

# 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, pozostały 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 /



## II. Proces komunikowania się

### Elementy procesu komunikowania

Proces komunikowania obejmuje:

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



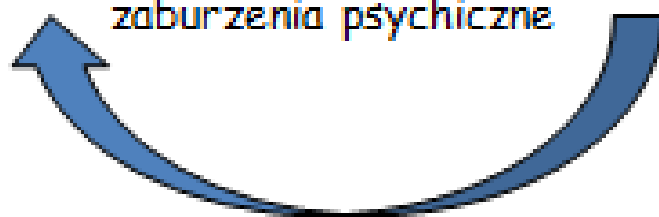
# SCHEMAT KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ

**NADAWCA**  
wiadomość  
zakodowana



**ODBIORCA**  
wiadomość  
rozkodowana

filtr (szum komunikacyjny,  
np. głośny dźwięk, hałas,  
zmniejszona sprawność  
narządu wzroku, słuchu,  
mechanizmy obronne,  
zaburzenia psychiczne)



sprzężenie zwrotne - parafraza

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

## Szumy komunikacyjne /zakłócenia w przekazie/odbiorze informacji:

Fizyczne : hałas, duża odległość, złe warunki termiczne,

Psychologiczne: zmęczenie, zaburzenia koncentracji uwagi,  
mechanizmy obronne,

Inne: filtrowanie, stereotypy, stan zdrowia (zmniejszona sprawność zmysłów, 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 odcodowaniu.

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 uzewnętrzniają 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.



## 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 pisemnego - 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. O



## 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 NIĘWERBALNE 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 NIĘWERBALNEGO, ZWIĘKSZA WIARYGODNOŚĆ KOMUNIKATU NIĘWERBALNEGO.**

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. Spojrzenie
5. Zapach
6. Ubiór
7. Wygląd
8. Dystans rozmówcy

Mowa ciała w 55% decyduje o wartości informacji.



## **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

pozwała 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.



## 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 dostrzega 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.



## **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. Grożenie- 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. Pocieszanie – 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, uniemożliwiający 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. Bariery 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.

**PRZECIWPRZENIESIENIE** zakłócenie komunikacyjne występujące po stronie pielęgniarki – rzutowanie na pacjenta uczuć, którymi w przeszłości darzyła znacząca osoba.

### **UROJENIA INTERPRETACYJNE:**

**Paranoiczne** – usystematyzowane, tworzące zwartą konstrukcję myślową; są one teoretycznie "możliwe do zaistnienia" tzn. dotyczą sytuacji która **może** zaistnieć, /niewierności 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 ksobne** – utrudnia porozumiewanie się ludzi, przekonanie, że inni ludzie wymieniając się spojrzzeniami, 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?



## 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, przeciwdziałanie jatrogenii.



## 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 PIELEŃNIARKA.**



## Podstawowe cele komunikacji terapeutycznej:

1. **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.
2. **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.



## **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,
- bagaż 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.

- szczerść, 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.



## 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.



## 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 usłyszanej 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 odpowiedzi;  
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 przeżywanych 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.

## **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 zapowiedzią 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.



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 lekarskie 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 zespole:

- 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-INSPIRUJĄCĄ**

- 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 PRZEPLÝWU INFORMACJI w zespole terapeutycznym:

1. Model Koła
2. Model Łańcucha,
3. Model Raka
4. Model Gwiazdy.

**Najskuteczniejszy** 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 PIELEŃNIARKI

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 są 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 – Różyczka/



## 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. Szafrański, 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 OSOBĄ STARSZĄ,



- Z. Nęcki, *Komunikowanie interpersonalne*, Wrocław 1992
- [www.neurocentrum.pl/dcten/wpcontent/uploads/wasilewski\\_p4p.pdf](http://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 pielęgniarek". 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**

