

Empatia pracowników służby zdrowia a ich gotowość do udzielania pomocy pozamedycznej pacjentom po próbach samobójczych

Karolina Krysińska¹

Instytut Psychologii PAN

Instytut Psychologii, Uniwersytet im. A. Mickiewicza, Poznań

EMPATHY OF MEDICAL DOCTORS AND NURSES AND THEIR READINESS TO HELP PATIENTS WHO HAVE ATTEMPTED SUICIDE

Summary. This paper presents the results of research on readiness of medical doctors and nurses to help parasuicide patients to solve problems that led to the suicidal attempt. 74 subjects (54 medical doctors and 20 nurses), divided into the experimental group (more frequent contact with parasuicides) and the control group (rare contact with parasuicides), took part in the study. Six hypotheses concerning the medical staff's readiness to help were put forward on the basis of models of emotional and cognitive empathy and theories of helping behaviour. These hypotheses were verified using seven case vignettes (descriptions of suicide attempts), an empathy scale (Interpersonal Reactivity Index) and scales measuring personal distress, empathic concern and readiness to help. The statistical analysis of data showed that higher dispositional emotional empathy and higher levels of situational empathic concern led to higher readiness to help. In some cases dispositional cognitive empathy, perceived controllability of the cause of a suicide attempt and situational personal distress increased the willingness to help. No relationship between the level of dispositional cognitive empathy and the strength of situational empathic emotions, and the tendency to perceive the uncontrollable causes of suicidal behavior was found.

W Polsce przeprowadzano badania nad postawami społecznymi i stosunkiem różnych grup zawodowych do zjawiska samobójstwa usiłowanego i dokonanego (m.in. Czabański, 1997; Jucha i in., 1976; Koślacz, Oleszczuk-Kryj, 1970; Rendecka, Żuraw, 1978; Szymanowski, 1994). Nie ma jednak w polskiej literaturze suicydologicznej doniesień z badań nad stosunkiem pracowników służby zdrowia (lekarzy i pielęgniarek) wobec pacjentów po próbach samobójczych i ich gotowością do niesienia pomocy pozamedycznej. Pomoc pozamedyczna jest tu rozumiana jako podejmowanie działań na rzecz pacjentów po próbach samobójczych, które wykraczają poza procedury medyczne niezbędne do uratowania życia i poprawy stanu zdrowia, czyli m.in. udzielanie pomocy w rozwiązywaniu problemów osobistych, które doprowadziły do targnięcia się na życie. Wyniki badań i obserwacje kliniczne wskazują, że postawa lekarza i pielęgniarki oraz ich gotowość do udzielania tego typu pomocy ma duże znaczenie z punktu widzenia prewencji i postwencji samobójstw (m.in. Samuelsson i in. 1997b; Lipowska-Teutsch i in., 1990; Heckler, 1994; Hołyst, 1991). Wpływają one na gotowość pacjenta do późniejszego korzystania z różnych form pomocy psychologicznej i społecznej, a niekiedy nawet na motywację do dalszego życia.

Celem tego artykułu jest przybliżenie czytelnikowi problematyki postaw lekarzy i pielęgniarek wobec pacjentów po próbach samobójczych oraz przedstawienie wyników badań nad związkiem między empatią a gotowością do udzielania pomocy przeprowadzonych przez autorkę.

Pierwsze obserwacje nad postawami lekarzy i pielęgniarek oraz ich gotowością do udzielania pomocy pacjentom po podjętej próbie samobójczej były prowadzone w Wielkiej Brytanii już w drugiej połowie lat pięćdziesiątych (Woodside, 1958 – za: Patel, 1975). Od tego czasu przeprowadzono wiele badań, m.in. w Wielkiej Brytanii (np. Patel, 1975; Barber i in., 1975; Ramon, Bancroft, Skrimshire, 1975), Irlandii Północnej (McLaughlin, 1994), Stanach Zjednoczonych i we Włoszech (Domino, Perrone, 1983), Norwegii (Talseth i in., 1997, 1999) i Szwecji (Samuelsson i in., 1997a; 1997b). Wyniki badań przedstawia tabela 1.

Tabela 1.

Wyniki badań nad stosunkiem personelu medycznego wobec pacjentów po próbach samobójczych (PPS).

Autor badania	Badana populacja	Metoda badania	Wyniki badania
Patel (1975, Wlk. Brytania)	51 lekarzy 15 pielęgniarek	kwestionariusz	– 60% lekarzy i 73% pielęgniarek oceniało kontakty z PPS jako mało satysfakcjonujące. – 61% lekarzy i 53% pielęgniarek twierdziło, że PPS budzą niechęć

1 Adres do korespondencji: mgr Karolina Krysińska, Instytut Psychologii, Uniwersytet im. A. Mickiewicza, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, e-mail: krysinsk@main.amu.edu.pl.

Serdecznie dziękuję Panu Profesorowi Tomaszowi Maruszewskiemu za pomoc w opracowywaniu danych i przygotowaniu artykułu.

KAROLINA KRYSIŃSKA

			innych lekarzy i pielęgniarek. – 35% lekarzy i 40% pielęgniarek miało postawę negatywną wobec PPS, a 27% lekarzy i 13% pielęgniarek – postawę pozytywną.
Barber i in. (1975, Wlk. Brytania)	25 studentów medycyny (IV i V rok) 12 lekarzy 8 pracowników socjalnych	skala do badania postaw	– Bardziej pozytywne i neutralne postawy stwierdzono u studentów IV roku i pracowników socjalnych niż u lekarzy i starszych studentów. – Kontakt studentów z PPS doprowadził do zwiększenia postaw pozytywnych i wzbudzenia zainteresowania problemami PPS. – Studenci medycyny często obserwowali negatywne postawy personelu medycznego wobec PPS.
Ramon, Bancroft, Skrimshire (1975, Wlk. Brytania)	31 lekarzy 50 pielęgniarek	rozmowa opisy prób samobójczych i skale oceny	– Postawa wobec PPS zależała od przypisywanej motywacji podjęcia próby samobójczej. – Pielęgniarki deklarowały większą akceptację i współczucie niż lekarze. – Postawy lekarzy i pielęgniarek zależały od cech PPS.
Domino i Perrone (1983*)	200 lekarzy	kwestionariusz	– Lekarze włoscy częściej niż amerykańscy oraz kobiety częściej niż mężczyźni traktowały samobójstwo jako wyraz choroby psychicznej, agresji, impulsywności, jako zachowanie powszechne, uznawali prawo do odebrania sobie życia, traktowali je jako zło moralne i rezultat osłabienia zasad religijnych.
Mc Laughlin (1994, Irl. Płn.)	95 pielęgniarek	kwestionariusz	– Postawy starszych i bardziej doświadczonych pielęgniarek były bardziej pozytywne niż postawy młodszych i mniej doświadczonych pielęgniarek.
Talseth i in. (1997; 1999, Norwegia)	19 pielęgniarek	rozmowa	– Stwierdzono dwa typy postaw wobec samobójczych pacjentów psychiatrycznych: postawa dystansowania się i postawa bliskości.
Samuelsson i in. (1997a, Szwecja)	138 pielęgniarek 53 pielęgniarzy	skala postaw opisy prób samobójczych i skale oceny	– Większe współczucie wobec PPS deklarowały kobiety, pielęgniarki i pielęgniarze starsi wiekiem oraz mający częstszy kontakt z PPS. – Postawy wobec PPS zależały od cech tych pacjentów.
Samuelsson i in. (1997b, Szwecja)	160 pielęgniarek	skala postaw opisy prób samobójczych i skale oceny	– Postawy pielęgniarek psychiatrycznych były bardziej pozytywne niż postawy pielęgniarek pracujących w szpitalu ogólnym. – Bardziej pozytywne były postawy pielęgniarek starszych, mających częstsze kontakty z PPS. – Postawy pielęgniarek zależały od cech PPS.

* badania międzykulturowe (Włochy i USA).

Celem przeprowadzonych przez autorkę badań z udziałem polskich lekarzy i pielęgniarek była analiza związku między empatią dyspozycyjną i sytuacyjną a gotowością do udzielania pomocy osobom po próbach samobójczych. Opierając się na koncepcjach teoretycznych i wynikach badań nad związkiem empatia–gotowość do udzielania pomocy, postawiono sześć hipotez.

Hipoteza 1: Osoby badane charakteryzujące się wyższym poziomem dyspozycyjnej empatii poznawczej i emocjonalnej są bardziej skłonne do udzielania pomocy osobom podejmującym próby samobójcze niż osoby o niższym poziomie dyspozycyjnej empatii poznawczej i emocjonalnej. Hipoteza ta ma swoje źródło w wynikach badań nad związkiem między empatią dyspozycyjną (poznawczą i emocjonalną) a zachowaniami prospołecznymi, altruizmem i gotowością do udzielania pomocy (zob. m.in. Davis, 1999; Eisenberg, Miller, 1987; Mehrabian, Epstein, 1972).

Hipoteza 2: Osoby badane są bardziej skłonne do udzielania pomocy osobom podejmującym próby samobójcze, gdy osoby te podejmują próby samobójcze z przyczyn niekontrolowalnych niż wtedy, gdy podejmują próby samobójcze z przyczyn kontrolowalnych. Hipoteza 2 jest oparta na koncepcjach i wynikach badań dotyczących związków między procesami atrybucji, reakcjami afektywnymi i gotowością do udzielania pomocy (Weiner, 1980; 1986; 1990; Betancourt, 1990).

Hipoteza 3: Osoby badane są bardziej skłonne do udzielania pomocy osobom podejmującym próby samobójcze, gdy osoby te wzbudzają w nich silniejsze emocje empatyczne niż wtedy, gdy wzbudzają słabsze emocje empatyczne.

Hipoteza 4: Osoby badane nie są bardziej skłonne do udzielania pomocy osobom podejmującym próby samobójcze, gdy osoby te wzbudzają w nich silniejsze dysstresu osobistego niż wtedy, gdy wzbudzają słabsze uczucia dysstresu osobistego. Hipoteza 3 i 4 oparte są na założeniach koncepcji dotyczących związku między sytuacyjnymi reakcjami empatycznymi (emocje empatyczne i odczucia dysstresu osobistego) a gotowością do udzielania pomocy. Relacje tego typu zakłada m.in. model atrybucyjno-empatyczny (Betancourt, 1990), model empatia-altruizm (Batson i in. 1981; 1988), model ulgi w stanie negatywnym (Cialdini, Kenrick, 1976) oraz model pobudzenie (koszt-nagroda) (Piliavin i in. 1993). Wyniki badań potwierdziły trafność założeń teoretycznych wymienionych modeli (Carlson, Miller, 1987; Batson i in. 1988; Betancourt, 1990; Piliavin i in. 1993; Davis, 1999).

Hipoteza 5: U osób badanych, które charakteryzują się wyższym poziomem dyspozycyjnej empatii poznawczej, wzbudzane są silniejsze emocje empatyczne niż u osób charakteryzujących się niższym poziomem dyspozycyjnej empatii poznawczej.

EMPATIA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Hipoteza 6: Osoby charakteryzujące się wyższym poziomem dyspozycyjnej empatii poznawczej są bardziej skłonne do spostrzegania niekontrolowalnych przyczyn podejmowania prób samobójczych niż osoby o niższym poziomie dyspozycyjnej empatii poznawczej. Dwie ostatnie hipotezy oparte są na atrybucyjno-empatycznym modelu udzielania pomocy Betancourta (1990), na schemacie badawczym empatii zaproponowanym przez Davisa (1999) oraz na wynikach badań nad dyspozycyjną empatią poznawczą, procesami atrybucji i gotowością do udzielania pomocy (zob. przegląd w: Davis, 1999).

METODA

Osoby badane i przebieg badań

W badaniach wzięły udział 74 osoby: 37 osób z grupy eksperymentalnej i 37 osób z grupy kontrolnej. Kryterium przynależności do danej grupy było miejsce pracy osoby badanej związane z częstotliwością kontaktów z osobami, które podejmują próby samobójcze. W skład grupy eksperymentalnej weszły osoby pracujące na oddziale toksykologicznym i w losowo wybranej stacji pogotowia ratunkowego. Osoby z grupy kontrolnej były zatrudnione w szpitalu ogólnym, m.in. na oddziale urologicznym, neurologicznym, chorób wewnętrznych i chirurgicznym. Osoby z grupy eksperymentalnej miały o wiele częstszy kontakt z osobami samobójczymi niż osoby z drugiej grupy (zob. rys. 1).

Badaniem objęto 54 lekarzy (18 kobiet i 36 mężczyzn) oraz 18 pielęgniarek i 2 pielęgniarzy. Średnia wieku w grupie eksperymentalnej i grupie kontrolnej wynosiła 35, 8 lat (od 20 do 60 lat), średnia długość stażu w obu grupach – 11, 65-11, 7 lat (od 1 roku pracy do 35 lat).

Zastosowane metody

Indeks Reaktywności Interpersonalnej (IRI – Interpersonal Reactivity Index; Davis, 1980; 1983a; 1983b; 1999). Jest to 28-itemowe narzędzie badawcze służące do pomiaru empatii dyspozycyjnej, rozumianej jako „zestaw konstruktywów, które związane są z wrażliwością (reactivity) na innych, lecz równocześnie są one wyraźnie od siebie oddzielone” (Davis, 1983b, s. 113), obejmującej afektywne i poznawcze aspekty empatii. IRI składa się z czterech 7-itemowych podskal: Skala przyjmowania perspektywy (skala PP), Skala empatycznej troski (ET), Skala osobistej przykrości (OP) oraz Skala fantazji (F). Osoby badane udzielają odpowiedzi na 5-punktowej skali typu Likerta. Wysoka ilość punktów uzyskana w IRI wskazuje na silne tendencje empatyczne. Właściwości psychometryczne skali są zadowalające.

Opisy przypadków prób samobójczych. Osobom badanym przedstawiano opisy siedmiu przypadków prób samobójczych (opracowane na podstawie: Hołyst, 1991; Marcinkowski, Waloszczyk, 1995). W każdym przypadku podano wiek, wykształcenie, zawód, sytuację rodzinną, problem osoby podejmującej próbę samobójczą oraz wykorzystany przez nią sposób odebrania sobie życia.

Lista przyczyn podejmowania prób samobójczych. Osobom badanym przedstawiono listę dziesięciu możliwych przyczyn i motywów podejmowania prób samobójczych: „problemy zdrowotne”, „problemy finansowe”, „problemy rodzinne”, „niepowodzenia w sferze uczuciowej”, „samotność, brak wsparcia psychicznego”, „nieumiejętność poradzenia sobie z sytuacją trudną”, „brak perspektyw życiowych”, „manipulacja otoczeniem” i „zagrożenie przemocą fizyczną”, „alkoholizm”. Na podstawie ocen sędziów kompetentnych przyczyny te podzielono na przyczyny kontrolowalne („alkoholizm”, „problemy finansowe”, „manipulacja otoczeniem”, „nieumiejętność poradzenia sobie z sytuacją trudną” oraz „niepowodzenia w sferze uczuciowej”) i niekontrolowalne („problemy zdrowotne”) oraz „inne przyczyny” (pozostałe przyczyny).

Tabela przyczyn podejmowania prób samobójczych. Po przeczytaniu opisów siedmiu prób samobójczych osoby badane wybierały z listy przyczyn trzy przyczyny, które według nich doprowadziły do każdego zamachu samobójczego. Osoby badane wybierały jedną „przyczynę główną” oraz dwie „przyczyny o mniejszym znaczeniu”.

Skale oceny. Po przeczytaniu siedmiu opisów przypadków prób samobójczych osoby badane na 8-stopniowych skalach (od 0 – „bardzo słabo” do 7 – „bardzo silnie”) opisywały wzbudzone w nich na skutek lektury uczucia empatycznej troski (współczucie, poruszenie, żal) i osobistej przykrości (irytacja, niepokój, złość). Ponadto deklarowały swą gotowość do udzielenia pomocy; miarą gotowości była deklarowana ilość czasu (od 0 do 10 godzin), którą badany byłby gotów poświęcić w ciągu miesiąca, by pomóc opisywanej osobie w rozwiązaniu jej problemów.

Ankieta Osobowa. Obejmowała dane na temat wieku, płci, wykształcenia, zawodu, długości stażu pracy osób badanych oraz częstotliwości ich kontaktu z osobami podejmującymi próby samobójcze. Badani mogli również wyrazić w niej swoją opinię na temat problematyki badań i wykorzystywanych metod.

WYNIKI

W celu weryfikacji przedstawionych wyżej hipotez badawczych przeprowadzono analizy statystyczne uzyskanych danych (wskaźnik korelacji r Pearsona, test t -Studenta, test χ^2). Hipoteza 1 została potwierdzona częściowo. Okazało się, że wysoki poziom dyspozycyjnej empatii emocjonalnej pozytywnie korelował z ogólną gotowością do udzielenia pomocy. Analiza wyników podskal mierzących elementy składowe dyspozycyjnej empatii emocjonalnej (skale F, ET i OP) wykazała, że gotowość ta zależała od dyspozycyjnej zdolności badanych do wczuwania się w fikcyjnych bohaterów książek lub filmów (skala F) oraz od zdolności badanych do odczuwania empatycznej troski. Dyspozycyjna tendencja badanych do odczuwania osobistej przykrości nie wpływała na ich gotowość do udzielenia pomocy. Związek między dyspozycyjną empatią poznawczą a gotowością do udzielania pomocy okazał się słaby. Nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji między ogólną gotowością do udzielania pomocy a wynikami na skali PP, istniała natomiast korelacja między zdolnością do przyjmowania perspektywy innej osoby a ilością czasu na udzielenie pomocy w dwóch z siedmiu przypadków przedstawionych prób samobójczych. Wielkości współczynnika korelacji między omawianymi zmiennymi (dla ogólnej gotowości do udzielania pomocy i gotowości w każdym z 7 przedstawionych badanych przypadku próby samobójczej) przedstawia tabela 2.

EMPATIA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Tabela 2.

Wartość współczynnika korelacji r Pearsona między wynikami uzyskanymi na podskalach ET, OP, F, PP a gotowością do udzielenia pomocy (GUP)

	Empatia emocjonalna (ET+OP+F)	Empatia poznawcza (PP)	Skala ET	Skala OP	Skala F
GUP w syt. 1	0,19*	0,22*	0,16	0,06	0,19
GUP w syt. 2	0,23*	0,27*	0,19	0,08	0,21*
GUP w syt. 3	0,14	0,14	0,20*	-0,03	0,13
GUP w syt. 4	0,09	0,07	-0,01	0,11	0,10
GUP w syt. 5	0,30**	0,12	0,26*	0,18	0,22*
GUP w syt. 6	0,30**	0,15	0,20*	0,15	0,29**
GUP w syt. 7	0,05	0,04	-0,03	0,11	0,04
GUP ogólna	0,24*	0,18	0,18	0,12	0,22*

* istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$; **istotne statystycznie na poziomie $p < 0,005$.

Hipoteza 2, która zakładała występowanie pozytywnej korelacji między spostrzeganą niekontrolowalnością przyczyn podejmowania próby samobójczej a gotowością do udzielenia pomocy, została potwierdzona częściowo. Osoby badane wymieniały niekontrolowalną przyczynę próby samobójczej („problemy zdrowotne”) tylko w dwóch z siedmiu przedstawionych im sytuacjach: opis próby samobójczej 48-letniego inwalidy z uszkodzeniem kręgosłupa oraz 27-letniego mężczyzny na rencie inwalidzkiej cierpiącego na padaczkę. Wyniki testu t -Studenta wykazały, że zakładana zależność wystąpiła w przypadku sytuacji 1 ($t = 1,88$, $p = 0,05$), lecz nie została potwierdzona w przypadku sytuacji 7 ($t = 1,68$, $p < 0,05$).

Potwierdzona została hipoteza 3 – badani byli bardziej skłonni do udzielania pomocy osobom podejmującym próbę samobójczą wtedy, gdy osoby te wzbudzały w nich silniejsze emocje empatyczne (współczucie, poruszenie, żal) niż wtedy, gdy wzbudzały słabsze emocje empatyczne. Wartości współczynnika korelacji między wzbudzonymi sytuacyjnie emocjami empatycznymi a gotowością do udzielenia pomocy dla każdego z siedmiu przedstawionych badanym opisów prób samobójczych przedstawia tabela 3.

Tabela 3.

Wartości współczynnika korelacji r Pearsona między wzbudzonymi emocjami empatycznymi a gotowością do udzielenia pomocy.

	Emocje empatyczne						
	W syt. 1	W syt. 2	W syt. 3	W syt. 4	W syt. 5	W syt. 6	W syt. 7
Gotowość do udzielenia pomocy	0,49**	0,45**	0,34*	0,51**	0,63**	0,53**	0,47**

* istotne statystycznie na poziomie $p < 0,005$; ** istotne statystycznie na poziomie $p < 0,001$.

Częściowo została potwierdzona hipoteza 4. Zgodnie z jej założeniami, w przypadku niektórych opisów prób samobójczych nie stwierdzono zależności między wzbudzonym sytuacyjnie dysstressem osobistym (irytacja, niepokój, złość) a gotowością do udzielenia pomocy osobie samobójczej. W przypadku pozostałych sytuacji wystąpiła korelacja dodatnia, czyli większemu dysstresowi osobistemu towarzyszyła większa ilość czasu, który osoby badane były gotowe spędzić z niedoszłym samobójcą, by pomóc rozwiązać jego problemy. Wartości współczynnika korelacji między wzbudzonym sytuacyjnie dysstressem osobistym a gotowością do udzielenia pomocy dla każdego z siedmiu przedstawionych badanym opisów prób samobójczych przedstawia tabela 4.

Tabela 4.

Wartości współczynnika korelacji r Pearsona między wzbudzonym dysstressem osobistym a gotowością do udzielenia pomocy

	Dysstres osobisty						
	W syt. 1	W syt. 2	W syt. 3	W syt. 4	W syt. 5	W syt. 6	W syt. 7
Gotowość do udzielenia pomocy	0,02	0,25*	0,16	0,09	0,20	0,28*	0,31*

* istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$.

Hipoteza 5, zakładająca występowanie korelacji między dyspozycyjną empatią poznawczą a siłą wzbudzonych emocji empatycznych, została potwierdzona tylko w przypadku opisu próby samobójczej 16-letniej dziewczyny. Po podzieleniu osób badanych na dwie grupy: osoby o wysokiej dyspozycyjnej empatii poznawczej (wyniki na skali PP testu IRI wyższe lub równe 17 punktom) i niskiej dyspozycyjnej empatii poznawczej (wyniki w skali PP niższe lub równe 16 punktom), wyniki testu t -Studenta, z wyjątkiem wyżej wspomnianego opisu ($t = 2,20$, $p < 0,05$) nie wskazywały na sugerowaną w hipotezie zależność. Nie została potwierdzona hipoteza 6. Wyniki testu χ^2 wykazały, że badani charakteryzujący się wyższym poziomem dyspozycyjnej empatii poznawczej (wyniki w skali PP testu IRI wyższe lub równe 17 punktom) nie byli bardziej skłonni do spostrzegania niekontrolowalnych przyczyn podejmowania prób samobójczych niż badani niższym poziomie dyspozycyjnej empatii poznawczej (wyniki w skali PP niższe lub równe 16 punktom). Hipotezę tę zweryfikowano w dwojaki sposób. Po pierwsze, obliczono wartość χ^2 , porównując częstotliwość podawania przez osoby badane przyczyny niekontrolowalnej („problemy zdrowotne”; podana 14 razy w grupie wysokich wyników w skali PP i 13 w grupie niskich wyników w skali PP), pięciu przyczyn kontrolowalnych („alkoholizm”, „problemy finansowe”, „manipulacja otoczeniem”, „nieumiejętność poradzenia sobie z sytuacją trudną” oraz „niepowodzenia w sferze uczuciowej”; w sumie wymienionych 136 razy w grupie wysokich wyników w skali PP i 114 razy w grupie niskich wyników w skali PP) oraz innych przyczyn („problemy rodzinne”, „samotność”, „brak wsparcia psychicznego”, „brak perspektyw życiowych”, „zagrożenie przemocą fizyczną”; w sumie wymienionych 137 razy w grupie wysokich wyników w skali PP i 106 razy w grupie niskich wyników w skali PP). W tym przypadku wartość testu χ^2 wynosiła 0,19 i nie osiągnęła wartości istotnej statystycznie. Po drugie, ponieważ na liście przyczyn podejmowania prób samobójczych znajdowała się tylko jedna przyczyna niekontrolowalna, pięć przyczyn kontrolowalnych i cztery inne przyczyny, podzielono liczbę przyczyn kontrolowalnych i innych odpowiednio przez 5 i 4. Uzyskana w ten sposób wartość χ^2 wyniosła 0,03 i także nie osiągnęła wartości istotnej statystycznie (rys. 2).

Uwaga: żadna z różnic nie osiągnęła istotności statystycznej.

Rys. 2. Częstość podawania przez osoby badane o niskiej dyspozycyjnej empatii poznawczej (n DEP) i wysokiej dyspozycyjnej empatii poznawczej (w DEP) przyczyny niekontrolowanej (PNK), przyczyn kontrolowanych (PK) i innych przyczyn (PI)

DYSKUSJA

Na podstawie przedstawionych wyników analizy statystycznej danych można stwierdzić, że gotowość do udzielenia pomocy osobom po próbach samobójczych zależy od dyspozycyjnej zdolności lekarza lub pielęgniarki do empatii emocjonalnej (zwłaszcza zdolności do współczucia i współodczuwania z osobami w trudnej sytuacji, czyli zdolności do empatycznej troski oraz zdolności do wczuwania się w przeżycia osób fikcyjnych – umiejętność fantazjowania). Wyniki te są zgodne z rezultatami uzyskanymi w wielu innych badaniach dotyczących zależności między dyspozycyjną emocjonalną empatią a gotowością do zachowań pomocnych (np. Davis, 1999; Eisenberg, Miller, 1987; Mehrabian, Epstein, 1972). Pozytywna korelacja między dyspozycyjną empatią poznawczą a chęcią udzielenia pomocy była słabsza i pojawiła się tylko w niektórych sytuacjach. Okazało się, że na gotowość do udzielenia pomocy wpływały sytuacyjnie wzbudzone emocje – zarówno emocje empatyczne (współczucie, poruszenie, żal), jak i dysstres osobisty (irytacja, niepokój, złość). Należy zwrócić uwagę, że siła wzbudzonych emocji empatycznych zawsze korelowała pozytywnie z gotowością do udzielania pomocy, natomiast wzbudzony dysstres osobisty czasami zwiększał, a czasami nie wpływał na chęć pomagania pacjentowi po próbie samobójczej.

Okazuje się, że udzielanie pomocy ma często charakter impulsywny i silniejszym bodźcem do jej udzielenia są sytuacyjnie wzbudzone emocje niż stała zdolność do przyjmowania perspektywy innej osoby. Przewaga emocji wzbudzonych sytuacyjnie nad dyspozycyjną empatią poznawczą jako czynników sprzyjających udzieleniu pomocy może świadczyć o pierwszeństwie procesów emocjonalnych nad poznawczymi (Lazarus, 1999; Zajonc, 1985); do wzbudzenia emocji empatycznych wystarczy kontakt z osobą potrzebującą pomocy i nie jest konieczna rozbudowana zdolność do poznawczej analizy jej sytuacji. Davis zauważa, że skala PP w IRI „dotyczy prawdopodobieństwa zaangażowania się w wysiłek przyjęcia cudzego punktu widzenia (proces); nie próbuje się tutaj dochodzić, jakie mogą być ostateczne wyniki takiego procesu (np. trafność lub społeczna intuicja)” (1999, s. 73). Być może sama wysoka skłonność do przyjmowania perspektywy innej osoby nie gwarantuje, że w danej sytuacji spojrzysz się na rzeczywistość z punktu widzenia innej osoby i tym samym będziesz się gotowym do udzielenia jej pomocy.

Wyniki badania wskazują na rolę sytuacyjnie wzbudzonych emocji empatycznych i dysstresu osobistego w zwiększaniu gotowości do udzielania pomocy. Potwierdzona została hipoteza empatia-altruizm (Batson i in. 1988; Davis, 1999); u badanych, u których zostały wzbudzone emocje empatyczne, skłonność do udzielenia pomocy była duża. Z drugiej strony, również u badanych, u których wystąpił dysstres osobisty, często pojawiała się gotowość do udzielenia pomocy. Takie wyniki wskazują na trafność modelu pobudzenie (koszt-nagroda) (Piliavin i in. 1993) i modelu ulgi w stanie negatywnym (Davis, 1999; Carlson, Miller, 1987). Konieczne jest prowadzenie dalszych badań przy wykorzystaniu metod, które pozwolą na sprawdzenie, jakie zmienne (związane z osobą mogącą udzielić pomocy oraz z osobą, która podjęła próbę samobójczą oraz cechami jej próby) decydują o tym, że pojawienie się dysstresu osobistego personelu medycznego prowadzi do udzielania pomocy.

Wyniki badań wskazują również, że związek między spostrzeganą kontrolowalnością przyczyny podjęcia próby samobójczej a deklarowaną gotowością do udzielenia pomocy nie jest jednoznaczny. W niektórych sytuacjach niekontrolowalność przyczyny zwiększała gotowość badanych do udzielenia wsparcia i pomocy, w innych sytuacjach zależności takiej nie stwierdzono. Ponadto okazało się, że zdolność do spontanicznego przyjmowania punktu widzenia innych ludzi (wskaźnik dyspozycyjnej empatii poznawczej) zwykle nie wpływał na siłę sytuacyjnie wzbudzonych emocji empatycznych i na sposób spostrzegania kontrolowalności przyczyn podejmowania prób samobójczych. Analizując wyniki badań, okazuje się więc, że są one tylko częściowo zgodne z opisywaną przez Betancourta (1990) sekwencją: procesy atrybucji – kontrolowalność przyczyny – gotowość do udzielenia pomocy. Samo spostrzeganie niekontrolowalnych przyczyn wystąpienia sytuacji trudnej nie wystarcza do zwiększenia gotowości do udzielenia pomocy. Niniejsze badania nie potwierdziły występowania sekwencji: perspektywa psychologiczna – emocje empatyczne – gotowość do udzielania pomocy i perspektywa empatyczna – kontrolowalność przyczyny – gotowość do udzielenia pomocy. Niezgodność ta prowadzi do postawienia ważnego pytania: czy można (tak jak zrobiono w tych badaniach) stawiać znak równości między dyspozycyjną empatią poznawczą a sytuacyjną empatyczną perspektywą psychologiczną? Uzyskane wyniki wskazują, że nie. Cytowane już wyżej słowa Davisa wskazują, że wyniki na skali PP opisują jedynie skłonność do przyjmowania cudzej

perspektywy, która w danej sytuacji może nie być wykorzystana, i wtedy jednostka nie stara się współodczuwać z osobą potrzebującą, by zrozumieć jej sytuację. Jeżeli nie przyjmie ona empatycznej perspektywy psychologicznej, wtedy prawdopodobieństwo, że będzie spostrzegać niekontrolowalne przyczyny wystąpienia sytuacji trudnej i odczuwać emocje empatyczne jest niskie i tym samym niskie jest wtedy również prawdopodobieństwo udzielenia pomocy.

Na zakończenie należy wspomnieć o ograniczeniach przedstawionego badania. Było ono przeprowadzone przed wprowadzeniem reformy służby zdrowia i interesujące mogłoby być porównanie opisanych tu wyników z wynikami badania dokonanego w zmienionych warunkach organizacyjno-finansowych. Wyniki badań (zgodnie z ich założeniami) dotyczą związku między empatią a gotowością do udzielenia pomocy, nie odpowiadają natomiast na wiele innych ważnych pytań, np. czy wiedza na temat zjawiska samobójstwa i przeżyć psychicznych osób podejmujących próby samobójcze (np. syndrom presuicydalny – Ringel, 1987; doświadczenie transu samobójczego – Heckler, 1994; uniwersalne cechy samobójstwa – Shneidman, 1994; 1996) wpływa na gotowość do udzielania pomocy. Należy również zachować ostrożność przy interpretacji uzyskanych danych: są to słowne deklaracje oraz oceny osób badanych i nie wiadomo, jakie jest ich faktyczne zachowanie wobec osób podejmujących próby samobójcze.

BIBLIOGRAFIA

- Barber, J. H., Hodgkin, G. K., Patel, A. R., Wilson, G. M. (1975). Effect of teaching on students' attitudes to self-poisoning. *British Medical Journal*, 24 maj, 431-434.
- Batson, C. D., Dyck, J. L., Brandt, J. R., Batson, J. G., Powell, A. L., McMaster, M. R., Griffitt, C. (1988). Five studies testing two new egoistic alternatives to the empathy-altruism hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 1, 52-77.
- Batson, C. D., Dyck, J. L., Duncan, B. D., Ackerman, P., Buckley, T., Birch, K. (1981). Is empathic emotion a source of altruistic motivation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 2, 290-302.
- Betancourt, H. (1990). An attribution-empathy model of helping behavior: Behavioral intentions and judgements of helping. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 3, 573-591.
- Carlson, M., Miller, N. (1987). Explanation of the relation between negative mood and helping. *Psychological Bulletin*, 102, 1, 91-108.
- Cialdini, R. B., Kenrick, D. T. (1976). Altruism attempted suicide hedonism: A social development perspective on the relationship of negative mood state and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 5, 907-914.
- Czabański, A. (1997). *Młodość wobec samobójstwa*. Poznań: Wydawnictwo Michael.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, M. H. (1983a). The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach. *Journal of Personality*, 51, 2, 167-184.
- Davis, M. H. (1983b). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1, 113-126.
- Davis, M. H. (1999). *Empatia. O umiejętności współodczuwania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Domino, G., Perrone, L. (1983). Attitudes toward suicide: Italian and United States Physicians. *Omega*, 27, 3, 195-206.
- Eisenberg, N., Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101, 1, 91-119.
- Heckler, R. A. (1994). *Waking up alive. The descent, the suicide attempt, and the return to life*. New York: Ballantine Books.
- Holyst, B. (1991). *Przywrócenie życia*. Warszawa: PWN.
- Jucha, Z., Poseł, Z., Rendecka, A., Bazylewicz-Walczak, B., Żuraw, J. (1976). Postawy profesjonalne i laickie wobec zdrowia psychicznego w oparciu o badania techniką dyferencjału semantycznego. *Zdrowie Psychiczne*, 19, 4, 40-60.
- Koślacz, A., Oleszczuk-Kryj, B. (1970). Ocena społeczna niektórych form profilaktyki społecznej. *Polski Tygodnik Lekarski*, 31, 1166-1168.
- Lazarus, R. (1999). The cognition-emotion debate: A bit of history. [W:] T. Dagleish, M. Power (red.), *Handbook of cognition and emotion* (s. 3-19). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Lipowska-Teutsch, A., Reder, V., Pach, J. (1990). Interwencja kryzysowa w stosunku do osób po samobójczych zatruciach lekami. *Przegląd Lekarski*, 47, 6, 497-499.
- Marcinkowski, T., Waloszczyk, P. (1995). Samobójstwo złożone na skutek uduszenia – przez zadzięgnięcie i utonięcie. *Problemy Kryminalistyki*, 209, 70-71.
- McLaughlin, C. (1994). Casualty nurses' attitudes to attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1111-1118.
- Mehrabian, A., Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 525-543.
- Patel, A. R. (1975). Attitudes towards self-poisoning. *British Medical Journal*, 24 maj, 426-429.
- Piliavin, J. A., Dovidio, J. F., Gaertner, S. L., Clark III, R. D. (1993). Interweniujący świadkowie – proces udzielania pomocy. [W:] T. Maruszewski (red.), *Poznanie. Afekt. Zachowanie* (s. 180-210). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ramon, S., Bancroft, J. H. J., Skrimshire, A. M. (1975). Attitudes towards self-poisoning among physicians and nurses in a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 127, 257-264.
- Rendecka, A., Żuraw, J. (1978). Postawy psychologów klinicznych wobec zdrowia psychicznego i patologii społecznej na podstawie badań dyferencjałem semantycznym. *Zdrowie Psychiczne*, 21, 4, 721-734.

EMPATIA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

- Ringel, E. (1987). *Kiedy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*. Wydawnictwo Glob.
- Samuelsson, M., Asberg, M., Gustavsson, J. P. (1997a). Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 222-230.
- Samuelsson, M., Med, L., Sunbring, Y., Winell, I., Asberg, M. (1997b). Nurses' attitudes to attempted suicide patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11, 232-237.
- Shneidman, E. (1994). *Definition of suicide*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Shneidman, E. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Szymanowski, T. (1994). Młodzi Polacy wobec niektórych zachowań patologicznych, przestępczych oraz budzących społeczne kontrowersje. [W:] S. Kawula, H. Machel (red.), *Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne* (s. 27-34). Gdańsk–Toruń: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego.
- Talseth, A.-G., Lindseth, A., Jacobsson, L., Norberg, A. (1997). Nurses' narrations about suicidal psychiatric patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, 359-364.
- Talseth, A.-G., Lindseth, A., Jacobsson, L., Norberg, A. (1999). The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 5, 1034-1041.
- Weiner, B. (1980). A cognitive attribution-emotion-action model of motivated behavior: An analysis of judgements of help-giving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 186-200.
- Weiner, B. (1986). Attribution, emotion, and action. [W:] R. M. Sorrentino, E. T. Higgins (red.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (s. 281-312). New York: Guilford Press.
- Weiner, B. (1990). Attribution in personality psychology. [W:] L. Perwin (red.), *Handbook of personality: Theory and research* (s. 465-485). New York: Guilford Press.
- Zajonc, R. B. (1985). Uczucia a myślenie: nie trzeba się domyślać, by wiedzieć, co się woli. *Przegląd Psychologiczny*, 28, 1, 27-72.