

مقدمه

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

مفاهیم و واژه ها:

- **بیمار:** کسی است که خود را به ارائه دهنده خدمت جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی معرفی می کند.
- **حقوق:** مجموعه قواعد و مقررات حاکم بر یک جامعه که امتیازات و اختیارات خاصی را برای افراد به رسمیت می شناسد. حقوق در تمام زبانها به معنی آنچه درست و سزاوار است تعریف می شود.
- **منشور حقوق بیمار:** سیستم های بهداشتی و درمانی اکثر کشورها منشوری را تحت عنوان منشور حقوق بیمار به کار می گیرند.. بیمارستانها موظف هستند هنگام بستری بیمار در واحد پذیرش منشور حقوق بیمار را به وی تسلیم کنند.
- **مراقبت بیمار محور:** مدیران بیمارستان ها باید با استفاده از منابع فیزیکی، کارکنان را قادر سازند مراقبت های بهداشتی و درمانی را به صورت اثربخش و با کیفیت بالا برای بیماران فراهم سازند. مراقبت بیمارمحور بر این اصل استوار است که کل منابع و فعالیت های سازمان باید حول محور بیمار سازماندهی شود .

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 باشند.
- تمرکز بر فعالیت های مراقبتی و تخصصی که به طور مستقیم بر رفع نیازهای بیمار تأثیر دارد

اصول مراقبت های بیمار محور

اصول مراقبت های بیمار محور عبارتند از:

(1) **گروه بندی مجدد بیماران :** بنابراین اصل، بیمارانی با نیازهای مشابه در یک گروه قرار می گیرند تا ارائه دهندگان خدمات به مشکلات اختصاصی آنها بهتر رسیدگی کنند. در این روش ارائه دهندگان خدمات به طور موفقیت آمیزی قادر به ارائه مراقبت های کیفی خواهند بود.

(2) **تمرکز خدمات :** طبق این اصل، خدمات مورد نیاز بیمار باید به محل بستری بیمار آورده شود.

(3) **افزایش استقلال بیمار :** با ارائه اطلاعات بهداشتی و درمانی به بیمار می توان بیمار را در زمینه تصمیم گیریهای بالینی مشارکت داد.

(4) **آموزش ضمنی ارائه دهندگان خدمات :** کارکنان در زمینه نحوه کارآمد و اثربخش رفع نیازمندی های بیماران باید آموزش های لازم را دریافت کنند.

(5) **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 گروه بندی بیماران، وظایف مربوطه تخصصی تر و ساده تر می شود.

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 می

شود 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

- 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 پایه صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد؛
- 1-3) فارغ از هرگونه 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 اولویتهای 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 ویژه ای به حقوق گروههای آسیب پذیر 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 مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه آن صورت گیرد. در مورد غیر فوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد؛
- 1-13) در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه 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 خانواده اش در زمان احتضار میباشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد

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

1-2- 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 رتبه‌ای 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 ؛

2-2 نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

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 این که :

-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 این که 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.

1-3-1 محدودده 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 درمان های پیشنهادی بعد از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن درمان ها، 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 ارائه کنندگان 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

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

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

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

3-4 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 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 هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذیصلاح شکایت نماید؛

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

3-5 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 کلیه حقوق بیمار که در منشور ذکر شده است بر عهده تصمیم‌گیرنده قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم‌گیرنده جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را بنماید .

منشور اخلاقی در آزمایشگاه و فیزیوتراپی:

حال به یک سری اصول اخلاقی در بعضی واحد ها و بخش ها اشاره می کنیم:

منشور اخلاقی در آزمایشگاه:

نمونه ای از یک منشور اخلاقی در آزمایشگاه (آزمایشگاه پاتوبیولوژی رازی)

ما اعتقاد داریم که:

1-فرهنگ پاسخگو بودن در مقابل ارباب رجوع از بسترهای تعالی خدمت ماست .

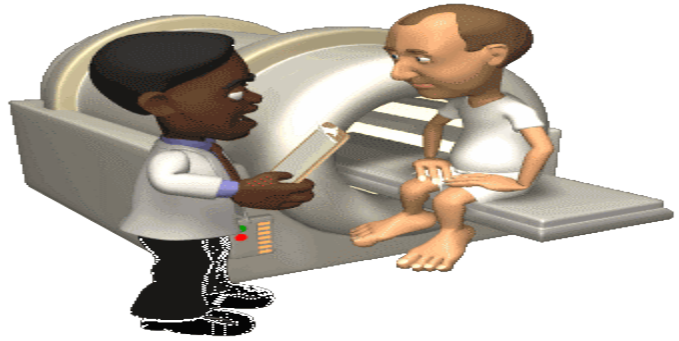
- 2- در هر شرایطی اصول اخلاقی و صفات معنوی باید حاکم باشد .
- 3- خدمات مناسب آزمایشگاه، روابط بین ما و مردم را تقویت و سلامت و بهداشت جامعه را تأمین می نماید .
- 4- رعایت ادب، بردباری، عدالت و انصاف مزیت و موفقیت می باشد .
- 5- با محور قرار دادن «ارتقای مستمر کیفیت» و انجام امور به صورت مشارکتی و گروهی، باید نیازهای در حال تغییر مشتریان را شناسایی نموده و برای تحقق اهداف سازمان در راه رسیدن به دورنمای بهتر کوشا باشیم .
- 6- کارکنان آزمایشگاه بعنوان ارزشمندترین سرمایه با برخورد شایسته و رفتار و کردار پسندیده، رضایت کامل ارباب رجوع را که یقیناً موجب رضای خداست هدف قرار دهند .
- 7- حفظ اسرار و امانتداری و پیگیری دقیق و به موقع خواسته های قانونی مراجعین .

اصول اخلاق حرفه ای در فیزیوتراپی:

این اصول اخلاق حرفه ای می تواند بر اساس معیارهای هر کشوری طراحی و اجرا شود . نمونه زیر جهت بعضی مراکز با دید اصول حرفه ای از APTA (American Physical Therapy Association) تهیه شده است .

- 1) فیزیوتراپیست باید حقوق و شأن تمامی اشخاص را رعایت نماید و مشفقانه مراقبت های درمانی را ارائه نماید.
- 2) فیزیوتراپیست باید رفتار صادقانه در ارتباط با بیمار یا مراجعه کننده را در تمامی اصول درمان فیزیوتراپی اعمال نماید.
- 3) فیزیوتراپیست باید مطابق قوانین حقوقی جمهوری اسلامی ایران و آئین نامه های پزشکی کشوری فیزیوتراپی عمل نماید و تمامی تلاش خود را به نفع بیماران و سلامت مردم بکاربرد.
- 4) فیزیوتراپیست باید صلاحیت علمی و حرفه ای مناسب در درمان را اخذ و آن را حفظ نماید.
- 5) فیزیوتراپیست باید بر اساس قضاوت حرفه ای خود، یک محیط درمانی بی خطر برای بیماران خود فراهم نماید.
- 6) فیزیوتراپیست باید استانداردهای درمانی را حفظ و ارتقاء دهد. این استانداردها شامل مهارت های درمانی، آموزشی و تحقیقاتی می باشد.
- 7) فیزیوتراپیست باید خواستار حق الزحمه عادلانه در قبال مسئولیت های خود در ارائه خدمات باشد.
- 8) فیزیوتراپیست باید اطلاعات دقیق و صحیح و مناسب را برای بیمار یا مراجعه کننده در مورد نحوه درمان بصورت آشکار فراهم نماید.
- 9) فیزیوتراپیست باید مردم و سایر همکاران حرف پزشکی را از اعمال غیر اخلاقی ، ناشایست و غیرقانونی منع نماید.
- 10) فیزیوتراپیست باید تمامی تلاش خود را در جهت حفظ و ارتقاء معیارهای سلامتی کشور بکاربرد.
- 11) فیزیوتراپیست باید به حقوق ، دانش و مهارت های همکاران فیزیوتراپیست و دیگر حرف پزشکی احترام بگذارد.

کدهای اخلاقی در رادیولوژی و اتاق عمل:



—منشور اخلاقی در رادیولوژی :

- کارشناس رادیولوژی به صورت حرفه ای رفتار کند، به نیازهای بیماران پاسخ دهد، از همکاران خود حمایت کو با آن ها در بهبود کیفیت شرایط مراقبت از بیمار، همکاری کند.
- کارشناس رادیولوژی برای ارتقاء هدف اصلی حرفه خود که همانا خدمت رسانی برای بیمار با احترام به شأن انسانی وی است اقدام کند .
- کارشناس رادیولوژی باید بدون توجه به موارد مختلف از قبیل طبیعت بیماری یا ناهنجاری و بدون تبعیض قایل شدن بر اساس جنس، نژاد، عقیده، مذهب یا وضعیت اجتماعی اقتصادی به ارائه خدمات پردازد.
- کارشناس رادیولوژی باید با به روز کردن دانش خود در زمینه شغلی خویش، روش های جدید را جایگزین روش های قدیمی نموده و از ابزارهای جدید نسبت به اجرای فرآیندهای مربوط به پروسه تشخیص، استفاده نماید .
- کارشناس رادیولوژی می بایست نسبت به تشخیص شرایط همت گمارد، مراقبت از بیمار را تمرین کند، مسئولیت لازم برای یک تصمیم حرفه ای را بپذیرد و مناسب ترین کار را که به نفع بیمار است، انجام دهد.
- کارشناس رادیولوژی همانند یک مأمور از طریق مشاهده و ارتباط با بیمار، اطلاعات مناسب را بدست آورد و از این طریق به پزشک در پروسه تشخیصی و درمانی کمک کند .
- کارشناس رادیولوژی با استفاده از تجهیزات و ابزارهای لازم و نیز تکنیک های صحیح، میزان تابش به بیمار را کاهش دهد و نیز از تابش های غیر ضروری به خود، بیمار و افراد دیگر جلوگیری به عمل آورد.
- کارشناس رادیولوژی به اصل رازداری بیمار احترام می گذارد و از آشکار کردن اطلاعات شخصی بیمار خودداری می کند، مگر در مواردی که قانون درخواست کند و یا صلاح فردی یا جمعی در میان باشد.
- کارشناس رادیولوژی در محاذات انجام مسئولیت خویش به صورت ادامه دار نسبت به افزایش میزان اطلاعات و به روز کردن دانسته های عملی و علمی خود همت گمارد .

—حقوق بیمار در اتاق عمل :



این حق بیمار است که؛

- هنگام پذیرش در اتاق عمل با منشور حقوق بیمار در اتاق عمل آشنا شود.
- در صورت تمایل قبل از عمل با محیط اتاق عمل آشنا شود.
- درباره ی روش های مختلف جراحی موجود برای درمان بیماریش از پزشک مربوطه توضیح بخواند.
- شیوه ی جراحی و بیهوشی خود را با توجه به مزایا و معایب هر روش انتخاب نماید.
- در مورد هر گونه اقدام اعم از بیوپسی، نمونه برداری یا هر گونه استفاده از اجزای بدنش که به منظور پژوهش یا آزمایش انجام می گیرد، قبل از عمل اطلاع یافته و رضایت آگاهانه ای بدین منظور از وی گرفته شود.
- جراح، متخصص بیهوشی، انترن، رزیدنت، دانشجو و پرسنل حاضر در اتاق عمل را شناخته و رتبه ی علمی هریک را بدانند.
- در حین انتقالش به اتاق عمل پوشش اسلامی و شأن و مقام انسانی وی حفظ شود .
- وقت او ارزشمند شمرده شود و با توجه به اضطراری که دارد ساعت ها قبل از عمل به اتاق عمل فراخوانده نشود.
- معاینات تنها در صورت ضرورت و در داخل اتاق عمل و با حفظ حریم مخصوصی انجام گیرد.
- پوشش اسلامی او قبل، حین و بعد از عمل حفظ شود.
- قبل از درپ کردن، جنس مخالف در اتاق حضور نداشته باشد.
- در صورت امکان تطبیق جنسیتی با تکنسین اتاق عمل در طول عملش رعایت شود.
- اکسیژن قسمت های مختلف بدن وی تنها به قسمت مورد نیاز محدود شود. بدین منظور استفاده از لباس دوتکه برای بیماران توصیه می شود.
- اکسیژن قسمت های مختلف بدن او، تنها در موارد ضروری و در کوتاه ترین زمان ممکن انجام گیرد.
- در طی عمل کسانی در اتاق عمل حضور داشته باشند که حضورشان واقعاً ضروری است.
- بعد از عمل درد ناحیه ی جراحی کنترل شود.
- اطلاعات خصوصی پرونده ی پزشکی وی در حضور پرسنل و افرادی که اطلاع آن ها از پرونده ی پزشکی بیمار ضروری نیست، بازگو نشود.
- اطلاعات پرونده ی پزشکی وی کاملاً محرمانه بماند.
- اطلاعات پزشکی محرمانه ی وی در بخش های اطلاعاتی و بایگانی بیمارستان در اختیار افراد صادق و امین قرار بگیرد.

منشور حقوق بیمار در داروخانه



منشور حقوق بیمار در داروخانه

در راستای تعیین حقوق بیمار در مؤسسات دارویی و ارتقای کیفیت خدمات و همچنین به منظور بهبود و ارتقای شاخص های سلامت جامعه و اجرای ماده یک قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ماده ۲ قانون مربوطه به مقررات امور پزشکی، دارویی، مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب مجلس شورای اسلامی و آیین نامه های مربوط بدین وسیله منشور حقوق بیمار در داروخانه به شرح زیر می باشد :

۱. بیمار حق دارد، بعد از دریافت دارو از داروساز در داروخانه، اطلاعات مورد نیاز درباره درمان دارویی اش (از جمله مقدار و نحوه صحیح مصرف دارو) را سؤال نماید و داروساز موظف است تا تفهیم کامل بیمار به تمامی سؤالات دارویی بیمار پاسخ گوید. اطلاعات داده شده باید بدون اصطلاحات تخصصی و کاملاً واضح باشد به طوری که بیمار قانع و بطور کامل توجیه شود .
۲. بیمار حق دارد که، حرمت و شأن او در داروخانه حفظ شده و به نیازهای دارویی او با رعایت ضوابط و مقررات به موقع و به طور کامل توجه شود .
۳. بیمار حق دارد، در رابطه با حفظ اسرار بیماری و وضعیت سلامت خود به داروساز اعتماد کامل داشته باشد و داروساز می باید در روابط کاری خود چنین اطمینانی را برای بیماران فراهم نماید .
۴. بیمار حق دارد، در مورد داروهایی که پزشک برای او تجویز می کند از داروساز در داروخانه راهنمایی و مشاوره بخواهد .
۵. بیمار حق دارد، به پاسخ های داروساز در رفع نیازهای دارویی اش اطمینان کند و داروساز مسئول گفته ها و توصیه های خود می باشد .
۶. بیمار حق دارد، از داروساز خود درباره منافع و مضرات و هزینه های دارویی اش اطلاعات بخواهد و داروساز باید بیمار را راهنمایی کند .
۷. بیمار حق دارد که، بداند در صورت فراموش کردن یک دوز دارو چه باید کرد .
۸. بیمار حق دارد که، بداند چطور متوجه شود داروهای مصرفی اش اثر کرده و علامت پیشرفت درمان چیست .

۹. داروساز می‌تواند با توجه به سطح آگاهی بیمار و در صورتی که از گروه پزشکی باشد اطلاعات اضافی ارائه نماید .
۱۰. داروساز باید در مورد تداخل داروهای تجویز شده در نسخه با غذا ، داروهای دیگر و پاسخ های آزمایشگاهی بیمار را راهنمایی کند .
۱۱. داروساز باید توصیه های مصرف دارو در حالت بارداری یا شیردهی را در صورت لزوم به بیمار اعلام نماید .
۱۲. داروساز باید بیمار را در صورت مصرف دارویی همزمان با سایر داروها (داروهای OTC ، ضدبارداری خوراکی و غیره) در صورت لزوم راهنمایی کند .
۱۳. داروساز باید در صورتی که بیمار دارای بیماری زمینه ای نیز هست ، نحوه مصرف داروهای موجود در نسخه را به بیمار توصیه نماید .
۱۴. داروساز باید صحت دوزاژ تجویزی را با توجه به شرایط بیمار (سن ، وزن و غیره) بررسی و در صورت لزوم با پزشک معالج مشورت نماید .
۱۵. داروساز باید عوارض جانبی مهم دارو را با توجه به برگه راهنمای بیمار (بروشور) با رعایت شرایط بیمار هشدار دهد.

اخلاق پزشکی و حقوق روان



اخلاق پزشکی و حقوق روان

علم اخلاق همزاد زندگی و سرشت بشر است و در دنیا و از جمله کشور ما ایران، تاریخچه و قدمت طولانی بیش از سه هزار ساله دارد و ویژگی هایی از قبیل " رازداری، گشاده رویی و مهربانی، فرق نگذاشتن بین بیماران و بسیاری از ارزش های والای دیگر " که از ضروریات و لازمه حرفه مقدس پزشکی می باشد، از اهمیت خاصی برخوردار است.

• در رابطه با حقوق بیماران روانی و مواجهه اخلاق پزشکی با این مقوله می توان به رابطه ای دو سویه اشاره نمود .
پزشکان، روانپزشکان و افراد مرتبط با سیستم خدمات درمانی کشور در برخورد با بیماران مبتلا به اختلالات روانی، از جهتی باید به منافع و حقوق آنان توجه داشته باشند و از جهت دیگری بایست مصالح جامعه و مسائل و تهدیدهای بالقوه ای که اینگونه بیماران برای اجتماع و محیط زندگی اطرافیان ایجاد

می کنند را رعایت نمایند.

بیماری ها و اختلالات روانی ابعاد و گستره زیادی دارد. لذا، رویکرد اخلاق پزشکی در نوع برخورد با حقوق اینگونه بیماران متفاوت است.

اختلالات روانی باعث ایجاد عدم تعادل در رفتار و گفتار فرد مبتلا به آن شده و باعث تغییر در زوال عادی زندگی آنان می شود. بیمارانی که دچار اختلالات روانی می باشند، همانند سایر بیماران دیگر، دارای حقوقی بوده که می بایست از جانب پزشکان، روانپزشکان و کادر درمانی مورد تصدیق و رعایت قرار گیرد.

• اخلاق پزشکی در حقیقت یکی از شاخه های اخلاق حرفه ای است که سعی دارد اخلاقیات را به صورت کاربردی در حیطه عمل پزشکان و کادر درمانی و نیز در حوزه تصمیم گیری های اخلاقی در طب وارد کند.

از مهمترین توصیه های اخلاق پزشکی به پزشکان، کادر درمانی و روانپزشکان، رعایت حقوق بیماران مبتلا به اختلالات روانی می باشد که در این نوشتار به آن می پردازیم.

*** اخلاق پزشکی چیست؟**

اخلاق پزشکی، "مجموعه تظاهرات رفتاری یک پزشک یا تیم پزشکی در جریان انجام وظیفه شغلی است که به صورت خصلت های فردی در رابطه با بیمار و بستگان و همراهان وی، جامعه و حاکمیت، محیط کار و همکاران و... تجلی می نماید". به عبارت دیگر، "اخلاق پزشکی، مجموعه آئین نامه های آداب پسندیده و اعمال نکوهیده ای است که پزشکان و کادر درمانی باید آنها را رعایت و یا از آن پرهیز کنند".

اصول بنیادین اخلاق پزشکی:

*** اصول بنیادین اخلاق پزشکی:**

رفتار پزشک با بیمار در چند دهه گذشته به خاطر ظهور تکنولوژی مدرن و تحولات اجتماعی و سیاسی بوجود آمده در جوامع بشری دچار دگرگونی شده است بر اساس چنین تحولاتی اولین بار چیلدرس و بیرچامپ اصول اخلاقی پزشکی نوین را تدوین کرد که هم اکنون در بسیاری از کشورها به مورد اجرا گذاشته شده است.

این اصول چهارگانه عبارتند از:

1- احترام به خود مختاری بیمار (اصل اتونومی)

2- ارائه اقدامات مفید و سودمند (اصل سودمندی)

3- جلوگیری از صدمه و آسیب (اصل عدم ضرر رسانی)

4- عدالت (اصل عدالت)

طبقه بندی اختلالات روانی: با نگاهی به اکثر قوانین بهداشت روان می توان پنج دسته مهم و کلی از اختلالات روان را از یکدیگر متمایز نمود:

- 1- اختلالات روانی خفیف
- 2- اختلالات شخصیت
- 3- اختلالات روانی با منشأ عضوی
- 4- عقب ماندگی های ذهنی و اختلالات ناشی از عیوب تکامل قوای شعوری
- 5- اختلالات شدید روانی، که شامل گروهی از روانپریشی ها است و مهمترین اختلالات روانی را تشکیل می دهند.

اخلاق پزشکی و حقوق بیماران مبتلا به اختلالات روانی:

حقوق یک بیمار مبتلا به اختلالات روانی، عبارتست از: "وظایفی که روانپزشکان، پزشکان و تیم پزشکی و روانپزشکی در قبال او دارند."

از دوران رنسانس تاکنون، شاهد سیر تحولی و نگرش علمی نسبت به بیماران مبتلا به اختلالات روانی هستیم. در این راستا دانشمندان و اطباء، کوشش های مبسوطی در اصلاح رفتارها و رعایت حقوق اینگونه بیماران توسط پزشکان، روانپزشکان و کادر درمانی مبذول داشته اند.

احترام به حقوق بیمار و رعایت اصول اخلاق پزشکی و تعیین چارچوب قانونی برای آن، دارای سوابق ممتد در تاریخ مراقبت های بهداشتی و درمانی کشورها است که در قالب منش و حقوق بیمار، نمود یافته است.

برخی از این حقوق عبارتند از:

-حق دسترسی به مراقبت های بهداشتی و درمانی

-حق رضایت درمان

-حق رضایت حضور در تحقیقات آموزشی و آزمایشی

-حق تسکین درد

-حق داشتن همراه

-حق اهداء عضو

-حق محرمانگی اطلاعات

-حق حریم شخصی

-حق شکایت و حفظ حقوق بیمار

-حق داشتن آرامش

-حقیقت گویی به بیما

نکته مهم قابل ذکر این است که، برخی از حقوق ذکر شده، در رابطه با طیف گسترده بیماران مبتلا به اختلالات روانی به طور نسبی، قابل اعمال و اجراء می باشد و بستگی به نوع و شدت بیماری و وضعیت روحی و جسمی آنها دارد. البته این بدین معنا نیست که این دسته بیماران را از طیفی از حقوق خود محروم ساخت، بلکه باعث افزایش اقدامات درمانی و مراقبتی خواهد شد.

نتیجه گیری: اختلالات روانی مجموعه ای از نارسایی ها و ناهنجاری های خلقی، رفتاری و ادراکی است که سبب ایجاد عدم تعادل در مواجهه با محیط پیرامون زندگی شخص شده و روند عادی زندگی روزمره فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. برخی از این اختلالات آنقدر شیوع دارند که تا مدت ها پس از شروع، نیاز به اقدامات درمانی را بوجود نمی آورند. همچنین دسته ای از این اختلالات همراه با تهدیدهایی برای شخص بیمار، اطرافیان و افراد جامعه می باشد. ضرورت اعتلای حقوق بیماران، از جمله بیماران روانی، از اولویت های مهم نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی و یکی از شاخص های ارتقاء سلامت هر جامعه محسوب می شود. بر همین اساس امروزه جوامع بین المللی ناظر بر سلامت و بهداشت، مفهوم حقوق بیمار را بیش از پیش مورد توجه و بررسی قرار داده اند. داشتن اخلاق پزشکی و رعایت حقوق بیماران مبتلا به اختلالات روانی، مهمترین ویژگی یک روانپزشک است. هرچه اطلاعات بدست آمده روانپزشک از بیمار زیادتر و دقیقتر باشد، قدرت وی در قضاوت، پیش بینی، برنامه ریزی برای پیشگیری از وخامت اوضاع بیمار و درمان او بیشتر و بالاتر خواهد بود.

*در تمامی جوامع معیارهای مشترکی برای اخلاق پزشکی وجود دارد که شامل روانپزشکان نیز می گردد که ازجمله آنها می توان به :

رازداری و عدم افشای سر، حقیقت گویی، دلسوزی و مهربانی، نظم و ترتیب و عدم تبعیض اشاره نمود که با تضمین های عرفی، اخلاقی، اداری و انضباطی و در مواردی کیفری همراه است.

*بر مبنای عرف و حقوق کیفری، روانپزشک در سه صورت مجاز به افشای راز بیمار خود می باشد:

خودکشی - دیگر کشی - تهدید برای افراد جامعه و آسایش و امنیت عمومی

نقش اخلاق پزشکی در نظام جامع سلامت

نقش اخلاق پزشکی در نظام جامع سلامت

گسترش روزافزون دانش بشری و ارتقای فنآوری های زیست پزشکی و افزایش توانمندی های پزشکان در تشخیص و درمان انواع بیماری ها با مباحث فراوان و چالش برانگیزی به ویژه از حیث مسائل اخلاقی همراه بوده است. شناخت عمیق و دقیق این مسائل توجه بیشتر پزشکان و اندیشمندان حوزه های گوناگون به ویژه اخلاقیون را به اخلاق پزشکی به عنوان راهکاری جدید در نظام جامع سلامت برانگیخته است. با وجود تحولات فناوری های پزشکی، هنوز نگرانی هایی راجع به قدرت پزشکان در تصمیم گیری هایی که به طور مستقیم بر سلامت و حیات افراد تأثیر گذار است، وجود دارد. این نگرانی ها به ظهور جنبش هایی با مضمون حقوق بیماران و نیز حق اجتماع در خصوص مشارکت در تصمیم گیری های پزشکی انجامیده است.

تعریف اخلاق پزشکی نوین:

اخلاق پزشکی یکی از شاخه های اخلاق حرفه ای است که سعی دارد اخلاقیات را به صورت کاربردی در حیطه عمل پزشکان و کادر پزشکی و نیز در حوزه تصمیم گیری های اخلاقی در طب وارد نماید. بر اساس مطالب بیان شده، دیگر اخلاق پزشکی صرف بیان صفات اخلاقی پسندیده برای پزشکان، یا نحوه برخورد پزشک با بیمار، و یا صرفاً تدوین قوانین حرفه ای در باب آداب معاشرت طبیب و یا بیان قواعد مذهبی به تنهایی، نمی باشد بلکه اخلاق پزشکی فعالیتی تحلیلی است که طی آن افکار، عقاید، تعهدات، روش رفتار، احساسات، استدلالات و بحث های مختلف در حیطه تصمیم گیری های اخلاق پزشکی به صورت دقیق و انتقادی بررسی می شود و در موارد لازم دستورالعمل هایی صادر می گردد.

موضوعات مطرح در اخلاق پزشکی نوین:

وسعت یافتن دانش بشری، ارتقای فناوری ها، افزایش توانمندی های انسانی در تشخیص و معالجه بیماری ها و تعدد راه های انتخابی برای پزشکان و بیماران، سوالات روزافزونی را مطرح نموده است که اخلاق پزشکی سنتی، علی رغم ارزش و قدرت خود، نتوانسته است پاسخگوی این پرسش ها باشد. این مسائل عمدتاً دستاوردهای جدید در حوزه علوم پزشکی و عناوین عمده ترین موضوعاتی هستند که برای عالمان اخلاق و پزشکان جوامع دغدغه آفرین بوده است عناوینی چون:

1. ارتباطات حرفه ای در طب؛

2. جایگاه جسم انسانی؛

3. انسان قبل از تولد؛

4. انسان نابالغ (جسمی یا فکری)؛

5. پیوند اعضا و بافت ها؛

6. خاتمه حیات انسانی؛

7. زیست فناوری و اخلاق پزشکی؛

8. شیوه های جدید القای بارداری؛

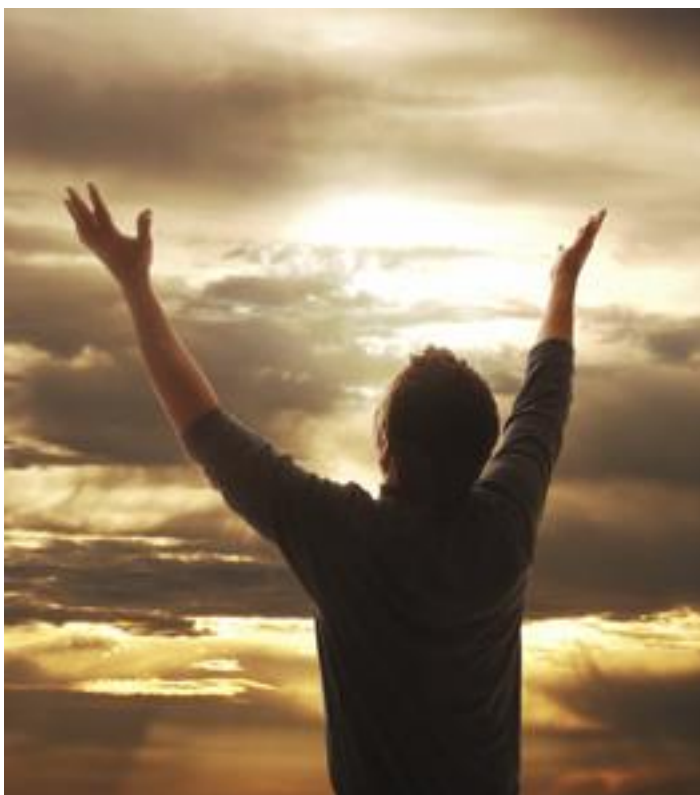
9. پژوهش های پزشکی.

عناوین ذکر شده به صورت مختصر توضیح داده خواهند شد .

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. 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 آنانسفال 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.

2

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 نابجایی 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 ایجاب 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

تکریم ارباب رجوع

تکریم ارباب رجوع

عوامل دخیل در رضایت گیرندگان خدمت

- 1- زمان انتظار برای دریافت خدمت
- 2- اطلاع یافتن از چگونگی خدمات ارائه شده
- 3- رفتار پرسنل
- 4- فیزیکی و محیط درمانی
- 5- کیفیت مراقبتهای پزشکی و پرستاری
- 6- دسترسی به خدمات
- 7- پائین بودن هزینه های مستقیم پرداختی

پیشنهادهای برای ارتقاء رضایت ارباب رجوع

- سرمایه گذاری در ساختار فیزیکی بیمارستان
- استفاده از نیروی انسانی دارای مهارت بالا، خلاق و تحول گرا
- استفاده از تجهیزات روز
- افزایش مهارتهای ارتباطی پرسنل و ایجاد الگوی رفتار مناسب و برخورد با بیمار
- افزایش اطلاع رسانی از خدمات و چگونگی ارائه آن
- استفاده از تکنولوژیهای نوین اداری
- افزایش انگیزه در پرسنل
- انتخاب مدیران تحول گرا و نظارت گرا
- ایجاد ساز و کارهایی برای افزایش توان مالی بیمارستان
- گسترش نظامهای حمایتی و بیمه درمانی
- راهنمایی بر اساس شرح وظایف
- در ارائه خدمات هیچ تبعیضی بین ارباب رجوع قائل نشویم.
- امور را بر اساس ضوابط نه بر اساس روابط انجام دهیم.
- تا حد امکان فرایند انجام کار راحت تر، کوتاهتر و شفاف تر باشد .
- رضایت ارباب رجوع هدف اصلی سازمان است.
- لطفاً خود را به جای ارباب رجوع بگذارید
- اطلاع رسانی درست و دلسوزانه
- از راهنما استفاده کنیم

در ساعات اداری در محل کارتان حضور داشته باشید .
تبسم یک زبان همگانی است که مردم سرتا سر دنیا آن را درک می کنند.
کار ارباب رجوع را با تأخیر انجام ندهیم.
هر سازمان موفق به ارباب رجوع می اندیشد.
مشکل خود را به دوش دیگران نیندازید.
ارباب رجوع را به همدیگر پاس ندهید.
همیشه باور داشته باشید که ما فقط و فقط به خاطر وجود ارباب رجوع حقوق می گیریم.

آداب برخورد با ارباب رجوع

آداب برخورد با ارباب رجوع

- در برخورد با ارباب رجوع صبر و حوصله داشته باشید .
- با ارباب رجوع به گونه ای سخن بگوئید که برای آنان قابل فهم و درک باشد.
- با گشاده رویی با ارباب رجوع برخورد نمائید.

مهمترین اهداف تکریم ارباب رجوع در بیمارستان
اطلاع رسانی مناسب به بیماران و مراجعین درباره نحوه خدمت رسانی از طریق تابلو اعلانات، بروشور و ...
بازنگری و اصلاح و مهندسی روشهای انجام کار
تدوین منشور اخلاقی سازمان به منظور ایجاد برخورد منصفانه و مناسب
نظرخواهی از مراجعین
ایجاد ساز و کارهای لازم به منظور تشویق کارکنانی که از آنها رضایت داریم و برخورد با کارکنان خطا کار

ارزشها و اصول حاکم بر سازمان

ارزش های استراتژیک سازمان همان ارزش هایی است که توجه به آنها موجب جذب مشتری و موفقیت سازمان در جامعه می شود. علاوه بر آن، توجه به این ارزش ها مانع از به هدر رفتن انرژی و سرمایه سازمان و موجب تمرکز فعالیت آن در زمینه های لازم می گردد. ارزش ها در وجود خود رگه هایی از عنصر داوری دارند که حامل نظر ها و عقاید فردی می باشند. مبنی بر این که چه چیز درست، نادرست یا مطلوب است. ارزش ها از نظر محتوایی و شرایط، ویژگی های خاص خود را دارند. ویژگی محتوایی ارزش، نشان دهنده این مطلب است که نوع رفتار مورد نظر اهمیت زیادی دارد .
به هر حال، ارزش های یک سازمان، عبارتند از اعتقادات بنیادی یا حقایقی که سازمان آنها را گرامی می شمارد و با نسبت به آنها حساس است. ارزش ها، بهترین نشانگرهای فلسفه وجودی سازمان و مشخص کننده آنچه که برای سازمان مهم است، می باشد. ارزش ها، گاهی به اصول راهنمای سازمان اطلاق می شود.

در واقع، ارزش های سازمانی، مجموعه ای از ارزش های فردی، ارزش های گروهی، ارزش های ذینفعان و صاحبان سهام و ارزش های جامعه است و بنابراین، برای درک و روشن ساختن ارزش های سازمانی، برنامه ریزان ناچارند این مجموعه ارزش ها را مطالعه نموده و تحلیل دقیقی از آنها را به عمل آورند.

تعریف دیگر ارزشها و اصول حاکم بر سازمان ها ارزش ها و اصول حاکم بر سازمان، عواملی هستند که یک سازمان را در انجام فعالیت هایش و جهت گیری های موجود در سیاست ها و رویه هایش کمک می کند. اگرچه ممکن است ارزش های سازمانی بطور ضمنی، از رسالت، اهداف و مقاصد سازمان درک شوند، ولی اغلب بهتر است ارزش های سازمانی بطور مستقل و به روشنی بیان شوند. به عبارت ساده تر، ارزش های حاکم بر سازمان باید، بیانگر اصول و فلسفه وجودی سازمان بوده که طی آن روش انجام فعالیت های تصریح شده در رسالت سازمان نیز تشریح گردد. ارزش ها، نگرش و اصولی را که سازمان نسبت به مردم، فرایند کار و عملکرد خود دارد، نشان می دهد و رفتار مردم در داخل و خارج سازمان (کارکنان و مراجعین) را تحت تأثیر قرار می دهد. ارزش ها، همچنین، نحو مدیریت سازمان، نحوه تصمیم گیری و چگونگی ارائه خدمات را تحت تأثیر قرار می دهد و همین طور انتظاراتی را که از مسئولیت سازمان وجود دارد و کیفیت خدمات ارائه شده را تشریح می کند.

کاربرد بیانیه ارزشها در سازمان

کاربرد بیانیه ارزشها در سازمان

علاوه بر موارد اشاره شده، بیانیه ارزش های سازمانی، باید در موارد زیر نیز کاربرد داشته باشد:

- باید درباره شرایطی باشد که در آن شرایط، کارکنان با تمام قوا برای تأمین اهداف اساسی سازمان تلاش می نمایند .
- باید رهبران را در تبیین ساختارها، نظام ها و مهارت های مورد نیاز برای تبدیل دورنمای سازمان به واقعیت هدایت کند .
- ارزش ها به منزله پلی بین جایی که سازمان در آن قرار دارد و جایی که می خواهد به آن برسد، عمل می کند. ارزش ها می تواند به کمک تمام کارکنان یا توسط تیم برنامه ریزی تدوین شود. این ارزش ها بر اساس توافق اعضای تیم بر روی بهترین اصول سازمان بدست می آید . این اصول نه تنها منعکس کننده فلسفه و ارزش های اعتقادی تیم برنامه ریزی و هیأت مدیره است، بلکه بیانگر ارزش ها و مفروضات تمام سازمان است. این اصول، به عنوان اعتقاد مشترک گروه عمل نموده و می تواند به عنوان ارزش های مشترک هر یک از افراد و سازمان تلقی شود.

اجزای بیانیه ارزشهای سازمان:

-مردم به عنوان مبنا و معیاری برای هدایت تصمیم گیری ها در تمام سطوح سازمان عمل نمایند.

-بیانگر ارزشهایی باشد که می تواند مورد قبول تمام سازمان قرار گیرد.

-نقش بسیار قوی آموزشی در تغییر فرهنگ سازمان ایفا کند.

-موجب انگیزش کارکنان شود.

-بیانگر اعتقادات رفتار با مردم و جمعیت تحت پوشش سازمان باشد.

مثال : ارزشهای سازمانی بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران

- مشتری مداری
- کرامت کارکنان
- تعالی جوئی و تفکر ناب
- مسئولیت های اجتماعی و محیط زیست
- همدلی و مشارکت جوئی
- دانش محوری

شناسایی ارزشها و فرهنگ سازمانی

شناسایی ارزشها و فرهنگ سازمانی

تصمیم ها و اقدام های افراد، همواره تحت تاثیر ارزشهای آنان قرار دارند. ارزش ها، باورهای عمیق و پایدار نسبت به بایدها و نبایدها می باشد. فرهنگ (سیستم ارزشی غالب برای کل سازمان) و فرهنگ سازمانی را شکل می دهند. منافع استراتژیک حاصل از وجود فرهنگ مثبت و قوی عبارتند از: (۱) وجود ارزش های قوی به شکل گیری هویت نهادی کمک می کند و به سازمان نوعی شخصیت می بخشد (۲) ارزش های مشترک به هدایت رفتار اعضای سازمان و معنی دار شدن آن کمک می کنند.

از جمله اقدام های بسیار ضروری " فرهنگ و ارزش های سازمانی " و " استراتژی " به همین جهت، بررسی و مطالعه برای تطبیق برای تدوین استراتژی به شمار می آید، زیرا استراتژی باید با فرهنگ عالی سازمان سازگار باشد و از جانب آن حمایت شود.

فرهنگ سازمانی

به مجموعه باید ها، نبایدها و ارزش های سازمانی یک سازمان که کلیه کارکنان موظفند پایبند به آن باشند، فرهنگ سازمانی اطلاق می شود. گوناگونی فرهنگ کارکنان و بیماران در بیمارستان یکی از مهمترین چالش هایی که در مقابل مدیران ارشد بیمارستان ها وجود دارد، گوناگونی فرهنگی میان گیرندگان خدمت است.

نه تنها بیمارانی که به بیمارستان ها مراجعه می نمایند بویژه بیمارستان هایی که تخصصی و فوق تخصصی سطوح ۲ و ۳ ارائه خدمت باشند، که در اینصورت موظفند مراجعین سراسر کشور را با توجه به نوع تخصص خود پذیرش نمایند، بلکه بخش

بزرگی از گیرندگان خدمت، کارکنان بیمارستان ها هستند که به نوعی خودشان و خانواده ایشان تحت پوشش خدمات درمانی قرار می گیرند. بی شک، تدوین بیانیه ارزش های سازمان، ابلاغ آن به کارکنان، نصب در اماکن عمومی سازمان یا مکان هایی که در معرض دید عموم باشد به کلیه گیرندگان خدمت این پیام را می دهد که ما در بیمارستان پایبند به این اصول و ارزش های اخلاقی هستیم و عمل به آن را وظیفه خود می دانیم. بنابراین، چنانچه هر یک از کارکنان بیمارستان در محل کار خود بگونه ای رفتار نمایند که با آنچه که تدوین و اطلاع رسانی نموده اند، مغایر باشد، آنگاه مشتریان اعتمادشان را به سازمان از دست خواهند داد.

آموزش و توجیه ارزش ها و قوانین و مقررات داخلی بیمارستان (فرهنگ سازمانی) به کارکنان تازه وارد و بیماران، جزء لاینفک ارائه خدمات درمانی است و هر چه بیمارستان ها در این زمینه بهتر عمل نمایند، درگیری ها و اختلاف نظرات بیماران و کارکنان با مدیران کمتر خواهد شد و بهتر می توانند در جهت دستیابی به اهداف سازمانی تلاش نمایند.

ارزش

فلسفه یا اصول کاری است که رفتار داخلی سازمان و نیز روابط آن را با دنیای بیرون راهنمایی می کند. ارزش ها، رهنمودهایی مبنی بر اینکه چه چیزی خوب یا مطلوب است و چه چیز خیر، در اختیار کارکنان قرار می دهد. ارزش ها تاثیر عمده ای بر رفتار افراد یا تیم ها گذاشته و به عنوان خطوط راهنما در تمامی موقعیت ها عمل می کنند. ارزش آفرینی برای مشتریان جزو مفاهیم محوری تعالی سازمانی بوده و بر اساس آن بیمارستان های متعالی، مشتریان را علت اصلی وجود خود می دانند و با تکیه بر قابلیت های خود تلاش می کنند تا از طریق شناسایی گروه های مختلف مشتریان، درک و پیش بینی نیازها و انتظارات آنها، جلب مشارکت فعال آنها در توسعه محصولات، خدمات و تجربه های جدید و نوآورانه، بکارگیری سازو کارهایی برای افزایش تجربه مشتریان و پایش آن، برقراری گفتگمانی مبتنی بر گشودگی و شفافیت و پاسخگویی سریع و اثربخش به هر گونه بازخورد، مقایسه و الگوبرداری از تجربه های موفق، برای مشتریان نوآوری کرده و ارزش بیافرینند.

مروری بر استانداردهای اعتباربخشی

در عمل بیمارستان های متعالی:

- از مشارکت و گفتگو با گروه های مختلف بیماران برای شناسایی نیازهای ارتباطی آنها و طراحی و بهبود کانال های ارتباطی استفاده می نمایند.
- گروه های هدف را تعیین و استراتژی های بازاریابی خود را تعریف و بطور مستمر بازنگری می نمایند تا خدمات سلامت را بطور کارا و اثربخش برای خدمت گیرندگان بالفعل و بالقوه خود ترویج و ارائه نمایند.
- به منظور ایجاد مزیت های رقابتی و خلق ارزش های پیشنهادی برای بیماران که در استراتژی خود تعریف نموده اند،

خدمات سلامت خود را طراحی، توسعه و بهبود می دهند.

• در توسعه خدمات خود از تجزیه و تحلیل خطاهای پزشکی و پرستاری ثبت شده و پرونده های پزشکی، دستاوردهای تحقیقاتی، پژوهش، نتایج نظرسنجی از بیماران و سایر اشکال بازخوردگیری استفاده می نمایند.

• اطمینان می یابند خدمات بیمارستان مطابق با ارزش های پیشنهادی برنامه ریزی و ارائه می گردد.

• ارائه خدمات بالینی را در تمامی چرخه عمرشان از مراحل تشخیص سریع، درمان به موقع و پیگیری مناسب در نظر گیرند .

انها در صورت لزوم، این چرخه را با همکاری شرکاء خود به جریان در می آورند.

• محورهای منشور حقوق بیمار را در ارائه خدمات سلامت خود در نظر می گیرند .

• اطمینان می یابند که با حمایت های روحی، روانی و اجتماعی از بیمار و حفظ حریم شخصی و شأن او، تمامی امکانات برای حداکثر تجربه های مثبت برای بیماران و همراهان بیماران مهیا می باشد.

• از این که کارکنانشان ابزارها، شایستگی ها، اطلاعات و توانمندی های لازم را برای حداکثرسازی تجربه بیماران و

همراهان در اختیار دارند، اطمینان می یابند.

• آموزش سلامت به بیماران و همراهان ایشان را به منظور ارتقاء اثربخشی بالینی توسعه داده و به اجرا می گذارند. از نیازسنجی برای اخذ خواسته و انتظارات بیماران قبل از اقدامات درمانی و از نظرسنجی برای تعیین سطح برآورده سازی نیازها بعد از ارائه خدمات استفاده می نمایند. آنها از نتایج این بازخورد گیری جهت برنامه ریزی بهبود در خدماتشان استفاده می نمایند.

• با تجزیه و تحلیل نظامد شکایات بیماران و خطاها و اشتباهات صورت گرفته در خدمات درمانی و پشتیبانی بالینی

بهبودهای مورد نیاز در استانداردها و فرایندها را شناسایی و تا دستیابی کامل به نتایج، آنها را پیگیری می نمایند.

• مدل های ارائه خدمات، شیوه های ارتباط با بیماران و فراگیران، نظام های مدیریتی و عملکردشان را با بیمارستان های موفق مقایسه می کنند تا قوت ها و زمینه های بهبود نسبی خود را درک نمایند.

مروری بر استانداردهای اعتباربخشی

حقوق بیمار و خانواده

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

پیامدهای مراقبت از بیمار، زمانی بهبود می یابد که بیماران و در صورت مقتضی خانواده هایشان، یا کسانی که در مورد آنها تصمیم می گیرند در فرایندها 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 شأن آنها رعایت شود .

مهمترین رئوس 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 بافت ها
- ایجاد چارچوب اخلاقی برای بیمارستان

.....

سازمان، مسئول تامین فرایندهایی جهت حمایت از حقوق بیمار و خانواده او در حین دوره مراقبت است. رهبران 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 مسئولیت های سازمان مطلع بوده و آن ها را درک کنند. سپس، برای حصول اطمینان از این موضوع که کارکنان، در سرتاسر سازمان، مسئولیت حمایت از این حقوق را می پذیرند، رهبران دستورالعملی را فراهم می کنند. برای حمایت مؤثر و پیشبرد حقوق بیمار، رهبران با یکدیگر همکاری کرده و درصدد شناخت مسئولیت های خودشان در ارتباط با اجتماعی هستند که سازمان، خدمات خود را به آن ارائه می کند. مراقبت، با ملاحظه و رعایت احترام نسبت به ارزش ها و باورهای شخصی بیمار صورت می گیرد. سازمان فرایندی جهت پاسخ به درخواست بیمار و خانواده او برای ارائه خدمات در ارتباط با اعتقادات معنوی و مذهبی آن ها، دارد: هر بیمار مجموعه ای از ارزش ها و اعتقادات خودش را وارد فرایند مراقبت می کند. برخی از این ارزش ها و اعتقادات، در بین تمامی بیماران مشترک است و غالباً ماهیت فرهنگی و مذهبی دارد. برخی ارزش ها و اعتقادات دیگر، تنها به بیمار تعلق دارند. تمامی بیماران تشویق به بیان اعتقاداتشان می شوند به همان صورتی که به باورهای دیگران احترام می گذارند. هنگامی که بیمار یا بستگانش مایل به صحبت با کسی هستند که در ارتباط با معیارهای مذهبی یا معنوی ایشان قرار دارد، سازمان، فرایندی برای اجابت این درخواست ایجاد کرده است. این فرایند، ممکن است از طریق پرسنل مذهبی، منابع محلی یا منابعی که خانواده به آن اشاره می کنند، اجرا شود. فرایند پاسخ به درخواست، بسیار پیچیده تر است. بیماران

ممکن است مایل باشند تنها، به دور از کارکنان، دیگر بیماران و حتی اعضاء خانواده خود باشند. همچنین، ممکن است بیماران نخواهند که از آنها عکسی گرفته شود، گزارشی در موردشان تهیه شود یا در بازرسی اعتباربخشی شرکت کنند.

سازمان، تمهیداتی برای حفاظت از مایملک بیماران در مقابل سرقت یا گم شدن اتخاذ می کند: سازمان مسئولیت خود در قبال مایملک بیماران را به اطلاع بیمار و خانواده شان می رساند. هنگامی که سازمان، در قبال هر یک، یا تمام اموال شخصی بیمار، که او به بیمارستان آورده، قبول مسئولیت می کند، 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 شده اند، بیماران بستری و بیمارانی که قادر به انتخاب گزینه به امانت سپردن اموالشان نیستند و کسانی که از تصمیم گیری در مورد مایملکشان عاجز هستند، می شوند.

از بیماران، در مقابل حملات فیزیکی محافظت می شود: سازمان موظف است در مقابل هتک حرمت های فیزیکی توسط عیادت کنندگان، 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، می شود.

کودکان، افراد معلول، سالمندان و دیگر کسانی که در معرض خطر قرار دارند، از حمایت مناسب برخوردار می شوند: هر سازمان، گروه بیماران آسیب پذیر و در معرض خطر خود را شناسایی کرده و برای حمایت از حقوق این افراد در این گروهها، فرایندی را ایجاد می کند. ممکن است که در قوانین و قواعد، گروه بیماران آسیب پذیر و مسئولیت های سازمان شناسایی و تعیین شود. در صورتی که بیماران در حالت اغما یا افرادی با ناتوانی های ذهنی یا عاطفی در سازمان بستری باشند نیز در این فرایند منظور می شوند. چنین حمایت هایی شامل حوزه های ایمنی فراتر از هتک حرمت های فیزیکی هم می شود، مانند محافظت در مقابل سوء استفاده، مراقبت سهل انگارانه، امتناع از ارائه خدمات، یا کمک هنگام بروز آتش سوزی.

اطلاعات مربوط به بیمار، محرمانه است: هنگامیکه اطلاعات پزشکی یا دیگر اطلاعات مرتبط با سلامتی، جمع اوری و مستند گردید، برای شناخت و آشنایی با بیمار و نیازهای او و برای تامین خدمات و مراقبت در زمان اضافه به شمار می آید. این اطلاعات می تواند بر روی کاغذ، یا به شکل الکترونیک، یا ترکیبی از این دو ثبت شود. سازمان، محرمانه بودن این اطلاعات را رعایت می کند و خط مشی ها و روش هایی را برای حفظ چنین اطلاعاتی از مفقود شدن یا سوء استفاده به کار می بندد. کارکنان، از قوانین و قواعد ناظر بر محرمانه بودن اطلاعات آگاه هستند و به اطلاع بیمار می رسانند که چگونه سازمان، محرمانه بودن اطلاعات را مدنظر قرار می دهد. همچنین، به اطلاع بیمار می رسد که چه زمان و تحت چه شرایطی ممکن است که اطلاعات منتشر شوند و چگونه از آن ها کسب اجازه خواهد شد.

سازمان، از حقوق بیمار و خانواده او برای مشارکت در فرایند مراقبت حمایت می کند: بیماران و خانواده شان با تصمیم گیری در مورد مراقبت، پرسش درباره پرستاری و حتی رد روش های تشخیص و درمان، در فرایند مراقبت شرکت می یابند. سازمان، با توسعه و اجرای خط مشی ها و روشهای مرتبط، از شرکت بیمار و خانواده اش در تمام جنبه های

پرستاری و مراقبت حمایت می کند. مدیریت، پرسنل بالینی و دیگران، در توسعه و پیشبرد چنین خط مشی ها و روش هایی مشارکت دارند. تمامی کارکنان، در مورد خط مشی ها و روش ها و در خصوص نقش خودشان در حمایت از حقوق بیماران و خانواده برای مشارکت در فرایند پرستاری و مراقبت، تعلیم دیده اند. سازمان، به بیماران و بستگان شان درباره روش آگاه ساختن آنها از وضعیت پزشکی و هر گونه تشخیص قطعی، اطلاعات کافی می دهد .

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 بیماران و خانواده هایشان در تصمیم گیری های 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 می شود. بیماران و خانواده ها در می یابند که چه زمانی این اطلاعات به آنها داده خواهد شد و چه کسی مسئول این اطلاع رسانی است. بیماران و خانواده ها از نوع تصمیماتی که در خصوص مراقبت باید بگیرند و چگونگی مشارکت شان در آن تصمیم گیری ها، مطلع می شوند. در صورتی که برخی از بیماران مایل نباشند که شخصا چیزی در مورد تشخیصی قطعی بدانند یا در خصوص مراقبت از خود تصمیم گیری نمایند، به آن ها این امکان داده می شود که از بین اعضاء خانواده، دوستان یا یک تصمیم گیرنده جایگزین، کسی را برای مشارکت انتخاب کنند.

سازمان، به اطلاع بیماران و خانواده شان می رساند که حقوق و مسئولیت های آن ها در ارتباط با رد یا ادامه درمان چیست : بیماران یا کسانی که از طرف آن ها تصمیم می گیرند، 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، بیماران و خانواده ها را از حق ایشان برای چنین تصمیم گیری هایی آگاه خواهد کرد؛ از پیامدهای احتمالی این تصمیمات و مسئولیت هایشان در قبال چنین تصمیم هایی نیز مطلع می شوند.

سازمان، به تمایلات و اولویت های بیمار برای امتناع از استفاده از خدمات احیا و چشم پوشی یا انصراف از درمان های نگه دارنده حیات، احترام می گذارد : با توجه به قوانین موجود در شرع اسلام امتناع از خدمات احیا یا چشم پوشی از درمان های زنده نگه دارنده خلاف شرع بوده حتی برای آن مجازات تعیین شده است .

سازمان، حقوق بیماران را در مورد ارزیابی مناسب و مدیریت درد رعایت می کند : درد، جزء معمول تجربیات بیمار به شمار می آید و درد مستمر و بی وقفه تأثیرات نامطلوب روانی و جسمانی به جا می گذارد. فرایندهای مراقبتی سازمان حق تمامی بیماران برای برخورداری از ارزیابی مناسب و کنترل درد را شناسایی کرده و آن را منعکس می کند. سازمان، حقوق بیماران را در زمینه تأمین مراقبت محترمانه و دلسوزانه در پایان زندگی، رعایت می کند : بیماران محتضر، از نیازهای خاصی برای دریافت مراقبت محترمانه و دلسوزانه برخوردارند. نگرانی در مورد آرامش و منزلت بیمار، تمام جنبه های مراقبت در حین مراحل پایانی زندگی را هدایت می کند. برای تحقق بخشیدن به این امر، تمامی کارکنان، در مورد نیازهای خاص بیماران محتضر آگاهی یافته اند. این نیازها شامل معالجه علائم اولیه و ثانویه، مدیریت درد، پاسخ به دغدغه های روانی، اجتماعی، عاطفی، مذهبی و فرهنگی بیمار و بستگانش و شرکت در تصمیم گیری های مربوط به

مراقبت و پرستاری می شود.

سازمان به بیماران و خانواده های 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 بیماران و بیمارستان، و حقوق بیماران در اقدام به انجام این فرایندها، آگاهی می دهد: بیماران از این حق برخوردارند که شکایت خود درخصوص 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 پرسش ها، تناقضات برای سازمان و بیمار، خانواده یا دیگر تصمیم گیرندگان می شود. این تنگناها ممکن است نشأت گرفته از مسائل مربوط به دسترسی درمان یا ترخیص باشد. برطرف کردن این تنگناها، به خصوص زمانی مشکلتر می شود که مسائلی مانند امتناع از استفاده از دستگاه تنفس مصنوعی یا چشم پوشی یا انصراف از درمان ها زنده نگه دارنده را شامل می شود. سازمان، فرایندی را جهت یافتن راه حلی برای اینگونه شکایت ها ایجاد کرده است.

حقوق بیماران، بصورتی قابل فهم برای بیماران توضیح داده می شود: پذیرش، به عنوان بیمار بستری یا ثبت نام بیمار سرپایی در یک مرکز مراقبت خدمات بهداشتی درمانی می تواند برای بیمار، وحشت آور و گیج کننده باشد، تحت این شرایط، برای آن ها مشکل است که متوجه حقوقشان شده و بر اساس آن اقدام کنند. بنابراین، سازمان، متن نوشته شده ای در مورد حقوق بیمار و خانواده تهیه می کند و هنگام پذیرش، یا ثبت نام به بیماران می دهد که در تمام مدت اقامت آنها در بیمارستان یا هر بار ویزیت، قابل استفاده است. برای مثال، ممکن است متن درجهایی نصب شود. متن بیانیه مناسب با درک و فهم، سن و زبان بیمار است. هنگامی که اطلاع رسانی بصورت مکتوب، کارایی ندارد یا مناسب نیست، بیمار و خانواده بصورتی که برایشان قابل فهم باشد در جریان حقوق شان قرار می گیرند.

رضایت آگاهانه

رضایت آگاهانه

طی فرایندی که سازمان مشخص کرده و کارکنان تعلیم دیده اجرای آن را به عهده دارند، رضایت آگاهانه بیمار کسب می شود: یکی از راه های عمده ای که از طریق آن، بیماران در تصمیم گیری های مربوط به مراقبت خودشان شرکت می یابند، اخذ رضایت آگاهانه است. برای دادن رضایت، بیمار می بایست از عوامل مرتبط با مراقبت برنامه ریزی شده که مستلزم یک تصمیم گیری آگاهانه است، مطلع شود. به عنوان مثال، رضایت آگاهانه را می توان زمانی گرفت که فرد به عنوان بیمار بستری در سازمان پذیرش می شود و قبل از برخی درمان ها یا روش هایی که احتمال خطر در آنها زیاد است. فرایند رضایت را سازمان در خط مشی ها و روش های خود به وضوح تعریف کرده است. قوانین و قواعد مرتبط نیز در خط مشی ها و روش ها ادغام شده است.

بیماران و خانواده ها، از آزمایشات، روش ها و درمان هایی که مستلزم کسب رضایت از آن هاست، مطلع می گردند. برای مثال، بصورت شفاهی با امضای فرم رضایت یا با استفاده از وسایل دیگر.

بیماران و خانواده ها مطلع می شوند که علاوه بر بیمار، چه کسی می تواند رضایت بدهد. کارکنان معینی برای آگاه

ساختن بیمار و گرفتن سند رضایت از او، آموزش دیده اند.

به بیماران و خانواده هایشان، اطلاعات کافی در خصوص بیماری، درمان های مورد نظر و ارائه کنندگان مراقبت داده می شود تا آنها بتوانند در مورد مراقبت تصمیم گیری کنند: کارکنان، به روشنی، هر نوع درمان مورد نظر یا روش درمانی را برای بیماران و در صورت نیاز خانواده هایشان توضیح می دهند. اطلاعاتی که تهیه می شود شامل:

• وضعیت بیمار

• درمان های مورد نظر

• منافع و نقاط ضعف بالقوه

• گزینه های احتمالی دیگر

• احتمال موفقیت

• مشکلات احتمالی در ارتباط با روند بهبودی

• نتایج احتمالی عدم اجرای درمان

همچنین، کارکنان بیمار را از نام پزشک یا فرد دیگری که مسئولیت مقدماتی مراقبت از او را به عهده دارند یا کسی که مجاز به اجرای روش ها یا درمان ها است، مطلع می سازند.

سازمان، در قالب قانون و فرهنگ موجود، فرایندی را در رابطه با مواردی که فرد دیگری به جای بیمار رضایت می دهد، ایجاد کرده است: گاهی اوقات، رضایت آگاهانه در خصوص مراقبت، مستلزم این است که افراد دیگری به جز یا علاوه بر بیمار، در تصمیم گیری ها در مورد مراقبت از بیمار دخالت کنند. این مورد، به خصوص زمانی صحت پیدا می کند که بیمار، از قابلیت ذهنی یا جسمی برای تصمیم گیری برخوردار نباشد، یا زمانی که بیمار، کودک است. زمانی که بیمار نمی تواند در مورد مراقبت از خودش تصمیم بگیرد، یک تصمیم گیرنده جایگزین معرفی می شود. هنگامی که فرد دیگری به جز بیمار رضایت می دهد، این موضوع در پرونده بیمار ذکر می شود.

در صورتیکه رضایت کلی در مورد درمان، زمانی گرفته می شود که فرد، به عنوان بیمار بستری پذیرفته شده یا در وهله اول، به عنوان بیمار سرپایی ثبت نام می گردد، چارچوب واضحی برای آن مقرر شده است: در بسیاری از سازمان ها، به جای متکی بودن به رضایت ضمنی به بیماران اطلاعاتی در خصوص چارچوب رضایت کلی داده می شود، مانند این که چه آزمایشات و درمان هایی تحت رضایت کلی منظور می گردند.

همچنین، به بیماران اطلاعاتی در مورد آزمایش ها و درمان هایی داده می شود که برای انجام آنها، رضایت جداگانه ای گرفته خواهد شد، سازمان توضیح می دهد که چگونه یک رضایت کلی در پرونده بیمار مستند می گردد.

پیش از انجام جراحی، بیهوشی، استفاده از خون و فرآورده های خونی و دیگر درمان ها با خطر پذیری بالا از بیمار رضایت آگاهانه گرفته می شود: هنگامیکه طرح و برنامه مراقبت، شامل جراحی یا دیگر روش های تهاجمی بیهوشی از جمله مسکن های قوی و ملایم، استفاده از خون و فرآورده های خونی یا دیگر درمان ها یا روش ها با خطر پذیری بالاست، از بیمار، رضایت جداگانه ای گرفته می شود. این شیوه رضایت اطلاعاتی که در استاندارد های قبلی شناسایی شده است را فراهم ساخته و هویت کسی که این اطلاعات را تهیه کرده، مستند می شود.

سازمان، فهرستی از انواع درمان ها و اقداماتی که اجرای آنها مستلزم گرفتن رضایت آگاهانه از بیمار است را تهیه کرده است: تمامی مداواها و روش ها نیازی به کسب رضایت جداگانه و خاص ندارند. هر سازمانی، این دسته از روش هایی با خطرپذیری بالا، مشکل ساز یا دیگر روش ها و درمان هایی که اجرای ان ها مستلزم گرفتن رضایت می باشد را شناسایی می کند. سازمان، این روش ها و درمان ها را فهرست کرده و به کارکنان آموزش می دهد تا مطمئن شود که فرایند کسب رضایت، یکپارچه و اصولی است. این فهرست، با همکاری پزشکان و دیگر کسانی که وظیفه تأمین درمان یا اجرای روش ها را به عهده دارند، بسط داده می شود. فهرست، در برگیرنده روش ها و درمان هایی است که بر مبنای بیماران سرپایی و بیماران بستری فراهم شده است.

تحقیقات سازمان، به اطلاع بیماران و بستگان شان می رساند که چگونه به تحقیقات بالینی، بررسی، یا کارآزمایی های بالینی بر روی انسان، دسترسی پیدا کنند: سازمانی که اجرای تحقیقات، بررسی یا کارآزمایی های بالینی بر روی انسان ها را به عهده دارد، اطلاعاتی در اختیار بیماران و بستگان شان می گذارد تا آن ها بتوانند به اقداماتی که در ارتباط با نیازهای درمانی بیمار قرار می گیرد، دسترسی پیدا کنند. هنگامی که از بیماران خواسته می شود که مشارکت کنند، آن ها به اطلاعاتی نیاز دارند تا بدانند تصمیم گیری شان بر چه مبنایی قرار دارد. این اطلاعات، شامل موارد زیر می شود:

• منافع مورد انتظار

• مخاطرات و دردهای احتمالی

گزینه هایی که ممکن است به آنها کمک کنند و روش هایی که می بایست دنبال کرد. به اطلاع بیماران رسانده می شود که آن ها می توانند از مشارکت در این برنامه انصراف داده یا آن را رد کنند و این کار، مانع از برخورداری ایشان از خدمات سازمان نخواهد شد. سازمان جهت تهیه این اطلاعات برای بیماران و خانواده ها، دارای خط مشی ها و روش هایی می باشد.

سازمان، بیماران و خانواده آن ها را در زمینه چگونگی حفاظت از بیمارانی که مشارکت در تحقیقات بالینی، بررسی یا کارآزمایی های بالینی را انتخاب کرده اند، آگاه می سازد: سازمانی که برنامه های تحقیقاتی، بررسی یا آزمایشات بالینی را بر روی انسان ها اجرا می کند، باید بداند که اولین وظیفه و مسئولیت او، سلامتی و بهبود بیمار است. سازمان، پیشاپیش، بیماران و خانواده ها را از فرایندهای موجود مطلع می سازد:

-بررسی پروتکل های پژوهشی

-سنجیدن و سبک سنگین کردن منافع و مخاطرات مرتبط با افراد تحت نظر

-کسب رضایت از شخص مورد نظر

-انصراف از مشارکت

پیش از مشارکت بیمار در تحقیقات، بررسی ها و کارآزمایی های بالینی، از بیماران رضایت آگاهانه گرفته می شود: هنگامی که بیماران و خانواده ها، تصمیم به مشارکت در تحقیقات بالینی، بررسی ها یا کارآزمایی های بالینی می گیرند، از آن ها رضایت آگاهانه گرفته می شود. اطلاعاتی که هنگام تصمیم گیری برای مشارکت تهیه شده بود، به عنوان مبنایی

جهت رضایت آگاهانه، ابلاغ می گردد. فرد یا افرادی که اطلاعات را فراهم می کنند و رضایت را بدست می آورند، در پرونده بیمار منظور می گردند.

هیأتی در سازمان وجود دارد که بر تمامی تحقیقات سازمان بر روی انسان نظارت می کند، یا از روش دیگری برای این کار استفاده می شود: هنگامی که سازمانی تحقیقات بالینی، بررسی یا کارآزمایی هایی را بر روی سوژه های انسانی اجرا می کند. هیأت، یا مکانیسم دیگری برای نظارت بر چنین فعالیت هایی در سازمان وجود دارد. سازمان، بیانیه ای را در مورد مقصود از فعالیت های نظارتی تدوین می کند. فعالیت های نظارتی، شامل بازبینی فرایند برای تمامی پروتکل های تحقیقی، جهت سنجیدن مخاطرات و منافع مرتبط برای افراد مورد آزمایش و فرایندهایی در ارتباط با امنیت و محرمانه بودن اطلاعات تحقیقاتی می باشد.

اهداء عضو

اهداء عضو

سازمان، به اطلاع بیماران و بستگان شان می رساند که چگونه می توانند اعضاء، یا دیگر بافت های بدن خود را اهدا کنند : سازمان، از تصمیم بیماران و خانواده ها برای اهداء اعضاء یا دیگر بافت های بدن، جهت انجام تحقیقات یا درون کاشت، حمایت می کند. اخلاق سازمانی سازمان، چارچوبی را برای مدیریت اخلاقی بیمارستان تعیین می کند تا از ارائه خدمات مراقبتی مطابق با شرایط شغلی، مالی، اخلاقی و حفظ بیماران و حقوق ایشان، اطمینان یابد. چارچوب مدیریت اخلاقی در بیمارستان، شامل بازاریابی، پذیرش، انتقال، ترخیص، افشای مالکیت و هرگونه تضاد حرفه ای و تجاری که می تواند مطابق میل بیمار نباشد، می شود. در خصوص بیمارانی که درد می کشند و یا به پایان حیات خود نزدیک می شوند و خانواده هایشان، لازم است که مراقبت بر نیازهای خاص این دسته از بیماران متمرکز باشد. بیماران، ممکن است دردی را تجربه کنند که به درمان ها یا روش های خاصی مربوطه شود مانند درد بعد از عمل جراحی، یا درد حین انجام فیزیوتراپی یا درد های ناشی از ابتلای به بیماری های مزمن و وخیم. ممکن است بیماران محتضر، علائم دیگری را هم تجربه کنند که به روند بیماری یا معالجه درمانی مرتبط باشد، یا ممکن است که نیاز به کمک در مورد برقراری ارتباط با مسائل روانی، اجتماعی، معنوی و فرهنگی داشته باشند که با مرگ پیوند دارند. سازمان در خصوص مهار درد یا تأمین مراقبت در پایان زندگی، فضاهایی که مراقبت یا خدمات در آن ها تأمین می شود، مانند آسایشگاه یا بخش مراقبت موقت، نوع خدماتی که ارائه می شود و جمعیت بیماری که به آنها خدمت می شود را در نظر می گیرد.

سازمان، فرایندهایی را جهت مدیریت درد و مراقبت مرحله پایانی زندگی ایجاد می کند. این فرایندها عبارتند از : اطمینان بخشیدن به بیمار در این مورد که درد و علائم بیماری ارزیابی خواهد شد و بصورت مناسب، کنترل می شود . تضمین این مورد که با بیمارانی که درد می کشند یا به بیماری لاعلاجی مبتلا هستند، به صورتی محترمانه و با متانت رفتار

خواهد شد. اطمینان بخشیدن به بیمار در این مورد که هر چند بار که لازم باشد، درد و علائم بیماری شناسایی می شود. برنامه ریزی احتیاطی و پیشگیرانه و رویکردهای درمانی برای مهار درد و دیگر علائم بیماری و آموزش بیماران و کارکنان در خصوص مهار و مدیریت درد و دیگر علائم بیماری .

از بیماران، برای مهار درد بطور موثر حمایت می شود :درد، می تواند بخش معمولی از تجرب بیمار باشد. درد دائمی، تاثیرات نامطلوب جسمی و روحی به جای می گذارد.. بر اساس دامنه خدمات فراهم شده، سازمان، فرایندهایی را جهت ارزیابی و مهار درد بصورت مناسب اتخاذ می کند که شامل موارد زیر می شود:

الف) شناسایی بیمارانی که درد می کشند، هنگام ارزیابی اولیه و ارزیابی مجدد.

ب) تامین خدمات مدیریت درد بر طبق خطوط راهنما یا پروتکل های درمانی.

ج) (برقراری ارتباط و آموزش بیماران و خانواده هایشان در خصوص درد و مهار علائم بیماری در متن باورها و اعتقادات شخصی، فرهنگی و مذهبی ایشان.

د) آموزش تأمین کنندگان مراقبت از بیمار در خصوص ارزیابی و مدیریت درد. سازمان، چگونگی مراقبت از بیماران در حال احتضار را شرح می دهد: بیمارانی که درد می کشند یا در حال احتضار هستند، نیازهای خاصی برای مراقبت دلسوزانه و مودبانه دارند. برای تحقق بخشیدن به این نیاز، تمامی کارکنان از احتیاجات خاص بیماران محتضر یا در حال درد کشیدن آگاه شده اند. نگرانی در مورد آرامش و حفظ شأن بیمار در مراحل پایانی زندگی، باید تعیین کننده تمام جنبه های مراقبت باشد .

مراقبتی که سازمان برای این گروه از بیماران فراهم می کند، شامل موارد زیر می شود:

- الف) آماده بودن برای رفتار و برخورد مناسب در قبال هر گونه نشانه و علامتی، بر طبق خواسته بیمار و خانواده اش.
- ب) برخورد دلسوزانه و با احساس با مواردی مانند کالبدشکافی و اهداء عضو
- ج) محترم دانستن ارزش ها و معیارها، مذهب و اولویت های فرهنگی بیمار.
- د) شرکت دادن بیمار و خانواده اش در تمامی جنبه های مراقبت
- ه) پاسخ دادن به دغدغه های روحی، عاطفی، معنوی و فرهنگی بیمار و خانواده اش.

مراقبت از بیمار در حال احتضار

به موازات ارائه خدمات و مراقبت های مناسب به بیماران در حال احتضار، ارزیابی های مجدد این بیماران و خانواده های آنان، برای برآورده ساختن نیازهای فردی آن ها، طراحی می شود :هنگامی که بیماری در مرحله پایانی زندگی قرار می گیرد، جهت برآورده ساختن نیازهای فردی او و خانواده اش، ارزیابی می بایست بصورتی متمایز از دیگران صورت بگیرد. ارزیابی مجدد می بایست بصورت مقتضی، موارد زیر را ارزشیابی کند:

الف) علائمی مانند حالت تهوع و فشارهای تنفسی

- ب) عواملی که علائم فیزیکی را تخفیف داده یا تشدید می کنند.
- ج) مهار علائم موجود و واکنش بیمار
- د) تشخیص موقعیت معنوی و روحانی بیمار و خانواده اش، و در صورت مقتضی، هر گونه نقش یا ارتباطی با گروه های مذهبی.
- ه) نیازها یا دغدغه های معنوی بیمار و خانواده اش مانند احساس ناامیدی، رنج، گناه یا بخشش و آمرزش.
- و) (موقعیت روانی بیمار و خانواده اش، مانند روابط خانوادگی، کافی بودن فضای خانه، در صورتی که مراقبت در آن جا صورت می گیرد و واکنش بیمار و خانواده اش نسبت به بیماری.
- ز) نیاز به کمک و حمایت یا تسکین و تسلا، برای بیمار، خانواده یا دیگر پرستاران.
- ح) نیاز به مجموعه یا سطح مراقبتی جایگزین
- ط) عوامل خطر آفرین بازماندگان مانند روش های برخورد خانواده و امکان واکنش های نامعقول ناشی از رنج و اندوه .
- مراقبت مطلوب از بیماران در حال احتضار، برای تأمین راحتی و رعایت شأن و احترام و منزلت آن ها صورت می گیرد :
- سازمان، از طریق موارد زیر، از مراقبت مناسب از بیمارانی که درد می کشند یا در حال احتضار هستند، اطمینان می یابد.
- دخالت در مهار درد و علائم اولیه و ثانویه
 - پیشگیری از علائم، تا جایی که از نظر منطقی قابل قبول باشد .
 - مداخلات، به نیازهای روحی، عاطفی و معنوی بیمار و خانواده اش در خصوص مرگ و اندوه می پردازد.
 - مداخلات، به دغدغه های مذهبی و فرهنگی بیمار و خانواده اش می پردازند. و شرکت دادن بیمار و خانواده اش در تصمیم گیری های مراقبتی .

قانون انطباق مؤسسات پزشکی با موازین شرع مقدس

ماده ۱ -مؤسسات پزشکی، کلیه مراکز پزشکی و وابسته به پزشکی نظیر بیمارستان، زایشگاه، آسایشگاه، آزمایشگاه، پلی کلینیک ها، مطب پزشکان و داروخانه ها و محل کار سایر اقشار پزشکی و مؤسسات فیزیوتراپی و الکترو فیزیوتراپی، هیدروتراپی، آزمایشگاههای تشخیص و پژوهشی، درمانگاه، رادیولوژی، مراکز پزشکی هسته ای، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، بخش های تزریقات و پانسمان و یا هر تشکیلاتی که به هر نام و عنوان با اجازه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایجاد شده یا خواهد شد (اعم از بخش دولتی - خصوصی و خیریه) و واحدهای مشابه در دانشگاه های علوم پزشکی و کلیه کارکنان فنی و اداری و خدماتی آنها مشمول این قانون می گردند .

تبصره -کلیه وزارتخانه ها و سازمانها و مؤسساتی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است و به امر بهداشت و درمان می پردازند موظف به رعایت مقررات این قانون می باشند .

ابلاغ آئین نامه اجرایی

آیین نامه اجرایی این قانون شامل موارد ذیل است:

بخش اول : بخشهای زنان و زایمان و اطلاق عمل

بخش یک : محیط فیزیکی

ماده ۱ - تفکیک کامل اتاقهای رختکن آقایان از خانمها (قبل از خط امان) اعم از پزشک , پرستار و خدمه, می بایست حتی المقدور اتاقهایی انتخاب گردد که به سایر فضای اتاقهای عمل اشراف نداشته باشد و افراد بتوانند هنگام تعویض لباس کلیه شئون اخلاقی و اسلامی را رعایت نمایند (بستن درب, کشیدن پرده و یا کرکره ها)

ماده ۲- تفکیک کامل اتاقهای غذاخوری, چایخوری آقایان از خانمها در کلیه ساعات شبانه روز (اعم از پزشکان, پرستاران و کادر خدمات)

ماده ۳ - مجزا نمودن اتاقهای دستشویی (اسکراب) خانمها از آقایان با توجه به تفاوتهای فیزیکی ساختمانها با ابتکار عمل لازم در حد مقدرات از قبیل استفاده از پرده پاراوان.

بخش دو : پوشش کارکنان و بیماران

ماده ۴ - پوشش کارکنان مرد: پوشش کارکنان مرد اطاق عمل اعم از پزشک, پرستار و خدمه می بایست طبق ضوابط تعیین شده زیر, با رنگهای مناسب تهیه گردد.

الف - شلوار بلند تا مچ پا با گشادی مناسب که مچ آن به تناسب تنگتر باشد (حداقل ۱۵ سانتیمتر)

ب - قد پیراهن تا روی باسن با گشادی مناسب

ج - قد آستین تا ۱۰ سانتیمتر بالاتر از آرنج د- یقه گرد (کاملاً دور گردن) با شکافی بطول ۱۵ - ۱۰ سانتیمتر در جلو که تقریباً با سجافی ۵ سانتیمتر رویهم قرار گیرد .

ه - کلاه مناسب بطوریکه تمام سر و موها را بپوشاند .

و- کفش مخصوص اطاق عمل (پوتین با رنگ سفید) استفاده شود .

تبصره (۱): (به منظور رعایت کامل اصول بهداشتی , آقایانی که محاسن دارند, از ماسکهای بزرگتر که پوشش لازم را ایجاد می نماید استفاده نمایند.

ماده ۵- رعایت شئون اسلامی در حین انجام اعمال جراحی (رفتار و گفتار) کاملاً الزامی است.

ماده ۶- رعایت کامل پوشش اسلامی طبق ماده ۴ برای کلیه پرسنل اتاق عمل اعم از پزشک, پرستار و کادر خدمات کاملاً الزامی است.

ماده ۷ - کمک کردن به جراح و کمک جراح و اسکراب مرد (از قبیل بستن بندهای گان , دادن نوشیدنی خشک کردن عرق و مرتب کردن ماسک) بعهده کارکنان مرد می باشد.

ماده ۸- رفتار و گفتار همکاران مرد باید در محدوده انجام وظایف محوله و با رعایت کامل شئون اسلامی باشد.

ماده ۹- پوشش کارکنان زن:

پوشش خانمها در اطاق عمل و اطاق زایمان اعم از پزشک، پرستار و کادر خدمات می بایست با شرایط تعیین شده زیر تهیه گردد .

الف- شلوار بلند با گشادی مناسب که مچ پای آن به تناسب تنگتر باشد (حداقل ۱۵ سانتیمتر)

ب - مانتو گشاد و بلند تا سر زانو

ج - قد آستین تا مچ و سرمچ ها می بایست بصورت کشاف جمع شود .

د- یقه گرد (دور گردن با شکافی ۱۵-۱۰ سانتیمتر در جلو که با سجافی ۵ سانتیمتر روی هم قرار گیرد)

ه- مقنعه به رنگ مناسب

و- جوراب سفید ضخیم و ساده

ز- کفش مخصوص اطاق عمل (پوتین با رنگ سفید) استفاده شود.

ماده ۱۰- رفتار و گفتار همکاران زن بایستی بسیار متین و موقر و در حدود انجام وظایف محوله با رعایت کامل شئون اسلامی می باشد.

ماده ۱۱- با توجه به اینکه هنگام اسکراب کردن قسمتهایی از دست که نباید در معرض دید نامحرم قرار گیرد بالاجبار بایستی شسته شود همکاران زن اعم از پزشک و پرستار بایستی در محلهای پوشیده و دور از نگاه نامحرم (بستگی به موقعیت فیزیکی اطاق عمل دارد) اسکراب نمایند و آستین استریل را پوشیده و با رعایت موازین شرعی وارد اطاق عمل شوند.

ماده ۱۲- کمک کردن به جراح و کمک جراح و پرستار زن (بستن بندهای گان، دادن نوشیدنی ، خشک کردن عرق ، مرتب کردن ماسک و مقنعه) بعهد همکاران زن می باشد.

ماده ۱۳- از بکار گماردن خدمه مرد در اطاقهای قبل از زایمان (Labor-Room) زایمان و بعد از زایمان باید خودداری شود و انجام امور مربوط به بیماران به عهده خدمه زن که از نیروی جسمانی بیشتری برخوردار هستند واگذار گردد.

ماده ۹- پوشش بیماران زن:

جهت بیماران از گان و روسری بزرگ و مناسب که سر و گردن را کاملاً بپوشاند استفاده شود. تبصره (۲): کلیه بیماران باید در تمام مراحل عمل (باشنای مواقع ضروری) با ملحفه یا شان عمل پوشانیده شوند .

ماده ۱۰- بیمار باید با پوشش کامل مطابق ماده ۶-۷ توسط پرستار و بیمار بر بخش با آمادگی کامل جسمی به پرستار اطاق عمل تحویل شود.

ماده ۱۱- پرستار اطاق عمل ضمن رعایت کلیه مقررات مربوطه و پس از گرفتن آگاهیهای لازم به منظور حمایت روحی و معطوف نمودن توجه بیمار به معنویات و اتکال به خداوند و جلب اعتماد بیمار در مورد انجام خواسته هایش او را برای انجام عملیات هوشبری با رعایت موازین شرعی آماده می سازد.

ماده ۱۲- انتقال بیمار بر روی تخت عمل بوسیله پوششهای برزنتی با میله های متحرک و یا توسط پارچه (ملحفه) انجام پذیرد. تا از تماس مستقیم پرسنل اطاق عمل با اعضای بدن بیمار پیشگیری گردد.

ماده ۱۳- در صورتیکه بیمار احتیاج به سند مثانه دارد می بایست الزاماً افراد همگن عمل سنداژ را انجام دهند. اگر فرد همگن وجود نداشته باشد لازم است توسط خود پزشک انجام شود.

ماده ۱۴- در مورد بیمارانیکه لازم است از دستگاه مانیتورینگ استفاده نمایند , باید عمل گذاشتن الکترودها در مورد بیماران حتی الامکان بوسیله پرسنل همگن انجام شود.

ماده ۱۵- تنظیم وضعیت بیمار (Positioning) حتی المقدور با کمک پرسنل همگن انجام شود.

ماده ۱۶- هنگام تنظیم وضعیت بیمار و یا پرپ کردن که بدن بیمار در معرض دید قرار می گیرد الزاماً باید افرادی که حضور آنان ضروری نیست از اطاق خارج شوند.

ماده ۱۷- نواحی تناسلی بیماران هنگام تنظیم وضعیت بوسیله (شان, حوله, پد, گاز) پوشانیده شود.

ماده ۱۸- در هنگام پرپ کردن پوشانیدن کلیه اعضاء بدن بیمار باستثنای موضعی که لازم است پرپ شود کاملاً الزامی است و این عمل حتی الامکان توسط سیرکولر همگن انجام شود.

-پرستار اسکراب در مورد اعمال جراحی نواحی تناسلی همگن انتخاب گردد و از حضور مستخدمین و پرسنل غیر بهداشتی و درمانی غیر همگن جلوگیری شود.

ماده ۱۹- پس از اتمام عمل جراحی و پانسمان محل عمل و برداشتن شان ها بیمار پوشیده شود و پس از اتمام عملیات هوشبری, بیمار با پوشش کامل و رعایت مفاد ماده ۱۰ بر روی برانکارد به اتاق ریکاوری منتقل گردد.

ماده ۲۰- مراقبت و کنترل بیمار در اتاق ریکاوری با توجه به حالاتش (بیقراری و هذیان) حتی الامکان توسط پرستاران همگن (بویژه در مورد بیماران زن) انجام پذیرد.

ماده ۲۱- انتقال بیماران زن از اتاق ریکاوری به بخش حتماً باید به همراهی یک نفر از کادر پرستاری همگن انجام شود.

ماده ۲۲- پوشش بیماران مرد:

جهت بیماران مرد باید از گان و کلاه و یا سربند که تمام موهایشان را بپوشاند استفاده شود.

ماده ۲۳- مواد فوق الذکر به منظور رعایت موازین شرع مقدس اسلام در اطاقهای عمل و اطاق زایمان تنظیم گردیده و بکار نبردن کلمات اطاق زایمان در جایگاههای خاصی صرفاً به منظور رعایت اختصار کلمه می باشد.

ماده ۲۴- نظارت و کنترل بر حسن اجرای مفاد این آئین نامه به عهده سرپرستار اطاق عمل و دفاتر پرستاری و ریاست

بیمارستانها و نهایتاً حوزه معاونت فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد. همچنین نظارت به حسن اجرای این آئین نامه در رابطه با بیمارستانهای خصوصی در هر استان، به عهده مدیر کل سازمان منطقه ای بهداشت و درمان آن استان می باشد.

ماده -۲۵ فصل دوم مربوط به سایر مراکز درمانی

مسائل مربوط به رادیولوژی

مسائل مربوط به رادیولوژی

- به منظور انطباق مسائل فنی و تکنیکی رادیولوژی با موازین شرع مقدس لازم است موارد ذیل کاملاً رعایت گردد:
- در مراکز پرتونگاری (رادیولوژی) بایستی تلاش بر انجام پرتونگاری بیماران توسط افراد همگن باشد. برخی از تکنیکهایی که الزاماً بایستی توسط پرسنل همگن انجام شوند عبارتند از:
- الف- برخی از تکنیکها و روشها که الزاماً بایستی توسط تکنسین و یا کارشناس زن انجام پذیرد. ۱- باریم انمای خانمها
- ۲- ماموگرافی ۳- اروگرافی خانمها ۴- هیستروگرافی و سالپنژوگرافی
- ب- برخی از تکنیکها و روشهایی که الزاماً بایستی توسط تکنسین و یا کارشناس مرد انجام پذیرد. ۱- باریم انمای آقایان
- ۲- اروگرافی آقایان ۳- اپیدیدموگرافی
- ج- پیشنهاد می گردد در صورتی که سونوگرافی توسط پزشک غیر همگن انجام می شود یکی از محارم بیمار مربوطه نیز در محل انجام سونوگرافی حضور داشته باشد.
- د- جهت انجام رادیوگرافی از کلیه نواحی بدن استفاده از لباسهای کتانی و نخی نازک الزامی است.
- ه- در صورتی که در یک رادیولوژی تعداد پزشکان و تکنیسینهای زن و مرد به حد کافی باشد، رادیوگرافی بیماران زن الزاماً بایستی توسط پزشک و تکنیسین زن انجام شود و همچنین رادیوگرافی بیماران مرد الزاماً بایستی توسط پزشک و تکنسین مرد انجام پذیرد.
- در رادیولوژیها اختلاط پرسنل زن و مرد بایستی به حداقل کاهش یابد.

مسائل مربوط به امور فنی فیزیوتراپی

- اصل کلی: نظر به ضرورت رعایت حدود شرعی در معاینات بیماران و ارائه خدمات درمانی توسط گروه همگن بایستی جهت گیری و برنامه ریزیها بصورتی باشد که بتدریج به اصل مذکور جامعه عمل پوشیده شود.
- ۱- معاینه و درمان بیماران در صورتی که در مرکز درمانی به تعداد کافی تراپیست زن و مرد وجود داشته باشد بایستی توسط کادر درمانی همگن انجام پذیرد.
- ۲- در صورت ضرورت درمان توسط کادر غیر همگن، پوشش نواحی غیر ضروری جهت درمان الزامی است و در موارد درمان با دستگاه دیاترمی، اعمال درمان در موضع بایستی با پوشش ملحفه انجام پذیرد.
- ۳- در موارد تمرین درمانی استفاده از دستگش توسط کادر درمانی غیر همگن ضروری است.

- ۴- در موارد درمان بیماران زن توسط تراپیست مرد، وجود یکی از محارم بیمار در کابین درمان الزامی است.
- ۵- مسئولیت اجرای این آئین نامه در مراکز دولتی بعهدہ مدیریت واحد مربوطه و در مراکز خصوصی بعهدہ مدیریت موسسه خصوصی است.

مسائل مربوط به الکتروکاردیوگرافی ECG

- کلیه درمانگاهها، کلینیک ها و بیمارستانها موظفند که افرادی را جهت انجام E.C.G تربیت نمایند بطوریکه E.C.G بیماران زن توسط خانمها و E.C.G بیماران مرد توسط آقایان انجام شود.
- تذکر : ۱- رعایت موضوع فوق در کلیه ساعات شبانه روز الزامی است.
- ۲- مکان انجام E.C.G طوری باید انتخاب شود که محل تردد افراد غیر همگن نباشد.

مسائل مربوط به آزمایشگاهها و بخشهای زنان

مسائل مربوط به آزمایشگاهها

- رعایت نکات ذیل در کلیه موارد الزامی است.
- ۱- خونگیری از بیماران الزاماً بایستی توسط افراد ذیصلاح همگن انجام شود.
- ۲- خونگیری در بخش بایستی در حفاظ پاراوان و در آزمایشگاهها نیز در محلی که افراد غیر همگن تردد نداشته باشد انجام گیرد .
- ۳- کلیه آزمایشگاههایی که تاکنون تاسیس یافته بایستی حتی المقدور محل کار خانمها و آقایان را از یکدیگر مجزا نموده و در خصوص آزمایشگاههایی که بعد این تاسیس می شوند، پیش بینی و رعایت این مسئله الزامی است.
- ۳- در کلیه آزمایشگاهها بایستی حتی المقدور قسمت انتظار مراجعه کنندگان زن و مرد از یکدیگر مجزا باشد.

مسائل مربوط به تزریقات

- رعایت نکات ذیل در کلیه موارد الزامی است:
- ۱- تزریقات بیماران الزاماً بایستی توسط افراد ذیصلاح همگن انجام شود.
- ۲- تزریقات بایستی در حفاظ پاراوان و یا محلی که مورد تردد افراد غیر همگن نباشد انجام شود.
- ۳- رعایت موارد فوق در کلیه مراکز تزریقات و پانسمان، درمانگاهها، کلینیکها و بیمارستانها الزامی است.

مقدمه

ضرب المثلی است که می گوید فرد موفق کسی است که همه کس را می شناسد نه اینکه همه چیز را می داند. در واقع افراد موفق کسانی هستند که دوستی های خود را پا برجا نگاه می دارند دانستن چگونگی رفتار با مردم به اندازه شایستگی های فنی و مدیریتی اهمیت دارد. به بدترین مدیری که تا حال داشته اید فکر کنید. به یاد آورید که چطور فقدان مهارت های رفتار با دیگران در او باعث دلسردی و نبود بهره وری دیگران و خروج شما از محل کار با نا امیدی می شود. یک انسان موفق نیمی کارمند است، نیمی سیاستمدار. او می داند کار کردن با دیگران بخصوص در دنیای کنونی که مملو از انسان های زود رنج است، روال ارتباطی خاصی را می طلبد.

ارتباطات مؤثر، هدف به حساب نمی آید بلکه باید وسیله ای 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 گونه ای که هست و گیرنده همان را دریافت کند، ارتباط گفته می شود؛ به تعبیر دیگر ارتباط همان انتقال معانی و مفهوم مورد نظر، از فرستنده به گیرنده است.

یا به عبارتی فرایندی است که طی آن افکار، احساسات و عقاید از فردی به فرد دیگر منتقل می شود. 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 "نظریه های ریاضی ارتباط" می نویسد: ارتباط عبارت است از تمام روشهایی که از طریق آن ممکن است ذهنی بر ذهن دیگر تاثیر 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 می آید. تمام مظاهر فکری و وسایل انتقال و حفظ آنها در مکان و زمان برپایه آن توسعه پیدا می کند. ارتباط، حالات چهره، رفتارها، حرکات، طنین صدا، کلمات و نوشته ها، چاپ، راه آهن، تلگراف، تلفن و تمام وسایلی که اخیراً در راه غلبه انسان به مکان و زمان ساخته شده است را در بر می گیرد

نقش ارتباطات

نقش ارتباطات

در یک گروه یا سازمان، ارتباطات چهار نقش ایفا می کند:

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

(1-2) کنترل

ارتباط به چندین روش، رفتار اعضا را کنترل می کند. سازمانها، سلسله مراتب اختیارات و دستورالعمل های رسمی دارند که کارکنان و اعضا باید آن را رعایت کنند. ارتباطات غیر رسمی هم رفتار اعضا را کنترل می کند.

(2-2) ایجاد انگیزه

تعیین هدف های خاص، بازخورد نمودن نتایج عملیات و دادن گزارش درباره میزان پیشرفت و تقویت رفتار مطلوب مورد نظر، همه اینها موجب ایجاد انگیزه و ارتباط می شود.

(3-2) 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 می گیرد نمایانگر ابراز نفرت، درجه استیصال یا رضایت فرد و نوع احساسات اوست. بنابراین، ارتباطات موجب تخلیه انسان از فشارهای روانی می شود و در راه تأمین نیازهای اجتماعی به وی کمک می کند.

(4-2) اطلاعات

ارتباطات می تواند اطلاعاتی را ارائه کند که افراد و گروه ها برای تصمیم گیری به آنها نیاز دارند و می توانند از طریق رد و بدل کردن داده ها، شیوه های مختلف اجرایی را ارزیابی و بهترین راه حل را انتخاب نمایند. هیچ یک از این چهار وظیفه فوق نسبت به دیگری برتری ندارد. پس برای اینکه گروه به شیوه ای 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

فرآیند ارتباطات

(3-1) ذات ارتباط

ذات ارتباط، فرآیندی است که موجب ارتباط بین فرستنده و گیرنده برای دریافت پیام در زمان و مکان می شود. اگر چه نوع بشر عمدتاً به مطالعه ارتباطات انسانی علاقه نشان می دهد، اما فرآیند ارتباط در تمام موجودات زنده وجود دارد. ازجملات بالا نتیجه می گیریم که ارتباط امری بنیادین و جهانی است. ارتباطات انسانی در مفهومی وسیع عبارت است از سلسله اقداماتی که موجب شود ایده ای از ذهن یک نفر به ذهن دیگری انتقال یافته و درک شده و به اجرا در آید. ارتباطات یک فرایند دو طرفه است و در یک لحظه به وقوع نمی پیوندد، بلکه در طول زمان تحقق می یابد.

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

(3-2-1) 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.

(3-2-2) به رمز درآوردن پیام

به رمز درآوردن پیام زمانی انجام می شود که منبع پیام اطلاعات را به صورت یک رشته علامت یا نماد درآورد. به رمز درآوردن پیام از آن نظر لازم است که اطلاعات باید تنها بین یک نفر و نفر دیگری، از طریق علامت و نشانه مبادله شود.

(3-2-3) پیام

پیام اطلاعاتی است که منبع پیام آن را از نظر فیزیکی، به صورت رمز در می آورد. پیام ممکن است به هر شکل و صورتی باشد و فرد دیگری آن را تجربه و درک کند.

(3-2-4) کانال

کانال یا مجرای ارتباطی وسیله ای است برای ایجاد ارتباط بین فرستنده و گیرنده پیام مثل وجود هوا برای صوت و کاغذ برای نامه و اطلاعیه ها. غالباً نمی توان آن را از پیام جدا کرد. برای اینکه ارتباط به صورت مناسب و با راندمانی بالا صورت گیرد، نوع کانال باید مناسب پیام باشد.

(3-2-5) گیرنده پیام

گیرنده پیام شخصی است که اندام های حسی او احساس می کنند که پیام را دریافت کرده اند. امکان دارد تعداد زیادی

گیرنده پیام وجود داشته باشد. مثل بیمارانی که یک پمفلت آموزشی را دریافت می کنند 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. برنامه های آموزشی از طریق رسانه می تواند بیشترین تعداد گیرنده پیام را داشته باشد .

ادامه فرآیند ارتباطات

(3-2-6 از رمز خارج کردن پیام)

از رمز خارج کردن پیام فرایندی است که به وسیله آن گیرنده، پیام را تفسیر می کند و آن را به صورت اطلاعات معنی دار در می آورد . آن یک فرایند دو مرحله ای 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.

(3-2-7 شلوغی یا سر و صدا)

شلوغی یا سر و صدا عاملی است که موجب مخدوش شدن ، ابهام یا اختلال در ارتباطات می شود. در هر مرحله ای از ارتباطات ، شلوغی یا سر و صدا می تواند وجود داشته باشد.

(3-2-8 بازخورد نمودن نتیجه)

بازخورد نمودن نتیجه که مهمترین عنصر در برقراری ارتباط می باشد، مسیری دارد که در جهت عکس فرایند ارتباط است و 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. بطور مثال یک فرد نمونه گیر آزمایشگاه می گوید: سلام،امروز چطورید ؟ من فلانی هستم و می خواهم از شما ، برای آزمایشات درخواستی پزشکتان مقداری خون بگیرم.

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....

راه های ایجاد شده در یک ارتباط

*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، بازخورد 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، بازخورد 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 اثربخش 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 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

موانع ارتباط گفتاری مؤثر شامل:

ارتباط یکسویه در فضای گفت و گو

شروع از نقاط منفی (انتقاد گزنده)

خودنمایی در بیان

پرسشگری منفی

قضاوت کردن

قطع کردن صحبت دیگران

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 اظهارنظر بدهد و با پرگویی، وی را به سکوت وادار نکند. برخی افراد که خود را دانایتر می دانند یا حرفه آنها به گونه ای 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 می کنند. از این روی، در آموزه های دینی تأکید می شود 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 می شود، نفی ارتباط گفتاری یکسویه و ایجاد فضای تعامل در گفت و گوست.

شروع از نقاط منفی(انتقاد گزنده)

گفت و گو را نباید با شکایت، سرزنش و انتقاد آغاز کرد، چرا که این کار، می تواند 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 سالهای متمادی 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 شعله های لجاجت مخاطب را برمی افروزد. تکرار بیش از حد انتقاد نیز، از تأثیر آن می کاهد و بذر کینه و دشمنی را در دل مخاطب می افشاند. انتقاد از مخاطب در حضور دیگران، معمولاً موجب تخریب شخصیت وی می شود و نتیجه معکوس دارد

....

خودنمایی در بیان

خودنمایی و فضل فروشی در سخن، ارتباط مؤثر را غیرممکن می سازد، زیرا برای مخاطب، این احساس را پدید می آورد که گوینده، خود را از نظر سطح دانش و خرد یا پایگاه اجتماعی، در مقامی برتر و مخاطب را فردی کم خرد و فرو دست می داند و این، موجب رنجش وی می گردد. 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.

پرسشگری منفی

این گونه پرسش ها عبارت است از: پرسش از مسائلی که هیچ گونه سود قابل توجهی ندارد و تنها موجب اتلاف وقت و انرژی افراد است. مانند اصرار بیمار برای آگاهی از بیماری درمان ناپذیر خود و صحبت درمانگر از آلودگی های افراد به رفتارهای ارتباطی غیر عرف اجتماعی و....

تجسس در امور شخصی دیگران، واریسی، بازجویی و بازپرسی. پرسش تمسخرآمیز مانند پرسش در مورد اعتیاد وی با لحنی تمسخر آمیز 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.

قضاوت کردن

قضاوت کردن یعنی آن که شما ارزش های 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 می رسد، دلهره دارد، شما به جای همدلی

به او می گوئید که این که عمل مهمی نیست که اینقدر نگرانید، مگر چه اتفاق مهمی می خواهد بیفتد. شما در این ارتباط چه کرده اید؟ نظر خودتان را به جای همدلی با وی بیان کرده اید .

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

قطع کردن صحبت دیگران

قطع کردن صحبت دیگران و خود را غالب کردن، سبب دلخوری و دلسردی طرف مقابل رابطه می شود چرا که او احساس می کند نادیده گرفته شده است و به او بی احترامی شده است صحبت دیگران را قطع نکنید. حتی اگر احساس می کنید حرفشان کاملاً بی ربط است. بگذارید حرفشان را تمام کنند و یا مکث کنند، آن وقت نظرتان را بگوئید

ارتباط کلامی

ارتباط کلامی

ارسطو گفته است : " انسان، چون ناطق است ، انسان است " . توان سخن گفتن ، بخش مهمی از ارتباطات میان فردی را تشکیل می دهد. ارتباط کلامی اهمیت بسیار دارد ، زیرا یکی از ابزارهای اولیه ای است که انسان برای تأثیر در محیط و کنترل و درک آن را به کار می برد . در اغلب جوامع جدید ، بسیاری از موفقیت ها 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 زمینه ای برای مبادله آزاد اندیشه هاست . ارتباط کلامی باید نظم و هماهنگی اجتماعی را تأمین کند . ارتباط کلامی ، شاید مهم ترین 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 می کنیم و چه احساسی داریم ، امکانات کمی داشتیم و همچنین خیلی کند می توانستیم بفهمیم که دیگران در ارتباط با ما چه فکر و احساسی دارند .

ارتباط کلامی ، بیشترین ارتباط روزانه بین انسانها را می سازد و اجازه می دهد بین انسانها ، ارتباطات عمیقی ایجاد شود. نفس حرف زدن درباره مسائل و مشکلاتی که داریم، دریک رابطه مطلوب ما را خوشحال می کند و اضطراب ما را کاهش می دهد . بدون ارتباط کلامی ، زیبایی و جذابیت زندگی ما بسیار پایین می آید . کلام به ما امکان می دهد 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 می شوند .

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 ، لغت های نسبی ، زبان انتزاعی ، ابهام در ارائه پیام و زبان هیجانی موجب ایجاد سوء تفاهم و اختلال در ارتباط می شود.

در خصوص 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

گوش دادن مؤثر

آیا می دانید گوش دادن هم ارتباط کلامی است ؟ زندگی انسان از بدو تولد در میان دیگران و در اجتماع آغاز می شود. نوزاد که به تدریج در میان دیگران زندگی می کند، رفتارهای اجتماعی را یاد می گیرد و با محیط زندگی خود سازگار می شود. 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 می بینید 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 ویژگی هایی دارد؟ برای مثال وقتی کسی حرف می زند، شنونده ی خوب مراقب است که حواسش پرت نشود. برای این کار سعی می کند هرچند لحظه یک بار حرف های شنونده را در ذهن خود خلاصه کند و مهم ترین بخش آن را به خاطر بسپارد. مراقب زبان بدن یا پیام های غیرکلامی خود است. برای این کار سعی می کند به حالت های خود تسلط داشته باشد. گاه گاه با یک حرکت سر یا دست یا تغییر حالت در چهره نشان دهد که دارد به حرف گوینده توجه می کند. گاه با بیان کلمه های کوچک و اصوات لازم (مثل: آها، بله و خوب...) گوینده را تشویق می کند که به حرفش ادامه دهد. مهمترین مزیت گوش دادن به عنوان یکی از تکنیکهای ارتباط درمانی، تشویق بیمار برای ادامه صحبت می باشد. 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 می دهد.

اصول گفت گوی موفق در چهار چیز است:

1) صداقت

2) نگرش مثبت

3) علاقه به طرف گفت وگو

4) بی ریایی یعنی رک و بی پرده صحبت کردن

مهارت های گفت و گوی 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 کاربردن عبارات کلیدی مثبت مانند الان می خواهم یک گفتگوی تلفنی موفق داشته باشم، لبخند زدن، فراهم بودن ابزار

کار نظیر قلم، اطلاعات مورد نیاز و ... می باشد. معطل گذاشتن طرف گفت و گو 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، مجسم سازید که پیشاپیش در این کار موفق شده اید و حالا فقط می خواهید 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 می شود و تسلط شما را بالا می برد؛ 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 فعالیت ها مانند 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 گفت و گو کنید نه اینکه به طور یک جانبه مطالبی را به آنها بگویید؛ (مانند وقتی گزارش آزمایشات بیمار را به پزشک می دهید یا به بیماری راهنمایی می کنید) 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؛ بی جهت 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

عریف مذاکره

تعریف مذاکره

تعریف فرهنگ اکسفورد از مذاکره: گفت و گویی است که هدف آن دستیابی به یک توافق می باشد.

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 می شود که من می خواهم از شما یک سری سؤالاتی را درمورد بیماریتان بپرسم 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. بعضی از عوامل مانند قوت قلب دادن بیجا و نصیحت کردن نیز باعث اختلال در جریان مذاکره 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. لباس و وضعیت ظاهری احتمالاً ما و شخصیت ما را شکل نمی دهد. اما لباس و وضع ظاهر، اغلب پایه ای برای قضاوت اولیه در مورد افراد است و تأثیر شگرفی بر قضاوت های 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 حرفه ای خود را در بر دارند، به صرف پوشیدن لباس خاص، بسیاری از ویژگی های رفتاری و نگرشی آنان قابل تشخیص است. بسیاری از پژوهشگران ارتباطات بر این باورند که لباس معمولی کم و بیش همین عمل را انجام می دهد.

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 مورد توجه قرار خواهید گرفت و آسان تر به شما راه خواهند داد. اصولاً تمیزی و آراستگی ظاهر به ویژه در لباس های 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 می بینند احترام بیشتری برای شما قائل شده و در رضایتمندی آنها بسیار مؤثرتر خواهد بود.

(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 هرچند 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 کمرتان می گیرید نشانه این است که دیگر وقتی برای گوش دادن به بیمار ندارید.

پیام های غیر زبانی حرکات دست ها از میچ 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 دادن 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 هستند و از آمیختن آن ها با یکدیگر هیجان های متنوع بیشتری مانند تعجب آمیخته با ترس یا شادی توأم با غم ایجاد می شود.

تحقیقات نشان می دهد که بین حالات چهره و تجارب هیجانی و واکنش های فیزیولوژیکی ارتباط قوی وجود دارد. اگر چه حالات چهره بهترین بازگو کننده احساس افکار درونی فرد می باشد ولی 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 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 مردم واکنش نشان می دهد.

صدا

تن صدا و طول کلام دو جنبه غیر کلامی گفتار هستند که پیام هایی را به شنونده منتقل می کند. سرعت، قدرت، طنین، مکث و شدت صدا هر کدام معنایی خاص دارند 38% از اولین برداشت شنوندگان از ما بر اساس صدای ماست. معمولاً سرعت کم و تغییر جزئی زیر و بمی نشان دهنده هیجان های منفی و ناخوشایند مانند غم، خشم، ملال، انزجار و ترس است. سرعت بسیار و تغییرات زیاد زیر و بمی، علامت هیجان های مثبت مانند تعجب یا خوشایندی فعالیت می باشد . ظرفیت انتقالی صدا خیلی بیش از آنچه که می پنداریم است. ما از تن صدای افرادی که از پشت تلفن می شنویم، در همان چند لحظه اول، می توانیم مسائل زیادی را استخراج کنیم .

به افرادی که خوب آنها را می شناسید، تلفن زده، به طرز آلو گفتن آنها توجه کنید . به احتمال قوی، با شنیدن همان یک می توانید حالت های آنها را حدس بزنید.

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

زمان و فضا:

خود به سه قسمت تقسیم می شود 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 می کنند.

محیط : محیط فیزیکی که در آن ارتباط رخ می دهد مانند نحوه چیدن وسایل و لوازم در محیط باعث انتقال پیام می شود.
فاصله : فاصله ای که افراد بین خود و گیرنده پیام ایجاد می کنند انتقال دهنده پیام است . ادوارد هال در سال ۱۹۵۹ تحقیقات خود را در این زمینه منتشر کرد و تنوع زیادی در فرهنگ های مختلف مشاهده کرد مثلا عرب ها در هنگام مکالمه نزدیک به یکدیگر قرار می گیرند ، آمریکایی ها فاصله ای در حدود ۲۵ تا ۵۰ سانتی متر را ترجیح می دهند و ...

تفاوت ارتباط کلامی و غیر کلامی

تفاوت ارتباط کلامی و غیر کلامی

- 1) ارتباط غیر کلامی مداوم و پیوسته است زیرا ما به صورت مداوم صحبت نمی کنیم، اما از طریق ارتباط غیر کلامی به صور مختلف ارتباط برقرار می کنیم.
 - 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 می شود.
 - 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 می باشد 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) علاقه ای صادقانه و صمیمی از خود نشان دهید.
 - 4) از دیگران تعریف و تمجید کنید.
 - 5) مراقب حرف هایتان باشید.
 - 6) قدر دانی کنید.
 - 7) با ملاحظه باشید.
 - 8) از خود گذشتگی کنید.
 - 9) متواضع باشید.
 - 10) به حفظ آبروی دیگران کمک کنید.

آداب معاشرت حرفه ای در کادر سلامت

آداب معاشرت حرفه ای در کادر سلامت:

مهارت تشکر کردن

مهارت گفتن لطفاً

مهارت گفتن خواهش می کنم

مهارت گفتن معذرت می خواهم

مهارت سلام کردن

مهارت دست دادن

مهارت لبخند زدن

بوی خوش دهان(مسواک زدن و خوشبو کننده های دهان)

عدم بوی ناخوشایند بدن

نظام ارتباطات همچون سلسهٔ اعصاب تار و پودهای سازمان را به هم پیوند می دهد . بهینه بودن آن در سازمان وامور حرفه ای بسیار مهم است. اگر ارتباطات صحیحی برقرار نباشد ، گردش امور مختل می شود .

روشهای ارتباط پزشکی با بیمار

پزشکان با ادای یک سوگند، متعهد می شوند به نجات زندگی ها بپردازند و در اوج رضایت از زمانی که پشت سر گذاشته اند، امیدوار به آینده ای پرثمر، بر منصب طبابت می نشینند. اکنون بعنوان یک متخصص مغز و اعصاب ، قلب ، ریه و یا هر تخصص دیگر به یکی از ارزشمندترین حرفه های بشری مشغولند. حرفه ای که رسالت "درمان" را بر دوش دارد. به سبب این شغل ، در طول روز با افراد زیادی از گروه های مختلف جنسی، اجتماعی و سنی مواجه می شوند. این افراد گرچه باهم فرق دارند اما پزشک همه را با یک نام مشترک یعنی بیمار می شناسد و بیمار می داند که می تواند به او اعتماد کند و مشکل خود را با وی در میان گذارد . به دلیل همین اعتماد، بیمار، تصمیم گیری درباره سلامت خود را به پزشک می سپارد.

قابلیت و توانایی علمی پزشک از مهم ترین دلائل این اعتماد است. اما آنچه بیمار بدان نیاز دارد تنها تجربه و مهارت علمی پزشک نیست بلکه او طبیبی را برای درمان دردش می جوید و طبیب، پزشکی است که درمان را با حس همدلی و محبت نسبت به بیمار خود همراه می سازد. این شفقتی است که طبابت را زینت می بخشد و تأثیر شگفتی در جلب اعتماد بیمار به طبیب و روند درمان دارد.

با ظهور علم و تکنولوژی، جنبه های میان فردی مراقبت از بیمار تحت الشعاع قرار گرفت اما امروزه نگاه اجتماعی به علم پزشکی مجدداً رواج یافته است. بطور کلی ارتباط بین پزشک و بیمار دو بعد ابزاری و بیانی دارد. جنبه ابزاری پزشکی مستلزم مهارت پزشک در استفاده از تکنیکهای درمانی ، انجام تستهای تشخیصی ، معاینات بدنی است و بعد بیانی آن منعکس کننده هنر طبابت است که شامل برقراری ارتباط صمیمی و گرم با بیمار و احساس همدلی با اوست

روش های ارتباط پزشک با بیمار

روش های ارتباط پزشک با بیمار:

*مدل فعال – نافعال

برخی معتقدند تمایز قدرت بین پزشک و بیمار برای تداوم دوره درمانی مؤثر لازم است. بیمار برای درمان خود اطلاعاتی را بدست می آورد و طلب کمک می کند. پزشک هم یک سری دستورالعمل ها را توصیه می کند و بیمار ناگزیر باید بپذیرد. این مدل شاید در موارد فوریت های پزشکی مؤثر باشد اما در مورد بیماری های مزمن محبوبیت خود را از دست داده است. در این روش پزشک درمان بیماری را بر عهده می گیرد، اما بیمار هیچ اراده و کنترلی در روند درمان ندارد.

*مدل هدایت – همکاری

این روش معمول ترین راه درمانی است که در آن پزشک درمان را توصیه نموده و بیمار همکاری می کند. روش فوق با این ایده که "دکتر بهتر می داند" تطابق دارد که در آن پزشک دخالت دیکتاتور مآبانه ای ندارد بلکه مسئول است تا بهترین درمان را بیابد. بیمار هم اجازه دخالت چندانی نداشته و موظف است با پزشک همکاری کند.

*مدل مشارکت دو طرفه

در مدل سوم پزشک و بیمار هر دو مسئولیت تصمیم گیری و برنامه ریزی دوره درمان را بر عهده دارند. هر دو طرف به نظر یکدیگر احترام می گذارند. برخی می گویند این مناسب ترین راه درمان بیماری های مزمن است که در آن پزشک و بیمار ارتباط پیوسته و مفیدی باهم دارند تا کفایت درمان را بررسی کنند.

خصوصیات یک پزشک خوب:

-متوجه نیاز بیمار، توانا، همراه، مشاور، صمیمی و اطمینان دهنده

-متعادل، با ایمان، با شهامت و شجاع

-با توجه، با قابلیت، دلسوز، خلاق، دارای مهارت های ارتباطی قوی

-خونسرد، تسلی دهنده، مدارا کننده، با وجدان و وظیفه شناس، همراه و صاحب کمال و معرفت

-کاوشگر، دارای توانایی مباحثه و مناظره، قاطع، حساس و دقیق

-پیرو اصول اخلاقی، دارای حس یکدلی، کارآمد، بردبار، مشتاق و پرانرژی

-دارای رفتار دوستانه، باوفا نسبت به بیمار، انعطاف پذیر

-انسانی صادق، خوش اخلاق، نوع دوست، فروتن، با وقار و امیدوار

-روشنفکر، محقق، منصف، دارای اطلاعات مفید

-دارای قضاوت عادلانه و عادلانه، خوش برخورد

-مطلع و مهربان

-آماده یادگیری، شنونده خوب و وظیفه شناس

-سخاوتمند، پذیرای افکار نو، خوش بین و هوشیار

-صبور و با گذشت

-واقع بین ، عاری از خود پرستی و عجب و ... است .

شاید شناخت همه ویژگیهای پزشک خوب دشوار باشد و حتی با اطلاع از این شرایط ، ممکن است موارد دیگری در زمینه درمان برخی بیماران باشد که وی باید از آن آگاهی یابد. آنچه یک پزشک را به طبیبی حاذق تبدیل می کند همراهی علم پزشکی با هنر طبابت است. این دو متضاد هم نیستند بلکه کامل کننده یکدیگرند .
و حرف آخر اینکه: پزشکان متعهد ، علم را به زیور حکمت می آریند ، شفقت را با جدیت همراه می سازند ، انصاف را زینت بخش رفتارشان نموده و آنگاه طبابت می کنند

احادیثی در مورد اخلاق

احادیثی در مورد اخلاق

پیامبر اکرم (ص): محبوب ترین شما در نزد خدا، خوش اخلاق ترین شماست. (مستدرک الوسائل و مستنبط المسایل ج ۹ ، ص ۱۵ ، ح ۱۰۵۲۱)

امام صادق (ع): آیا به شما بگویم که مکارم اخلاق چیست؟ گذشت کردن از مردم، کمک مالی به برادر (دینی) خود و بسیار به یاد خدا بودن. (معانی الاخبار، ص ۱۹۱، ح ۲)

امام علی (ع): بالاترین درجه دانایی، تشخیص اخلاق از یکدیگر و آشکار کردن اخلاق پسندیده و سرکوب اخلاق ناپسند است. (تصنیف غررالحکم و دررالکلم ص ۶۳، ح ۷۵۹)

امام صادق (ع): انسان خوش اخلاق، از دوستی مردمان خوب برخوردار است و از تعرض آدم های نابکار در امان است . (مستدرک الوسائل و مستنبط المسایل ج ۸، ص ۴۴۹، ح ۹۹۶۶)

امام علی (ع): گنج های روزی در وسعت اخلاق نهفته است. (تحف العقول ص ۹۸، کافی ج ۸ - ص ۲۳)

امام علی (ع): هر کس بد اخلاق باشد، روزی اش تنگ می شود. (غررالحکم ح ۸۰۲۳)

جایزه «ابن سینا برای اخلاق در علم» را بیشتر بشناسیم !

جایزه ابن سینا به پیشنهاد جمهوری اسلامی ایران در سال ۲۰۰۲ توسط یونسکو برای گرامیداشت پژوهش و خدمات افراد و گروه هایی تأسیس شد که در زمینه اخلاق در علم فعالیت دارند .

این جایزه که هر دو سال یک بار اعطا می شود، به طور عملی از سال ۲۰۰۳، با همکاری سازمان تربیتی، علمی و فرهنگی و آموزشی ملل متحد «یونسکو»، آغاز شده است .

هدف از اعطای این جایزه نمایش اهمیت اخلاق در علم، ژرف اندیشی درباره این مسئله و جلب توجه محافل علمی، دانشمندان و افکار عمومی نسبت به آن است. این جایزه به ویژه برای بزرگداشت دانشمندان جوان، کمک به شناسایی ایشان و طرح این اشخاص در سطح بین المللی تقدیم می شود. برنده توسط مدیر کل یونسکو بر اساس پیشنهادهای یک هیأت داور بین المللی انتخاب می شود .

اخلاق در علم و فناوری یکی از اولویتهای یونسکو است. یکی از اهداف راهبردی یونسکو «ارتقای اصول و معیارهای اخلاقی برای هدایت پیشرفت علمی و دگرگونی اجتماعی»، مطابق با استراتژی میان مدت 2007 و ۲۰۰۲ است.