

Ewa Wilczek-Rużyczka

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Psychologii,
Pedagogiki i Nauk Humanistycznych
<https://orcid.org/0000-0003-2261-8939>

Kamila Jarząb

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Wydział Nauk o Zdrowiu
<https://orcid.org/0009-0003-1354-8518>

EMPATIA I JEJ POSTRZEGANIE W SPOŁECZEŃSTWIE PRZEZ STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA

Streszczenie

Celem przeprowadzonych badań była analiza zjawiska empatii oraz jej postrzegania w społeczeństwie przez studentów pielęgniarstwa. W badaniu uczestniczyło 146 studentów pielęgniarstwa z południowej Polski, głównie na studiach I stopnia w trybie stacjonarnym (43,2%) i II stopnia zarówno w trybie stacjonarnym (45,2%), jak i niestacjonarnym (11,6%). W zdecydowanej większości grupę badawczą stanowiły kobiety (87,7%), a także osoby, które miały nie więcej niż 25 lat (62,3%), bezdzietne (71,2%) oraz mieszkające na wsi (67,1%). W badaniach wykorzystano dwa wystandaryzowane kwestionariusze autorstwa Ewy Wilczek-Rużyczki: Kwestionariusz Empatii Emocjonalno-Poznawczej oraz Kwestionariusz Postrzegania Empatii. Dane socjodemograficzne zbadano za pomocą autorskiego kwestionariusza dotyczącego stopnia, formy i roku studiów, płci, wieku, obszaru zamieszkania, statusu zawodowego, cywilnego i materialnego oraz posiadania dzieci.

Analiza statystyczna wykazała, że wśród studentów pielęgniarstwa przeważa wysoki poziom empatii emocjonalnej, poznawczej i postrzegania empatii,

a wraz z wyższym poziomem empatii emocjonalnej i poznawczej podnosił się poziom postrzegania przez nich empatii w społeczeństwie. Osoby młode, bezdzietne, mieszkające na wsi i niepodejmujące aktywności zawodowej charakteryzują się wyższymi wynikami w zakresie postrzegania empatii w społeczeństwie. Studenci studiów magisterskich w trybie niestacjonarnym wykazali się niższym poziomem empatii poznawczej i postrzegania empatii w społeczeństwie w porównaniu ze studentami na poziomie licencjackim.

Studenci studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo są empatyczną grupą w zakresie empatii poznawczej, emocjonalnej oraz postrzegania empatii. Jednakże badani charakteryzujący się obciążeniami stresogennymi w zakresie socjodemograficznym wykazują niższe poziomy empatii oraz jej postrzegania. Podobnie studenci II stopnia, którzy w większym stopniu spotykają się z obciążającą psychicznie praktyką kliniczną. Uzyskane wyniki mogą świadczyć o konieczności wprowadzenia treningu empatii na możliwie jak najwcześniejszym etapie edukacji pielęgniarstwa. Bezpośrednio będzie się on przekładał na wzrost poziomu empatii oraz jej postrzegania, a co za tym idzie na podnoszenie jakości profesjonalnej opieki skoncentrowanej na pacjencie.

Słowa kluczowe: empatia, studenci pielęgniarstwa, empatia emocjonalna, empatia poznawcza, postrzeganie empatii

Empathy and its perception in society by nursing students

Abstract

The aim of the research was to analyze the phenomenon of empathy and its perception in society by nursing students. The study involved 146 nursing students from southern Poland, mainly in full-time first-cycle studies (43.2%) and second-cycle studies, both full-time (45.2%) and part-time (11.6%). The vast majority of the research group consisted of women (87.7%), as well as people who were no more than 25 years old (62.3%), childless (71.2%) and living in the countryside (67.1%). The research used two standardized questionnaires by Ewa Wilczek-Rużyczka: the Emotional and Cognitive Empathy Questionnaire and the Empathy Perception Questionnaire. Sociodemographic data were examined using an original questionnaire regarding the degree, form and year of studies, gender, age, area of residence, professional, marital and financial status, and having children.

Statistical analysis showed that high levels of emotional and cognitive empathy and the perception of empathy prevail among nursing students, and with higher levels of emotional and cognitive empathy, the level of their perception of empathy in society increased. Young, childless people, living in the countryside and not taking up professional activity are characterized by higher results in terms of perceiving empathy in society. Part-time graduate students demonstrated lower levels of cognitive empathy and perceptions of empathy in society compared to undergraduate students.

First-cycle nursing students are an empathetic group in terms of cognitive and emotional empathy and the perception of empathy. However, respondents characterized by sociodemographic stressors show lower levels of empathy and its perception. Similarly, second-cycle students, who are more likely to encounter mentally demanding clinical practice. The obtained results may indicate the need to introduce empathy training at the earliest possible stage of nursing education. It will directly translate into an increase in the level of empathy and its perception, and thus in improving the quality of professional patient-centered care.

Key words: empathy, nursing students, cognitive empathy, emotional empathy, perception of empathy

Wprowadzenie

Empatia jako nieodłączny element relacji międzyludzkich stanowi niejako podstawę działań społecznych, w szczególności działań na rzecz poprawy stanu zdrowia człowieka w relacji pielęgniarka–pacjent. Jest to element kontaktów interpersonalnych, który bezwzględnie wpływa na szeroko pojętą jakość świadczonych usług, w tym usług medycznych.

Współcześnie w pielęgniarstwie kryterium profesjonalizmu staje się powinność moralna połączona z wysokim poziomem empatii, która świadczy o wzajemności interpersonalnej jako wartości psychologicznej i terapeutycznej. Zasadne jest stwierdzenie, że podstawy pielęgniarstwa zawodowego kreowane są już na etapie kształcenia. Dlatego konieczne jest pogłębienie zagadnienia empatii wśród studentów pielęgniarstwa oraz jej postrzegania w społeczeństwie.

Bezsprzecznie rozważania z zakresu procesu empatii nie tylko dostarczają odpowiedzi na już znane problemy, ale również inspirować do generowania nowych dylematów dotyczących tytułowego zagadnienia.

Empatia

Zjawisko empatii jest nieustannie poddawane naukowym analizom oraz redefinicji. Wynika to z faktu, iż empatia to wielowymiarowy koncept łączący w sobie nie tylko umiejętności współodczuwania,

ale również empatycznego reagowania i działania (Załuski 2017). Podczas próby wyznaczenia istoty empatii najbardziej trafna wydaje się definicja Simona Barona-Cohena (2014), który określa empatię jako zawieszenie jednoogniskowej koncentracji uwagi i przyjęcie perspektywy dwuogniskowej oraz jako umiejętność rozpoznawania stanów emocjonalnych, uczuć i myśli innych osób, a także jako zdolność zareagowania na te uczucia i myśli odpowiednią emocją, uważając empatię za najważniejszy zasób naszego świata. Ponadto – z uwagi na to, że empatia przyjmuje rodzaj emocjonalno-poznawczo-behawioralny i polega na przyjęciu perspektywy chorego, wykazaniu zrozumienia wobec przeżywanych emocji oraz komunikacji zarówno werbalnej, jak i pozawerbalnej – pracownicy medyczni są w stanie wyrazić zrozumienie wobec stanu chorego i otoczyć go odpowiednią opieką (Wilczek-Rużyczka 2017).

Empatia emocjonalna (afektywna) obejmuje odpowiednią, dostosowaną reakcję w odpowiedzi na odczuwane przez drugiego człowieka emocje. Często jest to okazywanie, doświadczanie emocji podobnych do postrzeganych. Istotą działań empatycznych jest przyniesienie korzyści fizycznych, psychicznych czy materialnych empatyzowanemu, w myśl zasad moralnych czy etycznych. Prowadzi to do nawiązania empatycznej komunikacji – relacji terapeutycznej ukierunkowanej na poprawę holistycznej koncepcji zdrowia człowieka (Wilczek-Rużyczka 2017).

Empatia poznawcza (kognitywna) definiowana jest jako w pełni rozwinięta zdolność do kompleksowego i etycznego rozumienia emocji, uczuć drugiego człowieka. Istotne jest, żeby skupiać się na umiejętności rozumienia przyczyn odczuwanych emocji, a nie emocji samych w sobie. Jest to myślenie zorientowane na cudzą perspektywę (Wilczek-Rużyczka 2017).

Z zagadnieniem empatii bezpośrednio łączy się pojęcie zasobów osobistych empatii, czyli określonego stopnia zdolności do zachowania empatycznego. W empatyczność wpisana jest również skrajność pod postacią patologicznego altruizmu, który jest zdeformowaną strukturą niesienia pomocy. To postawa charakteryzująca się przesadnym skupianiem się na potrzebach emocjonalnych innego człowieka ze szkodą dla własnych potrzeb emocjonalnych (Kliszcz 2017). Na uwagę zasługuje to, że empatia całościowo wpisuje się

w koncepcję teorii salutogenezy Aarona Antonovsky'ego. Odrzuca się tam przeciwstawienie zdrowia chorobie, a przedstawia kontinuum zdrowie–choroba (Wilczek-Rużyczka, Kwak 2022). Empatyczna relacja dzięki pozytywnemu wpływowi na dobrostan empatyzowanego może zbliżać go ku pozytywnemu krańcowi osi stanu zdrowia.

Próba uwarunkowania empatii powinna rozpocząć się od przeanalizowania komponentów nie tylko behawioralnych i emocjonalnych, ale również poznawczych i moralnych wpływających na rozwój empatii (Wilczek-Rużyczka 2017), ponieważ źródło empatii, sposób jej kształtowania i okazywania jest odmiennym procesem dla każdego współczesnego człowieka z osobna. Empatia zatem kształtuje się w sposób indywidualny w zależności od sposobu korelacji zachowania, emocji, zdolności poznawczych oraz moralnych, i tak będzie warunkowana (Baron-Cohen 2014; Wilczek-Rużyczka 2017). Według doniesień w literaturze, podsumowując powyższe rozważania, uogólnienie uwarunkowań empatii sprowadza się do dwóch komponentów: temperamentu i inteligencji emocjonalnej. Dlatego jako źródło osobniczej empatii wyróżnia się też złożony temperament, ponieważ jest to zdeterminowany sposób odpowiadania na bodźce środowiskowe. Dzięki temu pozwala on niejako przewidzieć sposób zachowania czy reakcji, gdyż do składowych temperamentu należą: emocjonalność, aktywność, towarzyskość i impulsywność (Kliszcz 2017).

Nie bez znaczenia w tym względzie pozostaje też wspomniany element inteligencji emocjonalnej, gdyż w percepcji rzeczywistości emocje, na równi właśnie z racjonalnym intelektem, są źródłem relacji świata zewnętrznego i wewnętrznego. Uzupełniają się one w procesie podejmowania decyzji – również w kontekście empatycznego działania i zachowania. Inteligencję emocjonalną zdefiniować można jako ogół zdolności do przetwarzania informacji emocjonalnych, z uwzględnieniem umiejętności identyfikowania i regulowania emocji własnych i cudzych oraz wykorzystania ich do procesu myślenia i działania. Na inteligencję emocjonalną składają się: zdolność do rozumienia własnych emocji, umiejętność postrzegania emocji innych, dostrzeganie i docenianie znaczenia emocji własnych oraz umiejętność ekspresji emocji. Natomiast do środowiskowych czynników warunkujących empatię należą uczuciowe relacje rodzinne,

doświadczenie troski, poczucie bezpieczeństwa, doświadczenie uwagi i poświęconego czasu oraz styl wychowawczy (Kliszcz 2017).

Istnieją narzędzia, dzięki którym można wzmacniać już istniejący potencjał empatyczny. Znacznie na rozwój procesu empatii wpływa przede wszystkim otwarte komunikowanie, wyrażanie subiektywnych odczuć, unikanie ogólników i teoretyzowania na temat aktualnej sytuacji świata wewnętrznego/emocjonalnego/uczuciowego, spontaniczne wyrażanie własnych myśli i uczuć (Wilczek-Rużyczka 2017).

Identyfikacja osobistych zasobów empatii połączona z odpowiednim uzupełnieniem wiedzy i treningiem z zakresu empatyczności jest w stanie uświadomić adeptom pielęgniarstwa, jak istotna w pielęgnowaniu pacjenta jest empatia. Dodatkowo daje szansę na rozpoznanie wczesnego ryzyka zmęczenia współczuciem, a w konsekwencji wypalenia zawodowego (Kliszcz 2017; Wilczek-Rużyczka 2017, 2020).

W literaturze obecne są programy treningów empatii, które mogą wpisać się we współczesne potrzeby edukacyjne studentów pielęgniarstwa. Na przykład program realizowanego w Polsce treningu empatii obejmuje m.in. następujące treści: wiedzę o komunikowaniu werbalnym i niewerbalnym, sesje odprężające, ćwiczenia otwartości, ćwiczenia akceptacji w grupie, ćwiczenia słuchania ze zrozumieniem, ćwiczenia odgrywania ról pielęgniarzka-pacjent w trudnej sytuacji. Przez to trening empatii wywołuje zwiększenie poziomu samoakceptacji, poczucia własnej wartości oraz czyni bardziej otwartym na relacje społeczne pomimo obciążających, stresogennych okoliczności (Wilczek-Rużyczka 2017).

Spostrzeganie empatii

Według definicji Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (2010) spostrzeganie (percepcja) zamyka się w subiektywnym obrazie rzeczywistości ukształtowanym przez jednostkę za pośrednictwem narządów zmysłów. To wstępny etap przetwarzania informacji zewnętrznej przez ludzki umysł, dzięki któremu może ona zostać zauważona i zdefiniowana.

Wyodrębniono dwa psychologiczne podejścia w analizie zjawiska percepcji. Jedno z nich zakłada wydzielenie poszczególnych

doświadczanych cech informacji, które składają się na całość spostrzeganego obrazu. Następnie rozpoznawane cechy porównywane są do określonego, znajomego wzorca, więc jego identyfikacja zależy od ilości dostrzeganych znanych cech odbieranych przez odbiorcę informacji. Inna próba analizy percepcji kreuje pogląd, iż charakter odbieranych przez nas informacji zależy w głównej mierze od nabytego doświadczenia, nastawienia oraz oczekiwania. Wtedy w procesie spostrzegania przoduje wiedza, pamięć i wnioskowanie, które sprawiają, że odbierane informacje zostają zorganizowane w taki sposób, aby można było dostrzec ich sens oraz znaczenie (Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 2010).

Wnioskować można, że spostrzeganie empatii niejako unifikuje te dwa podejścia. Opiera się ono na łączeniu składowych empatii (afektywność, poznawczość, działanie empatyczne), które dają jej pełny obraz i sygnalizują proces empatyzowania. Dodatkowo mając za sobą przeszłe empatyczne doświadczenia, podejmujemy chętniej działania empatyczne oraz szybciej jesteśmy w stanie rozpoznać, zauważać, spostrzegać empatię.

Biorąc pod uwagę badania dotyczące percepcji czy spostrzegania empatii wśród personelu medycznego, z punktu widzenia pacjenta, wnioskować można, że bez względu na pełnioną funkcję zawodową czy też społeczną fakt spostrzegania empatii jest niezmienny. Wyodrębniono zatem zachowania, których przejawy wpływają na zauważenie zachowania empatycznego u empatyzera przez empatyzowanego. Należą do nich: niewerbalne okazanie szacunku, werbalne wsparcie i troska, walidacja emocji, zauważenie niewerbalnych znaków emocji u empatyzowanego, zauważenie i wykorzystanie okazji do okazania współczucia, a także niewerbalne okazanie troski (Patel i in. 2019).

Dzięki spostrzeganiu empatii w profesji pielęgniarzkiej pacjent może czuć się nie tylko wysłuchany, ale również zauważony czy nawet zrozumiany. Spostrzeganie pozwala na budowanie zaufania między pielęgniarką a pacjentem, co sprzyja efektywnej komunikacji i wspólnemu podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej. Jest to niezwykle istotne, ponieważ dobre relacje między personelem pielęgniarzkim a pacjentem mają kluczowe znaczenie dla osiągnięcia pozytywnych wyników oraz obopólnej satysfakcji z procesu

terapeutycznego jako całości (Wilczek-Rużycza 2017). Percepcja empatii w kontekście komunikowania dostarcza nam informacji na temat siebie samego oraz drugiego człowieka. Proces empatyzowania empirycznego, czyli płynącego z doświadczeń, dzięki subiektywnemu podejściu do zagadnień z zakresu relacji interpersonalnych pozwala na równie subiektywne odbieranie kontekstu zachowań ludzkich (Zarzycka i in. 2016). Dlatego tak różnorodne mogą być reakcje ludzkie w aspekcie procesu empatyzowania.

Analizując literaturę psychologiczną, zestawienie terminów „postrzeganie” i „sposrzeganie” może dawać wrażenie wyrażen bliskoznacznych, a użycie tego pierwszego w pewien sposób podkreśla głębszą analizę odebranych bodźców – szczególnie że nie ma bodźca bezpośrednio dotyczącego empatii, gdyż jest ona odbierana w sposób percepcji wielowymiarowej.

Cel badań

Celem przeprowadzonych badań była analiza zjawiska empatii oraz jej postrzegania w społeczeństwie przez studentów pielęgniarstwa.

Materiał i metody

Do przeprowadzenia badań wśród respondentów zastosowano dwa wystandaryzowane kwestionariusze autorstwa Ewy Wilczek-Rużyczi:

- Kwestionariusz Empatii Emocjonalno-Poznawczej (EEP) do pomiaru poziomów empatii emocjonalnej, poznawczej, a po zsumowaniu także do pomiaru empatii emocjonalno-poznawczej jest narzędziem samopisu i składa się z 16 stwierdzeń. Badania mogą być realizowane indywidualnie bądź grupowo. Każda osoba uczestnicząca w badaniu ustosunkowuje się do podanych stwierdzeń w pięciostopniowej skali 0–4 (od „nigdy” do „często”). Dla obu obszarów można uzyskać maksymalnie 64 pkt, określając swój poziom empatii emocjonalno-poznawczej. Natomiast w przypadku podskal pomiar poziomu empatii emocjonalnej ujęty został w 7 stwierdzeniach dających wynik do 28 pkt, podczas gdy przy pomiarze empatii poznawczej wykorzystywanych jest dziewięć stwierdzeń pozwalających uzyskać maksymalnie 36 pkt. Zgodność

wewnętrzna testu określona wskaźnikiem Alfa Cronbacha wynosi dla pomiaru wartości sumarycznej EEP 0,84, a dla podskal: 0,80 dla empatii emocjonalnej i 0,73 dla empatii poznawczej.

- Kwestionariusz Postrzegania Empatii (KPE) do badania poziomu postrzegania empatii, który przeznaczony jest dla osób dorosłych. Składa się on z 24 twierdzeń, do których wybiera się jeden wariant odpowiedzi zgodnie z odczuciami respondenta według pięciostopniowej skali 1–5, czyli od „zdecydowanie nie” do „zdecydowanie tak”. Zgodność wewnętrzna testu określona wskaźnikiem Alfa Cronbacha wynosi 0,71.

Dodatkowo posiłkowano się autorskim kwestionariuszem socjodemograficznym w celu określenia danych społeczno-demograficznych badanej grupy. Dotyczyły one stopnia, formy i roku studiów na kierunku pielęgniarstwo, płci, wieku, obszaru zamieszkania, statusu cywilnego, zawodowego i materialnego, a także posiadania dzieci.

Organizacja i przebieg badań

Badanie przeprowadzono, jako anonimowe, na terenie miast Nowy Sącz oraz Krynica-Zdrój na losowo wybranej grupie 161 studentów pielęgniarstwa, od stycznia do kwietnia 2022 r. Liczba poprawnie wypełnionych kwestionariuszy, które następnie zostały poddane szczegółowej analizie, wyniosła 146.

Charakterystyka badanej grupy

Z grupy 146 respondentów 43,2% stanowili studenci pielęgniarstwa na studiach I stopnia w trybie stacjonarnym (w tym na I roku 21 osób, na II roku 1 osoba, a na III roku 41 osób), 45,2% studiowało pielęgniarstwo na II stopniu w trybie stacjonarnym (w tym 26 osób na I roku, a 40 na II roku), natomiast tylko 11,6% badanych było studentami kierunku pielęgniarstwo na II stopniu w trybie niestacjonarnym (w tym na I roku 9 osób, a 8 na II roku).

Wśród respondentów kobiety stanowiły większość (87,7%). Z uwagi na dużą dysproporcję w liczbie kobiet i mężczyzn w badanej grupie nie analizowano oddzielnie ich wyników. Biorąc pod uwagę wiek badanych, najliczniejszą grupą były osoby, które miały 25 lat

lub mniej (62,3%), następnie osoby w przedziale wiekowym 26–35 lat (17,2%), później respondenci w wieku 36–45 lat (13%). Najmniejszą grupą badanych były osoby w przedziale 46–55 lat (7,5%).

Większość badanych podała miasto jako swoje miejsce zamieszkania (67,1%). Wśród studentów 48% pracuje w zawodzie pielęgniarstwie, 44,5% nie pracuje zawodowo, a 7,5% pracuje w zawodzie innym niż pielęgniarstwie.

Ponad połowa osób z grupy badawczej – 56,8% – określiła swój stan cywilny jako panna/kawaler, 29,5% stanowiły osoby zamężne/żonate, 12,3% to osoby pozostające w związku partnerskim, natomiast udział w badaniu osób rozwiedzionych i owdowiałych wynosił po 0,7%. Z badań wynika, że 71,2% badanych studentów jest bezdzietna. Biorąc pod uwagę status materialny, najliczniej wskazywany był on na poziomie dobrym (61,6%), następnie na poziomie bardzo dobrym (19,2%), przeciętnym (17,1%) i złym (2,1%). Nikt nie określił swojego statusu materialnego jako bardzo zły.

Wyniki statystyczne badań

Aby zrealizować założony cel, przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 25 – wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa oraz analizę korelacji r Pearsona, analizę korelacji ρ Spearmana, test t Studenta dla prób zależnych, test t Studenta dla prób niezależnych oraz jednoczynnikową analizę wariancji. Za poziom istotności uznano $\alpha = 0,05$.

Jako pierwsze sprawdzono rozkłady zmiennych ilościowych. W tym celu wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa badającym normalność rozkładu. Wyniki analizy zostały zaprezentowane w tabeli 1.

Tabela 1. Podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa

	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	Dn	p
Postrzeganie empatii	4,02	4,04	0,33	-0,72	0,22	3,04	4,54	0,09	0,002
Empatia emocjonalna	3,21	3,29	0,51	-0,92	1,39	1,14	4,00	0,11	<0,001
Empatia poznawcza	3,35	3,33	0,41	-0,63	0,12	2,11	4,00	0,10	0,002

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Najpierw zweryfikowano, czy występuje zależność pomiędzy postrzeganiem empatii a poziomem empatii emocjonalnej i poznawczej. W tym celu wykorzystano analizę korelacji r Pearsona. Dla empatii emocjonalnej r Pearsona wyniosło 0,52 przy istotności $p < 0,001$, a dla empatii poznawczej 0,59 przy istotności $p < 0,001$. Analiza wykazała, że obie testowane korelacje są istotne statystycznie, dodatnie i silne, co oznacza, że wraz z wyższym poziomem empatii emocjonalnej i poznawczej rósł poziom postrzegania empatii.

Następnie przetestowano różnicę pomiędzy poziomem empatii emocjonalnej i poznawczej u badanych osób za pomocą testu t Studenta dla prób zależnych. Analiza wykazała, że średni poziom empatii poznawczej ($M = 3,35$, $SD = 0,41$) wśród badanych był istotnie statystycznie wyższy niż poziom empatii emocjonalnej ($M = 3,21$, $SD = 0,51$), a więc $t(145) = -4,87$, $p < 0,001$. Wartość d Cohena = 0,40, co wskazuje na słabą różnicę między dwoma rodzajami empatii.

W kolejnej części analizy zweryfikowano występowanie związku pomiędzy cechami osobowości a cechami socjodemograficznymi: wiekiem oraz statusem materialnym. W tym celu, z uwagi na porządkową skalę cech socjodemograficznych, wykonano analizę korelacji ρ Spearmana (tabela 2).

Tabela 2. Korelacje pomiędzy postrzeganiem empatii, empatią emocjonalną oraz poznawczą a cechami socjodemograficznymi (wiek i status materialny)

		Wiek	Status materialny
Postrzeganie empatii	ρ Spearmana	-0,30	0,09
	istotność	<0,001	0,259
Empatia emocjonalna	ρ Spearmana	-0,12	0,07
	istotność	0,160	0,422
Empatia poznawcza	ρ Spearmana	-0,07	0,08
	istotność	0,386	0,343

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Analiza ujawniła istotną statystycznie korelację – postrzeganie empatii korelowało ujemnie i słabo z wiekiem badanych osób, co oznacza, że im niższy był wiek badanych, tym wyższy był ich stopień postrzegania empatii.

Następnie zweryfikowano zróżnicowanie mieszkańców wsi i miast pod względem postrzegania empatii oraz empatii emocjonalnej

i poznawczej. W tym celu wykonano test t Studenta dla prób niezależnych (tabela 3).

Tabela 3. Porównanie poziomu postrzegania empatii oraz empatii emocjonalnej i poznawczej u badanych osób ze względu na miejsce zamieszkania

	Miasto (N = 48)		Wieś (N = 98)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Postrzeżenie empatii	3,91	0,34	4,07	0,31	-2,70	0,008	-0,27	-0,04	0,48
Empatia emocjonalna	3,17	0,55	3,23	0,49	-0,71	0,481	-0,24	0,11	0,12
Empatia poznawcza	3,30	0,43	3,37	0,40	-0,96	0,336	-0,21	0,07	0,17

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Otrzymane wyniki świadczą o istotnie statystycznie wyższym poziomie postrzegania empatii wśród mieszkańców wsi w porównaniu z mieszkańcami miasta.

W kolejnym etapie wykonano analogiczny test w celu porównania osób posiadających dzieci oraz osób bezdzietnych (tabela 4).

Tabela 4. Porównanie badanych posiadających dzieci oraz osób bezdzietnych pod względem postrzegania empatii oraz empatii emocjonalnej i poznawczej

	Posiada dzieci (N = 42)		Nie posiada dzieci (N = 104)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Postrzeżenie empatii	3,90	0,32	4,06	0,32	-2,77	0,006	-0,28	-0,05	0,51
Empatia emocjonalna	3,14	0,42	3,24	0,54	-1,05	0,297	-0,28	0,09	0,19
Empatia poznawcza	3,29	0,46	3,38	0,39	-1,21	0,230	-0,24	0,06	0,22

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Okazało się, że studenci nieposiadający dzieci cechują się istotnie statystycznie wyższym poziomem postrzegania empatii niż osoby posiadające dzieci. Siła różnicy była umiarkowana.

Zweryfikowano także, czy badani różnią się poziomem postrzegania empatii oraz empatii poznawczej i emocjonalnej ze względu na stopień i formę studiów. W tym celu za pomocą jednoczynnikowej

analizy wariancji porównano studentów studiów licencjackich, studiów magisterskich stacjonarnych oraz studiów magisterskich niestacjonarnych (tabela 5).

Tabela 5. Porównanie poziomu postrzegania empatii, empatii emocjonalnej i poznawczej studentów pielęgniarstwa ze względu na stopień i formę studiów

	Studia licencjackie (N = 63)		Studia magisterskie stacjonarne (N = 66)		Studia magisterskie niestacjonarne (N = 17)		F	p	η^2
	M	SD	M	SD	M	SD			
Postrzeganie empatii	4,13	0,26	3,96	0,32	3,81	0,43	6,74*	0,003	0,11
Empatia emocjonalna	3,32	0,54	3,16	0,47	3,03	0,51	2,73	0,068	0,04
Empatia poznawcza	3,41	0,36	3,35	0,43	3,11	0,46	3,71	0,026	0,05

* test Browna-Forsythe'a

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Analiza wykazała istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami pod względem postrzegania empatii oraz empatii poznawczej. Siła różnic dla postrzegania empatii była umiarkowana, a dla empatii poznawczej mała.

Następnie wykonano testy *post hoc* w celu porównania badanych cech parami. W przypadku postrzegania empatii wykorzystano testy *post hoc* z poprawką Gamesa-Howella, z uwagi na niejednorodność wariancji w grupach, natomiast w przypadku empatii poznawczej użyto testów *post hoc* z poprawką Bonferroniego.

Wyniki testów wskazują, że studenci studiów licencjackich cechują się istotnie statystycznie wyższym poziomem postrzegania empatii niż studenci studiów magisterskich stacjonarnych ($p = 0,05$) oraz studiów magisterskich niestacjonarnych ($p = 0,021$).

Ponadto okazało się, że studenci studiów licencjackich cechują się istotnie statystycznie wyższym poziomem empatii poznawczej niż badani ze studiów magisterskich niestacjonarnych ($p = 0,022$).

W następnym etapie analizy sprawdzono, czy status zawodowy różnicuje poziom badanych cech. Wykonano jednoczynnikowe analizy wariancji w celu porównania badanych wykonujących zawód pielęgniarstwa, zawód inny niż pielęgniarstwo oraz osób niepracujących zawodowo (tabela 6).

Tabela 6. Porównanie poziomu postrzegania empatii, empatii emocjonalnej i poznawczej studentów pielęgniarstwa ze względu na status zawodowy

	Zawód pielęgniarstwa (N = 70)		Zawód inny niż pielęgniarstwa (N = 11)		Nie pracuje zawodowo (N = 65)		F	p	η^2
	M	SD	M	SD	M	SD			
Postrzeganie empatii	3,95	0,36	3,97	0,29	4,09	0,28	3,30	0,039	0,04
Empatia emocjonalna	3,14	0,48	3,13	0,51	3,31	0,53	1,98	0,141	0,03
Empatia poznawcza	3,30	0,42	3,29	0,56	3,41	0,37	1,27	0,284	0,02

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Okazało się, że badani różnią się istotnie statystycznie pod względem postrzegania empatii. Siła tej różnicy była mała.

Następnie wykonano testy *post hoc* z poprawką Bonferroniego w celu porównania analizowanych grup parami. Okazało się, że osoby wykonujące zawód pielęgniarstwa cechują się istotnie statystycznie niższym nasileniem postrzegania empatii niż osoby niepracujące zawodowo ($p = 0,038$).

Dyskusja

Konfrontując przytoczone wyniki badań własnych dotyczących poziomu empatii studentów pielęgniarstwa w kontekście postrzegania empatii w społeczeństwie z doniesieniami dostępnymi w literaturze światowej uwzględniającymi empatię wśród studentów pielęgniarstwa, można zwrócić uwagę na wieloaspektowe podejście do problemu i związane z tym wnioski.

Przykładowo: badania empatii wśród studentów pielęgniarstwa w Kolumbii pokazały różnicę między płciami. U mężczyzn i kobiet zauważano różne spadki poziomu empatii. Końcowo okazało się jednak, że mężczyźni cechowali się wyższą empatią ogólną (Castellón-Montenegro i in. 2020).

Natomiast z przedstawionych w literaturze naukowej (Håkansson Eklund i in. 2019) efektów badań dotyczących empatyzowania wśród studentów kierunku pielęgniarstwa w Szwecji wynika przeciwna tendencja, gdyż badani słuchacze szóstego semestru studiów licencyjnych odznaczają się wyższym poziomem empatii niż studenci

drugiego semestru studiów licencjackich, co według autorów jest spowodowane samym faktem studiowania pielęgniarstwa, który wpływa na rozwój empatii. Jednak autorzy wskazali, że w późniejszym okresie studiowania i po podjęciu pracy zawodowej poziom empatii zmniejsza się – co wykazano w przypadku studentów studiów magisterskich z doświadczeniem zawodowym. Co więcej, wśród wybranych specjalności studiów magisterskich studenci zajmujący się publiczną ochroną zdrowia cechowali się najwyższym poziomem empatii, a studentów specjalności dotyczącej intensywnej terapii cechował najniższy jej poziom. Mogłoby temu zapobiegać wprowadzenie, nawet dwugodzinnych, warsztatów rozwoju empatii, co sprawdzał zespół Bretta Williamsa, który wykazał ich skuteczność w podnoszeniu poziomu empatii u łącznie 293 studentów z 12 różnych zawodów związanych z ochroną zdrowia (Williams i in. 2015).

Z analizy wpływu czynników socjodemograficznych na poziom rozumienia empatycznego u studentów pielęgniarstwa prezentowanych w dostępnej literaturze wynika, że prawie połowa badanych charakteryzuje się przeciętnym poziomem empatycznego rozumienia. Dodatkowo im wyższy był wiek studentów, tym słabsze było ich rozumienie empatyczne. Kobiety cechował wyższy poziom rozumienia empatycznego, a gotowość do poświęcenia była wyższa u osób będących w związku. Wykazano, że stopień rozumienia empatycznego nie zależał od miejsca czy roku studiów (Rachubińska i in. 2017).

Natomiast Weilong Xiao z zespołem, zakładając, że empatia motywuje do działań prospołecznych, przebadali łącznie 151 studentów o różnym poziomie empatii, którzy obejrzeli trzy rodzaje emocjonalnych filmów (gniew, smutek, neutralność) i wykonali zadanie „Pomoc innym”. Analiza wariancji wykazała, że uczestnicy decydowali się poświęcić więcej czasu w pomaganiu innym, gdy odczuwali smutek, a nie złość, oraz że osoby z wysokim poziomem empatii decydowały się poświęcić więcej czasu na pomaganie innym niż osoby o niskim jej poziomie (Xiao i in. 2021).

Wnioski

1. Badani cechują się wysokim poziomem empatii ogólnej, emocjonalnej i poznawczej oraz postrzeganiem empatii, co sugeruje, że

- studenci pielęgniarstwa są w stanie nawiązywać relację terapeutyczną z pacjentem opartą na empatycznej wzajemności.
2. Wzrost poziomu empatii emocjonalnej i poznawczej przekłada się na zwiększenie postrzegania empatii, a więc rozwój tych zasobów wśród studentów pielęgniarstwa może przygotować ich do wykonywania zawodu w sposób kompetentny i holistyczny.
 3. Empatia i postrzeganie empatii są warunkowane środowiskowo. Udowodnione różnice na tle zmiennych socjodemograficznych skłaniają do pochylenia się nad uwarunkowaniami wpływającymi na tytułowe zagadnienie.
 4. Należy rozważyć konieczności wprowadzenia treningu empatii na możliwie jak najwcześniejszym etapie edukacji pielęgniarskiej, zważywszy na występujące stresory osobiste i zawodowe. Rozwój empatii i jej postrzegania będzie przekładał się na podnoszenie jakości opieki skoncentrowanej na pacjencie.

Bibliografia

- Baron-Cohen S. (2014), *Teoria zła. O empatii i genezie okrucieństwa*, tłum. A. Nowak, Sopot.
- Castellón-Montenegro H., Barraza-Ospino D., Borré-Ortiz Y.M., Laestre-Amell G., Erazo-Coronado A.M., Diaz-Narváez V.P. (2020), *Empathy in nursing students from the Metropolitana University of Barranquilla (Colombia)*, „Texto Contexto Enferm”, vol. 29, e20180314.
- Håkansson Eklund J., Holmström I.K., Ollén Lindqvist A., Sundler A.J., Hochwälder J., Marmstål Hammar L. (2019), *Empathy levels among nursing students: A comparative cross-sectional study*, „Nursing Open”, vol. 6, issue 3, s. 983–989, <https://doi.org/10.1002/nop2.280>.
- Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego towarzystwa Psychologicznego (2010), *Spostrzeganie*, 26.08, <https://psychologia.edu.pl/slownik/id.spostrzeganie/i.html> [dostęp: 18.05.2022].
- Kliszcz J. (2017), *Empatia i jej związek z wybranymi cechami osobowości w kontekście ich znaczenia dla kształtowanie relacji terapeutycznej z pacjentem*, [w:] *Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty*, red. M. Podgórska, Gdańsk, s. 299–318.
- Patel S., Pelletier-Bui A., Smith S., Roberts M.B., Kilgannon H., Trzeciak S., Roberts B.W. (2019), *Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review*, „PLOS ONE”, vol. 14, issue 8, e0221412, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221412>.

- Rachubińska K., Stanisławska M., Wieder-Huszla S., Grabowicz A., Grochans E. (2017), *Motywy oraz satysfakcja z wyboru studiów na kierunku pielęgniarstwo jako determinanty poziomu empatii u studentów pielęgniarstwa*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, vol. 7, nr 3, s. 207–212.
- Wilczek-Rużyczka E. (2017), *Empatia pracowników medycznych*, Warszawa.
- Wilczek-Rużyczka E. (2020), *Empathy, stress and professional burnout syndrome suffered by psychiatric nurses / Empatia, stres a wypalenie zawodowe u pielęgniarek psychiatrycznych*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, t. 20, nr 1, s. 19–31.
- Wilczek-Rużyczka E., Kwak M. (2022), *Zdrowie psychiczne: współczesne zagrożenia i możliwości wzmacniania*, Warszawa.
- Williams B., Brown T., McKenna L., Palermo C., Morgan P., Nestel D., Brightwell R., Gilbert-Hunt S., Stagnitti K., Olaussen A., Wright C. (2015), *Student empathy levels across 12 medical and health professions: an interventional study*, „Journal of Compassionate Health Care”, vol. 2, 4, <https://doi.org/10.1186/s40639-015-0013-4>.
- Xiao W., Lin X., Li X., Xu X., Guo H., Sun B., Jiang H. (2021), *The Influence of Emotion and Empathy on Decisions to Help Others*, „SAGE Open”, vol. 11, issue 2, <https://doi.org/10.1177/21582440211014513>.
- Zaluski W. (2017), *On three types of empathy: the perfect, the truncated, and the contaminated*, „Logos i Ethos”, t. 46, nr 2, s. 51–66.
- Zarzycka D., Ślusarska B., Dobrowolska B., Deluga A., Trojanowska A., Bartoń E. (2016), *Empatia w pielęgniarstwie. Założenia, praktyka i jej empiryczne uwarunkowania*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, vol. 15, nr 3, s. 33–38.

