

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
Pedagoģijas un psiholoģijas fakultāte
Psiholoģijas nodaļa

Psiholoģijas profesionālā bakalaura studiju programmas
studentes **Ingūnas Murānes**
stud.apl.Nr. im05007

Bakalaura darbs

**Dzimumatšķirības empātijas afektīvo un kognitīvo komponentu rādītājos medicīnas
studentiem**

Darba vadītāja:
asistente, Mag.Psych. Ieva Stokenberga

Rīga 2009

Saturs

Rezumējums	2
Abstract.....	3
Ievads.....	4
Teorētiskā daļa.....	6
Empātijas jēdziena izpratnes attīstība.....	6
Empātijas teorijas un empātijas komponentu raksturojums	8
Empātijas komponentu raksturojums	11
Dzimumatšķirības empātijā	14
Empātijas loma medicīnā un mediķa profesijā.....	18
Metode	23
Pētījuma dalībnieki	23
Procedūra	25
Instrumentārijs	23
Rezultāti	25
Iztirzājums	28
Nobeigums.....	31
Izmantotās literatūras saraksts	33
Bibliogrāfija.....	39
Pielikumi	49

Rezumējums

Empātija ir būtisks elements gan personīgo attiecību aspektā, gan profesionālajā-sākot ar izvēli strādāt medicīnas jomā un reālu praksi. Empātija ārsta-pacienta attiecībās ir būtiska, jo ir saistīta ar pacienta labvēlīgāku atveseļošanās gaitu.

Bakalaura darba temata atklāsmei tiek raksturots empātijas jēdziens un nozīmīgākās teorijas, raksturoti komponenti, dzimumatšķirības, saistība ar stāžu, kā arī aplūkota empātijas loma medicīnā un mediķa darbā.

Pētījuma mērķis: noskaidrot dzimumatšķirības empātijas kognitīvo un afektīvo komponentu rādītājos medicīnas studentiem.

Pētījuma dalībnieki: 133 medicīnas studenti, no kuriem 109 sievietes (vidējais vecums 30,3 gadi) un 24 vīrieši (vidējais vecums- 24,38 gadi). Pētījuma dalībnieki ir no dažādiem studiju kursiem- no 1. līdz 6. kursam.

Pētījuma instrumentārijs: 1) Starppersonu reakciju aptauja (SRA) (Interpersonal Reactivity Index, Davis, 1980, 1983, 1996) empātijas komponentu mērīšanai; 2) Ārstu empātijas aptauja (The Jefferson Scale of Physician Empathy, Hojat, Mangione & Nasca, 2001) empātijas mērījumiem specifiski medicīnas studentu vidū.

Rezultāti: pētījuma rezultāti parāda, ka medicīna studenšu empātijas rādītāji summārājā rezultāta un afektīvajos komponentos ir augstāki nekā studentiem, savukārt empātijas kognitīvajos komponentos atšķirības netika konstatētas. Pētījumā tika konstatēts, ka pastāv pozitīva saistība starp perspektīvas ieņemšanas spēju un studējošā vecumu.

Pētījuma praktiskā pielietojamība saistīta ar to, ka iegūtie dati ir apstiprinājuši, ka līdzīgas sakarības kā citu valstu pētījumos, ir apstiprinājušās arī Latvijas medicīnas studentu vidū pie pietiekoši liela izlases apjoma. Iegūtā informācija ļāvusi atbildēt uz dažiem jautājumiem, kas iepriekš šajā jomā netika pētīti vispār.

Atslēgas vārdi: empātija, empātijas kognitīvie un afektīvie komponenti, medicīnas studenti, dzimumatšķirības.

Abstract

Empathy is essential not only in personal, but also professional sphere- as a choice of studying medicine. Empathy in physician-patient relationship is essential, because it is related to better patient's clinical outcome.

In order to reveal the theme of the bachelor paper, the comprehension of empathy, its structural components and main theories and its role in medical setting is characterized in the theoretical part.

Objective: to investigate if there exist gender differences in empathy and its components among medical students.

Participants: 133 medical students from which 109 women (mean age 31,6) and 24 men (mean age 24,38) from different higher education institutions and from different study courses.

Research methods: 1) Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1980, 1996) to measure empathy and its components; 2) The Jefferson Scale of Physician Empathy (Hojat, Mangione& Nasca, 2001) to measure empathy specifically in medical students.

Results showed, that female medical students tend to be more empathic than men in total scores of empathy and in affective components of empathy, but there were not found any gender differences in cognitive components. There was not found relation between empathy and the study course. The research results show a significant positive correlation between empathy and perspective taking skill.

Practice implications. Given results have confirmed that results in the group of medical students of Latvia are very similar to similar research results in other countries and empirical data have given answers to some questions that were not explored in Latvia before.

Key words: empathy, cognitive and affective components of empathy, medical students, gender differences.

Ievads

Pacientu aprūpē tiek izšķirtas divas pieejas, balstoties uz atšķirīgām prasmēm: zinātniski tehniskā un socioemocionālā (Kupfer, Drew, Curtis & Rubinstein, 1978, kā minēts Carmel & Glick, 1996). Socioemocionālā pieeja saistīta tieši ar saskarsmi starp ārstu (vai kādu no medicīnas personāla) un pacientu, līdz ar to arī empātiju. Spēja diferencēt cita cilvēka psiholoģiskos stāvokļus veido kvalitatīvu starppersonu komunikāciju, nodrošina attiecību veidošanu un uzturēšanu. Empātija ir būtisks elements gan personīgo attiecību aspektā, gan profesionālajā- sākot ar izvēli strādāt medicīnas jomā un reālu praksi.

Empātijas nozīme medicīnas jomā kļūst arvien nozīmīgāka un to apliecina daudzie pētījumi, zinātniskā interese pieaug gan no psihologu puses, gan no pašu mediķu puses (Fields, Hojat, Gonnella, Mangione, Kane & Magee, 2004; Gutiérrez, Peñacoba Puente, Rodríguez Moreno, Lopez & Velasco Furlong, 2006). Zinātniskā interese par empātijas lomu medicīnā saistāma ar tās nozīmi atveseļošanās procesā (Paterson & Zderad, 1988, kā minēts McCamant, 2006; Barsky, 1988, kā minēts Hojat, Mangione, Nasca, Gonnella & Magee, 2005; Suchman, Markakis, Beckman & R. Frankel, 1997; Halpern, 2003; Haslam, 2007). Empātijas izpētei medicīnas jomā ir politiski svarīga loma. Piemēram, ASV medicīnas koledžu studentiem ir jāapgūst kurss ne tikai izvēlētajā medicīnas specialitātē, bet arī komunikācijā (Evans, Stanley & Burrows, 1993).

Bakalaura darba tēmas izpētei tiek raksturots empātijas jēdziens un nozīmīgākās teorijas, raksturoti komponenti, dzimumatšķirības, saistība ar stāžu, kā arī aplūkota empātijas izpratne un nozīmē medicīnā un mediķa darbā.

Būtisku ieguldījumu empātijas pētniecībā ir snieguši K. Rodžerss (Rogers) M. Hofmans (Hoffman), D. Betsons (Batson), N. Eizenberga (Eisenberg), M. Deiviss. Rodžersam empātija bija nozīmīgs konstrukts psihoterapijā, savukārt tādi autori kā Hofmans, Betsons un Eizenberga empātiju pētīja saistībā ar cilvēka morālo attīstību. Deiviss atšķirībā no citiem pētniekiem piedāvāja sintezētu skatījumu uz empātiju, izveidojot attiecīgu metodi šī konstrukta mērīšanai. Mūsdienās aktuāla ir kļuvusi empātijas pētniecība sociālās neirozinātnes ietvaros, t.i., empātijas skaidrošana saistībā ar anatomisku struktūru iesaistīšanos, un šo pieeju pārstāv D. Desitijs (Decety) un F. Džeksons (Jackson).

Balstoties uz plašu literatūras analīzi un pētnieku viedokļu apkopojumu, var izdalīt divus komponentus: afektīvo (emocionālā empātija) un kognitīvo (kognitīvā/intelektuālā empātija) (Smith, 2006; Zahn-Waxler & Radke-Yarrow, 1990), kā arī var runāt par minēto komponentu sintēzi (Davis, 1996; Hojat, 2007). Afektīvais komponents zinātniskajā literatūrā dažkārt tiek skaidrots kā emocionāla reakcija pret otra cilvēka pārdzīvojumiem/emocionālo stāvokli (Fleshbach, 1975, kā minēts Hunter, 2003), just to, ko jūt otrs (Mehrebian,

1995/2008), savukārt kognitīvais komponents traktēts kā otra cilvēka perspektīvas ieņemšana dažkārt arī lomā uzņemšanās (role-taking) (Davis, 1996). Ārsta –pacienta attiecībās empātija tiek uzlūkota kā kognitīvs fenomens (Hojat, 2007), ko dažkārt dēvē par neitrālo, kognitīvo, klīnisko empātiju un tā tiek uzskatīta par profesionalitātes pazīmi (Silvester, Patterson, Koczwara & Ferguson, 2007; Halpern, 2003).

Līdzšinējos pētījumos sieviešu empātijas rādītāji ir augstāki, ja empātiju mēra ar pašnovērtējuma aptaujām, taču faktiskajā uzvedībā, veicot novērojumus, dzimumatšķirības nav izteiktas (Carmel & Glick, 1996; Fields, Hojat, Gonnella, Mangione, Kane & Magee, 2004; kā minēts Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare, & Magee, 2002; Hanson & Mullis, 1985, kā minēts Hunter, 2003).

Praktiskajā medicīnā strādājošiem tiek konstatēta negatīva saistība starp empātiju un stāžu (Halpern, 2003), bet studentiem medicīnas programmās šī sakarība nav tik viennozīmīga. Bakalaura darba praktiskajā daļā ir plānots pārbaudīt, vai pastāv dzimumatšķirības empātijas komponentos Latvijas medicīnas studentu vidū empātijas komponentos, kā arī vai pastāv sakarības starp empātijas rādītājiem un mācību ilgumu.

Pētījuma mērķis: noskaidrot dzimumatšķirības empātijas kognitīvo un afektīvo komponentu rādītājos medicīnas studentiem.

Pētījuma dalībnieki: 133, medicīnas studenti, no kuriem 109 (82%) sievietes (vidējais vecums 31,6. gadi) un 24 (18%) vīrieši (vidējais vecums 24,38 gadi), kas studē ārsta vai ārsta palīga studiju programmās.

Pētījuma hipotēzes:

H: Empātijas afektīvo komponentu rādītāji medicīnas studentēm būs augstāki nekā medicīnas studentiem.

Pētījuma jautājumi:

Vai pastāv dzimumatšķirības empātijas kognitīvo komponentu rādītājos medicīnas studentiem?

Vai pastāv saistība starp empātiju un mācību ilgumu medicīnas studentiem?

Pētījuma mainīgie lielumi: empātijas afektīvie un kognitīvie komponenti, ārsta empātija.

Teorētiskā daļa

Empātijas jēdziena izpratnes attīstība

Empātija ir plaši izplatīts termins humanitāro un sociālo zinātņu jomā. Vēsturiski šajās jomās ir bijusi tradīcija saistīt empātiju ar līdzjūtību, morālu atbalstu (Eisenberg, 2002, kā minēts Hakansson, 2003; Hoffman, 2000; Rogers, 1975), taču psiholoģijas jomā šie konstrukti tiek nodalīti (Halpern, 2001; Mercer & Reynolds, 2002, kā minēts Stepien & Baernstein, 2006). Empātijas konstrukts joprojām ir diegan neksaidrs, lai gan ir plaši pētīts psiholoģijas jomā.

Konceptuāli empātijas jēdziena autors ir vācu estētikas teorētiķis T. Lips (Lipps), kas šo jēdzienu (Einfuhlung) izmantoja, lai apzīmētu cilvēka spēju projicēt sevi kādā citā fiziskā objektā (Lipps, 1903, kā minēts Davis, 1996). Angļu valodā jēdzienu empātija (empathy) ieviesa strukturālisma virziena dibinātājs E. Titčeners (Titchener) 1909.gadā (Titchener, 1924, kā minēts Hakansson & Montgomery, 2003). Lips un Titčeners uzskatīja, ka tas, kas ierosina empātijas rašanos, ir atspoguļošanas mehānisms, ko dēvē par motoro mimikriju (Lipps, 1926, kā minēts Davis, 1996). Šo autoru izvirzītā ideja joprojām ir aktuāla mūsdienās, ko pētnieciski aplūko viens no mūsdienu vadošajiem pētniekiem empātijas jomā M. Hofmans.

Geštaltpsihoģists V. Kēlers (Kohlers) aizsāka to empātijas izpratnes tradīciju, kas akcentē kognitīvo aspektu citu indivīdu izpratnē (Kohler, 1929, kā minēts Davis, 1996). Filozofs H. Mīds (Mead) un attīstības psihologs Ž. Piažē (Piaget) padziļināja empātijas izpratni, akcentējot tādu spēju kā perspektīvas ieņemšana, ko dažkārt literatūrā dēvē arī par lomu uzņemšanos, lai izprastu citus indivīdus (Piaget, 1932; Mead, 1934, kā minēts, Hakansson, 2003). Mīda skatījumā empātijai ir līdzība ar sociālā intelekta elementu (Salovey & Mayer, 1990; Goleman, 1995, kā minēts Ickes, Simpson & Orina, 2004).

Viens no pirmajiem šo fenomenu plašāk aprakstījis humānistiskās psiholoģijas pamatlicējs K. Rodžerss (Rogerss), akcentējot tā nozīmi psihoterapijā (Rogers, 1978). Saskaņā ar psihodinamiskā virziena pārstāvja H. Kohuta (Kohut) teorētiskajiem uzskatiem, empātija ir citu cilvēku jūtu uztvere, nevis tikai to ekspresija (Kohut, 1984, kā minēts Hakansson, 2003).

Pateicoties Kohuta un Rodžersa idejām, tika pievērsta uzmanība empātijas pētniecībai psiholoģijā. Šiem teorētiķiem empātija bija viens no galvenajiem konstruktiem, lai saprastu psihoterapijas darbības mehānismus (Wang, Davidson, Yakushko, Savoy, Tan & Bleier, 2003).

Tātad vēsturiski psiholoģijas ietvaros interese par šo fenomenu bija saistīta tieši ar psiholoģisko konsultēšanu, psihoterapiju.

E. Stotlands (Stotland) ir viens no pētniekiem, kas aktualizēja empātijas pētīšanu sociālās psiholoģijas ietvaros. Viņš uzskatīja, ka empātijas pamatā ir perspektīvas ieņemšana jeb lomu uzņemšanās, ko iepriekš raksturoja gan H. Mīds, gan Ž. Piažē (Stotland, 1969, kā minēts Malle & Hodges, 2004). Stotland veica arī pētījumus, lai noskaidrotu empātijas un bērnu dzimšanas secības saistību un secināja, ka vēlāk dzimušajiem empātija bija izteiktāka (Stotland, Sherman & Kelly, 1971).

Astoņdesmito gadu sākumā empātija tiek plašāk aplūkota attīstības un sociālās psiholoģijas kontekstā, kad veidojas mūsdienu izpratne par empātijas fenomenu.

Viens no vadošajiem pētniekiem M. Hofmans (Hoffman) uzskatīja, ka empātija ir iedzimta un tā parādās jau agrīnā bērnībā; tā attīstās indivīdiem mijiedarbojoties un ir cieši saistīta ar indivīda morālo attīstību (Hoffman, 2000). N. Eizenberga (Eisenberg), līdzīgi kā Hofmans, empātiju saista ar morālo attīstību. Saskaņā ar Eizenbergas uzskatiem, empātija ir indivīda prosociālas rīcības motīvu avots (Eisenberg, 2002, kā minēts Hakansson, 2003). Idejiski līdzīgi uzskati ir arī D. Betsonam (Batson), kurš izvirzīja empātijas-altruisma hipotēzi skaidrojot, ka empātija kā altruisma avots (Batson, 1991, kā minēts McCamant, 2006) rada nesavtīgus motīvus palīdzēt citiem. Šādā kontekstā tiek veikti pētījumi arī mūsdienās (Sturmer, Snyder, Kropp & Siem, 2006). Betsona empātijas-altruisma hipotēze ir tikusi arī apstrīdēta, norādot, ka cilvēku vēlme palīdzēt nelaimē nonākušiem cilvēkiem var būt egoistisku motīvu rosināta, lai paši sajostos labāk (Smith, Keating & Stotland, 1989).

Minēto teorētiku pieeja empātijas fenomenam ir aprakstoša, tā netika skaidrota kā mehānisms.

M. Deiviss (Davis) empātiju detalizētāk analizē kā mehānismu, uzskatot, ka empātija ir daudzdimensionāls fenomens un izveidoja empātijas organizācijas modeli (Davis, 1996). 1980. gadā Deiviss rada Starppersonu reakciju aptauju (SRA), kas ir instruments empātijas mērīšanai un tiek plaši izmantots pētniecībā arī mūsdienās. SRA ir pašnovērtējuma aptauja, kas sastāv no 4 apakšskalām: divām afektīvām (1) empātiskās rūpes, (2) personīgais distress un divām kognitīvām (3) perspektīvas ieņemšana un (4) fantāzija (Davis, 1980).

Mūsdienās tiek pētīts ar empātiju cieši saistīts fenomens empātiskā precizitāte, kas pirmo reizi detalizēti aprakstīts tika V. Aiksa (Ickes) 1993. gada rakstā ar tādu pašu nosaukumu „Empātiskā precizitāte”. Idejiski šī fenomena saknes meklējamas perspektīvas ieņemšanas izpratnē, Mīda, Piažē teorētiskajos uzskatos. V. Aikss to definē kā secinājumu izdarīšanu par indivīda emocionālajiem stāvokļiem (Ickes, 1993). Jaunākajās publikācijās empātiskā precizitāte tiek definēta kā precizitātes pakāpe, kādā indivīdi izdara spriedumus par partnera domām un jūtām (Ickes, Simpson & Orina, 2004), sašaurinot šo terminu partnerattiecību kontekstā. Jaunākie pētījumi saistībā ar empātisko precizitāti pēta šo

fenomenu romantiskās attiecībās (Kilpatrick, Bissonete & Rusbult, 2002; Schweinle; Ickes & Bernstein, 2002; Simpson, Ickes, & Grich, 1999) un ģimenes locekļu attiecībās (Kagawa & Koerner, 2006). Ir autori, kas uzskata, ka empātiskā precizitāte atšķirībā no empātijas ir procesa rezultāts –izdarīti spriedumi, slēdzieni (Thomas & Fletcher, 1997).

D. Desitijs (Decety) un F. Džeksons (Jackson), kas pēta empātiju neiropsiholoģijas un sociālās psiholoģijas ietvaros, uzskata, ka empātija ir attiecināma uz trim atšķirīgiem procesiem: 1) izjust, ko jūt otrs; 2)zināt, ko jūt otrs un 3) afektīvi reaģēt uz otra cilvēka distresu (Decety & Jackson, 2004).

Mūsdienās aizvien aktuālāka ir kļuvusi empātijas pētniecība neirozinātnes jomā. Piemēram, samērā nesen atklāts, ka empātiju var skaidrot ar spoguļneironu darbību (Gallese, 2002;2003; Singer & Frith, 2005, kā minēts Hojat, 2007). Balstoties uz pētījumiem neirozinātnē, tiek izdarīts secinājums, ka nākotnē visticamāk empātija tiks definēta neiroanatomiskos terminos un tiks mērīta pēc fizioloģiskajiem parametriem(Hojat, 2007).

Nākamajā nodaļā tiks aplūkotas mūsdienu psiholoģiskās empātijas teorijas, kā arī tiks raksturoti un analizēti empātijas komponenti.

Empātijas teorijas un empātijas komponentu raksturojums

Empātija psiholoģijas jomā ir plaši pētīta, tomēr dažu pētnieku pienesums ir īpaši produktīvs un nozīmīgs. Lai veidotos dziļāka un plašāka izpratne par pētāmo kontsruktu, tiks aplūkotas M.Hofmana, M. Deivisa, D.Betsona, N. Eizenbergas, kā arī D. Desitija un F.Džeksona pieeja.

Hofmans uzskatīja, ka empātija ir attīstāma spēja (Hoffman, 2000) un aprakstīja sešus atšķirīgus empātijas attīstības iezīmju raksturojošus veidus, kas ir atkarīgi no indivīda kognitīvās funkcionēšanas attīstības līmeņa. Pirmkārt, motorā mimikrija –automātiska, neapzināta uzvedības atdarināšana, ko var novērot jau zīdaiņiem (0-1gada vecumā); otrkārt, primārās cirkulārās reakcijas-primitīva emocionāla rezonanse (1-2 gadu vecumā). Treškārt, klasiskie nosacījuma procesi-emocionālās atbildes reakcijas veidojas no indivīda jau iepriekš izjustām emocijām, kas aktualizējas konkrētajā situācijā, piemēram, redzot kādu situācijā, kurā pats novērotājs ir bijis, aktualizējas tās pašas izjūtas(1-2 gadu vecumā). Ceturtkārt, tiešās asociācijas-emocionāla atbildes reakcija rodas arī tad, ja pats novērotājs nav bijis tādā situācijā kā otrs indivīds (3-10 gadu vecumā). Piektkārt, ar valodu saistītās asociācijas-spēja salīdzināt otra indivīda verbāli izteiktos emocionālos stāvokļus, asociēt tos ar savu atmiņā esošo pieredzi (3-10 gadu vecumā). Sestkārt, perspektīvas ieņemšana-tīša, ar apzinātu intelektuālu aktivitāti saistīta indivīda iedomāšanās cita indivīda pozīcijā, kas ir augstākais līmenis, ko var novērot sākot no 3 gadu vecuma(Hoffman, 1984, kā minēts, Davis,

1996). Saskaņā ar Hofmana uzskatiem, var secināt, ka jo attīstītāka indivīda lomu uzņemšanās spēja, jo cilvēks spējīgāks veidot uz citiem orientētas izjūtas un rīcību.

Eizenberga empātiju definēja kā emocionālu atbildes reakciju (Eisenberg, 2002, kā minēts Hakansson, 2003). Viens no Eizenbergas pētījumu mērķiem bija noskaidrot, kādi faktori veicina morālo attīstību bērnos (Miller & Eisenberg, 1987; Eisenberg & Strayer, 1987, kā minēts Hakansson 2003). Viens no tādiem ir empātijas attīstīšana. Mūsdienās ASV pastāv uzskats, ka būtu jāievieš padziļināts empātijas kurss medicīnas studentiem, jo šī prasme veselības aprūpes speciālistu praktiskajā darbā ir ļoti nozīmīga (Hojat, Mangione, Nasa & Gonnella, 2005; Haslam, 2007).

Deiviss izveidoja empātijas organizācijas modeli, kas apvieno daudzo empātijas skaidrojumu aspektus, lai skaidrotu to savstarpējo saistību un ļautu attiecināt to uz jebkuru empātijas situāciju (Davis, 1996). Deivisa empātijas organizācijas modelī atsevišķa uzmanība veltīta empātijas iepriekšējiem apstākļiem, empātijas procesam, intrapersonālajiem un interpersonālajiem rezultātiem. *Iepriekšējie apstākļi ietver 1) indivīda empātijas spējas (dispozīcija, individuālās atšķirības) un 2) situācijas kontekstu*- situācijas, vides ietekmi uz personas empātijas veidošanos. Iepriekšējās teorijās pirms Deivisa situācijas nozīmei netika piešķirta būtiska loma. *Procesi*: 1) ne-kognitīvie procesi-automātiskie procesi vai tādi, kuriem nepieciešama minimāla intelektuāla piepūle; 2) vienkāršie kognitīvie procesi-rudimentāri kognitīvie procesi (piemēram, tiešās asociācijas); 3) augstākie kognitīvie procesi-tādi, kam nepieciešama augsta līmeņa kognitīva piepūle (piemēram, perspektīvas ieņemšana). *Intrapersonālie rezultāti* ir 1) afektīvi- emocionālas reakcijas kā atbilde no novērotāja uz otra cilvēka pārdzīvojumiem; un 2) kognitīvi rezultāti. *Interpersonālie rezultāti* ir uzvedība, kas vērsta uz citiem cilvēkiem: palīdzīga uzvedība, agresīva uzvedība un sociālās attiecības kopumā (Davis, 1996). Deivisa modelis tiek izmantots, analizējot arī empātijas lomu ārsta – pacienta attiecībās (Larson & Yao, 2005).

D. Betsonu interesēja jautājumu loks, kas saistīts ar indivīdu prosociālas rīcības motīviem. Betsons izvirzīja empātijas-altruisma hipotēzi, kura paredz, ka empātija izraisa prosociālu rīcību, kas ir vērsta uz grūtībās nonākuša cilvēka labklājības veicināšanu; turklāt, jo spēcīgāka ir empātija, jo spēcīgāka altruistiskā motivācija (Batson, 1991, kā minēts McCamant, 2006). Saskaņā ar Betsona uzskatiem, var būt trīs savstarpēji atšķirīgi veidi, kas veicina palīdzības sniegšanu citiem indivīdiem: 1) pastiprinājums (reinforcement)- cilvēkam nepieciešams noticeēt, ka, sniedzot palīdzību, būs abpusējs ieguvums, piemēram, sociāla atzinība, materiāls labums, paaugstināts pašvērtējums; 2) spriedzes reducēšana- (arousal reduction)- redzot otru cilvēku ciešam, novērotājam rodas distress, trauksme nepatīkamas izjūtas un lai tās mazinātu, novērotājs palīdz. Jo spēcīgāks personīgais distress, jo izteiktāka

vēlme palīdzēt;3)empātija- altruisms- iztēlojoties otra cilvēka izjūtas konkrētajā situācijā, rodas vēlme palīdzēt (Batson, 1991, kā minēts Davis, 1996). Šajā gadījumā empātija ir resurss altruistiskai nesavtīgai rīcībai. Jo attīstītāka empātija, jo izteiktāka altruistiskā motivācija (Batson, Fultz & Schoenrade, 1987).

Mūsdienās joprojām ir aktuāla Betsona aizsāktu pētniecisko interešu joma par iemesliem, kas nosaka cilvēka palīdzības uzvedības veicināšanu, piemēram, cik lielā mērā palīdzības sniegšanas motivāciju izraisa personas dispozīcijas, tuvības pakāpe (Garziano, Habashi, Sheese & Tobin, 2007), situācijas konteksts (Bierhoff & Rohmann, 2004, kā minēts Gutiérrez, Peñacoba Puente, Rodríguez Moreno, Lopez & Velasco Furlong, 2006). Ir pētījumi, kas apliecina, ka situatīvie faktori vairāk izskaidro palīdzības uzvedības motīvus nekā dispozīcionālie (Bierhoff & Rohmann, 2004; Romer, Gruder & Lizzardo, 1986, kā minēts Gutiérrez, Peñacoba Puente, Rodríguez Moreno, Lopez & Velasco Furlong, 2006). 2007. gadā veiktajā pētījumā tika noskaidrots, ka dalībnieki ar augstākiem labvēlīguma (agreeableness) rādītājiem vairāk koncentrējas uz otra cilvēka izjūtām, taču būtiska nozīme ir arī situācijas kontekstam, rosinot prosociālu rīcību (Garziano, Habashi, Sheese & Tobin, 2007).

D. Desitijs (Decety) un F. Džeksons (Jackson) izveido empātijas modeli, kas integrē iepriekš paustās zināšanas sociālajā neirozinātnē, psihodinamiskajās teorijās, sociālajā psiholoģijā. Šis modelis ir balstīts uz teorētisko pētījumu bāzes un balstās uz uzskatu, ka eksistē trīs funkcionāli priekšnoteikumi, kas savstarpējas dinamiskas interakcijas rezultātā rada empātiju. Šie priekšnoteikumi ir sevis apzināšanās, emociju ekspresija un mentālā elastība un pašregulācija. Sevis apzināšanās ir būtiska pat, ja notiek īslaicīga identifikācija ar otra cilvēka izjūtām (Decety & Jackson, 2004). Cita indivīda uzvedības uztvere automātiski aktivizē indivīda mentālās reprezentācijas par šo uzvedību (Preston & de Waal, 2002). Emociju ekspresija ir cilvēku emocionālo signālu uztvere (Decety & Jackson, 2004). (tai skaitā mīmika, intonācija, poza, žesti), tā ir būtiska un adaptīva priekšrocība sociālo attiecību veidošanā un uzturēšanā (Schulkin, 2004, kā minēts Harmon-Jones & Winkiel, 2007). Mentālā elastība un pašregulācija ir nepieciešama, lai ieņemtu otra cilvēka perspektīvu un regulatorie procesi, piemēram, kontroles mehānisms (Decety & Jackson, 2004). Bez minētajiem elementiem empātija nav iespējama. Katrs no šiem komponentiem var tikt sadalīts būtiskajos elementos un saistīts ar to izpildi neiroanatomiskā līmenī (Decety & Jackson, 2004).

Analizējot literatūru empātijas izpētes jomā, var secināt, ka būtisku ieguldījumu empātijas pētniecībā ir snieguši M. Hofmans, N. Eizenberga, D. Betsons, M. Deiviss, kas raksturojusi empātiju (gan kā afektīvu, gan kognitīvu, gan sintezētu procesu). Mūsdienās

empātijas rašanās cēloņi tiek meklēti neuroanatomiskā līmenī, saskaņā ar D. Desitija un F. Džeksona pieeju.

Empātijas pētnieki, skaidrojot empātijas fenomena dabu, to skaidro atšķirīgi, taču vienojošais elements ir mēģinājumi izprast tās saturu, sastāvdaļas, komponentus. Nākamajā nodaļā tiks detalizētāk raksturoti empātijas komponenti, sasaistot dažādu autoru skaidrojumus.

Bakalaura darba pētījuma ietvaros autore empātiju pēta, vairāk balstoties uz Deivisa integrēto pieju, saskatot šīs pieejas priekšrocības. Deiviss piedāvā pilnīgāku un plašāku skatījumu uz empātiju, ietverot gan afektīvo, gan kognitīvo komponentu, kā arī palīdz klasificēt un strukturēt atziņas un atklājumus empātijas pētniecībā un izdarīt secinājumus.

Empātijas komponentu raksturojums

Empātija ir tikusi skaidrota atšķirīgi un šī konstrukta izpratne ir atkarīga no pētnieku teorētisko uzskatu tradīcijām. Balstoties uz literatūras analīzi, var izdalīt divus komponentus: afektīvo (emocionālā empātija) un kognitīvo (kognitīvā, intelektuālā empātija) (Smith, 2006; Zahn-Waxler & Radke-Yarrow, 1990), kā arī var runāt par abu komponentu sintēzi (Davis, 1996; Hojat, 2007). Afektīvais komponents tiek izprasts kā paaugstināts jūtīgums pret otra cilvēka emocionālo stāvokli, kas izpaužas kā emocionālu atbildes reakciju veidošana pret cita cilvēka pārdzīvojumiem, stāvokli, situāciju (Marangoni, Ickes, Garcia & Teng, 1995), savukārt kognitīvais ir mentāla perspektīvas ieņemšana (Smith, 2006), kur nepieciešama apzināta, kognitīva piepūle (Lamm, Batson & Decety, 2004).

S. Hodžesa (Hodges) un D. Wegners (Wegner) raksturo divas empātijas formas- kontrolēto un automātisko empātiju (Hodges & Wegner, 1997), kas ir analogs daļījums empātijas komponentos- afektīvajā un kognitīvajā. Automātiskā empātijas forma ietver tās emocionālos aspektus un ir novērojama jau cilvēka agrīnajā attīstībā. Šī ideja atspoguļojas Hofmana pētījumos, kur šī agrīnā automātiskā empātija jau ir novērojama un vienkāršākajā formā tiek saukta par motoro mimikriju (zīdaiņu raudāšana). Atšķirība ir klasifikācijas principā, bet idejiski formas un komponenti atspoguļo vienu un to pašu jēgu.

Cilvēkam attīstoties un nobriestot, veidojas sarežģītāki mehānismi (Hoffman, 2000). Kontrolētā empātijas forma atbilst kognitīvajai empātijai, kas var ietvert apzinātu un mērķtiecīgu intelektuālu piepūli (perspektīvas ieņemšana jeb lomu uzņemšanās (Eisenberg & Mussen, 1989). Saskaņā ar M. Deivisa un M. Hofmana pieeju, kontrolētā empātijas forma izpaužas vēlāk, kad kognitīvie procesi (galvas smadzeņu struktūras) ir nobrieduši (Davis, 1996; Hoffman, 2000), savukārt pēc Ž. Piāžē teorijas, bērns ir atbrīvojies no egocentriskā domāšanas veida (Piaget, 1932, kā minēts, Hakansson, 2003) .

C. Djuens (Duan) un C. Hils (Hill) uzskata, ka šie divi komponenti, kognitīvais un afektīvais, ir divi atšķirīgi un neatkarīgi fenomeni, kas atšķirīgi ietekmē starppersonu uzvedības veidus (Duan & Hill, 1996, kā minēts Kerem, Fishman & Josselson, 2001).

Līdz šim nav pilnīgas vienprātības par šo komponentu (jeb formu) savstarpējo mijiedarbību.

Afektīvais komponents

Vēsturiski senāka pieeja ir akcentēt empātijas afektīvo komponentu, jo tas sākotnēji tika saistīts ar līdzjūtību (Davis, 1996). Atšķirība starp empātiju un līdzjūtību ir skaidrojama arī anatomiski- atkarībā no attiecīgo galvas smadzeņu struktūru aktivitātes šajā procesā, respektīvi, empātija ir saistīta ar jauno garozu (*neo cortex*), bet līdzjūtība ar limbisko sistēmu (Hojat, 2007).

Afektīvais komponents zinātniskajā literatūrā dažkārt tiek skaidrots kā emocionāla reakcija pret otra cilvēka pārdzīvojumiem, emocionālo stāvokli (Fleshbach, 1975, kā minēts Hunter, 2003), just to, ko jūt otrs (Mehrebian, 1995/2008), spēt precīzi uztvert otras personas jūtas un to nozīmi (Hoffman, 1981, kā minēts Hojat, 2007). Sastopamie termini „afektīvā” un „emocionālā empātija” un pēc U. Dokmena (Dokmen) uzskatiem „empātiskā tendence” (Dokmen, 1990, kā minēts Mete, 2007) saturiski un atbilst empātijas afektīvajam komponentam (Smith, 2006).

Emocionālā atbildes reakcija, kas veidojas no otra cilvēka emocionālā stāvokļa uztveres un izpratnes, atpazīstot emocionālās norādes (Eisenberg & Fabes, 1990; Hoffman, 1982, kā minēts Hunter, 2003).

Saskaņā ar Hofmana teoriju, kā iepriekš tika uzsvērts, afektīvā reakcija kā tāda tiek novērota jau zīdaiņiem (Hoffman, 2000). S. Hodžesas (Hodges) un Vegnera (Wegner) raksturotā automātiskā empātijas forma atbilst Hofmana uzskatam par empātijas emocionālo komponentu, respektīvi, to var novērot agrīnajā attīstības posmā (Hodges & Wegner, 1997).

Afektīvo jeb emocionālo empātiju mēra ar pašnovērtējuma aptaujām, kā piemēram, ar A. Merebiana (Mehrebian) un N. Epšteina (Epstein) Emocionālās empātijas skalu (Mehrebian & Epstein, 1972, kā minēts Davis, 1996; Myyry & Helkama, 2001) vai Merebiana Proporcionālo emocionālās empātijas testu (The Balanced Emotional Empathy Test-BEES, Mehrebian, 1995/2008). M. Deivisa Starppersonu Reakciju Indekss (SRI) mēra gan afektīvo, gan kognitīvo empātijas komponentu, tāpēc lai raksturotu empātijas afektīvo komponentu, var izmantot arī SRI afektīvās skalas.

Afektīvā komponenta prevalences ideju atbalsta N. Eizenberga, D. Betsons, A. Merebians. M. Hojats (Hojat) savukārt uzskata, ka emocionālā empātija un līdzjūtība ir līdzvērtīgi konstrukti (Hojat, 2007).

Kognitīvais komponents

Literatūrā kognitīvais komponents tiek skaidrots kā otra cilvēka perspektīvas ieņemšana jeb dažkārt arī lomu uzņemšanās (Davis, 1996). Perspektīvas ieņemšanu visbiežāk raksturo kā spēju iedomāties sevi otra vietā, lai saprastu otra domas, jūtas, pārlicības, vērtību (Hakansson Eklund, 2006).

Empātijas kognitīvā komponenta izpratne aizsākas ar H. Mīda (Mead) un Ž. Piažē (Piaget). Piažē un Mīds uzskatīja, ka perspektīvas ieņemšanas spēja ir cieši saistīta ar kognitīvo komponentu, tā pieaug līdz ar bērna vispārējo attīstību (Piaget, 1932; Mead, 1934, kā minēts Eisenberg & Mussen, 1989), kā arī tā ir instruments, lai saprastu citus cilvēkus (Piaget, 1932, kā minēts Eisenberg, Murphy, Shepard, 1997; Mead, 1934, kā minēts Eisenberg & Mussen, 1989).

Pētnieki akcentē regulatoros jeb kontroles mehānismus empātijas procesā, kas ļauj nošķirt savas sākotnējās izjūtas no otra cilvēka izjūtām (Davis, 1996; Davis, 1980; Decety & Hodges, 2004). Šī ir ideja, kas bijusi aktuāla arī K. Rodžersa teorijā, uzskatot, ka empātijas procesā pastāv nosacījums: "ja vien būtu otra vietā" (Rogers, 1959, kā minēts Hakansson 2003, 5), kas liecina par apzinātu kontroles uzturēšanu. Šis aspekts atspoguļo empātijas kognitīvo komponentu. Veselības aprūpes kontekstā šīs idejas ir īpaši nozīmīgas, uzsverot kognitīvo komponentu saistībā ar ārsta pacienta attiecībām, un objektivitātes nodrošināšanu (Halpern, 2003).

J. Hakansons Eklunds (Hakansson Eklund) izvirza jaunu terminu, kas padziļinātāk veido izpratni par empātijas kognitīvo komponentu- perspektīvas ieņemšanu- subjekta skatījums (subject view)- perspektīvas ieņemšanas visdziļākā un plašākā forma, lai saprastu ne tikai domas, jūtas, ticību, vērtības, bet otra cilvēka būtību, eksistenci kā tādu un dzīves pieredzi (Hakansson Eklund, 2006). Subjekta skatījumu dēvē arī par *nobriedušu empātiju* (Deigh, 1995, kā minēts Hakansson Eklund, 2006). Subjekta skatījuma teorētiskie aspekti sakņojas K. Rodžersa teorijā.

Uzskatu, ka empātija ir drīzāk kognitīvs konstrukts pārstāv, piemēram, R. Daimonda, H. Kohuts, M. Hojats, Baret-Lenards (Barett-Lennard). Pacientu aprūpes kontekstā vairums pētnieku uzskata, ka empātija ir kognitīvs fenomēns.

Afektīvo un kognitīvo komponentu sintēze

Saskaņā ar Hofmana un Deivisa teorijām empātija ir afektīvo un kognitīvo procesu sintēze (Davis, 1996; Hoffman, 2000). Šie autori atšķirībā no citiem skata empātijas komponentus integrēti. J. Hakansons Eklunds līdzīgi kā E. Stotlands (Stotland) un D. Betsons uzskata, ka perspektīvas ieņemšana ir empātijas avots (Hakansson Eklund, 2006; Malle & Hodges, 2004), ko autori ir eksperimentāli centušies pierādīt. Stotlands, balstoties uz veiktiem

eksperimentiem, secināja, ka var izdalīt trīs perspektīvas ieņemšanas veidus: 1) iztēlojoties kā jūtas cits; 2) iztēlojoties kā indivīds pats justos; 3) objektīva perspektīvas ieņemšana (Stotland, 1969, kā minēts Hakansson Eklund, 2006).

Ā. Smits (Smith) empātijas rašanos un tās komponentus raksturo no evolucionārās psiholoģijas pieejas (Smith, 2006). Kognitīvā empātija ir izveidojusies evolūcijas ceļā, jo, cilvēkam jādzīvo sociālā vidē, kur nepieciešama spēja saprast un paredzēt citu cilvēku uzvedību, izprotot citu cilvēku emocionālos stāvokļus (Humphry, 1988, kā minēts Smith, 2006), savukārt emocionālā empātija motivē būt altruistiskiem vienam pret otru un nodrošina spēju atšķirt savas un citu cilvēku jūtas (Smith, 2006). Analogu ideju pauž arī M. Hofmans, uzskatot, ka, evolūcija ir nodrošinājusi divus svarīgus empātijas priekšnoteikumus: spēju izmantot kognitīvos procesus cita perspektīvas ieņemšanai un spēju afektīvi reaģēt uz cita emocionālo stāvokli (Hoffman, 2000). K. M. Šeldons (Sheldon) uzskata, ka abi komponenti ir saistīti otra cilvēka pieredzes apzināšanos un perspektīvas ieņemšanu, vēršot uzmanību arī uz subjektīvo pieredzi (Sheldon, 1996, kā minēts Myyry & Helkama, 2001).

Integrējot iepriekš paustos uzskatus zinātniskajā literatūrā un pētījumus, Desitijs un Džeksons izvirza par trīs komponentus: afektīvu reakciju uz otra cilvēka emocionālo stāvokli; kognitīvu spēju ieņemt otra cilvēka perspektīvu; dažus monitoringa mehānismi, kas seko līdzī pārdzīvoto jūtu izcelsmei (piemēram, izmaiņas mīmikā) (Decety & Jackson, 2006; Lamm, Batson & Decety, 2007).

Tātad pastāv dažādi, arī kardināli pretēji uzskati par empātijas komponentiem, tomēr uzskatu, ka interpretējot rezultātus būtu jāņem vērā konstrukta definīcija attiecīgā pētījuma ietvaros. Šī pētījuma ietvaros autore balstās un pamatojas uz sintezētu pieeju empātijas konstrukta izpratnē- empātiju veido gan afektīvie, gan kognitīvie komponenti.

Nākamajā nodaļā tiks raksturotas dzimumatšķirības empātijā.

Dzimumatšķirības empātijā

Pētot empātiju gan vispārēja populācijā, gan tikai veselības aprūpes sistēmā strādājošiem mediķiem vai studējošajiem, tiek konstatētas dzimumatšķirības sievietēm empātijas rādītāji ir augstāki (Carmel & Glick, 1996; Fields, Hojat, Gonnella, Mangione, Kane & Magee, 2004; kā minēts Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare, & Magee, 2002; Hanson & Mullis, 1985, kā minēts Hunter, 2003), turklāt ir pētījumi, kas apliecina, ka ne tikai summārais rezultāts ir augstāks, bet pat katrā skalā (Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare & Magee, 2002; Barnsley, Williams, Cockerill & Tanner, 1999, kā minēts Hojat, 2007). Hantere (Hunter) norāda, ka sievietes ir tendētas vairāk izrādīt interesi, rūpes, kā arī realizēt prosociālu uzvedību nekā vīrieši (Hunter, 2003), turklāt vairākos pētījumos ir

apstiprinājies, ka sievietes ir empātiskākas nekā vīrieši neatkarīgi no vecumposma (Cohen & Strayer, 1996; Eisenberg & Fabes, 1998, kā minēts Hunter, 2003).

N. Eizenberga (Eisenberg) un R. Lenons (Lennon) pētījumā pierādīja, ka liela nozīme ir tam, kādas metodes tiek izmantotas pētīt empātiju, turklāt būtiski ir arī skaidrība par pašu konstruktu. Izmantojot pašnovērtējuma aptaujas, sievietes uzrāda augstākus empātijas rādītājus, taču izmantojot uzvedības novērojumus (piemēram, video novērošanu), dzimumatšķirības netiek konstatētas (Eisenberg & Lennon, 1983, kā minēts Hojat, 2007; Stotland, Matthews, Sherman & Hansson, 1989, kā minēts Carmel & Glick, 1996). Tas norāda uz to, ka, iespējams, sievietes, iespējams, pārvērtē savas empātijas spējas vai arī tiecas uztvert sevi kā empātiskākas.

Bērniem tiek izmantotas citas metodes empātijas mērīšanai, piemēram, bilžu un/vai stāstu metodes. Veicot meta-analīzi par līdzīgiem pētījumiem, Eizenberga un Lenons atklāja, ka meitenes uzrāda augstākus rādītājus nekā zēni. Atšķirība gan ir neliela, bet statistiski nozīmīga (Eisenberg & Lennon, 1983, kā minēts Davis, 1996). Tomēr būtiski atzīmēt, ka rādītāji atšķirās atkarībā no eksperimentētāja dzimuma, respektīvi, ja eksperimentu vadīja sieviete, tad meiteņu empātijas rādītāji bija augstāki, bet kad eksperimenta vadītājs bija vīrietis, zēni uzrādīja augstākus rādītājus (Eisenberg & Lennon, 1983, kā minēts Davis, 1996). Līdz ar to šajā gadījumā izšķirošais faktors bija eksperimenta vadītāja dzimums. Izmantojot novērošanas metodi, fiksējot sejas, žestu, intonācijas reakcijas attiecībā uz piedāvātu stimulu, atklājās, ka rezultāti atšķirās atkarībā arī no tā, vai bērni zināja, ka novēro un kad nezināja. Situācijās, kad bērni nezināja, ka tiek novēroti, netika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības (Eisenberg & Lennon, 1983, kā minēts Davis, 1996). Tas norāda, ka dzimumatšķirības empātijas rādītājos ietekmē sociālās gaidas.

Padziļinot iepriekšējos pētījumos paustos secinājumu, dzimumatšķirību pētīšanā izmantojot personības aptaujas, sievietes uzrāda augstākus afektīvos rādītājus, pauž augstāku emocionālu jutību pret citu cilvēku pārdzīvojumiem nekā vīrieši -tas ir secinājums, kas izriet vairākiem pētījumiem (Kliszcs, Hebanowski & Rembowski, 1998, kā minēts Hojat, 2007). Šī secinājuma skaidrošanā pēc Eizenbergas un Lenona uzskatiem būtiski ir dzimuma lomu stereotipu nozīme. Līdzjūtība un emocionalitāte atbilstoši sabiedrībā dominējošiem uzskatiem ir pozitīvas iezīmes, kas piemīt sievietēm un atbilst tradicionālai sievietes dzimuma lomai, bet neatbilst vīrieša tradicionālai lomai (Eisenberg & Lennon, 1983, kā minēts Davis, 1996), vīriešiem emociju ekspresija drīzāk simbolizē vājumu un atkarību (Gilligan, 1982, kā minēts Hunter, 2003). Tātad, sevis reprezentācija no abu dzimumu lomu aspekta atbilst abu dzimumu uztverei (Eisenberg & Lennon, 1983, kā minēts Davis, 1996). Šis skaidrojums ir attiecināms arī uz empātijas kognitīvo komponentu (neemocionālo)-perspektīvas ieņemšanu jeb lomu

uzņemšanos, kas nav pretrunā ar vīrieša dzimuma lomu. Piemēram, Starppersonu reakciju indeksa skalā *perspektīvas ieņemšana* dzimumatšķirības netiek konstatētas, bet izteikti afektīvajās skalās tās parādās (Davis, 1980, 1996). Taču pastāv arī pretējs uzskats- ka stereotipu nozīme empātijas un uz sabiedrību orientētā uzvedībā ir pārspīlēta (Zahn-Waxler & Radke-Yarrow, 1990, kā minēts Hunter, 2003).

Dzimumatšķirības empātijas rādītājos tikušas konstatētas dažādu profesijas pārstāvju starpā. Piemēram, medmāsu, sociālo darbinieku, skolotāju vidū sievietēm bija izteikti augstāki empātijas rādītāji, mērot ar Deivisa Starppersonu reakciju aptauju un Merebiana (Mehrabian) un Epšteina (Epstein) Emocionālās empātijas skalu (Williams, 1989, kā minēts Hojat, 2007).

M. Rokičs (Rokeach) pētījumos ir atklājis, ka sievietes liek lielāku uzsvāru uz emocionālo aspektu savstarpējās attiecībās, bet vīrieši uz racionāliem apsvērumiem (Rokeach, 1973, kā minēts Cileli & Tezer, 1998), un līdzīgi citos pētījumos atklājas sakarība, ka sievietēm ir augstāki rādītāji emocionālās empātijas rādītājos (Myry & Helkama, 2001), bet ne perspektīvas ieņemšanā (Riggio, Tucker & Coffaro, 1989, kā minēts Hojat, 2007), kas ir empātijas kognitīvais aspekts, tādēļ bakalaura darba praktiskajā daļā autore centīsies noskaidrot, kā tas ir Latvijas medicīnas studentu vidū.

Citi autori pauž viedokli, ka sievietēm ir izteiktāka uz rūpēm orientēta morālā domāšana, bet vīriešiem morālā domāšana vērsta uz likumisko taisnīgumu (Sochting, Skoe & Marcia, 1994, kā minēts Skoe, Cumberland, Eisenberg, Hanssen & Perry, 2002). Pētot māszinību un medicīnas studentus, piedāvājot tiem risināt ētiskās dilemmas, tika konstatēts, ka sievietes bija vairāk orientētas uz rūpēm, risinot ētiskās dilemmas, nekā vīrieši (Peter & Gallop, 1994), un tas ir viens no skaidrojumiem, kādēļ sievietes izvēlas strādāt palīdzošā, uz rūpēm par citiem orientētā profesijā.

Pastāv arī uzskats, ka dzimumatšķirības empātijas rādītājos ir ne tik daudz saistītas ar empātiju kā cilvēcisku spēju, bet gan ar motivāciju, kas rezultējas augstākos empātijas rādītājus un arī kopumā vairāk orientējoties uz citiem cilvēkiem (Klein & Hodges, 2001, kā minēts Toussaint & Webb, 2005). Pētījumos tiek norādīts, ka sievietes ir spējīgākas uzsākt empātiskas attiecības (Eagly, 1995, kā minēts Hojat, 2007).

Sievietes vairāk nekā vīrieši ir vērstas uz komunikāciju ar pacientiem un viņu iedrošināšanu, empātisku klausīšanos (Roter, 2004, kā minēts Zantingea, Verhaaka, Bakker, Kerssens, van der Meer & Bensing, 2007). Savukārt vīrieši uzrāda vairāk kontrolējošu, neatkarīgu un dominējošu uzvedību, nevis jūtīgumu pret citu vajadzībām (Eagly, 1995, kā minēts Hojat, 2007). Balstoties uz citiem pētījumiem, ir konstatēts, ka sievietes ārstes vairāk nekā vīrieši velta laiku pozitīvai komunikācijai, vairāk apspriež slimības gaitu, vairāk lieto pozitīvus apgalvojumus un pavada vairāk laiku ar pacientiem (Hall, Irish, Roter, Ehrlich &

Miller, 1994; Roter, Hall, & Aoki, 2002). Piemēram, sievietes ārstes vidēji pavada laiku ar pacientiem par 3-4 minūtēm ilgāk nekā viņu kolēģi vīrieši (Charon, Greene & Adelman, 1994; Henderson & Weisman, 2001, kā minēts Hojat, 2007).

Pētījumā ar lielu izlases apjomu (N=5314), kurā piedalījās medicīnas studenti studiju uzsākšanas laikā, tika konstatēts, ka vidēji sievietes sagaidīja mazāku finansiālu atalgojumu par ārsta praksi savā plānotajā studiju specialitātē nekā vīrieši (par 23%) un šī pētījuma rezultāti tika skaidroti ar ideju, ka sievietes atšķirībā no vīriešiem profesiju tomēr izvēlas vairāk balstoties uz altruistiskiem mērķiem nekā finansiāliem (Gross, 1992, kā minēts Hojat, 2007). Empātija bieži tikusi uzskatīta par mediatoru starp dažādām prosociālas rīcības formām, N. Eizenberga ar kolēģiem uzskata, ka tas ir apstiprinājies pētījumos (Eisenberg & Miller, 1987, kā minēts Hunter, 2003). Tomēr, kā tika iepriekš minēts, empātijas un altruisma savstarpējā saistība nav tik viennozīmīga (Bierhoff & Rohmann, 2004), jo ir jāņem vērā arī situācijas konteksts (Romer, Gruder & Lizzardo, 1986, kā minēts Gutiérrez, Peñacoba Puente, Rodríguez Moreno, Lopez & Velasco Furlong, 2006).

No vienas puses sievietes uzrāda augstākus empātijas rādītājus, bet no otras puses ne vienmēr tam būs pozitīva nokrāsa profesionālajā jomā, jo, piemēram, saskaņā ar M. Hojata (Hojat) un arī citu pētnieku pētījumu secinājumiem (piemēram, Barnett, Biener & Baruch, 1987), sievietes tomēr ir emocionāli ievainojamākas, strādājot paaugstināta stresa apstākļos (Hojat, 2007), kas profesionālā ziņā ir drīzāk traucējoši; to atzīst arī pašas sievietes (Hojat, Glaser, Xu, Veloski & Christian, 1999, kā minēts Alcorta, Ancer, Saldkvar, Guzmin, Bermsdez, Montes, Gonzalez, Salinas & Hojat, 2008).

2006. gadā tika veikts pētījums, noskaidrojot, kā paša respondenta dzimums ietekmē realizēto empātiju pret sava un pretējā dzimuma pārstāvjiem dažādās situācijās, kur noskaidrojās, ka gan vīrieši, gan sievietes ir empātiskāki pret sievietēm (Staats, Long, Manulik & Kelley, 2006).

Līdzšinējos pētījumos Lielbritānijā, kuru izlases veidoja medicīnas studenti, iegūtie dati neuzrādīja dzimumatšķirības emocionālās inteliģences rādītājos, bet empātijas rādītājos tika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības, respektīvi, studentēm šie rādītāji bija augstāki (Austin, Evans, Magnus & O'Hanlon, 2007). Interesanti, ka studenšu akadēmiskie rezultāti arī ir novērtēti augstāk (Austin, Evans, Magnus & O'Hanlon, 2007). Šī pati sakarība atklājas arī ASV veiktajā pētījumā; tika konstatētas ne tikai dzimumatšķirības, sievietēm uzrādot augstākus rādītājus, bet arī mācību priekšmetu novērtējumi studentēm bija augstāki (Hojat, Gonnella, Mangione, Nasca, Veloski, Callahan & Magee, 2002). Tātad pastāv saistība starp empātiju un akadēmiskajiem novērtējumiem medicīnas studentu izlasē.

Tātad, sieviešu empātijas rādītāji ir augstāki, ja empātiju mēra ar pašnovērtējuma aptaujām, taču faktiskajā uzvedībā, veicot novērojumus, dzimumatšķirības nav izteiktas. Apkopojot iepriekš minēto, var secināt, ka pētot un interpretējot dzimumatšķirības empātijas rādītājos, ir jāņem vērā šādi faktori: kosntrukta definīcija, metodoloģiskie trūkumi, eksperimenta vadītāja dzimums, metode-pašnovērtējuma aptauja vai eksperiments, dzimuma stereotipi, motivācija būt empātiskam, mērķa (persona, pret kuru realizē empātiju) dzimums.

Nākamajā nodaļā tiks izklāstīts, kā tiek saprasta empātija pacientu aprūpes jomā un kādēļ empātijas loma šajā jomā ir būtiska.

Empātijas loma medicīnā un mediķa profesijā

Pacientu aprūpē tiek izšķirtas divas pieejas, balstoties uz atšķirīgām prasmēm: zinātniski tehniskā un socioemocionālā (Kupfer, Drew, Curtis & Rubinstein, 1978, kā minēts Carmel & Glick, 1996). Socioemocionālā pieeja saistīta tieši ar saskarsmi starp ārstu (vai kādu no medicīnas personāla) un pacientu, līdz ar to arī empātiju. Empātija praktiskai medicīnai piešķir īpašu nozīmi (Rosseau, 2008). Medicīnas studentam ir svarīgi apgūt gan zināšanas, gan prasmes, gan veidot atbilstošu attieksmi (Evans, Stanley & Burrows, 1993). Empātija un tai līdzīgie koncepti ir veicina veiksmīgu sociālo mijiedarbību (Clark, 1980, kā minēts Hunter, 2003). Hojats uzskata, ka nepieciešamība tikt saprastam ir viena no cilvēka pamata vajadzībām; ārsta izpratne par pacienta sociālajām, garīgajām un fiziskajām vajadzībām atbilst pacienta pamatvajadzību apmierināšanai (Hojat t al., 2003).

Analizējot empātijas jēdzienu pacientu aprūpes kontekstā, balstoties uz pētījumu kvalitatīvu analīzi, tiek izdalīti pieci empātijas skaidrojumi, kas savstarpēji idejiski atšķiras: (1) empātija kā personības iezīme- to var identificēt; veidojas kā emocionālas atbildes reakcijas; tā ir emocionālā intelekta elements, genotipiska, to nevar iemācīties. Realizējot empātiju, pacients jūtas saprasts. (2) empātija kā profesionālisms - empātija kā komunikācijas stratēģija; (3) empātija kā komunikācijas process- fokuss uz līdzjušanu, līdzestību; (4) empātija kā rūpes; (5) empātija kā īpašas attiecības- individuāla pieeja, lai veicinātu pacientu fizisko un emocionālo labklājību (Kunyk & Olson, 2001),

H. Blumgarts (Blumgart) izdala īpašu empātijas veidu - *neitrālā empātija*, ko attiecina uz ārsta- pacienta mijiedarbību. Blumgarts neitrālo empātiju apraksta kā uzmanīgu, rūpīgu pacienta novērošanu, neiesaistot emocionālos procesus, lai paredzētu pacienta reakciju pret veselības stāvokli (Blumgart, 1964, kā minēts Halpern, 2003). Termina *klīniskā empātija* autors ir D. Bergers, definējot to kā spēju emocionāli zināt, ko pārdzīvo otrs, iejusties otra pozīcijā (Berger, 1987, kā minēts Rabiner, 1988), kas arī faktiski atbilst empātijas kognitīvajam komponentam, ko apraksta Mīds, Kēlers, Piažē, Reiks un citi pētnieki. Saskaņā

ar Larsonu(Larson) un Jao (Yao) ārstam tīši, apzināti ir jāizrāda rūpes un entuziasms, pat ja tas neatbilst ar ārsta patiesajām izjūtām(Larson & Yao, 2005).

Dažkārt literatūrā kā analogs konstrukts empātijai tiek lietots *objektīvā līdzjūtība*, lai raksturotu ārsta emociju atdalīšanu no pacienta emocijām un atdalītu empātiju no līdzjūtības (Halpern, 2003; Fields, Hojat, Gonnella, Mangione, Kane & Magee, 2004). Tātad kopumā veselības aprūpes situācijās empātija tiek skatīta kā profesionalitātes sastāvdaļa(Silvester, Patterson, Koczwara & Ferguson, 2007; Halpern, 2003), kā kognitīvs fenomens. Pamatojoties uz vairāku pētnieku teorētiskajiem uzskatiem, klīnisko empātiju veido četri uzvedības aspekti: emotīvie, kognitīvie, morālie un uzvedības aspekti (Morse, Anderson & Bottorf, 1992; Mercer, Reynolds, 2002, kā minēts Stepien & Baernstein, 2006). Emotīvais aspekts- spēja iztēloties pacienta izjūtas; morālie- ārsta iekšējā motivācija būt empātiskam pret pacientu, kognitīvie- intelektuāla spēja identificēt un saprast pacienta izjūtas; biheiviorālie(uzvedības)- spēja ārēji izrādīt izpratni par pacienta emocijām(Morse, Anderson & Bottorf, 1992, kā minēts Stepien & Baernstein, 2006), un šīs visas dimensijas ir nepieciešamas ārstam, lai būtu efektīvi empātisks pret pacientiem (Stepien & Baernstein, 2006). Empātija pacientu aprūpes vidē tiek skatīta kā kognitīvs fenomens. C. Eirings (Aring) aprakstīja empātiju kā spēju novērtēt otra cilvēka pārdzīvojumus, pašam neiesaistoties šajos pārdzīvojumos (Aring, 1958, kā minēts Fields, Hojat, Gonnella, Mangione, Kane & Magee, 2004). M. Hojats (Hojat) un citi pētnieki empātiju skaidro kā kognitīvu spēju izprast pacienta iekšējo pārdzīvojumu (Hojat, 2007) un prasmi komunikācijā šo prasmi apliecināt (Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare, & Magee, 2002). Tātad būtiski ir spēt apliecināt empātiju. Līdzīgi arī F. Lings (Ling) uzskata, ka spēja būt empātiskam ne vienmēr izpaužas arī kā prasme empātiju izpaust ārēji (Ling, 2007).

Empātija ir viens no būtiskākajiem atbalstošu attiecību komponentiem (Fields, Hojat, Gonnella, Mangione, Kane & Magee, 2004; Gutiérrez, Peñacoba Puente, Rodríguez Moreno, Lopez & Velasco Furlong, 2006), kas ir svarīgi veselības aprūpes kontekstā, nodrošinot pacientu labsajūtu un labvēlīgu izveseļošanās gaitu (Paterson & Zderad, 1988, kā minēts McCamant, 2006). Tā ļauj precīzāk uzstādīt diagnozi (Barsky, 1988, kā minēts Hojat, Mangione, Nasca, Gonnella & Magee, 2005), ja ir attīstījusies savstarpēja uzticēšanās. Empātiska attieksme no medicīnas personāla puses palīdz pacientam justies saprastam un iedrošinātam (Suchman, Markakis, Beckman & R. Frankel, 1997). Empātija korelē arī ar pozitīvāku attieksmi pret gados veākiem cilvēkiem (Bagshaw & Adams, 1986 kā minēts Hojat, Mangione, Nasca, Gonnella & Magee, 2005). Psihodinamiskās skolas pārstāvis F. Kohuts aprakstīja, ka empātiskais process terapeita un pacienta attiecībās nav tikai līdzeklis datu iegūšanai par pacientu (Kohut, 1984), bet arī, veicinot uzticēšanos, tas labvēlīgi ietekmē terapijas rezultātus (Halpern, 2003; Haslam, 2007). Dž. Halperna (Halpern) ir secinājusi, ka

empātiska attieksme palīdz pacientiem atgūt autonomiju, veicina pašefektīviātes paaugstināšanos, nodrošina labvēlīgu un pozitīvu ārstēšanās procesu (Halpern, 2001, kā minēts Larson & Yao, 2005; Roter, Hall & Marisca, 1997, kā minēts Rosseau, 2008). Tomēr neskatoties uz šo nozīmīgo pienesumu, kopumā joprojām pētījumu par empātiju mediķiem nav daudz (Cox, Smith, Brown & Fitzpatrick, 2008).

J.Olson (Olson) veica pētījumu, balstoties uz pacientu aptaujām, un atklāja pozitīvu saistību starp medmāsu realizēto empātiju un pacienta uztverto empātiju. Olsons atklāja negatīvu korelāciju starp pacientu trauksmi un dusmu līmeni un empātiju. Jo empātiskāks un iejūtīgāks bija ārsts, jo zemāks bija pacientu trauksmes līmenis (Olson, 1995, kā minēts Fields, Hojat, Gonnella, Mangione, Kane & Magee, 2004).

Empātiju ir būtiski attīstīt jau studentiem, lai apgūtu spēju profesionāli intervēt pacientus (ievākt anamnēzi), un tādējādi precīzi noteikt diagnozi, kā arī lai nodibinātu kontaktu un veidotu efektīvu komunikāciju ar pacientu (Evans, Stanley & Burrows, 1993).

Ārsta-pacienta attiecībās empātija tiek uzlūkota kā kognitīvs fenomens, turpretī līdzjūtība- kā afektīvs (Hojat et al. 2002; Hojat, 2007). Nošķirot empātijas un līdzjūtības jēdzienus, Hojats uzskata, ka empātijas būtiskākā iezīme ir kognitīva izpratne, savukārt līdzjūtības raksturīgākā iezīme ir emocionāla iesaistīšanās (Hojat, 2007). Dž. Halperna uzskata, ka līdzjūtīgiem ārstiem pastāv risks identificēties ar pacientu un veicināt neobjektīvu attieksmi un izturēšanos pret pacientu (Halpern, 2003). Afektīvais komponents pacientu aprūpes vidē tiek izteikti nošķirts. Iemesls, kāpēc būtiski ir to nošķirt, saistīts ar ārsta objektīvo spriešanas spēju pacientu aprūpes situācijās (Hojat, 2007). Emocijas pacientu aprūpē var ietekmēt principus, pēc kuriem tiek pieņemti būtiski ar veselību saistīti lēmumi (Blumgart, 1964, kā minēts Hojat, 2007), tāpēc ārstiem nav ieteicams ārstēt tuvus ģimenes locekļus, kam ir nopietnas veselības problēmas (Aring, 1958, kā minēts Fields, Hojat, Gonnella, Mangione, Kane & Magee, 2004). E. Mora (More) uzskata, ka empātijas būtība ir nevis empātiskā ieinteresētībā, bet klātesamībā; empātija ir refleksiīvas interpretācijas cikls (More, 1996, kā minēts Silvester, Patterson, Koczwara & Ferguson, 2007). Lai arī empātija un līdzjūtība ir atšķirīgi konstrukti, tie nefunkcionē pilnīgi atšķirīgi, par ko liecina pozitīva korelācija (Hojat, Mangione, & Nasca, 2001), taču tie tiek nošķirti.

B.J. Evans (Evans) uzskata, lai novērtētu empātiju medicīnas studentos, mērījumi jāveic divos līmeņos, izmantojot pašnovērtējuma aptaujas un novērtējot reālo rīcību attiecībā pret pacientu (Evans, Stanley & Burrows, 1993).

Empātijas kā sociālpsiholoģiska fenomena pētniecība veselības aprūpes vidē palielinās, jo pieaug gan interese par to, kā empātija ietekmē pacientu pašsajūtu un izveseļošanās gaitu. To veicina arī fakts, ka 2001. gadā izveidota atbilstoša metode ārstu un

medmāsu empātijas mērīšanai –Džefersona ārstu empātijas aptauja (The Jefferson Scale of Physician Empathy), savukārt 2007. gadā tika izveidota aptauja, kas mēra pacienta uztverto ārsta empātiju (Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy), (Kane, Gotto, Mangione & Hojat, 2007). Šīs skalas ir ļoti konkrētas un ierobežotas, jo specifiski mēra empātiju kā ārsta profesionalitātes sastāvdaļu, taču mazāk attiecas uz empātiju kā vispārēju cilvēcisku spēju. Džefersona ārstu empātijas aptauja sastāv no trim apakšskalām- perspektīvas ieņemšana, līdzjūtīgas rūpes, iejušanās pacienta vietā (Hojat et al., 2005). Samērā nesen arī tika izveidota Empātijas skala(Empathy Scale), kas mēra pacienta apmierinātību, līdzestību (compliance), afektīvo un kognitīvo empātiju (Kim, Kaplowitz & Johnston, 2004).

Pastāv uzskats, ka lai nodrošinātu kvalitatīvāku veselības aprūpi, ir jāievieš padziļinātāka empātijas apmācība studiju programmās (Shapiro, Morrison & Broker, 2004, kā minēts Austin, Evans, Magnus & O'Hanlon, 2007). Citi autori apgalvo, ka medicīniskajai izglītībai jānodrošina studentus attīstītīs trīs jomās: zināšanās, prasmēs un attieksmē (Evans, Stanley & Burrows, 1993).

P. Roso (Rosseau) savā rakstā aicina mediķus palīdzēt saviem pacientiem pārvarēt slimību un līdz ar to uzlabot dzīves pieredzi (Rosseau, 2008).

Analizējot literatūru, var secināt, ka skaidrojot empātiju kopumā, var izšķirt divus galvenos komponentus: afektīvo un kognitīvo, taču skatot empātiju kā ārsta vai medmāsu profesionalitātes sastāvdaļu, tiek izvirzīts tikai kognitīvais komponents, ko reizēm literatūrā dēvē par objektīvo līdzjūtību, klīnisko vai neitrālo empātiju. No vienas puses tiek akcentēta ārsta komunikācijas veida un empātijas nozīme, bet no otras puses gandrīz nemaz nav pieejama informācija par to, kāda ir paša pacienta loma (Bylund & Makoul, 2005).

Interesi izraisa jautājums par empātijas saistību ar stāžu praktiskajā medicīnā vai studiju gadu ārstniecības programmās. Pētījumos konstatēts, ka pastāv negatīva korelācija ar darba stāžu- jo ilgāks praktiskā darba stāžs medicīnas jomā, jo empātijas rādītājiem ir tendence pazemināties (Halpern, 2003; Hojat, Mangione & Nasca, 2001). Secinājums, ka mazāk pieredzējuši ārsti un gados jaunāki ir empātiskāki attiecībā pret pacientiem nekā gados vecāki un pieredzējušāki kolēģi, izriet no vairākiem pētījumiem (Carmel & Glick, 1996; Hall & Dornan, 1988, kā minēts Carmel & Glick, 1996). S. Karmela (Carmel) un S. Glicks (Glick) uzskata, ka to var skaidrot ar to, ka empātiskā attieksme netiek novērtēta, tādēļ līdz ar darba stāža palielināšanos tā kļūst mazāk izteikta (Carmel & Glick, 1996).

2005. gadā M. Hojata vadībā veiktajā longitudinālajā pētījumā, kurā bija iesaistīti rezidentūrā studējošie jaunieši, veicot atkārtotos mērījumus pēc trīs gadiem, tika konstatēts, ka empātijas rādītāji bija augstāki nekā pirms tam (Hojat, Mangione, Nasca, Gonnella & Magee, 2005). Iespējams, tas ir atkarīgs no attiecīgās izglītības iestādes, kur mācību

programmās tiek iekļauti treniņi empātijas attīstībai (Metz, 2007; Tiliman, Savadge, Delony & Klimberg, 2002, kā minēts Stepien & Baernstein, 2006; Cam, 1995, kā minēts Metz, 2007; Shapiro, Rucker & Beck, 2006), kā arī citu komunikācijas prasmju vingrināšanai, būtu nepieciešamas mediķa darbā (Satterfield & Hughes, 2007). Taču pastāv arī pretējs uzskats, ka empātija ir relatīvi stabila iezīme, ko nav viegli mainīt ar treniņprogrammu palīdzību; šis secinājums arī izriet no longitudināla pētījuma, kura izlasi veidoja rezidentūras studenti un atšķirības netika konstatētas, lai gan rezultāti uzrādīja, ka drīzāk empātijai ir tendence samazināties (n=98) (Mangione, Kan, Caruso, Gonnella, Nasca & Hojat, 2002). Šis pētījums gan tika veikts salīdzinoši nelielā izlasē.

Tā kā lielākā daļa pētījumi ir veikti ASV, pētnieki Lielbritānijā veica līdzīgu Pētījumu Lielbritānijā. Šis pētījums (N=273) atklāj interesantu saistību starp empātiju, dzimumu un studiju gadu-studentēm empātijas rādītāji pirmajā studiju gadā ir zemāki, bet strauji paaugstinās līdz piektajam studiju gadam, savukārt studentiem pirmajā studiju gadā empātijas rādītāji ir augstāki, bet pēc pirmā studiju gada un līdz otrā studiju gada beigām strauji pazeminās, bet pēc tam kļūst nemainīgi. Šī pētījuma rezultāti tika skaidroti ar to, ka studentes māc šaubas, savukārt studentiem ātrāk izdodas pielāgoties. Kopējais skaidrojums par abu dzimumu respondentiem, kuri ieguvuši zemākus rādītājus varētu būt saistīts ar to, kādu vēstījumu viņi pirmajā kursā saņem no nodarbībām, vai izprot empātijas pret pacientu nozīmību ārsta darbā (Austin, Evans, Magnus & O'Hanlon, 2007).

Tātad praktiskajā medicīnā strādājošiem tiek konstatēta negatīva saistība starp empātiju un stāžu, bet studentiem medicīnas programmās šī sakarība nav tik viennozīmīga.

Ņemot vērā empātijas nozīmīgumu starppersonu attiecībās un specifiski veselības aprūpes kontekstā –ārsta-pacienta attiecībās, būtiski ir noskaidrot empātijas rādītājus topošajiem mediķiem. Bakalaura darba empīriskajā daļā ir plānots noskaidrot dzimumatšķirības empātijas afektīvo un kognitīvo komponentu rādītājos medicīnas studentiem, kā arī noskaidrot mācību ilguma saistību ar empātiju.

Balstoties uz literatūras analīzi, var izvirzīt hipotēzi- medicīnas studenšu empātijas rādītāji būs augstāki arī Latvijas augstāko izglītības iestāžu ārsta vai ārsta palīga programmās studējošo vidū. Tā kā pastāv neskaidrība par kognitīvo komponentu dzimumatšķirībām, tiek izvirzīts pētījuma jautājums: vai pastāv dzimumatšķirības empātijas kognitīvo komponentu rādītājos medicīnas studentiem? Interesi rosinājis jautājums par mācību ilguma saistību ar empātiju topošajiem mediķiem. Tā kā līdzšinējo pētījumu rezultāti neuzrāda vienprātīgus datus, tiek izvirzīts pētījuma jautājums: vai pastāv saistība starp empātiju un mācību ilgumu medicīnas studentiem?

Metode

Pētījuma dalībnieki

Pētījumā piedalījās 133 medicīnas studenti (109 (82%) sievietes un 24 (18%) vīrieši) no Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes, Rīgas Stradiņa universitātes Medicīnas fakultātes, Rīgas Sarkanā krusta koledžas un Rīgas 1. medicīnas koledžas, kas studē programmās „ārsts” vai „ārsta palīgs”. Pētījumā piedalījās respondenti no 19-58 gadiem, vidējais vecums $M=30,3$ gadi (vīriešiem $M=24,38$, sievietēm $M=31,6$). Pētījumā piedalījās studenti no 1., 2., 3., 4., 5. un 6. kursa, taču respondentu sadalījums pa studiju kursiem ir neviendabīgs sakarā ar atsaucības līmeni. 1. kursā mācījās 21% respondentu, 2. kursā 25%, 3. kursā 41%, 5. kursā 2%, 6. kursā 3% respondentu.

No vienas izglītības iestādes pētījuma saskaņošanas gaitā tika saņemts oficiāls noraidījums aptaujāt studentus, kas tika pamatots ar iebildumiem aptaujas izveidē un neskaidriem formulējumiem.

Instrumentārijs

Empātijas mērījumiem pētījuma ietvaros tika izmantotas divas aptaujas: Starppersonu reakciju aptauja un Ārstu empātijas aptauja.

Starppersonu reakciju aptauja (SRA) (Interpersonal Reactivity Index, Davis, 1980, 1983, 1996), ir izveidota empātijas mērījumiem vispārīgajā populācijā. Šajā aptaujā ir apgalvojumi par dažādām iespējamām empātiskām reakcijām savstarpējās attiecībās. Aptaujai ir 4 apakšskalas: 1) fantāzijas skala (F), kas raksturo indivīda reakciju uz nereālām situācijām un spēju iejusties kādā šizētiskā tēlā, varonī (piemēram, „Pēc filmas vai izrādes noskatīšanās, es jūtos it kā būtu viens/viena no tās tēliem”); 2) perspektīvas ieņemšana (PT)-spēja ieņemt cita cilvēka perspektīvu, uzlūkot cilvēkus, notikumus, situācijas no cita skatupunkta (piemēram, „Konflikta situācijā, pirms pieņemu lēmumu, es mēģinu apsvērt visus viedokļus”); 3) empātiskās rūpes (EC)-rūpes pret grūtībās nonākušu cilvēku, kas vienmēr saistītas ar emocionālu reakciju veidošanos (piemēram, „Dažreiz man nav žēl citu cilvēku, kam ir problēmas”); 4) personīgais distress (PD)- trauksme, nemiers, spriedze, kas rodas, redzot kādu ciešot, pārdzīvojot (piemēram, „Mani biedē emocionāli saspringtas situācijas”). Aptaujas oriģinālu ticamības aprēķini apakšskalās uzrāda Kronbaha alfas koeficientus 0,70 līdz 0,78 (Davis, 1996), kas norāda, ka aptaujas ticamība ir pieņemama.

Katrā apakšskalā ir 7 apgalvojumi, ko jānovērtē Likerta skalā no 1, „nav raksturīgi man” līdz 5 „ļoti raksturīgi man”.

Starppersonu reakciju aptauja daļēji tikusi adaptēta 2003. gadā S. Sebres, I. Gundares un M. Pļavenieces pētījumā (2003). Minētajā pētījumā, kura izlasi veidojas skolotāji un skolēni, tika izmantotas divas aptaujas apakšskalas- empātiskā līdzjūtība/rūpes (EC), kur

Kronbaha alfa ir 0,68 un skalā perspektīvas ieņemšana (PT)-0,70, kas liecina, ka aptaujas ticamība ir pieņemama. Latvijas Universitātē SRA izmantota arī 2006. gadā A.Bētiņas bakalaura darbā un autores kursa darbā II.

Šī pētījuma ietvaros tika aprēķināti ticamības rādītāji gan apakšskalām, gan aptaujai kopumā. Kognitīvās skalas tika summētas, tāpat arī afektīvās un šie aprēķini tiks izmantoti turpmākai analīzei. Kronbaha alfas koeficients aptaujai kopumā ir 0,69, kas norāda, ka ticamība, lai gan nerasniedz vēlamo, tomēr ir pieņemama, ņemot vērā, ka aptaujas oriģinālā tā svārstās no 0,7-0,78. Ticamības aprēķini apakšskalās uzrāda šādus Kronbaha alfas koeficientus: personīgais distress 0,63, perspektīvas ieņemšana 0,52, fantāzija 0,66, empātiskas rūpes 0,42. Ticamības aprēķini summētajā kognitīvajā skalā (fantāzija, perspektīvas ieņemšana) uzrāda Kronbaha alfas koeficientu 0,63, bet afektīvajā 0,56, kas liecina, ka ticamība apakšskalās nerasniedz vēlamo, tie ir apmierinoši un tas jāņem vērā rezultātu kopējā interpretācijā.

Empātijas mērījumiem tika izmantota arī *Ārstu empātijas aptauja (ĀEA)* (The Jefferson Scale of Physician Empathy; Hojat, Mangione & Nasca, 2001), tā mēra empātiju pacientu aprūpes kontekstā kā kognitīvu fenomenu, kas iekļauj spēju saprast pacienta pieredzi, pacienta skatījumu (Hojat, Mangione & Nasca, 2001; Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare & Magee, 2002). Tika izmantota medicīnas studentiem pielāgotā versija, ko var izmantot gan ārstniecības programmu, gan māszinību, gan citu veselības aprūpes specialitāšu studentu izlasēs. Aptauja sastāv no 20 apgalvojumiem, kas Likerta skalā jānovērtē no 1 līdz 7, no „Absolūti nepiekrītu” līdz „absolūti piekrītu”. Aptaujai ir trīs apakšskalās, kas atbilst 3 pamata faktoriem: *perspektīvas ieņemšana* (perspective taking)– 10 apgalvojumi (piemēram, „Pacientam kļūst labāk, ja ārsts izprot, kā pacients jūtas”), *līdzjūtīgas rūpes* (compassionate care) iekļauj 8 apgalvojumi (piemēram, „Emocijām nav vietas fizisko slimību ārstēšanā” un *iejušanās pacienta vietā* (standing in patient’s shoes) veido 2 apgalvojumi (piemēram, „Cilvēki ir dažādi, tāpēc ir grūti ieraudzīt situāciju no pacienta skatupunkta”). Aptaujas ticamības aprēķini oriģinālvalodā uzrāda Kronbaha alfas koeficienta vērtības 0,81. Šī pētījuma ietvaros ticamības aprēķini apakšskalās ir šādi: perspektīvas ieņemšana $\alpha=0,76$, līdzjūtīgas rūpes $\alpha=0,62$ un iejušanās pacienta vietā $\alpha=0,3$; kopējais Kronbaha alfas koeficients aptaujai ir 0,65, kas ir apmierinošs rādītājs.

Tā kā vienā izglītības iestādē, kur apgūst ārsta palīga specialitāti, vadībai bija iebildumi par to, ka aptaujā tiek izmantots definējums „ārsts”, tādēļ tas aptaujas apgalvojumos tika aizvietots ar definējumu „mediķis”. Šai izlasei ($n=30$) ticamība tika aprēķināta atsevišķi un tika iegūti šādi ticamības rādītāji: aptaujai kopumā Kronbaha alfas koeficients 0,55, perspektīvas ieņemšanas apakšskalā 0,72, empātiskas rūpes 0,61, iejušanās pacienta vietā 0,46.

Tātad, var secināt, ka aizvietojojam terminu „ārsts” ar „mediķis” ticamības rādītāji mazliet pazeminās gan kopumā aptaujai, gan divām apakšskālām, taču vienā apakšskālā tie paaugstinās. Šobrīd pie Ārstu empātijas aptaujas adaptācijas strādā R.Upenieks.

Atšķirībā no SRA, ĀEA ir paredzēta lietošanai specifiskās izlasēs- veselības aprūpes speciālistu (dažādu specialitāšu mediķu, medmāsu u.c.) vidū vai medicīnas zinātņu studentu vidū (dažādās specialitātēs), tomēr starp abu aptauju apakšskālām ir atklātas statistiski nozīmīgas korelācijas (Hojat, Mangione, Kane & Gonnella, 2005). Abu aptauju kopējo rezultātu korelācija ir pozitīva, vidēji cieša, bet tā kā atsevišķās apakšskālās tomēr netika konstatētas statistiski nozīmīgas korelācijas (Hojat, Mangione, Kane & Gonnella, 2005), var secināt, ka ĀEA tomēr ir atbilstošāka empātijas mērījumiem pacientu aprūpes kontekstā.

Papildus pētījuma dalībniekiem tiks lūgts sniegt demogrāfisko informāciju.

Pētījuma shēmas aplūkojamas 1. pielikumā.

Procedūra

Pētījumā izmantoto aptauju izplatīšanas stratēģija atšķīrās, jo atšķirīgās izglītības iestādēs ir atšķirīgas prasības studentu aptaujāšanai pētījumu nolūkos. Lielākā daļa aptauju tika izdalītas papīra formātā, ko medicīnas studenti izpildīja nodarbības laikā vai sev brīvākā brīdī, pēc tam iesniedzot aizpildītu aptauju konkrētajam mācībspēkam izglītības iestādē. Daļa aptauju tika izsūtītas elektroniski un saņemtas atpakaļ, kā arī tika izveidota arī aptaujas elektroniskā forma, ko studenti varēja izpildīt un rezultāti tika saņemti atpakaļ automātiski. Neatkarīgi no aptaujas formas, aptauju izpildei bija ierobežots laiks- viena vai divas nedēļas. Veiksmīgākā forma izrādījās papīra formāta aptaujas, jo šādā veidā tika iegūts atpakaļ visvairāk aizpildītu aptauju.^o

Rezultāti

Tika aprēķināti aprakstošās statistikas rādītāji medicīnas studentu izlasē, norādot empātijas līmeni summāri pēc Starppersonu reakciju aptaujas, atsevišķi izdalīti empātijas komponentu rādītāji, ārstu empātijas rādītāji, kā arī respondentu vecums un studiju gads. Iegūtie aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji ir atspoguļoti 1. tabulā.

1. tabula. Empātijas un tās komponentu aprakstošās statistikas rādītāji (N=133).

	M	SD	A	E	K (Kkr 2,29- 4,13)	Kolmogorova- Smirnova tests	Atbilstība normālam sadalījumam
Empātija	86,63	10,17	0,07	0,38	2,63	2,68	+
Afektīvie komponenti	43,02	5,66	-0,06	0,31	2,69	2,50	+
Kognitīvie komponenti	43,61	6,72	0,09	-0,31	3,31	0,84	+
Ārstu empātija	92,34	12,08	0,38	-0,06	3,06	0,77	+
Vecums	30,32	10,77	0,21	-1,15	4,15	0,73**	-
Studiju gads	2,56	1,15	0,68	0,9	2,1	0,72**	-

** p<0,01

Analizējot iegūtos rezultātus, var secināt, ka empātijas summārais rezultāts, tās atsevišķie komponenti un ārstu empātijas aptaujas rezultāti atbilst normālam sadalījumam, kas liecina, ka kopumā šīs izlases dati būtiski no populācijas neatšķiras.

Asimetrijas koeficients afektīvajiem komponentiem ir negatīvs, tas nozīmē, ka vairāk respondenti afektīvajās skalās ir ieguvuši augstākas balles nekā zemākas. Pārējo rādītāju asimetrijas koeficienti ir pozitīvi, tātad šajos rādītājos respondenti ir ieguvuši zemākās balles nevis augstākās.

Tā kā empātijas summārais rādītājs pēc Starppersonu reakcijas aptaujas un tajā ietilpstošais afektīvā komponenta aprēķinātais ekscesa koeficients ir pozitīvs, tas nozīmē, ka respondenti devuši viendabīgu vērtējumu, respektīvi, pazīmes vērtības koncentrējas vienā vai dažos intervālos ap aritmētisko vidējo. Kognitīvā komponenta un ārstu empātijas aptaujas summārā rezultāta aprēķinātais ekscesa koeficients ir negatīvs, kas liecina par nevienmērīgu novērtējumu, tātad nav izteikta pazīmju koncentrēšanās ap aritmētisko vidējo.

Novērtējot iegūto rezultātu statistiskos rādītājus, var secināt, ka respondentu vecuma sadalījums un arī studiju gada sadalījums neatbilst normālam (skatīt 3. piel.) pēc ceturtās kārtas momenta, jo ceturtās kārtas moments atrodas ārpus k4 kritiskā intervāla, kā arī neatbilst arī pēc Kolmogorova-Smirnova testa rezultāta. Tātad šīs izlases vecuma un studiju gada sadalījums atšķiras no populācijas.

Tālākajā pētījuma gaitā nepieciešamo aprēķinu veikšanā atšķirības tiks noteiktas ar t Stjudenta kritēriju un sakarību noteikšanai tiks izmantots Spirmena rangu korelācijas koeficients.

Lai noteiktu, vai pastāv atšķirības starp empātijas komponentiem medicīnas studentu izlasē, tika izmantots ar t Stjudenta kritērijs neatkarīgām grupām. Papildus tika aprēķinātas

atšķirības arī empātijas summārajam rezultātam pēc SRA un ārstu empātijas aptaujas kopējam rezultātam. Aprakstošās un secinošās statistikas rezultāti ir atspoguļoti 2. tabulā.

2 tabula. Empātijas un tās komponentu aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji sievietēm un vīriešiem.

Mainīgie lielumi	Sievietes (N=109)		Vīrieši(N=24)		t-tests
	M	SD	M	SD	
Empātijas kopējais rādītājs	87,89	9,69	80,91	10,49	2,98**
Afektīvie komponenti	43,91	5,46	39,04	4,81	4,36**
Kognitīvie komponenti	43,99	6,32	41,87	8,24	1,18
Ārstu empātija	92,06	12,26	93,60	11,31	-,585

N = 133; ** p<0,01

Novērtējot iegūtos rezultātus, var secināt, ka pastāv statistiski nozīmīgas dzimumatšķirības empātijas kopējos rādītājos un afektīvajā komponentā. Iegūtie rezultāti liecina, ka medicīnas studentu izlasē sievietes uzrāda augstākus empātijas rādītājus kopējā skalā (M=87,89), kā arī afektīvajā komponentā (M=43,91) nekā vīrieši (attiecīgi M=80,91 un M=39,04). Līdz ar to pētījumā gaitā ir apstiprinājusies pētījumā izvirzītā hipotēze- medicīnas studenšu empātijas afektīvo komponentu rādītāji ir augstāki nekā medicīnas studentiem.

Kognitīvajos empātijas komponentos netika konstatētas statistiski nozīmīgas dzimumatšķirības, kas ļauj atbildēt uz pirmo pētījuma jautājumu noliedzoši- nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības empātijas kognitīvo komponentu rādītājos medicīnas studentiem.

Iegūtie rezultāti norāda arī uz to, ka nepastāv dzimumatšķirības ārstu empātijas summārajā rezultātā.

Lai atbildētu uz otro pētījuma jautājumu, vai pastāv saistība starp empātiju un mācību ilgumu, tika aprēķināts Spirmena rangu korelācijas koeficients. Turklāt papildus tika iekļautas abu aptauju apakšskalu rādītāji un studējošo vecums, lai iegūtu plašāku informāciju par pētījumā uzdoto jautājumu. Rezultāti ir atainoti 3. tabulā.

3. tabula. Empātijas, empātijas komponentu un ārsta empātijas saistība ar studiju ilgumu un studējošā vecumu.

	vecums	studiju gads
Empātijas kopējais rādītājs	0,01	0,03
<i>Afektīvie komponenti</i>	0,03	-0,03
Empātiskās rūpes	-0,01	0,06
Personīgais distress	0,01	-0,12
<i>Kognitīvie komponenti</i>	0,01	0,07
Perspektīvas ieņemšana(SRA)	0,19*	0,12
Fantāzija	-0,11	0,01
Ārsta empātija	0,18*	0,16
Perspektīvas ieņemšana(ĀEA)	0,28**	0,10
Līdzjūtīgas rūpes	0,04	0,08
Iejušanās pacienta vietā	-0,17	0,07

N = 133; *p < 0,05, **p < 0,01

Novērtējot iegūtos rezultātus, var secināt, ka atbilde uz otro pētījuma jautājumu ir negatīva-tātad nepastāv saistība starp mācību ilgumu un kopējo empātijas līmeni. Atbildes iegūšanai uz pētījuma jautājumu tika izmantoti divi empātijas mērīšanas instrumenti un atbilde ir noliedzoša, balstoties uz abiem.

Iegūtie dati norāda uz to, ka pastāv pozitīva saistība starp studējošā vecumu un perspektīvas ieņemšanas spēju, respektīvi, jo students ir vecāks, jo izteiktāka ir perspektīvas ieņemšanas spēja. Turklāt šī saistība parādās abu pētījumā izmantoto aptauju perspektīvas ieņemšanas apakšskalā rezultātos.

Iztirzājums

Pētījuma gaitā apstiprinājās hipotēze- medicīnas studentu empātijas afektīvo komponentu rādītāji ir augstāki nekā studentiem, kas atbilst secinājumiem no dažādu ārvalstu pētījumu rezultātiem- sievietēm empātijas rādītāji ir augstāki kā vīriešiem(Carmel & Glick, 1996; Fields, Hojat, Gonnella, Mangione, Kane & Magee, 2004; kā minēts Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare, & Magee, 2002; Hanson & Mullis, 1985, kā minēts Hunter, 2003), turklāt izteiktāk tas ir afektīvajās skalās(Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare & Magee, 2002; Barnsley, Williams, Cockerill & Tanner, 1999, kā minēts Hojat, 2007).

Viens no skaidrojumiem, kādēļ sievietes uzrāda augstākus novērtējumus afektīvajās skalās, ir izskaidrojams ar dzimuma lomu stereotipu nozīmi (Eisenberg & Lennon, 1983, kā

minēts Hojat, 2007). Līdzjūtība un emocionalitāte atbilstoši sabiedrībā dominējošiem priekšstatiem ir pozitīvas iezīmes, kas piemīt sievietēm un atbilst tradicionālai sievietes dzimuma lomai, bet neatbilst vīrieša tradicionālai lomai (Eisenberg & Lennon, 1983, kā minēts Davis, 1996), vīriešiem emociju ekspresija drīzāk simbolizē vājumu un atkarību (Gilligan, 1982, kā minēts Hunter, 2003). Tātad, sevis reprezentācija no abu dzimumu lomu aspekta atbilst abu dzimumu uztverei (Eisenberg & Lennon, 1983, kā minēts Davis, 1996).

Būtiski ņemt vērā arī to, ka pētījumā tika izmantotas pašnovērtējuma aptaujas, kas saskaņā ar citiem pētījumiem norāda uz to, ka šie vērtējumi atšķiras no reālās uzvedības, respektīvi, uzvedības novērojumos (piemēram, izmantojot video novērošanu), dzimumatšķirības netiek konstatētas (Eisenberg & Lennon, 1983, kā minēts Hojat, 2007; Stotland, Matthews, Sherman & Hansson, 1989, kā minēts Carmel & Glick, 1996). R. Eliots (Eliott) ar kolēģiem uzskata, ka pašnovērtējuma aptauju trūkums ir tāds, ka nepietiekami prognozē šo spēju (Elstein & Teitelbaum, 1974, kā minēts Evans, Stanley & Burrows, 1993) un tās nemēra studentu patiesās prasmes izrādīt empātisku uzvedību (Elliott, Filipovich, Harrigan, Gaynor, Reimschuessel & Zapadka, 1982, kā minēts Evans, Stanley & Burrows, 1993). Lai gūtu pilnīgāku priekšstatu par studentu empātiju, lietderīgi būtu empātijas mērīšanas procesu organizēt divās daļās: izmantot pašnovērtējuma aptaujas un studentu praktisko prasmju novērtēšanu (Evans et al., 1993), izmantojot, piemēram, videomateriālus. Iespējams, ka turpinot šo pētījumu, organizējot arī eksperimentu, rezultāti varētu būt atšķirīgi.

Pastāv arī uzskats, ka dzimumatšķirības empātijas rādītājos ir saistītas arī ar motivāciju, kas sievietēm rezultējas augstākos empātijas rādītājus (Klein & Hodges, 2001, kā minēts Toussaint & Webb, 2005).

Atbildot uz pētījuma jautājumu, vai pastāv atšķirības empātijas kognitīvajos komponentos, jāsecina, ka statistiski nozīmīgas dzimumatšķirības netika atklātas. Būtiski piebilst, ka pētījumā tika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības summārājā empātijas rezultātā tikai pēc SRA, bet ne pēc ĀEA, kur empātija tiek mērīta kā kognitīvs fenomens, līdz ar to atbildi uz minēto pētījuma jautājumu papildina arī šis aspekts.

Šis secinājums sasaistās ar līdzšinējo pētījumu rezultātu atziņām, ka sievietes uzrāda augstākus afektīvos rādītājus, bet ne kognitīvos, piemēram, perspektīvas ieņemšanā (Myyry & Helkama, 2001). Šajā aspektā būtiska iepriekš minēta dzimuma lomas uztvere.

Atbildot uz pētījuma otro jautājumu, tika iegūta noliedzoša atbilde- nepastāv saistība starp studiju gadu un empātiju. Līdzšinējo līdzīgu pētījumu rezultāti ir bijuši neviennozīmīgi ir atklātas gan pozitīvas (piemēram, Mete, 2007; Tiliman, Savadge, Delony & Klimberg, 2002, kā minēts Stepien & Baernstein, 2006; Cam, 1995, kā minēts Mete, 2007), gan negatīvas (piemēram, Mangione, Kane, Caruso, Gonnella, Nasca & Hojat, 2002) saistības

starp empātiju un studiju gadu. Viens no argumentiem, kas tiek izvirzīts šo neviennozīmīgo rezultātu skaidrošanā, ir neskaidrība par konstrukta mērīšanu un definēšanu (Evans, Stanley & Burrows, 1993), kā arī atšķirīgām mācību programmām, kas tiek realizētas dažādās mācību iestādēs. Izpētot aptaujāto izglītības iestāžu mācību programmas, nevienā no iestādēm studiju programmā nav iekļauti specifiski studiju kursi komunikācijas prasmju attīstīšanai.

Kopumā šie secinājumi rosina diskutēt par to, cik profesionālajā ziņā mediķim/topošajam mediķim ir svarīgi būt emocionāli vai kognitīvi empātiskam, jo, iespējams, ka pacients jūtas saprasts un iedrošināts, ja ārsts ir uzmanīgs un izprot pacienta vajadzības, lai izvēlētos tālāku rīcības stratēģiju, nevis emocionāli iesaistās pacienta pārdzīvojumos. Saskaņā ar M. Hojata empātijas definējumu, ārsta empātija atšķiras ar to, ka ārsts dalās izpratnē, bet ne emocijās (Hojat et al., 2001). Šī secinājuma praktiskais apsvērums ir ārsta emocionāla sevis pasargāšana no profesionālās dzīves smagi emocionālām situācijām. Tā kā topošie mediķi apgūst gan zināšanas, gan prasmes, autore uzskata, ka kognitīva pacientu emocionālo stāvokļu un vajadzību izpratne ir ļoti būtiska prasme, ko būtu nepieciešams attīstīt medicīnas studiju laikā. Papildus katrā valstī un savā ziņā arī katras augstskolas ietvaros ir jāanalizē modelis jeb pieeja, kāda tiek pasniegta studentiem – topošajiem mediķiem- vai tiek uzsvērts biomedicīniskais modelis, vai akcentē arī biopsihosociālo paradigmu pacientu apūpes kontekstā. Pētot pieejamo informāciju par Latvijas augstskolu vai koledžu, kurās tiek apgūta ārsta vai ārsta palīga specialitāte, mājas lapās atrodamā informācija par studiju programmām liecina, ka nekādi specifiski kursi vai treniņi, kas attīstītu sociālo kompetenci, t.sk., empātiju nav atrodamī, tomēr tas neizslēdz iespējamību, ka nodarbībās tiešas vai netiešas norādes par saskarsmi ar pacientiem nebūtu dotas.

Pētījumā, kas ir veikts šī bakalaura darba ietvaros, empātijas konstrukts ir ticis detalizēti analizēts un raksturots, kā tiek saprasta empātija vispārējā populācijā un kā specifiskā veselības aprūses vidē, ko autore uzskata par vienu darba lielākajiem sasniegumiem.

Šī pētījuma viens no trūkumiem ir neviendabīgais studentu skaita sadalījums pa studiju gadiem, kā arī dzimumu disproporcija. Neviendabīgo sadalījumu var skaidrot ar to, ka bija atšķirīgs atsaucības līmenis gan no mācību iestāžu puses, gan no attiecīgo studiju kursu studentiem. Jāpiebilst, ka lielākā atsaucība tika saņemta no trešā kursa studentiem, savukārt no piektā un sestā kursa salīdzinoši mazāka. Tomēr šī pētījuma ierobežojums rezultātu skaidrošanā ir ticamības aprēķinu rezultāti, kas izmantoto aptauju ne visās apakšskalās sasniedz vēlamo robežu, līdz ar to pētījumā iegūto rezultātu ticamība nav augsta, turklāt pētījuma veikšanas brīdī neviena no izmantotajām aptaujām nebija adaptēta.

Papildus atklājums šajā pētījumā ir pozitīvas saistības starp studējošā vecuma un perspektīvas ieņemšanas spējas konstatēšana. Šī saistība parādās abu pētījumā izmantoto aptauju perspektīvas ieņemšanas apakšskalu rezultātos, kas pastiprina šīs saistības esamību. Pētījumi apstiprina, ka perspektīvas ieņemšana ir pozitīvi saistīta ar vecumu (Rose, 1991). Tātad-jo studējošais ir vecāks, jo perspektīvas ieņemšanas spēja paaugstinās. Tas rosina uz diskusiju par to, ka perspektīvas ieņemšana ir empātijas dimensija, kas varētu būt attīstāma ar treniņu palīdzību, kas profesionālā ziņā topošajam mediķim ir būtiski.

Šī pētījuma novitāte salīdzinājumā ar citiem iepriekš veiktajiem pētījumiem ir dažādu empātijas komponentu analīze un to salīdzināšana, skatot dzimumatšķirības, kā arī tas, ka ņemot vērā, ka izlase ir medicīnas studenti, tika papildus mērīta arī ārstu empātija, un līdz ar to priekšstats par rezultātiem tiek paplašināts un vispusīgāks.

Turpmākajos pētījumos būtu lietderīgi skatīt empātijas rādītājus kontekstā ar akadēmiskajiem rezultātiem, kā arī turpinot dzimumatšķirību pētīšanu, nodrošināt empātijas mērījumu veikšanu divās daļās-gan piedāvājot studentiem pašnovērtējuma aptaujas, gan eksperimentālu pētījuma dizainu.

Faktiski nav informācijas par medicīnas studentu vērtību saistību ar empātijas rādītājiem, kas, iespējams, vecinātu izpratni par topošo mediķu profesijas izvēli, motivāciju.

Nobeigums

Bakalaura darba temata izpētei tika detalizēti analizēts empātijas jēdziens, tā izpratne un struktūra no dažādu pētnieku pieejām. Rodžersam empātija bija viens no pamatelementiem konsultēšanā; Hofmans, Eizenberga, Betsons empātiju saista ar morālo attīstību, savukārt Deiviss strukturē empātijas izpratni, sadalot to afektīvos un kognitīvos komponentos.

Analizējot zinātnisko literatūru, var secināt, ka pētnieki empātiju skaidro un raksturo atšķirīgi, taču vienojošais elements ir mēģinājumi izprast tās saturu, sastāvdaļas, komponentus. Apkopojot teorijas un skaidrojumus, var izdalīt divus komponentus: afektīvo un kognitīvo, kā arī empātiju var izprast, integrējot šos komponentus vienotā fenomenā. Šī pētījuma ietvaros analīze un empīriskās daļas rezultāti balstījās uz abu komponentu analīzi.

Pētot empātijas dzimumatšķirības, konstatēts, ka sieviešu empātijas rādītāji ir augstāki, ja empātiju mēra ar pašnovērtējuma aptaujām, taču faktiskajā uzvedībā, veicot novērojumus, dzimumatšķirības nav izteiktas. Interpretējot dzimumatšķirības empātijā, ir jāņem vērā šādi faktori: kosntrukta definīcija, metodoloģiskie trūkumi, eksperimenta vadītāja dzimums, metode-pašnovērtējuma aptauja vai eksperiments, dzimuma stereotipi, motivācija būt empātiskam, mērķa (persona, pret kuru realizē empātiju) dzimums.

Empātijas loma medicīnā ir saistīta ar pacientu labsajūtu un labvēlīgāku izveseļošanās gaitu (Paterson & Zderad, 1988, kā minēts McCamant, 2006), ļauj precīzāk uzstādīt diagnozi

(Barsky, 1988, kā minēts Hojat, Mangione, Nasca, Gonnella & Magee, 2005), empātiska attieksme no medicīnas personāla puses palīdz pacientam justies saprastam un iedrošinātam (Suchman, Markakis, Beckman & R. Frankel, 1997). Ārsta –pacienta attiecībās empātija tiek uzlūkota kā kognitīvs fenomens (Hojat, 2007), ko dažkārt dēvē par neitrālo, kognitīvo, klīnisko empātiju un tā ir profesionalitātes pazīme (Silvester, Patterson, Koczwara & Ferguson, 2007; Halpern, 2003).

Saistība starp mācību ilgumu un empātijas rādītājiem ir neviennozīmīga, jo līdzšinējie pētījumi sniedz pretrunīgus rezultātus.

Pētījuma praktiskajā daļā apstiprinājās izvirzītā hipotēze – medicīnas studentu empātijas afektīvo komponentu rādītāji ir augstāki nekā studentiem, kas atbilst līdzšinējo pētījumu rezultātiem.

Atbildot uz pirmo pētījuma jautājumu – vai pastāv atšķirības empātijas kognitīvajos komponentos, tika secināts, ka nepastāv statistiski nozīmīgas dzimumatšķirības kognitīvajos empātijas komponentos medicīnas studentu izlasē.

Atbildot uz otro pētījuma jautājumu, tika noskaidrots, ka nepastāv saistība starp mācību ilgumu un empātiju medicīnas studentiem.

Papildus empīriskajā daļā tika atklāts, ka pastāv pozitīva saistība starp studējošā vecumu un perspektīvas ieņemšanas spēju; tātad – jo students vecāks, jo izteiktāka ir perspektīvas ieņemšanas spēja.

Šī pētījuma gaitā iegūtā informācija ļāvusi atbildēt uz dažiem jautājumiem, kas Latvijā iepriekš šajā jomā netika pētīti un kas mudina turpināt pētniecību dziļāk un plašāk par politiski nozīmīgu tēmu – empātijas nozīmi topošo mediķu mācību programmās un mediķu praktiskajā darbā. Turpmākajos pētījumos būtu vērtīgi pētīt empātiju un emocionālo intelektu, kā arī vērtības un apmierinātību ar izvēlēto profesiju medicīnas studentiem. Līdzšinējie pētījumi aktualizē nepieciešamību izprast situatīvo faktoru nozīmi empātijas izpausmē. Empātijas pētniecību medicīnas studentu vidū kopumā būtu jāturpina ar tālejošu mērķi, lai veicinātu veiksmīgāku un efektīvāku komunikāciju starp ārstu un pacientu, attīstot empātiju jau topošajos mediķos.

Izmantotās literatūras saraksts

- Alcorta, A., Ancer, J., Saldkvar, D., Guzmin, S., Bermsdez, M., V., Montes, J., Gonzalez, J., F., Salinas, A., A., Hojat, M. (2008). Measurement of Psychosocial Health in Medical Students: Validation of the Jefferson Medical College's Questionnaire in Mexico. *Interdisciplinaria*, 25, 1, 101-119.
- Austin, J., Evans, Ph., Magnus, B. & O'Hanlon, K. (2007). A Preliminary Study of Empathy, Emotional Intelligence and examination Performance in MBChB students. *Medical Education*, 42, 684-689.
- Batson, D. (1996) Empathy, Altruism and Justice: another Perspective in Partiality. In L. Monataada & M.J. Lerner (Eds). *Current Societal concerns about Justice*. Springer.
- Batson, D., Fultz, J., Schoenrade, P. (1987). Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences. *Journal of Personality*, No.1, 19-39.
- Beven, J.P., O'Brien-Malone, A. & Hall, G.(2004). Using Interpersonal Reactivity Index to Assess Empathy in Violent Offenders. *International Journal of Forensic Psychology*, No.2, pp.33-41.
- Bierhoff, H.W. & Rohmann, E. (2004). *Altruistic personality and empathy-altruism hypothesis: Related or unrelated*. In B. De Raad, D. Barelds & K. Van Oudenhoven-Van der Zee (Eds.), Conference Abstracts of the 12th European Conference on Personality, University of Groningen, The Netherlands ,62-70.
- Bierhoff, H.W. & Rohmann, E. (2004). Altruistic personality in the context of the empathy-altruism hypothesis. *European Journal of Personality*, Vol. 18 Issue 4, p351-365.
- Brems, C. (2001). Dimensionality of Empathy and Its Correlates. *The Journal of Psychology*, 123(4), 329-337.
- Bylund, L., C. & Makoul, G. (2005). Examining Empathy in Medical Encounters: An Observational Study Using Empathic Communication Coding System. *Health Communication*, 18(2), 123-140.
- Carmel, S.& Glick, S.M (1996). Compassionate-empathic physicians' personality traits and social-organisational factors that enhance or inhibit this behaviour pattern *Social Science and Medicine*. No.8, pp.1253-61.
- Cileli, M. & Tezer, E. (1998). Life and value orientations of Turkish University students. *Adolescence*. Spring.
- Cox , E. D, Smith, M. A. , Brown , R. L, Fitzpatrick , M. A. (2008). Assessment of the physician-caregiver relationship scales (PCRS). *Patient Education and Counselling*. No.70(1),pp. 69-78.

- Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 1–17.
- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1): 113–126.
- Davis, M. (1996). *Empathy: A social Psychological Approach*. Eckerd College: Westview Press.
- Decety, J. & Hodges, S. (2006) The Social Neuroscience of Empathy. In P.A.M. Van Lange (Ed.) *Bridging Social Psychology: Benefits of Transdisciplinary Approaches*. Routledge.
- Decety, J. & Jackson, P.L. (2006). A Social- Neuroscience Perspective on Empathy. *Current Directions in Psychological Science*. Issue 2, 54-58.
- Eisenberg, N., Murphy B., C. & Shepard, S. (1997). The Development of Empathic Accuracy. In W. Ickes (Ed.). *Empathic Accuracy*. New York: The Guilford Press.
- Eisenberg, N. & Strayer, J. (1987). *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Evans, B.J., Stanley, R.O. & Burrows, G.D. (1993). Measuring medical students' empathy skills. *British Journal of Medical Psychology*, 66, pp.121-133.
- Fields, S., Hojat, M., Gonnella, J., Mangione, S., Kane, G. & Magee, K. (2004). Comparisons of Nurses and Physicians on an Operational Measure of Empathy. *Evaluation & the Health Profession*, No. 1, 80-94.
- Graziano, W. G., Habashi, M. M., Sheese, B.E., & Tobin, R. M. (2007). Agreeableness, empathy, and helping: A person X situation perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, No.4., 583-599.
- Gutiérrez, J.L., Peñacoba Puente, C., Rodríguez Moreno, R., Lopez, A. & Velasco Furlong, L. (2006). Nursing Motives for Helping Scale (N-MHS): Reliability and Validity. *The Spanish Journal of Psychology*, No. 1, 103-112.
- Hakansson Eklund, J. (2006). *Empathy and viewing the other as a subject*. Scandinavian Journal of Psychology. No. 47, 399-409.
- Hakansson, J. (2003). *Exploring the Phenomenon of Empathy*. Doctoral Dissertation. Stockholm University, Department of Psychology.
- Hakansson, J., Montgomery, H. (2003). Empathy as an Interpersonal Phenomenon. *Journal of Social and Personal Relationships*. No.3, pp.267-284.

- Hall, J. A. & Dornan, M. C. (1988). Meta-Analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science and Medicine*, No 6, pp. 637-644.
- Hall, J.A., Irish, J.T., Roter, D.L., Ehrlich, C.M., Miller, L.H. (1994). Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Medical Care*, No.12, pp.1216-31.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *General Internal Medicine*. No 18, pp.670-674.
- Harmon-Jones, E. & Piotr Winkiel, P. (2007). *Social Neuroscience: Integrating Biological and Psychological Explanations*. Guilford Press.
- Haslam, N. (2007). Humanising medical practice: the role of empathy. *Medical Journal of Australia*. No. 187 (7), pp.381-382.
- Hinnant, J. B. & O'Brien, M. (2007). Cognitive and Emotional Control and Perspective Taking and Their Relations to Empathy in 5-Year-Old Children. *Journal of Genetic Psychology*;3, 301-322.
- Hodges, S. D. & Wegner, D.M. (1997). Automatic and Controlled empathy. In W. Ickes „*Empathic Accuracy*” (Ed.) New York: The Guilford Press.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S. & Nasca, T. J. (2005). Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. *The Journal of Social Psychology*, No. 6, pp. 663-672
- Hojat, M., Mangione, S. & Nasca, T., Veloski, J. & Kane, G. (2001). Empathy in Medical Education and Patient Care. *Academic Medicine*, 76, 669.
- Hojat, M., Mangione, S. & Nasca, T. J. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement*. No.61, 349-365.
- Hojat, M. (2007). *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. New York: Springer.
- Hojat, M., Gonnella, J.S., Mangione, S., Nasca, T.J., Veloski, J.J., Callahan, C.A., & Magee, M. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender, *Medical Education*, 36, 522-527.
- Hojat, M. Gonnella, J.S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M.D. & Magee, M. (2002). Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry*. No. 159, pp.1563-1569.
- Humphry, N. (1988). The social function of intellect. In R. Byrne & A. Whiten (Eds.). *Machiavellian intelligence: Social expertise and the evolution of intellect in monkeys, apes and humans* (pp. 13-26). Oxford, England: Oxford University Press.

- Hunter, H.R. (2003). *Affective Empathy in Children: Measurement and correlates*. Doctoral Dissertation. School of Applied Psychology.
- Ickes, W. , Simson, J.A.& Orina, M.(2004) Empathic Accuracy in Close Relationships. In W. Ickes „*Empathic Accuracy*”(Ed.) New York: The Guilford Press.
- Jeanrie, C., & Bertrand, R. (1999). Translating tests with the International Test Commission Guidelines: Keeping validity in mind. *European Journal of Psychological Assessment*, 15, 277-283.
- Kagawa, N. & Koerner, A. Empathic Accuracy and Topic Coherence in Family Communication: Investigating the Effects of Children’s Gender on Family Conversations. *Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, Dresden International Congress Centre, Dresden, Germany, Jun 16, 2006.* <http://www.allacademic.com/meta/p93226_index.html>
- Kane, G., Gotto, J. L , Mangione, S., West , S. & Hojat., M (2007). Jefferson Scale of Patient’s Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Clinical Science*, Issue 48, 81.
- Kerem, E. & Fishman, N.(2001). The Experience of Empathy in Human Relationships: Cognitive and Affective elements. *Journal of Social and Personal Relationships*.No.18, 709-722. -6.
- Kim, S.S., Kaplowitz, S. & Johnston, M.V.(2004). The Effects of Physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the Health Professions*, 27,237.
- Kunyk, D. & Olson, K. (2001). Clarification of Conceptualizations of Empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 317-325.
- Lamm, C., Batson, C.D., Decety, J. (2007). The Neural Substrate of Human Empathy: Effects of Perspective Taking and Cognitive Appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience*, Issue 1, 42-58
- Larson, E., B. & Yao, X. (2005). Clinical Empathy as Emotional Labour in the Physician-Patient Relationship.*JAMA*,293, 1100-1106.
- Malle, B.F., Hodges, S. (Eds.).(2004). *Other Minds. How Humans bridge to divide between themselves and others*. New York, London: Guilford Press.
- Mangione, S. Kane,G., Caruso,J., Gonnella,J., Nasca , T. & Hojat, M. (2002). Assesment of empathy in different years of internal medicine training. *Medical Teacher*,No.4, pp. 370-373.
- McCamant, K.L.(2006). Humanistic Nursing, Interpersonal Relations Theory and the Empathy-Altruism Hypothosis. *Nursing Science Quarterly*, Issue 4. 334-338.

- Mehrebian, A.(1995/2008). The Balanced Emotional Empathy Test (BEES) and Optional Software.On-line: extracted from: <http://www.kaaj.com/psych/scales/emp.html>.
- Mete, S.(2007). The Empathic Tendencies and skills of Nursing Students. *Social Behaviour and Personality*, 35(9), 1181-1188.
- Myyry, L. & Helkama, K.(2001). University Students' Value Priorities and Emotional Empathy. *Educational Psychology*, No.1.
- Peter, E. & Gallop, R. (1994). The ethic of care: A comparison of nursing and medical students. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 26(1), 47-51.
- Preston, F. & De Waal, B. M. (2002). The Proximate bases of Empathy. Extracted from:<http://66.102.9.104/search?q=cache:0pZJ35zN6toJ:www.bbsonline.org/Preprints/Preston/Referees/+Preston+%26+de+Waal+,+2002&hl=lv&ct=clnk&cd=3&gl=lv>
- Rabiner, E.L. (1988). Book Reviews. *American Journal of Psychiatry*. No. 42, pp.487-488.
- Rogers, C.R.(1978). The Foundations of the Person-Centred approach. *Education*. Vol.100, Issue 2., 98-107.
- Rose, S.P. (1991)Accounting for Correlations across Measures of Perspective Taking. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development.
- Rosseau, P. Empathy.(2008). *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, Vol.35, No. 4, 261-162.
- Roter, D., Hall, J., & Aoki, Y. (2002). Physician Gender Effects in Medical Communication. *Journal of American Medical Association, The Patient-Physician Relationship*, No. 6
- Sebre, S.,Gundare, I. un Pļaveniece, M. (2003). Piesaistes stili, pašcieņa, empātija un tolerance. *LU raksti. Psiholoģija*,664. sējums.
- Satterfield, J., M. & Hughes, E.(2007). Emotion Skills training for Medical Students: a systematic review. *Medical Education*, 41, 935-941.
- Shapiro, J. Rucker, L. & Beck, J. (2006). Training the clinical eye and mind: using the arts to develop medical students' observational and pattern recognition skills. *Education for Health*;19:96-105. 48.
- Silvester, J, Patterson F, Koczwara A, Ferguson E. (2007). "Trust me . . .". Psychological and behavioral predictors of perceived physician empathy. *Journal of Applied Psychology* , No. 92: 519-527.
- Skoe, E., Cumberland, A. Eisenberg, N, Hanssen, K. & Perry, J. (2002). The influences of sex and gender-role identity on moral cognition and prosocial personality traits. Sex roles: *Journal of Research*.No.11.
- Smith, A.(2006). Cognitive Empathy and Emotional Empathy in Human Behaviour and Evolution. *The Psychological Record*, 56, 3-21.

- Smith, W.T. (2006). Altruism and Empathy in America: Trends and Correlates. National Opinion Research Center/University of Chicago.
- Staats, S., Long, L., Manulik, K & Kelley, P. (2006). Situated Empathy: Variations Associated with Target Gender Across Situations. *Social Behavior & Personality: An International Journal*; 2006, Issue 4, p431-441.
- Stepien, K.A. & Baernstein, A.(2006). Educating for Empathy. A Review. *Journal of General Internal Medicine*, 21, pp.524-530.
- Stotland E., Sherman, E.S., & Shaver, K.G. (1971). *Empathy and Birth Order: Some Experimental Studies*. University of Nebraska Press.
- Sturmer, S., Snyder, M., Kropp, A. & Siem, B.(2006). Empathy motivated helping: The Moderating Role of Group Membership. *Personality and Social Psychology Bulletin*. No. 32, 943-950.
- Suchman A. L, Markakis, K., Beckman, H. B & R. Frankel (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *Journal of the American Medical Association*, No.8.
- Thomas, G.& Fletcher , G. J. O. (1997). Empathic Accuracy in Close relationships. In W. Ickes (Ed.). *Empathic Accuracy*. New York: The Guilford Press.
- Toussaint, L. & Webb, J.R. (2005). Gender Differences in The Relationship Between Empathy and Forgiveness. *The Journal of Social Psychology*, 145(6), pp. 673-685.
- Wang, Y.V., Davidson, M., Yakushko, O., Savoy, H., Tan, J.A., & Bleier, K. (2003). The scale of ethnocultural empathy: Development, validation, and reliability. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 221-234.
- Williams, C. (1989).Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in nursing & health*, 12(3):169-78.
- Zahn-Waxler, C., & Radke-Yarrow, M. (1990). The origins of empathic concern. *Motivation and Emotion*, 14(2), 107-103.
- Zantingea, M.E. , Verhaaka, F.M., de Bakker, D. H., Kerssens, J. J. ,van der Meer, K.& Bensing, M., J. (2007). The workload of general practitioners does not affect their awareness of patients' psychological problems. *Patient Education and Counseling*, Issue 2., pp. 93-99.

Bibliogrāfija

- Alcorta, A., Ancer, J., Saldkvar, D., Guzmin, S., Bermsdez, M., V., Montes, J., Gonzalez, J., F., Salinas, A., A., Hojat, M. (2008). Measurement of Psychosocial Health in Medical Students: Validation of the Jefferson Medical College's Questionnaire in Mexico. *Interdisciplinaria*, 2008, 25,1, 101-119.
- Aring, C.D.(1958). Sympathy and Empathy. *Journal of American Medical Association*. 167, pp. 448-453.
- Austin, J., Evans, Ph., Magnus, B. & O'Hanlon, K. (2007). A Preliminary Study of Empathy, Emotional Intelligence and examination Performance in MBChB students. *Medical Education*, 42, 684-689.
- Bagshaw, M. & Adams, M. (1986). Nursing home nurses' attitudes, empathy, and ideologic orientation. *International Journal of Aging and Human Development*, 22, pp. 235-246.
- Barnett, L. Biener & Baruch, G.K. (1998). Gender and Stress . The Free Press: New York.
- Barnsley, J., Williams, A.P., Cockerill, R. & Tanner J. (1999). Physician characteristics and the physician-patient relationship: The impact of gender, year of graduation, and specialty. *Canadian Family Physician*, 45:935-942.
- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 91-100.
- Barsky, A.,J. (1988). Hidden reasons some patients visit doctors. *Annals of International Medicine*, 94, 492-498.
- Batson, C., Batson, J., Singlsby, J., Harrell, K., Peekna, H., & Todd, R. (1991). Empathic joy and the empathy-altruism hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 413-426.
- Batson, D. (1996) Empathy, Altruism and Justice: another Perspective in Partiality. In L. Monatada & M.J. Lerner (Eds). *Current Societal concerns about Justice*. Springer.
- Batson, D., Fultz, J., Schoenrade, P. (1987). Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences. *Journal of Personality*, No.1, 19-39.
- Berger, D. M. (1987). *Clinical empathy*. Northvale: Jason Aronson, Inc.
- Beven, J.P., O'Brien-Malone, A. & Hall, G.(2004). Using Interpersonal Reactivity Index to Assess Empathy in Violent Offenders. *International Journal of Forensic Psychology*, No.2, pp.33-41.
- Bierhoff, H.W. & Rohmann, E. (2004). *Altruistic personality and empathy-altruism hypothesis: Related or unrelated*. In B. De Raad, D. Barelds & K. Van Oudenhoven-Van der Zee (Eds.), Conference Abstracts of the 12th European Conference on Personality, University of Groningen, The Netherlands ,62-70.

- Bierhoff, H.W. & Rohmann, E. (2004). Altruistic personality in the context of the empathy–altruism hypothesis. *European Journal of Personality*, Vol. 18 Issue 4, p351-365.
- Blumgart , H.L. (1964). Caring for the patient. *New English Journal of Medicine*. No. 270: 449–456.
- Brems, C. (2001). Dimensionality of Empathy and Its Correlates. *The Journal of Psychology*, 123(4), 329-337.
- Brislin, R. W. (1986). The wording and translation of research instruments. In W. J. Lonner & J. W. Berry (Eds.). „*Field Methods in Cross-cultural Research*” (pp. 1337-164). Newbury Park, CA: Sage.
- Bylund, L., C. & Makoul, G. (2005). Examining Empathy in Medical Encounters: An Observational Study Using Empathic Communication Coding System. *Health Communication*, 18(2), 123-140.
- Carmel, S.& Glick, S.M (1996). Compassionate-empathic physicians’ personality traits and social-organisational factors that enhance or inhibit this behaviour pattern *Social Science and Medicine*.No.8, pp.1253-61.
- Charon R., Greene M., Adelman R.(1994). Multi-Dimensional Interaction Analysis: A collaborative approach to the study of medical discourse. *Social Science and Medicine*, 39:955-65.
- Cileli, M. & Tezer, E. (1998). Life and value orientations of Turkish University students. *Adolescence*. Spring.
- Clark, K. (1980). Empathy- a Neglected Topic in Psychological Research. *American Psychologist*, 35(2), 187-190.
- Cohen, D. & Strayer, J. (1996) Empathy in conduct disordered and comparison. youth. *Developmental Psychology*, 32, 988-998.
- Cox, E. D, Smith, M. A. , Brown, R. L, Fitzpatrick , M. A. (2008). Assessment of the physician-caregiver relationship scales (PCRS). *Patient Education and Counselling*. No.70(1),pp. 69-78.
- Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in. empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 1–17.
- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional. approach. *Journal of Personality and Social Psychology* , 44(1): 113–126.
- Davis, M. (1996). *Empathy: A social Psychological Approach*. Eckerd College: Westview Press.

- Decety, J. & Hodges, S. (2006) The Social Neuroscience of Empathy. In P.A.M. Van Lange (Ed.) *Bridging Social Psychology: Benefits of Transdisciplinary Approaches*. Routledge.
- Decety, J. & Jackson, P.L. (2006). A Social- Neuroscience Perspective on Empathy. *Current Directions in Psychological Science*. Issue 2, 54-58.
- Deigh, J. (1995). Empathy and Universalizability. *Ethics*, 105, 743-763.
- Dokmen, U. (1990). The measurements of a new empathy model and empathic skill with two different approaches. *Psikoloji Dergisi*, 7, 42-50.
- Eagly, A. (1995). The Science and Politics of Comparing Women and Men. *American Psychologist*, 50, 145-158.
- Eisenberg, N., Murphy B., C. & Shepard, S. (1997). The Development of Empathic Accuracy. In W. Ickes (Ed.) *Empathic Accuracy*. New York: The Guilford Press.
- Eisenberg, N. & Lennon, R. (1983). Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin*, 94, 100-131.
- Eisenberg, N. & Strayer, J. (1987). *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eisenberg, N. & Strayer, J. (1987). *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eisenberg, N. (2002). Empathy-related emotional responses, altruism, and their socialization. In R.J. Davidson & A. Harrington (Eds.) *Visions of Compassion: Western Scientists and Tibetan Buddhists examine human nature* (pp.131-164). London: Oxford University Press.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1998). Prosocial development. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 701-778). New York: Wiley.
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101, 91-119.
- Elliott, R., Filipovich, H., Harrigan, L., Gaynor, J., Reimschuessel, C., & Zapadka, J. K. (1982). Measuring response empathy: The development of a multicomponent rating skill. *A Journal of Counselling Psychology*, 29, pp. 379-387.
- Elstein, A.S. & Teitelbaum, H.S. (1974). A systematic evaluation of an admissions process. Proceedings of the 13th Annual Conference on Research in Medical Education, Washington, DC: Association of American Medical Colleges.
- Evans, B.J., Stanley, R.O. & Burrows, G.D. (1993). Measuring medical students' empathy skills. *British Journal of Medical Psychology*, 66, pp.121-133.

- Fields, S., Hojat, M., Gonnella, J., Mangione, S., Kane, G. & Magee, K. (2004). Comparisons of Nurses and Physicians on an Operational Measure of Empathy. *Evaluation & the Health Profession*, No. 1, 80-94.
- Fleshbach, N.D. (1975). Empathy in children: some theoretical and empirical considerations. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 25-30.
- Geisinger, K. F. (1994). Cross-cultural normative assessment: translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6, 304-312.
- Graziano, W. G., Habashi, M. M., Sheese, B.E., & Tobin, R. M. (2007). Agreeableness, empathy, and helping: A person X situation perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, No.4., 583-599.
- Gross, E.B. (1992). Gender differences in physician stress. *J. Am. Med. Wom. Assoc.* 47(4): 107-112, 114.
- Gutiérrez, J.L., Peñacoba Puente, C., Rodríguez Moreno, R., Lopez, A. & Velasco Furlong, L. (2006). Nursing Motives for Helping Scale (N-MHS): Reliability and Validity. *The Spanish Journal of Psychology*, No. 1, 103-112.
- Hakansson Eklund, J. (2006). *Empathy and viewing the other as a subject*. Scandinavian Journal of Psychology. No. 47, 399-409.
- Hakansson, J. (2003). *Exploring the Phenomenon of Empathy*. Doctoral Dissertation. Stockholm University, Department of Psychology.
- Hakansson, J., Montgomery, H.(2003). Empathy as an Interpersonal Phenomenon. *Journal of Social and Personal Relationships*.No.3,pp.267-284.
- Hall, J. A. & Dornan, M. C. (1988). Meta-Analysis of satisfaction with medical care: Description of reserch domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science and Medicine*,No 6, pp. 637-644.
- Hall, J.A., Irish, J.T., Roter, D.L., Ehrlich, C.M., Miller, L.H. (1994). Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Medical Care*,No.12, pp.1216-31.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *General Internal Medicine*. No 18, pp.670-674.
- Halpern, J.(2001). *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. (Ed.)New York: Oxford University Press.
- Hanson, R. A. & Mullis, R. L. (1985). Age and gender differences in empathy and moral
- Harmon-Jones, E. & Piotr Winkiel, P. (2007). *Social Neuroscience: Integrating Biological and Psychological Explanations*. Guilford Press.

- Haslam, N. (2007). Humanising medical practice: the role of empathy. *Medical Journal of Australia*. No. 187 (7), pp.381-382.
- Hinnant, J. B. & O'Brien, M. (2007). Cognitive and Emotional Control and Perspective Taking and Their Relations to Empathy in 5-Year-Old Children. *Journal of Genetic Psychology*;3, 301-322.
- Hodges, S. D. & Wegner, D.M. (1997). Automatic and Contyrolled empathy. In W. Ickes „*Empathic Accuracy*”(Ed.) New York: The Guilford Press.
- Hoffman, M. L. (1981). Is altruism part of human nature? *Journal of Per sonality and Social Psychology*, 40, 121-137
- Hojat , M., Gonnella, J. S. , Mangione, S. & Nasca, T. J. (2005). Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. *The Journal of Social Psychology*,No. 6, pp. 663-672
- Hojat , M., Mangione, S.& Nasca, T. , Veloski , J. & Kane, G. (2001).Empathy in Medical Education and Patient Care. *Academic Medicine*, 76, 669.
- Hojat, M. (2007). *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. New York: Springer.
- Hojat, M. , Gonnella,J.S., Mangione, S. , Nasca, T.J., Veloski, J.J., Callahan, C.A., & Magee, M. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender, *Medical Education*, 36, 522-527.
- Hojat, M. Gonnella, J.S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M.D. & Magee, M. (2002). Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry*. No. 159, pp.1563-1569.
- Hojat, M., Glaser, K., Xu, G., Veloski, J.J., & Christian, E.B. (1999). Gender comparisons of medical students psychosocial profiles. *Medical Education*, 33, 342-349.
- Hojat, M., Mangione, S.& Nasca, T. J. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement*. No.61, 349-365.
- Humphry, N. (1988). The social function of intellect. In R. Byrne & A. Whiten (Eds.). *Machiavellian intelligence: Social expertise and the evolution of intellect in monkeys, apes and humans* (pp. 13-26). Oxford, England:Oxford University Press.
- Hunter, H.R. (2003). *Affective Empathy in Children: Measurement and correlates*. Doctoral Dissertation. School of Applied Psychology.
- Hutten, J., B.,F. (1998). *Workload and provision of general practice*. Utrecht: NIVEL.
- Ickes, W., Simson, J.A.& Orina, M.(2004) Empathic Accuracy in Close Relationships. In In W. Ickes „*Empathic Accuracy*”(Ed.) New York: The Guilford Press.

- Jeanrie, C., & Bertrand, R. (1999). Translating tests with the International Test Commission Guidelines: Keeping validity in mind. *European Journal of Psychological Assessment*, 15, 277-283.
- Kagawa, N. & Koerner, A. Empathic Accuracy and Topic Coherence in Family Communication: Investigating the Effects of Children's Gender on Family Conversations. *Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, Dresden International Congress Centre, Dresden, Germany*, Jun 16, 2006. <http://www.allacademic.com/meta/p93226_index.html>
- Kane, G., Gotto, J. L., Mangione, S., West, S. & Hojat., M (2007). Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Clinical Science*, Issue 48, 81.
- Kerem, E. & Fishman, N.(2001). The Experience of Empathy in Human Relationships: Cognitive and Affective elements. *Journal of Social and Personal Relationships*.No.18, 709-722. -6.
- Kim, S.S., Kaplowitz, S. & Johnston, M.V.(2004). The Effects of Physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the Health Professions*, 27,237.
- Klein, K. J. K., & Hodges, S. D. (2001). Gender differences, motivation and empathic accuracy: When it pays to understand. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 720-730.
- Kliszcs, J., Hebanowski, M. & Rembowski, J. (1998). Emotional and Cognitive Empathy in Medical Schools. *Academic Medicine*, 73, 541.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: The University of Chicago Press
- Kunyk, D. & Olson, K. (2001). Clarification of Conceptualizations of Empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 317-325.
- Kupfer, D. J., Drew, F. L., Curtis, E. K., & Rubinstein, D. N. (1978). Personality style and empathy in medical students. *Journal of Medical Education*. No 53, 507.
- Lamm, C., Batson, C.D., Decety, J. (2007). The Neural Substrate of Human Empathy: Effects of Perspective Taking and Cognitive Appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience*, Issue 1, 42-58
- Larson, E., B. & Yao, X. (2005). Clinical Empathy as Emotional Labour in the Physician-Patient Relationship. *JAMA*, 293, 1100-1106.
- Malle, B.F., Hodges, S. (Eds.)(2004). *Other Minds. How Humans bridge to divide between themselves and others*. New York, London: Guilford Press.

- Mangione, S. Kane, G., Caruso, J., Gonnella, J., Nasca, T. & Hojat, M. (2002). Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Medical Teacher*, No.4, pp. 370-373.
- McCament, K.L.(2006). Humanistic Nursing, Interpersonal Relations Theory and the Empathy-Altruism Hypothesis. *Nursing Science Quarterly*, Issue 4. 334-338.
- Mead, G.H.(1934). *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of Emotional Empathy. *Journal of Personality*, 40, 525-543.
- Mehrebian, A. (1995/2008). The Balanced Emotional Empathy Test (BEES) and Optional Software. On-line: extracted from: <http://www.kaaj.com/psych/scales/emp.html>.
- Mercer, S. & Reynolds, W. (2002). Empathy and Quality of Care. *Journal of General Practice*, No. 52, S9-S13.
- Mete, S. (2007). The Empathic Tendencies and skills of Nursing Students. *Social Behaviour and Personality*, 35(9), 1181-1188.
- Morse, J.M., Anderson & G. Bottorf, J.L. (1992). Exploring Empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Journal of Nursing Science*, 24, 273-280.
- Myyry, L. & Helkama, K.(2001). University Students' Value Priorities and Emotional Empathy. *Educational Psychology*, No.1.
- Olson, J. (1995). Relationships between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy and patient distress. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 2 (7), 317-322.
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1988). *Humanistic nursing*. New York: National League for Nursing. (Original work published 1976).
- Personality and Individual Differences*, 10, 93-99.
- Peter, E. & Gallop, R. (1994). The ethic of care: A comparison of nursing and medical students. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 26(1), 47-51.
- Piaget, J. (1932). *The Moral Judgement of the Child*. NY: Harcourt, Brace Jovanovich.
- Preston, F. & De Waal, B. M. (2002). The Proximate bases of Empathy. Extracted from: <http://66.102.9.104/search?q=cache:0pZJ35zN6toJ:www.bbsonline.org/Preprints/Preston/Referees/+Preston+%26+de+Waal+,+2002&hl=lv&ct=clnk&cd=3&gl=lv>
- Rabiner, E.L. (1988). Book Reviews. *American Journal of Psychiatry*. No. 42, pp.487-488.
- reasoning among adolescents. *Child Study Journal*, 15, 3, 181-188.
- Reik, T. (1948). *Listening with the Third Ear: The inner experience of a psychoanalyst*. New York: Grove Press.
- Riggio, R.E., Tucker, J.S. & Coffaro, D. (1989). Social skills and empathy.

- Rogers, C.R.(1978). The Foundations of the Person-Centred approach. *Education*. Vol.100, Issue 2., 98-107.
- Rokeach, M. (1973). The nature of human values. New York: Free Press.
- Rose, S.P. (1991)Accounting for Correlations across Measures of Perspective Taking. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development.
- Rosseau, P. Empathy.(2008). *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, Vol.35, No. 4, 261-162.
- Roter, D. Hall, J. & Marisca, R. (1997). Effectiveness of interventions to improve patient compliance. *Medical Care*, 36, 138-161.
- Roter, D., Hall, J., & Aoki, Y. (2002). Physician Gender Effects in Medical Communication. *Journal of American Medical Association, The Patient-Physician Relationship*, No. 6
- Roter, D.L. (2004). Physician gender and patient-centred communication: a critical review of empirical research. *Annual Review of Public Health*, 497-519.
- Sebre, S.,Gundare, I. un Pļaveniece, M. (2003). Piesaistes stili, pašcieņa, empātija un tolerance. *LU raksti. Psihologija*,664. sējums.
- Satterfield, J., M. & Hughes, E.(2007). Emotion Skills training for Medical Students: a systematic review. *Medical Education*, 41, 935-941.
- Schulkin, J.(2004). *Bodily sensibility: Intelligent Action*. New York: Oxford University Press.
- Shapiro, J. Morrison, E.H., Broker, J.R. (2004). Teaching Empathy to first year medical students: evaluation of an elective literature and medicine course. *Education & Health*, 17, 73-84.
- Shapiro, J. Rucker, L. & Beck, J. (2006). Training the clinical eye and mind: using the arts to develop medical students' observational and pattern recognition skills. *Education for Health*;19:96-105. 48.
- Sheldon, M.K. (1996). The social awareness inventory-development and applications. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6, 620-634.
- Silvester J, Patterson F, Koczwara A, Ferguson E. (2007). "Trust me . .". Psychological and behavioral predictors of perceived physician empathy. *Journal of Applied Psychology* , No. 92: 519-527.
- Skoe, E., Cumberland, A. Eisenberg, N, Hanssen, K. & Perry, J. (2002). The influences of sex and gender-role identity on moral cognition and prosocial personality traits. Sex roles: *Journal of Research*.No.2.
- Smith, K.D., Keating, J.P. & Stotland, E. (1989). Altruism revisited: the effect of denying feedback on a Victim's status to empathic witnesses. *Journal of Personality and Social Psychology*. No, 57, pp. 641-650.

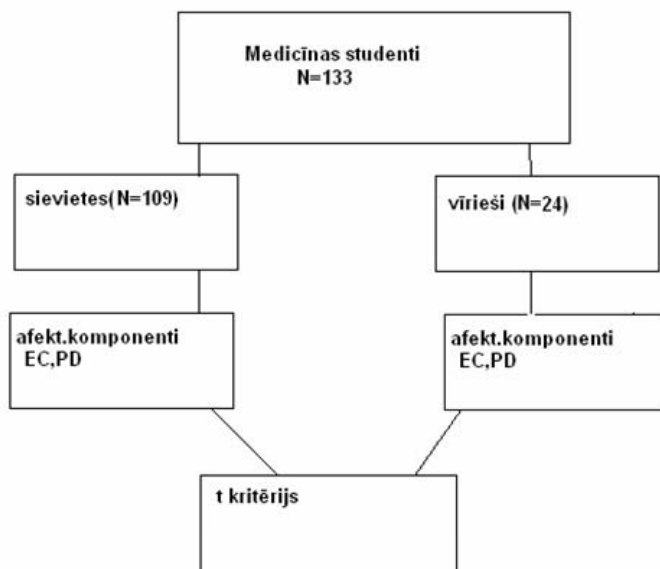
- Smith, A.(2006). Cognitive Empathy and Emotional Empathy in Human Behaviour and Evolution. *The Psychological Record*, 56, 3-21.
- Smith, W.T. (2006). Altruism and Empathy in America: Trends and Correlates. National Opinion Research Center/University of Chicago.
- Staats, S., Long, L., Manulik, K & Kelley, P. (2006). Situated Empathy: Variations Associated with Target Gender Across Situations. *Social Behavior & Personality: An International Journal*; 2006, Issue 4, p431-441.
- Stepien, K.A. & Baernstein, A.(2006). Educating for Empathy. A Review. *Journal of General Internal Medicine*, 21, pp.524-530.
- Stotland E., Sherman, E.S., & Shaver, K.G. (1971).*Empathy and Birth Order: Some Experimental Studies*. University of Nebraska Press.
- Stotland, E. (1969). Exploratory studies of empathy. In L. Berkowitz (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology*, Volume 4. New York: Academic Press.
- Stotland, E., Matthews, K.E., Sherman, S.E. & Hansson, R.O. (1989). *Empathy, Fantasy and Helping*. 65, Sage, Beverly Hills.
- Sturmer, S., Snyder, m., Kropp, A. & Siem, B.(2006). Empathy motivated helping: The Moderating Role of Group Membership. *Personality and Social Psychology Bulletin*. No. 32, 943-950.
- Suchman A. L, Markakis, K., Beckman, H. B & R. Frankel (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *Journal of the American Medical Association*, No.8.
- Thomas, G.& Fletcher , G. J. O. (1997). Empathic Accuracy in Close relationships. In W. Ickes (Ed.). *Empathic Accuracy*. New York: The Guilford Press.
- Tiliman,H., Savadge , M, Delony, L.A. & Klimberg, V.S. (2002). The medical student as patient navigator as an approach to teaching empathy. *American Journal of Surgery*, 183, 659-662.
- Toussaint, L. & Webb, J.R. (2005). Gender Diffreneces in The Relationship Between Empathy and Forgiveness. *The Journal of Social Psychology*, 145(6), pp. 673-685.
- Wang, Y.V., Davidson, M., Yakushko, O., Savoy, H., Tan, J.A., & Bleier, K. (2003). The scale of ethnocultural empathy: Development, validation, and reliability. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 221-234.
- Williams, C. (1989).Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in nursing & health*, 12(3):169-78 [javascript:PopUpMenu2_Set\(Menu2727323\);](#).
- Zahn-Waxler, C., & Radke-Yarrow, M. (1990). The origins of empathic concern. *Motivation and Emotion*, 14(2), 107-103.

Zantingea, M.E. , Verhaaka, F.M., de Bakker, D. H., Kerssens, J. J. ,van der Meer, K.& Bensing, M., J. (2007). The workload of general practitioners does not affect their awareness of patients' psychological problems. *Patient Education and Counseling*, Issue 2., pp. 93-99.

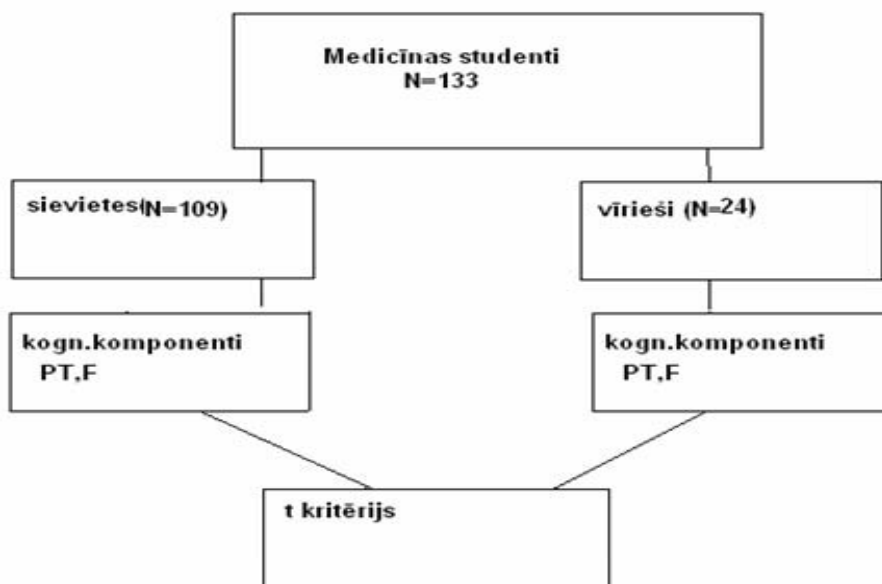
Pētījuma shēmas

Shēma nr. 1.

Hipotēze: Empātijas afektīvo komponentu rādītāji medicīnas studentēm būs augstāki nekā medicīnas studentiem.

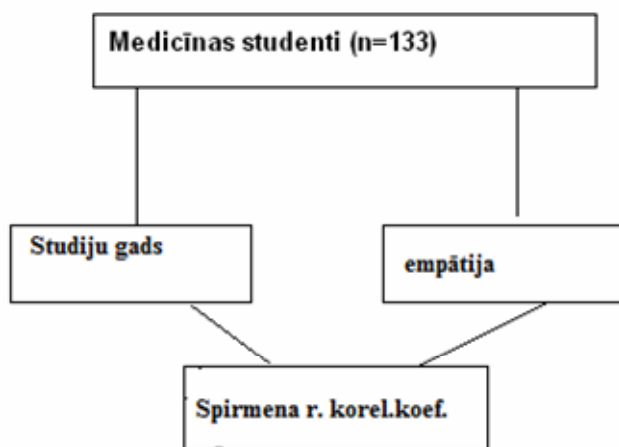
**Shēma nr. 2.**

Pētījuma jautājums: Vai pastāv dzimumatšķirības empātijas kognitīvo komponentu rādītājos medicīnas studentiem?



Shēma nr. 3.

Pētījuma jautājums: Vai pastāv saistība starp empātiju un mācību ilgumu medicīnas studentiem?



APTAUJA

Labdien!

Latvijas Universitātes Pedagoģijas un psiholoģijas fakultātes Psiholoģijas nodaļas studente Ingūna Murāne **aicina Jūs piedalīties pētījumā** par cilvēku izjūtām!
 Jūsu sniegtās atbildes netiks nevienam izpaustas un iegūtie dati tiks skatīti kā grupas kopējā informācija nevis kā individuālās ziņas.

Lūdzu, sniedziet dažas ziņas par sevi:

Dzimums: sievietei vīrietis

Vecums: _____ (pilni gadi)

Studiju gads jeb kurss (pašreizējā programmā) _____

Medicīnu studēju: _____ gadus _____ mēnešus

Pēc studijām iegūšu šādu profesiju:

ārsts ārsta palīgs vecmāte zobārsts cits: _____

Zemāk sniegti apgalvojumi, kas pauž dažādas domas un jūtas, kas iespējamās dažādās situācijās. Lūdzu, izvēlieties un atzīmējiet atbilstošo ciparu pretī katram apgalvojumiem, cik lielā mērā tas atbilst vai neatbilst Jums. Šeit nav pareizu vai nepareizu atbilžu. Lūdzu, atbildiet uz visiem jautājumiem.

Nav raksturīgi man 1—2—3—4—5 Ļoti raksturīgi man

1. Es regulāri sapņoju un fantazēju par lietām, kas ar mani varētu notikt. ① ② ③ ④ ⑤
2. Es bieži izjūtu žēlumu un rūpes par cilvēkiem, kuriem ir grūtāki apstākļi nekā man. ① ② ③ ④ ⑤
3. Dažreiz man ir grūti iedomāties cita cilvēka redzējumu. ① ② ③ ④ ⑤
4. Ja citiem cilvēkiem ir problēmas, dažreiz man nav viņu žēl. ① ② ③ ④ ⑤
5. Lasot kādu romānu vai stāstu, es manāmi iejūtos varoņu pārdzīvojumos. ① ② ③ ④ ⑤
6. Krīzes situācijās es jūtos nedrošs/a un man ir neērti. ① ② ③ ④ ⑤
7. Skatoties filmu vai izrādi, man nav grūti paturēt prātā, ka tā ir tikai filma vai izrāde. ① ② ③ ④ ⑤

Nav raksturīgi man 1—2—3—4—5 Ļoti raksturīgi man
--

- | | |
|--|-----------|
| 8. Konflikta situācijā, pirms pieņemu lēmumu, es mēģinu apsvērt visus viedokļus. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 9. Kad es redzu, ka kāds kādu izmanto, es jūtu vēlēšanos viņu aizsargāt. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 10. Emocionāli piesātinātā situācijā es dažreiz jūtos bezpalīdzīgs/a. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 11. Dažreiz, lai mēģinātu izprast savus draugus, es iedomājos, kā viņi skatās uz dzīvi. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 12. Man ir netipiski pilnībā iejusties labā grāmatā vai filmā. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 13. Ja redzu, ka kāds tiek ievainots, es parasti saglabāju vēsu prātu. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 14. Citu cilvēku nelaimes mani parasti pārāk nesatrauc. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 15. Ja es esmu pārliecināts/a, ka man ir taisnība, es netērēju daudz laika, uzklusot citu viedokli. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 16. Pēc filmas vai izrādes noskatīšanās, es jūtos it kā būtu viens/a no tās tēliem. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 17. Mani biedē emocionāli saspringtas situācijas. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 18. Kad es redzu, ka pret kādu izturas netaisnīgi, man dažreiz nav viņa pārāk žēl. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 19. Es parasti diezgan labi tieku galā krīzes situācijās. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 20. Mani bieži aizkustina tas, kas ap mani notiek. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 21. Es uzskatu, ka uz katru jautājumu var skatīties no divām pusēm – tā es arī cenšos darīt. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 22. Es sevi raksturotu kā līdzjūtīgu cilvēku. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 23. Vērojot labu filmu, man ir viegli iejusties galvenā varoņa lomā. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 24. Krīzes situācijās es mēdzu zaudēt kontroli. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 25. Kad es esmu uz kādu dusmīgs/a, es parasti cenšos iedomāties, kā es justos viņa vietā. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 26. Lasot interesantu romānu vai stāstu, es iztēlojos, kā es justos, ja notikumi, kas risinās stāstā, notiktu ar mani. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 27. Redzot kādu, kuram ir ļoti nepieciešama palīdzība krīzes situācijā, es ļoti satraucos un nespēju palīdzēt. | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 28. Pirms kādu kritizēju, iedomājos, kā es justos viņa vietā. | ① ② ③ ④ ⑤ |

Lūdzu, norādiet, cik lielā mērā jūs piekrītat vai nepiekrītat katram no zemāk minētajiem apgalvojumiem, atzīmējot attiecīgo aplīti pie katra apgalvojuma!

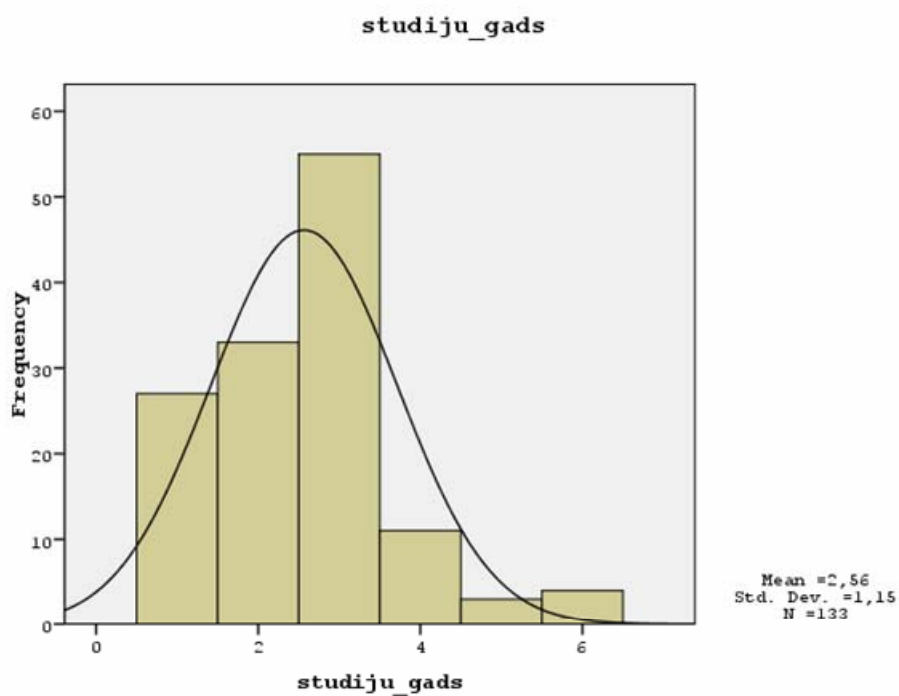
Pie katra apgalvojuma atzīmējiet tikai vienu atbildi.

	Absolūti nepiekrītu	1	2	3	4	5	6	7	Absolūti piekrītu
1. Ārstēšanu vai ķirurģisku iejaukšanos neietekmē tas, kā ārsts uztver pacienta un viņa ģimenes izjūtas.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
2. Pacientam kļūst labāk, ja ārsts izprot, kā pacients jūtas.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
3. Ārstam ir grūti paskatīties uz situāciju ar pacienta acīm.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
4. Izprast pacienta ķermeņa valodu ārsta-pacienta attiecībās ir tikpat svarīgi, kā izprast viņa teikto.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
5. Ārsta humora izjūta palīdz sasniegt labāku terapeitisko rezultātu.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
6. Cilvēki ir dažādi, tāpēc ir grūti ieraudzīt situāciju no pacienta skatupunkta.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
7. Vācot anamnēzi (slimības vēsturi), nav svarīgi pievērst uzmanību pacienta emocijām.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
8. Ārstēšanas iznākumu neietekmē tas, ka ārsts ņem vērā pacienta pārdzīvojumus.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
9. Ārstam vajadzētu iedomāties sevi pacientu vietā, kad viņus ārstē.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
10. Pacienti augstu vērtē ārsta spēju izprast, kā viņi jūtas, kas pats par sevi ir ar terapeitisku iedarbību.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
11. Pacientu slimības var ārstēt tikai ar medicīnisku terapiju vai ķirurģisku iejaukšanos; tāpēc ārsta emocionālā saikne ar pacientiem būtiski neietekmē šīs terapijas vai iejaukšanās rezultātu.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
12. Lai izprastu pacienta fiziskās sūdzības, nav lietderīgi prasīt, kas notiek viņa personīgajā dzīvē.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
13. Ārstam būtu jācenšas saprast, kādas domas virmo pacienta prātā, pievērsot uzmanību neverbālajiem signāliem un ķermeņa valodai.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
14. Emocijām nav vietas fizisko slimību ārstēšanā.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
15. Empātija – spēja izprast cita cilvēka jūtas – ir terapeitiska prasme, un bez tās ārsta panākumi ir nepilnīgi.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		

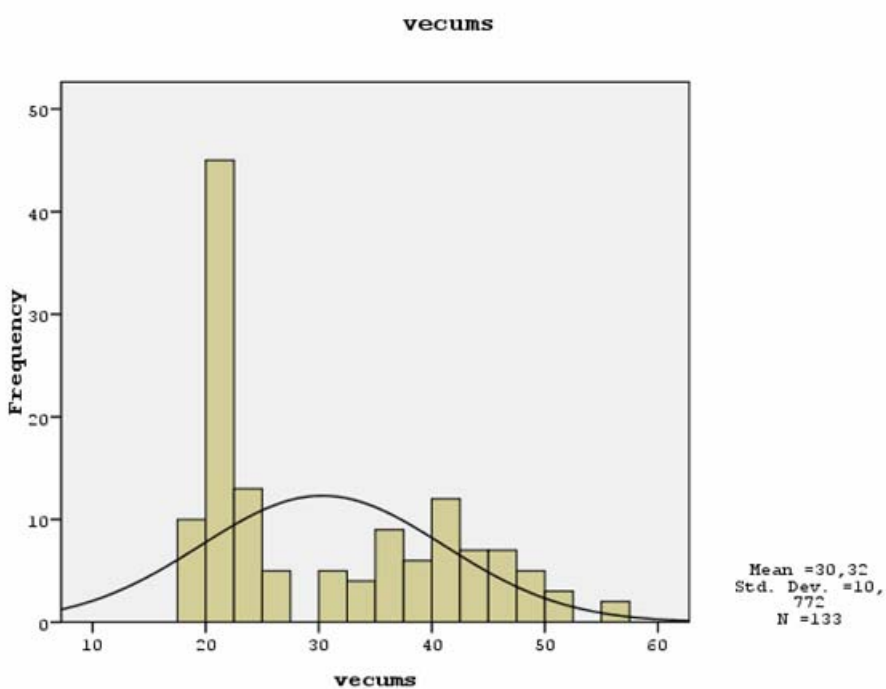
Absolūti nepiekrītu 1—2—3—4—5—6—7 Absolūti piekrītu

16. Būtiska nozīme ārsta attiecībās ar pacientiem ir izpratnei par pacienta un viņa ģimenes emocionālo stāvokli. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
⑦
17. Ārstam būtu jācenšas iztēloties, ko domā viņa pacienti, lai nodrošinātu viņiem labāku ārstēšanu. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
⑦
18. Ārstam nevajadzētu pieļaut, ka viņu ietekmē cieša personiska saikne starp pacientu un pacienta ģimeni. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
⑦
19. Man nepatīk lasīt grāmatas, kas nav par medicīnu, vai iedziļināties mākslā. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
⑦
20. Es uzskatu, ka empātija ir būtisks terapeitisks faktors ārstēšanā. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
⑦

3.pielikums



1. attēls. Medicīnas studentu skaita sadalījums pa studiju gadiem.



2.attēls. Medicīnas studentu vecuma sadalījums.

„Apliecinu, ka šis bakalaura darbs ir _____ oriģināls
darbs.” (vārds, uzvārds)

"__" _____ 200_ gads. Autora paraksts: _____