

# Empatia w komunikacji międzyludzkiej – czy to łatwe?



Fot. Katarzyna Spiridonow

**Katarzyna Spiridonow**  
**Certyfikowany Praktyk NLP i certyfikowany**  
**psychoterapeuta. Wykładowca, trener i twórca**  
**wielu programów szkoleniowych dla pracowników**  
**wszystkich szczebli i grup zawodowych w jednost-**  
**kach służby zdrowia i opieki społecznej. Pracuje**  
**z klientami indywidualnymi i grupami na właściwym**  
**każdym poziomie inter- i intrapersonalnym, zależ-**  
**nie od potrzeb i gotowości klientów.**

## Co to jest empatia?

Zacznę od precyzyjniejszego zdefiniowania pojęcia empatia, ponieważ jest ono tylko pozornie proste. Otóż jest to umiejętność współodczuwania z drugim człowiekiem, jednak z naciskiem bardziej na rozpoznanie jakie emocje odczuwa dana osoba w tym momencie, niż dosłownego ich czucia. Jest to o tyle ważne, że część osób mówi, że czuje się nadmiernie obciążonych swoją silną empatią, nie są w stanie słuchać o cudzych problemach, ponieważ czują się mini przytłoczeni, cierpią wraz z innymi. W efekcie izolują się od emocji innych osób, nie chcą się w nie „zagłębiać”, nie chcą słuchać „żałów” swoich znajomych a tym bardziej nieznanym... Nie chodzi więc o to, żeby czuć emocje innych, ale żeby je rozpoznać i umieć się odpowiednio, „empatycznie” zachować. Korzystać możemy tu ze swoich doświadczeń i wyobraźni. Zastanawiamy się przez moment co w tej sytuacji może czuć dana osoba, co ja bym czuł/a, co czułem/am kiedyś, będąc w podobnej sytuacji. Przypominamy sobie te emocje i to, czego wówczas potrzebowaliśmy od osób z naszego otoczenia. To jest moment trudny dla części ludzi – zaczynają czuć tę rozpacz, wszechogarniający smutek

czy też inne emocje utrudniające konstruktywne działanie. Mówią, że empatia przeszkadza im w pracy – „bo nie mogę przecież płakać z każdym, kto przychodzi do szpitala...”. To prawda. Warto wtedy zastanowić się, dlaczego ja to tak przeżywam, co dzieje się we mnie, co uruchamia się. Odpowiedź na to pytanie może być trudna, ale jest kluczowa, by empatyzując z czyimiś emocjami, odróżniać je od swoich własnych w danym momencie.

## Po co jesteśmy wyposażeni w umiejętność jaką jest empatia?

Nie będę w tym miejscu odwoływać się do naszych doświadczeń jako niemowląt czy rodziców niemowląt. Jest to wprawdzie czas w którym empatia jest podstawowym sposobem komunikacji między matką (rodzicem) a dzieckiem, ale jest ona potrzebna też w innych sytuacjach. Dzięki empatii wiemy jak się zachować wobec innych osób, aby nawiązać z nimi pozytywny kontakt. Jeśli jesteśmy pracownikami służby zdrowia, gdzie kontakt z drugim człowiekiem ma miejsce w często dość trudnym momencie dla niego bądź jego bliskich, empatia nabiera szczególnego znaczenia. Jeśli poczytamy fora internetowe, gdzie pacjenci wypowiadają się na temat opieki, jaką otrzymali w poszczególnych ośrodkach lub u określonego lekarza, zauważymy, że duża ich część odnosi się do sposobu w jaki zostali potraktowani przez osoby udzielające im pomocy. Oceny dotyczące kompetencji, profesjonalizmu nie stanowią na pewno większości. Co więcej zdarza się, że za profesjonalne zachowanie lekarza czy pielęgniarki opiniodawcy uważają bycie miłym i współczującym. Nie sądzę, żeby pacjentom chodziło o to abyśmy razem z nimi płakali nad ich losem. Potrzebują od nas naszej siły, wiedzy, profesjonalizmu. Nie możemy tego jednak utożsamiać z byciem chłodnym fachowcem. Mamy do czynienia z człowiekiem cierpiącym lub z jego bezradną i będącą w panice rodziną. Dzięki empatii jaką mamy dla innych potrafimy się zachować w sposób adekwatny do sytuacji i emocji osoby, którą napotykamy. Dzięki temu nawiązujemy z nią dobry kontakt, współpracę, powstaje relacja zaufania. Co to zmienia

w sytuacji opieki nad chorym? Że dla pacjenta jest to ważne, już pisałam. A dla personelu ośrodka zdrowia? Pacjent, z którym nawiązemy dobry kontakt, który poczuje się zrozumiany, będzie z nami lepiej współpracował a więc wzrośnie prawdopodobieństwo, że będzie stosował się do naszych zaleceń i leczenie przez nas zaordynowane będzie skuteczniejsze. Czy zależy nam na skuteczności? Odpowiedź pozostawiam każdemu z Państwa.

## Czego potrzebuje człowiek w lęku i niepokoju o swoje zdrowie?

Przychodzi do naszego ośrodka zdrowia więc najprawdopodobniej chce fachowej pomocy, wyleczenia, wskazówek – co robić. Czy tylko tego chce? Z opinii pacjentów wynika, że nie tylko. Często oczekuje troski, współczucia, wysłuchania. Zdarza się, że osoba uznawana na co dzień za opanowaną i rozsądną, w nagłej sytuacji zagrożenia zdrowia lub groźby diagnozy, której boi się jak wyroku, zachowa się nieracjonalnie. Znany sytuacje gdy pacjent płacze, rozpacza, nie rozumie co do niego mówimy, bądź też krzyczy i domaga się od nas ciągłej uwagi lub innych niemożliwych działań. Niektórzy będą wciąż narzekać, krytykować naszą opieszałość, może nawet zarzucać nam niekompetencję. Są też osoby, które w milczeniu czekają na naszą pomoc, mając jedynie strach w oczach. Wielokrotnie w rozmowach z personelem szpitali czy przychodni słyszałam, że najłatwiej odczuć empatię i pomóc tym ostatnim – spokojnym, bezradnym, wystraszonemu. Dlaczego? Odpowiedź jest dość oczywista. Ci pacjenci według nas, zachowują się najbardziej adekwatnie: czują lęk i go pokazują w sposób dla nas zrozumiały oraz nieinwazyjny. Pozostałe zachowania, świadomie bądź nie, odczuwamy jak atak na nas. Rzeczywiście nikt nie lubi jak się na niego krzyczy, popędza i krytykuje. Nie będę twierdzić, że to w porządku. Prawdopodobnie w tym miejscu przydałaby się rada, jak się zachować w sytuacji ataku. To też jest ważne zagadnienie. Ze względu na temat artykułu pozostanę jednak przy pytaniu jak i czy zastosować tu naszą umiejętność empatii.

## Jak pozostać empatycznym?

To pytanie chcę podzielić na kilka kolejnych:

Kiedy jest nam łatwiej być empatycznym wobec drugiej osoby? Sądzę, że ułatwia to spełnienie kilku warunków. Ważne jest aby nasz stan emocjonalny był dobry. To znaczy, że jesteśmy w dość dobrym nastroju, czujemy się stabilnie i bezpiecznie, nic ważnego emocjonalnie nas nie obciąża. Drugą sprawą istotną dla odczucia empatii wobec osoby przeżywającej trudne chwile, jest zauważenie u niej emocji, wywołujących w nas współczucie i chęć pomocy. A w jaki sposób możemy zidentyfikować te emocje? Dzięki zachowaniu tej osoby, werbalnym i niewerbalnym aspektom jej komunikatów, naszemu własnemu doświadczeniu w podobnych sytuacjach, doświadczeniu bliskich nam osób, naszym przekonaniom i normom zachowania w określonych sytuacjach. Pojawia się tu zagadnienie rozumienia, co dzieje się z drugą osobą. Jeśli ona w naszym rozumieniu zachowuje się niespójnie czy nieadekwatnie, to nie rozumiemy jej zachowania, a więc i emocji. Jeśli uważamy, że osoba cierpiąca i w lęku o zdrowie powinna być cicha, w niewielkim tylko stopniu okazująca niepokój, pokazująca niewerbalnie swoje zmartwienie i lęk, to takie zachowanie rozumiemy jako wyraz obawy i potrzeby pomocy. Wobec niej dość automatycznie uruchomi nam się empatia i konkretne działanie pomocowe. Jednak gdy zobaczymy osobę marudzącą, dopominającą się ciągle czegoś, podnoszącą głos lub wręcz krzyczącą, to częściej rozumiemy to jako „roszczeniowość” bądź atak na nas. Wtedy uruchomią się w nas raczej działania obronne bądź atak w odwecie. Nie zinterpretujemy tego automatycznie jako bólu, lęku i chęci uzyskania pomocy. Problem w tym, że z wielu powodów ludzie reagują w stresie bardzo różnie. To skąd mamy wiedzieć, że w danej chwili ten „atak” to nie atak? Niestety nigdy nie możemy być pewni, że adekwatnie interpretujemy czyjeś zachowania i emocje. Możemy czynić tylko pewne założenia. Ważne jest to, że tak czy inaczej mamy założenia, tylko kierujemy się nimi na ogół nie świadomie i automatycznie. To co możemy zrobić, to zidentyfikować te, które mamy i zmodyfikować je tak, aby i nam i pacjentowi było łatwiej. Schematem, który w takich sytuacjach może pomóc, jest model komunikacji von Thun’a. Zakłada on, że każdy

komunikat jest nadawany i rozumiany na czterech poziomach: rzeczowym, informacji o sobie, o relacji i apelu. Jeśli komunikat (czyli jakieś słowa i zachowania) rozumiemy jak informację o relacji między nami a nadawcą bądź apel (oczekiwanie) tej osoby do nas, najłatwiej o nasze zdenerwowanie i odczucie tego komunikatu jako atak na nas. Wtedy trudno o empatię a niezadowolone nadawcy wzrasta. Niestety najczęściej na tych płaszczyznach właśnie nieświadomie rozumiemy komunikaty. Jeśli uda nam się, z tego co słyszymy i widzimy, wyodrębnić w większej mierze poziom rzeczowy (czyli suchą treść) i informację o nadawcy (o jego potrzebach i stanach emocjonalnych), to łatwiej nam będzie zachować spokój, a w efekcie zrozumieć nawet niefortunnie wyrażoną potrzebę drugiej osoby. Nawet jeśli ta osoba z jakichś względów chciała nas zaatakować, to jeśli nie odpowiemy podobnym atakiem, łatwiej jest załagodzić sytuację.

### „Czy opłaca się” załagodzić?

Jaki jest bilans zysków i strat? Co zyskamy a co stracimy jeśli niezależnie od zachowania pacjenta (oczywiście w rozsądnych granicach – ale o tym innym razem) zinterpretujemy je jak wołanie o pomoc, wyraz leku i bezradności. Jeśli pacjent jest dla nas co najmniej niemiły będzie to oczywiście trudne. Możemy poczuć się mimo wszystko wykorzystani, znieważeni, obrażeni. Czyli stratą, kosztem dla nas będą nasze nieprzyjemne emocje. Co może być korzyścią? Po pierwsze jak uda się nam złagodzić zachowanie pacjenta, nie wdając się z nim w dyskusję, a tylko starając się zrozumieć jakie przeżywa emocje w związku ze swoją

sytuacją, będziemy zadowoleni ze swojej skuteczności, umiejętności panowania nad sobą i sytuacją, dumni ze swojej wnikliwości. Pacjent, który prawdopodobnie wbrew swoim oczekiwaniom, spotka się z naszym spokojem, tym bardziej może być nam wdzięczny – jeśli nie od razu to w momencie jak emocje same w nim wygasną. Prawdopodobnie także nasi współpracownicy zauważą i docenią nasze opanowanie w trudnej sytuacji. Sądzę też, że większość z nas ucieszyłaby się również gdyby i przełożony pochwalil naszą postawę. Nie rzadko bywa, że im bardziej inni uważają nas za opanowanych, tym bardziej tacy się stajemy – z korzyścią zarówno dla nas samych jak i dla instytucji w której pracujemy.

### Pacjenci też przychodzą do nas z jakimiś założeńiami.

Niestety w mediach o służbie zdrowia jeśli się mówi, to głównie nieprzychylnie. Tworzy to niestety złą atmosferę wokół nas. Może ona powodować, że część pacjentów idzie do ośrodka zdrowia z założeniem, że nie otrzyma tam niezbędnej pomocy, że spotka się z nieuprzejmością bądź niekompetencją. Mając takie przekonanie idzie już z negatywnymi emocjami. Na miejscu wystarczy drobna niedogodność, czy konieczność oczekiwania dłużej niż 10 minut, żeby uznał, że jest tak, jak się spodziewał i awantura gotowa. Dużo przed nami pracy, cierpliwości i przełamywania tych przekonań, aby zmniejszyć ilość nieprzyjemnych sytuacji w pracy, a w efekcie sprawić, że zarówno my jako personel ośrodka, jak i pacjenci, będziemy zadowoleni. Na pewno personelowi szpitali i ośrodków zdrowia na każdym szczeblu, w tej trudnej drodze potrzebne jest (czasami fachowe) wsparcie. ■

## Zakłucia i zranienia personelu medycznego

# Bezpieczeństwo tańsze o 75 procent od narażenia



Dorota Kilańska

Fot. Dorota Kilańska

koszty ekspozycji, szczególnie koszty emocjonalne i związane z rodziną i swoimi planami na przyszłość. Zarządzający placówkami nie biorą ich pod uwagę, podobnie jak utraty zasobów wynikających z niemożności podjęcia pracy podczas postępowania leczniczego (długotrwałe zwolnienia lekarskie). W razie przyjmowania leków organizm jest osłabiony i pojawiają się efekty uboczne. To są niezidentyfikowane koszty będące po stronie pracodawcy. Dzieje się tak zawsze, gdy pacjent odmawia poddania się badaniu stwierdzającemu obecność zakażenia, personel i tak musi poddać się leczeniu ponieważ nie ma wiedzy czy nie uległ zakażeniu i nie może wykonywać czynności medycznych narażeniem własnego zdrowia.

**B**adania hiszpańskie pokazują, że około 75 procent można zyskać w razie zakupu sprzętu zabezpieczającego personel medyczny przed zakłuciami i zranieniami ostrymi narzędziami w porównaniu z kosztem postępowania poekspozycyjnego.

W Polsce nie prowadzi się rejestru liczby zakłuczeń. Nie są także monitorowane koszty związane z koniecznością leczenia w razie zranienia, czy zakłucia, choć wiadomo, że koszty postępowania poekspozycyjnego leków mających chronić przed ewentualnym zakażeniem organizmu to około 4 tys. zł na osobę (nie znam kosztów leków). Wiadomo, że w USA o 70 procent spadła liczba zakłuczeń po zakupie sprzętu z odpowiednimi, zabezpieczającymi końcówkami. Wiadomo też, że personel często nie jest świadomy tego, że następuje zakłucie. Oczywiście i pielęgniarki i lekarze zdają sobie sprawę z ryzyka zawodowego, jakie ponoszą, ale w sytuacji, kiedy w dokumentacji nie są wpisywane informacje o chorobach zakaźnych, to ryzyko znaczenie wzrasta, nawet mimo to, że pracownicy pracują tak, aby je minimalizować.

Jednak bezpieczeństwo pracy zależy od unormowań prawnych, tym bardziej, że obecnie pracownik często sam musi ponosić

dlatego z nadzieją oczekujemy na implementację wszystkich zapisów Dyrektywy przyjętej przez Polskę Dyrektywy rady UE normującą ryzyko wynikające z zakłuczeń narzędziami ostrymi zakażenia wśród personelu medycznego. Tym bardziej, że częstość występowania wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV), wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV) i ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV) jest znacznie wyższa w populacji szpitalnej niż w populacji ogólnej.

Ponadto nie jest wykonalna, na podstawie oceny potencjalnego ryzyka, segregacja pacjentów. Zanim będzie wiadomo, że pacjenci, którymi się opiekujemy, są dotknięci ciężkim zakażeniem krwiopochodnym, będą oni już poddawani leczeniu. Z tego względu najbardziej odpowiednie jest zastosowanie uniwersalnych środków zapobiegania zranieniom narzędziami ostrymi. ■

**Główny Inspektorat Sanitarny pracuje obecnie nad projektem rozporządzenia odnośnie wymogów sprzętu ostrego używanego przez personel medyczny.**

Firma Centrum Edukacji i Biznesu ze od kilku lat zajmuje się przeprowadzaniem audytów oraz doradztwem organizacyjnym i personalnym w Ochronie Zdrowia. Organizuje dedykowane szkolenia m.in. z umiejętności interpersonalnych, komunikacji, wizerunku, autoprezentacji i zarządzania dla pracowników placówek medycznych w całej Polsce. Zapraszamy na stronę [www.ceib.com.pl](http://www.ceib.com.pl), gdzie znajdują Państwo więcej szczegółów na temat naszych działań i Klientów.

Zapraszamy na najbliższe szkolenie warsztatowe pt. „Profesjonalna obsługa pacjentów – skuteczna komunikacja i budowanie wizerunku”, które odbędzie się 24 maja 2012 r. w Warszawie.

