

OCENA POZIOMU EMPATII I UMIEJĘTNOŚCI PRACY Z EMOCJAMI WŚRÓD POŁOŻNYCH ZATRUDNIONYCH W WYBRANYCH SZPITALACH NA TERENIE WOJEWÓDZTW: MAZOWIECKIEGO, PODLASKIEGO, LUBELSKIEGO I WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO

Assessment of the level of empathy and ability to work with emotions among midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Lublin, and Warmian-Masurian Voivodships

Bożena Sokolińska^{1,2}, Joanna Gotlib³

¹ Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej

³ Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

adres do korespondencji: joanna.gotlib@wum.edu.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Umiejętności psychospołeczne, w tym również poziom empatii, umożliwiający zrozumienie myśli i odczuć drugiego człowieka, są ważną częścią kompetencji interpersonalnych. Empatia jest jedną z podstawowych składowych umiejętności komunikacyjnych w zawodach medycznych. Położne cechujące się empatią mają zdolność lepszego zrozumienia pacjentki, aktywnego słuchania, reagowania oraz wysokiego poziomu samoświadomości, zaangażowania emocjonalnego i osobistego, co wpływa na realizację prawidłowego procesu terapii, leczenia, opieki oraz bezpieczeństwa pacjentki.

Cel pracy. Analiza poziomu empatii oraz umiejętności pracy z emocjami wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego.

Materiał. 153 położne (100% kobiet) zatrudnione w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej. Średnia wieku: 46,84 lata (SD: 12,44; min: 24 lata; maks: 61 lat; mediana: 50; modalna: 52). Większość badanych ($n = 92,60\%$) miała wykształcenie średnie medyczne, 20% (32 osoby) ukończyła studia I stopnia, 19% ($n = 30$) – studia magisterskie. Średni czas stażu pracy wyniósł 24,56 lat (SD: 10,16; min: 0,5; maks: 39; mediana: 27; modalna: 28). Zdecydowana większość badanych zatrudniona była na pełny etat ($n = 150,98\%$). Odsetek zwrotu ankiet wyniósł 74% (153/204).

Metody. Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe. Do badań wykorzystano standaryzowaną ankietę: Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP) opracowany przez Tomalę oraz Jaworskiego. Kwestionariusz KKSP składa się łącznie z 26 twierdzeń ocenianych w 5-stopniowej skali Likerta. Zawiera również 9 pytań dotyczących danych socjodemograficznych respondentek biorących udział w badaniu: płeć, wiek (rok urodzenia), stan cywilny, miejsce stałego zamieszkania, rodzaj ukończonej szkoły, wykształcenie, staż pracy, forma zatrudnienia oraz zajmowane stanowisko.

Wyniki. Analiza Podskali I wykazuje, iż poziom empatii wśród badanej grupy jest wysoki, 139 położnych uzyskało maksymalną liczbę punktów, czyli 50, żadna z respondentek nie uzyskała minimalnej ilości 10 punktów, jedynie niewielka grupa (19 osób) uzyskała punktację w granicach 26–38 punktów. Odchylenie standardowe plasuje się w granicach 3,852, co stanowi niewielkie odchylenie od średniej arytmetycznej.

Wnioski. 1. W badanej grupie położne posiadały duży poziom empatii i w umiejętny sposób radziły sobie z emocjami w pracy. 2. Poziom empatii, jakim wykazują się położne, jest niezależny od stażu pracy, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, stanu cywilnego. 3. Z uwagi

SUMMARY

Background. Psychosocial skills, including a level of empathy that enables understanding of thoughts and feelings of another person, constitute an important part of interpersonal skills. Empathy is one of the basic elements of communication skills in medical professions. Empathic midwives are more capable of understanding a patient, of active listening and responding and they present a higher level of self-awareness as well as emotional and personal involvement, which contributes to the success of a therapy, treatment, care, and safety of a patient.

Objectives. The study aimed to analyse the level of empathy and ability to work with emotions among midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Lublin, and Warmian-Masurian Voivodships.

Material. 153 midwives (women: 100% of all) employed in six health-care entities located in Central-Eastern Poland. Mean age: 46.84 years (SD: 12.44; min: 24 years; max: 61 years; median: 50; mode: 52). Most study participants ($n = 92,60\%$) had secondary medical education, 20% (32 persons) had completed first-cycle programmes, and 19% ($n = 30$) – second-cycle programmes. Mean job tenure amounted to 24.56 years (SD: 10.16; min: 0.5; max: 39; median: 27; mode: 28). A vast majority of the study participants worked full-time ($n = 150,98\%$). A questionnaire return rate was 74% (153/204).

Methods. A voluntary and anonymous questionnaire study. A standardized survey: Midwives' Social Competence Questionnaire (MSCQ), developed by Tomala and Jaworski was used in the study. The MSCQ questionnaire comprised a total of 26 statements rated on a five-point Likert scale. In addition, it included nine questions on sociodemographic data of the respondents participating in the study: gender, age (year of birth), marital status, place of permanent residence, type of school, education level, job tenure, form of employment, and occupational position.

Results. An analysis of Subscale I demonstrated a high level of empathy among the study group; as many as 139 midwives received maximum points, i.e. 50, none of the respondents received the minimum number of points (10 points) and only a few study participants (19 persons) obtained a score ranging from 26 to 38 points. The standard deviation was approximately 3.852, which constitutes a slight deviation from the arithmetic mean.

Conclusions. 1. Midwives in the study group had a high level of empathy and effectively dealt with emotions at work. 2. The level of empathy did not depend on midwives' job tenure, place of residence, education level, or marital status. 3. Because of the complex nature of work and numerous factors that affect responsibilities of a nurse/midwife, research on empathy should also include the issue of burnout syndrome as

na złożony charakter pracy oraz wiele czynników wpływających na obowiązki pielęgniarki/położnej w badaniach dotyczących empatii powinno się uwzględnić zjawisko wypalenia zawodowego, jako czynnik wpływający na zmniejszenie zdolności empatycznych w stosunku do drugiej osoby.

Słowa kluczowe: położne, kompetencje zawodowe, kompetencje miękkie.

WSTĘP

Emocje i empatia to biologiczne, naturalne, metafizyczne, kulturowe korzenie stanowiące podłoże zachowań prospołecznych u ludzi. Wrażliwość i emocje są fundamentalnymi narzędziami człowieka, to podstawowe komponenty odpowiadania na realia otaczającego świata [1]. To drażliwość stanowi o naszej indywidualności, pełni fundament naszego zaangażowania, za jego pośrednictwem możemy konstruować związki z innymi ludźmi. Emocje są komponentem naszego codziennego życia osobistego i zawodowego, stanowią motor napędowy dnia powszedniego. Empatia jest składową życia emocjonalnego człowieka i całkowicie podlega jego prawidłowości.

Titchener wprowadził termin empatii do psychologii na początku XX wieku. Mówił o procesie „wczuwania się w stany psychiczne innych osób, świadomego wyjścia poza własną jaźń, w przestrzeń cudzych doświadczeń” [2].

Empatia to postawa, zdolność do uczestniczenia w cudzych emocjach, rozumienia, wczuwania się w stan, sytuację drugiej osoby, definiowana jako empatia emocjonalna (uczuciowa), oraz umiejętność utożsamiania się z jej stanem emocjonalnym, postawą, zachowaniem i doznaniem, definiowana jako empatia poznawcza. Jest to ukazanie drugiemu człowiekowi, że problemy jego dotyczące są ważne i zrozumiałe. Taka postawa tworzy nastroj bliskości i zaufania [3].

Empatia pozwala zrozumieć perspektywę myślenia rozmówcy i odnieść się do jego przeżyć, wyklucza etykietowanie człowieka na podstawie odmiennego sposobu myślenia, wartościowania, okazywania swoich myśli i emocji [4].

Zgodnie z definicją Hoffmana, najważniejszym warunkiem reakcji empatycznej jest zaangażowanie procesów psychicznych sprawiających, że dana osoba odczuwa emocje, które bardziej pasują do sytuacji innej osoby niż do jej własnej. Spójność empatii i troski odzwierciedla prospołeczne rozumowanie moralne towarzyszące działaniom ludzi spotykających osobę w potrzebie. Zasada troski głosi, iż zawsze musimy zważać na innych, zawsze pomagać ludziom w potrzebie, przynosić ulgę cierpiącym, traktować innych tak, jak chcielibyśmy być traktowani. Ludzi należy traktować jako cel nadrzędny. Empatia i zasada troski są niezależnymi, wzajemnie wzmacniającymi się, spójnymi skłonnościami do niesienia pomocy innym [5].

Swoistym drogowskazem wartości moralnych będących nieodłącznym elementem praktyki zawodowej pielęgniarki/położnej jest z pewnością „Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej”. Szabat w analizie wartości w KEZ-PiP RP wykazuje, że najlepszym ich wyrazem są modele humanistyczny i holistyczny. W modelu humanistycznym możliwe jest zaangażowanie w relację z pacjentem, przyjęcie postawy empatycznej, wprowadzenie elementów rozmowy [6, 7]. Teoria modelu holistycznego Ostryżka i Marcinkowskiego uznaje odrębność psychospołeczną każdego chorego i poszukuje sposobów leczenia najlepiej dostosowanych do jego indywidualnych potrzeb, przyjmując tezę o wyjątkowości każdego życia przy zwracaniu się do przeżywanego problemu zdrowotnego [8].

Osoby wykonujące zawody medyczne podejmują decyzje oddziałujące na wiele aspektów życia pacjentów i ich bliskich. W decyzjach tych muszą brać pod uwagę względy medyczne, ale również wiele innych okoliczności: stan emocjonalny, styl życia pacjenta, jego oczekiwania. Osoby zapewniające opiekę medyczną mają charakteryzować się empatią, współczuciem, polegającymi na wyobrażeniu sobie położenia chorego przez

a factor that reduces empathy towards others.

Key words: midwives, professional competences, soft skills.

odniesienie się do własnych doświadczeń, które są analogiczne do doświadczeń chorego. Choroba wiąże się z cierpieniem, poczuciem zagrożenia, zagubienia, bezradnością. Odnosząc się do tych uniwersalnych doświadczeń człowieka, empatyczny zespół terapeutyczny jest w stanie lepiej rozumieć potrzeby i oczekiwania pacjenta oraz skuteczniej reagować na nie [9].

Personel medyczny z cechami empatycznymi ma zdolność znacznie lepszego zrozumienia pacjenta, aktywnego słuchania, reagowania oraz wysokiego poziomu samoświadomości, zaangażowania emocjonalnego i osobistego, co skutkuje prawidłowym procesem terapii, leczenia i troski [3, 10].

Wyniki badań nad empatią potwierdzają, iż ma ona wpływ na właściwe relacje terapeutyczne, które ujawniają się w współprzeżywaniu emocji doznawanych przez drugiego człowieka, z zachowaniem poczucia własnej tożsamości. Wysoki poziom empatii jest dobrym wyznacznikiem prognozującym właściwe realizowanie zawodu lekarza, pielęgniarki/położnej [11].

Zdolności empatyczne są przymiotem specjalistów zawodowo zajmujących się pomocą innym ludziom. Pojęcie empatii jest bardzo ściśle związane z zawodami medycznymi – jest to cecha charakteryzująca te grupy zawodowe. Pielęgniarki/położne zasoby do empatyzowania czerpią z własnej osobowości, dzięki umiejętności wnikania i rozumienia rozwijają drażliwość w podejściu do pacjentów [12].

Położne są profesjonalistkami pracującymi wspólnie z kobietami, dają im wsparcie, opiekę od poczęcia do śmierci, zwłaszcza w szczególnym okresie, jakim jest ciąża, poród i połóg, zapewniają opiekę noworodkowi i niemowlęciu. Profesjonalne położne są tolerancyjne, szanują odmienne kultury, pracują zawsze w partnerstwie z kobietami. Używają technik komunikacji interpersonalnej, dbają o prawidłowy poziom opieki nad kobietami i ich rodzinami [13].

Stosując empatyczne podejście do pacjentek, położne dostarczając wsparcia, lepiej poznają ich problemy. Jest to spojrzenie na problem zdrowotny podopiecznych jednocześnie nie utożsamiając się z nimi, a raczej osiągając zdolność wzięcia pod uwagę ich poglądów, uczuć oraz potrzeb stojących za tymi uczuciami. Okazywana empatia umożliwia doznanie komfortu każdej pacjentce, że jest prawidłowo rozumiana, a jej potrzeby w pełni akceptowane. Empatia jest wręcz nieodłącznym składnikiem relacji terapeutycznej, dzięki niej pacjentka ma poczucie, że nie jest sama ze swoimi odczuciami.

CEL PRACY

Celem pracy była analiza poziomu empatii oraz umiejętności pracy z emocjami wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województwa mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego.

MATERIAŁ

W badaniach udział wzięły łącznie 153 położne (100% kobiet) zatrudnione w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej. Średnia wieku w badanej grupie kobiet wyniosła 46,84 lata (SD: 12,44; min: 24 lata; maks: 61 lat; mediana: 50; modalna: 52). Zdecydowana większość badanych kobiet to mężatki ($n = 125,81\%$), panny stanowiły tylko 16% badanych ($n = 26$). Większość badanych ($n = 102,66\%$) mieszkała w miastach do 100 tys. mieszkańców. 32 osoby zadeklarowały, że mieszkają na wsi ($n = 32,2\%$). 13 osób badanych zamieszkiwało miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców, a tylko 5 osób badanych – miasto powyżej 500 tys. mieszkańców.

W badanej grupie położne ukończyły różne rodzaje szkół zakończonych uzyskaniem dyplomu zawodowego położnej. Największa grupa badanych – 110 osób (71%) – ukończyła 2,5-letnią medyczną szkołę zawodową, 13 badanych ukończyło 2-letnią medyczną szkołę zawodową, 18 badanych (11%) ukończyło studia pomostowe I stopnia i kontynuowało kształcenie na studiach magisterskich uzyskując dyplom magistra położnictwa. Najmniejsza grupa badanych – zaledwie 5 osób – ukończyła studia jednolite magisterskie (studia 5-letnie).

Większość badanych ($n = 92,60\%$) miała wykształcenie średnie medyczne, 20% (32 osoby) ukończyło studia I stopnia, 19% ($n = 30$) – studia magisterskie. Żadna z badanych położnych nie miała stopnia doktora.

Średni czas stażu pracy w badanej grupie wyniósł 24,56 lat (SD: 10,16; min: 0,5; maks: 39; mediana: 27; modalna: 28). Zdecydowana większość badanych zatrudniona była na pełny etat ($n = 150,98\%$). Tylko dwie osoby zadeklarowały, że pracują na umowę zlecenie. Badane położne zatrudnione były na stanowiskach: położna ($n = 82$), położna specjalista ($n = 9$), położna oddziałowa ($n = 3$), położna odcinkowa ($n = 12$), starsza położna ($n = 38$), młodszy asystent ($n = 2$), zastępca położnej oddziałowej ($n = 2$), położna środowiskowa ($n = 2$), położna koordynująca ($n = 1$), starszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa ($n = 1$).

Odsetek zwrotu ankiet

Badania przeprowadzono w grupie położnych zatrudnionych w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej: Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach (25/34, 73%), Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej we Włodawie (15/18, 83%), Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej (27/50, 54%), Szpitalu Powiatowym Gajda-Med w Pułtusk (9/13, 69%), Szpitalu Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży (52/41, 60%) oraz w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie (48/50, 96%). Odsetek zwrotu ankiet wyniósł 74% (153/204).

METODY

Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe zostały przeprowadzone w grupie położnych zatrudnionych w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej.

Do badań wykorzystano standaryzowaną ankietę: Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP) opracowany przez Tomalę oraz Jaworskiego. Kwestionariusz KKSP składa się łącznie z 26 twierdzeń ocenianych w 5-stopniowej skali Likerta (1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 5 – zdecydowanie się zgadzam). Stwierdzenia zawarte w KKSP tworzą trzy podskale:

- Podskala I. Empatia i umiejętność pracy z emocjami: 10 stwierdzeń – 1, 2, 3, 4, 5*, 8*, 9, 11, 22, 23. Pytania 5 i 8 to pytania z odwróconą skalą. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha wynosi dla tej podskali 0,66.
- Podskala II. Asertywność w sytuacji konfliktu: 5 stwierdzeń – 13, 20, 24, 25, 26. Współczynnik rzetelności ankiety alfa Cronbacha wynosi dla tej podskali 0,65.
- Podskala III. Umiejętności komunikacyjne: 5 stwierdzeń – 10, 12, 15, 16, 18. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla tej podskali wynosi 0,90.

Pozostałe sześć pytań uzupełniało Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP).

Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych zawierał również 9 pytań dotyczących danych socjodemograficznych respondentek biorących udział w badaniu: płeć, wiek (rok urodzenia), stan cywilny, miejsce stałego zamieszkania, rodzaj ukończonej szkoły, wykształcenie, staż pracy, forma zatrudnienia oraz zajmowane stanowisko.

Analiza statyczna uzyskanych wyników

W pracy wykorzystano metody statystyki opisowej, uzyskane w badaniach dane przedstawiono z użyciem m.in. takich statystyk, jak: suma punktów, odchylenie standardowe (SD), minimum, maksimum, kwartyle.

W pracy analizowano wyniki dla całej skali: Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych oraz wyniki dla Podskali I: Empatia i umiejętność pracy z emocjami, zgodnie z celem pracy.

Maksymalna liczba punktów, którą można było uzyskać łącznie w całej skali Kwestionariusza Kompetencji Społecznych Położnych, wyniosła 130 punktów, minimalna – 26.

Maksymalna liczba punktów, którą można było uzyskać łącznie w Podskali I. Empatia i umiejętność pracy z emocjami wyniosła 50 punktów, minimalna – 10.

Tabela 1. Analiza wyników Podskali I. Empatia i umiejętność pracy z emocjami

Stwierdzenie	Zdecydowanie się zgadzam	Zgadzam się	Trudno powiedzieć	Nie zgadzam się	Zdecydowanie się nie zgadzam	Brak odpowiedzi
Potrafię odczuwać radość z pacjentką – po porodzie, który przebiegł bez komplikacji	115/75%	32/21%	4/2%	1/1%	1/1%	0
Uważam się za osobę empatyczną	67/44%	62/41%	13/9%	4/3	4/3	3/2%
Będąc położną, staram się zmniejszyć poziom stresu u pacjentki, która oczekuje na zabieg operacyjny	90/59%	56/37%	6/4%	0	0	1/1%
Potrafię zrozumieć zdenerwowanie/rozdrażnienie pacjentki oczekującej w izbie przyjęć lub na wizytę u ginekologa	68/44%	70/46%	12/8%	1/1%	1/1%	1/1%
Kobiety w ciąży mnie denerwują	2/1%	6/4%	22/14%	56/37%	66/43%	1/1%
Nie lubię pracy z pacjentkami w ciąży powikłanej, ponieważ wymaga to ode mnie większego zaangażowania emocjonalnego	4/3%	18/12%	23/15%	65/42%	42/27%	1/1%
Potrafię zrozumieć zaniepokojenie pacjentki o stan zdrowia dziecka	91/59%	55/36%	3/2%	0	4/3%	0
Zachęcam pacjentki do zadawania pytań, jeśli nie są pewne, czy dobrze zrozumiały moją wypowiedź	76/50%	67/44%	6/4%	2/1%	2/1%	0
Dbam o to, by nie doszło między mną a pacjentką do konfliktu psychologicznego	68/44%	81/53%	3/2%	1/1%	0	0
Szanuję indywidualność każdej pacjentki	90/59%	58/38%	5/3%	0	0	0

Maksymalna liczba punktów, którą można było uzyskać w Podskali II. Asertywność w sytuacji oraz Podskali III. Umiejętności komunikacyjne wyniosła 25 punktów, minimalna – 5.

Opinia Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Autorzy niniejszej pracy nie uzyskali zgody Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na przeprowadzenie prezentowanych badań, ze względu na fakt, że według komunikatu Komisji Bioetycznej WUM: „Komisja nie wydaje opinii w sprawie badań ankietowych, retrospektywnych i innych nieinwazyjnych badań naukowych”.

WYNIKI

Ze względu na fakt, że celem pracy była analiza poziomu empatii oraz umiejętności pracy z emocjami wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego do analizy wyników wykorzystano Podskalę I. Empatia i umiejętność pracy z emocjami i pięć pytań dotyczących empatii i umiejętności pracy z emocjami.

Analiza Podskali I wykazuje, iż poziom empatii wśród badanej grupy jest wysoki, 139 położnych uzyskało maksymalną liczbę punktów, jedynie nieliczna grupa (19 osób) uzyskała punktację w granicach 26–38 punktów (tab. 1–3).

Grupę położnych zapytano, czy potrafią odczuwać radość z pacjentką po porodzie, który przebiegł bez komplikacji. Niemalże wszystkie położne współodczuwają radość z pacjentką, bardzo nieznaczny odsetek nie ma zdania lub nie podziela emocji kobiety.

Z opinii niemalże wszystkich respondentek wynika, iż uważają się za osoby zdecydowanie empatyczne bądź empatyczne, nieliczne nie mają zdania lub uważają się za osoby pozbawione empatii.

W kolejnym pytaniu położne poproszono o odpowiedź, czy starają się zmniejszyć poziom stresu u pacjentki oczekującej na zabieg operacyjny. Liczna grupa zdecydowanie podejmuje takie działania zgodnie z kompetencjami, jedna trzecia badanych stara się obniżyć poziom stresu, natomiast nieliczna część pośród badanych podchodzi dość obojętnie do tego, co odczuwają pacjentki.

Zdecydowana większość respondentek rozumie bądź stara się zrozumieć zdenerwowanie pacjentek oczekujących w izbie przyjęć, nieliczne nie mają zdania. Jedynie jedna położna nie zwraca uwagi na stan emocjonalny swoich podopiecznych.

Zdecydowana większość ankietowanych zdecydowanie nie odczuwa zdenerwowania pracując z ciężarnymi, zaś około jedna trzecia ankietowanych wypowiada się, że praca z ciężarnymi nie wpływa negatywnie na ich emocje. Nieznaczna grupa deklaruje, iż nie ma zdania na ten temat lub przyznaje, że kobiety w ciąży je denerwują.

W analizowanej grupie odpowiedź na pytanie, czy praca z kobietami w powikłanej ciąży wymaga większego zaangażowania emocjonalnego, dwie trzecie odpowiedziało zdecydowanie przecząco lub stwierdziło, że nie musi angażować się bardziej aniżeli w pracy z ciężarnymi, u których ciąża przebiega prawidłowo. Natomiast jedna trzecia nie ma zdania bądź stwierdziła, iż nie odpowiada im praca z tymi kobietami, jedynie jedna położna przyznaje, iż zdecydowanie nie lubi pracy z ciężarnymi w ciąży powikłanej.

Bardzo nieliczna grupa badanych nie podziela zaniepokojenia pacjentki o stan zdrowia dziecka lub nie zastanawia się nad tym. Znaczna część badanych rozumie zaniepokojenie matek, największa grupa, stanowiąca ponad połowę ankietowanych, zdecydowanie rozumie ich niepokój.

Zachęcanie pacjentek do zadawania pytań w przypadku wątpliwości w prawidłowym zrozumieniu wypowiedzi pytających połowa zdecydowanie zachęca, niemalże połowa zachęca. Pozostała grupa deklaruje brak zdania, a dwie ankietowane nie

zachęcają lub zdecydowanie nie zwracają uwagi na fakt, czy odbiorca wypowiedzi prawidłowo ją zrozumiał.

Zdecydowana większość respondentek jest zdania, że dbanie o indywidualność każdej pacjentki jest bardzo ważne.

Tabela 2. Analiza wyników skali: Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP)

Statystyki opisowe	Łącznie
SD	8,471
Min: 26 punktów	88
Maks: 130 punktów	126
Punkty: 0–65	0
Punkty: 66–130	153
Punkty: 0–32,5	0
Punkty: 33–65	0
Punkty: 66–98,5	28
Punkty: 99–130	125

Tabela 3. Analiza wyników Podskali I. Empatia i umiejętność pracy z emocjami Kwestionariusza Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP)

Statystyki opisowe	Podskala I. Empatia i umiejętność pracy z emocjami Pytania: 1, 2, 3, 4, 5*, 8*, 9, 11, 22, 23
SD	3,852
Min: 10 punktów	10
Maks: 50 punktów	50
Punkty: 0–12	–
Punkty: 13–25	–
Punkty: 26–38	19
Punkty: 39–50	134

* Pytania 5 i 8 były pytaniami odwróconymi, przed zsumowaniem punktów odpowiedzi na pytania zostały przekodowane.

DYSKUSJA

Pielęgniarstwo/położnictwo jest sztuką, a o właściwym urzeczywistnianiu tej sztuki decyduje nie tylko zdobyta wiedza i predyspozycje zawodowe. Bardzo istotne są predyspozycje osobowe pozwalające na objęcie pacjenta nie tylko opieką wynikającą z procedur, lecz również szeroko rozumianego wsparcia. Wymaga to znacznego zaangażowania emocjonalnego, empatii, wglądu w siebie, by z pokorą dostrzec drugiego człowieka w chorobie, cierpieniu[14].

W odpowiedzi na pytanie, czy uważają się za osoby empatyczne, zdecydowanie można stwierdzić, że wyniki są na wysokim poziomie – 129 osób (85%).

Tałaż badając m.in. poziom empatii wśród 50 pielęgniarek i 50 położnych w dwóch elbląskich szpitalach uzyskała podobne rezultaty (90% pielęgniarek, 85% położnych posiada zdolność do empatii) [15].

Kurowska i Zuza-Witkowska poddały analizie poziom empatii określony narzędziem M.H. Dawisa (Indeks Reaktywności Interpersonalnej) oceniający komponenty empatii – 93,6% spośród 109 pielęgniarek odczuwało pozytywne emocje w pracy z pacjentkami [16].

Krajewska-Kułać i wsp. również analizowały poziom empatii wśród studentów pielęgniarstwa, gdyż decyzja o wyborze zawodu pielęgniarstwa/położnej ściśle wiąże się z przestrzeganiem pewnych zasad i wartości moralnych. Od studentów kierunków medycznych oczekuje się szerokich kompetencji zawodowych i stosownych cech charakteru, a wśród nich dużych pokładów empatii. Profesjonalne przygotowanie pielęgniarek/położnych powinno być ukierunkowane na umiejętność dostrzegania emocjonalnych problemów pacjenta oraz empatycznego reagowania na te problemy. Badania wykazały, iż najwyższy poziom empatii prezentują studentki III roku [17].

Wyniki badań własnych wykazały także zdolności interpersonalne położnych powodujące obniżenie poziomu odczuwanego lęku kobiet w procesie diagnozowania, przygotowywania do

zabiegów ginekologicznych. Położne w badanej grupie potwierdziły chęć takich działań w stosunku do podopiecznych zgodnie z kompetencjami na poziomie zdecydowanie wysokim – 59%, zaś 37% badanych starało się zniwelować odczucie lęku. Bączek i wsp. również uważają, że położne powinny wykorzystywać wszelkie umiejętności w kierunku zmniejszenia lęku przed zabiegiem operacyjnym, a w konsekwencji wytworzenia gotowości do podejmowanych zalecanych zachowań [18]. Borzęcka zwraca uwagę na ogromną rolę położnych pracujących na blokach operacyjnych ginekologicznych. Jest to miejsce niezwykle stresujące dla pacjentki, która musi przyjąć ogromną dawkę niepokoju, strachu. Humanitarny wymiar okazywania troski i zrozumienia może przejawiać się w postaci delikatnego dotyku, kontaktu wzrokowego, uśmiechu jako wyraz niwelowania negatywnych emocji osób, którymi opiekują się położne [19].

Na podstawie analizy materiału badawczego ustalono, że badane doskonale rozumieją zaniepokojenie pacjentek w przypadku choroby dziecka, otrzymane odpowiedzi uplasowały się na poziomie 95%.

Napiórkowska-Orkisz i Olszewska publikując wyniki badań emocji doświadczanych przez rodziców dzieci leczonych w Klinice Neonatologii OITN GPSK UM w Poznaniu, dowodzą, iż objęcie opieką holistyczną dziecka i jego rodziców ma pozytywny wpływ w łagodzeniu negatywnych skutków wcześniactwa. Ponadto, położne pracujące w oddziałach neonatologicznych mogą przeciwdziałać traumie psychologicznej rodziców [20].

Jednym z najbardziej traumatycznych przeżyć, jakich mogą doświadczyć rodzice, jest śmierć dziecka. Tragiczne zakończenie ciąży niezależnie od okresu jej trwania jest trudną rzeczywistością dla rodziców, lecz również dla personelu medycznego. Rodzice tracą część siebie, nadzieję, radość w jednym momencie życie zmienia się w śmierć, oczekiwanie nagle przechodzi w rozpacz. Personel medyczny doświadcza rozczarowania, żalu, poczucia porażki zawodowej, przegranych zmagania o życie [21, 22].

Sebastyańska-Targowska zwraca uwagę na komunikowanie się jako ofiarowywanie siebie, zwłaszcza na poziomie przeżywania i współobecności w obliczu utraty dziecka. Kobieta w obliczu poronienia intuicyjnie kieruje się w stronę innej kobiety – położnej, opiekunki, która wcześniej stanowiła źródło wsparcia i bezpieczeństwa, następnie stała się obserwatorem śmierci oczekiwanego dziecka, świadkiem rozpacz [23].

Łuczak-Wawrzyniak i wsp. analizowały sytuację kobiet w obliczu straty ciąży, dziecka lub jego zdrowia w perspektywie obecnej, jak i odległej w postaci problemów emocjonalnych. Autorki zwracają uwagę na traumatyczny wydzźwięk uczestnictwa w utracie ciąży i towarzyszenie kobietom po tym zdarzeniu dla położnych [24].

Świetliński i wsp. uważają, że personel szpitalny musi być przeszkolony w zakresie kompleksowej opieki nad matką, która straciła dziecko. Wsparcie jest niezwykle istotnym czynnikiem warunkującym polepszenie samopoczucia oraz powrót do zdrowia [25].

Prawidłowa komunikacja położnej z pacjentką jest fundamentem wzajemnej współpracy w procesie leczniczym. Objęty badaniami personel pytany o zagadnienie potwierdzenia prawidłowości odbioru informacji przez pacjentkę, potwierdził, iż zachęca pacjentki do zadawania pytań w przypadku niepewności w zrozumieniu wypowiedzi, zdecydowanie nie przysparza to trudności 50% badanych, natomiast 44% badanych nie ma z tym problemu. Zbliżone wyniki uzyskała Tałaj [15].

Grzegory-Suchanek i Banaszczyk zwracają uwagę na duże znaczenie właściwej, dobrej relacji położnej z pacjentką, co skutkuje trafnością diagnozy, zapewnieniem odpowiedniej pomocy, zrozumieniem pacjentki. Dobra komunikacja musi bazować na umiejętności mówienia, by słuchacz właściwie rozumiał przekaz oraz na zdolności słuchania by zrozumieć, okazać szacunek, empatię, wzbudzić poczucie bezpieczeństwa osoby zwracającej się do nas [26].

Przeprowadzane badania określiły stanowczo, że każda pacjentka zasługuje na indywidualność. Stanowisko takie zajęło ponad 90% ankietowanych, dla bardzo nielicznej grupy (3%) nie ma to znaczenia. Tałaj i Suchorzewska poddały ocenie stosunek pielęgniarek/położnych do uznania indywidualności, autonomii, poszanowania woli godności oraz człowieczeństwa każdego pacjenta – pielęgniarki zaprezentowały wyższe wyniki – około 90%, położne – powyżej 50% [27].

Pielęgniarki i położne, zarówno w badaniach własnych oraz innych autorów, deklarują, iż w postawach wobec pacjentów priorytetem niewątpliwie jest odpowiedzialność, empatia, poszanowanie godności indywidualności oraz zasad zapisanych w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej. Pacjent nie może być anonimową jednostką czy przypadkiem klinicznym, lecz dobro pacjenta zawsze musi być nadrzędnym celem opieki pracowników ochrony zdrowia.

Przeprowadzone badania ankietowe wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego pozwoliły określić poziom empatii opisywanej grupy zawodowej. Na podstawie przeprowadzonej analizy zebranego materiału stwierdzono, że położne posiadają duży poziom empatii, w umiejętny sposób radzą sobie z emocjami nieustannie towarzyszącymi „pracy z misją”.

Dokonany przegląd zagadnienia empatii wśród położnych jednoznacznie wykazuje, iż wysoki jej poziom bardzo korzystnie wpływa na doskonalenie relacji położna–pacjentka. Ponadto można stwierdzić, iż poziom empatii, jakim wykazują się położne, jest niezależny od stażu pracy, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia czy stanu cywilnego.

Z uwagi na złożony charakter pracy oraz wiele czynników wpływających na obowiązki pielęgniarki/położnej w badaniach dotyczących empatii powinno się uwzględnić zjawisko wypalenia zawodowego, jako czynnika wpływającego na zmniejszenie zdolności empatycznych w stosunku do drugiej osoby.

Dostrzega się potrzebę inwestowania pracodawców w opiece zdrowotnej w rozwój kursów oraz metod lepszego radzenia sobie z emocjami, aby nie wpływały destrukcyjnie na pracowników sfery medycznej.

WNIOSKI

1. W badanej grupie położne posiadały duży poziom empatii i w umiejętny sposób radziły sobie z emocjami w pracy.
2. Poziom empatii, jakim wykazują się położne, jest niezależny od stażu pracy, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, stanu cywilnego.
3. Z uwagi na złożony charakter pracy oraz wiele czynników wpływających na obowiązki pielęgniarki/położnej w badaniach dotyczących empatii powinno się uwzględnić zjawisko wypalenia zawodowego, jako czynnika wpływającego na zmniejszenie zdolności empatycznych w stosunku do drugiej osoby.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Lewis M, Jones J. *Psychologia emocji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005: 849–862.
2. Rembowski J. Empatia i sposoby jej badania. *Kwart Ped* 1982; (3–4): 107–120.
3. Zarzycka D, Ślusarska B, Dobrowolska B, i wsp. Empatia w pielęgniarstwie. Założenia, praktyka i jej empiryczne uwarunkowania. *Pielęg XXI* w 2016; 3(56): 33–38.

4. Doroszewski J, Kulus M, Markowski A. *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2014: 52.
5. Hoffman M. *Empatia i rozwój moralny*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006: 38–205.
6. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej

- Polskiej. Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. Dostępny na URL: <http://www.oipip-suw.osti.pl/onas/kodeks.pdf>
7. Szabat M. Wartości zawarte w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej w świetle medycznych modeli komunikacyjnych. *Pielęg XXI* w 2015; 4(53): 103–108.
 8. Ostrzyżek A, Marcinkowski J. Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(4): 682–686.
 9. Łuczak P, Pasierski T. *Etyka medyczna z elementami filozofii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017: 83, 113–114.
 10. Kozak S. *Patologie w środowisku pracy. Zapobieganie i leczenie*. Warszawa: Difin 2009: 225.
 11. Wilczek-Różycka E. Empatia a wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia. *Sztuka Leczenia* 2006; 13(1–2): 39–49.
 12. Andruszkiewicz A, Sobczak M, Banaszkiewicz M. Empatia a wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek. Wyzwanie dla procesu kształcenia. *Pielęg XXI* w 2012; 2(39): 27–30.
 13. Krysa J, Iwanowicz-Palus G. *Standardy i procedury postępowania w praktyce zawodowej położnej. Kompetencje zawodowe polskich położnych – opracowanie autorskie. Kobieta i jej rodzina. Profesjonalny poradnik dla położnych*. Warszawa: Wydawnictwo Raabe; 2009: 24–38.
 14. Ewertowska J. Czy pielęgniarstwo jest sztuką. *Biuletyn ORPiP w Olsztynie* 2013; 2: IV–VI.
 15. Tałaj A. Badania pielęgniarstwa. Holistycznie i empatią. *Mag Pielęg Położ* 2007; 4: 15.
 16. Kurowska K, Zuza-Witkowska A. Empatia a wypalenie zawodowe u pielęgniarek onkologicznych. *Now Lek* 2011; 80: 277–282.
 17. Krajewska-Kułak E, Van Dame-Ostapowicz K, Bielemuk A, i wsp. Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa. *Probl Pielęg* 2010; 1(1): 1–10.
 18. Bączek G, Sobolewska M, Dmoch-Gajzlerska E. Rola komunikacji w przygotowaniu do zabiegu ginekologicznego. *Probl Pielęg* 2009; 17(2): 139–143.
 19. Borzęcka J. Artykuł przewodniczącej Komisji ds. pielęgniarstwa operacyjnego przy OIPiP w Lublinie. *Nasz Głos. Pismo OIPiP w Lublinie* 2013; 4: 19–21.
 20. Napiórkowska-Orkisz M, Olszewska J. Wpływ holistycznej opieki nad pacjentem OITN na psychologiczne i fizyczne aspekty wczesniactwa. *Pol Prz Nauk Zdr* 2017; 1(50): 97–101.
 21. Bubiak A, Bartnicki J, Knihinicka-Mercik Z. Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym. *Piel Zdr Publ* 2014; 4: 69–78.
 22. Banasiak-Parzych B. Psychologiczne aspekty utraty ciąży. Opieka położnicza pod znakiem szczególnej troski. *Mag Pielęg Położ* 2010; 11: 23–25.
 23. Sebastyańska-Targowska I. Obszar komunikacji niewerbalnej między położną a pacjentką w sytuacji poronienia. *Przedz Zarz* 2012; XIII(11): 61–70.
 24. Łuczak-Wawrzyniak J, Czarnecka-Iwańczuk M, Bukowska A, i wsp. Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży. *Ginekol Pol* 2010; 5: 374–377.
 25. Świetliński J, Baranowska E, Czichy J, i wsp. *Neonatologia i opieka nad noworodkiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017: 480.
 26. Grzegory-Suchanek B, Banaszczyk M. Na czym polega dobra komunikacja z pacjentem w pracy położnej. *Biuletyn Edukacyjno-informacyjny dla Personelu Medycznego Oddziałów Położniczych i Neonatologicznych* 2015; 21: 9.
 27. Tałaj A, Suchorzewska J. Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. *Probl Pielęg* 2007; 15(1): 32–38.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
Tel. 22 57 20 490; 608 108 028
E-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 10.09.2017 r.

Po recenzji: 25.09.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 30.09.2017 r.