



Repozytorium Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
Repository of Medical University of Lublin  
<https://ppm.umlub.pl>



Polska Platforma Medyczna  
Polish Platform of Medical Research  
<https://ppm.edu.pl>

Rodzaj dyplomu / Diploma type	Rozprawa doktorska / PhD thesis
Autor / Author	Kwiatkowska Joanna
Tytuł / Title	Empatia emocjonalno-poznawcza a poczucie własnej skuteczności wśród studentów kierunków medycznych / Emotional empathy and self-efficiency among medical faculty students
Rok powstania / Year of creation	2023
Promotor / Supervisor	Sak Jarosław, Fidecki Wiesław
Jednostka dyplomująca / Certifying unit	Uniwersytet Medyczny w Lublinie / Medical University of Lublin
Adres publikacji w Repozytorium URL / Publication address in Repository	<a href="https://ppm.umlub.pl/info/phd/UML09d4d50ab6ea42b2a2719135eeefb857/">https://ppm.umlub.pl/info/phd/UML09d4d50ab6ea42b2a2719135eeefb857/</a>
Data opublikowania w Repozytorium / Deposited in Repository on	Mar 17, 2023
Rodzaj licencji / Type of licence	Attribution-NonCommercial-NoDerivatives (CC BY-NC -ND 4.0) 

**UNIwersYTET MEDYCZNY W LUBLINIE**

**WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**



**Joanna Kwiatkowska**

**Empatia emocjonalno-poznawcza  
a poczucie własnej skuteczności wśród studentów  
kierunków medycznych**

Rozprawa na stopień doktora nauk o zdrowiu

**Promotor**

**dr hab. n. med. Jarosław Sak**

**Lublin 2023**



# Spis treści

<b>Wstęp.....</b>	<b>3</b>
<b>ROZDZIAŁ I CZĘŚĆ TEORETYCZNA.....</b>	<b>5</b>
1. Pojęcie empatii.....	5
1.1. Empatia w zawodach medycznych.....	7
1.2. Pojęcie empatii emocjonalno – poznawczej.....	10
2. Wymiary samooceny i poczucia własnej skuteczności.....	12
2.1. Pojęcie i uwarunkowania poczucia własnej skuteczności.....	17
2.2. Pojęcie dyspozycyjnego optymizmu.....	19
2.3. Pojęcie samooceny i jej wpływ na skuteczność działań własnych.....	21
3. Znaczenie poczucia własnej skuteczności i samooceny dla medycyny.....	23
4. Znaczenie empatii i poczucia własnej skuteczności dla kształtowania postaw studentów kierunków medycznych wobec osób chorych.....	24
<b>ROZDZIAŁ II. METODYKA BADAŃ WŁASNYCH.....</b>	<b>28</b>
1. Przedmiot i cel badań.....	28
2. Problemy i hipotezy badawcze.....	28
3. Narzędzia i metody badawcze.....	30
4. Charakterystyka grupy badanej.....	32
5. Zastosowane metody statystyczne.....	42
<b>ROZDZIAŁ III. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH.....</b>	<b>44</b>
1. Zależności pomiędzy empatią a dyspozycyjnym optymizmem.....	44
2. Zależności pomiędzy empatią a samooceną.....	48
3. Poziom empatii w grupie badanej i kontrolnej.....	52
4. Dyspozycyjny optymizm i samoocena w grupie badanej i kontrolnej.....	61
5. Zmienność poziomu empatii w grupie studentów kierunków medycznych w trakcie studiów.....	62
6. Różnice poziomu empatii warunkowane płcią w grupie studentów kierunków medycznych.....	67
7. Różnice poziomu empatii warunkowane miejscem pochodzenia w grupie studentów kierunków medycznych.....	71



8. Analiza zależności pomiędzy wymiarami empatii mierzonej przez kwestionariusze KRE i IRI.....	73
9. Analiza zależności pomiędzy samooceną a dyspozycyjnym optymizmem.....	74
10. Różnice w poziomie samooceny i dyspozycyjnego optymizmu warunkowane płcią oraz miejscem pochodzenia studentów kierunków medycznych.....	75
11. Zmienność poziomu empatii i wyznaczników poczucia własnej skuteczności warunkowana występowaniem poważnej choroby w bliskiej rodzinie.....	78
12. Zmienność samooceny i dyspozycyjnego optymizmu warunkowana czasem studiów w grupie studentów kierunków medycznych.....	81
<b>DYSKUSJA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH.....</b>	<b>84</b>
<b>Wnioski.....</b>	<b>91</b>
<b>Streszczenie.....</b>	<b>92</b>
<b>Piśmiennictwo.....</b>	<b>101</b>
<b>Spis tabel.....</b>	<b>107</b>
<b>Spis rycin.....</b>	<b>110</b>



## Wstęp

W dzisiejszych czasach medycyna rozwija się bardzo szybko. Jesteśmy świadkami wprowadzania nowych technologii, innowacji polegających między innymi na operowaniu bez bezpośredniego kontaktu lekarza z ciałem pacjenta. Pomimo tego relacje lekarz- pacjent w dalszym ciągu są bardzo istotne dla przebiegu procesu terapeutycznego. Pacjent przychodząc do szpitala czy przychodni w pierwszej kolejności oczekuje od pracowników ochrony zdrowia empatii, zrozumienia oraz „ludzkiego” podejścia do jego problemu. Lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni powinni posiadać dobrze rozwinięte zdolności interpersonalne oraz umiejętność empatycznego podejścia do pacjenta.

Zbierając materiał badawczy do niniejszej pracy można było odnieść wrażenie, że wśród przyszłych adeptów zawodów medycznych dominuje idealistyczne podejście do wybranego zawodu.

W ostatnich latach pandemia pokazała nam jak ważne jest wzajemne zrozumienie sytuacji, w której się znajdujemy. Pacjenci leczeni w oddziałach szpitalnych z powodu COVID-19, byli zdani jedynie na personel medyczny. Brak odwiedzin bliskich, brak wsparcia emocjonalnego czy kontaktu bezpośredniego z drugim człowiekiem były czynnikami, które mogły wpływać na skuteczność leczenia. Również pracownicy ochrony zdrowia znaleźli się w nowej, nieznannej sytuacji – pracowali pod presją, w dużym stresie oraz ochronnym ubraniu. Odzież ochronna, maseczki na twarzy nie ułatwiały kontaktów z pacjentami. Medycy musieli w inny sposób niż chociażby mimika okazywać emocje względem pacjentów.

Specyfika zawodów medycznych wymaga od studentów nie tylko nabycia zakresu wiedzy oraz praktycznych umiejętności lecz również przejścia procesu transformacji w zakresie relacji międzyludzkich. Empatia może podlegać ciągłym zmianom pod wpływem czynników takich jak relacje społeczne, doświadczenia życiowe i kulturowe.

Na studiach medycznych, co podkreśliły Ziółkowska-Rudowicz i Kładna [1], potrzebna jest szeroko rozumiana edukacja, która będzie prowadzić do nabycia tak ważnej umiejętności jaką jest empatia.

Celem badań własnych zaprezentowanych w niniejszej rozprawie doktorskiej było określenie poziomu empatii emocjonalno-poznawczej u studentów kierunków medycznych w relacji do poczucia własnej skuteczności oraz sprawdzenie czy poziom empatii zmienia się w procesie kształcenia.



Rozprawę tworzą cztery rozdziały. W pierwszym rozdziale opisano pojęcia związane z empatią, poczuciem własnej skuteczności, dyspozycyjnym optymizmem oraz samooceną. Skupiono się na empatii w zawodach medycznych, opisane zostały także relacje pomiędzy pacjentami a pracownikami ochrony zdrowia. W kolejnych podrozdziałach przeanalizowano wpływ empatii i poczucia własnej skuteczności na kształtowanie się postaw młodych adeptów medycyny.

Rozdział drugi zawiera charakterystykę metodologiczną przeprowadzonych badań. Przedstawiono w nim problemy i hipotezy badawcze oraz szczegółową metodykę badań z uzasadnieniem wyboru testów statystycznych wykorzystanych do analizy danych. W rozdziale tym zawarto również charakterystykę badanej populacji oraz porównanie grupy badanej i grupy kontrolnej. Do grupy badanej zakwalifikowano studentów kierunków medycznych: lekarsko-dentystycznego, pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego, fizjoterapii. Badania miały charakter prospektywny, dwuetapowy. Badania przeprowadzono wśród studentów I roku kierunków medycznych i niemedycznych oraz powtórzono je po upływie dwóch lat w tych samych grupach osób badanych.

Rozdział trzeci dysertacji zawiera prezentację uzyskanych wyników badań własnych. Dalszą część pracy stanowi dyskusja wyników badań własnych oraz wnioski.



# ROZDZIAŁ I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA

## 1. Pojęcie empatii

Słowo empatia pojawiło się w języku polskim stosunkowo niedawno. Do dziś nie można ostatecznie sformułować definicji, która zyskałaby powszechną akceptację. Początki prac nad zrozumieniem empatii jako zjawiska związanego z rozumieniem drugiego człowieka przypisuje się już Arystotelesowi i stoikom. W związku z tym, w niektórych definicjach znajdziemy odwołania do greckiego słowa <ἐμπάθεια> (empathēia), które oznacza w dosłownym tłumaczeniu miłość fizyczną, pasję, stronniczość. Pojęcie empatii znane i używane dzisiaj wywodzi się z języka niemieckiego – słowo Einfühlung w tłumaczeniu na język polski oznacza wczucie. Terminu użył po raz pierwszy Robert Vischer w drugiej połowie XIX wieku. W swojej rozprawie doktorskiej odniósł empatię do przedstawienia procesu odbioru dzieła sztuki. W roku 1906 Edward Tichener studiując ówczesną literaturę przetłumaczył występujące w niej pojęcie „Einfühlungsvermögen” (zdolność wczuwania się) na język angielski jako „emphaty”. Tworzenie terminu przez Tichenera polegało na dodaniu przedrostka do słowa symphaty (grec. sympatheia – cierpieć wspólnie). Pojęcie w zmienionym kształcie szybko zyskało akceptację innych badaczy i zastąpiło niemiecki prototyp [2]. Obydwa pojęcia – sympatia i empatia – choć brzmią podobnie oznaczają co innego. Sympatię utożsamiamy z biernym aktem współodczuwania, jest ona reakcją na przeżycia innych ludzi natomiast empatia jest to wchodzenie w doświadczenia innych wraz z towarzyszącymi temu zjawisku emocjami, które sprawiają że jest ona aktem aktywnym [3]. W języku polskim występuje również słowo intropatia, które oznacza zdolność wczuwania się w sytuację innych. Słownik Języków obcych określa intropatię w aspekcie psychologicznym jako wczuwanie się w stan emocjonalny innych osób, przypisywanie własnych stanów duchowych innym osobom, z którymi utożsamiamy się w myśli [4]. Kolejnym odniesieniem terminu empatia było zastosowanie go do opisu percepcji innych osób przez Lippsa na przełomie XIX i XX wieku. Lipps i jego kontynuatorzy rozumieli empatię jako wewnętrzne naśladowanie innych. W ujęciu Lippsa empatia jest zjawiskiem subiektywnym. Może być pozytywna, przez co rozumiał duże podobieństwo obiektu empatii i osoby z nim empatyzującej lub negatywna polegająca na występowaniu odmiennych stanów psychicznych przedmiotu i podmiotu zaistniałych w wyniku empatii w zależności od emocji przeżywanych przez człowieka. Takie postrzegane empatii rzadko spotykane jest w późniejszych koncepcjach. Termin empatia był przedmiotem



rozważań wielu uczonych, filozofów oraz psychologów. Empatią zajmowano się od dawna, termin występuje już w dziełach filozofów starożytnych, np. w Retoryce Arystotelesa [5]. W psychologii zmieniał się i był w kręgu zainteresowań badaczy osobowości oraz psychoterapeutów. Rogers, empatię rozumiał jako wrażliwość na uczucia i ich zmiany pod wpływem uczuć innych osób. Według niego empatia to element komunikowania doznań pochodzących z własnego świata ale też doznawanie wewnętrznych przeżyć drugiej osoby. Batson definiował empatię jako motywację ukierunkowaną na innych ludzi; Berger sformułował tezę, iż empatia to zdolność emocjonalnego postrzegania tego co inni przeżywają wewnętrznie w odniesieniu do drugiego człowieka tzw. „wchodzenie w czyjeś buty”; E. Stein rozumiała empatię jako doświadczenie obcej świadomości jako całości; S. Baron-Cohen pojmował zjawisko empatii jako spontaniczne i naturalne dostrojenie się do myśli i uczuć drugiej osoby, cokolwiek by to nie było [6].

Według teorii Hoffmana (1987) empatia to „reakcja afektywna bardziej odpowiadająca cudzej niż własnej sytuacji”. Według tej teorii empatia nie musi odnosić się do uczuć, może jedynie stanowić reakcję emocjonalną, odpowiednią do warunków w jakich znalazł się obserwowany. Hoffman określił 6 podstawowych mechanizmów za pomocą których człowiek zdolny jest do emocjonalnego reagowania na doświadczenia innych osób [7].

D. Goleman definiuje empatię jako „zdolność wczuwania się w położenie i uczucia innej osoby, która wyrasta z samoświadomości” [8].

Empatia charakteryzowana jest również jako „wielowymiarowe, interpsychiczne zjawisko, którego natura polega na zdolności współbrzmienia z emocjami drugiej osoby, doznawania jej przeżyć bez utożsamiania się z nią oraz zdolności rozumienia przekonań, postaw i ról pełnionych przez innych, jak również na umiejętności równoczesnego koordynowania dwóch aspektów – emocjonalnego i poznawczego” [6].

Badacze zjawiska empatii nierzadko łączą jej emocjonalny i poznawczy charakter. W literaturze odnaleźć można jeszcze typ empatii komplementarnej. Według niektórych badaczy empatia jest zdolnością wrodzoną lub może być wyuczona a zachowania empatyczne wynikają z cech osobowości danego człowieka. Posiadanie zdolności empatii nie wystarcza, należy również być otwartym na osobę, z którą się komunikujemy, potrzebny jest szacunek do tej osoby. Części składowe empatii to: wrażliwość emocjonalna, życzliwość, słuchanie empatyczne, gotowość niesienia pomocy, empatyczne współczucie i cierpienie empatyczne [9]. Empatia powinna być odbiciem samoakceptacji siebie a osoba okazująca empatię powinna





mieć ukształtowany stosunek do siebie samego, który staje się podwaliną procesu empatyzowania z innymi ludźmi. [2]. Ianotti pojmuje pojęcie empatii w nieco inny sposób. Według jego teorii reakcja empatyczna jest efektem ustosunkowania się do danej sytuacji. Wyróżnia dwa typy ustosunkowania – egocentryczny i zdecentrowany, a co za tym idzie rozróżnia dwa typy relacji – poznaczy i emocjonalny. Badania nad empatią doprowadziły do odejścia od traktowania jej jako prostej, emocjonalnej reakcji na samopoczucie innej osoby, zauważono, iż jest ona formą spostrzegania interpersonalnego angażującego struktury poznawcze oraz warunkująca prawidłową komunikację międzyludzką [5]. Pojęcie łączy w sobie terminy „współodczuwanie”, „stawianie się na cudzym miejscu”, „wczucie się” w czyjeś potrzeby [9].

Wielu współczesnych badaczy empatii zwraca uwagę jak ważna jest potrzeba empatii w służbie zdrowia. Człowiek chory oczekuje od lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego postawy empatycznej, ponieważ jest świadomy własnej ułomności spowodowanej chorobą i potrzebuje a nawet wręcz oczekuje pomocy drugiej osoby. Pracownicy służby zdrowia muszą wykazywać się w swojej pracy zrozumieniem cierpienia chorych, ich potrzeb oraz poświęceniem.

## 1.1. Empatia w zawodach medycznych

Empatia w służbie zdrowia jest zjawiskiem pożądanym, zawody medyczne nazywa się często zawodami zaufania społecznego, wkomponowując w kategorię zaufania ideę empatii. Od lekarzy czy pielęgniarek oczekuje się odpowiednich zachowań, w tym zachowań empatycznych. W rzeczywistości studia medyczne nie przygotowują przyszłych pracowników medycznych do tak odpowiedzialnych zadań społecznych – programy nauczania skupiają się na rozwoju inteligencji racjonalnej (IQ) zaniedbując tymczasem inteligencję emocjonalną (EQ) i kształtowanie się zachowań empatycznych. Wiedza na temat empatii w środowiskach służby zdrowia jest niedostatecznie rozpowszechniona. Znaczenie słowa „służba” zawiera w sobie poświęcenie oraz pracę na rzecz jakiejś wspólnoty. Określenie służba zdrowia, które używane jest coraz rzadziej pozwala pacjentowi oczekiwać od medyków pomocy, potraktowania w sposób empatyczny, zrozumienia problemu z którym przychodzi, a przy tym wszystkim nie zawiedzenia jego zaufania. Z samej definicji słowa służba wynika, że jej podstawą jest empatia, zrozumienie cierpienia, potrzeb i pragnień. Empatia powinna więc być podstawą



działań w relacjach lekarz – pacjent. Nie może być jedynie czymś dodatkowym, wartością dodaną lecz powinna pojawić się już na początku – na etapie wyboru zawodu lekarza, pielęgniarki, położnej etc. Empatyczny człowiek wykonujący zawód medyczny jest mniej narażony na wypalenie zawodowe. Umiejętne porozumiewanie się z pacjentem, zrozumienie go, spojrzenie na jego problemy z jego perspektywy pozwala na efektywną komunikację, a co za tym idzie stworzenie empatycznej więzi z pacjentem, które daje lekarzowi satysfakcję zawodową i przyczynia się do wspólnego sukcesu lekarza i pacjenta.

Empatia jest kluczowym elementem w opiece nad pacjentem. Interakcja między lekarzem a pacjentem ma określony cel, którym jest poprawa stanu zdrowia pacjenta. Empatię należy postrzegać jako istotny element relacji lekarz – pacjent, która w odpowiedniej „dawce” – nie nazbyt małej, ani nazbyt wielkiej pomaga rzetelnie wykonywać obowiązki zawodowe. Każdy lekarz ma oczekiwania względem tego, co jest dla niego ważne w przebiegu terapii, kryteriów oceny procesu terapeutycznego. Nie jest w stanie tego ukryć nawet przyjmując odpowiednią postawę – być nad wyraz grzecznym i zachowywać się poprawnie względem pacjenta. Komunikaty niewerbalne – lekarz wchodząc do gabinetu i siadając na swoim miejscu – swoją postawą wysyła wiadomość „spieszę się” lub „teraz mam dla pana czas”, również to jak patrzy na pacjenta „bardzo chciałbym zrozumieć o co chodzi” lub „proszę szybko przejść do rzeczy” odgrywają kluczową rolę w relacji lekarz-pacjent. Dodatkowo pojawiają się inne sygnały o podobnym charakterze (spokojne lub nerwowe ruchy, zerkanie na zegarek), które intuicyjnie odbiera pacjent i które mają dalszy wpływ na proces terapeutyczny [10].

Badacze wskazują na różnice w poziomie empatii pracowników medycznych ze względu na płeć. Jedne z pierwszych badań dotyczących empatii pracowników medycznych opublikowała Williams (1989), która wysnuła wniosek, iż zróżnicowanie poziomu empatii dotyczy zawodów opiekuńczych i związanych z edukacją. Jej badania obejmowały grupę 492 pielęgniarek, nauczycieli i pracowników społecznych i wykazały wyższy poziom empatii u kobiet niż u mężczyzn. Porównując populację mężczyzn wykonujących zawody medyczne i społeczne ich poziom empatii był wyższy od normy przyjętej dla mężczyzn.

Badania wykazały, że empatyczni lekarze wykazują większe zadowolenie ze swojej pracy, są mniej narażeni na depresję oraz wypalenie zawodowe. Ponadto pacjenci lekarzy wykazujących się większą empatią uzyskują lepsze efekty leczenia. Empatyczny lekarz jest zainteresowany tym, co i jak przeżywa pacjent lecz nie na tym jaka jest intensywność tych przeżyć. Empatia lekarza wobec pacjenta jest korzystna dla ich relacji, wpływa pozytywnie



na rozwój osobisty lekarza i jego poczucie satysfakcji. [11]. Związek pomiędzy postrzeganą przez pacjentów empatią lekarzy a satysfakcją pacjentów był badany wielokrotnie. Badania Kim i Johnston (2004) wykazały, że największy wpływ na satysfakcję pacjenta i stosowanie się do zaleceń ma postrzeganie lekarza jako osoby empatycznej. Wynika to z faktu, że zachowania empatyczne pozwalają na budowanie zaufania i partnerstwa oraz pomagają w postrzeganiu lekarza jako eksperta w swojej dziedzinie.

Badania dotyczące empatii różnych pracowników służby zdrowia są bardzo ograniczone a ich wyniki w wielu przypadkach są sprzeczne. Badanie przeglądowe Charitou i in. (2019), w którym zostały ujęte 22 badania mierzące empatię u pracowników służby zdrowia oraz studentów wykazało, że kobiety charakteryzują się większą empatią niż mężczyźni. Dotyczyło to zarówno grupy pracowników jak i studentów. Studenci oraz pracownicy, którzy wybrali specjalizację zorientowaną na bezpośredni kontakt z pacjentami wykazywali się większą empatią od studentów i pracowników bardziej zorientowanych na nowe technologie, na przykład nowoczesne techniki obrazowania ludzkiego ciała [11].

Analiza wyników badań przeprowadzonych wśród położnych wykazała, że charakteryzują się one wysoką empatią, która wzrasta już podczas studiów. Empatia położnych przekłada się na pozytywne doświadczenie rodzących kobiet, dzięki którym zyskują większą pewność siebie i dowartościowanie w roli matki. [12].

Aby można było mówić o empatii w relacjach pacjent – pracownik służby zdrowia muszą być spełnione pewne warunki. Pacjent powinien przejawiać wolę oraz posiadać umiejętność przekazania lekarzowi/pielęgniarkce/położnej swoich doświadczeń związanych z chorobą. Wobec tego pacjent powinien ufać medykowi, mieć zapewnione poczucie bezpieczeństwa. Po stronie pracowników służby zdrowia w tej interakcji leży to, by potrafili wyjść poza swój medyczny punkt widzenia i umieli spojrzeć na daną sytuację oczyma pacjenta. Pozwala to obydwu stronom na lepsze zrozumienie choroby i jej wpływu na funkcjonowanie pacjenta [10].

Nie każdy kontakt z pacjentem wymaga empatii. W zależności od sytuacji pacjenta okazywanie jej może być różne. Dla sprawnego przebiegu procesu leczenia ważne jest zrozumienie przez lekarza przeżyć pacjenta. W zależności od umiejętności medyków komunikowanie się z pacjentem może przebiegać na różnych poziomach. Pierwszy poziom to „empatyczna percepcja”, czyli zauważanie przeżyć pacjenta, drugi „okazanie empatii”, czyli wyrażenie swojego zrozumienia dla pacjenta i jego sytuacji, trzeci to „zauważenie empatii”



lekarza przez pacjenta czyli spowodowanie, że pacjent będzie czuł, że jest właściwie rozumiany przez lekarza lub pielęgniarkę [13].

## 1.2. Pojęcie empatii emocjonalno-poznawczej

Emocjonalny aspekt empatii obejmuje reakcje na czyjeś emocje, w wyniku czego doświadczamy tych emocji jako własnych (np. wzruszenie). Dzięki temu „wczuwamy się” w drugiego człowieka, współdzielimy jego myśli i uczucia. Można też przejąć sposób myślenia danej osoby oraz jej spojrzenie na rzeczywistość [14]. W komponencie emocjonalnym empatii występuje zdolność do doświadczania stanu psychicznego, emocji lub uczuć innych ludzi. Negatywne emocje i związany z nimi zły stan emocjonalny „przechodzi” na drugą osobę [15]. Empatia emocjonalna cechuje się tym, iż w większym stopniu predysponuje osoby do niesienia pomocy pomagania bardziej niż empatia poznawcza. W dotychczasowych badaniach wykazano zależność pomiędzy empatią a chęcią udzielania pomocy, lecz rezultaty zależą od tego jak jest ona definiowana – czy jako cecha czy jako stan. Empatia traktowana w ujęciu cechy nie predysponuje do prospołecznych zachowań [16]. Definicje empatii emocjonalnej ukazują ją, jako rezultat procesu, w którym informacje o partnerze interakcji odbierane są za pomocą sygnałów niewerbalnych płynących od drugiej osoby. Istotą tego procesu stanowi umiejętność podzielenia uczuć osoby obserwowanej. Inne rozumienie tego pojęcia przedstawiają D. Wright oraz A. Taylor. Według ich teorii empatia to naśladownictwo, w ramach którego dzięki biernej obserwacji wytwarzane są reakcje ekspresywne. Empatia emocjonalna prowadzi do doświadczania emocji innych, współodczuwania – przenoszenia na siebie emocji innych ludzi oraz emocjonalnej reakcji na uczucia innych. T. Gawriłow wyróżnia dwie formy empatii emocjonalnej. Są to: współodczuwanie rozumiane jako przyjęcie od innej osoby jej uczuć i przeżywanie ich jako własnych oraz współczucie pojawiające się bezinteresownie. W modelu stworzonym przez N. Feshbacha wyróżnia się zdolność do właściwego rozpoznawania wyodrębnionych emocji innej osoby, zdolność przyjęcia perspektywy oraz punktu widzenia innej osoby i współodczuwanie emocji innej osoby [17]. Emocjonalny komponent empatii pojmowany jest jako wczuwanie się w stany uczuciowe innych osób [18].

Poznawczy aspekt empatii obejmuje umiejętność rozumienia postępowania innej osoby, jak również rozumienia własnego postępowania, zdolności do autorefleksji, umiejętności poznania własnych potrzeb, rozumienia siebie, określania własnych preferencji świata wartości



jak również analizę powyższych czynników i wyciągania z nich wniosków [3]. Empatia poznawcza jest procesem polegającym na stawianiu się w sytuacji innej osoby, próby zrozumienia jej uczuć, pragnień oraz spostrzeganiu reakcji innych osób [6]. Ujęcie poznawcze empatii to „wejście w rolę” drugiego człowieka, przyjęcie czyjejś postawy i roli jaką odgrywa w danej chwili. Empatia poznawcza pozwala na ujrzanie tego, co dzieje się wewnątrz drugiego człowieka. Jest zdolnością do rozpoznawania i zrozumienia uczuć innej osoby oraz zdolnością do ich obiektywnej oceny [19]. Wiązana jest również z procesami identyfikacji, projekcji doświadczeń na inną osobę. T. Reik sformułował tezę, iż empatia ma charakter poznawczy, w którym jednostka analizuje otrzymane od osoby obserwowanej informacje. Wyróżnił cztery elementy empatii: identyfikacja, inkorporacja (włączenie doświadczeń innych do własnych), „odbijanie” (współwystępowanie własnych doświadczeń z doświadczeniami innych), „rozłączenie” (intelektualna analiza uzyskanych informacji).

Badacze empatii w swoich rozważaniach podejmują próbę łączenia dwóch jej wymiarów – emocjonalnego i poznawczego. Empatia jest traktowana jako bardzo złożone zjawisko emocjonalno-poznawcze lub poznawczo-emocjonalne. W tym ujęciu procesy poznawcze pośredniczą w tworzeniu się procesów emocjonalnych. Feshbach wskazują, iż procesy poznawcze i emocjonalne przenikają się, co w rezultacie prowadzi do reakcji empatycznej [20]. Na podstawie badań powstało kilka definicji pojęcia empatii w ujęciu emocjonalno-poznawczym.

Definicja Feshbacha zawiera dwa wyznaczniki empatii, tj. zdolność do właściwego rozpoznawania stanów emocjonalnych innej osoby, tak by móc z nią współbrzmieć oraz zdolność do przyjęcia punktu widzenia drugiej osoby oraz umiejętność postawienia się w jej sytuacji. Podobny pogląd reprezentuje Cichy, według którego dzięki przyjęciu perspektywy innej osoby możemy przeżywać tożsame stany emocjonalne. Jest to możliwe dzięki odbiorze bodźców innych ludzi. Rozgraniczenie pojęcia empatii i współczucia proponuje Opora – zwraca uwagę na szczególny rodzaj myślenia jaki pojawia się w procesie interakcji z osobą, z którą empatyzujemy. Pogląd, w którym empatii doświadczamy poprzez spostrzeżenia i wyobrażenia jednostki wyraża Elias (1980). Zwraca ona uwagę na to, iż w procesie empatii emocjonalno –poznawczej przejmujemy punkt widzenia drugiego człowieka, rozumiemy jego myśli, motywy postępowania oraz reakcje [21]. Rembowski zauważa również, że empatia jest reakcją emocjonalno-poznawczą i stanowi przejaw komunikacji interpersonalnej [22].



M. Davis uważa empatię za zespół konstrukcji teoretycznych, które dotyczą reakcji człowieka na doświadczenia innych ludzi. Zaproponował model empatii w wymiarze afektywno-poznawczym, w którym zawarte są elementy: przyjmowanie perspektywy, empatyczna troska, osobista przykrość [17].

## 2. Wymiary samooceny i poczucia własnej skuteczności

Na wysokość samooceny wpływa wiele czynników. Już w dzieciństwie jednostka kształtuje swoją samoocenę przez porównywanie się z innymi. Dziecko posiadające lepsze warunki do rozwoju, może zajmować przodującą pozycję wśród rówieśników i dzięki temu wykształcić wyższą samoocenę. Wysoką samoocenę może wykształcić też dziecko, które w wyniku presji dorosłych przyswoi metody zmierzające do zdobywania maksymalnych osiągnięć [23].

Według badaczy zajmujących się zagadnieniem samooceny do jej podstawowych atrybutów zalicza się: stabilność, wysokość oraz jasność; wartościowość, pewność, jednoznaczność wiedzy na temat własnej osoby; trafność, poziom, stabilność. Dzięki takiej klasyfikacji można wyodrębnić samoocenę niską, wysoką, stabilną i niestabilną, adekwatną i nieadekwatną. Podział ten nie jest akceptowany przez wszystkich badaczy. Najczęściej eksplorowanym wymiarem samooceny jest jej wysokość. Naukowcy nie są jednak zgodni, co do jednoznaczności pozytywnych następstw posiadania wysokiej samooceny dla psychicznego funkcjonowania jednostki. Według dotychczasowych badań wysoka samoocena może wywoływać negatywne następstwa (np. zachowania ryzykowne). Wyodrębnianie samooceny niskiej i wysokiej budzi kontrowersje, ponieważ również osoby z niską samooceną oceniają się powyżej średniej. Obraz „Ja” tych osób nie jest jednoznacznie negatywny ale raczej neutralny. Tych dylematów dotyczy dyskusja nad sensownością używania terminu „niska samoocena”. Postuluje się np. zamianę tego terminu na „samoocenę niestabilną” lub „niepewną, czy samoocenę związaną z plastycznością zachowania (behavioural plasticity) podmiotu. Określenie wysoka samoocena również skłania badaczy do dyskusji na temat jego trafności. U części osób wykazujących się „wysoką samooceną” jest ona nie autentyczna (genuine), lecz ma charakter obronny (defensive). Dopiero, gdy jednostka realizuje zadania zgodne z własnym „Ja” możemy mówić o prawdziwej wysokiej samoocenie. Największy wkład w zrozumienie pojęcia wysokiej samooceny miał Kernis (2003). Zróznicował on ten obszar pomiędzy bezpieczną wysoką samooceną (secure high self-esteem) i delikatną





czy kruchą wysoką samooceną (fragile high self-esteem). Osoby z bezpieczną wysoką samooceną charakteryzuje samoakceptacja oraz przekonanie, że zasługują na akceptację innych osób i są wartościowe. Osoby z delikatną i kruchą samooceną mają pozytywny stosunek do własnej osoby, jest on jednak warunkowy. Na ich samoocenę wpływają i czynią ją niestabilną, płynące z otoczenia, codzienne informacje dotyczące ich „własnego ja”. Wobec tego osoby te, starając się podtrzymać swoją samoocenę stosują mechanizmy obronne i autowaloryzacje. Jednostki o kruchej wysokiej samoocenie, w niektórych strefach funkcjonowania nie chcą przyznać się do negatywnych odczuć co do własnego ja i „upozytywniają” opinie na swój temat. Kernis zwraca uwagę, że należy uwzględnić nie tylko świadome ale i nieświadome odczucia wobec własnej osoby. Samoocenę kruchą czynią więc, wysoka samoocena jawna i niska samoocena utajona. [24].

Na niestabilność samooceny składa się niska samoocena jawna oraz utajona na wyższym poziomie. Połączenie wysokiej samooceny jawnej z samooceną utajoną na podobnym, wysokim poziomie konstituuje wysoką samoocenę bezpieczną. Ta nie wymusza na jednostce stałej obrony przed możliwymi zagrożeniami. Jednostka wyróżniająca się samooceną bezpieczną charakteryzuje się głęboko zakorzenionymi pozytywnymi uczuciami względem własnej osoby, które nie zależą od osiągnięć. Badania wykazały, że większą złość i negatywne emocje wyrażały osoby, których samoocena była zależna od osiągnięć i okoliczności zewnętrznych. W wyróżnieniu samooceny wysokiej bezpiecznej od kruchej przydatne jest uwzględnienie stopnia, w jakim bieżąca samoocena zmienia się w czasie i w zależności od sytuacji [25].

Kolejnymi rodzajami wysokiej samooceny są wspomniane już niestabilna samoocena wysoka, która związana jest z pozytywnymi uczuciami względem własnego Ja, które z kolei podlegają nagłym i znacznym odchyleniom pod wpływem różnych zdarzeń oraz stabilna samoocena wysoka, która odnosi się do pozytywnej oceny własnej osoby, i na którą nie mają lub mają niewielki wpływ bieżące wydarzenia. Zdaniem badaczy, niestabilność samooceny jest wyższa u tych osób, które uzależniają ocenę własnej wartości od zaledwie jednego obszaru, np. kompetencji w jakiejś dziedzinie. Crocker i Park (2003); Kernis (2003) uważają, że do rozwoju niestabilnej samooceny przyczynia się niezgodność między poziomem samooceny jawnej (świadomej) oraz samooceny utajonej (nieświadomej) w sytuacji, kiedy samoocena utajona jest znacznie niższa od jawnej [26, 27].



Samoocena może być wysoka lub niska, stabilna (stała) lub niestabilna (niestała), pozytywna i negatywna, pewna lub zagrożona, adekwatna (trafna) i nieadekwatna (nietrafna). Osobę o wysokiej samoocenie wyróżnia przekonanie, że jest ona w stanie wykonać trudne zadanie. Wysokość jej samooceny zależy od określenia swoich możliwości – jako dużych lub jako niewielkich i wynika zarówno z własnej oceny jak i opinii otoczenia. Cechuje ją niewielka rozbieżność pomiędzy „ja realnym” i „ja idealnym”. Wysoką samooceną charakteryzują się ludzie zadowoleni z siebie, którzy uważają że wyniki ich działań są zadowalające. Jednostki o wysokim poziomie samooceny często przeceniają własne możliwości, co prowadzi do tego, iż ich samoocena jest nietrafna.

Jeżeli istnieje duża rozbieżność pomiędzy „ja realnym” – czyli tym jaka jednostka jest a „ja idealnym” – tym jaka chciałaby być, lub tym jakie cechy posiada, a jakie chcą widzieć w niej inni – poziom samooceny jest niski. Ludzi o niskiej samoocenie charakteryzuje niezadowolenie z własnych działań, brak wiary we własne umiejętności, poczucie bezradności i przekonanie o byciu gorszym od innych. Ludzie charakteryzujący się niską samooceną częściej zapadają na depresję, wrogo postrzegają otaczających ich ludzi i świat. Niska samoocena prowadzi do gorszego radzenia sobie z problemami codziennego życia. Skłonności do takiej oceny powoduje niedocenianie własnych możliwości i to że samoocena jest: nietrafna-zaniżona [28].

Dotychczasowe badania wykazały, że osoby posiadające wyższą samoocenę charakteryzują się wyższym poziomem satysfakcji z własnego życia, wyżej oceniają jakość swojego życia oraz rzadziej zapadają na choroby psychosomatyczne [29].

Ze względu na kryterium trwałości możemy wyróżnić samoocenę stabilną i niestabilną (stałą i niestałą). Samoocena stabilna charakteryzuje się stałym systemem opinii jednostki, który nie ulega gwałtownym zmianom. Możemy podzielić ją na dwie postacie, tj. samoocenę nieukształtowaną oraz ulegającą zmianom pod wpływem doświadczeń. Powodzenie ją podwyższa – niepowodzenie zazwyczaj obniża. Dla osoby dojrzałej, dobrze przystosowanej niepowodzenie nie jest powodem do obniżenia poziomu samooceny, dlatego, iż osoba taka przewiduje niepowodzenia i jest świadoma, że po drodze do osiągnięcia danego celu może napotkać różnego rodzaju przeszkody i ponieść porażkę.

Na stabilną samoocenę składają się: wiedza o sobie – człowiek powinien być świadomy tego, jaki jest; posiadać określony wzorzec „ideał” własnej osoby; ideał ten powinien być





zgodny z „ja realnym”; jednostka powinna uwzględniać w swojej ocenie opinie o sobie wyrażone przez osoby ze swojego otoczenia [30].

Osoby o niestabilnej samoocenie często zmieniają opinie o sobie, oraz charakteryzują je wahanie w poziomie aspiracji. Osoby te nie mają wobec siebie stałych oczekiwań a ich działanie i motywacje uzależnione są od opinii ludzi oraz chwilowych sukcesów i porażek. Postawa osób o niestabilnej samoocenie jest skrajna – jednego dnia człowiek taki uważa, że jest w stanie wiele osiągnąć i górować nad innymi, towarzyszy mu wtedy nastrój ożywienia, pewnego rodzaju podniecenia, jest przekonany, że poradzi sobie z każdym zadaniem – drugiego zaś, że do niczego się nie nadaje i nie poradzi sobie z wyznaczonymi celami, towarzyszy mu wtedy obniżony nastrój, brak wiary we własne umiejętności, depresja, uczucie bezradności i izolacji.

Jednostka charakteryzująca się samooceną adekwatną podejmuje zadania odpowiadające swoim możliwościom, dzięki temu może uniknąć niepowodzeń. Wpływ na ten rodzaj samooceny ma zgodność doświadczeń jednostki z opinią osób z jej otoczenia. Osoby z adekwatną samooceną są bardziej odporne na sytuacje trudne, lepiej radzą sobie z problemami niż osoby o samoocenie nietrafnej zaniżonej i zawyżonej. Adekwatność lub nieadekwatność samooceny często kształtuje się już w wieku dziecięcym. Dzieje się tak, jeżeli dziecko jest zawsze pozytywnie lub negatywnie oceniane bez względu na to jak wykona dane zadanie. Może prowadzić to do dezorientacji co do własnych zdolności i możliwości a w rezultacie do nietrafnej samooceny [31].

Samoocena nieadekwatna to taka samoocena, która nie odpowiada rzeczywistym możliwościom jednostki. Są dwa rodzaje tej samooceny: zaniżona oraz zawyżona. Samoocena zaniżona występuje wtedy, gdy jednostka nie jest świadoma wszystkich swoich możliwości. Osoba charakteryzująca się taką samooceną podejmuje zadania łatwe, twierdząc, że nie poradzi sobie z zadaniami trudniejszymi. Poprzez takie działanie osoby te uzyskują wyniki poniżej swoich możliwości, ograniczają swoją aktywność. Zaniżona samoocena prowadzi do zniżenia swoich aspiracji. Jej przyczyną może być wychowanie przez za bardzo krytycznych rodziców, wyrażających często niezadowolenie z działań i ich wyników osiągniętych przez dziecko.

Samoocena zawyżona występuje wtedy, gdy jednostka uważa, że posiada większe możliwości niż jest to w rzeczywistości. Osoba z taką samooceną jest bezkrytyczna, często rezultatem jej działań jest niepowodzenie, co wywołuje u niej frustrację i zawód. Swoje niepowodzenia tłumaczy okolicznościami niezależnymi od niej samej, zrzuca



odpowiedzialność na innych sama zachowując dotychczasową samoocenę. Jednostki takie w środowisku uważa się za zarozumiałe, sprawiające zawód i zbyt pewne siebie [32].

Poczucie własnej skuteczności wyraża obraz kompetencji jednostki, jej zdolność do przeprowadzenia zamierzonych działań. Bandura wyróżnił trzy wymiary własnej skuteczności: wielkość, ogólność i siłę. W tym przypadku wielkość odnosi się do stopnia trudności podjętego zadania i związanego z tym naszego poczucia umiejętności poradzenia sobie z jego realizacją. Ogólność to liczba wszystkich możliwych scenariuszy, które mogą wymagać kompetencji kontrolnych. Siła to pewność i ufność, co do posiadanych kompetencji. Na poczucie własnej skuteczności składają się elementy takie jak: wybór sytuacji, zaangażowanie w działanie oraz wytrwałość w dążeniu do celu. Wybór sytuacji ma charakter motywacyjny – chodzi o ustalenie preferencji dla określonych czynności i podjęcie decyzji jakie działania trzeba podjąć, by osiągnąć zamierzony cel. Brak dostrzegania własnej skuteczności może obniżyć do zera potencjał motywacyjny. Dwie pozostałe zmienne mają charakter wolicjonalny – mają związek z fazą działania, w której następuje przekształcenie zamiaru w konkretne czynności.

Poczucie własnej skuteczności pozwala na odrzucenie lub zaakceptowanie danej sytuacji. Dzieje się tak, dlatego że człowiek przewiduje skutki danego działania i przypisuje kompetencję oraz stopień zaangażowania w dane zadanie i to czy jest w stanie osiągnąć cel. Procesy poznawcze, które poprzedzają działania, pozwalają na wykorzystanie zasobów danej jednostki i przygotowanie konkretnych planów działania. Gdy człowiek zauważy brak własnej skuteczności jego motywacja może obniżyć się do poziomu zera. W fazie działania natomiast zamiar zostaje przekształcony w konkretne działanie. Wymaga to odpowiedniej siły, a podtrzymanie tego działania i osiągnięcie celu wymaga wytrwałości [33].

Obok procesów psychologicznych Bandura zwraca uwagę, iż istnieją cztery elementy wpływające na kształtowanie się poczucia własnej skuteczności. Pierwszy element to doświadczenia, które sprawiają że jednostka wierzy, że jest dobra w tym co robi. Człowiek musi doświadczyć wielu trudności, by jego poczucie było silne. Drugim elementem jest modelowanie społeczne – polega na obserwacji innych osób, podejmujących podobne wysiłki do naszych, dzięki temu jednostka zaczyna wierzyć, że posiada takie same zdolności. Trzeci element to perswazja społeczna. Ludzie wykazują większą mobilizację do danego działania jeżeli otoczenie przekonuje ich o tym, że poradzą sobie z danym zadaniem. Działa to w dwie strony – ludzie, którzy przez społeczeństwo oceniani będą jako ci, którzy nie poradzą sobie z konkretnym działaniem, unikają wyzwań i łatwo się poddają. Czwarty element wpływający



na kształtowanie poczucia własnej skuteczności to redukcja stresu i skłonności do odczuwania negatywnych emocji. Poczucie własnej skuteczności nie jest jednoznaczne z samooceną. Samoskuteczność ma charakter oceny/sądu danej osoby na temat wykonania konkretnego zadania. Poczucie własnej skuteczności determinuje decyzje podejmowane przez jednostkę, wpływa na to czy rozpocznie określone działanie. Wielu badaczy tego zjawiska zwraca uwagę, że ma ono wpływ na takie obszary jak: samopoczucie, wytrwałość, dokonywanie wyboru, motywację do nauki oraz osiągnięcia [34]. Poczucie własnej skuteczności może odnosić się do szczególnych zadań i wtedy określane jest jako samoskuteczność specyficzna, lub może być uogólnione. Uogólnione poczucie własnej skuteczności to przekonanie jednostki do tego, że jest zdolna do wyczuwania zachowania innych i do wpływania na nie tak jak tego oczekuje [35].

## 2.1. Pojęcie i uwarunkowania poczucia własnej skuteczności

Kategoria poczucia własnej skuteczności wywodzi się z modelu teorii społeczno – poznawczej. Model ten zakłada, że zachowania ludzi w większości są świadome i celowe. Zwany jest też potrójnym wzajemnym determinizmem, czyli założeniem o wzajemnym wpływie trzech czynników takich jak: środowisko, zachowanie i osoba [36]. Robert Wood i Albert Bandura poczucie własnej skuteczności określają jako „wiarę w czyjąś zdolność do mobilizowania motywacji, zasobów poznawczych i kierunków działania potrzebnych do sprostania określonym wymaganiom sytuacyjnym”. A. Bandura opisał procesy psychologiczne wpływające na poczucie własnej wartości. Według jego teorii pierwsze procesy to procesy poznawcze, dzięki którym jednostka może przewidywać wydarzenia oraz kontrolować ich przebieg. Poczucie własnej skuteczności skoncentrowane jest na celach człowieka jak również konsekwencjach jakich chce uniknąć, dzięki niemu człowiek może kontrolować wydarzenia, które go dotyczą jak również wierzyć w swoje możliwości i motywować się do danego działania. I tu pojawia się kolejny proces psychologiczny zwany procesem motywacyjnym. Wiara dotyczy możliwości przewyższania przyszłych trudności, które mogą wystąpić w danej sytuacji. Poczucie własnej skuteczności wpływa na odczucia, myśli, motywacje i zachowania ludzi. Silne poczucie własnej skuteczności utwierdza człowieka w przekonaniu o posiadanych zdolnościach, sprawia że człowiek trudności postrzega jako wyzwania, z którymi jest w stanie sobie poradzić. Nawet w perspektywie porażki osoba taka zwiększa swoje wysiłki a niepowodzenia przypisuje niedostatecznym staraniom. Człowiek



o słabym poczuciu własnej skuteczności charakteryzuje się niskim poziomem aspiracji, w perspektywie porażki rozpamiętuje swoje niepowodzenia, podejmuje mały wysiłek, ponieważ nie wierzy w swoje możliwości. Nie skupia się na osiągnięciu celu lecz narzeka na swój los. Kolejny proces to proces afektywny – jednostki o niskim poczuciu samoskuteczności są przepełnione lękiem, przeraża ich wizja pokonywania trudności na drodze do osiągnięcia wyznaczonego celu. Ostatnim procesem wyodrębnionym przez Bandurę jest proces selekcji, który zakłada, że osoby o wyższym poczuciu własnej wartości są bardziej wytrwałe w dążeniu do osiągnięcia zamierzonego celu, w życiu robią to, co jest ich pasją, spełniają się w pracy zawodowej [37].

Wśród różnych teorii dotyczących poczucia własnej skuteczności dominuje teza, iż odnosi się ono do różnego typu aktywności i zawsze wpływa na podejmowanie działań oraz wytrwałość w ich realizacji [38].

Samoskuteczność wiąże się z mechanizmem osobistego sprawstwa, który ma wpływ na intencjonalne działania jednostki, której zachowanie jest determinowane przez współdziałające czynniki. Zawiera w sobie różne zespoły zachowań werbalnych i niewerbalnych, dzięki którym człowiek wyraża swoje myśli, uczucia, przekonania, potrzeby. Dzięki tym zachowaniom jednostka jest w stanie wywierać wpływ na otoczenie i osiągać zamierzone przez siebie cele w sposób odpowiedni do danej sytuacji, kontrolować zdarzenia oraz mieć poczucie wpływu na bieg wydarzeń. Wraz ze wzrostem poczucia samoskuteczności wzrasta również samoocena oraz poczucie własnej wartości. Wiara w poczucie własnej skuteczności wiąże się z dobrym samopoczuciem, zrównoważeniem emocjonalnym oraz skuteczniejszym wybieraniem sposobów funkcjonowania [39]. Osoby cechujące się wyższym poczuciem własnej skuteczności czują potrzebę osiągania ambitniejszych celów, mają wyższy poziom potrzeby zrozumienia otoczenia jak również siebie, łatwiej zawierają kontakty społeczne, oraz posiadają wyższą empatię i przyjmują perspektywę innych ludzi. Osoby samoskuteczne charakteryzują się zdolnością wyrażania pozytywnych i negatywnych uczuć i zdolnością do łatwiejszej komunikacji z innymi, dzięki czemu są osobami szanowanymi, efektywnymi z wysokim poziomem samokontroli [36].

W kontaktach społecznych osoby z wyższym poczuciem własnej skuteczności wykazują się większym przywiązaniem do norm i wartości. Są bardziej lojalne i uczynne. Poczucie własnej skuteczności ma znaczenie zwłaszcza w okresie adolescencji – jego brak powoduje nieprzystosowanie, słabe osiągnięcia podczas studiów, problemy ze znalezieniem



zatrudnienia a nawet przestępczość. Brak samoskuteczności prowadzi również do uległości wobec presji otoczenia, poczucia winy czego skutkiem jest niższa samoocena i nieśmiałość [40].

Poczucie własnej skuteczności to bardzo przydatna umiejętność zarówno dla ludzi młodych, wchodzących w dorosłe życie, którzy według teorii społeczno-poznawczej dopiero zaczynają zastanawiać się jak pokierują swoją przyszłością jak i dla ludzi starszych, którym przyszło żyć w dzisiejszych niepewnych czasach. Warto wykształcić w sobie poczucie samoskuteczności, by dobrze wykorzystywać swoje zdolności oraz kształtować plany wymagające aktywności jednostki [41].

## 2.2. Pojęcie dyspozycyjnego optymizmu

Optymizm to cecha osobowości, która pozytywnie wpływa na stan fizyczny, samopoczucie oraz może przyczyniać się do odnoszenia sukcesów życiowych. Dzięki optymizmowi człowiek jest bardziej odporny na stresujące wydarzenia.

W literaturze odnajdziemy różne teorie dotyczące tego pojęcia. Najbardziej popularna psychologiczna teoria optymizmu to teoria optymizmu dyspozycyjnego.

Dyspozycyjny optymizm definiowany jest jako sposób postrzegania świata, polegający na oczekiwaniu większej ilości pozytywnych niż negatywnych doświadczeń. Według Scheiera i Carvera – twórców koncepcji oraz kwestionariusza LOT-R – dyspozycyjny optymizm jest stałą cechą osobowości, niezależną od aktualnej sytuacji, w jakiej znajduje się jednostka. Cecha ta determinuje wybór celu i sposób jego osiągnięcia. Jest czynnikiem, który wpływa na motywację, wytrwałość i determinację w osiągnięciu celu oraz ułatwia podejmowanie decyzji w sytuacjach trudnych. Dyspozycyjny optymizm, można określić jako skłonność jednostki do optymizmu – człowiek chcąc zrealizować jakiś cel zakłada, że wydarzenia niepomyślne będą zdarzały się sporadycznie lub wcale [42]. Optymiści dyspozycyjni w przypadku pojawienia się sytuacji trudnej kontynuują realizację swoich zamierzeń, potrafią regulować stany w których się znajdują, wykorzystując efektywne strategie radzenia sobie. Do tych strategii zalicza między innymi: humor, katharsis, wykorzystywanie technik relaksacyjnych i medytacji, aktywne podejście do problemów, zmianę myślenia o problemie, poszukiwanie wsparcia, aktywność fizyczną, wiarę, płacz [43]. Wyniki badań donoszą, że ludzie



optymistycznie ukierunkowani lepiej radzą sobie z sytuacjami stresującymi oraz zarówno z codziennymi problemami jak i poważniejszymi kryzysami czy traumami [44].

Dyspozycyjny optymizm rozwija się u ludzi pod wpływem czynników biologicznych - dziedziczenia oraz jako efekt oddziaływania czynników środowiskowych, takich jak wychowanie, edukacja i doświadczenia życiowe [45].

Dyspozycyjny optymizm pozwala na łatwiejsze angażowanie się w różne formy aktywności, wzmacnia motywację oraz wiarę we własne możliwości, wytrwałe dążenie do wyznaczonych sobie celów pomimo trudności i niepowodzeń pojawiających się po drodze. Optymiści lepiej oceniają własne możliwości i są przepelnieni nadzieją na przyszłość. Taka postawa sprzyja rozwojowi oraz poprawie jakości życia [42, 46].

Optymizm skłania do myślenia twórczego, tolerancyjnego, wielkodusznego, niedefensywnego. Wysoki poziom optymizmu jest związany z lepszym radzeniem sobie w trudnych sytuacjach życiowych [47, 48].

Druga koncepcja dotycząca zagadnienia optymizmu to koncepcja M.E.P. Seligman, który optymizm rozumie jako tzw. optymistyczny styl wyjaśniania zdarzeń. Tak rozumiany optymizm mierzony jest za pomocą kwestionariusza ASQ (Attributional Style Questionnaire) lub metody CAVE (Content Analysis of Verbatim Explanations). Ludzie, którzy cechują się tym stylem interpretują przyczyny niepomyślnych sytuacji jako krótkotrwałe, odnoszące się jedynie do konkretnej sfery życia, a nie do jego całości i zależne od czynników zewnętrznych – innych ludzi bądź sytuacji. Wyrażają przekonanie, że są sprawcami sukcesów oraz, że będą one długotrwałe. Koncepcja ta ma trzy wymiary którymi są: stałość, zasięg, personalizacja [49].

W badaniach nad optymizmem dyspozycyjnym stwierdzono powiązanie między optymizmem a osiągnięciami poznawczymi studentów. Osoby optymistyczne wykazują większą wytrwałość w dążeniu do wyznaczonego celu [50]. Badania przeprowadzone w Polsce przez R. Stach ukazały, że optymiści uzyskują także wyższe poziomy wykształcenia [51]. Z kolei badania A. Czerw wykazały motywacyjną efektywność optymizmu [52].

Mimo istnienia różnic w dwóch koncepcjach, dyspozycyjny optymizm mierzony za pomocą kwestionariusza LOT (Life Orientation Scale) oraz styl wyjaśniania mierzony za pomocą kwestionariusza ASQ (Attributional Style Questionnaire) lub metody CAVE (Content Analysis of Verbatim Explanations) korelują ze sobą w znacznym stopniu i oba ujęcia teoretyczne są ze sobą spójne. Główną różnicę między tymi konceptualizacjami stanowi fakt,





iż dyspozycyjny optymizm (bądź pesymizm) mierzony kwestionariuszem LOT jest bliski słownikowym definicjom (pozytywne oczekiwania), natomiast styl wyjaśniania jest bardziej związany z działaniem, sprawstwem niż optymizm-pesymizm dyspozycyjny [53].

### 2.3. Pojęcie samooceny i jej wpływ na skuteczność działań własnych

Samoocenę definiuje się jako „postawę wobec samego siebie, zwłaszcza wobec własnych możliwości oraz innych cech wartościowych społecznie”. Zgodnie z tym ludzie postrzegają odbiór swojej osoby przez społeczeństwo poprzez pryzmat cenionych w nim wartości. Jeśli jednostki posiadają cechy pożądane przez innych, ich samoocena wzrasta [18].

Kolejna definicja samooceny to pojmowanie jej jako „ewaluację pojęcia Ja, czyli uogólnionej, względnie trwałej oceny siebie jako osoby”. W tej definicji elementami samooceny są: ocena własnej atrakcyjności fizycznej, umiejętności interpersonalnych, poczucia humoru itp. [54]. Można wyróżnić dwie kategorie postrzegania własnej osoby, tj. postrzeganie siebie jako podmiotu lub jako czynnika sprawczego [55]. W myśl tej teorii postrzeganie własnego „Ja” obejmuje zdolność jednostki do uczenia się, odnajdywania motywacji w celu osiągnięcia zamierzonych celów. Jednostka postrzega się jako twórcę posiadającego zasoby potrzebne do rozwoju oraz kształcenia. Jest to zgodne z teoriami ewolucjonistycznymi, w których jednostka postrzega się jako sprawcę posiadającego zdolność uczenia się oraz adaptacji do własnego otoczenia.

Samoocenę możemy więc rozumieć jako całościowy obraz własnej osoby, na który wpływ ma wiele czynników: ocena innych oraz to jak postrzegamy sami siebie. Samoocena obejmuje zarówno cechy fizyczne jak i psychiczne takie jak np. umiejętności poznawcze jednostki. Konstruktor ten ma wpływ na wiele aspektów życia człowieka, np. bywa korelatem działań podejmowanych w miejscu pracy [32].

Samoocenę jednostka kształtuje stopniowo pod wpływem swoich doświadczeń. Dzieje się to z pomocą analizy, którą jednostka przeprowadza biorąc pod uwagę własne sukcesy i niepowodzenia, oraz weryfikując je ze swoimi ambicjami i założonymi celami [56]. Badania wykazały, że już w okresie dorastania, osoby charakteryzujące się niską samooceną wycofują się z życia towarzyskiego, czują lęk, który nie pozwala im nawiązywać nowych znajomości z własnej inicjatywy, osoby te są mniej spontaniczne niż osoby z samooceną wysoką.



Charakteryzują się również „nieporadnością interpersonalną”, nie potrafią spontanicznie reagować, samoświadomość hamuje ich naturalne reakcje. Ponadto nie biorą aktywnego udziału w dyskusjach w grupie [57].

Osoby z wysoką samooceną są lepiej oceniane przez rówieśników pod względem efektywności grupowej od osób z samooceną niską. Cechuje je większa aktywność w grupie, wykazywanie inicjatywy w działaniu, kompetencja. Samoocena determinuje aktywność w grupie oraz jej funkcjonowanie społeczne. Jednostki z wysoką samooceną są bardziej niezależne oraz mniej podatne na wpływ partnera niż osoby o samoocenie niskiej. Jednostki z wysoką samooceną charakteryzują się inicjatywą we wpływaniu na zachowanie partnera oraz silniej wchodzi z nim w interakcje. Osoby te uważają się za bardziej inteligentne i uzdolnione, są bardziej wytrwałe i gotowe na ryzyko niż osoby z niską samooceną, które są ostrożne, niepewne siebie [58].

Samoocena wywiera duży wpływ na motywację człowieka. Aspiracje osób z niską i wysoką samooceną zasadniczo mogą być tożsame, jednak osiągnięcie założonego celu osobom z niskim poczuciem własnej wartości wydaje się być niemożliwe do osiągnięcia. Skutkuje to nie podejmowaniem trudniejszych w ich mniemaniu zadań. Jeżeli już podejmą działanie, często brak im wytrwałości w osiągnięciu założonego wyniku.

Jednostki posiadające wysoką samoocenę są motywowane przez pragnienie osiągnięcia sukcesu i uznania w środowisku a osoby z niską samooceną motywuje lęk przed niepowodzeniem swoich działań i zdemaskowaniem swoich słabych stron.

W zależności od posiadanej samooceny jednostki reprezentują odmienne postawy po osiągnięciu porażki lub sukcesu, tj. osoby o niskim poczuciu własnej wartości po niepowodzeniu nadal dążą do założonych celów ale nie robią tego w przypadku osiągnięcia sukcesu. Osoby te boją się „stracić dobrą passę”, chcą chronić się przed niepowodzeniami więc rezygnują z dalszych działań. Odwrotnie postępują osoby z wysoką samooceną – po porażce rezygnują z wykonywania dalszych planów za to kontynuują je, gdy jednak osiągną sukces. Sukces motywuje te osoby do dalszych działań, są one żądne wyników, lecz unikają niepowodzeń [58].

Pomimo występowania różnorodnych zależności pomiędzy poziomem samooceny i wykonywaniem zadań, można założyć, że osoby o wysokiej samoocenie i poczuciu własnej wartości w sytuacjach związanych z wykonywaniem założonych celów wykazują większą wytrwałość, podejmują ryzyko oraz wyżej oceniają własne kompetencje. Osoby te są skupione





głównie na osiąganiu sukcesów, przez co dodatkowo mogą umacniać poczucie własnej wartości. Osoby z niską samooceną są ostrożne, niepewne własnych kompetencji, wolą chronić się przed porażką niż podjąć ryzyko. W podejmowanych działaniach nie wykorzystują predyspozycji, które posiadają i które ułatwiłyby im osiągnięcie sukcesu [58].

### 3. Znaczenie poczucia własnej skuteczności i samooceny dla medycyny

Poczucie własnej skuteczności zawodowej to istotny czynnik, który może mieć bezpośredni wpływ na wydajność zawodową pracowników ochrony zdrowia. Ma wpływ zarówno na miejsce pracy, jak i na samopoczucie psychospołeczne. Jeżeli poczucie własnej skuteczności obejmuje przekonanie człowieka o prawdopodobieństwie wykonywania określonej pracy może działać jako bufor przed negatywnym wpływem stresorów zawodowych. Badania wykazały, że poczucie własnej skuteczności było pozytywnie powiązane z wydajnością pracy pielęgniarki. Podobnie było w przypadku lekarzy - poczucie własnej skuteczności wiązało się z niskim ryzykiem wypalenia zawodowego. Pracownicy ochrony zdrowia o wysokim poziomie poczucia własnej skuteczności, skuteczniej radzą sobie z trudnościami i dążą do zwiększenia swojej produktywności, satysfakcji i motywacji, co przyczynia się do pozytywnych wyników pracy. Satysfakcja z życia i pracy zawodowej jest ważnym czynnikiem, który może wpływać na odpowiedzialność zawodową, powodując szereg pozytywnych lub negatywnych skutków. Zadowoleni pracownicy są bardziej skłonni do większej produktywności i bardziej lojalni wobec swojego miejsca pracy. Głównym czynnikiem wpływającym na produktywność, jakość, wydajność i zaangażowanie w pracę, a tym samym na koszty opieki zdrowotnej jest zadowolenie pracowników ochrony zdrowia. Zaangażowanie w pracę to czynnik ściśle związany z wydajnością w pracy. Pracownicy o dużym zaangażowaniu w pracę są otwarci, by przyjąć dodatkowe role zawodowe, które odzwierciedlają ich poczucie własnej skuteczności i wydajność w realizacji zadań, są bardziej kreatywni a ich praca wyróżnia się wysoką jakością. Swą pracę określają jako trudną, a nie stresującą i wymagającą. Ponadto zaangażowanie w pracę wiąże się z satysfakcją z życia. Osoby zadowolone z życia na ogół wykazują wysokie zaangażowanie organizacyjne, satysfakcję z pracy i kariery, co z kolei ma bezpośredni wpływ na efektywność i wydajność pracy. Identyfikacja i zrozumienie czynników związanych z wykonywaniem pracy przez pracowników ochrony zdrowia w placówkach opieki zdrowotnej jest bardzo ważna, ponieważ



przynosi korzyści zarówno pracownikom ochrony zdrowia, jak i pacjentom korzystającym z opieki medycznej [59].

Samooceńa jest niezwykle istotnym czynnikiem w zawodzie lekarza. Lekarz mający niską samoocęńę nie będzie w stanie należycie wypełniać swoich obowiązków, a student medycyny z niską samoocęńę nie wykształci się na dobrego specjalistę [60]. Zrównoważona samoocęńa jest bardzo istotna dla pracowników ochrony zdrowia oraz przyszłych medyków. Zawody medyczne są obciążone ryzykiem wystąpienia silnego stresu związanego z pracą pod presją czasu, podejmowaniem trudnych decyzji, które mają wpływ na życie innych ludzi – pacjentów i ich rodzin. Badania wykazały, że część studentów odczuwa zaburzenia lękowe i stany depresyjne. Jest to związane z nadmiarem nauki, presją otoczenia dotyczącą oczekiwań wobec nich. Taka sytuacja ma negatywny wpływ na samorozwój i samopoczucie a w rezultacie na samoocęńę [61].

Samooceńa ma wpływ na wyniki edukacyjne studentów, a także na ich zdrowie fizyczne i psychiczne. Jednostka charakteryzująca się wysoką samoocęńę potrafi, skuteczniej radzić sobie z doświadczeniami życiowymi powodującymi stres oraz niepokój, tak by nie miało to wpływu na jej zdrowie psychiczne [62].

#### **4. Znaczenie empatii i poczucia własnej skuteczności dla kształtowania postaw studentów kierunków medycznych wobec osób chorych**

W dotychczasowych badaniach dominuje teza, iż empatię należy rozwijać zarówno u studentów medycyny jak i pracujących już zawodowo klinicystów. W Stanach Zjednoczonych rozwój empatii jest jednym z istotnych celów nauczania w programach studiów medycznych. Od roku 1994 umiejętność komunikowania się oraz nawiązywania kontaktów interpersonalnych widnieje na liście jako jedna z sześciu ważnych umiejętności, którą powinien opanować lekarz. Empatia jest jedną z głównych, ocenianych umiejętności. Rozwój tych profesjonalnych umiejętności wymaga, by w procesie kształcenia zostały stworzone sytuacje, w których dana umiejętność może być wykorzystana i poddana refleksji. Sama teoria dotycząca zachowań empatycznych bez praktycznej umiejętności jej wykorzystania nie przyniesie spodziewanego efektu. By ukształtować w przyszłych medykach właściwe „nawyki” sklasyfikowano pięć sposobów rozwoju empatii :



1. Wczesny kontakt z pacjentem:

- towarzyszenie pacjentowi podczas wizyty w przychodni lekarskiej

Metoda ta ma pozwolić studentowi spojrzeć na wizytę w przychodni z perspektywy pacjenta, oraz zrozumieć, co pacjent czuje w zetknięciu z personelem medycznym.

- wizyty domowe

Metoda ta ma na celu zgłębienie doświadczeń pacjenta i jego rodziny w kontakcie z chorobą oraz pomóc w rozwoju umiejętności empatycznych i postrzeganiu choroby w kontekście społecznym.

2. Przyjmowanie roli pacjenta:

- bezpośrednie doświadczanie hospitalizacji

Metoda polegała na przyjęciu do szpitala studenta, lecz nie informowaniu o eksperymencie personelu medycznego. Eksperyment wykazał, że lekarze nie potrafią rozmawiać z pacjentem, utrzymują dystans. Dużo lepiej wypadły pielęgniarki. Studenci dzięki doświadczeniu hospitalizacji uznali, że ich stosunki z pacjentami będą bardziej „ludzkie”.

- doświadczenie sytuacyjne i warsztatowe w „przyjmowaniu ról”

Metoda polega na zorganizowaniu sytuacji, które stwarzają okazję do wcielenia się w rolę pacjenta. Dzięki tej metodzie student nabywa umiejętności spojrzenia na sytuację z perspektywy innej osoby, wyrażania własnych emocji, zdobywa świadomość i umiejętność posługiwania się językiem ciała oraz interpretacji emocji drugiej osoby.

3. Kontakt z literaturą i sztuką

- przedmiot medycyna i sztuka

Metoda polega na możliwości spojrzenia na rolę lekarza i sytuację pacjenta spokojniej niż na zajęciach klinicznych. Wykorzystywana do tego jest proza i poezja dotycząca lekarzy i pacjentów, rzeźba czy fotografia artystyczna.

- wykorzystanie literatury

Dzięki wykorzystaniu literatury, studenci oraz lekarze mają okazję wejścia w nową sytuację i zobaczenia innych punktów widzenia. To doświadczenie wpływa



na rozwój empatii, może też oswoić studentów ze śmiercią, zanim doświadczą tego przeżycia w życiu szpitalnym.

– wykorzystanie filmów fabularnych i przedstawień teatralnych

Dzięki oglądaniu filmów i sztuk teatralnych ukazujących traumatyczne, przerażające odczucia, studenci mogą doświadczyć tego, co może przeżywać człowiek w relacji lekarz – pacjent, jednocześnie zachowując poczucie bezpieczeństwa ze względu na to, iż jest to fikcja.

#### 4. Rozwój umiejętności bezpośrednio związanych z empatią

– trening umiejętności komunikowania się

Relacje lekarz – pacjent wymagają wielu umiejętności komunikacyjnych. Do najważniejszych z nich należą: aktywne słuchanie, wychwytywanie z kontekstu wypowiedzi istotnych dla pacjenta szczegółów, parafrazowanie – upewnianie się co na myśli miał pacjent, odzwierciedlania – upewniania się co do zrozumienia przeżyć pacjenta, wyjaśnienia niejasności oraz gotowość do zmiany punktu widzenia.

– rozwój umiejętności narracyjnych

Narracje – wypowiedzi pacjenta mogą pomagać lekarzowi zrozumieć sytuację pacjenta, jego chorobę oraz system wartości.

– trening w redukcji stresu

Badania wykazały, że poziom empatii lekarzy oraz studentów jest negatywnie skorelowany z poziomem odczuwanego stresu i pozytywnie skorelowany z poczuciem zadowolenia zawodowego i osobistego.

Studenci medycyny oraz medycy są szczególnie narażeni na czynniki stresogenne a poziom stresu studentów wzrasta znacząco szybciej niż u studentów innych kierunków.

#### 5. Wykorzystanie wzorów osobowych

– modelowanie

Metoda polega na uczeniu się poprzez obserwację zachowań innej osoby – „modela”. Modelowanie jest częścią procesu socjalizacji. Dzięki refleksji



zachowania i towarzyszące im emocje zostają częścią systemu wartości i werbalizują się do zasad zachowania [11].

Kształcąc przyszłych pracowników ochrony zdrowia należy stworzyć im sytuacje, w których otrzymają możliwość poznania emocji, które mogą pojawić się w kontakcie z pacjentem w przyszłej pracy zawodowej, oraz zapewnić im takie doświadczenia dzięki, którym nabędą umiejętność wyrażania empatii klinicznej. W literaturze znajdziemy pogląd iż należy zacząć od pierwszych lat studiów – wtedy, gdy studenci wykazują entuzjazm oraz są przepełnieni chęcią pomagania. [63].

Zadania wykonywane przez przyszłych pracowników ochrony zdrowia wymagają od nich posiadania różnych kwalifikacji i umiejętności. Obok empatii również poczucie własnej skuteczności jest jedną z wysoko pożądaných zdolności. Opieka nad chorym wymaga przekonania o własnych możliwościach. Siła przekonania o tym, że poradzą sobie z daną czynnością/zadaniem ma wpływ na wybór określonego zachowania oraz wytrwałość w danym działaniu. Badania poczucia własnej skuteczności pielęgniarek, położnych oraz ratowników medycznych aktywnych zawodowo już podczas studiów wykazało, że jest ono istotnym elementem wpływającym na prawidłowe funkcjonowanie zawodowe. Istnieje również zależność pomiędzy własną skutecznością a stabilnością emocjonalną. Niezależnie od kierunku studiów prawie połowa badanych studentów osiągnęła średnie poczucie własnej skuteczności [64]. Badania wśród pielęgniarek wykazały również związek wysokiej samoskuteczności z zapobieganiem wypalenia zawodowego [65]. Dotychczasowe badania wskazują potrzebę wspierania treningu własnej skuteczności wśród przyszłych adeptów medycyny jako ważnego czynnika niezbędnego w przyszłej praktyce zawodowej i kontaktach z ludźmi chorymi [64].



## ROZDZIAŁ II. METODYKA BADAŃ WŁASNYCH

### 1. Przedmiot i cel badań

Celem głównym pracy było określenie poziomu empatii emocjonalno – poznawczej u studentów kierunków medycznych oraz sprawdzenie czy poziom empatii zmienia się w procesie kształcenia. Celem dodatkowym było określenie zależności pomiędzy empatią a dyspozycyjnym optymizmem i samooceną, jako wyznacznikami poczucia własnej skuteczności. Dyspozycyjny optymizm oraz samoocenę racjonalizowano w projekcie badawczym, jako istotne elementy poczucia własnej skuteczności, czyli samoskuteczności.

### 2. Problemy i hipotezy badawcze

Uwzględniając cel badań oraz dokonany przegląd piśmiennictwa naukowego sformułowano następujące pytania badawcze – ogólne i szczegółowe:

**P.1.** Czy występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i dyspozycyjnego optymizmu wśród studentów kierunków medycznych?

P.1.1. Czy występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i dyspozycyjnego optymizmu wśród studentów kierunków medycznych w początkowym okresie studiowania?

P.1.2. Czy występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i dyspozycyjnego optymizmu wśród studentów kierunków medycznych po upływie istotnej części czasu studiów?

**P.2.** Czy występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i samooceny wśród studentów kierunków medycznych?

P.2.1. Czy występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i samooceny wśród studentów kierunków medycznych w początkowym okresie studiowania?

P.2.2. Czy występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i samooceny wśród studentów kierunków medycznych po upływie istotnej części czasu studiów?



**P.3.** Czy studenci kierunków medycznych różnią się poziomem empatii względem studentów kierunków niemedycznych?

P.3.1. Czy studenci kierunków medycznych różnią się poziomem empatii względem studentów kierunków niemedycznych w początkowym okresie studiowania?

P.3.2. Czy studenci kierunków medycznych różnią się poziomem empatii względem studentów kierunków niemedycznych po upływie istotnej części czasu studiów?

**P.4.** Czy wraz z postępem studiów zmienia się poziom empatii?

**P.5.** Czy płeć stanowi czynnik różnicujący poziom empatii wśród studentów kierunków medycznych?

Uwzględniając postawione pytania sformułowano następujące hipotezy badawcze:

**H.1.** Występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i dyspozycyjnego optymizmu wśród studentów kierunków medycznych.

H.1.1. Występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i dyspozycyjnego optymizmu wśród studentów kierunków medycznych w początkowym okresie studiowania.

H.1.2. Występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i dyspozycyjnego optymizmu wśród studentów kierunków medycznych po upływie istotnej części czasu studiów.

**H.2.** Występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i samooceny wśród studentów kierunków medycznych.

H.2.1. Występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i samooceny wśród studentów kierunków medycznych w początkowym okresie studiowania.

H.2.2. Występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i samooceny wśród studentów kierunków medycznych po upływie istotnej części czasu studiów.

**H.3.** Studenci kierunków medycznych różnią się poziomem empatii względem studentów kierunków niemedycznych.



H.3.1. Studenci kierunków medycznych różnią się poziomem empatii względem studentów kierunków niemedycznych w początkowym okresie studiowania.

H.3.2. Studenci kierunków medycznych różnią się poziomem empatii względem studentów kierunków niemedycznych po upływie istotnej części czasu studiów.

**H.4.** Postęp studiów wpływa na zmianę poziomu empatii.

**H.5.** Płeć stanowi czynnik różnicujący poziom empatii wśród studentów kierunków medycznych.

### 3. Narzędzia i metody badawcze

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziami badawczymi były standaryzowane kwestionariusze ankietowe:

#### 1) **Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego (KRE) autorstwa A. Węglińskiego**

Służy on do pomiaru empatii rozumianej jako zdolność psychiczna motywująca jednostkę do szukania bliskości z innymi ludźmi poprzez: współdziewczenie emocjonalne, sympatyzowanie z innym i przeżyć przyjemnych i przykrych, wrażliwość na przeżycia innych ludzi, wczuwanie się w stany i przeżycia innych, gotowość poświęcenia się dla innych.

Tak rozumiana empatia koreluje dodatnio z obserwowalnymi przejawami zachowań zgodnych z oczekiwaniami społecznymi typu: altruizm, życzliwość, opieka, współrozumienie, oraz ujemnie – z zachowaniami o charakterze egoistycznym czy agresywnym. Ponadto KRE różnicuje badanych ze względu na płeć oraz wykojenie społeczne [65]. Składa się z 33 stwierdzeń. Badany ustosunkowuje się do nich za pomocą skali odpowiedzi jakościowych, określając stopień aprobaty dla danego stwierdzenia opisującego pewne stany oraz doświadczenia i wyrażając tym samym ich adekwatność do własnej sytuacji. Do wyboru ma cztery warianty odpowiedzi (tak, raczej tak, raczej nie, nie). Narzędzie jest starannie opracowane pod względem psychometrycznym. Sprawdzono jego rzetelność oraz trafność. Test KRE mierzy współdziewczenie emocjonalne z innymi ludźmi, sympatyzowanie z nimi, wrażliwość i wczuwanie się w cudze przeżycia oraz gotowość do poświęcania się dla innych [66].





## **2) Indeks Reaktywności Interpersonalnej (IRI) autorstwa M.H. Davisa w polskiej adaptacji A. Lewickiej**

Kwestionariusz jest przeznaczony do pomiaru poziomu empatii emocjonalno-poznawczej. Wersja adaptacyjna kwestionariusza składa się z 20 stwierdzeń. Osoba badana za pomocą pięciopunktowej skali typu Likerta ocenia w jakim stopniu odnoszą się do niej poszczególne stwierdzenia (od „0 – stwierdzenie nie opisuje mnie dobrze”, do „4 – bardzo dobrze opisuje mnie to stwierdzenie”).

Podskale indeksu reaktywności Interpersonalnej :

- Przyjmowanie perspektywy (PP prospective taking) odnosi się do skłonności do spontanicznego spojrzenia na sytuację z punktu widzenia innej osoby, w sytuacjach życia codziennego.
- Empatyczna troska (ET, empathic concern) odnosi się do skłonności do współodczuwania oraz do okazywania ciepła i troski w stosunku do osób dotkniętych niepowodzeniem.
- Osobista przykrość (OP, personal distress) odnosi się do skłonności do odczuwania przykrości w odpowiedzi a cierpienia innej osoby.
- Fantazja (F, fantasy) odnosi się do skłonności do przenoszenia se w fikcyjne sytuacje za pomocą wyobraźni [67].

## **3) Skala Samooceny Rosenberga (SES) w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łaguny**

Skala Samooceny Rosenberga jest obecnie najczęściej stosowanym narzędziem mierzącym samoocenę. Kwestionariusz SES składa się z 10 stwierdzeń – pięć początkowych odnosi się do poczucia własnej kompetencji, natomiast kolejnych pięć – do poczucia akceptacji społecznej. Propozycja takiej struktury narzędzia SES została zaakceptowana również przez badaczy [68].

Badany ma za zadanie wskazać na czterostopniowej skali w jakim stopniu zgadza się z każdym z tych stwierdzeń. Skala umożliwia ocenę poziomu ogólnej samooceny jako względnie stałej dyspozycji rozumianej jako świadoma postawa wobec własnego Ja.



#### **4) Test Orientacji Życiowej (LOT-R – Life Orientation Test) autorstwa Michaela Scheiera, Charlesa Carvera, Michaela Bridgesa w polskiej adaptacji Ryszarda Poprawy i Zygryda Juczyńskiego**

Skala zawiera 10 stwierdzeń, ocenianych w skali typu Likerta od 0 do 4, gdzie 0 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 4 oznacza „zdecydowanie się zgadzam”. Całkowity wynik mieści się w zakresie od 0 do 24 punktów. Wyższe wyniki oznaczają większy optymizm. Wynik jest przeliczany na wyniki stenowe. Wyniki stenowe od 1–4 uważane są za niskie, tj. wskazujące na tendencje pesymistyczne, a wyniki stenowe 7–10 są uważane za wysokie, tj. wskazujące na optymistyczne nastawienie. 6 z 10 stwierdzeń umożliwia pomiar dyspozycyjnego optymizmu. Trzy nich sformułowane są pozytywnie, trzy negatywnie. Funkcjonalny optymizm wyraża predyspozycje osoby badanej do radzenia sobie ze stresorami życia codziennego. Kwestionariusz przeznaczony jest do badania dorosłych osób zdrowych i chorych. Mierzy dyspozycyjny optymizm na podstawie 10 stwierdzeń. Rzetelność LOT-R wyrażona współczynnikiem  $\alpha$  Cronbacha wynosi 0,76 [69].

### **4. Charakterystyka grupy badanej**

Realizację procedury badawczej rozpoczęto po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (KE-0254/280/2017).

Badania miały charakter prospektywny, dwuetapowy. Grupę badaną stanowili studenci Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, którzy zostali przebadani w trakcie pierwszego i trzeciego roku studiów. Grupę kontrolną stanowili studenci kierunków technicznych Politechniki Lubelskiej również przebadani w pierwszym i trzecim roku nauki na danym kierunku.

Studenci zostali zbadani tym samym zestawem kwestionariuszy dwukrotnie. Pierwszy etap badania odbył się w listopadzie 2018 roku, w pierwszym semestrze studiów. Drugi etap badania odbył się w kwietniu 2021 roku, w trakcie szóstego semestru studiów. Celowość wyboru okresów badań wynika z faktu, iż na trzecim roku studenci grupy badanej zaczynają realizację zajęć klinicznych i po raz pierwszy mają styczność z pacjentem.

Badanie zostało przeprowadzone bezpośrednio, w kontakcie osobistym, poprzez wręczenie studentom zestawu kwestionariuszy.



W I etapie badania wzięło udział 399 respondentów, spośród których 304 stanowiło grupę badaną (studenci kierunków medycznych), a 95 grupę kontrolną (studenci kierunków niemedycznych).

W II etapie badania udział wzięło 386 (spośród 399 biorących udział w I etapie) respondentów. W grupie badanej znalazło się 294 studentów (kierunków medycznych) a w grupie kontrolnej 92 studentów (kierunków niemedycznych).

Tabela 1. Kierunki studiowane przez badane osoby – I etap badania

KIERUNEK STUDIÓW	GRUPA – I Etap					
	BADANA		KONTROLNA		OGÓLEM	
	N	%	N	%	N	%
<b>Pielęgniarstwo</b>	130	42,8			130	32,6
<b>Położnictwo</b>	63	20,7			63	15,8
<b>Fizjoterapia</b>	44	14,5			44	11,0
<b>Ratownictwo medyczne</b>	28	9,2			28	7,0
<b>Lekarsko – dentystyczny</b>	39	12,8			39	9,8
<b>Budownictwo</b>			63	66,3	63	15,8
<b>Architektura</b>			32	33,7	32	8,0
<b>Ogółem</b>	304	100,0	95	100,0	399	100,0

N – liczność badanych osób, % – odsetek badanych osób liczony w stosunku do ogółu badanych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

W etapie I, w grupie badanej 42,8% stanowią studenci pielęgniarstwa. 20,7% badanych to studenci położnictwa, 14,5% fizjoterapii, 12,8% studenci kierunku lekarsko-dentystycznego, a 9,2% ratownictwa medycznego. W grupie, kontrolnej, w pierwszym etapie 66,3% stanowią studenci budownictwa, a 33,7% studenci architektury.



Tabela 2. Kierunki studiowane przez badane osoby – II etap badania

KIERUNEK STUDIÓW	GRUPA – II Etap					
	BADANA		KONTROLNA		OGÓŁEM	
	N	%	N	%	N	%
<b>Pielęgniarstwo</b>	127	43,2			127	32,9
<b>Położnictwo</b>	60	20,4			60	15,5
<b>Fizjoterapia</b>	42	14,3			42	10,9
<b>Ratownictwo medyczne</b>	28	9,5			28	7,3
<b>Lekarsko – dentystyczny</b>	37	12,6			37	9,6
<b>Budownictwo</b>			61	66,3	61	15,8
<b>Architektura</b>			31	33,7	31	8,0
<b>Ogółem</b>	294	100,0	92	100,0	386	100,0

N – liczność badanych osób, % – odsetek badanych osób liczony w stosunku do ogółu badanych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Wśród osób z grupy badanej w II etapie najczęściej (43,2%) studiuje pielęgniarstwo. Co piąta badana osoba (20,4%) studiuje położnictwo, 14,3% fizjoterapię, 12,6% kierunek lekarsko-dentystyczny, a 9,5% ratownictwo medyczne. W grupie kontrolnej, w drugim etapie 66,3% stanowią studenci budownictwa, a 33,7% studenci architektury.

Zarówno w pierwszym, jak i w drugim etapie badania największą grupę stanowią studenci pielęgniarstwa. Najmniejszą grupę biorącą udział w badaniu w pierwszym i drugim etapie stanowią kolejno studenci kierunku lekarsko - dentystycznego i ratownictwa medycznego.

Zarówno w pierwszym, jak i w drugim etapie badania w grupie badanej i kontrolnej dominują kobiety.



Tabela 3. Płeć badanych osób – I etap badania

PŁEĆ	GRUPA – I Etap					
	BADANA		KONTROLNA		OGÓŁEM	
	N	%	N	%	N	%
<b>KOBIETA</b>	261	85,9	50	52,6	311	77,9
<b>MĘŻCZYŻNA</b>	43	14,1	45	47,4	88	22,1
<b>OGÓŁEM</b>	304	100,0	95	100,0	399	100,0

N – liczność badanych osób, % – odsetek badanych osób liczony w stosunku do ogółu badanych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

W pierwszym etapie, w grupie badanej kobiety stanowią 85,9%. Mężczyźni natomiast stanowią pozostałe 14,1% tej grupy. Z kolei w grupie kontrolnej kobiet jest tylko nieco więcej (52,6%), niż mężczyzn (47,4%).



Ryc. 1. Płeć grupy badanej – I etap badania





Ryc. 2. Płeć grupy kontrolnej – I etap badania

Tabela 4. Płeć badanych osób – II etap badania

PLEĆ	GRUPA – II Etap					
	BADANA		KONTROLNA		OGÓŁEM	
	N	%	N	%	N	%
<b>KOBIELA</b>	254	86,4	49	53,3	303	78,5
<b>MEZCZYZNA</b>	40	13,6	43	46,7	83	21,5
<b>OGÓŁEM</b>	294	100,0	92	100,0	386	100,0

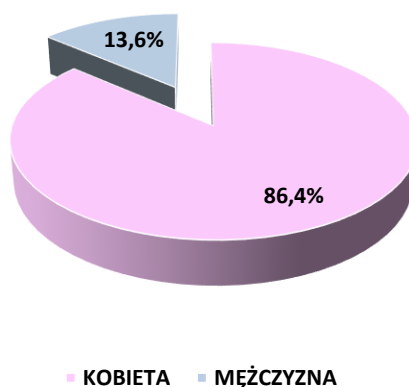
N – liczność badanych osób, % – odsetek badanych osób liczony w stosunku do ogółu badanych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

W drugim etapie badania, w grupie badanej zdecydowanie przeważają kobiety (86,4%). Mężczyźni stanowią pozostałe 13,6% tej grupy. W grupie kontrolnej, kobiet jest tylko nieco więcej (53,3%), niż mężczyzn (46,7%).

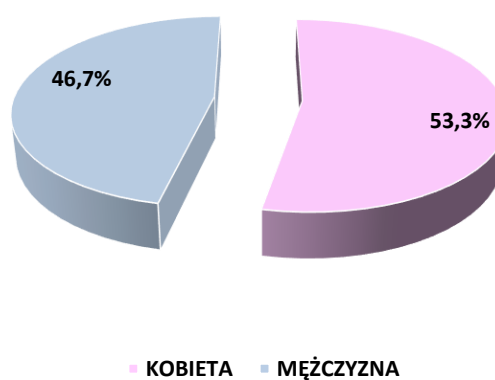


### Płeć grupy badanej II etap



Ryc. 3. Płeć grupy badanej – II etap badania

### Płeć grupy kontrolnej II Etap



Ryc. 4. Płeć grupy kontrolnej – II etap badania

Tabela 5. Miejsce pochodzenia badanych osób – I etap badania

<b>MIEJSCE POCHODZENIA</b>	<b>GRUPA – I Etap</b>					
	<b>BADANA</b>		<b>KONTROLNA</b>		<b>OGÓLEM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>MIASTO</b>	160	52,6%	48	50,5%	208	52,1%
<b>WIEŚ</b>	144	47,4%	47	49,5%	191	47,9%
<b>OGÓLEM</b>	304	100,0%	95	100,0%	399	100,0%

N – liczność badanych osób, % – odsetek badanych osób liczony w stosunku do ogółu badanych

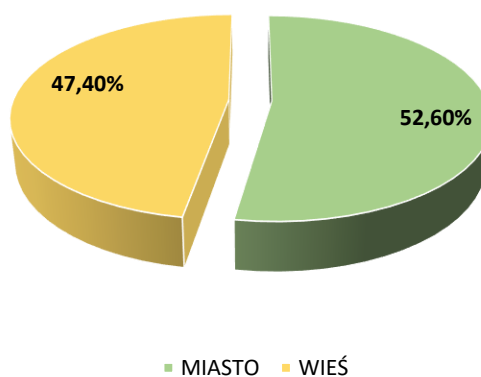
Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

W pierwszym etapie, w grupie badanej 52,6% osób pochodzi z miasta, a 47,4% ze wsi, a w grupie kontrolnej 50,5% pochodzi z miasta, a 49,5% ze wsi.



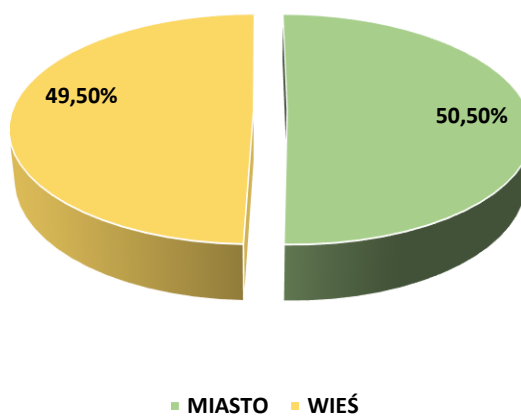


### Miejsce pochodzenia grupy badanej I etap



Ryc. 5. Miejsce pochodzenia grupy badanej – I etap

### Miejsce pochodzenia grupy kontrolnej I etap



Ryc. 6. Miejsce pochodzenia grupy kontrolnej – I etap



Tabela 6. Miejsce pochodzenia badanych osób – II etap badania

MIEJSCE POCHODZENIA	GRUPA – II Etap					
	BADANA		KONTROLNA		OGÓŁEM	
	N	%	N	%	N	%
<b>MIASTO</b>	153	52,0	48	52,2	201	52,1
<b>WIEŚ</b>	141	48,0	44	47,8	185	47,9
<b>OGÓŁEM</b>	294	100,0	92	100,0	386	100,0

N – liczność badanych osób, % – odsetek badanych osób liczony w stosunku do ogółu badanych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

W drugim etapie, w grupie badanej 52% osób pochodzi z miasta, a 48% ze wsi, z kolei w grupie kontrolnej 52,2% pochodzi z miasta a 47,8% ze wsi.



Ryc. 7. Miejsce pochodzenia grupy badanej – I etap





Ryc. 8. Miejsce pochodzenia grupy kontrolnej – II etap

Tabela 7. Poważne choroby w bliskiej rodzinie badanych osób – II etap badania

POWAŻNE CHOROBY W BLISKIEJ RODZINIE	GRUPA - II Etap					
	BADANA		KONTROLNA		OGÓŁEM	
	N	%	N	%	N	%
<b>TAK</b>	172	58,5	37	40,2	209	54,1
<b>NIE</b>	122	41,5	55	59,8	177	45,9
<b>OGÓŁEM</b>	294	100,0	92	100,0	386	100,0

N – liczność badanych osób, % – odsetek badanych osób liczony w stosunku do ogółu badanych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Nieco ponad połowa respondentów (58,5%) z grupy badanej i 40,2% z grupy kontrolnej deklaruje, że w ich bliskiej rodzinie miała miejsce poważna choroba. Z kolei 41,5% osób z grupy badanej i 59,8% z grupy kontrolnej nie miało do czynienia z poważną chorobą w swojej rodzinie.

## 5. Zastosowane metody statystyczne

Analiza statystyczna wyników badania została wykonana przy wykorzystaniu programu IBM SPSS Statistics 26. Posłużono się w niej następującymi testami i współczynnikami statystycznymi:

- Współczynnik korelacji  $r$  Pearsona służy do ustalenia, czy pomiędzy zmiennymi mierzonymi na poziomie ilorazowym, których rozkład nie odbiega istotnie statystycznie od rozkładu normalnego zachodzą istotne statystycznie korelacje o charakterze liniowym. Przyjęto trzy poziomy istotności statystycznej:  $p < 0,001$ , który oznaczono \*\*\*,  $p < 0,01$ , który oznaczono \*\* oraz  $p < 0,05$ , który oznaczono \*. Jeżeli korelacja jest istotna statystycznie przynajmniej na poziomie  $p < 0,05$ , to wówczas należy interpretować współczynnik korelacji  $r$ . Może on przybierać wartości w zakresie od  $-1$  do  $+1$ . Im jest bardziej odległy od  $0$ , a im bliższy  $-1$  lub  $+1$ , tym korelacja jest silniejsza. Wartości ujemne oznaczają, że wraz ze wzrostem wartości jednej zmiennej maleje wartość drugiej zmiennej. Z kolei wartości dodatnie świadczą o tym, że gdy rośnie wartość jednej zmiennej, to wówczas rośnie również wartość drugiej zmiennej. Współczynnik świadczy o występowaniu korelacji o charakterze liniowym, nie daje natomiast informacji o tym która zmienna stanowi skutek, a która przyczynę.
- Test t-studenta dla grup niezależnych służy do ustalenia, czy dwie grupy różnią się od siebie w sposób istotny statystycznie pod względem zmiennych mierzonych na poziomie ilorazowym, których rozkład nie odbiega istotnie statystycznie od rozkładu normalnego. W tabelach posłużono się następującymi oznaczeniami:  $M$  – średnia arytmetyczna,  $SD$  – odchylenie standardowe,  $t$  – statystyka testu t-studenta,  $p$  – poziom istotności testu t-studenta. Przyjęto trzy poziomy istotności statystycznej:  $p < 0,001$ , który oznaczono \*\*\*,  $p < 0,01$ , który oznaczono \*\* oraz  $p < 0,05$ , który oznaczono \*.
- Test t-studenta dla grup zależnych służy do ustalenia, czy pomiędzy dwoma pomiarami zmiennej ilorazowej, której rozkład jest zgodny z rozkładem normalnym zachodzi różnica (zmiana) istotna statystycznie. W tabelach posłużono się następującymi oznaczeniami:  $M$  – średnia arytmetyczna,  $SD$  – odchylenie standardowe,  $t$  – statystyka testu t-studenta,  $p$  – istotność testu t-studenta. Przyjęto trzy poziomy istotności



statystycznej:  $p < 0,001$ , który oznaczono \*\*\*,  $p < 0,01$ , który oznaczono \*\* oraz  $p < 0,05$ , który oznaczono \*. W każdym z tych trzech przypadków różnicę można określić jako istotną statystycznie.

Ze względu na odpowiednią licznosc badanych w przypadku zmiennych ilorazowych nie sprawdzano normalności rozkładów i bez jej weryfikacji zastosowano testy parametryczne.

Dodatkowo dla istotnych statycznie różnic wykonano wykresy średnich, na których przedstawiono średnie arytmetyczne porównywanych grup oraz zakresy przedziałów ufności 95%. Dla korelacji wyników ogólnych wykonano wykresy rozrzutu wraz ze współczynnikiem dopasowania  $R^2$ .



## ROZDZIAŁ III. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

### 1. Zależności pomiędzy empatią a dyspozycyjnym optymizmem

Analizę wyników badań rozpoczęto od porównania korelacji pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a empatią mierzoną kwestionariuszem KRE w I i II etapie badania.

Tabela 8. Korelacje pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a empatią mierzoną kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych – I etap badania

KRE	OPTYMIZM DYSPOZYCYJNY – I Etap	
	r	p
Sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	-0,031	0,595
Współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	-0,049	0,397
Wrażliwość na przeżycia innych	-0,020	0,728
Gotowość poświęcania się dla innych	0,022	0,707
Wczuwanie się w stany i przeżycia innych	0,167	0,004**
Ogólny poziom empatii	0,022	0,699

r – współczynnik korelacji r Pearsona, p – istotność współczynnika korelacji r Pearsona, \*\*p<0,01,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Wśród studentów kierunków medycznych, w I etapie badania, nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji pomiędzy ogólnym poziomem empatii mierzonym KRE, a optymizmem dyspozycyjnym. Okazało się natomiast, że im większy optymizm dyspozycyjny, tym większa empatia w wymiarze wczuwania się w stany i przeżycia innych. Korelację tą należy uznać za istotną statystycznie, ale o niewielkiej sile.



Tabela 9. Korelacje pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a empatią mierzoną kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych – II etap badania

KRE	OPTYMIZM DYSPOZYCYJNY – II Etap	
	r	p
Sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	-0,010	0,869
Współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	-0,048	0,412
Wrażliwość na przeżycia innych	-0,002	0,974
Gotowość poświęcania się dla innych	0,038	0,521
Wczuwanie się w stany i przeżycia innych	0,153	0,009**
Ogólny poziom empatii	0,035	0,550

r – współczynnik korelacji r Pearsona, p – istotność współczynnika korelacji r Pearsona, \*\*p<0,01,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Podobny wynik dotyczy studentów kierunków medycznych – również w II etapie badania nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji pomiędzy ogólnym poziomem empatii mierzonym kwestionariuszem KRE, a optymizmem dyspozycyjnym. Wyniki pokazały, że im większy optymizm dyspozycyjny, tym większa empatia w wymiarze wczuwania się w stany i przeżycia innych. Korelacja ta jest istotna statystycznie, ale ma niewielką siłę.

W I etapie badania poziom optymizmu dyspozycyjnego studentów kierunków medycznych koreluje ujemnie z ogólną empatią emocjonalno-poznawczą. Jest to korelacja dosyć słaba, przedstawiono ją na poniższym wykresie. Dodatkowo ujemne korelacje zachodzą pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a wymiarami IRI: empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych (umiarkowanie silna) oraz empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych (słaba).



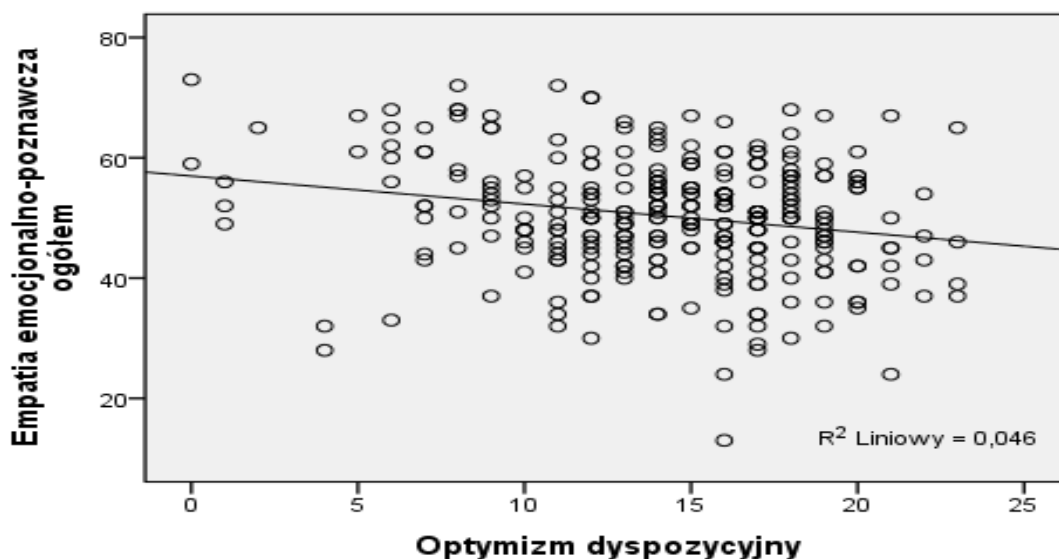
Tabela 10. Korelacje pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a empatią emocjonalno-poznawczą mierzona kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych –I etap badania

IRI	OPTYMIZM DYSPOZYCYJNY – I Etap	
	r	p
Fantazja	-0,037	0,528
Empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych	-0,375	0,000***
Empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych	-0,119	0,039*
Przyjmowanie punktu widzenia innych osób	0,053	0,362
Empatia emocjonalno-poznawcza ogółem	-0,215	0,000***

r – współczynnik korelacji r Pearsona, p – istotność współczynnika korelacji r Pearsona, , \*\*\*p<0,001

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Zatem im większy optymizm dyspozycyjny, tym mniejsza empatia emocjonalno-poznawcza ogółem oraz w wymiarach empatycznego reagowania w sytuacjach trudnych oraz empatycznej odpowiedzi na negatywne przeżycia innych.



Ryc. 9. Korelacja pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a ogólną empatią emocjonalno-poznawczą mierzona kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego





Tabela 11. Korelacje pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a empatią emocjonalno-poznawczą mierzona kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych – II etap badania

IRI	OPTYMIZM DYSPOZYCYJNY – II Etap	
	r	p
Fantazja	-0,029	0,623
Empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych	-0,368	<0,001***
Empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych	-0,115	0,049*
Przyjmowanie punktu widzenia innych osób	0,068	0,249
Empatia emocjonalno-poznawcza ogółem	-0,202	0,001**

r – współczynnik korelacji r Pearsona, p – istotność współczynnika korelacji r Pearsona, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

W drugim etapie badania wyniki są podobne do wyników I etapu. Ogólny poziom optymizmu dyspozycyjnego studentów kierunków medycznych również koreluje ujemnie z ogólną empatią emocjonalno-poznawczą. Jest to korelacja dosyć słaba o niemal identycznej wartości bezwzględnej jak w przypadku badania przeprowadzonego dwa lata wcześniej, czyli na pierwszym roku studiów. Ujemne korelacje zachodzą także pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a wymiarami IRI: empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych (umiarkowanie silna) oraz empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych (dosyć słaba). Zatem im większy optymizm dyspozycyjny, tym mniejsza empatia emocjonalno-poznawcza ogółem oraz w wymiarach empatycznego reagowania w sytuacjach trudnych i empatycznej odpowiedzi na negatywne przeżycia innych.





Ryc. 10. Korelacja pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a ogólną empatią emocjonalno-poznawczą mierzona kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych – II etap badania

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

## 2. Zależności pomiędzy empatią a samooceną

Wśród studentów kierunków medycznych nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji pomiędzy ogólnym poziomem empatii mierzonym KRE, a skalą samooceny. Okazało się natomiast, że im wyższa samoocena, tym mniejsza empatia w wymiarach: współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych oraz wrażliwość na przeżycia innych, a większa empatia w wymiarze wczuwanie się w stany i przeżycia innych. Korelacje te należy uznać za istotne statystycznie, ale o niewielkiej sile.

Tabela 12. Korelacje pomiędzy poziomem samooceny, a empatią mierzoną kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych – I etap badania

KRE	SKALA SAMOOCENY – I Etap	
	r	p
Sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	-0,013	0,822
Współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	-0,171	0,003**
Wrażliwość na przeżycia innych	-0,119	0,038*
Gotowość poświęcania się dla innych	-0,110	0,056
Wczuwanie się w stany i przeżycia innych	0,123	0,033*
Ogólny poziom empatii	-0,084	0,145

r – współczynnik korelacji r Pearsona, p – istotność współczynnika korelacji r Pearsona, \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

W II etapie badania również nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji pomiędzy ogólnym poziomem empatii mierzonym KRE, a skalą samooceny.

Tabela 13. Korelacje pomiędzy poziomem samooceny, a empatią mierzoną kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych – II etap badania

KRE	SKALA SAMOOCENY – II Etap	
	r	p
Sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	-0,014	0,813
Współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	-0,176	0,002**
Wrażliwość na przeżycia innych	-0,109	0,063
Gotowość poświęcania się dla innych	-0,072	0,219
Wczuwanie się w stany i przeżycia innych	0,143	0,015*
Ogólny poziom empatii	-0,067	0,250

r – współczynnik korelacji r Pearsona, p – istotność współczynnika korelacji r Pearsona, \*p<0,05, \*\*p<0,01,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego



W II etapie badania również nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji pomiędzy ogólnym poziomem empatii mierzonym KRE, a skalą samooceny. Badania wykazały, że im wyższa samoocena, tym mniejsza empatia w wymiarach: współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych, a większa empatia w wymiarze wczuwanie się w stany i przeżycia innych. Korelacje te są istotne statystycznie, ale słabe.

W I etapie badania, poziom samooceny studentów kierunków medycznych koreluje ujemnie z ogólną empatią emocjonalno-poznawczą. Jest to korelacja umiarkowanie silna, przedstawiono ją na poniższym wykresie.

Tabela 14. Korelacje pomiędzy poziomem samooceny, a empatią emocjonalno-poznawczą mierzona kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych – I etap

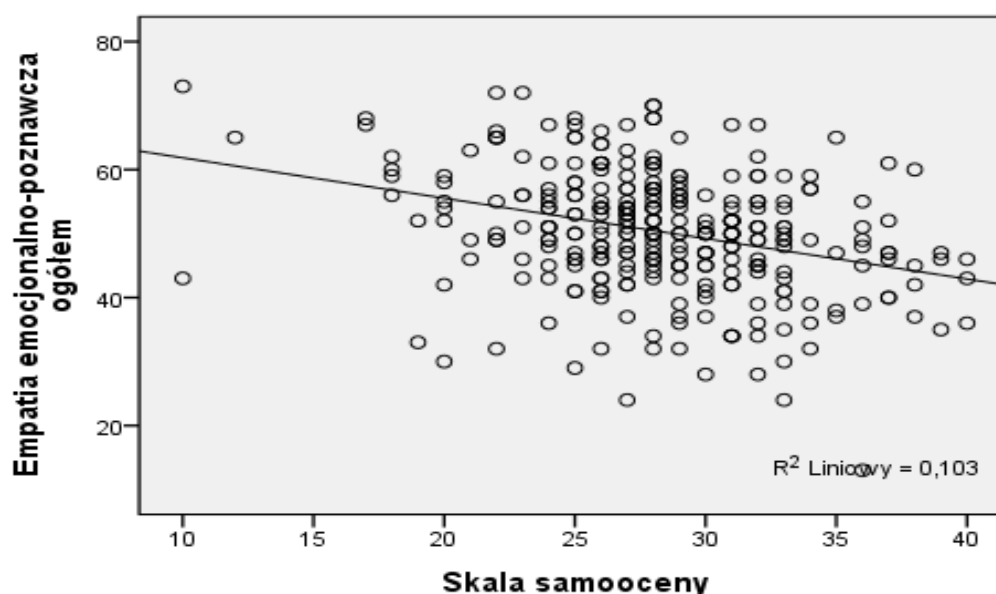
IRI	SKALA SAMOOCENY – I Etap	
	r	p
<b>Fantazja</b>	-0,106	0,066
<b>Empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych</b>	-0,471	0,000***
<b>Empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych</b>	-0,226	0,000***
<b>Przyjmowanie punktu widzenia innych osób</b>	0,067	0,248
<b>Empatia emocjonalno-poznawcza ogółem</b>	-0,322	0,000***

r – współczynnik korelacji r Pearsona, p – istotność współczynnika korelacji r Pearsona, \*\*\*p<0,001

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Dodatkowo ujemne korelacje zachodzą pomiędzy skalą samooceny, a wymiarami IRI: empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych (dosyć silna) oraz empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych (stosunkowo słaba). Zatem im wyższa samoocena, tym mniejsza empatia emocjonalno-poznawcza ogółem oraz w wymiarach empatycznego reagowania w sytuacjach trudnych oraz empatycznej odpowiedzi na negatywne przeżycia innych.





Ryc. 11. Korelacja pomiędzy poziomem samooceny, a empatią emocjonalno-poznawczą mierzona kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Tabela 15. Korelacje pomiędzy poziomem samooceny, a empatią emocjonalno-poznawczą mierzona kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych – II etap

IRI	SKALA SAMOOCENY – II Etap	
	r	p
Fantazja	-0,081	0,168
Empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych	-0,448	<0,001***
Empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych	-0,233	<0,001***
Przyjmowanie punktu widzenia innych osób	0,073	0,216
Empatia emocjonalno-poznawcza ogółem	-0,299	<0,001***

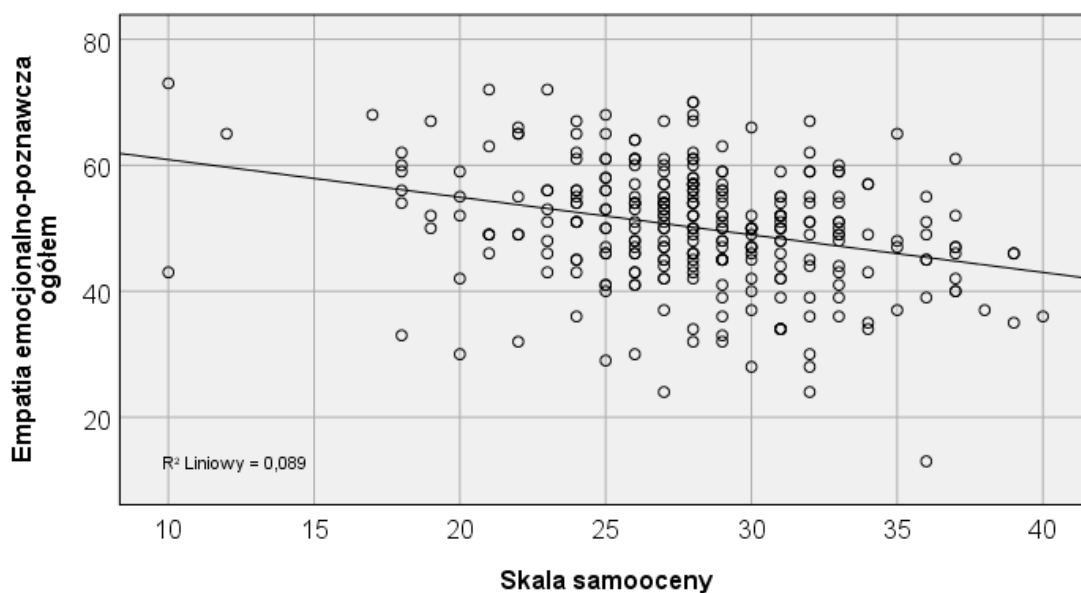
r – współczynnik korelacji r Pearsona, p – istotność współczynnika korelacji r Pearsona, , \*\*\*p<0,001

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

W II etapie badania poziom samooceny studentów kierunków medycznych koreluje ujemnie z ogólną empatią emocjonalno-poznawczą. Jest to korelacja umiarkowanie silna. Dodatkowo ujemne korelacje zachodzą pomiędzy skalą samooceny, a wymiarami IRI: empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych (dosyć silna) oraz empatyczna odpowiedź



na negatywne przeżycia innych (dosyć słaba). Zatem im wyższa samoocena, tym mniejsza empatia emocjonalno-poznawcza ogółem oraz w wymiarach empatycznego reagowania w sytuacjach trudnych i empatycznej odpowiedzi na negatywne przeżycia innych.



Ryc. 12. Korelacja pomiędzy poziomem samooceny, a empatią emocjonalno-poznawczą mierzona kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych – II etap

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

### 3. Poziom empatii w grupie badanej i kontrolnej

W dalszej kolejności dokonano porównania grupy badanej i kontrolnej pod względem wyników uzyskanych w poszczególnych kwestionariuszach. Zastosowano test t-studenta dla grup niezależnych oraz statystyki opisowe, a do różnic istotnych statystycznie wykonano dodatkowo wykresy.

Tabela 16. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem poziomu empatii mierzonego kwestionariuszem KRE – I etap

KRE	GRUPA	MINIMUM	MAKSIMUM	M	ME	SD	TEST T-STUDENTA
Sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	Badana	12	27	19,98	20,0	3,00	t=2,161
	Kontrolna	10	26	19,19	19,0	3,50	p=0,031*
Współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	Badana	2	15	9,36	9,0	1,96	t=6,407
	Kontrolna	3	14	7,81	8,0	2,32	p=0,000***
Wrażliwość na przeżycia innych	Badana	3	21	14,59	15,0	2,87	t=4,280
	Kontrolna	2	20	13,13	13,0	3,04	p=0,000***
Gotowość poświęcania się dla innych	Badana	5	17	12,37	13,0	2,51	t=5,091
	Kontrolna	0	17	10,77	11,0	3,17	p=0,000***
Wczuwanie się w stany i przeżycia innych	Badana	1	9	5,30	5,0	1,53	t=1,333
	Kontrolna	0	9	5,05	5,0	1,70	p=0,183
Ogólny poziom empatii	Badana	36	90	67,52	69,0	9,26	t=5,250
	Kontrolna	31	87	61,61	61,0	10,52	p=0,000***

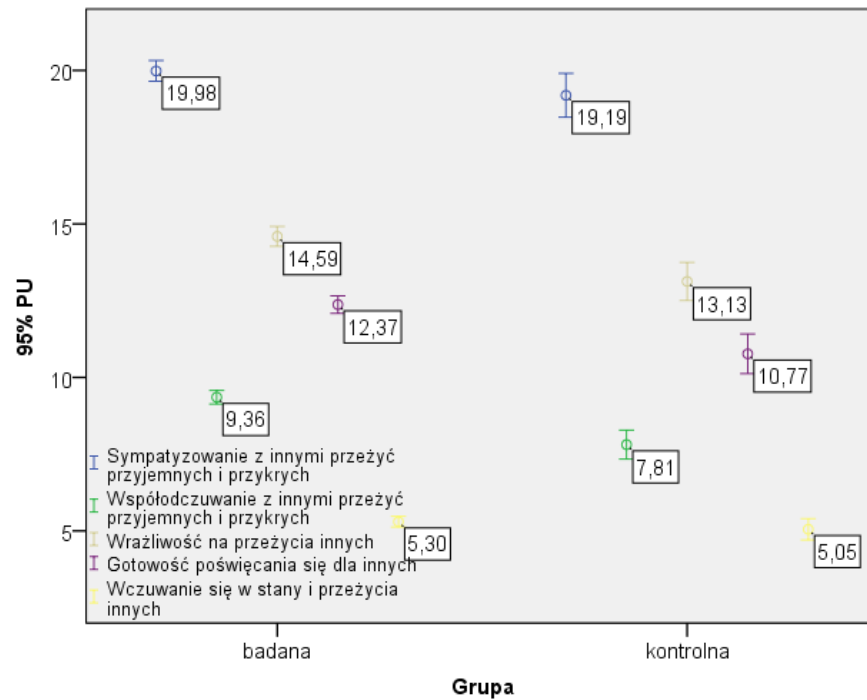
Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych, \*p<0,05, , \*\*\*p<0,001

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

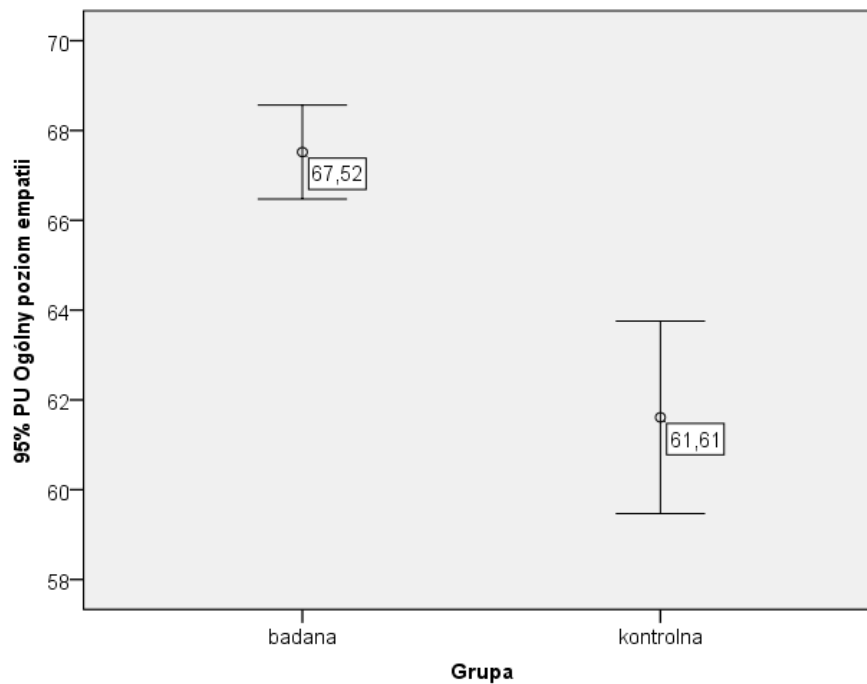
Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że studenci z grupy badanej charakteryzowali się istotnie wyższym ogólnym poziomem empatii od studentów z grupy kontrolnej. Istotne różnice na korzyść grupy badanej odnotowano w takich szczegółowych wymiarach jak: sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych, współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych, wrażliwość na przeżycia innych oraz gotowość poświęcania się dla innych. Normy stenowe dla kobiet i mężczyzn są w kwestionariuszu KRE różne, zatem aby określić jaki jest poziom empatii grupie badanej należy odnieść się osobno



do kobiet i osobno do mężczyzn. Poniżej, w formie wykresów przedstawiono różnice pomiędzy grupami.



Ryc. 13. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem wymiarów poziomu empatii mierzonego kwestionariuszem KRE – I etap badania



Ryc. 14. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem ogólnego poziomu empatii mierzonego kwestionariuszem KRE – I etap badania





Tabela 17. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem poziomu empatii mierzonego kwestionariuszem KRE – II etap badania

KRE	GRUPA	MINIMUM	MAKSIMUM	M	ME	SD	TEST T-STUDENTA
Sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	Badana	12	27	19,93	20,00	2,95	t=2,100
	Kontrolna	10	26	19,15	19,00	3,52	p=0,036*
Współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	Badana	2	15	9,38	9,00	1,96	t=6,757
	Kontrolna	3	14	7,73	8,00	2,30	p<0,001***
Wrażliwość na przeżycia innych	Badana	3	21	14,67	15,00	2,84	t=5,079
	Kontrolna	2	20	12,93	13,00	2,89	p<0,001***
Gotowość poświęcenia się dla innych	Badana	5	17	12,39	13,00	2,51	t=5,050
	Kontrolna	0	17	10,78	11,00	3,14	p<0,001***
Wczuwanie się w stany i przeżycia innych	Badana	1	9	5,32	5,00	1,54	t=1,440
	Kontrolna	0	9	5,04	5,00	1,72	p=0,151
Ogólny poziom empatii	Badana	36	90	67,60	69,00	9,20	t=5,577
	Kontrolna	31	87	61,27	60,50	10,40	p<0,001***

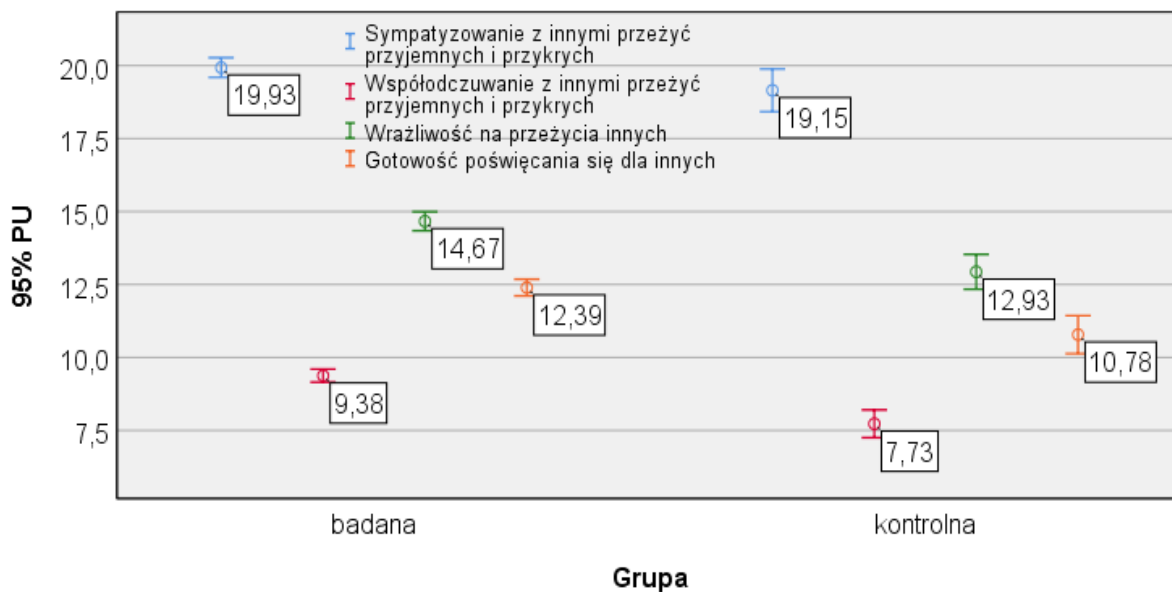
Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych, \*p<0,05, , \*\*\*p<0,001

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

W drugim etapie przeprowadzonego badania, podobnie jak dwa lata wcześniej, wykazano, że studenci kierunków medycznych odróżniali się istotnie wyższym ogólnym poziomem empatii ogółem od studentów z grupy kontrolnej. Różnica ta nie uległa zmianie pomiędzy pierwszym i trzecim rokiem studiów. Istotne różnice na korzyść grupy badanej odnotowano również w takich szczegółowych wymiarach jak: sympatyzowanie z innymi

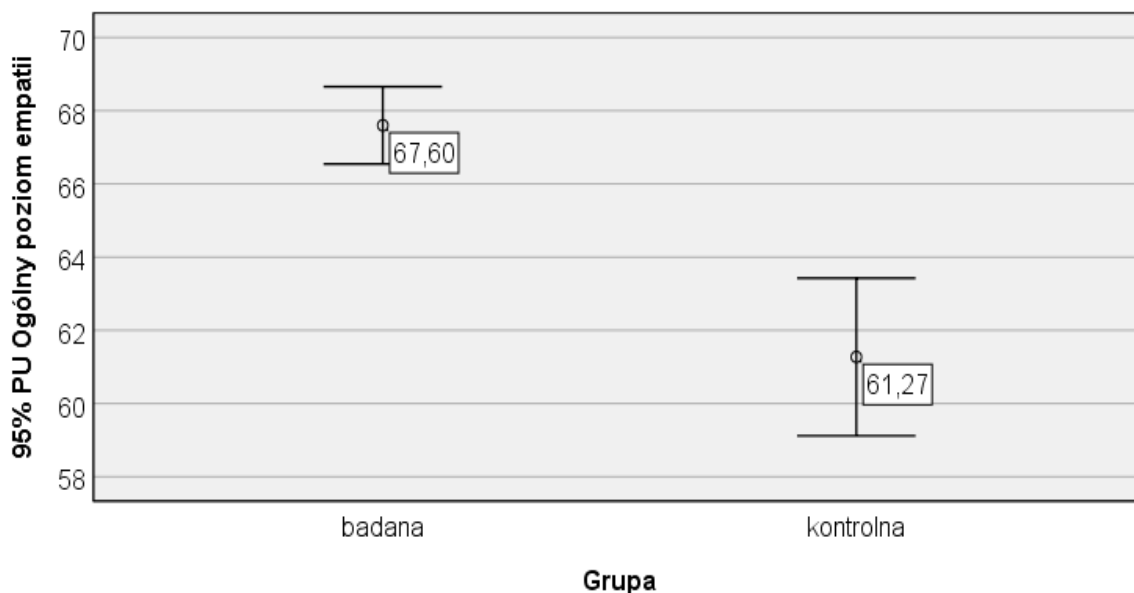


przeżyć przyjemnych i przykrych, współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych, wrażliwość na przeżycia innych oraz gotowość poświęcania się dla innych.



Ryc. 15. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem wymiarów poziomu empatii mierzonego kwestionariuszem KRE – II etap badania

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego



Ryc. 16. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem ogólnego poziomu empatii mierzonego kwestionariuszem KRE – II etap badania



Tabela 18. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI – I etap badania

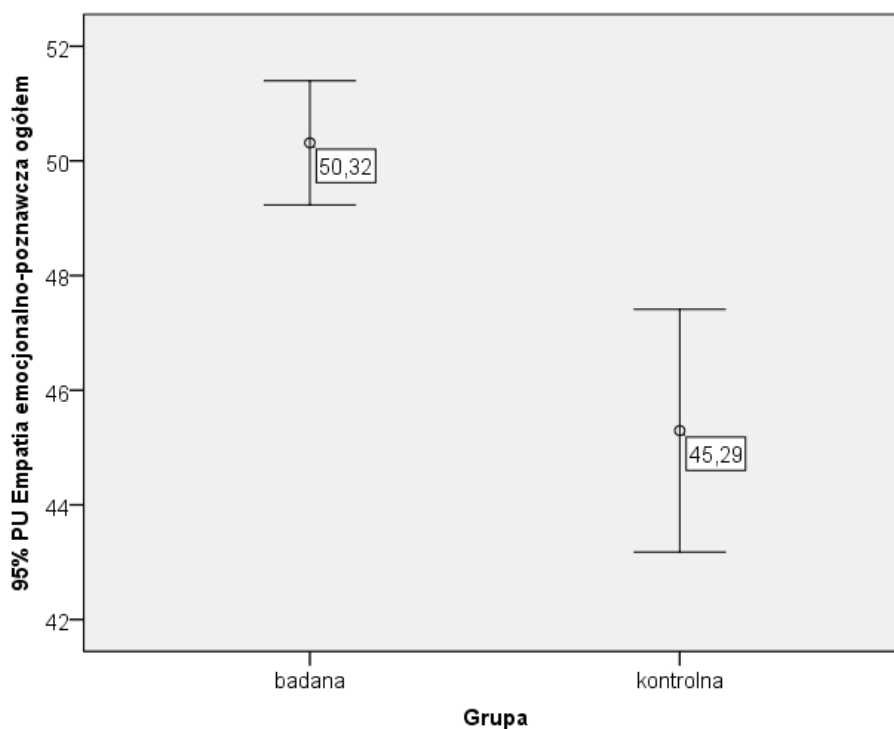
IRI	GRUPA	MINIMUM	MAKSIMUM	M	ME	SD	TEST T-STUDENTA
<b>Fantazja</b>	Badana	1	20	13,20	14,0	4,64	t=3,528
	Kontrolna	0	20	11,26	11,0	4,72	p=0,000***
<b>Empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych</b>	Badana	0	24	12,97	13,0	4,54	t=1,511
	Kontrolna	0	21	12,16	13,0	4,56	p=0,132
<b>Empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych</b>	Badana	2	16	9,94	10,0	2,86	t=3,866
	Kontrolna	1	16	8,65	8,0	2,73	p=0,000***
<b>Przyjmowanie punktu widzenia innych osób</b>	Badana	4	20	14,21	14,0	3,14	t=2,594
	Kontrolna	3	20	13,22	14,0	3,52	p=0,000***
<b>Empatia emocjonalno-poznawcza ogółem</b>	Badana	13	73	50,32	50,0	9,54	t=4,375
	Kontrolna	11	67	45,29	45,0	10,39	p=0,000***

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych, , \*\*\*p<0,001

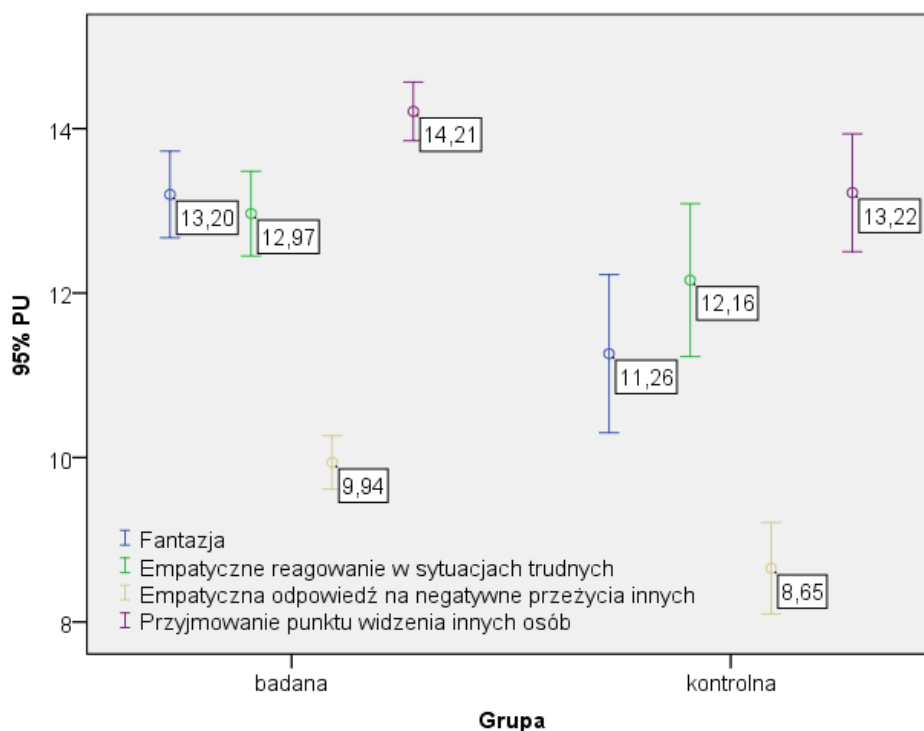
Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Podobnie jak w przypadku kwestionariusza KRE, także w wyniku interpretacji danych uzyskanych przy pomocy skali IRI stwierdzono, że studenci z grupy badanej charakteryzują się istotnie wyższym ogólnym poziomem empatii emocjonalno-poznawczej od osób z grupy kontrolnej. Istotne różnice na korzyść grupy badanej odnotowano w następujących szczegółowych wymiarach: fantazja, empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych oraz przyjmowanie punktu widzenia innych osób. Na kolejnej stronie w formie wykresów przedstawiono różnice pomiędzy grupami.





Ryc. 17. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem ogólnej empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI –I etap badania



Ryc. 18. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem wymiarów empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI – I etap badań



W drugim etapie badania, analogicznie do różnic stwierdzonych na etapie pierwszym, osoby z grupy badanej różniły się istotnie wyższym ogólnym poziomem empatii emocjonalno-poznawczej ogółem od studentów z grupy kontrolnej.

Tabela 19. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI – II etap badania

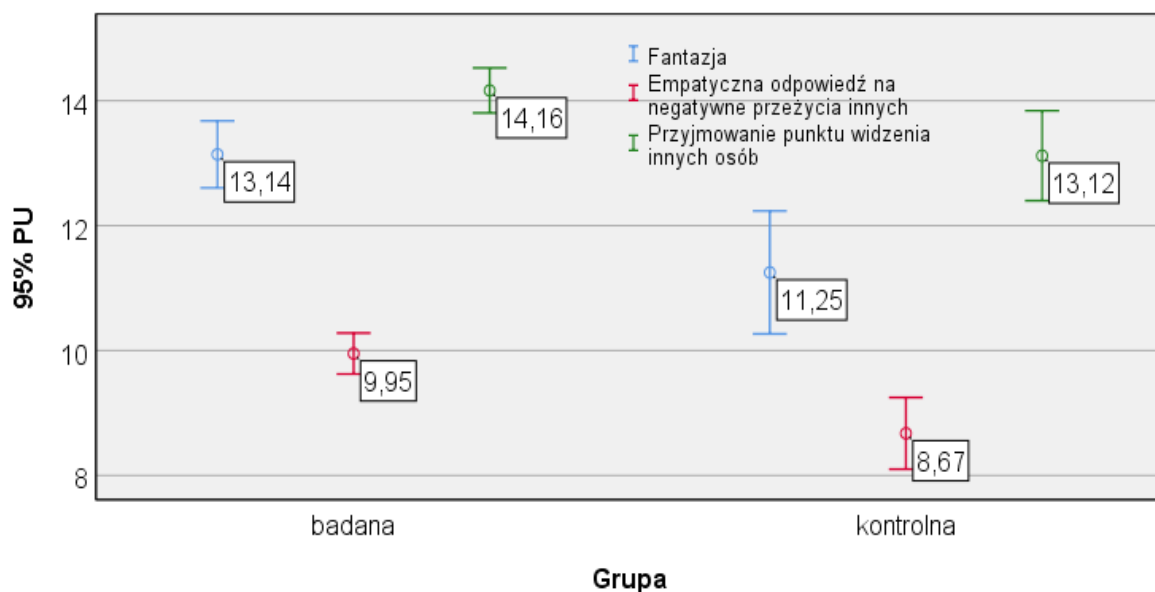
IRI	GRUPA	MINIMUM	MAKSIMUM	M	ME	SD	TEST T-STUDENTA
<b>Fantazja</b>	Badana	1	20	13,14	14,00	4,65	t=3,383
	Kontrolna	0	20	11,25	11,00	4,75	p=0,001**
<b>Empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych</b>	Badana	0	24	12,88	13,00	4,51	t=1,426
	Kontrolna	0	21	12,11	13,00	4,55	p=0,155
<b>Empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych</b>	Badana	3	16	9,95	10,00	2,85	t=3,777
	Kontrolna	1	16	8,67	8,00	2,77	p<0,001***
<b>Przyjmowanie punktu widzenia innych osób</b>	Badana	4	20	14,16	14,00	3,12	t=2,722
	Kontrolna	3	20	13,12	13,50	3,48	p=0,007**
<b>Empatia emocjonalno-poznawcza ogółem</b>	Badana	13	73	50,14	50,00	9,48	t=4,299
	Kontrolna	11	67	45,15	45,00	10,33	p<0,001***

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

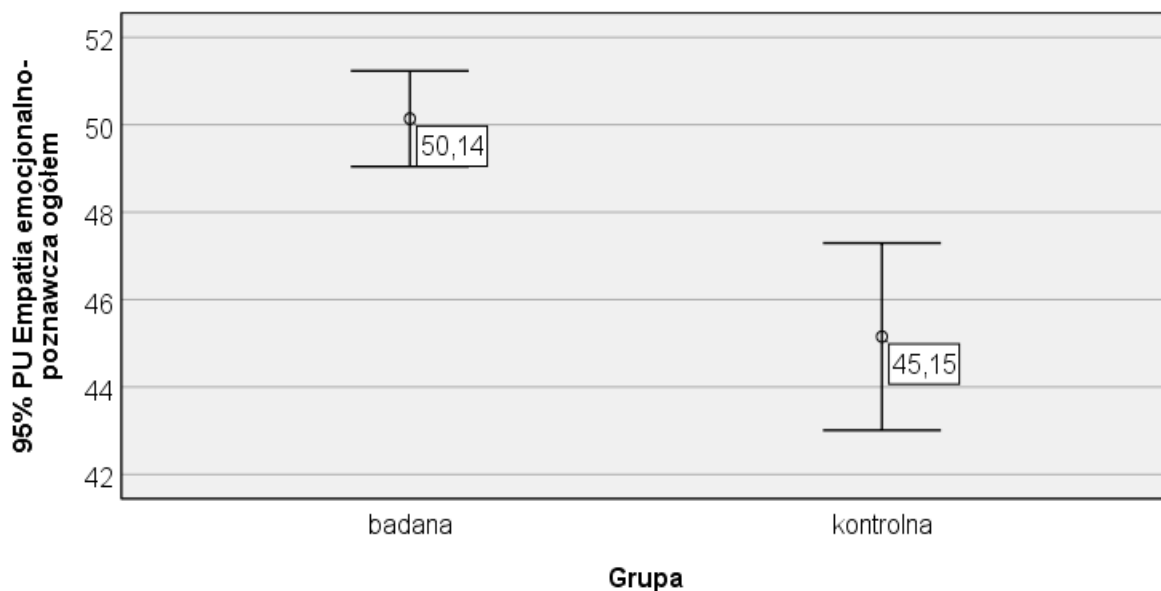
Istotne różnice na korzyść grupy badanej odnotowano w następujących szczegółowych wymiarach: fantazja, empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych oraz przyjmowanie punktu widzenia innych osób.





Ryc. 19. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem wymiarów empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI – II etap badania

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego



Ryc. 20. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem ogólnej empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI – II etap badania

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego



#### 4. Dyspozycyjny optymizm i samoocena w grupie badanej i kontrolnej

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupą badaną i kontrolną pod względem optymizmu dyspozycyjnego.

Tabela 20. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem optymizmu dyspozycyjnego mierzonego kwestionariuszem LOT-R – II etap badania

LOT-R	GRUPA	MINIMUM	MAKSIMUM	M	ME	SD	TEST T-STUDENTA
Optymizm dyspozycyjny	Badana	0	23	14,23	15,00	4,26	t=-0,315
	Kontrolna	3	23	14,39	14,50	4,60	p=0,753

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Odnosząc się do norm stenowych można powiedzieć poziom optymizmu dyspozycyjnego w grupie badanej jest przeciętny.

Tabela 21. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem poziomu samooceny mierzonego kwestionariuszem SES Rosenberga – II etap badania

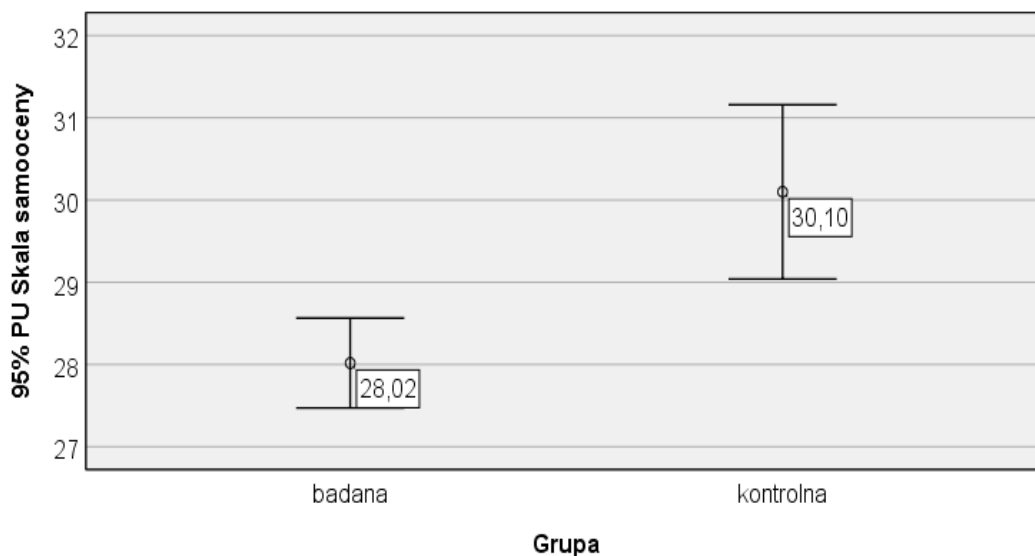
SES ROSENBERGA	GRUPA	MINIMUM	MAKSIMUM	M	ME	SD	TEST T-STUDENTA
Skala samooceny	Badana	10	40	28,02	28,00	4,75	t=-3,592
	Kontrolna	16	46	30,10	30,00	5,08	p<0,001***

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych, \*\*\*p<0,001

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego



Jak wykazał test t-studenta dla grup niezależnych osoby z grupy kontrolnej różnią się istotnie wyższym poziomem samooceny względem osób z grupy badanej.



Ryc. 21. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem poziomu samooceny mierzonego kwestionariuszem SES Rosenberga

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

## 5. Zmienność poziomu empatii w grupie studentów kierunków medycznych w trakcie studiów

Jak wykazał test t-studenta dla grup zależnych ogólny poziom empatii w badanej grupie nie zmienił się. Okazało się natomiast, że istotnie statystycznie, chociaż nieznacznie, zmalał poziom empatii w wymiarze sympatyzowania z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych, a istotnie statystycznie, chociaż także nieznacznie, wzrósł poziom empatii w wymiarze wrażliwości na przeżycia innych. Różnice te są bardzo małe, ale istotne statystycznie.



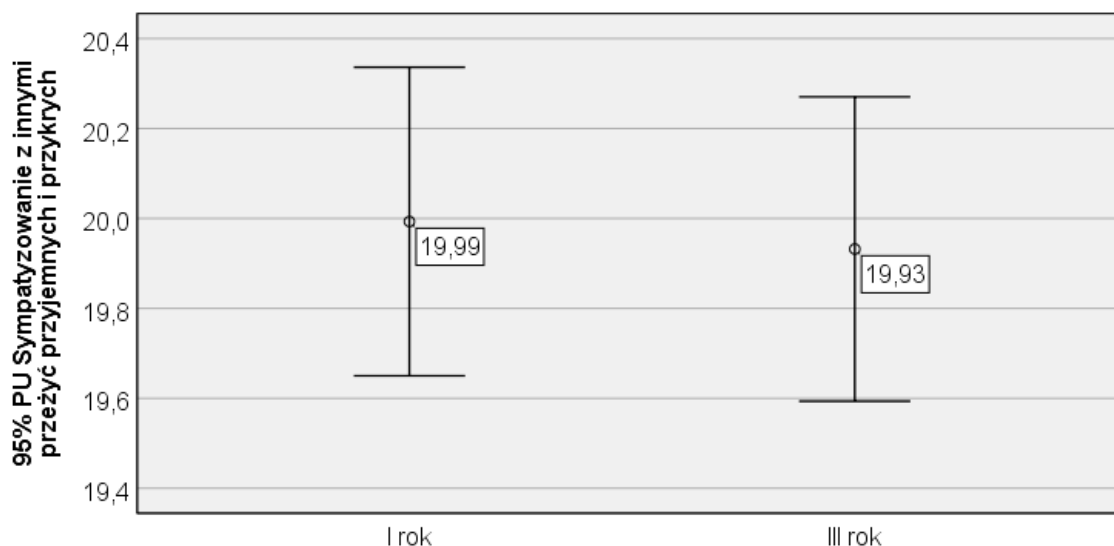
Tabela 22. Porównanie wyników studentów kierunków medycznych w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem empatii mierzonej kwestionariuszem KRE

KRE	Rok	Min	Maks	M	Me	SD	Test t-studenta
Sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	I	12	27	19,99	20,00	2,99	t=2,958
	III	12	27	19,93	20,00	2,95	p=0,003**
Współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	I	2	15	9,38	9,00	1,96	t=0,000
	III	2	15	9,38	9,00	1,96	p=1,000
Wrażliwość na przeżycia innych	I	3	21	14,63	15,00	2,87	t=-2,875
	III	3	21	14,67	15,00	2,84	p=0,004**
Gotowość poświęcania się dla innych	I	5	17	12,39	13,00	2,51	t=-1,417
	III	5	17	12,39	13,00	2,51	p=0,158
Wczuwanie się w stany i przeżycia innych	I	1	9	5,31	5,00	1,54	t=-1,738
	III	1	9	5,32	5,00	1,54	p=0,083
Ogólny poziom empatii	I	36	90	67,61	69,00	9,24	t=0,267
	III	36	90	67,60	69,00	9,20	p=0,790

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup zależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup zależnych, , \*\*p<0,01

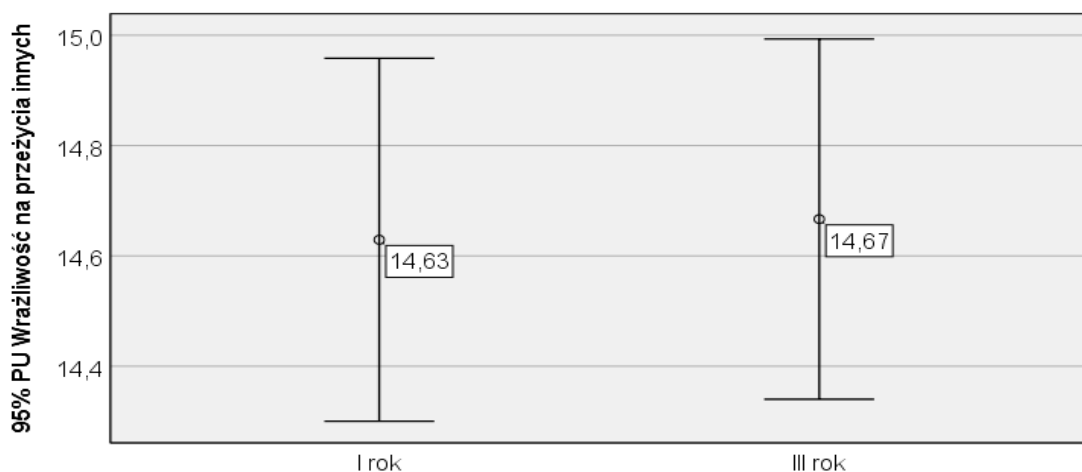
Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego





Ryc. 22. Porównanie wyników studentów kierunków medycznych w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem sympatyzowania z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych mierzonych kwestionariuszem KRE

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego



Ryc. 23. Porównanie wyników studentów w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem wrażliwości na przeżycia innych mierzonych kwestionariuszem KRE

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Test t-studenta dla grup zależnych wykazał, że ogólny poziom empatii emocjonalno-poznawczej w badanej grupie istotnie statystycznie zmalał, chociaż tylko nieznacznie.

Tabela 23. Porównanie wyników studentów kierunków medycznych w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI

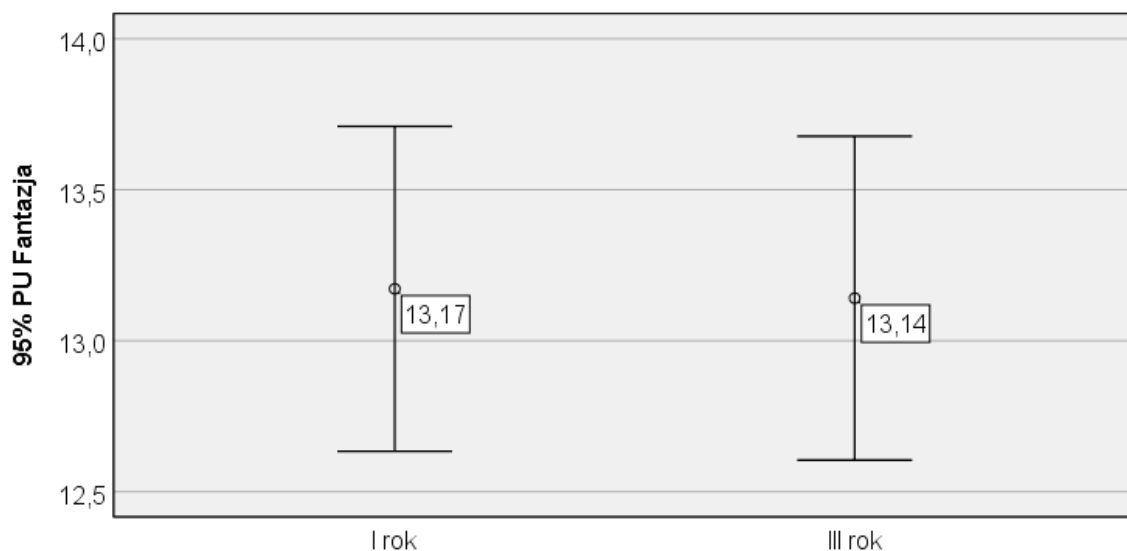
IRI	Rok	Min	Maks	M	Me	SD	Test t-studenta
<b>Fantazja</b>	I	1	20	13,17	14,00	4,66	t=2,519
	III	1	20	13,14	14,00	4,65	p=0,012*
<b>Empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych</b>	I	0	24	12,91	13,00	4,52	t=1,974
	III	0	24	12,88	13,00	4,51	p=0,049*
<b>Empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych</b>	I	2	16	9,93	10,00	2,87	t=-1,672
	III	3	16	9,95	10,00	2,85	p=0,096
<b>Przyjmowanie punktu widzenia innych osób</b>	I	4	20	14,20	14,00	3,12	t=1,898
	III	4	20	14,16	14,00	3,12	p=0,059
<b>Empatia emocjonalno-poznawcza ogółem</b>	I	13	73	50,22	50,00	9,51	t=2,260
	III	13	73	50,14	50,00	9,48	p=0,025*

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup zależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup zależnych, \*p<0,05,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

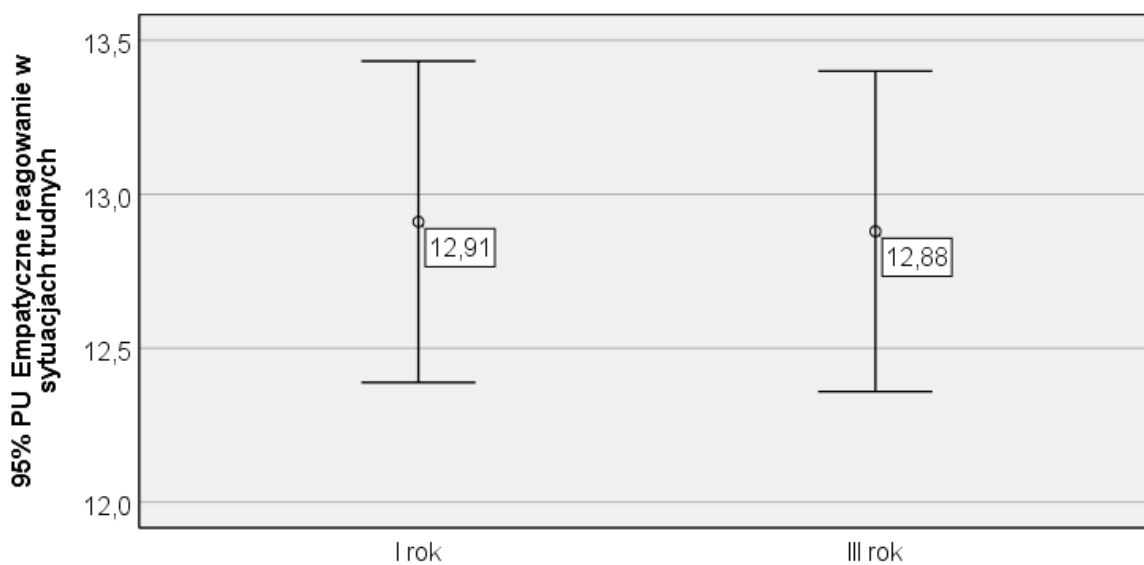
Istotne statystycznie (ale bardzo małe) zmiany pojawiły się w wymiarach fantazji oraz empatycznego reagowania w sytuacjach trudnych.





Ryc. 24. Porównanie wyników studentów kierunków medycznych w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem fantazji mierzonej kwestionariuszem IRI

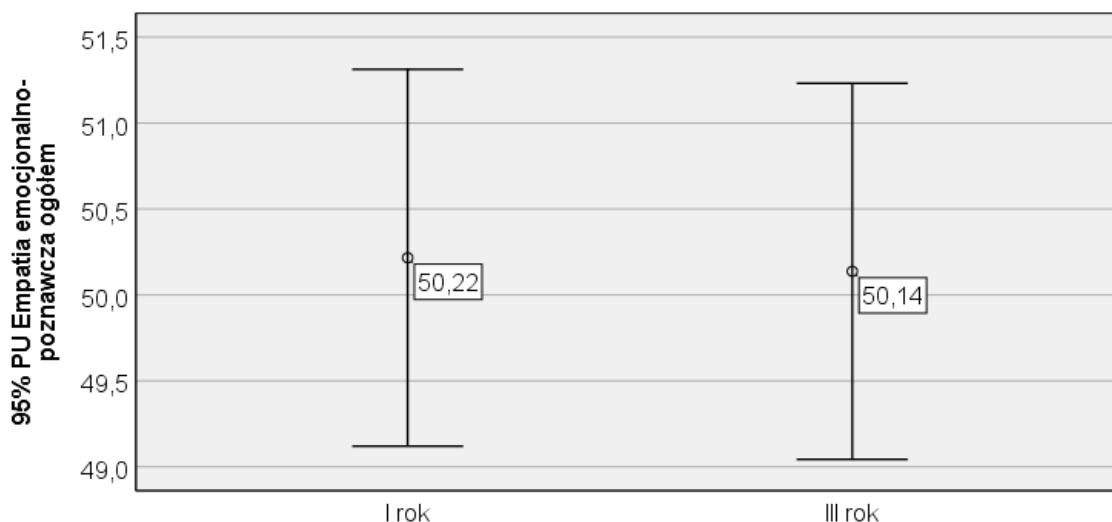
Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego



Ryc. 25. Porównanie wyników studentów kierunków medycznych w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem empatycznych reagować w sytuacjach trudnych mierzonych kwestionariuszem IRI

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego





Ryc. 26. Porównanie wyników studentów kierunków medycznych w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem empatii emocjonalno-poznawczej ogółem mierzonej kwestionariuszem IRI

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

## 6. Różnice poziomu empatii warunkowane płcią w grupie studentów kierunków medycznych

Tabela 24. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem poziomu empatii mierzonej kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych

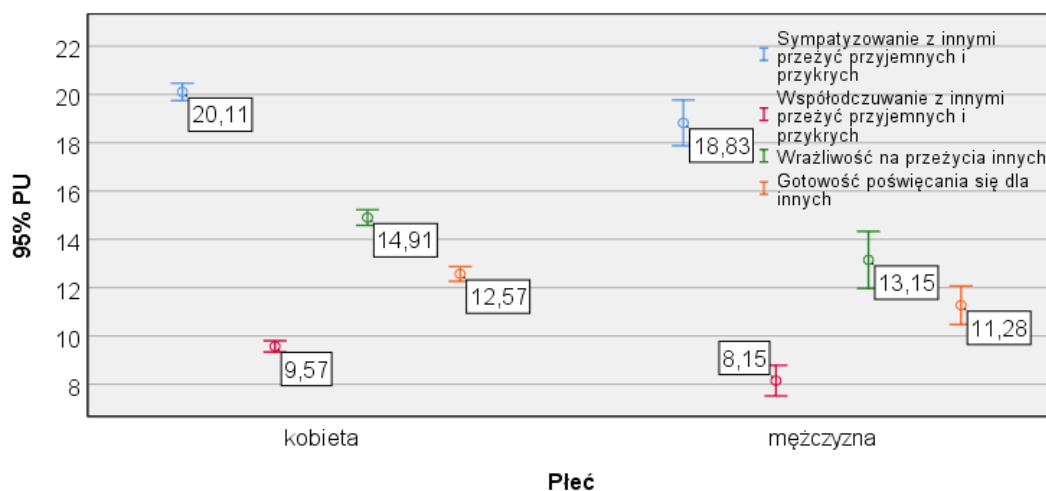
KRE	PŁEĆ				TEST T-STUDENTA	
	KOBIECZA		MĘCZYZNA		t	p
	M	SD	M	SD		
Sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	20,11	2,91	18,83	2,96	2,579	0,010*
Współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	9,57	1,88	8,15	1,98	4,402	<0,001***
Wrażliwość na przeżycia innych	14,91	2,62	13,15	3,69	3,706	<0,001***
Gotowość poświęcenia się dla innych	12,57	2,47	11,28	2,50	3,082	0,002**
Wczuwanie się w stany i przeżycia innych	5,35	1,54	5,10	1,53	0,955	0,340
Ogólny poziom empatii	68,51	8,72	61,83	10,11	4,403	<0,001***

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych, \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

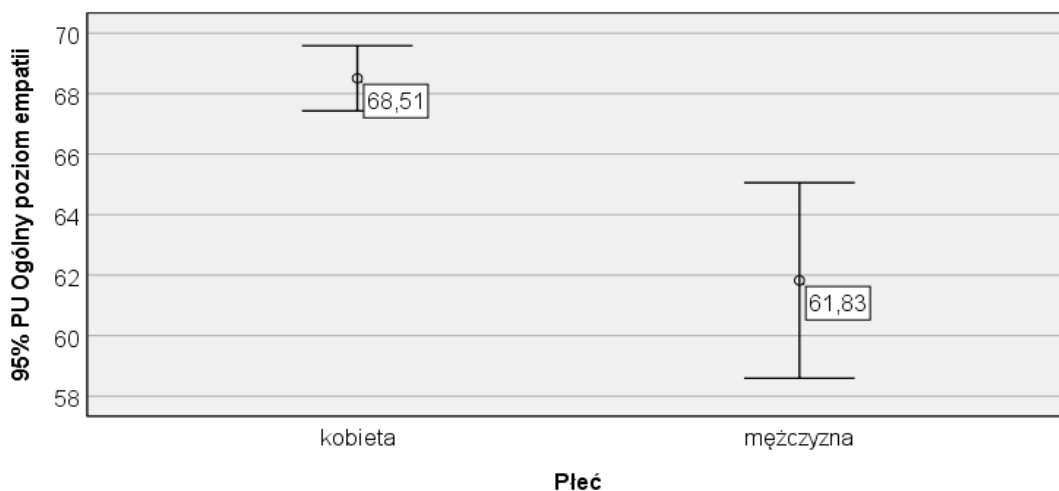


Kobiety charakteryzują się istotnie wyższą empatią ogólną mierzoną KRE od mężczyzn. Różnice istotne statystycznie na korzyść kobiet dotyczą takich wymiarów empatii jak: sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych, współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych, wrażliwość na przeżycia innych oraz gotowość poświęcania się dla innych. Opierając się na normach stenowych można powiedzieć, że ogólny poziom empatii kobiet studiujących kierunki medyczne jest w odniesieniu do całej populacji kobiet dosyć niski (sten 4), a ogólny poziom empatii mężczyzn studiujących kierunki medyczne jest w odniesieniu do całej populacji mężczyzn przeciętny (sten 5).



Ryc. 27. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem wymiarów empatii mierzonej kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego



Ryc. 28. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem ogólnego poziomu empatii mierzonej kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Tabela 25. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem poziomu empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych

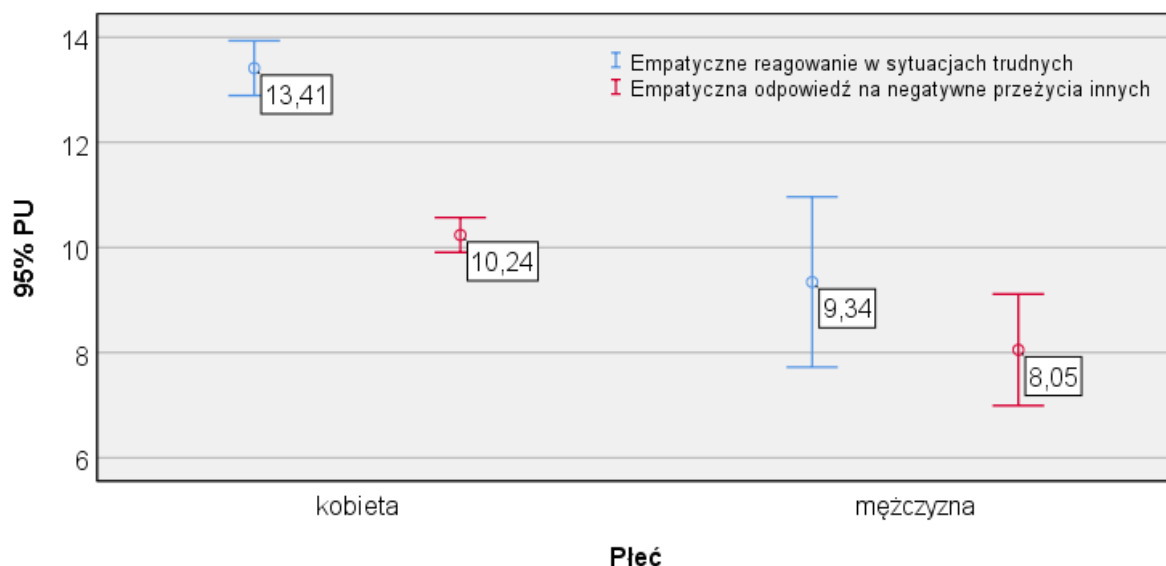
IRI	PŁEĆ				TEST T-STUDENTA	
	KOBIEȃA		MEŹCZYŻNA		t	p
	M	SD	M	SD		
<b>Fantazja</b>	13,29	4,54	12,13	5,28	1,438	0,151
<b>Empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych</b>	13,41	4,21	9,34	4,93	5,433	<0,001***
<b>Empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych</b>	10,24	2,68	8,05	3,23	4,557	<0,001***
<b>Przyjmowanie punktu widzenia innych osób</b>	14,26	2,94	13,50	4,10	1,411	0,159
<b>Empatia emocjonalno-poznawcza ogółem</b>	51,21	8,55	43,03	12,14	5,172	<0,001***

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych, \*\*\*p<0,001

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

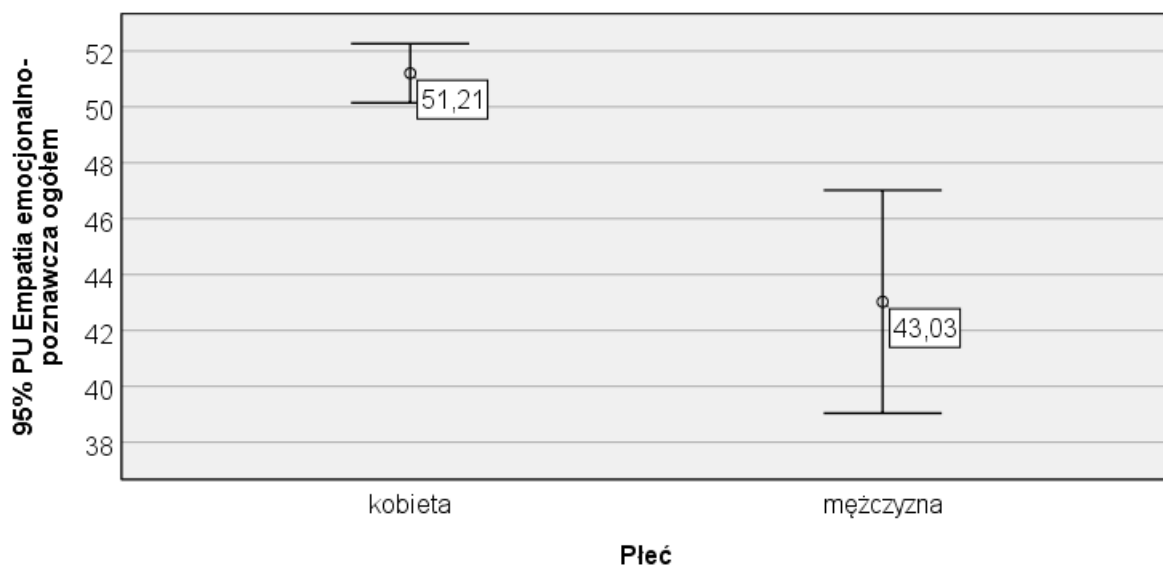
Na podstawie testu t-studenta dla grup niezależnych wykazano, że kobiety charakteryzują się istotnie wyższą aniżeli mężczyźni ogólną empatią emocjonalno-poznawczą mierzoną kwestionariuszem IRI. Różnice istotne statystycznie na korzyść kobiet dotyczą takich wymiarów empatii emocjonalno-poznawczej jak: empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych oraz empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych osób.





Ryc. 29. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem wymiarów empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego



Ryc. 30. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem ogólnego poziomu empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego





## 7. Różnice poziomu empatii warunkowane miejscem pochodzenia w grupie studentów kierunków medycznych

Test t-studenta dla grup niezależnych nie wykazał istotnej statystycznie różnicy między studentami kierunków medycznych ze wsi i studentami kierunków medycznych z miast pod względem ogólnego poziomu empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI.

Tabela 26. Porównanie osób z miasta i ze wsi pod względem empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych

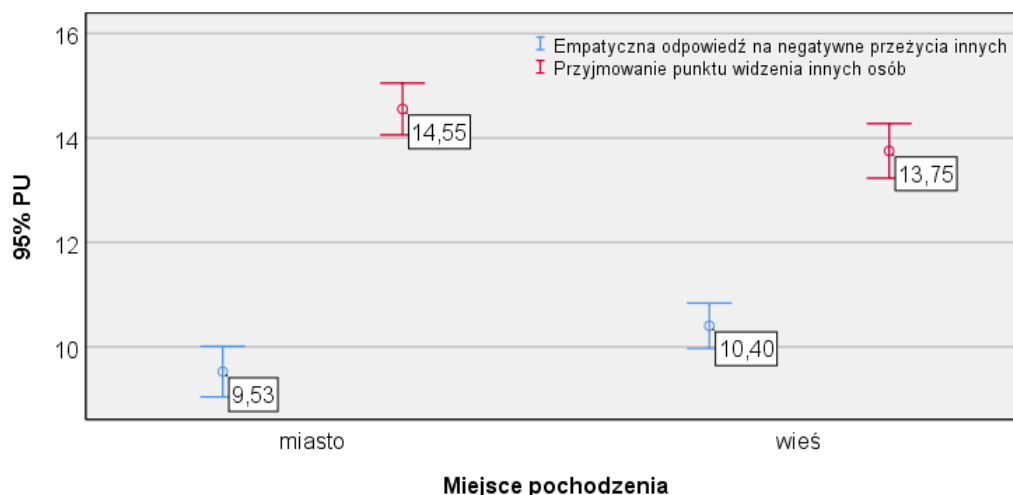
IRI	MIEJSCE POCHODZENIA				TEST T-STUDENTA	
	MIASTO		WIEŚ		t	p
	M	SD	M	SD		
<b>Fantazja</b>	13,57	4,42	12,69	4,85	1,616	0,107
<b>Empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych</b>	12,67	4,11	13,11	4,90	-0,830	0,407
<b>Empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych</b>	9,53	3,00	10,40	2,61	-2,655	0,008**
<b>Przyjmowanie punktu widzenia innych osób</b>	14,55	3,07	13,75	3,13	2,204	0,028*
<b>Empatia emocjonalno-poznawcza ogółem</b>	50,31	8,94	49,95	10,06	0,326	0,745

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych, \*p<0,05, \*\*p<0,01,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Okazało się natomiast, że istotnie wyższy wynik w wymiarze empatycznej odpowiedzi na negatywne przeżycia innych mają osoby ze wsi, niż z miast, a istotnie wyższy wynik w wymiarze przyjmowania punktu widzenia innych osób mają osoby z miast, niż ze wsi.





Ryc. 31. Porównanie osób z miasta i ze wsi pod względem wymiarów empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Tabela 27. Porównanie osób z miasta i ze wsi pod względem empatii mierzonej kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych

KRE	MIEJSCE POCHODZENIA				TEST T-STUDENTA	
	MIASTO		WIEŚ		t	p
	M	SD	M	SD		
Sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	19,82	3,16	20,05	2,71	- 0,656	0,512
Współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	9,51	1,96	9,23	1,95	1,209	0,228
Wrażliwość na przeżycia innych	14,71	3,23	14,62	2,37	0,287	0,774
Gotowość poświęcania się dla innych	12,29	2,51	12,51	2,51	- 0,761	0,447
Wczuwanie się w stany i przeżycia innych	5,16	1,55	5,48	1,52	- 1,779	0,076
Ogólny poziom empatii	67,42	10,12	67,79	8,11	- 0,337	0,736

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego



Test t-studenta dla grup niezależnych nie wykazał istotnej statystycznie różnicy między studentami kierunków medycznych ze wsi i studentami kierunków medycznych z miast pod względem ogólnego poziomu empatii mierzonego kwestionariuszem KRE oraz pod względem żadnego z jego wymiarów.

## 8. Analiza zależności pomiędzy wymiarami empatii mierzonej przez kwestionariusze KRE i IRI

Ogólny poziom empatii mierzony KRE koreluje dodatnio i dosyć silnie z ogólnym poziomem empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej IRI.

Tabela 28. Korelacje pomiędzy empatią mierzoną kwestionariuszem KRE, a empatią emocjonalno-poznawczą mierzoną kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych

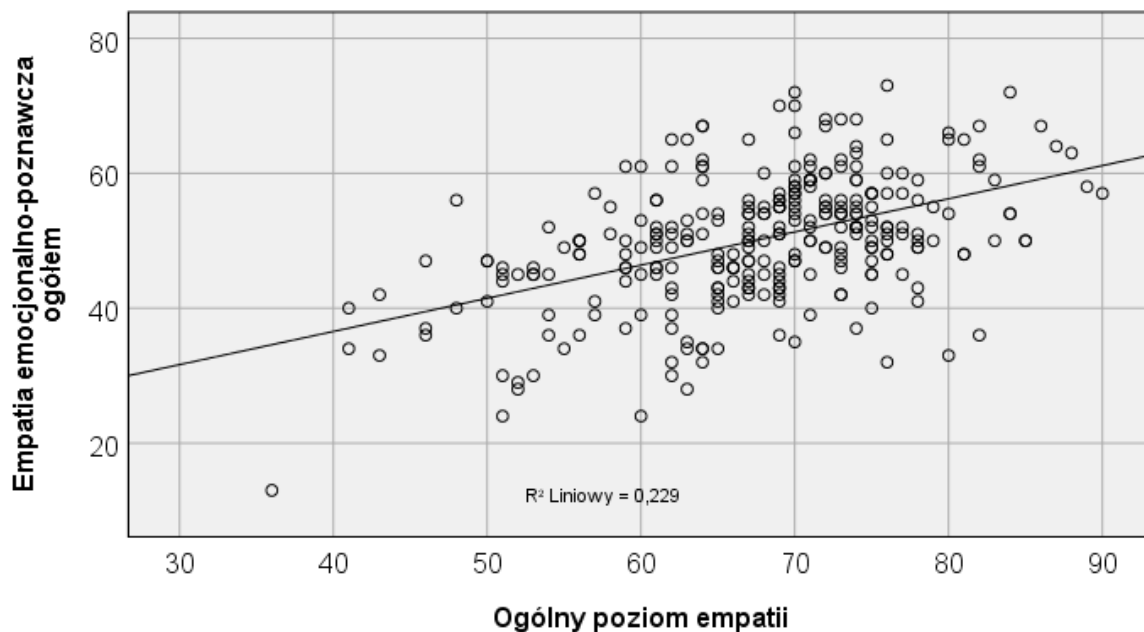
KRE	IRI									
	CZ1		CZ2		CZ3		CZ4		OG	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
S1	0,210	<0,001 ***	0,066	0,264	0,397	<0,001 ***	0,308	<0,001 ***	0,355	<0,001 ***
S2	0,235	<0,001 ***	0,218	<0,001 ***	0,394	<0,001 ***	0,239	<0,001 ***	0,416	<0,001 ***
S3	0,294	<0,001 ***	0,253	<0,001 ***	0,296	<0,001 ***	0,259	<0,001 ***	0,439	<0,001 ***
S4	0,140	0,017 *	0,182	0,002 **	0,334	<0,001 ***	0,179	0,002 **	0,314	<0,001 ***
S5	0,041	0,484	- 0,105	0,075	0,233	<0,001 ***	0,293	<0,001 ***	0,137	0,019 *
OG	0,269	<0,001 ***	0,181	0,002 **	0,467	<0,001 ***	0,367	<0,001 ***	0,479	<0,001 ***

r – współczynnik korelacji r Pearsona, p – istotność współczynnika korelacji r Pearsona, \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Również zdecydowana większość wymiarów IRI koreluje dodatnio z wymiarami KRE. Biorąc pod uwagę wymiary szczegółowe najsilniej korelują ze sobą empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych (IRI CZ3) z sympatyzowaniem z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych (KRE S1) oraz współodczuwaniem z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych (KRE S2).





Ryc. 32. Korelacja pomiędzy ogólnym poziomem empatii mierzonym kwestionariuszem KRE a ogólnym poziomem empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

## 9. Analiza zależności pomiędzy samooceną a dyspozycyjnym optymizmem

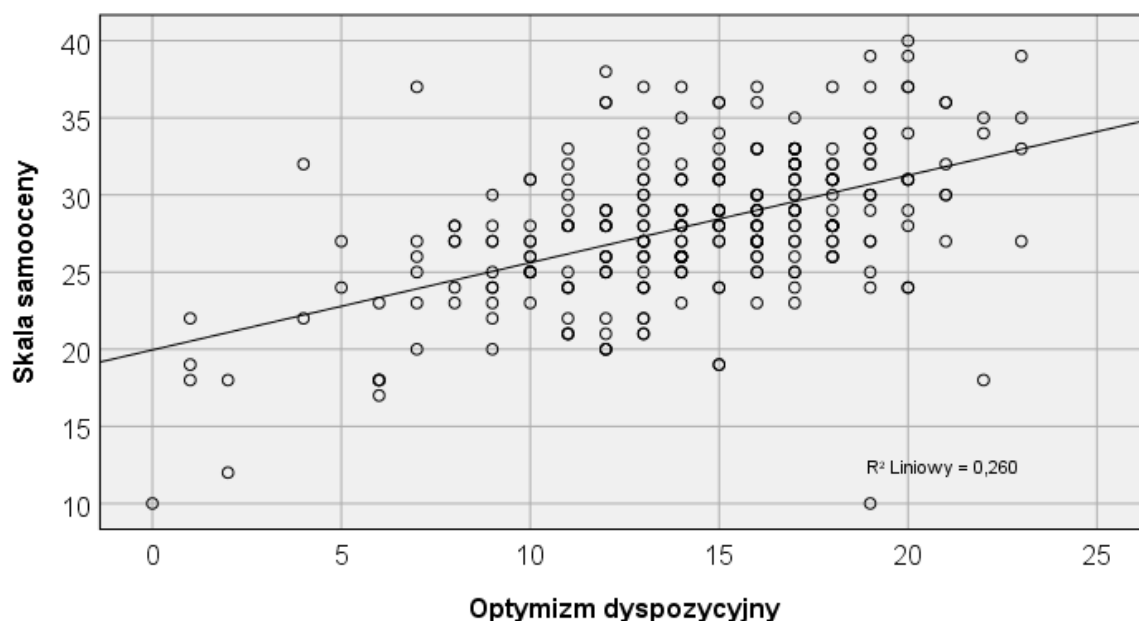
Tabela 29. Korelacja pomiędzy poziomem samooceny a optymizmem dyspozycyjnym w grupie studentów kierunków medycznych

SES Rosenberga	OPTYMIZM DYSPOZYCYJNY	
	r	p
Skala samooceny	0,509	<0,001***

r – współczynnik korelacji r Pearsona, p – istotność współczynnika korelacji r Pearsona, , \*\*\*p<0,001

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Wśród studentów kierunków medycznych zachodzi silna, dodatnia korelacja pomiędzy samooceną, a optymizmem dyspozycyjnym. Im wyższa samoocena, tym większy optymizm dyspozycyjny.



Ryc. 33. Korelacja pomiędzy poziomem samooceny a optymizmem dyspozycyjnym w grupie studentów kierunków medycznych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

## 10. Różnice w poziomie samooceny i dyspozycyjnego optymizmu warunkowane płcią oraz miejscem pochodzenia studentów kierunków medycznych

Tabela 30. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem samooceny mierzonej kwestionariuszem SES Rosenberga w grupie studentów kierunków medycznych

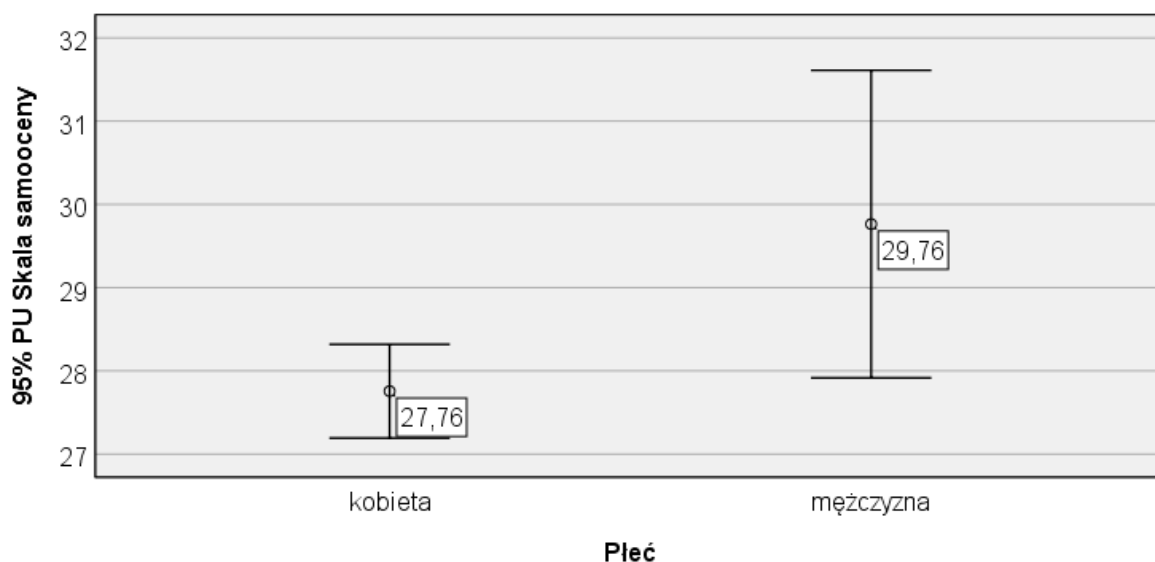
SES Rosenberga	PŁEĆ				TEST T-STUDENTA	
	KOBIECI		MĘŻCZYŻNA		t	p
	M	SD	M	SD		
<b>Skala samooceny</b>	27,76	4,56	29,76	5,62	-2,452	0,015*

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych, \*p<0,05,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Jak wykazał test t-studenta dla grup niezależnych kobiety charakteryzują się istotnie niższą samooceną od mężczyzn. Opierając się na normach stenowych można powiedzieć,

że poziom samooceny kobiet studiujących kierunki medyczne jest w odniesieniu do całej populacji kobiet przeciętny (sten 5) i również poziom samooceny mężczyzn studiujących kierunki medyczne jest w odniesieniu do całej populacji mężczyzn przeciętny (sten 5).



Ryc. 34. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem samooceny mierzonej kwestionariuszem SES Rosenberga w grupie studentów kierunków medycznych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Tabela 31. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem optymizmu dyspozycyjnego mierzonego kwestionariuszem LOT-R w grupie studentów kierunków medycznych

LOT-R	PŁEĆ				TEST T-STUDENTA	
	KOBIECITA		MĘŻCZYCZNA		t	p
	M	SD	M	SD		
<b>Optymizm dyspozycyjny</b>	14,05	4,26	15,35	4,18	- 1,798	0,073

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Mężczyźni studiujący kierunki medyczne nie różnią się istotnie od kobiet studiujących kierunki medyczne pod względem poziomu optymizmu dyspozycyjnego.



Tabela 32. Porównanie osób z miasta i ze wsi pod względem poziomu samooceny mierzonej kwestionariuszem SES Rosenberga w grupie studentów kierunków medycznych

SES Rosenberga	MIEJSCE POCHODZENIA				TEST T-STUDENTA	
	MIASTO		WIEŚ			
	M	SD	M	SD	t	p
<b>Skala samooceny</b>	28,07	5,02	27,96	4,45	0,183	0,855

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Test t-studenta dla grup niezależnych nie wykazał istotnej statystycznie różnicy między studentami kierunków medycznych ze wsi i studentami kierunków medycznych z miast pod względem poziomu samooceny mierzonej kwestionariuszem SES Rosenberga.

Tabela 33. Porównanie osób z miasta i ze wsi pod względem optymizmu dyspozycyjnego mierzonego kwestionariuszem LOT-R w grupie studentów kierunków medycznych

LOT-R	Miejsce pochodzenia				TEST T-STUDENTA	
	miasto		Wieś			
	M	SD	M	SD	t	p
<b>Optymizm dyspozycyjny</b>	14,31	4,13	14,14	4,41	0,332	0,740

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Test t-studenta dla grup niezależnych nie wykazał istotnej statystycznie różnicy między studentami kierunków medycznych ze wsi i studentami kierunków medycznych z miast pod względem optymizmu dyspozycyjnego mierzonego kwestionariuszem LOT-R.



## 11. Zmienność poziomu empatii i wyznaczników poczucia własnej skuteczności warunkowana występowaniem poważnej choroby w bliskiej rodzinie

Test t-studenta dla grup niezależnych nie wykazał istotnej statystycznie różnicy między studentami kierunków medycznych, w których rodzinach występowała poważna choroba, i w których rodzinach nie występowała poważna choroba pod względem ogólnego poziomu empatii mierzonej kwestionariuszem KRE.

Tabela 34. Porównanie osób u których w rodzinie miała miejsce poważna choroba i osób u których w rodzinie nie było poważnej choroby pod względem empatii mierzonej kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych

KRE	POWAŻNE CHOROBY W BLISKIEJ RODZINIE				TEST T-STUDENTA	
	TAK		NIE		t	p
	M	SD	M	SD		
Sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	20,22	3,01	19,52	2,82	2,006	0,046*
Współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych	9,51	1,98	9,20	1,91	1,337	0,182
Wrażliwość na przeżycia innych	14,90	2,78	14,34	2,91	1,683	0,093
Gotowość poświęcania się dla innych	12,31	2,62	12,52	2,34	- 0,701	0,484
Wczuwanie się w stany i przeżycia innych	5,34	1,50	5,28	1,61	0,352	0,725
Ogólny poziom empatii	68,27	9,50	66,66	8,71	1,483	0,139

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych, \*p<0,05,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Okazało się natomiast, że istotnie wyższy wynik w wymiarze sympatyzowania z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych mają osoby u których w rodzinie występowała poważna choroba, niż osoby w których rodzinie nie występowała poważna choroba.



Tabela 35. Porównanie osób u których w rodzinie miała miejsce poważna choroba i osób u których w rodzinie nie było poważnej choroby pod względem empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych

IRI	POWAŻNE CHOROBY W BLISKIEJ RODZINIE				TEST T-STUDENTA	
	TAK		NIE		t	p
	M	SD	M	SD		
<b>Fantazja</b>	13,38	4,62	12,79	4,68	1,072	0,285
<b>Empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych</b>	12,60	4,70	13,28	4,20	-1,252	0,212
<b>Empatyczna odpowiedź na negatywne przeżycia innych</b>	10,01	2,82	9,87	2,90	0,388	0,698
<b>Przyjmowanie punktu widzenia innych osób</b>	14,14	3,11	14,20	3,15	-0,167	0,868
<b>Empatia emocjonalno-poznawcza ogółem</b>	50,13	9,39	50,14	9,67	-0,008	0,994

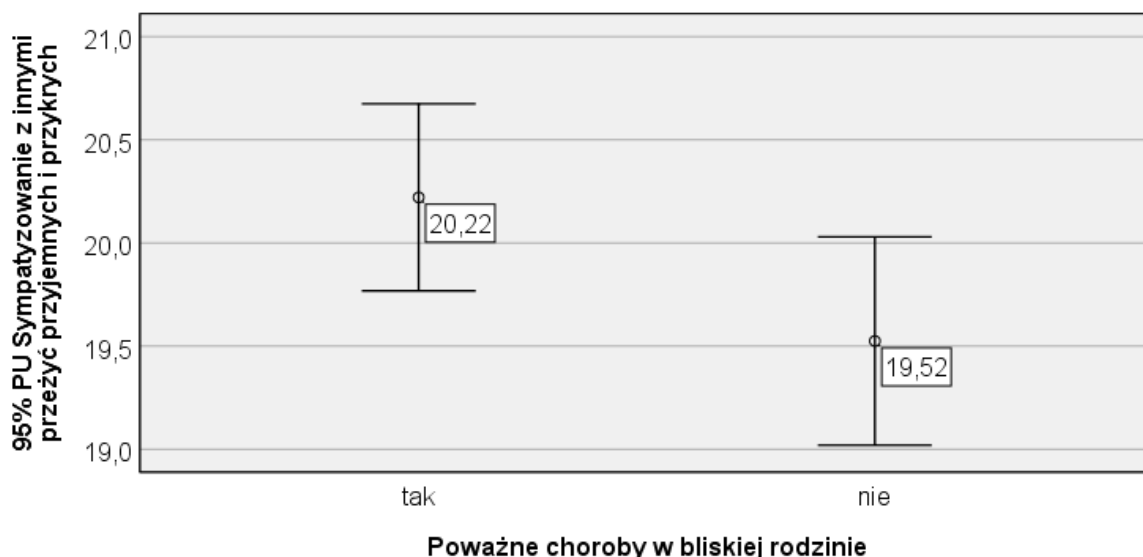
Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Test t-studenta dla grup niezależnych nie wykazał istotnej statystycznie różnicy między studentami kierunków medycznych, w których rodzinach występowała poważna choroba, i w których rodzinach nie występowała poważna choroba pod względem empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI oraz pod względem jej wymiarów.

Następnie biorąc pod uwagę grupę badaną porównano wyniki tych samych studentów w trakcie I roku studiów z wynikami tych samych studentów w trakcie III roku studiów. W przypadku każdej ze zmiennych uwzględniono tych studentów dla których uzyskano wyniki podczas obu pomiarów. Posłużono się statystykami opisowymi oraz testem t-studenta dla grup zależnych.





Ryc. 35. Porównanie osób u których w rodzinie miała miejsce poważna choroba i osób u których w rodzinie nie było poważnej choroby pod względem wymiarów empatii wyrażającego sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych mierzonej kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych  
*Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego*

Tabela 36. Porównanie osób u których w rodzinie miała miejsce poważna choroba i osób u których w rodzinie nie było poważnej choroby pod względem samooceny mierzonej skalą SES Rosenberga w grupie studentów kierunków medycznych

SES Rosenberga	POWAŻNE CHOROBY W BLISKIEJ RODZINIE				TEST T-STUDENTA	
	TAK		NIE		t	p
	M	SD	M	SD		
<b>Skala samooceny</b>	27,83	5,06	28,29	4,26	-0,825	0,410

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych,

*Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego*

Test t-studenta dla grup niezależnych nie wykazał istotnej statystycznie różnicy między studentami kierunków medycznych, w których rodzinach występowała poważna choroba, i w których rodzinach nie występowała poważna choroba pod względem poziomu samooceny mierzonej kwestionariuszem SES Rosenberga.

Tabela 37. Porównanie osób u których w rodzinie miała miejsce poważna choroba i osób u których w rodzinie nie było poważnej choroby pod względem optymizmu dyspozycyjnego mierzonego kwestionariuszem LOT-R w grupie studentów kierunków medycznych

LOT-R	POWAŻNE CHOROBY W BLISKIEJ RODZINIE				TEST T-STUDENTA	
	TAK		NIE		p	p
	M	SD	M	SD		
<b>Optymizm dyspozycyjny</b>	14,19	4,62	14,28	3,71	- 0,172	0,864

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup niezależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup niezależnych,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Test t-studenta dla grup niezależnych nie wykazał istotnej statystycznie różnicy między studentami kierunków medycznych, w których rodzinach występowała poważna choroba, i w których rodzinach nie występowała poważna choroba pod względem optymizmu dyspozycyjnego mierzonego kwestionariuszem LOT-R.

## 12. Zmienność samooceny i dyspozycyjnego optymizmu warunkowana czasem studiów w grupie studentów kierunków medycznych

Jak wykazał test t-studenta dla grup zależnych ogólny poziom samooceny w badanej grupie istotnie statystycznie zmalał. Zmiana ta jest istotna statystycznie, ale niewielka.

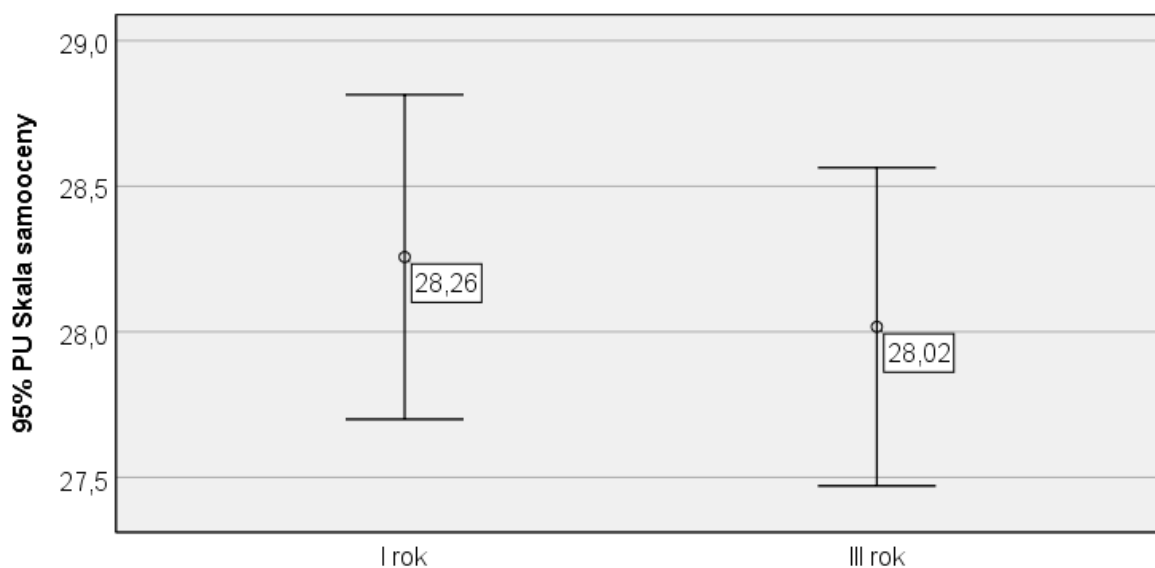
Tabela 38. Porównanie wyników studentów w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem samooceny mierzonej skalą SES Rosenberga w grupie studentów kierunków medycznych

SES Rosenberga	Rok	Min	Maks	M	Me	SD	Test t-studenta
Skala samooceny	I	10	40	28,30	28,00	4,85	t=5,279
	III	10	40	28,02	28,00	4,75	p<0,001***

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup zależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup zależnych, \*\*\*p<0,001

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego





Ryc. 36. Porównanie wyników studentów w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem samooceny mierzonej skalą SES Rosenberga w grupie studentów kierunków medycznych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Tabela 39. Porównanie wyników studentów w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem optymizmu dyspozycyjnego mierzonego kwestionariuszem LOT-R w grupie studentów kierunków medycznych

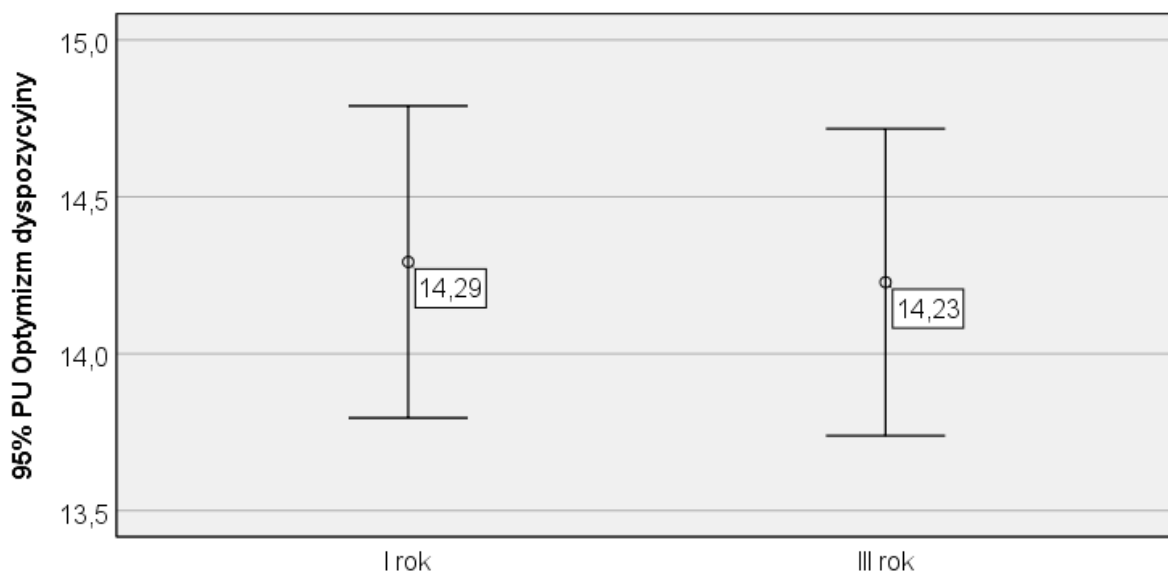
LOT-R	ROK	MIN	MAKS	M	ME	SD	TEST T-STUDENTA
Optymizm dyspozycyjny	I	0	23	14,29	15,00	4,33	t=2,271
	III	0	23	14,23	15,00	4,26	p=0,024*

Min – najniższy wynik w grupie, Maks – najwyższy wynik w grupie, M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t-studenta dla grup zależnych, p – istotność testu t-studenta dla grup zależnych, \*p<0,05,

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

Jak wykazał test t-studenta dla grup zależnych ogólny poziom optymizmu dyspozycyjnego w badanej grupie istotnie statystycznie zmalał. Zmiana ta jest istotna statystycznie, ale bardzo mała.





Ryc. 37. Porównanie wyników studentów w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem optymizmu dyspozycyjnego mierzonego kwestionariuszem LOT-R w grupie studentów kierunków medycznych

Źródło: Opracowanie na podstawie badania własnego

## DYSKUSJA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

Osoby wykonujące zawody medyczne są w szczególny sposób zobligowane do nawiązywania właściwych relacji międzyludzkich, zarówno ze współpracownikami, jak i pacjentami. Relacje z pacjentami posiadają pewne szczególne cechy wyróżniające zawody medyczne od innych praktyk zawodowych, w których relacje międzyludzkie nie przekraczają barier wytyczonych przez cierpienie lub intymność. Dotychczasowe doniesienia naukowe wskazują na istotność empatii, jako psychologicznego zasobu osoby wykonującej zawód medyczny dla tworzenia właściwych relacji z pacjentami. Wyższy poziom empatii emocjonalnej przekłada się na doskonalsze formy prowadzenia komunikacji werbalnej i niewerbalnej z chorym a także wyraża się we wrażliwości interpersonalnej [70]. Jak wykazano w najnowszych badaniach amerykańskich, w tym również badaniach prospektywnych, pacjenci w szpitalnych oddziałach ratunkowych odczuwają tym większą satysfakcję z diagnozowania i leczenia im lekarz przejawia wyższy poziom empatii [71, 72]. W rozpatrywaniu wpływu empatii na jakość relacji lekarz-pacjent i na efekty terapeutyczne należy uwzględnić również takie mediatory jak poczucie własnej skuteczności. Na podstawie prospektywnych badań chińskich wykazano mediacyjną rolę tego zasobu psychologicznego w relacji pomiędzy poziomem empatii lekarza według subiektywnej oceny chorego a markerami stanu zapalnego w grupach pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego i chorobą Leśniowskiego-Crohna [73, 74].

Obecnie postuluje się zwracanie szczególnej uwagi na empatię w procesie edukacji lekarzy, zwłaszcza w kontekście rozwijania umiejętności komunikacji niewerbalnej [75]. Podstawowy okres edukacji w zawodach medycznych, pokrywający się zwykle z czasem studiów pierwszego i drugiego stopnia, wykorzystuje metody edukacyjne kształtowania właściwych relacji z pacjentem. W tym okresie adepci zawodów medycznych nawiązują relacje z pacjentami uczestnicząc w zajęciach z przedmiotów klinicznych, udzielając - jeszcze ograniczonych zakresowo - świadczeń medycznych podczas praktyk studenckich. Niezmiernie istotne jest właściwe zaprogramowanie ścieżek edukacyjnych dla poszczególnych zawodów medycznych tak, aby uwzględniały one elementy wzmacniania empatii, i o ile to możliwe, w odniesieniu do osobowych predyspozycji studentów. Zwraca się uwagę na istotność zależności postaw nacechowanych empatią wobec osoby cierpiącej od zasobów psychologicznych, jakimi dysponują adepci zawodów medycznych. Postuluje się stosowanie strategii interwencyjnych wzmacniających „pro-empatyczne” postawy studentów medycyny



[76, 77]. W tym nurcie badawczym mieści się zakres badań własnych przeprowadzonych na potrzeby niniejszej dysertacji. W ramach zrealizowanej procedury badawczej oceniono istnienie współzależności pomiędzy poziomem empatii emocjonalno-poznawczej studentów kierunków medycznych i niemedycznych badanej przy pomocy Kwestionariusza Rozumienia Empatycznego (KRE) oraz Indeksu Reaktywności Interpersonalnej (IRI) – a dyspozycyjnym optymizmem i samooceną. Te dwie ostatnie kategorie racjonalizowano w projekcie badawczym, jako elementy poczucia własnej skuteczności, czyli samoskuteczności, sugerując się między innymi opinią Z. Juczyńskiego podkreślającego, że uogólnione poczucie własnej skuteczności może być porównywane z pojęciem dyspozycyjnego optymizmu, sformułowanym przez Scheiera i Carvera w 1985 roku i badanym przy pomocy Testu Orientacji Życiowej [78]. Poczucie własnej skuteczności, jako osobiste przeświadczenie, że dana osoba posiada możliwości realizowania zadań w różnych okolicznościach i o różnym stopniu trudności, wiąże się także w istotny sposób z samooceną, chociaż nie jest z nią tożsame. Samoskuteczność stanowi zmienną odpowiedzialną za powodzenie lub niepowodzenie podejmowanych działań [79]. W tym kontekście należy zaznaczyć, że w projekcie badań własnych nieco, w opozycji do postulatów A. Bandury, nie oddzielano powiązań pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a oczekiwaniem korzystnego rezultatu własnych działań, przykładając szczególną wagę do elementu dyspozycyjnego optymizmu.

Analiza danych przeprowadzona w poprzedniej części rozprawy umożliwiła potwierdzenie zarówno hipotezy głównej H.1, jak i hipotez szczegółowych H.1.1 oraz H.1.2. Należy jednak zauważyć, że potwierdzenie tych hipotez umożliwiła przede wszystkim analiza danych zebranych przy pomocy Indeksu Reaktywności Interpersonalnej (IRI). Stwierdzono, że wyższy poziom dyspozycyjnego optymizmu wiązał się z istotnie statystycznie niższym ogólnym poziomem empatii emocjonalno-poznawczej. Zależność ta wynikała przede wszystkim z analogicznej zależności dyspozycyjnego optymizmu względem składowej IRI wyrażającej empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych. W odniesieniu do Kwestionariusza Rozumienia Empatycznego (KRE) zidentyfikowano tylko pojedynczą korelację o dodatnim kierunku zależności pomiędzy dyspozycyjnym optymizmem a wczuwaniem się w stany i przeżycia innych osób. Jest to jednak zależność bardzo słaba i nieprzekładająca się na analogiczną zależność w odniesieniu do wyniku ogólnego poziomu empatii KRE. Warto zauważyć, że w badaniach przeprowadzonych wśród włoskich wolontariuszy medycznych również odnotowano odmienne zależności pomiędzy elementem empatycznym wyrażającym wczuwanie się w przeżycia innych osób i dyspozycyjnym



optymizmem a pozostałymi składowymi opisującymi inne aspekty empatii [80]. Powyższe zależności występowały zarówno w początkowej fazie studiów, jak i w tej samej grupie studentów w drugim punkcie badania podłużnego. Należy, zatem wnioskować o względną niezmienności stwierdzonych zależności pomiędzy dyspozycyjnym optymizmem a empatią niezależnie od zaawansowania edukacji medycznej.

Wyniki badań własnych umożliwiają również potwierdzenie hipotez: głównej H.2, oraz szczegółowych H.2.1 oraz H.2.2. Podobnie jak w przypadku dyspozycyjnego optymizmu zasadniczy wkład w weryfikację tych hipotez miały dane pozyskane przy pomocy Indeksu Reaktywności Interpersonalnej (IRI). Stwierdzono, że wyższa samoocena w grupach badanych studentów zarówno kierunków medycznych, jak i niemedycznych korelowała z niższym ogólnym poziomem empatii emocjonalno-poznawczej. Zależność ta wynikała z analogicznych powiązań samooceny z dwiema składowymi IRI opisującymi: empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych oraz empatyczną odpowiedź na negatywne przeżycia innych osób. W odniesieniu do Kwestionariusza Rozumienia Empatycznego (KRE) zidentyfikowano dwie korelacje – pierwszą o ujemnym kierunku zależności pomiędzy samooceną a współodczuwaniem z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych oraz drugą – analogicznie jak w przypadku dyspozycyjnego optymizmu o dodatnim kierunku zależności ze składową KRE wyrażającą wczuwanie się w stany i przeżycia innych osób. Obie te zależności są jednak bardzo słabe - o bezwzględnych wartościach współczynników korelacji poniżej 0,2 - i nie przełożyły się na analogiczną zależność w odniesieniu do wyniku ogólnego poziomu empatii Kwestionariusza Rozumienia Empatycznego (KRE). Wyłaniający się z przeanalizowanych danych wniosek, że wyższy poziom samooceny może być powiązany z niższym poziomem empatii poznawczej i emocjonalnej potwierdzają wcześniejsze badania hiszpańskie przeprowadzone w grupie 991 nastolatków w przedziale wiekowym 12-19 lat [81]. Podobnie jak w badaniach własnych autorzy tego badania zidentyfikowali odwrotnie proporcjonalne zależności pomiędzy wynikami respondentów uzyskanymi w skali Samooceny Rosenberga a empatią poznawczą oraz dwoma aspektami empatii emocjonalnej, przy zastosowaniu Basic Empathy Scale (BES). Warto zauważyć, że jednocześnie uzyskano dodatnią korelację pomiędzy samooceną nastolatków a zwracaniem uwagi na emocje innych osób [80]. Stosując kwestionariusz BES w badaniu 1601 hiszpańskich pielęgniarek w przedziale wiekowym 22-60 lata i zróżnicowanym stażu pracy uzyskano analogiczną zależność w odniesieniu do empatii emocjonalnej. Natomiast korelacje uzyskane pomiędzy samooceną i poczuciem własnej skuteczności a wymiarami skali BES opisującymi empatię poznawczą oraz aspekty





interpersonalne empatii posiadały odmienny – dodatni kierunek zależności [82, 83]. Natomiast w badaniach chińskich przeprowadzonych wśród 1690 studentów medycyny stwierdzono wprost proporcjonalną zależność pomiędzy samooceną a ogólnym poziomem empatii mierzonym przy wykorzystaniu Jefferson Scale of Physician Empathy-Student Version (JSPE-S) [84]. Natomiast autorzy podobnych badań z Trynidadu i Tobago wskazują na stosunkowo niewielkie związki pomiędzy samooceną a empatią w grupie studentów medycyny [85]. W kontekście przeprowadzonych porównań pomiędzy uzyskanymi wynikami badań własnych z wynikami innych autorów należy zauważyć, że empatia stanowi zasób psychologiczny niezwykle trudny do jednoznacznego opisanie w ramach stosowanych narzędzi badawczych. Narzędzia te wyrażają różnorodne aspekty empatii: poznawczy (podejmowanie decyzji, reagowanie w sytuacjach trudnych), emocjonalny (współodczuwanie), interpersonalny (wczuwanie się w przeżycia innej osoby, gotowość do poświęceń). Przeanalizowane wyniki sugerują istnienie, zwłaszcza wśród adeptów zawodów medycznych, zależności odwrotnie proporcjonalnych pomiędzy aspektami poznawczymi i emocjonalnymi a psychologicznymi wyznacznikami poczucia własnej skuteczności oraz zależności wprost proporcjonalnej, chociaż znacznie słabiej wyrażonej, pomiędzy tymi wyznacznikami a aspektami interpersonalnymi empatii. Podobnie jak w przypadku dyspozycyjnego optymizmu, także w odniesieniu do samooceny można wnioskować o względnej niezmienności stwierdzonych zależności tworzonych z poszczególnymi składowymi opisującymi różnorodne aspekty empatii niezależnie od zaawansowania edukacji medycznej. Bardzo zbliżone wyniki korelacji uzyskano bowiem zarówno podczas badania studentów na początku edukacji medycznej, jak i po upływie istotnego czasu studiów, czyli już w trakcie trzeciego roku.

Uzyskane dane w badaniach własnych umożliwiły weryfikację hipotezy głównej H.3 oraz hipotez szczegółowych H.3.1. oraz H.3.2. Adepti zawodów medycznych przejawiali istotnie statystycznie wyższy poziom empatii aniżeli studenci kierunków niemedycznych stanowiący grupę kontrolną. Różnice te zaznaczyły się przede wszystkim w odniesieniu do składowych kwestionariusza KRE opisujących współodczuwanie i wrażliwość na przeżycia innych osób oraz gotowość poświęcania się dla innych. Różnice te przełożyły się na wynik w ogólnym poziomie empatii mierzonej w ramach KRE. Podobne różnice wykazano także analizując wyniki uzyskane przy zastosowaniu kwestionariusza IRI. Studenci kierunków medycznych przejawiali wyższy, względem grupy kontrolnej, poziom empatii zarówno w zakresie wyniku ogólnego, jak i empatycznej odpowiedzi na negatywne przeżycia, przyjmowania punktu widzenia innych osób oraz empatyczne reagowanie w sytuacjach



trudnych. Studenci z grupy badanej w drugim punkcie badania uzyskali również wyższy wynik w wymiarze fantazji kwestionariusza IRI. Analogiczne różnice pomiędzy grupą badaną i grupą kontrolną odnotowano zarówno w początkowym okresie studiów, jak i po upływie istotnego czasu w procesie edukacyjnym, tj. w drugim punkcie badania prospektywnego. Potwierdzenie założonych hipotez powinno jednak zostać zespolone z zastrzeżeniem, że przytoczone różnice pomiędzy grupą badaną i kontrolną mogą wynikać z istotnych różnic w zakresie struktury tych grup ze względu na płeć. W grupie badanej zdecydowanie dominowały osoby płci żeńskiej a uzyskane wyniki badań własnych wskazują jednoznacznie na fakt, że kobiety przejawiają istotnie wyższy poziom empatii aniżeli mężczyźni zarówno w odniesieniu do wyników ogólnych, jak i większości poszczególnych wymiarów empatii mierzonej przy zastosowaniu kwestionariuszy KRE i IRI.

Analiza wyników prospektywnych badań własnych pozwoliła na potwierdzenie hipotezy H.4. Stwierdzono nieznaczny, chociaż statystycznie znamieny, spadek poziomu empatii pomiędzy pierwszym i drugim punktem badania podłużnego wśród studentów kierunków medycznych. Różnice te dotyczyły zarówno kwestionariusza KRE: sympatyzowanie z innymi, jak i IRI: fantazja, empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych, empatia emocjonalno-poznawcza ogółem. Odstępstwem od tych obserwacji była jedyna odmienna, statystycznie istotna różnica w zakresie składowej KRE opisującej wrażliwość na przeżycia innych osób. W tym przypadku nieco wyższy poziom wrażliwości deklarowali studenci po upływie prawie trzech lat studiów medycznych. Wyniki badań własnych korespondują, w pewnym zakresie, z wynikami innych badań przeprowadzonych na gruncie polskim, w których zidentyfikowano spadek poziomu empatii u studentów po trzecim roku studiów, niezależnie od rodzaju uczelni [86]. Zmniejszenie poziomu empatii po trzecim roku studiów medycznych stwierdzono także w badaniach tureckich [87] oraz amerykańskich, w których w pierwszym etapie zbadany i porównany został poziom empatii studentów na początku i końcu III roku studiów, w kolejnym, drugim etapie badania porównano poziom empatii studentów rozpoczynających naukę na I roku ze studentami kończącymi I rok i kolejne lata studiów. Wyniki wykazały, że największe zmiany nastąpiły podczas III roku studiów – poziom empatii obniżył się istotnie statystycznie [88]. Podejmując próbę wyjaśnienia tych zależności można zasugerować występowanie zjawiska od-idealizowania rzeczywistości zawodowej wraz z wdrażaniem się w obszar kompetencji dla danego zawodu medycznego. Nie można także wykluczyć wpływu doświadczeń życiowych, o które respondenci w drugim punkcie badania podłużnego byli wzbogaceni poprzez kolejne lata funkcjonowania w życiu



społecznym. Fakt zachodzenia ewolucyjnej modyfikacji postaw wobec innych osób, ale również w ocenie własnych możliwości potwierdza również istotny statystycznie, chociaż podobnie jak w przypadku empatii, nieznaczny spadek poziomu samooceny i dyspozycyjnego optymizmu pomiędzy pierwszym i drugim punktem badania podłużnego.

Potwierdzono także hipotezę H.5. Zgodnie z przeanalizowanymi danymi uzyskanymi przy wykorzystaniu KRE kobiety przejawiały istotnie wyższy ogólny poziom empatii, jak i w niemal wszystkich składowych tego kwestionariusza. Hipotezę H.5 potwierdzają również dane dostarczone przy wykorzystaniu kwestionariusza IRI. Kobiety przejawiały istotnie statystycznie wyższy poziom empatii w zakresie składowych tego narzędzia badawczego opisujących: empatyczne reagowanie w sytuacjach trudnych, empatyczną odpowiedź na negatywne przeżycia innych osób, jak i w odniesieniu do ogólnego wyniku empatii emocjonalno-poznawczej. Podobne wyniki uzyskano w badaniach brytyjskich [89] i brazylijskich [90] i amerykańskich, w których wykazano, iż studentki kierunków medycznych przejawiały istotnie wyższy poziom empatii aniżeli mężczyźni. W swoich badaniach Hojat i wsp. wykazali również, że poziom empatii u kobiet był bardziej stabilny niż u mężczyzn [91]. Uzyskane wyniki badań własnych pozwalające potwierdzić hipotezę H.5 posiadają istotne znaczenie dla interpretacji wyników na podstawie których zweryfikowano hipotezę H.3. Należy bowiem zwrócić uwagę, że o ile w grupie kontrolnej udział procentowy kobiet i mężczyzn był zbliżony: 53% kobiet i 47% mężczyzn o tyle w grupie studentów kierunków medycznych była w tym względzie bardzo znacząca dysproporcja: 86% kobiet wobec 14% mężczyzn. Uwzględniając fakt, że kobiety przejawiały istotnie wyższy poziom empatii aniżeli mężczyźni należy uwzględnić – wcześniej już zasygnalizowaną - poprawkę na dysproporcję płci w grupie badanej weryfikując hipotezę H.3.

Na podstawie przeprowadzonych badań nie można uznać zarówno miejsca pochodzenia osoby badanej, jak i deklarowanego faktu występowania w bliskiej rodzinie poważnej choroby za istotne czynniki modulujące poziom empatii. Miejsce pochodzenia studentów nie stanowiło modyfikatora poziomu empatii zarówno w odniesieniu do całości kwestionariusza KRE i IRI, jak i dyspozycyjnego optymizmu oraz samooceny. Wyjątkiem w zakresie występowania poważnej choroby w rodzinie był jedynie wymiar kwestionariusza KRE opisujący sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych. Studenci kierunków medycznych deklarujący występowanie w ich rodzinach przypadku poważnej choroby przejawiali istotnie wyższy poziom empatii w odniesieniu do tej składowej.



Do najważniejszych ograniczeń badań własnych należy zaliczyć fakt, że były to badania jednoosrodkowe – grupę badaną stanowili studenci kierunków medycznych wyłącznie Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, grupę kontrolną zaś studenci kierunków technicznych Politechniki Lubelskiej. Dobór badanej populacji był ochotniczy, co również jest pewnym ograniczeniem. W zakresie ograniczeń należy również odnotować, wzmiankowaną wcześniej, istotną dysproporcję pomiędzy mężczyznami i kobietami w grupie badanej. W zakresie przyszłych badań nad empatią warto zasugerować stosowanie pakietów kwestionariuszy umożliwiających pomiar różnych aspektów empatii. W przyszłych badaniach istotne jest także monitorowanie preferencji studentów, co do zamiaru wyboru specjalizacji – interesujący może być związek tych preferencji z ich poziomem empatii. W piśmiennictwie medycznym podkreśla się istotność zależności pomiędzy poziomem empatii a rodzajem specjalizacji jaki są gotowi w momencie badania wybierać adepci zawodów medycznych.

Zaletą badań własnych jest fakt, iż są to badania prospektywne, wykonane dwukrotnie w tych samych grupach osób badanych. Pozwala to na prześledzenie ewolucji poziomu empatii wśród grupy badanej pomiędzy I i III rokiem studiów. W przyszłości warto rozważyć badania prospektywne trzypunktowe uwzględniając ostatni rok nauki na studiach medycznych, które pokazałyby całościowy obraz procesu kształtowania się postaw empatycznych.



## Wnioski

1. W badanej grupie studentów wyższa gotowość empatycznego reagowania w sytuacjach trudnych była związana z niższym poziomem dyspozycyjnego optymizmu i niższą samooceną.
2. Charakter zależności pomiędzy empatią emocjonalno-poznawczą a wyznacznikami samoskuteczności nie ulegają modyfikacjom z upływem czasu edukacji medycznej.
3. W badanej grupie studenci kierunków medycznych przejawiali wyższy poziom empatii aniżeli studenci kierunków niemedycznych, co mogło wynikać z różnic w strukturach porównywanych grup ze względu na płeć.
4. Poziom empatii wśród studentów kierunków medycznych zmniejszał się w trakcie edukacji medycznej pomiędzy pierwszym i trzecim rokiem studiów.
5. W badanej grupie studentów kobiety przejawiały istotnie wyższy poziom empatii aniżeli mężczyźni.



## Streszczenie

### *Empatia emocjonalno-poznawcza a poczucie własnej skuteczności wśród studentów kierunków medycznych*

#### *Wprowadzenie*

Specyfika zawodów medycznych wymaga od studentów nie tylko nabycia zakresu wiedzy oraz praktycznych umiejętności lecz również przejścia procesu transformacji w zakresie relacji międzyludzkich. Empatia może podlegać ciągłym zmianom pod wpływem czynników takich jak relacje społeczne, doświadczenia życiowe i kulturowe. Wielu współczesnych badaczy empatii zwraca uwagę jak ważna jest potrzeba empatii w ochronie zdrowia. Człowiek chory oczekuje od lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego postawy empatycznej, ponieważ zdaje sobie sprawę z własnej ułomności spowodowanej chorobą i potrzebuje a wręcz oczekuje pomocy drugiej osoby. Pracownicy służby zdrowia muszą wykazywać się w swojej pracy zrozumieniem cierpienia chorych, ich potrzeb oraz poświęceniem.

#### *Cel badań*

Celem badań doktorskich było określenie poziomu empatii emocjonalno-poznawczej u studentów kierunków medycznych oraz sprawdzenie czy poziom empatii zmienia się w procesie kształcenia. Celem dodatkowym było określenie zależności pomiędzy empatią a poczuciem własnej skuteczności i samooceną jako wyznacznikami poczucia własnej skuteczności.

#### Hipotezy badawcze:

H.1. Występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i dyspozycyjnego optymizmu wśród studentów kierunków medycznych.

H.1.1. Występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i dyspozycyjnego optymizmu wśród studentów kierunków medycznych w początkowym okresie studiowania.

H.1.2. Występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i dyspozycyjnego optymizmu wśród studentów kierunków medycznych po upływie istotnej części czasu studiów.



H.2. Występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i samooceny wśród studentów kierunków medycznych.

H.2.1. Występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i samooceny wśród studentów kierunków medycznych w początkowym okresie studiowania.

H.2.2. Występuje współzależność empatii emocjonalno-poznawczej i samooceny wśród studentów kierunków medycznych po upływie istotnej części czasu studiów.

H.3. Studenci kierunków medycznych różnią się poziomem empatii względem studentów kierunków niemedycznych.

H.3.1. Studenci kierunków medycznych różnią się poziomem empatii względem studentów kierunków niemedycznych w początkowym okresie studiowania.

H.3.2. Studenci kierunków medycznych różnią się poziomem empatii względem studentów kierunków niemedycznych po upływie istotnej części czasu studiów.

H.4. Postęp studiów wpływa na zmianę poziomu empatii.

H.5. Płeć stanowi czynnik różnicujący poziom empatii wśród studentów kierunków medycznych.

#### *Metody i narzędzia badawcze:*

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystanymi narzędziami były standaryzowane kwestionariusze badawcze: Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego (KRE) – A. Węgliński, Indeks Reaktywności Interpersonalnej (IRI) – M.H. Davis w adaptacji polskiej autorstwa A. Lewickiej, Skala Samooceny Rosenberga (SES) M. Rosenberga w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łaguny, Test Orientacji Życiowej (LOT-R – Life Orientation Test) autorstwa Michaela Scheiera, Charlesa Carvera, Michaela Bridgesa w polskiej adaptacji Ryszarda Poprawy i Zygfrieda Juczyńskiego.

#### *Metody i analizy statystyczne*

Analiza statystyczna wyników badania została wykonana w programie IBM SPSS Statistics 26. Posłużono się w niej następującymi testami i współczynnikami statystycznymi:



współczynnik korelacji  $r$  Pearsona, Test t-studenta dla grup niezależnych, Test t-studenta dla grup zależnych.

Dodatkowo dla istotnych statycznie różnic wykonano wykresy średnich, na których przedstawiono średnie arytmetyczne porównywanych grup oraz zakresy przedziałów ufności 95%. Dla korelacji wyników ogólnych wykonano wykresy rozrzutu wraz ze współczynnikiem dopasowania  $R^2$ .

### *Przebieg badań oraz charakterystyka badanej populacji*

Realizację procedury badawczej rozpoczęto po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (KE-0254/280/2017).

Badania miały charakter prospektywny dwuetapowy. Grupę badaną stanowili studenci Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, którzy zostali przebadani w pierwszym i trzecim roku nauki na studiach. Grupę kontrolną stanowili studenci kierunków technicznych Politechniki Lubelskiej również przebadani w pierwszym i trzecim roku nauki na danym kierunku.

Pierwszy etap badania odbył się w listopadzie 2018 roku – w pierwszym semestrze studiów. Drugi etap badania odbył się w kwietniu 2021 roku – w szóstym semestrze studiów. Celowość wyboru okresów badań wynika z faktu, iż na trzecim roku studenci grupy badanej zaczynają realizację zajęć klinicznych i po raz pierwszy mają styczność z pacjentem.

Badanie zostało przeprowadzone bezpośrednio poprzez wręczenie studentom zestawu kwestionariuszy.

W I etapie badania wzięło udział 399 respondentów, spośród których 304 stanowiło grupę badaną (studenci kierunków medycznych), a 95 grupę kontrolną (studenci kierunków niemedycznych).

W II etapie badania udział wzięło 386 (spośród 399 biorących udział w I etapie) respondentów. W grupie badanej znalazło się 294 studentów (kierunków medycznych) a w grupie kontrolnej 92 studentów (kierunków niemedycznych).





## *Wyniki badań*

Badania wykazały, że studenci kierunków medycznych wykazują większy ogólny poziom empatii emocjonalno-poznawczej mierzony kwestionariuszem KRE oraz kwestionariuszem IRI niż studenci kierunków niemedycznych (badana –  $t=5,250$ , kontrolna –  $p=0,000$ ). Istotne różnice na korzyść grupy badanej odnotowano w takich szczegółowych wymiarach jak: sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych (badana –  $t=2,161$ , kontrolna –  $p=0,031$ ), współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych (badana –  $t=6,407$ , kontrolna –  $p=0,000$ ), wrażliwość na przeżycia innych (badana –  $t=4,280$ , kontrolna –  $p=0,000$ ) oraz gotowość poświęcania się dla innych (badana –  $t=5,091$ , kontrolna –  $p=0,000$ ).

Wykazano, że wśród studentów kierunków medycznych, w I i II etapie badania, nie występuje istotna statystycznie korelacja pomiędzy ogólnym poziomem empatii mierzonym KRE a optymizmem dyspozycyjnym. Okazało się natomiast, że im większy optymizm dyspozycyjny, tym większa empatia w wymiarze wczuwania się w stany i przeżycia innych. W wynikach badań przeprowadzonych kwestionariuszem IRI (w I i II etapie) wykazano, że im większy optymizm dyspozycyjny, tym mniejsza empatia emocjonalno-poznawcza ogółem oraz w wymiarach empatycznego reagowania w sytuacjach trudnych oraz empatycznej odpowiedzi na negatywne przeżycia innych.

W wyniku badań kwestionariuszem KRE, studentów kierunków medycznych I i II etapu okazało się, że im wyższa samoocena, tym mniejsza empatia w wymiarach takich jak: współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych oraz wrażliwość na przeżycia innych i większa empatia w wymiarze wczuwania się w stany i przeżycia innych.

Jak wykazał test t-studenta dla grup zależnych ogólny poziom empatii badany kwestionariuszem KRE, biorąc pod uwagę I i II etap w badanej grupie nie zmienił się. Okazało się natomiast, że istotnie statystycznie zmalał poziom empatii w wymiarze sympatyzowania z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych, a istotnie statystycznie wzrósł poziom empatii w wymiarze wrażliwości na przeżycia innych. Biorąc pod uwagę I i II etap badania, Test t-studenta dla grup zależnych wykazał, że ogólny poziom empatii emocjonalno-poznawczej mierzony kwestionariuszem IRI, w badanej grupie istotnie statystycznie zmalał. Istotne statystycznie zmiany pojawiły się w wymiarach fantazji oraz empatycznego reagowania w sytuacjach trudnych.



## *Wnioski*

1. W badanej grupie studentów wyższa gotowość empatycznego reagowania w sytuacjach trudnych była związana z niższym poziomem dyspozycyjnego optymizmu i niższą samooceną.
2. Charakter zależności pomiędzy empatią emocjonalno-poznawczą a wyznacznikami samoskuteczności nie ulegają modyfikacjom z upływem czasu edukacji medycznej.
3. W badanej grupie studenci kierunków medycznych przejawiali wyższy poziom empatii aniżeli studenci kierunków niemedycznych, , co mogło wynikać z różnic w strukturach porównywanych grup ze względu na płeć..
4. Poziom empatii wśród studentów kierunków medycznych zmniejszał się w trakcie edukacji medycznej pomiędzy pierwszym i trzecim rokiem studiów.
5. W badanej grupie studentów kobiety przejawiały istotnie wyższy poziom empatii aniżeli mężczyźni.



## Summary

### *Emotional empathy and self-efficiency among medical faculty students*

#### *Introduction*

The nature of the medical field necessitates students to acquire a variety of theoretical knowledge and practical skills. Additionally, it also requires them to undergo a process of interpersonal relationship development. The level of empathy undergoes constant alterations under the influence of social relationships, life events and cultural exposure, and many modern researchers stress its importance in healthcare. People struck with an illness expect an empathetic attitude from a doctor, nurse or a paramedic, because they realize their own illness-inflicted frailty and require or even anticipate the help of others. Therefore, in their career, health care workers should demonstrate devotion and the understanding of the suffering of the sick and their needs.

#### *Aim of the study*

The goal of the PhD thesis was to assess the emotional-cognitive empathy level of medical faculty students and evaluate whether it changes during the course of their education. An additional objective was to ascertain how empathy, self-efficacy and self-esteem interrelate.

#### Research hypothesis:

H.1. There is a correlation between emotional-cognitive empathy and dispositional optimism.

H.1.1. There is a correlation between emotional-cognitive empathy and dispositional optimism in the students' first years of studying.

H.1.2. There is a correlation between emotional-cognitive empathy and dispositional optimism after few years of studying.

H.2. There is a correlation between emotional-cognitive empathy and self-esteem among medical faculty students.

H.2.1. There is a correlation between emotional-cognitive empathy and self-esteem among medical faculty students in their first years of studying.



H.2.2. There is a correlation between emotional-cognitive empathy and self-esteem among medical faculty students after few years of studying.

H.3. The level of empathy differs between medical faculty and non-medical faculty students.

H.3.1. The level of empathy differs between medical faculty and non-medical faculty students in their first years of studying.

H.3.2. The level of empathy differs between medical faculty and non-medical faculty students after few years of studying.

H.4. The advancement of studies affects the students' empathy level.

H.5. Gender is a factor differentiating the level of empathy among medical students.

#### *Methods and the research tool*

The study employed a diagnostic survey methodology and the instruments included the following standardized research questionnaires : Empathy Understanding Questionnaire (KRE) by Węgliński, Interpersonal Reactivity Index by M.H. Davis, adapted to Polish by A. Lewicka, Rosenberg Self-Esteem Scale (SES) adapted to Polish by I. Dzwonkowska, K. Lacowicz-Tabaczek and M.Łaguna, and the Life Orientation Test by M. Scheier, C. Carver and M. Bridges, adapted to Polish by R. Poprawa i Z. Juczyński.

#### *Methods and statistical analysis*

Statistical analysis of the research results was conducted using the IBM SPSS Statistics 26 program and the following tests and coefficients: Pearson's Correlation Coefficient, The student's t-test for independent groups determines, The student's t-test for dependent groups determines.

Additionally, for statistically significant differences, graphs of averages displaying the arithmetic means of the compared groups as well as the 95% confidence interval ranges were created. What is more, scattered graphs, along with the goodness of fit: R2 coefficient were introduced for the correlation of the overall results.

#### *Research's methodology and the characteristics of the study group*

The study method was initiated after obtaining a positive opinion of the Bioethics Committee of the Medical University of Lublin (KE-0254/280/2017).



The study had a two-stage prospective character. The study group included students of the Medical University of Lublin, who were polled twice (in their first and third year of study). The control group included students of the Technical University of Lublin, who were also polled in their first and third year.

The first stage of research was carried out in November 2018, in the student's first semester of studies, and the second in April 2021, during the student's sixth semester. The choice of those semesters stems from the scope of students obligations. It is then that third year medical faculty students begin clinical activities and for the first time experience direct contact with patients.

The questionnaire was distributed to students directly.

1 Stage: 399 respondents took part in the first stage of research, 304 of them constituted the study group (students of the medical faculties) and 95 students of the non-medical faculties comprised the control.

2 Stage: 386 students (out of the 399 that took part in the first stage) took part in the second stage of research. 294 students were assigned to the study group (students of the medical faculty) and 92 to the control (non-medical faculty students).

### *Study results*

The study revealed that medical faculty students had a greater overall degree of emotional-cognitive empathy than non-medical students as measured by the KRE and IRI questionnaires (study group  $t=5.250$ , control  $p=0.000$ ). Significant differences in favor of the study group were noted in the following dimensions: sympathizing with others' pleasant and unpleasant experiences (study group  $t=2.161$ , control  $p=0.031$ ), empathizing with others' pleasant and unpleasant experiences (study group  $t=6.407$ , control  $p=0.000$ ), sensitivity to others' experiences (study group  $t=4.280$ , control  $p=0.000$ ) and willingness to sacrifice for others (study group  $t=5.091$ , control  $p=0.000$ ).

Research revealed that there was no statistically significant correlation between the total degree of empathy, as evaluated by the KRE, and dispositional optimism among medical faculty students in the first and second stages of the study. Conversely, it was discovered that the stronger one's dispositional optimism, the greater one's empathy in terms of empathizing with the feelings and experiences of others.



The IRI questionnaire findings (stages I and II) revealed that the greater the dispositional optimism, the lower the dimensions of empathetic reaction in challenging situations and empathic response to others' unpleasant experiences as well as the overall emotional-cognitive empathy.

Research results (according to the KRE questionnaire) also indicated that the higher the self-esteem among the medical faculty students, both in the first and second stages of research, the lower the scores in terms of: empathizing with others' pleasant and unpleasant experiences and sensitivity to others' experiences and the higher the empathy in terms of emphasizing with others.

The total degree of empathy assessed by the KRE questionnaire (taking into account stages I and II in the study groups) did not change, as revealed by the Student's t-test for dependent groups. The research revealed, however, that while the degree of empathy in the empathizing with others' pleasant and unpleasant experiences decreased, the level of empathy in terms of sensitivity to others' experiences increased. The Student's t-test for dependent groups revealed that, when the first and second stages of the study were taken into consideration, the total level of emotional-cognitive empathy, as determined by the IRI questionnaire, statistically significantly decreased in the study group. The aspects of imagination and empathy in difficult circumstances showed statistically significant modifications. Statistically significant differences were noted in the dimension of fantasy and empathetic reactions to difficult situations.

### *Conclusions*

1. In the study group, higher readiness for empathetic responses in difficult situations was associated with lower level of dispositional optimism and lower self-esteem.
2. As medical education progressed, the nature of the relationship between emotional-cognitive empathy and factors affecting self-efficacy has not changed.
3. In the study group, medical faculty students, compared to non-medical faculty students, had a higher level of empathy.
4. The level of empathy among medical students was lower in their third, compared to the first year.
5. Women had a considerably higher level of empathy than men in the studied groups.



## Piśmiennictwo

1. Ziółkowska-Rudowicz E, Kładna A. Empatia jako jedna z ważnych umiejętności klinicznych. W: A. Kładna (red). Pielęgniarstwo. Desmurgia. Stany zagrożenia życia, Wyd. Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Szczecin 2007.
2. Ochojski A. Empatia – trudny dar. O indywidualnym i społecznym znaczeniu empatii. W: J. Joško-Ochojska (red). Zrozumieć drugiego człowieka. Empatia w medycynie i komunikacji społecznej, Uniwersytet Medyczny w Katowicach 2015.
3. Włoszczak-Szubzda A. Empatia – pomoc i przeszkoda w pracy zawodowej personelu medycznego, Lublin 2016.
4. <https://sjp.pwn.pl/sjp/intropatia;2466741.html>, dostęp: 17.10.2018 r.
5. Barański J, Waszyński E, Steciwko A (red). Komunikowanie się lekarza z pacjentem, Wrocław 2000.
6. Kliś M. Adaptacyjna rola empatii w różnych sytuacjach życiowych, Horyzonty Psychologii. 2012, 2: 147-171.
7. Davis MH. Empatia. O umiejętności współodczuwania, Gdańsk 1999.
8. Goleman J. Inteligencja emocjonalna, Poznań 1997.
9. Woroniecka G. Empatia jako pojęcie teoretyczne. Ujęcie pragmatyczne. W: W. Pawlik (red). Empatia, moralność a życie społeczne, Warszawa 2016.
10. Bauer J. Empatia. Co potrafią lustrzane neurony, Warszawa 2008.
11. Ziółkowska-Rudowicz E, Kładna A. Empatia w medycynie, Wyd. PUM, Szczecin 2014.
12. Charitou A, Fifi P, Vivilaki VG. Is empathy an important attribute of midwives and other health professionals? A review, Eur. J. Midwifery. 2019, 3: 4.
13. Kunyk D, Olson JK. Clarification of conceptualization of empathy, J. Adv. Nurs. 2001, 35: 317-325.
14. Kozak S. Patologia analfabetyzmu emocjonalnego. Przyczyny i skutki braku empatii w rodzinie i środowisku pracy, Warszawa 2012.
15. Morse JM, Bottorff JL, Anderson G, et al. Beyond empathy: expanding expressions of caring, J. Adv. Nurs. 1992, 17(7).
16. Davis MH. The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach, Journal of Personality, 1983, 51(2).
17. Lewicka A. Rozwijanie empatii u studentów pedagogiki specjalnej, Lublin 2006.



18. Szewczuk W. Słownik psychologiczny, Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.
19. Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, et al, Exploring empathy; a conceptual fit for nursing practice? *Journal of Nursing Scholarship*, 1992, 24(4): 273-280.
20. Zakrzewska-Manterys E. Empatia jako kategoria pojęciowa w kontekstach psychologii i socjologii. W: W. Pawlik (red). *Empatia, moralność a życie społeczne*, Warszawa 2016.
21. Wilczek-Rużyczka E. *Empatia pracowników medycznych*, Wolters Kluwer Polska S.A. 2017
22. Elias H., Wpływ empatii, poziomu reaktywności i lęku na natężenie agresji, *Studia Psychologiczne*, t. XX, No. I, , 1966
23. Reykowski J. *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*, PWN, Warszawa 1986.
24. Szpitalak M, Polczyk R. *Samoocena, Geneza, struktura, funkcje i metody pomiaru*, Kraków 2015.
25. Paradise AW, Kernis MH. Self-esteem and psychological well-being: Implications of fragile self-esteem, *J. Soc. Clin. Psychol.* 2002, 21(4): 345-361. <https://doi.org/10.1521/jscp.21.4.345.22598>
26. Crocker J, Park LE. Seeking self-esteem: Construction, maintenance, and protection of self-worth. In: M. R. Leary, J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of Self and Identity* 2003.
27. Kernis MH. Toward a conceptualization of optimal self-esteem, *Psychological Inquiry*, 2003, 14(1): 1-26. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1401\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1401_01)
28. Kulas H. *Samoocena młodzieży*, Warszawa 1986.
29. Beumeister RF, Smart L, Boden JM. Relation of threat-ened egotism to violence and aggression: The dark side of highself – esteem, *Psychological Rev.* 1996, 103.
30. Brzezińska A. Struktura obrazu własnej osoby i jej wpływ na zachowanie, *Kwartalnik Pedagogiczny*, 1973, 3: 87-97.
31. Szustowa T. *Rozwój samooceny i jej wpływ na postępowanie*, Warszawa 1974.
32. Kulas H. *Samoocena młodzieży*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1986.
33. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności: teoria i pomiar, *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica*. 2000, 4: 11-23.
34. Łukasiuk IM, *Poczucie własnej skuteczności we współpracy z grupą*, Lublin 2013.





35. Bandura A. Social learning theory Engelwood Cliffs, NJ: Prentice – Hall, 1977.
36. Bańka A. Poczucie samoskuteczności, Poznań – Warszawa 2005.
37. Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and fundactioninig. Educational Psychologist, 1993, 28(2).
38. Zakrzewski J. Poczucie skuteczności a samoregulacja zachowania, Przegląd Psychologiczny. 1987, 3: 661-666.
39. Mączyński J. Behawioralny, kognitywny i behawioralno-kognitywny trening asertywności, Przegląd Psychologiczny. 1991, 4: 619-629.
40. Oleś M. Asertywność u dzieci i młodzieży. Problemy teoretyczne i metody pomiaru, Roczniki Psychologiczne, Tom 1, Lublin 1998.
41. Bandura, A. Self-Efficacy: The Exercise of Control, New York: Freeman 1997.
42. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość stres a zdrowie, Difin, Warszawa 2010.
43. Carr A. Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach, Zysk i S-ka, Poznań 2009.
44. Borowska, T. Pedagogia ograniczeń ludzkiej egzystencji, Warszawa 2003.
45. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies, Health Psychol. 1985, 4(3): 219-247.
46. Czapiński J. Psychologia pozytywna – nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka, Warszawa 2012.
47. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. Clin. Psychol. Rev. 2010, 30(7).
48. Prati G, Pietrantonio L. Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis, J. Loss Trauma. 2009, 14(5).
49. Seligman MEP. Prawdziwe szczęście: psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia, Poznań 2005.
50. Segerstrom SC. Jak przełamać prawo Murphy’ego: jak pesymiści mogą osiągnąć to, co realizują optymiści, Kraków 2009.
51. Stach, R. Optymizm: badania nad optymizmem jako mechanizmem adaptacyjnym, Kraków 2006.
52. Czerw A. Optymizm: perspektywa psychologiczna, Gdańsk 2010.
53. Peterson C. The future of optimism, American Psychologist. 2000, 55(1): 44-56.
54. Strelau J (red). Psychologia, Podręcznik akademicki, Tom I, Gdańsk 2000
55. Robins R, Norem J, Cheek J. Naturalisingthe self, In: L. Pervin, O. John, (red), Handbook of Personality: Theory and Research, New York 1999.
56. Reykowski J. Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość, Warszawa 1992.



57. Kulas H. Samoocena młodzieży, Warszawa 1986.
58. Tice D. The social motivations of people with low self-esteem, New York 1993.
59. Bernales-Turpo D, Quispe-Velasquez R, Flores-Ticona D, Saintila J., Ruiz Mamani P. G, Huancahuire-Vega S, Morales-García M, Morales-García W.C. Burnout, Professional Self-Efficacy, and Life Satisfaction as Predictors of Job Performance in Health Care Workers: The Mediating Role of Work Engagement, *J Prim Care Community Health*. 2022, 13: 1-9
60. Hadinezhad P, Masoudzadeh A. A study of the relationship between self-esteem and academic achievement in medical students of Sari Medical College, *Life*. 2018, 50: 1.
61. Iqbal A, Nawaz H, Sikandar MZ, et al. A Cross-sectional study of happiness, self-esteem and optimism in medical students, *Ann. King Edward Med. Univ.* 2019, 25(3): 1-4.
62. Motl RW, Konopack JF, McAuley E, et al. Depressive symptoms among older adults: Long-term reduction after a physical activity intervention, *J. Behav. Med.* 2005, 28(4): 385-394.
63. Pawełczyk A, Pawełczyk T, Bielecki J. Empatia studentów wydziału lekarskiego i jej związek z preferowaną specjalizacją medyczną, *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2007, 7(3): 138-143.
64. Żuralska R., Postrożny D., Psychologiczna ocena poczucia własnej skuteczności u czynnych zawodowo studentów studiów medycznych, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie, Społeczna Akademia Nauk*, 13: 11, 2012, 23-30
65. Andruszkiewicz A., Typ zachowań i przeżyć w pracy w grupie pielęgniarek . *Problemy Pielęgniarstwa*, 2007, 15, 2, 3, 157–161
66. Węgliński A. Opracowanie kwestionariusza rozumienia empatycznego innych ludzi KRE, *Zdrowie Psychiczne*, 1983, 4: 13-2.1
67. Lewicka A. Pomiar poziomu empatii emocjonalno-poznawczej Indeksem Reaktywności Interpersonalnej M.H. Davisa, W: *Diagnostyka resocjalizacyjna, Wybrane zagadnienia*, Lublin 2010.
68. Łaguna M, Lachowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I. Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody, *Psychologia Społeczna*. 2007, 2: 164-176.
69. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia, *Pracownia testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 2001.



70. Schwartz R, Dubey M, Blanch-Hartigan D, et al. Physician empathy according to physicians: A multi-specialty qualitative analysis, *Patient Educ. Couns.* 2021, 104(10): 2425-2431.
71. Wang H, Kline JA, Jackson BE, et al. Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction, *PLoS One.* 2018, 13(9): e0204113.
72. Byrd J, Knowles H, Moore S, et al. Synergistic effects of emergency physician empathy and burnout on patient satisfaction: a prospective observational study, *Emerg. Med. J.* 2021, 38(4): 290-296.
73. Chen X, Zhang Y, Xu X, et al. Mediating roles of anxiety, self-efficacy, and sleep quality on the relationship between patient-reported physician empathy and inflammatory markers in ulcerative colitis patients, *Med. Sci. Monit.* 2019, 25: 7889-7897.
74. Xu X, Zhang Y, Wang W, et al. Effects of patients' perceptions of physician-patient relational empathy on an inflammation marker in patients with Crohn's disease: The intermediary roles of anxiety, self-efficacy, and sleep quality, *Psychol. Res. Behav. Manag.* 2020,13: 363-371.
75. Kelly M, Svrcek C, King N, et al. Embodying empathy: A phenomenological study of physician touch, *Med. Educ.* 2020, 54(5): 400-407.
76. Shapiro J, Morrison E, Boker J. Teaching empathy to first year medical students: evaluation of an elective literature and medicine course, *Educ. Health (Abingdon).* 2004, 17: 73-84.
77. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review, *J. Gen. Intern. Med.* 2006, 21(5): 524-30.
78. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności: teoria i pomiar, *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica.* 2000, 4: 11-23.
79. Chomeczyńska-Rubacha M, Rubacha K. Test Poczucia Skuteczności. Opracowanie teoretyczne i psychometryczne Pracowni Narzędzi Badawczych Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN, *Przegląd Badań Edukacyjnych.* 2013, 1(16): 85-105.
80. Dionigi A, Casu G, Gremigni P. Associations of self-efficacy, optimism, and empathy with Psychological Health in Healthcare Volunteers, *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020, 17(16): 6001.
81. Guasp Coll M, Navarro-Mateu D, Giménez-Espert MDC, et al. Emotional intelligence, empathy, self-esteem, and life satisfaction in Spanish adolescents: regression vs. QCA Models, *Front. Psychol.* 2020, 11: 1629.



82. Pérez-Fuentes MDC, Molero Jurado MDM, Del Pino RM, et al. Emotional intelligence, self-efficacy and empathy as predictors of overall self-esteem in nursing by years of experience, *Front. Psychol.* 2019, 10: 2035.
83. Pérez-Fuentes MDC, Jurado MDMM, Gázquez Linares JJ. Explanatory value of general self-efficacy, empathy and emotional intelligence in overall self-esteem of Healthcare Professionals, *Soc. Work Public Health.* 2019, 34(4): 318-329.
84. Huang L, Thai J, Zhong Y, et al. The positive association between empathy and self-esteem in Chinese medical students: A multi-institutional study, *Front Psychol.* 2019, 10: 1921.
85. Sa B, Ojeh N, Majumder MAA, et al. The relationship between self-esteem, emotional intelligence, and empathy among students from Six Health Professional Programs, *Teach. Learn. Med.* 2019, 31(5): 536-543.
86. Sobczak K, Zdun-Ryżewska A, Rudnik A. Intensity, dynamics and deficiencies of empathy in medical and non-medical students, *BMC Med. Educ.* 2021, 21(1): 487.
87. Akgün Ö, Akdeniz M, Kavukcu E, Avci Hh. Medical students' empathy level differences by medical year, gender, and specialty interest in Akdeniz University, *J. Med. Educ. Curric. Dev.* 2020, 7: 2382120520940658.
88. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school, *Medical Education.* 2004, 38: 934-941.
89. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest, *Educ. Prim. Care.* 2011, 22(5): 297-303.
90. Santos MA, Grosseman S, Morelli TC, et al. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil, *Int. J. Med. Educ.* 2016, 7: 149-53.
91. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, et al. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school, *Academic Medicine.* 2009, 84: 1182-1191.



## Spis tabel

Tabela 1. Kierunki studiowane przez badane osoby – I etap badania.....	33
Tabela 2. Kierunki studiowane przez badane osoby – II etap badania.....	34
Tabela 3. Płeć badanych osób – I etap badania.....	35
Tabela 4. Płeć badanych osób – II etap badania.....	36
Tabela 5. Miejsce pochodzenia badanych osób – I etap badania.....	38
Tabela 6. Miejsce pochodzenia badanych osób – II etap badania.....	40
Tabela 7. Poważne choroby w bliskiej rodzinie badanych osób –II etap badania.....	41
Tabela 8. Korelacje pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a empatią mierzoną kwestionariuszem KRE – I etap badania.....	44
Tabela 9. Korelacje pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a empatią mierzoną kwestionariuszem KRE – II etap badania.....	45
Tabela 10. Korelacje pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a empatią emocjonalno-poznawczą mierzoną kwestionariuszem IRI – I etap badania.....	46
Tabela 11. Korelacje pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a empatią emocjonalno-poznawczą mierzoną kwestionariuszem IRI – II etap badania.....	47
Tabela 12. Korelacje pomiędzy poziomem samooceny, a empatią mierzoną kwestionariuszem KRE – I etap badania.....	49
Tabela 13. Korelacje pomiędzy poziomem samooceny, a empatią mierzoną kwestionariuszem KRE – II etap badania.....	49
Tabela 14. Korelacje pomiędzy poziomem samooceny, a empatią emocjonalno-poznawczą mierzoną kwestionariuszem IRI – I etap.....	50
Tabela 15. Korelacje pomiędzy poziomem samooceny, a empatią emocjonalno-poznawczą mierzoną kwestionariuszem IRI – II etap.....	51
Tabela 16. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem poziomu empatii mierzonego kwestionariuszem KRE – I etap.....	53
Tabela 17. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem poziomu empatii mierzonego kwestionariuszem KRE – II etap badania.....	55
Tabela 18. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI – I etap badania.....	57
Tabela 19. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI – II etap badania.....	59
Tabela 20. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem optymizmu dyspozycyjnego mierzonego kwestionariuszem LOT-R – II etap badania.....	61



Tabela 21. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem poziomu samooceny mierzonego kwestionariuszem SES Rosenberga – II etap badania.....	61
Tabela 22. Porównanie wyników studentów kierunków medycznych w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem empatii mierzonej kwestionariuszem KRE.....	63
Tabela 23. Porównanie wyników studentów kierunków medycznych w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI.....	65
Tabela 24. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem poziomu empatii mierzonej kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych.....	67
Tabela 25. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem poziomu empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych.....	69
Tabela 26. Porównanie osób z miasta i ze wsi pod względem empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych.....	71
Tabela 27. Porównanie osób z miasta i ze wsi pod względem empatii mierzonej kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych.....	72
Tabela 28. Korelacje pomiędzy empatią mierzoną kwestionariuszem KRE, a empatią emocjonalno-poznawczą mierzoną kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych.....	73
Tabela 29. Korelacja pomiędzy poziomem samooceny a optymizmem dyspozycyjnym w grupie studentów kierunków medycznych.....	74
Tabela 30. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem samooceny mierzonej kwestionariuszem SES Rosenberga w grupie studentów kierunków medycznych.....	75
Tabela 31. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem optymizmu dyspozycyjnego mierzonego kwestionariuszem LOT-R w grupie studentów kierunków medycznych.....	76
Tabela 32. Porównanie osób z miasta i ze wsi pod względem poziomu samooceny mierzonej kwestionariuszem SES Rosenberga w grupie studentów kierunków medycznych.....	77
Tabela 33. Porównanie osób z miasta i ze wsi pod względem optymizmu dyspozycyjnego mierzonego kwestionariuszem LOT-R w grupie studentów kierunków medycznych.....	77
Tabela 34. Porównanie osób u których w rodzinie miała miejsce poważna choroba i osób u których w rodzinie nie było poważnej choroby pod względem empatii mierzonej kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych.....	78
Tabela 35. Porównanie osób u których w rodzinie miała miejsce poważna choroba i osób u których w rodzinie nie było poważnej choroby pod względem empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych.....	79
Tabela 36. Porównanie osób u których w rodzinie miała miejsce poważna choroba i osób u których w rodzinie nie było poważnej choroby pod względem samooceny mierzonej skalą SES Rosenberga w grupie studentów kierunków medycznych.....	80



Tabela 37. Porównanie osób u których w rodzinie miała miejsce poważna choroba i osób u których w rodzinie nie było poważnej choroby pod względem optymizmu dyspozycyjnego mierzonego kwestionariuszem LOT-R w grupie studentów kierunków medycznych.....	81
Tabela 38. Porównanie wyników studentów w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem samooceny mierzonej skalą SES Rosenberga w grupie studentów kierunków medycznych.....	81
Tabela 39. Porównanie wyników studentów w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem optymizmu dyspozycyjnego mierzonego kwestionariuszem LOT-R w grupie studentów kierunków medycznych.....	82





## Spis rycin

Ryc. 1. Płeć grupy badanej – I etap badania.....	35
Ryc. 2. Płeć grupy kontrolnej – I etap badania.....	36
Ryc. 3. Płeć grupy badanej – II etap badania.....	37
Ryc. 4. Płeć grupy kontrolnej – II etap badania.....	37
Ryc. 5. Miejsce pochodzenia grupy badanej – I etap.....	39
Ryc. 6. Miejsce pochodzenia grupy kontrolnej – I etap.....	39
Ryc. 7. Miejsce pochodzenia grupy badanej – I etap.....	40
Ryc. 8. Miejsce pochodzenia grupy kontrolnej – II etap.....	41
Ryc. 9. Korelacja pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a ogólną empatią emocjonalno-poznawczą mierzoną kwestionariuszem IRI.....	46
Ryc. 10. Korelacja pomiędzy optymizmem dyspozycyjnym, a ogólną empatią emocjonalno-poznawczą mierzoną kwestionariuszem IRI – II etap badania.....	48
Ryc. 11. Korelacja pomiędzy poziomem samooceny, a empatią emocjonalno-poznawczą mierzoną kwestionariuszem IRI.....	51
Ryc. 12. Korelacja pomiędzy poziomem samooceny, a empatią emocjonalno-poznawczą mierzoną kwestionariuszem KRE – II etap.....	52
Ryc. 13. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem wymiarów poziomu empatii mierzonych kwestionariuszem KRE – I etap badania.....	54
Ryc. 14. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem ogólnego poziomu empatii mierzonych kwestionariuszem KRE – I etap badania.....	54
Ryc. 15. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem wymiarów poziomu empatii mierzonych kwestionariuszem KRE – II etap badania.....	56
Ryc. 16. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem ogólnego poziomu empatii mierzonych kwestionariuszem KRE – II etap badania.....	56
Ryc. 17. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem ogólnej empatii emocjonalno-poznawczej mierzonych kwestionariuszem IRI – I etap badania.....	58
Ryc. 18. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem wymiarów empatii emocjonalno-poznawczej mierzonych kwestionariuszem IRI – I etap badań.....	58
Ryc. 19. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem wymiarów empatii emocjonalno-poznawczej mierzonych kwestionariuszem IRI – II etap badania.....	60
Ryc. 20. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem ogólnej empatii emocjonalno-poznawczej mierzonych kwestionariuszem IRI – II etap badania.....	60
Ryc. 21. Porównanie grupy badanej i kontrolnej pod względem poziomu samooceny mierzonych kwestionariuszem SES Rosenberga.....	62





Ryc. 22. Porównanie wyników studentów w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem sympatyzowania z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych mierzonych kwestionariuszem KRE.....	64
Ryc. 23. Porównanie wyników studentów w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem wrażliwości na przeżycia innych mierzonych kwestionariuszem KRE.....	64
Ryc. 24. Porównanie wyników studentów w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem fantazji mierzonej kwestionariuszem IRI.....	66
Ryc. 25. Porównanie wyników studentów w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem empatycznych reagować w sytuacjach trudnych mierzonych kwestionariuszem IRI.....	66
Ryc. 26. Porównanie wyników studentów kierunków medycznych w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem empatii emocjonalno-poznawczej ogółem mierzonej kwestionariuszem IRI.....	67
Ryc. 27. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem wymiarów empatii mierzonej kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych.....	68
Ryc. 28. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem ogólnego poziomu empatii mierzonej kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych.....	68
Ryc. 29. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem wymiarów empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych.....	70
Ryc. 30. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem ogólnego poziomu empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI.....	70
Ryc. 31. Porównanie osób z miasta i ze wsi pod względem wymiarów empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI w grupie studentów kierunków medycznych.....	72
Ryc. 32. Korelacja pomiędzy ogólnym poziomem empatii mierzonym kwestionariuszem KRE a ogólnym poziomem empatii emocjonalno-poznawczej mierzonej kwestionariuszem IRI.....	74
Ryc. 33. Korelacja pomiędzy poziomem samooceny a optymizmem dyspozycyjnym w grupie studentów kierunków medycznych.....	75
Ryc. 34. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem samooceny mierzonej kwestionariuszem SES Rosenberga w grupie studentów kierunków medycznych.....	76
Ryc. 35. Porównanie osób u których w rodzinie miała miejsce poważna choroba i osób u których w rodzinie nie było poważnej choroby pod względem wymiarów empatii mierzonej kwestionariuszem KRE w grupie studentów kierunków medycznych.....	80
Ryc. 36. Porównanie wyników studentów w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem samooceny mierzonej skalą SES Rosenberga w grupie studentów kierunków medycznych.....	82



Ryc. 37. Porównanie wyników studentów w badaniu podczas I roku i w badaniu podczas III roku pod względem optymizmu dyspozycyjnego mierzonego kwestionariuszem LOT-R w grupie studentów kierunków medycznych.....83

