

Empatia w pielęgniarstwie. Założenia, praktyka i jej empiryczne uwarunkowania

Empathy in nursing. Assumptions, practice and its empirical determinants

Danuta Zarzycka¹, Barbara Ślusarska², Beata Dobrowolska³, Alina Deluga²,
Alina Trojanowska¹, Elżbieta Bartoń⁴

¹Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴Katedra i Klinika Neurochirurgii SPSK 4 w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Danuta Zarzycka

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie
ul. Prof. A. Gębali 6, 20-093 Lublin

STRESZCZENIE

EMPATIA W PIELĘGNIARSTWIE. ZAŁOŻENIA, PRAKTYKA I JEJ EMPIRYCZNE UWARUNKOWANIA

Wstęp. W literaturze przedmiotu zdefiniowano pięć wymiarów koncepcyjnych empatii, które zostały określone jako ludzka cecha, podstawa pracy zawodowej, proces komunikacji, przejaw troski i szczególne relacje. Empatia stanowi esencję zrozumienia osoby w pielęgniarstwie. Kompetencje empatyczne mają istotne znaczenie dla tworzenia relacji opiekuńczych i terapeutycznych w pracy pielęgniarzek.

Cel. Wskazanie istoty empatii w pielęgniarstwie w aspekcie założeń teoretycznych i działalności praktycznej wraz z jej wybranymi empirycznymi uwarunkowaniami.

Metoda. Przegląd tematyczny, niesystematyczny literatury obejmujący okres ostatnich 30 lat. Analizie dokonanej przez autorów opracowania poddano 55 pozycji źródłowych.

Wyniki. W badaniu empatii w pielęgniarstwie dość często używano koncepcji zespołu Neuman i wynikającej z niej definicji empatii sformułowanej przez Mercer i Reynolds: „Empatia obejmuje zdolność (...) (a) do zrozumienia perspektywy sytuacji pacjenta i uczuć oraz towarzyszących im znaczeń; (b) przekazania informacji o zrozumieniu stanu pacjenta i sprawdzenie jego uwarunkowań; oraz (c) do działania w tym porozumieniu bliskości z pacjentem w sposób zgodny z założeniami terapeutycznymi. Analiza opracowań badawczych wskazuje, że ogólnie pielęgniarki charakteryzuje dosyć wysoki poziom empatii, który korzystnie wpływa na proces komunikacji z pacjentami i ich rodzinami oraz radzenie sobie pacjentów z problemami natury psychospołecznej.

Podsumowanie. Model empatii najczęściej wykorzystywany w pielęgniarstwie oparty jest o relacje w procesie komunikacji. Empatia korzystnie wpływa na jakość relacji pielęgniarka-pacjent i jakość opieki pielęgniarskiej. Kompetencje empatyczne pielęgniarzek wymagają systemowego kształtowania i doskonalenia zawodowego z wykorzystaniem treningu społecznego i innych form aktywnych.

Słowa kluczowe: empatia, założenia teoretyczne empatii, empatia w praktyce pielęgniarskiej, uwarunkowania empatii w pielęgnowaniu

ABSTRACT

EMPATHY IN NURSING. ASSUMPTIONS, PRACTICE AND ITS EMPIRICAL DETERMINANTS

Introduction. In the subject literature there were five conceptual dimensions of empathy defined which were specified as a human trait, the basis of professional work, communication process, a manifestation of concern and the special relations. Empathy is the essence of understanding the other person in nursing. The empathic competences have a significant meaning for building caring and therapeutic relations in the work of nurses.

Aim. An indication of the essence of empathy in nursing in the aspect of theoretical assumptions and practical activities together with its selected empirical determinants.

Method. Topic and unsystematic review of literature looking at the last 30 years. The analysis carried out by the authors of the research included 55 sources.

Results. The study of empathy in nursing quite often used the concept formulated by Neuman team and a definition of empathy coined by Mercer and Reynolds, resulting from the concept: "Empathy involves ability (...) (a) to understand the perspective of patient's situation and feelings and related meanings; (b) conveying information about understanding patient's state and checking their determinants; and (c) to act within the closeness agreement with a patient in the way consistent with the therapeutic assumptions. Research studies indicate that nurses in general have quite high levels of empathy which positively influences the process of communication with patients and their families and dealing with patients who have psychosocial problems.

Summary. Empathy model most often used in nursing is based on the relations in the communication process. Empathy has positive influence over the quality of relations between nurses and patients, as well as the quality of nursing care. The empathic competences of nurses require system education and professional development with use of training and other active forms.

Key words: empathy, empathy theoretical assumptions, empathy in nursing practice, empathy determinants in nursing

WSTĘP

Jedną z podstawowych potrzeb każdego człowieka jest bycie rozumianym. To zrozumienie jest podstawą, na której budowane są relacje międzyludzkie. Istotą praktyki pielęgniarstwa są profesjonalne relacje pielęgniarki z unikalnymi osobami w różnym stanie zdrowia i etapach rozwoju. Wielu badaczy uważa, że to empatia zapewnia pielęgniarcom możliwość zrozumienia innych ludzi. Empatia jest esencją całej komunikacji pielęgniarka-klient, a tym samym niezastąpioną podstawą pielęgniarstwa [1-2]. Mimo lat zainteresowania, jak wskazuje cytowana literatura, licznych badań nad empatią, jej sens, rezultaty i natura pozostają nadal niejasne [3]. Morse i wsp. twierdzi, że empatią zostały nazwane zdolności, postawy, uczucia, proces interpersonalny, cecha, stan, wrażliwość i spostrzegawczość [4]. Dlatego nadal warto formułować fundamentalne pytania, które usystematyzują poszukiwania odpowiedzi o istotę empatii w pielęgniarstwie.

CEL

Wskazanie istoty empatii w pielęgniarstwie w aspekcie założeń teoretycznych i działalności praktycznej wraz z jej wybranymi empirycznymi uwarunkowaniami.

METODA

Przegląd tematyczny, niesystematyczny literatury obejmujący okres ostatnich 30 lat. W opracowaniu analizy dokonanej przez jej autorów, poddano 55 pozycji źródłowych. Przeglądu dokonano w oparciu o następujące wyznaczniki: tj. zestaw słów kluczowych, nazw baz danych, czasookresu publikowania. Z wykorzystaniem wyszukiwarki Google Scholar przeszukiwano zasoby w oparciu o następujące słowa kluczowe: „*empatia*”, „*teorie empatii*”, „*empatia w pielęgniarstwie*”, „*uwarunkowania empatii w pielęgniarstwie*”. Natomiast baza danych PubMed była przeszukiwana w oparciu o następujące słowa kluczowe: „*empathy*”, „*empathy theory*”, „*empathy in nursing*”, „*empathy determinants in nursing*”. Po wyszukaniu rekordów zespół autorów zapoznawał się ze streszczeniami i na ich podstawie kwalifikowano publikacje do analiz pełnotekstowych z których ponad 60% wykorzystano w opracowaniu artykułu.

Desygnaty założeń teoretycznych empatii

Empatia jest oryginalnym słowem niemieckim *Ein-fühlung* („feeling into”), które ustalono jako standardowy termin w psychologii. W późniejszym czasie dla angielskiego tłumaczenia terminu empatia poszukiwano odniesień w języku greckim („*empathen*”) [5-6]. Najczęściej w literaturze przedmiotu przytaczana jest podstawowa definicja empatii Friedlmeier, która łączy wiele stanowisk teoretycznych „Empatia jest to afektywna reakcja, która wynika z postrzegania innego stanu emocjonalnego lub sytuacji innej osoby oraz obejmuje pośrednio doświadczanie sytuacji innej osoby, charakteryzuje się dbałością o inne osoby.” [7]. W tym podejściu dodatkowo warunkiem koniecznym dla rozwoju afektywnego wymiaru

empatii jest **samoświadomość**, która umożliwia postrzeganie zachowania obserwowanej osoby jako wyraz jej stanu emocjonalnego i dokonanie rozróżnienia pomiędzy swoim stanem emocjonalnym, a stanem emocjonalnym drugiej osoby. Ponadto korzystny wpływ na afektywną empatię ma podobieństwo doświadczeń własnych (w tym przebytych schorzeń, problemów zdrowotnych) i osoby, z którą wchodzimy w relację empatyczną [8]. Stąd większość autorów podejścia zorientowanego na afektywnej empatii zakłada, że podczas rezonansu/spotkania empatycznego istnieje coś, co można określić jako częściowa identyfikacja obserwatora z obserwowanym. [5,9].

Kohut podkreśla, że dla niego, empatia jest formą zrozumienia obserwowanego stanu osoby, ale w kategorii „wartości neutralne” i nie powinna być mylona z byciem miłym, współczującym i kochającym [10].

Empatia jest to zdolność wczuwania się w sytuację drugiej osoby oraz identyfikowania się z jej stanem emocjonalnym, zachowaniem, postawą oraz odczuciami. Ale też nie można poprzestać na traktowaniu empatii jako postawy, gdyż jest to proces. Jest to proces „wglądu” w drugą osobę, wczuwanie się w uczucia oraz możliwość „sympatyzowania” i „współodczuwania” stanów, w których się znajduje. Opiera się na właściwym zrozumieniu cudzych reakcji, trafnym wyobrażeniu sobie czegoś doświadcza, jak ocenia świat oraz jak postrzega własną osobę [11]. W literaturze postuluje się również rozróżnienie trzech składowych procesów empatycznych. Pierwszą z nich jest **zdolność do emocjonalnego rozpoznawania emocji** swoich i innych poprzez obserwację ekspresji twarzy, mowy i zachowania. Kolejnym komponentem empatii jest **zdolność do przyjmowania emocjonalnej perspektywy innej osoby**. W tym przypadku istnieje jednak wyraźne rozróżnienie pomiędzy perspektywą osoby badanej i innej osoby. Trzecim komponentem jest **zdolność do afektywnego reagowania**, czyli do podzielenia stanów emocjonalnych innych osób oraz zdolność doświadczania podobnych emocji [12]. Empatia zawiera afektywne doświadczenia uczuć innej osoby, tak jakby były one jednymi z własnych uczuć. Jednak empatyczne odpowiedzi zawsze zawierają oddzielenie własnych emocji od tych drugiej osoby [9]. Używane często zamiennie określenia sympatia, która w przeciwieństwie do empatii, nie pociąga za sobą emocjonalnego oddzielenia od stanu emocjonalnego drugiej osoby i dlatego uważa się, że zakłóca obiektywizm oceny klinicznej, co oznacza, że nie powinna być stosowana bez ograniczeń w relacji pielęgniarka, lekarz-pacjent. Stosowanie empatii w opiece nie musi być poddawane żadnym restrykcyjnym ograniczeniom [5,13-14].

Wiener podaje, że Franz DeWall, wybitny teoretyk obszaru badań nad poznaniem społecznym, określa empatię jako „proces bezpośredniego symulowania stanu emocjonalnego innego organizmu, w rezultacie czego dochodzi do przejęcia niektórych własności symulowanego obiektu przez osobę percypującą” [15]. Procesy empatyczne według DeWall są pochodną procesów imitacyjnych, czyli naśladowczych, i nie wymagają angażowania wiedzy propozycjonalnej, tj. wiedzy typu „wiem, że”, „myślę, że”. Mogą przebiegać zatem **na poziomie poza-**

świadomym, gdyż znajdują się poza kontrolą wyższych ośrodków poznawczych. Podobne poglądy prezentuje włoski neurobiolog F. Gallese, który stara się łączyć dwie perspektywy: fenomenologiczną i neurobiologiczną. W terminologii fenomenologicznej procesy empatyczne znajdują uzasadnienie w badaniach neurobiologicznych dotyczących aktywności szczególnej populacji neuronów zwanych neuronami lustrzanymi (mirror neurons). Aktywują się one w sytuacji, gdy osoba sama wykonuje jakąś czynność albo słyszy lub widzi inną osobę wykonującą tę samą lub zbliżoną aktywność. Powyższy mechanizm, działający w sposób nieświadomy i zautomatyzowany, pozwala rozumieć działania innego podmiotu oraz własną aktywność behawioralną poprzez wewnętrzną i swoistą tematycznie symulację korespondującego stanu mentalnego [15].

Powyższe stanowiska teoretyczne nieco odmiennie uzasadniają zaangażowanie świadomości nadawcy w procesie empatii, co na aktualnym etapie poznania zjawiska empatii jest trudne do jednoznacznego wyjaśnienia.

W badaniach pielęgniarskich często używano koncepcji zespołu Neuman i wynikającej z niej definicji empatii sformułowanej przez Mercer i Reynolds: Empatia obejmuje zdolność (...) (a) do zrozumienia perspektywy sytuacji pacjenta i uczuć oraz towarzyszących im znaczeń; (b) przekazania informacji o zrozumieniu stanu pacjenta i sprawdzenie jego uwarunkowań; oraz (c) do działania w tym porozumieniu bliskości z pacjentem w sposób zgodny z założeniami terapeutycznymi [16].

Zgodnie z tą definicją, założono, że komunikowanie empatyczne może przyczynić się do pozytywnych efektów zdrowotnych między innymi poznania etiologii objawów i obaw pacjentów, co przyczynia się do lepszego rozpoznania stanu pacjenta.

Podstawową strukturą modelu jest złożony, wielowymiarowy proces empatyczny i jego intrapersonalne i interpersonalne rezultaty. Proces empatyczny obejmuje różne działania psychologiczne, które odbywają się w człowieku, które prowadzą do zmian poznawczych, zmian afektywnych oraz zmian w zachowaniu. Czynniki takie jak: cechy lekarza, pielęgniarki, pacjenta i warunki kliniczne wpływają pośrednio i bezpośrednio na przebieg procesu empatycznego. Jednym z rezultatów tego modelu empatyzowania jest udoskonalona komunikacja pacjent-lekarz, pacjent-pielęgniarka, zwiększone zaufanie do pracowników opieki zdrowotnej, zwiększony udział pacjenta w edukacji. Ponadto zakłada się jako bardziej prawdopodobne, że efekty edukacji opartej o proces empatyczny będą odbywać się na poziomie poznawczym i zorientowanym na działanie.

Oprócz wyżej wymienionych skutków uważa się, że proces empatyczny powoduje reakcje bardziej emocjonalne wśród pacjentów, takie jak poczucie, że jest się słuchanym, cenionym jako osoba fizyczna, rozumianym i akceptowanym [5,17].

Empatia w praktyce pielęgniarskiej

Empatyczne kompetencje, które pomagają ludziom zrozumieć myśli i uczucia drugiej osoby, są traktowane jako ważna część ogólnych kompetencji interpersonal-

nych. Kompetencje empatyczne są jednymi z podstawowych umiejętności komunikacyjnych w pielęgniarstwie, czy medycynie. Lekarze, pielęgniarki z umiejętnościami empatycznymi mają zdolności lepszego zrozumienia pacjenta i przeprowadzenia wspierających relacji [18]. Zdaniem Wallbott kompetencje interaktywne do jakich należy kompetencja empatii, koncentrują się na trzech głównych komponentach: wiedza o czynnikach społecznych, zasadach i normach; zdolność do działania w sposób odpowiedni do nich oraz czułość lub zdolność do rozpoznawania sygnałów niewerbalnych i reagowanie na nie, zwłaszcza w odniesieniu do uczuć i emocji drugiej osoby [19].

Szczególną grupą chorych wymagających od pielęgniarek w pracy zawodowej kompetencji empatycznych są osoby chore przewlekle, o niepomysłnym rokowaniu, m.in. chorzy onkologicznie, u których postawienie diagnozy wiąże się z pojawieniem się silnych reakcji emocjonalnych. Stan ten nasilają dolegliwości somatyczne towarzyszące chorobie nowotworowej, w tym skutki uboczne zastosowanego leczenia, wpływające na odczucie dyskomfortu psychicznego. Pielęgniarka jest tutaj „kluczem” skutecznej opieki, która zależy m.in. od jej kompetencji, zdobytych umiejętności, przekonań i wyrażanych postaw [20]. Zdolności empatyczne mają znaczące miejsce dla tworzenia relacji opiekuńczych i terapeutycznych, stanowiących wsparcie dla obu stron (pielęgniarka-pacjent) w opiece. Zaspokajanie potrzeb fizycznych, emocjonalnych i duchowych pacjentów onkologicznych, czy cierpiących na choroby przewlekle stanowi duże wyzwanie dla pielęgniarek ze względu na długofalowość i uporczywość problemów odczuwanych przez pacjentów tj.: żywienia, nudności, wymioty, zmęczenie, ból [21-24]. Dbanie o pacjentów z licznymi dolegliwościami chorobowymi oraz z trudnym lub złym rokowaniem medycznym wymaga od pielęgniarek wysokiego poziomu zaangażowania emocjonalnego i osobistego w proces terapii oraz opieki [25]. Nie bez znaczenia są zatem predyspozycje osobowościowe pielęgniarki, zwłaszcza zdolności empatyczne umożliwiające powstanie klimatu wzajemnego zaufania oraz dostrzeżenie problemów emocjonalnych pacjentów. Empatia personelu stanowi podłoże dla prawidłowo prowadzonej relacji terapeutycznej, efektywnego pielęgnowania i leczenia [26].

Empatia wymaga aktywnego słuchania, reagowania i wysokiego poziomu samoświadomości. Takie zachowanie zachęca pacjenta do uzewnętrznienia głębszych uczuć i emocji. Poprzez zachowanie empatyczne można w sposób pozytywny wpłynąć na świadomość chorego, doprowadzić do umocnienia pozytywnych emocji oraz zwiększenia poczucia własnej wartości, pozwolić na odzyskanie wewnętrznej równowagi i przygotować go do powrotu do środowiska domowego. Relacja terapeutyczna pełna empatii jest korzystna zarówno dla pielęgniarki jak i pacjenta oraz ma istotne znaczenie w podnoszeniu jakości świadczonej opieki [11, 27-29].

International Council of Nurses: [2006] podkreśla, że rola pielęgniarek jest ważna, gdy mamy do czynienia z pacjentami nieuleczalnie chorymi w zmniejszaniu cierpienia i poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin

w zakresie zarządzania w odniesieniu do ich potrzeb fizycznych, społecznych, psychologicznych, duchowych i kulturowych. Pielęgniarki odgrywają istotną rolę w rozwoju opiekuńczego i wspierającego środowiska dla pacjentów, między innymi w oparciu o zdolności empatyczne [30].

W kilku wcześniejszych badaniach próbowano wykazać skuteczność stosowania empatii w ramach opieki zdrowotnej. Reynolds i Scott pokazują pozytywny związek między empatią a reakcjami pacjenta, takimi jak; zmniejszenie bólu, poprawa wyników oceny tętna i oddechu, poza tym pacjenci podawali niższy poziom niepokoju i zmartwień [31]. Badania Williams ukazują, że pielęgniarki, które wykazywały się wysokim poziomem empatii w relacjach do pacjentów w podeszłym wieku, istotnie statystycznie częściej wpływały na poprawę własnej koncepcji tych pacjentów, rozumianej jako zmniejszenie dehumanizacji i depersonalizacji [32]. W badaniach LaMonica i wsp. stwierdzono mniejszy poziom lęku, depresji i wrogości u chorych, którzy byli pod opieką pielęgniarek, cechujących się wysokim poziomem empatii [33].

Wysiłki zmierzające do poznania i wykorzystania umiejętności empatii w praktyce pielęgniarstwie, zrozumienia ich wpływu na opiekę nad pacjentem i stosowania tych zdolności empatycznych przez pielęgniarki wydają się być uzasadnione.

Badania nad empatią w opiece pielęgniarstwie

Potrzeba stosowania empatii w pielęgniarstwie klinicznym a szczególnie w pielęgniarstwie onkologicznym jest powszechnie znana i ceniona, jakkolwiek istnieją doniesienia oparte na przeglądzie systematycznym literatury, które potwierdzają pogląd, że w praktyce pielęgniarstwie istnieje deficyt zdolności empatycznych i związanych z tym umiejętności interpersonalnych [31]. Badania polskich autorów w grupie pielęgniarek wskazują, że respondentów najczęściej charakteryzuje średni poziom zdolności empatycznych [34] oraz niski poziom empatii, który koreluje częściej z wypaleniem zawodowym pielęgniarek [35].

Naukowcy porównali poziom empatii między pielęgniarkami i innymi pracownikami służby zdrowia. Kliszcz i wsp. ocenili empatię wśród lekarzy, pielęgniarek, studentów medycyny, studentów położnictwa i studentów pielęgniarstwa, wykorzystując polską wersję Skali Empatii Jefferson'a [36-37]. Badanie wykazało, że lekarze uzyskali najwyższy średni wynik empatii, natomiast najniższą średnią wykazano wśród pielęgniarek, chociaż nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic wśród pięciu grup respondentów. W innym badaniu prowadzonym wśród pielęgniarek USA (kobiet) (n=56) i lekarzy (mężczyzn) (n=42), nie odnotowano statystycznie istotnych różnic w całkowitej empatii. Ale takie różnice, istotne statystycznie ($p < 0.05$) wskazano między grupami na pięć z 20 elementów w skali [38]. Wśród pielęgniarek było bardziej prawdopodobne niż wśród lekarzy, aby *“móc zobaczyć rzeczy z perspektywy pacjentów, wejść w sytuację pacjentów”*

W systematycznym przeglądzie literatury dokonanym przez Derksen i wsp. dotyczącym korelacji między

empatią lekarza a satysfakcją pacjenta, co ma bezpośredni związek z pozytywnym wzmocnieniem i optymalizacją działań pacjenta, stwierdzono, że zdolności empatyczne lekarza mają wpływ na zmniejszanie niepokoju i cierpienia pacjentów co zapewnia znacznie lepsze wyniki kliniczne [39]. Niewątpliwym jest fakt, że nie wszyscy pracownicy zespołu terapeutycznego w tym także pielęgniarki cechują się wysokim poziomem empatii w relacjach z pacjentem. W randomizowanym badaniu Razavi i wsp. wyniki pokazują, że empatia wśród pielęgniarek może być rozwijana i wzmocniona poprzez uczestnictwo w warsztatach szkoleniowych doskonalących umiejętności komunikacji interpersonalnej, co ma wpływ i ułatwia relacje emocjonalne pielęgniarek z chorymi [40].

Profesjonalna postawa pielęgniarek z rozwiniętymi zdolnościami empatycznymi oraz chęć udzielania pomocy sprzyjają zmniejszeniu cierpienia osób chorych oraz umożliwiają spokojną śmierć. Zdaniem Krajewskiego jakość opieki zależy m.in. od wrażliwości oraz empatii pielęgniarki. Predyspozycje te powinny być jednak poparte profesjonalną wiedzą oraz umiejętnościami, zwłaszcza społecznymi. Pełnienie roli pielęgniarki wymaga bowiem ciągłego samokształcenia oraz osobistego zaangażowania [41].

Autorzy innych badań wskazują także, że istnieje zależność pomiędzy poziomem zdolności empatycznych pielęgniarek a stopniem wykształcenia. Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastał poziom zdolności empatycznych badanych [42]. Podobną tendencję wykazały badania Motyki, według których studia pielęgniarstwie wpływały pozytywnie na umiejętność słownego okazywania empatii, w których studenci studiów magisterskich dwukrotnie częściej wyrażali wczuwanie się w przeżycia chorego, w porównaniu do studentów studiów licencjackich [43].

Wiele badań w literaturze nad empatią pielęgniarek skoncentrowanych jest na wykazaniu korzystnych związków z wynikami opieki wyrażonych między innymi takimi zmiennymi jak: nastawienie psychiczne pacjenta czy dobre samopoczucie [44-45], większe zadowolenie z opieki [46], niższy poziom zaburzeń lękowych [47] czy preferowane źródło informacji [48]. Badania nad empatią dotyczą także opinii respondentów na temat empatii u pielęgniarek. Według badań Krajewskiej-Kułał i wsp. przeprowadzonych na grupie studentów licencjatu pielęgniarstwa, 32,9% ankietowanych uznało empatię za cechę charakteru, którą powinna posiadać pielęgniarka [34]. Badania opinii personelu oddziałów zabiegowych wobec osób cierpiących przeprowadzone przez Tałaj i Suchorzewską wykazały przypisywanie istotnego znaczenia empatii w pracy pielęgniarki z pacjentem (88%). Przykry jest jednak fakt, iż jedynie 39% spośród pielęgniarek odczuwało współczucie w sytuacji cierpienia chorego, a aż 24% – obojętność [49]. Współczucie, w ostatnich latach, jest tematem szerokiej dyskusji interdyscyplinarnej, co jest szczególnie istotne w opiece pielęgniarstwie. Systematyczny przegląd bazy danych, z selekcją 20 artykułów, które stanowiły reprezentację koncepcji współczucia w literaturze pielęgniarstwie, dowodzi, że dokładniejsze zrozumienie współczucia oprócz empatii będzie wspierać

pielęgniarki w promowaniu indywidualnej opieki nad pacjentami [50].

Badania Kmiecik, Bielawskiej i Jędrasiak-Fignej przeprowadzone wśród pielęgniarek opieki paliatywnej, pokazują, że aż 92,5% spośród ankietowanych uznało empatię i współczucie za cechę niezbędną w ich zawodzie. Znaczna większość respondentów (90,5%) była zdania, że tak samo ważne w opiece nad chorym onkologicznie jest zaspokojenie potrzeb fizycznych oraz psychicznych, przy czym z ostatnimi ma problem aż 42,85% badanych. W opinii przeważającej część badanych (86%) pożądaną umiejętnością w ich pracy jest łatwość nawiązania kontaktu z pacjentem [51]. Jest ono możliwe zwłaszcza w przypadku posiadania zdolności empatycznych.

Zgodnie z badaniami Szumskiej, zdaniem 71,5% badanych sprawna komunikacja wpływa pozytywnie na satysfakcję ze świadczonej opieki. Blisko co 8 pielęgniarka postulowała zmiany w relacji z chorym, takie jak większe zrozumienie oraz głębsza komunikacja [52]. W badaniach Buyuk i wsp. jedynie 18% ankietowanych uznało, że komunikacja z pacjentami z chorobą nowotworową sprawia im trudność. Znalaziono istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem umiejętności empatycznych a trudnościami w komunikacji ($p < 0,05$). Co ciekawe, osoby wykazujące problemy w relacjach z chorymi charakteryzowały się wyższym wskaźnikiem empatii w porównaniu do osób, które tych problemów nie posiadały [42]. Wyniki badań Marciniak i wsp. ujawniają dwutorowość tych związków, bowiem pielęgniarki z wyższym stopniem „współodczuwania z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych” wykazywały większe trudności z radzeniem sobie z lękiem u pacjenta ($p \leq 0,05$), lecz z drugiej strony inny składnik zdolności empatycznych tj. „wczuwania się w stany i przeżycia innych” wpływał na występowanie mniejszych trudności pielęgniarki w radzeniu sobie z gniewem u pacjenta ($p \leq 0,05$), trudnościami w komunikacji z pacjentem ($p \leq 0,05$) oraz jego rodziną ($p \leq 0,05$). Osoby o wyższym ogólnym poziomie empatii częściej radziły sobie z problemami opieki nad chorymi poprzez przemianę, wzorowanie się na innych oraz kontrolowanie emocji ($p \leq 0,001$) [53].

Przegląd systematyczny 39 badań dotyczących empatii (w tym w dziewięciu badaniach odnosi się do pielęgniarek i 30 badań do pracy lekarzy) pokazuje wieloaspektowość podejścia badaczy do zagadnienia [54]. Różnorodność koncepcji w analizowanych badaniach oraz stosowanych narzędzi badawczych nie stwarza łatwej płaszczyzny porównywania uzyskanych wyników badań własnych, co nie przekreśla jednak szczególnego ich znaczenia w opiece pielęgniarskiej. W opinii Tatur, opieka nad osobami ciężko i nieuleczalnie chorymi stanowi największe wyzwanie i stanowi próbę sił oraz kwalifikacji zdobytych w toku kształcenia [55]. Pielęgniarki większość zasobów do empatyzowania pozyskują z własnej osobowości. Osoba sprawująca opiekę powinna posiadać umiejętność wnikań i rozumienia własnych przeżyć. Proces ten pozwala na zdobycie nowych doświadczeń w odniesieniu do własnych doznań oraz skutkuje zwiększeniem wrażliwości w stosunku do innych osób [27].

PODSUMOWANIE

Zgodnie z propozycją fenomenologicznego postrzegania empatii, to empatia dostarcza nam empirycznego dostępu do umysłów innych osób. Ale choć powinniśmy rozpoznać jej znaczenie, musimy również uznać swoje ograniczenia. Nie ma ograniczeń jedynie co do tego, jak daleko empatia (plus wrażliwość) może nam umożliwić nasze codzienne rozumienie innych. Jeśli chcemy odkryć dlaczego pacjenci „tak” się czują, jak i dlaczego „tak” się zachowują niejednokrotnie musimy rozważyć szerszy kontekst społeczny, kulturowy lub historyczny, a to rozumienie jest dostarczane z wykorzystaniem empatii [6]. Lepsze rozumienie empatii i współczucia jest potrzebne do świadomej dyskusji i badań w miejscu realizowania opieki pielęgniarskiej opartej na komunikacji inetrpersonalnej wysyczonej empatią. Empatia jest zagadnieniem dialogu interdyscyplinarnego, jej empiryczna analiza może przyczynić się do projektowania środowisk medycznych, które sprzyjają współczującej opiece. Dokonany przegląd zagadnienia empatii w opiece pielęgniarskiej nad chorymi odnosi się do centralnych tematów w literaturze pielęgniarskiej związanych z kreowaniem pielęgniarskiej tożsamości zawodowej oraz przyjaznych środowisk instytucjonalnej opieki zdrowotnej. Istnieje potrzeba inwestowania pracodawców w opiece zdrowotnej w rozwój kursów umiejętności empatycznych dla dawców opieki profesjonalnej jako sposób zapewniania większej jakości opieki i zapobiegania wypaleniu zawodowemu.

PIŚMIENNICTWO

1. Peplau H. *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. G.P. Putnam, New York. 1952.
2. Kalisch BJ. What is empathy? *American Journal of Nursing*. 1973; 73(9): 1548-1552.
3. Bennett J. 'Methodological notes on empathy': further considerations. *Advances in Nursing Science*. 1995; 18(1): 36-50.
4. Morse JM, Anderson G, Bottorff J, Yonge O, O'Brien B, Solberg S. & McIlveen KH. Exploring empathy: a conceptual for nursing practice? *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 1992; 24(4): 273-280.
5. Neumann M, Bensingb J, Mercerc S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*. 2009; 74 (3): 339-346. doi:10.1016/j.pec.2008.11.013.
6. Zahavi D. Empathy and Other-Directed Intentionality. *Topoi*. 2014; 33(1): 129-142. doi:10.1007/s11245-013-9197-4.
7. Friedlmeier W. Entwicklung von Empathie, Selbstkonzept und prosozialem Handeln in der Kindheit (Development of empathy, self-concept and prosocial action in childhood) Hartung-Gorre, Konstanz 1993.
8. Bischoff-Wanner C. Empathie in der Pflege (Empathy in nursing). Hans Huber, Bern (2002) Gruen RJ., Mendelsohn G.: Emotional responses to affective displays in others: The distinction between empathy and sympathy. *J Pers Soc Psychol*. 2002; 51(1986): 609-614.
9. Adler HM. The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *J Gen Intern Med*. 2002; 17(11): 883-890. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.10640.x.
10. Kohut H. Selected problems in self-psychological theory. In: PH. Ornstein (Ed.), *The search for the self*, International University Press, New York;1980, pp. 489-523.
11. Kynyk D, Olson JK. Clarification of a conceptualization of empathy. *JAN*. 2001; 35(3): 317-325.
12. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav. Cogn. Neurosci. Rev*. 2004; 3(2): 71-100.
13. Hojat M.: Empathy in patient care. Antecedents, development, measurement and outcomes. Springer 2007. doi:10.1007/0-387-33608-7.

14. Gruen RJ, Mendelsohn G. Emotional responses to affective displays in others: The distinction between empathy and sympathy. *J Personal Social Psych.* 1986; 51(3): 609-614. doi.org/10.1037/0022-3514.51.3.609.
15. Wiener D. Antycypacja a procesy emocjonalne. Kongrystywny ujęcie systemów emocjonalnych. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2009.
16. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract.* 2002;52(Suppl.):9-13.
17. Neumann M., Wirtz M., Bollsweiler E., Mercer S., Warm M., Wolf J., et al. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns.* 2007; 69(1-3):63-75.
18. Brunero S, Lamont S, Coates M. A Review of Empathy Education in Nursing. *Nur Inq.* 2010; 17(1):65-74.
19. Wallbott HG. Empathie (Empathy). In: J.H. Otto, H.A. Euler, H. Mandl (Eds.), *Emotionspsychologie. Ein Handbuch (Psychology of emotions. A manual, Psychologische Verlags Union, Weinheim; 2000, 370-380.*
20. Coban GI, Yurdagül G. The relationship between cancer patients' perception of nursing care and nursing attitudes towards nursing profession. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2014; 1(1): 16-21.
21. Mohan S, Wilkes LM, Ogunsiji O, Walker A. Caring for patients with cancer in non-specialist wards: the nurse experience. *Eur J Cancer Care.* 2005;14(3):256-63.
22. Rustøen T, Schjølberg TK & Wahl AK. What areas of cancer care do Norwegian nurses experience as problems? *JAN.* 2003; 41(4): 342-350.
23. Aass N, Foosa SD, Dahl AA, & Moe TJ. Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *Eur J Cancer.* 1997; 33(10): 1597-1604.
24. Fitch MI, Bakker D & Conlon M. (1999) Important issues in clinical practice: perspectives of oncology nurses. *Can Oncol Nurs J.* 9(4), 151-164. doi:10.5737/1181912x94151157.
25. Meier J, Beresford L. (2006). Preventing Burnout. *J Palliat Med.* 2006; 9(5):1045-1048.
26. Jani BD, Blane DN & Mercer SW. The role empathy in therapy and the physician-patient relationship. *Forsch Komplementmed.* 2012; 9(5): 252-257. DOI:10.1159/000342998
27. Wilczek-Różycka E. Empatia i jej rozwój u osób pomagających, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002;1-132.
28. Wilczek-Różycka E. Empatia in the therapeutic relationship between the physician, nurse and patient. *New Medicine.* 2009; 13 (1): 24-28.
29. Chowdhry S. Exploring the concept of empathy in nursing: can it lead to abuse of patient trust? *Nurs Times.* 2010; 106(42): 22-25. www.nursingtimes.net.
30. International Council of Nurses: Position Statement: Nurse's role in Providing Care to Dying Patients and their Families. 2006. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A12_Nurses_Role_Care_Dying_Patients.pdf webcite; 10.10.2016.
31. Reynolds WJ., Scott B. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *JAN* 2000; 31 (1): 226-234, doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01242.x.
32. Williams SL, Haskard KB & DiMatteo MR. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: Effective communication with vulnerable older patients. *Clin Interv Aging.* 2007; 2(3):453-467.
33. LaMonica E, Wolf R, Madea A, & Oberst M. Empathy and nursing care outcomes. *Sch Inq Nurs Pract.* 1987; 1(3): 197-213.
34. Krajewska-Kułak E, Van Damme-Ostapowicz K, Bielek A i wsp. Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 1 (1): 1-10.
35. Kurowska K, Zuza-Witkowska A. Empatia a wypalenie zawodowe u pielęgniarek onkologicznych. *Nowiny Lekarskie.* 2011; 80 (4): 277-282.
36. Kliszcz J., Nowicka-Sauer K., Trzeciak B. & Nowak P. (2006) Empathy in health care providers – validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Adv Med Sci.* 2006; 51: 220-225.
37. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, & Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1563-1569.
38. Fields SK, Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Kane G. & Magee M. Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Eval Health Prof.* 2004; 27(1): 80-94.
39. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013;63(606): e76-84. doi: 10.3399/bjgp13X660814.
40. Razavi D, Delvaux N, Marchal S, Durieux JF, Farvacques C, Dubus L. & Hogenraad R. Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study. *Br J Cancer.* 2002; 87(1): 1-7. doi:10.1038/sj.bjc.6600412.
41. Krajewski M. Pacjent, pielęgniarka onkologiczna, rodzina – jako partnerzy w walce z chorobą nowotworową. *Pielęgniarstwo Polskie.* 2005; 1 (19): 101-104.
42. Buyuk ET, Rizalar S, Güdek E, Güney Z. Evaluation of Empathetic Skills of Nurses Working in Oncology Units in Samsun, Turkey. *Int J Car Sci.* 2015; 8 (1): 131-139.
43. Motyka M. Empatia a studia pielęgniarstwa. *Sztuka Leczenia.* 2006; 13 (1-2): 33-38.
44. Reid-Ponte P. Distress in cancer patients and primary nurses' empathy skills. *Cancer Nurs* 1992;15(4):283-292.
45. Mack JW, Block SD, Nilsson M, Wright A, Trice E, Friedlander R, Paulk E. & Prigerson HG. Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer. *Cancer* 2009;115(14):3302-3311.
46. Galbraith ME. What kind of social support do cancer patients get from nurses? *Cancer Nurs* 1995;18(5):362-367.
47. Spencer R, Nilsson M, Wright A, Pirl W. & Prigerson H. Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end-of-life outcomes. *Cancer* 2010;116(7): 1810-1819.
48. Tustin N. The role of patient satisfaction in online health information seeking. *J Health Commun.* 2010;15(1):3-17.
49. Tałaj A, Suchorzewska J. Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. *Prob Piel.* 2007; 15 (1): 32-38.
50. McCaffrey G, McConnell S. Compassion: a critical review of peer-reviewed nursing literature. *J Clin Nurs.* 2015; 24(19-20):3006-3015. doi: 10.1111/jocn.12924.
51. Kmiecik M, Bielawska A, Jędrasiak-Figna L. Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej. *Piel Pol.* 2005; 19 (1): 115-122.
52. Szumska M. Komunikacja z pacjentem na oddziale szpitalnym w świetle oceny lekarzy, pielęgniarek i pacjentów na przykładzie sześciu polskich szpitali. *Piel Pol.* 2005; 20 (2): 430-434.
53. Marciniak A, Ślusarska B, Nowicki G. Empathetic skills and coping with cancer patients care difficulties among nurses. *Med Pal* 2015; 7(3): 161-167.
54. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology.* 2012; 21(12):1255-1264. doi: 10.1002/pon.2115.
55. Tatur G. Rola etyki a filozofia wsparcia i troski w pielęgniarstwie onkologicznym. *Psychooncologia.* 2001; 9: 37-40

Praca przyjęta do druku: 17.09.2016

Praca zaakceptowana do druku: 04.11.2016