

KOMUNIKACJA INTERPERSONALNA



Jak rozmawiać z pacjentem diabetologicznym?

Informacje dla pielęgniarki

Materiał edukacyjny

2
część



Publikacja finansowana dzięki wsparciu Roche Diagnostics

Opracowanie

Ewa Szymańska-Świątnicka – psycholog, specjalista psychologii klinicznej chorego somatycznie

Wojewódzki Ośrodek Chorób Metabolicznych i Diabetologii w Łodzi

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii

Joanna Pietrusińska – psycholog, specjalista psychologii klinicznej chorego somatycznie

Zakład Psychologii Zdrowia, Klinika Endokrynologii i Diabetologii

Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii

Warszawa 2012



POLSKA FEDERACJA EDUKACJI W DIABETOLOGII

PFED powstała w 2006 roku z inicjatywy osób aktywnie zajmujących się pacjentami chorymi na cukrzycę i ich rodzinami. Do Federacji należą pielęgniarki, pedagodzy, dietetycy, psychologowie oraz lekarze zawodowo związani z leczeniem osób z cukrzycą.

Głównym celem działalności PFED jest promowanie profesjonalnej roli zespołów terapeutycznych w edukacji i opiece diabetologicznej w Polsce (lekarz, pielęgniarka, dietetyk, psycholog, rehabilitant, pracownik socjalny oraz konsultanci innych specjalności). Długofalowym celem PFED jest poprawa stanu zdrowia diabetyków: dzieci, młodych dorosłych oraz dorosłych. PFED stawia sobie również za cel prowadzenie działalności naukowej, szkoleniowej i badawczej, a także opracowywanie, wdrażanie i wspieranie programów edukacyjnych dla zespołów w zakresie opieki diabetologicznej.

Osoby zainteresowane działalnością PFED mogą dołączyć do stowarzyszenia wypełniając deklarację członkowską, dostępną na stronie internetowej www.pfed.org.pl. Wszystkich, dla których dobro pacjentów i doskonalenie własnych kwalifikacji jest ważne – serdecznie zapraszamy!

SPIS TREŚCI

Komunikować się znaczy nie tylko rozmawiać	4
Po co nam umiejętność komunikacji	5
Wprowadzenie	6
Spotkanie z pacjentem, czyli znaczenie komunikacji z zespołem leczącym	7
Rola pielęgniarki w opiece psychologicznej nad pacjentem	8
Rodzaje komunikacji z pacjentem	8
Sposoby pokonywania barier w komunikacji	9
Komunikacja wyrażająca troskę	10
Specyfika kontaktu z pacjentem ze względu na etap choroby	11
Specyfika kontaktu z pacjentem ze względu na jego wiek	12
Trudne relacje z pacjentami	14
Utrudnienia w komunikacji	16
Wspieranie motywacji do leczenia	16
Pośrednie błędy jatrogenne, czyli czego nie robić w komunikacji z pacjentem	16
Komunikacja dla celów edukacji terapeutycznej, czyli jak rozmawiać o samokontroli	17
Podsumowanie	18
Zamiast zakończenia	19

Komunikować się znaczy nie tylko rozmawiać

Cóż bardziej banalnego niż sytuacja opisana w dowcipach zaczynających się od słów „Przychodzi baba do lekarza...”? Ale przecież gdy chory człowiek – pacjent – postanawia opowiedzieć o swoich dolegliwościach drugiemu człowiekowi – pielęgniarce lub lekarzowi – licząc na uzyskanie pomocy i ulgi w cierpieniu, to mamy do czynienia z sytuacją szczególną, niepowtarzalną, wyjątkową. Jest ona bowiem dowodem na istnienie prawdziwego zaufania między ludźmi, którzy często w pierwszej chwili są dla siebie zupełnie obcy. A jednak... a jednak w miarę upływu czasu, trwania spotkania i rozwijania się rozmowy powstaje między nimi więź, która ma charakter terapeutyczny – pozwala pielęgniarce i lekarzowi uzdrowić chorego.

Aby jednak spotkanie pacjenta z profesjonalistami medycznymi, którzy mogą przynieść ulgę w chorobie, było owocne i spełniło swoje zadanie, między tymi wszystkimi osobami musi dojść do aktu komunikacji – muszą one przekazać sobie wszelkie niezbędne treści i informacje w sposób jak najbardziej trafny i zrozumiały. Umiejętność ta nie jest nam wszystkim naturalnie dana, wielu z nas musi się jej nauczyć. Szczególna odpowiedzialność spoczywa na pracownikach systemu ochrony zdrowia. To oni muszą wiedzieć, jak komunikować się (a to oznacza dużo więcej niż tylko „rozmawiać”) z osobą, której choroba może w znacznym stopniu utrudnić wyrażanie myśli, odczuć, potrzeb i obaw.

Temu właśnie służy niniejszy podręcznik napisany przez doświadczonych psychologów, Joannę Pietrusińską i Ewę Szymańską-Świątnicką, które zechciały przelać na papier wnioski płynące z ich wieloletnich doświadczeń w pracy z osobami chorymi o szczególnych wymaganiach w zakresie komunikacji interpersonalnej.

Pierwsza część publikacji przedstawia podstawowe zasady skutecznego porozumiewania się z blizniami w codziennym życiu, ze szczególnym uwzględnieniem relacji pacjent – pielęgniarka. W drugiej części opisano metody komunikacji z pacjentem cierpiącym na chorobę przewlekłą (czyli nieuleczalną), w jej szczególnej odmianie, jaką jest cukrzyca.

W Polsce kwestia komunikacji w praktyce medycznej jest nadal niedoceniana, nie dysponujemy wieloma nowoczesnymi i zwięzłymi podręcznikami z tego zakresu, nieliczne w tej dziedzinie są rodzime autorytety, zwłaszcza w pielęgniarstwie. Publikacja J. Pietrusińskiej i E. Szymańskiej-Świątnickiej może poprawić tę sytuację i wypełnić lukę w medycznym piśmiennictwie źródłowym. Polecam serdecznie zapoznanie się z treścią obu części pracy Auterek – i częste do niej powracanie. Zrozumienie zasad komunikacji pomiędzy ludźmi ułatwi nam pracę i codzienne życie, ale przede wszystkim poprawi los i samopoczucie nie tylko naszych pacjentów, ale także i nas samych, opiekujących się na co dzień chorymi.

prof. nadzw. dr hab. med. Leszek Czupryniak



Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Po co nam umiejętność komunikacji

Dobra kontrola metaboliczna cukrzycy to dla pacjenta po prostu zarządzanie sobą i chorobą. Zarządzanie chorobą wymaga prawidłowego formułowania celów terapeutycznych. Podstawowym zadaniem zespołu terapeutycznego pracującego z pacjentem z cukrzycą i jego rodziną jest właśnie wspólne wyznaczanie celów terapeutycznych. Wspólne działanie warunkuje budowanie właściwych relacji i tym samym przyczynia się do osiągnięcia celu: dobrej kontroli cukrzycy i dobrego życia z cukrzycą.

Sformułowanie celów terapeutycznych wymaga nowego podejścia do potrzeb osób chorych na cukrzycę. Aby zdecydować, jak tym potrzebom sprostać, należy je precyzyjnie określić, ocenić. To zaś wymaga zastosowania skutecznych narzędzi, z których będą na co dzień korzystać profesjonaliści zajmujący się z pacjentami z cukrzycą i edukacją terapeutyczną. Zbioru takich technik dostarcza komunikacja interpersonalna. Stosując zasady komunikowania się osoby prowadzące edukację diabetologiczną mogą precyzyjnie zidentyfikować niespełnione potrzeby swoich podopiecznych, umiejętnie je zaspokoić, zapewniając pacjentom odpowiednie wsparcie – stosownie do sytuacji. Znajomość zasad komunikacji interpersonalnej jest bardzo przydatna członkom zespołu terapeutycznego. W swoich działaniach mogą oni uwzględnić zróżnicowaną sytuację pacjentów i świadomie używać wybranych sposobów komunikacji pozwalających na jak najlepsze porozumienie.

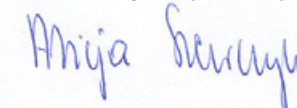
Pielęgniarki i położne, które mają kwalifikacje i doświadczenie m.in. w zakresie opieki nad osobą z cukrzycą i jej rodziną, służą jej wsparciem i radzą, jak prowadzić samokontrolę cukrzycy. Udostępniają materiały

pomocne w koordynowaniu wsparcia i w przekazywaniu informacji – zwłaszcza jeśli wiele osób profesjonalnie lub instytucjonalnie zajmuje się chorym i jego rodziną. Z nimi wszystkimi KOMUNIKUJĄ SIĘ.

Po co nam umiejętność komunikacji interpersonalnej? To proste: po to, abyśmy potrafili nawiązać w zespole terapeutycznym dobre relacje, zbudowane na wsparciu i zaufaniu. Dobre relacje przyczyniają się do tego, że przestajemy się bać, przestajemy się stresować i irytować – ponieważ nasza praca przynosi lepsze rezultaty. Skutecznie komunikując się z członkami zespołu i z pacjentem, będziemy go wzmacniać i dodawać siły, a on dzięki temu osiągnie ważne dla siebie cele swoim własnym wysiłkiem.

Zachęcam do zapoznania się z broszurą na temat terapeutycznej komunikacji interpersonalnej, która została przygotowana szczególnie z myślą o pielęgniarkach i położnych, na co dzień zajmujących się opieką nad osobami z cukrzycą i ich rodzinami. Dostarczy ona wiedzy i tematów do przemyśleń, pomoże nam skuteczniej porozumieć się z podopiecznymi.

mgr Alicja Szewczyk



Przewodnicząca Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii

Wprowadzenie

Komunikacja stanowi podstawę interakcji i relacji społecznych. Tworzy, wzmacnia i utrzymuje psychologiczny dobrostan każdego człowieka. Człowiek jest istotą komunikującą się, tak jak jest istotą myślącą, emocjonalną i społeczną. Znajomość zasad skutecznej komunikacji otwiera drogę do porozumienia się z drugą osobą.

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

Współczesny człowiek, który chce prawidłowo poruszać się w sieci społecznej (w szczególności wynikającej ze specyfiki zawodu, który wykonuje), nie może pozwolić sobie na ignorowanie podstawowej wiedzy, leżącej u podłoża budowania prawidłowych relacji między ludźmi. Nowoczesna medycyna, korzystając z ciągle udoskonalanych metod diagnostycznych i terapeutycznych, nadal traktuje komunikację interpersonalną jako podstawową część procesu współpracy z pacjentem.

Komunikacja, spełnia główną funkcję kliniczną w pracy z pacjentem oraz stanowi podstawę nowego modelu opieki medycznej.

Umiejętność komunikowania się personelu medycznego z chorym człowiekiem jest rezultatem nabywania ważnych kompetencji zawodowych osiąganych poprzez rozwój osobisty. Podstawy dobrej komunikacji nie są trudne. Ich opanowanie nie wymaga zbyt wiele czasu ani wysiłku, a mogą one znacząco zmienić jakość doświadczania kontaktu zarówno przez pacjenta, jak i przez osoby leczące.

Opracowanie to jest skierowane do personelu pielęgniarskiego. Składa się z dwóch części, z których pierwsza obejmuje aspekt teoretyczny, zaś druga – praktyczną stronę skutecznego porozumiewania się z pacjentem. Określa podstawowe umiejętności komunikacji interpersonalnej, która wzmacnia satysfakcjonujące i zdrowe stosunki międzyludzkie. Zadaniem opracowania jest zachęcenie do zobaczenia i zrozumienia tego, co kryje się za zwykłą, codzienną komunikacją, jaką pielęgniarka podejmuje każdego dnia w pracy z chorym i jego rodziną.

SPOTKANIE Z PACJENTEM, CZYLI ZNACZENIE KOMUNIKACJI Z ZESPOŁEM LECZĄCYM

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, w której związek pomiędzy cechami somatycznymi, psychologicznymi i społecznymi jest szczególnie istotny. W naszym opracowaniu koncentrujemy się na czynnikach psychologicznych, mających istotne znaczenie dla pacjenta w zakresie radzenia sobie z chorobą i dla przebiegu leczenia.

Stan emocjonalny pacjenta wpływa na poprawę lub pogorszenie choroby, na przyspieszenie lub spowolnienie jej przebiegu. Dlatego tak ważną rolę odgrywa relacja, jaką pacjent utrzymuje z całym zespołem leczącym. Taka relacja powinna opierać się na dobrej współpracy zespołu terapeutycznego, pacjenta i jego rodziny. Warunkiem tego jest dobra komunikacja między nimi. Obecnie personel medyczny coraz częściej jest zobligowany do pomocy pacjentowi w zmianie jego postaw i zachowań wobec choroby.

Komunikacja pomiędzy pielęgniarką a pacjentem diabetologicznym posiada ogromny potencjał terapeutyczny. Tam, gdzie jest dobra komunikacja z personelem, tam zazwyczaj jest też większa akceptacja warunków, jakie stawia cukrzyca. Lepsze radzenie sobie z chorobą to lepsze efekty leczenia. Pacjenci, którzy mieli pozytywne doświadczenie w komunikowaniu się z personelem medycznym, łatwiej akceptują leczenie, lepiej współpracują, są bardziej zadowoleni z medycznej opieki i rzadziej się na nią skarżą. Proces leczenia przebiega łatwiej i szybciej.

Opanowanie podstawowych elementów komunikacji przez pielęgniarkę i stosowanie ich w codziennej pracy z pacjentem może istotnie zmienić jakość doświadczania ich wzajemnej relacji. Umożliwia lepszą współpracę, wspiera proces diagnozy i terapii. Jak wiadomo, cukrzyca jest chorobą, z którą człowiek może żyć długo w dobrej kondycji – pod warunkiem, że jest świadomy i aktywnie włącza się w proces leczenia. W związku z tym sposób, w jaki nawiązujemy kontakt z pacjentem, ma istotny wpływ na kształtowanie jego postaw prozdrowotnych.

Mamy nadzieję, że nasze opracowanie będzie szczególnie pomocne dla tych pielęgniarek, dla których pomaganie choremu człowiekowi jest wartością obustronną – wzmacnia zarówno pacjenta, jak i pielęgniarkę. Obojgu ułatwi porozumiewanie się z wykorzystaniem zasad dobrej współpracy, okazywanie wzajemnego szacunku i poszanowanie godności.

ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE PSYCHOLOGICZNEJ NAD PACJENTEM

1. Zachowania zespołu terapeutycznego kształtujące postawę „bycia z pacjentem”:

- empatyczne porozumienie poprzez przekazanie pacjentowi wstępnych informacji niewerbalnych (gest, postawa, uśmiech),
- okazanie swoim zachowaniem troski i zrozumienia,
- umiejętne, uważne słuchanie,
- danie pacjentowi możliwości otwarcia się, podzielenia obawami, trudnościami, przykrymi i przyjemnymi przeżyciami.

Rezultaty takiej postawy:

- *umożliwienie choremu uzyskania poczucia bezpieczeństwa i pozbycia się poczucia samotności,*
- *pozwoleń na stworzenie ciepłego, bliskiego kontaktu emocjonalnego.*

2. Zachowania modyfikujące postawę pacjenta wobec choroby:

- Oddziaływanie na komponent poznawczy:
 - przekazywanie w odpowiedni sposób informacji na temat istoty choroby i leczenia,
 - ukazywanie dalszych perspektyw.
- Oddziaływanie na komponent emocjonalny:
 - redukcja napięcia,
 - poprawa nastroju.
- Oddziaływanie na komponent motywacyjny:
 - wzmacnianie zachowań zwiększających efektywność leczenia (systematyczne pomiary poziomu cukru, przestrzeganie wymogów diety, ruchu itp., częstsze kontrole lekarskie).

RODZAJE KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

Kontakt pielęgniarki z pacjentem może być:

- **naukowy** – ustalenie problemu i wydanie zleceń;
- **przewlekły** – trwały, systematyczny, ale bezosobowy, np. kontrola badań;
- **patriarchalny** – hierarchiczny: personel najlepiej wie, czego trzeba choremu;
- **partnerski** – obie strony są równorzędne, a komunikacja staje się procesem dwukierunkowym.

Czynniki ułatwiające komunikację:

- uważna obserwacja pacjenta,
- komunikacja niewerbalna (kontakt wzrokowy, właściwa postawa),
- komunikacja werbalna (powitanie, przedstawienie się, powtórzenia, wyjaśnienia, podsumowanie),
- ułatwianie otwartego wyrażania uczuć (pacjent swobodnie omawia swoje problemy w obecności pielęgniarki),
- odzwierciedlanie uczuć,
- konfrontacja – pomoc pacjentowi w radzeniu sobie z emocjami, które u niego obserwujemy (np.: „Widzę, że jest pan bardzo zmartwiony. Proszę powiedzieć, co jest tego przyczyną”). Rozpoznanie emocji pacjenta pozwala zapewnić mu skuteczną pomoc.

Konfrontacja pacjenta z jego emocjami powinna opierać się na rzeczywistych obserwacjach!

Czynniki utrudniające komunikację

- prowadzenie rozmowy w sposób protekcyjny (urzędowa wyższość),
- nadawanie rozmowie charakteru przesłuchania,
- częste przerywanie lub wtrącanie komentarzy,
- zaniebywanie uważnego słuchania,

- przekręcanie, zapominanie imion i nazwisk pacjentów,
- przedwczesne wyjawianie informacji opartych na własnych odczuciach czy doświadczeniach,
- niecierpliwość, oczekiwanie, że pacjent szybciej podejmie działanie,
- używanie żargonu, nadużywanie języka medycznego;
- wypowiedanie krytycznych ocen zawierających negatywne uwagi o innych pracownikach,
- nieumiejętne dopasowanie tonu i stylu emocjonalnego do aktualnych emocji pacjenta.

SPOSOBY POKONYWANIA BARIER W KOMUNIKACJI

- Dopasowanie przekazu** do potrzeb i możliwości odbiorcy (do kogo mówimy, jak może być odebrany nasz przekaz).
- Stosowanie odpowiedniego kodu** przekazu:
 - **żargon** – używać tylko w kręgach sprawnie posługujących się nim,
 - **metafory, porównania, idiomy** – niezbędna pewność, że te środki językowe wywołują podobne skojarzenia u nadawcy i odbiorcy,
 - **gesty** – muszą być wykonywane z dużą ostrożnością.
- Formułowanie jednoznacznych przekazów** – zwracamy szczególną uwagę na następujące sytuacje,
 - wyrażając życzenie mów, jaką wagę ma dla Ciebie określona sprawa,
 - kiedy się złościć, zaznaczaj, że mówisz o własnych odczuciach,
 - przy wyrażaniu obaw unikaj obwiniania kogoś za swoje emocje,

- stosując komunikaty niejednoznaczne, upewnij się, że mówicie o tym samym obszarze doświadczeń.

4. Dbałość o formę wypowiedzi:

- **głos** – odpowiednia szybkość, głośność, zaangażowanie. Pomyśl zanim powiesz!

5. Nieprzekazywanie zbyt wielu informacji na raz.

6. Zachowanie struktury przekazu; powinna ona być następująca:

- od znanego do nieznanego,
- od łatwego do trudnego,
- od konkretnego do abstrakcji.

7. Panowanie nad własnymi emocjami.

8. Wykorzystywanie sprzężenia zwrotnego – zadawaj pytania i obserwuj zachowanie pacjenta.

9. Pamiętanie o charakterystyce pytań:

- **pytania zamknięte** (np. „czy to boli pana?”) – ograniczają odpowiedzi do „tak” lub „nie”,
- **pytania otwarte** – dają odpowiadającemu swobodę wypowiedzi, a Tobie więcej informacji.

10. Stosowanie wzmocnienia przekazu przez:

- wzmacnianie poczucia własnej wartości rozmówcy (poprzez dobór słów, ton, mimikę),
- spontaniczność – ułatwia kontakt i zmniejsza opór u pacjenta,
- empatię i pewność siebie – przekonują pacjenta, że ma do czynienia z osobą kompetentną i jednocześnie wrażliwą. W wypowiedzi można zastosować tryb warunkowy, zachęcić do oceny przedstawionej propozycji („Czy mógłby pan zaakceptować następujące postępowanie?”),

- słuchanie – skuteczne i aktywne (nie przerywaj, nie zgaduj, nie wyprzedzaj wypowiedzi rozmówcy, oderwij się od swoich problemów).

KOMUNIKACJA WYRAŻAJĄCA TROSKĘ

Umiejętność okazywania troski można najlepiej przedstawić poprzez interpretację angielskiego słowa CARE (troska, uwaga, opieka).

Składają się na nie następujące umiejętności:

Comfort (**wygoda, komfort**)

Aceptance (**akceptacja**)

Responsiveness (**reagowanie**)

Empathy (**empatia**)

Komfort

Pokierowanie rozmową w taki sposób, aby pacjent nie czuł się niezręcznie przy omawianiu istotnych tematów. Osobiste problemy czy nierozwiązane konflikty pielęgniarki nie powinny mieć wpływu na wysłuchanie pacjenta.

Akceptacja

Wynika ona z poszanowania uczuć i nastawień, jakie pacjent przynosi ze sobą. Czasem uczucia pacjenta związane z chorobą (np. irracjonalny strach, niedowierzanie, apatia) mogą irytować personel. Dlatego

ważne jest, aby nie dopuścić do sytuacji, w której brak świadomości ze strony pielęgniarki prowadzi do zakłóceń w osiągnięciu porozumienia z pacjentem. Czasem brak zaufania ze strony pacjenta wynika z jego doświadczeń, jakie miał w przeszłości w kontaktach ze służbą zdrowia. Im bardziej personel medyczny jest świadomy znaczenia akceptacji, tym rzadziej używa zwrotów typu: „głowa do góry, wszystko będzie w porządku”, czy „cóż, musi się pan wziąć w garść”.

Reagowanie

Chodzi o właściwą reakcję na pośrednie lub niekompletne przekazy pacjenta w trakcie rozmowy. Najważniejsze elementy umiejętnego reagowania to wrażliwość i czujność. Cechy te pomagają rozpoznawać wskazówki i sygnały (np. zmiana modulacji głosu, zawahanie się, gest) świadczące o tym, że jest coś, co należy dokładnie omówić.

Empatia

Jest pozytywną reakcją na uczucia drugiej osoby, bez względu na to, czy wyrażane są one otwarcie czy nie. Empatia to przeciwieństwo obojętnej wyniosłości lub otwartego odrzucenia uczuć innej osoby, ale też nie oznacza współczującego przyłączania się do tych uczuć. Jest czymś pośrednim – wyraża zrozumienie i pomaga osiągnąć otwartość i ciepło pomiędzy rozmówcami.

Ustanowienie rozsądnych granic emocjonalnego zaangażowania czy też potrzeby ciągłego wspierania innych chroni przed syndromem „wypalenia” zawodowego.

SPECYFIKA KONTAKTU Z PACJENTEM ZE WZGLĘDU NA ETAP CHOROBY

W każdej fazie choroby pojawiają się charakterystyczne dla niej sposoby reagowania pacjenta.

Pierwszy etap to reakcja na chorobę; najważniejszym celem, który chcemy osiągnąć, jest akceptacja przez chorego jego nowej sytuacji zdrowotnej i zmotywowanie go do wprowadzenia zmian. **Drugi etap** najczęściej jest związany z rozpoczęciem leczenia insuliną. Wymaga to nauczania pacjenta przestrzegania zaleceń i reżimu samokontroli. Na tym etapie mogą pojawiać się przejściowe kryzysy. **Trzeci etap to adaptacja** lub pojawiające się czasem **wyczerpanie**, utrata wiary, poczucie malejącego wpływu na przebieg leczenia. Choroba jest związana ze stresem. Sposób, w jaki pacjent radzi sobie z tym zjawiskiem, wpływa na jakość rozwiązywania przez niego problemów. Szczególnie istotne jest to w pierwszym etapie i w znacznym stopniu zależy od zachowań personelu wobec pacjenta.

Pamiętaj że:

- *Moment zachorowania to sytuacja silnego stresu dla pacjenta i jego bliskich.*
- *Towarzystwo pacjentowi i jego bliskim w trudnym okresie po diagnozie pomaga w odzyskaniu równowagi i osiągnięciu stanu adaptacji do nowej sytuacji.*
- *Istnieje ścisła zależność pomiędzy początkowymi emocjami a późniejszą gotowością do podjęcia edukacji w zakresie samokontroli i radzenia sobie z chorobą.*

Rozmowy w pierwszej fazie choroby, czyli jak pomóc na początku

- Bądź blisko pacjenta i jego rodziny. Pokaż im, że nie są sami i mogą liczyć na twoją pomoc.
- Okaż zainteresowanie tym, co przeżywają, i zrozumienie ich trudnej sytuacji.
- Słuchaj tak, aby nie obawiali się zadawać pytań, wyrażać swoich emocji, ujawniać niepewności i wątpliwości.
- O chorobie mów spokojnie, rzeczowo, unikaj zbędnych emocji i emocjonalnych sformułowań.
- Nie minimalizuj znaczenia i powagi choroby, ale pokaż im cukrzycę od jej lepszej strony.
- Na początku ograniczaj informacje negatywne (zagrożenia, powikłania, trudności). Są wystarczająco przestraszeni, że w ogóle dotknęła ich przewlekła choroba.
- Przekazuj wiadomości wzbudzające nadzieję na pomyślny przebieg leczenia i dobre życie pomimo choroby.

SPECYFIKA KONTAKTU Z PACJENTEM ZE WZGLĘDU NA JEGO WIEK

Rozmowy z dzieckiem, czyli jak pomóc mu zgodzić się na zmiany

Weź pod uwagę, że dość często personel medyczny kojarzy się dziecku z przykrym faktem pobytu w szpitalu, koniecznością zabiegów, iniekcji, nakazami, zakazami, oddaleniem od domu i brakiem swobody. Wszystko to zaburza poczucie bezpieczeństwa i emocjonalny komfort dziecka. Trzeba pomóc mu poczuć się dobrze w nowej sytuacji i w nowym środowisku.

- Przedstaw się dziecku, powiedz, kim jesteś i jak masz na imię. Zaproś do wspólnej zabawy-rozmowy. Dowiedz się, co dziecko lubi.
- Zadbaj o bezpieczną, przyjemną atmosferę spotkania.
- Mów głosem łagodnym, z miłym uśmiechem. Mów jak do partnera, ale język dostosuj do poziomu dziecka. Pamiętaj, jak ważny dla dziecka jest dialog behawioralny.
- Łatwiej rozmawiać, gdy oczy twoje i dziecka są na tym samym poziomie, więc pochyl się, usiądź, ukucnij, tak aby nie patrzeć na małego pacjenta z góry.
- Zawsze zwracaj się do dziecka używając jego imienia lub innego, które ono wskaże (np. tak jak je nazywają rodzice).
- Nie zmuszaj do współpracy, cierpliwie poczekaj. Daj dziecku czas na adaptację.
- Słuchaj uważnie i bez pośpiechu, co pacjent ma ci do powiedzenia i o co pyta. Jego pytania potraktuj poważnie!
- Spokojnie, cierpliwie wytłumacz cel i przebieg zabiegu lub badania. Udziel wyjaśnień i dodaj otuchy.

- Nie wprowadzaj w błąd, nie ukrywaj prawdy, ale zawsze dostosuj sposób odpowiedzi do emocjonalnych i poznawczych możliwości dziecka.

Spokojne i akceptujące towarzyszenie dziecku daje mu ważne poczucie bezpieczeństwa i normalności w nowej i trudnej dla niego sytuacji.

Rozmowy z nastolatkiem, czyli dać przestrzeń do zmian

Okres dojrzewania to czas poszukiwania i obrony własnej autonomii, nowej równowagi, która pozwoli nastolatkowi wejść w świat dorosłych.

Problemy okresu dojrzewania mogą dotyczyć również spraw związanych z cukrzycą, komplikując jej przebieg i leczenie.

Najpierw trzeba się poznać: przedstaw się i zaprosz pacjenta do rozmowy, wyraż swoją potrzebę kontaktu. Skuteczność twojego dalszego postępowania zależy od tego, jaką więź uda ci się zbudować na samym początku.

- Utrzymuj dobry kontakt wzrokowy – to twoja deklaracja otwartości.
- Przyjmij taką pozycję ciała, żeby znajdować się na tym samym poziomie co pacjent, zachowaj odległość ok. 50 cm.
- Unikaj postawy zdystansowanej i formalnej, zbuduj relację opartą na wzajemnej współpracy.
- Okaż zainteresowanie, unikaj sztywnego rytuału i zachowań stereotypowych.
- Staraj się mówić językiem podobnym do języka pacjenta. Unikaj zadawania zbyt wielu pytań.
- Wyjdź naprzeciw realnym potrzebom pacjenta, negocjuj na bazie jego potrzeb, zasobów i możliwości.

- Ostrożnie z autorytarnymi decyzjami – z nastolatkiem trzeba dyskutować. Nie narzucaj rozwiązań, ale przekaż mu również swoje stanowisko i postawę.
- W dialogu wzmacniaj dojrzałość pacjenta, odwołuj się do jego dorosłości. Pozwól mu być ekspertem w kwestii rozwiązywania problemów samokontroli.
- Zachowaj prywatność pacjenta, dbaj o intymny i bezpieczny klimat rozmowy.
- Wyjaśniaj kolejne kroki postępowania w leczeniu, znaczenie, cel i przebieg badań.
- Rozmawiaj z adolescentem z należnym mu szacunkiem, uwagą i troską.

Proste rozmowy o trudnych sprawach, czyli jak rozmawiać, kiedy dziecko ma niepowodzenie w terapii lub celowo fałszuje wynik.

Nawet ci pacjenci, którzy skutecznie radzą sobie z cukrzycą, mogą po jakimś czasie trwania choroby przeżywać kryzys i w efekcie okresowo zaniedbywać cukrzycę.

Nie krytykuj za niepowodzenie w samokontroli i nie strasz. Każdy może mieć lepsze i gorsze momenty, zaliczać wpadki, popełniać błędy. Zachęć pacjenta do dobrej samokontroli i kontynuacji leczenia, pochwal za to, co robi dobrze. Zwróć uwagę na pozytywne strony jego zachowań w samokontroli.

Czy wiesz dlaczego pacjent fałszuje wyniki?

- ze strachu przed krytyką rodziców, lekarza i swoją,
- bo nie akceptuje cukrzycy,
- z obawy że jest „inny”,
- bo chce być taki jak jego rówieśnicy,
- i jeszcze z wielu innych powodów.

- Jeśli masz pewność, że twój pacjent celowo fałszuje wyniki, nie udawaj, że nie wiesz. Powiedz to wprost, ale nie strasz, nie oceniaj i nie moralizuj.
- Jeszcze raz spokojnie wyjaśnij znaczenie kontroli w cukrzycy, bez podkreślania ryzyka konsekwencji zaniedbań. Zaakcentuj raczej korzyści płynące z dobrze prowadzonej samokontroli.
- Omów problem z zespołem leczącym, aby razem ustalić, jak pacjentowi pomóc.

Porozumienie z dorosłym – otwarcie drogi w kierunku partnerstwa

Ze względu na kryterium umiejscowienia poczucia kontroli zdrowia (ang. Health Locus of Control, wg Wallston, Kaplan, Maides 1970; w psychologii termin „poczucie kontroli zdrowia” oznacza, czy i w jakim stopniu pacjent kontroluje swoje zdrowie), wyróżniamy wśród chorych na cukrzycę następujące grupy:

- **Osoby bierne** – nie angażują się w leczenie, co często prowadzi do ciężkich powikłań.
- **Osoby oczekujące prostych rozwiązań** – unikają trudności, niezbyt często zgłaszają się na wizyty lekarskie, domagają się nieskomplikowanych, prostych sposobów prowadzenia leczenia.
- **Osoby innowacyjne** – żyjące „w biegu”, zainteresowane nowościami skracającymi czas poświęcany na „obsługę” choroby.
- **Osoby aktywne** – czynnie uczestniczące w swoim leczeniu.

TRUDNE RELACJE Z PACJENTAMI

Relacje bywają utrudnione z tymi pacjentami, którzy ujawniają dodatkowe problemy wynikające z ich osobowości i utrwalonych zachowań, stanu emocjonalnego lub chorób towarzyszących cukrzycy.

Do tej grupy należą:

- chorzy określane jako „pacjenci z oporem”,
- małomówni,
- z depresją,
- chorzy określane jako „somatyzujący”,
- nadmiernie gadatliwi,
- obciążający emocjonalnie,
- nastawieni lękowo.

Czynniki determinujące opór pacjenta:

- **„Jestem zmuszony”** – postawa ta wynika z braku możliwości samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących terapii.
- **„Nie tak”** – pacjent ma własną teorię leczenia odmienną niż proponowana terapia.
- **„Nie wierzę”** – pacjent okazuje nieufność wobec możliwości poradzenia sobie z chorobą i wobec skuteczności metody leczenia.
- **„Nie z tobą”** – pacjent ma zastrzeżenia do osoby uczestniczącej w procesie leczenia (uraz z przeszłości, brak dobrej komunikacji).
- **„Oplaca mi się chorować”** – powody, dla których pacjent traktuje chorobę jako wartość, mogą wynikać z: chęci zwrócenia na siebie uwagi, korzyści finansowej, widoków na rozwiązanie problemów zawodowych (renta) i problemów rodzinnych (postawa skrzywdzonej przez los ofiary).

- **Strach przed diagnozą**
- **Złe doświadczenia wynikające z długotrwałego kontaktu z osobą chorą na cukrzycę** (inny chory w rodzinie: trudny, kłopotliwy przebieg choroby, powikłania, śmierć).

Pacjenci małomówni

Powody małomówności chorego:

- Obecność innych osób, takich jak inni pacjenci, studenci czy odwiedzający.
- Obawa pacjenta, że wyrażanie głośno swego problemu może prowadzić do potwierdzenia najgorszych przeczuć dotyczących rozpoznania.
- Zakłopotanie i zawstydzenie z powodu natury dolegliwości (np. alkoholizm, impotencja).
- Bariery kulturowe i wynikająca z nich niechęć do rozmawiania o problemach osobistych.
- Cechy osobowości.

Gdy chory jest małomówny, należy użyć wszystkich swoich umiejętności komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Przydatne jest umiejętne stosowanie ciszy, pauzy; przysłowie, że „milczenie jest złotem”, dobrze się sprawdza się w tym przypadku. Cierpliwość, takt i czas poświęcony pacjentowi ułatwia mu przezwyciężenie przeszkód utrudniających ujawnienie jego lęków, obaw i potrzeb.

Pacjenci z depresją

Wobec pacjentów depresyjnych najbardziej zalecaną techniką komunikacji jest aktywne słuchanie (dajesz rozmówcy do zrozumienia, że nie tylko słuchasz, ale także słyszysz to, co on mówi i jest to dla ciebie ważne).

Należy używać parafrazowania, wyjaśniania i personalizowania. To ostatnie polega na podawaniu osobistych doświadczeń z podobnych sytuacji lub podobnych odczuć. Ten sposób zachowania pomaga innym czuć się mniej osamotnionym. Ponadto pokazuje, że nie tylko oni natrafiają na trudności życiowe, i uczy, że można sobie z nimi poradzić.

Uwaga! Technikę personalizowania trzeba stosować z dużym wyczuciem. Kiedy za dużo mówimy o sobie, odwracamy uwagę od osoby, która właśnie tu i teraz tej uwagi potrzebuje.

Ważne! Ludzie w depresji często szukają źródła swego samopoczucia w zachowaniach innych. Nie dajmy się obarczyć poczuciem winy. Spróbuj uświadomić pacjentowi, że w cukrzycy zdarzają się stany obniżonego nastroju, ale istnieje też możliwość ich leczenia. Można zaproponować kontakt z psychologiem lub psychiatrą.

Pacjenci „somatyzujący”

Określane tak są chorzy, którzy stale zgłaszają nowe dolegliwości, np. ból głowy, ból brzucha, drżenie kończyn, osłabienie, itp. Najbardziej skuteczny sposób postępowania w ich przypadku sprowadza się do następujących działań:

- uznania objawów, cierpienia, bezradności,
- zachęcenia do wspólnego poszukiwania źródeł tych objawów,
- objaśnienia objawów i mechanizmów ich powstawania w sposób zrozumiały dla pacjenta,
- przedstawienia różnych opcji postępowania do wyboru,
- stopniowego zwiększania udziału pacjenta w poszukiwaniu rozwiązań,

- chwalenia pacjenta za pozytywne zmiany (technika małych kroków).

Nadmierna somatyzacja może również sygnalizować depresję!

Pacjenci nadmiernie gadatliwi

Wobec takich pacjentów stosujemy taktykę umiejętnego powracania do głównego tematu rozmowy, powtarzając co jakiś czas ten sam zwrot, np. „Rozumiem, że temat rodziny jest dla pani/pana ważny, ale wróćmy do...”.

Pacjenci obciążający emocjonalnie

Należą tutaj pacjenci, którzy:

- intrygują,
- manipulują,
- wywierają silne wrażenie,
- bardzo ciężko chorzy,
- przerywający leczenie.

Pacjenci nastawieni lękowo

Charakteryzują się:

- nadwrażliwością na krytycyzm,
- podatnością na zranienie,
- hipochondrią,
- słabą lub pozorną współpracą,
- nadmierną koncentracją na szczegółach.

Praktyczne rady:

- *Pomóż pacjentowi wyrazić lęk (jak się czuje).*
- *Słuchaj, nie oceniaj, daj wyraz zrozumieniu.*
- *Ukierunkowuj skargi w stronę konstruktywną.*
- *Dyskretnie wzmacniaj (ale nie na siłę) i mobilizuj.*

UTRUDNIENIA W KOMUNIKACJI

Po stronie PERSONELU:

- problemy usposobienia (nieuprzejmy, władczy),
- problemy emocjonalne (zmęczony, niewyspany),
- problemy w życiu osobistym (rodzinne, alkohol),
- zespół wypalenia,
- brak wsparcia,
- konflikt interesów – postawa: etyczna, menedżerska, komercyjna.

Po stronie PACJENTA:

- brudny, nieprzyjemnie pachnie,
- wrogo nastawiony,
- stosuje oszustwa, uniki,
- małomówny,
- nadmiernie gadatliwy,
- depresyjny,
- manipuluje,
- nadużywa alkoholu, narkotyków.

WSPIERANIE MOTYWACJI DO LECZENIA

Warunkiem udzielenia pomocy pacjentowi jest podjęcie próby zrozumienia, z jakimi trudnościami musi zmierzyć się chory. Oparcie się wyłącznie na własnych doświadczeniach może być niewystarczające. Nierealistyczne zalecenia dawane pacjentowi na początku choroby mogą spowodować narastanie frustracji i doprowadzić do niedostosowania się do wymagań terapii lub przerwania leczenia.

Wyznacznikami dobrej motywacji do leczenia są

następujące zachowania:

- Spokojne wyjaśnianie pacjentowi problemów.
- Pomoc w analizowaniu i rozwiązywaniu problemów adekwatna do możliwości pacjenta.
- Relacja partnerska, wspierająca, ukazująca pacjentowi sens zmian w jego życiu.

POŚREDNIE BŁĘDY JATROGENNE, CZYLI CZEGO NIE ROBIĆ W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

W psychologicznym postępowaniu personelu medycznego pośredni błąd jatrogeny to taki błąd, który w wyniku zmiany zachowań pacjenta może doprowadzić do zakłóceń procesu leczenia i w rezultacie do pogorszenia się jego stanu somatycznego.

Zachowania i działania, których należy unikać:

- **Krytykowanie, ocenianie, i obwinianie** – może poważnie zakłócić funkcjonowanie pacjenta i spowodować skutki przez siebie niezamierzone.
- **Używanie niezrozumiałego języka, niejasne i nieprecyzyjne informowanie** – źle zrozumiana informacja może być odebrana jako zagrożenie i spowodować nieuzasadniony niepokój pacjenta.
- **Nieinformowanie** pacjenta – brak informacji, konfrontacja z tym, co nieznanne, może prowokować silny lęk u chorego i pogorszenie jego samopoczucia.
- **Straszenie** w celu zmotywowania pacjenta – to metoda motywowania, która może przynieść nieoczekiwane negatywne skutki, np. uruchomienie mechanizmu zaprzeczania lub wzmocnienie niekorzystnej postawy, utrwalenie się zachowania, które chcemy zmienić.

- **Przedmiotowe traktowanie pacjenta** – np. rozmowy o chorym z innymi osobami z zespołu w jego obecności, ignorowanie go zamiast bezpośredniego zwracania się do niego.
- **Prowadzenie ważnych rozmów z pacjentem w obecności osób postronnych** (np. innych pacjentów, ich rodzin).
- **Pośpiech, ponaglanie, okazywanie zniecierpliwienia.**
- **Nakazywanie, upominanie, pouczanie.**
- **Etykietowanie.**
- **Indagowanie, moralizowanie.**

KOMUNIKACJA DLA CELÓW EDUKACJI TERAPEUTYCZNEJ, CZYLI JAK ROZMAWIAĆ O SAMOKONTROLI

Uzyskanie przez pacjenta wiedzy na temat cukrzycy i opanowanie zasad samokontroli daje mu poczucie kompetencji do radzenia sobie z chorobą. Aby mógł to osiągnąć, konieczne jest odpowiednie szkolenie prowadzone z uwzględnieniem poznawczego, emocjonalnego i motywacyjnego aspektu procesu uczenia się.

- Wyjaśnij pacjentowi znaczenie samokontroli oraz przebieg szkolenia. Pozytywnie przedstaw program spotkań.
- Objaśnij potrzebne terminy medyczne. Stopniowo wprowadzaj je do słownika waszych rozmów, tak aby pacjent poznał ich znaczenie i umiał je stosować.
- Zachęcaj pacjenta do podjęcia trudnego wysiłku opanowania samokontroli.

- Stwarzaj korzystną, swobodną i przyjazną atmosferę spotkań. To bardzo ułatwia koncentrację i przyswajanie informacji.
- Dostosuj tempo szkolenia do tempa uczenia się pacjenta. Dozuj trudności stopniowo, przechodząc od rzeczy łatwych do trudniejszych.
- Sprawdzając wiedzę precyzuj jasno pytanie. Nie zadawaj kilku pytań jednocześnie.
- Jeśli pacjent ma trudność z opanowaniem wiadomości lub praktycznych umiejętności, nie krytykuj, nie oceniaj, dodaj odwagi i cierpliwie udzielaj wyjaśnień.
- Stosuj język, który pacjent rozumie.
- Postaraj się pomóc pacjentowi traktować samokontrolę jako własny nawyk, a nie jako zewnętrzny przymus.

Podsumowanie

MODEL POSTĘPOWANIA WOBEC PACJENTA

- Zadawaj pytania stosując język pacjenta – dostosuj przekaz do jego wieku i poziomu wykształcenia. Określ cel spotkania.
- Zapytaj o trudności (czy są i jakie) w radzeniu sobie z chorobą.
- Zapytaj, co dla pacjenta jest ważne w danej chwili.
- Krótco omów sposoby postępowania.
- Ustal z udziałem pacjenta opcjonalne działania na przyszłość, wykorzystując metodę „małych kroków”.
- Poproś o podsumowanie (wnioski).

ODPOWIEDNIA FORMA KOMUNIKACJI, CZYLI JAK MÓWIĆ, ŻEBY SIĘ POROZUMIEĆ

- Pamiętaj, że język medyczny nie jest odpowiedni dla wszystkich relacji międzyludzkich.
- Mów do twojego rozmówcy tak, aby mógł cię zrozumieć. Dostosuj sposób swojej wypowiedzi do jego możliwości rozumienia. Poznaj jego język, ustal znaczenie słów, mów jego językiem.
- Bądź czujna, musisz mieć pewność, że to, co powiedziałaś, zostało zrozumiane, zadawaj pytania sprawdzające.
- Nie zadawaj kilku pytań naraz.
- Pamiętaj, by pytania nie były podchwytliwe, złośliwe, wrogie i ironiczne. Pytaj życzliwie, z zainteresowaniem.
- Zwróć uwagę na to, aby twoje wypowiedzi miały jasną i zwięzłą konstrukcję. Mów o rzeczach istotnych w możliwie prosty sposób.
- Zwracaj się zawsze bezpośrednio do pacjenta, nie mów przy nim o nim, ale do niego.

ZAMIAST ZAKOŃCZENIA

Ludzie postrzegają, odkrywają i tworzą swoją rzeczywistość na podstawie map, które mają w swoich umysłach. Z tego powodu naturalnym zjawiskiem jest przypisywanie naszych przekonań, wartości i obaw innym. Wiele razy takie „lustrzane odwzorowanie” z naszej strony jest źródłem dyskomfortu. Dlatego też gdy angażujemy się w próbę wywarcia wpływu na zachowanie innych, musimy zadawać więcej pytań, niż udzielać odpowiedzi, oraz więcej słuchać, niż mówić.

* * *

Autorki mają nadzieję, że informacje zawarte w opracowaniu pomogą stworzyć lepszy klimat do przekształcenia obecnej relacji pacjent – personel w oczekiwaną: relację człowiek – człowiek.

DEKALOG PIELEŃNIAREK według R. L. Messner

1. **Wysłuchaj mnie.**
2. **Zapytaj o moje zdrowie.**
3. **Zawsze patrz na mnie, a nie na moją chorobę; nie lekceważ moich skarg.**
4. **Mów do mnie, a nie przy mnie.**
5. **Zachowaj dyskrecję.**
6. **Nie każ mi czekać na siebie.**
7. **Nie mów mi, co mam robić, zanim nie powiesz, jak mam to robić.**
8. **Informuj mnie zawsze.**
9. **Pamiętaj, kim byłem.**
10. **Pozwól mi doznać i przeżyć ciepło twojej opieki.**

Składamy serdeczne podziękowania firmie Roche Diagnostics, dystrybutorowi produktów marki **Accu-Chek**, dzięki której niniejsza broszura została wydana.



Adres:

Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa

tel. 22 815 10 42, fax 22 815 12 32

e-mail: pfed@pfed.org.pl

www.pfed.org.pl