

Wpływ poziomu empatii na postrzeganie relacji pielęgniarka-pacjent z innego obszaru kulturowego

The effects of empathy level on the perception of relationship: a nurse and a patient from a different cultural area

Beata Ogórek-Tęcza¹, Alicja Kamińska¹, Monika Matusiak², Renata Skupnik²

¹Instytut Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu UJCM,

²PWSZ im. rot. W. Pileckiego w Oświęcimiu

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Beata Ogórek-Tęcza

Instytut Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu UJCM

ul. Michałowskiego 12

31-126 Kraków

E-mail: mhtecz@cyf-kr.edu.pl

STRESZCZENIE

Wpływ poziomu empatii na postrzeganie relacji pielęgniarka-pacjent z innego obszaru kulturowego

Wstęp. Sytuacja geopolityczna, migracje ludności sprawiają, że pielęgniarki mają coraz częściej kontakt z pacjentami z innego kręgu kulturowego, religijnego. Stanowi to rodzaj wyzwania dla tej grupy zawodowej, która z racji pełnionych funkcji najdłużej pozostaje w kontakcie z pacjentami z omawianej grupy. Braki w wiedzy dotyczącej podstawowych wiadomości o odmiennościach kulturowo-religijnych, kierowanie się stereotypami oraz koncentracją na emocjach związanych z kontaktem utrudniają sprawowanie profesjonalnej opieki.

Cel pracy. Celem pracy była próba oceny zależności pomiędzy poziomem empatii a oceną relacji pielęgniarka-pacjent z innego obszaru kulturowego.

Materiał i metody. Badaniami objęto 167 pielęgniarek pracujących w dwóch szpitalach na terenie małopolski. W pracy posłużono się dwoma narzędziami badawczymi, kwestionariuszem skali empatii autorstwa A. Mehrabiana i N. Epsteina oraz metodą sondażu diagnostycznego.

Wyniki i wnioski. Osoby badane doświadczały trudności w nawiązaniu relacji z pacjentami z innego kręgu kulturowego/religijnego; co najczęściej wiązało się z brakiem wiedzy (19,8%) oraz barierą w komunikowaniu się (19,2%). Blisko połowa badanych pielęgniarek deklarowała pozytywne emocje związane z osobą pacjenta wyznającego inną religię. Bezpośredni kontakt z chorymi będącymi z różnych wyznań/kultur wpłynął na podwyższenie poziomu lęku (19,8%), pojawienie się wrogości i zamknięcia (13,8%) oraz odrzucenia (9,0%). Poziom empatii u zdecydowanej większości badanych kształtował się na poziomie średnim (76,6%). Ze względu na zbyt małe zróżnicowanie wyników poziomu empatii, nie wykazano zależności pomiędzy zmienną a postrzeganiem osób pochodzących z innego obszaru kulturowego/religijnego. Dalsze uzupełnianie wiedzy na temat opieki nad pacjentami różnych wyznań oraz stworzenie procedur postępowania z pacjentem pochodzącym z innego kręgu kulturowego byłoby pomoce w sprawowaniu profesjonalnej opieki pielęgniarskiej.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo transkulturowe, opieka, empatia

ABSTRACT

The effects of empathy level on the perception of relationship: a nurse and a patient from a different cultural area

Introduction. The geopolitical situation, migration of people increasingly expose nurses to contacts with patients from different cultural, and religious spheres. This represents a challenge for the professional group, which due to its function stays the longest in contact with the patients of the discussed group. Gaps in education on the basic knowledge of cultural and religious dissimilarities, being guided by stereotypes and focusing on the emotions associated with the exposure to the contact, impede the performance of professional care by the nurses.

Aim. The aim of this study was to evaluate the dependence between the level of empathy and the evaluation of relationship between a nurse and a patient from a different cultural area. The study included 167 nurses working in two hospitals in Małopolska. The study used two research tools- a questionnaire of empathy scale by A. Mehrabian and N. Epstein, and a method of diagnostic survey.

Results and conclusions. The researched group experienced difficulties in entering into relations with the patients from different cultural / religious spheres, which was usually associated with a lack of knowledge (19,8%) and a barrier in communication (19,2%). Nearly half of the nurses declared positive emotions associated with a patient professing another religion. A direct contact with the patients who are of different religions / cultures, contributed to the increase of the anxiety level (19.8%), the appearance of hostility and

withdrawal (13,8%) and rejection (9,0%). The level of empathy in the vast majority of researched subjects was at the average level (76,6%). Because of too little differentiation of the level of empathy, there was no correlation between the variable and the perception of people from different cultural / religious spheres. Further complementing of knowledge on the care of patients professing different religions, and establishing procedures for dealing with patients coming.

Key words: transcultural nursing, care, empathy

WPROWADZENIE

Empatia „jest umiejętnością postrzegania, rozumienia i wczuwania się w stan innej osoby, (...) to współodczuwanie, ale nie współczucie, (...) danie drugiej osobie przekonania, że ona i jej problemy są przez nas zrozumiałe. Sprzyja to tworzeniu klimatu zaufania i bliskości” [1].

Do psychologii termin empatii został wprowadzony na początku XX wieku przez Titchenera. Mówił on, o procesie „wczuwania się w stany psychiczne innych osób, świadomego wyjścia poza własną jaźń, w przestrzeń cudzych doświadczeń” [2]. Empatia odgrywa ogromną rolę w procesie poznania siebie i drugiego człowieka, jest postrzegana jako atrybut profesjonalistów, którzy w sposób zawodowy zajmują się pomaganiem innym ludziom.

Pielęgniarstwo jest zawodem, gdzie kontakt z drugą osobą, w tym wypadku – pacjentem odgrywa podstawową rolę, a posiadana umiejętność empatii ma tutaj szczególnie duże znaczenie i jest niezbędnym narzędziem w pracy personelu pielęgniarskiego. M. Kuduk w swojej pracy zaznacza, że „tak jak profesjonalizm w zawodzie, już od pierwszego kontaktu z pacjentem powinna być zauważalna jej empatia” [3].

Zdolność dostrzegania problemów pacjenta – przede wszystkim tych emocjonalnych i reagowania na nie w sposób prawidłowy uważana jest za jedną ze składowych profesjonalnego reagowania personelu medycznego ze szczególnym zwróceniem uwagi na personel pielęgniarski [4].

Posiadanie umiejętności współodczuwania daje pielęgniarkę szansę na zapoczątkowanie i utrzymanie prawidłowego kontaktu terapeutycznego. Pomaga dostrzec problemy/potrzeby powierzonego opiece pacjenta, postawić diagnozę, zaplanować cele, wdrożyć właściwe działania pielęgniarskie, oraz w pełny sposób zrozumieć pacjenta.

Umiejętność dojrzałego współodczuwania według E. Wilczek-Różyckiej pozwala pielęgniarkę z jednej strony dać pacjentowi poczucie bezpieczeństwa związanego ze zrozumieniem jego obaw, lęków, a z drugiej zachować własną tożsamość, pełny profesjonalizm, obiektywizm co do zaistniałej sytuacji [5].

Współczesny rozwój medycyny, migracja ludzi często z bardzo odległych kultur sprawia, że personel pielęgniarski niejednokrotnie staje przed pacjentem innego wyznania, kultury, tradycji, wartości. Odmienność potrzeb różnych kultur i wyznań podczas hospitalizacji, w czasie choroby lub w okresie umierania wymaga od personelu pielęgniarskiego umiejętności udzielenia odpowiedniego wsparcia i opieki w tym okresie.

Obecna sytuacja wymusza na personelu pielęgniarskim umiejętność spostrzegania u pacjenta nie tylko potrzeb biologicznych, społecznych, psychicznych, ale także potrzeb wynikających ze sfery kulturowej, wyznaniowej w której się urodził, żył i dojrzewał.

Wzrastające oczekiwania wobec pielęgniarek pod względem umiejętności objęcia opieką pacjenta o odmiennej kulturze lub religii stwarza konieczność odpowiedniego przygotowywania się personelu.

Pielęgniarka zobowiązana jest więc do objęcia pacjenta opieką jak najbardziej zbliżoną do jego wartości kulturowych, umiejętności wczucia się w jego sytuację empatii i wrażliwości kulturowej, ponieważ jak kilkakrotnie przypominała Leininger: „każdy pacjent ma prawo, by rozumiano jego społeczno-kulturowe pochodzenie w ten sam sposób, jak oczekuje się, że będą rozumiane jego potrzeby fizyczne i psychiczne” [6].

Wymaga to zdobywania przez pielęgniarki wiedzy, studiowania, analizowania wzorów opieki w innych kulturach czy wyznaniach, kształtowania świadomości występowania różnic kulturowych, umiejętność ich interpretowania.

CEL PRACY

Celem pracy była próba oceny zależności pomiędzy poziomem empatii a oceną relacji pielęgniarka–pacjent z innego obszaru kulturowego.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od stycznia do marca 2011 roku wśród 200 pielęgniarek. Uzyskano zwrotnie 180 ankiet, 13 odrzucono ze względu na znaczne braki w odpowiedziach. Do analizy materiału wykorzystano ankiety zebrane od 167 osób.

W pracy posłużono się dwoma narzędziami badawczymi, skalą empatii autorstwa A. Mehrabiana i N. Epsteina, w opracowaniu J. Rembowskiego oraz metodą sondażu diagnostycznego.

Kwestionariusz ankiety zawierał pytania których celem było dostarczenie informacji odnośnie kontaktu personelu pielęgniarskiego z wyznawcami innych religii lub kultur oraz emocji z nim związanych. Natomiast kwestionariusz skali empatii jest standaryzowanym narzędziem zawierającym 33 pytania o charakterze zamkniętym pozwalającym na ocenę poziomu empatii, którą można opisać jako niską, średnią lub wysoką.

Uzyskane wyniki opracowano za pomocą statystyki opisowej.

WYNIKI

Badaną grupę stanowiło 86 (51%) pielęgniarek ze Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie, zaś 81 (49%) to personel pielęgniarski pracujący w Zespole Opieki Zakładów Zdrowotnych w Oświęcimiu.

Wśród badanych znalazło się 158 (95%) kobiet i 9 (5%) mężczyzn. Uczestników badania podzielono ze względu na

wiek, najliczniejszą grupę osób stanowiły pielęgniarki w przedziale wiekowym 33–42 lat: 76 osób (46%).

Pielęgniarki pracujące na oddziałach zachowawczych stanowiły największą grupę badanych 74 osób (45%), kolejno personel pracujący w oddziałach zabiegowych 41 osób (25%), a w oddziałach IOM-u 31 osób (19%). Najmniejszą grupę badanych stanowiły pielęgniarki pracujące w poradniach przyszpitalnych 20 osób (11%).

Biorąc pod uwagę doksztalcenie i rodzaj szkoleń podyplomowych największy procent badanej grupy stanowił personel pielęgniarski posiadający ukończone kursy kwalifikacyjne 60 osób (50%).

Pielęgniarki zapytane o to jak często w swojej pracy spotykały się z pacjentami, będącymi wyznawcami innych religii najczęściej wybierały odpowiedź rzadko (77,2%), tylko 12 % deklarowało, że często ma kontakt z takimi chorymi, a 9,6% odpowiedziało, że wcale.

Ponad połowa (50,9%) badanych pielęgniarek poproszona o doprecyzowanie, jaki był charakter kontaktu z chorymi różnych kultur i wyznań wskazywały, iż była to wielodniowa hospitalizacja, zaś dla prawie jednej piątej (19,8%) ankietowanych był to jednorazowy kontakt związany z koniecznością wykonania badań diagnostycznych. Natomiast tylko 9,6 % respondentek miało kontakt z rodziną pacjenta wywodzącego się z innego obszaru kulturowego i religijnego. Ponad 10% ankietowanych wybrało inną odpowiedź np. kontakt z pacjentem i rodziną podczas pracy w środowisku, umiejętność komunikowania w ramach przygotowania do zabiegu operacyjnego, konsultacyjne wizyty w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Aż 62,3% pielęgniarek stwierdziło, iż w trakcie opieki nad pacjentami wyznającymi inną religię pojawiły się trudności. Najczęściej trudności te dotyczyły braku wiedzy na temat zasad, zwyczajów obowiązujących w religii wyznawanej przez pacjenta (19,8%), badane zgłaszały także problemy w komunikowaniu się z chorym i jego rodziną (19,2%) oraz braku przygotowania placówki/oddziału do objęcia opieką pacjentów z wyżej opisywanej grupy typu brak osobnych sal zapewniających intymność, dostosowanie diety (10,2%), natomiast 7% wybrało odpowiedź inne, np.: narzucanie wyznania i zasad panujących w danej kulturze podczas pobytu w szpitalu, stereotypowe opinie na temat innych wyznań albo kultur tj. Romowie, Świadkowie Jehowy.

W przeprowadzonych badaniach podjęto próbę znalezienia odpowiedzi na pytanie, jakie kompetencje pozwoliłyby uniknąć pielęgniarkom trudności w budowaniu profesjonalnej relacji z chorymi. Najczęściej badane stwierdzały, iż pomocne byłyby procedury postępowania z pacjentem innego wyznania, podczas wykonywania zabiegów medycznych (32,3%). Na drugim miejscu uczestniczki badań wybierały odpowiedź dotyczącą wiedzy na temat obyczajów, rytuałów typowych dla danej religii, kultury (24,6%), zaś 8,4% mówiło o dostosowaniu warunków w oddziale/szpitalu do realizowania praktyk religijnych. Ponad 11 % wybrało odpowiedź inne; prowadzenie kursów lub szkoleń z zakresu opieki nad pacjentem innego wyznania, możliwości konsultacji ze „specjalistą ds. innych wyznań”, wskazanie ogólnych zasad, wytycznych do tego jak postępować podczas kontaktu z pacjentem innego wyznania.

W badaniach zwrócono uwagę na emocje i postawy pojawiające się w relacji pielęgniarka-chory z różnych kultur i wyznań. Odpowiedzi badanych były zróżnicowane, najczęściej wśród ankietowanych wyżej wymienieni chorzy wzbudzali ciekawość (37,7%), ale też warto podkreślić, iż prawie jedna piąta (18,6%) respondentek wskazywała na obojętność. Jednocześnie 11,4% pielęgniarek odpowiedziało, że kontakt z tego rodzaju chorym wzbudził sympatię. Blisko co dziesiąta (8,4%) uczestniczka odczuwała w stosunku do pacjenta dystans.

Na podkreślenie zasługuje fakt, iż kontakt z pacjentem pochodzącym z różnych kultur i wyznań u 78,4% pielęgniarek nie wpłynął na zmianę ich emocji. Jednocześnie prawie 13,8 % uznało, że są to zmiany na lepsze.

Badane, które pozytywnie oceniły zmiany w kontakcie, poproszono o podanie, z czym wiązała się poprawa obrazu osoby wyznającej inną religię. Aż 37,1% respondentek odpowiedziało, iż w relacji pojawiła się otwartość i zrozumienie, 12,6% deklarowało pojawienie się sympatii, 10,2% uzyskała odpowiedź, iż w relacji obniżył się poziom lęku i pojawiła się empatia 8,4%.

Pomimo, iż większość badanych deklarowała brak zmian w nastawieniu emocjonalnym do chorych z innego kręgu kulturowego i religijnego to aż 55,7 % odpowiedzi wskazywało na negatywny obraz pacjenta z wyżej wspomnianej grupy. Wzrost poziomu lęku dotyczył 19,8% odpowiedzi, uczucie antypatii pojawiło się w 13,8% odpowiedzi, wrogość i zamknięcie w 10,2% wskazań, a prawie jedna dziesiąta wskazywała na pojawianie się odrzucenia w kontakcie z pacjentem.

Aż 74,3% respondentek spotkało się, ze stereotypowym postrzeganiem wyznawców innych religii.

Osoby badane poproszono o ustosunkowanie się do kilku przykładowych stereotypów dotyczących ludzi z innego kręgu kulturowego i religii; 60,5% uważało, iż buddyści nie jedzą mięsa, 44,9% stwierdziło, że wyznawcy judaizmu posiadają dużo dzieci. Aż 83,8% sądziło, iż świadkowie Jehowi narzucają swoją religię, a 75,4%, że muzułmanie nie szanują kobiet. Z kolei 55,7% badanych uznało, iż hindusi bardziej szanują zwierzęta, niż ludzi z niższych kast, aż 80,8% podało, że Romowie nie przestrzegają zasad higieny w życiu codziennym. Co ciekawe aż 68,9% ankietowanych podało, że katolicy są nietolerancyjni.

Ponad jedna trzecia badanych uznała, że obraz osób z innych obszarów kulturowych/religijnych jest wynikiem własnej wiedzy i doświadczenia. Tylko 16,8% uznała wpływ mediów, lub Internetu (0,6%), także nieznaczny był wpływ autorytetów (7,8%) oraz przewodników duchowych poszczególnych religii (6,0%).

Badane poproszono o odniesienie się do oceny wpływów opinii kreowanych przez media i inne środki przekazu oraz autorytety świeckie i duchowe na obraz wyznawców innych religii/kultury. Ponad połowa uznała, że są to wpływy pozytywne, przyczyniające się do większej tolerancji, otwartości i zrozumienia ogółu społeczeństwa w stosunku do osób wyznających inną religię. Jednocześnie ponad jedna czwarta podkreślała, iż są to wpływy negatywne, zmierzające do wzrostu niechęci, niezrozumienia i nietolerancji oraz nierównego traktowania.

W badaniach podjęto także próbę oceny poziomu empatii i jej wpływu na postrzeganie osób wyznających różne

religie lub przynależących do różnych kręgów kulturowych. Przeważająca część ankietowanych okazała się osobami o średnim poziomie empatii (76,6 %). Nieznaczna liczba badanych była osobami o niskim poziomie empatii (8,4 %), natomiast 15% należało do grupy osób z wysokim poziomem empatii.

Według badań, najwyższy poziom empatii wykazywały osoby w przedziale wiekowym od 33 do 42 lat (52%) i 43-52 lata (36%), a najmniejszy w wieku powyżej 53 lat (4%) i w przedziale 22-32 lata (8%).

Badania dowiodły, że wysoki poziom empatii występował tylko u kobiet (15,8%). Średni poziom empatii kształtował się podobnie u kobiet (77,2%) jak i w grupie mężczyzn (75%). Niski natomiast dotyczył 7% kobiet i 25% mężczyzn ($p=0,04$).

Najwyższy poziom empatii występował u osób, które ukończyły studia licencjackie (36%), natomiast średni poziom empatii wykazano u osób, które ukończyły liceum medyczne (51,6%), a najniższy u absolwentek studium medycznego (50%) ($p=0,003$).

Największy odsetek badanych wykazujących średni poziom empatii pracował powyżej 15 lat (57,8%), natomiast najmniejszy, bo 10,2% wśród osób pracujących do 5 lat w zawodzie.

Nie wykazano istotności statystycznych pomiędzy poziomem empatii a postrzeganiem osób z innego obszaru kulturowego/religijnego ze względu na mało zróżnicowany charakter grupy pod względem poziomu empatii.

DYSKUSJA

Dzisiejsze pielęgniarstwo XXI wieku wymaga od personelu pielęgniarstwowego umiejętności holistycznego spojrzenia pacjenta powierzonego opiece.

Przedstawiciele różnych religii i kultur mają inne potrzeby podczas choroby i związanej z nią hospitalizacji. Kontakt z pacjentem różnych kultur i wyznań wymaga od pielęgniarki nie tylko wiedzy medycznej, ale także umiejętnego rozumienia sytuacji pacjenta przynależącego do odmiennej kultury. Madeleine M. Leininger dostrzegła fakt, iż pielęgniarka powinna posiadać wiedzę o innych kulturach i ich wpływie na zachowaną zdrowotne. Lecz nie sama wiedza, ale też wrażliwość jest konieczna, by prawidłowo reagować zarówno na potrzeby fizyczne, psychiczne i duchowe, co w dużej mierze wiąże się z odrębnością kulturową [7,8]. Za jedną z głównych przeszkód utrudniających sprawowanie opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo/religijnie personel pielęgniarstwowo uznaje brak wiedzy na temat zasad, zwyczajów obowiązujących w religii wyznawanej przez pacjenta (19,8%) oraz problemy w komunikowaniu się z chorym i jego rodziną (19,2%). Majda i Zalewska-Puchała w swojej pracy na temat wrażliwości międzykulturowej w opiece pielęgniarstwie potwierdzają konieczność nabywania przez pielęgniarki kompetencji międzykulturowych w procesie kształcenia zawodowego, które m.in. powinny kształtować w pielęgniarkach wrażliwość kulturową, otwartość na odmienną kulturę, wiedzę o sposobach porozumiewania się [8]. W przeprowadzonych badaniach prawie 13,8% ankietowanych pielęgniarek podało, że zmienił się ich stosunek w kontakcie z pacjentem odmiennej kultur/wyznania i poprawił się obraz osoby wyznającej

inną religię. Aż 37,1% respondentek odpowiedziało, iż w relacji pojawiła się otwartość i zrozumienie, 12,6% deklaroвало relację opartą na sympatii, u 10,2% obniżył się poziom lęku w związku z kontaktem z osobą innej religii/wyznania i pojawiła się empatia 8,4%. Dowodzi to, że często istotne znaczenie w postrzeganiu ludzi pochodzących z innego obszaru kulturowego naznaczone jest stereotypami i uprzedzeniami.

Badanie nad wpływem poziomu empatii na postrzeganie relacji pielęgniarka – pacjent z innego obszaru kulturowego jest jednym z pierwszych w tym obszarze pielęgniarstwa w Polsce. Dlatego też trudno odnieść się do badań innych autorów.

Badanie nie wykazało istotności statystycznych pomiędzy poziomem empatii a postrzeganiem osób z innego obszaru kulturowego/religijnego, co związane było w tym wypadku z jednorodnością grupy.

Prawie 77% ankietowanych wykazała się średnim stopniem empatii, a jej najwyższy poziom zanotowano u pielęgniarek, które ukończyły studia licencjackie (36%). Potwierdza to wyniki badań opracowanych przez Motykę, w których wykazał pozytywny wpływ ukończenia licencjackich studiów pielęgniarstwa na okazywanie empatii oraz umiejętne wzmacnianie powierzonych opiece pacjentów [4]. Zwrócił on także uwagę na wzrost empatii wśród studentów III roku studiów, co tłumaczy poszerzeniem przez studenta wiedzy medycznej, nabyciem doświadczenia na zajęciach praktycznych i praktykach zawodowych.

Podobną zależność można zaobserwować wśród badanej grupy pielęgniarek. Najwyższy odsetek średniego poziomu empatii posiadał zespół pielęgniarek, który pracował powyżej 15 lat (57,8%), natomiast najmniejszy, bo 10,2% wśród osób pracujących do 5 lat w zawodzie.

„Kształcenie empatyczne” na chwilę obecną to nie tylko wyzwanie dla kadry szkolącej młody personel pielęgniarstwowo. Publikacje polskie i obcojęzyczne pokazują, że także w kształceniu studentów medycyny kadry naukowe szukają rozwiązań jak ukształtować „empatycznych lekarzy”. Główny nacisk stawiany w medycynie na obiektywizm, logiczne rozumowanie, empiryzm zaniedbał zagadnienia związane z problemami emocjonalnymi, zrozumieniem pacjenta, wczuciem się w jego sytuację [9].

WNIOSKI

1. Badani potwierdzili istnienie trudności w relacji pielęgniarka-pacjent z innego kręgu kulturowego, wynikających z braku wiedzy (62,3%) oraz związanych z procesem komunikowania się (19,2%).
2. W ocenie emocjonalnego odniesienia do osób wyznających inną religię lub pochodzących z odmiennych kultur pojawiały się głównie emocje pozytywne; ciekawość – 37,7% i sympatia 11,4%, choć zdarzały się także nastawienia obojętne – 18,6% i zdystansowane – 8,4%.
3. U ponad trzech czwartych badanych bezpośredni kontakt z osobą pochodzącą z innego obszaru kulturowego nie zmienił ich podejścia do tego rodzaju pacjenta, jednakże warto podkreślić, że mimo takich deklaracji aż 55,7 % respondentów wskazywało na negatywny obraz chorych z wyżej wspomnianej grupy, co może być związane ze stereotypowym postrzeganiem takich osób.

4. Obraz pacjentów przynależących do innej kultury w przypadku ponad jednej trzeciej badanych związany był z wiedzą i doświadczeniem własnym, nieznaczny jawił się wpływ mediów (16,8%), autorytetów (7,8%), przewodników duchowych (6,0%).
5. Nie wykazano istotności statystycznych pomiędzy poziomem empatii a postrzeganiem osób z innego obszaru kulturowego/religijnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Grzesiuk L, red. Jak pomagać sobie, rodzinie i innym. Warszawa: PWN; 1995: 44-50, 92-99.
2. Rembowski J. Empatia i sposoby jej badania. Kwartalnik Pedagogiczny. 3-4: 107-120.

3. Kuduk M. Traktować ludzi jak ludzi. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2006; 3:
4. Motyka M. Empatia a studia pielęgniarские. Sztuka Leczenia. 2006; 1- 2: 33-38.
5. Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K, red. Podstawy Pielęgniarstwa. Tom I. Warszawa: PZWL; 2011, 68- 73.
6. Janus B, Szalczyńska K. Wpływ etniczności i kultury na opiekę zdrowotną. Pielęgniarstwo 2000. 1997; 4: 16-19.
7. Janus B. Istota pielęgniarstwa transkulturowego M. Leininger. [w:] Zahradniczek K, red. Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
8. Majda A, Zalewska-Puchała J. Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarской. Problemy Pielęgniarstwa. 2011; 2: 253- 257.
9. Spiro H. The practice of empathy. Academic Medicine. 2009; 89: 9.

Praca przyjęta do druku: 07.09.2012

Praca zaakceptowana do druku: 22.09.2012