
PSYCHOLOGIA - wykład

9.01.2026

WPROWADZENIE

Wykład obejmuje trzy kluczowe obszary psychologii istotne dla praktyki pielęgniarstwa: rozwój psychospołeczny człowieka, psychologię humanistyczną oraz metody motywowania pacjentów do zmiany zachowań zdrowotnych.

W części rozwojowej omówiono teorię Eriksona dotyczącą ośmiu stadiów rozwoju psychospołecznego, teorię przywiązania Bowlby'ego oraz rozwój poznawczy według Piageta. Te koncepcje pozwalają zrozumieć, jak kształtuje się osobowość człowieka w różnych fazach życia i jakie kryzysy rozwojowe mogą wpływać na funkcjonowanie pacjentów.

Psychologia humanistyczna, reprezentowana przez Masłowa i Rogersa, wprowadza perspektywę skoncentrowaną na osobie, zakładającą naturalną tendencję człowieka do rozwoju przy zapewnieniu odpowiednich warunków. To podejście stanowi fundament współczesnej opieki zorientowanej na pacjenta.

Najważniejszą praktycznie częścią wykładu jest prezentacja wywiadu motywującego (Motivational Interviewing) – metody komunikacji wspierającej pacjentów w zmianie niezdrowych zachowań. Metoda ta, oparta na teorii autodeterminacji i modelu stadialnym zmiany zachowania, oferuje konkretne narzędzia do pracy z pacjentami, którzy potrzebują wprowadzić zmiany prozdrowotne, ale napotykają trudności w ich realizacji.

NOTATKI

Teoria rozwoju psychospołecznego Eriksona

Erik Erikson stworzył jedną z najbardziej wpływowych koncepcji rozwoju psychospołecznego, która pozostaje aktualna do dziś. W przeciwieństwie do Freuda, który koncentrował się na rozwoju psychoseksualnym, Erikson podkreślał znaczenie kontekstu społecznego i relacji z innymi ludźmi w kształtowaniu osobowości.

Podstawowe założenia teorii Eriksona:

- Rozwój odbywa się w kontekście relacji z innymi (stąd nazwa "psychospołeczny")
- Jest to koncepcja stadialna – zakłada istnienie określonych etapów rozwoju
- Na każdym etapie występuje specyficzny kryzys rozwojowy

-
- Każdy kryzys może rozwinąć się w dwóch kierunkach – pozytywnym lub negatywnym
 - Sposób rozwiązywania kryzysu wpływa na dalsze funkcjonowanie osoby

Stadium 1: Zaufanie vs nieufność (0-1 rok życia)

W pierwszym roku życia kształtuje się podstawowa postawa wobec świata. Dziecko, które doświadcza stałej, przewidywalnej opieki, rozwija zaufanie do otoczenia. To stadium odpowiada oralnemu etapowi rozwoju w psychoanalizie Freuda, ale Erikson kładzie nacisk na jakość relacji z opiekunem, a nie tylko na zaspokajanie potrzeb fizjologicznych.

Pozytywne rozwiązanie kryzysu prowadzi do wykształcenia postawy życiowej charakteryzującej się:

- Spokojem i zaufaniem do świata
- Poczuciem bezpieczeństwa w relacjach
- Otwartością na nowe doświadczenia

Negatywne rozwiązanie skutkuje:

- Nieufnością wobec innych
- Lękiem przed nieznanym
- Trudnościami w nawiązywaniu bliskich relacji

Stadium 2: Autonomia vs wstyd i niepewność (1-3 lata)

Okres związany z treningiem czystości i nabywaniem kontroli nad własnym ciałem. Dziecko uczy się samodzielności i niezależności.

Pozytywne rozwiązanie prowadzi do:

- Poczucia autonomii i niezależności
- Pewności siebie w podejmowaniu decyzji
- Zdolności do samodzielnego działania

Negatywne rozwiązanie skutkuje:

- Wstydem i niepewnością
- Obniżoną samooceną
- Nadmierną zależnością od innych

Stadium 3: Inicjatywa vs poczucie winy (3-5 lat)

Okres przedszkolny, czas eksploracji świata i własnego ciała. Dziecko aktywnie poznaje otoczenie i podejmuje inicjatywę w działaniu.

Pozytywne rozwiązanie prowadzi do:

-
- Zdolności do podejmowania inicjatywy
 - Aktywnego działania
 - Kreatywności w rozwiązywaniu problemów

Negatywne rozwiązanie skutkuje:

- Poczuciem winy
- Hamowaniem własnej aktywności
- Lękiem przed podejmowaniem nowych działań

Stadium 4: Pracowitość vs poczucie niższości (6-12 lat)

To bardzo ważny etap, który w psychoanalizie nazywany był okresem latencji (wyciszenia). Dziecko rozpoczyna obowiązek szkolny i uczy się systematycznej pracy.

Pozytywne rozwiązanie prowadzi do:

- Przekonania, że praca przynosi efekty
- Gotowości do podejmowania wysiłku
- Poczucia, że zaangażowanie ma sens
- WYROBIENIA nawyków pracowitości

Jest to kluczowy okres dla rozwoju sumienności jako cechy osobowości. Dziecko uczy się, że dzięki wysiłkowi można osiągać cele. Problem pojawia się w dwóch skrajnych sytuacjach:

1. **Dzieci bardzo zdolne** – wszystko przychodzi im z łatwością, więc nie wyrabiają zaufania do pracowitości. Nie uczą się, że wysiłek prowadzi do rezultatów, ponieważ osiągają je bez trudu.

1. **Dzieci z trudnościami** – mogą rozwinąć poczucie niższości, ponieważ:

- Są oceniane przez system zewnętrzny (oceny szkolne)
- Porównują się z rówieśnikami
- Mogą doświadczać niepowodzeń mimo wysiłku

Negatywne rozwiązanie skutkuje:

- Poczuciem niższości
- Brakiem wiary we własne możliwości
- Unikaniem wyzwań

Stadium 5: Tożsamość vs pomieszanie ról (12-18 lat)

Okres adolescencji, czas wielkiego kryzysu tożsamości. Młody człowiek poszukuje odpowiedzi na pytanie "Kim jestem?".

Pozytywne rozwiązanie prowadzi do:

-
- Wykształcenia spójnej tożsamości
 - Jasnego poczucia, kim się jest
 - Pewności co do własnych wartości i celów

Negatywne rozwiązanie skutkuje:

- Pomieszaniem ról
- Budowaniem negatywnej tożsamości
- Brakiem jasnego obrazu siebie

Współczesne spojrzenie na kryzys tożsamości:

Wbrew tradycyjnemu rozumieniu, kryzys tożsamości nie zawsze kończy się w wieku 18 lat. Współczesne badania pokazują, że:

- Nie zawsze występuje silny bunt nastolatka
- Większa swoboda wyboru życiowego zmniejsza potrzebę buntu
- Kryzys tożsamości może się przedłużać lub pojawiać ponownie
- Szczególnie trudna sytuacja powstaje, gdy kryzys tożsamości adolescenta nakłada się na kryzys wieku średniego rodzica

Stadium 6: Intymność vs izolacja (wczesna dorosłość)

Młoda dorosłość to czas nawiązywania głębokich, bliskich relacji, w tym relacji romantycznych.

Pozytywne rozwiązanie prowadzi do:

- Zdolności do nawiązywania bliskich relacji
- Głębokich, sensownych więzi z innymi
- Satysfakcjonujących związków romantycznych

Negatywne rozwiązanie skutkuje:

- Izolacją
- Odseparowywaniem się od innych
- Trudnościami w budowaniu bliskich relacji

Stadium 7: Twórczość vs stagnacja (wiek średni)

To stadium wiąże się z tzw. kryzysem wieku średniego. Człowiek weryfikuje swoje osiągnięcia życiowe.

Twórczość w rozumieniu Eriksona to wszystkie nasze wytwory:

- Dzieci
- Kariera zawodowa
- Firmy, przedsiębiorstwa

-
- Dzieła artystyczne
 - Stanowiska, osiągnięcia
 - Wszystko, co stworzyliśmy w życiu

Pozytywne rozwiązanie prowadzi do:

- Poczucia spełnienia
- Zadowolenia z własnych osiągnięć
- Dalszej chęci tworzenia i rozwijania się

Stagnacja to:

- Poczucie braku sukcesu
- Rozczarowanie życiem
- Przekonanie, że "już nic się nie da zrobić"
- Brak nadziei na zmianę

Kryzys wieku średniego pojawia się, gdy:

- Weryfikujemy nasze wcześniejsze wyobrażenia o życiu
- "Kiedyś" już nadeszło, a życie wygląda inaczej niż planowaliśmy
- Pojawia się niezgoda na obecną sytuację
- Powstaje chęć szybkiego nadrobienia zaległości

W młodości myślimy: "Teraz się męczę, ale kiedyś będzie lepiej". W wieku średnim to "kiedyś" już jest, i jeśli nie spełniło oczekiwań, pojawia się kryzys.

Stadium 8: Integralność vs rozpacz (późna dorosłość)

W wieku starszym (choć WHO określa późną dorosłość dopiero po 60. roku życia) człowiek staje wobec świadomości własnej śmiertelności.

Pozytywne rozwiązanie – **integralność** (dojrzała starość):

- Poczucie jedności i spójności życia
- Pogodne spoglądanie wstecz
- Akceptacja swojej sytuacji
- Poczucie, że życie miało sens
- Pełnienie ważnych ról w środowisku rodzinnym
- Bycie szanowanym i potrzebnym
- Możliwość dzielenia się mądrością

Negatywne rozwiązanie – **rozpacz**:

- Poczucie, że nic już nie można zmienić
- Przekonanie, że życie nie spełniło oczekiwań

-
- Brak nadziei
 - Brak zachwytu nad życiem
 - Wysokie ryzyko depresji
 - Obniżenie nastroju

Kluczowe znaczenie dla praktyki pielęgniarstwa:

Zrozumienie teorii Eriksona pomaga:

- Rozpoznać, na jakim etapie rozwoju znajduje się pacjent
- Zrozumieć specyficzne wyzwania rozwojowe różnych grup wiekowych
- Dostosować komunikację do etapu rozwojowego
- Rozpoznać źródła problemów psychicznych pacjentów
- Wspierać pozytywne rozwiązanie kryzysów rozwojowych

Teoria przywiązania Johna Bowlby'ego

Teoria przywiązania to fundamentalna koncepcja w psychologii rozwojowej, która wyjaśnia, jak kształtują się wczesne relacje między dzieckiem a opiekunem oraz jak wpływają one na późniejsze funkcjonowanie w relacjach.

Przełomowość teorii Bowlby'ego:

Najważniejszym odkryciem Bowlby'ego było uznanie, że **przywiązanie jest potrzebą biologiczną, a nie społeczną**. To fundamentalna różnica, która ma ogromne konsekwencje:

- **Potrzeba biologiczna** oznacza, że jest to coś niezbędnego do przetrwania, jak jedzenie czy sen
- Nie można jej "odłożyć na później" – musi być zaspokojona w odpowiednim czasie
- Brak zaspokojenia tej potrzeby ma poważne konsekwencje dla rozwoju
- Nie jest to tylko kwestia "wychowania" czy "pryzwyczajenia"

Dowody biologicznego charakteru przywiązania:

Badania na innych ssakach społecznych pokazały, że:

- Małpki pozbawione kontaktu fizycznego z matką umierają, mimo zaspokojenia innych potrzeb
- Nawet sztuczna "matka" (np. mop z włosami) znacząco zwiększa szanse przetrwania
- Bliskość fizyczna i kontakt są kluczowe dla rozwoju

Podstawowe cechy przywiązania:

1. Tendencja do szukania postaci przywiązania nasila się w sytuacjach:

- Stresu
- Trudności
- Zagrożenia
- Choroby
- Lęku

1. Przywiązanie jest atrybutem osoby, która się przywiązała:

- Styl przywiązania zależy głównie od dziecka (później dorosłego)
- Jest to względnie stała tendencja
- Kształtuje się bardzo wcześnie
- Wpływa na późniejsze relacje

Cztery style przywiązania:

1. Bezpieczny styl przywiązania

To najbardziej pożądaný styl, charakteryzujący się:

- Brakiem lęku w relacjach
- Wewnętrznym poczuciem bezpieczeństwa
- Dobrym funkcjonowaniem z innymi
- Radosnym i otwartym wchodzeniem w nowe relacje
- Zdolnością do budowania bliskich więzi
- Odpowiednim wyrażaniem emocji

Dziecko z bezpiecznym stylem przywiązania:

- Czuje się pewnie w obecności opiekuna
- Może eksplorować świat, wiedząc, że ma "bezpieczną przystań"
- Nie boi się nawiązywać nowych kontaktów
- Potrafi prosić o pomoc, gdy jej potrzebuje

Dorosły z bezpiecznym stylem przywiązania:

- Łatwo nawiązuje bliskie relacje
- Nie obawia się zależności od innych
- Nie martwi się nadmiernie o odrzucenie
- Potrafi być sam, ale ceni bliskość

2. Unikowy styl przywiązania

Charakteryzuje się:

- Niechęcią do nawiązywania bliskich kontaktów

-
- Unikaniem bliskości
 - Nieumiejętnością wyrażania emocji
 - Dystansem emocjonalnym
 - Preferowaniem niezależności

Wyrażanie emocji to umiejętność, która:

- Nie jest naturalna ani łatwa
- Wymaga uczenia się
- Rozwija się w bezpiecznych relacjach
- Może być zaburzona przez wczesne doświadczenia

Osoby z unikowym stylem:

- Czują dyskomfort w bliskich relacjach
- Mają trudności z ufaniem innym
- Preferują samodzielność
- Tłumią lub ignorują potrzeby emocjonalne

3. Ambiwalentny (lękowy) styl przywiązania

Charakteryzuje się:

- Silnym lękiem w relacjach
- Zamartwianiem się o relacje
- Przewidywaniem negatywnych scenariuszy
- Brakiem wewnętrznego spokoju
- Wahaniami nastroju
- Zmiennością w relacjach

Typowe zachowania:

- Raz bardzo duża bliskość, wręcz "lepkość"
- Potem nagłe unikanie i dystans
- Emocjonalne huśtawki
- Ciągła niepewność co do relacji
- Potrzeba ciągłego potwierdzania uczuć

Osoby z tym stylem:

- Bardzo pragną bliskości, ale się jej obawiają
- Martwią się, że nie są kochane
- Potrzebują ciągłego zapewniania
- Mają trudności z regulacją emocji

4. Zdezorganizowany styl przywiązania

Najbardziej problematyczny styl, charakteryzujący się:

- Sprzecznymi zachowaniami
- Niejasną komunikacją
- Lękliwością
- Brakiem spójnej strategii w relacjach
- Chaotycznymi reakcjami

Ten styl często rozwija się, gdy:

- Opiekun jest źródłem zarówno komfortu, jak i zagrożenia
- Dziecko doświadcza traumy w relacji z opiekunem
- Występuje przemoc lub zaniedbanie

Znaczenie teorii przywiązania dla praktyki pielęgniarstwa:

Zrozumienie stylów przywiązania pomaga:

1. W relacji z pacjentem:

- Pacjenci z unikowym stylem mogą odrzucać pomoc
- Pacjenci z lękowym stylem mogą być nadmiernie wymagający
- Rozumienie stylu przywiązania pomaga dostosować komunikację

1. W sytuacjach kryzysowych:

- Choroba i hospitalizacja aktywują system przywiązania
- Pacjenci mogą regresować do wcześniejszych wzorców
- Potrzeba bezpieczeństwa staje się szczególnie silna

1. W pracy z rodzinami:

- Style przywiązania przekazują się międzypokoleniowo
- Zrozumienie dynamiki rodzinnej wymaga uwzględnienia przywiązania
- Wsparcie bezpiecznego przywiązania między rodzicem a dzieckiem

1. W relacjach zawodowych:

- Style przywiązania wpływają na współpracę w zespole
- Mogą wpływać na relacje z przełożonymi
- Świadomość własnego stylu pomaga w rozwoju zawodowym

Rozwój poznawczy według Jeana Piageta

Jean Piaget stworzył fundamentalną teorię rozwoju poznawczego, która zakłada, że rozwój intelektualny kończy się około 15. roku życia. Choć współczesne badania neuronaukowe pokazują, że mózg rozwija się dłużej (do około 24. roku życia), teoria Piageta pozostaje podstawą rozumienia rozwoju procesów poznawczych.

Ważne rozróżnienie - dwa rodzaje inteligencji:

Inteligencja płynna:

- Dominuje do 24. roku życia
- Zdolność do uczenia się wielu rzeczy jednocześnie
- Szybkość przyswajania nowych informacji
- Elastyczność myślenia
- Rozwiązywanie nowych problemów

Inteligencja skryształizowana:

- Rozwija się po 24. roku życia
- Oparta na doświadczeniu i wiedzy
- Mniejsze możliwości "przerobowe"
- Bazuje na zgromadzonej wiedzy
- Mądrość życiowa

Ciekawostka o percepcji czasu:

Czas biegnie szybciej, gdy jesteśmy starsi, ponieważ uczymy się mniej nowych rzeczy. Im więcej się uczymy, tym czas wydaje się dłuższy. Dlatego:

- Ciągłe uczenie się "wydłuża" subiektywne życie
- Rutyna sprawia, że czas szybko mija
- Nowe doświadczenia sprawiają, że czas płynie wolniej
- Warto być wdzięcznym za możliwość nauki – to dosłownie wydłuża nasze życie

Stadium 1: Inteligencja sensomotoryczna (0-2 lata)

Główne osiągnięcie: stałość przedmiotu

Dziecko uczy się, że przedmiot w innym miejscu lub w innym wydaniu jest nadal tym samym przedmiotem.

Klasyczny przykład:

- Matka z ręcznikiem (turbanem) na głowie
- Matka bez turbanu
- Dziecko uczy się rozpoznawać, że to ta sama osoba

To fundamentalna umiejętność poznawcza, ponieważ:

- Pozwala rozumieć stałość świata
- Umożliwia przewidywanie
- Jest podstawą pamięci obiektowej

-
- Redukuje lęk przed zniknięciem (np. matki)

Charakterystyka tego okresu:

- Inteligencja oparta na zmysłach i ruchu (sensomotoryczna)
- Manipulacje przedmiotami
- Ćwiczenie odruchów
- Uczenie się przez działanie
- Eksploracja świata przez dotyk, smak, wzrok

Stadium 2: Inteligencja przedoperacyjna (2-6 lat)

To fascynujący okres, w którym dziecko myśli w sposób jakościowo różny od dorosłych. Dopiero później (12-15 lat) pojawiają się operacje formalne i w pełni odwracalne operacje umysłowe.

Kluczowe cechy tego stadium:

1. Egocentryzm poznawczy

To najważniejsza cecha tego okresu. Dziecko:

- Widzi tylko swoją perspektywę
- Uważa, że tylko ona istnieje
- Nie potrafi wyobrazić sobie punktu widzenia innego człowieka

Klasyczny eksperyment Piageta z górą:

- Dziecko siedzi po jednej stronie makiety góry
- Eksperymentator po drugiej
- Dziecko nie potrafi wyobrazić sobie, co widzi osoba po drugiej stronie
- Opisuje tylko to, co samo widzi

Egocentryzm poznawczy powinien zakończyć się w 6. roku życia, ale:

Współczesne obserwacje pokazują, że:

- Wielu dorosłych nadal ma trudności z przyjęciem innych perspektyw
- W pracy terapeutycznej najczęściej pracuje się właśnie nad rozwijaniem umiejętności zauważania innych perspektyw
- Szeroko rozumiana empatia to właśnie zdolność do widzenia świata oczami innego
- Zauważenie, że "to, jak ja widzę świat, to nie jest jedyny sposób widzenia świata" jest kluczowe dla rozwoju

Znaczenie dla rozwoju:

- Umiejętność widzenia mnogości perspektyw jest bardzo pożądana

-
- Daje większe zrozumienie świata
 - Ma praktyczne zastosowanie w życiu
 - Jest podstawą empatii i dobrych relacji

2. Myślenie animistyczne

Dziecko przypisuje cechy żywych istot przedmiotom nieożywionym:

- Zabawki mają duszę
- Są kolegami, koleżankami
- Słońce ma "humorek"
- Chmurka "się czuje"

Badania neuroobrazowe pokazują, że:

- Dzieci traktują niektóre zabawki jako część siebie
- Utrata zabawki jest jak utrata części ciała (ręki, nogi)
- Zabawki są w polu postrzegania siebie
- To wyjaśnia silne reakcje emocjonalne na utratę zabawek

Myślenie animistyczne występuje też:

- W starszych, prymitywnych religiach
- W kulturach przypisujących duchowość wszystkiemu
- Jest naturalnym etapem rozwoju poznawczego

3. Inne cechy:

- Brak zachowania stałości cech
- Rozumowanie transdukcyjne (od szczegółu do szczegółu)
- Koncentracja na jednym aspekcie sytuacji
- Trudności z odwracalnością myślenia

Stadium 3: Operacje konkretne (6-12 lat)

Okres wczesnoszkolny, w którym dziecko nabywa ważne umiejętności poznawcze.

Główne osiągnięcie: zdolność do zachowania ilości

Dziecko rozumie, że:

- Ta sama masa przy zmianie kształtu pozostaje tą samą masą
- Ilość nie zmienia się przez przesypanie do innego naczynia
- Liczba przedmiotów nie zmienia się przez ich przestawienie

Przykład z popularnej kultury:

Program "Matura to bzdura" pokazywał, że wielu dorosłych ma problemy z pytaniami typu:

- "Co jest cięższe: kilogram pierza czy kilogram metalu?"
- Poprawna odpowiedź: ważą tyle samo
- Wiele osób odpowiada błędnie

Te umiejętności powinny być opanowane w wieku 6-12 lat (operacje konkretne).

Charakterystyka tego okresu:

- Myślenie oparte na konkretach
- Zdolność do logicznych operacji na konkretnych przedmiotach
- Brak myślenia abstrakcyjnego
- Potrzeba konkretnych przykładów w nauce

Znaczenie dla edukacji:

- Edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna musi być oparta na konkretach
- Dzieci nie mogą myśleć abstrakcyjnie
- Potrzebują manipulacji konkretnymi przedmiotami
- Abstrakcje są dla nich niezrozumiałe

Stadium 4: Operacje formalne (12-15 lat)

Najwyższy etap rozwoju poznawczego według Piageta.

Charakterystyka:

- W pełni odwracalne operacje umysłowe
- Myślenie abstrakcyjne
- Rozumowanie hipotetyczno-dedukcyjne
- Rozumowanie logiczne
- Logika zdań
- Myślenie o możliwościach, nie tylko o rzeczywistości

Ograniczenia teorii Piageta:

Współczesne badania pokazują, że:

- Niektórzy ludzie nigdy nie osiągną poziomu operacji formalnych
- Rozwój może być nierównomierny w różnych dziedzinach
- Czynniki kulturowe i edukacyjne mają większe znaczenie niż zakładał Piaget
- Mózg rozwija się dłużej niż do 15. roku życia

Badania neuronaukowe:

Najnowsze badania pokazują, że:

- Do 24. roku życia mamy "mózg nastolatka"
- Procesy decyzyjne 23-latką są bliższe 16-latkowi niż 30-latkowi
- Ocena ryzyka jest inna w "nastoletnim" mózgu
- Mniej rzeczy jest uważanych za ryzykowne
- Pełna dojrzałość mózgu następuje około 24. roku życia

Kary fizyczne - konsekwencje w cyklu życia

Mimo rosnącej świadomości negatywnych skutków kar fizycznych, warto regularnie przypominać o wynikach badań naukowych. Wiele osób racjonalizuje kary fizyczne argumentem: "Ojciec mnie bił, a wyrosłem na dobrego człowieka, więc nie ma w tym nic złego."

To jest błędne rozumowanie, ponieważ:

- Ktoś mógł wyrosnąć na dobrego człowieka **mimo** kar fizycznych, a nie **dzięki** nim
- Nie wiemy, jakim człowiekiem byłby **bez** kar fizycznych
- Mogłoby mu być łatwiej, mógłby osiągnąć więcej
- Racjonalizacja to mechanizm obronny – nadmierne uzasadnianie

Duże, międzynarodowe badania pokazują niepowtarzalne wyniki:

Kary fizyczne są powiązane z:

1. Problemami ze zdrowiem psychicznym:

- Wyższa częstość depresji
- Zaburzenia lękowe
- Niższa samoocena
- Problemy z regulacją emocji

2. Gorszymi relacjami rodzic-dziecko:

- Mniejsze zaufanie
- Słabsza więź
- Trudności w komunikacji
- Lęk przed rodzicem zamiast szacunku

3. Używaniem substancji psychoaktywnych:

- Wyższe ryzyko uzależnień
- Wcześniejszy kontakt z substancjami
- Trudności z radzeniem sobie ze stresem

4. Zaburzeniami rozwoju społeczno-emocjonalnego:

- Trudności w relacjach rówieśniczych
- Problemy z empatią
- Zaburzenia przywiązania

5. Gorszymi wynikami w nauce:

- Niższa motywacja do nauki
- Trudności z koncentracją
- Lęk przed porażką

6. Nasilonymi zachowaniami internalizacyjnymi:

- Wycofanie
- Objawy depresyjne
- Zamykanie się w sobie
- Trudności z wyrażaniem emocji

7. Nasilonymi zachowaniami eksternalizacyjnymi:

- Agresja
- Destrukcja
- Problemy z zachowaniem
- Trudności z kontrolą impulsów

8. Problemami ze snem:

- Trudności z zasypianiem
- Koszmary nocne
- Niższa jakość snu

Kluczowy wniosek:

Nie ma żadnych pozytywnych skutków związanych z karami fizycznymi. Wszystkie cele wychowawcze można osiągnąć skuteczniej innymi metodami, bez negatywnych konsekwencji dla zdrowia psychicznego i fizycznego dziecka.

Psychologia humanistyczna - trzecia siła w psychologii

Psychologia humanistyczna powstała jako alternatywa dla dwóch dominujących nurtów: psychoanalizy i behawioryzmu.

Porównanie trzech głównych nurtów:

Psychoanaliza:

- Skrajny subiektywizm

-
- Koncentracja na tym, co wewnętrzne
 - Liczy się tylko psychika człowieka
 - Rozwój indywidualny
 - Determinizm biologiczny (popędy)
 - Większość procesów jest nieświadoma

Behawioryzm:

- Koncentracja na zachowaniu
- Człowiek jako zestaw nawyków
- Nawyki można wytrenować
- Skrajna determinacja środowiskowa
- Człowieka można "wytrenować" do wszystkiego
- Ignorowanie procesów wewnętrznych

Psychologia humanistyczna:

- Brak specjalnej determinacji
- Człowiek dąży do własnego rozwoju
- Potrzebuje odpowiednich warunków
- Człowiek jest świadomy
- Ma wolną wolę
- Może podejmować decyzje

Podstawowe założenia psychologii humanistycznej:

1. Świadome doświadczenie

Człowiek:

- Jest świadomy tego, gdzie się znajduje
- Wie, co się z nim dzieje
- Może wzmacniać to świadome doświadczenie
- Nie jest zdominowany przez nieświadomość (jak w psychoanalizie)

To założenie otwiera drogę do:

- Pracy nad sobą
- Świadomego rozwoju
- Zmiany niezależnie od przeszłości
- Odpowiedzialności za siebie

2. Wolność (brak pełnej determinacji)

Człowiek:

-
- Nie jest w pełni zdeterminowany biologicznie
 - Nie jest w pełni zdeterminowany środowiskowo
 - Może przemyśleć daną sytuację
 - Może podjąć decyzję w danej chwili
 - Ma wolność wyboru

3. Naturalna dążność do rozwoju

Człowiekowi:

- Nie trzeba pokazywać, jak się rozwijać
- Nie trzeba go trenować
- Należy dać mu dobre, optymalne warunki
- W optymalnych warunkach będzie się naturalnie rozwijał

Metafora drzewka:

- Drzewko rośnie samo
- W złych warunkach: jest skrzycone, chuderlawe, krzywe
- W dobrych warunkach: rośnie pięknie i jest mocne
- Nie trzeba go uczyć, jak rosnać – trzeba dać warunki

Okno Johari - ćwiczenie zwiększające samoświadomość

To praktyczne narzędzie do odkrywania obszarów własnego "ja", opracowane przez Johna i Harry'ego (stąd nazwa: Jo-Hari).

Jak działa ćwiczenie:

1. Osoba wypisuje cechy, które u siebie widzi
2. Grupa (lub inna osoba) wypisuje cechy, które widzi u tej osoby
3. Porównuje się obie listy
4. Powstają cztery obszary

Cztery obszary ja:

1. JA PUBLICZNE (znane sobie i innym)

Cechy, które:

- Ja u siebie widzę
- Inni też u mnie widzą
- Są oczywiste dla wszystkich

Znaczenie:

- Im więcej cech w tym obszarze, tym bardziej przejrzysty wizerunek

-
- Inni postrzegają nas tak, jak my siebie postrzegamy
 - To sprawia mniej napięcia
 - Komunikacja jest łatwiejsza

2. JA PRYWATNE (znane sobie, nieznane innym)

Cechy, które:

- Ja u siebie widzę
- Inni u mnie nie widzą
- Ukrywam przed światem

Przykłady:

- W pracy ktoś jest leniwy, ale udaje pracowitego – może lepiej, żeby to było prywatne
- Ktoś jest kreatywny, ale tego nie pokazuje – szkoda, bo to wartościowa cecha

Pytania do refleksji:

- Co z mojego ja prywatnego chciałbym/chciałabym pokazać?
- Jakie wartościowe cechy ukrywam?
- Jak mogę to zasignalizować?
- Jak to wdrożyć?

Ważne: Inni nie domyślą się, o czym myślimy. Musimy jasno i wyraźnie o tym mówić.

3. JA NIEZNANE SOBIE (blind spot - nieznane sobie, znane innym)

To najbardziej fascynujący i rozwojowy obszar.

Cechy, które:

- Inni u mnie widzą
- Ja u siebie nie widzę
- Mnie zaskakują lub z nimi się nie zgadzam

Przykłady:

Pozytywne:

- Inni uważają kogoś za bardzo pomocnego
- Ta osoba tego u siebie nie zauważa
- Dla niej to naturalne

Negatywne:

- Osoba z rodziny, gdzie wszyscy głośno mówią

-
- Mówi głośno, ale nie czuje się dominująca
 - Inni postrzegają ją jako dominującą
 - Ona jest w szoku, słysząc to

Dlaczego to ważne:

Głośne mówienie → zajmowanie dużo przestrzeni psychologicznej → postrzeganie jako osoba dominująca

Refleksja:

- Zazwyczaj uczę się, jak zwiększać swój wpływ
- Rzadko uczę się, jak pomniejszać swój wpływ
- Warto uczyć się pytać: "A jakie jest twoje zdanie?", "Co ty o tym sądzisz?"

Jak wykorzystać ten obszar:

Słuchaj tego, co słyszysz od innych, co:

- Nie zgadza się z twoim obrazem siebie
- Cię zaskakuje
- Wydaje ci się nietrafne

Potem:

- Poszukaj w sobie, czy to może być prawda
- Zastanów się, skąd taka percepcja
- Zdecyduj, czy chcesz to zmienić

4. JA NIEZNANE (nieznane sobie i innym)

Obszar potencjału:

- Coś, co może się okazać
- Kierunek rozwoju
- Ukryte talenty
- Niewykorzystane możliwości

Zastosowanie w praktyce:

W kontekście pracy:

- Zrozumienie, jak jesteś postrzegany/a
- Świadome kształtowanie wizerunku
- Lepsza komunikacja w zespole
- Efektywniejsza współpraca

W rozwoju osobistym:

-
- Zwiększenie samoświadomości
 - Odkrywanie ukrytych mocnych stron
 - Praca nad obszarami do rozwoju
 - Autentyczność w relacjach

W relacji z pacjentem:

- Świadomość, jak pacjent może cię postrzegać
- Dostosowanie komunikacji
- Budowanie zaufania
- Efektywniejsza opieka

Abraham Maslow i hierarchia potrzeb

Abraham Maslow to pierwsza wielka postać psychologii humanistycznej. Jego droga rozwoju jest interesująca:

- Na zarządzaniu uczył, że był behawiorystą
- Na psychologii uczył, że był humanistą
- Prawda: zaczynał jako behawiorysta, potem rozwinął się w kierunku humanizmu

Rozwój psychologii humanistycznej:

- Lata 60. XX wieku w Stanach Zjednoczonych
- Dostępne są oryginalne filmiki z tamtego okresu
- Można znaleźć je w internecie

Samorealizacja - błogosławieństwo czy przekleństwo?

Psychologia humanistyczna wprowadziła koncepcję samorealizacji, która:

- Stała się dominującą tendencją współczesności
- Jest teraz krytykowana jako "przekleństwo naszych czasów"

Współczesne dążenie do samorealizacji:

- Nieustanny rozwój
- Stawianie się "lepszą wersją siebie"
- Perfekcjonizm w różnych aspektach życia
- Nie tylko zawodowych

Problem z samorealizacją:

Już wtedy zauważono, że:

- Może prowadzić do egocentrycznego skupienia na sobie
- Może prowadzić do nieszczęścia zamiast szczęścia

-
- Przesadne skupienie na sobie = utrata więzi z innymi
 - Życie w "szklanej kuli"

Balans:

- Świadomość siebie jest bardzo ważna
- ALE: totalne skupienie tylko na swoim rozwoju jest destrukcyjne
- Tracimy relacje z innymi
- Tracimy więzi

Cechy samorealizacji według Masłowa

To cechy osób, które osiągnęły samorealizację. Współcześnie można je traktować jako cechy dojrzałej osobowości.

1. Twórcza postawa

To kluczowy element, bardzo ważny w psychologii humanistycznej.

Szerokie rozumienie twórczości:

- NIE tylko bycie wspaniałym malarzem czy pianistą
- Kreatywne myślenie w codziennym życiu
- Patrzenie na rzeczy z innej perspektywy
- Ekspresja siebie jako osoby

Dlaczego twórczość jest ważna:

Brak kreatywnego myślenia = niezdrowie psychiczne (według humanistów)

Twórczość u dzieci:

- Dzieci naturalnie dają ekspresję swoim działaniom
- Nie oceniają, co jest ładniejsze, co gorsze
- Gdzieś po drodze to gubimy

Znaczenie twórczej postawy:

Robienie czegoś nowego, patrzenie z innej perspektywy, ekspresja siebie:

- Potwierdza, że istniejemy
- Potwierdza, że jesteśmy

Rutyna vs twórczość:

Gdy robimy wszystko:

- W trybie roboto-maszyny

-
- Na automacie
 - W rutynie
 - To, co narzucone, a nie nasze

Wtedy:

- Giniemy po trochu
- Nie ma nas w tym
- To równie dobrze mogłoby się dziać bez nas
- Nie istniejemy naprawdę

Potrzeba autonomii i sprawczości:

Twórcze działanie to:

- Działanie, w którym MY wybieramy wpływ na świat
- A nie tylko świat wybiera wpływ na nas
- Mamy jakąś twórczą ekspresję

Korzyści z twórczej postawy:

- Sprawia przyjemność
- Zalecana we wszelkich terapiach
- Obniża stres
- Obniża napięcie
- Pozwala na ekspresję emocji

2. Demokratyczna struktura charakteru

Osoby samorealizujące mają:

- Bardziej elastyczny charakter
- Brak dominujących, sztywnych cech
- Różnorodność cech charakteru

Co to NIE znaczy:

- Nie znaczy, że ktoś jest TYLKO dynamiczny i nierozważny
- Nie znaczy, że ktoś jest TYLKO nastawiony rywalizacyjnie

Co to znaczy:

- Elastyczność w reagowaniu
- Dostosowanie do sytuacji
- Różne cechy w różnych kontekstach

Współczesne rozumienie:

Nawet w zaburzeniach osobowości kluczowy jest:

- Brak elastyczności
- Sztywność cech
- Reagowanie zawsze w ten sam sposób w różnych sytuacjach

Zdrowie psychiczne = elastyczność

3. Role życiowe i elastyczność

Im jesteśmy starsi, tym więcej ról podejmujemy:

- Rodzinne
- Zawodowe
- Społeczne

Niezdrowe: Trwanie tylko w jednej roli:

- Tylko rola kierownicza
- Tylko rola zawodowa
- Tylko rola matki
- Tylko rola córki

Zdrowe: Elastyczne przechodzenie między rolami:

- Różnorodność ról
- Zwinne przechodzenie od jednej do drugiej
- Umiejętność dostosowania się

Dlaczego różnorodność jest ważna:

- Potrzebna do dobrego funkcjonowania
- Chroni przed wypaleniem
- Daje pełniejsze życie
- Pozwala na różne aspekty osobowości

Historyczny kontekst:

Maslow uważał, że:

- Może 1% populacji kiedykolwiek osiągnie samorealizację
- To był niedościgniony wzorzec
- Bardzo wysoko postawiona poprzeczka

Piramida potrzeb Maslowa - klasyczna wersja

To najbardziej znany element teorii Maslowa, ale też najbardziej uproszczony i błędnie rozumiany.

Struktura piramidy (od dołu):

1. Potrzeby fizjologiczne (biologiczne)

- Jedzenie
- Picie
- Sen
- Oddychanie
- Homeostaza

2. Potrzeby bezpieczeństwa

- Bezpieczeństwo fizyczne
- Stabilność
- Porządek
- Przewidywalność

3. Potrzeby przynależności i miłości (afiliacji)

- Relacje społeczne
- Bliskie więzi
- Akceptacja
- Bycie częścią grupy

4. Potrzeby szacunku (uznania)

- Szacunek innych
- Szacunek do siebie
- Osiągnięcia
- Uznanie

5. Samorealizacja

- Rozwój potencjału
- Twórczość
- Spełnienie

Problemy z klasyczną piramidą:

Problem 1: Sztywna hierarchiczność

Piramida sugeruje, że:

- Póki nie są zaspokojone potrzeby bezpieczeństwa, nie możemy realizować potrzeby przynależności
- To NIE JEST PRAWDA

Przykłady obalające tę hierarchię:

- Ludzie w niebezpiecznych warunkach nadal tworzą relacje
- Artyści tworzą mimo braku zaspokojenia podstawowych potrzeb
- Rodzice poświęcają bezpieczeństwo dla dzieci

Problem 2: Niekompletność

Maslow później dodał więcej potrzeb, więc piramida jest nieaktualna.

Rozszerzona wersja - pełna lista potrzeb:

1. Potrzeby fizjologiczne (bez zmian)

2. Potrzeby bezpieczeństwa (bez zmian)

3. Potrzeby przynależności i miłości (bez zmian)

4. Potrzeby szacunku/uznania (bez zmian)

5. Potrzeby poznawcze (NOWE)

- Chęć poznania
- Zrozumienia
- Rozwoju intelektualnego
- Uczenia się

6. Potrzeby estetyczne (NOWE)

- Dostrzeganie harmonii
- Zauważanie piękna
- Estetyka funkcjonowania
- Porządek i symetria

7. Samorealizacja (przesunięta wyżej)

8. Transcendencja (NAJWYŻSZA - NOWE)

Transcendencja - najwyższa potrzeba

To najważniejsze odkrycie późniejszych prac Maslowa.

Czym jest transcendencja:

- Wykraczanie poza swoje cele
- Działanie na rzecz innych
- Działania prospołeczne

-
- Działania charytatywne
 - Bycie częścią czegoś większego

Dlaczego transcendencja jest wyższa niż samorealizacja:

Psychologia społeczna pokazuje, że pomaganie innym daje:

- Samozadowolenie
- Spokój
- Lepsze zdrowie
- Szczęście

Korzyści z działań prospołecznych:

- Pozytywne konsekwencje psychologiczne
- Lepsze zdrowie psychiczne
- Lepsze zdrowie fizyczne
- Większa satysfakcja z życia

Wniosek: Samorealizacja to jeszcze nie koniec. Pełne spełnienie wymaga transcendencji.

Prawda o "piramidzie" - wykres zamiast piramidy

Ważne: Piramida to NIE był pomysł Masłowa! To interpretacja jego pracy.

Rzeczywisty model Masłowa:

Nie piramida, ale **wykres nasilenia potrzeb w czasie:**

- Oś X: czas/rozwój
- Oś Y: nasilenie potrzeby

Jak to naprawdę wygląda:

1. Na początku życia: wysokie nasilenie potrzeb niższego rzędu (fizjologiczne, bezpieczeństwo)

1. Z czasem: pojawiają się potrzeby wyższego rzędu

1. **ALE:** Potrzeby niższego rzędu NIE zanikają całkowicie

- Ich nasilenie się obniża
- Ale nadal motywują
- Nadal są ważne

Przykład:

- Dorosły człowiek ma potrzeby poznawcze i estetyczne

-
- ALE nadal musi jeść (potrzeby fizjologiczne)
 - ALE nadal potrzebuje bezpieczeństwa
 - Tylko te potrzeby są mniej dominujące

Wniosek: To nie piramida, tylko **wydma** – nachylona linia pokazująca zmianę nasilenia różnych potrzeb.

Carl Rogers i terapia skoncentrowana na osobie

Carl Rogers stworzył podejście terapeutyczne, które stało się podstawą współczesnej opieki zorientowanej na pacjenta/klienta.

Podstawy koncepcji Rogersa:

1. Rola terapeuty

Terapeuta jest od tego, żeby:

- Stworzyć odpowiednie warunki
- Zbudować otoczenie pełne tolerancji
- Odzwierciedlać bezwarunkową miłość (jaką dziecko powinno doświadczyć w dzieciństwie)

NIE jest od tego, żeby:

- Mówić, co pacjent ma robić
- Narzucać rozwiązania
- Być ekspertem od życia pacjenta

2. Kluczowe założenia

- Osobowość jest kształtowana przez teraźniejszość (nie tylko przeszłość)
- Największa siła motywacyjna: pobęd do urzeczywistnienia ja
- Stawanie się sobą coraz bardziej
- Stawanie się zdrową osobowością

3. Akceptacja – właściwe rozumienie

Błędne rozumienie:

- Akceptacja bez granic
- Bezkrytyczne wychowanie
- Brak konsekwencji

To doprowadziło do problemów w USA – całe pokolenie wychowane "w pełnej akceptacji" ale bez granic.

Właściwe rozumienie:

- Akceptacja osoby
- ALE z granicami dla zachowań
- Bezwarunkowa wartość osoby
- ALE warunkowe akceptowanie zachowań

Pełna funkcjonująca osobowość według Rogersa

To cechy zdrowej osobowości w ujęciu humanistycznym.

1. Otwartość na doświadczenie

To kluczowa cecha, zgodna ze współczesnym "mindsetem" w edukacji.

Dlaczego to ważne:

- Lepsze funkcjonowanie
- Lepsza praca
- Lepsze "ogarnianie" rzeczywistości

W edukacji:

- Zwiększanie otwartości na doświadczenie u studentów
- Lepsze wyniki nauczania
- Większa motywacja

2. Życie tu i teraz

To bardzo humanistyczne, ale ma źródła w filozofiach wschodu.

Problem kultury zachodniej:

- Myślimy albo o przeszłości (co było)
- Albo o przyszłości (co będzie)
- Brakuje perspektywy aktualnej

Pytania, które warto sobie zadawać:

- Gdzie ja jestem w tej chwili?
- Co ja robię?
- Czy czuję się jeszcze osobą?
- Jak się czuję w tym momencie?

Mindfulness (uważność):

Wszystkie najbardziej skuteczne techniki (potwierdzone badaniami):

-
- Skupiają na poczuciu siebie w danym momencie
 - Koncentrują na odczuciach w aktualnej chwili
 - Redukują stres przez skupienie na "tu i teraz"

Dlaczego to działa:

Stres często wynika z:

- Zamartwiania się tym, co było
- Zamartwiania się tym, co będzie

Wyjście z błędnego koła:

- Skupienie na oddechu
- Poczucie rzeczywistego istnienia
- Bycie w teraźniejszości

3. Zaufanie wobec świata

Zaufanie pozwala:

- Być bardziej otwartym
- Dzielić się z innymi
- Być bardziej kreatywnym

Zaufanie a kreatywność:

Do kreatywności trzeba:

- Odwagi
- Wymyślania czegoś nowego
- Czegoś, czego jeszcze nie ma
- Czegoś, co może być nie zaakceptowane

Ale to jest:

- Wyrażanie siebie
- Własnego, indywidualnego myślenia
- A nie tego, co ktoś powiedział

4. Dążenie do rozwoju

- Chęć rozwoju
- Naturalna tendencja
- Radość z uczenia się
- Ciekawość świata

Podsumowanie - zdrowa osobowość w ujęciu humanistycznym:

-
1. Otwartość na doświadczenie
 2. Życie tu i teraz
 3. Zaufanie wobec świata
 4. Dążenie do rozwoju

To cechy, które:

- Można rozwijać
- Są podstawą zdrowia psychicznego
- Prowadzą do satysfakcji z życia
- Umożliwiają pełne funkcjonowanie

Motywacja pacjenta do zmiany zachowania

To kluczowa część wykładu, najbardziej praktyczna dla pracy pielęgniarzkiej. Zmiana zachowania jest bardzo trudna, a zrozumienie mechanizmów motywacji pozwala skuteczniej wspierać pacjentów.

Dlaczego zmiana jest tak trudna?

Przyzwyczajenie jest drugą naturą człowieka – to powiedzenie ma głębokie podstawy psychologiczne:

Nawyki = brak zagrożenia:

- Nawet jeśli coś robimy źle
- Nawet jeśli coś jest niewygodne
- Nawet jeśli coś jest niezdrowe
- To po prostu to ZNAMY
- A to, co znane, nie jest zagrażające

Zmiana = zagrożenie:

- Nowe = nieznane
- Nieznane = potencjalnie niebezpieczne
- Dlatego zmiana jest trudna

Szokujący przykład:

W niektórych częściach świata ogromny problem stanowi przekonanie ludzi, żeby:

- Pili przefiltrowaną wodę
- Pili przegotowaną wodę

Zamiast tego:

-
- Piją wodę z tego samego miejsca, gdzie płyną odchody
 - To jest dla nich normalne
 - To znają
 - Zmiana jest trudna

Wniosek: Nawet najprostsze zachowania są bardzo trudne do zmiany.

Teoria planowanego działania (Ajzen)

To kluczowa teoria wyjaśniająca, jak dochodzi do zmiany zachowania.

Podstawowy model:

POSTAWA → INTENCJE → ZACHOWANIE

Postawa ma trzy aspekty:

1. **Behawioralny** – co robimy
2. **Emocjonalny** – co czujemy
3. **Poznawczy** – co myślimy

Kluczowe odkrycie:

Jeśli mamy **intencje do zmiany**, to zachowanie zostanie zmienione.

Znaczenie dla badań:

- Często wystarczy badać intencje
- Chęć do zmiany jest dobrym wskaźnikiem
- Intencje są predyktorem zmiany zachowania

Rozszerzony model dla zachowań zdrowotnych

W kontekście zdrowia model się komplikuje. Mamy trzy główne elementy wpływające na intencje:

1. POSTAWA WOBEC ZACHOWANIA

Składa się z:

- Przekonania dotyczące wyniku zachowania
- Ocena wyniku zachowania

Dwukierunkowa relacja:

- Czy to mi się opłaca?

-
- Czy to się nie opłaca?
 - Czy to w ogóle coś daje?
 - Czy to jest ważne?

Przykład:

- "Jeśli rzucę palenie, będę zdrowszy" (przekonanie)
- "Czy zdrowie jest dla mnie ważne?" (ocena)

2. NORMA SUBIEKTYWNA

Czym jest norma subiektywna:

- Przekonanie, co jest normą, a co nie
- NASZE przekonanie (subiektywne)
- Zazwyczaj myślimy, że cały świat tak uważa jak my

Co kształtuje normę subiektywną:

a) Przekonania najbliższych osób:

- Co myślą rodzice
- Co myślą przyjaciele
- Co myśli partner/partnerka

b) Motywacja do podporządkowania się:

- Czy chcę się podporządkować oczekiwaniom?
- Czy jestem w oporze (reaktancji)?

Reaktancja (opór):

- Nie wiem, czy to dobre czy złe
- Ale na wszelki wypadek będę w oporze
- Bo nie chcę się podporządkować
- To jest dla mnie kluczowe

Przykład - dieta:

Jedzenie to podstawowa potrzeba (Maslow):

- Ludzie przywiązują ogromną wagę do poczucia bezpieczeństwa w jedzeniu
- Przejście na inny styl jedzenia jest zagrażające, lękowe

Co ma znaczenie:

- Czy bliscy wspierają: "Tak, to ważne"
- Czy bliscy sabotują: "Nie ma sensu", "Co ci szkodzi ciasteczko"

Norma subiektywna:

- Jeśli bliscy mówią "to wymysły" → trudniej zmienić zachowanie
- Jeśli bliscy wspierają → łatwiej zmienić zachowanie

3. SPOSTRZEGANA KONTROLA BEHAWIORALNA

To kluczowy element, bezpośrednio wpływający na zmianę zachowania.

Składa się z:**a) Doświadczenie ze zmianą zachowania:**

- Czy ktoś już próbował zmieniać swoje zachowanie?
- Jak to się skończyło?

b) Postrzeganie siebie jako osoby zdolnej do samokontroli:

- Czy jestem w stanie się kontrolować?
- Czy mam władzę nad swoim zachowaniem?
- Czy mogę wprowadzić zmianę, bo tego chcę?

Dwa scenariusze:**Scenariusz pozytywny:**

- Były próby zmiany
- Udało się (choć może nie do końca)
- "Potrafię to zrobić"
- Wysoka spostrzegana kontrola

Scenariusz negatywny:

- Były próby zmiany
- Nie udało się
- "Nawet nie warto się starać"
- Niska spostrzegana kontrola

Dlaczego to tak ważne:

Spostrzegana kontrola behawioralna:

- Bezpośrednio wpływa na zmianę zachowania
- Jest bardzo silnym predyktorem
- Może być ważniejsza niż sama postawa

Praktyczne zastosowanie:

Pracując z pacjentem, trzeba:

1. Zbadać jego przekonania i oceny (postawa)
2. Zrozumieć jego środowisko społeczne (norma subiektywna)
3. Wzmocnić poczucie kontroli (spostrzegana kontrola behawioralna)

Teoria autodeterminacji (Self-Determination Theory - SDT)

To najczęściej stosowana współczesna koncepcja motywacji, stworzona przez Ryana i Deci. Jest wykorzystywana do:

- Motywowania pacjentów
- Motywowania pracowników
- Motywowania siebie

Dwa rodzaje motywacji:

MOTYWACJA ZEWNĘTRZNA (extrinsic motivation)

Charakterystyka:

- System kar i nagród
- Nie interesuje nas sama aktywność
- Interesuje nas nagroda lub uniknięcie kary

Przykłady:

- "Może dostanę dobrą ocenę"
- "Może zapłacą mi w pracy"
- "Uniknę kary"
- "Dostanę premię"

Problem:

- Nie buduje trwałej motywacji
- Jak zniknie nagroda, znika motywacja
- Nie prowadzi do satysfakcji

MOTYWACJA WEWNĘTRZNA (intrinsic motivation)

Charakterystyka:

- Nie interesuje nas nagroda
- Interesuje nas sama aktywność
- Sama aktywność jest nagradzająca
- Wiemy, co robić i jak robić
- Chętnie to robimy

Studenci często mówią:

- "Żeby mi się tak chciało, jak mi się nie chce"
- To właśnie jest tęsknota za motywacją wewnętrzną

Klasyczny eksperyment:

Młodzież codziennie malowała coś na budynku (dla zabawy):

- Robili to z przyjemnością
- Była to ich zabawa
- Motywacja wewnętrzna

Woźny zaczął im płacić (np. 10 zł dziennie):

- To samo mieli rysować, ale za kasę
- Nagle przestało być fajne
- Stało się pracą, obowiązkiem

Wniosek: Nagroda zewnętrzna może ZNISZCZYĆ motywację wewnętrzną.

Częsta błędna opinia studentów (szczególnie technicznych kierunków):

"My tylko dla kasy pracujemy"

Ale:

- To nie jest tak, że jak dostaniesz więcej kasy, będziesz dużo bardziej zmotywowany
- Kasa idzie jako coś normalnego: "OK, to mi się należy"
- Ale wcale to nie sprawia, że chętnie idziesz do pracy
- Przyzwyczajasz się do wyższej pensji

Problem zainteresowania → praca:

Czasami jak ktoś ma zainteresowanie i to się staje pracą:

- Przyjemność mija
- Hobby przestaje być przyjemnością
- Staje się obowiązkiem

Motywacja wewnętrzna:

- Chęć uczenia się
- Asymilacji wiedzy
- Związana z pozytywną emocjonalnością
- Radość z działania

Trzy potrzeby psychologiczne - fundament motywacji wewnętrznej

To podstawa współczesnego rozumienia relacji z pacjentem w modelu biopsychospołecznym i holistycznym. Ale można to przekładać też na pracownika w pracy.

KLUCZOWA ZASADA:

Jeśli my (personel medyczny) bierzemy całą odpowiedzialność za zdrowie pacjenta:

- Pacjent nie bierze żadnej odpowiedzialności
- Pacjent nie jest zainteresowany
- Pacjent nie jest zmotywowany
- Pacjent NIE BĘDZIE przestrzegał zaleceń lekarskich
- Pacjent NIE BĘDZIE dbał o siebie

Typowa postawa pacjenta bez zaangażowania:

"No to dobrze, no to leczcie moją chorobę. Leczcie tą chorobę."

Współczesne podejście:

Chodzi o to, żeby:

- Zmotywować pacjenta
- Wzmocnić zaangażowanie pacjenta
- Pacjent współpracował w leczeniu

Dlaczego to takie ważne:

Postawa i zaangażowanie pacjenta czasami mają:

- Większy efekt niż leki
- Lepszy efekt końcowy niż same procedury medyczne

Od pacjenta zależy:

- Czy bierze leki tak, jak ma brać
- Jakie ma nastawienie do zmiany zachowania
- Czy wykonuje ćwiczenia
- Czy podąża za zaleceniami
- Jaki ma stan emocjonalny

Cel: Mieć sumiennego, zmotywowanego pacjenta, który:

- Czuje, że w jakimś stopniu ma kontrolę
- Jest zaangażowany w proces leczenia

-
- Współpracuje z personelem medycznym

POTRZEBA 1: AUTONOMIA

Definicja:

- Poczucie niezależności
- Przekonanie, że coś ode mnie zależy
- Możliwość wyboru

W kontekście medycznym:

Wiadomo, że:

- Lekarze, pielęgniarki mają wiedzę medyczną
- Mają kompetencje
- Wiedzą, co robić

ALE:

- Pacjent też musi mieć poczucie pewnej niezależności
- Coś musi od niego zależeć

Jak to zapewnić - nawet w chorobach ciężkich:

Nawet w chorobach:

- Chronicznych
- Terminalnych
- Poważnych

Pacjent może mieć:

- Wybór co do metody leczenia
- Wybór w zakresie planu leczenia
- Uzgadnianie planu (nie narzucanie)
- Wybór w jakimś zakresie

Efekt:

- Pacjent ma poczucie autonomii
- Ma poczucie niezależności w czymś
- Jest zaangażowany w działanie

POTRZEBA 2: KOMPETENCJA

Definicja:

- Poczucie, że coś potrafię

-
- Że jestem w czymś dobry/dobra
 - Że mam wiedzę i umiejętności

W kontekście pacjenta:

NIE chodzi o wiedzę medyczną, ale o:

Kompetencja w zakresie określania swojego stanu:

- Jak się czuję
- Gdzie boli
- Jak silny jest ból
- Jakie mam objawy

Pacjent jest ekspertem od:

- Swojego subiektywnego poczucia
- Swoich odczuć
- Swojego ciała

Kompetencja w zakresie działań:

- Dokładnie wiem, co mam robić
- Wiem, jak mam to robić
- Rozumiem procedury
- Znam dalsze kroki

Efekt:

- Budzi się zaangażowanie
- Pacjent czuje się kompetentny
- NIE: "Proszę leczyć moją chorobę"

POTRZEBA 3: RELACJE (więzi)

Definicja:

- Zaufanie
- Pozytywne relacje
- Poczucie wsparcia
- Bycie w kontakcie

Dwa konteksty:

1. Relacja pacjent - personel medyczny:

- Zaufanie do lekarza, pielęgniarki
- Poczucie, że jestem traktowany/a jako osoba

-
- Wsparcie emocjonalne
 - Dobra komunikacja

2. Relacje w zespole (dla pracowników):

Problem w służbie zdrowia:

- Środowisko nie zawsze jest zdrowe
- Relacje pracownicze bywają trudne
- Kultura organizacyjna bywa toksyczna
- Środowisko jest wymagające

Ważne:

- Pamiętać o swojej motywacji wewnętrznej
- Pamiętać o motywacji pracowników
- Dbać o relacje w zespole

Problem z przygotowaniem liderskim:

Poziom przygotowania liderskiego pielęgniarek przełożonych:

- Nie jest za duży
- Mało szkoleń z zarządzania
- Mało szkoleń z kierowania zespołem
- A jest to szalenie istotne

Jak wzbudzić motywację w zespole:

Ktoś musi mieć wrażenie, że:

- Za coś osobiście odpowiada
- Ma jakąś decyzyjność
- Nawet jeśli ograniczoną
- Ale w jakimś stopniu jest

BADANIA wśród personelu medycznego:

Ci, którzy mieli wyższą motywację wewnętrzną (spełnione trzy potrzeby):

Mieli:

1. Większą kreatywność

- Lepsze rozwiązywanie problemów
- Innowacyjność
- Elastyczność

1. **Więszą produktywność**

- Po prostu więcej robili
- Lepsze wyniki
- Więszą efektywność

1. **Więszą koleżeńskość**

- Byli dla siebie kulturalni
- Lepsze relacje w zespole
- Wsparcie koleżeńskie

1. **Więszą zaangażowanie w pracę**

- To jest czynnik ochronny
- Chroni przed wypaleniem zawodowym
- Daje satysfakcję

BADANIA wśród pacjentów:

Pacjenci, którzy mieli zaspokojone potrzeby (autonomia, więzi, kompetencja):

Pozytywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego:

- Niższa depresja
- Mniejsza somatyzacja
- Mniejszy lęk
- Wyższa jakość życia

Pozytywne konsekwencje dla zdrowia fizycznego:

Trudne zachowania zdrowotne (ale osiągnane):

- Niepalenie
- Zmniejszenie nadwagi
- Kontrola glikemii (cukrzyca)
- Przyjmowanie zalecanych leków

WNIOSEK:

To nie jest "opowiadanie" o tym, jak należy podejść do pacjenta.

To jest **sprytne, długofalowe myślenie:**

Uznanie i wzmocnienie u pacjenta:

- Poczucia autonomii
- Więzi
- Kompetencji

Efekty:

- Wzmacnia zachowania zdrowotne
- Zwiększa przestrzeganie zaleceń lekarskich
- Pacjent wraca do systemu ochrony zdrowia
- Lepsze wyniki leczenia

To się wszystkim opłaca – pacjentowi, personelowi, systemowi.

Taksonomia motywacji - od amotywacji do motywacji wewnętrznej

Ryan i Deci pokazali, jak można przejść od braku motywacji do pełnej motywacji wewnętrznej. To proces, nie skok.

Nie musicie znać tego szczegółowo, ale warto zrozumieć proces.

ETAP 1: AMOTYWACJA

Charakterystyka:

- Coś w ogóle nie jest w obszarze zainteresowania
- Nie rozumiemy tego
- Nie interesuje nas
- Nawet zdania nie mamy na ten temat

Przykład:

- Pacjent w ogóle nie myśli o zdrowych nawykach
- "To mnie nie dotyczy"
- "Nie wiem, o co chodzi"

ETAP 2: ZEWNĘTRZNA REGULACJA (motywacja zewnętrzna)

Jak przejść od amotywacji:

Żeby od amotywacji przejść do jakiegokolwiek motywacji:

- Dobrze jest wprowadzenie motywacji zewnętrznej
- System kar i nagród
- Żeby w ogóle ruszyć kogoś

Charakterystyka:

- "OK, jak coś zrobię, to jest nagroda"
- "Są jakieś efekty"

-
- "Jest jakiś system"
 - "Coś trzeba"
 - "Są konsekwencje, jak się tego nie robi"

Reakcje:

- Bardzo niechętnie to robię
- Z podporządkowaniem
- Tylko dlatego, że mi każą
- NIE dlatego, że chcę
- LUB: jestem w totalnej reaktancji (oporze) i nie będę tego robić

KLUCZOWA ZASADA:

Kluczem jest, żeby ktoś w ogóle **zaczął coś robić**.

Dlaczego to ważne:

Jak już zaczniemy coś robić, zaczniemy coś wykonywać:

- **Zmienia się nasza postawa**

Klasyczne eksperymenty psychologii społecznej:

W obozach jenieckich (chińskich, radzieckich):

- Jeńcom kazano mówić chwalebne zdania dla wroga
- Musieli wychwalać swoich prześladowców

Co się działo:

- Następują procesy poznawcze
- Ludzie po publicznych deklaracjach zdania, które nie jest spójne z tym, co myślą
- Zaczynają się do tego zdania przekonywać

To jest tak silne!

Zasada (pomijając propagandę):

Chodzi o to, żeby ludzi zachęcić do tego, żeby **coś zrobili**.

Bo:

- Jak już zaczną robić
- Zacznie się proces zmiany postawy
- Będą się przekonywać do tego, co robią

ETAP 3: CZĘŚCIOWA INTROJEKCJA

Charakterystyka:

- Powolutku uwewnętrznianie
- "Jak już to robię, to już wiem, jak to robić"
- "Jak już to robię i wiem, jak to robić, to się częściowo z tym identyfikuję"

Proces:

- To częściowo staje się moje
- Już wiem co i jak
- Już mi nie trzeba mówić
- Jest zainteresowanie tym

ETAP 4: INTEGRACJA

Charakterystyka:

- To jest wspólne
- Mój cel to jest wspólny z tym
- To jest mój cel

Przykład:

- "Dane zadanie muszę skończyć"
- NIE dlatego, że będzie kara, jak go nie skończę
- ALE dlatego, że **chcę, żeby ono było skończone**

To jest inne podejście:

- To się staje moim celem
- To jest uwewnętrznione
- To jest część mnie

ETAP 5: MOTYWACJA WEWNĘTRZNA (intrinsic motivation)

Od integracji jest tylko jeden krok do pełnej motywacji wewnętrznej.

Dodatkowe elementy:

- Poczucie rozwoju
- Zabawa
- Czas szybko mija
- Dobrze mi to wychodzi
- Radość z działania
- Flow (przepływ)

PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIE:

Ten model pokazuje, że:

- Nie można od razu wymagać motywacji wewnętrznej
- To jest proces
- Trzeba przejść przez etapy
- Nagrody zewnętrzne mogą być początkiem
- Ale cel to uwewnętrznienie

Wywiad motywujący (Motivational Interviewing)

To **metoda skoncentrowana na osobie, niedyrektywna**, służąca do wzmacniania motywacji do zmiany zachowania.

WAŻNE NA TEST: Metoda niedyrektywna

Co to znaczy "niedyrektywna":

- NIE kieruje się zachowaniem pacjenta
- Podąża się za tym, co mówi osoba
- NIE narzuca się
- Zostawia się przestrzeń

Definicja:

Metoda komunikacji w oparciu o współpracę:

- Wzmacniająca wewnętrzną motywację do zmiany zachowania
- Poprzez rozwiązanie ambiwalencji wobec zmiany

Ambiwalencja wobec zmiany:

- Niejasne nastawienie wobec zmiany
- "Może chcę, może nie chcę"
- "Może to by było fajne, ale czy to warto?"

Charakterystyka:

- **Krótkoterminowa:** 1-2 sesje (WAŻNE NA TEST)
- **Autorzy:** Miller, Rollnick (MOŻE BYĆ NA TEŚCIE)
- **Może być:** metodą kliniczną (psychiatrzy, psychoterapeuci)
- **Może być:** metodą komunikowania się (wszyscy)

Kto może korzystać:

- Klinikyści
- Pielęgniarki

-
- Terapeuci
 - Trenerzy
 - Opiekunowie
 - Wszyscy pracujący z ludźmi

Podstawy teoretyczne - podejście Rogersa:

"Szkłany klosz":

- Otoczenie, które pozwala się dobrze rozwijać
- Bezpieczna przestrzeń
- Wsparcie

Kluczowe elementy:

1. **Empatia** (ale pamiętajcie o ciekawości!)
2. **Akceptacja** (osoby, nie wszystkich zachowań)
3. **Odzwierciedlanie** (techniki aktywnego słuchania)

Cel:

- Uruchomić naturalną tendencję do wzrostu
- Do rozwoju
- Do stawania się lepszą osobą

WAŻNE ROZRÓŻNIENIE: Empatia vs Ciekawość

Problem z empatią w pracy:

Zazwyczaj wszyscy myślą o **empatii emocjonalnej**:

- Muszę czuć to, co ta osoba
- Muszę przeżywać jej emocje

Dlaczego to problematyczne:

Pielęgniarz/pielęgniarka **NIE MOŻE** czuć tego, co czuje pacjent:

- Bo nie będzie w stanie pracować
- Wypalenie zawodowe
- Przeciążenie emocjonalne

Empatia poznawcza:

- To jest **rozumienie**
- Rozumiem, co się dzieje z tą osobą
- ALE nie muszę tego czuć

ROZWIĄZANIE: CIEKAWOŚĆ I ZAINTERESOWANIE

Najnowsze wydania podręczników (Miller, Rollnick):

Autorzy mówią:

- Już nie mówmy o empatii
- Mówmy: **ciekawość, zainteresowanie**
- **Bądź zaciekawiony, bądź zainteresowany**

Dlaczego to działa:

Jak jesteście zaciekawieni:

- W sposób automatyczny po mowie ciała widać, że chcecie słuchać
- Dajecie pacjentowi uwagę
- Pacjent naprawdę nic więcej nie potrzebuje

To jest wszystko:

- Nie trzeba robić skomplikowanych rzeczy
- Wystarczy być zainteresowanym

Jak być zainteresowanym:

Zainteresowanie i ciekawość:

- Przerzuca na procesy poznawcze, a nie emocjonalne

Różnica:

Empatia emocjonalna:

- "Co czujesz?"
- "Jak bardzo jest ci z tym źle?"
- "Muszę to poczuć, żeby wiedzieć, co ty czujesz"

Ciekawość intelektualna:

- "Co się stało?"
- "Jak to wygląda?"
- "Opowiedz mi o tym"
- Przerzucamy się na inną płaszczyznę

ZALECENIE:

Ciekawość, zainteresowanie - niekoniecznie empatia

To może naprawdę:

-
- Was ochronić
 - Wasze zdrowie psychiczne w pracy ochronić

Dlaczego:

- Dużo łatwiej wykrzesać zainteresowanie
- Niż empatię (która nie wiadomo, jak pokazać)

Problem z empatią w pracy:

- Oczekiwanie jakiejś empatii
- Nie wiadomo, jak tę empatię pokazać
- Nie będziemy żałować pacjentów

Nadmierne żałowanie pacjenta:

- Rozbudza negatywne stany emocjonalne
- Które trzeba tonować
- To nie pomaga

WAŻNE:

- Nie zamykać się całkiem
- ALE okazywać **ciekawość intelektualną**
- Co się dzieje z pacjentem

To macie rozwiązanie naprawdę wielu problemów.

Rozbieżność i ambiwalencja**Rozbieżność do pokonania:****JA AKTUALNE vs JA IDEALNE**

- **Ja aktualne:** Jak widzę siebie teraz
- **Ja idealne:** Jaka/jaki chciałabym/chciałbym być

Problem:

Im większa rozbieżność:

- "O, to bym chciała"
- "I taka bym chciała być"
- "I to bym chciała robić"
- **ALE to jest bardzo daleko**
- **To nie ma szans, żeby była jakakolwiek motywacja**

Rozwiązanie:

Trzeba **zmniejszać tę rozbieżność**, odległość między ja aktualnym a ja idealnym.

Jak:

- Ja idealne NIE może być perfekcyjne
- Musi być osiągalne
- Musimy rozumieć, jak to osiągnąć
- Musimy wiedzieć, co zrobić

Wtedy:

- Nam się zachce działać
- Będziemy chcieli działać

Im bardziej widzimy:

- Że ja aktualne jest bardzo daleko od ja idealnego
- To po prostu **demotywuje w stu procentach**

Change Talk - mówienie o zmianie

Miller i Rollnick (pierwsza praca Millera):

Badali, czy ludzie zmieniali i jak zmieniali swoje zachowanie.

Źródło:

- Terapia uzależnień
- Ludzie na terapiach trzymają się (kontrola, środowisko wspiera)
- **ALE:** Chodzi o to, żeby zmiana była **po terapii**

Kluczowe odkrycie:

Proces zmiany poza terapią zależał głównie od:

- **W jaki sposób ludzie mówili o zmianie**

Stąd: Change talk - rozmowa o zmianie

Można osiągnąć za pomocą interakcji terapeutycznej:

Chodzi o to, **jakie zadajemy pytanie:**

- Ukierunkowując lekko odpowiedź
- Po to, żeby ludzie się NIE skupiali na:
- Czego nie mogą

-
- Jak to jest dla nich trudne
 - Jak tego nie będą mogli osiągnąć
 - Jak to jest dla nich nieinteresujące

Cel:

- Skupienie na możliwościach
- Skupienie na tym, co można zrobić
- Pozytywne myślenie o zmianie

Model stadialny zmiany zachowania (Prochaska)

To standardowy model pokazujący, jak wygląda zmiana. Współcześnie jest krytykowany, ale przez lata funkcjonował i nadal jest użyteczny.

STADIUM 1: PREKONTEMPLACJA

Charakterystyka:

- "Mnie to w ogóle nie interesuje"
- Podobnie jak amotywacja
- Nawet nie myślę o zmianie

Co można zrobić:

- Na tym stadium nic nie zrobimy
- Trzeba się przez to przebić
- Żeby osoba włączyła możliwość zmiany
- Żeby powstał poziom kontemplacji

STADIUM 2: KONTEMPLACJA

Charakterystyka:

- Rozważanie korzyści i kosztów zmiany
- Skutkuje poczuciem ambiwalencji

Pytania:

- Czy mi się to opłaca?
- Czy mi się to nie opłaca?
- Czy to jest ważne?
- Czy to nie jest ważne?

Opór pacjenta:

Bardzo często na tym etapie pojawia się opór:

-
- Pacjent się nie zgadza
 - Milczy
 - Buntuje się

WAŻNE: Opór jest dobrym wskaźnikiem!

Dlaczego opór jest dobry:

- Pokazuje, że już jesteśmy w kontemplacji
- Coś się zaczyna dziać
- To wymaga czasu
- To nie będzie natychmiastowe

Szybka zmiana:

- Jak jest szybka zmiana, to potem jest równie krótkotrwała
- Nam chodzi o budowanie długotrwałych wzorców zachowań

Opór:

- Wbrew pozorom jest bardzo pozytywny
- Wskazuje na proces
- Jest jakiś wyłom
- Teraz chodzi o to, żeby osoba sobie to przepracowała

STADIUM 3: PRZYGOTOWANIE DO PODJĘCIA DZIAŁAŃ

Charakterystyka:

- Osoba planuje zmianę
- Przygotowuje się
- Zbiera informacje
- Ustala plan

STADIUM 4: DZIAŁANIE

Charakterystyka:

- Próby wprowadzenia zmiany
- Aktywne działanie
- Testowanie nowych zachowań

STADIUM 5: UTRZYMANIE

Różne teorie:

Terapie poznawczo-behawioralne:

-
- 12 tygodni – włącza się jako nawyk
 - Mamy zmianę zachowania

Model Prochaski:

- Skuteczna zmiana: utrzymywanie co najmniej **6 miesięcy**
- Najlepiej: od 6 miesięcy do 5 lat

Cel:

- Długotrwała zmiana
- Trwały nawyk
- Nowy styl życia

Gotowość do zmiany

Co wpływa na gotowość:

1. Percepcja wewnętrznej ważności

- Jak ważna jest dla mnie ta zmiana

2. Pewność siebie

- Czy wierzę, że mogę się zmienić

Gotowość do zmiany:

- Albo przyspieszy proces
- Albo go opóźni

Składniki gotowości:

1. WAŻNOŚĆ ZMIANY

Im ta zmiana jest dla mnie ważniejsza:

- Tym będę bardziej zmotywowana/y
- Tym chętniej będę o niej myśleć

2. KORZYŚCI

Im większe widzę korzyści:

- Tym chętniej będę o niej myśleć
- Tym bardziej będę zmotywowana/y

3. ZGODNOŚĆ JA

Kluczowe pytanie:

-
- Czy to zachowanie, którego jeszcze nie mam (ja idealne)
 - Mieści się we mnie (ja aktualne)?

Przykłady:

"Czy ja mogę się postrzegać jako osoba:"

- Lepiej zorganizowana?
- Która przestrzega zasad?
- Która się gimnastykuje codziennie rano?

Jeśli całe życie nic się nie robiło:

- To jest też zgodność ja
- Na ile to jest zgodne z moją tożsamością?
- Na ile nie?

To jest proces bardzo trudny.

Metoda RIG - Gotowość na zmianę (Readiness, Importance, Confidence)

To **jedna z metod związanych z wywiadem motywującym** – pytania o zmiany, które mogą do tej zmiany doprowadzić.

Już przez samo określanie gotowości na zmianę człowiek się nieco motywuje.

Można wykorzystywać:

- W pracy z pacjentem
- W pracy z osobami bliskimi
- W pracy z samym sobą (autorefleksja)

Rola autorefleksji jest bardzo silna.

Nazwa: RIG

- **R** – Realistic (Realne)
- **I** – Important (Ważne)
- **C** – Confident (Pewność siebie) – czasem **G** od confidence, stąd RIG

ZASADA LINIJKI

BARDZO WAŻNE:

- Pacjent **SAM** zaznacza odpowiedzi
- To nie może być wypełnione za niego

Dlaczego to ważne:

Podobnie jak przy:

- Wypełnianiu kwestionariuszy
- Zgłaszaniu się na dawcę szpiku kości

Przykład:

- Mąż ma być dawcą szpiku
- Żona za niego wypełnia kwestionariusz (bo jemu się nie chce)
- Szpik to mu się będzie chciało oddać
- Ale pisać mu się nie chce

Problem:

- Brak zaangażowania
- To nie jest jego decyzja
- To nie jest jego działanie

WAŻNE:

- Na każdym etapie wzbudzać zaangażowanie
- Osoba musi sama wypełniać
- Sama zaznaczać
- Sama pisać

Nie pisze się za dziecko (zresztą za dziecko też się nie powinno pisać).

KROK 1: REALNE (Realistic) - Jak realistyczne jest wprowadzenie zmiany?**Pytanie:**

"Na skali od 0 do 10, na ile realne jest wprowadzenie tej zmiany?"

Pacjent zaznacza, np. na 4.

Teraz mamy DWA pytania:

Pytanie 1: "Dlaczego jesteś na 4, a nie na 0?"

UWAGA: NIE pytamy: "Dlaczego na 4, a nie na 10?"

Dlaczego tak pytamy:

Gdybyśmy zapytali "dlaczego 4, a nie 10":

- Wszyscy mają mnóstwo odpowiedzi

-
- "To się nie da zrobić"
 - "Bo to jest trudne"
 - "Bo nie mam czasu"
 - Negatywne myślenie

Pytając "dlaczego 4, a nie 0":

- Trzeba pomyśleć w kierunku pozytywnym
- Znaleźć jakieś pomysły
- Dlaczego to JEST jednak realne w jakimś stopniu

Kluczowe:

- To trzeba **samodzielnie** pomyśleć
- Znaleźć jakieś pomysły
- Dlaczego to jest jednak realne w jakimś tam stopniu

Tu się zmienia sposób myślenia.

Pytanie 2: "Co by się musiało stać, żeby zmienić tę 4 na wyższy numer?"

UWAGA: NIE pytamy o niższy numer.

Dlaczego:

- NIE skupiamy się na tym, co by musiało się stać, żeby było mniej realne
- Bo to wszyscy doskonale znają

Pytamy:

- Co zrobić, żeby było bardziej realne?
- Co możesz zrobić, żeby to był wyższy numer?

KROK 2: WAŻNE (Important) - Na ile to jest dla mnie ważne?

Pytanie:

"Na skali od 0 do 10, na ile to jest dla ciebie ważne?"

Pacjent zaznacza, np. na 1.

Wymaga troszeczkę czasu:

- Nie każdy od razu o tym myśli
- Trzeba sobie zdać sprawę

Pytanie 1: "Dlaczego jesteś na 1, a nie na 0?"

Przykład myślenia:

-
- "To jest dla ciebie nieważne, jesteś na jedyńce"
 - "Ale dlaczego to nie jest 0?"
 - Co sprawia, że to ma choć minimalną wartość?

Pytanie 2: "Co by się musiało stać, żeby to było bardziej ważne?"

- Co musiałoby się zmienić?
- Co by cię przekonało?
- Dlaczego to mogłoby być ważniejsze?

KROK 3: PEWNOŚĆ SIEBIE (Confident) - Na ile jesteś pewny/pewna wprowadzenia zmiany?

Pytanie:

"Na skali od 0 do 10, na ile jesteś pewny/pewna, że dasz radę to zrobić?"

Pacjent zaznacza, np. na 3.

Pytanie 1: "Dlaczego na 3, a nie 0?"

- Co sprawia, że masz choć trochę pewności?
- Jakie masz zasoby?
- Co ci pomaga wierzyć, że to możliwe?

Pytanie 2: "Co by można zrobić, żeby to było więcej?"

- Co by zwiększyło twoją pewność?
- Czego potrzebujesz?
- Jakie wsparcie by pomogło?

EFEKT METODY RIG:

Po prostu bardziej się chce.

To nie jest koniec, bo to dopiero jest:

- Uświadomienie sobie gotowości na zmianę
- Czy ja jestem na tę zmianę gotowa/gotowy, czy nie
- Na ile to jest dla mnie realne
- Na ile ważne
- Na ile jestem pewna/pewny

ALE:

- Tu jest cały czas myślenie w kierunku: co można zrobić
- Żeby było bardziej realne

-
- Żeby było bardziej ważne
 - Żeby być bardziej pewnym możliwości osiągnięcia tego

KROK 4: BILANS ZYSKÓW I STRAT

Po metodzie RIG robimy bilans:

Mamy pewne działania:

- Które musimy podjąć
- Żeby wprowadzić nowy nawyk
- Musi być jakieś przygotowanie
- Żeby ta zmiana nastąpiła

Wypisujemy:

- **KOSZTY** zmiany
- **KORZYŚCI** zmiany

Dlaczego to jest skuteczne w zachowaniach prozdrowotnych:

Koszty są zawsze mniejsze niż korzyści.

Korzyść ze zmiany:

- Dłuższe życie
- Albo w ogóle życie
- Zdrowie
- Lepsze samopoczucie

To jest bardzo ważny element:

- Powolutku do tego dochodzić
- To jest etap ambiwalencji jeszcze
- Ale to jest bardzo ważne, żeby przez to przejść

KROK 5: PLAN DZIAŁANIA - 5 kroków

Rozpisujemy plan w perspektywie czasowej:

- W ciągu tygodnia
- W ciągu miesiąca
- Generalnie żeby coś zrobić

KLUCZOWA ZASADA:

Działania muszą być:

-
- **Małe**
 - **Wykonalne**
 - Nie kosztowne (jeżeli chodzi o czas, emocje)

Problem:

Ludzie mają tendencję do:

- Przesadzania
- Bardzo ambitnych celów
- One od razu demotywią

Lepiej:

- Małe rzeczy
- Małe kroki
- Osiągalne cele

Przykład (psychodietetyka):

Psychodietetyka świetnie się na tym zna, ale wszyscy inni też muszą się świetnie znać.

Małe kroki:

- Nie: "Od jutra zaczynam biegać 10 km dziennie"
- Ale: "Wyjdę na 10-minutowy spacer 3 razy w tygodniu"

Dlaczego małe kroki:

- Są wykonalne
- Nie przytłaczają
- Budują poczucie sukcesu
- Można je stopniowo zwiększać

Polecana literatura

"Jak pomóc pacjentom w zmianie złych nawyków ryzykownych zachowań"

To najnowsza wersja książki o wywiadzie motywującym.

Dlaczego warto:

Są osoby, które:

- Mają naturalną umiejętność rozmawiania z ludźmi
- Dobrze funkcjonują w dużych grupach

ALE:

Praca z ludźmi chorymi:

- Którzy są w cierpieniu
- Co wpływa na sposób komunikacji
- Jest naprawdę trudna

Warto:

- Znać różne metody
- Nie wyważać otwartych drzwi
- Są metody opracowane przez specjalistów przez lata
- Można się nimi posługiwać

Wywiad motywujący:

- Nie jest tylko tym jednym elementem (metoda RIG)
- Ale ten element jest bardzo fajny i bardzo prosty

Zachęcam:

- Książka jest po polsku
- Można do tego wrócić po pracy zawodowej
- Budować dobre standardy

Cel:

- Nie wchodzić w standardy XIX-wieczne
- Pracować w XXI wieku
- Nawet jeśli system nie zawsze do tego przystaje
- To same/sami w relacji z pacjentem stosować metody z XXI wieku (co najmniej XX, ale nie wcześniej)

Psychologia pozytywna i szczęście**Szczęście - pojęcie filozoficzne**

W filozofii (Tatarkiewicz – "Historia filozofii"):

- Teorie szczęścia
- Różne rozumienia

W psychologii:

Najczęściej mówimy o:

- **Subiektywnym dobrostanie emocjonalnym**

-
- Różnie rozumianym

Jakość życia:

- Częściej spotykane w praktyce
- Przyszło z socjologii
- Różne elementy składają się na jakość życia

Subiektywny dobrostan emocjonalny / Satysfakcja z życia:**Może być:****1. Ogólna ocena poznawcza**

- Jak ogólnie oceniamy swoje życie
- Zazwyczaj o tej satysfakcji z życia mówimy
- To nie jest emocjonalne
- To jest plus-minus, jak oceniamy

2. Pomiar aktualny w czasie rzeczywistym

- Bardziej emocjonalnie
- W jakim jestem nastroju
- Metoda rekonstrukcji dnia
- Pomiar aktywności mózgu

3. Analiza języka

- Pozytywne vs negatywne użycie słów
- Jak ciągle używacie negatywnych słów → prawdopodobnie jesteście w negatywnym nastroju

Satysfakcja z życia na przestrzeni lat**Badania longitudinalne (podłużne, 10+ lat):****Ogólna zasada:**

- Wydarzenia mają swoje odbicie
- Ale zazwyczaj wracamy do punktu wyjścia

Przykład: Długotrwałe bezrobocie

- Rok przed utratą pracy: coś się już dzieje nie tak (spadek satysfakcji)
- Punkt krytyczny (0): brak zatrudnienia
- Po roku: praktycznie wraca do normy
- Jest dostosowanie

Przykład: Tranzycja do rodzicielstwa (20 lat obserwacji)

- Punkt wyjścia: jakiś uśredniony poziom
- Narodziny dziecka: gwałtowne podwyższenie (radość)
- Szybko opada (prawdopodobnie ze względu na obciążenia)

Wniosek:

Większość koncepcji pokazuje:

- Są mniejsze rzeczy, które nas cieszą lub smucą
- Ale każdy z nas ma **w miarę stały poziom satysfakcji z życia**
- Wracamy do niego po wydarzeniach

Co jest mniej istotne dla satysfakcji z życia:

Płeć:

- W zależności od kraju różnie
- W większości krajów: bardziej kobiety niż mężczyźni
- W Polsce: w ostatnich badaniach chyba mężczyźni
- W poprzednich: kobiety
- Różnie to bywa

Co jest bardziej istotne:

Osobowość – wyjaśnia około **40%** satysfakcji:

Bardziej zadowolone osoby są:

- Bardziej ekstrawertywne
- Mniej neurotyczne
- Mają wyższą samoocenę (też swoje życie lepiej oceniają)

Trend U w cyklu życia:

W bogatych, anglojęzycznych krajach:

- 30-40 lat: najbardziej zmęczeni, ucharowani
- Potem: lepiej
- Wcześniej: lepiej
- Kształt litery U

W Polsce:

- Im więcej lat, tym satysfakcja spada
- Granica dobrej starości nawet w super krajach: 85 lat

Satysfakcja osób po 50. roku życia w Polsce:

Niższa niż w innych krajach, gorsza z wiekiem.

Wyższa, jeżeli:

- Jest partner życiowy
- Większa zamożność
- Wyższe wykształcenie

Ogólnie:

- Gorzej wypadamy w zdrowiu psychicznym
- Ale to są stany bardziej samopoczuciowe
- Wynikające z przepracowania

Wysoka satysfakcja z życia - korzyści zdrowotne

Osoby o wysokiej satysfakcji:

Są zdrowsze, żyją dłużej:

- Związek z układem odpornościowym
- Związek z układem sercowo-naczyniowym

Częściej wykonują prozdrowotne zachowania:

- Dbają o siebie
- Profilaktyka
- Zdrowy styl życia

Mają lepsze relacje społeczne:

- Są bardziej prospołeczne
- Lepsze wsparcie społeczne

Odnoszą większe sukcesy w pracy:

- Większa produktywność
- Lepsze relacje zawodowe

Co zwiększa satysfakcję z życia:

1. WDZIĘCZNOŚĆ

- Przypominam: wdzięczność, wdzięczność, wdzięczność
- Praktykowanie wdzięczności
- Dostrzeganie tego, co dobre

2. ZACHOWANIA PROSPOŁECZNE

- Pomaganie innym
- Wolontariat
- Bycie dla innych

3. KORZYSTANIE Z TERENÓW ZIELONYCH

- Przebywanie w naturze
- Spacer w parkach
- Kontakt z przyrodą

4. UWAŻNOŚĆ (MINDFULNESS)

- Bycie tu i teraz
- Świadome doświadczanie
- Medytacja uważności

Ciekawy element - dotykane:

- Dotykane zwiększa mindfulness
- Odczucie w tym momencie
- Stąd paluszek dotyka kwiatka/trawki w terenie zielonym

5. BYCIE CZĘŚCIĄ WIĘKSZEJ IDEI

- Poczucie sensu
- Bycie częścią czegoś większego
- Transcendencja

6. GŁĘBOKIE RELACJE INTERPERSONALNE

- Bliskie więzi
- Autentyczne relacje
- Wsparcie społeczne

Nowa emocja: AWE (zachwyt)

Bardzo nowa, ciekawa emocja.

Jak się pisze: Awe

Czym jest:

- Coś jest piękne, ale straszne
- Coś nas przerasta, ale jest wspaniałe
- Mieszanka zachwyty i respektu

Kiedy się pojawia:

Najczęściej gdy widzimy coś nowego:

- Zjawiska przyrodnicze (zorza polarna)
- Nowa architektura
- Pokaz dronów
- Sztuczne ognie
- Coś pięknego

Musi być:

- Coś nowego
- Coś imponującego
- Coś, co nas przerasta

Efekty zdrowotne AWE:

Ogromne efekty:

- Wyższy dobrostan
- Poczucie spójności społecznej
- Rzadsza ruminacja (przeżywanie myśli)
- Pomoc w depresji i lęku
- Wzrost oksytocyny (hormon przywiązania, bycia częścią czegoś)
- Zmniejszony stan zapalny (uważany za kluczowy w depresji)

Wniosek:

Polecam zachwycać się!

PODSUMOWANIE KLUCZOWYCH PUNKTÓW

Dla testu zapamiętajcie:

1. **Erikson** – rozwój psychospołeczny, 8 stadiów, każde z kryzysem (dwa możliwe rozwiązania)
2. **Przywiązanie** – potrzeba biologiczna (nie społeczna), 4 style
3. **Piaget** – rozwój poznawczy do 15 lat, egocentryzm poznawczy (2-6 lat)
4. **Kary fizyczne** – brak pozytywnych skutków, tylko negatywne konsekwencje
5. **Psychologia humanistyczna** – trzecia siła, świadomość, wolność, naturalna dążność do rozwoju
6. **Maslow** – nie piramida, ale wydma; transcendencja najwyższa

-
7. **Rogers** – terapia skoncentrowana na osobie
 8. **Wywiad motywujący** – niedyrektywny, krótkoterminowy (1-2 sesje), Miller i Rollnick
 9. **Ciekawość zamiast empatii** – ochrona przed wypaleniem
 10. **Teoria autodeterminacji** – 3 potrzeby: autonomia, kompetencja, relacje
 11. **Metoda RIG** – pacjent SAM zaznacza, pytamy "dlaczego nie 0", nie "dlaczego nie 10"
 12. **Małe kroki** w planie działania
 13. **Awe** – zachwyt, korzyści zdrowotne

To koniec notatek z tego wykładu. Powodzenia na teście!