

Wypalenie zawodowe a empatia

u lekarzy i pielęgniarek

Ewa Wilczek-Rużyczka

Wypalenie zawodowe a empatia

u lekarzy i pielęgniarek



Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Książka dofinansowana ze środków Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

RECENZENT

Prof. dr hab. Czesław Czabala

Dr hab. Aleksandra Tokarz

PROJEKT OKŁADKI

Bartłomiej Drosdziok

W projekcie okładki wykorzystano zdjęcie: Stock.XCHNG/Alessandro Paiva

REDAKTOR

Dorota Węgierska

KOREKTOR

Katarzyna Jagiela

SKŁAD I ŁAMANIE

Wojciech Wojewoda

© Copyright by Ewa Wilczek-Rużyczka & Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

All rights reserved

Preprint. Egzemplarz przed ostateczną korektą, nieprzeznaczony do sprzedaży

Książka, ani żaden jej fragment, nie może być przedrukowywana bez pisemnej zgody Wydawcy. W sprawie zezwoleń na przedruk należy zwracać się do Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego

ISBN 978-83-233-2607-6



www.wuj.pl

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków

tel. 012-631-18-81, tel./fax 012-631-18-83

Dystrybucja: ul. Wrocławska 53, 30-011 Kraków

tel. 012-631-01-97, tel./fax 012-631-01-98

tel. kom. 0506-006-674, e-mail: sprzedaz@wuj.pl

Konto: PEKAO SA O/Kraków, nr 80 1240 4722 1111 0000 4856 3325

Spis treści

Wstęp	7
1. Syndrom wypalenia zawodowego	11
1.1. Pojęcie wypalenia zawodowego.....	13
1.1.1. Wypalenie zawodowe w perspektywie wielowymiarowej	16
1.1.2. Wypalenie zawodowe w ujęciu egzystencjalnym.....	21
1.1.3. Środowiskowy model wypalenia zawodowego.....	23
1.1.4. Wypalenie zawodowe jako konsekwencja narastającego rozczarowania..	25
1.1.5. Model wypalenia zawodowego braku kompetencji	26
1.1.6. Ogólny model wypalenia.....	28
1.1.7. Poznawczo-kompetencyjny model wypalenia zawodowego	29
1.1.8. Podsumowanie.....	30
1.2. Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego	34
1.3. Narzędzia pomiaru wypalenia zawodowego.....	38
1.4. Wypalenie zawodowe u lekarzy i pielęgniarek	39
1.4.1. Wypalenie zawodowe u lekarzy	41
1.4.2. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek	46
1.5. Zapobieganie wypaleniu zawodowemu w ujęciu wielowymiarowym.....	49
2. Pojęcie empatii w świetle różnorodnych koncepcji.....	59
2.1. Geneza empatii	59
2.2. Psychologiczne poglądy dotyczące empatii	61
2.3. Mechanizm rozwoju empatii	69
2.4. Empatia w kontakcie z pacjentem i w pomaganiu	75
2.5. Empatia u lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia.....	92
2.6. Syndrom wypalenia zawodowego a empatia	98
3. Problematyka badań.....	101
3.1. Pytania i hipotezy badawcze	102
4. Organizacja badań.....	107
4.1. Przebieg badań	107
4.2. Zastosowane techniki badawcze	107
4.3. Procedury opracowania danych.....	109
4.4. Charakterystyka i dobór grupy badanej.....	109

5. Wyniki badań	113
5.1. Wypalenie zawodowe	113
5.2. Empatia.....	115
5.2.1. Wyniki według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina	115
5.2.2. Poziom empatii według wybranych tablic Testu TAT Murraya	116
5.3. Interkorelacje wyników poziomu komponentów i sumarycznych empatii uzyskanymi według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina oraz wybranych tablic Testu TAT Murraya	117
5.4. Empatia jako zmienna pośrednicząca.....	118
5.4.1. Związki między zmiennymi niezależnymi a empatią.....	118
5.4.2. Związki między empatią i wypaleniem zawodowym.....	120
5.5. Empatia jako zmienna moderująca.....	122
5.6. Porównanie lekarzy i pielęgniarek pod względem wypalenia zawodowego oraz empatii	132
6. Dyskusja i podsumowanie wyników	139
7. Bibliografia	153

Wstęp

Problem wypalenia zawodowego ujawniono dopiero w latach siedemdziesiątych XX wieku. Można przypuszczać, że wymagania, jakie stawia się zawodom służb społecznych, do których m.in. należą lekarze i pielęgniarki, są coraz wyższe. Stres w środowisku pracy, jej organizacja i specyfika, kontakty interpersonalne wiążą się nie tylko z pomocą choremu, lecz również z terapeutycznym oddziaływaniem na jego stan psychiczny. Koszty bliskiej interakcji i konfrontacji z cierpieniem, ze śmiercią, z przewlekłym stresem mogą pojawić się szczególnie wówczas, gdy lekarz i pielęgniarka nie są w stanie radzić sobie z własnymi negatywnymi emocjami, zmęczeniem i obciążeniem – co doprowadza do wyczerpania emocjonalnego. Zaczynają oni bronić się przez dystansowanie, traktując pacjentów coraz bardziej przedmiotowo. Tak dochodzi do zjawiska zwanego depersonalizacją oraz pojawia się brak satysfakcji zawodowej i utrata zaangażowania w pracę, czyli mamy do czynienia z syndromem wypalenia zawodowego. Przypuszcza się, że przed tym negatywnym zjawiskiem może chronić empatia. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób, które z racji wykonywanej pracy wchodzą w relacje interpersonalne, wymagające dużego nakładu energii, zwłaszcza psychicznej.

Zainteresowanie problematyką empatii we współczesnej psychologii doprowadziło do wieloznaczności w pojmowaniu tego zjawiska, jego opisywaniu czy wyodrębnianiu elementów składowych (Davis, 1999; Hoffman, 2006). Dokonywane są analizy poszukiwania związku empatii z niektórymi zawodami o charakterze prospołecznym, w których znaczącą rolę odgrywa relacja pomagania (lekarze, pielęgniarki). Obecnie zagadnienia związane z empatią skupiają się na dostrzeganiu jej intrapsychicznego i interpersonalnego znaczenia, szczególnie zaś w kategoriach dotyczących społecznego funkcjonowania. Zaobserwowano również rolę empatii, określanej jako dojrzała, składającej się z wymiaru emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego w zaangażowaniu, w świadczeniu wysokiej jakości opieki, w poczuciu zadowolenia oraz satysfakcji zarówno pacjenta z tej opieki, jak i pracowników ochrony zdrowia z wykonywanej pracy.

Praca niniejsza dotyczy wypalenia zawodowego oraz empatii u lekarzy i pielęgniarek pracujących na różnych oddziałach szpitalnych. Badania psychologiczne na świecie i w Polsce pokazują, że empatia ma wpływ na komunikowanie terapeutyczne z pacjentem, rozpoznawanie u niego emocji i potrzeb, a także tych cech u siebie samych. Informacje na temat związku wypalenia zawodowego z empatią mogą być bardzo użyteczne dla praktyków oraz osób zajmujących się kształceniem lekarzy i pielęgniarek na poziomie akademickim oraz w trakcie specjalizacji. Również może okazać się to ważne dla dyrektorów zakładów ochrony zdrowia, którzy koncentrują się na jakości opieki

zdrowotnej, satysfakcji pacjentów z opieki oraz wydajności pracowników. Dlatego w prezentowanych w niniejszej monografii badaniach położono szczególny nacisk na zjawisko wypalenia zawodowego w ujęciu wielowymiarowym według teorii Maslach i Goldberg (1998) oraz na empatię jako umiejętność przejawianą w trzech jej komponentach. Dwa z nich to: emocjonalny, czyli zdolność do subiektywnego doświadczania stanu psychicznego, i poznawczy, tzn. rozpoznawanie oraz rozumienie uczuć drugiego człowieka, natomiast trzeci – behawioralny, to odpowiedź komunikacyjna, przekazująca zrozumienie punktu widzenia innej osoby (Morse i in., 1992a; Irwing, Dickson, 2004). Tak więc niniejsze rozważania są próbą opisu oraz analizy wypalenia zawodowego i empatii. Najogólniej, za cel pracy postawiono wykazanie, że empatia jest zmienną pośredniczącą i moderującą w relacji do zmiennej zależnej – wypalenia zawodowego.

W części pierwszej pracy zaprezentowano sposób definiowania oraz opisu wypalenia zawodowego i empatii przez przedstawicieli różnych koncepcji podejścia do tych zagadnień. Zwrócono również uwagę na wypalenie zawodowe u lekarzy i pielęgniarek jako problem, który może prowadzić do zaburzeń psychicznych, takich jak uzależnienia, zaburzenia lękowe i depresyjne (Maslach, 2001; Schaufeli, Enzmann, 1998). Nie mniej istotny wpływ ma wypalenie zawodowe na jakość i wydajność pracy, gdyż u pracowników wypalonych stwierdzono mniejsze zaangażowanie, obniżoną skuteczność zawodową, wzmożoną skłonność do konfliktów i podniesiony wskaźnik absencji, a tym samym wyższe koszty społeczne (Bakker i wsp., 2003). Rezultatami wypalenia są również częstsze zmiany pracy i porzucanie zawodu oraz zaburzenia innych przejawów życia społecznego – negatywne stany emocjonalne, skłonność do przenoszenia problemów z pracy na płaszczyznę życia rodzinnego (Maslach, 2001; Schaufeli, Enzmann, 1998). Wiadomo, że objawy zespołu wypalenia zawodowego doprowadzają do zubożenia wobec problemów doświadczanych przez pacjentów, a chorzy są mniej zadowoleni z opieki świadczonej przez „osoby wypalone”. Odmawiają wtedy współpracy, co w oczywisty sposób negatywnie wpływa na proces leczenia. Dlatego empatia została w części teoretycznej przedstawiona jako ważna umiejętność lekarza i pielęgniarki w kontakcie terapeutycznym z chorym i w pomaganiu, a także w zrozumieniu cierpienia pacjenta. Ma to związek z panującym wśród badaczy interesujących się zjawiskiem empatii przekonaniem, popartym w znacznej mierze wynikami empirycznych badań, że umiejętności empatyczne sprzyjają nawiązywaniu pozytywnych relacji społecznych, a także realizowaniu tzw. zawodów pomocowych, takich jak terapeuta, lekarz czy pielęgniarka. Ponadto empatia świadczy o dojrzałości psychicznej, a osoby empatyczne mają wysokie poczucie własnej wartości, które ułatwia im nawiązywanie dojrzałych relacji i akceptację drugiej osoby.

W literaturze przedmiotu dość konsekwentnie są opisywane czynniki osobowościowe, które powodują podatność na procesy wypalenia – jest to niski poziom tzw. odporności psychicznej (Maslach, 2001; Schaufeli, Enzmann, 1998). Osoby odporne psychicznie cechuje skłonność do silnego angażowania się w to, co robią, otwartość na zmiany, interpretowanie wydarzeń stresujących jako wyzwań oraz poczucie kontroli nad wydarzeniami i własnym życiem (Heszen-Niejodek, 2000). Wskaźniki wypalenia są zwykle wyższe u osób radzących sobie ze stresem w sposób bierny, unikowy (Maslach, 2001; Schaufeli, Enzmann, 1998). Skorelowana ze wszystkimi wymiarami wypalenia jest niska samoocena, trudno stwierdzić, czy jest ona czynnikiem usposabiającym do

wypalenia, czy raczej jego konsekwencją (Janssen, Schaufeli, Houkes, 1999). Z badań wynika również (Halbesleben, Buckley, 2004; Maslach i in., 2001; Schaufeli, Enzmann, 1998), że wypaleniu sprzyja głównie wysoki poziom neurotyczności. Na wymiar ten składają się: lęk, wrogość, impulsywność, nadwrażliwość i nieśmiałość (Strelau, 2000). W kontekście zaprezentowanych badań również w tej części zawarto refleksje dotyczące wypalenia zawodowego w relacji do empatii.

Druga część pracy to wyniki badań własnych, dotyczących wypalenia zawodowego i empatii w grupie lekarzy i pielęgniarek pracujących w specjalnościach: zabiegowej, niezabiegowej i podstawowej opieki zdrowotnej (stanowiące zasadniczy przedmiot niniejszej pracy), natomiast trzecia jest próbą szerszego spojrzenia na wyniki badań pracowników ochrony zdrowia w kontekście związku wypalenia i empatii.

Wyniki przeprowadzonej analizy mogą okazać się przydatne w rozwoju i doskonaleniu empatii, w docenieniu jej znaczenia w relacjach pomagania, a także mogą wpłynąć na pogłębienie świadomości zagrożenia, jakie niesie z sobą syndrom wypalenia zawodowego, zarówno samym pracownikom, całej instytucji, jak i społeczeństwu. Rozwój empatii dojrzałej oraz umiejętność kontrolowania wrażliwości empatycznej w kontaktach z pacjentem mogą chronić lekarzy i pielęgniarki przed rozwojem symptomów zespołu wypalenia zawodowego.

1. Syndrom wypalenia zawodowego

Problematyka stresu i wypalenia zawodowego podejmowana jest w literaturze psychologicznej od lat siedemdziesiątych XX wieku. Samo określenie „wypalenie się” (*burn-out*), choć metaforyczne, oddaje trafnie istotę doświadczanego przez jednostkę wyczerpania sił na skutek silnie stresujących warunków pracy. Zostało ono wprowadzone do języka nauki we wczesnych latach siedemdziesiątych w Ameryce – równoległe i niezależnie od siebie – przez psychiatrę Herberta Freudenbergera i psychologa społecznego Christinę Maslach.

Freudenberger (1974), obserwując wolontariuszy pracujących z młodocianymi narkomanami, zauważył u nich po upływie roku wyczerpanie sił i zniechęcenie do dalszej działalności charytatywnej, co nazwał wypaleniem, a sprowokowane tym spostrzeżeniem badanie kontynuował w ramach swojej praktyki psychiatrycznej. Podobny kierunek badań podjęli później inni badacze (Edelwich, Brodsky, 1980; Farber, 1983; Harrison, 1983).

Równocześnie na Uniwersytecie Berkeley Maslach ze swoimi współpracownikami (1976) zaczęła analizować występujące u pracowników zawodów społecznych pewne negatywne objawy. Osoby reprezentujące zawody polegające na niesieniu pomocy innym (lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, wychowawcy, policjanci i pracownicy społeczni) w analizie własnych doświadczeń w środowisku pracy zwracały uwagę na emocjonalne wyczerpanie, zanik uczuciowości, negatywne postawy w postrzeganiu siebie i innych. Zjawisko to Maslach nazwała terminem „wypalenie się”, a okoliczności zainteresowania syndromem wypalenia zawodowego wpłynęły na dalsze analizy tego zjawiska, odmienne od zainicjowanych przez Freudenbergera, który skoncentrował się na analizach klinicznych i wypracowaniu specyficznych form pomocy psychologicznej. Maslach swoimi spostrzeżeniami zainteresowała innych psychologów społecznych z wielu krajów, opracowała narzędzia do pomiaru wypalenia – MBI, uwzględniając przy tym głównie strukturę i dynamikę tego zjawiska. Zostały podjęte międzynarodowe badania oparte na tym narzędziu (Schaufeli, Maslach, Marek, 1993). Istotną kwestią rozwoju problematyki wypalenia było to, że przebiegał on niezależnie od szerokiego nurtu badań nad stresem zawodowym, który koncentrował się na stresie wynikającym ze środowiska pracy związanego z przemysłem, a nie z zawodami społecznymi. Teoretycznych podstaw do analizy przeciążenia pojawiającego się w zawodach społecznych w kategoriach stresu dostarczyła interakcyjna analiza stresu wypracowana przez Lazarusa i współpracowników (Lazarus, 1982; 1986; 1991; 1993a; 1993b; Lazarus, Folkman, 1984; 1987; Jeruzalem, 1993). Stres społeczny ujmowany jest tu jako dynamiczna sekwencja powiązanych procesów, interpretacji i wartościowania stresorów (ocena pierwotna) oraz oceny

własnych kompetencji i zasobów (ocena wtórna), jak również powtórnej oceny skuteczności sposobów zmagania się z obciążeniami występującymi w miejscu pracy, często wymagającej bliskich kontaktów i troski o dobro człowieka (Sęk, 1994). Zostało to wykorzystane m.in. w teoriach dopasowania, w których podkreśla się na gruncie psychologii pracy, jak ważne jest dopasowanie do potrzeb człowieka zarówno obiektywnych elementów środowiska, jak i subiektywnych, obejmujących sferę spostrzegania pracy i siebie. To dobre dopasowanie zwiększające wydajność pracy, zmniejszające absencję oraz podnoszące satysfakcję z pracy i życia podkreślają zwolennicy interakcjonizmu (m.in. Campbell i in., 1970; Caplan, 1983; 1987a; 1987b; Edwards, Cooper, 1990; Cox, Ferguson, 1991; Edwards, Caplan, Van Harrison, 1998; Fay, Sonnentag, Fresk, 1998). Natomiast brak lub niedostateczne dopasowanie prowadzi do stresu psychologicznego, a tym samym do wypalenia zawodowego (Bańka, 2000).

Schaufeli i Enzmann (1998) poddali analizie opisywane w literaturze światowej przyczyny oraz uwarunkowania dynamicznej progresji stresu zawodowego oraz wypalenia i uporządkowali wyodrębnione czynniki w kilka grup. Przykładowo, do jednej z nich należą przyczyny wynikające ze wzrostu zatrudnienia w zawodach społecznych – analiza zatrudnienia w Stanach Zjednoczonych wskazuje, że liczba pielęgniarek, nauczycieli i pracowników socjalnych rośnie najszybciej, a są to zawody o dużym ryzyku wypalenia zawodowego, wymagają bowiem pomagania osobom potrzebującym (Rifkin, 1995).

W życiu społecznym obserwowana jest w ostatnich latach narastająca koncentracja jednostki na sobie, autokreacja, wyobcowanie, anonimowość, przy jednoczesnym zmniejszeniu znaczenia rodziny i sąsiedztwa. W połączeniu z problemami środowiska pracy, w którym pracownikom stawia się coraz wyższe wymagania w odniesieniu do ich umiejętności, kompetencji, wydolności, dyspozycyjności i jakości wykonywanych usług (Paoli, 1997), może to powodować nasilenie się stresu oraz wypalenie. Zauważył to również Lasch (1979), dodając, że poczucie zagrożenia i nadmierna koncentracja na sobie (narcyzm) pozostają w związku z mniejszymi umiejętnościami radzenia sobie z frustracją i napięciem.

Wypalenie zawodowe może wynikać również z nierealistycznych oczekiwań pracowników wobec podejmowanej pracy, sposobu pełnienia ról zawodowych czy możliwości osiągnięcia pozycji społecznej poprzez wykonywaną pracę, jak również z upadku prestiżu wielu tradycyjnych zawodów społecznych (Cherniss, 1980a).

Tucholska (2003) jest podobnego zdania, szczególnie w odniesieniu do początkujących pracowników, twierdząc, że realia pracy – pełne przepisów, reguł, norm, sztywnych ramowych terminów, czynią rzeczywistość zawodową różną od wyobrażeń i przekonań o niezależności i swobodzie pracownika, co często bywa stresogenne. Ponadto zniechęcenie i rozczarowania mogą nasilać niechęć, kiedy pracę postrzega się jako wyzwanie, dające szanse na pełną samorealizację, a codzienność w pracy niestety łączy się z wykonywaniem rutynowych czynności. Autorka ta twierdzi również, że frustrację mogą spowodować niespełnione oczekiwania co do otwartych, życzliwych relacji wśród współpracowników, gdyż osoba podejmująca zatrudnienie może dotkliwie odbierać rywalizację, konkurencyjność, brak ufności i życzliwości w miejscu pracy. Często młody pracownik, np. pielęgniarka, dodatkowo zakłada optymalną współpracę z pacjentami i jest przekonana, że relacje będą pełne zrozumienia i życzliwości, natomiast doświadczenie pokazuje, że większość podopiecznych zachowuje się inaczej, co powoduje wy-

czerpanie sił i rozczarowanie. Dlatego bardzo ważne jest kształtowanie oczekiwań realistycznych w nastawieniach zawodowych oraz konieczność wprowadzenia czasu na adaptację do roli zawodowej w środowisku pracy w atmosferze zrozumienia oraz wsparcia, a nie kontroli i rywalizacji. Potwierdzają to Schaufeli i Enzmann (1998), wskazując ponadto, że wypalenie może być wywoływane coraz mniej korzystnymi warunkami zatrudnienia – np. oferowanie pracy tylko na część etatu – co sprawia, że rośnie liczba pracowników rozczarowanych (Rifkin, 1995).

Jak podaje Tucholska (2003), również zwiększone obciążenie oraz brak bezpieczeństwa i pewności co do dalszego zatrudnienia prowadzą do spadku zadowolenia, zniechęcenia i poczucia wyczerpania. Autorka ta twierdzi także, że spośród wszystkich wymienionych czynników cztery są specyficzne dla wypalenia: ekspansja sektora społecznego, wzrost psychicznych obciążeń, upadek prestiżu zawodowego oraz nierealistyczne oczekiwania zawodowe. Pozostałe, takie jak łatwość diagnozowania swoich problemów jako stres, wzrost indywidualizacji w społeczeństwie czy niekorzystne warunki zatrudnienia, raczej nasilają stres, a pośrednio wpływają na wypalenie.

W podsumowaniu tych rozważań można stwierdzić, że lekarze i pielęgniarki są szczególnie narażeni na stres i wypalenie, gdyż pełnione przez nich role polegają na bliskim kontakcie interpersonalnym, wymagają troski, zaangażowania osobistego oraz odpowiedzialnego kontaktowania się z pacjentami i ich rodzinami. Są oni zatem przedstawicielami zawodów społecznych, w których przypadku bliska, zaangażowana interakcja z drugim człowiekiem stanowi istotę profesjonalnego działania i warunkuje w danym zawodzie rozwój i sukces, co zostało zauważone przez Maslach, Schaufeli i Leitera (2001).

1.1. Pojęcie wypalenia zawodowego

Maslach, autorka podstawowych publikacji na temat wypalenia zawodowego, opracowała wraz ze współpracownikami definicję tego terminu, która mówi, że jest to „zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” (Maslach, 2007, s. 15). Wyczerpanie emocjonalne według Maslach (1980) odnosi się do poczucia danej osoby, że jest nadmiernie obciążona emocjonalnie, a jej zasoby emocji zostały w znacznym stopniu uszczuplone. Depersonalizacja dotyczy negatywnego, bezdusznego lub zbyt obojętnego reagowania na innych ludzi, którzy zwykle są odbiorcami usług danej osoby lub przedmiotem opieki z jej strony. Obniżone poczucie dokonań osobistych odnosi się do spadku poczucia własnej kompetencji i sukcesów w pracy. Wypalenie zawodowe jest zjawiskiem bardzo niekorzystnym, a walka z nim wymaga stosowania skutecznych metod rozpoznawania oraz pomiaru jego poziomu i powinna się toczyć na dwóch płaszczyznach – indywidualnej i systemowej.

Analizując objawy występujące u osób z zespołem wypalenia zawodowego, Maslach (2001; 2007) zwróciła uwagę na relacje pomiędzy udzielającymi pomocy oraz ją otrzymującymi i stosunek tej pierwszej grupy do samych siebie. Ten interpersonalny aspekt uznała za najważniejszy dla własnej koncepcji wypalenia. Autorka ta jako pierwsza zwróciła uwagę na triadę objawów: zmęczenie emocjonalne i fizyczne, powstające na

skutek intensywnego przeżywania problemów innych osób, cynizm i negatywny stosunek do innych ludzi, będący reakcją obronną przed zmęczeniem, oraz poczucie niespełnienia w roli zawodowej, objawiające się frustracją.

Fenomen wypalenia zawodowego, mający podłoże społeczno-psychologiczne, Freudenberger (1974) zdefiniował jako spadek poziomu energii u pracownika, pojawiający się na skutek przytłoczenia problemami innych. Stan ten dotyczy ludzi, którzy w ramach pracy zawodowej wchodzą w relacje interpersonalne nacechowane dużym ładunkiem emocjonalnym. Do jego objawów autor zaliczył: poczucie fizycznego i psychicznego wyczerpania, niecierpliwość, nadmierną skłonność do irytacji, znudzenie i cynizm, izolowanie się i tłumienie uczuć, postawę wyższości i nieomyślności z jednocześnie poczuciem niedoceniań, podejrzliwość, zakłócenia orientacji i zaburzenia psychosomatyczne.

Natomiast Cherniss (1980a) określa wypalenie zawodowe jako proces, w którym zachodzą negatywne zmiany postaw i zachowań pod wpływem napięcia wywołanego pracą, kiedy to wymagania stawiane w miejscu zatrudnienia wyczerpują i przekraczają możliwości indywidualnych zasobów. Podobnie Edelwich i Brodsky (1980), opisując syndrom wypalenia zawodowego, nazwali go progresywną utratą idealizmu, energii i celu w pracy, doświadczaną przez ludzi w zawodach związanych z pomaganiem jako skutek ich pracy.

Inną definicję wypalenia zawodowego podają Emener, Luck i Gohs (1982), określając ten zespół jako stan fizycznego i psychicznego wyczerpania, który powstaje w wyniku działania długotrwałych negatywnych uczuć, rozwijających się zarówno w pracy, jak i w obrazie własnym człowieka. Natomiast według Shirom (1989) do objawów syndromu wypalenia zawodowego należą: fizyczne zmęczenie, wyczerpanie emocjonalne i znużenie poznawcze.

Niektórzy autorzy (Gillespie, 1980, za: Fengler, 2000) wyróżniają: aktywne wypalenie, wywołane przez aspekty instytucjonalne, a także zewnętrzne wydarzenia oraz warunki pracy – stawianie zbyt wielu wymagań, jak również wypalenie bierne, ujawniające się w postaci wewnętrznych reakcji na uprzednio wymienione przyczyny, spowodowane zbyt małą odpornością i ograniczonymi możliwościami radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Często wypalenie pozostaje w ścisłej zależności od siły obciążeń i podatności na ich wpływ.

Wypalenie, czasami nazywane też syndromem wyczerpania, jest opisywane również (Burisch, 1989) jako powoli zaczynający się lub nagle ujawniający się stan wyczerpania cielesnego, duchowego lub uczuciowego, występujący w życiu zawodowym, w czasie wolnym od pracy, w kręgu przyjaciół, w związku partnerskim i w rodzinie, często powiązany z awersją, mdłościami i myślami o ucieczce. Poprzedzony jest charakterystycznym, długotrwałym przerostem wymagań bez odpowiedniego środka równoważącego.

Problematyka wypalenia, zdaniem Pines (2007), nie została wywiedziona z teorii psychologicznej, lecz wyłoniła się jako problem społeczny będący pochodną trudnych, stresujących warunków pracy konkretnych osób. Podkreśla też, że wśród badaczy wypalenia zawodowego nie ma całkowitej zgodności co do definicji ze względu na złożoność zjawiska, pojawiających się problemów metodologicznych, związanych z konstrukcją narzędzi pomiarowych, nie do końca określony zakres symptomów tego procesu, co z kolei powoduje trudności określenia granic między wypaleniem zawodowym a stre-

sem, zmęczeniem, alienacją, depresją czy kryzysem egzystencjalnym. Dodaje, że specyficzną cechą odróżniającą wypalenie od tych pojęć jest fakt, że stanowi ono zawsze końcowy proces stopniowej utraty złudzeń (rozczarowania) co do możliwości znalezienia sensu życia w pracy zawodowej. Z reguły występuje ono tylko u osób z dużymi oczekiwaniami, które pracują przez długi czas w sytuacjach emocjonalnie obciążających – często z ludźmi. Inna ważna różnica polega na tym, że wypalenie zawodowe jest zjawiskiem o wiele bardziej specyficznym, podczas gdy stres i zmęczenie zdarzają się każdemu i mogą być wynikiem niezliczonych sytuacji, przykładowo konfliktów, utraty pracy, choroby i problemów w życiu osobistym (Pines, 2007). Jeżeli chodzi o stres, to Lazarus rozróżnia trzy typy stresu: układowy, psychologiczny i społeczny (za: Monat, Lazarus, 1985). Stres układowy wiąże się przede wszystkim z zaburzeniami w układach tkankowych, stres psychologiczny z czynnikami poznawczymi, prowadzącymi do oceny zagrożenia, a stres społeczny z zakłóceniem jednostki społecznej lub systemu społecznego. Natomiast zmęczenie fizyczne, jak określa to Pines (2007), charakteryzuje się tym, że po wypoczynku można od razu dojść do siebie, podczas gdy w przypadku wypalenia tego rezultatu nie można tak szybko uzyskać, a samo zmęczenie fizyczne można zaliczyć do pozytywnych doznań, podczas gdy wyczerpanie fizyczne w wypaleniu to odczucie bardzo różne od „normalnego” fizycznego zmęczenia.

Depresja, alienacja i kryzys egzystencjalny są doświadczeniami całościowymi i ogólnymi, które wpływają na wszystkie aspekty życia danej osoby, podczas gdy wypalenie jest doświadczeniem charakterystycznym dla ludzi, którzy przez długi czas pracują w sytuacjach emocjonalnie obciążających (Pines, 2007). Depresja, według DSM III, jest nastrojem dysforycznym, czyli utratą zainteresowania wszystkimi lub prawie wszystkimi zajęciami oraz zanikiem czerpanej z nich przyjemności. Nastroj dysforyczny określa się jako przygnębienie, smutek, chandrę, rozpacz itd. W przeciwieństwie do wypalenia depresja przenika wszystko. Natomiast alienacja jest ogólnym doświadczeniem u ludzi, którzy nigdy nie oczekiwali od swojej pracy niczego innego poza zapłatą (Pines, 2007), a kryzys egzystencjalny to, ogólnie ujmując, poczucie, że nie ma się po co żyć i nie można się spodziewać niczego dobrego (Maddi, 1967; 1970).

W podsumowaniu definiowania wypalenia zawodowego można posłużyć się syntezą Pines (2007), która stwierdziła, że chociaż przytoczone określenia wypalenia zawodowego różnią się między sobą pod pewnymi względami, to jednak wedle wszystkich spotykanych w literaturze naukowej definicji, a zwłaszcza Freudenbergera, Maslach oraz Pines i Aronsona, wypalenie jest rozpatrywane jako stan zmęczenia i wyczerpania emocjonalnego, który jest końcowym wynikiem stopniowego procesu utraty złudzeń (rozczarowania). Autorka ta dodaje, że przykładowo dla Freudenbergera proces ten jest spowodowany przez niepowodzenie w realizacji oczekiwanego i pożądanego celu, podczas gdy Maslach za przyczynę tego procesu uznaje „pracę z ludźmi”, a sama jest zwolenniczką opinii, jakoby wypalenie było powodowane przez długotrwałe zaangażowanie w sytuację obciążającą pod względem emocjonalnym.

Jednak chcąc wskazać najodpowiedniejszą koncepcję podejścia do problemu wypalenia dla analizowanej w tej pracy grupy zawodowej lekarzy i pielęgniarek, można skłaniać się do definicji wypalenia zawodowego w ujęciu wielowymiarowym Maslach, gdyż wyakcentowanie doświadczanego przez jednostkę stresu w splocie społecznych uwarunkowań pozwala odróżnić wypalenie od innych, związanych z pracą zawodową, przy-

krych doświadczeń i stresów (Maslach, 1982b). Ponadto przemawia za tym jej uniwersalność i wielowymiarowe podejście oraz specyfika tych grup pracowniczych.

Wypalenie się w zawodzie Maslach (1998b) nazywa *utratą troski o człowieka*, ponieważ wiąże się ono z profesjami z natury swej zajmującymi się z innymi ludźmi, a jego objawy łączą się w pewnego rodzaju dehumanizację w podejściu do innego człowieka. Wspólną cechą tych grup zawodowych jest ciągły kontakt z drugim człowiekiem jako podmiotem pracy oraz obraz pacjenta, z różnych względów będącego w trudnej sytuacji, potrzebującego pomocy, wymagającego szczególnej troski i uwagi. Jest to także konieczność dużego zaangażowania się i poświęcenia, radzenia sobie z obciążeniem przeżyciami i sytuacją chorych.

Maslach wraz ze współpracownikami (Maslach, Goldberg, 1998) dostrzega wypalenie zarówno jako problem zawodowy, jak i kliniczny, a rozpatruje go w trzech niezależnych wymiarach (Maslach, Goldberg, 1998):

Wyczerpanie emocjonalne – odnosi się do uczucia nadwężenia emocjonalnego i pozbawienia zasobów emocjonalnych danej osoby. Przyczyny to przepracowanie i konflikty personalne w miejscu pracy. Brakuje jej energii, by stawić czoła kolejnym dniom i pomagać innym osobom w potrzebie. Jest to podstawowy wymiar napięcia w wypaleniu.

Depersonalizacja – odnosi się do negatywnych, bezdusznych reakcji na innych, co często wiąże się z utratą idealizmu. Zazwyczaj rozwija się w odpowiedzi na wyczerpanie emocjonalne i na początku stanowi element ochronny – bufor. Jednak istnieje ryzyko, że zdystansowanie, oddzielenie przerodzi się w dehumanizację. Komponent depersonalizacji odpowiada interpersonalnemu wymiarowi wypalenia.

Obniżenie poczucia osiągnięć osobistych – odnosi się do pogorszenia poczucia kompetencji i produktywności w pracy. To poczucie pogorszonej wydajności powiązane jest z depresją i niezdolnością radzenia sobie z wymogami pracy i może się nasilać, gdy brakuje wsparcia społecznego oraz możliwości rozwoju zawodowego. U pracowników pojawia się wówczas poczucie nieadekwatności w zakresie pomocy pacjentom, które prowadzi do porażki. Ten komponent odpowiada wymiarowi samooceny wypalenia.

1.1.1. Wypalenie zawodowe w perspektywie wielowymiarowej

W badaniach nad wypaleniem zawodowym przełomowe okazało się opublikowanie przez Maslach (1982b) oryginalnej koncepcji traktującej zjawisko w płaszczyźnie wielowymiarowej. To właśnie ona uporządkowała jego obraz kliniczny, uwypuklając genzę i dynamikę tego syndromu. Autorka ta uważa, że zespół *burnout*, czyli wypalenia zawodowego, dotyczy w szczególności osób intensywnie zaangażowanych w intymne problemy innych ludzi natury psychologicznej, społecznej i fizycznej. Dla Maslach wypalenie jest procesem destrukcyjnym, odpowiedzialnym za niskie morale pracowników, absencję chorobową, płynność kadr oraz obniżenie jakości usług świadczonych potrzebującym przez służbę zdrowia i opiekę społeczną. Stałe lub ciągle powtarzające się pobudzenie emocjonalne oraz nadmierny chroniczny stres uznaje ona za bardzo obciążające doznanie dla każdej istoty ludzkiej, niejednokrotnie odbierające zdolność do pracy.

Trójskładnikowa definicja wypalenia, przedstawiona przez Maslach (1982a), wraz z odpowiadającym jej narzędziem pomiarowym, nie została wprowadzona z żadnej

istniejącej teorii, lecz opracowana na podstawie wieloletnich badań eksploracyjnych. Wypracowanie wielowymiarowego modelu wypalenia przebiegało w dwóch fazach. Pierwsza z nich obejmowała zbieranie danych za pomocą wywiadu i obserwacji, prowadzonych przez Maslach i jej współpracowników. Druga faza charakteryzowała się rozległymi badaniami psychometrycznymi, w których wykorzystano serię kwestionariuszowych metod samoopisu.

Wielowymiarowy model wypalenia zawodowego uwzględnia trzy podstawowe wymiary (Maslach, 1993; 1998a):

- Emocjonalne wyczerpanie – cechuje je poczucie nadmiernego zmęczenia oraz wyczerpanie emocjonalnych zasobów. Charakterystyczne dla tego wymiaru są: poczucie ogólnego zmęczenia, brak naturalnej energii i zapału do działania, brak radości życia, zwiększona drażliwość oraz impulsywność. Zaznacza się potrzeba większego wysiłku do pełnienia ról zawodowych. Dołączają się do tego liczne objawy psychosomatyczne. Głównymi źródłami wyczerpania są: nadmiar obowiązków oraz konflikty w pracy. Na płaszczyźnie zawodowej osoba czuje się wyeksploatowana i wyczerpana, a równocześnie nie dostrzega możliwości regeneracji sił. Najczęściej brakuje jej energii, aby rozpocząć nowy dzień i spotykać ludzi, którym trzeba pomagać. W płaszczyźnie psychologicznej następuje rozluźnienie emocjonalnych więzi z podopiecznymi, co często przybiera formę utraty przywiązania i bliskości.
- Depersonalizacja – określa specyficzny stosunek jednostki do innych, który wyraża się negatywnym, cynicznym, nadmiernym dystansowaniem się w kontaktach interpersonalnych, a często również utratą idealizmu. Relacje z innymi tracą swój dotychczasowy podmiotowy charakter, stając się bezosobowe, zdepersonalizowane. Depersonalizacja jest pochodną nadmiernego wyczerpania emocjonalnego. Może być spostrzegana jako forma samoobrony poprzez tworzenie emocjonalnego buforu obojętności chroniącego przed kontaktami. Istnieje jednak ryzyko, że obojętność może prowadzić do apersonalnej postawy wobec innych i dehumanizacji.
- Obniżone zadowolenie z osiągnięć zawodowych – przejawia się spadkiem poczucia własnej kompetencji i wydajności pracy. Obniżenie poczucia własnej skuteczności i efektywności działania może się wiązać z depresyjnością i trudnościami w radzeniu sobie z wymaganiami, jakie stawiane są w pracy, oraz ze stresem związanym z wykonywanym zawodem.

Sytuację może pogarszać brak bądź niedostateczne wsparcie ze strony otoczenia, a także zaniedbanie przez jednostkę podnoszenia profesjonalizmu i kompetencji. Występujący stan apatyzacji zawodowej może się łączyć z poczuciem bezsensu i postawą rezygnacyjną. Pracownik opieki zdrowotnej obserwuje u siebie wzrost poczucia nieadekwatności i braku umiejętności potrzebnych do niesienia pomocy pacjentom. W rezultacie może dojść do błędnego przekonania o własnej nieprzydatności.

Wypracowując wielowymiarowy model wypalenia, Maslach nie przestała tylko na opisie wyodrębnionych komponentów, ale podjęła kwestię ich wzajemnych współzależności. Na podstawie zebranych danych empirycznych opowiedziała się za sekwencyjnym rozwojem symptomów wypalenia. We współpracy z Leiterem (Leiter, Maslach, 1998) opracowała model pokazujący kolejność pojawiania się poszczególnych komponentów wypalenia. Wynika z niego, że wypalenie jest pochodną nadmiernego obciążenia

pracą zawodową, charakteryzuje się fazowym przebiegiem z wyraźną progresją symptomów. Rozpoczyna się objawami emocjonalnego wyczerpania, które w sytuacji braku właściwych zachowań zaradczych prowadzą do nadmiernego dystansowania się do trudnych spraw zawodowych oraz ich depersonalizacji. W ostatniej fazie następuje brak satysfakcji zawodowej. Istotnym wkładem w problematykę wypalenia zawodowego jest wypracowanie technik dystansowania się osób pomagających wobec problemów pacjentów. Są one często traktowane jako warunek zmagania się ze stresem emocjonalnym, co daje szansę na zapewnienie pacjentowi opieki. Dystansowanie to może zachodzić podczas bezpośredniego kontaktu z pacjentem, poprzez następujące techniki dystansowania (Maslach, 1982b):

- etykietowanie i używanie profesjonalnego żargonu – sposób oddzielania swoich uczuć od problemów innych ludzi; polega na używaniu terminów uprzedmiotawiających bądź określania ich w kategoriach relacji funkcjonalnej;
- intelektualizację – przedstawianie sytuacji w bardziej ogólnych, a przez to w mniej osobistych kategoriach;
- izolowanie sytuacji – wyodrębnienie obszaru zawodowego i osobistego;
- poczucie humoru i obracanie wszystkiego w żart – to techniki pozwalające na redukcję i kontrolę doświadczanych emocji, łącznie z takimi zachowaniami jak wygadanie się, użalanie, pośmianie;
- wycofanie się – zminimalizowanie swojego zaangażowania oraz wywołujących stres kontaktów z innymi, zarówno na poziomie psychicznym, jak i fizycznym.

Dystansowanie się poprzez wspomniane techniki umożliwia osobom pracującym z pacjentami redukcję pobudzenia emocjonalnego, a tym samym radzenie sobie ze stresem zawodowym. Jednak ich stosowanie przez dłuższy czas doprowadza do obojętności wobec innych oraz ich problemów i może przyczynić się do apersonalnej postawy wobec nich, co w ocenie Maslach jest symptomem erozji profesjonalizmu.

Istotną zmianą podejścia Maslach i jej współpracowników (Maslach, Goldberg, 1998) do zjawiska wypalenia jest analizowanie go obecnie w szerszej płaszczyźnie zawodowej. Aktywność zawodowa została umieszczona na kontinuum, na którego jednym krańcu jest „zaangażowanie”, na drugim zaś „wypalenie”. Wypalenie to syndrom składający się z wyczerpania, cynizmu i niedostatecznej efektywności. Jest ono przeciwstawne do zachowań pełnych energii, gotowości do współpracy i charakteryzujących się skutecznością. Takie cechy aktywności wskazują na zaangażowanie jednostki w pełnienie ról zawodowych. Autorka uwzględnia trzy wymiary, analogicznie jak w przypadku wypalenia. Tak więc, według Maslach i Goldberg (1998), zaangażowanie wyraża się:

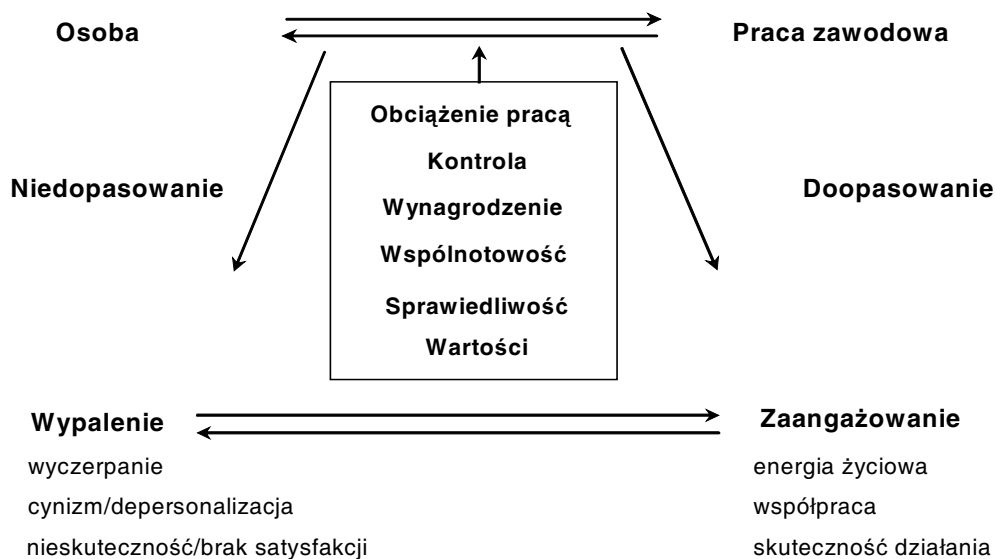
- energią – w przeciwieństwie do wyczerpania;
- współpracą – przeciwstawianą dystansowaniu się i cynizmowi;
- przekonaniem o własnej skuteczności – w przeciwieństwie do przekonania o braku osiągnięć zawodowych i nieefektywności działań.

Obszerne badania zespołu wypalenia zgodnie wskazują na liniową zależność między warunkami pracy a wynikami w testach ujmujących poziom wypalenia. Duże nasilenie konfliktów w pracy łączy się z wyraźnym wzrostem emocjonalnego wyczerpania, natomiast ich brak bądź małe nasilenie jest dobrym predyktorem braku wyczerpania. Podobnie poczucie sukcesów zawodowych łączy się z relacjami wsparcia i wzajemnej pomocy wśród pracowników, z doskonaleniem swoich umiejętności zawodowych, a tak-

że z możliwościami wpływania na podejmowane w pracy decyzje (Maslach, Goldberg, 1998).

Natomiast wypalenie jest, według wspomnianych autorek, wynikiem niedopasowania, jakim wysycane jest współczesne życie zawodowe. Niedopasowanie to jest związane z nadmiernym obciążeniem w pracy, brakiem kontroli i podejmowania decyzji co do pełnionych ról, niedostatecznym wynagrodzeniem, brakiem sprawiedliwości i doświadczaniem konfliktów wartości.

Tucholska (2001) przedstawiła graficznie wspomniane formy niedopasowania opisywane przez Maslach i współpracowników (Maslach, 1998; Maslach, Leiter, 1997; Leiter, Maslach, 1998) w następujący sposób (ryc. 1).



Ryc. 1. Model obszarów dopasowania zawodowego według Maslach i wsp. (za: Tucholska, 2001, s. 310)

Wymienione w modelu formy niedopasowania (ryc. 1) można scharakteryzować w następujący sposób (za: Tucholska, 2001).

Zbyt duże obciążenie pracą – zachodzi wtedy, gdy jednemu pracownikowi przydziela się zbyt wiele zadań w jednym czasie lub są to zadania zbyt złożone i obciążające dla jednego pracownika oraz gdy pracownik nie ma zapewnionych odpowiednich środków do wykonania powierzanych mu zadań. Sytuacja taka zdarza się często, gdy w miejscu pracy brakuje personelu lub wówczas, gdy pracownik rezygnuje z przysługującej mu przerwy w pracy lub ją skraca, aby w ten sposób sprostać postawionym mu zadaniom. Taka przedłużająca się sytuacja prowadzi do chronicznego przemęczenia pracownika, co uniemożliwia mu odzyskanie sił i powrót do równowagi.

Brak kontroli i współdecydowania – występuje wówczas, gdy pracownik nie ma możliwości samodzielnego dokonywania wyborów i rozwiązywania problemów zwią-

zanych z wykonywaną przez siebie pracą, a jego działania ograniczane są w znaczny sposób poprzez nadzór przełożonych lub sztywne przestrzeganie narzuconych zasad. Inną sytuacją, ograniczającą samodzielne podejmowanie decyzji przez pracownika, jest praca w ciągłym pośpiechu i chaosie – co sprawia, że pracownik realizuje zadania według odgórnego schematu, nie mając możliwości wprowadzenia własnych pomysłów. Innym czynnikiem, który powoduje zmniejszenie możliwości współdecydowania, jest brak autonomii, przejawiający się zawodową zależnością od innych osób – przykładowo, praca polega głównie na wykonywaniu poleceń innej osoby, która niezasłużenie otrzymuje całą nagrodę za osiągnięte rezultaty, chociaż jest tylko poleceniodawcą. Taka sytuacja rodzi w pracownikach poczucie niesprawiedliwości, które – według Maslach – stanowi kolejną formę niedopasowania.

Brak sprawiedliwości – występuje w sytuacji, gdy nie ma wyraźnie określonych reguł, norm i zasad funkcjonowania struktur organizacyjnych. Brak sprawiedliwości może przybierać formę nierównego traktowania pracowników, niesprawiedliwego podziału obowiązków, przydzielania nagród, niesprawiedliwej, subiektywnej oceny pracownika.

Niesprawiedliwość jest potęgowana, gdy pracownik nie ma możliwości obrony, dochodzenia własnych racji oraz obiektywnej oceny sytuacji. W konsekwencji powoduje to u niego narastanie poczucia krzywdy.

Rozpad wspólnoty – pojawia się, gdy w grupie współpracowników istnieją powtarzające się konflikty, które nierozwiązywane nawarstwiają się, powodując pojawienie się między nimi takich uczuć, jak wrogość i brak zaufania. Staje się to przyczyną dodatkowych sytuacji stresowych, a pracownicy przestają utrzymywać między sobą pozytywne relacje interpersonalne, zwiększa się podejrzliwość, nieufność i zmniejsza się, co niezmiernie ważne, możliwość wsparcia społecznego, które jest bardzo istotne w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu. Taka sytuacja jest szczególnie niekorzystna w zawodach, w których praca jest wykonywana zespołowo i powinna być oparta na zaufaniu i szczerości.

Konflikt wartości – występuje wówczas, gdy dochodzi do rozbieżności między wymogami stawianymi w pracy a osobistymi standardami jednostki. Mogą mieć miejsce takie sytuacje, w których jednostka czuje się zobligowana czy wręcz nakłaniana do nietetycznych działań bądź zachowań, czy też oczekuje się od niej takich form aktywności zawodowej, które nie przystają do jej systemu wartości. Na przykład pełniąc rolę zawodowe, pracownik może być przymuszany do kłamstwa lub oszustwa albo oczekuje się od niego unikania mówienia prawdy. Innym źródłem konfliktu wartości w pracy może stać się doświadczenie rozbieżności między wzniosłym przesłaniem (misją) a stosowaną na co dzień praktyką bądź obecność ukrytych, niejasnych celów czy zadań instytucji. Kolejnym przykładem jest sytuacja, w której pracownik jest zmuszany do wykonywania zadań, które nie są zgodne z jego kwalifikacjami lub wykraczają poza zakres jego obowiązków zawodowych.

Niedostateczne wynagrodzenie oznacza nie tylko niską gratyfikację finansową za wykonaną pracę, lecz ma również szerszy wymiar. Należy tu wymienić takie formy, jak: brak uznania, pochwały, niski prestiż wykonywanego zawodu, deprecjonowanie znaczenia wykonanego zadania, jak również samego pracownika. Niedostateczne wynagrodzenie i brak uznania za osiągnięcia mogą być okazywane przez przełożonych, współpra-

owników oraz podopiecznych, którzy umniejszają znaczenie wysiłku i poświęcenia danego pracownika dla konkretnej sprawy. Również za niedostateczne wynagrodzenie możemy uznać sytuację, w której sam pracownik umniejsza swoje dokonania, pozbawia się poczucia dumy i satysfakcji z własnych osiągnięć; taka postawa wynika z niskiego poczucia własnej wartości. Szeroko rozumiane niedostateczne wynagrodzenie staje się przyczyną niezadowolenia oraz frustracji (pracownik nie otrzymuje odpowiedniej gratyfikacji za wykonywaną pracę) i zwiększa poczucie niedopasowania.

Wymienione obszary niedopasowania (za: Tucholska, 2001) nie występują samodzielnie, w izolacji od pozostałych, lecz mogą na siebie wzajemnie wpływać – wzmacniać lub osłabiać znaczenie poszczególnych form niedopasowania bądź nakładać się na siebie.

Zaproponowany przez Maslach i współpracowników trójwymiarowy model wypalenia zawodowego jest powszechnie akceptowany i stosowany w badaniu problematyki wypalenia zawodowego. Podsumowując, można podkreślić wkład badaczy w wyjaśnienie przyczyn, struktury i dynamiki, opracowanie ogólnej teorii wypalenia, nawiązującej do interakcyjnej koncepcji stresu, szczególnie zaś do koncepcji dopasowania pomiędzy jednostką a pracą. Należy też dodać, iż autorzy ci uważają, że przyczyn wypalenia należy szukać w czynnikach indywidualnych oraz organizacyjno-strukturalnych.

1.1.2. Wypalenie zawodowe w ujęciu egzystencjalnym

Autorką egzystencjalnego modelu wypalenia jest Pines (2007), według której zasadniczą przyczyną wypalenia tkwi w potrzebie sensu życia. Każdy człowiek poszukuje sensu życia. Poszukiwanie to jest potężną siłą będącą sposobem radzenia sobie z udręką spowodowaną przez świadomość kruchości i śmiertelności ludzkiego istnienia, a w przekonaniu Beckera (1973) myśl o śmierci i strach przed nią są dla ludzi największą udręką. Aby uniknąć i zaprzeczyć śmierci, człowiek – według niego – musi czuć się bohaterem, wiedzieć, że jego życie ma sens, niepodważalne znaczenie, że liczy się w wyższym „kosmicznym” porządku rzeczy.

Sens życia jest potrzebą cechującą dorosłego człowieka, bez jej zaspokojenia nie może on normalnie funkcjonować ani maksymalnie zmobilizować wszystkich swoich zdolności (Obuchowski, 1965). Brak poczucia sensu życia uniemożliwia rozwój osobowości poprzez niemożność utworzenia własnej, abstrakcyjnej koncepcji życia, w której człowiek może się pozytywnie spełniać do końca istnienia (Obuchowski, 1995).

Zdaniem Pines (2007), religia w porównaniu z pracą dostarcza bardziej przekonującej odpowiedzi na pytania egzystencjalne, stąd ludzie próbujący znaleźć sens istnienia poprzez pracę częściej ulegają wypaleniu niż ludzie, którzy sens ten czerpią z wiary. Dla autorki jednym z możliwych wyjaśnień częstego występowania wypalenia w obecnych czasach jest sekularyzacja społeczeństwa.

Pines i współpracownicy definiują wypalenie jako „stan fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania, wywołany długotrwałym zaangażowaniem w sytuację zbyt obciążającą emocjonalnie” (Pines, Aronson, 1988, s. 9). Fizyczne wyczerpanie łączy się ze spadkiem energii i siły, poczuciem ciągłego zmęczenia oraz słabości i towarzyszą temu psychosomatyczne i fizyczne dolegliwości. Natomiast wyczerpanie emocjonalne to zarówno bezradność czy brak nadziei, jak i poczucie osaczenia albo zabloko-

wania, podczas gdy wyczerpanie psychiczne przejawia się obecnością negatywnych postaw wobec siebie, pracy i własnego życia.

Egzystencjalny model wypalenia przedstawiony przez Pines jest modelem motywacyjnym. Jego podstawowe założenie głosi, że tylko osoby o wysokim poziomie motywacji mogą się wypalić. Osoba bez takiej początkowej motywacji może doświadczać stresu, alienacji, depresji, kryzysu egzystencjalnego lub zmęczenia, ale nie wypalenia. Według egzystencjalnego modelu wypalenia osoby o wysokim poziomie motywacji rozpoczynają pracę w wybranym przez siebie zawodzie ze wzniosłymi celami oraz dużymi oczekiwaniami dotyczącymi tego, co ma im zapewnić praca. Niektóre z tych motywów są powszechne i wspólne dla większości ludzi, którzy zaczynają pracę zawodową. Inne są specyficzne dla określonego zawodu i wspólne dla grupy ludzi, którzy wybierają ten zawód. Jeszcze inne są osobiste i stanowią swoistą cechę indywidualnego pracownika. A więc do motywów tych zalicza się (za Pines, 2007):

- Powszechne motywy pracy, obejmują takie cele i oczekiwania, jak: mieć istotny wpływ, odnieść sukces i być docenianym.
- Specyficzne dla danego zawodu motywy pracy tworzą „profil”, który charakteryzuje ludzi w pewnej określonej dziedzinie pracy zawodowej. Wspólnym motywem osób zatrudnionych w zawodach polegających na pracy z ludźmi jest pomaganie ludziom i wywieranie istotnego wpływu na ich życie.
- Osobiste motywy pracy oparte są na zinternalizowanym, „romantycznym obrazie” danej pracy, dla którego modelem może być jakaś znacząca osoba, podziwiana postać z książki czy filmu lub jakieś ważne wydarzenie.

Z literatury przedmiotu wynika ponadto, że największe ryzyko występowania wypalenia obserwuje się u osób, które podjęły się zadań związanych z pomaganiem z konieczności, bez profesjonalnego przygotowania.

Spełnianie oczekiwań i osiąganie celów u osób z wysokim poziomem motywacji może zachodzić we wspierającym środowisku pracy. Jest to środowisko posiadające maksimum pozytywnych cech, które umożliwia profesjonalistom osiągnięcie ich celów przez zapewnienie niezbędnej autonomii, środków i wsparcia, przyczynia się do odnośzenia sukcesów, dostarcza poczucia egzystencjalnego znaczenia, co z kolei wzmacnia pierwotną motywację do pracy. Przeciwnie, biurokratyczne i administracyjne naciski ograniczają wolność profesjonalistów w pracy i zmuszają ich, by poświęcali czas i wysiłek na sprawy, które uważają za drugorzędne. Przeciążenie, nacisk na podejmowanie ważnych decyzji bez dostatecznej ilości czasu, sprzeczne wymagania i nadmierny zakres obowiązków wywołują w nich poczucie, że bez względu na to, jak bardzo się starają, nigdy nie będą mieć istotnego wpływu ani nie odniosą sukcesu (Pines, 2007).

Wynikiem długotrwałego borykania się z tymi negatywnymi cechami pracy jest subiektywne doświadczenie porażki. Dla ludzi, którzy swoją wartość wiążą z rezultatami własnego działania i starają się uzyskać ze swej pracy poczucie egzystencjalnego znaczenia, porażka jest druzgocącym doświadczeniem i potężnym czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu wypalenia (Pines, 2007).

Jak podaje Burisch (2007), poważne lub często powtarzające się porażki mogą prowadzić do różnorodnych konsekwencji. Może ulec zmianie konfiguracja motywów – niektóre z nich, jak np. efektywne pomaganie ludziom – na początku bardzo realistyczne, ulegają przytłumieniu lub zneutralizowaniu przez silne motywy unikania. Mogą

zmniejszać się aspiracje zawodowe, ucierpieć może ogólna zdolność realizacji własnych celów.

Meier (1983, za: Fengler, 2000) przyjął, że oczekiwanie sukcesu, rzeczywiste działanie i udzielenie wsparcia osobie pomagającej w jej czynnościach wpływają na siebie wzajemnie i uzupełniając się, wywierają także wpływ na zjawisko wypalenia: kto nie wierzy w swoją skuteczność, ten rzeczywiście rzadko odnosi sukcesy i nie jest silny. Wobec tego jest bardziej narażony na wypalenie niż inne osoby pomagające.

Podstawowym czynnikiem decydującym o tym, czy osoby o wysokim poziomie motywacji osiągną sukces i znaczenie, czy też będą miały poczucie porażki i wypalą się, jest sposób spostrzegania środowiska pracy. Niekiedy ludzie mogą mieć poczucie sukcesu nawet w stresującym otoczeniu, a mogą też uważać, że zawiedli, mimo iż znajdują się w otoczeniu wspierającym. Według Pines (2007), przypadki takie należą jednak do wyjątków, w większości bowiem to warunki środowiskowe przesądzają o tym, czy osoby o wysokim poziomie motywacji wypalą się, czy będą miały poczucie, że wykonywana przez nie praca jest istotna i znacząca. Autorka ta twierdzi ponadto, że różnice indywidualne w poziomie wypalenia można zwykle wyjaśnić różnicami pomiędzy indywidualnymi cechami i oczekiwaniami, z którymi ludzie rozpoczynają pracę w wybranym zawodzie. Im bardziej wzniosłe i nierealistyczne są te cele i oczekiwania, tym bardziej jest prawdopodobne, że doprowadzą one daną osobę do doświadczenia porażki, a w końcu do wypalenia.

Pines (1993) podkreśla również z naciskiem, że w realnym życiu środowisko pracy nie jest nigdy tylko wspierające bądź wyłącznie stresujące. Kwestią istotną dla prewencji wypalenia jest znalezienie elementów korzystnych dla pracownika w środowisku pracy, gdyż wypala nie tyle sama praca, ile brak oczekiwanego zawodowego spełnienia, które wyraża się osiągnięciem zamierzonych celów i dążeń.

Egzystencjalny sposób patrzenia na zjawisko wypalenia ma zatem zarówno praktyczne, jak i teoretyczne implikacje. Na poziomie praktycznym, dzięki zwróceniu uwagi na to, jak ważne jest czerpanie z pracy poczucia znaczenia, może prowadzić do podejmowania wysiłków na rzecz zapobiegania wypaleniu oraz radzenia sobie z nim, gdy już wystąpi. Natomiast na poziomie teoretycznym egzystencjalne ujęcie wypalenia stanowi inspirację do podejmowania dalszych badań dotyczących tego zjawiska.

1.1.3. Środowiskowy model wypalenia zawodowego

Golembiewski i jego współpracownicy (Golembiewski, Munzenrider, Stevenson, 1986; Golembiewski, Scherb, Boudreau, 1993) opracowali model środowiskowy wypalenia zawodowego, traktując je jako wielofazowy „podstępny proces”, wywołwany stresami występującymi w różnych środowiskach pracy i wynikający ze zbyt dużej liczby zadań i obowiązków, niejasności ról zawodowych oraz braku autonomii, wsparcia oraz pomocy ze strony innych. Według nich wypalenie zawodowe przejawia się takimi objawami, jak:

- zaburzenia, zarówno fizjologiczne, jak i psychiczne, przy obserwowanym niekiedy wzroście konsumpcji używek i leków;
- obniżenie jakości wykonywanych zadań i spadek wydajności pracy.

Golembiewski i współpracownicy dostrzegli obok zaburzeń snu i apetytu lęk oraz depresję pracownika, poważne następstwa dla instytucji, gdyż z jednej strony praca w przeciążających dla niego warunkach prowadzi do spadku jego ogólnej kondycji, a z drugiej – do zmniejszenia wydajności i pogorszenia jakości pracy zawodowej. Potwierdzili to w badaniach empirycznych, gdyż ustalili siłę związków między elementami strukturalnymi przyjętego modelu – wykazując, że trudne warunki pracy pozostają w bardzo istotnej relacji z wypaleniem i nieco mniejszej z symptomami zaburzeń oraz z jakością świadczonych usług (Golembiewski, Munzenrider, 1988; Golembiewski, Scherb, Boudreau, 1993; Golembiewski i in., 1996).

Golembiewski i współpracownicy w swoich rozważaniach przyjmują, że najpierw pojawia się depersonalizacja, potem dochodzi utrata satysfakcji zawodowej, a dopiero na końcu występują objawy emocjonalnego wyczerpania. Przedstawili to poprzez określenie ośmiu kolejnych faz, co obrazuje tabela 1, a posługują się w niej symbolami wysokiego (+) i niskiego (–) nasilenia każdego z tych symptomów, w następujących po sobie wspomnianych fazach wypalenia.

Tabela 1

Fazy wypalenia (za Golembiewski, Scherb, Boudreau, 1993, s. 230)

Objawy osiowe	Fazy							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Depersonalizacja	–	+	–	+	–	+	–	+
Brak zadowolenia	–	–	+	+	–		+	+
Wyczerpanie	–	–	–	–	+	+	+	+

Z tabeli 1 wynika, że w początkowych fazach dochodzi do przechodzenia z niskiego do wysokiego nasilenia objawów, najpierw związanych z depersonalizacją, a następnie utratą satysfakcji zawodowej i nieco później z emocjonalnym wyczerpaniem. W fazach środkowych niższe i wyższe nasilenia występują dla poszczególnych symptomów wypalenia w sposób nieregularny, a dopiero w końcowych fazach mamy do czynienia tylko z wyższym nasileniem wszystkich objawów. Autorzy zwracają również uwagę na dynamiczność tego zjawiska ze względu na chroniczny lub też ostry przebieg czynników wypalenia. Chroniczny przebieg jest zależny od stopniowo pogarszających się warunków pracy, powodując narastanie symptomów, natomiast ostry występuje w sytuacjach nagłych (Golembiewski, Scherb, Boudreau, 1993).

Progresywny charakter zmian wskazuje na nasilenie symptomów wypalenia przy zachowaniu pewnych prawidłowości i kolejności w narastaniu dyskomfortu związanego z pracą zawodową, a należą do nich (Golembiewski, Scherb, Boudreau, 1993, s. 231):

- obniżenie satysfakcji z pracy;
- podwyższenie napięcia przy wykonywaniu czynności zawodowych;
- pogorszenie jakości pracy;
- spadek samooceny;
- tendencje do zmiany pracy;
- wzrost fizycznych symptomów;

- wzrost negatywnych stanów afektywnych typu lęk, depresja;
- większe nasilenie psychiatrycznych symptomów o charakterze niepsychotycznym.

W podsumowaniu należy podkreślić słuszność przedstawienia przez Golembiewskiego i współpracowników wypalenia jako istotnego aspektu życia zawodowego i znaczącej w wypaleniu roli niesprzyjających warunków pracy oraz błędów w jej organizacji. Należy jednak zaznaczyć, że model ten jest zdecydowanie różny do zaproponowanego przez Maslach wzorca sekwencji wypalenia, a inni badacze (Lee, Ashforth 1993; Cordes, Dougherty, Blum, 1997) nie potwierdzają trafności ustalonej przez Golembiewskiego i jego współpracowników sekwencji występowania symptomów wypalenia.

1.1.4. Wypalenie zawodowe jako konsekwencja narastającego rozczarowania

Edelwich i Brodsky (1980) wypracowali, na podstawie wieloletniej praktyki przy prowadzeniu warsztatów antywypaleniowych, koncepcję wypalenia, będącego skutkiem stopniowego narastania rozczarowania pracą zawodową. Obserwacje i doświadczenia skłoniły ich do zdefiniowania wypalenia zawodowego jako: „stopniowej utraty idealizmu, energii i celów, które występują u osób wykonujących zawody skoncentrowane na niesieniu pomocy, na skutek niesprzyjających warunków pracy”. Edelwich i Brodsky (1980, s. 14) podkreślają główną rolę czynników środowiskowych w powstawaniu tego zaburzenia. Autorzy ci, uwzględniając specyfikę zawodów społecznych, zwracają uwagę na następujące czynniki wywołujące stres i wypalenie:

- brak jasnych kryteriów umożliwiających ocenę rezultatów pracy;
- duże obciążenie pracą;
- niskie płace;
- brak możliwości zrobienia kariery zawodowej;
- niski status społeczny tych zawodów;
- niski prestiż zawodowy;
- niedostateczne wsparcie instytucjonalne.

Autorzy ci doszli do wniosku, że poddawanie pracownika długotrwałemu działaniu wspomnianych stresorów, o różnym ich nasileniu, może powodować utrudnienie pełnienia ról zawodowych, przy wymaganiu coraz to większej mobilizacji. W konsekwencji może dochodzić do wypalenia zawodowego, które – według nich – jest procesem sukcesywnego narastania rozczarowania, w którym można wyodrębnić cztery fazy:

1. Entuzjazm; w początkowym okresie rozwoju kariery zawodowej jednostka przejawia entuzjazm, idealizm, liczne plany oraz zamierzenia związane z pracą zawodową. Ma niewielkie szanse na realizację, pomimo dużego zaangażowania i ciężkiej pracy.

2. Stagnacja; następuje po fazie pierwszej jako „zawieszenie broni”, kiedy to początkowy zapał opadnie po konfrontacji z rzeczywistością i doznanych rozczarowaniach.

3. Frustracja; kolejne rozczarowania zawodowe oraz odczuwanie niezaspokojenia potrzeb i pragnień, niska płaca, brak dostatecznego wsparcia i pomocy ze strony instytucji, niewłaściwa organizacja i zarządzanie placówką prowadzą do wypalenia.

4. Apatia; to rezultat rozczarowań i frustracji, prowadzący do tendencji izolacyjnych u pracownika, wycofywania się z aktywności zawodowej, zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej, narastania niechęci do wchodzenia w bezpośrednie relacje ze współ-

pracownikami i wykonywania obowiązków. Przejawia się też oporem przed codziennym chodzeniem do pracy, czego konsekwencją jest wzrost absencji, obojętności wobec innych osób oraz ich problemów, a utrata pozytywnych uczuć do podopiecznych prowadzi do zubożenia i posługiwania się różnymi środkami kontroli.

Edelwich i Brodsky (1980) widzą ponadto potrzebę wyodrębnienia piątej fazy, zwanej fazą interwencji, zaznaczając, że pomoc jest tym trudniejsza, im bardziej zaawansowany jest rozwój wypalenia. Należy podkreślić, że autorzy ci, przy rozpatrywaniu przyczyn wypalenia, zwrócili szczególną uwagę na trudne warunki pracy, a nie czynniki podmiotowe.

1.1.5. Model wypalenia zawodowego braku kompetencji

Cherniss (1980a) określa wypalenie zawodowe jako wielofazowy proces, który rozpoczyna się poczuciem rozczarowania i utraty przez jednostkę oczekiwań związanych z pracą zawodową, a przebiega w trzech fazach:

1. Faza napięcia – to brak odpowiedniości i występowanie sprzeczności między zasobami jednostki a wymaganiami, jakie są jej stawiane w pracy.
2. Faza przeciążenia – następuje szybko po pierwszej fazie i charakteryzuje się emocjonalnymi napięciami oraz poczuciem zmęczenia i wyczerpania.
3. Zachowanie defensywne i wypalenie – występują w tej fazie liczne zmiany postaw i zachowań z wyraźną tendencją do traktowania innych osób w sposób chłodny, mechaniczny, oraz skłonnością do cynicznego zaabsorbowania własnymi potrzebami.

Cherniss zwrócił uwagę na istotną rolę strategii zaradczych w procesie wypalenia. Podkreśla też, że zarówno wymagania zawodowe, jak i brak skutecznego radzenia sobie ze stresem, a szczególnie unikanie i wycofanie, są czynnikami znaczącymi w etiologii wypalenia. Cherniss (1980a; 1980b) na podstawie własnych badań ustalił obecność bardzo nasilonego rozczarowania wśród młodych pracowników zawodów społecznych i zwrócił uwagę, że w ich opinii przyczyną tego stanu była zastana sytuacja w pracy, odległa od ich wyobrażeń i oczekiwań. Prowadzi to do psychologicznego wycofania się zarówno z kontaktów z podopiecznymi, jak i ze współpracownikami, a więc do wypalenia się.

Model wypalenia zawodowego braku kompetencji, opracowany przez Chernissa (1980a), bazuje na doświadczanym przez jednostkę stresie zawodowym, który jest pochodną warunków pracy oraz sytuacji psychospołecznej pracownika. Ten stan napięcia i dyskomfortu, występujący w środowisku, jest modyfikowany zachowaniami zaradczymi, a uruchomienie aktywnych i efektywnych zachowań przyczynia się do spadku napięcia i powrotu do równowagi. Natomiast wykorzystanie nieadekwatnych, defensywnych strategii zaradczych potęguje stan nierównowagi i dyskomfortu jednostki, gdyż niezmodyfikowany adekwatnymi zachowaniami zaradczymi stres prowadzi do utraty sił i względnie trwałej zmiany postaw charakterystycznych dla zespołu wypalenia.

Cherniss (1993), analizując skutki stresu zawodowego u młodych pracowników, początkowo koncentrował się wyłącznie na negatywnej pętli, jaką tworzą: stres, defensywne zachowania i wypalenie się, natomiast w drugim okresie badań zwrócił szczególną uwagę na istotną rolę adekwatnych działań zaradczych, prowadzących do rozwiązywania problemów w pracy. Doszedł on mianowicie do wniosku, że w dłuższej perspekty-

wie działania te umacniają przekonanie o skuteczności własnego postępowania, co zapobiega wypaleniu zawodowemu.

Cherniss (1980a; 1990) wyodrębnił wiele symptomów charakterystycznych dla wypalenia, które – jego zdaniem – można odczytać jako sygnały ostrzegawcze wyczerpywania się sił, i przedstawił je w następujących grupach:

- spadek energii wyrażający się wyczerpaniem fizycznym, utratą masy ciała i apetytu, bezsennością, bólami głowy i innymi objawami somatycznymi, a także częstym sięganiem po używki;
- obniżenie aspiracji i odczuwanie obaw przed pójściem do pracy, spadek zainteresowań, zniechęcenie i niepewność;
- wzrost bezradności, poczucie porażki oraz zawodu wobec siebie, wzrost gniewu, winy i odpowiedzialności, obojętność, wycofanie i tendencje do izolacji;
- emocjonalny dystans przejawiający się spadkiem pozytywnych uczuć wobec pacjentów, przesuwanie terminów spotkań i skracanie czasu bezpośredniego kontaktu z osobami, którym się pomaga, utrata idealizmu, prowadząca do cynizmu, tendencje do pełnienia służby „zgodnie z przepisami” i wyraźnego wzrostu interesowności;
- wyobcowanie w środowisku pracy, przybierające formy unikania kontaktów z kolegami i wymiany doświadczeń zawodowych, oraz narastanie konfliktów zarówno w pracy, jak i w domu.

Dla Chernissa (1993) szczególnie znaczące były te ustalenia Halla, które dotyczą następstw braku sukcesów w pracy. Powodują one na ogół „psychologiczne wycofanie się z tych obszarów, w których jednostka doświadcza porażki” (Hall, 1976, s. 136), a wycofanie to, według Halla (1976), może przyjmować następujące formy:

- emocjonalnego dystansowania się, obniżenia własnych standardów, apatii i spadku zainteresowań;
- wzrostu znaczenia materialnych gratyfikacji i deprecjonowania wartości duchowych;
- zwiększenia postawy obronnej przez usztywnienie mechanizmów obronnych;
- zatargów z instytucją;
- opuszczenia instytucji.

Dla Chernissa (1980a) poglądy Halla były potwierdzeniem przekonania o znaczącej roli poczucia sukcesu i kompetencji w przeciwdziałaniu wypaleniu i zwróciły jego uwagę na koncepcję własnej skuteczności (*self-efficacy*), definiowaną przez Bandurę (1989, s. 1175) jako „przekonanie człowieka o możliwości kontrolowania zdarzeń, które dotyczą jego życia i możliwości skutecznego oddziaływania na sytuacje życiowe”.

W podsumowaniu można przyjąć, że Cherniss warunkuje skuteczność w zawodach społecznych wszystkimi trzema rodzajami umiejętności: specyficznymi dla danej profesji umiejętnościami, kompetencjami społecznymi i sprawnościami organizacyjnymi. Wyniki badań wskazują, że kandydaci do pracy w zawodach społecznych w różnym stopniu są przygotowani do czekających ich zadań. Szczególnie często występują niedostatki w zakresie umiejętności organizacyjnych. W związku z czym w analizie wypalenia postuluje on potrzebę zwracania uwagi na wszystkie trzy obszary i uwzględniania ich wpływu na generowanie stresu oraz przeciążenia zawodowego i przypisuje *self-efficacy* duże znaczenie w etiologii wypalenia, natomiast w pewnym stopniu minimalizuje rolę czynników środowiskowych.

1.1.6. *Ogólny model wypalenia*

Schaufeli i Enzmann (1998), biorąc pod uwagę, że wypalenie jest bardzo złożonym zjawiskiem, które można analizować na płaszczyźnie jednostkowej, interpersonalnej, organizacyjnej i społecznej, przy opracowaniu własnej definicji wypalenia zawodowego wykorzystali dotychczasowy dorobek w tej dziedzinie. Przyjęli oni (Schaufeli, Enzmann, 1998, s. 36), że

„wypalenie jest przewlekłym, negatywnym stanem psychicznym, wywołanym pracą zawodową, pojawiającym się u ludzi w »normie«, które początkowo charakteryzuje poczucie wyczerpania, a następnie zniechęcenie, zmniejszenie skuteczności działań, obniżenie motywacji oraz negatywne postawy i zachowania utrudniające przystosowanie w pracy. Symptomy te rozwijają się stopniowo i przez dłuższy okres mogą być niedostrzegane przez jednostkę. Stan ten jest spowodowany brakiem zgodności między aspiracjami zawodowymi a rzeczywistymi warunkami w pracy. Wypalenie ma często charakter samowzmacniającego się procesu, o czym decydują nieadekwatne strategie radzenia sobie”.

Zgodnie z tą definicją, wypalenie narasta stopniowo, często w sposób niedostrzegalny, zarówno dla pracownika, jak i otoczenia, a osiowymi objawami tego zaburzenia są wyczerpanie i towarzyszące mu cztery symptomy: zniechęcenie, spadek poczucia skuteczności działania, obniżenie motywacji oraz negatywne postawy utrudniające przystosowanie do warunków pracy.

Schaufeli i Enzmann (1998) są zdania, że napięcia wynikające z rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami jednostki a możliwością realizacji planów zawodowych w trudnych warunkach pracy wpływają na wypalenie. Autorzy ci podjęli próbę podsumowania wiedzy o najistotniejszych czynnikach wyjaśniających naturę tego zjawiska i wytypowali najważniejsze, wzajemnie się wzmacniające czynniki:

1. Silna motywacja; wypalenie zawodowe znacznie częściej rozwija się u osób z silną motywacją, ambitnych, o wysokich aspiracjach, którym towarzyszą entuzjazm i zaangażowanie, czego potwierdzeniem jest trafne sformułowanie Paines (1993, s. 41), że: „aby wypalić się, najpierw trzeba płonąć”. Schaufeli i Enzmann (1998) za grupę z największym ryzykiem wystąpienia wypalenia zawodowego przyjmują pracowników dążących do osiągnięcia zamierzonych celów i u których wyczerpanie sił pracą zawodową jest bardzo prawdopodobne.

2. Trudne warunki pracy; niekorzystne realia codziennego życia zawodowego, szczególnie negatywnie wpływające na pracownika ambitnego, z silną motywacją do działania, mogą przyczynić się do odczuwania przez niego frustracji, zmęczenia, wyczerpania i zniechęcenia. Potwierdzają to również inni badacze, np. Maslach i współpracownicy, którzy budują swoją ogólną teorię wypalenia na relacji dopasowania między osobą a pracą (Maslach, 1998a; Maslach, Leiter, 1997).

3. Nieskuteczne strategie zaradcze; skuteczność działań, które prowadzą do korzystnych następstw zarówno dla jednostki (dobre samopoczucie, zdrowie, wzrost samooceny), jak i dla instytucji (większa wydajność pracy, dobra jakość usług), można uznać za element zapobiegawczy wypaleniu zawodowemu (por. Cherniss, 1993; Pines, 1993; Maslach, 1998a). W praktyce często mamy do czynienia ze zjawiskiem przeciwnym, czyli nieskutecznymi strategiami zaradczymi (wycofanie fizyczne bądź psychiczne, niewłaściwe atrybucje), które prowadzą do pojawienia się negatywnych konsekwencji, za-

równy w wymiarze jednostkowym (utrata zdrowia, depresyjność, niska samoocena), jak i organizacyjnym (absencja, spadek wydajności i jakości pracy). To niekorzystne zjawisko, wynikające z nieefektywnych strategii, ujęli w swoich koncepcjach wypalenia m.in. Freudenberger (1983), Fischer (1983), Hobfoll i Schirom (1993), Harrison (1983). Schaufeli i Enzmann (1998). Są zdania, że wypalenie zmniejsza u pracownika zasoby zaradcze osoby i efektywność radzenia sobie ze stresem, a tym samym utrudnia osiągnięcie celów i obniża umiejętności zaradcze. Ten samowzmacniający się proces, ujmowany przez Hobfolla i Schiroma (1993) jako sekwencja zależności, nazwali oni spiralą strat, działającą według zasady błędnego koła. Natomiast jako spiralę wzrostu określili oni proces temu przeciwny (skutecznego radzenia sobie), kiedy efektywność zawodowa rośnie, a cele są osiągnięte, co z kolei wzmacnia zasoby zaradcze.

W przedstawionym modelu Schaufelego i Enzmann autorzy koncentrują się zatem na istotnej roli motywacji, trudnych warunków pracy jako podstawowych czynnikach wzmagających stres, co przy nieefektywnych strategiach zaradczych powoduje proces wypalenia zawodowego, natomiast przy stosowaniu efektywnych strategii zaradczych nie tylko nie dochodzi do tego wypalenia, ale następują pozytywne osiągnięcia w pracy. Należy podkreślić, że takie podejście integruje dorobek naukowy w zakresie wypalenia.

1.1.7. *Poznawczo-kompetencyjny model wypalenia zawodowego*

Model ten, opracowany przez Sęk (2005), nawiązuje do poznawczo-transakcyjnej teorii stresu według Lazarusa. Decydującą rolę odgrywają w nim czynniki środowiskowe – stresory (specyficzne dla każdego zawodu) oraz procesy subiektywnej oceny stresorów i własnych zasobów. Ocena pierwotna dotyczy codziennych obciążeń i stresujących wydarzeń związanych z pracą zawodową – mogą być one oceniane jako wyzwanie, strata (uszkodzenie), zagrożenie; może ona mieć charakter korzystny lub niekorzystny (wówczas wywołuje napięcie). Jest podstawą do uruchomienia procesów radzenia sobie, które mogą być ukierunkowane na emocje lub rozwiązanie problemu.

Ocena wtórna (informacje zwrotne) ma na celu określenie posiadanych umiejętności zaradczych i kompetencji społecznych, jest podstawą do kształtowania się poczucia własnej skuteczności, która bezpośrednio wpływa na zapobieganie wypaleniu zawodowemu oraz decyduje o sposobie postrzegania kolejnych stresorów w pracy zawodowej. Sęk (2005) uważa, że na proces powstawania wypalenia zawodowego mają wpływ nieracjonalne przekonania, wynikające z czteroczynnikowego modelu kontroli Bryanta (1989), a będące kombinacją dwóch wymiarów: „doświadczenia pozytywne vs negatywne” i „kontrola pierwotna (otoczenia) vs kontrola wtórna (własnych cech i procesów)”. Sęk (2005) wyróżnia procesy kontroli typu:

- utrzymywanie – ocena pozytywna i kontrola otoczenia;
- unikanie – ocena negatywna i kontrola otoczenia;
- doznawanie – ocena pozytywna i samokontrola;
- zmaganie – ocena negatywna i samokontrola.

Można przypuszczać, że te rodzaje kontroli, które bazują na pozytywnej ocenie, będą sprzyjać radzeniu sobie z trudnościami, natomiast kontrola typu unikania może szczególnie nasilać stres i wypalenie.

Do specyficznych stresorów należy zaliczyć te wszystkie, które wynikają bezpośrednio z pełnionej roli zawodowej (pielęgniarki, lekarza). Stresory niespecyficzne są pochodną braków organizacyjnych i działania czynników makrospołecznych, wynikających także z reform i kryzysów systemu opieki zdrowotnej. Sytuacje stresowe i wymagania zawodowe są oceniane jako wyzwanie, zagrożenie lub strata. Jednocześnie oceniane są też własne możliwości, a w wyniku podejmowania prób radzenia sobie ze stresem na skutek informacji zwrotnych kształtuje się poczucie własnej skuteczności zawodowej, nazywane inaczej poczuciem kompetencji. Na proces adaptacji do stresu zawodowego mogą wpływać podmiotowe czynniki ryzyka (poczucie bezradności, typ kontroli, deficyty rozwojowe w zakresie autonomii, wadliwa motywacja zawodowa) i środowiskowe (sytuacje transformacji i dezorganizacji społecznej, braki materialne, brak wsparcia). Nasilają one prawdopodobieństwo wystąpienia wypalenia zawodowego. Jednak czynnikom ryzyka mogą przeciwdziałać zasoby podmiotowe, takie jak pozytywne kompetencje zawodowe, umiejętności radzenia sobie z trudnościami, poczucie sprawstwa, pozytywne elementy kontroli; oraz zasoby środowiskowe: m.in. – korzystny klimat organizacyjny, wsparcie społeczne, doradztwo antywypaleniowe. Zasoby, działające w czasie adaptacji do przewlekłego stresu, przeciwdziałają ryzyku wystąpienia wypalenia zawodowego (Sęk, 2005).

Za przyczynę wypalenia uznaje się, zatem

„czynniki środowiskowe, tj. stres zawodowy i cechy podmiotu, a zwłaszcza mechanizmy zmagania się ze stresem, dla których to mechanizmów głównym mediatorem jest poczucie własnej skuteczności zawodowej. Niski poziom kompetencji zaradczych wyzwała typową dla wypalania się obronę pod postacią depersonalizowania i obniżania zaangażowania zawodowego, co w konsekwencji pogarsza efekty w pracy zawodowej i powoduje obniżenie poczucia dokonań osobistych w realizacji ważnych i wartościowych dla jednostki celów życiowych” (Sęk, 2007 s. 95).

Model społeczno-poznawczy odgrywa dużą rolę w formułowaniu sposobów działania i metod zapobiegających powstawaniu wypalenia zawodowego.

1.1.8. Podsumowanie

Wypalenie zawodowe można analizować z różnych perspektyw, zarówno z indywidualnej, jak i interpersonalnej czy też kontekstualnej. Edelwich i Brodsky (1980) oraz Pines (1993), którzy reprezentują indywidualne podejście, podkreślają rolę i udział intrapsychicznych czynników w wyczerpaniu sił pracą zawodową. Natomiast interpersonalne podejście, którego przedstawicielem jest Maslach oraz jej współpracownicy (Maslach, Jackson 1986), szczególnie w pierwszym okresie badań, koncentrowało się na obciążeniach wynikających z interpersonalnych relacji w zawodach społecznych. Podkreśla się tu wymagania stawiane pracownikowi w zakresie kompetencji społecznych, uważając za główne źródła napięć dyssatisfakcjonujące relacje z pacjentami.

Następne podejście, którego przedstawicielami są Cherniss (1993), Golembiewski, Scherb, Boudreau (1993), Golembiewski i in. (1996), Maslach (1998a) oraz Maslach i Leiter (1997), to rozważania biorące pod uwagę czynnik organizacyjny i instytucjonalny w powstawaniu wypalenia. Autorzy ci akcentują rolę czynników organizacyjnych i strukturalnych w genezie wypalenia, takich jak: brak autonomii bądź kontroli nad warunkami pracy, niedostateczne wynagrodzenie i brak wsparcia społecznego, czy też zanik wspól-

notowości w grupie pracowniczej. Czynniki te prowadzą do zespołu wyczerpania sił, negacji i cynizmu. Różne ujęcia teoretyczne pokazują, jak bardzo złożonym zjawiskiem jest wypalenie, a dopiero szczegółowa analiza pozwala zrozumieć, że jest ono procesem fazowym, o złożonej strukturze i rozległych następstwach dla jednostki oraz zakładu pracy.

Jak już wcześniej wspomniano, proponowane w literaturze naukowej różnorodne ujęcia należy spostrzegać raczej jako uzupełniające się i dopełniające obraz tego złożonego zjawiska, jakim jest wypalenie. Dopiero analiza różnych ujęć teoretycznych ukazuje wyraźniej, że wypalenie jest końcowym etapem procesu o fazowym przebiegu. Charakteryzuje się ono złożoną strukturą i rozległymi następstwami zarówno dla jednostki, jak i organizacji. Przykładowo Edelwich i Brodsky (1980) wyodrębnili cztery fazy wyczerpania sił w konfrontacji zawodowej: entuzjazm, stagnację, frustrację i apatię. Tę ostatnią charakteryzuje pełny zespół symptomów utraty sił i spadku motywacji do pracy, które prowadzą do wycofania się jednostki z pełnionych ról i zadań w sensie fizycznym i psychicznym. Natomiast Cherniss (1980a; 1980b) pominął wstępną fazę aktywności zawodowej i wyodrębnił tylko trzy stadia narastania nieprzystosowania zawodowego: napięcie, przeciążenie i wypalenie.

Pines (1993) z kolei określiła strukturę wypalenia złożoną z wyczerpania fizycznego, emocjonalnego i psychicznego. Dodała też, że charakteryzuje się ono spadkiem energii i siły, któremu towarzyszą negatywne następstwa: poczucie osaczenia bądź zablokowania oraz wzrost negatywnych postaw wobec siebie, pracy i własnego życia.

Podobnie jak Pines, również Maslach (1998a) zwróciła uwagę na złożoną strukturę wypalenia i szczegółową analizę jego następstw. Stwierdziła, że strukturę tę tworzy wyczerpanie ogólne, które w płaszczyźnie psychologicznej skutkuje poczuciem rozluźnienia emocjonalnych więzi z podopiecznymi, co często przybiera formę apersonalnych kontaktów pozbawionych poczucia bliskości i przywiązania, określaną przez nią w modelu wypalenia jako depersonalizacja czy też dehumanizacja. Analizując następstwa omawianego zaburzenia w sferze zawodowej, autorka ta wskazała na spadek efektywności pracy, obniżenie zaangażowania w pełnienie ról zawodowych i brak sił do dalszego „dawania siebie”. Towarzyszy temu obniżenie poczucia skuteczności własnych działań i wzrost negatywnej samooceny.

Analizując natomiast koncepcję jeszcze innego zespołu badawczego – Golembiewski, Scherb, Boudreau (1993) – należy zwrócić uwagę, że badacze ci skoncentrowali się przede wszystkim na rozległych konsekwencjach wypalenia, nie wnikając w fazowość czy strukturę tego zjawiska. Wyodrębnili oni za to szczegółowe następstwa wypalenia, dzieląc je, dla łatwiejszego ujęcia problemu, na istotne dla pracownika – pojawianie się u niego różnorodnych symptomów fizjologicznych i psychologicznych – ważne dla jego zakładu pracy – spadek wydajności pracy i jakości usług.

Natomiast Sęk (2005, 2007) i jej współpracownicy (Sęk i in., 1997) skoncentrowali swoje rozważania szczególnie na przyczynach wypalenia, uznając za nie czynniki środowiskowe, czyli stres zawodowy i cechy podmiotu, a zwłaszcza mechanizmy zmagania się ze stresem, których głównym mediatorem jest poczucie własnej skuteczności zawodowej. Dzięki temu model społeczno-poznawczy wypalenia zawodowego ma duże znaczenie w formułowaniu sposobów działania i metod zapobiegających.

Należy dodać, że wspomniani autorzy, poznając coraz lepiej problematykę wypalenia zawodowego, modyfikują w kolejnych etapach badań swoje podejście, uzupełniając rozważania o dodatkowe elementy, pozostawiając jednak jako szkielet omówione koncepcje i założenia.

Analizując problematykę wypalenia zawodowego, nie można pominąć obserwowanych objawów tego zjawiska. Tucholska (2003) zebrała jego symptomy i objawy, najczęściej podawane w literaturze przedmiotu przez wielu badaczy, w tym również przez cytowanych w tym podrozdziale twórców koncepcji jego mechanizmów, a następnie uporządkowała je, przypisując im zaburzenie jednostki na różnych płaszczyznach jej funkcjonowania – indywidualnej, interpersonalnej i organizacyjnej. Z kolei każdej z tych płaszczyzn przyporządkowała podobne podziały symptomów na afektywne, kognitywne, behawioralne i motywacyjne, a płaszczyźnie indywidualnej – dodatkowo somatyczne. Przedstawiła to w formie tabelarycznej (tabela 2).

Tabela 2

Główne symptomy wypalenia (za: Tucholska, 2003, s. 58–59)

A. W płaszczyźnie indywidualnej

Afektywne	Kognitywne	Somatyczne	Behawioralne	Motywacyjne
depresyjność płaczliwość wyczerpanie labilność emocjonalna niepokój spadek kontroli emocjonalna lękliwość wzrost obaw	bezzadność bezsilność poczucie osaczenia poczucie porażki niska samoocena koncentracja na sobie poczucie winy myśli samobójcze zaburzenia pamięci zaburzenia koncentracji sztywność myślenia trudność w podejmowaniu decyzji	złe samopoczucie ból głowy ból mięśni zaburzenia snu zmiana wagi poczucie zmęczenia zaburzenia cyklu miesięczkowego zaburzenia gastryczne owrzodzenia zaburzenia kardjologiczne nadciśnienie łatwość przeziębień	impulsywność zmiana apetytu nieumiejętność wypoczywania łatwość ulegania wypadkom odkładanie spraw użalanie się nad sobą wzrost spożycia używek i leków	utrata idealizmu utrata gorliwości poczucie zawodu poczucie rozczarowania

Tucholska (2003) jest zdania, że duża liczebność objawów wypalenia przemawia wyraźnie za rozległością i wielowymiarowością tego zjawiska, chociaż niektóre z tych symptomów obserwuje się również w innych stanach stresu (np. zaburzenia snu i łaknienia, wzrost niepokoju czy drażliwość), wywołanych trudnymi doświadczeniami życiowymi, np. śmiercią współmałżonka, chorobą bliskiej osoby czy utratą pracy. Większość jest jednak specyficzna dla zespołu wypalenia sił. Dodaje również, że wymienione symptomy są charakterystyczne dla różnych faz czy stopni wypalenia, stąd można wśród nich

B. W płaszczyźnie interpersonalnej

Afektywne	Kognitywne	Behawioralne	Motywacyjne
przewrażliwienie irytacja emocjonalny chłód spadek empatii wzrost agresji	cynizm wobec podopiecznych stereotypowe postrzeganie podopiecznych etykietowanie podopiecznych surowość wrogość podejrzliwość nasilenie mechanizmu projekcji	agresja wobec podopiecznych izolacja społeczna wycofanie konflikty w pracy, w domu, w małżeństwie dystansowanie się do podopiecznych zazdrość szufladkowanie uszczypliwość niechęć do pomocy podopiecznym automatyzm zachowania zrywanie więzi ze współpracownikami	zniechęcenie utrata zainteresowań obojętność wobec spraw podopiecznych przedmiotowe traktowanie innych wzrost interesowności

C. W płaszczyźnie organizacyjnej

Afektywne	Kognitywne	Behawioralne	Motywacyjne
utrata satysfakcji zawodowej	cynizm utrata zaufania do współpracowników i władz zwierzchnich	spadek efektywności działań spadek jakości pracy zmiana pracy absencje niechęć do nowości wzrost wypadkowości nasilenie legalizmu skracanie czasu pracy skracanie czasu kontaktu z podopiecznymi	spadek motywacji do pracy niechęć pójścia do pracy spadek inicjatywy obniżenie zadowolenia z pracy

spotkać objawy uznawane za przeciwstawne (np. depresyjność – agresywność, izolacja – wrogość).

Tucholska (2003) zastrzega się jednak, że niektórzy odrzucają zasadność takich podziałów (np. Schaufeli i Enzmann), zwracając szczególną uwagę na obecność mechanizmu błędnego koła, charakterystycznego dla wypalenia, co sprawia, że symptomy wypalenia mogą być zarazem przyczyną i skutkiem, podobnie jak ujmuje to Hobfoll i Shirom czy Maslach, którzy już wcześniej wspominali o spirali wypalenia.

1.2. Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego

Problem wypalenia zawodowego dotyczy głównie zawodów społecznych, w których istotną rolę pełni bliski kontakt interpersonalny. Aby ów kontakt był satysfakcjonujący dla obu stron, konieczne jest zaangażowanie i emocjonalne dostrojenie pracownika do osoby korzystającej z pomocy oraz jego duża kreatywność, konieczność dzielenia trosk i zmartwień osób zwracających się o pomoc, co samo w sobie może już być obciążające.

Efektywność pracy w tych zawodach uwarunkowana jest harmonijnie układającymi się relacjami interpersonalnymi zarówno w płaszczyźnie poziomej (w grupie współpracowników, kolegów, personelu placówki), jak i pionowej (pracownik – kierownictwo instytucji).

W zawodach tych stawia się pracownikom wysokie wymagania co do umiejętności interpersonalnych, wśród których najważniejsze są: umiejętność uważnego słuchania, komunikowania się i negocjowania, empatia, cierpliwość, umiejętność okazywania zainteresowania, wspierania i efektywnego rozwiązywania problemów, takt, kultura osobista i dyskrecja. Konieczność sprostaniam tym wymaganiom stanowi główne źródło emocjonalnych obciążeń będących istotnym ogniwem wypalenia (Tucholska, 2001).

Przyjmuje się, że powstawanie zespołu wypalenia spowodowane jest przede wszystkim warunkami pracy oraz cechami osobowości pracownika. W zakresie warunków pracy najczęściej wymienia się:

- stopień psychicznego zaangażowania potrzebnego do wykonywania pracy;
- nadmierny poziom osobistej odpowiedzialności za wykonywane zadania, zwłaszcza przy braku swobody w zakresie sposobu ich realizacji;
- wysoki poziom wymagań maksymalnie angażujący umiejętności pracownika, co zmniejsza jego odporność i sprawność w trudnych sytuacjach;
- duże tempo pracy i fizyczne obciążenie pracownika;
- nieodpowiedni, autokratyczny styl zarządzania instytucją, skoncentrowany na kontroli i przez to powodujący zwiększenie niepewności i lęk o poziom wykonania zadania;
- niewłaściwe relacje interpersonalne w pracy, głównie zablokowanie porozumiewania się, które powoduje wzrost konkurencyjności i wrogości pomiędzy pracownikami.

Do cech osobowości mających wpływ na powstawanie zespołu wypalenia należą zwłaszcza:

- niedojrzała osobowość;
- niska samoocena;
- bierność i niepewność w obcowaniu z ludźmi;
- wycofywanie się z kontaktów i zależność od innych.

Tak skonstruowana osobowość powoduje, że relacje z innymi ludźmi są powierzchowne i niepełne, brak jest informacji zwrotnych o poziomie wykonania zadań zawodowych, co może wzmacniać napięcie i niepokój. Czasem zdarzają się osobowości o cechach całkowicie przeciwnych do wyżej wymienionych.

Różne niekorzystne konfiguracje cech osobowości powodują, opisywane przez psychologów, trzy typy zachowań pracownika, sprzyjających wypaleniu zawodowemu (Formański, 1998):

- nadmierne poświęcanie się pracy i nieprzywiązywanie uwagi do należytego wypoczynku, jako wyraz uczynienia pracy nadrzędną wartością;
- nadmierne poświęcanie się pracy jako kompensacja niezadowolającego życia osobistego, nadmierne zaangażowanie w wykonywanie zadań zawodowych sprzyjające wyparciu problemów, ale niesprzyjające ich rozwiązaniu;
- nadmierne poświęcanie się pracy, jako wyraz przekonania, że jest się jedyną osobą kompetentną i niezastąpioną, co wywołuje nieufność do współpracowników, prowadzącą do powstawania konfliktów.

Biorąc zatem pod uwagę inne cechy osobowości, uważa się, że bardziej podatne na wypalenie są osoby wysoko reaktywne, czyli takie, u których dochodzi do silnego pobudzenia, nawet pod wpływem stosunkowo słabych bodźców, które żywo i intensywnie reagują na stymulację ze strony otoczenia.

W psychologicznych badaniach nad wypaleniem można dostrzec obecnie pojawienie się nowej perspektywy, wynikającej z poznawczego podejścia do struktury i funkcjonowania osobowości człowieka. Zgodnie z nią nadmierne obciążenie czynnikami związanymi z wykonywanymi obowiązkami, dające w rezultacie objawy wypalenia zawodowego, związane jest z systemem przekonań i oczekiwań pomagającego, dotyczących jego pomagania innym ludziom. Otwiera to nowe możliwości terapii, autoterapii i profilaktyki wypalenia psychicznego, ponieważ struktury poznawcze kształtują się stosunkowo późno i łatwiej poddają się modyfikacji za pomocą metod psychoterapeutycznych czy nawet perswazyjnych (Formański, 1998).

Wśród innych uwarunkowań sprzyjających wystąpieniu syndromu wypalenia zawodowego wymienia się to samo miejsce wykonywania pracy i zamieszkania osoby pomagającej (np. mieszkanie służbowe znajdujące się na terenie kliniki). Osoba taka jest o każdej porze osiągalna i codziennie może kontynuować swój dyżur, nawet w czasie wolnym od pracy. Nie opuszcza nigdy całkowicie pola psychicznego zaabsorbowania, lecz przebywa w nim ciągle, właściwie aż do zaśnięcia (Fengler, 2000).

Na podobne zagrożenie wypaleniem zawodowym narażone są osoby pracujące w zawodach medycznych i razem zamieszkujące. Stres związany z taką sytuacją ujawnia się w chronicznym gniewie, depresji, myśleniu o samobójstwie, w epizodach osłabienia poznawczego i w cynizmie (Hillhouse, Adler, Waltres, 2000).

Wypalenie zawodowe pozostaje w wyraźnym związku z niezadowolaniem z pracy (Rafferty i in., 1986), z nadużywaniem alkoholu i zażywaniem narkotyków, z poszukiwaniem innego zajęcia, z liczbą zachorowań i niedbalstwem w pracy, jak również z przyjmowaniem środków uspokajających, a także z negatywnym stosunkiem do liczby godzin bezpośredniego kontaktu z pacjentami klientami i do wsparcia ze strony kolegów i partnerów (Cronin-Stubbs, Rooks, 1985).

Rozpiętość i dynamikę zjawiska określanego dzisiaj jako wypalenie wyrażają trafnie doniesienia Chernissa (1980a; 1980b), który określa to jako:

„ogromny opór przed codziennym pójściem do pracy, uczucie zawodu wobec samego siebie, złość i niechęć, poczucie winy, brak odwagi i obojętność, negatywizm, izolacja i wycofanie się, codzienne uczucie zmęczenia i wyczerpania, częste spoglądanie na zegarek, wielkie zmęczenie po pracy, utrata pozytywnych uczuć w stosunku do klientów, wzrost tendencji do pémienia »służby zgodnie z przepisami«, zakłócenia snu, unikanie dyskusji z kolegami na temat pracy, zajmowanie się samym sobą, większe przyzwolenie na środki kontrolujące zachowanie (na przykład trunkwizatory), częste przeziębienia i grypy, częste bóle głowy i dolegliwości przewodu pokarmowego,

nieuślepliwość w myśleniu i niechęć do zmian, nieufność i paranoidalne wyobrażenia, ekscesywne zażywanie narkotyków, problemy małżeńskie i rodzinne, oraz częsta nieobecność w miejscu pracy”.

Kaslow i Schulman (1987, za: Fengler, 2000) wymieniają szereg sygnałów ostrzegawczych, które wskazują na zjawisko wypalenia i są dostrzegalne dla każdej osoby trudniącej się pomaganiem innym:

- niechęć towarzysząca wychodzeniu do pracy;
- ciągłe skargi na odczuwany brak chęci do pracy bądź przepracowanie;
- poczucie izolacji od świata;
- odbieranie życia jako ciężkiego i ponurego;
- wzrastająca liczba negatywnych wzajemnych przeniesień w kontaktach z innymi;
- poirytowanie, negacja, drażliwość i brak cierpliwości w domu;
- częste choroby bez rozpoznawalnych przyczyn;
- myśli o ucieczce i samobójstwie.

Wypalenie zawodowe jest zespołem symptomów występujących łącznie (Wilczek-Rużyczka, 2002c). Mogą manifestować się one w specyficzny dla danej osoby sposób i przybierać rozmaite intensywności. Na uwagę zasługuje fakt, że część tych objawów może pozostawać jako nieuświadomiona oznaka problemu. Jednostka stosuje wiele mechanizmów obronnych, m.in. tłumacząc sobie i otoczeniu, iż uległa krótkotrwałemu osłabieniu, ma kłopoty rodzinne lub przytacza wiele innych usprawiedliwień, nie zdając sobie sprawy lub nie przyjmując do wiadomości, że w rzeczywistości padła ofiarą wypalenia zawodowego.

Reakcją na pojawienie się takiego stanu może być także poczucie winy. Jednostka interpretuje zespół wypalenia jako wynik własnego złego funkcjonowania, braku należącego zaangażowania, niekompetencji itp. Taka postawa jest wynikiem tendencji do przeceniania znaczenia czynników osobowościowych, a niedoceniań wpływów środowiska (Wilczek-Rużyczka, 2002c).

Zastrow (1984, za: Fengler, 2000) przyjmuje, że stres i wypalenie są zjawiskami pokrewnymi. Jako przyczyny podaje zbyt dużą liczbę godzin pracy, zawodową „ślepa uliczkę”, za dużo pracy administracyjnej, zbyt wiele podróży, izolację od kolegów, brak kontaktów w życiu prywatnym, nierealistyczne oczekiwania zawodowe. Do obciążenia przyczyniają się ponadto wydarzenia ze świata zewnętrznego, a także ich subiektywna interpretacja. Watkins (1983, za: Fengler, 2000) jako przyczyny wypalenia podaje roztrwonienie fizycznych i psychicznych zasobów, zbyt wygórowane oczekiwania osobiste, jak również relacje, które naruszają własne rezerwy sił.

Decydującą rolę dla dynamiki stresu i sposobu radzenia sobie z nim odgrywają procesy subiektywnej oceny stresorów i własnych zasobów. Ocena sytuacji jako stresującej uruchamia procesy radzenia sobie ze stresem ujmowane jako poznawcze i behawioralne próby sprostania wymaganiom zagrażającym lub przekraczającym zasoby podmiotu. Radzenie sobie jest wypadkową interakcji wymogów sytuacyjnych, stanu jednostki oraz stylu radzenia sobie i może być ukierunkowane na emocje lub na rozwiązanie problemu. Może ono przybierać bardzo różne obronne i realistyczno-racjonalne formy aktywności, w których wykorzystywane są zasoby indywidualne i społeczne, modyfikowane przez wiele czynników tkwiących w człowieku i jego środowisku (Sęk, 2007). Również Łosiak

(2007), analizując stres doświadczany przez różne osoby, stwierdził, że jest to proces uwarunkowany przez indywidualne cechy osobowości, co z kolei determinuje powstawanie u nich wypalenia zawodowego oraz jego następstw.

Czynnikiem kluczowym dla rozwoju wypalenia jest zgeneralizowane doświadczenie niepowodzenia w zmaganiu się ze stresem i powstanie przekonania o niemożności skutecznego radzenia sobie z trudnościami, uciążliwościami, konfliktami frustrującymi w życiu zawodowym. Bardzo podobne do tego przeżycia jest doświadczenie niezgodności, czasem nawet rażącej sprzeczności pomiędzy oczekiwaniami zawodowymi a realiami zawodu. Konfrontacja marzeń z rzeczywistością może zakończyć się przeżyciem również uznanym za kluczowe w powstawaniu wypalenia, a jest nim rozczarowanie rzeczywistością, frustracja w realizacji ideału zawodowego i utrata złudzeń (Burisch, 1989; Storlie, 1982).

Przyjmując założenie, że wypalenie powstaje w warunkach przewlekłego stresu, kiedy istotną rolę odgrywają kompetencje przejawiane w kontaktach interpersonalnych, wymagających zaangażowania, można uznać, że wypalenie jest w istotny sposób związane z poczuciem własnej skuteczności. Człowiek, który nie wierzy w swoją skuteczność, jest słaby i raczej rzadko odnosi sukcesy. Meier (1983, za: Fengler, 2000) przyjął, że oczekiwanie sukcesu, rzeczywiste działanie i udzielenie wsparcia osobie pomagającej w jej czynnościach wpływają wzajemnie na siebie i uzupełniając się, wywierają istotny wpływ na zjawisko wypalenia. Podobnie Potter (1983, za: Fengler, 2000) wyraziła przypuszczenie, że decydującą zmienną w wypadku wypalenia jest poczucie własnej siły.

Poczucie sprawstwa, wpływające na aktywność zaradczą, ma nieocenioną wartość zarówno dla zdrowia fizycznego, jak i psychicznego człowieka. Zdaniem Jackson i Schulera (1983), niektóre warunki organizacyjne, a konkretnie brak możliwości sprawowania kontroli nad otoczeniem, znacznie podnoszą ryzyko wypalenia u personelu. Autorzy oparli się na założeniu, że pracownik, który ma warunki do bycia samosterowanym i posiada zdolność wpływania na swoje otoczenie, odbiera je jako nagradzające. Kiedy natomiast warunki nie pozwalają na kontrolowanie otoczenia, ludzie odbierają to otoczenie jako nieprzychylnie i nieprzewidywalne.

Konstrukt poczucia kompetencji wiąże się także z innymi modelami wypalenia. Cherniss (1993) widzi podobieństwo poczucia kompetencji do koncepcji zasobów Hobfolla, który poczucie radzenia sobie uważa za jeden z głównych zasobów.

Pines (1993), biorąc pod uwagę, że wielu autorów uznaje także osiąganie celów zawodowych za ważne antidotum dla wypalenia, akcentuje poglądy tych, którzy argumentują, iż ważniejsze jest poczucie sensu w wykonywaniu zawodu, oraz podkreślają, iż trudno uzyskać i utrzymać poczucie sensu własnej pracy, jeżeli w jej toku zabraknie znaczących osiągnięć. Innymi słowy, aby uniknąć wypalenia, trzeba czuć, że jest się skutecznym w osiąganiu ważnych celów zawodowych.

Osoby skłonne do wypalenia w zawodach społecznych – skutek sztywnych i hierarchizowanych przekonań – mogą być nie dość racjonalne i refleksyjne. Reprezentantów tych profesji może charakteryzować stosunkowo wysoki perfekcjonizm, niska autonomia, niska tolerancja dla odmienności, nieakceptowanie dwuznaczności i zasady prawdopodobieństwa. Stąd w ich myśleniu, zwłaszcza u osób ze słabo wykształconym poczuciem własnej tożsamości i samoakceptacji, mogą pojawić się irracjonalne, bardzo skrajne i katagoryczne przekonania minimalizujące szansę na sukces, a zwiększające

prawdopodobieństwo niepowodzenia i doznawania negatywnych uczuć. Natomiast człowieka zdolnego do swobodnej, autonomicznej konfrontacji z trudnościami cechuje małe nasilenie nieracjonalnych przekonań; są realistyczne, racjonalne, towarzyszy im refleksyjność i dominowanie pozytywnych doświadczeń (Sęk, 2007).

Ogólnie rzecz ujmując, wypalenie zawodowe jest powszechnie występującym problemem w zawodach nastawionych na profesjonalną służbę ludziom. Członkowie tych zawodów są szczególnie narażeni na ryzyko wypalenia z powodu pracy wymagającej emocjonalnego zaangażowania. Syndrom ten bywa kojarzony ze zwiększonym obciążeniem, nieobecnością i skracaniem czasu pracy, osłabieniem empatii i cyniczną postawą wobec podopiecznych oraz z rozważaniami na temat zmiany pracy. Wypalenie wydaje się związane z silną motywacją u osób o ambitnych celach (Enzmann, Schaufeli, 1998). Pracownik z pozytywnym doświadczeniem będzie prawdopodobnie zdolny do większej motywacji i skuteczniej poradzi sobie z rozwiązywaniem rutynowych problemów dotyczących pracy, a także zdoła utrzymać optymalny ton emocjonalny, poczucie kompetencji w codziennych przedsięwzięciach oraz unikanie przedłużających się okresów negatywnego nastroju, pomimo stresujących warunków (Elliot i in., 1996).

W związku z licznymi nowymi kwestiami, dotyczącymi wypalenia zawodowego, tematyka związana z uwarunkowaniami, mechanizmami i przyczynami powstawania tego syndromu jest wciąż niedostatecznie poznana i zweryfikowana, wobec tego musi być nadal traktowana jako temat otwarty.

1.3. Narzędzia pomiaru wypalenia zawodowego

W badaniach nad wypaleniem zawodowym największą rolę odgrywają kwestionariusze samoopisowe. Są one łatwe w użyciu, praktyczne, mają zadowalające wskaźniki rzetelności. Opracowanie i zastosowanie zoperacjonalizowanych kryteriów obiektywnej oceny wydaje się napotykać liczne trudności metodologiczne. Powstają także wątpliwości etyczne, gdyż ocen tych musieliby dokonywać koledzy lub przełożeni badanych (Schaufeli, Enzmann, Girault, 2007).

Najbardziej popularnym (używanym w około 90% badań) i najlepiej wystandaryzowanym narzędziem do oceny wypalenia jest Kwestionariusz Wypalenia MBI (*Maslach Burnout inventory*) (Schaufeli, Enzmann, 1998). Wstępna wersja została opracowana przez Maslach i Jackson w roku 1981, później była kilkakrotnie modyfikowana. MBI jest to samoopisowy kwestionariusz, zawierający 22 stwierdzenia dotyczące odczuć (szerzej zostało to ujęte przy opisie narzędzia w metodyce badań własnych). Ocenia on trzy wymiary wypalenia: emocjonalne wyczerpanie, depersonalizację i poczucie (obniżenie, ewentualnie brak) dokonań osobistych. Odpowiedzi udzielane są według 7-stopniowej skali częstości występowania danego odczucia, od „nigdy” do „codziennie”. Autorzy kwestionariusza (Maslach, Jackson, Leiter, 1996) zwracają uwagę na to, że poczucie dokonań osobistych, w przeciwieństwie do dwóch pozostałych wymiarów wypalenia, jest odwrotnie skorelowane z nasileniem wypalenia. W trakcie rozwijania się zespołu wypalenia emocjonalne wyczerpanie i depersonalizacja wzrastają, natomiast poczucie dokonań osobistych się obniża. Największy spadek dokonań osobistych, mierzony za pomocą Kwestionariusza MBI, jest wówczas, gdy liczba punktów jest minimal-

na, czyli 8, a ten wymiar wypalenia zawodowego zmniejsza się w miarę zbliżania do wartości 48 (maksymalna liczba punktów), ponieważ jest to skala odwrócona. Natomiast pozostałe wymiary tego wypalenia – nasilenie emocjonalnego wyczerpania i depersonalizacji są najwyższe, gdy liczby punktów osiągają maksimum i wynoszą odpowiednio 54 i 30. Wypalenie to stanowi zmienną ciągłą, a doświadczane przez pracownika odczucia mogą stanowić poziom wysoki, średni lub niski. Niskie wartości emocjonalnego wyczerpania i depersonalizacji, nikły spadek odczucia dokonań osobistych świadczą o zaangażowaniu w pracę. Autorzy podkreślają, że nie należy łączyć razem wyników poszczególnych skal kwestionariusza, przedstawiać jako „ogólnego” poziom wypalenia.

W ostatnich latach poza wersją kwestionariusza dla przedstawicieli zawodów i służb społecznych (MBI-HSS – *Human Services Survey*) opracowano także wersję dla osób pracujących w szkolnictwie (*MBI-Educators Survey*) oraz wersję ogólną, za pomocą której można mierzyć wypalenie poza sektorem usług społecznych (*MBI-General Survey*). W tej ostatniej wersji wymiary wypalenia zostały przededefiniowane i opisują stosunek do pracy, a nie do podopiecznych, dla których się pracuje. Liczne badania, w różnych krajach wykazały zadowalające właściwości psychometryczne kwestionariusza MBI-HSS, zarówno w wersji oryginalnej, jak i adaptowanej (Pasikowski, 2007; Schaufeli, Janczur, 1994; Schaufeli, Enzmann, 1998; Schaufeli, Enzmann, Girault, 2007; Schaufeli, Greenglass, 2001). Spójność wewnętrzną narzędzia oceniono za pomocą współczynnika α Cronbacha, wynoszącego dla emocjonalnego wyczerpania 0,90, depersonalizacji – 0,79, poczucia dokonań osobistych – 0,71 (Maslach, Jackson, Leiter, 1996).

Na podstawie badań poszczególnych grup pracowników oraz całej populacji badanych autorzy kwestionariusza ustalili poziomy referencyjne trzech wymiarów wypalenia, które podają w podręczniku dotyczącym stosowania narzędzia (Maslach, Jackson, Leiter, 1996). W celu łatwiejszego analizowania wspomnianych danych, zaczerpniętych z tego podręcznika, zostały one przedstawione w formie tabelarycznej (tabela 3).

Na uwagę zasługuje grupa pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej (tabela 3), którzy wykazując odmiennosc pod względem wyników poszczególnych wymiarów – niższego poziomu emocjonalnego wyczerpania i depersonalizacji oraz wyższego w przypadku braku poczucia osiągnięć (dokonań) osobistych, mają inne przedziały poziomów referencyjnych – niższe dla dwóch pierwszych wymiarów i wyższe dla trzeciego (o odwróconej skali).

1.4. Wypalenie zawodowe u lekarzy i pielęgniarek

Wypalenie zawodowe u lekarzy i pielęgniarek to syndrom reakcji stresowych występujący w odmienny sposób w zależności od środowiska pracy, w którym dużą rolę odgrywają nierealistyczne, wygórowane oczekiwania co do wykonywanego zawodu, a także cechy samej pracy, której specyfika może przyczyniać się do tego wypalenia.

Analizując specyfikę warunków miejsca zatrudnienia w rozpatrywanych zawodach przyczyniających się do wypalenia zawodowego, należy uwzględnić to, że wynikają one przede wszystkim z reprezentowanej specjalności i stanowisk pracy, tak więc można podzielić najogólniej lekarzy i pielęgniarki na zatrudnionych na stanowiskach zabiego-

Poziomy referencyjne dla poszczególnych grup pracowników trzech wymiarów wypalenia zawodowego, które zawiera podręcznik dotyczący stosowania narzędzia pomiaru tego wypalenia MBI (Maslach, Jackson, Leiter, 1996)

Poziomy referencyjne wymiarów wypalenia	Badane grupy zawodowe			Badane grupy zawodowe łącznie ⁴
	Pracownicy służby zdrowia ¹	Pracownicy psychiatrycznej opieki zdrowotnej ²	Pracownicy służb społecznych ³	
Poziom wyczerpania emocjonalnego (EEX)				
Wysoki	27 lub powyżej	21 lub powyżej	28 lub powyżej	27 lub powyżej
Średni	19–26	14–20	17–27	17–26
Niski	18 lub poniżej	13 lub poniżej	16 lub poniżej	16 lub poniżej
Poziom depersonalizacji (DEP)				
Wysoki	10 lub powyżej	8 lub powyżej	11 lub powyżej	13 lub powyżej
Średni	6–9	5–7	6–10	7–12
Niski	5 lub poniżej	4 lub poniżej	5 lub poniżej	6 lub poniżej
Poziom utraty poczucia osiągnięć osobistych (PAR)				
Wysoki	33 lub poniżej	28 lub poniżej	29 lub poniżej	31 lub poniżej
Średni	39–34	33–29	36–30	38–32
Niski	40 lub powyżej	34 lub powyżej	37 lub powyżej	39 lub powyżej

¹ lekarze ogólni, pielęgniarki

² psychologowie, psychoterapeuci, psychiatry, konsultanci, pracownicy szpitali psychiatrycznych

³ pracownicy socjalni i opiekunowie służb pediatrycznych

⁴ wyżej wymienieni oraz nauczyciele, nauczyciele akademicy, prawnicy, policjanci, bibliotekarze, duchowni, pracownicy administracji

wych (np. chirurgia, ginekologia, okulistyka i neurochirurgia), niezabiegowych (np. internista, neurologia i psychiatria) i podstawowej opieki zdrowotnej.

Widerszal-Bazyl (2003), charakteryzując czynniki stresogenne w pracy, podjęła próbę weryfikacji modelu Karaska, sprawdzając wpływ wymagań i kontroli na zdrowie pracowników, a więc poniekąd na syndrom wypalenia zawodowego. Cytując również wyniki badań na ten temat licznych badaczy, podaje np. za van der Doefem i Maesa'em, że ich część potwierdza związek szczególnie wymagań w pracy z niektórymi wymiarami wypalenia zawodowego. Widerszal-Bazyl, powołując się na de Jonge'a i in. (1999, za

Widerszal-Bazył, 2003), potwierdza sensowność metodologiczną grupowego badania pracowników pod kątem cech pracy, a wynika to z porównania przez nich mocy predyktywnej dwóch modeli opartych na założeniach Karaska (wpływ kontroli, wymagań i ich interakcji na zmienne zależne). Okazało się bowiem, że pomiar grupowy był trafniejszy.

1.4.1. Wypalenie zawodowe u lekarzy

Z powodu wysokiego prestiżu zawodowego lekarzom są stawiane wysokie wymagania nie tylko zawodowe, lecz także moralne. Zawód lekarza w opinii społecznej wymaga oprócz fachowego przygotowania także określonych zdolności i predyspozycji osobowościowych.

Rola zawodowa lekarza (Tobiasz-Adamczyk, Bajka, Marmon, 1996) jest wyznaczona przez wzorce i normatywy, a na sposób wykonywania tej roli ma wpływ wiele czynników osobistych oraz społeczne oczekiwania. Pełnienie tej roli jest uwarunkowane złożonym układem czynników:

- elementami biopsychogennymi jednostki;
- wzorem osobowym;
- strukturą grupy;
- stopniem identyfikacji lekarza ze swoim zawodem.

W odniesieniu do roli pełnionej przez lekarza można wyróżnić trzy elementy:

- oczekiwania, prawa i obowiązki (np. w relacji z pacjentem, grupą zawodową lekarzy);
- pozycję społeczną;
- zachowania lekarza.

Oczekiwania społeczne dotyczące lekarza wiążą się z umiejętnością rozpoznawania objawów choroby, stawianiem trafnej diagnozy, skutecznym leczeniem oraz działaniami profilaktycznymi. W związku z tym do obowiązków i praw lekarza przynależnych z racji pełnionej roli należy zaliczyć:

- wykorzystanie umiejętności leczenia choroby;
- samodzielne podejmowanie decyzji;
- wydawanie orzeczeń lekarskich.

Prestiż zawodu lekarza i wynikający z niego autorytet opierają się na odpowiedzialności za swoje działania.

Styl pracy lekarza zależy nie tylko od jego specjalizacji zawodowej, lecz również od jego osobowości, indywidualnych preferencji oraz warunków organizacyjnych i środowiskowych, w których przyszło mu działać. Specyfika pracy lekarza zatrudnionego w szpitalu jest zależna od oddziału, stanowiska oraz innych czynników występujących w tej placówce i jest odmienna od wykonywania tego zawodu poza środowiskiem szpitalnym, np. w poradniach.

W przypadku roli zawodowej lekarza może wystąpić konflikt zarówno w obrębie samej roli (wymogi zawodowe a osobowość), jak i niezgodność tej roli z innymi funkcjami, wynikającymi z uwarunkowań życiowych (Tobiasz-Adamczyk, Bajka, Marmon, 1996).

Zawód ten w społeczeństwie bywa utożsamiany ze swoistą misją służby człowiekowi, niesieniem pomocy, ulgi w cierpieniu, przywracaniem zdrowia, i cieszy się dużym

uznaniem społecznym. Lekarze, wybierając zawód, kierują się różnymi motywami, w tym – podobnie jak inni ludzie – potrzebą osiągnięcia sukcesów. Analizowana w psychologii motywacji potrzeba sukcesu, tak bardzo mocno odczuwana przez ludzi, posiada wiele przyczyn: chęć otrzymania wyższej pensji, aby móc sobie pozwolić na więcej życiowych przyjemności; przez uzyskanie dobrych wyników chęć osiągnięcia wyższej pozycji, zdobycie prestiżu, a więc możliwość wywierania większego wpływu na otoczenie itp. Większość ludzi dąży do tego poprzez zdobycie odpowiedniego zawodu, który im to umożliwi. Już zdanie egzaminu na wymarzony kierunek studiów może stanowić sukces, gdyż istotą motywacji do osiągnięcia sukcesu jest według zwięzłej definicji McClellanda i in. (1953, s. 10) „konfrontacja z pewną normą”.

Również przy wyborze zawodów społecznych wspomniane czynniki ekonomiczne i podniesienie prestiżu stanowią ważne elementy motywacyjne. Każdy zawód jednak ma własny, jedyny w swoim rodzaju zbiór celów i oczekiwań, ale są też wspólne motywy pracy dla większości osób zatrudnionych w zawodach społecznych. Zdaniem Kadushina (1974), motywem podjęcia pracy w zawodach związanych z pomaganiem jest chęć pracy z ludźmi i wywieranie na nich istotnego wpływu. Określił to terminem „etyka poświęcenia”, dodając, że uwznioślenie motywów pomagania ludziom sprawia, że pracy tej nie uważa się już po prostu za zawód, lecz raczej za powołanie. Popierają tę tezę Freudenberger i Richelson (1980, s. 154), twierdząc, że „osoba udzielająca pomocy przychodzi do swego zawodu z wyobrażeniami dotyczącymi (...) możliwości wpływania na życie ludzi”, a Harrison (1983, s. 31) dodatkowo tę silną motywację czynienia dobra uzupełnia o: „a czasami z innymi ludźmi”. Pines, Aronson, i Kafry (1981), oprócz powszechnych motywów pracy, wskazują na specyficzne (tworzące profil) dla omawianych zawodów cele i oczekiwania, takie jak istotność wpływu, odniesienie sukcesu, bycie docenianym oraz cieszenie się prestiżem i wysokim poziomem uznania uzyskiwanego za wykonywaną pracę. Tak więc przesłanki wyboru zawodu mogą być wspólne dla grupy ludzi, ale też występują i osobiste motywy, oparte na zinternalizowanym „romantycznym obrazie” danej pracy, dla którego modelem może być jakaś znacząca osoba, podziwiana postać z książki czy filmu lub jakieś ważne wydarzenie.

Tak więc lekarze, wybierając świadomie zawód, szukają w swej pracy poczucia sensu życia, spełnienia, realizacji siebie jako człowieka, ciągłe dążenie bowiem do rozwoju i realizacja tego dążenia jest, według psychologii humanistycznej, najsilniejszym pragnieniem człowieka, dostarczającym mu najintensywniejszej radości, najtrwalszego poczucia szczęścia (Grzywak-Kaczyńska, 1988).

Lekarze stanowią grupę zawodową szczególnie narażoną na wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego. Wiąże się to z charakterem pracy, której nieodłączną właściwością jest bardzo bliski kontakt z człowiekiem, zarówno w sensie fizycznym, jak i przede wszystkim psychicznym, emocjonalnym. Nie bez znaczenia jest również motywacja; taki pogląd o decydującej roli, jaką w procesie wypalania się odgrywa początkowa iskra, prezentują niektórzy uczeni – Harrison (1983, s. 32) na przykład stwierdza, że „praktycznie wszyscy początkujący są w pewnym sensie rozpaleni motywacją”, a Farber (1983, s. 9) dochodzi do wniosku, że „wysoki poziom zaangażowania w pracę często uważa się za warunek wstępny wypalenia. „Z upływem czasu dochodzi poczucie niespełnienia, brak realizacji założonych celów życiowych, czy trudności w realizacji tych

celów, zbyt wygórowane oczekiwania, brak poczucia kontroli – wszystko to może doprowadzić do pesymizmu, bezradności i wypalenia.

Każdy lekarz, by mógł dobrze prowadzić powierzonego sobie pacjenta, musi wejść z nim w swoisty kontakt. Wiąż między lekarzem a pacjentem stanowi fundament, na którym opiera się cały system opieki medycznej. Jest to interakcja diadyczna, w której zarówno lekarz, jak i pacjent odgrywają określone role i mają przypisany sobie ściśle ustalony zakres odpowiedzialności. Wiele czynników składa się na powstanie tego szczególnego układu diadycznego, jednak najważniejszym z nich jest podłoże psychiczne (Wiener, 1996).

Lekarz musi usilnie dążyć do tego, aby wszelkie jego działania służyły wyłącznie najlepiej pojętemu dobru osoby chorej. Z każdym pacjentem lekarz powinien nawiązać szczególny, osobisty kontakt, wyrażający się troską o chorą osobę oraz zainteresowaniem jej sprawami. Chory powinien być postrzegany przede wszystkim jako jednostka ludzka, nie zaś wyłącznie jako przypadek chorobowy (Wiener, 1996).

Szczególnego kontaktu, stworzenia więzi emocjonalnej domaga się relacja zachodząca między lekarzem psychiatrą a pacjentem cierpiącym z powodu choroby psychicznej. Relacja ta bywa często źródłem dużego obciążenia psychicznego tej grupy zawodowej. Psychiatra nie ma w tej sytuacji do dyspozycji jakiegokolwiek narzędzia diagnostycznego, którym mógłby się posłużyć, w relacji tej daje tylko siebie. Lekarz prowadzi pacjenta, ale do zrozumienia świata psychozy trzeba zbliżyć się razem, jeden drugiemu bywa tutaj przewodnikiem. Lekarz często nie może zrozumieć pacjenta i jego pogmatwanego świata psychozy, ale zawsze musi z nim być.

Jednym z największych odkryć, jakich dokonuje psychiatra w czasie swojej pracy, jest to, że na tego samego pacjenta może spojrzeć zupełnie innymi oczami. Prawdopodobnie takiego samego odkrycia dokonuje również człowiek, któremu zdarzy się być pacjentem psychiatry, z tą jednak różnicą, że może on ujrzyć własne życie i własne problemy w całkowicie nowy sposób (Jankowski, 1994).

Pacjenci przeżywają ponadto trudności związane z radzeniem sobie z aktualnymi sprawami w ich życiu, które tłumaczą swoją chorobą lub nieprzychylnością innych ludzi. Trudności takowe mogą dotyczyć konfliktów małżeńskich, rodzinnych, w miejscu pracy, zagrożeń zawodowych oraz wynikających z utrzymania związków towarzyskich (Czabała, 2000).

Zadaniem psychiatry, jak i każdego innego lekarza, jest ulżyć choremu w jego cierpieniach. W psychiatrii jednak, w znacznie większym stopniu niż w pozostałych dyscyplinach medycyny, pomoc ta sprowadza się do bezpośredniego wpływu człowieka na człowieka; wpływ ten, z założenia pozytywny, przynoszący ulgę choremu, określane jako oddziaływanie psychoterapeutyczne, musi być dostosowany do osobowości pacjenta, w przeciwnym razie bowiem nie odniesie spodziewanego skutku.

Obciążenie psychiatrów wynika z troski, jaką otaczają oni swoich pacjentów. Niepokój i obciążenie lekarza mogą być związane z obawami o przyszłe losy chorego, wszak wraca on do środowiska, z którego nie zniknęły przyczyny jego choroby. Środowisko to jest często nieprzychylnie choremu, pełne konfliktów i zagrożeń. Dla psychiatry jest to bezradność dotkliwa, wie on przecież, że jego pacjent nie musi zachorować ponownie, ale by np. obecna depresja reaktywna się nie powtórzyła, trzeba zmienić postępowanie rodziny pacjenta, stosunki panujące między ludźmi w miejscu jego pracy oraz wyobra-

żenia sąsiadów pacjenta o ludziach, którzy wracają ze szpitala psychiatrycznego (Jarosz, 1982).

Literatura naukowa traktująca o wypaleniu zawodowym wśród lekarzy jest skromna. Nie świadczy to bynajmniej o tym, że problem wypalenia dotyczący tej profesji jest mało znaczący. Przeciwnie, jest to zjawisko dużej wagi, wymagające zainteresowania i badań, zwłaszcza w obecnych czasach wielkiego postępu technicznego, automatyzacji i dehumanizacji. Z dostępnej literatury dotyczącej problemu wybrano najistotniejsze wątki, które zamieszczono w tym opracowaniu.

Kluczową rolę w kształtowaniu się syndromu wypalenia zawodowego wśród lekarzy odgrywają konflikty z pacjentem. Udowodniono, że gdy zwiększa się liczba kontaktów z odbiorcami – zarówno w postaci zwiększonej liczby pacjentów, jak i procentowo zwiększonej ilości czasu spędzonego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem – znacznie wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego (Koeske, Koeske, 1988; Whitehead, 1989; Lewiston, Conley, Blessing-Moore, 1981; Maslach, Pines, 1977; Savicki, Cooley, 1983; Rodgers, Dodson, 1988).

Wyczerpanie emocjonalne pojawia się w reakcji na bardzo wymagające środowisko, dla którego charakterystyczne są nacechowane silnym zaangażowaniem emocjonalnym relacje z odbiorcami opieki. Z kolei wyczerpanie emocjonalne prowadzi do wykształcenia się negatywnych postaw wobec odbiorców (depersonalizacja) – próbując radzić sobie z wyczerpaniem, specjaliści dystansują się emocjonalnie do osób potrzebujących. Jednocześnie wykształca się negatywna postawa wobec własnych osiągnięć zawodowych (obniżone osobiste zaangażowanie).

Negatywne postawy wywierają wpływ na jakość relacji lekarz – pacjent i zwiększają prawdopodobieństwo pojawiania się nękańcych zachowań ze strony pacjentów, ponieważ czują się oni odrzuceni przez lekarza. Podobnie uważają Roter i Hall (1991), którzy udowodnili, że zachowanie, jakie pacjent przejawia wobec lekarza, jest reakcją na postawę lekarza w stosunku do pacjenta. Tak więc negatywna i pełna dystansu postawa wypalonego zawodowo lekarza wobec pacjentów wzmacnia nie tylko odczuwane przez niego poczucie bycia nękanym, lecz także rzeczywiste roszczeniowe zachowania pacjentów.

Bardzo często ludzie oceniają swoje relacje z innymi w kategoriach nagród, kosztów, inwestycji i zysków. Oczekują, że inwestycje i zyski uzyskane dzięki relacji będą proporcjonalne do inwestycji i zysków drugiej, pozostającej w tej relacji osoby (Adams, 1965; Walster, Walster, Berscheid, 1978). Jednakże w przeciwieństwie do większości innych relacji związek pomiędzy lekarzami a pacjentami jest komplementarny: lekarz ma dawać opiekę i uwagę, pacjent zaś ma ją przyjmować. Tak więc lekarz i pacjent wkraczają w relację z zupełnie różnych pozycji. W rezultacie trudno jest ustanowić równorzędną relację (Roter, Hall, 1991).

Dla przeciwdziałania syndromowi wypalenia emocjonalnego szczególne znaczenie ma prewencja wobec samego siebie. Jednym z najważniejszych zadań jest poznanie siebie, swoich reakcji emocjonalnych w konfrontacji z przeżyciami pacjenta. Kwestia radzenia sobie z własną emocjonalnością u lekarza należy do najtrudniejszych problemów, grożących utrwaleniem postaw obronnych, do których zalicza się wyparcie, ciągłą racjonalizację, zaprzeczanie. Brak tej umiejętności pociąga za sobą wycofywanie się z relacji emocjonalnych z pacjentem bądź ich zrutynizowanie. To z kolei musi prowadzić do braku zaangażowania, a w konsekwencji – do braku wzajemności i w ostatecznym rezul-

tacie do braku nagradzających wzmocnień ze strony pacjenta. Unikanie pacjentów i pracy w ogóle pod hasłem „oszczędzania się” bardzo szybko prowadzi do znudzenia, a niekiedy nadmiernej koncentracji na własnych problemach.

Postawa skrajnie odmienna – przesadnego zaangażowania, wynikającego np. z identyfikacji z pacjentem czy neurotycznych odpowiedzi na jego emocje, wytwarza nadmierne obciążenie emocjonalne i w konsekwencji emocjonalne wyjałowienie. Zdolność dokonywania wglądu we własne problemy emocjonalne wymaga ciągłej pracy i samopoznania. Niełatwo jest bowiem, nawet znając własne trudności emocjonalne, zachować właściwe proporcje bliskości i zaangażowania, a zarazem dystansu i asertywności wobec swoich pacjentów. Każdy z nich jest przecież innym czło-wiekiem.

Kemper (za: Fengler, 2000) wyznaczył dziesięć ról, w które uciekają zbyt obciążeni lekarze:

- unikanie spotkań z pacjentem;
- pozbawianie wartości własnych działań („bez sensu”);
- wykonywanie swojej pracy w pośpiechu;
- chowanie się za lekarstwa i instrumenty;
- niecierpliwość i oskarżanie pacjentów o brak współpracy;
- prorocze obiecywanie powrotu do zdrowia;
- przecenianie szans leczenia;
- niedocenianie szans na wyzdrowienie;
- wykonywanie tylko tego, co konieczne, nierozmawianie z pacjentem;
- aranżowanie pięknej sceny rodzinnej.

Zjawisko wypalenia zawodowego wywiera wpływ nie tylko na funkcjonowanie zawodowe, lecz także na inne płaszczyzny życia, w tym na stosunki rodzinne, partnerskie. Na ogół nie wąpi się, że lekarze mają swoje problemy psychologiczne. Nikt przecież z ludzi nie jest wolny od uciążliwych doznań emocjonalnych, a każdy zawód ma sobie właściwe problemy, także i lekarze mają swoje rozterki, kompleksy i frustracje związane z wykonywaniem zawodu. Niepowodzenia życiowe, konflikty, dramatyczne sytuacje, związane również z funkcjonowaniem zawodowym, z którymi człowiek nie może sobie poradzić, często mogą doprowadzić do tragicznego zakończenia.

Samobójstwa lekarzy i lekarek oraz opinie środowiska medycznego na ten temat były poddawane wnikliwej analizie. Przykładowo Reimer i Freisfeld (1984) zapytali 100 lekarzy pracujących w szpitalach o postawy wobec samobójstwa, jakie przypuszczalnie zajmują ich pacjenci, a także o własne zdanie na ten temat. Przyczyną, którą lekarze wymienili jako główny powód własnego (ewentualnego) samobójstwa, była nieuleczalna choroba. Problemy na płaszczyźnie związków międzyludzkich podawano jako powody drugorzędne. Badani wyrazili przypuszczenie, że społeczeństwo bardziej surowo oceni samobójstwo lekarza niż pacjenta. Ich wypowiedzi świadczyły o tym, że nie oczekują specjalnej pomocy otoczenia i we własnym mniemaniu są zdani wyłącznie na siebie.

Bartusis (1977, za: Fengler, 2000) wykazał, że lekarki ze specjalnością psychiatryczną są szczególnie podatne na narkotyki, alkohol, częste są wśród nich samobójstwa i rozwody. Moore (1982, za: Fengler, 2000) przypuszcza, że kobiety takie są szczególnie narażone na samobójstwo, ponieważ wybierając ten zawód, decydują się na rolę społeczną, która wywołuje liczne konflikty. Ten czynnik płci potwierdzają Grossi i in. (2003), którzy za cel badań postawili sobie wykazanie u kobiet korelacji wypalenia za-

wodowego z objawami subiektywnymi, społecznym wsparciem i poziomem hemoglobiny oraz hormonów we krwi. Autorzy ci potwierdzili związek nadmiaru pracy, wysokiego poziomu lęku, wyczerpania życiowego, braku wsparcia społecznego i niewystarczającego czasu przeznaczanego na sen z wysokim wypaleniem zawodowym, co prowadzi do depresji.

Jak wynika z przedstawionych rozważań, problem jest znaczący i wymaga nie tylko zainteresowania, lecz także przedsięwzięcia konkretnych środków zaradczych i profilaktycznych w celu zapewnienia zdrowia i dobrostanu psychicznego nie tylko członkom zawodów narażonych na ryzyko wypalenia, lecz także pośrednio całemu społeczeństwu.

1.4.2. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek

Już od samego początku badań nad wypaleniem grupa zawodowa, którą stanowią pielęgniarki, znajdowała się w centrum zainteresowania badaczy. Pielęgniarka to osoba uprawniona do wykonywania działań wynikających z jej roli zawodowej, która obejmuje funkcje zawodowe oraz oczekiwane zachowania i postawy, zgodnie z określonymi normami i wzorami zachowań. Rolą zawodową pielęgniarki jest pielęgnowanie, czyli pomaganie, towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu, chorobie, niepełnej sprawności oraz kształtowanie umiejętności samoopiekuńczych. Pielęgniarka, dysponując prawem wykonywania zawodu, jest kompetentnym profesjonalistą w podejmowaniu niezależnych decyzji, dotyczących pielęgnowania i organizowania opieki pielęgniarskiej na wszystkich szczeblach systemu ochrony zdrowia. Ponadto jej wiedza i umiejętności kwalifikują ją do współdziałania w zespole interdyscyplinarnym (Ciechaniewicz, 2001).

Profesjonalizacja zawodu pielęgniarskiego wiąże się ze zwiększeniem stopnia odpowiedzialności za wykonywane zadania, ale wymaga również coraz wyższego poziomu wiedzy i kwalifikacji.

Ze względu na podmiot pracy, którym jest człowiek, niezbędną cechą jest umiejętność nawiązywania kontaktów z ludźmi. Relacje interpersonalne są bardzo istotne. Od pielęgniarki wymaga się zdolności współpracy z innymi ludźmi, umiejętności nawiązywania kontaktów oraz prawidłowej komunikacji. Nawiązanie dobrej komunikacji jest warunkiem absolutnie koniecznym do uzyskania od pacjenta wiarygodnych informacji na temat historii choroby i stanowi jeden z podstawowych elementów terapii.

Realizowanie funkcji: opiekuńczej, wychowawczej, promującej zdrowie, a także profilaktycznej i terapeutycznej, odbywa się na rzecz pacjenta lub człowieka zdrowego. Oprócz specyficznych predyspozycji praca ta wymaga również wysokich kwalifikacji zawodowych, zdrowotnych oraz społeczno-moralnych ze względu na bezpośredni kontakt z osobą potrzebującą wsparcia, pomocy, empatii, troski o życie i zdrowie (Burian, Gugała, 2003).

Pielęgniarka wykonuje takie czynności, na które pacjent nie pozwoliłby nie tylko nikomu postronnemu, ale czasami nawet bliskim sobie osobom. W trakcie swej pracy pielęgniarka rozmawia z pacjentem o wielu intymnych sprawach, dlatego w zawodzie pielęgniarskim normy etyczne mają szczególne znaczenie, gdyż (Tobiasz-Adamczyk, Bajka, Marmon, 1996):

- przedmiotem pracy pielęgniarki jest człowiek zagrożony chorobą, chory lub powracający do zdrowia;
- pacjenci z pełnym zaufaniem często powierzają swoje najbardziej intymne sprawy pielęgniarkom;
- towarzyszy pacjentowi w różnych – nierzadko najbardziej tragicznych – momentach jego życia;
- błędy pielęgniarki lub nieprzestrzeżenie przez nią norm etycznych mogą spowodować poważne następstwa i stanowić zagrożenie nie tylko dla zdrowia, ale i dla życia pacjenta;
- pielęgniarka w swej pracy ma do dyspozycji takie środki (leki, narkotyki itp), które użyte niewłaściwie mogą stać się niebezpieczne dla otoczenia.

Analizując motywy, jakimi kierują się osoby wybierające zawód pielęgniarki, należy odnieść się do wcześniejszych rozważań dotyczących motywacji wyboru zawodu lekarza, gdyż jest to zawód również zaliczany do społecznych i jemu także można przypisać motywację określoną terminem „etyka poświęcenia”, czyli pracy z ludźmi i wywieranie na nich istotnego wpływu (Kadushin, 1974). Zatem praca pielęgniarki postrzegana jako służba człowiekowi, która może być źródłem zadowolenia, energii, satysfakcji i realizacji zawodowej, niekiedy jednak bywa też źródłem zniechęcenia, poczucia obciążenia oraz braku satysfakcji (Wilczek-Rużyczka, 2003b). Dzieje się tak dlatego, że praca pielęgniarki ma charakter wielozadaniowy, bardzo złożoną i specyficzną strukturę. Do obowiązków pielęgniarki należy prowadzenie dokumentacji, obsługa sprzętu i urządzeń, zbieranie wywiadów o stanie zdrowia, kontakt emocjonalny z pacjentem, wykonywanie zabiegów, edukacja prozdrowotna pacjentów i promocja zdrowia. Każdy rodzaj czynności wymaga rozmaitych zdolności, umiejętności i predyspozycji.

W literaturze psychologicznej (Beisert, 2007) wymienia się następujące kategorie uciążliwych i negatywnie ocenianych cech zawodu pielęgniarki, wyłonione w trakcie przeprowadzanych badań:

- Wymagania wynikające ze specyfiki zawodu: zmianowość, praca w nocy, nieregularny tryb życia, kontakt z brudem, wydzielinami itp. Jako uciążliwe traktowane są także elementy pracy fizycznej, nieuchronne przy pielęgnacji i zabiegach, bliski kontakt fizyczny z chorym, stwarzający ryzyko zarażenia się od niego. Obciążenia zaliczone do tej kategorii są niemożliwymi do wyeliminowania składnikami pracy pielęgniarki i pozostają poza sferą jej wpływu.
- Obciążenia psychiczne. Zgrupowane tu uciążliwe cechy zawodu wiążą się z ogromną odpowiedzialnością ciążyącą na pielęgniarce w trakcie podawania leków i wykonywania zabiegów. Jest ona potęgowana przez świadomość skutków (śmierć, pogorszenie stanu zdrowia pacjenta) własnych błędów. W podobny, uciążliwy sposób działa konieczność zachowania czujności i kontroli w sytuacji stałego kontaktu z traumatycznymi elementami życia (kalectwo, ból, cierpienie, śmierć).
- Brak warunków do leczenia. Elementy pozostające pod kontrolą pielęgniarek, a utrudniające lub uniemożliwiające proces leczenia. Brak instrumentów bezpośredniego działania (leki, aparatura, sprzęt jednorazowego użytku, środki opatrunkowe), braki bardziej ogólne (złe warunki lokalowe, zbyt mało liczny w stosunku do liczby pacjentów personel pielęgniarski, bariery architektoniczne), aż po brak rozwiązań systemowych (nieekonomiczna organizacja opieki medycznej).

- Niskie zarobki:
 - niewspółmierność poziomu zarobków w stosunku do wymagań zawodu i indywidualnego wysiłku wkładanego w jego wykonanie;
 - niskie wynagrodzenie w porównaniu z innymi grupami zawodowymi.
- Niski status zawodowy. Brak rzeczywistego uznania społecznego dla realnego trudu pielęgniarek, brak stosownej regulacji prawnej określającej ich status.
- Zła współpraca zespołu leczącego. Zalicza się tu problemy wynikające z hierarchii zawodowej (sprzeczne polecenia przełożonych różnych szczebli, zrzucanie odpowiedzialności za skutki leczenia na pielęgniarki), z różnorodności członków społeczności leczącej (trudności w porozumieniu się z personelem technicznym, niekompetencja administracji, arogancja personelu pomocniczego). W miejsce pozytywnej oceny, którą spodziewają się uzyskać od osób bezpośrednio z nimi pracujących w zespole (lekarz), spotykają się z obniżeniem wartości ich wysiłku i pogardliwym traktowaniem, brakiem uznania, który dla nich stanowi gratyfikację.
- Zła współpraca z pacjentem i jego rodziną: cechy osobowościowe pacjentów, wadliwa relacja z pacjentem, wynikająca z nieodpowiedniego rozumienia przez niego roli pielęgniarki – instrumentalne traktowanie, brak szacunku, zbyt duże wymagania i żądania chorych, brak zadowolenia pacjentów z pracy pielęgniarek.

W zawodzie pielęgniarskim występuje na dużą skalę i w sposób ciągły intensywne zaangażowanie się w pracę z ludźmi. Pielęgniarka poznaje intymne problemy emocjonalne, społeczne i fizyczne osób, którym udziela wsparcia. Ciągła troska o innych powoduje, że reprezentanci tego zawodu niejednokrotnie płacą wysoką cenę psychiczną. W swojej pracy często spotykają się z problemami etycznymi związanymi z opieką nad pacjentami znajdującymi się w krytycznym stanie zdrowia. Dylematy etyczne pojawiające się w takich sytuacjach dotyczą nie tylko pacjentów, ich rodzin, lecz również opiekunów. Pracujące w tak emocjonalnie napiętym środowisku, gdzie zagadnienia kresu życia napotyka się codziennie, pielęgniarki mogą osiągnąć wysoki poziom stresu i doświadczać moralnego dystresu (Meltzer, Huckabay, 2004).

Zagrożenie wypaleniem zawodowym w profesjach medycznych, szczególnie zaś osób zatrudnionych na oddziałach psychiatrycznych, wymaga zwrócenia uwagi na zachowanie psychicznej równowagi u lekarzy i pielęgniarek, by zapobiec możliwościom zaistnienia problemów emocjonalnych podczas pracy, co wpłynie także pozytywnie na relacje lekarz, pielęgniarka – pacjent i na jakość opieki (Grassi, Magnani, 2000).

Obciążenia w pracy lekarzy i pielęgniarek oraz związane z tym ryzyko wypalenia zawodowego wynikają, jak już wcześniej wspomniano, nie tylko z odpowiedzialności za pacjentów i kontaktów o podłożu emocjonalnie stresującym, lecz także ze stawianych im wymogów odnoszących się do moralnych aspektów życia i poczucia kontroli. Choć nikt nie ma prawa ingerować w prywatne życie czy postępowanie osób, które cieszą się zaufaniem społecznym, do których należą lekarze i pielęgniarki, to jednak pacjentom przysługuje prawo do ochrony przed takimi przedstawicielami tych zawodów, którzy nie spełniają wymagań moralnych. Postępowanie w medycynie czy pielęgniarstwie nie wynika tylko z potrzeby niesienia pomocy i miłości bliźniego, lecz także z poczucia sprawiedliwości i przestrzegania prawa. Dlatego lekarze i pielęgniarki muszą być osobami zarówno ofiarnymi, jak i prawdomównymi oraz godnymi zaufania (Dunn, 1997).

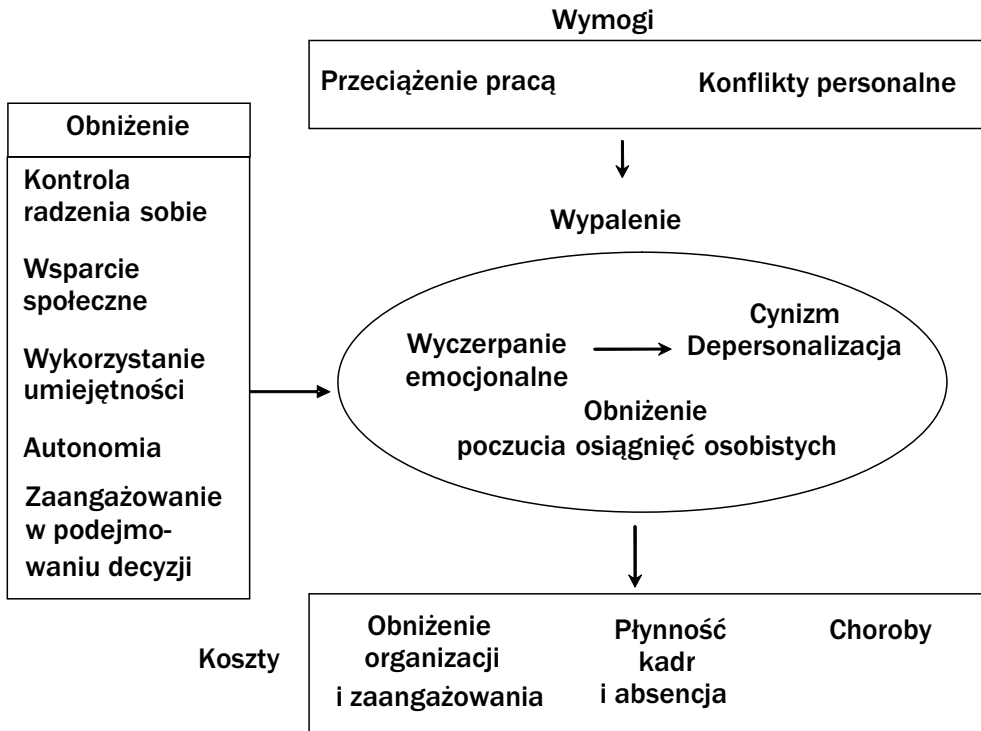
1.5. Zapobieganie wypaleniu zawodowemu w ujęciu wielowymiarowym

Model wielowymiarowy (Maslach, Goldberg 1998), jako podejście do problemu wypalenia zawodowego, może się okazać optymalny przy zapobieganiu zjawisku wypalenia zawodowego, gdyż w już opublikowanych doniesieniach (Kleiber, Enzmann, 1990; Schaufeli, Maslach, Marek, 1993; Maslach, Goldberg, 1998) potwierdzono 3-składowy model wypalenia zawodowego oraz przybliżono proces jego powstawania, rozwój i konsekwencje, a badania w tym zakresie są realizowane na całym świecie. Ponadto empiryczne badania nakładających się czynników wykazały, o czym donoszą Cordes, Dougherty (1993), że zmienne środowiskowe w znacznie większym stopniu warunkują wypalenie zawodowe niż czynniki osobowe, przy czym wymogi pracy i brak zasobów mają jednakowe znaczenie w wypalaniu się. Wspomniane wymogi prowadzą do przeciążenia pracą i konfliktów interpersonalnych, szczególnie przy braku zasobów, takich jak: radzenie sobie z kontrolą, wsparcie społeczne, wykorzystanie umiejętności, autonomia i zaangażowanie w podejmowanie decyzji, a konsekwencje wypalenia widoczne są w różnych formach, np. wycofanie (mniejsze oddanie i niezadowolenie z pracy, ewentualna chęć jej zmiany czy absencja) oraz pogorszenie jakości świadczonych usług. Autorzy ci dodają także, że wypalenie zawodowe wiąże się również z osobistą dysfunkcją – przede wszystkim ze zdrowiem, a jego poziom jest względnie stabilny w czasie i stanowi zjawisko bardziej przewlekłe niż ostre.

Na rycinie 2 przedstawiono model wypalenia zawodowego opracowany, a później jeszcze modyfikowany przez Maslach i jej współpracowników (za Maslach, Goldberg, 1998), uwzględniający przyczyny oraz skutki tego zjawiska i będący rezultatem analizy wyników badań na całym świecie.

Obecnie przyjmuje się uzupełnioną wersję procesu sekwencyjnego; najpierw pojawia się wyczerpanie emocjonalne, które prowadzi do depersonalizacji, a zmniejszenie osiągnięć osobistych rozwija się osobno (ryc. 2). Wydaje się, że ten równoległy rozwój trzeciego elementu wynika z wpływu innych czynników w środowisku pracy (Leiter, 1993).

Wspomniany model wielowymiarowy, jako podejście do problemu wypalenia zawodowego, może okazać się optymalny w zapobieganiu temu zjawisku. Skupiony jest on na przeciwieństwie wypalenia, czyli zaangażowaniu w pracy (Maslach, Goldberg, 1998). Zaangażowanie to definiuje się w tych samych trzech wymiarach co wypalenie – tyle że o nacechowaniu pozytywnym. Zatem zaangażowanie składa się ze stanu pełnej energii (a nie wyczerpania), silnego zaangażowania (a nie depersonalizacji) i poczucia wydajności (a nie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych). Ta wielowymiarowa koncepcja zaangażowania, w zestawieniu z koncepcją wypalenia, pozwala spojrzeć z perspektywy na organizacyjny kontekst pracy, oddziałujący na samopoczucie pracownika, oraz umożliwia rozpoznanie wielu jego reakcji na środowisko pracy – poczynając od silnego zaangażowania, przez wyczerpanie, oddalenie do stanu wypalenia.



Ryc. 2. Ogólny model wypalenia zawodowego, zmodyfikowany w celu pokazania jego konsekwencji (za: Maslach, Goldberg, 1998, s. 65)

Ten wielowymiarowy model daje również lepsze zrozumienie wypalenia niż inne schematy, ponieważ jasno pokazuje złożoność zjawiska i jego lokalizację w kontekście społecznym. Różne poziomy doświadczenia są nie tylko funkcją indywidualnych zmiennych, ale odzwierciedlają różnorodny wpływ czynników sytuacyjnych na wszystkie trzy wymiary. Przykładowo, specyfika pracy wpływa na źródła stresu, a zatem na wyczerpanie emocjonalne lub energię. Inne elementy charakterystyczne w miejscu zatrudnienia wpływają na zasoby umożliwiające skuteczną pracę, a zatem na poziom wydajności i osiągnięć osobistych. Innymi słowy, omawiany model dostarcza środków do badania powiązań związanych z sytuacją w pracy i doświadczeniem osobistym. Wówczas w zapobieganiu konieczne jest jaśniejsze określenie źródeł problemu i proponowanych rozwiązań. W ten sposób uwaga skupia się na miejscu pracy oraz na indywidualnych i wzajemnych interakcjach osób i sytuacji. Pozwoli to na sformułowanie strategii zapobiegawczych (Maslach, Goldberg, 1998), gdyż wskazuje na konieczność planowania i projektowania działań *stricte* w kontekście trzech elementów wypalenia, czyli jak dana strategia zmniejszy prawdopodobieństwo wyczerpania emocjonalnego, zapobieganie depersonalizacji czy zwiększy poczucie osiągnięć osobistych. Natomiast opracowanie interwencji, obejmującej te trzy składowe, zapewni, że zaproponowana strategia będzie rzeczywiście dotyczyła wypalenia i pozwoli na ocenę jej efektywności.

Implikacją połączenia modeli wypalenia i zaangażowania może być fakt, że promowanie zaangażowania jest tak samo ważne jak zapobieganie wypaleniu. Warunki pracy wspierające rozwój trzech elementów, tj. energii, zaangażowania i wydajności, mogą być korzystne w promowaniu zadowolenia oraz produktywności pracowników. Badanie tego, co stanowi najlepsze środowisko pracy, może wpływać na zmianę sytuacji pracy jako przeciwieństwo skupiania się na redukowaniu stresu, prowadzące zazwyczaj do zmiany osoby (Maslach, Goldberg, 1998).

Maslach i Goldberg (1998), opisując zalety modelu wielowymiarowego, podają, że rozwiązania problemu, jakim jest wypalenie zawodowe, szukali od początku zarówno profesjonalści, jak i pracodawcy, a określenie kryteriów wypalenia zawodowego może być optymalną strategią w najbardziej efektywnym zapobieganiu temu zjawisku. Pierwsze kryterium to jasna definicja wypalenia, dokładne określenie zjawiska i różnych jego aspektów. Drugie – to model, który określa wyniki zainteresowania (np. osiągnięcia w pracy, wsparcie, zdrowie, satysfakcja) i to, jak są one związane z wypaleniem, a sukces tej strategii polega na zdolności osiągnięcia celu. Natomiast trzecie – to metoda oceny wypalenia, a więc środki pomiaru poziomu wypalenia, pozwalające na sprawdzenie skuteczności strategii.

Zapobieganie wypaleniu zawodowemu znalazło zastosowanie w ocenie ryzyka psychicznego w miejscu pracy (Quick, 1992). Eliminacja lub modyfikacja czynników stresujących pracowników jest podstawowym elementem prewencji, ponieważ zmniejsza liczbę nowych napięć. Wtórna prewencja przewiduje uczenie ich, jak radzić sobie z zaistniałymi sytuacjami stresowymi. Trzeciorzędna prewencja zajmuje się leczeniem pracowników, którzy ucierpieli w wyniku narażenia na stres, a jej celem jest zmniejszenie zaistniałego problemu po doświadczeniu stresu. Być może lepszym pomysłem jest definiowanie strategii zapobiegania pod kątem ich celu. Zatem pierwotna prewencja dotyczy sytuacji pracy, wtórna i trzeciorzędna skupiają się na pracowniku, zmieniając go lub lecząc. Dlatego należy skoncentrować się na rozróżnianiu podejścia skierowanego na sytuację i na pracownika:

- zmiana organizacji pracy; jedno z podstawowych zaleceń to pracować mniej – czasami jest to zmniejszenie tygodniowego wymiaru czasu pracy (Homer, 1985), zwolnienie jej tempa (Lyll, 1989) albo robienie regularnych przerw. Nie rozwiązuje to kwestii samej pracy, ale szuka równowagi pomiędzy nią a resztą życia (Grosch, Olsen, 1995; MacBride, 1983; Maslach, 1982b; Riordan, Saltzer, 1992);
- podejście skierowane na pracownika; to skupienie się na zmianie osoby, a nie środowiska pracy – opierające się na przekonaniu, że to osoba odgrywa tutaj centralną rolę. Wyróżnia się tu kilka założeń. Po pierwsze, zazwyczaj zakłada się, że źródło wypalenia leży w pracowniku – przykładowo Homer (1985) stwierdził, że wypalenie nie jest spowodowane stresującym środowiskiem pracy, ale indywidualną reakcją pracocholika na środowisko. Po drugie, niezależnie od przyczyny, zakłada się, że to pracownik, a nie pracodawca, miałby coś zrobić i to on powinien być odpowiedzialny za rozpoznanie własnego napięcia i podjąć odpowiednie kroki, by sobie z tym poradzić (MacBride, 1983). To stwierdzenie kładzie nacisk na triumf jednostki nad przeszkodą. Z tego wynika, że czynniki stresujące mają być pokonywane, a nie eliminowane (Heaney, Van Ryn, 1990). Inny czynnik faworyzujący strategię indywidualne to zmniejszenie kosztów, przynajmniej na

początku, a nie zmiany organizacyjne. Istnieje kilka kategorii indywidualnych strategii zapobiegawczych. Niektóre z nich skupiają się na stosunku pracownika do wykonywanych obowiązków, poprzez zmianę organizacji pracy, rozwój umiejętności przystosowawczych i interpersonalnych oraz wykorzystanie zasobów społecznych. Inne dotyczą wzmocnienia zasobów wewnętrznych pracownika – bardziej zrelaksowany styl pracy, poprawa zdrowia i samoanaliza, a także zdolność do odczytywania własnych emocji i potrzeb.

Rozwijanie umiejętności przystosowawczych ma na celu zmniejszenie wpływu napięć emocjonalnych, ale nie przez ich redukcję, lecz poprzez zmianę indywidualnej odpowiedzi na nie. W wielu przypadkach dzieje się tak z uwagi na poznawcze wartościowanie, np. zmniejszenie oczekiwań, zmianę interpretacji zachowań innych osób, wyobrażanie sobie nowych celów i „kolejne kroki” (Hamberger, Stone, 1983; Lowenstein, 1991; Maslach, 1982b; Ross, 1993). W ten sposób często pracownik na nowo postrzega swoją rolę w pracy, tak jak lekarz stwierdzający, że sukces leczenia jest tak samo zależny od niego, jak i od pacjenta (Friedman, 1985). Inne strategie zapobiegawcze to dzielenie się uczuciami i emocjami, co pozwala na zredukowanie napięcia oraz znalezienie przyczyn frustracji i cierpienia (Friedman, 1985; Ross, 1993). Strategie zarządzania czasem lub rozwiązywania konfliktów także mogą zmienić sposób, w jaki osoba radzi sobie w pracy, i zmniejszyć ryzyko wypalenia zawodowego (Hamberger, Stone, 1983).

W wykorzystaniu zasobów społecznych często zaleca się wsparcie społeczne jako metodę zapobiegania wypaleniu zawodowemu. Przykładami takiej pomocy jest profesjonalne wsparcie ze strony kolegów, przełożonych oraz osobiste od rodziny i przyjaciół, a także doradztwo (Grosch, Olsen, 1995; Lowenstein, 1991; MacBride, 1983; Maslach, 1982a; Ross, 1993). Takie zasoby społeczne zapewniają wsparcie emocjonalne, nowe spojrzenie na sytuację i osobistą nagrodę. Stanowią również bazę porównawczą dla reakcji danej osoby, pomagają zmniejszyć wyizolowanie, a także mogą stanowić źródło humoru, optymizmu i zachęty w trudnych chwilach.

Relaksacja jest strategią służącą obniżeniu reakcji na stres. Istnieją różne techniki łagodzenia wysokiego pobudzenia i uspokajania, począwszy od *biofeedbacku* i medytacji, a kończąc na masażu i gorącej kąpieli. Niektóre stosuje się w pracy, a inne po jej zakończeniu (Hamberger, Stone, 1983; Homer, 1985). Zrelaksowany styl życia to także zainteresowania i czynności spoza zakresu pracy, pozwalające również na odcięcie się od stresu (MacBride, 1983).

Powszechnie zakłada się, że dobre zdrowie i sprawność fizyczna chronią osobę przed wypaleniem zawodowym. Dlatego większość propozycji zapobiegania wypaleniu zawiera wskazówki dotyczące żywienia i ćwiczeń jako dodatku do innych strategii (Hamberger, Stone, 1983; Lowenstein, 1991; MacBride, 1983; Leighton, Roye, 1984; Patrick, 1984b; Ross, 1993). Czasami zalecenia dotyczące zdrowia są bardzo ogólne, a kiedy indziej szczegółowe. Znaczenie dobrego stanu zdrowia jest tak oczywiste, że często nie uzasadnia się tego elementu w zapobieganiu wypaleniu (np. Patrick, 1984a). Kontrargumentem jest fakt, że sprawność fizyczna i zdrowie jedynie redukują wypalenie na jakiś czas, a nie zapobiegają problemom związanym ze stresem (Donatelle, Hawkins, 1989). Ponadto należy zauważyć, że większość strategii promujących zdrowie nawet nie zakłada związku z aspektami pracy (Kasl, 1992).

Podstawowe założenie tej metody opiera się na fakcie, że ludzie powinni zrozumieć własną osobowość, emocje, potrzeby i motywacje, a takie zrozumienie pozwala zobaczyć, dlaczego są oni narażeni na wypalenie zawodowe. Mając taką wiedzę, mogą zmieniać się i tak sobie radzić w pracy, aby zmniejszyć ryzyko tego wypalenia. Zaproponowano im różne strategie autoanalizy, zwiększające własną świadomość i realistyczną samoocenę (Grosch, Olsen, 1995; Lowenstein, 1991; Maslach, 1982b). Ludzie są proszeni o rozważenie swoich narcystycznych kwestii (jak bardzo się przepracowują, chcąc być docenionymi) i wpływu własnego pochodzenia (Grosch, Olsen, 1995). Czasami muszą dopasować swoje nierealne standardy i oczekiwania (MacBride, 1983), zmniejszyć wewnętrzne napięcie emocjonalne (Riordan, Saltzer, 1992), wyrażać filozoficzne i etyczne wartości (Ross, 1993) oraz ocenić, jak ich własne ideały i aspiracje korespondują z warunkami pracy (Suran, Sheridan, 1985).

Proces osiągania tej autoanalizy często nie jest wyszczególniony i pozostawia się go do indywidualnego wyboru. Czasami sugeruje się korzystanie z grup wsparcia bądź programów edukacyjnych zwiększających samoświadomość, chociaż mało uwagi poświęcono strategiom sytuacyjnym i organizacyjnym w miejscu pracy w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu. Nawet w przypadku tej strategii sugerowano zmianę pracownika, a nie dopasowanie jego stanowiska pracy. Przykładowo, zatrudnionemu dostępne są programy pomocy i doradztwa, ale mają one na celu jego przemianę lub leczenie, a nie wskazówki organizacyjne (MacBride, 1983).

Na poziomie sytuacyjnym proponowane strategie skupiają się na sposobach wykorzystania doświadczenia w pracy. Przykładowo, zamiast rotacji stanowisk udziela się pracownikom głosu w decydowaniu o polityce instytucji i daje im się przez to poczucie kontroli nad ich pracą, co w rezultacie powoduje rozwój ich umiejętności (MacBride, 1983). Natomiast w dziedzinach usługowych zaleca się trening umiejętności interpersonalnych (Maslach, 1982b).

Widać zatem brak strategii sytuacyjnych, które rzeczywiście eliminują lub modyfikują czynniki stresujące w miejscu pracy. Zakłada się, że praca stresuje i kładzie się nacisk na radzenie sobie ze stresem. Można powiedzieć, że stres jest dobry, bo mobilizuje ludzi do intensywniejszej pracy. Być może to się sprawdza tam, gdzie liczy się ilość produktów, a ignoruje się fakt większej liczby błędów, gdy ludzie są wykorzystywani do granic ich możliwości. Jednak tam, gdzie liczy się jakość, a szczególnie relacje z pacjentem, badania pokazują, że strategie sytuacyjne eliminujące czynniki stresogenne są elementem polepszającym wydajność (Jackson, Schuler, 1985). Dopóki uważa się, że stres zwiększa produktywność, dopóty organizacje nie będą poczuwały się do zmniejszania czy eliminowania tego czynnika z miejsca pracy.

Dostępna literatura dotycząca zapobiegania wypaleniu zawodowemu ma jednak swoje mocne strony. Zawiera dużą różnorodność strategii zapobiegawczych i rozwiązań stosowanych na różnych poziomach (indywidualne, grupowe, organizacyjne). Zalecenia są kreatywne i pragmatyczne. Większość rozwiązań proponowanych jest przez ludzi doświadczonych w tej dziedzinie. Zatem są one dobrze umocowane w realiach i mają większy potencjał niż rozwiązania teoretyczne. Literatura przedmiotu ma jednak braki, których większość wynika z historycznego podziału badań i zastosowań (Maslach, Schaufeli, 1993). Tematyka wypalenia została wprowadzona przez praktyków, którzy mieli do czynienia z tym problemem, chcieli go rozwiązać, i to szybko. Z ich punktu

widzenia mieli wystarczającą wiedzę, by opracować działania łagodzące wypalenie. Z punktu widzenia naukowców akademickich było za wcześnie, aby szukać rozwiązania problemu, który nie został jeszcze w pełni zrozumiany. Dla nich pierwszym krokiem było stworzenie modelu empirycznego, a dopiero potem opracowanie konkretnych działań.

Ta przepaść między naukowcami i praktykami widoczna jest w piśmiennictwie dotyczącym wypalenia zawodowego. Propozycje zapobiegania mu rzadko wiążą się z modelem teoretycznym i najczęściej są wynikiem doświadczeń autora i jego indywidualnego rozumienia, czym jest wypalenie. Różni autorzy podają odmienne definicje, a niektórzy w ogóle takiej definicji nie proponują. Można więc się spodziewać, że nie mówią oni o tym samym. Co więcej, autorzy ci często nie opisują, jak wypalenie zawodowe się przejawia, co je powoduje, jakie są skutki itp. Decyduje to o tym, jak formułowane jest zapobieganie temu wypaleniu i stąd trudność w ocenie przedstawionej propozycji postępowania. Większość zaleceń nie określa kryteriów dla wyników, tj. co się stanie albo nie nastąpi wskutek danej strategii zapobiegania wypaleniu zawodowemu. Oczywiście odpowiedź to wypalenie nie wystąpi lub jego ryzyko zmniejszy się albo mniej osób go doświadczy itp. Demonstracja jakiegokolwiek wpływu na wypalenie wymaga precyzyjnej definicji, co to jest (reakcja emocjonalna, objawy fizyczne, zachowania), tak by można ocenić te zmiany. Tutaj kluczowa jest jasność pojęciowa. Uzasadnieniem zalecanych strategii jest stwierdzenie, że po ich zaaplikowaniu skutecznie zapobiegamy wypaleniu. Nie ma jednak na to dowodów. Zaledwie w kilku przypadkach opracowano, zastosowano i oceniono strategie zapobiegające wypaleniu, ale dane z tych doświadczeń są co najwyżej sugestywne (Golembiewski, Hilles, Daly, 1987; Hunicutt, MacMillan, 1983; Pines, Aronson, 1983). Nie wynika to z braku pomysłów, tylko z trudności w ocenie skutków. Jest to zjawisko nieobce badaniom długoterminowym, prowadzonym w warunkach realnego życia i napotykających wiele trudności. Należy jednak uczciwie przyznać, że w tym przypadku dodatkową trudność stanowi brak kryteriów dla celu i wysiłku zapobiegania wypaleniu.

Paradoksalny jest nacisk na strategie indywidualne, zamiast na organizacyjne czy społeczne. Większość badań pokazuje, że to właśnie te dwie strategie odgrywają znaczącą rolę w wypalaniu się (Maslach, Schaufeli, 1993). Co więcej, indywidualne strategie są mniej skuteczne, szczególnie w środowisku pracy, gdzie pracownik w mniejszym stopniu kontroluje czynniki stresujące (Heaney, Van Ryn, 1990).

Jak wcześniej wspomniano, koncentrowanie się na osobie, z powodów filozoficznych i pragmatycznych, może okazać się całkowicie błędne. Postęp w zapobieganiu wypaleniu będzie zależeć od strategii skupiających się na kontekście pracy i jej wpływie na ludzi. Indywidualne doświadczenie wypalenia zawodowego może być wyłącznie zrozumiane w kontekście środowiska pracy. Zatem każda interwencja wymaga uwzględnienia wzajemnych wpływów osób i sytuacji. Jak sytuacja wpływa na pracownika, jak on ją postrzega, jakie jest jej ryzyko i korzyści? Odpowiedzi na te pytania mogą mieć istotne implikacje dla zrozumienia wypalenia zawodowego i zaprojektowania skutecznego podejścia do zapobiegania temu zjawisku. Można tu zaproponować analizę interakcji osoby i sytuacji, ujmującą odpowiedź osoby na warunki pracy w zakresie postrzegania i decydowania, w kontekście ryzyka wypalenia zawodowego. Dziedzina podejmowania decyzji skupia się na tym, jak ludzie pojmują ryzyko i podejmują decyzje z nim związa-

ne. Identyfikuje, co ludzie wiedzą lub sądzą o ryzyku i korzyściach, a także czy optymalnie wykorzystują tę wiedzę w chwili podejmowania decyzji (Harding, Eiser, 1984).

Początkowo wypracowuje się określenie, jak ludzie postrzegają swoją sytuację w pracy i jej normy oraz jak to postrzeganie prowadzi do wypalenia zawodowego lub mu zapobiega. Takie podejście zakłada, że znajomość opinii pracownika o wypaleniu jest niezbędna, żeby zrozumieć obecne jego zachowanie i przewidzieć przyszłe wybory. Naukowcy muszą tutaj uznać, że każda decyzja jest ryzykowna. Na przykład dawanie z siebie wszystkiego to ryzyko wypalenia, ale nierobienie tego to ryzyko odrzucenia przez współpracowników lub deprecjacja własnej osoby. Zatem pytanie brzmi, dlaczego ludzie wybierają konkretne ryzyko, a nie dlaczego w ogóle ryzykują. Pierwszy krok obejmuje ocenę, co według pracownika zwiększa, a co zmniejsza ryzyko wypalenia zawodowego. Jest to szczególnie istotne w zapobieganiu wypaleniu, ponieważ osoba narażona na wypalenie często nie docenia własnej podatności (np. młoda idealistyczna pielęgniarka). Zatem pracownik może, po pierwsze, nie doceniać siły wypalenia lub prawdopodobieństwa, że go to może spotkać. Po drugie, może on nie rozpoznawać, jak konkretne zachowania zwiększają ryzyko wypalenia, a po trzecie, osoba ta może wystawiać się na to zagrożenie poprzez przeoczenie możliwości zmniejszenia kar za odmowę zaangażowania się w zachowania wysokiego ryzyka (Beyth-Marom, Fischhoff, 1995).

Zdarza się, jak twierdzą Maslach i Goldberg (1998), że pracownicy nie zauważają ryzykownego charakteru własnych zachowań, bo nie uważają ich za szkodliwe. Takie zachowania nie są, po pierwsze, nieciągłe z tym, co wcześniej robili, np. rozmowy z pacjentem po godzinach pracy, a po drugie, oczekiwania w pracy mogą wspierać takie błędne postrzeganie. Niepisana zasada, że pracownik ma wykonać 150% normy, powoduje, że nie mogąc sprostać zadaniom, doszukuje się on przyczyn u siebie. Zasada ta nie polega na obwinianiu pracownika za takie postrzeganie ryzyka, ale na wykorzystaniu tego zjawiska jako wskazówki do niezbędnych zmian w środowisku pracy. Dla odmiany, pracownik może postrzegać ryzyko wypalenia zawodowego prawidłowo, ale kontynuuje narażenie siebie, ponieważ odrzuca wartości leżące u podstaw zachowań niskiego ryzyka. Na przykład lekarz może postrzegać zachowanie niskiego ryzyka (przebadanie większej liczby pacjentów, niż jest w stanie podolać) jako mniejsze oddanie pracy. Jeśli tak, to zapobieganie wypaleniu powinno bazować na promowaniu innych, równie ważnych zachowań niskiego ryzyka, np. zgodnych z własnym zaleceniem: musisz dbać o siebie, żeby móc lepiej dbać o innych. W takiej sytuacji Maslach i Goldberg (1998) wskazują na zasadnicze rozróżnienie zdolności postrzegania ryzyka od oceny jego akceptowalności. Wypalenie zawodowe nie wynika tylko z niedoceny groźnych skutków, ale może opierać się na wielu powodach, dla których ludzie decydują się pracować na rzecz innych. Bezpośrednie rozróżnienie postrzegania ryzyka i uznania go za akceptowalne sprawia, że wysiłki zapobiegawcze mogą nie dopuścić do zmarnowania cennych zasobów. Należy zatem przypominać pracownikowi o ryzyku, mimo że o tym wie (np. o jego zachowaniach narażających go na wypalenie) i skupić się na tym, co naprawdę powoduje jego ryzykowne zachowania (tj. różniące się zbiory wartości). Odpowiednie działania powinny uczyć ogólnie podejmowania decyzji lub „przeprogramowania” wyborów, tak aby pracownik nie musiał podejmować decyzji w czasie rzeczywistym (Beyth-Marom, Fischhoff, 1995).

Weinstein (1989) twierdzi, iż ludzie mają skłonność nie do postrzegania zdarzeń w całości, ale raczej wyizolowanych, i że wynika to z niezdolności do zrozumienia relacji pomiędzy ryzykiem pojedynczego doświadczenia oraz ryzykiem wielu kolejnych doświadczeń, gdyż każde zaangażowanie się w pojedyncze zdarzenie, obarczone nawet małym ryzykiem, prawdopodobnie zaowocuje szkodą po dłuższym czasie. Przykładowo, pracownik, który w poniedziałek pracuje dłużej, we wtorek robi coś za kolegę, a w środę ma dodatkowe zajęcie, naraża się na ryzyko wypalenia zawodowego. Co więcej, praca ponad normę może na początku nie prowadzić do żadnych konsekwencji, a więc pracownik dochodzi do wniosku, że mu to nie szkodzi i zaniedbuje własną ochronę. Badania tego autora pokazały, że osoby kontynuujące narażanie na zachowania ryzykowne i nie-doświadczające negatywnych konsekwencji, były przekonane, że w przyszłości także nie poniosą ryzyka.

Inne spostrzeżenie Weinsteina (1984) to przekonanie większości osób o mniejszym, niż inni, swoim narażeniu na negatywne skutki.

Oba wspomniane sposoby myślenia mogą prowadzić pracownika oraz osoby nim zarządzające do niedoceniań ryzyka i znaczenia zapobiegania wypaleniu zawodowemu, gdyż pozostają w przekonaniu o braku podatności na negatywne konsekwencje. Dlatego bardzo ważne jest zbadanie ryzyka i korzyści wszystkich dostępnych sposobów zapobiegających temu zjawisku, a zalecanie typowych interwencji ma redukować stopień zagrożenia poprzez eliminację ryzykownych zachowań. Jeśli chcemy poznać motywy, jakimi kieruje się osoba podejmująca decyzję o zaangażowaniu się w zachowanie ryzykowne, musimy zrozumieć jej postrzeganie ryzyka i konsekwencji płynących z wyboru, gdyż pracownik może sądzić, że korzyści z zachowań ryzykownych są większe niż koszty, jakie wówczas ponosi (Beyth-Marom i in., 1993).

Ograniczenia sytuacyjne także wpływają na zdolność podejmowania decyzji i postępowania według niej. Przykładem może być przytłaczający nacisk ze strony rówieśników czy przełożonych, aby nie podejmować lepszych wyborów. Zagadnienia te są często pomijane, ponieważ badania skupiają się na zmienianiu jednostki, a nie czynników społecznych lub organizacyjnych. Do tej pory omawiano interakcje osoby i sytuacji w kontekście oceny sytuacji i ryzyka psychologicznego dokonywanej przez tę osobę. Inne podejście ujmuje interakcje pod kątem oceny samego siebie i sytuacji w pracy oraz dopasowania tych dwóch elementów. Stwierdzenie, że stres prowadzi do złego dopasowania między jednostką a pracą, ma już długą historię. Wcześniejsze modele stresu organizacyjnego skupiały się na tym dopasowaniu, a kolejne teorie podkreślały istotność czynników indywidualnych i kontekstowych (Kahn, Byosiere, 1992). Zastosowanie tego podejścia zakłada, że im większe niedopasowanie, tym większe prawdopodobieństwo wypalenia zawodowego.

Maslach, Leiter (1997) zaproponowali natomiast w analizie syndromu wypalenia zawodowego wydzielenie sześciu obszarów niedopasowania. W każdym z nich środowisko pracy nie jest w harmonii z naturą osoby, co prowadzi do wyczerpania, cynizmu, braku wydajności wynikającego z wypalenia. Oto charakterystyka tych obszarów (Maslach, Leiter, 1997):

- Przeciążenie pracą. To najczęściej i najszerszej omawiane niedopasowanie. Praca wykracza poza możliwości pracownika, gdyż zbyt dużo zajęć, mało czasu i zasobów nie pozwala pracownikowi nadążyć z wykonywaniem obowiązków. W wielu

miejscach pracy jest to stan przewlekły, więc jest niewiele okazji, by mógł on odpocząć czy odzyskać równowagę. Pojawiające się wypalenie zawodowe prowadzi do pogorszenia jakości pracy i zaburzenia relacji koleżeńskich.

- Brak kontroli. Kolejne niedopasowanie to brak kontroli pracownika nad przebiegiem pracy, chociaż chce on brać udział w procesie decyzyjnym i mieć możliwość dokonywania wyborów. Innymi słowy, chce mieć swój wkład w proces osiągania wyniku, za który ponosi odpowiedzialność. Problem pojawia się, gdy zarządzanie narzuca sztywne zasady oraz ścisły monitoring. Jednostka nie ma możliwości, by coś poprawić, unowocześnić i w rezultacie nie czuje się skuteczna i odpowiedzialna za wynik końcowy.
- Niewystarczające wynagradzanie. Brak odpowiedniego wynagradzania za pracę (pensja, nagrody), czyli wynagradzanie zewnętrzne, oraz także utrata wewnętrznej nagrody (duma z czegoś, co się robi) mogą stanowić źródło niedopasowania.
- Rozpad społeczności. Ludzie lepiej sobie radzą w społeczności, dzieląc się szczęściem, pocieszeniem i humorem. Jednak często pojawia się utrata poczucia pozytywnych związków z innymi, co czyni kontakty społeczne bezosobowymi. To, a szczególnie destruktywne działanie nierozwiązanych konfliktów między pracownikami, powoduje negatywne uczucia, frustracje i wrogość, co zmniejsza szanse na wsparcie ze strony współpracowników.
- Brak sprawiedliwości. Wzajemny szacunek w pracy jest zasadniczym elementem poczucia wspólnoty. Zaburzyć go może niesprawiedliwość pojawiająca się tam, gdzie praca nie jest rozłożona równomiernie, pracownik jest oszukiwany, niesprawiedliwie wynagradzany czy awansowany.
- Konflikt wartości. Sytuacja, gdy istnieje rozdźwięk między wymogami pracy i osobistymi zasadami pracownika, wywołuje poczucie przymuszania do czynności nieetycznych i niezgodnych z jego systemem wartości. Konflikt ten jest szczególnie groźny, gdy pracownik zostaje postawiony w sytuacji rozbieżności wersji oficjalnej i rzeczywistej.

Istotność tego podejścia polega na skupieniu się na relacji pomiędzy osobą a sytuacją. W ten sposób określa się źródła wypalenia w dowolnym kontekście pracy, a opracowane działania będą prowadziły do zmian sytuacyjnych wraz z personalnymi. Co więcej, rozpoznanie sześciu obszarów niedopasowania osoby i pracy rozszerza zakres opcji działania. Skupienie się raczej na niedopasowaniu niż na samym przeciążeniu pracą może okazać się bardziej korzystne. Na przykład ludzie tolerują większe obciążenie pracą, gdy czują się dowartościowani i nagradzani. Obecnie nie jest jasne, czy któreś z wymienionych niedopasowań jest ważniejsze od innych lub czy jest graniczna liczba niedopasowań, wywołująca wypalenie zawodowe. Można przypuszczać, że potencjał tego podejścia jest obiecujący w kontekście zapobiegania wypaleniu.

Zaprezentowane rozważania, dotyczące nowej perspektywy zapobiegania wypaleniu zawodowemu, uwzględniające wkład praktyków i naukowców w wypracowanie wskazówek w tym względzie, mogą zaowocować wymiernymi korzyściami. Ponadto opracowanie i zastosowanie modelu wypalenia połączonego z niedopasowaniem osoby i pracy pozwoli naukowcom lepiej formułować pytania dotyczące zapobiegania oraz prowadzić badania dające wyniki, bardziej przydatne do zastosowania w profilaktyce. Wielowymiarowy model wypalenia spełnia oczekiwane kryteria pojęciowe (zawiera definicję wypalenia, model działania procesu, na podstawie którego można określić kryteria wy-

nikowe, oraz metodę oceny trzech składowych wypalenia). Zawiera zatem bazę pojęciową dla naukowców i praktyków. Takie podejście powinno dostarczyć lepszemu schematu analizy sytuacji oraz zagrożeń w pracy i pomóc opracować działania skierowane na jasne kryteria zapobiegawcze.

Na wagę profilaktyki wypalenia zawodowego wskazuje chociażby praca Erikssona i Wallina (2004, za: Łosiak, 2007), w której zaproponowano neurobiologiczne wyjaśnienie powstawania syndromu wypalenia. Zdaniem tych autorów, pojawiający się jako efekt stresu deficyt neurogenezy w obszarze hipokampa może być uznany za przyczynę takich zaburzeń jak wypalenie.

Być może ważną informacją wyłaniającą się z tej analizy jest stwierdzenie, że znaczenie miejsca pracy było dotychczas zdecydowanie niedowartościowane w zakresie zapobiegania wypaleniu zawodowemu. Dalsze prace powinny bezpośrednio odnosić się do zagadnień interakcji osoba – sytuacja, a znalezienie odpowiedzi na pytania dotyczące wypalenia zawodowego wymagają dalszych prac o wspomnianym ukierunkowaniu.

2. Pojęcie empatii w świetle różnorodnych koncepcji

Zjawisko empatii było znane i funkcjonowało w relacjach międzyludzkich na długo przedtem, zanim jeszcze zaczęto je opisywać i definiować. Termin „empatia” rozpatrywany jest w wielu aspektach. Interesują się nim psychologowie, pedagodzy, ale także filozofowie, teolodzy i antropolodzy. Początkowo empatia była identyfikowana w naukach teologicznych, artystycznych i filozoficznych. Należy podkreślić, że były to pierwsze próby trafnego określenia pojęcia „empatia” za pomocą innych terminów – przykładowo „sympatii”. W późniejszym okresie empatię zaczęto rozpatrywać również jako wymiar psychologiczny.

Empatia ma ogromne znaczenie w życiu każdego człowieka, ale szczególne u osób mających kontakt z chorymi. Dlatego tak ważne jest, by lekarz i pielęgniarka kierowali się empatią, próbując pomóc pacjentowi w rozwiązywaniu jego problemów oraz przewidując jego obawy i zachowania. Nie powinni żyć tylko ideałami w swojej pracy, lecz podchodzić do wszystkiego w sposób racjonalny i obiektywny, zdając sobie sprawę, że nie są w stanie pomóc wszystkim chorym. Wchodzą oni w kontakty interpersonalne i próbują dostrzec głębsze problemy tkwiące w chorym człowieku, traktując go w sposób holistyczny. We wszelkich kontaktach z drugim człowiekiem zawsze powinni zachować swoją tożsamość, co ma ogromne znaczenie w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu.

2.1. Geneza empatii

Pojęcie „sympatii” było dawniej używane w szerokim znaczeniu i obejmowało rozumienie innych osób, emocjonalne współuczestnictwo w ich przeżyciach oraz przychyłność wobec otoczenia. Doskonałym zobrazowaniem tej myśli jest odwołanie się do starogreckiej filozofii stoickiej, w której słowo „sympatia” oznaczało duchową wspólnotę wszystkich rzeczy, pod wpływem której ludzie wzajemnie sobie współczują.

W założeniach filozoficznych A. Schopenhauera (za: Brett, 1969) z połowy XIX wieku sympatia rozumiana jest jako specyficzna cecha duszy ludzkiej i rozpatrywana jako regulator wzajemnych stosunków między ludźmi. Filozof ten uważał, że ludzi charakteryzuje współczucie, zrodzone przez wspólność ich przyrodniczego pochodzenia. Ta idea oparta jest na pojmowaniu przez A. Schopenhauera cierpienia jako specyfiki ludzkiego życia. W procesie współczucia człowiek zapomina o różnicach pomiędzy sobą a innymi ludźmi, a w procesie pokonywania egoizmu utożsamia się z drugim człowiekiem, czyniąc jego przeżycia swoimi. W ten sposób dąży do przerwania jego cierpienia.

Próby określenia pojęcia „empatia” sięgają początku XX wieku, a podłożem analiz tego zjawiska były filozoficzne rozważania dotyczące zagadnień poznawania cudzych stanów psychicznych. W tym okresie powstawało wiele teorii empatii, zwłaszcza na gruncie epistemologii, które okazały się ważne dla późniejszego psychologicznego ujmowania tej emocji. Pierwszym psychologiem, który korzystał z epistemologicznej koncepcji wczucia, zaczerpniętej głównie z zakresu fenomenologii, był Theodor Lipps. Jego prace spowodowały szerokie zainteresowanie psychologów procesem empatii. Na początku XX wieku Lipps użył pojęcia *Einfühlung*, które zostało przetłumaczone jako „empatia” albo „czucie się razem z...” (za: Lipps, 1965). Największą naukową zasługą Lippsa było podejście do problemu z psychologicznego, niemetafizycznego punktu widzenia. Wprawdzie w literaturze można spotkać stwierdzenie, iż prekursorem prac nad empatią jest Titchener, to jednak, o czym wspomina Davis (1999), w istocie jego rola sprowadzała się do przetłumaczenia dzieł Lippsa na język angielski i popularyzacji koncepcji wczucia wśród psychologów amerykańskich. Wprowadzając termin „empatia”, Titchener dostrzegł fakt, że świadomość jakiejś osoby może być poznana nie tylko poprzez rozumowanie, które byłoby analogiczne do rozumowania tejże osoby, lecz również poprzez wewnętrzne naśladowanie tej osoby, przez wewnętrzną jej imitację. W ten sposób Titchener stał się zwiastunem podwójnej roli, jaką miało spełniać pojęcie empatii zarówno w psychologii percepcji, jak też w psychologii społecznej. Jednakże z czasem pojęcie empatii zniknęło z obszaru psychologii eksperymentalnej oraz rozważań dotyczących estetyki, pojawiło się natomiast na gruncie teorii osobowości w koncepcjach i praktyce psychoterapeutów oraz pozostało w obszarze psychologii społecznej. Można przyjąć, że był to prawidłowy proces, ponieważ pojęcie empatii wydaje się bliskie pojęciu osobowości.

W teoriach osobowości pojawiały się także terminy konkurencyjne w stosunku do pojęcia empatia, takie jak naśladowanie, imitacja czy sympatia. Ostatecznie jednak uznano, że „empatia” to bardzo ważne pojęcie w obszarze psychologii osobowości i w rozumieniu psychoterapeutów (Rogers, 1975).

Freud (1997) zainteresowany był badaniem mechanizmów identyfikacji oraz sposobu, w jaki proces identyfikowania się z inną osobą może prowadzić do empatii poprzez naśladowanie. Zarazem jednak Freud sądził, że empatia uzdalnia nas do przyjęcia takiej postawy wobec innych osób, która ukierunkowuje nas w stronę życia mentalnego tych osób. Ostatecznie jednak idea Freuda głosi, że empatia dostarcza nam sposobu rozumienia tego, co jest zupełnie obce w stosunku do naszego ego.

Natomiast Dollard i Miller (1950) stworzyli standardową definicję empatii, pojmowanej jako naśladowanie i współodczuwanie uczuć innej osoby lub też odpowiadanie na stosowane oznaki emocji. Dokonali oni też behawioralnej analizy empatii przejawianej w procesie terapii.

Empatia znalazła odzwierciedlenie także w dziedzinie psychoterapii. Duże zainteresowanie tym zjawiskiem przejawiał Rogers (1975). Widział on ją jako jeden z istotnych składników procesu terapeutycznego, co zostało docenione przez Rembowski (1986a) stwierdzeniem, że Rogers uzyskał niepowtarzalne spojrzenie na proces terapeutyczny.

W obecnych czasach następuje dynamiczny rozwój empatii na gruncie psychologicznym, powstają coraz to nowe interpretacje tego zjawiska, które znajdują praktyczne zastosowanie w procesie tworzenia dojrzałych interakcji międzyludzkich.

Jak podaje Kalliopuska (1994), psychoanaliza, a szczególnie psychologia „ego”, podkreśla znaczenie afektywnych komponentów empatii, tj. współodczuwania i rozumienia stanu emocjonalnego drugiej osoby w trakcie chwilowej identyfikacji. Natomiast z punktu widzenia psychologii poznawczej empatia jest utożsamiana z umiejętnością przyjmowania roli innej osoby oraz jej punktu widzenia. Umiejętności te stanowią podstawę procesu rozumienia uczuć innej osoby, jej sytuacji życiowej oraz umożliwiają przewidywanie jej przyszłych zachowań. Humanistyczne podejście do zjawiska empatii, wywodzące się z psychologii klinicznej, podkreśla znaczenie umiejętności obserwowania świata z punktu widzenia pacjenta oraz umiejętności przekazywania informacji zwrotnych pacjentowi na temat jego własnych problemów i sytuacji życiowej.

Rozwój badań nad empatią, uwarunkowany także zapotrzebowaniem społecznym, spowodował powstanie różnorodnych pod względem treści definicji tego pojęcia. Niektóre z nich mają charakter stały, wywodzący się z dawniejszych koncepcji pojmowania empatii, inne konstruowane są doraźnie na potrzeby konkretnych badań. Można zauważyć, że poszczególni badacze zwykle bazują na jednym z dwóch ogólnych określeń (lub na ich połączeniu), jakie wyróżnili już – niezależnie od siebie – Smith i Spencer, w latach odpowiednio 1759 i 1870, o czym donosi Knowska (1986). Według niej opinii, autorzy ci wskazali fundamentalną różnicę między dwiema szerokimi klasami reakcji empatycznej: poznawczą (intelektualną) reakcją z jednej strony (zdolność łatwego rozumienia perspektywy innych osób) i bardziej wisceralną, emocjonalną reakcją na sytuację innych osób z drugiej. Ogólnie można stwierdzić, że pomimo różnic w sposobie pojmowania empatii przez poszczególnych autorów panowała ogólna zgoda dotycząca uznania empatii za ważne zjawisko psychiczne, zachodzące w relacjach pomiędzy ludźmi, bardziej postulowane niż analizowane.

2.2. Psychologiczne poglądy dotyczące empatii

We współczesnej literaturze psychologicznej empatia i sympatia określane są jako pojęcia różniące się między sobą pod względem opisywanych przeżyć. Termin „sympatia” jest używany do opisanego przychylności wobec osób, przedmiotów i zjawisk.

Pojęcie empatii określa proces (albo cechy osobowości) emocjonalnego reagowania na przeżycia innych ludzi, połączenie się z obiektem, utożsamianie swoich uczuć, przeżywanie lub współuczestniczenie w przeżyciach innej osoby (Rembowski, 1982). W tym kontekście wszystkie istniejące naukowe definicje empatii można uporządkować według trzech zasadniczych, rozległych grup (za: Knowska, 1986).

Empatia w ujęciu emocjonalnym

Pierwszą grupę stanowią definicje, które opisują empatię w aspekcie emocjonalnym. Druga grupa zwraca uwagę na poznawczy (kognitywny) element empatii. Natomiast do

trzeciej grupy należą definicje, które traktują oba składniki komplementarnie, tzn. empatię w ujęciu emocjonalno-poznawczym.

Koncepcja emocjonalna, na której opiera się tradycyjne definiowanie empatii, dotyczy współbrzmienia, współodczuwania, emocjonalnego odpowiadania na przeżycia drugiej osoby. Zakłada się w tym przypadku, że empatia stanowi emocjonalne doświadczenie takich samych stanów afektywnych w danej sytuacji przez podmiot, jakich doznaje osoba, z którą on empatyzuje. Takie ujęcie empatii podzielają Stotland (1963), Hoffman (1972), Mehrabian i Epstein (1972), Gawriłowa (1975), Roe (1980) oraz Węgliński (1984).

Przykładem akcentowania emocjonalnego aspektu empatii jest definicja zaproponowana przez Stotlanda, bo według niego empatia jest emocjonalną reakcją na spostrzegane emocjonalne doświadczenie innych (za: Rembowski, 1989).

W podobny sposób, a więc od strony emocjonalnej, podchodzą do zjawiska Mehrabian i Epstein (1972), określając empatię jako zdolność jednostki do emocjonalnej odpowiedzi na spostrzegane przeżycie drugiego człowieka.

Empatia w ujęciu emocjonalnym, to – jak wynika z wyżej przytoczonych definicji – pewna gotowość do reagowania; możemy tu mówić o „emocjonalnym zarażaniu się cudzymi emocjami”. Jest to też pewnego rodzaju doświadczenie stanów innej osoby. Słowo „empatyczny” oznacza, że wiemy, co przeżywa obserwowany – dzięki temu, że aktualnie doświadczamy tych samych przeżyć. Przykładowo: możemy reagować smutkiem na smutek drugiej osoby lub radością na jej radość.

Polski psycholog, Węgliński (1984), wyróżnia następujące tendencje empatyczne:

- współbrzmienie emocjonalne z innymi ludźmi;
- wczuwanie się w przeżycia innych ludzi;
- sympatyzowanie z innymi oraz dzielenie przeżyć przyjemnych i przykrych;
- gotowość do poświęcenia się dla innych;
- wrażliwość na przeżycia innych ludzi.

Empatia w ujęciu poznawczym

Natomiast rozumienie empatii jako zjawiska poznawczego podkreślają: Mead (1934), Dymond (1950), Hogan (1969) oraz Truax (1972). W tym ujęciu empatia jest zdolnością jednostki do wejścia w rolę innej osoby, przyjęcia jej punktu widzenia poprzez zrozumienie jej myśli i motywów działania; jest to również zdolność do przewidywania uczuć, reakcji i zachowań tej osoby.

Wejście w rolę – przyjęcie roli drugiego człowieka akcentował Mead (1934). Istotą koncepcji „symbolicznej interakcji”, którą zaproponował, jest pojęcie „grania roli innych”, a sympatię określił jako symboliczne lub wyobrażeniowe umieszczenie siebie w miejscu kogoś innego, przyjęcie jego postawy i roli, jaką w danej sytuacji odgrywa.

Mówiąc o empatii w znaczeniu poznawczym, Szmukier (1989) opisuje ją jako proces polegający na stawianiu się w czyimś położeniu, w związku z tym na trafnym rozumieniu cudzych uczuć, myśli, pragnień i spostrzeganiu cudzych reakcji. Empatię poznawczą – kontynuuje ta autorka – utożsamia się niekiedy z umiejętnością wejścia w sytuację poznawczą i rolę społeczną innej osoby, z trafnością interpersonalną, wglądem społecz-

nym, procesem podejmowania roli innej osoby oraz z przesłanką poprawnej społecznej komunikacji.

Potrzebę dogłębnego poznawania tego, co dzieje się „w środku” drugiej osoby, a nie tylko tego, co można bezpośrednio zaobserwować w jej zachowaniu, zauważa Mellibruda, który akcentując poznawczy wymiar empatii, stwierdza, że empatia polega na tworzeniu trafnych wyobrażeń na temat tego, czego nie można zobaczyć, czyli tego, co dzieje się w wewnętrznym świecie drugiej osoby (Mellibruda, 1980).

Empatia w ujęciu emocjonalno-poznawczym

Trzecią grupę stanowią definicje, które podkreślają udział zarówno mechanizmów poznawczych, jak i emocjonalnych. Wyrazicielami takiego podejścia są m.in.: Feshbach (1975), Frączek (1986), Elias (1980) oraz Cichy (1986).

Definicja zaproponowana przez Feshbach (1975) należy do najbardziej kompletnych i przekonujących, gdyż zawiera ona dwa wyznaczniki empatii. Pierwszym jest zdolność do poprawnego odczytywania uczuć drugiej osoby. Jest to warunek prawidłowego rozpoznawania jej stanów emocjonalnych; gdy bowiem nie są one prawidłowo rozpoznane, przypisuje się jej inny stan emocjonalny niż ten, który ona rzeczywiście przeżywa, co uniemożliwia emocjonalne współbrzmienie. Drugim wyznacznikiem empatii w definicji Feshbach jest zdolność do przyjęcia perspektywy i punktu widzenia drugiej osoby oraz umiejętność postawienia się w jej sytuacji.

W literaturze polskiej przedstawicielem takiego podejścia jest Cichy (1986), który podaje, że empatia jest to mechanizm psychologiczny, umożliwiający człowiekowi postawienie siebie w sytuacji innej osoby, co może współwystępować z doznaniem tych samych stanów emocjonalnych. Mechanizm ten opiera się, według Cichego, na wrażliwości emocjonalno-poznawczej na bodźce pochodzące od innych obiektów społecznych – zazwyczaj ludzi.

Podejście emocjonalno-poznawcze do zjawiska empatii podziela także Elias (1980). Autorka zwraca uwagę na udział empatii w interakcji społecznej poprzez spostrzeżenia lub wyobrażenia jednostki. W trakcie interakcji osoba empatyzująca przejmuje punkt widzenia innego człowieka, rozumiejąc jego myśli, motywy, plany działania oraz reakcje. Natomiast Rembowski (1989) zwraca uwagę na komponent wykonawczy w rozumieniu empatii jako reakcji emocjonalno-poznawczej, który stanowi przejaw komunikacji interpersonalnej.

Z polskich autorów empatię jako syndrom emocjonalno-poznawczy opisuje także Frączek. Według niego empatia jest złożonym procesem, uruchamianym przez informacyjne własności sytuacji. Warunkiem powstania procesu empatycznego jest zdolność do rozpoznawania emocjonalnych znaczeń bodźców. Frączek (1986) zwraca uwagę na fakt, iż kategorie bodźców, które prowadzą do powstania empatycznego pobudzenia, są subiektywnie zrelatywizowane poprzez to, jak percypowane są ich emocjonalne znaczenia w danej sytuacji społecznej. Znaczenie, jakie nada jednostka tym bodźcom (mogą to być także konsekwencje własnego działania), prowadzi do powstania empatycznych emocji poprzez uaktywnienie określonych struktur poznawczych.

Przedstawione wyżej trzy grupy definicji charakteryzujących empatię prezentują odmienne punkty widzenia – nie określają zjawiska w sposób ścisły i jednoznaczny.

Empatia w ujęciu wieloaspektowym

Współcześnie jednak daje się zauważyć pewną zgodność w dostrzeganiu wielowymiarowego i kompleksowego charakteru omawianego procesu. Empatię traktuje się dzisiaj jako złożone zjawisko emocjonalno-poznawcze lub poznawczo-emocjonalne, w zależności od zaangażowania poszczególnych komponentów. Takie współczesne podejście do procesu obrazuje model empatii zaproponowany przez Kalliopuskę (1994). Autorka określa empatię jako złożony, holistyczny proces, w którym biorą udział komponenty kinestetyczne, fizjologiczne, afektywne (motywacyjne) oraz poznawcze (wiedza i doświadczenie). Empatia wymaga wrażliwości i zdolności wyjścia drugiemu człowiekowi naprzeciw. Dla zaistnienia przeżycia empatycznego, czy też reakcji empatycznej, konieczne jest opuszczenie granic własnego „ja” i przyjęcie roli drugiej osoby, co pozwala na czasową identyfikację z tą osobą przy zachowaniu własnej tożsamości. Tak rozumiana wrażliwość emocjonalna umożliwia wczucie się właśnie w przeżycia emocjonalne i sytuację życiową drugiej osoby. Po zakończeniu chwilowej identyfikacji osoba ta, nawiązująca kontakt empatyczny, zamyka granice własnego „ja” i przechodzi na poziom poznawczy, gdzie z dystansu obserwuje i dokonuje intelektualnej interpretacji informacji dotyczących świata drugiej osoby. Empatyczny proces jest zakończony wówczas, gdy osoba wchodząca w kontakt z drugą osobą jest zdolna przekazać jej informacje zwrotne dotyczące własnych wrażeń i refleksji związanych z sytuacją życiową.

Współczesne przemiany w sposobie rozumienia empatii zachodzą w dwu kierunkach: od pojmowania empatii jako zjawiska jednowymiarowego do wieloaspektowego jej ujęcia oraz do traktowania empatii jako zjawiska intrapsychicznego w kierunku interpsychicznego rozumienia i opisywania jej w kategoriach procesów komunikacji interpersonalnej (Trzebińska, 1985).

Każdy człowiek, choć w różnym stopniu, jest obdarzony zdolnością do empatycznej komunikacji. Zdolność ta jest bowiem pierwszą pojawiającą się w rozwoju człowieka naturalną formą nawiązywania kontaktu z otoczeniem społecznym, która może rozwijać się wraz z przyrostem doświadczeń i doskonaleniem się funkcji psychicznych organizmu (uwaga, pamięć). Zaangażowanie w proces empatyzowania wielu rozmaitych zdolności świadczy o tym, że empatia jest złożonym, wielofazowym zjawiskiem o charakterze emocjonalno-poznawczym. Jego dynamikę można przedstawić jako proces przebiegający w czterech kolejnych etapach (Trzebińska, 1985):

- Wstępna faza empatycznego porozumienia polega na prostej imitacji, dzięki której pod wpływem obserwacji emocjonalnej ekspresji partnera w organizmie podmiotu zaczynają zachodzić podobne zjawiska. W szczególności dotyczy to reakcji mięśniowych, te zaś uruchamiają określone procesy fizjologiczne, których rezultatem jest kształtowanie się specyficznego stanu psychicznego.
- Pierwsza faza empatii polega na doświadczeniu opisanego powyżej stanu przez podmiot.
- Druga faza procesu empatyzowania stanowi skutek nakładania się kilku czynników – wrażeń dotyczącego przeżyć partnera, dostarczanych przez niego innych sygnałów, a także kontekstu sytuacyjnego. Powodują one zaktualizowanie własnych, doświadczonych w przeszłości przeżyć podmiotu, które nakładając się na odbierane przez partnera, tworzą wspólnie jedno doświadczenie o bogatej zawartości treściowej i emocjonalnej. Zjawisko to możliwe jest dzięki posiadaniu przez

ludzi pewnego zasobu podobnych doświadczeń, podobieństwa struktur i funkcji biologicznych, a także ulegania podobnym wpływom środowiska. Dlatego też im bardziej zbliżona jest historia życia i środowisko psychospołeczne, tym głębsze i wszechstronniejsze bywa porozumienie empatyczne między ludźmi.

- W czwartej fazie empatycznej komunikacji dochodzi do intelektualnego opracowania doświadczeń danych podmiotowi, które ujmuje się jako należące do drugiej osoby i włącza do systemu wiedzy o niej, a nie o sobie samym. W tym momencie empatyczna interakcja zaczyna się rozluźniać i każdy z jej uczestników wraca stopniowo do własnej tożsamości.

Przedstawiony powyżej schemat procesu empatyzowania ma charakter teoretyczny, w rzeczywistości bowiem jego formy przeplatają się, nakładają na siebie, występują w różnej kolejności i z różnym natężeniem (Trzebińska, 1985).

Zatem możemy określić empatię jako zdolność postrzegania i rozumienia stanu innej osoby, zespół zjawisk warunkujących prawidłowe zrozumienie drugiego człowieka i porozumienie się z nim. Do tej formy kontaktu z otoczeniem człowiek jest przygotowywany już w momencie przyjścia na świat i dzięki niej przyjmuje on wartości, postawy i akceptowane społecznie wzorce zachowań, co prowadzi do kształtowania jego osobowości.

Natomiast Davis (1999) zaprezentował model empatii rozumianej jako cztery powiązane z sobą konstrukcje teoretyczne, opisywane w następującym epizodzie: warunki poprzedzające związane z charakterystyką obserwatora, obserwowanego i sytuacji; proces odnoszący się do mechanizmów wywołujących skutki wewnątrzsobnicze (intrapersonalne) związane z poznawczymi i afektywnymi reakcjami zachodzącymi u obserwatora; skutki międzyludzkie (interpersonalne) odnoszące się do reakcji behawioralnych nastawionych na obserwowanego (Davis, 1999). Te cztery konstrukty autor przedstawia następująco:

- Warunki poprzedzające. W odniesieniu do osoby należy uwzględnić jej zdolność odczuwania empatii oraz historię doświadczenia indywidualnego, na którą składa się stopień społecznego przyswojenia wartości, zachowań związanych z empatią. Dodatkowo należy wziąć pod uwagę indywidualne różnice jednostki w ramach skłonności do angażowania się w proces empatyzowania lub doświadczenia rezultatów tych procesów. Reakcje na innych ludzi wynikają z kontekstu sytuacyjnego, a w szczególności z „intensywności” sytuacji oraz stopnia podobieństwa obserwatora i obserwowanego. Wyraźne okazywanie emocji o zabarwieniu negatywnym ze strony osób słabych stanowi sytuację sprzyjającą intensywności reakcji empatycznej obserwatora. Siła reakcji afektywnej i nieafektywnej wzrasta wraz z podobieństwem osób będących w interakcji.
- Procesy. Na procesy pozbawione aspektów poznawczych składa się wrodzona skłonność nazywana „zarażaniem płaczem” (*primary circular reaction*) oraz kopiowania zachowań naśladowanie motoryczne będące tendencją obserwatora do nieświadomego i automatycznego kopiowania zachowań obserwowanego. W ramach prostych procesów poznawczych wyróżniamy m.in. warunkowanie klasyczne. Jest ono rezultatem posiadania umiejętności zrozumienia schematu bodziec – reakcja. Innym procesem jest skojarzenie proste, które opisywał Hoffmann (1984, za: Davis, 1999). O etykietowaniu możemy mówić wtedy, gdy obserwator używa prostych wskazówek niezbędnych do wnioskowania o doświadczeniach osoby obserwowanej. Skojarzenie zapośredniczone językiem jest rodza-

jem zaawansowanego procesu poznawczego. Reakcja empatyczna jest wynikiem aktywowania językowej sieci poznawczej uruchamiającej skojarzenia z własnymi lub cudzymi doświadczeniami. Jeśli obserwatorzy stosują wskazówki wykorzystywane w wyciąganiu wniosków o osobach obserwowanych, to mamy do czynienia z ukształtowaną siecią poznawczą. Procesem wymagającym najwyższego stopnia umiejętności jest przyjmowanie ról (perspektywy). Pod pojęciem tym kryje się podejmowanie prób zrozumienia innej osoby poprzez wyobrażenie sobie jej punktu widzenia. Ważne jest podkreślenie, że przyjmowanie roli odnosi się do procesu, a nie rezultatu.

- Skutki wewnątrzosobnicze (intrapersonalne)
 - afektywne. Skutek analogiczny odgrywa rolę prototypu reakcji afektywnej, który polega na faktycznym odtworzeniu u obserwatora uczuć obserwowanego. Dzięki skutkom reaktywnym istnieje możliwość opisywania pojawiających się reakcji. Są one definiowane jako afektywne reakcje na cudze doświadczenia, przy czym odczucia obserwatora różnią się od odczuć obserwowanego. Równoznaczne z tym pojęciem jest współczucie definiowane jako współodczuwanie, empatia w ujęciu Batona (za: Davis, 1999), empatyczna troska, gniew empatyczny. Skutki analogiczne odpowiadają reakcjom skoncentrowanym na „ja”, natomiast skutki reaktywne są bardziej nastawione na innych.
 - nieafektywne. Niektóre ze skutków powstających w wyniku kontaktu z innymi mają charakter poznawczy. Do takich skutków zaliczamy trafność interpersonalnego spostrzegania, czyli przybliżone określenie myśli, uczuć, cech charakterystycznych innej osoby. Obok tego rodzaju skutków występują sądy atrybucyjne wyrażane przez obserwatorów w odniesieniu do zachowań osób obserwowanych, przy czym atrybucja oznacza przypisywanie przyczyn zachowaniom własnym i innych ludzi.
- Skutki międzyludzkie (interpersonalne). Pod pojęciem skutków międzyludzkich rozumiemy zachowania skierowane na osobę obserwowaną wynikające z zaistniałego kontaktu. Co do tego czynnika istnieje stanowisko, iż empatia stanowi zachowanie wspomagające zwiększające się prawdopodobieństwo udzielenia pomocy osobie oczekującej jej oraz zachowanie kojarzone z redukcją zachowań agresywnych.

Opisywany model Davisa (1999) został oparty na definicji inkluzywnej. Empatia została zdefiniowana szeroko jako zespół konstrukcji teoretycznych, które dotyczą reakcji pojedynczego człowieka na doświadczenia innych. Wśród tych konstrukcji znalazły się przede wszystkim procesy zachodzące u obserwatora oraz afektywne i nieafektywne skutki, które pojawiają się w wyniku takich procesów. Tak zdefiniowane pojęcie empatii odnosi się do znacznie większej liczby zjawisk niż definicje formułowane do tej pory. Model badawczy zakłada, że typowy „epizod” empatyczny przebiega w następujący sposób: osoba obserwatora styka się w jakiś sposób z obserwowanym i następuje pewien rodzaj relacji ze strony obserwatora (poznawcza, afektywna i/lub behawioralna).

Z przedstawionych dotychczas rozważań wynika, że empatyzowanie jest złożonym procesem, do którego dochodzi poprzez percepcję bodźców działających na inną osobę. Bodźce te, do których zalicza się zewnętrzne oznaki emocji w postaci ruchów, gestów, mimiki, jak i sygnałów werbalnych, oraz zachowanie emocjonalne osoby eksponowane na zewnątrz mają znaczenie w zaprowadzeniu interakcji międzyosobowej. Współdział

w procesie empatyzowania komponentu poznawczego pozwala na przyjmowanie punktu widzenia drugiej osoby oraz na identyfikowanie się z jej rolą dzięki zdolności do odтворzenia wzorów zachowania innych ludzi, która przejawia się w działalności poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej.

Ważnym momentem jest pobudzenie emocjonalnej empatii w wyniku rozumienia cierpienia innej osoby i identyfikowania się z jej cierpieniem, które motywuje osobę opiekującą się do świadomej decyzji poznawania i empatycznego zachowania lub unikania i dystansowania się do cierpień innych.

Moralny komponent lub altruistyczna motywacja są wyzwalane przez spontaniczny stan wzbudzenia emocjonalnego elementu empatii i w rezultacie świadomej decyzji współuczestniczenia w cierpieniach innych. Można go opisywać jako sztukę „humanitarnej filozofii życia” i „głębokiej ludzkiej mądrości” (Baumgartner, 1970).

Poznawcze ujęcie empatii, według niektórych badaczy (Brammer, 1979; Walker, 1983, za: Morse i in., 1992a), zakłada utrzymanie się przez osobę pomagającą na dystans od emocjonalnych mechanizmów empatii i dokonywanie obiektywnego przeglądu sytuacji pacjenta wewnątrz kontekstu norm społecznych i profesjonalnej wiedzy, natomiast behawioralny komponent empatii to zdolność do przekazywania i zrozumienia punktu widzenia innej osoby, polegająca na pewnym repertuarze programów komunikacji (werbalnej i pozawerbalnej). Autorzy ci podkreślają terapeutyczne znaczenie empatii poznawczej i behawioralnej.

Wyszczególnienie w empatii komponentu emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego wskazuje na jej znaczenie w kontaktach międzyludzkich, zachowaniach altruistycznych, a zwłaszcza w pomaganiu innym. Behawioralny komponent empatii przejawia się nie tylko zdolnością do doświadczenia stanu emocjonalnego innego człowieka, jest to także umiejętność doświadczenia jego potrzeb. Empatia występuje tu w formie czynnej, jako końcowa faza aktu empatycznego, przy dominującym wpływie komponentu behawioralnego, a pośredniczącym – czynników emocjonalnego i poznawczego. Potwierdzeniem takiego rozumienia empatii przez Morse i in. (1992a) jest zbudowana,

Tabela 4
Komponenty empatii według Morse i in. (za: Morse i in., 1992a, s. 274)

	KOMPONENT EMOCJONALNY	KOMPONENT MORALNY	TERAPEUTYCZNY	
			KOMPONENT POZNAWCZY	KOMPONENT BEHAVIORALNY
Definicja	Zdolność do subiektywnego doświadczenia i dzielenia stanu psychicznego, emocji lub uczuć wewnętrznych innych osób	Wewnętrzna altruistyczna siła, która motywuje do stosowania empatii w praktyce „wprowadzenia empatii w czyn”	Interaktywna zdolność terapeuty do rozpoznania i rozumienia uczuć innej osoby i obiektywizowania	Reakcja/odpowiedź komunikacyjna dla przekazania zrozumienia punktu widzenia innej osoby

Inne określenia	<ul style="list-style-type: none"> – surowa” (w sensie niewyuczona) – naturalna empatia – cecha empatii – „instynktowna wrażliwość – empatia emocjonalna – empatia afektywna – więź emocjonalna 	<ul style="list-style-type: none"> – moralna predyspozycja – przeblask intuicji – skłonność/dyspozycja empatyczna 	<ul style="list-style-type: none"> –stan empatii – empatyczna reakcja – empatia sofistyczna – empatia kliniczna – podejmowanie ról – ujęcie perspektywy 	<ul style="list-style-type: none"> – odzwierciedlenie pozawerbalnych zachowań – empatia interakcyjna – behawioralna ekspresja empatii – empatia wyrażona
Psychologia społeczna / doradztwo i filozofia	Burleson, 1984 Hoffman, 1981 Meyer, Boster, Hecht, 1988 Rogers, 1957	Hogan, 1969 Buber, 1973 Batson, Coke, 1983 Gladstein, 1983 Stewart, 1973	Kalliopuska, 1986 Meyer, Boster, Hecht, 1988 Rogers, 1957	Basch, 1983 Gladstein, 1983 Gazda i in., 1982 Truax, Carkhuff, 1967 Rogers, 1957
Założenia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Negatywny stan emocjonalny jest „zaraźliwy” (tj. jednostki doświadczają negatywnego stanu emocjonalnego innych, gdy dostrzegają ich cierpienie). 2. Zdolność bycia empatycznym jest naturalnym wrodzonym potencjałem, który rozwija się wraz z dojrzałością, a słabnie w średnim i dojrzałym wieku. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Osoba empatyczna musi wniknąć i poznać siebie, zanim okaże empatię innym. Tak więc bycie empatycznym jest procesem świadomym i przemyślanym. 2. Chęć bycia empatycznym zależy od: <ol style="list-style-type: none"> a) bezwarunkowej akceptacji innych b) zaangażowania w rozumienie innych c) wiary w uniwersalność ludzkich potrzeb i poczucie obowiązku w asystowaniu innym w zaspokajaniu podstawowych potrzeb. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapeuta potrafi zrozumieć doświadczenia klienta/pacjenta w sposób bardziej obiektywny niż sam klient/pacjent. 2. Ten komponent empatii jest umiejętnością, której można się nauczyć i jest ona „mierzalna”, bazująca na naturalnych zdolnościach. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zachowanie empatyczne może być obserwowane/ ocenione przez niezależnego obserwatora. 2. Obserwowane zachowanie jest wskaźnikiem empatii. 3. Zachowanie empatyczne może wskazywać na wyższy lub niższy stopień empatii i jest mierzalne. 4. Istnieje gotowość ze strony klienta do otrzymania pomocy. 5. Reakcja empatyczna ułatwia osobisty rozwój klienta.
Strategie/ ujawnianie się	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emocjonalne pobudzenie u osoby empatycznej. 2. Osoba empatyczna postrzega siebie jako reagującą emocjonalnie na sygnały emocjonalne innych. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ćwiczenie siły woli, ażeby albo towarzyszyć, albo być zaangażowanym, albo unikać i dystansować się do innych. 2. Podstawa wrażliwości i bycia „do dyspozycji” innych. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wyobrażenia, rozumienie, wyciąganie wniosków, analizowanie, krytyczny wygląd. 2. Używanie „jak gdyby”. 3. Rozważanie dystansowania się do emocji doświadczanych za kogoś i zwrócenie się do przetworzenia poznawczego całej sytuacji. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Postawa ciała. 2. Odzwierciedlanie. 3. Aktywne słuchanie. 4. Cztery poziomy reakcji empatycznej. 5. Reakcja zwrotna. 6. Samoodkrywanie.

na podstawie publikacji tych autorów, tabela 4, wyjaśniająca wielokomponentowe określenie tego pojęcia.

Wysoki poziom empatii wpływa na kształtowanie się postaw, ocen i emocji. Empatia wydaje się związana z pozytywną samooceną, zapobiega zachowaniom agresywnym, gdyż dokonuje się identyfikacja z osobą ofiary oraz antycypacja jej przykrych stanów emocjonalnych. Empatyczna osoba jest ciepła, tolerancyjna i wyrozumiała. Z szacunkiem odnosi się do siebie i akceptuje siebie taką, jaka jest. Akceptacja i szacunek dla siebie jest warunkiem szanowania innych ludzi i tolerowania różnorodności (Kalliopuska, 1994).

Celem powyższych rozważań była analiza pojęcia empatii, jak również próba jego wyjaśnienia oparta na przedstawionych definicjach uwzględniających komponenty: poznawczy, emocjonalny i behawioralny. Jak widać z dokonanej analizy, istnieje kilka ujęć tego zjawiska. W każdym z nich eksponowane jest znaczenie emocji i elementu poznawczego. Te dwa komponenty – emocjonalny, czyli zdolność do subiektywnego doświadczania stanu psychicznego, i poznawczy, tzn. rozpoznawanie oraz rozumienie uczuć drugiego człowieka, oraz trzeci – behawioralny, to odpowiedź komunikacyjna, przekazująca zrozumienie punktu widzenia innej osoby (Morse i in., 1992a; Irwing, Dickson, 2004).

Pomimo różnorodności stanowisk istnieje powszechne przekonanie o konstruktywnym wpływie empatii w ujęciu całościowym (empatia dojrzała) na kształtowanie się relacji między ludźmi. Dostrzega się niepodważalną wartość empatii zarówno w procesie terapii, jak i wychowania, rozwoju czy komunikacji. Empatia pozwala na pełniejsze wniknięcie we własne emocje oraz potrzeby i niepowtarzalny świat wewnętrzny drugiego człowieka, by w sposób pełniejszy uchwycić jego problemy, a także skuteczniej się komunikować i udzielić mu pomocy.

Wychodząc z założenia, iż empatia stanowi proces emocjonalno-poznawczo-behawioralny, można przyjąć za Morse i in. (1992a) sposób ujmowania tego pojęcia. Powyższe definicje stały się punktem wyjścia przeprowadzonych badań i dlatego zastosowano zarówno technikę badawczą pozwalającą na oddzielny pomiar empatii emocjonalnej, poznawczej oraz behawioralnej (Test TAT Murraya), jak również dającą od razu wynik łączny dla pierwszych dwóch wspomnianych komponentów empatii (Skala Mehrabiana i Epsteina).

2.3. Mechanizm rozwoju empatii

Empatia jako szeroko pojmowane zagadnienie, znajduje odzwierciedlenie w wielu płaszczyznach życia społecznego. Ze względu na dużą różnorodność w pojmowaniu tego procesu w niniejszych rozważaniach zostaną przedstawione uwarunkowania empatii oparte na analizach dokonanych przez wielu badaczy, o odmiennych nieco poglądach lub postrzegających empatię z podkreśleniem jej różnych aspektów.

Empatia bywa rozpatrywana jako emocja podlegająca zmianom w procesie rozwoju człowieka lub jako cecha charakteryzująca daną jednostkę, będąca jej indywidualną właściwością, ujawniającą się w interakcjach międzyludzkich i odgrywającą znaczącą rolę w życiu społecznym.

Część autorów (Mc Dougall, Campbell, Sullivan, za: Jagielska-Zieleniewska, 1978) opowiada się za twierdzeniem, że empatia jest mechanizmem wrodzonym. Na poparcie swojej tezy przytaczają argument, że reakcje empatyczne pojawiają się już w wieku niemowlęcym – nie mogą więc być w tym stadium formowane społecznie. Nie można jednak przyjąć tej teorii za obowiązującą, gdyż została ona skrytykowana przez badaczy zjawiska empatii, którzy ten mechanizm traktują jako produkt społecznych doświadczeń dziecka. Na przykład Piaget (1967) tłumaczył zachowania o charakterze empatii przez skojarzenie. Teza Piageta została dziś rozbudowana i traktowana jest jako obowiązująca.

Interesujące są badania dotyczące wrażliwości empatycznej, których celem było znalezienie odpowiedzi na pytanie: w którym momencie życia człowieka pojawia się empatia? Wyniki badań, przeprowadzonych na noworodkach przez amerykańskiego badacza Simnera (za: Hoffman, 2006), wskazują, że po dwóch dniach od urodzenia częściej reagują one płaczem na eksponowany im nagrany płacz niż na inne dźwięki. Hoffman (2006), interpretując rezultaty Simnera, sugerował występowanie jednej z trzech możliwości wyjaśnienia zachowania dzieci. Płacz noworodków mógł – jego zdaniem – wskazywać na to, iż jest to albo reakcja wrodzona albo pierwotna odpowiedź na bodźce, bądź też łączy się on z reakcją dziecka wywołaną (prawdopodobnie) momentem narodzin. Reakcja dzieci może – według tego psychologa – wskazywać na pojawienie się wczesnego, pierwszego objawu niepełnej empatii.

Podobnie jak nie można uważać empatii tylko za wrodzoną cechę, tak też nie można przyjmować, że jest ona wyłącznie wyuczonym mechanizmem. Taki wniosek prowadzi bowiem do przekonania, iż możemy reagować empatycznie tylko w tych sytuacjach, które znamy z osobistego doświadczenia. Na przykład, dziecko, które doznało skaleczenia, a przez to doświadczyło bólu, będzie wrażliwe na skaleczenie innych; człowiek, który miał okazję przekonać się, że przejawy radości występujące u innych ludzi mogą wiązać się z radosnymi dla niego doświadczeniami, będzie cieszył się z cudzej radości. Nie umie współczuć ten, kto sam nie doświadczał cierpień (Reykowski, 1979).

Liczne eksperymenty, przeprowadzone przez Aronfreeda (1968, za: Elias, 1980), pozwalają przyjąć zaproponowany przez tego autora model empatii, w którym jest ona uwarunkowanym mechanizmem opierającym się na ścisłym i powtarzalnym skojarzeniu między bodźcami dotyczącymi doświadczeń innych a wydarzeniami, które mają bezpośredni, aktywny wpływ na dziecko. W procesie socjalizacji istnieje wiele takich okoliczności. Dotyczy to sytuacji, w których dziecko jednocześnie doświadcza emocji z inną osobą i ekspresyjne oznaki jej uczuć zostają powiązane z własnym stanem dziecka, jak również tych zachowań osób dorosłych wobec dzieci, które warunkują powstanie określonych stanów emocjonalnych u dziecka. W obu wypadkach zachodzi skojarzenie emocjonalne między ekspresją emocjonalną u rodziców a emocjami dziecka.

Katz (1963, za: Dolińska-Zygmunt, 1996), analizując empatyczne porozumiewanie się ludzi, pokazuje, że jest to proces opierający się na różnorodnych mechanizmach i zdolnościach ludzkiego organizmu, takich jak: wrodzone i działające automatycznie mechanizmy naśladownictwa, przeżywanie wewnętrznych stanów swego organizmu oraz przechowywanie w pamięci zapisu doświadczeń w sposób umożliwiający ich aktualizację i ponowne przeżywanie.

Empatia ujmowana rozwojowo jest procesem podlegającym zmianom wywołanym ontogenezą. Jak podaje Bonino (1996), zarażanie się emocjami jest typową reakcją

w pierwszych fazach rozwoju empatii, lecz nie ogranicza się tylko do tych faz, może bowiem występować i w wieku dorosłym, przede wszystkim w sytuacjach silnego pobudzenia emocjonalnego. Jak podaje autor, twierdzenie to jest zgodne z ogólnymi prawami rozwoju ontogenetycznego, według których najbardziej pierwotne formy funkcji nie zanikają wraz z pojawieniem się form bardziej rozwiniętych, lecz z nimi współwystępują. Tendencja do zarażania się emocjami innej osoby jest bardzo wyraźna u człowieka z powodu jego silnie rozwiniętej potrzeby kontaktu społecznego.

Na rozwój empatii jako indywidualnej cechy specyficznej dla danej jednostki, ujawniającej się w formie reakcji zachodzącej w określonych sytuacjach społecznych, takich jak kontakt z drugim człowiekiem, komunikowanie czy też pomaganie, mają wpływ różnorodne czynniki.

Jagielska-Zieleniewska (1978) wśród czynników wpływających na empatyczne zachowania ludzi wymienia wiek, czynniki środowiskowe, zwłaszcza rodzinne, a także związane z nimi warunki życia. Autorka podkreśla również znaczenie cech osoby, z którym dana jednostka empatyzuje, właściwości sytuacji oraz czas, w którym dany proces ma miejsce.

W tych samych warunkach zewnętrznych – jak zauważa Wilczek-Rużyczka (2002) – obserwuje się różne reakcje empatyczne podyktowane indywidualnymi właściwościami jednostki. Jako szczególnie ważne uwzględniane są: wiek, płeć, osobowość i wykształcenie.

Wrażliwość empatyczna charakteryzująca daną jednostkę jest prawdopodobnie przejawem ogólnego poziomu jej wrażliwości, uzależnionego w pewnym stopniu od cech wrodzonych. Wrażliwość ta zależy od czynników stałych, może jednak zmieniać się pod wpływem rozmaitych czynników sytuacyjnych; prawdopodobnie czynniki te określają wielkość zapotrzebowania na reaktywność, wywierając wpływ na podatność na empatyczne podniecenie Reykowski (1979).

Badania nad empatią wskazują, że zdolność tworzenia reprezentacji drugiej osoby zmienia się w zależności od wieku. W początkowym okresie rozwoju dziecko jest skoncentrowane na sytuacji, to znaczy na charakterystycznych cechach zdarzeń, w których dana osoba uczestniczy. W późniejszym okresie rozwoju dziecko staje się zdolne do przedstawienia sobie subiektywnego stanu drugiej osoby, początkowo łącząc go jeszcze z cechami sytuacji, a potem odróżniając go coraz bardziej od zaszłych okoliczności. W trakcie rozwoju dziecko dochodzi do zrozumienia subiektywnych przeżyć drugiej osoby, chociaż różnią się one od jego własnych przeżyć doświadczonych w identycznych sytuacjach, a także zaczyna rozumieć, jakie działania mogą być pomocne dla innej osoby (Bonino, 1996).

Podobnie uważa Jagielska-Zieleniewska (1978), przyjmując, że zdolność do empatii rozwija się z wiekiem, ponieważ wraz z upływem lat rośnie liczba sytuacji, które mogłyby doprowadzić do powstania reakcji empatycznych.

Natomiast Rembowski (1986b), omawiając empatię jako zmienną wieku jednostki, wśród kilku aspektów tego zagadnienia podkreśla zależność krzywoliniową, zachodzącą pomiędzy empatią a wiekiem; poziom empatii rośnie na początku ontogenezy człowieka – w okresie dojrzałości osiąga maksymalne możliwości, które zmniejszają się aż do całkowitego egocentryzmu charakterystycznego dla okresu starości.

Wrażliwość empatyczna wydaje się także związana z płcią. Przeprowadzone badania dosyć jednoznacznie wskazują, że osoby płci żeńskiej charakteryzują się większymi zdolnościami w zakresie empatii (Feshbach, 1975; Hanson, Mullis, 1985; Hoffman, 1977). Wyjaśniając to zjawisko, Hoffman (1977) odwołuje się do tradycji kulturowych i podkreśla, że w procesie socjalizacji dziewcząt zwraca się uwagę na kształtowanie takich cech, jak zdolność współodczuwania, współczucie, tkliwość i wrażliwość. U chłopców natomiast kształtują się cechy instrumentalne, takie jak rządzenie, skuteczność w osiągnięciu celów i rozwiązywanie problemów.

Podobnie Simner (za: Reykowski, 1979), badając niemowlęta, zaobserwował, że empatia dziewczynek okazuje się czasem większa niż chłopców.

Hoffman i Levine (1976) wyszli z założenia, że według powszechnie obowiązujących stereotypów płci kobiety reagują bardziej emocjonalnie na zewnętrzne wydarzenia niż mężczyźni. Nasuwa się więc wniosek, że kobiety są bardziej empatyczne niż mężczyźni. Badacze ci w większości zgadzają się z tym twierdzeniem, podkreślając biologiczne, kulturowe i społeczne determinanty empatii.

Jak się okazuje, poziom empatii może być uzależniony także od rozwoju moralnego jednostki, czy też od poziomu religijności, która stanowi istotne źródło moralności. Interesujące badania w tym względzie przeprowadzili Eisenberg-Berg i Mussen (1978), Ellison, Levin (1998), Kalliopuska (1983), Roe (1980) i Warner (1989). Badania te wyraźnie wskazują, że zdolność do empatii łączy się z wyższym poziomem oceny moralnej, z wyższą postawą moralną i bardziej demokratyczną orientacją polityczną, z głębszą internalizacją norm moralnych i religijnych oraz z większą dojrzałością moralną. Ellison i Levin (1998) twierdzą, iż respondenci, dla których religia stanowiła istotne źródło moralności, są bardziej serdeczni, otwarci, życzliwi i współczujący. Podkreślają również, podobnie jak inni wymienieni, dużą rolę internalizacji norm moralnych i religijnych w rozwoju takich cech, jak uprzejmość i wrażliwość na drugiego człowieka.

Ponadto Hoffman (2006), analizując możliwość związku empatii z zasadami moralnymi, doszedł do wniosku, że faktycznie taki związek zachodzi, co ma wpływ na działania motywujące do zachowań prospołecznych, a współwystępowanie tych elementów tworzy więź, dzięki czemu zasady moralne stają się nacechowane afektywnie. To ma z kolei wpływ na reakcję szczególnie osób stykających się z cierpieniem innych i w sytuacjach niezgodnych z zasadami sprawiedliwości, powodując nie tylko ich dostrzeganie, ale również podejmowanie stosownych działań, często w przypadku konfliktu między troską a sprawiedliwością, tak aby przetrwać w tych działaniach motywacje egoistyczne.

Zdolność do przejawiania reakcji empatycznych jest odmienna u różnych ludzi, a w zależności od warunków może maleć lub wzrastać. W dużej mierze ogólny poziom zdolności do empatii jest uzależniony od czynników środowiskowych, a szczególnie rodzinnych. Na rozwój empatii wpływa zatem struktura rodziny – dzieci będące jedynakami charakteryzują się na ogół niższym poziomem tej zdolności niż te z rodzin wielodzietnych, gdzie starsze rodzeństwo cechuje wyższy poziom zdolności do empatii aniżeli młodsze. Badania Hoffmana (2006) potwierdzają również, że poziom empatii uzależniony jest od systemu wychowawczego panującego w rodzinie, mianowicie wyższą zdolnością do empatii charakteryzują się dzieci wychowywane w systemie dyscypliny „zorientowanej na innych”. Ten typ dyscypliny może stwarzać więcej okazji do powstawania empatycznych reakcji.

Stosunki rodzinne (zwłaszcza z rodzicami), stwarzające większe poczucie bezpieczeństwa, bardziej efektywnie przyczyniają się do wzrostu dyspozycyjnej empatii. Dzieci, których potrzeby emocjonalne są zaspokajane dzięki bezpiecznym uczuciowym więziom z rodzicami, mogą mniej troszczyć się o siebie, a przez to być bardziej skłonne do reagowania na potrzeby innych. Ponadto pełne miłości zachowania rodziców dostarczają wzorców, które dziecko może później przejąć (Davis, 1999). Zdrowe środowisko rodzinne wpływa zatem na kształtowanie się osobowości dziecka, a rozwój moralny jest źródłem zdobywania doświadczeń emocjonalnych.

Sullivan i in. intuicyjnie akcentowali rolę pierwotnego kontaktu między matką a dzieckiem dla uformowania się empatii emocjonalnej (Szmukier, 1989). Rodziny niespełniające swoich funkcji, gdzie rodzice są wzorem niewłaściwych postaw oraz zachowań i doprowadzają do sytuacji konfliktowych, powodujących, że dzieci czują się odrzucone, nie będą przyczyniały się do wzrostu i rozwoju empatii u dzieci.

Ważnym wyznacznikiem rozwoju empatii jest osobowość człowieka. Urist (1977) uważa, iż empatia wynika z określonych jego indywidualnych właściwości osobowościowych, które pozwalają dostrajać się do postaw, wartości i doświadczeń innych ludzi. Thomas, Chess i Birch (1968, za: Trzebińska, 1985) prowadzili studia nad badaniem cech temperamentu u dzieci wpływających na rozwój ich osobowości i stwierdzili, że temperament bardzo wyraźnie określa kształt osobowości, chociaż żaden z opisanych przez nich typów temperamentu nie gwarantuje pomyślnego rozwoju ani też nie prowadzi do wystąpienia zaburzeń rozwoju w sposób nieunikniony. Czynnikiem decydującym jest tu – zdaniem tych autorów – zdolność rodziców do empatycznego rozumienia dzieci. Wyłącznie bowiem poprzez empatię mogą oni poznać na tyle głęboko życie psychiczne swych dzieci, że odróżniają te ich reakcje, które są wyuczone i mogą podlegać modyfikacji, oraz te, które są uwarunkowane temperamentem i wobec których zarówno rodzice, jak i dziecko są bezradni.

Podobieńska-Seul (1983) zainteresowała się poziomem empatii, charakteryzującym osoby chore na nerwicę, i stwierdziła, że wpływają one ujemnie na samopoczucie jednostki oraz zakłócają jej relacje ze środowiskiem. Osoby te, ponieważ bywają postrzegane jako odznaczające się wysoką wrażliwością emocjonalną, powinny przejawiać wyższą empatię. Autorka w przeprowadzonych badaniach wykazała zależność między osobowością neurotyczną a różnymi pod względem jakości poziomami empatii – syntonią, empatią uwarunkowaną doświadczeniem oraz empatią dojrzałą. Wyższy poziom syntonii był bardziej charakterystyczny dla osób z nerwicą niż dla zdrowych, ponadto w grupie badawczej zaobserwowała dominację empatii uwarunkowanej doświadczeniem nad syntonią i empatią dojrzałą. Natomiast dojrzała forma empatii nie różnicuje osób z nerwicą od ludzi zdrowych.

Nie bez znaczenia na rozwój empatii pozostają także warunki życia. Silna, intensywna stymulacja powoduje osłabienie reaktywności. U ludzi żyjących w warunkach intensywnej stymulacji wrażliwość empatyczna będzie najmniejsza. Urbanizacja, wysokie tempo życia, kontakt z wieloma różnymi sytuacjami prowadzi do przeciążenia, które charakterystyczne jest dla ludzi żyjących w wielkich metropoliach. Owo przeciążenie prowadzi do wielu negatywnych następstw psychologicznych, wpływa na wzajemne zobojętnienie ludzi żyjących wokół siebie (Reykowski, 1979).

Poziom empatii bywa warunkowany także orientacją zawodową osób z wyższym wykształceniem. W badaniach przeprowadzonych przez Rembowskiego (1989) w celu porównania poziomu empatii studentów psychologii z poziomem empatii charakterystycznym dla studentów różnych kierunków: politechniki, akademii medycznej i pedagogiki, autor nie uzyskał istotnych różnic między empatią badanych osób z różnych kierunków studiów, natomiast wykazał, że studenci psychologii w stosunku do kolegów z pozostałych kierunków studiów reagują silniej emocjonalnie na negatywne stymulacje obiektów oraz ujawniają większą gotowość kontaktu.

Podobne wyniki – istotną dominację pod względem empatii studentów pielęgniarstwa i psychologii nad badanymi z kierunków technicznych, uzyskała Wilczek-Rużyczka (2002b). Natomiast w innych wspólnych badaniach (Wilczek-Rużyczka, Repka, 2006) studenci medycyny i pielęgniarstwa nie różnili się istotnie pod tym względem, co potwierdza związek empatii z wybieranym zawodem przez kandydatów na studia.

Siła reakcji empatycznych uzależniona jest od czynników związanych z właściwościami obiektu, będącego źródłem reakcji emocjonalnej jednostki. Jedną z takich właściwości jest stopień bliskości obiektu w stosunku do podmiotu. Nie chodzi tu tylko o bliskość fizyczną; efekt empatii zależy również od bliskości psychicznej oraz od częstotliwości kontaktów z osobą, z którą wchodzi się w reakcję. Powszechnie przyjęte jest założenie, że empatyzujemy zawsze silniej z osobą znajomą niż z obcą, silniej z przyjacielem czy członkiem rodziny niż ze znajomym. Z tym poglądem zgadza się Murphy (za: Rembowski, 1983), podkreślając, że efekt empatii zależy od stopnia bliskości osoby z obiektem, częstości kontaktu z nim, zwraca też uwagę na rolę intensywności bodźca, który wpływa na intensywność empatii (np. ból, lzy). Poglądy te nie znalazły jednak potwierdzenia w badaniach Weinsteina, Feldmana, Googmana i Makowiza (za: Janicka, Niebrzydowski, 1994). Autorzy ci zauważyli, że zdolność do empatyzowania w diadach przyjacielskich nie była wyższa niż w diadach z obcymi osobami.

Kolejną zmienną mocno wpływającą na siłę empatyzowania jest wyrazistość ekspresji emocjonalnej obiektu empatii. Im ekspresja ta jest bardziej jednoznaczna i wyrazista, tym silniej podmiot empatyzuje z obiektem. Jest to całkowicie zrozumiałe, jednoznaczna bowiem i wyrazista ekspresja emocjonalna obiektu nie nastęrcza podmiotowi trudności związanych z różnicowaniem emocji i upewnia go o prawdziwości doznań obiektu (Jagielska-Zieleniewska, 1978).

Obok właściwości obiektu, które mają wpływ na intensywność empatycznego pobudzenia, brane są także pod uwagę właściwości sytuacji, z których najważniejszą, determinującą siłę reakcji empatycznych jest treść i znak przeżywanych przez obiekt emocji. Badania Stotlanda, Shermana, Crowforda i Dunn (za: Jagielska-Zieleniewska, 1978) wykazały, że podmiot znacznie silniej empatyzuje z obiektem, jeśli ten znajduje się w sytuacji przykrej niż przyjemnej.

Człowiek może także reagować na cierpienie kogoś innego bez wnioskowania o przyczynach tego cierpienia, gdy jego położenie jest dostatecznie wyraziste, gdy brak jest sygnałów sytuacyjnych na temat przyczyn, które byłyby dostatecznie silne, aby odwrócić uwagę od swego położenia, oraz gdy osoba nie dysponuje wcześniejszymi informacjami o przyczynach tego położenia (Hoffman, 1990; 2006).

Empatyczne współczucie można odczuwać także wtedy, gdy istnieją sygnały lub informacje wskazujące, że ofiara nie ma kontroli nad swoim położeniem, jak to ma miejsce

w przypadku ciężkiej choroby czy wypadku. Szczególnie interesująca jest sytuacja, w której ofiarą jest bardzo uboga lub upośledzona w inny sposób grupa, a obserwator obwinia za jej ciężkie położenie kogoś, kto reprezentuje większość społeczeństwa lub silną podgrupę społeczeństwa. Na przykład ktoś może dostrzegać niezaspokojenie podstawowych potrzeb materialnych upośledzonej grupy, wynikające z zaniedbań i braku „odpowiednich zabezpieczeń”. Można wtedy przeżywać empatyczną przykrość i współczucie wobec tej grupy oraz empatyczny gniew w stosunku do silnej podgrupy bądź w stosunku do społeczeństwa jako całości. Są to uczucia, które mogą stanowić motywacyjną podstawę społecznej aktywności na rzecz tej grupy (Hoffman, 1990).

W cytowanych opiniach badaczy nie uwzględniono zapewne wszystkich czynników wpływających na kształtowanie się empatii, gdyż jest ich bardzo wiele, a niektóre z nich nie zostały dotychczas poddane analizie badawczej. Na podstawie dostępnej literatury przedmiotu możemy jednak wyciągnąć kilka wniosków, skłaniających nas do pewnych refleksji. I tak można założyć, iż empatia w pewnym stopniu jest zdeterminowana biologicznie i to wydaje się bardziej przekonujące w przypadku komponentu emocjonalnego niż poznawczego czy behawioralnego, gdyż liczne badania, o czym wspomniano, dowiodły istnienia różnic indywidualnych w poziomie empatii, w tym również pod względem płci – mianowicie kobiety charakteryzuje większa wrażliwość empatyczna w porównaniu z mężczyznami. Fakt ten można wytłumaczyć przebiegiem procesu socjalizacji obu płci.

Natomiast wyrażane w literaturze odmienne opinie dotyczące empatii mogą wynikać również z tego, że badacze w inny sposób definiują to pojęcie, przez co wskazują też na jej różne uwarunkowania. Jednak niezależnie od przyjętej koncepcji zgodni są oni co do tego, że wraz z rozwojem intelektualnym i społecznym człowiek jest coraz bardziej zdolny do przejawiania dojrzałej formy empatii. Brane są przy tym pod uwagę takie zmienne, jak doświadczenie życiowe osoby, jej wiek, płeć, osobowość, intelekt i środowisko. Przy założeniu, że empatia powinna być rozważana wieloaspektowo, można przypuszczać, że podlega ona rozwojowi zarówno w komponencie emocjonalnym, poznawczym, jak i behawioralnym.

Omówione w tym podrozdziale uwarunkowania, jak również właściwości osoby empatyzującej, obiektu i sytuacji, zweryfikowane empirycznie przez wielu badaczy, nie mogą być traktowane jako jedyne oraz wystarczające wyznaczniki zagadnienia empatii i dlatego nadal prowadzone są badania zmierzające do określenia nowych uwarunkowań poziomu empatii, jako problemu wciąż otwartego.

2.4. Empatia w kontakcie z pacjentem i w pomaganiu

Jednym z najważniejszych wyznaczników indywidualnego i społecznego funkcjonowania człowieka w grupie jest zdolność wczuwania się w stany psychiczne innych osób. Staje się to szczególnie ważne w stosunkach międzyosobowych, interakcjach pomiędzy matką a dzieckiem, nauczycielem a uczniem, lekarzem czy pielęgniarką a chorym oraz psychoterapeutą a jego pacjentem. Psychologicznym mechanizmem ułatwiającym wczuwanie się, rozumienie i wyobrażanie sobie myśli i uczuć swych partnerów jest zdolność do empatyzowania (Rembowski, 1983).

Kluczem do rozumienia drugiego człowieka może być świadomość swoich i jego stanów emocjonalnych. W relacjach między ludźmi empatia istnieje tak długo, jak istnieje wrażliwość, współczucie, przejmowanie się troskami drugich, chęć niesienia pomocy i świadomość ograniczania własnych pragnień na rzecz innych.

Podając tematykę empatii w kontaktach międzyludzkich, należy uwzględnić jej komponenty: emocjonalny, poznawczy i behawioralny. Rozpatrywanie empatii w tym aspekcie pozwala na zrozumienie jej znaczenia w komunikowaniu się osoby pomagającej z osobą wspieraną. Szczególne znaczenie w tym względzie ma komponent behawioralny empatii, decydujący o zdolności przekazywania przez osobę pomagającą zrozumienia punktu widzenia drugiej osoby (Wilczek-Rużycza, 2003a).

Rolę aspektu komunikacyjnego w empatii podkreśla Węgliński (1984), dopatrując się w nim zdolności jednostki do komunikowania się i rozumienia poprzez empatię uczuć i stanów osoby empatyzującej. Komunikowanie może odbywać się dzięki wnioskowaniu przez analogię oraz przez wczuwanie się za pomocą własnej wyobraźni w sytuację osoby i w rolę, którą ona pełni. Chodzi więc o przestawienie się w wyobraźni na myślenie, odczuwanie i działanie innej osoby, czyli organizowanie swego wewnętrznego świata, podobnego do świata tej osoby (Rembowski, 1982).

Empatia będąca podstawową kompetencją w komunikowaniu jest zdolnością wczuwania się w niepowtarzalny świat współrozmówcy, jest jakby psychicznym wejściem do wnętrza drugiego człowieka – tak, by spojrzeć na życie i wydarzenia z perspektywy tej drugiej osoby, z perspektywy jej specyficznej historii, jej wychowania, osobowości, z perspektywy jej potrzeb i obecnej sytuacji. Empatia to zdolność wczuwania się w to, co dla danej osoby oznacza radość, ból, przyjaźń, przeszłość, teraźniejszość i przyszłość, kontakt z samym sobą oraz z drugim człowiekiem (Dziewiecki, 2003).

Obok umiejętności przeżywania w wyobraźni różnych sytuacji, które mogą zachodzić w kontaktach interpersonalnych, Johnson i Cheek (za: Janicka, 1993) zwrócili uwagę na inne elementy wskazujące na znaczenie empatii jako warunku pozytywnych kontaktów interpersonalnych. Należą do nich: uświadomienie sobie wrażenia, jakie wywiera się na partnerze, zdolność do oceny motywów jego postępowania, zdolność jednostki do dokonania wglądu w motywy i skutki własnych działań oraz umiejętność spostrzegania społecznego, czyli tych działań, które mogą mieć wymiar interpersonalny.

Na jakość stosunków międzyludzkich wpływa nie tylko sama zdolność do wrażliwości empatycznej, ale także umiejętność komunikowania własnych uczuć (Rostowski, 1987). Empatia bowiem wyrasta ze samoświadomości, czyli im bardziej jesteśmy otwarci na nasze własne emocje, tym wprawniej odczytujemy uczucia innych osób.

Rogers (1957; 1975) uważa, że w codziennych kontaktach międzyludzkich niezbyt często spotykamy się z empatyzowaniem, czyli rodzajem wyculonego i aktywnego wsłuchiwania się, który niezmiernie rzadko pojawia się w życiu codziennym. Twierdzi on, iż sądzimy, że słuchamy, ale bardzo rzadko słuchamy z prawdziwą empatią, a właściwie ten szczególny rodzaj słuchania to jedna z najpotężniejszych znanych mu sił.

Słuchanie empatyczne umożliwia nawiązanie pogłębionego kontaktu z drugim człowiekiem. Wczuwanie się w myśli i przeżycia rozmówcy umożliwia poznanie jego sposobu bycia w tym świecie. Nie może istnieć prawdziwa więź rodzinna, wychowawcza, terapeutyczna czy przyjaźń bez zdolności empatycznego wczuwania się w świat myśli i przeżyć drugiej osoby. Jeśli odkrywamy, że drugi człowiek naprawdę nas rozumie, to czujemy się bezpieczni, akceptowani i kochani. Miłość jest proporcjonalna do stopnia

rozumienia drugiej osoby, a jednocześnie ułatwia owo zrozumienie. Zdolność wczuwania się w świat innych osób stanowi nie tylko pozytywne doświadczenie dla tych, którzy coś o sobie mówią, lecz przynosi zysk również tym, którzy potrafią empatycznie słuchać (Dziewiecki, 2000).

Należy zaznaczyć, że empatia wymaga nie tylko zdolności wsłuchiwania się, ale też zdolności wyrażania własnymi słowami tego, co słuchający zrozumiał z wypowiedzi mówiącego. Jest to bowiem podstawowy sposób poinformowania rozmówcy o tym, w jaki sposób zrozumieliśmy jego wypowiedź (Dziewiecki, 2000).

Aby kontakt empatyczny przebiegał prawidłowo, niezbędne jest stworzenie sprzyjających warunków. Warunki „kameralne” to cisza, łagodne oświetlenie, dystans typu intymnego lub co najmniej indywidualnego, brak nacisku percepcyjnego ze strony innych ludzi. Wśród warunków wewnętrznych, czyli predyspozycji prowadzących do przeżycia empatycznego, dużą wagę przywiązuje się do określonego typu orientacji społecznej, tworzonej głównie przez motywację i zainteresowania, przeżyte doświadczenie bycia traktowanym w sposób empatyczny, brak negatywnych nastawień do partnera interakcji, uznawanie jego atrakcyjności oraz jako ważny warunek otwartość – akceptacja i szacunek dla drugiego człowieka (Szmukier, 1989).

Empatia, jak twierdzi Aspy (1975), w interakcjach międzyludzkich jest narzędziem umożliwiającym osiągnięcie określonego celu, jakim jest dzielenie doświadczeń drugiego człowieka. Cel ten okazuje się szczególnie wartościowy zwłaszcza w relacjach: rodzice – dziecko, w związkach małżeńskich oraz w niektórych kontaktach zawodowych, np. lekarz – pacjent, nauczyciel – uczeń.

Gladstein (1983) stwierdził, że empatia jest powszechnie uznawana za pierwotny, podstawowy mechanizm (proces, czynnik), występujący w ludzkiej interakcji i komunikacji. Wydaje się, że jest ona tak istotna dla rozwoju interpersonalnego, jak inteligencja dla poznawczego, jest wręcz warunkiem koniecznym tego rozwoju. Zważywszy na społeczny charakter rozwoju psychiki oraz znaczenie wczesnych doświadczeń dla tego procesu, przebieg komunikacji empatycznej ma wielki wpływ na rozwój osobowości człowieka, stąd nieprawidłowości tej komunikacji będą powodować niektóre zakłócenia rozwoju. Brak komunikacji empatycznej między dzieckiem a jego społecznym otoczeniem może doprowadzić do uformowania się słabo rozwiniętej regulacji psychicznej, w szczególności zaś jej aspektów normatywnych. Głęboka rozbieżność pomiędzy sposobem przeżywania rzeczywistości przez rodziców i indywidualnym sposobem przeżywania jej przez dziecko może doprowadzić do utworzenia się niespójnej struktury psychicznej. Opóźnienie lub trudności z wkroczeniem w stadium dojrzałej komunikacji empatycznej może stworzyć młodemu człowiekowi problemy w odkrywaniu własnej tożsamości i uformowaniu samodzielnie funkcjonującego aparatu regulacji psychicznej.

Analizując literaturę traktującą o relacjach pomiędzy lekarzem a pacjentem, uwiadczenia się podkreślenie empatii jako zdolności wczuwania się w stany emocjonalne innych osób w wyniku połączenia ciepła, zainteresowania i umiejętności wzajemnego oddziaływania. Urzeczywistnia się ona poprzez akty identyfikacji, introjekcji i projekcji. Empatia w stosunku lekarz – pacjent jest możliwa tylko w tym przypadku, gdy lekarz rozumie uczucia pacjenta i bierze psychiczny udział w jego codziennych kłopotach. Dzięki temu może on penetrować wewnętrzny świat chorego, wnikać w jego sferę emocjonalną, jak również wejść w system jego psychicznych potrzeb (Rembowski, 1983).

Znaczenie empatii dla relacji lekarz – pacjent zależy od rodzaju kontaktu między nimi. Wyróżnia się trzy podstawowe modele stosunku lekarz – pacjent (Jarosz, 1978):

- aktywność – bierność
Pacjent jest całkowicie biernym odbiorcą czynności lekarza, na którym spoczywa cała aktywność.
- kierownictwo – współpraca
Aktywność występuje po obu stronach, przy czym aktywność pacjenta ograniczona jest tylko do wykonywania zaleceń lekarza, który przejmuje rolę zdecydowanie dominującą.
- obustronne współuczestnictwo
Pacjent staje się partnerem lekarza, a decyzje dotyczące celu i sposobu postępowania podejmowane są wspólnie z uwzględnieniem sytuacji pacjenta. W modelu tym uwidacznia się podejście skoncentrowane na chorym, oznaczające liczenie się ze stanem psychicznym pacjenta.

Dla Jarosza (1978) kontakt lekarza z pacjentem jest zawsze spotkaniem dwóch osób, z których jedna – pacjent – znajduje się najczęściej w stanie cierpienia, złego samopoczucia, przeżywanych obaw oraz wątpliwości i oczekuje od lekarza zrozumienia, pomocy, porady, ulżenia w dolegliwościach. Stosunek między lekarzem a pacjentem jest więc szczególnego rodzaju kontaktem interpersonalnym, angażuje bowiem nie tylko zdolności poznawcze, instrumentalne, lecz także opiera się na więzi emocjonalnej. Dobre wzajemne zrozumienie będzie zależało od tego, w jakiej atmosferze odbywa się spotkanie chorego z lekarzem. Nie może to być atmosfera nacechowana pośpiechem, niecierpliwością, brakiem warunków sprzyjających wzajemnej rozmowie, powinna natomiast zapewniać pacjentowi poczucie bezpieczeństwa oraz komfort psychiczny. Właściwy klimat emocjonalny powstaje dzięki temu, że lekarz okazuje pacjentowi pełne zainteresowanie, gotowość niesienia pomocy, przynosi mu fizyczną ulgę w cierpieniu i potrafi swoje zachowanie dostosować do nastroju, w jakim jest pacjent. Wyrażając spokój, zdecydowanie i rozważę, udziela psychicznego wsparcia i usuwa często silne poczucie zagrożenia.

Szczególnym rodzajem relacji lekarz – pacjent, wymagającym dużego empatycznego zaangażowania, jest stosunek zachodzący między lekarzem psychiatrą a pacjentem chorym psychicznie. Postawa wobec chorego, mimo że w zasadzie tak sama, jak wobec każdego innego człowieka, jest jednocześnie różna od postaw przyjmowanych w poza psychiatrycznych kontaktach z ludźmi. Odmienność wynika z samej swoistości tego szczególnego stosunku międzyludzkiego. Wydaje się, że polega głównie na tym, że jest to stosunek zwykle silnie nasycony emocjonalnie, a jednocześnie ograniczony w możliwościach swego dynamicznego rozwoju. W stosunku lekarz – chory ładunek emocjonalny jest zawsze znacznie większy niż w zwykłych stosunkach międzyludzkich. Chory cierpi, nierzadko stoi w obliczu kalectwa czy nawet śmierci, a prawie zawsze wobec konieczności zmiany dotychczasowego trybu życia, z silnego staje się słabym, potrzebującym jak dziecko pomocy i opieki (Kępiński, 2002).

W literaturze dotyczącej relacji między pielęgniarką a pacjentem na uwagę zasługują rozważania Kalisch (1973) wraz z wynikami badań w tym zakresie, w których empatia jest rozumiana jako zdolność „wchodzenia w życie innej osoby”, w celu dokładnego dostrzeżenia jej „strumienia uczuć i ich znaczenia”. Ważny w definicji empatii jest kontekst „strumień uczuć”, który koresponduje z określeniem Rogersa, mówiącym o odczuwaniu przez terapeutę „prywatnego świata klienta”. Empatia wymaga rozumienia aktu-

alnego „strumienia uczuć”, a nie odczuć wczorajszych lub jeszcze wcześniejszych, które mogą utrudnić zrozumienie bieżącego „strumienia”. Poprzednie doświadczenia – uważa Kalisch – mogą pomóc w rozumieniu uczuć pacjenta, jeżeli nie hamują tego, co jest strumieniem jego aktualnie przeżywanego uczuć.

Inną cechą empatii w tym kontakcie jest dokładne postrzeganie przez pielęgniarkę uczuć pacjenta oraz jasne formułowanie swoich myśli i treści doświadczenia. Użyteczność empatii polega także na umiejętności przekazywania, zarówno słownie, jak i pozawerbalnie swoich uczuć przez pacjenta, w przeciwnym bowiem razie nie będzie on zdolny doświadczyć „empatycznego zrozumienia” (Kalisch, 1973).

Wykazując postawę empatyczną, pielęgniarka okazuje pacjentowi szacunek i zrozumienie. Trzeba pamiętać, że empatia wpływa na pogłębienie relacji interpersonalnej między pielęgniarką a pacjentem i stanowi obraz prawdziwego, wzajemnego zrozumienia uczestników relacji. Zadania te jednak spełni, gdy zaistnieje właśnie w momencie konfrontacji pielęgniarki z pacjentem, ponieważ umożliwi zrozumienie perspektywy pacjenta, co oznacza racjonalną reakcję oraz bardziej wewnętrzny i emocjonalny stosunek do chorego (Wilczek-Rużyczka, 2000). Zaistniała reakcja empatyczna „pozwala pacjentowi samodzielnie ocenić, czy jest przez pielęgniarkę rozumiany oraz w jakim stopniu interesuje się ona jego potrzebami” (Motyka, 1999).

Omawianie znaczenia empatii w psychoterapii wymaga podkreślenia szczególnej roli komunikacji interpersonalnej. Warunkuje ona zaistnienie relacji psychoterapeuta – klient, będąc jednocześnie obrazem empatii. Komunikacja daje możliwość rzeczywistego i aktualnego przekazywania doświadczeń (Grzesiuk, 1994). W omawianej relacji im większa będzie empatia psychoterapeuty, tym pozytywniejsze będą rezultaty psychoterapii (Gulin, 1994).

Lekarz uzyskuje lepsze wyniki leczenia i doświadcza zawodowej satysfakcji w większym stopniu, gdy angażuje się w proces empatii. Powinien być świadomy, że w jego pracy ważnym elementem jest realizacja opieki, bazującej na umiejętnościach empatycznych – współodczuwaniu i odczytywaniu emocji oraz potrzeb pacjenta, a w konsekwencji zdolności zakomunikowania mu tego. Potwierdzają to badania Krysińskiej (2000), która dowodzi istnienia silnego związku między skłonnością do udzielenia pomocy i empatycznymi emocjami, takimi jak współczucie, poruszenie i żal. Tak więc wysoki poziom dyspozycyjnej empatii jest powiązany z udzieleniem pomocy, na co wskazują również inne doniesienia zawarte w literaturze – przykładowo lekarze okazujący ciepło, przyjaźń i wspierający pacjenta są bardziej skuteczni (Di Blasi i in., 2001).

Halpern (2001) wskazuje nawet na empatię osoby pomagającej jako na element sprawiający, że pacjent w sposób bardziej otwarty mówi o objawach i niepokojach, a zatem ułatwia zebranie informacji medycznej. Empatia pozwala więc lepiej diagnozować i leczyć, pomaga pacjentowi odzyskać autonomię i uczestniczyć w terapii oraz prowadzi do oddziaływań terapeutycznych mających bezpośredni wpływ na wyzdrowienie. Zatem tworzenie więzi w relacjach lekarz – pacjent (Matthews, Suchman, Branch, 1993) oraz rozwijanie empatii stają się elementami zasadniczymi opieki i zwiększają potencjał terapeutyczny tej relacji (Peabody, 1927; Spiro, 1992).

Z uwagi na to, że empatię u lekarza należy uznać za konieczną, gdyż jest elementem skutecznej terapii, musi on nauczyć się współodczuwać z pacjentem jego emocje. Wymaga to cierpliwości, ciekawości oraz chęci zajrzenia do świata pacjenta (Halpern,

2001). Jednakże współczesny lekarz napotyka wiele przeszkód, takich jak wymagające środowisko pracy, przeciążenie obowiązkami (Kash, Holland, 1989), niewielka waga przywiązywana do empatii (Greenberg i in., 1999) i cynizm (Testerman i in., 1996).

Badania pokazują, że szkolenie w zakresie empatii i psychologicznych aspektów leczenia jest dalece niewystarczające (Baile i in., 2000; Clark, 2001). Należy wierzyć, że lepsze zrozumienie empatii oraz określenie działań psychologicznych i behawioralnych w pracy zawodowej pomogą lekarzom wdrożyć empatię w codziennej praktyce.

Empatia pojawia się rutynowo w dyskusji relacji lekarz – pacjent. Irving i Dickson (2004) zaproponowali traktowanie empatii jako postawy. Zasugerowali, że powinien pojawić się wymiar umiejętności (behawioralny) jako dodatek do wymiaru poznawczego i emocjonalnego. Wymiar umiejętności odzwierciedla proces interpersonalny, podczas gdy wymiar poznawczy i emocjonalny dotyczą procesu wewnątrz danej osoby, odczuwającej empatię do drugiego człowieka. Jednak empatia jest nie tylko postawą, a raczej procesem obejmującym działania emocjonalne, poznawcze i behawioralne (Halpern, 2001; Bennett, 1995). Definicja słownikowa empatii określa ją jako zjawisko zrozumienia, bycia świadomym, wrażliwym, doświadczającym uczuć, myśli i przeżyć drugiego człowieka, nawet gdy nie zostały one w pełni jasno zakomunikowane przez drugą osobę (za: Larson, Yao, 2005). Natomiast Rogers (1957) stwierdza zwięźle, że empatia obejmuje bycie wrażliwym, chwila po chwili, na zmiany odczuwane przez drugą osobę.

W celu lepszego opisanie empatii Larson i Yao (2005) zaadaptowali jej koncepcje według Davisa (1994), definiując empatię jako proces psychologiczny, obejmujący zbiór mechanizmów emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych oraz reakcji na obserwowane doświadczenie drugiej osoby, tworząc pewien model tego procesu. Zawiera on mechanizmy najlepiej odpowiadające sytuacji klinicznej. Skutki interpersonalne oraz intrapersonalne dają rezultat natychmiastowy i długotrwały zarówno u pacjenta, jak i u lekarza. Rdzeń modelu to procesy empatii oraz ich efekty interpersonalne i intrapersonalne. Sam proces empatii obejmuje różne działania psychologiczne mające miejsce wewnątrz osoby, gdyż procesy empatyczne prowadzą do zmian poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych. Czynniki, takie jak charakterystyka lekarza, pacjenta oraz warunków klinicznych, wpływają pośrednio i bezpośrednio na działania lekarzy. Ponieważ empatia zazwyczaj obejmuje trwającą interpretację, więc zachowanie społeczne (interpersonalne) będzie wpływało na procesy intrapersonalne, które z kolei mogą zmieniać procesy empatyczne.

W sytuacji naturalnej (np. będąc świadkiem zmagania pacjenta) obserwator jako pierwszy angażuje się w procesy empatyczne. Mogą one być pogrupowane w odniesieniu do złożoności poznawczej. Przykładowo, na poziomie podstawowym rolę odgrywają procesy niebędące poznawczymi, np. mimika, i wywołują podobne reakcje (Hoffman, 1984), czyli depresja pacjenta może wywołać uczucie depresji u lekarza. Kolejny poziom obejmuje poznanie elementarne, a klasyczne warunkowanie i bezpośrednie powiązanie opierają się na zasadzie, że obserwator doświadczył kiedyś podobnego stanu, który odtwarza na podstawie objawów obserwowanych u drugiej osoby. Przykładowo, pacjent ma wyraz twarzy przypominający lekarzowi o podobnych emocjach, których doświadczył w przeszłości. Bardziej zaawansowany poziom procesów empatycznych obejmuje powiązanie, w którym pośredniczy język, wypracowane sieci poznawcze i przejmowanie roli (Hoffman, 1984). Pierwsze dwa działania mają miejsce, gdy obserwator

odpowiada empatią i reaguje na wypowiedziane wskazówki – np. lekarz lepiej zrozumie pacjenta, gdy ten więcej o sobie powie. Przejmowanie roli jest najbardziej zaawansowanym procesem, w którym obserwator aktywnie wyobraża sobie perspektywę obserwowanego i według tego reaguje. Poznawcze przejmowanie roli obejmuje wnioskowanie na temat myśli, motywów lub intencji, podczas gdy emocjonalne – wnioskowanie o emocjach (Davis, 1994). Przykładowo, lekarz wyobraża sobie bycie w roli pacjenta – jego myśli i uczucia.

Procesy empatyczne wpływają na to, jak lekarz myśli, co czuje (efekty intrapersonalne) i jak się zachowuje (efekty interpersonalne) wobec pacjenta (cel działania). Efekty intrapersonalne mogą być uczuciowe (emocje równoległe – zazwyczaj odtworzenie uczuć pacjenta, np. niepokój lekarza spowodowany widokiem niepokoju pacjenta, lub reaktywne – to reakcja obserwatora, której pacjent zazwyczaj nie doświadcza, np. gniew lekarza na widok pacjenta źle leczonego) lub pozbawione uczuć. Kolejne dwa przykłady częstych emocji reaktywnych, jak podaje Davis (1994), to osobisty dyskomfort i troska empatyczna (współczucie innym). Ogólnie, generowanie emocji reaktywnych wymaga bardziej zaawansowanego procesu poznawczego, np. wczuwania się w rolę. Efekty pozbawione uczuć to formy osądu, oceny i przekonań na temat innych osób. W warunkach klinicznych efekty pozbawione uczuć obejmują typowe dla lekarza domniemanie myśli, uczuć i charakteru pacjenta oraz przypisywanie pacjentowi zachowań i decyzji.

Efekty interpersonalne stanowią przykład behawioralnego aspektu empatii, w tym pomocy, agresji i zachowań społecznych. W przypadku relacji lekarz – pacjent (Davis, 1994) największą troskę wywołują zachowania społeczne, tj. komunikacja i styl troski (np. ciepło, wrażliwość, wrażenie pozytywne, nawet nastrój). Procesy empatyczne i efekty intrapersonalne zwiększają skuteczność zachowań pomocniczych i zmniejszają nasilenie zachowań agresywnych, zachęcają do unikania konfliktów i usprawniają radzenie sobie z nimi, promują dobrą komunikację i troskliwy styl społeczny. Co więcej, procesy empatyczne mogą bezpośrednio wpływać na efekty interpersonalne, np. zrozumienie sytuacji pacjenta (poprzez wczuwanie się w jego rolę) prowadzi do zachowań pomocniczych.

Czynniki wstępne (prekursorzy) obejmują charakterystykę osoby i sytuacji, zwiększającą lub zmniejszającą prawdopodobieństwo wystąpienia procesów empatycznych i ich efektów (Eisenberg i in., 1991). Przykładowo, dyspozycyjność empatyczna lekarza i jego własne doświadczenia określają, jak łatwo jest on w stanie wczuć się w rolę pacjenta, jak łatwo reaguje, okazując pewne emocje, i przypisuje pewne atrybuty. Większość ludzi łatwiej odczuwa empatię do osób im podobnych. Kiedy indziej sytuacja jest tak poważna, że taka indywidualna charakterystyka nie ma znaczenia. Zdarza się niekiedy, że lekarz czuje niepokój (reakcja równoległa) odnoszący się do sytuacji pacjenta i zaczyna emocjonalnie oraz poznawczo wczuwać się w jego rolę, co następnie prowadzi do lepszego zrozumienia (dokładność interpersonalna). Tworzy się swoista pętla sprzężenia, efekty interpersonalne oddziałują na efekty intrapersonalne i na czynniki wstępne (prekursorzy). Na przykład, dobra komunikacja uspokaja pacjenta, pomaga lekarzowi zmniejszyć własny dyskomfort (tj. emocje reaktywne) i zmienia sytuację (pacjent już się nie martwi).

Davis i Oathout (1987; 1992) oraz Davis i Kraus (1991) stwierdzili, że specyficzne zachowania społeczne mają wpływ zarówno na wyniki obserwatora, jak i obserwowane-

go (np. samotność, niepokój) poprzez postrzeganie. Podobnie w naszym modelu zdolności komunikatywne lekarza oraz jego styl społeczny mają bezpośredni wpływ na zadowolenie pacjenta i wyniki zdrowotne. Taki schemat jest spójny z wynikami badań pokazującymi, że empatia prowadzi do lepszych wyników leczenia (Di Blasi, Kleijnen, 2003).

Zachowania społeczne wpływają także na stosunek lekarza do własnej pracy. Suchman i Matthews (1988) pokazali, że nie tylko pacjenci zyskują na znaczącej relacji terapeutycznej, dotyczy to także lekarzy. Podobnie jak inni ludzie poszukują oni sensu i celu w życiu, które mogą odnaleźć w duchowych relacjach nawiązanych z pacjentami. Co więcej, lekarze – często noszący ciężar życia i śmierci – poszukują odciążenia. Niektórzy oczekują docenienia i władzy, którą nadają im ludzie (Suchman i in., 1988), a którą mogą znaleźć w interpersonalnych relacjach z pacjentem. Zatem wyraźnie widać pozytywny wpływ zachowań empatycznych na zadowolenie lekarza. Zaangażowanie w proces empatii, bazującej na wymiarze emocjonalnym, poznawczym i behawioralnym, może przyczyniać się do zapobiegania wypaleniu zawodowemu.

Efekty procesu intrapersonalnego i interpersonalnego mają wpływ na relacje lekarz – pacjent i mogą być natychmiastowe albo skumulowane. Innymi słowy, pacjent w trakcie i pomiędzy wizytami odczuwa skutki zachowań swojego lekarza oraz satysfakcję z opieki, lekarz zaś uzyskuje wówczas zadowolenie z pracy, co ma ogromne znaczenie w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu (Larson, Yao, 2005).

W przypadku lekarza okazującego empatię korzysta on z zasobów psychologicznych w celu wywołania osobistych zmian poznawczych i emocjonalnych, tworząc w ten sposób projekcję obrazu pacjenta (Larson, Yao, 2005).

Większość prac dotyczących empatii zajmowała się sferą usług, gdzie nie wymaga się umiejętności specjalistycznych. Niektóre z nich dotyczyły profesjonalistów, np. pielęgniarek (Smith, 1991; 1992; James, 1992). Od nich oczekuje się tolerancji i ciepła oraz cierpliwości. Badania pokazały (Henderson, 2001), że pielęgniarki radzą sobie ze stresem w pracy z pacjentem poprzez dystansowanie się (Froggatt, 1998), a ewentualne uchybienia w emocjonalnym zaangażowaniu przypisują brakowi szkolenia w tym zakresie (Smith, 1991). Jednak naukowcy skupiali się bardziej na opiece niż na empatii, bo to wynika ze specyfiki pielęgniarstwa.

Wobec narastającego nacisku na leczenie holistyczne (Epstein, Hundert 2002; Halpern, 2001) empatia staje się elementem krytycznym relacji lekarz – pacjent. Podobnie jak od innych pracowników, od lekarzy także oczekuje się przyjmowania pewnych postaw w kontakcie z pacjentem. Nie można jednak traktować empatii jako elementu będącego częścią usługi medycznej. Lekarz musi zrozumieć reakcje pacjenta zarówno na poziomie emocjonalnym, jak i poznawczym, a zrozumienie to skierować na zachowania społeczne w odniesieniu do pacjenta. Halpern (2001) stwierdza, że zasadniczy wysiłek w procesie empatii obejmuje wyobrażanie sobie, jak to jest coś doświadczać i czuć, co odpowiada głębokiemu odgrywaniu roli.

Lekarze mogą bazować na wiedzy w zakresie komunikowania w kontekście podejmowania decyzji (Braddock i in., 1997; 1999), podawania złych wiadomości (Kash, Holland, 1989; Ptacek, Eberhardt, 1996; Parker i in., 2001; Lee i in., 2002; Fallowfield i in., 2002) i ujawniania błędów medycznych (Spiro, 1992; Wu i in., 1997). Należy mieć nadzieję, że empatia stanie się symbolem profesjonalnej opieki zdrowotnej. Nie może ona być jedynie atrybutem osób codziennie opiekujących się pacjentem, takich jak pie-

łęgniarki, ale dotyczy także tych, którzy diagnozują i leczą. Empatia w procesie leczenia daje zasadnicze zrozumienie naszego psychicznego, duchowego, społecznego i fizycznego funkcjonowania.

Doniosłą rolę empatii w psychoterapii akcentują Silbereisen i Schulz (1978, za Gulin, 1994), uznając ją za wyłączną podstawę psychoterapii. Zadanie empatii jest tu podkreślane w jej trzech znaczeniach, których przestrzegania powinno się oczekiwać od terapeuty. Pierwsze znaczenie sprowadza się do określenia empatii jako cechy osobowości objawiającej się nastawieniem prospołecznym. Warunkiem koniecznym jest tu uchronienie partnera przed ewentualnymi konsekwencjami własnego działania. Warunek ten ma istotne znaczenie dla przebiegu relacji psychoterapeuta – klient, gdyż wymaga od terapeuty znajomości swoich cech. W drugim znaczeniu empatia jest ujmowana jako cecha terapeutyczna procesu i dotyczy stopnia ujęcia przeżyć klienta. Autorzy bardzo trafnie nazywają ten czynnik „wczuwanym rozumieniem”. Trzecim znaczeniem empatii jest antycypacja, będąca gotowością terapeuty do działania.

Przebieg kontaktów empatycznych, opartych na wczuwaniu się w przeżycia partnerów interakcji, warunkuje ogromne prawdopodobieństwo wystąpienia odpowiedzialności za innych, życzliwości, serdeczności, w której zakorzeniona jest tolerancja dla wszystkich, w tym dla słabszych, zatrwożonych, smutnych, skrzywdzonych i poniżonych (Węgliński, 1984). Takie zachowania prowadzą jednostkę do podjęcia aktywności prospołecznej, w której ujawnia się zadaniowy wymiar empatii. Orientacja prospołeczna gwarantuje bezpieczne interakcje przyczyniające się do budowania pozytywnych stosunków z innymi ludźmi. Pragnienie udzielenia drugiemu człowiekowi pomocy, zaspokojenia jego potrzeb jest wynikiem emocjonalnego, empatycznego wczucia się w jego sytuację. Rozumiana w ten sposób empatia jest pojmowana jako determinanta zachowań prospołecznych, a nawet altruistycznych, w tym pomagania. Wiedza psychologów dotycząca gotowości do pomagania odnosi się do sytuacji społecznych, które można wyodrębnić i opisać następująco (za: Hajduk, Hajduk, 2001):

- podmiot, potencjalny dawca pomocy wie o potrzebujących pomocy lub ich trafnie rozpoznaje;
- podmiot udzielający pomocy ocenia pozytywnie swoje kompetencje do jej udzielenia;
- podmiot udzielający pomocy podejmuje czynności pomocy z własnej inicjatywy;
- podmiot udzielający pomocy wie, że odczuwający potrzebę skorzysta z pomocy;
- podmiot udzielający pomocy może ocenić skuteczność pomagania;
- podmiot udzielający pomocy realizuje powinność moralną: „należy pomagać potrzebującemu” i poddawany jest ocenie moralnej, niezależnie od tego, czy jego zachowanie podlega sankcji prawnej, czy też nie.

Oprócz form reagowania prowadzących do działań prospołecznych empatia może uruchamiać także inne (Reykowski, 1979), do których należą:

- zahamowanie czynności własnych, które mogą prowadzić do wywołania silnego pobudzenia, np. aby uniknąć podniecenia wywołanego przez widok cudzego cierpienia, jednostka może powstrzymać własne zachowanie agresywne;
- niepokój i tendencje do uspokajania siebie samego poprzez unikanie lub tłumienie informacji o cudzym cierpieniu, przerzucanie odpowiedzialności na innych za

emocje obiektu, jak również ograniczenie kontaktu z poszkodowanymi, nieszczęśliwymi, np. upośledzonymi czy chorymi psychicznie;

- podjęcie czynności mających na celu uspokojenie osoby, która jest źródłem empatycznego podniecenia;
- atak na ofiarę – osobę będącą źródłem empatycznego pobudzenia, często związany z deprecjacją ofiary, tym silniejszy, im większe jest jej cierpienie.

Jak widać z wyróżnionych powyżej wzorów zachowań, empatia może nie tylko pośredniczyć w udzielaniu pomocy, lecz także wyznaczać prospołeczny kierunek zachowań jednostki. Eksperymenty Mehrabiana i Epsteina (1972) wskazują, że tendencje empatyczne wpływają na powstrzymanie agresji w sytuacji, gdy ofiara agresji jest w bezpośrednim kontakcie z agresorem. Osoby nisko empatyczne są równie agresywne przy bezpośrednim i niebezpośrednim kontakcie z ofiarą. Osoby wysoko empatyczne natomiast są znacznie mniej agresywne, jeśli ofiara jest bezpośrednio przez nich obserwowana. Tak więc doświadczenie negatywnego pobudzenia powoduje u osoby empatyzującej zahamowanie agresji.

Jakość emocjonalno-poznawczego kontaktu z obiektem empatii, wyznaczonego zarówno komunikacyjnym, jak i zadaniowym komponentem empatii, może być pozytywnym doświadczeniem dla obu stron interakcji. W empatycznym kontakcie podmiot, zachowując pełną tożsamość siebie i pełną świadomość siebie, wykazując postawę określoną jako „stała gotowość pomocy” – uświadamia sobie postępowanie i przeżycia drugiego człowieka, nie w kategoriach zła czy dobra, lecz w kategoriach prawdziwego widzenia jego aktualnych doświadczeń, poprzez różnorodne uwarunkowania wewnętrzne i zewnętrzne, poprzez rozumienie jego poziomu samoświadomości, poprzez jego osobowość. Taki przebieg kontaktów interpersonalnych sprzyja kształtowaniu relacji ludzkich o dużej randze moralnej, wyklucza możliwość zdehumanizowania partnera interakcji, sprzyja zdolności do wglądu w siebie, czyni partnerów podobnymi sobie, umożliwia wreszcie zaistnienie rozumienia drugiego człowieka nie w kategoriach oceniania kogoś z zewnątrz, poprzez analizę i osądzanie, ale przez życzliwe rozumienie, akceptację, jednak bez nadmiernego oferowania swojej pomocy. Nie każdy człowiek oczekuje pomagania, w określonych sytuacjach cierpienia bowiem bywa ono bezcelowe, a nawet niemożliwe (Węgliński, 1984).

Relacja pomocy jest spotkaniem dwóch odrębnych osób, które mają na krócej lub dłużej stworzyć wspólny świat. Spotkanie to wymaga wykroczenia poza siebie, co wywołuje zarówno niepokój, jak i radość. Wynika to z faktu, że prawdziwe spotkanie z inną osobą zawsze wstrząsa naszym światem i poczuciem bezpieczeństwa. Trzeba zwrócić się ku innemu człowiekowi, pomóc mu ujawnić własną słabość, a także przekroczyć siebie – przejawiając troskę o dobro innego. Pomoc jest przeżyciem sensotwórczym, ponieważ życie nabiera sensu nie tylko dla wspomaganego, który w dialogu z drugą osobą odszukuje, wyznaje siebie i czuje wyraźnie swe istnienie, lecz także dla pomagającego, który dzieląc się, odczuwa pożądane przez człowieka usprawiedliwienie własnego bycia w świecie, a przyjmując wyznanie wspomaganego, sam zyskuje potwierdzenie własnego sensu istnienia (Wilczek-Rużyczka, 1998a).

W relacji interpersonalnej, jaką jest pomaganie, jeden partner daje z własnej inicjatywy drugiemu dobro materialne, pomoc w rozwiązywaniu problemu, ofiaruje czas, pieniądze, posiadane rzeczy, energię, zdrowie. Otrzymujący dobra jest w gorszej sytuacji

od dawcy, który ma przewagę nad biorcą. Nie zdarza się tak, gdy dawcę przymusza się, nawet przemocą, do dawania lub gdy dawanie (ofiарowanie) dóbr poświadcza wyrażanie przez dawcę uznania, czci dla biorcy, albo takie jego postępowanie wyznaczają normy roli zawodowej, np. pielęgniarki, lekarza (Hajduk, Hajduk, 2001).

Po przeprowadzeniu badań dotyczących tematyki efektywnych i nieefektywnych relacji pomagania Combs (1989, za: Okun, 2002) doszedł do wniosku, że przedstawiciele głównych zawodów, których istotą jest pomaganie, podzielają pewne wspólne przekonania:

1. *Postawa wobec innych ludzi.* Osoba skutecznie pomagająca postrzega ludzi raczej jako zdolnych do działania niż bezsilnych, wartościowych niż pozbawionych wartości, godnych zaufania niż niesolidnych, pomocnych i przyjaznych innym niż niechętnych i alienujących się, widzących otoczenie raczej w optymistyczny niż pesymistyczny sposób.
2. *Obraz własnej osoby.* Skutecznie pomagający czuje się kompetentny, utożsamia się z innymi i nie ma poczucia izolacji, uważa, że jest godny zaufania, czuje się potrzebny innym i wartościowy.
3. *Podejście do pomagania.* Skutecznie pomagający koncentruje się bardziej na ludziach niż na rzeczach i częściej przyjmuje subiektywne czy też fenomenologiczne podejście – to znaczy widzi problem z perspektywy drugiej osoby, a nie własnej. Swoje strategie wprowadza w życie z empatią i w zgodzie z własnym systemem wartości.

Rogers (1958) uważa, że pomagający muszą być otwarci, a dla rozwoju odbiorcy pomocy w relacji pomagania konieczne są następujące warunki:

1. *Bezwarunkowa akceptacja.* Pomagający powinien komunikować akceptację osoby, której pomaga, jako wartościowej bez względu na to, kim on jest, co mówi lub co robi.
2. *Autentyczność i spójność.* Pomagający powinien być autentyczny i szczerzy, uczciwy i jednoznaczny. Jego wypowiedzi powinny być zgodne z działaniami.
3. *Empatia.* Pomagający powinien umieć komunikować empatyczne zrozumienie perspektywy drugiej osoby i upewnić ją, że czuje i rozumie jej problemy z jego punktu widzenia.

Przekładając teoretyczne sformułowania Rogersa na język badań stosowanych, Carkhuff i Berenson (1967) wyróżnili podstawowe cechy, które – jeżeli są umiejętnie komunikowane odbiorcy – sprzyjają efektywnej pomocy. Są to następujące cechy:

1. *Empatia.* Osoba skutecznie pomagająca potrafi komunikować wspomaganemu swą świadomość i zrozumienie samej siebie, przez co dostarcza mu doświadczeń będących podstawą zmian.
2. *Szacunek i pozytywny stosunek do drugiej osoby.* Pomagający komunikuje jej ciepło i troskę.
3. *Autentyczność.* Pomagający jest uczciwy wobec samego siebie i swoich podopiecznych.
4. *Konkretność.* Pomagający reaguje dokładnie, jasno, konkretnie i bezpośrednio wobec wspomaganego.

Corey (1995) zachęca pomagających do poznawania samych siebie, pogłębiania wiedzy o swoich relacjach w pomaganiu. Kładzie nacisk na następujące elementy:

1. *Samoświadomość.* Pomagający powinien nieustannie pogłębiać świadomość własnego systemu wartości oraz uczuć, aby rozwijać się, być otwartym na zmiany, modelować spójność zachowań i gotowość do podejmowania ryzyka.

2. *Zainteresowanie*. Pomagający powinien wykazywać czynne zainteresowanie dobrem innych ludzi oraz wpływem kultury na każdego człowieka.
3. *Wiedza i umiejętności*. Zawodowa skuteczność wymaga od praktyka zdolności do integrowania teorii i umiejętności psychologicznych z osobistym sposobem pojmowania rzeczywistości. Jego wiedza i umiejętności muszą uwzględniać kontekst wielokulturowy.

Aktywnymi badaczami wpływu empatii na związek pomagający – wspomagany byli Truax i Carkhuff (1967). Opracowali skalę empatii zawierającą pięć stopni empatii, którą pomagający może ofiarować wspomaganemu:

STOPIEŃ 1.

Ekspresja słowna i zachowanie pomagającego dorównuje bądź odbiega od ekspresji słownej i zachowania wspomaganego w tym sensie, że komunikuje znacznie mniej o jego uczuciach i doświadczeniu, niż on sam to zakomunikował.

STOPIEŃ 2.

Pomagający reaguje na wyrażane przez drugą osobę uczucia, ale robi to w taki sposób, że odejmuje od jej przekazu zauważalny afekt.

STOPIEŃ 3.

Ekspresja pomagającego w odpowiedzi na ekspresję wspomaganego jest w zasadzie porównywalna z jego ekspresją, w tym sensie, że podstawowo wyrażają one ten sam afekt i znaczenie.

STOPIEŃ 4.

Odpowiedzi pomagającego wzbudzają ekspresję partnera w taki sposób, że wyrażają uczucia głębsze, niż on sam byłby w stanie to wyrazić.

STOPIEŃ 5.

Reakcje pomagającego znacząco wzbogacają uczucia i znaczenie ekspresji wspomaganego w taki sposób, że dokładnie wyrażają jego głębsze uczucia, do których wyrażenia on sam nie był zdolny, bądź też, w przypadku biegnącej, głębokiej autoeksploracji z jego strony, są z nim w pełni w najtrudniejszych dla niego momentach.

Wielu psychologów twierdzi, że najważniejszym czynnikiem w pomaganiu ludziom w rozwiązywaniu ich problemów jest zdolność umiejętnego ich słuchania. Doświadczenie tego, że ktoś nie umiał słuchać, zadaje ludziom wiele bólu i cierpienia oraz wyrządza im wiele zła i krzywd. Przeciwnie – doświadczenie bycia słuchanym przynosi człowiekowi największą ulgę i pomoc.

W słuchaniu drugiej osoby, według Kozuch (2001), nie chodzi tylko o przyjmowanie i zapamiętywanie tego, co ktoś wypowie, ponieważ człowiek mówiąc, wyraża siebie nie tylko poprzez słowa, lecz przekazuje także pewne treści przez swój sposób mówienia, zachowania, wyraz twarzy, gesty. Jest to niewerbalny sposób wyrażania siebie, który może mówić więcej, a niekiedy nawet może zaprzeczać temu, co osoba przekazuje za pośrednictwem słów. Pomagający musi umieć słyszeć i rozumieć to, co nie zostało

wprost powiedziane, a jedynie znalazło swój ślad w werbalnym lub niewerbalnym zachowaniu osoby (Goleman, 1997). Osoba pomagająca powinna przyjąć rolę „milczącego lustra”, tzn. nie uzewnętrzniać własnych reakcji emocjonalnych. Musi unikać za wszelką cenę odgrywania roli łatwego pocieszyciela, czy osoby szukającej względów, jak również nie powinna objawiać swoich lęków i niepokojów.

Bardzo często problemy osób, wobec których świadczona jest pomoc, są konfliktami z natury podświadomymi i z tego względu na nich powinien koncentrować się słuchający, z reakcji i wypowiedzi rozmówcy powinien wychwycić elementy, których osoba sobie nie uświadamia. Powinien starać się zrozumieć to, czego osoba o sobie nie wie, i uprzytomnić jej to, co może ułatwić odzyskanie kontroli nad sobą i problematyczną sytuacją. Jest to zatem słuchanie „między wierszami”, czyli wyciąganie wniosków z tego, co osoba nieświadomie przekazuje poprzez kontekst i sposób wypowiedzi (Aleksandrowicz, 1996).

Trafne rozumienie komunikatów emocjonalnych, przekazywanych przez pacjenta (klienta), wymaga ze strony pomagającego wykazania postawy zainteresowania, wyrażenia własnymi słowami tego, co słuchający zrozumiał z wypowiedzi mówiącego i przekazania tego rozumienia pacjentowi w formie parafrazy, podsumowania czy też informacji zwrotnej.

Z poznaniem empatycznym drugiej osoby wiąże się niebezpieczeństwo empatycznego identyfikowania. Pomagający może identyfikować się z osobą, której pomaga, i niejako brać na siebie jej problemy. Empatyczne identyfikowanie się z osobą może być źródłem bezpośredniego doznawania tego, co ona przeżywa, empatia bowiem zwiększa możliwość pełniejszego poznania i rozumienia, a także skuteczniejszego oddziaływania na osobę. Jednakże przez cały czas pomagający musi zdawać sobie sprawę z niebezpieczeństwa nieświadomej identyfikacji; to, co przeżywa osoba wspomagana, nie może warunkować samopoczucia pomagającego (Aleksandrowicz, 1996).

Relacja empatyczna nie oznacza utożsamiania się z drugim człowiekiem, zwłaszcza wtedy, gdy świat jego przeżyć okazuje się z jakiegoś powodu niepokojący, pogmatwany, zaburzony, pełen bólu, chaosu, poczucia bezradności, beznadziejności. Utożsamiając się w takiej sytuacji z drugim człowiekiem, pomagający mógłby wprawdzie świetnie wczuć się w jego subiektywną sytuację, ale nie mógłby mu pomóc (Dziewiecki, 2000).

Konieczne w pomaganiu jest więc zachowanie dystansu, czyli niepozwalanie na to, by cudze problemy przytłoczyły osobę pomagającą i przyczyniły się przez to do zatracenia obiektywnego patrzenia, myślenia i reagowania. Wtedy bowiem trudno jest terapeutycznie pomagać komuś i być neutralnym w podejściu do jego problemów (Dewald, 1971).

Szczególnym rodzajem relacji pomagania jest stosunek lekarz – pacjent. Lekarze są postrzegani przez społeczeństwo jako grupa zawodowa, której głównym zadaniem jest podtrzymywanie i przywracanie zdrowia swym pacjentom. W konsekwencji oczekuje się od nich wysokiego poziomu kompetencji oraz poświęcenia w służbie innym (Bishop, 2000). Jest to bowiem typ relacji, który powinien być wspólnym mianownikiem wielu przeciwstawnych aspektów. Do istotnych zaś należą te, które przejawiają się w postaci wezwania do zachowania wzajemnej intymności i jej ochrony przed innymi w celu utrzymania prywatności.

Skuteczność procesu terapeutycznego w dużej mierze zależy od osoby terapeuty (lekarza). Truax i Carkhuff (1967) sugerowali, że niektóre spotkania terapeutyczne mogą

w rzeczywistości szkodzić pacjentowi, zwłaszcza gdy lekarze nie są przygotowani do tego typu relacji lub przyjmują postawę lekceważącą.

Błędy zachodzące w relacji terapeutycznej ograniczają możliwość adekwatnego poznania i empatycznego rozumienia chorego (klienta), a co za tym idzie – udzielenia mu skutecznej pomocy. W polskiej literaturze błędy występujące w relacji lekarz – pacjent zostały opisane jako tzw. błędy postawy terapeutycznej przez Kępińskiego (2002). Autor do błędów tych zaliczył: błąd sędziego, błąd naukowej obiektywności i błąd maski. Błąd sędziego jest zaprzeczeniem postawy akceptacji pacjenta, polega na przyjmowaniu wobec chorego nadmiernie oceniającej i krytycznej postawy. Błąd naukowej obiektywności przejawia się w lekceważeniu świata subiektywnych doznań pacjenta i opieraniu swych ocen i decyzji wyłącznie na wynikach obiektywnych badań lekarskich oraz badań dodatkowych. Jest zatem przeciwieństwem postawy empatycznej, otwartej na świat doznań pacjenta. Natomiast błąd maski to nic innego, jak przeciwieństwo autentyczności, jest skrywaniem swych uczuć i zwykłych, ludzkich reakcji za maską zawodowej, profesjonalnej rutyny i obojętności. Wszystkie trzy rodzaje błędów łączą się z egoistyczną postawą wobec drugiej osoby.

Słuszna więc wydaje się wielokrotnie powtarzana maksyma Katza (1963, za: Rembowski, 1989), że terapeuta powinien umieć wczuć się w swojego pacjenta, wtedy bowiem kierując się empatią, potrafi lepiej go zrozumieć, a także porozumieć się z nim i stworzyć wspólnie lepszy wzajemny stosunek. Katz dowodził także, że terapeuta (lekarz) nie może po prostu przystąpić do jakiegoś instrumentalnego aktu empatyzowania jedynie z postanowieniem „empatyzowania pacjenta”. Musi sam otworzyć się na jego przeżycia i obniżyć barierę psychologicznego kontaktu, wtedy dopiero empatyzowanie odniesie pożądany skutek.

W przypadku poznawania człowieka, jak twierdzi Łazowski (2001), emocje pacjenta są częścią poznania, a emocje lekarza ważną częścią terapii i mogą być użyte do diagnozowania, ale są także podstawowym składnikiem humanistycznego stosunku do pacjenta. Dlatego na pozytywny przebieg relacji terapeutycznej zasadniczy wpływ wywiera interakcja emocjonalna na równi z poznawczym, świadomym przekazem słownym i ona głównie skupia uwagę pacjenta. W pamięci pacjenta pozostaje przede wszystkim jej przebieg, np. niezadowolenie, uśmiech lub surowość lekarza, natomiast treść zleceń bywa słabiej zapamiętana.

Lekarz, który zdobył umiejętność orientowania się w emocjach i potrzebach pacjenta i podtrzymuje swoją empatyczną reakcję, wchodzi w świat emocjonalny pacjenta. Musi umieć jednak tam się znaleźć, nie zaplątać, nie uwikłać w sieć podświadomych reakcji, lecz realizując obustronnie ważne prawo do otwartych emocji, znaleźć i wydobyć informacje istotne w postępowaniu leczniczym oraz stworzyć pole do badania przedmiotowego. Wówczas oba tory poznania, somatyczny i emocjonalny, będą się uzupełniać. Wyłonienie i zrozumienie najważniejszych sygnałów, poznanie potrzeb pacjenta, często ukrytych i niejasnych, także dla niego samego, umożliwia połączenie informacji z przekazu emocjonalnego z informacjami z przyrodniczego badania medycznego. Rozpoznanie staje się pełniejsze pod każdym względem, ale szczególnie w zakresie psychopatologii, leczenie zaś skuteczniejsze (Łazowski, 2001).

Empatia jest więc relacją korzystną w każdym kontakcie lekarza z pacjentem, a staje się szczególnie wskazana w postępowaniu z chorymi, którzy wywołują sytuacje stresu-

jące, a nawet konfliktowe dla obu partnerów. Do takich pacjentów należą ci, którzy szukają w lekarzu przede wszystkim zastępczego ojca, matki, ochrony, oparcia, współczucia, empatii, a sporadycznie nawet miłości. Jeszcze inną grupę chorych, w kontakcie z którymi empatia staje się niezawodnym środkiem, stanowią chorzy psychicznie lub z zaburzeniami psychiczno-emocjonalnymi, jak nerwice roszczeniowe, zespoły psychovegetatywne, lękowe, histeryczne, agresywne i represywne, konwersje i zamaskowane depresje (Gaertner, 1997).

Sytuacja lekarza, zwłaszcza psychiatry w takim kontakcie, jak podaje Kępiński (2002), nie jest łatwa; z jednej strony ciężar odpowiedzialności, przekraczający znacznie jego możliwości, z drugiej ciąży świadomość, że stoi się przed otwartą sceną najbardziej autentycznego dramatu, bo wychodzącego z samego wnętrza. Na tej scenie lekarz musi być sobą, nie może przybierać maski fachowca, posługiwać się stereotypowymi chwytami, demonstrować obojętności idealnego obserwatora, stoi bowiem wobec żywego człowieka, którego nie może traktować jako obiektu swej psychiatrycznej ciekawości lub poligonu dla sprawdzenia swych terapeutycznych koncepcji.

O ważności empatii w terapii chorych psychicznie przekonują badania Rogera (1957; 1975), które wykazały, że stan zdrowia pacjentów schizofrenicznych leczonych przez terapeutów o wysokiej zdolności do empatii wyraźnie się poprawiał. Jeśli natomiast terapeuta wykazywał niską zdolność do empatii, następowało pogorszenie stanu zdrowia pacjenta. Badania Cartwrighta i Lerner (1963, za: Jagielska-Zieleniewska, 1978) wskazują, że empatia stanowi ważną zmienną w psychoterapii nerwic. Im wyższą zdolność do empatii wykazuje terapeuta, tym szybciej następuje poprawa stanu zdrowia pacjenta.

Relacja terapeutyczna wymaga więc skoncentrowania się pomagającego (lekarza, pielęgniarki) na pacjencie, gdyż wtedy pojawia się możliwość uruchomienia empatii, która odgrywa dużą rolę w skuteczności postępowania lekarskiego z pacjentem. Empatia stwarzająca pełen otwartości, zaufania i życzliwości klimat w kontakcie lekarz – pacjent z pewnością warunkuje pozostałe cechy tego kontaktu, a także ułatwia wybór jego optymalnej formy. Dzięki empatii, uczestnictwu w przeżyciach pacjenta, lekarz reaguje na jego potrzeby, staje się bardziej plastyczny i wrażliwy, co ułatwia z kolei pacjentowi otwarcie się i wyjawienie własnych problemów. Pacjent bowiem nie zawsze okazuje swoje uczucia wprost. Skargi na ból, milczenie wyrażające lęk czy poczucie bezradności skłaniają lekarza do szukania ukrytych treści, w czym doniosłą rolę odgrywa empatia. Relacja empatyczna powoduje ponadto, że pacjent nie czuje się przedmiotem lub tzw. przypadkiem chorobowym, ale osobą w pełnym tego słowa znaczeniu. Wydaje się, iż lekarz empatyczny to lekarz życzliwy, ułatwiający pacjentowi wypowiedzanie się, gotowy do skupionego, akceptującego osobę pacjenta słuchania. Taki lekarz daje pacjentowi wsparcie, poczucie bezpieczeństwa i bycia zrozumianym, a także budzi w nim nadzieję wyzdrowienia (Dolińska-Zygmunt, 1996).

Obok relacji lekarz – pacjent drugim znaczącym typem relacji pomagania jest ta, która zachodzi między pielęgniarką a pacjentem. Wymaga ona dużego zaangażowania ze strony pielęgniarki, przygotowania teoretycznego, predyspozycji osobowościowych, a przede wszystkim chęci niesienia ulgi i pomocy drugiemu człowiekowi. Wszelkie działania zachodzące w tej szczególnej relacji musi mieć cechy działania empatycznego,

czyli musi być wykonane w sposób bardziej wnikliwy, subtelny, całościowy, rzeczowy, godny zaufania, a nade wszystko musi wyrażać jakąś pasję (Uchnast, 1996).

Kalisch (1973) przeprowadziła obserwację zachowania się pielęgniarek w stosunku do pacjentów oraz zastosowała skalę do badania empatii (*Nurse – Patient Empathie Functioning Scale*). W wyniku badań dokonała kategoryzacji pielęgniarek, tworząc pięć grup:

- pierwszą grupę stanowiły pielęgniarki, które ignorowały, zarówno widoczne (zewnętrzne), jak i głębsze uczucia pacjenta. Funkcje zawodowe pielęgniarek uznano za szkodliwe i niepomagające w integracji i dostosowaniu społecznym pacjenta;
- drugą grupę utworzyły pielęgniarki czasami dzielące świadomie strumień uczuć pacjenta, chociaż nie zawsze ściśle interpretujące zewnętrzne ich stany. Pielęgniarki zakwalifikowane do tej kategorii nie pomagają pacjentowi, ponieważ nie współpracują z nim;
- trzecią grupę reprezentowały osoby zaczynające pomagać pacjentowi i starające się rozumieć świadomie „strumień uczuć”, a także próbujące sformułować środki działania;
- czwartą grupę ukształtowały pielęgniarki, które ściśle odpowiadały na strumień zewnętrznych uczuć i ich znaczeń dla pacjenta, ale tylko na te, na które on sam zwraca uwagę;
- piątą grupę obejmowało dokładne (bez niechęci czy wątpliwości) komunikowanie się pielęgniarek z pacjentem. Pielęgniarki należące do tej kategorii dostrzegały głębsze uczucia, których pacjent nie był zdolny wyrazić sam.

La Monica i in. (1976) przedstawili bogaty pod względem treści program kształcenia empatycznego pielęgniarek. Autorzy ci są zdania, że teoretyczne podstawy empatii powinny stać się przedmiotem kształcenia zawodowego pielęgniarek. Warunkiem skutecznego powodzenia pracy pielęgniarek z osobami przebywającymi w szpitalu są: szacunek, szczerość, otwartość, stanowczość, bezpośredni kontakt i empatia, która powinna stanowić najważniejszy element terapeutyczny. W działaniu empatycznym autorzy proponowanego programu podkreślają takie cechy personelu szpitalnego, jak: uważne wysłuchiwanie i rozumienie innych osób, wnikanie w ich wnętrza, wrażliwość emocjonalną oraz patrzeć na świat oczami pacjentów.

Shapiro (1969) uważa, że wysoki poziom wrażliwości empatycznej, emanujące ciepło i szczerość uczuć terapeuty są związane z pozytywnym efektem psychoterapeutycznym. Dla autora empatia to nie tylko zdolność do dokładnego „odczuwania prywatnego świata pacjenta”, lecz przyjęcie go w taki sposób, jakby to był jego własny świat. Ciepło określane bliżej jako „pozytywne nastawienie” zawiera w sobie bogate treści, m.in. troszczenie się o pacjenta jako osobę, chęć dzielenia się jego radościami, aspiracjami, a także depresją i życiowymi porażkami. Jest w tym także akceptacja aktualnego, osobistego i społecznego doświadczenia pacjenta jako części jego osobowości, bez domagania się czy okazywania dezaprobaty i niechęci, lub wyrażania ciepła w sposób selektywny i oceniający, jeśli nie jest to konieczne. Szczerość terapeuty może być oceniona w skali, poczynając od bardzo wysokiego poziomu polegającego na swobodzie i autentycznym byciu sobą, do obojętności w zachowaniu. Wysoki poziom szczerości oznacza, że psychoterapeuta jest skłonny do wyrażania swoich uczuć.

W toku psychoterapii pod wpływem życzliwej, akceptującej postawy terapeuty odświeżają się w pacjencie stłumione urazy, uczucia rozczarowania, wrogości, ujawniają

się nieświadome impulsy, które ulegają wyładowaniu w kontakcie z terapeutą. W ten sposób pacjent przynosi na osobę terapeuty te uczucia i pragnienia, które przeżywał lub aktualnie przeżywa w stosunku do osób wywołujących te urazy, a więc nienawiść, wrogość, mściwość czy też miłość, pragnienia erotyczne, a przede wszystkim pragnienie bezpieczeństwa i miłości (Grzywak-Kaczyńska, 1988). Grzywak-Kaczyńska, powołując się na Ferenciego, ucznia Freuda, dodaje, że ta wielka potrzeba kochania i bycia kochanym, jaką ujawniają pacjenci, pochodzi z okresu dzieciństwa, kiedy rodzice odmawiają dziecku miłości. Jednostki pozbawione miłości czują się załężnione, opuszczone i szukają przynależności do jakiejś osoby czy grupy. Dlatego też Ferenczi mocno podkreślał konieczność dawania pacjentom miłości. Sam Freud mówił, że człowiek musi kochać, aby nie być chorym i staje się chory, jeśli zły los nie pozwala mu kochać (Grzywak-Kaczyńska, 1988).

Empatia jest ważną cechą terapeuty, warunkującą wyniki terapeutyczne. Dotyczy ona zarówno wrażliwości terapeuty na aktualne odczucia pacjenta, jak i łatwości słownej komunikacji w języku dostosowanym do jego aktualnych przeżyć. Ponadto empatia nie jest procesem pasywnym i nie przebiega bez wysiłku. Podkreślają to tacy autorzy, jak: Kalisch (1973), Carkhuff i Berenson (1967), Truax, Carkhuff (1967), Truax (1972) i Shapiro (1969). Z ich doniesień można również wywnioskować, że jest to raczej efektywne, skomplikowane doświadczenie, wymagające wysokiego poziomu energii.

Opisując cechy potrzebne dobremu terapeutycie, Strupp (1978) stwierdza, że nie mają one w sobie nic tajemniczego czy nieludzkiego. Są atrybutami dobrego rodzica i porządnego człowieka, który ma duży stopień zrozumienia samego siebie i swoich stosunków międzyosobowych, tak że nie przeszkadzają mu własne problemy; który jest w rozsądnych granicach ciepły i empatyczny, nie jest wrogi czy destruktywny i ma talent, oddanie i współczucie potrzebne do tego, by współpracować z innymi.

Potwierdza te opinie wielu badaczy (Olson, 1995; Redelmeier, Molin, Tibshirani, 1995; Levinson i in., 1997, za: Beddoe i Murphy, 2004), twierdząc, że empatia w opiece zdrowotnej jest umiejętnością zrozumienia i odpowiedzi na emocje pacjenta jako doświadczenia w chorobie. Jest też, według tych autorów, prospołecznym zachowaniem i ma wpływ na satysfakcję pacjentów z opieki oraz obniża stres i redukuje ryzyko traktowania ich w sposób przedmiotowy. Jest ona ogólnie rozumiana jako wielowymiarowa konstrukcja zarówno koncepcji rozwoju, jak i definiowania, które są różne (Allgood, 1992). Należy przy tym dodać, że analizując empatię u pracowników medycznych, mamy do czynienia, jak twierdzi Morse i in. (1992b), z dwoma typami empatii:

- empatią podstawową, jako uniwersalnymi cechami humanistycznymi;
- trenowaniem empatii, rozwijaniem empatii poprzez trening;

Autorzy ci rozumieją empatię jako umiejętność składającą się z czterech komponentów (emocjonalnego, moralnego, poznawczego i behawioralnego).

Natomiast Barrett-Lennard (1993) postrzega empatię w pomaganiu jako dynamiczny proces zaczynający się od aktywnego słuchania, rozumienia na poziomie poznawczym, prowadzenia komunikowania i kreatywnego dawania informacji zwrotnych między osobą opiekującą a pacjentem.

Podsumowując rozważania dotyczące roli empatii w relacji pomagania, należy uwzględnić jej wyjątkowość wynikającą z relacji między osobą pomagającą i wspomaganą. W kontakcie pomagający przejawia zachowania określane jako prospołeczne, co

oznacza, że ich celem jest korzyść innych ludzi, zaspokojenie potrzeb drugiego człowieka, jego dobro lub spowodowanie zmiany w kierunku korzystnym dla tego człowieka. Różne są przesłanki pomagania. Można pomagać komuś dzięki temu, że jest się przyzwoitym człowiekiem, że ma się odpowiednie predyspozycje i że jest się profesjonalistą, posiadającym wiedzę i umiejętności pomagania. Pomaganie profesjonalne nakłada na pomagającego odpowiedzialność polegającą na powstrzymaniu się od działania przeciw cudzym interesom i potrzebom. Nie powinien podejmować się pomagania specjalistycznego ktoś, kto ignorancję w zakresie wiedzy i umiejętności fachowych usiłuje zrekompenzować przemożną chęcią niesienia pomocy i niczym nieuzasadnioną pewnością siebie (Sęk, 1993).

2.5. Empatia u lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia

Sposób pojmowania empatii, z uwzględnieniem jej trzech komponentów: emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego, wydaje się szczególnie trafny w odniesieniu do relacji kształtujących się pomiędzy pacjentem a lekarzem i pielęgniarką. W ramach tego typu odniesień od osób pomagających oczekuje się szczególnej umiejętności postrzegania i interpretowania reakcji chorego, przy jednoczesnej zdolności do modyfikowania własnych zachowań w sposób adekwatny do obiektywnych potrzeb pacjenta, często osoby cierpiącej.

Cierpienie jest fenomenem ludzkiego życia, obecnym wszędzie i bezustannie, a także występującym we wszystkich sytuacjach. Chyba nikt, komu nie jest obcy kontakt z tą rzeczywistością, nie może uniknąć doświadczenia cierpienia. Stanowi ono jedno z najbardziej powszechnych ludzkich doświadczeń, chociaż istnieją wielkie różnice nastawienia do niego poszczególnych osób, kultur, subkultur oraz okresów historycznych.

Zjawisko, problem i tajemnica cierpienia niepokoją człowieka od zarania dziejów. Podejmowali je filozofowie, psychologowie, teologowie, uczeni i ludzie prości, a przede wszystkim chorzy. Cierpi każdy, chociaż w różnym stopniu i w różnych momentach życia. Cierpienie towarzyszy narodzinom, dorastaniu, wiekowi dojrzałemu i starości, jest jakby wpisane w istotę człowieczeństwa, zdaje się przynależać do ludzkiej transcencji (Jan Paweł II, 1984). Nawet obecnie człowiek, pomimo rozwoju medycyny, spotyka się z cierpieniem fizycznym, bardzo dla niego dotkliwym. Równie bolesne mogą być cierpienia psychiczne czy duchowe, i to pomimo ułatwionego techniką życia, bogatego w dobra oraz rozrywki, szczególnie gdy swój duchowy głód próbuje się rekompensować namiastką konsumpcji.

Nic więc dziwnego, że temat cierpienia wciąż na nowo domaga się podjęcia. Dręczące pytania o jego przyczynę i sens powracają z niepokojącą siłą, a tym częściej, im bardziej chcielibyśmy je zagłuszyć. Człowiek przystaje wobec nich jak wobec bezkresnej przepaści, „spogląda w otchłań i na jej dnie spostrzega tragiczną strukturę bytu ludzkiego. Tam w głębi pojawia się prawda, że byt ludzki jest ostatecznie cierpieniem” (Frankl, 1984).

Próbując zgłębić tajemnicę cierpienia, w pierwszej kolejności sięgamy zwykle do jego źródeł, a więc do tego wszystkiego, co do niego doprowadziło. Najogólniej rzecz ujmując, „cierpienie rodzi się wskutek napięcia czy rozdźwięku, jaki zachodzi między

stanem, w jakim ktoś się znajduje, a tym, w jakim powinien czy chciałby być” (Kiernikowski, 2004). To tutaj, w tym szczególnym „pęknięciu” między naszą faktycznością a nieuchwytnym ideałem (*sensu largo*), lokalizuje się jeden z najtrudniejszych i najbardziej mrocznych fenomenów ludzkiej egzystencji. Nasze cierpienia mogą być rzeczywiste lub wyimaginowane (niejednokrotnie trudniejsze do zniesienia niż jakiegokolwiek inne), wynikać z okoliczności zewnętrznych lub też być konsekwencją własnych wyborów. Nie ma żadnej przesady w powiedzeniu, że jest tyle rodzajów cierpienia, ile jest osób.

Gadacz (1998) twierdzi, że cierpimy z wielu powodów: gdyż nie jesteśmy w stanie usunąć bólu fizycznego, nie umiemy ulżyć cierpieniu bliskich nam osób, nie możemy czegoś osiągnąć z powodu nieprzekraczalnych ograniczeń tkwiących w nas samych, nie możemy zmusić do miłości tego, kogo kochamy, nie potrafimy przywrócić życia tym, których ukochaliśmy najbardziej. Zatem sprzeczności wewnętrzne, konflikty między oczekiwaniem i nadzieją a tym, co realnie niesie życie, spięcia, zderzenia odmiennych dążeń, odmiennych pragnień w obszarze współżycia z innymi ludźmi, a szczególnie z najbliższymi, rozmiłanie się z wartościami i utrata wartości – wszystko to rodzi cierpienie.

Gdybyśmy spróbowali sklasyfikować ludzkie cierpienia, to moglibyśmy je podzielić na: zawnione i niezawnione, sensowne i bezsensowne, krótkotrwałe i długotrwałe, blache bądź dotkliwe, egzystencjalne i zwykłe. Można wreszcie mówić o cierpieniu pasywnym i aktywnym (Makselon, 1992).

Szczytową formą cierpienia jest rozpacz, określana mianem beznadziejności i nieszczęścia. Można ukoić ból czy cierpienie, ale nie nieszczęście. Nieraz zdarza się, że dobra, których pragniemy najbardziej, przynoszą nam tylko kłopot i nieszczęście. Niezależnie od tego, do jakiej grupy dane cierpienie zostanie zaliczone, zawsze jest ono przeżywane przez całego człowieka i to człowieka żyjącego w określonej społeczności, a tym samym pozostającego w określonych relacjach z innymi.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć prace traktujące o znaczenia empatii u lekarzy i pielęgniarek w opiece nad pacjentem cierpiącym i przyjmowanych określonych postawach wobec niego, gdyż praca wśród chorych wymaga wrodzonych predyspozycji osobowościowych – można nawet zaryzykować stwierdzenie, że nadzwyczajnych. Od członków zespołu terapeutycznego oczekuje się nie tylko fachowej wiedzy, jak usmierzyć ból, ale także umiejętności towarzyszenia, zrozumienia i okazywania nadziei, proporcjonalnej do stanu i możliwości osoby cierpiącej. Lekarze i pielęgniarki muszą mieć świadomość, że cierpienie fizyczne wpływa na sferę psychiczną, powodując często negatywne reakcje emocjonalne: okazywanie frustracji, złości, buntu. Zachowania te są wynikiem bezradności chorego i braku jego pogodzenia się z cierpieniem, dlatego tak ważna jest wspomniana, bazująca na empatii, umiejętność zrozumienia zachowania człowieka. Wydaje się, że warto zwrócić uwagę na przemyślenia Schellera (1994) dotyczące cierpienia. Autor podkreśla, że wszystkie rodzaje cierpienia bez względu na zachowanie osoby cierpiącej są „w sobie jedynie subiektywnymi psychicznymi odzwierciedleniami i korelatami obiektywnych procesów ofiary”. Cierpienie osób chorych stawia przed bliskimi konieczność odpowiedzi na wiele pytań – czym ono jest, co jest jego źródłem i jaki ma sens. Jak się wydaje, początkowo cierpienie jest tylko pytaniem, „dlaczego”? Stanowi jednak również wyraz buntu, brak zgody i rodzaj skargi. Jest wtedy

też absolutną samotnością: zanurzony w bolesnym „dlaczego”, odwrócony od świata i ludzi, człowiek cierpi sam i nie znajduje dla swego cierpienia żadnego wytłumaczenia.

Lukas (za: Opoczyńska, 2002) twierdzi, że człowiek nie cierpi z powodu sytuacji naturalnej, w jakiej się znajduje, ale z powodu braku jej sensu. Cierpi nie przez to, że nie zaspokaja swoich potrzeb, ale dlatego, że nie znajduje dla tego braku żadnego uzasadnienia.

Frankl (1984) zaś podkreśla, że tylko o człowieku można powiedzieć, że jest cierpiący. Cierpieć bowiem, to zajmować postawę wobec tego, co się w życiu przydarza i co jest bolesne, znaczy to zarazem nie podlegać losowi i nie być przez ten los kształtowanym do końca, wyrastać ponad ten los i samemu go kształtować. Przy takim rozumieniu ludzkiego cierpienia wcale nie paradoksalnie brzmi *credo* Frankla, które czyni przewodnim dla swej terapeutycznej praktyki. Mówi ono, że „zadaniem lekarza terapeuty jest nie tyle pozbawiać ludzi cierpień, ile uczyć cierpienia znosić”.

Nie wydaje się możliwe, by można było kogoś nauczyć postawy akceptacji cierpienia i wskazać mu sens, jaki w nim tkwi. Jest raczej tak, że człowiek sam cierpiąc, musi do tej postawy dorastać; postawa ta zawsze jest związana z jakąś osobistą decyzją i z osobistym zawierzeniem. Nigdy też nie można przewidzieć, jak człowiek zachowa się w konkretnej sytuacji wywołującej jego ból, słabość, chorobę czy smutek. Nie wiadomo, co musi się tak naprawdę w człowieku stać, aby mógł wznieść się ponad swój pierwotny ból, swoją rozpacz, pierwotny smutek i lęk. To zaś, jak człowiek cierpi, ma wpływ na całe jego życie. Ten, kto odkrywa w cierpieniu sens, nadaje sens całemu życiu i przemienia świat na lepsze (Frankl, 1984).

Wydaje się, że ten temat jest bliski pracy lekarza i pielęgniarki, niezależnie od miejsca świadczenia usług leczniczych i pielęgnacyjnych. W zawodach lekarza i pielęgniarki towarzyszenie osobom cierpiącym i niesienie im pomocy jest niejako wpisane w podstawowe ich działanie. Analiza postaw wobec cierpiących powinna uwzględniać aspekt historyczny i kulturowy środowiska, „czynniki kulturowe określają postawę wobec cierpienia, nadają sposób zachowania się w danej sytuacji” (Modlińska, 2003).

Jak pisze de Walden-Gałuszko (2003), ból w obszarze psychicznym nie jest traktowany jednoznacznie:

„w różnych kulturach, tradycjach i epokach historycznych ból był oceniany bardzo różnie – czasem jako zło, które trzeba bezwzględnie tępić, czasem jako wyraz dzielności bądź czynnik charakteru, czynnik »wychowawczy« uwarzliwiający na potrzeby innych lub też jako konieczność życiowa, którą należy zaakceptować”.

Autorka przedstawiła również etapy bólu i wyszczególniła w nim cierpienie jako zjawisko złożone, implikowane reakcjami emocjonalnymi opierającymi się m.in. na lęku i gniewie. W przeżywaniu cierpienia ważne są ponadto cechy osobowości i sposoby radzenia sobie z bólem. W związku z tym w zależności od postrzegania bólu przez otoczenie można było oczekiwać pomocy lub wręcz przeciwnie.

Umiejętność odnalezienia sensu towarzyszenia osobom cierpiącym jest trudną sztuką, która w pełni oddaje charakter holistycznej opieki świadczonej przez zespół terapeutyczny. Przykładem może być postawa prezentowana przez Schweitzera i Saunders opisaną przez Stelcera (2005). Schweitzer, jako osoba duchowna, lekarz oraz filozof,

podejmował wszelkie działania, aby złagodzić cierpienia potrzebującym. Podobną drogę działalności wybrała znana szerokiemu gronu Saunders, która podjęła kształcenie medyczne w celu zgłębienia tajników bólu i metod jego zwalczania. Zwraçała ona uwagę na wielowymiarowość aspektów odczuwanego bólu i kładła nacisk na to, że:

„jeżeli pacjent zostanie wysłuchany i zrozumiany, jego lęk ulegnie zmniejszeniu, to zaś umniejsza subiektywne odczucie bólu i prośby o środki medyczne”.

Sposób myślenia Saunders został potwierdzony w badaniach Stelcera (2005), gdyż osoby z badanej grupy uważały obecność przy chorym i wykazanie się empatią za niezbędne przy udzielaniu pomocy cierpiącym (ta postawa troski o drugiego człowieka i chęć złagodzenia jego cierpienia stała się głównym wyznacznikiem ruchu hospicyjnego).

Podobny pogląd na istotę empatii w procesie opieki nad osobami odczuwającymi cierpienie w różnych kategoriach przedstawiła Czerska (2006): „obecność lekarza empatycznego, potrafiącego wczuć się w sytuację gwarantuje poczucie intymnego bycia rozumianym”. Wtedy zaś możliwe jest budowanie relacji terapeutycznej i poczucia bezpieczeństwa. Ciekawe badania na temat omawianego zagadnienia przeprowadził Leppert, Łuczak i Góralski (2005) wśród lekarzy i studentów medycyny. Autorzy poprosili o podanie definicji cierpienia i bólu. Ankietowani najczęściej nie rozgraniczali tych terminów i określali je mianem nieprzyjemnego odczucia, dyskomfortu. Inne opinie badanych wskazują na rozumienie bólu jako doznania psychicznego, natomiast cierpienie stanowi połączenie fizycznego bólu z doznaniem duchowymi, psychicznymi. Wydawano także opinie, że „ból i cierpienie to doznania skupiające całą uwagę chorego, uniemożliwiając jego normalne życie”. Omawiane wyniki potwierdzają również opinie badanej grupy w kwestii podziału odczuwanego cierpienia zarówno na sferę psychiczną, jak i fizyczną.

Jak z kolei wykazały badania przeprowadzone wśród lekarzy stażystów (Di Mateo, Hays, Prince, 1996), poziom empatii ma także wpływ na ich obciążenie pracą zawodową. Związek empatii z ilością pracy stwierdzono, badając za pomocą specjalnie skonstruowanych metod stopień zadowolenia z wizyty u lekarza oraz oferowanej przez niego opieki medycznej i psychologicznej. Pacjenci usatysfakcjonowani kontaktem ze swoim terapeutą przychodzili do niego tylko na zaplanowane wcześniej wizyty. Natomiast w przypadku niezaspokojenia ich potrzeb w zakresie informacji bądź w razie niezadowolenia z terapii byli oni skłonni odwiedzać lekarza częściej, niż było to wcześniej ustalone. Wniosek, jaki wysunięto z tego eksperymentu, zawiera się w stwierdzeniu, że im bardziej otwarty na pacjenta lekarz, tym mniej jest obciążony pracą zawodową, ponieważ każdorazowy jego kontakt z chorym zaspokaja jego potrzebę natury medycznej i psychologicznej

Wydaje się, że w pewnych sytuacjach postępowania medycznego efektywna, nacechowana empatią komunikacja słowna i emocjonalna stanowi w zasadzie główne narzędzie terapii. Dotyczy to przede wszystkim pacjentów cierpiących na choroby źle rokujące, przewlekłe oraz chorych w stanach terminalnych. Zadaniem personelu medycznego w takich przypadkach jest zmniejszenie napięcia lękowego pacjenta poprzez emocjonalne towarzyszenie mu oraz rozmowę. Nacechowany empatią kontakt z chorym ma stanowić dowód głębokiego zrozumienia znaczenia, jakie ma dla niego choroba i zbliżająca się śmierć (Bushbaum, 1986). A więc empatia w kontaktach lekarz – pacjent stwarza

klimat pełen otwartości, zaufania i życzliwości, co powoduje, że pacjent czuje się uczestnikiem, a nie przedmiotem działań lekarza. Relacje empatyczne sprawiają, że pacjent od lekarza otrzymuje wiele wsparcia, ma poczucie bezpieczeństwa i zrozumienia, co daje mu dalszą nadzieję w procesie zdrowienia.

Jednakże empatyczny kontakt z pacjentem ma równie istotne znaczenie w sytuacjach mniej dramatycznych. Liczne badania wykazały bowiem, że prawidłowa werbalna i emocjonalna komunikacja z chorym wywiera wpływ na ilość zażywanych przez niego leków, długość hospitalizacji, kształtowanie prawidłowego obrazu choroby, właściwe rozumienie przez pacjentów istoty leczenia oraz oczekiwanych rezultatów terapii (Kliszcz, 1996). Natomiast Czabała (2000) podaje, że w okresie ujawniania i odreagowywania emocji czynnikiem ułatwiającym ten proces była akceptująca postawa terapeuty wobec pacjenta, okazywanie zrozumienia dla jego cierpienia, okazywanie mu empatii.

Również ważne są, podobnie jak w przypadku lekarza, relacje empatyczne zachodzące między pielęgniarką a pacjentem, które stają się najwyższą wartością i także wymagają wysokiej jakości kontaktów interpersonalnych. Pielęgniarka, jako osoba sprawująca opiekę nad chorym, będąca najbliżej niego i poświęcająca mu najwięcej czasu, ma możliwość zapewnienia pacjentowi poczucia bezpieczeństwa oraz wzbudzania nim nadziei. Może tego dokonywać poprzez oparty na prawdzie i delikatności kontakt empatyczny, aktywne słuchanie, zadawanie otwartych i skłaniających do dyskusji pytań, powodujących usunięcie negatywnych emocji.

La Monica i in. (1976) przebadali 59 dyplomowanych pielęgniarek, które wypełniając Index of Communication oraz Empathy Scale Carkhuffa, składające się z 16 krótkich fragmentów rozmów, odzwierciedlały stany uczestników cytowanych dialogów. Materiał pochodzący z obu badań poddano analizie formalnej i treściowej. Okazał się on bardzo różnorodny w swej treści i wskazywał na nierówny poziom empatii u badanych osób. Stał się zatem punktem wyjścia do opracowania programu podnoszenia zdolności empatycznych u osób wykazujących niski poziom tej cechy. Program przewidywał poszerzenie treści teoretycznych związanych z rozwojem psychicznym człowieka oraz sugerował zwiększenie treningów terapeutycznych.

W badaniach własnych (Wilczek-Rużyczka, 2002) został wykazany wpływ treningu empatii na jej poziom u pielęgniarek psychiatrycznych – następował istotny wzrost poziomu empatii mierzonego zarówno Skalą Mehrabiana i Epsteina oraz wybranymi tablicami Testu TAT Murraya, a także wszystkich jej komponentów. Podobnie było ze zmianami satysfakcji z opieki pielęgniarskiej – trening empatii istotnie wpływał na poprawę satysfakcji, zarówno mierzonej Kwestionariuszem Ogólnej Satysfakcji Pacjenta, jak i wyrażonej poprzez Kwestionariusz Opinii Pacjentów o odczuwanej satysfakcji z opieki pielęgniarskiej (spadek opinii negatywnych i wzrost udziału ocen bardzo dobrych).

Reasumując, empatia umożliwia uczestnictwo w świecie innej osoby, co wspomaga proces opieki. Lekarz i pielęgniarka, wchodząc w reakcje empatyczne z pacjentem, odczuwają bliskość, która często zaspokaja potrzeby obu stron. Powinni umieć wnikać w świat pacjenta wystarczająco głęboko, aby zrozumieć jego zmagania z problemami. Wpłynie to na wykorzystanie jego zasobów osobowych, przydatnych w procesie leczenia. Umiejętności empatyczne lekarza i pielęgniarki pozwalają na urzeczywistnienie własnych uczuć oraz ułatwiają pacjentowi komunikowanie swoich stanów psychicz-

nych, co umożliwia dokonanie wglądu w samego siebie, dostarczenie poczucia bezpieczeństwa i zapewnienie mu komfortu psychicznego. Również umiejętność dokonywania wglądu oraz interpretacji przez lekarza i pielęgniarkę własnych przeżyć, wynikających z nowych doświadczeń, sprawiają, że osoby podejmujące opiekę uwrażliwiają się na reakcje emocjonalne pacjentów.

Zdolność do wzajemności interpersonalnej, której nieodzownym warunkiem jest wysoki poziom empatii, jest nie tylko wartością psychologiczną, terapeutyczną, lecz bywa także identyfikowana z powinnością moralną, staje się kryterium profesjonalizmu. Współczesne pielęgniarstwo, jeśli ma sprostać owemu kryterium, musi doskonalić międzyosobową wrażliwość i wyobraźnię dialogiczną, której stałym komponentem jest ciągły trening umiejętności komunikacji empatycznej, oraz doświadczanie wielu form nieuniknionego, fizycznego i psychicznego kontaktu z pacjentem. Jednak sama sprawność komunikacji, choćby doskonała pod względem technicznym, nie zastąpi jeszcze głębokiej osobowej więzi z pacjentem ani tym bardziej nie świadczy jeszcze o jej jakości. Wszak nierzadko praktyka kliniczna komunikuje naocznie i wyraźnie o braku zgodności między wiedzą i umiejętnościami pielęgniarki a ich zastosowaniem w konkretnych sytuacjach, przytłaczających odmiennością ludzkiego cierpienia (Pucko, 2002).

Istnieje możliwość podnoszenia jakości opieki, w sposób efektywny i gwarantujący rezultaty, m.in. poprzez rozwijanie empatii metodą treningową, gdyż empatia w zawodach lekarza i pielęgniarki jest ważną umiejętnością, warunkującą intensywność koncentracji na pacjencie. Polega to na uświadomieniu, że chcąc dawać, należy umieć pomóc przyjąć – co jest sztuką nie mniejszą od jej udzielania. Warto więc, żeby lekarz i pielęgniarka byli przygotowani do sprawowania opieki empatycznej. Bardzo ważna jest również u nich świadomość cierpienia chorych i koniecznej z nim konfrontacji.

Problem cierpienia powinien więc być poddawany refleksji w ramach realizowanych programów kształcenia na uczelniach medycznych. Jeżeli osoba opiekująca się cierpiącym sama wykaże akceptację wobec faktu cierpienia, to pomoże choremu pogodzić się z zaistniałą w jego życiu sytuacją. Zatem stwierdzenie, że nie wydaje się możliwe, by można było kogoś nauczyć postawy akceptacji cierpienia i wskazać mu sens, jaki w nim tkwi, nie jest do końca prawdziwe.

Wydaje się, że na podstawie dokonanych rozważań oraz zaprezentowanych wyników badań empirycznych, można sformułować następujące tezy:

- umiejętności empatyczne u lekarza i pielęgniarki mają szczególne znaczenie, gdyż sprzyjają pogłębianiu relacji osobowych oraz przyczyniają się do polepszenia jakości relacji terapeutycznej;
- badania potwierdzają, że osoby empatyczne mają większą tendencję do psychicznego wzmacniania osób cierpiących i zdecydowanie mniejszą do stosowania zdawkowych pocieszeń i przedmiotowego traktowania pacjenta;
- działania empatycznych lekarzy i pielęgniarek ukierunkowane są na wzmocnienie poczucia własnej wartości osoby cierpiącej, co świadczy o ich nastawieniu na uruchomienie możliwości tkwiących w tej osobie i angażowanie jej w samoopiekę;
- rozwijanie dojrzałych form empatycznych u osób pomagających oraz ich umiejętności kontrolowania poziomu natężenia zaangażowania empatycznego w relacjach z pacjentem pozwalają na podnoszenie jakości opieki;

- uświadomienie akceptacji oraz sensu cierpienia przez lekarzy i pielęgniarki jest nieodzowne w procesie terapii;
- okazywanie empatii stanowi dla lekarzy i pielęgniarek osiągnięcie najwyższego stopnia zrozumienia cierpienia osoby otoczonej opieką, ponieważ to umożliwia wzajemne zaufanie i bezpieczeństwo;
- dzięki empatii lekarz i pielęgniarka, uczestnicząc w przeżyciach pacjenta, reagują na jego potrzeby, stając się bardziej wrażliwymi, co z kolei ułatwia otwarcie się choremu w kontakcie z nimi i umożliwia odreagowanie negatywnych emocji;
- lekarzowi i pielęgniarce daje to możliwość dotarcia do zasobów osobowych pacjenta, mających znaczenie w jego zmaganiu się z cierpieniem;
- czynnikiem ułatwiającym proces ujawniania i odreagowywania emocji jest akceptująca postawa lekarzy i pielęgniarek wobec pacjenta, okazywanie mu empatii i zrozumienia dla jego cierpienia;
- wysoki poziom empatii jest nie tylko wartością psychologiczną, terapeutyczną, lecz również powinnością moralną i staje się kryterium profesjonalizmu.

2.6. Syndrom wypalenia zawodowego a empatia

Syndrom wypalenia zawodowego występuje najczęściej wśród przedstawicieli zawodów pomocowych, takich jak lekarz, pielęgniarka, terapeuta, pracownik socjalny czy nauczyciel. W literaturze naukowej podkreśla się, że opisany syndrom, w odróżnieniu od innych zaburzeń, dotyczy sytuacji związanych wyłącznie z pracą zawodową, a nie z życiem osobistym. Występowanie syndromu wypalenia zawodowego rozważane jest z różnych punktów widzenia. Sęk (2007) udowodniła, że osoby skłonne do perfekcjonizmu, nieakceptujące siebie, ze słabo wykształconym poczuciem własnej tożsamości, mogą przejawiać irracjonalne przekonania. Sądzą, że trzeba być lubianym i szanowanym przez wszystkich, maksymalnie kompetentnym we wszystkich sferach działalności, a katastrofalne jest, gdy rzeczywistość nie zgadza się z oczekiwaniami. Według nich powinno się bardzo silnie przeżywać problemy innych ludzi, natomiast w pewnych okolicznościach lepiej jest unikać trudności, niż się z nimi zmierzyć. Przez takie myślenie zwiększa się prawdopodobieństwo doznawania negatywnych uczuć, niepowodzenia, a w konsekwencji rozwoju wypalenia zawodowego (Sęk, 2007).

Takie nieracjonalne, zbyt idealistyczne podejście jest przeciwieństwem empatii. Dlatego ważne jest, by rozwijać u siebie umiejętności empatyczne, gdyż empatia świadczy o dojrzałości psychicznej. Osoby empatyczne mają podejście realistyczne, racjonalne, obiektywne.

Natomiast, jak twierdzi Kalliopuska (1994), dla zaistnienia relacji empatycznej niezbędne jest opuszczenie granic własnego „ja” i przyjęcie roli drugiej osoby, co pozwala na czasową, chwilową identyfikację z tą osobą przy zachowaniu poczucia własnej tożsamości. Po zakończeniu chwilowej identyfikacji osoba nawiązująca kontakt empatyczny zamyka granice własnego „ja” i przechodzi na poziom poznawczy, obserwując z dystansu całą sytuację, a następnie przekazuje informacje zwrotne dotyczące drugiej osoby. W empatii nie dochodzi do zatarcia świadomości indywidualnej odrębności, natomiast obiektywne są oceny i wnioski (Gaertner, 1997). Empatia ma duży wpływ na kształto-

wanie się pozytywnych ocen i emocji. Osoby empatyczne cechuje wysoka samoocena, akceptacja siebie i poczucie koherencji. Badania własne (Wilczek-Rużyczka, 2004a) wykazały, że empatia u pielęgniarek koreluje z poczuciem koherencji – im wyższy poziom empatii, tym silniejsze poczucie koherencji, a z wyższym poziomem empatii wiąże się bardziej pozytywna ocena warunków pracy, z kolei zadowolenie z pracy koreluje z wyższym poziomem empatii i silniejszym poczuciem sensowności. Z badań wielu autorów (Antonovsky, 1995; Mroziak, Czabała, Wójtowicz, 1997; Świdorski, Langner, Popkowska-Zerbin, 1999; Wilczek-Rużyczka, 2007a) wynika, że osoby o silnym poczuciu koherencji są zdrowsze, lepiej radzą sobie ze stresem i mniej się wypalają. Potrafią one nawiązać relacje empatyczne, które są nieraz bardzo trudne i obciążające psychicznie, a patrząc z boku, w sposób bezstronny i z pewnym dystansem do danej sytuacji, zachowują duży obiektywizm. Takie podejście chroni lekarza i pielęgniarkę przed nadmiernym emocjonalnym zaangażowaniem, które często się powtarzając, doprowadza do wyczerpania emocjonalnego, będącego pierwszym etapem wypalenia zawodowego. Potwierdza to, dzieląc się swoimi spostrzeżeniami, Gaertner (1997, s. 40): „dzięki empatii nie dochodzi do ujemnych skutków sprzężenia zwrotnego, wpływającego z problematyki chorego”.

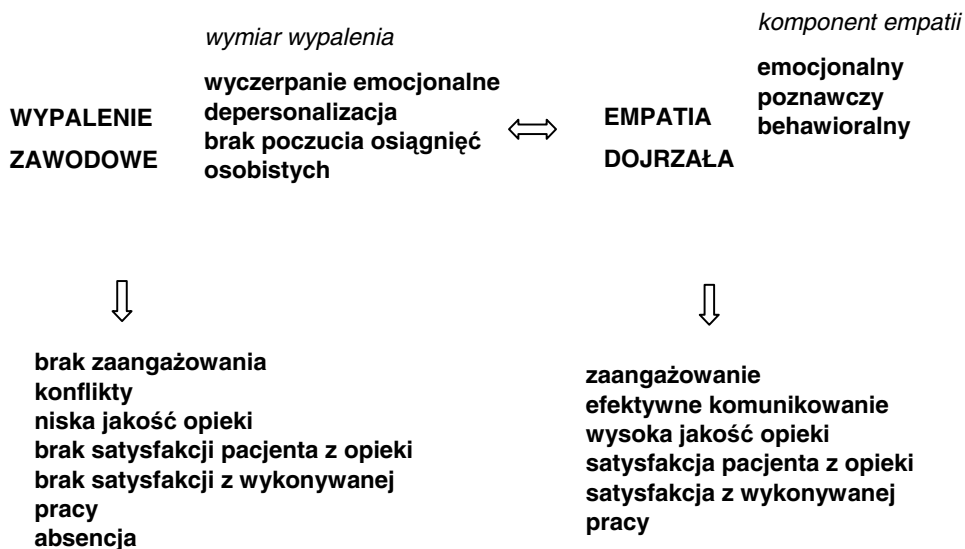
Z badań Buunka i Schaufeliego (1993) wynika, że pewne cechy osobowości, a w szczególności poziom samooceny oraz poziom reaktywności, pozostają w związku z symptomami zespołu wypalenia zawodowego, obserwowanymi w zawodach medycznych. Wiadomo, że poziom samooceny odgrywa istotną rolę w procesach społecznej afiliacji. Symptomy wypalenia zawodowego rozwijają się w kontekście relacji, jakie kształtują się pomiędzy osobą świadczącą opiekę a odbiorcą tego typu świadczeń. Adekwatny poziom samooceny ma zatem istotne znaczenie w aktywizowaniu mechanizmów obronnych, chroniących przed rozwojem tych symptomów.

Natomiast analizując zmienną osobowości, jaką jest biologicznie determinowana cecha reaktywności, to zgodnie z regulacyjną koncepcją temperamentu Strelaua (2000), cecha ta uważana jest za czynnik wyznaczający m.in. poziom wrażliwości emocjonalnej. Buunk i Schaufeli (1993) uważają jednak, że większe predyspozycje do ulegania symptomom wypalenia zawodowego stwierdzono u pielęgniarek o wysokim poziomie reaktywności i niskiej samoocenie, niż u ich koleżanek o niskim poziomie reaktywności i wysokiej samoocenie.

Z badań przeprowadzonych przez Kliś i Kossewską (2000) wśród polskich nauczycieli z różnych poziomów nauczania wynika, że empatia stanowi u nich ogniwo pośrednie w oddziaływaniach przyczynowo-skutkowych, jakie stwierdzono pomiędzy trzema wymiarami wypalenia zawodowego a takimi zmiennymi osobowości przedstawicieli tego zawodu, jak: neurotyzm, ekstrawersja, ruchliwość i siła hamowania procesów nerwowych, poczucie umiejscowienia kontroli, zachowanie, poziom społecznej i osobistej samooceny oraz poczucie osamotnienia. Oznacza to, że empatia, jako czynnik mediujący pomiędzy cechami osobowości a symptomami wypalenia, może pełnić funkcje łagodzące objawy wypalenia. Funkcja ta może być maskowana przez zmienne osobowościowe, które wchodzą w relacje z umiejętnościami empatycznymi.

W przytoczonych w tej pracy badaniach stwierdzano najczęściej również to, że osoby empatyczne miewają mniejsze skłonności do wyczerpania emocjonalnego i depersonalizowania innych osób, jako pewnych objawów zespołu wypalenia zawodowego.

Tendencja ta oznacza, że umiejętność nawiązywania kontaktu empatycznego z drugą osobą, realizowanego z określoną siłą empatii, zapobiega występowaniu tego niekorzystnego zjawiska, co wskazuje na potrzebę rozwijania dojrzałej empatii oraz umiejętności kontrolowania natężenia wrażliwości empatycznej u osób pomagających do takich granic, które sprzyjałyby realizowaniu zawodu, a zarazem chroniłyby przed wypaleniem zawodowym, a w razie wystąpienia takich symptomów sprzyjałyby redukowaniu ich siły. Na podstawie dokonanych rozważań oraz zaprezentowanych wyników badań wydaje się, że empatia ma szczególne znaczenie w kontaktach lekarza i pielęgniarki z pacjentem. Potwierdza się, że tylko dojrzała empatia umożliwia takie relacje z pacjentem, które pozwalają na werbalizację jego uczuć, przekazanie mu zrozumienia bez utraty poczucia własnej tożsamości i tego typu relacje uznajemy za właściwe w kontaktach związanych z procesem leczenia i opieki. Natomiast brak dojrzałej empatii może aktywizować mechanizmy obronne lekarza i pielęgniarki, co powoduje dystansowanie się emocjonalne w stosunku do pacjenta, szczególnie w kontaktach związanych z sytuacjami zagrożenia i przeżywania przykrych emocji przez chorego. Zostało to przedstawione w formie graficznej na rycinie 3.



Ryc. 3. Model teoretyczny związku wypalenia zawodowego i empatii (opracowanie własne)

Przedstawiony model obrazuje relacje pomiędzy wypaleniem w ujęciu wielowymiarowym a empatią dojrzałą (emocjonalną, poznawczą i behawioralną). Ponadto zawiera on zarówno konsekwencje wypalenia zawodowego lekarza i pielęgniarki, jak również pozytywne skutki empatii.

3. Problematyka badań

Prezentowane w pracy badania dotyczą wypalenia zawodowego oraz empatii u lekarzy i pielęgniarek z uwzględnieniem wykształcenia, zawodu, płci, wieku, stażu, specjalności, satysfakcji, motywacji i uzyskiwanego wsparcia.

Zjawisko wypalenia zawodowego dotyczy wielu osób pomagających w różnym wieku i o różnych specjalnościach – co powoduje obniżenie jakości opieki, a przede wszystkim traktowanie siebie i pacjenta przedmiotowo, w wyniku czego jest zagrożona podstawowa potrzeba chorego – bezpieczeństwa oraz naruszone najwyższe wartości – życie i zdrowie. U tych osób nie występuje również poczucie osiągnięć osobistych, można zauważyć częstą zmianę miejsca pracy, zachorowania, a w konsekwencji absencję.

Natomiast z obserwacji, a także wyników badań empirycznych wynika, że współczucie oraz umiejętności empatyczne pracowników ochrony zdrowia w kontakcie z chorym mają równie istotny, a niekiedy wręcz decydujący wpływ na uzyskiwane rezultaty leczenia i opieki. Przykładowo, dostrzeżono, że im większy wysiłek wkłada w pracę lekarz czy pielęgniarka, tym lepiej rozumie pacjenta, przez co ma możliwość zmniejszenia jego napięcia lękowego poprzez emocjonalne towarzyszenie mu oraz rozmowę, a nie tylko przy użyciu środków farmakologicznych. Liczne badania wykazały bowiem, że prawidłowa komunikacja z pacjentem wywiera wpływ na ilość zażywanych przez niego leków, długość hospitalizacji, kształtowanie prawidłowego obrazu choroby, właściwe rozumienie przez chorego istoty leczenia oraz oczekiwanych rezultatów terapii. Niestety, obserwacje codzienne, a także liczne badania dotyczące związku poziomu empatii z przebiegiem relacji lekarz lub pielęgniarka – pacjent dowodzą, że ten niezwykle ważny aspekt bywa często pomijany lub niedoceniany.

Obserwacje poczynione w Stanach Zjednoczonych, jak również w Polsce, wykazały np., że wzrasta ostatnio liczba skarg wnoszonych przez pacjentów, co wynika niekiedy z nieporozumień w kontaktach z lekarzem czy pielęgniarką. Taka sytuacja często jest skutkiem traktowania pacjenta w sposób przedmiotowy, z bardzo zubożałą komunikacją. Pacjenci na ogół domagają się więcej informacji, niż się im przekazuje, a tymczasem lekarze i pielęgniarki, nieprzygotowani do empatycznego kontaktu z chorym, pomijają najczęściej sferę psychospołeczną, koncentrując się na leczonym narzędzie czy zaburzeniu. Lekarze i pielęgniarki, którzy zatarli potrzebę nawiązywania bliższego kontaktu z pacjentem, zastępują taki kontakt techniką, a komputerowo opracowane wyniki badań stają się substytutem dialogu. Fascynacja techniką badawczo-diagnostyczną staje się niekiedy przyczyną braku motywacji rozwijania umiejętności empatycznych, uważnego słuchania, wglądu w siebie i kontaktu z własnymi emocjami, a także zdolności rozumie-

nia sytuacji psychologicznej pacjenta, w tym przeżywanych przez niego lęków, cierpienia, oczekiwań i stosowanych mechanizmów obronnych.

Wielu autorów sądzi, że umiejętności empatyczne są dobrym predyktorem właściwego wypełniania zawodu lekarza i pielęgniarki. Wydaje się, że w momencie podejmowania decyzji o wyborze zawodu lekarza lub pielęgniarki wspomniany postulat jest realizowany. Badania Wilczek-Rużyczki (2002b) wskazują, że wybór kierunku studiów pozostaje w relacji m.in. z poziomem empatii studiujących, gdyż studentki pielęgniarstwa charakteryzowały się wyższym poziomem empatii aniżeli ich koleżanki z uczelni technicznych. Również studenci kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa mieli wyższy poziom empatii na początku studiów (Kliszcz, 1996; Wilczek-Rużyczka, Repka, 2006) niż przed ich ukończeniem. Podobnie jest również w praktyce zawodowej – poziom empatii lekarzy i pielęgniarek podlega dalszemu zróżnicowaniu i znaczny procent badanych wykazuje obniżenie empatii po przepracowaniu pewnego okresu, co wpływa na jakość relacji z pacjentami. Należy przy tym dodać, że empatyczny kontakt ma stanowić dowód głębokiego zrozumienia nie tylko w sytuacjach dramatycznych dla pacjenta, lecz również w okolicznościach mniej stresujących, które zdarzają się znacznie częściej, ale mogą też niekorzystnie rzutować na obraz pracowników ochrony zdrowia, przykładowo w przypadku przedmiotowego potraktowania chorego.

Analizując powody obniżenia empatycznych zachowań lekarzy i pielęgniarek wobec pacjentów, należy wziąć pod uwagę właściwości rozwojowe empatii oraz syndrom wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego.

Dlatego też uzasadnione jest podjęcie takich badań, w których głównym celem będzie wykazanie, że empatia jest zmienną pośredniczącą i moderującą w relacji do wypalenia zawodowego, jako zmiennej zależnej.

3.1. Pytania i hipotezy badawcze

W związku z założonym celem badań szukano odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaki poziom wymiarów wypalenia zawodowego występuje w grupach lekarzy i pielęgniarek, reprezentujących różne specjalności?

2. Jaki poziom empatii reprezentują lekarze i pielęgniarki analizowanych specjalności?

3. Czy istnieje związek między empatią a wypaleniem zawodowym w grupach badanych lekarzy i pielęgniarek?

4. Czy u lekarzy i pielęgniarek istnieje związek między empatią oraz wypaleniem zawodowym a zmiennymi niezależnymi: wykształceniem, zawodem, płcią, wiekiem, stażem, specjalnością, satysfakcją, motywacją i uzyskiwanym wsparciem?

5. Czy istnieje różnica istotna statystycznie w poziomie wypalenia zawodowego pomiędzy grupą lekarzy i pielęgniarek a osobami reprezentującymi różne specjalności?

6. Czy istnieje różnica istotna statystycznie w poziomie empatii między grupą lekarzy i pielęgniarek a osobami reprezentującymi różne specjalności?

Jeżeli chodzi o odpowiedź na pierwsze pytanie, to oczekuje się, że poziomy wymiarów wypalenia zawodowego są zróżnicowane – szczególnie biorąc pod uwagę specjalność badanych pracowników ochrony zdrowia. Pojawiają się zapewne różnice w po-

szczególnych wymiarach tego wypalenia, ale odpowiedź można otrzymać na podstawie zastosowanej analizy statystycznej testem ANOVA, a następnie testami *post hoc* Scheffego oraz Tukeya HSD, a także testem t-Studenta.

Również poziom empatii u lekarzy i pielęgniarek z poszczególnych specjalności jest zróżnicowany, a dokładne różnice może wykazać analiza statystyczna wspomnianymi testami.

Podobnie jest, jeżeli chodzi o empatię jako zmienną pośredniczącą – oczekuje się, że istnieje jej związek ze zmiennymi niezależnymi, wybranymi do analizy, oraz zmiennymi zależnymi – wymiarami wypalenia zawodowego, ale szczegółowa charakterystyka tych związków może być określona metodami statystycznymi poprzez współczynnik korelacji liniowej r-Pearsona i regresję wielokrotną.

Z kolei znając charakter poszczególnych zmiennych niezależnych, zakłada się, że empatia jest moderatorem relacji pomiędzy tymi zmiennymi a wymiarami wypalenia zawodowego. Można spodziewać się, że im wyższy poziom empatii u lekarzy i pielęgniarek jako moderatora, tym mocniejsze związki pomiędzy wspomnianymi zmiennymi niezależnymi a zależnymi, co byłoby zjawiskiem korzystnym, a empatii można by przypisać zatem rolę moderatora o charakterze ochronnym, co jednak będzie weryfikowane wspomnianymi testami związków.

Powyższe pytania badawcze stały się podstawą do postawienia i weryfikacji następujących hipotez:

Hipoteza 1 – istnieje istotna różnica w poziomie wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych, niezabiegowych i podstawowej opieki zdrowotnej.

Hipoteza 2 – istnieje istotna różnica w poziomie empatii u lekarzy i pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych, niezabiegowych i podstawowej opieki zdrowotnej.

Hipoteza 3 – istnieje istotny związek pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a poziomem empatii u osób z grupy badawczej.

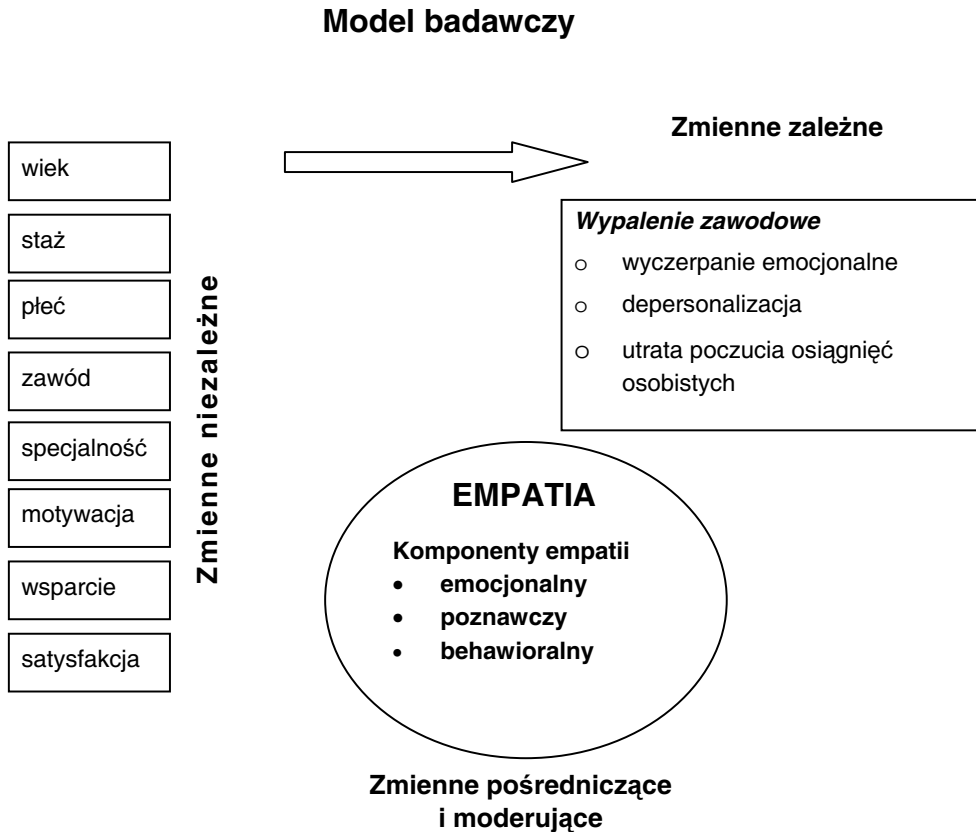
Hipoteza 4 – poziom empatii u lekarzy i pielęgniarek jest zmienną pośredniczącą pomiędzy zmiennymi niezależnymi: wykształceniem, zawodem, płcią, wiekiem, stażem, specjalnością, satysfakcją, motywacją i uzyskiwanym wsparciem a wypaleniem zawodowym.

Hipoteza 5 – poziom empatii u lekarzy i pielęgniarek jest moderatorem relacji między wykształceniem, zawodem, płcią, wiekiem, stażem, specjalnością, satysfakcją, motywacją i uzyskiwanym wsparciem (zmienne niezależne) a poziomem wypalenia zawodowego; im wyższy poziom empatii, tym mocniejsze związki zmiennych niezależnych z wypaleniem zawodowym.

Model badawczy

Na rycinie 4 przedstawiono graficznie hipotezy 4 i 5. Ten model badawczy ma bardzo ogólny charakter i trzeba pamiętać, że to, co na rycinie przyjęto jako zmienne niezależne (wykształcenie, zawód, płeć, wiek, staż, specjalność, satysfakcja, motywacja i uzyskiwane wsparcie), jest założeniem, które miało być weryfikowane analizą statystyczną, poprzez określenie wartości współczynnika korelacji liniowej r-Pearsona z wypaleniem

zawodowym i regresji wielokrotnej. Pozwoli to na dalszą analizę związków (tymi samymi metodami) wypalenia zawodowego i empatii, jako zmiennej pośredniczącej i modyfikującej.



Ryc. 4. Model badawczy – graficzna ilustracja hipotez 4 i 5 – empatii jako zmiennej pośredniczącej i modyfikującej relacje założonych zmiennych niezależnych z wypaleniem zawodowym

Nie można też wykluczyć, że w badaniach pominięto jakieś zmienne, które mogłyby mieć istotny wpływ, ale wynikało to z ograniczeń technicznych. Starano się uwzględnić te zmienne, które wyływały z teorii stanowiących podstawę pracy. Wydaje się, że takie ogólne sformułowanie hipotez jest bardziej uzasadnione, jeżeli weźmie się pod uwagę charakter badań eksploracyjnych. Z tego powodu pytania pracy sformułowano w kategoriach związków. Można jedynie przyjąć, że jeżeli określone w pytaniach związki okażą się istotne, to uzasadnione będzie branie pod uwagę także roli empatii jako zmiennej pośredniczącej i modyfikującej, których znaczenia nie można wykluczyć np. w przypadku zapobiegania lub obniżenia wypalenia zawodowego.

Na zakończenie rozdziału trzeba omówić jeszcze jeden problem związany ze sposobem analizy wyników. Otóż podstawowe procedury statystyczne stosowane w opraco-

waniu wyników niniejszej pracy to regresja i regresja wielokrotna. Zaletą takiego podejścia jest możliwość uwzględnienia ewentualnego wpływu na wymiary wypalenia zawodowego (zmiennie zależne) wszystkich założonych zmiennych niezależnych.

Jak już wspomniano, zastosowane procedury badań nie zawsze umożliwiają rozstrzygnięcie zależności, a więc wybór zmiennych niezależnych do analiz był przede wszystkim dokonywany na podstawie przewidywań i założeń teoretycznych. W omówieniu wyników będzie mowa o zmiennej pośredniczącej i moderującej, a wszystkie zmienne jakościowe nie były kodowane w systemie zero-jedynkowym.

4. Organizacja badań

4.1. Przebieg badań

Badania przeprowadzono w latach 2004–2006. Punktem wyjścia było nawiązanie kontaktu z kierownictwem danego szpitala lub kliniki w województwie małopolskim, aby wyjaśnić cel badań oraz uzyskać zgodę na ich realizację na terenie danej placówki. Otrzymawszy tę zgodę, skontaktowano się z personelem danego oddziału (zabiegowego, niezabiegowego i podstawowej opieki zdrowotnej) i uzgadniano szczegóły badań.

W rezultacie przebadano 256 lekarzy i 410 pielęgniarek różnych specjalności, którzy wyrazili na to zgodę.

Sprawdzenie postawionych hipotez wymagało pomiaru następujących zmiennych:

- poziomu trzech wymiarów wypalenia zawodowego (wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz braku poczucia osiągnięć osobistych) u lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności;
- poziomu empatii (komponentu emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego) u lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności;
- wybranych parametrów socjodemograficznych i wymiarów pracy (wykształcenie, zawód, płeć, wiek, staż, specjalność, satysfakcja, motywacja i uzyskiwane wsparcie).

Poziom wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek mierzony był Kwestionariuszem MBI, a empatia Skalą Empatii Mehrabiana i Epsteina oraz czterema wybranymi tablicami z Testu TAT Murraya (Nr 4 i 12 ChDz, 3 ChM, 3 DzK). Pozostałe wymiary badane były za pomocą ankiety, skonstruowanej przez autorkę i zawierającej pytania dotyczące danych socjodemograficznych oraz problemów związanych z pracą zawodową.

4.2. Zastosowane techniki badawcze

Kwestionariusz MBI – (*Maslach Burnout Inventory*), składa się z 22 stwierdzeń, które określają sytuacje oraz towarzyszące im uczucia (Schaufeli, Enzmann, 1998). Umożliwia dokonanie oceny trzech wymiarów wypalenia: wyczerpanie emocjonalne (EEX – 9 stwierdzeń), depersonalizacja (DEP – 5 stwierdzeń), utrata poczucia dokonań osobistych (PAR – 8 stwierdzeń). Odpowiedzi udzielane są według siedmiostopniowej skali częstości występowania danego odczucia, od „nigdy” do „codziennie”. Autorzy (Maslach, Jackson, Leiter, 1996) zwracają uwagę na to, że poczucie dokonań osobistych, w przeciwieństwie do dwóch pozostałych wymiarów wypalenia, jest odwrotnie skorelowane

z nasileniem wypalenia, dlatego w analizie będzie to określane utratą tego poczucia. Podkreślają również, że nie należy sumować wyników poszczególnych skal kwestionariusza i przedstawiać jako „ogólny poziom wypalenia”. Pierwszą polską adaptację MBI opracowano pod kierunkiem T. Marka na Uniwersytecie Jagiellońskim (Terelak, 2008), a analizę stosowania MBI w polskich warunkach wykonał Pasikowski (2007).

Skala Empatii Mehrabiana i Epsteina (*Emotional Empathy Scale*). Mehrabian i Epstein (1972) pojęcie empatii rozumieją jako zdolność do wyobrazeniowego umieszczenia siebie w miejscu drugiej osoby oraz przeżywania i rozumienia jej reakcji emocjonalnych (pozytywnych i negatywnych). W ten sposób zostaje podkreślona integracja dwóch komponentów (emocjonalnego i poznawczego) oraz przyjmowanie perspektywy drugiej osoby. Komponent emocjonalny ma w koncepcji tych autorów większe znaczenie niż komponent poznawczy. Skala ta zawiera 33 stwierdzenia, opisujące, jak badany reaguje na pewne sytuacje, wypowiadając swój sąd przez otoczenie kółkiem jednej z dziewięciu odpowiedzi według skali Likerta od „pełnej akceptacji” do „całkowitego odrzucenia”. Poszczególne stwierdzenia można grupować oraz poddawać analizie statystycznej i jakościowej. Zgodnie z założeniami badań przyjęto, że o poziomie empatii u poszczególnych osób oraz grup informuje wskaźnik liczbowy dotyczący stwierdzeń tej skali. Polską adaptację opracował Rembowski (1989).

Cztery wybrane tablice z Testu TAT Murraya (Nr 4 i 12 ChDz, 3ChM, 3 DzK). Osoby badane zostały na wstępie uprzedzone, że chodzi o poznanie ważnej części ich osobowości, a mianowicie fantazji i wyobraźni. Następnie poproszono je o opisanie, co dzieje się obecnie oraz co czują i myślą postaci z poszczególnych ilustracji. Z każdą tablicą badani zapoznawali się wcześniej przez około 20 sekund, a później mieli wyznaczony czas około 5 minut na wykonanie opisu, czyli całe badanie dla 4 tablic trwało nieco ponad 20 minut. Opisy te były oceniane przez trzech kompetentnych i niezależnych sędziów, według opracowanego kryterium, opartego na definicji Morse’a i in. (1992a), w której wydzielono komponenty:

- emocjonalny (wrażliwość na uczucia innych, zdolność do subiektywnego uczestniczenia innych w cudzych emocjach, czasowa identyfikacja ze stanem emocjonalnym innej osoby);
- poznawczy (rozpoznanie uczuć, rozumienie uczuć innej osoby, ujęcie perspektywy innej osoby);
- behawioralny (przekazanie zrozumienia punktu widzenia innej osoby, odzwierciedlenie uczuć i emocji, rozstrzygnięcie sytuacji).

Za każdy z tych komponentów osoba badana mogła otrzymać do trzech punktów (czyli za cztery tablice maksymalnie 12), a wynik sumaryczny TAT (wszystkie komponenty) nie mógł przekroczyć 36. W analizie uwzględniano również udział poszczególnych komponentów oddzielnie. Wszyscy badani opisywali te same tablice, które zostały przed rozpoczęciem badań wybrane przez sędziów.

Ankieta danych socjodemograficznych. Samodzielnie skonstruowana ankieta danych socjodemograficznych badanych i ich stosunku do ludzi zawiera 37 pytań zamkniętych, tworzących część socjodemograficzną (8 pytań) oraz problemową (29 pytań). Druga część dotyczy kontaktów, rozwiązywania problemów, współodczuwania, rozumienia innych z ich punktu widzenia, przyjmowania roli innej osoby, motywacji oraz satysfakcji z pracy zawodowej, otrzymywanego wsparcia i radości z różnych sfer aktywności.

4.3. Procedury opracowania danych

Aby zweryfikować hipotezy, wykorzystane zostały podstawowe procedury statystyczne opisujące zmienne, współczynnik korelacji liniowej *r*-Pearsona, test *t*-Studenta, test ANOVA, testy *post hoc* Scheffego oraz Tukeya HSD i przeprowadzono serię hierarchicznych analiz regresji wielokrotnej dla zmiennych:

- zmiennej zależnej – wypalenie zawodowe;
- zmiennej pośredniczącej i moderującej – empatia;
- zmiennych niezależnych – wykształcenie, zawód, płeć, wiek, staż pracy, specjalność, satysfakcja, motywacja i uzyskiwane wsparcie.

Rezultatem badań ma być nie tylko weryfikacja założonych hipotez i oparta na niej analiza modelu wypalenia zawodowego, lecz również zwrócenie uwagi na możliwość zapobiegania wypaleniu zawodowemu poprzez rozwijanie empatii dojrzałej.

4.4. Charakterystyka i dobór grupy badanej

W tabelach 5–8 zestawiono dane socjodemograficznych badanych osób, a w tabeli 9 ich charakterystykę pod względem deklarowanej satysfakcji, motywacji i wsparcia. Dane te uzyskano za pomocą samodzielnie skonstruowanej ankiety, a dobór respondentów proporcjonalnie odpowiadał strukturze zatrudnienia na oddziałach, w których przeprowadzono badania.

Tabela 5

Charakterystyka osób z grupy badanej pod względem płci i zawodu

Płeć	Ogółem		Grupa lekarska		Grupa pielęgniarska	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Kobiety	548	82,3	150	57,0	398	98,8
Mężczyźni	118	17,7	113	43,0	5	1,2
Razem	666	100	263	100	403	100

Ogółem przebadano 666 osób (tabela 5), 548 kobiet (82,3%) i 118 mężczyzn (17,7%), z których blisko połowa (49,7%) miała wyższe wykształcenie (tabela 6).

Tabela 6

Charakterystyka wykształcenia osób z grupy badanej

Wyszczególnienie	Liczba	%
Liceum medyczne	171	25,7
Medyczne studium zawodowe	164	24,6
Studia wyższe	331	49,7
Razem	666	100,0

Tabela 7

Wiek i staż osób z grupy badanej

Wyszczególnienie	Średnia	Odch. stand.	Min.	Maks.
Wiek	36,89	9,46	22	74
Staż	13,14	8,87	1	49

Średni wiek badanych (tabela 7) to 36,89 roku (OS = 9,46); najmłodsza osoba miała 22 lata, a najstarsza 74. Średni staż pracy wynosił 13,14 roku (OS = 8,87), najkrótszy staż wyniósł rok, a najdłuższy 49 lat.

Tabela 8

Specjalność osób z grupy badanej z uwzględnieniem płci i wykształcenia

Specjalność	Ogółem		Grupa lekarska				Grupa pielęgniarska					
			Ogółem		W tym lekarki		Ogółem		W tym z wyższ. wyksz.		W tym mężczyźni	
	I.	%	I.	%	I.	%	I.	%	I.	%	I.	%
Zabiegowa	277	41,6	92	35,0	37	40,2	185	45,9	31	16,8	3	1,6
Niezabiegowa	262	39,3	102	38,8	68	66,7	160	39,7	27	16,9	2	1,3
Podst. opieki zdrow.	127	19,1	69	26,2	45	65,2	58	14,4	10	17,2	0	0,0
Razem	666	100	263	100	150	57,0	403	100	68	16,9	5	1,2

Większość, bo 403 badanych (60,51%), stanowiły osoby z grupy pielęgniarskiej, z których co szósta (16,9%) posiadała wyższe wykształcenie (tabela 8). Grupa ta zdominowana była przez kobiety (98,8%). Wśród przedstawicieli zawodu lekarskiego również, chociaż w mniejszym stopniu, przeważały kobiety (57,0%), a wyjątek stanowiła podgrupa zabiegowa, gdzie lekarki były w mniejszości (40,2%).

Tabela 9

Deklarowane przez osoby badane odczuwanie satysfakcji, motywacji i wsparcia
– na podstawie odpowiedzi na pytania z ankiety

Wyszczególnienie	Satysfakcja		Motywacja		Wsparcie	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Nie	84	12,6	275	41,3	93	14,0
Tak	575	86,3	384	57,7	565	84,8
Brak danych	7	1,1	7	1,0	8	1,2
Razem	666	100	666	100	666	100

Spośród osób badanych zdecydowana większość potwierdziła uzyskiwanie satysfakcji z wykonywanej pracy (86,3%) i wsparcia od współpracowników (84,8%), a nieco ponad połowa (57,7%) przyznała się do odczuwania motywacji do wykonywania zawodu (tabela 9).

5. Wyniki badań

5.1. Wypalenie zawodowe

Poziom wypalenia zawodowego, określony w trzech wymiarach – wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja oraz brak poczucia osiągnięć osobistych – na podstawie Kwestionariusza MBI, został obliczony i przedstawiony w tabeli 10, jako wartości średnie dla trzech grup pracowników (łącznie lekarzy i pielęgniarek), reprezentujących różne specjalności, co pozwoli na weryfikację – z wykorzystaniem metod statystycznych – pierwszej hipotezy dotyczącej różnic poziomu wypalenia u osób z poszczególnych specjalności.

Tabela 10

Poziom wypalenia zawodowego według Kwestionariusza MBI oraz wyniki testu ANOVA dla trzech grup pracowników

Grupa pracowników (specjalność)	Liczebność	Wymiar wypalenia zawodowego					
		Wyczerpanie emocjonalne		Depersonalizacja		Utrata poczucia osiągnięć osobistych	
		Średnia	Odchyl. stand.	Średnia	Odchyl. stand.	Średnia	Odchyl. stand.
Zabiegowa	277	20,69	11,59	7,94	5,95 ^a	30,32	9,07
Niezabiegowa	262	19,18	10,52	6,68	4,79 ^a	30,60	7,51
Podst. opieki zdrow.	127	19,69	11,98	7,72	5,96	32,17	8,67
Razem	666	19,91	11,26	7,41	5,55	30,78	8,42
Wyniki testu ANOVA							
Wartość statystyki testu F		1,23		3,76*		2,21	
Poziom prawdopodobieństwa p		0,292		0,024		0,111	

* $p \leq 0,05$

^a Pary zmiennych, których różnice średnich są odpowiedzialne za pozytywny wynik testu ANOVA, potwierdzone testami *post hoc* Scheffego oraz Tukeya HSD dla poziomu istotności $p \leq 0,05$

Uwaga: Matematycznym (liczbowym) wyższym wartościom wymiaru utrata poczucia osiągnięć osobistych (PAR) odpowiada niższe wypalenie, gdyż kodowanie tej zmiennej jest odwrotne.

Pomiar poziomu wymiarów wypalenia zawodowego w grupach reprezentujących różne specjalności (łącznie lekarzy i pielęgniarek) wykazał znaczne zróżnicowanie pomiędzy osobami nawet z tych samych grup, o czym świadczą wysokie wartości odchylenia standardowego (tabela 10). We wszystkich tych grupach pracowników odchylenia te sięgały ponad połowy wartości średnich wyczerpania emocjonalnego (EEX), które mieściły się w przedziale określanym jako poziom średni. Podobnie było w przypadku depersonalizacji (DEP), natomiast dla wymiaru utrata poczucia osiągnięć osobistych (PAR) odchylenie standardowe w poszczególnych grupach stanowiło około jednej trzeciej ich średnich, klasyfikowanych jako wyniki wysokie.

Poziom wypalenia zawodowego we wszystkich rozpatrywanych wymiarach był najwyższy w grupie pracowników zabiegowych, a analiza wariancji wykryła istotne różnice pomiędzy średnimi dla badanych grup pracowników tylko w wymiarze depersonalizacji (DEP). Wyniki obu testów *post hoc* wykazały, że istotna różnica w tym wymiarze występuje jedynie pomiędzy grupą pracowników zabiegowych i niezabiegowych (poziomy prawdopodobieństwa dla tej pary są w obu testach mniejsze od 0,05) i to ona zażyła na pozytywnym teście ANOVA.

Tabela 11

Wartości współczynnika korelacji liniowej r-Pearsona i istotność związku pomiędzy poziomami poszczególnych wymiarów wypalenia zawodowego według MBI

Wymiar wypalenia zawodowego	Wymiar wypalenia zawodowego		
	Wyczerpanie emocjonalne	Depersonalizacja	Utrata poczucia osiągnięć osobistych
Wyczerpanie emocjonalne	X	0,61***	0,27***
Depersonalizacja		X	0,18***
Utrata poczucia osiągnięć osobistych			X

*** $p \leq 0,001$

Dla ogółu badanych stwierdzono (tabela 11) bardzo istotny ($p < 0,001$), zgodny związek pomiędzy poziomami poszczególnych wymiarów wypalenia zawodowego według MBI. Znak współczynnika korelacji wymiaru utrata poczucia osiągnięć osobistych (PAR) z innymi wymiarami został zmieniony na przeciwny, ponieważ jest to skala odwrotna, tzn. wynikom wysokim skali odpowiada niskie wypalenie.

5.2. Empatia

Poziom empatii określony został dwoma narzędziami, z uwagi na odmienne podejście do problematyki empatii spotykane w literaturze światowej, co zostało szerzej opisane w rozdziale 2. Aby zatem zmierzyć empatię dojrzałą, bazującą na trzech komponentach, oprócz Skali Mehrabiana i Epsteina – mierzącej dwa z nich, emocjonalny i poznawczy, ale łącznie jako jeden wynik, wykorzystano również metodę projekcyjną, Test TAT Murraya, uwzględniającą jeszcze komponent behawioralny i dającą trzy oddzielne wyniki dla każdego komponentu oraz wynik sumaryczny Skali Empatii. Podejście to jest zgodne z obowiązującymi sugestiami, że metody projekcyjne są najkorzystniejsze przy pomiarze empatii (Rembowski, 1989; Kalliopuska, 1982).

5.2.1. Wyniki według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina

W tabeli 12 przedstawiono średnie wartości poziomu empatii według Skali Mehrabiana i Epsteina – dla trzech grup pracowników (łącznie lekarzy i pielęgniarek), reprezentujących różne specjalności, co pozwoli na weryfikację – za pomocą metod statystycznych – drugiej hipotezy dotyczącej różnic poziomu empatii u osób z poszczególnych specjalności, uzyskiwanych tym narzędziem badawczym.

Tabela 12

Poziom empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina oraz wyniki testu ANOVA dla trzech grup pracowników

Grupa pracowników (specjalność)	Liczebność	Średnia	Odchylenie standardowe
Zabiegowa	277	204,98	23,92
Niezabiegowa	262	205,05	24,76
Podstawowej opieki zdrowotnej	127	204,64	26,25
Razem	666	204,94	24,67
Wyniki testu ANOVA			
Wartość statystyki testu F		0,01	
Poziom prawdopodobieństwa p		0,988	

Analiza wariancji w przypadku poziomu empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina (tabela 12) nie wykryła istotnych różnic pomiędzy jej średnimi poziomami w poszczególnych grupach pracowników, a najwyższą wartość średnią 205,05 odnotowano w grupie niezabiegowej, podczas gdy najniższą – 204,64 u osób z podstawowej opieki medycznej.

5.2.2. Poziom empatii według wybranych tablic Testu TAT Murraya

Podobnie jak w przypadku poziomu empatii według Skali Mehrabiana i Epsteina, w tabeli 13 zostały przedstawione średnie wartości, ale oddzielnie każdego z trzech komponentów empatii oraz wartości sumarycznej uzyskanych za pomocą wybranych tablic Testu TAT Murraya. Dotyczą one również trzech grup pracowników (łącznie lekarzy i pielęgniarek), reprezentujących różne specjalności, co pozwoli na weryfikację drugiej hipotezy, ale dla wyników uzyskiwanych poprzez to narzędzie badawcze, a więc dla poszczególnych komponentów empatii oddzielnie, jak i wyniku sumarycznego. Sposób przeprowadzenia badań i obliczenia wyników, oparte na tej metodzie, opisano w podrozdziale 4.2.

Tabela 13

Poziom komponentów empatii według Testu TAT Murraya oraz wyniki testu ANOVA dla trzech grup pracowników i ocena zgodności sędziów (wartość współczynnika zgodność W Kendalla)

Grupa pracowników (specjalność)	Liczba	Poziom komponentów empatii według Testu TAT Murraya						Poziom sumaryczny empatii według Testu TAT Murraya	
		Emocjonalny		Poznawczy		Behawioralny		Średnia	Odchyl. stand.
		Średnia	Odchyl. stand.	Średnia	Odchyl. stand.	Średnia	Odchyl. stand.		
Zabiegowa	277	5,79 ^a	2,75	4,50	2,58	2,81 ^{cd}	2,04	13,10 ^f	6,04
Niezabiegowa	262	6,58 ^{ab}	2,79	4,27	2,58	3,81 ^{de}	2,43	14,66 ^{fg}	6,19
Podst. opieki zdrowotnej	127	5,61 ^b	2,76	4,17	2,63	2,19 ^{ce}	2,15	11,97 ^{dg}	6,75
Razem	666	6,07	2,79	4,43	2,60	3,09	2,31	13,50	6,31
Wyniki testu ANOVA									
Wartość statystyki testu F		7,50***		1,09		26,29***		8,94***	
Poziom prawdopodobieństwa p		0,001		0,337		< 0,001		< 0,001	
Ocena zgodności sędziów									
Wartość współczynnika zgodność W Kendalla		0,79***		0,82***		0,74***		0,78***	
Poziom prawdopodobieństwa p		< 0,001		< 0,001		< 0,001		< 0,001	

*** $p \leq 0,001$

Uwaga: ^{abcdefg} pary zmiennych, których różnice średnich są odpowiedzialne za pozytywny wynik testu ANOVA, potwierdzone testami *post hoc* Scheffego oraz Tukeya HSD dla poziomu istotności:

^{ab} $p \leq 0,01$

^{cd} $p \leq 0,05$

^{deg} $p \leq 0,001$

Grupa pracowników niezabiegowych charakteryzowała się najwyższym poziomem komponentu emocjonalnego i behawioralnego empatii, a analiza wariancji w przypadku ich średnich wartości wykryła istotne różnice pomiędzy grupami pracowników (tabela 13). Wyniki obu testów *post hoc* jednoznacznie wskazują, że istotne różnice w poziomie komponentu emocjonalnego empatii występują jedynie pomiędzy grupami pracowników zabiegowych i niezabiegowych oraz niezabiegowych i podstawowej opieki zdrowotnej, a poziom prawdopodobieństwa dla tych par był w obu testach mniejszy od 0,01 i to różnice w tych parach zaważyły na pozytywnym teście ANOVA. Podobnie było w przypadku poziomu sumarycznego empatii według Testu TAT Murraya, ale poziomy prawdopodobieństwa dla tych par były inne (odpowiednio $p \leq 0,05$ i $p \leq 0,001$).

Natomiast dla komponentu behawioralnego istotne różnice występują pomiędzy wszystkimi badanymi grupami pracowników (pracownicy zabiegowi, niezabiegowi i podstawowej opieki zdrowotnej), a wartości poziomu prawdopodobieństwa, dla *prawie* wszystkich tworzonych przez nie par, były w obu testach *post hoc* mniejsze od 0,001 – wyjątek stanowi różnica pracowników zabiegowych i podstawowej opieki zdrowotnej ($p \leq 0,05$).

5.3. Interkorelacje wyników poziomu komponentów i sumarycznych empatii uzyskanych według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina oraz wybranych tablic Testu TAT Murraya

W celu sprawdzenia wzajemnych związków zarówno pomiędzy poziomami empatii dla poszczególnych komponentów, jak i uzyskiwanymi różnymi narzędziami, w tabeli 14 zestawiono wyniki wartości współczynnika korelacji r-Pearsona i istotność związku pomiędzy tymi zmiennymi.

Tabela 14

Wartości współczynnika korelacji r-Pearsona i istotność związku pomiędzy poziomami empatii według Skali Mehrabiana i Epsteina oraz Testu TAT Murraya z uwzględnieniem komponentów

Poziom empatii według skal oraz z uwzględnieniem komponentów	Poziom empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina	Poziom komponentów empatii według Testu TAT Murraya			Poziom sumaryczny empatii według Testu TAT Murraya
		Emocjonalny	Poznawczy	Behawioralny	
Mehrabiana i Epsteina	X	0,17***	0,22***	0,13***	0,21***
TAT – emocjonalny		X	0,46***	0,50***	0,81***
TAT – poznawczy			X	0,68***	0,84***
TAT – behawioralny				X	0,85***
TAT – suma					X

*** $p \leq 0,001$

Dla ogółu badanych stwierdzono (tabela 14) bardzo istotny ($p \leq 0,001$), zgodny związek zarówno pomiędzy poziomami empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina oraz Testu TAT Murraya, jak i komponentami Testu TAT, a także wewnątrz tej skali (interkorelacje komponentów empatii i wartości sumarycznej TAT).

5.4. Empatia jako zmienna pośrednicząca

Aby wykazać empatię jako zmienną pośredniczącą pomiędzy zmiennymi niezależnymi a wypaleniem zawodowym, jako zmienną zależną, wykonano analizę mediacji w słabszym sensie, z uwagi na nominalny charakter większości zmiennych niezależnych. Uznano mianowicie, że niesprzeczne z hipotezą o mediacji będą takie wyniki, że zmienne niezależne są istotnie statystycznie powiązane ze zmiennymi dotyczącymi empatii, a te z kolei są w istotnym związku ze zmiennymi określającymi wymiary wypalenia zawodowego.

5.4.1. Związki między zmiennymi niezależnymi a empatią

Spośród wybranych zmiennych niezależnych, mogących mieć istotne statystycznie związki z poziomem empatii, jedynie w przypadku satysfakcji (deklarowanej przez badane osoby) udało się tę istotność potwierdzić w każdym komponencie i skali empatii (tabele 15–17). Większość rozpatrywanych zmiennych niezależnych związana była istotnie z wynikami w Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina. Wiek i staż, które należały do wyjątków w tym względzie, były natomiast istotnie przeciwnie skorelowane z komponentem emocjonalnym empatii według Testu TAT Murraya, a w konsekwencji z jej wartością sumaryczną, chociaż z pozostałymi komponentami tej istotności nie wykazano. Świadczy to o sile tego związku ($p \leq 0,01$). Ponadto specjalność była istotnie ($p \leq 0,001$) związana z emocjonalnym oraz behawioralnym komponentem empatii, a motywacja – z poznawczym komponentem empatii, ale na niższym poziomie istotności ($p = 0,013$) i nie wpłynęło to na istotność z poziomem sumarycznym Testu TAT.

Tabela 15

Wartości współczynnika korelacji liniowej r-Pearsona i istotność związku pomiędzy poziomem empatii a wiekiem i stażem pracy

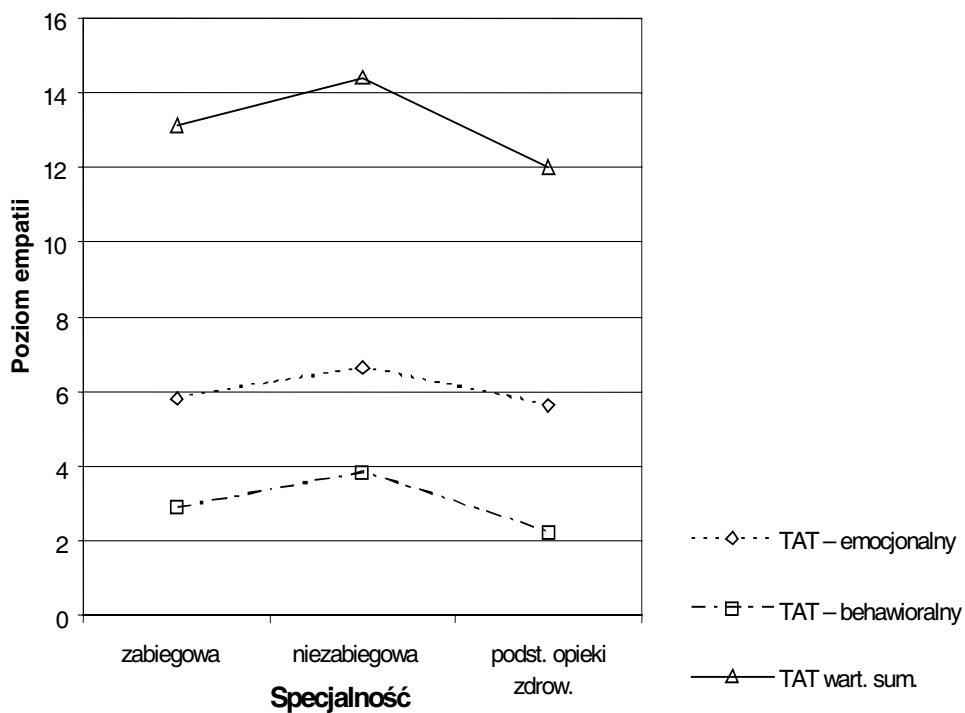
Poziom empatii według skal oraz z uwzględnieniem komponentów	Wiek	Staż pracy
Skala Empatii Mehrabiana i Epsteina	– 0,06	– 0,06
TAT – emocjonalny	– 0,16**	– 0,13**
TAT – poznawczy	– 0,05	– 0,06
TAT – behawioralny	– 0,04	– 0,05
TAT Murraya – wart. sum.	– 0,10**	– 0,10**

** $p \leq 0,01$

Tabela 16

Istotność związku pomiędzy poziomem empatii a specjalnością (test ANOVA)

Poziom empatii według skal oraz z uwzględnieniem komponentów	F(2,663)	p
Skala Empatii Mehrabiana i Epsteina	0,01	0,988
TAT – emocjonalny	7,50	0,001***
TAT – poznawczy	1,09	0,337
TAT – behawioralny	26,29	<0,001***
TAT Murraya – wart. sum.	8,94	<0,001***

*** $p \leq 0,001$ 

Ryc. 5. Histogram wartości poziomu empatii w zależności od specjalności (istotne związki)

Z wykresu przedstawionego na rycinie 5 wynika, że najwyższą empatię miały osoby o specjalnościach niezabiegowych.

Tabela 17

Średni poziom empatii oraz wartości testu t-Studenta różnic tych średnich (wraz z ich istotnością) pomiędzy grupami osób badanych, klasyfikowanymi według wybranych zmiennych niezależnych

Poziom empatii według skal oraz z uwzględnieniem komponentów	Zmienna niezależna									
	Płeć		Zawód		Motywacja		Satysfakcja		Wsparcie	
	k	m	piel.	lekarz	tak	nie	tak	nie	tak	nie
Mehrabiana i Epsteina	206,26	198,81	206,52	202,53	206,80	202,28	207,52	187,11	206,81	193,43
Wartość t-Studenta (p)	3,00** (0,003)		2,04* (0,041)		- 2,32* (0,021)		7,34*** (<0,001)		4,91*** (<0,001)	
TAT – emocjonalny	6,13	5,79	6,16	5,92	5,98	6,15	6,16	5,32	6,08	5,91
Wartość t-Studenta (p)	1,20 (0,231)		1,10 (0,271)		0,77 (0,440)		2,58** (0,010)		0,53 (0,595)	
TAT – poznawczy	4,38	4,19	4,38	4,30	4,53	4,05	4,46	3,46	4,39	3,97
Wartość t-Studenta (p)	0,74 (0,458)		0,40 (0,687)		- 2,50* (0,013)		3,47*** (0,001)		1,54 (0,125)	
TAT – behawioralny	3,13	2,90	3,07	3,10	3,04	3,14	3,18	2,38	3,13	2,78
Wartość t-Studenta (p)	0,97 (0,331)		- 0,15 (0,877)		0,56 (0,578)		2,98** (0,003)		1,35 (0,179)	
TAT – suma	13,64	12,85	13,62	13,31	13,54	13,33	13,79	11,14	13,60	12,66
Wartość t-Studenta (p)	1,23 (0,219)		0,62 (0,536)		- 0,42 (0,672)		3,63*** (<0,001)		1,34 (0,180)	

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

5.4.2. Związki między empatią a wypaleniem zawodowym

W celu wykazania związków pomiędzy poziomem empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina oraz czterech wybranych tablic Testu TAT Murraya, z uwzględnieniem komponentów, a poziomami wymiarów wypalenia zawodowego według Kwestionariusza MBI obliczono wartości współczynnika korelacji liniowej r-Pearsona, a wyniki zestawiono w tabeli 18.

Tabela 18

Wartości współczynnika korelacji r-Pearsona i istotność związku pomiędzy poziomem empatii według Skali Mehrabiana i Epsteina oraz Testu TAT Murraya, z uwzględnieniem komponentów a poziomami wymiarów wypalenia zawodowego według kwestionariusza MBI

Poziom empatii z uwzględnieniem komponentów	Wymiar wypalenia zawodowego		
	Wyczerpanie emocjonalne	Depersonalizacja	Utrata poczucia osiągnięć osobistych
Mehrabiana i Epsteina	-0,16***	-0,26***	-0,16***
TAT – emocjonalny	- 0,03	-0,07	-0,01
TAT – poznawczy	-0,10**	-0,09*	-0,05
TAT – behawioralny	-0,06	-0,04	-0,05
TAT – suma	-0,08*	-0,08*	-0,02

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

Uwaga : Znak współczynnika korelacji wymiaru utrata poczucia osiągnięć osobistych (PAR) z innymi zmiennymi został zmieniony na przeciwny, ponieważ jest to skala odwrócona, tzn. wynikiem wysokim skali odpowiada niskie wypalenie.

Dla ogółu badanych stwierdzono (tabela 18) bardzo istotny ($p \leq 0,001$), przeciwny związek pomiędzy poziomem empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina a poziomem wyczerpania emocjonalnego (EEX), depersonalizacji (DEP) oraz utraty poczucia osiągnięć osobistych (PAR). Natomiast w przypadku pomiaru poziomu empatii przy użyciu Testu TAT Murraya (z uwzględnieniem komponentów) udało się potwierdzić statystycznie przeciwny związek poziomu tylko jednego z komponentów empatii – poznawczego z poziomami dwóch wymiarów wypalenia zawodowego – wyczerpania emocjonalnego (EEX) i depersonalizacji (DEP). Związek tego komponentu był na tyle mocny (istotności odpowiednio 0,009 i 0,021), że w rezultacie i sumaryczny poziom empatii według Testu TAT Murraya również korelował ujemnie, ale na niższym poziomie istotności (0,050 i 0,038), z poziomami tych samych wymiarów wypalenia zawodowego.

Wspomniane związki pomiędzy niektórymi wymiarami wypalenia zawodowego i poziomami empatii oraz jej komponentów są ujemne, co oznacza, że wraz ze wzrostem poziomu empatii poziom wypalenia zawodowego średnio się zmniejsza. Uwzględniając ponadto niektóre związki zmiennych niezależnych z poziomami empatii i jej komponentami, można wnioskować o pośredniczącej roli empatii.

5.5. Empatia jako zmienna moderująca

Analizując poziom empatii jako moderatora relacji między płcią, wiekiem, stażem, specjalnością, satysfakcją, motywacją i uzyskiwanym wsparciem a poziomem wypalenia zawodowego, założono, że im wyższy poziom empatii, tym silniejsze związki powyższych zmiennych z poziomem wypalenia zawodowego.

W celu zweryfikowania hipotezy o empatii jako moderatorze relacji podzielono obszar zmienności zmiennych na dwa obszary według zmiennej poziom empatii (Skala Empatii Mehrabiana i Epsteina). Jako wartość graniczną zmiennej grupującej przyjęto wartość mediany (206,5). Wartości skali empatii mniejsze od 206,5 określają niższy poziom empatii, a wartości skali wyższe od 206,5 określają wyższy poziom empatii. Najpierw przeprowadzono weryfikację piątej hipotezy badawczej w odniesieniu do cech ilościowych: stażu pracy oraz wieku pracowników. Pomiędzy tymi zmiennymi oraz zmienną objaśnianą (poziomem wypalenia zawodowego, mierzonym w trzech wymiarach według Kwestionariusza MBI) obliczono współczynniki korelacji liniowej r-Pearsona, osobno dla osób z wyższym i niższym poziomem empatii. Wyniki przedstawiono w tabelach 19 i 20.

Tabela 19

Współczynniki korelacji liniowej r-Pearsona pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a wiekiem oraz stażem pracy dla pracowników z niższym poziomem empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina (n = 333)

Zmienna	Wymiar wypalenia zawodowego		
	Wyczerpanie emocjonalne (EEX)	Depersonalizacja (DEP)	Utrata poczucia osiągnięć osobistych (PAR)
Wiek	-0,05	0,01	-0,24*
Staż pracy	-0,04	0,02	-0,24*

* $p \leq 0,001$

Tabela 20

Współczynniki korelacji liniowej r-Pearsona pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a wiekiem oraz stażem pracy dla pracowników z wyższym poziomem empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina (n = 333)

Zmienna	Wymiar wypalenia zawodowego		
	Wyczerpanie emocjonalne (EEX)	Depersonalizacja (DEP)	Utrata poczucia osiągnięć osobistych (PAR)
Wiek	-0,08	-0,13*	-0,17**
Staż pracy	-0,04	-0,11*	-0,14*

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

Z przedstawionych danych (tabela 19 i 20) wynika, że więcej istotnych związków pomiędzy stażem pracy i wiekiem pracowników a wypaleniem zawodowym (mierzo- nym według trzech wymiarów Kwestionariusza MBI) występuje w przypadku pracow- ników z wyższym poziomem empatii. Dotyczy to przede wszystkim korelacji wieku i stażu pracy pracowników o wyższym poziomie empatii ze skalą wypalenia zawodowe- go w wymiarze depersonalizacji (DEP) jako moderatora relacji, w której wartości współ- czynnika są ujemne i istotne statystycznie. U pracowników z niższymi poziomami em- patii takich związków nie zaobserwowano (w odniesieniu do wypalenia zawodowego w wymiarze depersonalizacji DEP). W przypadku skali wypalenia zawodowego w wy- miarze braku poczucia osiągnięć osobistych (PAR) zarówno u pracowników z wyższy- mi, jak i niższymi poziomami empatii zależności pomiędzy wiekiem i stażem pracy a wy- paleniem zawodowym (PAR) są przeciwne i statystycznie istotne. Jednak podjęta próba wykazania istotności różnicy wartości współczynnika korelacji u osób z wyższym i niż- szym poziomem empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina się nie powiodła. Biorąc również pod uwagę to, że tylko w ten sposób można analizować związki tych dwóch zmiennych niezależnych (wiek i staż), zaniechano tej metody. W zamian za to, aby wykazać rolę empatii jako moderatora relacji zmiennych niezależnych i wypalenia zawodowego, wykorzystano analizę regresji liniowej, wielokrotnej – również dzieląc obszar zmienności zmiennych na dwa obszary na podstawie mediany poziomu empatii (według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina), co pozwoliło porównać wyniki dla pra- cowników bardziej i mniej empatycznych (tabela 21).

Tabela 21

Oceny parametrów modelu regresji wielokrotnej opisujące zależności poziomu wypalenia zawodowego w wymiarach wyczerpanie emocjonalne (EEX), depersonalizacja (DEP) i utrata poczucia osiągnięć osobistych (PAR) od zmiennych niezależnych przy różnych poziomach empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina

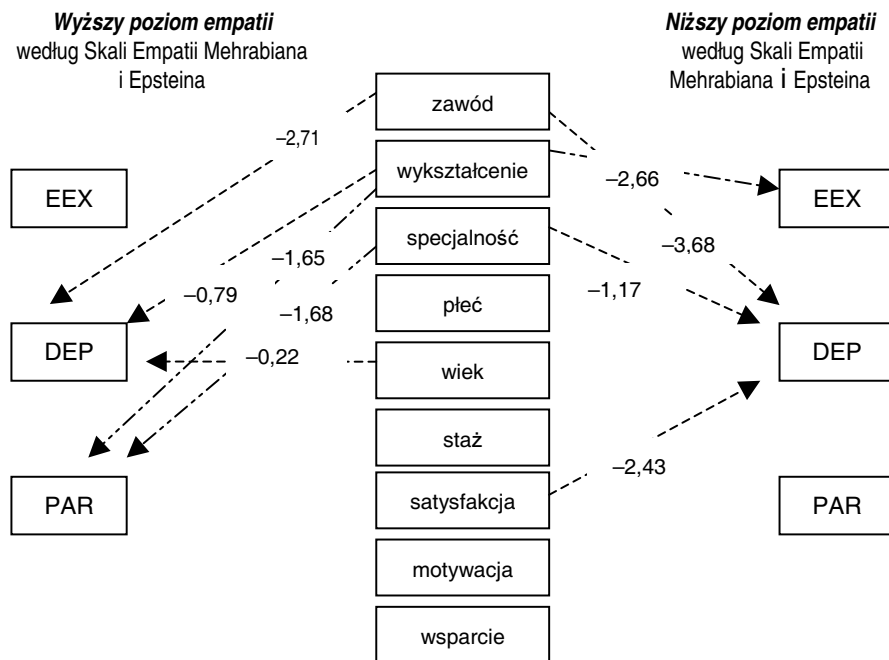
Zmienne niezależne	Osoby z wyższym poziomem empatii			Osoby z niższym poziomem empatii		
	(EEX)	(DEP)	(PAR)	(EEX)	(DEP)	(PAR)
Zawód	-2,73	-2,71**	-1,76	-4,41	-3,68**	0,32
Wykształcenie	-1,70	-0,79*	-1,65*	-2,66*	-0,69	0,57
Specjalność	-1,23	0,12	-1,68*	-0,55	-1,17*	-0,97
Płeć	-1,07	-0,44	1,26	0,31	-0,24	0,09
Wiek	-0,33	-0,22*	-0,20	-0,06	-0,13	-0,10
Staż	0,25	0,12	0,04	-0,01	0,10	-0,13
Satysfakcja	-2,12	0,85	-1,38	-2,60	-2,43**	-2,11
Motywacja	-0,04	0,66	-1,18	-1,94	-0,73	-1,84
Wsparcie	-3,01	-1,32	-1,01	-1,19	-1,18	0,65

*: $p \leq 0,05$

**.: $p \leq 0,01$

Z tabeli 21 wynika, że istotne statystycznie związki pomiędzy cechami pracowników a wypaleniem zawodowym u obu grup przyjmują charakter bardziej przypadkowy niż regularny. W związkach tych, zawsze przeciwnych, dominują cechy wynikające ze stosunku pracy (zawód, wykształcenie, specjalność, satysfakcja), a nie osobowościowe. Uznając jednak odczuwaną satysfakcję również za element powiązany z osobowością, jako wyjątek można potraktować występujący tylko w grupie osób o niższym poziomie empatii przeciwny związek satysfakcji z depersonalizacją (DEP), i to na poziomie istotności $p \leq 0,01$.

W celu bardziej przejrzystego przedstawienia omawianych związków pomiędzy badanymi zmiennymi wykorzystano formę graficzną, zestawiając wyniki na rycinie 6 obok siebie dla grup pracowników z wyższym oraz niższym poziomem empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina (moderator). Kierunki strzałek oznaczają istotne ($p \leq 0,05$) zależności, a przypisane im wartości liczbowe podają jednostkowy przyrost (znak +) lub obniżenie (znak -) poziomów poszczególnych wymiarów wypalenia zawodowego, obliczone za pomocą analizy regresji.



Ryc. 6. Modele regresji wielokrotnej opisujące zależności (istotne statystycznie dla $p \leq 0,05$) poziomu wypalenia zawodowego od cech: zawód, wykształcenie, specjalność, płeć, wiek, staż, satysfakcja, motywacja, wsparcie, przy różnych poziomach empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina

Z graficznej interpretacji (rycyna 6) wyników analizy regresji dotyczących istotnych związków pomiędzy badanymi zmiennymi niezależnymi a wypaleniem zawodowym dla grup pracowników z wyższym oraz niższym poziomem empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina (moderator) wynika ponadto, że grupy te nie różnią się znacząco

pod względem liczby wykazanych związków. Można również zauważyć, że związki pomiędzy cechami pracowników a wypaleniem zawodowym w tych grupach występują z reguły tylko z jednym wymiarem tego wypalenia i jest to najczęściej depersonalizacja.

Podobnie postępowano przy analizowaniu omawianych związków, gdy za ich moderatora przyjęto poziomy poszczególnych komponentów empatii oraz wynik sumaryczny według Testu TAT Murraya. W tabeli 22 zestawiono wyniki uzyskane dla poziomu komponentu emocjonalnego.

Tabela 22

Oceny parametrów modelu regresji wielokrotnej opisujące zależności poziomu wypalenia zawodowego w wymiarach wyczerpanie emocjonalne (EEX), depersonalizacja (DEP) i utrata poczucia osiągnięć osobistych (PAR) od zmiennych niezależnych przy różnych poziomach komponentu emocjonalnego empatii według Testu TAT Murraya

Zmienne niezależne	Osoby z wyższym poziomem empatii			Osoby z niższym poziomem empatii		
	(EEX)	(DEP)	(PAR)	(EEX)	(DEP)	(PAR)
Zawód	-5,09*	-4,07***	-0,87	-2,03	-2,00	-0,13
Wykształcenie	-2,47*	-1,00	-1,16	-2,04*	-0,61	0,12
Specjalność	-2,11*	-1,27**	-1,43*	-0,08	-0,14	-1,39
Płeć	-1,52	-1,25	0,27	1,66	1,47	1,07
Wiek	-0,30	-0,13	0,01	-0,12	-0,17*	-0,16
Staż	0,14	0,03	-0,21	0,16	0,16	-0,02
Satysfakcja	-5,40**	-1,92*	-2,09	-1,98	-1,89*	-2,93*
Motywacja	-1,65	-0,85	-1,03	-0,32	0,34	-1,14
Wsparcie	-6,00***	-2,38**	-2,11	1,29	-0,41	0,95

* $p \leq 0,05$

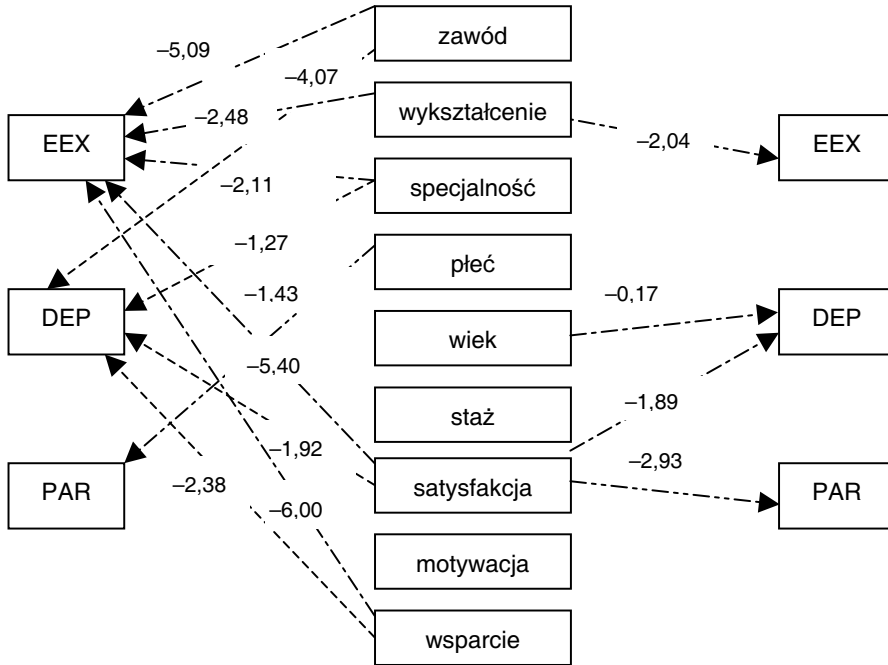
** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

Z zestawionych wyników analizy regresji wielokrotnej zależności poziomu wypalenia zawodowego w poszczególnych jego wymiarach od zmiennych niezależnych (tabela 22) można wnioskować, że w grupie badanych z wyższym poziomem komponentu emocjonalnego empatii według Testu TAT Murraya występowały przeciwne związki przy wyższych poziomach istotności ($p \leq 0,001$ i $p \leq 0,01$), podczas gdy w drugiej (z niższym poziomem empatii) jedynie dla $p \leq 0,05$ i były 2,5-krotnie liczniejsze, co lepiej obrazuje rycina 7. Na uwagę zasługuje również potwierdzenie – tylko u osób z wyższym poziomem komponentu emocjonalnego empatii – bardzo istotnego przeciwnego związku wsparcia z wyczerpaniem emocjonalnym ($p \leq 0,001$) i depersonalizacją ($p \leq 0,01$).

**Wyższy poziom komponentu
emocjonalnego empatii**
według Testu TAT Murraya

**Niższy poziom komponentu
emocjonalnego empatii**
według Testu TAT Murraya



Ryc. 7. Modele regresji wielokrotnej opisujące zależności (istotne statystycznie dla $p \leq 0,05$) poziomu wypalenia zawodowego od cech: zawód, wykształcenie, specjalność, płeć, wiek, staż, satysfakcja, motywacja, wsparcie, przy różnych poziomach komponentu emocjonalnego empatii według Testu TAT Murraya

Natomiast satysfakcja okazała się znaczącą zmienną dla poziomu wypalenia jako moderatora omawianych związków, o czym świadczą wyniki przedstawione w tabeli 23 i na rycinie 8.

Tabela 23

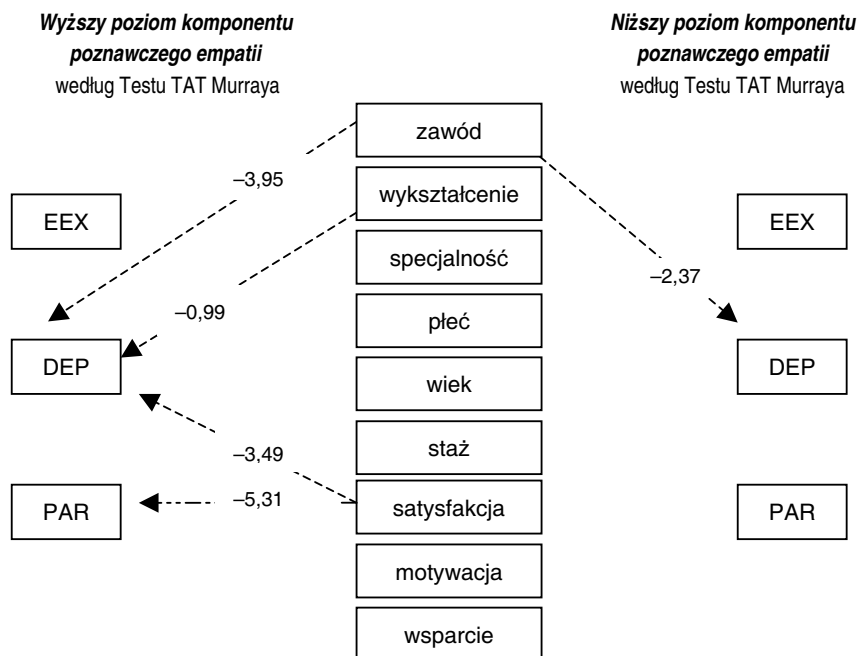
Oceny parametrów modelu regresji wielokrotnej opisujące zależności poziomu wypalenia zawodowego w wymiarach wyczerpanie emocjonalne (EEX), depersonalizacja (DEP) i utrata poczucia osiągnięć osobistych (PAR) od zmiennych niezależnych przy różnych poziomach komponentu poznawczego empatii według Testu TAT Murraya

Zmienne niezależne	Osoby z wyższym poziomem empatii			Osoby z niższym poziomem empatii		
	(EEX)	(DEP)	(PAR)	(EEX)	(DEP)	(PAR)
Zawód	3,23	-3,95***	-2,51	-1,42	-2,37*	1,50
Wykształcenie	-0,83	-0,99*	-1,01	-1,98	-0,53	0,08
Specjalność	0,70	-0,82	-1,28	-0,85	-0,68	-1,43
Płeć	-0,27	-0,36	0,27	0,17	0,52	1,81
Wiek	0,16	-0,17	-0,20	-0,09	-0,15	0,01
Staż	0,95	0,10	0,03	0,03	0,09	-0,19
Satysfakcja	-1,53	-3,49***	-5,31***	-0,55	-0,59	-1,26
Motywacja	-1,51	-0,27	-0,94	-0,98	-0,37	-1,39
Wsparcie	9,44	-1,61	-1,41	-1,11	-1,12	0,05

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$



Ryc. 8. Modele regresji wielokrotnej opisujące zależności (istotne statystycznie dla $p \leq 0,05$) poziomu wypalenia zawodowego od cech: zawód, wykształcenie, specjalność, płeć, wiek, staż, satysfakcja, motywacja, wsparcie, przy różnych poziomach komponentu poznawczego empatii według Testu TAT Murraya

Poziom komponentu poznawczego okazał się znacznie mniej skutecznym moderatorem wypalenia zawodowego. Jak wynika z tabeli 23 i ryciny 8, jedynie w przypadku związku satysfakcji z wypaleniem zawodowym analizowane grupy różniły się od siebie, gdyż tylko osoby bardziej empatyczne w tym komponencie charakteryzował bardzo istotny przeciwny związek ($p \leq 0,001$) satysfakcji z wyczerpaniem emocjonalnym i depersonalizacją.

Satysfakcja okazała się ważną zmienną również dla poziomu komponentu behawioralnego jako moderatora omawianych związków, ale z wypaleniem emocjonalnym i depersonalizacją, o czym szczegółowo świadczą wyniki przedstawione w tabeli 24 i na rycinie 9.

Tabela 24

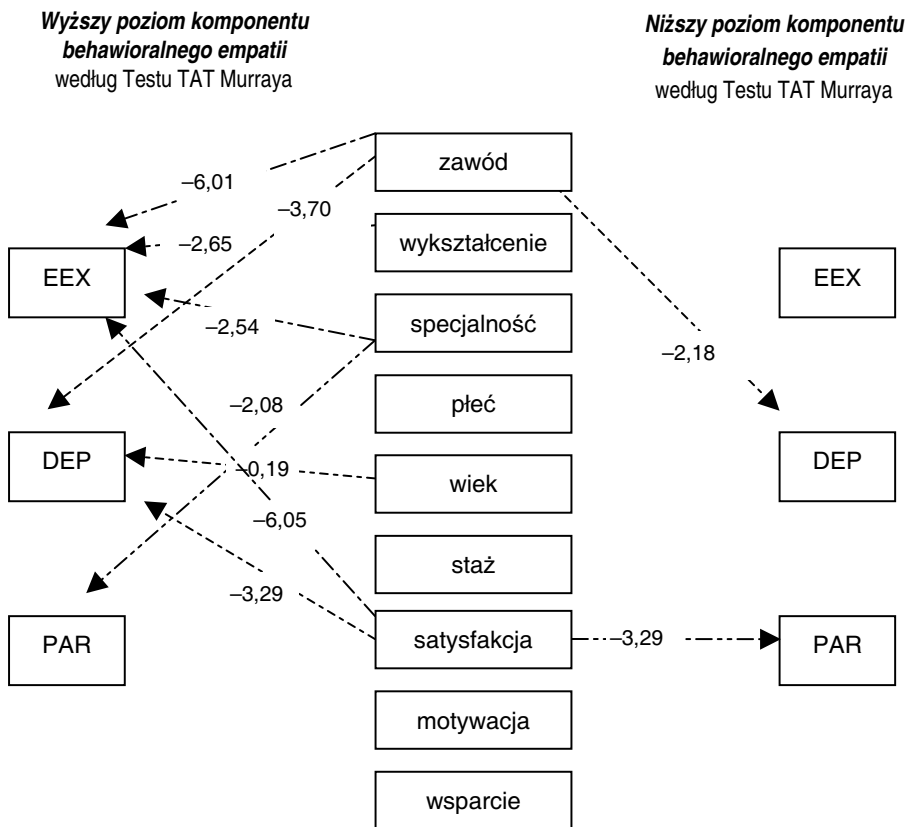
Oceny parametrów modelu regresji wielokrotnej opisujące zależności poziomu wypalenia zawodowego w wymiarach wyczerpanie emocjonalne (EEX), depersonalizacja (DEP) i utrata poczucia osiągnięć osobistych (PAR) od zmiennych niezależnych przy różnych poziomach komponentu behawioralnego empatii według Testu TAT Murraya

Zmienne niezależne	Osoby z wyższym poziomem empatii			Osoby z niższym poziomem empatii		
	(EEX)	(DEP)	(PAR)	(EEX)	(DEP)	(PAR)
Zawód	-6,01**	-3,70***	-1,34	-1,29	-2,18***	0,47
Wykształcenie	-2,65**	-0,86	-0,98	-2,06	-0,60	-0,01
Specjalność	-2,54**	-0,55	-2,08**	-0,34	-0,66	-1,14
Płeć	-0,68	-0,84	0,76	0,76	1,07	1,13
Wiek	-0,24	-0,19*	-0,18	-0,09	-0,15	0,01
Staż	0,24	0,12	0,06	0,03	0,11	-0,20
Satysfakcja	-6,05**	-3,29**	-2,72	-1,54	-0,98	-3,29*
Motywacja	-1,91	-0,25	-1,29	-1,32	-0,45	-1,15
Wsparcie	-2,26	-1,02	-1,76	-1,44	-1,49	0,13

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$



Ryc. 9. Modele regresji wielokrotnej opisujące zależności (istotne statystycznie dla $p \leq 0,05$) poziomu wypalenia zawodowego od cech: zawód, wykształcenie, specjalność, płeć, wiek, staż, satysfakcja, motywacja, wsparcie, przy różnych poziomach komponentu behawioralnego empatii według Testu TAT Murraya

Uwzględnienie poziomu komponentu behawioralnego jako moderatora omawianych związków okazało się trafnym założeniem, gdyż specjalność i satysfakcja były zmiennymi bardziej istotnie związanymi z wypaleniem w wymiarach wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji w grupie badanych o wyższym poziomie tego komponentu (tabela 24 i rycina 9).

Natomiast najbardziej różnicował badanych wynik wartości sumarycznej poziomu empatii według Testu TAT Murraya jako moderatora, o czym świadczą wyniki przedstawione w tabeli 25 i na rycinie 10.

Oceny parametrów modelu regresji wielokrotnej opisujące zależności poziomu wypalenia zawodowego w wymiarach wyczerpanie emocjonalne (EEX), depersonalizacja (DEP) i utrata poczucia osiągnięć osobistych (PAR) od zmiennych niezależnych przy różnych sumarycznych poziomach empatii według Testu TAT Murraya

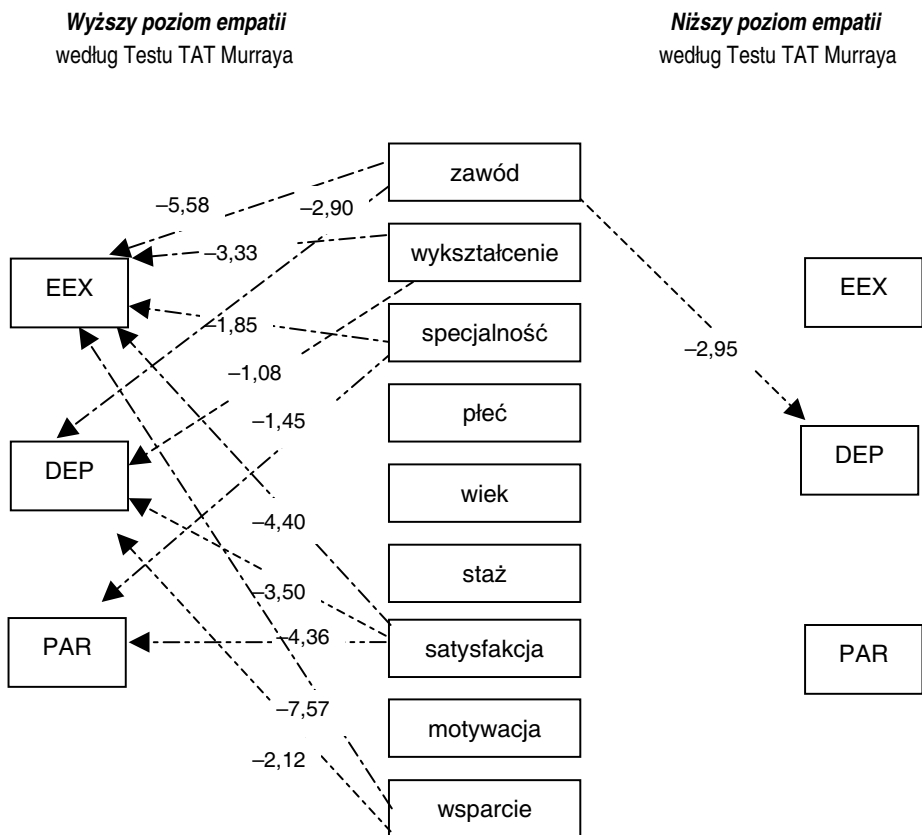
Zmienne niezależne	Osoby z wyższym poziomem empatii			Osoby z niższym poziomem empatii		
	(EEX)	(DEP)	(PAR)	(EEX)	(DEP)	(PAR)
Zawód	-5,58**	-2,90**	-1,60	-1,52	-2,95**	0,87
Wykształcenie	-3,33***	-1,08*	-1,02	-1,64	-0,51	0,13
Specjalność	-1,85*	-0,60	-1,45*	-0,42	-0,62	-1,13
Płeć	0,25	-0,34	1,52	0,20	0,67	0,55
Wiek	-0,22	-0,12	-0,10	-0,04	-0,17	-0,09
Staż	0,18	0,06	-0,04	-0,00	0,13	-0,10
Satysfakcja	-7,57***	-3,50***	-4,36**	-0,34	-0,68	-1,83
Motywacja	-0,36	0,41	-1,02	-2,18	-0,90	-1,23
Wsparcie	-4,40*	-2,12*	-1,45	-0,60	-1,12	0,24

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

Z tabeli 25 i ryciny 10 wynika, że w przypadku osób o wyższym poziomie wartości sumarycznej empatii według Testu TAT Murraya stwierdzono aż 11 przeciwnych związków badanych zmiennych niezależnych z wypaleniem zawodowym, a tylko jeden (również przeciwny) u badanych z niższym poziomem empatii. Jest to znacznie większa różnica pomiędzy tymi grupami, niż można by się spodziewać na podstawie wcześniejszej analizy, gdyż rozpatrując omawiane związki oddzielnie dla każdego komponentu empatii, nic nie zapowiadało tak precyzyjnego podzielenia badanych według sumarycznego poziomu empatii. Choć z tabel 22–24 i odpowiadającej im graficznej interpretacji (ryciny 7–9) obliczeń dotyczących istotnych zależności pomiędzy badanymi zmiennymi niezależnymi a wypaleniem zawodowym, dla grup pracowników z wyższymi oraz niższymi poziomami komponentów empatii według Testu TAT Murraya, wynika, że związki pomiędzy cechami pracowników a wypaleniem zawodowym są znacznie liczniej stwierdzane w grupie z wyższym poziomem komponentów empatii i są to związki przeciwnie, to jednak w przypadku wyniku sumarycznego jako moderatora różnice te są najbardziej widoczne (tabela 25 i rycina 10). Jak wspomniano, w przypadku osób o wyższym poziomie wartości sumarycznej stwierdzono aż 11 przeciwnych związków badanych zmiennych niezależnych z wypaleniem zawodowym, i to w większości na wyższym poziomie istotności ($p \leq 0,01$ lub $p \leq 0,001$), podczas gdy w grupie o niższej empatii tylko jeden, również przeciwny. Najbliżej tego wyniku był podział w przypadku



Ryc. 10. Modele regresji wielokrotnej opisujące zależności (istotne statystycznie dla $p \leq 0,05$) poziomu wypalenia zawodowego od cech: zawód, wykształcenie, specjalność, płeć, wiek, staż, satysfakcja, motywacja, wsparcie przy różnych poziomach wartości sumarycznej empatii według Testu TAT Murraya

komponentu emocjonalnego (tabela 22 i rycina 7), wyrażający się wspomnianym stosunkiem 10 : 4, a więc można wnioskować, że to właśnie on spośród komponentów miał największe znaczenie w rozpatrywanym działaniu moderującym. Z tym że musiało nastąpić pomiędzy nimi jakieś współdziałanie – być może empatia pełna czy też dojrzała. Najmniej liczne związki badanych cech z wypaleniem i najmniej widoczną różnicę pomiędzy grupami stwierdzono w przypadku analizowania grup badanych, dla których kryterium podziału stanowił poziom komponentu poznawczego (tabela 23 i rycina 8). Należy jednak zaznaczyć, że branie pod uwagę sumarycznego poziomu empatii według Testu TAT Murraya daje najlepszy rezultat, co wynika zapewne z bardziej precyzyjnego i całościowego podziału grupy na osoby bardziej i mniej empatyczne, podczas gdy analizując podział według poszczególnych komponentów, niektóre osoby kwalifikowano raz do jednej, a raz do drugiej grupy, o czym świadczy chociażby niejednorodność wyników zachodzących związków dla kolejnych komponentów i ich siła, mierzona współczynnikiem regresji wielokrotnej, przyjmującym wartości z przedziału [0;1]. Im wartość

współczynnika bliższa 1, tym rozpatrywana zależność jest mocniejsza, im bliższa 0, tym jest słabsza. Podsumowując, można zauważyć, że modele regresji wielokrotnej budowane z wykorzystaniem danych osób z wyższym poziomem empatii posiadają zwykle więcej istotnych statystycznie parametrów (na poziomie istotności 0,05) w porównaniu z grupą osób z niższymi poziomami empatii. Tak więc u osób bardziej empatycznych przeciwne związki zmiennych niezależnych z wymiarami wypalenia zawodowego wskazują na działanie tych zmiennych jako czynników obniżających wypalenie, czyli ochronne. Wymagana jest jednak do tego empatia u badanych pracowników, jako warunek wspomagający działania ochronne przed występowaniem wypalenia zawodowego. Zatem empatia może być traktowana jako moderator związku zmiennych niezależnych z wypaleniem zawodowym z uwagi na przeciwne związki jako element ochronny, chociaż w przypadku omawianych grup zawodowych jest to trudne do wykazania przy ograniczonych możliwościach metodycznych.

5.6. Porównanie lekarzy i pielęgniarek pod względem wypalenia zawodowego oraz empatii

Analiza porównawcza grup zawodowych lekarskiej i pielęgniarskiej pod względem wypalenia zawodowego i empatii została przeprowadzona szczególnie z myślą uwzględnienia osób z tych samych specjalności, co zostało przedstawione w formie istotności (we-

Tabela 26

Średni poziom wypalenia zawodowego w wymiarze wyczerpanie emocjonalne (EEX) oraz istotność różnic tych średnich (według testu t-Studenta) pomiędzy grupami lekarzy i pielęgniarek

Grupy	Pielęgniarska →	Zabiegowa	Niezabiegowa	Podst. opieki zdrow.
Lekarska ↓	Śr. w grupie → ↓	20,60	20,09	18,22
Zabiegowa	20,87	0,856	0,584	0,172
Niezabiegowa	17,76	0,041*	0,081	0,796
Podst. opieki zdrow.	20,93	0,845	0,600	0,206

* $p \leq 0,05$

dług testu t-Studenta) różnic średnich dla grup „po przekątnej” w tabelach 26–33. Z tego zestawienia można również odczytać istotność różnic (według testu t-Studenta) pomiędzy grupami zawodowymi lekarskimi i pielęgniarskimi, ale o różnych specjalnościach („poza przekątną”). Natomiast w tabelach 26–33 oznaczono (literami w indeksie górnym) obok nazw specjalności ewentualne istotności różnic poziomów wypalenia zawodowego i empatii (według testu ANOVA – dla $p \leq 0,05$) dla osób z różnych specjalności, ale w ramach tej samej grupy zawodowej, lekarskiej albo pielęgniarskiej.

W wyniku testowania (według testu t-Studenta) różnic średnich wypalenia zawodowego w wymiarze wyczerpanie emocjonalne (EEX) nie zauważono istotnych różnic pomiędzy grupami zawodowymi w obrębie tej samej specjalności, a jedynie pomiędzy lekarzami niezabiegowymi a pielęgniarkami zabiegowymi, które wykazały większe wypalenie. Nie jest to miarodajny sposób porównywania grup lekarskiej z pielęgniarską, gdyż zarówno reprezentowana specjalność (choć test ANOVA tego nie potwierdził), jak i zawód przesądziły o istotności tej różnicy. W przypadku porównywania grup zawodowych o tej samej specjalności, jak wspomniano, nie stwierdzono istotnych różnic (tabela 26). Zaobserwowano różnice dla niektórych grup w pozostałych wymiarach wypalenia, analizując table 27 i 28.

Tabela 27

Średni poziom wypalenia zawodowego w wymiarze depersonalizacja (DEP) oraz istotność różnic tych średnich (według testu t-Studenta) pomiędzy grupami lekarzy a pielęgniarek

Grupy	Pielęgniarska →	Zabiegowa	Niezabiegowa	Podst. opieki zdrow.
Lekarska ↓	Śr. w grupie → ↓	7,26	6,37	6,90
Zabiegowa	9,30	0,007**	< 0,001***	0,024*
Niezabiegowa	7,18	0,891	0,184	0,740
Podst. opieki zdrow.	8,42	0,149	0,007**	0,152

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

W wymiarze depersonalizacji (tabela 27) zauważono zgodność dla wszystkich rozpatrywanych specjalności – lekarze przejawiali większe wypalenie w tym wymiarze niż pielęgniarki, ale istotność statystyczną udało się wykazać tylko w przypadku specjalności określanej jako zabiegowa, gdyż lekarze ją reprezentujący, najbardziej wypaleni spośród wszystkich grup w wymiarze depersonalizacja (średnia 9,30), różnili się pod tym względem istotnie ($p = 0,007$) od pielęgniarek zabiegowych, pomimo że i one miały najwyższą średnią (7,26) w tym wymiarze w swojej grupie zawodowej.

Tabela 28

Średni poziom wypalenia zawodowego w wymiarze utraty poczucia osiągnięć osobistych (PAR) oraz istotność różnic tych średnich (według testu t-Studenta) pomiędzy grupami lekarzy a pielęgniarek

Grupy	Pielęgniarska →	Zabiegowa	Niezabiegowa	Podst. opieki zdrow.
Lekarska ↓	Śr. w grupie → ↓	29,83 ^a	29,42 ^{ab}	33,48 ^{ab}
Zabiegowa	31,30	0,101	0,043*	0,069
Niezabiegowa	32,43	0,006**	0,001***	0,222
Podst. opieki zdrow.	31,06	0,162	0,086	0,058

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

Uwaga: ^{ab} pary zmiennych, których różnice średnich są odpowiedzialne za pozytywny wynik testu ANOVA, potwierdzone testami *post hoc* Scheffego oraz Tukeya HSD dla poziomu istotności:

^a $p \leq 0,05$

^b $p \leq 0,01$

Natomiast w przypadku utraty poczucia osiągnięć osobistych (tabela 28) grupa niezabiegowa pielęgniarska wypadła znacznie gorzej od takiej samej lekarskiej ($p = 0,001$). Co ciekawe, charakteryzowała się ona najwyższym wypaleniem w tym wymiarze (średnia 29,42) wśród pielęgniarek (istotnie się różniącym od innych grup pielęgniarskich – $p \leq 0,05$ w stosunku do zabiegowej i $p \leq 0,01$ w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej), podczas gdy odpowiadająca jej lekarska – najniższym swojej grupie zawodowej.

Mimo nieistotnych statystycznie różnic na uwagę zasługuje fakt, że tylko lekarze podstawowej opieki zdrowotnej wykazali w każdym wymiarze większe wypalenie niż pielęgniarki o tej samej specjalności.

Porównując grupy lekarską i pielęgniarską, poddano analizie istotność różnic średnich poziomów empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina (tabela 29).

Tabela 29

Średni poziom empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina oraz istotność różnic tych średnich (według testu t-Studenta) pomiędzy grupami lekarzy a pielęgniarek

Grupy	Pielęgniarska →	Zabiegowa	Niezabiegowa	Podst. opieki zdrow.
Lekarska ↓	Śr. w grupie → ↓	206,69	203,82 ^b	213,41 ^b
Zabiegowa	201,54	0,092	0,482	0,003**
Niezabiegowa	206,98 ^a	0,921	0,315	0,106
Podst. opieki zdrow.	197,26 ^a	0,007**	0,075	< 0,001***

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

Uwaga: ^{ab} pary zmiennych, których różnice średnich są odpowiedzialne za pozytywny wynik testu ANOVA, potwierdzone testami *post hoc* Scheffego oraz Tukeya HSD dla poziomu istotności $p \leq 0,05$

Analizując średni poziom empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina (tabela 29), zauważono istotność różnic w specjalności określanej jako podstawowa opieka zdrowotna. Pielęgniarki, o najwyższej empatii (213,41) w swojej grupie zawodowej, różniły się bardzo istotnie ($p \leq 0,001$) od swoich odpowiedników lekarzy, którzy, co godne uwagi, okazali się najmniej empatyczni (197,26). Porównano również między sobą średnie poziomy empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina dla poszczególnych specjalności oddzielnie dla grup lekarskich i pielęgniarskich. Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, o najwyższym średnim poziomie empatii (213,41), istotnie różniły się od najmniej empatycznych – niezabiegowych (203,82), podczas gdy u lekarzy było odwrotnie (206,98 w stosunku do 197,26), i to na tym samym poziomie istotności ($p \leq 0,05$).

Porównano również istotność różnic średnich poziomów komponentów empatii oraz wyników sumarycznych według Testu TAT Murraya dla grup lekarskiej i pielęgniarskiej, a wyniki zestawiono w tabelach 30–33.

Tabela 30

Średni poziom komponentu emocjonalnego empatii według Testu TAT Murraya oraz istotność różnic tych średnich (według testu t-Studenta) pomiędzy grupami lekarzy a pielęgniarek

Grupy	Pielęgniarska →	Zabiegowa	Niezabiegowa	Podst. opieki zdrow.
Lekarska ↓	Śr. w grupie → ↓	5,71 ^a	6,78 ^a	5,91
Zabiegowa	5,96	0,489	0,022*	0,924
Niezabiegowa	6,36	0,114	0,149	0,447
Podst. opieki zdrow.	5,36	0,374	0,000***	0,263

* $p \leq 0,05$

*** $p \leq 0,001$

Uwaga: ^a pary zmiennych, których różnice średnich są odpowiedzialne za pozytywny wynik testu ANOVA, potwierdzone testami *post hoc* Scheffego oraz Tukeya HSD dla poziomu istotności $p \leq 0,05$

Tabela 31

Średni poziom komponentu poznawczego empatii według Testu TAT Murraya oraz istotność różnic tych średnich (według testu t-Studenta) pomiędzy grupami lekarzy a pielęgniarek

Grupy	Pielęgniarska →	Zabiegowa	Niezabiegowa	Podst. opieki zdrow.
Lekarska ↓	Śr. w grupie → ↓	4,56	4,17	4,38
Zabiegowa	4,40	0,607	0,465	0,960
Niezabiegowa	4,43	0,653	0,380	0,902
Podst. opieki zdrow.	3,97	0,089	0,577	0,415

Porównując średni poziom komponentu emocjonalnego empatii według Testu TAT Murraya pomiędzy grupami lekarskimi a pielęgniarskimi (tabela 30), nie zauważono istotnych różnic pomiędzy tymi grupami zawodowymi w obrębie tej samej specjalności, a jedynie pomiędzy pielęgniarkami niezabiegowymi, najbardziej empatycznymi w tym komponentie spośród wszystkich grup, a lekarzami zabiegowymi ($p \leq 0,05$) i podstawowej opieki zdrowotnej ($p \leq 0,001$).

Z wyników przedstawionych w tabeli 31 można wnioskować, że nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupami zawodowymi i reprezentowanymi specjalnościami.

Tabela 32

Średni poziom komponentu behawioralnego empatii według Testu TAT oraz istotność różnic tych średnich (według testu t-Studenta) pomiędzy grupami lekarzy i pielęgniarek

Grupy	Pielęgniarska →	Zabiegowa	Niezabiegowa	Podst. opieki zdrow.
Lekarska ↓	Śr. w grupie → ↓	2,58 ^c	4,06 ^{cd}	1,93 ^d
Zabiegowa	3,28 ^a	0,007**	0,017*	< 0,001***
Niezabiegowa	3,41 ^b	0,001***	0,034*	< 0,001***
Podst. opieki zdrow.	2,41 ^{ab}	0,531	< 0,001***	0,216

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

Uwaga: ^{abcd} pary zmiennych, których różnice średnich są odpowiedzialne za pozytywny wynik testu ANOVA, potwierdzone testami *post hoc* Scheffego oraz Tukeya HSD dla poziomu istotności:

^a $p \leq 0,05$

^b $p \leq 0,01$

^{cd} $p \leq 0,001$

Porównując natomiast średni poziom komponentu behawioralnego empatii według Testu TAT Murraya (tabela 32), zauważono istotne różnice pomiędzy grupami lekarskimi i pielęgniarskimi o tych samych specjalnościach. Lekarze zabiegowi mieli znacznie wyższy jego poziom niż pielęgniarki o tej specjalności (3,28 w porównaniu z 2,58 – istotność różnicy $p = 0,007$), podczas gdy dla lekarzy niezabiegowych stwierdzono przeciwną prawidłowość (4,06 w porównaniu z 3,41 – istotność różnicy $p = 0,034$), przy najwyższym średnim poziomie tego komponentu. Te przeciwne prawidłowości spowodowały, że w przypadku sumarycznego średniego poziomu empatii, podobnie jak przy rozpatrywaniu łącznie lekarzy czy pielęgniarek (bez rozbicia na specjalności), wyniki się uśredniały, tracąc dotychczasowe zróżnicowanie. Stwierdzono również istotne różnice poziomu komponentu behawioralnego empatii w przypadku osób reprezentujących różne specjalności w obrębie grup zawodowych.

Średni poziom empatii (sumaryczny) według Testu TAT Murraya oraz istotność różnic tych średnich (według testu t-Studenta) pomiędzy grupami lekarzy a pielęgniarek

Grupy	Pielęgniarska →	Zabiegowa	Niezabiegowa	Podst. opieki zdrow.
Lekarska ↓	Śr. w grupie → ↓	12,85	15,01 ^b	12,22 ^b
Zabiegowa	13,60	0,335	0,090	0,227
Niezabiegowa	14,11 ^a	0,087	0,253	0,081
Podst. opieki zdrow.	11,74 ^a	0,187	< 0,001***	0,689

*** $p \leq 0,001$

Uwaga: abc pary zmiennych, których różnice średnich są odpowiedzialne za pozytywny wynik testu ANOVA, potwierdzone testami *post hoc* Scheffego oraz Tukeya HSD dla poziomu istotności $p \leq 0,05$

Z wyników zestawionych w tabeli 33 można wnioskować, że nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupami zawodowymi pod względem poziomu empatii według Testu TAT (sumarycznego) Murraya, a jedynie pomiędzy reprezentowanymi specjalnościami. W przypadku analizowania oddzielnie grup lekarskich i pielęgniarskich zauważono podobne różnice jak dla całości grup specjalności, ale z uwagi na mniejsze liczebności istotności tych różnic były rzadziej potwierdzane.

Przedstawione różnice w porównaniu lekarzy i pielęgniarek z uwzględnieniem specjalności wskazują na specyfikę zarówno wymiarów wypalenia i komponentów empatii, jak również – a może szczególnie – na odmienności charakteryzujące wykonywany zawód i reprezentowaną specjalność.

6. Dyskusja i podsumowanie wyników

W tym rozdziale zostanie rozważona kwestia, w jakim stopniu udało się zrealizować cel badań, a więc jakie są odpowiedzi na sformułowane pytania badawcze pracy, a następnie problem, jak w świetle otrzymanych wyników wyglądają potwierdzenia postawionych hipotez badawczych.

To, jaki poziom wymiarów wypalenia zawodowego występuje w grupach lekarzy i pielęgniarek, reprezentujących różne specjalności i czy istnieje różnica istotna statystycznie w poziomie tego wypalenia pomiędzy grupą lekarzy a pielęgniarek oraz osobami o różnych specjalnościach, okazało się pytaniem zasadnym. A mianowicie, pomiar poziomu wymiarów wypalenia zawodowego w grupach osób o różnych specjalnościach (łącznie lekarzy i pielęgniarek) wykazał znaczne zróżnicowanie pomiędzy osobami nawet z tych samych grup, o czym świadczą wysokie wartości odchylenia standardowego. We wszystkich badanych grupach pracowników odchylenia te sięgały ponad połowę wartości średnich wyczerpania emocjonalnego, które mieściły się w przedziale określanym jako poziom średni. Podobnie było w przypadku depersonalizacji, natomiast dla wymiaru utrata poczucia osiągnięć osobistych odchylenia standardowe w poszczególnych grupach stanowiły około jednej trzeciej ich średnich, klasyfikowanych jako wyniki wysokie. Proporcje tych odchyżeń nie odbiegają znacząco od wyników pracowników medycznych, uzyskiwanych w różnych krajach (za: Maslach, Jackson, Leiter, 1996; Anczewska, 2006; Renzi i in., 2005), z wyjątkiem wyników badań holenderskich (Schaufeli, Van Dierendonck, 1993), według których w przypadku wymiaru utrata poczucia osiągnięć osobistych, o znacznie wyższej średniej niż w badaniach własnych, odchylenie standardowe stanowi jedną ósmą średniej. Porównując wyniki z badań własnych, dotyczące wspomnianych proporcji odchyżeń i średnich, do badań wypalenia zawodowego u nauczycieli realizowanych przez Tucholską (2003), nie stwierdzono znaczących różnic, z wyjątkiem tego, że nauczyciele, przy podobnym średnim wyniku wyczerpania emocjonalnego, mają odchylenie standardowe niższe od jego połowy.

Wracając do porównania wyników badań holenderskich i własnych, na uwagę zasługuje również fakt, że oprócz wspomnianej wyższej utraty poczucia osiągnięć osobistych przez holenderskich lekarzy i pielęgniarki w pozostałych wymiarach wypalenia wypadli oni korzystniej od polskich.

Poziom wypalenia zawodowego we wszystkich rozpatrywanych wymiarach był najwyższy w badanej grupie pracowników zabiegowych, a analiza wariancji wykryła istotne różnice pomiędzy średnimi dla badanych grup pracowników tylko w wymiarze depersonalizacji. Wyniki obu testów *post hoc* wykazały, że istotna różnica w tym wymiarze występuje jedynie pomiędzy grupą pracowników zabiegowych a niezabiegowych (po-

ziom prawdopodobieństwa dla tej pary był w obu testach mniejszy od 0,05) i to ona zażyła na pozytywnym teście ANOVA.

Różnice wymiarów wypalenia zawodowego pomiędzy pracownikami reprezentującymi różne specjalności można próbować wyjaśnić na gruncie teorii wypalenia zawodowego jako konsekwencji narastającego rozczarowania, gdyż Edelvich i Brodsky (1980), podkreślając w niej główną rolę czynników środowiskowych w powstawaniu tego zaburzenia, uwzględniają specyfikę zawodów społecznych.

Czy istnieje różnica istotna statystycznie w poziomie wypalenia pomiędzy grupą lekarzy i pielęgniarek? Z cytowanych już wyników badań holenderskich (Schaufeli, Van Dierendonck, 1993) wynika prosty wniosek: 667 holenderskich pielęgniarek z różnych środowisk w znacząco mniejszym stopniu doświadczało wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji, a większe osobiste zaangażowanie zawodowe (czyli mniejszą utratę poczucia dokonań osobistych), od 567 lekarzy ogólnych. I tu pojawia się pewien problem – pielęgniarki reprezentowały różne środowiska, a lekarze tylko jedną grupę – lekarzy ogólnych. Aby wyeliminować tego typu niejasności w badaniach własnych, analizę porównawczą grup lekarzy i pielęgniarek pod względem wypalenia zawodowego przeprowadzono z uwzględnieniem reprezentowanych specjalności. Z zestawienia wyników wypływa pewne spostrzeżenie, iż słusznie porównywano te grupy zawodowe w rozbiciu na specjalności, gdyż tylko w przypadku depersonalizacji zauważono zgodność dla wszystkich rozpatrywanych specjalności – lekarze byli bardziej wypaleni w tym wymiarze od pielęgniarek, a w przypadku specjalności zabiegowej (najbardziej wypaleni lekarze w stosunku do najmniej tym dotkniętych pielęgniarek) istotność tej różnicy ($p = 0,007$) została potwierdzona statystycznie testem t-Studenta. W przypadku pozostałych wymiarów było różnie, a drugą istotną różnicę wykryto w porównaniu utraty poczucia osiągnięć osobistych – znacznie gorzej wypadła grupa niezabiegowa pielęgniarska od takiej samej lekarskiej ($p = 0,001$). Co ciekawe, charakteryzowała się ona najwyższym wypaleniem w tym wymiarze wśród pielęgniarek, podczas gdy odpowiadająca jej lekarska – najniższym w swojej grupie zawodowej. Należy dodać, że pielęgniarki niezabiegowe właśnie pod względem utraty poczucia osiągnięć osobistych istotnie się różniły od innych grup pielęgniarskich ($p \leq 0,05$ w stosunku do zabiegowej i $p \leq 0,01$ w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej), u lekarzy różnice te nie okazały się aż tak wyraziste, czyli były nieistotne. Należy jednak przed wyciągnięciem wniosków co do różnic tego wymiaru pomiędzy grupą pielęgniarską a lekarską wziąć pod uwagę to, że pierwsza grupa była zdominowana przez kobiety (ponad 98%), a druga bardziej zrównoważona pod względem płci (57% to lekarki). Mogło to być zatem rezultatem różnic pomiędzy mężczyznami a kobietami, o których istotności w przypadku depersonalizacji donosi Pasikowski (2007) na podstawie analizy badań polskich i światowych, przy nieistotnych różnicach pomiędzy osobami wykonującymi różne zawody. Również Tucholska (2003) w swych badaniach nad wypaleniem zawodowym nauczycieli wykazała czynnik „płeć” jako istotnie różnicujący, ale tylko w wymiarze utraty poczucia osiągnięć osobistych. Z badań tej autorki wynika, że nauczyciele są w tym wymiarze bardziej wypaleni od swoich koleżanek, podczas gdy we wspomnianych powyżej istotnych różnicach w utracie poczucia osiągnięć osobistych pomiędzy grupą niezabiegową lekarską a taką samą pielęgniarską ta ostatnia, zdominowana przez kobiety, była bardziej wypalona, co może świadczyć o tym, że raczej czynnik „zawód”, a nie „płeć”, w przypadku pracowników

ochrony zdrowia ma związek z utratą poczucia osiągnięć osobistych. Nie potwierdzają tego badania własne związków zmiennych niezależnych ze zmienną zależną – wypaleniem zawodowym w wymiarze utrata poczucia osiągnięć osobistych, gdyż ani zawód, ani płeć, zarówno przy wyższym, jak i przy niższym poziomie zmiennej moderującej – empatii, nie były istotnie powiązane. Nie oznacza to jednak sprzeczności wyników, gdyż analiza ta dotyczyła ogółu badanych, a analiza porównawcza, w której pewne związki potwierdzono, była realizowana oddzielnie dla każdej specjalności, i wykazano je tylko dla grup pracowników niezabiegowych. Natomiast dla wymiaru depersonalizacji, gdzie różnice istotne wstąpiły pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami we wszystkich specjalnościach, również przy analizie regresji wielokrotnej, zmienna „zawód” wykazywała związki niezależnie od zmiennej moderującej empatii. Te rozważania przemawiają za tym, że występuje raczej związek zmiennej „zawód” z depersonalizacją (w przypadku wymiaru utraty poczucia osiągnięć osobistych dodatkowo „specjalność”), a nie „płci”, która mogłaby być „zmienną zakłócającą”, przy tak dużym zróżnicowaniu rozpatrywanych grup zawodowych pod względem płci.

Ponadto z analizy tej wynika sugestia, aby w przyszłości przy badaniu zawodów społecznych rozpatrywać wypalenie z uwzględnieniem zawodu, specjalności czy płci (zwracając uwagę na liczbową dominację kobiet w tych zawodach). Wynika to również z badań Tucholskiej (2003), która potwierdziła utratę poczucia osiągnięć osobistych związaną z płcią, nauczaniem przedmiotem, a nie wiekiem, wykształceniem czy stażem i miejscem pracy. Należy też unikać rozpatrywania każdego czynnika oddzielnie, co wykazano pośrednio w prezentowanych wynikach badań. Porównując przedstawicieli różnych zawodów czy specjalności, należy pamiętać o ich specyfice, nie koncentrować się na szukaniu uogólnień, lecz wykazywać różnice.

W prezentowanych wynikach badań własnych, mimo nieistotnych statystycznie różnic, na uwagę zasługuje również spostrzeżenie, że tylko lekarze podstawowej opieki zdrowotnej byli w każdym wymiarze bardziej wypaleni od pielęgniarek o tej samej specjalności. Można przypuszczać, że było to prawdopodobnie wynikiem rozbieżności między oczekiwaniami i wyobrażeniami tych lekarzy co do swojej pracy a sytuacją, z jaką przyszło im się zmierzyć na co dzień – o czym donosili także inni autorzy (Rabin, Feldman, Kaplan, 1999; Prosper i in., 1999). Próbuąc odnieść te wnioski do modeli teoretycznych, najbardziej przydatny byłby model wypalenia zawodowego w ujęciu egzystencjalnym Pines (2007), gdyż rozpatruje on osoby o wysokim poziomie motywacji rozpoczynające pracę w wybranym przez siebie zawodzie, co bardzo odpowiada kandydatom do zawodu lekarza, ze wzniosłymi celami oraz dużymi oczekiwaniami dotyczącymi tego, co ma im zapewnić praca. Jednak dla ludzi, którzy swoją wartość wiążą z rezultatami własnego działania i starają się czerpać ze swej pracy poczucie egzystencjalnego znaczenia, porażka jest druzgocącym doświadczeniem i potężnym czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu wypalenia.

Porównując uzyskane w badaniach własnych wyniki poziomu wymiarów wypalenia zawodowego z doniesieniami zawartymi w literaturze przedmiotu, można zasygnalizować następujące spostrzeżenia:

1. Uzyskane średnie wyniki wyczerpania emocjonalnego EEX dla lekarzy i pielęgniarek ze wszystkich specjalności w porównaniu z pracownikami opieki zdrowotnej przebadanymi przez Maslach, Jackson i Leitera (1996) były niższe (19,91

w stosunku do 22,19), natomiast odwrotnie było w dwóch pozostałych wymiarach: depersonalizacji DEP (7,41 do 7,12) i utraty poczucia osiągnięć osobistych PAR (30,78 do 36,53).

2. Identyczne spostrzeżenia wynikają z porównania z wynikami badań włoskich lekarzy i pielęgniarek (za: Renzi i in., 2005) o różnych specjalnościach (ich średnie wyniki wymiarów wypalenia to EEX – 20,2, DEP – 7,0, PAR – 32,5).
3. Natomiast wypalenie zawodowe (EEX – 26,4, DEP – 9,9, PAR – 27,3) pielęgniarek południowokoreańskich (Lee i in., 2003) było wyższe we wszystkich wymiarach w stosunku do całej grupy badanej z badań własnych, jak i samych badanych pielęgniarek.
4. W przypadku grupy niezabiegowej z badań własnych (w tym lekarzy i pielęgniarek z oddziałów psychiatrycznych) średnie wyniki we wszystkich wymiarach były gorsze u pracowników psychiatrycznej opieki medycznej przebadanych przez Maslach, Jackson i Leitera (1996).
5. Porównując wyniki grup niezabiegowych z badań własnych (w tym osób z oddziałów psychiatrycznych) z wartościami uzyskanymi w badaniach światowych innych autorów, dotyczących pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej, przedstawionych w formie zestawienia przez Anczewską (2006), zauważono, że lekarze z badań własnych mieli niższe wyczerpanie emocjonalne (17,76) od wszystkich przebadanych psychiatrów, podczas gdy w wymiarach depersonalizacja (7,18) oraz utrata poczucia osiągnięć osobistych (32,43) z reguły byli bardziej wypaleni. Natomiast dla badanych pielęgniarek niezabiegowych (w tym psychiatrycznych) wyniki poszczególnych wymiarów – wyczerpanie emocjonalne (20,09), depersonalizacja (6,37) oraz utrata poczucia osiągnięć osobistych (29,42) – najczęściej wskazywały na wyższe wypalenie u osób z badań własnych w stosunku do pielęgniarek psychiatrycznych, których wynik podaje Anczewska (2006).
6. Autorka ta (Anczewska, 2006, s. 74) przedstawiła również wyniki swoich badań (Polska) i kilku europejskich ośrodków (Norwegia, Finlandia, Dania), realizowanych w ramach Piątego Programu Ramowego UE, dotyczących m.in. wypalenia zawodowego pracowników psychiatrycznej opieki medycznej. Na ich tle grupa badawcza niezabiegowa z badań własnych wypadła niekorzystnie, i to z uwagi na wyższe poziomy wszystkich wymiarów wypalenia.

W odpowiedzi na pytanie, jaki poziom empatii reprezentują lekarze i pielęgniarki o poszczególnych specjalnościach, można stwierdzić, że nie jest on zbyt zróżnicowany, gdyż analiza wariancji w przypadku poziomu empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina nie wykazała istotnych różnic pomiędzy jej średnimi poziomami w poszczególnych grupach pracowników, a najwyższą wartość średnią 205,05 odnotowano w grupie niezabiegowej, podczas gdy najniższą 204,64 u osób z podstawowej opieki medycznej. Te wyrównane wyniki, zapewne wskutek obliczenia średnich uwzględniających lekarzy i pielęgniarki, kobiety i mężczyzn, w różnym wieku, zatrudnionych w kilku szpitalach, na różnych oddziałach i o niejednakowym wykształceniu, nie w pełni przedstawiają poziom empatii osób o poszczególnych specjalnościach. Również stwierdzenie, że przeciętne wyniki można zaliczyć do przedziału wartości średnich (166–230) przy odchyleniu standardowym wynoszącym dla wszystkich badanych 24,67, nie jest wystarczające, szczególnie wobec przedstawicieli zawodów, w których empatia jest konieczna.

Dlatego porównano między sobą średnie poziomy empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina dla poszczególnych specjalności oddzielnie dla grup lekarskich i pielęgniarskich. Tutaj pojawiły się istotne różnice pomiędzy specjalnościami, i to nawet zaskakujące. Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, o najwyższym średnim poziomie empatii (213,41), istotnie różniły się od najmniej empatycznych pielęgniarek niezabiegowych (203,82), podczas gdy u lekarzy było odwrotnie (206,98 w stosunku do 197,26) na tym samym poziomie istotności ($p \leq 0,05$). W związku z tym można było od razu postawić sobie pytanie: jakim wypaleniem charakteryzowały się te grupy, tak różne pod względem empatii? Wykazano, że poza wypaleniem emocjonalnym obowiązywała prawidłowość – jeżeli grupa była najbardziej empatyczna, czy to lekarska (niezabiegowa), czy pielęgniarska (podstawowej opieki zdrowotnej), to okazywała się najmniej wypalona w pozostałych wymiarach, czyli w wymiarze depersonalizacji oraz utraty poczucia osiągnięć osobistych, podczas gdy najbardziej wypaleni byli najmniej empatyczni (lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki niezabiegowe).

Można to odnieść do stwierdzeń Chernissa (1993; 1995) i Sęk (2007), którzy zwracają uwagę na czynniki podmiotowe, ze szczególnym uwzględnieniem braku profesjonalizmu i deficytu w zakresie kompetencji interpersonalnych. Empatia pozwala wyznaczyć ogólne ramy kompetencji, zarówno osobistych, jak i społecznych, warunkujących efektywne funkcjonowanie w roli zawodowej.

Natomiast porównując grupy lekarską i pielęgniarską w ramach tych samych specjalności, istotność różnic zauważono w specjalności określanej jako podstawowa opieka zdrowotna – pielęgniarki, o najwyższej empatii (213,41) w swojej grupie zawodowej, różniły się bardzo istotnie ($p \leq 0,001$) od lekarzy tej grupy, ci z kolei, co godne podkreślenia, okazali się najmniej empatyczni (197,26).

Grupa pracowników niezabiegowych charakteryzowała się najwyższym poziomem komponentu emocjonalnego i behawioralnego empatii (według Testu TAT Murraya), a analiza wariancji w przypadku ich średnich wartości wykryła istotne różnice pomiędzy grupami pracowników o różnych specjalnościach. Wyniki obu testów *post hoc* jednoznacznie wskazują, że istotne różnice w poziomie komponentu emocjonalnego empatii występują jedynie pomiędzy grupami pracowników zabiegowych i niezabiegowych oraz niezabiegowych i podstawowej opieki zdrowotnej, a poziomy prawdopodobieństwa dla tych par były w obu testach mniejsze od 0,01. Różnice w tych parach zaważyły na pozytywnym teście ANOVA. Podobnie było w przypadku poziomu sumarycznego empatii według Testu TAT Murraya, ale poziomy prawdopodobieństwa dla tych par były różne (odpowiednio $p \leq 0,05$ i $p \leq 0,001$).

Natomiast dla komponentu behawioralnego istotne różnice wystąpiły pomiędzy wszystkimi badanymi grupami (pracownicy zabiegowi, niezabiegowi i podstawowej opieki zdrowotnej), a wartości poziomu prawdopodobieństw, dla prawie wszystkich tworzących przez nie par, były w obu testach *post hoc* mniejsze od 0,001 – wyjątek stanowi różnica pracowników zabiegowych i podstawowej opieki zdrowotnej ($p \leq 0,05$).

Porównując średni poziom komponentów empatii według Testu TAT Murraya pomiędzy grupami lekarskimi a pielęgniarskimi, zauważono istotne różnice tylko w przypadku komponentu behawioralnego. Lekarze zabiegowi mieli znacznie wyższy jego poziom niż pielęgniarki o tej specjalności (4,06 w porównaniu z 3,41 – istotność różnicy $p = 0,007$), podczas gdy dla lekarzy niezabiegowych stwierdzono przeciwną prawidłowość.

wość (3,28 w porównaniu z 2,58 – istotność różnicy $p = 0,034$), przy najwyższym średnim poziomie tego komponentu u pielęgniarek niezabiegowych w odniesieniu do pozostałych grup pielęgniarskich.

Te przeciwne prawidłowości spowodowały, że w przypadku sumarycznego średniego poziomu empatii, podobnie jak w rozpatrywaniu łącznie lekarzy czy pielęgniarek (bez rozbicia na specjalności), wyniki się uśredniały, tracąc dotychczasowe zróżnicowanie. Podobnie było w przypadku wartości dla poszczególnych grup badawczych i wymiarów wypalenia zawodowego, gdyż przy łącznym traktowaniu rzadziej stwierdzano istotne różnice. Wskazuje to na specyfikę zarówno wymiarów wypalenia i komponentów empatii, jak również, a może szczególnie, na odmienności charakteryzujące specjalność i wykonywany zawód.

Porównując natomiast między sobą średnie poziomy empatii według Testu TAT Murraya dla poszczególnych specjalności, oddzielnie dla grup lekarskich i pielęgniarskich, zauważono podobne różnice jak dla całości grup specjalności, ale z uwagi na mniejsze liczebności grup istotności statystyczne tych różnic były rzadziej potwierdzone. Pod tym względem lekarze od pielęgniarek nie różnili się znacząco. Należy jednak podkreślić, że ewentualne różnice pomiędzy tymi grupami zawodowymi mogą wynikać z różnic płci, gdyż grupę pielęgniarską charakteryzuje dominacja kobiet, przy uwzględnieniu spostrzeżeń Hojata i in. (2002b) po przebadaniu poziomu empatii u lekarzy różnych specjalności, że kobiety wykonujące ten zawód mają wyższy jej poziom niż mężczyźni. Natomiast porównując pod tym względem przedstawicieli różnych specjalizacji badacze ci zauważyli, że psychiatry są bardziej empatyczni niż anestezjolodzy, chirurdzy, kardiologodzy i ginekologodzy. Nie było natomiast różnicy w poziomie empatii pomiędzy lekarzami o specjalizacji psychiatrycznej, internistycznej, pediatrycznej, intensywnej terapii i lekarzami rodzinnymi. Również nie stwierdzono różnic w ich umiejętnościach interpersonalnych.

W odpowiedzi na pytanie, czy istnieje związek między empatią a wypaleniem zawodowym w grupach badanych lekarzy i pielęgniarek, pojawiają się wątpliwości. Z jednej strony można stwierdzić, że tak – jest przeciwna istotna ($p \leq 0,001$) zależność, i to z wszystkimi wymiarami wypalenia, ale przy założeniu, że empatię mierzymy według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina. Z drugiej strony natomiast, gdy za narzędzie pomiaru empatii przyjmujemy Test TAT Murraya, to okazuje się, że istotne przeciwne związki ($p \leq 0,05$) wyniku sumarycznego Testu TAT z wypaleniem emocjonalnym i depersonalizacją są rezultatem ujemnej korelacji, ale o wyższej istotności ($p \leq 0,001$), komponentu poznawczego z tymi dwoma wymiarami wypalenia, podczas gdy dla pozostałych komponentów empatii oraz trzeciego wymiaru wypalenia (utrata poczucia osiągnięć osobistych) nie wykazano istotnych zależności. Nie wystarczy dodać, że została potwierdzona wysoka istotność ($p \leq 0,001$) interkorelacji komponentów empatii według Testu TAT Murraya, a nawet według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina, aby móc ogólnie stwierdzić związek empatii z wypaleniem. Należałoby wskazać te składowe empatii, które rzeczywiście są powiązane z wypaleniem – na podstawie wyników byłyby to zapewne komponent poznawczy empatii. Wydaje się, że Skala Empatii Mehrabiana i Epsteina jest elementem precyzyjnie dzielącym badanych na bardziej i mniej empatycznych. Być może empatia nie „działa” samodzielnie w relacjach z wypaleniem, a ra-

czej stymuluje (lub jest stymulowana) wpływ na wypalenie innych zmiennych, „wchodząc” z nimi w interakcję.

Dlatego aby interakcję tę potwierdzić, należałoby sprawdzić, czy istnieje związek między empatią oraz wypaleniem zawodowym a zmiennymi niezależnymi: wykształceniem, zawodem, płcią, wiekiem, stażem, specjalnością, satysfakcją, motywacją i uzyskiwanym wsparciem, czyli czy można np. traktować empatię jako zmienną pośredniczącą lub nawet moderator.

Aby wykazać empatię jako zmienną pośredniczącą (mediacja) między zmiennymi niezależnymi a wypaleniem zawodowym, jako zmienną zależną, wykonano analizę mediacji w słabszym sensie, z uwagi na nominalny charakter większości zmiennych niezależnych. Uznano mianowicie, że niesprzeczne z hipotezą o mediacji będą takie wyniki, że zmienne niezależne są istotnie statystycznie powiązane ze zmiennymi dotyczącymi empatii, a te z kolei są w istotnym związku ze zmiennymi określającymi wymiary wypalenia zawodowego. Zrezygnowano zatem z wymogu, że zmienne niezależne są istotnie statystycznie związane ze zmienną zależną – wypaleniem zawodowym, a dokładniej – z jego wymiarami.

Związek empatii, a raczej jej poziomów, uzyskiwany dwoma narzędziami (z uwzględnieniem komponentów), z wypaleniem zawodowym (w różnych wymiarach) nie w każdym przypadku, jak wspomniano, udało się istotnie potwierdzić. Niemniej jednak gdy tak się działo, jak w przypadku wyników empatii w Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina, był to związek przeciwny i silnie związany z wszystkimi wymiarami wypalenia. Można zatem skłaniać się do ogólnego stwierdzenia, że zmienne określające empatię korelują ujemnie z wymiarami wypalenia – z tym, że nie dla wszystkich komponentów czy też wymiarów udało się to istotnie potwierdzić.

Podobne istotności przeciwnego związku niektórych wymiarów wypalenia zawodowego z poziomami empatii u pracowników medycznych potwierdzili autorzy z innych krajów (Szwecja – Astrom i in., 1990 oraz Kuremyr i in., 1994; Korea Płd. – Lee i in., 2003; USA – Larson, 2005; Litwa – Raižienė, Endriulaitienė, 2007), niekiedy wskazując ponadto na związki z wymiarami, których w badaniach własnych nie udało się wykazać – czyli znaleziono potwierdzenie własnych spostrzeżeń, a także wskazówkę do dalszych badań i szerszych analiz. Na uwagę zasługuje również fakt, że nawet studentów kierunków medycznych charakteryzują podobne związki – wykazano je już we wcześniejszych badaniach (Wilczek-Rużyczka, Repka, 2006; Rosen i in., 2006).

Czy zatem został spełniony drugi warunek mediacji, czyli wykazanie istotnych związków między zmiennymi niezależnymi a empatią? Spośród wybranych zmiennych niezależnych, mogących mieć istotne statystycznie związki z poziomem empatii, jedynie w przypadku satysfakcji (deklarowanej przez badane osoby) udało się tę istotność potwierdzić w każdym komponentcie i Skali Empatii. Większość rozpatrywanych zmiennych niezależnych związana była istotnie z wynikami w Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina. Wiek i staż, zmienne, które należały do wyjątków w tym względzie, były natomiast istotnie przeciwnie skorelowane z komponentem emocjonalnym empatii według Testu TAT Murraya, a w konsekwencji z jej wartością sumaryczną, chociaż z pozostałymi komponentami tej istotności nie wykazano. Ponadto zmienna niezależna – specjalność – była bardzo istotnie ($p \leq 0,001$) związana z emocjonalnym oraz behawioralnym komponentem empatii, a motywacja z komponentem poznawczym, ale na niższym po-

ziomie istotności ($p = 0,013$), i nie wpłynęło to na istotność z poziomem sumarycznym Testu TAT Murraya.

Można zatem zaryzykować stwierdzenie, że wykazano istotne związki niektórych zmiennych niezależnych z poziomami empatii czy też jej komponentami. Biorąc ponadto pod uwagę wspomniane związki pomiędzy niektórymi wymiarami wypalenia zawodowego a poziomami empatii, czy też jej komponentami, należałoby wnioskować o pośredniczącej roli empatii.

Analizując poziom empatii jako moderatora relacji między płcią, wiekiem, stażem, specjalnością, satysfakcją, motywacją i uzyskiwanym wsparciem a poziomem wypalenia zawodowego, założono, że im wyższy poziom empatii, tym silniejsze związki powyższych zmiennych z poziomem wypalenia zawodowego.

Dla zweryfikowania hipotezy o empatii jako moderatrice relacji podzielono obszar zmienności zmiennych na dwa obszary, najpierw według zmiennej poziom empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina. Weryfikacji tej hipotezy w odniesieniu do cech ilościowych: stażu pracy oraz wieku pracowników za pomocą współczynnika korelacji liniowej r-Pearsona, osobno dla osób z wyższym i niższym poziomem empatii, zaniechano, gdyż były to tylko dwie zmienne, z ośmiu analizowanych, a istotności stwierdzonych różnic związków nie udało się statystycznie potwierdzić. Trzeba jednak wziąć pod uwagę to, że więcej istotnych związków pomiędzy stażem pracy i wiekiem pracowników a wypaleniem zawodowym (mierzonym według trzech wymiarów Kwestionariusza MBI) występuje w przypadku pracowników z wyższym poziomem empatii (w Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina). Dotyczy to przede wszystkim korelacji wieku i stażu pracy pracowników z wyższym poziomem empatii ze skalą wypalenia zawodowego w wymiarze depersonalizacji, w przypadku której wartości współczynnika są ujemne i istotne statystycznie. U pracowników z niższymi poziomami empatii takich związków nie zaobserwowano (w odniesieniu do wypalenia zawodowego w wymiarze depersonalizacji). W przypadku skali wypalenia zawodowego w wymiarze braku poczucia osiągnięć osobistych zarówno u pracowników z wyższymi, jak i niższymi poziomami empatii zależności pomiędzy wiekiem i stażem pracy a wypaleniem zawodowym są przeciwne i statystycznie istotne. Jednak podjęta próba wykazania istotności różnicy wartości współczynnika korelacji u osób z wyższym i niższym poziomem empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina nie powiodła się, pomimo wyższego poziomu istotności dla grupy bardziej empatycznych.

Dlatego szukając moderatora tej relacji, szczegółowo przedstawiono w formie tabelarycznej i graficznej omawiane istotne zależności pomiędzy badanymi zmiennymi, zestawiając je dla grup pracowników z wyższymi oraz niższymi poziomami empatii (założony moderator) określonymi według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina, jak również na podstawie wyników Testu TAT Murraya (z uwzględnieniem komponentów empatii i wartości sumarycznej).

Z interpretacji obliczeń dotyczących istotnych zależności pomiędzy badanymi zmiennymi, dla grup pracowników z wyższymi oraz niższymi poziomami empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina (moderator), wynika, że związki pomiędzy cechami pracowników a wypaleniem zawodowym tych grup przyjmują charakter bardziej przypadkowy niż regularny. W związkach tych, zawsze przeciwnych, dominują cechy

wynikające ze stosunku pracy (zawód, wykształcenie, specjalność, satysfakcja), a nie osobowościowe.

Natomiast z takiej interpretacji obliczeń dotyczących istotnych zależności pomiędzy badanymi zmiennymi niezależnymi i wypaleniem zawodowym, dla grup pracowników z wyższymi oraz niższymi poziomami komponentów empatii oraz wartości sumarycznej według Testu TAT Murraya (moderator), wynika, że związki pomiędzy cechami pracowników a wypaleniem zawodowym są znacznie częściej stwierdzane w grupie z wyższym poziomem komponentów empatii, i są to związki przeciwnie. Najmniej liczne związki badanych cech z wypaleniem i najmniej widoczną różnicą pomiędzy grupami stwierdzono w przypadku analizowania grup badanych, dla których kryterium podziału stanowił poziom komponentu poznawczego. Natomiast najbardziej różnicował badanych pod rozpatrywanym względem wynik wartości sumarycznej poziomu empatii według Testu TAT Murraya, gdyż u osób o wyższym jej poziomie stwierdzono aż 11 przeciwnych związków badanych zmiennych niezależnych z wypaleniem zawodowym, i to w większości na wyższych poziomach istotności ($p \leq 0,01$ lub $p \leq 0,001$), podczas gdy w grupie o niższej empatii wystąpił tylko jeden. Najbliżej tego wyniku był podział w przypadku komponentu emocjonalnego, wyrażający się wspomnianym stosunkiem 10 : 4. Można by więc wnioskować, że to ten komponent ma największe znaczenie w rozpatrywanym działaniu moderującym. Należy jednak zaznaczyć, że branie pod uwagę sumarycznego poziomu empatii według Testu TAT Murraya daje najlepszy rezultat, wynikający zapewne z bardziej precyzyjnego i całościowego podziału grupy na osoby bardziej i mniej empatyczne. Analizując podział według poszczególnych komponentów, niektóre osoby kwalifikowano raz do jednej, a raz do drugiej grupy, o czym świadczy chociażby niejednorodność wyników dla związków kolejnych komponentów i ich siły, mierzonych współczynnikiem regresji wielokrotnej.

Spśród zmiennych niezależnych, oprócz wprost wynikających z profesji (zawód, wykształcenie, specjalizacja), na uwagę zasługują bardziej osobowościowe, satysfakcja i uzyskiwane wsparcie, z uwagi na często stwierdzane u osób empatycznych przeciwnie korelacje z wymiarami wypalenia (dotyczy to szczególnie satysfakcji).

Podsumowując, można zauważyć, że modele regresji wielokrotnej, budowane z wykorzystaniem danych osób z wyższym poziomem empatii, posiadają zwykle więcej istotnych statystycznie parametrów i są z reguły na wyższym poziomie istotności w porównaniu z grupą osób z niższymi poziomami empatii. Tak więc u osób bardziej empatycznych przeciwnie związki zmiennych niezależnych z wymiarami wypalenia zawodowego wskazują na działanie tych zmiennych jako czynników obniżających wypalenie, czyli działania ochronne. Wymagana jest jednak towarzysząca empatia u badanych pracowników, jako warunek wspomagający działania ochronne przed występowaniem wypalenia zawodowego. Zatem empatia może być traktowana jako moderator związku zmiennych niezależnych z wypaleniem zawodowym, chociaż w przypadku omawianych grup zawodowych jest to trudne do wykazania. Chodzi tu szczególnie o empatię, czy raczej jej komponenty określane według Testu TAT Murraya, podczas gdy analizowanie wyników poziomu empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina skłania do traktowania jej bardziej jako zmiennej pośredniczącej. Być może należałoby empatii przypisać rolę zarówno mediacyjną, jak i moderującą, czyli ochronną, gdyż osoby bardziej empatyczne były mniej wypalone, a korzystny wpływ zmiennych niezależnych na wy-

palenie (ujemne korelacje i regresja) był bardziej istotny dla pracowników o wyższym poziomie empatii.

Przeprowadzona analiza sugeruje, że posiadanie koniecznych dla zawodu medycznego kompetencji interpersonalnych oraz dojrzałej osobowości warunkuje dobre funkcjonowanie i dopasowanie zawodowe. Niewątpliwie zawody lekarza i pielęgniarki stawiają duże wymagania tym, którzy chcą go dobrze wykonywać, a jeżeli realizują je osoby z potrzebnymi predyspozycjami psychicznymi, osiągają łatwiej współpracę (Cherniss, 1993). Można wobec tego przyjąć słuszność opracowanej przez Maslach i współpracowników (Maslach, Goldberg, 1998) teorii dopasowania między osobą a pracą, gdyż występujące w pracy problemy są skuteczniej rozwiązywane przez lekarzy i pielęgniarki charakteryzujących się empatią dojrzałą, czyli kompetencjami osobistymi i społecznymi. Powoduje to, że świadczona przez nich opieka jest satysfakcjonująca dla pacjentów, a to z kolei wpływa na ich satysfakcję z pracy.

Ryzyku wypalenia można przeciwdziałać, o czym donoszą na podstawie swoich badań Sęk i in. (1997), poprzez stosowanie różnych kombinacji strategii pozytywnej i negatywnej. Podejście pozytywne to wzmacniające umiejętności społeczne, kompetencje komunikowania się i właściwego wykorzystania potencjałów empatii i zaangażowania, podczas gdy negatywne to minimalizacja czynników ryzyka, takich jak niskie zarobki, niski status społeczny, braki materialne i organizacyjne. Należy także uwzględnić niekorzystne cechy podmiotowe, takie jak nieracjonalne przekonania, tendencje ucieczkowe i brak rzeczywistych kompetencji zawodowych.

Spośród zmiennych niezależnych należy tu jeszcze raz zwrócić uwagę na najczęściej wspominaną satysfakcję, korelującą istotnie z każdym komponentem według Testu TAT Murraya oraz z poziomem empatii według Skali Empatii Mehrabiana i Epsteina. Była ona częściej istotnie przeciwnie powiązana z wymiarami wypalenia zawodowego w przypadku osób o wyższej empatii. Stanowi to pewną zgodność z badaniami Aiken i in. (2002) oraz Ramirez i in. (1996), stwierdzającymi ochronny wpływ satysfakcji na wypalenie zawodowe. Ponadto właśnie związki satysfakcji z wymiarami wypalenia wykazali w swoich badaniach we Włoszech Renzi i in. (2005).

Oprócz korzyści ochronnych przed wypaleniem zawodowym empatia może również pośrednio wpływać na działanie innych zmiennych w procesie terapii. Benson i Maraith (2005) w swych badaniach wykazali rolę grupy Balinta w obniżeniu trudności, które towarzyszą lekarzom i innym profesjonalistom w pracy z pacjentem. Badacze ci podkreślili znaczenie empatii w tych zawodach jako ważnego elementu w efektywnej terapii i zapewnieniu wysokiej jakości opieki. Empatia jest też ważnym elementem, według tych autorów, dla samych lekarzy, gdyż daje im wgląd we własne emocje oraz wcześniej sygnalizuje o dysfunkcji i pomaga wyjaśniać osobowe zachowanie wobec pacjentów. Badania pokazały, że lekarze, którzy dystansują się do cierpienia i trudności pacjenta, są już wypaleni emocjonalnie.

Przedstawione rozważania dotyczące poziomu, a także związków wypalenia zawodowego i empatii u badanych lekarzy oraz pielęgniarek, a także innych zmiennych niezależnych, mogących mieć związek z wypaleniem i empatią, sugerują konieczność zadania sobie pytania: czy i z jakim prawdopodobieństwem stwierdzone prawidłowości można odnieść do populacji osób wykonujących te zawody? Czy mogą one inspirować

działania praktyczne na gruncie psychologii stosowanej oraz dalsze badania i opracowania praktyczne?

Istnieje obawa, czy liczebność, a raczej dobór osób, spełniał kryterium reprezentatywności badań. Należy od razu stwierdzić zawężenie badań do jednego z ośrodków akademickich, ale także podkreślić uwzględnienie różnych specjalności badanych grup zawodowych. Znacząca jest stosunkowa duża liczba badanych (666 osób), pracujących w wielu szpitalach i oddziałach, o różniących się specyfice i specjalności. Nurtujące jest też pytanie, czy właściwie dokonano doboru zmiennych niezależnych, mogących mieć związek z wypaleniem zawodowym, gdyż ze względów technicznych ograniczono się do dziewięciu: zawód, wykształcenie, specjalność, płeć, wiek, staż, satysfakcja, motywacja i wsparcie. W literaturze światowej natomiast podawane są przykładowo takie cechy dotyczące empatii, jak: wrażliwość, swobodne myślenie, uwaga ukierunkowana, nieoceniająca postawa, aktywna uwaga i słuchanie oraz nastawienie na tu i teraz (Barrett-Lennard, 1993; Forsyth, 1980; Wiseman, 1996), a troskliwość oraz rozważność mogą być drogą do nadziei, empatii i kontrolowania stresu. W rozważaniach na temat stresu inni autorzy (Kabat-Zinn, 1990; Roth, 2001; Santorelli, 2000; Shapiro, Schwarz, 2000) sugerują dalsze badania dotyczące relacji empatia – stres i wypalenie zawodowe oraz proponują doskonalenie nowego narzędzia do jej pomiaru. Twierdzą również, że empatia powoduje u pracowników i studentów terapeutyczne relacje z pacjentem, umożliwiające zdobycie wiedzy o sobie i o nim, jak również koncentrację na jego problemach i otwartość na troskliwość w praktyce. Wspomnianą troskliwość jako korelanta empatii u studentów medycyny z wyższą empatią potwierdza Young i in. (2001), a Shapiro, Schwarz i Bonnier (1998) dodają jeszcze duchowość.

Odniesienie się jednak do podobnych badań zagranicznych, w Polsce bowiem praktycznie nie były one realizowane, dało pewne potwierdzenie słuszności zastosowanej metodologii i porównywalność wyników, które charakteryzowały się wieloma podobieństwami. Natomiast związki empatii z wypaleniem zawodowym, wykazane w tym opracowaniu i przez innych badaczy, zobowiązują do kontynuowania i rozszerzania badań, jako podbudowy do opracowania i wdrażania w edukacji i praktyce programów zapobiegawczych wypaleniu zawodowemu, również przez rozwijanie empatii u studentów i pracowników ochrony zdrowia. Potwierdzają to ponadto inne badania (Omdahl, O'Donnell, 1999), z których wynika, że właśnie rozwijanie empatii u pielęgniarek metodą treningową, ze szczególnym odróżnieniem empatii dojrzałej od jedynie „zarażania się” emocjami pacjenta, obniża wypalenie zawodowe w wymiarach wyczerpanie emocjonalne i brak poczucia osiągnięć osobistych.

Potrzeba rozwijania empatii wynika również z tego, że mniej empatyczne pielęgniarki nie wiedzą, co czują pacjenci oraz nie widzą sensu w humanitarnej opiece, nie kontrolują także dobrze własnych emocji, a zatem wypalają się szybciej (Marcus, 1999). Natomiast te, które posiadają wyższą empatię, rozpoznają u siebie emocje i rozumieją, co czują pacjenci, oraz mają wgląd w to, co dzieje się z ich emocjami (Baillie, 1996; Levenson, Ruef, 1992; Shapiro, Schwartz, Bonnier, 1998). W innych badaniach (Hope-Stone, Mills, 2001) pokazano również, że pielęgniarki o niskiej empatii, które pracują z pacjentami z chorobą nowotworową, a więc w warunkach szczególnie obciążających psychicznie, przeżywają większy stres. Niektórzy badacze (Levenson, Ruef, 1992; Baillie, 1996; Marcus, 1999) to potwierdzają i dodatkowo podkreślają, że trening empa-

tii powoduje jej rozwój i obniża stres, który towarzyszy szczególnie kontaktom z pacjentem cierpiącym, umierającym lub będącym w innej sytuacji traumatycznej. Empatia ma też dobry wpływ na społeczne zachowania bez agresji. Pielęgniarki, które miały wyższy poziom empatii, były bardziej komunikatywne i odpowiedzialne oraz mniej wypalone, nie depersonalizowały pacjenta i miały poczucie osiągnięć osobistych. Natomiast te pielęgniarki, które wykazywały wysoką ekspresję emocjonalną, były bardziej wypalone w wymiarze emocjonalnego wyczerpania (Miller, Stiff, Eblis, 1988; Omdahl, O'Donnell, 1999). Dlatego uczenie umiejętności empatycznych już na studiach powoduje pozytywne konsekwencje dla studentów, a w przyszłości pracowników, w aspekcie profesjonalnym, personalnym i obniżania wypalenia, zgodnie z zasadą, że należy rozpoznać przyczyny i skalę zjawiska, uświadomić sobie i innym znaczenie empatii, rozumianej jako dojrzałej, w procesie terapeutycznym i opiece, ale też we własnym rozwoju osobowym oraz umiejętności interpersonalnych.

Zatem empatia stałaby się narzędziem umożliwiającym zapobieganie wypaleniu zawodowemu, gdyż z badań wynika jej prawdopodobna rola moderatora, czyli ochronna. Na podstawie wcześniejszych badań w Polsce (Wilczek-Rużyczka, 2002), jak również i w innych krajach, najczęściej realizowanych przez badaczy amerykańskich (Shapiro, 2002; Fields i in., 2004; Rozenfeld, Jones, 2004; Shapiro, Morrison, Boker, 2004) istnieje przekonanie o możliwości rozwijania empatii dojrzałej metodą treningową, dającej stosunkowo skuteczną technikę pośredniego zapobiegania syndromowi wypalenia zawodowego. Poparciem tej tezy są wyniki eksperymentów Freedy'ego i Hobfolla (1994, za: Hobfoll, 2006), którzy w pracy z pielęgniarkami w wielu środowiskach szpitalnych proponowali im serię sesji treningowych zmierzających do podniesienia poczucia kompetencji, polegających na uczeniu ustanawiania realnych celów i dążenia do ich osiągnięcia. Jednocześnie prosili pielęgniarki o zidentyfikowanie słabych punktów wsparcia społecznego w pracy i w domu, a ponadto uczyli je skutecznych sposobów zdobywania większego wsparcia. Dzięki tym działaniom poprzez wzmocnienie poczucia kompetencji i zwiększenie wsparcia społecznego u pielęgniarek udało się zahamować proces ich wypalania się. Najwyraźniej konieczna była, według spostrzeżeń autorów, zmiana zarówno indywidualnych, jak i zbiorowych wzorców, tworzących wspólne, przeplatające się struktury „Ja” – osadzonego w rodzinie i „Ja” – osadzonego w organizacji społecznej. Zbliżone rezultaty uzyskali w realizacji podobnych treningów liczni badacze, o czym donosi Schaufeli (2007), wskazując na z reguły korzystny wpływ w zapobieganiu syndromowi wypalenia zawodowego treningów interpersonalnych, radzenia sobie ze stresem, relaksacyjnego i innych, dodając, że cytowani przez niego autorzy często wskazywali na wyższą skuteczność takich treningów w odniesieniu do pielęgniarek o większych zasobach (np. niska reaktywność). Biorąc również pod uwagę wyniki badań Potter (2006), która wykazała, że stres jest głównym czynnikiem rozwijania się wypalenia zawodowego u lekarzy oraz pielęgniarek, można przyjąć za konieczne opanowanie umiejętności kontrolowania przez nich stresu jako działań profilaktycznych w zapobieganiu syndromowi wypalenia zawodowego, w czym może być przydatna metoda treningowa. Podobne potrzeby stwierdzili Hillhouse, Adler i Waltres (2000), którzy przebadali lekarzy rezydentów pod kątem spostrzegania i przeżywania stresu, wypalenia zawodowego oraz ogólnego stanu zdrowia i ich związków z kompetencjami klinicznymi. Z badań tych wynika, że należy uczyć rezydentów zarządzania umiejętnościami oraz kontrolowania

stresu i ogólnego stanu zdrowia. Podobne zalecenia dotyczą pielęgniarek, o czym donoszą Jawor, Kuleta, Wilczek-Rużyczka (1995), Bruce (2003), Jenkins, Elliott (2004) i Espeland (2006). Dodają ponadto rozwijanie komunikowania, pozytywnego myślenia i umiejętności budowania sensu życia oraz nadziei.

Natomiast Seaberg, Godwin i Perry (2000), pisząc o empatii u pracowników medycznych, wskazują na inną korzyść z niej wynikającą – empatyczni lekarze i pielęgniarki pracujący na oddziałach ratunkowych, czyli stykający się bezpośrednio ze stanami zagrożenia życia, są bardziej troskliwi, a także posiadają system wartości, w którym pacjent oraz jego zdrowie są wartościami nadrzędnymi. Oprócz tych cech moralnych potrafią podejmować trudne decyzje, skutecznie rozwiązywać konflikty interpersonalne oraz w krytyczny sposób dokonać refleksji dotyczących własnej osoby i praktyki zawodowej.

Ponadto Hojat i in. (2002a), proponując rozwój empatii metodą treningową, argumentują, że ich badania wskazują na związki empatii lekarzy z satysfakcją pacjentów, a określenie poziomu empatii i możliwości jej rozwijania mogą być ważne w selekcji studentów w celu zapewnienia opieki medycznej w aspekcie humanistycznym. Wykazano u nich bowiem już w trakcie studiów oddziaływanie empatii na ich wyższe kompetencje kliniczne. Podobne konkluzje zawarto w późniejszych doniesieniach (Hojat i in., 2004), opisujących badanie studentów medycyny pod kątem empatyzowania. Potwierdzono w nim pozytywne oddziaływanie empatii na relacje lekarz – pacjent. W rezultacie tych badań (Hojat i in., 2002a) stwierdzono potrzebę rozwijania empatii stopniowo już w trakcie studiów, jako czynnika niezbędnego i warunkującego sukces w procesie terapeutycznym, gdyż empatia pozwala zrozumieć perspektywę pacjenta, szczególnie jej komponenty emocjonalny i poznawczy, a od nich zależą umiejętności interpersonalne lekarzy. Późniejsze analizy to potwierdziły, gdyż empatia u lekarzy została opisana w kontekście klinicznym przez Mercera i in. (2005) jako umiejętność komunikowania zrozumienia pacjenta i jego „świata”, zmierzająca do poznania terapeutycznej drogi. Autorzy za cel postawili sobie pomiar i ocenę jakości konsultacji w aspekcie humanistycznym opieki medycznej. Natomiast pomiar empatii jest raczej procesem, a nie wynikiem, i prowadzi lekarzy w kierunku relacji empatycznych oraz pokazuje, jak pacjenci spostrzegają empatię u lekarzy. Wykazano także związek empatii u lekarzy z jakością konsultacji medycznych i opinii pacjentów o uzyskiwanym wsparciu. Stwierdzenia te (Hojat i in., 2002a; 2004; Mercer i in., 2005) są zgodne ze spostrzeżeniami Hope-Stone i Mills (2001) oraz Eide i in. (2004), że empatia u lekarzy jest podstawą profesjonalnych umiejętności, zarówno dla relacji lekarz – pacjent, jak również procesu leczenia, oraz jest pomocna w trakcie konsultacji medycznych i rozpoznawania emocji podczas diagnozowania. Badacze ci (Hope-Stone, Mills, 2001; Eide, in., 2004) podkreślają szczególną rolę kontaktu empatycznego z pacjentem onkologicznym, który przeżywa silny stres związany z zaburzeniami i obawami o rezultaty leczenia. Ważne jest, aby lekarze identyfikowali emocje w trakcie leczenia pacjentów będących w stresie oraz zwracali uwagę na ich zdrowie psychiczne i jakość życia. Tak więc, według wspomnianych badaczy, potrzeba empatyzowania przez lekarzy wskazuje na konieczność edukowania i rozwijania u nich empatii metodą treningową.

Biorąc zatem pod uwagę stwierdzone przez różnych badaczy (Omdahl, O'Donnell, 1999; Seaberg, Godwin i Perry, 2000; Hojat i in., 2002a; 2004; Mercer i in., 2005; Eide

i in., 2004) i autorów (Wilczek-Rużyczka, 2002; Kim, Kaplowitz, Johnson, 2004) wpływ empatii i jej rozwoju na jakość opieki oraz uzyskiwaną z niej satysfakcję pacjentów, można zakładać jej pozytywne oddziaływanie na kilku płaszczyznach: większe zadowolenie pracownika medycznego z wykonywanych obowiązków, ze świadczonej opieki, ale też świadomość zadowolenia pacjenta i swojego profesjonalizmu, a w przypadku pacjenta – podniesienie poziomu odczuwania satysfakcji z opieki i lepszych relacji z lekarzem i pielęgniarką.

Natomiast zakład opieki zdrowotnej uzyskuje pośrednio, dzięki empatii swoich pracowników, wyższy prestiż na rynku usług medycznych, skraca się czas leczenia, co obniża koszty i przyciąga pacjentów. Te sprzężenia zwrotne należy jeszcze uzupełnić o rezultaty wynikające z zapobiegania konfliktom i agresji, gdyż one mogłyby być czynnikiem stresogennym i powodującym wypalenie zawodowe. Mogłoby to prowadzić do obniżenia jakości opieki i satysfakcji z opieki – takie rozumowanie może wyjaśnić mechanizm nakręcania się spirali niekorzystnych zjawisk, tworzący proces dynamiczny i rozłożony w czasie. Dlatego należy zaproponować badania, które powinny być kompleksowe, dotyczące zarówno osób, jak i sytuacji w miejscu pracy, o czym szczegółowo donoszą Maslach i Goldberg (1998). Można tymi badaniami objąć również studentów kierunków medycznych, a później ich jako pracowników, zgodnie z zasadami badań podłużnych. Shirey (2006) bowiem stwierdziła występowanie wypalenia zawodowego u osób już na studiach pielęgniarskich, szczególnie w wymiarze wyczerpania emocjonalnego (według Kwestionariusza MBI), dodając, że jest ono wyższe u badanych z uczelni amerykańskich niż europejskich. Aby zminimalizować syndrom wypalenia, autorka ta proponuje podjęcie działań prewencyjnych poprzez rozwijanie świadomości studentów na temat zagrożenia wypaleniem, umiejętności dbania o siebie, kreatywności, otwartości, empatii, skuteczności i poczucia sensu. Działania takie są konieczne nie tylko na poziomie indywidualnym, lecz również strukturalnym – poprzez doskonalenie programu i organizacji studiów, a w przeszłości również modyfikacji w miejscu pracy.

Badania wielu autorów (La Monica i in., 1987; Oz, 2001; Reynolds i in., 1996, za: Beddoe, Murphy, 2004) pokazały, że rozwój empatii u pielęgniarek był najbardziej efektywny na poziomie poznawczym i behawioralnym. W dodatku badania te potwierdziły, że komponenty poznawczy i behawioralny empatii są skorelowane z pomaganiem. Dodatkowo treningi empatii powinny być zogniskowane wokół komunikowania się i zachowania, o czym donoszą Beddoe i Murphy (2004), cytując innych autorów (Evans i in., 1998; Oswald, 2002). W badaniach tych, podobnie jak i wcześniejszych innych badaczy (Baillie, 1996; Remen, 1996; Watson, 1996; Jordan, 2000; Shapiro, Schwartz, 2000), wykazano, że empatia ma wpływ na prowadzenie opieki zdrowotnej w aspekcie bardziej humanistycznym, co jest korzystniejsze zarówno dla pacjenta, jak i osoby się nim opiekującej.

7. Bibliografia

- Adams J.S. (1965). *Inequity in social exchange*. „Advances in Experimental Social Psychology”, 2, 267–299.
- Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J., Silber J.H. (2002). *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job satisfaction*. „JAMA”, 288 (16), 1987–1993.
- Aleksandrowicz J. (1996). *Psychoterapia medyczna*. Warszawa, PZWL.
- Alligood M.R. (1992). *Empathy: The importance of recognizing two types*. „Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services”, 30 (3), 14–17.
- Anczewska M. (2006). *Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Antonovsky A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa, Fundacja IPN.
- Aspy D. (1975). *Empathy: Let's get the hell on with it*. „The Counseling Psychologist”, 2, 10–14.
- Astrom S., Nilsson M., Norberg A., Winblad B. (1990). *Empathy, experience of burnout and attitudes towards demented patients among nursing staff in geriatric care*. „Journal of Advanced Nursing”, 15, 1236–1244.
- Baile W.F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E.A., Kundelka A.P. (2000). *SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*. „Oncologist”, 5, 302–311.
- Baillie L. (1996). *A phenomenological study of the nature of empathy*. „Journal of Advanced Nursing”, 24, 1300–1308.
- Bakker A.B., Demerouti E., De Boer E., Schaufeli W.B. (2003). *Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency*. „Journal of Vocational Behavior”, 62, 341–356.
- Bandura A. (1989). *Human agency in social cognitive theory*. „American Psychologist”, 44, 1175–1184.
- Bańka A. (2000). *Psychologia organizacji*. [W:] J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*, 3. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 281–320.
- Barrett-Lennard G.T. (1993). *The phases and focus of empathy*. „British Journal of Medical Psychology”, 66, 3–14.
- Baumgartner M. (1970). *Empathy*. [W:] C. Carlson (red.). *Behavioral concepts and nursing interventions*. Toronto, G.B. Lippincott, 29–35.
- Becker E. (1973). *The Denial of Death*. New York, Free Press.
- Beddoe A.E., Murphy S.O. (2004). *Does Mindfulness Decrease Stress and Foster Empathy Among Nursing Students?* „Journal of Nursing Education”, 43, 7, 305–312.
- Beisert M. (2007). *Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarek*. [W:] H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa, PWN, 182–215.
- Bennett J.A. (1995). *Methodological notes on empathy: further considerations*. „ANS. Advances Nursing Science”, 18, 36–50.
- Benson J., Maraiith K. (2005). *Compassion fatigue and burnout. The role of Balint groups*. „Australian Family Physician”, 4, 6, June, 497–498.

- Beyth-Marom R., Austin L., Fischhoff B., Palmgren C., Jacobs-Quadrel M. (1993). *Perceived consequences of risky behaviors: Adults and adolescents*. „Developmental Psychology”, 29, 549–563.
- Beyth-Marom R., Fischhoff B. (1995). *Adolescents' decisions about risks: A cognitive perspective*. [W:] J. Schulenberg, J. Maggs, K. Humelms (red.). *Health risks and developmental transactions during adolescence*. Cambridge, Cambridge University Press, 110–138.
- Bishop G.D. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław, Wydawnictwo Astrum.
- Bonino S. (1996). *Rozwój empatii w kontekście zarażania się emocjami innych osób oraz tworzenia reprezentacji poznawczej*. „Nowiny Psychologiczne”, 1, 13–20.
- Braddock C.H. III, Edwards K.A., Hasenberg N.M., Laidley T.E., Levinson W. (1999). *Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics*. „JAMA”, 282, 2313–2320.
- Braddock C.H. III, Fihn S.D., Levinson W., Jonsen A.R., Pearlman R.A. (1997). *How doctors and patients discuss routine clinical decisions: Informed decision making in the outpatient setting*. „Journal General Internal Medicine”, 12, 339–345.
- Brett G. (1969). *Historia psychologii*. Warszawa, PWN.
- Bruce A. (2003). *Building a high morale workplace*. New York, McGraw-Hill.
- Bryant F.B. (1989). *A four-factor model of perceived control: avoiding, coping, obtaining and savoring*. „Journal of Personality”, 57, 773–797.
- Brzeziński J. (2006). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa, PWN.
- Burian J, Gugala B. (2003). *Stres w pracy pielęgniarek i sposoby radzenia sobie z nim*. „Pielęgniarstwo XXI wieku”, 3, 69–75.
- Burisch M. (1989). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der innren Erschöpfung [The Burnout Syndrome: A Theory of Inner Exhaustion]*. Berlin, Springer.
- Burisch M. (2002). *A longitudinal study of burnout: the relative importance of dispositions and experiences*. „Work & Stress”, 16 (1), 1–17.
- Burisch M. (2007). *W poszukiwaniu teorii – przemyślenia na temat natury i etiologii wypalenia*. [W:] H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa, PWN, 58–82.
- Burke R.J., Greenglass E.R. (1995). *A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout*. „Social Science and Medicine”, 40 (10), 1357–1363.
- Bushbaum D.G. (1986). *Reassurance reconsidered*. „Social Science and Medicine”, 23, 423–427.
- Buunk B.P. Schaufeli W.B. (1993). *Burnout: A Perspective from social comparison theory*. [W:] W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (red.). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC, Taylor & Francis, 53–66.
- Campbell J.P., Dunnette M.D., Lawler E.E., Weick K.E. (1970). *Managerial Behavior, Performance, and Effectiveness*. New York, McGraw-Hill, Inc.
- Caplan R.D. (1983). *Person-environment fit: Past, present, and future*. [W:] C.L. Cooper (red.). *Stress Research*. New York, Wiley, 35–78.
- Caplan R.D. (1987a). *Person-environment fit in organizations: Theories, facts, and values*. [W:] A.W. Riley, S.J. Zaccaro (red.). *Occupational Stress and Organizational Effectiveness*. New York, Praeger, 103–140.
- Caplan R.D. (1987b). *Person-environment fit theory and organizations: Commensurate dimensions, time perspective, and mechanisms*. „Journal of Vocational Behavior”, 31, 248–267.
- Carkhuff R.R., Berenson B.G. (1967). *Beyond Counseling and Therapy*. New York, Holt, Rinehard & Winston.
- Cherniss C. (1980a). *Professional burnout in the human service organizations*. New York, Praeger.
- Cherniss C. (1980b). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills, Sage.
- Cherniss C. (1990). *Natural recovery from burnout: Results from a 10-year follow-up study*. „Journal of Health and Human Resources Administration”, 13, 132–154.
- Cherniss C. (1993) *Role of Professional Self-Efficacy in the Etiology and Amelioration of Burnout*. [W:] W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (red.). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC, Taylor & Francis, 135–149.

- Cherniss C. (1995). *Beyond burnout: Helping teachers, nurses, therapists and lawyers recover from stress and disillusionment*. New York, Routledge.
- Cichy R. (1986). *Empatia jako mechanizm regulujący zachowanie człowieka*. „Nowa Szkoła”, 5, 298–302.
- Ciechaniewicz W. (2001). *Pielęgniarstwo – ćwiczenia*. Warszawa, PZWL.
- Clark P.A. (2001). *What residents are not learning: observations in an NICU*. „Academic Medicine”, 76, 419–424.
- Cooley C. (1902). *Human nature and the social order*. New York, Charles Ceribner's Sons.
- Cordes C.L., Dougherty T.W. (1993). *A review and integration of research on Johnson job burnout*. „Academy of Management Review”, 18, 621–656.
- Cordes C.L., Dougherty T.W., Blum M. (1997). *Patterns of burnout among managers and professionals: a comparison of models*. „Journal of Organizational Behavior”, 18, 685–701.
- Corey G. (1995). *Theory and Practice of Group Counseling* (4th ed.). Pacific Groove, CA: Brooks/Cole Publishing Co.
- Cox T., Ferguson E. (1991). *Individual differences, stress and coping*. [W:] C.L. Cooper, R. Payne (red.). *Personality and stress*. Chichester, John Wiley and Sons, 7–30.
- Cronin-Stubbs D., Rooks C. (1985). *The stress, social support, and burnout of critical care nurses*. „Heart and Lung”, 14, 31–39.
- Czabała J.Cz., (2000). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa, PWN.
- Czerska B. (2006). *Orientacja na wartości w pracy onkologa. Wierność*. „Onkologia w Praktyce Klinicznej”, 2, 3, 95–98.
- Davis M.H. (1994). *Empathy: A Social Psychological Approach*. Madison. Brown and Benchmark Publishers.
- Davis M.H. (1999). *Empatia. O umiejętności współodczuwania*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Davis M.H., Kraus S.J. (1991). *Dispositional empathy and social relationships*. [W:] W.H. Jones, D. Perlman (red.). *Advances in Personal Relationships*. London, Jessica Kingsley Publishers, 3, 75–115.
- Davis M.H., Oathout H.A. (1987). *Maintenance of satisfaction in romantic relationships: empathy and relational competence*. „Journal Personality and Social Psychology”, 53, 397–410.
- Davis M.H., Oathout H.A. (1992). *The effect of dispositional empathy on romantic relationship behaviours: heterosocial anxiety as a moderating influence*. „Personality and Social Psychology Bulletin”, 18, 76–83.
- de Walden-Galuszko K. (2003). *Przedmowa*. „Medipress Medycyna Paliatywna”, 2 (4), 3–5.
- Dewald P.A. (1971). *Psychotherapy – a dynamic approach*. New York, Basic Books Inc. Publishers.
- Di Blasi Z.D., Harkness E., Ernst E., Georgiou A., Kleijnen J. (2001). *Influence of context effects on health outcomes: a systematic review*. „Lancet”, 357, 757–762.
- Di Blasi Z.D., Kleijnen J. (2003). *Context effects: powerful therapies or methodological bias?* „Evaluation Health Professions”, 26, 166–179.
- Di Matteo M.R., Hays R.D., Prince L.M. (1996). *Relationship of physician's nonverbal communication skill to patient satisfaction, a appointment noncompliance and physician workload*. „Health Psychology”, 5, 6, 581–594.
- Dolińska-Zygmunt G. (red.), (1996). *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dollard J., Miller N. E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York, MacGraw-Hill.
- Dollard M.F., Dormann C., Boyd C.M., Winefield H.R., Winefield A.H. (2003). *Unique aspects of stress in human service work*. „Australian Psychologist”, 38 (2), 84–91.
- Donatelle R.L., Hawkins M.J. (1989). *Employee stress claims: Increasing implications for health promotion programming*. „American Journal of Health Promotion”, 3, 19–25.
- Dunn H.P. (1997). *Etyka dla lekarzy, pielęgniarów i pacjentów*. Tarnów, Wydawnictwo Biblos.
- Dymond R. (1950). *Personality and Empathy*. „Journal of Consulting Psychology”, 5, 343–350.

- Dziewiecki M. (2000). *Psychologia porozumiewania się*. Kielce, Wyd. Jedność.
- Dziewiecki M. (2003). *Empatia a wychowanie*. „Wychowawca”, 5, 8–9.
- Edelwich J., Brodsky A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professionals*. New York, Human Science Press.
- Edwards J.R., Caplan R.D., Van Harrison R. (1998). *Person-Environment Fit Theory*. [W:] C.L. Cooper (red.). *Theories in Organizational Stress*. New York, Oxford University Press, 28–67.
- Edwards J.R., Cooper C.L. (1990). *The person-environment fit approach to stress: Recurring problems and some suggested solutions*. „Journal of Organizational Behavior”, 11, 293–307.
- Eide H., Frankel R., Bull Haaversen A.C., Vaupel K.A., Graugaard P.K., Finset A. (2004). *Listening for feelings: identifying and coding empathic opportunities in medical dialogues*. „Patient Education and Counseling”, 54, 291–297.
- Eisenberg N., Shea C.L., Carlo G., Knight G.P. (1991). *Empathy-related responding and cognition: a chicken and the egg dilemma*. [W:] W. Kurtines, J. Gewirtz (red.). *Handbook of Moral Behavior and Development: Research*. Hillsdale, N.J. Lawrence Erlbaum Association, 2, 63–88.
- Eisenberg-Berg N., Mussen P. (1978). *Empathy and moral development in adolescence*. „Developmental Psychology”, 14, 185–186.
- Eliasz H. (1980). *O sposobach rozumienia pojęcia „empatia”*. „Przegląd Psychologiczny”, 3, 469–482.
- Elliot T., Shewchuk R., Hagglund K., Rybarczyk B., Harkins S. (1996). *Occupational burnout, tolerance for stress, and coping among nurses in rehabilitation units*. „Rehabilitation Psychology”, 41 (4), 267–284.
- Ellison C.G., Levin J.S. (1998). *The Religion-Health Connection: Evidence, Theory, and Future Directions*. „Health Education and Behavior”, 25, 700–720.
- Embriaco N., Azoulay E., Barrau K., Kentish N., Pochard F., Loundou A., Papazian. (2007). *High Level of Burnout in Intensivists: Prevalence and Associated Factors*. „American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine”, 175, 7, 686–692.
- Emener W.G., Luck R.S., Gohs F.X. (1982). *A theoretical investigation of the construct burnout*. „Journal of Rehabilitation Administration”, 6, 188–196.
- Epstein R.M., Hundert E.M. (2002). *Defining and assessing professional competence*. „JAMA”, 287, 226–235.
- Espeland K.E. (2006). *Overcoming Burnout: How to Revitalize Your Career*. „The Journal of Continuing Education in Nursing”, 37, 4, 178–184.
- Fallowfield L., Jenkins V., Farewell V., Saul J., Duffy A., Eves R. (2002). *Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial*. „Lancet”, 359, 650–656.
- Farber B.A. (1983). *Introduction: A critical perspective on burnout*. [W:] B.A. Farber (red.). *Stress and burnout in the human service professions*. New York, Pergamon Press, 1–22.
- Fay D., Sonnentag S., Frese M. (1998). *Stressors, Innovation, and Personal Initiative*. [W:] C.L. Cooper (red.). *Theories of Organizational Stress*. New York: Oxford University Press, 170–189.
- Fengler J. (2000). *Pomaganie mężczy*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Feshbach N.D. (1975). *Empathy in Children. Some Theoretical and Empirical Considerations*. „The Counseling Psychologist”, 2, 26–30.
- Fields S.K., Hojat M., Gonnella J.S., Mangione S., Kane G., Magee M. (2004). *Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy*. „Evaluation & the Health professions”, 27, 1 March, 80–94.
- Fischer H.J. (1983). *A psychoanalytic review of burnout*. [W:] B.A. Farber (red.). *Stress and burnout in the human service professions*. New York, Pergamon Press, 40–46.
- Formański J. (1998). *Psychologia*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Forsyth G.L. (1980). *Analysis of the concept of empathy: Illustration of one approach*. „Advances in Nursing Science”, 2 (2), 33–42.
- Frankl V.E. (1984). *Homo Patiens*. Warszawa, Wydawnictwo PAX.

- Frączek A. (1986). *Studia nad uwarunkowaniem i regulacją agresji interpersonalnej*. Wrocław, Ossolineum.
- Freud S. (1997). *Ego i mechanizmy obronne*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Freudenberger H.J. (1974). *Staff burn-out*. „Journal of Social Issues”, 30, 159–165.
- Freudenberger H.J. (1975). *The staff burnout syndrome in alternative institutions*. „Psychotherapy: Theory, Research and Practice”, 12, 72–83.
- Freudenberger H.J. (1983). *Burnout: Contemporary issues trends and concerns*. [W:] B.A. Farber (red.). *Stress and burnout in the human service professions*. New York, Pergamon Press, 23–28.
- Freudenberger H.J., Richelson G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, New York, Doubleday.
- Friedman R. (1985). *Making family therapy easier for the therapist: Burnout prevention*. „Family Process”, 24, 549–553.
- Froggatt K. (1998). *The place of metaphor and language in exploring nurses' emotional work*. „Journal Advances Nursing”, 28, 332–338.
- Gadacz T. (1998). *Enigma cierpienia*. „Znak”, 516, 29–40.
- Gaertner H. (1997). *Lekarz, pacjent i empatia*. „Sztuka Leczenia”, 3, 37–42.
- Gasiul H. (2002). *Teorie emocji i motywacji*. Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Gawriłowa T. (1975). *Poniatije empatii w zarubieżnoj psychologii*. „Woprosy psychologii”, 2, 147–156.
- Gladstein G. (1983). *Understanding empathy: integrating counseling development and social psychology perspectives*. „Journal of the Counseling Psychology”, 4, 467–482.
- Goleman D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań, Media Rodzina.
- Golembiewski R.T. (1989). *A note on Leiter's study. Highlighting two models of burnout*. „Group Organization Studies”, 14 (1), 5–13.
- Golembiewski R.T., Boss R.W. (1991). *Shelving levels of burnout for individuals in organizations: A note on the stability of phases*. „Journal of Health and Human Resources Administration”, 13, 409–420.
- Golembiewski R.T., Boudreau R.A., Sun B.C., Luo H. (1998). *Estimates of burnout in public agencies*. „Public Administration Review”, 58 (1), 59–65.
- Golembiewski R.T., Boudreau R.A., Munzenrider R.F., Luo, H. (1996). *Global Burnout: A Worldwide Pandemic explored by the fase Model*. Greenwich, CT, JAI Press.
- Golembiewski R.T., Munzenrider R.F. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. New York, Praeger.
- Golembiewski R.T., Munzenrider R.F., Stevenson J.G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York, Praeger.
- Golembiewski R.T., Rountree B.H. (1991). *Releasing human potential for collaboration: A social intervention targeting supervisory relationships and stress*. „Public Administration Quarterly”, 15, 32–35.
- Golembiewski R.T., Scherb K., Boudreau R.A. (1993). *Burnout in cross-national settings: Generic and model-specific perspectives*. [W:] W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (red.). *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. Washington DC, Taylor & Francis, 217–236.
- Grassi L., Magnani K. (2000). *Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: And Italian study of general practitioners and hospital physicians*. „Psychotherapy and Psychosomatics”, Nov/Dec, 69/6, 329–334.
- Greenberg L.W., Ochsenschlanger D., O'Donnell R., Mastruserio J., Cohen G.J. (1999). *Communicating bad news: a pediatric department's evaluation of a simulated intervention*. „Pediatrics”, 103, 1210–1217.
- Grosch W.N., Olsen D.C. (1995). *Prevention. Avoiding burnout*. [W:] M.B. Sussman (red.). *A perilous calling. The hazards of psychotherapy practice*. New York, Wiley, 275–287.

- Grossi G., Perski A., Evengard B., Blomkvist V., Orth-Gomer K. (2003). *Physiological correlates of burnout among women*. „Journal of Psychosomatic Research”, 55, 309–316.
- Grzesiuk L. (1994). *Psychoterapia*. Warszawa, PWN.
- Grzywak-Kaczyńska M. (1988). *Trud rozwoju*. Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX.
- Gulin W. (1994). *Empatia dzieci i młodzieży*. Lublin, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL.
- Hajduk E., Hajduk B. (2001). *Pomoc i opieka*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Halbesleben J.R.B., Buckley M.R. (2004). *Burnout in organizational life*. „Journal of Management”, 30 (6), 859–879.
- Hall D.T. (1996). *Careers in organization*. Pacific Palisades, CA, Goodyear.
- Halpern J. (2001). *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. New York, Oxford University Press.
- Hamberger L.K., Stone G.V. (1983). *Burnout prevention for human service professionals: Proposal for a systematic approach*. „Journal of Holistic Medicine”, 5, 149–162.
- Hanson R., Mullis R. (1985). *Age and gender differences in empathy and moral reasoning among adolescents*. „Child Study Journal”, 1985, 2, 181–188.
- Harding C., Eiser R. (1984). *Characterizing the perceived risks and benefits of some health issues*. „Risk Analysis”, 4, 131–141.
- Harrison D.H. (1983). *A social competence model of burnout*. [W:] B.A. Farber (red.). *Stress and burnout in the human service professions*. New York, Pergamon Press, 29–39.
- Heaney C.A., Van Ryn M. (1990). *Broadening the scope of worksite stress programs: A guiding framework*. „American Journal of Health Promotion”, 4, 413–420.
- Hebanowski M., Kliszcz J., Trzeciak B. (1994). *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Henderson A. (2001). *Emotional labor and nursing: An under-appreciated aspect of caring work*. „Nursing Inquiry”, 8, 130–138.
- Heszen-Niejodek I. (1992). *Lekarz i pacjent*. Kraków, TA i WPN Universitas.
- Heszen-Niejodek I. (2000). *Psychologia zdrowia*. [W:] J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*, 3. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 456–463.
- Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.) (1997). *Psychologia zdrowia*. Warszawa, PWN.
- Hillhouse J., Adler C., Waltres D. (2000). *A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study*. „Psychology, Health & Medicine”, 5, 1, 63–73.
- Hobfoll S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hobfoll S.E., Schirom A. (1993). *Stress and burnout in the workplace: Conservation resources*. [W:] R.T. Golembiewski, (red.). *Handbook of Organizational Behavior*. New York, M. Dekker, 41–60.
- Hoffman M.L. (1972). *Early Childhood Experiences and Women's Achievement Motives*. „Journal of Social Issues”, 28, 2, 129–156.
- Hoffman M.L. (1977). *Sex differences in empathy and related behaviors*. „Psychological Bulletin”, 712–722.
- Hoffman M.L. (1984). *Interaction of affect and cognition in empathy*. [W:] C.E. Izard, J. Kagan, R.B. Zajonc (red.). *Emotions, Cognition, and Behavior*. Cambridge, England, Cambridge University Press, 103–131.
- Hoffman M.L. (1990). *Empatia a aktywność prospołeczna*. [W:] J. Reykowski, W. Eisenberg, N. Staub (red.). *Indywidualne i społeczne wyznaczniki wartościowania*. Wrocław, Ossolineum, 77–96.
- Hoffman M.L. (2006). *Empatia i rozwój moralny*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hoffman M.L., Levine L. (1976). *Early sex differences in empathy*. „Developmental Psychology”, 6, 557–558.
- Hogan R. (1969). *Development of Empathy Scale*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 3, 307–316.
- Hojat M., Gonnella J.S., Mangione S., Nasca T.J., Veloski J.J., Erdmann J.B., Callahan C.A., Magee M. (2002a). *Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender*. „Medical Education”, 36, 522–527.

- Hojat M., Gonnella J.S., Nasca T.J., Mangione S., Mergare M., Magee M. (2002b). *Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty*. „American Journal Psychiatry”, 159, 1563–1569.
- Hojat M., Mangione S., Nasca T.J., Rattner S., Erdmann J.B., Gonnella J.S., Magee M. (2004). *An empirical study of decline in empathy in medical school*. „Medical Education”, 38, 934–941.
- Homer J.B. (1985). *Worker burnout: A dynamic model with implications for prevention and control*. „System Dynamics Review”, 1, 42–62.
- Hope-Stone L.D., Mills B.J. (2001). *Developing empathy to improve patient care: A pilot study of cancer nurses*. „International Journal of Palliative Nursing”, 7, 146–150.
- Hunnicutt A.W., MacMillan T.F. (1983). *Beating burnout: Findings from a three-year study*. „Journal of Mental Health Administration”, 10, 7–9.
- Iacovides K., Fountoulakis C., Moysidou C., Ierodiakonou C. (1999/2000). *Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout?* „International Journal of Psychiatry in Medicine”, 29, 4, 421–433.
- Ilhan M.N., Durukan E., Taner E., Maral I., Bumin M.A. (2007). *Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey*. „Journal of Advanced Nursing”, 61 (1), 100–106.
- Irving P., Dickson D. (2004). *Empathy: towards a conceptual framework for health professionals*. „International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership Health Services”, 17, 212–220.
- Jackson S.E., Schuler R.S. (1983). *Preventing employee burnout*. „Personnel”, 2, 58–68.
- Jackson S.E., Schuler R.S. (1985). *A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings*. „Organizational Behavior and Human Decision Process”, 36, 16–78.
- Jacobs-Quadrel M., Fischhoff B., Davis W. (1993). *Adolescent (in)vulnerability*. „American Psychologist”, 48, 102–116.
- Jagielska-Zieleniewska E. (1978). *Z zagadnień empatii*. „Psychologia Wychowawcza”, 5, 494–505.
- James N. (1992). *Care = organization + physical labour + emotional labour*. „Sociology of Health and Illness”, 14, 5, 488–509.
- Jan Paweł II (1984). *List Apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*. Watykan, „Salvifici Dolores”, §2.
- Janicka I. (1993). *Rola empatii i otwartości w psychoterapii*. „Psychoterapia”, 3, 15–19.
- Janicka I., Niebrzydowski L. (1994). *Psychologia małżeństwa*. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Jankowski K. (1994). *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*. Warszawa, J. Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
- Janssen P.P.M., Schaufeli W.B., Houkes I. (1999). *Work-related and individual determinants of the three burnout dimensions*. „Work & Stress”, 13 (1), 74–86.
- Jarosz M. (1978). *Psychologia lekarska*. Warszawa, PZWL.
- Jarosz M. (1982). *Lekarz psychiatra i jego pacjent*. Warszawa, PZWL.
- Jawor M., Kuleta M., Wilczek-Rużyczka E. (1995). *Znaczenie ekspresji sił twórczych osobowości w profilaktyce zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek*. Materiały Jubileuszowej Konferencji Naukowej Wydziału Pielęgniarskiego w Krakowie.
- Jenkins R., Elliott P. (2004). *Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings*. „Journal of Advanced Nursing”, 48 (6), 622–631.
- Jerusalem M. (1993). *Personal resources, environmental constraints, and adaptional processes: The predictive power of theoretical stress model*. „Personality and Individual Differences”, 14, 15–24.
- Jordan J.V. (2000). *The role of mutual empathy in relational/cultural therapy*. „JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice”, 56, 1005–1016.
- Kabat-Zinn J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress*. New York, Delacorte.
- Kadushin A. (1974). *Child Welfare Services*. New York, Macmillan.

- Kahn R.L., Byosiere P. (1992). *Stress in organizations*. [W:] M.D. Dunnette, L.M. Hough (red.). *Handbook of industrial & organizational psychology*. Palo, Alto, CA. Consulting Psychologists Press, 571–650.
- Kalisch B. (1973). *What is Empathy?* „American Journal of Nursing”, 9, 1543–1552.
- Kalliopuska M. (1982). *Empathy measured by Rorschach and TAT*. „British Journal of Projective Psychology and Personality Study”, 2, 5–11.
- Kalliopuska M. (1983). *Relationship between moral judgment and empathy*. „Psychological Reports”, 53, 575–578.
- Kalliopuska M. (1994). *Holistyczny model empatii*. „Nowiny Psychologiczne”, 4, 57–62.
- Kash K.M., Holland J.C. (1989). *Special problems of physicians and house staff in oncology*. [W:] J.C. Holland, I.H. Rowland (red.). *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient With Cancer*. New York, Oxford University Press, 647–657.
- Kasl S.V. (1992). *Surveillance of psychological disorders in the workplace*. [W:] G.P. Keita., S.L. Sauter, (red.). *Work and well-being: An agenda for the 1990's*. Washington. DC, American Psychological Association, 73–95.
- Kępiński A. (2002). *Poznanie chorego*. Kraków, Wydawnictwo Literackie.
- Kiernikowski Z. (2004). *Rola cierpienia w dopełnianiu się życia człowieka*. [W:] R. Jaworski, A. Rusak, W. Simon (red.). *Wobec cierpienia*. Płock. Płocki Instytut Wydawniczy, 12–38.
- Kim S.S., Kaplowitz S., Johnson M.V. (2004). *The effects of physician Empathy on patient satisfaction and compliance*. „Evaluation & the Health Professions”, 27, 3, 237–251.
- Kleiber D., Enzmann D. (1990). *Burnout. 15 years of research. An international bibliography*. Gottingen. Hogrefe.
- Kliszcz J. (1996). *Empatia w relacji: lekarz-pacjent*. [W:] J. Pilecka, J. Kossewska (red.). *Dziecko – Społeczeństwo – Edukacja. Dylematy Psychologiczne*. Kraków, Wyd. Nauk. WSP, 264–269.
- Kliszcz J., Nowicka-Sauer K., Trzeciak B., Nowak P., Sadowska A. (2006). *Empathy in health care providers – validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy*. „Advances in Medical Sciences”, 51, 219–225.
- Kliś M. (1998). *Pojęcie empatii we wcześniejszych oraz współczesnych koncepcjach psychologicznych*. „Psychologia Wychowawcza”, 1, 17–27.
- Kliś M. (2002). *Rola empatii w sztuce uzdrawiania*. „Sztuka Leczenia”, 3, 109–117.
- Kliś M., Kossewska J. (2000). *Studies on empathy*. Kraków, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Knowska H. (1986). *O badaniu empatii*. „Przegląd Psychologiczny”, 2, 417–427.
- Koeske G.F., Koeske R.D. (1988). *Work load and burnout: Can social support and perceived accomplishment help?* „Social Work”, 243–248.
- Kożuch M. (2001). *Chrześcijańska formacja indywidualna*. Kraków, Wydawnictwo WAM.
- Krysińska K. (2000). *Empatia pracowników służby zdrowia a ich gotowość do udzielania pomocy pozamedycznej pacjentów po próbach samobójczych*. „Przegląd Psychologiczny”, 3, 309–321.
- Kuremyr D., Kihlgren M., Norberg A., Astrom S., Karlsson I. (1994). *Emotional experiences, empathy and burnout among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home*. „Journal of Advanced Nursing”, 19, 670–679.
- La Monica E.L., Carew D.K., Winder A.E., Bernazza-Haase A., Blanchard K. (1976). *Empathy Training as the Major Thrust of a Staff Development Programme*. „Nursing Research”, 6, 25, 447–451.
- Larson E.B., Yao X. (2005). *Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient – Physician Relationship*, „JAMA”, 293, 9, 1100–1106.
- Lasch C. (1979). *The Culture of Narcissism: American Life in an Age Diminishing Returns*. New York, Norton.
- Lazarus R.S. (1982). *Thoughts on the relations between emotion and cognition*. „American Psychologist”, 37, 1019–1024.
- Lazarus R.S. (1986). *Paradygmat stresu i radzenia sobie*. „Nowiny Psychologiczne”, 3–4, 2–39.
- Lazarus R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York, Oxford University Press.

- Lazarus R.S. (1993a). *Coping theory and research; Past, present and future*. „Psychosomatic Medicine”, 55, 234–247.
- Lazarus R.S. (1993b). *From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks*. „Annual Review Psychological”, 44, 1–21.
- Lazarus R.S. (1999). *Ocena poznawcza*. [W:] P. Ekman, R.J. Davidson (red.). *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 183–190.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York. Springer.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1986). *Cognitive theories of stress and the issue of circularity*. [W:] M.H. Appley, R.A. Trumbull (red.). *Dynamics of Stress*. New York, Plenum Press.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1987). *Transactional theory and research on emotions and coping*. „European Journal of Personality”, 1, 141–169.
- Lee H., Song R., Cho Y.S., Lee G.Z., Daly B. (2003). *A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses*. „Journal of Advanced Nursing”, 44, 5, 534–545.
- Lee R.T., Ashforth B.E. (1993). *A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparison between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models*. „Organizational Behavior and Human Decision Processes”, 54, 369–398.
- Lee S.J., Back A.L., Block S.D., Stewart S.K. (2002). *Enhancing physician-patient communication*. „Hematology”, (Am. Soc. Hematol. Educ. Program), 1, 464–483.
- Leighton S.L., Roye A.K. (1984). *Prevention and self-care for professional burnout*. „Family & Community Health”, 6, 44–56.
- Leiter M.P. (1993). *Burnout as a developmental process. Consideration of models*. [W:] W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (red.). *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. Washington DC, Taylor & Francis, 237–250.
- Leiter M.P., Maslach C. (1998). *Burnout*. [W:] H. Friedman (red.). *Encyclopedia of Mental Health*. San Diego, CA, Academic Press, 32–35.
- Leppert W., Łuczak J., Góralski P. (2005). *Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opiniach lekarzy i studentów medycyny*. „Polska Medycyna Paliatywna”, 4, 2, 67–76.
- Levenson R.W., Ruef A.M. (1992). *Empathy: A physiological substrate*. „Journal of Personality and Social Psychology”, 63, 234–246.
- Lewiston N.J., Conley J., Blessing-Moore J. (1981). *Measurement of hypothetical burnout cystic fibrosis caregivers*. „Acta Paediatrica Scandinavica” 70, 935–939.
- Linville R., Fischer G., Fischhoff B. (1993). *AIDS risk perceptions and decision biases*. [W:] L.B. Pryor, G.D. Reeder (red.). *The social psychology of HIV infection*. Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum, 5–38.
- Lipps T. (1965). *Empathy, Inner, Imitation and Sensefeelings*. [W:] M. Rader (red.). *A Modern Book of Aesthetics*. New York, Henry Holt and Company, 371–378.
- Lowenstein L. (1991). *Teacher stress leading to burnout – Its prevention and cure*. „Education Today”, 41, 12–16.
- Lyall A. (1989). *The prevention and treatment of professional burnout*. „Loss, Grief & Care”, 3, 27–32.
- Łazowski J. (2001). *Relacja lekarz – pacjent i jej redukcjonistyczne zaburzenia*. „Sztuka Leczenia”, 3, 59–66.
- Łosiak W. (2007). *Natura stresu. Spojrzenie z perspektywy ewolucyjnej*. Kraków, Wydawnictwo UJ.
- Łosiak W. (2007). *Psychologia emocji*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- MacBride A. (1983). *Burnout. Possible? Probable? Preventable?* „Canada’s Mental Health”, 31, 4–8.
- Maddi S. (1967). *The existential neurosis*. „Journal of Abnormal Psychology”, 72, 311–325.
- Maddi S. (1970). *The Search for Meaning*. [W:] W. Arnold, M. Page (red.). *The Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln, University of Nebraska Press, 137–186.
- Makselon J. (1992). *Psychologiczne aspekty cierpienia*. Kraków, PAT „Analekta Cracoviensia”, 24, 43.
- Marcus E.R. (1999). *Empathy, humanism, and the professionalization process of medical education*. „Academic Medicine”, 74, 1211–1215.

- Maslach C. (1976). *Burned-out*. „Human Behavior”, 5, 16–22.
- Maslach C. (1982a). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Maslach C. (1982b). *Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon*. [W:] W.S. Paine (red.). *Job stress and burnout*. Beverly Hills, CA, Sage, 29–40.
- Maslach C. (1993). *Burnout. A multidimensional perspective*. [W:] W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (red.). *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. Washington DC, Taylor & Francis. 19–32.
- Maslach C. (1998a). *A Multidimensional Theory of Burnout*. [W:] C.L. Cooper (red.). *Theories in Organizational Stress*. New York, Oxford University Press, 68–85.
- Maslach C. (1998b). *Wypalenie się, utrata troski o człowieka*. [W:] P.G. Zimbardo, F.L. Ruch, (red.). *Psychologia i życie*. Warszawa, PWN, 623–628.
- Maslach C. (2001). *What have we learned about burnout and health?* „Psychology & Health”, 16, 607–611.
- Maslach C. (2007). *Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej*. [W:] H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 13–31.
- Maslach C., Goldberg J. (1998). *Prevention of burnout: New perspectives*. „Applied & Preventive Psychology”, 7, 63–74.
- Maslach C., Jackson S.E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory*. 2nd ed. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.
- Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Third Edition. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.
- Maslach C., Leiter M.P. (1997). *The truth about Burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA. Jossey-Bass.
- Maslach C., Pines A. (1977). *The burnout syndrome in the day care setting*. „Child Care Quarterly”, 6, 100–113.
- Maslach C., Schaufeli W.B. (1993). *Historical and conceptual development of burnout*. [W:] W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (red.). *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. Washington DC, Taylor & Francis, 1–18.
- Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. (2001). *Job burnout*. „Annual Review of Psychology”, 52, 397–422.
- Matthews D.A., Suchman A.L., Branch W.T. (1993). *Making connexions: enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships*. „Annals of Internal Medicine”, 118, 973–977.
- McClelland D.C., Atkinson J.W., Clark R.A., Lowell E.L. (1953). *The achievement motive*. New York, Appleton-Century-Crofts.
- Mead G. (1934). *Mind Self and Society*. Chicago, University of Chicago Press.
- Mehrabian A., Epstein N. (1972). *A Measure of Emotional Empathy*. „Journal of Personality”, 4, 525–545.
- Mellibruda J. (1980). *Ja – Ty – My. Psychologiczne możliwości ulepszania kontaktów międzyludzkich*. Warszawa, Nasza Księgarnia.
- Meltzer L.S., Huckabay L.M. (2004). *Critical care nurses perceptions of futile care and its effect on burnout*. „American Journal of Critical Care”, 13 (3,) 202–208.
- Mercer S.W., McConnachie A., Maxwell M., Heaney D., Watt G.C.M. (2005). *Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice*. „Family Practice”, 22, 328–334.
- Miller J.J., Stiff J., Ellis B.H. (1988). *Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers*. „Communication Monographs”, 55, 250–265.
- Modlińska A. (2003). *Jakość życia w aspekcie bólu nowotworowego*. „Medipress Medycyna Paliatywna”, 2 (4), 6–11.
- Monat A., Lazarus R.S. (1985). *Stress and Coping*. New York, Columbia University Press.
- Morse J.M., Anderson G., Bortorff J.L., Yonge O., O'Brien B., Solberg S.M., McLiveen K.H. (1992a). *Exploring Empathy: A conceptual Fit for Nursing Practice?* „Journal of Nursing Scholarship”, 24, 4, 273–280.

- Morse J.M., Bottorff J.L., Anderson G., O'Brien B., Solberg S.M. (1992b). *Beyond Empathy: expanding expressions of caring*. „Journal of Advanced Nursing Scholarship”, 17, 809–821.
- Motyka M. (1999). *Pielęgowanie a pomoc psychiczna w chorobie*. Warszawa, Centrum Edukacji Medycznej.
- Motyka M. (2002). *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Mroziak B., Czabała J.C., Wójtowicz S. (1997). *Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne*. „Psychiatria Polska”, 31 (3), 257–268.
- Noworol C., Marek T. (1993). *Typology of burnout: methodology modelling of the syndrome*. „Polish Psychological Bulletin”, 24, 319–326.
- Obuchowski K. (1965). *Psychologia dążeń ludzkich*. Warszawa, PWN.
- Obuchowski K. (1995). *Przez galaktykę potrzeb*. Poznań, Wydawnictwo ZYSK i S-ka.
- Okun B. (2002). *Skuteczna pomoc psychologiczna*. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Omdahl B.L., O'Donnell C. (1999). *Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment*. „Journal of Advanced Nursing”, 29, 1351–1359.
- Opoczyńska M. (2002). *Kim jestem? Doświadczenie choroby psychicznej a stawianie się sobą*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Paoli P. (1997). *Second European survey on the work environment 1995*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Loughlinstown House.
- Parker P.A., Baile W.F., Moor C., Lenzi R., Kudelka A.P., Cohen L. (2001). *Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication*. „Journal of Clinical Oncology”, 19, 2049–2056.
- Parsons T. (1972). *Szkice z teorii socjologicznej*. Warszawa, PWE.
- Pasikowski T. (2007). *Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory*. [W:] H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa, PWN, 135–148.
- Patrick K., Lavery J.F. (2007). *Burnout in nursing*. „Australian Journal of Advanced Nursing”, 24, 3, ProQuest Medical Library, 43–48.
- Patrick P.K.S. (1984a). *Organizational strategies: Promoting retention and job satisfaction*. „Family & Community Health”, 6, 57–67.
- Patrick P.K.S. (1984b). *Preventing burnout: Coordinating the employee health function*. „Family & Community Health”, 6, 76–92.
- Peabody F.W. (1927). *The care of the patient*. „JAMA”, 88, 877–882.
- Piaget J. (1967). *Rozwój ocen moralnych dziecka*. Warszawa, PWN.
- Pines A., Aronson E. (1983). *Combatting burnout*. „Children and Youth Services Review”, 5, 263–275.
- Pines A., Aronson E., Kafry D. (1981). *Burnout: From Tedium to Personal Growth*. New York, Free Press.
- Pines A.M. (1993). *Burnout: An existential perspective*. [W:] W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (red.). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC, Taylor & Francis, 33–51.
- Pines A.M. (2007). *Wypalenie – w perspektywie egzystencjalnej*. [W:] H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa, PWN, 32–57.
- Pines A.M., Aronson E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York, Free Press.
- Pines, A.M., Ben-Ari A., Utasi A., Larson D. (2002). *A Cross-Cultural Investigation of Social Support and Burnout*. „European Psychologist”, 7, 4, 256–264.
- Podobieńska-Seul G. (1983). *Badania nad empatią w nerwicy*. „Przegląd Psychologiczny”, 4, 917–923.
- Potter C. (2006). *To what do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature*. „Australasian Emergency Nursing Journal”, 9, 57–64.

- Prosser D., Johnson S., Kuipers E., Dunn G., Szmukler G., Reid Y., Bebbington P., Thornicroft G. (1999). *Mental health, „burnout” and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff*. „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, 34, 295–300.
- Ptacek J.T., Eberhardt T.L. (1996). *Breaking bad news: a review of the literature*. „JAMA”, 276, 496–502.
- Pucko Z. (2002). *Fenomen samotności w relacji pielęgniarka – pacjent*. „Sztuka Leczenia”, 1, 73–78.
- Quick, J.C. (1992). *Health promotion, education, and treatment*. [W:] G.P. Keita, S.L. Sauter, (red.). *Work and well-being: An agenda for the 1990's*. Washington, DC, American Psychological Association, 47–61.
- Rabin S., Feldman D., Kaplan Z. (1999). *Stress and intervention strategies in mental health professionals*. „British Journal Medical Psychology”, 72, 159–169.
- Rafferty J.P., Lemkau J.P., Purdy R.R., Rudisill J.R. (1986). *Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians*. „Journal of Clinical Psychology”, 42, 488–492.
- Raižienė S., Endriulaitienė A. (2007). *The relations among empathy, occupational commitment, and emotional exhaustion of nurses*. „Medicina (Kaunas)”, 43 (5), 425–431.
- Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A., Cull A., Gregory W.M. (1996). *Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work*. „Lancet”, 347, 724–728.
- Reimer C., Freisfeld A. (1984). *Einstellungen und emotionale Reaktionen von Ärzten gegenüber Alkoholikern*. „Therapiewoche”, 34, 3514–3520.
- Rembowski J. (1982). *O empatii i niektórych sposobach jej badania*. „Kwartalnik Pedagogiczny”, 3–4, 107–120.
- Rembowski J. (1983). *O empatii i jej roli w psychoterapii*. „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne”, 2, 5–11.
- Rembowski J. (1986a). *Źródła współczesnych społecznych badań nad empatią*. „Kwartalnik Pedagogiczny”, 4, 119–131.
- Rembowski J. (1986b). *Z badań nad poziomem empatii młodzieży studiującej*. [W:] M. Ziemska (red.). *Społeczne konsekwencje integracji i dezintegracji rodziny*. Warszawa, TW WP, 143–186.
- Rembowski J. (1989). *Empatia*. Warszawa, PWN.
- Remen R.N. (1996). *Kitchen table wisdom: Stories that heal*. New York, Riverhead.
- Renzi C., Tabolli S., Ianni A., Di Pietro C., Puddu P. (2005). *Burnout and job satisfaction comparing health care Staff of a dermatological hospital and general hospital*. „Journal of European Academy of Dermatology and Venereology”, JEADV, 19, 153–157.
- Reykowski J. (1979). *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*. Warszawa, PWN.
- Rheinberg F. (2006). *Psychologia motywacji*. Kraków, WAM.
- Rifkin J. (1995). *The End of Work*. New York, Tracher/Putnan.
- Riordan R.L., Saltzer S.K. (1992). *Burnout prevention among health care providers working with the terminally ill. A literature review*. „Omega”, 25, 17–24.
- Rodgers J.C., Dodson S.C. (1988). *Burnout in occupational therapists*. „American Journal of Occupational Therapy”, 42, 787–792.
- Roe K. (1980). *Early Empathy Development in Children and Subsequent Internalization of Moral Values*. „Journal of Social Psychology”, 1, 147–148.
- Rogers C.R. (1957). *The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change*. „Journal Counseling Psychology”, 21, 97–103.
- Rogers C.R. (1958). *The characteristics of a helping relationship*. „Personnel and Guidance Journal”, 37, 6–16.
- Rogers C.R. (1975). *Empathic: An Unappreciated Way of Being*. „The Counseling Psychologist”, 5, 2–10.
- Rosen I.M., Giamotty P.A., Shea J.A., Bellini L.M. (2006). *Evolution of Sleep Quantity, Sleep Deprivation, Mood Disturbances, Empathy, and Burnout among Interns*. „Academic Medicine”, 81(1), 82–85.
- Rosenfield P.J., Jones L. (2004). *Striking a balance: training medical students to provide empathetic care*. „Medical Education”, 38, 927–933.

- Ross E. (1993). *Preventing burnout among social workers employed in the field of AIDS/HIV*. „Social Work in Health Care”, 18, 91–108.
- Rostowski J. (1987). *Zarys psychologii małżeństwa*. Warszawa, PWN.
- Roter D.L., Hall J.A. (1991). *Health education theory: an application to the process of patient-provider communication*. „Health Education Research”, 6, 185–193.
- Roth B. (2001). *Mindfulness-based stress reduction at the Yale School of Nursing*. „Yale Journal of Biology and Medicine”, 74, 249–258.
- Santorelli S. (2000). *Heal thy self: mindfulness in Medicine*. New York, Bell Tower.
- Sauter S.L. (1992). *Introduction to the NIOSH proposed national strategy*. [W:] G.P. Keita, S.L. Sauter, (red.). *Work and well-being: An agenda for the 1990's*. Washington, DC, American Psychological Association, 11–16.
- Savicki V., Cooley E. (1987). *The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals*. „Journal of Counseling and Development”, 65, 249–251.
- Schaufeli W., Enzmann D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A Critical Analysis*. London, Taylor & Francis.
- Schaufeli W., Maslach C., Marek T. (red.) (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington DC, Taylor & Francis.
- Schaufeli W.B. (2007). *Ocena skuteczności warsztatu radzenia sobie z wypaleniem dla pielęgniarek*. [W:] H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa, PWN, 216–234.
- Schaufeli W.B., Enzmann D., Girault N. (2007). *Przegląd metod pomiaru wypalenia zawodowego*. [W:] H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa, PWN, 113–134.
- Schaufeli W.B., Greenglass E.R. (2001). *Introduction to special issue on burnout and health*. „Psychology & Health”, 16, 501–510.
- Schaufeli W.B., Janczur B. (1994). *Burnout among nurses: a Polish-Dutch comparison*. „Journal of Cross-Cultural Psychology”, 25 (1), 95–113.
- Schaufeli W.B., Van Dierendonck D. (1993). *The construct validity of two burnout measures*. „Journal of Organizational Behavior”, 14, 631–647.
- Scheller M. (1994). *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*. Warszawa, PWN.
- Seaberg D.C., Godwin S.A., Perry S.J. (2000). *Teaching Patient Empathy: The ED Visit Program*. „Academic Emergency Medicine”, 7, 1433–1436.
- Sęk H. (1992). *Perceived social support and competence in coping with stress and teacher burnout*. [W:] H. Sęk (red.). *Readings in health and preventive psychology*. Warszawa, PWN, 83–112.
- Sęk H. (1994). *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Społeczne i podmiotowe uwarunkowania*. [W:] J. Brzeziński, L. Witkowski (red.). *Edukacja wobec zmiany społecznej*. Poznań–Toruń, Edytor, 325–343.
- Sęk H. (1996). *Wypalenie zawodowe*. Poznań, Zakład Wydawniczy K. Domke.
- Sęk H. (2005). *Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 14 (2), 93–98.
- Sęk H. (2007). *Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej*. [W:] H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa, PWN, 83–112.
- Sęk H. (2007a). *Wstęp*. [W:] H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa, PWN, 7–12.
- Sęk H. (red.) (1993). *Społeczna psychologia kliniczna*. Warszawa, PWN.
- Sęk H., Beisert M., Pasikowski T., Ścigała I. (1997). *Mechanizmy stresu i wypalenia zawodowego w modelu poznawczo-kompetencyjnym*. [W:] A. Tokarz, E. Necka (red.). *Psychologia poznawcza w Polsce. Analizy. Badania. Koncepcje*. Kolokwia Psychologiczne t. 6. Warszawa, Wydawnictwo IP PAN, 169–194.

- Shapiro D. (1969). *Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy*. „British Journal and Social Clinical Psychology”, 8, 350–361.
- Shapiro J. (2002). *How do Physicians Teach Empathy in the Primary Care Setting?* „Association of American Medical Colleges”, 77 (4), 323–328.
- Shapiro J., Morrison E.H., Boker J.R. (2004). *Teaching Empathy to First Year Medical Students: Evaluation of an Elective Literature and Medicine Course*. „Education for Health”, 7, 1, 73–84.
- Shapiro S.L., Schwartz G.E.R. (2000). *International systemic mindfulness: An integrative model for self-regulation and health*. „Advances in Mind-Body Medicine”, 16, 128–134.
- Shapiro S.L., Schwartz G.E.R., Bonner G. (1998). *Effects of mindfulness based stress reduction on medical and premedical students*. „Journal of Behavioral Medicine”, 21, 581–599.
- Shirey M.R. (2006). *Stress and Burnout in Nursing Faculty*. „Nurse Educator”, 31, 3, 95–97.
- Shirom A. (1989). *Burnout in Work Organizations*. [W:] C.L. Cooper, I. Robertson (red.). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Chichester, John Wiley and Sons, 25–48.
- Smith C.P. (red.). (1992). *Motivation and personality: Handbook of thematic content analysis*. New York, Cambridge University Press.
- Smith P. (1991). *The nursing process: raising the profile of emotional care in nurse training*. „Journal Advances Nursing”, 16, 74–81.
- Smith P. (1992). *The emotional labour of nursing: its impact on interpersonal relations, management and educational environment*. Houndsmill, England, Palgrave Macmillan.
- Spiro H. (1992). *What is empathy and can it be taught?* [W:] H. Spiro, M.G. M. Curnen, E. Peschel, D.St. James (red.). *Empathy and the Practice of Medicine*. New Haven and London, Yale University Press.
- Stelcer B. (2005). *Etyka czci dla życia w hospicjum*. „Sztuka Leczenia”, 1–2, 53–57.
- Storlie F. (1982). *Burnout: the Elaboration of a Concept*. [W:] E.A. Me Connel (red.). *Burnout in the Nursing Profession*. Toronto, Mosby Company, 81–85.
- Stotland E. (1963). *Empathy, Self-Esteem and Birth Order*. „Journal of Abnormal and Social Psychology”, 3, 532–544.
- Strelau J. (red.). (2000). *Psychologia. Podręcznik akademicki*, 1–3. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strupp H. (1978). *Psychotherapy research and practice: an overview*. [W:] A.E. Bergin, S.L. Garfield (red.). *Handbook of psychotherapy and behavior change: and empirical analysis*. New York, J. Wiley and Sons, Inc., 3–22.
- Suchman A.L., Matthews D.A. (1988). *What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the conational dimension of medical care*. „Annals of Internal Medicine”, 108, 125–130.
- Suran B.G., Sheridan E.P. (1985). *Management of burnout: Training psychologists in professional life span perspectives*. „Professional Psychology. Research and Practice”, 16, 741–752.
- Szewczuk W. (1975). *Psychologia*. Warszawa, WSiP.
- Szmukier T. (1989). *Z rozważań nad regulacyjną rolą empatii*. „Przegląd Psychologiczny”, 4, 861–876.
- Świderski T., Langner D., Popkowska-Zerbin H. (1999). *Wypalenie zawodowe a poczucie koherencji u lekarzy*. „Nowiny Psychologiczne”, 3, 69–74.
- Terelak J.F (2008). *Człowiek i stres*. Bydgoszcz–Waszawa, Oficyna Wydawnicza Branta.
- Testerman J.K., Morton K.R., Loo L.K., Worthley J.S., Lambertson H.H. (1996). *The natural history of cynicism in physicians*. „Academic Medicine”, 71 (10), 543–545.
- Tobiasz-Adamczyk B., Bajka J., Marmon G. (1996). *Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych*. Kraków, Collegium Medicum UJ.
- Truax C. (1972). *The Meaning and Reliability of Accurate Empathy Ratings*. „Psychological Bulletin”, 6, 397–399.
- Truax C., Carkhuff R.F. (1967). *Toward Effective Counseling and Psychotherapy. Training and Practice*. Chicago, Aldine.

- Trzebińska E. (1985). *Empatia jako forma komunikacji interpersonalnej*. „Przegląd Psychologiczny”, 2, 417–436.
- Tucholska S. (2001). *Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju*. „Przegląd Psychologiczny”, 3, 301–317.
- Tucholska S. (2003). *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*. Lublin, Wydawnictwo KUL.
- Uchnast Z. (1996). *Empatia jako postawa egzystencjalna*. „Roczniki Filozoficzne”, 44, 4, 37–52.
- Urist J. (1977). *Some Structural Considerations in the Relationship Between M and Empathy*. „Journal of Personality Assessment”, 1, 573–578.
- Van Dierendonck D., Schaufeli W. B., Sixma H. J. (2007). *Wypalenie zawodowe wśród lekarzy ogólnych z perspektywy teorii równości*. [W:] H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa, PWN, 168–181.
- Van Dierendonck D., Schaufeli W.B., Buunk B.P. (1996). *Inequity among human service professionals: measurement and relation to burnout*. „Basic Applied Social Psychology”, 18 (4), 429–451.
- Walster E., Walster G.W., Berscheid E. (1978). *Equity: Theory and Research*. Boston, MA, Allyn & Bacon.
- Warner M.S. (1989). *Empathy and strategy in the family system*. „Person-Centred Review”, 4, 324–343.
- Watson J. (1996). *Watson's theory of transpersonal caring*. [W:] P.H Walker., B. Neuman (red.). *Blueprint for use o nursing models: Education, research, practice, and administration*. New York, National League for Nursing Press, 141–184.
- Weinstein N. (1984). *Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility*. „Health Psychology”, 3, 431–457.
- Weinstein N. (1989). *Effects of personal experience on self-protective behavior*. „Psychological Bulletin”, 105 (1), 31–50.
- Węgliński A. (1984). *Poziom empatii a zachowanie na koloniach resocjalizacyjnych dzieci z rodzin zagrożonych demoralizacją*. „Kwartalnik Pedagogiczny”, 1, 111–120.
- White S.J. (1997). *Empathy: a literature review and concept analysis*. „Journal of Clinical Nursing”, 6, 253–257.
- Whitehead J.T. (1989). *Burnout in Probation and Corrections*. New York, Praeger.
- Widerszal-Bazyl M. (2003). *Stres w pracy a zdrowie, czyli o próbach weryfikacji modelu Roberta Karaska oraz modelu: wymagania – kontrola – wsparcie*. Warszawa, Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.
- Wiener J.M. (1996). *Medycyna behawioralna*. Wrocław, Urban & Partner.
- Wilczek-Rużyczka E. (1998). *Analiza pojęcia empatia*. „Sztuka Leczenia”, 4, 63–69.
- Wilczek-Rużyczka E. (1998a). *Empatia w pomaganiu*. [W:] J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt (red.). *Materiały pokonferencyjne XIII Ogólnopolskiego Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej: Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie*. Wrocław, AWF, 253–256.
- Wilczek-Rużyczka E. (2000). *Empatia w komunikacji pielęgniarka – pacjent. Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa*. „Annales Academiae Medicae Silesiensis”, 30, 255–263.
- Wilczek-Rużyczka E. (2002). *Empatia i jej rozwój u osób pomagających*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wilczek-Rużyczka E. (2002a). *Zmiany ustosunkowań interpersonalnych pielęgniarek psychiatrycznych jako efekt treningu empatii*. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, VIII, 422–430.
- Wilczek-Rużyczka E. (2002b). *Niektóre wyznaczniki poziomu empatii u studentek pielęgniarstwa, psychologii i uczelni technicznych*. [W:] M. Ledzińska, G. Rutkowska, L. Wrona (red.). *Osoba – edukacja – dialog*. Kraków, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie, 204–208.
- Wilczek-Rużyczka E. (2002c). *Radzenie sobie ze stresem a syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek*. „Problemy Pielęgniarstwa”, 1–2, 168–181.

- Wilczek-Rużyczka E. (2003a). *Poziom empatii a aktywność komunikowania u pielęgniarek*. „Problemy Pielęgniarstwa”, 1–2, 74–77.
- Wilczek-Rużyczka E. (2003b). *Wypalenie zawodowe a poziom empatii u pielęgniarek*. „Sztuka Leczenia”, 1, 91–95.
- Wilczek-Rużyczka E. (2004). *Empatia w interwencji kryzysowej*. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, LIX, XIV, 5, 472–478.
- Wilczek-Rużyczka E. (2004a). *Analiza wybranych zasobów osobowościowych u pielęgniarek*. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, LIX, XIV, 5, 480–484.
- Wilczek-Rużyczka E. (2005). *Empatia w komunikowaniu się pielęgniarki ze studentem*. [W:] E. Ziarko (red.). *Przewodnik dydaktyczny dla pielęgniarek – opiekunów praktyk zawodowych*. Kraków, Wydawnictwo Skrzat, 158–168.
- Wilczek-Rużyczka E. (2006). *Empatia a wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia*. „Sztuka Leczenia”, XIII, 1–2, 39–49.
- Wilczek-Rużyczka E. (2006a). *Poziom empatii i wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek z oddziałów psychiatrycznych*. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, LX, XVI, 875, 220–224.
- Wilczek-Rużyczka E. (2007). *Empatia u lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia*. [W:] *Dobro chorego w medycynie. Dni Jana Pawła II – „Dobro”*. Kraków, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medium, 70–79.
- Wilczek-Rużyczka E. (2007a). *Professional burnout vs. personal resources of nurses*. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, LXII, XVIII, 858 22–26.
- Wilczek-Rużyczka E. (2007b). *Komunikowanie się z chorym psychicznie*. Lublin, Wyd. Czelej Sp. z oo.
- Wilczek-Rużyczka E., Frank A. (2008a). *Professional burnout and health in nurses working in the operating theatre*. [W:] H. Karakuła (red.). *Societal and environmental risk health and wellness*. Lublin, Wydawnictwo Neuro Centrum, 383–389.
- Wilczek-Rużyczka E., Frank A., Płotka A. (2008). *Wypalenie zawodowe a wsparcie społeczne u pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym*. [W:] H. Wiktor (red.). *Dobrostan i wsparcie w zdrowiu i chorobie*. Lublin, Wydawnictwo Neuro Centrum, 187–198.
- Wilczek-Rużyczka E., Król M. (2003). *Poziom stresu i style radzenia sobie z nim u pielęgniarek psychiatrycznych*. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, LVIII, XIII, 431–434.
- Wilczek-Rużyczka E., Repka I. (2006). *Poziom empatii u studentów pielęgniarstwa i medycyny*. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, LX, XVI, 873, 212–214.
- Wilczek-Rużyczka E., Repka I. (2006a). *Professional burnout versus empathy of nursing and medical students*. „Zdrowie Publiczne”, 1, 61–64.
- Wilczek-Rużyczka E., Wojtas K. (2004). *Wiedza i aktywność komunikacyjna pielęgniarek psychiatrycznych w wybranych placówkach*. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, LIX, XIV, 5, 485–492.
- Wiseman T. (1996). *A concept analysis of empathy*. „Journal of Advanced Nursing”, 23, 1162–1167.
- Wu A.W., Cavanaugh T.A., McPhee S.J., Lo B., Micco G.P. (1997). *To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients*. „Journal General Internal Medicine”, 12, 770–775.
- Young L.E., Bruce A., Turner L., Linden W. (2001). *Students nurse health promotion: Evaluation of a mindfulness-based stress reduction (MBSR) intervention*. „Canadian Nurse”, 97 (6), 23–26.
- Zimbardo P.G., Ruch F.L. (1994). *Psychologia i życie*. Warszawa, PWN.