

Spis treści

WSTĘP.....	11
1. POJĘCIE EMPATII.....	17
1.1. Empatia kliniczna.....	20
1.2. Empatia a współczucie i litość.....	27
1.3. Poziomy zachowań empatycznych.....	31
2. EMPATIA W INTERAKCJACH LEKARZA Z PACJENTEM.....	37
2.1. Rola empatii w procesie leczenia.....	44
2.1.1. Wpływ empatii na jakość relacji lekarz–pacjent.....	44
2.1.2. Związek pomiędzy empatią lekarza a odczuciami i zachowaniami pacjenta.....	48
2.1.3. Wpływ empatii na proces i wyniki leczenia.....	53
2.1.4. Wpływ empatii na satysfakcję zawodową i życiową lekarza.....	58
2.1.5. Uboczne skutki i potencjalne zagrożenia empatii klinicznej.....	64
2.1.6. Model empatycznej komunikacji lekarza z pacjentem.....	67
2.2. Bariery w przejawianiu empatii.....	70
2.2.1. Bariery wynikające z procesu kształcenia i selekcji na studia medyczne.....	71
2.2.2. Bariery wynikające z organizacji pracy lekarza.....	79
2.2.3. Bariery wynikające z błędnych opinii i przekonań dotyczących empatii.....	81
2.2.4. Bariery wynikające z niewłaściwych nawyków pracy lekarza.....	89
3. POZIOM EMPATII KLINICZNEJ U STUDENTÓW MEDYCYNY I LEKARZY.....	95
3.1. Poziom empatii u studentów medycyny.....	95
3.2. Poziom empatii studentów a ich umiejętności kliniczne.....	106
3.3. Poziom empatii u rezydentów.....	109
3.4. Poziom empatii a specjalizacja medyczna.....	112
3.5. Poziom empatii u studentów medycyny, rezydentów i lekarzy a ich płeć.....	116
3.6. Poziom empatii u studentów medycyny i rezydentów – podejście psychoanalityczne.....	119

4. KSZTAŁCENIE UMIEJĘTNOŚCI EMPATYCZNYCH U STUDENTÓW MEDYCYNY	125
4.1. Wczesny kontakt studentów z pacjentem	128
4.1.1. Towarzystwo pacjentowi podczas wizyty w przychodni lekarskiej, czyli metoda nawigacji pacjenta	130
4.1.2. Wizyty domowe u pacjenta	131
4.2. Przyjmowanie roli pacjenta	133
4.2.1. Bezpośrednie doświadczenie hospitalizacji	135
4.2.2. Doświadczenia sytuacyjne w przyjmowaniu ról	136
4.2.3. Doświadczenia warsztatowe w przyjmowaniu ról	138
4.3. Kontakt studentów z literaturą i sztuką	143
4.3.1. Wprowadzenie przedmiotu medycyna i sztuka	144
4.3.2. Wykorzystanie literatury	147
4.3.3. Wykorzystanie filmów fabularnych i przedstawień teatralnych	153
4.4. Rozwój umiejętności związanych z empatią	157
4.4.1. Trening umiejętności komunikowania się niezbędnych w empatii klinicznej	157
4.4.2. Rozwój umiejętności narracyjnych	175
4.4.3. Trening w redukcji stresu	180
4.5. Modelowanie jako metoda rozwoju empatii	184
4.5.1. Modelowanie w procesie przygotowania do roli lekarza	184
4.5.2. Cechy nauczyciela akademickiego klinicysty uważanego za model godny naśladowania	189
5. METODY POMIARU EMPATII	195
5.1. Metody pomiaru empatii oparte na samoocenie	196
5.1.1. Skala empatii Hogana	196
5.1.2. Kwestionariusz skłonności do empatii emocjonalnej oraz zrównoważona skala empatii emocjonalnej	199
5.1.3. Indeks reaktywności interpersonalnej	203
5.1.4. Skala empatii lekarskiej Jefferson	205
5.1.5. Skala ilorazu empatii	213
5.1.6. Kwestionariusz rozumienia empatycznego	216
5.2. Metody pomiaru empatii oparte na ocenie osoby doświadczającej empatii	218
5.2.1. Skala Jefferson percepcji empatii lekarza przez pacjenta	219
5.2.2. Kwestionariusz CARE – empatia lekarza w ocenie pacjenta	220

5.3. Metody pomiaru empatii oparte na ocenie obserwatora	223
5.3.1. Ocena empatii przez obserwatora w oparciu o standardowy kwestionariusz.....	224
5.3.2. Ocena empatii z wykorzystaniem standardowych pacjentów.....	227
ZAKOŃCZENIE.....	233
PIŚMIENNICTWO	235
ANEKS	257
1. Emotional Empathic Tendency Questionnaire (kwestionariusz skłonności do empatii emocjonalnej).....	257
2. Indeks reaktywności interpersonalnej	259
3. Jefferson Scale of Physician Empathy – Student Version (skala empatii lekarskiej Jefferson – wersja dla studentów)	260
4. Jefferson Scale of Physician Empathy – Health Professional Version (skala empatii lekarskiej Jefferson – wersja dla lekarzy)	261
5. Empathy Quotient (skala ilorazu empatii)	262
6. Empathy Quotient – short version (skala ilorazu empatii – wersja skrócona)...	263
7. Kwestionariusz rozumienia empatycznego	265
8. Barrett-Lennard Relationship Inventory (kwestionariusz Barretta-Lennarda – skala empatii).....	267
9. The Reynolds Empathy Scale (skala empatii Reynoldsa)	268
10. Jefferson Scale of Patient’s Perceptions of Physician Empathy (skala Jefferson percepcji empatii lekarza przez pacjenta)	269
11. The CARE measure (kwestionariusz CARE).....	270
12. Lista prozy, poezji, filmów oraz dzieł sztuki wykorzystywanych w celu rozwoju empatii u studentów medycyny	272



Wstęp

Pomimo niezwyklego postępu w naukach biomedycznych i technologii medycznej, osobisty kontakt lekarza z pacjentem nadal pozostaje kluczowym elementem procesu terapeutycznego. Hipokratesowa teza, zgodnie z którą medycyna jest sztuką zawierającą w sobie trzy elementy, chorobę, pacjenta i lekarza, nie traci na swej aktualności. Podczas wizyty pacjenta w przychodni czy szpitalu naprzeciw siebie stają nie tyle problemy zdrowotne i ekspert w zakresie zdrowia somatycznego, ile spotykają się dwie istoty ludzkie, których nastawienie, oczekiwania, wrażliwość na drugiego człowieka i umiejętności interpersonalne wpływają na efekt leczenia w stopniu nie mniejszym niż niejedno oddziaływanie terapeutyczne. W relacji tej stroną dominującą jest lekarz, dlatego oczekuje się od niego, aby oprócz wiedzy czysto medycznej, niezbędnej do walki z chorobą, posiadał także umiejętność efektywnego komunikowania się i budowania właściwych profesjonalnych relacji opartych na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa oraz sprawność w zakresie percepcji i interpretacji zachowań pacjenta. Dlatego, jak podkreśla Łazowski (2000), w kontakcie lekarza z pacjentem procesy poznawczo-emocjonalne powinny przebiegać wielotorowo. Pierwszym procesem powinno być poznanie stanu zdrowia pacjenta w oparciu o wyselekcjonowane fakty przyrodnicze i fizykochemiczne, zmierzające do ustalenia naukowego obrazu choroby. Drugim powinno być poznanie stosunku pacjenta do własnej choroby i towarzyszących mu emocji, natomiast trzecim – nabycie przez lekarza świadomości własnych odczuć, przeżyć i postaw związanych z chorobą pacjenta i jego reakcjami na nią.

U podstaw udanej konsultacji medycznej i leczenia oprócz naukowej kompetencji lekarza leży kilka dodatkowych umiejętności i właściwości. Należą do nich: a) wyobraźnia, niezbędna do zrozumienia pacjenta, tym bardziej potrzebna, im bardziej pacjent różni się od lekarza, b) empatia, czyli chęć i zdolność rozumienia przeżyć i doświadczeń drugiej osoby – u lekarza wynika ona z troski o pacjenta postrzeganego nie jako anonimowa jednostka chorobowa, ale niepowtarzalna osoba, która wymaga pomocy, c) uważne słuchanie tego, co pacjent mówi, w celu zrozumienia, a nie oceniania go, d) budowanie własnego obrazu historii choroby w oparciu o relacje pacjenta oraz wyniki badań i analiz. Umiejętności te pozwalają lekarzowi zebrać informacje istotne z medycznego punktu widzenia, spojrzeć na związane z chorobą dolegliwości w kontekście



życia i doświadczeń pacjenta oraz zrozumieć wagę aktywnej roli pacjenta w procesie leczenia (Sobel, 2008).

Ostatnie dziesięciolecia przyniosły niezwykle postęp w naukowej kompetencji lekarzy, wyrażający się w skuteczności ratowania życia ludzkiego i leczenia chorób. W tym samym czasie wyraźnie obniżył się poziom zaufania do lekarzy (Jacobs, 2005) oraz wzrosła liczba niezadowolonych pacjentów, którzy postrzegają lekarzy jako emocjonalnie zimnych i wyobcowanych (Branch, 2000), niepotrafiących słuchać (Coulehan i wsp., 2001), mówiących językiem niezrozumiałym dla pacjenta (Rousseau i Blackburn, 2008), skoncentrowanych na chorobie, a nie na osobie pacjenta (Branch, 2000). Wzrosła też liczba skarg sądowych wnoszonych na lekarzy (Ely i wsp., 1999; Shapiro i wsp., 1989).

Przyczyn takiego stanu rzeczy można upatrywać m.in. w sposobie kształcenia lekarzy, opartym na biochemicznym dyskursie kładącym nacisk na obiektywność, logiczne rozumowanie, empiryzm i redukcjonizm. Zanedbano natomiast zagadnienia związane z rozwijaniem umiejętności empatycznych, interpersonalnych i profesjonalnej komunikacji. Zaniechano również dyskusji nad złożonymi problemami emocjonalnymi, które mogą dotyczyć zarówno pacjenta, jak i lekarza. Uznano je za mało istotne, bo nie mieszczą się w „naukowym” podejściu do chorego (Crandall, 2009; Garden, 2007; Rousseau i Blackburn, 2008; Shapiro, 2008; Smith, 1998; Spiro, 2009). Warto jednak pamiętać, że biomedyczna wiedza oparta na paradygmacie naukowym nie rozwija w sposób naturalny umiejętności komunikowania się i empatii, które u swych podstaw mają przesłanki filozoficzne i psychologiczne dotyczące prawidłowości w kontaktach międzyludzkich.

W kręgach profesjonalnych organizacji medycznych i szkół medycznych panuje powszechna zgoda co do tego, że empatia jest podstawową umiejętnością kliniczną i najbardziej niezbędnym narzędziem w pracy lekarza, które pozwala ukształtować właściwe relacje z pacjentem (Garden, 2007; Hojat i wsp., 2003; Janssen i wsp., 2008; Joachim, 2008; Rousseau i Blackburn, 2008; Shapiro, 2008; Spiro, 2009). Utrzymanie i rozwijanie empatii jest przez wielu uważane za etyczny imperatyw w procesie kształcenia lekarzy (Crandall, 2009). Niezależnie od specjalności lekarza jego zdolności empatyczne są wysoko cenione przez pacjentów (Cieślik, 2002) i przez studentów medycyny (Hojat i wsp., 2002a). Zdolności empatyczne mają wpływ na dokładność postawionej diagnozy i stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarza (Kliszcz, 2000b; Shapiro, 2002; Winefield i Chur-Hansen, 2000), zwiększają skuteczność terapii (Neumann i wsp., 2009; Rakel i wsp., 2009), zmniejszają poziom niepokoju i depresji u pacjentek cierpiących na raka (Lobchuk i Bokhari, 2008), uruchamiają efekt placebo (Brody, 2000) oraz wpływają na stopień zadowolenia pacjenta (Bylund i Makoul, 2005;





Sobel, 2008). Niestety, typowe studia medyczne nie rozwijają umiejętności empatycznych, a wręcz obniżają ich poziom u studentów (Croasdale, 2008; Hojat i wsp., 2004; Hojat i wsp., 2009; Kliszcz i wsp., 1996; Rucker i Shapiro, 2003) i rezydentów (Bellini i Shea, 2005). Dlatego też ważne jest przybliżenie zagadnień związanych z empatią kliniczną zarówno studentom medycyny, jak i praktykującym lekarzom.

Inspiracją do napisanie książki byli m.in. studenci polsko- i anglojęzyczni Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Seminaria i ćwiczenia z propedeutyki medycyny, historii medycyny i etyki lekarskiej, na których wprowadziłyśmy blok tematyczny poświęcony zagadnieniom empatii, przekonały nas, jak bardzo potrzebna, a jednocześnie zaniedbana w procesie kształcenia lekarzy jest ta dziedzina wiedzy i umiejętności.

U studentów medycyny, zwłaszcza pierwszych lat, widoczna jest idealistyczna postawa wobec wybranego zawodu. Ilustracją tego może być wypowiedź jednej ze studentek medycyny w liście do redakcji „Gazety Wyborczej” (31.10.2009, s. 1): „Studiuję przez sześć lat po to, aby nauczyć się zawodu, który chcę wykonywać, który kocham, który (być może) idealizuję. Nie chcę traktować pacjenta rutynowo, przesuwać jak na taśmie produkcyjnej, nie chcę, żeby czuł się jak «ciekawy przypadek». Ma czuć się jak człowiek. Chcę mu pomóc”.

Nic dziwnego więc, że dla studentów polsko- i anglojęzycznych nasze ćwiczenia i seminaria poświęcone problematyce empatii były potwierdzeniem tego, że medycyna nie „zgubiła” z pola widzenia człowieka myślącego i czującego, który czasem tylko przyjmuje rolę pacjenta.

Zainteresowanie, jakim cieszyły się wśród studentów pierwszego roku Wydziału Lekarskiego i Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie zagadnienia związane z empatią i częste pytania, czy do nich jeszcze wrócimy, sprawiły, że w podręczniku „Pielęgniarstwo. Desmurgia. Stany zagrożenia życia” (Kładna (red.), 2007; Kładna (red.), 2008) pierwszy wprowadzający rozdział poświęciłyśmy problematyce empatii jako jednej z ważnych umiejętności klinicznej (Ziółkowska-Rudowicz i Kładna, 2007, s. 9–20; Ziółkowska-Rudowicz i Kładna, 2008, s. 9–20). Podręcznik pod redakcją Aleksandry Kładnej jest kontynuacją doskonalenia procesu dydaktycznego z opieki nad chorym oraz z pielęgniarstwa, desmurgii i ratownictwa poszerzonego o zagadnienia związane z empatią w ramach nowoczesnie pojętego nauczania propedeutyki medycyny. Inicjatorem i pomysłodawcą nowatorskich praktycznych zajęć na pierwszym roku studiów lekarskich i stomatologicznych z opieki nad chorym, a następnie z pielęgniarstwa, desmurgii i ratownictwa był śp. Pan Profesor Tadeusz Brzeziński.





W dalszej kolejności problematykę empatii prezentowałyśmy na zajęciach z przedmiotu historia medycyny i historia stomatologii dla studentów polsko- i anglojęzycznych drugiego roku Wydziału Lekarskiego i Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego, następnie w ramach przedmiotu prawo i etyka w stomatologii dla studentów piątego roku Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego, a także podczas zajęć z etyki lekarskiej dla studentów szóstego roku Wydziału Lekarskiego. W związku z tym, że rozszerzyłyśmy problematykę empatii na zajęciach dla studentów wyższych lat, podjęłyśmy się przeprowadzenia kompleksowego przeglądu literatury światowej i polskiej dotyczącej doświadczeń metodycznych i dydaktycznych nastawionych na rozwój empatii w ramach programów nauczania szkół medycznych. Efektem tych działań badawczych była seria czterech artykułów opublikowanych w „Polskim Merkuriuszu Lekarskim” (Ziółkowska-Rudowicz i Kładna, 2010), a następnie niniejsza monografia.

Podczas opracowania monografii postawiłyśmy sobie dwa cele. Pierwszy z nich to przybliżenie studentom medycyny, pracownikom służby zdrowia oraz nauczycielom akademickim zaangażowanym w proces kształcenia głównych koncepcji teoretycznych i wyników badań empirycznych dotyczących empatii w kontekście praktyki klinicznej. Drugi to pokazanie użyteczności empatii w pracy klinicznej z pacjentem, w podejmowanych badaniach naukowych oraz na polu działalności dydaktycznej i we własnym codziennym życiu. Staraliśmy się, aby zagadnienia empatii i jej użyteczności w medycynie stały się dla czytelników bliższe i bardziej zrozumiałe. Nie możemy jednak obiecać, że wiedza ta przełoży się automatycznie na bardziej empatyczne zachowania, czy to w życiu zawodowym, czy osobistym. Wynika to z faktu, że bycie empatycznym to nie tylko wyzwanie intelektualne, ale również, a może przede wszystkim motywacyjne. Chciałybyśmy jednak, aby nasze opracowanie nie tylko wypełniło lukę, jaką jest brak kompleksowego przedstawienia zagadnień empatii w odniesieniu do medycyny, ale także, aby zachęcało czytelnika do zastanowienia się i dyskusji o tym, gdzie i kiedy warto coś w swoim niekiedy rutynowym myśleniu i działaniu zmienić.

Dążenie do osiągnięcia wyżej postawionych celów sprawiło, że w monografii poruszone zostały zagadnienia związane z pojęciem empatii i rozróżnieniem empatii od bliskiego jej i często stosowanego wymiennie pojęcia współczucia (rozdział 1), z rolą empatii w interakcji lekarza z pacjentem oraz z najczęściej pojawiającymi się przeszkodami w przejawianiu empatii (rozdział 2). Przedstawiłyśmy też wyniki badań empirycznych dotyczących poziomu rozwoju empatii u studentów medycyny, rezydentów i praktykujących klinicyistów (rozdział 3) oraz opisałyśmy metody i zabiegi dydaktyczne nastawione na rozwój empatii klinicznej (rozdział 4). Na koniec dokonałyśmy przeglądu podejść i metod używanych do pomiaru empatii klinicznej (rozdział 5).



Wstęp

W aneksie zamieściliśmy tytuły prac literackich oraz filmów wykorzystywanych do rozwoju empatii u studentów medycyny. Mając na uwadze pomocniczą wartość narzędzi stosowanych do pomiaru empatii, w aneksie zaprezentowaliśmy też kwestionariusze wykorzystywane w przedstawionych przez nas badaniach, mimo że większość z nich nie była tłumaczona na język polski i standaryzowana na populacji polskiej.