

1. ZASADY KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

Ewelina Suleja

Komunikowanie się między ludźmi to jedna z podstawowych potrzeb psychospołecznych. Dzięki nawiązywaniu relacji interpersonalnych tworzy się, umacnia i utrzymuje psychologiczny dobrostan człowieka. W relacji pielęgniarka–pacjent istotną kwestią jest umiejętność zdobycia zaufania podopiecznego, przekazywanie wiadomości między stronami oraz kształtowanie relacji.

W trakcie wymiany informacji przekazy mają charakter werbalny (z użyciem słów) i pozawerbalny (z użyciem mimiki, różnego tonu głosu, prędkości wypowiedzi, gestykulacji itd.).

1.1. KOMUNIKOWANIE WERBALNE I POZAWERBALNE

Komunikowanie werbalne opiera się na użyciu słów, które z zasady niosą określone znaczenie i spodziewaną reakcję drugiej strony. Należy pamiętać, że nie zawsze można wyrazić za pomocą słów to, co jest ważne. Różnice między ludźmi (osobowe, kulturowe, obyczajowe) mogą powodować nieścisłości w komunikacji i niezrozumienie. Komunikaty możemy przekazywać w postaci ustnej lub pisemnej, przez urządzenia techniczne (radio, telefon, internet).

Komunikowanie pozawerbalne zwykle ma za zadanie podkreślać komunikat słowny, wzmacniać jego znaczenie lub – w niektórych sytuacjach – zaprzeczać mu. Sygnały pozawerbalne, których używamy najczęściej, to mimika twarzy (duża ekspresja, efekt „maski”), gestykulacja rąk (ekspresja ruchów), ruchy ciała, postawa (wyprostowanie, pochylenie, przygarbienie), spojrzenie (nieruchome, nieobecny wzrok, niespokojne ruchy gałek ocznych), dotyk (uspokaja lub wprowadza poczucie zagrożenia), dźwięki wydawane w trakcie rozmowy (chrząkanie, piski, gwizdanie, kasłanie). Ponadto istot-

ne są: pierwsze wrażenie, wygląd zewnętrzny, kontakt wzrokowy, otoczenie. Wszystkie wyżej wymienione czynniki mają wpływ na to, jak postrzegamy drugą stronę relacji i jak przyjmujemy wysyłany przez nią komunikat.

1.2. SPRAWNOŚCI TECHNICZNE

Aby komunikowanie się przebiegało poprawnie i naturalnie, należy opanować sprawności techniczne, takie jak:

1. Zapewnienie warunków zewnętrznych: zadbanie o pomieszczenie ciche, zamknięte, z fotelami, leżanką, poduszkami, dobrym regulowanym oświetleniem, najlepiej z oznakowaniem na zewnątrz, jeśli pomieszczenie jest zajęte (aby nikt z zewnątrz nie przeszkadzał).
2. Zapewnienie warunków wewnętrznych: nieprzekraczanie strefy intymnej pacjenta (około 0,5 m wokół pacjenta) bez wyraźnej potrzeby, odsunięcie od siebie spraw, które absorbują pielęgniarkę, opanowanie emocji przez pielęgniarkę, aby nie przenosić ich na pacjenta.
3. Aktywne słuchanie: zapamiętywanie jak największej ilości informacji przekazywanych przez pacjenta oraz okoliczności, emocji, które im towarzyszą, wyrazu twarzy pacjenta, tonu, jakim mówi.
4. Potwierdzanie słowne i pozasłowne: potwierdzanie, że pielęgniarka słucha i rozumie, co pacjent do niej mówi, parafrazowanie dla podkreślenia prawidłowego zrozumienia, upewnianie się co do zrozumianych treści, stosowanie technik pozawerbalnych, jak kiwanie głową na znak zrozumienia, poparcia pacjenta, utrzymywanie kontaktu wzrokowego z podopiecznym.
5. Wyjaśnianie i uzgadnianie znaczeń: jeśli pielęgniarka nie zrozumiała treści wypowiedzi pacjenta, powinna poprosić go o wyjaśnienie nieznanego lub niezrozumianego słowa albo zdania (pacjent np. posługuje się regionalizmami) lub gdy wypowiedź jest wieloznaczna, np. „nie jestem pewna, czy dobrze pana zrozumiałam...?”, „czy mógłby pan powiedzieć, co pan przez to rozumie?”.
6. Właściwe zadawanie pytań: pielęgniarka musi umieć formułować w sposób jasny i prosty pytania, które zadaje pacjentowi, zbierając informacje. Pytania mają charakter zamknięty (pacjent odpowiada „tak”, „nie” lub

pojedynczymi słowami), otwarty (od pacjenta oczekuje się dłuższej wypowiedzi, swobodnej). Pytania zogniskowane należy zadać w sytuacji, gdy konieczne jest doprecyzowanie wcześniejszej odpowiedzi, uzyskanie dodatkowych informacji na dany temat.

7. Milczenie: wskazane jest, aby dać pacjentowi chwilę na zebranie myśli, zastanowienie się nad odpowiedzią. Przedłużanie milczenia powoduje dezorientację i poczucie bycia ocenianym u pacjenta.
8. Podsumowywanie: służy do zbierania i utrwalania wiadomości uzyskanych od podopiecznego, pozwala na ewentualne uzupełnienie przez pacjenta informacji.
9. Używanie zwrotu „ja”: pielęgniarka powinna podkreślać w swoich wypowiedziach, że to ona jest stroną zainteresowaną i przedstawia wyłącznie własne opinie wobec pacjenta. Formy „my”/„większość z nas” itp. mają negatywny wydźwięk, podobnie jak zwroty „tak trzeba”, „prawda jest”.
10. Refleksja i dzielenie uczuć: zauważenie uczuć pacjenta, ich nazwanie i okazywanie pacjentowi empatii pokazują pacjentowi, że pielęgniarka go rozumie, współczuje, zauważa stan, w jakim pacjent się znajduje (np. przygnębienie, złość, smutek, euforię).
11. Właściwe reagowanie na przejawy agresji ze strony pacjenta: nie wolno reagować złością i zniecierpliwieniem. Najwłaściwszą reakcją jest spokojne, wyraźne skomentowanie zachowania pacjenta, np. „wydaje mi się, że coś pana niepokoi...”/„czy wydarzyło się coś nieprzyjemnego?”. Jeśli pacjent nie reaguje w sposób oczekiwany i nie nawiązuje kontaktu wzrokowego i werbalnego, nie należy się niecierpliwić ani okazywać jemu agresji, złości, zniecierpliwienia.

1.3. NIEWŁAŚCIWOŚCI I BŁĘDY

Każdy rodzaj komunikacji niesie ze sobą ryzyko wystąpienia błędów, których konsekwencje przejawiają się w niezrozumieniu pacjenta, zebraniu niewystarczającej ilości informacji, utracie stanowiska profesjonalisty przez pielęgniarkę. Do najczęściej występujących błędów należą:

1. Bronienie się: pielęgniarka izoluje się od pacjenta, nie słucha jego wypowiedzi, sprawia wrażenie zdystansowanej wobec pacjenta.

2. Doradzanie: pielęgniarka podejmuje decyzje za pacjenta lub narzuca mu swoje zdanie. Jeśli pacjent nie oczekuje porady lub potrzebuje jedynie wspólnego przeanalizowania problemu z pielęgniarką, a ta narzuca mu rozwiązanie – istnieje prawdopodobieństwo utraty zaufania do niej.
3. Fałszywe zapewnianie: mówienie nieprawdy pacjentowi w sytuacji, którą on odczuwa jako zagrożenie, lęk, np. powiedzenie „wszystko będzie dobrze” pacjentowi, którego stan jest bardzo ciężki, a szanse na powrót do zdrowia niewielkie.
4. Ganienie: zwracanie uwagi pacjentowi, stosowanie zwrotów „nie wolno panu”, „no co pan robi?!”, pokrzykiwanie, wyśmiewanie.
5. Głuche milczenie: przedłużanie milczenia podczas rozmowy z pacjentem, które powoduje u pacjenta poczucie bycia ocenianym, tworzy niezręczną atmosferę.
6. Moralizowanie: pielęgniarka narzuca pacjentowi własną ocenę jego zachowania, które uważa za niewłaściwe, niemoralne, niezgodne z jej definicją tego, co prawidłowe.
7. Niewłaściwości związane z zadawaniem pytań: zadawanie kilku pytań jedno po drugim bez uzyskania odpowiedzi na którekolwiek, zadawanie kolejnego pytania, zanim pacjent skończy odpowiadać na poprzednie, przerywanie pacjentowi, dopytywanie o to, o czym pacjent nie chce mówić, zadawanie pytań „dlaczego?”, nadużywanie pytań zamkniętych.
8. Ocenianie: przekazywanie pacjentowi oceny jego osoby w kategoriach „dobry” – „zły”, co powoduje utratę zaufania, odmowę współdziałania w relacji pielęgniarka–pacjent.
9. Patronowanie: traktowanie pacjenta „z góry”, ustawienie go w pozycji osoby podległej, a nie partnera. Służą temu zwroty typu „babciu/dziadku”, używanie dzieciennego języka. W efekcie u pacjenta obniża się poczucie wartości, wzrasta poczucie zależności, może pojawić się niechęć do pielęgniarki i żal.
10. Racjonalizowanie uczuć: wprowadzanie racjonalnych uzasadnień i wyjaśnień dla uczuć przeżywanych przez pacjenta, które to są niepotrzebne i mogą być błędne.