



MAGAZYN POLSKIEJ GRUPY FARMACEUTYCZNEJ PGF

bez recepty

[Aktualności](#)
[Styl życia](#)
[Uroda](#)
[Zdrowie](#)
[Poradnik](#)
[Wizyta w aptece](#)

- [Bieżący numer](#)
- [Archiwum](#)
- [Kontakt](#)

Konieczność zmiany

Agata Domańska

Wschodnie porzekadło mówi, że jedyną stałą rzeczą w tym świecie jest zmiana. W ciągu ostatniej dekady przekonujemy się o tym na własnej skórze wyjątkowo boleśnie.

Dawniej wszystko było prostsze, przepisy przyjaźniejsze, konkurencja mniejsza, a pacjenci mniej wymagający. Dawniej... Dziś, niestety, życie zawodowe nas nie rozpieszcza. Już nie wystarczy nieźle zaopatrzony magazyn i dobra orientacja w tajnikach leków. Współczesny farmaceuta musi mieć jeszcze obycie prawne, ogromną dozę cierpliwości, musi śledzić nowości i wciąż pogłębiać o nich wiedzę i musi umieć rozmawiać z ludźmi. To wszystko składa się na to, co w biznesie aptecznym obecnie najważniejsze: na wrazenie, jakie zrobimy na pacjencie – bo od tego wrazenia zależy, czy zechce on do nas wrócić. Czy tego chcemy, czy nie – musimy się zmieniwać. Niestety, nie wszyscy to rozumieją. Osoby mniej elastyczne, przywiązane do swojego stylu działania, uparcie się go trzymają. Na szczęście na takie osoby można mądrze wywrzeć wpływ i do zmiany je zmotywować. Jak? O tym opowie nam psycholog i terapeuta Ewa Klepacka-Gryz (więcej o naszej ekspertce na www.terapiavia.com).

Zmiana to nie jest łatwa rzecz...

– Nie jest. Często wymaga sporej pracy – ale jest możliwa.

Czy istnieją jakieś sposoby, pozwalające motywować do zmiany?

– Owszem, istnieją. Ale tu trzeba postępować mądrze, powoli i w sposób przemyślany. No i delikatny, bo im bardziej naciskamy, tym bardziej druga strona będzie stawiać opór. Aby wypracować zmianę w kimś innym lub w nas samych, przede wszystkim musimy pamiętać, że zmiana to proces i ma swoje stadia. W zależności od stadium zmiany, inaczej będziemy motywować, wybierzemy inny sposób zarządzania zmianą. Istnieje nawet cała teoria na ten temat, nazywa się change management i została opracowana przez panów Prochaskę i DiClemente. W myśl tej teorii każdy jest prawie cały czas w jakimś stadium zmiany. Bo zmiana odbywa się w cyklu kołowym, który trwa właściwie bez końca. Tej teorii można użyć do pracy nad każdą zmianą – od rzucania palenia po zaprzestanie łamania przepisów drogowych.



Trochę tego nie rozumiem, proszę o wyjaśnienie.

– Myślę, że najprościej będzie, jeśli opiszemy sobie te wszystkie fazy, z ich zasadami – wtedy łatwiej będzie je zrozumieć i wykorzystać. Co lub kogo chcemy zmienić?

Dobrze, zatem popracujmy nad przykładową koleżanką, która nie chce zrozumieć, że najważniejsza jest rozmowa z pacjentem i uważa ją za stratę czasu.

– A my chcemy, żeby...?

My chcemy, żeby była bardziej empatyczna i gotowa poświęcać pacjentom czas na rozmowę.

– W porządku. Rozumiem, że ta osoba na razie nie chce przychylić się do naszej prośby. To oznacza, że znajduje się w pierwszej fazie zmiany, fazie prekontemplacji. W tej fazie osoba, na którą wywieramy wpływ, absolutnie jednoznacznie i stanowczo odmawia. To etap: „Ja uważam, że zmiana nie jest konieczna, że te rozmowy i rozczulanie się nad każdym pacjentem nie są do niczego potrzebne – choć inni uważają, że są”.

Co jest ważne na tym etapie?

– Przede wszystkim słuchanie i empatia. Zamiast się obruszać, że ktoś odrzuca nasze uwagi, delikatnie nawiązujemy rozmowę na dany temat, dopytujemy, sondujemy. Poruszajmy temat rozmów z pacjentami raz, po jakimś czasie znowu. Przymińmy się z tematem. Musimy się dowiedzieć, co jest przeszkodą dla naszego rozmówcy, musimy poznać jego bariery, by wiedzieć, jak z nim rozmawiać o tym, dlaczego nasza propozycja do niego nie przemawia. Opory najczęściej wynikają z braku wiedzy i informacji. Albo z buntowniczego podejścia: „Nie będziesz mi mówić, co mam robić”.

Kontrolowanie rzeczywistości jest naszą podstawową potrzebą. Jeśli ktoś nam coś każe naciska, nalega, czujemy, że tę kontrolę tracimy. Dlatego najlepszym naciskiem jest nacisk niezauważalny: niech nasza koleżanka myśli, że sama tej zmiany chce. Dlatego właśnie w tej fazie im mocniejszy nacisk, tym gorszy skutek. Na tym etapie chcemy pomóc koleżance zrozumieć, dlaczego zmiana jest dobra; oceniamy jej dotychczasowe doświadczenia – ale zostawiamy otwartą furtkę na przyszłe rozmowy.

A co konkretnie możemy powiedzieć?

– „Nie chcesz toczyć długich konwersacji z pacjentami? Rozumiem, dlaczego tak czujesz. Nie chcę ci wygłaszać kazań, bo jesteś dorosła i sama wiesz, jak chcesz rozmawiać z chorymi. Ale z tego, co ja widzę i przeżywam, te rozmowy są istotne i to ważna rzecz, jaką możemy zrobić dla naszej apteki”. Zapytajmy, czy zdawkowe podejście do pacjentów okazało się kiedyś mało skuteczne? I jeszcze raz podkreślmy: „Wiesz, co robisz, słyszysz, że nie lubisz tych rozmów i nie chcesz cię naciskać, ale...” – podrzucmy element motywujący – jeszcze nie zmianę decyzji, lecz potencjał jej dokonania: „...Każdy się tego uczył, ja też zaczęłam od wątpliwości”.



I to sprawi, że koleżanka postanowi się zmienić?

– Najpierw wejdzie w fazę drugą – fazę kontemplacji. W tej fazie ziarna wątpliwości zostały zasiane, a koleżanka zaczyna myśleć o zmianie. W jej umyśle zaczyna kiełkować myśl, że zmiana jest potrzebna; zaczyna też widzieć plusey nowej sytuacji i minusy obecnego zachowania. To jeszcze nie znaczy, że decyzja została podjęta – ona tylko przyznaje, że widzi, że inni mają z czymś problem, choć ona sama się jeszcze do tej grupy nie zalicza. Nadal mamy do czynienia z ambiwalencją motywacyjną. Ale koleżanka już zaczyna rozważać koszt zmiany i koszt niezmienniania niczego i zestawia je ze sobą. Przechodzi od fazy zero do jeden, już nie odrzuca zmiany stanowczo, tylko rozważa jej ewentualne skutki.

To jest zaproszenie do dalszej rozmowy?

– Tak! Najważniejsze w tej fazie mogą okazać się zagubienie i konfuzja, bo one prowadzą do powrotu do starych zachowań. Teraz rzecz polega na tym, żeby nie naciskać na zmianę, tylko wciąż poszukiwać powodów tego wahania się i ambiwalencji. W ten sposób nie stawiamy się na pozycji osoby, która naciska, radzi, wie lepiej, tylko osoby, która próbuje pomóc – budujemy relację. Za i przeciw – rozważamy, szukamy, przyglądamy się. Taka propozycja: po prostu sobie rozmawiamy. Jeszcze nic nie zmieniamy, jedynie rozmawiamy. Dajmy koleżance czas, bo ona w tej fazie rozważa: „Będę musiała zmienić tryb swojego funkcjonowania”. To jest również zmiana całego systemu działania. Nam się może wydawać, że przeszkody, które ona widzi, są banalne – ale dla niej są ważne i zniechęcające.

Więc słuchamy?

– Tak. Gdy posłucha się drugiej osoby, można się wiele dowiedzieć – przede wszystkim tego, jakie są bariery i dlaczego „nie”? Trzeba słuchać bez formułowania sądów. Koleżanka jest teraz na etapie: „No tak, pacjenci rzeczywiście lubią, jak się tak nad nimi rozczulać, choć ja dalej nie zamierzam tego robić”. A skoro wiemy, że waży za i przeciw, możemy podrzucać jej argumenty „za”, pokazując, że troska o pacjenta działa: „Pani Kasia to nasza stała pacjentka, lubi, gdy pytam o zdrowie jej męża”.

Jak długo trwa taka faza?

– To zależy od osoby, tu nie ma, niestety, reguły. I wciąż pamiętamy, by nie nalegać, nie naciskać. Ale na pocieszenie powiem, że kolejna faza to już faza decyzji. Jeszcze nie działa – na razie dalej nic nie robi, ale decyzja zaczyna dojrzewać. Człowiek zaczyna sam sobie zadawać pytanie o nową sytuację: ale jak właściwie rozmawiać z tymi pacjentami? Już nie: „Nie będę z nimi rozmawiać”, tylko: „Jak to zrobić?”. W tej fazie szukamy dróg, rozwiązań – choć jeszcze na razie „na sucho”. Stosujemy język samomotywacyjny: „Hmmm, to jest trudne, jak to zrobić?”. Choć to są wciąż tylko przygotowania, koleżanka już sama z siebie zaczyna wyrażać inicjatywę w poszukiwaniu rozwiązań, obchodzenia barier; zastanawia się, jak by to czy tamto załatwić.

A co my robimy?

– Oceniamy jej gotowość do wprowadzenia zmiany – i dostarczamy narzędzia. Odwołujemy się dokładnie do tego, co koleżanka mówiła w fazie „nie”. Feedback powinien być adekwatny do sytuacji. Narzekwała, że pacjenci zajmują dużo czasu? Ale ten czas nam się zwróci, trzeba go potraktować jako rodzaj inwestycji. A może uważała, że są rozpieszczeni? Teraz możemy powiedzieć, że są chorzy i cierpiący, wszystko, czego potrzebują to troska i współczucie. Chwalimy też koleżankę: „To super, że postanowiłaś się postarać. Zobaczysz, jak szybko zauważysz zmianę w kontaktach z chorymi”. Pokazujemy jej też, gdzie może zrobić mały krok: „Czasem wystarczy zapytać, w czym jeszcze mogę pani pomóc, by pacjent poczuł się zaopiekowany”. Zaoferujemy też swoją pomoc: „Znam dobrze większość naszych stałych pacjentów, mogę ci podpowiedzieć, co jest dla nich ważne i o co warto pytać, a z czasem sama się zorientujesz”.

Czyli rozwijamy wiarę w to, że zmiana może się wydarzyć.

– Dorzucamy nowe informacje, które mogą się przydać, już w fazie działania. Pokazujemy kogoś, kto już sobie poradził. Dajemy tyle informacji, ile trzeba. Ale uwaga: muszą być one konkretne. To, co sobie koleżanka planowała w fazie pre-kontemplacji i kontemplacji, może wejść w życie lub nie. Ale to, co zaplanuje w fazie decyzyjnej, w życie wejdzie. Cała reszta, czyli kolejne fazy, pójdą już bardzo szybko. Pamiętajmy też, by chwalić koleżankę za jej odwagę, gotowość do podjęcia wyzwania i pierwsze sukcesy. Pochwała jest lepszą nagrodą, niż premie pieniężne. Jeśli kogoś za coś wynagradzamy, jego motywacja się uzewnętrznia. Lepiej, gdy jest wewnętrzna. W kwestii pochwał mogę tylko powiedzieć, że powinny dotyczyć konkretnych zachowań i że pochwały są najfajniejsze, gdy nas spotkają znielacka.

Kolejną fazą powinno być już chyba działanie?

– Widzę, że pani się niecierpliwi (śmiej). Spokojnie, zmiany, które zachodzą powoli, dobrze się gruntują. Faza przygotowania do działania może potrwać nawet miesiąc. Ale tak, kolejna faza to już aktywne działanie w kierunku zmiany. Ta faza trwa od 3 do 6 miesięcy. To czas, kiedy koleżanka zaczyna działać i my to widzimy. Ale to nie jest bynajmniej czas dla nas, by spocząć na laurach. Koleżankę trzeba chwalić, mówić jej, że dobrze idzie. Mówić, że radzi sobie doskonale, że nie potrzebuje nawet naszej pomocy – podkreślamy jej umiejętność radzenia sobie z sytuacją i pokonywania przeszkód. Możemy teraz na różne sposoby podtrzymywać kontakt. To, co byłoby wcześniej uważane za kontrolę, w tej chwili jest brane za wsparcie. Służymy więc pomocą, kiedy jesteśmy o to proszeni. Inspirujemy – ale nie zagłaskujemy na śmierć i nie odbieramy inicjatywy!



To koniec cyklu zmiany?

– Nie, jeszcze nie.

Skoro koleżanka się zmieniła, nie rozumiem, jakie jeszcze fazy mogą mieć miejsce.

– Jeszcze tylko dwie ostatnie. Pierwsza to faza podtrzymania. Mówimy o niej wtedy, kiedy zmiana się utrzymuje już przez jakiś czas – jeśli przez pół roku, to znaczy, że się przyjęła. Tak naprawdę to już niewiele pracy przed nami – teraz pozostaje tylko „porzucić” koleżankę i puścić ją na szerokie wody rozmów z chorymi. Naszym zadaniem jest w tej fazie ewentualna identyfikacja sytuacji ryzykownych, np. jakaś wyjątkowo marudna czy opryskliwa pacjentka staje w drzwiach, więc my ją bierzemy „na siebie”. Ale jeśli nasza pomoc nie jest potrzebna – bo np. koleżanka dała sobie radę i z taką pacjentką – wtedy odpuszczamy i cieszymy się swym dziełem.

A ostatnia faza?

– To tzw. lapse, czyli powrót do dawnych nawyków.

To może się zdarzyć?

– Oczywiście, że może. Średnia cyklu zmiany, z obliczeń Prochaski, to siedem razy – ludzie siedem razy podejmują wysiłek zmiany, zanim naprawdę im się uda. Powroty do starych nawyków są normalną częścią procesu – warto to rozumieć, bo to nie świadczy o nas źle, to część naszej natury. Zachęcamy natomiast człowieka do powrotu do kontemplacji. Pytamy: czego się nauczyłaś z tego doświadczenia, co mogłoby ci pomóc? Pomagamy też w powrocie do opracowanej strategii. Koleżanka w końcu nauczy się rozmawiać z pacjentami i być może będzie w tym nawet lepsza od nas.