

مقدمه

از دیدگاه بیمار بیمارستان مکان نامأنوس غریبی است که بیمار درحالیکه از عدم سلامتی خود نگران است، به این محیط نامأنوس قدم می‌گذارد و با تصویری متناقض از محیط خانه اش مواجه می‌شود. از طرفی بیماری نیز به فرد احساس ناامنی می‌دهد و او فکر می‌کند مرز بین سلامتی و بیماری خیلی به هم نزدیک است و فاصله مرگ با زندگی چندان زیاد نیست بنابراین بیمار دچار وحشت و هراس می‌شود و احساس می‌کند که هرچند عزیزانش او را دوست دارند ولی قادر نخواهد بود در امر بازگشت به سلامتی و زندگی او را حمایت کنند. در حالیکه می‌دانیم بیمار مانند هر انسان دیگری دارای نیازهای حیاتی است او به علت بیماری بعضی از نیازهایش را نمی‌تواند به طور کامل تأمین کند و احتیاج به کمک اطرافیان دارد. با آگاهی درباره نیازهای بیماران می‌توان آنها را بهتر شناخت و راههای مناسبتری برای کمک به این افراد انتخاب کرد.

مفاهیم و واژه‌ها:

بیمار: کسی که خود را به ارائه دهنده خدمت جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی معرفی می‌کند.

حقوق: مجموعه قواعد و مقررات حاکم بر یک جامعه که امتیازات و اختیارات خاصی را برای افراد به رسمیت می‌شناسد. حقوق در تمام زبانها به معنی آنچه درست و سزاوار است تعریف می‌شود.

منشور حقوق بیمار: سیستمهای بهداشتی و درمانی اکثر کشورها منشوری را تحت عنوان منشور حقوق بیمار به کار می‌گیرند. بیمارستانها موظف هستند هنگام بستری بیمار در واحد پذیرش منشور حقوق بیمار را به وی تسلیم کنند.

مراقبت بیمار محور: مدیران بیمارستانها باید با استفاده از منابع فیزیکی، کارکنان را قادر سازند مراقبتهای بهداشتی و درمانی را به صورت اثربخش و با کیفیت بالا برای بیماران فراهم سازند. مراقبت بیمار محور بر این اصل استوار است که کل منابع و فعالیتهای سازمان باید حول محور بیمار سازماندهی شود. مراقبت بیمار محور اصلیت خود را از بهبود کیفی مستمر دریافت کرده است.

*****اهداف عمده مراقبت های بیمار محور عبارتند از:**

- تداوم بهبود مراقبت از بیماران
- کاهش انتقال بیماران در بیمارستان
- بهبود و توسعه مداوم روابط تخصصی بین ارائه دهندگان خدمات
- توانمند کردن کارکنان برای انجام وظایفشان به روشی که بیشتر پاسخگوی نیازهای بیماران باشد.
- تمرکز بر فعالیتهای مراقبتی و تخصصی که به طور مستقیم بر رفع نیازهای بیمار تأثیر دارد.

اصول مراقبت های بیمار محور عبارتند از:

۱. **گروه‌بندی مجدد بیماران:** بنابراین اصل، بیمارانی با نیازهای مشابه در یک گروه قرار می‌گیرند تا ارائه دهندگان خدمات به مشکلات اختصاصی آنها بهتر رسیدگی کنند. در این روش ارائه دهندگان خدمات به طور موفقیت آمیزی قادر به ارائه مراقبتهای کیفی خواهند بود.
۲. **عدم تمرکز خدمات:** طبق این اصل خدمات مورد نیاز بیمار باید به محل بستری بیمار آورده شود.
۳. **افزایش استقلال بیمار:** با ارائه اطلاعات بهداشتی و درمانی به بیمار می‌توان بیمار را در زمینه تصمیم گیریهای بالینی مشارکت داد.
۴. **آموزش ضمنی ارائه دهندگان خدمات:** کارکنان در زمینه نحوه کارآمد و اثربخش رفع نیازمندیهای بیماران باید آموزشهای لازم را دریافت دارند.
۵. **سادگی وظایف:** اغلب لازم است وظایف را ساده کرد و مورد تجزیه و تحلیل قرار داد تا بتوان آن را به صورت اثر بخش و کارآمد اجرا کرد. در مراقبت بیمار محور با گروه‌بندی بیماران، وظایف مربوطه تخصصی تر و ساده تر می‌شود.

مقایسه منشور حقوق بیمار در چند کشور:

به طور کلی با مرور منشور حقوق بیمار در کشورهای اروپا، ایران، انگلیس، کانادا، ژاپن، آفریقا، آمریکا و.. ملاحظه می‌شود که این کشورها در ۹ اصل منشور حقوق بیمار به شرح زیر مشترک هستند:

- 1- حق برخورداری از مراقبت و درمان مناسب و با کیفیت بالا بدون هیچگونه تبعیض
- 2- حق برخورداری از اطلاعات بهداشتی/درمانی مربوط به وضعیت بیماری خود
- 3- حق محرمانه بودن اطلاعات بهداشتی/درمانی بیمار و رازداری ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی
- 4- حق اعلام رضایت آگاهانه برای هرگونه مداخله بهداشتی/درمانی
- 5- حق استقلال رأی و تصمیم گیری در مورد نوع خدمات بهداشتی/درمانی

6- حق رعایت محیط خصوصی بیمارستان

7- حق داشتن آرامش

8- حق ابراز اعتراض و شکایت

9- حق جبران خسارت

منشور حقوق بیمار در ایران

بینش و ارزش:

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسانها می باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده ، دولت موظف است خدمات بهداشتی درمانی را برای یکایک افراد کشور تامین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد. این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ ، ارتقاء و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

منشور حقوق بیمار در ایران

دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

1) ارائه خدمات سلامت باید:

1-1 شایسته شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزشها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد ؛

1-2 بر پایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد ؛

1-3 فارغ از هر گونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد ؛

1-4 بر اساس دانش روز باشد ؛

1-5 مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد ؛

1-6 در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد ؛

1-7 مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد ؛

1-8 به همراه تأمین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیر ضروری باشد ؛

1-9 توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد ؛

1-10 در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد ؛

1-11 با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد ؛

1-12 در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد ؛

1-13 در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛

1-14 در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.

۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد:

2-1 محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

1-1-2 مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش ؛

2-1-2 ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش ؛

3-1-2 نام، مسؤولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر ؛

4-1-2 روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن ، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در

روند تصمیم‌گیری بیمار؛

5-1-2 نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان؛

6-1-2 کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

7-1-2 ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان؛

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

این‌که:

- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود)
- بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، اگر از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این‌که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.

3- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

1-3-3 محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

1-1-3 انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛

2-1-3 انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور؛

3-1-3 شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛

4-1-3 قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی بعد از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن درمانها، مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان، شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛

5-1-3 اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

2-3 شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:

1-2-3 انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع باشد.

2-2-3 پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

1-4-4 رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد؛

2-4-4 در کلیه‌ی مراحل مراقبت‌های تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه‌ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛

3-4-4 فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند، می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

4-4-4 بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد. مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

5- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

1-5-5 هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید؛

2-5-5 بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند؛

3-5-5 خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود.

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه‌ی حقوق بیمار که در منشور ذکر شده است بر عهده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنان‌چه تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را بنماید.

موضوعات مطرح در اخلاق پزشکی نوین:

وسعت یافتن دانش بشری، ارتقای فناوری‌ها، افزایش توانمندی‌های انسانی در تشخیص و معالجه بیماری‌ها و تعدد راه‌های انتخابی برای پزشکان و بیماران، سؤالات روزافزونی را مطرح نموده است که اخلاق پزشکی سنتی، علی‌رغم ارزش و قدرت خود، نتوانسته است پاسخگوی این پرسش‌ها باشد. این مسائل عمدتاً دستاوردهای جدید در حوزه علوم پزشکی و عناوین عمده‌ترین موضوعاتی هستند که برای عالمان اخلاق و پزشکان جوامع دغدغه‌آفرین بوده است عناوینی چون:

1. ارتباطات حرفه ای در طب؛ ۲. جایگاه جسم انسانی؛ ۳. انسان قبل از تولد؛ ۴. انسان نابالغ (جسمی یا فکری)؛ ۵. پیوند اعضا و بافت ها؛ ۶. خاتمه حیات انسانی؛ ۷. زیست فناوری و اخلاق پزشکی؛ ۸. شیوه های جدید القای بارداری؛ ۹. پژوهش های پزشکی.

1- ارتباطات حرفه ای در طب

ارتباطات حرفه ای در حیطه پزشکی را می توان شامل ارتباط بین پزشکان و بیماران، اخذ رضایت، رازداری، حقیقت گویی، و ارتباط با همکاران دانست. احترام به اختیار بیمار (اتونومی) و استفاده از ظرفیت و توان جسمی و روحی بیمار برای تصمیم گیری های لازم، فرایندی مهم در حیطه طبابت است. وجدان کاری، احساس مسئولیت حرفه ای، دارا بودن صلاحیت علمی و عملی لازم و عدم بهره جویی های مادی، جسمی یا روحی از بیمار نیز مقوله های مهمی هستند. مسئله «رضایت»، نحوه اخذ آن و میزان آگاهی و شناختی که باید برای بیمار فراهم شود، از عناوین مهم مورد بحث در اخلاق پزشکی است. اخذ رضایت آگاهانه در حال حاضر، جنبه های قانونی نیز یافته است و لذا، اطبا و همکاران آنها اگر اطلاعات کافی در اختیار بیمار نگذارند و یا بر خلاف رضایت او عمل نمایند، ممکن است به علت اهمال یا تعدی به حقوق بیمار تحت تعقیب قرار گیرند.

2- جایگاه جسم انسان:

جسم انسان، از منظر مکاتب و مذاهب مختلف، ارزش و جایگاه متفاوتی دارد. بر همین اساس موضوعاتی چون: تشریح جسد، اتوپسی، اخذ عضو از جسد و استفاده های آموزشی و پژوهشی دیگر از جسد، از نظر اخلاقی مورد مناقشه است.

3- انسان قبل از تولد:

زمان شروع اطلاق کلمه «انسان» به موجود در حال رشد در رحم، از سؤالاتی است که در جوامع و مکاتب مختلف با پاسخ های گوناگونی روبه رو می باشد. آیا ارزش انسانی از زمان لقاح به نطفه حاصله تعلق می گیرد؟ آیا ارزش حیات رویان و جنین در حد یک انسان کامل می باشد؟ اگر حیات جنین و مادر منوط به مرگ دیگری باشد، کدامیک در اولویت نجات خواهند بود؟ در اینجا است که بایستی به تفاوت بین جایگاه زیست شناختی رویان و جنین و جایگاه فلسفی آن دقتی موشکافانه داشت. سقط جنین، پژوهش بر روی رویان و جنین، عقیم سازی و پیشگیری از بارداری برخی موضوعاتی هستند که از نحوه رویکرد پزشک به جایگاه و ارزش انسان قبل از تولد، بسیار تأثیر می پذیرند.

4- انسان نابالغ (جسمی یا فکری):

کودکان به علت نواقصی که در ظرفیت درک و تصمیم گیری آگاهانه دارند، در اخلاق پزشکی توجه ویژه ای به آنان شده است. مسئله اخذ رضایت در کودکان و جلوگیری از سوء استفاده های احتمالی از مهم ترین مباحث است. برخی سوءالات عمده در این حوزه عبارتند از:

1. سن قانونی برای پذیرش اختیار کودک در تصمیم گیری کدام است؟

2. چه کسانی می توانند به جای کودک تصمیم بگیرند؟

3. در صورت تعارض بین خواسته های کودک و ولی او، چه باید کرد؟

4. در موارد سوء استفاده از کودک یا کودک آزاری وظیفه پزشک چیست؟

استفاده از کودکان در پژوهش های پزشکی و نحوه رویکرد اخلاقی در افراد دچار عقب ماندگی ذهنی، معلولیت های شدید جسمی یا بیماری های صعب العلاج از دیگر موضوعات مطرح در این حیطه می باشد.

5- پیوند اعضا و بافت ها:

پیوند اعضا و بافت ها چنان با مباحث اخلاقی عمیقی آمیخته است که در اکثر کشورهای جهان توجه علمای مذهبی، فیلسوفان و اخلاقیون، حقوق دانان، پزشکان و دست اندرکاران امور پزشکی و حتی عموم جوامع را جلب نموده است. مباحث اخلاقی گسترده در این حیطه، در کتاب منسجمی مورد بحث قرار گرفته است. موضوعاتی همچون پیوند از جسد، پیوند از دهنده زنده، ارتباط مادی و مالی بین دهنده و گیرنده عضو پیوندی و راهکارهای جدیدی همانند پیوند از حیوانات و شبیه سازی درمانی چالش های زیادی را ایجاد نموده اند. در حال حاضر استفاده از اعضای افراد دچار مرگ مغزی در بسیاری از کشورها پذیرفته شده است. کمبود عضو مورد نیاز، استفاده از اعضای کودکان آنسفال که فاقد سطوح فوقانی مغز بوده و قادر به ادامه حیات نیستند و بیماران دچار وضعیت نباتی از موضوع هایی است که در اکثر جوامع با مخالفت های عمده ای روبه رو بوده است.

اخذ پیوند از دهنده زنده، اخذ رضایت آگاهانه، جلوگیری از سودجویی های مادی، چگونگی جبران صدمات و خسارات احتمالی فرد دهنده، نحوه اخذ عضو از کودکان و افراد دچار اختلالات شعور، شرایط انتخاب فرد گیرنده و راهکارهای اخلاقی ایجاد بانک های اعضا و بافت های پیوندی از مهم ترین معضلات اخلاقی موجود هستند. استفاده از شبیه سازی و سلول های بنیادی انسان، شیوه جایگزین بالقوه ای است که خود مسائل اخلاقی منحصر به فردی را به همراه داشته است از جمله: ارزش موجود به دست آمده، شأن و کرامت والای انسانی، دستکاری در خلقت الهی، خطرناک بودن و عوارض سوء این روش، سرایشی لغزنده به سوی تولید انسان شبیه سازی شده و شائبه تجارت و سوداگری انسان و اعضای انسانی.

برخی مباحث پیرامون پیوند اعضا در ایران، برخی راهکارهای اخلاقی تأمین عضو و موضوع همانندسازی در اسلام طی مقالات متفاوتی بیان گردیده اند.

6- خاتمه حیات انسانی:

خاتمه حیات انسان چه با خود فرد باشد یا دیگران، بدون تردید با ارزش گذاری ما نسبت به حیات انسان ارتباط محکمی دارد. در حیطه اخلاق پزشکی، مهم ترین موضوع مرتبط با این مقوله، «اتانازی» یا مرگ آسان می باشد. مسئله حدود اختیار فرد، نوع اتانازی (فعال یا غیرفعال)، موضوع عدم احیای برخی بیماران و مشکلات اجتماعی و اخلاقی ناشی از پذیرش اتانازی، مسائلی هستند که هر جامعه با توجه به زمینه های دینی و فرهنگی خود بدان پرداخته است.

7- زیست فناوری و اخلاق پزشکی:

دست آوردهای زیست فناوری در حیطه پزشکی، عمدتاً شامل مهندسی ژنتیک، شبیه سازی، اصلاح نژاد، تهیه نقشه ژنوم انسانی، ژن درمانی و سایر پژوهش های ژنتیک می باشد و در ضمن اینکه چشم اندازی امیدوار کننده را در درمان بیماری ها ایجاد نموده است؛ پیامدهای اخلاقی جدی را نیز در پی داشته است. در حال حاضر با توجه به اهمیت استراتژیک موضوعات بالا، توان علمی بشر در این حوزه از اسرار علمی کشورها به شمار می آید. با توجه به احتمال سوء استفاده و کاربردهای نابخشودنی که می تواند از دانش و فناوری های جدید صورت گیرد، نگرانی اخلاقیون امری بدیهی است.

8- شیوه های جدید القای بارداری:

پیشرفت طب و فناوری پزشکی در زمینه تولید مثل و روش های جدید درمان نازایی، امیدهای جدیدی را در افرادی که از داشتن فرزند محروم هستند، ایجاد نموده است؛ اما از سوی دیگر مسائل اخلاقی نیز در این حیطه مطرح گردیده است که حل آنها نیازمند تبادل نظر پزشکان، اخلاقیون و علمای مذهبی می باشد. اختلاف نظرهای اخلاقی در مورد شیوه های مختلف استفاده از رحم کرایه ای، وضعیت کودکان آزمایشگاهی، شبیه سازی و استفاده از سلول های بنیادی و مباحث دیگری چون تغییر جنسیت و انتخاب جنس جنین، از موضوعات اخلاقی پزشکی نوین می باشد.

9- پژوهش های پزشکی:

پژوهش، مبنا و اساس طبابت بالینی صحیح می باشد. طی دهه های اخیر گسترش تحقیقات پزشکی، ضرورت حاکمیت ارزش های اخلاقی و نهادینه شدن اصول انسانی در مراکز علمی تحقیقاتی را ایجاد نموده است. متأسفانه تاریخ طب بیانگر سوء استفاده ها و انحرافات از مسیر پژوهش بوده است که البته در سطح جهان به قانونمند شدن و نظارت دقیق تر بر این گونه تحقیقات منجر گردیده است.

نتیجه گیری

پیشرفت دانش و ارتقای فناوری ها در بخش های تشخیص، درمان و پیشگیری بیماری ها، طب قدیم را دچار چنان تحول عمیقی ساخته است که پزشکان جدید بدون اتکا به روش ها و ابزار نوین قادر به ادامه حیات خویش نخواهند بود. پزشکی نوین مسلماً نیازمند اخلاق پزشکی نوین است. موضوعات فراوانی در این حیطه مطرح می باشند که به عمده ترین آنها اشاره گردید. آنچه در انتهای بحث در خصوص فلسفه اخلاق پزشکی و ضرورت توجه ویژه به آن بیان شد، در حقیقت یک نیاز بنیادین و فوری است. با توجه به تفاوت های فلسفه و اخلاق اسلامی با فلسفه و اخلاق غربی، پایه گذاری اصولی یک نظام اخلاق پزشکی مبتنی بر چهارچوب های اسلامی جهت جلوگیری از نفوذ فرهنگ غرب در کشورهای اسلامی یک ضرورت اساسی است.

مروری بر استانداردهای اعتباربخشی**حقوق بیمار و خانواده**

هر بیمار، یک فرد منحصر بفرد است با نیازها، توانایی ها، ارزش ها و باورهای خودش. سازمان های مراقبت های بهداشتی درمانی، باری ایجاد اعتماد و ارتباط صادقانه با بیماران و درک و حمایت از ارزش های فرهنگی، روحی و معنوی هر یک از بیماران می کوشند.

پیامدهای مراقبت از بیمار، زمانی بهبود می یابد که بیمار و در صورت مقتضی خانواده هایشان، یا کسانی که در مورد آنها تصمیم می گیرند در فرایندهای و تصمیمات مربوط به مراقبت، به صورتی که با انتظارات فرهنگی ایشان مطابقت داشته باشد، شرکت داده شوند.

برای حمایت از حقوق بیمار، در یک سازمان مراقبت های بهداشتی درمانی، با تدوین و ابلاغ حقوق بیمار آغاز می شود. سپس کارکنان و بیماران در خصوص احقاق حقوق آموزش می بینند و بیماران از حقوق خود و چگونگی اقدام بر اساس آن آگاه می شوند.

به کارکنان نیز آموزش داده می شود که باورها و ارزش های بیماران را درک کرده و به آن احترام بگذارند و مراقبتی مودبانه و ملاحظه کارانه در اختیار بیماران بگذارند تا شان آنها رعایت شود. مهمترین رؤس استانداردهای اعتباربخشی در این زمینه عبارتند از:

• شناسایی، حمایت و ارتقاء حقوق بیمار

• آگاه کردن بیمار از حقوق خود

• هنگام تصمیم گیری در مورد مراقبت از بیمار، در صورت مقتضی، بستگان او نیز دخالت داده شوند.

• کسب رضایت آگاهانه

• آموزش کارکنان در مورد حقوق بیمار

• حقوق بیمار و خانواده او در ارتباط با پژوهش و اهدا و درون کاشت اعضا و بافت‌ها

• ایجاد چارچوب اخلاقی برای بیمارستان

سازمان، مسئول تأمین فرایندهایی جهت حمایت از حقوق بیمار و خانواده او در حین دوره مراقبت است.

رهبان یک سازمان، در وهله اول، مسئول چگونگی رفتاری هستند که با بیماران خواهد شد. بدین ترتیب، لازم است که رهبران، از حقوق بیمار و خانواده او و نیز مسئولیت‌های سازمان بصورت یکه در قوانین و قواعد شناسایی شده است. مطلع بوده و آن‌ها را درک کنند. سپس، برای حصول اطمینان از این موضوع که کارکنان، در سر تا سر سازمان، مسئولیت حمایت از این حقوق را می‌پذیرند، رهبران دستورالعملی را فراهم می‌کنند. برای حمایت موثر و پیشبرد حقوق بیمار، رهبران با یکدیگر همکاری کرده و درصدد شناخت مسئولیت‌های خودشان در ارتباط با اجتماعی هستند که سازمان، خدمات خود را به آن ارائه می‌کند.

موارد ذیل شامل مسئولیت‌های سازمان در قبال بیماران است:

• سازمان، به حقوق بیماران و در برخی شرایط، بستگان بیمار، در خصوص حق ایشان در مورد تعیین اطلاعاتی که در ارتباط با بیماری می‌تواند در اختیار خانواده یا دیگران گذاشته شود و نیز شرایط آنها، احترام می‌گذارد. به عنوان مثال، ممکن است بیمار مایل نباشد که تشخیص بیماری او به اطلاع خانواده اش برسد.

• حقوق بیمار و خانواده او، رکن اساسی تمامی ارتباط‌ها در میان سازمان، کارکنان آن و بیماران و خانواده هایشان محسوب می‌شود. بنابراین، سازمان برای حصول اطمینان از اینکه تمامی کارکنان، از آن مطلع هستند و هنگام تعامل و پرستاری از بیماران در سرتاسر سازمان این حقوق را رعایت می‌کنند، خط مشی‌ها و روش‌هایی را بسط داده و آن‌ها را بکار می‌بندد. سازمان، از فرایندی جامع و مشترک برای توسعه این خط مشی‌ها و روش‌ها استفاده می‌کند و در صورت مقتضی، بیماران و خانواده‌شان را هم در این فرایند منظور می‌نماید.

• مراقبت، با ملاحظه و رعایت احترام نسبت به ارزش‌ها و باورهای شخصی بیمار صورت می‌گیرد. سازمان فرایندی جهت پاسخ به درخواست بیمار و خانواده او برای خدمات شخصی یا درخواست‌های مشابه در ارتباط با اعتقادات معنوی و مذهبی آن‌ها، دارد.

اعتقاد قوی به ارزش‌ها باورها می‌تواند فرایند مراقبت و چگونگی پاسخ بیمار به مراقبت را شکل و فرم دهد. بنابراین، هر یک از تأمین‌کنندگان مراقبت، درصدد درک این مطلب است که مراقبت و خدماتی که ارائه می‌دهند، در متن ارزش‌ها و باورهای بیمار باشد.

• درمورد نیازها و انتظارات بیمار به حریم خصوصی و تنهایی در ارتباط با خدمات و مراقبت نیز فرایندهای لازم بایستی وجود داشته باشد. این ارتباط میان پرسنل و بیمارانشان، اعتماد و رابطه‌ای باز را میان آن‌ها ایجاد می‌کند و نیازی نیست که مستند شود.

• سازمان، تمهیداتی برای حفاظت از مایملک بیماران در مقابل سرعت یا گم شدن اتخاذ می‌کند. سازمان مسئولیت خود در قبال مایملک بیماران را به اطلاع بیمار و خانواده‌شان می‌رساند. هنگامی که سازمان، در قبال هر یک، یا تمام اموال شخصی بیمار، که او به بیمارستان آورده، قبول مسئولیت می‌کند، فرایندی برای محاسبه اموال او و اطمینان از اینکه وسایل شخصی بیمار مفقود یا دزدیده نخواهد شد، تعیین شده است. این فرایند، شامل اموال بیماران اورژانس، بیمارانی که همان روز جراحی شده‌اند، بیماران بستری و بیمارانی که قادر به انتخاب گزینه به امانت سپردن اموالشان نیستند و کسانی که از تصمیم‌گیری در مورد مایملکشان عاجز هستند، می‌شوند.

• **از بیماران، در مقابل حملات فیزیکی محافظت می‌شود:** سازمان موظف است در مقابل هتک حرمت‌های فیزیکی توسط عیادت‌کنندگان، بیماران دیگر و کارکنان، محافظت کند. این مسئولیت، به خصوص شامل نوزادان و کودکان، افراد سالمند و افراد دیگری که قادر به دفاع از خودشان یا درخواست کمک نیستند، می‌شود. سازمان درصدد پیشگیری از هتک حرمت و حمله است و این کار را از طریق فرایندهایی مانند تحقیق و بررسی در مورد افرادی که به سادگی قابل شناسایی نیستند، پایش بخش‌ها و مناطق ایزوله شده و دورافتاده و نشان دادن واکنش سریع نسبت به کسانی که بنظر می‌رسد در معرض خطر هستند، انجام می‌دهد.

• **کودکان، افراد معلول، سالمندان و دیگر کسانی که در معرض خطر قرار دارند، از حمایت مناسب برخوردار می‌شوند:** هر سازمان، گروه بیماران آسیب‌پذیر و در معرض خطر خود را شناسایی کرده و برای حمایت از حقوق این افراد در این گروه‌ها، فرایندی را ایجاد می‌کند. ممکن است که در قوانین و قواعد، گروه بیماران آسیب‌پذیر و مسئولیت‌های سازمان شناسایی و تعیین شود.

• **اطلاعات مربوط به بیمار، محرمانه است:** هنگامیکه اطلاعات پزشکی یا دیگر اطلاعات مرتبط با سلامتی، جمع‌آوری و مستند گردید، برای شناخت و آشنایی با بیمار و نیازهای او، و برای تأمین خدمات و مراقبت در زمان اضافه به شمار می‌آید. این اطلاعات می‌تواند بر روی کاغذ، یا به شکل الکترونیک، یا ترکیبی از این دو ثبت شود. سازمان، محرمانه بودن این اطلاعات را رعایت می‌کند و خط مشی‌ها و روش‌هایی را برای حفظ چنین اطلاعاتی از مفقود شدن یا سوء استفاده به کار می‌بندد. خط مشی‌ها و روش‌ها، نشان دهنده اطلاعاتی است که در صورت الزام قانون یا قواعد، می‌توان آن را منتشر کرد. کارکنان، با خودداری از نصب اطلاعات محرمانه مربوط به بیمار در اتاق او یا در ایستگاه پرستاری و یا مطرح نکردن بحث‌های مربوط به بیمار در اماکن عمومی، محرمانه بودن اطلاعات بیمار را رعایت کرده و به آن احترام می‌گذارند. کارکنان، از قوانین و قواعد ناظر بر محرمانه بودن اطلاعات آگاه هستند و به اطلاع بیمار می‌رسانند که چگونه سازمان، محرمانه بودن اطلاعات را مدنظر قرار می‌دهد. همچنین، به اطلاع بیمار می‌رسد که چه زمان و تحت چه شرایطی ممکن است که اطلاعات منتشر شوند و چگونه از آن‌ها کسب اجازه خواهد شد.

• **سازمان، از حقوق بیمار و خانواده او برای مشارکت در فرایند مراقبت حمایت می‌کند:** بیماران و خانواده‌شان با تصمیم‌گیری در مورد مراقبت، پرسش درباره

پرستاری و حتی رد روش‌های تشخیص و درمان، در فرایند مراقبت شرکت می‌یابند.

• **سازمان، به بیمار و بستگان‌شان درباره روش آگاه ساختن آنها از وضعیت پزشکی و هر گونه تشخیص قطعی، اطلاعات کافی می‌دهد.** همچنین، در زمینه برنامه مراقبت و درمان و نحوه مشارکت در اتخاذ تصمیمات مراقبتی به میزانی که خودشان مایل باشند، آگاهی خواهند یافت: برای مشارکت بیمار و خانواده‌هایشان در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی، لازم است که آن‌ها در مورد وضعیت پزشکی که در حین ارزیابی بدست آمده است اطلاعاتی داشته باشند. این اطلاعات، شامل هر گونه تشخیص قطعی، در صورت مقتضی، مراقبت و درمان پیشنهادی می‌شود.

• **سازمان، به اطلاع بیمار و خانواده‌شان می‌رساند که حقوق و مسئولیت‌های آن‌ها در ارتباط با رد یا ادامه درمان چیست:** بیمار یا کسانی که از طرف آن‌ها تصمیم می‌گیرند، ممکن است پس از شروع درمان یا مراقبت، تصمیم بگیرند که مراقبت یا درمان طرح ریزی شده را ادامه ندهند و از آن منصرف شوند. سازمان، بیمار و خانواده‌ها را از حق ایشان برای چنین تصمیم‌گیری‌هایی آگاه خواهد کرد؛ از پیامدهای احتمالی این تصمیمات و مسئولیت‌هایشان در قبال چنین تصمیم‌هایی نیز مطلع می‌شوند.

• **سازمان، به تمایلات و اولویت‌های بیمار برای امتناع از استفاده از خدمات احیا و چشم‌پوشی یا انصراف از درمان‌های نگرده‌دارنده حیات، احترام می‌گذارد:** با توجه به قوانین موجود در شرع اسلام امتناع از خدمات احیا یا چشم‌پوشی از درمان‌های زنده نگه دارنده خلاف شرع بوده حتی برای آن مجازات تعیین شده است.

• **سازمان، حقوق بیمار را در مورد ارزیابی مناسب و مدیریت درد رعایت می‌کند:** درد، جزء معمول تجربیات بیمار به شمار می‌آید و درد مستمر و بی‌وقفه تأثیرات نامطلوب روانی و جسمانی به جا می‌گذارد. واکنش بیمار نسبت به درد، غالباً در بافت‌های اجتماعی و رسوم شکل می‌گیرد. بنابراین، بیمار تشویق و حمایت می‌شوند تا دردشان را گزارش کنند.

• **سازمان، حقوق بیمار را در زمینه تامین مراقبت محترمانه و دلسوزانه در پایان زندگی، رعایت می‌کند:** بیمار محترم، از نیازهای خاصی برای دریافت مراقبت محترمانه و دلسوزانه برخوردارند. نگرانی در مورد آرامش و منزلت بیمار، تمام جنبه‌های مراقبت در حین مراحل پایانی زندگی را هدایت می‌کند. برای تحقق بخشیدن به این امر، تمامی کارکنان، در مورد نیازهای خاص بیمار محترم آگاهی یافته‌اند. این نیازها شامل معالجه علائم اولیه و ثانویه، مدیریت درد، پاسخ به دغدغه‌های روانی، اجتماعی، عاطفی، مذهبی و فرهنگی بیمار و بستگانش و شرکت در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت و پرستاری می‌شود.

• **سازمان به بیمار و خانواده‌های آن‌ها در رابطه با فرایند دریافت شکایت و اقدامات متعاقب آن و همچنین عملکرد بیمارستان هنگام بروز تعارضات و اختلافات میان موارد مطلوب مراقبتی از نظر بیمار و بیمارستان، و حقوق بیمار در اقدام به انجام این فرایندها، آگاهی می‌دهد:** بیمار از این حق برخوردارند که شکایت خود در خصوص مراقبت را بیان کرده و شکایاتشان بررسی شود و در صورت امکان حل و فصل گردد. همچنین، تصمیمات در مورد مراقبت، گاهی اوقات باعث بروز پرسش‌ها، تناقضات برای سازمان و بیمار، خانواده یا دیگر تصمیم‌گیرندگان می‌شود. این تنگناها ممکن است نشأت گرفته از مسائل مربوط به دسترسی درمان یا ترخیص باشد. برطرف کردن این تنگناها، به خصوص زمانی مشکل‌تر می‌شود که مسائلی مانند امتناع از دستگاه تنفس مصنوعی یا چشم‌پوشی یا انصراف از درمان‌ها زنده نگه دارنده را شامل می‌شود.

ضرب المثلی است که می‌گوید فرد موفق کسی است که همه کس را می‌شناسد نه اینکه همه چیز را می‌داند.

در واقع افراد موفق کسانی هستند که دوستی‌های خود را با برجا نگاه می‌دارند دانستن چگونگی رفتار با مردم به اندازه شایستگی‌های فنی و مدیریتی اهمیت دارد. به بدترین مدیری که تا حال داشته‌اید فکر کنید. به یاد آورید که چطور فقدان مهارت‌های رفتار با دیگران در او باعث دلسردی و نبود بهره‌وری دیگران و خروج شما از محل کار با ناامیدی شد. یک انسان موفق نیمی کارمند است، نیمی سیاستمدار. او می‌داند کار کردن با دیگران بخصوص در دنیای کنونی که مملو از انسان‌های زود رنج است، روال ارتباطی خاصی را می‌طلبد.

ارتباطات مؤثر، هدف به حساب نمی‌آید بلکه باید وسیله‌ای برای کسب هدف تلقی شود ارتباطات ذاتی نیست بلکه اکتسابی است. ارتباطات ضعیف منبع اصلی اختلافات میان فردی است. زیرا افراد ۷۰ درصد از ساعات بیداری خود را در حال ارتباط برقرار کردن، نوشتن و خواندن و شنیدن هستند. این نکته "مهارت در روابط اجتماعی" به روابط ما با دیگران وابسته است.

تعریف ارتباطات:

به فرایند تبادل اطلاعات و انتقال معانی به گونه‌ای که هست و گیرنده همان را دریافت کند، ارتباط گفته می‌شود؛ به تعبیر دیگر ارتباط همان انتقال معانی و مفهوم مورد نظر، از فرستنده به گیرنده است. **ارسطو در تعریف ارتباط نوشت:** ارتباط عبارت است از جستجو برای دست یافتن به کلیه وسایل و امکانات موجود برای ترغیب دیگران. شاید تعاریف دیگران تا حدودی ادامه تکامل یافته تعریف ارسطو از ارتباط باشد.

کلود شانون در کتاب "نظریه‌های ریاضی ارتباط" می‌نویسد: ارتباط عبارت است از تمام روشهایی که از طریق آن ممکن است ذهنی بر ذهن دیگر تأثیر بگذارد. این عمل نه تنها با نوشته یا صحبت کردن بلکه حتی با موسیقی، هنرهای تصویری، تئاتر و عملاً تمام رفتارهای انسانی عملی است.

چارلز کولی در کتاب "مفهوم و معنی ارتباط در سازمانهای اجتماعی"، ارتباط را چنین تعریف کرده است: ارتباط مکانیسمی است که روابط انسانی بر اساس و به وسیله آن به

وجود می‌آید. تمام مظاهر فکری و وسایل انتقال و حفظ آنها در مکان و زمان بر پایه آن توسعه پیدا می‌کند. ارتباط، حالات چهره، رفتارها، حرکات، طنین صدا، کلمات و نوشته‌ها، چاپ، راه آهن، تلگراف، تلفن، و تمام وسایلی که اخیراً در راه غلبه انسان به مکان و زمان ساخته شده است را در بر می‌گیرد.

نقش ارتباطات: در یک گروه یا سازمان، ارتباطات چهار نقش ایفا می‌کند:

1- کنترل - 2 ایجاد انگیزه - 3 ابراز احساسات - 4 اطلاعات

(1-2) کنترل: ارتباط به چندین روش، رفتار اعضا را کنترل می‌کند. سازمانها، سلسله مراتب اختیارات و دستورالعمل‌های رسمی دارند که کارکنان و اعضا باید آن را رعایت کنند. ارتباطات غیر رسمی هم رفتار اعضا را کنترل می‌کند.

(2-2) ایجاد انگیزه: تعیین هدف‌های خاص، بازخورد نمودن نتایج عملیات و دادن گزارش درباره میزان پیشرفت و تقویت رفتار مطلوب مورد نظر، همه اینها موجب ایجاد انگیزه و ارتباط می‌شود.

(2-3) ابراز احساسات: ابراز احساسات، برای بسیاری از کارکنان و اعضای سازمان، مهمترین منبع ارتباطات اجتماعی و روابط متقابل یا تعامل است. ارتباطاتی که درون گروه صورت می‌گیرد نمایانگر ابراز نفرت، درجه استیصال یا رضایت فرد و نوع احساسات اوست. بنابراین، ارتباطات موجب تخلیه انسان از فشارهای روانی می‌شود و در راه تأمین نیازهای اجتماعی به وی کمک می‌کند.

(2-4) اطلاعات: ارتباطات می‌تواند اطلاعاتی را ارائه کند که افراد و گروه‌ها برای تصمیم‌گیری به آنها نیاز دارند و می‌توانند از طریق رد و بدل کردن داده‌ها، شیوه‌های مختلف اجرایی را ارزیابی و بهترین راه حل را انتخاب نمایند.

هیچ‌یک از این چهار وظیفه فوق‌نسبت به دیگری برتری ندارد. پس برای اینکه گروه به شیوه‌ای مؤثر عمل کند باید بر اعضای خود نوعی کنترل اعمال نموده، در افراد انگیزه ایجاد کند تا آنان کارها را به نحو احسن انجام دهند همچنین باید روشی را در پیش گیرد که افراد آنچه را در دل دارند بیرون بریزند (احساسات خود را ابراز نمایند) و سرانجام تصمیمات معقولی اتخاذ کنند.

فرآیند ارتباطات

(1-3) ذات ارتباط

ذات ارتباط، فرآیندی است که موجب ارتباط بین فرستنده و گیرنده برای دریافت پیام در زمان و مکان می‌شود. اگر چه نوع بشر عمدتاً به مطالعه ارتباطات انسانی علاقه نشان می‌دهد، اما فرآیند ارتباط در تمام موجودات زنده وجود دارد. از جملات بالا نتیجه می‌گیریم که ارتباط امری بنیادین و جهانی است. ارتباطات انسانی در مفهومی وسیع عبارت است از سلسله اقداماتی که موجب شود ایده‌ای از ذهن یک نفر به ذهن دیگری انتقال یافته و درک شده و به اجرا درآید. ارتباطات یک فرآیند دو طرفه است و در یک لحظه به وقوع نمی‌پیوندد، بلکه در طول زمان تحقق می‌یابد.

(2-3) اجزای مختلف تشکیل دهنده فرآیند ارتباط عبارتند از:

(1-2-3) منبع یا فرستنده پیام: منبع پیام آغازگر ارتباطات است. منبع پیام کسی است که دارای اطلاعات، نیاز یا نوعی تمایل است و هدف وی این است که آن را به یک یا چند نفر برساند یا ابلاغ نماید.

(2-2-3) به رمز در آوردن پیام: به رمز در آوردن پیام زمانی انجام می‌شود که منبع پیام اطلاعات را به صورت یک رشته علامت یا نماد درآورد. به رمز در آوردن پیام از آن نظر لازم است که اطلاعات باید تنها بین یک نفر و نفر دیگری، از طریق علامت و نشانه مبادله شود.

(2-2-3) پیام: پیام اطلاعاتی است که منبع پیام آن را از نظر فیزیکی، به صورت رمز در می‌آورد. پیام ممکن است به هر شکل و صورتی باشد و فرد دیگری آن را تجربه و درک کند.

(2-2-3) کانال: کانال یا مجرای ارتباطی وسیله‌ای است برای ایجاد ارتباط بین فرستنده و گیرنده پیام مثل وجود هوا برای صوت و کاغذ برای نامه. غالباً نمی‌توان آن را از پیام جدا کرد. برای اینکه ارتباط به صورت مناسب و با راندمانی بالا صورت گیرد، نوع کانال باید مناسب پیام باشد.

(2-2-3) گیرنده پیام: گیرنده پیام شخصی است که اندام‌های حسی او احساس می‌کنند که پیام را دریافت کرده‌اند. امکان دارد تعداد زیادی گیرنده پیام وجود داشته باشد. مثل بیمارانی که یک پمفلت آموزشی را دریافت می‌کنند و امکان دارد گیرنده پیام یک نفر باشد، مثل موردی که یک پزشک با بیمار خود به صورت خصوصی درباره عمل جراحی وی و یا بیماری او بحث کند. برنامه‌های آموزشی از طریق رسانه می‌تواند بیشترین تعداد گیرنده پیام را داشته باشد.

(2-2-3) از رمز خارج کردن پیام: از رمز خارج کردن پیام فرآیندی است که به وسیله آن گیرنده، پیام را تفسیر می‌کند و آن را به صورت اطلاعات معنی دار در می‌آورد. آن یک فرآیند دو مرحله‌ای است. گیرنده باید نخست پیام را بگیرد، سپس آن را تفسیر کند. مثل ضرورت رعایت رژیم غذایی دیابتی و سپس توضیح نوع مواد غذایی مصرفی مجاز.

(2-2-3) شلوغی یا سر و صدا: شلوغی یا سر و صدا عاملی است که موجب مخدوش شدن، ابهام یا اختلال در ارتباطات می‌شود. در هر مرحله‌ای از ارتباطات، شلوغی یا سر و صدا می‌تواند وجود داشته باشد.

(3-2-8 باز خورد نمودن نتیجه): باز خورد نمودن نتیجه، مسیری دارد که در جهت عکس فرایند ارتباط است که در آن واکنش گیرنده پیام، به منبع پیام داده می شود. مثل عکس العمل بیمار یا همراهی در آگاهی از تشخیص بیماری وی.

مراحل ارتباط

از دید دانشمندان مراحل شکل گیری یک ارتباط به صورت زیر است:

- 1- **مرحله آغاز:** در بر گیرنده اولین تلاش های ما برای ایجاد ارتباط و گفتگو با شخص تازه ای است که برای اولین بار با او روبرو می شویم که می تواند با معرفی خود به بیمار با نام فامیل و سمت، ارتباط شروع گردد.
- 2- **مرحله ره آزمودن:** مرحله ای است که در آن سعی می شود از طریق موضوع های مشخص مکالمه ای اطلاعاتی در مورد نحوه تفکر و نگرش طرف مقابل به دست آورد. معمولاً پرسش های زیادی از طرف مقابل می توان به دست آورد و بیشتر سعی در شنیدن داریم تا در سخن گفتن مانند اخذ تاریخچه بیماری و شرح حال بیمار.
- 3- **مرحله کامل کردن یا ادغام:** زمانی تحقق می یابد که دو انسان به عنوان دو دوست یا دو زوج و در امور بالینی به عنوان مثال بین یک روانشناس درمانگر و مددجو با هم ارتباط خواهند داشت و در این مرحله است که همکاری بین مددجو و معالج بیشتر خواهد شد.
- 4- **مرحله پیمان بستن:** مرحله ای است که پیمان محکم و لازم الاجرائی بین مددجو و درمانگر گذاشته می شود مانند مصرف صحیح داروها، انجام حرکات توصیه شده یک فیزیوتراپ در منزل، رعایت موارد آمادگی بیمار برای عمل جراحی، رعایت یک رژیم غذایی صحیح در یک بیمار قلبی یا دیابتی و....

*الف- راه های ایجاد شده در یک ارتباط:

- 1- ارتباطات یک طرفه (یک جانبه): اگر عکس العمل گیرنده نسبت به پیام ابراز نشود، آن را ارتباط یک جانبه می گویند.
 - 2- ارتباطات دو طرفه (دو جانبه): چنانچه محیط استقرار به گونه ای باشد که گیرنده، عکس العمل ها و نظرهای خود را درباره محتوای پیام به اطلاع فرستنده برساند به این نوع ارتباط دو جانبه می گویند.
- ارتباط یک طرفه سریع تر است و دقت کمتری دارد، باز خورد ندارد. فرستنده می تواند پیچیده تر عمل کند و اشتباهات خود را مخفی کند و برای مواردی مناسب است که برنامه ریزی شده و تکراری است. ارتباط دو طرفه، کند تر است، دقت بیشتری دارد، باز خورد دارد، امکان اصلاح دیدگاه و نظریات، در تعامل متقابل وجود دارد. برای امور برنامه ریزی نشده و پیچیده و مواردی مناسب است که غیر تکراری است و عموماً در سطوح عالی امور، کاربرد بیشتری دارد.

موانعی که بر سر راه ارتباطات اثر بخش قرار دارد:

- 1- **موانع فنی:** به طور کلی به معنی مناسب نبودن تجهیزات، کانال و ابزارهای ارسال پیام در فرایند ارتباطات است.
- 2- **موانع ادراکی:** ادراکات افراد باهم تضاد دارد، در این صورت ارتباط برقرار نمی شود.
- 3- **موانع زبانی یا موانع معانی:** زمانی که یکی از طرفین زبان یا واژه ای را نداند، ارتباط برقرار نمی شود. مانند استفاده از کلمات و اصطلاحاتی که از نظر ما، ساده است ولی ممکن است بیمار، آن را نداند مانند اسپاسم عضلات یا گرفتگی عضلات.
- 4- **حرکات غیر کلامی:** مقصود زبان ایما و اشاره در فرایند ارتباطی است که چنانچه درست به کار گرفته نشود و متناسب با محتوای پیام نباشد، برقرار نمی شود.
- 5- **استفاده نکردن از ابزارهای مناسب ارسال پیام:** مثلاً به جای استفاده از توضیح برای یک بیمار بیسواد، از یک پمفلت فقط استفاده شود.
- 6- **وجود پارازیت:** علاوه بر پیام اصلی، سیستم ارتباطی پیام های دیگری ارسال کند که گیرنده نتواند آن پیام را خوب دریافت کند مانند سرو صدا در محیط کار.
- 7- **انگیزه:** چنانچه طرف مقابل، فاقد انگیزه و تمایل باشد؛ در این صورت احتمال برقراری ارتباط کاهش می یابد. مانند وقتی که بیمار نگران هزینه درمانش است یا نوزادی ناخواسته دارد، به نکات آموزشی و درمانی و درمانگر خود دقت نمی کند.
- 8- **ارزیابی (منبع) فرستنده پیام:** اگر گیرنده نسبت به فرستنده پیام ارزیابی مناسبی نداشته باشد، ارتباط برقرار نمی شود.
- 9- **موانع مربوط به ارزش های فرهنگی و اجتماعی:** تفاوت بنیادین ارزش ها و هنجارها بین افراد، باعث جلوگیری از برقراری ارتباط می شود. فرد درمانگر کادر سلامت با نوع گویش، اعتقادات و فرهنگ مردم منطقه مورد نظر باید آشنایی داشته باشد که بتواند با مددجو ارتباط برقرار کند.

موانع ارتباط گفتاری مؤثر شامل:

- 1- ارتباط یکسویه در فضای گفت و گو 2- شروع از نقاط منفی (انتقاد گزنده) 3- خودنمایی در بیان 4- پرسشگری منفی 5- قضاوت کردن 6- تحقیر کردن
- 7- قطع کردن صحبت دیگران 8- نصیحت کردن

1- ارتباط یکسویه در فضای گفت و گو: از آداب گفت و گو آن است که هر یک از طرفین، به دیگری اجازه سخن گفتن و اظهار نظر بدهد و با پرگویی، وی را به سکوت وادار نکند. برخی افراد که خود را دانایان می‌دانند یا حرفه آنها به گونه‌ای است که با گویندگی و سخنرانی و تدریس و ... سر و کار دارند، گاه در گفت و گوهای روزانه نیز، طبق عادت، نقش سخنگوی تنها را بازی می‌کنند. از این روی، در آموزه‌های دینی تأکید می‌شود که آدمی در فضای گفت و گو بر شنیدن پیش از سخن گفتن، علاقه نشان دهد. به طور کلی یکی از امتیازات و کارکردهای شیوه پرسش و پاسخ و نظرخواهی در گفت و گو، که در قرآن کریم و گفت و گوهای پیامبران به فراوانی دیده می‌شود، نفی ارتباط گفتاری یکسویه و ایجاد فضای تعامل در گفت و گو است.

2- شروع از نقاط منفی (انتقاد گزنده): گفت و گو را نباید با شکایت، سرزنش و انتقاد آغاز کرد، چرا که این کار، می‌تواند شخصیت مخاطب را جریحه دار سازد و پذیرش انتقاد و ادامه ارتباط را نیز با مشکل مواجه کند. بنابراین، حتی در صورتی که موضوع اصلی سخن، انتقاد از مخاطب باشد، نخست لازم است به نقطه یا نقاط مثبتی اشاره شود مانند تشویق بیمار COPD نسبت به تصمیم وی برای ترک سیگار و در ضمن اشاره به علت بیماری فعلی وی که کشیدن سیگار در سالهایتمادی بوده است انتقاد سازنده شرایط دیگری نیز دارد که از آن جمله است:

-انتقاد، نباید گزنده و توأم با سرزنش زیاد باشد، که در این مورد امیرمؤمنان فرموده اند، تنها شعله‌های لجاجت مخاطب را برمی‌افروزد.

-تکرار بیش از حد انتقاد نیز، از تأثیر آن می‌کاهد و بذر کینه و دشمنی را در دل مخاطب می‌افشاند.

-انتقاد از مخاطب در حضور دیگران، معمولاً موجب تخریب شخصیت وی می‌شود و نتیجه معکوس دارد.

3- خودنمایی در بیان: خودنمایی و فضل فروشی در سخن، ارتباط مؤثر را غیرممکن می‌سازد، زیرا برای مخاطب، این احساس را پدید می‌آورد که گوینده، خود را از

نظر سطح دانش و خرد یا پایگاه اجتماعی، در مقامی برتر و مخاطب را فردی کم‌خرد و فرودست می‌داند و این، موجب رنجش وی می‌گردد.

براین اساس، هرگاه مخاطب، از اطلاعات علمی و سطح فهم پایین تری نسبت به گوینده برخوردار باشد، بایستی از خودنمایی در سخن و به کارگیری اصطلاحات علمی نامأنوس، خودداری گردد.

4- پرسشگری منفی: این گونه پرسش‌ها عبارت است از:

-پرسش از مسائلی که هیچ‌گونه سود قابل توجهی ندارد و تنها موجب اتلاف وقت و انرژی افراد است. مانند اصرار بیمار برای آگاهی از بیماری درمان‌ناپذیر خود و صحبت درمانگر از آلودگی‌های افراد به رفتارهای ارتباطی غیر عرف اجتماعی و ...

-تجسس در امور شخصی دیگران، واری، بازجویی و بازپرسی.

-پرسش تمسخرآمیز مانند پرسش در مورد اعتیاد وی با لحنی تمسخرآمیز

-پرسش به هدف خودنمایی، فضل فروشی یا به نوعی تخریب شخصیت و اعتبارارباب رجوع مانند پرسش از سطح سواد وی با لحنی که نشانه خودنمایی درمانگر باشد.

-بهانه تراشی و ماجراجویی با سؤالات بیجا.

5- قضاوت کردن: قضاوت کردن یعنی آن که شما ارزش‌های ذهنی خود و باورها و عقایدتان را به طرف دیگر رابطه تحمیل کنید مثلاً اگر بیمار نسبت به انجام عمل

آپاندیسیت که از نظر شما ساده یا معمول به نظر می‌رسد، دلهره دارد، شما به جای همدلی به او می‌گویید که این که عمل مهمی نیست که اینقدر نگرانید، مگر چه اتفاق مهمی می‌خواهد بیفتد. شما در این ارتباط چه کرده‌اید؟ نظر خودتان را به جای همدلی با وی بیان کرده‌اید.

تا زمانی که از شما خواسته نشده قضاوت نکنید. از قضاوت فوری بپرهیزید. قضاوت را موکول به زمان پس از همدلی کنید.

6- قطع کردن صحبت دیگران: قطع کردن صحبت دیگران و خود را غالب کردن، سبب دلخوری و دلسردی طرف مقابل رابطه می‌شود چرا که او احساس می‌کند نادیده

گرفته شده است و به او بی‌احترامی شده است صحبت دیگران را قطع نکنید. حتی اگر احساس می‌کنید حرفشان کاملاً بی‌ربط است. بگذارید حرفشان را تمام کنند و یا مکث کنند، آن وقت نظرتان را بگویید.

ارتباط کلامی

اثر شگفت‌انگیز کلمات

ارسطو گفته است: "انسان، چون ناطق است، انسان است". توان سخن گفتن، بخش مهمی از ارتباطات میان فردی را تشکیل می‌دهد. ارتباط کلامی اهمیت بسیار دارد، زیرا یکی از ابزارهای اولیه‌ای است که انسان برای تأثیر در محیط و کنترل و درک آن را به کار می‌برد. در اغلب جوامع جدید، بسیاری از موفقیت‌ها در گرو مهارت در چرخاندن کلمات است. در ارتباط کلامی، هدف اثر گذاشتن بر رفتار دیگران است.

در ارزیابی اثرات رفتاری ارتباط کلامی، پیچیدگی زیادی وجود دارد. در واقع در ارتباطات کلامی گوینده امیدوار است که در مخاطبان او، پس از پایان ارتباط، تغییر الگوی رفتاری را ببیند. از دیدگاه ارزشی نیز در جوامع انسانی، هدف ارتباط کلامی، ایجاد زمینه‌ای برای مبادله آزاد اندیشه هاست. ارتباط کلامی باید نظم و هماهنگی اجتماعی را تأمین کند. ارتباط کلامی، شاید مهم‌ترین ابزار در جذاب کردن زندگی است. تصور کنید اگر توان حرف زدن نداشتیم، زندگی ما چگونه بود؟

ابتدا، برای اینکه بتوانیم به دیگران نشان دهیم چگونه فکر می‌کنیم و چه احساسی داریم، امکانات کمی داشتیم و همچنین خیلی کند می‌توانستیم بفهمیم که دیگران در

ارتباط با ما چه فکر و احساسی دارند.

ارتباط کلامی، بیشترین ارتباط روزانه بین انسانها را می‌سازد و اجازه می‌دهد بین انسانها، ارتباطات عمیقی ایجاد شود.

نفس حرف زدن در باره مسایل و مشکلاتی که داریم، دریک رابطه مطلوب ما را خوشحال می‌کند و اضطراب ما را کاهش می‌دهد. بدون ارتباط کلامی، زیبایی و جذابیت زندگی ما بسیار پایین می‌آید. کلام به ما امکان می‌دهد که برای دیگران خوشبختی، غم و یا وحشت خلق کنیم. به عبارت دیگر ارتباطات کلامی، منبع مهمی از احساسات مطلوب و نامطلوب، خوشایند و یا ناخوشایند ما محسوب می‌شوند.

برای اثر بخشی ارتباط کلامی، باید کلام به شکل کاملاً "صریح بیان شود و از گیرنده پیام، تأییدیه مبتنی بر دریافت صحیح پیام ارسالی گرفته شود. در ارتباط کلامی، استفاده از عبارتهای چند تفسیره، لغت‌های نسبی، زبان انتزاعی، ابهام در ارائه پیام و زبان هیجانی موجب ایجاد سوء تفاهم و اختلال در ارتباط می‌شود. درخصوص اینکه آیا فرمولی وجود دارد که طبق آن نحوه واکنش گیرنده پیام محاسبه و اندازه گیری شود، باید گفت، چنین فرمولی وجود ندارد.

گوش دادن مؤثر

آیا می‌دانید گوش دادن هم ارتباط کلامی است؟ زندگی انسان از بدو تولد در میان دیگران و در اجتماع آغاز می‌شود. نوزاد که به تدریج در میان دیگران زندگی می‌کند، رفتارهای اجتماعی را یاد می‌گیرد و با محیط زندگی خود سازگار می‌شود. با توجه به تعریف ارتباط، هر ارتباطی دو سو دارد: یکی فرستنده و دیگری گیرنده. در ارتباط کلامی فرستنده همان گوینده است و گیرنده همان شنونده. بنابراین می‌بینید که نقش شنونده کم از گوینده نیست و هر دو نقشی برابر در انتقال پیام یا در ارتباط کلامی دارند پس گوش دادن هم بخشی از ارتباط کلامی است.

حالا به این پرسش پاسخ دهید: یک شنونده خوب چه ویژگی‌هایی دارد؟

برای مثال وقتی کسی حرف می‌زند، شنونده خوب مراقب است که حواسش پرت نشود. برای این کار سعی می‌کند هرچند لحظه یک بار حرف‌های شنونده را در ذهن خود خلاصه کند و مهم‌ترین بخش آن را به خاطر بسپارد. مراقب زبان بدن یا پیام‌های غیرکلامی خود است. برای این کار سعی می‌کند به حالت‌های خود تسلط داشته باشد. گاه گاه با یک حرکت سر یا دست یا تغییرحالت در چهره نشان دهد که دارد به حرف گوینده توجه می‌کند. گاه با بیان کلمه‌های کوچک و اصوات لازم (مثل: آها، بله و خوب....) گوینده را تشویق می‌کند که به حرفش ادامه دهد.

در یک پژوهش علمی، مشخص شده است که ۷ درصد از ارتباطات یک شخص را ارتباطات کلامی و ۳۸ درصد آن را لحن کلام و تن صدا به خود اختصاص می‌دهد.

اصول گفت‌گویی موفق در چهار چیز است:

(1) صداقت (2) نگرش مثبت (3) علاقه به طرف گفت‌وگو (4) بی‌ریایی یعنی رک و بی‌پرده صحبت کردن

مهارت‌های گفت‌وگویی تلفنی

به موارد زیر توجه کنید و آنها را به کار ببرید:

کار با تلفن باید هدفمند باشد؛ قبل از گرفتن شماره، خود را کاملاً آماده کنید. این آمادگی شامل سرحال بودن، به کار بردن عبارات کلیدی مثبت مانند الان می‌خواهم یک گفتگوی تلفنی موفق داشته باشم، لبخند زدن، فراهم بودن ابزار کار نظیر قلم، اطلاعات موردنیاز و... می‌باشد. معطل گذاشتن طرف گفت‌وگو برای پیدا کردن خودکار، آمار و... پسندیده نیست. برای هر یک از مکالمات تلفنی خود از قبل برنامه ریزی کنید، اول تمام مکالمه را در ذهنتان تمرین کنید، مجسم‌سازید که پیشاپیش در این کار موفق شده‌اید و حالا فقط می‌خواهید این موفقیت را تکرار کنید؛ نام مخاطب را پرسیده و درست تلفظ کنید؛ در مذاکرات تلفنی مهم، ایستاده صحبت کنید. در این صورت آدرنالین بیشتری از مغز ترشح می‌شود و تسلط شما را بالا می‌برد؛ مشتری یا ارباب رجوع باید در تن ولحن صدای شما شادابی را احساس کند. معایب تلفن به عنوان یک عامل ارتباطی شامل فقدان ارتباط چشمی و احتمال آماده نبودن طرف مقابل یا منحرف شدن توجه او به دلیل سایر فعالیت‌ها (شلوغی جاده در صورتی که طرف مقابل در جاده باشد)

لذا، تمام این نقایص را باید صدای گرم و جذاب شما جبران کند؛ با طرف مقابل گفتگو کنید نه اینکه به طور یک جانبه مطالبی را به آنها بگویید؛ (مانند وقتی گزارش آزمایشات بیمار را به پزشک می‌دهید یا به بیماری راهنمایی می‌کنید) برای وقت دیگران ارزش قائل شوید و در صورت عدم تمایل او وقت دیگری را برای مذاکره درخواست کنید؛ حوصله داشته باشید؛ در هنگام صحبت با تلفن چای نخورید، سیگار نکشید، روزنامه نخوانید و... و حواس خود را فقط روی گفتگو متمرکز کنید؛ بی‌جهت روی بعضی از مواضع پافشاری نکنید؛ به آداب و اعتقادات طرف مذاکره کننده احترام بگذارید؛ تلفن را درست نگه دارید تا صدای شما واضح باشد. کلمات را واضح و با تلفظ صحیح به کار ببرید؛ تصویر درستی از خود ارائه دهید، با سرعت مناسب صحبت کنید، به طوری که تأثیر خوبی داشته باشد.

تعریف مذاکره: تعریف فرهنگ اکسفورد از مذاکره: گفت‌وگویی است که هدف آن دستیابی به یک توافق می‌باشد.

فرایند مذاکره و مصاحبه در راستای ارتباط با بیمار

مذاکره از چهار مرحله تشکیل شده است:

(1) برنامه ریزی جهت نحوه شرح حال گرفتن از بیمار بر اساس زمان، مکان و... مانند وقتی به بیمار گفته می‌شود که من می‌خواهم از شما یک سری سؤالاتی را درمورد

بیماریتان ببرسم و حدود ده دقیقه ای وقت شما را می خواهم بگیرم.

(2) توضیح و توجیه؛ بطور مثال: شرح مکانیسم ایجاد نوع بیماری فرد یا توجیه بیمار در مورد نوع درمانی که قرار است پزشک توصیه کند و یا توضیح در مورد آمادگی قبل از سونوگرافی شکم و لگن.

(3) بحث و ارائه راه حل؛ مثلاً ارائه راهکارهای درمانی موجود و پیشنهاد بهترین راه حل از نظر درمانگر و بحث راجع به عوارض هر راهکار.

(4) تنظیم توافق نامه؛ مانند قرارداد بین درمانگر و مددجو در راستای ادامه درمان.

هنر و مهارت‌های شنیدن در مذاکره

یکی از رموز موفقیت در مذاکره و از اصول بنیادین آن، شنیدن است. شنیدن در مذاکره آنقدر اهمیت دارد که از آن به عنوان هنر شنیدن و یا شنیدن فعال یاد می شود. اغلب می گویند که بهترین مذاکره کننده بهترین شنونده است. اساس مذاکره بر ارتباط درست بین طرفین است و شنیدن و فهم دقیق مسائل باعث برقراری ارتباط درست می شود.

ارتباط غیر کلامی: انتقال اطلاعات و احساسات بدون استفاده از کلمات ارتباط غیر کلامی است. در این ارتباط تمام رفتارها، علایم و اشیاء باعث مبادله پیام می شوند که در ارتباط کادر سلامت با بیمار اهمیت زیادی دارد. انواع ارتباط غیر کلامی: ظاهر فیزیکی، زبان بدن، صدا، زمان و فضا

(1) ظاهر فیزیکی:

شامل آنچه که یک فرد را در برخورد اول جذاب یا غیر جذاب می سازد. نژاد، جنس، قد، وزن، قیافه فرد و طرز لباس پوشیدن. حتی چگونگی لبخند زدن فرد می شود. بسته به ظاهر فیزیکی فرد یک تصور اولیه در ذهن افراد درباره سطح سواد، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، عقاید و ارزش های او شکل می گیرد.

(2) زبان بدن:

شامل چهار قسمت است که عبارتند از: - طرز قرار گرفتن - ژست - بیان چهره - تماس چشمی

طرز قرار گرفتن: طرز نشستن یا ایستادن و راه رفتن پیام های مهمی را منتقل می کنند طرز قرار گرفتن فرد در حین ارتباط، قدرت عمل فرد، طرز فکر فرد در آن موقعیت درباره خودش و احساس فرد درباره موضوع مورد بحث را نشان می دهد هر چند که فرد قصد انتقال پیام نداشته باشد.

ژست: شامل حرکات ریز و درشت دست ها می باشد و بیان کننده احساس فرد در آن موقعیت می باشد. بطور مثال وقتی شما هنگام صحبت کردن بیمار مرتباً دست هایتان را به هم می سائید یا هر چند گاهی به کمر تان می گیرید نشانه این است که دیگر وقتی برای گوش دادن به بیمار ندارید. پیام های غیر زبانی حرکات دست ها (از مچ تا سر انگشتان) می تواند مواردی از این قبیل باشد:

* **دست دادن محکم:** فردی که دستش را دراز کرده و سپس دستانش را به طریقی می چرخاند که دستش بالا و کف دستش پایین قرار می گیرد، سعی در برتری جویی دارد. این نوع دست دادن اغلب اوقات در موقعیت های سیاسی و دیپلماتیک کاربرد دارد.

* **دست دادن بسیار محکم:** نشانگر شور و اشتیاق و سلطه گری است. بی تردید می توان فهمید چه کسی اینجا فرمان می دهد.

* **دست دادن شل:** فردی که تنها انگشتان دستش را دراز میکند و یا دستهایش مانند ماهی شل است، می گوید: مایل نیستم به من دست بزنید، من صمیمیت را دوست ندارم. همچنین آن نشانه ضعف، و مطیع و تسلیم بودن نیز می باشد. هر گاه آقایی در یک موقعیت کاری از این دست استفاده می کند امکان دارد چنین برساند که قصد دارد مخفیانه اعمال نفوذ در موقعیت نماید.

بیان چهره: در چهره انسان شش هیجان مختلف و اساسی جلوه می کند که عبارتند از خشم، ترس، شادی، غم، تعجب، تنفر. این ها هیجان های اصلی انسان اند و از آمیختن آن ها با یکدیگر هیجان های متنوع بیشتری مانند تعجب آمیخته با ترس یا شادی توام با غم ایجاد می شود.

تحقیقات نشان می دهد که بین حالات چهره و تجارب هیجانی و واکنش های فیزیولوژیکی ارتباط قوی وجود دارد. البته نباید برای فهم حالات هیجانی صرفاً به حالت چهره فرد توجه کرد بلکه سایر اطلاعات چون زمینه و وضعیت محیط اطراف، برخوردهای قبلی و اطلاعات پیشین نیز می تواند به تشخیص احساسات فرد کمک کند.

تماس چشمی به دو منظور به کار می رود:

الف - بیان علاقه به شنیدن

ب - بیان تسلط، قدرت و کنترل

وقتی فرد به گوینده توجه داشته باشد به طور مستقیم در چشمان گوینده نگاه خواهد کرد. ما از طریق دریچه چشم افراد، اطلاعات بی شماری درباره احساسات آن ها به دست می آوریم. وقتی کسی از تماس چشمی با ما اجتناب می کند معمولاً نتیجه می گیریم به صحبت های ما توجهی نمی کند. البته در این موقعیت ها موارد استثناء هم وجود دارد. به طور مثال وقتی کسی حامل اخبار ناخوشایندی است و می خواهد مطلب ناراحت کننده ای را بازگو کند و یا از چیزی وحشت کرده است نیز از نگاه کردن پرهیز می کند. تحقیقات نشان می دهد که اندازه مردمک چشم نه تنها در واکنش به شدت نور بلکه با توجه به حالت ما نیز در حال تغییر است و با علاقه یا بیزاری نسبت به مردمک واکنش نشان می دهد.

صدا

تن صدا و طول کلام دو جنبه غیر کلامی گفتار هستند که پیام‌هایی را به شنونده منتقل می‌کند. سرعت، قدرت، طنین، مکث و شدت صدا هر کدام معنایی خاص دارند ۳۸٪ از اولین برداشت شنوندگان از ما بر اساس صدای ما است. معمولاً سرعت کم و تغییر جزئی زیر و بمی نشان دهنده هیجان‌های منفی و ناخوشایند مانند غم، خشم، ملال، انزجار و ترس است. سرعت بسیار و تغییرات زیاد زیر و بمی، علامت هیجان‌های مثبت مانند تعجب یا خوشایندی فعالیت می‌باشد. ظرفیت انتقالی صدا خیلی بیش از آنچه که می‌پنداریم است. ما از تن صدای افرادی که از پشت تلفن می‌شنویم، در همان چند لحظه اول، می‌توانیم مسائل زیادی را استخراج کنیم. به افرادی که خوب آنها را می‌شناسید، تلفن زده، به طرز آلو گفتن آنها توجه کنید. به احتمال قوی، با شنیدن همان یک می‌توانید حالت‌های آنها را حدس بزنید.

چهار بخش اصلی صدا عبارت‌اند از: آرامش، تنفس، بلندی و طنین صدا.

زمان و فضا: خود به سه قسمت تقسیم می‌شود که عبارتند از:

وقت: استفاده عمدی و غیر عمدی از زمان، انتقال دهنده پیام است. افراد بر اساس استفاده از زمان با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند.

محیط: محیط فیزیکی که در آن ارتباط رخ می‌دهد مانند نحوه چیدن وسایل و لوازم در محیط باعث انتقال پیام می‌شود.

فاصله: فاصله‌ای که افراد بین خود و گیرنده پیام ایجاد می‌کنند انتقال دهنده پیام است. ادوارد هال در سال ۱۹۵۹ تحقیقات خود را در این زمینه منتشر کرد و تنوع زیادی در فرهنگ‌های مختلف مشاهده کرد مثلاً عرب‌ها در هنگام مکالمه نزدیک به یکدیگر قرار می‌گیرند، آمریکایی‌ها فاصله‌ای در حدود ۲۵ تا ۵۰ سانتی‌متر را ترجیح می‌دهند.

لباس و وضعیت ظاهری: احتمالاً ما و شخصیت ما را شکل نمی‌دهد. اما لباس و وضع ظاهر، اغلب پایه‌ای برای قضاوت اولیه در مورد افراد است و تأثیر شگرفی بر قضاوت‌های دیگران نسبت به ما دارد. بنابراین بهتر است در هنگام مواجهه و روبرو شدن با مردم به بهترین وضع ظاهری مواجهه شد.

لباس متحدالشکل یا یونیفرم معنای خاصی دارد و بیانگر درجه و مقام و پایگاه اجتماعی کسی است که آن را در بردارد. افرادی مانند کادر نظامی یا کادر بالینی که لباس حرفه‌ای خود را در بر دارند، به صرف پوشیدن لباس خاص، بسیاری از ویژگی‌های رفتاری و نگرشی آنان قابل تشخیص است. بسیاری از پژوهشگران ارتباطات بر این باورند که لباس معمولی کم و بیش همین عمل را انجام می‌دهد.

برای مثال: اگر شما لباس مرتبط با جایگاه اجتماعی بالایی را در بر داشته باشید و هیچکس شما را نشناسد، در عبور از عرض یک خیابان شلوغ بیشتر از کسی که لباس جایگاه اجتماعی پائین تر را در بر دارد توجه قرار خواهید گرفت و آسان تر به شما راه خواهند داد. اصولاً تمیزی و آراستگی ظاهر به ویژه در لباس‌های شما نشانگر شخصیت و ارزشی است که شما به خود و حتی به دیگران قائل هستید.

بنابراین در هنگام انجام وظیفه پوشیدن لباسی که نشانگر شغل و حرفه شما باشد از یک طرف و تمیزی و آراستگی آن از طرف دیگر موجب موفقیت شما در کار و ارتباط صمیمانه شما با دیگران خواهد بود. وقتی بیماران و ارباب رجوع آراستگی ظاهری و تمیزی لباس شما را می‌بینند احترام بیشتری برای شما قائل شده و در رضایتمندی آنها بسیار مؤثرتر خواهد بود.

تفاوت ارتباط کلامی و غیر کلامی

- 1) ارتباط غیر کلامی مداوم و پیوسته است زیرا ما به صورت مداوم صحبت نمی‌کنیم، اما از طریق ارتباط غیر کلامی به صورت مختلف ارتباط برقرار می‌کنیم.
- 2) ارتباط غیر کلامی مبهم و پیچیده است به این علت که به صورت همزمان از چندین کانال (طرز لباس پوشیدن، بیان چهره و ...) برای انتقال اطلاعات استفاده می‌شود.
- 3) ارتباط غیر کلامی برای انتقال احساسات بهتر است، زیرا افراد قدرت کنترل کمتری روی آن دارند.
- 4) در یک ارتباط چهره به چهره سهم ارتباط غیر کلامی در انتقال پیام ۶۵ درصد و سهم ارتباط کلامی ۳۵ درصد می‌باشد پس در انتقال پیام توجه به ارتباط غیر کلامی اهمیت بیشتری دارد.

چند قانون ارتباطات در محیط کار:

- 1) اشتباه خود را بپذیرید. (2) دیگران را با معیارهای بالا در نظر بگیرید. (3) علاقه‌ای صادقانه و صمیمی از خود نشان دهید.
- 4) از دیگران تعریف و تمجید کنید. (5) مراقب حرف‌هایتان باشید. (6) قدردانی کنید.
- 7) با ملاحظه باشید. (8) از خود گذشتگی کنید. (9) متواضع باشید. (10) به حفظ آبروی دیگران کمک کنید.