



Czynniki kształtujące proces komunikowania się.

Analiza procesów komunikacyjnych w opiece zdrowotnej.

Krzysztof Skuza

(autor jest doktorantem na Wydziale Finansów AE w Krakowie)

I. Kultura

Tematem niniejszej pracy są zasady komunikacji między ludźmi, a zwłaszcza cechy procesu komunikacji w organizacjach. Nie można badać przebiegu i właściwości tego procesu bez powiązania go z kulturą, z której się wywodzi. Każda kultura oprócz własnego systemu wartości, zasad i norm, ma również swoje własne reguły porozumiewania się. Takie powiązanie komunikacji z kulturą ma bardzo duże znaczenie, gdyż: *„Kultura jest najpoważniejszym źródłem naszych nieporozumień z otoczeniem. Wynikają one z tego, że inaczej niż nasi rozmówcy oceniamy świat i uznajemy inne niż oni wartości. Kultura to dorobek społeczeństwa, które nas wychowało i ukształtowało”* (Mikułowski Pomorski, 2003, s.8). Sądzę, że takie właśnie ujęcie kultury - jako wytworu działań ludzkich i jednocześnie „czynnika” zwrotnie oddziałującego na te działania (w tym porozumiewanie się) - będzie dobrym punktem wyjściowym dla rozważań o komunikacji.

1. Podmiot kultury.

Przede wszystkim, należy pamiętać, że ów „dorobek społeczeństwa” jest wynikiem działań grupy złożonej z poszczególnych osób, a obiektem oddziaływań kultury „w skali mikro” jest jednostka ludzka. Można zatem powiedzieć, że podmiotem kultury jest zarówno jednostka jak i zbiorowość społeczna.

1.1 Jednostka

Każda osoba znajdująca się w społeczeństwie przestrzega pewnych norm, wyznaje pewne wartości, wytwarza zachowania, realizuje jakieś cele, dążąc przy tym do osiągnięcia aprobaty innych osób, które również przestrzegają norm, wyznają wartości, itd.. Każda kultura wytwarza pewien właściwy dla swoich uczestników wzorzec - aprobowany sposób funkcjonowania osoby, komunikowania się, realizacji określonych celów. Oczywiście każda osoba w danej kulturze ma swoje indywidualne nawyki i zachowania (które np. podziela z członkami innych kultur), ale o przynależności tej osoby do danej kultury decydują zachowania i motywy zgodne z wzorcem kulturowym. Jednostka „odczuwa” przymus życia w sposób wyznaczony przez kulturę (Sztompka, 2003). Warto zwrócić uwagę, że ta sama osoba może pełnić różne role społeczne i w związku z tym należeć do różnych kultur, np. student medycyny pochodzenia greckiego, który mieszka w Polsce i jest przy tym wyznawcą Islamu a także harcerzem. Taka równoczesna przynależność do wielu grup tworzy tożsamość kulturową jednostki. Niektóre elementy tej tożsamości mogą nie być zharmonizowane ze sobą lub nawet znajdować się w sprzeczności. Są to różne źródła kultury jednostki (język, religia, grupa narodowa, etniczna, klasa społeczna), które mają wpływ na osobowość (Mikułowski Pomorski, 2003).

1.2. Zbiorowości

Przynależność do danej zbiorowości ludzkiej wpływa na uznawane przez człowieka wartości i na jego zachowania (Mikułowski Pomorski, 2003). Dlatego można uznać, że grupa społeczna jest głównym podmiotem kultury, i że wszystkie grupy



społeczne tworzą swoją własną kulturę o różnym stopniu złożoności (Sztompka, 2003). Z potocznego doświadczenia wiadomo, że własne zwyczaje ma każda rodzina, firma, klub sportowy czy kościół, do którego się przynależy. Nietrudno również zaobserwować odrębne kultury grup etnicznych stanowiących mniejszości narodowe w danym kraju. W takim modelu, gdzie na jednym obszarze występują obok siebie różne społeczności, widoczne są dwie właściwości kultury: homogeniczność wewnętrzna, która ujednolica zachowania i myślenie wewnątrz danej grupy i heterogeniczność zewnętrzna – widoczna różnorodność, odrębność poszczególnych kultur, manifestująca się m.in. własnym językiem, tradycją, wartościami, odrębną hierarchią pozycji społecznych (Sztompka, 2003). Przykładami takich zbiorowości mogą być: naród, państwo czy np. organizacja o charakterze politycznym lub ekonomicznym.

Naród

Przede wszystkim należy pamiętać, że naród to nie to samo co państwo. Ogólnie można stwierdzić, że naród jest wielką wspólnotą ludzi, złączonych wspólną historią, wspólnym językiem, posiadającą swój „charakter narodowy” i solidaryzującą się ze sobą, ale zbiorowość ta niekoniecznie musi zamieszkiwać jedno wspólne terytorium (Mikułowski Pomorski, 2003). Taka wspólnota nie jest organizacją w pełni sformalizowaną, jej rdzeniem są pewne wartości a postawy członków narodu oparte są przede wszystkim na składnikach emocjonalnych (Aronson, Wilson, Akert, 1997). Ważną cechą działań członków danego narodu jest irracjonalność i spontaniczność (Mikułowski Pomorski, 2003).

Państwo

Podstawowe elementy w definicji państwa to: **ludność**, która zamieszkuje dane **terytorium** oraz **władza**, której podlega owa ludność (Mikułowski Pomorski, 2003). Państwo, w przeciwieństwie do narodu jest organizacją wysoce sformalizowaną, rządzącą się racjonalnymi zasadami. Każde państwo ma określony system gospodarczy, biurokratyczny oraz własną strukturę życia społecznego (Mikułowski Pomorski, 2003).

Kwestia integracji Unii Europejskiej uwidacznia dość wyraźnie różnice między państwem a narodem. W ramach Zjednoczonej Europy osłabia się rola państwa, dąży się do ujednoczenia norm i regulacji prawnych, do unii ekonomicznej i gospodarczej (np. wspólna waluta Euro), do otwarcia granic i swobodnego przepływu obywateli, natomiast wspólnoty narodowe - a zwłaszcza wspólnoty regionalne - podkreślają swa odmiennosc przede wszystkim w sferze kultury i tradycji. Regiony te podkreślają swoje odrębne dziedzictwo kulturowe, które wnoszą do wspólnej Europy.

Organizacja

Jako podmioty kultury wymienia się również organizacje (Mikułowski Pomorski, 2003) Korporacje czy instytucje ekonomiczne to organizacje typu formalnego, a więc takie, w których „zarówno poszczególne pozycje (urzędy, stanowiska), jak i relacje między nimi (pragmatyka służbowa, droga służbowa, struktura dowodzenia) są bardzo dokładnie określone, a nawet skodyfikowane (w regulaminach, kodeksie postępowania administracyjnego, itp.)” (Sztompka, 2003, s.130).

Oczywiście zarówno organizacje formalne, do których należy dana osoba (firma, w której pracuje, partia polityczna, do której przystępuje), jak i nieformalne organizacje społeczne (np. grono przyjaciół) oddziałują na dana osobę, przyczyniając się do kształtowania wymienionej wcześniej tożsamości kulturowej, która zwrótnie wpływa na decyzje odnośnie przynależności do pewnych organizacji (Sztompka, 2003).

Organizacje mają swą własną „kulturę organizacyjną”, która łączy w jedną grupę np. pracowników pochodzących z różnych środowisk (ale w ramach jednej kultury np. etnicznej) lub nawet z różnych kręgów kulturowych. Kultura korporacyjna określa wspólne cele, wartości i sposoby działania, w tym również sposoby komunikowania się, które umożliwiają członkom organizacji skuteczne porozumiewanie się pomimo różnic międzykulturowych.

2. Homogenizacja kultury

Społeczności całego świata coraz bardziej upodabniają się do siebie – jest to zjawisko **globalizacji**, czyli zespół procesów, które ujednolicają cały świat społeczny (Sztompka, 2003). Zachodni, konsumpcyjny styl życia i jego produkty



obejmują cały świat. Homogenizacja dotyczy również obszaru kultury a zatem obejmuje również język. Kontakty przedstawicieli różnych kultur wymagają posiadania wspólnego języka. Sztuczną, nieudaną próbą takiego języka było stworzenie esperanto. Natomiast rolę światowego narzędzia komunikacji w sposób naturalny przyjął język angielski: język ten praktycznie wszędzie jest obowiązkowo nauczany w szkołach, jest językiem nauki i techniki, polityki i dyplomacji (Sztompka, 2003). Komunikacja międzykulturowa „włoczona” została w ramy wyznaczone przez zasady leksykalne języka angielskiego. Ułatwiło to, ale i usztywniło komunikację międzykulturową, gdyż we wszystkich językach świata jest wiele zwrotów i słów nieprzekładalnych na inne języki (w tym oczywiście na język angielski).

II. Komunikowanie się

Jest wiele definicji komunikowania, a każda z nich podkreśla inny aspekt tego procesu (Sobkowiak, 1998). Ogólnie można stwierdzić, że komunikacja, czyli porozumiewanie się służy stworzeniu „wspólnoty komunikacyjnej, a więc takich społecznych warunków, w których ludzie łatwo rozumieją się nawzajem i czują się sobie potrzebni” (Mikułowski Pomorski, 2003, s.52). Przydatna wydaje się być również następująca definicja: „komunikowanie społeczne jest to proces wykonania, przekształcania i przekazywania informacji pomiędzy jednostkami, grupami i organizacjami społecznymi. Celem komunikowania jest stałe i dynamiczne kształtowanie, modyfikacja bądź zmiana wiedzy, postaw i zachowań, w kierunku zgodnym z wartościami i interesami oddziałujących na siebie podmiotów” (Antoszewski, Herbut, 1995, s.150). Jak wynika z powyższego cytatu komunikowanie ma charakter społeczny, czyli dla jego zaistnienia potrzebne są osoby, które wejdą ze sobą w jakieś związki. Nie muszą to być bezpośrednie interakcje, dlatego możemy mówić o dwóch podstawowych formach komunikacji, czyli o „**komunikowaniu się**, w którym ludzie mogą bezpośrednio wymieniać sygnały”, oraz o **komunikowaniu**, „gdy taki bezpośredni kontakt nie istnieje, a komunikacja dokonuje się za pomocą mediów, zwanych też środkami społecznego komunikowania” (Mikułowski Pomorski, 2003, s. 52).

1. Składniki procesu komunikowania

Aby mogło dojść do procesu komunikowania konieczne jest wystąpienie jego niezbędnych i powiązanych ze sobą elementów. Składniki te to: uczestnicy, kontekst, komunikat, kanał, sprzężenie zwrotne oraz szumy (Dobek- Ostrowska, 1999).

Kontekst stanowią warunki, w których zachodzi komunikacja. Ma on kilka aspektów: fizyczny (otoczenie), historyczny (odwoływanie się uczestników do przeszłości), psychologiczny (wzajemne postrzeganie siebie i sytuacji przez uczestników), kulturowy (wiedza, która jest udziałem uczestników).

Uczestnicy, czyli osoby pełniące role nadawców i odbiorców komunikacji. Im bardziej sytuacja komunikacyjna sformalizowana, tym bardziej role te są dookreślone i stałe. Zarówno odbiorca jak i nadawca interpretuje znaczenie komunikatu w oparciu o indywidualne doświadczenia i przekonania, dlatego właśnie ta sama sytuacja może mieć dla każdego z nich odmienne znaczenie.

Komunikat jest to centralny składnik procesu komunikacji. Niesie on pewne znaczenie, opiera się na sytuacjach (werbalnych i niewerbalnych), podlega kodowaniu a następnie odkodowaniu oraz jest zorganizowany w pewną formę (im bardziej oficjalny tym bardziej ustrukturalizowany).

Kanał, czyli droga przekazu i środki technologiczne, które służą temu przekazowi (kanały sensoryczne).

Sprzężenie zwrotne – reakcja odbiorcy następująca po odkodowaniu komunikatu.

Szumy są to źródła zakłóceń, które mogą zablokować etap odkodowania komunikatu.

2. Modele komunikowania

Wymienione tu składniki są częścią modelu teorii informacji Shannona i Weavera (Mikułowski Pomorski, 2003). W nauce o komunikowaniu występuje kilkadziesiąt modeli, opisujących i systematyzujących proces komunikowania. Mają one wyjaśniać procesy, dzięki którym inicjujemy i podtrzymujemy nasze relacje interpersonalne z innymi ludźmi. Tradycyjny model komunikowania zaproponowany przez Harolda D. Laswella w 1948 roku, opiera się na złożonym pytaniu badawczym: „Kto powiedział, co powiedział, do kogo powiedział, jakiego kanału używając i z jakim efektem?” (Olson, 1998). Poniższy schemat ilustruje tradycyjny model komunikowania (Mikułowski Pomorski, 2003, s.54).

Schemat 1.

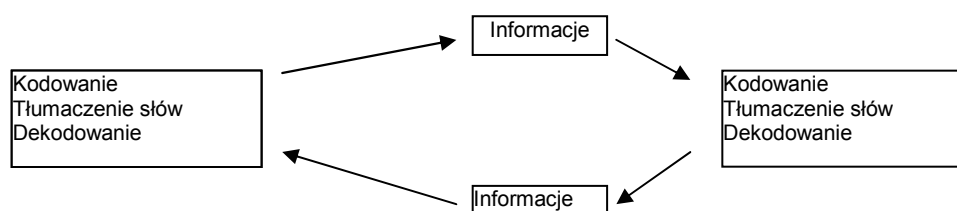


KTO? — CO? — JAK? — KOMU? — JAKI EFEKT?
Nadawca Treść Kanał Odbiorca Wynik

Przedstawione wcześniej składniki procesu komunikowania są podobne do powyższych, przedstawionych w tradycyjnym modelu, który wciąż jest obecny w naukach o komunikacji, a kolejne modele, w zależności od tego na jaki czynnik kładą nacisk, są w pewnym sensie jego modyfikacjami (Olsen, 1998).

Drugi prezentowany model, stworzony przez Wilbura Schramma (1954, za: Stankiewicz, 1999), jest interesujący przede wszystkim ze względu na uwzględnienie specyficznie ludzkiego, „humanistycznego” czynnika sytuacji komunikacyjnej, która jest przecież interakcją między ludźmi, tworzącymi własne znaczenia i interpretacje tej sytuacji. Ludzkie komunikowanie się jest całym zespołem reakcji a nie pojedynczym zdarzeniem. Poprzez swoje inne doświadczenia i przeżycia, każda ze stron tego procesu inaczej spostrzega i traktuje siebie samego jako osobę kodującą (nadawcę) i dekodującą (odbiorcę) jednocześnie: wszystkie informacje są w tym samym czasie nadawane i odbierane. Aby zapobiec nieporozumieniom, partnerzy odtwarzają swoje komunikaty, aby upewnić się czy dobrze je zinterpretowali (Model Schramma 1954, za Stankiewicz, 1999). Model ten przedstawiony jest na poniższym schemacie.

Schemat 2.



Współcześnie, twórcy modeli kładą duży nacisk na indywidualne zachowania partnerów komunikacji, które są zależne od cech osobowości oraz, przede wszystkim, od wcześniejszych doświadczeń w porozumieniu się, uwarunkowanych w dużej mierze specyficznymi cechami kontekstu kulturowego, w którym dotychczas komunikowała się dana osoba.

3. Funkcje komunikowania

Zgodnie z koncepcją zaproponowaną przez Aldaga i Stearns'a (1987, za: Sobkowiak, 1998) można wyróżnić cztery funkcje komunikowania:

- **funkcja informacyjna** - gdy komunikowanie służy uzyskaniu informacji niezbędnych do podejmowania decyzji i wykonywania zadań,
- **funkcja motywacyjna** - gdy przekazywane są zachęty do wykonywania pewnych działań i osiągania celów,
- **funkcja kontrolna** - gdy przekazywane są informacje o powinnościach i obowiązkach odbiorców wobec siebie, oraz o zakresie kontroli społecznej,
- **funkcja emotywna** - gdy w procesie komunikowania wyraża się uczucia i postawy emocjonalne.

4. Komunikacja w organizacji

Wśród systemów komunikacyjnych wyróżnia się m.in. typ **komunikowania organizacyjnego**. W tego rodzaju systemie uczestniczą osoby, które zazwyczaj z wyboru wstępują do organizacji, a ich skuteczne komunikowanie się jest jednym z podstawowych warunków efektywnej pracy. W ramach każdej organizacji, ludzie są przede wszystkim „uwikłani” w relacje interpersonalne z innymi, ci powoduje, że interpretowanie sytuacji i komunikowanie się zachodzi nawet wtedy, gdy panuje cisza (Stankiewicz, 1999).

Wewnętrzna struktura większości organizacji jest hierarchiczna i zamknięta, a ich członkowie, wśród których wyróżnia się mało liczną grupę rządzących i dużą grupę rządzonych, mają do wypełnienia dokładnie określone role społeczne i zawodowe (Sztompka, 2003). Sformalizowane kontakty między członkami organizacji wymuszają formalny i oficjalny sposób komunikowania się. Porozumiewanie się dotyczy przede wszystkim wykonywania przydzielonych zadań i obowiązków oraz przestrzegania reguł prawnych i zwyczajów danej organizacji (Dobek-Ostrowska, 1999).

Ten system komunikowania – nazywany również **instytucjonalnym** – występuje wszędzie tam, gdzie są zamknięte struktury i aparaty zarządzania, a więc w instytucjach władzy publicznej i przedsiębiorstwach, w szeroko rozumianym biznesie, w partiach politycznych, organizacjach społecznych, związkach, urzędach, itp. (Dobek-Ostrowska, 1999).



4.1 Typy procesów komunikowania się w organizacjach

Komunikowanie się wewnątrz organizacji przebiega na dwóch poziomach: interpersonalnym i grupowym (Dobek-Ostrowska, 1999).

Komunikowanie interpersonalne – jest związane z osobistymi kontaktami członków organizacji i przekazywaniem informacji od zwierzchnika (kierownika) w dół struktury.

Komunikowanie grupowe – występuje w każdej organizacji niezależnie od jej wielkości. Obejmuje komunikowanie się grup o charakterze formalnym (zespoły zadaniowe), jak i nieformalnym (grupy interesów i grupy przyjacielskie).

4.2 Kierunki komunikowania się w instytucjach

Wyróżnia się cztery kierunki, zgodnie z którymi przepływają komunikaty w organizacjach (Dobek-Ostrowska, 1999).

Kierunek w dół (komunikowanie pionowe inicjowane przez menedżerów) – najbardziej charakterystyczne dla organizacji. Wiąże się z przekazywaniem komunikatów od jednostek, które znajdują się na szczycie hierarchii, do osób stojących kolejno na niższych szczeblach struktury organizacyjnej, aż na sam dół owej hierarchii. Najważniejsze cele porozumiewania się tego rodzaju to, m.in.: informowanie o zasadach i procedurach organizacyjnych, przekazywanie szczegółowych poleceń i wyrażanie oczekiwań wobec członków organizacji, oraz motywowanie ich do angażowania się w działalność organizacji. Czynniki wpływającymi na skuteczność komunikowania się są m.in.: interpersonalne umiejętności menedżera, odpowiednie „porcjowanie” przekazywanych informacji (ani zbyt lakoniczne, ani zbyt obszerne komunikaty), moment (czas) przekazywania komunikatu, a także sam proces przekazywania informacji od pracownika do pracownika. Pierwotny komunikat bywa często zniekształcany podczas przebywania drogi od przełożonych do najniższych w hierarchii członków organizacji. Wiele analiz pokazuje, że im bardziej złożona jest struktura danej organizacji, tym bardziej komunikat „kurczy się” w miarę przesuwania się w dół hierarchii organizacyjnej, dokąd czasem dociera tylko 20% pierwotnych informacji (Stankiewicz, 1999).

Skuteczność komunikowania może podnieść przekazywanie informacji w formie pisemnej. Jedną z metod jest nadawanie pisma, którego odbiorcami mają być wszyscy pracownicy, i do którego dołączona jest tzw. „lista obiegu”: kolejni odbiorcy potwierdzają na niej, że zapoznali się z komunikatem nadawcy. Każdy z członków organizacji zinterpretuje komunikat indywidualnie, można mieć jednak pewność, że obiektywnie będzie to ten sam komunikat (Warner, 1999).

Kierunek w górę (komunikowanie pionowe inicjowane przez pracowników) – jest to reakcja podwładnych na komunikaty, które napływają do nich od kierowników. Przekazy te informują o przebiegu prac oraz o trudnościach w ich wykonaniu, zawierają usprawiedliwienia oraz prośby o pomoc i „dostarczają zwrotnych informacji z różnych obszarów współpracy ludzi między sobą” (Stankiewicz, 1999, s.24). Na częstotliwość tych komunikatów wpływa styl kierowania organizacją, który przekłada się na oczekiwania pracowników co do reakcji przełożonego na przekazywane przez nich wiadomości i opinie (zwłaszcza te, które wyrażają dezaprobatę). Często ma miejsce sytuacja, gdy podwładni mówią wprost tylko to, co chce usłyszeć przełożony i jednocześnie unikają przekazywania negatywnych informacji, aby uniknąć skupionego na nadawcy niezadowolenia zwierzchnika. Częste podkreślanie różnicowania statusów między kierownictwem a podwładnymi znacznie ogranicza komunikacyjne role obydwu tych stron: przełożeni wydają polecenia, podwładni składają sprawozdania. Prowadzenie przez kierownictwo danej organizacji tzw. polityki „otwartych drzwi”, stosowanie wśród jej członków ankietowych badań opinii oraz wyeliminowanie negatywnych reakcji menedżerów na krytyczne informacje od podwładnych zwiększyłyby z pewnością liczbę wartościowych i znaczących komunikatów przekazywanych tą drogą.

Kierunek poziomy (komunikowanie horyzontalne) – są to procesy komunikowania członków organizacji, którzy zajmują równe pozycje w strukturze. Jednym z głównych celów tego rodzaju komunikowania się jest wymiana wiadomości pomiędzy członkami organizacji, a tym samym uzupełnianie zasobów posiadanych już informacji. Innym ważnym celem jest rozwój zarówno współpracy pomiędzy działami i sekcjami danej instytucji, jak również umiejętności rozwiązywania powstających konfliktów.

Warto zauważyć, że na tym poziomie komunikacyjnym kontakty między nadawcami a odbiorcami są bardziej nieformalne, niż w sytuacji komunikowania przebiegającego pionowo. Są przez to czynnikami tworzącymi i wzmacniającymi osobowe więzi między członkami danej organizacji.



Kierunek ukośny (komunikowanie diagonalne) – sytuacja, kiedy komunikujące się jednostki mają różne pozycje w hierarchicznej strukturze i nie są w bezpośrednim stosunku kierownik – podwładny; kierunek ten jest rzadko wykorzystywany w sposób formalny, częściej gdy osoby z różnych szczebli związane są np. w grupie przyjacielskiej. Takie bezrefleksyjne, spontaniczne komunikowanie, nakłada się na refleksyjnie ustanowioną strukturę organizacji, w różnych kierunkach przecinając oficjalnie ustalony obieg informacji (Stankiewicz, 1999). Takie sieci komunikowania się pełnią wiele funkcji. Mogą służyć wzmacnianiu więzi koleżeńskich i przyjacielskich, zarówno przyspieszają, jak i dezorganizują przekazywanie wiadomości w instytucji, służą rozpowszechnianiu informacji, wykorzystując do tego tzw. przecieki (Stankiewicz, 1999). Porozumiewanie się diagonalne bardzo trudno kontrolować. Przesyłane poprzez „przecieki” informacje krzyżując się z formalnymi komunikatami, w powiązaniu z odmiennymi kontekstami, mogą być rozmaicie interpretowane prowadząc do wielu nieporozumień.

Tego rodzaju nieformalna komunikacja nasila się, gdy jakieś wydarzenia lub procesy zaistniałe w danej organizacji wywołują postawy emocjonalne, lub są interpretowane jako zagrażające przynajmniej przez część jej członków. Ważne jest, aby rozumieć tę formę komunikacji, ten swoisty „drugi obieg”, nie tylko jako źródło nieporozumień i plotek, ale ważny czynnik integracji osób codziennie przebywających razem i wykonujących wspólne zadanie.

4.3 Wybrane czynniki ograniczające skuteczność komunikowania organizacyjnego.

4.3.1 Bariery językowe

Czynnik ten stanowi istotne źródło nieporozumień w komunikacji między członkami różnych kultur, którzy mówią w innych językach. Źródłem frustracji jest wtedy niedostateczna, często pobieżna znajomość języka używanego do komunikowania się (Mikułowski Pomorski, 2003). Dzieje się tak np. w pół-oficjalnych kontaktach politycznych czy biznesowych, gdy zaproszeni goście próbują konwersować w języku swego gospodarza. Jednak nawet w organizacjach funkcjonujących w obrębie tej samej kultury, złożonej z ludzi w większości posługujących się tym samym językiem, nie zawsze te same słowa mają takie samo znaczenie dla nadawcy i odbiorcy. Do takiej sytuacji dochodzi, gdy stosuje się pracowniczy żargon lub specjalistyczną terminologię znaną tylko wąskiej grupie (Sobkowiak, 1998).

4.3.2 Niezgodne komunikaty werbalne i niewerbalne

„Podczas gdy język mówiony, czy pisany jest powszechnie uważany z podstawowy środek komunikacyjny, to na ogół niewiele uwagi przypisujemy komunikacji niewerbalnej”, a przeciwieństwo „falszywe interpretowanie sygnałów przez język niewerbalny” (Mikułowski Pomorski, 2003, s.92) jest jedną z poważnych barier komunikacyjnych. Nasze ciało przekazuje różne rodzaje informacji (Mikułowski Pomorski, 2003):

Proksemiczne - są one związane z przestrzennym dystansem pomiędzy nadawcą a odbiorcą, przybieranymi przez nich pozami ciała oraz z ich orientacją w przestrzeni. **Dystans** jest związany z istnieniem sfery osobistej, czyli przestrzeni, którą osoba uważa za należącą do niej. Na wyznaczenie tej sfery wpływają m.in. status społeczny osoby, pochodzenie kulturowe, wiek, płeć oraz związek zachodzący pomiędzy uczestnikami komunikacji. **Pozy ciała** przyjmowane przez rozmówców określają ich psychiczne nastawienie (status motywacyjny, stan emocjonalny), stopień rozluźnienia bądź spięcia psychofizycznego. Informują również o tym jaka relacja łączy partnerów komunikacji. **Orientacja w przestrzeni** (np. usadowienie się za stołem) pozwala wnioskować o nastawieniu rozmówców wobec siebie, np. czy komunikacja będzie mieć charakter partnerstwa czy podporządkowania.

Kinestetyczne - informacje wysyłane są poprzez gesty, mimikę, ruchy ciała. Istnieją bardzo duże różnice kulturowe w stosowaniu gestów i mowy ciała przez członków różnych społeczności.

Informacje tzw. **paralangue** - paralingwistyczne komunikowanie odbywa się za pomocą intonacji, modulacji, zawieszania głosu. Informacje z tej sfery pozwalają identyfikować stan emocjonalny rozmówcy, a nawet prawdziwość komunikatu. Aby jednak móc poprawnie interpretować informacje wynikające z artykulacji, należy zawsze uwzględniać kontekst rozmowy.

Informacje haptyczne - są one związane z dotykiem rozmówcy i nawiązywaniem bezpośredniego kontaktu fizycznego. W dużej mierze określane są przez normy kulturowe, ale są również wyznaczane przez wzajemną relację bliskości, intymności i zaufania pomiędzy rozmówcami.

Informacje zawarte w **wyglądzie i ubiorze** - na podstawie tych informacji można wnioskować np. o prowadzonym przez rozmówcę trybie życia i jego przynależności do jakiejś grupy społecznej. Dodatkowych informacji może dostarczyć tzw. język kolorów (kolorystyka odzieży), ale jak również noszony uniform i akcesoria służbowe. Należy jednak pamiętać, że



wnioskowanie o rozmówcy na podstawie jego wyglądu może prowadzić do stereotypizacji, a w efekcie do zafałszowania wizerunku danej osoby.

Wszystkie te elementy mogą osłabiać komunikaty werbalne lub nawet zaprzeczać im, utrudniając w ten sposób komunikowanie się. Samokontrola oraz uświadomienie sobie działania tych czynników pozwalają nadawcy unikać wysyłania fałszywych komunikatów, a odbiorcy ułatwiają weryfikację otrzymywanych informacji (Sobkowiak, 1998, s.38).

4.3.3 Bariery kulturowe

Komunikacja w dobie globalizacji jest tym trudniejsza, im mniej rozpoznane są różnice kulturowe, a poznanie odmiennych środowisk i kontekstów jest tylko powierzchowne, na podstawie jedynie łatwo obserwowalnych przejawów kultury. Tak naprawdę, to właśnie świadomość odmiennych kontekstów kulturowych, zrozumienie odmiennych doświadczeń i oczekiwań komunikacyjnych jest podstawowym warunkiem skutecznego porozumiewania się.

Trzy czynniki zakłócające i utrudniające porozumiewanie, które mają swe źródła w odmienności kultur, z jakich pochodzą uczestnicy komunikacji to: **etnocentryzm**, **uprzedzenia** oraz **stereotypy** (Mikułowski Pomorski, 2003).

Etnocentryzm

„Pod pojęciem etnocentryzmu rozumiemy skłonność do wydawania negatywnych sądów o obcej kulturze, przy odwoływaniu się do standardów obowiązujących w kulturze rodzimej” (Mikułowski Pomorski, 2003, s.75). Z powodu etnocentryzmu często nie jesteśmy rozumiani przez członków odmiennych kultur i sami również nie potrafimy zrozumieć dlaczego przedstawiciele owych kultur zachowują się tak a nie inaczej (Borçe, Thill, za: Mikułowski Pomorski, 2003). Treści, które inni komunikują oraz różne od naszych formy komunikowania oceniamy negatywnie: uważamy, że to nasze sposoby komunikacji są prawidłowe, a inne są niejasne i nieprawidłowe. Ogólnie można powiedzieć, że *„etnocentryzm opiera się na wyraźnym przeciwstawieniu grupy wewnętrznej (my) grupie zewnętrznej (oni)”* (Mikułowski Pomorski, 2003, s.77). Grupa własna przedstawiana jest pozytywnie, ocena grupy obcej jest negatywna.

Uprzedzenia

„Uprzedzenie to trzymanie się z góry przyjętych wyobrażeń na temat jednostki lub grupy, nawet, gdy otrzymywane informacje tym wyobrażeniom zaprzeczają” (Mikułowski Pomorski, 2003, s.81). Uprzedzenia, które dotyczą przede wszystkim przekonań jednostki czy zbiorowści, należy odróżnić od dyskryminacji, która przejawia się w konkretnych działaniach wobec osoby (lub określonej grupy osób). Najczęściej jest tak, że uprzedzenia powstają jako pierwsze i prowadzą później do dyskryminacji, czyli odmawiania innym (wyróżnionym na podstawie różnych cech) ich praw (Mikułowski Pomorski, 2003). Uprzedzenia prowadzą do powstawania **społecznych dystansów** (np. pomiędzy członkami różnych grup etnicznych zamieszkujących terytorium danego państwa), określających w jakim stopniu *„toleruje się dane osoby i ich obecność we własnym otoczeniu”* (Mikułowski Pomorski, 2003). Jedną z konsekwencji jest to, że im większy społeczny i etniczny dystans między grupami, tym większe trudności we wspólnym komunikowaniu, a co za tym idzie tym trudniejsze osiągnięcie porozumienia w różnych dziedzinach życia.

Stereotypy

„Uprzedzenia często opierają się na stereotypach, sztywnych i niezmiennych charakterystykach poszczególnych grup. (...) Niektóre stereotypy zawierają ziarno prawdy, ale są mocno przesadzone. (...) Stereotypy stają się częścią kulturowej wiedzy jednostki i dlatego trudno je wyeliminować, chociaż często mocno wypaczają prawdę (Giddens, 2004, s.272). Stereotyp to pewna całość, uporządkowany i zabarwiony emocjonalnie schemat, według którego organizuje się poznawaną rzeczywistość, i który ukierunkowuje myślenie o sytuacjach społecznych i osobach w nich występujących. Można wyróżnić m.in. stereotypy związane z płcią, z wykonywanym zawodem czy stereotypy narodowe, z których te ostatnie najczęściej są negatywne i wynikają z niedostatecznej wiedzy na temat osób innej nacji (Mikułowski Pomorski, 2003). Posługiwanie się powszechnie znanymi stereotypami wynika z zasad oszczędności poznawczej i komunikacyjnej, tzn. podzielenie tego samego stereotypu zmniejsza ilość informacji, które muszą przekazać sobie rozmówcy aby osiągnąć porozumienie (Aronson, Wilson, Akert, 1997). Należy jednak pamiętać o tym, że stosowanie stereotypów w procesie komunikacji to powielanie ogólnych i błędnych informacji, a treści prawdziwe i indywidualne znaczenia są w tym przypadku pomijane.



III. Komunikowanie się w opiece zdrowotnej

Z ogólnego sformułowania „komunikowanie się w opiece zdrowotnej” wyodrębnić można dwa podobszary analizy. Te dwie faktycznie istniejące płaszczyzny komunikacyjne obejmują porozumiewanie się pomiędzy:

- pacjentami a profesjonalistami medycznymi,
- samymi pracownikami medycznymi zorganizowanymi w obrębie struktur opieki zdrowotnej (zarówno prywatnej, jak i publicznej).

Te obszary komunikacyjne mają wiele punktów wspólnych, a także dzielą ten sam podstawowy cel: skuteczna komunikacja ma zwiększać efektywność działań medycznych, a przez to polepszać zdrowie pacjentów. W modelowej sytuacji, gdy np. dwóch lekarzy omawia stan zdrowia „wspólnego” pacjenta, nie jest możliwe przeprowadzenie takiej konsultacji bez korzystania z informacji, które ów pacjent przekazywał w czasie poprzednich wizyt lekarskich. Jednak nawet i w takim przypadku, mimo wspólnej treści, komunikacja najczęściej zachodzi przy użyciu odmiennej terminologii, a tematem wymienianych komunikatów jest stan zdrowia osoby trzeciej, a nie, jak w przypadku komunikacji pacjent-lekarz, jednego z rozmówców. Ten drugi rodzaj komunikacji uwzględniać musi również zjawisko **asymetrii informacyjnej**, która występuje, ponieważ pacjent nie ma dość wiedzy medycznej, aby ocenić przebieg leczenia, diagnozę i kompetencje lekarza (wiąże się z tym niepewność wynikająca z podejmowania ryzyka korzystania z usługi) (Dobska, Dobski, 1999).

Aby uchwycić specyficzne cechy obydwu rodzajów komunikacji, warto podczas analizy zachować podział na te dwa obszary i analizować je z odmiennych perspektyw. Jeśli chodzi o porozumiewanie się na osi pacjent-lekarz (lub inny profesjonalista medyczny), na pierwszy plan wysuwa się rola skutecznej komunikacji jako jednego z niespecyficznych czynników procesu leczniczego, wpływających pośrednio na stan zdrowia pacjenta. Natomiast drugi obszar komunikacji - pomiędzy personelem medycznym danego zakładu opieki zdrowotnej, jest przykładem porozumiewania się organizacyjnego, którego wcześniej przedstawiona charakterystyka, będzie stanowić punkt wyjścia analizy.

1. Komunikacja na osi pacjent - lekarz.

1.1 Składniki procesu komunikowania się

Uczestnikami komunikacji są na tej płaszczyźnie pacjenci oraz pracownicy opieki zdrowotnej różnego szczebla. Mówiąc o pacjentach, należy uwzględnić również ich rodziny, które jako mające udział w procesie leczniczym, muszą komunikować się z personelem medycznym, aby uzyskać niezbędne informacje (np. sytuacja rodziców sprawujących opiekę nad chorym dzieckiem). Podobnie osobami trzecimi, które również w pewien sposób uczestniczą w komunikowaniu, są np. pracodawcy informowani pisemnie przez lekarzy o niezdolności do pracy swoich podwładnych. Jeśli chodzi o placówki opieki zdrowotnej, to pacjenci najczęściej komunikują się z: lekarzami różnych specjalności, pielęgniarkami i położnymi, rehabilitantami, pracownikami rejestracji.

Kontekst komunikacyjny jest wyznaczany przez: „warunki lokalowe” i wyposażenie danej placówki leczniczej; wcześniejsze doświadczenia pacjentów oraz personelu medycznego, a także umiejętności zawodowe tych drugich; specyfikę schorzenia, które dotyka pacjenta.

Komunikaty przekazywane na tej płaszczyźnie są zorganizowane wokół stanu zdrowia danego pacjenta. Pacjent jest poddawany badaniu, które informuje o objawach i dolegliwościach a także sam zdaje ustną relację o swoim samopoczuciu, natomiast lekarz (lub inny profesjonalista medyczny) informuje go o postępowaniu leczniczym, przygotowuje do zabiegów, itp.

Komunikacja na tym poziomie przebiega różnymi **kanalami**: komunikacja werbalna „twarzą w twarz”, a także zapoznanie się z danymi np. z karty zdrowia, czy odczytywanie z aparatury wskaźników stanu zdrowia pacjenta. Ważną rolę pełni również komunikacja niewerbalna, wpływająca na dystans między pacjentem a lekarzem czy pielęgniarką, wiążąca się z swobodną lub ograniczoną ekspresją emocjonalną partnerów komunikacji.

Sprzężenie zwrotne występuje np. wtedy, gdy pacjent wyraża uczucia i zadaje pytania lekarzowi, stosuje się do jego zaleceń, jak również, gdy osoba wykonująca np. zabieg modyfikuje jego przebieg w chwili, kiedy pacjent informuje ją o odczuwaniu bólu.

Zakłócenia i **szumy** w komunikowaniu się mogą powstać na skutek niewłaściwych warunków w otoczeniu (np. jeśli w tym samym gabinecie przyjmuje jednocześnie dwóch lekarzy), jak również przy udziale pewnych czynników raczej psychologicznych - gdy pojawiają się uprzedzenia wobec lekarza i pacjent tai przed nim pewne informacje. Może uaktywnić się również negatywne nastawienie czy niechęć lekarza do pewnych pacjentów.



1.2 Funkcje komunikowania się na osi pacjent - lekarz

Z pewnością można stwierdzić, że komunikacja na tym poziomie oprócz przekazu ważnych dla pacjenta i dla lekarza **informacji**, pełni również funkcję **motywującą** - gdy lekarz wydaje pacjentowi zalecenia i zachęca go do podejmowania działań służących poprawie jego zdrowia (lub nakłania do zrezygnowania z pewnych zachowań) oraz **kontrolującą** - gdy lekarz kontroluje pacjenta, czy ten stosuje się do jego zaleceń (wywiad, badania kontrolne, rozmowa z rodziną pacjenta). Nie można zapomnieć również o funkcji **emotywnej**, gdy pacjent jest zachęcany przez klinicystę do wyrażenia swoich przeżyć i obaw związanych z własnym stanem zdrowia, a także gdy sam poszukuje kontaktu z pracownikiem medycznym w celu przedstawienia a przez to redukcji własnego niepokoju i napięcia psychosomatycznego (Salmon, 2003).

1.3 Specyfika komunikacyjnej relacji lekarz - pacjent

W tradycyjnym ujęciu konsultacja lekarska jest spotkaniem pacjenta, nie posiadającego żadnej wiedzy, z profesjonalistą. Takie ujęcie jasno określa role uczestników sytuacji komunikacyjnej: lekarz ma przeprowadzić wywiad („wydobyć” od pacjenta istotne informacje), wybrać właściwy sposób leczenia oraz poinformować pacjenta jak ma postępować, a rolą pacjenta jest akceptacja decyzji klinicysty. Obecnie coraz popularniejszy staje się alternatywny pogląd, zgodnie z którym lekarz (czy inny profesjonalista) i pacjent mają być równymi partnerami aktu komunikacyjnego, a różnią się jedynie dziedzinami w jakich posiadają wiedzę (Salmon, 2003). To ujęcie nakłada na klinicystów dodatkowe (w porównaniu do tradycyjnego poglądu) obowiązki: powinni oni zachęcać pacjentów do otwartości, oraz powinni być szczególnie wrażliwi nie tylko na ich obiektywne (profesjonalnie stwierdzone) potrzeby zdrowotne, ale również na potrzeby emocjonalne, które nie są formułowane wprost (Tobiasz-Adamczyk, 2000). Aby określić sytuację komunikacyjną jako partnerską, konieczny jest szacunek obecny w układach między osobami równymi sobie, oraz zainteresowanie lekarza wszystkimi komunikatami wysyłanymi przez pacjenta, również tymi dotyczącymi jego obaw, niepokoju i przekonań.

W czasie kontaktu lekarza i pacjenta, oprócz komunikacji werbalnej (słowne przekazywanie informacji), ważną rolę pełni również **komunikacja niewerbalna**: okazywanie zainteresowania rozmówcą poprzez utrzymywanie z nim kontaktu wzrokowego, odpowiednią pozę ciała czy modulację głosu. Przeprowadzane badania wykazały, że pacjenci chętniej stosują się do zaleceń i są bardziej zadowoleni ze świadczenia, jeśli lekarz (czy inny profesjonalista) ma opanowaną komunikację niewerbalną i potrafi ją właściwie stosować (DiMatteo i in., 1986, za: Salmon, 2003). Komunikacja niewerbalna w sytuacji lekarz-pacjent jest jednak uboga z różnych powodów, np. klinicysta czasem przerywa akt komunikacyjny, aby sporządzić notatki. Ważniejszy jest jednak fakt, że komunikacja niewerbalna trudniej poddaje się świadomej kontroli i wyraża prawdziwe emocje nadawcy. Ponieważ mogą to być zarówno pozytywne, jak i negatywne emocje, klinicyści starają się ograniczać niewerbalną ekspresję, gdyż jak wszyscy ludzie ulegają np. myśleniu stereotypowemu czy niechęci do pewnych grup społecznych, bezsłowna komunikacja emocji takich jak: irytacja, niezadowolenie czy wrogość, mogłaby (zgodnie z wynikami badań) wpłynąć na gorsze stosowanie się pacjenta do zaleceń klinicysty.

Odpowiednie kierowanie przez lekarza komunikacją w czasie konsultacji jest niezbędne, aby mógł on uzyskać od pacjenta jak najwięcej informacji: ważne jest uwzględnianie wszystkich zgłaszanych przez pacjenta problemów (a nie poprzestawanie tylko na pierwszych informacjach), oraz zwracanie uwagi nie tylko na fizyczne objawy, ale również na psychologiczne i środowiskowe problemy pacjenta. Aby móc stworzyć całościowy wizerunek pacjenta jako osoby, a nie tylko jego schorzenia, ważne jest zachęcanie pacjenta do otwarcia się poprzez prowokowanie do pytań i wyrażania własnych opinii. W ten sposób lekarz ma jednak możliwość nie tylko pokonania barier dzielących go od pacjenta, ale również - jeżeli zajdzie taka potrzeba - zwiększenia dystansu między pacjentem a własną osobą. Służy to przede wszystkim do poradzenia sobie z wyzwaniem, jakim jest cierpienie pacjentów, własna bezsilność wobec tego cierpienia oraz świadomość, że przekazując złe wieści, sami powodują cierpienie (Salmon, 2003).

2. Komunikacja pomiędzy pracownikami placówki leczniczej

Wszystkie przedstawione wcześniej elementy komunikowania organizacyjnego można odnaleźć w porozumiewaniu się pomiędzy pracownikami placówki leczniczej, która również jest formalną instytucją, ale z pewnością o specjalnym charakterze. Głównym celem każdej placówki opieki zdrowotnej jest jak najpełniejsze zaspokajanie potrzeb zdrowotnych osób



zgłaszających się te potrzeby. Aby działalność zakładu opieki zdrowotnej była jak najbardziej efektywna, konieczne jest nie tylko „dobre” komunikowanie oparte na okazywaniu pozytywnych emocji, ale przede wszystkim precyzyjne porozumiewanie się, akceptowane i stosowane przez pracowników i umożliwiające im przekazywanie zarówno pozytywnych, jak i krytycznych informacji (Stankiewicz, 1999).

2.1 Rodzaje i kierunki komunikowania w instytucji opieki zdrowotnej

Komunikowanie interpersonalne jest związane z bezpośrednimi kontaktami osób, które znajdują się na różnych szczeblach w strukturze zatrudnienia. W każdej placówce leczniczej pracują osoby o różnym poziomie wykształcenia medycznego, a na hierarchię zatrudnienia zostaje często narzucona hierarchia wykształcenia. Komunikowanie się w ramach całej struktury, a nie tylko jej wybranego poziomu, jest jednak niezbędne dla spełniania zadań szeroko rozumianej opieki zdrowotnej. Komunikacja interpersonalna zachodzi, gdy kierownik instytucji wydaje służbowe polecenia swoim podwładnym (**kierunek w dół**): poszczególnym lekarzom; przełożonej pielęgniarek, która następnie przekazuje jego komunikaty do poszczególnych pielęgniarek; personelowi pomocniczemu; pracownikom administracyjnym oraz porządkowym. Oprócz przekazywania poleceń, komunikowanie interpersonalne ma miejsce również podczas dokonywania przed zwierzchnikiem sprawozdań czy indywidualnych rozliczeń z wystawionych recept, wykonanych zabiegów, itp., czyli ogólnie, gdy pracownik ma zdać raport o pracy jaką wykonał (**kierunek w górę**).

Procesy **komunikowania grupowego** przebiegają zarówno w obrębie grup sformalizowanych, jak i nieformalnych. Grupa formalna to np. jedna zmiana pracowników, jeśli w danym zakładzie opieki zdrowotnej rytm pracy wyznaczają 8 czy 12 godzinne dyżury (**kierunek poziomy**). Pielęgniarki, które pracują na wspólnej zmianie muszą oczywiście współpracować, ale, aby sprawnie wykonywać swoje zadania i zachować ciągłość pracy, muszą porozumiewać się i ustalać zakres zadań wykonanych oraz tych do wykonania, z poprzednią i z następną zmianą. Inny przykład grupy sformalizowanej to np. grupa zadaniowa, utworzona w celu realizowania programu opieki nad określoną populacją lub prowadzenia promocji zdrowia (**kierunek poziomy** lub **ukośny**). Członkowie takiej grupy nie tylko komunikują się pomiędzy sobą, lecz również z osobami, do których program jest adresowany, czyli z pacjentami (dzieci, kobiety w ciąży, osoby starsze, osoby z nadciśnieniem, itd.), a także mają obowiązek przedstawiania raportów przełożonym, przekazywania własnych wniosków innym pracownikom, omawiania postępu prac na zebraniach personelu medycznego.

Wśród pracowników danej placówki medycznej tworzy się bardzo wiele różnych grup nieformalnych (**kierunek poziomy** lub **ukośny** - najbardziej nieformalny). Są to bardzo często różnego rodzaju grupy koleżeńskie, których członkowie zajmują różne miejsca w hierarchii pracowniczej. Diagonalny kierunek porozumiewania się obejmuje przekazywanie komunikatów nieoficjalnych oraz komentarzy i indywidualnych interpretacji informacji przekazywanych drogą oficjalną. Jak wynika ze swobodnych obserwacji instytucji opieki zdrowotnej, czy z informacji podawanych przez media, ze względu na niedostosowanie rynku usług zdrowotnych do potrzeb pacjentów, kierunek ten i związany z nim układ kontaktów koleżeńskich, jest w naszym kraju często wykorzystywany jako dodatkowa, najczęściej płatna, ścieżka dostępu do pewnych świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza jeśli ich liczba jest ograniczona.

Mimo specyfiki organizacji polskiej opieki zdrowotnej, należy powtórzyć, że rozbudowana sieć kontaktów koleżeńskich wielokrotnie ułatwia porozumiewanie się i rozwiązywanie konfliktów pojawiających się na gruncie zawodowym. Wymogi sytuacyjne (m.in. obecność pacjenta) często powodują zewnętrzne usztywnienie i sformalizowanie komunikacji pomiędzy osobami ze wspólnej grupy koleżeńskiej, które zajmują różne szczeble w strukturze pracowniczej. Ta „oficjalność” komunikacyjna ma m.in. zaprezentować pracowników jako profesjonalistów i osoby kompetentne, co ma wywołać u pacjenta zaufanie do nich oraz poczucie bezpieczeństwa.

2.2 Wypalenie zawodowe i rola komunikacji w udzielaniu wsparcia

Mechanizmem odpowiedzialnym za powstanie zespołu wypalenia zawodowego jest stopniowe zmniejszanie wrażliwości na potrzeby innych, a jego najważniejszymi cechami są: chęć depersonalizacji pacjentów oraz wyczerpanie emocjonalne. Wypalenie zawodowe wynika z faktu, iż klinicyści przez długi okres utrzymują kontakty z osobami chorymi, a głównym tematem, wokół którego jest zorganizowana komunikacja w czasie wykonywania przez nich pracy, jest choroba i ludzkie cierpienie, nierzadko śmierć. Możliwość skorzystania ze wsparcia jest jednym z głównych sposobów opanowania wyczerpania emocjonalnego, a nawet niechęci do pacjentów. Otwarte przedstawienie własnych stanów emocjonalnych w procesie komunikowania, nie jest rzeczą łatwą, gdyż nadawca komunikatu emocjonalnego ma świadomość, że może zostać



potraktowany jako osoba słaba, która nie umie poradzić sobie z własnymi przeżyciami. Jednak wyrażenie swoich obaw przed innym klinicystą, może dać początek układowi, który będzie polegać na wzajemnym wsparciu. Badania (Parkes i in., 1997, za: Salmon, 2003) wykazały, że pielęgniarki, które odczuwały, że ich koleżanki wspierają je i dzielą z nimi podobne przeżycia, potrafiły lepiej odbierać wyrażające lęk i uczucia komunikaty nadawane przez swoich pacjentów. Programy treningowe umiejętności komunikacyjnych, które uczą m.in. jak rozwiązywać konflikty, jak słuchać aby właściwie zinterpretować komunikat nadawany przez partnera, jak posługiwać się i odczytywać komunikaty niewerbalne, przynoszą zazwyczaj dobre efekty i poprawiają jakość komunikacji pomiędzy pracownikami medycznymi (Salmon, 2003). Główną przyczyną tych dobrych rezultatów jest nabycie umiejętności dawania sobie wzajemnie wsparcia i przybieranie partnerskich, „rozumiejących” postaw w trakcie komunikacji.

Rola skutecznego komunikowania się i umiejętności komunikacyjnych jest nie do przecenienia w medycynie: zarówno tej z perspektywy pacjenta, jak i tej rozumianej bardziej jako opieka zdrowotna, skupiającej personel medyczny. Rola ta jest również coraz bardziej doceniana i akcentowana wśród samych klinicystów: treningi umiejętności interpersonalnych i szkolenia z zakresu komunikowania się są obecnie jednymi z najbardziej popularnych kierunków doksztalcania się wśród pracowników różnych organizacji, w tym oczywiście opieki zdrowotnej.



Bibliografia

- Antoszewski A., Herbut R. (1995). *Leksykon politologii*. Wrocław: Atla 2.
- Aronson E., Wilson T.D, Akert R. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- DiMatteo, M.R., Hays, R.D., Prince, L.M. (1986) Relationship of physicians' non-verbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance and physician workload. *Health Psychology*, 5, s.581-594.
- Dobek-Ostrowska B.(1999). *Podstawy komunikowania społecznego*. Wrocław: Wyd. Astrum.
- Giddens A. (2004). *Socjologia*. Warszawa: PWN.
- Dobska, M., Dobski, P. (1999). *Marketing usług medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Prawno-Ekonomiczne INFOR.
- Mikułowski Pomorski J. (2003). *Komunikacja międzykulturowa. Wprowadzenie*. Kraków: Wyd. AE.
- Olson R.S. (1998). Teoria komunikowania: ponowne rozpatrzenie kwestii. W B.Dobek-Ostrowska (red.), *Współczesne systemy komunikowania* (s.42-60). Wrocław: Wyd. UW.
- Parkes, C.M., Relf, M., Couldrick, A. (1997). *Counselling in Terminal Care and Bereavement*. Leicester: BPS Books.
- Salmon, P. (2003). *Psychologia w medycynie*. Gdańsk: GWP.
- Schramm W. (1954). *How Communication Works. In the Process and Effects of Mass Communication*. University of Illinois Press.
- Sobkowiak B. (1998). Komunikowanie społeczne. W B. Dobek-Ostrowska (red.), *Współczesne systemy komunikowania* (s.10-21). Wrocław: Wyd. UW.
- Sobkowiak B. (1998). Procesy komunikowania się w organizacji. W B.Dobek-Ostrowska (red.), *Współczesne systemy komunikowania* (s.22-40). Wrocław: Wyd. UW.
- Stankiewicz, J. (1999). *Komunikowanie się w organizacji*. Wrocław: Wyd. Astrum.
- Sztompka P. (2003). *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków: Wyd. Znak.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2000). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Warner, T. (1999). *Umiejętności w komunikowaniu się*. Wrocław: Wyd. Astrum.