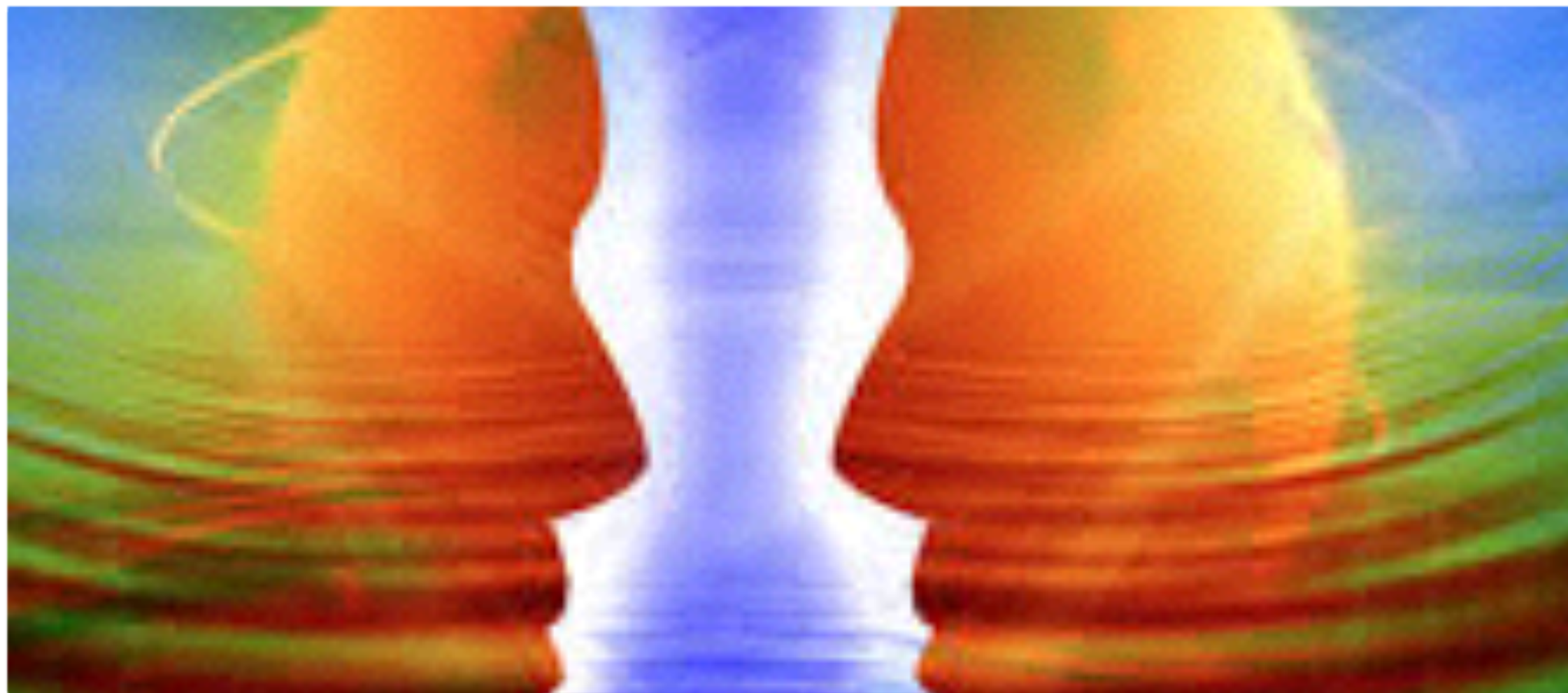




**ROLA KONTAKTU
Z PACJENTEM
W SYTUACJI WYKONYWANIA CZYNNOŚCI
RATUNKOWYCH**

Co na dzisiaj:

1. Umiejętności komunikacyjne w pracy RM-

dłaczego warto je posiadać?

2. KOMUNIKACJA WERBALNA I NIEWERBALNA-

WSKAZÓWKI PRZYDATNE W TRAKCIE ZBIERANIA WYWIADU

3. BADANIE KLINICZNE— o czym warto pamiętać?

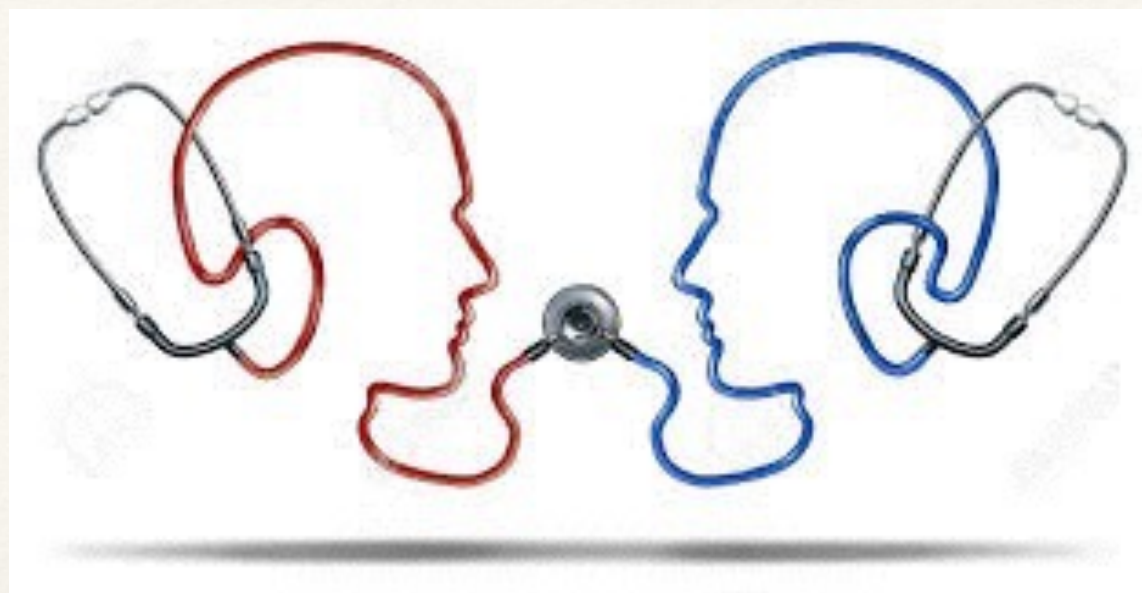
4. PACJENT Z ZABURZENIAMI PSYCHOSOMATYCZNYMI— o czym warto pamiętać?

5. PACJENT/ KREWNY OKAZUJĄCY GNIEW- jak rozmawiać?

6. INTERWENCJE W SYTUACJACH TRAUMY

7. OSOBA ZAGROŻONA SAMOBÓJSTWEM- specyfika kontaktu.





**„DOBRA KOMUNIKACJA JEST
KLUCZEM DO OSIĄGNIĘCIA
EFEKTYWNOŚCI W
WYKONYWANIU CZYNNOŚCI
MEDYCZNYCH PRZEZ
PROFESJONALISTĘ!”**

Umiejętności komunikacyjne w pracy RM- dlaczego warto je posiadać?

- wiarygodne dane od pacjenta i rodziny,
- mniejsze ryzyko podjęcia niewłaściwych działań,
- mniejsze ryzyko konfliktu,
- mniejszy poziom stresu w trakcie interwencji,
- mniejsze ryzyko bycia niezrozumianym przez pacjenta np. w sytuacji przekazywania informacji zwrotnej (zalecenia, wskazówki itp.)
- pozytywny wpływ na zachowanie i myślenie drugiej osoby (np. uspokojenie, uniknięcie nadmiernego wzbudzenia, uniknięcie agresji słownej/czynnej),
- zysk w postaci czasu,



KOMUNIKACJA WERBALNA I NIEWERBALNA-WSKAZÓWKI PRZYDATNE W TRAKCIE ZBIERANIA WYWIADU



KOMUNIKACJA NIEWERBALNA „MOWA CIAŁA” - o czym warto pamiętać?



I. Znacząca rola modulacji głosu

(ton, wysokość, intonacja)

Ta sama treść a inny przekaz emocjonalny (troska/ pretensje/ zainteresowanie/ pogarda)

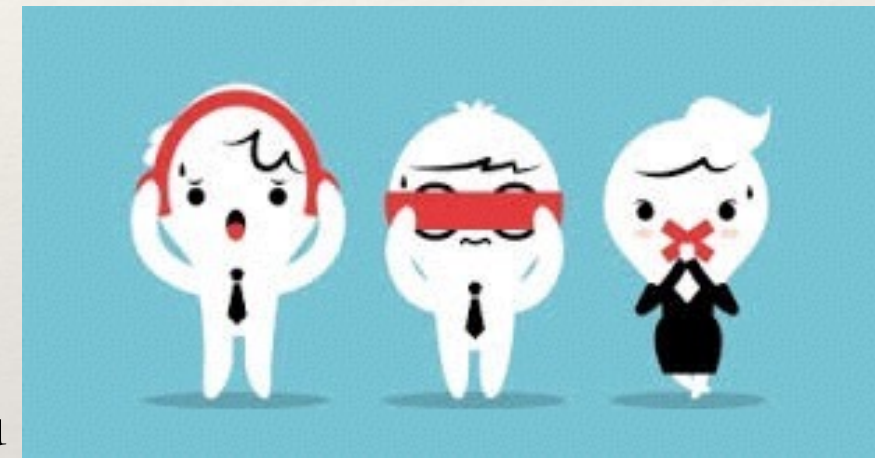
„jest Pani ciężko chora”, „proszę się położyć”, „od jak dawna boli?”

KOMUNIKACJA NIEWERBALNA „MOWA CIAŁA” - o czym warto pamiętać?

II. Znaczący wpływ ruchów ciała, gestów, wyrazu twarzy na zachowanie i samopoczucie pacjenta

1. KONTAKT WZROKOWY - ma wyrażać zainteresowanie i szczerą intencję,

- zbyt intensywny -> strach/ nieśmiałość/ agresywne reakcje
- brak kontaktu -> wyraz zakłopotania/ braku zainteresowania / przedmiotowego traktowania



2. WYRAZ TWARZY - spójny ze sposobem mówienia i treścią przekazu

3. GESTY/ RUCHY CIAŁA - adekwatne do intencji

- składanie rąk na piersi- gest obronny,
- odwracanie głowy/ całego ciała - ignorancja, brak zainteresowania, antypatia
- przechylenie głowy w jedną stronę- wyraz empatii, zainteresowania,
- niespokojne ruchy --> nerwowe zachowania po stronie pacjenta



KOMUNIKACJA NIEWERBALNA „MOWA CIAŁA” - o czym warto pamiętać?

III. Znaczenie naśladownictwa:



-Poprzez naśladowanie gestów i ruchów drugiej osoby - dostrajanie się do jej zachowań- instynktownie zwiększamy wzajemną sympatię i zrozumienie (posiadanie podobieństw).

IV Znacząca rola obserwacji mowy ciała pacjenta:

- brak spójności: wyraz twarzy/ wypowiedzana treść - próba ukrycia faktycznego stanu psychicznego
- brak spójności: ruchy ciała/ wyraz werbalny- próba ukrycia faktycznego stanu psychicznego

V Rola kontaktu fizycznego

- adekwatny do sytuacji, stonowany - wyraz wsparcia, poważnego traktowania
- nieadekwatny, nadmierny, intruzywny- wyraz protekcyjnego traktowania, braku szczerości, zagrożenia



KOMUNIKACJA WERBALNA „słowna” – o czym warto pamiętać?

1. Sposób zwracania się

(weź pod uwagę preferencje, różnice kulturowe):

- do dziecka- po imieniu
- do osoby dorosłej - najlepiej po nazwisku : (inne formy mogą być uznane np. za zbyt protekcyjne)(??)

2. Nie zapominaj o przedstawieniu się - zwiększa poczucie bezpieczeństwa, kontroli i podmiotowego traktowania, obniża poczucie niepewności, zdenerwowania.

3. Rola pytań ogólnych (czym się zajmuje, czy ma dzieci, czy mieszka sam,) - obniżenie napięcia, wyraz zainteresowania i troski.

4. Problem podany to nie zawsze problem główny



KOMUNIKACJA WERBALNA „słowna” — o czym warto pamiętać?

5. Pytania otwarte/ zamknięte/ naprowadzające/ zaczynające się od sformułowania „dlaczego”

A) PYTANIA OTWARTE („Co przeszkadza w samopoczuciu?”)

- dają szansę opowiedzenia o problemie własnymi słowami
- mniejsze ryzyko pominięcia ważnych informacji

B) PYTANIA ZAMKNIĘTE („Czy boli w klatce piersiowej?”)

- dają szansę na zweryfikowanie własnych hipotez,
- większe ryzyko nie uzyskania ważnych informacji,
- zmuszają do precyzyjnych odpowiedzi



C) PYTANIA NAPROWADZAJĄCE („Biegunki na pewno są częstsze gdy zje Pani coś ostrego”)

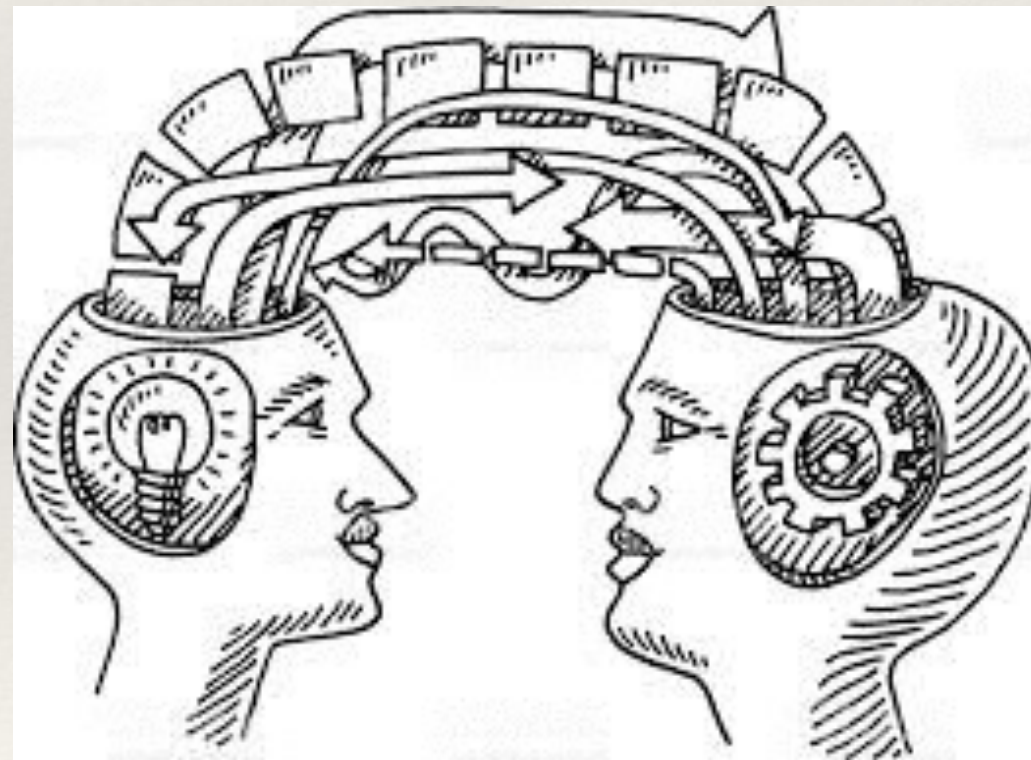
- ryzyko stronniczości odpowiedzi- pacjent musi zgodzić się z naszą hipotezą - UNIKAĆ zwłaszcza na początku rozmowy

D) PYTANIA ZACZYNAJĄCE SIĘ OD SFORMUŁOWANIA „DLACZEGO”

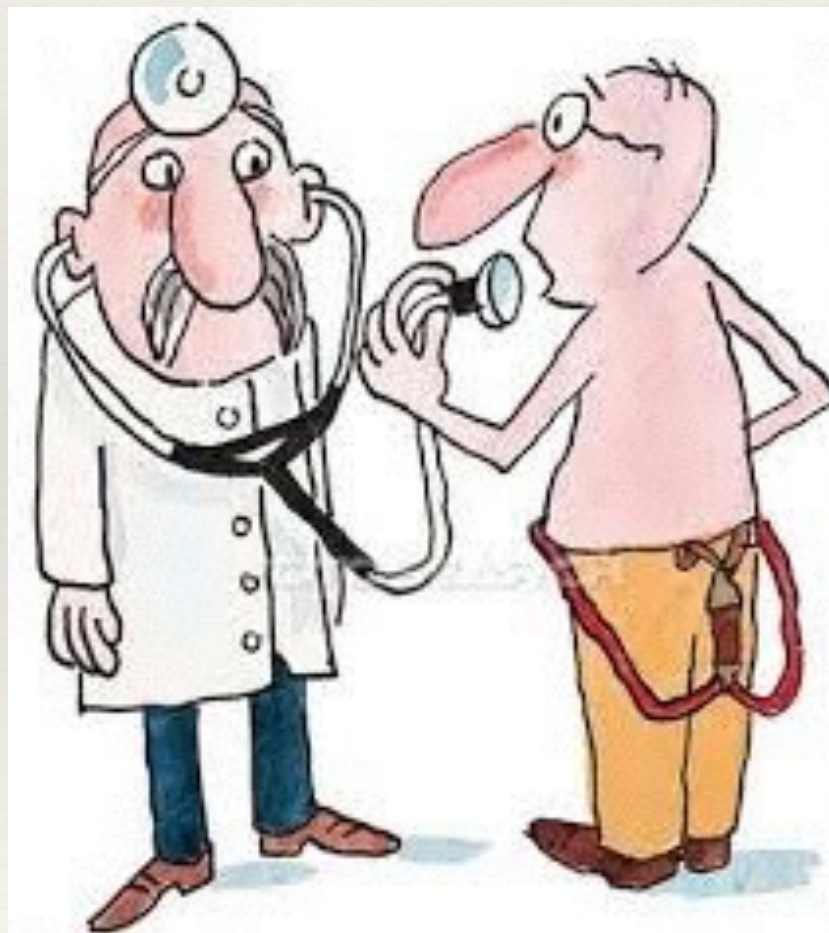
- trudno na nie odpowiedzieć/ mogą brzmieć krytycznie



Gdy przekaz werbalny i niewerbalny są sprzeczne, to przypuszczalnie bliższy prawdy jest ten drugi.



BADANIE KLINICZNE— o czym warto pamiętać?



BADANIE KLINICZNE— o czym warto pamiętać?



1. Przed rozpoczęciem badania zapytaj o zgodę: „czy mogę teraz Panią / Pana zbadać” - to wzbudzi większe zaufanie (zwłaszcza w przypadku kobiet i dzieci).

2. Wyjaśnij dokładnie na czym będzie polegało badanie- to zmniejszy lęk i poczucie braku kontroli.

3. Mów w sposób zrozumiały, prosty,
nie wzbudzaj niepotrzebnego niepokoju.



4. Na ile to możliwe- prowadź rozmowę w trakcie badania -

to obniży poziom niepokoju i pozytywnie wpłynie na wzajemną relację. Milczenie- budzi lęk i niepewność.

BADANIE KLINICZNE— o czym warto pamiętać?

5. Przy poleceniu rozebrania się w trakcie badania fizykalnego sprecyzuj jasno, którą część garderoby bądź partie ciała masz na myśli- zmniejszy to ryzyko zakłopotania i barier komunikacyjnych po obu stronach.

6. Nie bądź zbyt formalny i szorstki - to buduje dystans i może budzić lęk przed wyrażaniem ważnych treści (strach przed powiedzeniem czegoś niewłaściwego, niepotrzebnego, głupiego).

7. Na zakończenie wywiadu dopytaj czy jest jeszcze coś ważnego o czym pacjent chciałby wspomnieć.

PACJENT Z ZABURZENIAMI PSYCHOSOMATYCZNYMI— o czym warto pamiętać?



PACJENT Z ZABURZENIAMI PSYCHOSOMATYCZNYMI— o czym warto pamiętać?

KIM JEST PACJENT Z ZABURZENIAMI PSYCHOSOMATYCZNYMI

- Osoba, która zgłasza liczne objawy somatyczne
(i faktycznie ich doświadcza) przy jednoczesnym braku
medycznych podstaw do ich posiadania,



- Najczęściej zgłaszane objawy to: spadek energii, bóle głowy, zaburzenia snu lub funkcji seksualnych, zaparcia lub biegunki, problemy z oddawaniem moczu, duszności, uciski w klatce piersiowej, osłabienie)

ŹRÓDŁA PROBLEMU:

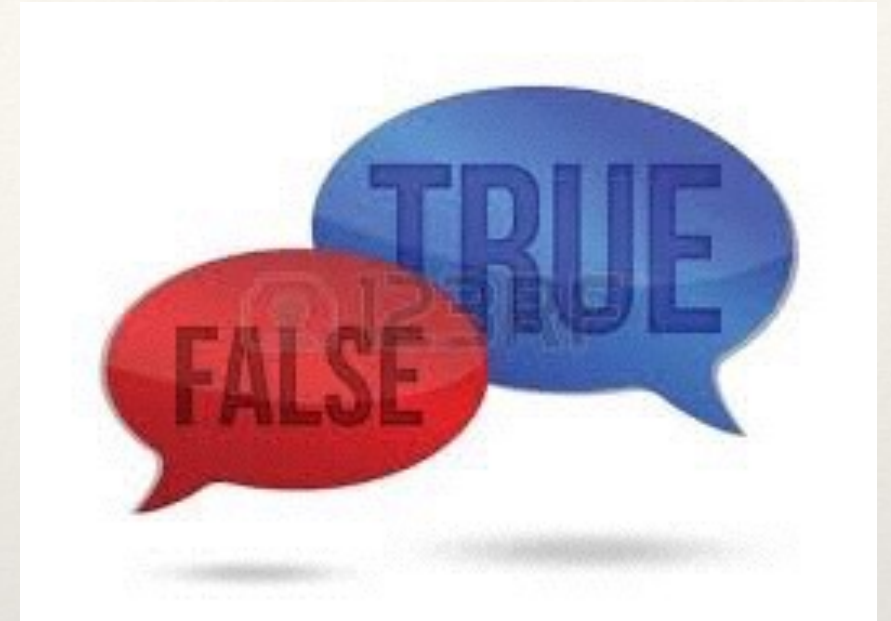
- reakcją na doznawany życiowy stres,
- objawy problemów natury psychicznej (depresja, napady paniki, zaburzenia konwersyjne...),
- wyraz silnej potrzeby uwagi i zainteresowania (np. w przypadku osób starszych)

PACJENT Z ZABURZENIAMI PSYCHOSOMATYCZNYMI— o czym warto pamiętać?

JAK ROZMAWIAĆ Z PACJENTEM Z ZABURZENIAMI PSYCHOSOMATYCZNYMI?

1. W wywiadzie kliniczny uwzględnij szczegółowe pytania na temat sytuacji życiowej pacjenta oraz wszelkich źródeł stresu emocjonalnego (zarówno aktualnych jak i dawnych).
2. Zanim wyciągniesz wniosku dokładnie przeanalizuj objawy zarówno somatyczne jak i emocjonalne pacjenta.
3. Mów jasno, że na podstawie badania klinicznego nie stwierdza się problemów natury medycznej.

PACJENT Z ZABURZENIAMI PSYCHOSOMATYCZNYMI— o czym warto pamiętać?



4. Wysłuchaj punktu widzenia pacjenta, potraktuj go poważnie.

5. Nie sugeruj pacjentowi, że jego objawy są nieprawdziwe, traktuj je jak faktyczny problem.

6. Nie mów pacjentowi, że jego ból jest wyimaginowany (to nie prawda!)

PACJENT/ KREWNY OKAZUJĄCY GNIEW – jak rozmawiać?



1. **Daj wyraz zrozumienia emocjom pacjenta/ rodziny** („*Pani uczucia są zrozumiałe*”, „*Wyobrażam sobie, jak trudno jest Pani w tej chwili*”). **NIE OCENIAJ- SŁUCHAJ- SPRÓBUJ ZROZUMIEĆ!**

2. **Odpowiednio dobieraj słowa-** unikaj tych, które będą przejawem **KRYTYKI, OCENY, DEZAPROBATY** („*Mogła Pani lepiej pilnować dziecka*”, „*Cieężko Pani pracowała na takie problemy ze zdrowiem*”, „*A wystarczyło regularnie się badać*”)



3. Pamiętaj, że w rzeczywistości **to nie zawsze**

Ty jesteś przyczyną gniewu pacjenta, nawet jeśli Ty jesteś jego bezpośrednim odbiorcą.

4. **Gdy rodzina/ pacjent wysnuwa wobec Ciebie skargę-** spokojnie wyjaśnij zaistniałą sytuację i jej okoliczności.

5. Gdy są do tego powody- nie bój się przeprosić.

6. Poza skrajnymi sytuacjami, nie próbuj odwracać uwagi pacjenta od doświadczanych przez niego emocji („*To gdzie Pani była na urlopie w tym roku?*”)

7. Nie podnoś głosu- to jedynie zaogni sytuację.

8. Poproś jednocześnie by pacjent nie podnosił głosu na Ciebie: „*Bardzo proszę żeby nie podnosiła Pani na mnie głosu, ja tego nie robię*”



INTERWENCJE W SYTUACJACH TRAUMY



Co dzieje się z człowiekiem w konsekwencji traumy (nagłe zagrożenie życia lub zdrowia)?

1. Działanie bardzo silnego -traumatycznego stresu.
2. Stan przeciążenia organizmu, bez zdolności poradzenia sobie z kryzysem.
3. Obecność niezrozumiałych, nieprzewidywalnych, nieracjonalnych, niespójnych reakcji emocjonalnych, behawioralnych, poznawczych jako nieadekwatny sposób organizmu na poradzenie sobie z sytuacją.
4. Pacjent może mieć dużą trudność z przyswojeniem- usłyszeniem- przekazywanych informacji.
5. Pacjent może być niezorientowany co do miejsca i czasu.
6. W zachowaniu zdezorganizowany, czasem agresywny, nieobliczalny.

Kontakt z osobą w nagłym kryzysie-o czym warto pamiętać?

1. Miej świadomość typowych reakcji organizmu na doświadczenie traumy (konsekwencje zarówno emocjonalne jak i behawioralne i poznawcze).

2. Zachowaj spokój- mów spokojnym, wyważonym tonem.

3. Bądź empatyczny, słuchaj, pozwól mówić.



3. Gdy jest taka potrzeba bądź dyrektywny/ dyrektywna- jasno i zwięźle wydawaj polecenia: „Proszę usiąść, nie przechodzić za linię”. Wielokrotnie sprawdzaj czy pacjent je zrozumiał.

4. Zwracaj szczególną uwagę na poszkodowanych wyraźnie pobudzonych jak i tych, z którymi kontakt (słowny) jest znacznie ograniczony.

Kontakt z osobą w nagłym kryzysie-o czym warto pamiętać?



5. Zmniejsz ryzyko dalszej ekspozycji na działanie bodźców traumatycznych (np. widok ciał ofiar katastrofy).

6. Staraj się odwracać uwagę od działania czynników stresogennych (np. bólu czy stanu zagrożenia życia) np. poprzez ciągłą rozmowę.

7. Nie okłamuj pacjenta: „Z Pana nogą jest wszystko w najlepszym porządku”, „Już prawi jest Pan z nami”- gdy się zorientuje, może odmówić dalszej współpracy.

8. Nie rozwiązuj nadziei na poprawę ale nie zapewnij też, że wszystko będzie dobrze.



OSOBA ZAGROŻONA SAMOBÓJSTWEM- specyfika kontaktu.



Statystyki

- ❖ Co **40 sekund** ktoś na świecie odbiera sobie życie.
- ❖ Co **3 sekundy** ktoś próbuje odebrać sobie życie.
- ❖ **1 mln osób rocznie** popełnia samobójstwo.
- ❖ w 2000 roku w Polsce: w przedziale wiekowym **10-14 r.ż ok** 50 dzieci popełniło samobójstwo.
15-19 r.ż ok 300 osób popełniło samobójstwo.
poniżej 10 r.ż. 16 przypadków śmierci samobójczej.



Czynniki ryzyka zachowań samobójczych

- ❖ Impulsywność
- ❖ Spożywanie alkoholu lub innych SPA
- ❖ Problemy w związku
- ❖ Znacząca utrata
- ❖ Izolacja społeczna
- ❖ Problemy zdrowotne
- ❖ Ból fizyczny
- ❖ Zaburzenia snu
- ❖ Uczucie wstydu
- ❖ Lęk
- ❖ Problemy finansowe lub natury prawnej
- ❖ Wcześniejsze próby „s”/ próby „s” w rodzinie



Mity

1. Rozmowa o samobójstwie może spowodować, że osoba je popełni.
2. Osoby grożące samobójstwem nie popełnią go.
3. Osoby popełniające samobójstwo to ludzie chorzy.
4. Samobójstwo jest dziedziczne.
5. Po nieudanej próbie samobójczej nie ma już zagrożenia.
6. Osoba suicydalna, która zaczyna być hojna i dzielić się majątkiem wykazuje oznaki zdrowienia.
7. Samobójstwo jest zawsze aktem impulsywnym.



OSOBA ZAGROŻONA SAMOBÓJSTWEM- specyfika kontaktu.

1. Zadawaj otwarte, proste pytania, nie bój się słów: „zabić”, „samobójstwo”.
2. Często już sama rozmowa o tym może przynieść pacjentowi ulgę.
3. Warto zwrócić uwagę na takie wypowiedzi jak: „Ja już wiem, co zrobię”; „Podjąłem już decyzję”. Większość osób zanim podejmie próbę samobójczą sygnalizuje o swoich zamiarach.
4. Często paradoksalnie po podjęciu decyzji o odebraniu sobie życia nastrój człowieka poprawia się, możemy mieć wrażenie, że wszystko jest w porządku.

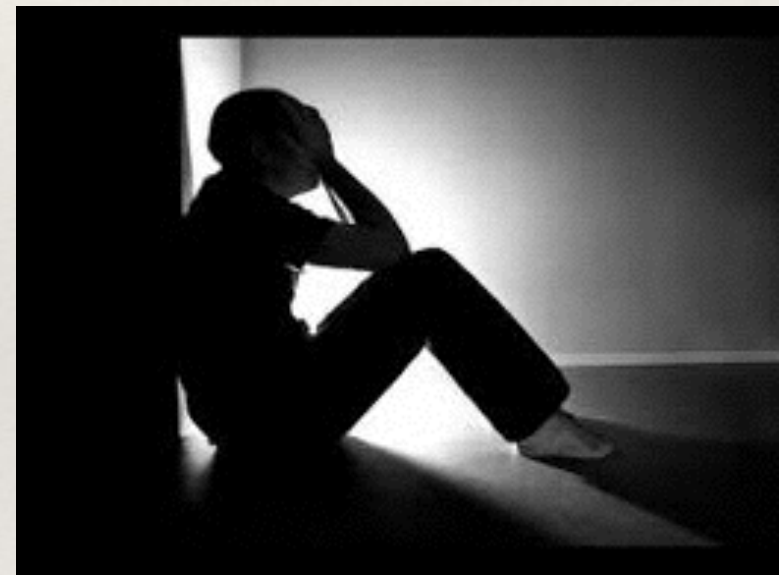
- ULGA PODECYZYJNA.



OSOBA ZAGROŻONA SAMOBÓJSTWEM- specyfika kontaktu.

ZESTAW PYTAŃ POMOCNY W ROZMOWIE Z OSOBĄ ZAGROŻONĄ SAMOBÓJSTWEM:

1. Czy **myślała** Pani/Pan o odebraniu sobie życia?
2. **Od kiedy** występują myśli „s”?
3. **Czy rozmawiała** Pani z kimś o swoich zamiarach?
4. Czy **ma Pani/Pan plan** jak chciałby tego dokonać?
5. **Cz te myśli nawracają** również wtedy kiedy Pani/Pan tego nie chce?



6. Czy wcześniejsze Pani/Pana kontakty i zainteresowania uległy zawężeniu?

7. Jaki jest Pani nastrój w ostatnim czasie?

8. Czy w przeszłości podejmowała już

Pani/Pan próby „s”?



9. Czy w Pani rodzinie podejmował ktoś próby „S”?

10. Czy była Pani/Pan leczony w przeszłości psychiatrycznie?

OSOBA ZAGROŻONA SAMOBÓJSTWEM- Jak zadawać pytania „s”?

1. PYTAJ O MYŚLI REZYGNACYJNE:

- Czy zdarza się Pani/Panu myśleć, że życie nie ma sensu, że może nie warto żyć lub że łatwej byłoby umrzeć?

2. PYTAJ O MYŚLI SAMOBÓJCZE

- Czy bywa, że myśli Pani o odebraniu sobie życia/ o podjęciu

próby samobójczej/ o zabiciu się?

2. PYTAJ PLANY SAMOBÓJCZE

Czy myślała już Pani/ Pan o tym jak chciałaby to zrobić/ czy ma już Pani/ Pan plan jak chciałby Pani odebrać sobie życie?

3. PYTAJ O PRÓBY SAMOBÓJCZE

Czy podejmowała już Pani/ Pan próby odebrania sobie życia/ Czy próbowała już Pani popęłnić samobójstwo?



PRZY POSIADANIU JAKIEJKOLWIEK PRZESŁANKI O ZAGROŻENIU
PRÓBĄ „S” (NAWET JEŚLI OSOBA ZAPRZECZA), NALEŻY
PRZEWIEŹĆ PACJENTA DO IZBY PRZYJĘĆ SZPITALA
PSYCHIATRYCZNEGO

Dziękuję za uwagę

