآیید. با اینکه یاد بگیرد که چطور با این موقعیت‌ها کنار بیاید تا موقعیت کاریتان خدشه دار نشود.

همکارانتان را بشناسید

ببینید رفتار هر کدام از همکارانتان چه علائمی دارد. ممکن است خیلی از حرف های آنها که برای شما مثل انتقاد می ماند، در واقع حکم شوخی داشته باشد. با شناختن شخصیت و رفتارهای همکارانتان، بهتر می توانید با انتقادات آنها کنار آمده و خشم خود را کنترل کنید.

واکنش افراد دیگر را پیش بینی کنید

زمانی که می خواهید کار جدیدی را در اداره انجام دهید، واکنش و عکس العمل همکارانتان را پیش بینی کنید. با این کار می توانید بهتر با انتقادات و ایرادهای آنها پس از انجام کار کنار بیایید.

خود را برای حفظ آرامش آماده کنید

زمانی که می خواهید سخنرانی انجام دهید، خود را برای هر نوع سؤال و انتقادی آماده کنید. با این کار می توانید حین ایراد انتقادات سایرین آرامش خود را حفظ کرده و به درستی پاسخ منتقدین را بدهید.

شروع به نوشتن کنید

کلماتی که موقع عصبانیت بیان می کنید را روی کاغذ بنویسید و سعی کنید دیگر هنگام مشاجره و عصبانیت آنها را تکرار نکنید.

قبل از نوشتن هر ایمیل نامحترمانه کمی صبر کنید

هیچگاه به دیگران بی احترامی نکنید، حتی اگر حق با شما باشد. آسان است که اجازه بدهیم ابرهای تیره جلوی قضاوتمان را بگیرد. قبل از ارسال هر ایمیل نامحترمانه در پاسخ به انتقادات سایرین یک روز صبر کنید. روز بعد دوباره آن را خوانده و تجدیدنظر کنید.

بجای داد زدن حرف بزنید

در مورد چیزی که دارید می گوید کمی فکر کنید و صدای تان را بلند نکنید. در مورد چیزی که شما را عصبانی کرده با آرامی توضیح دهید. سعی کنید قبل از اینکه پاسخ بدهید به آنچه فرد مقابل تان هم می گوید گوش کنید.

در پایان هر روز خشمستان را دور بیندازید

یاد بگیرید که با ترک اداره، عصبانیت های خود را نیز دور بریزید. بعد از کار به کارهایی بپردازید که به آن علاقه داشته و لذت می برید. با دوستانتان بیرون بروید، یا تلویزیون تماشا کنید، با این کار استرستان را از بین خواهید برد.

برای طغیان های عصبی خود عذرخواهی کنید

با وجود اینکه قصد بدی نداشته اید، درست نیست که جلسات اداری را با عصبانیت ترک کنید. اگر در حین جلسه عصبانیتتان باعث شده که به کسی بی احترامی کنید، از او معذرت بخواهید. لزومی ندارد که برای عصبانیت خود توضیحی بیاورید، فقط گفتن «من رفتار بدی داشته ام و عذر می خواهم» کافی است تا همه سوء رفتارها را از بین ببرد.

مثل یک انسان رفتار کرده و جلو بروید

مدیران خوب با شخصیت های استوار ، احساساتی قوی نیز دارند. این به این معنی نیست که می توانید اجازه بدهید احساساتتان بر شما غلبه کنند، قضاوت هایتان را تیره کرده و ایجاد مشکل کنند. با شناسایی علائم عصبانیتتان، می توانید آسان تر بر آنها چیره شوید، حتی بدون اینکه کسی بفهمد. احساسات منفی خود را با اعتماد به نفس جایگزین کنید و تعادل احساساتتان را حفظ کنید. در این مسائل عجله نکنید. سال ها طول می کشد تا آبرو و اعتبار جمع شود اما برای از بین رفتن آن فقط ثانیه ای کافی است.

به فواید و مضرات عصبانیت فکر کنید

بعد از اینکه عصبانیتتان فروکش کرد با خود فکر کنید این عصبانیت چه فوایدی برای من و فرد مقابل داشت؟ آسیب ها و اثرات منفی آن روی من و دیگری چه قدر بود؟ آیا مشکل را برطرف کرد؟

موقعیت را بپذیرید

برخی چیزها را نمی توان تغییر داد. گاهی باید به جای عصبانی شدن وضعیت کنونی را پذیرفت و با آن سازگاری پیدا کرد. در این صورت لازم است شیوه های مقابله با مشکلات را یاد گرفته و یا آنها سازگار شوید.

به سلامت خود بیندیشید

عصبانیت موجب افزایش هورمون استرس و عصبانیت در بدن شما می شود که این خود موجب افزایش فشار خود شما می شود. پس بگذارید با آرامش مشکلات برطرف شود، چرا که عصبانیت های طولانی مدت و شدید سلامت قلب شما را هم به خطر می اندازد.

تصمیم نگیرید

توصیه میشود در هنگام خشم به هیچ وجه تصمیم نگیرید . زیرا هنگام عصبانیت با عقل و منطق تصمیم نمی گیرید.

عوارض خشم و عصبانیت

وقتی نمی توانیم عصبانیت خود را کنترل نماییم از چند جهت دچار آسیب می گردیم:

عصبانیت توانایی ما را برای خوشحالی از بین می برد زیرا عصبانیت و خوشحالی در تضاد با یکدیگر هستند.

عصبانیت موجب خارج شدن روابط خانوادگی و دیگر روابط از مسیر صحیحشان می گردد.

عصبانیت موجب کاهش مهارت‌های اجتماعی، سازش و مصالحه شده و دیگر روابط را نیز در معرض خطر قرار می‌دهد.

عصبانیت به معنای از دست دادن کار است، زیرا روابط را نابود می‌کند.

همچنین عصبانیت به معنای شکست در کاری است که در صورت عدم عصبانیت و داشتن خلقی نرم‌تر میتوان موفقیتی در پی داشت.

عصبانیت منجر به افزایش فشار و استرس می‌گردد (و این رابطه دو طرفه است، عصبانیت منجر به افزایش استرس و استرس موجب عصبانیت بیشتر است)

در هنگام عصبانی بودن ما دچار اشتباهات بسیاری می‌گردیم، زیرا پردازش اطلاعات در آن هنگام برای ما مشکل می‌باشد.

مضرات غضب (از دیدگاه اسلام)

الف- زمینه برای تسلط شیطان

ضررهای فراوانی بر غضب می‌توان بر شمرد که مهمترین آن تسلط شیطان بر انسان است. اساساً فرد خشمگینی که قادر به کنترل خشم خود نیست و نمی‌تواند تصمیمات مثبت بگیرد و وجودش را آتش کینه و انتقام پر کرده است، در آن لحظه وجودش بستری مناسب برای بهره برداری شیطان است و شیطان می‌تواند به راحتی او را گمراه کند و از همین راه به اهداف شوم خود دست یابد.

امام باقر(ع) دراین زمینه می‌فرماید: «غضب، آتش پاره ای است از شیطان که در باطن فرزند آدم است و چون کسی از شما عصبانی شد، چشم‌های او سرخ می‌شود و باد به رگ‌های او می‌افتد و شیطان در وجودش داخل می‌شود.» البته اگر انسان تحت تأثیر شیطان قرار گیرد، ممکن است هرگونه گناه و کار ناشایستی مرتکب شود.

ب: دوری از فضائل اخلاقی

انسان در حال عصبانیت از ادب و حیا و عفت فاصله می‌گیرد. احترام بزرگان و اطرافیان را نمی‌تواند نگهدارد. پرده حیا و عفت را می‌درد و در نتیجه سخنانی بر زبانش جاری می‌شود که در حالت عادی از گفتن حتی شنیدن آن خجالت می‌کشد. دست به کارهایی می‌زند که هرگز با اخلاق و انسانیت هم خوانی ندارد.

ج- خواری و رسوایی

از دیگر مفاسد خشم های بی جا، خواری و ذلت و رسوایی فرد عصبانی است. او معمولاً وقتی که حالت خشم برایش عارض می شود، در میان جمع، فردی غیرعادی، ناتوان و سبک قلمداد می شود که قادر به کنترل وجودش نیست و نمی تواند امور زندگی اش را مدیریت کند و تمام کسانی که او را در آن حال می بینند، به دیده حقارت و یا ترحم به او می نگرند.

د- سلب اعتماد دیگران

افراد جامعه به ویژه عقلای قوم و نخبگان، به افراد عصبانی کمتر اعتماد می کنند؛ چرا که احساس می کنند او به اندک بهانه ای خشمگین می شود و تصمیماتی می گیرد که مبنای عقلانی و منطقی ندارد؛ گرچه بعداً اظهار ندامت کرده، عذرخواهی هم می کند.

مفاهیم و واژه ها

- بیمار: کسی که خود را به ارائه دهنده خدمت جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی معرفی می کند
- حقوق: مجموعه قواعد و مقررات حاکم بر یک جامعه که امتیازات و اختیارات خاصی را برای افراد به رسمیت می شناسد
- حقوق در تمام زبانها به معنی آنچه راست و سزاوار است تعریف می شود

تاریخچه

انگیزه حرکت برای تدوین منشور حقوق بیمار با انتشار اعلامیه جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۴۷ آغاز شد که در آن مردم خواستار برابری حقوق برای دسترسی به خدمات بهداشتی و اجتماعی شدند.

اولین گروه حرفه ای که اعلامیه حقوق بیمار را منتشر کرد اتحادیه ملی پرستاری در سال ۱۹۵۹ بود.

در سال ۱۹۷۳ انجمن بیمارستان های آمریکا لایحه حقوق بیماران به همراه مثال های اجرایی و مستند را تحت عنوان لایحه حقوق بیماران منتشر کرد

حقوق بیمار در ایران

- منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۸۰ توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید که شامل ۱۰ بند بود.
- این منشور دارای کاستی هایی بود لذا بررسی مجدد در زمینه ی محورهای حقوق بیمار صورت گرفت و منشور جدید در آبان ماه سال ۱۳۸۸ توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی به تمامی دانشگاه ها ابلاغ گردید.

مقدمه

نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه بین گیرندگان و ارائه کنندگان خدمات سلامت می باشد. ارتباط مناسب و صادقانه، احترام به ارزش های شخصی و حرفه ای و حساسیت نسبت به تفاوت های موجود، لازمه ی مراقبت مطلوب از بیمار است. به عنوان یکی از ارکان ارائه ی خدمات سلامت، بیمارستان ها باید نهادی برای درك و احترام به حقوق و مسؤولیت های بیمار، خانواده ی آنان، پزشکان، پرستاران و سایر مراقبت کنندگان باشند. بیمارستان ها باید به جنبه های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آن احترام گذارند.

• اثربخشی مراقبت و بهره‌مندی بیمار از نتایج مثبت درمان تا حدودی بستگی به مسؤولیت‌پذیری بیمار دارد. شایسته است بیماران اطلاعات مربوط به سابقه‌ی بیماری‌ها، بستری شدن در بیمارستان، مصرف داروها و سایر مطالب مربوط به وضعیت سلامتی را به‌طور صادقانه گزارش دهند و از هرگونه تغییر در روند درمانی بدون اطلاع پزشک مسئول خود پرهیزند.

• وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امیدوار است در سایه تعامل مناسب ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت نسبت به وظایف خود و احترام به حقوق دیگری، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن تأمین گردد. بر این اساس منشور حقوق بیمار با هدف تبیین حقوق گیرندگان این خدمات و به شرح ذیل تنظیم گردیده است:

بینش و ارزش

• یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان‌ها می‌باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده و دولت موظف است خدمات بهداشتی درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد.

• این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

منشور حقوق بیمار در ایران

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

محور دوم: اطلاعات باید به‌نحو مطلوب و به‌میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

محور سوم: حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.

محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

- ۱-۱) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
 - ۱-۲) بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
 - ۱-۳) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
 - ۱-۴) بر اساس دانش روز باشد.
 - ۱-۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
 - ۱-۶) توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد.
 - ۱-۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
 - ۱-۸) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیر ضروری باشد.
 - ۱-۹) توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.
 - ۱-۱۰) در سریعترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
 - ۱-۱۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.
 - ۱-۱۲) در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.
 - ۱-۱۳) در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.
 - ۱-۱۴) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد.
- احتضار به وضعیت بیماری غیر قابل علاج و غیر قابل برگشت اطلاق می شود که مرگ قریب الوقوع اجتناب ناپذیر است.

محور دوم: اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

۲-۱) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد :

مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش

ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش

نام، مسؤولیت و رتبه ی حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آن ها با یکدیگر

روش های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن ، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه ی اطلاعات تأثیر گذار در روند تصمیم گیری بیمار

نحوه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان

کلیه ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان

۲-۲) نحوه ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :

اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این که:

تأخیر در شروع درمان به واسطه ی ارائه ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد. (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).

بیمار علی رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.

بیمار می تواند به کلیه ی تصویر اطلاعات ثبت شده در پرونده ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید

محور سوم: حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

۳-۱) محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد:

۱. انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط
۲. انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور
۳. شرکت یا عدم شرکت در پژوهش های زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت ندارد.
۴. قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می دهد
۵. اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم گیری می باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

۳-۲) شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد:

۱. انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه ، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد.
 ۲. پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود.
- محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.
- رعایت اصل رازداری راجع به کلیه ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد.
- در کلیه ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.
- فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.
- بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت های پزشکی باشد.

محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید.

بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند.

خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.

• در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم گیری باشد، اعمال کلیه ی حقوق بیمار- مذکور در این منشور- بر عهده ی تصمیم گیرنده ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنان چه تصمیم گیرنده ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم گیری را بنماید.

چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم گیری است، اما می تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.

منابع

- ۱-اون هارچی و کریستین ساندروز و دیوید دیکسون. مهارت های اجتماعی در ارتباطات میان فردی. ترجمه مهرداد فیروز بخت-خشیار بیگی. سوم. رشد. تهران ۱۳۸۴.
- ۲-پاتر. پاتریشیا آن. اصول و فنون پرستاری پوتر و پری. ترجمه سوسن اویسی و ... اول. سالمی. تهران ۱۳۸۲.
- ۳-تیلور، کارول. اصول پرستاری تایلور. مفاهیم پرستاری بخشیک. ترجمه افسانه افتخاری منشو... اول. بشری. تهران ۱۳۸۲
- ۴-خوشنویس، محمد علی. رفعتی، سعید. طریقه برقراری ارتباط با بیماران در سنین مختلف. کنگره سراسری اخلاق پرستاری. دانشگاه شهید بهشتی ۱۳۷۳
- ۵-دوگاس. بورلی ویتز. اصول مراقبت از بیمار.. جلد یک. ترجمه فروزان آتش زاده. شوریده و... گلبان. تهران ۱۳۸۲.
- ۶-زالی، محمدرضا. مبانی نوین ارتباط پزشک و بیمار. انتشارات مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. اول. تهران ۱۳۷۷
- ۷-شکری، 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.

- ۸-شیدفر، محمدرضا. کتاب جامع بهداشت عمومی. جلد اول چاپ دوم وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی/معاونت تحقیقات و فن آوری ۱۳۸۵.
- ۹-دکتر محمدرضا شگرف نخعی