



MATERIAŁY SZKOLENIOWE

III Warsztaty Szkoleniowe dla zespołu
Krakowskiego Hospicjum dla Dzieci im. ks. J. Tischnera
Łopuszna 24 maja 2013 r.

„MIŁOŚĆ, KTÓRA NAS ROZUMIE”

Autor: **Adam M. Cieśla**

Józef Tischner nie napisał żadnej książki o Bogu. Chyba bardziej interesował go człowiek. Jednak wszędzie tam, gdzie stawiał sprawę człowieka, równocześnie widział tam problem Boga. Jego podstawowym słowem w opisie człowieka jest dramat. Dramat pojęty jako to, co się wydarza w życiu człowieka i może mieć pozytywne lub negatywne zakończenie. Pisał: "Wśród rozmaitych opinii i przypuszczeń jedno jest szczególnie godne uwagi: istnieje właściwie tylko jeden dramat osoby - dramat człowieka z Bogiem. Każdy inny dramat i wątek dramatyczny jest jedynie fragmentem tego dramatu". Skoro dramat, czyli to co się wydarza, co spotyka człowieka, jest dramatem człowieka z Bogiem, trudno się dziwić, że także droga Tischnera do jego własnego obrazu człowieka i Boga nie była prosta. Doprowadziła go do zakwestionowania pojęcia Boga tradycji wywodzącej się od Św. Tomasza z Akwinu. Jej efektem był wniosek, że jedynym źródłem poznania Boga jest objawienie, a sposobem poznawania ze strony człowieka – doświadczenie. Istnieją dwa warunki tego doświadczenia: osoba (Bóg) musi się objawić, a osoba (człowiek) otworzyć się na objawienie. Relacją, w której następuje objawienie jest relacja miłości. Ta perspektywa określiła całą myśl Tischnera na temat Boga. Jego istnienie wypływa nie tyle z myślenia (*cogito, ergo sum*), co z miłości (*amo, ergo sum*). "»Kocham, więc jestem« - to, najgłębsza definicja Boga" (TCK,s.77).

Dobro

Tischner mówił: tym "ponad co niczego większego nie można pomyśleć", jest Dobro. W ten sposób w miejsce najwyższego Bytu Tischner wprowadził Dobro, a w miejsce logiki bycia - dramat. To właśnie dopiero intuicja Dobra pozwala myśleć o Bogu jako czymś, co jest "naj". Istnienie wypływa zatem z samej natury Dobra, inaczej jednak u Boga, inaczej u człowieka. Tischner odwołuje się do doświadczenia ludzkiego. Dobro domaga się istnienia, gdyż człowiek pragnie, aby dobro istniało a istotą Boga jest Dobro. Jego istnienie rodzi się z absolutnej dobroci samego siebie. **O Bogu może nam powiedzieć cokolwiek tylko Dobro.**

Wolność

Jednak w perspektywie objawienia Bóg jest miłością, tzn. Dobro jest Dobrem tylko w tej mierze, w jakiej dzieli się sobą. Dlatego dla Tischnera nie do pomyślenia jest Bóg jednoosobowy, a zatem Bóg, który jako osoba nie mógłby podzielić się swym Dobrem z inną osobą. Osoby są dla siebie



darem. Stąd właśnie fascynacja Tischnera problemem Trójcy Świętej. Jednocześnie warunkiem dzielenia się Dobrem jest wolność. Dobro nie istnieje bez wolności, a wolność bez Dobra. Wolność, obok Dobra, jest drugim fundamentalnym tischnerowskim pojęciem określającym istotę Boga. Wszelka wolność pochodzi od Boga. "Nie ma wolności wśród kamieni, wód, deszczów i gradów, trzęsień ziemi i wichrów. Nie ma wolności w pięknym świecie motyli i w groźnych gniazdach węży. A u człowieka? Czy to nie paradoks, że człowieka nawiedza idea wolności? Skąd przychodzi? Jedni biją się o wolność, drudzy uciekają od wolności, ale wolność wciąż jest problemem. Czy wolność na tym świecie może być z tego świata? Ona jest przeciw naturze. Jeśli jednak Bóg jest wewnętrznie wolny, to wszystko ulega zmianie. Stworzony na obraz i podobieństwo Boga człowiek musi nieść w sobie ten wiatr, który wieje we wnętrzu Trójcy Świętej" (KNM, s. 89).

"Logika" Boga jest logiką osoby, a "logika" osoby jest logiką dobra. Dobro zaś musi być wolne. Nie jest to konieczność bytowa, lecz dramatyczna. Jak jednak pogodzić wolność człowieka z wszechmocą Boga? Dramat pytania o Boga wypływa z faktu, że stawia je właśnie człowiek, który jest bytem skończonym i jednocześnie świadomym swej skończoności.

Właściwym sposobem rozpatrywania relacji Boga do człowieka i człowieka do Boga, tym sposobem, który wyprowadza poza paradoksy jakiegokolwiek rozumienia jest agatologia, nauka o Dobru. Dobro bowiem ze swej natury kieruje się ku drugiemu, ku Ty. Zakłada jego istnienie i wolność odpowiedzi na wezwanie. "Czym jest wolność, że jednym zamyka drogę do Boga, a innym tę drogę otwiera? I kim naprawdę jest Bóg?" (SOIC, s. 164). I odpowiada: jeśli między Bogiem a człowiekiem zionie absolutna różnica, jak możliwa jest między nimi relacja? Między Bogiem i stworzeniem istnieje zatem tożsamość. W miejsce absolutnej różnicy wprowadza wolność, a w miejsce tożsamości - Dobro. I tak jak nie istnieje tożsamość bez różnicy, a różnica bez tożsamości, tak też nie istnieje Dobro bez wolności, a wolność bez Dobra. Wolność jest sposobem istnienia Dobra. Dobro musi być przyjęte przez człowieka w sposób wolny, bowiem tylko zło posługuje się przemocą. "Istotne jest, że dramaturgia wyzwania i odpowiedzi na wyzwania nie jest dramaturgią przymusu, lecz wolności. Wolność jest osadzona na możliwości odmowy. (...) Kto wybiera rozpacz, wybiera logikę fatum. Kto wybiera wyzwanie, ten wybiera łaskę - łaskę nadziei" (SOIC, s. 289).

Sam człowiek może się wyczerpać działaniem, Dobro nie wyczerpuje się, lecz może tylko dodawać siłę, gdyż Dobro nie zna spoczynku. Gdy działa sam człowiek, może niszczyć inne byty, ludzi Dobro natomiast oszczędza inne dobra. I współistniejąca z Dobrem Wolność, która nie sprowadza się do mocy: "Wolność jest najpierw i przede wszystkim kategorią dramatyczną: pojawia się między ludźmi (ściślej: między osobami). Pierwotnie nie jest ona ani we mnie, ani w tobie, lecz »między nami«. Jesteśmy wolni w stosunku do siebie: ty wolny wobec mnie, ja wolny wobec ciebie" (SOIC, s. 298). Wolność jest więc siłą przyswajającą osobę dobru i dobro osobie. "Dobro, które jest wolne, nie chce odbierać wolności innej dobroci; ono nie może chcieć nie uznać dobroci innego. Wolność jest tak samo sposobem istnienia mojej, jak i twojej dobroci" (SOIC, s. 318). I Wolność jako sposób istnienia Dobra pozwala rozwiązać paradoks relacji między



Bogiem i człowiekiem. Pozwala ono człowiekowi być jednocześnie skończonym i wolnym. Dobro, z jednej strony, umożliwia autentyczną relację między Bogiem i człowiekiem, z drugiej jednak - co może wyglądać paradoksalnie - wprowadza między nimi rozdzielanie. Dar Dobra nie musi bowiem zaistnieć ani także nie musi zostać przyjęty. W tym sensie dar jest cudem. Nie ma logicznego przejścia między wolnością człowieka i Boga. "Tam, gdzie są dwie istoty wolne, nie ma między nimi wieczystego pomostu - każdy pomost jest do zburzenia, każdy można zniszczyć. Skoro obie są wolne, jedna nie może panować nad drugą. Może tylko próbować na nią wpływać poprzez mowę, język. Dlatego znaczenie mowy rośnie tam, gdzie jest doświadczenie wolności jako jedynej więzi pomiędzy istotami wolnymi" (TCK, s. 47). I dlatego relacja między Bogiem i człowiekiem jest relacją dialogiczną.

Bóg wobec człowieka

Osoba to podmiot dramatu, w którym istnieje wzajemność. „Jaka musi być osoba - pyta Tischner, by mogła być uczestnikiem dramatu?” Warunkiem dialogu jest doświadczenie własnej odrębności i inności. Jesteśmy monadami bez okien. Sytuacja radykalnej separacji, monady bez okien, jest głęboko dramatyczna. Tischner przedstawia ją na przykładzie Hioba. "Hiob ma świadomość, że stał się inny. Przede wszystkim stał się inny dla ludzi, szczególnie dla dawnych przyjaciół. W pewnym sensie stał się również inny dla Boga. Ale być innym dla ludzi i dla Boga znaczy, że także ludzie i Bóg stali się inni dla Hioba. (...) Hiob nie rozumie swej sytuacji. Narastająca ze wszystkich stron wokół Hioba świadomość inności sprawia, że zamyka się on w sobie i w zamknięciu potwierdza swe »bycie-dla-siebie«. Hiob osiąga poziom istnienia »bez złudzeń« - poziom »monady bez okien«" (SOIC, s. 222). Gdyby jednak Hiob był monadą bez okien, żadna relacja nie byłaby możliwa. Człowiek, w tym wypadku Hiob, nie jest jednak monadą bez okien, lecz monadą z zatrzaśniętymi oknami. "Ból Hioba polega na sprzeczności: ten, kogo nie ma - absolutnie Inny, Bóg - wciąż jest. Nie ma go nigdzie w przestrzeni na zewnątrz Hioba, ale jest w jego wnętrzu. Hiob nosi Innego w sobie. Nosi go jako swoje istotne cierpienie. U dna bólu ciała, pod powłoką utkaną z ran, u źródeł nieszczęść, jakie go spotkały, rozpościera się On - ten, który jest tak Inny, jak inne są ludzkie bóle i cierpienia. (...) Inny wtargnął do wnętrza monady i zatrzasnął jej okna. Monada jest nie tyle »bez okien«, ile »z zatrzaśniętymi oknami«" (SOIC, s. 225-226). Bóg (Inny) jest zatem obecny i jednocześnie nieobecny. I Tischner dodaje jeszcze: "Inny jest bólem, który nie pozwala mieć siebie. Nie można żyć bez Innego, ale z Innym też żyć nie można" (SOIC, s. 226). Oto sytuacja człowieka wobec Boga. By wejść w relację z Bogiem (Innym), trzeba być sobą, niejako odosobnionym. Jednocześnie jednak to odosobnienie jest cierpieniem (nie można żyć bez Innego). Ślad Innego w skończoności jest warunkiem relacji z Innym. Kondycja człowieka, który spotyka Boga, jest kondycją człowieka cierpiącego.

Pierwszą odsłoną dramatu jest **objawienie**. Ma ono charakter międzyosobowy. Rzeczy się przejawiają, a osoby objawiają. Istotą objawienia jest zwierzenie, a w konsekwencji powierzenie. Założeniem objawienia jest separacja, oddzielenie, dystans, a jego celem pokonanie oddzielenia. Jednak każdy początek objawienia inicjuje Bóg. Tischner stwierdza, że wiedza o Bogu jest wiedzą przez Boga. To początkiem myślenia o Nim: "myślenie jest odpowiedzią rozumu na dar przez



Boga dany" (SOIC, s. 348). Początkiem objawienia jest pytanie, które Bóg kieruje do człowieka. Pytanie odsłania istotę jakiegokolwiek rozmowy. Bóg mówiąc, zwraca się do człowieka. Bóg ustanawia człowieka w istnieniu jakby dwukrotnie: przez fakt stworzenia i przez fakt wybrania go poprzez słowo. Słowo jest obietnicą, a obietnica budzi nadzieję. Bóg mówi do człowieka tak, że "bardziej wiemy o tym, czym Bóg nie jest, niż o tym, czym jest". Pewne jest jedynie to, że Bóg jest Dobrem. Słowo to nie przynosi więc więcej wiedzy ale nadzieję, gdyż słowo Boga jest bardziej słowem z porządku dobroci niż wiedzy: "język religii tym się różni od każdego innego, że zawsze jest w nim jakaś dobra nowina" (TCK, s. 52). Relacją rządzi dobroć, wszystko jest podporządkowane logice dobra.

Tischner, podobnie jak Rosenzweig, odwołuje się do pytania, które Bóg skierował do człowieka: "gdzie jesteś?". Pytanie jest skierowane do wolności człowieka i stanowi uznanie tej wolności. Objawienie ma sens dramatyczny, gdyż właśnie dlatego że człowiek jest wolny, może milczeć, nie odpowiedzieć na pytanie Boga. Pytanie odsłania także inny, istotny dla Tischnera wymiar objawienia - wybranie. Bóg wybrał tego, do kogo kieruje pytanie: Pytanie i wybranie odsłaniają najgłębszy wymiar osoby, jej dialogiczność, uczestnictwo. Logika dialogiczności jest wyższa niż logika bycia. To nie bycie usprawiedliwia dobro, lecz dobro usprawiedliwia bycie i współistniejącą z nim wolność. „Czym byłoby bowiem powiernictwo bez wolności?" (SOIC, s. 187-188).

Druga odsłona dramatu to zbawienie. Dramat zbawienia urzeczywistnia się w spotkaniu skończonej wolności człowieka i nieskończonej wolności Boga. Może nie dojść do tego spotkania wskutek dwu przeciwieństw. Jedno to zatrata siebie, rezygnacja z własnej wolności. "Miłość jest jednaniem, które potwierdza i podtrzymuje inność. Im bardziej oddany Bogu jest człowiek, tym bardziej jest »sobą u siebie«" (SOIC, s. 345). Tymczasem niewolnik Boga to ktoś, kto wobec Boga chce zrezygnować ze swej wolności. "Oddanie się Bogu przynosi wielką ulgę. Dopiero teraz wiadomo, jakim ciężarem jest wolność. Trzeba więcej siły, by unieść wolność, niż by unieść niewolę" (SR, 63). Drugim przeciwieństwem jest grzech, który polega tu na tym, że wolność skończona "gra rolę" wolności nieskończonej, absolutnej.

Dopiero spotkanie wolności nieskończonej i skończonej rodzi zbawienie. Zbawiający usprawiedliwia, a usprawiedliwienie jest dopełnieniem wybrania. Usprawiedliwienie jest już właściwie zawarte w wybraniu, tak jak zbawienie zawarte jest już w objawieniu. Bóg wybierając człowieka, obdarza go Dobrem. By jednak dramat zbawienia mógł się dopełnić, człowiek powinien przyjąć dar Boga. Przyjęcie Dobra od Boga zakłada nawrócenie, które jest odwróceniem od przeszłości i zła. W ten sposób rodzi się nadzieja na przyszłe Dobro.

Miłość

O Bogu nie można jednak myśleć ani mówić jak o przedmiocie. Dlatego mowa "o Bogu" jest zawsze w jakiejś mierze bluźniercza i dlatego też "każdy krok w głąb tajemnicy Boga powinien być »okupiony« modlitwą" (SOIC, s. 268), czyli mową do Boga. Jeden z ostatnich tekstów Tischnera *Malerńość i jej mocz* zawiera coraz wyraźniejsze ślady tego "okupienia". Śladem śladów mowy Tischnera staje się słowo Miłość, które wchodzi coraz wyraźniej w miejsce Dobra. Bóg jest



miłością. A czym jest miłość? Jaki jest związek między Dobrem a miłością? Píše Tischner: "świadomość dobroci skierowanej ku innemu jest miłością" (KNM, s. 90). A w porządku ludzkim: Miłość polega na tym, że istoty absolutnie samoistne nie mogą żyć bez siebie". Wiedza (świadomość) o Bogu coraz bardziej zaczyna zmieniać się w jego mowę do Boga.

Zakończenie dramatu

Tischner mówił: „najpierw czuję się człowiekiem, potem filozofem, a dopiero na trzecim miejscu księdzem” i ten sam Tischner wskazywał na wiele inspiracji swojego Boga i siebie jako człowieka, w tym to wyznanie Św. Augustyna: „Stworzyłeś nas bowiem jako skierowanych ku Tobie. I niespokojne jest serce nasze, dopóki w Tobie nie spocznie”. Jednak to Tischner wskazał na dwa nierozdzielne słowa – ślady Boga: **Dobro**, które jest powiązane z **Wolnością** i z nich wyprowadził pozostałe: objawienie i zbawienie, nadzieję, wierność i w końcu **miłość**, która jak mówił **nas rozumie**".

„PODSTAWOWE ZASADY KWALIFIKACJI I PROWADZENIA OPIEKI PALIATYWNEJ ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM DZIECI CHORYCH NIEULECZALNIE.”

Autorzy: **Magdalena Woźniak**
Dorota Zygałło
Jolanta Goździk

Każdy pracownik służby zdrowia, a w szczególności lekarz jest zobowiązany do ratowania życia. Zdarzają się jednak sytuacje w których ratowanie i przedłużanie życia nie niesie korzyści, a wręcz szkodzi, narażając pacjenta na niewyobrażalne cierpienie zarówno fizyczne, jak i duchowe.

Lekarz działając w najlepszym interesie pacjenta w terminalnej fazie nieuleczalnej choroby, w sytuacji zbliżającego się końca życia, powinien skoncentrować swoje działania na maksymalnym łagodzeniu cierpienia, bez wpływania na długość życia. Tym samym, bez względu na swoją specjalność, powinien realizować założenia medycyny paliatywnej. Dotyczy to także opieki nad nieuleczalnie chorym dzieckiem, nie wyłączając również dziecka w fazie prenatalnej życia. Amerykańska Akademia Pediatrii jako cel opieki paliatywnej u dzieci wskazuje przyjęcie postępowania, którego celem jest „dodać życie do lat dziecka, a nie lat do życia dziecka” (*The goal is to add life to the child's years, not simple years to the child's life*).

Przez opiekę paliatywną rozumiemy opiekę nad nieuleczalnie chorym, który znajduje się w terminalnej fazie choroby. Nadrzędnym celem opieki paliatywnej jest poprawienie jakości życia chorego, łagodzenie objawów postępującej choroby, eliminowanie bólu oraz wsparcie psychiczne i duchowe chorego i jego najbliższych. Specyfiką opieki paliatywnej jest to, że nie kończy się ze śmiercią chorego, ale obejmuje wsparciem psychicznym i duchowym jego najbliższych w okresie żałoby. Czasu rozpoczęcia opieki paliatywnej nad nieuleczalnie chorym i zakończenia nad jego



najbliższymi nie da się opisać prostymi regułami, ani wyznaczyć zakresem dni czy miesięcy, a może lat. Jest on tak zmienny jak tylko zmienny może być przebieg choroby i żałoby.

Podstawową zasadą opieki paliatywnej jest akceptacja śmierci jako naturalnego końca nieuleczalnej choroby. W związku z powyższym, w opiece paliatywnej w równej mierze nie jest akceptowalne zarówno przyśpieszenie śmierci tzn. eutanazja, jak i uporczywa terapia mająca na celu przedłużenie życia, które jednak wiąże się z cierpieniem i postępującą, nie dającą się wyleczyć chorobą.

Przez pojęcie nieuleczalnej choroby rozumiemy każdą chorobę ograniczającą życie, nie dającą nadziei na wyleczenie, ani na poprawę stanu zdrowia. Uporczywą terapią zaś nazywamy każde stosowanie metod i środków medycznych w sposób nieproporcjonalny do możliwości poprawy chociażby tylko jakości życia nieuleczalnie chorego.

Nie ma odrębnych zasad dla prowadzenia opieki paliatywnej nad dziećmi, tak jak nie ma dla dzieci innej definicji choroby nieuleczalnej czy uporczywej terapii. Niezaprzeczalnie jednak, opieka paliatywna nad dziećmi jest szczególnym rodzajem opieki paliatywnej i powinna być prowadzona przez zespół, który zna, rozumie i respektuje specyfikę pracy z chorym dzieckiem i jego najbliższymi.

Wskazaniem do objęcia opieką paliatywną jest każda nieuleczalna choroba, która przebiega z wysokim ryzykiem przedwczesnej śmierci. Przykładowy wykaz możliwych wskazań do opieki paliatywnej przedstawiono w tabeli 1. Należy podkreślić, że w większości są to choroby, których wystąpienie kwalifikuje do objęcia opieką paliatywną zarówno dzieci jak i dorosłych pacjentów. Błędnie przyjmuje się, że podstawową różnicą w opiece paliatywnej nad dziećmi jest szerszy zakres wskazań. W rzeczywistości niewiele chorób, tylko te o bardzo agresywnym przebiegu, powodują śmierć przed osiągnięciem pełnoletniości. Znaczący postęp medycyny spowodował, że większość pacjentów z rozpoznaniem jednej z wymienionych w tabeli 1 ciężkich nieuleczalnych chorób wchodzi w wiek dorosły i nadal ma wskazania do kontynuowania opieki paliatywnej. Błędnym stereotypem jest również opinia, że wskazaniem do objęcia opieką paliatywną u osób dorosłych jest tylko nieuleczalna choroba nowotworowa.

Tabela 1. Przykładowe wskazania do prowadzenia opieki paliatywnej.

I.	Niepoddające się leczeniu choroby nowotworowe.	<ul style="list-style-type: none">• guzy lite• choroby nowotworowe szpiku i krwi
II.	Choroby spowodowane czynnikiem zakaźnym i ich następstwa.	<ul style="list-style-type: none">• choroba wywołana przez wirus HIV (AIDS),• powikłania encefalopatii pozakaźnych o ciężkim przebiegu• ciężkie powikłania bakteryjnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu• choroby spowodowane wirusami powolnymi• zespoły powstałe wskutek zakażeń wewnątrzmacicznych
III.	Uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego	<ul style="list-style-type: none">• dziecięce porażenie mózgowe• encefalopatie pourazowe



	spowodowane niedotlenieniem, krwotokami, zakrzepicą żylną, urazami lub zatruciami.	<ul style="list-style-type: none">• encefalopatie niedokrwienne• encefalopatie toksyczne
IV.	Choroby metaboliczne.	<ul style="list-style-type: none">• genetycznie uwarunkowane zaburzenia przemiany<ul style="list-style-type: none">- aminokwasów- puryn- lipidów- węglowodanów- metali• choroby peroksyzomalne• choroby lizosomalne• mukopolisacharydozy
V.	Choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego (genetycznie uwarunkowane i nieznanego etiologii) oraz demielinizacyjne.	<ul style="list-style-type: none">• stwardnienie zanikowe boczne• postępujące zwyrodnienie istoty szarej mózgu• dziecięca dystrofia neuroaksonalna• zwyrodnienie gąbczaste• choroby mitochondrialne
VI.	Genetycznie uwarunkowane choroby nerwowo-mięśniowe.	<ul style="list-style-type: none">• dystrofie mięśniowe• dystrofie miotoniczne• rdzeniowy zanik mięśni
VII.	Choroby uwarunkowane genetycznie o postępującym charakterze przebiegające z wydatnym skróceniem okresu przeżycia.	<ul style="list-style-type: none">• mukowiscydoza• stwardnienie guzowate i inne fakomatozy• wady szkieletowe, niektóre dysplazje kostne możliwe do stwierdzenia u noworodków• choroby tkanki łącznej
VIII.	Aberracje chromosomowe.	<ul style="list-style-type: none">• zespół Edwardsa (trisomia 18)• zespół Patau (trisomia 13)
IX.	Zespoły ciężkich, złożonych wad wrodzonych i powikłania ich przebiegu.	<ul style="list-style-type: none">• wady serca• wady cewy nerwowej• powikłane wodogłowie
X.	Nabyte zespoły przebiegające z krańcową niewydolnością narządową.	<ul style="list-style-type: none">• niewydolność wątroby w stanie schyłkowym• schyłkowa niewydolność nerek towarzysząca innym wadom wrodzonym• przewlekła niewydolność oddechowa lub krążeniowo-oddechowa w schorzeniach innych niż wymienione powyżej, w tym dysplazja oskrzelowo-płucna
XI.	Choroby o różnorodnej etiologii.	<ul style="list-style-type: none">• kardiomiopatie



Nie podejmowanie lub zaprzestanie stosowania terapii podtrzymującej życie może mieć miejsce w następujących sytuacjach klinicznych:

1. śmierci mózgu stwierdzonej w oparciu o określone kryteria przez komisję orzekającą o śmierci mózgu;
2. rozpoznania choroby o jednoznacznie złym rokowaniu i nieuleczalnym charakterze (także w badaniu prenatalnym), przy braku możliwości skutecznego leczenia – potwierdzonego przez konsylium specjalistów w danej dziedzinie medycyny;
3. w przypadku kiedy leczenie stanowi przyczynę nieuzasadnionego cierpienia, a brak jest szans na uzyskanie poprawy klinicznej, potwierdzonym przez konsylium specjalistów w danej dziedzinie medycyny.

W każdej z w/w sytuacji zespół medyczny opiekujący się chorym powinien obowiązkowo omówić zasadność kontynuacji prowadzonego leczenia lub odstąpienie od niego z pacjentem, także dzieckiem, jeżeli pozwala na to jego stan kliniczny i dojrzałość oraz z jego rodzicami. Za błąd sztuki lekarskiej należy uznać sytuację pozostawienia decyzji o nie podejmowaniu lub zaprzestaniu stosowania terapii podtrzymującej życie przypadkowemu lekarzowi, spoza zespołu leczącego, np. lekarzowi pełniącemu dyżur. I odwrotnie, błędem sztuki lekarskiej będzie również, niestosowanie się takiego lekarza do niepodejmowania czynności podtrzymujących życie wbrew ustaleniom zespołu leczącego.

Decyzja o dalszym postępowaniu musi być jawna dla całego zespołu leczącego, chorego i jego opiekunów. Osoby uczestniczące w podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu terapii podtrzymującej życie winni są, oprócz rokowania klinicznego, uszanować godność chorego, oraz mieć na uwadze stopień zależności od aparatury i dożylniej farmakoterapii, a także stopień zależności od działań opiekuńczych ze strony personelu medycznego i członków rodziny. W każdym przypadku zaprzestania terapii podtrzymującej życie, zespół leczący ma obowiązek zapewnić choremu opiekę paliatywną we własnym zakresie lub kierując do hospicjum, jeśli istnieje taka możliwość.

Załamanie stanu zdrowia, diagnoza nieuleczalnej choroby, jest dla pacjenta, jak i całej jego rodziny ogromnym stresem. Personel medyczny sprawujący wtedy opiekę nad chorym w znaczącej mierze może i powinien pomóc w ograniczeniu zasięgu i siły tego stresu. W tej najbardziej burzliwej fazie choroby, wokół której piętrzą się różne emocje, próby poszukiwania ratunku, załamanie, walka, poszukiwanie winnego itp. najważniejsze jest wykonanie kilku prostych gestów i czynności, które zapewnią utrzymanie dobrej komunikacji między personelem medycznym bezpośrednio opiekującym się nieuleczalnie chorym, tym chorym (dorosłym i dzieckiem) i jego rodzicami/opiekunami.

Dobra komunikacja i udzielanie choremu oraz w przypadku dziecka jego rodzicom/opiekunom pełnej i rzetelnej informacji o stanie zdrowia w znacznym stopniu redukuje ich niepokój, co również pośrednio uspokaja dziecko. Właściwa relacja wszystkich uczestników tej komunikacji wzbudza i podtrzymuje wzajemne zaufanie i ułatwia podejmowanie trudnych decyzji. Najczęstszym błędem popełnianym w tej fazie opieki jest wyeliminowanie z procesu wzajemnej komunikacji samego chorego, także dziecka, szczególnie nastolatka. Oczywiście dotyczy to tylko sytuacji kiedy pozwala na to stan kliniczny chorego, czy dojrzałość chorego dziecka.



Za zapewnienie warunków dobrej komunikacji w każdej sytuacji odpowiedzialny jest personel medyczny sprawujący opiekę nad nieuleczalnie chorym (dorosłym i dzieckiem). Klika prostych zasad powinno zawsze towarzyszyć rozmowie z pacjentem (dorosłym i dzieckiem) i/lub jego rodzicami/opiekunami.

1. Rozmowa powinna być prowadzona zawsze w osobnym pomieszczeniu, bez udziału osób trzecich, bez pośpiechu i zniecierpliwienia.
2. Rozmowy takie powinny być prowadzone systematycznie, jeśli występuje taka potrzeba wielokrotnie, nawet codziennie.
3. Zarówno pacjent (dorosły i dziecko), jak i jego rodzice/opiekunowie powinni mieć czas na przygotowanie się do rozmowy (dobrze jest wcześniej zaproponować np. Sformułowanie i zapisanie pytań, które chcieliby zadać).
4. Rozmowę mającą na celu przekazanie złej prognozy powinien przeprowadzać lekarz prowadzący chorego (dorosłego i dziecko) lub inny dobrze znany choremu lekarz.
5. Lekarz prowadzący rozmowę powinien dobrze znać historię choroby pacjenta, jego stan emocjonalny, jak i sytuację rodzinną.
6. W trakcie rozmowy należy informować o stanie faktycznym pacjenta, w sposób delikatny i zrozumiały dla pacjenta i/lub jego rodziców/opiekunów.
7. Zespół medyczny sprawujący opiekę nad nieuleczalnie chorym pacjentem, już w fazie postawienia takiego rozpoznania, powinien zapewnić choremu i jego najbliższemu wsparcie psychologa i/lub kapłana jeżeli taka jest wola chorego lub jego opiekunów.
8. W trakcie tej/tych rozmów pacjent, jego rodzice/opiekunowie powinni dostać rzetelną informację na temat możliwości kontynuowania (przejęcia) opieki nad chorym i jego najbliższymi przez hospicjum stacjonarne lub domowe.

Rozpoznanie nieuleczanej choroby w żadnym stopniu nie może ograniczać praw pacjenta i zespół leczący musi je respektować na tych samych zasadach, na których opierał swoje postępowanie przed postawieniem takiej diagnozy. Odpowiednie zapisy prawne określają obowiązki zespołu leczącego w zakresie przekazywania informacji o chorobie, podejmowanej diagnostyce, terapii i rokowaniu. W przypadku pacjentów dorosłych jedyną stroną takiej komunikacji dla zespołu leczącego jest chory, chyba że nie jest zdolny do takiej komunikacji lub wskaże inną osobę. W przypadku dzieci zawsze stroną komunikacji są rodzice/opiekunowie dziecka. Ale nie wolno nam zapominać, że prawo do informacji, przekazanej w sposób dostosowany do stopnia dojrzałości i rozumienia, ma również dziecko. Niedopuszczalne jest traktowanie dziecka w sposób przedmiotowy i całkowite wyłączenie go z procesu komunikacji.

Właściwa edukacja rodziny/opiekunów nieuleczalnie chorego prowadzona przez cały czas trwania choroby, już od momentu jej rozpoznania, pozwala wobec zbliżającej się perspektywy końca życia zapewnić pełen miłości i spokoju czas umierania. Umożliwia również spokojną rozmowę o odchodzeniu i śmierci rodziców/opiekunów także z chorym dzieckiem. Daje choremu wsparcie. Pozwala na dobre wykorzystanie pozostałego czasu życia. Ułatwia właściwą i sprawną reorganizację życia całej rodziny na czas odchodzenia chorego. Pozwala przygotować się do prawidłowego przeżycia żałoby.



Zaakceptowanie nieuleczalności choroby i nieuchronności śmierci zarówno przez chorego, jak i jego bliskich pozwala w pełni wykorzystać pozostały czas życia wśród osób najbliższych, współczujących

i kochających. Chory objęty opieką paliatywną powinien przez możliwie najdłuższy czas móc prowadzić normalne życie rodzinne, realizować swoje pasje oraz marzenia.

Warto, po raz kolejny przypomnieć, że celem nadrzędnym opieki paliatywnej jest „dobro” każdego objętego nią pacjenta, dorosłego czy dziecka. Ten rodzaj „dobra” może być trudny do zaakceptowania przez osoby nierozumiejące istoty lub nieakceptujące faktu zaistnienia u nich samych lub ich dziecka, czy innego członka rodziny, choroby nieuleczalnej. Jakim „dobrem” może być śmierć czy prowadząca do niej nieuleczalna choroba?

Brak zrozumienia i akceptacji dla nieuleczalnej choroby i śmierci jest zjawiskiem normalnym w pierwszej fazie zachowania się człowieka, u którego rozpoznaje się taką chorobę lub u jego najbliższych. Stan ten jest jedną z form odpowiedzi na „złą wiadomość”. Ten sam stan braku zrozumienia i akceptacji dla nieuleczalnej choroby i śmierci w środowisku lekarzy i pielęgniarek, w ich codziennej pracy jest zjawiskiem nieprawidłowym i zwykle prowadzi do wdrożenia uporczywej terapii.

Uporczywą terapią nazywamy każde stosowanie metod i środków medycznych w sposób nieproporcjonalny do możliwości poprawy chociażby tylko jakości życia nieuleczalnie chorego, także dziecka. Wynikiem uporczywej terapii jest nieuzasadnione przedłużanie życia przy ciągłym pogarszaniu jego jakości i eskalacji cierpienia. Prowadzenie uporczywej terapii można wręcz zaliczyć do błędów w sztuce lekarskiej i pielęgniarskiej.

Opieka paliatywna jest, od wielu już lat, regularnym przedmiotem studiów wydziałów lekarskich i pielęgniarskich większości, jeśli nie wszystkich uczelni medycznych. Programy specjalizacji w każdej niemal dziedzinie medycyny klinicznej zawierają szkolenia i kursy z zasad opieki paliatywnej. Czym wobec tego usprawiedliwić brak realizacji tych zasad w codziennej praktyce lekarskiej i pielęgniarskiej? W jaki sposób wytłumaczyć każdy przypadek prowadzenia uporczywej terapii?

Tylko odpowiedzialne i konsekwentne stosowanie zasad opieki paliatywnej od samego początku rozpoznania nieuleczalnej choroby przez wszystkie osoby sprawujące w jakiegokolwiek sytuacji, każdym czasie i zakresie opiekę nad tymże chorym, otwiera szeroko płaszczyznę współpracy pomiędzy chorym, jego rodziną i zespołem hospicyjnym. Realizację zasad opieki paliatywnej u danego chorego zawsze powinien rozpoczynać zespół oddziału szpitalnego, którym postawił diagnozę nieuleczalnej choroby i wykazał możliwości dalszego leczenia przyczynowego.

Opieka paliatywna może być prowadzona zarówno w oddziale szpitalnym, jak i w domu pacjenta. W przypadku dzieci, bezdyskusyjnie miejscem preferowanym jest dom rodzinny. Dlatego jeśli tylko istnieje taka możliwość, aby nieuleczalnie chore dziecko mogło przebywać w domu w ostatniej fazie swojego życia, obowiązkiem personelu medycznego jest go do takiej opieki skierować. W przypadku braku możliwości przekazania dziecka do domowej opieki paliatywnej, zespół leczący ma obowiązek zorganizować i prowadzić opiekę paliatywną nad pacjentem w oddziale szpitalnym, respektując wszystkie zasady tejże opieki.



Opieka paliatywna zapewnia całościowe spojrzenie na pacjenta. Zajmuje się zarówno problemami somatycznymi jak i psychicznymi, czy duchowymi pacjenta, ale także jego najbliższych. Aby móc najlepiej realizować założenia opieki paliatywnej zespół hospicyjny powinien być interdyscyplinarny.

W przypadku opieki paliatywnej prowadzonej nad dziećmi w składzie zespołu powinni znaleźć się: lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, psycholog, pedagog, pracownik socjalny, a także osoba duchowna.

Przejmujący opiekę nad nieuleczalnie chorym dzieckiem zespół hospicjum domowego ma obowiązek zapewnić dziecku opiekę lekarską i pielęgniarską, dostępną w ciągu całej doby przez wszystkie dni tygodnia, a także stałą opiekę psychologiczną, rehabilitację zachowawczą, w ramach łagodzenia objawów choroby, rozwój i uczenie się na miarę sił i możliwości. Wsparcie psychologiczne i duchowe, także po śmierci chorego, a także pomoc w łagodzeniu niedoborów socjalno-bytowych, to zadania zespołu hospicyjnego wobec członków najbliższej rodziny. Mimo, że każdy członek zespołu wnosi swój szczególny wkład w jego funkcjonowanie, to pokrywanie się pól działania i zacieranie się ról jest nieuniknione. Dotyczy to szczególnie personelu medycznego. Ich zadania wobec nieuleczalnie chorego dziecka i jego najbliższych ewoluują w trakcie prowadzenia opieki, uzupełniają się i wspierają. Zakres podstawowych czynności i zadań zespołu hospicyjnego w różnych fazach opieki paliatywnej przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Zakres czynności zespołu hospicyjnego w różnych fazach opieki paliatywnej.

Etap	Wobec chorego	Wobec jego rodziny
Nawiązanie współpracy i wzajemne poznawanie się.	<ul style="list-style-type: none">• regularne odwiedziny;• zabezpieczenie w leki i niezbędny sprzęt medyczny oraz nauka korzystania z niego;• łagodzenie objawów choroby, tak aby umożliwić jak najpełniejsze uczestniczenie w życiu rodzinnym;• wymiana rurki tracheotomijnej;• odsysanie nadmiaru wydzieliny z górnych dróg oddechowych;• pomoc w rozwiązywaniu wszystkich nowych problemów zdrowotnych;	<ul style="list-style-type: none">• regularne odwiedziny;• instruktaż pielęgnacji - wykonywania toalety, zmiany pozycji, toalety przeciwoleżynowej, zmiany opatrunków, karmienia i pojenia;• nauka przygotowania i podawania leków drogą doustną, podskórną, zakładania igły typu „motylek”;• nauka możliwości modyfikacji dawki leków;• nauka wymiany rurki tracheotomijnej;• nauka prawidłowego odsysania nadmiaru wydzieliny z górnych dróg oddechowych;• przygotowanie na możliwość wystąpienia takich objawów choroby, które dotychczas nie występowały, (spokojne



		<p>omówienie przebiegu takiego zdarzenia);</p> <ul style="list-style-type: none">• nauka obsługi i konserwacji sprzętu medycznego;• zaproponowanie, a nie narzucanie, planu opieki (przedstawienie możliwości wyboru, dostosowanie do sytuacji w razie potrzeby, uzgodnienie priorytetów);
Oswajanie się, akceptacja sytuacji i normalizacja.	<ul style="list-style-type: none">• leczenie objawów wymagających szybkiego uśmierzenia, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia bólu zgodnie z zasadami trójstopniowej drabiny analgetycznej WHO;• łagodzenia duszności i innych objawów;• dążenie do jak najlepszej jakości życia;	<ul style="list-style-type: none">• wejście w problemy domu po to, aby w chwilach trudnych – narastania dolegliwości, zaostrzenia choroby czy w okresie umierania – być dla rodziny kimś bliskim, „swoim”;• poprzez rozmowę o nieuchronności śmierci dążenie do jej akceptacji, co zwiększa szansę na przekonanie o bezcelowości lub nawet szkodliwości uporczywej terapii;• edukacja o sposobach pomocy choremu przed przyjazdem lekarza lub pielęgniarki w sytuacji zaostrzenia objawów;• wspieranie, nie nadzorowanie działań rodziny;
Odchodzenie.	<ul style="list-style-type: none">• towarzyszenie w agonii;• nie podejmowanie żadnych agresywnych działań wobec chorego (kroplówki, pojenie, karmienie, podawanie leków);	<ul style="list-style-type: none">• obecność i wsparcie;• pomoc w toalecie po śmierci;
Żałoba.		<ul style="list-style-type: none">• wsparcie, pomoc w okresie osierocenia;

Podstawowym warunkiem właściwej realizacji opieki paliatywnej jest praca zespołowa, która zakłada koordynację działań, ułatwia odnajdywanie środków i zapobiega bezproduktywnemu dublowaniu się. Trudno jednak oczekiwać, że grupa ludzi przez samo tylko nazwanie jej zespołem,



zacznie funkcjonować jako taki. Rzeczywista praca zespołowa zaistnieje, gdy ta grupa będzie potrafiła wyznaczyć wspólne cele, opracować i realizować wspólny plan działań, ponosić współodpowiedzialność za podejmowane decyzje, dzielić się własnym doświadczeniem i wiedzą, a także dbać o ciągły rozwój i doskonalenie zawodowe wszystkich członków zespołu, poprzez udział w specjalistycznych szkoleniach, kursach zawodowych i specjalizacjach.

Drugim równie ważnym warunkiem prawidłowego prowadzenia opieki paliatywnej jest czas. Czas pozwala na wzajemne poznanie, zdobycie zaufania, odzyskanie stanu równowagi, wypracowanie wzajemnych relacji, rzeczywiste towarzyszenie w ostatniej fazie nieuleczalnej choroby. Aby to nastąpiło, wszyscy członkowie zespołu muszą być całkowicie przekonani o słuszności podjętego postępowania i muszą ściśle ze sobą współpracować. Tylko taka postawa daje gwarancję jednolitości postępowania i jednoznaczności przekazu kierowanego w stronę podopiecznych. Każdy łańcuch jest tak silny jak jego najsłabsze ogniwo. Każde wahanie i niepewność zostanie natychmiast zauważane przez chorego, czy jego najbliższych. Rodzi to niepokój, destabilizację, nasila lęk i ból, wzmacnia cierpienie. Brak przekonania o słuszności podejmowanych kroków i niejednorodność działań podkopuje zaufanie i uruchamia kaskadę problemów. Nie poprawia jakości życia nieuleczalnie chorego, nie daje wytchnienia i pomocy jego najbliższym. A samych członków zespołu w bliższej lub dalszej perspektywie czasu, naraża na wystąpienie tzw. zespołu wypalenia zawodowego.

Podstawowym zadaniem zespołu opieki paliatywnej jest nawiązanie takich relacji z pacjentem i jego rodziną, które pozwolą na możliwie najpełniejsze przygotowanie się do zbliżającego się końca życia. Do tej współpracy, w przypadku opieki nad nieuleczalnie chorym dzieckiem, powinno szczególnie zostać włączone także rodzeństwo, oczywiście w zakresie odpowiednim do jego wieku i dojrzałości. Błędem postępowania jest koncentrowanie się zespołu hospicyjnego tylko na chorym dziecku i jego rodzicach/opiekunach. Rodzeństwo chorego dziecka zwykle jest zepchnięte na plan dalszy przez sam fakt zaistnienia ciężkiej choroby swojego brata czy siostry, a jej nieuleczalność i terminalność tylko tę sytuację pogłębia.

Objęty opieką paliatywną pacjent powinien prowadzić w miarę możliwości normalne dla niego życie. Nieuleczalnie chore dziecko powinno możliwie najdłużej wraz z rówieśnikami brać udział w zajęciach szkolnych, w miarę możliwości także w zajęciach sportowych, czy też innych ogólnorozwojowych.

Karta Praw Umierającego mówi, że każdy umierający, także dziecko, ma prawo do opieki lekarskiej i pomocy pielęgniarskiej, rzetelnych odpowiedzi na pytania i nie bycia oszukiwanym, wyrażania uczuć i emocji związanych ze zbliżającą się śmiercią na swój własny sposób, uwolnienia od bólu i innych nieprzyjemnych objawów, oraz umierania w warunkach intymnych.

Bibliografia

1. Aging, CO: Preparing to Say Good-bye: Care for the Dying. Aging, J. A. B. S. o. M. C. o., editor. Vol. 3. John A. Burn School of Medicine; Hawaii: 2002.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care: Palliative care for children. Pediatrics 2000; 106: 351-357.
3. American Cancer Society. Your emotions or what you might feel. May 2. 2011 from



<http://www.cancer.org/Treatment/NearingtheEndofLife/NearingtheEndofLife/nearing-the-end-of-life-emotions>

4. An exploration of the concept of patient education: Implications for the development of educational programmes for relapsed post-bone marrow transplantation patients and their families in Korea, Soo Jin Yoon PhD-student (Nsg) Lecturer, Department of Nursing, Cheju-Halla College, Korea Jane Conway DEd Manager, Organisational, Education Learning and Development, Northern Sydney Central Coast Health, New South Wales, Australia; Margaret McMillan PhD Deputy Executive Dean, University of Newcastle, Faculty of Health, Newcastle, Australia. *International Journal of Nursing Practice* 2006; 12: 129–135
5. AACN, A. A. o. C. o. N. AACN-End-of-Life Care. 2010. Retrieved July 26, 2010 from <http://www.aacn.nche.edu/el nec/>
6. Bowman KF, Rose JH, Radziewicz RM, O'Toole E, Berila RA: Family caregiver engagement.
7. Człowiek wobec śmierci aspekty psychologiczno - pastoralne, redakcja ks. Józef Makselon, Kraków 2005
8. Death, dying and emotional labour: problematic dimensions of the bone marrow transplant nursing role? Daniel Kelly BSc MSc RGN NDN Cert Onc Cert PGCE RNT Senior Nurse (Research and Development), Directorate of Nursing and Governance, UCL Hospitals, London *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 32(4), 952-960.
9. Decyzja o zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego u dziecka z powodu progresji choroby – standard Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Akademii Medycznej we Wrocławiu *Onkologia Polska* 2008, 11, 4:
10. Opieka paliatywna nad dziećmi - T. Dangel, Fundacja Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci, W-wa 2007
11. Chung HM, Lyckholm LJ and Smith TJ: Palliative care in BMT. *Bone Marrow Transplant* 2009; 43: 265–273.
12. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej - Krystyna de Walden-Gałuszko, Anna Kaptacz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2005
13. Podstawy opieki paliatywnej - Krystyna de Waden-Gałuszko, Wydawnictwo Lekarskie PZWL W-wa 2004
14. Szmyd K, Węclawek-Tompol J: Sposób podejmowania decyzji o zakończeniu leczenia przyczynowego u dzieci z chorobami nowotworowymi. *Onkologia Polska* 2011, 14, 4: 190-192
15. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-742.
16. Zdażyć z prawdą: o sztuce komunikacji w hospicjum - P. Krakowiak, Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2006
17. Życiodajna śmierć - E. Kubler-Ross, Księgarnia św. Wojciecha, Poznań 1996



„KOMUNIKACJA W ZESPOLE I W ORGANIZACJI”

Autor: **Olga Świdarska**

*„Natura dała nam dwoje
oczu, dwoje uszu,
ale tylko jeden język po to,
abyśmy więcej patrzyli i
słuchali, niż mówili.”*

Sokrates

W ramach działalności hospicyjnej warto zwrócić uwagę na dwa podstawowe aspekty komunikowania się. Komunikacja w pierwszym odruchu kojarzy się tylko z przekazywaniem pewnej treści, z werbalizacją postaw, myśli, emocji. Tymczasem proces dobrej, poprawnej komunikacji mógłby być nazwany równie dobrze procesem umiejętnego słuchania. Tym samym, obecnie dość często stykamy się w różnych sytuacjach w terminem „aktywne słuchanie”. Aktywne słuchanie jako związek frazeologiczny, może wydawać się swoistym oksymoronem... Bo cóż znaczy aktywnie słuchać drugiego człowieka, skoro w swej naturze słuchanie jest raczej procesem biernym? A jednak, coraz większy nacisk w procesie słuchania, tego głębokiego, niosącego zrozumienie i porozumienie, kładzie się właśnie na jego aktywny składnik. Przy dzisiejszym stanie wiedzy o ludzkich emocjach, sposobie przetwarzania informacji, procesach motywacyjnych i podświadomości, bierny słuchacz jest żadnym słuchaczem...

Komunikacja

„Nie możesz się nie komunikować”

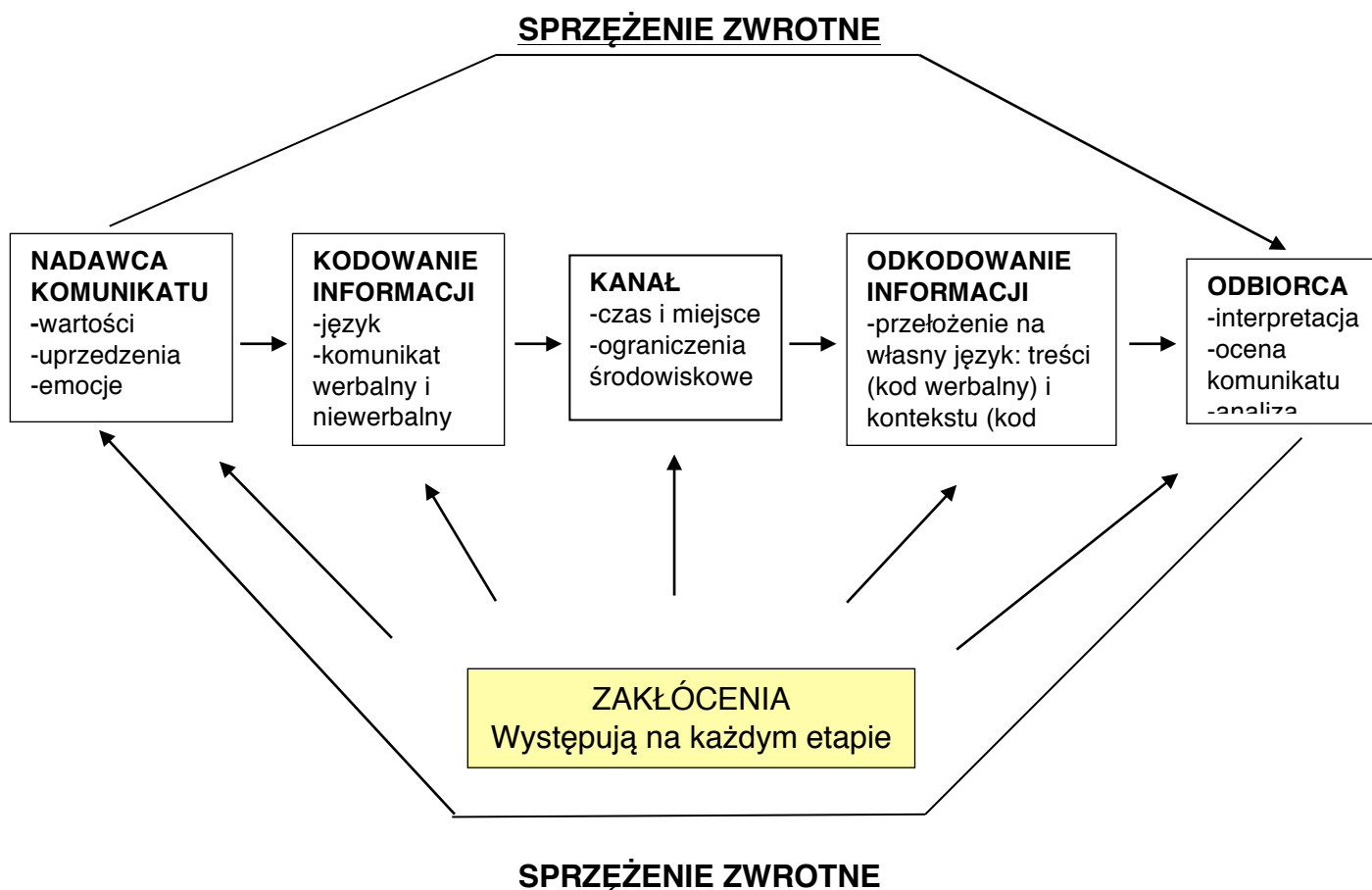
Joseph O'Connor

Definicji komunikacji jest sporo, niemniej wszystkie sprowadzają się do podobnych wniosków: ***o komunikacji interpersonalnej mówimy wtedy, gdy nadawca komunikatu przekazuje odbiorcy komunikatu pewne informacje (w tym zarówno informacje techniczne, praktyczne, fakty, jak i uczucia, emocje, wartości) i w procesie tym role obu osób cyklicznie się zamieniają. Przy czym istotne jest, że informacje, o których tu mowa, mogą być przekazem werbalnym lub niewerbalnym.***

Oba rodzaje przekazu – werbalny i niewerbalny potrafimy odbierać i interpretujemy je po swojemu, czyli zgodnie z własnym kodem myślowym, wyobraźniowym, zgodnie z własnymi stereotypami, uproszczeniami myślenia, systemem wartości, przekonaniem itp. Przy czym w sytuacji, gdy język werbalny i niewerbalny nie są ze sobą spójne (są sprzeczne), nasz rozmówca niejako automatycznie, podświadomie uwierzy w przekaz wynikający z mowy **niewerbalnej!** To niezwykle istotne w kontakcie z drugim człowiekiem, ponieważ, gdy tylko udajemy zainteresowanie, uwagę, troskę i empatię – możemy być pewni, że nasz rozmówca to wychwyci. Dlatego naszym zadaniem jest wzbudzenie w sobie REALNEJ postawy dobrego rozmówcy i tym samym dobrego słuchacza,

postawy opartej na prawdziwym zainteresowaniu sytuacją drugiej osoby, sympatii, braku wydawania szybkich ocen, akceptacji, wsparciu.

Proces komunikacji można sprowadzić do następujących elementów:



Jak widać na powyższym schemacie, w procesie komunikacji udział biorą dwie osoby: Nadawca i Odbiorca, a role te w procesie sprzężenia zwrotnego nieustannie się wymieniają – Odbiorca po przyjęciu komunikatu odpowiada na niego i tym samym staje się Nadawcą.

Na każdym z przedstawionych powyżej etapów, zaistnieć mogą pewne zakłócenia, które wpływają na porozumienie obu stron.

Poniższy opis poszczególnych stadiów przybliży to zagadnienie.

Zanim w ogóle komunikacja się rozpocznie, w głowie Nadawcy musi powstać potrzeba przekazania komunikatu i pewna myśl z tym związana. Ale już sam ten fakt obciążony jest swoistym bagażem doświadczeń, który każdy z nas nosi. Bowiem nasze doświadczenia życiowe,



sposób wychowania, przekonania, wierzenia, stereotypy, emocje, wartości i całe mnóstwo innych czynników, w sposób automatyczny działają na to: co myślimy i jak myślimy. Zatem nasze myśli nie są wolnymi, „czystymi” stanami świadomości, zawsze będą obciążone czynnikiem subiektywnym.

Kolejnym etapem jest zamiana danej myśli w słowo w procesie kodowania informacji. Tu też istnieje cały szereg zakłóceń. Posługujemy się teoretycznie tym samym językiem, ale używamy różnych słów na określenie różnych stanów, faktów, uczuć. Słowo „wolność” czy „szczęście” przez każdego człowieka interpretowane są zupełnie inaczej, nawet, jeśli w danej kulturze została stworzona pewna zunifikowana definicja danego pojęcia. Zatem kodując daną informację powinniśmy myśleć o naszym rozmówcy: czy on zrozumie w ten sam, bądź przynajmniej zbliżony sposób to, co chcemy mu przekazać? Tutaj bardzo dobrym przykładem jest sposób, w jaki komunikujemy się z dziećmi bądź z osobami w podeszłym wieku. W tych dwóch przypadkach mamy fantastyczną zdolność do dostosowywania poziomu wypowiedzi do rozmówcy – dobieramy prostsze słowa, nie stosujemy skomplikowanej terminologii, unikamy trudnych, niezrozumiałych słów, mówimy innym tonem głosu etc. Podobnie w sytuacjach społecznych, z tyłu głowy zawsze powinniśmy mieć odruch dostosowywania treści do rozmówcy. Warto zawsze dopytać, czy zostaliśmy dobrze zrozumiani, czy nasz rozmówca wie, co mieliśmy na myśli, czy nie zaszło jakieś nieporozumienie. Tu należy podkreślić, że odpowiedzialność za zrozumienie komunikatu ponosi Nadawca, a nie Odbiorca. Zatem jeśli chcesz być zrozumianym poprawnie, dołóż wszelkich starań, aby tak się stało, a jeśli nie masz pewności – zapytaj o to. Szczególnie w relacji pacjent – lekarz staje się to niezwykle ważne, ponieważ wystraszony, zmęczony, chory pacjent po pierwsze może być na tyle obciążony swoim stanem i sytuacją, że poznawczo będzie gorzej funkcjonował, co z pewnością wpłynie na poziom rozumienia trudnych terminów medycznych i nazw, ponadto negatywne emocje bardzo wpływają na umiejętność przetwarzania informacji. Dodatkowo (co wykazano w bardzo wielu eksperymentach psychologicznych w tym w eksperymencie Milgrama z 1962 roku) na naszego rozmówcę bardzo silnie działa tzw. moc autorytetu, czy moc „białego fartucha”, co może wpływać na to, że mimo niezrozumienia danych objaśnień, pacjent nie będzie miał odwagi dopytać o szczegóły czy poprosić o ponowne przekazanie informacji.

Wracając do naszego schematu. Ubrana w słowa myśl, która staje się konkretnym komunikatem przechodzi przez pewien kanał: począwszy od aparatu gębowego (i tu musimy zwrócić uwagę na to, czy mówimy dostatecznie głośno, dostatecznie wyraźnie), poprzez przestrzeń, przez którą fala dźwiękowa się przedostaje (tu warto zwrócić uwagę na odległość od rozmówcy i na formę – rozmowy przez telefon mogą nieść pewne nieporozumienia ze względu na zakłócenia), aż do aparatu słuchowego Odbiorcy (warto wiedzieć, czy nasz rozmówca nie ma np. problemów ze słuchem).

Gdy nasz komunikat dotrze do Odbiorcy następuje jego odkodowanie, a następnie przetworzenie. I tu wracamy do tematu subiektywnego odbioru. Tak, jak my nadając komunikat obciążeni byliśmy wszelkimi możliwymi subiektywnymi czynnikami, tak samo nasz rozmówca posiada swoje ograniczenia w postaci: doświadczeń, uprzedzeń, emocji, wartości, stereotypów, które zbiorczo wpływają na to, w jaki sposób nasz komunikat ostatecznie zostanie odebrany.



Każdego dnia komunikujemy się. Potrafimy to robić, choć z jednymi ludźmi wychodzi nam to lepiej

z innymi gorzej. Faktem jest, że osoby które mają podobny system wartości, przekonania, doświadczenia będą łatwiej się ze sobą komunikować, niż osoby ulokowane na bardzo skrajnych punktach kontinuum. Bo, co niezwykle istotne – dobra komunikacja zakłada dobrą wolę po obu stronach tego procesu. Jeśli dwoje ludzi chce się dogadać – z pewnością, nawet po pewnych trudnościach, uda im się. Natomiast, jeśli proces komunikacji przynajmniej po jednej ze stron oparty jest tylko na chęci przekazania swoich racji, bez uwagi i otwartości na sugestie drugiego człowieka, komunikacja stanie się wtedy jednostronna. Nadawca przekaże, co miał do przekazania, nie zainteresuje się specjalnie tym, czy został właściwie zrozumiany przez Odbiorcę, nie będzie też chętny do usłyszenia tego, co Odbiorca ma do powiedzenia w odpowiedzi. Będzie to proces płytki i wyzwalaający negatywne emocje przynajmniej u jednej ze stron.

Elementy komunikacji niewerbalnej

Komunikacja interpersonalna, rozumiana zarówno jako zachowania werbalne jak i niewerbalne, zachodzi nieustannie – każda sytuacja społeczna pobudza proces nadawania i odbierania różnych informacji. Nawet, gdy nie wypowiadamy ani słowa, nasze ciało nieustannie wysyła sygnały, które wyrażają samopoczucie, emocje, postawy, przekonania. Warto jednak nie przywiązywać zbyt wielkiej wagi do stereotypowego, często krzywdzącego i uproszczonego rozumienia mowy niewerbalnej: „gdy ktoś ma skrzyżowane ręce i nogi, to ma postawę zamkniętą”. Mowa ciała istnieje, ale jest interpretowana przez nasz mózg w ciągu pierwszych kilku sekund kontaktu z drugim człowiekiem, zwykle nie odbywa się świadomie, tylko podświadomie. Warto wiedzieć, że coś takiego ma miejsce, jednak ostrożnie z zabawianiem się w domorośłego analityka zachowań niewerbalnych, gdyż badania nad tą płaszczyzną naszej komunikacji są niezwykle skąplikowane. Poniżej kilka sugestii i uwag dotyczących tych sfer komunikacji niewerbalnej, nad którymi możemy panować i je udoskonalać, cenna będzie także informacja w jaki sposób poszczególne zachowania mogą wpływać na naszych rozmówców.

Elementy mowy niewerbalnej:

1. **Mimika** – wyraz twarzy – jest najważniejszym sposobem przekazu o stanie emocjonalnym; w trakcie słuchania powinien być adekwatny do usłyszanych treści, ale nieprzerysowany. Należy uważać na „nieporozumienia” w mimice, np. my marszczymy czoło, bo nie wzięliśmy okularów i ledwie widzimy, a nasz rozmówca może odebrać to, jako nieadekwatność, srogość lub niezrozumienie tematu.
2. **Gestykulacja** – ruchy rąk, nóg, głowy, całego ciała. Jako słuchacz powinniśmy opanować ruchy rąk, jednocześnie pamiętając, aby dłonie były w pozycji otwartej (nie zaciskaj w pięść, nie skub palców), nogi także zostaw w spokoju – nerwowe podrygiwanie nogą, tupanie, czy zbyt częste zmiany ułożenia z nogi na nogę zasugerują, że jesteś spięty i zdenerwowany, a takie zdenerwowanie może udzielić się twojemu rozmówcy. Głowa powinna być skierowana na drugą osobę, postawa ciała lekko nachylona w jego stronę.



3. **Dotyk i kontakt fizyczny** – spełnia ogromną rolę w budowaniu poczucia bliskości lub dystansu między ludźmi. Należy uważać na kontakt fizyczny – w dzisiejszych czasach przesyconych terminami mobbingu oraz molestowania kontakt fizyczny szczególnie w środowiskach medycznych powinien być jasno określony i uzasadniony działaniami, którym poddawany jest pacjent. Warto także zawsze uprzedzić, jaki ruch wykonamy: „teraz zbadam pani brzuch – muszą nacisnąć go w kilku miejscach”, „chciałabym zmierzyć ciśnienie, czy podniesie pani rękaw”, „za chwilę rozpocznę masaż pana nogi, czy może pan podwinąć nogawkę” itp.
4. **Dystans fizyczny** – czyli odległość między rozmówcami. Wyróżniamy strefy: intymną osobistą, społeczną i publiczną. Nie możemy przekroczyć dwóch najbliższych stref klienta. Uznaje się, że przekroczenie 40 cm granicy jest inwazją w przestrzeń osobistą. Natomiast dystans powinien być na tyle optymalny, aby zapewniał dobrą komunikację, nie chcemy przecież krzyknąć do siebie. Zadbajmy też o to, aby pomiędzy nami, a klientem nie było żadnych innych barier – jak biurko, krzesło, stolik.
5. **Pozycja ciała** – starajmy się być wyprostowani, postawa przygarbiona jest bardzo źle odbierana. Należy także zwrócić uwagę na to, jak siedzimy – umiejscowienie się na skraju krzesła rodzi podejrzenia, że jak najszybciej chcemy uciec z tego miejsca.
6. **Kontakt wzrokowy** – osoby unikające kontaktu wzrokowego nie wzbudzają zaufania. Natomiast zbyt natarczywe wpatrywanie się w kogoś wywołuje lęk i podejrzliwość. Zakłada się okres 15 sekund patrzenia w oczy i odbiegnięcie na chwilę, potem powrót. Oczywiście nikt nie będzie liczył w myślach do 15 – w tym czasie mamy uważnie słuchać! Zwykle, w dość naturalny sposób przebiega dynamika kontaktu wzrokowego. Ważne, aby dostosować się do konkretnego człowieka i nie robić tego mechanicznie.
7. **Dźwięki paralingwistyczne** – czyli różne dźwięki, które wydajemy, a które nie są słowami. Przydane są wszelkie odgłosy wyrażające akceptację i zrozumienie: aha, uhhhmmm, połączone z potakiwaniem głową. Nie są jednak żadnym wymogiem. Jeśli nie masz w zwyczaju pomrukiwać – nie rób tego. Dla rozmówcy cenniejsze wtedy będzie twoje milczące skupienie.
8. **Jakość wypowiedzi** (sposób wokalizacji) – jest związana z intonacją głosu np. ciepło – zimno, ostro – łagodnie, spokojnie – nerwowo. Jest to czynnik, który niezwykle istotnie wpływa na odbiór komunikatu. Pamiętaj, że nawet mówiąc „dzień dobry”, może okazać swemu rozmówcy dezaprobatę czy niezadowolenie tylko poprzez swój ton głosu. Mistrzostwem jest np. przekazywanie pracownikom słów konstruktywnej krytyki bardzo spokojnym tonem, bez podnoszenia głosu i nerwowości, wtedy istnieje zdecydowanie większe prawdopodobieństwo, że treść komunikatu zostanie przyjęta. Podobnie rozmawiając z pacjentem, twój ton głosu będzie bardzo mocno wpływał na emocje, które pojawią się u pacjenta w odpowiedzi na twój przekaz.
9. **Wygląd zewnętrzny** – ubiór, makijaż, fryzura. Są bardzo ważnym elementem komunikatu. Wygląd zewnętrzny może stanowić rodzaj maski. Może być wyrazem wewnętrznej spójności lub jej braku. Jeśli nie czujesz się dobrze w szpilkach, czy w garniturze z ciasno zawiązanym krawatem, nie ubieraj się tak. Oczywiście istnieje i obowiązuje pewien kanon obyczajowy i tu musimy się dostosować do pewnych wymogów naszego otoczenia czy środowiska pracy.



Niemniej, obecnie mamy tak ogromny wybór elementów garderoby, że dobranie stroju, w którym my będziemy czuć się dobrze, a który jednocześnie będzie spełniał określone wymagania społeczne nie stanowi problemu.

10. **Elementy środowiska zewnętrznego** – miejsce spotkania. Ważna jest atmosfera, charakter tego miejsca. Tworzą je m.in.: wielkość przestrzeni, kolory, meble, oświetlenie, dźwięki, zapachy. Miejsce spotkania z pacjentem powinno zapewniać mu poczucie intymności. Poważna rozmowa toczona w pomieszczeniu, przez które co chwilę ktoś przebiega jest swoistym błędem w sztuce. Jeśli dysponujesz własnym gabinetem – jego wystrój, podobnie, jak twój strój, świadczą o tobie. Gabinet powinien być zawsze przewietrzony, a meble do siedzenia wygodne.

Cztery wymiary każdej wypowiedzi

Wyróżniamy się cztery poziomy wypowiedzi (za Schultz von Thun, 2001):

- **Warstwa rzeczowa** – przekazuje konkretne fakty, informacje, konkrety; ta warstwa jest kluczowa w kontaktach zawodowych. Jest to swoista recenzja faktów dotyczących danego zdarzenia, jak relacjonowanie meczu. Odpowiada na pytanie: „Co, kto, kiedy, jak?”.
- **Warstwa ujawniania się** – zawiera informacje o nadawcy komunikatu oraz przedstawia emocje i uczucia jakich doświadcza. Zawiera wskazówki o tym, co się dzieje w nadawcy, co jest dla niego ważne i jak rozumie swoją rolę. Odpowiada na pytanie: „Co nadawca myśli o sobie i w jaki sposób to ujawnia?”
- **Warstwa relacji wzajemnej** – przekazuje, co nadawca myśli o odbiorcy, o ich relacji oraz jakie emocje budzi w im odbiorcy. Określa stosunek nadawcy do odbiorcy, co najczęściej odczytujemy dzięki takim parametrom jak: ton głosu, mimika, szybkość i tempo mówienia i inne czynniki niewerbalne. Odpowiada na pytanie: „Co nadawca myśli o odbiorcy i o wzajemnej relacji?” oraz „Co odbiorca myśli o nadawcy?”
- **Warstwa apelu** – zawiera oczekiwania nadawcy wobec odbiorcy. Jawne, bądź ukryte. Odpowiada na pytanie: „Jakiego zachowania nadawca oczekuje od odbiorcy po wysłuchaniu komunikatu?”. Czasem apel dotyczy tylko bycia wysłuchanym, lub pocieszonym. Innym razem w apelu kryje się konkretna prośba o pomoc, czy radę.

U podłoża tego podziału tkwi założenie, że ludzie powinni się komunikować na wszystkich 4 poziomach w trakcie każdej rozmowy. Dzieje się jednak inaczej. Czasem komunikujemy tylko suche fakty, lub swoistym skrótem od razu uderzamy do apelu. Cenną umiejętnością jest wychwytywanie kolejnych warstw i czytanie między wierszami, w celu kompletnego odbioru przekazywanych treści.

Komunikacja w organizacji

Poza opisanymi wcześniej formami komunikacji interpersonalnej, wyróżniamy również specyficzne odmiany komunikowania się w organizacji. Należą do nich:



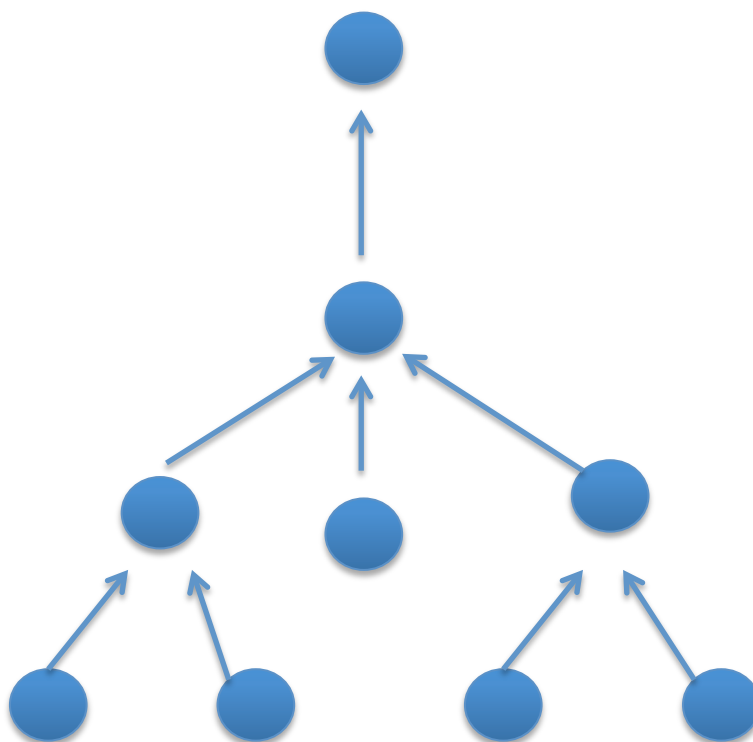
- **Komunikacja formalna**
 - Komunikacja pionowa:
 - w górę
 - w dół
 - Komunikacja pozioma
- **Komunikacja nieformalna**
 - Sieci komunikacyjne
 - Winorośl
- **Komunikacja mieszana**

Komunikacja formalna – w górę

Komunikacja w górę pojawia się wówczas, gdy informacje są przekazywane od podwładnych do przełożonych, zwykle do bezpośrednich przełożonych, następnie do ich przełożonych itd.

Cele komunikowania się „w górę”:

- przekazywanie wniosków, próśb, informacji, które w opinii pracowników niższego szczebla mogą mieć znaczenie dla menedżerów wyższego szczebla;
- przekazywanie odpowiedzi na żądania menedżerów wyższego szczebla;
- przekazywanie sugestii, skarg i informacji finansowych;
- informowanie o problemach związanych z wykonywaniem pracy, lukach technicznych czy organizacyjnych;
- dostarczanie informacji zwrotnych z różnych obszarów współpracy ludzi ze sobą.



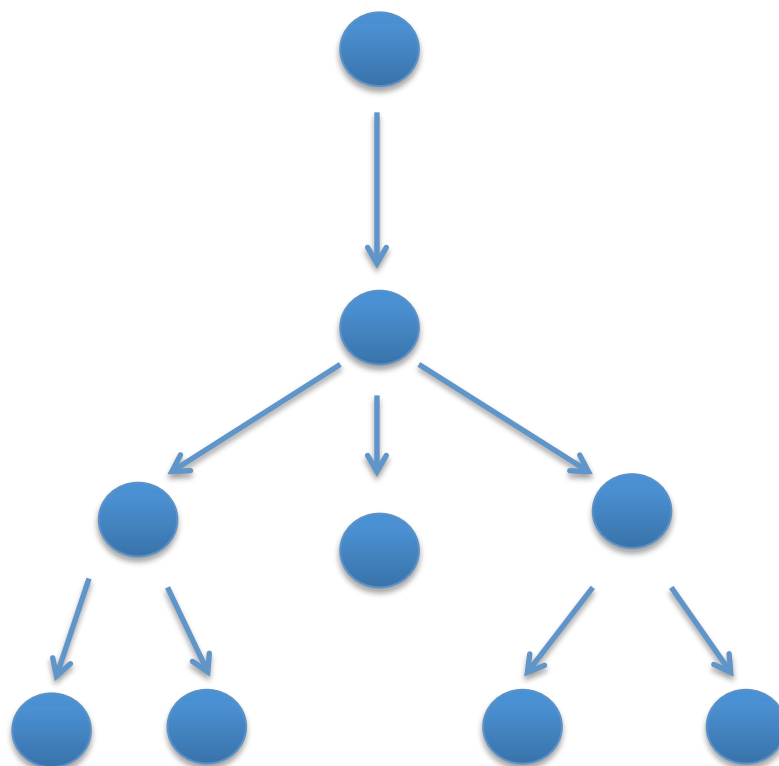
Schemat komunikacji pionowej – w górę.

Komunikacja formalna – w dół

Komunikacja w dół ma miejsce wówczas, gdy informacja spływa po szczeblach hierarchii od przełożonych do podwładnych.

Cele komunikowania się „w dół”:

- informowanie o celach i zasadach organizacji;
- powiadamianie o praktyce i procedurach organizacyjnych;
- przekazywanie szczegółowych dyrektyw zadaniowych;
- przydzielanie nowych obowiązków;
- wyrażanie oczekiwań wobec członków organizacji;
- informowanie pracowników o ich wydajności;
- ocenianie;
- dostarczanie motywacji;
- doradzanie, pouczanie;
- zachęcanie pracowników do wyrażania zdania, opinii.



Schemat komunikacji pionowej – w dół.

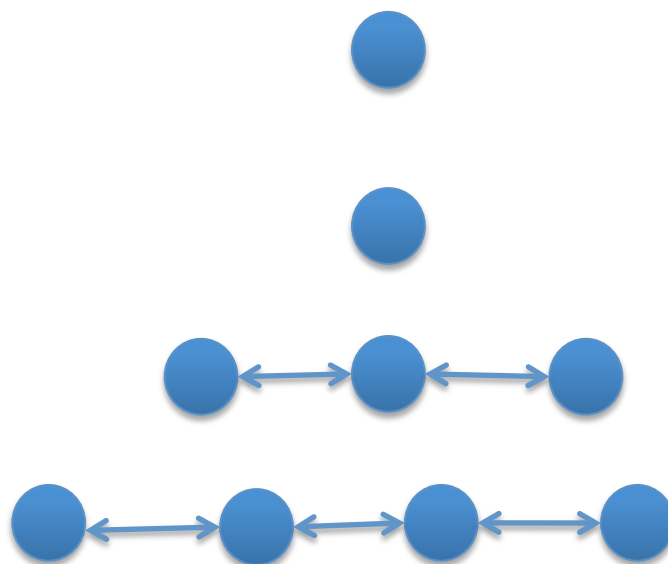
Komunikacja formalna – w dół

Komunikacja pozioma płynie w poziomie w ramach organizacji, obejmuje kolegów i osoby zajmujące równorzędne stanowiska w hierarchii organizacyjnej, może obejmować osoby z kilku różnych jednostek organizacyjnych.



Cele komunikacji poziomej:

- koordynacja działań;
- umożliwianie członkom organizacji uzupełniania zasobu posiadanych informacji, dzielenie się nimi;
- upowszechnianie wiadomości, na które jest zapotrzebowanie;
- zaspokajanie potrzeb rozumienia zdarzeń;
- rozwiązywanie problemów z zakresu współpracy między komórkami organizacyjnymi;
- rozwiązywanie konfliktów między pracownikami;
- budowanie, wzmacnianie więzi między pracownikami.



Schemat komunikacji poziomej.

Komunikacja nieformalna – sieci komunikacyjne w organizacjach

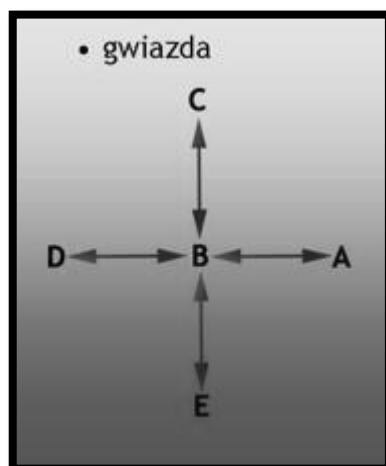
Sieci komunikacyjne to wzorzec, w jaki układa się komunikacja zachodząca pomiędzy członkami grupy. Ta komunikacja może być sztucznie moderowana, ale zwyczajowo układa się ona w sposób naturalny w zależności, jaki jest cel i zadania powołanej grupy, czy jest w niej ustalony lider, czy wyłania się spontanicznie itd.

W badaniach sieci komunikacyjnych zidentyfikowano pięć podstawowych typów sieci w grupach pięcioosobowych. Różnią się one przepływem informacji, pozycją przywódcy i skutecznością w wypełnianiu różnych typów zadań.

1. GWIAZDA

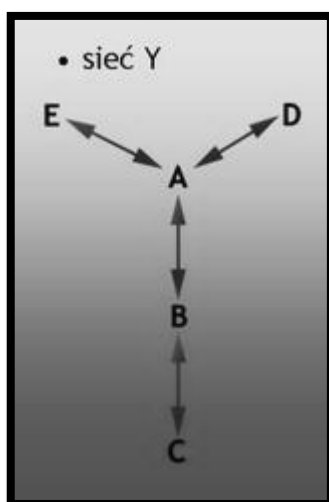
We wzorcu tym cała komunikacja płynie przez osobę zajmującą centralną pozycję (osobę B), która prawdopodobnie jest przywódcą grupy. Jest to uprzywilejowana pozycja, ponieważ pozostaje w bezpośrednim połączeniu z pozostałymi. Pracownik zajmujący tę centralną pozycję może czuć nad przebiegiem komunikowania się w grupie, bowiem członkowie znajdujący się na

peryferyjnych pozycjach nie mogą kontaktować się bezpośrednio z innymi pracownikami tego zespołu. Sieć ta charakteryzuje się wysokim stopniem scentralizowania.



2. SIEĆ „Y”

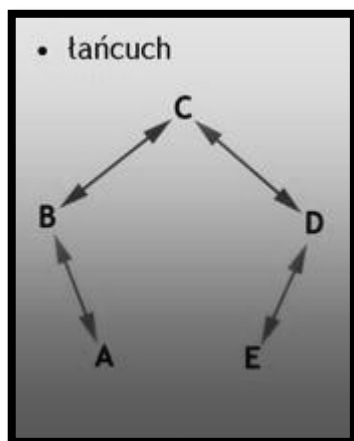
Sieć typu „Y” jest mniej scentralizowana niż poprzednia. Trzy osoby (B, E i D) są bliskie centrum. Pozycja pracownika C jest bardziej peryferyjna od pozostałych. Członek grupy zajmujący tę pozycję uzyskuje większą autonomię, nie jest bezpośrednio kontrolowany przez osobę zajmującą pozycję centralną, którą w tej sieci zajmuje osoba A, niemniej w niektórych sytuacjach może czuć się odrzucony przez grupę, może otrzymywać niekompletne informacje przefiltrowane już wcześniej przez jego osobę kontaktową (B), nie jest bezpośrednio związany z wydarzeniami w „centrum”.



3. ŁAŃCUCH

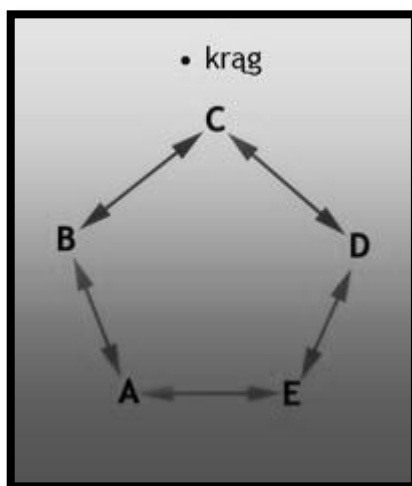
Sieć typu „Łańcuch” charakteryzuje się tym, że istnieją takie pozycje pracowników, które umożliwiają kontakty z pozostałymi członkami grupy za pośrednictwem innej jednostki. W tego typu sieci nie ma uczestników, którzy zajmują dominującą pozycję. Ta sieć należy do mniej

scentralizowanych. Model „łańcuch” zapewnia w miarę wyrównany przepływ informacji między członkami grupy. Dwóch pracowników B i D komunikuje się bezpośrednio z osobą C, a pozostali (A i E), z nią – jedynie pośrednio.



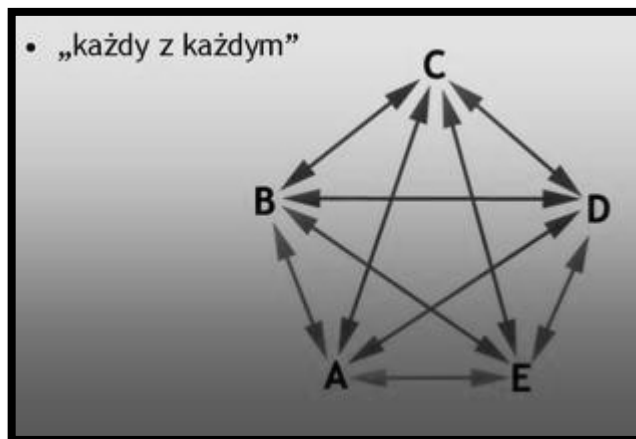
4. KRĄG

Wzorzec ten charakteryzuje się tym, że każde stanowisko ma jednakowe położenie w porównaniu z pozostałymi i istnieje możliwość bezpośredniego komunikowania się każdego stanowiska z dwoma sąsiednimi i jedynie pośredniego z pozostałymi.



5. KAŻDY Z KAŻDYM

Sieć typu „każdy z każdym” cechuje się tym, że wszyscy członkowie grupy mają możliwość bezpośredniego kontaktowania się ze sobą. Ponadto, nie ma osoby zajmującej pozycję centralną – dominującej nad pozostałymi członkami grupy, pełniącej funkcję kontrolną wobec nich. Każdy uczestnik grupy w równej mierze uczestniczy w procesie komunikowania się.



Wnioski:

- ❖ Najkorzystniejszą lokalizacją stanowiska jest taka, która umożliwi zajmującemu go pracownikowi bezpośrednie połączenie ze wszystkimi bądź z większością stanowisk, najmniej korzystną – takie usytuowanie w sieci, które „daje” mało bezpośrednich połączeń komunikacyjnych.
- ❖ Z rezultatów dotychczasowych badań i publikacji wynika, że im bardziej peryferyjna jest pozycja pracownika w sieci, tym niższa jest jego satysfakcja.
- ❖ W sieciach zdecentralizowanych członkowie grupy przekazują więcej informacji i odczuwają satysfakcję z uczestnictwa w grupie, bez względu na rodzaj zadania, natomiast w scentralizowanych – przesyłają mniej wiadomości i rzadziej odczuwają satysfakcję z uczestnictwa w grupie.
- ❖ W sieciach scentralizowanych, członkowie szybciej i dokładniej wykonują zadania, gdy są one proste, zaś w zdecentralizowanych – gdy są złożone.
- ❖ W sieciach scentralizowanych pracownicy na ogół uznają osobę zajmującą centralną pozycję za lidera i przeważnie nim się stają, natomiast w zdecentralizowanych – żadna pozycja osoby w sieci nie sprzyja stawianiu się przywódcą zespołu.
- ❖ W sieciach scentralizowanych tylko członkowie zajmujący centralną pozycję odczuwają wyższy poziom satysfakcji, natomiast w zdecentralizowanych – na ogół wszyscy członkowie.

Komunikacja nieformalna – winorośl

Winorośl to nieformalna, spontaniczna sieć komunikacyjna, która może przenikać całą organizację. Takie sieci spotykamy we wszelkiego typu organizacjach z wyjątkiem tych najmniejszych, jednakże nie zawsze odpowiadają one wzorcom formalnej władzy i komunikacji, nie zawsze są z nimi zbieżne.

Nie ma zgody co do dokładności informacji przekazywanej przez winorośl, jednakże jest to przekaz dość dokładny, zwłaszcza gdy informacja oparta jest raczej na faktach niż na spekulacji. W jednym z badań wykazano, że informacja przekazywana przez winorośl może być dokładna w 75-95 %. W wielu organizacjach rola komunikacji nieformalnej wzrasta. Cechami nieformalnego



komunikowania się są: szybkie przekazywanie informacji, penetracja tajemnic organizacji, zdobywanie wiadomości objętych tajemnicą.

Spontaniczne komunikowanie się w organizacji aktywizuje się na ogół wówczas, gdy zjawiska czy procesy zachodzące w przedsiębiorstwie wywołują emocje bądź poczucie niepewności wśród przynajmniej części zatrudnionych osób.

Komunikacja mieszana

- ❖ Zarządzanie poprzez krążenie po firmie:

idea polega na tym, że menedżer/pracodawca utrzymuje kontakt, z tym co się dzieje w firmie, krążąc po terenie i rozmawiając z bezpośrednimi podwładnymi, podwładnymi znajdującymi się dużo niżej w hierarchii służbowej, dostawcami, klientami i wszystkimi innymi znajdującymi się w zasięgu organizacji.

- ❖ Nieformalna wymiana dokonująca się poza normalnym środowiskiem pracy:

zwykle w kontekście grup nieformalnych. Pracownicy uczestniczący w pikniku, grający w zakładowej drużynie niemal zawsze będą spędzać trochę czasu na rozmowach na tematy zawodowe. Nie ma ustalonego porządku dnia, a tematy rozmów zmieniają się. Mimo to jednak zebrania towarzyskie odgrywają ważną rolę. Sprzyjają one wytwarzaniu i utrzymaniu silnej kultury oraz pomagają w zrozumieniu sposobu funkcjonowania organizacji.

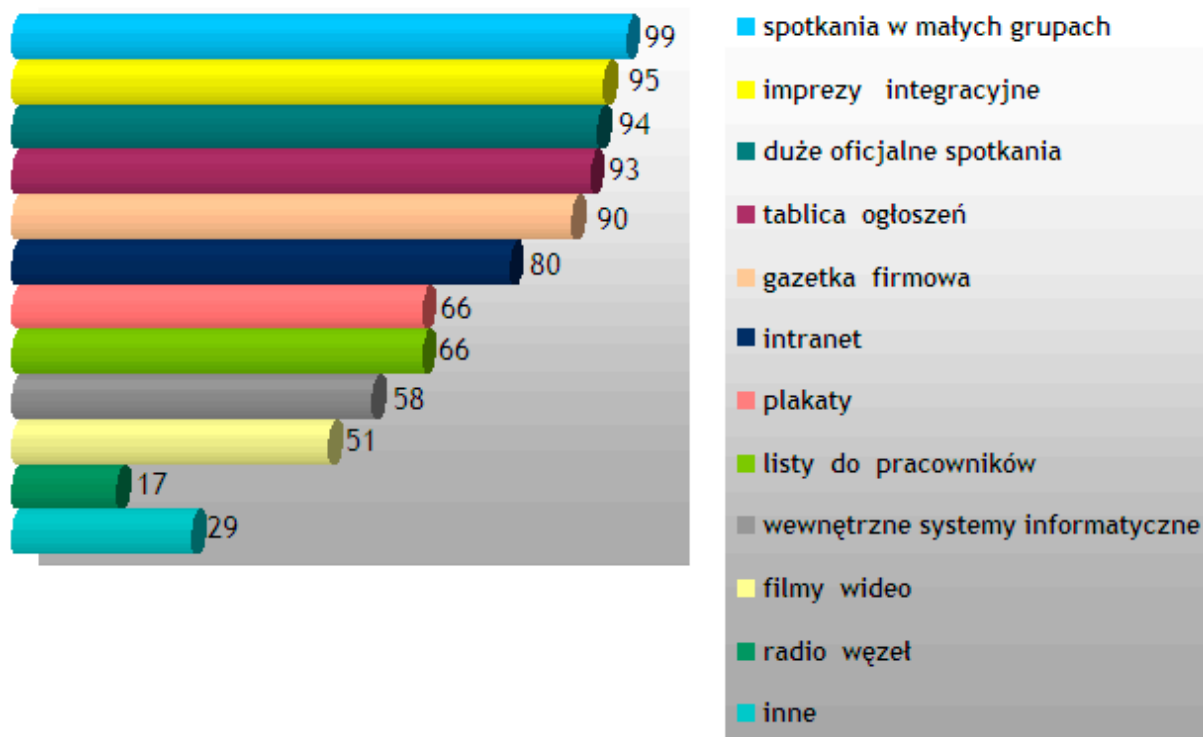
Jakimi drogami przebiega komunikacja w firmach?

Badania przeprowadzone w 2011 roku wykazują najczęściej stosowane sposoby organizowania komunikacji (mówimy tu już o konkretnych sposobach/ pomysłach, które wprowadza kierownictwo, a nie o modelach komunikacji, które omawiane były wcześniej).

Okazuje się, że najczęściej stosowaną strategią jest organizowanie małych grup zadaniowych, które w swoim towarzystwie lepiej będą realizować proces komunikowania. Kolejną strategią jest organizacja imprez integracyjnych, aby umożliwić pracownikom komunikację nieformalną, w innym miejscu, niezależnie od miejsca pracy, niezależnie od istniejących zorganizowanych zespołów.



Szczegółowe wyniki badań przedstawia poniższy wykres:



źródło: GFMP Management Consultans 2001

Bibliografia

1. Aronson, E. „Człowiek istota społeczna”, PWN, Warszawa, 1995
2. Aronson, E., Wilson, T., Akert, R. „Psychologia społeczna”, Zysk i S-ka, Poznań, 1997
3. Birkenbihl, V. F. „Sygnały ciała”, Wydawnictwo Astrum, Wrocław, 1998
4. Cialdini R., „Wywieranie wpływu na ludzi”, GWP, Gdańsk, 1999
5. Griffin, Eysenck H. i M., „Podpatrywanie umysłu”, GWP, Gdańsk, 2000
6. Gut J., Haman W. „Docenić konflikt”, Warszawa, 1993
7. Hartley, M. „Jak słuchać, by ludzie do nas mówili?”, Feeria, Łódź, 2007
8. Kokoszka A., Drozdowski P., „Wprowadzenie do psychoterapii”, Wydawnictwo Akademii Medycznej, Kraków, 1993
9. Koziński, J. „Koncepcje psychologiczne człowieka”, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa, 1996
10. Mietzel G., „Wprowadzenie do psychologii”, GWP, Gdańsk 1999
11. Nęcki, Z. „Komunikacja międzyludzka”, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków, 2006
12. Stephan, W.G., Stephan, C.W. „Wywieranie wpływu przez grupy”, GWP, Gdańsk, 2002
13. Strelau J., „Psychologia temperamentu”, PWN, Warszawa, 2002
14. Zimbardo P. G. I Ruch F.L., „Psychologia i życie”, PWN, Warszawa 1994



Szkolenia wewnętrzne organizowane przez Hospicjum służą podniesieniu jakości naszej pracy. Końcowym efektem naszej działalności szkoleniowo-warsztatowej są materiały dydaktyczne przekazywane uczestnikom. Informujemy, że są one chronione prawami autorskimi, zatem ich kopiowanie, rozpowszechnianie, przedruk i publikacja w jakiegokolwiek formie do celów komercyjnych i prywatnych, bez zgody autora jest niezgodne z prawem.