

Empatia i asertywność pielęgniarek w opiece nad pacjentami chorymi psychicznie i w opiece nad pacjentami chorymi somatycznie

Empathy and assertiveness of nurses providing care to patients with psychological and somatic disorders

Helena Motyka¹, Katarzyna Motyka²

¹Zakład Pedagogiki Medycznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

²Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Helena Motyka

Zakład Pedagogiki Medycznej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa CMUJ

ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków

tel. 12 424 7284

e-mail: hxmotyka@interia.pl

STRESZCZENIE

Empatia i asertywność pielęgniarek w opiece nad pacjentami chorymi psychicznie i w opiece nad pacjentami chorymi somatycznie

Wprowadzenie. Wydaje się, że pielęgnowanie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi stawia przed pielęgniarkami wyższe wymagania w zakresie umiejętności interpersonalnych, w porównaniu z pielęgniacją pacjentów chorych somatycznie. Tym samym można oczekiwać, że pielęgniarki psychiatryczne cechuje wyższy poziom empatii i asertywności w porównaniu z ich koleżankami z oddziałów poza psychiatrycznych.

Cel pracy. Ocena poziomu empatii i asertywności u pielęgniarek pracujących z pacjentami ze schorzeniami psychicznymi i pielęgniarek pracujących z pacjentami chorymi somatycznie.

Materiał i metodyka. Badania przeprowadzono w 2013 roku wśród 120 pielęgniarek, w tym 60 pracujących na oddziałach psychiatrycznych i 60 pracujących na oddziałach innych niż psychiatryczny. Poziom empatii mierzono testem IRI M. Davisa, a poziom asertywności oceniano za pomocą testu „Mapa Asertywności” M. Król-Fijewskiej.

Wyniki. Wykazano brak różnic w poziomie empatii i asertywności u pielęgniarek zatrudnionych w obu typach oddziałów. Stwierdzono pozytywną, statystycznie istotną ($p=0,01$) zależność pomiędzy wiekiem pielęgniarek a zdolnością do przyjmowania cudzej perspektywy.

Wnioski. Poziom empatii i asertywności posiadany przez pielęgniarki jest niezależny od rodzaju oddziału, w którym są zatrudnione. Wraz z wiekiem pielęgniarek rośnie ich empatia poznawcza, a zwłaszcza gotowość do spojrzenia na sprawy oczyma pacjenta. Dla podniesienia jakości opieki pielęgniarskiej wskazane jest organizowanie szkoleń doskonalących z zakresu komunikowania się z pacjentem, szczególnie dla pielęgniarek z krótkim stażem pracy.

Słowa kluczowe: umiejętności interpersonalne, opieka pielęgniarska, empatia, asertywność

ABSTRACT

Empathy and assertiveness of nurses providing care to patients with psychological and somatic disorders

Introduction. It seems that providing care to mentally ill patients requires more developed interpersonal skills than helping patients without mental disorders. Therefore, one might expect that psychiatric nurses would be more empathic and assertive than their colleagues from other wards.

Aim. The aim of the study was to assess empathy and assertiveness levels of nurses working with patients with mental and without mental disorders.

Material and methods. The study covered 120 nurses including 60 psychiatric nurses and 60 nurses from other wards. Empathy levels were measured using Davis' IRI test, whereas assertiveness was determined using the Assertiveness Map developed by M. Król-Fijewska.

Results. No differences were found between empathy and assertiveness levels of nurses working on psychiatric and non-psychiatric wards. A positive and statistically significant correlation ($p=0.01$) was discovered between the nurses' age and their ability to adopt the other person's point of view.

Conclusion. Nurses' empathy and assertiveness is unrelated to the type of ward they work on. Cognitive empathy of nurses increases with age – especially their ability to look at things the way patients do. Quality of nursing care could be improved by teaching nurses about communicating with patients. Such training sessions could be especially aimed at inexperienced nurses.

Key words: interpersonal skills, nursing care, empathy, assertiveness

WPROWADZENIE

Do najważniejszych umiejętności interpersonalnych wpływających na jakość relacji międzyludzkich należą: empatia i asertywność. Empatia pozwala na zbliżenie się do świata drugiego człowieka i dostrzeżenie jego emocji i potrzeb. W opiece nad chorym człowiekiem wrażliwe reagowanie na jego potrzeby należy do podstaw sztuki pielęgnowania. Z kolei asertywność pozwala w sposób jasny i rzeczowy komunikować innym swoje uczucia i potrzeby oraz stawiać im konieczne wymagania. Sytuacja choroby często wywołuje u pacjentów regresyjne reakcje i nierealistyczne oczekiwania, na które personel medyczny powinien odpowiadać w stosowny, lecz nieagresywny sposób.

Istotą zawodu pielęgniarki jest troska o zdrowie i opiekę nad człowiekiem – zarówno chorym jak i zdrowym [1, 2]. Jak ujmuje to V. Henderson w swej klasycznej już dziś definicji pielęgnowania: „...jest to asystowanie człowiekowi (grupom ludzi) choremu lub zdrowemu w podejmowaniu tych wszystkich aktywności, które mają znaczenie dla zachowania zdrowia, powrotu do zdrowia, albo dla zapewnienia spokojnej śmierci, a które mógłby on wykonywać sam, gdyby miał potrzebną po temu siłę, wolę albo wiedzę.” [cyt. za 1, s. 116].

W pracy pielęgniarki empatia i asertywność odgrywają bardzo ważną rolę. Korzystanie z obu tych umiejętności interpersonalnych wydaje się zdecydowanie korzystne dla obu podmiotów relacji terapeutycznej. Tak samo ważne jest dla pacjenta być wysłuchanym i zrozumianym w empatycznym kontakcie, jak dla pielęgniarki – udzielenie medycznej pomocy choremu i skuteczne pokierowanie nim, czemu służy asertywność.

Jak się wydaje, wzajemne relacje pomiędzy pacjentami a personelem medycznym oraz udział w nich empatii i asertywności, będą modyfikowane w zależności od typu oddziału szpitalnego, a szczególnie od tego czy podłoże choroby jest somatyczne czy psychiczne.

W pierwszym przypadku uwaga pacjentów i personelu medycznego w sposób oczywisty skoncentrowana jest na fizycznych aspektach choroby. Jest tak ponieważ problemy i reakcje emocjonalne pacjentów somatycznych są bezpośrednią konsekwencją ich stanu somatycznego i mogą być w miarę dokładną wskazówką diagnostyczną dla wnioskowania o ich faktycznym stanie zdrowia lub sytuacji psychologicznej, w jakiej się znaleźli.

Z kolei w przypadku oddziałów psychiatrycznych, charakterystyka schorzeń pacjentów wręcz wymusza uwzględnianie aspektów psychologicznych sytuacji, w tym wzajemnego kontaktu, a tym samym korzystanie przez personel medyczny w kontakcie z pacjentem z własnych zasobów psychicznych oraz z posiadanych umiejętności interpersonalnych. Z tego powodu wnioskować można o zdecydowanie wyższym poziomie empatii i asertywności u pielęgniarek pracujących na takich oddziałach.

CEL PRACY

Celem badań była ocena i porównanie poziomu empatii i asertywności u pielęgniarek pracujących z pacjentami, u których zdiagnozowano chorobę psychiczną i pielęgniarek pracujących z pacjentami chorymi somatycznie.

MATERIAŁ I METODYKA

Badaniem objęto 120 pielęgniarek (kobiet), w tym 60 pielęgniarek pracujących na oddziałach psychiatrycznych i 60 pielęgniarek z innych oddziałów szpitalnych (w zbliżonej proporcji oddział laryngologiczny, chirurgiczny, okulistyczny i internistyczny) Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. W badaniu wykorzystano Indeks Reaktywności Interpersonalnej M. Davisa [3]. Narzędzie to jest standaryzowane i oparte na wielowymiarowej koncepcji dotyczącej empatii, odwołującej się zarówno do poznawczych jak i emocjonalnych jej komponentów. Na drodze analizy czynnikowej zostały wyodrębnione 4 grupy pytań które tworzą obecnie 4 skale (po 7 pozycji w każdej – łącznie 28 pytań):

- Skala PP – przyjmowanie perspektywy (mierzy skłonność do przyjmowania cudzego punktu widzenia).
- Skala ET – empatycznej troski (odnosi się do reakcji na niepowodzenia innych ludzi i mierzy skłonność do współodczuwania i troski o innych).
- Skala OP – osobistej przykrości (służy do pomiaru skłonności odczuwanego dyskomfortu w sytuacji przeżywania negatywnych emocji przez innych ludzi).
- Skala SF – fantazji (służy do pomiaru skłonności do tworzenia wyobrażeń i odnoszenia się do różnych sytuacji nie mających miejsca tu i teraz).

Drugim narzędziem była Mapa Asertywności M. Król-Fijewskiej [4]. Narzędzie to zawiera 42 pozycje składające się na 10 skal: obrona swoich praw w sytuacjach społecznych, obrona swoich praw w kontaktach osobistych, inicjatywa i kontakty towarzyskie, oceny – wyrażanie i przyjmowanie krytyki i pochwał, wyrażanie próśb, wyrażanie uczuć, wyrażanie opinii, wystąpienia publiczne, kontakt z autorytetem, naruszanie cudzego terytorium.

Osoby badane otrzymały informację o celu i przebiegu badań oraz zostały poproszone o dobrowolne wypełnienie wymienionych kwestionariuszy w formie papierowej. Otrzymały także zapewnienie o anonimowości badań oraz zapewnienie o możliwości z rezygnacji z badań w każdym momencie wraz z informacją, że zwrot wypełnionych kwestionariuszy traktowany będzie jako potwierdzenie świadomej zgody na udział w badaniach. Przeciętny czas wykonania badania wynosił około 20 minut. Badania przeprowadzono w okresie od marca do maja 2013 roku [1].¹

Do sprawdzenia istotności różnic poziomu empatii między porównywanymi grupami pielęgniarek (oddziały psychiatryczne i oddziały poza psychiatryczne) wykorzystano test t studenta. Do sprawdzenia różnicy w poziomie asertywności pomiędzy grupami pielęgniarek pracujących na oddziale psychiatrycznym i pielęgniarek pracujących na innych oddziałach, wykorzystano test U Manna – Whitneya, ze względu na brak rozkładu normalnego w wynikach dotyczących asertywności.

¹ Badania wykonała K. Motyka, w ramach pracy mgr. Empatia i asertywność w kontekście zawodu pielęgniarki. Kraków, 2013. Inst. Psychol. UJ. Praca mgr niepubl. Zgodnie z zarządzeniem Rektora UJ badania tego typu nie wymagają zgody Komisji Bioetycznej.

WYNIKI BADAŃ

Wiek badanych pielęgniarek wynosił od 24 do 58 lat (średnia wieku – 41 lat). Wykształcenie średnie posiadało 67 pielęgniarek, a wyższe – 53 pielęgniarki. Staż pracy ważył się od 1 roku do 37 lat (średni staż pracy 19,9 lat).

Poziom empatii i poziom asertywności u pielęgniarek a rodzaj oddziału szpitalnego

Wyniki dotyczące wartości analizowanych zmiennych (empatia całkowita i jej składowe) w obu porównywanych grupach wraz z wynikami analizy istotności występujących różnic przedstawia tabela 1.

Tab. 1. Poziom empatii (IRI) w porównywanych grupach pielęgniarek

Poziom Empatii (test t-Studenta dla zmiennych niezależnych)				
Zmienna	Pielęgniarki pracujące na oddziałach psychiatrycznych (n=60)	Pielęgniarki pracujące na oddziałach poza psychiatrycznych (n=60)	T	p
	x ± SD [min-max]	x ± SD [min-max]		
Fantazja (F)	13,73 ± 4,42	13,58 ± 3,79	0,20	0,24
Empatyczna troska (ET)	18,55 ± 3,93	18,83 ± 3,50	-0,42	0,37
Przyjmowanie perspektywy (PP)	17,33 ± 3,45	17,47 ± 3,49	-0,21	0,93
Osobista przykrość (OP)	13,43 ± 4,16	13,90 ± 4,11	-0,62	0,92
Empatia całkowita	63,05 ± 10,45	63,65 ± 8,73	-0,34	0,17

Jak wynika z danych zawartych w tabeli i uzyskanych wartości testu t, brak jest statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupą pielęgniarek pracujących w oddziałach psychiatrycznych, a grupą pracującą w innych oddziałach niż psychiatryczny, tak pod względem ogólnego poziomu empatii, jak i pod względem jej składników cząstkowych. Wbrew oczekiwaniom, pielęgniarki zatrudnione w oddziale psychiatrycznym cechowały się zbliżonymi (nieznacznie niższymi, z wyjątkiem skali Fantazji – F) wskaźnikami empatii w porównaniu z pielęgniarkami pracującymi z chorymi somatycznie. Drobne różnice były nieistotne statystycznie.

Porównanie istotności różnic pomiędzy badanymi grupami znajduje się w tabeli 2.

Tab. 2. Poziom asertywności w badanych grupach

Asertywność (test U Manna – Whitneya dla zmiennych niezależnych)				
Asertywność	Pielęgniarki pracujące na oddziałach psychiatrycznym (n=60)	Pielęgniarki pracujące na oddziałach poza psychiatrycznych (n=60)	z	p
	x ± SD [min-max]	x ± SD [min-max]		
Asertywność	28,7 ± 7,11	30,95 ± 6,14	-1,73	0,08

Jak wynika z tabeli 2, zarówno pielęgniarki opiekujące się pacjentami chorymi psychicznie jak i pielęgniarki opiekujące się pacjentami chorymi somatycznie prezentują zbliżony poziom asertywności. Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy badanymi grupami w tym zakresie.

Wiek badanych pielęgniarek a empatia

Poniższa tabela 3 przedstawia korelacje wieku z empatią całkowitą oraz poszczególnymi jej komponentami.

Tab. 3. Korelacje wieku z empatią i poszczególnymi jej komponentami w badanej grupie

Zmienna	Korelacje r Pearsona				
	Empatia całkowita	Empatyczna Troska (ET)	Osobista Przykrość (OP)	Przyjmowanie Perspektywy (PP)	Fantazja (F)
Wiek	r = 0,02 p = 0,84	r = 0,00 p = 0,92	r = -0,12 p = 0,20	r = 0,31 p = 0,01	r = -0,10 p = 0,28

Jak wskazują dane zawarte w tabeli 3, wiek koreluje dodatnio z empatią poznawczą mierzoną za pomocą skali „Przyjmowanie Perspektywy”, na poziomie istotności p=0,01. Korelacja wprawdzie jest dość słaba (r=0,31), ale istotna statystycznie. Wskazuje to, że wraz z doświadczeniem życiowym i zawodowym, rośnie nieco zdolność do przyjmowania perspektywy innych ludzi. Pozostałe komponenty empatii, podobnie jak empatia ogólna, w badanej grupie nie zmieniają się z wiekiem.

DYSKUSJA

Dobre komunikowanie się z pacjentem wydaje się być bardzo ważnym [5, 6, 7, 8], choć często niedocenianym narzędziem pracy lekarzy i pielęgniarek. Z badań psychologicznych wyraźnie wynika, że pacjenci którzy są zadowoleni z przebiegu swej komunikacji z personelem medycznym, wyżej oceniają całość otrzymanego leczenia, są bardziej zadowoleni z opieki i uzyskują lepsze efekty w terapii [9, 10, 11]. Dotyczy to również pacjentów leczonych w oddziałach psychiatrycznych. E. Wilczek-Rużyczka [12] na podstawie badań jakie przeprowadziła w jednym ze szpitali psychiatrycznych, stwierdziła istotny związek, pomiędzy poziomem empatii pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach tego szpitala a satysfakcją pacjentów z otrzymanej opieki. Wykazała również, że trening empatii jaki przeszły pielęgniarki w sposób znaczący wpływał na wzrost tej satysfakcji u pacjentów.

Przystępując do badań własnych zakładano wyższy poziom empatii wśród pielęgniarek psychiatrycznych, jednak wyniki badań nie potwierdziły tego przypuszczenia. Nie wykazano również istotnych statystycznie różnic w poziomie asertywności pomiędzy obiema grupami pielęgniarek. Wynik ten sugeruje, że w przypadku empatii i asertywności, większe znaczenie mają różnice indywidualne, związane bardziej z osobistymi cechami pielęgniarek niż z miejscem ich zatrudnienia i rodzajem choroby pacjentów, z którymi mają do czynienia. Przypuszczenie

to wymaga dalszych badań, tym bardziej, że nie napotkano w literaturze badań odnoszących się bezpośrednio do poruszanej tu kwestii. Należy podkreślić, że w badaniach innych autorów oceniających ogólny poziom empatii u pielęgniarek uzyskano wyniki bardzo zbliżone do wyniku uzyskanego w badaniach własnych [13].

Oba konstrukty – tj. zarówno empatia jak i asertywność są na tyle złożone, że ma się wrażenie, iż jakiś ich ważny element wciąż umyka badawczej operacjonalizacji. Mnogość definicji oraz popularyzacja obydwu pojęć, jakkolwiek ważna w kontekście praktycznego wykorzystania tych umiejętności, nie sprzyjają powstawaniu rzetelnych i porównywalnych narzędzi. Należy ponadto zwrócić uwagę, że badanie kwestionariuszowe bywa obarczone różnymi błędami, wynikającymi m. in. ze świadomych deklaracji osób badanych, podczas gdy sam proces komunikowania empatii lub asertywności wymykać się może świadomemu namysłowi. Brak jest również, dostępnych standaryzowanych narzędzi mierzących asertywność. Większość z nich konstruowana jest na podstawie doświadczeń autora i przeznaczona głównie do szkoleń, jak choćby narzędzie wykorzystane w omawianych tu badaniach [4].

Empatia i asertywność są umiejętnościami wymagającymi kontaktu z drugim człowiekiem i przynajmniej pewnego stopnia zaangażowania się w konkretną relację. Można więc przypuszczać, że inaczej mogłyby przedstawiać się wyniki badań dotyczących konkretnej sytuacji i interakcji z konkretną, budzącą realne emocje osobą. Eksperyment wydawałby się zatem bardziej pożądaną formą, jednakże jest zdecydowanie trudniejszy do przeprowadzenia, a zwłaszcza do uzyskania porównywalnych wyników [14].

Konieczność współpracy z pacjentem i innymi członkami zespołu diagnostyczno-terapeutycznego wymaga od pielęgniarek nie tylko kompetencji medycznych lecz także kompetencji interpersonalnych, tym bardziej, że każda choroba prowadzi do ograniczeń funkcjonowania fizjologicznego, społecznego czy psychicznego. Może to powodować u pacjentów reakcje obronne i problemowe zachowania, z którymi pielęgniarki muszą sobie poradzić. Bez aktywnego udziału pacjenta w leczeniu i pielęgnowaniu oraz bez udziału innych specjalistów (lekarzy, fizjoterapeutów, asystentów socjalnych) opieka pielęgniarska nad chorym byłaby mało skuteczna i niepełna. Nie stosowanie się pacjenta do zaleceń pielęgniarskich (podobnie jak i lekarskich), sprawiają, że sprawowana opieka traci na skuteczności. Pielęgniarki muszą więc także umieć skutecznie motywować pacjentów i zachęcać ich do współpracy.

W związku ze złożonym charakterem pracy oraz wieloma czynnikami wpływającymi na jakość wykonywania obowiązków pielęgniarskich, być może w badaniach dotyczących empatii należałoby uwzględnić także zjawisko wypalenia zawodowego jako zmienną wpływającą na obniżenie gotowości do empatyzowania z drugą osobą.

WNIOSKI

1. Poziom empatii i asertywności posiadany przez pielęgniarki jest niezależny od rodzaju oddziału, w którym są one zatrudnione.
2. Wraz z wiekiem pielęgniarek rośnie ich empatia poznawcza, a zwłaszcza gotowość do przyjmowania cudzej perspektywy (a więc także spojrzenia na sprawę oczyma pacjenta).
3. Dla podniesienia jakości opieki pielęgniarskiej wskazane byłyby organizowanie szkoleń doskonalących z zakresu komunikowania się z pacjentem, a zwłaszcza umiejętności przyjmowania jego perspektywy, szczególnie dla pielęgniarek z krótkim stażem pracy.

PIŚMIENNICTWO

1. Poznańska S. Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. W-wa: Wyd. PZWL; 1988.
2. Poznańska S. Pielęgniarstwo. [w:] Ślusarska B., Zarzycka D, Zahradniczek K, red. Podstawy pielęgniarstwa. T.1. Lublin: Wyd. Czelej; 2004. s. 21-69.
3. Davis MH. O umiejętności współodczuwania. Gdańsk: GWP; 2001.
4. Król – Fijewska M. Trening asertywności. W-wa: Wyd. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości; 1993.
5. Mojs E. Wybrane aspekty komunikacji pielęgniarki – zespół terapeutyczny. Pielęgniarstwo Polskie. 2006; 2: 135-138.
6. Bączek G, Sobolewska M, Dmoch-Gajzlerska E. Rola komunikacji w przygotowaniu pacjentki do zabiegu ginekologicznego. Problemy Pielęgniarstwa. 2009; 2: 139-143.
7. Kourkouta L, Barsamidis K, Lavdaniti M. Communication skills during the clinical examination of the patients. Progress in Health Sciences. 2013; 1: 119-122.
8. Mandecki M. Znaczenie właściwej komunikacji między personelem medycznym, a pacjentem w opiece zdrowotnej. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2005; 4: 93-96.
9. Sanderson CA. Health psychology. NY: Wyd. Wiley & Son; 2004.
10. Mayerscough PR, Ford M, red. Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańsk: Wyd. GWP; 2001.
11. Gordon T, Edwards S, red. Pacjent jako partner. W-wa: Wyd. PAX; 1999.
12. Wilczek-Rużyczka E. Empatia i jej rozwój u osób pomagających. Kraków: Wyd. UJ; 2002.
13. Matysiak U. Poziom empatii pielęgniarek jako wyraz profesjonalnej edukacji. Praca magisterska niepubl. Kraków; 2015.
14. Lewicka A. Rozwijanie empatii u studentów pedagogiki specjalnej. Lublin: Wyd. UMCS; 2006.

Praca przyjęta do druku: 31.08.2015

Praca zaakceptowana do druku: 08.12.2015