

Komunikacja w położnictwie



foto: FOTOLIA

Czy wiesz, co to znaczy aktywnie słuchać, wyrażać uczucia przy użyciu frazy z zaimkiem „ja”, dbać o granice i terytoria własne i pacjenta, unikać barier komunikacyjnych (werbalnych i niewerbalnych), parafrazować wypowiedzi pacjenta? I dlaczego powinna to wiedzieć położna?

mgr **KATARZYNA OLEŚ**

Wszyscy wiemy, jak wygląda piłka, prawda? Więc wyobraź sobie piłkę. Zamknij oczy i opisz, jak wygląda. Moja jest duża i kolorowa – taka, jaką bawią się dzieci na plaży. Twoja wygląda inaczej? To piłka do kosza, a może mała piłeczka tenisowa? Do gry w piłkę nożną? Która z nich jest lepsza? Czy ktoś, kto wyobraził sobie piłkę inną niż moja jest niemądry? Ten artykuł jest o tym, jak wybrać tę piłkę i grę, w którą będziemy mogli grać razem – czyli o sensie dobrej komunikacji między ludźmi. Zdolność nawiązywania kontaktów międzyludzkich wpływa na

ocenę umiejętności medycznych, o czym wiedzą ubezpieczyciele w USA, którzy pobierają mniejsze składki od lekarzy lubianych przez pacjentów – wiadomo bowiem, że są oni rzadziej oskarżani o popełnianie błędów medycznych.

Praca z innymi wymaga od nas sprawdzania, czy dobrze rozumiemy nawzajem swoje komunikaty. Siłą rzeczy to, co mówimy, naznaczone jest naszym doświadczeniem, rolą, jaką pełnimy i – jeśli nie zadamy o to, żebyśmy mówili o tej samej albo chociaż podobnej piłce – to może się okazać, że nie dojdziemy do porozumienia. A podstawowy warunek współpracy brzmi: zrozumieć i być zrozumianym.

Na szczęście możemy skorzystać z opisanych przez psychologów sposobów ułatwienia sobie zbudowania relacji z drugim człowiekiem. Bardzo przydaje się prawidłowo skonstruowana **informacja zwrotna** – z pozytywną intencją, odnosząca się do zachowania, a nie osoby, przedstawiona w formie opinii, **najlepiej w formie komunikatu „ja”**, czyli wypowiadania się

w swoim własnym imieniu. Komunikat „ja” stwarza bezpieczną sytuację dla rozmówcy, pozwala uniknąć niepotrzebnych dyskusji. Przydatną umiejętnością jest unikanie nieporozumień za pomocą parafrazy, czyli np. sformułowań „Rozumiem, że...”, „Czy masz na myśli, że...?” – pozwala to sprawdzić, czy naprawdę rozumiemy, co ktoś do nas mówi, a drugiej osobie daje szansę na doprecyzowanie – to rozmowa o tym, jak wygląda piłka podopiecznej.

Trudno uniknąć w naszej pracy sytuacji, kiedy czyjeś zachowanie budzi w nas negatywne emocje. Zwykle uważamy, że lepiej ukrywać je tak długo jak tylko się da – jednak ryzykujemy wtedy, że skumulowane wybuchną w niekontrolowany sposób. Lepiej zapobiec erupcji wulkanu, póki się da. Szansę daje prosta i skuteczna technika o wdzięcznej nazwie FUKO – **konstruktywne przekazywanie informacji zwrotnej**. Podczas jej stosowania pamiętamy o posługiwaniu się znanym już komunikatem „ja” oraz o utrzymywaniu kontaktu wzrokowego. Prosty schemat tej interwencji wygląda tak:

■ **Fakty** – „Od ponad godziny krzyczy pani niemal cały czas”.

■ **Ustosunkowanie się** – „Zależy mi na tym, żeby pani pomóc”.

■ **Konsekwencje** – „Jeśli nie uda się tego zmienić, to będzie pani wyczerpana, dziecko gorzej znieśie poród, a mnie będzie trudniej się panią zajmować”.

■ **Oczekiwania** „Na początek proponuję pani kilka pozycji, pokażę, jak może pani oddychać, ale oczekuję współpracy z pani strony”.

Komunikacja przebiega w prosty sposób: nadawca – informacja – odbiorca. Celem nadawcy jest poinformowanie odbiorcy o swoich uczuciach, potrzebach, przeżyciach, myślach. Nadawca robi to, używając dostępnych sobie zasobów pojęciowych i słownikowych. Odbiorca przyjmuje informację, korzystając ze swoich zasobów. Nie zawsze o tym pamiętamy, bo jeden z najczęstszych zarzutów w stosunku do personelu medycznego to używanie niezrozumiałych zwrotów. Każda położna wie, jaką treść zawiera zdanie „Część przodująca płodu jest już w różni”. Co słyszy wtedy nasza podopieczna? Warto zapytać, bo pewnie nie to, że jej dziecko dobrze sobie radzi i jego główka pokonała już połowę drogi na świat. Żargon medyczny pomaga komunikować się precyzyjnie nam profesjonalistom, pozostaje jednak hermetyczny dla osób spoza środowiska. Pamiętam dramatyczne opowieści moich znajomych na temat tego, co przeżyły, otrzymując od położnej informację, że „dziecko spadło z wagi”, albo że „to hipotrofik”.

■ **Dialog**. Greckie słowa „dia” i „logos” można tłumaczyć jako „przepływanie znaczenia”. Porozumienie możliwe jest tylko we wspólnej przestrzeni nadawcy i odbiorcy, znalezienie jednego języka, zbudowanie przestrzeni daje komfort i poczucie bezpieczeństwa obydwu stronom dialogu. Szczególna potrzeba dialogu pojawia się u osób znajdujących się w niecodziennych, trudnych sytuacjach – czyli u naszych podopiecznych. Choć samo słowo „dialog” zakłada, że uczestniczy w nim więcej niż jedna osoba, nie zawsze wydaje się to jasne, kiedy słuchamy kogoś „rozmawiającego” w ten sposób, że zadaje komuś pytania, a potem sam udziela na nie odpowiedzi. Aby uniknąć tej pułapki, dobrze skupić się na uważnym słuchaniu. To duża umiejętność.

NAJCZĘSTSZE BŁĘDY KOMUNIKACYJNE

- Zbyt dużo informacji na raz – im dłuższe wyrazy i zdania, tym trudniej zapamiętać treść.
- Używanie niezrozumiałych dla słuchającego określeń (posługiwanie się słownictwem fachowym bez upewnienia się, czy jest ono zrozumiałe dla słuchającego).
- Brak zaangażowania w kontakt z osobą, do której się mówi (rozmawianie z podopieczną przy jednoczesnym wypisywaniu dokumentacji – brak kontaktu wzrokowego, pozbawienie się możliwości obserwowania jej reakcji, komunikat pozawerbalny „Ważniejsze są dla mnie papiery niż pani”).

Pora zająć się komunikacją niewerbalną. Tym bardziej że wypowiadane przez nas słowa stanowią jedynie 7% docierających informacji, a reszta to przekaz pozawerbalny – 55% to gesty, a 38% ton głosu (O'Connor, Seymour 1996). Nasze spojrzenie, mimika, postawa ciała, gesty, sygnały wegetatywne (np. ziewanie), czy też ubiór składają się na odbieraną przez innych informację. Ważniejsze okazuje się też nie to, CO mówisz, ale JAK mówisz. Może trudno w to uwierzyć, ale przecież wszyscy potrafimy sobie wyobrazić sytuację, kiedy ktoś przemawia do nas w nieznanym języku, a pomimo to wiemy, czy jest nam przyjazny, czy nie. Sygnały pozawerbalne odczytujemy bowiem instynktownie. To bardzo istotna informacja w kontekście towarzyszenia przy porodzie – rodząca w ograniczonym stopniu korzysta bowiem z logicznego myślenia, pozostając w świecie instynktów.

Wszystkie osoby towarzyszące kobietom oczekującym dziecka, rodzącym i po porodzie doświadczają jeszcze jednej formy kontaktu – mam na myśli kontakt fizyczny, który jest ważnym elementem relacji międzyludzkiej. Dotyk może być odbierany jako wyraz bliskości, ale także jako agresja. Żeby lepiej zrozumieć ten mechanizm, warto się przyjrzeć problemowi z perspektywy stref komfortu, czyli bezpiecznej odległości od drugiej osoby. Wiadomo, że większość z nas za wygodne uznaje:

- 3,6 m – odległość oficjalna (np. słuchanie przemówień),
- 3,6–1,2 m – dystans socjalny (np. codzienne spotkania i rozmowy z koleżankami z pracy),
- 1,2–0,6 m – przestrzeń osobista (temat rozmowy prywatny, rozmowa półgłosem – rodzina, bliscy znajomi),
- 0,6 m – do powierzchni skóry – to tak zwana strefa intymna (szept, dotyk tylko najbliższej osoby, kontakt intymny, erotyczny).

Przekroczenie bez przyzwolenia strefy intymnej uniemożliwia nawiązanie kontaktu, bo odbierane jest jako agresja i wywołuje reakcję obronną. Uwagę powinny zwrócić takie sygnały, jak wykonanie kroku do tyłu, skrzyżowanie rąk na piersi, przyspieszenie i spłycenie oddechu, napięcie mięśni. Niechęć do przyjmowania dotyku pojawia się, kiedy jest się obserwowanym albo nie ufa się osobie dotykającej. Brak respektowania tych barier powoduje, że kontakt fizyczny nosi znamiona gwałtu. Niestety, wiele kobiet w wyniku doświadczeń z położnictwem pozbawionym empatii tak właśnie kwalifikuje swoje przeżycia – ze wszystkimi tego konsekwencjami, włącznie z zespołem stresu pourazowego (PSS).

Dotyk ma także moc terapeutyczną. W trudnych sytuacjach dobrze jest mieć kogo trzymać za rękę czy przytulić się. Dobry kontakt fizyczny buduje relację, a odpowiedzialność za jego zbudowanie leży po stronie profesjonalistów. Warto też w tym kontekście zastanowić się nad swoimi własnymi granicami i zadać sobie pytanie, jaki rodzaj kontaktu fizycznego jest dla mnie do przyjęcia w różnych sytuacjach zawodowych, a potem pilnować, by nikt bez uzasadnienia tych granic nie przekraczał. To bardzo ważne dla zachowania równowagi wewnętrznej, unikania wypalenia, ochrony własnej psychiki. Praca z drugim człowiekiem wymaga od nas ciągłej pracy z sobą samym, ale też i dbania o swoją kondycję psychofizyczną – o czym często zapominamy. A spełniona, zadowolona położna to ktoś, o kim marzy każda kobieta. □

Katarzyna Oleś – położna, coach, działaczka społeczna, współzałożycielka i prezeska Stowarzyszenia „Dobre urodzeni”, które zrzesza niezależne położne z całej Polski. Od 1992 roku przyjmuje porody rodzinne. Członkini organizacji Ashoka, skupiającej innowatorów społecznych na całym świecie. Ekspert wielu portali rodzicielskich oraz autor licznych publikacji o tematyce okołoporodowej.

