



مترجم: خانم هدی احمري طهران، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم

پیامدهای یادگیری

پس از اتمام این فصل، شما قادر خواهید بود:

۱. اجزای فرآیند برقراری ارتباط را توصیف کنید.
۲. ابعاد مختلفی را که پرستاران می‌بایست در استفاده از انواع مختلف رابطه در نظر بگیرند به بحث بگذارید.
۳. مولفه‌های تأثیرگذار در فرآیند برقراری ارتباط را توصیف کنید.
۴. به بررسی و مقایسه‌ی راه‌کارهای ارتباطی درمانی مختلفی بپردازید که ارتباط را تسهیل نموده و بر دغدغه‌های مراجعین تمرکز دارند.
۵. موانع پیش روی ارتباط را بشناسید.
۶. چهار مرحله رابطه‌ی کمک‌رسان را توصیف کنید.
۷. ویژگی‌های یک گروه اثربخش را به بحث بگذارید.
۸. انواع گروه‌های مؤثر در ارتقای سلامتی و آسایش را شناسایی کنید.
۹. چگونگی بهره‌گیری پرستاران از مهارت‌های ارتباطی را در هر مرحله فرآیند پرستاری به بحث بگذارید.
۱۰. لزوم ارتباط اثربخش میان مراقبین بهداشت را بیان کنید.
۱۱. رفتارهای اخلاص‌گر ذیل را توصیف نموده و چگونگی تأثیرگذاری آنها بر امنیت مراجعین و جو درمانی و مراقبتی شرح دهید: بی ادبی، خشونت جانبی و زورگویی.
۱۲. تفاوت میان ارتباط پرستار و پزشک و نحوه‌ی پرداختن به این تفاوت‌ها را به بحث بگذارید.
۱۳. میان ویژگی‌های اصلی ارتباط حمایتی و غیر حمایتی تمایزگذاری کنید.

مقدمه

توانایی برقراری ارتباط یکی از مهارت‌های مهم در حرفه‌ی پرستاری است. از طریق این مهارت است که انسان‌ها می‌توانند نیازهای حیاتی خود را برآورده ساخته، رابطه‌های تازه شکل داده و احساسات مختل را تجربه کنند. در حرفه‌ی پرستاری برقراری ارتباط یک فرآیند پویا است که برای گردآوری داده‌های ارزیابی، آموزش و اظهار همدلی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برقراری ارتباط یکی از بخش‌های اصلی رابطه‌ی کمک‌رسانی است.

برقراری ارتباط

واژه‌ی ارتباط بسته به بافتی که در آن قرار می‌گیرد، معانی متفاوتی دارد. برای برخی افراد منظور از ارتباط تبادل اطلاعات میان دو یا چند نفر است. به عبارت دیگر، در تعریف آنها ارتباط به معنی تبادل دیدگاه‌ها یا افکار است. در این نوع ارتباط از روش‌هایی نظیر صحبت نمودن، گوش

سپردن، نوشتن و خواندن استفاده می‌شود. با این وجود، نمودهای دیگری نظیر نقاشی، رقص و قصه‌گویی نیز می‌توانند برای برقراری ارتباط مورد استفاده قرار گیرند. علاوه بر این، افکار و ذهنیات را می‌توان نه صرفاً به واسطه‌ی کلام یا متن کتبی، که از طریق زبان بدن و اشارات نیز منتقل نمود.

ارتباط می‌تواند برخلاف تعریف بالا که ارتباط را به انتقال صرف دیدگاه‌ها و افکار محدود می‌کرد، بار معنایی فردی‌تری داشته باشد. ارتباط می‌تواند به معنای انتقال احساسات بوده و یا به عنوان تعامل فردی یا اجتماعی میان افراد مختلف باشد. برای مثال، در روابط زوجین بارها مشاهده شده است که یکی از افراد از عدم برقراری ارتباط از سوی طرف مقابل گلایه مند است. گاهی نوجوانان از وجود شکاف نسلی با والدین خود گلایه نموده و اشاره می‌کنند که در ارتباط با آنها و یا درک احساسات‌شان دچار مشکل هستند. همچنین گاهی بیماران گلایه دارند که پرستاری با وجود کارآمدی در عملکرد تخصصی خود، فاقد توانمندی



ارتباط در ذهن داشته باشد [مبدأ]. همچنین، این فرد یا گروه باید بتواند آن دیدگاه یا احساس را در قالبی قرار دهد که قابل انتقال به دیگر افراد باشد. منظور از کدگذاری انتخاب نمادها یا علائم مشخصی [کدها] است که برای انتقال پیام به کار بسته می‌شوند؛ کدهایی نظیر اینکه چه زبان یا کلماتی مورد استفاده قرار گیرند، کلمات با چه ترتیبی در کنار هم قرار گیرند، از چه لحن کلامی استفاده شود و نهایتاً چه زبان بدنی مورد استفاده قرار گیرد. برای مثال، اگر دریافت‌کننده‌ی پیام انگلیسی‌زبان باشد معمولاً فرستنده نیز از واژه‌های انگلیسی برای پیام استفاده می‌کند. اگر پیام مورد نظر این جمله باشد که: "آقای جانسون، شما باید برای دریافت تسکین دهنده یک ساعت دیگر منتظر بمانید" اینکه پرستار از چه لحن و زبان بدنی استفاده کند می‌تواند بر محتوای پیام تأثیر گذار باشد. فارغ از زبان‌ها و گویش‌های مختلف، یک پرستار می‌بایست با دو سطح زبان نیز کنار بیاید: یکی زبان مردم عادی و دیگری زبان تخصصی حرفه‌ی سلامت.

پیام

دومین بخش از فرآیند برقراری ارتباط خود پیام است. پیام یعنی همان چیزی که نوشته یا بیان می‌شود، زبان بدنی که در کنار کلمات به کار می‌رود و چگونگی انتقال آن. ضروری است که شیوه‌ای که برای انتقال پیام به کار می‌رود برای آن پیام مناسب بوده و محتوای پیام را شفاف‌تر سازد.

برای مثال، برخی مواقع گفت و گوی رو در رو با یک فرد می‌تواند تأثیر گذارتر از ارتباط صوتی یا کتبی باشد. اما برای مخاطبان با تعداد بالاتر ضبط نمودن پیام یا انتقال آن از طریق رادیو یا تلویزیون می‌تواند گزینه‌ی مناسب‌تری باشد. ارتباط کتبی اغلب در خصوص توضیحات طولانی یا ارتباطی که می‌بایست ماندگار باشد، مناسب‌تر است. استفاده‌ی درست از حس لامسه نیز می‌تواند اثرگذاری بالایی در فرآیند ارتباط داشته و حس همدلی و مراقبت را منتقل کند (شکل ۳-۲۳).

گیرنده‌ی پیام

سومین بخش از فرآیند ارتباط گیرنده‌ی پیام است. گیرنده‌ی پیام فردی است که به پیام گوش سپرده یا آن را مشاهده نموده و در نظر می‌گیرد. این فرد همان کسی است که به رمز گشایی پیام می‌پردازد؛ یعنی درک می‌کند که هدف فرستنده‌ی پیام چه بوده است. منظور از رمز گشایی پیام این است که پیام دریافت شده توسط گیرنده برداشت شده و بسته به اندوخته‌ی دانش و تجربه‌ی گیرنده‌ی پیام معنایی از آن استخراج شود. اینک گیرنده‌ی پیام تا چه حد موفق بوده است منظور اصلی فرستنده را در فرآیند رمز گشایی به درستی برداشت کند تا حد زیادی به این مسأله بستگی دارد که پیش زمینه‌ی اجتماعی فرهنگی آن دو و نیز دانش و تجربه‌شان تا چه حد مشترک بوده است. اگر معنای برداشت شده از پیام رمز گشایی شده با منظور اصلی فرستنده‌ی پیام یکی باشد آنگاه ارتباط مؤثر و موفقیت آمیز بوده است. اما اگر دریافت‌کننده‌ی

لازم در مشخصه‌ای است که آن را "رفتار بر بالین" می‌نامند. تعریف مورد نظر ما از ارتباط در این فصل از این قرار است: هر نوع ابزاری که برای تبادل اطلاعات یا احساسات میان دو یا چند نفر به کار گرفته می‌شود. ارتباط یکی از اجزای بنیادین روابط انسانی از جمله پرستاری است. هدف از برقراری هر ارتباطی دریافت پاسخ از طرف مقابل است. بنابراین، ارتباط یک فرآیند است. این فرآیند دارای دو هدف اصلی است: تأثیر گذاری بر دیگران و کسب اطلاعات. ارتباط را می‌توان مؤثر یا غیر مؤثر نامید. ارتباط مؤثر رابطه‌ای است که تشویق گر به اشتراک گذاری اطلاعات، تفکرات و احساسات میان دو یا چند نفر است. اما در رابطه‌ی غیر مؤثر انتقال اطلاعات و احساسات مختل می‌شود. پرستارانی که ارتباط کارآمدتری دارند بهتر می‌توانند به گردآوری داده‌های ارزیابی پرداخته، مداخلات درمانی را آغاز نموده، پیامد این مداخلات را ارزشیابی نموده و از بروز مشکلات قانونی و ایمنی در فرآیند پرستاری جلوگیری کنند. فرآیند ارتباط بر مبنای رابطه‌ای حاکی از اعتماد و حمایت استوار است. برای برقراری یک رابطه‌ی سالم میان بیمار و پرستار وجود ارتباط مؤثر ضروری است.

ارتباط می‌تواند در سطح درون فردی و در درون یک فرد رخ داده و یا در سطح میان فردی و گروهی شکل بگیرد. منظور از ارتباط درون فردی ارتباطی است که شما با خودتان برقرار می‌کنید. نام دیگر این نوع ارتباط خودگویی^۱ است. معمولاً هم فرستنده و هم گیرنده‌ی پیام به خودگویی می‌پردازند. منظور از این مفهوم تفکر در مورد پیام پیش از ارسال آن، در زمان ارسال آن و پس از ارسال آن است. این فرآیند به صورت منسجم و پیوسته رخ می‌دهد. در نتیجه، ارتباط درون فردی می‌تواند با توانایی فرد برای شنیدن پیام فرستنده، چنان که مطلوب اوست، تداخل یابد (شکل ۱-۲۶).

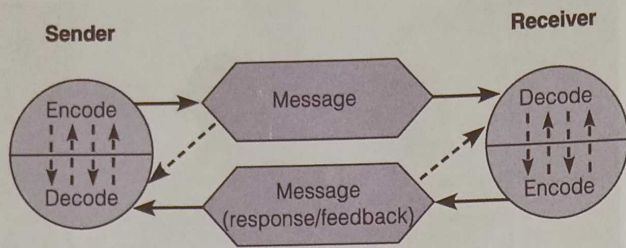
فرآیند برقراری ارتباط

ارتباط رو در رو شامل فرستنده‌ی پیام، پیام، دریافت‌کننده‌ی پیام و یک پاسخ یا بازخورد است. در ساده‌ترین شکل این ارتباط برقراری ارتباط در واقع یک فرآیند دو سویه است که شامل ارسال و دریافت یک پیام می‌شود. از آنجا که هدف از برقراری ارتباط دریافت یک پاسخ است، این فرآیند یک فرآیند پویا و پیوسته است که در آن دریافت‌کننده‌ی پیام به ارسال کننده‌ی پاسخ تبدیل شده و فرستنده‌ی اصلی پیام نیز به دریافت‌کننده‌ی این پاسخ تبدیل می‌شود (شکل ۲-۲۶).

فرستنده‌ی پیام

منظور از فرستنده‌ی پیام فرد یا گروهی از افراد است که تمایل دارد پیامی را به فردی دیگر منتقل کند. این فرستنده را می‌توان به عنوان کدگذارنده‌ی مبدأ^۲ در نظر گرفت. منظور از این عنوان این است که فرد یا گروهی که به ارسال پیام می‌پردازد باید دلیل یا ایده‌ای برای برقراری

1. self talk
2. source encoder



شکل ۲-۲۶. فرآیند برقراری ارتباط

یا با واژه‌های متفاوتی منتقل کند. در مثال آقای جانسون، گیرنده‌ی پیام ممکن است رنجیده خاطر شده و بگوید: "اما پرستار شیفت دیگر در صورتی که به مسکن احتیاج داشته باشم آن را زودتر در اختیار من قرار می‌دهد." اکنون فرستنده‌ی اصلی خود به گیرنده تبدیل شده و می‌بایست این جمله را رمز گشایی نموده و پاسخ دهد.

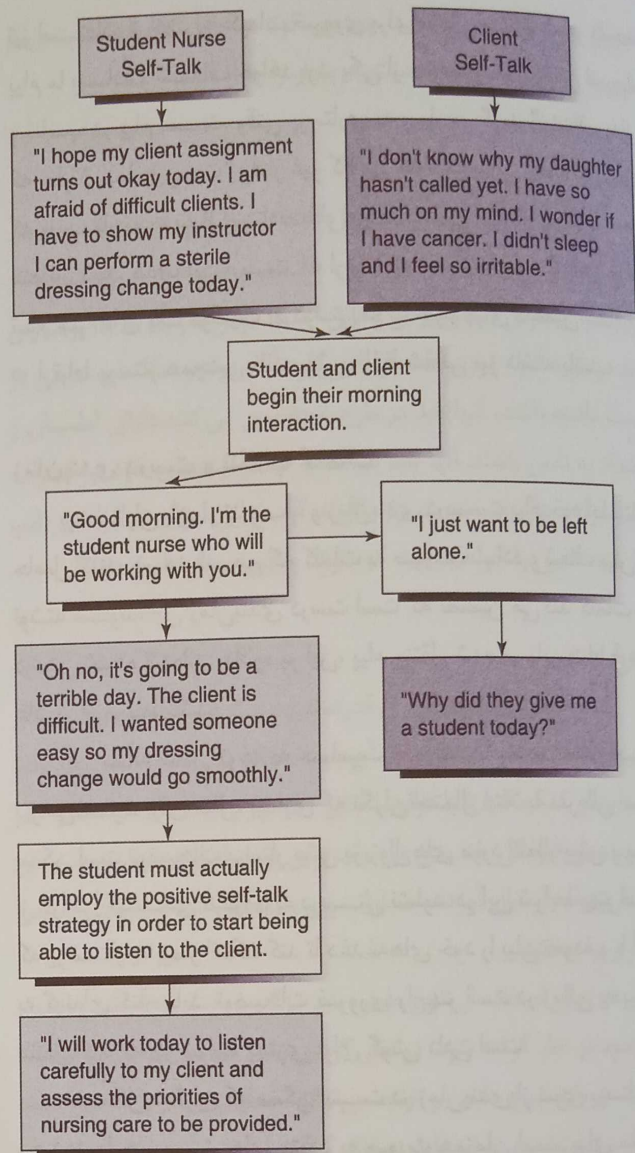
انواع ارتباط

ارتباط عموماً به دو شیوه‌ی اصلی انجام می‌شود: کلامی و غیر کلامی. در ارتباط کلامی از واژگان کتبی یا شفاهی استفاده می‌شود. در ارتباط غیر کلامی اما از گونه‌های دیگر نظیر حالات چهره، لمس نمودن و انواع زبان بدن استفاده می‌شود. هرچند هر دو نوع ارتباط می‌توانند به صورت همزمان رخ دهند، اما بخش اعظمی از ارتباطات به صورت غیر کلامی است. پرستاران می‌بایست به منظور ایجاد الگوهای ارتباطی مؤثر با بیماران، در مورد ارتباط غیر کلامی اطلاعات بیشتری کسب کنند. نوع دیگری از ارتباط وجود دارد که با ظهور فناوری مطرح شده است: ارتباط الکترونیک. یکی از گونه‌های متداول این نوع ارتباط پست الکترونیک است که از طریق آن فرد می‌تواند پیامی را با کمک رایانه به فرد یا گروهی از افراد منتقل کند. پرستاران باید بدانند که چه زمانی برای استفاده از پست الکترونیک به عنوان ابزار ارتباطی با بیماران مناسب و چه زمانی نامناسب است.

ارتباط کلامی

ارتباط کلامی تا حد زیادی به صورت آگاهانه رخ می‌دهد. زیرا افراد به صورت آگاهانه انتخاب می‌کنند که از چه واژگانی استفاده کنند. واژه‌های مورد استفاده در ارتباط کلامی توسط افراد مختلف بسته به فرهنگ، سن، آموزش و پیشینه‌ی اقتصادی اجتماعی آنها می‌تواند متفاوت باشد. در نتیجه، در خصوص نحوه‌ی تبادل دیدگاه‌ها امکانات و احتمالات بی شماری وجود دارد. برای شکل‌دهی به یک پیام کلمات زیادی می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند. علاوه بر این، انواع احساسات نیز می‌توانند در زمان مکالمه با افراد دیگر به آنها منتقل شوند.

پرستاران در هنگام انتخاب کلمات در بیان شفاهی یا کتبی می‌بایست موارد ذیل را در نظر بگیرند: سرعت و آهنگ کلام، سادگی، شفافیت و اختصار، تناسب کلمات و زمان‌بندی درست، سازگاری، اعتبار و شوخ طبعی.



شکل ۱-۲۶. Student nurse self-talk

پیام تعبیر درستی از منظور فرستنده نداشته باشد ارتباط ناکارآمد بوده است. برای مثال، اگر آقای جانسون، در نمونه‌ای که پیش‌تر مطرح شد، پیام مورد نظر را این گونه برداشت کند که "تا یک ساعت مسکن دریافت نخواهد کرد" ارتباط به درستی انجام شده است. با این وجود اگر تجربه به او نشان داده باشد که در صورت حضور یک پرستار خاص در آن شیفت او می‌تواند مسکن را زودتر دریافت کند، برداشت متفاوتی از پیام خواهد داشت.

پاسخ

چهارمین بخش از فرآیند ارتباط پاسخ است. منظور از پاسخ پیامی است که گیرنده‌ی پیام نخست به فرستنده باز می‌گرداند. به این پیام بازخورد نیز گفته می‌شود. بازخورد می‌تواند کلامی، غیر کلامی یا از هر دو نوع باشد. برای مثال، تکان دادن سر به حالت تأیید یا خمیازه کشیدن می‌توانند دو نمونه از بازخورد غیر کلامی باشند. در هر دو صورت بازخورد به فرستنده‌ی پیام این امکان را می‌دهد که پیام خود را تصحیح نموده

نیز استفاده از کمترین کلمات ضروری برای انتقال پیام است. در نتیجه، پیام ما ساده و شفاف خواهد بود. یکی از جنبه‌های این بخش انسجام و تناسب در پیام است. وقتی پرستاری به بیمار می‌گوید "مشتاقم بدانم که نظر شما چیست" رفتار غیر متناسب با این جمله این است که پرستار رو به بیمار ایستاده، با او ارتباط چشمی گرفته و به سمت جلو متمایل شود. هدف این است که ارتباط به صورت شفاف انجام شود تا تمام جنبه‌های یک موقعیت به درستی درک شود. برای تضمین شفافیت در ارتباط پرستار همچنین باید بیان و تلفظ شفافی نیز داشته باشد.

زمان‌بندی درست و تناسب کلمات

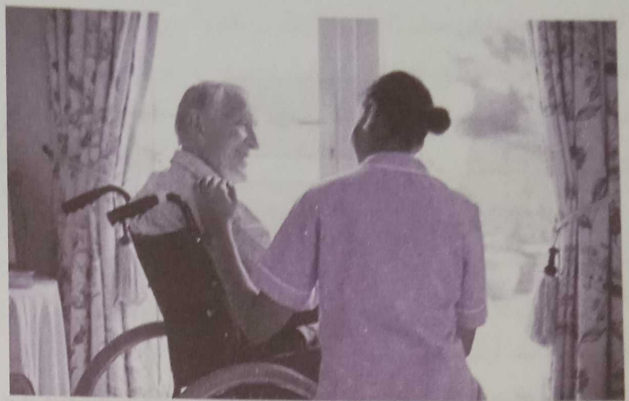
پرستاران باید از تناسب و زمان‌بندی درست پیام خود اطمینان حاصل کنند. هر چه قدر هم که کلمات به صورت ساده و شفاف بیان یا نوشته شوند، این زمان‌بندی درست است که تضمین می‌کند کلمات به درستی شنیده شده‌اند. علاوه بر این، پیام منتقل شده می‌بایست با فرد و علایق او مرتبط باشد.

این مسأله شامل توجه به حساسیت روی نیازها و دغدغه‌های بیمار نیز می‌شود. برای مثال، بیماری که نگران احتمال ابتلا به سرطان است ممکن است توضیحات پرستار مبنی بر روال‌های مورد انتظار پیش و پس از جراحی کیسه‌ی صفرا را به درستی نشنود. در این شرایط بهتر است که پرستار به بیمار کمک کند تا دغدغه‌های خود را بیان نموده و با آنها به گونه‌ای کنار بیاید. توضیحات ضروری را بهتر است در زمانی به بیمار منتقل کرد که در شرایط بهتری برای گوش دادن است.

مشکل دیگری که ممکن است در زمان‌بندی از سوی پرستاران رخ دهد طرح پرسش‌های متعدد به صورت همزمان است. برای مثال، پرستاری وارد اتاق بیمار شده و پشت سر هم این سؤال‌های را مطرح می‌کند: "صبح به خیر خانم برودی. امروز حال تان چطور است؟ دیشب خوب خوابیدید؟ همسرتان قبل از جراحی به دیدارتان خواهد آمد، این طور نیست؟". در این شرایط مسلماً بیمار نمی‌داند به کدام سؤال باید پاسخ بدهد یا اینکه اصلاً باید پاسخی بدهد یا خیر. ممکن است پرستار سؤالی را بپرسد و برای دریافت پاسخ صبر نکند. اگر به بیمار زمان داده شود تا به احوال پرسی ابتدای مکالمه پاسخ دهد، فضای صمیمانه‌ای با بیمار ایجاد شده است که می‌تواند فرآیند درمان را مؤثرتر سازد.

سازگاری

پرستار می‌بایست پیام‌های شفاهی خود را بر اساس نشانه‌های رفتاری‌ای که از سوی بیمار دریافت می‌کند تغییر دهد. این تعدیل و تغییر پیام‌ها اصطلاحاً سازگاری گفته می‌شود. آنچه پرستار می‌گوید و نحوه‌ی بیان وی باید به صورت فردی بوده و با دقت در نظر گرفته شود. این امر نیازمند دقت بالا از سوی پرستار است. برای مثال، فرض کنید پرستاری که بطور دائم لبخند می‌زند، شاد به نظر می‌رسد و بیماران را با لحنی مشتاقانه خطاب قرار می‌دهد، متوجه شود که بیماری لبخند نمی‌زند یا آشفته به نظر می‌رسد. در این شرایط این پرستار باید آهنگ کلام خود را



شکل ۳-۲۶. Appropriate forms of touch can communicate caring

سرعت و آهنگ کلام

شیوه‌ی بیان پیام از جمله آهنگ کلام، ریتم و تن بیان می‌تواند ضمن انتقال احساسات مختلف، تأثیر پیام را افزایش دهد. آهنگ کلمات می‌تواند حس اشتیاق، اندوه، خشم یا علاقه مندی را منتقل کند. سرعت کلام می‌تواند بیانگر علاقه، بی‌حوصلگی، ترس یا اضطراب باشد. برای مثال، اگر با یک بیمار آشفته به صورت شمرده و آرام صحبت کنید ممکن است بتوانید وی را آرام کنید.

سادگی

منظور از سادگی استفاده از کلماتی است که کامل بوده و به راحتی قابل درک باشند. بسیاری از اصطلاحات تخصصی و پیچیده برای خود پرستاران طبیعی به نظر می‌رسند. با این وجود، مردم عادی اغلب معنای این واژه‌ها را به درستی درک نمی‌کنند. کلماتی نظیر واسوکانستریکشن^۱ و کالسیستکتومی^۲ برای خود پرستاران معنادار و قابل درک هستند. اما در ارتباط با بیماران استفاده از آنها توصیه نمی‌شود. پرستاران باید یاد بگیرند که از اصطلاحات ساده، قابل درک و مناسب استفاده کنند که با سطح تحصیلات، فرهنگ، دانش و سن بیمار همخوانی داشته باشند. برای مثال، به جای آنکه به بیمار بگویید: "برای تست ادرار شما را کاتریز خواهیم کرد" بهتر و مناسب‌تر است که بگویید "می‌خواهم نمونه‌ای از ادرار شما را بگیرم. بنابراین، برای گرفتن این نمونه یک لوله‌ی کوچک را وارد مثانه‌ی شما خواهیم کرد". احتمالاً پاسخ بیمار به جمله‌ی دوم این خواهد بود که چرا نیاز به انجام چنین کاری است و اینکه آیا انجام این فرآیند درد خواهد داشت یا خیر. این به این معنا است که بیمار پیام انتقال داده شده از سوی پرستار را به خوبی درک نموده است.

شفافیت و اختصار

پیامی مؤثر است که مستقیم و ساده باشد. منظور از شفافیت این است که دقیقاً همان چیزی را بگوییم که منظور ماست. منظور از اختصار

1. vasoconstriction
2. cholecystectomy

تعدیل نموده و از طریق حالت چهره‌ی خود در حالی که به سمت بیمار می‌رود حس نگرانی خود نسبت به بیمار را به او منتقل کند.

اعتبار

منظور از اعتبار ارزشمند بودن اعتقادات و قابل اعتماد بودن است. اعتبار می‌تواند مهم‌ترین معیار ارتباط باشد. پرستاران می‌توانند اعتبار ارتباط را از طریق صادق بودن و قابل اعتماد بودن تقویت کنند. پرستاران باید در مورد آنچه مورد بحث قرار می‌گیرد آگاه بوده و اطلاعات دقیقی در دست داشته باشند. آنها باید در طرح آنچه بیان می‌کنند دارای اطمینان و اعتماد به نفس باشند. آنها باید بتوانند به محدودیت‌های خود نیز اعتراف کنند. برای مثال، در صورت نیاز بگویند "پاسخ این سؤال شما را نمی‌دانم. اما حتما کسی را خواهیم یافت که بتواند به این سؤال پاسخ دهد".

شوخ طبیعی

شوخ طبیعی می‌تواند ابزاری قدرتمند و مثبت در رابطه‌ی میان پرستار و بیمار باشد. اما در استفاده از آن باید محتاط بود. شوخ طبیعی می‌تواند به بیمار کمک کند تا با موقعیت‌های دشوار و دردناک راحت‌تر کنار بیاید. عمل فیزیکی خندیدن می‌تواند برای بیمار آسایش جسمی و روحی بیشتری را به ارمغان آورده، اضطراب وی را کاهش داده و به وی احساس بهتری را ببخشد.

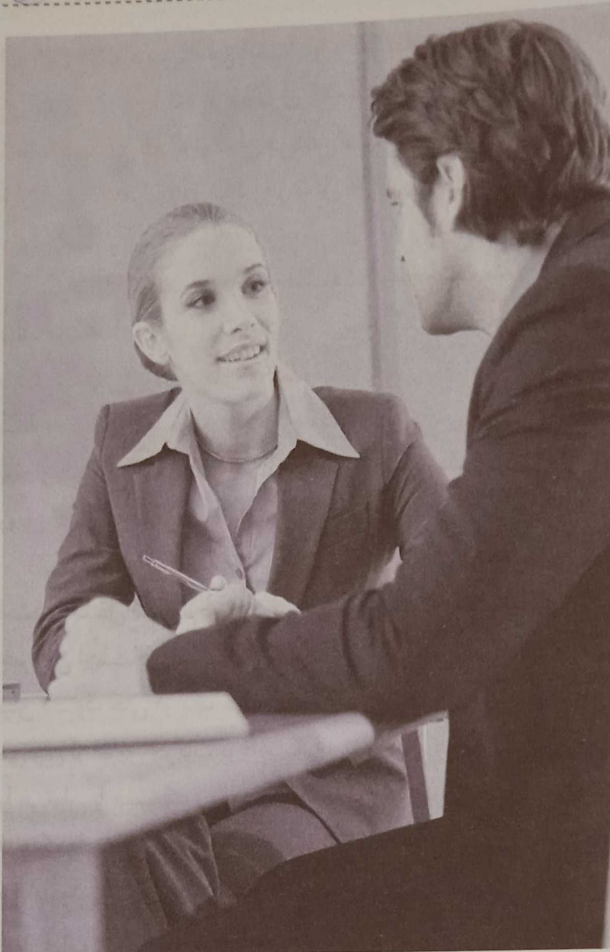
در زمان استفاده از شوخ طبیعی باید درک بیمار از آنچه طنز است تعبیر می‌شود در نظر گرفته شود. در نظر گرفتن زمان شوخی نیز دارای اهمیت است. هرچند شوخ طبیعی و خنده می‌تواند اضطراب بیمار را کاهش دهد، اما احساسات بیمار را نیز باید در نظر گرفت.

ارتباط غیر کلامی

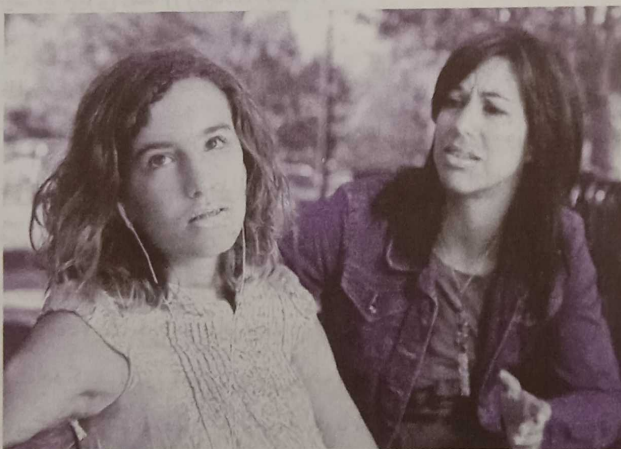
ارتباط غیر کلامی که گاهی زبان بدن نامیده می‌شود شامل استفاده از یست‌های فیزیکی، حرکات بدن، حس لامسه و ویژگی‌های ظاهری می‌شود. ارتباط غیر کلامی اغلب به دیگر افراد نشان می‌دهد که فرد مقابل فارغ از آنچه می‌گوید واقعا چه احساسی دارد، زیرا کنترل انسان بر روی رفتار غیر کلامی به اندازه‌ی رفتار کلامی آگاهانه نیست (شکل ۲۶-۴).

ارتباط غیر کلامی می‌تواند تقویت کننده یا در تقابل با آنچه بیان شده است باشد. برای مثال، فرض کنید یک پرستار به بیماری بگوید: "خوشحال خواهم شد اگر بخواهید چند دقیقه‌ای بنشینیم و با شما گفت و گو کنم". اگر این پرستار هر چند ثانیه یک بار به ساعت خود نگاه کند، این عملکرد در تقابل با پیام کلامی مخابره شده از سوی وی خواهد بود. در این شرایط بیمار به احتمال زیاد رفتار غیر کلامی را بیشتر باور خواهد کرد و پیام اصلی‌ای که رمز گشایی می‌کند این است که "من بسیار درگیر هستم و اکنون باید بروم".

یکی از مهارت‌های اصلی که پرستاران باید از آن برخوردار باشند مشاهده و تعبیر رفتار غیر کلامی بیماران است. مشاهده‌ی درست رفتار



A



B

شکل ۲۶-۴. گاهی اوقات برقراری ارتباط غیر کلامی مفهوم را به طور مؤثرتری از کلمات منتقل می‌کند. A: این وضعیت بدنی نشان از مورد پذیرش بودن فرآیند ارتباط است. B: حالت قرارگیری شنونده و نوع رفتار غیر کلامی نشان دهنده‌ی مقاومت در برابر ارتباطات است.

غیر کلامی نیازمند آن است که از ظاهر فیزیکی، حالات چهره، فیگور و شیوه‌ی راه رفتن فرد، ارزیابی نظام مندی وجود داشته باشد. با این حال پرستار می‌بایست در تعبیر رفتار غیر کلامی بیمار محتاط بوده و هر گونه برداشتی را با وی شفاف‌سازی کند. بیمارانی که از بیماری‌هایی نظیر شیذوفرنی و جنون رنج می‌برند ممکن است در بیان خواسته‌های خود به صورت کلامی دچار مشکل بوده و یا آن را غیر ممکن ببینند. در

یا آرایش داشته باشد.

نحوه‌ی ایستادن و راه رفتن

شیوه‌ی راه رفتن افراد اغلب شاخص خوبی برای سلامتی، حال فعلی و خود انگاره‌ی آنها است. راست ایستادن و قدم برداشتن با گام‌های بلند می‌تواند نشانه‌ی سلامتی باشد. اما قد خمیده و گام‌های کوتاه و آرام می‌تواند نشانه‌ی افسردگی یا ناراحتی فیزیکی باشد. خشک ایستادن و گام‌های قاطعانه و سریع می‌تواند نشانگر خشم یا عصبانیت باشد. شیوه‌ی نشستن افراد نیز می‌تواند بیانگر احساس آنها باشد. در این موارد نیز پرستار باید داده‌های مشاهده شده‌ی خود را با بیمار شفاف‌سازی کند. برای مثال، بگوید: "به نظر می‌رسد که در حرکت دچار مشکل هستید. دردتان در چه حال است؟ چیزی احتیاج ندارید؟".

حالات چهره

هیچ بخشی از بدن به اندازه‌ی چهره تأثیرگذار نیست (شکل ۵-۲۶). احساسات ترس، عصبانیت، نفرت، شادی، تعجب و غم می‌توانند از طریق حالات چهره منتقل شوند. هرچند چهره‌ی انسان می‌تواند بیانگر احساسات واقعی او باشد، اما همچنین ممکن است فردی با کنترل عضلات صورت خود مانع از بروز این احساسات شود. در این شرایط می‌توان با دریافت بازخورد از طرف مقابل از برداشت خود اطمینان حاصل نمود. بسیاری از حالات چهره در برگزیده‌ی یک معنای جهانی هستند. لبخند نشانگر شادی است. پایین کشیده شدن لب‌ها نشانه‌ی ناراضی‌تی است. با این حال، اگر پیش زمینه‌ی فرهنگی فرد، حالات چهره‌ی دیگر افراد جمع، موقعیت بروز آن حالت و دیگر نشانه‌های فیزیکی موجود در نظر گرفته نشوند نمی‌توان اطمینان حاصل کرد که حالت چهره به خوبی درک شده است.

خود پرستاران نیز باید در مورد حالات چهره‌ی خود و آنچه از این طریق به دیگران منتقل می‌کنند، محتاط باشند. بیماران به سرعت به حالات چهره‌ی پرستاران دقت می‌کنند، به ویژه وقتی احساس عدم اطمینان یا ناراضی‌تی داشته باشند. بیماری که در خصوص یک تشخیص نامطلوب از پرستاری جويا می‌شود سریعاً توجه می‌کند که آیا پرستار با او ارتباط چشمی می‌گیرد یا خیر. کنترل تمامی حالات چهره غیرممکن است. اما پرستاران باید مراقب باشند که احساساتی نظیر ترس و نفرت در برخی شرایط در چهره‌ی آنها بروز پیدا نکند.

یکی دیگر از اجزای اصلی ارتباط چهره، ارتباط چشمی است. در بسیاری از فرهنگ‌ها برقراری ارتباط چشمی با طرف مقابل نشانگر درک طرف مقابل و تمایل به ادامه‌ی ارتباط است. گاهی در ابتدای برقراری ارتباط فرد به مخاطب خود نگاهی انداخته و توجه وی را جلب می‌کند. فردی که احساس ضعف یا بی‌پناهی می‌کند اغلب از برقراری ارتباط چشمی اجتناب می‌کند. این ارتباط می‌تواند برای وی بیش از حد سلطه‌جویانه یا نامطلوب باشد.

این گونه موارد پرستار می‌بایست بتواند احساسات بیمار را از سوی رفتار غیر کلامی او درک کند. پرستاری که مشاهدات خود را اغلب با بیمار شفاف‌سازی می‌کند به او نشان می‌دهد که بیمار در نظرش دارای اهمیت و ارزش است. این می‌تواند آغاز شکل‌گیری رابطه‌ای بر پایه‌ی اعتماد میان پرستار و بیمار باشد.

ارتباط غیر کلامی در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است (Eubanks et al, 2010). حتی در مورد رفتارهایی چون لبخند زدن و دست دادن فرهنگ‌های مختلف متفاوت هستند. برای مثال، برای بسیاری از اسپانیایی‌ها لبخند زدن و دست دادن بخش اصلی یک ارتباط بوده و ضروری هستند. اما چنین رفتاری ممکن است از سوی یک فرد روس گستاخانه تلقی شود.

پرستار هیچ‌گاه نمی‌تواند به درستی اطمینان حاصل کند که از احساس منتقل شده به صورت غیر کلامی برداشت دقیقی داشته است یا خیر. این احساس می‌تواند به صورت غیر کلامی به شیوه‌های مختلفی بیان شود، حتی در یک گروه فرهنگی واحد. برای مثال، عصبانیت را می‌توان از طریق حرکات پرخاشگرانه نشان داد. همچنین، همین حس را می‌توان با خشک و بی‌حرکت ماندن نیز منتقل نمود. در بعضی فرهنگ‌ها حتی از لبخند نیز برای نشان دادن حس عصبانیت استفاده می‌شود. بنابراین، تعبیر چنین مشاهداتی می‌بایست با بیمار شفاف‌سازی شود. برای مثال، پرستار می‌تواند بگوید: "به نظر می‌رسد که گریه نموده‌اید. آیا چیزی شما را رنجانده است؟".

ظاهر فردی

لباس و ظاهر فرد می‌تواند منبع اطلاعاتی خوبی در مورد او باشد. هرچند لباس و ظاهر تا حد زیادی شخصی است، اما این مشخصه‌ها می‌تواند جایگاه اجتماعی، مالی، فرهنگی، دینی وابستگی‌های گروهی و خود انگاره‌ی فرد را نشان دهد. ممکن است بیماران به عنوان زینت یا برای محافظت خود در برابر بیماری از تعویذها و دعاها در پوشش خود استفاده کنند. وقتی معنای نمادین یک شی برای پرستار مشخص نیست، پرستار می‌تواند در مورد آن از بیمار جويا شود. این امر می‌تواند صمیمیت میان وی و بیمار را افزایش بخشد.

نحوه‌ی پوشش یک فرد اغلب می‌تواند نشانگر احساس وی باشد. افرادی که خسته یا بیمار هستند ممکن است تمایل یا انرژی لازم برای حفظ پوشش ظاهری خود را نداشته باشند. وقتی فردی که اغلب به آراستگی خود اهمیت می‌داده است، نسبت به ظاهر خود بی‌توجه می‌شود، پرستار ممکن است گمان کند که این فرد دچار یک بیماری فیزیکی بوده و یا عزت نفس خود را از دست داده است. در این شرایط پرستار می‌بایست این داده‌های غیر کلامی مشاهده شده را از طریق گفت و گو با بیمار اعتبار بخشی کند. در خصوص بیمارانی که در بیمارستان بستری هستند تغییر شیوه‌ی پوشش می‌تواند نشانه‌ی این باشد که بیمار احساس بهتری پیدا نموده است. برای مثال، ممکن است مردی از شما درخواست کند که صورت خود را اصلاح کند یا خانمی درخواست شامپو



شکل ۵-۲۶ حالت چهره پرستار نشاندهنده‌ی یک ارتباط گرم می‌باشد.

حالات دست و بدن

حالات دست و بدن می‌توانند کلمات بیان شده را شفاف‌سازی یا تقویت کنند. حتی این حالات می‌توانند بدون وجود کلمات و برای بیان احساس خاصی مورد استفاده قرار گیرند. پدری که پشت در اتاق عمل در انتظار دختر خود است ممکن است به جلو و عقب حرکت نموده، انگشتان پای خود را مکرراً به زمین کوبیده و یا انگشتان خود را در هم حلقه کند. بعضی از حرکات دست معنای جهانی دارند. برای مثال، دست نکان دادن برای خداحافظی معنایی نسبتاً جهانی دارد. با این حال، برخی حرکات دست مختص یک فرهنگ واحد هستند. برای مثال، حرکتی که آنگولامریکن‌ها برای اشاره به "برو" انجام می‌دهند در برخی فرهنگ‌های آسیایی به معنای "بیا" یا "برگرد" است.

برای افرادی چون ناشنوایان که دچار یک مشکل ارتباطی خاص هستند، دست‌ها ابزار ارتباطی مهمی به حساب می‌آیند. بسیاری از افراد ناشنوا از زبان اشاره استفاده می‌کنند. برای افراد بیماری که در برقراری ارتباط کلامی ناتوان هستند نیز می‌توان سیستم ارتباطی مشابهی با دست‌ها ایجاد نمود. برای مثال، بیمار می‌تواند برای بیان "بله" یک مرتبه انگشت اشاره را بالا بگیرد و برای اشاره به "نه" دو مرتبه.

ارتباط الکترونیک

امروزه در پرستاری رایانه‌ها از نقش پررنگی برخوردار هستند. بسیاری از مراکز بهداشتی و مراقبتی در حال گذار به سمت ابزار الکترونیک هستند که از طریق آنها پرستاران بتوانند مراقبت‌های پرستاری خود و ارزیابی‌های‌شان را به صورت الکترونیک ثبت کنند. از پست الکترونیک می‌توان در راستای اهداف مختلفی بهره برد. برای برنامه‌ریزی و تأیید قراردادهای ملاقات، گزارش نتایج آزمایشگاهی طبیعی، آموزش به بیمار و پیگیری‌های مربوط به بیمارانی که ترخیص شده‌اند.

پست الکترونیک

این ابزار متداول‌ترین شیوه‌ی ارتباط الکترونیک است. لازم است که پرستاران با مزایا و معایب پست الکترونیک آشنا شوند تا بتوانند در راستای حفظ محرمانگی بیمار اطلاعات بهتری کسب کنند.

مزایا

پست الکترونیک دارای مزایای بسیاری است. این شیوه یکی از شیوه‌های مؤثر و سریع در برقراری ارتباط است. در این شیوه زمان و تاریخ ارسال پیام و یا دریافت آن ثبت و ضبط می‌شود. بعضی مراکز بهداشتی درمانی، نشانی پست الکترونیک برخی کارکنان خود را در اختیار بیماران قرار می‌دهند تا بیماران بتوانند در صورت نیاز با آنها مکاتبه کنند. این امر تداوم مراقبت از بیمار را تضمین می‌کند. مطالعات اخیر نشان می‌دهند که بیماران و متخصصین بهداشت هر دو مشتاق هستند که از فناوری‌های مبتنی بر اینترنت بیش از پیش بهره ببرند (Dixon, 2010).

معایب

یکی از معایب یا جنبه‌های منفی مهم مربوط به پست الکترونیک، نگرانی بیمار یا پرستار در خصوص حفظ امنیت و محرمانگی و احتمال سوء استفاده از اطلاعات آنها است (Atherton, Sawmynaden, Meyer & Car, 2012). در انتقال اطلاعات به صورت الکترونیک حفظ اسرار محرمانه بیمار از مهم‌ترین نکات است. مراکز بهداشتی‌ای که از ارتباط الکترونیک بهره می‌برند باید به سامانه‌ی پنهان سازی پست‌ها مجهز باشند تا از حفظ امنیت بیماران اطمینان حاصل شود.

مشکل دیگر پست الکترونیک به مسائل اجتماعی اقتصادی مربوط می‌شود. همه‌ی مردم به رایانه دسترسی ندارند. حتی اگر فرض کنیم که همه از طریق کتابخانه‌های عمومی می‌توانند به رایانه دسترسی داشته باشند نیز، همه از مهارت لازم برای استفاده از رایانه برخوردار نیستند. پست الکترونیک ممکن است برای برخی افراد به واقع مفید باشد، اما برای همه‌ی مردم جامعه این‌گونه نیست. برای افرادی که در استفاده از رایانه، مکالمه به زبان انگلیسی، خواندن، مکاتبه و مهارت‌هایی از این دست دچار مشکل هستند باید شیوه‌های دیگری از ارتباط در نظر گرفته شود.

دیگر راه‌کارها

سازمان‌های مختلف اغلب برای استفاده از پست الکترونیک در مراکز درمانی راه‌کارها و معیارهای مشخصی دارند. پرستاران باید در خصوص اینکه چه مطالبی را می‌بایست برای بیماران ارسال کنند آگاه باشند. بیماران نیز اغلب از پیش فرم رضایتی را برای این نوع ارتباط امضا می‌کنند. این فرم اطلاعاتی را پیرامون مخاطرات این نوع ارتباط و نشانی اینترنتی‌ای که بیمار می‌تواند از آن طریق با سازمان در ارتباط باشد را در اختیار وی قرار می‌دهد.

اطلاعات ارسال شده به بیمار به عنوان بخشی از سابقه و پرونده‌ی وی ثبت می‌شوند. بنابراین، یک کپی از آنها نیز برای بیمار حفظ می‌شود. در مواقع ضرورت این اطلاعات ثبت شده می‌توانند در دعاوی قضایی

هم مورد استفاده قرار گیرند.

استفاده از پست الکترونیک می‌تواند تقویت کننده‌ی رابطه‌ی مؤثر میان بیمار و پرستار باشد. با این حال، این رابطه نمی‌تواند جایگزین ارتباط کلامی و غیر کلامی باشد. این پرستاران هستند که باید تصمیم بگیرند کدام نوع ارتباط بهتر می‌تواند پاسخ گوی نیازهای بیمارشان باشد.

را اذیت می‌کنم" یا اینکه "آن پرستار به حق من برای تنها بودن احترام می‌گذارد". پرستار می‌بایست با ارزش‌های بیمار آشنا بوده و برداشتهای احتمالی را با بیمار شفاف‌سازی کند تا موانع احتمالی پیش روی رابطه‌ی پرستار و بیمار از میان برداشته شوند.

فضای میان فردی

منظور از فضای میان فردی فاصله‌ی است که افراد ترجیح می‌دهند در برقراری ارتباط با دیگران با آنها حفظ کنند. به مطالعه‌ی تخصصی فاصله‌ی میان افراد در هنگام برقراری ارتباط پراکسی^۱ گفته می‌شود. افراد طبقه‌ی متوسط در آمریکای شمالی در روابط مختلف‌شان فاصله‌های مشخصی را حفظ می‌کنند. آنها همچنین بسته به نوع ارتباط از لحن کلام و زبان بدن مشخصی نیز استفاده می‌کنند. ارتباط بسته به چهار فاصله‌ی متفاوت شکل می‌گیرد که هر یک دارای مرحله نزدیک و دور است. بیب، بیب و ردmond^۲ (۲۰۱۴، صفحه‌ی ۲۰۲) نمونه‌های زیر را فهرست نموده اند:

۱. صمیمی: صفر تا یک و نیم فوت
۲. فردی: یک و نیم تا ۴ فوت
۳. اجتماعی: ۴ تا ۱۲ فوت
۴. عمومی: ۱۲ فوت و بیشتر

رابطه‌ی صمیمی: نشانگر این رابطه تماس فیزیکی وجود حس بویایی و حرارت بدن و تن صدای پایین است. حس بینایی نیز محدود بوده و یک بخش از بدن متمرکز می‌شود. پرستاران اغلب از رابطه‌ی صمیمی بهره می‌برند. نمونه‌های این رابطه از این قرار هستند: در آغوش کشیدن یک نوزاد، لمس بیمار نابینا، جا به جا نمودن بیمار، بررسی یک برش و یا کنترل یک کودک خردسال در هنگام تزریق.

اغلب افراد بطور ذاتی تمایل دارند که فاصله‌ی مشخصی را از دیگر افراد در برقراری ارتباط حفظ کنند. این فاصله از فرد به فرد و از فرهنگ به فرهنگ متفاوت است. وقتی فردی در حین یک ارتباط یک گام به مخاطب خود نزدیک کی شود واکنش طبیعی فرد مقابل این است که یک یا دو گام عقب‌تر برود. اغلب از پرستاران به واسطه‌ی نقش درمانی‌شان انتظار می‌رود که این فاصله را بشکنند. با این حال، آنها باید آگاه باشند که چه زمانی این کار را انجام دهند. تنها زمانی که نیاز به انتقال حس صمیمیت و مراقبت باشد باید به بیمار بیش از حد متداول نزدیک شد.

رابطه‌ی فردی: فاصله در این رابطه بیشتر است. تن صدا عادی تر است و گرما و بوی بدن کمتر حس می‌شود. با این حال لمس فیزیکی در حد دست دادن یا به شانه زدن ممکن است اتفاق بیفتد. از آنجا که دید افراد از هم در این فاصله کامل‌تر است بیشتر می‌توان از زبان بدن بهره برد. بخش اعظمی از رابطه‌ی پرستار و بیمار در این فاصله رخ می‌دهد. برای مثال وقتی پرستار در حال تجویز داروست، در کنار بیمار نشسته

عوامل تأثیر گذار بر فرآیند ارتباط

عوامل متعددی بر فرآیند ارتباط تأثیر گذار هستند. برخی از این عوامل را در ذیل برمی‌شمریم.

پیشرفت

پیشرفت زبانی، روانی اجتماعی و ذهنی در تمامی مراحل مختلف زندگی انسان ادامه می‌یابد. آگاهی از این که بیمار در چه مرحله‌ای از این پیشرفت قرار دارد به پرستار کمک می‌کند تا پیام خود را بسته به سطح بیمار تعدیل نموده و تغییر دهد. برای توضیح یک مسأله به کودکی هشت ساله، برای مثال، می‌توان از عروسک‌ها و اسباب بازی‌ها در کنار زبانی ساده بهره برد. برای نوجوانان که از مهارت‌های تفکر انتزاعی بالاتری برخوردار هستند می‌توان مفاهیم را با جزئیات بیشتری شرح داد. در حالی که، فرد میان‌سالی که از دانش کافی برخوردار است احتمالاً خواستار توضیحات فنی تخصصی‌تری خواهد بود. افراد کهنسال احتمالاً مواجهه‌ی بیشتری با فرآیندهای درمانی داشته و به واسطه‌ی تجربه‌ی بیشترشان ممکن است درک یا پاسخ متفاوتی را داشته باشند. با کهنولت سن اغلب کاهش بینایی و شنوایی نیز رخ می‌دهد که می‌تواند بر رابطه‌ی بیمار و پرستار تأثیر گذار باشد.

جنسیت

زنان و مردان از همان سنین اولیه شیوه‌ی ارتباط گیری متفاوتی دارند. دختران بیشتر از زبان برای تأیید گرفتن از طرف مقابل، کاهش دادن تفاوت‌ها و ایجاد صمیمیت استفاده می‌کنند. پسران اما بیشتر برای اثبات استقلال خود و رایزنی پیرامون جایگاه‌شان در گروه از زبان بهره می‌برند. این تفاوت‌ها می‌توانند در سنین بالاتر نیز ادامه یابند. بنابراین، زنان و مردان ممکن است از یک ارتباط واحد برداشت متفاوتی داشته باشند.

ارزش‌ها و برداشته‌ها

منظور از ارزش‌ها معیارهایی است که بر رفتارها تأثیر می‌گذارند. منظور از برداشته‌ها نیز رویکرد فردی افراد نسبت به رویدادها است. از آنجا که هر فرد دارای ویژگی‌های شخصیتی، ارزش‌ها و تجربیات منحصر به فردی است، درک و برداشت افراد از پیامی واحد می‌تواند متفاوت باشد. برای مثال، اگر پرستاری پرده‌ی رو به روی زنی گریان را کشیده و وی را تنها بگذارد، ممکن است آن زن با خود تصور کند که "آن پرستار فکر می‌کند که من نباید گریه کنم زیرا با این کار دارم دیگران

1. proxemics
2. Beebe, Beebe, and Redmond

واقعیت این است که توانایی ارتباط برقرار نمودن رابطه مستقیمی با روند رشد قابلیت های ذهنی - شناختی، سلامت دستگاه های حسی - حرکتی و همچنین امکان بهره مندی از فرصت های مناسب جهت به کارگیری مهارت های ارتباطی در روابط و مناسبات بین فردی دارد. اما کودک انسان در مراحل و سنین مختلف زندگی از توانمندی های ارتباطی متفاوتی برخوردار می باشد که در ادامه به بیان آن ها می پردازیم:

- **نوزادان:** نوزادان در واقع ارتباط غیر کلامی دارند به این ترتیب که اغلب نسبت به هر کس یا هر چیزی که با بدن خویش احساس کنند [اعم از نوازش دست و یا لمس نمودن بدنشان] واکنش نشان می دهند. در واقع آنان در زمینه ابراز و بیان پاسخ های غیر کلامی خویش بیش از آنکه آگاهانه عمل کنند، رفتار واکنشی از خود نشان می دهند. ضمن اینکه نوع و ماهیت محرک حسی نیز می تواند در این زمینه تأثیرگذار باشد، به این معنا که مثلاً یک صدای نرم و ملایم می تواند آرامش بخش باشد و در همان حال هرگونه داد و فریاد در اطراف آنان می تواند سبب ناراحتی و آزردهی آنان شود و به عبارتی آنان را به گریه بیاندازد.

- **کودکان نوپا (که تازه راه رفتن را شروع نموده اند) و کودکان پیش دبستانی:** کودک در این مرحله یعنی هنگامی که تازه راه رفتن را شروع نموده و همچنین در سنین پیش دبستانی تا پیش از آنکه به مدرسه برود، از مهارت های زبانی ادراکی و ابرازی برخوردار می شود، به این معنا که می تواند احساسات و خواسته های خویش را با دیگران در میان بگذارد و افکار و نیازهای شخصی خویش را بازگو نماید. ضمن اینکه توانایی آن را پیدا می کند که به صحبت ها و حرف های دیگران گوش فرا دهد و نسبت به آن ها واکنش نشان دهد. با این حال، مدتی طول می کشد که کودک در این مقطع سنی بتواند بی هیچ وقفه و تعللی افکار و اندیشه های خویش را بر زبان آورد. ضمن اینکه کودک در این مرحله از رشد معمولاً پاسخ های ساده و کوتاه به پرسش های اطرافیان می دهد؛ چراکه معمولاً برای مدت زمان کوتاهی می تواند حواس خویش را بر روی یک چیز یا یک موضوع متمرکز نماید. معمولاً کودکان در این مقطع سنی از نقاشی نمودن نیز برای ارتباط برقرار نمودن بهره می گیرند.

- **کودکان دبستانی:** هنگام سخن گفتن و صحبت نمودن با کودکان دبستانی بهتر آن است که از روبرو با آنان سخن بگویید تا آنان هر چه کمتر احساس خطر نمایند. نکته دیگر اینکه بهتر است در حضور والدین و پدر و یا مادر کودک با او سخن بگویید.

- **نوجوانان:** نکته نخست اینکه ایجاد اعتماد متقابل با نوجوانان به سادگی حاصل نمی شود و به عبارتی زمان می برد. از همین رو بهتر آن است که از همه مهارت های خویش در زمینه گوش دادن بهره بگیرید و به خوبی و با تمام حواس خویش به آنچه که آنان می گویند؛ گوش فرا دهید تا آنان هم به شما اعتماد نمایند و شما را محرم راز خویش بدانند. به همین منظور از هرگونه اظهار نظر یا رفتاری که در بردارنده قضاوت و پیش داوری در مورد گفتار یا رفتار آنان باشد، خودداری نمایید. توجه داشته باشید که ممکن است نوجوان حرف هایی

بزنند که آزاردهنده باشد، حتی در این صورت هم خونسردی خود را حفظ نمایید و از هرگونه گفتار یا رفتاری که متضمن قضاوت نمودن آنان باشد، خودداری کنید.

به هر روی پرستاران می توانند تکنیک های ارتباطی ذیل را در مواجهه با کودکان و خانواده های آنان به کار بگیرند:

- **بهره گیری از ابزار بازی و نمایش:** بازی و نمایش در واقع یک زبان جهانی است به این معنا که کودکان از هر جامعه زبانی که باشند، معمولاً از نمادهای دیگری همچون شخصیت های کارتونی و یا انواع بازی ها برای بیان احساسات، عواطف و خواسته های خویش بهره می گیرند.

- **نقاشی کشیدن و یا بهره گیری از زبان تصویر:** نقاشی کشیدن و به عبارتی همه هنرهای تصویری ابزاری برای برقراری ارتباط بوده و هستند. از همین رو از نقاشی کشیدن می توان به عنوان ابزاری برای برقراری ارتباط با کودکان استفاده نمود.

- **تکنیک قصه گوئی و داستان گوئی:** روش کار به این ترتیب است که کودک و پرستار هر یک به نوبت می توانند در مورد عکس یا تصویر مورد نظر چند کلمه ای را بگویند و به عبارتی داستان خویش را بازگو نمایند تا اینکه به این ترتیب داستان کامل می شود و از همین رهگذر کودک نیز می تواند احساسات و خواسته های درونی خویش را در قالب داستان بازگو نماید.

- **بازی با کلمات:** روش کار به این ترتیب است که کودک را در موقعیت های فرضی و تخیلی قرار می دهید و مثلاً از وی سؤال می کنید که اگر گول چراغ جادو اینجا بود و قرار بود از او چیزی بخواهی، آرزویت چه بود؟ به این ترتیب فرصت مناسبی پیش می آید تا کودک بتواند خواسته ها و آرزوهایش را به راحتی بازگو نماید.

- **کتاب خوانی:** در این تکنیک معمولاً مجموعه ای از کتاب های داستانی انتخاب می شود که شخصیت ها و قهرمانان داستان همان مسائل و مشکلات کودک مورد نظر را دارند و یا در وضعیت و موقعیت مشابهی قرار دارند. سپس موضوع داستان به بحث گذارده می شود تا کودک بتواند در مورد داستان و شخصیت ها یا موقعیت های مختلف داستان اظهار نظر نماید.

- **مطلب نویسی:** نوشتن یا مطلب نویسی نیز همانند نقاشی کشیدن می تواند ابزار مناسبی برای آگاهی یافتن از احساسات و خواسته های درونی کودکان باشد.

به هر روی فارغ از اینکه در ارتباط با کودکان از چه تکنیک و یا ابزاری استفاده می کنیم، نکته مهم آن است که به آنان فرصت دهیم تا آنچه را که می خواهند بیان نمایند و بر زبان آورند. ضمن اینکه هرگاه آنان حرف می زنند، با همه حواس خویش و بدون هرگونه پیش داوری گوش فرا دهیم و در همان حال هم در گفتار و هم در رفتار نشان دهیم که حرف و سخن آنان را دریافته و فهمیده ایم.

دور تخت‌شان وجود دارد متعلق به خود می‌دانند. بیماران اتاق‌های خصوصی نیز فضایی را که تا دیوارهای اتاق وجود دارد فضای فردی خود می‌دانند. پرستاران و مراقبین بهداشت باید به این تمایل انسان‌ها برای تعیین قلمرو فردی احترام بگذارند. بیماران اغلب در صورتی که احساس کنند این فضا مورد هجوم دیگر افراد قرار گرفته است از این قلمرو دفاع می‌کنند. برای مثال وقتی پرستار یا ملاقات کننده‌ای صندلی کنار تخت یک بیمار را جا به جا می‌کند تا آن را کنار تخت بیمار دیگری قرار دهد، بیماری که صندلی اش جا به جا شده احساس می‌کند که فضا و قلمرو فردی وی مورد هجوم قرار گرفته است. پرستاران می‌بایست برای تغییر مکان یا قرض گرفتن هر شیء در قلمرو فردی بیمار ابتدا از وی کسب اجازه کنند.

نقش‌ها و روابط

نقش‌ها و روابط میان فرستنده و گیرنده پیام اغلب بر فرآیند ارتباط تأثیرگذار هستند. نقش‌هایی نظیر دانشجوی پرستاری و استاد، بیمار و مراقب درمانی، پدر و مادر و فرزند بر محتوای فرآیند ارتباط و پاسخ‌های آن تأثیرگذار هستند. انتخاب کلمات، ساختار جملات و تن صدا بسته به نقش‌های مختلف کاملاً متفاوت است. علاوه بر این، رابطه‌ی خاص میان ارتباط گیرندگان نیز دارای اهمیت است. پرستاری که برای نخستین بار با یک بیمار ارتباط می‌گیرد، نسبت به پرستاری که پیش از این با بیمار ارتباط داشته است رفتار ارتباطی متفاوتی خواهد داشت.

محیط

مردم اغلب در محیط‌های آرام بهتر ارتباط برقرار می‌کنند. دمای بالا، سر و صدای زیاد و تهویه نامطلوب می‌تواند فرآیند ارتباط را مختل کند. همچنین عدم حفظ حوزه‌ی خصوصی در محیط ارتباط گیری می‌تواند باعث شود که بیمار در خصوص مواردی که فردی و خصوصی می‌پندارد محتاطانه‌تر عمل کند. برای مثال، فردی که نگران است همسرش بعد از ترخیص از بیمارستان تمایل کمتری نسبت به وی داشته باشد به احتمال زیاد در اتاقی که دیگر افراد نیز قادر به شنیدن مکالمه‌ی آنها هستند چنین مسأله‌ای را مطرح نخواهد نمود. عوامل محیطی منفی می‌توانند رابطه را مختل کنند.

تناسب

در یک رابطه‌ی دارای تناسب جنبه‌های کلامی و غیر کلامی پیام با یکدیگر هماهنگ هستند. اگر مراجعه کنندگان احساس کنند که ارتباط پرستار دارای تناسب است رابطه‌ی صمیمانه‌تری با وی برقرار خواهند نمود. این امر همچنین از ارتباط نادرست جلوگیری خواهد نمود. هم پرستار و هم بیمار به سادگی می‌توانند تشخیص دهند که آیا میان اظهارات کلامی و غیر کلامی تناسب وجود دارد یا خیر. با اینکه پرستاران در خصوص ارزیابی بیماران آموزش دیده‌اند اما بیماران نیز در تشخیص زبان بدن و دیگر اظهارات غیر کلامی پرستاران توانمند هستند. اگر میان

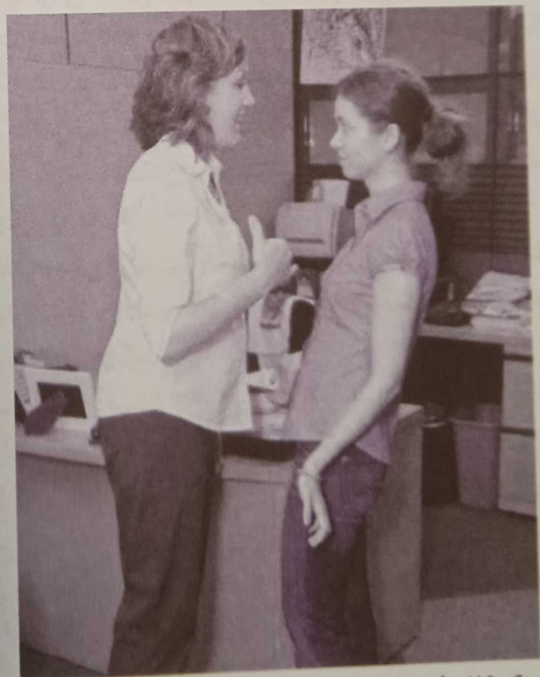
است یا تزریق داخل وریدی انجام می‌دهد. ارتباط در یک فاصله‌ی فردی صمیمی می‌تواند بیانگر حس همدلی بوده و تسهیل گر به اشتراک گذاری افکار و احساسات است.

رابطه‌ی اجتماعی: در این رابطه کل بدن فرد مقابل در میدان دید است. گرما و بوی بدن قابل تشخیص نیست. ارتباط چشمی بیشتر است. تن صدا در حدی است که دیگر افراد هم می‌توانند بشنوند. این ارتباط رسمی‌تر بوده و به گفت و شنود محدود می‌شود. فاصله در حدی است که امکان تماس فیزیکی وجود نداشته و بطور معمول احساسات و افکار فردی بیان نمی‌شوند. به واسطه‌ی این فاصله احتمال حرکت و فعالیت نیز وجود دارد. این رابطه برای ارتباط گیری با چند نفر به طور همزمان مناسب است. برای مثال وقتی پرستاران برای سلام و احوال پرسی دست تکان می‌دهند یا به افراد مختلف به طور همزمان اطلاعات می‌دهند شاهد این نوع ارتباط هستیم. این ارتباط برای فعالیت‌های روزمره کاربرد بالایی دارد. با این حال گاهی منجر به سوء برداشت نیز می‌شود. برای مثال، پرستاری که در ورودی در ایستاده و از بیمار می‌پرسد "حالت چطور است" اغلب جواب مرسوم و کلی تری می‌گیرد تا پرستاری که از فاصله‌ی نزدیک حال بیمار را جویا می‌شود.

رابطه‌ی عمومی: این رابطه نیازمند صدای رسا و بلند است. هرچند چهره و بدن فرد دیده می‌شود اما فردیت افراد از دست می‌رود. در این رابطه برداشت به صورت جمعی یا اجتماعی است.

فضای فردی

منظور از فضای فردی فضا و چیزهایی است که یک فرد مختص به خود می‌داند. این فضا می‌تواند برای دیگر افراد آشکار باشد. برای مثال، بیماران بستری شده در یک بیمارستان اغلب فضایی را که تا پرده‌های



شکل ۶-۲۶ Personal space influences communication in social and professional interactions. Encroachment into another individual's personal space creates tension

به جا از اسامی جمع (نظیر "آماده‌ی حمام مون هستیم؟")، پرسش‌های ضمیمه‌ای (نظیر "تو می‌خواهی این لباس را بپوشی") و کلمات شمرده و با صدای بلند هستند (Cunningham & Williams, ۲۰۰۷, p. ۴۶).

پذیرش نه بر تأیید تمرکز دارد و نه بر مخالفت. پرستار مشتاقانه احساسات صادقانه‌ی بیمار را پذیرا می‌شود. وجود حس پذیرش در پرستار باعث می‌شود که بیمار آزادانه احساسات فردی خود را بیان نموده و خودش باشد. با این حال، در مواقعی که رفتار بیمار می‌تواند به او یا اطرافیانش آسیب بزند پرستار باید سطح پذیرش خود را محدود کند. باید به بیمار کمک کرد تا رفتار مناسب برای احساس خود را بیابد.

محدوده‌ها

Boyd (۲۰۱۲) محدوده‌ها را این گونه تعریف می‌کند: مرزهای مربوط به افراد، اشیاء یا روابط (صفحه‌ی ۱۱۳). برای پرستاران، محدوده‌های حرفه‌ای در بافت رابطه‌ی پرستار و بیمار ضروری هستند. پرستار برای حفظ محدوده‌های شفاف، تمرکز خود را بر بیمار معطوف نموده و از بیان اطلاعات شخصی خود یا برآورده سازی نیازهای فردی خود از طریق این رابطه اجتناب می‌کند. اگر بیمار بخواهد با پرستار دوست شود یا با او خارج از فضای کاری در ارتباط باشد، پرستار می‌بایست به مسؤلیت کاری خود پایبند بوده و این درخواست را رد کند. از دیگر محدوده‌ها می‌توان به هدیه دادن توسط بیمار یا پرستار، صرف زمان بیش از حد لزوم با بیمار یا باور پرستار به اینکه فقط خودش بیماری خاص را درک می‌کند اشاره کرد (Boyd, ۲۰۱۲).

شبکه‌های اجتماعی اینترنتی نظیر فیس‌بوک، مای اسپیس و توییتر امروزه بیش از پیش مورد استفاده قرار می‌گیرند. متأسفانه، سایت‌هایی از این دست مخاطراتی را برای حرفه‌ی پرستاری به وجود آورده‌اند (Aylott, ۲۰۱۱). برای مثال، بسیاری از پرستاران معتقد هستند که پذیرش درخواست دوستی بیماران در این فضاها در تضاد با محدوده‌های کاری بوده و می‌تواند به رابطه‌ی درمانی میان آن‌ها آسیب بزند (Tariman, ۲۰۱۰). استفاده‌ی غیر حرفه‌ای از سایت‌های شبکه‌ی اجتماعی بسیار متداول است. بنابراین، پرستار باید هوشیار باشد که از حد و مرز رابطه‌ی پرستار و بیمار در محیط آنلاین عبور نکند. بر اساس اصول اخلاقی انجمن پرستاران آمریکا (ANA) در سال ۲۰۱۰ پرستار می‌بایست در هیچ یک از مواجهات خود با بیمار از محدوده‌های حرفه‌ای خارج نشود (صفحه‌ی ۱۵۱). فراموش نکنید که پرستاران حتی در ساعات غیر کاری و فردی خود نیز باید مراقب این حد و مرزها باشند. Aylott (۲۰۱۱، صفحه‌ی ۱۵) پرستاران را تشویق می‌کند که پیش از انتشار هر مطلبی در فضای مجازی در مورد آن بیاندیشند و برای تأیید انتشار آن مطلب ابتدا این تست سه بخشی را در خصوص آن انجام دهند:

- بررسی احتمال عبور از محدوده‌ها به واسطه‌ی این مطلب
- بررسی و ارزیابی موقعیت و گزینه‌های موجود
- عملکرد حرفه‌ای

اظهارات کلامی و غیر کلامی تناسب وجود نداشته باشد معمولاً این زبان بدن و ارتباط غیر کلامی است که معنای واقعی را نشان می‌دهد. برای مثال، اگر پرستاری در خصوص انجام کولوستومی به بیماری بگوید "شما هیچ مشکلی با این فرآیند نخواهید داشت" و در عین حال مضطرب و نگران به نظر برسد به احتمال زیاد بیمار به کلام پرستار اعتماد نخواهد نمود.

نگرش‌های میان فردی

نگرش‌ها بیانگر اعتقادات، تفکرات و احساسات افراد نسبت به رویدادها و دیگر افراد هستند. این نگرش‌ها معمولاً سریع به دیگر افراد منتقل می‌شوند. نگرش‌هایی چون حس مراقبت، احترام، صمیمیت و پذیرش تسهیل‌گر ارتباط هستند. در حالی که عدم احترام، سردی و احساساتی از این دست مختل‌کننده‌ی ارتباط هستند.

مراقبت و صمیمیت بیانگر حس نزدیکی احساسی هستند. مراقبت اغلب حس شدیدتر نسبت به صمیمیت است. مراقبت بیان‌کننده‌ی نگرانی عمیق فرد نسبت به فرد دیگر است. در حالی که صمیمیت بیانگر دوستی و در نظر گرفتن فرد دیگر است که از طریق لبخند زدن و توجه به آرامش فیزیکی دیگر افراد نشان داده می‌شود. مراقبت شامل بیان احساسات، تفکرات، مهارت و دانش است. این امر نیازمند انرژی روان شناختی بوده و با این خطر همراه است که در پاسخ چیز زیادی دریافت نکنید. با این حال، با تقویت حس مراقبت افراد معمولاً به مزایای ارتباط بهتر و درک بیشتر دست می‌یابند.

احترام نگرشی است که تأکید بر ارزش و فردیت دیگر افراد است. احترام بیانگر این است که امیدها و احساسات فرد، با وجود اینکه احتمال تشابه با دیگر افراد، خاص و ویژه هستند. افراد نیاز دارند که در عین شباهت به دیگران با آنها متفاوت باشند. بیش از حد متفاوت بودن می‌تواند تهدیدکننده بوده و فرد را منزوی کند. یک پرستار از طریق گوش سپردن با ذهنی باز به آنچه بیمار می‌گوید، علی‌رغم اختلاف نظر با بیمار، می‌تواند حس احترام را منتقل کند. وقتی پرستاران آگاهانه به رویکرد دیگر افراد گوش می‌دهند می‌توانند راه‌های جدیدی را برای پرداختن به موقعیت‌های مختلف یاد بگیرند.

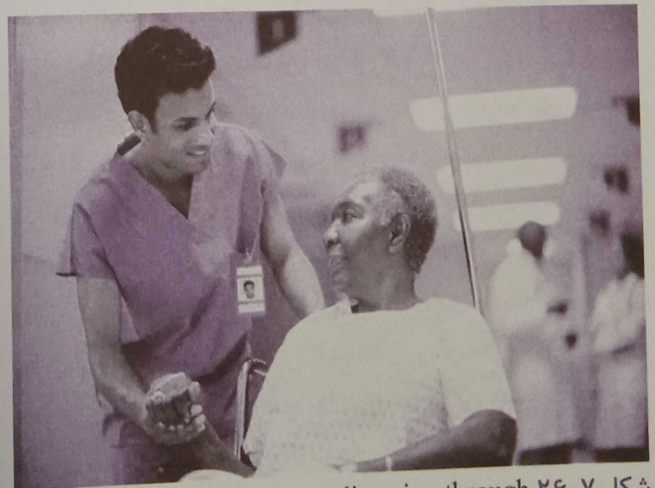
ممکن است مراقبین بهداشت نا آگاهانه از کلامی استفاده کنند که خودشان تصور می‌کنند حاکی از حس مراقبت است اما برداشت بیمار برداشت متفاوتی است. این امر به ویژه در زمانی که خدمات بهداشتی به افراد مسن‌تر و یا افرادی با ناتوانی‌های بارز فیزیکی و ذهنی ارائه می‌شوند آشکارتر است. زبان مکالمه با کهنسالان گاهی گونه‌ای از کلام است که تا حد زیادی به زبان کودکان شباهت دارد. این زبان القاکننده‌ی پیام وابستگی و عدم توانمندی است (Morrow, ۲۰۱۳). این نوع زبان احترام‌آمیز نیست. بسیاری از مراقبین بهداشت آگاه نیستند که در حال استفاده از این زبان هستند. آنها از اثرات منفی این گونه بیان بر روی کهنسالان نیز بی‌خبر هستند. از نشانه‌های این نوع زبان، استفاده‌ی نا به جا از عبارات بیش از حد صمیمانه (نظیر "عزیزم" و یا "مامان بزرگ")، استفاده‌ی نا

ارتباط درمانی

ارتباط درمانی به ایجاد رابطه‌ای سازنده میان بیمار و پرستار کمک می‌کند. برخلاف یک رابطه‌ی اجتماعی، که در آن ممکن است هدف یا مسیر روشنی وجود نداشته باشد، رابطه‌ی درمانی هدف مشخصی داشته و بر بیمار مبتنی است.

پرستاران می‌بایست نه تنها به محتوای پیام کلامی بیمار، که به احساسات بروز یافته توسط وی نیز پاسخ دهند. باید توجه شود که نگاه و احساس بیمار به موقعیت چگونه است. جدای از احساسات، محتوای ارتباط برقرار شده از سوی بیمار، کلمات و افکار هستند. گاهی اوقات افراد می‌توانند تفکراتی را در قالب کلمات منتقل کنند، در حالی که احساسات درونی‌شان در تقابل با این کلمات است. به عبارت دیگر، گاهی کلمات و احساسات در تقابل با یکدیگر هستند. برای مثال، ممکن است بیماری بگوید: "خوشحالم که او مرا ترک نمود. او خیلی ظالم بود." با این وجود، پرستار متوجه شود که در زمان بیان این جملات اشک در چشمان بیمار حلقه زده است. برای پاسخ به کلمات بیان شده از سوی بیمار پرستار ممکن است به سادگی جمله‌ی بیمار را با کلماتی دیگر تکرار کند. برای مثال بگوید: "تو از اینکه او ترک تو نموده است، راضی هستی." اما برای پاسخ به احساسات بیمار، پرستار باید به اشک بیمار اشاره نموده و برای مثال بگوید: "به نظر می‌رسد که تو از این ماجرا غمگین هستی." چنین پاسخی به بیمار کمک می‌کند تا بر احساسات خود تمرکز کند. در برخی موارد نیاز است که پرستار اطلاعات بیشتری در مورد بیمار در دست داشته باشد.

گاهی اوقات بیماران برای کنار آمدن با احساسات خود به زمان نیاز دارند. گاهی بیماران می‌بایست پیش از انجام هر کار دیگری نظیر یادگیری مهارت‌های تازه یا برنامه‌ریزی برای آینده، ابتدا با احساسات خود کنار بیایند. این امر به ویژه در بیمارستان‌ها و هنگامی که بیمار متوجه می‌شود که مبتلا به بیماری صعب‌العلاجی است دارای اهمیت است. برخی بیماران به ساعت‌ها، روزها یا هفته‌ها زمان نیاز دارند تا بتوانند با این احساسات کنار بیایند. برخی نیاز دارند که کسی به حرف‌های‌شان گوش دهد یا اینکه در بیان احساسات‌شان به آنها کمک کند. برخی نیز



شکل ۷-۲۶ The nurse conveys attentive listening through a posture of involvement.

برای تصمیم‌گیری در مورد عملکرد آینده‌شان نیاز به کمک دارند.

گوش سپردن مسؤولانه

منظور از گوش سپردن مسؤولانه این است که پرستار به صورت پویا و آگاهانه و نیز با استفاده از تمامی حس‌های خود به آنچه بیمار می‌گوید، انجام می‌دهد و احساس می‌کند توجه کند. نه آنکه تنها به صورت منفعل و از طریق گوش‌های خود کلام بیمار را بشنود. این امر احتمالاً مهم‌ترین تکنیک در پرستاری بوده و بنیان دیگر تکنیک‌ها نیز به حساب می‌آید. گوش سپردن مسؤولانه فرآیندی پویا است که نیازمند صرف انرژی و بذل توجه است. در این فرآیند باید به کلیت پیام، چه به صورت کلامی و چه غیر کلامی، توجه نموده و بر هماهنگی پیام کلامی و غیر کلامی تمرکز نمود. گوش سپردن مسؤولانه به این معنا است که هم محتوا و هم احساس پیام فرد مقابل را درک نموده و قضاوت‌ها و دیدگاه‌های فردی خود را کنار بگذاریم تا بهتر بتوانیم بر نیازهای بیمار تمرکز کنیم. گوش سپردن مسؤولانه بیانگر اهمیت و مراقبت بوده و بیمار را تشویق می‌کند که به پرستار اعتماد نموده و آزادانه با وی گفت و گو کند.

گوش سپردن مسؤولانه همچنین شامل گوش سپردن به درون مایه‌های کلیدی ارتباط می‌شود. پرستار باید مراقب باشد که سریعاً به پیام واکنش نشان ندهد. او نباید کلام مخاطب را قطع کند. پرستار باید برای درک پیام زمان صرف کند. و پس از درک کامل آن به ارائه‌ی پاسخ بپردازد. پرستار باید به عنوان یک شنونده‌ی خوب سؤال‌هایی را بپرسد تا هم شفاف‌سازی کند و هم اطلاعات بیشتر کسب کند. این فرستنده‌ی پیام یعنی بیمار است که تصمیم می‌گیرد چه زمانی مکالمه پایان یابد. اگر پرستار مکالمه را به اتمام برساند بیمار ممکن است تصور کند که پیام از نظر پرستار بی اهمیت بوده است. همچنین، پرستاران باید از تعصبات فردی خود آگاه باشند. اگر پیامی که بیمار منتقل می‌کند حاوی ارزش‌ها و اعتقاداتی متفاوت از پرستار باشد، پرستار هرگز نباید به این دلیل آن پیام را نادیده بگیرد.

Kneisl and Trigoboff (۲۰۱۳) به این موانع بر سر راه گوش سپردن مسؤولانه اشاره نموده‌اند. موانعی که می‌توانند رابطه‌ی درمانی را مختل سازند:

- اینکه بیش از حد درگیر فکر نمودن به چیزی باشیم که خودمان می‌خواهیم بیان کنیم.
 - تمرکز بر خود و عدم تمرکز بر بیمار.
 - اینکه بدون وجود هر گونه مدرک معتبری تصور کنیم که منظور واقعی بیمار را می‌دانیم.
 - چارچوب بندی آنچه شنیده ایم بر اساس قضاوت خودمان از بیمار. برای مثال، اینکه بیمار نابالغ بوده، افسرده است و....
 - تمرکز بر تجربیات، احساسات و اعتقادات مشابه خودمان.
 - تغییر موضوع در صورت بی حوصله بودن یا خسته شدن.
 - فیلتر نمودن پیام و صرفاً شنیدن برخی بخش‌های خاص.
- به طور خلاصه، گوش سپردن مسؤولانه یک مهارت بسیار پیشرفته

هم انداخته قرار نگیرد.

۳. به سمت بیمار متمایل شوید. صندلی خود را به او نزدیک تر کنید. این امر حس صمیمیت با بیمار را افزایش می دهد.
 ۴. ارتباط چشمی خوبی برقرار کنید. در فرهنگ آمریکای شمالی ارتباط چشمی برابر که چشم هر دو طرف درگیر در ارتباط در یک سطح قرار داشته باشد بیانگر اشتیاق طرفین برای برقراری ارتباط است.
 ۵. سعی کنید که نسبتا طبیعی و آرام به نظر برسید.
- راه کارهای ارتباط درمانی نیز تسهیل گر ارتباط بوده و پرستار را بر دغدغه های بیمار متمرکز می کنند:

۱. سکوت کردن.
۲. استفاده از جملاتی که بیمار را ترغیب به بیان نگرانی هایش می کنند.
۳. پرهیز از بیان جملات قاطعانه و کلی.
۴. استفاده از پرسش های پایان باز.
۵. لمس نمودن بیمار.
۶. بیان پیام بیمار در قالب کلماتی متفاوت.
۷. درخواست برای شفاف سازی از سوی بیمار.
۸. اطلاع رسانی درست به بیمار.
۹. درک بیمار و پذیرش وی به شیوه ای غیر قضاوتی.

است که می توان آن را با تمرین فرا گرفت. پرستار می تواند به شیوه های متفاوتی به بیمار نشان دهد که در حال گوش سپردن مسؤلانه است. با بیان آواهایی چون "اوهوم" و "آها"، تکرار کلماتی که از سوی بیمار به کار می روند یا بیان اینکه "می فهمم چه می گویی". هر پرستاری شیوهی متفاوت خود را برای پاسخگویی دارد. پرستاران باید مراقب باشند که بیان شان غیر عادی یا مصنوعی به نظر نرسد.

بیان ظاهری

گاهی رفتار غیر کلامی شما ممکن است از پیام کلامی تان با اهمیت تر باشد. Egan (۲۰۱۴) برخی مهارت های غیر کلامی کلیدی را که می توانند به کار گرفته شوند و حس همدلی را به بیمار منتقل کنند بر شمرده است. او اشاره می کند که این مهارت می توانند یاد گرفته شوند. اما اگر بر اساس حس همدلی و احترام نباشند می توانند تصنعی به نظر برسند (صفحه ۷۶). او پنج راه کار اصلی را برای دست یابی به این هدف مورد اشاره قرار می دهد:

۱. رو در روی بیمار قرار بگیرید. این امر به بیمار این پیام را می رساند که "من در خدمت تو هستم".
۲. حالت تدافعی نداشته باشید. یعنی به حالت دست به سینه یا پا روی

کادر ۱-۲۶ راهنمایی هایی در زمینه همراهی چشمی و بصری با مددجویان: حضور همدردانه

چشمی میان دو نفری که در حال صحبت نمودن با یکدیگر هستند، به نحوی که هر دو طرف گفتگو در همان حال که سخن می گویند و حرف می زنند، به یکدیگر نگاه کنند، بیانگر آن است که هر دو طرف گفتگو دوست دارند گفتگو ادامه پیدا کند و به عبارتی از حرف زدن با یکدیگر لذت می برند.

• R: حفظ آرامش و خونسردی کامل هنگام شرح حال گیری از بیمار: گرچه شاید آرامش داشتن و خونسرد بودن هنگام شرح حال گیری از بیمار کار چندان ساده ای نیست، با این حال پرستار در همان حال که با دقت شرح حال می گیرد و به حرف های بیمار گوش فرا می دهد، باید طوری رفتار نماید که بیمار یا مددجو نگران و مضطرب نشود. به همین منظور شاید بهترین کار آن باشد که پس از شنیدن سخنان نگران کننده بیمار هر جا که لازم باشد، اندکی تامل و مکث نماید و پس از آن شروع به جواب دادن نماید تا بیمار متوجه احساس ترس و لرزش احتمالی در صدا و لحن پرستار نشود.

البته لازم است که این مجموعه رهنمودهای پنج گانه متناسب با نیازهای مراجعه کنندگان به مراکز درمانی و با توجه به موقعیت زمانی - مکانی که پرستار در آن قرار دارد، به کار گرفته شوند. به عنوان مثال، رهنمود نزدیک شدن به بیمار یا فرد شرح حال دهنده از طریق تغییر در وضعیت نشستن یا ایستادن که در بالا توضیح داده شد، شاید در ابتدای کار شرح حال گیری چندان هم مناسب نباشد. بلکه بهتر آن است که تا شکل گیری رابطه صمیمانه میان بیمار و پرستار چنین کاری انجام نشود. در خصوص مهارت مربوط به تماس چشمی نیز وضعیت مشابهی وجود دارد؛ چراکه تماس چشمی معمولا پس از آنکه طرفین رابطه احساس نزدیکی به یکدیگر می کنند، بی وقفه ادامه پیدا می کند.

ایگان (۲۰۱۴) مجموعه خاصی از مهارت های غیر کلامی را که هر پرستاری می تواند از آن ها در جهت نشان دادن حضور همدردانه خویش بهره بگیرد، پیشنهاد نموده و به همین منظور این مجموعه مهارت های غیر کلامی را در چارچوب سرواژه SOLER به اختصار معرفی نموده است (در واقع هر یک از حروف تشکیل دهنده این سرواژه نمایانگر یکی از همین مهارت های غیر کلامی می باشد که در ادامه به معرفی هر یک می پردازیم):

- S: برخورد و مواجهه صادقانه: حالت یا وضعیت بدن باید به گونه ای باشد که بیمار یا مددجو و یا مراجعه کننده احساس نماید که شما از هر جهت که باشد، همیشه در دسترس خواهید بود. به همین منظور لازم است که همیشه در تیررس بیمار یا مددجو باشید تا وی احساس آرامش و اطمینان نماید.
- O: پذیرش بیمار یا مددجو با آغوش باز: در مواجهه با بیمار یا مددجو هرگز حالت تدافعی به خود نگیرید به این معنا که مثلا در برابر وی هرگز چهار زانو ننشینید و به یک معنا به گونه ای بایستید و یا بنشینید که بیمار احساس نماید که به حرف هایش آن گونه که باید و شاید گوش فرا می دهید.
- L: نزدیک نمودن بدن خویش به سمت بیمار یا مددجو: هنگام شرح حال گیری از بیمار بهتر آن است که تا آن جا که می توانید به بیمار نزدیک شوید و مثلا تا آن جا که ممکن است، صندلی خویش را به صندلی یا تخت بیمار نزدیک نمایید تا وی احساس نزدیکی نماید و هر آنچه را که دلش می خواهد به راحتی با شما در میان بگذارد.
- E: تماس چشمی مناسب با بیمار داشتن: البته تماس چشمی و چگونگی آن یک مسأله فرهنگی است که از هر فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت است. با این حال، در فرهنگ آمریکای شمالی، داشتن تماس

- به چالش کشیدن، اینکه طوری جواب بیمار داده شود که او مجبور شود دیدگاه و نظر خود را اثبات کند.
- کنکاش و پرس و جو، یعنی اینکه پرستار سؤال‌هایی را بپرسد که هدف اصلی‌شان نه کمک به بیمار که ارضای حس کنجکاوی فردی وی است.
- بازداشتن، یعنی بیمار را از بیان و طرح برخی موضوعات باز داریم.
- تغییر موضوع و سوژه‌ها.
- تلاش برای اطمینان بخشی به بیمار از طریق جمله‌های کلیشه‌ای و بی اساس.
- قضاوت نمودن بیمار.
- ارائه‌ی نصیحت‌های معمول و اینکه به بیمار دیکته شود که چه بکند و چه نکند.

رابطه‌ی کمک رسانی

رابطه‌ی میان پرستار و بیمار از دید برخی افراد یک رابطه‌ی میان

۱۰. تمرکز بر روی بیمار.
۱۱. خلاصه سازی و جمع‌بندی مکالمات انجام شده با بیمار.

موانع سد راه کننده‌ی ارتباط

- پرستاران باید از موانع موجود بر سر راه ارتباط مؤثر درمانی آگاه باشند. عدم توانایی در گوش سپردن درست به بیمار، برداشت اشتباه از پیام بیمار و قرار دادن نیازهای پرستار مقدم بر نیازهای بیمار برخی عوامل مانع در برقراری ارتباط سالم هستند. برخی دیگر از این موانع به آنها اشاره کرد از این قرار هستند:
- وجود کلیشه‌های ذهنی در ذهن پرستار
- موافقت یا مخالفت صرف با بیمار. یعنی اینکه پرستار تصور کند در جایگاه قضاوت قرار دارد و می‌تواند تشخیص دهد که بیمار درست فکر می‌کند یا اشتباه.
- حالت تدافعی داشتن. این حالت باعث می‌شود که بیمار از بیان دغدغه‌های واقعی خود اجتناب کند.

جدول ۱-۲۶ راهکارهای برقراری و ادامه ارتباط درمانی

راه‌کار	شرح	مثال
سکوت کردن	درنگ‌ها و سکوت‌هایی که ممکن است چند ثانیه یا دقیقه به طول بیانجامند، آن هم بدون بیان هر گونه پاسخ کلامی	آرام نشستن (یا قدم زدن) با بیمار تا زمانی که بیمار بتواند افکار خود را منسجم ساخته و آن‌ها را به قالب کلام در آورد.
ارائه‌ی مسیرهای کلی	استفاده از گزاره‌ها یا پرسش‌هایی که بیمار را تشویق به بیان می‌کنند، موضوع یک مکالمه را مطرح می‌کنند و تسهیل گر بیان پیوسته هستند.	"می‌توانی برایم توضیح دهی که در مورد تو وضعیت گونه است؟" "شاید مایل باشی در مورد... صحبت کنی" "آیا صحبت نمودن در مورد احساسات کمکی می‌کند؟" "دوست داری از کجا شروع کنی؟" "دیگر چه؟"
دقیق بودن و صراحت	اجتناب از گزاره‌های کلی و بیان گزاره‌هایی که دقیق هستند و نیز اجتناب از گزاره‌های قطعی	به جای آنکه بگویید "درد داری؟"، بگویید "از صفر تا ده درد تو در چه سطحی است؟" بگویید "به نظر می‌رسد در مورد دیابت خود نگران نیستی"
استفاده از پرسش‌های پایان باز	طرح پرسش‌های کلی که بیمار را ترغیب می‌کنند تا اندیشه‌ها یا احساسات خود را کشف (و یا بیان، تشریح، مقایسه و شفاف سازی) کند. پرسش‌های پایان باز تنها موضوع مورد بحث را تعیین نموده و پاسخ‌هایی را می‌طلبند که بیش از یک یا دو کلمه هستند.	"مایلم در مورد آن مسأله بیشتر بشنوم" "بیشتر بگو..." "اخیراً چه احساسی داشته‌ای؟" "چه چیزی باعث شد به بیمارستان بیایی؟" "نظر تو چیست؟" "گفتی دیروز ترسیده بودی، امروز چه احساسی داری؟"
استفاده از حس لامسه	استفاده‌ی درست از حس لامسه به منظور تقویت حس مراقبت. از آنجا که نگاه افراد، خانواده‌ها و فرهنگ‌های مختلف نسبت به لمس شدن متفاوت است پرستار باید از این تفاوت‌ها و نگرش‌های مختلف آگاه باشد.	دست گذاشتن بر روی شانه‌ی بیمار. دست گذاشتن روی دست بیمار.
بیان مجدد و شرح دادن	گوش سپاری فعالانه به پیام‌های اصلی بیمار و سپس تکرار آن افکار و/یا احساسات با کلماتی مشابه. این امر به بیمار این حس را منتقل می‌کند که پرستار به کلام او گوش داده و آن را درک نموده است. همچنین از آن چه بیان شده دیدگاه شفاف‌تری به بیمار ارائه می‌شود.	بیمار: "دیشب نتوانستم هیچ چیزی بخورم، حتی دسر." پرستار: "دیروز در خوراکی دچار مشکل بودی." بیمار: "بله، بعد از اینکه خانواده‌ام اینجا را ترک کردند خیلی ناراحت بودم."

<p>"گیج شده‌ام"</p> <p>"مطمئن نیستم که متوجه شده باشم"</p> <p>"لطفاً می‌شود دوباره تکرار کنی؟"</p> <p>"می‌شود بیشتر توضیح دهی؟"</p> <p>"منظورم این بود نه آن"</p> <p>"بخشید، زیاد شفاف نبود. بگذار جور دیگری توضیح دهم."</p>	<p>روشی برای آنکه معنای پیام کلی بیمار قابل درک‌تر شود. زمانی به کار می‌رود که بیان مجدد دشوار باشد یا ارتباط شفاف نباشد. برای شفاف‌سازی پیام، پرستار می‌تواند پیام را مجدد بیان نموده و یا به سردرگمی خود اعتراف نموده و از بیمار درخواست توضیح کند. پرستاران همچنین می‌توانند پیام خودشان را نیز شفاف‌سازی کنند.</p>	<p>درخواست شفاف‌سازی</p>
<p>بیمار: "شوهرم هیچ گاه به من هدیه نمی‌دهد".</p> <p>پرستار: "منظورت این است که هیچ گاه برای تولدت یا کریسمس به تو هدیه نداده است؟"</p> <p>بیمار: "خوب، هیچ گاه که نه. برای تولدم و کریسمس هدیه می‌دهد. اما هیچ وقت به هدیه دادن به من در اوقات دیگر فکر نمی‌کند"</p>	<p>روشی مشابه روش قبل با این تفاوت که بر شفاف‌سازی کلماتی مشخص تأکید دارد نه کلیت پیام.</p>	<p>مرور ادراکات یا درخواست اعتبار بخشی</p>
<p>"تا زمان رسیدن دخترت پیش تو خواهم ماند"</p> <p>"می‌توانیم مدتی آرام اینجا بنشینیم. مجبور نیستیم حرف بزیم مگر اینکه تو بخواهی"</p> <p>"اگر بخواهی می‌توانم در پوشیدن لباس‌هایت برای رفتن به خانه کمکت کنم"</p>	<p>پیشنهاد حضور، علاقه یا تمایل برای درک بیمار بدون هیچ گونه درخواست یا شرط که بیمار مجبور باشد برای دریافت توجه بیمار به آنها گردن نهد.</p>	<p>پیشنهاد حضور</p>
<p>"جراحی شما فردا ساعت ۱۱ صبح خواهد بود"</p> <p>"وقتی لوله را از شکمتان بیرون می‌کشیم کمی حس کشیدگی خواهید داشت"</p> <p>"پاسخ این سؤال را نمی‌دانم. اما از خانم کینگ، پرستار مربوطه، سؤال خواهم نمود."</p>	<p>ارائه‌ی اطلاعات دقیق با یا بدون درخواست بیمار آن هم به صورت ساده و مستقیم. وقتی اطلاعات در دست نیست، پرستار توضیح می‌دهد که چه کسی اطلاعات دارد و یا چه زمانی می‌تواند به آن اطلاعات دست پیدا کند.</p>	<p>اطلاع رسانی</p>
<p>"ریش و سبیل خودت را اصلاح نموده‌ای و موهایت را شسته‌ای"</p> <p>"متوجه شدم که چشم‌هایت را ریز می‌کنی. در بینی‌ی مشکلی پیدا نموده‌ای؟"</p> <p>"امروز با واکر خودت دو برابر قبل راه رفتی"</p>	<p>اذعان به تغییرات رفتار بیمار، تلاش وی یا کمک‌های اجتماعی آن هم بدون قضاوت. این اذعان می‌تواند با یا بدون درک و به صورت کلامی یا غیرکلامی باشد.</p>	<p>اذعان کردن</p>
<p>بیمار: "امروز صبح بالا آوردم"</p> <p>پرستار: "بعد از صبحانه؟"</p> <p>بیمار: "احساس می‌کنم هفته‌ها خوابیده‌ام"</p> <p>پرستار: "جراحی تو دوشنبه بود و امروز سه شنبه است"</p>	<p>کمک به بیمار برای شفاف‌سازی یک رویداد، موقعیت یا رخداد</p>	<p>شفاف‌سازی زمان‌ها یا روال‌ها</p>
<p>"آن تماس تلفنی از آن برنامه‌ی تلویزیونی بود"</p> <p>"مجله‌ی تو اینجا داخل کشو است. دزدیده نشده است"</p>	<p>کمک به بیمار برای تمایزگذاری میان مسائل واقعی و غیر واقعی</p>	<p>ارائه‌ی واقعیت</p>
<p>بیمار: "همسرم می‌گوید که از من مراقبت خواهد نمود. اما من فکر نمی‌کنم که بتواند. پس چه کسی به بچه‌ها برسد؟ آنها همیشه از او کمک می‌خواهند، برای لباس‌های شان، تکالیف‌شان، شام شب و..."</p> <p>پرستار: "به نظر می‌رسد نگران این هستید که او تا چه حد می‌تواند شرایط را خوب مدیریت کند."</p>	<p>کمک به بیمار برای بسط یک موضوع و توسعه‌ی آن. پرستار باید ابتدا به طور کامل به صحبت‌های بیمار گوش دهد. تمرکز می‌تواند بر یک دیدگاه یا احساس باشد. پرستار اغلب بر یک احساس تمرکز می‌کند تا به بیمار در درک یک احساس که در پشت کلمات پنهان شده است، کمک کند.</p>	<p>تمرکز</p>
<p>بیمار: "چه کار می‌توانم بکنم؟"</p> <p>پرستار: "فکر می‌کنی چه کاری مفید باشد؟"</p> <p>بیمار: "فکر می‌کنی باید به شوهرم بگویم؟"</p> <p>پرستار: "به نظر می‌رسد که از گفتن مسأله به همسرت مطمئن نیستی."</p>	<p>معطوف نمودن دیدگاه‌ها، احساسات، پرسش‌ها یا محتوا به بیمار تا بتوان او را قادر سازد که دیدگاه یا احساس خود نسبت به یک موقعیت را بهتر بشناسد.</p>	<p>بازاندیشی</p>
<p>"طی نیم ساعت گذشته درمورد... صحبت کردیم"</p> <p>"فردا عصر بیشتر در این باره صحبت خواهیم نمود."</p> <p>"طی چند روز آینده آنچه در مورد اقدامات و اثرات انسولین یاد گرفته‌ای را بازبینی خواهیم نمود."</p> <p>"فردا ثبت احساسات تو را بررسی خواهیم کرد"</p>	<p>بیان نکات اصلی یک بحث برای شفاف‌سازی نکات مهم بحث شده. این راه‌کار در پایان مصاحبه یا برای بازبینی یک جلسه‌ی آموزشی درمانی مناسب است. این امر اغلب به عنوان مقدمه‌ای بر برنامه‌ریزی درمانی آینده به حساب می‌آید.</p>	<p>خلاصه‌سازی و برنامه‌ریزی</p>

راه‌کار	شرح	مثال
کلیشه سازی	ارائه‌ی باورهای کلی و ساده‌انگارانه در مورد گروه‌هایی از افراد که بر اساس تجربیات بسیار محدود و نامعتبر هستند. این کلیشه‌ها بیماران را طبقه‌بندی نموده و در تعارض با منحصر به فرد بودن هر یک از آنها هستند.	"همه‌ی بچه‌های دوساله لوس هستند" "زن‌ها همیشه گلایه می‌کنند" "مرد که گریه نمی‌کند" "اغلب مردم بعد از این نوع جراحی هیچ دردی ندارند"
موافقت یا مخالفت	همانند پاسخ‌های قضاوتی، این پاسخ‌ها نیز نشان می‌دهند که بیمار یا در مسیر درست است یا غلط و این پرستار است که در جایگاه قضاوت این امر قرار دارد. این پاسخ‌ها بیماران را از اندیشیدن در مورد جایگاه‌شان بازداشته و باعث می‌شود که بیمار حالت تدافعی بگیرد.	بیمار: "به نظرم دکتر براد پزشک چندان خوبی نیست. به نظرم به بیمارانش علاقه‌ی چندانی ندارد." پرستار: "دکتر براد مسئول بخش جراحی و یکی از بهترین جراحان است."
تدافعی بودن	تلاش برای حفاظت از یک فرد یا خدمت درمانی در مقابل هر گونه نظر منفی. این گونه واکنش‌ها باعث می‌شود که بیمار نتواند نگرانی‌های خود را بروز دهد. در واقع پرستار می‌گوید که "تو حق اعتراض نداری." پاسخ تدافعی باعث می‌شود که پرستار ضعف‌های خدمات درمانی و نیز ضعف‌های فردی اش را نپذیرد.	بیمار: "پرستاران شیفت شب فقط می‌نشینند و حرف می‌زنند. آنها یک ساعت تمام درخواست من را بی‌پاسخ گذاشتند." پرستار: "باید خاطر نشان کنم که ما واقعاً تمام شب را مشغولیم. شما که تنها بیمار اینجا نیستید."
چالشی بودن	این گونه رفتارها باعث می‌شود که بیمار مجبور شود دیدگاه و نظر خود را اثبات کند. این رفتار نشان می‌دهد که پرستار نتوانسته است احساسات بیمار را در نظر بگیرد و بیمار مجبور است از جایگاه خود دفاع کند.	بیمار: "بعد از آن قرص قرمز رنگ حالت تهوع داشتم." پرستار: "می‌دانید که به شما قرص اشتباه ندادم؟" بیمار: "احساس می‌کنم دارم می‌میرم." پرستار: "وقتی ضربانت شصت است چطور چنین احساسی داری؟"
پرس و جو	کسب اطلاعات از بیمار، آن هم صرفاً از سر کنجکاوی و نه به منظور کمک به او. این گونه واکنش‌ها فضولی به حساب آمده و در تعارض با حوزه‌ی خصوصی بیمار است. پرسش "چرا" از این دست پرسش‌ها به حساب آمده و بیمار را در موقعیت تدافعی قرار می‌دهد.	بیمار: "شوهرم من را دوست ندارد." پرستار: "نمی‌توانی این حرف را بزنی. چرا؟ او هر روز به تو سر می‌زند." بیمار: "در خیابان سرعت داشتم و تابلوی ایست را ندیدم." پرستار: "چرا سرعت داشتی؟" بیمار: "وقتی پزشک اینجا بود نپرسیدم." پرستار: "چرا نپرسیدی؟"
آزمودن	طرح پرسش‌هایی که بیمار را مجبور می‌کنند چیزی را بپذیرد. این گونه واکنش‌ها باعث می‌شود بیمار پاسخ‌های محدودی در اختیار داشته باشد و بیشتر نیازهای پرستار را برآورده کند تا نیازهای خود را.	"فکر کردی کی هستی؟" (وادار نمودن طرف مقابل به اینکه بپذیرد جایگاه او فقط جایگاه بیمار است) "فکر کردی بی‌کارم؟" (وادار نمودن بیمار به این تصور که پرستار مشغولیت‌های دیگری دارد)
رد کردن	اجتناب از گفت و گو پیرامون موضوعاتی خاص با بیمار. این گونه واکنش‌ها باعث می‌شود که بیمار احساس کند پرستار نه تنها از ارتباط با او که از خود او نیز اجتناب می‌کند.	"نمی‌خواهم در مورد آن حرف بزیم. بیا در مورد... حرف بزیم" "بیا به جای این دو مشکل که شرح می‌دهی، در مورد مسائل دیگری که مورد علاقه ات هستند حرف بزیم."
تغییر موضوعات و بحث‌ها	هدایت مکالمات به سمت علایق شخصی و نه علایق بیمار اغلب یک واکنش تدافعی نسبت به موضوعی است که ایجاد تنش می‌کند. این واکنش نشان می‌دهد که آنچه پرستار مهم می‌پندارد مورد بحث قرار خواهد گرفت و بیمار نمی‌تواند برخی موضوعات را مورد اشاره قرار دهد.	"الان نمی‌توانم صحبت کنم. وقت استراحت و قهوه‌ی من است." بیمار: "من از همسرم جدا شده‌ام. فکر می‌کنی می‌توانم با زن دیگری رابطه‌ی جنسی داشته باشم؟" پرستار: "تو ۳۶ ساله هستی و می‌بینم که به باغبانی علاقه داری. این آفتاب برای رزهای من خیلی خوب است. من یک باغ رز زیبا دارم."
اطمینان بخشی تضمین نشده	استفاده از کلیشه‌ها و نصیحت‌های آرامش دهنده به عنوان ابزاری برای اطمینان بخشی به بیمار. این گونه واکنش‌ها سد راه بروز احساسات، ترس‌ها و دیگر اندیشه‌های بیمار است.	"به زودی بهتر خواهی شد" "مطمئنم همه چیز درست می‌شود" "نگران نباش"

<p>"خوب (بد) است." "نباید این کار را بکنی" "به اندازه‌ی کافی خوب نیست" "کاری که کردی اشتباه (درست) بود."</p>	<p>بیان دیدگاه‌ها و پاسخ‌های تأیید کننده یا رد کننده، قضاوت و یا بیان ارزش‌های مورد نظر خود. این واکنش‌ها بیمار را وادار می‌سازند که همانند پرستار فکر کند و به او وابسته باشد.</p>	<p>قضاوت</p>
<p>بیمار: "آیا باید به خانه‌ی سالمندان بروم؟" پرستار: "اگر من جای تو بودم، به خانه‌ی سالمندان می‌رفتم. آنجا برای تو غذای آماده خواهند آورد."</p>	<p>امر و نهی به بیمار که چه کاری انجام دهد. این واکنش‌ها باعث می‌شود بیمار حق برابری در رابطه را نداشته باشد. دقت کنید که نصیحت کارشناسانه متفاوت بوده و کارکرد درمانی دارد.</p>	<p>نصیحت های متداول</p>

مصاحبه است. در بسیاری از موارد پرستار پیش از ملاقات رو در رو با بیمار اطلاعاتی را در مورد وی در اختیار دارد. این اطلاعات می‌تواند نام، نشانی، سن، سابقه‌ی درمانی و یا پیش زمینه‌ی اجتماعی بیمار باشد. برنامه‌ریزی برای اولین ملاقات می‌تواند احساس اضطراب را در پرستار ایجاد کند. اگر پرستار این احساس را بشناسد و اطلاعات خاصی که قرار است به بحث گذاشته شوند را شناسایی کند می‌تواند در انتظار پیامدهای مثبتی باشد.

مرحله معارفه

این مرحله که آشناسازی یا پیش کمک رسانی نیز تعریف شده است از اهمیت بالایی برخوردار است. زیرا جو رابطه را تا پایان تعیین می‌کند. در طول این مواجهه‌ی اولیه، بیمار و پرستار از نزدیک یکدیگر را ملاقات نموده و در خصوص یکدیگر قضاوت می‌کنند. هدف پرستار در این مرحله این است که حس اعتماد و امنیت را در این رابطه در بیمار ایجاد کند (Boyd, 2012). از دیگر وظایف مهم این مرحله آشنا شدن با یکدیگر و شکل‌دهی سطحی از اعتماد میان طرفین است. پس از معارفه پرستار ممکن است به تعامل اجتماعی با بیمار بپردازد تا

کادر ۲-۲۶ ویژگی‌های رابطه سازنده

رابطه سازنده در واقع هر نوع رابطه فکری، احساسی و عاطفی است که میان پرستار و بیمار شکل می‌گیرد و دارای ویژگی‌های زیر می‌باشد:

- بها دادن به نیازهای مورد نظر بیماران
- توانمندسازی بیماران در امر تصمیم‌گیری و مشارکت دادن آنان در روند درمان
- توجه نمودن به ارزش‌ها و باورهای قبیله‌ای، قومی و فرهنگی بیماران
- بها دادن به ارزش‌های رایج در مناسبات خانوادگی بیماران
- احترام گذاردن به حریم خصوصی بیماران
- اولویت دادن به رفاه و سلامتی بیماران

نکته آخر اینکه رابطه سازنده تنها در سایه احترام و اعتماد متقابل و همچنین حس آزادی و استقلال عمل است که شکل می‌گیرد و تداوم پیدا می‌کند.

فردی بوده و از دید برخی دیگر رابطه‌ای صرفاً درمانی است. در این میان برخی افراد نیز این رابطه را رابطه‌ی کمک رسانی تعریف می‌کنند. رابطه‌ی کمک رسانی در پی دست یابی به سه هدف اصلی است (Egan, 2014, صفحه‌های ۹-۱۲):

- کمک به بیماران در راستای مدیریت مشکلاتشان در زندگی به شیوه‌ای مؤثرتر.
- کمک به بیماران در راستای توانمندسازی آنها برای کمک به خودشان در زندگی روزمره.

- کمک به بیماران به منظور توانمندسازی آنها در برخورداری از ذهنیتی بازدارنده و مبتنی بر عملکرد.

یک رابطه‌ی کمک رسانی می‌تواند طی هفته‌ها فعالیت با یک بیمار یا در چند دقیقه‌ی کوتاه شکل بگیرد. رابطه‌ی کمک رسانی از دو ویژگی کلیدی برخوردار است: نخست شکل‌گیری اعتماد و پذیرش میان پرستار و بیمار. و دوم باور به اینکه پرستار به بیمار اهمیت می‌دهد و خواهان کمک به وی است.

ویژگی‌های حرفه‌ای و فردی پرستار و بیمار بر رابطه‌ی کمک رسانی تأثیرگذار هستند. ویژگی‌های دیگری نظیر سن، جنسیت، ظاهر، تشخیص، آموزش، ارزش‌ها، اخلاقیات و پیش زمینه‌ی فرهنگی، شخصیتی، انتظارات و زمینه‌ی برقراری ارتباط نیز می‌توانند بر این رابطه تأثیرگذار باشند. در نظر‌گیری تمام این عوامل به صورت هم‌راستا با مهارت‌های ارتباط‌گیری مناسب و علاقه‌مندی به آسایش و بهبودی بیمار پرستار را قادر خواهد کرد تا رابطه‌ی کمک رسانی را به بهترین شکل ممکن برقرار سازد.

مراحل مختلف رابطه‌ی کمک رسانی

فرآیند رابطه‌ی کمک رسانی را می‌توان طی چهار مرحله که در پی هم قرار می‌گیرند تعریف نمود. هر یک از این فازها دارای وظایف و مهارت‌های خاص خود هستند. رابطه‌ی کمک رسانی باید طی این چهار مرحله به ترتیب شکل بگیرد زیرا هر یک از آنها پیش زمینه‌ی مرحله بعدی است.

مرحله پیش تعاملی

فاز پیش تعاملی شبیه به مرحله‌ی برنامه‌ریزی پیش از انجام یک

موقعیتی که فردی در زمان گذشته تجربه نموده است در زمان حال توانایی قرار دادن خود در موقعیت یا شرایط احساسی فرد دیگر" (صفحه ۱۱۲). گوش سپردن همدلانه کمک می‌کند تا پرستار با بیمار همراه شده و در نهایت وی و دنیایش را بهتر درک کند. این درک نمودن نیز باید به صورت یک پاسخ همدلانه به بیمار گفته شود. در نهایت همدلی به آرامش و بهبود بیمار انجامیده و یک رابطه‌ی کمک رسانی و درمانی را شکل می‌دهد.

• احترام: پرستار می‌بایست به بیمار احترام گذاشته، مشتاق به فعالیت با وی بوده و دیدگاهش را جدی بگیرد.

• صداقت: Kneisl and Trigoboff (۲۰۱۳) صداقت را این‌گونه تعریف نموده‌اند: "توانایی رو راست و صادق بودن با فرد دیگر" (صفحه ۱۹۵). صداقت به ویژه زمانی که به صورت همدلانه بوده و واقعی به نظر برسد تأثیرگذارتر است. ساختگی و غیرواقعی بودن به شیوه‌های مختلفی آشکار می‌شود. مثل وقتی که تظاهر به دوست داشتن کسی می‌کنیم، در حالی که در عمل این‌گونه نیست یا وقتی که در خصوص نقش حرفه‌ای خود اغراق می‌کنیم. ساختگی بودن با حس احترام در تضاد است (Egan, 2014). پرستاران صادق بیش از دیگر پرستاران می‌توانند در بهبود بیماران تأثیرگذار باشند.

• عینیت: پرستار باید به بیمار کمک کند که به صورت عینی و مشخص صحبت نموده و صرفاً به کلیات نپردازد. برای مثال وقتی بیمار به کلی گویی پرداخته و می‌گوید "من احمق و دست و پا چلفتی هستم" پرستار می‌تواند موضوع را عینی‌تر نموده و با اشاره به مورد خاص بگوید "فقط پایت به فرش گیر کرد".

• مقابله: پرستار به تفاوت‌های میان افکار، احساسات و اعمالی اشاره می‌کند که بیمار را از درک خود و شناخت برخی حوزه‌های خاص باز می‌دارد. این امر به صورت همدلانه و غیر قضاوتی انجام می‌شود. طی این مرحله‌ی ابتدایی از مرحله عملکردی، شدت تعامل فزونی یافته و احساساتی نظیر خشم، شرم یا خودآگاهی ممکن است بیان شوند. اگر پرستار در این سطح ماهر بوده و بیمار علاقه مند به خود اکتشافی باشد نتیجه‌ی امر درک بیشتر بیمار از رفتار و احساس خود خواهد بود.

مرحله‌ی دوم: تسهیل و اقدام

در نهایت این بیمار است که می‌بایست تصمیم گرفته و به منظور تأثیرگذاری بیشتر دست به عمل بزند. مسؤولیت این عملکرد با بیمار است. با این وجود، پرستار هم در این تصمیمات نقش داشته، از بیمار حمایت نموده و ممکن است اطلاعاتی را نیز ارائه کند.

مرحله پایان دهی

مرحله پایان‌دهی ارتباط، اغلب مرحله دشواری است. با این وجود، اگر مرحله قبلی به صورت مؤثر به پایان رسیده باشد بیمار عموماً حس مثبتی داشته و احساس می‌کند که قادر است از پس مشکلات به صورت مستقل برآید. از سوی دیگر اما، از آنجا که حس مراقبت پیش از این

به آرامش بخشید. برای مثال، ممکن است پرستار و بیمار در مورد هوای آن روز یا آنچه دوست دارند انجام دهند صحبت کنند.

در بخش‌های اولیه‌ی این مرحله ممکن است بیمار کمی در ارتباط گیری مقاومت کند. این رفتار مقاومتی می‌تواند باعث شود که بیمار از مشارکت، همراهی یا تغییر باز داشته شود. این امر می‌تواند به دلیل این باشد که به طور کلی اذعان به نیاز به کمک دشوار است.

رفتار مقاومتی را می‌توان با انتقال نگرش مراقبتی، علاقه مندی به بیمار و توانمندی وی خنثی نمود. این رفتارهای پرستار همچنین حس اعتماد را در این رابطه در بیمار تقویت می‌کند. منظور از اعتماد تکیه به فرد دیگر بدون شک، سؤال و تردید بوده و بیانگر اعتقاد به این امر است که فرد مقابل می‌تواند در هنگام مشکلات کمک رسان باشد. اعتماد به فرد مقابل دربرگیرنده‌ی مخاطراتی نیز هست. وقتی بیماران تفکرات، احساسات و نگرش‌های خود را با پرستار به اشتراک می‌گذارند آسیب پذیر می‌شوند. در پایان مرحله معارفه بیماران باید بتوانند به پرستار اعتماد کنند، پرستار را به عنوان فردی که قادر به کمک بوده و توانمند و حرفه‌ای است بپذیرند، او را فردی صادق بدانند که به آرامش آنها اهمیت می‌دهد، اعتقاد داشته باشند که پرستار آنها را درک نموده و به ارزش‌ها و اعتقاداتشان احترام می‌گذارد، اطلاعات آنها را محرمانه نگه می‌دارد، در بیان احساسات و مسائل حساس راحت باشند، هدف رابطه و نقش‌های آن را درک کنند و در نهایت حس کنند که در شکل‌دهی مسیر درمان نقشی پویا و همراه دارند.

مرحله عملکردی

در این مرحله پرستار و بیمار یکدیگر را به عنوان فردی منحصر به فرد در نظر می‌گیرند. آنها این منحصر به فرد بودن را پذیرفته و کم کم به یکدیگر بیش از پیش اهمیت می‌دهند. حس مراقبت در این مرحله شکل می‌گیرد. یعنی بیان نگرانی عمیق و راستین خود نسبت به آسایش فرد مقابل. همین که حس مراقبت شکل گرفت، همدلی نیز افزایش می‌یابد. این مرحله دارای دو مرحله‌ی اصلی است. نخست، کشف و درک تفکرات و احساسات. و دوم، تسهیل عملکردها و اقدامات. پرستار به بیمار کمک می‌کند تا تفکرات، احساسات و اعمال خود را شناسایی نموده و برای دست یابی به اهداف برنامه‌ریزی کند.

مرحله‌ی اول: شناسایی و درک تفکرات و احساسات

پرستار برای این مرحله از رابطه‌ی کمک رسانی باید از این مهارت‌ها برخوردار باشد:

• گوش سپردن و پاسخ گویی همدلانه: پرستاران باید به شیوه‌ای همدلانه گوش سپرده و پاسخگو باشند. آن هم به شیوه‌ای که نشان دهد به آنچه گفته شده اهمیت داده و احساسات بیمار را درک می‌کنند. پرستار باید پاسخگوی محتوای پیام و احساس بیمار و یا هر دو باشد. رفتار غیر کلامی پرستار نیز دارای اهمیت است. از جمله رفتارهای غیر کلامی که بیانگر حس همدلی هستند می‌توان به تکان دادن آرام سر، نگاه ممتد و خیره و کاهش حرکات فیزیکی اشاره نمود. Boyd (۲۰۱۲) همدلی را این‌گونه تعریف می‌کند: "توانایی تجربه‌ی

مرحله	وظیفه	مهارت
مرحله پیش‌تعاملی	پرستار داده‌ها و دانش مربوطه‌ی ارزیابی را بازبینی نموده، حوزه‌های بالقوه‌ی مورد بحث را در نظر گرفته و برای تعامل برنامه‌ای را طراحی می‌کند.	گردآوری داده به صورت نظام مند، شناخت محدودیت‌ها و درخواست کمک در صورت لزوم.
فاز معارفه آغاز رابطه	بیمار و پرستار یکدیگر را با نام می‌شناسند. وقتی پرستار رابطه را آغاز می‌کند ضروری است که نقش پرستار را برای بیمار شرح دهد تا او بهتر بداند که باید در انتظار چه چیزی باشد. وقتی بیمار رابطه را آغاز می‌کند نیز پرستار باید به او کمک کند تا دغدغه‌های خود و دلایل کمک خواستش را شرح دهد. پرسش‌های مبهم و پایان باز نظیر "امروز چه در سر داری؟" می‌توانند در این مرحله مفید باشند.	نگرشی آرام و مراقبتی برای آن که بتواند بیمار را به آرامش رساند. برای همه‌ی بیماران دریافت کمک ساده نیست.
بیان مسأله	از آنجا که ممکن است در ابتدای امر بیمار مسأله را به صورت شفاف نبیند، هدف اصلی پرستار در این مرحله شفاف‌سازی مسأله است.	گوش سپردن، بیان مجدد و بیان مسؤولانه و نیز دیگر راه‌کارهای مؤثر برقراری ارتباط که در این فصل مورد بحث قرار گرفته‌اند. در این مرحله باید هوشیار بود که بیش از حد از بیمار سؤال نپرسیم. در عوض تنها باید بر اولویت‌ها تکیه نمود.
ساماندهی و تعیین قرارداد (وظایف پرستار و بیمار)	پرستار و بیمار سطحی از اعتماد را شکل می‌دهند و به صورت کلامی در مورد موارد زیر به توافق می‌رسند: مکان، فراوانی و طول مدت هر ملاقات، هدف کلی رابطه، نحوه‌ی پرداختن به اطلاعات محرمانه و وظایفی که باید به سرانجام برسند و شرایط و زمان پایان دهی به ارتباط.	مهارت‌های ارتباطی فهرست شده در بالا و نیز توانایی غلبه بر رفتارهای مقاومتی در صورت بروز.
مرحله عملکردی	پرستار و بیمار وظایف برشمرده در مرحله معارفه را به سرانجام رسانده و ضمن ارتقای اعتماد حس مراقبت را نیز توسعه می‌دهند.	مهارت شنودگی، همدلی، احترام، صراحت، بیان فردی و مقابله. بیمار نیز می‌بایست شنونده‌ای غیرتدافعی بوده و درک درستی از خود داشته باشد.
کشف و درک اندیشه‌ها و احساسات	پرستار به بیمار کمک می‌کند تا احساسات و اندیشه‌های خود را شناسایی نموده و او نیز بتواند به درک بهتری از بیمار دست پیدا کند. بیمار احساسات و افکار خود نسبت به مسأله‌ها را شناسایی نموده، مهارت شنودگی خود را ارتقا داده و در مورد رفتار فردی خود بینش عمیق‌تری را شکل می‌دهد.	
تسهیل‌گری و اقدام	پرستار برنامه‌هایی را طراحی می‌کند که درون توانایی‌های بیمار جای می‌گیرند. او همچنین اهداف بلندمدت و کوتاه مدت را نیز در نظر می‌گیرد بیمار باید یاد بگیرد که خطر کند. (یعنی بپذیرد که پیامد می‌تواند شکست یا پیروزی باشد). پرستار می‌بایست موفقیت‌ها را تقویت نموده و به بیمار کمک کند که شکست‌ها را واقع‌بینانه‌تر بنگرد.	مهارت تصمیم‌گیری و تنظیم اهداف. همچنین برای پرستار مهارت‌های تقویت و برای بیمار مهارت خطر کردن
فاز پایان‌دهی	پرستار و بیمار احساسات فقدان را می‌پذیرند. بیمار بدون احساس وابستگی و یا هرگونه تنش پایان‌یابی رابطه را می‌پذیرد.	برای پرستار مهارت‌های خلاصه‌سازی و برای بیمار توانایی مواجهه‌ی مستقلانه با مسائل.

چگونه بوده‌اند و آن موقعیت را با شرایط فعلی مورد مقایسه قرار داد. بهتر است که هم بیمار و هم پرستار احساسات خود را در مورد پایان یافتن این رابطه صادقانه و آزادانه بیان کنند. بنابراین، گفت و گو در مورد این پایان دهی می‌بایست پیش از مصاحبه‌ی پایانی شکل بگیرد. این امر زمانی را برای بیمار فراهم می‌آورد تا خود را با این استقلال از پرستار وفق دهد. در برخی موارد نیز می‌توان ملاقات‌های گاه و بی‌گاهی شکل داد تا بتوان در صورت لزوم بیمار را مورد حمایت قرار داد. تماس تلفنی

شکل گرفته است، طبیعی است که تا حدودی احساس فقدان به بیمار دست داده و در این شرایط هر یک از طرفین می‌بایست شیوه‌ای برای خداحافظی در پیش بگیرند.

برای پایان دهی به ارتباط شیوه‌های مختلفی می‌توانند به کار گرفته شوند. جمع‌بندی و بازبینی فرآیند پشت سر گذاشته شده می‌تواند به طرفین این حس را القا کند که از پس کاری ویژه برآمده‌اند. در این شرایط می‌توان، برای مثال، در نظر گرفت که شرایط در ابتدای امر

گروه هم‌تایان، کار، تفریح، مذهب و... منظور از گروه دو یا چند انسان است که نیازها و اهداف مشترکی داشته و یکدیگر را در عملکردهای خود مدنظر قرار داده و در کنار یکدیگر به فعالیت می‌پردازند. گروه‌ها به افراد کمک می‌کنند که به اهداف خود که به صورت فردی دست نیافتنی هستند دست پیدا کنند. در گروه به واسطه‌ی بهره‌گیری از دیدگاه‌ها و تخصص افراد مختلف، دست‌یابی به اهداف محتمل‌تر است. همچنین، انتقال اطلاعات به گروه‌ها ساده‌تر از انتقال آنها به تک‌تک افراد است.

پویایی گروه

منظور از پویایی گروه ارتباطاتی است که میان اعضای گروه شکل می‌گیرند. عوامل و متغیرهای به هم پیوسته‌ای چگونگی ارتباط گروهی را تعیین می‌کنند. هر یک از اعضای گروه بسته به انگیزه و میزان مشارکت خود، میزان شباهتش با دیگر اعضا، میزان بلوغ اعضا در بیان احساسات‌شان و هدف گروه، تأثیر خاص خود را بر پویایی گروه بر جای خواهد گذاشت.

برای آن که هر گروهی بتواند از تأثیر گذاری مناسبی برخوردار باشد سه مشخصه‌ی اصلی باید وجود داشته باشند: نخست وجود انسجام و اتحاد گروهی. دوم، توسعه و تعدیل ساختار گروه و ارتقای آن. و سوم، دست‌یابی به اهداف. برخی از دیگر ویژگی‌های گروه‌های کارآمد از این قرار هستند:

- وجود جو آرام و مناسب در گروه.
- وجود اهداف وظایف و پیامدهای شفاف، قابل درک و مشخص.
- مشارکت اعضای گروه و رهبری مناسب.
- تعامل آزادانه و به اشتراک گذاری دیدگاه‌ها و احساسات.
- تصمیم‌گیری درست توسط اعضای گروه.
- انسجام گروهی.
- تحمل تفاوت دیدگاه‌ها از سوی اعضا.
- قدرت اعضای گروه از نظر توانایی‌ها و حجم اطلاعاتی که در ذهن دارند.
- توانایی حل مسأله‌ی خوب.
- خلاقیت.

انواع گروه‌های درمانی

پرستاران بخش اعظمی از زمان کاری خود را صرف گروه‌های مختلف می‌کنند. از گروه‌های دو نفره گرفته تا سازمان‌های تخصصی بزرگ. هر پرستار به عنوان عضوی از یک گروه ممکن است مسؤولیت‌های مختلفی را بر عهده داشته باشد: نقش عضویت صرف یا رهبری، استادی یا دانشجویی، مشاور بودن یا دریافت‌کننده‌ی مشورت و... .

برخی انواع متداول گروه‌های درمانی را در ذیل بر می‌شمریم. هر یک از این گروه‌ها دارای شباهت‌ها و تفاوت‌هایی در نقش‌های پرستاران و دیگر مشخصه‌ها هستند:

یا ارسال ایمیل نیز می‌توانند از دیگر مداخلاتی باشند که انتقال بیمار به مرحله‌ی استقلال را تسهیل می‌کنند.

شکل‌گیری روابط کمک‌رسانی

شرایط هر چه که باشد، پرستار نوعی از رابطه‌ی کمک‌رسانی را شکل می‌دهد که در آن اهداف مشترک (یا پیامدهای مشترک) با بیمار تنظیم شده یا اگر بیمار قادر به مشارکت نیست با دیگر افراد کمک‌رسان تنظیم می‌شوند. هر چند تعلیم دیدن در خصوص تکنیک‌های مشاوره می‌تواند دارای اهمیت باشد، اما شیوه‌های متعدد دیگری نیز وجود دارند که می‌توان از طریق آنها و بدون نیاز به تعلیم خاص به بیمار کمک کرد:

- شنونده‌ی خوبی باشید.
- تلاش کنید تا بتوانید احساس بیمار را درک کنید. گاهی بیماران در شناسایی احساسات خود ناتوان بوده و در نتیجه در بیان آنها نیز دچار مشکل هستند. بیان جملاتی نظیر "تو از اینکه رئیس به تو امر و نهی می‌کند عصبانی هستی" یا "به نظر می‌رسد که از زمان فوت همسرت احساس تنهایی می‌کنی" می‌تواند به بیمار کمک کند تا متوجه احساس خود شده و در مورد آن صحبت کند.
- خود را به جای فرد مقابل بگذارید (با او همدلی کنید). با بیمار به گونه‌ای تعامل کنید که نشانگر درک شما از احساسات، رفتار و تجربیات وی باشد.
- صادق باشید. در روابط مؤثر پرستاران اغلب ناآگاهی خود را به سادگی می‌پذیرند. برای مثال، می‌گویند "جواب این سؤال را در حال حاضر نمی‌دانم". همچنین آنها می‌بایست نارضایتی خود را نیز صادقانه بیان کنند. برای مثال، بگویند "نسبت به این گفت و گو احساس خوبی ندارم". طرفین باید در صورت وجود مشکلات به آنها اذعان کنند. برای مثال، بیمار بگوید "من آدم شلخته‌ای هستم، این طور نیست؟"
- تظاهر نکنید. بیماران متوجه خواهند شد که آیا احساسات شما واقعی هستند یا خیر.
- نسبت به تفاوت‌های فرهنگی که ممکن است بر درک یا معنای مدنظر تأثیر گذار باشند هوشیار باشید. نسبت به زبان یا گویشی که بیمار به کار می‌برد هوشیار باشید. در مورد بیمارانی که از مهارت چندانی در زبان انگلیسی برخوردار نیستند از یک مترجم دو زبانه کمک بگیرید.
- محرمانگی بیمار را حفظ کنید. اطلاعات وی را تنها در صورت نیاز و صرفاً با دیگر اعضای کادر درمانی به اشتراک بگذارید.
- از نقش خود و محدودیت‌های تان آگاه باشید. هر فردی دارای نقاط قوت و ضعف خود است. وقتی در حل بعضی مشکلات ناتوان هستید بیمار باید از این امر آگاه شود. نقش‌ها و عملکردهای مختلف را چه از سوی بیمار و چه کادر درمان شفاف‌سازی کنید.

تعامل گروهی

انسان‌ها از همان بدو تولد در گروه زندگی می‌کنند (خانواده). انسان‌ها در تمام مراحل زندگی خود با گروه‌های متعددی در حال تعامل هستند:



ویژگی	گروه کارآمد	گروه ناکارآمد
جو	آرام و راحت. یک جو کاری که در آن افراد علاقه و مشارکت خود را به نمایش می‌گذارند.	سخت؛ بدون محرمانگی یا تعهد داوطلبانه نسبت به گروه.
هدف	اهداف وظایف و پیامدها شفاف سازی، درک و تعدیل می‌شوند تا اعضای گروه بتوانند از طریق تعامل با گروه خود را با اهداف هماهنگ سازند.	اهداف مبهم بوده، به اشتباه برداشت شده و تحمیل می‌شوند.
رهبری و مشارکت اعضا	رهبری دموکراتیک است و بسته به دانش یا تجربه در زمان‌های مختلف در آن تغییراتی ایجاد می‌شود.	رهبر بر گروه سلطه دارد. مشارکت اعضا برابر نیست. برخی اعضا بر دیگران برتری دارند.
ارتباط	باز؛ ایده‌ها و احساسات تشویق می‌شوند.	بسته؛ تنها تولید ایده تشویق می‌شود، اعضای گروه ممکن است "دستور کار پنهان" داشته باشند. یعنی اهداف شخصی‌ای داشته باشند که در تعارض با اهداف گروهی هستند.
تصمیم‌گیری	توسط گروه، هر چند روال‌های تصمیم‌گیری متعددی بسته به موقعیت مور نظر می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند.	توسط بالاترین فرد در گروه یا یک یا دو عضو قدرتمند در گروه، آن هم با کمترین میزان مشارکت از سوی اعضا، مخالفت‌ها نادیده گرفته می‌شوند.
انسجام	از طریق ارزش دادن به دیگر اعضای گروه، بیان آزادانه‌ی احساسات، اعتماد و حمایت ایجاد می‌شود.	رهبر مسؤولیت تام همه‌ی موفقیت‌ها را به نام خود می‌داند. نظرات انتقادی هستند و بر ویژگی‌های فردی تمرکز دارند.
تحمل تعارض‌ها	دلایل اختلاف نظرها و تعارض‌ها با دقت بررسی می‌شوند و گروه در راستای حل آنها تلاش می‌کند.	ترس از تعارض‌ها مانع از تصمیم‌گیری و رشد می‌شود.
قدرت	از طریق توانایی‌ها و اطلاعات اعضا تعیین می‌شود. قدرت به اشتراک گذاشته می‌شود.	بسته به جایگاه فرد در گروه تعیین می‌شود. میزان سر سپردن به امر مسؤولین گروه بالاست، بسته به نیازهای احساسی اعضای گروه مسأله‌ی اصلی این است که چه کسی گروه را کنترل می‌کند.
حل مسأله	بالا؛ انتقاد سازنده به صورت مستمر، صریح و راحت انجام شده و معطوف بر حل مسأله است.	پایین؛ انتقاد ممکن است مخرب بوده و به نوعی به صورت پنهان یا آشکار حالت حمله‌ی فردی بگیرد.
خلاقیت	مورد تشویق قرار می‌گیرد.	رد می‌شود.

اعضاست. معمولاً پیش از آغاز به کار نیز تاریخ مورد نظر برای به اتمام رسانی وظیفه انتخاب می‌شود.

گروه‌های آموزشی

هدف اصلی گروه‌های آموزشی انتقال اطلاعات به اعضای گروه است. برای مثال، گروه‌های مراقبتی مربوط به بیماران از این دست گروه‌ها هستند. بطور معمول بسته به ساختار گروه موضوعات مختلفی مورد اشاره قرار می‌گیرند. تکنیک‌های مورد استفاده در زایمان، روش‌های کنترل موالید، تغذیه، مدیریت بیماری‌های مزمن نظیر دیابت و ورزش برای میانسالان و کهن سالان و دستورالعمل‌های پزشکی برای اعضای خانواده‌ها در دوره‌ی پس از ترخیص از بیمارستان از این قبیل هستند. پرستاری که مدیریت چنین گروهی را در دست می‌گیرد باید در فرآیند تدریس و یادگیری ماهر باشد.

گروه‌های خود کمک رسانی

این گروه‌ها گروه‌های کوچک و داوطلبانه‌ای هستند که اعضای آنها اغلب از مشکلات اجتماعی، درمانی یا مشکلات روزمره‌ی مشابهی رنج

گروه وظیفه محور

گروه وظیفه محور یکی از متداول‌ترین انواع گروه‌های مرتبط با کار است که پرستاران در آنها عضو هستند. به عنوان مثال می‌توان به کمیته‌های برنامه‌ریزی درمان، کمیته‌های خدمات پرستاری، نشست‌های تیم پرستاری، گروه‌های کنفرانس پرستاری و نشست‌های کارکنان بیمارستان اشاره نمود. تمرکز اصلی این گروه‌ها به سرانجام رساندن یک تکلیف یا وظیفه‌ی مشخص است که از همان ابتدای امر رهبر گروه و یا اعضای آن را تعریف و بیان نموده‌اند. روش‌های به کار گرفته شده در این گروه‌ها بسته به وظیفه‌ای که قرار است به سرانجام برسد متفاوت هستند.

رهبر این گروه‌ها باید مورد قبول اعضای گروه بوده و از این رو دارای تخصص در وظیفه‌ی مورد بحث باشد. این رهبر می‌بایست وظیفه‌ی مورد نظر را بررسی نموده، نوع ارتباط را بیان نموده و در بیان دیدگاه‌ها و ارائه‌ی راه‌کارها کمک رسان باشد. اعضای کمیته‌ها اغلب بر اساس نقش فردی و موقعیت استخدامی‌شان انتخاب می‌شوند، نه صرفاً ویژگی‌های شخصیتی. اغلب این وظیفه است که تعیین‌کننده‌ی مشارکت

گروه‌های درمانی

این گروه‌ها بیشتر با هدف ارتقای درک فردی و دست یابی به شیوه‌های مناسب‌تر کنترل استرس و تغییر الگوهای رفتاری به سمت سلامتی بیشتر شکل می‌گیرند.

اعضای این گروه‌ها توسط متخصصین حوزه‌ی بهداشت و پس از مصاحبه‌های انتخابی گسترده با تمرکز به ویژگی‌های رفتاری، شخصیتی و نیازها انتخاب می‌شوند. طول جلسات این گروه‌ها معمولاً تعیین نمی‌شود. تاریخ انتهایی اما اغلب توسط درمانگر و اعضا تعیین می‌شود.

گروه‌های حمایتی اجتماعی مبتنی بر کار

بسیاری از پرستاران، به ویژه آنها که در بخش‌های اورژانس و مراقبت ویژه کار می‌کنند در زمان کار خود فشار استرس بالایی را متحمل می‌شوند. برگزاری برخی از گروه‌ها می‌تواند این حجم استرس را کنترل کند. آن دسته از اعضا گروه که بیش از دیگران با کار آشنایی دارند می‌توانند اعضا را تشویق نموده و به چالش بکشند تا خلاق‌تر بوده و در مورد کار مشتاقانه‌تر عمل کنند. برای مثال، یک پرستار می‌تواند به دیگر اعضای تیم کمک کند تا راه کارهای جایگزین مناسب‌تری را برای مداخله در نظر بگیرند. اعضا می‌توانند از طریق گوش سپاری فعالانه به یکدیگر و بدون نصیحت و قضاوت یکدیگر، شوق موفقیت و طعم شکست را با یکدیگر به اشتراک بگذارند. بهتر است که این نوع از حمایت اجتماعی بیرون از محیط کار ارائه شود.

ارتباطات و فرآیند پرستاری

ارتباطات بخشی اساسی از فرآیند پرستاری به حساب می‌آید. پرستاران در هر مرحله از فرآیند پرستاری از مهارت‌های ارتباطی بهره می‌برند. ارتباطات به ویژه در مراقبت از بیمارانی که از مشکلات ارتباطی رنج می‌برند دارای اهمیت است. مهارت‌های ارتباطی به طور خاص در

می‌برند. یکی از اعتقادات اصلی در این گروه‌ها این است که افرادی که از مشکل مشابهی رنج می‌برند اغلب یکدیگر را بیش از دیگران درک می‌کنند. این گروه‌ها برای مشکلات مختلفی شکل می‌گیرند. مشکلاتی نظیر بارداری نوجوانان، طلاق، سوءمصرف مواد، یائسگی، سرطان، بیماری ذهنی، دیابت، ایدز، بهداشت زنان، سوگ و مواردی از این دست. اولین گروهی که با این ساختار شکل گرفت گروه ملقب به الکی‌های ناشناس بود. نقش پرستار در این گروه‌ها می‌تواند از این قرار باشد:

- کمک به بیماران در این گروه‌ها از طریق شناسایی افراد کلیدی که می‌توانند به عنوان تسهیل‌گر ایفای نقش کنند.
- به اشتراک گذاری تخصص خود برای بیماران به منظور کمک به آنها برای دست یابی به تخصص، دانش و مهارت لازم.
- اطلاع‌رسانی به بیماران و کمک به آنها در راستای یافتن دیگر گروه‌های خود کمک‌رسانی موجود.
- مشارکت نمودن به عنوان یک عضو در این گروه‌ها نیز می‌تواند مؤثر باشد. پرستار می‌تواند به عنوان یک منبع اطلاعاتی مورد استفاده قرار گیرد.
- کمک به بیماران در مواقع بحران و ضرورت

گروه‌های رشد و خودآگاهی

هدف گروه‌های خودآگاهی و رشد ارتقا و به کارگیری نقاط قوت میان فردی است. هدف غایی این گروه‌ها ارتقای عملکرد افراد در گروه‌های کاری، خانوادگی، اجتماعی و... است. در این گروه‌ها از همان ابتدای امر اهداف بزرگی در نظر گرفته می‌شوند. برای مثال، مطالعه‌ی الگوهای ارتباطی، فرآیند گروه یا حل مسأله. از آنجا که تمرکز اصلی در این گروه‌ها بر مسائل میان فردی حول موضوعات موجود است، فعالیت این گروه‌ها معمولاً به سنجش واقعیت معطوف است. اعضا مسؤول اصلاح الگوهای نامناسب در ارتباط با یکدیگر هستند. آنها فرآیند گروهی را از طریق مشارکت، همراهی و عملکرد هدایت شده یاد می‌گیرند.

کادر ۳-۲۶ تشکیل گروه‌های خودیاری و جنبه‌ها یا ابعاد مثبت آن

عضویت در یک گروه در واقع نوعی احساس تعلق خاطر و با هم بودن را در وجود تک‌تک اعضای گروه به وجود می‌آورد به نحوی که اعضای گروه در یک لحظه و در یک آن خود را تنها و بی‌کس احساس نمی‌کنند و به یکباره متوجه می‌شوند که دیگران و سایر اعضای گروه هم با آنان همدرد و همراه هستند. واقعیت این است که عضویت در یک گروه و به عبارتی تشکیل گروه‌های خودیاری مزیت‌هایی چند دارد که به برخی از آنها اشاره می‌شود:

فرصت و بستر مناسبی فراهم می‌گردد تا هر یک از اعضای گروه احساسات درونی خویش را با دیگری در میان بگذارند و در همان حال از رهگذر شنیدن درد دل‌ها و دغدغه‌های دیگران دریابند که دیگران هم مسائل و مشکلاتی دارند که از برخی جهات شباهت‌هایی با مشکلاتشان دارد.

مشارکت در کار گروهی بستر مناسبی را برای ابراز همدردی، توجه

نمودن به دیگران و مشکلات آنان و همچنین احساس مسؤلیت داشتن در قبال دیگران فراهم می‌سازد. ضمن اینکه فضای مناسبی را برای رقابتی سالم فراهم می‌نماید و سبب انگیزه هر چه بیشتر در میان تک‌تک اعضای گروه می‌گردد.

بسیاری از اعضای گروه به‌ویژه اعضای قدیمی‌تر آن هم به لحاظ گفتاری و هم رفتاری مدل و الگوی عملی برای اعضای دیگر گروه به‌ویژه اعضای جدید آن می‌شوند.

عضویت در کار گروهی در واقع سبب شکوفایی دوباره حس اعتماد به نفس از دست‌رفته می‌شود به نحوی که افراد در می‌یابند که به همان اندازه که خود نیاز به کمک دارند، باید به دیگران هم کمک و یاری نمایند و این در واقع نوعی حس مشارکت جمعی را در راستای هدف مورد نظر به وجود می‌آورد.

- ارجاع دادن مراجعه کنندگان به کارگروه های تخصصی مناسب همانند کارگروه های گفتاردرمانی
- بهره گیری از ابزارها و وسایل کمک ارتباطی مناسب همانند فن آوری های تصویرسازی، کامپیوتر و رایانه یا عکس و تصویر در جهت برقراری ارتباط مناسب
- به حداقل رساندن عوامل مزاحم محیطی که مانع از برقراری ارتباط مناسب می شوند.
- به کارگیری جمله های ساده و کوتاه
- پرداختن به یک موضوع در آن واحد و پرهیز از مطرح ساختن هم زمان چندین موضوع
- تکرار مطالب هرگاه که لازم باشد.
- قرار گرفتن در روبروی شخص مورد نظر هنگامی که می خواهید با او سخن بگویید؛ چراکه حرف زدن با شخص سالمند از پشت سر ممکن است سبب ترس و هراس ناگهانی وی شود.
- هرگاه نوعی ناهماهنگی یا ناهمگونی میان آنچه که شخص سالمند می گوید و حالات صورت یا چهره وی وجود داشته باشد، بهتر آن است که حالت صورت و یا چهره و یا وضعیت بدن وی را ملاک قرار دهید.
- مسأله دیگر مشارکت دادن اعضای خانواده، دوستان و آشنایان در روند گفتگوها است که باید مورد توجه قرار گیرد.

- واقعیت این است که سالمندان از مسائل یا مشکلات جسمی و ذهنی - شناختی متعددی رنج می برند و همین مسأله انجام مداخلات پرستاری را به منظور بهبود مهارت های ارتباطی ضروری می سازد. برخی از مسائل و مشکلات شایع در میان سالمندان عبارتند از:
- اختلال های حسی از جمله اختلال های بینایی و شنوایی
- اختلال های و بیماری های ذهنی - شناختی همانند دمانس و فراموشی
- عوارض و پیامدهای ثانویه ناشی از حمله یا سکته مغزی و یا هرگونه بیماری عصبی همانند آقازی و اختلال های تکلمی و یا آسیب دیدگی عصب های حرکتی
- اختلال های و مشکلات اجتماعی - روان شناختی همانند افسردگی شناخت درست و دقیق نیازهای خاص هر گروه سنی و تأمین یا برآوردن امکانات و منابع مورد نیاز آنان می تواند تأثیر به سزایی در بهبود کیفیت زندگی مراجعه کنندگان و مددجویان در هر گروه سنی داشته باشد.
- در همین زمینه و به منظور بهبود مهارت های ارتباطی آن گروه از مددجویان (همانند سالمندان) که نیازهای خاص و مشخصی دارند، انجام مداخلات پرستاری باید در جهت دست یازیدن به اهداف مشخص زیر باشد:
- اطمینان یافتن از عملکرد درست و سالم بودن همه ابزارها و وسایل کمکی همانند عینک یا سمعک

• مشکلات حسی:

- در برقراری ارتباطات، توانایی شنیدن، دیدن، حس نمودن و بویایی دارای اهمیت هستند. مشکلات شنوایی می توانند بر دریافت و درک پیام از طرف بیمار تأثیرگذار باشند. مشکلات بینایی باعث می شوند که درک رفتارهای غیر کلامی دچار مشکل شود. رفتارهایی نظیر زبان بدن و یا لبخند زدن. مشکل لامسه و یا بویایی می تواند توانایی بیمار را در گزارش صدمات یا تشخیص دود آتش دچار مشکل کند. برای بیمارانی که دچار مشکل شنوایی و خیم هستند این گام ها را در پی بگیرید:
- از یک دستبند، تگ یا گردنبند پزشکی اطلاع رسان استفاده کنید که بر روی آن وجود مشکل شنوایی ثبت شده باشد.
- جویا شوید که آیا بیمار از سمعک استفاده می کند یا خیر و آیا سمعک به درستی کار می کند یا خیر.
- بررسی کنید که آیا بیمار به راحتی می تواند چهره و لب های تان را ببیند یا خیر.
- بررسی کنید که آیا بیمار از دست هایش برای ارسال پیام استفاده می کند یا خیر.
- مشکلات شناختی:

هر مشکلی که باعث شود مشکلات شناختی به وجود بیایند (مثل آلزایمر و تومورها و آسیب های مغزی) می تواند بر توانایی بیمار در استفاده و درک زبان اختلال ایجاد کند. این بیماران می توانند به طور کلی قدرت بیان خود را از دست داده یا در یادآوری نام ها و کلمات دچار مشکل شوند. برخی روال های درمانی نیز می توانند توانایی بیمار در بیان کلمات

خصوص بیمارانی که دچار مشکلات زبانی، شناختی یا حسی هستند نیز دارای اهمیت است.

مدیریت پرستاری ارزیابی

پرستاران به منظور ارزیابی توانایی های ارتباطی بیمارانی که بایست نوع ارتباط و موانع یا کاستی های ارتباط را شناسایی کنند. فراموش نکند که فرهنگ می تواند بر زمان و چگونگی صحبت بیمار تأثیرگذار باشد. مشخص است که زبان بسته به سن و سطح آگاهی بیمار می تواند متفاوت باشد. در مورد کودکان پرستار باید صداها، کلمات و حرکات بدن را مدنظر قرار دهد.

موانع ارتباط

موانع متعددی می تواند توانایی بیمار برای ارسال، دریافت یا درک پیام را دچار مشکل کنند. این موارد شامل عناوین ذیل شده و پرستار می بایست بتواند هر یک از این موارد را ارزیابی نموده و آنها را در بیمار مورد بررسی قرار دهد:

- کاستی های زبانی:

در نظر بگیرید که زبان اولیه ی بیمار برای ارتباط چه زبانی است و اینکه آیا مترجم توانمندی نیاز هست یا خیر. مهارت زبانی بیمارانی که زبان انگلیسی زبان دوم آنها است ممکن است برای برآورده سازی نیازهای شان کارآمد نباشد.

و جملات را مختل سازند.

این پرستار است که باید تعیین کند که آیا بیمار قادر به پاسخگویی درست به سؤال‌های هست یا خیر. در این صورت پرستار باید ارزیابی کند که آیا کلام بیمار روان و سلیس است یا خیر. آیا بیمار از کلمات به درستی استفاده می‌کند؟ آیا می‌تواند دستورالعمل‌ها را به خوبی درک کند؟ آیا می‌تواند کلمات و عبارات را تکرار کند؟ علاوه بر این پرستار توانایی بیمار در درک کلمات مکتوب را نیز می‌سنجد. آیا بیمار می‌تواند دستورالعمل‌های مکتوب را دنبال کند؟ آیا می‌تواند کلمات را با صدای بلند بخواند؟ می‌تواند کلمات و حروف را تشخیص دهد حتی اگر نتواند کل جمله را بخواند؟ پرستاران در زمان تعیین این توانایی از کلمات بلند و خوانا استفاده می‌کنند.

در مواقعی که بیمار هوشیار نیست پرستار می‌بایست در جست و جوی هر نشانه‌ای باشد که بیانگر درک پیام مخابره شده از سوی بیمار است (برای مثال، پرستار می‌تواند تلاش کند تا با بیان کلمات یا لمس بیمار هوشیاری وی را بسنجد). از بیمار یک سؤال صریح پرسید. برای مثال، پرسید "صدای من را می‌شنوید؟" سپس، دقت کنید که آیا پاسخ غیر کلامی‌ای نظیر تکان دادن سر برای بله یا بالا بردن سر برای خیر دریافت می‌کنید یا خیر. یا اینکه از بیمار بخواهید برای بله گفتن دست شما را فشرده یا یک بار پلک بزند و برای خیر گفتن این کار را دو بار انجام دهد.

• مشکلات ساختاری:

مشکلات ساختاری حفره‌های دهان و بینی و سیستم تنفسی می‌تواند قدرت بیان شفاف و فوری بیمار را کاهش دهد. به عنوان نمونه می‌توان به شکاف کام و لب و راه‌های هوایی مصنوعی نظیر لوله‌ی تراشه یا تراکستومی و عمل برداشتن حنجره اشاره نمود. تنگی نفس نیز از دیگر عواملی است که می‌تواند الگوی کلامی را مختل سازد.

• فلج اندام:

اگر نقص کلامی با فلج اندامی به ویژه در بخش‌های بالایی بدن همراه شده و توانایی بیمار را در نوشتن نیز مختل سازد، پرستار باید اطمینان حاصل کند که آیا بیمار می‌تواند اشاره نموده، سر تکان داده، پلک زده و دست‌های او را بفشارد یا خیر. هر یک از این حرکات می‌توانند برای شروع یک سیستم ارتباطی مورد استفاده قرار بگیرند.

نوع برقراری ارتباط

پرستار در ارزیابی نوع ارتباط هم ارتباط کلامی را در نظر می‌گیرد و هم غیر کلامی. علاوه بر موانع فیزیکی، برخی بیماری‌های فیزیولوژیک (نظیر افسردگی) بر توانایی افراد در برقراری ارتباط تأثیر می‌گذارد. ممکن است بیمار کلمات یا عبارات خاصی را به طور پیوسته تکرار کند، نتواند میان دیدگاه‌های خود ارتباط درستی برقرار کند یا ایده‌های خود را فراموش کند.

• ارتباط کلامی:

پرستاران در ارزیابی ارتباط کلامی بر سه حوزه‌ی اصلی تمرکز

می‌کنند: محتوای پیام، درون‌مایه‌ی پیام و احساسات کلامی. علاوه بر این موارد پرستار موارد زیر را نیز در نظر می‌گیرد:

- چگونگی الگوی ارتباط. این که آیا ارتباط سریع رخ می‌دهد یا آهسته، با صدای بلند یا آرام، با مکس یا فوری و...
- کلمات بیان شده و به طور خاص هر تغییری نسبت به واژه‌های معمول و متداول. برای مثال، اگر فردی هیچ‌گاه عادت به بدزبانی نداشته باشد، در صورتی که از کلمات نامناسب استفاده کند به احتمال زیاد تحت فشار استرس و بیماری است.
- وجود ویژگی‌های کلامی نظیر خشم، عصبانیت، پرگویی یا کم‌گویی، اضطراب و تشویش و...
- وجود مشکل در ارتباط کلماتی نظیر تپق زدن، مین مین نمودن، عدم توانایی در بیان برخی صداها، عدم وضوح تلفظ، عدم توانایی در بیان جملات کامل یا به هم پیوستن ایده‌ها، فراموش نموده ایده‌ها یا فراموش نمودن کلمات و اسامی.
- ناتوانی یا اجتناب از صحبت کردن.

• ارتباط غیر کلامی

ارتباط غیر کلامی را باید بسته به فرهنگ بیمار در نظر گرفت. به طور خاص به حالات چهره، حرکات بدن، تن صدا و ارتباط چشمی دقت کنید.

تشخیص

ارتباط کلامی ناکارآمد می‌تواند به عنوان یک تشخیص توسط پرستار در نظر گرفته شود. منظور از ارتباط کلامی ناکارآمد این است که توانایی فرد برای دریافت، پردازش، انتقال یا استفاده از نظام نمادها کاهش یافته، مختل شده و یا به کلی از بین برود (Herdman & Kamitsuru, ۲۰۱۴, p. ۲۶۱). مشکلات ارتباطی می‌توانند در بخش دریافتی (مثل مشکل شنیداری) یا در بخش تولیدی باشند (مثل مشکل در بیان).

در مواردی که مشکل ارتباطی فرد به واسطه‌ی یک بیماری روانی ایجاد شده باشد تشخیص ناکارآمدی ارتباط کلامی نمی‌تواند تشخیص درستی باشد. برای مثال، فردی که از مشکل افسردگی رنج می‌برد ممکن است در بیان احساسات خود ناتوان بوده و توانایی تفکر و پاسخگویی بالایی نداشته باشد. بیمارانی که دچار اضطراب هستند توانایی کمتری در تمرکز دارند. و بیمارانی که دچار شیذوفرنی هستند ممکن است از نظر شنوایی دچار توهم باشند و در شنیدن صدای پرستار نیز ناتوان باشند (Boyd, ۲۰۱۲; Kneisl & Trigoboff, ۲۰۱۳). در این گونه موارد تشخیص وجود ترس یا اضطراب در بیمار منطقی‌تر است. از دیگر تشخیص‌های NANDA در پرستاری (Herdman & Kamitsuru, ۲۰۱۴) برای بیمارانی که دچار مشکل ارتباطی هستند می‌توان به این موارد اشاره نمود. هر یک از این موارد در ارتباط با ناکارآمدی ارتباطی در نظر گرفته می‌شوند:

- اضطراب

- عدم قدرت
- عزت نفس موقعیتی پایین
- انزوای اجتماعی
- ناکارآمدی در تعامل اجتماعی

برنامه ریزی

وقتی وجود ناکارآمدی ارتباط کلامی تشخیص داده می‌شود، پرستار و بیمار پیامدها را بیان نموده و برای ارتقای ارتباط برنامه‌ریزی نموده و راه‌کار انتخاب می‌کنند. پیامد کلی و مطلوب ما برای بیماری که دچار ناکارآمدی ارتباط کلامی است، کاهش و مرتفع‌سازی عوامل مختل‌کننده ارتباط است. در این راستا در فهرست سبب‌شناسی پرستاری برخی مداخلات خاص برشمرده شده‌اند. برخی نمونه‌های معیارهای پیامدها برای ارزیابی اثربخشی مداخلات پرستاری و دست‌یابی بیمار به اهداف مورد نظر در زیر فهرست شده‌اند.

بیمار:

- نیازهای ارتباطی را برآورده می‌سازد.
- شروع به استفاده از یک روش ارتباطی می‌کند.
- با تولید صدا یا هر حرکت از پیش تعیین شده‌ای نظیر پلک زدن یا فشردن دست در پاسخ به سؤال‌های مستقیم بله یا خیر می‌گوید.
- از روش‌های کلامی یا غیر کلامی برای اشاره به نیازهای خود استفاده می‌کند.
- پیام را به درستی دریافت می‌کند. این امر را می‌توان از روی پاسخ‌های کلامی یا غیر کلامی او تشخیص داد.
- به طور مؤثر به برقراری ارتباط می‌پردازد. آن هم با استفاده از:
 - زبان غالب
 - مترجم
 - زبان اشاره
 - صفحه‌ی کلمات یا تصاویر
 - رایانه.
- مهارت‌های ارتباطی پیشین خود را تا بیشترین حد ممکن مجدد کسب می‌کند.
- کمترین میزان ترس، اضطراب، اندوه و افسردگی را بروز می‌دهد.
- از منابع به درستی بهره می‌برد.

اجرا

مداخلات پرستاری برای تسهیل ارتباط با بیمارانی که دچار مشکل کلامی یا زبانی هستند از این قرار هستند:

تغییر محیط

محیط‌های آرام که کمترین میزان حواس پرتی را به وجود می‌آورند باعث می‌شوند که تلاش‌های ارتباطی بیمار و پرستار به بهترین شکل

ممکن به ثمر بنشینند. وجود نور کافی در انتقال پیام غیر کلامی از اهمیت بالایی برخوردار است. به ویژه اگر بیمار دچار نارسایی دیداری یا شنیداری باشد. در همان ابتدای امر پرستار می‌بایست فضای آرام و ساکنی را ایجاد کند که به کاهش هر گونه اضطراب در بیمار کمک کند. فراموش نکنید که هر مؤلفه‌ای که بر ارتباط تأثیر می‌گذارد می‌تواند به احساسات اندوه، افسردگی یا خشم در بیمار بیانجامد. ارتباط معمولاً نوعی از حس امنیت را به بیمار منتقل می‌کند. زیرا به او این حس را می‌دهد که تنها نیست. بنابراین، مشکلات ارتباطی ممکن است باعث شود که برخی بیماران احساس سردرگمی یا انزوا کنند. به منظور کاهش بیشتر این احساسات پرستار می‌بایست به تلاش بیمار برای برقراری ارتباط اذعان داشته و آن را بستاید.

حمایت

پرستار باید حس اطمینان و اطمینان را در بیمار ایجاد کند، شاید حتی از طریق لمس نمودن او در صورت نیاز. در مورد بیمارانی که در درک مفاهیم دچار مشکل هستند پرستار باید مکرر بررسی کند که آیا بیمار متوجه پیام شده است یا خیر. استفاده از پرسش‌های پایان باز به پرستار کمک می‌کند تا اطلاعات درست را در مورد اثربخشی ارتباط به دست بیاورد. برای مثال، فرض کنید پرستاری با یک بیمار خانم رو به رو است که از مهارت زبان انگلیسی چندانی برخوردار نیست و قرار است اطلاعاتی را در مورد رژیم غذایی مربوط به بیماری‌اش دریافت کند. اگر پرستار بپرسد "متوجه شدی که چه چیزی را باید بخوری؟" ممکن است بیمار سرش را به نشانه‌ی بله تکان دهد. با این وجود، این پاسخ نمی‌تواند به درستی نشان دهد که آیا بیمار به راستی متوجه پیام شده است یا خیر. بنابراین، بهتر است پرستار بپرسد "به نظرت وقتی به خانه رفتی باید چه چیزی بخوری؟" در هنگام پاسخ دهی بیمار زبان بدن پرستار باید مفهوم پذیرش و موافقت را منتقل کند.

به کارگیری مقیاس‌ها برای ارتقای ارتباط

ابتدا مشخص کنید که بیمار چگونه می‌تواند به بهترین شکل پیام را دریافت کند: گوش دادن، نگاه نمودن، لمس نمودن یا از طریق یک مترجم. بهتر است از کلمات ساده و صریح استفاده نموده و موضوعات مورد علاقه‌ی بیمار را با وی مورد بحث قرار داد. گاهی بهتر است از راه‌کارهای ارتباطی جایگزین نظیر مداد و برگه یا صفحات کلمات و تصاویر بهره برد.

در مواردی که بیمار قادر به برقراری ارتباط به زبان انگلیسی نیست می‌توان از یک مترجم کمک گرفت. برای بیمارستان‌ها فهرستی از مترجمین همراه دارند که می‌توانند بر بالین بیمار حاضر شوند. اگر فرد خاصی قرار است به عنوان مترجم کمک کند می‌بایست به منظور حفظ محرمانگی بیمار از او کسب اجازه شود. سپس از مترجم بخواهید که بدون وقفه و با بیشترین دقت ممکن پیام‌های ارتباطی را ترجمه کند.

توسط کالج آمریکایی Physician Executives انجام شده است. هنوز هم در ارائه‌ی امکانات درمانی شاهد رفتار نادرست هستیم (Clinical Rounds، ۲۰۱۰، p. ۲۱). این رفتارهای نامناسب علاوه بر خدشه دار نمودن روند مراقبت از بیمار، بر اخلاقیات کارکنان نیز تأثیری منفی بر جای می‌گذارد.

بسیاری از پرستاران گزارش نموده‌اند که پزشکان و دیگر پرستاران رفتاری آزاددهنده، نامناسب یا از نظر کلامی زنده داشته‌اند (Dombrowsky، ۲۰۱۲؛ Gessler et al، ۲۰۱۲). این رفتارهای نامناسب در محیط کاری تأثیری منفی بر جای گذاشته و یکی از دلایل اصلی‌ای هستند که باعث می‌شوند پرستاران از این حرفه خداحافظی نموده و در نتیجه شاهد کمبود نیروی پرستار باشیم.

کمیسیون مشترک این رفتارهای نامناسب در محل کار را تهدیدی برای ایمنی بیمار دانسته و در نتیجه ساختارهای درمانی را ملزم ساخته است که یک رویکرد نظام مند را طراحی و اجرا کنند که بتوان از طریق آن از آگاهی کارکنان از رفتارهای خصمانه و یا اخلال گر اطمینان حاصل کرد (Longo، ۲۰۱۰). با این وجود، پژوهش‌های موجود نشان می‌دهند که رفتارهای اخلال‌گری نظیر بی ادبی و تحکم همچنان به صورت پیوسته در حال افزایش هستند.

رفتارهای اخلال‌گر

در این بخش سه مورد از متداول‌ترین رفتارهای اخلال‌گر که توسط پرستاران مورد اشاره قرار گرفته‌اند را بر می‌شمریم.

بی ادبی

Clark (۲۰۱۰) که از سردمداران حوزه‌ی پژوهشی بی‌ادبی در پرستاری است، بی‌ادبی را این‌گونه تعریف می‌کند: رفتار گستاخانه یا اخلال‌گر که می‌تواند منجر به فشار فیزیکی و روانی بر افراد دخیل شده و صورتی که به آن پرداخته نشود می‌تواند به موقعیت‌های تهدید کننده‌ای بیانجامد. رفتار بی‌ادبانه شامل طیف وسیعی از رفتارها می‌شود. از اذیت و آزار و رفتارهای رنجاننده (برای مثال، بیان جملات کنایه‌آمیز یا چپ‌چپ نگاه نمودن، طفره رفتن و...) گرفته تا تهدید، ارباب و رفتار به طور بالقوه خشونت‌آمیز (برای مثال، اجتناب از ارائه‌ی اطلاعات حیاتی بیمار، تهدید دیگران یا تهدید به ایجاد لطمات فیزیکی) (Clark، ۲۰۱۰؛ Stokowski، ۲۰۱۱).

ادبیات پژوهشی موجود نیز تأیید می‌کند که میان رفتار بی‌ادبانه در محیط کار و پیامدهای نامطلوب درمانی رابطه‌ی مستقیمی وجود دارد. پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند که میان رفتار بی‌ادبانه و بازدهی کاری نیز رابطه‌ای وجود دارد. منظور از بازدهی پایین کاری پیامدهایی چون غیبت از کار، تعهد پایین کاری، تلاش اندک، بی‌اخلاقی نسبت به دیگران، روابط عمومی پایین، کاهش گزارش دهی مشکلات و ترک نمودن سازمان است (Smith، Andrusyszyn، & Laschinger، ۲۰۱۰).

آموزش دهی به بیمار و گروه‌های حامی

گاهی نیاز است که برای مثال پیش از یک عمل جراحی خاص اطلاعات لازم به بیمار یا افراد حامی وی داده شود تا جلو مشکلات ارتباطی احتمالی در آینده گرفته شود. این امر کمک می‌کند تا در صورت بروز هر گونه مشکل، اضطراب بیمار نیز کاهش یابد.

ارزیابی

ارزیابی هم برای ارتباط بیمار و هم ارتباط پرستار مفید است.

ارتباط بیمار

به منظور تعیین اینکه آیا پیامدهای ارتباطی مطلوب برای بیمار کسب شده‌اند یا خیر پرستار می‌بایست فعالانه گوش سپرده، نشانه‌های غیر کلامی را با دقت مشاهده نموده و از مهارت‌های ارتباطی درمانی خود برای اطمینان از اثربخشی ارتباط استفاده کند.

ارتباط پرستار

برای اینکه پرستار بتواند میزان اثربخشی ارتباط خود با بیمار را ارزیابی کند ضبط فرآیند می‌تواند مفید باشد. ضبط فرآیند یعنی ثبت و ضبط کلمه به کلمه‌ی مکالمه. مکالمه می‌تواند بر روی نوار یا به صورت کتبی تمامی تعاملات بیمار و پرستار را چه کلامی و چه غیر کلامی ثبت کند.

یکی از شیوه‌های نوشتن یک ثبت فرآیند این است که دو ستون در یک صفحه در نظر گرفته شود. در ستون اول آنچه بیمار و پرستار گفته‌اند و نیز پیام‌های غیر کلامی آنها ثبت می‌شود. در ستون دوم اما تحلیل پاسخ‌های پرستار ثبت می‌شود.

پس از تکمیل ثبت فرآیند این سند از نظر محتوایی و بر اساس نظریه‌ی ارتباطی مورد تحلیل قرار می‌گیرد. هر یک از جملات پرستار بسته به مهارت ارتباطی مورد استفاده مورد بررسی واقع شده و میزان اثربخشی آن سنجیده می‌شود. برای هر کدام از موانع احتمالی موجود می‌توان پاسخ‌های جایگزین ممکن را ثبت نمود. پیامد مربوط به پرستاران می‌بایست آگاهی و بینش بیشتر در خصوص نقاط قوت ارتباطی آنها و نیز شناسایی حوزه‌هایی باشد که در آنها نیاز به پیشرفت بیشتر دارند.

ارتباطات میان متخصصین حوزه‌ی بهداشت

ارتباط مؤثر میان متخصصین حوزه‌ی بهداشت به اندازه‌ی ارتقای ارتباط درمانی میان بیمار و پرستار دارای اهمیت است. برای مثال وجود مشکلات ارتباطی میان متخصصین بهداشت سلامت می‌تواند بیمار را تهدید نموده، مراقبت‌های پس از جراحی را تضعیف نموده، روال‌های درمانی را به تأخیر انداخته یا به خطا کشانده و رنج بیمار را افزایش می‌دهند (Gessler، Rosenstein، & Ferron، ۲۰۱۲). بر اساس یک نظر سنجی اجرا شده بر روی بیش از دو هزار و صد پرستار و پزشک که

مری جین آدامز، که یک کمک پرستار است، به آیرن اولسن، که پرستار کارکنان است، گزارش می‌کند که وقتی در حال جمع نمودن سینی صبحانه بوده است متوجه شده که ساندرابرت، بیمار اتاق ۸۱۵، تنها آب پرتقال خود را نوشیده بوده است. خانم برت دو روز پیش برای انجام آزمایشات تشخیصی بستری شده بوده است. خانم اولسن که نگران بیمار خود است به اتاق ۸۱۵ می‌شتابد و پس از در زدن وارد می‌شود. به محض ورود او خانم برت از پنجره فاصله می‌گیرد. چشمان او اشک آلود است.

تحلیل	مکالمه‌ی پرستار / مددجو
اذعان	پرستار: صبح به خیر خانم برت. بیمار: سلام.
بیان یک گزاره‌ی مشخص بدون در نظر گرفتن مسائل غیر کلامی.	پرستار: متوجه شدم که صبحانه تان را نخورده اید. بیمار: گرسنه نبودم.
طرح یک پرسش بسته که به تسهیل کاوشگری کمکی نمی‌کند.	پرستار: مشکلی وجود دارد؟ بیمار: نه (چشمان او پر از اشک می‌شود)
بازخورد دادن	پرستار: ناراحت به نظر می‌رسید. انگار می‌خواهید گریه کنید. بیمار: (گریه می‌کند)
پیشنهاد حضور	پرستار: مدتی را اینجا کنار تو خواهم نشست (می‌نشیند). بیمار: (همچنان گریه می‌کند).
همدلی، حمایت، پیشنهاد حضور	پرستار: (پس از سی ثانیه درنگ) گاهی به اشتراک گذاشتن دغدغه‌ها با فردی که آدم زیاد نمی‌شناسد دشوار است. دوست دارم بتوانم کمکی کنم. بیمار: (با عصبانیت) با راست گفتن به من می‌توانید کمک کنید.
گوش سپردن فعالانه و تمایل نشان دادن	پرستار: (به جلو خم می‌شود و با بیمار ارتباط چشمی می‌گیرد) بیمار: وقتی می‌پرسم مشکلم چیست همه طفره می‌روند. سر پرستار می‌پرسد "فکر می‌کنی مشکل چه باشد؟" چنین حرف‌هایی مرا عصبی می‌کند.
بیان متفاوت	پرستار: تو از این عصبانی هستی که پاسخی نگرفته‌ای. فکر می‌کنی کارکنان اطلاعات خاصی دارند که از ارائه‌ی آن به تو اجتناب می‌کنند. بیمار: همه پنهان کاری می‌کنند. هیچ کس به من حرفی نمی‌زند. (درنگ می‌کند) (به آرامی) اگر خبر خوبی داشتند که طفره نمی‌رفتند.
بیان متفاوت	پرستار: فکر می‌کنی چون به تو اطلاعاتی نمی‌دهند به این معنا است که بیماری وخیمی داری؟ بیمار: دادن خبر خوب همیشه کار راحتی است.
ارائه‌ی اطلاعات. حمایت.	پرستار: بله، به نظر می‌رسد که ارائه‌ی خبر خوب برای مردم راحت‌تر است. مسأله این است که ما اصلاً خبری، چه منفی و چه مثبت، نداریم که به شما بدهیم، زیرا نتایج آزمایش اشعه‌ی ایکس هنوز به دست ما نرسیده است. می‌دانم که این حرف کمک چندانی به حل نگرانی شما نمی‌کند، اما شاید کمی از آن بکاهد تا فکر نکنید که لزوماً خبر بدی وجود دارد که از ارائه‌ی آن به شما اجتناب می‌شود. بیمار: خوب وقتی پدر شوهرم برای خونریزی معده اش جراحی داشت، نتایج آزمایش اشعه‌ی ایکس و دیگر آزمایشاتش فوراً آماده شدند.
ارائه‌ی اطلاعات.	پرستار: وقتی مسأله اورژانسی باشد درخواست می‌شود که نتایج در اولین فرصت ارسال شوند. معمولاً اما صبر می‌کنیم تا آزمایشی دقیق با شرحی مبسوط آماده شود. بیمار: آیا کاملاً مطمئن هستید؟
اذعان به آنچه به صورت ضمنی بیان شده است.	پرستار: به نظر می‌رسد که متقاعد نشده اید. بیمار: ببینید، نمی‌خواهم اذیتتان کنم. مسأله فقط این است که شاید برای پزشکم و تیم درمان شرایط اورژانسی نباشد، اما برای خود من قطعاً هست. نمی‌شود بی‌خبر بمانم. من نمی‌دانم نتایج آزمایش دیروزم چه بوده است. اصلاً آیا آزمایش دیگری باید انجام دهم یا خیر. آیا بدی جراحی شوم؟ کی می‌توانم به خانه برگردم؟

تحلیل	مکالمه‌ی پرستار / مددجو
خلاصه سازی. تشویق حل مسأله.	پرستار: مسأله‌ی اصلی در اینجا پاسخ دادن به چهار سؤال اصلی شما است: اینکه نتایج آزمایشات دیروز چه هستند؟ آیا پزشک شما آزمایش بیشتری نیز نیاز دارد و اگر بله چه آزمایشاتی؟ آیا قرار بر جراحی هست یا خیر؟ و اینکه کی می‌توانید مرخص شوید؟ بیباید بررسی کنیم که چگونه می‌توان پاسخ این پرسش‌ها را داد. بیمار: خوب، با پزشکم که نمی‌توانم تماس بگیرم. مسؤول پذیرش فقط پیام می‌گیرد. از طرفی فکر می‌کنم شاید از اینکه دارم از او گله می‌کنم ناراحت شود. به او که نمی‌گویید، نه؟
تشویق تعامل.	پرستار: نه، مگر این که من و شما هر دو به این نتیجه برسیم که این کار بهترین تصمیم است. بیمار: فکر می‌کنم باید به حرف دیگران گوش کنم و صبور باشم.
تشویق کاوشگری بیشتر.	پرستار: تو تلاش نموده‌ای که همین کار را کنی، اما هنوز نگرانی، می‌ترسی و عصبانی هستی. بیا امکانات دیگر را نیز در نظر بگیریم. بیمار: شاید بتوانید با مطبش تماس بگیرید؟ از آنجا که شما پرستار هستید شاید تماس شما را وصل کنند.
تمرکز بر راه حل.	پرستار: تا اینجا سه راه حل اصلی وجود دارند. اینکه خود شما باید با مطب او تماس بگیرید، اینکه منتظر بمانید تا امروز عصر شخصاً مراجعه کند و اینکه من با او تماس بگیرم. مسیر دیگری هم هست که در نظر نگرفته باشیم؟ بیمار: چیز دیگری به ذهنم نمی‌رسد.
احترام به بیمار. بیان متفاوت. تشویق تعامل و حل مسأله.	پرستار: خوب، فکر می‌کنی کدام از همه بهتر بود؟ بیمار: فکر می‌کنم بهتر باشد شما با مطب او تماس بگیرید. نمی‌خواهم فکر کند که از او دارم گلایه می‌کنم. پرستار: نگرانی تو این است که او در مورد تو چه فکری خواهد نمود. بیا بررسی کنیم که من چگونه باید به این تماس تلفنی بپردازم و چه باید بگویم.

کارشکنی، شانه خالی نمودن از بار مسؤولیت، عدم حضور برای کمک به دیگران، شکایت به دیگران در مورد یک فرد، زورگویی و عدم احترام به حریم خصوصی دیگران (ANA، ۲۰۱۱؛ Dombrowsky، ۲۰۱۲؛ Walrafen، Brewer، & Mulvenon، ۲۰۱۲).

نظر سنجی‌های انجام شده نشان می‌دهند که خشونت افقی با در برگرفتن ۶۵ الی ۸۰ درصد از پرستاران، در محیط کار بسیار شایع است (Becher & Visovsky، ۲۰۱۲). یکی از گروه‌هایی که به طور خاص در این زمینه آسیب پذیر هستند دانشجویان پرستاری در طول دوره‌های بالینی‌شان و نیز دانشجویانی هستند که به تازگی فارغ التحصیل شده‌اند (Becher & Visovsky، ۲۰۱۲؛ Walrafen et al، ۲۰۱۲). عدم توجه به این نوع خشونت باعث خواهد شد که دانشجویان و فارغ التحصیلان رفته رفته از این حرفه خارج شوند. علاوه بر این، برآورد شده است که بار مالی خشونت کلامی برای هر فرد در طول سال حدود ۳۰۰۰ الی ۱۰۰۰۰ دلار است. این هزینه‌ها به واسطه‌ی غیبت از کار، درمان اضطراب و افسردگی، عملکرد پایین کاری و افزایش جا به جایی نیروی کار ایجاد می‌شوند (Becher & Visovsky، ۲۰۱۲، p. ۲۱۱).

بی ادبی و پیامدهای نامطلوب آن فضای احترام متقابل در محل کار را از میان می‌برد. Clark (۲۰۱۰) تأکید می‌کند که هرچند محترمانه و مودبانه رفتار نمودن به ویژه در محیط‌های پر اضطراب کار ساده‌ای نیست، اما پرستاران می‌بایست رفتار محترمانه را در اولویت فعالیت خود، همکاران، همکلاسی‌ها و بیماران قرار دهند. او اشاره می‌کند که "رفتار مؤدبانه مسیر درستی است که باید در پیش گرفته شود و گام گذاشتن در این مسیر نیازمند شجاعت، اهمیت دهی به دیگران، حضور و صبر است."

خشونت جانبی

خشونت جانبی که خشونت افقی یا خصومت افقی نیز نامیده می‌شود به معنی اعمال خشونت یا سواستفاده‌ی احساسی، کلامی و فیزیکی نسبت به دیگر کارکنان در سطح سازمانی خود فرد است. این نوع خشونت علاوه بر رفتارهای خشونت آمیز فیزیکی، شامل رفتارهای خشونت آمیز کلامی و غیر کلامی نیز می‌شود. برای مثال، می‌توان به این موارد اشاره کرد: شایعه پراکنی در مورد دیگر افراد، سوء استفاده‌ی کلامی (یعنی کلامی که با هدف استهزا یا توهین به فرد دیگر به کار می‌رود)، پنهان کاری و عدم ارائه‌ی اطلاعات، اظهارات فریب دهنده،

رفتارها بر پرستاران و بیماران اشاره نموده‌اند. در سطوح آموزشی و اجرایی مجزا می‌بایست برای رفع این گونه رفتارها مداخلاتی در نظر گرفته شوند. هدف این است که جو کاری حاکی از احترام بوده، به پرستاران قدرت بخشیده و سلامتی بیماران را ارتقا دهد.

تعامل میان پرستار و پزشک

برای تعامل میان پرستاران و بیمار اسناد کتبی یا راه کارهای مختلفی وجود دارند. با این وجود، برای ارتباط کلامی میان پرستاران و پزشکان که بسیار متداول نیز هست، راه کارهای چندانی وجود ندارد. این امر می‌تواند به خطاهای درمانی به واسطه‌ی عدم کفایت روابط و تعاملات میان پرستار و پزشک بیانجامد.

شیوه‌های برقراری ارتباط

تفاوت موجود میان ارتباط گیری پرستاران و پزشکان می‌تواند تعامل میان آنها را دشوار سازد. به طور کلی پرستاران آموزش دیده‌اند که در

آزار و اذیت در محیط کار این گونه تعریف شده است: یک فعالیت تکرار شونده و غیرمنطقی از سوی افراد یا گروه‌ها که نسبت به یکی از کارکنان یا گروهی از آنان انجام شده و با هدف استهزا، تحقیر و تهدید آن فرد یا افراد صورت گرفته و یا برای امنیت یا سلامتی او مخاطراتی را ایجاد می‌کند (Longo, ۲۰۱۲, p. ۲). فردی که به اعمال آزار و اذیت می‌پردازد معمولاً از مراتب قدرت بالاتری نسبت به فرد هدف در محیط کار برخوردار است. آزار و اذیت اغلب شامل سوء استفاده از قدرت می‌شود (Stokowski, ۲۰۱۱). آزار و اذیت برای فردی که هدف قرار گرفته است مخاطرات جانی و روحی به همراه دارد. محیط کاری‌ای که در آن آزار و اذیت رخ دهد فاقد ارتباطات مؤثر بوده و پرستاران اغلب در چنین محیط‌هایی از این حرفه دست می‌کشند.

پاسخ به رفتارهای اخلاص گر

سازمان‌های پرستاری متعددی تاکنون به اثرات نامطلوب این گونه

عملکرد مبتنی بر شواهد | آیا پرستاران شاغل در بخش جراحی و بخش مراقبت‌های ویژه ICU تصور و برداشت متفاوتی از رابطه پزشک و پرستار دارند؟

قائل هستند. در همان حال نتایج و یافته‌های مطالعه بیانگر آن است که هر دو گروه پرستاران از نزدیک شاهد رفتارهای مخرب پزشکان بوده و آن را تجربه نموده‌اند. با این حال تنها تعداد بسیار اندکی از آنان چنین رفتارهای غیرسازنده پزشکان را گزارش داده بودند. ضمن اینکه احتمال گزارش دهی رفتار غیرحرفه‌ای پزشکان از سوی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیشتر بوده است. بخش قابل توجهی از پرستاران خود را زیردست پزشکان تصور می‌کنند و تقریباً نیمی از پرستاران بر این باور بوده‌اند که پزشکان حرف و سخن آنان را آن گونه که باید و شاید نمی‌فهمند. بیشتر پرستاران این نکته را یادآور شده‌اند که پزشکان همواره با اسم کوچک آنان را صدا می‌زنند، در حالی که پرستاران هیچ‌گاه پزشکان را با اسم کوچک مورد خطاب قرار نمی‌دهند. پیامدهای پژوهش

همان گونه که در بالا بیان گردید، هر دو گروه پرستاران از نوع و کیفیت رابطه پزشک و پرستار احساس رضایت داشتند که این سطح از رضایت‌مندی می‌تواند به نوبه خود امری دلگرم‌کننده باشد. اما اینکه تنها تعداد بسیار اندکی از پرستاران رفتارهای مخرب و غیرسازنده پزشکان را گزارش می‌دهند، موضوعی نگران‌کننده است که می‌تواند بر روند همکاری مؤثر و سازنده میان پزشک و پرستار تأثیر گذارد. مسأله دیگری که نگران‌کننده است، مربوط به چگونگی خطاب قرار دادن پرستاران از سوی پزشکان همکار می‌شود. ضمن اینکه بخش قابل توجهی از پرستاران خود را زیردست پزشکان می‌دانند و این همه در حالی است که پرستاران هرگز به خود اجازه نمی‌دهند که پزشکان را با اسم کوچک صدا بزنند که از برخی جهات این مسأله می‌تواند مانع از شکل‌گیری رابطه همکاری صمیمی و سازنده میان پزشکان و پرستاران شود.

همکاری مؤثر و سازنده میان پزشک و پرستار لازمه دستیابی به نتایج بهینه در روند ارائه مراقبت‌های بهداشتی- درمانی و احساس رضایت‌مندی در میان جامعه بیماران و مددجویان می‌باشد. از دیرباز و به‌طور سنتی پزشک و پرستار رابطه هم‌ارز و هم‌سطح با یکدیگر نداشته‌اند. از همین رو انجام تحولات و تغییراتی در همین زمینه ضروری به نظر می‌رسد. در همین زمینه جانسون و کرینگ (۲۰۱۲) عامل قدرت، فاصله یا موقعیت اجتماعی- شغلی نابرابر و همچنین نبود رابطه مناسب و سازنده را از جمله عوامل بازدارنده در شکل‌گیری رابطه مبتنی بر همکاری مؤثر و سازنده دانسته‌اند. البته مسأله یا بعد تخصص بالینی یا به عبارتی هم‌سطح نبودن تخصص یا مهارت بالینی از جمله عوامل مهم و تأثیرگذار است که مورد بررسی قرار نگرفته است. به همین منظور محققان و پژوهشگران با انجام یک مطالعه شبه‌تجربی به بررسی نوع برداشت پرستاران شاغل در بخش جراحی و بخش مراقبت‌های ویژه پرداخته‌اند. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش ۱۷۰ پرستار بوده که ۵۴ درصد از این تعداد را پرستاران بخش جراحی و ۴۶ درصد را پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه تشکیل می‌دهند. ضمن اینکه نزدیک به ۹۳ درصد از حجم نمونه مورد مطالعه را پرستاران تمام‌وقت تشکیل می‌دهند. اما تنها تفاوت عمده میان گروه پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه و پرستاران بخش جراحی آن بوده است که درصد و نسبت بیشتری از پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه از مدرک دانشگاهی در مقطع کارشناسی پرستاری برخوردار بوده‌اند. همه شرکت‌کنندگان در مطالعه پرسشنامه خاصی را مشتمل بر ۲۵ عنوان تکمیل نمودند که سؤال‌های آن درباره وضعیت همکاری میان پزشکان و پرستاران بوده است. به طور کلی هر دو گروه از پرستاران از رابطه میان پزشکان و پرستاران احساس رضایت داشتند و بر این باور بودند که پزشکان برای تصمیمات و اقدامات پرستاران احترام

کادر ۴-۲۶ اقدامات ضروری در زمینه جلوگیری از رفتارهای مخرب و غیرسازنده که بهره‌گیری از آن‌ها می‌تواند فضای همکاری سالم را ایجاد نماید

<p>اقدامات فردی</p> <ul style="list-style-type: none"> • احترام گذاردن به دیگران • بالا بردن سطح آگاهی‌ها در مورد هر رفتار مخرب و غیرسازنده برای خود و دیگران • بالا بردن سطح مهارت‌های ارتباطی در مواجهه با رفتارهای غیرسازنده که دیگران از خود بروز می‌دهند. 	<p>دیگران و همکاران و تلاش در جهت اجرای مفاد آن</p> <p>ارزیابی شرایط محیطی بخش‌ها و واحدهای مختلف از جهت میزان پابندی به پرهیز از رفتارهای مخرب و غیرسازنده</p> <p>الگوسازی در جهت رعایت چارچوب‌های اخلاق حرفه‌ای</p> <p>اقدامات ضروری در سطح آموزش عالی پرستاری و دوره‌های بازآموزی پرستاران</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهیه و تدوین مطالب و درسنامه‌های آموزش پرستاری در سطح آموزش عالی و در دوره‌های بازآموزی با هدف آگاهی دادن به گروه هدف پرستاران در خصوص رعایت اخلاق حرفه‌ای پرستاری و لزوم پرهیز از هرگونه رفتار مخرب یا غیرسازنده • برگزاری دوره‌های آموزشی مدیریت تنش‌های کلامی- رفتاری • تهیه مطالب آموزشی در خصوص راه‌کارها و راهبردهای مواجهه با رفتارهای مخرب و غیرسازنده در محیط کار
---	--

در زبان انگلیسی) چارچوب معیاری را ارائه می‌کند که برای ارتباط گیری در خصوص اطلاعات مهم کارکرد دارد. این چارچوب می‌تواند توسط پرستاران تقریباً در تمامی انواع ارتباطات به کار گرفته شود.

ارتباط کتبی و کلامی توصیفی عمل کنند. از سوی دیگر، پزشکان تعلیم دیده‌اند که دقیق، صریح و متمرکز بر مسأله صحبت کنند. بنابراین، ممکن است شما در تعامل با یک پرستار از این که وی بر سر اصل مطلب نمی‌رود کمی خسته شوید (Mannahan, 2010; Rosenthal, 2013). خطاهای ارتباطی در فضای درمانی اغلب پیامدهای نامطلوب سنگینی بر جای می‌گذارند. این خطاها می‌توانند در خصوص بیمار به پیامدهای نامطلوبی نظیر طولانی شدن مدت زمان بستری، نارضایتی بیمار و حتی مرگ وی بیانجامند (Vardaman et al, 2012). بنابراین، کمیسیون مشترک و مرکز ارتقای مراقبت درمانی ارتقای تعامل حرفه‌ای را در بخش‌های درمانی اجباری نموده‌اند. یکی از مدل‌ها یعنی مدل SBAR (سر واژه‌ی کلمات موقعیت، پیش زمینه، ارزیابی و پیشنهادات

!CLINICAL ALERT

Prepare before calling the primary care provider to report a client problem. You will be using the SBAR method. However, you also need to think about what information may be asked of you and be prepared to answer those questions. This means knowing the most recent client assessment data, including vital signs, laboratory data, and other tests, if appropriate. Have the client's medical record, MAR, and other flow sheets as needed available to you

کادر ۵-۲۶ SBAR: موقعیت، پیشینه، ارزیابی، مدل پیشنهادی

<p>نمونه‌های استفاده از SBAR در زمان تماس با یک مراقب بهداشتی در خصوص یک بیمار</p>	<p>چارچوبی برای ارتباط پرستار-مراقب بهداشتی درمانی</p>
<p>S: مراقب بهداشتت تماس گرفته است. پرستار نام بیمار و سازمان مربوطه را ذکر می‌کند. «در مورد خانم سالی سامرز تماس گرفته ام. بیماری نوزده ساله که امروز صبح به دلیل مشکل آپاندیس پذیرش شده. اکنون شش ساعت از جراحی او می‌گذرد اما هنوز مثانه اش کار نکرده است.»</p>	<p>S= موقعیت: درمورد چه موقعیتی تماس گرفته اید؟ نام خود، نام سازمان متبوع تان، نام بیمار یا مددجو، و اطلاعاتی مختصر درمورد مسئله را ارائه کنید.</p>
<p>B: مثانه اش مشکل دارد. خودش می‌گوید که نیاز به تخلیه ی مثانه دارد اما هیچ چیزی رخ نمی‌دهد. حتی وقتی روی لگن می‌نشیند هم اتفاقی نمی‌افتد. بقیه موارد همگی طبیعی هستند.</p>	<p>B= پیش زمینه: اطلاعاتی در خصوص موقعیت فعلی ارائه کنید. اطلاعاتی چون نوع تشخیص در هنگام پذیرش بیمار، تاریخ پذیرش و هرگونه اطلاعات مهم بالینی که با موضوع ارتباط پیدا می‌کند.</p>
<p>A: او به خاطر این مشکل در دفع ادرار خیلی ناراحت است و مدام گریه می‌کند.</p>	<p>A= ارزیابی: این امر به وضعیت فعلی و حال حاضر بیمار (برای مثال، وی اس، سطح اکسیژن خون، میزان درد بیمار، سطح هوشیاری) و نیز بروز هر گونه تغییر در شرایط وی از زمان ارتباط قبلی تا کنون مربوط می‌شود. در واقع میزان وخامت وضعیت گزارش می‌شود.</p>
<p>R: آیا امکان دارد دستوری بدهید که مستقیماً از سوند ادراری استفاده کنیم؟</p>	<p>R= توصیه: اینکه توصیه ی شما برای حل مسئله چیست و یا اینکه درخواست شما از مراقب بهداشتی چیست؟ (برای مثال، اینکه به ملاقات بیمار بیاید، او را به بخش دیگری منتقل کنید، یا درمورد مصرف دارو اظهار نظر کنید.)</p>

باشد به خوبی می‌تواند با شرایط محیط کار و استرس موجود در این محیط کنار بیاید (صفحه ۳۶۴). او همچنین اشاره می‌کند که سطوح بالاتر هوش احساسی به نگرش مثبت‌تر، تطبیق بهتر با شرایط، روابط سالم‌تر و توجه بیشتر به ارزش‌های مثبت می‌انجامد (صفحه ۳۶۵).

رابطه‌ی حمایتی

رابطه‌ی حمایتی به واسطه‌ی کاهش مشکلات ارتباطی با همکاران، سلامتی بیمار را ارتقا می‌دهد. افرادی که از این نوع رابطه استفاده می‌کنند صادق، رو راست و در عین حال دارای پذیرش بالا نسبت به دیدگاه دیگران بوده و برای حقوق دیگران احترام قائل هستند.

یکی از مشخصه‌های مهم ارتباط حمایتی استفاده از کلمه‌ی "من" در جملات به جای کلمه‌ی "تو" است. استفاده از کلمه‌ی "تو" تقصیر را بر دوش فرد مقابل گذاشته و او را در موقعیتی تدافعی قرار می‌دهد. اما استفاده از کلمه‌ی "من" تشویق‌گر ادامه‌ی بحث است. برای مثال، اگر پرستاری بگوید "من نگران این مسأله هستم که..." توجه درمانگر مقابل را به شکل مثبتی جلب نموده و در عین حال در مورد اهمیت تعامل با یکدیگر به نفع بیمار به او پیامی داده است. پس از این پرستار می‌بایست شفاف، دقیق، برنامه‌ریزی شده و آگاهانه دغدغه‌های خود در خصوص بیمار را بیان کند.

ارتباط غیرحمایتی

دو نوع رفتار میان فردی غیر حمایتی در نظر گرفته می‌شوند:

- شیوه‌ی ارتباطی زیر دستانه: وقتی فردی از شیوه‌ی ارتباطی منفعلانه

از نظر تاریخی، دانشجویان پرستاری و پزشکی و دیگر تخصص‌های درمانی و بهداشتی اغلب در دانشکده‌های مجزایی تحصیل نموده و به ندرت با یکدیگر وارد تعامل می‌شدند. بنابراین، این دانشجویان اغلب اهمیت ارتباط و تعامل گروهی را تا زمانی که وارد محیط کار نمی‌شدند، درک نمی‌کردند (Montgomery, Griswold-Theodorson, Morse, Montgomery, & Farabaugh, 2012). با این وجود، طی دهه‌ی قبل برخی مراکز دانشگاهی پزشکی برنامه‌های درسی میان رشته‌ای را به کار گرفتند. برای مثال، شبیه‌سازی میان رشته‌ای تعامل میان پرستاران، پزشکان و دیگر متخصصین این حوزه را ارتقا می‌دهد. این شیوه از تعامل با دانشجویان دیگر رشته‌های درمانی در همان دوران دانشجویی و در فضای آکادمیک باعث می‌شود که در عملکرد بالینی نیز دانشجویان تعامل و ارتباط گروهی موفق‌تری داشته باشند.

هوش احساسی

منظور از هوش احساسی توانایی شکل‌دهی روابط کاری با همکاران، نشان دادن بلوغ فکری در موقعیت‌های مختلف و حل تعارضات در عین نظر توجه به احساسات دیگران است. یک پرستار یا هر درمانگری که از هوش احساسی برخوردار باشد، بالغ، سهل‌گیر و قابل احترام به نظر می‌رسد. در محیط کاری فردی که به درستی احساسات خود و دیگران را می‌شناسد، از پس مدیریت این احساسات به خوبی بر می‌آید و سپس برای دست‌یابی به پیامدهای مثبت تصمیم می‌گیرد که چگونه به طور سازنده با دیگران تعامل کند، از هوش احساسی برخوردار است. Littlejohn (2012) اشاره می‌کند که هر فردی که از هوش احساسی بالا برخوردار

بررسی تفکر نقادانه

که او را در آغوش گرفته، نوازش می‌دهد، با لحنی آرامش‌بخش رو به او می‌کند و می‌گوید: "گریه کن، عزیزم... من کنارت هستم". اندکی بعد سکوت همه جا را فرا می‌گیرد و پس از آن، خانم ماناسویتز از احساسات و نگرانی‌های درونی خویش می‌گوید و همه را با پرستار در میان می‌گذارد. پرستار به‌دقت به حرف‌هایش گوش فرا می‌دهد. سپس او را به نوشیدن یک فنجان قهوه دعوت می‌کند و همان‌جا به وی اطمینان خاطر می‌دهد که در این شرایط سخت از انجام هر کاری که از دستش بریاید، دریغ نخواهد نمود.

۱. رفتارهای غیر کلامی خانم ماناسویتز را هنگامی که از وضعیت بیماری همسرش خبردار می‌شود، تحلیل و بیان نمایید.
۲. واکنش و عکس‌العمل پرستار در قبال خانم ماناسویتز را بر پایه مفهوم مراقبت و آرامش‌بخشی ارزیابی نمایید.
۳. چه اهمیتی دارد که پرستار در این لحظه سخت و دشوار بتواند رابطه مؤثر و مناسبی با خانم ماناسویتز داشته باشد؟
۴. منظور از اینکه "پرستار به‌دقت به حرف‌هایش گوش فرا می‌دهد"، چیست؟ و چه اقدامات عملی یا رفتاری بیانگر این نوع از گوش دادن می‌باشد؟ توضیح دهید.

• فرض کنید به عنوان یک دانشجوی پرستاری وظیفه مراقبت از بیمار مرد ۴۵ ساله به نام آقای ماناسویتز که تحت عمل جراحی برداشتن توده شکمی قرار گرفته و قرار است از اتاق ریکاوری به اتاق بخش آورده شود، به شما محول گردیده است. در همان حال که مشغول آماده نمودن اتاق هستید، پزشک معالج و پرستار از راه می‌رسند و وضعیت جراحی آقای ماناسویتز را با همسرش در میان می‌گذارند. جراح و پزشک معالج توضیح می‌دهد که توده بدخیم و در حال گسترش بوده، از همین‌رو انجام شیمی‌درمانی را در مورد آقای ماناسویتز توصیه می‌کند. با این حال وی خاطر نشان می‌سازد که با توجه به گستردگی رشد و تکثیر سلول‌های بدخیمی، پروگنوز و پیش‌آگهی محتاطانه‌ای از اثربخشی شیمی‌درمانی دارد. در همین اثنا که پزشک معالج گزارش می‌دهد، متوجه نگاه خانم ماناسویتز می‌شود که به دوردست‌ها خیره شده، سپس در حالی که چشمانش را بسته، تنها با تکان دادن سر حرف‌های پزشک معالج را تأیید می‌کند. همین‌که پزشک اتاق را ترک می‌کند، پرستار به خانم ماناسویتز نزدیک می‌شود و کنارش می‌نشیند و او را در آغوش می‌گیرد. در همین هنگام خانم ماناسویتز شروع به گریه نمودن می‌کند و اشک از چشمانش جاری می‌شود. پرستار همان‌طور

اطلاع‌رسانی به بیماران و یا ابراز همدردی با آنان بهره‌گرفت. ارتباط در واقع یک فرآیند بین‌افردی دوسویه است که هم فرستنده و هم گیرنده پیام نقشی اساسی در شکل‌گیری آن بر عهده دارند. ضمن اینکه پیام‌های درون‌فردی یا به عبارتی گفت‌وگوی درونی فرد با خویش نیز می‌تواند مضمون پیام و همچنین چگونگی تفسیر آن را تحت تاثیر قرار دهد.

در هر فرآیند ارتباط چهار عنصر یا چهار مولفه اصلی وجود دارد که عبارتند از: فرستنده (پیام)، مضمون و محتوای پیام، گیرنده یا دریافت‌کننده پیام و پاسخ یا بازخورد (پیام). این فرستنده است که در واقع کار کدگذاری پیام را انجام می‌دهد و به عبارتی هم او است که شکل یا صورت مناسب برای انتقال یا ارسال پیام مورد نظر را تعیین و مشخص می‌نماید. اما شخص گیرنده یا دریافت‌کننده پیام پس از آنکه پیام را دریافت می‌کند، کار رمزگشایی از آن را انجام می‌دهد و سپس نسبت به آن واکنش نشان می‌دهد و به عبارتی به آن پاسخ می‌دهد.

ارتباط کلامی هنگامی می‌تواند اثربخش و یا تاثیرگذار باشد که از ویژگی‌های زیر برخوردار باشد:

- ۱) از آهنگ (کلام) مناسبی برخوردار باشد.
- ۲) کلام در عین سادگی و کوتاهی عاری از هرگونه ابهامی باشد.
- ۳) از فراز و فرودها و مکث‌های مناسب برخوردار باشد.
- ۴) متناسب با موضوع و در ارتباط با آن باشد.
- ۵) مستند و مستدل باشد.
- ۶) لطافت داشته باشد و از جنبه‌های طنزگونه بی‌بهره نباشد.

و زیر دستانه استفاده می‌کند به دیگران اجازه می‌دهد که به حقوق او تجاوز کنند (Kneisl & Trigoboff, ۲۰۱۳). این افراد معمولاً به درخواست‌ها و تقاضاهای دیگران بدون در نظر گرفتن احساسات و نیازهای خود سر می‌نهند. زیرا تصور می‌کنند که احساسات خودشان چندان اهمیتی ندارند. بعضی متخصصین بر این باور هستند که افرادی که به این شیوهی ارتباطی روی می‌آورند معمولاً افراد ضعیفی هستند که تلاش می‌کنند برای حفظ عزت نفسشان از بروز هر گونه بحران و اختلاف نظر (برای مثال، نقد منفی یا مخالفت از سوی دیگران) جلوگیری کنند.

• شیوهی ارتباطی سلطه‌جویانه: میان ارتباط حمایتی و سلطه‌جویان مرز کاملاً مشخصی وجود دارد. ارتباط حمایتی بیان آشکار دیدگاه‌ها و عقاید در عین احترام به حقوق، دیدگاه‌ها و نظرات دیگران است. ارتباط سلطه‌جویانه صرفاً بر آنچه گوینده می‌خواهد، آن هم بدون در نظر گرفتن احساسات دیگران تمرکز دارد (Kneisl & Trigoboff, ۲۰۱۳, p. ۳۷۶). این شیوهی ارتباطی ناکارآمد بوده و به دلسردی از سوی پرستار و دیگر افراد درمانگر می‌انجامد.

نکات برجسته فصل

مهارت ارتباط برقرار کردن (ارتباط) یکی از مهارت‌های اساسی در کار و حرفه پرستاری است که بهره‌گیری از آن به‌ویژه در کار شرح‌حال‌گیری از بیمار و در نتیجه تشخیص پرستاری می‌تواند نقش حیاتی داشته باشد. ضمن اینکه از مهارت‌های ارتباطی می‌توان در آموزش دادن یا

بررسی تفکر نقادانه

فرض کنید به عنوان یک دانشجوی پرستاری وظیفه مراقبت از بیمار مرد ۴۵ ساله به نام آقای ماناسویتر که تحت عمل جراحی برداشتن توده شکمی قرار گرفته و قرار است از اتاق ریکاوری به اتاق بخش آورده شود، به شما محول گردیده است. در همان حال که مشغول آماده کردن اتاق هستید، پزشک معالج و پرستار از راه می‌رسند و وضعیت جراحی آقای ماناسویتر را با همسرش در میان می‌گذارند. جراح و پزشک معالج توضیح می‌دهد که توده بدخیمی و متاستاتیک بوده، از همین رو انجام شیمی‌درمانی را در مورد آقای ماناسویتر توصیه می‌کند. با این حال وی خاطر نشان می‌سازد که با توجه به گستردگی رشد و تکثیر سلول‌های بدخیمی، پروگنوز و پیش‌آگهی محتاطانه‌ای از اثربخشی شیمی‌درمانی دارد. در همین اثنا که پزشک معالج گزارش می‌دهد، متوجه نگاه خانم ماناسویتر می‌شوید که به دوردست‌ها خیره شده، سپس در حالی که چشمانش را بسته، تنها با تکان دادن سر حرف‌های پزشک معالج را تایید می‌کند. همین که پزشک اتاق را ترک می‌کند، پرستار به خانم ماناسویتر نزدیک می‌شود و کنارش می‌نشیند و او را در آغوش می‌گیرد. در همین هنگام خانم ماناسویتر شروع به گریه کردن می‌کند و اشک از چشمانش جاری می‌شود. پرستار همان‌طور که او را در آغوش گرفته، نوازش می‌دهد،

با لحنی آرامش‌بخش رو به او می‌کند و می‌گوید: "گریه کن، عزیزم... من کنارت هستم". اندکی بعد سکوت همه جا را فرا می‌گیرد و پس از آن، خانم ماناسویتر از احساسات و نگرانی‌های درونی خویش می‌گوید و همه را با پرستار در میان می‌گذارد. پرستار به‌دقت به حرف‌هایش گوش فرا می‌دهد. سپس او را به نوشیدن یک فنجان قهوه دعوت می‌کند و همان‌جا به وی اطمینان خاطر می‌دهد که در این شرایط سخت از انجام هر کاری که از دستش بر بیاید، دریغ نخواهد نمود.

۱. رفتارهای غیر کلامی خانم ماناسویتر را هنگامی که از وضعیت بیماری همسرش خبردار می‌شود، تحلیل و تبیین نمایید.
۲. واکنش و عکس‌العمل پرستار در قبال خانم ماناسویتر را بر پایه مفهوم مراقبت و آرامش‌بخشی ارزیابی نمایید.
۳. چه اهمیتی دارد که پرستار در این لحظه سخت و دشوار بتواند رابطه موثر و مناسبی با خانم ماناسویتر داشته باشد؟
۴. منظور از اینکه "پرستار به‌دقت به حرف‌هایش گوش فرا می‌دهد"، چیست؟ و چه اقدامات عملی یا رفتاری بیانگر این نوع از گوش دادن می‌باشد؟ توضیح دهید.

و به عبارتی از این شاخه به آن شاخه پریدن اشاره نمود. ضمن اینکه بهره‌گیری از زبان انتقادی و پند و اندرزگویی مداوم نیز می‌تواند مانع از شکل‌گیری ارتباط شود.

شکل‌گیری رابطه موثر و مناسب میان بیمار و پرستار می‌تواند نقشی کمک‌کننده در رشد مهارت‌های عقلی، فکری و جسمی و بدنی بیمار یا مددجو داشته باشد.

هر رابطه سازنده دارای چهار مرحله می‌باشد که عبارتند از: مرحله پیش از کنش میان‌کنش (مرحله پیش از ارتباط)، مرحله مقدماتی، مرحله میانی و مرحله پایانی. البته هر مرحله مهارت‌های خاص خود را دارد.

برای آنکه بیماران و مددجویان بتوانند بر مشکلات یا موانع ارتباط فائق آیند و غلبه نمایند، لازم است که پرستاران زمینه و بستر مناسبی را برای شکل‌گیری ارتباط فراهم نمایند و در همان حال کارها و اقدامات مناسبی را برای بهبود امر ارتباط به انجام برسانند. ضمن اینکه نقش آموزش‌گرانه خویش از جهت آموزش‌دهی و اطلاع‌رسانی به بیماران را نیز از یاد نبرند.

گرچه یادداشت‌برداری و ضبط مکالمات پرستار و بیمار امری است که معمولاً انجام می‌گیرد؛ چرا که تجزیه و تحلیل آن در مراحل بعدی می‌تواند پرستاران را در تحلیل فرآیند ارتباط و همچنین مضمون و محتوای پیام یاری نماید؛ با این حال انجام چنین کاری همواره باید با رضایت قبلی بیمار یا شرح‌حال‌دهنده باشد.

بسیاری از پرستاران از وجود رفتارها یا عادت‌های مخرب رفتاری پزشکان یا همکارا

دانش خود را بیازمایید

۱- یک دانشجوی پرستاری وظیفه مراقبت از یک بیمار ۷۲ ساله و مبتلا به آلزایمر را که هوش و حواس درستی ندارد؛ بر عهده دارد. مناسب‌ترین راهبرد ارتباطی که این دانشجوی پرستاری می‌تواند به کار بگیرد، کدام است؟

(الف) نوشتن دستورات مربوط به استحمام و دوش گرفتن

(ب) بلند سخن گفتن

(پ) سخن گفتن همراه با نوازش کردن

(ت) حالت چهره سرد و بی‌روح

۲- در کدام یک از گزینه‌های زیر، مراحل ارتباط سازنده به درستی مرتب و توصیف شده است؟

(الف) پس از مقدمه‌چینی، پرستار می‌پرسد که برای تعطیلات آخر هفته پیش‌رو چه برنامه‌ای دارید؟

(ب) پرستار رو به بیمار می‌کند و می‌گوید: ظاهراً از اینکه دیابت دارید و پیامدهای احتمالی آن نگران به نظر می‌رسید. می‌دانید در حال حاضر چه کاری بیشترین فایده را برایتان خواهد داشت؟

(پ) پرستار از سابقه پزشکی بیمار متوجه می‌شود که از یک هفته پیش تشخیص پرستاری در مورد بیمار مطرح گردیده است.

ارتباط غیر کلامی بیش از ارتباط کلامی افکار، اندیشه‌ها، احساسات و عواطف درونی فرد را بازتاب می‌دهد. در همین زمینه از جمله می‌توان به ویژگی‌های ظاهری هر فرد، حالت بدن هنگام نشستن و یا راه رفتن و یا ایستادن، حالت‌های چهره و همچنین حرکات دست و بدن هنگام صحبت کردن یا سخن گفتن اشاره نمود که همگی در واقع از ابزارهای ارتباط غیر کلامی می‌باشند.

هنگام ارزیابی ارتباطات کلامی و غیر کلامی، لازم است که پرستار ضمن در نظر گرفتن عوامل تاثیرگذار فرهنگی، این موضوع را نیز در نظر داشته باشد که هر پیام یا حالت غیر کلامی می‌تواند بازتاب‌دهنده احساسات و عواطف مختلفی باشد. ضمن اینکه واژه‌ها و کلمات نیز با توجه به بافت خاصی که در آن به کار می‌روند، می‌توانند معانی مختلفی به خود بگیرند.

بهره‌گیری از ابزارهای ارتباطی مجازی به ویژه ایمیل در حوزه کار و حرفه پرستاری رو به فزونی گذارده است. گرچه بهره‌گیری از این ابزارهای ارتباطی مجازی نقش به‌سزایی در سرعت بخشیدن به ارتباطات داشته و به عبارتی انجام کارهای مراقبتی در حوزه کار پرستاری را تسهیل نموده است، اما مساله محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و خصوصی بیماران موضوع بسیار مهمی است که هر پرستاری باید آن را در نظر داشته باشد.

واقعیت این است که فرآیند ارتباط از عوامل متعددی تاثیر می‌پذیرد که در همین زمینه از جمله می‌توان به توسعه زیرساخت‌های ارتباطی، عامل جنسیت، نظام فکری و ارزش‌گذاری اشخاص، فاصله اجتماعی (مواردی از قبیل میزان صمیمیت، مفهوم احترام در ابعاد مختلف فردی، اجتماعی و در عرصه فعالیت‌های عمومی اجتماع)، نقش اجتماعی، شغلی و حرفه‌ای اشخاص، سطح شعور و آگاهی و یا رشدیافتگی اشخاص، سطح علائق و دلبستگی‌های مشترک افراد، نوع نگرش افراد (دو طرف رابطه) به مسائل و موضوعات مختلف در زندگی روزمره و همچنین عوامل تاثیرگذار محیطی اشاره نمود.

به منظور کمک به برقراری ارتباط هر چه بهتر میان بیمار و پرستار که در واقع می‌تواند نقشی اساسی در پیشبرد روند درمان داشته باشد، از تکنیک‌های مختلف و متعددی می‌توان بهره گرفت که در همین زمینه از جمله می‌توان به تکنیک سکوت کردن در جای مناسب (سکوت بجا و مناسب)، تکنیک خوب گوش کردن، بهره‌گیری از پرسش‌های باز در حین گفتگو به نحوی که طرف مقابل در پاسخگویی به پرسش‌های مطرح شده تنها به پاسخ‌های بلی- خیر بسنده نکند و همچنین بهره‌گیری از ابزارهای غیر کلامی در حین گفتگو و یا مکالمه همانند نوازش کردن اشاره نمود.

البته برخی از شیوه‌های سخن گفتن مانع از شکل‌گیری و برقراری ارتباط درست می‌شوند که در همین زمینه از جمله می‌توان به کلیشه‌ای سخن گفتن، حالت تدافعی یا تهاجمی داشتن در هنگام گفتگو با طرف مقابل، به چالش کشیدن مرتب طرف مقابل از طریق تلاش در جهت انکار کردن گفته‌های طرف مقابل و یا تغییر دادن مرتب موضوع سخن

بیمار روی دهد، برای خود بیمار یا همراه وی توضیح دهید.
 (ت) آموزش‌ها یا دستورالعمل‌های پس از ترخیص را در اختیار بیمار قرار دهید.
 (ث) به بیمار اطمینان خاطر دهید که خیلی زود حالش خوب می‌شود.

۷- پرستاری را فرض کنید که در حال گفتگو با یک بیمار سالمند است که هوش و حواس خوبی دارد و خوب نسبت به وضعیت پیرامونش آگاهی دارد. کدام یک از عبارات‌های زیر بیشتر می‌تواند بیانگر نوعی ارتباط دلسوزانه و محترمانه باشد؟

- (الف) برای دوش گرفتن آماده‌ای؟
 (ب) آماده‌ای که بریم دوش بگیریم؟
 (پ) عزیزکم، حالا وقت غذا خوردنه...
 (ت) جناب اسمیت، راحت هستی؟

۸- بیماری رو به پرستارش می‌کند و می‌گوید، پزشک معالجم دقیقاً همین رو گفت که همیشه ای پا رو حفظ کرد و باید پات از بالای زانو قطع بشه... کدام یک از گزینه‌های زیر می‌تواند بهترین و مناسب‌ترین پاسخ ممکن از سوی پرستار باشد؟

- (الف) دکتر جونز جراح زبردست و ماهری است.
 (ب) احساس درد داری؟
 (پ) اگر جای شما بودم، حتماً با یک پزشک دیگر هم مشورت می‌کردم.
 (ت) ممکنه بیشتر توضیح بدی...

۹- پرستاری را در نظر بگیرید که در حال گفتگو با همکار پزشک خویش پیرامون مداخلات پزشکی تجویز شده برای بیمار مورد نظر می‌باشد. کدام یک از عبارات زیر بیشتر می‌تواند نمایانگر یک رابطه مناسب و سازنده باشد؟

- (الف) این داروهای جدیدی که برای آقای بلاک تجویز کرده‌اید، اثربخش نبوده است.
 (ب) وضعیت فشار خون آقای بلاک نگران‌کننده است، حتی با این داروهایی که به‌تازگی تجویز کرده‌اید، پایین نیامده است.
 (پ) ممکنه درباره وضعیت آقای بلاک با شما صحبت کنم؟
 (ت) ببخشید دکتر.. فکر می‌کنم باید درباره وضعیت فشار خون آقای بلاک با شما صحبت کنم.

۱۰- پرستار رو به بیماری می‌کند که قرار است فردا تحت عمل جراحی قرار گیرد و از او می‌پرسد که چه چیزی او را بیش از همه درباره عمل فردا نگران ساخته است. این نمونه خاصی از کدام یک از تکنیک‌های ارتباطی است؟

- (الف) آماده‌سازی کلی و مقدماتی بیمار
 (ب) تلاش برای روشن ساختن ابهامات فکری و برطرف ساختن دغدغه‌های ذهنی بیمار
 (پ) تلاش در جهت بیان واقعیات
 (ت) تلاش در جهت بیان خلاصه‌وار مسائل و مشکلات احتمالی

(ت) پرستار رو به بیمار می‌کند و می‌گوید: اوایل که همدیگر را دیدیم، چیز چندانی درباره دیابت نمی‌دانستی.. اما حالا اطلاعات جدیدی در این زمینه داری و می‌توانی آن‌ها را متناسب با شرایط خودت به کار ببندی.

۳- پرستاری که مهارت‌های خوب شنیدن و خوب گوش دادن را در روند درمان و مراقبت از بیمار خویش به کار می‌بندد، چه رفتارهایی را از خودش نشان می‌دهد؟

- (الف) نشان می‌دهد که از نیازهای بیمار خویش آگاهی دارد.
 (ب) در برخورد با بیمار به نحوی می‌ایستد یا می‌نشیند که بیمار متوجه شود او با تمام هوش و حواس خویش به حرف‌هایش گوش فرا می‌دهد.
 (پ) خیلی سریع به پیام ارسالی از سوی بیمار واکنش نشان می‌دهد.
 (ت) به بیمار اطمینان خاطر می‌دهد که همه چیز مرتب است و جای هیچ‌گونه نگرانی نیست.

۴- فرض کنید پرستاری در مواجهه با بیماری که با دردهای ناشی از سرطان دست و پنجه نرم می‌کند، چنین عبارتی را گفته باشد: "در چنین وضعی، احساس درماندگی کاملاً طبیعی است." این عبارت بیشتر بیانگر کدام یک از گزینه‌های زیر می‌باشد؟

- (الف) احترام گذاشتن
 (ب) صادق بودن
 (پ) جزئی‌نگری
 (ت) رویارویی و مواجهه‌گری

۵- بیمار افسرده‌ای را در نظر بگیرید که امروز حمام نکرده و سر و وضع مناسبی ندارد و در همان حال در حال انتخاب وعده غذای نهار خویش از روی منوی غذا می‌باشد. با این حال وی نمی‌تواند در این مورد که چه غذایی را سفارش بدهد، تصمیم بگیرد. کدام یک از موارد زیر مناسب‌ترین تشخیص پرستاری می‌باشد؟

- (الف) اضطراب
 (ب) ناتوانی
 (پ) عدم اعتماد به نفس یا نداشتن اعتماد به نفس
 (ت) انزوای اجتماعی (منزوی بودن از جامعه و اجتماع)

۶- بیماری ۸۰ ساله پس از پذیرش جهت انجام عمل جراحی اورژانسی، از اتاق بیهوشی بلافاصله به بخش بازگردانده می‌شود، انجام کدام مداخله پرستاری بیشترین تاثیر احتمالی را از جهت برقراری ارتباط هر چه بهتر با این بیمار به همراه خواهد داشت؟ توضیح دهید.

- (الف) از بیمار سوال کنید: آیا می‌دانی که الان کجا هستی؟
 (ب) از خود بیمار یا همراه وی در خصوص مشکلات دیداری یا اختلالات یادگیری‌اش پرس و جو نمایید.
 (پ) در مورد حوادث احتمالی که ممکن است طی دو ساعت آینده برای