

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

DIPLOMSKA NALOGA

TOŠA PETRIČ

Izola, 2017

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

POMEN EMPATIJE V ZDRAVSTVENI NEGI

THE IMPORTANCE OF EMPATHY IN NURSING CARE

Študentka: TOŠA PETRIČ

Mentorica: dr. VESNA ČUK, prof. zdr. vzg., viš. pred.

Študijski program: Zdravstvena nega

Izola, 2017

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Toša Petrič izjavljam, da je predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;

- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (ZASP) kaznivo.

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

| | |
|--------------------|---|
| Naslov | Pomen empatije v zdravstveni negi |
| Tip dela | diplomska naloga |
| Avtor | PETRIČ, Toša |
| Sekundarni avtorji | dr. VESNA, ČUK, prof. zdr. vzg., viš. pred./ SKOČIR, HELENA, viš. med. ses., univ. dipl. org., pred. (recenzent) |
| Institucija | Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju |
| Naslov inst. | Polje 42, 6310 Izola |
| Leto | 2017 |
| Strani | VI, 48 str., 2 pregl., 1 sl., 0 pril., 170 vir |
| Ključne besede | Empatija, zdravstvena nega, terapijska komunikacija, razvoj, kompetence. |
| UDK | 159.9 |
| Jezik besedila | slv |
| Jezik povzetkov | slv/eng |
| Izvleček | Namen diplomske naloge je raziskati pomen empatije v zdravstveni negi, kakšne so značilnosti empatije v zdravstveni negi in kako poteka razvoj kompetenc empatije. Ugotovitve diplomske naloge so, da prisotnost oziroma odsotnost empatije vpliva na potek in izid zdravljenja. Vpliva na odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem ter končno na poslovno stran zdravstva. Pri pregledu literature smo ugotovili, da se je empatije mogoče naučiti oziroma izboljšati njen nivo pri posamezniku z usmerjenim in primerno načrtovanim izobraževanjem. Na koncu smo ugotovili, da je za uspešno izvedbo izobraževanja potrebna primerna izobraženost mentorjev oziroma izvajalcev izobraževanja, primerni prostori in potrebščine. |

KEY WORDS DOCUMENTATION

| | |
|-------------------|--|
| Title | The importance of empathy in nursing care |
| Type | Diploma work |
| Author | PETRIČ, Toša |
| Secondary authors | dr. VESNA, ČUK, prof. zdr. vzg., viš. Pred./ SKOČIR, HELENA, viš. med. ses., univ. dipl. org., pred. (recenzent) |
| Institution | University of Primorska, Faculty of Health Sciences |
| address | Polje 42, 6310 Izola |
| Year | 2017 |
| Pages | VI, 48 p., 2ab., 1 fig., 0 ann., 170 ref. |
| Keywords | Empathy, nursing care, therapeutic communication, development, competences. |
| UDC | 159.9 |
| Language | slv |
| Abstract language | slv/eng |
| Abstract | The purpose of the thesis is to investigate the importance of empathy in nursing, what are the characteristics of empathy in nursing and how the development of empathy competences takes place. The conclusion of the thesis is that the presence or absence of empathy affects the course and outcome of treatment. It affects the relationship between a patient and a healthcare professional, and ultimately the business side of health care. When reviewing the literature, we found that empathy can be learned or improved at a level with an individual targeted and appropriately planned education. Finally, we found that the successful education requires appropriate education of mentors or providers of education, suitable premises and supplies. |

KAZALO VSEBINE

| | |
|---|-----|
| KLJUČNE INFORMACIJE O DELU..... | I |
| KEY WORDS DOCUMENTATION..... | II |
| KAZALO VSEBINE | III |
| KAZALO SLIK | IV |
| KAZALO PREGLEDNIC | V |
| SEZNAM KRATIC | VI |
| 1 UVOD..... | 1 |
| 2 NAMEN, HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA..... | 3 |
| 3 METODE DELA IN MATERIALI..... | 4 |
| 4 PREGLED IN ANALIZA LITERATURE | 5 |
| 4.1 Pomen empatije v zdravstvu in zdravstveni negi..... | 5 |
| 4.2 Značilnosti empatije v zdravstveni negi..... | 10 |
| 4.2.1 Merjenje empatije | 12 |
| 4.3 Razvoj kompetenc za uporabo empatije v zdravstveni negi | 13 |
| 5 RAZPRAVA..... | 26 |
| 6 ZAKLJUČEK | 29 |
| 7 VIRI..... | 30 |
| POVZETEK | 45 |
| SUMMARY..... | 46 |
| ZAHVALA | 47 |

KAZALO SLIK

| | |
|--|---|
| Slika 1: Shematski prikaz makrokomponent, ki sestavljajo človeško empatijo | 7 |
|--|---|

KAZALO PREGLEDNIC

| | |
|---|----|
| Preglednica 1: Demografski prikaz sodelujočih v raziskavi..... | 13 |
| Preglednica 2: Demografski podatki sodelujočih v raziskavi..... | 23 |
| Preglednica 3: Demografski podatki sodelujočih v raziskavi..... | 24 |

SEZNAM KRATIC

| | |
|------|---|
| PBL | Problem based learning (Učenje, ki temelji na problemu). |
| SET | Scale of Empathic tendency (Skala empatične tendence). |
| SES | Scale of empathic skill (Skala sposobnosti empatije). |
| SPSS | Statistic package for social sciences (Statistični paket za socialne znanosti). |
| JSE | Jefferson Scale of Empathy (Jeffersonovo skalo empatije) |

1 UVOD

Empatija je psihološka sposobnost zaznavanja čustev druge osebe, ne da bi s tem podal svoje, ki je tudi združljiva s teorijo uma, ki nam pomaga pri izboljšanju socialne kompetence (Simonič, 2010). Biti empatičen pomeni razumeti, deliti in sprejeti posameznika takšnega kot je, le tako se posameznik počuti razumljenega in sprejetega v odnosu (Bonino, 2006; Gallese, 2007). Je ključni element vsakdanjega življenja. Interakcija, ki se zgodi med dvema posameznikoma, je sestavljena iz večih elementov med katerimi je lahko tudi empatija. Bonino (2006) navaja, da je empatija kognitivno-emocionalni proces, v katerem je empator seznanjen s čustvi in počutjem empatiranca. Ključna je tudi pri procesu komunikacije, kjer lahko vpliva tako na potek in na izid komunikacijskega procesa.

V poklicih kjer pogosto prihaja do medčloveške interakcije lahko rečemo, da je empatija ključen element. Odraža skrb za posameznika. Vpliv empatije je še posebej opazen pri zdravstveni negi, kjer je interakcija med medicinsko sestro in pacientom stalna praksa. Empatija je pomembna komponenta v odnosu med medicinsko sestro in pacientom (Ozcan in sod, 2010). Empatija lahko vpliva na diagnostiko, proces zdravstvene nege, čas hospitalizacije ter izide zdravljenja. Empatija da posamezniku, v našem primeru pacientu, občutek, da je razumljen, da ga medicinska sestra in drugo zdravstveno osebje vidi in obravnava kot celoto, tako psihično, fizično in socialno. Kakovost odnosa in komunikacije vplivata na potek in izid zdravljenja ter na kakovost procesa zdravstvene nege. V empatiji se odraža skrb za pacienta. Skrbeti pomeni dati pozornost in se počutiti osebno odgovornega za drugo osebo, s tem pa poskrbeti, da so zadovoljene vse njegove potrebe (Corbin, 2008). Z empatičnim in skrbnim pristopom skuša medicinska sestra poskrbeti za psihično, fizično in socialno dobrobit pacienta.

Z empatičnim odnosom izboljšamo tudi raven komunikacije med medicinsko sestro in pacientom. Tako se med sogovornikoma zgradi podporni odnos (Watson, 2002). Samo celostna obravnava pacienta lahko zagotovi pravilen izid zdravljenja. V zadnjih letih je na področju zdravstvene nege velik poudarek na teoretičnem znanju in tehničnih postopkih. Vpeljava empatije v proces zdravstvene nege je postavljena na »stranski tir«. Tak način dela in učenja prihodnjih rodov zdravstvenih delavcev vodi zdravstveno nego v tehnološko naravnano vedo, kar zdravstvena nega zagotovo ni.

Za prvo fazo procesa empatije je značilno intenzivno vživljanje v čustva in počutje pacienta, kar je lahko dobro, če so čustva pozitivna. Če so čustva izrazito negativna lahko tako intenzivno vživljanje prinese na koncu zavračanje odnosa s pacientom. Druga faza je paralelno deljenje empatije, kjer kognitivna mediacija ne doseže primerne nivoja. Zadnja faza empatije vključuje zavedno vživljanje in uporabo kognitivne mediacije ter delitev emocij s sogovorncem (Eisenberg, 2000).

Hojat in sod. (2002) opisujejo empatijo v dveh delih. Prvi del predstavlja kognitivna empatija. Kognitivni del pomeni razumevanje v tem primeru pacientovih doživljanj,

občutkov in izkušenj. Drugi del empatije predstavlja afektini del, ki vključuje vstopanje v čustveno doživljanje pacienta, kar definira tudi simpatijo.

Čeprav empatija ni nov koncept v zdravstveni negi, zadnja gradiva podpirajo vrednost izobraževanja v modernem zdravstvenem okolju. Učitelji, ki izobražujejo imajo ključne možnosti za izboljšavo empatičnih sposobnosti študentov, saj večina študij dokazuje, da je empatijo mogoče razvijati (Hein in Singer, 2010). Čeprav je bilo dokazano, da se empatija razvija med procesom izobraževanja, ni bilo podanih nobenih jasnih navodil, metod ali izidov, ki bi bili potrebni za razvoj empatije do primerne nivoja (Brunero, 2010).

Reynolds in Scott (2000) poročata o pozitivnih učinkih vključevanja empatije v proces zdravstvene nege, ta naj bi zmanjšala jakost bolečine, umirila dihanje in znižala srčni utrip. LaMonica in sod. (1987) so ugotovili, da če medicinska sestra v odnos s pacientom vstopa z empatijo, se pacientov nivo anksioznosti, depresije in sovražnosti zmanjšata. V empatičnem odnosu je pomembno, da je pacientov nivo samo razkrivanja visok, saj bo le tako imela medicinska sestra zadosten dostop do njegovih čustev. Študije kažejo, da je nivo vključevanja empatije v proces zdravstvene nege odvisen od nivoja klinične prakse študentov in števila interakcij, ki jih ima študent tekom študija (Cinar in Cevahir, 2007). Alligodd in May (2000) sta ugotovila, da so za nivo empatije pomembni osebnost, spol, kulturno ozadje, socialne sposobnosti, okolje in raven komunikacijskih sposobnosti zdravstvenega delavca. Ti dejavniki so zelo slabo raziskani, zato je potrebno izvesti več raziskav na tem področju.

Rogers (1986) je izpostavil pomanjkanje merilnih pripomočkov za merjenje uspešnosti razvoja empatije med izobraževanjem. Vedno več strokovnjakov na področju izobraževanja vključuje učenje empatije v okviru terapevtske komunikacije (Dereboy in sod., 2008). Podatki študije, ki je primerjala šest različnih panog v zdravstvenem sistemu in sicer študente nujne medicinske pomoči, zdravstvene nege, babištva, delovne terapije, fizioterapije in znanosti zdravja, v kateri je sodelovalo 459 študentov dodiplomskega študija, je pokazala, da je raven empatije približno enaka v vseh šestih panogah in da je raven empatije višja pri ženskah (Boyle in sod., 2010). Študija avtorjev Reynolds in Scott (2000) o razvoju empatije navaja, da imajo študenti omejene sposobnosti vključevanja empatije v proces zdravstvene nege v klinični praksi. Malo je študij, ki bi merile empatijo na več področjih zdravstvenih panog in te ugotovitve primerjale med seboj.

2 NAMEN, HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

O empatiji je v slovenskem prostoru napisanega dovolj strokovnega gradiva, malo pa je bilo narejenih raziskav o razvoju in pomenu empatije v zdravstveni negi. Namen diplomske naloge je predstavitev značilnosti raziskav in dognanj o pomenu in razvoju empatije pri študentih zdravstvene nege na podlagi pregleda teoretičnih virov in primerljivih raziskav iz proučevanega področja.

Cilji diplomske naloge so:

- raziskati pomen empatije v zdravstveni negi,
- opisati značilnosti empatije,
- opisati značilnosti empatije v zdravstveni negi,
- sistematičen pregled in analiza ključne literature ter vsebinska analiza zbranega besedila in raziskav,
- ugotoviti značilnosti razvoja kompetenc za uporabo empatije v klinični praksi zdravstvene nege.

Raziskovalna vprašanja, ki bodo raziskana:

- Kakšen je pomen empatije v zdravstvu in v zdravstveni negi?
- Kakšne so značilnosti empatije v zdravstveni negi?
- Kako se razvijajo kompetence za uporabo empatije v kliničnem okolju zdravstvene nege?

3 METODE DELA IN MATERIALI

Naloga je teoretične narave, uporabljen bo kvalitativni raziskovalni pristop, ki bo vključil pregled in analizo strokovne in znanstvene literature ter primerljivih raziskav na proučevano temo, s katerimi bomo poskušali odgovoriti na zastavljena raziskovalna vprašanja. Za opis značilnosti pregleda in analize literature ter primerljivih raziskav bo uporabljena opisna deskriptivna metoda raziskovanja. Pregled znanstvenih člankov na svetovnem spletu, v spletnem brskalniku Google in Google učenjak, v podatkovnih bazah kot je EBSCOHOST, podatkovna baza MEDILINE. Pri iskanju literature smo se poskušali osredotočiti na vire, ki niso starejši od deset let, vendar je bilo materiala malo, zato smo iskanje nekoliko razširili. Pri iskanju literature smo si pomagali s ključnimi besedami, ki so dale naslednje število rezultatov:

Empatija (5.300), zdravstvena nega (11.100), terapijska komunikacija (2.330), razvoj (469.000), kompetence (73.200), zdravstvo (88.800).

Ključne besede v angleščini: Empathy (1.230.000), nursing (2.890.000), therapeutic communication (3.310.000), development (7.820.000), competencies (1.710.000), health care (4.630.000).

Literaturo oziroma material za diplomsko nalogo smo iskali na spletu, v Google brskalniku, na javno dostopnih E-virih, ki jih ponuja Splošna knjižnica Franceta Bevka v Novi Gorici, Lavričeva knjižnica v Ajdovščini ter v podatkovni bazi EBSCOHOST.

Pri iskanju gradiva smo se osredotočili na članke in knjige na temo empatija v zdravstveni negi. Pridobljeno literaturo smo natančno pregledali in izpostavili ključne kategorije na podlagi vsebinske analize zbranega gradiva.

4 PREGLED IN ANALIZA LITERATURE

Beseda empatija se uporablja za več različnih pojavov kot so: čutiti skrb za ljudi okrog nas, ta skrb posledično vzbudi željo za pomoč ljudem, občutenje čustev, ki se pojavijo pri ljudeh okrog nas, vedenje kaj občutijo in kako se počutijo osebe okrog nas (Hodges in Klein, 2001). Diskusija o empatiji v zdravstveni negi se je začela že v šestdesetih letih prejšnjega stoletja, starejši viri (Sutherland, 1993) navajajo, da še vedno nimamo konkretnega koncepta ali definicije kaj empatija pomeni. V razvojni psihologiji je empatija definirana kot afektivni odziv, glede na razumevanje čustev druge osebe in njenega emocionalnega stanja ter kako se oseba počuti ali bi se morala počutiti v dani situaciji (Eisenberg in sod., 1991). Knyk in Olson (2001) sta determinirala empatijo kot sposobnost razumevanja kar pacient čuti in govori, ter sporočanje povratne informacije pacientu. Empatija je koncept, ki ga lahko definiramo kot prepoznavna emocionalnega stanja in potreb ljudi okrog nas (Reynolds in Scott, 1999).

Morse in sod. (2001) opisujejo empatijo kot multidimenzionalni konstrukt, kar vključuje: emotivno komponento-sposobnost subjektivnega dojetanja posameznikovega emocionalnega stanja in deljenje tega stanja, moralna-notranja altruistična sila, ki spodbuja empatično vedenje, kognitivna-intelektualna sposobnost posameznika, da prepozna in razume čustva druge osebe, pri tem pa ohrani distanco in komunikativno podajanje povratne informacije drugim.

Hojat in sod., (2002) navajajo, da je empatija večinoma kognitivna sposobnost, ki vključuje razumevanje izkušenj, skrbi in perspektive pacienta z zmožnostjo podajanja povratne informacije pacientu. Razlika med empatijo in simpatijo je, da empatični zdravstveni delavci s pacienti delijo svoje razumevanje, medtem, ko si simpatični zdravstveni delavci s pacienti delijo čustva (Stamos in Lunaček, 2012).

4.1 Pomen empatije v zdravstvu in zdravstveni negi

Empatija izvira iz grške besede "empathia" in pomeni razumevanje čustev ljudi okoli nas. Leta 1918 je Southard prvič vključil empatijo v odnos med zdravnikom in pacientom z namenom izboljšanja zdravljenja in diagnostike (Hojat, 2007).

Hojat (2007) navaja, da je empatija pomemben vidik odnosa med medicinsko sestro in pacientom ter, da se na splošno v zdravstveni negi o definiciji empatije še vedno ne moremo zediniti, poleg tega primanjkuje tudi meril za merjenje nivoja empatije (Hojat, 2007).

Starejši vir kot na primer Chessick (1998) navaja, da je empatija pomembna pri socialnem razvoju.

V literaturi je najbolj pogosta delitev empatije na emocionalno in na kognitivno empatijo (Decety in Jackson, 2004). Kognitivna empatije vključuje sposobnost vedenja

kaj druga oseba razmišlja in kaj čuti, podobna je teoriji uma. Emocionalna empatija vključuje dejansko doživljanje teh občutkov in mišljenja. Empatične tendence se razvijejo že v maternici, še preden otrok popolnoma dozori, nato se po rojstvu otroka do konca razvijejo s pomočjo okolijskih in bioloških faktorjev (Chapman in sod., 2006). Decety in Hodges (2006) sta opisala empatijo kot sposobnost razumevanja drugih in doživljanja njihovih občutkov brez zamenjave med svojimi in njihovimi.

Viri (Perry in sod., 2001; Adolphs, 2001, Rizzolatti in Craighero, 2004) navajajo opise kaj je empatija. Empatijo pri človeku sestavljajo: emocionalno razumevanje, uravnavanje čustev in afektivno vzburjenje. Te komponente se nahajajo v različnih med seboj povezanih možganskih regijah kot so: amigdala, medialni in orbitofrontalni reženi ter drugi. Pomagata jim tudi avtonomna in neuroendokrina procesa, ki se vključujeta v socialno vedenje in emocionalno stanje. Študija Perry in sod. (2001), kaže na to, da ima pri empatiji večjo vlogo desna hemisfera možganov, saj se lahko pri ljudeh, ki imajo deficit v desni hemisferi možganov kaže tudi deficit v empatiji. Vloga desne polovice možganov je pomembna, saj se v tej polovici interpretirajo mimika obraza in posledično tudi čustva (Adolphs, 2001). Sistem zrcalnih nevronov je sistem, s katerim lahko posameznik izvede določeno aktivnost, katero je že prej videl. Posameznik si lahko s pomočjo sistema zrcalnih nevronov zapomni določen postopek ali aktivnost in jo nato izvede četudi je med dogodkoma minilo nekaj časa (Rizzolatti in Craighero, 2004).

Eisenberg in Eggum (2009) navajata, da empatija kot emocionalni odziv na dano situacijo preprečuje pojav agresije, motivira pro-socialno in moralno vedenje.

Rankin in sod. (2005) navajajo, da empatija vključuje dve pomembni sposobnosti in sicer:

- Sposobnost, da se posameznik primerno odzove na duševno stanje druge osebe, kar je na kratko emocionalna empatija; (Decety in Hodges, 2006).
- Sposobnost prepoznave duševnega stanja druge osebe in pri odzivu naj uporabiti koncept teorije uma.

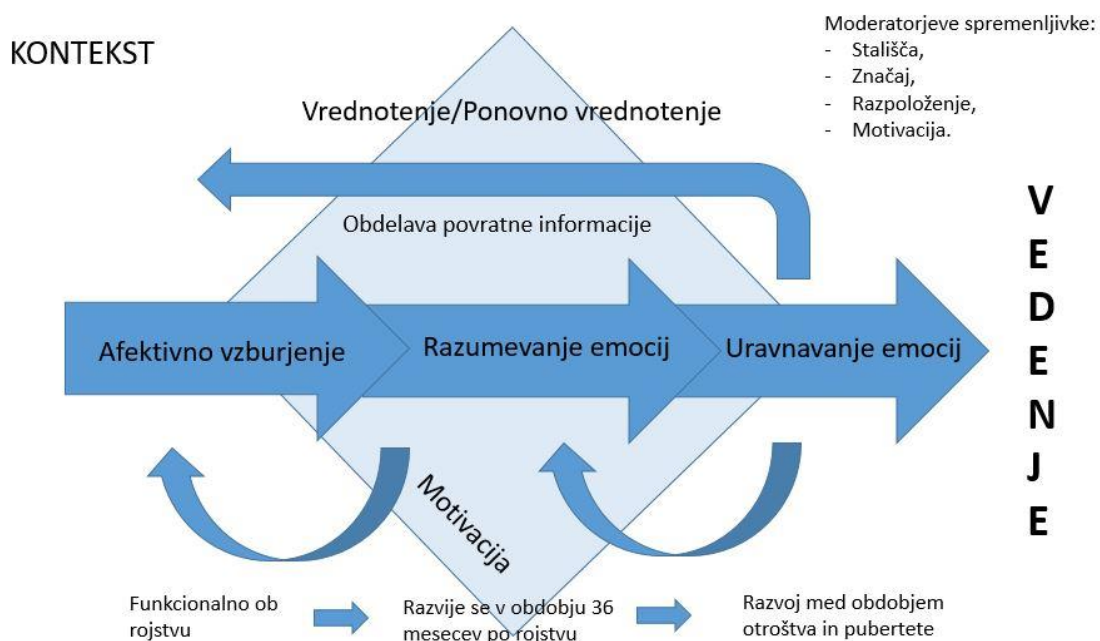
Opis empatije, ki jo navajata Decety in Hodges (2006) navaja, da je empatija sestavljena iz treh komponent in sicer: čustvenega odziva do druge osebe, kognitivne sposobnosti posameznika, da dojame perspektivo druge osebe ter še nekatere druge mehanizme.

Bailey (2009) navaja, da sta kognitivna empatija in teorija uma medsebojno povezani. Emocionalna empatija se zanaša na posameznikovo sposobnost prepoznave mimike druge osebe. Teoriji uma nekateri pravijo »branje misli«, Baron-Cohen (2008) ji pravi »to je jezik, ki ga vidijo oči«. Razvije se med drugim in četrtem letom starosti (Baron-Cohen in Chakrabarti, 2008). Posamezniku omogoča uporabo celotnega spektra psiholoških stanj (Baron-Cohen in Chakrabarti, 2008). Wilhelm in Bekkers (2010) trdita, da so osebe, ki imajo bolj razvito empatijo, manj agresivne, veliko bolj se

udejstvujejo v prostovoljstvu, donirajo ter so veliko bolj pripravljene »priskočiti na pomoč«. Empatijo lahko posameznik pokaže le, če poseduje določene sposobnosti, s katerimi lahko razume emocionalno stanje druge osebe, ne da bi on sam to emocionalno stanje doživljal (Baron-Cohen in Chakrabarti, 2008).

Ključni koncepti empatije:

Empatija se lahko razgradi v model, ki vključuje procesiranje od dna navzgor v afektivnem vznurjenju, emocionalnem zavedanju in razumevanju, kot tudi procesiranje od zgoraj navzdol, ki v empatorjevo motivacijo, spomine, namene in vedenje določa mero empatije, ki jo bo empator pokazal. Doživljanje empatije lahko vodi do simpatije, ki pomeni skrb za dobrobit druge osebe ali do osebnega stresa; to je egoistična motivacija, ko se oseba umakne stresorju, da bi stres zmanjšala. Otroci v dvanajstem mesecu starosti nudijo tolažbo ljudem okrog sebe, pri katerih začutijo stres. Od štirinajstega pa do osemnajstega meseca starosti se pri otrocih pojavi spontan vzgib, da pomagajo drugim. Nevrološki mehanizmi, kateri pomagajo empatiji in tudi simpatiji, so deloma različni, vendar so med seboj še vedno povezani sistemi (Carter in sod., 2009).



Slika 1: Shematski prikaz makrokomponent, ki sestavljajo človeško empatijo.

Vir: Prirejeno po: Haviland in Lewica, 1987

Slika 1 predstavlja makro komponente, ki so vključene v proces empatije. Afektivno vznurjenje: je prva komponenta empatije funkcionalna že pri rojstvu otroka, pomaga pri razlikovanju med dobrimi in slabimi stimulatorji in tako organizira stimulatorje glede na odziv, ki bi ga oseba morala pokazati. Gre za razlikovanje med dobrimi in slabimi stimulatorji. Emocionalno razumevanje: Dodobra dozori pri starosti dveh do treh let. Tu obstaja veliko prekrivanje z procesiranjem baziranim na teoriji uma. Ta omogoča otroku

videnje večjih perspektiv in razlikovanje med primarnimi informacijami in sekundarnimi informacijami. Emocionalna regulacija: Omogoča kontrolo motivacije, emocij, afekta in zagona. Ta komponenta se razvija do pubertete. Predstavlja paralelo dokončnemu razvoju izvrševalnih funkcij. Človek in zmožnost oceniti in ponovno oceniti emocije in občutke. Otroci so v starost 10 tednov sposobni imitirati ekspresije strahu, žalosti in presenečenja (Haviland in Lewica, 1987).

Uravnavanje čustev pomeni sposobnost odziva na dano situacijo z velikim številom različnih čustev, ki pa morajo biti družbeno sprejemljiva in dovolj fleksibilna, da dovolijo spontane reakcije, vključno z zamikom reakcije, če je ta potreben (Fox, 1994). Prvo uravnavanje čustev je opazno že pri 3 mesecih starosti, dokončno se razvije do 12 meseca (Bell in Wolfe, 2007).

Empatične tendence opisujejo emocionalno dimenzijo empatije, empatične sposobnosti poimenujejo kakšna je posameznikova sposobnost empatiziranja. Kunyk in Olson (2001) sta naredila pregled literature napisane med letoma 1999 in 2000. Izpostavila sta pet konceptov empatije, to so: Empatija kot proces komunikacije, kot del skrbi za druge, kot del profesionalnega odnosa, kot posebni odnos, kot človeška lastnost. Rezultati raziskav so prav tako pokazali, da je empatija odvisna tudi od osebnostnih značilnosti posameznika (Nettle, 2007).

Hojat in sod. (2002) so prepoznali empatijo v dveh delih kot kognitivno empatijo, ki vključuje sposobnost razumevanja notranje izkušnje druge osebe, njena čustva in sposobnost pogleda zunanjega sveta s perspektive druge osebe. Afektivna empatija pomeni vstop v emocionalno izkušnjo druge osebe, občutenje čustev druge osebe kar lahko imenujemo tudi simpatija (Hojat in sod., 2002).

Izraz emocionalna inteligenca, ki sta ga definirala Salovey in Mayer (1990) opisuje sposobnost razumevanja lastnih in tujih čustev, izbiro med njimi in upeljavo izbranih čustev v dejanja. Goleman (1998) definira emocionalno kompetenco kot sposobnost razumevanja lastnih čustev, empatiziranja s čustvi drugih ljudi in v izkušnjo vpeljevati pet dimenzionalni pristop, sestavljen iz: Zavedanja lastnih čustev (samo-zavedanje), kontrola nad lastnimi čustvi (samo-management), samo-motivacija, empatija in socialno zavedanje. Samozavedanje pomeni sposobnost prepoznave lastnih čustev. Samo-management pomeni sposobnost notranje kontrole lastnih čustev. Samo-motivacija pomeni sposobnost prilagajanja lastnih čustev z namenom doseganja zadanih ciljev. Emocionalna inteligenca je definirana kot sposobnost zaznavanja, razumevanja in uporabe emocij na učinkovit način (Salovey in Mayer, 1990). Freshwater in Stickley (2004) predlagata, da je za učinkovito emocionalno inteligenco pomembna samozavest, ki pripomore k čustveni pismenosti. Sočutje je opisano kot ključni element pri zdravstveni negi in ima povezavo z emocionalno inteligenco (Heffernan in sod., 2010). Empatija je ključna lastnost, ki jo poseduje posameznik ter ključni element emocionalne inteligence (McGlade in sod., 2008). Gibbons (2011) poudarja, da je empatija predpogoj za sodelujoče in medsebojno spoštovano sodelovanje.

Empatija je sposobnost posameznika, da razume čustva drugih ljudi, prepozna njihovo razmišljanje in razvije skrb brez obsojanja. Socialno zavedanje je sposobnost razumevanja in kontrole lastnih in tujih čustev z namenom reševanja konfliktov.

V vedno bolj tekmovalnem okolju je medicinska sestra vedno bolj osredotočena na tehnično znanje in veščine kot pa na odnos s pacientom (Ward in sod., 2009).

Medicinske sestre izvajajo proces zdravstvene nege v emocionalno zelo intenzivnih okoliščinah. K procesu zdravstvene nege morajo pristopiti individualno, biti odprte za emocije pacienta in sorodnikov, ne obsojati in spoštovati občutke pacienta (Heffernan in sod., 2010). Študije so pokazale, da takšen odnos povzroči občutke depresije, zniža nivo zadovoljstva na delovnem mestu in povzroča psihološke težave. Medicinske sestre so pogosto desenzibilizirane z občutki emocionalne izgorelosti, izgubljajo občutek lastnega uspeha in zadostnosti (Bektas in Ilhan, 2008; Üstün, 2001; Sayil in sod., 1997). Zaradi teh občutkov se spremeni kvaliteta življenja medicinskih sester, vendar morajo one same priznati negativne občutke, ki se pojavljajo na delovnem mestu in vplivajo tudi na njihovo zasebno življenje. Najti morajo ravnovesje med vsemi občutki, ki jih doživljajo (Neff in Vonk, 2009). Veliko je opisanih konceptov za pomoč pri razvoju zdravih občutkov o nas samih, pri ohranjanju mentalnega zdravja in spopadanju s stresom (Bandura, 1990; Bennet, 2001; Rosenberg, 2000; Seligman, 1995). Sočutje do samega sebe je zavestna in nežna sposobnost za spoprijemanje s trpljenjem (Neff in McGehee, 2010). Dokazano je, da medicinske sestre, ki so imele srečno družinsko življenje in zdrave socialne odnose (Siegel, 2012) lahko lažje te sposobnosti prenesejo tudi na odnos s pacientom (Allen in sod., 2008).

Empatija je največkrat omenjena humanistična dimenzija pacientove oskrbe in je esencialna komponenta v odnosu med pacientom in medicinsko sestro (Hojat in sod., 2009).

Pomembno je, da kot zdravstveni delavci razlikujemo med pomenom pojma empatija in simpatija. Empatija pomeni razumevanje posameznikovih čustev in občutij ter nudenje povratne informacije o teh čustvih. Simpatija predstavlja emocionalni odziv na posameznikova čustva in občutenja (Hojat in sod., 2009). Empatijo opisujejo kot proces deljenja čustev in misli brez; da bi s tem spremenili življenjski stil ali perspektivo osebe (Ward in sod., 2009; Hojat, 2007). Empatični proces v kliničnem okolju poveča nivo kvalitete oskrbe in pozitivno vpliva na proces zdravljenja (Norfolk in sod., 2007). Študije poročajo, da pomanjkanje empatije negativno vpliva na diagnozo, zdravljenje in proces zdravstvene nege (Ward in sod., 2009).

Hughes in Baylin (2012) navajata, da so ljudje, ki so prejeli empatijo skozi celotno življenje bolj odporni na učinke vsakdanjega stresa.

4.2 Značilnosti empatije v zdravstveni negi

Klinična interakcija med pacientom in medicinsko sestro je ključna aktivnost v procesu zdravstvene nege, temeljiti bi morala na empatiji (Yu in Kirk, 2009). Dokazano je, da empatija izboljša odnos med pacientom in medicinsko sestro, izboljša se profesionalno in tudi pacientovo zadovoljstvo (McMillen in Shannon, 2001). Empatija je bistven predpogoj za učinkovito zdravstveno nego in za celovito razumevanje pacientove perspektive (Reynolds, 2000). Vključevanje empatije v proces zdravstvene nege pospešuje pozitivne učinke in izide zdravljenja, zmanjšuje pacientov psihološki stres, zmanjšuje pojav anksioznosti in depresije (Del Canale in sod., 2012). Čeprav pacienti ne zmorejo opisati koncepta empatije, lahko povedo ali so bili obravnavani empatično (Brunero in sod., 2010). Pacienti v zdravstvu in v okviru zdravstvene obravnave želijo empatično obravnavo s strani zdravstvenih delavcev (Griffiths in sod., 2012).

V odnosu med medicinsko sestro in pacientom je empatija ena izmed najpomembnejših sposobnosti (McCarthy in Russell, 2009). Definirana je kot večinoma kognitiven atribut, ki vključuje sposobnost razumevanja izkušenj, skrbi in perspektive pacienta ter sposobnost podajanja teh dognanj nazaj pacientu (Hojat, 2007).

Pacient, ki se zaveda, da ga medicinska sestra razume, lahko z njo vzpostavi pozitiven odnos. S takšni odnosom lahko medicinska sestra doseže boljšo komunikacijo ter lažje sprejemanje pomoči s pacientove strani. Ko se vzpostavi pozitiven odnos, se lahko zaradi tega skrajša ležalna doba v bolnišnici, s tem dosežemo zadovoljstvo pacienta, hkrati tudi nižje stroške hospitalizacije (Reynolds in Scott, 2000).

Študije kažejo, da vključevanje empatije v proces zdravstvene nege pripomore k boljšemu sodelovanju pacienta pri procesu zdravstvene nege (DiMatteo in sod., 1993), bolj točno prognozo pacienta (Dubnicki, 1977) ter višje zadovoljstvo pacienta (Zachariae in sod., 2003).

Študije kažejo, da se zdravstveni delavci pogosto ne zmenijo za čustva pacientov in tako empatija ni izražena v procesu zdravstvene nege (Suchman in sod., 2002; Levinson in sod., 2000). LaRocco (2010) govori, da bo v vedno bolj tehnološko naprednem svetu zdravstvene nege vključevanje empatije razlikovalo med sterilno, hladno izkušnjo zdravstvene nege med empatično in humano izkušnjo.

Astrom in sod. (1990), so preučevali razmerje med izgorelostjo, empatijo ter odnos do pacientov. Sodelovalo je 358 diplomiranih medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in negovalcev na Švedskem. Ugotovili so, da je empatija povezana z izgorelostjo in vedenjem medicinskih sester. Rezultati so pokazali zmeren nivo empatije, diplomirane medicinske sestre so pokazale višji nivo empatije kot negovalci. Kliszer in sod. (2006) so raziskovali empatijo pri poljskih zdravnikih, študentih zdravstvene nege, študentih medicine, babištva in že zaposlenimi medicinskimi sestrami. Ugotovitve kažejo, da je najvišji nivo empatije mogoče zaslediti pri zdravnikih in študentih zdravstvene nege, pri

že zaposlenih medicinskih sestrah pa najnižjega. Uporabniki povezujejo empatijo s prijaznostjo in toplino, sami poročajo, da občutijo, ko empatija v odnosu ni prisotna (Griffiths in sod, 2012; Williams in Stickley, 2010).

Empatijo povezujejo z izgorelostjo, vendar so starejše študije pokazale, da lahko izgorelost pripomore tako k zvišanju kot tudi znižanju nivoja empatije (Ward in sod., 2012). Medicinske sestre, ki se srečujejo s situacijami, v katerih pacienti trpijo, razvijejo mehanizem s katerim se obranijo prekomernega emocionalnega vključevanja in s tem zmanjšajo možnost padca nivoja empatije (Bonino in Giordanengo, 1993). V primarni zdravstveni negi je količina holistične obravnave pacienta odvisna od količine dela in obremenjenosti medicinskih sester. Velik vpliv na empatijo v odnosu ima tudi količina časa posvečena pacientu na ambulantnem pregledu (Winefield in Chur-Hanson, 2000; Kramer in sod., 1989).

Možnost razvoja empatije pri posamezniku je odvisna od večih faktorjev in sicer: Zgodnjih življenjskih izkušenj, količine preteklih in sedanjih razmerij z ljudmi, kvalitet in tipa okolja posameznika ter dostopnosti do specifičnega izobraževanja (Hojat, 2007).

Hall in sod. (2000) ter McClure (2000) poročajo, da imajo ženske prednost pri prepoznavanju neverbalnih emocionalnih namigov. Poročajo tudi, da lahko ženske bolj kompleksno in diferencirano izražajo svoje emocionalne izkušnje (Barrett in sod, 2000). Singer (2006) so v študiji opazovali kolikšno mero empatije za bolečino imata oba spola. Pri obeh spolih so se aktivirali podobni deli možganov pri opazovanju bolečine, tako pri opazovanju sebe kot tudi drugih sodelujočih. Pri moških se je pokazalo pomankanje empatije pri ljudeh, ki so doživljali bolečino, vendar so pri tem izgledali nepoštene. To dognanje kaže na to, da je pri empatiji pomembna tudi socialno-kognitivna plat posameznika. Teronija uma opisuje metakognitivno sposobnost, ki posamezniku omogoča izražanje namenov, želj in verovanja drugih ljudi (Premack in Woodruff, 1978). Vedenjske študije, ki temeljijo na razlikah med spoloma v sposobnostih teorije uma kažejo, da se pri nekaterih študijah pokaže prednost žensk (Baron-Cohen in sod. 1997), pri drugih prednost moških (Russell in sod., 2007), lahko pa je tudi enako pri obeh spolih (Jarrold in sod., 2000). Eisenberg in Lennon (1983) poročata, da naj bi bila razlika v dojetanju in izražanju empatije med spoloma različna zaradi tega, ker ženske verjamejo, da morajo že zaradi značilnosti spola biti bolj sočutne in skrbne. Singer (2006) meni, da ženske pokažejo višjo stopnjo empatije tudi do tistih za katere menijo, da so njihova konkurenca oziroma tekmeci. Skrb za druge je na splošno znana lastnost žensk (Nightingale, 1969). Najbolj znana karakterna značilnost žensk je, da so bolj empatične in skrbne kot moški in ravno ta lastnost naj bi pripomogla k temu, da se ženske veliko bolj številčno odločajo za poklic medicinske sestre (Ruekert, 2011). Večina študij, v katerih so uporabili Jeffersonovo skalo empatije (angl. Jefferson Scale of Empathy, v nadaljevanje JSE), je pokazala, da je nivo empatije višji pri ženskah kot pri moških (Hojat in sod. 2004; Ouzouni in Nakakis, 2012; Wen in sod., 2013).

4.2.1 Merjenje empatije

Pri raziskavah v zdravstveni negi je bilo na temo empatije uporabljenih že več kot dvajset različnih meril, vendar so bili rezultati teh meril in posledično tudi raziskav nekonzistentni, saj na svetu ne obstaja specifično merilo, ki bi preučevalo samo empatijo v zdravstveni negi (Yu in Kirk, 2008). Eden novejših meril za merjenje empatije je Empatični kvocient. Razvila sta ga Baron-Cohen in Wheelwright leta 2004.

Jeffersonova skala empatije ima dovolj baze dokazov, da lahko upravičimo njeno uporabo pri raziskovanju empatije (Yu in Kirk, 2009). Razvita je bila za namen merjenja empatije pri študentih in zaposlenih v zdravstvu. JSE verzija za študente je posebno ustvarjena za merjenje empatije pri študentih zdravstvene nege (Hojat, 2007). Skala je bila originalno zasnovana za merjenje empatije kot enodimenzionalni konstrukt, vendar je uporaba skale pokazala, da JSE meri tri konstrukte empatije: perspektivo, sočutno oskrbo oziroma čustveno angažiranost in "postavitev v tuje čevlje" (Hojat, 2007).

Skala empatičnih tendenc (angl. Scale of Empathic Tendency, v nadaljevanju SET), razvil jo je Dökmen (1990) z namenom odkriti značilnosti empatiziranja posameznika v njegovem vsakdanjem življenju. Sestavljena je iz 20 vprašanj, katera so točkovana od ena do pet. Vprašanja 3, 6, 7, 8, 11, 12, 13 in 15 so točkovana po obratnem vrstnem redu. Minimalni izid je dvajset točk, maksimalni pa 100. Visoko število točk kaže na veliko zmožnost uporabe empatije v vsakdanjem življenju (Dökmen, 1990).

Skala empatičnih sposobnosti (ang. Scale of emphatic skill) razvil jo je Dökmen (1990) z namenom izmeriti posameznikovo sposobnost empatije. Sestavlja jo šest različnih situacij. Podanih je dvanajst empatičnih odgovorov, katerim morajo udeleženci dodati še štiri svoje empatične odgovore, do skupne vsote 24 empatičnih odgovorov.

Empatijo se lahko opazuje in meri preko izvajanja skupinskih vaj ter intervjujev (Allen in sod., 2008).

Skala za merjenje empatije imenovana Jeffersonova skala za merjenje empatije pri študenti zdravstvenih ved je bila prevzeta od Jeffersonove skale za merjenje empatije pri zdravnikih (Hojat in sod., 2004). Je kratko samo-poročilo z 20 trditvami. Možni so sedem stopenjski odgovor in sicer: 1=absolutno ne strinjam do 7=absolutno strinjam. Skalo se lahko rešuje posamično ali v skupini. Deset trditev je pozitivno naravnanih in deset negativno. Skalo se rešuje približno deset minut. Minimalno se lahko doseže 20 točk, maksimalno 140 točk, višje kot je število točk, večji je nivo empatije pri posamezniku (Hojat, 2007). Skala je bila prevedena v petindvajset jezikov. Zanesljivost skale se giblje med koeficientom 80 in 89 za študente zdravstvene nege (Hojat in sod., 2003). Ker je bila skala za študente prevzeta od skale za merjenje empatije pri zdravnikih je bila potrebna sprememba in sicer so pri skali za študente spremenili besedo zdravnik v besedo študent.

Preglednica 1: Demografski prikaz sodelujočih v raziskavi (Vir: Ward in sod., 2009).

| SKUPINE | N | Mean | SD |
|--|-----|-------|------|
| Spol | | | |
| Ženske | 284 | 115 | 11,1 |
| moški | 49 | 107,9 | 12,3 |
| Etničnost | | | |
| Belci | 250 | 114,4 | 11,3 |
| Afroameričani | 32 | 113,6 | 14,2 |
| Azijci | 27 | 110,8 | 10,7 |
| Drugi | 24 | 113,5 | 10,3 |
| Izobrazba pred zdravstveno šolo | | | |
| Družboslovno | 34 | 118,5 | 8,3 |
| Naravoslovno | 66 | 115,9 | 11,3 |
| Poslovno | 14 | 114,3 | 9,1 |
| Klinične izkušnje pred zdravstveno šolo | | | |
| Srednja šola | 170 | 113,3 | 12,2 |
| Visoka šola | 119 | 113,4 | 11,5 |
| tečajji | 44 | 117,9 | 7,5 |

Glede na spol je bilo opaziti, da imajo ženske višji nivo empatije kot moški. Kar je skladden podatek kot pri Hojat (2007) in Hojat in sod. (2001). Študija ravno tako ni pokazala velikih odstopanj med smermi dela.

Glede na etničnost in prejšnjo izobrazbo ni bilo zaznati velikih odstopanj med rezultati. Glede na klinične izkušnje je bil nivo empatije najvišji pri študentih, kateri so imeli največ kliničnih izkušenj.

The Consultation and relational empathy measure, (slo. Posvetovalno in relacijsko empatično merilo) je merilo, ki ga pacient sam izpolni, meri pa kvaliteto srečanja z zdravstvenim delavcem. Raziskuje se pacientovo percepcijo odnosa medicinske sestre do pacienta oziroma posredno nivo empatije medicinske sestre. Definirana je kot sposobnost medicinske sestre, da razume pacientovo situacijo, perspektive in čustva; da posreduje te podatke nazaj pacientu in preveri pravilnost njenega razumevanja ter to razumevanje spremeni v terapevtski odnos in s tem zagotovi pomoč pacientu (Mercer in Reynolds, 2002). Pri tej skali je pomemben tudi socioekonomski status pacienta (Mercer in sod., 2004).

V pregledu literature Yu in Kirk v letih 2008 in 2009 navajata, da je pri raziskovanju empatije možno uporabiti več različni meril, vendar v svetu ne obstaja tako imenovani »zlati standard« glede merjenja empatije v zdravstveni negi.

4.3 Razvoj kompetenc za uporabo empatije v zdravstveni negi

Posedovati kompetence pomeni sposobnost pravile izvedbe določenega postopka (ANA, 2015). Študent, ki prikaže primerno sposobnost za izvedbo določenega postopka velja za kompetentnega. Ko študent zaključi šolanje in vstopi v profesionalno okolje ter

izvaja postopke po standardu zdravstvene nege velja ta študent za kompetentnega (ANA, 2015).

Prijaznost, skrb, empatija in sočutje so ene izmed najbolj priznanih sposobnosti medicinskih sester (Attree, 2001).

Empatija je velika in obvezna komponenta v odnosu med pacientom in medicinsko sestro, je sposobnost, ki se je posameznik lahko nauči (Ozcan in sod., 2010). Empatija je bila sprejeta kot sposobnost, ki se je lahko naučimo in razvijamo s pomočjo izobraževanja, zato je tekom izobraževanja velik poudarek na učenju empatije in primerne komunikacije med medicinsko sestro in pacientom (Norfolk in sod., 2007). Rezultati Izraelske in Italijanske študije (Elizur in Rosenheim, 1982; Hoffmann in sod., 2007) so pokazale, da imajo študenti, ki se izobražujejo na medicinskih področjih, višji nivo empatije kot študenti drugih področij izobraževanja, vendar imajo študenti medicinskih področij nižji nivo empatije kot študenti psiholoških smeri izobraževanja.

Bonino in sod. (1998) poročajo, da je mogoče prepoznati več emocionalnih odzivov, od katerih je vsak naslednji bolj zapleten. Prva faza razvojnega procesa empatije je emocionalna "okužba", kar pomeni intenzivno deljenje čustev brez kognitivne kontrole, ki lahko povzroči, da subjekt zavrne in se umakne iz odnosa, se posebno če so to čustva bolečine, žalosti in obupa. Druga faza je paralelno deljenje empatije, ko kognitivna raven še ni dosežena in ni primerne razlikovanja med subjektivimi in objektivnimi čustvi. V takem primeru se lahko čustva subjekta in objekta premešajo. Nobena od teh faz ni povezana s starostjo. Tretja faza, imenovana empatija, vključuje zavestno prepoznavanje in uporabo kognitivne mediacije ter deljenje teh čustev (Eisenberg, 2000).

Gilje in sod. (2007) so ugotovili osem kliničnih kompetenc, ki so potrebne v psihiatrični zdravstveni negi. Štiri od teh kompetenc spodbujajo razvoj empatičnega odnosa s pacientom, komunikacijskih sposobnosti, nujenja varnega fizičnega in emocionalnega okolja za pacienta ter nenehno povezavo med študenti in mentorji pri vprašanjih spoštovanja, terapevtskih mej in ohranitve samozavesti.

Za razvoj empatije morajo profesionalci obdržati korektno distanco med njimi in pacienti, preprečiti morajo prekomerno vključenost v pacientovo življenje in obdržati distanco do njihovih problemov (Burhans in Alligood, 2010; Meneghini, 2010). Na sposobnost empatije vplivajo različni dejavniki: spol, starost, izkušnje in izobraževanje (Adriaansen in sod., 2008).

Webster (2010) poroča o treh korakih učenja empatije: (1) strategije empatije bi morale biti zgrajene glede na sposobnosti študentov; (2) program bi moral biti skoncentriran okrog učenja terapevtske komunikacije; (3) študente bi morali naučiti kako naj se na situacijo odzovejo empatično. Pri prvi fazi procesa je pomembno, da mentor študenta spodbuja, da uporablja lasten način komunikacije, oziroma način komunikacije, ki mu

je lažji. Pomembno je doseči spremembo percepcije, da mora študent najprej poslušati, šele nato govoriti. Ko to dosežemo se začne študent avtomatično povezovati s pacienti in pacient z njim. Druga faza temelji na povečanju študentovega opazovanja in samorefleksije s tem, da tekom kliničnega usposabljanja; piše tedenski dnevnik, ki temelji na klinični izkušnji in kaj je na študenta imelo največji vpliv. Poudarek je na opisu čustev, ki so se pri študentu pojavila. V tretji fazi pride do preskoka v razmišljanju, tako, da se študent na dane situacije odziva empatično, pri tem ima velik pomen pozitivna spodbuda in pohvala.

Študije izvedene med študenti zdravstvene nege kot tudi že zaposlenimi medicinskimi sestrami kažejo, da se empatije lahko naučiš tekom izobraževanja (Wilkstrom, 2001). Pri učenju empatije se uporabljajo različne metode kot so: igra vlog, učenje s pomočjo pojasnjevanja, učenje s pomočjo video gradiva. Nekatere študije kažejo ravno nasprotno in sicer, da se z izobraževanjem ne moremo naučiti empatije (Yurttas in Yetkin, 2003). Pomembno je, da se proces učenja izvaja v majhnih skupinah, po osem do deset udeležencev z namenom pravilnega učenja empatije. Študenti morajo najprej spoznati same sebe.

Pomemben del procesa učenja je samorefleksija. S pomočjo procesa samorefleksije lahko študent razume svoje stanje in potrebe (Wheeler in Barrett, 1994). Mnogi edukatorji so učenje empatije vključili v učenje terapevtske komunikacije (Harlak in sod., 2008).

Pregled uspešnosti izobraževanja empatije v zdravstveni negi je pokazala, da se nivo empatije občutno zviša po opravljenem izobraževanju. Večina dokazov kaže na to, da se je empatije mogoče naučiti (Ozcan in sod., 2010; Brunero in sod., 2010). Raziskovalci so ugotovili nižji nivo empatije pri študentih, kateri so imeli klinične izkušnje kot pri študentih v prvem letniku, kjer je prevladovalo učenje teorije (Ward in sod., 2012). Reynolds (2000) je dokazal, da se nivo empatije pri medicinskih sestrah zviša po 9-tedenskem izobraževanju, ki vključuje: supervizijo, dvo dnevno delavnico, nadzorovano klinično delo in uporabo Reynoldsovega empatičnega merila. Na osnovi učenja, ki temelji na problemu (ang. Problem based learning, v nadaljevanju PBL) se razvijajo mnoge metode, ki omogočajo uspešno učenje in razvijanje sposobnosti empatije. Pri učenju naj sodeluje šest do deset učencev ter njihov tutor. Tutor učencem predstavi situacijo na podlagi katere morajo učenci določiti cilj (Reynolds, 2000). V teh skupinah se odvije celotni proces učenja empatije. Učenci se s pomočjo PBL naučijo sposobnosti empatije tako, da najprej razumejo same sebe in šele nato druge ljudi okoli njih.

Griffiths in sod. (2012) so v študiji, izvedeni v Veliki Britaniji, pokazali, da sta skrb in profesionalizem najbolj zahtevani vrline medicinskih sester. Čeprav pacienti od medicinskih sester pričakujejo visoko stopnjo izobrazbe in znanja, je po njihovem mnenju bolj pomembno, da medicinske sestre pacienta ne obsojajo in, da se mu popolnoma posvetijo (Shields, 2013).

V študiji validacija empatičnega koeficienta je sodelovalo 398 diplomiranih medicinskih sester iz treh večjih bolnišnic v Pekingu. Moških je bilo 64, žensk 334. Povprečna starost udeležencev je bila 30 let. Udeleženci so imeli povprečno deset let delovnih izkušenj. Hkrati je sodelovalo 442 študentov iz Pekinga, med katerimi je bilo 77 moških in 365 žensk, starost udeležencev se je gibala od 17-24 let. Študija je pokazala, da je nivo empatije pri diplomiranih medicinskih sestrah znatno nižji kot pri študentih zdravstvene nege (Guan, in sod., 2012). Ti rezultati so skladni z Holm (1997), ki je dokazal, da imajo študenti zdravstvene nege, kateri nimajo kliničnih izkušenj, višji nivo empatije. Määttä (2006) poroča, da medicinska sestra doživlja distanco med njo in pacientom, namen distance je zavarovanje pred izgubo in žalostjo. V študiji ni bilo dokazanih nobenih večjih razlik med empatijo pri moških in ženskah, kar je sicer v soglasju z študijo Bailey (1996), vendar ni v soglasju z novejšimi študijami (Berthoz in sod., 2008; Lawrence in sod., 2004). Opazen je padec nivoja empatije pri študentih že tekom prvega leta študija (Nunes in sod., 2011).

Tanner (2007) poroča, da je v svetu velika potreba po zdravstvenem osebju, zaradi tega izobraževalne institucije stremijo k temu, da dijake in študente čim prej izobrazijo, jim podajo vsa tehnična in teoretična znanja pri tem pa pozabijo na učenje empatije in sočutja. Posledica tega je nizek nivo empatije, kar posledično vpliva na postopek diagnostike, zdravljenje, izid zdravljenja ter terapevtsko komunikacijo med medicinsko sestro in pacientom (Bjorkstrom in sod., 2006; Henderson, 2002; MacLeod in sod., 1997; Reynolds in Scott, 2000). Študenti, ki so bolj orintirani v človeka in v odnose prikažejo višji nivo empatije kot posamezniki, ki so bolj tehnično naravnani (Chen in sod., 2007).

Avtorji Hojat in sod. (2009) in Ward in sod. (2009) trdijo, da nekateri tehnološki, diagnostični in terapevtski postopki izrinjajo empatijo iz odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Alligood (2005) trdi, da je kvaliteta odnosa med medicinsko sestro in pacientom lahko ključnega pomena za potek in izid zdravljenja. Skrb vključuje in potrebuje razumevanje zdravstvenih problemov pacienta in njegovih bližnjih, ter trud za izboljšanje pacientovega psihološkega, fizičnega in socialnega stanja. Vključuje tudi primerno komunikacijo za izgraditev podpornega odnosa (Watson, 2002; Finfgeld-Connett, 2008). Interakcijo med pacientom in medicinsko sestro lahko poimenujemo kot odnos pomoči in empatija je ključna komponenta v tem odnosu. V večih študijah je bila empatija povezana tako z zadovoljstvom pacientov kot tudi zdravstvenega osebja ter klinično kompetenco (Norfolk in sod., 2007; Hojat in sod., 2002).

V študijo validacija empatičnega kvocienta med kitajskimi zdravstvenim delavci so bile vključene tri vzorčne skupine. Prvo skupino je sestavljalo 398 diplomiranih medicinskih sester iz treh večjih bolnišnic v Pekingu. Med njimi je bilo 64 moških in 334 žensk, povprečna starost sodelujočih je bila trideset let s povprečno deset let delovnih izkušenj. Drugi vzorec so sestavljali študenti zdravstvene nege na univerzi v Pekingu. V tej skupini je bilo 442 študentov, izmed teh je bilo 77 moških in 365 žensk. Povprečna

starost se je gibala med 17 in 24 let. Namen vzorca 2 je bil pokazati razmerje med empatičnim kvocinetom in spolom oziroma vlogo. Tretji vzorec je bil pomemben za vzpostavitev razmerja med empatičnim kvocientom in osebnostjo posameznika. V tretjem vzorcu je bilo 24 žensk in 168 moških, študentov zdravstvene nege s povprečno starostjo 18,99 let. Pri raziskavi sta bila uporabljena dva inštrumenta in sicer: Empatični kvocient-kratka različica (EQ-Short) in vprašalnik šestnajstih faktorjev osebnosti (16PF). EQ-Short je vprašalnik z 22 vprašanji z možnostjo odgovora od 1 do 4; absolutno se ne strinjam do se absolutno strinjam. Višji kot je bil rezultat, višja je empatična sposobnost posameznika. 16PF vključuje 187 vprašanj z več možnimi odgovori, kateri merijo 16 osebnostnih faktorjev. Pri raziskavi so zbirali tudi podatke o spolu, starosti in poklicu. Pri zbiranju podatkov so potekale tri faze. V prvi fazi sta vzorec 1 in 2 izpolnila EQ-Short in demografski vprašalnik, vzorec 3 je v drugi fazi raziskave izpolnil EQ-Short in 16PF, poleg tega pa še demografski vprašalnik. V tretji fazi, ki se je začela šest tednov po prvi EQ-Short vprašalnikov, so raziskovalci še enkrat poslali EQ-Short in demografski vprašalnik preko elektronske pošte naključno izbranim sodelujočim iz vzorca 2.

Rezultati študije so pokazali, da spol ne vpliva na empatični kvocient posameznika. Vloga posameznikov, v tem primeru diplomirane medicinske sestre in študenta zdravstvene nege, vpliva na empatični kvocinet. Rezultati kažejo višji empatični kvocient pri študentih zdravstvene nege, kot pri diplomiranih in zaposlenih medicinskih sestrah. Rezultati so skladni s Holm (1997), ki je ugotovil, da imajo študenti z najmanj kliničnimi izkušnjami veliko višji nivo empatije kot pa študenti in že zaposleni zdravstveni delavci. Rezultati raziskave so prav tako pokazali, da je empatija odvisna tudi od osebnostnih značilnosti posameznika (Nettle, 2007). Študenti, ki so pokazali višji nivo empatije so bili bolj samozavestni in prepričani sami vase (Guanin sod., 2012). Študije kažejo, da je učenje empatije v kliničnem okolju zelo omejeno, kar vpliva na nivo empatije tekom izobraževanja (Reynolds in Scott, 2000).

Študija, ki so jo izvedli Williams in sod. leta 2014a je vključevala 948 študentov nujne medicinske pomoči, zdravstvene nege in babištva. Vse tri smeri študija trajajo tri leta. Pri študiji so uporabili demografska vprašanja ter Jeffersonovo skalo empatije za zdravstvene delavce (JSE-HP) in Jeffersonovo skalo empatije za zdravnike (JSPE). JSE-HP je sestavljena iz 20 trditev, reševanje skale traja približno deset minut. 10 od 20 trditev je negativno naravnanih. Vsaka trditev je točkovana s 7 točkami od (1), ki pomeni se absolutno ne strinjam do (7), ki pomeni se absolutno strinjam. Največje število točk je 140, najmanjše pa 20. Skale in demografske vprašalnike so razdelili študentom ob koncu vsakega letnika. Pri raziskavi je sodelovalo več žensk kot moških, največ je bilo študentov zdravstvene nege, večina študentov je obiskovala drugi letnik študija in večina študentov je bila mlajša od 21 let. Rezultati raziskave so pokazali, da je nivo empatije najvišji pri študentih babištva. Ženske so pokazale višji nivo empatije kot moški. Najvišji nivo empatije so imeli študenti od 26 do 35 leta starosti. Višji nivo empatije so pokazali študenti v drugem in tretjem letniku izobraževanja. Zaključki

raziskave so, da je višji nivo empatije pri zdravstvenem osebju odvisen od količine izobraževanja, ki ga zdravstveni delavec pridobi na temo empatije. Avtorji kot izboljšave predlagajo večje vključevanje igre vlog kot način učenja empatije, da se študenti srečujejo s pozitivno naravnanimi vzorniki oziroma mentorji in da jim mentorji nudijo primerno učno okolje. Avtorji pojasnjujejo, da je razlog za nizek nivo empatije pri študentih nujne medicinske pomoči večja izpostavljenost travmatičnim dogodkom, vendar bi imela prav v takih travmatičnih situacijah empatija veliko koristila.

Vedno bolj se izpostavlja, da raziskovalci najpogosteje izvajajo študije, ki raziskujejo stanje pred in po izobraževanju, vendar jih večina ne uporablja kontrolne skupine (Brunero in sod., 2010). Cilj raziskave je bilo ugotoviti ali tradicionalne metode učenja medicinskih sester pomagajo pri zvišanju nivoja empatije tekom izobraževanja in ali obstajajo določeni predmeti ali delavnice, ki bi pripomogle k izboljšanju nivoja empatije. Hipoteze raziskave so bile, da bo nivo subjektivne empatije višji ob koncu šolanja, kot na začetku in da bo nivo empatije višji pri študentih, ki so obiskovali dodatne delavnice in seminarje o odnosu med medicinsko sestro in pacientom ter njuno komunikacijo, kot pri študentih, ki teh delavnicah niso obiskovali. Študija *Razvoj empatije pri študentih zdravstvenen nege* je bila izvedena na univerzi v Veroni.

Cilj prve hipoteze je bil ugotoviti kako standardno izobraževanje vpliva na emocionalno empatijo, pričakovanje je bilo, da se bo tekom tri letnega študija nivo empatije povečal. Tendence so, da bi morale medicinske sestre, poleg razvoja tehničnih sposobnosti in znanj, paralelno razvijati tudi znanje o empatiji, s tem bi lahko zadovoljile vse potrebe pacientov.

Rezultati študije: Razvoj empatije pri študentih zdravstvene nege so pokazali, da klasično izobraževanje zviša nivo empatije pri študentih, vendar je raziskovalce zanimalo, kakšen vpliv bi imele še dodatne specifično naravnane delavnice. Sodelujoče so razdelili v dve skupini imenovani IG in CG. IG skupina je bila skupina študentov, kjer so merili nivo empatije pred prvim in zadnjim praktičnim usposabljanjem, študenti te skupine so bili, poleg tradicionalnega izobraževanja vključeni tudi v dodatne delavnice in seminarje o empatiji in komunikaciji. Skupina CG je bila vključena samo v tradicionalno izobraževanje. Nivo empatije so v tej skupini merili kot v prvi, pred prvim in zadnjim praktičnim usposabljanjem. Rezultati raziskave so pokazali, da so ženske v obeh skupinah pokazale višji nivo empatije ne glede na to, da nekatere niso bile vključene v dodatna izobraževanja. Moški v obeh skupinah so na koncu pokazali nižji nivo empatije, najnižji nivo empatije so imeli moški iz IG skupine, čeprav je bila ta skupina vključena v dodatna izobraževanja o empatiji. Raziskovalci sklepajo, da je nivo pri moških po izobraževanju nižji ker so moški začeli na zelo nizkem nivoju empatije in je bilo trajanje izobraževanja prekratko, da bi lahko dosegli večji napredek (Cunicoin sod., 2012).

Ti rezultati iz študije razvoj empatije pri študentih zdravstvene nege so skladni z večino ostalih raziskav, kjer ženske pokažejo višji nivo empatije kot moški. Razlog za takšen

odklon naj bi bila razlika v vzgoji in socializaciji žensk in moških. Znano je, da so ženske bolj ekspresivne, bolj odzivne na čustva drugih in imajo večji razpon čustev. Moški so, v nasprotju, bolj »instrumentalni« v svoji vlogi, v družbi, za kar je potrebna večja čustvena kontrola in management (Klein in Hodges, 2001). Veliko študij je pokazalo, da so specifično naravnana dodatna izobraževanja veliko bolj učinkovita kot tradicionalna (Ançel, 2005; Ozcan in sod., 2010). Posledica dodatnega izobraževanja pri IG študentih je bila, da so študenti dobili večji vpogled vase in v lasten razvoj empatije. Pridobili so zavedanje o lastnih spretnostih in pomanjkljivostih ter potek razvoja odnosa pri namišljenih pacientih.

Empatija je sprejeta kot sposobnost, ki se jo da učiti in razvijati preko izobraževanja in prakse. Zato fakultete poudarjajo pomen empatičnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom in pričakovano je, da imajo splošno znanje o komunikacijskih sposobnostih (Hojat, 2007; Norfolk in sod., 2007; Reynolds in Scott, 1999). Na nekaterih univerzah je velik poudarek na učenju terapevtske komunikacije in empatije. Učenje poteka na osnovi teorije in tudi preko scenarijev, kjer študenti izboljšujejo njihove empatične sposobnosti. Empatija je sposobnost, ki jo študenti razvijajo tekom študija in med kliničnim usposabljanjem (Dereboy in sod., 2005; Öz, 2001). Čeprav empatija predstavlja velik pomen v praksi zdravstvene nege, nekatere študije kažejo, da jo medicinske sestre redko vključujejo v proces zdravstvene nege (Reynold in Scott, 2000).

Cilj študije je bil dokazati in pokazati, kako se empatične sposobnosti spremenijo tekom študija. Študija je vključevala 438 študentov, potekala je v Ankari, v Turčiji. Vsi sodelujoči študenti so bile ženske. Starost sodelujočih se je gibala med 19 in 21 let.

Rezultati študije so pokazali, da je nivo empatične komunikacije najvišji pri študentih četrtega letnika. Nivo sposobnosti vzpostavitve empatičnega odnosa pa je bil najvišji pri na novo vpisanih študentih. Rezultati študije kažejo, da se tekom študija študenti naučijo odzivati na čustvene situacije in na sama čustva pacienta ter na njegove potrebe (Ozcan in sod., 2010), kar potrjujejo tudi ostale študije, ki pravijo, da je empatija sposobnost, ki se je da naučiti z izobraževanjem in treningom (Dereboy in sod., 2005). Ançel (2005) je dokazal velik porast empatičnih sposobnosti po izvedbi določenega izobraževanja. Çıtak (1998) govori, da imajo največji vpliv na visok nivo empatije psihiatrična zdravstvena nega in javno zdravje. Na tej določeni univerzi potekajo takšna predavanja ravno v četrtem letniku izobraževanja, kar bi lahko pripomoglo k temu, da je nivo empatične komunikacije najvišji ravno v četrtem letniku izobraževanja. Empatичne tendence so najvišje pri na novo vpisanih študentih.

Nekateri raziskovalci (Dereboy in sod., 2005 in Harlak in sod., 2008) poudarjajo, da se je empatičnih tendenc mogoče naučiti tekom primernega izobraževanja. Medtem, ko Öz (2001) in Tas, demir (1999) poročata, da lahko tekom izobraževanja vplivamo na sposobnost empatične komunikacije, ne moremo pa vplivati na višji nivo empatične tendence pri posamezniku. Dökmen (1997) je v okviru študije izvedel 14-tedensko

izobraževanje, po katerem se je nivo empatične komunikacije zvišal, nivo empatične tendence pa je ostal enak kot pred izobraževanjem. Spiro (1992) in Dökmen (1997) poročata, da je empatična tendenca del osebnosti posameznika in jo zaradi tega ne moremo tako hitro spremeniti oziroma izboljšati. Zdravstveno osebje se pogosto srečuje s situacijami, ki posamezniku povzročajo čustva kot so: strah, zmeda, nemoč in izguba. Zato se lahko tekom izobraževanja in tudi potem, tekom dela, zmanjša nivo empatične tendence, z namenom zaščite pred anksioznostjo in bolečino. Zato posamezniki predlagajo podroben pregled študentovih izkušenj in razmišljanja med klinično prakso, na ta način lahko odkrijejo pravi razlog za upad emocionalne tendence.

Cilj zdravstvenega izobraževanja je pretvorba posameznikov iz zdravstvenih študentov s širokim kliničnim znanjem v profesionalce s sposobnostjo uporabe bio-psiho-socialnega modela, pri oskrbi pacienta z upoštevanjem njegovih kulturnih in eksistencialnih dimenzij (The EURACT, 2012). Raziskava je potekala na medicinski fakulteti v Ljubljani, sodelovalo je 234 študentov v letu 2011/12. Za instrument so uporabili Jeffersonovo skalo empatije (slovensko različico). Sodelovalo je 162 študentk in 72 študentov. Povprečna starost je bila 19,3 let. Rezultati raziskave so pokazali, da je nivo empatije višji pri ženskah kot pri moških. Empatija je pri slovenskih študentih v prvem letniku podobna kot v Avstriji in na Portugalskem, nekoliko višja kot na Japonskem Iranu in Kuvajtu ter nekoliko nižja kot v Ameriki in Braziliji (Šter in sod., 2013).

Cilj raziskave o odnosu med samo-sočutjem in emocionalno inteligenco med študenti zdravstvene nege je bil najti povezavo med samo-sočutjem in emocionalno inteligenco pri študentih zdravstvene nege. V raziskavi je sodelovalo 471 študentov, večina je bila žensk, povprečna starost je bila 20 let. Rezultati študije so pokazali nizek nivo samo-sočutja med študenti (Senyuva in sod., 2014), kar je skladno z raziskavo Kurt in sod. (2010). Študenti so pokazali tudi nizek nivo emocionalne inteligence, kar so podprle raziskave (Ünsar in sod., 2009; Kuzu in Eker, 2010). Rezultati raziskave kažejo, da študenti nimajo primerne nivoje samo-sočutja in emocionalne inteligence, to naj bil v prihodnosti vplivalo na komunikacijske sposobnosti študentov in težave pri razumevanju pacientov ter njihovih sorodnikov. Pri raziskavi se je pokazal nizek pozitiven nivo povezave med samo-sočutjem in emocionalno inteligenco (Senyuva in sod., 2014).

Študenti zdravstvene nege morajo doživeti klinično izkušnjo z zelo čustveno prizadetimi pacienti pod vodstvom mentorja, ki skrbi, da študent pravilno razume pacienta, tako verbalno, kot neverbalno komunikacijo in kako lahko ta dognanja sporoča nazaj pacientu. Psihiatrična zdravstvena nega in klinična praksa je zelo pomembno orodje za doseg tega cilja. Na kliničnem usposabljanju morajo študenti ugotoviti, kako se lahko povežejo s pacienti, ki so drugačni od njih. Klinična praksa na psihiatričnem področju pomaga študentu pri razvoju primerne komunikacije s pacienti, kateri so občutljivi na določene ali celo vse pogovorne teme (Webster, 2010). Glede

pomena psihiatrične zdravstvene nege je bilo napisanega zelo malo (Curtis, 2007). Raziskavena tem področju so pokazale, da klinična praksa na tem področju zmanjša nivo stigme pri študentih in poveča samozavest pri delu s takšnimi pacienti (Hayman-White in Happell, 2005).

Hung in sod. (2009) so poročali o vzorcu razvoja izkušnje pri študentih in sicer (1) razbiti stigmo pred duševnimi boleznimi; (2) razvoj zaupnega odnosa s pacientom; (3) pridobitev profesionalnih znanj in sposobnosti; (4) študent mora spoznati pomen lastnega razvoja in rasti. Webster (2010) poroča o štirih temah, ki so ključne za razvoj empatije pri študentih: (1) študenti se mora znebiti primarne anksioznosti in strahu, da se lahko pozornost preusmeri na pacienta; (2) ta preusmeritev začne empatični proces pri katerem študent začne razmišljati, kako se pacient počuti in živi z duševno boleznijo; (3) samorefleksija študentov vodi v popolnoma drugačno percepcijo pacienta kot pred tem; (4) študenti so še bolj poglobili njihovo empatično percepcijo s tem, da so morali svojim kolegom razložiti situacijo pacienta za katerega so skrbeli. Raziskovalci, ki se osredotočajo na proces razvoja empatije vedno bolj poudarjajo pomen samorefleksije kot proces za učenje empatije.

V raziskavi avtorjev GcGliton in sod. (2012) z naslovom: Psihiatrične klinične vaje okrepijo odnos med študentom in pacientom« je sodelovalo 67 študentov, 59 je bilo žensk ostali so bili moški. Raziskava je potekala med letoma 2006 in 2007. Raziskava je bila razdeljena na dva dela. V prvem delu so študenti izpolnili vprašalnih pred kliničnim usposabljanjem na psihiatričnem oddelku. Drugi del raziskave je potekal po koncu kliničnega usposabljanja. Rezultati raziskave v predkliničnem obdobju so pokazali, da je imela manj kot četrtina študentov prejšnje izkušnje z duševno bolnimi ljudmi, ena tretjina študentov je povedala, da ni preveč navdušena nad kliničnim usposabljanjem, dve tretjini študentov se je najbolj veselilo, da bodo pridobili komunikacijske veščine tekom kliničnega usposabljanja, samo 6 % študentov je klinično usposabljanje videlo kot pomembno izkušnjo za nadaljnje delo v zdravstveni negi. 19 % študentov je izrazilo strah in skrb nasilju in varnosti na kliničnem usposabljanju, 18 % študentov je pričakovalo, da se bodo pacienti želeli pogovarjati in razviti določen odnos. Skoraj polovica študentov je pričakovala, da se bodo tekom usposabljanja naučili pomembnih komunikacijskih in psiho-socialnih spretnosti. 24 % študentov je bilo prepričanih, da se bodo tekom usposabljanja naučili pomembnih stvari za izgraditev terapevtskega odnosa med njimi in pacienti, kot je na primer empatija in sprejemanje vseh ljudi. Rezultati po kliničnem usposabljanju prikažejo, da so imeli študenti pozitivne misli in odnos do kliničnega usposabljanja ter duševnih pacientov. 79 % študentov je klinično usposabljanje ocenilo z oceno 8 ali več. 47 % študentov je za paciente izjavilo, da so to povsem običajni ljudje z nekaj razlikami, 4,0 % študentov je spremenilo njihov pogled na paciente z duševnimi motnjami. Študenti so poročali o izboljšavi komunikacijskih in poslušanih spretnosti ter opazili vidno izboljšanje kot medicinska sestra in oseba. Naučili so se gledati ljudi preko stigme in mišljenja drugih ljudi okrog njih. Poročali so, da so izvajali več samorefleksije, bili bolj v stiku z njimi samimi in z njihovimi čustvi.

Ko so raziskovalci primerjali rezultate prej in potem so ugotovili, da se je med študenti zmanjšala stigma in strah, študenti so poročali o izboljšavi komunikacijskih in psihosocialnih sposobnosti, postali so bolj sočutni in skrbni. Te spremembe lahko povežemo z razvojem spoštovanja, razumevanja in sočutja, posledično tudi empatije. Klinično usposabljanje v psihiatrični zdravstveni negi je pomembno zaradi tega, da se študenti naučijo soočati s pacienti, ki doživljajo velik emocionalni stres.

Pri pregledu literature je sedemnajstim raziskavam uspelo doseči zadane kriterije. Raziskovali so dve različni populaciji medicinskih sester. Prva skupina so bili dodiplomski študenti, druga pa podiplomski študenti. Večina raziskav je bila narejena pred letom 2000 v Združenih državah Amerike, Veliki Britaniji in ena v Turčiji. Od sedemnajstih študij je enajst poročalo o povišanem nivoju empatije (Brunero in sod., 2010). Pri pregledu raziskav so ugotovili, da so raziskovalci uporabili veliko različnih meril in skalo za meritve empatije. Potrebna bi bila standardizirana skala za merjenje empatije ter kako se empatija spreminja tekom izobraževanja (Reynolds in Scott, 2000; Ançel, 2005; Yu in Kirk, 2008).

Empatični odziv je odvisen od različnih faktorjev: spola, kulturnega ozadja, okolja, socialne samozavesti, osebnosti in nivoja komunikacije (Alligood in May, 2000). Chung in Bernak (2002) sta poročala o pomembnosti spoštovanja različnih kultur, vrednot in verovanj drugih oseb, le tako je lahko posameznik tudi kulturno empatičen. Uporaba igre vlog pri učenju dovoli sodelujočim, da se poglobijo in spoznajo vloge, ki so jim tuje. Pomembno pri tem je, da bi morale medicinske sestre prevzeti vlogo pacienta za nekaj časa in obratno. Le tako bi lahko prišlo do razumevanja potreb (Colier, 1999).

Stein-Parbury (2005) poroča o pomembnosti razumevanja najprej lastnih prepričanj in vrednot, preden lahko razumemo druge okrog sebe. Pomembno je, da zdravstveno osebje pozna proces vključevanja empatije v proces zdravstvene nege in tako ne tvega prevelikega vključevanja v pacientov intimni prostor, kar lahko vodi celo v depresijo (Hojat in sod., 2002). Pri izobraževanju bi morali podariti pomen razumevanja lastnih emocij, pri čemer nam lahko pomaga proces klinične supervizije. Ta naj bi dokazano zmanjševal stres na delovnem mestu in emocionalno delo (Brunero in Stein-Parbury, 2007).

Zdravstvena profesura bolj ceni intelekt kot pa prisotnost sočutja pri delavcih zdravstvene nege, zato so ocene starejših pacientov glede zdravstvene nege, ki jo prejmejo slabe. Zaposlovanje medicinskih sester v današnjih časih temelji na čim višjih kvalifikacijah, kot pa, da bi izbirala tudi na podlagi šestih C-jev. To so: skrben, sočuten, kompetenten, komunikativen, pogumen in predan (Playle in Bee, 2009; Repper in Perkins, 2009).

Baillie (1996) piše o tem, da so medicinske sestre izrazile težave pri izražanju empatije, ko se znajdejo v neznani situaciji ali v situaciji ko nimajo prejšnjih izkušenj iz katerih bi črpale znanje. Ravno tako je težko čutiti empatijo, ko se pacient odzove drugače kot

razmišlja medicinska sestra, ko medicinska sestra ne more spoznati pacienta in ko je komunikacija s pacientom otežena. Ko je pacient nesramen, nezaupljiv in nerazumevajoč glede položaja medicinske sestre je otežena komunikacija, takrat se pokaže pomanjkanje empatije v odnosu.

Määttä (2006) je v svoji študiji ugotovil, da se medicinske sestre zavarujejo pred žalostjo in občutkom izgube s tem, da držijo določeno distanco med pacientom in njo samo.

Bikker in sod. (2015) so izvedli študijo kjer so hoteli prikazati uporabnost merila The Consultation and relational empathy measure, (slo. Posvetovalno in relacijsko empatično merilo) s katerim se preverja kvaliteto odnosa oziroma srečanja med medicinsko sestro in pacientom. Odzvalo se je 55 ordinacij z zanimanjem za sodelovanje v raziskavi. Vprašalnike so receptorke razdelile pacientom takoj po vstopu v ordinacijo (Mercer in sod., 2004; Mercer in sod, 2005). Vprašalnik je vključeval: Sociodemografski status pacienta, vprašanja o prejšnjem odnosu z medicinsko sestro (Mercer in sod., 2005; Howie in sod., 1998), vprašanje o zadovoljstvu s storitvijo (Neumann in sod., 2009; Griffin in sod., 2004; Lelorain in sod., 2012), vprašanje o pomembnosti take vrste vprašalnika (Mercer in sod., 2005), in merilo CARE (Mercer in sod., 2004). Sodelovalo je 17 medicinskih sester, pridobljeno je bilo 744 izpolnjenih vprašalnikov. Klinike so se ukvarjale z uravnavanjem kroničnih bolezni kot so: diabetes, kronična obstruktivna bolezen ali KOPB, srčne bolezni. Povprečna starost pacienta je bila 54,9 let. 391 pacientov je ocenilo njihovo zdravje kot dobro ali zelo dobro.

Peglednica 2: Demografski podatki sodelujočih v raziskavi (Vir: Bikker in sod. 2015)

| | VELIKOST VZORCA (n) | % CELOTNEGA VZORCA |
|---------------------------|---------------------|--------------------|
| Spol | | |
| Moški | 290 | 37,5 |
| Ženske | 447 | 57,8 |
| Manjkajoče vrednosti | 37 | 4,8 |
| Starostna skupina | | |
| 16-29 let | 87 | 11,2 |
| 30-44 let | 105 | 13,6 |
| 45-65 let | 298 | 38,5 |
| >65 let | 234 | 30,2 |
| Manjkajoče vrednosti | 50 | 6,5 |
| Zdravstveno stanje | | |
| Zelo dobro/dobro | 394 | 50,9 |
| Zmerno | 239 | 30,9 |
| Slabo/zelo slabo | 103 | 13,4 |
| Manjkajoče vrednosti | 38 | 4,9 |
| Bivanje | | |
| Z partnerjem/zakoncem | 453 | 58,5 |
| Brez partnerja/zakonca | 281 | 36,3 |
| Manjkajoče vrednosti | 40 | 5,2 |
| Pogovorni jezik | | |
| Angleško | 729 | 94,2 |
| Drugi | 6 | 0,8 |
| Manjkajoče vrednosti | 39 | 5,0 |
| Zaposlitev | | |

| | | |
|------------------------------|-----|------|
| Zaposleni | 279 | 5,3 |
| Nezaposleni | 41 | 11,9 |
| Neprimerni za delo | 92 | 34,2 |
| Upokojeni | 265 | 2,4 |
| Gospodinje | 19 | 2,5 |
| Polarji | 19 | 2,1 |
| Drugi | 18 | 5,3 |
| Manjkajoče vrednosti | 41 | |
| Pomoč pri vprašalniku | | |
| Da | 64 | 8,3 |
| Ne | 681 | 88,0 |
| Manjkajoče vrednosti | 29 | 3,7 |

Rezultati raziskave so pokazali, da je 73 % pacientov videlo velik pomen v takih vrstah vprašalnikov. Starejši in pacienti s slabšim zdravstvenim stanjem so videli večji pomen v vprašalniku kot pa mlajši in boljšega zdravstvenega stanja. 48 % ordinacij je pri vprašalniku prejelo maksimalno število točk. Raziskava je pokazala, da je pacientu pomembna dolžina pregleda ter koliko pravzaprav pozna medicinsko sestro.

Preglednica 3: Demografski podatki sodelujočih v raziskavi (Vir: Bikkerin sod., 2015)

| | Malo ali nič pomembno (%) | Zmerno pomembno (%) | Zelo pomembno (%) | p- Vrednost |
|------------------------------|---------------------------|---------------------|-------------------|-------------|
| Vse konzultacije | 39 (5,1) | 137 (17,7) | 562 (72,6) | 0,0000 |
| Starostna skupina | | | | |
| 16-29 let | 12 (14,1) | 26 (30,6) | 47 (56,3) | |
| 30-44 let | 7 (6,8) | 28 (27,2) | 68 (66,0) | |
| 45-65 let | 12 (4,1) | 43 (1,7) | 237 (81,2) | |
| >65 let | 5 (2,2) | 33 (14,8) | 185 (83,05) | |
| Spol | | | | ns |
| Moški | 20 (7,1) | 40 (14,3) | 220 (78,6) | |
| Ženske | 17 (3,9) | 93 (21,4) | 325 (74,7) | |
| Zdravstveno stanje | | | | 0,033 |
| Zelo dobro/dobro | | | | |
| Zmerno | 22 (5,7) | 86 (22,5) | 275 (71,8) | |
| Slabo/zelo slabo | 10 (4,3) | 38 (16,5) | 182 (79,1) | |
| | 5 (5,0) | 10 (9,9) | 86 (85,1) | |
| Bivanje | | | | ns |
| Z partnerjem/zakoncem | 23 (5,3) | 76 (17,4) | 338 (77,3) | |
| Brez partnerja/zakonca | 12(4,5) | 52 (19,4) | 204 (76,1) | |
| Pogovorni jezik | | | | ns |
| Angleško | 37 (5,2) | 132 (18,6) | 539 (76,1) | |
| Drugi | 0 (0) | 1 (16,7) | 6 (83,3) | |
| Zaposlitev | | | | 0,081 |
| Zaposleni | 18 (6,8) | 56 (21,1) | 192 (72,2) | |
| Nezaposleni | 5(12,5) | 8 (20,0) | 27 (67,5) | |
| Neprimerni za delo | 5(5,7) | 12 (13,8) | 70 (80,5) | |
| Upokojeni | 5 (2,0) | 41 (16,1) | 208 (81,9) | |
| Gospodinje | 1 (5,9) | 3 (17,6) | 13 (76,5) | |
| Polarji | 1 (5,0) | 6 (30,0) | 13 (65,0) | |
| Drugi | 1(6,3) | 1 (6,3) | 14 (87,5) | |
| Pomoč pri vprašalniku | | | | ns |
| Da | 2 (3,2) | 6 (9,5) | 55 (87,38) | |
| Ne | 35 (5,4) | 125 (19,2) | 492 (75,5) | |

Oskrba pacienta postaja vedno bolj kompleksna in moderna tehnologija ne more nadomestiti pristnega profesionalnega odnosa med pacientom in medicinsko sestro.

Da lahko dosežemo empatijo v odnosu med medicinsko sestro je dovolj že izjava kot je na primer: "To mora biti resnično težka situacija za vas". S to izjavo damo pacientu vedeti, da smo prepoznali njegovo stisko (Hojat, 2009; Ahrweiler in sod., 2014).

Raziskovalci predlagajo učenje empatije v okviru primernih tehnik učenja in v okviru eksperimentalnega učenja (Hojat, 2009; Brunero in sod., 2010; Dereboy in sod., 2005; Nunes in sod., 2011; Williams in sod., 2014b).

Različni avtorji poročajo, da lahko slabo mentalno stanje in preveč stresa vpliva na pojav empatije pri posamezniku. V učni plan je potrebno vključiti načrt za zviševanje emocionalnih kompetenc in tako ustvariti zdravo in vzpodbudno delovno okolje (Powell in sod., 2015). Vodje delovnih okolij bi morale prikazovati visok nivo emocionalnih kompetenc in s tem spodbuditi tudi ostale zdravstvene delavce, da dosežejo visok nivo emocionalnih kompetenc (Zhu in sod., 2015).

Edukatorki v zdravstveni negi bi morali promovirati razvoj empatije v prihodnjih rodovih zdravstvenih delavcev in to že med procesom izobraževanja (Reynolds, 2000).

Mnogi raziskovalci za učenje empatije predlagajo tako osnovno kot tudi univerzitetno izobraževanje o empatiji (Fields in sod., 2011; Hojat, 2009; Nerdrum, 1997).

Čeprav veliko študij (Ançel, 2005; Ozcan in sod., 2010) poudarja, da je sposobnost empatije mogoče razvijati, raziskovalci še niso podali točnih smernic, kako lahko empatijo učimo, kakšne metode naj bi uporabili, kakšen je primeren čas učenja empatije, kakšni so točni izidi učenja (Brunero in sod., 2010). Raziskovalci ugotavljajo, da je za primeren nivo dodatnega izobraževanja potrebno veliko sredstev kot so: visoko izobraženi tutorji ter veliko časa za pripravo gradiva in primernih praktičnih postopkov. Da bi pospešili proces učenja empatije bi bila potrebna stalna prisotnost mentorje ali tutorjev pri vsaki klinični interakciji študenta z pacientom (Odone in sod., 2006).

5 RAZPRAVA

S pregledom literature na temo empatije in povezave med empatijo in zdravstveno nego lahko ugotovimo, da je na tem področju še zelo malo raziskanega. Že pri samem pojmu empatija se posamezniku zatakne, saj v svetu ni uradno priznane definicije pojma empatija. V razvojni psihologiji je empatija definirana kot afektivni odziv, glede na razumevanje čustev druge osebe in njenega emocionalnega stanja ter kako se oseba počuti ali bi se morala počutiti v dani situaciji (Eisenberg in sod., 1991). Kynyk in Olson (2001) je determiniral empatijo kot sposobnost razumevanja kar pacient čuti in govori, ter sporočanje povratne informacije pacientu. Empatija je koncept, ki ga lahko definiramo kot prepoznava emocionalnega stanja in potreb ljudi okrog nas (Reynolds in Scott, 1999). Pred nadaljnjimi raziskavami, bi morala strokovna javnost podati in sprejeti svetovno sprejeto definicijo empatije in tako bi bilo raziskovanje na to temo veliko lažje.

Drugi problem, ki se pojavi pri raziskovanju empatije je, da ni uradno sprejetega merila ali skale za merjenje empatije. Obstaja več deset meril in skal, ki omogočajo merjenje empatije, vendar so to skale, ki so bile spremenjene s strani posameznega avtorja in tako prilagojene glede na raziskavo in raziskovalno področje. Yu in Kirk (2008) navajata, da je bilo pri raziskavah na temo empatije v zdravstveni negi uporabljenih že več kot dvajset različnih meril, vendar so bili rezultati teh meril in posledično tudi raziskav nekonsistentni, saj na svetu ne obstaja specifično merilo, ki bi preučevalo samo empatijo v zdravstveni negi. Raziskovalci bi morali postaviti uradno merilo za merjenje empatije v zdravstveni negi in tako bi lahko resnično ocenili pomen empatije, nivo empatije v zdravstveni negi, nivo empatije pri moških in ženskah ter pri študentih in zdravstvenih delavcih. Na podlagi uradne skale bi lahko predlagali izboljšave za prihodnost in tako dosegi napredek v razvoju empatične zdravstvene nege. Ker prihaja do pomanjkanja pristnih in klinično primernih rezultatov raziskav o empatiji ne vemo, kaj vpliva na empatijo v zdravstveni negi in kakšne učinke ima empatija pri procesu zdravstvene nege.

Iz pregleda literature lahko razberemo, da na vključevanje empatije v proces zdravstvene nege vpliva nivo stresa in delovnih obremenitev na delovnem mestu. Nekateri raziskave poročajo, da se zdravstveno osebje z znižanjem nivoja empatije, ki ga vpeljejo v proces zdravstvene nege zaščitijo pred občutki nezadostnosti, anksioznosti in žalosti. Määttä (2006) je v svoji študiji ugotovil, da se medicinske sestre zavarujejo pred žalostjo in občutkom izgube s tem, da držijo določeno distanco med pacientom in njo samo. K procesu zdravstvene nege bi morale pristopiti individualno, biti odprte za emocije pacienta in sorodnikov, ne obsojati in spoštovati občutke pacienta (Heffernan in sod., 2010). Študije so pokazale, da takšen odnos povzroči občutke depresije, zniža nivo zadovoljstva na delovnem mestu in povzroča psihološke težave. Medicinske sestre so pogosto desenzibilizirane z občutki emocionalne izgorelosti, izgubljajo občutek lastnega uspeha in zadostnosti (Bektas in Ilhan, 2008; Üstün, 2001; Sayil in sod., 1997). Zaradi

teh občutkov se medicinskim sestram spremeni kvaliteta življenja, vendar morajo one same priznati negativne občutke, ki se jim pojavljajo na delovnem mestu, najti morajo ravnovesje med vsemi občutki, ki jih doživljajo (Neff in Vonk, 2009). Zaradi tega bi morale ustanove zagotoviti dovolj kadra in primerno delovno okolje za osebje in paciente. Pri izobraževanju bi morali podariti pomen razumevanja lastnih emocij, pri čem nam lahko pomaga proces klinične supervizije. V proces zdravstvene nege bi morali vpeljati delavnice za supervizijo, saj naj bi le-ta dokazano zmanjševala stres na delovnem mestu in emocionalno delo (Brunero in Stein-Parbury, 2007). Tako bi se lahko zaposleni naučili spoprijemati z negativnimi občutki in pridobili orodja za nižanje nivoja stresa in obremenitve na delovnem mestu. S takim pristopom do dela se povečuje čas hospitalizacij pacientov, večja je pojavnost različnih bolnišničnih okužb, večji je nivo stresa na delovnem mestu, z vsem tem pa se zvišajo tudi stroški zdravljenja in večja potreba po kadru.

V zdravstveni negi se pojavlja trend večje pomembnosti tehničnega in teoretičnega znanja o sami stroki, bolj kot znanja in spretnosti o terapevtskem odnosu, komunikaciji in posledično empatiji (Ward in sod., 2009). Zdravstvena nega in zdravstveni delavci stremijo k večji tehnični naravnosti, kar vpliva tako na samo osebje, na pacienta in na stroko. Tudi avtorji Hojat (2009) in Ward (2009) s sodelavci trdijo, da nekateri tehnološki, diagnostični in terapevtski postopki izrinjajo empatijo iz odnosa med medicinsko sestro in pacientom.

Pri izobraževanju študentov je opaziti višji nivo empatije pri vpisu na dodiplomski študij. Tekom študija se nivo empatije zniža, kar je mogoče pripisati prvim kliničnim izkušnjam, ko študenti še nimajo primernih orodij za spopadanje z videnim in izkušenim. Nato se proti koncu študija nivo empatije spet poviša. Razlog za to naj bi bil vpeljava predmetov kot so supervizija, psihiatrična obravnava pacienta, torej predmeti, ki se osredotočajo bolj na psihosocialno plat zdravstvene nege, na psihološke in socialne potrebe pacienta. Študent se nauči izgradnje terapevtskega odnosa s pacientom. Tako lahko na najboljši možni način pomaga pacientu ter po drugi strani zaščiti sebe pred negativnimi čustvi in stresom, ki se lahko pojavijo na delovnem mestu. Rešitev za problem padca nivoja empatije med študijem bi bil večji poudarek na izgradnji terapevtskega odnosa med študentom na kliničnem usposabljanju ter pacientom že v prvem letniku izobraževanja. Empatija je sprejeta kot sposobnost, ki se jo da učiti in razvijati preko izobraževanja in prakse. Zato fakultete poudarjajo pomen empatičnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom in pričakovano je, da imajo splošno znanje o komunikacijskih sposobnostih (Hojat, 2007; Norfolk in sod., 2007; Reynolds in Scott, 1999). Na nekaterih univerzah je velik poudarek na učenju terapevtske komunikacije in empatije. Učenje poteka na osnovi teorije in tudi preko scenarijev, kjer študenti izboljšujejo njihove empatične sposobnosti. Empatija je sposobnost, ki jo študenti razvijajo tekom študija in med kliničnim usposabljanjem (Dereboy in sod., 2005; Öz, 2001).

Drugi problem, ki se pojavi na tem mestu je premajhna prisotnost in usposobljenost kliničnega mentorja za svetovanje in učenje študenta primernih tehnik spoprijemanja s stresom. Razlog za to je slaba izobraženost glede funkcije, ki jo mentor ima na kliničnem usposabljanju ter ponovno prevelika obremenjenost mentorja na delovnem mestu Tako se krog sklene. Študenti zdravstvene nege morajo doživeti klinično izkušnjo z zelo čustveno prizadetimi pacienti pod vodstvom mentorja, ki skrbi, da študent pravilno razume pacienta, tako verbalno kot neverbalno komunikacijo in kako lahko ta dognanja sporoča nazaj pacientu. Psihiatrična zdravstvena nega in klinična praksa je zelo pomembno orodje za doseg tega cilja (Webster, 2010). Glede izobraževanja bi predlagali večji poudarek na igri vlog, kjer študent prevzame različne vloge, naj si bo to vloga pacienta in potem vloga zdravstvenega delavca, saj bi le-tako lahko »okusil« in se poistovetil z občutki; in razmišljanjem obeh akterjev v dani situaciji. Pomembna bi bila tudi analiza po igri vlog, kjer bi kot skupina komentirali dogajanje med igro in tako bi posamezniki videli, kako se je dana situacija resnično odvijala ter kako bi lahko vpeljali kakšne spremembe glede vedenja in razmišljanja. Pri izobraževanju bi morali poudariti pomen razumevanja lastnih emocij, pri tem nam lahko pomaga proces klinične supervizije. Ta naj bi dokazano zmanjševal stres na delovnem mestu in emocionalno delo (Brunero in Stein-Parbury, 2007).

6 ZAKLJUČEK

Ugotovitve naloge poročajo o pomanjkanju definicije pojma empatije, saj vsak avtor raziskave ponudi svojo interpretacijo pomena empatije. Pojavi se tudi problem pomanjkanja skupnega merila ali skale za merjenje in določanje empatije na področju zdravstvene nege. Pomanjkljivosti najdemo na področju izobraževanja na temo empatije in terapevtske komunikacije, predvsem pri izobraževanju in treningu kliničnih mentorjev za mentorstvo študentom. Pozitivne strani pregleda literature so, da se v prihodnosti stvari nagibajo k dajanju večjega pomena empatiji, in sicer v procesu zdravstvene nege. Vedno več je vključevanja učenja empatije v učni načrt zdravstvenih šol in fakultet. Sama menim, da je na tem področju potrebno še veliko raziskovanja in poglobitev v to problematiko, saj se bo le-tako izboljšala oskrba pacienta, odnos med pacientom in medicinsko sestro ter kvaliteta zdravstvene oskrbe. Zagotovo se bo spremenilo tudi mišljenje o zdravstvu na splošno, vrnilo se bo zaupanje ljudi v proces zdravljenja in osebje, ki je sedaj omajano.

7 VIRI

- ADOLPHS, R., 2001. The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, letn.11, str. 231–239.
- ADRIAANSEN, M., VAN ACHTERBERG, T., BORM, G., 2008. The usefulness of the Staff-Patient Interaction Response Scale for Palliative Care Nursing for measuring the empathetic capacity of nursing students. *Journal of Professional Nursing*, letn. 24, str. 315-23.
- AHRWEILER, F., NEUMANN, M., GOLDBLATT, H., HAHN, E.G., SCHEFFER, C., 2014. Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians. *Biomedical center Medical Education*, letn. 14, str. 22.
- ALLEN, J.G., FONAGY, P., BATEMAN, A.W., 2008. *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Arlington VA.
- ALLIGOOD, M. in MAY, B., 2000. A nursing theory of personal system empathy: Interpreting a conceptualization of empathy in King's interacting systems. *Nursing Science Quarterly*, letn. 13, št. 3, str. 243–7.
- ALLIGOOD, M.R., 2005. Rethinking empathy in nursing education: shifting to a developmental view. *Annual Review of Nursing Education*, letn. 3, str. 299–309.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). (2015a). *Scope and standards of practice: Nursing* (3rd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- ANÇEL, G., 2005. Developing empathy in nurses: an in-service training program. *Archives of Psychiatric Nursing*, letn. 20, str. 249–257.
- 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*, letn. 15, str. 236-1244.
- ATTREE, M., 2001. Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Notso Good' quality care. *Journal of advanced nursing*, letn. 33, str. 456–466.
- BAILEY, P. E., 2009. *The social cognitive neuroscience of empathy in older adulthood: doktorska disertacija*. University of New South Wales (UNSW), Australia, PhD.
- BAILEY, S., 1996. Levels of empathy of critical care nurses. *Australian Critical Care*, letn. 9, št. 4, str. 121-122, 124-127.
- BAILLIE, L., 1996. A phenomenological study of the nature of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, letn. 24, str. 300-1308.

- BANDURA, A., 1990. Reflections on nonability determinants of competence. In: Sternberg RJ, Kolligian J Jr (eds). *Competence Considered*. New Haven, CT, USA: Yale University Press, str. 315–362.
- BARON-COHEN, S. & CHAKRABARTI, B. (2008). Social Neuroscience. In J. Reed & J. Warner-Rodgers (Ed.), *Child Neuropsychology: Concepts, Theory and Practice* (pp.316-339). Chichester, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- BARON-COHEN, S., IN WHEELWRIGHT, S., 2004. The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, letn. 34, str. 163-175.
- BARON-COHEN, S., JOLLIFFE, T., MORTIMORE, C., in ROBERTSON, M., 1997. Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or asperger Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, letn. 38, št. 7, št. 813–822.
- BARRETT, L.F., LANE, R.D., SECHREST, L., SCHWARTZ, G.E., 2000. Sex differences in emotional awareness. *Personality & Social Psychology Bulletin*, letn. 26, str. 1027–1035.
- BATSON, C.D., EARLY, S., SALAVARANI, G., 1997. Perspective Taking: Imagining How Another Feels Versus Imaging How You Would Feel [spletni vir]. *Personality & Social Psychology Bulletin*, letn. 23. [Datum dostopa 10. 07. 2107]. Dostopno na: <https://doi.org/10.1177/0146167297237008>
- BECKER, H., SANDS, D., 1988. The relationship of empathy to clinical experience among male and female nursing students. *Journal of Nursing Education*, letn. 2, št. 5, str. 198-203.
- BEKTAS, G., IN I'LHAN, N., 2008. Huzurevlerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Turkish Journal of Geriatrics*, letn. 11, str. 128–135.
- BELL, M.A., WOLFE, C.D., 2007. The cognitive neuroscience of early socioemotional development; in Brownell CA, Kopp CB (eds): *Socioemotional Development in Toddler Years*. New York, Guilford, str. 345–369.
- BENNET GOLEMAN, T., 2001. *Emotional Alchemy: How the Mind Can Heal the Heart*. New York: Three Rivers Press.
- BERTHOZ, S., WESSA, M., KEDIA, G., WICKER, B., & GRÈZES, J., 2008. Cross-cultural validation of the empathy quotient in a French-speaking sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, letn. 53, str. 37-45.
- BIKKER, A. P., FITZPATRICK, B., MURPHY, D., MERCER, S. W., 2015. Measuring empathic, person-centred communication in primary care nurses: validity and reliability of the Consultation and Relational Empathy(CARE Measure). *Biomedical central*, letn. 16, št. 149.

- BJORKSTROM, M. E., JOHANSSON, I. S., ATHLIN, E. E., 2006. Is the humanistic view of the nurse role still alive in spite of an academic education? *Journal of Advanced Nursing*, letn. 54, str. 502–510.
- BONINO, S., 2006. Contagio, empatia e comportamento prosociale. In *Il Comportamento Prosociale. Aspetti Individuali, Familiari e Sociali (Bonino S & Caprara GV eds)*. Erickson, Trento, pp. 23–44 [in Italian].
- BONINO, S., GIORDANENGO, B., 1993. L'empatia: Condividere, ma non troppo. Una ricerca sugli operatori sanitari. *Revista costarricense de psicologia*, letn. 17, str. 101-16.
- BONINO, S., LO, C.A., TANI, F., 1998. Empatia, i Processi di Condivisione Delle Emozioni. Giunti, Firenze [in Italian].
- BOYLE M., BROWN T., MCKENNA L., MOLLOY A., MOLLOY L., WILLIAMS B., IN SOD., 2010. Levels of empathy in undergraduate health science students. *The Internet Journal of Medical Education*, letn. 1, št. 1. Dostopno na: http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_medical_education/volume_1_number
- BRUNERO S AND J STEIN-PARBURY. 2007. The effectiveness of clinical supervision in nursing: An evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, letn. 25, str. 85–94.
- BRUNERO, S., COATES, M. in LAMONT, S., 2010. A review of empathy education in nursing [spletni vir]. *Nursing Inquiry*, letn. 2010, št. 1, str. 64-73. [Datum dostopa 08.03.2017]. Dostopno na: <http://web.b.ebscohost.com.evir.ook.sik.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dd1db33d-c4fb-424a-9a4f-a694690c0c8e%40sessionmgr102&vid=7&hid=125>
- BURHANS, L.M., ALLIGOOD, M.R., 2010. Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, letn. 66, str. 1689-97.
- CARPER, B.A., 1978. Fundamental patterns of knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, letn. 1, str. 13-23.
- CARTER, S.S., HARRIS, J., PORGES, S.W., 2009. Neural and evolutionary perspectives on empathy. *The Social Neuroscience of Empathy*. Cambridge, MIT Press, str. 169–182.
- CHAPMAN, E., BARON-COHEN, S., AUYEUNG, B., KNICKMEYER, R., TAYLOR, K., & HACKETT, G., 2006. Fetal testosterone and empathy: Evidence from the empathy quotient (EQ) and the “Reading the Mind in the Eyes” test. *Social Neuroscience*, letn. 1, št. 2, str. 135–148.

- CHEN, D., LEW, R., HERSHMAN, W., ORLANDER, J.A., 2007. Cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal of General Internal Medicine*, letn. 22, št. 10, str. 1434–1438.
- CHESSICK, R. D., 1998. Empathy in psychotherapy and psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, letn. 26, str. 487–503.
- CHUNG, R. IN BERNAK, F., 2002. The relationship of culture and empathy in cross-cultural counselling. *Journal of Counselling and Development*, letn. 80, str. 154–9.
- CINAR, N in CEVAHIR, R. 2007. Evaluation of the empathic skills of nursing students with respect to the classes they are attending. *Revista Electronica de Enfermagem*, letn. 9, št. 3, str. 588-595.
- ÇITAK, G., 1998. *Identification of Empathic Skill and Burnout Levels of School of Nursing Faculty* doktorska disertacija. Hacettepe University, Ankara.
- COLIER, K., 1999. Finding a 'forum' for debriefing role play in adult education: International simulation and gaming research book. London: Kogan Page.
- CORBIN, J., 2008. Is caring a lost art in nursing? *International Journal of Nursing Studies*, letn. 45, str. 163–165.
- CUNICO L, SARTORI R, MAROGNOLLI O, MENEGHINI AM., 2012. Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, letn. 21, str. 2016-25.
- CURTIS, J., 2007. Working together: a joint initiative between academics and clinician to prepare undergraduate nursing students to work in mental health settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, letn. 16, str. 285–293.
- DECETY, J. in HODGES, S. D., 2006. The social neuroscience of empathy. In P. A. M. van Lange (Ed.). *Bridging social psychology: Benefits of transdisciplinary approaches*, str. 103–109.
- DECETY, J., in JACKSON, P.L., 2004. The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, letn. 3, št. 2, str. 71-100.
- DEL CANALE, S., LUIS, D.Z., MAIO, V. IN SOD., 2012. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic. Medicine.*, letn. 87, str. 1243–1249.
- DEREBOY, Ç., HARLAK, H., GÜREL, S., GEMALMAZ, A., ESKIN, M., 2005. Teaching empathy in medical education. *Turkish Journal of Psychiatry*, letn. 16, str. 83–89.

- DIMATTEO, M. R., SHERBOURNE, C. D., HAYS, R. D., ORDWAY, L., KRAVITZ, R. L., MCGLYNN, E. A., in sod., 1993. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the medical outcomes study. *Health Psychology*, letn. 12, str. 93–102.
- DÖKMEN, Ü., 1997. Communication Conflicts and Empathy. *Sistem Yayıncılık A.S.*, *Istanbul*, str. 146–154, 315–317.
- DUBNICKI, C., 1977. Relationships among therapist empathy and authoritarianism and a therapist's prognosis. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, letn. 45, str. 958–959.
- EISENBERG, N., 2000. Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, št. 51, str. 665–697.
- EISENBERG, N., EGGUM, N.D., 2009. Empathic responding: sympathy and personal distress. *The Social Neuroscience of Empathy. Cambridge, MIT Press*, str. 71–83.
- EISENBERG, N., IN LENNON, R., 1983. Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin*, letn. 94, str. 100-131.
- EISENBERG, N., SHEA, C.L., CARLO, G., KNIGHT, G.P., 1991. Empathy-related responding and cognition: a chicken and the egg dilemma. *Handbook of Moral Behavior and Development*, št. 2, str. 63–88.
- ELIZUR, M.D. IN ROSENHEIM, E., 1982. Empathy and attitudes among medical students: the effects of group experience. *Journal of Medical Education*, letn. 57, str. 675–683.
- FIELDS SK, MAHAN P, TILLMAN P, HARRIS J, MAXWELL K, HOJAT M., 2011. Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: health provider – student version. *Journal of Interprofessional Care*, letn. 25, št. 4, str. 287–293.
- FINFGELD-CONNETT, D., 2008. Metasynthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, letn. 17, str. 196–204.
- FOX, N.A., 1994. The Development of Emotion Regulation. Biological and Behavioral Considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, letn. 59.
- FRESHWATER, D. IN STICKLEY, T., 2004. The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*, letn. 11, št. 2, str. 91-98.
- GALLESE, V., 2007. Before and beyond the 'theory of mind': embodied simulation and the neural correlates of social cognition. *Philosophical Transactions of Royal Society B* 362, str. 659–669.

- GCGLITON, S.K., SORIN-PETERS, R., SIDANI, S., BOSCAR, V., FOX, M., ROCHON, E., 2012. Patient- centred communication intervention study to evaluate nurse- patient interactions in complex continuing care. *Biomed central Geriatrics*, letn. 12, št. 61.
- GIBBONS, S., 2011. Understanding empathy as a complex construct: a review of the literature. *Clinical Social Work Journal*, letn. 39, št. 3, str. 243-252.
- GILJE, F.L., KLOSE, P.M., BIRGER, C.J., 2007. Critical clinical competencies in undergraduate psychiatric-mental health nursing. *The Journal of Nursing Education*, letn. 46, str. 522–526.
- GOLEMAN, D., 1998. *Duygusal zeka*, 6th edn. Çev: B. Yüksel. Istanbul, Turkey: Varlık Publishin.
- GRIFFIN, S.J., KINMONTH, A.L., VELTMAN, M.W., GILLAARD, S., GRANT, J., STEWART, M., 2004. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *The Annals of Family Medicine*, letn. 2, str. 595–608.
- GRIFFITHS, J., SPEED, S., HORNE, M., KEELEY, P., 2012. ‘A caring professional attitude’: what service users and carers seek in graduate nurses and the challenge for educators. *Nursing Education*, letn. 32, str. 121–127.
- GUAN, R., JIN, L., QIAN, M., 2012. Validation of the empathy quotient- short form among Chinese healthcare professionals. *Social behavior and personality*, letn. 40, št. 1, str. 75-84.
- HALL, J.A., CARTET, J.D., HORGAN, T.G., 2000. Gender differences in the nonverbal communication of emotion. In: Fischer, A.H. (Ed.), *Gender and Emotion: Social Psychological Perspectives*. Cambridge University Press, Paris, str. 97–117.
- HARLAK, H., GEMALMAZ, A., GUREL, F. S., DEREBOY, C., ERTEKIN, K., 2008. Communication skills training: Effects on attitudes toward communication skills and empathic tendency. *Education for Health*, letn. 21, št. 2, str. 1–6.
- HAVILAND, J.M., LEWICA, M., 1987. The induced affect response: ten-week-old infants’ responses to three emotion expressions. *Developmental Psychology*, št. 23, str. 97–104.
- HAYMAN-WHITE, K. IN HAPPELL, B., 2005. Nursing student’s attitudes toward mental health nursing and consumers: psychometric properties of a self-report scale. *Archives of Psychiatric Nursing*, letn. 19, str. 184–193.
- HEFFERNAN, M., QUINN GRIFFIN, M.T., MCNULTY, R., FITZPATRICK, J.J., 2010. Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, letn. 16, št. 4, str. 366-373.

- HEIN, G. in SINGER, T., 2010. Neuroscience meets social psychology: an integrative approach to human empathy and prosocial behaviour. In *Prosocial Motives, Emotions, and Behavior: The Better Angels of Our Nature* (Mikulincer M & Shaver PR eds). *American psychological association*, Washington, DC, pp. str. 109–124.
- HENDERSON, S., 2002. Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. *Nurse Education in Practice*, letn. 2, str. 244–250.
- HODGES, S.D., KLEIN, K.J.K., 2001. Regulating the costs of empathy: the price of being human. *Journal of Socio-Economics*, letn. 30, str. 437–452.
- HOFFMANN, C., FORMICA, I., DI, M.F., 2007. Caregivers in formazione e alessitimia: Un'indagine empirica su un campione di studenti dell'Università di Palermo. *Giornale di Psicologia*, letn. 1, str. 20–27 [in Italian].
- HOJAT M, MANGIONE S, NASCA TJ, RATTNER S, ERDMANN JB, GONNELLA JS IN SOD., 2004. An empirical study of decline of empathy in medical school. *Medical Education*, letn. 38, št. 9, str. 934-941.
- HOJAT, M, GONNELLA, J., NASCA, T., MANGIONE, S., VERGARE, M. in MAGEE, M., 2002. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, letn. 159, str.1563–9.
- HOJAT, M., 2007. Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes. *New York: Springer*.
- HOJAT, M., 2009. Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *Journal of Health and Human Services Administration*, letn. 31, št. 4, str. 412–450.
- HOJAT, M., GONNELLA, J. S., NASCA, T. J., FIELDS, S. K., CICHETTI, A., LO SCALZO, A., IN SOD., 2003. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. *International Journal of Nursing Studies*, letn. 40, str. 427–435.
- HOJAT, M., GONNELLA, J.S., MANGIONE, S., NASCA, T.J., MAGEE, M., 2003. Physician empathy in medical education and practice experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. Paper presented at the Seminars in Integrative Medicine.
- HOJAT, M., GONNELLA, J.S., MANGIONE, S., NASCA, T.J., VELOSKI, J.J., ERDMAN, J.B. IN SOD., 2002. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education*, letn. 36, št. 6, str. 522–527.

- HOJAT, M., MANGIONE, S., NASCA, T. J., COHEN, M. J. M., GONNELLA, J. S., ERDMANN, J. B., IN SOD., 2001. The Jefferson scale of physician empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, letn. 61, str. 349–365.
- HOJAT, M., VERGARE, M.J., MAXWELL, K., BRAINARD, G., HERRINE, S.K., ISENBERG, G.A., VELOSKI, J. IN GONNELLA, J.S., 2009. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, letn. 84, str. 1182–1191.
- HOLM, O., 1997. Ratings of empathic communication: Does experience make a difference? *The Journal of Psychology*, letn. 131, str. 680–682.
- HOWIE, J.G.R., HEANEY, D.J., MAXWELL, M., WALKER, J.J., 1998. A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as outcome measure of primary care consultations. *Family Practice*, letn. 15, št. 2, str. 165–71.
- HUGHES, D.A., BAYLIN, J., 2012. *Brain-Based Parenting: The Neuroscience of Caregiving for Healthy Attachment*. WW Norton & Company, New York NY.
- HUNG, B.J., HUANG, X.Y., LIN, M.J., 2009. The first experience of clinical practice of psychiatric nursing students in Taiwan: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, letn. 18, str. 3126–3135.
- JARROLD, C., BUTLER, D.W., COTTINGTON, E.M., JIMENEZ, F., 2000. Linking theory of mind and central coherence bias in autism and in the general population. *Developmental Psychology*, letn. 36, št. 126–138.
- KLEIN, K.J.K. IN HODGES, S.D., 2001. Gender differences, motivation, and empathic accuracy: when it pays to understand. *Personality and Social Psychology Bulletin*, letn. 27, str. 720–730.
- KLISZER, J., NOWICKA-SAUER, K., TRZECIAK, B., NOWAK, I., SADOWSKA, A., 2006. Empathy in health care providers-validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Advances in Medical Sciences*, letn. 5, str. 219–225.
- KRAMER, D., BER, R., MORRE, M., 1989. Increasing empathy among medical students. *Medical Educatio*, letn. 23, str. 168–173.
- KUNYK, D., OLSON, J.K., 2001. Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, letn. 35, št. 3, str. 317–325.
- KURT, D., CAN, S., ALPAGUT, M. IN SOD., 2010. Hemsirelik öğrencilerinin empati benlik saygısı, öz-duyarlılık ve sosyal fobi düzeyleri

vearalarındaki ilis,kinin belirlenmesi. *Uluslararası Katılımlı-Ulusal Hems,irelik Öğrencileri Kongresi, Fethiye*, letn. 275.

KUZU, A., IN EKER, F., 2010. Hems,irelik öğrencilerinin duygusal zeka veiletis,im becerilerinin es,deg̃er öğrenim gören öğrencilerlekars,ılas,tırmalı olarak deg̃erlendirilmesi. *Hems,irelikte Aras,tırma Gelis,tirme Dergisi*, št. 3, str. 14–29.

LAMONICA, E., MADEA, A., OBERST, M. in WOLF, R., 1987. Empathy and nursing care outcomes. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, letn. 1, str. 197–213.

LAROCCO, S.A., 2010. Assisting nursing students to develop empathy using a writing assignment. *Nurse Educator*, letn. 35št. 1, str. 10-11.

LAWRENCE, E. J., SHAW, P., BAKER, D., BARON-COHEN, S., DAVID, A. S., 2004. Measuring empathy: Reliability and validity of the Empathy Quotient [spletni vir]. *Psychological Medicine*, 34, 911-920. [Datum dostopa 02. 08. 2017]. Dostopno na: <http://doi.org/dbv>.

LELORAIN, S., BRÉDART, A., DOLBEAULT, S., SULTAN, S., 2012. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology*, letn. 21, št. 12, str. 1255–64.

LEVINSON, W., CORAWARA-BHAT, R., LAMB, J., 2000. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA*, letn. 284št. 8, str. 1021-1027.

MÄÄTTÄ, S. M., 2006. Closeness and distance in the nurse-patient relation. The relevance of Edith Stein's concept of empathy [spletni vir]. *Nursing Philosophy*, letn. 7, str. 3-10. [Datum dostopa 10. 07. 2017]. Dostopno na: <http://doi.org/dbw>.

MACLEOD, CLARK., MAHEN, J., IN JONES, K., 1997. Project 2000: Perceptions of the philosophy and practice of nursing shifting perceptions·a new practitioner? *Journal of Advanced Nursing*, letn. 26, str. 161–168.

MCCARTHY, C. T., IN RUSSELL, C. A., 2009. A comparison of two nursing theories in practice: Peplau and Parse. *Nursing Science Quarterly*, letn. 22, str. 34–40.

MCCLURE, E.B., 2000. A meta-analytic review of sex differences in facial expression processing and their development in infants, children, and adolescents. *Psychology Bulletin*, letn. 126, str. 424–453.

MCGLADE, N., BEHAN, C., HAYDEN, J. IN SOD., 2008. Mental state decoding v. mental state reasoning as a mediator between cognitive and social function in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, letn. 193, št. 1, str. 77-78.

- MCMILLAN, L.R., SHANNON, D.M., 2011. Psychometric analysis of the JSPE Nursing student version R: comparison of senior BSN Students and medical Students attitudes toward empathy in patient care. *ISRN Nursing*, letn. 2011, str. 1–7.
- MENEGHINI, A.M., 2010. *Sentire e condividere. Componenti psicologiche e correlati biologici dell'empatia*. Firenze: SEID.
- MERCER, S.W., HOWIE, J.G.R., 2006. CQI-2: a new measure of holistic, interpersonal care in primary care consultations. *British Journal of General Practice*, letn. 56, št. 525, str. 262–8.
- MERCER, S.W., MCCONNACHIE, A., MAXWELL, M., HEANEY, D.H., WATT, G.C.M., 2005. Relevance and performance of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Family Practic*, letn. 22, št. 3, str. 328–34. F.
- MERCER, S.W., REYNOLDS, W.J., 2002. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, letn. 52, str. S9–S12.
- MERCER, S.W., WATT, G.C.M., MAXWELL, M., HEANEY, D.H., 2004. The development and preliminary validation of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure: an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, letn. 21, št. 6, str. 699–705.
- MORSE, J.M., ANDERSON, G., BOTTORFF, J.L., YONGE, O., O'BRIEN, B., SOLBERG, S.M. IN SOD., 1992. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Journal of Nursing Scholarship*, št. 24, str. 273-80.
- NERDRUM, P., 1997 Maintenance of the effect of training in communication skills: a controlled follow-up. *The British Journal of Social Work*, letn. 27, št. 5, str. 705–722.
- NEFF, K.D. IN MCGEHEE, P., 2010. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, letn.9, str. 225–240.
- NEFF, K.D., VONK, R., 2009. Self-compassion versus global selfesteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, letn. 77, str. 23–50.
- NETTLE, D., 2007. Empathizing and systemizing: What are they, and what do they contribute to our understanding of psychological sex differences? *British Journal of Psychology*, letn. 98, str. 237-255.
- NEUMANN, M., BENSING, J., MERCER, S., ERNSTMANN, N., OMMEN, O., PFAFF, H., 2009. Analyzing the “nature” and “specific” effectiveness of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, letn. 74, str. 339–46.

- NIGHTINGALE, F., 1969. *Notes on nursing. What it is and what it is not*. New York: Dover.
- NORFOLK, T., BIRDI, K., WALSH, D., 2007. The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. *Medical Education*, letn. 41, str. 690–697.
- NUNES, P., WILLIAMS, S., SA, B., STEVENSON, K., 2011. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *International journal of medical education*, letn. 2, str. 12-17.
- ODONE, L., FERRARI, S., VEGNI, E., MOJA, E.A., 2006. Il corso di comunicazione e relazione in medicina del Polo San Paolo della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano. *Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia*, letn. 33, str. 1328–1334 [in Italian].
- OUZOUNI, C., NAKAKIS, K., 2012. An exploratory study of student nurses' empathy. *Journal of Health Science*, letn. 6, str. 534–552.
- ÖZ, F., 2001. Impact of training on empathic communication skills and tendency of nurses. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, letn. 5, str. 44–51.
- OZCAN, C.T., OFLAZ, F. in SUTCU, C. H., 2010. Empathy: the effects of undergraduate nursing education in Turkey. *International Nursing Review*, letn. 57, str. 493–499.
- PERRY, R., ROSEN, H., KRAMER, J., BEER, J., LEVENSON, R., MILLER, B., 2001. Hemispheric dominance for emotions, empathy and social behavior: Evidence from right and left handers with frontotemporal dementia. *Neurocase*, št.7, str.145–160.
- PLAYLE, J. IN BEE, P., 2009. Service users' expectations and views of mental health nurses. In Callaghan P, Playle J, Cooper L (Eds). *Mental Health Nursing Skills*. Oxford University Press, str. 10-20.
- POWELL, K., MABRY, J., & MIXER, S., 2015. Emotional intelligence: A critical evaluation of the literature with implications for mental health nursing leadership. *Issues in Mental Health Nursing*, letn. 36, št. 5, str. 346-356.
- PREMACK, D., IN WOODRUFF, G., 1978. Does the chimpanzee have a theory of mind. *Behavioral Brain Science*, letn. 1, str. 515–526.
- RANKIN, K. P., KRAMER, J. H., MILLER, B. L., 2005. Patterns of cognitive and emotional empathy in frontotemporal lobar degeneration. *Cognitive and Behavioral Neurology*, letn. 18, št. 1, str. 28–36.
- REPPER, J., IN PERKINS, R., 2009. Recovery and social inclusion. In Callaghan P, Playle J, Cooper L (Eds). *Mental Health Nursing Skills*. Oxford University Press, Oxford, str. 85-95.

- REYNOLDS, W. IN SCOTT, B., 2000. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy. *Journal of Advanced Nursing*, letn. 31, str. 226–34.
- REYNOLDS, W., 2000. The measurement and development of empathy in nursing. Aldershot. *Ashgate Publishing Limited*.
- REYNOLDS, W.J. IN SCOTT, B., 1999. Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, letn. 6, str. 363–370.
- RICHARDSON, A., SITZIA, J., BROWN, V., MEDINA, J., 2005. Patients' Needs Assessment Tools in Cancer Care: Principle and Practice London. King's College London, letn. 15.
- RIZZOLATTI, G. IN CRAIGHERO, L., 2004. The mirror-neuron system. *Annual Review in Neuroscience*, št. 27, str. 169-192.
- ROGERS, C., 1957. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal Counseling Psychology*, letn. 21, str. 95–103.
- ROGERS, I., 1986. The effects of undergraduate nursing education on empathy. *Western Journal of Nursing Research*, letn. 8, str. 329–42.
- ROSENBERG, M.B., 2000. *Nonviolent Communication: A Language of Compassion*. Encinitas, CA, USA: PuddleDancer Press.
- RUECKERT, L., BRANCH, B., DOAN, T., 2011. Are Gender Differences in Empathy Due to Differences in Emotional Reactivity? *Psychology*, letn. 12, str. 574-8.
- RUSSELL, T.A., TCHANTURIA, K., RAHMAN, Q., SCHMIDT, U., 2007. Sex differences in theory of mind: a male advantage on Happé's "cartoon" task. *Cognition & Emotion*, letn. 21, str. 1554–1564.
- SALOVEY, P. IN MAYER, J.D., 1990. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, letn. 9, str. 185–211.
- SAYIL, I. H.S., ÖLMEZ, S., ÖZGÜVEN, H.D., 1997. Ankara Üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi*, letn. 5, str. 71–77.
- SELIGMAN, M.E., 1995. *The Optimistic Child*. Boston: Houghton Mifflin.
- SENYUVA, E., KAYA, H., ISIK, B., BODUR, G., 2014. Relationship between self-compassion and emotional intelligence in nursing students. *International journal of nursing practice*, letn. 20, št. 588-596.

- SHIELDS, L., 2013. The core business of caring: a nursing oxymoron? [spletni vir]. *The Australian journal of nursing practice*. [Datum dostopa 04. 07. 2017]. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2013.03.001>.
- SIEGEL, D.J., 2012. *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. Second edition. Guilford Press, New York NY.
- SIMONIČ, B. 2010. Empatija – moč sočutja v medosebnih odnosih. Ljubljana: Založba Brat Frančišek.
- SINGER, T., 2006. The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, letn. 30, št. 6, str. 855–863.
- SPIRO, H., 1992. What is empathy and can it be taught? *Annals of Internal Medicine*, letn. 15, str. 843–846.
- STAMOS, V. IN LUNAČEK, M., 2012. Pomembnost empatije. *Zdravstveno Varstvo*, letn. 51, str. 299-301.
- STEIN-PARBURY, J., 2005. Patient and person: Developing interpersonal skills in nursing. *Elsevier*, letn. 3.
- SUCHMAN, A., MARKAKIS, K., BECKMAN, H.B., FRANKEL, R., 1977. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA*, letn. 277, št. 8, str. 678-846.
- SUTHERLAND, J.A., 1993. The nature and evolution of phenomenological empathy in nursing: An historical treatment. *Archives of Psychiatric Nursing*, letn. 7, str. 369–376.
- ŠTER, P.M., ŠTER, B., PETEK, D., GORUP, C.E., 2013. Validation of slovenian version of jefferson scale of empathy for students.
- TANNER, C. A., 2007. Nursing education: Current themes, puzzles and paradoxes. *Communicating Nursing Research*, letn. 40, str. 3–14.
- TAS, DEMIR, G., 1999. *Identification of the Relationship between Empathic Tendency Levels and Nurses' Job Satisfaction at the Ege University Research and Application Hospital*: ktorska disertacija. Ege University, Izmir.
- The European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), 2005. The EURACT Educational Agenda [spletni vir]. [Datum dostopa 16. 04. 2012]. Dostopno na: www.euract.eu/official-documents/.
- ÜNSAR, S., FINDIK, Ü.Y., SADIRLI, S.K., EROL, Ö., 2009. Yüksekokulu öğrencilerinin duygusal zeka düzeyleri. *Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*, št. 9.

- ÜSTÜN, B., 2001. Hems,irelik ve tükenmis,lik. *Ege Üniversitesi Hems,irelik Yüksekokulu Dergisi*, letn. 17, str. 87–96.
- WARD, J., CODY, J., SCHAAL, M., HOJAT, M., 2012. The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, letn. 28, str. 34-40.
- WARD, J., SCHAAL, M., SULLIVAN, J., BOWEN, M.E., ERDMANN, J.B., HOJAT, M., 2009. Reliability and validity of the Jefferson scale of empathy in undergraduate nursing students. *Journal of nursing measurement*, letn. 17, št. 1.
- WATSON, J., 1979. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* Boston: Little, Brown & Company. *Colorado University Press*.
- WATSON, J., 2002. *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. New York: Springer Publishing Company, NY.
- WEBSTER, D., 2010. Promoting empathy through a creative reflective teaching strategy: a mixedmethod study. *The Journal of Nursing Education*, letn. 49, str. 87–94.
- WEN, D., MA, X., LI, H., LIU, Z., XIAN, B., LIU, Y., 2013. Empathy in Chinese medical students: psychometric characteristics and differences by gender and year of medical education. *Biomed central, Med. Educ*, letn. 13, str. 130–136.
- WHELLER, K. IN BARRETT, E.A.M., 1994. Review and synthesis of selected nursing studies on teaching empathy and implication for nursing research and education. *Nursing Outlook* letn. 42, str. 230–236.
- WIKSTROM, B. M., 2001. Work of art dialogues: An educational technique by which students discover personal knowledge of empathy. *International Journal of Nursing Practice*, letn. 7, str. 24-29.
- WILHELM, M. O., IN BEKKERS, R., 2010. Helping behavior, dispositional empathic concern, and the principle of care. *Social Psychology Quarterly*, letn. 73, str. 11–32.
- WILLIAMS, B., BROWN, T., BOYLE, M., MCKENNA, L., PALERMO, C., ETHERINGTON, J., 2014. Levels of empathy in undergraduate emergency health, nursing and midwifery studets: a longitudinal study. *Advances in medical education and practice*, letn. 5, str. 299-306.
- WILLIAMS, B., SADASIVAN, S., KADIRVELU, A., OLAUSSEN, A., 2014. Empathy levels among first year Malaysian medical students: an observational study. *Advances in Medical Education and Practice*, letn. 5, str. 149–156.
- WILLIAMS, J., STICKLEY, T., 2010. Empathy and nurse education. *Nurse Education Today*, letn. 30, str. 752–755.

- WINEFIELD, H.R., IN CHUR-HANSON, A., 2000. Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase? *Online Med Ed*, letn. 34 str. 90-94.
- YU, J. IN KIRK, M., 2009. Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, letn. 65, str. 1790–1806.
- YU, J., IN KIRK, M., 2008. Measurement of empathy in nursing research: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, letn. 64, str. 440-454.
- YURTTAS, A., IN YETKIN, A., 2003. Saghk Yuksekokulu ogrencilerinin problem cozme becerilerinin karsilastirilmesi (Comparison of the problem solving ability of the students of the School of Health). *Ataturk Universitesi Hemsirelik Yuksekokulu Dergisi*, letn. 6, str. 1-13.
- ZACHARIAE, R., PEDERSEN, C.G., JENSEN, A. B., EHRNROOTH, E., ROSSEN, P. B., VON DER MAASE, H., 2003. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, letn. 8, str. 658–665.
- ZHU, Y., LIU, C., GUO, B., ZHAO, L., & LOU, F., 2015. The impact of emotional intelligence on work engagement of registered nurses: The mediating role of organizational justice. *Journal of Clinical Nursing*, letn. 24, št. 15-16, str. 2115-2124.

POVZETEK

Diplomska naloga vključuje pregled dostopne literature na temo empatije v zdravstveni negi. Namen diplomske naloge je bil ugotoviti kakšne so značilnosti in pomen empatije v zdravstveni negi ter kako se razvijajo primerne kompetence pri zdravstvenih delavcih. V uvodu je predstavljena empatija na splošno ter problematika, ki se pojavlja na tem področju. Naslednje poglavje vključuje predstavitve namena, ciljev in hipotez. Nato sledijo metode dela in uporabljeni materiali ter gradiva. V poglavju rezultati so navedene različne raziskave na področju empatije in njene problematike v zdravstveni negi, kaj na empatijo vpliva, kako se lahko empatije naučimo in jo izpopolnujemo. V razpravi so podani največji problemi, ki se pojavljajo pri tej temi in kakšne bi lahko bile izboljšave.

Ključne besede: Empatija, zdravstvena nega, terapevtska komunikacija, razvoj, kompetence, zdravstvo.

SUMMARY

This thesis includes a review of accessible literature on empathy in nursing care. The purpose of the thesis was to determine the characteristics and significance of empathy in nursing care and how appropriate competencies are developed for health professionals. The introduction presents the empathy in general and the problems that arise in this field. The next chapter includes the preposition of the purpose, goals and hypotheses. Then the methods of work and the materials that were used in the research. The results of the section show various research in the field of empathy and its problems in nursing, what affects the empathy, how can we learn and improve in the field of nursing care. The discussion highlights the biggest problems that arise in this topic and what improvements might be in the opinion of the student.

Keywords: Empathy, nursing, therapeutic communication, development, competencies, health care.

ZAHVALA

Najprej naj se zahvalim svoji mentorici dr. Vesni Čuk, prof. zdr. vzg., viš. pred., za odlično usmerjanje in odzivnost med izdelavo diplomske naloge.

Prav tako se zahvaljujem svoji mami Nevi, svoji babici Petri in dedku Janezu za vso podporo, pomoč, ljubezen in požrtvovalnost tekom študija in mojega življenja.

Zahvaljujem se tudi svojemu fantu Niku za vso ljubezen, podporo in potrpežljivost.