

SERVMED

Humanistyczno- Społeczne Podstawy Specjalizacji

KOMUNIKOWANIE INTERPERSONALNE

Wawro Teresa
Poznań, 2020



Komunikowanie interpersonalne

Podejmowana w określonym kontekście, wymiana werbalnych, wokalnych i niewerbalnych sygnałów /symboli/, w celu osiągnięcia lepszego poziomu współdziałania. /Z. Nęcki /

Ta wymiana symboli wymaga istnienia wspólnego kodu, znanego wszystkim uczestnikom sytuacji komunikacyjnej.

Rozmowa z chorym- jako komunikacja interpersonalna.

To jedno z najtrudniejszych zadań przed którym stoją lekarze, pielęgniarki, pozostali personel, rodziny, opiekunowie chorych.

Komunikowanie interpersonalne to jedna z podstawowych **potrzeb człowieka**.

Zaspokajanie jej wymaga nieustannego doskonalenia swoich kompetencji.

Komunikowanie interpersonalne – to wymiana informacji, oznacza porozumiewanie się ludzi.

Zjawisko zachodzi między dwiema lub większą liczbą osób i prowadzi do konkretnego celu.

Każde zachowanie człowieka jest komunikatem.

Komunikacja interpersonalna jest psychologicznym procesem, dzięki któremu jednostka przekazuje i otrzymuje informacje podczas kontaktów z innymi.

Mową, mimiką, pantomimiką i intonacją głosu, przekazujemy sobie określone informacje.

/Model Shannon i Weaver /

Humanistyczno- Społeczne Podstawy Specjalizacji

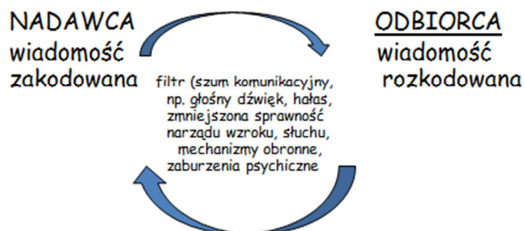
II. Proces komunikowania się

Elementy procesu komunikowania

Proces komunikowania obejmuje:

1. **Uczestników**
2. **Komunikat**
3. **Kanał**
4. **Kontekst**
5. **Szумы**
6. **Sprzężenie zwrotne /feedback /**

SCHEMAT KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ



Ważny jest kontekst sytuacyjny → środowisko, w którym dokonuje się proces przekazu.

Szумы komunikacyjne /zakłócenia w przekazie/odbiore informacji:

Fizyczne: hałas, duża odległość, złe warunki termiczne,

Psychologiczne: zmęczenie, zaburzenia koncentracji uwagi, mechanizmy obronne,

Inne: filtrowanie, stereotypy, stan zdrowia (zmniejszona sprawność myślowa, zaburzenia psychiczne).

Korekta szumu komunikacyjnego poprzez:

Użycie więcej niż 1 kanału,

Powtarzanie słów, więcej niż 1x

•H.Sęk Społ. Psych. Kliniczna, PWN, W-wa, 1991

Sprzężenie zwrotne - reakcja odbiorcy na komunikat po jego odkodowaniu.

Informuje nas, czy przekaz został usłyszany, zobaczony i zrozumiany.

Powoduje, że proces komunikowania ma charakter transakcyjny. Występują różne typy sprzężenia zwrotnego.

W przypadku komunikowania bezpośredniego jest to sprzężenie bezpośrednie – natychmiastowe.

Natomiast w komunikowaniu pośrednim występuje sprzężenie pośrednie – opóźnione.

Poziomy komunikowania interpersonalnego:

1. **Fatyczny** (gr. phatós „powiedziany”) - swobodna rozmowa prowadzona z reguły na nieistotne tematy przez osoby słabo się znające i nie mające intencji wywierania jakiegokolwiek wpływu.

2. **Instrumentalny** - uczestnicy są zainteresowani osiągnięciem porozumienia w określonej sprawie, nawet, gdy ich poglądy, postawy różnią się zasadniczo. Intencją jednej ze stron bądź obu jest modyfikacja zachowań lub postaw interlokutora.

3. **Afektywny** - strony komunikujące się uwewnętrzniają swoje emocje, postawy, wartości i są głęboko zaangażowane w proces komunikowania. Celem jest wzajemne poznanie się i zrozumienie.

KIERUNKI KOMUNIKACJI:

1. Komunikowanie jednostronne /jednokierunkowe
2. Komunikowanie dwustronne / dwukierunkowe
3. Komunikowanie bezpośrednie i pośrednie
4. Komunikowanie symetryczne i niesymetryczne
5. Komunikowanie formalne i nieformalne

1. KOMUNIKOWANIE JEDNOKIERUNKOWE

NADAWCA → ODBIORCA

Przekaz informacji dla drugiej osoby, dokonuje się tylko w jedną stronę, **nie ma sprzężenia zwrotnego**.

Przykłady:

wykład, przemówienie. komenda, nakaz, polecenie, rozkaz.

Jest praktyczna, szybka i skuteczna.

Jednak:

brak nam kontroli nad rozumieniem przekazu

2. KOMUNIKOWANIE DWUKIERUNKOWE



Komunikacja dwukierunkowa: przepływ informacji od nadawcy do odbiorcy, a poprzez sprzężenie zwrotne: od odbiorcy do nadawcy. Reakcja odbiorcy jest opóźniona w czasie.

Przykłady:

DIALOG lub dyskusja.

Zapewnia: współuczestnictwo, motywuje, usprawnia porozumienie.

Wymaga: czasu, cierpliwości, jasnego określania celów.

Humanistyczno- Społeczne Podstawy Specjalizacji

SYGNAŁY KOMUNIKACYJNE

Werbalne i Niewerbalne.

1. SYGNAŁY WERBALNE / KOMUNIKACJA WERBALNA

- Język - wyraża myśli, uczucia... pod warunkiem, że dźwięki i symbole są zrozumiałe dla uczestników komunikacji, pomaga udzielać informacji, szukać jej lub unikać.

Język bywa jednoznaczny lub dwuznaczny, pozwala ujawniać emocje lub ukrywać je.

- Język wpływa na relacje ludzkie, bywa przyczyną werbalnego nieporozumienia wynikającego z nierozumienia tego komunikatu.

- Dobór słów jest tak ważny jak, przekazywana za ich pomocą treść.

Dwie formy komunikowania werbalnego:

Ustna:

- stwarza większe możliwości ekspresji uczuć i myśli; tu proces przekazu zostaje wzmocniony przez środki komunikowania niewerbalnego.

Komunikowanie ustne stwarza dogodniejsze warunki do nawiązania kontaktów komunikacyjnych na poziomie **fatycznym**;

jest także bardziej skuteczne na poziomie instrumentalnym i afektywnym.

Pisana –

często ma charakter formalny niż nieformalny, stosowana na wszystkich poziomach komunikowania.

W komunikowaniu interpersonalnym ma charakter listu klasycznego, e-mailowego lub faksu.

W komunikowaniu instytucjonalnym, politycznym i publicznym na poziomie masowym odbywa się za pomocą mediów drukowanych i Internetu.

Zaletą formy komunikowania pisanego - jest trwałość i możliwość przygotowania.

Wada- formalny charakter pozbawiony szybkiego i bezpośredniego sprzężenia zwrotnego.

B. Dobek-Ostowska, Podstawy komunikowania społecznego, Wyd. Astrum, Wrocław, 1999

J. Stewart, C. Logan, Komunikowanie się werbalne w: J. Stewart (red.), Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi, Warszawa 2000, ss. 80-82.

2. SYGNAŁY NIEWERBALNE / KOMUNIKOWANIE NIEWERBALNE

- Wielokanałowy spontaniczny proces, zawierający zachowanie bezsłowne /często bez naszej świadomości /.

- Komunikowanie niewerbalne odbywa się wieloma kanałami i angażuje **wszystkie zmysły**;

komunikowanie werbalne odnosi się wyłącznie do **słuchu i wzroku**.

- Komunikowanie niewerbalne daje wgląd w stany emocjonalne ludzi w przeciwieństwie do słów, które niekiedy usiłują je ukryć. Nadawane i odbierane najczęściej na poziomie nieświadomym, mogą jednak być nadawane i odbierane świadomie / gesty, wyrazy mimiczne/.

Porozumiewanie się ludzi nie może być albo werbalne albo niewerbalne - nie sposób je oddzielić od siebie.

WERBALNE I NIEWERBALNE ELEMENTY KOMUNIKACJI SĄ CAŁKOWICIE WSPÓLZALEŻNE OZNACZA, ŻE ODDZIAŁUJĄ NA SIEBIE NAWZAJEM.

Pracownicy służby zdrowia, powinni mieć świadomość, że kanał niewerbalny, będąc trudniejszym do kontroli wolicjonalnej, pozwala na ekspresję emocji, uczuć, reguluje interakcję, podtrzymuje ją a także zatwierdza przekaz werbalny.

BRAK SPÓJNOŚCI KOMUNIKATU WERBALNEGO I NIEWERBALNEGO, ZWIĘKSZA WIARYGODNOŚĆ KOMUNIKATU NIEWERBALNEGO.

Komunikacja niewerbalna –nie zawiera gestów, które zawierają słowa, takich jak język migowy, ani słów pisanych lub przekazywanych elektronicznie.

Komunikacja niewerbalna dotyczy: wyglądu fizycznego, ruchów ciała, gestów, wyrazu twarzy, ruchów oczu, dotyku, głosu, sposobu wykorzystywania czasu czy miejsca w komunikowaniu się.

♦ Stewart, J.: Mosty zamiast murów. 2002

KANAŁY KOMUNIKACJI NIEWERBALNEJ:

1. Mimika
2. Gestykulacja
3. Postawa ciała
4. Spójrzanie
5. Zapach
6. Ubiór
7. Wygląd
8. Dystans rozmówcy

Mowa ciała w 55% decyduje o wartości informacji.

Humanistyczno- Społeczne Podstawy Specjalizacji

4. Cele i zasady skutecznego porozumiewania się w pielęgniarstwie.

CECHY DOBREGO SŁUCHACZA / CHARLES KELLY /

- ✓ Silna motywacja do słuchania
- ✓ Zdolność pełnego odbioru i możliwie trafnej interpretacji
- ✓ Brak stereotypowych nastawień i poczucia wszechwiedzy
- ✓ Koncentracja na sensie, a nie na formie komunikatu
- ✓ Odróżnienie obserwacji od wnioskowania
- ✓ Postawa otwarta i życzliwa wobec nadawcy/ gest/
- ✓ Trafna selekcja głównych punktów wypowiedzi
- ✓ Tworzenie atmosfery sprzyjającej wypowiedziom
- ✓ Reagowanie na treści wypowiedzi i na kryjące się w niej uczucia.

Przydatne dla dobrego kontaktu między rozmówcami.

REGUŁY INTERPERSONALNE / Leech/

1. **Zasada grzeczności** – wymaga od rozmówcy zachowania taktownego. Należy przestrzegać zasad kultury, okazywać uprzejmość wobec rozmówcy. Wiele rozmów przebiega w atmosferze zdenerwowania i obu stronom zdarza się zapominać o zachowaniu taktu; brak kultury ze strony rozmówcy nie zwalnia nas z przestrzegania zasady grzeczności.
2. **Zasada aprobaty** – należy okazywać rozmówcy szacunek i uznanie.
3. **Zasada skromności** - wymaga, by nie przechwalać się zbyt swoimi sukcesami.
4. **Zasada kooperacji** - nakłada obowiązek budowania miłej atmosfery. Kooperacja polega na łagodzeniu napięć, wyjaśnianiu swoich wypowiedzi i pytaniu rozmówcy o zdanie.
5. **Zasada ciekawości**. polega na pokazaniu, że poruszana kwestia naprawdę nas interesuje.
6. **Zasada zgodności** pozwala wyrazić chęć dążenia do zgody.

II. REGUŁY TEKSTOWE

Dotyczą poprawnego organizowania wypowiedzi:

1. Reguła zrozumiałości i poprawności gramatycznej.
2. Reguła spójności - należy się dbać o utrzymanie tematu, bez przeskakiwania z tematu na temat.
3. Reguła ekonomiczności- należy unikać wypowiedzi rozwlekłych lub niezrozumiałych.
4. Reguła ekspresyjności - należy mówić żywo i z uczuciem.

Zasada Polyanny - unikanie (jeśli to możliwe) podejmowania tematów przykrych dla rozmówcy, takich, które mogą spowodować nieprzyjemne skojarzenia, smutek.

Humanistyczno- Społeczne Podstawy Specjalizacji

STYLE KOMUNIKOWANIA INTERPERSONALNEGO

1. Styl Partnerski / symetryczny /

Pełna komunikacja, pielęgniarka jest świadoma swoich możliwości. W rozmowie z pacjentem, liczy się z jego zdaniem, jednocześnie rozważa profesjonalne podejście do problemu. Nie narzuca swego zdania. Język dostosowany jest do możliwości rozmówcy. Stosuje informację zwrotną.

Pacjent jest traktowany podmiotowo- akceptuje jego prawo do podejmowania decyzji.

Nie ma tu prób wywierania nacisku.

Proces leczenia jest otwarty na zgłaszane przez pacjentów potrzeby.

Komunikacja na linii lekarz – **pacjent jest dwukierunkowa.**

Pacjent jest traktowany indywidualnie, postrzegany jako dynamiczna całość.

2. Styl Niepartnerski /niesymetryczny/

Allocentryczny - nadawca koncentruje się wyłącznie na potrzebach innych ludzi, relacji z innymi.

- Pielęgniarka stara się spełniać oczekiwania innych (przełożonych lekarzy, pacjentów), wysłuchuje problemów pacjenta, bywa niecierpliwa, gdy nie ma już dla niego czasu, jednak nie ma odwagi, by przerwać tę relację.

- Pomaga im za cenę czasu na inne czynności

Egocentryczny- nadawca nie słucha odbiorców, nie daje im głosu, formułuje nakazy, polecenia.

- Koncentruje się na własnej osobie, nawet jeśli dostrzeża w procesie komunikacji punkt widzenia partnera, nie stara się to uwzględnić.

- Ma tendencję do przypisywania sobie pozycji wyższej niż współpartnerowi relacji

- Może chcieć pacjenta podporządkować sobie, niekiedy w imię wyższej sprawy, choćby obowiązującego regulaminu!!

W zarządzaniu pracą np. pielęgniarek – egocentryczny styl komunikowania się, może sprzyjać stosowaniu przemocy, rozpoczynając od subtelności typu: celowe nieodwzajemnianie pozdrowień aż do agresji słownej- często wyrażanej wprost.

Każdy z przedstawionych modeli ma swoje wady i zalety.

Humanistyczno- Społeczne Podstawy Specjalizacji

Czynniki zakłócające proces komunikowania się

Werbalne i niewerbalne bariery komunikacyjne

Werbalne bariery komunikacji:

1. Krytykowanie, ocenianie- pielęgniarka wypowiada sądy wartościujące wobec pacjenta
2. Orzekanie – to wypowiedź pielęgniarki, orzekającej w roli eksperta w sprawach pacjenta
3. Rozkazywanie, nakazywanie – jest decydowaniem za „innych”
4. Groźenie- to wypowiedź pielęgniarki zapowiadającej „sankcje”
5. Moralizowanie- wypowiedź pielęgniarki zawierająca odwołanie się do jakiejś, ważnej wg pacjenta wartości
6. Nadmierne wypytywanie – polega na zadawaniu szeregu pytań
7. Doradzanie – proponowanie pacjentowi gotowych rozwiązań
8. Zmiana tematu
9. Logiczne argumentowanie –
10. Pocieszenie – dla ukojenia, dodania otuchy
11. Wymrożenie – np. rozmowa dwóch pielęgniarek, wchodzi pacjent a panie
12. Zawieszają głos i zapada cisza.

Niewerbalne bariery komunikacji interpersonalnej

1. Zachowanie człowieka, sposób wykorzystania przestrzeni, uniemożliwiające porozumiewanie się
2. Postawa zamknięta, brak kontaktu wzrokowego, milczenie, (jako niechęć porozumiewania się), zachowania niestosowne, wykraczające poza normy kulturowe
3. Biały fartuch lekarza psychiatry, biurko lub stół w gabinecie psychoterapeuty, maska chirurgiczna, gumowe rękawiczki noszone poza salą operacyjną, niezmienny / taki sam/ strój pielęgniarki pediatrycznej – zabiegowej i taki sam potem opiekującej się dzieckiem.
4. Barierą u pacjenta jest odsłanianie ciała, okolic intymnych, obecność osób trzecich podczas badania, obchód lekarski, zbieranie wywiadu przez studentów i sporządzanie wtedy notatek.

CZYNNIKI ZAKŁÓCAJĄCE PROCES KOMUNIKOWANIA SIĘ:

PRZENIESIENIE -złudzenie emocjonalne, uaktywniające dawne uczucia pacjenta do innych osób z przeszłości, a teraz wyrażane wobec np. pielęgniarki.

PRZECIWPZENIESIENIE -zakłócenie komunikacyjne występujące po stronie pielęgniarki – rzutowanie na pacjenta uczuć, którymi w przeszłości darzyła znaczącą osobę.

UROJENIA INTERPRETACYJNE:

Paranoiczne – usystematyzowane, tworzące zwartą konstrukcję myślową; są one teoretycznie "możliwe do zaistnienia" tzn. dotyczą sytuacji która **może** zaistnieć, /nieuwiaryczność małżeńskiej, prześladowań, podsłuchu i podobnych/;

Paranoidalne – nieusystematyzowane, wielowątkowe; **jak czytanie w myślach**, nasyłania myśli itp.

Złudzenie (iluzje) – zniekształcona interpretacja istniejących bodźców zewnętrznych; występują one również u ludzi zdrowych i nie są objawem psychopatologicznym. Główną przyczyną iluzji jest pobudzenie emocjonalne oraz niedostateczna uwaga.

Nastawienie ksojne – utrudnia porozumiewanie się ludzi, przekonanie, że inni ludzie wymieniając się spojrzeniami, niewinnymi uwagami, odnoszą to do nas i coś o nas wiedzą.

Destrukcyjne przekonania – uzyskane informacje utwierdzają w błędnym przekonaniu o pewnych sytuacjach.

[http:// bonavita.pl/slowa-maja-moc-destrukcyjne –przekonania- w- naszym -zyciu](http://bonavita.pl/slowa-maja-moc-destrukcyjne--przekonania-w-naszym-zyciu)

Złożona równoważność – wstawianie znaku równości między poszczególnymi określeniami, oparta na wadliwym założeniu, że to co widzę / słyszę dokładnie oznacza, że...

Niespójność komunikatu - polega na tym, że rozmówca co innego mówi werbalnie, a co innego przekazuje niewerbalnie, może to wywołać dezorientację i zdenerwowanie

Wadliwa konstrukcja semantyczna – błędne przekonanie, że inni ludzie mogą wywoływać w podmiocie określone uczucia.

Nominalizacje – forma polegająca na przekształcaniu czasownika w rzeczownik

Żargon zawodowy – specyficzne dla danej grupy profesjonalistów, słownictwo stosowane do szybkiej wymiany informacji

Czytanie w myślach – założenie, że możliwe jest poznanie myśli i uczucia drugiej osoby, nie słuchając jej wypowiedzi..

Zbyt częste zadawanie pytania „dlaczego?” – zakłócenie komunikacyjne, zmuszające pacjenta do tłumaczenia się z przeszłości; zamiast pytać „dlaczego”, lepiej pytać: co? jak?

Humanistyczno- Społeczne Podstawy Specjalizacji

TEORETYCZNA KOMUNIKACJA TERAPEUTYCZNA:

Podejście do pacjenta, sposób komunikowania się, w którym na drodze psychologicznej, wspomaga się stosowane metody leczenia i pielęgnacji.

Nie odnosi się do psychoterapii, która jest samodzielną, specjalistyczną metodą leczenia, wykorzystującą środki psychologiczne.

Komunikacja terapeutyczna określana jako psychoterapia przy łóżku chorego czy psychoterapia wspierająca w celu:

- łagodzenia emocjonalnego skutków choroby
- wsparcia psychicznego w chorobie
- nawiązania dobrej współpracy z pacjentem, przeciwdziałania jatrogenii.

M Motyka, Komunikacja terapeutyczna, w: Komunikacja interpersonalna w pielęgniarstwie, A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kulak, W. Pank PZWL, Lublin 2003

Komunikacja terapeutyczna

łączy się ze wsparciem, okazywanym pacjentowi werbalnie i niewerbalnie.

Komunikacja terapeutyczna będzie skuteczniejsza, im lepiej dostosuje się do konkretnej sytuacji chorego oraz indywidualnych jego problemów.

KOMUNIKACJA TERAPEUTYCZNA może być utożsamiana z pojęciem psychoterapii elementarnej, rozumianej jako korzystne dla leczenia, podejście do pacjenta, ale **wyraźnie odróżnianej od psychoterapii specjalistycznej, rozumianej jako metoda leczenia.**

Komunikację terapeutyczną można określić jako:

- Terapię podtrzymującą
- Terapię wspierającą
- Terapię ekspresyjną

TAKIE DZIAŁANIA MOŻE PODEJMOWAĆ PIELĘGNIARKA.

Podstawowe cele komunikacji terapeutycznej:

- Aspekt emocjonalny**- dostarczenie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa, dla otwarcia się przed pielęgniarką i „wyrzucenia „ swoich kłopotów. Ma też być dowartościowaniem i psychicznym wzmocnieniem, powstaniem przekonania, że choroba nie obniża zainteresowania nim jako pacjentem.
- Aspekt zadaniowy**- ma utrzymać pożądany kierunek kontaktu z pacjentem (utrzymać w płaszczyźnie zawodowej, ale nie utrzymywać sztucznego dystansu, jednak ten nieformalny kontakt musi być podporządkowany profesjonalnemu celowi).

Cechy relacji terapeutycznej :

Po stronie terapeuty:

szacunek dla pacjenta, zainteresowanie nim, emocjonalne ciepło, uważne słuchanie.

Po stronie pacjenta:

zaufanie do terapeuty, współpracę w terapii, rozumienie celu leczenia, motywację do wyleczenia.

Własna osobowość i dojrzałość emocjonalna współtworzą relację terapeutyczną.

Humanistyczno- Społeczne Podstawy Specjalizacji

Komunikacja terapeutyczna.

Ważne umiejętności interpersonalne:

Empatia lekarza, pielęgniarki - pozwala lepiej zrozumieć pacjenta i emocjonalne źródła pozornie niezrozumiałych i irracjonalnego zachowania chorego.

Empatia przekonuje pacjenta, że ma do czynienia z osobą kompetentną i wrażliwą. W wypowiedzi można zastosować tryb warunkowy, zachęcić do oceny przedstawionej propozycji („ Czy mógłby pan zaakceptować następujące postępowanie”).

Akceptacja – łączy się z troską i szacunkiem. Pozwala przyjąć drugiego człowieka, takim jaki jest, bez dodatkowych wymagań i warunków.

Życzliwość i ciepło to jej naturalny wyraz.

Asertywność – jako postawa, to przede wszystkim taki stosunek emocjonalny do siebie i innych, który stawia własną osobę oraz osobę partnera interakcji – pacjenta, na jednej płaszczyźnie; akceptację i szacunek dla siebie, godzi się z akceptacją i szacunkiem dla siebie.

Autentyczność – naturalność, otwartość pielęgniarki, swobodne wyrażanie uczuć. Autentyczność budzi zaufanie. Trzeba wybrać to, o czym można z pacjentem rozmawiać swobodnie.

1. Empatia terapeuty

to umiejętność wczuwania się w stan wewnętrzny drugiej osoby.

Empatia to współodczuwanie a nie współczucie.

Empatia jest składnikiem relacji terapeutycznej.

Cel:

- wzbudzenie u pacjenta przekonania, że on sam i jego problemy są rozumiane przez terapeutę,
- dają poczucie bliskości oraz możliwość „podzielenia się „ z kimś swoimi kłopotami i zmartwieniami,
- багаż jego zmartwień będzie lżejszy.
- Empatia oznacza umiejętność, niejako wejścia w „buty” pacjenta.

2. Akceptacja

- łączy się z troską i szacunkiem wobec pacjenta,
- akceptacja pacjenta - tolerancja bez oceny „dobrze” lub „źle”
 - tendencja do określenia przyczyn i zrozumienia zachowania pacjenta
 - zapewnienie warunków bezpiecznych i wzrost poczucia własnej wartości i obniżenie poziomu lęku
 - opiera się na wewnętrznym przekonaniu o godności i wartości osobistej o prawie do podejmowania własnych decyzji oraz odpowiedzialności za nie
 - akceptacja człowieka, bez dodatkowych wymagań i warunków.
 - akceptacja jako okazywana życzliwość dla pacjenta i zdolności akceptacji przejawianych przez niego uczuć.

3. Autentyczność – naturalność, otwartość, zachowanie dotyczące swobody wyrażania uczuć, myśli.

- szczerość, bez obłudy, zaufanie;
- spójność wewnętrzna naszych myśli i działań; wyraz twarzy i postawa powinna być spójne z tym co myślisz i mówisz (kongruencja)
- pacjent dostrzega nieszczerść w relacji
- bycie sobą, nie powoduje braku kontroli nad swoimi uczuciami czy postępowaniem
- pielęgniarka reaguje na indywidualne problemy pacjenta, pozostając w swojej roli zawodowej.

Relacja terapeutyczna jest relacją profesjonalną, jednak nakierowaną na terapeutyczny cel.

4. Asertywność

bezpośrednie, szczere, łagodne, lecz stanowcze wyrażenie wobec innej osoby, własnych uczuć, postaw, opinii i pragnień, w sposób respektujący jej uczucia, postawy i prawa.

Asertywność

to nie uległość, w której nie szanujemy siebie, kosztem potrzeb czy życzeń innych osób; to również nie jest agresja.

Osoby asertywne:

- efektywnie pełnią role zawodowe,
- konstruktywnie rozwiązują konflikty interpersonalne,
- dobrze radzą sobie w konfliktach społecznych.

ROZWINIĘCIE POSTAWY AKCEPTACJI ORAZ EMPATII:

METODA AKTYWNEGO SŁUCHANIA.

1. Parafrazowanie – powtarzanie własnymi słowami wypowiedzi pacjenta, nie stosuje się komentarzy: "rozumiem, że ..", "innymi słowy.." **Należy odróżnić parafrazę od interpretacji**, która jest już domysłem, wnioskiem, uogólnieniem.

Interpretacja zaczyna się od słów: To znaczy, że ty jesteś, chcesz, powinieneś... Mija się z istotą przekazu, jest zbyt ogólna.

2. Klaryfikacja – to prośba o wyjaśnienie, doprecyzowanie, gdy nie możemy zrozumieć wypowiedzi: /czy to znaczy, że.. " podaj mi przykład.."

3. Pytania -potwierdzenie odbioru informacji – pytania otwarte / zamknięte – odp. tak / nie.

4. Odzwierciedlanie – zadaniem jest uświadomienie rozmówcy jego własnych uczuć

5. Prowadzenie – świadome sterowanie rozmową w pożądanym przez nas kierunku.

6. Otwartość – jest przejawem gotowości do, zdolności do wysłuchania, rozumienia i akceptacji.

Zamknięcie - przeciwieństwo otwartości, nie nawiązywanie kontaktu z pacjentem, blokada relacji między pielęgniarką a chorym i postępowanie rutynowe, schematyczne.

Aktywne słuchanie:

- kontakt wzrokowy
- odpowiedni wyraz twarzy
- bliskość fizyczna
- postawa ciała
- ton głosu
- powstrzymywanie się od natychmiastowych wypowiedzi.

Pseudosłuchanie –

- stwarzanie wrażenia słuchania, a osoba słuchająca ma nas polubić, aby nie odrzucić,
- wyławianie jednej informacji oraz ignorowanie innych,
- „granie na zwłokę”- jako czas na przygotowanie kolejnej swojej wypowiedzi,
- słuchanie „jednym uchem” jako brak innej możliwości „wymigania” się z rozmowy.

Humanistyczno- Społeczne Podstawy Specjalizacji

Czynniki zakłócające relację terapeutyczną

1. Brak motywacji do leczenia: pacjent nie jest zainteresowany współpracą, bo nie widzi potrzeby leczenia się i wyleczenia.

2. Nieufność pacjenta: wynikająca z dawnych złych jego doświadczeń; bardzo ważne jest wytworzenie zaufania u pacjenta.

3. Agresja: zarówno słowna i fizyczna; krytyka nawet słuszna wzbudza silne emocje- wywołuje irracjonalną obronę i odwet.

4. Manipulacja ze strony pacjenta: pacjent może wykorzystać swoją chorobę do manipulowania otoczeniem, tak aby uzyskać coś czego nie odważy się wprost wyakcentować.

5. Ignorowanie ze strony personelu i pacjenta, utrudnia rozumienie uczuć, reakcji i zachowania.

6. Problemy własne personelu, pacjenta: brak umiejętności komunikowania się, brak wglądu we własne problemy i trudności.

Humanistyczno- Społeczne Podstawy Specjalizacji

Techniki terapeutyczne:

Odzwierciedlanie uczuć - polega na uświadomieniu rozmówcy jego własnych uczuć.

Klaryfikacja - prośba o rozwinięcie jakiejś myśli, która jest dla nas nie do końca jasna.
Interpretacja - doprowadza do uświadomienia, ujawnia znaczenie zjawisk psychicznych, ich źródła, historię, przyczyny.

Parafrazowanie - powtórzenie danej wypowiedzi w innej formie. Powinno się powiedzieć dokładnie to samo, co nasz rozmówca, ale własnymi słowami, nie włączając w to własnych komentarzy czy interpretacji usłyszaną wypowiedzi.

Konfrontacja - jest pierwszym krokiem w analizie poszczególnych problemów pacjenta.

Werbalizacja - w której pozwala się wypowiedzieć swoje uczucia, jakie wzbudza pacjent

Milczenie - Pacjent ma prawo odmówić rozmowy, a pielęgniarka powinna to uszanować

Informowanie- pielęgniarka udziela pacjentowi informacji, np. gdzie zgłaszać się do, pielęgniarek w potrzebie. Jest osobiście informowany o badaniach i przygotowywany do nich.

Wyjaśnianie - gdy pielęgniarka nie rozumie sensu wypowiedzi pacjenta, stara się wyjaśnić wątpliwość.

Zadawanie pytań - pytania otwarte, dają naszemu rozmówcy okazję do wypowiedzenia się na dany temat, są też formą zachęcenia do dalszej rozmowy i wyrazem naszej troski oraz zainteresowania jej problemami :

pytania zamknięte („czy to panią boli”) - ograniczają odpowiedź;

pytania otwarte („ jak się pan czuje”) dają nam więcej informacji.

Humanistyczno- Społeczne Podstawy Specjalizacji

Podstawowe czynniki terapeutyczne korzystnie wpływające na stan psychiczny i fizyczny człowieka chorego:

Motywacja do leczenia –brak jej u pacjenta zaburza dobrą relację terapeutyczną, brak współpracy a chory nie widzi potrzeby leczenia i wyleczenia się.

Poczucie wsparcia- pacjent czuje się otoczony życzliwymi, pomagającymi mu ludźmi, Poczucie rozumienia- mając rozeznanie w swojej sytuacji, jest bardziej spokojny,

Poczucie mocy osobistej-pozwala człowiekowi przetrwać trudne momenty i „być silnym” w walce z chorobą. Pomaga w tym wiedza i umiejętności radzenia sobie z chorobą.

Poczucie sensu- nadanie sensu i znaczenia wysiłkom pacjenta jest czymś co ma pozytywne znaczenie i nadaje sens życiu.

Nadzieja- to ogromna siła na chęć do życia i walki z chorobą,

Odreagowanie- może ono mieć wyraz płaczu, krzyku czy słowne nazywanie przeżytych emocji. Aktywne słuchanie przez pielęgniarkę może być tu bardzo pomocne. Pacjent pozbywa się części swoich zmartwień.

Otwartość- forma autoekspresji, daje możliwość podzielenia się swymi zmartwieniami, problemami, z uważnym i rozumiejącym słuchaczem, doznaje ulgi.

Humor – od strony emocjonalnej dotyczy uzdrawiającej siły pozytywnych emocji ale i katarctycznym działaniem śmiechu, pozwalającym bezpiecznie rozładować napięcia.

Humanistyczno- Społeczne Podstawy Specjalizacji

PATERNALISTYCZNY STYL KOMUNIKOWANIA SIĘ Z PACJENTAMI W INSTYTUCJACH OCHRONY ZDROWIA.

Hierarchiczny przepływ informacji (model piramidy), zachowania komunikacyjne lekarza, pielęgniarki, położnej, pacjenta;

wady paternalistycznego modelu komunikowania się.

I. Model paternalistyczny- ogranicza autonomię pacjenta, wyraża autorytarne podejście.

- Dominuje autorytarne podejście lekarza do pacjenta.

- Decyzje o wyborze najlepszego sposobu leczenia podejmuje lekarz, a zdanie chorego jest bardzo ograniczone lub nie ma go wcale.

- Pacjent przyjmuje postawę bierną,

- Potrzeby emocjonalne pacjenta są marginalizowane.

Lata osiemdziesiąte XX wieku stały się falą krytyki modelu paternalistycznego i zapowiedziały zmian.

- Paternalizm w medycynie podlega krytyce z powodu autorytarnego podejścia do chorego.

- Działania paternalistyczne przekreślają partnerstwo i świadome uczestnictwo pacjenta w terapii.

- Paternalizm niesie za sobą bezgraniczne podporządkowanie się decyzjom lekarzy.

- Krytyka paternalizmu została podjęta w imię obrony autonomii praw pacjenta.

o Anna Zembala , Modele komunikacyjne w relacjach lekarz- pacjent, Kraków Univ. Jagiel

Krytyka modelu paternalistycznego rozpoczęła się już w XIX w.

Pozostałościami po modelu paternalistycznym w relacji lekarz pacjent są :

- niedostateczne informowanie

- nieprzestrzeganie praw pacjenta

- wprowadzanie w błąd pacjentów

W polskim systemie opieki zdrowotnej w obszarze komunikacji lekarz-pacjent częściej występuje model paternalistyczny.

Nie przywiązuje się należytej uwagi do potrzeb emocjonalnych i psychicznych pacjenta, skupiając się na działaniach instrumentalnych, a właściwie na chorobie i jej przyczynach.

Chorych traktuje się jako przypadki medyczne, zapominając o tym ,że „**pacjent to nie jednostka chorobowa**”, ale osoba, która ma swoje uczucia i oczekuje wsparcia i zrozumienia.

Hierarchia autorytetów w kręgach medycznych

Cenimy sobie zdrowie bardzo wysoko. Lekarze posiadając dużą wiedzę i doświadczenie, mają silny wpływ na tę część naszego życia.

Wykorzystuje się to np. w reklamie, kiedy aktorzy przebrani w lekaarskie kitle, przedstawiając siebie jako lekarzy, polecają nam- niby swoim pacjentom - leki czy suplementy diety.

Każdy pracownik medyczny zna swoje miejsce w hierarchii.

Na jej szczycie zawsze jest lekarz, którego zdanie ma prawo podważyć, tylko inny lekarz o wyższej randze.

Ślepe, bezrefleksyjne posłuszeństwo personelu medycznego wobec wszystkich poleceń lekarzy, ma różny rezultat. Ma to swoje zalety i jest pożądane, dopóki lekarz nie popełni błędu.

Personel wykonując jednak polecenia lekarzy, wcale ich nie rozważając, może mieć katastrofalne skutki, biorąc pod uwagę obecny stopień komplikacji różnych działań w medycynie.

Humanistyczno- Społeczne Podstawy Specjalizacji

ZESPÓŁ TERAPEUTYCZNY

„...niehierarchiczna grupa ludzi o różnych zawodach świadczących usługi w zakresie opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów oraz ich rodzin.”

Zespół Terapeutyczny charakteryzuje:

- wspólnota celu działania i odpowiedzialność za jego realizację,

- wspólne ustalenie zakresu działań oraz związanych z nimi indywidualnych obowiązków i uprawnień

- sprawny obieg informacji

Dobry zespół ma świadomość:

- Własnej roli

- Swoich kompetencji

- Przeszkód, które mogą zakłócić efektywną wspólną pracę.

Zatrudniony w szpitalu lub innej placówce służby zdrowia personel, łączy miejsce pracy / identyfikacja/ i realizacja wspólnych celów.

Wykonując powierzone zadania, stara się pracować efektywnie.

Cechy zespołu terapeutycznego – małej grupy

- Współzależność – uczestnicy potrzebują wzajemnej pomocy w dążeniu do wspólnego celu,
 - Identyfikowanie się - świadomość bycia w grupie, postrzeganie zespołu jako jedności,
 - Poczucie wspólnego celu – uczestnicy zespołu mają wspólne zadanie do wykonania, wspólne cele,
 - Normy – uczestnicy przestrzegają pisanych i niepisanych norm postępowania,
 - Struktura- istnieje pewna określona hierarchia ról w zespole,
 - Zdolność do działania w jedności – zespół może działać jako pojedynczy organizm, tworząc to co określa się jako czasem jako „duch zespołu”,
 - Wzajemna interakcja – uczestnicy zespołu komunikują się wzajemnie ze sobą, wpływają na siebie, reagują.
 - Zwykle jedna osoba pełni rolę koordynatora,
 - Planowa praca zespołu
- Zespoły terapeutyczne działają zarówno w stacjonarnym jak i ambulatoryjnym leczeniu; mogą być jedno lub wielospecjalistyczne.

SPECYFIKA PRACY ZESPOŁU

Zależy od rodzaju rozwiązywanego problemu i tak:

- lekarz** nadzoruje proces diagnostyki i leczenia,
 - pielęgniarka** realizuje działania wynikające z procesu pielęgnowania, dokonuje ich ewaluacji, przygotowuje pacjenta do samoopieki;
 - fizjoterapeuta** zajmuje się ruchowym usprawnianiem, pomaga wraz z pielęgniarką, zwiększać zakres samodzielności i niezależności samoobsługowej;
 - psycholog** motywuje pacjenta do realizacji ważnych leczniczo zadań
 - dietetyk** podejmuje interwencje w zakresie właściwego żywienia,
 - terapeuta zajęciowy** zajmuje się wypełnieniem czasu wolnego pacjentów.
- Zespół Terapeutyczny rozwiązuje indywidualne zadania/problemy, a poszczególni jego członkowie, w zakresie swoich kompetencji wzajemnie się uzupełniają i wspierają . / dr M. Strugała/

Zasada komunikacji interpersonalnej w zespole terapeutycznym

- **Zachowanie spójności przekazu** /„wspólny język” w zakresie poruszanego tematu zapewnia sprawny obieg informacji, użyte słowa znaczą zawsze to samo, zarówno dla nadawcy jak i odbiorcy komunikatu/,
- Pełna **szczerłość**,
- **Unikanie sporów kompetencyjnych** /każdy pracuje zgodnie ze swoją wiedzą, wykształceniem i zakresem uprawnień/,
- **Całościowe podejście do pacjenta / holistyczne/**,
- **Ciągły** przepływ informacji - „wszyscy ze wszystkimi”.

Konstruktywna współpraca zespołu:

- zasada równości wszystkich członków zespołu, problem jednego z członków zespołu jest ważny dla wszystkich,
 - wspólne podejmowanie decyzji /konsensus/,
 - realizm,
 - wzajemna akceptacja, życzliwość , uczciwość i tolerancja.
- /dr M. Strugała/

Główny cel pracy zespołowej - skupienie na korzyściach zdrowotnych pacjentów przez:

- koordynowanie i integrowanie usług,
 - dzielenie się wiedzą o pacjentach i zmianach w ich stanie zdrowia,
 - wspólne podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów.
- FUNKCJONOWANIE ZESPOŁU WYMAGA CIĄGŁEGO DOSKONALENIA W ZAKRESIE KOMUNIKOWANIA SIĘ.

Osoby przejawiające formę interakcji interpersonalnych- "nie wprost" - nie werbalizując swoich intencji, oczekują od rozmówcy, a nierzadko wymagają, aby ten rozpoznał jego niewyjawione potrzeby, oczekiwania lub niedopowiedzianą treść wypowiedzi !!

Walory komunikowania zespołowego :

- 1.otwartość,
- 2.empatia,
- 3.techniki aktywnego słuchania oraz...
- 4.poczucie humoru.

Funkcje komunikacji w Zespole terapeutycznym

- **I. INFORMACYJNO-ORGANIZATORSKA**
-przekazywanie wiadomości pomiędzy poszczególnymi członkami zespołu (zalecenia, zarządzenia, zapytania, odpowiedzi, sprawozdania) i umożliwienie wykonywania zadań przez grupę jako całość.
 - **II. MOTYWACYJNO-INSPIRUJĄCA**
- opiera się na poczuciu wspólnoty wśród członków grupy i tworzeniu atmosfery zaangażowania dla wspólnego celu działania.
- /Dr M. Strugała **KOMUNIKOWANIE INTERPERSONALNE Z OSOBĄ STARSZĄ,**
/

MODELE PRZEPIŃYU INFORMACJI w zespole terapeutycznym:

- 1.Model Kola
2. Model Łańcucha,
3. Model Raka
4. Model Gwiazdy.

Najsukuteczniejszy kierunek przepływu informacji pomiędzy dowolnie wybranymi członkami zespołu terapeutycznego zapewnia tzw. **model „gwiazdy”**, czyli scentralizowany przepływ informacji, bez przekazów pośrednich. W tym modelu z zasobu informacji, jakim jest „centrum” mogą korzystać wszyscy członkowie i wszyscy ten zasób wzbogacają. Przekazy pośrednie np. w modelu „łańcucha” lub „raka”, mogą powodować różne zniekształcenia przekazu informacji oraz wydłużenie czasu komunikowania się; pierwsza osoba chcąc przekazać coś ostatniej musi „przejsć” przez wszystkie ogniwa.

Zaletą modelu „koła” (tu wszyscy członkowie mają zbliżone pozycje w grupie) jest wytworzenie się poczucia przynależności.

SKUTECZNA KOMUNIKACJA W ZESPOLE

- **Otwarta**- role nadawcy i odbiorcy przeplatają się
- **Bezpieczna** -daje wszystkim przestrzeń do myślenia(kreatywność)
- **Drożna**- przepływ informacji w zespole
- **Spójna** -w przekazach werbalnych i niewerbalnych !!!
- **Jasna** -w przekazie, prosta bez podtekstów i aluzji
- **Asertywna**- szanująca prawo każdego do odmowy i nie czynienia innym krzywdy
- **Odpowiedzialna**- w sposobie bycia i wyrażania własnych myśli
- **Konstruktywna w krytyce**- odnosząca się do konkretnego działania, a nie osobiście do człowieka.

RELACJE INTERPERSONALNE PIELĘGNIARKI

1. Pracodawca
2. Pacjent
3. Rodzina pacjenta
4. Grupa zawodowa
5. Współpracownicy
6. Grupa wsparcia
7. Grupa terapeutyczna
8. Instytucje biorące udział w ocenianiu
9. Uczelnie, instytucje kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Humanistyczno- Społeczne Podstawy Specjalizacji

ZESPÓŁ TERAPEUTYCZNY JAKO GRUPA ZADANIOWA .

- Praca zespołowa , bo problemy zdrowotne pacjentów sa często złożone i mają wiele elementów wymagających pomocy różnych specjalistów oraz współdziałania samego pacjenta, Grupa dysponuje na ogół większą liczbą informacji niż pojedyncze osoby.
- W grupie jest więcej propozycji rozwiązań, zaś pojedyncze osoby na ogół poszukują ich w obszarze swojej specjalności"
- Wspólne uczestnictwo w zespole, przeważnie konsoliduje zespół i zwiększa jego akceptację.
- Wspólna płaszczyzna wymiany informacji, umożliwia także dokonywanie uzgodnień w sprawie zadań, które mogą być kontrowersyjne.

Zła współpraca w zespole leczącym:

- problemy wynikające z hierarchii zawodowej(sprzeczne polecenia przełożonych różnych szczebli)
- różnorodność członków społeczności leczącej (personel techniczny, administracja, arogancja personelu pomocniczego)
- brak warunków do leczenia,(leki, aparatura, warunki lokalowe).
- efektywność pracy

Harmonijne relacje interpersonalne:

w **płaszczyźnie poziomej**: grupa współpracowników, personelu placówki,

w **płaszczyźnie pionowej**: pracownik – kierownictwo instytucji

/E. Wilczek – Rózycka/

Zakłócenia komunikacyjne w zespole terapeutycznym:

- niedokładność przekazu,
- zniekształcenia treści,
- negatywne emocje,
- złe nastawienia nadawcy i odbiorcy,
- konflikt w zespole.

Przejaw nieprawidłowych kontaktów:

- brak zaangażowania i motywacji ze strony poszczególnych członków zespołu do wspólnego wykonywania zadań,
- brak poczucia satysfakcji z pracy w zespole.

KONFLIKT W ZESPOLE

Konflikt - sytuacja, której źródła tkwią w człowieku i/lub w jego otoczeniu, wzbudzają w nim silne napięcia i motywują do zachowań mających na celu usunięcie tego stanu.

Konflikt - to sprzeczność dążeń, niezgodność interesów czy poglądów, antagonizm, spór, zatarg.

Źródła konfliktów:

1. Ukryty plan- gdy jeden z członków zespołu chce osiągnąć coś, nie informując o tym pozostałych.
 2. Dynamika grupy –wszystkie wpływy i naciski, które wywierają na siebie wzajemnie członkowie.
 3. Używanie argumentów merytorycznych – z pobudek emocjonalnych.
- Przed każdym spotkaniem zespołu terapeutycznego warto ustalić cel spotkania i przedstawić go wszystkim członkom.

Literatura:

- Studzińska M.: Wybrane zagadnienia z komunikowania społecznego. Wyd. Czelej, 2006
- © Borgis - Medycyna Rodzinna 4/2010, s. 124-128
- A Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Pank Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie" PZWL, 2003
- L. Giblin , Umiejętność postępowania z innymi. Kraków 1993, s. 23
- 1)Thomas Gordon, Pacjent jako partner, PAX, tłum. T. Szafranski, Warszawa 1999, s. 22
- [M. Falkowska, Prestiż zawodów. Komunikat z badań, s. 5, SPISKOM.POL/1999/K_032_99.PDF,]
- M. Król-Fijewska, Trening asertywności , Instytut Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1993 r.
- /Dr M. Strugała, KOMUNIKOWANIE INTERPERSONALNE Z OSOBA, STARSZA,

- Z. Nęcki, Komunikowanie interpersonalne, Wrocław 1992
- www.neurocentrum.pl/dcten/wpcontent/uploads/wasilewski_p4p.pdf

Z. Nęcki Komunikacja międzyludzka, Wyd. Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków, 1996

Ewa Wilczek – Różyczka "Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarzek". Kraków, Wyd. UJ. 2008

M. Król – Fijewska Trening asertywności, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, W-wa 1991

Dr M. Strugała - Materiały dydaktyczne współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
ISBN: 978-83-61167-04-4
Egzemplarz bezpłatny