

Danuta Zarzycka, Anna Krawczyk

Istota empatii w pielęgnowaniu

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 25, 19-25

2006

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Danuta Zarzycka, Anna Krawczyk*

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa

Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Medycznej z Pracownią Umiejętności Pielęgniarskich

Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

Akademia Medyczna im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

Zakład Pielęgniarstwa

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Krośnie

** Absolwentka studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo WPi NoZ AM w Lublinie*

ISTOTA EMPATII W PIELEGNOWANIU

Wstęp

Współcześnie empatia wydaje się być pojęciem jeszcze nie dogłębnie poznanym empirycznie i w związku z tym niezbyt często przedstawianym w literaturze. Chociaż miejsce empatii w pielęgniarstwie i innych naukach opiekuńczych jest określone w ramach relacji opiekuńczej przejawiającej się określonym układem ról społecznych podejmowanych przez opiekuna i podopiecznego oraz wymianę wartości pomiędzy nimi. (Dąbrowski Z., 2000).

Geneza pojęcia empatia sięga XVII wieku i teorii etycznych Hume'a i Smitha, gdzie definicyjnie empatia (ang. empathy) określana była jako współodczuwanie, co oznacza zdolność do podzielenia afektu przez dwie osoby uczestniczące w interakcji bądź skłonność obserwatora do utożsamiania się z obserwowanym podmiotem. (Kliś M., Kossewska J., 2000). Wielokrotnie empatia utożsamiana jest z takimi terminami jak sympatia, współczucie, życzliwość, intuicja, sentymentalność.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć jeszcze wiele prób definiowania empatii. Według kryterium opracowanym przez psychologów, grupa definicji empatii wskazuje na składnik emocjonalny. W tym ujęciu empatia to emocjonalna reakcja wyzwalana przez emocje innej osoby, wspomagająca proces lepszego zrozumienia stanów psychicznych oraz bardziej złożonych zachowań społecznych. Empatia to doświadczenie cudzych uczuć przyjmowanych jako własne, które jednak nigdy nie doprowadza do zagubienia własnej tożsamości.

Druga grupa definicji wyraźnie podkreśla element poznawczy. W tej grupie definiowania empatia utożsamiana jest z umiejętnością wglądu w cudze położenie polegającego na tworzeniu trafnych wyobrażeń na temat tego, co dzieje się w drugiej osobie, tzn. co ona przeżywa i czego pragnie oraz w jaki sposób spostrzega i ocenia świat, a także samego siebie. Przedstawiona istota definiowania empatii z wyraźnym wyodrębnieniem komponenty poznawczej ma fundamentalne znaczenie dla określania tego pojęcia w pielęgniarstwie.

Trzecią grupę tworzą definicje mieszane, które traktują empatię jako zespół emocjonalno – poznawczy, wskazujące na rozumienie stanu emocjonalnego innej osoby, podkreślając w określaniu empatii zarówno rolę uczucia, jak i poznania. (Rembowski J., 1989)

W oparciu o analizę powyżej przedstawionych definicji można wyodrębnić dwa podstawowe składniki empatii:

- uczuciowy – obejmujący wrażliwość na uczucia innych ludzi, zdolność do uczestniczenia w cudzych emocjach oraz czasową identyfikację ze statusem innych osób;
- poznawczy – polegający na przejmowaniu punktów widzenia innych osób oraz ich społecznej roli. (Rembowski J., 1989)

Charakterystyka procesu empatii

Charakterystyka procesu komunikowania się, którego celem jest oddziaływanie empatyczne według G. Barretta – Leonarda realizowane jest w oparciu o wyodrębnienie właściwych faz tego procesu oraz fazę wstępną tzw. preempatyczną, polegającą na rozpoczęciu uważnego słuchania. Fazy właściwe procesu oddziaływania empatycznego są następujące:

I faza – rezonans empatyczny: osoba empatyczna rozumie i rozpoznaje emocje;

II faza – wyrażanie empatii: osoba empatyczna komunikuje zrozumienie osobie empatyzowanej;

III faza – odbieranie empatii: empatyczny komunikat zostaje przyjęty i rozpoznany przez osobę empatyzowaną;

IV faza – informacja zwrotna: osoba empatyzowana przesyła bieżącą, wyraźną, prostą informację zwrotną – następuje rezonans. (Wilczek-Różyczka E., 2002)

Racjonalne kształtowanie przejawów empatii w opiece pielęgniarskiej ma swoje uzasadnienie teoretyczne najwyraźniej

wskazywane przez J. Watson, która w swojej teorii zwraca uwagę na znaczenie w pielęgniarstwie humanistycznej troskliwości. Natomiast wśród dziesięciu składników będących przejawem troskliwości wyodrębnia kształtowanie ludzkich relacji troskliwości i zaufania, wśród których najważniejsze miejsce zajmuje empatia. W celu zaistnienia empatii w opiece pielęgniarstwie należy inwestować w rozwój cech empatycznych pielęgniarek takich jak autentyczna osobowa otwartość na innych, szanowanie indywidualności własnej i innych, uważne docieranie do doświadczeń innych osób oraz respektowanie wymogów wzajemnego współuczestniczenia i współdziałania. (Uchnast Z., 2001)

Przykładem cech osoby empatycznej jest charakterystyka filozoficzna „opiekuna społecznego”. Według filozofii T. Kotarbińskiego miano „opiekuna społecznego” zyskuje osoba na której można polegać w trudnych sytuacjach, bezinteresownie oddana cudzej sprawie, a motywem jej działania jest troska o drugiego człowieka. (Dąbrowski Z., 2000).

Etapy rozwoju empatii

Źródła zachowań empatycznych można doszukiwać się już we wczesnym dzieciństwie. Jedną z koncepcji rozwoju empatii autorstwa Hoffmana ma wyraźnie stadialny charakter odzwierciedlający kształtowanie zachowań empatycznych człowieka na przestrzeni czterech okresów jego życia określanych mianem stadia.

I tak:

Pierwsze stadium – przypada na pierwszy rok życia dziecka, kiedy nie jest ono świadome istnienia innych osób. W tym czasie niemowlę krzyczy, kiedy słyszy krzyk innych dzieci i zachowanie takie określamy jako zjawisko „emocjonalnego zarażenia”. Dziecko może nie rozumieć przeżyć innych osób, jednak odpowiada zachowaniem takim jakie obserwuje u osoby najbliższej tj.: płacze jeśli płacze matka, cieszy się, jeśli cieszy się matka.

Stadium drugie – w drugim roku życia dziecko staje się świadome samego siebie jako odrębnej jednostki i jego reakcja na przeżycia innych zmienia się. Dziecko posiada zdolność odwracania uwagi od swego własnego stanu i skupiania się na sytuacji w jakiej znajduje się ktoś inny, jednak posiada wyraźne trudności w utrzymaniu punktu widzenia innej osoby. Jego próby udzielania współczucia mogą być krótkotrwałe.

Stadium trzecie – w okresie od trzeciego do piątego roku życia dziecko coraz lepiej rozumie polecenia językowe i inne symbole odzwierciedlające emocje. Dzięki znajomości używania coraz większej gamy subtelności językowych może empatyzować z osobami, które wyrażają w sposób delikatny swoje uczucia, jak i z osobami nieobecnymi. Informacje pochodzące z opowiadań czy programów telewizyjnych skłaniają dziecko do empatyzowania z osobami, których nigdy nie spotkało.

Stadium czwarte – przypada na okres pomiędzy szóstym a dziewiątym rokiem życia, kiedy to dzieci nie tylko dostrzegają, że inni mają własne przeżycia, lecz dostrzegają, że przeżycia te łączą się z większym doświadczeniem tychże osób. Dzieci wówczas zaczynają skupiać się na ogólnych możliwościach innych osób, ich władzy, chorobach, ale jeszcze nie na ich przeżyciach. W tym okresie dzieci są świadome, że inne osoby dorosłe potrafią empatyzować z grupą osób i dzięki temu mogą zajmować się polityką czy pracą społeczną. (Harwas-Napierała B., Trempała J., 2001)

Empatia ujmowana stadialnie, rozwojowo to proces podlegający zmianom wywołanym ontogenezą, natomiast traktowana jako charakterystyczna reakcja w określonych sytuacjach społecznych jest cechą specyficzną oraz indywidualną dla danej jednostki, zmieniającą się wraz z sytuacją i czasem. Dlatego też dość istotne z punktu widzenia możliwości wpływania na proces kształtowania się empatii dla potrzeb świadczenia opieki pielęgniarskiej jest określenie czynników determinujących proces empatii.

Uwarunkowania procesu empatii

Znaczne zróżnicowanie jakościowe empatii i związane z nim formy zachowania empatycznego determinują szeroki zakres czynników wpływających na przebieg procesu empatyzowania. Ogólnie można wyróżnić właściwości podmiotu empatyzującego (płeć, wiek, osobowość, wykształcenie), jego środowisko rodzinne oraz warunki życia w miarę stałe oraz dynamiczne warunki sytuacyjne, w których proces empatii zachodzi.

Najczęściej w procesie empatii podkreślane są właściwości podmiotu będącego źródłem empatii. I tak do podstawowych uwarunkowań zdolności empatycznych należą:

pleć – kobiety są bardziej skłonne do zachowań empatycznych ze względu na większą wrażliwość emocjonalną;

wiek – pomiędzy empatią a wiekiem istnieje zależność krzywoliniowa; poziom empatii rośnie w okresie dzieciństwa, młodzieńczym, w okresie dojrzałym osiąga maksymalny zakres, które zmniejszają się aż do całkowitego egocentryzmu charakterystycznego dla wieku starości (Wilczek – Różyczka E., 2002);

poziom samooceny własnej – wysoka samoocena własnej osoby jest związana z większą wrażliwością społeczną przejawiającą się między innymi w zachowaniach empatycznych;

właściwości osoby – adresata zachowań empatycznych – proces empatii jest zależny wprost proporcjonalnie od postrzegania drugiej osoby jako podobnej pod względem wieku, płci oraz rasy, do osoby będącej źródłem empatii (Wilczek – Różyczka E., 2002);

środowisko rodzinne – odgrywa znaczącą rolę w rozwoju empatii poprzez proces wychowawczy realizowany w stosunku do dziecka i tak badania wskazują, że na proces rozwoju ma wpływ sposób strofowania dziecka. Dzieci wykazują większą skłonność do empatii jeśli rodzice zwracają im uwagę na krzywdę jaką wyrządziły swoim zachowaniem np.:” Popatrz jaka ona jest teraz smutna poprzez to co zrobiłaś” zamiast „To było wstretne”. Empatię kształtuje również reakcja innych osób na czyjeś zmartwienie, przygnębienie, ponieważ naśladowując obserwowane przygnębienie, dzieci wytwarzają cały repertuar zachowań empatycznych, polegających na pomaganiu osobom w potrzebie. Istotnym mechanizmem kształtowania empatii u dzieci jest zjawisko „dostrojenia” matki do emocji, przeżyć dziecka polegające na zachowaniach najczęściej niewerbalnych pozwalających niemowlęciu na odczucie zjednoczenia emocjonalnego, zrozumienia i otuchy. Przedłużający się brak dostrojenia rodziców, najczęściej matki do emocji dziecka powoduje ograniczenie w odczuwaniu i wyrażaniu emocji przez dziecko. Śledząc dalsze konsekwencje ograniczenia/braku odczuwania i odbierania emocji w wieku dzieciństwa dochodzimy do charakterystyk emocjonalnych przestępców popełniających najbardziej okrutne zbrodnie. (Goleman D., 1997)

Podsumowanie

W pracy pielęgniarki istotne jest rozwijanie umiejętności kontrolowania i regulowania wrażliwości empatycznej do tych granic,

które sprzyjałyby realizowaniu zawodu a jednocześnie chroniłyby przed wystąpieniem symptomów wypalenia zawodowego. (Kliś M., 2002).

Osoby otaczające opieką pacjentów powinny zachować wobec nich zawodowy dystans, gdyż niektórzy wykazują zbyt duże zaangażowanie w przeżycia pacjentów, co najczęściej wynika z doświadczeń własnego dzieciństwa i młodości. Optymalnie dla dawców empatii, należy ustalić granice emocjonalnego zaangażowania, czy też potrzeby ciągłego wspierania innych.

Zdolność skutecznego wyrażania empatii w pracy zawodowej warunkowana jest zdolnością pełnego zrozumienia uczuć i położenia pacjenta w danej sytuacji. Zdobywa się ją poprzez słuchanie opowiadań o odczuciach innych osób, lekturę literatury pięknej, a czasem poprzez osobiste doświadczenie choroby. Najtrudniej poradzić sobie z wyrażeniem empatii w zetknięciu ze śmiercią. Nie tylko dlatego, że jest to doświadczenie, które nie pozwala na retrospektywne opisanie go, lecz również ze względu na istnienie swoistego oporu przed prawdziwym wczuciem się w położenie osoby umierającej, wynikającego najprawdopodobniej z instynktu samozachowawczego człowieka. (Mayerscough P., Ford M., 2001).

Próbą wykorzystania empatii w pielęgniarstwie jest zastosowanie jej według koncepcji terapeutycznej pozbawionej w pierwszym etapie relacji zaangażowania emocjonalnego pielęgniarki w ten proces, a w następnym etapie następuje profesjonalna reakcja empatyczna nacechowana kreowanymi w toku kształcenia zawodowego zachowaniami i obiektywizmem.

Bibliografia

1. Dąbrowski Z., *Pedagogika opiekuńcza w zarysie*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2000.
2. Goleman D., *Inteligencja emocjonalna*, Wyd. Media Rodzina, Poznań 1997.
3. Harwas-Napierała B., Trempała J., *Psychologia rozwoju człowieka*, PWN, Warszawa 2001.
4. Kliś M., *Rola empatii w sztuce uzdrawiania*, Sztuka Leczenia 2002.
5. Kliś M., Kossewska J., *Prewencyjna rola empatii wobec poczucia osamotnienia*, Sztuka Leczenia 2000.

-
6. Mayerscough P., Ford M., *Jak rozmawiać z pacjentem*, GWP, Gdańsk 2001.
 7. Rembowski J., *Empatia studium psychologiczne*, PWN, Warszawa 1989.
 8. Uchnast Z., *Empatia osobowa*, „Przegląd Psychologiczny” 2001,44,2.
 9. Wilczek – Rużyczka E., *Empatia i jej rozwój u osób pomagających*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.