



Psycholog dla medyka



ASERTYWNOŚĆ, RADZENIE SOBIE Z ZACHOWANIAMI AGRESYWNYMI



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Tytuł: TRANSKRYPCJA PODCASTU Asertywność, radzenie sobie z zachowaniami agresywnymi

Zdjęcia: iStock, AdobeStock

COPYRIGHT © 2023 Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Przygotowanie merytoryczne i graficzne materiałów w ramach projektu POWR.07.01.00-00-0006/22 pn. „*Program wsparcia psychologicznego kadry medycznej*” finansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w ramach Działania 7.1 Osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia.

Wszelkie prawa zastrzeżone zgodnie z Ustawą o Prawie Autorskim i Prawach Pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 roku (Dz.U.94 Nr 24 poz. 83, sprost.: Dz.U.94 Nr 43 poz.170).

Warszawa 2023

Zaczynamy pierwsze podcasty, które są częścią programu wsparcia psychologicznego kadry medycznej. To realna pomoc w kryzysie emocjonalnym i poszerzenie świadomości w zakresie zdrowia psychicznego obecnych i przyszłych przedstawicieli sektora ochrony zdrowia. Po więcej informacji zapraszamy na platformę dostępną pod adresem psychologdlamedyka.pl.

- Ja nazywam się Łukasz Grzanek, ze mną jest dzisiaj Joanna Zawadowska, cześć Joanno.

- Cześć.

- Nagrywamy podcast dla medyków i dlatego zaprosiliśmy Cię do rozmowy. Joanna, jesteś psychoterapeutką, wykładasz na WUM, zajmujesz się szkoleniami w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Coś chciałabyś dodać do swojej profesji, specjalizacji?

- Myślę, że wyczerpująco mnie przedstawiłeś. Pracuję też w Poradni Leczenia Zaburzeń Psychiczych Lekarzy i Studentów Medycyny w Centrum Terapii Dialog. Więć myślę, że to wiąże się trochę dzisiaj z tematem naszego spotkania.

- Tak. Nasze podcasty będą kierowane właśnie do medyków, dlatego zapraszamy ekspertów, którzy z medykami współpracują na co dzień, żeby mogli się podzielić swoją perspektywą w tematach, które będziemy brali na warsztat. Dzisiaj bierzemy na warsztat asertywność i radzenie sobie z zachowaniami agresywnymi tak u pacjentów, jak i u współpracowników. Gdybyś mogła powiedzieć, czym jest asertywność, jaka jest definicja asertywności?

- Asertywność, ogólnie rzecz biorąc, jest to przede wszystkim umiejętność, więc to jest ważna informacja, że to jest coś, czego można się nauczyć. To nie jest coś, z czym się rodzimy, czy cecha temperamentalna, tylko coś co rzeczywiście można wyćwiczyć. I można to zdefiniować jako pewien rodzaj postawy, który wiąże się z szacunkiem wobec siebie oraz szacunkiem wobec innych osób. Potocznie rozumiana jest, często wiązana jest głównie z mówieniem „nie”. Natomiast chciałabym troszeczkę odejść od takiego rozumienia asertywności, bo asertywność to przede wszystkim umiejętność wyrażania siebie w pełni. Czyli komunikowania swoich myśli, uczuć, potrzeb, w zgodzie ze sobą, z poszanowaniem własnych granic i z poszanowaniem cudzych granic. A więc nie jest to tylko tak, jak się myśli właśnie potocznie, umiejętność odmawiania. To może być wpisane też w aser-



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



tywność, że łatwiej jest mi odmówić, kiedy mam w sobie wysokie poczucie własnej wartości, więc mam taką zgodę na wyrażanie swoich siebie i swoich potrzeb czy emocji, więc łatwiej też mi wtedy powiedzieć nie i postawić te granice. Natomiast absolutnie nie tylko o to chodzi, że to jest tylko mówienie „nie” i gdzieś zapominanie w ogóle o innych. To wiąże się to z szacunkiem wobec innych.

- Ja sobie tak to wyobrażam, że jakbyśmy rozciągnęli w ogóle na linii z jednej strony zachowania kompletnie nieasertywne, czyli agresywne, z drugiej strony kompletnie nieasertywne, ale uległe, to gdzieś na środku spotyka się ta asertywność. Tak mniej więcej jest?

- No i tak mniej więcej też się właśnie to często przedstawia w opozycji, że po jednej stronie jest agresja, czyli taka postawa, że ja jestem okej, ja mam prawa, a ty nie masz praw, ty jesteś nie okej. A po drugiej stronie właśnie jest uległość, czyli takie przekonanie, że ja nie mam praw, ja się nie liczę, moje zdanie się nie liczy. Często osoby uległe właśnie nie będą wyrażać swojego zdania, nie będą mówić moim zdaniem, mogą się izolować, mogą unikać jakichś konfrontacji czy rozmów bezpośrednich. I to jest rzeczywiście ta druga płaszczyzna. Natomiast rzeczywiście można by powiedzieć, że asertywność jest takim wybalansowaniem i takim, jak szukamy jakiejś takiej pozycji swojej w świecie, negocjujemy cały czas swoją pozycję pomiędzy moje potrzeby, a cudze potrzeby i to uwzględnia, prawo daje i jednemu, i drugiemu do tego, żeby być widzianym po prostu.

- Spotkałem się też z takim określeniem, że asertywność to nie jest tylko jedna umiejętność. To jest tak naprawdę zebranie naszych wszystkich takich cech podejścia do życia, pewności siebie, świadomości. I dzięki temu, jeżeli jesteśmy tacy wyważeni w środku, odnośnie naszego funkcjonowania, wtedy możemy być asertywni. Czy faktycznie to pomaga? Tak to wygląda?

- Myślę, że trudno jest być asertywnym, jeżeli po pierwsze, np. nie mam tego bazowego poczucia własnej wartości, czy takiego poczucia, że ufam sobie i swoim potrzebom na przykład, temu co mówi mój organizm. Więc, jeżeli mam w sobie taką wewnętrzną zgodę i uważam, że np. moje zdanie jest ważne, to będzie łatwiej mi je wypowiedzieć. Łatwiej będzie mi wyrazić swoje uczucia, jeżeli nie czuję się winna z tego powodu, że je wyrażam. Też, jeżeli jakoś neguję siebie, czy nadużywam siebie, bo pracuję bardzo dużo i nie słucham swojego organizmu, swoje go ciała. Ja wiem, że to bardzo czasem jest łatwo powiedzieć i to jest taka teoria.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Czasem możliwości systemowe, wiemy jakie są, są bardzo ograniczające i trudne, zwłaszcza właśnie w zawodach medycznych. Natomiast pytanie, czy jest jakaś możliwość poszukania jednak przestrzeni, gdzie ja mogę zadbać o siebie, zmniejszyć tę liczbę godzin pracy, czy robić jakieś przerwy między pacjentami może dłuższe, czy jest taka możliwość, żeby o to zawalczyć, czy dbać o sen. I jeżeli ja sobie daję do tego prawo, to też mam większe zasoby później i większą taką przestrzeń, żeby dbać, dbając o siebie, też dbać o innych później, np. o pacjentów. Bo nie wypalę się tak szybko, doświadczając ciągle stresu, pośpiechu i kiedy to wszystko już jest tak na taśmie trochę, mechanicznie. Więc to wszystko jest powiązane i to co powiedziałeś, że rzeczywiście, jeżeli chcemy pracować nad umiejętnościami asertywnymi konkretnie, bo są też różne techniki, są różne narzędzia konkretne komunikacyjne, których możemy używać do tego, to najpierw możemy też, jeżeli widzimy, że mamy z tym trudność, popracować po prostu nad takim stosunkiem do samego siebie i właśnie poczuciem własnej wartości, mówiąc potocznie. Czasem samemu, a czasem ze wsparciem psychologa.

- Wspomniałaś o warunkach pracy, o takim wyczerpaniu. Ciało człowieka jest taką baterią. Nasz organizm jest baterią, jeżeli się wyśpimy, jeżeli się zdrowo odżywiamy, jeżeli dbamy o to co robimy na co dzień, tę baterię mamy naładowaną i wtedy idąc do trudnego środowiska, możemy pomagać rozładowując tę baterię i wtedy jeszcze z reguły przy tych 20 czy 15 procentach włączy nam się oszczędzanie baterii i na autopilocie wracamy do domu, żeby się zregenerować, żeby ewentualnie wpaść w objęcia bliskiej osoby i podładować tę baterię, bądź po prostu się wyspać. Więc warto o to dbać. Mówi się, że szewc bez butów chodzi i niestety też widzę po środowisku, że my bardzo dużo dajemy z siebie. Bardzo często ja jako pielęgniarka widzę pielęgniarki, które pracują w dwóch, trzech miejscach. Schodzą z nocnego dyżuru, jadą do pacjentów, później jadą do drugiej pracy i naturalnie ta bateria się rozładowuje, przez co te umiejętności asertywności są gorsze.

- No i jeszcze warto też powiedzieć trochę w tym kontekście właśnie, o stresie i wypaleniu, bo długotrwale doświadczany stres wpływa na płaty przedczołowe, wpływa na funkcjonowanie tutaj tych procesów poznawczych kory w układzie nerwowym. W związku z tym, jeżeli długotrwale ten kortyzol jest uwalniany w organizmie, to uszkadza te struktury, a jeżeli uszkadza, to prowadzi to np. do rozhamowania, do reagowania irytacją, drażliwością, złością. Ten stan przemęczenia może się stać permanentny i jeżeli już dojdzie do tego wypalenia w którymś mo-



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



mencie, czyli zaczynam postrzegać wszystkich pacjentów mechanicznie, mam niechęć do pracy, wszyscy budzą już moją irytację, setna osoba, która pyta o to samo - dla niej to jest pierwsze pytanie, a dla nas już któreś z taśmy. No to, jeżeli dojdzie już do tego wypalenia zawodowego, to bardzo trudno jest później to zregenerować. To już nie wystarczy pojechać na wakacje na trzy tygodnie i się zregenerować, bo to działa bardziej jak, nie jak benzyna, którą się dolewa do baku, żeby jechać dalej, tylko bardziej jak pętla kredytowa, że już później się napędza samo coraz bardziej. Dlatego bardzo ważna jest właśnie profilaktyka, czyli dbanie o tą równowagę w życiu prywatnym i zawodowym i jakieś inne nogi, na których się stoi w życiu wcześniej.

- No to teraz w kontekście tej asertywności, jakie ona ma elementy? Jak wygląda zachowanie człowieka asertywnego? Jakie są jej cechy?

- Jeżeli byśmy chcieli pomyśleć sobie właśnie w kontekście tego wyrażania swoich uczuć, potrzeb, to możemy po pierwsze stosować pewnego rodzaju właśnie narzędzia. Jest np. taki komunikat JA, wzięty z Porozumienia Bez Przemocy, Non-violent Communication, który jest takim przykładem właśnie wyrażenia się asertywnie. On zawiera trzy elementy. Ja widzę, czyli nazywam fakty, które się wydarzyły, np. zachowania drugiej osoby. Np. związane z pracą na oddziale, bo mówimy tutaj, rozumiem, też zarówno o relacjach z pacjentami, jak i też czasem w zespole medycznym, które też często wymagają zachowań asertywnych. Więc element widzę, czyli nazywam zachowania, które są dla mnie trudne, czuję oraz potrzebuję, czyli czego bym chciał w zamian, jakich innych zachowań w zamian. Czyli np. widzę, że kiedy przychodzi do ustalania terminów dyżurów, to zawsze te najmniej preferowane terminy świąteczne przypadają mi, bo jestem np. rezydentem albo pielęgniarką z młodszym stażem i tak się po prostu jakoś automatycznie dzieje. Czuję się w związku z tym jakoś, nie wiem, zniechęcona do pracy, mniej ważną częścią zespołu. Trochę mnie to irytuje, czy jest mi przykro. Staram się jakoś nazwać w zgodzie ze sobą to co się dzieje, to jak wpływa to na moją pracę. Pokazać tego konsekwencje też, że jeżeli tak się będzie dłużej działo, to ja będę miała ochotę np. zmienić oddział, na którym pracuję. I trzeci element - potrzebowałabym, chciałabym, żebyśmy np. wspólnie ustalali zespołowo terminy dyżurów, terminy urlopów, a nie, żeby to było ustalane gdzieś kuluarowo bez mojej wiedzy. Tak więc to jest taki pełny komunikat JA. I wydaje się to może banalne, ale naprawdę trudno czasem jest powiedzieć coś bezpośrednio, wprost i nazwać. I oczywiście nie daje nam to absolutnie gwarancji tego, że druga strona

zareaguje i robi to o co ją prosimy od razu, ale przynajmniej mamy takie poczucie cie, że postąpiliśmy w zgodzie ze sobą, nazwaliśmy coś, zasialiśmy jakieś ziarno i czasem to toruje też jakąś drogę. Ja mam akurat takie doświadczenia z pracy z medykami, np. jeden tutaj z gabinetu stomatologicznego akurat, że rzeczywiście była taka sytuacja, że pan miał trudności ze swoim przełożonym i poszedł porozmawiać właśnie takim komunikatem JA o różnych trudnych sytuacjach, opryskliwych zachowaniach, takim troszeczkę deprecjonowaniu pracy i że zaczęło to przenosić efekty, tak, że ta osoba też sobie zupełnie nie zdawała sprawy z tego, jak jest postrzegana, jak jest odbierana i jak to wpływa na pracę tej osoby. Dobrze jest też pokazać jakiś wspólny cel czy korzyści, czy koszty z tego, że tak się dzieje i jakie byłyby korzyści, gdybyśmy zaczęli robić inaczej. Czy poszukać też wspólnych rozwiązań na przykład, tak. To też jest coś, że postawa asertywna to nie taka, która narzuca, ma być tak, tylko – okej, to ja mam taką propozycję, chciałabym takich zachowań, takich zmian, co ty o tym myślisz? Czy jest na to zgoda? To na co możemy się umówić?

- Asertywność z jednej strony brzmi jak coś łatwego bądź niełatwego do przysposobienia, do nauczania się tego. Na pewno praktyka będzie nam pomagała, bo komunikaty musimy ćwiczyć, musimy się oswajać z reakcją, że ludzie czasami powiedzą nie. Nie zgadzam się. Proszę wrócić do wykonywania swoich obowiązków albo jesteś taki, śmaki i owaki. I tutaj też pojawia się informacja, jak my przyjmujemy tę odmowę tego komunikatu. Czy to uderzy w nas jako w człowieka, czy po prostu w ten komunikat, który gdzieś tutaj po prostu wystosowaliśmy. To też jest istotne. A ja cały czas się zastanawiam nad tym, że asertywność jako taka suma naszych umiejętności, tej zgody zgody i kontroli tego co się w nas dzieje, czy... na pewno, ale chciałbym z twojej perspektywy, czy sposób w jaki zostaliśmy wychowani wpływa na to, że w dorosłym życiu potrafimy być asertywni bardziej lub mniej?

- To bardzo obszerny temat i teraz tutaj wyciągasz duży temat, rozmawiałam z psycho terapeutką o wpływie wychowania na to, jak się mogą kształtować postawy w życiu. Oczywiście jak najbardziej tak, ale to jacy jesteśmy w ogóle, jest wypadkową różnych czynników. Jest wypadkową z jednej strony tych czynników biologicznych, takich temperamentalnych, wrodzonych. Z drugiej strony wypadkową tego, jakie mieliśmy wzorce w domu rodzinnym. Jaki był przekaz na temat świata na przykład. Czy przekaz był taki, że ludziom można ufać, że ludzie odpowiedzą na twoje potrzeby, jeżeli poprosisz, czy rodzice reagowali na twoje emocje, czy rozmawiali o tym, czy reagowali jakoś na twoje potrzeby czy nie.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Więc to poprzez zarówno obserwacje, jak i poprzez uwewnętrznianie takich przekazów, wzorców, jak było, wpływa na ten rozwój dziecka. A później jeszcze różne inne dochodzą doświadczenia, tak, szkolne, często bullying ma wpływ też, doświadczany, później w dorosłym życiu wpływa. Więc to jest wypadkowa innych różnych rzeczy, ale myślę, że pozytywna właśnie wiadomość jest taka, że można się wielu rzeczy nauczyć i że sama komunikacja też jest czymś czego można się nauczyć. Są osoby, które są, powiedzmy bardziej inteligentne emocjonalnie i są takie, które mają mniejsze w tym obszarze umiejętności, ale nawet jeśli nie mają, mogą się wyuczyć pewnych np. protokołów radzenia sobie z różnymi sytuacjami. I to może im dać już takie zaplecze jakiejś takiej pewności siebie, że wiedzą po co mogą sięgnąć, kiedy pojawia się jakiś problem. Np. przy wyrażaniu wątpliwości mamy np. taki model komunikacji PACE. Albo przy przekazywaniu trudnych diagnoz pacjentom w komunikacji medycznej mamy protokół SPIKES do przekazywania trudnych informacji. Do przekazywania sobie pacjentów protokół SBAR. To są też takie rzeczy, które dają nam jakieś poczucie bezpieczeństwa, że wiemy, jak zareagować w trudnych sytuacjach.

- Czyli jest standard, jest procedura, z którą warto się zapoznać, żeby po prostu w tej komunikacji zachować trzeźwość kontaktu z sobą i przekazać najważniejsze informacje, bo wiadomo, gdzie są emocje, trudne kwestie, to czasami różnie z tym komunikatem może być. Więc faktycznie procedury można wykorzystać w takich sytuacjach. Czy asertywność wpływa na nasze poczucie wartości i samoocenę?

- No myślę, że to jest powiązane, nie znam szczerze mówiąc badań, w którą stronę, bardziej na zasadzie korelacji. Czyli, że asertywność jest powiązana z poczuciem własnej wartości. Osoba, która będzie miała wysokie poczucie własnej wartości, będzie również miała większą łatwość w byciu osobą taką wyrażającą siebie, asertywną.

- No to teraz pytanie w drugą stronę – jak ktoś nie ma umiejętności asertywnych, czy to może utrudniać kontakty z innymi?

- No może, może. Myślę, że na różnych polach, bo to tak jak powiedzieliśmy, że jeżeli jestem po stronie tej uległej, no to mogę np. w ogóle nie zgłaszać tego, z czym mam trudność i nie mówić wprost. A jeżeli nie mówię, to ludzie się nie domyślają często. Wbrew pozorom nie wiedzą. I może dochodzić do takiego momentu, że to po prostu wszystko narasta i w którymś momencie wybucha. I przechodzę w drugą stronę, przechodzę w taką agresywną stronę już. Takich pretensji, zgorzknienia wobec świa-



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



ta. Dlaczego ludzie nie dają mi tego czego ja chcę i potrzebuję. Ale nigdy też wprost o tym nie mówiłam, czy nie mówiłam o swoich uczuciach. Czasem tak bywa. Mi się podoba takie powiedzenie, że hodowanie w sobie poczucia krzywdy, to jest jak łykanie trucizny i czekanie, aż ktoś inny umrze. I tak czasem można się właśnie zastanowić, na ile ja mogę wziąć odpowiedzialność za siebie, swoje postawy czy swoje wybory. Jeżeli z kolei idę w stronę agresywną, to często mogę po trupach osiągać moje cele, ale też jakimś kosztem. Kosztem tego, że ludzie mogą się mnie bać, mogą mi nie zgłaszać np. błędów medycznych, albo pacjent może mnie nie informować o wszystkim ze strachu, jeżeli coś czuje, że mu narzucam czy rozkazuję. Więc też ma to różne koszty.

- Komunikacja z pacjentem, asertywność w kontakcie z pacjentem to jest jedna część. Komunikacja w zespole. Tutaj zdarzają się takie nierówności na zasadzie, że ktoś jest doświadczeniem, wiekiem wyżej, ktoś jest doświadczeniem wiekiem niżej i przykład z dzisiaj, który przeczytałem – sala operacyjna, operator jest wulgarny i seksistowski w stosunku do pielęgniarki. I pielęgniarka pyta na forum – co mam zrobić w takiej sytuacji? Czy u was też na operatywie zdarzają się tacy lekarze, czy ja mam po prostu taki oddział? Jak to rozegrać? Jak rozegrać taką sytuację?

- To są trudne sytuacje bardzo, ale też powiem z doświadczenia mojej pracy z pacjentami medykami, że dużo jest w Polsce też właśnie takich kwestii związanych i z mobbingiem w szpitalach, i z konfliktami w zespołach medycznych, na różnych płaszczyznach, bo zarówno specjalistów wobec rezydentów, ordynatorów wobec specjalistów, jeszcze z tam dyrekcją szpitala, ale też między różnymi zawodami medycznymi, tak, pielęgniarki kontra położne i tak dalej. Więc generalnie to co wiemy np. z badań i myślę, że warto to uwzględnić w takiej refleksji ogólnej, systemowej, która no wiadomo, że byłaby potrzebna jakaś tutaj zmiana, to jest to, że w instytucjach państwowych częściej dochodzi do mobbingu. Tak, w szkołach, w szpitalach i również zawody medyczne są szczególnie tym obciążone. Tak że zdecydowanie więcej niż statystycznie gdzieś indziej. No i warto się temu przyjrzeć, dlaczego. Jednym z takich czynników spustowych takich sytuacji, jest często hierarchiczność silna. Taka sztywność systemu. No i rzeczywiście w naszym systemie ten poziom komunikacji jest często taki dość feudalny, tak. Na zachodzie bardziej obowiązuje taki model partnerski, tak, zarówno w relacji pacjenta z lekarzem, jak i w zespole medycznym.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



I to ten partnerski model, taki z szacunkiem dla każdego z członków zespołu medycznego, uznaniem jego kompetencji, odpowiedzialności za jego kawałek, ale też, że każdy z członków zespołu medycznego wie, czym się zajmuje inny i za co jest odpowiedzialny, i bycie na „ty” ze sobą w zespole, też badania pokazywały, że zapobiega błędom medycznym. Bo ludzie łatwiej zgłaszają, mniej dochodzi do jakichś niedomówień, nieporozumień, mniej jest takiego lęku, że ta taka autorytarna, scentralizowana władza często w tych aspektach może nie służyć i nie służyć również komunikacji. Ty zadałeś pytanie o to, jak sobie radzić z takimi zachowaniami nieprzyjemnymi. No ja myślę, że jedyne co można zrobić w takiej sytuacji, to właśnie to co powiedzieliśmy wcześniej, czyli skonfrontować to i nazwać, nie w sposób agresywny, ale właśnie na zasadzie komunikatu JA, że widzę takie i takie zachowania, one wpływają na mnie i na moją pracę w taki sposób, że mnie demotywują, że zaczynam się bardziej stresować, że chciałabym żebyśmy ustalili np. jakieś takie jasne zasady, że jak np. używamy zamkniętej pętli komunikacyjnej, jak się ze sobą porozumiewamy w zespole.

- Co to znaczy?

- Zamknięta pętla komunikacyjna, to akurat tak mi przyszło do głowy, bo to jest coś co polega na tym, że jeżeli ja przekazuję drugiej stronie jakieś informacje, np. o pacjencie, to proszę potem, żeby powtórzyła swoimi słowami, co zrozumiała, co zapamiętała, sparafrazowała to po prostu, żeby mieć pewność, że się dobrze rozumiemy, dostać też potwierdzenie, że na przykład, okej, trzeba przepisać pacjenta z oddziału klinicznego na rehabilitacyjny. Okej, to tam do jutra godziny 15, rozumiem, przepisuję pacjenta na oddział rehabilitacyjny. Że osoba powtarza jakby to. No to taka mała rzecz, która może pomóc w doprecyzowaniu jakiejś rzeczy, domykanie jakichś spraw i uzyskania takiego potwierdzenia z drugiej strony, czy na pewno się rozumiemy. Trochę chciałam jeszcze, bo odbiegałam od tematu, a chciałam ogólnie o tej jeszcze agresji powiedzieć. I myślę, że to też są takie rzeczy uniwersalne, bo jeżeli mówimy np. o agresywnym pacjencie, no to to o czym warto pamiętać, to przede wszystkim, żeby się nie dać sprowokować i zachować spokój, i nie reagować złością na złość, i agresją na agresję. i tak starać się nie personalizować tego, jak się zachowuje ta osoba. To znaczy, nie brać tego do siebie. To co powiedziałeś wcześniej, że jeżeli spotyka nas jakaś odmowa, to też łatwiej jest nam zachować asertywność, jeżeli nie traktujemy tej odmowy jako ugodzenie w nas, że my jesteśmy źli, jako tacy cali, tylko traktujemy odmowy do konkretnego zachowania, do konkretnej rzeczy. Czyli oddzielamy jakby konkretne zachowania, a nie generalizujemy na całą osobę.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- To teraz mi się właśnie nasuwa takie spostrzeżenie, że łatwo się o tym mówi, trudniej się tego przestrzega. Dlatego myślę, że taka wnikliwość i też obserwacja siebie, jak ja reaguję w takich sytuacjach, jeżeli jest jakaś sytuacja, gdzie pacjent jest niezadowolony i ja tym zadowoleniem też do niego odpowiadam, to powinno być coś takiego, co powinno dać do zrozumienia – *ej, może ja mam coś do przepracowania?* Bo ci pacjenci niezadowoleni będą się pojawiali. Oni mają ból, oni mają masę innych historii. My też mamy masę innych historii, ale stawiamy się w roli lekarz, pacjent, pielęgniarka, pacjent, opiekun, specjalista ochrony zdrowia, osoba potrzebująca pomocy. I jeżeli my reagujemy złością na złość pacjenta, to powinniśmy zatrzymać się i zastanowić, co u nas nie gra.

- Można powiedzieć w skrócie tak. Znaczy też myślę, że przede wszystkim najpierw to ta profilaktyka, o której powiedzieliśmy, że jeżeli będziemy dbać o siebie i jakoś starać się zapobiegać temu wypaleniu, chociażby przez czas na odpoczynek taki fizjologiczny, też odpoczynek dla organizmu, sen.

- Jakościowy sen.

- Jakieś inne aktywności, właśnie inne nogi, na których stoję w życiu. Inne grupy znajomych niż tylko środowisko medyczne na przykład. Jakaś ekspresja, miejsce, gdzie mogę, nie wiem, właśnie kontakt z naturą, sztuką. Ekspresja artystyczna – czasem pomaga robienie czegoś zupełnie innego. Druga rzecz, jeżeli już jestem w tej sytuacji, to takie też wyrozumiałość dla siebie, dla swoich uczuć w tym, czyli takie samowspółczucie. Ja bardzo lubię też praktyki self-compassion for caregivers, czyli takie dla osób, które pracują właśnie pomagając innym. Takie praktyki medytacyjne oparte na samowspółczuciu. I nawet robienie sobie takich sesji parunastu minutowych dziennie, może też budować w nas taką większą życzliwość do samych siebie, a jak mamy życzliwość do siebie, to łatwiej nam o taką otwartość, życzliwość i trochę dystans do reakcji innych. Więc to jako taka baza na początku. Natomiast kiedy już dochodzi do tych rzeczywiście nieprzyjemnych zachowań, agresywnych, ze strony pacjentów, to tak jak powiedzieliśmy, zachowanie spokoju, jakieś takie, my mamy reakcje takie automatyczne, obronne, tak, więc mówienie raczej np. groźby wtedy mogą się pojawić albo mówię – nie, nieprawda, bo ty nie masz racji. To nie jest wskazane, tak, we wszystkich takich zaleceniach do radzenia sobie inteligentnego, emocjonalnie radzenia sobie z takimi sytuacjami, przede wszystkim jest mowa o tym, żeby postarać się zrozumieć perspektywę tej drugiej strony. Czyli postarać się poznać, o co mu chodzi, z czego wynika ta złość na przykład.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- Co się za tym kryje.

- Tak. Okazać jakąś empatię do tego. Takie odzwierciedlenie emocjonalne, zapewnienie o chęci pomocy, że jestem tutaj po to, żeby panu pomóc. I dopiero w drugiej części, postawienie granicy zachowaniom i przedstawienie naszej perspektywy. Czyli powiedzenie, jak już gdzieś to powietrze z balonika zostało spuszczone przez tego pacjenta, i on czuje, że my z nim nie walczymy, tylko jakoś uprawomocniamy jego emocje, że jesteśmy po jego stronie, czasem możemy zaprosić, żeby usiąść właśnie, bo jeżeli to jest na stojąco, to łatwiej o taką eskalację, a jeżeli się usiądzie, trochę obniży ton głosu, zaczniesz wolniej mówić i trochę niżej, trochę ciszej, to też automatycznie on może się zacząć dostrajać do tego. I dopiero w drugiej części przedstawienie naszego toku rozumowania, czyli takie jasne postawienie granicy, że np. odwiedziny pacjentów w szpitalu kończą się o godzinie 20, bo takie są tutaj przepisy ustanowione przez dyrektora szpitala. Nie mogę panu wypisać tego skierowania na tomografię komputerową, ponieważ nie ma tutaj takich wskazań i wyjaśnienie też, dlaczego. Żeby to był taki pełny komunikat. Więc to jest taki proces, żeby w pierwszej kolejności postarać się zrozumieć, poznać perspektywę tej drugiej strony, tak okazać zainteresowanie. Ludzie są w stanie nam dużo wybaczyć, kiedy widzą, że jesteśmy nimi autentycznie zainteresowani, że poświęcamy im uwagę. I dopiero w drugiej kolejności postawić granicę, powiedzieć, dlaczego nie, wytłumaczyć.

- Asertywność pozwala na osiągnięcie kompromisów bez rezygnacji z własnych wartości – takie hasło klucz na koniec. Myślę sobie, że jeżeli mamy problem z asertywnością, jeżeli mamy problem z reakcjami na trudne sytuacje, to na pewno warto zwrócić się do specjalisty, porozmawiać z nim na ten temat. On też może pomóc nam zgłębić nasze ograniczenia, bądź wskazać drogi, które pozwolą nam na zdobycie tej kompetencji. No bo to trzeba praktykować i trzeba o siebie dbać łagodnie, z dystansem, z czułością – to jest takie nowe słowo. Ta łagodność obrosła czymś takim, że to jest miękkie, a to nie jest wcale miękkie. Żeby być łagodnym trzeba mieć naprawdę dużo energii, dużo mocy w sobie.

- Fajnie to podsumowałeś. Już nie mam nic do dodania.

- Joanna, bardzo ci dziękuję za rozmowę i za przybliżenie tego obszaru naszym słuchaczom.

- Ja również bardzo dziękuję.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- Do usłyszenia.

Podcast, który właśnie wysłuchałeś jest elementem programu wsparcia psychologicznego kadry medycznej i studentów kierunków medycznych. Na platformie psychologdlamedyka.pl znajdziesz o wiele więcej materiałów mających na celu poszerzenie wiedzy z zakresu zdrowia psychicznego, wyzwań emocjonalnych i zagrożeń płynących z pracy w zawodach medycznych, a także zdobyć wiedzę na temat technik radzenia sobie ze stresem oraz metod relaksacyjnych jako narzędzi redukcji lęków i napięcia w codziennym życiu zawodowym i prywatnym. Środki na realizację programu przyznane zostały przez Ministerstwo Zdrowia w ramach programu Wsparcie Psychologiczne Kadry Medycznej, finansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach programu operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój w ramach działania 7.1 osi priorytetowej 7. Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia.

KONIEC



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

