DOI: 10.2478/pielxxiw-2022-0023
© 2022 Author(s). This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 licence (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Empathy and Type D personality as the correlates of level of social skills of primary healthcare nurses

Empatia i osobowość Typu D jako korelaty poziomu kompetencji społecznych pielęgniarek rodzinnych

Agnieszka Chrzan-Rodak[1], **Barbara Ślusarska**[2]

[1]Department of Family and Geriatric Nursing, Medical University of Lublin, Poland/ Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
[2]Department of Family and Geriatric Nursing, Medical University of Lublin, Poland/ Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:
Agnieszka Chrzan-Rodak
Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Staszica 4/219, 20-081 Lublin
e-mail: agnieszkachrzan607@gmail.com

STRESZCZENIE

EMPATIA I OSOBOWOŚĆ TYPU D JAKO KORELATY POZIOMU KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH PIELĘGNIAREK RODZINNYCH

Wprowadzenie. Umiejętności społeczne są bardzo istotnym elementem w pracy pielęgniarki. Wspierają patient-centered care i poprawiają jakość opieki, a dla pielęgniarek stanowią czynnik ochronny przed zespołem wypalenia zawodowego i poprawiają pracę w zespole, dlatego tak ważne jest poszukiwanie ich uwarunkowań. Celem pracy była ocena związku empatii i osobowości typu D z poziomem kompetencji społecznych pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej z województwa lubelskiego z wykorzystaniem następujących narzędzi: Profil Kompetencji Społecznych (PROKOS); Skala do Pomiaru Typu D (DS-14); Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego (KRE) i kwestionariusz pytań metryczkowych.

Wyniki. Analizie poddano odpowiedzi 446. pielęgniarek. W badanej grupie 65% pielęgniarek posiadało przeciętny poziom kompetencji społecznych. W badaniach oceniono również poziom empatii jaki prezentowały pielęgniarki POZ. Średni wynik poziomu empatii wynosił M=64,63 punkty (SD=10,16). W badanej grupie pielęgniarek 39% (n=172) wykazywało osobowość typu D. Analiza korelacji wykazała, że poziom empatii wśród pielęgniarek POZ w sposób istotny ($p<0,001$) wspiera ich kompetencje społeczne. Natomiast negatywna emocjonalność i hamowanie społeczne istotnie ujemnie korelują ($p<0,001$) z kompetencjami społecznymi pielęgniarek.

Wnioski. W naszych badaniach odkryliśmy związki empatii i osobowości typu D z poziomem kompetencji społecznych pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. Badania wskazują na niewystarczający poziom umiejętności społecznych pielęgniarek i konieczność poszukiwania czynników, które będą wspierać ich kształtowanie. Należy przeprowadzić pogłębione badania w tym obszarze, uwzględniając badania jakościowe.

Słowa kluczowe: opieka pielęgniarska, podstawowa opieka zdrowotna, kompetencje społeczne, empatia, osobowość Typu D

ABSTRACT

EMPATHY AND TYPE D PERSONALITY AS THE CORRELATES OF LEVEL OF SOCIAL SKILLS OF PRIMARY HEALTHCARE NURSES

Introduction. Social skills are a very important element in the work of a nurse. These skills support patient-centered care and improve the quality of care, and for nurses, they are a protective factor against burnout syndrome, also they improve team work. Therefore, it is so important to search for their determinants. The objective of the article was to evaluate the relation between empathy and type D personality with the level of social competences of primary healthcare nurses.

Material and methods. The research was conducted among primary healthcare nurses from the Lubelskie Voivodeship, using the following tools: The Social Competences Profile (PROKOS); Type D Personality Scale (DS-14), Empathic Understanding of Other People Questionnaire (KRE) and the sociodemographic data questionnaire.

Results. We analyzed the responses of 446 nurses. In the study group 65% of the nurses had an average level of social competences. The research also evaluated the level of empathy demonstrated by primary healthcare nurses. The mean score for the level of empathy was M=64.63 points (SD=10.16). When it comes to 39% of the researched group of nurses (n=172), they demonstrated type D personality. The correlation analysis proved that the level of empathy among primary healthcare nurses significantly ($p<0.001$) supported their social competences. Furthermore the negative affectivity and social inhibition correlated significantly negatively ($p<0.001$) with social skills of nurses.

Conclusions. Our research enabled us to discover the relations between empathy and type D personality with the level of social competences of primary healthcare nurses. Research further indicated insufficient level of social skills of nurses and the need to investigate factors, which could support their shaping. Further, in-depth research is required in this field, including quantitative analysis.

Key words: nursing care, primary health care, social skills, empathy, type D personality

sciendo

INTRODUCTION

A primary healthcare nurse (PHC) is responsible for comprehensive care of patients, their families and local community. Nurse cares for both healthy and disease-affected individuals. The actions of a PHC nurse are multifaceted, including: provision of nursing care and medical services, diagnostic services, rehabilitation services, education, promotion of health and health prophylaxis, coordinating of care and cooperation with various specialists [1]. This requires the nurses to hold professional knowledge and skills, independence and professional responsibility, to present an ethical position, and to have the ability to initiate and support interpersonal relations in a changing scope [2].

Competences in nursing are of multifaceted nature and include various aspects of work with patient, which are hard to reduce to an unchanging and automated list of skills. Nurses' competences include a broad scope of skills, which are adjustable to the requirements of clinical situation in which the care services are provided, thus depending on the context in which they manifest themselves [2, 3]. Holistic approach to competences includes: knowledge, clinical skills, values and attitudes, interpersonal skills, perceptivity, openness, critical thinking abilities, self-awareness and aspects of personal identity. This approach reveals competences as something more than just the sum of the respective professional skills of nurses of a clinical nature [4, 5]. Establishing and maintaining the therapeutic relation with the patient is linked with holding social skills, which include: listening, making and supporting interpersonal contact, understanding of non-verbal communication, understanding of emotions. Therefore, the social competences constitute an important part of the professional competences of nurses [4, 6]. Social skills allow for effective activity of nurses in different social situations, at the same time helping them achieve the objectives in patient care and supporting them in achieving patient-centred care [5].

Therefore, we made an attempt at identifying the factors that may support shaping of social competences among PHC nurses. In the present article we evaluated selected personality traits, that is: empathy and type D personality.

We found three different ways to present the definition of empathy in the subject literature: emotional, cognitive, and emotional-cognitive. The first approach is the affective reaction, which results from perceiving the emotional state of others, or a situation of a different person. The cognitive aspect is the ability to put oneself in the role of another person, and adopt his/her point of view. The emotional-cognitive approach includes both of the aforesaid mechanisms [7]. Type D personality includes two dimensions. The first one is the negative affectivity, that is the inclination to experience negative emotions, such as: fear, anger, hostility. The other dimension is the social inhibition, that is inhibition and halting in expressing emotions in interpersonal relations [8].

Our research was conducted in order to evaluate the relation of empathy and type D personality with the level of social competences of primary healthcare nurses.

In our research, we tried to answer the following research questions:

1. What level of social competences, empathy and negative affectivity as well as social inhibition do primary healthcare nurses have?
2. What is the relationship between the social competences of family nurses and selected factors: empathy, negative affectivity, social inhibition and a type D personality?

MATERIALS AND METHODS

We conducted our research with the use of diagnostic survey method, in accordance with the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology Guidelines (STROBE). We sourced our random sample of primary healthcare facilities from the Lubelskie Voivodeship from the database of the Polish National Health Fund (NFZ) [9]. Based on the data from the Report of the Supreme Council of Nurses and Midwives of 2017 [10], the number of nurses reported for PHC contracts in the Lubelskie Voivodeship was 2468. On this basis we established that the minimum sample of respondents was 332 (with a maximum error of 5% and confidence level of 95%). We contacted the practices by phone or e-mail, asking for their consent for the participation in research. We collected our research with use of paper and pencil interview (PAPI) method. We sent survey questionnaires and a return envelope. Each set included information about the objective of the research, its anonymity, declaration of informed consent to participate therein, and filling-in instructions. Of the 600 questionnaires sent, 487 were returned to the researches. The return rate of questionnaires was 81.16%. After evaluation and elimination of questionnaires with incomplete data, 446 of them were qualified for analysis.

Inclusion criteria were as follows: PHC nurses with at least 6 months of job seniority, expression of informed consent to participate in the research, correct completion of the questionnaire.

The research tools used in the diagnostics survey were:

1. Social Competences Profile (PROKOS) by Matczak A. & Martowska K. [11], to measure the social competences and their evaluation in several aspects:
   - KA subscale–assertive competences: ability to influence others and resist influence of others by refusal or objection.
   - KK subscale – cooperative competences: ability to establish efficient cooperation and alleviate interpersonal conflicts.
   - KT subscale – social mindedness: ability to establish and maintain interpersonal relations.
   - ZS subscale – social resourcefulness: the ability to influence others in order to accomplish one's aspirations.
   - KS subscale – community awareness: the ability to notice the needs of others and take part in their implementation.

   The tool concentrates on an observation technique, where the respondent relates to own thoughts and observations

concerning his/her social behaviours and their efficiency, by evaluating them on a scale from decisively bad to decisively good. The PROKOS questionnaire consists of 90 items, 60 of which are diagnostic ones. The questionnaire was developed in Poland and normalized for a group of 662 people, with α Cronbach coefficient for the respective scales in the range from 0.82 to 0.89, and 0.96 for the total score. The total score (from 60 to 240 points) reflects the general level of social competences of the respondent [11].

2. Type D personality scale (DS-14), Polish version of the questionnaire adapted by Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. & Denolleta J. The questionnaire includes 14 statements, and the respondent provides answers by answering on a 5-item scale (0 – false to 4 – true). Among the 14 questions, 7 define the negative affectivity (NE) scale, and 7 the social inhibition (HS) one. Scoring no less than 10 in the respective dimension forms the basis for qualification of the respondent to the relevant category. A score of ≥10 in both dimensions speaks for diagnosing Type D Personality [12].
3. Empathic Understanding Questionnaire (KRE) by Węgliński A., in which the empathy is perceived as an emotional-cognitive process, with the emotional constituents including the sensitivity to feelings of others, the ability to participate in emotions of others, temporal identification with the condition of others. The cognitive constituents of empathy are understood as: adopting the perspective and social roles and other people. The questionnaire consists of 33 statements, the final result is a score from 0 to 99. The higher the score, the higher the level of empathy [7, 13].

The tools are supplemented by sociodemographic data questionnaire (age, gender, marital status, place of residence, education – including postgraduate education, job seniority, additional employment).

The research was conducted according to the principles of the Helsinki Declaration. The research was authorized by the Bioethics Committee of the Medical University of Lublin, under the number: KE-0254/224/2018. Participation in research was voluntary, and the questionnaires were anonymous. Each participant received a written statement that the data will be used exclusively for scientific purposes, and presented as collective data only.

The collected data was subjected to statistical analysis with use of the IBM SPSS Statistics software suite (version 26.0). This data are expressed as mean (M), standard deviation (SD), median (Me) or percentage. Shapiro-Wilk test was applied to test the conformity of data with the normal distribution. Pearson's correlation coefficient was used mainly to analyse the correlations between numerical variables, the groups were compared using the t-student test.

RESULTS

The mean age of responding nurses was 47 years (SD=10.19). Job seniority in this group was 24 years (SD=11.53). When it comes to 46% respondents (n=206), they came from smaller towns, and 32% (n=141) from rural areas. As far as education is concerned, 38% of nurses completed secondary nursing school, 35% had a bachelor's degree in nursing, and 27% a master's degree in nursing. As many as 87% of the nurses completed different forms of postgraduate education: specialization (35%), training courses (78%), specialist courses (69%). When it comes to 31% of PHC nurses, they worked in an additional place.

In the researched group of PHC nurses, the results in field of social competences were interpreted as a part of sten score, where sten 1-3 was interpreted as low, sten 4-7 as average, and sten 8-10 as high results. The research revealed that the most numerous group was that of nurses with average levels of social skills. The respective data is presented in Figure 1.

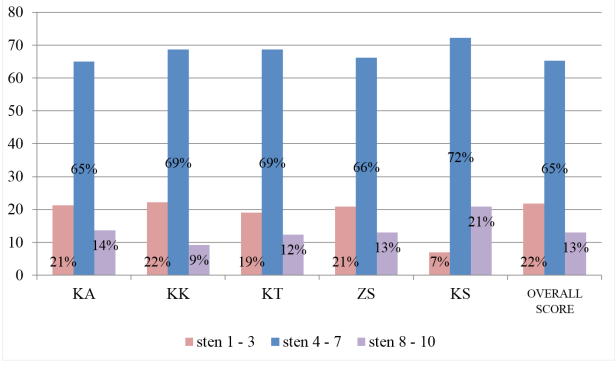


Fig 1. Social competences of primary healthcare nurses in terms of sten score

Notes: KA – assertive competences; KK – cooperative competences; KT – social mindedness; ZS – social resourcefulness; KS – community awareness

The research also evaluated the level of empathy presented by the PHC nurses. Their mean score in Empathic Understanding Questionnaire was M=64.63 points (10.16). The minimum score of nurses was 37 points, and the maximum one 89 points. When it comes to 39% (n=172) of the nurses in the group, they demonstrated type D personality. The average level of negative affectivity in the research group was M=11.28 (SD=6.50) and M=8.96 (SD=5.38) for social inhibition. Detailed data are presented in Table 1.

Tab. 1. Scores in the KRE and DS-14 questionnaires

	M	Me	Min	Max	Q1	Q3	SD
Empathy level according to the Empathic Understanding Questionnaire (KRE)							
KRE	64.63	64.5	37.0	89.0	58.0	71.0	10.16
Type D personality scale (DS-14)							
Negative affectivity	11.28	11.0	0.0	28.0	6.0	15.0	6.50
Social inhibition	8.96	8.0	0.0	25.0	5.0	13.0	5.38

Notes: M – mean; Me – median; Min – minimum value; Max – maximum value; Q1 – first quartile; Q3 – third quartile; SD – standard deviation; KRE – Empathic Understanding Questionnaire; DS-14 – Type D personality scale.

We conducted an analysis of correlation between the variables. It provided that the level of empathy among PHC nurses significantly (p<0.001) supported their social competences. We also proved significant (p<0.001) negative correlations between the components of the type D personality of nurses, and their social competences. These data are presented in Table 2.

Tab. 2. Statistical analysis of correlations between the selected variables and social competences

Zmienna	KA	KK	KT	ZS	KS	General score of social competences
Level of empathy[a]	0.19***	0.35***	0.23***	0.27***	0.19***	0.28***
Negative affectivity[a]	-0.18***	-0.17***	-0.23***	-0.21***	-0.16***	-0.22***
Social inhibition[a]	-0.27***	-0.33***	-0.42***	-0.31***	-0.27***	-0.36***
Nurses with Type D personality (n=172)[b]	36.35***	46.68***	28.80***	37.16***	15.52***	164.51***
Nurses without Type D personality (n =274)[b]	38.84***	49.74***	32.09***	39.89***	16.59***	177.15***

Notes: [a] Pearson's correlation; [b] t-Student test; *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; KA – assertive competences; KK – cooperative competences; KT – social mindedness; ZS – social resourcefulness; KS – community awareness

DISCUSSION

Nurses' competences are a significant issue relating to healthcare systems. Both at the international, and at the national level different authorities make attempts at defining the expected level of knowledge, attitudes, skills and values in the profession of nurse. The World Health Organization elaborated reports on nurse education to set the requirements concerning the global scope of competences and standards of education of nurses [14]. Similar actions were initiated by the International Council of Nurses, which underlined the importance of continuous development of nursing competences, which was to secure high standards of nursing care [15]. The European Parliament and the Council in turn, designed standards for qualifications of nurses, where they included the knowledge and skills required from nurses [16]. All these are actions that contribute to the harmonization of nurse education worldwide, and the international professional integration. Each of these documents also underlines the significance of social competences in nursing.

In our research 65% of nurses were characterized by average, and 22% by low results of social skills. Unfortunately, even with the inclusion of social competences in the educational cycle, their level remains insufficient in nurses, which also finds its confirmation in research by other authors [17, 18, 19]. In our own research we investigated the connection between empathy and type D personality with the level of social competences of PHC nurses.

Empathy constitutes an important element of the nurse-patient relation, and the care. The researched nurses presented an average level of empathy (M=64.63; SD=10.16). Similar results were recorded by Rachubińska et al. [20] among nursing students in Poland (M=65.1; SD=10.1), Cybulska et al. [21] and Ogórek-Tęcza et al. [22], where nurses noted average scores in the field of empathy. These results are unsatisfactory due to the numerous benefits resulting from possessing a high level of empathy, including: lower risk of professional burnout syndrome [23]; connection with the use of positive strategies for coping with stressful situations [24]. Our research, in turn, indicated the significantly positive correlation of the level of empathy with the level of nurses' social competences (R=0.28; p<0.001). Ay et al. [25] and Kraft-Todd et al. [26] further stresses that empathy forms the basis for efficient communication, and building interpersonal relation with patients. It contributes to the quality of provided health services, also in cultural context.

Our research revealed that 39% of nurses had type D personality. Significantly higher results were recorded by Stychno et al. [27], where 60.6% of nurses had D-type personality. On the other hand, the team of Gieniusz-Wojczyk et al. [28], where 1080 nurses working in primary health care and training institutions were examined, personality traits of type D were present in almost half of the surveyed nurses (n=493, 45.6%). People with type D personality have lower self-esteem, establish less social contacts, and have a pessimistic view on reality, which makes taking on challenges more difficult for them [11], they are also more likely to experience chronic stress, and demonstrate predispositions to professional burnout [12]. All these components may inhibit or even render impossible the natural social skills training, thus making D-type personality detrimental for shaping social skills. This found its confirmation in the statistical analysis forming part of our research, where the nurses exhibiting type D personality scored, on average, significantly lower in social competences, than the nurses without this type of stress--related personality.

CONCLUSIONS

In the face of ever growing requirements of patients in terms of care and development of medicine, the nurses should, as part of their continuous education, be able to shape their professional competences, also in the field of development of their soft skills.

Our research shows the relationship of empathy and type D personality with the level of social skills of primary healthcare care nurses. This finding indicates that noticing the emotional state of others or the ability to play the role of another person helps shape social competences. In turn, the type D personality negatively affects many elements in the nurse's work, including the level of social competences. These issues require further research as professional nursing care should strive to strike the right balance between distancing or anxiety in practice and empathetic concern, especially in community health care.

Empatia i osobowość Typu D jako korelaty poziomu kompetencji społecznych pielęgniarek rodzinnych

WPROWADZENIE

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) sprawuje kompleksową opiekę nad pacjentem, jego rodziną i społecznością lokalną. Pod jej opieką znajdują się zarówno osoby zdrowe jak i chore. Działania pielęgniarki POZ są wielokierunkowe, obejmują: realizację świadczeń pielęgnacyjnych i leczniczych; świadczeń diagnostycznych; świadczeń rehabilitacyjnych; edukację; promocję zdrowia i profilaktykę; koordynowanie opieki i współpracy z różnymi specjalistami [1].Wymaga to od pielęgniarek wiedzy i umiejętności zawodowych, samodzielności i odpowiedzialności zawodowej, prezentowania postawy etycznej oraz umiejętności nawiązywania i utrzymywania relacji interpersonalnych w różnych sytuacjach społecznych w efektywny sposób [2].

Kompetencje w pielęgniarstwie mają wielowymiarowy charakter i obejmują różnorodne aspekty pracy z pacjentem, które trudno sprowadzić do niezmiennego i automatycznego wykazu kompetencji. Kompetencje pielęgniarskie obejmują szeroki zakres umiejętności, które dostosowywane są do wymagań sytuacji klinicznej, w jakiej prowadzona jest opieka pielęgniarska, a zatem zależą od kontekstu, w którym się ujawniają [2, 3]. Holistyczne podejście do kompetencji uwzględnia: wiedzę, umiejętności kliniczne, wartości i postawy, umiejętności interpersonalne, spostrzegawczość, otwartość, umiejętność krytycznego myślenia, samoświadomość i aspekty tożsamości osobistej. Podejście takie ukazuje kompetencje jako coś więcej niż sumę poszczególnych umiejętności zawodowych pielęgniarek o charakterze klinicznym [4, 5]. Nawiązywanie i utrzymywanie relacji terapeutycznej z pacjentem wiąże się z posiadaniem umiejętności społecznych, na które składają się: słuchanie, nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu interpersonalnego, rozumienie komunikatów niewerbalnych, rozumienie emocji. Zatem istotnym elementem kompetencji zawodowych pielęgniarek są kompetencje społeczne [4, 6]. Kompetencje społeczne pozwalają na efektywne działanie pielęgniarek w różnego rodzaju sytuacjach społecznych, jednocześnie pomagając im osiągać cele opieki nad pacjentem oraz wspierają ich w realizacji patient-centered care [5].

W związku z tym podjęliśmy próbę identyfikacji czynników, które mogą wspierać kształtowanie umiejętności społecznych wśród pielęgniarek POZ. W tym artykule poddaliśmy ocenie wybrane elementy cech osobowych jak: empatia oraz osobowość typu D.

W literaturze można wyróżnić trzy sposoby przedstawiania definicji empatii: emocjonalny, poznawczy i emocjonalno-poznawczy. Pierwsze ujęcie to afektywna reakcja, która wynika z dostrzegania stanu emocjonalnego innych, bądź sytuacji innej osoby. Aspekt poznawczy to umiejętność wejścia w rolę drugiej osoby i przyjęcia jej punktu widzenia. Ujęcie emocjonalno-poznawcze uwzględnia oba wspomniane mechanizmy [7]. Osobowość typu D obejmuje dwa wymiary. Pierwszy to negatywna emocjonalność czyli skłonność do przeżywania negatywnych emocji jak np. strach, złość, wrogość. Drugim wymiarem jest hamowanie społeczne czyli tłumienie i powściągliwość w wyrażaniu emocji w relacjach interpersonalnych [8].

Nasze badanie zostało przeprowadzone w celu oceny związku empatii i osobowości typu D z poziomem kompetencji społecznych pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej.

W badaniach staraliśmy się odpowiedzieć na następujące pytania badawcze:

1. Jaki poziom kompetencji społecznych, empatii i negatywnej emocjonalności oraz hamowania społecznego posiadają pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej?
2. Jaki związek istnieje pomiędzy kompetencjami społecznymi pielęgniarek rodzinnych a wybranymi czynnikami: zdolności empatyczne, negatywna emocjonalność, hamowanie społeczne oraz osobowość typu D?

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono przy użyciu metody sondażu diagnostycznego oraz zgodnie z the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology Guidelines (STROBE). Z internetowej listy Narodowego Funduszu Zdrowia świadczeniodawców Podstawowej Opieki Zdrowotnej wybierano losowo placówki na terenie województwa lubelskiego [9]. Na podstawie danych z Raportu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 2017 roku [10], liczba pielęgniarek zgłoszona do realizacji umów w ramach POZ w województwie lubelskim wynosiła 2468. Na tej podstawie minimalną liczbę respondentów oszacowano na 332 (z maksymalnym błędem 5% i poziomem ufności 95%). Z placówkami kontaktowano się telefonicznie lub mailowo i proszono o zgodę na przystąpienie do udziału w badaniach. Badania zebrano przy użyciu metody papier-ołówek (PAPI). Rozesłano kwestionariusze ankiety wraz z kopertą zwrotną. Każdy komplet zawierał informację dotyczącą celu badania, anonimowości oraz potwierdzenie świadomej zgody na udział w badaniu oraz instrukcję. Spośród 600. rozesłanych kwestionariuszy 487 zwrócono badaczom. Poziom zwrotności ankiet wyniósł 81,16%. Po ocenie i wyeliminowaniu ankiet z niepełnymi danymi, do analizy zakwalifikowano 446.

Kryteria włączenia obejmowały: pielęgniarki POZ, które miały co najmniej 6-miesięczny staż pracy, wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu, poprawne wypełnienie kwestionariuszy.

Narzędzia badawcze, które wykorzystano w sondażu diagnostycznym to:

1. Profil Kompetencji Społecznych (PROKOS) autorstwa Matczak A. i Martowskiej K. [11], do pomiaru kompetencji społecznych oraz ich oceny w kilku aspektach:
   - Podskala Kompetencje Asertywne (KA): umiejętności wywierania wpływu na innych oraz opieranie się cudzym wpływom poprzez odmowę lub sprzeciw.
   - Podskala Kompetencje Kooperacyjne (KK): umiejętności w zakresie nawiązywania efektywnej współpracy i łagodzenia konfliktów interpersonalnych.
   - Podskala Kompetencje Towarzyskie (KT): umiejętności zawierania i podtrzymywania relacji międzyludzkich.
   - Podskala Zaradność Społeczna (ZS): umiejętności wywierania wpływu na innych, w celu realizacji swoich dążeń.
   - Podskala Kompetencje Społecznikowskie (KS): umiejętności spostrzegania potrzeb innych i włączania się w ich realizację.

   Narzędzie koncentruje się na technice obserwacyjnej, gdzie osoba badana na skali odwołuje się do swoich przemyśleń i spostrzeżeń dotyczących własnych zachowań społecznych i ich efektywności, dokonując ich oceny, od zdecydowanie źle do zdecydowanie dobrze. Kwestionariusz PROKOS składa się z 90. pozycji, z czego 60 to pozycje diagnostyczne. Kwestionariusz został stworzony w Polsce i normalizowany na grupie 662. osób, współczynnik α Cronbacha dla poszczególnych podskal mieści się w przedziale 0,82-0,89, a dla wyniku ogólnego 0,96. Wynik ogólny (od 60 pkt do 240 pkt) odzwierciedla ogólny poziom kompetencji społecznych respondenta [11].
2. Skala do Pomiaru Osobowości Typu D (DS-14), polska wersja kwestionariusza w adaptacji Ogińskiej-Bulik N., Juczyńskiego Z. i Denolleta J. Kwestionariusz zawiera 14 twierdzeń, a badany odpowiada wybierając odpowiedź na 5-stopniowej skali (0 – fałszywe do 4 – prawdziwe). Wśród 14. pytań, 7 z nich określa wymiar negatywna emocjonalność (NE), a 7 wymiar hamowanie społeczne (HS). Uzyskanie minimum 10. punktów w danym wymiarze jest podstawą do zakwalifikowania badanego do danej kategorii. Uzyskanie w obydwu wymiarach ≥10 punktów przemawia za rozpoznaniem Osobowości Typu D [12].
3. Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego (KRE) Węglińskiego A., w którym empatia jest postrzegana jako proces emocjonalno-poznawczy, gdzie do składników emocjonalnych zaliczana jest wrażliwość na uczucia innych osób, zdolność do uczestniczenia w cudzych emocjach, czasowa identyfikacja ze stanem innych. Z kolei za poznawcze składniki empatii uważane są: przyjmowanie perspektywy innych osób i ich społecznych ról. Kwestionariusz składa się z 33. twierdzeń. Wyniki końcowe zawierają się między 0 a 99. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom empatii [7, 13].

Do narzędzi dołączono autorską metryczkę obejmująca dane socjodemograficzne (wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, w tym podyplomowe, staż pracy, dodatkowe zatrudnienie).

Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej. Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie numer: KE-0254/224/2018. Udział w badaniu był dobrowolny, a wypełnienie ankiety było anonimowe. Każdy uczestnik otrzymał pisemną informację, że dane zostaną wykorzystane wyłącznie do celów badawczych i przedstawione jako dane zbiorcze.

Zebrane dane poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu IBM SPSS Statistics (wersja 26.0). Dane są wyrażone jako średnia (M), odchylenie standardowe (SD), mediana (Me) lub procent. Do oceny zgodności danych z rozkładem normalnym zastosowano test Shapiro–Wilka. Współczynnik korelacji Pearsona wykorzystano głównie do analizy związku między zmiennymi liczbowymi, grupy porównano za pomocą testu t-studenta.

WYNIKI

Średnia wieku badanych pielęgniarek wynosiła 47 lat (SD=10,19). Staż pracy w grupie to 24 lata (SD=11,53). W badanej grupie 46% pielęgniarek pochodziło z mniejszych miast (n=206), a 32% ze wsi (n=141). Większość respondentów (84%) była w związkach. Jeśli chodzi o wykształcenie to 38% respondentów posiadało tytuł pielęgniarki dyplomowanej, 35% tytuł licencjata pielęgniarstwa, a 27% tytuł magistra pielęgniarstwa. Wśród badanych pielęgniarek 87% zgłaszało, że posiada różne formy kształcenia podyplomowego: specjalizację (35%), kursy kwalifikacyjne (78%), kursy specjalistyczne (69%). Prawie jedna trzecia respondentów (31%) pracowała na dodatkowym etacie.

W badanej grupie pielęgniarek POZ wyniki w zakresie poziomu kompetencji społecznych zinterpretowano w normach stenowych, gdzie sten 1-3 to wyniki niskie, sten 4-7 przeciętne, a 8-10 wyniki wysokie. Badania wskazały, że najliczniejszą grupą są pielęgniarki posiadające przeciętne wyniki kompetencji społecznych. Poszczególne dane przedstawiono na Diagramie 1.

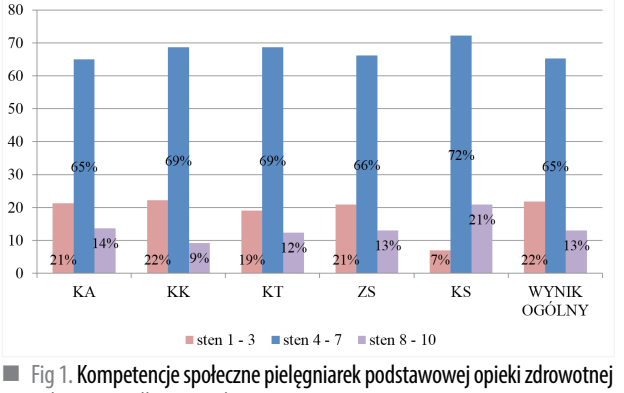


Fig 1. Kompetencje społeczne pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w interpretacji stenowej

Legenda: KA – kompetencje asertywne; KK – kompetencje kooperacyjne; KT – kompetencje towarzyskie; ZS – zaradność społeczna; KS – kompetencje społecznikowskie

W badaniach oceniono również poziom empatii jaki prezentowały pielęgniarki POZ. Średni wynik punktowy jaki uzyskały w badaniu Kwestionariuszem Rozumienia Empatycznego wynosił M=64,63 punkty (SD=10,16). Minimalny wynik punktowy osiągany przez pielęgniarki wynosił 37 punktów, a maksymalny 89 punktów. W badanej grupie osobowość typu D wykazywało 39% pielęgniarek (n=172). Średni poziom negatywnej emocjonalności w badanej grupie wynosił M=11,28 (SD=6,50), a hamowania społecznego M=8,96 (SD=5,38). Szczegółowe dane przedstawiono w Tabeli 1.

Tab. 1. Wyniki punktowe kwestionariusza KRE i DS-14

	M	Me	Min	Max	Q1	Q3	SD
Poziom empatii na podstawie Kwestionariusza Rozumienia Empatycznego							
KRE	64,63	64,5	37,0	89,0	58,0	71,0	10,16
Skala do Pomiaru Typu D - DS-14							
Negatywna emocjonalność	11,28	11,0	0,0	28,0	6,0	15,0	6,50
Hamowanie społeczne	8,96	8,0	0,0	25,0	5,0	13,0	5,38

Legenda: M – średnia; Me – Mediana; Min – wartość minimalna; Max – wartość maksymalna; Q1 – kwartyl dolny; Q3 – kwartyl górny; SD– odchylenie standardowe; KRE – Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego; DS-14 – osobowość typu D.

Przeprowadzono analizę korelacji pomiędzy zmiennymi. Wykazano, że poziom empatii wśród pielęgniarek POZ w sposób istotny (p<0,001) wspiera ich kompetencje społeczne. Wykazano również istotnie (p<0,001) ujemne korelacje pomiędzy składowymi osobowości typu D pielęgniarek, a kompetencjami społecznymi. Dane przedstawiono w Tabeli 2.

Tab. 2. Korelacje wyników kompetencji społecznych a wybrane zmienne

Zmienna	KA	KK	KT	ZS	KS	Wynik ogólny kompetencji społecznych
Poziom empatii[a]	0,19***	0,35***	0,23***	0,27***	0,19***	0,28***
Negatywna emocjonalność[a]	-0,18***	-0,17***	-0,23***	-0,21***	-0,16***	-0,22***
Hamowanie społeczne[a]	-0,27***	-0,33***	-0,42***	-0,31***	-0,27***	-0,36***
Pielęgniarki z osobowością typu D (n=172)[b]	36,35***	46,68***	28,80***	37,16***	15,52***	164,51***
Pielęgniarki bez osobowości typu D (n=274)[b]	38,84***	49,74***	32,09***	39,89***	16,59***	177,15***

Legenda: [a] korelacja Pearsona; [b] test t-studenta; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001
KA – kompetencje asertywne; KK – kompetencje kooperacyjne; KT – kompetencje towarzyskie; ZS – zaradność społeczna; KS – kompetencje społecznikowskie

DYSKUSJA

Kompetencje pielęgniarskie są ważną kwestią dotyczącą systemów opieki zdrowotnej. Na szczeblu międzynarodowym i krajowym różne organy podejmują próbę określenia oczekiwanego poziomu wiedzy, postaw, umiejętności i wartości w zawodzie pielęgniarki. Światowa Organizacja Zdrowia przygotowała raporty dotyczące edukacji pielęgniarskiej w celu określenia wymagań zakresu kompetencji i globalnych standardów kształcenia pielęgniarek [14]. Podobne działania podjęła Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, gdzie podkreśliła znaczenie dalszego rozwoju kompetencji pielęgniarskich, które gwarantują zapewnienie wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej [15]. Z kolei Parlament Europejski i Rada Europy przygotowała standardy kwalifikacji pielęgniarek w zakresie edukacji i praktyki zawodowej, w których zawarła wiedzę i umiejętności wymagane od pielęgniarek [16]. Są to działania przyczyniające się do harmonizacji kształcenia pielęgniarek na świecie oraz międzynarodową integrację zawodową. Każdy z dokumentów zaznacza rolę kompetencji społecznych w pielęgniarstwie.

W badaniach własnych 65% pielęgniarek cechowały przeciętne i 22% niskie wyniki kompetencji społecznych. Niestety pomimo włączania kompetencji społecznych w cykl kształcenia wśród pielęgniarek, ich poziom jest niewystarczający, co pokazują również liczne badania innych autorów [17, 18, 19]. W naszych badaniach poszukiwaliśmy związku empatii i osobowości typu D z poziomem kompetencji społecznych pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej.

Empatia jest ważnym elementem relacji pielęgniarka-klient i opieki pielęgniarskiej. Badane pielęgniarki prezentowały przeciętny poziom empatii (M=64,63; SD=10,16). Podobne wyniki uzyskała Rachubińska i wsp. [20] wśród studentek pielęgniarstwa w Polsce (M=65,1; SD=10,1), jak również Cybulska i wsp. [21] oraz Ogórek-Tęcza i wsp. [22], gdzie pielęgniarki posiadały umiarkowane wyniki w zakresie poziomu empatii. Wyniki te są niesatysfakcjonujące ze względu na liczne korzyści, które wynikają z posiadania wysokiego poziomu empatii, między innymi: mniejszym ryzykiem wypalenia zawodowego [23]; związku ze stosowaniem pozytywnych strategii radzenia sobie w sytuacjach stresowych [24]. Z kolei nasze badania wskazały istotnie pozytywny związek poziomu empatii z poziomem kompetencji społecznych pielęgniarek (R=0,28; p<0,001). Ay i wsp. [25]oraz Kraft-Todd i wsp. [26] podkreślają, że podstawą efektywnej komunikacji i budowania relacji interpersonalnych z pacjentem jest empatia. Przyczynia się to do jakości świadczonych usług zdrowotnych, również w kontekście kulturowym.

Nasze badania wskazały 39% pielęgniarek POZ z osobowością typu D. Znacznie wyższe wyniki uzyskała Stychno i wsp. [27], gdzie 60,6% pielęgniarek posiadało osobowość stresową. Z kolei zespół Gieniusz-Wojczyk i wsp. [28], gdzie przebadano 1080 pielęgniarek pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej i placówkach szkoleniowych cechy osobowości typu D były obecne u prawie połowy badanych pielęgniarek (n=493, 45,6%). Osoby z osobowością typu D mają niską samoocenę, zawierają mniej kontaktów społecznych i posiadają pesymistyczne spojrzenie na rzeczywistość, co utrudnia im podejmowanie wyzwań [11], doświadczają one również częściej przewlekłego stresu i mają predyspozycje do wypalenia

zawodowego [12]. Wszystkie te składowe mogą utrudniać lub uniemożliwiać naturalny trening społeczny, zatem osobowość typu D nie sprzyja kształtowaniu kompetencji społecznych. Potwierdziła to analiza statystyczna w badaniach własnych, gdzie pielęgniarki z osobowością typu D osiągały istotnie niższe średnie wyniki punktowe w zakresie kompetencji społecznych, niż pielęgniarki bez osobowości stresowej.

WNIOSKI

W obliczu coraz większych wymagań pacjentów w zakresie opieki i rozwoju medycyny, pielęgniarki, w toku ustawicznego doskonalenia, powinny mieć możliwość kształtowania i rozwoju swoich kompetencji zawodowych, również w zakresie rozwoju kompetencji miękkich.

Nasze badania pokazują związek empatii i osobowości typu D z poziomem kompetencji społecznych pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. Odkrycie to wskazuje, że dostrzeganie stanu emocjonalnego innych, bądź umiejętność wejścia w rolę drugiej osoby pomagają kształtować umiejętności społeczne. Z kolei osobowość stresowa negatywnie wpływa na wiele elementów w pracy pielęgniarki, w tym na poziom kompetencji społecznych. Kwestie te wymagają dalszych badań, ponieważ profesjonalna opieka pielęgniarska powinna dążyć do osiągania odpowiedniej równowagi między dystansem lub niepokojem w praktyce, a empatyczną troską, szczególnie w środowiskowej opiece zdrowotnej.

ORCID

Agnieszka Chrzan-Rodak https://orcid.org/0000-0001-8786-4079
Barbara Ślusarska https://orcid.org/0000-0003-0101-9216

REFERENCES/PIŚMIENNICTWO

1. Regulation of the Minister of Health of 27 November 2019 on the scope of tasks of a primary care physician, primary care nurse and primary care midwife. Dz.U. 2019 poz. 2335.
2. Regulation of the Minister of Science and Higher Education of 26 July 2019 on the standards of education preparing for the profession of a doctor, dentist, pharmacist, nurse, midwife, laboratory diagnostician, physiotherapist and paramedic. Dz.U. 2019 poz. 1573.
3. Garside JR, Nhemachena JZ. A concept analysis of competence and its transition in nursing. Nurse Educ Today. 2013; 33(5): 541–545. doi:10.1016/j.nedt.2011.12.007
4. Cowan DT, Norman I, Coopamah, VP. Competence in nursing practice: a controversial concept-a focused review of literature. Nurse Educ Today. 2005; 25(5): 355–362. doi: 10.1016/j.nedt.2005.03.002
5. Missen K, McKenna L, Beauchamp A. Registered nurses' perceptions of new nursing graduates' clinical competence: A systematic integrative review. Nurs Health Sci. 2016; 18(2): 143-53. doi: 10.1111/nhs.12249
6. Lown BA, Manning CF. The Schwartz Center Rounds: evaluation of an interdisciplinary approach to enhancing patient-centered communication, teamwork, and provider support. Journal of the Association of American Medical Colleges. 2010; 85(6): 1073-1081. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181dbf741
7. Wilczek-Rużyczka E. The concept of empathy in the light of various concepts. [w:] Wilczek-Rużyczka E, red. Empathy of medical workers. Warsaw: Wyd. Wolters Kluwer Poland SA; 2017. s.16-25.
8. Denollet J. DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. Psychosom Med. 2005; 67(1): 89–97. doi: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49
9. National Health Fund of Poland, 2019. List of providers PHC. Available:https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Provider/SearchResults?Year=2019&Branch=03&ServiceType=01&Code=&Name=&City=&Nip=&Regon=&Product=
10. Poland Main Chamber of Nurses and Midwives, 2017. Report Providing Polish society with the benefits of nurses and midwives. Warsaw. Available: https://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf
11. Matczak A, Martowska K. Social Competences Profile PROKOS. Handbook. Poland, Warsaw: Psychological Test Laboratory of the Polish Psychological Association; 2013.
12. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z, Denollet J. Type D personality scale DS-14. [w:] Juczyński Z, Ogińska-Bulik N, red. Tools for measuring stress and for coping with stress. Poland, Warsaw: Psychological Test Laboratory of the Polish Psychological Association; 2013. s.71-85.
13. Rozwadowska E, Krajewska-Kulak E, Guzowski A, i wsp. Medical volunteers self-analysis of empathic understanding others. Med. Paliat. 2012; 3: 168-174.
14. World Health Organization. Global Advisory Group on Nursing and Midwifery. 2013. Available:https://www.who.int/hrh/resources/28NOV13008_GlobalAdvisoryGroupNursingMidwifery.pdf?ua=1
15. International Council of Nurses. Regulation Series: ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist. Geneva 2009. Available:https://siga-fsia.ch/files/user_upload/08_ICN_Framework_for_the_nurse_specialist.pdf
16. Directive 2005/36/WE of the European Parliament and of the Council of the European Union of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. Available:https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=en
17. Dąbrowska-Chołostiakow KM, Kocbach T. Emotional control and social competence of nurses working in palliative care: a research report on workers from the Warmia and Mazury voivodeship. Palliat. Med. Pract. 2019; 12(2): 97-105.
18. Mroczek B, Kotwas A, Karpeta-Pawlak IE, i wsp. Relationships Between the Level of Social Competence and Work-Related Behaviors in a Group of Physicians, Nurses, and Paramedics. International Journal Of Psychotherapy Practice And Research. 2017; 1(1): 15-29. doi: 10.14302/issn.2574-612X.ijpr-17-1634
19. Gadecka W, Piskorz-Ogórek K, Regin, KJ, i wsp. Social competence of mental health nurses. Pol. Ann. Med. 2015; 22(2): 105-109.
20. Rachubińska K, Stanisławska M, Grochans E, i wsp. Analysis of the influence of sociographic and demographic factors on the level of empathic understanding of nursing students. Probl. Pielęg. 2016; 24(3): 213-218. doi: 10.5603/PP.2016.0035
21. Cybulska AM, Atówko S, Ćwiertnia J, i wsp. Factors influencing nurse's empathy. Pielęg, Opiece Długotermin. 2020; 5(2): 119-130. doi: 10.19251/pwod/2020.2(3)
22. Ogórek-Tęcza B, Kamińska A, Matusiak M, i wsp. The effects of empathy level on the perception of relationship: a nurse and a patient from a different cultural area. Nursing in the 21st Century. 2012; 4(41): 61-65.
23. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, et al. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. Burn Res. 2017; 6: 18–29. doi: 10.1016/j.burn.2017.06.003
24. Wilczek-Rużyczka E, Michalska W. Empatia jako czynnik przeciwdziałający wypaleniu zawodowemu pielęgniarek nefrologicznych. Renal Disease and Transplantation Forum. 2018; 11(2): 134-141.
25. Ay F, Polat Ş, Kashimi T. Relationship Between the Problem-Solving Skills and Empathy Skills of Operating Room Nurses. J Nurs Res. 2020; 28(2): e75. doi: 10.1097/jnr.0000000000000357
26. Kraft-Todd GT, Reinero DA, Kelley JM, et al. Empathic nonverbal behavior increases ratings of both warmth and competence in a medical context. PloS One. 2017; 12(5): e0177758.
27. Stychno E, Kulczycka K, Ksykiewicz-Dorota A, i wsp. (2014). Distressed Personality and Nurses' Life Satisfaction. Przedsiębiorczość i Zarządzanie. 2014; 15(12, cz.2): 45-57.
28. Gieniusz-Wojczyk L, Dąbek J, Kulik H, i wsp. Health-related behaviours of nurses in Poland: The role of Type D personality. J Nurs Manag. 2020; 28(7): 1725–1739. doi: 10.1111/jonm.13129.

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma: 17.01.2022
Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku: 02.03.2022

Translation/Tłumaczenie: Biuro tłumaczeń e-Spero