



Rola empatii w komunikacji terapeutycznej – przegląd literatury

Role of empathy in therapeutic communication – literature review

Urszula Jaroń^{1,A-F}, Halina Pawłowska-Jaroń^{2,C-F}, Monika Malska^{2,D-E}

¹ Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej i Chirurgii Onkologicznej, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Polska

² Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Jaroń U, Pawłowska-Jaroń H, Malska M. Rola empatii w komunikacji terapeutycznej – przegląd literatury. Med Og Nauk Zdr. 2026;32(1):22–28. doi:10.26444/monz/217066

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Empatia odgrywa w komunikacji terapeutycznej kluczową rolę, wpływając na relację specjalista–pacjent, proces diagnostyczno-terapeutyczny, jak również dobrostan pracowników ochrony zdrowia. Coraz częściej podkreśla się znaczenie nowoczesnych metod rozwijania empatii, takich jak technologia rzeczywistości wirtualnej (VR). Celem pracy było przedstawienie aktualnej wiedzy na temat znaczenia empatii w komunikacji terapeutycznej oraz sposobów jej wzmacniania w zawodach medycznych.

Metody przeglądu. Przegląd literatury przeprowadzono, korzystając z baz PubMed, Medline i Google Scholar. Uwzględniono publikacje z lat 2015–2025 w języku polskim i angielskim, a w uzasadnionych przypadkach także klasyczne opracowania dotyczące podstawowych koncepcji empatii.

Opis stanu wiedzy. Wyższy poziom empatii wiąże się z lepszą komunikacją, większym zaufaniem pacjentów, skuteczniejszą opieką oraz niższym ryzykiem wypalenia zawodowego. Badania potwierdzają możliwość rozwijania empatii poprzez trening, szkolenia komunikacyjne, pracę z emocjami oraz uważność. VR stanowi obiecujące narzędzie edukacyjne, umożliwiające doświadczenie sytuacji klinicznych z perspektywy pacjenta.

Podsumowanie. Empatia jest kluczową kompetencją osób uprawiających zawody medyczne, ponieważ jej rozwijanie przyczynia się do poprawy jakości opieki nad pacjentem oraz dobrostanu pracowników. Włączenie nowoczesnych metod, takich jak wirtualna rzeczywistość (VR), wspiera proces kształcenia w zakresie empatycznej komunikacji. Jednocześnie podkreśla się potrzebę podejmowania działań na rzecz podtrzymywania poziomu empatii pracowników, zwłaszcza w warunkach wysokiego obciążenia emocjonalnego.

Słowa kluczowe

relacja terapeutyczna, rzeczywistość wirtualna, pracownicy ochrony zdrowia, komunikacja w ochronie zdrowia, protokół SPIKES, empatia

■ Abstract

Introduction and Objective. Empathy plays a key role in therapeutic communication and influences the quality of the specialist–patient relationship, diagnostic accuracy and wellbeing of healthcare professionals. Growing attention is also given to modern methods of developing empathy, including virtual reality (VR). The aim of the review is to present current knowledge on the role of empathy in therapeutic communication and approaches supporting its development in medical professions.

Review methods. A literature search was conducted in the PubMed, Medline and Google Scholar databases. Publications from 2015–2025 in Polish and English were included. In justified cases, classic earlier works describing fundamental concepts of empathy and communication were also analyzed.

Brief description of the state of knowledge. Higher levels of empathy among healthcare workers are associated with improved patient trust, better communication, enhanced therapeutic outcomes and lower burnout risk. Studies show that empathy can be strengthened through structured training, including role-play, communication workshops and mindfulness. VR is increasingly used as an innovative tool in empathy education, enabling learners to experience clinical situations from the patient's perspective and improving emotional understanding and perspective-taking.

Summary. Empathy is a key competence in medical professions, as its development contributes both to the quality of patient care and to the well-being of healthcare professionals. The inclusion of modern methods, such as virtual reality (VR), can effectively support the educational process. Additionally, the need for ongoing actions aimed at maintaining empathy among healthcare workers is emphasized, particularly under conditions of high emotional workload.

Key words

therapeutic relationship, virtual reality, health personnel, health communication, SPIKES protocol, empathy

✉ Autor do korespondencji: Halina Pawłowska-Jaroń, Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, ul. Podchorążych 2, 30–084, Kraków, Polska

E-mail: halina.pawlowska-jaron@uken.krakow.pl

Nadesłano: 24.11.2025; zaakceptowano do publikacji: 16.01.2026; publikacja online: 28.01.2025

WSTĘP

Pojęcie empatii wywodzi się z terminologii filozoficznej i estetycznej i zostało wprowadzone na przełomie XIX i XX wieku jako tłumaczenie niemieckiego terminu *Einfühlung*,

oznaczającego „wczuwanie się” w przeżycia innej osoby lub obiektu. Do psychologii termin ten został zaadaptowany przez Edwarda Bradforda Titchenera, który ujmował empatię jako proces introspekcyjnego wnikania w doświadczenia drugiego człowieka, stanowiący punkt wyjścia dla późniejszych ujęć poznawczych i emocjonalnych [1]. Współcześnie empatia postrzegana jest nie tylko jako konstrukt teoretyczny, lecz także jako istotny element codziennego funkcjonowania jednostki, przejawiający się w relacjach z innymi ludźmi, m.in. z bliskimi, współpracownikami, mentorami, a także osobami obcymi [2]. Istnieją zawody, w których empatia odgrywa kluczową rolę oraz wpływa na efektywność wykonywanej pracy. Do tej grupy należą zawody pomocowe, medyczne czy szerzej rzecz ujmując – terapeutyczne. Empatia stanowi kluczową kompetencję w relacji specjalista–pacjent, specjalista – rodzina pacjenta, ale również w pracy zespołowej, w procesie kształcenia przyszłych adeptów zawodu, ponadto w budowaniu własnych zasobów i w przygotowaniu do pełnienia roli zawodowej. W profesjach pomocowych ważna jest również samoświadomość, rozwój osobisty, zaspokajanie własnych potrzeb oraz racjonalne podejście do stawianych sobie wymagań. Umożliwia to dojrzała empatia, która sprzyja lepszemu poznaniu siebie, rozwojowi oraz ochronie własnych zasobów. Jest to szczególnie istotne w zawodach, w których podstawowym „narzędziem” pracy są zasoby osobiste specjalistów, takie jak kompetencje interpersonalne, umiejętność regulowania własnych emocji, uważność oraz zdolność do nawiązywania relacji terapeutycznej [3].

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat roli empatii w komunikacji terapeutycznej oraz znaczenia jej rozwijania przez osoby uprawiające zawody medyczne, w tym z wykorzystaniem technologii wirtualnej rzeczywistości (VR).

MATERIAŁ I METODY

Przegląd literatury przeprowadzono z wykorzystaniem baz PubMed, Medline oraz Google Scholar, co umożliwiło szeroką i rzetelną analizę dostępnych publikacji dotyczących empatii w komunikacji terapeutycznej oraz jej znaczenia w zawodach medycznych. Wyszukiwanie obejmowało artykuły opublikowane w latach 2015–2025 w języku polskim i angielskim. W uzasadnionych przypadkach do przeglądu włączono również klasyczne wcześniejsze opracowania, w tym podręczniki i monografie, które stanowią podstawę definicji, modeli teoretycznych oraz kluczowych pojęć związanych z empatią i komunikacją w ochronie zdrowia. Strategia wyszukiwania została oparta na Medical Subject Headings (MeSH) oraz odpowiednich słowach kluczowych, takich jak: *empathy, health communication, therapeutic relationship, SPIKES protocol, empathy training, virtual reality*. Aby zwiększyć trafność wyników, w wyszukiwaniu zastosowano także dodatkowe frazy opisowe odpowiadające polskim terminom tematycznym. Do precyzowania wyników wykorzystano operatory logiczne *and* i *or*.

W procesie selekcji zastosowano podstawowe elementy struktury przeglądu zgodne z wytycznymi PRISMA, obejmujące systematyczne wyszukiwanie, weryfikację unikalności

rekordów, wstępny screening oraz ocenę pełnych tekstów. Nie przeprowadzono jednak analizy ryzyka biasu ani metaanalizy, ponieważ celem pracy nie był pełny przegląd systematyczny.

W początkowej fazie wyszukiwania zidentyfikowano 1295 rekordów. Po usunięciu duplikatów poddano analizie tytuły i streszczenia, eliminując publikacje niezgodne z tematyką pracy, prace popularnonaukowe, materiały konferencyjne, opisy przypadków oraz artykuły w językach innych niż polski i angielski. Następnie zakwalifikowane publikacje poddano ocenie pełnotekstowej. Kryteria włączenia obejmowały odniesienie się do empatii w relacji specjalista–pacjent, komunikacji terapeutycznej, przekazywania trudnych informacji, wypalenia zawodowego oraz metod rozwijania empatii, w tym z wykorzystaniem technologii VR. Kryteria wyłączenia obejmowały: brak danych pierwotnych, brak związku z omawianą tematyką, niewystarczający poziom metodologiczny oraz charakter wyłącznie opiniotwórczy. Ostatecznie do przeglądu włączono 32 publikacji, które stanowiły podstawę analizy literaturowej. Oprócz tego uwzględniono 8 klasycznych i pomocniczych źródeł (podręczniki, akty prawne oraz opracowania teoretyczne), które posłużyły jako uzupełnienie tła merytorycznego, lecz nie zostały włączone do właściwej analizy literaturowej.

WPROWADZENIE DO PROBLEMATYKI EMPATII

Empatię można opisać jako proces, zasób lub cechę osobowościową, która wiąże się ze zdolnością emocjonalnego reagowania na doświadczenia innych, umiejętnością towarzyszenia im w ich przeżywaniu przy jednoczesnym zauważaniu i nazywaniu własnych uczuć i emocji. Mówiąc o empatii, należy wyróżnić komponent emocjonalny, poznawczy oraz emocjonalno-poznawczy. Aspekt emocjonalny związany jest z afektywną reakcją na emocje drugiej osoby oraz zdolnością współodczuwania tych afektów. Osoba empatyczna jest w stanie odczytać emocje przeżywane przez drugiego człowieka oraz często sama zaczyna odczuwać te emocje – można mówić tu o pewnym „zarażaniu emocjonalnym” [4]. Włodzimierz Szewczuk definiuje empatię w jej aspekcie emocjonalnym jako „wczuwanie się w stany szczególnie uczuciowe innych osób, przechodzące niekiedy w rzeczywiste zestrojenie własnych stanów emocjonalnych ze stanami innych osób” [2]. W ujęciu poznawczym empatia rozumiana jest jako możliwość wejścia w rolę innej osoby i wyobrażenia sobie na poziomie procesów kognitywnych, czego może ona doświadczać w konkretnej sytuacji, a także przewidywania jej uczuć, wyobrażeń czy reakcji. Z kolei komponent emocjonalno-poznawczy związany jest ze współdziałaniem mechanizmów emocjonalnych i poznawczych, które umożliwia poprawne odczytanie emocji osoby oraz przyjęcie jej perspektywy [4, 5].

ZNACZENIE EMPATII W ZAWODACH MEDYCZNYCH

Empatia w zawodach medycznych odgrywa kluczową rolę w komunikacji personelu terapeutycznego z pacjentem oraz w budowaniu relacji specjalista–pacjent, która ma istotne znaczenie dla przebiegu procesu diagnostycznego i terapeutycznego. Kiedy pacjent czuje, że może zaufać zespołowi medycznemu, i czuje się zrozumiany, będzie mu łatwiej komunikować swoje potrzeby, obawy, wątpliwości oraz zgłaszać

wszelkie dolegliwości – co może być konieczne dla procesu diagnostycznego oraz leczenia. Empatyczna komunikacja wiąże się również z umiejętnością aktywnego słuchania oraz zdolnością odbioru komunikatów werbalnych i niewerbalnych oraz zestawiania ich ze sobą.

Równie istotne w nawiązaniu efektywnego kontaktu jest uwzględnienie kwestii potencjalnych barier komunikacyjnych ze strony personelu/rodziny, jak i pacjenta:

„1. bariery leżące po stronie pacjenta mogą być związane np. z:

- deficytami fizycznymi,
- deficytami intelektualnymi,
- mechanizmami obronnymi,
- niechęcią/oporem,
- objawami chorobowymi,

2. bariery leżące po stronie rozmówcy mogą być związane np. z:

- niewystarczającą wiedzą,
- posługiwaniem się niezrozumiałymi wyrazami,
- uprzedzeniami,
- własnymi problemami,
- zbytnią empatią,

3. inne bariery np.

- nieodpowiedni czas na rozmowę,
- nieodpowiednie miejsce na rozmowę,
- obecność innych osób w trakcie rozmowy” [3].

Niezmiennie istotna jest konstruktywna komunikacja członków zespołu z osobą chorą czy z nieprawidłowym/zaburzonym rozwojem oraz/lub jej opiekunem rozumiana jako „sposób porozumiewania się (...) nie pogłębiający i nie utrwalający zaburzonych sposobów postrzegania, myślenia, odczuwania i działania. Polega na szanowaniu godności pacjenta i jego prawa do odmiennego zachowania, wynikającego z choroby” [6] czy zaburzeń rozwoju [7].

Ponadto zespół, który potrafi lepiej wyobrazić sobie dolegliwości pacjenta i towarzyszące im odczucia, może łatwiej całościowo zrozumieć problem oraz zaoferować kompleksową opiekę medyczną.

Badania wskazują, że gdy pracownicy ochrony zdrowia prezentują wyższy poziom empatii, pacjenci czują się bardziej komfortowo i bardziej ufają specjalistom, co wiąże się z lepszym wynikiem leczenia. Ponadto empatia lekarzy i zespołu może przyczyniać się do niższego stresu i lepszego samopoczucia pacjentów [8].

Okazuje się, że poziom empatii prezentowany przez lekarzy pierwszego kontaktu oraz pielęgniarki może mieć związek z wynikami zdrowotnymi pacjentów, w tym z ryzykiem śmiertelności. Dambha-Miller i wsp. [9] zbadali zależność między poziomem empatii prezentowanym przez wspomnianych pracowników ochrony zdrowia (z wykorzystaniem The Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure) a obecnością incydentów naczyniowych i wskaźnikiem śmiertelności wśród populacji pacjentów z cukrzycą typu II (N = 628). U chorych, którzy w pierwszych 12 miesiącach po otrzymaniu diagnozy doświadczali od lekarzy więcej empatii, po 10 latach występowało mniejsze ryzyko śmiertelności (z jakichkolwiek przyczyn, do 40–50%) oraz niższe było ryzyko wystąpienia epizodów sercowo-naczyniowych (jednak względem incydentów sercowo-naczyniowych naukowcom nie udało się zaobserwować zależności istotnej statystycznie).

MOŻLIWOŚCI ROZWIJANIA EMPATII

Poziom empatii może być modyfikowany i kształtowany na drodze treningu. Podstawowym założeniem treningu empatii powinno być pogłębianie wrażliwości wobec innych, doskonalenie umiejętności dostrzegania i nazywania emocji – zarówno własnych, jak i drugiego człowieka – a także wzmacnianie kompetencji komunikacyjnych i rozumienia chorego. Celem treningu jest kształtowanie cech, które można odnieść do trzech komponentów empatii: emocjonalnego, poznawczego oraz behawioralnego. Taki trening powinien odbywać się w małej grupie, sprzyjającej budowaniu zaufania i poczucia bezpieczeństwa; atmosferę w grupie powinna cechować życzliwość [5].

Smith i wsp. [10] opisując ćwiczenia mające na celu rozwój empatii wśród pracowników ochrony zdrowia, wskazują różne metody, takie jak:

- a. odgrywanie scenek, pozwalające ulepszyć umiejętność wyrażania zrozumienia, prezentowania życzliwego podejścia oraz aktywnego słuchania i stosowania odpowiedzi niewerbalnych takich jak kiwanie głową, pochylanie się w stronę rozmówcy;
- b. przedstawienie instruktaży z rzetelnego źródła przygotowanych przez psychologa lub uczestnictwo w wykładach związanych z rozwojem empatii, wskazujących, jak wprowadzić w życie empatyczne zachowania i reakcje;
- c. oglądanie filmów z aktorem w trakcie konsultacji lub oglądanie na nagraniu siebie samego udzielającego konsultacji pacjentowi oraz analizowanie tych nagrań.

Autorzy wskazują, iż każda ze wspomnianych metod treningu wpłynęła pozytywnie na empatię wśród pracowników medycznych na poziomie psychologicznym oraz behawioralnym, czego efektem były lepsza opieka medyczna i większe zadowolenie pacjentów.

Empatia i umiejętność nawiązywania relacji empatycznych z pacjentami oraz współpracownikami, jak i zdolność do „autoempatii” mogą stanowić ochronę przed wypaleniem zawodowym, zjawiskiem często występującym wśród pracowników zawodów pomocowych, terapeutycznych. Badania Wilczek-Rużyczki [11] wykazały, iż wśród pielęgniarek i lekarzy z wyższym poziomem empatii obserwowano mniejszą tendencję do depersonalizacji, wyczerpania emocjonalnego oraz uraty poczucia osiągnięć osobistych, czyli objawów zespołu wypalenia zawodowego. Jak podaje autorka badania, dojrzała empatia wiąże się z przejawianiem zaangażowania, skuteczną komunikacją, wysokiej jakości opieką i wysokim poziomem świadczeń medycznych oraz satysfakcją – zarówno pacjenta z otrzymywanej opieki, jak i lekarza/pielęgniarki z wykonywanej pracy. Z kolei przejawów wypalenia zawodowego można doszukiwać się w zachowaniach świadczących o niskim zaangażowaniu, których efektem są liczne konflikty, obniżenie poziomu świadczeń, spadek odczuwanej satysfakcji zawodowej oraz wzmożona nieobecność w pracy [12].

Na poziom empatii może pozytywnie wpływać uważność oraz koncentracja na „tu i teraz”. Trening uważności może pomagać w relaksacji, radzeniu sobie ze stresem oraz zarządzaniu emocjami. Uważność można również rozumieć jako pewną dyspozycję, skłonność do bycia mniej lub bardziej uważnym w codziennym funkcjonowaniu. Badania wskazują, iż wyższy poziom uważności rozumianej jako predyspozycja wiąże się z wyższym poziomem empatii poznawczej oraz emocjonalnej. Ponadto wyższy poziom uważności jako

predyspozycji w pracy z pacjentem wiąże się z mniejszą liczbą impulsywnych reakcji oraz z odpowiedziami opartymi na obserwacji i zrozumieniu, a nie na impulsach, jak również z większą łatwością w zakresie przyjmowania perspektywy chorego oraz współodczuwania z nim [13]. Dlatego trening uważności może okazać się skutecznym narzędziem wspierającym rozwój empatii.

EMPATIA JAKO OCHRONA PRZED WYPALENIEM ZAWODOWYM

Rajvinder Samra [14] zauważa, iż w zawodach medycznych umiejętność zarządzania empatią oraz zachowaniem równowagi między współodczuwaniem z pacjentem i zaangażowaniem emocjonalnym a zachowaniem profesjonalnego dystansu może chronić przed wypaleniem zawodowym. Autor ten podkreśla również istotność wsparcia psychicznego i psychoedukacyjnego w kontekście dbania o zdrowie psychiczne pracowników. Pokazuje to, że warto zapewnić pracownikom medycznym oraz studentom kierunków medycznych i pomocowych szkolenia związane z empatią oraz radzeniem sobie ze stresem, w celu zminimalizowania ryzyka wypalenia zawodowego, ale również podwyższenia jakości świadczeń medycznych, satysfakcji pacjentów oraz pracowników. Elastyczne korzystanie z umiejętności samoregulacji emocji przez pracowników medycznych pogłębia ich kontakt z pacjentem oraz wprowadza balans między poziomem empatii a nasileniem [15].

ZNACZENIE EMPATII W KOMUNIKACJI

Park i wsp. [16] zbadali zależność między stresem, wsparciem społecznym oraz poziomem empatii wśród studentów kierunku lekarskiego ($N = 2692$). Badanie wykazało istotną dodatnią korelację między poziomem empatii a poziomem wsparcia społecznego ($r = 0,33$; $p < 0,001$) oraz istotną ujemną korelację między poziomem empatii a poziomem stresu ($r = -0,14$; $p < 0,001$). Wyniki te podkreślają fundamentalną rolę wsparcia społecznego oraz rozwoju umiejętności radzenia sobie ze stresem wśród przyszłych specjalistów medycznych.

Empatia oraz zdolności komunikacyjne stanowią fundament pracy z pacjentem i mogą być przydatne szczególnie w sytuacji przekazywania złych wiadomości, np. diagnozy terminalnej choroby, informacji o złych rokowaniach, utracie zdrowia czy sprawności. Jednak czy przyszli specjaliści zawodów medycznych są na to przygotowani? Arumugam i wsp. [17] zbadali studentów medycyny przed przeprowadzeniem treningu EMBRACE (Empowering Medical students' skills in BReaking bAd news with Compassion and Empathy) i po jego zakończeniu. Przed odbyciem szkolenia jedynie 4,44% studentów ($N = 75$) deklarowało wysoką pewność siebie w zakresie umiejętności komunikacyjnych oraz empatycznego przekazywania złych wiadomości. Na moduł EMBRACE składały się symulacja sytuacji, omówienie modelu SPIKES stworzonego do przekazywania złych informacji, nauka empatii i komunikacji, rozwój zdolności w zakresie zarządzania własnymi emocjami i udzielania wsparcia pacjentom w związku z diagnozą, a także refleksja nad informacją zwrotną. Po odbyciu szkolenia przy użyciu modułu 81,11% studentów w swojej subiektywnej ocenie wykazało poprawę w zakresie umiejętności praktycznych i pewności

siebie w kontekście przekazywania złych informacji pacjentom. Efektem tego treningu był rozwój umiejętności komunikacyjnych i aktywnego słuchania u jego uczestników, a także poprawa w zakresie empatycznego przekazywania złych wiadomości. Badanie to świetnie pokazuje, iż rozwój empatii i umiejętności komunikacyjnych już wśród studentów zawodów medycznych może być efektywny i pozwala młodym specjalistom z większą pewnością wejść w zawód oraz swobodnie czuć się w komunikacji z pacjentem – nawet w tych najtrudniejszych momentach. W końcu wysokie kompetencje komunikacyjne oraz wysoki poziom empatii powinny stanowić fundament profesjonalnych kompetencji każdego specjalisty pracującego na co dzień z pacjentami, tym bardziej że empatia jest nie tylko cechą osobowości, lecz także kompetencją możliwą do rozwijania [18–20].

Pacjent ma podstawowe prawo do informacji o własnym stanie zdrowia, w tym o niekorzystnym/trudnym rokowaniu. Wynika ono z zapisów Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [21], ale też Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych [7]. Przekazywanie pacjentom wiadomości poważnych, niepomyślnych lub powodujących istotne zmiany w życiu jest jednym z najtrudniejszych zadań, przed którymi stają lekarze i diagności innych obszarów (psychologowie, logopedzi itp.). Trudne informacje medyczne to takie, które mogą znacząco wpłynąć na sposób postrzegania przez pacjenta swojej dalszej sytuacji życiowej. Dotyczą one m.in. chorób przewlekłych, schorzeń prowadzących do poważnych ograniczeń lub zdarzeń, które wymagają istotnych zmian w dotychczasowych planach. Większość pacjentów preferuje, aby wiadomości tego rodzaju były przekazywane bezpośrednio, w spokojnych warunkach, gdy lekarz skupia na nich pełną uwagę. Oczekują również, że opis stanu zdrowia zostanie przedstawiony w prostych i zrozumiałych słowach, a rozmowa umożliwi zadawanie pytań i uzyskanie wyjaśnień. Większość pacjentów woli poznać diagnozę swojej choroby, ale to, jak szczegółowe informacje chcieliby otrzymać, różni się w zależności od kręgu kulturowego, wykształcenia, wieku i płci. Lekarz powinien brać pod uwagę indywidualne potrzeby i oczekiwania pacjenta dotyczące sposobu przekazywania informacji. Samo informowanie o trudnej diagnozie lub niekorzystnym rokowaniu bywa dla lekarzy obciążające emocjonalnie, przy czym stres może pojawiać się zarówno przed rozmową, jak i po niej. Wielu z nich obawia się silnych reakcji emocjonalnych pacjenta, negatywnych ocen swojej pracy czy konieczności ujawnienia własnych uczuć w trakcie rozmowy. Zdarza się, że w obawie przed wywołaniem dodatkowego cierpienia lekarze pomijają część informacji lub przedstawiają rokowanie zbyt optymistycznie, co może zaburzać realną ocenę stanu zdrowia przez pacjenta.

MODEL SPIKES JAKO MODEL WSPIERAJĄCY EMPATYCZNĄ KOMUNIKACJĘ

Model SPIKES, zaproponowany pierwotnie przez Baile'a i wsp. jako sześciostopniowy protokół wspierający empatyczne przekazywanie trudnych informacji w praktyce klinicznej [22], jest jednym z najlepiej opisanych i najczęściej stosowanych narzędzi w tym obszarze. Zgodnie z wynikami systematycznego przeglądu literatury przeprowadzonego przez Mahendiran i wsp. [23] SPIKES okazał się najbardziej skutecznym modelem spośród tych wykorzystywanych do przekazywania pacjentom trudnych informacji (warto

nadmienić, iż istnieją inne protokoły i schematy mnemotechniczne ułatwiające przekazywanie niepomyślnych lub poważnych wiadomości, takie jak protokół ABCDE [24] czy BREAKS [25]). SPIKES pozwala personelowi medycznemu/terapeutycznemu na poprawę umiejętności radzenia sobie z emocjami – własnymi i pacjentów – oraz umiejętności komunikacyjnych. Jest praktycznym i łatwym do opanowania narzędziem. Porządkuje logicznie kolejne etapy, dając przy tym obu stronom poczucie kontroli i panowania nad sytuacją. Z perspektywy osoby udzielającej informacji, zwłaszcza młodych lekarzy i diagnostów, pozwala zapanować nad stresem, a także, co szczególnie istotne, mobilizuje do zachowania uważności i wrażliwości na reakcję osoby, z którą się rozmawia, a tym samym pozwala zmniejszyć ryzyko podjęcia kroków nieadekwatnych do możliwości emocjonalnych/intelektualnych, ale także do kręgu kulturowego rozmówcy.

Model ten zakłada 6 kroków:

- 1) Setting up – przygotowanie.
- 2) Perception – spostrzeżenie pacjenta.
- 3) Invitation – uzyskanie zgody na rozmowę oraz udzielanie informacji.
- 4) Knowledge – przekazanie informacji.
- 5) Emotions – „zaopiekowanie się” emocjami pacjenta, okazywanie empatii, udzielenie/zapewnienie wsparcia psychologicznego.
- 6) Strategy/summary – omówienie dalszej strategii leczenia [25, 26].

Pierwszy etap (*setting up*) polega na przygotowaniu do rozmowy. Ważne, by informacja była przekazywana w pomieszczeniu zapewniającym prywatność i komfortowe warunki, w spokojnej, intymnej, wspierającej atmosferze¹, by diagnosta zadbał o przekaz niewerbalny, okazując pewność siebie, spokój i opanowanie. Rozmowa powinna przebiegać na siedząco, najlepiej bez rozdzielających rozmawiające osoby barier fizycznych (np. biurka, stolika). Siadając przy pacjencie, rozmówca daje znać, że ma dla niego wystarczającą ilość czasu. Warto też pamiętać o tym, że pacjent lub jego opiekun ma prawo do tego, by w rozmowie uczestniczyła bliska mu osoba.

Na kolejnym etapie (*perception*) osoba przekazująca diagnozę ma za zadanie poznać i zrozumieć perspektywę pacjenta dotyczącą jego obecnego stanu zdrowia, choroby i procesu leczenia. Warto zorientować się, jakie informacje pacjent już posiada i jak przekazać mu informacje – forma rozmowy powinna być dopasowana do możliwości poznawczych chorego. Istotne dla przebiegu procesu jest rozpoznanie pojmowania sytuacji przez pacjenta/rodzica oraz ewentualne stosowanie mechanizmów obronnych.

Zaproszenie do rozmowy (*invitation*) ma wskazać diagnoście, czy, a jeśli tak, to ile pacjent chce dowiedzieć się o swoim stanie. Pacjent ma również prawo poprosić o przekazanie diagnozy innej, bliskiej lub wskazanej przez niego osobie. Zbyt nachalne przekazywanie informacji może nasilić reakcje obronne pacjenta i sprawić, że jego nastawienie wobec lekarza ulegnie pogorszeniu.

1. Należy zadbać, aby wybrana przestrzeń była izolowana od innych osób, pamiętając też o tym, iż informacje o stanie zdrowia należą do danych wrażliwych i jako takie podlegają rygorom wskazanym w § 9 RODO. Ochrona danych wrażliwych opiera się przede wszystkim na domyślnym zakazie ich przetwarzania. RODO, w art. 9 ust. 2, określa jednak zbiór wyjątków, czyli sytuacji, w których przetwarzanie danych wrażliwych jest dopuszczalne [26].

Na następnym etapie (*knowledge*), związanym z bezpośrednim przekazaniem danych, specjalista dowiadyuje się, czy pacjent jest gotowy na usłyszenie diagnozy. Po uzyskaniu zgody lekarz przekazuje informację i musi być przygotowany na reakcję emocjonalną pacjenta. Następnie, po przekazaniu informacji (*emotions and empathy*), należy dać choremu czas na wyrażenie swoich emocji. W wielu sytuacjach najbardziej pomocne jest spokojne odczekanie, aż pacjent przyswoi otrzymane informacje i sam wyrazi swoją reakcję. Istotne, by zidentyfikować emocje chorego (gniew, złość, strach, rozpacz, smutek) i spróbować znaleźć ich przyczyny, by móc im przeciwdziałać. Ważne jest wysłuchanie chorego, okazanie empatii oraz wsparcia psychicznego.

W końcu, na ostatnim etapie (*strategy/summary*) lekarz/diagnosta przedstawia plany dotyczące dalszego leczenia/terapii oraz upewnia się, iż pacjent dobrze je zrozumiał. Równie ważne jest aktywne angażowanie pacjenta w podejmowanie decyzji dotyczących dalszego leczenia i kolejnych kroków postępowania. Daje to choremu poczucie zachowania wpływu na swoje życie, zmniejsza niepokój a równocześnie mobilizuje do współdziałania w trakcie leczenia/terapii.

Postępowanie według takiego schematu może ułatwić empatyczną komunikację, co jest szczególnie ważne, gdy rozmowy są trudne. Kolejne kroki zapewniają przestrzeń emocjonalną, fizyczną oraz czasową na odpowiednie przekazanie informacji oraz zaopiekowanie się pacjentem w tym kontekście. Model ten często wykorzystywany jest w pracy z pacjentami onkologicznymi oraz paliatywnymi [22, 27–29]. Jednak z uwagi na uniwersalność etapów i propozycji oddziaływań znajduje coraz szersze zastosowanie nie tylko w innych specjalizacjach medycznych, ale jest także skutecznie wdrażany do procedur działań przez przedstawicieli innych zawodów terapeutycznych, np. psychologów, logopedów/neurologopedów, fizjoterapeutów. Co ważne, taki model współpracy z pacjentem/opiekunem pacjenta jest usankcjonowaniem praw pacjenta do informacji, ale i partnerek komunikacji z lekarzem/diagnostą/terapeutą, a także zachowania tajemnicy, intymności, godności [28, 30, 31].

WIRTUALNA RZECZYWISTOŚĆ (VR) JAKO NARZĘDZIE ROZWIJANIA EMPATII

W kontekście rozwijania kompetencji interpersonalnych takich jak wyrażanie empatii coraz większą rolę odgrywają szkolenia z zakresu umiejętności miękkich. Współcześnie uznaje się je za jeden z priorytetów edukacji medycznej, a ich znaczenie podkreślane jest zarówno w kształceniu studentów, jak i w doskonaleniu zawodowym praktykujących specjalistów. Coraz częściej włącza się do szkoleń z zakresu empatii nowoczesne rozwiązania, np. VR, wykorzystywaną w kształceniu przyszłych kadr medycznych. Takie metody pomagają utrzymywać i rozwijać kompetencje potrzebne do świadczenia wysokiej jakości opieki. Zwraca się przy tym uwagę, że empatia, mimo że jest kluczowa w zawodach medycznych, może z czasem słabnąć. Dzieje się tak m.in. z powodu dużego obciążenia pracą, braku wsparcia w sytuacjach stresujących oraz większego nacisku na umiejętności techniczne kosztem relacyjnych [34].

VR w kontekście empatii jest coraz częściej opisywana w literaturze. Wyróżnia się trzy główne typy tej technologii stosowane w edukacji medycznej. Pierwszy to pełna immersja VR – gogle dające pełne zanurzenie wizualne i dźwiękowe,

często z elementem interakcji. Drugi to VR półimmersyjna, czyli filmy 360° oglądane na ekranach lub projektorach, dające obraz panoramiczny, ale bez pełnego zanurzenia. Trzeci typ to VR streamingowa – grupowe oglądanie materiału VR na zwykłych ekranach. Pozwala to korzystać z części zalet technologii, ale bez wysokich wymagań sprzętowych [30]. Badania pokazują, że im silniejsze poczucie obecności i zanurzenia w środowisku VR, tym większy wzrost empatii i lepszy efekt dydaktyczny [33, 34]. Uczestnicy, którzy „wchodzą” w rolę pacjenta, mogą zobaczyć sytuację z jego perspektywy i lepiej zrozumieć jego zachowania oraz emocje w określonych stanach chorobowych. Perspektywa pierwszoosobowa pozwala im doświadczyć czegoś, czego nie da się w pełni przekazać samym opisem czy nagraniem [34, 36].

Ćwiczenia VR często wywołują autentyczne emocje i reakcje fizjologiczne. To z kolei ułatwia rozmowę podsumowującą i sprzyja głębszej refleksji nad zachowaniem pacjenta, ale też własną postawą. Dodatkową zaletą VR jest możliwość wielokrotnego odtwarzania scenariusza i omawiania go po każdej sesji. Dzięki temu można ćwiczyć konkretne elementy komunikacji, które są przydatne zwłaszcza w trudnych rozmowach i przy przekazywaniu niepomyślnych informacji [34, 36, 37].

W wielu badaniach, zarówno kontrolowanych, jak i z pomiarem przed i po interwencji, wykazano, że efektem VR jest natychmiastowy wzrost samooceny empatii, lepsze przyjmowanie perspektywy pacjenta oraz większa wiedza, i to niezależnie od grupy badanych czy tematu klinicznego [34, 35, 38].

W randomizowanym badaniu autorstwa Lin i wsp. studenci medycyny uczestniczyli w symulacji VR pokazującej codzienność osoby z depresją. Grupa kontrolna oglądała neutralny scenariusz życia studenta medycyny. Po interwencji w grupie VR odnotowano wzrost wyników w zakresie przyjmowania perspektywy ($p=0,03$) i troskliwej opieki ($p=0,01$). Autorzy zwrócili też uwagę na dodatnią zależność między poziomem empatii a poczuciem immersji i obecności. Jednocześnie pojedyncza sesja nie zmieniła trwałych postaw studentów, ale została uznana za wartościowe narzędzie do edukacji w zakresie rozumienia pacjentów z zaburzeniami nastroju [35].

Alieldin i wsp. przeprowadzili badanie z udziałem studentów pierwszego roku medycyny, w którym zastosowano immersyjne doświadczenie VR ukazujące codzienność starszych osób zmagających się z samotnością i izolacją społeczną. Po zakończeniu interwencji uczestnicy uzyskali średnio o 5,94 pkt wyższy wynik w skali JSE w porównaniu z wynikiem sprzed udziału w doświadczeniu ($p<0,01$). Studenci ocenili trening jako wartościowe narzędzie do nauki empatii. W analizie jakościowej podkreślano znaczenie elementów takich jak poczucie obecności, wcielenie w rolę oraz rozmowa po sesji, które pogłębiały zrozumienie doświadczeń pacjentów [38].

Natomiast w badaniu Dutton i Cimino uczestniczyli pracownicy ochrony zdrowia, którzy mieli okazję doświadczyć siedmiominutowej symulacji VR z perspektywy Alfreda – 74-letniego mężczyzny z degeneracją plamki żółtej i ubytkiem słuchu. Celem eksperymentu było sprawdzenie, czy taka forma immersyjnego szkolenia może zwiększyć empatię wobec osób starszych z podwójnym upośledzeniem zmysłów. Po interwencji odnotowano istotny wzrost w 9 z 14 pozycji mierzonych na skali KCES (średnia zmiana 0,41 pkt), a 97% badanych zadeklarowało wykorzystanie zdobytego doświadczenia w praktyce zawodowej [34].

Osoby biorące udział w takich ćwiczeniach VR często opisują je jako bardziej poruszające i „realne” niż tradycyjne formy nauki. Podkreślają, że VR zostawia ślad emocjonalny, pomaga zauważyć własne uprzedzenia i skłania do stylu pracy silniej skupionego na pacjencie [34, 35, 38].

PODSUMOWANIE

Przytoczone powyżej informacje podkreślają znaczenie dojrzałej empatii wśród pracowników zawodów medycznych. Empatia pełni funkcję czynnika ochronnego dla zdrowia i bezpieczeństwa zarówno pracowników ochrony zdrowia, jak i pacjentów korzystających z ich świadczeń. Umożliwia ona pracownikom ochrony zdrowia dbanie o siebie, współpracownikom, pacjentów oraz ich rodziny, sprzyjając rozpoznawaniu własnych potrzeb i potrzeb innych osób, a także lepszemu rozumieniu sytuacji pacjenta, jego emocji, myśli i zachowań, co przekłada się na wyższą jakość leczenia. Ponadto empatia umożliwia racjonalne rozumienie sytuacji oraz własnych wartości, celów, granic, umiejętności i wymagań względem siebie – co umożliwia samorozwój oraz budowanie i ochronę zasobów własnych. O empatii w kontekście zawodów medycznych powinno się również pamiętać w kontekście okazywania empatii pracownikom medycznym – szczególnie znając trud ich zawodu, obciążenia psychiczne i ryzyko zaburzeń psychicznych wtórnych wobec wykonywanej pracy. Więcej empatii i zrozumienia należałoby okazać również młodym specjalistom i wspierać ich w rozwoju empatii, komunikacji, uważnego słuchania, strategii radzenia sobie ze stresem – przytoczone w niniejszej pracy informacje pokazują, jak ważne w zawodach medycznych są umiejętności miękkie oraz samoświadomość, a rozwój ich powinien być włączany do programu nauczania adeptów zawodów medycznych od pierwszych lat studiów. Howick i Rees [39, 40] zwracają uwagę na istotny aspekt czasów współczesnych – okazywanie empatii na co dzień jest wyzwaniem, szczególnie w stresujących warunkach pracy. Pomimo zalet, jakie aktualna technologia oferuje w dziedzinie ochrony zdrowia, może ona również stanowić barierę dla komunikacji twarzą w twarz i empatii. Ten brak łączności może powodować, że diagności, ale i terapeuci nie rozpoznają w wystarczającym stopniu sytuacji wymagających empatii i mogą ograniczać zachowania opiekuńcze, stąd w erze szybko rozwijającej się technologii koncepcja empatii wydaje się ważniejsza niż kiedykolwiek. Należy docenić rolę edukatorów uczących tej umiejętności. Muszą oni szkolić i zapewniać praktykę umiejętności empatycznych; cały personel diagnostyczny i terapeutyczny medyczny powinien otrzymywać i modelować empatię, aby stworzyć kulturę empatii w obszarze opieki nad osobą chorą czy z niepełnosprawnością [41].

PIŚMIENICTWO

1. Titchener EB. Lectures on the experimental psychology of the thought-processes. New York: Macmillan; 1909. <https://doi.org/10.1037/10877-005>
2. Szewczuk W, editor. Słownik psychologiczny. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 1987.
3. Kułak-Bejda A, Kułak G, Waszkiewicz N. Zasady komunikacji z pacjentem doświadczającym zaburzeń psychicznych i jego rodziną. In: Krajewska-Kułak E, editor. Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2019. p. 338–354.
4. Wilczek-Rużyczka E. Empatia i jej rozwój u osób pomagających. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.

5. Wilczek-Rużyczka E. Empatia pracowników medycznych. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2017.
6. Wilczek-Rużyczka E. Komunikowanie się z chorymi psychicznie. Warszawa: PZWL; 2019.
7. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych. 2006. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20120001169> (access: 2025.03.23).
8. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, et al. The role of empathy in healthcare and social care professionals. *Healthcare*. 2020;8(1):26. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
9. Dambha-Miller H, Feldman AL, Kinmonth AL, et al. Association between primary care practitioner empathy and risk of cardiovascular events and all-cause mortality among patients with type 2 diabetes: a population-based prospective cohort study. *Ann Fam Med*. 2019;17(4):311–318. <https://doi.org/10.1370/afm.2421>
10. Smith K A, Bishop F L, Dambha-Miller H, et al. Improving empathy in healthcare consultations — a secondary analysis of interventions. *J Gen Intern Med*. 2020;35(12):3007–3014. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05994-w>
11. Wilczek-Rużyczka E. Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarek. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
12. Zhou H. Relationship between empathy and burnout as well as potential affecting and mediating factors from the perspective of clinical nurses: a systematic review. *BMC Nurs*. 2025;24. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02701-0>
13. Ardenghi S, Russo S, Luciani M, et al. The association between dispositional mindfulness and empathy among undergraduate nursing students: a multicenter cross-sectional study. *Open Access*. 2022;42:15132–15140. <https://doi.org/10.3892/ol.2022.13356>
14. Samra R. Empathy and burnout in medicine — acknowledging risks and opportunities. *J Gen Intern Med*. 2018;33(7):991–993. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4443-5>
15. Załuski M, Jagielski P, Makara-Studzińska M. Empatia a stres: mediu-jący wpływ strategii pracy emocjonalnej na przykładzie pielęgniarek zabiegowych. *Med Pr*. 2020;71(4):461–471. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00975>
16. Park KH, Kim D, Kim SK, et al. The relationships between empathy, stress and social support among medical students. *Int J Med Educ*. 2015;6:103–108. <https://doi.org/10.5116/ijme.55e6.0d44>
17. Arumugam K, Nandagopal H, Joseph J, et al. EMBRACE (Empowering Medical students' skills in BReaking bAd news with Compassion and Empathy) module improves the skills of undergraduate medical students in effectively breaking the bad news: a case-control study. *Adv Physiol Educ*. 2024;48(4):356–365. <https://doi.org/10.1152/advan.00224.2023>
18. Wanot W, Wanot B. Empatia i jej rola w zawodach medycznych. Częstochowa: Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza; 2020
19. Steinmar D, Zervos K, Wong G, et al. Importance of communication in medical practice and medical education: an emphasis on empathy and attitudes and their possible influences. *World J Psychiatry*. 2022;12(2):323–?. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12i2.323>
20. Lemogne C, Dufayet L, Buffel du Vaure C, et al. Empathy and medicine: benefits for both patient and doctor. *Rev Prat*. 2025;75(5):476–480.
21. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. DzU 2024 poz. 581. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=Wdu20240000581> (access: 2025.03.02).
22. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
23. Mahendiran M, Yeung H, Rossi S, et al. Evaluating the effectiveness of the SPIKES model to break bad news — a systematic review. *Am J Hosp Palliat Med*. 2023;40(11):1231–1260. <https://doi.org/10.1177/10499091221146296>
24. Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' protocol for breaking bad news. *Indian J Palliat Care*. 2010;16(2):61–65.
25. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med*. 1999;171(4):260–263.
26. Jarosz M i wsp. Przekazywanie niepomysłnych informacji w praktyce klinicznej. *Onkol Prakt Klin*. 2013;9(6):225–229.
27. Chmielewski W. Jak przekazywać niepomysłne wiadomości pacjentom onkologicznym? Główne założenia modelu SPIKES. 2025. <https://www.szkołeniaps.pl/jak-przekazywac-niepomyslne-wiadomosci-pacjentom-onkologicznym-glowne-zalozenia-modelu-spikes/> (access: 2025.10.27).
28. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO). DzU UE L 119 z 4.05.2016. <https://uodo.gov.pl/pl/131/224> (access: 2025.03.01).
29. Berkey FJ, Wiedemer PJ, Vithalani ND et al. Delivering bad or life-altering news. *Am Fam Physician*. 2018;98(2):99–104. <https://www.mp.pl/medycynarodzinnna/na-marginesie/namarginesie/202966,przekazywanie-wiadomosci-niepomyslnych-lub-powodujacych-powazne-zmiany-w-zyciu-pacjenta,I> (access: 2025.03.01).
30. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. <https://pacjent.gov.pl/poznaj-swoje-prawa> (access: 2025.03.01)
31. Biesiada MA, Ciałkowska-Rysz A, Mastalerz-Migas A. Przekazywanie niekorzystnego rokowania przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. *Medycyna Paliatywna*. 2022;14(4):189–196.
32. Xu W, Yang X. Enhancing empathy of medical students in clinical training: a narrative-driven virtual reality experience for understanding undiagnosed chronic pain. *Front Virtual Real*. 2025; Article 1602957. <https://doi.org/10.3389/frvir.2025.1602957>
33. Villmore DL, Dyer EJ, Gugliucci MR et al. Teaching empathy: comparison of a virtual reality experience using head-mounted display versus group streaming. *Gerontol Geriatr Educ*. 2024;45(5):512–523. <https://doi.org/10.1080/02701960.2024.2333221>
34. Dutton S, Cimino A. Impact of virtual reality on healthcare provider empathy for older adults with sensory impairment. *Innov Aging*. 2021;5(Suppl1):759. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab046.2813>
35. Lin HL, Wang YC, Huang ML, et al. Can virtual reality technology be used for empathy education in medical students: a randomized case-control study. *BMC Med Educ*. 2024;24:1254. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-04979-0>
36. Corriette B, Parsons D, Alim C, et al. Using VR to elicit empathy in current and future psychiatrists for their patients of color. In: *Proceedings of the 2023 IEEE Conference on Virtual Reality and 3D User Interfaces Abstracts and Workshops (VRW)*. IEEE; 2023.
37. Roswell RO, Cogburn CD, Tocco J, et al. Cultivating empathy through virtual reality: advancing conversations about racism, inequity, and climate in medicine. *Acad Med*. 2020;95(12):1882–1886. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003615>
38. Alieldin R, Peyre S, Nofziger A, et al. Effectiveness of immersive virtual reality in teaching empathy to medical students: a mixed methods study. *Virtual Real*. 2024;28:129. <https://doi.org/10.1007/s10055-024-00939-3>
39. Howick J, Rees S. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *J R Soc Med*. 2017;110(9):352–357. <https://doi.org/10.1177/014107681714443>
40. Załuski M, Jagielski P, Makara-Studzińska M. Empatia a stres: mediu-jący wpływ strategii pracy emocjonalnej na przykładzie pielęgniarek zabiegowych. *Med Pr*. 2020;71(4):461–471.
41. Manoranjitham S, Vandana S, Charles M, et al. Empathy and nursing. *Int J Sci Res Arch*. 2024;11(2):93–96. <https://doi.org/10.30574/ijrsra.2024.11.2.0324>