



عنوان دوره آموزشی:

**نقش برقراری ارتباط موثر در استقرار استانداردهای ایمنی**

**بیمار در مراکز درمانی**

**The role of effective communication in establishing patient safety standards in medical centers**

بهار ۱۴۰۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## گروه هدف:

کارشناس امور بیمارستان - کارشناس بیماریهای خاص-کارشناس ارزشیابی موسسات درمانی-مدیر بیمارستان -کارشناس پرستاری - مدیر پرستاری دانشگاه-کارشناس مسئول پرستاری - کارشناس نظارت و ارزشیابی موسسات درمانی -سرپرستار - سوپروایزر بالینی-سوپروایزر آموزشی - کارشناس کنترل عفونت -مدیر خدمات پرستاری- رئیس خدمات پرستاری- ماما مسئول-کارشناس مامایی

## اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پرسنل شاغل در بیمارستانها، با مهارت های ارتباط موثر و کار گروهی در اجرا و استقرار استانداردهای ایمنی بیمار
- ۲- آشنایی پرسنل شاغل در بیمارستانها، با نحوه دستیابی به ارتباطات موثر در اجرا و استقرار استانداردهای ایمنی بیمار
- ۳- استفاده پرسنل شاغل در بیمارستانها، از مدل SBAR برای ارتباطات موثر

## در پایان آموزش انتظار میرود:

- پرسنل شاغل در بیمارستانها و مراکز آموزشی و درمانی بتوانند با مددجویان ارتباط موثر برقرار نمایند.
- کارکنان بتوانند در داخل سازمان با واحدهای مرتبط ارتباط صحیح و موثر برقرار کنند.
- کارکنان مفهوم تاثیر ارتباط موثر در کاهش بروز وقایع ناخواسته را بدانند.
- کارکنان بدانند که، ارتباط به روش SBAR می تواند در کاهش خطاها نقش موثر داشته باشد
- کارکنان بدانند که، ارتباط موثر موجب می شود خدمات ایمن به بیماران ارائه و شکایات کاهش یابد.

## روش و نحوه اجرای آموزش:

مدت دوره: ۱۰ ساعت

اجرای آموزش: ۱۰ ساعت کتابخوانی

نوع آزمون: ارزیابی کتبی

روش آزمون: الکترونیکی

۵.....	مقدمه و پیشگفتار:
۸.....	مفاهیم و واژه ها:
۲۰.....	عوامل کمک کننده به برقراری ارتباط موثر در یک ارتباط درمانی و حرفه ای
۲۳.....	موانع ارتباط
۲۷.....	فرایند درمان و ارتباط
۳۰.....	روشهای مصاحبه
۳۲.....	ختم یک مصاحبه
۳۳.....	ارتباط کلامی معیوب
۳۴.....	برقراری ارتباط با بیماران با نیازهای ویژه
۳۷.....	مراحل ارتباط پزشک/پرستار و بیمار:
۴۸.....	استفاده از مدل SBAR برای ارتباط موثر
۴۹.....	مقدمه
۵۰.....	اهمیت تحویل و تحول بیمار
۵۱.....	اصول و ضوابط تحویل بیماران
۵۲.....	الزامات تحویل مناسب بیمار
۵۳.....	اقدامات پیشگیرانه در تحویل بیماران:
۵۳.....	- خودداری از به کارگیری شماره تخت و اتاق در شناسایی بیمار
۵۳.....	- خودداری از درمان بیمار با استفاده از اطلاعات متکی بر حافظه
۵۴.....	- اخذ و ثبت اطلاعات صحیح مرتبط به پزشک معالج بیمار یا نحوه تماس با وی در حین پذیرش بیمار
۵۴.....	- به کار بستن یک راهکار استاندارد جهت تبادل اطلاعات در حین تحویل بین کارکنان شیفت ها و مابین بخش ها در صورت انتقال بیمار
۵۴.....	تحویل بیمار به روش SBAR
۵۶.....	مزایای کاربرد SBAR

## مقدمه و پیشگفتار:

از ویژگی های افراد موفق می توان به توانایی و مهارت آنها در برقراری ارتباط موثر و صحیح با دیگران اشاره کرد. ارتباط یک فرآیند چند بعدی، پیچیده و پویا ست و از زمان فلورانس نایتینگل در قرن نوزدهم به عنوان مهم ترین قسمت کار در مراقبتهای پرستاری مورد بررسی قرار گرفته است. امروزه آموزش علوم پزشکی، مجموعه ای از آموزش های تئوری و بالینی می باشد که با هدف کسب مهارت های انسانی و ارتباطی نیز معطوف شده است. شایان ذکر است طبق مطالعات انجام یافته؛ برقراری ارتباط صحیح با مراجعه کنندگان و بیماران اثرات مثبتی همچون: بهبود علائم حیاتی، کاهش درد و اضطراب و ... دارد و همچنین در راستای اختلال در ارتباط منجر به اشتباه در تشخیص، نقص در ارائه خدمات و .. می شود که در نهایت نارضایتی بیماران را به همراه دارد.

توانایی برقراری ارتباط مؤثر، یکی از مهارت های اساسی زندگی اجتماعی است. انسان پیوسته در جهت ابداع و ساخت انواع وسایل، ابزارها، روش ها و شیوه های کارآمدتر ارتباط کوشیده است و برای برقراری رابطه با دیگران، روش های مختلفی را پرورانده است که رشد، تکامل زبان و شیوه ی غیر کلامی مانند حالت کلی بدن یا وضعیت اندام ها و حرکات را شامل می شود.

یک قرن پیش فلورانس نایتینگل تاکید کرد که محیط مناسب در بهبود بیماران نقش مهمی دارد. امروزه طراحان و مدیرانی که راهبری را در دست دارند، کوشش زیادی در ایجاد محیط مناسب برای بیماران دارند. امروزه یکی از اولین و مهمترین الزامات در هر بیمارستان آسیب نرساندن به بیماران و کوشش در ایمنی بیماران است.

تحقیق و بررسی بر روی موضوع ایمنی مانند پوست کندن پیاز است، هر چه بیشتر بررسی کنید، یافته های بیشتری خواهید یافت و هرچه بیشتر می یابید، بیشتر شگفت زده خواهید شد و جالب اینکه نگرانی شما بیشتر خواهد شد. Haig, (۲۰۰۴) به دلیل اینکه موضوع ایمنی چند بعدی است، درک و پایش و توسعه ایمنی نیازمند اندازه گیری های مختلف داده های کمی و کیفی جهت حفظ و ارتقا امنیت بیمار است. ارتباط بین رشته ای به عنوان یک عنصر ضروری در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت های پزشکی با کیفیت شناسایی شده است که منجر به رضایتمندی بیماران و کاهش شکایات می گردد.

امروزه مفهوم رضایتمندی بیماران در تمام دنیا در حوزه مراقبت های پزشکی اهمیت بسیار ویژه ای یافته است، چراکه بیماران و همراهان آنها مشتریان اصلی و نهایی بیمارستان ها بوده و وظیفه اصلی ارائه دهندگان خدمت، برآوردن نیازهای واقعی و محسوس این مشتریان است. در حقیقت این رضایت بیمار است که نشان دهنده انجام صحیح خدمات مطلوب در بیمارستان

می باشد، رضایتی که مسلماً نمی تواند صرفاً به دلیل ارائه خدمات حرفه ای و بهره مندی از فناوری های پیشرفته محقق شود؛ بلکه سهم عمده این رضایتمندی متأثر از کیفیت و تنوع خدمات هتلینگ و رفتار کارکنان بیمارستان ها می باشد و هرچه این خدمات متنوع تر و با کیفیت بهتر ارائه شود، رضایت بیماران و احتمال انتخاب مجدد بیمارستان توسط آن ها بیشتر می شود. در کشور ما ۸۳ درصد از خدمات بستری به وسیله بخش دولتی ارائه می شود، اما با این وجود، خدمت گیرندگان، از کیفیت خدمات هتلینگ ارائه شده توسط بیمارستان های دولتی راضی نیستند. از این رو ارتقاء کمی و کیفی خدمات هتلینگ بیمارستانی، گامی اساسی در جهت افزایش رضایت خدمت گیرندگان خواهد بود و برای تحقق این هدف نیز، تعریف استاندارد های خدمات هتلینگ و یکپارچه سازی آن، ضروری می نماید.

ارتباطات اساس و رکن اساسی پیشگیری و کنترل خطاهای پزشکی و عفونتهای بیمارستانی است. در تعریف خیلی ساده از ارتباطات در فرآیند ارتباطی ما می خواهیم بخشی از ساختار یا مفاهیم ذهن خودمان را به دیگران انتقال دهیم و همان ساختار در ذهن آنها نقش ببندد. برای اینکار از ابزارهای کلامی و غیر کلامی استفاده می کنیم.

کمیسیون مشترک پیشنهاد می کند که ارتباطات ناکارآمد عامل اصلی رویدادهای مرگبار است و باعث ایجاد خطاهای پزشکی می باشد. عامل رضایت ضعیف بیمار و پیامدهای نامطلوب قابل پیشگیری؛ افزایش هزینه مراقبت؛ و ..... باعث می شود که پزشکان، مدیران و مدیران واجد شرایط به دنبال موقعیت های جدید در محیط های حرفه ای تر باشند (The Joint

Commission, ۲۰۰۸)



### تعریف ارتباط:

ارتباط عبارت است فرایند ارسال و دریافت پیام، شاید ارسطو اولین اندیشمندی باشد که ۲۲۰۰ سال پیش، در زمینه ارتباط سخن گفت. او در کتاب "ریطوریکا" در تعریف ارتباط نوشت: ارتباط عبارت است از جستجو برای دست یافتن به کلیه وسایل و امکانات موجود برای ترغیب و اقناع کردن دیگران.

ارتباط فرآیندی است که طی آن افکار، عقاید و احساسات یک فرد به فرد دیگر منتقل می شود.

ارتباط فرآیندی است آگاهانه یا ناآگاهانه، خواسته یا ناخواسته که از طریق آن احساسات و نظرات به شکل پیامهای کلامی و غیر کلامی بیان، ارسال، دریافت و ادراک می شوند.

بنا به تعریفی دیگر ارتباط فرآیند انتقال پیام از فرستنده به گیرنده به شرط این که ذهنیات مورد نظر فرستنده به گیرنده

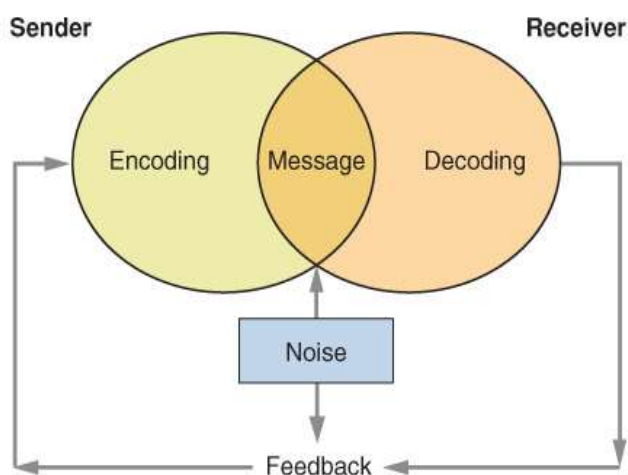
پیام انتقال یابد و نقش ببندد و این فرآیند برای فرستنده

نیز بالعکس می باشد. پس طبق این تعریف ها می توان

گفت که اولاً ارتباط نوعی فرایند است، دیگر اینکه برای

برقراری ارتباط حداقل حضور سه عنصر فرستنده، گیرنده

و پیام الزامی است.



اجزای فرایند ارتباط عبارتند از: برقرار کنندگان ارتباط (فرستنده و گیرنده پیام)، پیام، رسانه، کانال، موانع، فیدبک و بافت.



در مدل‌های جدید ارتباطات به جای استفاده از کلمات فرستنده و گیرنده، از کلمه برقرار کنندگان ارتباط استفاده می‌شود زیرا به طور همزمان هر دو طرف هم فرستنده و هم گیرنده هستند و اثرات گفتار یکدیگر را با واکنش به یکدیگر نشان می‌دهند. و برای این منظور از ابزارهای کلامی و غیر کلامی استفاده می‌شود تا مفاهیم موجود در ذهن فرستنده به ارتباط موثر انجامد و ارتباط ناقص یا نابجا ایجاد نشود. نتایج مطالعات نشان می‌دهد ارتباط موثر و کار تیمی در ارتقاء فرهنگ ایمنی سازمانی مراکز موثر می‌باشد.

اگرچه کار تیمی و ارتباط مؤثر برای مراقبت ایمن از بیمار بسیار مهم است، برنامه‌های درسی آموزشی برای اکثر حرفه‌های مراقبت‌های بهداشتی عمدتاً بر مهارت‌های فنی فردی متمرکز است، کار گروهی و مهارت‌های ارتباطی نادیده گرفته می‌شود. کیفیت مراقبت و عملکرد بدون خطا ناشی از آموزش و تلاش حرفه‌ای است و محدودیت‌های ذاتی توصیف شده در علم عوامل انسانی را نادیده می‌گیرد. در واقع، عوامل انسانی مانند اطلاعات شناختی؛ اثرات استرس، خستگی، حواس پرتی؛ ارتباطات بین فردی ضعیف؛ پردازش اطلاعات ناقص؛ و تصمیم‌گیری‌های ناقص همگی در ایجاد خطاها در مراقبت‌های بهداشتی و سایر محیط‌های پیچیده مانند هوانوردی و ... نقش دارند. در مراکز درمانی پرستاران نسبت به پزشکان نگرش مثبت بیشتری نسبت به همکاری دارند.

ارائه خدمات بهداشتی درمانی با هدف نهایی ارتقای سطح سلامت انسانها طراحی و پیاده می‌گردد و به نظرمیرسد با خطاپذیری و آسیب رساندن به انسانها ارتباطی ندارد با وجود این، نظام بهداشت و درمان مجموعه‌ای متشکل از کارکنان مراقبت بهداشتی درمانی، متخصصان، ساختارها، اجزا و روابط چندگانه است که چنین نظامی ممکن است منجر به نقص در عملکرد شود و بروز خطا در آن امری اجتناب ناپذیر است

بزرگترین چالش برای حرکت به سمت نظام سلامت ایمن تر، تغییر دادن فرهنگ حاکم بر سازمانهای ارایه دهنده مراقبتهای درمانی است، به طوری که به جای سرزنش افراد به خاطر بروز اشتباه و در نظر گرفتن خطا به عنوان نارسایی فردی، سازمانها باید سعی کنند تا خطای رخ داده را مورد بررسی قرار دهند.

ارتباط در جهان امروز کلید و رمز موفقیت در ارایه خدمات است؛ نکته مهم در برقرار ارتباطات موثر این است که هر واژه، ارتباط غیر کلامی، تصاویر نوشتاری و گفتار ممکن است برای افراد مختلف در فرهنگ های مختلف معانی خاص داشته باشد. البته به دلیل ضروری بودن ارائه مراقبت های حساس به جمعیت متنوع، از پرستاران انتظار می رود که تغییرات فرهنگی را هنگام برنامه ریزی مراقبت ارزیابی کنند. همین مهارت را می توان برای بهبود روابط حرفه ای با پزشکان به کار برد.

## اجزای فرایند ارتباط:

همانطور که گفته شد، اجزاء ارتباط شامل: برقرار کنندگان ارتباط، پیام، رسانه، کانال، موانع ارتباط، فیدبک و بافت

### ۱. برقرار کنندگان ارتباط:

برقرار کنندگان ارتباط به طور هم زمان هم فرستنده پیام و هم گیرنده آن هستند، 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 درحین گوش دادن به شخص (الف) واکنش نشان می دهد، حتی اگر این واکنش بی اعتنایی باشد. پس مفهوم "منبع-گیرنده" نقش شرکت کنندگان را دقیق تر توضیح می دهد.

### ۲. پیام:

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

### ۳. رسانه:

منظور از رسانه شیوه خاص انتقال پیام است. رسانه سیستمی از نمادها یا رموز است که می تواند مثلاً به تلگراف و یا قواعد 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.

### ۴. کانال:

گاهی در کتابها مرز بین رسانه و کانال کم رنگ میشود. کانال همان چیزی است که ارتباط برقرار کنندگان را به هم پیوند میدهد و رسانه را در خود جای می دهد. یک واسطه برای انتقال پیام بوده که ممکن است هر کدام از حواس برقرار کنندگان ارتباط را تحت تأثیر قرار دهد.

پزشکان/پرستاران با استفاده از حواس سمعی و بصری و لامسه با بیماران ارتباط برقرار مینمایند. کانال ارتباطی شنوایی شامل کلمات گفتاری و اشاره ها می باشد. کانال ارتباطی بینایی شامل دیدن و مشاهده و ادراک میباشد. کانال ارتباطی لامسه شامل تجارب حسی میباشد. بطور کلی ما از طریق سه کانال اصلی کلامی، نوشتاری و غیر کلامی با دیگران ارتباط برقرار میکنیم.

#### ۵. موانع ارتباط یا پارازیت:

منظور هر نوع علتی است که در عمل ارتباط مزاحمت یا خلل ایجاد می کند و پیام را طوری تحریف میکند که دیگر معنای خودش را نرساند. منشا آن می تواند منبع، کانال، گیرنده و یا بافت تعامل باشد. گاهی سروصداها مزاحم اند و مانع انتقال گفته ها می شوند. گاهی نیز موانع محصول تجارب ذهنی خود شرکت کنندگان می باشند. 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 عبارت کلی تر پارازیت به دو نوع تقسیم می گردد:

۵-۱. **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 زیاد و یا نور بسیار کم، معلولیتها و نواقص پزشکی افراد مانند کاهش یا فقدان بینایی و شنوایی و ...

متخصصان ارتباطات، کاهش تأثیر پارازیت های فیزیکی را با استفاده از وسایل کمک آموزشی و سمعی، بصری و جلب توجه و تکرار مجدد مطالب و کاربرد مجدد مهارت ها توصیه می کنند.

۵-۲. **پارازیت های استنباطی:** زمانی رخ می دهند که سوء تعبیر در مورد پیام ایجاد شود. ولو اینکه پیام همان گونه که فرستاده شده دریافت شده باشد، نظیر زمانی که فرستنده پیام از کلماتی که درک آن ها برای گیرنده پیام مشکل است برای انتقال پیام استفاده کرده باشد. و یا کلمات به کار گرفته شده برای فرستنده و گیرنده پیام معانی متفاوتی داشته باشند. پارازیت های استنباطی را میتوان با تعریف لغات و اصطلاحات ناآشنا و کاربرد لغات و اصطلاحات آشنا و مطابق با علایق و توانایی های گیرندگان پیام، کاهش داد. پارازیت های استنباطی ممکن است به خاطر مشکل و یا پیچیده بودن محتوای پیام رخ دهند.

## ۶. بازخورد (فیدبک):

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

## ۷. بافت:

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

## سطوح ارتباط:

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

### ۱- ارتباط درونی:

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

هر دو ترسیده بودند، یکی از آنها به خودش گفت: "آرام باش، تو باید بر این موقعیت غلبه کنی تا همیشه بتوانی ثابت قدم بمانی." دیگری مرتباً با خودش می گفت، "راهی برای ابقاء این تجربه وجود ندارد." واضح است که صحبت‌های مثبت اولین دانشجو با خودش بسیار کمک کننده تر از دومین دانشجو خواهد بود. درک این ارتباط میتواند پزشکان/پرستاران را در جهت کارکردن با بیماران و خانواده هایشان 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 نظرفرستنده است مغایر باشد، بنابراین معانی باید از طریق مذاکره متقابل بین طرفین مورد نقد و بررسی قرار گیرد تا اعتبار یکسانی بین طرفین پیدا کند. بیشتر پزشکان/پرستاران در شیفت صبحکاری با بیمار و سایر افراد خانواده و گروه ارتباط خوبی برقرار میکنند. توانایی پزشک/پرستار در برقراری ارتباط در این سطح بر مشارکت آنها در روابط بین فردی و الگوی حل مسئله و تمرکز بر هدف و ساختار گروهی و نقشهای بحرانی پزشکی/پرستاری مانند ارائه دهنده مراقبت و معلم و مشاور و حمایت کننده و ... تأثیری گذارد.

## ۳- ارتباط عمومی:

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

## اشکال ارتباط:

ارتباط در دو شکل و قالب کلامی و غیر کلامی صورت میپذیرد.

### ۱. ارتباط کلامی:

ارتباط کلامی تبادل اطلاعات با استفاده از کلمات می باشد که شامل کلمات نوشتاری و هم گفتاری است. ارتباط کلامی وابسته به زبان است. زبان یک راه قراردادی استفاده از کلمات جهت به مشارکت گذاشتن موثر اطلاعات بین افراد می باشد. زبان شامل تعریف مشترک کلمات و قراردادن کلمات براساس روش و دستور معین می باشد. هر دو نوع نوشتاری و گفتاری ارتباط درباره فرد مسائل زیادی را آشکار می نماید. زبان به پزشک/پرستار کمک می کند که آنچه را که بیمار می داند و احساس می کند را بررسی نماید. در هر صورت

پزشکان/پرستاران باید مهارت های زبانی خود را جهت کمک به تأثیرمقابل در فرایند ارتباط تقویت نمایند. ارتباط کلامی به صورت گسترده ای به وسیله پزشکان/پرستاران در صحبت نمودن با بیماران و ارائه گزارشات شفاهی به همکاران دیگر و نوشتن طرح های مراقبتی و ثبت کردن در یادداشت های پیشرفت پزشکی/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 دیگران ارتباط برقرار نمود. با این که پزشکان/پرستاران کاملاً از پیشگیری و علت و درمان بیماری ها اطلاع دارند، ممکن است معنی بعضی از اصطلاحات استفاده شده توسط سایر کارکنان بهداشتی را ندانند. این امر در ارتباط پزشک/پرستار و بیمار هم صادق است. برای کودکان هم باید از اصطلاحات خاص آنها استفاده کرد. عناصری که در ارتباط کلامی نقش دارند و بر ارتباط کلامی تأثیر زیادی می گذارند شامل موارد ذیر هستند:

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

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

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

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

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

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

## ۲. 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 بسیار مورد است. در واقع لغات به تنهایی فقط بخشی از پیام هستند و ممکن است همراه کننده باشند. بدین معنی که تقریباً هر جنبه از رفتار انسانی می تواند پیامی را به دیگری منتقل کند. هنگامی که با دیگری صحبت می کنیم، فقط با کلمات ارتباط برقرار نمی کنیم، بلکه اطلاعاتی درباره خودمان منتقل می کنیم که شنونده همراه با کلماتی که انتخاب کرده ایم آنها را تعبیر و تفسیر می کند. ارتباط غیر کلامی شامل پاسخ های فیزیکی از قبیل حالات چهره، دست ها، حرکات و تماس چشمی است که همراه با صحبت یا به تنهایی مورد استفاده قرار گیرند و 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 پزشکان/پرستاران باید بر پیامهای غیر کلامی که ارسال نموده و یا دریافت می دارند آگاهی بیشتری داشته و توجه نمایند تا از تعبیر نادرست جلوگیری شود. این نوع ارتباط به فرهنگ و شخصیت فرد نیز بستگی دارد.

در ارتباط غیر کلامی توجه به موارد ذیل مهم است:

☞ **مجاورتها:** منظور تأثیر فضا بر رفتار است که شامل مجاورت، جهت یابی و قلمرو یابی می باشد. منظور از مجاورت: 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: قلمرو همان فضای شخصی یا همان فضای اطراف بدن که در صورت تجاوز به آن ناراحت می شویم. برای یک تعامل صمیمی فاصله ۷۵ - ۴۵ سانتی متر و جهت مطرح کردن مسائل خصوصی بیمار مناسب است. فاصله ۳,۶ تا ۱,۲ متری در تعامل اجتماعی و در گروههای کوچک مناسب است. در گروههای نسبتاً بزرگ مثلاً داخل کلاس با بیش از ۱۰ الی ۱۲ نفر فاصله ممکن است بیش از ۳,۷ متر باشد ولی بسیاری از فعالیتهای پزشکی/پرستاری در فاصله نزدیک امکان پذیر است.

👉 **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.

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

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

👉 **حالت چهره:** احساساتی همچون غمگینی، شادی، خشم، تعجب و سردرگمی و ... را نشان می دهد. پزشکان/پرستاران باید کنترل نمودن بعضی از حالات صورت خود را بیاموزند. برای مثال بیماری که به شدت سوخته است، ممکن است عکس العمل پزشک/پرستار هنگامی که برای اولین بار پانسمان وی را عوض می کند ببیند. هر نوع علامت تنفر و یا انزجار می تواند تأثیر مهمی بر تصویر ذهنی از خود یا بر بهبودی بیمار داشته باشد. پزشکان/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.

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

✎ **تماس چشمی:** به عنوان یک قاعده کلی وقتی گوینده روی آنچه می گوید تمرکز دارد، چشمانش تمایل به چرخیدن دارد. هنگامی که انتظار دریافت پاسخی را داشته باشد، مستقیماً به شنونده نگاه خواهد کرد. اگر به شنونده نگاه نکند ممکن است به این علت باشد که یا با شنونده یا با آنچه می گوید راحت نیست. مثلاً ممکن است نگاه کردن مستقیم در چشمان بیمار وقتی اخبار بدی درمورد نتایج آزمایش های پزشکی وی ارائه می دهیم بسیار دشوار باشد. درمورد شنونده نیز قاعده کلی آن است که وقتی به آنچه می گوید توجه داشته باشد

به طور مستقیم در چشمان گوینده نگاه خواهد کرد، اما اگر توجهش منحرف شده باشد به جای دیگر نگاه می کند. اگر خدمت گیرنده خدمات بهداشتی و درمانی دریابد که پزشک/پرستار به جای دیگری غیر از او نگاه می کند، قضاوت خواهد کرد که او در حال توجه به وی نیست. این موضوع به خصوص برای فرد مضطربی که نیاز دارد احساس کند 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 در دین مبین اسلام نیز نگاه کردن مستقیم در چشمان زنان به هنگام صحبت با ایشان برای مردان نامحرم توصیه نشده است.

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

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

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

✧ **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.

✧ **صداها:** گریه کردن (نشانه هیجان و یا غم) و ناله کردن و نفس نفس زدن (نشانه ترس و یا درد و یا متعجب شدن) و آه کشیدن همراه با صدا (نشانه عدم تمایل در انجام کارها یا نشانه تسکین) و **سکوت:** ممکن است نشانه درک کامل یکدیگر و یا نشانه عصبانیت آنها از یکدیگر باشد.

## عوامل موثر در ارتباط

### ۱. ملاحظات تکاملی

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

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

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

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

۵. **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.

۶. 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 پزشکان/پرستاران لازم است که به موانع فیزیکی و عقلانی و احساسات حساسیت بیشتری نشان دهند تا بتوانند ارتباط موثرتری برقرار نمایند.

۷. ارزشها: ارائه آموزش و اختیار دادن به بیماران یکی از جنبه های مهم پزشکی/پرستاری است. که نشان دهنده رعایت ارزشهای لازم در ارائه مراقبتها و خدمات بهداشتی و درمانی می باشد.

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

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

Communication skills = ۱۰٪ words + ۳۰٪ (tone + tuning) + ۶۰٪ body language

- ۱- **تکرار کلمات کلیدی:** پزشک/پرستار باید در بین کلمات بیمار عبارات کلیدی را بیابد و از آنها برای ارتباط با او استفاده نماید. برای مثال بیمار می گوید: "از وقتی پارسال عمل کردم هیچ چیز خوب پیش نمی رود". در اینجا عبارت کلیدی "از وقتی پارسال عمل کردم" است.
- ۲- **پاسخهای کوتاه:** مثلاً گفتن کلماتی مانند "آهان فهمیدم" و یا "بله" یا تکان دادن سر به نشانه تاکید به یک ارتباط موثر کمک می کند.
- ۳- **سکوت:** گاهی اوقات اگر پزشک/پرستار احساس کند که بیمار می خواهد حرفی به گفته های قبلی خود اضافه کند بهتر است چیزی نگویید
- 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- **بازتاب احساسات:** به این طریق پزشک/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 پزشک/پرستار در حرفهای خود می گوید "من متوجه شدم که تو عصبانی بودی و یا اذیت شدی".
- ۶- **استفاده از سوالات باز:** اگر پزشک/پرستار بخواهد راجع به یک موضوع اطلاعات بیشتری به دست بیاورد می تواند از سوالات باز استفاده نماید. مثلاً ممکن است بپرسد: "شما گفتید که سال گذشته عمل داشتید، شاید بتوانید راجع به این موضوع بیشتر با من صحبت کنید".
- ۷- **درخواست برای روشنی و وضوح:** گاهی درک حرفهای بیمار مشکل است. بنابراین سوالاتی نظیر "منظور شما این بود که (مثلاً) احساس گناه می کردید؟ 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 پزشک/پرستار کمک نماید که راهکارهایی در پیش گیرد تا در جهت حل مشکل بیمار اقدام نماید. در عین حال باید مراقب باشد تا عقاید شخصی خود را تحمیل نکند.

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

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

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

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

۱۳- **جلب اعتماد بیمار با درستی:** منبع اطلاعات و نوع اطلاعاتی که باید به بیمار ارائه شود توسط پزشک معالج تعیین و اعلام می شود.

۱۴- **در دسترس بودن و اجتناب نکردن از بیمار**

- ۱۵- **همدلی نه همدردی:** همدلی به معنی توانایی برای فهمیدن و پذیرش واقعی شخص دیگر و درک درست احساسات و نشان دادن آن است یعنی خود را به جای دیگران بگذاریم. همدردی غمگین بودن و یا احساس ترحم و دلسوزی برای بیمار است که مانع از بررسی تمام جوانب مشکلات بیمار می شود و روش درمانی محسوب نمی شود.
- ۱۶- **آرزو و تشویق:** البته باید در جایگاه مناسب استفاده گردد و از اطمینان دادن نامناسب خودداری کرد.
- ۱۷- **شوخی:** جهت کاهش احساسات نامناسب بیمار بوده و باید در جایگاه مناسب استفاده گردد.
- ۱۸- **درک حساسیتهای فرهنگی و جنسی**
- ۱۹- **گرمی و دوستی:** مثلاً شروع آشنایی با یک سلام و احوال پرسی خوشایند.
- ۲۰- **شایستگی و هدفمندی در ارائه مراقبت**
- ۲۱- **محیط راحت:** مانند صندلی و نور و حرارت مناسب و جو آرام و بدون استرس.
- ۲۲- **حفظ خلوت و تعیین حریم بیمار:** مثل کشیدن پاراوان، صحبت در محیطی خصوصی و ... یا در بعضی از بیماران تماس نزدیک موجب خشم بیمار می شود.
- ۲۳- **حفظ بیمار محوری و نه فعالیت محوری:** 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 به بیمار اجازه صحبت داده شود.
- ۲۷- **استفاده از جملات ساده و مختصر و نه اصطلاحات پیچیده پزشکی و یا دارای تعابیر مختلف**
- ۲۸- **مهارتهای قاطعانه**
- 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 پزشک/پرستار با صحبت‌های روزمره ارتباط صمیمانه تری برقرار نماید. ولی باید از اجتماعی کردن نامناسب خودداری کرد و این با توجه به موقعیت متفاوت است.

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

۲- پاسخهای کلیشه ای و تکراری: مثلاً در مورد هرچه که بیمار می گوید از جمله ای نظیر "دکتر شما می داند چه دارویی را تجویز کند" به جای گوش دادن به بیمار استفاده کند، که این حس را به بیمار منتقل می کند که پرستار نمی خواهد به حرفهایش گوش دهد. یا از به کار بردن جملات عمومی باید خودداری کرد. مثلاً "همه از جراحی می ترسند" یا استفاده از سوالاتی که جوابش بله و خیر است نظیر "آیا روز خوبی داشتید؟" که یک سوال تک پاسخ است و به جای آن باید گفت "با من درباره روزی که داشته اید صحبت کنید." یا در بعضی موارد سوالی که گفتن نه یا بله توسط بیمار موجب اختلال در درمان می شود را نباید از بیمار پرسید. مثلاً اگر از بیمار 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 می شود، 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 می کنید زمانی که بازویتان را این طور حرکت

می دهم؟". مشکل در زمانی به وجود می آید که پزشک/پرستار در ادامه این سوال در صدد کسب اطلاعات بیشتر برآید. گاهی استفاده از جملاتی که در آنها از چرا و چطور استفاده شده هم موجب ترس بیمار می شود مثلاً "چطور شما تا به حال تصمیمی برای ادامه یک رژیم سخت نگرفته اید؟" در اینجا بهتر است پرسیده شود "چه کاری تصمیم شما را برای ادامه یک رژیم سخت استوارتر می نماید؟". همچنین از سوالات راهنمایی کننده باید پرهیز کرد مثلاً پزشک/پرستار می گوید: "شما دیگر نمی خواهید این سیگار را بکشید، این طور نیست؟". این سوالات به جای این که باعث شود. بیمار هر چه در سر دارد را بگوید مستقیماً این حس را به بیمار القاء می کند که از بیمار انتظار می رود آنچه را پزشک/پرستار انتظار دارد را بگوید.

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

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

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

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



۷- **تحقیر نمودن:** موجب کاهش اعتماد به نفس افراد می شود. مثلاً اگر زائویی بگوید "بخیه هایم درد می کند" و پزشک/پرستار پاسخ دهد "بالأخره باید انتظار کمی درد را داشته باشید. خواهر من پس از زایمان تا ۱ هفته نمی توانست بنشیند" موجب بی اعتمادی بیمار 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 تأثیر گذار 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 پزشک/پرستار در برقراری ارتباط مناسب دارد. گاهی عدم مهارت کاری و یا تمرکز بر نیازهای خود به جای بیمار هم موجب این حالت می شود.

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

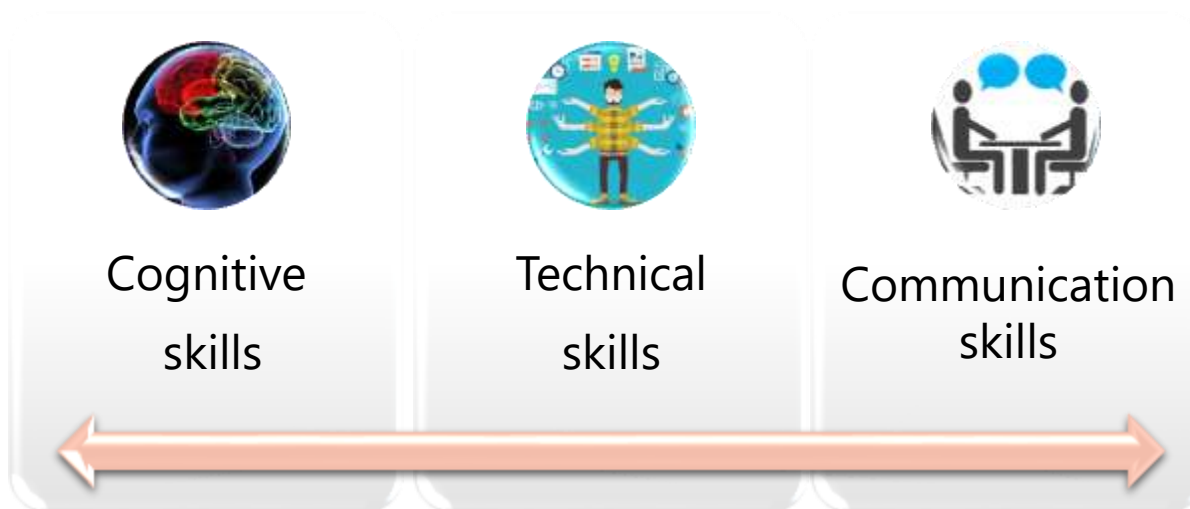
۱۲- **تغییر دادن موضوع:** یک روش سریع ختم گفتگو است. بیمار ممکن است بیمار تمایل به صحبت در مورد موضوعی را داشته باشد ولی با تغییر موضوع احساس بی نتیجه بودن صحبت را نماید. بیمار: "چه موقع در مورد تزریق انسولین به خودم صحبت می کنید؟" پزشک/پرستار: "در حال حاضر لطفاً بیاورید در مورد رژیم غذایی تان صحبت نمایم.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

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

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

۱۵- بحث: بحث زیادممکن است باعث کاهش قدرت فکری و جسمی پزشک/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.



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

۱- **بررسی و شناخت:** از آنجا که تاکید اصلی مرحله بررسی و شناخت روی جمع آوری اطلاعات است، ارتباطات کلامی و غیر کلامی به عنوان مهم ترین ابزار پزشکی/پرستاری تلقی می شوند. همچنین پزشکان/پرستاران اغلب قبل از ملاقات با بیمار پرونده و چارتشان را مطالعه می نمایند. یا با شرح حال گیری جهت ارائه و دریافت اطلاعات از سایر پرسنل تیم سلامتی استفاده می شود، که البته یک کار مشترک از زمان پذیرش بیمار در یک واحد بیمارستانی می باشد. پزشکان/پرستاران جهت تهیه شرح حال و معاینات بالینی با تک تک بیمارانشان ارتباط برقرار می نمایند. 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 و درمانی مورد استفاده قرار می گیرد. در حیطه های بهداشتی و درمانی برای اهداف مختلفی استفاده می شود. پزشکان/پرستاران در مراقبت های خود از مصاحبه جهت جمع آوری اطلاعات یا صحت و سقم آن و ارزیابی نتایج مراقبت های پزشکی/پرستاری، مشاوره با افراد در مورد مسائل بهداشتی و در برنامه ریزی مراقبت از بیمار به عنوان یک ابزار درمانی استفاده می کنند. وقتی یک مصاحبه برنامه ریزی می شود پزشک/پرستار نه تنها باید هدف از آن مصاحبه بلکه زمان و مکان مصاحبه را هم مشخص نماید. همچنین با روش های اصلی انجام مصاحبه در شروع و ختم آن و استخراج اطلاعات مورد نیاز آشنایی داشته باشد. برای مصاحبه، باید زمان کافی در نظر گرفته شود که بستگی به هدف و ماهیت مصاحبه دارد. پزشک/پرستار باید طول زمانی که به مصاحبه خود اختصاص داده و زمانی که مصاحبه در طول آن انجام شده را با هم مقایسه کند. اگر فرد شدیداً بیمار بوده و در بیمارستان بستری شده باشد و نیاز به انجام آزمایشات و معاینات متعدد داشته باشد بهتر است مصاحبه را تا یک زمان مناسب به تأخیر انداخت یا اگر بیمار در حین مصاحبه خسته شد بهتر است مصاحبه را به زمانی دیگر موکول کرد. مصاحبه باید در زمانی انجام شود که هم پزشک/پرستار و هم بیمار فارغ از سایر درگیری های خود باشند. به طور خلاصه پزشک/پرستار باید فضایی آرام و بدون التهاب و عجله را برای مصاحبه ایجاد کند.

## شروع مصاحبه:

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

کمک کند. همچنین پزشک/پرستار باید خود را معرفی کرده تا موجب راحتی فرد گردد. هرچند پزشک/پرستار اغلب در طول مصاحبه قادر به کسب اطلاعات ویژه است ولی مصاحبه نباید به شکل یک جلسه پرسش و پاسخ یک طرفه در بیاید. مصاحبه باید طوری سازمان دهی گردد که پزشک/پرستار نقش اداره کننده و کنترل کننده جهت جمع آوری اطلاعات و ارزیابی بیمار را داشته باشد. اما بیمار هم باید برای بحث و تبادل نظر در مورد احساسات و علائق خود آزادی عمل کافی داشته باشد. اغلب پزشکان/پرستاران اگر محیط مناسبی برای انجام مصاحبه خود به وجود بیاورند می توانند اطلاعات مورد نیاز خود و حتی بیشتر از آن را نیز کسب نمایند. پزشک/پرستار اطلاعات ویژه از بیمار را می تواند با پرسش سوالات مستقیم به دست آورد. بهتر است نخست به مسائل فوری بیمار نسبت به درک و احساسات او درمورد موضوع مصاحبه پرداخته شود. اگر پزشک/پرستار به بیمار اجازه ندهد که آزادانه با او صحبت کند ممکن است عوامل مهم فراموش شود. هنگام پرسش ابتدا باید از سوالات عمومی آغاز نمود و سپس با طرح جزئیات موضوع به مصاحبه ادامه داد. افراد معمولاً در شروع مصاحبه به سوالاتی که شخصی نیستند بهتر پاسخ می دهند. پزشک/پرستار باید پرسش سوالات خصوصی را تا زمانی که اعتماد بیمار به او جلب شده باشد به تعویق اندازد. به طور کلی اطلاعاتی چون نام، سن، تحصیلات و شغل و... که افراد مرتباً در فرم های اطلاعاتی پر می کنند سوالات غیر شخصی محسوب می گردند. علائق و نفرت ها و احساسات از مسائل خصوصی تری هستند و اگر کسب اطلاعات شامل پرسش سوالاتی درمورد این مسائل باشد باید پس از سوالات عمومی مورد سوال قرار گیرد.

### 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 پزشک/پرستار و بیمار اجازه می دهد که بر موضوع خاصی تمرکز یابند و در صورتی که درست استفاده نشود مانعی جهت ارتباط موثر است چراکه اگر زیاد استفاده شود باعث اثرات محدود در پاسخ های بیمار می شود.

### ۳- سوالات اعتباری:

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

### ۴- سوالات روشن کننده:

با این روش پزشک/پرستار سعی می کند از توضیحات بیمار منفعت ببرد (مثال، بیمار: من هرگز قبلا نیاز به مصرف دارو در تمام عمرم نداشتم. پزشک/پرستار: آیا این اولین مشکل طبی است که دچار شده اید؟ بیمار: بله من همیشه سلامت بوده ام). اما استفاده زیاد از این روش می تواند به بیمار القا نماید که پزشک/پرستار به حرفهایش

گوش نمی دهد. هرچند وقتی در جای مناسب استفاده شود از سوء تفاهم هایی که منجر به تشخیص های پزشکی/پرستاری نامناسب می شود جلوگیری می نماید.

#### ۵- سوالات انعکاسی:

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

#### ۶- سوالات تسلسلی:

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

#### ۷- سوالات مستقیم (هدایت کننده):

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

## ختم یک مصاحبه

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

### ۲- تشخیص:

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

### ۳- طرح و برنامه ریزی

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

### ۴- اجرا:

پزشکان/پرستاران در هنگام اجرای برنامه های مراقبتی چندین نقش را تقبل می نمایند. ارتباط کلامی و غیر کلامی به پزشکان/پرستاران اجازه می دهد که میزان ارائه مراقبتهای اساسی را توسعه داده و در طی مرحله اجرا بیماران و خانواده هایشان را آموزش داده و با آنها مشورت نموده و حمایت نمایند. حتی یک دستور ساده پزشکی/پرستاری مانند تشویق به نوشیدن ۱۲۲ سی سی مایعات در هر ساعت پس از بیداری نیاز به ارسال پیامهای بی شمار بین پزشک/پرستار و بیمار دارد. پزشک/پرستار باید توضیح دهد که چرا مصرف مایعات مهم است.



چه مایعاتی مفید بوده و چه میزان مورد نیاز می باشند. در مقابل بیمار اطلاعاتی در خصوص توانایی یا عدم توانایی خود جهت پذیرش دستورات می دهد. پیامهای کلامی و غیر کلامی بیمار در حین تعامل پزشک/پرستار و بیمار بررسی می شود و سپس اجرای برنامه مراقبتی در گزارشات بیمار توسط پرستار ثبت می شود.

#### ۵- ارزشیابی:

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

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

## ارتباط کلامی معیوب

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

تعریف و مشخصه های تعریف کننده و عوامل مرتبط با آن به این شرح است.

تعریف: حالتی که شخص احساس کاهش یا عدم توانایی برای استفاده یا فهم زبان در روابط انسانی می کند. مشخصه

ها:

زبان غالب را نمی تواند صحبت کند و به سختی صحبت و یا تلفظ می کند، با لکنت حرف می زند، جملات را سر هم بندی می کند، در شکل گیری لغات یا جملات و بیان افکار به شکل کلامی مشکل دارد، تلفظ های 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 آناتومیک، شکاف کام، اختلالات روانی (سایکوز، فقدان محرک)، اختلافات فرهنگی، عوامل مرتبط با سن و یا رشد و تکامل و ...

#### تظاهرات:

اختلالات گفتاری و زبانی و شنوایی که اغلب بر افراد بالغ سالمند بیشتر تأثیرگذار است. عواملی که موجب از دست دادن شنوایی می شود شامل عفونتهای مزمن گوش و توارث و نقایص مادرزادی و مشکلات بهداشتی در خانه و بعضی داروهای خاص و ضربه به سر و عفونتهای ویروسی یا باکتریایی، در معرض صدای بلند بودن و سالمندی و تومورها میباشد. عواملی که باعث اختلالات گفتاری و زبانی هستند با از دست دادن شنوایی و فلج مغزی و سایر اختلالات عصبی و ماهیچه ای و ضربات شدید سر و سکتة قلبی و بیماری های 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. پزشکی که به وجود یک مشکل گفتاری و زبانی و یا شنوایی مشکوک است بیمار را به یک پاتولوژیست گفتاری-زبانی یا شنوایی سنجی 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

##### لارنگکتومی یا اندوتراکیال تیوپ:

۱. یک یا تعداد بیشتری از وسایل ارتباطی ساده که بیمار از نظر جسمی قادر به استفاده از آن باشد را انتخاب نموده و جهت برقراری ارتباط به معنای بله یا خیر علامت دادن با چشم یا فشردن دست و یا نوشتن یادداشتهای تخته های برقراری ارتباط با کلمات و نامه ها و یا عکسها و یا کارتهای براق و زبان اشاره را انتخاب نمایید.

۲. از اینکه تمامی افراد اعم از خانواده و دوستان و مراقبت کنندگان که با مددجو ارتباط برقرار می نمایند قادرند شیوه برقراری ارتباط انتخاب شده را درک نموده و به کار برند، اطمینان حاصل نمایید.

۳. جهت برقراری ارتباط موثر صبر و حوصله داشته و با دادن زمان مناسب به تقویت تلاشهای انجام شده توسط بیمار بپردازید.

۴. مطمئن باشید که بیمار به طور موثری 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 آیا شلوار قهوه ای یا خاکستری را مایلید بپوشید؟ به جای این که بپرسید: 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 بیپهوه 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 لمس می تواند روش موثری در برقراری ارتباط باشد.
۴. صدای محیط را تا حد امکان کاهش دهید. این امر باعث می شود تا تمرکز بیمار به برقراری ارتباط معطوف شود.

## بیمارانی که نمی توانند به زبان عمومی کشور صحبت کنند

۱. در موقع لزوم از مترجم استفاده کنید.
۲. از یک لغت نامه جهت ترجمه کلمات استفاده کنید تا حداقل از بعضی از کلمات استفاده نمایید.
۳. با جملات ساده و یک تون معمولی استفاده کنید.
۴. در صورت امکان با پانتومیم عقاید را انتقال دهید.
۵. به برقراری ارتباط غیر کلامی توجه داشته باشید. زیرا بعضی از آنها در تمام زبانها به کار می روند.

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

## مراحل ارتباط پزشک/پرستار و بیمار:

ارتباط یاری دهنده قوی بین بسیاری از افرادی که در جهت ارضای نیازهای بشری همکاری می کنند می باشد. افرادی که در مراکز مراقبتهای بهداشتی مشغول بکار هستند، قصد کمک به مردم را دارند و این امر با برقراری یک ارتباط هدفدار بیشتر به تحقق می پیوندد. پزشک/پرستار هم جزو این افراد به شمار می رود. این نوع ارتباط شرایطی را جهت افراد مشارکت کننده ایجاد می نماید تا به سوی هدفهای مشترکشان به جهت دستیابی به نیازهای اساسی بشر حرکت نمایند. بنابراین نتیجه موفقیت آمیز یک ارتباط یاری دهنده، خوشنودی و رضایت است. این نوع ارتباط با یک ارتباط اجتماعی و یا دوستانه متفاوت است و خود به خود به وجود نمی آید و ارتباطی حرفه ای و پویا به شمار می رود. بنابر این پزشک/پرستار باید تلاش نماید در این ارتباط چهره ای مطلوب از حرفه پزشکی/پرستاری نشان دهد. این ارتباط دارای ۳ مرحله است:

### ۱. مرحله معرفی یا آشنایی

زمانی است که صرف آشنایی پزشک/پرستار و بیمار با یکدیگر شده و اعتماد متقابل بین آنان ایجاد می گردد. این مرحله به دلیل اینکه پذیرش بیمار برای او و خانواده اش اضطراب آور و تنش زا است حائز اهمیت می باشد و شروع یک ارتباط درمانی موثر باعث ایجاد محیط مراقبتی گرم و مناسب و کاهش اضطراب بیمار و همراهان می گردد. در شرایط عادی معمولاً افراد همچون غریبه ها رفتار میکنند، اما پزشک/پرستار معمولاً این مزیت را دارد که قبل از اولین ملاقات اطلاعاتی راجع به بیمار خود به دست می آورند. به طور مثال پزشک/پرستار اطلاعات را از پرونده بیمار یا گزارش شفاهی از پرستاری که مسئول مراقبتهای او بوده است بگیرد. یا با گرفتن تاریخچه می تواند نسبت به بیمار

شناخت پیدا کند. در این مرحله پزشک/پرستار باید سعی نماید با معرفی خود به بیمار و رفتار مناسب اعتماد بیمار را جلب نماید. همچنین بیمار را با سایر افراد درگیر در امر درمان و مراقبت از او و قسمتهای مختلف بخش آشنا نماید. انتظارات پزشک/پرستار نسبت به بیمار بر اساس تجارب بالینی و دانش آموخته شده او شکل می گیرد. بیمار هم ممکن است در این مرحله از قبل عقاید و تجاربی نسبت به ارتباط با پزشک/پرستار و محیط با بستری قبلی و یا صحبت با آشنایان داشته باشد و این موضوع بر انتظارات بیمار تأثیرگذار است.

## ۲. مرحله اجرا

طولانی ترین مرحله در ارتباط است. این مرحله با جمع آوری اطلاعات و طرح برنامه مراقبتی همراه با تشریک مساعی با بیمار شروع می شود. پزشک/پرستار و بیمار هردو در جهت رفع نیازهای بیمار کار می کنند. تعاملات پزشک/پرستار و بیمار هدفدار بوده و وسیله ای است جهت اطمینان به دستیابی توافق دو جانبه که بر اساس اهداف بهداشتی کوتاه مدت و بلند مدت طراحی شده است. در این مرحله پزشک/پرستار موظف است هرگونه موارد کمک کننده، مورد نیاز را جهت نیل به اهداف فراهم آورند. 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 وسایل کمکی 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 مربوطه است. در اینجا مهارتهای بین فردی در کامل ترین شکل خود ارائه می گردد. در مرحله اجرا بین پزشک/پرستار و بیمار ساختاری از ارتباط به نام (عقد قرارداد با بیمار) شکل می گیرد.

## ۳. عقد قرارداد با بیمار

عبارت است از توافق بین این دو در مورد نقش ها و مسئولیت‌هایشان؛ 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 می‌دهم و انتظار دارم که شما این تمرین را ۴ بار در روز انجام دهید".

یا ممکن است توافق به صورت نوشته شده باشد و توسط دو طرف امضاء شود (یک عضو خانواده یا فردی از بستگان هم این توافق نامه را امضاء کند و پزشک/پرستار دیگر و یا سایر کادر درمانی هم حضور داشته باشند)

Herje (۱۹۸۲) برخی از خصوصیات یک قرارداد موثر با بیمار را مشخص ساخته است. بر این اساس قرارداد باید:

۱. واقع بینانه باشد.

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

۳. ثبت شود.

۴. زمانبندی داشته باشد. (قرارداد در چه زمانی می‌تواند شروع شود؟ در یک چهارچوب زمانی، انتظار چه مقدار پیشرفت وجود دارد؟)

۵. پاداش پذیر باشد. (آیا به رفتارهای مطلوب بیمار پاداش تعلق می‌گیرد؟ آیا رفتارهای مطلوب بیمار تقویت می‌گردد؟)

بستگی به ماهیت فعالیت ممکن است دستورات پزشک هم جزء قرارداد باشد. به علاوه قرارداد ممکن است تمامی طرح مراقبتی را شامل شود. پرستار در طول مرحله اجرا نقش مهم ایجاد انگیزه را بر عهده دارد. پرستار بیمار را به افزایش انگیزه مراقبت از خود تشویق می‌کند. (فقط آن دسته از مراقبت‌هایی که قادر به انجام آن است) و به بیمار جهت نیل به اهدافی که با هم مشخص کرده اند کمک می‌نماید. بازنگری پیشرفت روزانه و تشویق برای اجرای وظایف مختلفی که به حفظ انگیزه بیمار کمک می‌کند، نیز از وظایف پرستار است. خانواده و دوستان می‌توانند جهت ایجاد انگیزه بیمار را حمایت کرده و او را به سمت اهداف از پیش تعیین شده سوق دهند.

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 می‌گردد و برعکس زمانی که بیمار در بخشی اقامتی طولانی مدت دارد و این ارتباط برای ماهها به طول می‌انجامد. 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 عموماً احساس رضایت در پزشک/پرستار و بیمار بوجود می آید. اگر اهداف و پیامدها به تحقق نپیوندند میزان نزدیک شدن به آن باید مشخص شود. بیمار و پزشک/پرستار ممکن است جهت تلاش های آینده پیشنهادات و برنامه هایی داشته باشند. بیمار ممکن است در رابطه با آینده دچار اضطراب و ترس شود. با وجود چنین احساساتی بیمار را باید تشویق نمود تا احساسات خود را در رابطه با اختتام ارتباط بیان نماید.

پزشک/پرستار می تواند مرحله اختتام ارتباط را به روش های مختلف آماده نماید. یک پزشک/پرستار اندیشمند در صورت امکان می تواند شرایطی را برای بیمار به جهت برقراری یک ارتباط کمک کننده با پزشک/پرستار دیگری ایجاد نماید. حتی می تواند به بیمار یاری نماید تا از یک موسسه به موسسه دیگر یا از یک واحد به واحد دیگر در همان موسسه انتقال یابد و در ضمن انتقال نیز توضیحاتی در رابطه با جابجایی به وی بدهد.

گاهی نیز مرحله اختتام ممکن است، موجب بروز واکنش های احساساتی منفی بیمار شود. احساس عصبانیت، عدم پذیرش توسط پزشک/پرستار یا افسردگی و ناامیدی و یا وجود یک ارتباط که واقعاً وجود دارد را انکار نماید. هنگامی که این عکس العمل اتفاق می افتد پزشک/پرستار باید سعی کند بیمار را یاری کرده و از او حمایت نماید، نه اینکه احساس او را بد دانسته و او را به خاطر داشتن چنین نقطه نظری محکوم نماید. به هر حال اگر بیمار در تثبیت اهدافش دخالت داشته و به اختتام ارتباط کمک نماید، واکنش های هیجانی از این قبیل کمتر اتفاق می افتد. می توان جهت کاهش نگرانی های بیمار به خصوص هنگام انتقال از بخش ویژه به بخش عمومی اطلاعات کاملی از بخش مورد نظر به او و افراد خانواده اش داد. شکست در برقراری ارتباط در هر کدام از این مراحل 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 نسبت به سلامتی اش علاقمند بوده است. عدم وجود تعامل رضایت بخش بین پرستار و بیمار او را نسبت به ادامه برقراری ارتباط تشویق نمی نماید. حتی اگر از نظر سلامتی مشکلی برایش به دنبال داشته باشد. اگر تعاملات بین پزشک/پرستار و بیمار رضایت بخش باشد چنین مشکلی پیش نخواهد آمد. تعامل رضایت بخش باعث تمامیت افراد شده و سبب توسعه دادن فضایی می شود که به وسیله آن صفاتی مانند ترس، اضطراب، بی اعتمادی و تنش را به حداقل می رساند. در این صورت افراد احساس هماهنگی و توافق با یکدیگر نموده و در جهت رسیدن به اهداف مشترک با همدیگر همکاری می نمایند.



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

#### گزارشات:

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

#### **مشاوره ها:**

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

#### **کنفرانسها:**

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

#### **ارجاع بیمار به سایر بخشها:**

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

#### **راند بیماران:**

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

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

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

آقای فرهادی مرد ۶۴ ساله ای است که با مشکلات تنفسی، درد قفسه سینه و درد در بازوی چپ و دست بستری شده است. او ۵۲ سال پیش از ایلام به تهران آمده ولی هنوز قادر نیست به خوبی فارسی صحبت کند. او با دختر و دامادش زندگی می کند. نانوا است و با ۳ پسر خود نانوايي را اداره کرده و سرپرست خانواده محسوب می گردد.

معمولاً هر روز از ۴ صبح الی ۶ عصر و ۶ روز در هفته کار می کند. روزانه در حدود یک پاکت سیگار می کشد، از غذا خوردن لذت می برد و اضافه وزن نیز دارد. هرگز در بیمارستان بستری نشده است و به نظر می رسد که به علت دوری از خانواده مضطرب است. وقتی که پزشک/پرستار وارد اتاق شد، در تخت نشسته بود و تعدادی از عکس های خانوادگی را تماشا کرده و با خود زمزمه می کرد.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

فرهادی: بله تلفن کردم. ولی هم اکنون چیزی را به یاد آوردم.

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

فرهادی: من باید هفته آینده در اتحادیه نانوایان سخنرانی کنم. من هرگز غیبتی در این جلسات نداشتم. به همین دلیل رئیس اتحادیه شدم.

و حالا قادر نیستم که در آن جلسه شرکت کرده و سخنرانی کنم.

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

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

پزشک/پرستار: دوست داری با یکی از اعضای 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.

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

بین کیفیت ارتباطات ما و کیفیت زندگی ما یک رابطه مستقیم وجود دارد. توانایی افراد در ایجاد و حفظ روابط اجتماعی تا حدود زیادی بستگی به میزان ارتباط با دیگران دارد. مهارت های اجتماعی افراد در رفاه آنها بسیار مهم است. مطالعات نشان داده است که یک رابطه واضح و مثبت بین مهارت های بین فردی مؤثر و طیف وسیعی از مزایایی مانند شادی بیشتر در زندگی، تاب آوری در برابر استرس و مشکلات روانی اجتماعی، و افزایش پیشرفت تحصیلی و حرفه ای وجود داد.

هر روز تعداد بسیار زیادی از بیماران در بیمارستان های جهان به طور ایمن مورد مداوا و معالجه قرار می گیرند اما با ارتقای دانش و تکنولوژی در دهه های اخیر ارایه خدمات درمانی بسیار پیچیده تر گردیده و بالطبع در چنین شرایطی احتمال ایجاد خطر در ارایه خدمات درمانی افزایش یافته است. و مستندات تجربی نیز نشان دهنده این است که تعداد بیمارانی که به علت خطاهای پزشکی دچار عارضه می گردند غیر قابل چشم پوشی می باشد. بنابراین توجه به مسئله ایمنی بیمار به عنوان یک موضوع بسیار مهم و حیاتی در نظام های سلامت کشورهای مختلف به شمار می رود و تعدادی از کشورهای توسعه یافته در این زمینه به عنوان پیشاهنگ عمل می نمایند.

نتایج مطالعات Catherine Dingley و همکارانش در ایالات متحده آمریکا، نشان می دهد ارتباط موثر و کار تیمی در ارتقاء فرهنگ ایمنی سازمانی موثر می باشد و ارتباط ناکارآمد بین متخصصان مراقبت های بهداشتی یکی از علل اصلی خطاهای پزشکی و آسیب به بیمار است.

خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت ها، پیچیده و غیرقابل پیش بینی بوده و متخصصان رشته های مختلف در ارائه این خدمات در زمان ها و مکان های مختلف درگیر هستند. گاهی فرصت های محدودی برای تعامل منظم و همگام سازی بین متخصصین موجب شکاف هایی در ارائه صحیح و ایمن خدمات می گردد. اگرچه کار تیمی و ارتباط موثر برای مراقبت ایمن از بیماران بسیار مهم است، برنامه های درسی آموزشی برای اکثر حرفه های مراقبت های بهداشتی عمدتاً بر مهارت های فنی فردی متمرکز است، کار گروهی و مهارت های ارتباطی نادیده گرفته می شود. در واقع، خصوصیات فردی و شناختی، اثرات استرس، خستگی، حواس پرتی و ارتباطات بین فردی ضعیف، پردازش اطلاعات ناقص، و تصمیم گیری های ناقص همگی در ایجاد خطاها در مراقبت های بهداشتی و سایر محیط های پیچیده نقش دارند. نقص در شناخت و درک این مسائل می تواند منجر به فرهنگ انتظارات غیرواقعی و سرزنش و جایگزین استراتژی های مدیریت تیمی خطا شود.

نکته قابل توجه اینکه اشتباهات صرفاً به صورت خطای یک فرد رخ نمی دهد، بلکه اغلب در قالب یک فرهنگ رفتاری ناقص شکل می گیرد. لذا بایستی در صدد تقویت و افزایش سطح فرهنگ ایمنی که همانا نظام باورها و ارزشهای مشترک یک سازمان، نسبت به ایمنی بیمار است باشیم.

ارتباط بین رشته ای به عنوان یک عنصر ضروری مراقبت های بهداشتی با کیفیت شناسایی شده است، هرچند برداشت پزشکان و پرستاران و سایر افراد موثر در فرآیندهای بیمار؛ از جنبه های مختلف، از جمله نوع و کیفیت ارتباط و تصمیم گیری مشترک، متفاوت است. دلایل این تفاوت ها به نوع فرآیند، ریشه های تاریخی این دو حرفه، و تفاوت بین فردی از نظر وضعیت اجتماعی-اقتصادی، تحصیلات و جامعه پذیری نسبت داده شده است. در دنیای کنونی کیفیت مراقبت های درمانی و بهبود عملکرد بیمارستانها یک موضوع جهانی بوده و جزء اصلی ترین دستورهای کار نظام سلامت کشورهاست. ولی ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی است. چون:

۱۰ درصد بیماران بستری از ناحیه ارائه خدمات سلامت آسیب می بینند. که تا ۷۵٪ از این خطاها قابل پیشگیری هستند. بین ۵٪ تا ۱۰٪ هزینه های مربوط به سلامت، ناشی از خدمات بالینی غیر ایمن است که منجر به آسیب بیمار می باشند. سهم نارسائی سیستمها و روالها بیش از نقش افراد است.

برای تهیه برنامه مراقبتی دقیق و درمان مناسب طبق تشخیص بیمار، IPC یا ارتباط موثر بین فردی (Interpersonal Communication) ضروری است، ارتباط بین فردی، ارتباط موثری بین ارائه دهنده خدمت و بیمار ایجاد شود. بیمار اطمینان حاصل کرده و اطلاعات کامل پزشکی خود را ارائه دهد و مشاوره های لازم را دریافت کند. ارائه دهنده خدمت اطمینان داشته باشد که بیمار بیمار وضعیت پزشکی خود را درک می کند، به رژیم درمانی تجویز شده خود پایبند است. در ارتباط بین فردی موثر پس از تشخیص و تجویز درمان برای بیماری، ارائه دهنده باید تغییرات رفتاری مشخصی را به بیمار توصیه کند و گام های خاصی را پیشنهاد کند تا از عود بیماری جلوگیری شود. رعایت رژیم درمانی را توصیه کند. در طول ویزیت حضوری، ارائه دهنده باید مطمئن شود که بیمار نحوه مصرف دارو را می داند و از بیمار می خواهد که روش های درمانی را شرح دهد. همچنین باید بیمار را تشویق کرد تا برای توضیح بیشتر سؤالات خود را بپرسد و در صورت تداوم علائم به پزشک مراجعه کند.

## **استفاده از مدل SBAR برای ارتباط موثر**



تحويل مراقبت/ اقدامات درمانی بیمار (Handover) از یک تیم / فرد مسئول درمان به تیم / فرد دیگر یکی از مخاطره آمیزترین روش های اجرائی در درمان است. که اگر به خوبی صورت نپذیرد می تواند متضمن عواقب بالقوه خطرناکی برای بیماران، تیم ارائه کننده خدمات سلامت و سازمان باشد. بیماران در طی دوره ی مراقبتی خود، از تعداد زیادی از افراد و تیم های متخصص سلامت در سطوح مختلف خدمات از جمله سطح اول، دوم و سوم و موقع مراجعه به درمانگاه های تخصصی، اورژانس مراقبت های ویژه و غیره، خدمات دریافت می نمایند. همچنین بیماران بستری در طی شبانه روز در سه شیفت، از کادری به کادر دیگر و از تیمی به تیم دیگر تحويل داده می شوند. در صورتی که برقراری ارتباط بین اعضای یک تیم یا تیم های مختلف سلامت، به خوبی انجام نشود و اطلاعات کامل و صحیح مربوط به بیماران مبادله نگردد، می تواند ایمنی بیماران را به خطر بیاندازد و باعث اختلال در تداوم درمان، درمان نامناسب و یا آسیب بالقوه به بیماران شود.

بنابراین می توان اذعان داشت که عدم تحويل مناسب بیماران یکی از چالش های تداوم اطلاعات محسوب می شود که خود بر اساس عوامل کلیدی ذیل حادث می شود:

۱. افزایش تعداد بیمارانی که تحت مراقبت یک تیم سلامت باشند.
  ۲. میزان تکرار موقعیت هایی که منجر به تغییر مشاور بیماران می شود.
  ۳. میزان تکرار جابجایی بیماران بین بخش ها و واحدهای مختلف ( گاهی حتی بدون اطلاع پزشک معالج )
  ۴. مشارکت تیم های تخصصی متعدد در فرایند درمان و مراقبت بیماران
- تداوم درمان مبتنی بر تداوم اطلاعات می باشد. هدف اولیه در تحويل بیمار، انتقال اطلاعات بالینی بیمار در زمان انتقال مسئولیت به فرد یا تیم دیگر ارائه کننده خدمات سلامت است. کار شیفتی بر انتقال اثربخش اطلاعات به منظور حفظ ایمنی بیمار اتکاء دارد. عدم تداوم اطلاعات احتمال خطر در عدم تداوم درمان و ایمنی بیمار را مطرح می کند.
- در بررسی علل ریشه ای حوادث ناگوار گزارش شده به کمیسیون مشترک ایالات متحده امریکا در سال های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۶، نارسایی و نقص ارتباطی از مهم ترین عوامل بوده است. ۱۱ درصد از ۲۵۰۰۰ تا ۳۰۰۰۰ مورد اتفاقات ناخواسته قابل اجتناب که منجر به معلولیت دائمی در استرالیا گردید، ناشی از مشکلات و معضلات برقراری ارتباط صحیح بوده است. برخی از مطالعات، ۷۰ تا ۸۰ درصد اتفاقات ناخواسته را مربوط به مشکلات ناشی از تعاملات بین فردی دانسته اند.

## اهمیت تحویل و تحول بیمار

لینکارد در رابطه با اهمیت تحویل و تحول بیمار می نویسد: بدون ارتباط مؤثر، افراد کارآمد تشکیل یک تیم ناکارآمد را می دهند ارتباط با بیماران جهت بررسی مشکلات و نگرانیهای آنان، یکی از جنبه های مهم مراقبت پرستاری است و در حقیقت بسیاری از وظایف پرستاران نظیر مراقبت های جسمی از بیماران و حمایت روحی بدون ارتباط امکانپذیر نیست. ارتباط با بیمار و در نظر گرفتن بیمار به عنوان شریک در فرآیند مراقبت و درمان بر روی رضایت بیمار به عنوان شاخص مهم کیفیت خدمات تأثیر می گذارد.

### ضرورت تحویل بیمار چیست؟

- الزام تداوم اطلاعات برای ایمنی بیمار
- الزام تحویل جامع و دقیق، با توجه به شیفتی بودن کار بیمارستان ها و تعدد کارکنانی که از بیمار مراقبت می کنند.

### برقراری ارتباطات صحیح در حین تحویل بیمار، شامل تبادل و انتقال اطلاعات ذیل می باشد:

- از یک فرد ارائه کننده خدمت به فرد دیگر (تغییر شیفت پزشکان یا پرستاران)
- از یک تیم ارائه کننده خدمت به تیم بعدی (گزارشات بیهوشی به کادر اتاق ریکاوری)
- از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر (جهت دریافت خدمات درمانی یا تشخیصی تخصصی)
- از کارکنان خدمات سلامت به بیمار، مراقبین یا خانواده بیمار (در زمان ترخیص بیمار از بیمارستان)

### مهم ترین فواید تحویل استاندارد بیماران شامل موارد زیر است:

۱. حفظ ایمنی بیماران: با تحویل مطلوب بیماران، خطا کاهش می یابد و این امر منجر به کاهش معلولیت ها و مرگ می شود.
۲. افزایش میزان رضایتمندی بیماران از خدمات درمانی
۳. تداوم بیشتر درمان بیماران در طی محور سلامت- بیماری
۴. اجتناب از پرسش های تکراری و کاهش موارد تکراری
۵. استانداردسازی تحویل شیفت ها که موجب افزایش تفکر نقادانه و به حداقل رسانیدن زمان سپری شده کادر درمانی دور از بالین بیمار می شود.

## فواید تحویل بیماران برای پزشکان عبارت است از:

- ابعاد آموزشی، افزایش مهارت‌های بالینی و ارتباطی پزشکان
  - ابعاد حفاظت حرفه‌ای، افزایش میزان مسئولیت‌پذیری و کاهش مواجهه اقامه دعوی از سوی بیماران
  - کاهش استرس و دسترسی به اطلاعات جامع مرتبط، به پزشکان احساس کنترل بر درمان بیماران را می‌دهد.
  - ارائه خدمات واجد کیفیت، سبب احساس رضایت شغلی در پزشکان می‌شود.
- بسیاری از متخصصان مجرب در زمینه ایمنی بیمار توافق دارند که راهکارهایی که با مهندسی مجدد سیستم‌های ارائه خدمات توأم می‌باشد، بیشترین اثربخشی را در بهبود ارتباطات حین تحویل بیمار در پی دارد.

## مهم‌ترین عوامل دخیل در خطاهای ناشی از ارتباطات حین تحویل بیماران عبارتند از:

- عدم تاکید بر مشارکت بیماران و خانواده آنان در درمان خودشان در فرهنگ سنتی پزشکی
- تخصصی شدن خدمات سلامت (افزایش تعداد افراد و واحدهای درگیر در فرآیند درمان و مراقبت)
- عدم آموزش مفاهیم کار تیمی و مهارت‌های برقراری ارتباطات و فقدان مدل‌های مناسب برای دانشجویان رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی
- مشکلات ناشی از برقراری ارتباط بین کارکنان محلی و مهاجر و بیماران سایر کشورها

## اصول و ضوابط تحویل بیماران

به منظور تضمین ایمنی بیمار، با کلیه اعضای تیم درمانی بایستی اطلاعات مرتبط و کافی در خصوص بیماران مبادله شود. لذا در راستای مبادله اطلاعات مرتبط و کافی، پزشکان ارشد بیماران بدحال و ناپایدار را بهتر می‌شناسند. اعضای کم سابقه تیم نسبت به نگرانی همتایان خود در شیفت قبلی آگاه می‌شوند. مراقبت‌ها و درمان‌هایی که هنوز بطور کامل حل نشده‌اند، به تیم بعدی تفهیم می‌شوند. در خاتمه اگر موارد ذیل شفاف نشوند تحویل بیماران حائز ارزش زیادی نمی‌باشد.

- اولویت بندی اقدامات درمانی که بایستی برای بیمار انجام گردد
- طرح درمان آتی بیمار بایستی نوشته شود.
- بیماران ناپایدار بایستی بررسی شوند.

مهمترین اصل در تحویل دقیق و صحیح بیماران، تبدیل تداوم انفرادی الگوی سنتی کاری مبتنی بر آنکالی پزشکان به تداوم سیستمی الگوی کاری مبتنی بر تداوم تبادل اطلاعات و دانش صحیح بین تمامی اعضای تیم چند تخصصی می باشد.

جهت دستیابی به تداوم سیستمی نیاز است:

۱. زمانبندی برنامه برای ملاقات اعضای تیم با یکدیگر به منظور تبادل اطلاعات و شفاف سازی مسئولیت و ارائه مراقبت مستمر و انجام فعالیت برجسته می باشد.
۲. دسترسی به خلاصه و طرح های درمانی به روز تمامی بیمارانی که تحت نظر تیم می باشند.
۳. تثبیت سیستمی به منظور شناسایی و تماس با پزشک معالج بیمار در هر زمان یا موقعیت
۴. تداوم سیستمی تغییرات عمده در فرهنگ و سازمان بندی پزشکان در تمامی درجات و رشته ها و درک از تداوم مفهوم سیستمی و فردی با پشتیبانی آموزش و تعلیم ضروری است.

## الزامات تحویل مناسب بیمار

تحویل مطلوب نیازمند انسجام و سازمان دهی کار سازمان و کلیه کارکنان بالینی و پشتیبانی است.

۱. شیفتها بایستی هماهنگ شوند.
۲. برای تحویل بیمار باید زمان لازم اختصاص داده شود و زمان تحویل بیمار باید معین و ثابت باشد.
۳. رهبری فرایند بایستی شفاف باشد.
۴. تحویل بیمار باید توسط تکنولوژی اطلاعاتی مناسب پشتیبانی شود.
۵. برای اجرایی شدن تحویل مناسب بیماران، بیمارستان باید واجد خط مشی اختصاصی در زمینه تحویل بیماران، با دیدگاه مدیریتی، پزشکان در تمام رده ها و تیم چند تخصصی ارائه دهنده خدمات درمانی باشند.
۶. در شیفت روز، حضور پزشکان ارشد، کارکنان را از تصمیم گیری های متناسب سطوح مدیریتی و این که تحویل بیماران بخش سازنده ای از آموزش پزشکی است، مطمئن می سازد.

۷. در شیفت شب، حضور سوپروایزر مسئول شیفت شب به همراه کادر در رده های مختلف و تخصص ها و فوق تخصص های مختلف ضروری است.

۸. اعضای جدیدی که وارد بیمارستان می شوند باید با روش اجرایی تحویل بیمار آشنا سازی شوند.

۹. بجز موارد اورژانسی و اضطراری، کارکنان در زمان تحویل بیمار مجاز به پاسخ به تلفن و ... نمی باشند.

۱۰. تحویل بیمار در همه شیفتها الزامی است.

۱۱. زبان مشترک برای تحویل بیمار، باید تعریف شود.

۱۲. جهت افزایش اثربخشی فرایند ارتباطی، فرصت مناسب برای ارائه کنندگان خدمات درمانی جهت پرسش سوالات شان ایجاد شود.

۱۳. راندهای چند تخصصی به منظور ارتقاء اثربخشی ارتباطات و تبادل اطلاعات مهم مرتبط به درمان بیمار انجام گیرد.

۱۴. از آنجایی که بیمار و خانواده شان عضو ثابت تیم سلامت محسوب می شوند، مشارکت آنان در تضمین تداوم مراقبت و درمان نقش اساسی دارد.

۱۵. به لحاظ اهمیت آموزش حین ترخیص و انتقال صحیح اطلاعات به بیمار و خانواده وی که بستگی به سواد سلامت

آنان دارد و گاهی مشارکت فعال بیمار/ خانواده در این مرحله مشکل می باشد، از تکنیک بازخورد آموزش ها (Teach-back) استفاده می شود. تکنیکی است که توسط ارائه دهندگان خدمات درمانی به منظور کسب اطمینان از درک صحیح بیمار از اطلاعات ارائه شده، انجام می شود.

۱۶. در برخی از موقعیت ها نظیر موارد ذیل در تبادل اطلاعات باید توجه و دقت ویژه ای شود:

a. اعلام نتایج حیاتی آزمایشات

b. استفاده اشتباه از دستبند شناسایی و عدم رعایت فرایند شناسایی فعال بیمار توسط کادر بخش یا کادر

سایر واحدهای پاراکلینیک

c. عدم آگاهی دقیق از نام پزشک معالج بیمار توسط کادر بخش یا آزمایشگاه

### اقدامات پیشگیرانه در تحویل بیماران:

- خودداری از به کارگیری شماره تخت و اتاق در شناسایی بیمار

- خودداری از درمان بیمار با استفاده از اطلاعات متکی بر حافظه

- اخذ و ثبت اطلاعات صحیح مرتبط به پزشک معالج بیمار یا نحوه تماس با وی در حین پذیرش بیمار

- به کار بستن یک راهکار استاندارد جهت تبادل اطلاعات در حین تحویل بین کارکنان شیفت‌ها و مابین بخش‌ها در صورت انتقال بیمار

## تحویل بیمار به روش SBAR

از جمله روش‌های استاندارد در تحویل بیمار، آموزش مدل‌های ارتباطی Training Models Communication به کارکنان مراقبتی و پیروی از این مدل‌ها در ارتباطات حرفه‌ای است.

یکی از این مدل‌های ارتباطی که کمیسیون مشترک مرکزی ( Central Commission Joint ) از سال ۲۰۰۶ به منظور تسهیل تعاملات بین اعضای تیم مراقبت سلامت، بهبود ارتباطات، کاهش خطا و در نتیجه افزایش کیفیت مراقبت پیشنهاد کرده است، مدل SBAR است: (Situation-Background-Assessment-Recommendation)

مدل ارتباطی SBAR، تکنیکی ساده و استاندارد و یک مدل ذهنی ( Map Conceptual ) است که برای برقراری ارتباطات مؤثر در تحویل بیمار و اطلاعات مربوط به او، بین پزشکان و پرستاران، همچنین برای انتقال بیمار به سایر بخش‌ها و دیگر افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد. ارتباط در چهارچوب مدل ارتباطی SBAR، ارتباطی کامل و مختصر و از قبل مشخص است که زمینه تصمیم‌گیری برای ارتباط، ساختار و عناصر لازم و ضروری برای تهیه پیام در آن مشخص گردیده است. به عبارت دیگر، کادر درمان می‌دانند که این ارتباط قرار است برای چه کسی، با چه مشکلی و در چه حیطه‌ای و با چه برنامه و هدفی ایجاد شود. این ارتباط می‌تواند در تحویل و تحول بالینی، در ثبت و گزارش نویسی پرستاری و سایر مراقبت‌های مستقیم یا غیرمستقیم پرستاری، به کار گرفته شود.

مراحل تکنیک SBAR عبارت است از :

۱. **Situation** : (وضعیت) تشریح وضعیت فعلی بیمار در طی ۵ الی ۱۰ ثانیه
۲. **Background** : (سوابق) بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار
۳. **Assessment** : (بررسی بیمار) نتیجه‌گیری، آنچه که فکر می‌کنید
۴. **Recommendation** : (توصیه) برای آنچه نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن

تکنیکی ساده و یک ابزار استاندارد برای برقراری ارتباط مؤثر در هنگام تحویل بیمار است. در این روش ابتدا به شناسایی و شناساندن بیمار و پرستاران تحویل گیرنده پرداخته و وضعیت نگران کننده فعلی و مشکلات جدی و اورژانسی بیمار مطرح میشود. سپس همزمان با بررسی بیمار به تشخیص و وضعیت پایه بیمار به هنگام بستری، تاریخچه پزشکی بیمار، جواب آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی انجام شده پرداخته میشود. در نهایت اولویتهای تحویل گیرندگان و توصیه های تحویل دهندگان و مراقبتهای خاصی که بایستی فوری یا به زودی انجام شود، مطرح می شود.

استارمر مینویسد: در یک مرکز پزشکی با اجرای SBAR در تحویل بیمار، حوادث ناگوار از ۹۰ به ۴۰ و خطای دارویی از ۳۰ به ۱۸ مورد در هر ۱۰۰۰ روز بستری بیماران کاهش یافته است. در این مدل ارائه دهندگان خدمات در مورد تمامی موارد مربوط به بیمار، در جایگاه بهترین تصمیم گیرنده نیستند و مشارکت بیمار در تصمیم گیری بالینی برای خویش، جزء حقوق اولیه بیمار است و بررسی همه جانبه بیمار و برآورده کردن نیازهای فردی بیمار، مبنای مراقبت و ملاک تحویل قرار میگیرد. پیشنهاد می کند چنانچه در مراقبت پرستاری نیاز بیمار در نظر گرفته شود، آن مراقبت با کیفیت تلقی خواهد شد.

در این مدل با مرور اطلاعات و تاریخچه بیمار، مراقبت، درمان و خدمات اخیر، علاوه بر شناسایی بهتر بیماران و افزایش آگاهی مجریان فعالیت، گیرندگان فعالیت نیز از نظر دانش و آگاهی در زمینه برنامه های خودمراقبتی و یا از نظر بیولوژیک تغییر می کنند. این مدل بر روی بیان واضح مطالب و اجتناب در به کارگیری اختصارات تأکید می کند؛ اختصارات ممکن است به غلط تفسیر شود و باعث اضطراب بیمار گردد. با بررسی همه جانبه بیمار به صورت تیمی، تجربیات و نظریات به اشتراک گذاشته شده و اولویتهای مراقبتی تعیین می شود؛ به سؤالات و نگرانی بیمار پاسخ داده میشود و کاهش خطا و افزایش مراقبت ایمن حاصل میگردد.

تمرکز اصلی در این مدل ارتباطی، روی مسئله است و بر افراد و رفتارهای شخصی آنها متمرکز نمی شود. به کارگیری این مدل ارتباطی (SBAR)، سبب تقویت تشریک مساعی و بهبود روحیه و کار تیمی میگردد. در این مدل، با مرور اطلاعات و تاریخچه بیمار، مراقبت، درمان و خدمات اخیری که برای وی انجام شده است، علاوه بر شناسایی بهتر بیماران و افزایش میزان آگاهی کادر درمان و ارائه خدمات با کیفیت بیشتر، مددجو نیز از نظر دانش و نگرش در زمینه برنامه های خود مراقبتی، توانایی بیشتری را کسب خواهد کرد. مطالعات نشان داده اند که توانایی برای برقراری ارتباطات مؤثر میتواند، بستری مناسب را برای تقویت مهارتهای شناختی، بهبود قدرت قضاوت، ارتقاء توانایی شناختی و ایجاد قوه تمیز را برای پرستاران فراهم نماید.

## مزایای کاربرد SBAR شامل:

۱. نقل و انتقال اطلاعات لازم و ضروری بیمار بین ارائه دهندگان خدمت
۲. ارتقاء دانش کارکنان در خصوص اطلاعات بدست آمده از فرم ارتباطی بیمار
۳. افزایش توانایی پرستاران برای دریافت گزارش ضروری بیمار از سایر واحد های بیمارستانی براساس یک فرم خاص
۴. افزایش ایمنی بیمار با ارائه اطلاعات حیاتی در یک نگاه به کلیه پرسنل مسئول کادر درمان در قبال بیماران در طول روز
۵. افزایش توانایی کلیه پرسنل مسئول کادر درمان برای شناسایی بالقوه مشکلات بیماران

## اطلاعات کلیدی که بایستی در زمان ترخیص به بیمار یا ارائه کننده بعدی خدمات سلامت انتقال یابد شامل:

- تشخیص بیمار حین ترخیص
- تشخیص قطعی بیمار
- وضعیت کنونی بیمار شامل داروها و برنامه های درمانی
- تغییرات اخیر در شرایط بیمار
- نتایج آزمایش ها
- تغییرات احتمالی یا عوارضی که ممکن است بروز نماید.

## توصیه هایی برای بهبود ایمنی و رضایت بیمار حین فرآیند تحویل:

۱. تأثیر بستر بیمارستان بر ارتباطات حین تحویل بیمار را مدیریت کنید.
- داده های مطالعات نشان می دهد که محدودیت های زمینه ای محیط بیمارستان، در صورت وجود ارتباطات موثر، اغلب کاهش می یابد. برای تحویل موثر، پزشکان و مدیران باید عوامل اصلی زمینه ای را مدیریت کنند:
- شرکت کنندگان (افرادی که باید در فرایند، حضور داشته باشند)
  - زمان بندی (چه مدت زمانی مجاز است)



▪ منابع (در دسترس بودن سوابق الکترونیکی یا چاپی بیمار)

▪ محیط (سر و صدا، وقفه‌ها و فضا)

توجه: عدم مدیریت این ابعاد، به معنای پذیرش ضمنی خطر است.

## ۲. توجه داشته باشید که تحویل موثر، شامل دو بعد ارتباطی است: بعد تعاملی و اطلاعاتی.

بیشتر مطالعات مربوط به تحویل بیمار، بر محتوای اطلاعاتی تحویل، متمرکز است. با این وجود، داده‌های ارتباطی واقعی به ما یادآوری می‌کنند که تا زمانی که بعد تعاملی تحویل، به صورت مشترک پیش نرود، ممکن است انتقال اطلاعات، نامفهوم باشد. داشتن تعامل، فوایدی دارد مانند اینکه تعامل، امری بی‌واسطه و متقابل است و این بدین معنی است که مشکلات و خطاها می‌توانند به سرعت مورد توجه قرار گیرند و برطرف شوند. لازم به ذکر است که برای شناختن ارزش تعامل، ممکن است به تغییر فرهنگی نیاز باشد.

ما باید این عبارت مرسوم را که یک تحویل کوتاه، یک تحویل خوب است را با این عبارت جایگزین کنیم که یک تحویل تعاملی، یک تحویل ایمن است.

## ۳- خطرات اطلاعاتی را از طریق پروتکل‌های انعطاف‌پذیر اما استاندارد، برطرف کنید.

درک ما از ارتباطات موثر و شواهد حاصل از داده‌ها نشان می‌دهد که اگر افراد به طور مداوم یک توالی ساختاریافته را دنبال کنند، شانس بیشتری برای برقراری ارتباطی واضح با اطلاعات پیچیده را دارند. یک پروتکل ساختاریافته، به ارائه دهنده کمک می‌کند تا بداند چه اطلاعاتی را باید جمع‌آوری و سازماندهی کند. به گیرنده کمک می‌کند تا هماهنگ شود، پیش‌بینی کند، انتظار داشته باشد و بنابراین فوراً متوجه شکاف‌ها شده و در مورد آنها تحقیق کند. بنابراین یک ساختار مشترک می‌تواند وقفه‌های غیرضروری را به حداقل برساند و در عین حال از خطر به تعویق انداختن و احتمال فراموش کردن پیگیری سوالات، جلوگیری کند. (استفاده از روش SBAR)

## ۴. خطرات تعاملی را با اجرای یک پروتکل تعاملی، برطرف کنید.

دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های تحویل، باید مبتنی بر درک آگاهانه از نحوه کار تعامل و نحوه مدیریت خطرات تعاملی باشد. درگیر کردن بیمار با استفاده از پروتکل‌های تعاملی، این اطمینان را می‌دهد که پزشکان، گزارش بیمار را به درستی دریافت می‌کنند و درباره تصمیم‌گیری‌های درمانی که بیمار درک می‌کند، مذاکره می‌کنند.

۵. اطمینان حاصل کنید که کارکنان بالینی در مورد استراتژی‌ها و چارچوب‌های ارتباطی تحویل بالینی بیمار، آموزش می‌بینند.

انطباق کم با SBAR و عدم تمایل به مشارکت بیمار در تحویل، اساساً ناشی از عدم آگاهی و آموزش محدود در مهارت‌های تحویل است. بررسی‌ها نشان داد که حتی فقط یک آموزش دو ساعته، می‌تواند تغییر رفتار قابل توجهی از نظر آماری ایجاد کند.

توجه داشته باشید که زیربنای هر یک از توصیه‌های ذکر شده، تشخیص این موضوع است که بسیاری از مشکلات در تحویل بالینی بیمار، سیستمی است.

همانطوری که بیان شد فرایند تحویل مراقبت/ بیمار، مکانیسمی برای انتقال اطلاعات، مسوولیت و اختیار از یک شخص یا گروهی از ارایه دهندگان مراقبت به شخص و یا تیم بعدی ارائه دهنده مراقبت حین تغییر نوبت کاری یا انتقال بیمار (از بخشی به بخش دیگر و یا از یک واحد درمانی به واحد درمانی دیگر) به منظور استمرار و تداوم مراقبت می باشد که یکی از اجزای اصلی برقراری ارتباط در ارائه مراقبت سلامت و نکته کلیدی در راستای ارتقاء ایمنی بیمار است.

تعویض نوبت کاری یکی از موقعیتهای تحویل بیمار و تبادل اطلاعات در پرستاری است که طی آن اطلاعات ضروری مربوط به بیمار بین کادر پرستاری نوبت های کاری مختلف مبادله می شود. این مهم علاوه بر تداوم مراقبت با بررسی جامع بیمار در بالین، تعیین اولویتهای مراقبتی، مشارکت فعال کادر پرستاری دو نوبت کاری در امر تبادل اطلاعات و مرور اقدامات درمانی و دارویی بیمار باعث ذخیره وقت و زمان کادر پرستاری و ارائه خدمات با کیفیت می گردد.

لذا جهت تأمین کیفیت مطلوب و مبتنی بر استاندارد در هنگام تحویل بیمار باید اصول زیر که بر گرفته از اصول **CUBAN** است در تمامی موارد تحویل کلامی بیمار رعایت شود:

#### ۱. اصل محرمانگی : Confidentiality

در زمان تحویل بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات باید در محیطی دور از بالین بیماران و با صدای آهسته تبادل گردد. همچنین این قبیل اطلاعات نباید به خارج از محدوده بیمارستان و محیط درمان انتقال یابد. اطلاعات حساس و محرمانه بیمار می تواند شامل نتایج مثبت آزمایشاتی مانند HIV، بیماری های قابل انتقال مانند هپاتیت،

اختلالات روان، قرار داشتن بیمار در گروه پر خطر اجتماعی (کودک آزاری/ دختران فراری/ بارداری غیر متعارف/ زنان رها شده، نوزادان رها شده خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان/ اقدام به خودکشی) و سایر مواردی که بیماران می خواهند محرمانه بماند. جهت حفظ حریم بیماران و حفظ اسرار آنها فرایند تحویل در بعضی از موارد می تواند خارج از اتاق بیمار انجام شود.

## ۲. توالی و پیوستگی در ارائه گزارش: **Uninterrupted**

تحویل بیماران باید در محیطی آرام و بدون ایجاد وقفه انجام شود. در این زمینه می بایست شروع فرایند تحویل نوبت کاری به موقع و در زمان تعیین شده از قبل آغاز شود.

## ۳. خلاصه بودن گزارش **Brief**

انتقال اطلاعات باید تا حد امکان به اطلاعات ضروری و مرتبط با وضعیت درمانی محدود گردد و از ارائه اطلاعات با حجم زیاد خودداری شود.

## ۴. صحت و دقت اطلاعات **Accuracy**

باید اطمینان حاصل شود که تمام اطلاعات انتقال یافته در فرایند تحویل صحیح و دقیق بوده و در مورد هیچ بیماری سهل انگاری در حیطه انتقال اطلاعات نشده است. اطلاعات مراقبتی باید در ابتدا و انتهای هر نوبت کاری، به روز رسانی شده، شفاف و مختصر باشد و اطلاعات نباید با استفاده از لهجه خاص و یا اصطلاحات غیر معمول انتقال یابد.

## ۵. پرستار مسئول بیمار **Named Nurse**

بر اساس رعایت اصل استمرار مراقبت ضروری است پرستار مسئول بیمار تحویل بیمار را انجام دهد.

## منابع:

۱. ب عبدی، م اسماعیل پور بند بنی، ف مدنی، ا گلفشان، موانع برقراری ارتباط موثر با بیمار سالمند از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۱۳۹۷، دوره ۹، شماره ۱ (مقاله پژوهشی نشریه آموزش پرستاری) - فروردین و اردیبهشت (۱۳۹۹)
  ۲. ک ساندرز، د دیکسون، ا هارجی - ترجمه: خ بیگی، م فیروزبخت - مهارت های اجتماعی در ارتباطات میان فردی. ناشر رشد؛ ۱۳۹۰.
  ۳. ف رئیسی، ن ارسلانی، ا دالوندی، س حسین زاده، تأثیر آموزش مهارت های ارتباط بین حرفه ای بر فرهنگ ایمنی بیمار در کارکنان اورژانس - نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری - زمستان ۱۳۹۸، دوره ۶، شماره ۴.
  ۴. مستوفیان فرناز، راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان درمانی در حین تحویل بیمار، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۷
  ۵. خاکسار آرزو، پاشایی ثابت فاطمه، تأثیر آموزش مدل ارتباطی SBAR بر میزان رعایت فرهنگ ایمنی بیماران توسط پرستاران بخش اورژانس، نشریه پژوهش پرستاری، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۹، دوره ۱۵، شماره ۱
  ۶. بقائی رحیم، پوررشید سلیمان، پژوهشی در تحویل شیفت کاری پرستاران، SBAR تأثیر استفاده از مدل بر بعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه بیماران، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۵۶۲ دوره چهاردهم، شماره ششم، پی در پی ۸۳، شهریور ۱۳۹۵
- 
۱. Effective communication among health care professionals is challenging due to a number of interrelated dynamics: Pomari C. Descriptive study regarding nurse physician collaboration in a Local Health Unit in Veneto (Italy). Prof Infirm. ۲۰۰۹ Apr-Jun; ۶۲(۲): ۱۰۹-۱۹. PMID: ۱۹۶۶۴۳۶۰ Italian.
  ۲. Catherine D, Kay D, Mary K. D, Rebecca P. Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements
  ۳. Shahrivar ۲۲, ۱۳۹۹ AP, <https://salamatika.com/who-solutions-for-improving-communication-during-patient-hand-over>
  ۴. The Handbook of Communication Skills, Fourth Edition, Edited by - Owen Hargie - published ۲۰۱۹ -by Routledge
  ۵. C A Mannahan , Different worlds: a cultural perspective on nurse-physician communication, Affiliations expand, PMID: ۲۰۱۸۹۵۴۵, DOI: ۱۰,۱۰۱۶/j.cnur.۲۰۰۹,۱۰,۰۰۵