

Forum Opieki Długoterminowej

medi

Kwartalnik nr 4(74)
grudzień 2017/styczeń 2018

ISSN 1643 - 1308 nakład 3000 egz.

Komunikacja

- z mediami
- ze współpracownikami
- w obliczu śmierci

CZYM ŻYJE
OPIEKA DŁUGOTERMINOWA



**Moim klientkom
polecam wkładki urologiczne Seni Lady,
bo wiem, że zapewniają najlepszą ochronę.**

Seni Lady to optymalne rozwiązanie dla kobiet, które szukają sprawdzonej ochrony przy nietrzymaniu moczu. Wkładki Seni Lady są dużo bardziej chłonne niż podpaski, a zastosowane w nich osłonki boczne chronią przed wyciekami.

Seni Lady Extra Plus **nowy rozmiar**



seni

Więcej o ofercie Seni Lady na stronie www.seni.pl

medi

Szanowni Państwo!

WYDAWCA:
Fundacja
Razem Zmieniamy Świat

PARTNER WYDANIA:
TZMO SA
Producent wyrobów
pod markami Seni, Matopat, Bella

RADA NAUKOWA:
prof. dr hab. med.
Anna Wilmowska-Pietruszyńska
prof. dr hab.
Zofia Kawczyńska-Butrym
dr n. med. Marta Podhorecka
mgr Janina Mirończuk
mgr Lilia Kimber-Dziwisz
mgr Grażyna Śmiarowska
dr n. med. Piotr Kowalczyk
dr n. med. Robert Ślusarz

REDAKTOR:
Robert Kujawa

PROJEKT GRAFICZNY I SKŁAD:
APP - POLE ZNAKU
Agata Wajer-Gądecka
poleznaku.pl

ADRES REDAKCJI:
ul. Żółkiewskiego 20/26
87-100 Toruń
tel. 056 612-32-93
fax. 056 612-35-83

robert.kujawa@tzm.com.pl

PRENUMERATA:
Formularz zamówienia prenumeraty
znajduje się na stronie
www.razemzmieniamyswiat.pl
w zakładce Publikacje

Redakcja zastrzega sobie prawo
skracania i adustacji nadsyłanych
tekstów. Przedruk, kopiowanie
lub powielanie w jakiegokolwiek formie
wyłącznie za zgodą redakcji.

Czwarty numer kwartalnika Medi w roku 2017 przynosi istotną zmianę w harmonogramie wydawnictwa. Od tej pory, kwartalnik będzie wydawany na początku kwartału, a nie na końcu – i tak: numer grudniowy staje się styczniowym, marcowy kwietniowym, czerwcowy lipcowym, a wrześniowy październikowym. Z tego powodu, numer Medi, który trzymają Państwo w dłoniach, to łączony numer grudniowo-styczniowy, od którego zaczyna się powyższa zmiana. Objętość, tematyka i nakład pisma pozostają bez zmian.

A co w numerze? Bieżące Medi jest przede wszystkim dedykowane szeroko rozumianemu tematowi komunikacji, widzianej z różnych punktów widzenia. Tematem numeru jest komunikacja z mediami: wielu pracowników opieki długoterminowej musi posiadać wiedzę i pewność siebie do skutecznej komunikacji z mediami. W sytuacji kryzysowej, ta umiejętność pozwala uniknąć niepożądanego rozgłosu i zażegnać możliwy kryzys wizerunkowy.

W numerze publikujemy zwycięskie prace z II. edycji konkursu „Dialog na zdrowie – znaczenie komunikacji w procesie leczenia” ogłoszonego przez Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej. Są to prace wyróżnione I, II i dwoma III miejscami w konkursie. Dotyczą głównie opieki medycznej, ale wierzymy, że będą miały wartość również dla praktyków opieki długoterminowej.

Numer zamyka bardzo ciekawy artykuł napisany przez pana Grzegorza Baranowskiego z DPS dla Dorosłych w Bytowie. Jest to podsumowanie panelu dyskusyjnego, który odbył się w czasie 20 Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej w Toruniu. Traktuje o tematach, którymi żyje opieka długoterminowa w Polsce. Zachęcamy do wymiany myśli na przedstawione tematy, jeżeli ktoś z Państwa chciałby się wypowiedzieć na łamach kwartalnika, prosimy o kontakt z redakcją.

Zapraszamy do lektury!

Errata W numerze 68 Medi na stronie 9, podpis pod rysunkiem powinien brzmieć:

Algorytm ochrony przed upadkiem lub ryzykiem jego wystąpienia u osoby starszej, źródło: [Rotterdam J. i wsp., Prewencja upadków u osób starszych z wykorzystaniem algorytmu profilaktycznego, Hygeia Public Health 2015, 50(1): 37-40].

Autora rysunku przepraszamy za niejasne zacytowanie jego pracy.

SPIS TREŚCI

grudzień 2017/styczeń 2018

TEORIA I PRAKTYKA

- 06** Dokąd sięga dziennikarska dociekliwość?
Słów kilka o tym jak radzić sobie z mediami...
- 10** Komunikacja w zespole
- 15** Smutek pożegnania
z pacjentem

KOMUNIKACJA MEDYCZNA

- 22** Słowa na wagę zdrowia
- 26** Komunikacja z rodzicami ciężko chorego dziecka
z perspektywy rodzica
- 28** Moc dialogu
- 30** Dialog na zdrowie
znaczenie komunikacji w procesie leczenia

PORADY

- 33** System nagradzania uczestników
w Warsztacie Terapii Zajęciowej „Bratanki”. Nasza praktyka

AKTUALNOŚCI

- 36** Echa 20. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej w Toruniu
Panel dyskusyjny dla Dyrektorów DPS

KONKURS!

Wygraj Voucher
do SPA o wartości
2000zł!

zaPLANuj sobie weekend w SPA!

Stwórz idealny **plan pielęgnacji**
i napisz jak go wykorzystujesz w pracy.

Rozwiązanie wyślij przez komunikator **Seniomat**
do administratora.

Dla uczestników konkursu przygotowaliśmy także
200 nagród dodatkowych
w postaci zestawów produktów
Eva Dermo.



Czas trwania konkursu: **2.01.2018 - 31.03.2018**
Konkurs wyłącznie dla użytkowników **Seniomat.pl**.
Regulamin konkursu dostępny na stronie Seniomat.pl
i w siedzibie Organizatora

Dokąd sięga dziennikarska dociekliwość?

Słów kilka o tym jak radzić sobie z mediami...



MAGDALENA JAWORSKA-NIZIOŁ
Rzecznik prasowy Prezydenta Miasta Grudziądz

Media, uznane za „czwartą władzę”, mają wpływ na to jakie informacje i w jakim stopniu trafiają do obywateli. Codziennie poprzez główne serwisy informacyjne i pierwsze strony gazet decydują o tym, jaki temat czy wydarzenie znajduje się w centrum zainteresowania. A to z kolei prowadzi niejako do kreowania życia publicznego. Badacze mediów określają takie działania mianem „agenda setting”. Dziennikarze wykorzystują przy tym swoją pozycję, by zdobyć informacje.



Presja czasu, pod którą działają, bo temat jest ważny tylko przez kilka godzin, niestety często prowadzi do nadużyć. Informacje dotyczące luk prawnych, opieszałości pracowników administracji publicznej, czy niegospodarności samorządów oraz złych warunków w jednostkach pomocy społecznej to problematyka, dla której zawsze znajdzie się miejsce w serwisach informacyjnych i na łamach prasy. Oczekiwanie na autoryzację lub potwierdzenie newsa może oznaczać, że ich temat spadnie, albo co gorsza podchwyci go konkurencyjna stacja czy gazeta. Zadaniem osób pełniących funkcje publiczne lub działających w oparciu o środki publiczne

jest uzbrojenie się w wiedzę i umiejętności, które pozwolą na to, by stanąć oko w oko z dziennikarzami.

Prawo obywateli do informacji zostało zawarte w najważniejszym polskim dokumencie, jakim jest Konstytucja, dostęp do informacji publicznej gwarantuje z kolei ustawa o dostępie do informacji publicznej. Dzięki temu obywatele mogą aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym, a także wpływać na podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego decyzje. A jak napisał Paulo Coelho „Wszystko ma swoją cenę. A informacja to jeden z najdroższych towarów na świecie”.

Rozpoznanie

„Każda informacja o sprawach publicznych stanowi informację publiczną i podlega udostępnieniu” stanowi art. 1, ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej. Natomiast art. 1 ustawy prawo prasowe brzmi: „Prasa zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej, korzysta z wolności wypowiedzi i urzeczywistnia prawo obywateli do ich rzetelnego informowania, jawności życia publicznego oraz kontroli i krytyki społecznej”. Przywilej występowania w imieniu całego społeczeństwa powoduje, że dziennikarze zaślepieni poczuciem misji obrony słabych i pokrzywdzonych, i wytykania błędów, często zapominają o konsekwencjach swoich tekstów, materiałów i audycji... Aby zniszczyć wizerunek wystarczy jeden program czy artykuł, który żyć będzie w mediach przez góra kilka dni, a odbudowa dobrego imienia często staje się niemożliwa. Z moich obserwacji wynika, że instytucje pracujące w ramach szeroko rozumianej pomocy społecznej, lub instytucje publiczne, są wyjątkowo często narażone na atak medialny. Wynika to pewnie w dużej mierze ze specyfiki tej sfery, ale także niestety braku w tego typu jednostkach chociażby podstawowych narzędzi służących do komunikacji ze społeczeństwem, a o specjalistach od public relations czy rzeczniczkach prasowych można jedynie pomarzyć. Warto zatem zastanowić się chociażby nad tym, co powinniśmy wiedzieć o dziennikarzu.

Przede wszystkim dziennikarze to też ludzie i musimy być dla nich



Pamiętajmy – nie możemy zostawić dziennikarza z niczym... wystarczy krótkie oświadczenie. Wbrew pozorom, współpraca z mediami da nam czas na opanowanie sytuacji kryzysowej.



Właściwe zarządzanie informacją umożliwia stworzenie obrazu instytucji, która jest zintegrowana z otaczającym ją środowiskiem oraz realizującej zadania z zakresu użyteczności publicznej, ponieważ dąży także do uzyskania w świadomości społeczeństwa potrzeby funkcjonowania poszczególnej jednostki.

zwyczajnie miłym. Poza tym udzielanie informacji jest obowiązkiem wszystkich osób pełniących funkcje publiczne i to nam, a nie dziennikarzom, będzie bardziej zależało na opublikowaniu prawdziwych, rzetelnych informacji. Przedstawiciele prasy zabiegają bowiem najczęściej jedynie o to, by informacja była nośna. Dziennikarze, jak wszyscy, bywają leniwi, więc nie oczekujmy, że będą się znali na tym jak funkcjonują prowadzone przez nas jednostki. I co najważniejsze nie jesteście jedynymi informatorami

dziennikarza, a im więcej źródeł, tym bardziej barwny materiał. Należy pamiętać również o tym, że sprostowania to zazwyczaj „musztarda po obiedzie”, a obrażanie się na dziennikarzy, stosowanie blokad informacyjnych i nagłe urlopy lub zwolnienia lekarskie z całą pewnością nie pomogą w kryzysowej sytuacji medialnej.

Atak

Wystarczy jeden telefon od zatrokanego obywatela, list od członka rodziny klienta, np. domu pomocy

społecznej, wpis na portalu społecznościowym, czy e-mail do redakcji, by wywołać lawinę trudności. Pierwsze niewinne pytania, wątpliwości i prośby o odniesienie się do danej sytuacji bez właściwej strategii mogą przerodzić się w kryzys, który pogrzebie nasz dotychczasowy dorobek, pracę i zaangażowanie. A wystarczy osiągnąć podstawowe informacje o pracy redakcji, ale przede wszystkim o naszych prawach i obowiązkach, by wyjść z takiego spotkania bez większych ran.

Mówiąc o kryzysie należy przede wszystkim podkreślić, że firmy i instytucje publiczne powinny zdobyć wiedzę o potencjalnych źródłach kryzysu, które mogą wystąpić w ich otoczeniu, a w przypadku jego pojawienia, sprawnie zarządzać sytuacją kryzysową. Nie zawsze problem musi wiązać się z porażką i utratą pozycji lub dobrego wizerunku, właściwa postawa w trudnej sytuacji może przynieść w przyszłości obraz solidnego podmiotu, który radzi sobie mimo przeciwności. Wystarczy reagować tak szybko, jak to możliwe. Ustalić prawdziwą przyczynę kryzysu, a także poinformować pracowników o zaistniałej

sytuacji. Bezwzględnie konieczna jest współpraca z mediami i bieżąca ocena sytuacji.

Wyobraźmy sobie, że w domu pomocy społecznej doszło do zgonu jednego z klientów. Rodzina twierdzi, że winę za śmierć ich bliskiej osoby ponoszą pracownicy, którzy zaniedbali swoje obowiązki, a tym samym dyrektor, który powinien czuwać nad bezpieczeństwem podopiecznych. Informacja w takim kształcie dociera do lokalnych mediów i pod wspomnianą placówką pojawiają się pierwsi dziennikarze. W tej sytuacji zamykanie bramy na kłódkę i milczenie spowoduje, że materiał i tak zostanie wyemitowany... informacji udzielą m.in. anonimowo pracownicy, klienci, których dziennikarze będą „łapać”, czy przypadkowe osoby, które mimo, że nie posiadają wiedzy zawsze chętnie podzielą się zasłyszonymi informacjami...

Nie mamy obowiązku odpowiadać od razu, ale w czasie kryzysu nie możemy pozwolić sobie na kilkudniową zwłokę, a tylko co najwyżej kilkogodzinny czas na przygotowanie. Po pierwsze należy ustalić prawdziwe przyczyny negatywnej sytuacji, zgodzić się na rozmowę i wówczas mamy pełne prawo do decydowania o tym chociażby, gdzie jesteśmy nagrywani, możemy również poprosić o pomoc np. pracujących na miejscu policjantów, czy prokuraturę, którzy uzupełnią naszą wypowiedź. Możemy również przyznać się do błędu, jeżeli takowy popełniliśmy pamiętając o tym, że opinia publiczna wybaczy błąd, ale na pewno nie zapomni kłamstwa i lekceważenia. W przypadku dziennikarzy prasowych warto skorzystać z prawa do autoryzacji, a jeszcze lepiej wysłać odpowiedzi mailem, tak by mieć dowód udzielonych informacji

Pamiętajmy – nie możemy zostawić dziennikarza z niczym... wystarczy krótkie oświadczenie. Wbrew pozorom współpraca z mediami da nam czas na opanowanie sytuacji kryzysowej.

Liczenie strat

Joseph Pulitzer opisując współczesne sobie dziennikarstwo, stwierdził: „Strach przed prasą udaremnił więcej przestępstw, korupcji i niemoralności, niż prawo” – i to stwierdzenie

pozostaje wciąż jak najbardziej aktualne. W Polsce władza ustawodawcza, wykonawcza i sądownicza ustanawia prawo i czuwa nad jego przestrzeganiem, przy tym przedstawiciele każdej z tych władz są nieustannie kontrolowani i krytykowani przez przedstawicieli „czwartej władzy” – dziennikarzy. Media spełniają zatem niezmiernie istotną rolę, jako przedstawiciele społeczeństwa czuwają nad wywiązywaniem się z obowiązków przez funkcjonariuszy publicznych i transparentnością życia publicznego. Można śmiało powiedzieć, że jednym z ważniejszych osiągnięć państwa prawa jest to, że dziennikarze dopóki sami nie złamią prawa, mogą poprzez swoją pracę swobodnie pełnić funkcję krytyczną i kontrolną.

Każda sytuacja kryzysowa może być dla nas lekcją, a wypracowane przy tej okazji schematy działania stają się naszą siłą.

Warto zapamiętać kilka następujących złotych prawd. W czasie współpracy z mediami należy nie spieszyć się, pomyśleć zanim się odpowie. Trzymać się faktów i tematów związanych z naszym doświadczeniem i informować, że czegoś się nie wie. Zdawać sobie sprawę, że wszystko jest nagrywane. Nie należy z całą pewnością: kłamać, zgadywać lub spekulować, denerwować się na dziennikarzy, czy dyskutować na temat rzeczy wychodzących poza nasze kompetencje.

Pakt o nieagresji

Jednostki publiczne powinny zabiegać o dobrą reputację i skuteczną komunikację, realizują bowiem zadania finansowane ze środków publicznych ważne dla wszystkich mieszkańców. Istotą podejmowanych działań komunikacyjnych powinno zatem być systematyczne i rzetelne informowanie mieszkańców o podejmowanych decyzjach i strategicznych planach. Oznacza to przede wszystkim działania nakierowane na mieszkańców, oraz w dalszej kolejności media. Jednak w większości przypadków to właśnie środki masowego przekazu pełnią rolę tuby informacyjnej dla obywateli. Niewiele osób decyduje się na analizowanie dokumentów, sprawozdań, zarządzeń itp. w Biuletynie Informacji Publicznej, większość oczekuje przetworzonych

i uproszczonych danych. Ta sytuacja jest niezwykle niebezpieczna, bowiem dziennikarze często posuwają się do komentowania rzeczywistości i tłumaczenia jej na swój sposób, twierdzą często, że mają pełne prawo do kreowania teraźniejszości. Dlatego tak niezwykle istotne jest wypracowanie skutecznych metod dotarcia do mieszkańców, nie tylko poprzez artykuły w prasie, programy telewizyjne i audycje radiowe. Obecnie dzięki nowoczesnym narzędziom, np. Internetowi, mamy możliwość tworzenia alternatywnego, niż tylko medialnego, obrazu danej jednostki. Właściwe zarządzanie informacją umożliwia stworzenie obrazu instytucji, która jest zintegrowana z otaczającym ją środowiskiem oraz realizującej zadania z zakresu użyteczności publicznej, poniekąd dąży także do uzyskania w świadomości społeczeństwa potrzeby funkcjonowania jednostki. A najprostszą i najszybszą metodą kontaktu z otoczeniem i mediami mogą stać się strony internetowe, które zdecydowana większość placówek posiada. Wystarczy poświęcić nieco czasu na to, by witryny były aktualne, a informacje w niej zamieszczone rzetelne. To my jesteśmy odpowiedzialni za zamieszczane na nich treści, więc mogą się one stać naszą alternatywą dla „złej prasy”. To tu możemy zamieszczać polemiki, wyjaśnienia, czy sprostowania, które mimo naszych starań nie znalazły się łamach np. prasy.

Starajmy się również budować współpracę z lokalnymi mediami będąc dla nich źródłem tematów. Chwalmy się projektami, inwestycjami, czy programami realizowanymi w placówkach. Zapraszamy dziennikarzy na dni otwarte i festyny i nie zrażajmy się tym, że nie zawsze przyjmują nasze zaproszenia. Warto również wykorzystywać do tego typu działań również strony internetowe placówki, a także instytucji sprawujących nadzór nad domami pomocy społecznej.

Trudno jest znaleźć złoty środek i najlepsze metody, które pozwolą ustrzec się przed sytuacją kryzysową. Niestety rozwój social mediów, a także wciąż wzrastająca roszczeniowość klientów i ich rodzin prowadzić będzie często do sytuacji, które swój finał będą miały w mediach. ■

Komunikacja w zespole

LESZEK GUGA
Psycholog

Trudno będzie nam znaleźć kogoś, kto powiedziałby, że nie zależy mu na dobrej komunikacji. Chcemy komunikować się efektywnie, skutecznie, transparentnie. Co to oznacza? Przypuszczam, że gdybyśmy zapytali 10 osób, dostalibyśmy na to pytanie 15 odpowiedzi. Komunikacja to taki mglisty twór; wiemy że gdzieś w tym wszystkim chodzi o rozmawianie z innymi ludźmi, ale co do konkretnych szczegółów już nie jesteśmy tacy pewni.

Często zakładamy, że dobra komunikacja oznacza, że jesteśmy pomocni, że przekazujemy sobie wszystkie informacje i dzielimy się ze sobą całą wiedzą. Nie do końca tak jest. Opisuje to jedna z najważniejszych teorii łączących komunikację i zarządzanie, teoria przywództwa sytuacyjnego, stworzona przez Kena Blancharda. Wbrew nazwie ma ona zastosowanie nie tylko w przypadku jednostkowych przywódców, ale również może być pomocna całym zespołom, które zastanawiają się, w jaki sposób mogą ułożyć współpracę między sobą. Wyróżnia on cztery scenariusze.

Jeżeli zespołowi brakuje doświadczenia w realizacji zadań przed jakim stoją, kluczowe znaczenie ma instruowanie

jego członków, czy przez bardziej doświadczonych kolegów, czy wzajemnie przez członków zespołu. Tutaj przekazywanie sobie informacji o wszystkim i przez wszystkich jest jak najbardziej pożądane, gdyż albo mamy do czynienia z sytuacją, kiedy część pracowników jest niedoświadczona, albo zadanie przed jakim stoją, jest nowe i wymaga dopiero opracowania sposobu na jego rozwiązanie.

Kolejne dwa przypadki to sytuacje, kiedy u członków zespołu pojawiają się objawy zniechęcenia pracą. W pierwszym z nich pracownicy nie realizują swoich zadań ze względu na trudności w ich wykonaniu, spowodowane na przykład niewystarczającymi umiejętnościami. W takiej sytuacji

komunikacja w zespole powinna być skupiona na wsparciu ich wiedzą i doświadczeniem. Warto rozmawiać często i dużo, po to aby nie musieli uczyć się na własnej skórze i popełniać błędów, które zostały już wcześniej popełnione przez ich starszych kolegów. Przekazywanie dobrych praktyk, standardów, sztuczek i rozwiązań będzie tutaj zarówno skuteczne jak i powinno, zdaniem Blancharda, budować motywację pracowników, którzy nie są pozostawiani sami sobie ze swoimi problemami. Dla odmiany – jeżeli mamy do czynienia z doświadczonymi osobami, których nie możemy podejrzewać o brak kompetencji, a raczej o zmęczenie lub znużenie zadaniami, które wykonywali już wielokrotnie w przeszłości,

potraktowanie tej sytuacji jak dwóch poprzednich może być demotywujące i szkodliwe. Doświadczeni pracownicy bardziej cenią sobie niezależność, a nawet pewien indywidualizm w realizacji swoich zadań. Kierownik i zespół powinni ograniczyć się do ewentualnej konsultacji lub dyskusji, ale tylko o ile zostanie ona zainicjowana przez pracownika, w przeciwnym wypadku pozostawiając mu lub jej wolną rękę.

Ostatni przypadek to idealna sytuacja, kiedy mamy do czynienia z osobami o bardzo wysokim poziomie kompetencji i motywacji – tutaj najważniejsze jest zapewnienie takim członkom zespołu niezależności oraz zwiększenie ich odpowiedzialności, o ile tylko pojawia się ku temu możliwość. Ta odpowiedzialność jest tutaj kluczowa, bo nie tylko pozwala ona na budowanie

✓ *Jeżeli zespołowi brakuje doświadczenia w realizacji zadań przed jakim stoją, kluczowe znaczenie ma instruowanie jego członków, czy przez bardziej doświadczonych kolegów, czy wzajemnie przez członków zespołu. Tutaj przekazywanie sobie informacji o wszystkim i przez wszystkich jest jak najbardziej pożądane, gdyż albo mamy do czynienia z sytuacją, kiedy część pracowników jest niedoświadczona, albo zadanie przed jakim stoją jest nowe i wymaga dopiero opracowania sposobu na jego rozwiązanie.*



Warto rozmawiać często i dużo, po to aby nie musieli uczyć się na własnej skórze i popełniać błędów, które zostały już wcześniej popełnione przez ich starszych kolegów. Przekazywanie dobrych praktyk, standardów, sztuczek i rozwiązań będzie tutaj zarówno skuteczne jak i powinno, zdaniem Blanchard'a, budować motywację pracowników, którzy nie są pozostawiani sami sobie ze swoimi problemami.

zaufania w zespole i skuteczny podział obowiązków, ale również buduje ona motywację pracowników to realizacji ich zadań – wiedzą, że to od nich zależy realizacja danego celu i że mają umiejętność, aby temu sprostać.

Powód dla którego przytaczam tę teorię jest jeden: pokazuje ona, że uogólnienia dotyczące tego jak budujemy komunikację wewnątrz swojego zespołu, mogą być szkodliwe i można nawet zaryzykować stwierdzenie, że w przypadku bardzo doświadczonych pracowników pełni ona nieco mniejszą rolę, niż powszechnie się jej przypisuje. Im bardziej jesteśmy doświadczeni, i im bardziej doświadczeni są nasi współpracownicy, tym mniejszy nacisk może być położony na regularne spotkania, zebrania i dyskusje, natomiast ważniejsze stają się niesformalizowane konsultacje *ad-hoc*. Powinniśmy być otwarci na pracę w mniejszych lub większych nieformalnych grupach i bieżące rozwiązywanie problemów, ale tylko wtedy, kiedy dany pracownik wychodzi z taką inicjatywą, lub jeżeli sytuacja staje się na tyle poważna, że wymaga interwencji. Interwencje tego typu są jednak niestety skomplikowane, niejednokrotnie konfliktogene i mogą prowadzić do napięć, których rozwiązanie bywa bardzo trudne.

Christopher Moore, mediator z zawodu, stworzył model, który pierwotnie miał być pomocny w mediacjach, ale jest uniwersalnym narzędziem, które pomaga zrozumieć i rozwiązywać konflikty, większe i mniejsze tak w pracy, jak i w życiu prywatnym. Opiera się on na zdiagnozowaniu istoty konfliktu,

a następnie dobraniu do niej sposobu jego rozwiązania.

Konflikt strukturalny – wynika przede wszystkim z tego, że pomiędzy stronami konfliktu występuje jakaś dysproporcja. Może ona dotyczyć zasobów, którymi dysponują lub ról, które pełnią. Przykładem na to jest np. konflikt pomiędzy dzieckiem i rodzicem – dziecko chciałoby negocjować z rodzicem, jak równy z równym, tymczasem w zdecydowanej większości rodzin musi się podporządkować jego woli. Analogiczną sytuacją, ale na gruncie zawodowym, jest konflikt pomiędzy przełożonym a podwładnym.

Konflikt danych – przyczyną takiego konfliktu jest to, że strony działają i podejmują decyzje w oparciu o różne, lub niekompletne informacje; może również dotyczyć innej ich interpretacji, albo działania na podstawie fałszywych lub niepotwierdzonych danych. Dobrym tego przykładem są problemy powstające na skutek plotek lub niepotwierdzonych pogłosek.

Konflikt relacji – to konflikty, u których podstaw leżą emocje. Mogą wynikać z animozji pomiędzy członkami grupy, ale również przeszłych zajęć. Często wykraczają poza sferę czysto zawodową i dotyczą prywatnych sympatii i antypatii, mogą również angażować innych członków zespołu niezwiązanych bezpośrednio z realizowanym zadaniem, którzy są znajomymi i przyjaciółmi zaangażowanych stron.

Konflikt wartości – powstaje, kiedy strony mają inne priorytety, albo uznają inne rzeczy za wartościowe lub słuszne. Może dotyczyć również tożsamości grupy, dotyczącej takich kwestii

jak poczucie godności lub interpretacji zdarzeń. Przykładem na tego typu konflikty jest np. reakcja na zmiany organizacyjne, która nie dotyczy bezpośrednio istoty tych zmian, tylko tego że są one w ocenie członków zespołu po prostu niesłuszne.

Konflikt interesów – dotyczy innych dążeń zaangażowanych stron. To klasyczna sytuacja negocjacyjna, w której każda ze stron ma swoje żądania i z określonych względów nie mogą dojść do porozumienia.

Moore postuluje, że trzy z tych pięciu rodzajów konfliktów są bardzo trudne do rozwiązania. Strukturalne, gdyż dotyczą kwestii organizacyjnych lub proceduralnych i rozwiązanie ich może wymagać zmian, w których zaangażowane strony nie są decyzyjne; relacji – opierają się na emocjach, które są bardzo trudne do racjonalnego rozwiązania i niejednokrotnie wiążą się z prawdziwym (lub nie) poczuciem krzywdy którejś ze stron; wartości – ponieważ związany jest z tożsamością zaangażowanych w konflikt osób i ingerencja w tę warstwę zazwyczaj wywołuje silne reakcje obronne. W związku z tym, rozwiązując konflikty należy skupić się na uwspólnianiu informacji i wiedzy zaangażowanych osób, a następnie zdefiniować ich interesy i poszukać rozwiązań, które by je satysfakcjonowały. Znaleźć w konflikcie – niezależnie od typu – konflikt danych lub strukturalny. Może to w pewnym stopniu brzmieć jak truizm, ale chciałbym tutaj zwrócić uwagę i podkreślić najważniejsze elementy teorii Moore'a. Po pierwsze – rozmawiając o konflikcie, kontraproduktywne jest odwoływanie się do jakichkolwiek elementów poza danymi i interesami uczestników. Dociekanie przyczyn konfliktu, próba rozładowania emocji lub określenia racji i tego po czyjej stronie leży wina, najczęściej będzie go tylko eskalować. Paradoksalnie, często im mniej czasu poświęcimy na analizowanie sytuacji, tym lepiej. Jednym elementem podlegającym dyskusji jest to, jak każda ze stron chciałaby tę trudną sytuację rozwiązać i poszukiwanie kolejnych wersji tych rozwiązań, aż znajdziemy taką, którą obie strony są w stanie zaakceptować.

Skoro pisałem o wszystkim tym co może pójść źle, to chciałbym na marginesie wspomnieć o jednej bardzo



ważnej zasadzie zdrowej współpracy, którą często się trywializuje. Można zetknąć się z postulatem uczestnictwa w dyskusjach na wszelkie tematy jak najszerszej grupy członków zespołu, nawet tych, którzy nie są w dużym stopniu obeznani z danym zagadnieniem. Nie wynika ona, wbrew pozorom, z chęci budowania zaangażowania wszystkich członków zespołu, lub chęci wygenerowania większej ilości pomysłów i zakładania, że każdy pomysł ma znaczenie. Jest to pewnego rodzaju wentyl bezpieczeństwa przeciwko zjawisku, które często pojawia się w komunikacji doświadczonych pracowników – myśleniu grupowemu.

Wykonując swoją pracę z miesiąca na miesiąc i z roku na rok, zdobywamy wprawę i stopniowo coraz więcej z naszych zadań staje się dla nas codzienne i rutynowe. W ślad za tym podąża wytworzenie sobie nawyków, które w pewnym stopniu automatyzują naszą

Dociekanie przyczyn konfliktu, próba rozładowania emocji lub określenia racji i tego, po czyjej stronie leży wina, najczęściej będzie go tylko eskalować. Paradoksalnie, często im mniej czasu poświęcimy na analizowanie sytuacji, tym lepiej. Jednym elementem podlegającym dyskusji jest to, jak każda ze stron chciałaby tę trudną sytuację rozwiązać i poszukiwanie kolejnych wersji tych rozwiązań, aż znajdziemy taką, którą obie strony są w stanie zaakceptować.

pracę. Dają one nam biegłość, oszczędzają czas, niestety sprawiają również, że rzadziej przyglądamy się krytycznie niektórym naszym działaniom i założeniom, które za nimi stoją. Im więcej

doświadczonych osób znajduje się w zespole i im dłuższy jest ich czas pracy, tym taka krytyczna ewaluacja, choć czasem potrzebna, staje się trudniejsza. „Przeć się robimy tak od zawsze”. Włączenie

Powinniśmy być otwarci na pracę w mniejszych lub większych nieformalnych grupach i bieżące rozwiązywanie problemów, ale tylko wtedy, kiedy dany pracownik wychodzi z taką inicjatywą, lub jeżeli sytuacja staje się na tyle poważna, że wymaga interwencji.

mniej doświadczonych osób w dyskusję umożliwia uzyskanie perspektywy nieobciążonej jeszcze nawykami (choć pamiętajmy że te często potrafią być dobre). Dodatkowo, takie osoby będą zadawać pytania o pozornie proste i oczywiste kwestie, które nie pojawiłyby się w dyskusji weteranów, a to potencjalnie może być katalizatorem dla pozytywnych zmian. ■



Smutek pożegnania z pacjentem

ZBIGNIEW BOHDAN

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci
Uniwersytet Medyczny w Gdańsku
Fundacja Hospicyjna w Gdańsku

Rozmawianie o śmierci w każdym wypadku jest refleksją indywidualną, opartą na osobistym doświadczeniu, najczęściej związanym z obserwacjami najbliższego otoczenia. Śmierć jednostki kończy jej życie, a pozostawia w poczuciu straty tych, którzy żyją dalej. Smutek z tym związany jest stratą czyjejś obecności w naszym życiu, znaczących relacji, naszego w nim udziału. Trochę płaczemy nad własną samotnością, utratą części siebie. Nie ma tu znaczenia wiek osoby zmarłej (równie głęboko, jeśli nie silniej) opłakujemy stratę dziecka, nawet bardzo małego. Nie ma znaczenia czas trwania wspólnej drogi, podobnie jak stopień bliskości, pokrewieństwa, głębokość zażyłości. Jako społeczeństwo nie jesteśmy strukturalnie przygotowani do doświadczania straty, uczestniczenia w pożegnaniach, nie radzimy sobie z własnymi emocjami, nie mamy wypracowanych mechanizmów obronnych. Ludzie nie są przygotowani do sytuacji rozstań, choć utraty są nieodłączną częścią życia każdego człowieka, są warunkiem jego rozwoju. Przechodząc przez kolejne etapy życia, człowiek musi coś utracić, aby coś zyskać. Tak się

*... Panie,
dzięki Ci składam za strzykawki z igłą grubą i cienką jak włos, bandażę, wszelki przylepiec, pokorny kompres, dzięki za kroplówkę, sole mineralne, venflony, a nade wszystko za pigułki na sen o nazwach jak rzymskie nimfy, które są dobre, bo proszą, przypominają, zastępują śmierć.*

Z. Herbert „Brewiarz”





dzieje w dzieciństwie; oddzielenie od matki podczas wejścia w dorosłość, odejście z bezpiecznego domu rodzinnego, aby założyć własną rodzinę. Rozwój człowieka odbywa się na linii między biegunami „zjednoczenia” emocjonalnego, seksualnego, religijnego, estetycznego, a autonomią, niezależnością i samodzielnością. Na każdą utratę wartości mającą dla człowieka znaczenie subiektywne, reaguje on gniewem. Przeżywamy powolny proces przystosowawczy, którego uczymy się w ciągu życia i powtarzamy podczas kolejnej utraty. Często podczas rozważań na temat różnych utrat zadajemy sobie pytanie czy to wydarzenie jest dobre, czy złe, i bardzo często – po dokładniejszej analizie zagadnienia, musimy odpowiedzieć: ono jest i dobre i złe.² Mimo że wędrujemy przez życie żegnając dom rodzinny i rodziców, szkołę, nauczycieli i przyjaciół, zmieniamy środowiska, miasta, miejsca pracy, często

nawet w sposób planowany, zamierzony, sprzyjający naszemu rozwojowi. „Jednak pożegnania wiążą się z bólem, stając się dla wielu doświadczeniem samotności i niepewności. W zbieranych doświadczeniach życiowych zawsze będziemy musieli i zawsze powinniśmy żegnać się z tym, co było miłe i co pozornie należało do naszego życia. Każdej nocy żegnamy dzień, który został nam ofiarowany. Musimy nauczyć się rezygnować z rzeczy przynoszących nam radość lub zadowolenie, gdy zrozumiemy, że powinniśmy to czynić, aby życie było bogatsze i pełniejsze. Niekiedy trzeba żegnać ludzi, którzy byli nam bliscy. Można by wręcz powiedzieć, że człowiek tylko wówczas może dojrzewać i prowadzić życie w pełni wartościowe, gdy nauczył się żegnać (...) Naucz się odchodzić nawet płacząc. Naucz się żegnać, nie oglądając się za siebie” – radzi młodemu czytelnikowi Karl Rahner³.

Edukacja w tym obszarze polega na naśladowaniu wzorców rodzinnych, religijnych, obserwacji zachowań innych ludzi w podobnej sytuacji.

Dawne ugruntowane struktury społeczne jak arcybractwa dobrej śmierci, stowarzyszenia skupione na niesieniu pomocy w sytuacjach zagrożeń – zastąpiono wiedzą zdobywaną przez lekturę, edukację medialną czy relację doświadczonych osób. Śmierć nadal stanowi swoiste tabu, temat odsuwany na kiedyś, nieokreśloną przyszłość, strefę refleksji przeniesioną na późne lata życia.

Ludzie, nie mogąc znaleźć lekarstwa na śmierć, nędzę, niewiedzę, postanowili, aby osiągnąć szczęście, nie myśleć o tym (B. Pascal). J. Binnebesel⁴, pedagog mówi wręcz o swoistej amnezji współczesnej pedagogiki dotyczącej kwestii cierpienia, śmierci i umiarności. Trudno znaleźć we współczesnej pedagogice treści związane ze śmiercią i umiarnością. Proces wychowania odbywa się tak, jakby problem śmierci w ogóle nie istniał...

Papież Jan Paweł II uznaje, że „wizja zdrowia nie jest bynajmniej tożsama z brakiem choroby, ale jawi się jako dążenie do pełniejszej harmonii

1 Herbert Z. (1998) Wyd. Dolnośląskie Epilog burzy s.7

2 de Walden-Gałuszko K. (2011), Psychonkologia w praktyce klinicznej, PZWL, Warszawa.

3 Rahner K (1996) Mój problem Pax Warszawa s 116

4 Binnebesel J., Krzyżanowski D. (2010), Myślenie o tanatopedagogice, „Przegląd Powszechny” nr 11, s. 11-17.

i do zdrowej równowagi na płaszczyźnie fizycznej, psychicznej, duchowej i społecznej. W tej perspektywie człowiek jest wezwany, aby wykorzystując dostępne siły, urzeczywistniał własne powołanie i dobro innych". Śmierć jest kontekstem życia, odpowiadamy za jego jakość, a w konsekwencji także za jakość odchodzenia. Św. Augustyn mówi „nie ma dobrej śmierci po złym życiu i odwrotnie, nie ma złej śmierci po dobrym życiu”.

Sami więc pracujemy nad kontekstem i zwieńczeniem naszej drogi. Wyższa przeżywalność ludzi, narastające procesy starzenia się społeczeństw wysoko cywilizowanych, powodują przesuwanie refleksji o śmierci poza obszar rozsądku. Udane zabiegi usprawniające wykonywane u ludzi w bardzo podeszłym wieku, powodują pogłębienie wiary we wszechmoc medycyny i rehabilitacji. Utwierdzają poczucie bezpieczeństwa i bezrefleksyjności życia. Procesom tym towarzyszy erozja uczuć religijnych, połączenie perspektywy godnego życia z perspektywą godnej śmierci jako jego zwieńczenia. Jeszcze niedawno nasi dziadowie śpiewali w pieśni procesyjnej... "od nagłej a niespodziewanej śmierci racz nas

ustrzec Panie". Dzisiaj większość ankietowanych chorych przewlekle, chorych w wieku podeszłym akcentuje, że chcieliby umrzeć nagle, bez bólu, bez obciążeń bliskich, bez skazania na ich opiekuńcze zabiegi i pielęgnację. Czy dzisiejsi ludzie są bardziej przygotowani do perspektywy wieczności? Czy może mniejszą przywiązują do niej wagę, skupiając się na brzegowych warunkach akceptowalnej wygody odchodzenia. Dzisiaj łatwiej w szpitalu o zbawienną tabletkę, niż zwyczajną, przyzwoitą, ludzką obecność. Dostęp do zdobyczy medycyny spowszedniał, ale też gołym okiem widać (przez doświadczenie bycia pacjentem), jak bardzo zepsuło to relacje między dawcami a biorcami usług medycznych. Jakość świadczeń pozbawiono aspektów duchowych,

filozoficznych, wiele spotkań z chorymi i ich bliskimi odbywa się w sposób bezrefleksyjny, automatyczny, niemal automatyczny. Pacjent tak traktowany staje się towarem, procedurą (mniej lub bardziej opłacalną), rozpoznaniem... w sumie kłopotem. Dominuje pośpiech i ekonomia, co zaburza komunikację, poczucie więzi i bliskości/ solidarności w nieszczęściu. Ksiądz Eugeniusz Dutkiewicz, patron mojego Hospicjum, mówił w jednym z wywiadów, że „nie nauczymy się jednostki chorobowej jaką jest umieranie”. Tak bowiem postrzegana śmierć pacjenta jest swoistą porażką zawodową lub wręcz niewdzięcznością chorego (zdradą). W szpitalnych rozmowach możemy takie klimaty usłyszeć w rozmowach: „mimo zastosowania wszelkich dostępnych środków”...

Niekiedy trzeba żegnać ludzi, którzy byli nam bliscy. Można by wręcz powiedzieć, że człowiek tylko wówczas może dojrzewać i prowadzić życie w pełni wartościowe, gdy nauczył się żegnać (...)



„wbrew przekonaniom i oczekiwanom personelu leczącego”..., był stanowczo za młody..., miała takie leczenie, że gdyby tylko podjęła walkę..., nie rozumiem dlaczego..., to nie jest wiek na umieranie itd. Przytoczone komentarze/wypowiedzi nie są doniesieniami gazetowymi, mają miejsce także w szpitalach, w dyżurkach – pokazują zawodową frustrację personelu, próbę wytłumaczenia czegoś, co jest niewytłumaczalne. Pośrednio owa frustracja zawodowa jest też wynikiem słabego wykształcenia duchowego (filozoficznego, tanatologicznego, mistycznego, etycznego, egzystencjalnego). Fachowość bowiem pracowników medycyny kojarzona jest ze sprawnością manualną, poznawczą, leczniczą – w mniejszym stopniu dotyczy poznania wnętrza pacjenta, jego bogatego świata indywidualnych doświadczeń. Prawdopodobnie nie jest to jedynie problem samych lekarzy. Oddzielamy życie od śmierci, żywych od umierających, jakby należeli do różnych światów. A przecież to samo życie tylko w innej jego fazie. „Niektórzy lekarze i pielęgniarki uciekają od łóżek umierających jakby sami nie byli bezpieczni. Kiedy to robimy, zostawiamy za sobą pustkę, opuszczając cierpiącego.(...) Moja odpowiedzialność i nadzieja, jaką przynoszę, nie kończą się wraz z wypisaniem ostatniej recepty. Aby dotrzymać przysięgi muszę zwrócić się do własnego strachu przed rakiem, własnego strachu przed śmiercią, i wrócić z powrotem do łóżka pacjenta. Aż śmierć nas rozdzieli” pisze D. Komp⁵ w swej przejmującej książce o byciu lekarzem pediatrą z chorym dzieckiem.

Praca z chorym dotyczy szeroko pojętego zespołu ludzi krzątających się wokół niego. Każdy z nich w sobie znany sposób uczestniczy w życiu chorego, przez fakt rozmowy, nawiązywania kontaktów, gesty pozawerbalne, refleksje o życiu. Praca zespołowa, zwłaszcza w hospicjum, nakazuje ścisłą współpracę w udzielaniu informacji o stanie chorego, ocenie jakości jego życia, niepokoju i lęku o przyszłość. Personel placówek medycznych zwłaszcza tych zajmujących się ludźmi na skraju życia, powinien szczególnie dbać o komunikację z chorym i jego otoczeniem,

ale też szczególną troską winien otaczać własną wiedzę o procesach dotyczących chorego, a w dalekiej perspektywie każdego człowieka. Chory, zwłaszcza chory poważnie, będąc pod opieką medyczną – ma podarowany czas na refleksję, w którym zwalnia nieco tempo swego życia. Towarzyszące mu osoby mogą wspomagać go w tym okresie, lub przeciwnie stanowić przeszkodę w bilansowaniu życia. Niezależnie od efektu końcowego leczenia ów czas dotyczy chwili bieżącej, w której aktualnie jest chory człowiek. Pisze o tym B. Dobroczyński⁶ „Mówią nie myśl o tym co było lub będzie. Żyj teraz. Bowiem jak 600 lat temu powiedział Mistrz Eckhart, dominikanin: Bóg jest Bogiem terażniejszości. Jakim cię znajduje, takim cię bierze i przyjmuje, nie takiego jakim byłeś, lecz takiego jakim jesteś teraz”. Przeszłość nie istnieje, przyszłość jest niepewna, żyjesz teraz i skup się na przeżywaniu obecnej chwili w pełni, bo tylko na nią masz rzeczywisty wpływ. Możemy w naszej pracy stworzyć atmosferę sprzyjającą refleksji, skupieniu się na tym co ważne, na pełnym wykorzystaniu uciekającego czasu. „Słuchaj w milczeniu, gdyż jeśli twoje serce jest zajęte innymi sprawami, nie usłyszysz głosu Boga. Lecz gdy będziesz słuchał Jego głosu w ciszy swego serca, napełni się ono Bogiem. To wymaga prawdziwego poświęcenia, ale musimy być na nie gotowi już teraz, jeśli naprawdę chcemy i pragniemy się modlić” (Matka Teresa z Kalkuty). Tylko człowiek bez wyobraźni może sądzić, że życie ludzkie jest pasmem przypadków, zbiegiem okoliczności, rzutem kostką. Myślę, że nie jest przypadkiem – kto sprawuje nad nami opiekę szpitalną? Kto z bliskich czy przyjaciół towarzyszy nam w chwilach cierpienia i próby? W jakim momencie życia przychodzi doświadczenie bycia chorym i co z tego wynika dla nas w przyszłości?

J. Łuczak⁷ dodaje – „to chorzy/umierający są naszymi najlepszymi nauczycielami.” To oni bowiem są w trakcie jednostkowego wydarzenia (najważniejszego w ich życiu) i wydarzenie to nie może być powtórzone. W tym względzie każdy uczestnik (jeśli tylko

potrafi być obiektywnym) czegoś się uczy. „Nic dwa razy się nie zdarza i nie zdarzy i dlatego z tej przyczyny, zrodziłyśmy się bez wprawy i umrzemy bez rutyny” – zauważa polska noblistka. Zjawiska towarzyszenia w odchodzeniu za każdym razem uczą medyka pokory zawodowej. To unikalne doświadczenie wspierania, obserwacji zjawisk z perspektywy „bycia w środku”. Żaden inny zawód nie pozwala poprzez doświadczenie obserwacji przygotować się do osobistej podróży na Szczyt Świata. Ta swoista lekcja człowieczeństwa jest zarazem przywilejem „bycia wybranym, dopuszczonym do misterium śmierci” wierzę bowiem, że zdarzenia i ludzie zgromadzeni wokół czyjś umierania nie są dziełem przypadku, ale głębokim wyborem dotyczącym obecności/nieobecności konkretnych osób. U podstaw zrozumienia trudności w umieraniu niektórych chorych, leżą ich wzajemne relacje z otoczeniem, ze światem. Zdarza się, że chory nie może umrzeć bo czeka na załatwienie zaległych spraw, niedokończonych rozmów, pragnie rozwiązać jakiś problem, pożegnać się z bliską osobą. Nieprzypadkowy jest też wybór osób towarzyszącym agonii. Czasami chory wyczuwając ich lęk lub cierpienie – nie chce by doświadczenie śmierci było ich udziałem. „Zgaś dzisiaj rano, w czasie półgodzinnej przerwy, kiedy z jego rodzicami poszliśmy napić się kawy. Myślę, że czekał na tę chwilę, żeby nas oszczędzić, jakby chciał, żebyśmy nie cierpieli, patrząc jak odchodzi. To on w gruncie rzeczy nad nami czuwał. Jest mi ciężko na sercu...”⁸.

Personel boi się atmosfery bliskości, bo ona więcej kosztuje. Pacjent nie umiera jako „chory z ósemki lub jako niewydolność krążeniowo-oddechowa”, – tylko jako osoba realna, poznana w drodze, której mieliśmy przywilej towarzyszyć...” bo właśnie tu między modlitwą, a odchodami, zatrzymaniem moczu i księdzem z opłatkami – jest wszystko – co ludzkie. A my przypadki z sali 321, patrzymy na siebie łagodnie”⁹.

„Największą pomocą dla pacjenta jest lekarz, który jest dobrym,

5 Komp D.M (1997), I dziecko będzie je prowadzić, Verbinum, Warszawa, s. 84.

6 Dobroczyński B. (2008), Niebo w zasięgu ręki, List październik, s. 10-15.

7 Łuczak J. (1999), Od kultury śmierci do kultury umierania, „Więź” luty.

8 Schmitt E. E. (2005), Oskar i Pani Róża, Wyd. Znak, Kraków.

9 Babaryko A. (2004), Linia horyzontu, Wydawnictwo A5 K. Krynicka, Kraków.



troskliwym czułym i kochającym człowiekiem... systemy naukowe świata nie pomogą człowiekowi w potrzebie tyle, co jedna istota ludzka, która nie boi się przed nim otworzyć swego serca (...) Nauczyłam się, że nie ma ani jednego umierającego człowieka, który nie potrzebowałby miłości, dotyku i rozmowy.” – pisała E.Kubler – Ross¹⁰.

Problem ten w mniejszym stopniu dotyczy personelu placówek hospicyjnych, gdzie z definicji akcenty położone są na bycie z chorym „nie rokującym powrotu do zdrowia”. Tu kłopotem bywa przekonanie otoczenia chorego o postępującym nieodwracalnym procesie, oraz świadomy udział rodziny w zachodzących procesach. Bliscy chorego często nie zgadzając się na otrzymywane informacje i ostrzeżenia wypierają je ze swej pamięci. Można powiedzieć, że społeczeństwo ogólnie, a medycyna w szczególności odrzuciły i zmarginalizowały problem śmierci jako

¹⁰ Kubler-Ross E. (1998), *Życiodajna śmierć*, Wyd. Księgarnia św. Wojciecha

Chory, zwłaszcza chory poważnie, będąc pod opieką medyczną – ma podarowany czas na refleksję, w którym zwalnia nieco tempo swego życia. Towarzyszące mu osoby mogą wspomagać go w tym okresie, lub przeciwnie stanowić przeszkodę w bilansowaniu życia.

zjawiska powszechnego. Znikła ona jako doświadczenie omawiane w rodzinie i w szkole, w mediach przedstawiana jest jako wydarzenie gdy przekroczy istotną, działającą na wyobraźnię liczbę lub dotyczy kogoś znaczącego. Może więc śmierć, jej właściwe postrzeganie jest dzisiaj bardziej problemem powierzchowności edukacji, która nie przewiduje pełnego przygotowania do życia. Może w dobie powszechnego sukcesu nie jesteśmy

w stanie zaakceptować sytuacji straty, niemocy, słabości, uzależnienia od innych. W Karcie praw człowieka umierającego¹¹ jest zapis – „mam prawo do umierania w spokoju (...) mam prawo do opieki osób, które potrafią zachować nadzieję bez względu na zmiany jakim mogłaby ona podlegać(...) mam prawo do opieki ze strony ludzi społeczliwych, wrażliwych z przygotowaniem

¹¹ Karta praw człowieka umierającego, *Barbus Am.Jour.of Nursing* 75 nr 1, 99-100.



Chory, zwłaszcza chory poważnie, będąc pod opieką medyczną – ma podarowany czas na refleksję, w którym zwalnia nieco tempo swego życia. Towarzyszące mu osoby mogą wspomagać go w tym okresie, lub przeciwnie stanowić przeszkodę w bilansowaniu życia.

zawodowym, którzy będą starali się zrozumieć moje potrzeby i będą w stanie znaleźć odrobinę zadowolenia z tego, że pomogli mi stanąć twarzą w twarz ze śmiercią.” Jak wielkiej trzeba było determinacji by spisać wszystkie te prawa w fachowym czasopiśmie dla pielęgniarek?

W Liście Apostolskim *Salvifici Doloris* z 1984 r. Jan Paweł II pisze: „Cierpienie wzywa do solidarności z kimś dotkniętym bólem, wzywa do jednoczenia się, współczucia i „bycia razem”. Cierpienie przekracza wszelkie podziały i różnice między ludźmi. Język

cierpienia jest wspólny wszystkim ludziom. Być może jest to język najbardziej ekumeniczny i najbardziej przejmujący. Cierpienie i choroba powinny, więc łączyć ludzi sprawujących opiekę nad chorym w głębokiej wspólnocie opartej nie tylko na wiedzy medycznej, ale także na we wspólnocie ludzkiego losu. Tam, bowiem gdzie nie może pomóc medycyna jako nauka, może pomóc leczący jako współodczuwający człowiek. Przedstawiciele służby zdrowia winni zawsze pamiętać, że ich praca dotyczy jednostek, niepowtarzalnych osób. Choroba członka

rodziny, przyjaciela albo sąsiada wzywa chrześcijan do okazywania prawdziwego współczucia, tego delikatnego i opiekuńczego udziału w czyimś cierpieniu.” Wszyscy mamy problem dotyczący niezdarności, braku kompetencji w sztuce towarzyszenia umierającym. I czy można się w końcu kiedyś nauczyć poprawności, postępowania opartego bardziej na wiedzy niż intuicji? Matka Teresa opisuje „pewną staruszkę, która z powodu skrajnego wycieńczenia była bliska śmierci. Powiedziała siostrze: „wy zatroszczcie się o resztę, ja zaopiekuję się nią sama”. Byłam prawie gotowa, by położyć ją do łóżka, kiedy wzięła mnie za rękę, a na jej twarzy pojawił się piękny uśmiech powiedziała tylko: „dziękuję” i umarła. Zapewniam Was, że ona dała mi znacznie więcej, niż ja dałam jej. Ofiarowała mi swoją wdzięczną miłość. Patrzyłam na jej twarz przez parę chwil, pytałam samą siebie: co ja bym zrobiła w tej sytuacji?” K. Tischner¹², brat prof. Józefa Tischnera pisze: „cierpiący człowiek jest drogowskazem – prostym i czytelnym.

¹² Tischner K. (2006), *O chorobie Jana Pawła II*, (w:) „Zeszyty Karmelitańskie” nr 4, s.13.

Gdy umierał mój brat nikt z zewnątrz nie wiedział jakie katusze przeżywa, ile morfiny i modlitwy potrzebuje, by rak mógł spokojnie dopełnić swego dzieła. Cierpiał w duszy, w najdalszych zakamarkach swego ciała; jego choroba była krzyżem, który ofiarował na cześć Pana. Był cichy i cierpiący, ale sens jego choroby nie był dla nas – dla rodziny jasny i oczywisty. (...) Czas choroby Papieża był dla mnie czasem ponownego odkrycia sensu życia i śmierci. Zrozumiałem, że tylko dzięki obecności innych ludzi w naszym życiu, nasze cierpienia, bóle, choroby mają sens: tym głębszy, im częściej uśmiech gości na naszych ustach. Myślę, że prawdziwe cierpienie zawsze objawia się w spokoju, Papież i brat umierali tak jak żyli – z radością.

Myślę, że najtrudniejszym doświadczeniem uczestnictwa jest towarzyszenie śmierci najbliższych. Tu nie ma już zupełnie tytułów naukowych, sprawowanych funkcji, zakresu posiadanej wiedzy – jest tylko poczucie niemocy, bezradności, prostego ludzkiego buntu i nieopisanego bólu. Moi rodzice nie żyją od dawna, ale mimo upływu czasu pamiętam do dziś szczegóły związane z ich śmiercią. Zwłaszcza nagła śmierć na zawał mojego taty, bezskuteczna reanimacja, oczekiwanie na lekarza pogotowia, który potwierdził zgon –choć minęło 25 lat, sceny te będę nosił w pamięci do końca życia. Opowiadam nieraz moim studentom – że śmierć i odchodzenie bliskich osób jest okrutną ceną naszego zawodu. Świadomość zachodzących zmian, daleko głębsza wiedza o obserwowanych zjawiskach, lęk przed nieuniknionym – to najbardziej tragiczne momenty zawodowe, do których pewnie po ludzku nie można się przygotować. Tu kompetencja kłóci się z przywiązaniem, rozsądek walczy z uczuciem, chęć pomocy z intuicyjną rezygnacją, determinacja w ratowaniu z doświadczeniem i świadomością następstw. „W każdym przypadku towarzyszenie w ostatniej fazie choroby wiąże się z cierpieniem. W pierwszym rzędzie chodzi przede wszystkim o milczącą, płynącą z serca bliskość drugiego człowieka, która bardzo wiele znaczy dla umierającego. Od towarzyszącego nie oczekuje się by odsiedział tych kilka dni, czy spełnił tysiąc czynności, jest on tylko wezwany do czujnej uwagi serca. To bardzo uciążliwe przedsięwzięcie,

zwłaszcza, że najskuteczniejsi okazujemy się tam, gdzie możemy wykazać się różnorodną aktywnością. Tak z reguły łatwiejsze okazuje się podanie choremu czegoś do jedzenia lub picia, odświeżenie go nieco albo poprawienie pościeli. Nawet zmiana wody kwiatom budzi w nas wrażenie, że możemy coś jeszcze uczynić dla ukochanego człowieka, jesteśmy przecież przyzwyczajeni do mierzenia naszego znaczenia dokonanymi przez nas osiągnięciami. Teraz zaś działania i osiągnięcia nie zdadzą się na nic. Stały się bezużyteczne. Teraz ważne jest wyczekiwanie wraz z umierającym na nadejście śmierci (...) Dopiero to czujne milczenie w obliczu misterium śmierci i zmartwychwstania sprawia, że stajemy się zdolni do umacniania innych łaską wiary” pisze o swoich doświadczeniach z odchodzeniem matki M. Nemetschek¹³ (pedagog religii w Austrii). Osierocenie doskwiera niezależnie od wieku, stanowiska i pewnie boli podobnie lekarza jak i każdego pacjenta. Wspólnota doznań jest ponadzawodowa czego doświadczyłem podczas lektur o przeżywaniu żałoby po stracie bliskiej osoby. Opisane mechanizmy są zdumiewająco wspólne, trwają podobnie długo, wszystko jest wytłumaczone, nazwane, podzielone na etapy. Cóż z tego kiedy każdego boli dotkliwie w jemu tylko znany sposób, każdy musi domknąć swój własny rozdział w życiu, przewartościować i zaksięgować własne straty. W tym względzie lekarze mają także swoje indywidualne doświadczenia, rysy i blizny po nich. Ja także noszę w sobie wspomnienia dobrych pożegnań z chorymi i takie, do których nawet po latach nie chciałbym wracać.

Mówi Z. Ryn „przeżyłem już wiele śmierci, doświadczyłem wielu strat i towarzyszyło mi wówczas zwykle poczucie, że coś się skończyło. Tymczasem śmierć Papieża wywróciła ten stereotyp – Jego śmierć wzmocniła nadzieję, że w chwili śmierci wszystko się otwiera, że koniec jest początkiem”. Medycy nie różnią się istotnie od postrzegania śmierci jako obszaru własnych doświadczeń, często poprzez uczestnictwo bezpośrednie oswajają się z jej majestatem i wyjątkowością. Jeśli potrafią widzieć

głębiej mogą uczestniczyć w tej wyjątkowej lekcji nie tylko w sferze doznań fizycznych ale także, a może szczególnie w doświadczeniu wędrówki duchowej. ■

Bibliografia:

- Babaryko A. (2004), Linia horyzontu, Wydawnictwo A5 K. Krynicka, Kraków.
- Binnebesel J., Krzyżanowski D. (2010), Myślenie o tanatopedagogice, Przegląd Powszechny 11, s. 11-17.
- de Walden-Gałuszko K. (2011), Psychoonkologia w praktyce klinicznej, PZWL, Warszawa.
- Franczyk J. L. (2007), Brama śmierci, wyd. WAM, Kraków.
- Gazeta Wyborcza: Nasz Papież – Cierpienie nr 14/2006
- Herbert Z. (1998), Epilog burzy, Wyd. Dolnośląskie. s.7 Brehant J. (1993), Thanatos – Chory i lekarz w obliczu śmierci, Wyd. Ancher, Warszawa, s. 24-37.
- Jan Paweł II, Ochrona zdrowia a społeczeństwo, 17.11.2000
- Karta praw człowieka umierającego, *Barbus Am.Jour.of Nursing* 75 nr 1, 99-100.
- Komp D.M (1997), I dziecko będzie je prowadzić, *Verbinum*, Warszawa, s. 84
- Kubler-Ross E. (1998), Życiodajna śmierć, Wyd. Księgarnia św. Wojciecha Dobroczyński B. (2008), Niebo w zasięgu ręki, *List październik*, s. 10-15.
- Łuczak J. (1999), Od kultury śmierci do kultury umierania, *Więź*, luty.
- Matka Teresa (1999), Wszystko zaczyna się od modlitwy, *Pruszyński i S-ka*, Warszawa, s. 40-41.
- Matka Teresa (2008), Myśli wyszukane. Wyd. Znak, s. 88.
- Nemetschek M. (2001), Błogosławieni którzy się smućą, Wyd. .Salezjańskie, Warszawa, s. 14.
- Rahner K. (1983), O możliwości wiary dzisiaj, Wyd. Znak, Kraków, s. 96.
- Rahner K. (1996), Mój problem, Pax, Warszawa, s. 116.
- Schmitt E.E. (2005), Oskar i Pani Róża, Wyd. Znak, Kraków.
- Tischner K. (2006), O chorobie Jana Pawła II, (w:) „Zeszyty Karmelitańskie” nr 4, s.13.pracownika, w przeciwnym wypadku pozostawiając mu lub jej wolną rękę.

13 Nemetschek M. (2001), Błogosławieni którzy się smućą, Wyd. .Salezjańskie, Warszawa, s. 14.

Słowa na wagę zdrowia

JAN BYLICA

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum,
kierunek lekarski, rok II

W wieku szesnastu lat w mojej głowie zrodziło się marzenie o zostaniu lekarzem. Miałem nadzieję na pewną pracę w zawodzie, dobre wynagrodzenie, ale przede wszystkim chciałem pomagać ludziom. Bardzo mocno inspirowała mnie postać serialowego doktora House'a (jak zapewne wielu moich rówieśników). Był Sherlockiem Holmesem medycyny: niezwykle inteligentny, przenikliwy, posiadał ogromną wiedzę, ratował życie i zdrowie. Potrafił rozwiązać praktycznie każdą „medyczną zagadkę”. Imponował mi także w pewnym sensie jego arogancki sposób bycia. Dewiza tej postaci brzmiała: „Everybody lies” (wszyscy kłamią).

Zbiegiem czasu i kolejnymi wizytami u lekarzy zrozu miałem jednak, że dobry medyk powinien umieć rozmawiać z pacjentem. Słowa House'a wykluczają możliwość stworzenia niezwykle cennej i szczególniej więzi leczącego z leczonym.

Skuteczna komunikacja jest skałą, solidnym fundamentem. To na niej budowana jest prawidłowa, niezbędna w procesie leczenia relacja medyk-pacjent, oparta na wzajemnym zrozumieniu i zaufaniu (oczywiście nie chodzi tu jedynie o lekarzy, ale cały zespół specjalistów zajmujących się chorymi). Właśnie dlatego

artykuł pt. „OECD: Polscy lekarze nie rozmawiają z pacjentami” wywarł na mnie niezwykle silne wrażenie. Opisywał on raport OECD „Health at a Glance 2015”[1]. Pacjentom zadano cztery pytania dotyczące jakości komunikacji podczas leczenia. Brzmiały one następująco: „czy lekarz poświęca pacjentowi wystarczająco dużo czasu?”, „czy tłumaczy kwestie medyczne w zrozumiałym sposobie?”, „czy daje pacjentowi możliwość zadawania pytań i dzielenia się wątpliwościami”, „czy włącza pacjenta w proces podejmowania decyzji terapeutycznych?”[2]. Polscy lekarze znaleźli się na ostatnich miejscach

we WSZYSTKICH rankingach. Myślę, że wiele osób czytających te słowa zadało sobie to samo pytanie co ja: „jak to w ogóle możliwe?”. Autorka artykułu podaje dwie możliwe przyczyny: wymogi biurokratyczne i zbyt duża liczba konsultacji przypadająca na jednego lekarza, a także brak kompetencji „miękkich” u polskich lekarzy. O ile zmiana pierwszej z nich możliwa jest jedynie na poziomie NFZ lub Ministerstwa Zdrowia, o tyle każdy z nas może na własną rękę doskonalić się w kwestii komunikacji z pacjentem. Zadanie to ułatwia nam uczelnia. Wprowadzono w tok naszych

studiów wiele zajęć, które mają na celu pomoc w zdobyciu właśnie zdolności „miękkich”. Muszę przyznać, że początkowo byłem do nich sceptycznie nastawiony. Uważałem, że podczas kontaktu z pacjentem wystarczy być „zwykłym człowiekiem”. Jednakże artykuł ten uświadomił mi, że moje myślenie było błędne. Każdy z nas musi zadać sobie pytanie: czy bycie dobrym fachowcem wystarczy, by być dobrym lekarzem?

„Mądrej głowie dość dwie słowie” – głosi staropolskie przysłowie. Niestety wielu lekarzy zbyt często zdaje się kierować tą zasadą podczas rozmowy z pacjentem. Zapominają (a może nie wiedzą?) jak wielką wartość ma rzetelnie przeprowadzony dialog. Na szczęście i w tej dziedzinie przeprowadzono liczne badania. Według artykułu pt. „Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem”[3] zapewnienie odpowiedniego wsparcia psychologicznego może poprawić wyniki leczenia, przyspieszyć rekonwalescencję. Poprawna komunikacja z chorym umożliwia: „[...] łagodzenie stresu choroby, wzmacnianie sił obronnych psychiki (wzmacnianie zasobów osobistych pacjenta) oraz poprawę wzajemnej współpracy z pacjentem”[4]. Do tych samych wniosków można dojść dzięki codziennej praktyce i uważnej obserwacji reakcji pacjentów podczas pracy w szpitalu.

Coroczne praktyki wakacyjne w placówkach ochrony zdrowia są świetną okazją dla każdego studenta do doskonalenia nie tylko kompetencji „twardych”, ale także „miękkich”.

Już podczas pierwszego tego typu doświadczenia zauważyłem, że rozmowa z pacjentem przed wykonaniem danej czynności może przynieść wymierne korzyści. Nawet jeśli chodzi o czynność tak prostą jak pobranie krwi. Poświęcenie każdemu pacjentowi około minuty dłużej na wyjaśnienie co będę robił, w jakim celu, odpowiedzenie na zadane pytanie nie są rzeczami nazbyt trudnymi. Pozwalają natomiast zmniejszyć stres chorego. Zdobynamy dzięki temu jego zaufanie, co ułatwia przeprowadzenie bardziej wymagających zadań (np. pobranie krwi tętnicznej). Dodatkowo chory ma poczucie otrzymania bardziej fachowej opieki. Jakże więc ważniejszy jest tego typu kontakt w sytuacji, kiedy chorego czeka poważny zabieg, lub inny rodzaj

leczenia związanego z ciężką chorobą? Chciałbym również wspomnieć, że czuję się poniekąd moralnie zobowiązany do podjęcia konwersacji i udzielenia informacji na temat wykonywanych czynności. Tylko dzięki temu można stworzyć więź między medykiem, a pacjentem pozwalającą na jego powrót do zdrowia.

Jeśli chcemy utrzymać z pacjentem dialog, który satysfakcjonowałby obie strony nie możemy zapomnieć o komunikacji niewerbalnej. Wiele treści podczas rozmowy przekazujemy właśnie tą drogą. Możemy oddziaływać na pacjenta za pomocą naszego głosu, jego: barwą, tonem, głośnością (czego przykład podam w dalszej części pracy), a także gestami [5]. Nasza mowa ciała nie musi być równie dobra jak u aktorów. Na własnym przykładzie, podczas praktyk w szpitalu przekonałem się, że zwykły uśmiech, czy pewność ruchów są w stanie przełamać





Jeśli chcemy utrzymać z pacjentem dialog, który satysfakcjonowałby obie strony nie możemy zapomnieć o komunikacji niewerbalnej. Wiele treści podczas rozmowy przekazujemy właśnie tą „drogą”. Możemy oddziaływać na pacjenta za pomocą naszego głosu, jego: barwą, tonem, głośnością (...)

dystans dzielący leczącego i leczonego. Za jeden z najistotniejszych aspektów tego rodzaju komunikacji uważam kontakt wzrokowy. Jeśli go zachowamy, możemy zorientować się, czy jesteśmy słuchani. Dajemy także sygnał, że sami robimy to z uwagą. Czy poświęcenie kilku sekund więcej dla każdego pacjenta to dużo? Właśnie tyle czasu potrzeba by

kilka razy spojrzeć choremu w oczy. Kontakt wzrokowy jest jeszcze ważniejszy podczas zbierania wywiadu. Umożliwił mi nawiązanie opartej na zaufaniu relacji. Połączenie tego z regularnym notowaniem pozwala na przesłanie sygnału: „słucham Cię uważnie, nie tylko muszę, ale chcę Ci pomóc, możesz być ze mną szczerzy!”.

„Ja wiem, że panią boli. Proszę wytrzymać jeszcze chwilę.” słowa te zostały wypowiedziane głosem pełnym empatii, ale jednocześnie bardzo stanowczym. W zamkniętym gabinecie odbywała się pierwsza kolonoskopia, w której dane mi było uczestniczyć. Wykonywał ją chirurg, ordynator oddziału. Do dziś wspominam ją nie tylko jako technicznie dobrze wykonany zabieg, ale także pewien wzór komunikacji z pacjentem. Starsza pani wyraziła zgodę na moją obecność, drzwi zostały zamknięte, by nikt niepowołany nie wszedł podczas dokonywania krępującego zabiegu. Doktor cały czas wyjaśniał, co robi. Uspokajał. Pewne ruchy zapewniły szybkie badanie, a pewne słowa ułatwiały współpracę. Informowały oraz uspokajały. Wiedziałem, że pan doktor jest poważany w całym naszym mieście. Wtedy odkryłem, że nie tylko jego umiejętności chirurgiczne i wiedza, ale także zdolności komunikacji stoją za sukcesem,

ogromnym zaufaniem i szacunkiem, jakim darzą go pacjenci oraz cała społeczność mojego miasta.

Szanowny czytelniku! Mimo, że nie mam jeszcze dużego doświadczenia praktycznego, zacząłem dostrzegać jak wielką korzyść na polu medycznym i społecznym przynosi dialog prowadzony z pacjentem. Według mnie jest to powinność każdego medyka. Nie tylko wobec chorego, czy jego bliskich, ale także całej społeczności zajmującej się ochroną zdrowia. Zwiększone zaufanie do tej grupy społecznej zaowocuje większą efektywnością leczenia. Nie możemy zapominać, że leczymy nie chorobę, a pacjenta. Pacjenta, z którym trzeba rozmawiać! Sądzę że z biegiem lat będę się tylko utwierdzał w tym przekonaniu. W końcu nie potrzeba wiele, żeby zwiększyć jakość świadczeń, które otrzymuje od nas pacjent. Chciałbym, żeby każdy z nas zapamiętał i wziął sobie do serca słowa Matki Teresy z Kalkuty: „Życzliwe słowa mogą być krótkie i łatwe do powiedzenia, ale ich echa są prawdziwie bezkresne”. ■

Bibliografia

- 1 Solecka M., *OECD: Polscy lekarze nie rozmawiają z pacjentami*, Kurier MP, 12.11.2015, <https://www.mp.pl/komunikacja/aktualnosci/132174,oecd-polscy-lekarze-nie-rozmawiaja-z-pacjentami> (dostęp 29.07.2017).
- 2 Tamże.
- 3 Motyka M., *Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem*, Sztuka Leczenia, 2013, nr 3-4 s. 17-24.
- 4 Tamże.
- 5 Sobierajski T., *Zasady skutecznej komunikacji lekarza z pacjentem*, Kurier MP, 05.07.2014, https://www.mp.pl/komunikacja/lekarz-pacjent/podstawy_skutecznej_komunikacji/66891,jak-skutecznie-rozmawiac-zpacjentem (dostęp 29.07.2017).
- 6 McKay M., Davis M., Fanning P., *Sztuka skutecznego porozumiewania*, GWP, Sopot, 2017.

Nawet jeśli chodzi o czynność tak prostą, jak pobranie krwi. Poświęcenie każdemu pacjentowi około minuty dłużej na wyjaśnienie co będę robił, w jakim celu, odpowiedzenie na zadane pytanie nie są rzeczami nazbyt trudnymi. Pozwalają natomiast zmniejszyć stres chorego. Zdobywamy dzięki temu jego zaufanie, co ułatwia przeprowadzenie bardziej wymagających zadań (np. pobranie krwi tętniczej).



Komunikacja z rodzicami ciężko chorego dziecka z perspektywy rodzica

EWA SAMUL
Collegium Medicum w Bydgoszczy,
Ratownictwo Medyczne, I rok

23.12.2012 roku – wtedy właśnie dowiedziałam się, jak ważna jest efektywna komunikacja z rodziną ciężko chorego pacjenta. „Dowiedziałam się”, jednak uświadomiłam to sobie dużo później. Była niedziela, około godziny 21.00, Szpitalny Oddział ratunkowy w Szpitalu Dziecięcym – zagubieni rodzice 3-miesięcznego niemowlęcia, które jeszcze przed chwilą po prostu nie chciało jeść, a po wykonaniu szeregu badań było dzieckiem, które wymaga natychmiastowej interwencji kardiochirurgicznej.

Pamiętam rozmowę... matka trzymająca na rękach swoje maleństwo, zapłakana, dziecko przestraszone po badaniu, lekarz stojący przy umywalce, odwrócony tyłem...

„Pani dziecko ma zespół Galanta... wymaga natychmiastowej operacji... szukamy szpitala... są święta... ciężko będzie... tętnice źle odchodzą... podamy leki... to bardzo rzadka wada...”

Tyle mniej więcej zrozumiałam z tej rozmowy, emocje rodziców bardzo

utrudniały rozmowę... wtedy to ja byłam tą zapłakaną matką.

Komunikacja z rodziną pacjenta w tak trudnej sytuacji nie jest ani łatwa, ani przyjemna, jednak warto pamiętać o tym, że o komunikacji możemy mówić wyłącznie wtedy, gdy przekazywana informacja zostaje odebrana i zrozumiana. Ta niby subtelna różnica między informowaniem, a komunikacją jest kluczowa w procesie komunikacji medycznej. Tej właśnie efektywności zabrakło, gdy lekarz przekazywał mi tak trudną do pojęcia wiadomość.

Dzisiaj, studiując ratownictwo medyczne, mając kontakt z pacjentami też z tej drugiej strony, wiem, że nie tak powinno być. Niedopuszczalne jest, aby rodzice po rozmowie z lekarzem musieli się domyślać, na co choruje ich dziecko, szukać opisu choroby w Internecie i zastanawiać się co dalej; oni za chwilę mogą stracić swój największy skarb. Ja właśnie z Internetu dowiedziałam się, na co choruje moje dziecko – zespół Galanta okazał się być zespołem Bland-White-Garlanda, bardzo rzadką wadą

serca polegającą na nieprawidłowym odejściu lewej tętnicy wieńcowej. Teraz też wiem, że ze względu na okres świąteczny ciężko było znaleźć lekarza, który podjąłby się operacji w trybie pilnym, że trzeba było znaleźć odpowiednią placówkę, bo w naszym mieście nie przeprowadzają takich operacji. Wiem, że lekarze starali się robić co mogli, ale nie dowiedziałam się tego wtedy od lekarza, który postawił diagnozę. Nie dowiedziałam się, co będzie się teraz działo, na czym będzie polegała operacja, jakie szanse ma moje dziecko na przeżycie. Lekarz nie zapytał, czy mam pytania, czy rozumiem to co powiedział. Zwracam się tu do lekarzy, ponieważ to oni najczęściej przekazują trudne wiadomości:

Drodzy lekarze! Pamiętajcie proszę, że my jako rodzice potrzebujemy chwili waszej uwagi, nie potrzebujemy suchej informacji, ponieważ w tak stresującej sytuacji ta, informacja do nas nie trafi. Warto tu wspomnieć o tym, że tylko w 7% trafia do nas informacja słowna, dużo więcej znaczy komunikacja niewerbalna. Znajdźcie czas na to, by usiąść z rodzicami twarzą w twarz, wyjaśnić, powtórzyć 5 razy, jeżeli taka będzie potrzeba i upewnić się, że zostaliście dobrze zrozumiani, że rodzice wiedzą co się teraz będzie działo. Nie wahajcie się również prosić o wsparcie psychologa dla rodziców podczas/po rozmowie. Pamiętajcie, że emocje rodziców bardzo szybko udzielają się również dziecku.

Rozmawiajcie z rodzicami, a nie tylko do nich mówcie!

Drugie moje doświadczenie w komunikacji medycznej miało miejsce zaledwie kilka dni później. 31.12.2012, godzina 8.50. Otrzymałam wtedy najgorszy telefon w moim życiu – „Proszę przyjechać, reanimujemy pani dziecko”.

Tego dnia lekarz przekazywał mi tą najgorszą wiadomość, jaką mogą usłyszeć rodzice – „Bardzo mi przykro, serce nie podjęło pracy”. Była to dla mnie sytuacja traumatyczna, jednak do dziś pamiętam cudowne podejście lekarza. Lekarz dał nam się najpierw wyplakać i pożegnać z dzieckiem, za co jestem niezmiernie wdzięczna. Dopiero po dłuższym czasie zaprosił nas do gabinetu, gdzie był też drugi lekarz zajmujący się naszym dzieckiem. Zadbano o to, by nikt nam nie przeszkadzał, zaproponowano coś do picia, podsunęto chusteczki – ‘takie niby nic’, a jednak poczuliśmy się ludźmi,



Pacjenci są różni, z jednymi rozmawia się łatwiej, z innymi trudniej. Myślę, że rozmowy z rodzicami małych ciężko chorych pacjentów są szczególnie trudne, gdyż znajdują się oni w bardzo trudnej sytuacji, grozi im utrata często ich największej wartości w życiu.

poczuliśmy się ważni. Lekarz wytłumaczył dokładnie co się stało, uspokoił, że to nie jest wada genetyczna, że kolejne dziecko może być zupełnie zdrowe, powtarzał, że nie ma tu naszej winy, że tej wady nie dało się wykryć wcześniej. Lekarz wyjaśnił wszystko, nawet to, o co nie wpadlibyśmy, że można zapytać. Powtarzał wszystko wiele razy i upewniał się, że wiemy o czym mówi. Życzyłabym sobie i wszystkim pacjentom, aby trafiali na lekarzy z tak dobrze rozwiniętymi umiejętnościami komunikacyjnymi.

Drodzy lekarze! Osoba, która przed wami stoi nie jest kolejnym przypadkiem – ona czuje, myśli, liczy na was. Zdaję sobie sprawę z tego, że lekarze też są ludźmi, mogą mieć gorsze dni, miewają zły humor, problemy osobiste, są zmęczeni; jednak osoba, która przed wami stoi jest również człowiekiem i niemalże zawsze człowiekiem znajdującym się w trudnej sytuacji.

Niezwykle ważne jest to, aby odnaleźć człowieka w drugiej osobie. Małe z pozoru gesty są przy tym niezmiernie istotne – zadbanie o prywatność i spokój podczas rozmowy, mowa ciała spójna do treści wypowiedzi, używanie słów zrozumiałych dla pacjenta i jego rodziny, mówienie prawdy, nawet tej bolesnej, niedawanie złudnej nadziei.

Pacjenci są różni, z jednymi rozmawia się łatwiej, z innymi trudniej. Myślę, że rozmowy z rodzicami małych, ciężko chorych pacjentów są szczególnie trudne, gdyż znajdują się oni w bardzo trudnej sytuacji, grozi im utrata często ich największej wartości w życiu. W takim momencie z reguły opanowane osoby mogą krzyczeć, osoby wykształcone, inteligentne mogą obrażać, wyzywać wszystkich dookoła.

Drodzy lekarze! Pamiętajcie, że wy obcujecie z ciężko chorymi cały czas, że dla was nasze dziecko jest jednym pacjentem z wielu, ale nam być może właśnie runął cały świat. ■

Moc dialogu

ALEKSANDRA SIEKIERZYCKA

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
Psychologia, I rok

Komunikacja interpersonalna jest obecna we wszystkich sferach codziennego życia. Drobne zakupy w osiedlowym sklepie, podróż pociągiem, udział w międzynarodowej konferencji- we wszystkich tych sytuacjach przydatne okazują się być umiejętności tzw. miękkie. Kontakt z drugą osobą, choć jest dla człowieka naturalny, to nie zawsze bywa łatwy. Co więcej, są miejsca i sytuacje, w których częściej niż w pozostałych jest on dodatkowo utrudniony. Jednym z takich miejsc jest szpital.

Dlaczego szpital? To tam jest prawdziwie pełen kocioł emocji – zarówno tych pozytywnych, jak i negatywnych. To tam spotykają się ludzie ze wszystkich grup społecznych. To tam zaobserwować można wiele barier komunikacyjnych, nie zawsze zależnych od personelu medycznego czy pacjenta. To tam jest ciągle pośpiech i brak czasu, a czasami również... brak chęci do stworzenia przyjaznej atmosfery wzajemnego zaufania.

Jednym z problemów w komunikacji medyk – pacjent jest używanie przez personel medyczny specjalistycznego języka.

– Czy był dzisiaj stolec? – pyta pacjenta lekarz w czasie obchodu. – A kręcił się tu jakiś facet, ale się nie przedstawił.

Przytoczony dowcip jest popularny w internecie. Wywołuje śmiech. Wywołuje jednak śmiech dopóty, dopóki człowiek nie skonfrontuje się ze szpitalną

rzeczywistością, w której takie wymiany zdań faktycznie się zdarzają. Co więcej, takie nieporozumienia mogą wpływać na proces leczenia, stosowane metody terapeutyczne, aż w końcu – na stan zdrowia pacjenta. Oto jeden z przykładów:

- Ból?
- Jest. Tu, w podbrzuszu.
- Skurcze?
- Brak.
- Diureza?
- Brak.

Rozmowa toczyła się na oddziale patologii ciąży. Informacja o nieoddawaniu moczu – istotna. Pacjentki bynajmniej nie dotyczył jednak wspomniany problem. Hasło diureza brzmiało po prostu obco; brzmiało jak dolegliwość. Zatem, skoro nikt nie „zdiagnozował” wcześniej diurezy, to pacjentki ona nie dotyczy.

Choć powszechnie wiadomo, że medyczne słownictwo brzmi

niezrozumiale dla przeciętnego Kowalskiego, to jednak w szpitalnych warunkach, kiedy kontakt z chorym przeplata się z rozmowami z kolegami po fachu, medykom, często mimo starań, łatwo o tym zapomnieć. Powinno się więc zapewnić pacjentowi poczucie swobody w zadawaniu pytań, dociekaniu, drążeniu tematu. Można to zrobić poprzez budowanie atmosfery życzliwości, akceptacji i partnerskiej relacji. Przydatne mogą być również broszury czy filmy edukacyjne.

Dwa monologi nie czynią dialogu – te słowa, których autorem jest Jeff Daly, często trafnie obrazują wymianę zdań, którą ciężko nazwać rozmową, pomiędzy pacjentem a personelem medycznym.

– Boję się.

– Nie ma czego się bać. U nas jest dobry sprzęt i najlepsi specjaliści. Nie będzie bolało. Będziemy podawać leki przeciwbólowe.

- Boję się pobytu w szpitalu.
- Łóżka mamy wygodne, a jedzenie smaczne. Niech się pani nie martwi.
- Nie rozumiem pan.
- Rozumiem, ale naprawdę nie trzeba obawiać się pobytu w szpitalu.
- Boję się, bo w domu są małe dzieci, a mąż gotować nie umie.

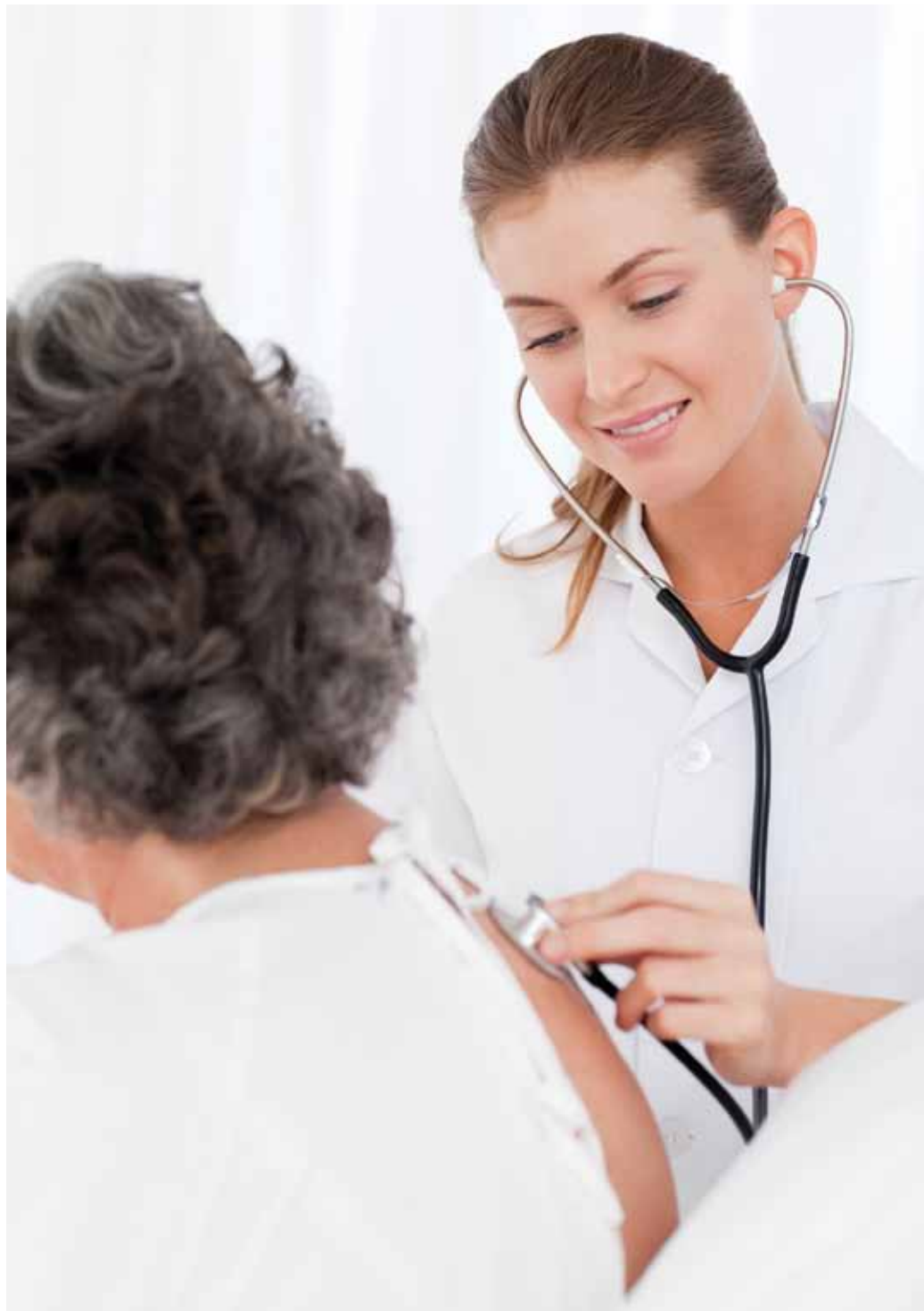
Często to, co dla personelu medycznego wydaje się być najbardziej istotne, dla pacjenta takie nie jest. I odwrotnie – to, co dla medyka będzie błahostką, dla chorego może stanowić problem wysokiej rangi. To, co dla jednej ze stron jest oczywiste, dla drugiej może stanowić największą zagadkę.

Właściwy dialog jest w mojej ocenie kluczowy w relacji medyk – pacjent. Właściwy dialog, czyli ten oparty na akceptacji, gotowości do słuchania, otwartości, empatii, zaufaniu i indywidualnym podejściu do drugiej osoby. Poprzez taką rozmowę można nie tylko wypełnić służbowy obowiązek, jakim jest między innymi przekazanie pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia, ale również zniwelować lęk, zmobilizować do przestrzegania zaleceń specjalistów czy stworzyć warunki do współpracy z rodziną chorego. Wszystko to z kolei znajduje odbicie w przebiegu procesu terapeutycznego.

Zdrowie to, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), dobrostan bio-psycho-społeczny. Każdy zatem, nawet ten z pozoru drobny, stan chorobowy rzutuje na wszystkie trzy wymienione sfery życia, zwykle powodując dyskomfort. Personel medyczny powinien mieć to na uwadze w kontakcie z każdym pacjentem i odpowiednio dostosowywać zarówno treść, jak i formę komunikatów.

Kolejnym ważnym aspektem jest komunikacja niewerbalna. Kontakt wzrokowy, o którym tak łatwo zapomnieć, tonąc w dokumentach czy rozmawiając z pacjentami-dziećmi, jest niezwykle istotny i buduje poczucie bezpieczeństwa. Wszystkie gesty i poświęcony pacjentowi czas jest na wagę złota. Uścisk dłoni czy serdeczny uśmiech często przypomina pacjentowi o tym, że to nie jego choroba, a właśnie on jest najważniejszy. ■

Choć powszechnie wiadomo, że medyczne słownictwo brzmi niezrozumiale dla przeciętnego Kowalskiego, to jednak w szpitalnych warunkach, kiedy kontakt z chorym przeplata się z rozmowami z kolegami po fachu, medykom, często mimo starań, łatwo o tym zapomnieć.



Dialog na zdrowie

znaczenie komunikacji w procesie leczenia

DARIA BOŻEJEWICZ
Collegium Medicum w Bydgoszczy,
Pielęgniarstwo, II rok

Nie ma słów bez znaczenia. Rozmowa potrafi zdziałać cuda, daje nadzieję i chęci do życia, a czasami właśnie pragnienie życia pozwala przewyciężyć chorobę.



Istota komunikacji

Wiele osób pracujących w służbie zdrowia nie zdaje sobie sprawy jak ważna jest komunikacja i zrozumienie drugiego człowieka, a konkretniej pacjenta. Każdy człowiek potrzebuje rozmowy, czy to mały chłopiec, czy starszy mężczyzna poruszający się już na wózku inwalidzkim. Jesteśmy osobami społecznymi i mamy swoje podstawowe potrzeby, takie jak na przykład bezpieczeństwo, przynależność, szacunek. Zawsze dążymy do zaspokajania tych potrzeb i osiągnięcia optymalnego dla nas stopnia „stabilizacji”. Czasami potrzeby nie mogą być spełnione... taką sytuacją może być pobyt w szpitalu. Wizyta w szpitalu wiąże się z utratą bezpieczeństwa, stabilizacji i strachem przed nieznanym.

Bądźmy wyrozumiali i cierpliwi dla naszych pacjentów i pomóżmy im odnaleźć się w nowej sytuacji.

Jeśli pacjent na pierwsze próby kontaktu odpowiada niechęcią

i opryskliwością, to nie znaczy, że nie potrzebuje rozmowy. Warto podjąć próbę dotarcia do niego, może ten mały krok przełamie barierę i pacjent nam zaufa na tyle, że będzie chciał się z nami podzielić tym, co go boli. Najważniejsze jest spróbować. Nie wiemy co dany pacjent przeszedł. Jako profesjonaliści do pacjenta powinniśmy podchodzić indywidualnie. Całość naszych działań powinna skupić się na pacjencie, by zapewnić mu dobrostan biopsychospołeczny. Nie powinniśmy koncentrować się tylko i wyłącznie na wykonaniu procedur medycznych. Czasami zatrzymajmy się na moment w chaosie zadań i obowiązków i spójrzmy na konkretnego człowieka jak na naszego brata, tatę czy dziadka. Na pewno chcielibyśmy żeby członek naszej rodziny czuł się jak najlepiej mimo tak niekomfortowej sytuacji jaką jest pobyt w szpitalu. Porozmawiamy z pacjentem i dowiedzmy się czego potrzebuje. Okażmy mu wsparcie.

Traktujmy drugą osobę tak, jakbyśmy sami chcieli być traktowani. Pacjenci to nie lalki, które trzeba nakarmić, przebrać, założyć wenflon, podłączyć kroplówkę czy zawieźć na badania. To żywe istoty, które ogarnia lęk przed nieznanym badaniem, którzy czują wstyd nie mogąc wykonać podstawowych czynności dnia codziennego, które otaczają obcy ludzie, którzy nawet nie „tracą czasu” na poinformowanie pacjentów o tym, jaką procedurę medyczną teraz wykonują i w jakim celu.

Czym tak naprawdę jest komunikacja z pacjentem?

Komunikacja to nie tylko dialog, ale również sygnały niewerbalne takie jak: gestykulacja; mimika twarzy; ton głosu; dotyk. Pozwalają one na osiągnięcie lepszego poziomu współdziałania. Porozumiewanie jest podstawą do osiągnięcia sukcesu każdego podmiotu leczniczego. Komunikacja z pacjentem umożliwia rozwiązywanie problemów; wspólne podejmowanie decyzji, chory nie chce biernie uczestniczyć w leczeniu, a chce brać czynny udział w powrocie do zdrowia oraz decydować o własnym sposobie leczenia; wytłumaczenie nurtujących kwestii; jak również zmotywowanie do walki z chorobą. Według Mirosławy Kram warunkami dobrej komunikacji interpersonalnej jest aktywne słuchanie, otwartość, akceptacja i empatia.

Aktywne słuchanie pozwala wytworzyć poczucie wzajemnego zaufania między chorym, a personelem medycznym. Zachęca również do otwartości i zwierzenia się ze wszystkich problemów, co może być dla pracowników służby zdrowia cenną wskazówką, gdzie tkwi źródło jego trudności. Ważne jest aby w trakcie rozmowy utrzymywać kontakt wzrokowy; zadawać dodatkowe pytania wskazujące na zainteresowanie tym, co pacjent mówi; parafrazować; nie przerywać pacjentowi w wypowiedzi; być cierpliwym.

Komunikowanie to nie tylko dialog, ale również sygnały niewerbalne takie jak: gestykulacja; mimika twarzy; ton głosu; dotyk. Pozwalają one na osiągnięcie lepszego poziomu współdziałania. Porozumiewanie jest podstawą do osiągnięcia sukcesu każdego podmiotu leczniczego.

Kolejnym elementem dobrej komunikacji jest otwartość. Po raz pierwszy na znaczenie otwartości w kontaktach interpersonalnych zwrócił uwagę Harry Stack Sullivan w 1953 r. Otwartość w prostych słowach można ująć jako autentyzm. Osoba otwarta jest swobodna, przyjazna, pogodna, przyjacielska. Nie ma problemu z nawiązaniem kontaktu z chorym.

Akceptacja jest jednym z najważniejszych warunków dobrej komunikacji. Akceptować drugiego człowieka to znaczy pozwalać mu na bycie sobą. Jako kadra medyczna powinniśmy akceptować naszych pacjentów bez względu na to jakie mają wady, zalety, wierzenia, poglądy, jak wyglądają, jakie odnieśli sukcesy, a jakie porażki. Nie powinniśmy oceniać, krytykować i osądzać. Potrzeba uznania i akceptacji jest podstawową potrzebą każdego z nas, należy do najbardziej el-

ementarnych potrzeb człowieka, a długotrwały brak właściwego jej zaspokojenia powoduje często trudności w prawidłowym funkcjonowaniu.

Empatia jest zdolnością odczuwania stanów psychicznych innych osób. Umożliwia spojrzenie na daną sytuację z perspektywy naszego chorego pacjenta. Pozwala to na dojście do kompromisów w sytuacjach konfliktowych. Pacjent znajduje u nas wsparcie, czuje się zrozumiany.

Przypadki

► Oddział Kardiologii Dziecięcej w Bydgoszczy. Dziecko w wieku 5 lat, godzina 7.30.

– *Wstawaj! Do zabiegowego! Trzeba pobrać krew na badania!* – krzyczy pielęgniarka wpadając do sali.

Dziecko się budzi, jest wystraszone, zaczyna płakać. Mama w pośpiechu zakłada swojej pocieszce kapcie na nogi i ciągnie za rękę do gabinetu zabiegowego.

– *Mamo, mamo! Ale co to za badania? Co będą mi robić? Będzie bolało?* – pyta dziecko.

– *Nie kochanie! To nic nie boli. Przestań płakać!* – odpowiada rozwścieczony rodzic.

Dziecko kładzie się na kozetce. Wykonuje posłusznie polecenia pielęgniarek. Trzy osoby z personelu pielęgniarskiego i mama trzymają z całej siły rękę dziecka. Igła się zbliża do skóry i potem już tylko słyhać krzyk dziecka. Po wszystkim dziecko mówi do rodzica:

– *Nienawidzę cię. Mówiłaś, że to nic nie boli.*

Trudno się dziwić dlaczego dziecko tak zareagowało. Poczucie ufają swoim rodzicom, rodzice są dla małego człowieka autorytetem. Przed każdym badaniem, czy nawet pobieraniem krwi, dziecko powinno wiedzieć co je czeka. Personel medyczny czy rodzic powinni poświęcić dziecku czas i z nim porozmawiać o danym zabiegu czy badaniu. Zminimalizowałyby to stres i dziecko byłoby przygotowane psychicznie na dany zabieg. Nie okłamujmy dzieci mówiąc,



Umiejętność właściwej rozmowy z chorym wymaga kompetencji komunikacyjnych i wiedzy. Nie jest ważna tylko treść informacji. Ważna jest relacja między pacjentem i personelem medycznym, więź oraz zaufanie. Dzięki temu można zminimalizować stres i strach wynikający z hospitalizacji. Pacjent wie, że może na nas polegać

że to nic nie boli. Kłamstwa wywołują odwrotny skutek. Dzieci tracą do nas zaufanie.

► Pracownia gastrokopii.

Pacjentka ma wykonywaną gastrokopię. Podczas badania dzwoni telefon. Lekarz bez wahania przerywa zabieg i odbiera telefon komórkowy.

– *Hmmm... no nie wiem co na ten obiad możesz zrobić... może jakąś zupę? Albo nie... wolę coś konkretniejszego, kotlety schabowe z ziemniakami?*

Pacjentka z rurą w gardle zaczyna się dusić i nerwowo przebierać palcami (...).

Jak można nazwać takie zachowanie? Brakiem profesjonalizmu, empatii,

szacunku? Wydają mi się, że te słowa i tak nie oddają tego, co czuła pacjentka podczas tego badania. Pacjent oddając się w ręce lekarza, czy kogokolwiek z personelu medycznego ufa nam i wierzy, że mu pomożemy. Takim zachowaniem tylko zniechęcamy chorych do siebie. Bądźmy profesjonalistami i zachowujmy się po ludzku. Jeśli zdarzy się, że zadzwoni telefon i to w bardzo ważnej sprawie, powiedzmy chociaż „przepraszam”.

Zakończenie

Rozmowa to spotkanie dwóch różnych osób, zapewniająca wysłuchanie, szacunek i zainteresowanie.

Umiejętność właściwej rozmowy z chorym wymaga kompetencji komunikacyjnych i wiedzy. Nie jest ważna tylko treść informacji. Ważna jest relacja między pacjentem i personelem medycznym, więź oraz zaufanie. Dzięki temu można zminimalizować stres i strach wynikający z hospitalizacji. Pacjent wie, że może na nas polegać. Pacjentów jest bardzo dużo i ciężko poświęcić każdemu choremu tyle czasu ile byśmy chcieli, ale nie dajmy odczuć pacjentowi, że rozmowa jest wykonywana w pośpiechu i dlatego wykorzystujemy dane minuty w przemyślany sposób. Właściwa komunikacja pomiędzy kadrą medyczną, a pacjentem jest jednym z fundamentalnych warunków wysokiej jakości opieki medycznej. ■

BIBLIOGRAFIA:

Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Aneta Matuszka, artykuł „Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych”, *Hygeia Public Health* 2012, 47(3), str. 247-253.

Izabela Stangierska, Wanda Horst-Sikorska, artykuł „Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem”, Katedra i Klinika Endokrynologii Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, *Forum Medycyny Rodzinnej - Via Medica* 2007, 1(1), str. 58–68.

Mieczysława Czerwonka-Szaflarska, Mariusz Wysocki, tytuł rozdziału – „Komunikowanie się pielęgniarki z dzieckiem”, tytuł książki - „Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne: dziecko w zdrowiu i chorobie”, Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, 2004, str. 41-56..

Zmiany są dobre

System nagradzania uczestników w Warsztacie Terapii Zajęciowej „Bratanki”. Nasza praktyka

ANNA MACKIEWICZ-KONIECZNA
psycholog WTZ Bratanki

Warsztaty Terapii Zajęciowej na terenie naszego kraju funkcjonują w oparciu o Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej oraz Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 1997 r. Nr 123, poz. 776).





Wymieniona ustawa i rozporządzenie formułują dwa zasadnicze cele, które powinny realizować warsztaty. Są to: „rehabilitacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych niezdolnych do podjęcia pracy, zmierzająca do ogólnego rozwoju i poprawy sprawności, niezbędnych do prowadzenia przez osobę niepełnosprawną niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia”¹

Rehabilitacja społeczna realizowana jest poprzez wyrabianie zaradności osobistej, kształcenie i poszerzanie umiejętności życia codziennego oraz umiejętności wypełniania ról społecznych.

Rehabilitacja zawodowa zaś, poprzez wyposażanie uczestników w umiejętności i kompetencje niezbędne do podjęcia pracy. Tym celom podporządkowane są zajęcia organizowane w poszczególnych pracowniach w Warsztacie Terapii Zajęciowej.

Zgodnie z wytycznymi ustawy, jedynym kryterium formalnym, niezbędnym

do przyjęcia uczestnika do warsztatu jest posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, ze wskazaniem do terapii zajęciowej. Przy czym, wskazanie do WTZ na komisjach, otrzymują osoby z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności.

Warsztat „Bratanki” w Toruniu, w chwili obecnej ma 46 uczestników. Jest to grupa zróżnicowana pod względem stopnia niepełnosprawności, jak i jej przyczyny. W większości, uczestnikami naszego warsztatu są osoby z niepełnosprawnością intelektualną wraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi. Jednak są też i takie, u których główną przyczyną niepełnosprawności są zaburzenia psychiczne, czy neurologiczne. Jak łatwo się domyśleć nasi uczestnicy, to grupa, która oprócz stopnia i przyczyny niepełnosprawności jest również bardzo zróżnicowana pod względem wieku, zasobów poznawczych, ruchowych, posiadanych umiejętności życia codziennego, zdolności do uczenia się, modyfikacji zachowań, percepcji poleceń i gotowości do ich wykonywania.

Praca z tak niejednorodną grupą jest prawdziwym wyzwaniem dla każdego, kto chce nauczać nowych umiejętności.

Do wypracowania nowych zachowań czy umiejętności najskuteczniejszym motywatorem są nagrody. Nagradzać zatem trzeba i powinno się.

Ogólnie rzecz ujmując, nagrody możemy podzielić na dwie duże grupy: niematerialne i materialne. Nagrody niematerialne to różnego rodzaju przywileje i pochwały.

Z przyznawaniem tychże, w naszej codziennej praktyce, nie mieliśmy i nie mamy problemu.

Natomiast kryterium przyznawania nagród materialnych, stanowiło zawsze nie lada wyzwanie.

Stosowanie kryterium efektywnej i w dobrym tempie wykonanej pracy, sprowadzało się do tego, że nagrody pieniężne wędrowały bardzo często, w te same, dość sprawne ręce i do tych samych, względnie dobrze zmotywowanych osób. Owszem, nie należy zapominać o nagradzaniu, którego celem jest podtrzymywanie wykształconych już umiejętności oraz nagradzać za chęć do pracy i aktywną postawę. Jednak osoby funkcjonujące słabiej poznawczo, fizycznie, czy te mniej zmotywowane, niemal zawsze przy rozdziale nagród materialnych, przegrywały „rywalizację” z osobami bardziej sprawnymi. Mimo iż wysiłek przez nie wkładany w wykonywanie poleceń jest często większy, niż ich sprawniejszych kolegów. Poza tym, do tego dochodził jeszcze czynnik umiejętności „odraczania gratyfikacji”. Termin ten, oznacza umiejętność odkładania przyjemności, którą posiada niemal każdy człowiek funkcjonujący w normie. Większość z naszych uczestników tej umiejętności nie posiada, co w połączeniu z problemami w myśleniu przyczynowo-skutkowym oraz pamięcią, sprowadzało się do tego, że nagroda wypłacana w końcu okresu rozliczeniowego, nie była łączona przez uczestnika z zachowaniem, za które ją otrzymał. Codzienność domagała się zmiany.

W oparciu o obserwacje i potrzebę sprawiedliwszego dostępu do nagród pieniężnych, stworzyliśmy w naszym warsztacie System Małych Wzmocnień.

Wiedzieliśmy, które zachowania, u których uczestników należy wzmacniać, aby utrwalić je i wprowadzić do codziennego funkcjonowania. Teraz już jedynym problemem było pozyskanie na to środków pieniężnych.

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. O rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 1997 r. Nr 123, poz. 776).

Warsztat, w swoim codziennym funkcjonowaniu, posiada środki finansowe przeznaczone do realizowania tzw. „treningu ekonomicznego”. Trening ów, który w naszym warsztacie otrzymują wszyscy uczestnicy, ma służyć m.in.: uczeniu samodzielności w dysponowaniu środkami płatniczymi, motywowaniu do efektywnego udziału w procesie terapii.

W „Regulaminie dotyczącym sposobu ustalania wysokości środków finansowych oraz gospodarowania nimi” posiadamy zapis o tym, że środki finansowe „treningu” mogą ulec zmniejszeniu, m.in. np. z powodu nieobecności na zajęciach. Uczymy uczestników funkcjonowania w życiu społecznym, wyposażamy w kompetencje niezbędne do podjęcia pracy, zatem do zasady regularnego uczestniczenia w zajęciach i punktualności w naszej placówce, mamy dość pryncypialny stosunek. W oparciu o listę obecności, którą uczestnicy podpisują codziennie przychodząc do warsztatu, zmniejszamy środki „treningu ekonomicznego” osobom systematycznie spóźniającym się i nieobecny. Działania takie mają wzmacniać motywację uczestników do regularnego uczestniczenia w zajęciach warsztatowych.

Z puli pieniędzy pochodzących „z nieobecności”, która tworzy się co miesiąc, zaczęliśmy przeznaczać stałą, ściśle określoną kwotę na żetony, które uczestnicy dostają na zajęciach, bezpośrednio po wystąpieniu pożądanego zachowania, które chcemy u danego uczestnika wzmacniać.

Instruktor zajęciowy każdej pracowni, otrzymuje taką samą ilość żetonów do rozdysponowania u siebie na zajęciach w ciągu miesiąca. Gdy zaobserwuje zachowanie pożądane u danego uczestnika, natychmiast nagradza je żetonem, podkreślając jednocześnie głośno, za co uczestnik go dostaje. Listę zachowań, z którymi uczestnicy mają problemy i które chcemy wzmacniać, opracowaliśmy wspólnie. Jest ona modyfikowana, co pewien okres.

Nawet, jeśli ze względu na zasoby poznawcze, uczestnik nie jest w stanie ocenić wartości nabywczej żetonu (nieznajomość wartości pieniądza), doskonale rozumie, że otrzymał nagrodę „za coś” i wie, „za co”. Zaczyna rozumieć i utrwałać w sobie przekonanie, że określone zachowania „opłacają się”, że są przez innych uważane i nagradzane.



Nawet, jeśli ze względu na zasoby poznawcze, uczestnik nie jest w stanie ocenić wartości nabywczej żetonu (nieznajomość wartości pieniądza), doskonale rozumie, że otrzymał nagrodę „za coś” i wie, „za co”.

I nawet ktoś „taki jak On” jest w stanie zasłużyć na nagrodę. Niebagatelne jest tu znaczenie nagrody, wręczanej w obecności innych uczestników. Fakt ów, ma bezpośredni wpływ na budowanie poczucia własnej wartości.

Nasi uczestnicy bardzo szybko zrozumieli zasady otrzymywania żetonów i bardzo szybko, zaakceptowali je, jako element naszego codziennego życia. Do nas należy zapewnianie w trakcie zajęć takich możliwości słabszym

uczestnikom, aby mogli wykazać się i „zasłużyć” na nagrodę.

Dodatkową korzyścią z wprowadzonego Systemu Małych Wzmocnień było to, że my sami doświadczyliśmy kolejnej ważnej rzeczy – nie zawsze należy godzić się z zastanym stanem. A poszukiwanie nowych rozwiązań i działania z tym związane, wnoszą do codziennego funkcjonowania czynnik, zmuszający nas wszystkich do pracy nad sobą i rozwoju. ■

Echa 20. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej w Toruniu

Panel dyskusyjny dla Dyrektorów DPS

GRZEGORZ BARANOWSKI
DPS dla Dorosłych w Bytomiu
prowadzący panel

Ułynął już jakiś czas od jubileuszowej, 20. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej w Toruniu. W tym roku wydarzenie to miało szczególny charakter, bo konferencja połączona była z 15. Międzynarodowym Kongresem E.D.E. Tematem wiodącym tegorocznej konferencji był „Dyrektor instytucji opieki długoterminowej dziś i jutro. Naciski, ustępstwa, kompromisy i rozwiązania”.





Konferencja obfitowała w wiele różnorodnych wydarzeń, jednak w tym roku, Organizatorzy podjęli się jeszcze jednego wyzwania, jakim było zorganizowanie odrębnego spotkania Dyrektorów domów pomocy społecznej – panelu dyskusyjnego. Panel, którego tematem były „Aktualne problemy w funkcjonowaniu domów pomocy społecznej”, odbył się w dniu 28 września 2017r., a uczestniczyło w nim blisko 100 dyrektorów i kierowników DPS. Zaproponowana forma panelu dyskusyjnego, pozwoliła na udział w dyskusji wielu jego Uczestnikom.

Do udziału w panelu zaproszonych zostało także grono ekspertów, wśród nich:

Pan Rafał Marek – Dyrektor DPS, Członek Zarządu Krajowego i Prezes Śląskiego Oddziału Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia, członek zespołów eksperckich ds. domów pomocy społecznej i opieki pielęgniarskiej w MRPiPS w Warszawie;

Pani Ewa Bombała – wieloletni dyrektor DPS, posiada wykształcenie medyczne i w zakresie nauk społecznych, praktyk, Sekretarz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Stowarzyszenia

Dzisiejsi przedstawiciele tego pokolenia, tj. 50-latkowie do 75-latków, przeżywali fazę socjalizacji i zdolności do pracy zarobkowej w specyficznych warunkach socjalnych, społecznych i gospodarczych, które jednak w różnych krajach mogły być różne.

Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia;

Pani Joanna Jeleniewska – Wiceprezes Fundacji FlexiMind, specjalista projektów unijnych, koordynator projektów unijnych,

Wielkimi nieobecnymi byli przedstawiciele instytucji, takich jak: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich w Warszawie – Krajowy Mechanizm Prewencji, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w Warszawie, Przedstawiciela Wojewody Kujawsko – Pomorskiego. Niestety pomimo usilnych zabiegów Organizatorów, żaden z przedstawicieli w/w instytucji nie zdobył się na odwagę by stanąć przed dyrektorami DPS i podjąć się dyskusji na trudne, jednak wspólne tematy.

Panel zorganizowany został w ten sposób, by dyskusja toczyła się w ramach trzech bloków tematycznych. Tematyka bloków została sformułowana następująco:

- ▶ Blok I – Problemy z zabezpieczeniem usług zdrowotnych mieszkańcom DPS,
- ▶ Blok II – Sytuacja organizacyjna i prawna domów pomocy społecznej,
- ▶ Blok III – Kierunki zmian – dobre praktyki, szczególnie w zakresie deinstytucjonalizacji.

W pierwszej części spotkania, dyskusja dotycząca problemów z zabezpieczeniem usług zdrowotnych w DPS była bardzo interesująca. Uczestnicy



identyfikowali problemy, wśród których najbardziej drażliwymi były: niezatwierdzona sprawa realizacji usług przez pielęgniarki w domach pomocy społecznej, brak finansowania zewnętrznego tychże usług, niespójny stan prawny w zakresie usług zdrowotnych, oraz widoczny i intensywny wpływ kadr pielęgniarskich z domów pomocy społecznej.

Problem zabezpieczenia usług zdrowotnych obejmuje również realizację

usług przez fizjoterapeutów, ratowników medycznych, a także brak dostarczonych rozwiązań prawnych w zakresie dostępu do informacji o stanie zdrowia mieszkańca przez personel DPSu.

Uczestnicy spotkania prezentowali różne propozycje rozwiązania omawianych problemów, dostrzegalna była jednak wielość koncepcji i brak spójnego stanowiska w omawianych kwestiach.

Paneliści zwracali uwagę na błąd prawny i istniejący ciągły spór pomiędzy różnymi zapisami ustawowymi, w tym: ustawy o pomocy społecznej, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz innych ustaw, których ustawodawca nie konsultuje ze środowiskiem profesjonalnych organizatorów DPS.

Śmiało można powiedzieć, iż dyskusje dotyczące zabezpieczenia usług medycznych w DPS, zawsze dominują każde spotkanie organizatorów pomocy społecznej w placówkach opieki całodobowej, jakimi są domy pomocy społecznej.

W drugiej części panelu uczestnicy skupili się na sytuacji organizacyjnej i prawnej domów pomocy społecznej. Najważniejszym problemem sygnalizowanym podczas dyskusji był dostrzegalny brak kadr oraz przyczyna tego stanu rzeczy – tj. polityka płacowa. Podniesienie kwoty płacy minimalnej oraz zmiany na rynku pracy powodują, iż wynagrodzenia oferowane przez domy pomocy społecznej, przy ogromnych obciążeniach psychicznych i fizycznych związanych z pracą, nie są w żaden sposób atrakcyjne dla potencjalnych i obecnych pracowników domów. Problem niskich zarobków, nierozzerwalnie związany jest ze sposobem finansowania usług. W trakcie spotkania wskazywano na wyczerpanie się dalszych możliwości finansowania pobytu mieszkańców przez gminę, a proponowanym sposobem radzenia sobie z tym problemem może być większe skupienie się na odpłatności osób zobowiązanych, a także ewentualnym stworzeniu możliwości prawnych ponoszenia opłat z „majątków” podopiecznych. Znaczące działania w tej sprawie podejmował jeden z prelegentów, tj. Pan Dyrektor Rafał Marek, który szczegółowo odniósł się do tematyki i przedstawił dotychczasowe działania podejmowane w tym zakresie.

Ostatnią, trzecią część panelu zatytułowaną „Kierunki zmian – dobre praktyki”, poprowadziła – Pani Joanna Jeleniewska – specjalistka ds. projektów unijnych. Dyskusja dotyczyła zmiany jakościowej w działalności DPS, a w szczególności deinstytucjonalizacji

Paneliści zwracali uwagę na bałagan prawny i istniejący ciągły spór pomiędzy różnymi zapisami ustawowymi, w tym: ustawy o pomocy społecznej, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz innych ustaw, których ustawodawca nie konsultuje ze środowiskiem profesjonalnych organizatorów DPS.

usług w DPS, oraz możliwości pozyskania środków unijnych w nowej perspektywie finansowej UE.

W trakcie tej części spotkania Uczestnicy skupili się na możliwościach realizowania przez DPS projektów finansowanych ze środków unijnych, tj. z Europejskiego Funduszu Społecznego – tzw. projektów

miękkich oraz powiązanych z nimi projektów inwestycyjnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Przedstawionych zostało kilka obecnie realizowanych projektów, omówiono kluczowe pojęcia związane z nowym okresem projektowania, podstawowe zasady

finansowania projektów, a także dyskutowano na temat różnic w Regionalnych Programach Operacyjnych samorządów województw na terenie całego kraju.

Podkreślić należy, iż całe spotkanie odbywało się w atmosferze gorącej dyskusji oraz zainteresowania tak ważnymi problemami poruszonymi w trakcie panelu. Słowa podziękowania dla organizatorów za kolejną możliwość wymiany doświadczeń przez Dyrektorów DPS. Liczymy na spotkanie na kolejnej konferencji. ■

Szanowny czytelniku!

Zapraszamy do wypowiedzi na łamach kwartalnika Medi na temat, który uważasz za ważny dla opieki długoterminowej.

Kontakt z redakcją pod adresem: **robert.kujawa@tzmo.com.pl**



ULGA DLA SKÓRY

seni[®]
care

- BARDZO SUCHEJ
- PODRAŻNIONEJ
- WRAŻLIWEJ



Szampon
nawilżający



Lotion
myjąco-
natłuszczający



Balsam regenerujący
do skóry suchej

Specjalistyczne produkty pielęgnacyjne Seni Care:

- regenerują suchą skórę i chronią ją przed utratą wody
- niwelują swędzenie i uczucie ściągnięcia
- łagodzą podrażnienia i zaczerwienienia
- głęboko nawilżają, odżywiają i natłuszczają



Dostępne w aptekach i sklepach medycznych.

www.seni.pl