

SERVMED

KOMUNIKOWANIE INTERPERSONALNE

WAWRO TERSA

POZNAŃ, 2022



UMIEJĘTNOŚĆ KOMUNIKOWANIA SIĘ Z CHORYM TO WYNIK:

- doświadczenia zawodowego,
- intuicji
- cech osobistych.

Rekomendowany sposób porozumiewania się :

- komunikacja otwarta - czytelna - prosta.

Komunikować się, znaczy nie tylko rozmawiać, to coś więcej niż tylko rozmawiać.

Kompetencje związane z **wiedzą medyczną** to:

Umiejętności „twarde”.

Wiedza służąca komunikacji interpersonalnej, **personelu medycznego z pacjentem** to:

Umiejętności „miękkie” (soft skills)

Ważnym jest **holistyczne** / całościowe / podejście do pacjenta.

Komunikacja między chorym a personelem wymaga:

- kontaktu z emocjonalnym towarzyszaniem choremu,
- umiejętności radzenia sobie z własną emocjonalnością.

Pamiętajmy, że leczymy człowieka a nie przypadek....

Komunikacja dotycząca zdrowia i choroby to specyficzny rodzaj interakcji.



PROCES KOMUNIKOWANIA INTERPERSONALNEGO- założenia teoretyczne

SYMBOLIZM –komunikowanie to społeczna interakcja za pomocą symboli /Gerbner/
Znaki, których związek ze znaczeniem opiera się na zwyczaju nazywamy symbolami, a znaki, których związek ze znaczeniem ma charakter naturalny nazywamy oznakami.

INTERAKCJONIZM - osoby oddziałując na siebie wzajemnie i modyfikują swoje działania.

Komunikacja / interakcja - ma charakter:

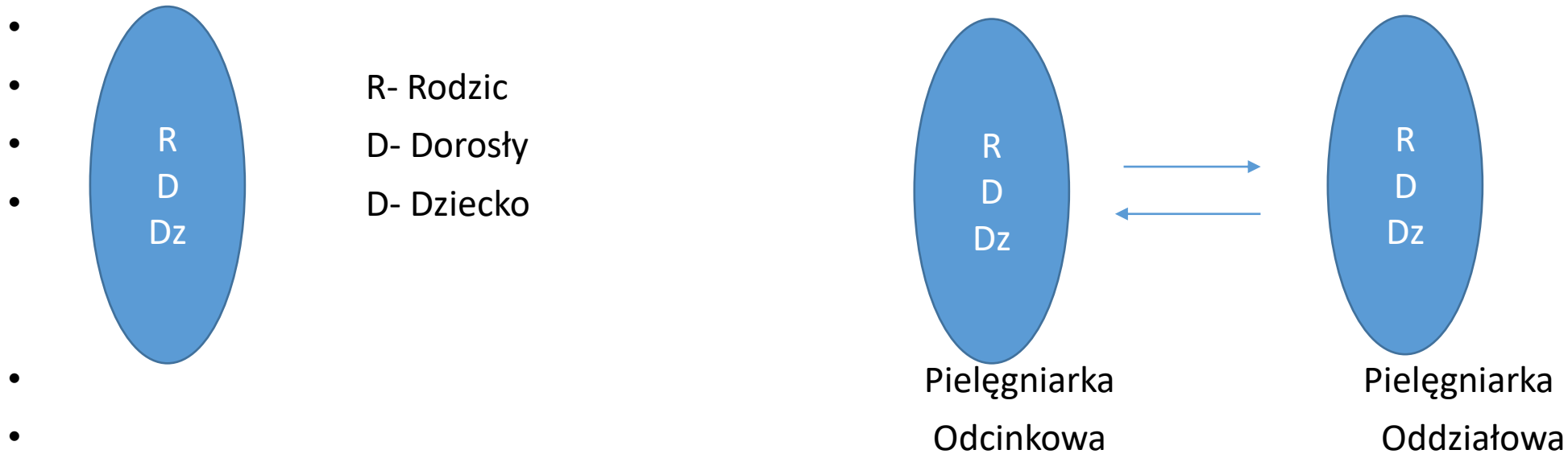
- werbalny
- niewerbalny

KONSTRUKTYWIZM- opiera się na założeniu, że ludzie postrzegają rzeczywistość, przez pryzmat swojej kultury oraz swoich doświadczeń.

Konstruktywista: „Mówi o tym, co widzi”.

ANALIZA TRANSAKCYJNA

- Transakcja = rozumiana jako wymiana werbalna i niewerbalna między dwiema osobami, gdzie sygnał emituje jeden człowiek(bodziec transakcyjny) i zachodzi reakcja na ten bodziec (reakcja transakcyjna).
- Uczestnicy tych relacji interpersonalnych, wobec siebie przyjmują określone postawy.
- Dorosły człowiek przyjmuje trzy stany ego : Rodzic, Dorosły, Dziecko



Transakcja komplementarna Dorosły- Dorosły

Wszystkie czynności należące do funkcji instrumentalnej pielęgniarka powinna wykonać w stanie Dorosły.

Człowiek w stanie „Rodzic” jest opiekuńczy, czuły, pobłażliwy, surowy, odpowiedzialny za kogoś...

Rodzic – opiekuńczy (pielęgnuje ,ochrania, chwali, wspiera, żywi, naucza..) , Rodzic – krytyczny (krytykuje, rozkazuje, kara, złorzeczy, troską o porządek)

„Dorosły” jest stanem , w którym człowiek obiektywnie ocenia swe otoczenie, odwołuje się do własnych doświadczeń.

W tym stanie działamy niezależnie od naszych uczuć i nastrojów. Człowiek będący w stanie „Dorosły” jest odpowiedzialny za siebie, wyrozumiały, rzeczowy, akceptujący, rozważny.

„Dziecko” to stan, w którym człowiek czuje, myśli, zachowując się tak, jakby był dzieckiem. Wyróżniamy „Dziecko”-naturalne, „Dziecko”- przystosowane.

Każdy z wymienionych stanów, można rozpoznać u siebie i innych ludzi, obserwując postawę, ruchy ciała, wsłuchując się w dźwięk mowy, i analizując wypowiedź pod kątem obecności charakterystycznych słów i zdań.

Komunikacja interpersonalna przerywa się , gdy nastąpi transakcja skrzyżowana, gdy reakcja na bodziec transakcyjny nie pochodzi od stanu ego partnera relacji, do którego był skierowany komunikat, lecz z innego stanu.

Wszystkie czynności (komunikaty) należące do funkcji instrumentalnej, pielęgniarstwa powinna wykonywać w stanie Dorosły, a funkcję opiekuńczą w stanie Rodzic –opiekuńczy.

DEFINICJE KOMUNIKACJI

Komunikacja interpersonalna – jest to przekaz informacji między osobami, mający doprowadzić do wzajemnego zrozumienia intencji rozmówców.

Mogą to być słowa(komunikacja słowna), gesty, teksty, obrazy, dźwięki czy też sygnały elektryczne albo fale radiowe.

Ważne, aby były one zrozumiałe dla nadawcy i odbiorcy.

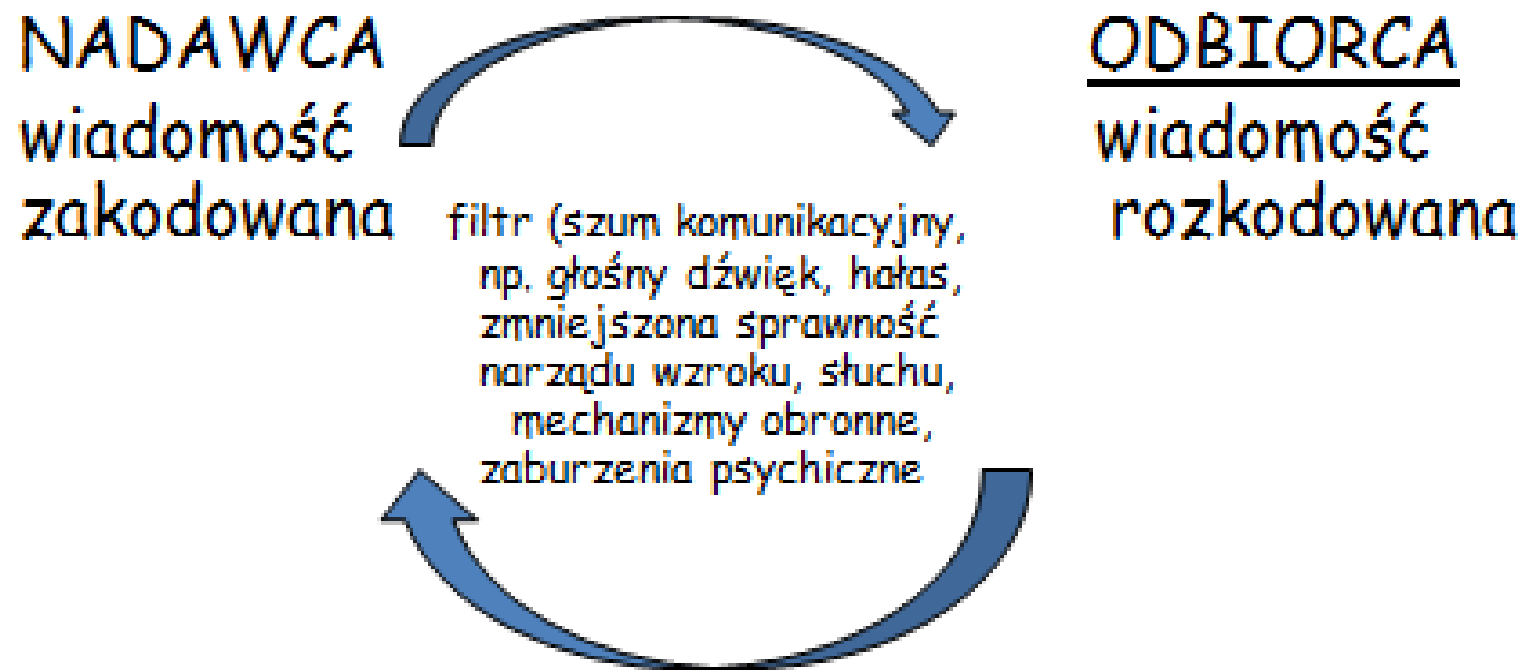
Komunikacja interpersonalna / Z. Nęcki /

podejmowana w określonym kontekście sytuacyjnym, wymiana werbalnych, wokalnych i niewerbalnych sygnałów (symboli), w celu osiągnięcia lepszego poziomu współdziałania.

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 /

SCHEMAT KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ



sprzężenie zwrotne - parafraza

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

SZUMY KOMUNIKACYJNE

- **Fizyczne** : hałas, odległość, warunki termiczne
- **Psychologiczne**: zmęczenie, zaburzenia koncentracji uwagi, mechanizmy obronne
- **Inne**: filtrowanie, stan zdrowia (zmniejszona sprawność zmysłów, zaburzenia psychiczne), przeciążenia informacyjne, stereotypy, wybiórczość uwagi, wykonywanie różnych czynności podczas komunikacji, nieadekwatne do sytuacji emocje.

Korekta szumu komunikacyjnego:

- użycie więcej niż jednego kanału,
- powtarzanie słów, więcej niż jeden raz

SPRZĘŻENIE ZWROTNE:

reakcja odbiorcy na odebrany komunikat (po odkodowaniu).

bezpośrednie - natychmiastowe, w komunikowaniu bezpośrednim

pośrednie - opóźnione, w komunikowaniu pośrednim.

KOMUNIKACJA INTERPERSONALNA, TO

- **KONTEKST KOMUNIKACYJNY** - środowisko, w którym dokonuje się proces przekazu: pomieszczenie, temperatura, wydarzenia wcześniejsze, kolor sali, dźwięki z zewnątrz.
- **KONTEKST KULTUROWY**- poznanie odbiorcy, jego pochodzenia, wykształcenia ...

W komunikacji **pierwsze wrażenie tworzą:**

- pierwsze 20 kroków
 - pierwsze 20 gestów
 - pierwsze 20 słów
- oraz
- ubiór
 - wyraz twarzy, oczy
 - włosy
 - ruchy, postawa ciała...

FORMY KOMUNIKOWANIA SIĘ / Albert MEHRABIAN /

➤ **WERBALNA - 7%**

to co mówisz, co wyrażamy słowami

Kontakt odbywa się na poziomie świadomym, jednak nie jest wolny od błędów.

➤ **NIEWERBALNA - / 93% /**

55% - to jak Cię widzą, co przekazujemy językiem ciała, mowa ciała= kontakt wzrokowy,

twarz, mimika

gestykulacja

postawa ciała

odległość, dystans interpersonalny

38% - to jak Cię słyszą, co i jak mówimy, techniki mowy, parajęzyk.

KOMUNIKACJA INTERPERSONALNA

UDZIAŁ NASZYCH ZMYŚLÓW

Wzrok – 75 % /społeczeństwo obrazkowe/

Obraz bardziej niż słowo, oddziałuje emocjonalnie,
obraz łatwiej przyciąga uwagę,
Obraz odbierany jest automatycznie i na dłużej zapamiętany.

| | |
|--------------|------|
| Słuch | 13 % |
| Dotyk | 6 % |
| Węch | 3 % |
| Smak | 3% |

Razem to jest **25%**

POZIOMY KOMUNIKOWANIA INTERPERSONALNEGO

1. FATYCZNY –(gr. phatós „powiedziany”) - swobodna rozmowa prowadzona na mało istotne tematy, przez osoby mało znające się, nie mające intencji wywierania

Jest bezpieczna, wolna od emocji , to komunikowanie się, w którym nie rozmawia się o rzeczach ważnych.

II. INSTRUMENTALNY – uczestnicy są zainteresowani osiągnięciem porozumienia w określonej sprawie, nawet, gdy ich poglądy i postawy różnią się zasadniczo.

Rozmówcy przekazują sobie informacje lub instrukcje w sposób bezpośredni, pozbawiony emocji.

Ten rodzaj komunikacji, ma wywołać pewne zachowanie u innej osoby.

III. AFEKTYWNY – strony komunikujące się uzewnętrzniają swoje emocje, postawy, wartości i są głęboko zaangażowane w proces komunikowania.

Ich celem jest wzajemne poznanie się i zrozumienie.

Na tym poziomie komunikacji, ludzie mówią o rzeczach dla nich ważnych.

Ujawniają się emocje, zaangażowanie w rozmowę oraz osobiste cechy rozmówców.

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

KIERUNKI KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ

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, dokonuje się tylko w jedną stronę, **brak sprzężenia zwrotnego.**

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

Cechy komunikacji jednokierunkowej:

- mniejsza dokładność,
- mniejsza pewność nadawcy,
- mniejsza pewność odbiorcy,
- mniejsze uporządkowanie,
- więcej czasu, przy braku informacji zwrotnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie

T. Rzepa, „Psychologia komunikowanie się menedżerów”,

Wydawnictwo Difin, Warszawa 2006, s. 14-15.

2. KOMUNIKOWANIE DWUKIERUNKOWE

Przepływ informacji od nadawcy do odbiorcy i sprzężenie zwrotne: informacja od odbiorcy do nadawcy.

Reakcja odbiorcy jest opóźniona w czasie.

To: Dialog lub dyskusja.

Cechy komunikacja dwukierunkowej:

- ✓ odbywa się w obydwu kierunkach między nadawcą i odbiorcą,
- ✓ większą dokładnością,
- ✓ większą pewnością nadawcy,
- ✓ mniejszym uporządkowaniem,
- ✓ mniejszą pewnością odbiorcy,
- ✓ zabiera więcej czasu.

3. KOMUNIKOWANIE BEZPOŚREDNIE odbywa się na poziomie osobistym.

Rozmowa, wywiad, dyskusja, dialog, narada jako bezpośredni kontakt nadawcy z odbiorcą, to ich osobista styczność.

W **bezpośrednim komunikowaniu** przekazy tworzone są na bieżąco, w kontakcie z drugą osobą. To wysoki stopień porozumienia, gdy nie jest niczym zakłócany.

KOMUNIKOWANIE POŚREDNIE z udziałem „pośrednika”:

- lekarz zwraca się do pielęgniarki, aby przekazała pacjentowi:” jutro rano ma być na czczo”.
- naturalne środki (dźwięk, głos) oraz techniczne, elektroniczne (radio, TV, komputer, Internet, telefon, płyta, taśma), środki prezentacyjne (wyświetlana prezentacja, pokaz) i reprezentacyjne (obrazy, książki, architektura, dzieła sztuki).

Komunikaty w przekazie pośrednim:

- opracowywane, konstruowane i nadawane w przestrzeń - mogą być odebrane przez wiele osób,
- mogą nie zostać odebrane –kiedy nikt, np. nie obejrzy programu TV, nie zwróci uwagi na przekazywaną informację.

4. KOMUNIKOWANIE FORMALNE

Uregulowane prawnie, przy załatwianiu spraw urzędowych, skoncentrowane na załatwieniu spraw, wymianie informacji, precyzyjne, sztywne, z zastosowaniem norm.

KOMUNIKOWANIE NIEFORMALNE

Spontaniczne, nie posiada ścisłych reguł, wyrażane często za pomocą żargonu lub skrótów, symboli, znanych tylko nadawcy i odbiorcy.

5. KOMUNIKOWANIE SYMETRYCZNE

Związane z tym samym lub podobnym statusem społecznym lub zawodowym odbiorcy i nadawcy.

KOMUNIKOWANIE NIESYMETRYCZNE

Zróznicowany jest status podmiotów procesu komunikacyjnego, komunikacja staje się formalna, często pośrednia, ułożona, oparta na lęku przed autorytetem.

Komunikacja wertykalna: komunikacja pomiędzy grupami lub jednostkami, zajmującymi różne pozycje zawodowe i społeczne.

Komunikacja emocjonalna

- Stosowana w sytuacji choroby- pomaga nawiązać i podtrzymać kontakt z chorym
- Uznawana jako infantylna, bywa niesłusznie deprecjonowana
- W kontakcie z osobami chorymi, zwłaszcza starszymi, wykluczonymi społecznie, winna znaleźć szerokie zastosowanie.

Medycyna narracyjna, wg Rity Charon i zespołu

- Konkretna, przemyślana, dokładnie opisana w literaturze przedmiotu formą praktyki klinicznej (i dydaktycznej) wspierająca proces diagnozy i leczenia.
 - Model sprawowania opieki nad pacjentem, akcentujący jego podmiotowość, dowartościowujący jego perspektywę i osobiste doświadczenie choroby.
- Polega na uważnym obserwowaniu chorego, słuchaniu oraz interpretowaniu wysyłanych przez niego komunikatów (werbalnych i niewerbalnych) i na tej podstawie wysuwanie wniosków klinicznych, uzupełniających „twarde” dane fizyczne.

SYGNAŁY KOMUNIKACYJNE: WERBALNE I NIEWERBALNE

1. KOMUNIKACJA WERBALNA /SYGNAŁY WERBALNE

służy ujawnianiu emocji lub ich ukrywaniu, może być przyczyną werbalnych nieporozumień, wynikających też z jego nierozumienia.

Każde pokolenie ma swój własny język.

Język - wyraża myśli, uczucia...pod warunkiem, że dźwięki i symbole są zrozumiałe dla uczestników komunikacji.

Język może być jednoznaczny i dwuznaczny.

Dobór słów jest równie ważny jak, przekazywana nimi treść.

Komunikowanie słowne odnosi się: do **słuchu**,

to co w formie pisemnej, odnosi się do wzroku.

SŁOWA wyrażają myśli i uczucia.

Język słów to nie jedyny środek porozumiewania.

Komunikaty niewerbalne, sprzeczne z przekazem słownym wyraża się przez:
ton głosu, postawę ciała, mimikę.

Jednak:

Zachowanie spójności między przekazem werbalnym a niewerbalnym,
możliwe jest przy zachowaniu pełnej szczerości:

ZACHOWYWAĆ SPÓJNOŚĆ
POMIĘDZY TYM, CO MÓWIMY I
JAK SIĘ ZACHOWUJEMY

Komunikacja ustna i pisemna:

a) Komunikat ustny – ton głosu, tempo mowy, natężenie głosu

b) komunikat pisany (litery, interpunkcja...)

W komunikowaniu instytucjonalnym, politycznym, publicznym na poziomie masowym - za pomocą mediów drukowanych lub Internetu. / list klasyczny, e-mail, faks /

Zalety formy komunikowania pisemnego- trwałość i możliwość wcześniejszego opracowania.

Wady - formalny charakter, pozbawiony szybkiego, bezpośredniego sprzężenia zwrotnego.

Komunikowanie Parawerbalne / Wokalne

- ❖ Artykulacja /dobra, przesadna/
- ❖ Rytm i tempo wypowiedzi /pauzy/
- ❖ Natężenie głosu /cicho, głośno/
- ❖ Wady wymowy /jąkanie się /
- ❖ Język /urzędowy, gwara/
- ❖ Zasób słów / bogaty, biedny /

FUNKCJE KOMUNIKACJI WOKALNEJ:

- ❖ **Wyrażanie emocji,**
- ❖ **Informacja o cechach osobowości,**
- **Stosunek do odbiorcy.**

Od doboru słów i sposobu ich wypowiedzenia – modulacji głosu i intonacji, zależy również to czy i jakie informacje uzyskamy i czy wytworzy się w chorym motywację do podjęcia leczenia.

KAŻDY KONTAKT Z CHORYM JEST INDYWIDUALNYM I NIEPOWTARZALNYM.

2. Komunikacja niewerbalna/ wizualna/

Istnieje od miliona lat i jest znaczenie starszy od mowy, powstałej prawdopodobnie setki lat temu.

Bezśłowne komunikaty, można podzielić na:

- Sygnały wrodzone, stanowiące część dziedzictwa kulturowego.
- Sygnały wyuczone, należące do dziedzictwa kulturowego kolejnych pokoleń.

Nie wypowiadając nawet jednego słowa, nasze ciało nieustannie przekazuje sygnały, które wyrażają nasze samopoczucie, nastawienia, postawy, emocje itp. Badania wykazały, że sygnały niewerbalne wywierają na rozmówców pięciokrotnie większy wpływ niż używane przez nich słowa.

Jest to najbardziej wiarygodny i uniwersalny język świata.

KOMUNIKOWANIE NIEWERBALNE

- bez udziału naszej świadomości, dokonuje się
- odbywa się wieloma kanałami i angażuje wszystkie zmysły
- daje wgląd w stany emocjonalne ludzi w przeciwieństwie do słów, które pozwalają je ukryć
- nadawane i odbierane najczęściej na poziomie nieświadomym, mogą też być nadawane i odbierane świadomie (gesty, wyrazy mimiczne).

KANAŁ NIEWERBALNY ZATWIERDZA PRZEKAZ WERBALNY.

Komunikacja niewerbalna dotyczy:

wyglądu fizycznego, ruchów ciała, gestów, wyrazu twarzy, ruchów oczu, dotyku, głosu, wykorzystywania czasu lub miejsca w komunikowaniu się.

GESTY – ICH WYMOWA

Dowolny ruch wykonany przez kogoś świadomie lub nieświadomie, mający określone znaczenie.

Gesty są rozumiane przez pewną grupę osób, które wywodzą się z tego samego środowiska lub tego samego kręgu kulturowego.

- (gest Kozakiewicza, środkowy palec).

Poprzez gesty możemy:

- nagradzać, wzmacniać (pozytywnie, negatywnie), zachęcać/zniechęcać rozmówcę do kontynuowania wypowiedzi,
- podkreślać strukturę wypowiedzi,
- ilustrować kształty, rozmiary, ruchy, które trudno określić słowami.

FUNKCJE GESTÓW (wg Paul'a Ekmana i Wallace Freisen)

- 1. Emblematory** - znak V, OK., „gest Kozakiewicza”; zastosowane zamiast słów lub podkreślając słowa.
- 2. Ilustratory** - wspomagają komunikację niewerbalną, wizualizują, są komentarzem do tekstu, ponieważ uzupełniają komunikaty werbalne.
- 3. „Pozy”** - tak nazwane sygnały, które pozwalają na rozpoznanie uczuć i emocji rozmówcy: pojawiają się jako indywidualne ruchy ciała, łagodzą stres.
- 4. Adaptatory** – łagodzą napięcie, wyrażają stany emocjonalne, podlegają kontroli.
- 5. Regulatory** - modyfikują sposób mówienia, słuchania.

KONTAKT WZROKOWY

- Najlepiej wzrok kierować na tzw. punkt neutralny – czyli na czole - u nasady nosa.
- Zbyt długie, intensywne wpatrywanie się, „świdrujący, czy przeszywający wzrok” jest sygnałem zagrożenia.
- Brak podtrzymywania kontaktu wzrokowego, w komunikacji, jest sygnałem złej komunikacji.

Oczy - najważniejszy obszar wizualnej uwagi

Uwaga koncentruje się na oczach przez ok. 43% czasu rozmowy.

Funkcja kontaktu wzrokowego:

-przekazywanie komunikatów,

- wyraz zainteresowania i przejaw pozytywnej lub negatywnej odpowiedzi na to zainteresowanie .

Ekspresja oczu - wyraża się poprzez spoglądanie oraz:

- poprzez zmianę wielkości źrenic (2-8 mm),
- wskaźnik mrugania (zwykle co 3-10 sek.),
- stopień otwarcia oczu (od szeroko otwartych do przymkniętych powiek),
- wyraz oczu - tzw. maślane oczy, mordercze spojrzenie.

KOMUNIKACJA NIEWERBALNA

1. Parajęzyk
2. Kinezjetyka
3. Autoprezentacja
4. Dotyk
5. Proksemika
6. Chronemika
7. Elementy otoczenia

1. PARAJĘZYK

Obejmuje cechy dźwiękowe wypowiedzi, niezależnie od treści wyrażanej w słowach.

Cechy dźwiękowe: wysokość dźwięku, artykulacja, tempo, siła głosu, rytm.

Czy tego chcemy czy nie, parajęzyk **ujawnia to, co czujemy, zdradza nastrój i nastawienie.**

Zaliczamy tu również dźwięki pozajęzykowe: uf, oo, ach, mhm.

2. KINEZJETYKA (Mowa ciała) - bywa wyuczona.

Mimika twarzy

Ruchy mięśni twarzy, wyrażające myśli, emocje, przeżycia, nastroje, a także postawę wobec innych ludzi oraz bieżące komentarze.

Wyraz mimiczny kształtuje **siedem** regionów twarzy: brwi i czoło, oczy, nos, górną wargę, dolną wargę i brodę, szczelinę ust oraz żuchwę

Gestykulacja

Gesty przekazywane są z pokolenia na pokolenie, bez specjalnego treningu.

Poszczególne kultury łączą podobieństwo mowy ciała, bardziej niż języka werbalnego

Postawa ciała, **Spojrzenie**, **Kontakt wzrokowy**

Mowa ciała – jako aspekt komunikacji

Informuje o trwałych cechach osoby, (charakterze, temperamencie) oraz o stanach wewnętrznych (emocjach, postawach).

Komunikaty wyrażane postawą /mową ciała:

- postawa interpersonalna (np. lubię – nie lubię/unikam)
- cechy osobowości (pewność siebie, otwartość)
- pozycja społeczna (pochodzenie społeczne, pozycja w hierarchii społecznej)
- aktualne stany emocjonalne (lęk, poczucie bezpieczeństwa)
- cechy temperamentu.

Swoim ciałem przekazujemy choremu wiele informacji, składanie rąk zakładanie nogi na nogę, odwracanie głowy, oznacza postawę obronną, a nawet antypatię.

3. Autoprezentacja – budowanie pierwszego wrażenia, mówimy w 1 osobie

Często od początku, przesądza o relacji w komunikacji.

Obejmuje: - wygląd fizyczny- budowa ciała- ubranie- fryzura- makijaż- biżuteria Służą one przekazowi informacji o tym człowieku.

Osobiste wypowiedzi - ja, mnie, zapewniają jasność komunikacji; - niektórzy, mówiąc o swoich myślach i uczuciach, popełniają błędy w komunikacji , co jest wyrazem postawy obronnej lub nieufności.

4. DOTYK - celowe operowanie dłońmi.

W komunikowaniu się z chorymi , szczególnie obłożnie chorymi lub z zaburzeniami neuropoznawczymi, uścisk dłoni, dotknięcie osoby np. przy powitaniu, pożegnaniu - pełni szczególną rolę.

Od zachowania pielęgniarki, opiekuna zależy, jakie będzie to dla chorego doświadczenie: pozytywne czy negatywne.

W sytuacjach szczególnie trudnych, **dotyk** pomoże wyrazić to, co często trudno wyrazić słowami!!

Dotyk wobec osoby cierpiącej, wynika z czynności pielęgnacyjnych; znajdziemy czas, aby poprawić poduszkę, wygładzić kołnierzyk od piżamy, to gest, że jestem przy nim. Zapewnij bezpieczeństwo... może to wszystko co mu pozostało.

Kontakt z osobą cierpiącą jest trudny i uczymy się go, ale też to dar, który wykonajmy w pełni.

DOTYK w praktyce pielęgniarstwa :

1. Dotyk **proceduralny** / instrumentalny/ w działaniu terapeutycznym
2. Dotyk **opiekuńczy** umożliwia nawiązanie kontaktu z pacjentem, niesie ulgę w cierpieniu, uspakaja
3. Dotyk **ochronny**, który stwarza pacjentowi warunki bezpieczeństwa, ale jednocześnie służy ochronie pielęgniarki/ położnej.

Dotyku pielęgniarki **będą unikać**:

- chorzy na schizofrenię
- chorzy w panicznym lęku
- chorzy z urojeniami.

Z perspektywy obłożnie chorego, **każde zbliżenie się** drugiej osoby, do jego łóżka, to **wydarzenie pozytywne lub negatywne**, które zależy od różnych czynników.

Sposób, w jaki pielęgniarka, fizjoterapeuta, opiekun **dotyka chorego**, jest również formą komunikacji.

Dotykając ręki pacjentki, posyłamy informację o naszej obecności, nawiązujemy bliższy kontakt, pocieszamy, uspokajamy.

Podobnie jak słowa, może służyć **niewerbalnemu dialogowi** z chorym.

JEDEN DOTYK – DWA ODCZUCIA

Wykorzystując dłonie w kontakcie z chorym, pamiętaj: **INTERAKCJA MA SUBIEKTYWNY ODBIÓR.**

Funkcje komunikacyjne dotyku:

1. Funkcja wspierania , pocieszania- przekazy dotykowe skuteczne są wobec osób potrzebujących psychicznego wsparcia.
2. Funkcja afiliacyjna- poprzez dotyk najlepiej dokonuje się transmisja uczucia sympatii, zrozumienia, współczucia.
3. Funkcja władzy, w relacji np. z szefem - to wskaźnik władzy, dominacji i statusu.

Dotyk odgrywa istotną rolę w kształtowaniu bliskich relacji.

Przekaz zawarty w dotyku zależy od rodzaju relacji.

5.PROKSEMIKA

Dotyczy dystansu w komunikacji ; potrzebujemy dystansu względem drugiego człowieka, to jest tak ważne dziś – dystans społeczny...

Proksemika ma zastosowanie w procesach porozumiewania się lub dystansu interpersonalnego, relacji przestrzennych między komunikującymi się osobami, wynikające ze struktury i z charakteru formalnego bądź nieformalnego.



- **STREFA INTYMNA** – łatwo o kontakt dotykowy, dotyczy osób, z którymi jesteśmy związani emocjonalnie, poza np. lekarzem, pielęgniarką.
- **STREFA OSOBISTA**– średni kontakt, relacje są dobre, ale nie bliskie, to zwyczajowa odległość osób w biurze(uścisk dłoni) lub odległość osób razem bawiących się.
- **STREFA SPOŁECZNA** - podczas spotkań z nieznanymi; ważna jest rola gestów, ze względu na niemożność dotykania się.
- **STREFA PUBLICZNA** - podczas przemówień, wykładu, dodaje znaczenia, prestiżu temu, kto potrafi ją zachować. Istnieje kontakt wzrokowy i głosowy.

Sala chorych (terytorium socjalne) jest miejsce wspólnego pobytu pacjentów i pracy pielęgniarek i lekarzy.

Informacja, że to jest pana łóżko, szafka przyłóżkowa, tak nadaje się „ prawo własności” . Jesteśmy od teraz zobowiązani do przestrzegania kulturowych zasad przebywania , poruszania się, po terytoriach należących do innych pacjentów.

6.Chronemika (MITOLOGIA GRECKA - **Chronos** - bóg czasu).

Wykorzystuje czas, jako sygnał komunikacyjny.

- Punktualność,
- Oczekiwanie,
- Czas trwania zdarzenia.....

7.Elementy otoczenia

- Temperatura...
- Oświetlenie.....
- Kolor....

mogą wpływać na zachowania się ludzi, stymulować, zachęcać lub odstraszać ...

KOMUNIKACJA

**WERBALNA I NIEWERBALNA JEST CAŁKOWICIE WSPÓLZALEŻNA.
OBIE TE FORMY, UZUPEŁNIAJĄ SIĘ WYSTĘPUJĄC JEDNOCZEŚNIE.**

Komunikacja dotycząca zdrowia i choroby jest specyficznym rodzajem interakcji.

Zaburzona komunikacja prowadzi do konfliktów.

Jeśli zmniejsza się czas trwania i liczba kontaktów interpersonalnych, należy szczególnie dbać o ich

OPTYMALIZACJĘ. /Stewart, J.: Mosty zamiast murów. 2002

KOMUNIKATY NIEWERBALNE

Nadawane są i odbierane najczęściej na poziomie nieświadomym.

Mogą być również nadawane i odbierane świadomie (gesty, mimika).

KANAŁ NIEWERBALNY ZATWIERDZA PRZEKAZ WERBALNY.

**W SYTUACJI BRAKU SPÓJNOŚCI KOMUNIKATU WERBALNEGO I NIEWERBALNEGO, WIĘKSZĄ
WIARYGODNOŚĆ PRZYPISUJE SIĘ,**

KOMUNIKATOWI NIEWERBALNEMU !!!

CELE I ZASADY SKUTECZNEGO POROZUMIEWANIA SIĘ W PIELEŃNIARSTWIE

ZASADA DOBREGO SŁUCHANIA /wg Kelly'ego/

- Silna motywacja do słuchania
- Zdolność pełnego odbioru i trafnej interpretacji
- Brak stereotypowego nastawienia i poczucia wszechwiedzy
- Koncentracja na sensie, a nie na formie komunikatu
- Odróżnienie obserwacji od wnioskowania
- Otwarta i życzliwa postawa wobec nadawcy / gesty /
- Trafne określenie głównych punktów wypowiedzi
- Atmosfera sprzyjająca wypowiedzi
- Reagowanie na treść wypowiedzi i jej uczucia.

Reguły poprawnych stosunków międzyludzkich /wg G.Leech/

1. Zasada grzeczności

Taktowne zachowanie, przestrzega się zasad kultury, okazywania uprzejmości wobec rozmówcy.

Wiele rozmów przebiega w atmosferze zdenerwowania i obu stronom, zdarza się zapomnieć o taktownym zachowaniu. Brak kultury ze strony rozmówcy, jednak nie zwalnia nas ze stosowania zasady grzeczności.

2. Zasada aprobaty

Okazywany rozmówcy szacunek i uznanie. Bez obrażania, poniżania, nawet gdy zachowuje się niewłaściwie. Zawsze możemy zakończyć rozmowę.

Bez pytań „niestosownych”, złośliwości, obraźliwych uwag, które wywołują gniew rozmówcy.

Psycholodzy zwracają uwagę na fakt, że:

próby upokorzenia, częściej niż atak fizyczny, wzbudzają silną agresję !!

3. Zasada skromności

Pogarda dla słabszych, mniej przebojowych; może doprowadzić do zerwania kontaktu.

Czym innym jest pewność siebie i umiejętność zaprezentowania siebie w autoprezentacji, a czym innym zarozumiałość i po prostu okazywanie naszej wyższości.

4. Zasada kooperacji

Łagodzenie napięć, wyjaśnianie swoich wypowiedzi i pytanie rozmówcy o zdanie.

Zdenerwowany, często nie zrozumie pytania, należy wtedy dodatkowo wyjaśnić.

Bez okazywania zniecierpliwienia i zbędnych nieprzyjemnych komentarzy.

Ironiczne uwagi powodują, że rozmówca zechce szybko zakończyć rozmowę.

5. Zasada ciekawości.

Opowiadając zdarzenie, którego byliśmy świadkami, nasz rozmówca, zamiast słuchać, okazuje kompletne znudzenie - nie trudno domyślać się, co odczuwamy.

Przykro nam, gdy rozmówca wykazuje brak zainteresowania naszą opowieścią.

Zasada ciekawości ma pokazać, że interesuje nas omawiana kwestia.

Unikamy oznak znudzenia:

- rozglądania się po pokoju,
- bębnienia palcami,
- ziewania...

6. Zasada zgodności

Dążenie do zgody. Zasada zgodności zaleca okazanie, przyjaznego nastawienia i wolę optymalnego rozwiązania problemu

II. Reguły Tekstowe- Stosowanie poprawnego języka, w odpowiedniej formie, obejmują:

1. Regułę zrozumiałości i poprawności gramatycznej.

- Wyraźne rozpoczynanie i kończenie rozmowy. Przy braku czasu informacja o tym, na początku rozmowy, prosząc o krótkie odpowiedzi.

Nie przerywamy zdania lub i nie kończmy zdania.

Dobór słownictwa, zrozumiałego dla rozmówcy.

Unikanie nadmiaru treści przez rozmówcę, aby szybko przedstawić swoje stanowisko.

- Bywa, że rozmówca zasypuje współrozmówcę „gradem pytań”, zadając pytania złożone, na które trudno udzielić odpowiedzi..

2. Reguła spójności

- utrzymanie tematu; nagła zmiana powoduje chaos informacyjny i wiedza będzie powierzchowna.
- zachowanie porządku i nawiązanie do poprzedniej wypowiedzi rozmówcy, gdy temat nie został wyczerpany.
- przeskakiwanie z tematu na temat, można wykorzystać w rozmowie, tylko gdy chcemy sprawdzić, jak rozmówca radzi sobie z porządkowaniem chaotycznych treści.

3. Reguła ekonomiczności.

- unikanie wypowiedzi rozwlekłych, niezrozumiałych, pustosłowia,, długich pauz między zdaniem.
- Choć to proste, dla wielu bywa to trudne.

4. Reguła ekspresyjności

- mowa żywa, z uczuciem.
- Odnosi się to zarówno do rozmówcy jak i współrozmówcy, obie strony, często o tym zapominają!!

STYLE KOMUNIKOWANIA INTERPERSONALNEGO

1. STYL PARTNERSKI (symetryczny):

- pełna komunikacja
- w rozmowie z pacjentem , liczy się jego zdanie, jednocześnie profesjonalnie podejście do problemu.
- pacjent jest traktowany podmiotowo – akceptowane jest prawo do osobistych decyzji.
- nie oceniamy pacjenta, jego zachowania, ale stwierdzamy fakty, które omawiane są z pacjentem.
- w relacji partnerskiej, pacjent ostatecznie podejmuje decyzję.
- pielęgniarka nie bierze odpowiedzialności za decyzje pacjenta.
- nie ma również poczucia winy, gdy chory podejmuje inne decyzje.

Między partnerami komunikowania się, powstaje **relacja interpersonalna**, która:

- rozpoczyna się w chwili zapoznania się osób uczestniczących w rozmowie,
- trwa, do chwili zakończenia relacji.

RELACJE INTERPERSONALNE

Relacje interpersonalne – ze względu na subiektywne poczucie komfortu lub jego brak- mogą być oceniane jako pozytywne lub negatywne.

Styl partnerski – jest skuteczny, także w zespołach terapeutycznych.

- Proces leczenia jest otwarty na zgłaszane potrzeby pacjentów.
- Pacjent jest traktowany indywidualnie- z holistycznym podejściem.
- Zwraca się w nim uwagę na wpływy środowiska, stosunki rodzinne czy problemy emocjonalne pacjenta.

W MODELU PARTNERSKIM

- Współpracuje się z chorym, jego rodziną w planowaniu działania terapeutycznego.
- Pacjent uczestniczy w podejmowaniu i akceptacji decyzji dotyczącej proponowanego leczenia.
- Lekarz, pielęgniarka są doradcami przedstawiającymi metody leczenia, pomagając wybrać najodpowiedniejszą.
- Ostateczna decyzja pozostawiana jest choremu.

2. STYL NIEPARTNERSKI (niesymetryczny):

Allocentryczny – nadawca koncentruje się na potrzebach innych ludzi, w relacjach z innymi.

- stara się spełniać oczekiwania innych np. (swoich przełożonych, lekarzy, pacjentów), relacja z nimi jest asymetryczna, a pozycja partnera relacji postrzegana jako wyższa.
- wysłuchujemy problemy pacjenta , choć często jest mało czasu dla niego czasu.
- stajemy się niecierpliwi , brak jednak odwagi, by przerwać tę relację.
- w wyniku tego, możemy czuć rozzalenie, z powodu zaniedbania swoich obowiązków
- pomagamy innym w otoczeniu, za cenę swego czasu.

Egocentryczny- nadawca nie słucha odbiorców, nie daje im prawa głosu, posługuje się nakazem, poleceniem.

- koncentruje się na własnej osobie, dostrzega w procesie komunikacji punkt widzenia partnera, ale nie uwzględnia go.
- przypisuje sobie pozycję wyższą, niż współpartnerowi relacji.
- może chcieć podporządkować sobie pacjenta, w imię wyższej sprawy – np. obowiązującego regulaminu!!

Egocentryczny styl komunikowania się - może sprzyjać stosowaniu przemocy.

Rozpoczynając od subtelnych form: jak celowe nieodwzajemnianie pozdrowień, aż do agresji słownej -wyrażanej wprost.

Nie ma idealnego modelu w relacji personel– pacjent

Każdy posiada swoje **wady i zalety**.

- **Wadą Modelu Partnerskiego** bywa, **zbyt duża autonomia pacjentów** i często niewłaściwie przez nich wykorzystywana.

Zachowania dyrektywne, gdy interakcje są asymetryczne, bywają przydatne w sytuacjach nagłych, zagrażających życiu, kryzysowych.

Postawa współpracy, współdziałania i współdecydowania, gdy interakcje są symetryczne, bywają pomocne w kontakcie ambulatoryjnym z pacjentem w chorobach przewlekłych, gdzie większą rolę posiada pacjent, zaś lekarz pełni rolę doradcy.

CZYNNIKI ZAKŁÓCAJĄCE PROCES KOMUNIKOWANIA SIĘ:

WERBALNE BARIERY KOMUNIKACYJNE

1. **Krytykowanie**– wyrażanie negatywnych opinii o drugiej osobie,
2. **Orzekanie** –to wypowiedź orzekająca w roli eksperta w sprawach pacjenta
3. **Rozkazywanie, nakazywanie** –to decydowanie za innych”, odpowiednio prowadzona rozmowa, pozwala rozumieć motywy pacjentów
4. **Groźenie** - próba przejęcia kontroli nad działaniami drugiej osoby.
5. **Moralizowanie**-mówienie drugiej osobie, co powinna zrobić.
6. **Nadmierne wypytywanie**- zadawanie szeregu pytań, stawiających pacjenta w sytuacji jaką jest przesłuchanie.
7. **Doradzanie**- proponowanie pacjentowi gotowych rozwiązań.
8. **Zmiana tematu**- odwracanie uwagi, przechodząc do innego wątku. 9. **Logiczne argumentowanie**: nie spieszmy z udzielaniem pospiesznej odpowiedzi !!! Wysłuchajmy pacjenta...
- 10 . **Pocieszanie** – dla ukojenia, dodania otuchy,
dajmy okazję wysłuchania pacjenta, zapewnijmy o możliwości na otwartą rozmowę.
11. **Wymrożenie**- zawieszanie rozmowy, bez poinformowania o tym .
Wtedy pacjent może snuć, różne nieprawdziwe domysły.

Na pozór wiele z tych barier wydaje się dość „niewinne”. Jednak to one w większym stopniu niż inne sposoby komunikacji, blokują konwersacje i zwiększają dystans emocjonalny między nadawcą a odbiorcą.

NIEWERBALNE BARIERY KOMUNIKACJI

- Zachowanie człowieka, jego postawa, wzrok, gesty, wykorzystanie przestrzeni, utrudniające porozumiewanie się .
- Postawa zamknięta, brak kontaktu wzrokowego, milczenie - jako wyraz niechęci do porozumiewania się, zachowania niestosowne, wykraczające poza normy kulturowe
- Biały fartuch lekarza /psychiatry/ , „zespół białego fartucha”
- Maski chirurgiczne i rękawice gumowe, noszone poza salą zabiegową, niezmienny taki sam strój pielęgniarki pediatrycznej -zabiegowej i taki sam potem opiekującej się dzieckiem,
- instrumentarium i oprzyrządowanie, wpływające stresująco na zachowanie pacjenta.
- Bariery u pacjenta - odsłanianie ciała i okolic intymnych, obecność osób trzecich podczas badania, obchód lekarski, zbierania wywiadu przez studentów, sporządzanie notatek.

Bariery w komunikacji – OGÓLNIE

1. Różnice kulturowe
2. Brak umiejętności decentracji =(przyjęcia perspektywy rozmówcy)
3. Utrudnienia percepcyjne
4. Stereotypy
5. Wybiórczość uwagi
6. Samopoczucie

-

POKONYWANIE BARIER W KOMUNIKACJI

1. Dopasowanie przekazu - ważne do kogo mówimy.
 2. Stosowanie odpowiedniego kodu przekazu:
gesty, metafory, porównania – właściwe danemu językowi.
 3. Formułowanie jednoznacznych przekazów: jeśli złościsz się, mów o własnych odczuciach, przy wyrażaniu obaw unikaj obwiniania kogoś za swoje emocje.
 4. Dbłość o formę wypowiedzi: głos, tempo, akcent.
 5. Nieprzekazywanie jednocześnie zbyt wielu informacji.
 6. Zachowanie struktury przekazu - od łatwego do trudnego, od konkretnego do abstrakcji.
 7. Panowanie nad własnymi emocjami !!
 8. Wykorzystanie sprzężenia zwrotnego: zadawaj pytania, obserwuj zachowanie pacjenta, słuchaj jego odpowiedzi.
 9. Pamiataj:
 - pytanie zamknięte - „czy to panią boli”- co ogranicza odpowiedź
 - pytanie otwarte („ jak się pan czuje”) daje swobodę wypowiedzi, a nam więcej informacji.
 10. Stosowanie wzmocnienia przekazu :
 - wzmocnianie poczucia własnej wartości rozmówcy(dobór słów, ton, mimika)
 - spontaniczność –ułatwia kontakt i zmniejsza opór u pacjenta
 - empatię i pewność siebie- pacjenta, wie, że rozmawia z osobą kompetentną i wrażliwą.
- W wypowiedzi korzystajmy z trybu warunkowego:
- zachęta do oceny swojej propozycji - „ Czy mógłby pan zaakceptować następujące postępowanie?”
 - słuchanie: bez przerywania, zgadywania, wyprzedzania odpowiedzi rozmówcy.

CZYNNIKI ZAKŁÓCAJĄCE PAROCES KOMUNIKOWANIA SIĘ

1. PRZENIESIENIE - zjawisko w ramach którego pacjent, nieświadomie przelewa (przenosi) na terapeutę/ personel reakcje emocjonalne, których doświadczają wobec ważnych osób z własnego życia.

Przeniesienie często „pobrzmiwa echem” relacji pacjenta z rodzicami lub innymi osobami, które odgrywały kluczową rolę w jego przeszłości.

Jeśli jakaś osoba będzie przypominać Ci siostrę, z którą się nie dogadywałeś w dzieciństwie, automatycznie możesz jej nie polubić.

2. PRZECIWPRZENIESIENIE – opisuje uczucia i nastawienia lekarza do pacjenta.

3. ZBYT CZĘSTE ZADAWANIE PYTANIA: „Dlaczego”

Zmusza pacjenta do tłumaczenia się, koncentruje jego uwagę na przeszłości i wyjaśnianiu przyczyn.

4. Urojenia interpretacyjne

Są to zaburzenia treści myślenia, polegają na błędnym sposobie interpretacji obserwowanych zdarzeń i osób:

- **paranoiczne** – usystematyzowane, tworzące zwartą konstrukcję myślową; charakterystyczne dla **paranoi**; są teoretycznie „możliwe do zaistnienia” czyli dotyczą sytuacji, która **może** zaistnieć, / np. niewierności małżeńskiej, prześladowań, podsłuchu..../
- **paranoidalne** – nieusystematyzowane, wielowątkowe; są one dla stanu dzisiejszej wiedzy „niemożliwe do zaistnienia”, **jak czytanie w myślach**, nasyłania myśli

5 . Złudzenia / Iluzje

Dotyczą zniekształconej interpretacji, występują też u ludzi zdrowych, ale nie jako objaw psychopatologiczny.

-U osób zdrowych, doświadczający złudzenia jest w stanie skorygować je z rzeczywistością: np. widzi z daleka znajomego człowieka, który tu nie przebywa bo wyjechał już z miasta; rozumie, że nie może to być właśnie ta osoba;

- W patologii, wiedza o tym, że dana osoba nie może znajdować się w tym miejscu, już nie wystarcza.

Przyczyna iluzji -pobudzenie emocjonalne lub niedostateczna uwaga.

6. NASTAWIENIA KSOBNE / ODNOSZĄCE

- przekonanie, że jest się przedmiotem szczególnego zainteresowania, ze strony otoczenia.
- osoba uważa, że niewinne uwagi i zachowania innych osób, wymiana porozumiewawczych spojrzeń, właśnie odnoszą się do niego, jest ona przekonana, że inni coś wiedzą o niej.

Występuje też w zespołach otępiennych !!!

Odbiór, że w telewizji lub w radio, ludzie mówią do chorego lub o nim, wrażenie, że nagłówki w gazetach piszą o pacjencie lub do pacjenta, wrażenie, że ludzie za plecami pacjenta, właśnie mówią o nim.

7. Złudzenia / Iluzje

Dotyczą zniekształconej interpretacji, występują też u ludzi zdrowych, ale nie jako objaw psychopatologiczny.

- U osób zdrowych, doświadczający złudzenia jest w stanie skorygować je z rzeczywistością: np. widzi z daleka znajomego człowieka, który tu nie przebywa bo wyjechał już z miasta; rozumie, że nie może to być właśnie ta osoba;
- W patologii, wiedza o tym, że dana osoba nie może znajdować się w tym miejscu, już nie wystarcza.

Przyczyna iluzji - pobudzenie emocjonalne lub niedostateczna uwaga.

8. Złożona równoważność

Oparta jest na wadliwym założeniu, że to co widzę i słyszę, dokładnie oznacza, że...

Z pojedynczego zachowania człowieka, wyciągamy wnioski dotyczące jego przeżyć, nie weryfikując ich w bezpośrednio w rozmowie.

Złożona równoważność w relacji z pacjentem:

- fałszuje jego wizerunek,
- prowadzi do błędnych interpretacji odbieranych komunikatów niewerbalnych (zachowania, objawów).

9. Niespójność komunikacyjna

- niezgodność między treścią przekazaną werbalnie a wysyłanymi sygnałami niewerbalnymi.
- często mowa ciała, nie potwierdza treści formalnego przekazu,
- odbiorca może być dezorientowany i mieć poczucie nieszczerości swojego rozmówcy i posądzać np. o kłamstwo.
- niespójność komunikacyjna wywołuje dezorientację, pomija informacje zawarte w słowach a zwraca uwagę na sygnały niewerbalne.
- **Niespójność komunikatu**, bywa sposobem manipulacji, któremu ulegamy, w relacjach z bliskimi.

10. WADLIWA KONSTRUKCJA SEMANTYCZNA

cechą charakterystyczną tych wypowiedzi jest używanie zaimków osobowych.(ty, on, ona, wy,).

Partner relacji zostaje obciążony odpowiedzialnością za przeżycia podmiotu.

- Poprawna konstrukcja, akcentuje odpowiedzialność podmiotu za przeżywane doświadczenia, uczucia, myśli, wyobrażenia i działania.

11. NOMINALIZACJE –

abstrakcyjne rzeczowniki pochodzące od czasowników .

Nie można ich wizualizować, są niekonkretne i powodują zniekształcenia komunikacji.

Nasycenie wypowiedzi nominalizacjami, utrudnia autentyczny kontakt interpersonalny i utrudnia udzielenie oczekiwanej pomocy.

Pomocą jest denominalizacja- odwrotność , czyli przekształcanie rzeczownika w czasownik.

12. ŻARGON ZAWODOWY-

- specyficzne dla danej grupy profesjonalistów słownictwo, w celu szybkiej wymiany informacji. To nazwy czynności, przedmiotów.

RODZINY, PACJENCI I OSOBY POSTRONNE, NIE ROZUMIEJĄ ZNACZEŃ ZWROTÓW ŻARGONOWYCH.

Stosowanie żargonu nie jest zakłóceniem komunikacyjnym, gdy wymiana informacji odbywa się bez obecności pacjenta.

Jednak **w obecności pacjenta, staje się zakłóceniem** komunikacyjnym !!!

13. CZYTANIE W MYŚLACH –

- **Czytanie w myślach** -odgadywanie myśli, na podstawie zachowania osoby, wyrazu jej twarzy

- Czytając w myślach odnosimy się do **naszej interpretacji** zachowania drugiej osoby, **dopowiadając sobie, jej intencje lub zamiary.**

Nie każdy człowiek myśli tak jak my, **czytając w myślach rzutujemy na niego nasze interpretacje.** (projekcja).

14. DESTRUKCYJNE PRZEKONANIA - info z tv, o zagrożeniach w mieście więc osoba nie opuszcza domu, a pielęgniarkę środowiskową traktuje z rezerwą.

CZYNNIKI ZAKŁÓCAJĄCE KOMUNIKACJĘ TERAPEUTYCZNĄ:

- **Brak motywacji do leczenia** – pacjent nie jest przekonany o potrzebie leczenia; przełamanie występującej blokady u niego wymaga poznania jego indywidualnych motywów.
- **Nieufność pacjenta**- może wynikać z doświadczenia z przeszłości, brak zaufania może wynikać z podejrzliwości i niechęci do postępowania zgodnie ze zaleceniami lub być źródłem konfliktów i agresywnego zachowania.
- **Agresja pacjenta** – słowna lub niestosowna, to jedna z największych przeszkód w relacji terapeutycznej. Krytyka nawet zasłużona, wzbudza silne emocje, zachęca do odwetu lub irracjonalnej obrony. Prowokuje do odpowiedzi, która może stać się sprzeczką, kłótnią. Pomoc może wiedza, że agresywne zachowanie bywa ujściem lęków, bezradności w chorobie, rosnącą w nim frustrację.
- **Manipulacja ze strony pacjenta**- pacjent swoją chorobę może wykorzystywać a objawami jej manipulować , aby uzyskać to , czego wprost nie ma odwagi zgłosić, lub oddalić to czego boi się.
- **Ignorancja**- brak rozumienia zależności psychosomatycznych i somatopsychicznych, może utrudnić zrozumienie jego uczuć, zachowań, i tak właśnie nie nawiązać dobrego kontaktu.
- **Ocenianie pacjenta** – stygmatyzacja,
- **Brak wglądu we własne problemy/pielęgniarki lub pacjenta** – wpływa na charakter kontaktów, bo utrudnia adekwatne zachowanie, (poprzez przeciwprzeniesienie) przypisując pacjentowi nieprawdziwych motywów i intencji lub zbędnego dystansu, niechęci lub nadopiekuńczości. **Błąd maski** – przeciwieństwo autentyczności , skrywanie uczuć, zwykłych ludzkich reakcji, za maską zawodowej, profesjonalnej, rutyny i obojętności. **Błąd naukowej obiektywności** – wyraża się w lekceważeniu świata subiektywnych doznań pacjenta i opieranie się tylko na wynikach badań fizykalnych.To przeciwstawienie się empatii,otwartej na świat doznań pacjenta.

TEORETYCZNA KOMUNIKACJA TERAPEUTYCZNA

Pojęcie komunikacji terapeutycznej

„Psychoterapia elementarna” zastąpiona neutralnym określeniem **„Komunikacja Terapeutyczna”**, która odpowiada psychoterapii wspierającej przy łóżku chorego.

/M. Motyka/

NIE JEST PSYCHOTERAPIĄ - SPECJALISTYCZNĄ I SAMODZIELNĄ METODĄ LECZENIA, WYKORZYSTUJĄC ŚRODKI PSYCHOLOGICZNE.

KOMUNIKACJA TERAPEUTYCZNA lepiej dostosowuje się do konkretnej sytuacji chorego, jego problemów, co czyni ją skuteczną.

KOMUNIKACJA TERAPEUTYCZNA, jako wsparcie, okazywane pacjentowi werbalnie i niewerbalnie, może łagodzić emocjonalne skutki choroby (lęk, gniew, poczucie krzywdy, depresji, bezsilności) i wzmacniać motywację do leczenia, nawiązać dobrą współpracę z pacjentem.

KOMUNIKACJĘ TERAPEUTYCZNĄ określamy jako:

- Terapię podtrzymującą,
- Terapię wspierającą.

PIELĘGNIARKA / PIELĘGNIARZ, są do tego przygotowani....

Zawód, z natury interdyscyplinarny i zorientowany humanistycznie, otwarty na nowe, ze wzrastającą autonomią, coraz szybciej przejmuje do codziennej praktyki, PODEJŚCIE PSYCHOTERAPEUTYCZNE .

Istota komunikacji terapeutycznej – tworzenie relacji terapeutycznej, rodzaju stosunku pomiędzy pacjentem a osobą udzielającą pomocy, tak aby zapewnić klimat psychologiczny dobry dla leczenia i pielęgnacji.

CECHY RELACJI TERAPEUTYCZNEJ

Po stronie terapeuty:

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

Po stronie pacjenta:

- zaufanie do terapeuty,
- współpraca w terapii,
- rozumienie celu leczenia,
- motywacja do leczenia.

Naturalność, w kontakcie terapeutycznym, nie oznacza jednak braku kontroli i panowania nad swoimi słowami, uczuciami lub zachowaniem!!!

PODSTAWOWE CELE KOMUNIKACJI TERAPEUTYCZNEJ (relacji terapeutycznej)

1. Aspekt emocjonalny – dostarczenie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa dla otwarcia się przed pielęgniarką i „wyrzucenia” swoich kłopotów.

Będzie też dowartościowaniem i psychicznym wzmocnieniem , przekonaniem ,że choroba nie obniża zainteresowania nim jako pacjentem, z charakterystyczną postawą otwartości, postawą „do człowieka” (empatia).

2. Aspekt zadaniowy - podtrzymanie więzi z pacjentem w płaszczyźnie zawodowej jednak bez sztucznego dystansu. Musi być on podporządkowany celowi, któremu ma służyć.

Cel komunikacji terapeutycznej:

- łagodzenie negatywnych emocji pacjenta: lęk, złość, poczucie winy, krzywdy, bezsilności - wynikających z choroby,
- wzmocnianie sił obronnych psychiki - wzmocnianie zasobów osobistych pacjenta, pozwalających lepiej niwelować stres,
- wzmocnianie współpracy pozostałego personelu z pacjentem.

PATERNALISTYCZNY STYL KOMUNIKOWANIA SIĘ Z PACJENTAMI w instytucjach ochrony zdrowia.

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

Dobro - definiuje się według własnego zdania, ograniczając lub nie zwracając w ogóle uwagi na autonomię chorego.

PATERNALIZM – ja wiem, co jest najlepsze dla pacjenta!

MODEL PATERNALISTYCZNY

- ogranicza autonomię pacjenta,
- dominuje autorytarne podejście do pacjenta,
- decyzje o wyborze najlepszego sposobu leczenia podejmuje lekarz, a zdanie chorego jest bardzo ograniczone lub nie pojawia się,
- pacjent przyjmuje postawę bierną,
- choroba jest ukazana przez pryzmat biologii. Nacisk kładzie się głównie na czynniki instrumentalne,
- potrzeby emocjonalne pacjenta są marginalizowane.

Pozostałości modelu paternalistycznego

- niedostateczne informowanie
- nieprzestrzeganie praw pacjenta.

W POLSKIM SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W OBSZARZE KOMUNIKACJI LEKARZ-PACJENT SPOTYKAMY JESZCZE MODEL PATERNALISTYCZNY.

Wg tego modelu chorych traktuje się jako **przypadki medyczne**.

„PACJENT TO NIE JEDNOSTKA CHOROBOWA”

Pacjent to osoba, która ma uczucia, oczekuje wsparcia i zrozumienia.

KRYTYKA PATERNALIZMU ZOSTAŁA PODJĘTA W IMIĘ OBRONY AUTONOMII PRAW PACJENTA.

KOMUNIKACJA TERAPEUTYCZNA – ważne umiejętności

1. Empatia 2. Akceptacja 3. Autentyczność 4. Asertywność 5. Aktywne słuchanie 6. Otwartość

1. Empatia – składnik relacji terapeutycznej,

To umiejętność uświadamiania sobie, uczuć, potrzeb i wartości innych ludzi.

Brak tej kompetencji, powoduje błędne odczytywanie uczuć, potrzeb i intencji u innych.

Wykazano, że osoby empatyczne są bardziej lubiane i postrzegane przez otoczenie jako sprawniejsze w komunikacji interpersonalnej niż te nieempatyczne.

Empatia to współodczuwanie a nie współczucie.

Cel empatii:

- wzbudzenie u pacjenta przekonania, że on i jego problemy, są rozumiane przez terapeutę,
- dają poczucie bliskości oraz możliwość „podzielenia się swoimi kłopotami i zmartwieniami”,
- bagaż zmartwień pacjenta okaże się lżejszy.

2. Akceptacja

- troska i szacunek wobec pacjenta, tolerancja pacjenta bez oceny / „dobrze” / „źle”
- chęć określenia przyczyn i zrozumienia zachowania pacjenta, jego uczuć
- zapewnienie warunków bezpiecznych, poczucia wartości,- obniżenie poziomu lęku - przekonanie o godności pacjenta, jego prawie do podejmowania decyzji oraz ponoszenia odpowiedzialności,
- akceptacja człowieka- pacjenta, bez dodatkowych warunków,
- akceptacja przez okazywaną życzliwość i ciepło pacjentowi, rozumieniu przejawianych przez niego uczuć.
- - mamy prawo , aby zakomunikować mu, które zachowania nas obrażają ,ranią lub stanowią przeszkodę w powrocie do zdrowia.

3. Autentyczność

- Naturalność, otwartość, brak tendencji ucieczkowych, obronnych, swoboda wyrażania uczuć, myśli, szczerłość, bez obłudy, zaufanie.
- Spójność wewnętrzna myśli i działań: wyraz twarzy i postawa spójna z myślami i wypowiedzianymi słowami (kongruencja)
- Autentyczność - wzbudza zaufanie, przestajemy się bać , obdarzamy zaufaniem osobę, która nie udaje i zachowuje się naturalnie.

BYCIE SOBĄ, NIE OGRANICZA KONTROLI NAD SWOIMI UCZUCIAMI CZY SWOIM POSTĘPOWANIEM.

- Pielęgniarka reaguje na indywidualne, osobiste problemy pacjenta, pozostając w swojej roli zawodowej(kontrola).

4. ASERTYWNOŚĆ - wymiary:

Asertywna postawa - myślenie o ludziach jak o podmiotach, a nie przedmiotach oraz , że ludzie mają potrzeby, cele, dążenia, motywy działania, które należy brać pod uwagę i respektować.

Techniki asertywności- służą świadomemu i celowemu budowaniu komunikatów, tak by otaczający nas ludzie wiedzieli i czuli, że traktowani są zgodnie z **filozofią asertywności**.

Zachowania asertywne- styl reagowania w sytuacji, w których potrzeby, interesy, wartości nasze lub innych ludzi są zagrożone.

Zgodnie ze zbiorem **praw asertywności**, każdy ma prawo do swojej opinii.

CZYM JEST ASERTYWNOŚĆ?

ULEGŁOŚĆ _____ AGRESYWNOŚĆ

ASERTYWNOŚĆ.....to

Nie uległość, w której nie szanujemy siebie, kosztem potrzeb czy życzeń innych osób, ale też...

Nie agresja i takie właśnie, zachowanie wobec innych osób.

5. AKTYWNE SŁUCHANIE- jest technicznym uzupełnieniem i praktycznym rozwinięciem akceptacji i empatii.

Dotyczy:

- Koncentracji uwagi i kontakcie wzrokowym.
- Lekkim pochyleniu ciała w kierunku mówiącego.
- Używaniu zachęcających zwrotów.
- Otwartości na punkt widzenia osoby, której słuchamy.
- Empatii.
- Zadawaniu pytań (wyjaśniających, uściślających).

Aktywnie słuchając należy:

- Okazywać mówcy szacunku, akceptacji, ciepła.
- Powstrzymać się od moralizowania i osądzania.
- Unikać moralizowania i osądzania.

Technikami pomocnymi w aktywnym słuchaniu o dużym terapeutycznym znaczeniu są:

- Parafraza,
- Klaryfikacja
- Odzwierciedlenie...

TECHNIKI AKTYWNEGO SŁUCHANIA:

Parafraza

Parafraza – potwierdzenie własnymi słowami tego, co się usłyszało.

- „Jeżeli dobrze rozumiem...?”

Parafraza to nie interpretacja, która jest domysłem, wnioskiem, uogólnieniem-

Klaryfikacja

prośba o wyjaśnienie elementów niezrozumiałych.

- „Czy mogłaby mi Pani jeszcze raz to wyjaśnić?”

Przejmujemy inicjatywę w rozmowie, zadając pytania i proponując tematy, dzięki czemu rozmowa będzie zgodna z naszymi potrzebami. Podkreślamy to, że słuchamy ze zrozumieniem.

Odzwierciedlenie –

Chodzi o odzwierciedlenie uczuć, próbę nazwania tego co odczuwa lub odczuwał w chwili, o której opowiada..

„Rozumiem, co pani czuje.. „ mam wrażenie , że wiadomość ta zasmuciła panią..” Nie czujmy się dotknięci ,gdy pacjent odrzuci naszą propozycję nazwania jego uczuć.; odgadując cudze uczucia , można pomylić się.

Ponadto:

Prowadzenie

Kierowanie rozmową w pożądanym kierunku.

Osiągane przez:

- porządkowanie wypowiedzi - przypomnienie tematu rozmowy,
- ośmielanie rozmówcy – życzliwe gesty, odsłanianie siebie.

Słuchanie uważne, z empatią; pomoc w znalezieniu najlepszego rozwiązania, zgodnie z zasadą „ pomogę ci podjąć decyzję samemu”.

Pytania

- **otwarte** - dają swobodę wypowiedzania się, dowolnie rozwinąć wypowiedź, zachęcają do dalszej rozmowy i wyrażają zainteresowanie oraz troskę.
- **zamknięte** – ograniczają wypowiedź, jest odpowiedź: tak/nie.

SZTUKA ZADAWANIA PYTAŃ TO UMIEJĘTNE DOSTOSOWANIA ICH DO SYTUACJI.

- Rozpoczynamy od pytań otwartych: „kto?”, „co?”, „jak?”, „dlaczego?”
- Słuchamy nie tylko na odpowiedzi na pytania, ale również informacji, dostarczających wiedzy o tym, co chce nam przekazać.
- Pytania zadawane przez terapeutę służą realizacji celów terapeutycznych, a nie zaspokojeniu ciekawości terapeuty!!!

6. OTWARTOŚĆ

- uzewnętrznianie uczuć, osobistych informacji o sobie, „wypowiedzenia się” - samoodśnianie się

Mówiąc o swoich przeżyciach i doświadczeniach, często związanych z lękiem, wstydem albo poczuciem winy, pacjent zyskuje większe poczucie wewnętrznej zgodności pomiędzy wnętrzem a zewnętrzną maską, co likwiduje dodatkowe napięcie.

- **Otwartość – jako** przejawianie gotowości, zdolności do wysłuchiwanie, rozumienia i akceptacji.

Otwartość vs Zamknięcie- nie nawiązywanie kontaktu, blokada relacji: pielęgniarka – chory. Postępowanie tu jest rutynowe i schematyczne.

TECHNIKI TERAPEUTYCZNE-

ODZWIERCIEDLANIE – KLARYFIKACJA- PARAFRAZOWANIE -

MILCZENIE- jako powstrzymanie się od mówienia na temat przeżyć lub tym co daje sposobność do lepszej obserwacji pacjenta i odczytania komunikatów pochodzących z niewerbalnej mowy ciała.

Cisza w dialogu jawi się jako szczególna forma komunikacji.(pauza terapeutyczna). Niekiedy tylko cisza i milczenie może wyrazić to, co niewypowiedziane, bardziej niż czynią to słowa.

MODELOWANIE –np. pukanie do drzwi to komunikat wyrażający szacunek do pacjentów, jest modelowaniem oczekiwanych zachowań pacjentów w odniesieniu do pielęgniarek. To nieświadomy proces uczenia się zachowań od osoby modelującej dane zachowanie (np. pielęgniarki, poprzez naśladowanie.) Oczekiwaniem w odniesieniu do pielęgniarek zachowaniem pacjentów jest pukanie do drzwi pokoju zabiegowego, socjalnego...lub pomieszczeń służbowych w ZOZ).

INTERPRETACJA- ważna jest właściwa interpretacja, dostarczenie choremu takich ram odniesienia , które w korzystny sposób zmienią perspektywę jego spojrzenia na odczuwane problemy i cierpienia, nie chodzi o ich umniejszanie, lecz zmianę znaczenia na bardziej pozytywne.

KONFRONTACJA-

WERBALIZACJA- rodzaj uściślenia (konkretyzowania) wypowiedzi , unikać niejasnych słów, ogólników...

INFORMOWANIE- proces rozłożony w czasie, przekaz dostosowany do poziomu rozumienia, w sposób nie emocjonalny,(spokojnie, rzeczowe informowanie), bez języka nieakceptacji(„dowie się pan później”), uprzedzenie o działaniach związanych z przebiegiem choroby.

PYTANIA WYJAŚNIAJĄCE-

PODSTAWOWE CZYNNIKI TERAPEUTYCZNE POZYTYWNE WPŁYWAJĄCE NA CHOREGO

- 1. Poczucie wsparcia** – życzliwy kontakt, służenie pomocą, wsparcie płynące z zewnątrz, to daje poczucie siły i wzmacnia w walce z chorobą.
- 2. Nadzieja** - wyraża się siłą, w walce z chorobą, „rekompensata” za cierpienie pokonywane w chorobie.
- 3. Humor** – uzdrawiająca siła pozytywnych emocji i kataraktyczny efekt śmiechu, co pozwala rozładowywać napięcia.
- 4. Otwartość** – autoekspresja, motywacja do leczenia- daje możliwość dzielenia się, z rozumiejącym go słuchaczem, co pozwala doznać ulgi.
- 5. Poczucie mocy osobistej** - to pozytywna samoocena, poczucie własnej zaradności, poczucie kontroli i panowania nad sobą oraz sytuacją. Te moce, pozwalają pacjentowi przetrwać trudne chwile i stawiać czoła przeciwnościom.
- 6. Poczucie rozumienia** - Człowiek, mając rozeznanie w swojej sytuacji, jest spokojniejszy, wie co dzieje się, czego może oczekiwać; samo nazwanie choroby, może już uspokoić chorego. Sytuacja komplikuje się, gdy diagnoza jest niepomysłna a informacja o stanie faktycznym wywołuje strach czy przerażenie.

INFORMACJE NALEŻY DAWKOWAĆ OSTROŻNIE, DOSTOSOWUJĄC DO ZDOLNOŚCI ADAPTACYJNYCH PACJENTA.

- 7. Poczucie sensu** – chodzi o nadanie sensu i znaczenia doświadczeniom i wysiłkom pacjenta, i spostrzeganie jego KZŻ, jako czegoś co niesie pozytywne znaczenie, lub nadaje sens jego życiu.
- 8. Motywacja do leczenia**-chory chce pozbyć się choroby; rolą personelu, jest uświadomienie pacjentowi jego udziału w prowadzonym leczeniu, pokazanie mu jak wiele zależy od niego samego. Gdy trzeba, uświadommy motywy psychologiczne utrudniające leczenie.
- 9. Odreagowanie**- rozładowanie, uwolnienie nagromadzonych negatywnych emocji, z efektem oczyszczenia. Ważny jest bezpieczny związek z rozmówcą czyli relacja terapeutyczna.

Bariery komunikacyjne - nadawca i odbiorca mogą stosować różne blokady komunikacyjne, utrudniające kontakt.

OSĄDZANIE

- krytykowanie – „Czy ty naprawdę nic nie rozumiesz?”
- obrażanie – „To dlatego, że jesteś leniwa”.
- orzekanie – „Ciebie w ogóle ten temat nie interesuje”
- chwalenie po to, by ganić lub manipulować - „Dobrze zrobiłeś, ale gdybyś choć trochę się postarał, mógłbyś być najlepszy”.

DECYDOWANIE ZA INNYCH

- rozkazywanie – „Od tej pory będziesz przygotowywał to w ten sposób”
- grożenie – „Jeśli tego nie zrobisz, co mówię . . .”
- moralizowanie – „Kiedy ja tutaj pracowałam, to robiliśmy to tak. . . ty też tak powinnaś robić”
- niewłaściwe zadawanie pytań – „Gdzie byłeś, co robiłeś, po co jechałeś, kto z tobą był.”

UCIEKANIE OD CUDZYCH PROBLEMÓW

- doradzanie – „Ja na twoim miejscu zrobiłbym tak, . . .”
- zmienianie tematu – „Tak jest, ale jak mówiłam....”
- odwracanie uwagi- „ Myślisz, że spotkało ciebie coś złego, a co zdarzyło się mojej koleżance...”
- logiczne argumentowanie – „Możesz poprawić swoje wyniki tylko przez częstsze ćwiczenie”
- pocieszanie – „Nie martw się, to się ułoży, będzie dobrze. . .”

POKONYWANIE BARIER W KOMUNIKACJI

1. Dopasować przekaz
2. Stosować odpowiednie kody przekazu: gesty, metafory, porównania
3. Formułować jednoznaczne przekazy: gdy złość się, mów o własnych odczuciach, przy wyrażaniu obaw unikaj obwiniania za swoje emocje.
4. Dbać o formę wypowiedzi: głos, tempo, akcent.
5. Nie przekazywać jednocześnie wielu informacji.
6. Zachować strukturę przekazu - od łatwego do trudnego, od konkretnego do abstrakcji.
7. Panować nad własnymi emocjami !!
8. Wykorzystywać sprzężenie zwrotne: zadawaj pytania,
9. Charakterystyka pytań !! otwarte , zamknięte
10. Wzmocnienia przekazu - dobór słów, ton, mimikę.

SKUTECZNA KOMUNIKACJA I UTRUDNIENIA:

- Niewłaściwy styl komunikacji
- Złe samopoczucie
- Postrzeganie partnera przez pryzmat stereotypów:

Efekt Aureoli - tendencja do automatycznego, pozytywnego (anielski efekt halo lub negatywnego szatański efekt halo), przypisywania cech osobowościowych na podstawie pierwszego wrażenia.

Efekt Świeżości - że informacje odebrane niedawno są lepiej pamiętane i łatwiej przypominane niż te odebrane wcześniej.

Hierarchia autorytetów w kręgach medycznych

Każdy pracownik medyczny ma swoje miejsce w hierarchii, w której na szczycie jest lekarz.

Tytuł jako symbol autorytetu.

Zadziwia fakt, iż wcale nie trzeba być prawdziwym autorytetem, aby zachować jego cechy.

Oznacza to, że zachowując zewnętrzne pozory, można łatwo wcielić się w rolę autorytetu i posiadać jego moc wpływania na innych. Wystarczy kilka prostych symboli, aby wywołać uległość.

Wertykalny charakter komunikacji.

Komunikacja pozioma- pomiędzy członkami tej samej grupy lub pełniącymi funkcje na tym samym poziomie.

Komunikacja pionowa- dotyczy komunikatów przepływających od góry i w dół lub ku górze, gdy podwładni informują o swoich sukcesach i problemach, stopniu wykonania zadań.

PIELĘGNIARSTWO HOLISTYCZNE

Zrywa z paternalistycznym modelem pielęgnacji, który ogranicza pacjenta i podporządkowuje go pielęgniarce.

Współczesne pielęgniarstwo – charakteryzuje humanizm, i holistyczne podejście do człowieka, który podlega ciągłemu procesowi stawania się i rozwoju.

Potrzeba -wzajemnego uczestnictwa w osiąganiu celu, na wzajemnej akceptacji, współodczuwania, empatii, nadziei i zrozumiałego przekazu komunikatów, dla skutecznego porozumiewania się.

Zespół Terapeutyczny

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

Zespół terapeutyczny (therapeutic staff) – to grupa osób wspólnie realizujących proces leczenia.*

Zespół Terapeutyczny :

- działa zgodnie z jego **celem** (funkcja zadaniowa) i odpowiedzialności za realizację,
- wspólne ustalenie zakresu działań oraz związanych z tym indywidualnych obowiązków i uprawnień,
- sprawny obieg informacji.

Sukcesy grupy zależą od:

- umiejętności skutecznego porozumiewania się
- więzi łączących jednostkę z grupą (poczucie przynależności)
- poczucie odpowiedzialności za sukcesy i porażki
- prawidłowej sytuacji etatowej
- zaangażowania w grupowe działanie
- aktywność członków grupy.

*Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Red. A. Kwiatkowska, PZWL W-wa 2016

CECHY ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO, interdyscyplinarnego, nastawionego na opiekę zdrowotną:

- Współzależność- uczestnicy potrzebują wzajemnej pomocy w dążeniu do wspólnego celu,
- Identyfikowanie się –świadomość bycia w grupie, postrzeganie zespołu jako jedności,
- Normy – uczestnicy przestrzegają pisanych i niepisanych norm postępowania,
- Struktura – istnieje pewna określona hierarchia ról w zespole,
- Współpraca, zdolność do działania w jedności – zespół działa jako organizm, tworząc „ duch zespołu”,
- Wzajemna interakcja – uczestnicy zespołu komunikują się wzajemnie ze sobą, wpływają na siebie, liczy się każda opinia i zdanie.
- Zwykle jedna osoba pełni rolę koordynatora
- Praca zespołu jest planowana.

ZESPOŁY TERAPEUTYCZNE DZIAŁAJĄ ZARÓWNO W STACJONARNYM JAK I AMBULATORYJNYM LECZNICTWIE.

SKŁAD ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO

Lekarz – nadzoruje proces diagnostyki i leczenia,

Pielęgniarka - realizuje działania wynikające z procesu pielęgnowania, dokonuje ich ewaluacji, przygotowuje pacjenta do samoopieki;

Pacjent –

w zależności od potrzeb:

Fizjoterapeuta - zajmuje się ruchowym usprawnianiem, pomaga wraz z pielęgniarką zwiększyć zakres samodzielności i niezależności samoobsługowej;

Psycholog- udziela wsparcia, motywuje, psychoterapię

Dietetyk - podejmuje interwencje w zakresie właściwego żywienia,

Rodzina pacjenta-

Terapeuta zajęciowy- pomaga wypełnić czas wolny...

Kapelan – posługa duchowa i wsparcie duchowe

Skład zespołu zależy od omawianego problemu...

Poszczególni członkowie ZESPOŁU , w zakresie swoich kompetencji, wzajemnie się uzupełniają i wspierają.

WAŻNE W KOMUNIKACJI ZESPOŁU:

- Spójność przekazu - wspólny język w zakresie tematu, zapewnia sprawny obieg informacji, słowa znaczą zawsze to samo dla nadawcy i odbiorcy komunikatu.
- Pełna szczerość
- Unikanie sporów kompetencyjnych / praca zgodna ze swoją wiedzą , wykształceniem, zakresem posiadanych uprawnień/
- Holistyczne podejście do pacjenta
- Ciągły przepływ informacji - „ wszyscy ze wszystkimi”

KONSTRUKTYWNA WSPÓŁPRACA W ZESPOLE:

- Zasada równości członków zespołu – problem jednego członka zespołu jest ważny dla wszystkich.
- Wspólne podejmowanie decyzji = konsensus
- Realizm
- Wzajemna akceptacja, życzliwość, uczciwość i tolerancja.

/ dr M. Strugała/

KOMUNIKACJA INTERPERSONALNA, JAKA ZACHODZI W ZESPOLE TERAPEUTYCZNYM PEŁNI DWIE FUNKCJE

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

Poczucie wspólnoty członków zespołu i tworzenie atmosfery zaangażowania dla wspólnego celu działania. Jest szansą, że efekt działań, będzie satysfakcjonował członków zespołu terapeutycznego.

MODELE PRZEPŁYWU INFORMACJI - struktury komunikacyjne

- _1. Model Koła
2. Model Łańcucha,
3. Model Raka
4. Model Gwiazdy.

ZESPÓŁ TERAPEUTYCZNY JAKO GRUPA ZADANIOWA

Cel pracy zespołowej

Skupianie się na korzyściach zdrowotnych pacjentów :

- dzielenie się wiedzą o pacjentach, ich stanie zdrowia, problemach leczniczych,
- wspólne podejmowanie decyzji w rozwiązywaniu problemów
- dopasowanie ról, do zadań w zespole, /przejrzysta struktura/

Praca zespołu wymaga ciągłego doskonalenia, w komunikowaniu się.

Forma interakcji interpersonalnych „nie wprost”, nie nazywając intencji, oczekując, by rozmówca sam rozpoznał potrzeby, oczekiwania lub treść wypowiedzi- to zakłóca komunikowanie się.

Walory efektywnego komunikowania zespołowego:

- otwartość na opinie i pomysły innych,
- empatia i atmosfera życzliwości,
- techniki aktywnego słuchania
- poczucie humoru,
- silna integracja w zespole, spójność jego celów.

KAŻDY CZŁONEK ZESPOŁU WNOSI SWOJA WIEDZĘ, UMIEJĘTNOŚCI, POMYSŁY ALE I SWOJE EMOCJE, CO MOŻE TO UMOCNIĆ WSPÓŁPRACĘ ALBO JĄ NISZCZYĆ.

KONFLIKT W ZESPOLE

Konflikt – sprzeczność dążeń, niezgodność interesów, poglądów.

Źródła konfliktów:

- Ukryty plan - jeden z członków zespołu chce coś osiągnąć, nie informując pozostałych uczestników.
- Dynamika grupy – wpływy i naciski, które członkowie zespołu wywierają na siebie.
- Używanie argumentów niemerytorycznych / z pobudek emocjonalnych/.

Efektywność leczenia podnoszą:

- Sposób komunikowania się i udzielanie wsparcia psychologicznego- jako element pracy zespołu terapeutycznego,
- Umiejętne przekazywanie informacji zwrotnej pacjentowi, okazywanie zrozumienia i życzliwości.

Pacjenci objęci taką opieką, szybciej wracają do zdrowia.

/Wg badań naukowych nad zdrowieniem pacjentów/

Zachowanie w konflikcie:

1. Rywalizacja (dominacja, walka) – ważne są moje interesy, inni są przeszkodą na drodze do osiągnięcia celu; należy z nimi walczyć: groźbą, szantażem, presją itp.
2. Wycofanie (podporządkowanie) – jest przeciwieństwem dominacji. Ustępujemy przeciwnikowi, rezygnując z własnych celów, interesów.
3. Unikanie – nie podejmowanie żadnej decyzji dotyczącej konfliktu, sądząc, że konflikt sam zniknie. Niestety, tak się na ogół nie zdarza a konflikt nasila się.
4. Kompromis – częściowe zaspokojenie interesów własnych oraz interesów partnera. Nie ma zwycięzcy i pokonanego, bywa atrakcyjny dla stron, choć obie strony mogą czuć się przegrane.
5. Współpraca – strony skonfliktowane chcą konstruktywnego rozwiązania konfliktu i są wzajemnie na siebie otwarte- to tzw. bezporażkowe rozwiązanie konfliktu. Obydwie strony są zadowolone ze sposobu rozwiązania konfliktu.

POZYCJA PACJENTA W ZESPOLE

Rozpoznanie czynników sprzyjających lub utrudniających relacje pielęgniarki z podmiotem jej troski jest podstawą do :

- określenia problemów i potrzeb
- wczucia się w jego sytuację
- zmiany nastawienia (do osoby, rodziny i sytuacji w jakiej ta osoba znalazła się)
- dopasowania sposobów komunikacji.

Efektem prawidłowej komunikacji jest porozumienie, partnerskie planowanie i realizowanie zadań dążących do celu (dalsza profilaktyka, umiejętność życia z niepełnosprawnością).

Wybrane relacje interpersonalne, w jakie wchodzi pacjent (podmiot opieki):

- pielęgniarka,
- lekarz
- inny personel medyczny
- zespół terapeutyczny
- kluby, towarzystwa specjalistyczne
- rodzina i inne bliskie osoby
- Inni pacjenci
- grupa wsparcia.

WIELOZADANIOWY CHARAKTER PRACY PIEŁĘGNIARKI

Komunikuje się z pacjentem, rodziną pacjenta, grupą wsparcia, własną grupą zawodową, grupą terapeutyczną, grupą zawodową, współpracownikami, pracodawcą, instytucjami oceniającymi.

Relacja pacjent–pielęgniarka, jako wspomagająco-lecznicza, zapewnia pomoc najbardziej potrzebną.

Wytworzenie kontaktu terapeutycznego, przeżywanego przez chorego: jako bezpiecznego, niosącego oparcie i zaufanie, jest wyrazem zaangażowania i odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek.

Pracując w małych grupach – zespołach zadaniowych, pielęgniarki spotykają się z innymi grupami, podejmującymi zadania związane z ochroną zdrowia.

Wpływ pielęgniarki na własną grupę zadaniową, zależy od jej roli i statusu w grupie oraz wzajemnych relacji pomiędzy członkami tej grupy.

Autorytet pielęgniarek na stanowisku naczelnej, przełożonej, oddziałowej, wynika z posiadanych umiejętności, wiedzy, zakresu obowiązków, posiadanych praw; jednak wpływ na grupę zawodową, zależy od akceptacji zespołu.

Pielęgniarka jest członkiem różnych grup społecznych, które wywierają na nią wpływ.

Współczesne pielęgniarstwo ma również charakter transkulturowy (związany ze zróżnicowaniem kulturowym społeczeństw, co wynika z przemieszczania się ludności).

Literatura

- Trening asertywności, Król-Fijewska M. Wyd. PTP, Warszawa 1992
- Psychologia kliniczna, Sęk H. 1991
- Podstawy komunikowania społecznego, Dobek-Ostrowska B. Wyd. Astrum Wrocław
- Psychologia komunikowania się menedżerów, Rzepa T. Wyd. Difin 2006
- Mosty zamiast murów, Steward J. 2002
- Komunikowanie się werbalne Stewart J. Logan C.
- Tajniki dialogu, M.M Czarnawska, Warszawa 1997
- Modele komunikowania w relacjach lekarz- pacjent, Zembala A, Kraków UJ.
Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, red. Kwiatkowska A.
Krajewska –Kułak E. Panke W. PZWL, W-wa 2016
- Medycyna narracyjna, red. Marta Chojnacka – Kuras, Wyd. U.W, W-wa 2019