



PODRĘCZNIK SZKOLENIOWY
DLA UCZESTNIKÓW/UCZESTNICZEK
KURSU SPECJALISTYCZNEGO
KOMUNIKOWANIE INTERPERSONALNE
W PIELEGNIARSTWIE
dla pielęgniarek i położnych

Opracowano w związku z realizacją projektu
Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój
na lata 2014 – 2020 (PO WER 2014-2020)
współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego,
numer POWR.07.01.00-00-0004/22





PODRĘCZNIK SZKOLENIOWY DLA UCZESTNIKÓW/UCZESTNICZEK KURSU SPECJALISTYCZNEGO KOMUNIKOWANIE INTERPERSONALNE W PIELEGNIARSTWIE

dla pielęgniarek i położnych

Opracowano w związku z realizacją projektu
Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój
na lata 2014 – 2020 (PO WER 2014-2020)
współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego,
numer POWR.07.01.00-00-0004/22

Warszawa 2022

ISBN 978-83-67664-08-0

AUTOR MATERIAŁÓW DYDAKTYCZNYCH

dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz

dr n. o zdr. Grażyna Dykowska

RECENZENT MATERIAŁÓW DYDAKTYCZNYCH

prof. dr hab. n. med. Irena Wrońska

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	4
1. Trening umiejętności interpersonalnych	5
1.1. Grupa a relacje interpersonalne	5
1.2. Aktywne słuchanie, determinant umiejętności interpersonalnych	6
1.3. Uczucia i emocje w relacjach interpersonalnych	9
1.4. Trudne rozmowy w relacjach interpersonalnych	10
2. Teoretyczne podstawy komunikowania interpersonalnego	12
2.1. Teoretyczne założenia procesu komunikowania interpersonalnego	12
2.2. Przebieg procesu komunikowania się	13
2.3. Cele, zasady i style porozumiewania się z pacjentem i w placówkach ochrony zdrowia	14
2.4. Czynniki wpływające na proces komunikowania się	17
3. Komunikacja terapeutyczna pielęgniarki z pacjentem, z rodziną i w zespole terapeutycznym	18
3.1. Komunikacja terapeutyczna z pacjentem i jego rodziną – podstawowe pojęcia, umiejętności, techniki terapeutyczne	18
3.2. Rozmowa, specyfika zadawania pytań	19
3.3. Podstawy komunikowania się w zespole terapeutycznym	21
3.3.1. Zespół terapeutyczny w kontakcie z pacjentem – co mówić, jak mówić, jak wspierać?	21
3.3.2. Zespół terapeutyczny w kontakcie z rodziną pacjenta	24
3.4. Czynniki zakłócające komunikację terapeutyczną, rozwiązywanie problemów	25
4. Komunikowanie interpersonalne w codziennej praktyce zawodowej pielęgniarki	27
4.1. Superwizja kliniczna w pielęgniarstwie: podstawowe pojęcia, formy superwizji klinicznej, studium przypadku w superwizji	27
4.2. Autoocena umiejętności komunikacyjnych	30
4.3. Przekaz informacji zwrotnych	32
Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka, położna po ukończeniu kursu specjalistycznego K omunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie	34
Literatura	35

WPROWADZENIE

Komunikowanie się to porozumiewanie się między ludźmi. Komunikacja jest procesem, w którym ludzie dzielą się znaczeniami za pośrednictwem komunikatów ustalonych w określonej kulturze.

W znaczeniu etymologicznym słowo komunikowanie wywodzi się z języka łacińskiego *comunicare* – był w relacji, był w związku, uczestniczyć w... Współcześnie używany termin, pochodzi z języka angielskiego – *communication* – komunikacja. Określenie jest powszechnie znane i używane w różnych językach, należy zauważyć, że nie zawsze jest jednoznacznie i właściwie rozumiane, może kojarzyć się ze środkami transportu. Analiza piśmiennictwa wskazuje na istnienie około 100 różnych definicji komunikowania. Nauki społeczne definiują komunikowanie jako proces angażujący wiele sposobów wyrażania się poprzez: mowę, gest, mimikę twarzy, czy przestrzeń fizyczną pomiędzy komunikującymi się oraz dotyk, który ma na celu spowodowanie u odbiorcy informacji zmiany świadomości zamierzonej przez nadawcę. Relacje interpersonalne koncentrują się na wzajemnych stosunkach ich uczestników, które odnoszą się do pozytywnych bądź negatywnych powiązań pomiędzy partnerami, których wyrazem może być: agresja, wrogość, atrakcyjność interpersonalna, miłość, zakochanie, intymność, obojętność, nienawiść, konflikt, zerwany kontakt, dystans emocjonalny, skupienie uwagi, przemoc, manipulacja, kontrolowanie, lekceważenie itp.

Komunikujemy się za pomocą telefonów, wideofonów, Internetu, ale najwyżej cenimy sobie kontakt bezpośredni. Większość z nas na komunikację przeznaczają kilka godzin dziennie i wydawałoby się, że potrafimy się komunikować. Nie zawsze jednak, z różnych powodów, dochodzi do skutecznej komunikacji. Działania składające się na komunikowanie obejmują: zakodowanie myśli przez nadawcę; fizyczne przekazanie informacji odbiorcy poprzez kanał informacyjny formalny lub nieformalny; odebranie informacji przez odbiorcę komunikatu; odtworzenie treści informacji (dekodowanie); informację zwrotną. Komunikowanie jest przekazywaniem treści między dwoma osobami, które wchodzi w interakcję ze sobą. Przy czym jedna z tych osób pełni funkcję nadawcy, a druga funkcję odbiorcy, ich role mogą zmieniać się w zależności od rodzaju przekazywanych informacji. Efekty uczenia się w zakresie komunikacji interpersonalnej w pielęgniarstwie obejmują: wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne.

W zakresie wiedzy uczestnik kursu posiada:

- specjalistyczną wiedzę z zakresu komunikowania interpersonalnego z pacjentem, jego rodziną i z zespołem terapeutycznym;
- znajomość regulacji prawnych i norm etycznych odnoszących się do udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie komunikowania się z pacjentem, rodziną.

W zakresie umiejętności uczestnik kursu potrafi:

- samodzielnie komunikować się z pacjentem, jego rodziną i z zespołem terapeutycznym;
- stosować zasady etyki ogólnej i zawodowej w komunikowaniu się z pacjentem, jego rodziną i z zespołem terapeutycznym;
- wykorzystać aktualną wiedzę w zakresie komunikowania się z pacjentem, jego rodziną dla zapewnienia wysokiego poziomu opieki.

W zakresie kompetencji społecznych uczestnik kursu:

- szanuje godność i autonomię pacjenta bez względu na jego wiek, płeć, niepełnosprawność, orientację seksualną oraz pochodzenie narodowe i etniczne;
- współpracuje z pacjentem i jego rodziną oraz członkami zespołu opieki zdrowotnej;
- ponosi odpowiedzialność za komunikowanie się z pacjentem, jego rodziną i z zespołem terapeutycznym;
- krytycznie ocenia własne kompetencje w zakresie komunikowania się z pacjentem, jego rodziną i z zespołem terapeutycznym;
- stale aktualizuje wiedzę i umiejętności w zakresie komunikowania się z pacjentem, jego rodziną i z zespołem terapeutycznym.

Komunikowanie ma zawsze charakter **dynamiczny**, ponieważ polega na przyjmowaniu, rozumieniu i interpretacji informacji, jest procesem **ciągłym**, bowiem trwa od chwili narodzin do śmierci człowieka pod warunkiem, że jednostka będzie przebywać w środowisku społecznym.

1. Trening umiejętności interpersonalnych

1.1. Grupa a relacje interpersonalne

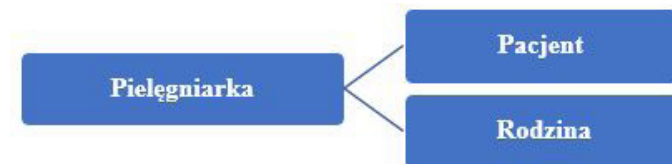
W funkcjonowaniu grupy społecznej istnieją różne rodzaje komunikacji międzypersonalnej. Ich cechą wspólną jest przekazywanie komunikatu od nadawcy do jego odbiorcy zazwyczaj w określonym celu. Oprócz tej cechy wspólnej, rodzaje komunikacji dają się podzielić na wykluczające się wzajemnie pary (ryc. 1.).

Ryc. 1. Modele procesu komunikowania się (opracowanie własne na podstawie analizy piśmiennictwa).

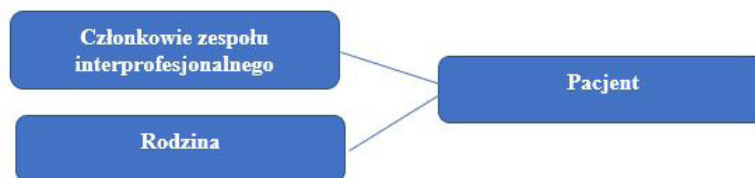


W relacjach interpersonalnych ważną rolę odgrywa komunikowanie „do” i komunikowanie „dla” pacjenta.

Ryc. 2. Komunikowanie do pacjenta i rodziny.

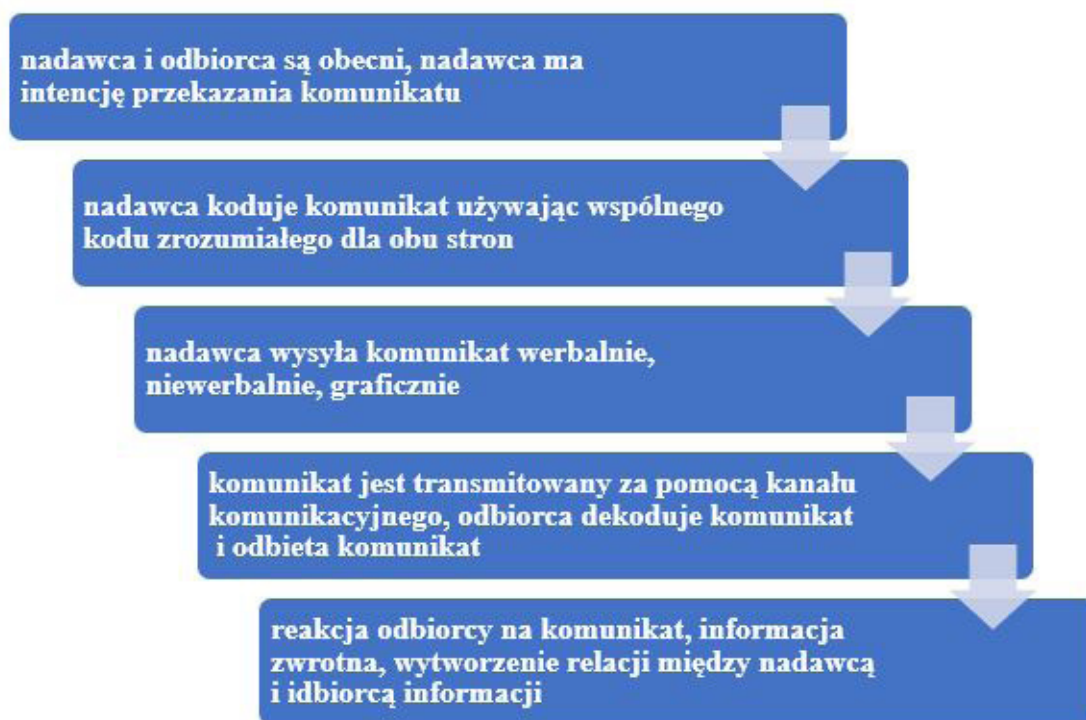


Ryc. 3. Komunikowanie dla pacjenta.



Porozumiewanie się jest konieczne dla realizacji potrzeb fizjologicznych, bezpieczeństwa, tożsamości, samorealizacji. Porozumiewanie się w grupie jest kluczową umiejętnością w życiu. Relacje zachodzące między członkami grupy zespalały ważne informacje, które możemy wykorzystać w procesie opieki nad pacjentem.

Ryc. 4. Proces komunikowania się między nadawcą i odbiorcą.



Komunikowanie to proces **interakcyjny**, w **grupie** wytwarzają się określone stosunki, które można podzielić na dwa typy:

- partnerskie – komunikowanie symetryczne,
- stosunek dominacji i podporządkowania – komunikowanie niesymetryczne.

Komunikowanie jest zasadniczo celowe i świadome, ponieważ działaniem każdego uczestnika procesu kierują jakieś motywacje. W funkcjonowaniu społecznym komunikowanie jest zjawiskiem nieuchronnym, bycie w towarzystwie co najmniej jednej osoby nakłania ludzi zawsze i wszędzie do porozumiewania się bez względu na zamiary.

Komunikowanie jest procesem złożonym i wieloaspektowym. Może mieć charakter jedno- lub wielostronny, medialny, werbalny, niewerbalny, uniwersalny, masowy.

1.2. Aktywne słuchanie, determinant umiejętności interpersonalnych

W relacjach między ludźmi aktywne słuchanie jest podstawowym determinantem kreującym umiejętności interpersonalne, jest podstawą komunikowania się. Umiejętność aktywnego słuchania polega na szczególnym „nastawieniu się na rozmówcę”, co pozwala na pełną akceptację rozmówcy, który powinien drugą stronę akceptować, ponieważ tylko po spełnieniu tego warunku może on omówić swój problem, znaleźć konstruktywne rozwiązanie, którego pragnie, oraz przedstawić swoje emocjonalne nastawienie odnoszące się zarówno do problemu, jak i do rozmówcy. W relacjach interpersonalnych ważne jest rozwijanie umiejętności aktywnego słuchania, służą temu techniki wykorzystywane w komunikowaniu:

- utrzymywanie kontaktu wzrokowego,
- pozytywne nastawienie,
- koncentracja na rozmówcy,
- stosowanie się do zasad kultury dialogu,
- udzielanie zachęt,
- nieoceniać,
- dostrojenie się do rozmówcy,
- empatia,
- parafrazowanie,
- stosowanie podsumowań,
- zadawanie pytań.

Tabela 1. Przykład aktywnego słuchania.

PRZYKŁAD
Otrzymałaś nagrodę dyrektora szpitala. Będąc na dyżurze, masz bardzo dużą potrzebę powiedzenia o tym koleżankom i kolegom. Opowiadasz z wielkim entuzjazmem. Brak aplauzu ze strony bliskich. Czy Wy mnie słyszycie – to pierwsza nagroda w mojej pracy zawodowej!

Podczas rozmowy z kimś nie wychodzimy automatycznie z założenia, że dana osoba słucha nas, pomimo tego, że jest obecna.

Bardzo ważne jest, aby dać do zrozumienia rozmówcy, że go słuchamy, np.: gestem, mimiką twarzy, zachętą do dalszego mówienia, zainteresowaniem.

SŁYSZENIE – to automatyczny proces, przebiegający za pośrednictwem układu nerwowego i zmysłów.

SŁUCHANIE – jest to umiejętność, dzięki której pozyskujemy najwięcej informacji, to czynność świadoma, wykonywana aktywnie.

Ryc. 5. Słuchanie a słyszenie, różnicowanie.



Warunki efektywnego słuchania, jeżeli są nam znane, to mogą być wykorzystane w samokształceniu. Efektywnego słuchania należy się nauczyć, wyćwiczyć – zalecenia, które umożliwią osiągnięcie tego założenia:

- koncentruj uwagę zarówno na osobie, jak i na temacie rozmowy,
- okaż cierpliwość,
- nie spoglądaj na zegarek,
- nie przerywaj wypowiedzi,
- nie dokonuj oceny,
- akceptuj tempo wypowiedzi rozmówcy,
- okaż zainteresowanie,
- utrzymaj kontakt wzrokowy,
- zadawaj pytania głównie dotyczące tematu,
- nie naruszaj strefy intymnej,
- regularnie streszczaj tylko w celu upewnienia się, czy rozumiesz,
- pozytywnie bądź nastawiony do mówcy,
- zapewnij dobre warunki zewnętrzne: pomieszczenie, intymność,
- uszanuj milczenie rozmówcy, pomóż w mówieniu.

Tabela 2. Przyczyny zakłócające aktywne słuchanie.

Przyczyny utrudniające słuchanie	
<ul style="list-style-type: none"> • wcześniejsze uprzedzenia • kompleksy • obawy 	
Przyczyny utrudniające słuchanie związane z osobą słuchacza	Przeszkody dotyczące zarówno mówcy, jak i słuchacza
<ul style="list-style-type: none"> • nieświadomość celów swoich oraz mówcy • brak: dociekliwości, ciekawości, wytrwałości, entuzjazmu, zainteresowania, cierpliwości • włączanie się do rozmowy, ocenianie, notowanie • brak czasu 	<ul style="list-style-type: none"> • pragnienie • głód • stres • zmęczenie • zły stan zdrowia • upośledzenie mowy lub słuchu • nerwowość • stres • negatywne nastawienie • uprzedzenia • brak pewności siebie • brak motywacji • niezdolność do koncentracji • znudzenie • zniecierpliwienie • brak znajomości tematu przez rozmówcę • zbyt duża różnica wieku (na początku) • stan emocjonalny • dygresje • poruszanie wielu tematów jednocześnie

Każda osoba czuje potrzebę:

- wypowiedzenia się,
- mówienia o sobie,
- użalania się nad własną osobą,
- uzyskania pomocy od innych.

Pamiętaj!

Jeśli umiesz słuchać, wielu przyjdzie mówić o sobie.

W kontakcie z drugim człowiekiem

Bądź:

- uważny,
- milczący,
- skupiony,
- szczęśliwy,
- wyzwolony,
- oświecony.

Pamiętaj!

Twój rozmówca nieświadomie czeka na radę, nie na przepis życiowy, ale na kogoś, kto by pomógł mu rozwiązać problem.

Prawdziwy dialog rozpocznie się wtedy, kiedy zaprowadzisz w sobie głębokie milczenie!

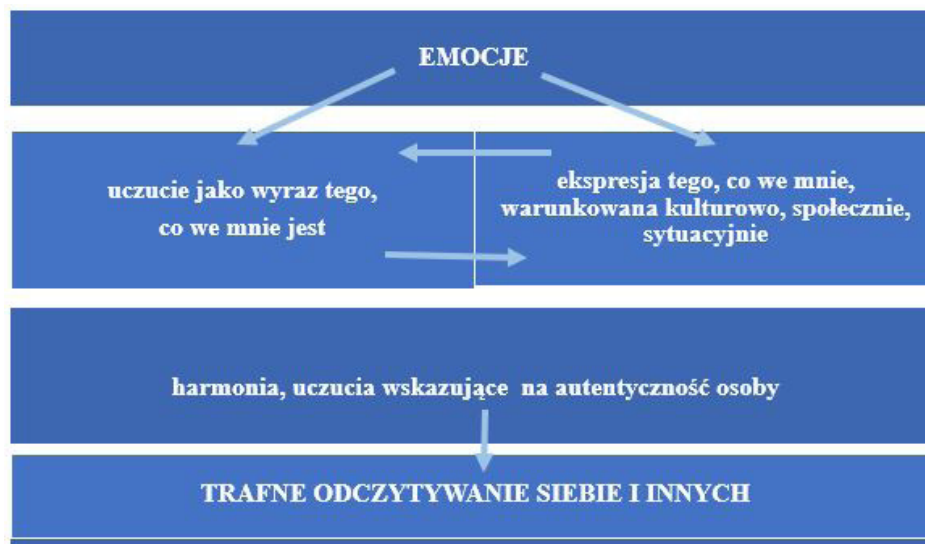
1.3. Uczucia i emocje w relacjach interpersonalnych

Emocje występujące w relacjach interpersonalnych mogą być pozytywne i negatywne. Pozytywne ocieplają relacje. Wykorzystywanie ich podczas rozmowy daje budujący potencjał i przynosi znakomite efekty w szybkim rozwiązywaniu problemów. Umiejętność dzielenia się emocjami jest wielką sztuką. Natomiast emocje negatywne wprowadzają wiele destrukcji i ranią strony konfliktu. W praktyce porozumiewania się skupiamy się na emocjach negatywnych, które są powodem nieudanych rozmów z pacjentami.

Emocje rozbiły niejedną parę związków małżeńskich. Szkoła od lat nie radzi sobie z tym problemem. Zgłębienie wiedzy na temat negatywnych emocji w negocjacjach pozwala lepiej je rozumieć i skutecznie nimi zarządzać. Emocje można potraktować jako odpowiedź organizmu na znaczące dla danej osoby zdarzenia i relacje interpersonalne. Osoba pozostająca w relacjach z drugą jest zdolna do zarejestrowania emocji jako komponentu społecznego.

Emocje bardzo szybko się pojawiają, ale równie szybko mijają. Emocje są bardzo dynamiczne, trwają chwilę, zostawiają po sobie ogromne spustoszenie. Emocje żyją w wyobrażeniach osób, do których zostały skierowane i nie mamy na nie wpływu.

Ryc. 6. Emocje w procesie komunikowania się.



Podczas komunikowania się koordynowanie zachowań społecznych możliwe jest dzięki zdolności kontrolowania naszych odczuć emocjonalnych i naszego rozmówcy.

Podczas komunikowania się możemy:

- zasygnalizować, że rozgniewaliśmy się na kogoś i możemy stać się agresywnymi, to często możemy powstrzymać rozmówcę od robienia tego, co nas drażni bez uciekania się do otwartej agresji;
- zakomunikować innym, że czujemy się smutni i bezradni, to zwiększamy nasze szanse uzyskania od nich pomocy.

Podobnie dzięki umiejętnościom odczytywania przejawów emocji u innych możemy przewidywać dokładniej, kiedy się do nich zbliżyć, a kiedy ich unikać, kiedy reagować łagodnie lub ostro.

Wyrazy twarzy przybierane pod wpływem emocji:

- szczęście,
- zdziwienie,
- gniew,
- wstręt,
- strach,
- smutek,
- pogarda.

Podczas wyrażania emocji ujawniają się specyficzne układy grup mięśniowych odmienne dla myśli radosnych, smutnych, gniewnych. Wyraz mimiczny radości to podniesienie kącików ust i ściśnięcie dolnych powiek, na wyraz zdumienia składa się podniesienie brwi i górnych powiek, co powiększa oczy, oraz otwarcie ust, w przypadku strachu wyraz mimiczny twarzy jest bardzo podobny, z tym wyjątkiem, że brwi są nie tylko podniesione, ściągnięte i zmarszczone.

Przeżywaniu stanów emocjonalnych towarzyszą ruchy całego ciała, tzw. pantomimiczne. Gesty czy postawa ciała mogą wiele powiedzieć o przeżywanych stanach emocjonalnych. Podobnie wokalizacja podczas pobudzenia emocjonalnego ulega zmianom. Natężenie głosu może wzrastać lub maleć. Przy przeżywaniu silnych emocji głos drży.

Analiza piśmiennictwa wykazuje, że każdy z nas posiada zbiór umiejętności, które pomagają w układaniu relacji interpersonalnych z innymi. Umiejętność poradzenia sobie z własnymi emocjami pozwala w znacznym stopniu zadbać o siebie samego podczas nawiązywania relacji z innymi ludźmi. Z trudności w radzeniu sobie z emocjami wynika cała współczesna patologia społeczna, nadużywanie alkoholu, narkotyków, dopalaczy czy przestępczość. To właśnie negatywne emocje skłaniają, zarówno dorosłych, jak i dzieci, do sięgania po substancje psychoaktywne, bo one zmieniają nastrój na lepszy, rozluźniają i uspokajają. Bardzo często niepowodzenia w pracy czy w życiu osobistym wymagają uporządkowania emocji, aby można było zacząć radzić sobie z pracą czy z własnym życiem.

Osoby, które potrafią poradzić sobie z negatywnymi emocjami, osiągną cel i sukces.

Negatywne emocje mają związek z takimi zachowaniami innych ludzi, których nie akceptujemy, które nam w jakiś sposób zagrażają czy też nas ograniczają, są to sytuacje trudne, które przydarzają się w kontaktach międzyludzkich. Łatwiej poradzić sobie w sytuacji, gdy ktoś nas krytykuje, ocenia, wyśmiewa czy atakuje, jeśli posiadamy więcej umiejętności, które temu służą. Gdy poradzimy sobie z trudną sytuacją w sposób nas zadowolający, to będziemy bardziej zadowoleni i pewni siebie, nie będziemy przeżywać negatywnych emocji.

Jak radzić sobie z negatywnymi emocjami? Należy posiadać dobre pomysły na to, jak się zachować, gdy pojawi się trudna sytuacja, i potrafić te pomysły wprowadzić w życie.

W praktyce pielęgniarstwa budowanie warsztatu komunikacji służy analizowaniu, co i jak mówimy i jakie to wywołuje efekty u pacjenta, rodziny, współpracowników i członków zespołu multidyscyplinarnego.

Kształtowanie własnych relacji z innymi jest możliwe dzięki dialogowi, czyli dwustronnej komunikacji. Umiejętność pozostawania w dialogu z otoczeniem to cel, do którego powinniśmy dążyć, dzięki któremu możemy realizować swoje potrzeby i wpływać na różne sytuacje tak, aby były korzystne w osiąganiu współpracy z innymi, a tym samym, aby mogły poprawiać nasze emocje, wywołując zadowolenie, spokój i pewność siebie.

W pracy zawodowej obawiamy się mówić o swoich emocjach, a w sytuacjach, gdy zaczyna się mówić o uczuciach, pojawiają się negatywne i gwałtowne reakcje. Niekiedy złość i agresja są indywidualną obroną przed sytuacją, której nie znamy, a która może nam zagrażać. Gdy nie umiemy rozmawiać o tym, co czujemy, wolimy unikać takich sytuacji. Lęk, że może stać się coś groźnego, nieodwołalnego, że coś stracimy, jest tym większy, im rzadziej o tym rozmawiamy.

Świat ludzkich emocji dotyka bardzo istotnych spraw. Dotyczą one naszego obrazu siebie, naszych poglądów i wartości. Są to sprawy delikatne i drażliwe.

1.4. Trudne rozmowy w relacjach interpersonalnych

Relacje międzyludzkie to niezwykle ważny element zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym. W codziennym życiu potrzebujemy relacji z innymi ludźmi, aby czuć zadowolenie i spełnienie. Kontakt z innymi daje nam wsparcie społeczne, poczucie akceptacji i przynależność do grupy społecznej oraz radość ze wspólnych działań. W relacjach tych mogą pojawiać się niedomówienia i konflikty. Problemy interpersonalne to nawracające problemy w relacjach z ludźmi doprowadzające do trudnych rozmów. Trudności w układaniu sobie stosunków z rodziną, przyjaciółmi, współpracownikami w zespole terapeutycznym czy z pacjentami, pojawiają się w praktyce zawodowej dość często. Zazwyczaj obserwujemy brak zainteresowania tematem rozmówcy, przekazujemy niejasne komunikaty, nie jesteśmy tolerancyjni, oceniamy innych, pouczamy, upieramy się przy swoim i bardzo często boimy się pytać.

Fazy rozmowy, które powinny być brane pod uwagę podczas nawiązywania relacji interpersonalnych:

Otwarcie – Zapoznanie się rozmówców. Faza ta wzywa do rozmowy w formie werbalnej i niewerbalnej.

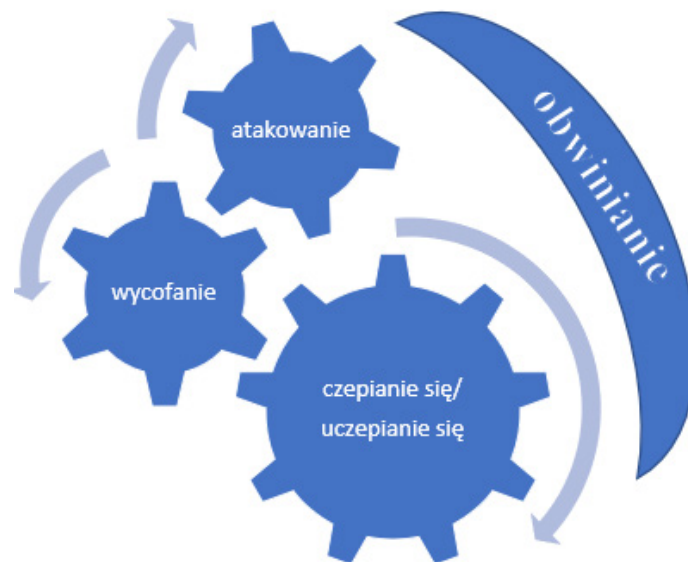
Wprowadzenie tematu – Temat rozmowy proponuje inicjator spotkania, uzasadnia potrzebę przeprowadzenia takiej rozmowy. Druga strona powinna zaakceptować podany temat lub podać swój własny. Inicjator spotkania kieruje rozmową, dąży do uzyskania wspólnych rozwiązań.

Planowanie rozmowy – Prowadzenie rozmowy wg ustalonego planu, który ułatwi osiągnięcie celu.

Zakończenie rozmowy – Występuje najczęściej: dokończenie głównych tematów rozmowy, dokonanie podsumowań, nawiązanie do głównego tematu z podkreśleniem, że cel został osiągnięty, dokonanie podziękowań za rozmowę, zaproszenie na następną, ustalenie daty i miejsca spotkania. Zakończenie rozmowy jest trudniejszym zadaniem niż jej rozpoczęcie.

Przyczyną problemów interpersonalnych w trudnych rozmowach są nieadaptacyjne strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych będących przyczyną stresu. Przykłady niezbyt pomocnych sposobów, jakie stosujemy, by radzić sobie ze stresem w relacjach międzyludzkich, przedstawia rycina 7.

Ryc. 7. Sposoby wykorzystywane w relacjach interpersonalnych.



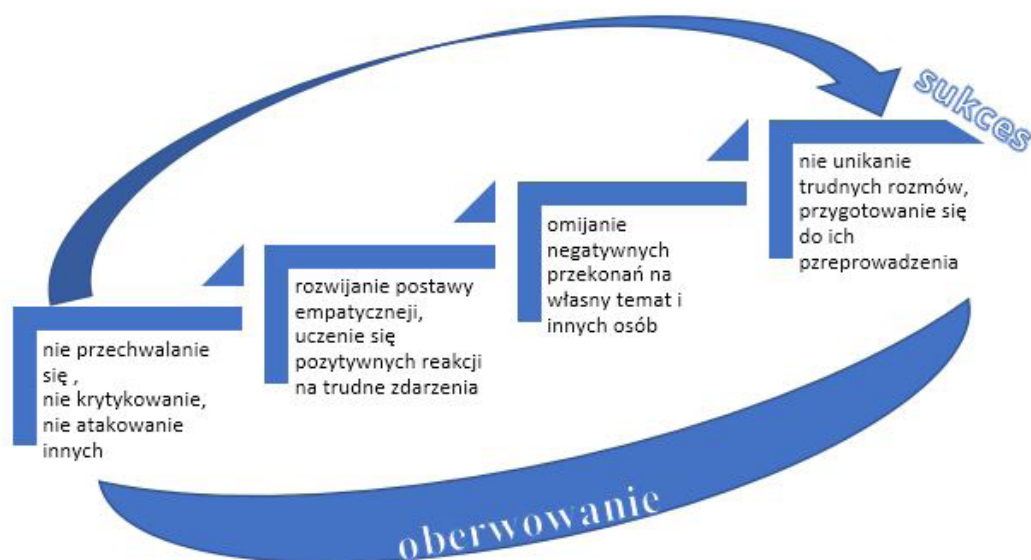
Atakowanie może prowadzić do powstania problemów interpersonalnych. Inną taktyką obieraną w obliczu trudnej rozmowy jest **wycofanie**, oddalenie rozmowy, zignorowanie problemu, zmiana tematu lub wyjście z pomieszczenia. **Czepianie się, uczipianie się** to inne strategie stosowane podczas przeprowadzania trudnych rozmów w relacjach międzyludzkich. Podczas uczipiania się dana osoba nadmiernie uzależnia się od tego, kogo kocha i twierdzi, że nie może bez niego żyć. Jest to swego rodzaju szantaż emocjonalny, komunikat w rodzaju: „Jeśli mnie opuścisz, to się załamie”. Podczas czepiania się dana osoba obwinia innych, najbliższe osoby za swoje niepowodzenia. To odwoływanie się do wszystkiego, co zdarzyło się wcześniej. Podczas atakowania, czepiania się/uczipiania się występuje zawsze **obwinianie się** lub kogoś, kogo dotyczy bezpośrednio konflikt.

Skąd biorą się takie strategie radzenia sobie ze stresem podczas trudnych rozmów? Wielu z nich uczymy się w dzieciństwie – pomagają nam przetrwać różnego rodzaju sytuacje rodzinne. Dla własnego bezpieczeństwa poddajemy się woli np. dominującego rodzica. W kontakcie ze zdystansowanym emocjonalnie rodzicem, z obawy przed porzuceniem, reagujemy wycofaniem bądź uczipieniem się i nadmierną uległością. Niekiedy strategii radzenia sobie w trudnych rozmowach uczymy się poprzez naśladowanie postaw zaobserwowanych u innych silniejszych osób, które np. atakują, gdy czują strach, lub obwiniają innych, gdy czują się skrzywdzone. Określone zachowanie, gdy sprawdza się w jakiejś sytuacji, zaczynamy powtarzać. Początkowo może to być

pomocne, może chronić nas przed stresem w relacjach z ludźmi. Z czasem jednak zachowania te przekształcają się w nieadekwatne wzorce zachowań – zaczynamy reagować w ten sam sposób we wszystkich sytuacjach społecznych. W zależności od sytuacji powinniśmy zmienić strategię radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Prowadząc trudne rozmowy, powinniśmy zapoznać się z sytuacją, wyznaczyć sobie schemat postępowania w celu osiągnięcia końcowego sukcesu, rozwiązania problemu czy uniknięcia sytuacji konfliktowej.

Ryc. 8. Przykładowy sposób na prowadzenie trudnej rozmowy.



Zasady prowadzenia trudnej rozmowy:

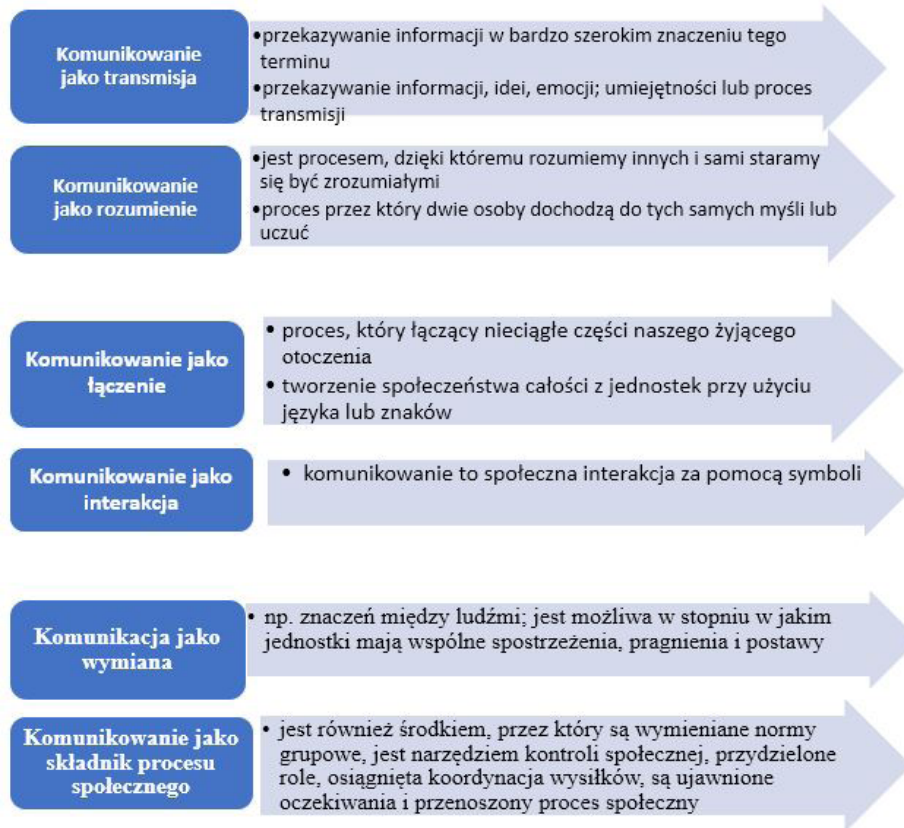
- zainteresuj się osobą rozmówcy,
- dostosuj się do nastroju, zainteresowań partnera,
- podążaj torem myśli osoby mówiącej,
- używaj parafraz, np. ja rozumiem, chodzi Ci o to, popraw mnie, jeśli się mylę,
- upewnij rozmówcę na różne sposoby, że rozumiesz,
- zadawaj pytania wyjaśniające,
- słuchaj z napięciem, przejęciem,
- wczuwaj się w uczucia rozmówcy, mów mu o tym,
- nie osądzaj,
- nie doradź.

2. Teoretyczne podstawy komunikowania interpersonalnego

2.1. Teoretyczne założenia procesu komunikowania interpersonalnego

Komunikowanie to mechanizm, dzięki któremu ludzkie stosunki mogą istnieć i rozwijać się. Wszystkie symbole umysłu, łącznie ze środkami przekazywania ich w przestrzeni i zachowania w czasie (wyraz tworzy postawę, gestykulacja, ton głosu, słowo, pismo, druk, koleje żelazne, telegrafy; telefony oraz to, co jeszcze może być osiągnięciem w podboju przestrzeni i czasu).

Ryc. 9. Rodzaje procesu komunikowania się.



2.2. Przebieg procesu komunikowania się

Czynniki wpływające na komunikowanie się

- Miejsce, w którym nadawca i odbiorca komunikują się.
- Obecność osób trzecich.
- Ograniczenie czasem.
- Nośniki specyficznych informacji (np. ruch, odmienny wygląd, powtarzanie).

Wpływ interpretacji spostrzegania na komunikowanie się

Wytwarzamy sobie własny sposób porozumiewania się, pozwala to na kontakty z ludźmi. Rozwiązujemy problemy społeczne i psychologiczne, mamy na ich temat własne spostrzeżenia. Kiedy spotykamy drugiego człowieka, nie unikamy tzw. „pierwszego wrażenia”, możemy powiedzieć, że ta osoba jest: sympatyczna, fajna, nieśmiała, nerwowa, obojętna, jadowita itp., przypisujemy cechy na podstawie własnej interpretacji. W wyniku własnych spostrzeżeń tworzymy obraz osoby, który w rzeczywistości może być zupełnie inny.

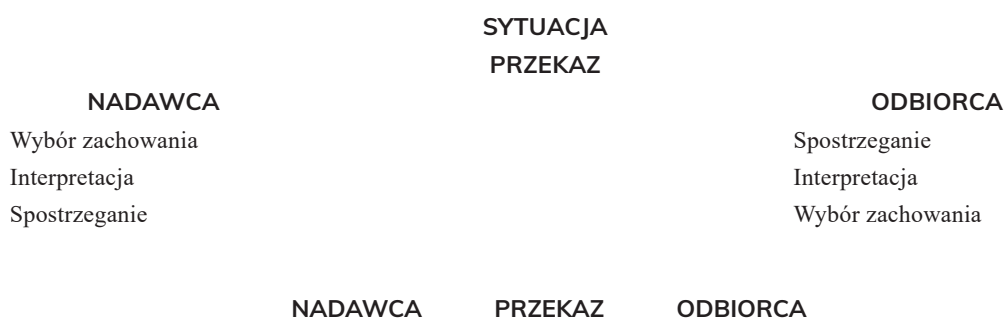
Porozumiewanie się to nieprzerwany proces, w którym dwie lub więcej osób wymieniają informacje, przy czym nieustannie na siebie reagują.

Ryc. 10. Nadawca i odbiorca w procesie komunikowania się.



Podczas porozumiewania się nadawca i odbiorca nieustannie zmieniają się rolami.

Ryc. 11. Nadawca i odbiorca w przekazywaniu informacji.



2.3. Cele, zasady i style porozumiewania się z pacjentem i w placówkach ochrony zdrowia

Bezpieczeństwo pacjenta powinno być priorytetem każdej placówki udzielającej świadczeń medycznych. Jest fundamentem jakości systemów zdrowotnych. Bezpieczeństwo pacjenta jest definiowane jako działania polegające na zapobieganiu lub zredukowaniu zagrożeń oraz zdarzeń niepożądanych, które mogłyby przyczynić się do utraty zdrowia pacjenta. Należy zauważyć, że w opiece zdrowotnej głównym czynnikiem, który może przyczynić się do wystąpienia zagrożenia, jest człowiek, gdyż od niego zależy jakość i bezpieczeństwo czynności medycznych. W związku z tym bardzo istotne są regulacje prawne, które gwarantują pacjentowi ochronę.

Zgodnie z artykułem 68 ust. 1 Konstytucji RP każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia. Konstytucja nie uwzględnia bezpośrednio bezpieczeństwa pacjenta, ale wymusza na organach władzy publicznej zapewnienie odpowiednich usług w trosce o bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Bezpieczeństwo pacjenta regulują również umowy międzynarodowe oraz zalecenia i rekomendacje Rady Unii Europejskiej. Rada Unii Europejskiej w 2009 roku utworzyła zalecenia i rekomendacje w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w których zawarte jest kilkadziesiąt propozycji rozwiązań systemowych, w których bezpieczeństwo pacjenta uwzględniono jako priorytet. W celu poprawy komunikacji interpersonalnej wśród personelu medycznego aktualnie kładzie się nacisk na uwrażliwienie personelu w takich aspektach, jak poczucie bezpieczeństwa pacjenta, zaufanie, zachowanie poczucia intymności i godności, jak również okazywanie zainteresowania każdemu pacjentowi indywidualnie.

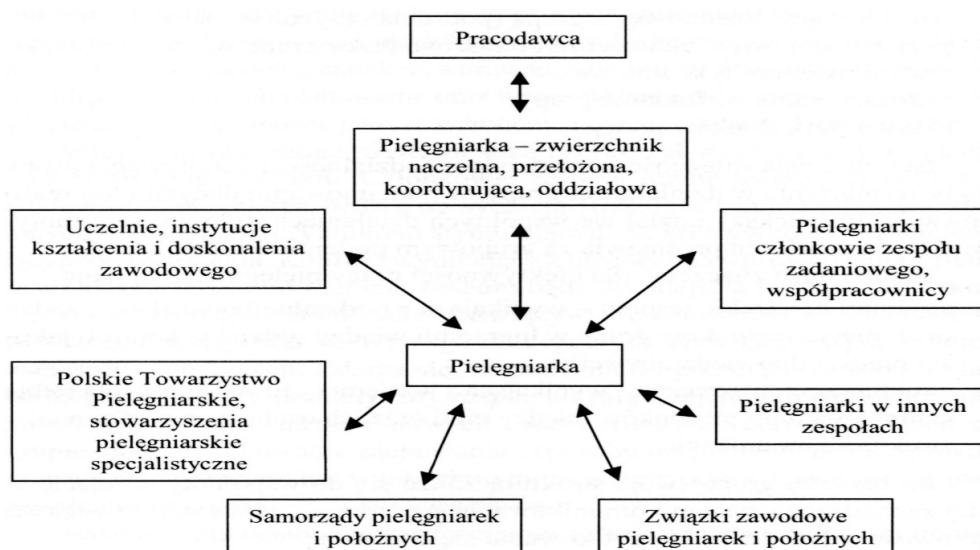
Analizując stosunki międzyludzkie w organizacji ochrony zdrowia, należy pojęcie komunikacji interpretować na dwa sposoby. Po pierwsze uważa się, iż komunikacja może zostać poddana kontroli i weryfikacji przez czynniki psychologiczne czy ekonomiczne, co oznacza, że można ją poddać redukcji do stanów psychiki uczest-

ników konwersacji lub też do istniejących w tym przypadku warunków ekonomicznych. Druga interpretacja przyjmuje założenie, iż komunikacja jest w sposób logiczny pierwszym elementem, który umożliwia człowiekowi zrozumienie kolejnych, takich jak czynniki psychospołeczne czy socjologiczne.

Organizacja ochrony zdrowia, jako specyficzny podmiot organizacyjny, ma bardzo skomplikowaną strukturę wewnętrzną oraz relacje z otoczeniem zewnętrznym.

Z badań przeprowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia wynika, iż pracownicy pionu medycznego zatrudnieni w organizacji ochrony zdrowia, a więc lekarze, pielęgniarki i położne, są w miarę zintegrowaną grupą. Relacje pomiędzy pracownikami administracji podmiotu medycznego oraz pracownikami technicznymi również są dobre, natomiast diagnostyci laboratoryjni najczęściej unikają interakcji z przedstawicielami innych grup. Szczególne relacje międzyludzkie panują też w poszczególnych medycznych grupach zawodowych. Pielęgniarki w ramach własnej grupy zawodowej wchodzi w liczne relacje międzyludzkie. Niekiedy skuteczne porozumiewanie się w grupie może być utrudniane przez stres, którego przyczynami jest np.: brak zaufania do pielęgniarek współpracowników lub podwładnych; brak możliwości uczestniczenia w organizowaniu i zarządzaniu pracą; niejednoznaczność roli (brak wyraźnie zdefiniowanych obowiązków); obciążenie odpowiedzialnością przy równoczesnym braku wsparcia kadry kierowniczej lub ważnych dla jednostki członków zespołu; zaburzone poczucie bezpieczeństwa (niepewność pracy czy redukcja etatów); przeciążenie pracą; niedociążenie pracą; ocenianie; nieodpowiednie warunki pracy i wynagradzania za nią; liczne konflikty interpersonalne; liczne zmiany burzące dotychczasowe relacje między członkami grupy.

Ryc. 12. Wybrane relacje interpersonalne zachodzące w ramach własnej grupy zawodowej.



Źródło: A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kulak, W. Panek (red.), *Komunikowanie interdyscyplinarne w pielęgniarstwie*, PZWL Warszawa 2012, s. 114

Lekarze również, podobnie jak pielęgniarki, wchodzi w wielorakie relacje międzyludzkie w ramach własnej grupy zawodowej. „W zawód lekarza i pielęgniarki wpisany jest nieustanny i wielostronny proces komunikowania się między sobą i z szeregiem innych pracowników medycznych. Co więcej, wskazuje się także, że jakość komunikacji klinicznej jest niezmiernie ważna ze względu na właściwą współpracę w samym zespole leczącym i opiekującym się pacjentem, a umiejętność komunikowania się personelu medycznego między sobą bezpośrednio wpływa także na jakość współpracy z chorym, co w efekcie ma ogromne znaczenie dla przebiegu i rezultatów całego procesu terapeutycznego”¹.

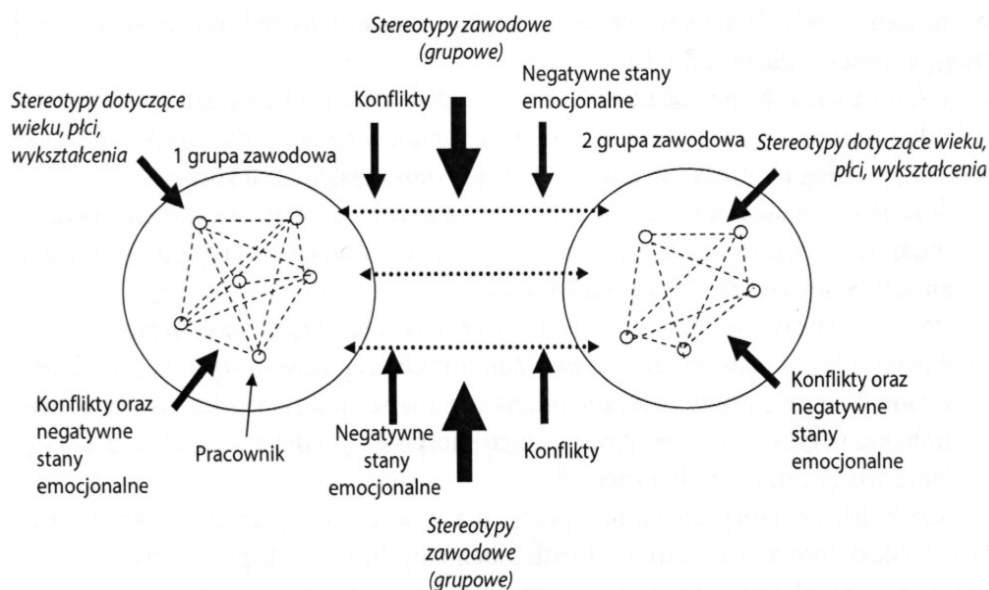
1 J. Deręgowska, *Profesjonalna komunikacja w opiece zdrowotnej jako element wsparcia pracowników zawodów medycznych i pacjentów – oczekiwania i potrzeby*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Studia Edukacyjne, 2015, nr 35, s. 349-366.

Samo pojęcie interakcji międzyludzkich również ma wymiar skomplikowany i wieloznaczny. Dla prawidłowej kontynuacji rozważań przyjęto definicję: „komunikowanie interpersonalne to wymiana informacji, rozumiana jako uzgadnianie znaczeń, sposób rozumienia postrzeganych zjawisk, rozumienie siebie i ludzi. To wzajemne interpretowanie rzeczywistości, odbywające się na zasadzie sprzężenia zwrotnego (dodatniego lub ujemnego)”².

Celem komunikacji interpersonalnej jest uzyskanie porozumienia między uczestniczącymi w niej osobami. „Można powiedzieć, że ludzie porozumiewają się ze sobą po to, aby wyrazić swoje myśli, przekonania, pragnienia, emocje, odczucia, wymienić posiadane informacje, uzgodnić poglądy, wydać polecenia, wykonać wspólne zadania, uzyskać pomoc i pomagać innym, uczyć się i nauczać, bawić się, kreować siebie i otoczenie”³.

W szpitalach, podobnie jak w innych organizacjach, dochodzi do zaburzeń w systemie komunikacji. Schemat takich zaburzeń przedstawiono na ryc. 11.

Ryc. 13. Procesy komunikowania się na poziomie indywidualnym i grupowym.



Źródło: M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2012, s.163.

Relacje, których podłożem jest nastawienie emocjonalne jednej osoby do drugiej (dzieje się to również na poziomie grup), są bardzo istotne, jednakże niemożliwe do kontrolowania. Wynika to z występującego czynnika emocjonalnego, który wywołuje negatywne nastawienie jednej osoby do drugiej. Teoretycznie nie powinno mieć to wpływu na efektywność pracy, ale oczywiście ma. Ludzie (grupy), którzy się nie lubią, unikają się lub ograniczają kontakt pomiędzy sobą, w wyniku czego proces komunikacji jest przerywany i/lub niepełny.

Prawidłowa komunikacja umożliwia codzienną współpracę, koordynację zespołów medycznych, organizację pracy wszelkich placówek ochrony zdrowia, w związku z czym staje się ona kluczowym narzędziem prowadzenia wszystkich procesów leczniczych.

W wyniku wielu analiz potwierdzono, że komunikacja w podmiotach leczniczych opiera się w głównej mierze na interakcji, w której najważniejszymi elementami są potrzeby, cele oraz postawy odbiorców i nadawców. W trakcie przekazywania informacji forma komunikacji dynamicznie się zmienia, dostosowując się do uczestników rozmowy, ze względu na przykład na miejsce, temat, oczekiwany rezultat.

2 Por. W. Nyklewicz, *Podstawy teoretyczne procesu komunikowania* [w:] A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panek (red.), *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, PZWL, Warszawa 2016, s. 29.

3 W. Nyklewicz, *Podstawy teoretyczne procesu komunikowania* [w:] A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panek (red.), *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, PZWL, Warszawa 2016, s. 34.

Komunikację, jako proces, należy interpretować jako zbiór gromadzący: źródło informacji, przekaz, kodowanie, kanał, dekodowanie, odbiorcę oraz sprzężenie zwrotne. Pierwsze z pojęć wyjaśnia znaczenie myśli zawartej w kolejnym z nich – przekazie. Jest on skutkiem kodowania, którego dokonuje nadawca. Może on przybrać formę zarówno werbalną, jak i niewerbalną. Kanałem nazwano środek komunikacji, w formie której została przekazana owa informacja. Ostatnią częścią opisanego łańcucha zależności jest odbiorca. To on odbiera i odkodowuje docierające do niego wiadomości, a następnie w dowolnej formie potwierdza odbiór przekazu, w wyniku czego powstaje sprzężenie zwrotne.

2.4. Czynniki wpływające na proces komunikowania się

Tabela 3. Czynniki utrudniające komunikowanie się.

NADAWCA	ODBIORCA
<ul style="list-style-type: none"> • Stara się dla siebie zatrzymać pewne informacje • Nie zawsze wie, co chce powiedzieć • Skupiony jest przede wszystkim na swojej osobie • Ma różny sposób przekazu informacji • Niewerbalne zachowanie zaprzecza treściom przekazu 	<ul style="list-style-type: none"> • Posiada wiedzę i doświadczenie (lub nie) • Wyróżnia własne uczucia odnośnie tematu • Skupia uwagę na tym, co go interesuje • Posiada uprzedzenia, własne poglądy, wartości, normy kulturowe • Ma własne zainteresowania • Ma różny humor • Jest w różnym stanie fizycznym

Źródła błędów w interpretacji przekazu

- akceptacja niepełnej informacji,
- spontaniczne reakcje,
- uogólnienia,
- uprzedzenia,
- myślenie stereotypowe,
- efekt oddziaływania szczególnych właściwości nadawcy,
- identyfikacja,
- projekcja,
- ocenianie względem siebie.

3. Komunikacja terapeutyczna pielęgniarki z pacjentem, z rodziną i w zespole terapeutycznym

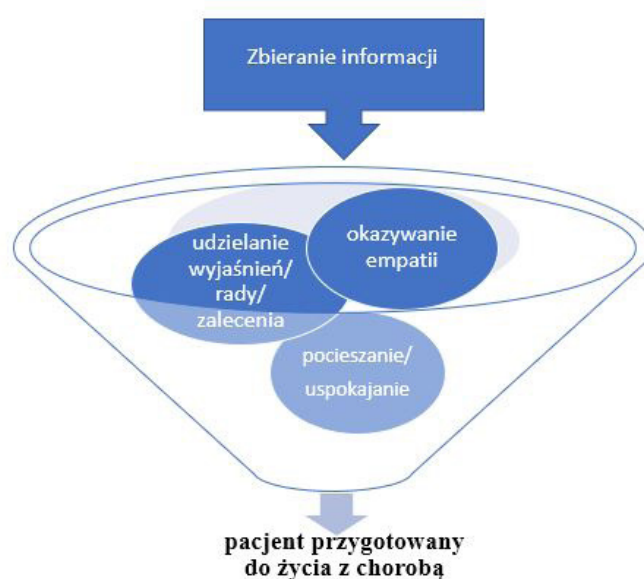
3.1. Komunikacja terapeutyczna z pacjentem i jego rodziną – podstawowe pojęcia, umiejętności, techniki terapeutyczne

Komunikacja terapeutyczna stanowi integralny element wspomagający proces leczniczy i jest bliska pojęciu psychoterapii wspierającej, nie jest jednak samodzielną metodą terapeutyczną. Podstawowym celem tego typu komunikacji z pacjentem jest mobilizacja jego psychicznych możliwości uruchomienia zasobów i strategii obronnych w trudnym okresie choroby i leczenia. Sytuacja choroby, szczególnie przewlekłej, najczęściej wywołuje stan kryzysu psychologicznego, czyli stanu nierównowagi psychicznej, w którym mechanizmy adaptacyjne ulegają załamaniu, a stan zdrowia psychofizycznego człowieka, charakter jego związków i kierunek rozwoju ulegają zmianie. Choroba pociąga za sobą istotną i niepomyślną zmianę w zakresie funkcjonowania człowieka. W szczególności choroba przewlekła, która ze względu na swoją długotrwałość powoduje stałą konfrontację chorego z licznymi objawami zachodzącymi w ciele, a szczególnie z bólem. Ponadto, możliwości pełnienia ról społecznych – rodzinnej czy zawodowej, zostają ograniczone, co może wywoływać niekorzystne zmiany w systemie rodzinnym oraz utrudniać rozwój zawodowy. Ograniczenia funkcjonowania w sferach aktywności rodzinnej, życiowej czy zawodowej powodują konieczność podjęcia aktywności związanej z poddaniem się leczeniu. Chory musi dokonać reorganizacji swojego dotychczasowego życia, zrezygnować z niektórych celów czy planów i zmierzyć się z wyzwaniami, jakie stawia przed nim nowa sytuacja życiowa związana z chorobą.

Choroba dotyka wszystkich wymiarów życia człowieka, tj. wymiaru biologicznego, społecznego, psychologicznego i moralno-duchowego, pomoc psychologiczna powinna stanowić element wspierający polegający na łagodzeniu emocjonalnych skutków choroby (ze szczególnym uwzględnieniem lęku, objawów depresji, drażliwości i poczucia bezradności), wzmacnianiu psychicznych sił i zasobów w celu aktywnej walki z chorobą (budowanie nadziei, praca nad samooceną, wzmacnianie poczucia kontroli) oraz nawiązywaniu dobrej współpracy z pacjentem. Komunikacja terapeutyczna polega na wspierającej postawie terapeuty i odpowiednim sposobie komunikowania się z osobą.

Komunikacja terapeutyczna zapewnia integrację, związaną z aktualną sytuacją życiową, przede wszystkim polega na opracowywaniu uczuć związanych z chorobą i wypracowywaniu potrzebnych umiejętności do radzenia sobie z nią zarówno dla pacjenta, jak i jego najbliższych. Różne stany chorobowe wymagają szczególnego sposobu komunikowania się z pacjentem.

Ryc. 14. Rodzaje interwencji przygotowujące pacjenta do życia z chorobą.



W komunikacji terapeutycznej z pacjentem ważna jest otwartość, która nie hamuje chorego w wypowiedzaniu jego wątpliwości, potrzeb czy okazywania niepokoju. Wiarygodność należy budować stopniowo poprzez stworzenie atmosfery sprzyjającej otwarciu się na emocje towarzyszące terapii.

Podczas komunikacji akceptacja buduje mocne strony pacjenta, jest wspierana przez umiejętność aktywnego słuchania. Szczególnie ważne jest: zwracanie uwagi na rozmówcę, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, odbieranie uczuć i sygnałów niewerbalnych, współdzielenie procesu komunikacji czy pełne zrozumienie sytuacji chorego.

3.2. Rozmowa, specyfika zadawania pytań

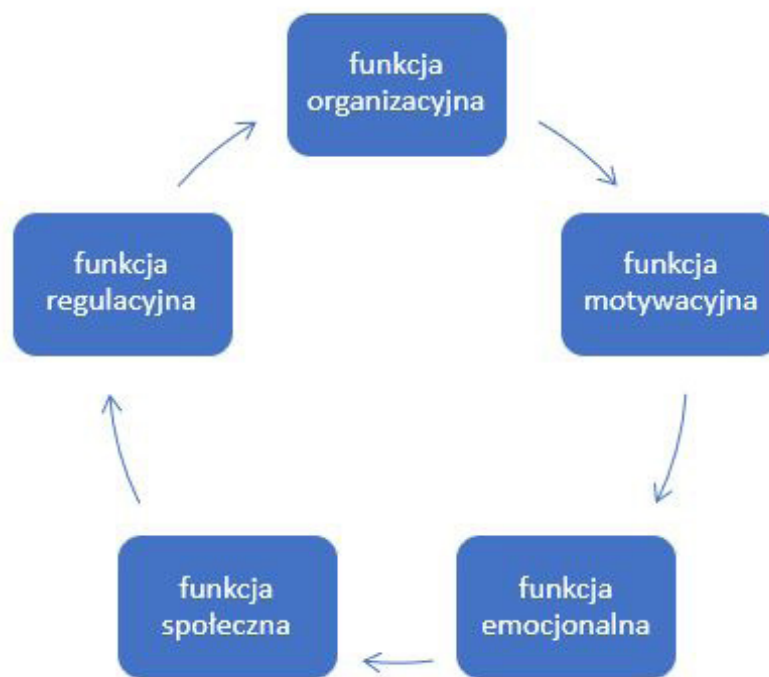
Tabela 4. Przebieg rozmowy z pacjentem.

L.p.		Uwagi
1.	Przygotuj się do rozmowy (dokumentacja medyczna, epikryza)	
2.	Wyłącz / wycisz komórkę przed spotkaniem	
3.	Przywitaj się z rodziną / przedstaw się im	Określ swoją rolę w opiece nad pacjentem
4.	Zapytaj, co rodzina wie o stanie pacjenta	Zwróć uwagę na używane przez nich słownictwo
5.	Uzupełnij informacje	
6.	Delikatnie ostrzeż rodzinę, przed podaniem trudnej informacji	„Zaprosiłem Państwa, bo mam coś trudnego do powiedzenia/ muszę się z Państwem podzielić trudną informacją”, „Przykro mi, ale mam złą wiadomość”
7.-+	Poinformuj rodzinę o śmierci pacjenta	„Bardzo mi przykro, ale...”. Używaj imienia zmarłego i słów „zmarł”, „nie żyje”. Unikaj żargonu!
8.	Powoli podawaj szczegóły dotyczące chronologii wydarzeń, przyczyny śmierci	Słownictwo dostosowane do poziomu rozumienia rodziny, jeśli ona chce tych informacji
9.	Co jakiś czas upewnij się co do zrozumienia przekazywanych treści	„Czy to, co mówię, jest dla Państwa zrozumiałe?”
10.	Rozpoznaj reakcję emocjonalną rodziny i zareaguj na nią	„Wyobrażam sobie, że to musi być dla Państwa trudne”; „Widzę, że jest Pan wściekły”; „Bardzo Państwu współczuję”
11.	Dopuszcz do momentów ciszy / płaczu	„Wiem, że to dla Państwa trudne i trzeba czasu, aby sobie z tym poradzić”; „To normalna reakcja”
12.	Pozwól rodzinie mówić o zmarłym	

13.	Zapytaj, czy rodzina chce podsumowania tego, co zostało już powiedziane	„Czy życzyście sobie Państwo więcej informacji?”
14.	Zweryfikuj niejasności	Jeśli są
15.	Nie krytykuj postępowania innych członków personelu medycznego	
16.	Wspólnie z rodziną sformułujcie plan dalszego postępowania	Informacja o dalszej procedurze, prośba o oddanie organów
17.	Upewnij rodzinę co do możliwości dalszego kontaktu	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie analizy piśmiennictwa

Ryc. 15. Funkcje komunikowania się.



W procesie komunikowania się gromadzimy różnorodne **informacje**, które są niezbędne w podejmowaniu decyzji i trafnym ocenianiu sytuacji. Komunikowanie stwarza możliwości **motywowania** innych do podejmowania działania w celu osiągnięcia konkretnych zamierzeń. Podczas przekazywania norm, obowiązków oraz wzorców zachowania, komunikacja pełni rolę **regulatora** zachowań człowieka i to za jej sprawą dochodzi do egzekwowania wartości i upowszechniania pożądanego zachowań. Stwarza to okazje do wyrażania emocji, uczuć. Człowiek, komunikując się, może wyrazić swój **stosunek emocjonalny** do poruszanych kwestii i sytuacji życiowych. Pozwala to na zrozumienie intencji drugiego człowieka, co ma istotne znaczenie w interpretowaniu jego zachowań, np.: „Po śmierci pacjenta jestem tak zdenerwowana, że nie potrafię się skoncentrować”. Komunikat ten szybko wyjaśnia, dlaczego ktoś nie radzi sobie z wykonaniem zadania, co więcej, jest źródłem informacji, dlaczego tak się dzieje. W kontekście **społecznym** komunikacja stwarza możliwości nawiązywania relacji i kontaktów międzyludzkich. Człowiek potrzebuje akceptacji oraz aprobaty ze strony osób dla niego ważnych. Komunikacja umożliwia docieranie do drugiego człowieka różnymi kanałami, co przyczynia się do budowania relacji oraz do zaspokajania potrzeb o charakterze społecznym.

Kontaktując się z ludźmi, zdobywamy wiedzę, informacje, dzięki którym możemy zweryfikować nasz sposób myślenia oraz wzbogacić dotychczasową wiedzę na dany temat. Dzięki komunikacji możemy rozwijać się w różnych dziedzinach życia oraz dzielić własnym doświadczeniem życiowym z innymi ludźmi.

3.3. Podstawy komunikowania się w zespole terapeutycznym

3.3.1. Zespół terapeutyczny w kontakcie z pacjentem – co mówić, jak mówić, jak wspierać?

Nawiązanie prawidłowego kontaktu, tym samym dobra komunikacja jest niezbędna do efektywnego leczenia oraz skutecznego pielęgnowania. Dobra komunikacja koncentruje się na rozmowie, zdawać należy sobie sprawę, iż spotkać możemy się z rozmowami prowadzonymi bez słów – mowa ciała. Na pacjentów przebywających na różnych oddziałach, a w szczególności na oddziałach medycyny paliatywnej, onkologicznych, często zbawienny wpływ mają rozmowy bez słów. W wielu przypadkach choremu wystarczy obecność personelu, kontakt wzrokowy, dotyk oraz uścisk dłoni. Okazanie bliskości czy zainteresowania choremu ma dużo większą wartość niż wypowiedzenie kilku słów bez zainteresowania problemami pacjenta. Nie każda rozmowa ma wyłącznie charakter terapeutyczny, spotkać możemy się z sytuacjami, kiedy rozmowy mogą mieć również jatrogenny charakter. Coraz częściej mówimy o sztuce rozmowy z chorym. Zazwyczaj poprzez środki psychologiczne rozumiemy słowa kierowane do pacjenta, tak naprawdę chodzi nam nie o same słowa, ale o ich psychologiczne znaczenie. Znaczenie słów, gestów, mimiki oraz innych niewerbalnych postępowań personelu szpitala. Istotne są również okoliczności, w jakich odbywają się pielęgnacja i leczenie. Zgodnie z zasadami prawidłowej komunikacji terapeutycznej do zasadniczych psychologicznych środków wspierających pielęgnację czy leczenie powinniśmy uwzględnić zaangażowanie wewnętrznych zasobów psychicznych chorego, np. posiadana wiedza oraz umiejętności, poczucie własnej wartości i wewnętrznego oparcia, nadzieja, poczucie sensu podejmowanych działań i napotkanych doświadczeń, motywacja do wyzdrowienia czy zdolność do odreagowania emocjonalnych napięć.

Zadaniem zespołu terapeutycznego jest stworzenie bliskiego kontaktu emocjonalnego pomiędzy pracownikami zespołu a pacjentem przebywającym w oddziale. Powinniśmy dać pacjentowi szansę otwarcia się i przedstawienia obaw, trudności oraz ukazania przeżyć (zarówno przykrych, jak i przyjemnych) związanych z hospitalizacją. Dzięki takim zachowaniom dajemy podopiecznemu możliwość poczucia bezpieczeństwa oraz pozbycia się poczucia samotności. Każdy z nas jest inny, ilu pracowników medycznych, tyle różnych charakterów. Jednak przebywając z chorym, pamiętajmy, że działać musimy wspólnie i wyłącznie dla jego dobra. Bezustannie powinniśmy kształtować w sobie postawę „bycia z pacjentem”. Istotne jest empatyczne porozumienie poprzez przekazanie podopiecznemu komunikatów niewerbalnych: gest, postawa, uśmiech.

Personel swoim zachowaniem powinien przejawiać poczucie troski i zrozumienia. Aktywnie słuchać i obserwować to, co mówi, i jak mówi chory. Do czynników ułatwiających komunikację zaliczyć możemy: uważną obserwację chorego, komunikację niewerbalną, komunikację werbalną.

W gestii pracownika zespołu terapeutycznego leży:

- powitanie pacjenta, przedstawienie się, powtórzenie, jeżeli chory nie usłyszał, wyjaśnienie wszelkich niejasności, podsumowanie wspólnej rozmowy, zoptymalizowanie otwartego wyrażania uczuć, chory bez skrupowania wyjaśnia swoje problemy w obecności personelu;
- konfrontacja, należy pomóc choremu w radzeniu sobie z własnymi emocjami, jakie zauważamy w jego stylu bycia (np. „Widzę, że jest pani bardzo zasmucona. Proszę wyjaśnić, co jest tego powodem”);
- analiza diagnozy zachowań chorego, co umożliwi zapewnienie mu odpowiedniej pomocy, dostosowanej do rozpoznanych problemów.

Do czynników utrudniających komunikację zespołu terapeutycznego z pacjentem zaliczyć należy:

- sterowanie rozmową w sposób urzędowy,
- nadawanie rozmowie wyglądu przesłuchania,
- ciągle przerywanie oraz wtrącanie swoich komentarzy,
- nieuważne słuchanie,
- przekręcanie imion i nazwisk chorych,

- bezpodstawne wydawanie informacji opierających się wyłącznie na własnych odczuciach,
- niecierpliwość,
- nadużywanie języka medycznego całkowicie niezrozumiałego dla danego pacjenta,
- udzielanie krytycznych opinii o innych pracownikach,
- złe dopasowanie tonu do aktualnych emocji podopiecznego.

Najlepszymi sposobami przełamywania barier w komunikacji są:

- dostosowanie treści przekazu do danego rozmówcy (przekaz uzależniamy np. od tego, czy rozmawiamy z osobą wykształconą i inteligentną, czy niekoniecznie),
- dostosowanie prawidłowego kodu przekazu: np. żargon medyczny – rozumiany praktycznie wyłącznie przez medyków, metafory – często błędnie kojarzone przez odbiorców,
- wypowiedzianie jasnych przekazów,
- dbanie o formę konwersacji – prawidłowa szybkość mowy, dobra głośność oraz zaangażowanie,
- niemówienie zbyt wielu treści na raz,
- przekazywanie informacji powinno wyglądać następująco: od znanego do nieznanego, od łatwego do trudnego, od konkretnego do abstrakcji,
- w trakcie rozmowy musimy panować nad naszymi emocjami,
- zadając pytania, monitoruj zachowanie pacjenta,
- należy stosować zarówno pytania zamknięte, np. „czy boli Panią głowa?”), jak i pytania otwarte – dają pacjentowi możliwość wypowiedzi, a nam dużo więcej informacji,
- używanie wzmocnienia przekazu, np. wzmacnianie poczucia własnej wartości pacjenta (chwalimy go),
- w trakcie rozmowy wykażmy empatię i pewność siebie – chory utwierdzi się w przekonaniu, że ma do czynienia z człowiekiem kompetentnym oraz wrażliwym,
- pytajmy chorego, czy zgadza się oraz akceptuje nasze postępowanie w stosunku do niego.

By komunikacja interpersonalna pomiędzy personelem a pacjentem przebiegała prawidłowo, istotne jest, aby załoga zespołu terapeutycznego miała świadomość, że istnieją etapy reakcji na informację o chorobie.

- Pierwszym etapem reakcji jest akceptacja przez chorego jego nowej sytuacji zdrowotnej i zmotywowanie go do wprowadzenia zmian.
- Drugi etap najczęściej jest związany z rozpoczęciem dalszej diagnozy oraz leczeniem. Na drugim etapie często pojawiają się przejściowe kryzysy.
- Kolejny etap to adaptacja lub pojawiające się czasem wyczerpanie, utrata wiary oraz obserwacja znikomego wpływu na przebieg leczenia.

Pojawienie się choroby wiąże się ze stresem. To, czy pacjent poradzi sobie ze zjawiskiem stresu, ma znaczny wpływ na proces leczenia. Dlatego personel każdego oddziału powinien być oparciem dla pacjenta we wszystkich fazach jego choroby. Zachowanie personelu pracującego na oddziałach szpitalnych w stosunku do chorego jest szczególnie istotne w pierwszym etapie choroby. Zazwyczaj personel medyczny kojarzy nam się z długotrwałe przedłużającym się pobytem w szpitalu, z wykonywanymi zabiegami, iniekcjami czy rozłęką z bliskimi. Wymienione wyżej czynniki, w niebagatelny sposób wpływają na zaburzenie poczucia bezpieczeństwa i brak emocjonalnego komfortu pacjenta. Rolą zespołu terapeutycznego jest zapewnienie bezpieczeństwa dla chorego, który znajduje się w zupełnie nowym środowisku. Kontakty interpersonalne są znacząco utrudnione z podopiecznymi, którzy posiadają problemy związane z ich osobowością. Do tego grona należą: „pacjenci z oporem”, mrukliwi, małowówni, depresyjni, somatyzujący, nadmiernie gadatliwi, obciążający emocjonalnie, nastawieni lękowo.

Przeszkody w komunikacji leżące po stronie zespołu terapeutycznego:

- złe usposobienie (personel nieuprzejmy, władczy),
- problemy emocjonalne (kłopoty osobiste),
- brak zaspokojenia podstawowych potrzeb (zmęczony, niewyspany),
- zespół wypalenia zawodowego (występujący coraz częściej),
- brak wsparcia psychicznego,
- uzależnienia,
- problemy finansowe (mała pensja).

Przeszkody w komunikacji leżące po stronie pacjenta:

- zaniedbany, brudny, brzydko pachnie,
- źle nastawiony do leczenia i personelu,
- oszukuje, nie przyjmuje leków,
- małomówny oraz nadmiernie gadatliwy,
- uzależniony od alkoholu, narkotyków.

Członkowie zespołu terapeutycznego opieki długoterminowej, onkologicznej, paliatywnej podkreślają, że opieka nad chorym umierającym powinna przebiegać tak, by czas życia, jaki pozostał pacjentowi, mógł przeżyć godnie oraz szczęśliwie. Z tego powodu uważa się, że edukacja i promocja zdrowia w przypadku pacjentów nieuleczalnie chorych pozostaje umiejętnością opartą na właściwych zasadach postępowania wypracowanych przez specjalistów. Aby skutecznie postępować z chorym, którego wyleczyć nie można, należy dobrze poznać jego oczekiwania, zbliżyć się do pacjenta. Zainteresowanie osobą chorą, opieka, jaką go otaczamy, ma ogromne znaczenie w procesie kształtowania jakości życia w trakcie choroby. Troska ta nie powinna ograniczać się tylko do myśli o przywróceniu zdrowia. Sytuacja wygląda dobrze, gdy chory z bagażem problemów napotka na swojej „szpitalnej drodze życia” pracownika medycznego (opiekuna medycznego, salową, pielęgniarkę, lekarza, psychologa), który choć w małym stopniu przywróci im wiarę w rozwiązanie występujących problemów. Odpowiedzialność personelu za łagodzenie odczuwania bólu i cierpienia oznacza fachową pomoc w przeżywaniu cierpienia fizycznego i psychicznego każdego chorego niezależnie od jego wyznania czy koloru skóry.

Zespół pielęgniarski, zdobywając zaufanie chorego, staje się często powiernikiem najskrytszych tajemnic pacjenta. Do obowiązków personelu należy przeprowadzenie rozmowy dotyczącej planowanych działań wobec chorego, rozmowa ta oczywiście powinna być oparta na prawdzie. Uczciwa postawa wobec pacjenta pomoże nam zdobyć jego zaufanie. W opiece nad chorymi ważna jest umiejętność doskonałej obserwacji, dostrzeganie potrzeb chorego, nawet tych niesygnalizowanych werbalnie. Poprzez łagodzenie dolegliwości bólowych, bycie przy podopiecznym w trudnych chwilach, wspieranie jego i jego najbliższych tworzymy atmosferę ogromnego ciepła i zaufania. W sytuacjach choroby nieuleczalnej ciężko mówić o radości z wykonywanej pracy w przypadku, kiedy nie możemy podarować pacjentowi nadziei na powrót do zdrowia, a jedyne, co możemy zaoferować, to towarzyszenie w chorobie, rozmowy oraz przygotowywanie bliskich chorego do opieki nad nim oraz godzenia się z powolnym odchodzeniem najbliższej im osoby. Okazanie swoich słabości, empatyczne wsłuchanie się w potrzeby chorego poprzez swobodną i zwyczajną rozmowę może zbliżyć nas do pacjenta dużo bardziej niż przekazywanie „mądrych, medycznych” rad. Wiedza i doświadczenie zespołu pielęgniarskiego pomaga chorym przejść przez trudny okres życia lub odejść w spokoju bez cierpienia.

Komunikowanie się z pacjentem ma znaczenie w skuteczności prowadzonych względem niego działań diagnostycznych i terapeutycznych, dzięki temu również zawody medyczne osiągają rangę, zawodów wysokiego zaufania społecznego. Nie bez przyczyny chorzy często opowiadają historie swojego życia, na końcu prosząc np.: „proszę, niech to zostanie między nami”.

Personel medyczny towarzyszy człowiekowi w zdrowiu, chorobie i niepełnej sprawności, w miarę możliwości umiejętnie kształtując zachowania prozdrowotne swoich pacjentów. Personel dopasowuje się do indywidualnych potrzeb podopiecznych. Członkowie zespołu terapeutycznego powinni poinformować pacjenta o źródłach, z jakich może czerpać informację na temat swoich dolegliwości. Powinniśmy przekazać podopiecznemu, że informacje, jakie znajdują się w Internecie, np. na różnego typu blogach i forach, często mijają się z prawdą. Podobnie sytuacja wygląda z wiedzą rodzin czy znajomych. Niekompetentne i błędne podejście do choroby nieustannie wiąże się z wyolbrzymianiem bagatelnych dolegliwości, nasilaniem się lęku i strachu przed chorobą. Mają miejsce również sytuacje, w których inni pacjenci niepoprawnie wypowiadają się o członku załogi, która opiekuje się chorym. W takiej sytuacji podopieczny ma prawo stracić wiarę w możliwości całego zespołu terapeutycznego. Źle przekazana informacja jest podłożem do tego, by pacjent czuł się zaniedbany, upokorzony, odizolowany od otoczenia.

Rolą personelu oddziału jest dopilnowanie, aby informacje docierające do chorych były rzetelne i jasne.

3.3.2. Zespół terapeutyczny w kontakcie z rodziną pacjenta

W sytuacji choroby to rodzina stanowi podstawowe środowisko dla osoby chorej. Według badań przeprowadzonych nad osobami w niepełnej sprawności wynika, iż pomoc ze strony różnych instytucji wdrażana jest dopiero wtedy, gdy zawodzi rodzina, lub gdy rodziny zabraknie. Z badań dowiedzieć się również możemy, że pomoc instytucjonalna nie jest postrzegana jako pomaganie rodzinie, ale praktycznie wyłącznie zastępowanie rodziny, gdy jej zabraknie, czy w sytuacji zupełnego wycieńczenia rodziny spowodowanego nadmiarem obowiązków, z jakimi sobie nie radzi. Aktualnie panują normy społeczne nakazujące rodzinie zapewnienie bytu oraz opieki członkom rodziny znajdującym się w sytuacji braku możliwości zaspokojenia własnych potrzeb biopsychosocjalnych samodzielnie. U osób tych deficyt samoopieki najczęściej wynika ze względu na wiek (osoby starsze) lub stan zdrowia (wystąpienie nieoczekiwanej choroby). Zapewnienie bytu, podstawowej opieki zdrowotnej i odrobiny ciepła rodzinnego są to instytucjonalne zadania rodziny. Odnosząc się do zdrowia, rodzina chorego zapewne może być czynnikiem wpływającym pozytywnie, ale również negatywnie. W chwili wystąpienia choroby rodzina jest elementarnym środowiskiem, w jakim żyje pacjent.

Do głównych zadań rodziny należy:

- stworzenie fizycznej przestrzeni oraz warunków prawidłowych dla chorego,
- obserwacja przebiegu choroby, obserwacja objawów, stawianie pierwszej diagnozy,
- wykonywanie podstawowych czynności pielęgnacyjno-leczniczych,
- kontrola zachowanie chorego, realizacja zaleceń profesjonalistów,
- jest łącznikiem pomiędzy chorym a dalszą rodziną,
- niesie wsparcie socjalne i emocjonalne.

Komunikacja z pacjentem oraz jego rodziną przez dziesiątki lat była odsuwana na drugi plan. Spowodowane było to kierowaniem się biomedycznym modelem leczenia. Model ten ograniczał pacjenta wyłącznie do bycia biorcą pomocy, jakiej udzielali mu np. lekarze, pielęgniarki. W momencie, gdy zaczęliśmy powoli odchodzić od podobnych założeń, pacjent i jego rodzina zostali członkami załogi zespołu terapeutycznego. Tym samym stali się bardzo istotnym ogniwem w efektywnej terapii. Zmieniło się również podejście i relacje lekarz, pielęgniarka – rodzina, relacje te zmiernają w kierunku partnerstwa w procesie leczenia oraz procesie pielęgnowania. Jest to głównym powodem wzrostu znaczenia efektywnej komunikacji na linii personel medyczny – rodzina. Jedyne, co nie ulega zmianie od wielu lat w kontaktach z rodziną, to problem z przekazaniem złych informacji. Powiadomienie rodziny o pogarszającym się stanie zdrowia ich członka rodziny jest bardzo trudne, natomiast poinformowanie o stwierdzonym zgonie jest nie dość, że bardzo trudne, ale i wymaga ogromnego taktu. Lekarz informujący o śmierci podopiecznego powinien być wyrozumiały dla rodziny, wysłuchać i w miarę możliwości wesprzeć osieroconych jej członków. W angielskojęzycznej literaturze zagadnienie to określane jest jako „breaking bad news”. W „breaking bad news” zawarte jest całościowe podejście do kontaktu z chorym, związane z poinformowaniem pacjenta, czy też najbliższych, o niekorzystnej diagnozie, oraz kontaktu z rodziną chorego po jego śmierci. W polskim piśmiennictwie tematyka coraz częściej jest opisywana przez badaczy.

Reakcja rodziny na złą informację o stanie zdrowia swojego członka rodziny uzależniona jest od wielu czynników. Do czynników tych zaliczyć możemy m.in.: wcześniejszą wiedzę o chorobie bliskiej osoby, oczekiwania, a także wiek, wykształcenie, wiarę oraz relacje rodzinne. W celu ułatwienia przeprowadzenia trudnej rozmowy, lekarze często korzystają z gotowych algorytmów postępowania. Jednym z najczęściej stosowanych algorytmów jest SPIKES.

Model ten polega na przejściu przez pewne etapy rozmowy:

- Merytoryczne przygotowanie się do rozmowy z rodziną (sprawdzenie epikryzy, historii choroby).
- Wyłączenie telefonu komórkowego oraz zapewnienie odpowiedniego, intymnego miejsca do rozmowy.
- Kolejnym krokiem jest pytanie członków rodziny o ich wiedzę dotyczącą choroby, stanu chorego.
- W następnym etapie lekarz pyta rodzinę, co chciałyby wiedzieć (lekarz przekazuje informacje o zdarzeniach poprzedzających moment śmierci pacjenta).
- W następnej fazie lekarz dzieli się z rodziną złą informacją, używając prostego, dostosowanego do poziomu rozumienia rodziny języka. Stara się unikać używania żargonu medycznego.
- W tym momencie lekarz kierujący rozmową w odpowiedni sposób reaguje na zachowania emocjonalne, jakie pojawiają się u rodziny.
- W kolejnym etapie należy podsumować przekazane informacje tak, by rodzina wszystko odpowiednio zrozumiała. Lekarz informuje rodzinę o dalszym postępowaniu oraz możliwości kontaktu, jeżeli zajdzie taka potrzeba.

Większość członków zespołu terapeutycznego nie jest pewna skuteczności gotowych modeli postępowania. W związku z tym zazwyczaj używane są metody rozmowy mieszanej, które wynikają z doświadczeń związanych z pracą kliniczną.

3.4. Czynniki zakłócające komunikację terapeutyczną, rozwiązywanie problemów

Nieprawidłowa komunikacja interpersonalna bardzo często prowadzi do nieporozumień i konfliktów. Nieskuteczna komunikacja często jest konsekwencją stosowania przez jedną lub obie strony tzw. barier komunikacyjnych. Bariery komunikacyjne to takie zachowania, które mogą spowodować częściowe lub całkowite zablokowanie porozumiewania się. A tym samym mogą mieć negatywny wpływ na rozwiązywanie problemów pacjenta. Na każdym z etapów procesu komunikowania się, w kontakcie bezpośrednim lub pośrednim z pacjentem, z rodziną pacjenta, mogą pojawić się przeszkody zakłócające osiągnięcie porozumienia. Bardzo często, gdy nie jesteśmy usatysfakcjonowani z przebiegu kontaktów z innymi, to w tych zachowaniach szukamy przyczyn niepowodzeń komunikacyjnych.

Nie zawsze pojawienie się barier w komunikowaniu się podyktowane jest złą wolą partnerów w rozmowie terapeutycznej. Często ludzie nie potrafią się porozumieć, ponieważ nie zdają sobie sprawy, że ich zachowania bądź komentarze wpływają na jakość kontaktu. Świadomość popełnianych błędów jest pierwszym krokiem do tego, aby usprawniać porozumiewanie się z innymi. W trakcie komunikacji może pojawić się cały szereg czynników zniekształcających lub zakłócających komunikację, które mogą mieć różnorodne przyczyny. Dzieje się tak, ponieważ proces komunikacji jest wieloetapowy, biorą w nim udział co najmniej dwie osoby, które nadają i odbierają komunikaty w różnych warunkach zewnętrznych.

Ryc. 16. Najczęstsze bariery poznawcze w obszarze komunikacji.



Generalizowanie – bariera ta polega na wyciąganiu zbyt pochopnych wniosków na podstawie własnej wiedzy i doświadczenia bez odwołania się do innych źródeł informacji. Skutkiem tego mogą być twierdzenia typu: „Wszyscy politycy są zamieszani w afery korupcyjne”.

Niektóre osoby w kontaktach interpersonalnych mają tendencję do forsowania swoich racji za wszelką cenę. Takie zachowanie przejawia się w sposobie myślenia, np.: ja już doskonale wiem, co chcesz powiedzieć, nie musisz kończyć. Wyraże się również w zachowaniach zakłócających, np.: kończeniu za partnera, przerywaniu, wtrącaniu, dawaniu „dobrych rad”. Zachowania tego typu mogą irytować podwójnie, po pierwsze dlatego, że ktoś nie stosuje się do zasad kultury dialogu, po drugie ktoś narzuca swoje racje. Osoby zachowujące się w ten sposób mogą być odebrane jako dominujące, zamknięte na dyskusję.

Bardzo często ludzie widzą i słyszą to, co chcą usłyszeć, nie przyjmując nowych informacji do siebie. Nastawienie i oczekiwanie określonej reakcji od partnera rozmowy w dużym stopniu blokuje porozumienie. Jeśli uważamy np.: wszyscy bezrobotni nie chcą pracować, to nikt nas nie przekona do tego, że rzeczywistość jest inna.

Osoba posługująca się stereotypami utrudnia prowadzenie dialogu ze względu na negatywne myślenie, np.: wszyscy kibice czekają tylko na to, aby sprowokować jakąś bójkę. Zakłócenie to polega na wybiórczym słuchaniu. Koncentrujemy się tylko na tych informacjach i wiadomościach, które z naszego punktu widzenia są ciekawe, ważne, potrzebne bądź są dla nas pozytywne. W praktyce zakłócenie to polega też na unikaniu odbioru konkretnych informacji, przede wszystkim tych krytycznych, nieprzyjemnych czy zagrażających dla naszej samooceny. Osoba, która stosuje tego typu barierę, z całej wypowiedzi zapamiętuje tylko wyselekcjonowane treści pod kątem określonego kryterium, na podstawie których formułuje całościowe wnioski.

Mechanizm selekcji działa bardzo intensywnie. Jeśli jakiś komunikat jest ważny, przechowywany jest w pamięci, natomiast inne treści są szybko odrzucane. Filtrując wypowiedzi rozmówcy, człowiek pomija pewne informacje, tak jakby nigdy nie zostały one wypowiedziane. Uruchamiamy w tym przypadku ciąg skojarzeń w związku z tym, co usłyszeliśmy od rozmówcy, i tak np.: od butów, o których mówił nasz rozmówca, zawędrowaliśmy w naszych skojarzeniach do imprezy sylwestrowej, w międzyczasie zahaczyliśmy o naszą nadwagę, kreację, fryzurę, a zakończyliśmy na myśli pójścia do centrum handlowego.

Często łapiemy się na niestłuchaniu i próbujemy odpowiedzieć sobie na pytanie, jaka myśl zapoczątkowała nasz dialog wewnętrzny. Bariera ta najczęściej pojawia się, gdy mamy do czynienia ze znużeniem czy zniecierpliwieniem.

Wyolbrzymianie polega na skupianiu się na określonych elementach z przeświadczeniem, że ich rola jest bardzo ważna, co nie pokrywa się z rzeczywistością. Takie zachowania zakłócające pojawiają się szczególnie w przypadkach, gdy poruszone zostają drażliwe, niewygodne kwestie.

Nastawienie może stanowić barierę w komunikacji, zwłaszcza gdy wcześniej otrzymaliśmy negatywne informacje o rozmówcy. W takiej sytuacji w większości przypadków zadziała efekt uprzedzenia, np.: człowiek, z którym się spotykamy w sprawie pracy, podobno jest despotyczny. Idąc na rozmowę z człowiekiem, którego nie widzieliśmy jeszcze na oczy, mamy już wyrobioną opinię na jego temat, i co więcej, odczuwamy niepokój. Odwołując się do niedoskonałości percepcji, musimy pamiętać o jednym, że ta sama osoba przez różnych ludzi może być odebrana zupełnie inaczej. Bariera ta pojawia się u osób, które przywiązują dużo wagi do pierwszego wrażenia, szczególnie tego negatywnego. Negatywne oceny mają ogromną moc. Jeśli na samym początku kontaktu ocenimy kogoś jako mało kompetentnego, nie koncentrując się na tym, co ma do powiedzenia, to później z reguły utwierdzamy się tylko w swoim przekonaniu. Osądy powinny być formułowane po wysłuchaniu naszego rozmówcy. Osoby myślące w ten sposób w trakcie rozmowy nie mogą oprzeć się pokusie ciągłego wartościowania zachowania partnera w kategoriach np.: dobre – złe, mądre – głupie, ciekawe – mało interesujące.

W zespole pielęgniarskim, w zespole terapeutycznym są osoby, które podczas słuchania pacjenta układają w myślach swoją wypowiedź bądź odpowiedź na pytanie, które niebawem może paść. W takiej sytuacji cała uwaga skoncentrowana jest na przygotowywaniu własnego komunikatu. Myślimy, co powiedzieć oraz jakich treści użyć, aby nasza wypowiedź była czytelna i sensowna. Pacjent, personel medyczny, w takich okolicznościach próbuje stworzyć pozory zainteresowania i zaangażowania w rozmowę. Nie zawsze jest to jednak możliwe, ponieważ trudno jest pogodzić te dwa równoległe procesy, zwłaszcza w sytuacji, gdy przygotowywana w myślach odpowiedź jest złożona i skomplikowana.

Każdy czynnik, który utrudnia wymianę informacji między nadawcą a odbiorcą, jest przeszkodą w komunikowaniu się. Jak wiadomo, przeszkody takie są bardzo rozpowszechnione w życiu codziennym, a ich różnorodność jest nieograniczona.

Do najczęściej spotykanych przeszkód w komunikowaniu się należą:

- **Różnice w postrzeganiu.** Ludzie o odmiennej wiedzy i doświadczeniu często patrzą na to samo zjawisko z różnych punktów widzenia.
- **Różnice językowe.** Są one często związane z różnicami w indywidualnym postrzeganiu. Aby komunikat został dobrze przekazany, słowa muszą znaczyć to samo dla nadawcy, jak i dla odbiorcy. Znaczenie symboli musi być wspólne.
- **Szum,** którym jest każdy czynnik, który zakłóca, powoduje zamieszanie lub inny sposób przeszkadza w komunikowaniu się. Ludzie uczą się odrzucać wiele nieistotnych docierających do nich komunikatów, niekiedy jednak też odrzucają także istotne informacje.
- **Emocje,** takie jak: gniew, miłość, odruchy obronne, nienawiść, zazdrość, lęk, zakłopotanie wpływają na zrozumienie przez nas cudzych komunikatów i na to, jak nasze komunikaty oddziałują na innych.

- **Niezgodne komunikaty werbalne i pozawerbalne.** Komunikaty, które wysyłamy i otrzymujemy, są silnie warunkowane przez takie czynniki pozawerbalne, jak ruchy ciała, ubiór, odległość od osoby, z którą rozmawiamy, nasza postawa, gesty, ruchy oczu.
- **Nieufność.** Wiarygodność komunikatu jest uzależniona w znacznym stopniu od wiarygodności nadawcy w pojęciu odbiorcy. Wiarygodność nadawcy z kolei zależy od wielu czynników. Do czynników tych należy między innymi źródło pochodzenia komunikatu, wiedza i doświadczenie nadawcy, wzajemne stosunki między odbiorcą a nadawcą.

Tabela 5. Bariery w komunikowaniu.

Bariery indywidualne	Bariery organizacyjne
Indywidualne to: wysyłanie sprzecznych sygnałów oraz brak wiarygodności; niechęć do nawiązywania kontaktów; brak nawyku słuchania u odbiorcy i z góry przyjęte nastawienie do tematu; zamyślenie się, rozglądanie, szukanie tematu innej rozmowy; brak koncentracji na tym, co się do nich mówi; brak zrozumienia części lub całości komunikatu; wnoszenie do procesu komunikowania z góry przyjętego nastawienia; obstawanie przy swoim.	To problemy związane z: kontekstem organizacyjnym odbywającej się komunikacji; z semantycznym rozumieniem pojęć, gdy te same słowa mają dla różnych ludzi odmienne znaczenie; pojawienie się problemów z komunikowaniem się na bazie różnic statusu i władzy.

W przypadku odmiennego spostrzegania sytuacji możemy mieć trudności we wzajemnym komunikowaniu się, będą powstawały konflikty w komunikowaniu się.

4. Komunikowanie interpersonalne w codziennej praktyce zawodowej pielęgniarki

4.1. Superwizja kliniczna w pielęgniarstwie: podstawowe pojęcia, formy superwizji klinicznej, studium przypadku w superwizji

Pojęcie superwizja wywodzi się z angielskiego słowa „supervision”, które tłumaczy się jako kierowanie, nadzór, kontrolę. Nie chodzi w niej jednak o kontrolowanie pracy pracowników w prostym znaczeniu tego słowa. W niektórych placówkach ochrony zdrowia zdarza się, że w praktyce pielęgniarstwie superwizja jest czasami mylnie rozumiana jako sprawowanie nadzoru nad zespołem pielęgniarstwowym.

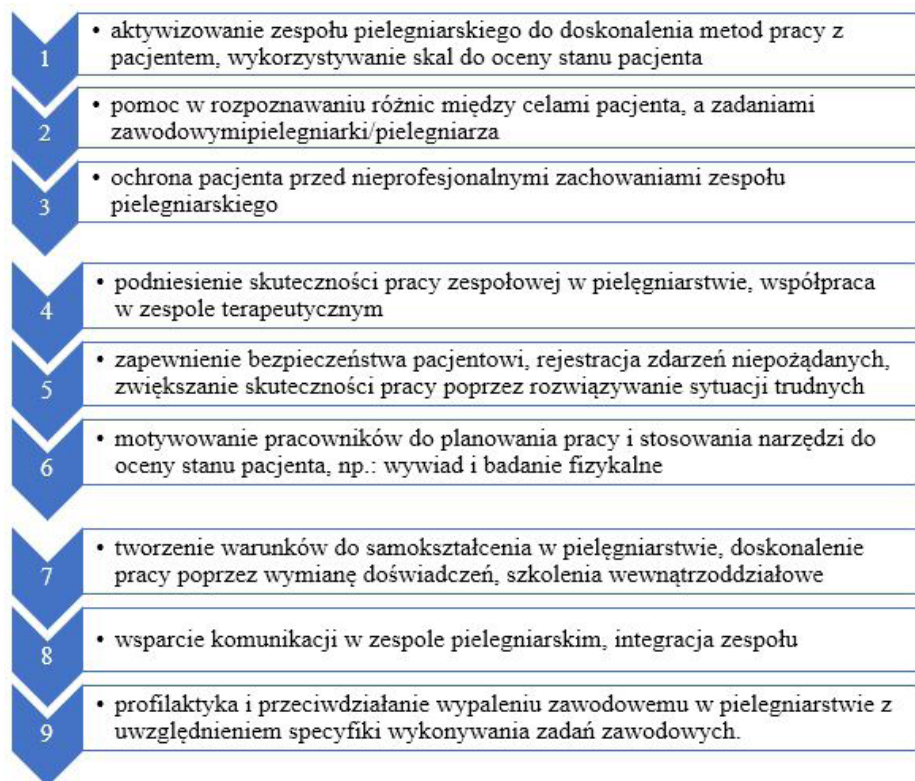
W superwizji chodzi o taką metodę kierowania ludźmi, która służyłaby doskonaleniu ich umiejętności, kompetencji, wiedzy i umożliwiałaby stały proces konsultacyjny, analizowanie działań pracowników w celu osiągnięcia lepszych wyników w opiece nad pacjentem.

Tematy poruszane na spotkaniach superwizyjnych odnoszą się do problemów zawodowych, miejsca pracy oraz potrzeb superwizowanych. Jej centrum stanowi refleksja nad relacjami, odczuciami pracownika w pełnionej przez niego roli zawodowej przy uwzględnieniu jego możliwości i warunków instytucji, w której pracuje.

Superwizja to niezbędne narzędzie mające na uwadze potrzebę wsparcia dla obciążonych zawodowo zespołów pielęgniarstwowego i innych pracowników obejmujących opieką pacjenta przebywającego w placówkach ochrony zdrowia. Superwizję traktuje się jako intensywną interpersonalną relację dwóch osób, w której zadaniem jednej z nich jest ułatwienie wiedzy, umiejętności i rozwoju kompetencji społecznych w procesie terapeutycznym, a podstawowym jej celem jest ochrona pacjenta przebywającego w placówkach ochrony zdrowia przed zdarzeniami niepożądanymi.

Superwizja kliniczna w pielęgniarstwie jest wsparciem zespołu pielęgniarstwowego w konkretnej placówce ochrony zdrowia, w celu poprawy samopoczucia pracownika w pracy i lepszego wykonywania swoich zadań zawodowych. Superwizja to systemowe wsparcie, całościowo i formalnie zaplanowana forma pomocy, która powinna być wpisana w system placówki ochrony zdrowia. Istotne cele superwizji w pielęgniarstwie to:

Ryc. 17. Cele superwizji w pielęgniarstwie.



Superwizją w pielęgniarstwie określa się proces uczenia, w którym pielęgniarzka współpracuje z bardziej doświadczoną osobą, tak aby w procesie ciągłego rozwoju zawodowego wzbogacić własne umiejętności. Celem takiej superwizji jest dobro i bezpieczeństwo pacjentów, których zespół pielęgniarstwa ma pod swoją opieką oraz dbanie o wysoką jakość opieki pielęgniarstwa.

Superwizja wykorzystuje metody ułatwiające naukę superwizowanym. Podstawę stanowi omawianie i analiza sytuacji zaistniałych w pracy superwizowanych po to, aby uczyć się na własnych błędach bądź sukcesach.

W praktyce pielęgniarstwa najczęściej wykorzystuje się prezentowanie przez uczestników spotkania:

- własnych studiów przypadku komunikowania się terapeutycznego z wybranymi osobami zespołu;
- kolegią analizę procesu komunikowania interpersonalnego na podstawie prezentowanych przykładów (studium przypadku);
- formułowanie i weryfikowanie hipotez dotyczących zastosowania bardziej efektywnych zachowań komunikacyjnych w kontakcie z pacjentem z rzadką chorobą, z pacjentem trudnym i agresywnym.

Superwizja to relacja superwizora i superwizowanego, która porusza obszary etyki pracy pielęgniarstwa, wzmacnia kompetencje i funkcje zawodowe w pielęgniarstwie oraz zawodową odpowiedzialność. Superwizor jest odpowiedzialny za przekazanie superwizowanemu wiedzy, umiejętności i założeń etycznych obejmujących perspektywę postępowania w dziedzinie rozwiązywania problemów pacjenta.

Ryc. 18. Podział superwizji ze względu na określone kryteria: liczbę uczestników, rodzaj uczestnictwa i relacje zachodzące między stronami.



Dydaktyka medyczna w procesie kształcenia proponuje aktywizujące metody dydaktyczne, które należy wykorzystywać podczas superwizji, np.:

- **Metodę rozwiązywania problemów:** popularną i często stosowaną, przynoszącą najkorzystniejsze efekty.

W ramach tej metody stosuje się:

- omawianie krytycznych przypadków,
- burzę mózgów,
- dyskusję dydaktyczną: okrągłego stołu, wielokrotną, panelową,
- pracę z zastosowaniem metafory, metaplanu.

- **Metody symulacyjne:** efektywne, lecz trudne w realizacji, wymagające zaangażowania, otwartości i zaufania do grupy i superwizora. Nauka opiera się na eksperymentach, stosuje się:

- gry symulacyjne,
- odgrywanie ról.

Szczególnie istotna jest technika odwróconych ról. Aby lepiej zrozumieć zachowanie i odczucia swojego pacjenta lub przełożonego, osoba superwizowana wciela się w ich rolę. Metody te zwiększają poziom empatii, ułatwiają zrozumienie potrzeb innych, trudności w komunikacji i relacjach oraz emocji, jakie temu towarzyszą.

- **Pokaz wykonania czynności pielęgniarskiej, metoda bezpośredniego nadzoru:** jej podstawą jest teoria uczenia się, nie zawsze będąca procesem świadomym i zamierzonym. Polega na naśladowaniu działań i postaw osób superwizowanych oraz superwizora, który staje się wzorem do naśladowania.

Takie działania korzystnie przekładają się nie tylko na pracę z pacjentem, ale również na skuteczniejszą współpracę z zespołem. Są okazją dla zespołu pielęgniarskiego do refleksji nad własnym zaangażowaniem w pracę zespołową, przyczyniają się istotnie do rozwoju osobistego i wzrostu kompetencji zawodowych, podnoszących jakość opieki pielęgniarskiej.

Tabela 6. Zalety i wady superwizji.

Zalety superwizji	Wady superwizji
<ul style="list-style-type: none"> • Wsparcie emocjonalne w wykonywaniu zadań zawodowych; • Wymiana doświadczeń zawodowych; • Ulga po wypowiedzeniu swoich obaw związanych z sytuacją trudną; • Poczucie bezpieczeństwa; • Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu; • Wsparcie merytoryczne; • Możliwość uzyskania informacji zwrotnych. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obawy związane z kontrolą i oceną przełożonego; • Obawa przed doniesieniem przełożonemu; • Strach przed naganą udzieloną przez przełożonego; • Lęk przed konfrontacją, koniecznością tłumaczenia się; • Lęk przed potencjalnym ośmieszeniem; • Strach przed pogorszeniem się kontaktów ze współpracownikami.

W procesie superwizyjnym ważne jest, aby prowadzący (superwizor) nie zapomniał o uczestniku spotkania (superwizancie) na rzecz omawianego problemu. Superwizor nie może być wścibski, wypytyjący i oceniający. Istotne jest, aby sam zarysował kontakt określający granice własnej otwartości i zaufania podczas autoprezentacji. Dodatkowo znacząca jest wiedza o superwizancie przed rozpoczęciem superwizji. Chodzi o informacje na temat jego doświadczenia zawodowego, wykształcenia, kwalifikacji, samooceny, podejścia do sukcesów i porażek oraz sposobu postrzegania otaczającej go rzeczywistości. Jest to bardzo pomocne w tworzeniu relacji i nieprzekraczaniu granic. Superwizor poprzez modelowanie kontaktu powinien dążyć do tego, aby superwizant identyfikował się z proponowaną zmianą i chciał dokonać tych zmian, a nie tylko uzyskać wiedzę o tym, co należy zmienić. Istotnym elementem w kontakcie superwizyjnym jest zainteresowanie. Powinno ono przybierać kształt szczerzej i życzliwej postawy wobec superwizanta i jego pracy.

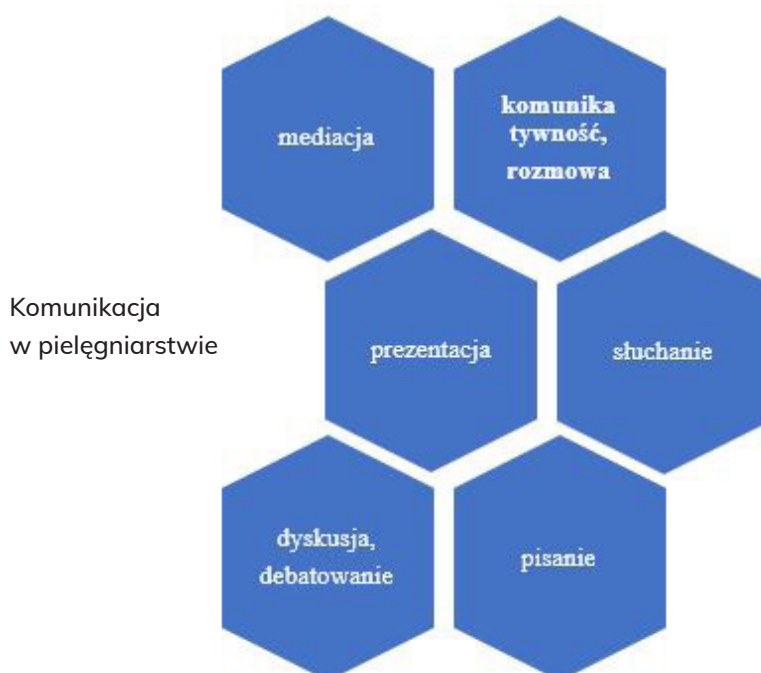
Superwizja to potrzebna praktyka w zawodzie pielęgniarskim. Usprawnia działania placówek ochrony zdrowia i dodaje wsparcia emocjonalnego pracownikom, pomaga rozwiązywać trudne sytuacje oraz może pozytywnie wpływać na relacje między współpracownikami.

4.2. Autoocena umiejętności komunikacyjnych

Komunikacja to wymiana informacji między jej uczestnikami. Nośnikami danych mogą być słowa (komunikacja werbalna), gesty (komunikacja niewerbalna), teksty, obrazy, dźwięki czy też sygnały elektryczne albo fale radiowe. Ważne jest, aby były one zrozumiałe dla nadawcy i odbiorcy.

Umiejętności ważne w pielęgniarstwie:

Ryc. 19. Umiejętności komunikacyjne ważne w pielęgniarstwie.



Rozmowa jest jedną z najbardziej podstawowych form komunikacji. Prosta, przyjazna rozmowa z pacjentem, jego rodziną, członkami zespołu pielęgniarskiego i terapeutycznego, pomoże zbudować zaufanie, może stać się szansą na nawiązanie dłuższej relacji i doprowadzić do rozwiązania problemu zdrowotnego. Powinniśmy mówić w przystępny, przyjazny sposób, który można zastosować w każdej sytuacji.

Podczas prezentacji kluczowe znaczenie ma jasność, zwięzłość i zbudowanie zaufania z odbiorcami. Należy dopracować swoją 60-sekundową prezentację, która wyjaśni pacjentowi i jego rodzinie, czym zajmujemy się, za co odpowiadamy, należy używać łatwych do zapamiętania sformułowań, które pozwolą nam wyróżnić się na tle innych członków zespołu i pozwolą zostać zapamiętanym.

W formie pisemnej należy przedstawić wywiad pielęgniarski zgodnie z procedurą obowiązującą w zakładzie pracy.

W pielęgniarstwie rola mediatora będzie mniej potrzebna niż umiejętności komunikacyjne, w pracy mogą zdarzać się chwile, kiedy trzeba będzie rozwiązać konflikty. Może to być wymiana zdań między pacjentem, jego rodziną czy współpracownikami zespołu.

Będziesz musiał zaakceptować obie strony i pomóc im przepracować własne problemy.

Aktywne słuchanie może pomóc w skutecznej rozmowie, dyskusowaniu i negocjowaniu, sprawi, że będziemy odbierani jako osoba bardziej empatyczna i zainteresowana problemami pacjenta.

Dyskusja na temat alternatywnych opcji rozwiązania problemu może odbyć się w środowisku szacunku i zrozumienia.

Zdobywanie i doskonalenie umiejętności komunikacyjnych bez ćwiczeń jest niemożliwe. Należy je ćwiczyć aktywnie, doskonalić i dopracować w każdej okoliczności do rozwiązania problemu.

Test umiejętności komunikacyjnych jest pomocny przy poznawaniu własnych umiejętności komunikacyjnych. Możemy uzyskać odpowiedź na pytanie, czy i jakie posiadamy umiejętności komunikacyjne i interpersonalne.

Do aktu komunikacji dojdzie jedynie wtedy, gdy spełnione zostaną następujące warunki:

- informacja zostanie przekazana w języku zrozumiałym dla obu komunikujących się stron,
- zaistnieje skuteczny nośnik tej informacji,
- przekaz pozostanie czysty od zniekształceń przez czynniki zewnętrzne (tzw. szum),
- przekaz spotka się z odbiorem,
- informacja w założeniu będzie przeznaczona dla danego odbiorcy.

Test umiejętności komunikacyjnych możemy pobrać ze strony <https://testy-zawodowe.pl/testy/umiejetnosci-komunikacyjne,3>

Przed wyświetleniem wyniku konieczne jest zidentyfikowanie swej osoby i wniesienie opłaty za kod dostępu do interpretacji wyniku testu.

Tabela 7. Przykładowy test umiejętności komunikacyjnych.

Test umiejętności komunikacyjnych

Należy posługiwać się kategoriami odpowiedzi:

- całkowicie się nie zgadzam
- raczej się nie zgadzam
- trudno powiedzieć
- raczej się zgadzam
- zdecydowanie się zgadzam

1. Zwykle mówię, co myślę.
2. Są pewne reguły, które określają, co komu można powiedzieć.
3. Potrafię rozmawiać z innymi ludźmi nawet w sytuacjach bardzo emocjonalnych.
4. Człowiek powinien mówić innym ludziom to, co czuje.
5. Zwykle kontroluję u siebie to, w jaki sposób rozmawiam z innymi ludźmi.
6. Uważam, że w każdej sytuacji należy być szczerym do bólu.
7. Uważam, że nawet w prywatnych rozmowach należy zwracać uwagę na formę tego, co się mówi.
8. Nie ufam ludziom, którzy nie mówią, co myślą.
9. Nie przepadam za ludźmi, którzy w czasie codziennych rozmów łatwo łamią zasady dobrego wychowania.
10. Często zdarza mi się powiedzieć trochę za dużo.
11. W codziennych rozmowach z ludźmi staram się po prostu trzymać reguł dobrego wychowania.
12. W kontaktach z ludźmi jestem osobą skuteczną, która potrafi sobie poradzić nawet z bardzo trudnym klientem.
13. Nie lubię ukrywać swoich uczuć.
14. Moi koledzy/koleżanki z pracy wiedzą, że można ze mną rozmawiać nawet na tematy najtrudniejsze.
15. Nie lubię ludzi, którym zdarza się często zachowywać niestosownie.

16. W życiu codziennym zwykle nie przejmuję się i mówię o tym, co naprawdę czuję.
17. Unikam kontaktów z ludźmi, którzy nie potrafią się dostosować do zasad dobrego wychowania.
18. Wiem, że w rozmowie umiem się dostosować do każdego rozmówcy.
19. Niektórzy ludzie uważają, że w kontaktach jestem zbyt bezpośredni.
20. Na co dzień staram się być uprzejmy(a) dla każdego, kogo spotkam.
21. Wiele osób uważa, że dobrze potrafię rozwiązywać konflikty międzyludzkie.
22. Bardzo rzadko w rozmowach z ludźmi mówię coś nie na miejscu.
23. Nawet w sprawach bardzo poważnych potrafię dogadać się z każdym człowiekiem.
24. Jeśli kogoś nie lubię, to w rozmowie daję mu to łatwo odczuć.
25. Osobiście nawet w konfliktowych sytuacjach staram się zachować zgodnie z regułami dobrego wychowania.
26. Większość ludzi, z którymi pracuję wie, że nawet podczas kłótni staram się uwzględnić punkt widzenia drugiej osoby.

4.3. Przekaz informacji zwrotnych

Informacja zwrotna (z ang. *feedback*) odnosi się do działania w przeszłości, a jej celem jest wprowadzenie zmiany na przyszłość. Pozytywna jest dobrym narzędziem w docenianiu i wzmocnieniu prawidłowych postaw, a korygująca ma za zadanie efektywną modyfikację zachowania. I to właśnie przekazanie tych negatywnych informacji jest piętą achillesową wielu przełożonych i współpracowników. Analiza informacji zwrotnej nasuwa wiele pytań:

W jaki sposób umiejętnie zakomunikować, że ktoś zrobił coś źle?; w jaki sposób zachęcić pracownika do zmian?; jak taką wiadomość przyjąć?

Przekaz informacji zwrotnej bardzo często bywa ogólnikowy, bez sprecyzowania, co należałoby poprawić. Pracownik, słysząc negatywny *feedback*, zaczyna się usprawiedliwiać, jest zawstydzony, reaguje gniewem czy obraca wszystko w żart lub aby nie być uwikłanym w tłumaczenie się, nie udziela informacji zwrotnej wcale.

Tabela 8. Techniki informacji zwrotnej.

Technika informacji zwrotnej	Charakterystyka techniki
Metoda kanapkowa (z ang. <i>feedback sandwich</i>)	Metoda składa się z trzech części; komunikat doceniający, przeplata się z korygującym i zostaje zamknięty pozytywnym akcentem, choć niekoniecznie ponownym podkreśleniem prawidłowych zachowań, warto wspomnieć o swojej gotowości do wsparcia lub pokazać, że też przez taką zmianę przechodziliśmy.
Metoda FUKO (akronim słów F akty, U czucia, K onsekwencje, O czekiwania)	Model FUKO z kolei koncentruje się na: 1. Przedstawieniu faktu („ <i>Prosiłam Cię o przygotowanie zestawienia z przeprowadzonych szkoleń na dzisiejsze spotkanie, a nie na przyszły tydzień</i> ”) 2. Odniesieniu się do własnych uczuć („ <i>Brak tego materiału bardzo utrudnia mi przygotowanie raportu z działań naszego zespołu i zaplanowanie wydatków na szkolenia na przyszły rok</i> ”) 3. Pokazaniu konsekwencji („ <i>Jeśli nie prześlemy tych planów do końca tygodnia, nie będziemy mieć możliwości wprowadzenia dodatkowych korekt</i> ”) 4. Przedstawieniu swoich oczekiwań, skupiając się na rozwiązaniu, a nie na problemie („ <i>Przygotuj to zestawienie do jutra do 10.00. A następnym razem, kiedy uznasz, że moja prośba nie jest jasna, pytaj i upewnij się odnośnie terminu</i> ”).
Informacja wyprzedzająca	Z ang. <i>feedforward</i> , to technika komunikowania się i modelowania zachowań, w której skupiamy się na przyszłych opcjach i rozwiązaniach. W odróżnieniu od <i>feedbacku</i> , zamiast przekazywania pozytywnej lub negatywnej informacji zwrotnej dotyczącej już zrealizowanych działań koncentruje się ona na dokładnym poinstruowaniu i precyzyjnym określeniu oczekiwań.

Inaczej będziemy formułować komunikat do osoby, która dopiero zaczyna pracę (skupiając się na wspieraniu, wdrożeniu do zadań i dostrzeganiu pozytywów), a inaczej do doświadczonego pracownika z zespołu. Informacja, którą chcemy przekazać osobie introwertycznej, która stroni od spotkań, będzie się różniła od tej dla pracownika ciągle aktywnego i angażującego się w wiele zadań. Niektórzy czują, że mimo prób udzielanie informacji zwrotnej jeszcze nie przychodzi im łatwo, są skrupowani stosowaniem jej schematu, albo mają problem ze zbyt dużym wchodzeniem w szczegóły i szukaniem przyczyn, na które pracownik nie ma wpływu.

Feedback i *feedforward*, traktowane najczęściej jako alternatywne wobec siebie metody, mogą też być stosowane wymiennie i się uzupełniać. Założeniem obu jest zmiana: wzmacnianie lub wyeliminowanie tego, co było oraz utrwalenie pożądanego zachowań.

Bez względu na stosowany schemat, przy udzielaniu informacji zwrotnej zawsze powinniśmy zwracać uwagę na odbiorcę, nie zostawiać w przekonaniu, z którym nie jest w stanie nic zrobić, który będzie potęgował frustrację i podkopywał wiarę w siebie.

Kulturę informacji zwrotnej czy wyprzedzającej buduje się na szacunku i partnerskim podejściu, a takie umiejętności przydają się bez względu na zajmowane stanowisko.

WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, DO KTÓRYCH JEST UPRAWNIONA PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA PO UKOŃCZENIU KURSU SPECJALISTYCZNEGO KOMUNIKOWANIE INTERPERSONALNE W PIELĘGNIARSTWIE

1. Organizowanie grup wsparcia.
2. Przeprowadzenie wywiadu.
3. Komunikowanie terapeutyczne z pacjentem i jego rodziną.
4. Informowanie i edukowanie pacjenta i jego rodziny w zakresie opieki pielęgniarstwa.
5. Wspieranie emocjonalne pacjenta.
6. Koordynowanie i współdziałanie w rehabilitacji pacjenta.
7. Koordynowanie i organizowanie działań na rzecz pacjenta.
8. Współdziałanie w zespole terapeutycznym.
9. Negocjowanie i rozwiązywanie konfliktów.
10. Kierowanie do specjalisty w sytuacji zdrowotnej pacjenta wymagającej konsultacji.



LITERATURA

1. Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M.: Psychologia społeczna. Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2012.
2. Czabała J.Cz.: Czynniki leczące w psychoterapii. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
3. Deręgowska J.: Profesjonalna komunikacja w opiece zdrowotnej jako element wsparcia pracowników zawodów medycznych i pacjentów – oczekiwania i potrzeby, Wydawnictwo Naukowe UAM, Studia Edukacyjne, 2015, nr 35, s. 349-366.
4. Grzesiuk L. (red.): Psychoterapia. PWN, Warszawa 1994.
5. Hartley P.: Komunikowanie interpersonalne. Wyd. ASTRUM, Warszawa 2006.
6. Holler I.: Porozumienie bez przemocy. Ćwiczenia. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2010.
7. Kęsy M.: Relacje i komunikacja w świecie medycznym, Wydawnictwo UJ, Kraków 2012, s. 163.
8. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W.: Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wyd. Czelej, Lublin 2003.
9. Knapp H.: Komunikacja w terapii. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
10. Makara-Studzińska M.: Komunikacja z pacjentem. Wyd. Czelej, Lublin 2012.
11. Motyka M.: Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem, Problemy pielęgniarstwa 2011, tom 19, zeszyt nr 2, s. 259-260.
12. Nęcki Z.: Komunikowanie interpersonalne. Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 1992.
13. Stewart J. (red.): Mosty zamiast murów: O komunikowaniu się między ludźmi. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
14. Wasilewski B., Engel L. (red.): Grupowy trening Balintowski. Teorie i zastosowanie. Wydawnictwo IPS, Warszawa 2011.
15. Wilczek-Rużyczka E.: Empatia i jej rozwój u osób pomagających. Wydawnictwo UJ, Kraków 2002.
16. Wilczek-Rużyczka E.: Poziom empatii a aktywność komunikowania u pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 1–2, 74–77, 2003.
17. Wilczek-Rużyczka E.: Komunikowanie się z chorym psychicznie. Wyd. Czelej Sp. z o.o., Lublin 2007.