



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

# PODRĘCZNIK EMPATII

Wydanie kieszonkowe



**ERUDITE**

EMPATHY RAISING IN UNIVERSITIES  
THROUGH DIGITAL TOOLS AND EDUCATION

KA2: Współpraca na rzecz innowacji i wymiany dobrych praktyk KA203:

Strategiczne partnerstwo na rzecz szkolnictwa wyższego

Numer umowy: 2024-1-RO01-KA220-HED-000246702 Okres realizacji: 01.11.2024 – 30.04.2027

## AUTORZY



### **Uniwersytet Medycyny i Farmacji im. Carola Davili, Bukareszt, Rumunia**

Prof. Ovidiu Popa-Velea

Dr Liliana Veronica Diaconescu

Dr Alexandra Ioana Mihăilescu

Dr Iuliana Raluca Gheorghe

Ioana Ruxandra Stoian-Bălășoiu



### **Uniwersytet Eberharda Karlsa, Tybinga, Niemcy**

Prof. Anne Herrmann-Werner

Dr Rebecca Reichel



### **Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska**

Dr Magdalena Łazarewicz

Dr hab. Dorota Włodarczyk

Katarzyna Moszczyńska



### **Uniwersytet Cypryjski, Nikozja, Cypr**

Prof. George Papadopoulos

Christos Mettouris

Marios Kyprianou

Publikacja została przygotowana przy wsparciu Komisji Europejskiej. Jej treść odzwierciedla wyłącznie poglądy autorów. Ani Komisja Europejska, ani Narodowa Agencja nie ponoszą odpowiedzialności za sposób wykorzystania zawartych tu informacji.

# SPIS TREŚCI

## Rozdział 1. Pojęcie empatii – definicje i wymiary

1.1. Definicje .....	7
1.2. Wymiary empatii .....	9
1.3. Źródła empatii i jej spójność w czasie .....	12
1.4. Empatia w kontekście osobistym .....	14
1.5. Empatia w kontekście zawodowym .....	16

## Rozdział 2. Czynniki kształtujące empatię

2.1. Geny czy wychowanie? .....	24
2.2. Empatia a mózg – co o tym mówi nauka .....	27
2.3. Czynniki psychologiczne kształtujące empatię .....	29
2.4. Wpływ czynników socjodemograficznych na kształtowanie empatii .....	31
2.5. Wpływy kontekstowe i społeczne – szersza perspektywa .....	34

## Rozdział 3. Znaczenie empatii w środowiskach akademickich i medycznych

3.1. Czy empatia sprawia, że jestem lepszym specjalistą medycznym? .....	37
3.2. Dlaczego empatia pomaga moim pacjentom? .....	38
3.3. W jaki sposób brak empatii mógłby wpłynąć na moją karierę i pracę? .....	42
3.4. Czy „więcej” zawsze znaczy „lepiej”? .....	50

## Rozdział 4. Ocena empatii

4.1. Dlaczego warto prowadzić pomiary empatii? .....	55
4.2. Metody pomiaru empatii .....	57
4.3. Czas i miejsce pomiaru empatii .....	68
4.4. O czym należy pamiętać podczas oceny empatii .....	70
4.5. Kierunki dalszego rozwoju .....	71

## Rozdział 5. Jak rozwijać empatię – interwencje i metody

5.1. Mindfulness i refleksja .....	74
5.2. Techniki ekspresyjne – trening umiejętności w zakresie komunikacji werbalnej i niewerbalnej.....	80
5.3. Nauczanie immersyjne i oparte na doświadczaniu .....	86

## Rozdział 6. Empatia w organizacjach

6.1. Szkolenia interpersonalne .....	97
6.2. Szkolenia z wykorzystaniem technologii .....	107
6.3. Empatia a hierarchiczna struktura organizacji .....	110

Źródła .....	112
--------------	-----

Słowniczek pojęć.....	123
-----------------------	-----

Indeks haseł.....	127
-------------------	-----



Jeżeli szukasz nowej pracy,  
pamiętaj – świat  
rozpaczliwie potrzebuje  
uzdrowicieli, ludzi zdolnych  
do miłości i osób o dobrym  
sercu.  
Zgłoś swoją kandydaturę.



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

### 1.1. Definicje

#### Krótką historia pojęcia

Słowo *empatia* wywodzi się z greckiego *empathia* [ἐν (en: „w, przy”) i πάθος (*pathos*: „uczucie” lub „cierpienie”)]. W psychologii pojęcie to wprowadził niemiecki filozof Theodor Lipps, używając terminu *Einfühlung*, co w dosłownym przekładzie oznacza „wczuwanie się” (1903) [1]. Edward Titchener przetłumaczył je na język angielski jako *empathy*, definiując je jako „proces nadawania obiektom zewnętrznym wobec nas cech ludzkich, wczuwania się w nie lub wczytywania w nie własnych przeżyć” (1909) [2].

Potocznie empatia jest często rozumiana jako umiejętność „[wejścia w cudzą skórę](#)”. W rzeczywistości jest to pojęcie obejmujące wiele aspektów – filozoficznych, psychologicznych, neurofizjologicznych i relacyjnych. Stąd tak wiele jego definicji. Dla przykładu, w przeglądzie przygotowanym przez Cuff i współpracowników (2016) wskazano co najmniej 43 różne sposoby rozumienia empatii [3]. Ukazuje to, jak [bogate i złożone jest to pojęcie](#).

Paul Ekman (2003) proponuje [roboczą definicję](#), według której „empatia to wielowymiarowa zdolność do rozpoznawania stanów emocjonalnych innych osób, odczuwania ich i/lub reagowania na nie ze współczuciem” [4].

Powiązane terminy, **współczucie** (ang. *sympathy*) i **współczucie czynne** (ang. *compassion*), chociaż są pojęciami bliskimi empatii, bywają z nią mylone.

**Współczucie** to emocjonalna reakcja żalu wywołanego czyimś nieszczęściem lub cierpieniem. Jest to „rodzaj zastępczej reakcji emocjonalnej opartej na zrozumieniu stanu emocjonalnego lub sytuacji innej osoby, obejmującej uczucia smutku i troski o innych” [5]. Chociaż istnieją tu pewne podobieństwa do empatii, współczucie polega na odczuwaniu emocji **wobec** drugiej osoby, a nie na przeżywaniu ich tak, **jakby się nią było** [3, 6, 7].

**Czynne współczucie** to „komplementarna emocja społeczna powstająca, gdy jesteśmy świadkami cierpienia innych”, obejmująca troskę, serdeczność i motywację do udzielenia wsparcia [8]. Choć jest powiązane z empatią, akcentuje przede wszystkim jej aspekt afektywny, a niekoniecznie poznawczy czy behawioralny.



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

## 1.2. Wymiary empatii

Empatia składa się z trzech **kluczowych elementów** [4]:

- empatia poznawcza (przyjmowanie perspektywy innej osoby);
- empatia emocjonalna (empatia afektywna, emocjonalne zrozumienie);
- empatia współczująca (empatyczna troska).

- **Empatia poznawcza** wiąże się z **intelektualnym zrozumieniem doświadczeń innych osób i ich sytuacji życiowej**. Oznacza dostrzeżenie i (precyzyjne) określenie punktu widzenia innej osoby, aby **zdać sobie sprawę** z jej myśli i uczuć [9]. W odniesieniu do uczuć uznaje się także, że empatia poznawcza to umiejętność rozpoznawania i rozumienia emocji innych [10].
- **Empatia emocjonalna** to **subiektywne** odzwierciedlenie uczuć innych (emocji) i rezonowanie (lub zharmonizowanie się), co pozwala na powstanie szczerzej więzi uczuciowej.

Aby dowiedzieć się więcej  
o rodzajach empatii

[KLIKNIJ TUTAJ](https://www.youtube.com/watch?v=eg2pq4Mjeyo)

(<https://www.youtube.com/watch?v=eg2pq4Mjeyo>)

LUB ZESKANUJ



- **Empatia współczująca** wynika z dwóch poprzednich form empatii. Sprawia, że człowiek podejmuje działanie, udziela pomocy oraz wyraża troskę i współczucie.

W praktyce klinicznej każdy z tych komponentów odgrywa istotną rolę. Komponent poznawczy wiąże się z przyjęciem perspektywy innej osoby, pomagając klinicyście zrozumieć myśli i obawy pacjenta, komponent afektywny świadczy o prawdziwym zaangażowaniu, natomiast komponent współczucia potwierdza bliskość relacji. Warto zauważyć, że powinna istnieć pomiędzy nimi równowaga, co tworzy „pełnowymiarową empatię” [11].

Powiązanie tych trzech komponentów empatii omówiono w przeglądzie [12], w którym wskazano cztery charakterystyczne cechy prawidłowego powiązania:

- **zrozumienie** – analiza poznawcza i przyjęcie perspektywy drugiej osoby ułatwiają rozpoznanie i uświadomienie sobie jej uczuć i stanu emocjonalnego;
- **odczuwanie** – oznacza emocjonalną reakcję na sytuację i stan uczuciowy drugiej osoby;
- **dzielenie się** – stanowi reakcję na uczucia innej osoby, wynikającą z podobnych uczuć doświadczanych w przeszłości;
- **rozdzielenie „ja” i „inny”** – buduje świadomość uczuć i myśli innej osoby przy zachowaniu poczucia swojej tożsamości.

Powyższe aspekty wykazują, że komponenty empatii są ze sobą powiązane i skutkują uzyskaniem całościowej perspektywy, w ramach której:

- **empatia to zarówno bliskość, jak i dystans** – bliskość służąca zrozumieniu drugiej osoby nie oznacza całkowitego utożsamienia się z nią; osoba wykazująca empatię powinna móc zachować dystans, pozwalający na dostrzeżenie odmiennej perspektywy;
- **empatia to zarówno uczucia, jak i procesy poznawcze** – obejmuje zrozumienie emocjonalne, a nie obojętność czy chłodną analizę;
- **empatia to zarówno ciało, jak i umysł** – obejmuje proces poznawczy oraz fizyczny (nie wyklucza doznań cielesnych).



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI  
(ChatGPT, OpenAI, 2025)

Empatia ma charakter interpersonalny, gdyż wiąże się z dynamicznym, interaktywnym procesem przebiegającym pomiędzy osobami. Jest **relacją** między osobą okazującą empatię i osobą, która empatię przyjmuje, co wymaga **wzajemnego zaangażowania i zrozumienia**.

Zaufanie i wzajemny szacunek w dużym stopniu wpływają na jakość empatycznej interakcji i mogą wzmacniać umiejętność budowania relacji oraz zwiększać motywację do wchodzenia w interakcje.

### 1.3. Źródła empatii i jej spójność w czasie

Empatię kształtuje **kulturowa dynamika**, która determinuje sposób jej wyrażania i doświadczania przez poszczególne osoby. Pod tym względem empatia może wpływać na wiele czynników i aspektów ludzkiego życia, a jednocześnie sama podlegać ich wpływom (**zob. rozdział 2, „Czynniki kształtujące empatię”**).

Rodzaje empatii:

- empatia jako **cecha charakteru** – stosunkowo stabilna w czasie zdolność do wczuwania się w innych;
- empatia jako **stan** – chwilowa, kontekstowa reakcja emocjonalna, zależna od sytuacji i okoliczności [3, 13, 14, 15].

Niektóre osoby **z łatwością** potrafią wczuć się w innych i zrozumieć ich sytuację, punkt widzenia czy uczucia. W ich przypadku empatia to **cecha charakteru**. Jednak nie można wykluczyć, że cecha ta została w nich wykształcona we wczesnym dzieciństwie, w latach, gdy zapamiętywana jest i natychmiast podlega uwewnętrznieniu większość doświadczeń życiowych (na ogół do 6. roku życia).

Inne osoby mogą okazywać empatię **tylko w pewnych okolicznościach**, gdy łatwiej jest im zrozumieć sytuację drugiej osoby, ponieważ sami przechodzą lub przechodzili coś podobnego. Na tej samej zasadzie mogą oni okazywać empatię **tylko niektórym osobom** – takim, z którymi się identyfikują, mają coś wspólnego lub też które są dla nich ważne. Tę formę empatii można określić jako **sytuacyjną** czy **kontekstową (związaną z chwilowym stanem)**.

Regularne praktykowanie empatycznego uczenia się z życiowych doświadczeń innych ludzi może stopniowo zwiększać naszą zdolność do wczuwania się w ich sytuację. Należy jednak pamiętać, że rozwój inteligencji emocjonalnej\* – której empatia jest kluczowym elementem - to proces długotrwały, wymagający **wytrwałości**, **autentycznego zainteresowania drugim człowiekiem** i licznych interakcji społecznych.

\*Inteligencja emocjonalna to zdolność do bycia świadomym, kontrolowania i wyrażania własnych emocji oraz do rozsądnego i empatycznego radzenia sobie z relacjami interpersonalnymi. Empatia zapewnia fundamentalne zrozumienie stanów emocjonalnych innych osób, które inteligencja emocjonalna pomaga następnie przetwarzać i wykorzystywać do wspierania pozytywnych interakcji interpersonalnych.

## ZASTANÓW SIĘ

*Czy wykazuję się inteligencją emocjonalną? - pytania do autorefleksji*

1. Czy potrafię rozpoznać własne uczucia?
2. Czy łatwo ulegam przytłoczeniu?
3. Czy zazwyczaj rozumiem, jak czują się osoby w moim otoczeniu?
4. Czy mam trudności z komunikowaniem się z innymi?
5. Czy jestem dobrym słuchaczem?
6. Czy odczuwam emocjonalną więź z ludźmi wokół mnie?
7. Czy podczas rozmowy z pacjentami mam trudności ze zrozumieniem, jak się czują?
8. Jak bardzo porusza mnie widok osoby doświadczającej bólu fizycznego lub emocjonalnego?
9. Czy potrafię sprawić, by osoba odczuwająca smutek poczuła się lepiej?
10. Czy jestem w stanie zmienić swoje zachowanie, aby nie ranić innych?

Aby zapoznać się z psychometrycznymi narzędziami do pomiaru inteligencji emocjonalnej  
[Skala inteligencji emocjonalnej Wonga i Lawa (WLEIS)]

[KLIKNIJ TUTAJ](https://scales.arabpsychology.com/s/wong-and-law-emotional-intelligence-scale-wleis)

(<https://scales.arabpsychology.com/s/wong-and-law-emotional-intelligence-scale-wleis>)

LUB ZESKANUJ



WLEIS to krótkie, 16-punktowe narzędzie pomiaru inteligencji emocjonalnej, opracowane na potrzeby badań w obszarze zarządzania. Skala pomiaru inteligencji emocjonalnej Wonga i Lawa (WLEIS) opiera się na modelu umiejętności z zakresu inteligencji emocjonalnej [16].

## 1.4. Empatia w kontekście osobistym

Empatia jest bardzo ważnym czynnikiem poprawiającym relacje i sprzyjającym wzajemnemu zrozumieniu – zarówno w kontekście osobistym, jak i zawodowym.

W codziennych sytuacjach empatia może się przejawiać na różne sposoby, na przykład:

- potrafisz uważnie słuchać
- inni chętnie dzielą się z tobą swoimi problemami lub uczuciami
- naprawdę rozumiesz, co czują inni
- poruszają cię wydarzenia z życia innych osób
- odczuwasz radość lub smutek, śledząc losy bohaterów filmów

- czasem przytłaczają cię problemy innych
- kiedy przyjaciel mówi ci o rozstaniu z ukochaną osobą, rozumiesz jego ból i sam odczuwasz smutek i żal
- gdy bliska osoba dzieli się swoją radością z osiągniętego sukcesu, ty też odczuwasz radość i satysfakcję
- potrafisz wczuć się w sytuację drugiej osoby, jakbyś sam jej doświadczał
- w sytuacji różnicy poglądów lub braku zgody z kimś potrafisz wczuć się w sytuację i rozpoznać oraz zaakceptować punkt widzenia drugiej strony
- dostrzegasz w swoim życiu pewne pozytywne skutki empatii, takie jak:
  - budowanie relacji opartych na zaufaniu i szacunku
  - tworzenie głębszych więzi w relacjach
  - dobieranie reakcji dostosowanych do osoby i sytuacji, w której się znajduje
  - zachęcanie do niesienia pomocy i wsparcia
  - rozbudzanie postaw prospołecznych i opiekuńczych wobec ludzi w potrzebie
  - inspirowanie ludzi do regulowania swoich emocji i kierowania nimi, co rozwija zdolność do empatii wobec innych
  - ograniczenie konfliktów poprzez przyjmowanie perspektywy innej osoby
  - rozwijanie umiejętności wybaczenia.

## 1.5. Empatia w kontekście zawodowym

W obszarze opieki zdrowotnej empatia przejawia się, gdy osoba zajmująca się pacjentem potrafi:

- dostrzegać w pacjencie nie tylko przypadek medyczny, ale również jego obawy, oczekiwania, potrzeby i uczucia;
- uwzględniać psychospołeczne cechy pacjenta, jego sytuację czy tło kulturowe;
- przekazywać informacje o istotnych aspektach choroby i leczenia w sposób zrozumiały, szanując przy tym wartości wyznawane przez pacjenta [17];
- brać pod uwagę wszystkie wymiary empatii, takie jak:
  - **wymiar emocjonalny** – troska, szczere wsparcie, bezwarunkowa akceptacja, brak uprzedzeń i stereotypów;
  - **wymiar poznawczy** – właściwa interpretacja komunikatów werbalnych i niewerbalnych, elastyczne podejście;
  - **wymiar behawioralny** – poświęcanie czasu, prawdziwe zainteresowanie, altruizm, działania mające na celu złagodzenie trudności i problemów pacjenta;
- zachować równowagę – empatia nie oznacza utożsamiania się z pacjentem. Lekarz musi zachować obiektywizm, aby nie wzbudzać w pacjencie zagubienia i niepokoju oraz chronić siebie przed wyczerpaniem, rozczarowaniem czy wypaleniem zawodowym.

### 1.5.1. Od czego zacząć już teraz?

Ponieważ empatia jest tak ważnym narzędziem budowania zaufania i rozwoju zawodowego, warto zacząć

pracować nad nią na jak najwcześniejszym etapie swojej kariery medycznej. Techniki, które można stosować, aby ćwiczyć empatię, to:

- **aktywne słuchanie** – słuchaj uważnie, nie przerywaj pacjentowi, spróbuj utrzymywać kontakt wzrokowy, zwracaj uwagę na mowę ciała (swoją i pacjenta). Na koniec podsumuj to, co usłyszałeś, i dopytaj o informacje, których potrzebujesz (np. „Jeśli dobrze zrozumiałem, czuje pan/pani...”);
- **studia przypadków** – zapoznawaj się z różnymi scenariuszami sytuacji związanych z pacjentami i próbuj przewidzieć swoją reakcję, zastanawiaj się, co powiedzieć, jakich tematów należałoby unikać, a co podkreślić;
- **odgrywanie ról** – tego rodzaju ćwiczenia nie tylko pobudzają wyobraźnię, ale dają też możliwość doświadczenia różnych perspektyw i sytuacji. Aby korzyści były jak największe, studenci powinni odgrywać zarówno rolę lekarza, jak i pacjenta.
- **autorefleksja** – umiejętność pozostawania ze swoimi myślami i uczuciami po interakcji z pacjentem ma bardzo korzystne skutki. Zastanów się: „Jak czuję się po tej rozmowie?”, „Jak według mnie czuł się pacjent?”, „Jakie potrzeby ma mój pacjent i jak mogę mu pomóc?” „Co mogę zrobić, aby nasza kolejna rozmowa była lepsza?”.

#### 1.5.2. Pozytywne skutki empatii w praktyce klinicznej

- empatia w pracy medycznej przynosi liczne korzyści: wzmacnia relację pomiędzy lekarzem i pacjentem, ułatwia współpracę nad przygotowaniem i realizacją planu leczenia;
- pozwala na spersonalizowaną komunikację i opiekę skoncentrowaną na pacjencie;

- podnosi jakość opieki zdrowotnej i ogranicza ryzyko błędu lekarskiego;
- sprzyja lepszemu przestrzeganiu zaleceń, co przekłada się na osiągnięcie lepszych efektów terapii;
- zmniejsza poziom niepokoju, bólu i depresji u pacjentów;
- zwiększa ich satysfakcję z leczenia;
- obniża ryzyko wypalenia zawodowego i depresji wśród zespołu medycznego [9, 18, 19, 20, 21].

## **KLUCZOWE ZAGADNIENIA**

Empatia to wielowymiarowa zdolność rozpoznawania stanów emocjonalnych innych osób, odczuwania ich i reagowania na nie ze współczuciem i zrozumieniem.

W codziennym życiu empatia jest niezbędna do budowania lepszych relacji i sprzyja wzajemnemu zrozumieniu.

W praktyce klinicznej stanowi fundament budowania podejścia zorientowanego na pacjenta, tworząc bezpieczne i wspierające otoczenie oraz korzystnie wpływając na proces leczenia. Empatia poznawcza może pomóc studentom lepiej rozumieć pacjentów i ich potrzeby. Strategie wzmacniające empatię obejmują między innymi aktywne słuchanie, otwartość i akceptację bez oceniania.

Kształtowanie umiejętności empatycznych u lekarzy może również chronić przed wypaleniem zawodowym.

Empatię MOŻNA pielęgnować i rozwijać. Stanowi ona ważny cel edukacji zarówno w szkołach medycznych i w obszarach związanych ze zdrowiem, jak i w dalszym kształceniu specjalistów medycznych.

### 1.5.3. Studia przypadków

Zapoznaj się z poniższymi przypadkami. Wskaż najważniejsze mocne strony relacji lekarz–pacjent.

#### *Przypadek kliniczny nr 1*

Elena, studentka 4 roku medycyny, odbywa zajęcia rotacyjne na oddziale chorób wewnętrznych. Ma zbadać pana P., 56-letniego pacjenta przyjętego na oddział z powodu zawrotów głowy, hiperglikemii i nasilonego zmęczenia. W wywiadzie występuje nadciśnienie, otyłość (BMI = 39) i niekontrolowana cukrzyca. Pacjent pracuje jako kierowca, mieszka sam, jest nieżonaty i spędza w pracy wiele godzin. Trudno mu wytrwać przy rygorystycznych zaleceniach dietetycznych. Zarówno Elena, jak i pacjent są podenerwowani.

Elena wchodzi na salę, przedstawia się i mówi, że jest studentką medycyny. Zauważa, że pan P. jest podenerwowany i sfrustrowany.

*Elena:* Dzień dobry, panie P. Nazywam się Elena, jestem studentką 4. roku medycyny w trakcie zajęć rotacyjnych w tej klinice i pracuję z zespołem, który się panem opiekuje. Czy zgodzi się pan, żebym zadała kilka pytań i może przeprowadziła badanie?

*Pan P.* (wzdycha): Chyba tak, ale ja już wszystko lekarzom powiedziałem. Nie wiem, po co mam to znowu powtarzać.

*Elena* (siada na poziomie wzroku pacjenta): Słyszę pan wątpliwości i rozumiem frustrację z tym związaną. Postaram się, by rozmowa była krótka i możliwie prosta. Jestem tu po to, by pana wysłuchać, zrozumieć i pomóc.

*Pan P.* (niechętnie): W porządku, proszę pytać.

Elena zaczyna wywiad, zadając pytania otwarte, aby dowiedzieć się więcej o pacjencie.

*Elena:* Jak się pan ostatnio czuje?

*Pan P.:* Czuję się okropnie. Ciągłe jestem zmęczony, kręci mi się w głowie i choćbym nie wiem, co robił, nie potrafię utrzymać cukru pod kontrolą. Raz miałem nawet cukier 300, a ciśnienie 180! Ciężko jest być cały czas w trasie, jestem taki zestresowany... a teraz jeszcze to! A poza tym nie mam nawet z kim pogadać, kogo zapytać o radę.

*Elena* (kiwa głową potakująco): Tak, to może przytłaczać. Kontrolowanie nadciśnienia i cukrzycy bywa bardzo trudne, zwłaszcza, gdy się dużo pracuje. Co w codzienności jest dla pana najtrudniejsze?

*Pan P.:* No cóż, mieszkam sam i nie bardzo umiem ani nie lubię gotować tak zdrowo... Poza tym nie mam na to czasu. Łatwiej mi zjeść jakiegoś fast fooda lub coś usmażyć. Nigdy nie przepadałem za jakimiś tam sałatkami... i naprawdę lubię posolić – ta dieta bez soli jest dla mnie paskudna. Na dodatek, kiedy długo pracuję, nie zawsze mogę łykać te tabletki czy sprawdzać cukier. Nie chcę wozić ze sobą całego worka leków i nie cierpię tego ciągłego klucia się w palec, żeby sprawdzić poziom. Robię to może dwa razy w tygodniu i wściekam się na te wielkie liczby. Nie mam już siły...

*Elena:* Rozumiem, jak trudne jest godzenie wymagającej pracy z tyloma ograniczeniami. To stresujące i tak dużo rzeczy trzeba wziąć pod uwagę. Czy rozmawiał pan z kimś o tym, jak bardziej dostosować plan leczenia do pana stylu życia i preferencji?

*Pan P.:* Jakoś nie. Czuję, że lekarze lubią tylko mówić, co mam robić, a nie rozumieją, jak żyję, że trudno jest wprowadzać te wszystkie zmiany. Jestem dla nich tylko liczbami – to za wysokie, tamtego za dużo, to musi być niższe...

Elena na chwilę nawiązuje kontakt wzrokowy z pacjentem, by okazać empatię i podkreślić, że jego uczucia są dla niej ważne.

*Elena:* Rozumiem, że to wszystko jest dla pana nowe i bardzo przytłaczające – widzę, jak mogło to pana frustrować. Proszę pamiętać, że życie z przewlekłymi chorobami to maraton, a nie sprint. Nie trzeba robić wszystkiego perfekcyjnie, a raczej wprowadzać małe, realne zmiany w codziennym życiu. Nawet najdłuższa podróż zaczyna się od jednego kroku. Czy chciałby pan, żebyśmy razem poszukali realistycznych rozwiązań, które można łatwo włączyć do pana codziennego życia?

*Pan P. (rozluźnia się):* Tak, to chyba lepsze niż te moje próby, żeby robić dokładnie według zaleceń z kartki.

\*\*\*

*W tym przykładzie Elena zastosowała empatię, aktywne słuchanie i umiejętności rozwiązywania problemów, by zbudować terapeutyczną relację z panem P., tak aby czuł się wysłuchany i włączony w proces podejmowania decyzji, z uwzględnieniem jego zasobów i potrzeb. Rozmowa pomogła opracować plan dostosowany do pacjenta, który może obejmować takie elementy, jak:*

- lista prostych i szybkich do przygotowania posiłków, które są zgodne z zaleceniami lekarza;*
- korzystanie z sensora do ciągłego monitorowania glikemii, który pokaże pacjentowi, jak jego organizm reaguje na różne posiłki, a ponadto będzie bardziej wygodny niż częste nakłuwanie palca; skierowanie do grupy wsparcia dla osób z chorobami przewlekłymi.*

*Ponieważ pan P. poczuł się wysłuchany i zrozumiany, łatwiej zaangażował się w plan leczenia, rośnie jego motywacja do przestrzegania zaleceń, a także zaufanie do zespołu medycznego, który się nim opiekował.*

## *Przypadek kliniczny nr 2*

Dan, 21-letni student ratownictwa medycznego, odbywał 12-godzinną nocną zmianę w ambulansie. O godzinie 2:30 załoga została wezwana do domu 25-letniej Anny, mieszkającej samotnie. Kobieta zgłosiła ostry ból w klatce piersiowej, duszności, poty, nudności i zawroty głowy. Po przybyciu na miejsce ratownicy zauważyli u niej wysoki poziom niepokoju, przyspieszony oddech i zaczerwienioną twarz. Pomimo mrozu na zewnątrz wszystkie okna były otwarte. Początkowo podejrzewano zdarzenie sercowo-naczyniowe, jednak badanie wykluczyło tę przyczynę. U kobiety zdiagnozowano atak paniki. Po ustabilizowaniu oddechu i parametrów życiowych, Dan usiadł obok Anny, by z nią porozmawiać.

*Dan* (siedząc na tym samym poziomie co ona i nawiązując kontakt wzrokowy): Jak się czujesz, Anno?

*Anna* (wciąż trochę niespokojna i wyraźnie wyczerpana): To było przerażające! Nigdy wcześniej nic takiego mi się nie zdarzyło. Czułam, jakbym umierała. Nie mogłam oddychać, pootwierałam wszystkie okna. Kiedy poczułam ból w klatce piersiowej, byłam pewna, że mam atak serca. Pamiętam, że widziałam coś na ten temat w telewizji... Chciałam zadzwonić do mamy lub do przyjaciółki, ale było tak późno, nie chciałam im przeszkadzać, więc zadzwoniłam po karetkę... Teraz mi wstyd, że robię problem z takiej głupoty.

*Dan* (spokojnym głosem): Nie powinnaś czuć się winna. Postąpiłaś, jak należało. Cieszę się, że mogliśmy ci pomóc. Powiedz mi, czy ostatnio przeżywasz jakiś silniejszy stres?

*Anna* (łzy napływają jej do oczu): Tak, to był naprawdę stresujący okres w pracy... Ciągle chciałam pójść na terapię. Teraz myślę, że naprawdę muszę. Ale tak się bałam, że ludzie będą mieć mnie za wariatkę...

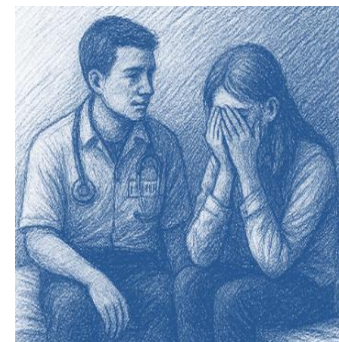
*Dan:* Rozumiem, jakie to może być trudne. W dzisiejszych czasach szukanie pomocy psychologa czy psychiatry jest normalne. Każdy może poczuć się przytłoczony. Jednak zanim pójdziesz do terapeuty, czy zgodzisz się, żebym pokazał ci ćwiczenie oddechowe na takie sytuacje jak dziś?

*Anna:* Tak, poproszę! Naprawdę będę wdzięczna!

Dan pokazuje kobiecie technikę oddechową i wspólnie powtarzają ćwiczenie kilka razy.

*Anna:* Bardzo dziękuję. To naprawdę pomocne. Doceniam, że mnie wysłuchałeś i nie powiedziałeś, że to wszystko to moje wymysły.

*W tym przypadku Dan zastosował empatię i aktywne słuchanie, nawiązał kontakt z pacjentką i sprawił, że poczuła się wysłuchana oraz przestała umniejszać znaczenie swoich objawów. Nauczył ją ponadto techniki oddechowej, którą z łatwością mogłaby stosować podczas nawrotu objawów. Zachęcił pacjentkę do zastosowania się do rady terapeuty, okazując współczucie i nie osądzając.*



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI  
(ChatGPT, OpenAI, 2025)

*Annie, pielęgniarka dziecięca, nie zawsze potrafiła nawiązać więź z pacjentami. Dorastała w zdystansowanej rodzinie i nie umiała w sposób naturalny wyrażać uczuć. Podczas nauki w szkole pielęgniarskiej zgłosiła się jednak na wolontariat w hospicjum dla dzieci. Tam zobaczyła, jak doświadczone pielęgniarki z ciepłem i cierpliwością wspierają rodziny chorych pacjentów. Zainspirowana ich postawą, Annie zaczęła stopniowo wprowadzać w swoją pracę drobne gesty empatii – trzymanie dziecka za rękę podczas zabiegu, uważne słuchanie czy dostosowywanie stylu komunikacji do potrzeb każdej rodziny. Z czasem jej empatia znacznie się pogłębiła dzięki doświadczeniu, ćwiczeniom i wsparciu współczujących mentorów. Jednak w dni, kiedy była zmęczona po długiej zmianie, częściej reagowała obojętnością i niecierpliwością. W takich chwilach przypomina sobie, że empatia wymaga nie tylko zaangażowania, lecz także dbania o własne zasoby.*

Jakie czynniki kształtują empatię Annie?

### 2.1. Geny czy wychowanie?

Od najmłodszych lat zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe wpływają na rozwój empatii [1, 2]. Badania pokazują, że empatia afektywna, która odnosi się do emocjonalnej reakcji na uczucia innej osoby, wykazuje silniejsze podłoże genetyczne, natomiast empatia poznawcza, obejmująca zdolność rozumienia perspektywy i uczuć innych osób, jest bardziej podatna na wpływy środowiskowe [2, 3].

Choć geny i środowisko odgrywają swoje role, jednocześnie pozostają w stałej interakcji. Metaanalizy badań bliźniąt wskazują, że troskliwa opieka w dzieciństwie zwiększa ekspresję genów związanych z empatią afektywną. Wspierające środowisko sprzyja pełnemu rozwojowi potencjału emocjonalnego, podczas gdy środowisko stresujące lub zaniedbujące może tłumić reakcje empatyczne [1, 2]. Ponadto osoby z genetyczną predyspozycją do silnej empatii często same poszukują okazji do nauki społecznej, co dodatkowo wzmacnia ich umiejętności przyjmowania perspektywy innej osoby.

#### Co badania bliźniąt jednojajowych pokazują na temat empatii?

Bliźnięta jednojajowe wychowywane osobno wykazują zbliżony poziom empatii afektywnej, co wskazuje na jej silne uwarunkowania genetyczne. Natomiast w zakresie empatii poznawczej różnice są znaczne, co sugeruje, że wychowanie i socjalizacja odgrywają kluczową rolę w rozwijaniu umiejętności przyjmowania innej perspektywy [4].

Ważne są także krytyczne okresy we wczesnym dzieciństwie. **W wieku przedszkolnym systemy neuronalne odpowiedzialne za empatię poznawczą gwałtownie dojrzewają, co sprawia, że okres ten charakteryzuje się szczególnie wrażliwością na interwencje**, takie jak rozmowa z rodzicem o uczuciach czy zabawa oparta na współpracy, które znacząco rozwijają umiejętność przyjmowania cudzej perspektywy [3].

Najnowsze badania z obszaru epigenetyki sugerują, że zarówno **stres, jak i pozytywne doświadczenia we wczesnym dzieciństwie mogą pozostawić trwałe ślady w genach związanych z empatią**. Choć dostępne obecnie dane dotyczące ludzi wciąż są ograniczone, badania i modele zwierzęce pokazują, że zmiana sposobu sprawowania opieki przez matkę może prowadzić do metylacji (modyfikacji) w genie receptora oksytocyny, który reguluje zachowania społeczne i zdolności empatyczne potomstwa przez całe życie [2].

Co więcej, indywidualne różnice w plastyczności oznaczają, że nie wszyscy reagują jednakowo na to samo środowisko. Dzieci z allelami związanymi z podwyższoną wrażliwością emocjonalną czerpią większe korzyści w rozwijaniu empatii poznawczej.

przy wsparciu wysokiej jakości mentoringu. Jednak w trudnych warunkach doświadczają też gwałtowniejszych spadków. Wskazuje to na potrzebę [odpowiednio dostosowanych doświadczeń służących kształtowaniu empatii](#) [1].

Podsumowując, wczesna ekspozycja na empatyczne środowisko, bezpieczna więź z opiekunami i troskliwe zachowania rodzicielskie mają ogromne znaczenie dla rozwoju empatii. Potwierdza to tezę, że [choć geny tworzą podstawę, to czynniki zewnętrzne mogą modyfikować poziom ekspresji](#) i sprzyjać rezyliencji, ułatwiając nawiązywanie bardziej empatycznych relacji w dorosłym życiu [5]. Synchronizacja emocjonalna rodzica i dziecka w pierwszej dekadzie życia kształtuje neuronalne podstawy empatii, które utrzymują się w okresie dojrzewania, a prawdopodobnie także w dorosłości [6].

[Aby dowiedzieć się, jak wczesne doświadczenia wpływają na empatię](#)  
[KLIKNIJ TUTAJ](#)

(<https://www.youtube.com/watch?v=WjOowWxOXCg>)

LUB ZESKANUJ



### **PAMIĘTAJ**

Empatię kształtują zarówno predyspozycje genetyczne, jak i czynniki środowiskowe. Badania wykazują, że empatia afektywna ma silniejsze podłoże genetyczne, natomiast empatia poznawcza w większym stopniu rozwija się pod wpływem czynników społecznych. Oznacza to, że niektórzy ludzie mogą być naturalnie predysponowani do doświadczania emocji innych, podczas gdy zdolność do intelektualnego zrozumienia cudzej perspektywy zależy w dużej mierze od nauki i wpływu środowiska, w którym się wychowujemy.

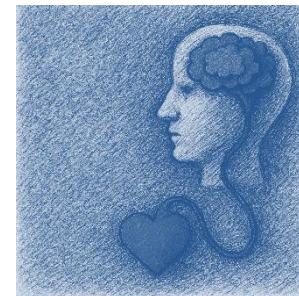
## 2.2. Empatia a mózg – co o tym mówi nauka

Empatię wspiera kilka struktur neuronalnych, w tym:

- **neurony lustrzane** – aktywują się, gdy obserwujemy emocje innej osoby, co ułatwia współodczuwanie;
- **ciało migdałowe** – odgrywa ważną rolę w przetwarzaniu emocji, szczególnie w empatii afektywnej;
- **wybrane obszary w mózgu, takie jak:**
  - kora przedczołowa;
  - wyspa przednia;
  - przednia kora zakrętu obręczy.

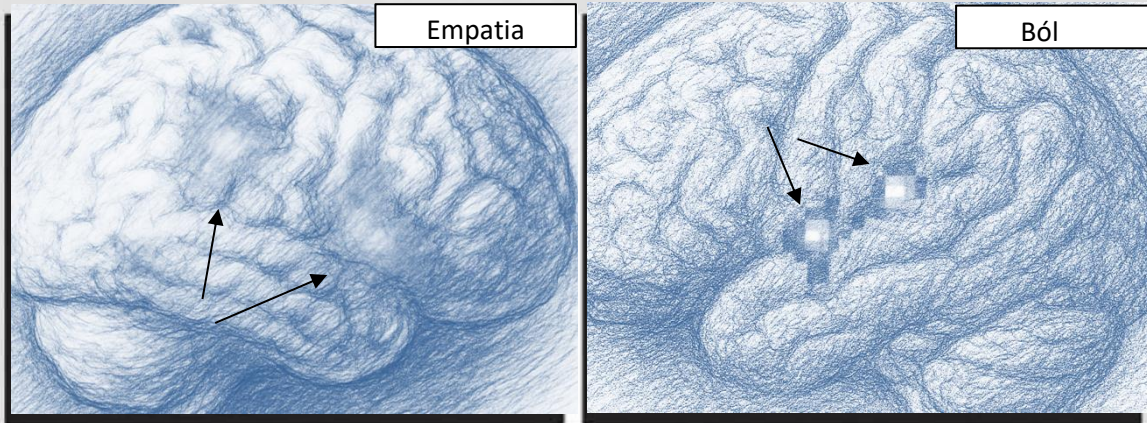
Badania pokazują, że aktywność obszarów mózgu związanych z empatią oraz ich połączenia funkcjonalne pozwalają przewidzieć indywidualne różnice w rozumieniu emocji i poziomie troski o innych [8].

Różnice w połączeniach funkcjonalnych pomiędzy niektórymi obszarami mózgu związanymi z empatią mogą zależeć od cech osobowości, co pozwala na powiązanie czynników biologicznych z cechami psychologicznymi, przyczyniając się do bardziej precyzyjnego zrozumienia empatii.



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

Empatyczne zachowania mogą być wzmacniane przez wspomnienia własnego bólu. Oznacza to, że osoby, które same doświadczyły cierpienia, częściej odczuwają empatię w sposób naturalny.



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

Neurony w wyspie i przedniej korze zakrętu obręczy aktywują się zarówno podczas odczuwania bólu, jak i w przypadku odczuwania empatii wobec innych osób doświadczających bólu [7].

Chociaż ból jest doświadczeniem subiektywnym, pamięć o nim może wzmacniać naszą zdolność odczuwania empatii wobec innych.

## 2.3. Czynniki psychologiczne kształtujące empatię

### 2.3.1. Wpływ osobowości na empatię

Cechy osobowości opisane w modelu **Wielkiej Piątki** – ugodowość, otwartość na doświadczenia, sumienność, ekstrawersja i neurotyczność – mają istotne znaczenie dla rozwoju empatii.

- Osoby o wysokim poziomie **ugodowości** są zwykle współczujące, chętne do współpracy i altruistyczne, co ułatwia budowanie więzi emocjonalnych oraz rozumienie perspektywy innych [16, 17].
- **Otwartość na doświadczenia** wiąże się z ciekawością świata i gotowością do poznawania różnych punktów widzenia, co wspiera aktywne okazywanie empatii [18].
- Natomiast **neurotyczność** może nie sprzyjać empatii. Osoby o wysokim poziomie neurotyczności często mają trudności z regulowaniem emocji i bywają przytłoczone własnym niepokojem, co ogranicza ich zdolność do skupienia się na emocjach innych [10, 18].

Aby dowiedzieć się więcej o modelu Wielkiej Piątki

[KLIKNIJ TUTAJ](https://www.youtube.com/watch?v=IB1FVbo8TSs)

(<https://www.youtube.com/watch?v=IB1FVbo8TSs>)

LUB ZESKANUJ



### 2.3.2. Pewność siebie i empatia – jak te cechy współpracują ze sobą

**Poczucie własnej skuteczności**, czyli przekonanie o zdolności do radzenia sobie z wyzwaniami i osiągnięcia celów, **w pozytywny sposób wiąże się z empatią**. Osoby z wyższym poczuciem własnej skuteczności są bardziej pewne siebie w interakcjach, co pozwala im angażować się w kontakty z innymi z większym zrozumieniem i współczuciem [9].

Podobnie **osoby z silnym poczuciem własnej wartości częściej wykazują troskę o innych**, ponieważ czują się bezpiecznie, będąc sobą. Badania wskazują, że środowisko wzmacniające poczucie własnej wartości – poprzez zachętę, pozytywne wzmocnienia i wsparcie społeczne – jednocześnie wspiera rozwój empatii [10].

#### ZASTANÓW SIĘ

Jak twój poziom pewności siebie w komunikacji z pacjentem wpływa na zdolność do wyrażania empatii? Co możesz zrobić, aby go wzmocnić?

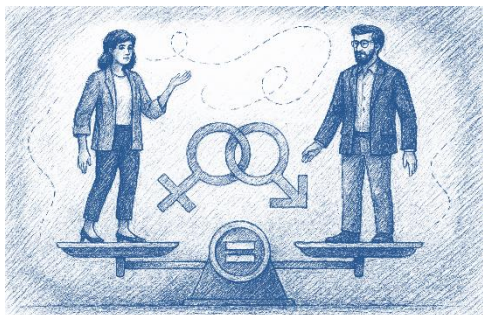


Ilustracja wygenerowana za pomocą AI  
(ChatGPT, OpenAI, 2025)

## 2.4. Wpływ czynników socjodemograficznych na kształtowanie empatii

Czynniki socjodemograficzne także w znaczący sposób wpływają na empatię – zarówno emocjonalną, jak i poznawczą – w różnych grupach społecznych. Czynniki te obejmują płeć, wiek, dynamikę rodziny, status społeczno-ekonomiczny (SES) oraz poziom wykształcenia.

- **Różnice między płciami pod względem empatii** były przedmiotem wielu badań, które wskazują, że **kobiety zazwyczaj osiągają wyższy poziom empatii** niż mężczyźni, niezależnie od kontekstu [11].



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

Przykładem może być analiza Liew i Fadil Azim [12], w której studentki medycyny uzyskały wyższe wyniki na skali empatii niż ich koledzy, co wskazuje, że **płeć jest istotną zmienną wpływającą na zdolność do empatii**.

Różnice te mogą mieć przełożenie na praktykę zawodową – kobiety pracujące w sektorze opieki zdrowotnej często wykazują większą empatię niż mężczyźni, co może wpływać na skuteczność leczenia pacjentów [24].

### ZASTANÓW SIĘ

W jaki sposób placówki medyczne mogą wspierać rozwój empatii w równym stopniu u kobiet i mężczyzn, niezależnie od uwarunkowań społecznych?

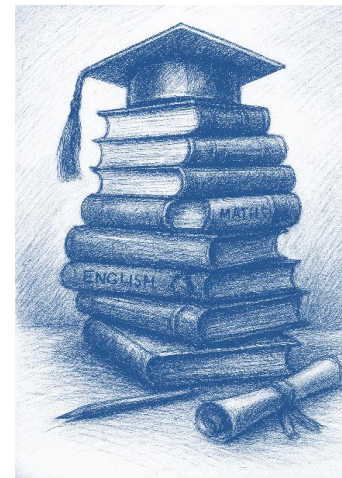
### Kultura a płeć – podwójny wpływ

Różnice między kobietami i mężczyznami w wyrażaniu empatii są również powiązane z kontekstem kulturowym. Badania sugerują, że **normy kulturowe dotyczące ról płciowych wpływają na empatyczne reakcje**, przy czym w niektórych kulturach występują większe różnice w empatii w zależności od płci. Co więcej, pochodzenie kulturowe w połączeniu z płcią wpływa na to, jak empatia jest postrzegana, oceniana i opisywana przez osoby różnych płci w różnych grupach kulturowych [13].

- **Zmiany poziomu empatii związane z wiekiem** odzwierciedlają szeroko pojęty rozwój społeczny i poznawczy w ciągu życia. Badania wykazują, że poziom empatii ewoluuje, osiągając szczyt w okresie dojrzewania, przy czym przebiega to odmiennie u kobiet i mężczyzn [14].
- **Dynamika rodziny**, czyli posiadanie rodzeństwa i dzieci, sprzyja rozwojowi empatii, ponieważ interakcje rodzinne wymagają umiejętności przyjmowania perspektywy innych osób i regulacji emocji. Relacje między rodzeństwem, obejmujące zarówno konflikty, jak i współpracę, sprzyjają rozwojowi inteligencji emocjonalnej i empatii. Dynamika ta **znacznie pomaga w rozwijaniu empatii i zdolności rozumienia stanów emocjonalnych innych osób** [15].
- Ponadto badania sugerują, że **rodzicielstwo z natury wymaga umiejętności osiągnięcia porozumienia na poziomie emocjonalnym oraz przyjmowania perspektywy innych osób**, co z czasem prowadzi do stopniowego wzrostu empatii wśród rodziców [16].

Relacja między **statusem społeczno-ekonomicznym** a empatią jest złożona. Osoby z **niższym statusem społeczno-ekonomicznym często wykazują wyższy poziom empatii** [17] i częściej kierują się wartościami społecznymi, które kładą nacisk na dobro innych [18]. Z kolei u osób z wyższym statusem społeczno-ekonomicznym obserwuje się osłabienie reakcji neuronalnych związanych z empatią, co może wynikać z posiadania większych zasobów i przywilejów [19].

- Osoby **lepiej wykształcone** mogą mieć **większy dostęp do różnych perspektyw, co sprzyja empatii**. Badania wskazują również, że poziom wykształcenia rodziców ma wpływ na empatyczne postawy dzieci, co sugeruje, że w środowiskach osób wykształconych empatia jest szczególnie pielęgnowana [20].



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI  
(ChatGPT, OpenAI, 2025)

## 2.5. Wpływy kontekstowe i społeczne – szersza perspektywa

### 2.5.1. Czynniki sytuacyjne – empatia a stres

Okoliczności, w jakich funkcjonuje jednostka, mają istotny wpływ na sposób przejawiania empatii.

Środowiska o wysokim poziomie stresu, takie jak szkoła medyczna czy praca w opiece zdrowotnej, często wiążą się z ograniczonym zaangażowaniem empatycznym, wynikającym z presji czasu i wyczerpania emocjonalnego. Z kolei wspierające i dobrze zorganizowane miejsca pracy sprzyjają rozwijaniu empatii, umożliwiając budowanie wartościowych relacji [21, 22].

Badania przeprowadzone wśród stażystów medycznych i starszych lekarzy potwierdzają, że czynniki takie jak dostępność czasu, jakość komunikacji i atmosfera w miejscu pracy znacząco wpływają na sposób okazywania empatii [21, 23].

Doświadczenia osobiste, zwłaszcza te związane z traumą lub trudnymi sytuacjami życiowymi, mogą również zwiększać empatię.

Osoby, które doświadczyły poważnych przeciwności losu, często lepiej rozumieją cierpienie, co przekłada się na głębsze współczucie.



Wygenerowano za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

## 2.5.2. Kontekst kulturowy – rola społeczeństwa

Wpływy kulturowe również kształtują sposób rozumienia i wyrażania empatii. Społeczeństwa, które kładą nacisk na emocjonalną otwartość i wsparcie społeczne, zwykle sprzyjają rozwijaniu postaw empatycznych. Natomiast środowiska silnie konkurencyjne, w których wrażliwość emocjonalna jest postrzegana jako słabość, mogą hamować rozwój empatii.

Kontekst kulturowy wpływa również na kierunek empatii. W kulturach kolektywistycznych jest ona często ukierunkowana na utrzymanie harmonii w grupie i realizację wspólnych zobowiązań. Z kolei kultury indywidualistyczne traktują empatię jako narzędzie rozumienia i zaspokajania osobistych potrzeb [24]. Takie zróżnicowanie wskazuje na silny związek między wartościami kulturowymi a wyrażaniem empatii – od nich zależy, czy na pierwszym miejscu stawia się dobrostan społeczności, czy relacje osobiste.

### Kontekst społeczny

Dynamika społeczna również kształtuje empatię, wpływając na to, komu i w jakim stopniu ją okazujemy. Ludzie przejawiają tendencję do wykazywania większej empatii do osób postrzeganych jako członkowie własnej grupy, co określane jest mianem „uprzedzenia wewnątrzgrupowego”. Dla przykładu, badania przeprowadzone w środowisku medycznym wykazały, że lekarze częściej okazują empatię pacjentom o podobnym statusie społeczno-ekonomicznym [25].

#### ZASTANÓW SIĘ

Jakie działania mogą podjąć specjaliści medyczni, aby w równym stopniu okazywać empatię wszystkim pacjentom, niezależnie od ich pochodzenia?

## KLUCZOWE ZAGADNIENIA

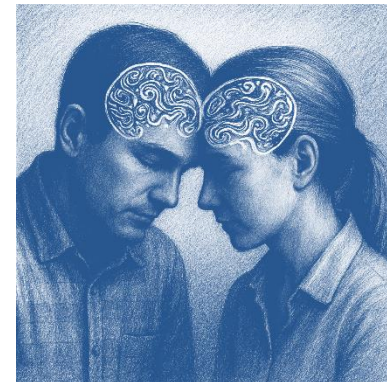
**Empatia nie jest cechą stałą – podlega zmianom i rozwojowi.** Choć jej fundamenty wynikają z genów, to sposób jej wyrażania kształtują wychowanie, doświadczenia życiowe, praktyka i samoświadomość. **Znaczenie mają zarówno geny, jak i wychowanie** – empatia afektywna jest w większym stopniu uwarunkowana genetycznie, natomiast empatia poznawcza rozwija się głównie poprzez uczenie się od otoczenia i społeczeństwa.

**Nasze mózgi zostały stworzone do empatii** – określone struktury mózgu, takie jak neurony lustrzane, ciało migdałowate i przednia kora zakrętu obręczy, odgrywają kluczową rolę w odczuwaniu, przetwarzaniu i wyrażaniu empatii.

**To, kim jesteśmy i skąd pochodzimy, kształtuje naszą empatię** – osobowość, płeć, wychowanie, wykształcenie, status społeczno-ekonomiczny i kultura wpływają na sposób okazywania i odbierania empatii.

**Kontekst też ma znaczenie** – stresujące, wymagające szybkiego działania środowisko może osłabiać empatię. Z kolei wspierające miejsce pracy i odporność emocjonalna pomagają ją utrzymać.

**Jesteśmy zaprogramowani na empatię wewnątrzgrupową** – ludzie mają naturalną skłonność do okazywania większej empatii wobec osób, które postrzegają jako podobnych do siebie. Wzorzec ten nazywany jest uprzedzeniem wewnątrzgrupowym. Można tę tendencję ograniczyć poprzez rozwój kompetencji kulturowych i zwiększenie samoświadomości, co ma szczególne znaczenie w opiece zdrowotnej i w zróżnicowanych środowiskach.



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

### 3.1. Czy empatia sprawia, że jestem lepszym specjalistą medycznym?

Empatia w istotny sposób wpływa na poprawę wyników leczenia. Okazywanie jej w kontakcie z pacjentem **zmniejsza ryzyko wystąpienia błędów medycznych, ponieważ komunikacja staje się bardziej klarowna, a współpraca ze strony pacjenta lepsza.**

Może wydawać się to skomplikowane, ale w rzeczywistości jest to dość proste. Empatyczna komunikacja sprawia, że **łatwiej jest zaufać i mówić otwarcie**, co ma zasadnicze znaczenie dla wspólnego z pacjentem wyboru skutecznego i bezpiecznego leczenia. Zwiększają się też szanse na przestrzeganie przez pacjenta zaleceń lekarza, co stwarza najlepsze warunki do poprawy stanu zdrowia.

Empatia wspiera nie tylko skuteczną komunikację lekarz–pacjent, lecz także wzmacnia **odporność psychiczną i satysfakcję zawodową specjalistów medycznych.**

Gdy przypomnisz sobie, dlaczego wybrałeś swój zawód, prawdopodobnie dojdiesz do wniosku, że kierowała tobą chęć uzdrawiania i udzielania pomocy. Bycie emocjonalnie obecnym pozwala nawiązać więź z własnym zawodowym „ja” i utrzymać poczucie sensu pracy.

Pracownicy opieki zdrowotnej, którzy mają dobre relacje z pacjentami, częściej odczuwają **większe poczucie spełnienia zawodowego**, ponieważ czują, że ich praca ma znaczenie.

Empatia sprzyja także **postawie nastawionej na rozwój**. Otwartość na perspektywę pacjenta i otrzymywane od niego informacje zwrotne motywują do ciągłego uczenia się i dostosowywania zarówno w aspekcie zawodowym, jak i ogólnoludzkim.

### **ZASTANÓW SIĘ**

Kiedy ostatnio spotkanie z pacjentem wywołało w tobie silne emocje? Czy było to doświadczenie obciążające czy motywujące?

Czy czujesz, że twoja codzienna praca jest zgodna z wartościami, które skłoniły cię do wyboru tego zawodu?

## **3.2. Dlaczego empatia pomaga moim pacjentom?**

Opieka nad pacjentami często wiąże się z głębokim wkroczeniem w ich strefę osobistą. Zastanówmy się – spotykamy zupełnie obcą osobę, nierzadko po raz pierwszy w życiu, by poinformować ją o konieczności poddania się potencjalnie niebezpiecznemu zabiegowi, przekazać diagnozę, która odmieni całe jej życie, lub może tylko by przypomnieć, aby zrezygnowała z ulubionych, choć niezdrowych potraw i przeszła na nową dietę.

Rzadko w pełni uświadamiamy sobie, co te informacje naprawdę znaczą dla pacjenta. Jakie ma potrzeby? Jakie były jego wcześniejsze doświadczenia z lekarzami?

Wpływ na odbiór rozmowy mają także rasa, płeć i pochodzenie społeczne pacjenta, które kształtują jego oczekiwania i sposób postrzegania interakcji z personelem medycznym. Ten aspekt komunikacji często bywa pomijany, zwłaszcza w czasach, gdy medycyna coraz bardziej opiera się na technologii.

A przecież szacuje się, że 85% diagnoz w medycynie ogólnej można postawić wyłącznie na podstawie analizy objawów zgłoszonych przez pacjenta. Tu właśnie wkracza empatia – ma ona moc zwiększania trafności diagnozy poprzez poprawę komunikacji i rozumienia objawów.

Bycie empatycznym przynosi jednak więcej korzyści:

- badania konsekwentnie wykazują, że wyższy poziom empatii u specjalistów medycznych przekłada się na wzrost zadowolenia pacjenta [1, 2, 3];
- umiejętność komunikowania się z empatią nie tylko sprawia, że pacjenci czują się usłyszani i uszanowani, ale także bezpośrednio przyczynia się do lepszego przestrzegania planów leczenia [4]. Na przykład w chorobach przewlekłych, takich jak cukrzyca, badacze powiązali empatyczną opiekę z lepszymi rezultatami leczenia, tu konkretnie z lepszą kontrolą glikemii [1]. Dlaczego jest to tak ważne? Ponieważ według WHO [5] wskaźniki przestrzegania zaleceń w chorobach przewlekłych, szczególnie w przypadku badań przesiewowych, ale także w odniesieniu do codziennego przyjmowania leków, są nadal niskie, dochodząc do maksymalnie 50% w krajach rozwiniętych;
- kiedy pacjent czuje, że lekarz naprawdę rozumie jego sytuację, zwykle odczuwa mniejszy niepokój i stres, o których wiadomo, że stanowią ważną przeszkodę w uświadomieniu sobie własnej choroby, a także dość często utrudniającą przestrzeganie zaleceń [2, 6, 7];
- zmniejszenie niepokoju emocjonalnego dzięki odczuciu empatii sprzyja skuteczniejszemu procesowi zdrowienia, dlatego empatyczną komunikację należy uznać za jeden z filarów dobrej opieki nad pacjentem.

## PAMIĘTAJ

Rozwijając swoje umiejętności kliniczne, pamiętaj, że włączanie empatii do praktyki nie powinno odbywać się jedynie na zasadzie wartości naddanej. Empatia to fundament skutecznej, opartej na współczuciu opieki zdrowotnej, która przynosi korzyści nie tylko pacjentom, lecz także wspiera twój rozwój zawodowy.

### *Relacja pacjenta: „Wspaniały dar”*

*We wrześniu 2021 roku, z powodów zdrowotnych i zawodowych, popadłem w bardzo ciężką depresję.*

*Po wielu nieudanych próbach terapii w maju 2023 roku zostałem przyjęty do kliniki psychiatrycznej. Gdy się tam znalazłem, nie miałem pojęcia, co przyniosą kolejne tygodnie, bo niemal całkowicie straciłem nadzieję na poprawę.*

*Już podczas pierwszej rozmowy z moim lekarzem w tej klinice poczułem coś, czego nie doświadczyłem w żadnym z poprzednich szpitali. Po raz pierwszy od dawna poczułem prawdziwą empatię – i był to dla mnie początek zdrowienia, po niemal dwóch latach.*

*Mój lekarz nawiązał ze mną głęboką więź dzięki swojej niezwykle empatycznej naturze. Wzbudził we mnie na nowo radość życia i do dziś mam wyraźnie w pamięci, jak zapytał mnie, czy nie chciałbym wybrać się znowu na bieganie. Poruszył we mnie coś, co trudno nazwać słowami, i następnego dnia o szóstej rano złapałem swoje sportowe buty i wyszedłem pobiegać. Potem robiłem to codziennie przez kolejne tygodnie mojego pobytu w klinice. Oczywiście nie tak od razu tryskałem energią. Nadal miałem gorsze chwile i typowe dla depresji wahania nastroju.*

*Jednak w trakcie terapii spotkałem też inne wyjątkowe, empatyczne osoby. Jedną z nich była terapeutka prowadząca muzykoterapię. Jej wyjątkowa wrażliwość i cudownie empatyczne podejście były ważną częścią mojej drogi do wyzdrowienia. Jej styl i sposób prowadzenia sesji głęboko na mnie wpływały. Potrafiła łagodzić lęk pacjentów, grając na instrumentach, tworząc różne dźwięki i łącząc je ze śpiewem, co działało kojąco na ciało i umysł. Nawet dziś, kiedy mam wizytę w klinice, uwielbiam się z nią spotykać – oczywiście, jeśli ma kilka wolnych chwil. Kiedy ktoś jest naprawdę empatyczny, inni wyczuwają to bez słów – jeśli tylko okoliczności na to pozwalają.*

*Są takie rzeczy na świecie, które trudno wyrazić słowami, a empatia jest jedną z nich. Zdolność łączenia się z uczuciami innych i ich rozumienia to wspaniały dar, który pozwala stworzyć przyjemną atmosferę i zbudować podstawę do wzajemnego zbliżenia na drodze naszego osobistego rozwoju.*

*Do dziś jestem ogromnie wdzięczny za wszystkie piękne chwile i spotkania w okresie mojego leczenia. Zawsze wspominam je z ciepłem – stały się ważną częścią tego, kim dziś jestem.*

Hubert Brückler  
ekspert z doświadczenia

### 3.3. W jaki sposób brak empatii mógłby wpłynąć na moją karierę i pracę?

W czasie nauki i przygotowań do przyszłej kariery warto uświadomić sobie, jak istotną rolę odgrywa empatia.

Nie tylko poprawia ona jakość opieki nad pacjentem, ale też chroni dobrostan pracownika.

Empatia może stać się **czynnikiem chroniącym przed wypaleniem zawodowym poprzez wspieranie wartościowej relacji z pacjentami.**

Poświęcając czas na uważne wysłuchanie pacjenta i prawdziwe zaangażowanie w kontakt z nim, tworzysz atmosferę wsparcia, zrozumienia i życzliwości. Prawdziwa, znacząca relacja **może pomóc ci poczuć się spełnionym i wzmocnić twoją odporność, nawet w najtrudniejszych momentach.**

Brak empatii może negatywnie wpłynąć na twoją praktykę na różne sposoby.

#### Przypadek kliniczny

Poniżej znajduje się zapis rozmowy między pacjentką a młodym lekarzem rodzinnym, przeprowadzonej w stresujący dla niego dzień.

Skoncentruj się na zachowaniu lekarza. Spróbuj spojrzeć na sytuację oczami pacjentki. Jak czułbyś się pod koniec rozmowy? Zanotuj swoje przemyślenia.

*Lekarz: Dzień dobry, pani Thompson. Widzę, że przyszła pani z bólem brzucha. Od kiedy to trwa?*

*Pacjentka: Och... od kilku tygodni. Ale nie chodzi tylko o ból. Ja... ostatnio nie czuję się dobrze.*

*Lekarz: Rozumiem. A w skali od jednego do dziesięciu, jak silny jest ten ból?*

*Pacjentka: Około sześciu przez większość dni, ale...*

*Lekarz: Dobrze. Miała pani nudności lub wymioty?*

*Pacjentka: Tak, trochę, ale to coś więcej. Po prostu nie czuję się sobą. Cały czas jestem wyczerpana i... nie wiem, jak to wyjaśnić, ale czuję się naprawdę przygnębiona.*

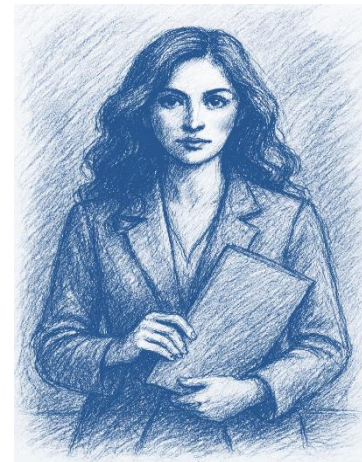
*Lekarz: Zmęczenie może być objawem wielu różnych problemów. Zmieniła pani ostatnio dietę albo zauważyła spadek wagi?*

*Pacjentka: Tak, właśnie tak. Schudłam kilka kilogramów, chociaż wcale się nie starałam. I... nie jadłam zbyt wiele, bo po prostu nie mam apetytu.*

*Lekarz: Może to wskazywać na problem z trawieniem lub refluks żołądkowy. Zlecę badania krwi i USG, aby sprawdzić, czy nie występują wrzody lub problemy z pęcherzykiem żółciowym.*

*Pacjentka: W porządku, tylko... miałam nadzieję, że porozmawiamy też o tym, jak się czuję emocjonalnie. Nie wiem, czy to po prostu żołądek. Ostatnio mam naprawdę trudny czas. Ciągłe czuję niepokój i zdarza się, że budzę się w środku nocy i nie mogę złapać oddechu.*

*Lekarz: Zaburzenia snu mogą być związane z bólem. Jeśli bóle żołądka budzą panią w nocy, warto sprawdzić, czy refluks nie nasila się w tym czasie.*



Ilustracja wygenerowana za pomocą  
AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

*Pacjentka: Nie, nie chodzi tylko o ból. Raczej... czuję się przytłoczona. Nie jestem pewna, czy to stres, czy coś innego, ale czuję, że nie radzę sobie ze wszystkim tak jak kiedyś. Ja...*

*Lekarz: Tak, stres z pewnością może wpływać na trawienie. Zacznijmy od badań i zobaczymy, czy kryje się za tym problem zdrowotny. Jeśli wyniki będą w normie, poszukamy innych przyczyn. Na razie przepiszę lek zobojętniający kwas żołądkowy.*

*Pacjentka: Och... Dobrze... tylko myślałam, że może mi pan pomóc zrozumieć, co się dzieje.*

*Lekarz: Taki jest plan. Jeśli coś niepokojącego będzie w pani wynikach, zajmiemy się tym. Jeśli nie, zapewne to po prostu stres. Proszę spróbować odpocząć i przyjść do kontroli za kilka tygodni.*

*Pacjentka: Rozumiem... Dziękuję...*

#### Pytania do omówienia

Co zwróciło twoją uwagę w tej rozmowie? Czy lekarz przeprowadził prawidłowy wywiad dotyczący bólu? Tak. Ale czy mimo to odnosisz wrażenie, że czegoś zabrakło? Może masz wrażenie, że lekarz pominął istotne informacje dotyczące stanu zdrowia pacjentki?

#### Analiza

Podczas rozmowy lekarz koncentruje się wyłącznie na objawach fizycznych i na badaniach diagnostycznych, pomijając ważne wskazówki dotyczące emocji, które przekazuje pacjentka. Pani Thompson kilkakrotnie próbuje opisać swoje samopoczucie, wspominając o wyczerpaniu, niepokoju i poczuciu przytłoczenia. Mimo to lekarz konsekwentnie kieruje rozmowę z powrotem na objawy fizyczne, pomijając jej stan emocjonalny. **Ten brak empatii uniemożliwia głębszą rozmowę**, która mogłaby ujawnić problemy związane ze zdrowiem psychicznym, takie jak niepokój czy depresja, które mogą przyczyniać się do opisywanych dolegliwości fizycznych czy wręcz je powodować. Pacjentka opuszcza gabinet z poczuciem, że lekarz jej nie usłyszał i nie udzielił jej potrzebnego wsparcia emocjonalnego.

## PAMIĘTAJ

### Związek między dolegliwościami fizycznymi a zdrowiem psychicznym

Bardzo często pacjenci z problemami natury psychicznej, w tym z myślami samobójczymi, zgłaszają objawy fizyczne, zamiast otwarcie mówić o swoim stanie emocjonalnym. Badania pokazują, że 60–80% osób cierpiących na depresję w pierwszej kolejności szuka pomocy z powodu dolegliwości somatycznych, takich jak bóle głowy, bóle brzucha czy przewlekłe zmęczenie [8].

### Dlaczego tak się dzieje?

Aktualne badania wskazują na kilka powodów:

- strach przed stygmatyzacją – pacjenci mogą mieć opory przed rozmową o zdrowiu psychicznym z powodu obawy przed społecznym piętnem lub osądem;
- brak świadomości – niektórzy pacjenci mogą nie zdawać sobie sprawy, że ich dolegliwości fizyczne są związane ze stanem emocjonalnym;
- przekonania kulturowe lub osobiste – w niektórych kulturach problemy związane ze zdrowiem psychicznym pozostają tematem tabu, więc pacjenci szukają pomocy medycznej pod pretekstem problemów fizycznych;
- dynamika relacji lekarz–pacjent – jeśli w przeszłości problemy psychiczne pacjenta były bagatelizowane, może on skupiać się wyłącznie na objawach somatycznych.

## Jak w takiej sytuacji pomaga empatia?

Biorąc pod uwagę silny związek między dolegliwościami fizycznymi a psychicznymi, lekarze powinni zwracać uwagę na subtelne sygnały, takie jak niejasne dolegliwości, częste wizyty bez wyraźnych przyczyn fizycznych lub wzmianki o zmęczeniu i poczuciu beznadziei. **Zadawanie delikatnych, lecz bezpośrednich pytań o stan emocjonalny pacjenta może wiele zmienić.** Włączenie **oceny zdrowia psychicznego do rutynowych wizyt** może pomóc szybciej wykryć pacjentów z grupy ryzyka i zapewnić im właściwą opiekę.

Oto jak mogłaby wyglądać rozmowa z pacjentką, gdyby lekarz zastosował zasady empatycznej komunikacji:

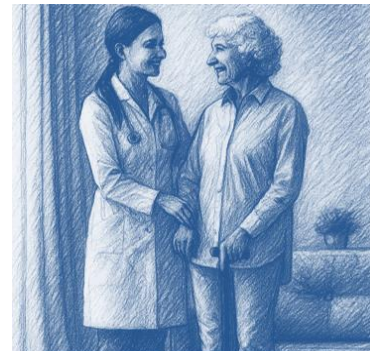
**Lekarz:** *Dzień dobry, pani Thompson. Widzę w dokumentacji, że zgłasza się pani z bólem brzucha. Czy może pani opowiedzieć dokładniej, co się dzieje?*

**Pacjentka:** *Och... to trwa od kilku tygodni. Ale nie chodzi tylko o ból. Ja... ostatnio w ogóle nie czuję się dobrze.*

**Lekarz:** *To brzmi poważnie. Chciałbym mieć pewność, że wszystko dobrze rozumiem. Co dokładnie ma pani na myśli, mówiąc „nie czuję się dobrze”?*

**Pacjentka:** *Po prostu nie czuję się sobą. Jestem ciągle wyczerpana i... trudno mi to opisać, ale czuję się przygnębiona.*

**Lekarz:** *Rozumiem. Ciągłe uczucie wyczerpania i przygnębienia może naprawdę frustrować, zwłaszcza jeśli nie znamy przyczyny.*



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI  
(ChatGPT, OpenAI, 2025)

*Spróbujemy wspólnie dowiedzieć się, co się dzieje.*

*Pacjentka: Dziękuję, będę wdzięczna.*

*Lekarz: Zaczniemy od objawów fizycznych. W skali od jednego do dziesięciu, jak oceniałaby pani ból brzucha?*

*Pacjentka: Około sześciu przez większość dni, ale...*

*Lekarz: To dość dużo. Czy pojawiły się nudności lub wymioty?*

*Pacjentka: Tak, trochę, ale jest coś jeszcze. W ogóle nie mam apetytu. Schudłam kilka kilogramów, chociaż wcale się nie starałam.*

*Lekarz: Rozumiem. Niespodziewana utrata wagi i zmiany apetytu mogą być związane z różnymi rzeczami, na przykład z problemami trawiennymi, ale mogą też wynikać ze stresu i problemów emocjonalnych. Czy zauważyła pani, że ból brzucha nasila się, gdy odczuwa pani większy niepokój lub przytłoczenie?*

*Pacjentka: Nie jestem pewna... może. Cały czas jestem niespokojna. Czasami budzę się w środku nocy i nie mogę złapać oddechu.*

*Lekarz: To brzmi naprawdę niepokojąco. Niepokój i objawy fizyczne często idą w parze, więc to rozumiacie, że odczuwa pani zarówno ból brzucha, jak i objawy emocjonalne.*

*Pacjentka: Tak, też o tym myślałam. Ale nie byłam pewna, czy w takim przypadku może pan mi pomóc...*

*Lekarz: Oczywiście. Zdrowie to nie tylko ciało, ale i samopoczucie psychiczne. Zlecimy badania krwi i USG pod kątem ewentualnych przyczyn fizycznych. Jednocześnie chciałbym pomówić o pani kondycji emocjonalnej. Czy rozmawiała pani z kimś na temat stresu i niepokoju, których doświadcza?*

*Pacjentka: Nie... nie chciałam robić z tego wielkiego problemu.*

*Lekarz: Rozumiem, jednak to jest ważne. Jeśli pani pozwoli, zaproponuję kilka sposobów wsparcia. Mam na myśli zmiany stylu życia, konsultacje lub jakieś inne metody pomocy. Nie musi pani przechodzić przez to sama.*

*Pacjentka: To dla mnie bardzo dużo znaczy. Chętnie spróbuję.*

*Lekarz: Cieszę się. Zrobimy to krok po kroku – zaczniemy od badań, a także podam pani materiały na temat radzenia sobie ze stresem i niepokojem. Niedługo spotkamy się, aby sprawdzić, jak czuje się pani zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie.*

*Pacjentka: Dziękuję, panie doktorze. Jestem wdzięczna, że mnie pan wysłuchał.*

Co w zachowaniu lekarza realnie podniosło jakość rozmowy?

Przyjmij punkt widzenia pacjentki: jak czułbyś się teraz?

Czy pacjenci postrzegają brak empatii jako błąd lekarski?

Pacjenci, którzy czują się niewysłuchani lub zlekceważeni, są bardziej skłonni do zgłaszania skarg, a nawet kierują sprawą do sądu. Problemem bywają nie tylko błędy techniczne lub kliniczne, ale także poczucie złego traktowania.

Ponadto brak empatii może prowadzić do gorszej współpracy w zespole. W obszarze, w którym współpraca ma kluczowe znaczenie, brak empatii w relacjach często wiedzie do nieporozumień i konfliktów między współpracownikami.

Może również wpływać na współpracę ze strony pacjenta – jeśli pacjenci czują, że ich obawy nie są brane pod uwagę, mogą przyjąć postawę obronną i niechętną albo nie przestrzegać zaleceń.

### Wpływ na twój dobrostan

Na poziomie osobistym zaniedbywanie empatii może negatywnie wpłynąć na twoje **samopoczucie zawodowe**. Praktyka pozbawiona empatii może sprawić, że codzienne interakcje będą postrzegane czysto transakcyjnie, co zwiększa ryzyko wypalenia zawodowego i wyczerpania emocjonalnego. Gdy zapominamy o kluczowych wartościach pomocy, nasza motywacja i wydajność w pracy spadają. Ponadto napięte relacje ze współpracownikami mogą pogarszać atmosferę, co jeszcze bardziej obniża satysfakcję z pracy i ogólne morale.

Podsumowując, **w pielęgnowaniu empatii nie chodzi tylko o poprawę wyników leczenia pacjenta – empatia jest równie ważna, by utrzymać twoją odporność psychiczną i satysfakcję z pracy.**

Rozwijając i praktykując empatię, inwestujesz w przyszłość, w której zarówno pacjenci, jak i ty będziecie mogli cieszyć się bardziej wspierającym, nastawionym na współpracę i satysfakcjonującym otoczeniem.



### 3.4. Czy „więcej” zawsze znaczy „lepiej”?

#### Ciemne strony empatii

Brak empatii może prowadzić do poważnych konsekwencji. Powoduje [8, 9]:

- trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji społecznych
- słabe rozumienie kontekstów społecznych
- niewystarczające interpretowanie komunikatów werbalnych i niewerbalnych
- niezrozumienie i niezdolność do uwzględnienia punktu widzenia innych osób
- niedostateczne rozumienie emocji innych i brak adekwatnego reagowania na nie, co utrudnia budowanie więzi
- zmniejszona skłonność do zachowań prospołecznych i opiekuńczych
- obojętność i cynizm
- zachowania krzywdzące (znęcanie się, okrucieństwo, poniżanie)
- dystansowanie się i wykluczanie, jawna lub ukryta stygmatyzacja
- obwinianie osób w trudnej sytuacji (przekonanie, że ludzie dostają to, na co zasługują, a negatywne doświadczenia nie mogą dotknąć nas samych).



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

## PAMIĘTAJ

Brak empatii w opiece zdrowotnej może skutkować konsekwencjami prawnymi i zawodowymi – pacjenci, którzy czują się niewysłuchani lub lekceważeni, są bardziej skłonni do składania skarg lub podejmowania działań prawnych.

Wpływ na samopoczucie zawodowe – brak empatii może prowadzić do wypalenia zawodowego, wyczerpania emocjonalnego i spadku satysfakcji z pracy.

Empatia ma zasadnicze znaczenie dla poczucia spełnienia w pracy – pielęgnowanie empatii zwiększa odporność psychiczną, zadowolenie z pracy oraz sprzyja tworzeniu bardziej wspierającego, opartego na współpracy i zapewniającego spełnienie środowiska zawodowego.

## Nadmiar empatii

Choć empatia jest nieocenioną cechą, jej nadmiar również bywa problematyczny. Kluczem do sukcesu jest utrzymanie równowagi. Nadmierna empatia utrudnia wyznaczanie granic i może powodować trudności w oddzieleniu własnych emocji od cudzych. Może to ostatecznie doprowadzić do wypalenia zawodowego.

Bycie nadmiernie empatycznym może nasilać bolesne wspomnienia i wiązać się z emocjonalnym przeżywaniem własnych traum z przeszłości [11]. Nieoddzielanie własnych emocji od emocji innych osób sprawia, że wyczerpanie staje się jeszcze bardziej prawdopodobne.

Jeżeli odczuwasz wiele emocji przy każdej interakcji z pacjentem, możesz czuć chroniczne wyczerpanie. Taki stan nazywany jest zmęczeniem współczuciem.

Oto przykład, co może czuć osoba dotknięta zmęczeniem współczuciem:

*Budzę się każdego ranka, czując ciężar kolejnego długiego dnia. Pracuję jako pielęgniarka i każda historia pacjenta, każda łza i każda chwila cichego bólu zwiększają ciężar, który staram się udźwignąć. Gdy zaczęłam pracę, byłam pełna nadziei i niewyczerpanych pokładów empatii. Dziś często czuję, jakbym poruszała się we mgle, z przytępienymi emocjami.*

*Wciąż oczekuje się ode mnie, że będę troskliwą, pełną współczucia pielęgniarką, która uważnie słucha i dodaje otuchy. Często jednak zdarza mi się po prostu działać jak automat, skrywając prawdziwe uczucia pod ochronną warstwą obojętności. To nie znaczy, że mi nie zależy – przeciwnie, zależy mi bardzo. Ale po tak wielu spotkaniach z bólem i smutkiem, czasem robię się odrętwiała, jakby moje serce wyłączało się, by nie czuć nic więcej. Gdy zajmuję się pacjentami, podaję im leki, sprawdzam parametry życiowe i pielęgnuję, cały czas mam świadomość, że wielu z nich potrzebuje pocieszenia i rozmowy. Obawiam się jednak, że mój brak widocznych emocji może być odbierany jako chłód lub obojętność, mimo że tak naprawdę to oznaka zmęczenia. Takie dystansowanie się – chociaż mnie chroni – sprawia też, że tracę poczucie sensu pracy i czuję się osamotniona.*

Z tej relacji pielęgniarki można wyodrębnić następujące oznaki zmęczenia współczuciem:

- **wyczerpanie emocjonalne** – poczucie „ciężaru kolejnego długiego dnia” i emocjonalnego obciążenia historią każdego pacjenta wskazuje na zużycie rezerw emocjonalnych;
- **odrętwienie emocjonalne** – opis poruszania się „we mgle” i „stępionych emocji” wskazuje na wyłączenie emocjonalne (częsty mechanizm obronny pozwalający uniknąć dalszego obciążenia emocjonalnego);

- **zdystansowanie** – ukrywanie prawdziwych uczuć za warstwą obojętności, co jest oznaką dystansowania się w odpowiedzi na przytłaczający stres emocjonalny;
- **działanie mechaniczne** – przechodzenie od aktywnego angażowania się w relacje z pacjentami do rutynowych czynności wykonywanych „jak automat”, co sugeruje utratę prawdziwej więzi;
- **kwestionowanie sensu pracy** – poczucie osamotnienia i podważanie znaczenia wykonywanego zawodu świadczy o głębokim konflikcie wewnętrznym oraz utracie pierwotnej motywacji i poczucia spełnienia.

Wszystkie te oznaki wskazują na zmęczenie współczuciem – stan, w którym stały kontakt z cierpieniem prowadzi do wyczerpania emocjonalnego, spadku empatii i może mieć negatywny wpływ zarówno na funkcjonowanie zawodowe, jak i dobrostan osobisty. Aby zapobiec zmęczeniu współczuciem, ważne jest wzmocnienie empatii poznawczej, czyli umiejętności rozumienia perspektywy pacjentów bez ulegania ich emocjom, oraz zwracanie uwagi na własne uczucia.

Istnieje wiele sposobów regulowania emocji, z których część przedstawiono w niniejszym podręczniku. Poniżej podajemy przykładowy bezpłatny materiał dostępny online, opracowany przez brytyjski National Health Service.

Aby dowiedzieć się więcej o regulacji emocji

[KLIKNIJ TUTAJ](https://www.youtube.com/watch?v=X2c48FxQdeE)

(<https://www.youtube.com/watch?v=X2c48FxQdeE>)

LUB ZESKANUJ



## KLUCZOWE ZAGADNIENIA

Empatia stanowi podstawę skutecznej opieki zdrowotnej, gdyż pozwala łączyć kompetencje medyczne z opieką opartą na współczuciu. Dzięki niej można nie tylko poprawić wyniki leczenia pacjenta poprzez zbudowanie zaufania, lepszą komunikację i większe przestrzeganie zaleceń, ale także wzmocnić poczucie sensu i satysfakcji zawodowej. Kiedy pacjent czuje się wysłuchany i zrozumiany, jest bardziej skłonny do przekazywania istotnych informacji, co pozwala postawić trafniejszą diagnozę i zapewnić skuteczniejszą opiekę. Z kolei silniejsza więź z pacjentem pomaga także wrócić do wartości, które skłoniły cię do wyboru zawodu w ochronie zdrowia.

Należy jednak pamiętać, że praktykowanie empatii wiąże się z pewnymi wyzwaniami. Chociaż dostosowanie się do potrzeb emocjonalnych pacjenta ma zasadnicze znaczenie, nadmierne zaangażowanie emocjonalne może prowadzić do zmęczenia współczuciem – stanu głębokiego wyczerpania emocjonalnego, który obniża zarówno samopoczucie, jak i jakość świadczonej opieki. Najważniejsze jest zachowanie równowagi. Rozwijanie empatii poznawczej pomaga utrzymać tę równowagę i zapobiec wypaleniu zawodowemu.

Przyjmując podejście oparte na empatii, wzmacniasz relację terapeutyczną, poprawiasz trafność diagnozy i ostatecznie przyczyniasz się do zwiększenia efektywności leczenia. Jednocześnie, dzięki rozpoznawaniu u siebie oznak zmęczenia współczuciem i stosowaniu strategii mających na celu ochronę własnego zdrowia psychicznego, sprawiasz, że twoja zdolność do niesienia pomocy pozostaje wysoka przez długi czas.

### 4.1. Dlaczego warto prowadzić pomiary empatii?

Pomiar empatii w opiece zdrowotnej ma **zasadnicze znaczenie**, ponieważ wpływa zarówno na jakość leczenia pacjentów, jak i rozwój zawodowy pracowników medycznych.

Jak wspomniano w poprzednich rozdziałach, **empatia stanowi podstawę opieki skoncentrowanej na pacjencie**. Gdy personel medyczny potrafi zrozumieć i akceptować uczucia pacjentów, **poprawia się komunikacja, rośnie zaufanie, a pacjenci ściślej przestrzegają planów leczenia**. Dzięki temu chętniej **stosują się do zaleceń, zadają trafne pytania i przekazują istotne informacje dotyczące objawów**, co poprawia dokładność diagnozy i skuteczność leczenia.

Ponadto przeprowadzenie oceny poziomu empatii **pozwala na organizowanie ukierunkowanych działań szkoleniowych**. Ocena ilościowa zachowań empatycznych pozwala prowadzącym szkolenie precyzyjnie wskazać konkretne obszary wymagające poprawy i opracowywać dostosowane do potrzeb programy szkoleniowe, wspierające praktykę empatycznej opieki. Jest to szczególnie ważne, ponieważ **wymogi współczesnej opieki zdrowotnej mogą czasami sprawiać, że umiejętności techniczne wysuwają się na pierwszy plan, podczas gdy umiejętności miękkie, takie jak empatia, często bywają pomijane**.

Systematyczne pomiary empatii pomagają utrzymać ją jako priorytet przez cały okres kształcenia i kariery zawodowej.

Co więcej, pomiary poziomu empatii są skutecznym narzędziem pozyskiwania informacji zwrotnej, które może chronić przed wypaleniem zawodowym. Badania pokazują, że świadomość własnych reakcji emocjonalnych ułatwia radzenie sobie ze stresem i sprzyja zachowaniu poczucia satysfakcji zawodowej. Zatem regularna ocena empatii to nie tylko sposób na poprawę jakości opieki nad pacjentami, lecz także na długotrwałe utrzymanie dobrostanu i odporności psychicznej w wymagającym środowisku medycznym.

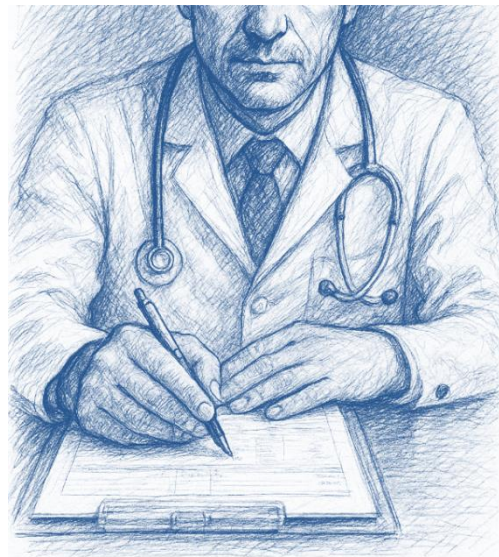
### **PAMIĘTAJ**

**Lepsza opieka nad pacjentem** – pomiary empatii wpływają na poprawę komunikacji, budowę zaufania i sprzyjają przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych. W efekcie poprawiają wyniki leczenia pacjentów i zwiększają trafność diagnoz.

**Dobrostan zawodowy** – regularne oceny empatii wspierają pracowników opieki zdrowotnej w radzeniu sobie ze stresem, zapobieganiu wypaleniu zawodowemu oraz utrzymaniu odporności psychicznej i satysfakcji zawodowej przez długi czas.

### **Rozbudziliśmy twoją ciekawość?**

W kolejnym rozdziale poznasz różne metody pomiaru empatii i będziesz mieć możliwość uzyskania indywidualnej informacji zwrotnej na temat własnych tendencji.

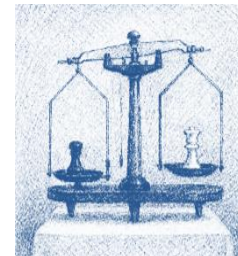


Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

## 4.2. Metody pomiaru empatii

Opracowano kilka naukowo potwierdzonych metod pomiaru empatii, z których każda ma swoje mocne strony i pewne ograniczenia.

Zastanawiałeś się kiedyś, jak mógłbyś sprawdzić swój poziom empatii?



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

### ZASTANÓW SIĘ

Czy uważasz się za osobę empatyczną? W jaki sposób okazujesz empatię? Zachęcamy do przedyskutowania tych kwestii ze znajomymi. Być może inni zauważyli w tobie cechy, których dotąd nie dostrzegłeś.

### 4.2.1. Kwestionariusze samooceny

Kwestionariusze samooceny są popularnym narzędziem oceny empatii ze względu na prostotę ich stosowania i możliwość uzyskania informacji na temat subiektywnej oceny własnych zdolności empatycznych. Zwykle mają formę pytań z [odповідziami „tak/nie”](#) lub [zestawu opcji odpowiedzi](#). Taki format ułatwia efektywne punktowanie, choć czasem ogranicza szczegółowość odpowiedzi. Ponadto, aby zapewnić ich trafność w różnych populacjach, kwestionariusze często wymagają [tłumaczenia i adaptacji kulturowej](#), ponieważ niektóre pytania

mogą okazać się nieadekwatne w określonych kontekstach. Dlatego należy dokonywać weryfikacji kwestionariuszy pod kątem **różnorodnych populacji**, by upewnić się, że uwzględnione zostały niuanse językowe i kulturowe interpretacje empatii. Badacze ustalili, że zmodyfikowane lub zlokalizowane wersje mogą pomóc zapewnić adekwatność w różnych kontekstach opieki zdrowotnej i w różnych populacjach.

Mimo tych ograniczeń kwestionariusze samooceny mają szereg zalet. Umożliwiają gromadzenie **dużych zbiorów danych** i mogą być analizowane statystycznie w celu porównania poziomów empatii **u poszczególnych osób w czasie (badania podłużne)** lub **między grupami (badania przekrojowe)**.

Najczęściej stosowane narzędzia w środowisku opieki zdrowotnej:

#### **Skala Empatii Jeffersona (JSE) [1]**

Opracowana specjalnie dla personelu medycznego skala JSE wykazuje dobre właściwości psychometryczne i uwzględnia różnice między specjalizacjami i poziomami wykształcenia. Badania wykazały, że wyższe wyniki uzyskane w skali JSE wiążą się z większym zadowoleniem pacjentów i lepszą komunikacją. Każde solidne narzędzie oceny powinno charakteryzować się dużą **trafnością** – zarówno pod względem treści, jak i struktury – oraz **wysoką rzetelnością**.

Skala JSE została sprawdzona w licznych badaniach, które wykazały jej spójność wewnętrzną i trafność predykcyjną w odniesieniu do wyników pacjentów.

### Wskaźnik Reaktywności Interpersonalnej (IRI) [2]

Wskaźnik IRI ocenia wiele wymiarów empatii, w tym zdolność do przyjmowania perspektywy innych osób, empatyczną troskę i osobisty niepokój. Jego wielowymiarowość umożliwia przeprowadzenie szczegółowej analizy, chociaż – ze względu na ogólny zakres – w warunkach klinicznych może być konieczne zastosowanie narzędzi lepiej dopasowanych do danego kontekstu.

### Kwestionariusz empatii opracowany w Toronto (TEQ) [3]

Kwestionariusz TEQ to krótkie, lecz wiarygodne narzędzie do pomiaru empatii, skupiające się głównie na wymiarze afektywnym. Dzięki prostocie zastosowania sprawdza się szczególnie w badaniach prowadzonych na dużą skalę lub jako element szerszych ocen. Jego zwięzłość może jednak ograniczać szczegółowość uzyskiwanych danych, a skupienie wyłącznie na aspektach afektywnych sprawia, że nie w pełni odzwierciedla komponenty poznawcze empatii.

### Skala ilorazu empatii (EQ) [4]

EQ jest stosowana zarówno w populacjach klinicznych, jak i nieklinicznych. Metoda ta została szeroko przyjęta w badaniach dotyczących poznania społecznego i znalazła zastosowanie w analizach z udziałem pracowników ochrony zdrowia, chociaż pierwotnie opracowano ją z myślą o ocenie cech związanych z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Skala EQ cechuje się wysoką zgodnością ocen dokonanych przez różnych badaczy oraz wysoką powtarzalnością wyników.

Wszystkie opisywane powyżej narzędzia samooceny są wartościowe, ponieważ pozwalają uchwycić subiektywne odczucia związane z empatią. Ich ograniczeniem jest jednak podatność na **efekt aprobaty społecznej** i to, że nie zawsze odzwierciedlają obserwowalne zachowania w praktyce.

Od wiosny 2026 roku będzie można uzyskać dostęp do  
BEZPŁATNEJ CYFROWEJ OCENY empatii na naszej platformie  
Empathy Web Platform: <https://erudite-project.eu>



#### 4.2.2. Skale oceny dokonywanej przez obserwatora

Tego typu skale wiążą się z **oceną dokonywaną przez osoby trzecie**, na przykład przełożonych, współpracowników, kolegów czy standaryzowanych pacjentów. Dzięki temu możliwe jest uzyskanie bardziej obiektywnego obrazu empatycznych zachowań w interakcjach klinicznych. Zaletą tych skal jest możliwość uchwycenia empatii w działaniu, zarówno w rzeczywistych, jak i symulowanych warunkach klinicznych, lecz ich zastosowanie wymaga znacznych zasobów na szkolenia oceniających oraz zapewnienie spójności ocen.

## Spotkania z pacjentem i egzaminy OSCE

W obiektywnych, strukturyzowanych egzaminach klinicznych (OSCE) przeszkoleni aktorzy odgrywają role pacjentów według określonych scenariuszy. Oceniający korzystają z ustrukturyzowanych systemów punktacji do analizy empatycznej komunikacji personelu medycznego. Jednym z najbardziej znanych narzędzi wykorzystywanych w takich sytuacjach jest skala CARE (Consultation and Relational Empathy), która została uznana za wiarygodny wskaźnik jakości interakcji między pacjentem a lekarzem [5].

## Informacja zwrotna przekazywana metodą 360 stopni

Metoda ta gromadzi opinie z wielu źródeł – od współpracowników, kolegów, pacjentów i przełożonych – pozwalając na kompleksową ocenę empatycznych zachowań. Pozwala to ograniczyć subiektywność samooceny i zidentyfikować rozbieżności między własnymi odczuciami czy wyobrażeniami a faktycznym odbiorem zachowania przez innych.

### **ZASTANÓW SIĘ**

Jak postrzegają cię pacjenci?

Czy twoi koledzy określiliby cię jako osobę empatyczną?

Pod jakimi względami?

## Ćwiczenie w grupie „Empatyczne echo”

To prosta gra, dzięki której dowiesz się, w jaki sposób inni postrzegają cię jako osobę empatyczną. Możesz przeprowadzić ją w gronie kolegów lub przyjaciół.

## Przebieg gry „Empatyczne echo”

### 1. Przygotowanie

- Usiądźcie w kręgu lub w małych 4–5-osobowych grupach.
- Celem ćwiczenia jest **zastanowienie się nad empatycznym zachowaniem oraz zachęcenie do takich zachowań** poprzez konstruktywny feedback przekazywany w atmosferze zabawy.
- **Omówcie** podstawowe zasady, podkreślając, że komentarze muszą być pozytywne i opierać się na szacunku, a także przypominając o wymogu poufności.

### Runda pierwsza – opowieść

- Jeden z uczestników **opowiada krótko** (1–2 minuty) o **niedawno zaistniałej interakcji w środowisku klinicznym lub na uczelni**, w której okazywanie empatii wydawało mu się ważne.
- Grupa zachęca opowiadającego, **aby skupił się na sposobie komunikacji i swoich reakcjach emocjonalnych**.

### Runda druga – informacje zwrotne

- Po wysłuchaniu historii każdy uczestnik zapisuje **jedno słowo lub krótką frazę** (np. „uważny”, „współczujący”, „ciepły”, „otwarty”), które opisuje empatyczne zachowanie opowiadającego.
- Opcjonalnie uczestnicy mogą też zapisać **jedną konstruktywną wskazówkę**, jeśli sądzą, że będzie to pomocne.
- Wszystkie informacje zwrotne są następnie przekazywane ustnie lub na karteczkach. W ten sposób osoba opowiadająca otrzymuje zbiorowe „echo” tego, jak jej empatia jest odbierana przez innych.

### 2. Refleksja

- Osoba znajdująca się na „gorącym krzeselku” zastanawia się nad otrzymanymi informacjami zwrotnymi, krótko mówi o tym, co najbardziej ją poruszyło, i określa obszary do dalszej pracy.

- Grupa może przeprowadzić krótką dyskusję dotyczącą typowych zagadnień związanych z empatyczną komunikacją i strategii służących jej wzmocnieniu.

### 3. Rotacja

- Ćwiczenie powtarza się z kolejnymi uczestnikami, aż każdy podzieli się swoją historią i otrzyma informację zwrotną.

#### Możliwe korzyści

- **Natychmiastowa, oparta na zabawie informacja zwrotna** – szybko dowiadujesz się, jak odbierane są twoje zachowania, co sprzyja rozwijaniu samoświadomości.
- **Wzajemne uczenie się** – dzielenie się doświadczeniami i opiniami tworzy wspierającą społeczność, w której wszyscy uczą się od siebie nawzajem, poznając swoje mocne strony i obszary wymagające rozwoju.
- **Bezpieczne środowisko** – atmosfera zabawy i ustrukturyzowane informacje zwrotne sprzyjają otwartości i zmniejszają lęk przed krytyką.
- **Refleksja i rozwój** – zastanawiając się nad „echem” swojego zachowania, można zacząć lepiej dostosowywać działania do wyznawanych wartości związanych z empatią.

### 4.2.3. Oceny behawioralne

Oceny behawioralne koncentrują się na analizie **rzeczywistych interakcji między pracownikami opieki zdrowotnej a pacjentami**.

Najczęściej obejmują one nagrywanie spotkań z pacjentami, które są następnie analizowane pod kątem określonych zachowań empatycznych.

#### 4.2.3.1. Systemy kodowania oparte na nagraniach wideo

Badacze opracowali szczegółowe [systemy kodowania do analizy zachowań werbalnych i niewerbalnych wskazujących na empatię](#). W niektórych badaniach [6] przeanalizowano częstość stosowania odzwierciedleń, ton głosu i mowę ciała przekazywaną podczas konsultacji. Metody takie umożliwiają dogłębną analizę dynamiki spotkań klinicznych, choć są pracochłonne i wymagają odpowiedniego przeszkolenia osób zajmujących się kodowaniem.

#### 4.2.3.2. Ćwiczenia z odgrywaniem ról

W trakcie [szkoleń opartych na symulacjach](#) uczestnicy odgrywają role w określonej sytuacji, a ich reakcje są obserwowane i oceniane pod kątem empatii. Tego typu ćwiczenia często wykorzystuje się w ramach działań edukacyjnych, mających na celu poprawę empatycznej komunikacji. Oceny behawioralne wypełniają lukę między subiektywnym poczuciem empatii a faktycznym działaniem, choć zapewnienie wysokiej trafności i odpowiedniego poziomu zgodności bywa wyzwaniem.

### ZASTANÓW SIĘ

W tym rozdziale dowiedziałeś się, że okazywanie empatii wiąże się z różnymi procesami biologicznymi w twoim organizmie.

Jak możesz tę wiedzę wykorzystać w praktyce?

Gdy obserwujesz inne osoby rozmawiające z pacjentami, spróbuj przez chwilę wyobrazić sobie, że oceniasz nagranie symulowanej sytuacji. Jakie sygnały empatii potrafisz dostrzec?

Oto wykaz, który może cię zainspirować:

<b>A. Sygnały mowy ciała</b>	Tak	Nie
<p><b>Postawa otwarta</b> – niekrzyżowanie rąk i zwrócenie się bezpośrednio w stronę pacjenta. Świadczy o otwartości i zaangażowaniu.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Lekkie pochylenie w przód</b> – świadczy o uważności i zainteresowaniu tym, co mówi pacjent.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Przytakiwanie głową</b> – niewielkie, powolne potakiwanie jest oznaką aktywnego słuchania i rozumienia.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Utrzymywanie kontaktu wzrokowego</b> – patrzenie na pacjenta (bez intensywnego wpatrywania się) daje mu poczucie uwagi.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Odzwierciedlanie wyrazu twarzy</b> – subtelne odzwierciedlanie emocji pacjenta (np. zaniepokojone spojrzenie, gdy wyraża niepokój) pomaga w budowaniu więzi.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Delikatny dotyk (w odpowiednich okolicznościach)</b> – lekki dotyk ramienia lub dłoni może przynieść pociechę lub zapewnić otuchę w niektórych sytuacjach.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>B. Sygnały werbalne</b></p>		
<p><b>Słuchanie odzwierciedlające</b> – parafrazowanie lub streszczanie wypowiedzi pacjenta, aby potwierdzić zrozumienie (np. „Wygląda na to, że ostatnio czuł się pan przytłoczony”).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>Uznawanie uczuć</b> – akceptowanie emocji bez oceniania (np. „<i>To musi być dla pani naprawdę trudne</i>”).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Przekazywanie słów zachęty</b> – stosowanie wspierających wyrażań typu: „<i>Jestem tu, by panu pomóc</i>”, „<i>Rozumiem, dlaczego czuje się pani w taki sposób</i>”.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Łagodny ton głosu</b> – mówienie spokojnym, ciepłym tonem głosu, bez pośpiechu i obojętności.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Chwila zastanowienia przed udzieleniem odpowiedzi</b> – krótkie milczenie po wypowiedzi pacjenta sygnalizuje, że jego słowa zostały uważnie przemyślane.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4.2.4. Pomiary fizjologiczne i neurologiczne

Postęp technologiczny otworzył nowe możliwości obiektywnego pomiaru różnych aspektów empatii za pomocą wskaźników fizjologicznych i neurologicznych.

##### 4.2.4.1. Badania neuroobrazowe

**Funkcjonalny rezonans magnetyczny (fMRI)** wykorzystano do badania neuronalnych korelatów empatii. Badacze zidentyfikowali obszary mózgu (takie jak przednia wyspa i przednia kora zakrętu obręczy), które są aktywowane podczas reakcji empatycznych. Choć metoda ta dostarcza cennych informacji na temat biologicznych podstaw empatii, jej zastosowanie w praktyce klinicznej jest ograniczone ze względu na wysokie koszty i złożoność procedury.

#### 4.2.4.2. Markery fizjologiczne

Wskaźniki takie jak **zmienność rytmu serca (HRV)** stają się potencjalnymi wyznacznikami regulowania emocji i empatii. HRV odzwierciedla dynamiczną równowagę autonomicznego układu nerwowego i jest powiązane z regulacją stresu oraz reaktywnością emocjonalną. Choć wskaźniki fizjologiczne i neurologiczne dostarczają obiektywnych, wymiernych danych, ich wykorzystanie w codziennych sytuacjach klinicznych lub edukacyjnych nadal pozostaje ograniczone.

#### 4.2.5. Pomiary pośrednie

Celem pomiarów pośrednich jest uchwycenie nieświadomych postaw i uprzedzeń, które trudno ujawnić w samoocenie. Na przykład analiza czasu reakcji podczas kategoryzowania słów lub obrazów może ujawnić ukryte uprzedzenia wobec różnych grup społecznych. Pomiary pośrednie zapewniają dodatkowy poziom zrozumienia, odkrywając leżące u podstaw procesy poznawcze. Powinny one jednak być stosowane w połączeniu z metodami bezpośrednimi, aby uzyskać pełniejszy obraz empatii wśród pracowników opieki zdrowotnej.

##### 4.2.5.1. Test utajonych skojarzeń (IAT)

Choć test IAT został pierwotnie opracowany do pomiaru ukrytych uprzedzeń, jego zmodyfikowane wersje umożliwiają również ocenę ukrytych aspektów empatii bądź braku empatii.

Test IAT [7] może ujawnić automatyczne skojarzenia związane z reakcjami empatycznymi, dając wgląd w takie aspekty empatii, których badana osoba może nie być w pełni świadoma lub nie chce ujawniać. Mimo swojej

użyteczności test IAT w kontekście empatii jest rzadziej stosowany niż inne metody pomiaru i wymaga dalszej weryfikacji w środowisku klinicznym.

#### **PAMIĘTAJ**

Empatia jest zjawiskiem złożonym, dlatego jej pomiar wymaga stosowania różnorodnych metod. Wiemy, że samoocena może dostarczać cennych informacji o subiektywnym doświadczaniu empatii, ale warto ją uzupełniać bardziej obiektywnymi metodami.

W praktyce oznacza to konieczność uzyskiwania opinii z zewnątrz w codziennej pracy lub gotowość do udziału w szkoleniach obejmujących ćwiczenia symulacyjne.

Mamy nadzieję, że ten rozdział motywuje nie tylko do pogłębiania wiedzy na temat własnej empatii, ale także do wykorzystywania nowych narzędzi pozwalających ją obserwować i lepiej zrozumieć.

Dobrym punktem wyjścia może być większa uważność na własne reakcje fizjologiczne i emocjonalne w kontaktach z pacjentami oraz wykorzystanie przygotowanego przez nas wykazu, by bardziej świadomie rozpoznawać oznaki empatii.

## 4.3. Czas i miejsce pomiaru empatii

### 4.3.1. Na uczelniach

W środowiskach akademickich pomiar empatii jest często włączany do programów kształcenia studentów medycyny i pielęgniarstwa.

Laboratoria symulacyjne i ćwiczenia z odgrywaniem ról stwarzają bezpieczne, kontrolowane warunki do ćwiczenia interakcji z pacjentami. Symulacje te powinny obejmować standaryzowanych pacjentów – profesjonalnych aktorów, którzy odtwarzają określone przypadki medyczne i sygnały emocjonalne. To pozwala ewaluatorom ocenić, jak dobrze studenci wykorzystują umiejętności komunikacji opartej na empatii w realistycznych sytuacjach.

Włączenie oceny empatii do programów nauczania nie tylko podkreśla znaczenie opieki opartej na współczuciu, ale także pozwala nauczycielom śledzić rozwój tych kompetencji w czasie. Dzięki opartym na przemyśleniu podsumowaniom, przeglądowi nagrań wideo i ustrukturyzowanym sesjom przekazywania informacji zwrotnych studenci uczą się identyfikować obszary wymagające poprawy i rozwijać swoje mocne strony.

#### 4.3.2. W środowisku klinicznym

W warunkach klinicznych pomiar empatii przyjmuje nieco inną formę. Powszechne są oceny przeprowadzane w szpitalu podczas obchodów lub wywiadów z pacjentami, gdzie obserwacje w czasie rzeczywistym dostarczają informacji na temat empatii lekarza. Biorąc pod uwagę dużą presję i szybkie tempo pracy w wielu placówkach medycznych, użyte metody muszą być dostosowane do wypełnionych obowiązkami i stresującego środowiska pracy. Przykładem jest skala CARE (Consultation and Relational Empathy), umożliwiająca ocenę interakcji między pacjentem a lekarzem w realnych warunkach. Takie pomiary pozwalają wypełnić lukę między szkoleniem opartym na symulacjach a rzeczywistą praktyką, zapewniając, że empatyczne zachowania utrzymują się nawet w trudnych warunkach.

### 4.3.3. Oceny interdyscyplinarne i zespołowe

Empatia jest niezbędna nie tylko w kontaktach z pacjentami, ale także odgrywa **kluczową rolę w pracy zespołów interdyscyplinarnych**. Jej pomiar pomaga ocenić **jakość współpracy i komunikacji między członkami zespołu**. Szczególnie przydatne są tu narzędzia przeznaczone do **przekazywania informacji zwrotnych metodą 360 stopni**, w której opinie wyrażają współpracownicy, przełożeni, a czasem także pacjenci. Badanie dotyczy zarówno empatii poszczególnych osób, jak i jej wpływu na pracę zespołową, która, jak wiadomo, ma związek z lepszymi wynikami leczenia pacjentów i poprawą morale personelu.

Badania wykazały, że zespoły o wyższym poziomie empatii zbiorowej zazwyczaj charakteryzują się **skuteczniejszą komunikacją, mniejszą liczbą konfliktów i większą zdolnością do koordynowania opieki w stresujących warunkach** [8, 9].

## 4.4. O czym należy pamiętać podczas oceny empatii

Przy wyborze narzędzia do pomiaru empatii warto wziąć pod uwagę kilka czynników, aby mieć pewność, że pomiar dostarcza rzeczywiście wartościowych informacji.

### 4.4.1. Pomiary podłużne i przekrojowe

Oceny podłużne pozwalają nauczycielom i badaczom **śledzić rozwój empatii w czasie**. Dostarczają informacji o utrzymywaniu się i ewolucji umiejętności empatycznych, zwłaszcza po zastosowaniu określonych interwencji. Z kolei badania przekrojowe przedstawiają **obraz empatii w danym momencie**, co bywa przydatne w przypadku wstępnych ocen, ale nie pozwalają uchwycić zmian długoterminowych. Wybór rodzaju pomiaru powinien zależeć od celów badawczych lub edukacyjnych.

#### 4.4.2. Kwestie etyczne i poufność

Podczas pomiaru empatii nadrzędne znaczenie mają kwestie etyczne, takie jak [wyrażenie świadomej zgody](#), [poufność](#) i [ochrona danych](#). Osoba badana powinna mieć pewność, że wyniki będą wykorzystywane w sposób dyskretny i konstruktywny, wspierając jej rozwój zawodowy.

Dotyczy to zwłaszcza cyfrowych testów empatii, z których liczne można znaleźć na stronach internetowych (część z nich wykorzystuje dane osobowe w celach komercyjnych). Sytuacja ta zmotywowała zespół ERUDIte do stworzenia finansowanej przez UE niekomercyjnej platformy internetowej, która od początku 2026 roku umożliwi bezpieczne, samodzielne i poufne badanie poziomu empatii.

#### 4.4.3. Ciągły rozwój zawodowy

Pomiar empatii powinien zostać włączony do [realizowanych działań związanych z rozwojem zawodowym](#). [Regularne badania empatii](#) mogą zachęcać do ciągłego doskonalenia umiejętności interpersonalnych.

Dlatego należy pamiętać o [ocenach empatii](#) i [uzyskiwaniu informacji zwrotnych](#) oraz o [obserwacji swojego rozwoju osobistego w trakcie całego okresu kształcenia i praktyki zawodowej](#).

### 4.5. Kierunki dalszego rozwoju

#### 4.5.1. Najnowsze trendy w obszarze cyfrowych i opartych na sztucznej inteligencji ocen empatii

Postęp technologiczny otworzył drogę do stosowania narzędzi cyfrowych i metod opartych na sztucznej inteligencji w pomiarze empatii. Przykładowo, [analiza wyrazu twarzy i tonu głosu w czasie rzeczywistym podczas rozmowy z pacjentem](#) może dostarczyć obiektywnych

danych o reakcjach empatycznych. Choć technologie te są nadal we wczesnej fazie rozwoju, mają potencjał do wprowadzenia bardziej zaawansowanych, ciągłych pomiarów, które uzupełnią tradycyjne metody.

#### 4.5.2. Obiektywność i informacje zwrotne w czasie rzeczywistym

Zastosowanie platform cyfrowych do oceny empatii może zwiększyć obiektywność, minimalizując wpływ ludzkich uprzedzeń. Czujniki noszone na ciele i aplikacje mobilne potrafią rejestrować fizjologiczne wskaźniki stresu i zaangażowania emocjonalnego, dostarczając informacje zwrotne w czasie rzeczywistym, które można wykorzystać do natychmiastowych działań edukacyjnych.

#### 4.5.3. Pozostałe obszary badań

Mimo osiągniętych postępów kilka kwestii wymaga dalszych analiz. Przyszłe badania powinny skupić się na analizie zależności między ocenami empatii a długoterminowymi wynikami pacjentów, na przykład w zakresie przestrzegania zaleceń terapeutycznych i ogólnej satysfakcji z leczenia. Ponadto ważne jest sprawdzenie, jak pomiary empatii są skorelowane ze wskaźnikami dobrostanu lekarzy i ich odporności psychicznej. Wyniki takich badań pomogą udoskonalić narzędzia oceny i programy szkoleniowe.

### **KLUCZOWE ZAGADNIENIA**

Pomiar empatii wśród pracowników ochrony zdrowia jest złożonym, ale niezwykle ważnym działaniem, mającym istotne znaczenie zarówno dla jakości opieki nad pacjentami, jak i dobrostanu personelu medycznego. Rzetelne wyniki wymagają uwzględnienia kwestii psychometrycznych, zasad etycznych oraz praktycznych strategii wdrożeniowych w celu zapewnienia wiarygodności i przydatności ocen empatii.

Institucje mogą sprzyjać tworzeniu **środowiska, w którym empatia jest stale wzmacniana**. Wraz z pojawieniem się metod cyfrowych i opartych na sztucznej inteligencji możliwości przeprowadzania **bardziej obiektywnych pomiarów w czasie rzeczywistym** będą się dalej zwiększać, torując drogę innowacyjnym podejściom do zrozumienia i poprawy empatii.

Ostatecznie celem systematycznych ocen empatii nie jest wyłącznie pomiar umiejętności, lecz także **wzmacnianie wartości, które są podstawą opieki opartej na współczuciu**. Dzięki temu możliwa jest poprawa wyników leczenia pacjentów oraz **wzmacnianie odporności psychicznej i satysfakcji personelu medycznego**. Włączanie tych metod oceny do codziennej praktyki w miarę rozwoju kariery zawodowej będzie miało kluczowe znaczenie dla zapewniania pacjentom efektywnej opieki opartej na empatii.



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

Rozwijanie empatii to nie tylko poznawanie teorii – to przede wszystkim aktywne zaangażowanie w **rzeczywiste sytuacje, autorefleksja i świadoma komunikacja**.

Metody wspierające ten proces mogą się znacznie różnić pod względem form i warunków, w jakich są stosowane. Poniżej omówimy trzy szerokie, częściowo przenikające się kategorie działań ukierunkowanych na rozwój empatii, które okazały się szczególnie skuteczne w edukacji medycznej:

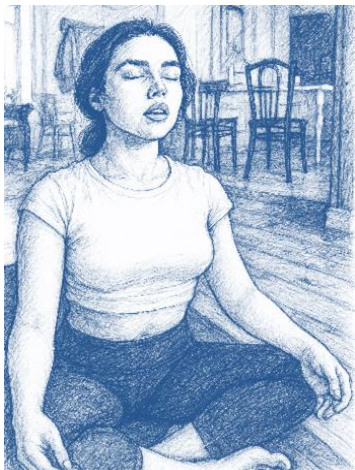
- działania oparte na uważności (mindfulness) i refleksji;
- techniki ekspresyjne, czyli trening komunikacji werbalnej i niewerbalnej;
- uczenie immersyjne i uczenie oparte na doświadczeniu.

## 5.1. Mindfulness i refleksja

Takie praktyki pomagają lepiej zrozumieć własne reakcje emocjonalne, a także trafniej odczytywać emocje innych osób.

### 5.1.1. Działania oparte na metodzie mindfulness

Praktyki oparte na uważności mają na celu rozwijanie świadomości i umiejętności regulowania emocji poprzez ćwiczenia oddechowe, medytację i koncentrację uwagi. Regularne stosowanie tych metod pomaga zmniejszać stres, rozwijać nieoceniającą świadomość myśli i uczuć oraz podnosić inteligencję emocjonalną, co bezpośrednio wzmacnia empatię.



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

- **Ćwiczenia oddechowe** – kontrola oddechu **aktywuje przywspółczulny układ nerwowy, sprzyjając relaksacji i zmniejszając niepokój**. Jedną ze skutecznych technik jest **oddychanie przeponowe**, polegające na głębokim wdechu przez nos, rozszerzeniu brzucha i powolnym wydechu przez usta.
- Inną popularną techniką jest **metoda 4-7-8**, która polega na wdychaniu powietrza przez cztery sekundy, wstrzymywaniu oddechu na siedem sekund i wydychaniu powietrza przez osiem sekund. Metoda ta jest szczególnie pomocna w redukcji stresu i poprawie jakości snu. **Oddychanie kwadratowe (pudełkowe)** polega na oddechu w cyklu składającym się z czterech równych etapów (po 4 sekundy każdy): wdechu, wstrzymania oddechu, wydechu i ponownego wstrzymania oddechu.
- Medytacja to nie tylko jedna z form relaksacji, ale również sposób na pogłębianie samoświadomości i empatii. Gdy poświęcasz czas na zwolnienie tempa i wsłuchanie się we własne myśli i emocje, stajesz się bardziej świadomy uczuć innych ludzi.

Szczególną wartość w rozwijaniu empatii i współczucia ma medytacja miłującej dobroci (Metta). Polega ona na cichym kierowaniu pozytywnych myśli najpierw do siebie, potem do bliskich, znajomych, a także do osób, z którymi mamy trudne relacje. Systematyczne praktykowanie tej metody pomaga patrzeć na innych z większym zrozumieniem i życzliwością.

**Aby zapoznać się z medytacją Metta**

**[KLIKNIJ TUTAJ](https://www.youtube.com/watch?v=tY3NnodM3Ww)**

(<https://www.youtube.com/watch?v=tY3NnodM3Ww>)

LUB ZESKANUJ



- **Ćwiczenia skupionej uwagi oparte na metodzie mindfulness** wspierają również rozwój empatii, ponieważ pomagają w pełni skupić się na teraźniejszości. Zamiast reagować automatycznie, uczysz się słuchać i doświadczać z cierpliwością i otwartością, umiejętnościami niezwykle cennymi zarówno w medycynie, jak i w codziennym życiu. Praktykowanie tego rodzaju ćwiczeń może polegać na przykład na **skupianiu się na oddechu i liczeniu każdego wdechu oraz wydechu do dziesięciu**. Gdy zauważysz, że myśli zaczynają błądzić, delikatnie sprowadź uwagę z powrotem do liczenia i zacznij od nowa.
- Inne ćwiczenie polega na zamknięciu oczu i **skupianiu uwagi na różnych częściach ciała**, dostrzegając wszelkie pojawiające się odczucia, nie oceniając ich. Technika ta nazywa się skanowaniem ciała i pomaga wzmocnić świadomość oraz koncentrację.
- Innym popularnym ćwiczeniem jest **obserwacja przedmiotów**. Wybierz jeden obiekt, na przykład liść lub ołówek, i poświęć mu pełną uwagę – dostrzegaj szczegóły faktury, kształtu, koloru czy zapachu, bez pośpiechu i ograniczeń czasowych.

Aby zapoznać się z przykładową medytacją  
uważnego jedzenia

[KLIKNIJ TUTAJ](https://www.youtube.com/watch?v=qh26nYk0Ygw)

(<https://www.youtube.com/watch?v=qh26nYk0Ygw>)

LUB ZESKANUJ



### 5.1.2. Oparte na refleksji ćwiczenia przyjmowania perspektywy innych osób

Zachęcanie ludzi do wyjścia poza własny punkt widzenia i spojrzenia na świat z perspektywy innych wzmacnia empatię oraz ułatwia zrozumienie złożonych ludzkich emocji [1,2]. Pomocne mogą być działania takie jak [czytanie historii pacjentów, książek, a także oglądanie filmów i dokumentów](#), które pozwalają wczuć się w cudze doświadczenia.

#### Przykład opowieści pacjenta: „Dzień z życia pacjenta z przewlekłym bólem”

*Budzę się wyczerpana, a moje ciało jest obolałe jeszcze przed rozpoczęciem dnia. Fibromialgia nie tylko powoduje ból – odbiera mi sen, energię i cierpliwość. Nawet ciężar kołdry jest nie do zniesienia. Poranek zaczyna się od garści tabletek i psychicznego przygotowania na nadchodzący dzień. W pracy nikt nie widzi moich zmagania.*

*„Nie wyglądasz na chorą” – mówią, nie zdając sobie sprawy, ile wysiłku wymaga ode mnie utrzymanie pozorów „normalności”. Najdrobniejsze zadania mnie wyczerpują, a próby wyjaśniania mojego bólu wydają się bezcelowe.*

*Podczas wizyty u lekarza spodziewam się, że jak zwykle moje objawy zostaną zbagatelizowane. „Może to tylko stres” – zasugerował lekarz. Już to słyszałam wielokrotnie. Jeśli ból jest niewidoczny, łatwo nie uwierzyć w jego istnienie. Ta frustracja jest równie wyczerpująca, jak sama choroba.*

*Wieczorem ogarnia mnie zmęczenie. Moja rodzina stara się mnie wspierać, ale nawet im trudno się pogodzić z moimi nieprzewidywalnymi ograniczeniami. Są dni, kiedy mogę gotować, i takie, kiedy ledwo się poruszam. Tęsknię za dawną sobą, która nie musiała rozważać konsekwencji każdego ruchu. Kiedy leżę w łóżku i nie mogę zasnąć z powodu dolegliwości, przypominam sobie: tak, mój ból jest niewidoczny, ale prawdziwy. I jutro znów będę musiała z nim się zmierzyć.*

Tego rodzaju ćwiczenia, zwłaszcza połączone z moderowaną dyskusją, pomagają dostrzec emocjonalne, społeczne i psychologiczne aspekty doświadczeń związanych z opieką zdrowotną.

#### Filmy polecane na potrzeby ćwiczeń z przyjmowania perspektywy innych:

*Dowcip (2001)* – historia kobiety-naukowca, u której zdiagnozowano nieuleczalny nowotwór, przez co doświadcza na sobie klinicznych i emocjonalnych aspektów opieki nad osobami w ostatnim okresie życia.

*Motyl i skafander (2007)* – poruszająca historia mężczyzny cierpiącego na zespół zamknięcia, który mimo całkowitego paraliżu uczy się komunikować.

*Still Alice (2014)* – obraz wczesnej postaci choroby Alzheimera i jej wpływu na pacjentkę oraz jej bliskich.

*Niedotykalni (2011)* – wzruszająca historia o przyjaźni między mężczyzną z porażeniem czterokończynowym i jego niezwykłym opiekunem.

*Gwiazd naszych win (2014)* – film porusza temat miłości, choroby i wyzwań młodych osób chorych na raka.

*Ja w środku tańczę (2004)* – historia młodego mężczyzny cierpiącego na dystrofię mięśni, umieszczonego w zakładzie opiekuńczym.

*W stronę morza (2004)* – prawdziwa opowieść o Ramónie Sampedro, sparaliżowanym mężczyźnie walczącym o prawo do godnej śmierci.

### Podcasty polecane do ćwiczeń z przyjmowania perspektywy innych:

*This Is Not What I Ordered (To nie to, co zamówiłem)* – historie osób żyjących z przewlekłą chorobą i niepełnosprawnością, skupione na odporności psychicznej i dbaniu o siebie (<https://laurenselridge.com/listen>).

*The Nocturnists (Lekarz na nocnej zmianie)* – osobiste opowieści pracowników ochrony zdrowia o doświadczeniach związanych z medycyną, relacjach z pacjentami i dylematach etycznych (<https://thenocturnists.org>).

*Terrible, Thanks for Asking (Straszne, dzięki, że pytasz)* – podcast o złożoności ludzkich emocji, żałobie i doświadczeniach pacjentów (<https://feelingsand.co/podcasts/terrible-thanks-for-asking/>).

### Książki polecane do ćwiczeń z przyjmowania perspektywy innych:

*Jeszcze jeden oddech (When Breath Becomes Air)*, Paul Kalanithi (2016) – poruszająca historia neurochirurga zmagającego się z nieuleczalnym rakiem płuc, pełna refleksji na temat życia, śmierci i znaczenia medycyny.

*The Beauty in Breaking*, Michele Harper (2020) – pamiętnik lekarki pogotowia ratunkowego, łączący osobistą historię powrotu do zdrowia z opowieściami o leczeniu pacjentów zmagających się z traumą i cierpieniem.

*Będzie bolało. Sekretny dziennik młodego lekarza (This Is Going to Hurt: Secret Diaries of a Junior Doctor)*, Adam Kay (2017) – humorystyczna i zarazem pouczająca relacja z pracy młodego lekarza w brytyjskiej ochronie zdrowia, ukazująca presję i emocjonalne wyzwania związane ze zdobywaniem zawodu w medycynie.

*The Empathy Exams*, Leslie Jamison (2014) – zbiór esejów poświęconych bólowi, chorobie i cierpieniu emocjonalnemu, analizujących, jak odnosimy się do doświadczeń innych i czym naprawdę jest empatia.

*The Language of Kindness*, Christie Watson (2019) – pamiętnik pielęgniarki, ukazujący codzienność pracy w ochronie zdrowia oraz rolę współczucia, odporności i siły emocjonalnej w opiece nad pacjentami w najtrudniejszych dla nich chwilach.

*That One Patient: Doctors and Nurses' Stories of the Patients Who Changed Their Lives Forever*, Ellen de Visser (2021) – zbiór wspomnień lekarzy i pielęgniarek o pacjentach, którzy wywarli na nich trwałe wpływy.

*Oskar i pani Róża*, Éric-Emmanuel Schmitt (2002) – wzruszająca powieść o nieuleczalnie chorym dziesięcioletku, który nawiązuje głęboką więź ze starszą wolontariuszką, odwiedzającą chorych w szpitalu. Oscar z humorem, ciekawością i mądrością analizuje swoje ostatnie dni, dzieląc się głęboką refleksją na temat choroby, nadziei i siły więzi międzyludzkich.

*Dżuma*, Albert Camus (1947) – powieść filozoficzna rozgrywająca się podczas epidemii śmiertelnej choroby, poruszająca tematy ludzkiego cierpienia, solidarności, wyborów moralnych i granic medycyny.

## 5.2. Techniki ekspresji – trening umiejętności w zakresie komunikacji werbalnej i niewerbalnej

### 5.2.1. Omawianie swoich doświadczeń

W trakcie studiów medycznych studenci mają wiele okazji do omawiania doświadczeń klinicznych i dzielenia się refleksjami na ich temat.

Jedną z takich form są **grupy Balinta** – fora terapeutyczne, na których pracownicy opieki zdrowotnej, w tym studenci medycyny i doświadczeni lekarze, wspólnie analizują emocjonalne i psychologiczne aspekty swojej pracy z pacjentami. Metodę tę opracował węgierski psychoanalityk i lekarz Michael Balint, początkowo z myślą o lekarzach rodzinnych, by pomóc im lepiej rozumieć relację pacjent–lekarz. Balint uważał, że emocjonalna reakcja lekarza wobec pacjentów może znacząco wpływać na jakość opieki. Podczas sesji uczestnicy zastanawiają się nad swoimi emocjonalnymi reakcjami w trakcie opieki nad pacjentem i angażują się w dyskusje, które rozbudzają świadomość emocjonalną oraz empatię.

Spotkania grup Balinta zazwyczaj obejmują przedstawienie przypadku pacjenta przez jednego z uczestników, po czym następuje dyskusja skupiona nie na decyzjach klinicznych, lecz na emocjonalnym i relacyjnym aspekcie interakcji z pacjentem. Gdy członkowie grupy dzielą się swoimi reakcjami, obawami i niepewnością, uzyskują informacje zwrotne od pozostałych uczestników i wsparcie od przeszkolonego lidera, który prowadzi dyskusję, jednocześnie dbając o to, by koncentrowała się ona na dynamice emocjonalnej [3].

#### *Refleksje młodego lekarza po udziale w grupie Balinta*

*Podczas praktyki rotacyjnej na czwartym roku medycyny zostałem przydzielony do opieki nad panem J., 68-letnim pacjentem z zaawansowanym rakiem płuc. Cierpiął on na silny ból, miewał epizody utraty przytomności i ogromny niepokój o dalsze rokowania. Pewnego dnia odbyliśmy emocjonalną rozmowę na temat jego obaw, żalu i wpływu choroby na rodzinę. Mimo że udzieliłem mu możliwie najlepszego wsparcia i pocieszenia, ogarnęło mnie przytłaczające poczucie bezradności, ponieważ zdałem sobie sprawę, że żadna interwencja medyczna nie może odwrócić postępu choroby pana J.*

*Czułem się niekompetentny. Ogrom emocjonalnego bólu pana J. poruszył mnie głęboko. Wywołał poczucie straty, nie tylko ze względu na pana J., ale także ze względu na rodziny pozostawiane przez osoby nieuleczalnie chore. Obawiałem się, że w przyszłości spotkania z pacjentami będą wywoływać u mnie reakcje, na które nie będę przygotowany. Ten lęk zaczął przyćmiewać mój entuzjazm do medycyny, wywołując we mnie niepokój o przyszłe interakcje z pacjentami. Na szczęście trafiłem na wspianego mentora, który zachęcił mnie do udziału w grupie Balinta. Początkowo czułem się onieśmielony – otaczali mnie specjaliści, w tym lekarze, pielęgniarki i starsi studenci, którzy dzielili się swoimi doświadczeniami i odczuciami związanymi z opieką nad pacjentami. Podczas prezentacji opowiedziałem o spotkaniu z panem J., skupiając się na swojej bezradności i smutku. Moderator grupy stworzył wspierającą atmosferę, zachęcając innych do aktywnego słuchania i dzielenia się własnymi doświadczeniami. Kilku uczestników odniosło się do mojej sytuacji i podzieliło się podobnymi historiami o stracie i obciążeniu emocjonalnym, które odczuwali, opiekując się swoimi pacjentami.*

*Dzięki temu doświadczeniu zdałem sobie sprawę, że moje reakcje emocjonalne nie są wyjątkowe i że wielu pracowników ochrony zdrowia zmaga się z podobnymi uczuciami w obliczu cierpienia pacjentów. Dyskusja w grupie pozwoliła mi zrozumieć, jak ważne jest przepracowywanie emocji, a nie ich tłumienie. Wspólnie opracowaliśmy sposoby radzenia sobie z silnymi uczuciami w warunkach klinicznych – od szukania wsparcia kolegów po praktyki samoopieki i techniki uziemienia, z których można korzystać w trudnych emocjonalnie momentach. Udział w grupie Balinta sprawił, że poczułem się silniejszy i bardziej optymistycznie patrzyłem w swoją przyszłość w medycynie. Uważam, że grupa ta odegrała ważną rolę w kształtowaniu mojej tożsamości zawodowej. Utwierdziłem się w przekonaniu, że zaangażowanie emocjonalne jest siłą, która pogłębia relacje z pacjentami i wzbogaca praktykę lekarską.*

Podobną funkcję pełnią [sesje refleksyjne z superwizorem](#), podczas których starsi stażem klinicyści prowadzą dyskusje ze studentami nad trudnymi przypadkami pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem emocjonalnego i psychologicznego wymiaru opieki nad nimi. Dzielenie się osobistymi doświadczeniami w bezpiecznym i wspierającym środowisku sprzyja rozwojowi inteligencji emocjonalnej. Pomaga także w rozwijaniu umiejętności empatycznego reagowania w kontakcie z pacjentem.

### 5.2.2. Sesje refleksyjnego pisania

Technika ta umożliwia przeanalizowanie własnych doświadczeń klinicznych i towarzyszących im emocji oraz zachęca do pogłębienia samoświadomości, przetwarzania swoich uczuć i lepszego zrozumienia dynamiki interpersonalnej.

#### *Przebieg sesji refleksyjnego pisania*

##### *Wprowadzenie i uziemienie (5–10 min)*

- Moderator przedstawia temat przewodni spotkania (np. empatia, doświadczenia pacjentów, rozwój osobisty).
- Następnie prowadzi krótkie ćwiczenie uważności lub ćwiczenie oddechow, które pomaga uczestnikom skupić myśli.



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

#### *Podanie tematu i pisanie (15–20 min)*

- Moderator formułuje pytanie lub zadanie pobudzające do refleksji, na przykład „Opisz sytuację, w której trudno było ci nawiązać kontakt z pacjentem. Jakie pojawiły się przeszkody i jak mógłbyś inaczej postąpić w podobnej sytuacji w przyszłości?”.
- Uczestnicy piszą nieprzerwanie, bez zbytecznego zastanawiania się czy nanoszenia poprawek.

#### *Refleksje i dzielenie się opiniami (10–15 min, opcjonalnie)*

- Chętni dzielą się swoimi refleksjami w małych grupkach lub na forum całej grupy.
- Dyskusja koncentruje się na wnioskach, przeanalizowanych emocjach oraz na tym, jak przeprowadzone ćwiczenie może wpłynąć na codzienną praktykę zawodową.

#### *Podsumowanie i wnioski (5 min)*

- Uczestnicy zapisują najważniejsze spostrzeżenia oraz pomysły na to, w jaki sposób mogą je zastosować w swojej pracy zawodowej lub życiu osobistym.

### 5.2.3. Warsztaty artystyczne i twórczej ekspresji

W niektórych programach edukacyjnych uwzględnia się również warsztaty artystyczne i zajęcia twórczej ekspresji, podczas których studenci wyrażają swoje emocje związane z pracą z pacjentami poprzez różne formy twórczości – malarstwo, poezję, muzykę czy opowiadanie historii.

#### 5.2.4. Szkolenia z komunikacji medycznej

Skuteczna komunikacja interpersonalna jest niezbędna w budowaniu empatii w pracy klinicznej. Zajęcia i warsztaty mające na celu **ćwiczenie komunikacji** – z uwzględnieniem szerszej wiedzy psychologicznej na temat funkcjonowania i potrzeb pacjentów – pozwalają znacząco zwiększyć swoje umiejętności empatycznego reagowania.

Samo szkolenie zwykle koncentruje się na **naucze konkretnych technik komunikacyjnych**, takich jak siedzenie podczas rozmowy z pacjentem, nawiązywanie kontaktu wzrokowego, parafrazowanie wypowiedzi i wyrażanie zrozumienia (np. „Rozumiem”, „To musi być trudne”). Badania pokazują, że systematyczne wdrażanie tych technik zwiększa postrzeganą przez pacjentów empatię lekarza [4, 5, 6].

Protokoły dotyczące komunikacji, takie jak **Calgary-Cambridge Guide** [7] lub **SPIKES** [8], dostarczają jasnych wskazówek, jak prowadzić rozmowy w warunkach klinicznych, zwłaszcza w sytuacjach wymagających szczególnej delikatności [9, 10, 11]. Tego typu zajęcia zwykle przybierają różne formy, na przykład w części przedklinicznej obejmują ćwiczenia polegające na odgrywaniu ról, pracę ze standaryzowanymi pacjentami, symulacje z wykorzystaniem wirtualnej rzeczywistości, ćwiczenia z manekinami, a podczas rotacji klinicznych nacisk kładzie się na nadzorowane interakcje z pacjentami i obserwację doświadczonego personelu medycznego.

Przekazywanie złych wiadomości  
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10964998>)

### SPIKES PROTOCOL

SETTING



PERCEPTION



INVITATION



KNOWLEDGE



EMPATHY



STRATEGY AND  
SUMMARY



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI  
(ChatGPT, OpenAI, 2025)  
i zaczerpnięta ze strony Osmosis.com

## 5.3. Nauczanie immersyjne i oparte na doświadczeniu

Podczas tego rodzaju ćwiczeń uczestnicy biorą udział w [symulacjach lub doświadczeniach w świecie rzeczywistym](#), które wymagają od nich przyjęcia perspektywy innych osób.

### 5.3.1. Szkolenie z wykorzystaniem symulacji

Tego rodzaju aktywności umożliwiają uczestnikom [przećwiczenie scenariuszy klinicznych w bezpiecznych i kontrolowanych warunkach](#). Bez względu na to, czy obejmują odgrywanie ról, pracę z manekinami, czy stosowanie zaawansowanych technologicznie elektronicznych symulacji, ta metoda szkoleniowa pozwala doświadczyć perspektywy pacjenta.

[Ćwiczenia polegające na odgrywaniu ról](#), podczas których uczestnicy wcielają się w pracowników opieki zdrowotnej lub pacjentów z określonymi schorzeniami, pozwalają doświadczyć emocjonalnych i fizycznych wyzwań stojących przed pacjentem, zwiększając empatię i doskonaląc umiejętność okazywania współczucia. W trakcie typowej sesji uczestnikom przydzielane są role pracowników medycznych lub pacjentów. Każdy z nich otrzymuje szczegółowy scenariusz odzwierciedlający rzeczywiste sytuacje medyczne. Jako „pracownik opieki zdrowotnej” należy zebrać wywiad medyczny, przekazać diagnozę lub przeprowadzić trudną rozmowę, a jako „pacjent” – prezentować objawy, emocje i obawy na podstawie danego przypadku. Można na przykład wcielić się w młodą osobę dorosłą doświadczającą przewlekłego bólu, która czuje się zlekceważona przez poprzednich lekarzy. Innym przykładem jest starszy pacjent usiłujący zrozumieć nową diagnozę lub rodzic informowany o paraliżu dziecka po wypadku na nartach. Pod nadzorem instruktora sesja przebiega w zorganizowany sposób: „pracownik opieki zdrowotnej” przeprowadza konsultację i reaguje na sygnały emocjonalne, natomiast „pacjent” reaguje autentycznie. Po ćwiczeniu

następuje omówienie w grupie – uczestnicy analizują przebieg interakcji, wymieniają spostrzeżenia, otrzymują konstruktywne informacje zwrotne i omawiają obszary wymagające pracy.

Nowoczesne technologie, takie jak **e-symulacje 3D** i **rzeczywistość wirtualna (VR)**, pogłębiają to doświadczenie, tworząc immersyjne środowisko, które imituje rzeczywiste warunki kliniczne. Badania potwierdzają, że symulacje VR są szczególnie skuteczne w rozwijaniu zrozumienia emocjonalnego i poprawie postaw studentów, zwłaszcza wobec wrażliwych grup pacjentów [12, 13, 14].

### Wykorzystanie VR i e-symulacji 3D w szkołach medycznych

*Wyobraź sobie, że zakładasz gogle VR i nagle znajdujesz się w ciele starszego pacjenta z chorobą Parkinsona. Każdy krok jest powolny i niepewny. Ręce ci drżą, co sprawia, że proste czynności, takie jak zapinanie guzików koszuli czy picie wody, stają się prawdziwym wyzwaniem. Dzięki tej symulacji nie tylko poznajesz objawy choroby, ale w pełni doświadczasz codziennych trudności, z jakimi mierzą się pacjenci.*

*Coraz więcej szkół medycznych wykorzystuje VR i e-symulacje 3D, aby tworzyć immersyjne doświadczenia edukacyjne symulujące schorzenia, takie jak demencja, schizofrenia czy zaburzenia widzenia.*

*Przykładowo, niektóre uniwersytety korzystają z programów VR (np. Embodied Labs Dementia Simulator) lub aplikacji (np. A Walk Through Dementia), które symulują sposób, w jaki pacjent z demencją postrzega świat, wraz z zaburzeniami pamięci i przeciążeniem sensorycznym. Inne aplikacje umożliwiają bezpośrednią interakcję z wirtualnymi pacjentami, wymagając od użytkownika reagowania na ich emocje i obawy w czasie rzeczywistym.*

*Takie doświadczenia mogą pomóc w rozwijaniu głębszego zrozumienia emocji, co przekłada się na lepszy kontakt z pacjentami w rzeczywistych warunkach klinicznych.*

[Standaryzowani pacjenci \(wyszkoleni aktorzy\) i zaawansowane symulatory medyczne](#) (manekiny medyczne do opieki nad pacjentem, np. SimMan lub SimMom) umożliwiają nie tylko ćwiczenie technicznych aspektów opieki ogólnej i ratunkowej, ale także empatycznej reakcji na symulowane cierpienie, pomagając użytkownikom udoskonalać ich decyzje kliniczne i reakcje emocjonalne.

[Ćwiczenia z zawiązanymi oczami lub ograniczeniem mobilności](#) mogą być okazją do zmierzenia się z różnymi sytuacjami klinicznymi, takimi jak poruszanie się na wózku inwalidzkim lub z zawiązanymi oczami, aby doświadczyć niepełnosprawności ruchowej i sensorycznej, a tym samym rozwinąć empatię wobec pacjentów z niepełnosprawnościami.

[Symulacje międzykulturowe i wyjazdy immersyjne](#) to działania umożliwiające uczestnikom kontakt z różnymi środowiskami kulturowymi. W przypadku studentów medycyny może to przynieść korzyści w postaci rozwijania empatii wobec pacjentów pochodzących z różnych kręgów społeczno-kulturowych. Programy immersji kulturowej w szkołach medycznych zachęcają do kontaktu z różnorodnymi społecznościami, dzięki czemu można zrozumieć wyzwania, z jakimi się stykają.

[Erasmus+, Global Health Placements \(zagraniczne praktyki medyczne\) i możliwości studiowania za granicą](#)  
Studenci uczestniczący w programach wymiany, takich jak Erasmus+ czy międzynarodowe misje medyczne, pracują w różnych ośrodkach opieki zdrowotnej, stykając się z różnymi przekonaniami kulturowymi, odmiennością ochrony zdrowia i wyzwaniami komunikacyjnymi. Takie doświadczenia mają zasadnicze znaczenie dla poprawy empatii międzykulturowej, tolerancji i zdolności do angażowania się w kontakt z pacjentami w bardziej spersonalizowany sposób.

## Immersja w społeczności uchodźców i grup o ograniczonym dostępie do opieki zdrowotnej

Niektóre programy kształcenia medycznego wymagają od studentów pracy w klinikach dla uchodźców, wiejskich szpitalach lub miejskich ośrodkach pomocy społecznej. Tam mają okazję spotkać pacjentów, którzy doświadczyli traumy, przymusowego wysiedlenia lub zmagają się z trudnościami społeczno-ekonomicznymi. Aby umożliwić takie doświadczenia, szkoły medyczne często nawiązują współpracę z placówkami opieki zdrowotnej dla uchodźców. Studenci mogą w nich prowadzić badania przesiewowe wśród nowo przybyłych imigrantów, co pozwala im lepiej zrozumieć dysproporcje zdrowotne oraz uwarunkowania społeczne wpływające na stan zdrowia tych populacji. Programy takie jak Street Medicine dają studentom możliwość pracy z osobami w kryzysie bezdomności, ucząc, jak poruszać się wśród złożonych uwarunkowań społecznych i zdrowotnych.

### Przejmij inicjatywę! Samodzielnie kształtuj ścieżkę swojej edukacji medycznej

*Jeśli twoja uczelnia nie oferuje w ramach programu nauczania zajęć umożliwiających immersję w społeczności uchodźców czy osób o ograniczonym dostępie do opieki zdrowotnej, możesz poszukać takich możliwości samodzielnie. Pomocne są organizacje studenckie, takie jak EMSA (Europejskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny) czy IFMSA (Międzynarodowa Federacja Stowarzyszeń Studentów Medycyny), które regularnie organizują projekty humanitarne i wymiany kliniczne. Warto też sprawdzić oferty wolontariatu w lokalnych organizacjach pozarządowych, organizacjach pomocy uchodźcom czy inicjatywach zdrowotnych na rzecz lokalnej społeczności, a także zorganizowane projekty humanitarne i wymiany kliniczne. Dodatkowo możesz sprawdzić oferty wolontariatu w lokalnych organizacjach pozarządowych, ośrodkach pomocy uchodźcom czy w ramach inicjatyw zdrowotnych na rzecz lokalnej społeczności.*

### Moduły międzykulturowej interakcji z pacjentem

Podczas specjalnych sesji studenci pracują nad studiami przypadków, które wymagają komunikowania się z pacjentami z różnych środowisk kulturowych, często z udziałem tłumaczy lub przy użyciu dostosowanych kulturowo modeli opieki zdrowotnej. Takie zajęcia rozwijają umiejętność zapewniania skutecznej opieki z zachowaniem wrażliwości.

Moduły dotyczące międzykulturowej interakcji z pacjentem łączą wspomniane wcześniej techniki nauczania i ćwiczenia, stosując je w określonych kontekstach międzykulturowych. Mogą obejmować aktywności takie jak:



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

- **Analiza scenariuszy dotyczących pacjentów, w których czynniki kulturowe i przekonania wpływają na decyzje dotyczące opieki zdrowotnej.** Sesje te zazwyczaj obejmują przeczytanie lub obejrzenie scenariusza, omówienie kwestii etycznych i praktycznych oraz odgrywanie ról w celu przećwiczenia możliwych reakcji. Celem jest nauczenie się, jak radzić sobie w trakcie złożonych interakcji kulturowych z wrażliwością i profesjonalizmem, zapewniając opiekę skoncentrowaną na pacjencie z poszanowaniem wartości drugiego człowieka. Studium przypadku może przedstawiać muzułankę, która ze względów religijnych woli być leczona przez lekarzkę, co skłania do dyskusji na temat uwzględniania preferencji pacjentów przy zachowaniu profesjonalnych granic. Innym przykładem może być pacjent pochodzący z kultury kolektywistycznej, gdzie decyzje o leczeniu podejmuje rodzina, co prowokuje dyskusję o łączeniu szacunku dla tradycji z zasadą autonomii pacjenta.

## Przykład scenariusza: tradycyjna chińska rodzina a podejmowanie decyzji medycznych

U pana Liu, 72-letniego mężczyzny, zdiagnozowano niedawno nieuleczalnego raka. Jego rodzina, kierując się tradycyjnymi chińskimi wartościami, prosi lekarza, by nie informować pacjenta o chorobie. Uważają, że rozmowa o nieuleczalnym schorzeniu spowoduje u niego silny stres emocjonalny i przyspieszy pogorszenie stanu zdrowia. Rodzina chce podejmować decyzje w jego imieniu. Rolą lekarza jest uwzględnienie tej perspektywy kulturowej, przy jednoczesnym poszanowaniu autonomii pacjenta oraz zasad etyki lekarskiej. **Struktura zajęć:**

1. **Prezentacja przypadku.** Studenci zapoznają się z opisem lub nagraniem dotyczącym studium przypadku i zawierającym szczegółowe informacje na temat stanu zdrowia pana Liu, prośby jego rodziny oraz fakt, że pacjent ma ograniczoną świadomość swojej sytuacji.
2. **Dyskusja w małych grupach.** Uczestnicy omawiają możliwe dylematy etyczne: Czy lekarz powinien uszanować życzenia rodziny? Jak zapewnić pacjentowi prawo do autonomii, szanując jednocześnie jego przekonania kulturowe?
3. **Ćwiczenie z odgrywaniem ról.** W małych grupach lub na forum studenci wcielają się w role lekarza, członków rodziny i pacjenta, symulując rozmowę w gabinecie lekarskim.

Przykładowy dialog mógłby w tym przypadku wyglądać tak:

*Lekarz: Rozumiem, że chce pan chronić ojca i zadbać o jego dobre samopoczucie. Czy może pan dokładniej wyjaśnić, dlaczego rozmowa o chorobie mogłaby mu zaszkodzić?*

*Syn pana Liu: W naszej kulturze uważa się, że złe wiadomości odbierają człowiekowi chęć do walki. Chcemy podejmować decyzje za niego, aby oszczędzić mu emocjonalnego cierpienia.*

*Lekarz: Szanuję pana punkt widzenia i chętnie będę współpracować, aby zapewnić wsparcie panu Liu. Etyka medyczna nakazuje jednak,*

*aby pacjent miał dostęp do informacji o swoim stanie zdrowia. Może uda nam się znaleźć sposób, by stopniowo przekazywać ojcu informacje, zapewniając wsparcie?*

*Syn pana Liu: Może jeśli powiemy mu o tym w taki sposób, by skupić się na leczeniu, a nie na samej diagnozie, to nie straci nadziei.*

*Lekarz: To rozsądne podejście. Postaramy się znaleźć sposób, by połączyć szczerą ze współczuciem, a wtedy poczuje wsparcie, a nie strach.*

4. **Podsumowanie i refleksje.** Studenci analizują różne podejścia, dzielą się opiniami i zastanawiają nad najlepszymi sposobami na pogodzenie wrażliwości kulturowej z zasadami etyki lekarskiej.

- **Ćwiczenia, w ramach których standaryzowani pacjenci odgrywają role osób z różnych grup kulturowych, co wymaga dostosowania przez personel medyczny stylu komunikacji.**
  - Przykładowo, standaryzowany pacjent wciela się w starszego chińskiego imigranta, który słabo zna język angielski (lub posługuje się jedynie ojczystym językiem uczestników ćwiczenia) i woli leczenie ziołami zamiast leków na receptę. Zadaniem uczestników jest jednocześnie pokonanie bariery językowej, uszanowanie perspektywy kulturowej pacjenta oraz połączenie medycyny zachodniej z tradycyjnymi praktykami.
- **Współpraca z profesjonalnymi tłumaczami na potrzeby skutecznej komunikacji z pacjentami posługującymi się innym językiem.**
  - Ćwiczenia mogą obejmować symulowaną konsultację z pacjentem mówiącym po hiszpańsku, który cierpi na cukrzycę. Z pomocą tłumacza przekazują zalecenia dietetyczne w sposób dostosowany do danej kultury. Warto również nauczyć się podstawowych

zwrotów w różnych językach oraz konkretnych strategii komunikacji niewerbalnej, na przykład unikanie bezpośredniego kontaktu wzrokowego w niektórych kulturach jest oznaką szacunku.

- Zapoznanie się z różnymi modelami opieki zdrowotnej służącymi do niwelowania różnic kulturowych.
  - W niektórych społecznościach osoby pełniące funkcję przewodników dla pacjentów pochodzących z rdzennej ludności lub specjaliści ds. kontaktów międzykulturowych pomagają pacjentom zrozumieć leczenie medyczne, zachowując jednocześnie szacunek dla tradycyjnych praktyk leczniczych. Współpraca z takimi osobami może pomóc w ocenie, w jakim stopniu opieka uwzględniająca aspekty kulturowe zwiększa zaufanie i zaangażowanie pacjentów.

#### Przykładowy przypadek: przewodnicy pacjentów z ludu Saamów w opiece zdrowotnej

Anna, studentka medycyny, odbywa staż kliniczny w szpitalu w północnej Finlandii, który obejmuje opieką lud Saamów\* z Laponii. Współpracuje z Eirą, przewodniczką pacjentów Saamów, wspierającą rdzennych mieszkańców w korzystaniu z opieki zdrowotnej z poszanowaniem ich tradycji kulturowych. Pewnego dnia spotykają Nilsa, 62-letniego hodowcę reniferów należącego do ludu Saamów, u którego zdiagnozowano nadciśnienie. Nils niechętnie przyjmuje przepisane leki, preferując tradycyjne metody leczenia, takie jak ziołolecznictwo i śpiew joik – tradycyjny element szamańskich rytuałów leczniczych. Ma również trudności ze zrozumieniem zaleceń medycznych przekazywanych w języku fińskim. Eira, posługująca się językiem północnosaamskim, zapewnia Nilsa, że jego tożsamość kulturowa zostanie uszanowana. Tłumaczy informacje medyczne na jego język ojczysty i omawia sposoby włączenia tradycyjnych praktyk do leczenia. Wspólnie opracowują plan opieki, który łączy środki ziołowe stosowane przez lud Saamów z przepisnymi lekami, uwzględniając jednocześnie koczowniczy tryb życia pacjenta. Widząc, jak mediacja kulturowa Eiry buduje zaufanie i poprawia przestrzeganie zaleceń, Anna uświadamia sobie, że przewodnicy pacjentów z ludu Saamów odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu opieki medycznej dostosowanej kulturowo.

Dzięki ich pomocy osoby z rdzennych społeczności czują się szanowane, a wyniki leczenia w trudno dostępnych regionach ulegają poprawie.

*\* Saamowie – rdzenni mieszkańcy północnej Skandynawii i Półwyspu Kolskiego, tradycyjnie zajmujący się hodowlą reniferów, rybołówstwem i rzemiosłem. Posiadają odrębny język, kulturę i dziedzictwo duchowe.*

**Symulacje międzykulturowe** – przeprowadzane w sali szkoleniowej lub za pośrednictwem platform wirtualnych – pozwalają lepiej zrozumieć różnice w podejściu do zdrowia oraz ćwiczyć prowadzenie interakcji międzykulturowych, co ma szczególne znaczenie w zglobalizowanym systemie opieki zdrowotnej.

#### **Przykłady symulacji międzykulturowych w szkoleniach medycznych**

Wyobraź sobie, że uczestniczysz w wirtualnej konsultacji lekarskiej, podczas której musisz zdiagnozować i zaplanować leczenie pacjenta pochodzącego z innego kręgu społeczno-kulturowego. W tej symulacji pacjentka, awatar sterowany przez sztuczną inteligencję, jest kobietą w średnim wieku, pochodzącą ze społeczności uchodźców i posługującą się w ograniczonym stopniu twoim językiem. Aby zebrać wywiad medyczny, współpracujesz z wirtualnym tłumaczem, uwzględniając jednocześnie specyfikę kulturową pacjentki, na przykład niechęci do omawiania niektórych kwestii zdrowotnych z lekarzem płci przeciwnej.

W innej symulacji międzykulturowej, przeprowadzanej w sali szkoleniowej, uczestnicy wcielają się w rolę pracowników ochrony zdrowia w środowisku o ograniczonych zasobach. Muszą oni uwzględniać kulturowe przekonania dotyczące chorób, ograniczeń dietetycznych i tradycyjnych metod leczenia, jednocześnie zapewniając, że udzielane porady medyczne są oparte na dowodach naukowych i uwzględniają specyfikę kulturową.

Dzięki zastosowaniu takich immersyjnych doświadczeń studenci medycyny mają szansę wyjść poza naukę teoretyczną, aby lepiej zrozumieć trudności pacjentów oraz rozwijać umiejętność świadczenia empatycznej opieki skoncentrowanej na pacjencie.

## **PAMIĘTAJ**

**Stosuj różne metody nauki** – nie opieraj się tylko na jednej. Wypróbuj jak najwięcej różnych metod, ponieważ każda z nich wzmacnia inne aspekty zdolności do nawiązywania kontaktu z pacjentami.

**Praktykuj regularnie** – pojedyncze warsztaty nie wystarczą, by stać się lekarzem pełnym empatii. Szukaj okazji do praktykowania empatii.

**Szukaj doświadczeń w prawdziwym świecie** – nie czekaj, aż pojawi się okazja do szkolenia z empatii. Zostań wolontariuszem w klinice, obserwuj empatycznych lekarzy, nawiązuj kontakty z pacjentami z różnych środowisk.

**Angażuj się w pełni** – nie ograniczaj się do biernego uczestnictwa w warsztatach czy sesjach mindfulness. Zadawaj pytania, bierz udział w dyskusjach i stosuj zdobytą wiedzę w rzeczywistych interakcjach z pacjentami i kolegami.

**Bądź otwarty na opinie** – proś mentorów, współpracowników, a nawet pacjentów o szczerą opinię na temat twojego stylu komunikacji i zaangażowania emocjonalnego. Wykorzystaj te informacje, aby udoskonalić swoje podejście.

**Traktuj empatię jako codzienną postawę** – zamiast postrzegać empatię jako coś, co trzeba „zaliczyć”, włącz ją do swojego codziennego życia. Każda rozmowa, spotkanie kliniczne i osobista refleksja to okazja do jej rozwijania.

## KLUCZOWE ZAGADNIENIA

**Empatia rozwija się poprzez doświadczenie, a nie tylko teorię** – angażuj się w rzeczywiste sytuacje, analizuj je z uwagą i komunikuj się świadomie, aby naprawdę ją rozwijać.

**Uważność pomaga zwolnić tempo i dostroić się do innych** – proste praktyki, takie jak ćwiczenia oddechowe, medytacja czy skanowanie ciała, zwiększają świadomość emocjonalną.

**Zmiana perspektywy otwiera oczy** – czytanie opowieści pacjentów, oglądanie wybranych filmów lub słuchanie podcastów o ich doświadczeniach pozwala wkroczyć w świat innych osób.

**Pisanie refleksyjne uwalnia emocje** – takie sesje pomagają przetworzyć trudne doświadczenia i pogłębia umiejętność budowania więzi z pacjentami.

**Sztuka i działania kreatywne wyrażają to, czego nie da się opisać słowami** – malarstwo, muzyka lub opowiadanie historii pomagają przemyśleć swoje podejście do opieki nad pacjentami w głęboko osobisty sposób.

**Grupy Balinta wspierają w radzeniu sobie z obciążeniem emocjonalnym** – dzielenie się swoimi doświadczeniami z innymi w bezpiecznym otoczeniu pozwala uświadomić sobie, że nie jest się samemu, oraz poszerza perspektywę.

**Komunikacja to empatia w praktyce** – ćwicz techniki werbalne i niewerbalne, aby pacjenci czuli się wysłuchani i szanowani.

**Symulacje urzeczywistniają empatię** – odgrywanie ról, VR i praca ze standaryzowanymi pacjentami pomagają ćwiczyć empatię w realistycznych warunkach.

**Uczenie się międzykulturowe kształtuje szacunek** – studia przypadków, programy immersyjne i współpraca z tłumaczami pomagają zrozumieć wpływ wartości kulturowych na decyzje zdrowotne.

**Nie przestawaj praktykować, to zadanie na całe życie** – empatia to stan umysłu, który kształtujesz każdego dnia poprzez refleksję, informacje zwrotne i autentyczne interakcje.

## 6.1. Szkolenia interpersonalne

### 6.1.1. Włączenie empatii w programy nauczania

Uwzględnienie empatii w programach nauczania ma **zasadnicze znaczenie** z wielu powodów. Dzięki temu studenci uczą się rozpoznawania emocji i właściwego reagowania na nie, rozwijają umiejętności społeczne oraz budują zdrową samoocenę.

Na jakość edukacji medycznej w ogromnej mierze wpływa **tak zwany ukryty program nauczania**, który obejmuje **wartości, normy postępowania, postawy, umiejętności i wiedzę przyswajane przez studentów w sposób pośredni**. Cechy te nie muszą podlegać systemowi ocen i zazwyczaj są mierzone powodzeniem towarzyskim lub zewnętrznym wizerunkiem przyszłego lekarza.

Abstrahując od wykładów i podręczników, **sposób, w jaki nauczyciele traktują studentów i pacjentów, stanowi nieformalną lekcję empatii i profesjonalizmu**.

**Kultura uprzejmości, szacunku i otwartej komunikacji** w szkołach medycznych sprzyja kształtowaniu **bardziej współczujących lekarzy**.

Zasada „uczyć, dając przykład” jest szczególnie ważna w kontekście uczelni medycznych. Narzędzia stosowane w praktyce klinicznej obejmują między innymi:

#### Szkolenie umiejętności interpersonalnych

- Nauczanie nie tylko procedur klinicznych, ale także empatycznej komunikacji z pacjentem.

#### Opowieści pacjentów i refleksja nad nimi

- Zachęcanie studentów do słuchania doświadczeń chorych i wyciągania z nich wniosków.

Narzędzia te należy dostosować do innych technik stosowanych na potrzeby kształcenia.

#### Pierwszeństwo metod skupionych na studencie

- Podobnie jak lekarze na pierwszym miejscu stawiają pacjenta, tak samo nauczyciele powinni przede wszystkim skupiać się na rozwoju i potrzebach studentów.

#### Tworzenie środowiska opartego na współpracy i włączeniu

- Kultura szacunku w kontekście akademickim odzwierciedla pożądaną relację lekarz–pacjent.

#### Etyczne i profesjonalne postępowanie

- Metody nauczania muszą być zgodne ze standardami, których przestrzegania oczekuje się w praktyce medycznej.

#### Mentoring i wzorce ról

- Pracownicy uczelni powinni postępować etycznie i z empatią w ramach wszystkich interakcji zawodowych.

## Przykłady dobrych praktyk

Kilka uczelni na świecie włączyło empatię do swoich programów nauczania na różnych kierunkach. Oto trzy przykłady zasługujące na uwagę:

[Narodowy Uniwersytet Irlandii w Galway](#) oraz [Uniwersytet Stanu Pensylwania w Stanach Zjednoczonych](#) opracowały wspólnie program aktywizacji empatii [Activating Empathy Program](#) [1].

Składa się on z dwunastu modułów tematycznych, które mają na celu rozwijanie w studentach zachowań prospołecznych, empatii i postawy obywatelskiej. Program promuje działania prowadzone przez samych studentów, pozwalając im na wybór własnych projektów, ich adaptację, realizację i kierowanie nimi.

- Ważnym elementem jest refleksja, rozwijana między innymi poprzez prowadzenie studenckich dzienników nauki.
- Aktywności są dopasowywane zarówno do zainteresowań studentów, jak i zasobów uczelni.

Aby dowiedzieć się więcej o programie aktywizacji  
empatii

[KLIKNIJ TUTAJ](#)

(<https://www.youtube.com/watch?v=n4JKPnLfxO8>)

LUB ZESKANUJ



[Duke University](#) oferuje zajęcia o nazwie „[Wykraczając poza rozum: empatia i tożsamość](#)” (PSY 224S).

Dyskusje koncentrują się wokół wybranych lektur i wystąpień TED Talks.

Dział Zasobów Ludzkich Duke poprzez program [Duke Learning and Organization Development](#) podkreśla znaczenie rozwijania empatii w celu wzmocnienia relacji zarówno w miejscu pracy, jak i w społeczności.

W ramach tego programu stosuje się różne strategie rozwijania empatii, takie jak:

- [Runda doceniania](#) – członkowie zespołu wyróżniają konkretne osiągnięcia kolegów, wzmacniając wzajemny szacunek i uznanie.
- [Ćwiczenie „Dokończ mnie”](#) – uczestnicy kończą zdania, na przykład „Wczoraj coś zmieniłem w świecie, kiedy...”, co sprzyja refleksji nad własnym wpływem na otoczenie i nad codziennymi wyzwaniami.
- [Kręgi „Wejść do środka”](#) – uczestnicy fizycznie lub wirtualnie „wchodzą do środka”, gdy zgadzają się z danym stwierdzeniem, co służy wzajemnemu zrozumieniu i wrażliwości.
- [Liściki wdzięczności](#) – zapisywanie w formie krótkich liścików wyrazów wdzięczności lub podziękowań dla kolegów z pracy wzmacnia więzi i morale w grupie.
- [Runda „Jak się masz?”](#) – rozpoczynanie spotkań od podzielenia się jednym słowem swoim aktualnym stanem emocjonalnym, co sprzyja otwartości i budowaniu wspólnoty.

Świadczenie nauczyciela akademickiego prowadzącego takie zajęcia:

*Wyobraź sobie, że stojąc przed swoimi studentami, dostrzegasz coś więcej niż tylko twarze. Każda osoba ma swoją historię, napotyka różne przeszkody na swojej drodze i ma różne cele. Empatyczne nauczanie polega na traktowaniu uczniów jako jednostek, a nie jako anonimowej grupy. Ponieważ moi studenci w przyszłości będą opiekować się pacjentami w bardzo osobistych i często delikatnych sytuacjach, szczególnie ważne jest, abym jako wykładowca*

*dawał przykład empatii. Wyrażając empatię poprzez swoje wskazówki, nie tylko poprawiam doświadczenie edukacyjne studentów, ale także modeluję współczującą opiekę, którą sami będą oferować w przyszłości.*

## **PAMIĘTAJ**

Empatia jest nieodłącznym elementem procesu terapeutycznego.

Postawa kadry dydaktycznej stanowi bezpośredni wzór profesjonalizmu i współczucia. Treści promujące inkluzywność sprawiają, że każdy student kierunków medycznych czuje się dostrzeżony i reprezentowany.



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

### 6.1.2. Uczenie się poprzez zaangażowanie w działania na rzecz społeczności

Strategia ta łączy naukę akademicką z praktyką i towarzyszącą temu refleksją w celu rozwijania umiejętności rozpoznawania emocji, opieki i podejmowania decyzji w środowiskach klinicznych.

Uczenie się poprzez zaangażowanie w działania na rzecz społeczności to strategia nauczania, w ramach której student zdobywa wiedzę teoretyczną podczas zajęć, a jednocześnie współpracuje z instytucją – zazwyczaj organizacją non profit lub placówką świadczącą usługi społeczne – oraz angażuje się w działania analityczne, mające na celu pogłębienie zrozumienia nauczanych zagadnień [2].

Rodríguez-Nogueira i współpracownicy (2020) przeprowadzili badanie nad wpływem projektów z obszaru uczenia się poprzez zaangażowanie w działania na rzecz społeczności (SL) na studentów fizjoterapii [3]. Wyniki pokazały, że strategia SL pomaga studentom zapamiętywać ważne treści, promuje zdrowie i otwartość na innych. Studenci czują się bardziej pewni siebie w stresujących sytuacjach i uznają pracę z dziećmi za satysfakcjonującą. Badanie wykazało również znaczny spadek poziomu niepokoju, co sugeruje lepszą kontrolę emocjonalną w sytuacjach stresowych.

#### Przykłady dobrych praktyk

[Uniwersytet Purdue](#) angażuje studentów w projekty, które uwzględniają aktualne potrzeby społeczne, rozwijając tym samym poczucie odpowiedzialności obywatelskiej.

[Zajęcia SL na Uniwersytecie w Tulane](#) obejmują kształcenie empatii poprzez połączenie nauki akademickiej z działaniami na rzecz społeczności, co zachęca studentów do stosowania wiedzy zdobytej w trakcie zajęć do rzeczywistych wyzwań.

Centrum Życia Obywatelskiego (Kernodle Center for Civic Life) Uniwersytetu Elon koncentruje się na inspirowaniu studentów do pracy z różnymi społecznościami, rozwiązywaniu lokalnych i globalnych problemów oraz rozwijaniu empatii poprzez aktywne zaangażowanie obywatelskie.

Szkoła Pielęgniarstwa Uniwersytetu Duke prowadzi zajęcia „Empatia, przynależność i edukacja kulturowa” w celu promowania różnorodności, integracji i kompetencji kulturowych wśród swoich studentów i pracowników. Program podkreśla znaczenie świadomości międzykulturowej jako imperatywu opieki zdrowotnej, zgodnie z podstawową wartością Duke Health, jaką jest „troska o naszych pacjentów, ich bliskich i siebie nawzajem”. Ponadto program SL obejmuje wsparcie indywidualne dla innych studentów, w tym konsultacje edukacyjne, korepetycje dla rówieśników i pomoc w pisaniu prac. Tego typu działania wzmacniają zarówno umiejętności akademickie, jak i równowagę emocjonalną studiujących. Wszystkie te inicjatywy mają wspólny cel – rozwijanie empatii i wrażliwości kulturowej.

Świadectwo uczestnika:

*Projekt SL pomógł mi utrwalić wiedzę zdobytą na zajęciach, na przykład jak planować działania dla określonych grup ludzi i jak promować zdrowie. Dowiedziałem się więcej o tym, jak ważne jest bycie otwartym na innych, współpracowanie oraz angażowanie pacjentów i opiekunów.*

## **PAMIĘTAJ**

Doświadczenia zdobyte w realnym świecie pomagają przełożyć teorię na empatyczne działania. Interakcje z grupami osób objętych niedostateczną pomocą wzmacniają kontrolę emocjonalną.

### 6.1.3. Aktywne metody nauczania

Do aktywnych metod należą między innymi warsztaty, symulacje przypadków, scenariusze oparte na rzeczywistych sytuacjach i filmy dotyczące zdrowia. Sprzyjają one wszechstronnemu rozwojowi społeczno-emocjonalnemu i wpisują się w tak zwany „relacyjny model empatii” [4].

W tym ujęciu empatia to:

- praktyka współpracy;
- doświadczenie skierowane na drugiego człowieka, przy jednoczesnym zachowaniu kontaktu z samym sobą;
- dwukierunkowy, interaktywny i dynamiczny proces, który wymaga ciągłego dostosowywania się i reagowania;
- relacja wystarczająco silna, by budować otwartość, poczucie bliskości i zaufanie.

Aktywne strategie nauczania mogą obejmować zorganizowane dyskusje, odgrywanie ról z udziałem standaryzowanych pacjentów, warsztaty, prezentacje grupowe, refleksje w grupach, treningi mindfulness, ćwiczenia eksperymentalne, projekcje filmów o tematyce zdrowotnej, symulacje przypadków oraz komputerowe ćwiczenia symulacyjne.



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

Badania wykazują, że łączenie **praktycznych ćwiczeń symulacyjnych** (prowadzonych w bezpiecznym środowisku) z **konstruktywną informacją zwrotną** pomaga studentom w stopniowym rozwijaniu pewności siebie, kompetencji oraz trafności osądu klinicznego [5].

Z kolei warsztaty i inne formy interakcji międzyludzkich mogą być równie przydatne, gdyż pozwalają uczestnikom na przećwiczenie nowych umiejętności, udział w interaktywnych dyskusjach, obserwowanie i analizowanie błędów w warunkach niskiego ryzyka, rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów i krytycznego myślenia.

### Przykłady dobrych praktyk

Empatia przy halucynacjach słuchowych [6] – inicjatywa instytucjonalna, w ramach której studenci doświadczali symulowanych objawów schizofrenii, po których następowała ustrukturyzowana refleksja grupowa i dyskusje prowadzone przez wykładowców.

Trening umiejętności komunikacyjnych [7] – wspierany przez uniwersytet moduł programu nauczania, koncentrujący się na przekazywaniu trudnych wiadomości, z wykorzystaniem odgrywania ról i pętli informacji zwrotnych.

### **PAMIĘTAJ**

Symulacje powinny stanowić integralną część programów nauczania, a nie jednorazowe warsztaty. Zaangażowanie instytucji jest niezbędne do utrzymania refleksyjnego, skutecznego środowiska uczenia się. Przemyślany harmonogram i wsparcie kompetentnych moderatorów chronią studentów przed przeciążeniem emocjonalnym i znużeniem.

#### 6.1.4. Wykorzystanie sztuki i opowiadania historii

Angażowanie studentów w działania związane ze sztukami wizualnymi, muzyką, tańcem, teatrem i opowiadaniem historii wspiera empatię ekologiczną i zrozumienie emocjonalne. Sprzyja to tworzeniu środowiska, w którym studenci uczą się identyfikować uczucia zarówno własne, jak i innych, co zachęca do współczucia i wrażliwości kulturowej [8].

Studenci medycyny zyskują większą świadomość ludzkich aspektów leczenia dzięki ukazaniu sytuacji klinicznych czy historii pacjentów poprzez sztukę lub rekonstrukcje teatralne. Takie immersyjne metody wzmacniają umiejętności komunikacji empatycznej i zwiększają świadomość studentów dotyczącą doświadczeń pacjentów, co pozytywnie wpływa na ich rozwój zawodowy, a także ogólny dobrostan osób, którym pomagają.

Pomijając przydatność programów skoncentrowanych na sztuce w kształtowaniu empatii, uczestnicy opisywali je jako przyjemne i interesujące, co ułatwiało studentom medycyny ich odbiór.

#### Przykłady dobrych praktyk

Programy empatii realizowane na podstawie działań teatralnych (Uniwersytet Kalifornijski) [9].

Kurs empatii służący zrozumieniu pacjentów z niepełnosprawnościami (studenci pierwszego roku medycyny na dużym środkowo-zachodnim uniwersytecie i uczniowie z lokalnej szkoły pomaturalnej) [10].

Program szkoleniowy z wykorzystaniem sztuk wizualnych – The Art of Empathy – wprowadzony w Brigham & Women's Hospital (BWH) w Bostonie w stanie Massachusetts [11].

Rozwijanie empatii jest dużym wyzwaniem. Zastosowanie algorytmu E.M.P.A.T.H.Y. w programie nauczania poprzez sztukę tworzy systematyczne ramy oparte na samoświadomości oraz neurobiologicznych podstawach empatii. Studenci uczą się monitorować i analizować sygnały niewerbalne, poprawiając w ten sposób swoją umiejętność empatycznego angażowania się w relacje z pacjentami.

Aby dowiedzieć się więcej o wykorzystywaniu sztuki do rozwoju empatii

[KLIKNIJ TUTAJ](https://www.youtube.com/watch?v=zOW4YVEaTKI)

(<https://www.youtube.com/watch?v=zOW4YVEaTKI>)

LUB ZESKANUJ



#### **PAMIĘTAJ**

Ćwiczenia oparte na sztuce wzmacniają umiejętność przyjmowania perspektywy innych osób.

Refleksja prowadzona z wykorzystaniem technik narracyjnych sprzyja rozwojowi empatii długotrwałej.

## 6.2. Szkolenia z wykorzystaniem technologii

Długotrwałe kształcenie medyczne czy naukowe często prowadzi do spadku empatii, co może być wynikiem przewlekłego stresu i zmęczenia. Nowoczesne technologie tworzą niezależne rozwiązania na potrzeby szkoleń prowadzonych w ramach organizacji.

**6.2.1. Narzędzia cyfrowe**, takie jak gry wideo, mogą być wykorzystywane jako ustrukturyzowane metody rozwijania empatii, wspierane przez instytucje. Metoda ta została zbadana przez Kral i współpracowników (2018) pod kątem jej zdolności do wywoływania funkcjonalnych zmian w mózgu w połączeniu skroniowo-ciemieniowym i przyśrodkowej korze przedczołowej, które są powiązane ze zwiększoną empatią [12].

**6.2.2. Symulacje i rzeczywistość wirtualna (VR)** – nauka empatii z wykorzystaniem symulacji opiera się na czterostopniowym cyklu uczenia się Kolba. Ćwiczenia te wiążą się z pierwszym etapem cyklu uczenia się, podczas którego studenci konfrontują się z nową, trudną sytuacją. Technologia VR pozwala studentom doświadczać takich sytuacji nawet wtedy, gdy bezpośrednie interakcje z pacjentami są ograniczone logistycznie. Wyniki badań są jednak niejednoznaczne. Część autorów [13, 14, 15] wskazuje, że reakcje na wirtualnych pacjentów mogą być bardziej empatyczne niż wobec standaryzowanych pacjentów, inni natomiast dowodzą, że odgrywanie ról skuteczniej wspiera wyrażanie empatycznych reakcji i eksperymentowanie z nimi [16].

Dyer i współpracownicy (2018) zastosowali VR do symulacji problemów związanych ze starzeniem się (utrata słuchu, zwyrodnienie plamki żółtej), co przełożyło się na poprawę empatii i umiejętności komunikacyjnych studentów.

**6.2.3. Odgrywanie ról i informacje zwrotne pochodzące z nagrań wideo** wspierają rozwój komunikacji interpersonalnej i inteligencji emocjonalnej. Ahmadzadeh i współpracownicy (2019) wykazali, że seans filmu „Doktor”, połączony z moderowaną refleksją, skutkował poprawą krótkoterminowej empatii [18].

**6.2.4. Sztuczna inteligencja (AI)** – AI coraz częściej wspiera rozwój empatii, zachowań relacyjnych i rozumowania klinicznego [19]. Ogólnie rzecz biorąc, społeczność medyczna docenia jej dynamiczny rozwój w ostatnich latach

oraz wszechstronność zastosowań, zmieniający sposób kształcenia przyszłych pracowników opieki zdrowotnej. Według badania przeprowadzonego przez [Jacksona i współpracowników \(2024\)](#) ponad połowa ankietowanych studentów uważała, że sztuczna inteligencja może zwiększyć dostępność opieki zdrowotnej, pomóc w ograniczeniu liczby błędów medycznych i poprawić precyzję diagnostyczną. Wynik ten wskazuje na konieczność podjęcia próby włączenia sztucznej inteligencji do programów edukacyjnych [20].

**Technologie oparte na sztucznej inteligencji**, takie jak chatboty, zmieniają sposób, w jaki studenci medycyny podchodzą do empatii. Narzędzia te zapewniają przystępne i bezpieczne środowisko, w którym studenci mogą angażować się w różne sytuacje związane z pacjentami, rozwijać umiejętności komunikacyjne i zastanawiać się nad własnymi reakcjami emocjonalnymi.

Chatbot opracowany na Uniwersytecie Północnego Teksasu (2023) został zaprogramowany tak, aby prowadzić refleksyjne interakcje, stanowiąc tanią i łatwo dostępną formę symulacji [21].

### **PAMIĘTAJ**

Narzędzia cyfrowe tworzą elastyczne i atrakcyjne platformy do rozwijania empatii.

Organizacje edukacyjne mogą włączać gry komputerowe do programów nauczania.

Technologia VR sprzyja kształtowaniu świadomości emocjonalnej poprzez angażujące doświadczenia, choć jej praktyczne zastosowanie wymaga pokonania barier logistycznych, takich jak koszty, dostęp do sprzętu czy ograniczenia organizacyjne.

Filmy i dzielenie się opiniami z innymi uczestnikami wzmocniają emocjonalny odbiór treści.

Odgrywanie ról nie wiąże się z dużymi kosztami i jest łatwe do zastosowania podczas zajęć.

Rozwiązania oparte na sztucznej inteligencji zwiększają dostępność i różnorodność interakcji.

Chatboty mogą pełnić funkcję skutecznych modeli wybranych aspektów empatii, takich jak potwierdzanie i oferowanie wsparcia.

## ZASTANÓW SIĘ

W jaki sposób można wykorzystać sztuczną inteligencję do rozwoju empatii?

Jakie wyzwania wiążą się z symulowaniem sytuacji medycznych w bezpiecznym, wirtualnym środowisku?

Jak chatboty mogą przyczyniać się do doskonalenia umiejętności komunikacyjnych?

Jakie strategie mogą zwiększyć dostęp studentów do zasobów cyfrowych?

Z jakimi trudnościami trzeba się zmierzyć, aby stworzyć studentom możliwość uczestniczenia w innowacyjnych scenariuszach edukacyjnych?

### 6.3. Empatia a hierarchiczna struktura organizacji

Chociaż szkolenia z empatii często koncentrują się na indywidualnych zachowaniach, wymagają również uwzględnienia hierarchicznie zorganizowanych systemów. Ma to szczególne znaczenie w przypadku studentów pełniących funkcje liderów i mentorów. Zamiast skupiać się wyłącznie na jednostkach, należy uwzględnić analizę zachowań całej instytucji oraz przywoływać przykłady przywództwa i rozmów z osobami reprezentującymi różne szczeble – od studentów, przez rezydentów, po profesorów i kadre kierowniczą.

Ważne jest również podkreślanie znaczenia poniższych kwestii [22]:

- empatia wprowadzana „odgórnie” sprzyja budowaniu środowiska bezpieczeństwa psychologicznego;
- empatyczne przywództwo zwiększa satysfakcję z pracy i zmniejsza ryzyko wypalenia zawodowego;
- w instytucjach integracyjnych empatia stanowi element codziennej praktyki, a nie jedynie ogólnej polityki instytucjonalnej.

## PAMIĘTAJ

Empatia powinna być zakorzeniona w strukturach organizacji, a nie tylko narzucana przez obowiązek. To liderzy odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu empatycznego środowiska.

## KLUCZOWE ZAGADNIENIA

W **bezpiecznym, wspierającym i przyjaznym środowisku** empatia rozwija się na każdym etapie kariery.

Empatia to nie tylko indywidualna kompetencja – **można ją rozwijać i utrzymywać dzięki kulturze organizacyjnej i wsparciu instytucjonalnemu.**

Inicjatywy instytucjonalne **łącznie interpersonalne szkolenia w zakresie empatii i szkolenia z wykorzystaniem nowoczesnych technologii** są niezbędne do osiągnięcia długofalowego sukcesu.

**Rzeczywistość wirtualna i technologie cyfrowe**, gdy są wykorzystywane przy wsparciu instytucjonalnym, **mogą usprawnić proces edukacyjny studentów i potencjalnie zmodyfikować ścieżki neuronalne** związane z przetwarzaniem empatycznym.

Zorganizowane programy szkoleniowe powinny **obejmować wchodzenie w interakcje, refleksję i monitorowane informacje zwrotne.** Aby kultura empatii mogła się utrzymać, musi być **zintegrowana zarówno w wymiarze poziomym, jak i pionowym.** Zasadniczo oznacza to, że studenci, profesorowie i liderzy społeczności akademickiej mogą **kształtować** empatyczną komunikację i zachowania **oraz czerpać z nich korzyści.**

## ŹRÓDŁA DO ROZDZIAŁU 1

1. Lipps, T. (1903). *Einfühlung, innere Nachahmung und Organempfindungen*. Arch. f. d. gesamte Psychol. 1, (2 u. 3), pp. 185-204.
2. Titchener, E. B. (1909). *Lectures on the Experimental Psychology of the Thought-Processes*. MacMillan Co. doi: 10.1037/10877-005.
3. Cuff, B.M.P., Brown, S.J., Taylor, L., Howat, D.J. (2016). Empathy: A review of the concept. *Emotion Review*, 8(2), 144–153. doi: 10.1177/1754073914558466.
4. Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. Times Books/Henry Holt and Co.
5. Eisenberg, N., Fabes, R. A., Schaller, M., Miller, P., Carlo, G., Poulin, R., Shea, C., & Shell, R. (1991). Personality and socialization correlates of vicarious emotional responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 459–470. doi: 10.1037/0022-3514.61.3.459
6. Hein, G., Singer, T. (2008). I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation. *Current opinion in neurobiology*, 18(2), 153–158. doi: 10.1016/j.conb.2008.07.012.
7. Singer, T., Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156, 81–96. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x.
8. Preckel, K., Kanske, P., Singer, T. (2018). On the interaction of social affect and cognition: Empathy, compassion and theory of mind. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 1–6. doi: 10.1016/j.cobeha.2017.07.010.
9. Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(1), 26. doi:10.3390/healthcare8010026.
10. Soto, J.A., Levenson, R.W. (2009). Emotion recognition across cultures: The influence of ethnicity on empathic accuracy and physiological linkage. *Emotion*, 9, 874-884, doi:10.1037/a0017399.
11. Popa-Velea, O. (2023). *Introducere în comunicare*. In O.Popa-Velea (Ed), L.V.Diaconescu, A.I.Mihăilescu - *Psihologie Medicală și Comunicare Medicală (note de curs)*, Editura Universitară „Carol Davila”, București.

12. Eklund, J. H., Meranius, M.S. (2021). Toward a consensus on the nature of empathy: A review of reviews, *Patient Education and Counseling*, 104(2), 300-307, doi: 10.1016/j.pec.2020.08.022.
13. Zhao, Q., Neumann, D. L., Cao, Y., Baron-Cohen, S., Yan, C., Chan, R. C., et al. (2019). Culture–sex interaction and the self-report empathy in Australians and Mainland Chinese. *Frontiers in Psychology*, 10, 396. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00396.
14. Martínez-Velázquez, E.S., Ahuatzin González, A.L., Chamorro, Y., Sequeira, H. (2020). The Influence of Empathy Trait and Gender on Empathic Responses. A study with dynamic emotional stimulus and eye movement recordings. *Frontiers in Psychology*, 11, 23. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00023.
15. Van der Graaff, J., Meeus, W., de Wied, M., van Boxtel, A., van Lier, P. A., Koot, H. M., Branje, S. (2016). Motor, affective and cognitive empathy in adolescence: Interrelations between facial electromyography and self-reported trait and state measures. *Cognition & Emotion*, 30(4), 745–761. doi: 10.1080/02699931.2015.1027665.
16. Law, K.S., Wong, C.S., Song, L. J. (2004). The construct and criterion validity of emotional intelligence and its potential utility for management studies. *Journal of Applied Psychology*, 89(3), 483-496. doi: 10.1037/0021-9010.89.3.483.
17. Diaconescu, L.V. (2023). *Comunicarea în mediul medical*. In O.Popa-Velea (Ed), L.V. Diaconescu, A.I. Mihăilescu – *Psihologie Medicală și Comunicare Medicală (note de curs)*, Editura Universitară „Carol Davila”, București.
18. Hojat, M., Louis, D.Z., Maio, V., Gonnella, J.S. (2013). Empathy and health care quality. *American Journal of Medical Quality: The Official Journal of the American College of Medical Quality*, 28(1), 6–7. doi: 10.1177/1062860612464731.
19. Thirioux, B., Birault, F., Jaafari, N. (2016). Empathy is a protective factor of burnout in physicians: New neurophenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Frontiers in Psychology*, 7, 763. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00763.
20. Guidi, C., Traversa, C. (2021). Empathy in patient care: from 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern'. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 24(4), 573–585. doi: 10.1007/s11019-021-10033-4.
21. Wang, Y., Wu, Q., Wang, Y., Wang, P. (2022). The effects of physicians' communication and empathy ability on physician-patient relationship from physicians' and patients' perspectives. *Journal of Clinical Psychology In Medical Settings*, 29(4), 849–860. doi: 10.1007/s10880-022-09844-1.
22. Zaki, J. (2019). *The war for kindness: Building Empathy In A Fractured World*. New York: Crown.

## ŹRÓDŁA DO ROZDZIAŁU 2

1. Lipps, T. (1903). *Einfühlung, innere Nachahmung und Organempfindungen*. Arch. f. d. gesamte Psychol. 1, (2 u. 3), pp. 185-204.
2. Titchener, E. B. (1909). *Lectures on the Experimental Psychology of the Thought-Processes*. MacMillan Co. doi: 10.1037/10877-005.
3. Cuff, B.M.P., Brown, S.J., Taylor, L., Howat, D.J. (2016). Empathy: A review of the concept. *Emotion Review*, 8(2), 144–153. doi: 10.1177/1754073914558466.
4. Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. Times Books/Henry Holt and Co.
5. Eisenberg, N., Fabes, R. A., Schaller, M., Miller, P., Carlo, G., Poulin, R., Shea, C., & Shell, R. (1991). Personality and socialization correlates of vicarious emotional responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 459–470. doi: 10.1037/0022-3514.61.3.459
6. Hein, G., Singer, T. (2008). I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation. *Current opinion in neurobiology*, 18(2), 153–158. doi: 10.1016/j.conb.2008.07.012.
7. Singer, T., Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156, 81–96. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x.
8. Preckel, K., Kanske, P., Singer, T. (2018). On the interaction of social affect and cognition: Empathy, compassion and theory of mind. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 1–6. doi: 10.1016/j.cobeha.2017.07.010.
9. Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., Koukoulis, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(1), 26. doi:10.3390/healthcare8010026.
10. Soto, J.A., Levenson, R.W. (2009). Emotion recognition across cultures: The influence of ethnicity on empathic accuracy and physiological linkage. *Emotion*, 9, 874-884, doi:10.1037/a0017399.
11. Popa-Velea, O. (2023). *Introducere în comunicare*. In O.Popa-Velea (Ed), L.V.Diaconescu, A.I.Mihăilescu - *Psihologie Medicală și Comunicare Medicală (note de curs)*, Editura Universitară „Carol Davila”, București.

10. Tran, M.A.Q., Hà, T.A., Chau, N.N.T., Dang, T.A.N., Ngo, V.T. (2023). Mediating effects of self-esteem on the relationship between self-compassion and empathy among Vietnamese university students. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive- Behavior Therapy*, 41, 746–760. doi: 10.1007/s10942-022-00484-w.
11. Surchat, C., Carrard, V., Gaume, J., Berney, A., Clair, C. (2021). The impact of physician empathy on patient outcomes: A gender analysis. *British Journal of General Practice* 72(715), BJGP.2021.0193. doi: 10.3399/BJGP.2021.0193.
12. Liew, S.C., Fadil Azim, D.H. (2021). In someone else's shoes, are all wearers the same? Empathy in multi-ethnic Asian medical students. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 17(3), 498-505. doi: 10.1016/j.jtumed.2021.11.007.
13. Zhao, Q., Neumann, D., Yan, C., Djekic, S., Shum, D. (2021). Culture, sex, and group-bias in trait and state empathy. *Frontiers in Psychology*, 12. doi: 10.3389/fpsyg.2021.561930.
14. Wu, Q., Bu, W., Lin, D., Cui, L., Wu, A., Zou, H., Gu, C. (2024). Empathy and cooperation vary with gender in Chinese junior high school adolescents. *PsyCh Journal*, 13(1), 55–65. doi: 10.1002/pchj.705.
15. Van der Graaff, J., Branje, S., De Wied, M., Hawk, S., Van Lier, P., Meeus, W. (2014). Perspective taking and empathic concern in adolescence: gender differences in developmental changes. *Developmental Psychology*, 50(3), 881–888. doi: 10.1037/a0034325.
16. Eden, S., Romi, S., Aviyashar, E. (2017). Being a parent's eyes and ears: emotional literacy and empathy of children whose parents have a sensory disability. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 17(4), 257-264. doi: 10.1111/1471- 3802.12383.
17. Giusti, L., Mammarella, S., Salza, A., Del Vecchio, S., Ussorio, D., Casacchia, M., Roncone, R. (2021). Predictors of academic performance during the covid-19 outbreak: impact of distance education on mental health, social cognition and memory abilities in an Italian university student sample. *BMC Psychology*, 9(1), 142. doi: 10.1186/s40359-021-00649-9.
18. Wang, Y., Yang, C., Zhang, Y., Hu, X. (2021). Socioeconomic status and prosocial behavior: the mediating roles of community identity and perceived control. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10308. doi: 10.3390/ijerph181910308.

19. Liu, X., Zhang, Y., Chen, Z., Xiang, G., Miao, H., Guo, C. (2023). Effect of socioeconomic status on altruistic behavior in Chinese middle school students: mediating role of empathy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3326. doi: 10.3390/ijerph20043326.
20. Jin, Y., Xu, S., Shao, Z., Luo, X., Wilson, A., Li, J., Wang, Y. (2024). The lasting effects of childhood trauma on developing psychiatric symptoms: A population-based, large-scale comparison study. *Global Mental Health (Cambridge, England)*, 11, e98. doi: 10.1017/gmh.2024.100.
21. von Knorring, J., Lehti, A., Fahlström, M., Semb, O. (2022). Empathy as a silent art—A doctor’s daily balancing act: A qualitative study of senior doctors’ experiences of empathy. *PLoS ONE* 17(12), e0277474. doi: 10.1371/journal.pone.0277474.
22. Kesbakhi, M.S., Rohani, C. (2019). Exploring oncology nurses’ perception of the consequences of clinical empathy in patients and nurses: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 28(6), 2985-2993. doi: 10.1007/s00520-019-05118-z.
23. Knorring, J., Semb, O., Fahlström, M., Lehti, A. (2019). “It is through body language and looks, but it is also a feeling” - a qualitative study on medical interns’ experience of empathy. *BMC Medical Education*, 19(1). doi: 10.1186/s12909-019-1770-0.
24. Li, S., Zhong, N., Guo, Q. (2024). How does dispositional mindfulness foster prosocial behavior? a cross-cultural study of empathy’s mediating role and cultural moderation. *Frontiers in Psychology*, 15. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1451138.
25. Roberts, B., Puri, N., Trzeciak, C., Mazzarelli, A., Trzeciak, S. (2021). Socioeconomic, racial and ethnic differences in patient experience of clinician empathy: results of a systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 16(3), e0247259. doi: 10.1371/journal.pone.0247259.



Ilustracja wygenerowana za pomocą AI (ChatGPT, OpenAI, 2025)

1. Hojat, M., Louis, D.Z., Markham, F.W., Wender, R., Rabinowitz, C., Gonnella, J.S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(3), 359–364. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1.
2. Mercer, S.W., Maxwell, M., Heaney, D., Watt, G.C. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, 21(6), 699–705. doi: 10.1093/fampra/cmh621.
3. Derksen, F., Bensing, J., Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *The British journal of general Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 63(606), e76–e84. doi: 10.3399/bjgp13X660814
4. Zolnieriek, K.B., DiMatteo, M.R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.
5. Sabaté, E. (Ed.). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.
6. Ambady, N., Koo, J., Rosenthal, R., Winograd, C.H. (2002). Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychology and Aging*, 17(3), 443–452. doi: 10.1037/0882-7974.17.3.443.
7. Street, R.L., Jr., Makoul, G., Arora, N.K., Epstein, R.M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015.
8. Camassa, M. (2024). *Lack of Empathy and Dehumanisation*. In M.Camassa. *On the Power and Limits of Empathy*. Palgrave Macmillan. doi: 10.1007/978-3-031-37522-4\_15, pp. 319-347.
9. Decety, J., Cowell, J. M. (2014). The complex relation between morality and empathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 18, 337–339. doi: 10.1016/j.tics.2014.04.008.
10. Stebnicki, M. A. (2007). Empathy fatigue: Healing the mind, body, and spirit of professional counselors. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(4), 317–338. doi: 10.1080/15487760701680570.
11. Tylee, A., Gandhi, P. (2005). The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 7(4), 167–176. doi: 10.4088/pcc.v07n0405.

1. Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T.J., Cohen, M.J.M., Gonnella, J.S., Erdmann, J.B., Veloski, J., Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349–365. doi: 10.1177/00131640121971158.
2. Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. doi: 10.1037/0022-3514.44.1.113.
3. Spreng, R.N., McKinnon, M.C., Mar, R.A., Levine, B. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of Personality Assessment*, 91(1), 62-71.
4. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163-175.
5. Mercer, S., Maxwell, M., Heaney, D., Watt, G. C. (2004). The Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure: Development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, 21(6), 699-705.
6. Riess, H., Kelley, J.M., Bailey, R.W., Dunn, E.J., Phillips, M. (2012). Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1280–1286. doi: 10.1007/s11606-012-2063-z.
7. Greenwald, A.G., McGhee, D.E., Schwartz, J.L.K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464-1480.
8. Rumble, A.C., Van Lange, P.A.M., Parks, C.D. (2010). The benefits of empathy: When empathy may sustain cooperation in social dilemmas. *European Journal of Social Psychology*, 40(5), 856-866. doi: 10.1002/ejsp.659.
9. Oceja, L.V., Heerdink, M.W., Stocks, E.L., Ambrona, T., López-Pérez, B., Salgado, S. (2014). Empathy, Awareness of Others, and Action: How Feeling Empathy for One-Among-Others Motivates Helping the Others. *Basic and Applied Social Psychology*, 36(2), 111–124. doi: 10.1080/01973533.2013.856787.

## ŹRÓDŁA DO ROZDZIAŁU 5

1. Galinsky, A.D., Moskowitz, G.B. (2000). Perspective-taking: decreasing stereotype expression, stereotype accessibility, and in-group favouritism, *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(4), 708-724. doi: 10.1037/0022-3514.78.4.708.
2. Tompkins, T.L., Shields, C.N., Hillman, K.M., White, K. (2015). Reducing stigma toward the transgender community: an evaluation of a humanizing and perspective-taking intervention. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 34-42. doi: 10.1037/sgd0000088.
3. Koppe, H., van de Mortel, T. F., & Ahern, C. M. (2016). How effective and acceptable is Web 2.0 Balint group participation for general practitioners and general practitioner registrars in regional Australia? A pilot study. *The Australian Journal of Rural Health*, 24(1), 16–22. doi: 10.1111/ajr.12212.
4. De Vries, A. M., de Roten, Y., Meystre, C., Passchier, J., Despland, J.N., Stiefel, F. (2014). Clinician characteristics, communication, and patient outcome in oncology: a systematic review. *Psycho-oncology*, 23(4), 375–381. Doi: 10.1002/pon.3445.
5. Kraft-Todd, G., Reiner, D.A., Kelley, J.M., Heberlein, A.S., Baer, L., Riess, H. (2017). Empathic nonverbal behavior increases ratings of both warmth and competence in a medical context. *Plos One*, 12(5), e0177758. doi: 10.1371/journal.pone.0177758.
6. van Osch, M., van Dulmen, S., van Vliet, L., Bensing, J. (2017). Specifying the effects of physician's communication on patients' outcomes: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 100(8), 1482–1489. doi: 10.1016/j.pec.2017.03.009.
7. Silverman, J., Kurtz, S., and Draper, J. (1998). *Skills for Communicating with Patients*. London: Oxford University Press.
8. Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., Kudelka, A.P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
9. Ammentorp, J., Thomsen, J. L., Jarbøl, D.E., Holst, R., Øvrehus, A. L., Kofoed, P. E. (2013). Comparison of the medical students' perceived self-efficacy and the evaluation of the observers and patients. *BMC Medical Education*, 13, 49. doi: 10.1186/1472-6920-13-49.
10. Iversen, E. D., Wolderslund, M. O., Kofoed, P. E., Gulbrandsen, P., Poulsen, H., Cold, S., Ammentorp, J. (2020). Codebook for rating clinical communication skills based on the Calgary-Cambridge Guide. *BMC Medical Education*, 20(1), 140. doi: 10.1186/s12909-020-02050-3.

11. Peckler, B., Park, I., Gupta, A., Mandani, K., Haubner, L. (2010). Breaking bad news education for emergency medicine residents: a novel training module using simulation with the spikes protocol. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 3(4), 385. doi: 10.4103/0974-2700.70760.
12. Beverly, E.A., Love, C., Love, M., Williams, E. R., Bowditch, J. (2021). Using virtual reality to improve health care providers' cultural self-efficacy and diabetes attitudes: pilot questionnaire study. *JMIR Diabetes*, 6(1), e23708. doi: 10.2196/23708.
13. Siah, C.J.R., Xu, P., Teh, C.L., Kow, A.W.C. (2022). Evaluation of nursing students' efficacy, attitude, and confidence level in a perioperative setting using virtual-reality simulation. *Nursing Forum*, 57(6), 1249-1257. doi: 10.1111/nuf.12783.
14. Kononowicz, A.A., Woodham, L.A., Edelbring, S., Stathakarou, N., Davies, D., Saxena, N., Tudor Car, L., Carlstedt-Duke, J., Car, J., Zary, N. (2019). Virtual patient simulations in health professions education: Systematic review and meta-analysis by the Digital Health Education Collaboration. *Journal of Medical Internet Research*, 21(7), e14676. doi: 10.2196/14676.

## ŹRÓDŁA DO ROZDZIAŁU 6

1. Department of Agricultural Economics, Sociology, and Education at The Pennsylvania State University, UNESCO Child and Family Research Centre at the National University of Ireland, Galway (2017). *The Activating Empathy Program (Build Trust in the Workplace by Practicing Empathy)*. <https://agsci.psu.edu/unesco/our-programs/the-empathy-project> (retrieved March 17th, 2025).
2. Levesque-Bristol, C., Knapp, T.D., Fisher, B. J. (2011). The effectiveness of service-learning: It's not always what you think. *Journal of Experiential Education*, 33(3), 208-224. doi: 10.1177/105382590113300302.
3. Rodríguez-Nogueira, Ó., Leirós-Rodríguez, R., Pinto-Carral, A., Álvarez-Álvarez, M.J., Fernández-Martínez, E., Moreno-Poyato, A.R. (2022). The relationship between burnout and empathy in physiotherapists: a cross-sectional study. *Annals of Medicine*, 54(1), 933- 940. doi: 10.1080/07853890.2022.2059102.
4. van Dijke, J., van Nistelrooij, I., Bos, P., Duyndam, J. (2020). Towards a relational conceptualization of empathy. *Nursing Philosophy: An international journal for healthcare professionals*, 21(3), e12297. doi: 10.1111/nup.12297.

5. Ayaz, O., Ismail, F.W. (2022). Healthcare simulation: a key to the future of medical education—a review. *Advances in Medical Education and Practice*, 13, 301-308. doi: 10.2147/AMEP.S353777.
6. McNally, G., Haque, E., Sharp, S., Thampy, H. (2023). Teaching empathy to medical students. *The Clinical Teacher*, 20(1), e13557. doi: 10.1111/tct.13557.
7. Dorough, R.J.M., Adamuti-Trache, M., Siropaides, C.H. (2021). Association of medical student characteristics and empathy after a communication workshop. *Journal of Patient Experience*, 8, 23743735211065273. doi: 10.1177/23743735211065273.
8. Zazulak, J., Sanaee, M., Frolic, A., Knibb, N., Tesluk, E., Hughes, E., Grierson, L.E.M. (2017). The art of medicine: arts-based training in observation and mindfulness for fostering the empathic response in medical residents. *Medical Humanities*, 43(3), 192–198. doi: 10.1136/medhum-2016-011180.
9. Reilly, J.M., Trial, J., Piver, D.E., Schaff, P.B. (2012). Using theater to increase empathy training in medical students. *Journal for Learning through the Arts*, 8(1).
10. Miller, S.R. (2013). A curriculum focused on informed empathy improves attitudes toward persons with disabilities. *Perspectives on Medical Education*, 2(3), 114-125. doi: 10.1007/s40037-013-0046-3.
11. Harz, D., Begin, A.S., Alansari, R., Esparza, R., Zimmermann, C., Evans, B.D., Katz, J.T. (2023). The art of empathy: Teaching empathy through art. *The Clinical Teacher*, 20(5), e13643. doi: 10.1111/tct.13643.
12. Kral, T.R.A., Stodola, D.E., Birn, R.M., Mumford, J.A., Solis, E., Flook, L., Patsenko, E.G., Anderson, C.G., Steinkuehler, C., Davidson, R.J. (2018). Neural correlates of video game empathy training in adolescents: a randomized trial. *NPJ Science of Learning*, 3, 13. doi: 10.1038/s41539-018-0029-6.
13. Menezes, P., Guraya, S.Y., Guraya, S.S. (2021). A systematic review of educational interventions and their impact on empathy and compassion of undergraduate medical students. *Frontiers in Medicine*, 8, 758377. doi: 10.3389/fmed.2021.758377.
14. Sung, J., Kweon, Y. (2022). Effects of a nonviolent communication-based empathy education program for Nursing students: A quasi-Experimental pilot study. *Nursing Reports*, 12(4), 824–835. doi: 10.3390/nursrep12040080.
15. Kleinsmith, A., Rivera-Gutierrez, D., Finney, G., Cendan, J., Lok, B. Understanding empathy training with virtual patients. *Computers in Human Behavior*, 52, 151–158. doi: 10.1016/j.chb.2015.05.033.

16. Chua, J.Y.X., Ang, E., Lau, S.T.L., Shorey, S. Effectiveness of simulation-based interventions at improving empathy among healthcare students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 104, 105000. doi: 10.1016/j.nedt.2021.105000.
17. Dyer, E., Swartzlander, B. J., Gugliucci, M. R. (2018). Using virtual reality in medical education to teach empathy. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 106(4), 498–500. doi: 10.5195/jmla.2018.518.
18. Ahmadzadeh, A., Esfahani, M.N., Ahmadzad-Asl, M., Shalbafan, M., Shariat, S.V. Does watching a movie improve empathy? A cluster randomized controlled trial. *Canadian Medical Education Journal*, 10(4), e4–e12. PMID: 31807222; PMCID: PMC6892313.
19. Morrow, E., Zidaru, T., Ross, F., Mason, C., Patel, K.D., Ream, M., Stockley, R. (2023). Artificial intelligence technologies and compassion in healthcare: A systematic scoping review. *Frontiers in Psychology*, 13, 971044. doi: 10.3389/fpsyg.2022.971044.
20. Jackson, P., Ponath Sukumaran, G., Babu, C., Tony, M.C., Jack, D.S., Reshma, V.R., Davis, D., Kurian, N., John, A. (2024). Artificial intelligence in medical education - perception among medical students. *BMC Medical Education*, 24(1), 804. doi: 10.1186/s12909-024-05760-0.
21. Mendolia, T.A. (2023). Empathetic Chatbot: Enhancing Medical Education with Artificial Intelligence. *Immersive Learning Research-Practitioner*, 86-90. doi: 10.56198/ITIG2U41K.

### 360 stopni (informacja zwrotna 360°)

Metoda oceny, w której opinie o funkcjonowaniu (np. empatycznej komunikacji) zbiera się z wielu źródeł: od współpracowników, przełożonych, pacjentów itp.

### B

#### Bezpieczeństwo psychologiczne

Cecha środowiska pracy/nauki, w którym można mówić otwarcie bez obawy o ośmieszenie lub karę; wiązana z empatycznym przywództwem i kulturą organizacyjną.

### C

#### Calgary-Cambridge Protokół

Protokół komunikacji klinicznej wspierający prowadzenie rozmów z pacjentami, używany jako ramy treningów komunikacyjnych.

#### CARE (Consultation and Relational Empathy)

Skala oceny empatii relacyjnej w konsultacji; stosowana m.in. w warunkach symulacji/OSCE oraz w realnych kontaktach klinicznych jako wskaźnik jakości interakcji lekarz–pacjent.

#### Chatbot

Narzędzie konwersacyjne (często oparte na AI), które może służyć jako bezpieczne środowisko do ćwiczenia rozmów z „pacjentem” i refleksji nad reakcjami emocjonalnymi.

#### Ciało migdałowate

Struktura mózgu ważna w przetwarzaniu emocji, opisywana jako istotna dla empatii afektywnej.

### Cykl uczenia się Kolba

Model uczenia przez doświadczenie (doświadczenie → refleksja → konceptualizacja → eksperymentowanie), przywołany w kontekście treningu empatii poprzez symulacje/VR.

### E

#### Efekt aprobaty społecznej

Zniekształcenie wyników w samoocenie (tendencja do odpowiedzi „jak wypada”, a nie „jak jest”), wskazywane jako ograniczenie kwestionariuszy empatii.

#### Einführung

Historyczny termin (T. Lipps) oznaczający „wczuwanie się”, stanowiący źródło współczesnego pojęcia empatii.

#### Empatia afektywna (emocjonalna)

Subiektywne „rezonowanie” z uczuciami innych; emocjonalne odzwierciedlenie tego, co przeżywa druga osoba.

#### Empatia poznawcza

Intelektualne zrozumienie perspektywy drugiej osoby (myśli, uczuć, sytuacji życiowej), bez konieczności „wchodzenia” w jej emocje.

#### Empatia współczująca (empatyczna troska)

Komponent empatii, który „uruchamia” pomoc: łączy zrozumienie i współodczuwanie z gotowością do wsparcia.

## Empatia jako cecha vs empatia jako stan

Empatia jako cecha: względnie stabilna dyspozycja; empatia jako stan: chwilowa, sytuacyjna reakcja zależna od kontekstu.

## EQ (Skala ilorazu empatii)

Narzędzie stosowane w populacjach klinicznych i nieklinicznych, wykorzystywane w badaniach poznania społecznego.

## F

### fMRI (funkcjonalny rezonans magnetyczny)

Metoda neuroobrazowania używana do badania neuronalnych korelatów empatii; w praktyce ograniczana kosztami i złożonością.

## G

### Geny czy wychowanie

Skrótowe ujęcie debaty o źródłach empatii: predyspozycjach biologicznych i wpływie środowiska/uczenia się.

### Grupy Balinta

Moderowane grupy refleksyjne dla pracowników ochrony zdrowia i studentów, w których omawia się trudne przypadki przede wszystkim pod kątem relacji lekarz–pacjent oraz własnych reakcji emocjonalnych. Celem jest zwiększenie rozumienia perspektywy pacjenta, wspieranie empatii i zapobieganie przeciążeniu emocjonalnemu w pracy klinicznej.

## H

### HRV (zmienność rytmu serca)

Marker fizjologiczny wiązany z regulacją stresu, reaktywnością emocjonalną i (potencjalnie) empatią.

## I

### IAT (Test Utajonych Skojarzeń)

Narzędzie pomiaru postaw nieuświadomionych; wspominane jako jedna z metod pomiarów pośrednich, wymagających dalszej walidacji w obszarze empatii.

### Inteligencja emocjonalna

Zestaw zdolności związanych z rozpoznawaniem, rozumieniem i regulacją emocji (u siebie i innych), wspierający kompetencje relacyjne.

### IRI (Wskaźnik Reaktywności Interpersonalnej)

Narzędzie wielowymiarowe (m.in. przyjmowanie perspektywy, empatyczna troska, osobisty niepokój).

## J

### JSE (Skala Empatii Jeffersona)

Kwestionariusz empatii opracowany dla personelu medycznego; wykorzystywany w badaniach i edukacji klinicznej.

## K

Kompetencje kulturowe – umiejętności pomagające ograniczać „automatyczne” faworyzowanie własnej grupy (uprzedzenie wewnątrzgrupowe) oraz lepiej rozumieć pacjentów z różnych środowisk.

## M

### Mindfulness

Trening uważności wspierający refleksję i regulację emocji; jedna z metod rozwijania empatii.

## N

### Nauczanie immersyjne

Metoda oparta na doświadczaniu (np. kontakt z różnorodnymi społecznościami), wzmacniająca rozumienie perspektywy pacjentów i empatię międzykulturową.

### Neurony lustrzane

Mechanizmy neuronalne aktywujące się m.in. podczas obserwowania emocji innych; wspierają współodczuwanie i rozumienie stanów innych osób.

## O

### Opieka oparta na współczuciu

Model opieki, w którym kompetencje medyczne łączą się z empatyczną, relacyjną postawą wobec pacjenta.

### OSCE

Obiektywny, ustrukturyzowany egzamin kliniczny z udziałem standaryzowanych pacjentów; używany także do oceny empatycznej komunikacji.

## R

### Regulacja emocji

Strategie zarządzania własnymi emocjami (kluczowe m.in. dla utrzymania równowagi i ochrony przed przeciążeniem w pracy klinicznej).

### Rzeczywistość wirtualna (VR)

Technologia symulacji doświadczeń (np. starzenie się, ograniczenia sensoryczne), wykorzystywana do ćwiczeń empatii i komunikacji.

## S

### Standaryzowani pacjenci

Przeszkoleni aktorzy odgrywający pacjentów w symulacjach/OSCE; umożliwiają ocenę zachowań relacyjnych w kontrolowanych warunkach.

## T

### TEQ (Kwestionariusz Empatii z Toronto)

Krótką miarą empatii (głównie afektywnej), przydatną w badaniach na większych próbach.

## U

### Ukryty program nauczania

Nieformalny przekaz wartości i norm (np. styl traktowania studentów i pacjentów), który w praktyce kształtuje postawy empatyczne.

### Uprzedzenie wewnątrzgrupowe

Naturalna skłonność do większej empatii wobec osób postrzeganych jako „podobne do mnie”; ważny temat w kontekście różnorodności pacjentów.

## W

### Wielka Piątka (model cech osobowości)

Model opisujący pięć wymiarów osobowości (m.in. ugodowość, neurotyczność) omawianych jako czynniki sprzyjające lub utrudniające empatię.

### Współczucie (ang. sympathy)

Emocjonalna reakcja smutku/troski wobec cierpienia innej osoby; bywa mylona z empatią, ale nie jest tym samym co współodczuwanie.

### Współczucie czynne (ang. compassion)

Emocja społeczna pojawiająca się wobec cudzego cierpienia, łącząca troskę i motywację do realnego wsparcia (akcentuje komponent afektywny i gotowość do działania).

### Wypalenie zawodowe

Długotrwałe przeciążenie i spadek zasobów psychicznych; w Podręczniku Empatii związane m.in. z brakiem równowagi w obciążeniu emocjonalnym.

### Wyspa przednia i przednia kora zakrętu obręczy

Obszary mózgu powiązane z przetwarzaniem emocji i bólu; aktywują się m.in. w empatii wobec cierpienia.

### Z

### Zmęczenie współczuciem

Wyczerpanie emocjonalne wynikające z ciągłego kontaktu z cierpieniem; może obniżyć empatię i jakość funkcjonowania zawodowego.

## INDEKS HASEŁ

- 360 stopni (informacja zwrotna 360 stopni) — 60–61, 69
- Bezpieczeństwo psychologiczne — 110
- Chatbot — 109–110, 122
- Calgary-Cambridge Protokół — 84
- CARE (Consultation and Relational Empathy) — 60, 69
- Ciało migdałowe — 27
- Cykl uczenia się Kolba — 108
- Czynne współczucie (ang. compassion) — 8, 10, 69–70, 112
- Effekt aprobaty społecznej — 59
- Einfühlung — 9
- Empatia afektywna (emocjonalna) — 9, 24, 36
- Empatia jako cecha / empatia jako stan — 13
- Empatia międzykulturowa — 87–89, 98
- Empatia poznawcza — 9, 24
- Empatia współczująca (empatyczna troska) — 9–10, 24
- EQ (Skala ilorazu empatii) — 59
- fMRI (funkcjonalny rezonans magnetyczny) — 65
- Geny czy wychowanie — 24
- Grupy Balinta — 80–82
- HRV (zmiennosc rytmu serca) — 67
- IAT (Test Utajonych Skojarzeń) — 67
- Iloraz empatii — 60
- Inteligencja emocjonalna — 34, 109–110
- IRI (Wskaźnik Reaktywności Interpersonalnej) — 59
- JSE (Skala Empatii Jeffersona) — 58
- Kompetencje kulturowe — 36, 88
- Komunikacja niewerbalna — 80, 82, 86
- Komunikacja werbalna — 80, 82–83, 86
- Mindfulness — 74–75, 83, 93
- Nauczanie immersyjne — 84–86, 88, 90, 92, 96
- Neurony lustrzane — 27
- Odporność emocjonalna — 35–36, 51, 107
- Opieka oparta na współczuciu — 43, 54, 112, 114
- OSCE — 61
- Poufność — 71
- Przyjmowanie perspektywy — 10, 26, 36
- Reaktywność interpersonalna — 60
- Refleksja — 38, 49, 52, 74–75, 84, 90, 109
- Regulacja emocji — 53, 93
- Rzeczywistość wirtualna (VR) — 85, 87, 96, 108–109, 112, 114, 119
- SPIKES — 84
- Standaryzowani pacjenci — 60–62, 88
- Symulacje — 86, 104, 108, 114, 120–121
- Sztuczna inteligencja (AI) — 108–110
- TEQ (Kwestionariusz Empatii z Toronto) — 59
- Ukryty program nauczania — 97
- Upředzenie wewnątrzgrupowe — 36
- Wielka Piątka (model cech osobowości) — 29
- WLEIS — 14
- Współczucie (ang. sympathy) — 9
- Wypalenie zawodowe — 54, 73
- Wyspa przednia i przednia kora zakrętu obręczy — 27–28
- Zmęczenie współczuciem — 53–54