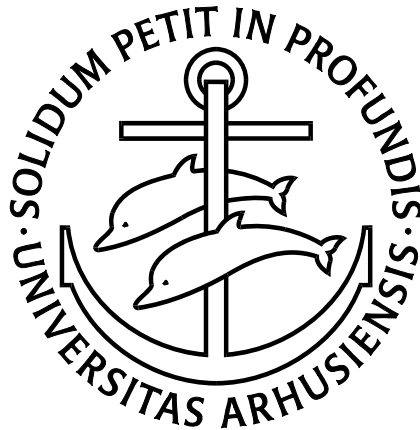


Kandidatspeciale



Empati i sygeplejen

En begrebsanalyse af empatibegrebets aktuelle betydning og anvendelighed i sygeplejen

af

Birthe Laursen

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Birthe Laursen
Modul: Kandidatspeciale
Måned og år: December 2007
Vejleder: Lise Hounsgaard
Anslag: 168.406

Empati i sygeplejen

En begrebsanalyse af empatibegrebets aktuelle betydning og anvendelighed i sygeplejen

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Copyright © Birthe Laursen og Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
Elektronisk udgivelse på <http://www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer>
ISSN 1602-1541. ISBN 978-87-92261-32-8

Dette kandidatspeciale har i 2008 udgjort grundlaget for tildeling af kandidatgraden i sygepleje (cand.cur.) ved Aarhus Universitet

Resume

Empati i sygeplejen

En begrebsanalyse af empatibegrebets betydning og anvendelighed i sygeplejen

Empati anses som afgørende for sygeplejen og efterspørges ofte. Imidlertid er empati et problematisk begreb, da sygeplejersker anvender begrebet uden at være helt enige om dets betydning og anvendelse. Empatien indeholder samtidig det paradoks, at det kan anvendes til – både at gavne og gøre fortræd, hvilket udfordrer begrebets anvendelighed i en professionel sygepleje, der lever op til humanistiske aspekter.

Formålet med denne afhandling er at belyse og afklare empatibegrebets betydning i den aktuelle sygepleje med henblik på en demaskering af begrebets modenhed samt en diskussion og kritisk vurdering af begrebets anvendelighed i sygeplejen.

Som empirisk datamateriale indgår i alt 12 systematisk udvalgte internationale sygeplejefaglige forskningsartikler, fra 2001-2007. Den anvendte metode er en begrebsanalyse udviklet af Morse. Det er en *state of the art* undersøgelse, som har til hensigt at føre til den nyeste tilstand i begrebsudviklingen. Morse's vejledende principper for validitetssikring, identificering af betydningsfulde analyse spørgsmål og syntese af resultaterne anvendes i begrebsanalysen sammen med hendes kriterier for begrebsevaluering i forhold til en kritisk vurdering af begrebets modenhed.

Undersøgelsens fund afdækker bred varietet i begrebets anvendelse og forskelligartet beskrivelse af empatibegrebets definition, kendetegn, afgrænsning, forudsætninger og resultater. Sammenfattende viser analysen, at empati begrebsliggøres som en menneskelig proces og en professionel tilgang. Det konkluderes, at begrebet empati endnu ikke er et fuldt modent begreb, men stærkt på vej, og er anvendelig i sygeplejen, når det begrebsliggøres som en dynamisk flerdimensionel proces i tre faser. De tre faser er empatisk forståelse, empatisk adfærd og modtaget empati. Slutresultatet afhænger af alle tre faser. Empati adskiller sig fra sympati men er derimod tæt relateret til perspektivtagning. Moden empati og empatisk nøjagtighed fordrer stor opmærksomhed og refleksion hos den enkelte sygeplejerske, empatiske uddannelses- og arbejdsmiljøer, en professionel holdning og brug af autentisk empati frem for en funktionel empati eller solidarisk empati frem for magtens empati.

Abstract

Empathy in nursing

A concept analysis of the conceptualization and pragmatic utility of empathy in nursing

Empathy is said to be a crucial component in nursing and is in great demand. At the same time, empathy is a problematic concept because nurses use the concept without being fully in agreement about its conceptualization and pragmatic utility. Paradoxically, empathy also has the ability to both help and harm, challenging the pragmatic utility of the concept in professional nursing which lives up to the humanistic aspect.

The purpose of this dissertation is to shed light on and clarify the present conceptualizations of empathy in nursing, with a view to unmasking the level of maturity of the concept, and to discuss and critically appraise the pragmatic utility of the concept in nursing.

The empirical data material on which this paper is based comes from twelve systematically selected, international scientific nursing articles from 2001 to 2007. The method is a concept analysis developed by Morse. It is a *state of the art* study with the objective of gaining an insight into the newest state of the development of the concept. The guiding principles of Morse regarding validity assurance, the identification of significant analytical questions and synthesis of the results, and her criteria for concept evaluation, are used in the concept analysis in relation to a critical assessment of the level of maturity of the concept.

The study uncovers a wide variation in the use of the concept and description of the concept definition, characteristics, boundaries, preconditions and outcomes. The analysis reveals a conceptualization of the concept as a human process and a professional attitude. The conclusion is that empathy is not yet a fully mature concept. It is, however, making strong headway and has pragmatic utility when conceptualized as a dynamic multidimensional three-phase process. The three phases are empathic understanding, empathic behaviour and received empathy. The final result depends on all three phases. Empathy differs from sympathy, but is closely related to perspective-taking. Empathic maturity and empathic accuracy demand a high level of awareness and reflection in individual nurses, empathic education and working environments, a professional attitude and the use of authentic empathy rather than functional empathy, or empathy of solidarity over empathy of power

Indhold

Indledning.....	3
Afhandlingens opbygning og struktur.....	4
Kapitel 1	5
1. Baggrund.....	5
1.1 Empatibegrebets historiske og sproglige baggrund	5
1.2 Empatibegrebets fremkomst i den internationale sygepleje.....	6
1.3 Anvendelse og kritik af begrebet empati i den danske sygepleje	8
1.5 Tidligere analyse og afklaring af begrebet empati	10
1.6 Sammenfatning, formål og problemformulering.....	11
Kapitel 2	13
2. Metode	13
2.1 Videnskabelig, metodisk og begrebsfilosofisk ramme.....	13
2.2 Principper og kriterier for systematisk undersøgelse af et begreb	14
2.3 Validitet og anvendelse af empiri fra publicerede artikler	15
2.4 Datasøgning og søgestrategi	16
2.5 Kriterier for inklusion af datamateriale	16
2.6 Kriterier for eksklusion af sygeplejefaglige forskningsartikler	16
2.7 Fremgangsmåde ved analysen af litteraturen.....	17
2.8 Diskussionens struktur og temaer.....	21
Kapitel 3	22
3. Empatibegrebets aktuelle anvendelse og betydning i sygeplejen.....	22
3.1 Empatibegrebets aktuelle anvendelse	22
3.2 Empatibegrebets aktuelle betydning.....	29
3.2.1 Definition af empatibegrebet	29
3.2.2 Kendetegn ved begrebet empati	36
3.2.2.1 Empati og emotioner.....	36
3.2.2.2 Empati og kognition.....	38
3.2.2.3 Empati og adfærd	39
3.2.2.4 Empati og moral	40
3.2.2.5 Empati som en proces	40
3.2.3 Forudsætninger for og resultater af empati i sygeplejen.....	43
3.2.4 Empatiens afgrænsning i forhold til andre begreber.....	47
3.3 Begrebsevaluering og sammenfatning af analysen.....	48
Kapitel 4	52
4. Diskussion.....	52
4.1 Empati som en menneskelig proces	52
4.1.1 Empatiens paradoks.....	53

4.1.2 Empatiens emotionelle dimension	54
4.1.3 Empatiens potentiale i forhold til sympati	56
4.2 Empati som en professionel tilgang	58
4.2.1 Empati i en humanistisk orienteret sygepleje	58
4.2.2 Empati som en del af en professionel holdning	59
4.3 Sammenfatning af diskussion.....	60
4.3.1 Empatiens anvendelighed i sygeplejen	61
4.4 Kritik af undersøgelsens metode, empiri og fund	63
Kapitel 5	65
5. Konklusion og perspektivering	65
5.1 Konklusion.....	65
5.3 Perspektivering.....	66
5.3.1 Sygeplejens praksis.....	66
5.3.2 Uddannelse	67
5.3.3 Teoretisk begrebsudvikling.....	67
5.3.4 Kundskabsudvikling og fremtidig empatiforskning.....	68
Referencer:	72

Indledning

Mange forskere i sygeplejen har pointeret, at sygeplejefænomener er i konstant bevægelse, og at udvikling af begreber er af stor betydning for sygeplejens kundskabsudvikling (Rogers, 2000 a). Et begrebs udvikling kan beskrives og illustreres som en proces, en cyklus over tid, bestående af tre tydeligt forskellige aspekter. De tre aspekter er begrebets opståen, begrebets betydning og begrebets anvendelse (Rogers, 2000 b). Jeg vil i denne afhandling beskæftige mig med disse tre aspekter ved begrebet empati og komme omkring både det historiske, det semantiske og det pragmatiske ved begrebet.

Afhandlingen tager udgangspunkt i et ønske om en fortløbende refleksion af og arbejde for både det humanistiske og det professionelle aspekt i sygeplejen. Imidlertid befinder sygeplejen sig i en krise med effektivisering og mangler, især på personalesiden, hvilket kan vanskeliggøre dette arbejde, trods gode intentioner (Reunert & Reunert, 2007; Kølle, 2007; Christensen, 2007). Når færre sygeplejersker tager sig af flere patienter, er der risiko for, at det påvirker deres muligheder, kræfter og motivation for at arbejde for en sygepleje, hvor forståelsen af patienterne, deres behov, deres følelser og deres perspektiv bliver tilgodeset. Når empati ses som fundamentet for varetagelse af patientens perspektiv, bliver evnen til empati meget aktuell. Der mangler imidlertid ofte en fælles opfattelse af, hvad empati er. Endvidere kan en påmindelse om at anvende empati måske øge forvirringen eller føre til misforståelser, i stedet for at være en hjælp og vejledning i kontakten med patienten. Flere inden for sygeplejen beskriver den manglende enighed om definition og anvendelse af begrebet i sygeplejen (Martinsen, 1993; Mekki & Tollefsen, 2002; Morse et al., 1992; Reynolds, Scott & Jessiman, 1999; White, 1997) og empatien indeholder ifølge psykologien samtidig det paradoks, at den kan anvendes til både at gavne og gøre fortræd, hvilket udfordrer den humanistiske tilgang (Ciaramicoli & Ketcham, 2004; Kohut, 2002). I nogle sammenhænge (Martinsen, 1993; Morse et al., 1992) har der været tale om helt at kassere brugen af begrebet empati i sygeplejen, men spørgsmålet er, om ikke empatibegrebet netop er et begreb, der tilkommer en større opmærksomhed i sygeplejen.

Hensigten med denne afhandling er at belyse empatibegrebets betydning og anvendelse i den aktuelle sygepleje med henblik på en afklaring og kritisk vurdering af begrebets anvendelighed i sygeplejen.

Afhandlingens opbygning og struktur

Afhandlingen er bygget op og struktureret over 5 kapitler.

Kapitel 1 indeholder baggrunden for og formålet med denne afhandling. Empatibegrebets opståen præsenteres ved en generel beskrivelse af empatibegrebets sproglige oprindelse og dets fremkomst i den internationale sygepleje. Dernæst problematiseres empatibegrebets anvendelse i den danske sygepleje med eksempler på uklarhed omkring begrebets betydning og anvendelse i praksis. Til sidst præsenteres og udlægges to centrale oversigtsartikler, og kapitlet afrundes med en formulering af formål og undersøgelsesspørgsmål.

Kapitel 2 indbefatter en beskrivelse af afhandlingens metode, som er en systematisk begrebsanalyse, hvor litteratur anvendes som empirisk datamateriale. Kapitlet indeholder en kort redegørelse af den videnskabelige, metodiske og begrebsfilosofiske ramme, samt vejledende principper og kriterier for den anvendte begrebsanalyse. Den analytiske fremgangsmåde beskrives ved hjælp af et flowdiagram over de udvalgte analysespørgsmål og analyseniveauer.

I kapitel 3 præsenteres resultaterne fra begrebsanalysen af empatibegrebets anvendelse og betydning i den udvalgte sygeplejefaglige forskningslitteratur, som den er præsenteret fra januar 2001 og frem til januar 2007. Kapitlet slutter af med en evaluering af empatibegrebets modenhed.

I kapitel 4 diskuteres, med udgangspunkt i begrebsanalysens resultater, temaerne empatiens paradoks, empatiens emotionelle dimension, empatiens potentiale i forhold til sympati, empati i en humanistisk orienteret sygepleje og som del af en professionel holdning. I en sammenfattende diskussion foretages en kritisk vurdering af empatibegrebets anvendelighed og sygeplejefaglige potentiale.

Afslutningsvis konkluderes der, i kapitel 5, på baggrund af den viden, der er fremkommet ved begrebsanalysen og den efterfølgende diskussion. Konklusionen er struktureret ud fra undersøgelsesspørgsmålene og afsluttes med en perspektivering i forhold til udvalgte aspekter ved empatibegrebet i forhold til sygeplejens uddannelse, teori, praksis og den fremtidige empatiforskning.

Kapitel 1

1. Baggrund

I den moderne professionelle sygepleje er forståelsen af patienterne, deres tanker, oplevelser og perspektiv i fokus (Amtsrådsforeningen et al., 2003). De Sygeplejeetiske retningslinjer (DSR, 2004) beskriver sygeplejerskernes ansvar i forhold til at yde professionel etisk sygepleje. Kravet om at møde patienterne og yde kompetent sygepleje pointeres på en sådan måde, at patienterne bliver forstået og deres behov tilgodeset på en professionel, men samtidig humanistisk måde. Det aktuelle og nødvendige fokus på inddragelse og forståelse af patienten viser sig ligeledes i publikationen ”Patientens møde med sundhedsvæsenet”, hvor en række centrale aktører i det danske sundhedsvæsen fremkommer med nogle anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet. Første anbefaling lyder således: ”*Inddragelse af patientens værdier, holdninger og tankegang*” (Amtsrådsforeningen et al., 2003: 8). Det, at patienterne har deres egne værdier, holdninger og tanker i forhold til deres situation, er let at forstå rent teoretisk. Derimod er det noget vanskeligere i den effektiviserede og travle hverdag at forstå den enkelte patients præcise værdier, tanker og holdninger. Når det sker, at patient og sygeplejerske, i et øjeblik, ser og forstår omtrent det samme, dukker spørgsmålet op om, hvordan den enes oplevelse kan blive en del af den andens forståelse og omvendt. Når empati ses som fundamentet for denne forståelse, får empatibegrebet en afgørende betydning for sygeplejens kundskabsområde. Empati er imidlertid et begreb, som kan være svært at få præciseret og det har siden dets fremkomst været i bevægelse inden for flere fagområder, især inden for filosofien og psykologien (Morse, 2000: 335-337).

1.1 Empatibegrebets historiske og sproglige baggrund

Ordet empati kommer af det græske ord ”*empathia*”. Det kan deles op i *em*, som betyder i eller ind i, og i *pathia*, som kommer af ordet *pathos*, der betyder følelse eller lidelse. Altså i-følelse, i-lidelse eller indfølelse, indlidelse. Dette giver ikke i sig selv nogen præcis forståelse af, hvad empati handler om (Holm, 2003:63), men begrebet empati har således udviklet sig fra det oprindelige græske hverdagssprog til, i slutningen af det 19. århundrede, at blive anvendt af filosofiske tænkere i Tyskland inden for æstetikken i form af ordet ”*eingühlung*”, som en tilstand af indre imitation. Begrebet empati har siden udviklet sig til at være et videnskabeligt begreb, især anvendt inden for den kliniske psykologi. Den amerikanske psykolog, Carl Rogers, som anvendte ordet empati for at skildre fundamentet i frugtbare

terapisituationer, var afgørende for, at empatien i 1960'erne dukkede op og forsøgtes begrebsliggjort i sygeplejen (Brekke, 1993:87).

1.2 Empatibegrebets fremkomst i den internationale sygepleje

I starten var det især sygeplejersker fra USA, som studerede empatiens rolle i sygeplejen (Brekke, 1993:87-88). Joyce Travelbee var med sin bog *Interpersonal Aspects in Nursing* fra 1966 den første sygeplejerske, der udviklede en sygeplejeteori, hvor begrebet empati indgik som et nøglebegreb. Travelbee beskrev sygeplejerske-patientforholdet som et menneske-til-menneske forhold. Ifølge Travelbee består etableringen af et sådant forhold af fire faser. Den første fase, *the original encounter*, er mødet mellem patient og sygeplejerske. Den anden fase, *emerging identities*, er karakteriseret af evnen til at se det unikke i et menneske. Fase tre, *empathy*, er den empatiske fase, som karakteriseres ved at man får fat i den anden persons oplevelse. Empati defineres her som evnen til at leve sig ind i eller tage del i og forstå den andens psykiske tilstand, og den karakteriseres ved evnen til at forudsige den andens adfærd. Den fjerde fase er *sympathy*, hvor evnen til sympati udvikles som et resultat af den empatiske proces med ønsket om at afhjælpe lidelse (Travelbee, 1971:119-143). Travelbees bog er oversat til dansk i 2002 og udkommet i 2. oplag i 2005, hvilket taler for en fortsat aktualitet. Desuden refereres der til Travelbee i flere aktuelle lærebøger for sygeplejestuderende (Busch, Jensen & Oved, 2002; Overgaard, 2003).

Spørgsmålet er, om empati altid fører til sympati, og hvorvidt sympati er en forudsætning for ønsket om at afhjælpe lidelse. Ingen har direkte kritiseret Travelbees teori, men der er gennem årene blevet stillet kritiske spørgsmål ved empatibegrebets anvendelighed i sygeplejen. Især er det blevet kritiseret for at passe dårligt ind i den kliniske ramme, da der eksisterer for stort et gab mellem den teoretiske beskrivelse og begrebets brug i praksis, at begrebet ukritisk er hentet ind fra psykologien, at empati i sygeplejen ikke er blevet målt ud fra patientudsagn eller operationaliseret effektivt i uddannelsesprogrammer (Morse et al. 1992; Reynolds, Scott & Jessiman, 1999), og at sygeplejersker og andre professionelle hjælpere normalt ikke udviser meget empati og dermed ikke er så hjælpsomme, som de burde være (Reynolds & Scott, 2000). Der er ligeledes forvirring omkring begrebet empati i forhold til begrebet sympati, da det ofte skildres sammenblandet i videnskabelige og hverdagsagtige sammenhænge (Yegdich, 1999). Desuden er der forfattere til sygeplejebøger, som i deres beskrivelse af sygeplejens natur eller fundament ikke gør brug af begrebet empati. I den sidste nye danske lærebog for sygeplejestuderende, *Sygeplejens fundament 1-2* (Bydam & Hansen, 2005), er begrebet empati udelukkende nævnt i forbindelse med fænomenet lidelse i

sammenhæng med præsentationen af Travelbee. Til sammenligning anvendes begrebet empati i den norske lærebog *Møte mellom pasient og sykepleier* i fem ud af de ni fortællinger, som udgør denne bogs formidling af, hvad sygepleje er (Bjørk, Helseth & Nortvedt, 2002). Der ses således divergerende opfattelser af empatibegrebets aktualitet og anvendelighed.

Eriksson (1995), som er professor i sygeplejevidenskab ved Universitetet i Helsinki, anvender ikke begrebet empati i sin omsorgsteori. Derimod gør hun brug af begrebet medlidenhed, som hun kalder et af sygeplejevidenskabens og sygeplejens grundbegreber. I sin begrebsanalyse, hvor hun anvender ordbogsforklaringer, kommer hun frem til, at empati er et snævrere begreb end medlidenhed, hvilket ses i følgende citat:

”Barmhjertighed, medlidenhed og sympati, er også blevet erstattet af et nye begreb empati, der kom ind i svensk fra det engelske empathy..... .. Empati forklares i nutidens ordbøger som indlevelse og medfølelse. Det drejer sig om en psykologisk indlevelse i andre menneskers tanker, følelser og problemer. Empati er således et snævrere begreb end medlidenhed og er altså ikke synonymt med medlidenhed” (Eriksson, 1995:55).

Martinsen (1993), som er professor i sygeplejevidenskab ved Universitetet i Bergen, tager tilsvarende afstand fra at anvende begrebet empati, men ud fra en anden begrundelse. Hun taler om skønnen, og ser empati som en enkelt side ved skønnen, men sætter alligevel spørgsmål ved, hvor frugtbart det er at anvende begrebet empati i sygeplejen (Martinsen, 1993:13). I samtaler med Mekki og Tollefsen (2002) i forbindelse med deres bog *På terskelen. Introduksjon til sykepleie som fag og yke* giver Martinsen udtryk for, at det ikke er ligegyldigt, hvilke ord vi anvender, når vi taler om plejen af syge. Hun siger følgende om det problematiske i at anvende begrebet empati i sygeplejen:

”Enkle ord fra dagliglivet berører os på en anden måde end fagterminologi og fremmedord. ”Empati” kan betyde medfølelse, indsigt og fantasi. Løgstrup anvender konsekvent de tre sidste ord og ikke empati. Jeg vil anvende dem, fordi ordet empati ikke på samme måde berører os og taler til vores hverdagserfaringer. Desuden er ordet problematisk, fordi flere faggrupper lægger forskelligt betydningsindhold i det” (Mekki & Tollefsen, 2002: 44-45).

Martinsen kan have ret i, at det ikke er ligegyldigt, hvilke ord vi anvender i sygeplejen, og at ordet empati er problematisk, når det tillægges forskelligt betydningsindhold. Spørgsmålet er, om ikke brugen af begrebet fantasi kan være lige så problematisk som begrebet empati. Begrebsafklaring og eventuel begrebsudvikling vil til stadighed være afgørende i den teoretiske beskrivelse af et begreb og dets aktuelle anvendelse i praksis, uanset om det drejer sig om begrebet fantasi i sygeplejen eller empati i sygeplejen.

1.3 Anvendelse og kritik af begrebet empati i den danske sygepleje

Sygeplejerskernes faglige organisation, Dansk Sygeplejeråd, beskriver deres grundopfattelse ud fra WHO's formuleringer, og deres sundhedspolitiske værdier bygger blandt andet på en professionel sygepleje, der er baseret på *viden, kontinuitet, helhed, empati, kommunikation, nærvær og ligeværdighed* (DSR, 2005:26). Empatibegrebet indgår således som en væsentlig del af den professionelle sygepleje, men defineres imidlertid ikke nærmere. Hvis sygeplejen henter og implicit benytter definitioner af begrebet empati fra andre fagdiscipliner, med deres mangfoldighed af beskrivelser, er det muligt at forestille sig, at der kan forekomme nogen begrebsforvirring eller uklarhed omkring betydningen.

Ved søgning på tidsskriftet *Sygeplejersken* ses da også eksempler på sådan begrebsforvirring eller manglende begrebsafklaring (Haveman, 2001:9; Mark, 2003:16; Kjær, 2003:22-24; Sørensen, 2004:14). Eksempelvis skriver Mark (2003), at der i standarden for modtagelse af en ny patient i psykiatrisk afsnit står, at "*Sygeplejersken optræder med empati*", hvortil hun problematiserer følgende:

"Men hvordan skal vi registrere det? Kan man uden videre slutte, at en standard er opfyldt, når den er krydset af i registreringskemaet. Hvornår er ydelsen så god, at den fortjener en afkrydsning? Kan vi sammenligne sådanne målinger overhovedet? Taler vi om det samme, når der i høj grad mangler begrebsafklaring og klassificering af psykiatrisk sygepleje?" (Mark, 2003:16).

Mark ønsker, at de humanistiske sider i sygeplejen fremhæves. Men stiller samtidig spørgsmålene: Kan de gøres målbare? Er der kun fokus på det målbare? Kan etikken og begreber som empatien let negligeres? Bliver de rettet usynligt ind i den naturvidenskabelige tankegang?

Et andet eksempel kan fremdrages i følgende citat af sygehuspræst T.A. Kjær:

"Når et forfejlet empatibegreb kan bruges til at forhindre sygeplejersker i at være medlevende og have sorg i forhold til patienter og pårørende, så vidner det om at professionstænkningen mangler sans for det personliges betydning" (Kjær, 2003:22).

Kjær underviser sygeplejersker, der er tilknyttet den etårige introduktionsstilling for nyuddannede sygeplejersker samt sygeplejersker på efteruddannelse inden for det onkologiske speciale. Hans undervisning er baseret på refleksion over praksis, og sygeplejerskerne fortæller, hvordan de, når de efterlyser en større sorgkultur på afdelingerne, bliver mødt med kritiske kommentarer fra kollegaer såsom: "*Du er for involveret. Du har ikke lært hvad empati betyder. Du har mistet overblikket*" (Kjær, 2003:23). Kjær gør således opmærksom på

et forfejlet brug af begrebet, men også på en forfejlet professionstænkning. Problematisk vil det nødvendigvis være, hvis begrebet empati bliver anvendt som pressionsmiddel til at lukke munden på de sygeplejersker, der ytrer ønske om mere menneskelige forhold på sygehusene og mulighed for at bearbejde egne følelser.

I Danbjørgs debatbog fra 2003, som beskriver sygeplejens vilkår i det danske sundhedsvæsen, handler en af artiklerne om, hvordan arbejdsglæden forsvandt i takt med øget arbejdspress, øget resignation og manglen på ros fra kolleger (Krasnik, 2003). Krasnik siger: ”Da jeg var godt på vej til at lære at resignere, mistede jeg det vigtigste, jeg havde, nemlig mit engagement.” (Krasnik, 2003:46). Krasnik valgte at forlade sygeplejen, og hendes artikel tydeliggør det emotionelle engagements betydning for arbejdsglæden og for ansvarligheden. Senest har to danske sygeplejersker via kritiske kronikker i dagbladet Politiken sat fokus på de helt urimelige forhold på to medicinske afdelinger i hovedstadsområdet (Reunert & Reunert, 2007; Kølle, 2007).

Det er ikke kun personalet, der efterspørger bedre forhold på sygehusene. At også patienter efterspørger et mere menneskeligt ansigt kan eksempelvis ses i Meiniches (2004) beretning om sine personlige oplevelser under en lang hospitalsindlæggelse som følge af et alvorligt trafikuheld i oktober 2000. Tilsvarende anbefaler Klinisk Enhed for Sygehusforebyggelse, at sygeplejersken i den forebyggende samtale med patienten anvender en empatisk holdning og stil i samtalen. Imidlertid pointerer de samtidig, at målet for interventionen er, at patienten skal tage informationen til sig, gøre den gyldig og lade den få betydning for den fremtidige adfærd (Mundt et al., 2003:117-120). Empatien bliver i en sådan udlægning at forstå som et middel til større compliance, og empatien kan gå hen og blive tom retorik eller, på trods af den gode vilje, ligefrem blive til *magtens empati* som den danske filosof, Wackerhausen, beskriver (Wackerhausen, 1998: 69). At empati ikke nødvendigvis er udtryk for en humanistisk adfærd, beskrives ligeledes af Kohut (Kohut, 2002). Med henvisning til Hitlers og nazisternes brug af *djævelsk empati* til at manipulere deres ofre med, har Kohut i detaljer beskrevet det paradoksale, at empatien kan anvendes til både at gavne og til at gøre fortræd, hvilket udfordrer den humanistiske tilgang.

I forlængelse af ovennævnte uklarhed samt kritiske kommentarer rejser der sig flere spørgsmål omkring begrebet empati i en professionel humanistisk sygepleje. Hvilken betydning har begrebet empati, og hvordan anvender vi det? Har sygeplejen ligefrem misforstået empatibegrebet, og i givet fald hvilke problemer er der ved begrebet? Kan empati i sygeplejen måles, og i givet fald hvordan? Er det muligt at identificere manglende empati eller ligefrem magtens empati? Kan faktorer, som gør det muligt at udvikle og fastholde

den gavnlige empati i sygeplejen, identificeres og udvikles? Kan empati læres, ødelægges eller genlæres? Alt sammen spørgsmål af betydning for sygeplejens praksis og uddannelse, og spørgsmål der relaterer til, hvad der karakteriserer empatien.

På trods af kritikken og uklarhed omkring begrebet ses empati af flere internationale teoretikere fortsat som et afgørende og anvendeligt begreb i sygeplejen (Olson & Hanchett, 1997; Yates et al., 1998; Reynolds & Scott, 1999; Yegdish, 1999). Eksempelvis siger Reynolds & Scott (1999), at der trods forvirring om, hvorvidt empati er en dimension ved personligheden, en oplevet emotion eller en observerbar færdighed, så involverer empati en evne til at kommunikere forståelsen af en patients verden, hvilket er af afgørende betydning i forhold til nutidens krav om medinddragelse af patienterne. På internationalt plan har da også flere sygeplejeforskere gennem årene arbejdet med begrebsliggørelsen og udviklingen af empati i sygeplejen (f.eks. Morse et al., 1992; Olson, 1995; Olson & Hanchett, 1997; Reynolds, Scott & Jessiman, 1999; Alligood & May, 2000; Kunyk & Olson, 2001; Walker & Alligood, 2001).

1.5 Tidligere analyse og afklaring af begrebet empati

Der findes to centrale publicerede oversigtsartikler som omhandler empatibegrebet. Den første, af forskergruppen Morse et al., kom i 1992 og sammenfattede og beskrev følgende fire komponenter i empatien: emotion (*emotive*), moral (*moral*), kognition (*cognitive*), og adfærd (*behavioral*). Forskergruppen konkluderede, at begrebet endnu ikke var et modent begreb i sygeplejen, og at yderligere kvalitativ forskning var nødvendig for at revidere og forfine eller ligefrem kassere begrebet. De foreslog endvidere sympati (*sympathy*), medlidenhed (*pity*) og fælles oplevelse af knibe (*commiseration*) som alternative kommunikationsstrategier til empatien (Morse et al., 1992). Den anden væsentlige oversigt kom i 2001. Her samlede Kunyk & Olson (2001) op på og analyserede beskrivelsen af empati, som den er præsenteret i sygeplejelitteraturen mellem 1992 og 2000. De konkluderede, at begrebet siden 1992 har udviklet mere bredde og dybde, og fandt fem måder, hvorpå empati begrebsliggøres i sygeplejen. Empati som et humant træk (*a human trait*), empati som en professionel tilstand (*a professional state*), empati som en kommunikationsproces (*a communication process*), empati som omsorg (*caring*) og empati som en speciel relation (*a special relationship*). Kunyk & Olson (2001) fastslog, at sygeplejeforfattere nærmer sig empati ud fra en mangfoldighed af perspektiver og målinger. Da der fortsat var modsigende beskrivelser, vurderede de imidlertid, at der var brug for yderligere berigelse af det begrebslige arbejde, før empati kan fremstå som et helt modent og brugbart begreb i sygeplejens praksis, forskning og uddannelse.

Der er ikke fremkommet publicerede oversigter siden da, og spørgsmålet er, hvad der er sket med begrebsliggørelsen af empati i sygeplejen fra 2000 og frem til nu. Det er således relevant at foretage en fornyet kritisk indsamling og analyse af den eksisterende forskning og begrebsliggørelse inden for empatiområdet i forsøget på at finde frem til en integreret forståelse heraf. Det er, ifølge Kirkevold (1996:100), i sig selv en væsentlig videnskabelig opgave, som kræver strenge metodiske overvejelser og systematisk arbejde, på samme måde som mere traditionel empirisk forskning.

1.6 Sammenfatning, formål og problemformulering

Empati er et problematisk begreb i sygeplejen, da der i sygeplejen gøres brug af begrebet, uden at der enighed om dets betydning og anvendelse. Sygeplejen kritiseres for at have et forfjelt brug af empatibegrebet, og der udtrykkes en vis skepsis i forhold til begrebets anvendelighed i en professionel sygepleje, der samtidig lever op til humanistiske aspekter. Med afsæt i undersøgelsen fra 2001, som viste, at empati endnu ikke var et modent og brugbart begreb i sygeplejens praksis og uddannelse, og at der på daværende tidspunkt blev opfordret til yderligere forfinelse af begrebsliggørelsen af empati i sygeplejen, vil denne afhandling undersøge empatibegrebets udvikling siden da, med henblik på en afklaring af den aktuelle begrebsliggørelse og en vurdering af begrebets modenhed og anvendelighed i en professionel humanistisk sygepleje.

Denne afhandling tager afsæt i undersøgelsen fra 2001, som viste, at empati endnu ikke var et modent og brugbart begreb i sygeplejens praksis og uddannelse, og opfordrede til yderligere forfinelse af begrebsliggørelsen af empati i sygeplejen. Afhandlingen vil derfor undersøge empatibegrebets udvikling siden da, med henblik på en afklaring af den aktuelle begrebsliggørelse og en vurdering af begrebets modenhed og anvendelighed i en professionel humanistisk sygepleje.

Sammenfattende kan det siges, at det, som allerede er kendt i forhold til empatibegrebet er, at empati er et flerdimensionelt begreb, som indeholder en emotionel, en moralsk, en kognitiv og en adfærdsmæssig dimension. Det, som ikke er kendt, er, hvordan disse dimensioner eller komponenter gensidigt arbejder sammen, og hvilken betydning det får for anvendelsen af empati i sygeplejen. Det er kendt, at empati fra 1992 til 2000 begrebsliggøres på fem måder: som et humant træk, som en professionel tilstand, som en kommunikationsproces, som omsorg og som en speciel relation. Det, der endnu ikke er kendt, er, hvorvidt det er muligt at integrere disse begrebsliggørelser.

Fra at være et ældgammelt hverdagsbegreb til at være et videnskabeligt begreb er empati desuden ved igen at vende tilbage som et hverdagsbegreb, især i de engelsktalende lande, men også i Danmark. Begrebet er således inde i en spændende overgangsposition, hvor det er værd at se nærmere på den aktuelle begrebsliggørelse.

Formålet med undersøgelsen er at belyse empatibegrebets aktuelle anvendelse og betydning i sygeplejen med henblik på en demaskering af begrebets modenhed, at bidrage til diskussion af begrebets anvendelighed i sygeplejen samt vise vejen til yderligere undersøgelse af empatibegrebets sygeplejefaglige potentiale.

På baggrund af ovenstående præcisering samler det videre arbejde sig omkring følgende tre undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvilken anvendelse og betydning har begrebet empati i den sygeplejevidenskabelige litteratur, som den er præsenteret fra januar 2001 og frem til januar 2007?
2. Med hvilken modenhed fremstår begrebet empati i sygeplejen?
3. Hvad er empatibegrebets anvendelighed og sygeplejefaglige potentiale?

Kapitel 2

2. Metode

Metoden i denne undersøgelse er en systematisk begrebsanalyse, hvor litteratur anvendes som empirisk datamateriale. Det er en *state of the art* undersøgelse, som har til hensigt at føre til en forståelse af den nyeste tilstand i begrebsudviklingen. Metodeafsnittet indeholder en kort redegørelse af den videnskabelige, metodiske og begrebsfilosofiske ramme, samt vejledende principper og kriterier for den anvendte begrebsanalyse. Den analytiske fremgangsmåde beskrives ved hjælp af et flowdiagram over de udvalgte analysespørgsmål og analyseniveauer.

2.1 Videnskabelig, metodisk og begrebsfilosofisk ramme

Den videnskabelige ramme har rødder i den hermeneutiske tradition, hvor fortolkeren stiller sig åben for at sætte sin forforståelse i spil, og forståelse sigter mod fuldkommenhedsforegribelse (Gadamer, 2004). Den filosofiske begrebstænkning og de metodiske overvejelser, der ligger bag afhandlingens undersøgelse, bygger på en forståelse af begreber som værende dynamiske mere end statiske, inspireret af Rodgers & Knafl (2000). Da problemstillingen handler om et begrebs aktuelle betydning og anvendelse, og ydermere lægger op til en vurdering af begrebets fremtidige anvendelighed, har det været afgørende at vælge en metode, der tilgodeser og søger svar på både det dynamiske, det kvalitative og det pragmatiske ved et begreb.

Ifølge Rodgers & Knafl (2000) kan begreber være lige så vanskelige at få fat på som begyndelsen og slutningen på en nålespids, og det er derfor af stor betydning at gå systematisk frem. Morse, som er professor på Alberta Universitets sygeplejefakultet, har, sammen med sine kollegaer, udviklet sådanne systematiske metoder. Morse er desuden direktør for det Internationale Institut for Kvalitativ Metodologi og argumenterer for, at kvalitative metoder kan anvendes med det formål at analysere begreber (<http://www.ualberta.ca/~iiqm/>).

Med henvisning til Chinn & Kramers beskrivelse af et begreb som "*a complex mental formulation of empirical experince*" forstår Morse et begreb som en kompleks kognitiv repræsentation af en sanselig virkelighed, som er formet af direkte eller indirekte erfaringer (Morse et al., 1996:386). Det er således begreberne, vi begriber vores verden med.

Morse bygger sin metode på Wilsons filosofiske begrebstænkning (Wilson, 1966). I første omgang var det Walker & Avant, der introducerede Wilsons metode til sygeplejen, men de kritiseres for at mangle det filosofiske fundament og at have simplificeret og dermed for-

vrænget metoden, således at det primært er en begrebsudviklingsmetode (Rodgers, 2000a:90-91). Morse's (1996) påstand er, at man ikke kan udvikle et begreb, før man har evalueret det. Hendes hovedargument er, at det er umodent at gå direkte til begrebsudvikling uden først at have overvejet, om udvikling er nødvendig. Måske er det ikke nødvendigt at udvikle et begreb, hvis det viser sig at være veludviklet og dermed modent (ibid. 1996). Jeg tilslutter mig dette argument og vil derfor analysere og evaluere empatibegrebets modenhed, da begrebet meget vel kan have udviklet sig til et helt modent begreb siden sidste undersøgelse i 2001.

Wilson (1966) anviser flere sprogfilosofiske tanker eller teknikker i forhold til en begrebsanalyse. Ikke alle er lige nødvendige, men afhænger af, hvilket begreb der er tale om, og da ord ofte har en flertydig betydning, må man omhyggeligt udvælge de mest brugbare kriterier for begrebet og slutteligt være i stand til at sige:

"Amid all these possible meanings of the word so-and-so, it seems most sensible and useful to make it mean such-and-such: for in this way we shall be able to use the word to its fullest advantage" (Wilson, 1966:37).

Det er således ud fra denne tænkning, muligt at udvælge den mest følsomme og brugbare betydning af et begreb. Morse's metode er anvendt i flere referee bedømte artikler, hvor selv meget komplekse og dynamiske begreber undersøges, som f.eks. begrebet "Trust" af Hupcey et al. (2001) og begreberne "Health promotion" og "Health education" af Whitehead (2004).

Med udgangspunkt i Morse's pragmatiske principper og evalueringskriterier foretages en systematisk undersøgelse af empatibegrebets aktuelle betydning og anvendelse, en evaluering af dets modenhed og en vurdering af dets anvendelighed.

2.2 Principper og kriterier for systematisk undersøgelse af et begreb

Morse pointerer, at principperne skal anvendes med tankefuldhed (Morse, 2000: 339-348). De følgende principper i begrebsanalysen anvendes derfor som vejledende principper. Det første princip er *validitetssikring*. Det andet princip handler om *at identificere betydningsfulde analyse spørgsmål*. Det tredje princip bygger på *syntesen af resultaterne* (Morse, 2000: 339-348).

Når et begreb forstås som en kompleks kognitiv repræsentation af en sanselig virkelighed, som er formet af direkte eller indirekte erfaringer, så giver denne kognitive kortlægning af adfærd et begreb nogle strukturelle træk, som kan benyttes og fastlægges ved en begrebsanalyse. Ud fra disse strukturelle træk har Morse et al. (1996) udviklet nogle kriterier

for evaluering af et begrebs modenhed. Disse kriterier er: 1) *begrebets definition*, 2) *begrebets kendetegn*, 3) *begrebets forudsætninger og resultater* og 4) *begrebets afgrænsning* (Morse et al., 1996:385-388).

Et begreb, som er under udvikling og dermed stadig på vej, mangler klarhed og har konkurrerende definitioner; dets karakteristika, forudsætninger og resultater er ikke identificeret og afgrænsningen i forhold til andre begreber er ikke kendt. Et modent begreb derimod har en klar definition, som der er konsensus om. Dets kendetegn, forudsætninger og resultater er fuldt ud og klart beskrevet og demonstreret. Desuden er det modne begrebs afgrænsning i forhold til andre begreber kendt og skildret i litteraturen og dermed uden overlappning med andre begreber (ibid.: 385-388).

Et begreb opstår og udvikles således ud fra et forudgående fænomen, når det kan navngives og har en meningsfuld definition, når det indeholder nogle grundlæggende karaktertræk, som kan findes i forskellig styrke eller form, når det er afgrænset og dets egenskab dukker op, er til stede svagt og udvikles derfra til et stærkt og modent begreb med tilsvarende resultater. Denne afhandling gør brug af disse kriterier for at vurdere, hvorvidt begrebet empati stadig er i sin fremkomst, altså under udvikling, eller om det er et fuldt modent og udviklet begreb.

2.3 Validitet og anvendelse af empiri fra publicerede artikler

Da metoden i denne undersøgelse er at foretage en systematisk begrebsanalyse, hvor litteratur anvendes som empirisk datamateriale, er det vigtigt at være opmærksom på de særlige vanskeligheder og forhold, der angår gyldigheden af den empiri, der er tilgængeligt for analysen. De særlige krav, der stilles til den udvalgte litteratur, følger Morse's (2000:338-339) princip om *validitetssikring*. Selve samplingen af litteratur er vigtig. Den må være tilstrækkelig, alle relevante databaser må søges og størrelsen af litteratur identificeres ved simpel tælling af antal artikler. Ordbøger ekskluderes, da ordbogsdefinitioner er utilstrækkelige til at beskrive et begreb, da de ofte er fjernet fra deres undersøgelseskontekst. Definitioner af begreber må findes i teoretiske artikler eller i forskningsartikler (ibid.:386,388). Afhandlingens empiriske materiale består af sygeplejefaglige forskningsartikler, hvor empatibegrebet anvendes i en eller anden form. Begrundelsen for at anvende og afgrænse materialet til at omhandle engelsksprogede forskningsartikler knytter sig til, at det er anerkendt praksis at publicere sine forskningsresultater i artikelform i internationale forskningstidskrifter. Der er således konsensus om, at det anvendte sprog er engelsk (Polit, Beck & Hungler, 2001).

2.4 Datasøgning og søgestrategi

I søgning af artikler blev følgende søgestrategi anvendt:

- Søgning i Cinahl og Medline(PubMed), da de netop er de internationale databaser, der udgiver sygeplejevidenskabelige artikler.
- Publication year: 2001-2007. Published date from January 2001 - January 2007.

I Cinahl anvendtes :

- Basic Search med søgeordene *empathy and nursing*.

I Medline anvendtes:

- Advanced search med søgeordene *empathy (Keyword) and nursing, and analysis or clarification*.

Der blev registreret 101 træk i Cinahl og 283 i Medline.

2.5 Kriterier for inklusion af datamateriale

Inklusion af de 101 træk i Cinahl og de 283 i Medline blev foretaget ved gennemgang af abstracts ud fra følgende kriterier:

- Er udarbejdet af sygeplejeforskere, der har en ph.d.-grad eller tilsvarende.
- Er tilgængelige som fuld tekst via Statsbibliotekets service for studerende med onlineadgang til e-tidsskrifter.
- At empati indgår som keyword (major subject) eller fremkommer i titlen, i kontekstbeskrivelsen eller som variabel eller resultat i undersøgelser inden for sygeplejen.
- At alle tre kontekster, teori, uddannelse eller kliniske praksis, er repræsenteret. Dels for at sikre et varieret syn på empatibegrebet, dels for at sammenligne begrebsliggørelserne med henblik på at demaskere eventuelle forskelle i betydninger og i forsøget på at finde frem til brugbare perspektiver på begrebets anvendelse inden for både sygeplejens teori, uddannelse og kliniske praksis.
- At flere lande er repræsenteret for at sikre så globalt et billede af begrebet som muligt.

2.6 Kriterier for eksklusion af sygeplejefaglige forskningsartikler

Artikler produceret før 2000 og først publiceret eller genoptrykt efter 2001 er ekskluderet fra undersøgelsen, da det er den aktuelle begrebsliggørelse, der søges. Eksempelvis er artiklen af Morse et al. (2006) ekskluderet. Artiklen er speciel, da den oprindeligt er publiceret i *Journal of Advanced Nursing (JAN)* i 1992, men genudgivet i forbindelse med JAN 30th anniversary issue. I forbindelse med genudgivelsen i 2006 blev den efterfulgt af nutidige

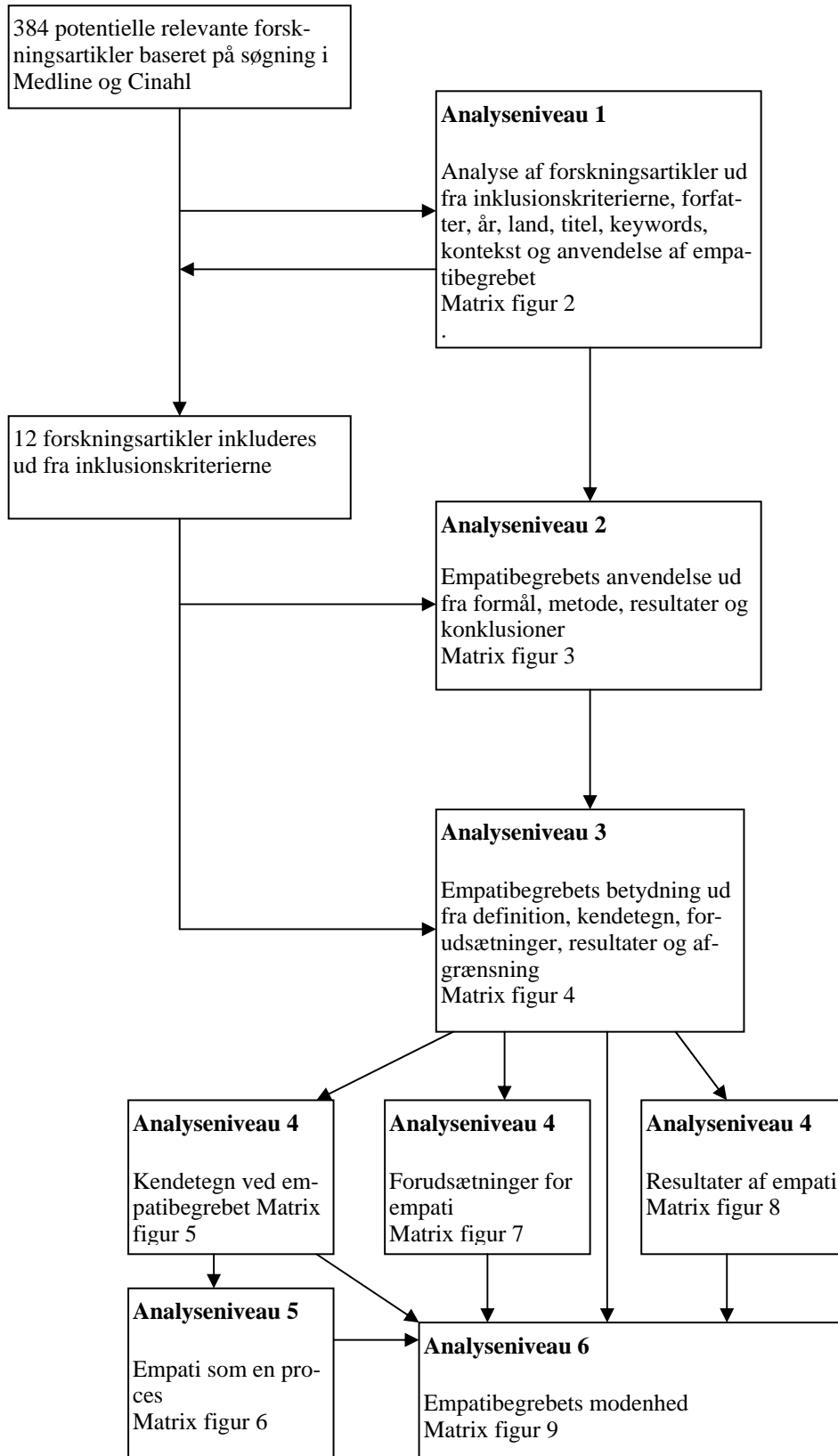
kommentarer fra Morse. Morse kommenterer dog ikke deres daværende kritik af empati-begrebets betydning og anvendelse i sygeplejen, men beskriver i stedet, hvilke andre begreber de har arbejdet videre med siden 1992. På den måde anses artiklen for at være et udtryk for den aktuelle begrebsliggørelse af empatibegrebet og derfor relevant for denne afhandlings undersøgelse. Men den ekskluderes, da den netop danner baggrund for denne afhandlings problemformulering, og hvad der allerede er kendt ved begrebet empati.

2.7 Fremgangsmåde ved analysen af litteraturen

I analysen undersøges, hvilken anvendelse og betydning begrebet empati har, samt med hvilken modenhed det fremstår svarende til afhandlingens første to spørgsmål. Morse's principper om at *identificere betydningsfulde analysespørgsmål* og *syntese af resultaterne* anvendes her som vejledende principper (Morse, 2000:339-341). Den centrale systematiske fremgangsmåde i begrebsanalysen er inspireret af *The Matrix Method* (Garrard, 2006). Data fra analysespørgsmålene sættes løbende op i større eller mindre matrixer, således at ligheder og forskelle mellem artiklerne og de pågældende studier træder tydeligt frem og eventuelle huller i begrebsudviklingen kan identificeres.

Den analytiske fremgangsmåde illustreres via et flowdiagram, hvilket fremgår af figur 1 (se nedenfor), hvor selve strukturen i begrebsanalysen synliggøres. Figur 1 viser, at begrebsanalysen i alt indeholder seks analyseniveauer, hvor hvert niveau udgør et dybere analyseniveau. Ved hvert niveau udvikler analysespørgsmålene sig på den måde, at de dukker op fra og går bag om de foregående analysespørgsmål og datasvar.

Figur 1. Flowdiagram over den analytiske fremgangsmåde



Analyseniveau 1 finder sted i forbindelse med inklusionen af forskningsartikler. Efter genlæsning og markering af ordet empati, blev artiklerne systematiseret og sorteret efter kriterierne. 12 artikler levede op til kravene i inklusionskriterierne. Som det fremgår af figur 1, er de 12 artikler sorteret i forhold til forfatter, årstal og land, empatibegrebets fremkomst i titel eller nøgleord, kontekst og anvendelse af empatibegrebet.

Med henblik på at afklare den nyeste udvikling af sygeplejedisciplinens begrebsliggørelse af empati i den videnskabelige litteratur, indledes der med en analyse af empatibegrebets anvendelse i de 12 aktuelle artikler.

På analyseniveau 1 gøres der brug af følgende analysespørgsmål: Hvilken uddannelsesgrad har artiklernes forfattere, hvornår og hvor er artiklerne publiceret, i hvilken kontekst og hvordan anvendes empatibegrebet? Data sættes op i en matrix og vises i figur 2.

På analyseniveau 2 er analysespørgsmålene: Hvad er formålet med undersøgelsen, hvilken metode er anvendt og hvilke resultater samt konklusioner er undersøgelsen kommet frem til? Data sættes op i endnu en matrix i figur 3 for gennem den analytiske proces at sammenligne og syntetisere de 12 artiklers anvendelse af begrebet empati.

På analyseniveau 3 kommer en analyse af empatibegrebets betydning. Her stilles følgende analysespørgsmål: Hvordan defineres empati, hvad er kendetegnene for empati, hvilke forudsætninger og resultater ses i forhold til empati og, til sidst, hvordan afgrænser empati sig i forhold til andre begreber? Igen sættes data op i en matrix og igennem denne analytiske proces bliver det muligt at analysere og syntetisere den videnskabelige betydning af begrebet empati.

Undervejs i denne proces identificeres løbende nye betydningsfulde analysespørgsmål for at komme et spadestik dybere i empatibegrebets betydning. Herved opstår analyseniveauerne 4 og 5, hvilket fremgår af figur 1. Data sættes op i mindre matrixer.

Via disse analysespørgsmål og analyseniveauer bliver det muligt med Morse's ord:

"... to clarify concepts, to compare and contrast the use of concepts in particular disciplines, to compare conceptual adequacy with competing concepts, to identify conceptual gaps and boundaries, and to identify conceptual inconsistencies within a concept" (Morse,2000:343).

På analyseniveau 3 undersøges, hvordan empatibegrebet defineres, og hvorvidt empatibegrebet har en meningsfuld definition ud fra det evalueringskriterium, at et begreb, for at det kan bruges, først og fremmest må kunne navngives og have en meningsfuld definition. Det gør begrebet muligt at referere til, at kommunikere, at identificere og dermed genkendelig for andre. Det analyseniveau forsøger at kortlægge er, om definitionen virker klar, ikke er cirku-

lær, og hverken er for bred eller for smal. Den bør ikke indeholde medfølgende egenskaber og skal referere til egenskaber, der er til stede, ikke egenskaber som mangler (Morse et al., 1996:386). For eksempel kan man ikke definere empati ved blot at sige, *at empati er sympati* eller *empati er ikke sympati*.

Det næste kriterium, der undersøges, handler om, at et begreb har nogle karakteristika eller kendetegn. Disse kendetegn er sammenhængende inden for begrebet og former de abstrakte komponenter, som er til stede i alle tilfælde af begrebet. De beskrevne kendetegn må være abstrakte nok til at definere begrebet, uanset hvilken kontekst begrebet dukker op i, og samtidig unikke nok til at definere begrebet og adskille det fra beslægtede eller tilgrænsende begreber. For eksempel må kendetegnene ved empati være unikke nok til at adskille sig fra eksempelvis sympati. Niveaue af abstraktion er samtidig kritisk, og det er her nødvendigt at teste validiteten af kendetegn for at sikre sig, at det, der er udvalgt som karakteristisk, bevarer en kontekstuel relevans. Beskrivelsen af kendetegn er vigtig, da det er dem, som fastlægger brugen af et begreb. Betydningskriteriet må være udviklet, før begrebet tages i brug i konkrete sager. Hvis litteraturen giver en klar beskrivelse af de definerende egenskaber, er dette vigtige kriterium for vurdering af modenhedsniveauet mødt. Hvis ikke, vil mængden af beskrivelser og gyldigheden af dem afgøre niveauet af modenhed (ibid.:386,388).

Dernæst vil analysen tage fat på begrebsliggørelsen af empatiens forudsætninger og resultater med henblik på en afklaring af, hvorvidt de er klart beskrevet og demonstreret. Forudsætninger danner platformen og må være til stede, for at begrebet kan udvikles eller den sansede adfærd kan indtræffe. Resultater er implikationen af et begrebs brug, i forhold til hvordan de sansede adfærdsmønstre forekommer (ibid.:389). Altså hvad resulterer empati i, hvad fører det til?

Det sidste kriterium er begrebets afgrænsning i forhold til andre begreber. Alle begreber har grænser, som viser sig, når en egenskab ikke længere er til stede, eller når egenskaben er til stede, men svag og eller når nye karakteristika dukker op i mønsteret. Et begrebs grænse ses som det punkt, hvor beskrivelsen af empatibegrebet ender, og et andet begynder. Evalueringskriteriet handler her om, hvorvidt den begrebslige afgrænsning er skildret. En afgrænsning er en indikation for det unikke ved et begreb og dermed også modenheden af begrebet. Et veludviklet begreb har en klar afgrænsning til andre begreber. De begreber, der har utydelig afgrænsning eller overlappning med andre begreber, er dårligt udviklede begreber (ibid.:389).

Begrebsanalysen sammenfattes løbende på de enkelte niveauer, og den samlede evalueringssproces, svarende til analyseniveau 6 i figur 1, foregår ved hjælp af endnu en matrix, som munder ud i en evaluering i forhold til, hvorvidt empati er et modent begreb i sygeplejen, og således har en klar definition, som der er konsensus om, hvorvidt dets kendetegn, forudsætninger og resultater er fuldt ud og klart beskrevet og demonstreret, og hvorvidt empatibegrebet er beskrevet uden overlappning med andre begreber.

2.8 Diskussionens struktur og temaer

I diskussionen belyses afhandlingens tredje og sidste undersøgelsesspørgsmål og hertil inddrages nogle filosofiske og psykologiske perspektiver på empatibegrebet med henblik på at foretage en kritisk vurdering af empatibegrebets aktuelle betydning, og hvordan denne betydning kan give en afklaring af empatibegrebets anvendelighed i sygeplejen.

Diskussionen er struktureret over to hovedtemaer, som er udledt af sammenfatningen af begrebsanalysen. De to hovedtemaer er: *empati som en menneskelig proces* og *empati som en professionel tilgang*. Under disse to hovedtemaer inddrages nogle udvalgte aspekter fra problemfremstillingen, hvorved følgende undertemaer fremkommer: *empatiens paradoks*, *empatiens emotionelle dimension*, *empatiens potentiale i forhold til sympati*, *empati i en humanistisk orienteret sygepleje* og til sidst *empati som del af en professionel holdning*.

Centralt i diskussionen indgår Wackerhausen's (2002) opfordring til, hvordan vi danner humane eller humanistisk orienterede professionelle inden for det sundhedsfaglige område, Ciaramicoli & Ketcham's (2004) meget solide begrebsafklaring af empati som et menneskeligt træk, og Holm's (2003) beskrivelse af empati som en del af den professionelle holdning. Afslutningsvis foretages en sammenfattende diskussion af empatibegrebets anvendelighed og sygeplejefaglige potentiale. Her anvendes i særdeleshed Morses princip om *syntese af resultaterne* (Morse, 2000:342).

Kapitel 3

3. Empatibegrebets aktuelle anvendelse og betydning i sygeplejen

I dette kapitel præsenteres resultater fra begrebsanalysen af empatibegrebets anvendelse og betydning i den sygeplejevidenskabelige litteratur, som den er præsenteret fra januar 2001 og frem til januar 2007, og slutter af med en evaluering af empatibegrebets modenhed.

3.1 Empatibegrebets aktuelle anvendelse

I analysen af empatibegrebets aktuelle anvendelse indledes der med en analyse på analyse-niveau 1 i forhold til artiklernes forfattere, empatibegrebets anvendelse i artiklerne, publiceringstidspunkt, geografisk spredning og kontekstmæssig fordeling, hvilket fremgår af figur 2. Dernæst kommer en analyse af studierne formål, metode, resultater og konklusioner, hvilket er analyseniveau 2 og fremgår af figur 3.

De 12 inkluderede artikler, hvor empatibegrebet anvendes, er baseret på forskningsarbejde eller teoretisk udviklingsarbejde, hvor mindst én af forfatterne har en p.hd.-grad eller tilsvarende. Begrebet empati anvendes som et resultat i to af studierne, som variabel i tre, som forudsætning i en, som undervisningstema i en og som en teori eller del af en teori i fem af studierne. En del er enkeltstående undersøgelser, og nogle er del- undersøgelser af større studier.

Publiceringstidspunkterne for studierne fordeler sig med fire studier i 2001, et studie i 2003, tre studier i 2004 og tre studier i 2006. Den geografiske spredning viser, at hovedparten af studierne er foregået i USA, hvor fire studier placerer sig med spredning over fire forskellige stater. Der er to studier fra både UK og Sverige. Endelig er Canada, Norge, Grækenland og Tyrkiet hver især repræsenteret med et studie. Kontekstmæssigt fordeler de 12 artikler sig med fire fra klinisk praksis, tre fra uddannelsessammenhænge og fem fra teoretiske studier.

Ved analysen og oprettelsen af en matrix over de beskrevne formål, de anvendte metoder, resultater og konklusioner i de 12 undersøgelser, som fremgår af figur 3, bliver det synligt, at empatibegrebet anvendes forskelligt i de tre kontekster, men også forskelligt inden for de tre kontekster.

Figur 2. De 12 sygeplejeartikler ud fra inklusionskriterier

Forfatter, år og land	Titel	Keywords	Kontekst	Anvendelse af begrebet empati
Crigger (2001) (UK)	Antecedents to engrossment in Noddings' theory of care	Empathy, virtue ethics, ethical theory, education, Caring theory, philosophy, Noddings' theory, Nursing education, feminist theory, partiality	Teori	Empati som en <i>fase i en sygeplejeteori</i>
Hallström & Elander (2001) (Sverige)	Needs during hospitalization: Definitions and descriptions made by patients	Identification, patients' needs, satisfaction of needs	Praksis	Empati som et <i>resultat</i> i en patientundersøgelse
Olsen (2001) (USA)	Empathetic maturity: Theory of Moral point of View in Clinical	Caring, ethics, justice, responsibility, theory	Teori	Empati som en <i>teori</i> , en modenhed i tre niveauer
Walker & Alligood (2001) (USA)	Empathy form a Nursing Perspective: Moving beyond Borrowed Theory		Teori	Empati som en <i>teori</i> og et unikt fænomen inden for sygeplejen
Lauder et al. (2002) (UK)	A comparison of therapeutic commitment, role support, role competency and empathy in three cohorts of nursing students	Empathy, MHPPQ, therapeutic commitment, Therapeutic relationships	Uddannelse	Empati som en <i>variabel</i> , noget der kan måles ud fra en empatiskala
Wikström (2003) (Sverige)	A Picture of a Work of Art as an Empathy Teaching Strategy in Nurse Education Complementary to Theoretical Knowledge	Nurse education, visual art, empathy	Teori	Empati som <i>undervisningstema</i>
Arthur & Clifford (2004) (UK)	Reumatology: the expectations and preferences of patients for their follow-up monitoring care a qualitative study to determine the dimensions of patient satisfaction	Expectations, interviews, patient satisfaction, Primary care, rheumatoid arthritis, secondary care	Praksis	Empati som et <i>resultat</i> i en patientundersøgelse
Lemonidou et al. (2004) (Grækenland)	Moral Professional Personhood: ethical reflections during initial clinical encounters in nursing education	Empathy, ethics, moral professional personhood, Nursing education, phenomenology, student nurse	Uddannelse	Empati som en <i>forudsætning</i> for professionel moralsk udvikling
Fields et al. (2004) (USA)	Comparisons of nurses an physicians on an operational measure of empathy	Empathy, nurses, physicians, Jefferson Scale, Psychometrics	Praksis	Empati som en <i>variabel</i> , noget der kan måles ud fra en empatiskala
Gülsüm (2006) (Tyrkiet)	Developing Empathy in Nurses: As Inservice Training Program		Praksis/uddannelse	Empati som en <i>variabel</i> , noget der kan måles ud fra en empatiskala
Lobchuk (2006) (Canada)	Concept analysis of perspective-taking: meeting informal caregiver needs for communication competence and accurate perception	Empathic accuracy, empathy theory, informal Caregivers, literature review, nursing, patient Experiences, perspective-taking	Teori	Empati som <i>teori</i>
Myhrvold (2006) (Norge)	The different other - towards an including ethics of care	Differentness, life contexts, extensive losses, Empathy bias, solidarity	Teori/filosofi	Empati som en <i>teori</i> , en professionel og moralsk forpligtigelse

Figur 3. Empatibegrebets anvendelse i de 12 udvalgte sygeplejeartikler

Forfatter, år og land	Formål	Metode	Resultater og konklusion
Crigger (2001) (UK)	At udvide Noddings' teori ved at beskrive de forudgående begivenheder eller temaer, som påvirkede de studerendes valg af at blive optaget (<i>engrossed</i>) og herefter engageret i en empatisk omsorgsrelation med klienter.	Kvalitativt studie af 13 sygeplejestuderende ud fra Ikke-strukturerede interviews.	6 kategorier af forudgående begivenheder til optagethed (<i>engrossment</i>) blev fundet. Behov, sanseindtryk, similaritet, projektion, emotioner og reciprocitet.
Hallström & Elander (2001) (Sverige)	At få en gruppe patienter til at identificere begrebet behov, at beskrive deres egne behov under indlæggelse og finde ud af, hvordan de klarer at få deres behov opfyldt. At samle data til et andet studie, hvor patienter og plejepersonale blev bedt om at prioritere de identificerede behov.	Kvalitativt studie af 20 patienter fra 3 medicinske og kirurgiske afdelinger på et universitetshospital ud fra samtaleinterviews bygget op af tre spørgsmål.	10 kategorier af behov blev fundet og empati var det femte hyppigste udtrykte behov. Erkendelse af, at patienter har individuelle behov og forskellig evne til at få deres behov opfyldt, er betydningsfuldt.
Olsen (2001) (USA)	At beskrive teorien " <i>Empatisk modenhed</i> ", dens tre trin og relation til Kohlberg's kriterier for kognitive strukturer. At diskutere og præsentere, hvordan det sidste trin forholder sig til etisk teori.	Teoretisk og etisk diskussion af en kognitiv strukturel teori om, hvordan sygeplejersker opfatter eller forstår patienters levede erfaring, af at være en Person.	<i>Empatisk modenhed</i> er en teori, der specificerer strukturen i sygeplejerskers sans for patientomsorg. Tre strukturer er beskrevet som niveau I, II og III. De postuleres at være udviklende og hierarkisk opbygget, baseret på en stigende inkludering af andre, hvilket gør hvert niveau mere moralsk adækvat end det forrige niveau.
Walker & Alligood (2001) (USA)	At afklare problemer angående begrebet empati og at identificere bidrag og begrænsninger ved lånt teori som basis for sygeplejepraksis.	Komparativ analyse af to teorier om empati. En lånt af Kohut's selvpsykologi og en fra King's interaktive Sygeplejemodel.	Empati er et sygeplejefænomen, der må undersøges ud fra et sygeplejersperspektiv. Fortsat brug af empati ud fra lånt teori må diskuteres, da den sinker og dirigerer de igangværende aktiviteter omkring udvikling af begrebet empati i forkert retning. Bedre forståelse af empati, som et begreb, der er unikt inden for sygeplejefprofessionen, er nødvendig og forskning må have en universal definition af empati, der er baseret på sygepleje.

Figur 3. fortsat

Forfatter, år og land	Formål	Metode	Resultater og konklusion
Lauder et al. (2002) (UK)	At bidrage med en større forståelse for udvikling af terapeutiske relationer hos sygeplejestuderende ved at teste følgende hypoteser: Mere erfarne sygeplejestuderende vil rapportere højere niveauer af 1) empati, 2) terapeutisk engagement, 3) rollestøtte, 4) rolle-kompetence, end mindre erfarne sygeplejestuderende.	En tværsnitundersøgelse af 185 sygeplejestuderende fordelt på tre årgange ved hjælp af to spørgeskemaer (selvudfyldte), som måler empati (RES), terapeutisk engagement, rolle-støtte og rolle-kompetence (MHPPQ).	Mere erfarne sygeplejestuderende rapporterer ikke højere terapeutisk engagement eller empati end mindre erfarne studerende. 2. års studerende har lavere rolle-kompetence end 1. og 3. års studerende. 3. års studerende har lavere score i rolle-støtte end 1. og 2. års studerende.
Wikström (2003) (Sverige)	At undersøge om et uddannelsesprogram, hvor der anvendes en reproduktion af Edvard Munch's maleri, "the Sick Girl", kan stimulere de sygeplejestuderende til at engagere sig i læring om empati, i højere grad, end studerende der diskuterer begrebet empati uden brug af kunstmaleri.	Et randomiseret studie af 144 sygeplejestuderende gennem deres første studieår, på en sygeplejeskole i Sverige. En interventionsgruppe og en kontrolgruppe blev anvendt for at kontrollere effekten af et visuelt kunstprogram. De studerendes engagement i at lære om empati blev målt ud fra et Wheel Questionnaire test instrument ud fra parametrene motivation, struktur og emotionel investering.	Undersøgelsen viste signifikant større emotionel investering og struktur i de studerendes evne til at udtrykke, hvad der er mest typisk for begrebet empati. Edvard Munch's maleri kan anvendes komplementært til teoretisk kundskab, som undervisningsstrategi i sygeplejeuddannelsens empatiundervisning. Der anbefales udvikling af mere sensitive instrumenter til måling af billedkunst som pædagogisk værktøj.
Arthur & Clifford (2004) (UK)	At identificere patienttilfredsheden hos reumatologiske patienter og hvad de forventer under deres sygepleje både i primær og sekundær sektor med henblik på at skaffe data til et større studie, hvor tilbuddene ønskes sammenlignet.	Kvalitativt studie af 10 reumatologiske patienter ud fra semi-strukturerede interviews.	5 kategorier af forventninger i forhold til patienttilfredshed blev fundet og empati var den mest udtrykte. Herefter kom specialviden, information, tekniske aspekter, konsultationstid og kontinuitet.
Lemonidou et al. (2004) (Grækenland)	At undersøge sygeplejestuderendes oplevelser af etik, deres perception og forståelse af mødet med etiske konflikter i uddannelsen.	En fænomenologisk undersøgelse baseret på narrative analyser af 12 mandlige og 63 kvindelige studerendes journaler fra deres første kliniske erfaring.	Moralsk udvikling og evnen til at opfatte etik sker gennem en empatisk proces hos de studerende. Parathed til empati og deres oplevelse af etik som personligt krav om "to do good" var sidestillet med deres moralske pine og lidelse.

Figur 3. fortsat

Forfatter, år og land	Formål	Metode	Resultater og konklusion
Fields et al. (2004) (USA)	At undersøge empati hos professionelle sundhedsudøvere. At sammenligne læger og sygeplejerskers respons på en operationel måling af empati.	Komparativ analyse ud fra en skalaundersøgelse, <i>Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)</i> , hvor 56 sygeplejersker og 42 læger, alle kvinder, deltager i en vurdering af deres empati ud fra 20 elementer.	Der var ingen signifikant forskel på den totale score, Men der var en statistisk signifikant forskel mellem de to grupper i 5 ud af de 20 punkter i måleskalaen. Sygeplejersker er bedre til at have patientperspektiv.
Gülsüm (2006) (Tyrkiet)	At afgøre, hvorvidt et 20 timers kommunikations-træningskursus i arbejdstiden øger den empatiske færdighed hos sygeplejersker.	Undersøgelse af 263 sygeplejersker ansat på et universitetshospitals sengeafdelinger. Data blev indsamlet ud fra 3 instrumenter. <i>The Scale for Empathic Communication Skill B (ECS-B)</i> udviklet af Dökmen (1988) blev anvendt til måling af komponenter og dimensioner af den verbale respons i empatien både før og efter interventionen.	Kommunikationstræning i arbejdstiden øger sygeplejerskers empatiske færdigheder. Deres <i>ECS-B scores</i> var højere end normalt, selv om de så ud til at stige efter træningen. Kontinuerlig træning bør sikres for at øge deres empati yderligere.
Lobchuk (2006) (Canada)	At analysere begrebet perspektivtagning (<i>perspective taking</i>) i dybden og beskrive det i en omsorgs-Kontekst.	En kvalitativ analyse af begrebet perspektivtagning som det er præsenteret i sygepleje- og socialpsykologisk litteratur fra 1972 til 2004, vejledt af Morse's typologi af kendetegn og regler for relation og i overensstemmelse med Davis's empatimodel	De psykologiske processer, kognitiv perspektivtagning og empatiske nøjagtighed (<i>empathic accuracy</i>) passer sammen rent begrebsligt. Relationen mellem de to begreber bør testes præcist i forskellige omsorgssituationer, med forskellige patienter og personale.
Myhrvold (2006) (Norge)	At diskutere faktorer af betydning for etik i sygeplejen. At forstå de nøglefaktorer, der udfordrer Empatien, når patientgrupper, med elementer af anderledeshed (<i>differentness</i>) og ekstreme tab af livssammenhæng kan give følelsen af håbløshed og hjælpeløshed i det professionelle sundhedssystem. Hvordan vi kan bidrage til at møde behovet for en etisk sygepleje.	Teoretisk og filosofisk diskussion af etik i sygeplejen.	Anderledeshed, ekstreme tab og følelsen af håbløshed og hjælpeløshed er betydningsfulde fænomener i bestræbelserne på at skabe en etisk sygepleje. Anderledeshed bliver skabt af den normative majoritet og af vores egen angst i forhold til usikkerhed, hvilket kan føre til empatibias. Moden empati indebærer solidaritet og moralsk ansvarlighed.

Sygeplejeforfatterne anvender empatibegrebet

- ud fra varierende perspektiver (sygeplejeteorier, lånte teorier, patienter, studerende, sygeplejersker og læger),
- ud fra forskellige rammer (testdeltagere, empatiskalaer, empatimodeller og uddannelsesprogrammer),
- ved brug af forskellige målinger (sygeplejerskers eller sygeplejestuderendes udtrykte eller selvevaluerede empati, og patient-oplevet empati) og
- ud fra forskellige formål og hensigtsovervejelser (forbedringer af patientomsorgen og lindring af patientens lidelse eller forbedring af uddannelse og professionel udvikling).

Ud af de fire studier, hvor empatibegrebet anvendes i en praksiskontekst, begrebsliggøres empati som *et udtrykt patientbehov* i to af dem. Her er anvendt kvalitative interviews af henholdsvis 10 og 20 patienter for, dels at identificere deres forventninger til sygeplejen og deres tilfredshed (Arthur & Clifford, 2004), dels at identificere deres behov og hvordan de får dem opfyldt (Hallström & Elander, 2001). I Hallström & Elander's (2001) undersøgelse, hvor empati defineres som opfyldelse af behov uden at skulle bede om det, viser det sig, at hvis et behov kun er erkendt af patienten, tilhører patienten en såkaldt sårbar gruppe, som i forvejen har svært ved at sikre sig, at deres behov bliver mødt. Måske tilhører patienten den gruppe af patienter, der er vrede og verbale, men værst ser det ud for den gruppe af patienter, som ikke ønsker at forstyrre personalet eller ikke kan give udtryk for deres behov.

I de tre undersøgelser, hvor empati anvendes som variabel, måles empati ud fra tre forskellige empatiskalaer, RES, ECS-B og JSPE. Reynolds Empathy Scale (RES), der er en patientcentreret 12-punkters skala, oprindeligt konstrueret ud fra patienters refleksioner over deres relation til sygeplejersker, viser sig i den aktuelle tværsnitsundersøgelse af 185 sygeplejestuderende ikke at være valid nok til selvbesvarelse. Lauder et al. (2002) anser det for muligt, at de studerende rater sig selv højere, da det i deres fremtidige job, som sygeplejersker, forventes, at de er meget empatiske. Forskerne foreslår, at fremtidig rating på RES skalaen foretages blindet, med trænedede ratere, ud fra aktuel klinisk arbejde (Lauder et al., 2002:490). Tilsvarende viser Gülsüm (2007), at også kliniske sygeplejersker scorer deres empati højere end normalt, både før og efter træning, i Dökmen's Scale for Empathic communication Skill B (ECS-B). Dökmen's empatiskala er udviklet ud fra tre hierarkiske empatiresponstrin, hvilket træningsprogrammet også er tilrettelagt efter, men hvorvidt deltageres erhvervede færdigheder blev implementeret i deres interaktion med patienter, og hvorvidt der vil være en langtidsforandring i deres adfærd, er ikke undersøgt og må fastslås i fremti-

dige studier. Så Gülsüm konkluderer, at mere omfattende og kontinuerlig træning og yderligere studier er ønskelig for at sikre, at sygeplejersker implementerer deres empati (Gülsüm 2007:256).

I Fields et al.'s (2004) komparative analyse, hvor medicinske læger og sygeplejerskers (alle kvinder) empatirespons sammenlignes anvendes Jeffersons Scale of Physician Empathy (*JSPE*), der er en psykometrisk måleskala. Den er oprindeligt udviklet til undersøgelse af empati hos lægestuderende og praktiserende læger. Tidligere undersøgelser har vist, at kvinder scorer højere end mænd på *JSPE*, og at læger i patient-orienterede specialer scorer højere, end læger ansat i teknologi-orienterede specialer (Fields et al., 2004). Det interessante i denne undersøgelse er, at der i den totale empatiscore ingen signifikant forskel var på sygeplejersker og læger ansat i pædiatrien, altså i patient-orienteret speciale. Men der var en statistisk signifikant forskel i 5 ud af de 20 punkter i skalaen. Det viser sig her, at sygeplejersker er mere tilbøjelige end lægerne til at være i stand til at se situationen fra patientens perspektiv, "at stå i patientens sko", og at tro på den terapeutiske effekt af empati. Derimod er sygeplejersker mindre tilbøjelige til at nyde litteratur og kunst og til at tro at forståelse af patienterne og deres familier kan influere på den medicinske og kirurgiske behandling (Fields et al. 2004:90).

Myhrvold (2006), som anvender begrebet empati i en teoretisk og filosofisk diskussion, konkluderer, at empati i sygeplejen ikke er ufejlbar, og der er risiko for empatibias. Hun siger, at yderligere undersøgelse af empatibias kan give værdifulde input til diskussion af moden empati og solidaritet som basis for en etisk sygepleje, der strækker sig ud over det kendte til det ukendte, både inden for og uden for etablerede relationer. Undersøgelser af manglende empati eller skævvridning af empati i sygeplejen kan altså gøre os klogere og tilføre en større sans for ansvarlighed, som strækker sig ud over vores egne følelser og, uanset hvordan, åbne op for vores fælles menneskelige oplevelser uden at miste sigte af, hvem vi er. Tilsvarende konkluderer Olsen (2001), som også anvender empatibegrebet i en teoretisk diskussion, at empatisk modenhed også er en etisk teori og et moralsk ideal for klinisk praksis, men at meget mangler i undersøgelser af empirisk evidens for empatisk modenhed.

I Walker & Alligood's (2001) komparative analyse sammenlignes empatibegrebets anvendelse i to teorier, dels i King's interaktive sygeplejemodel, og dels i en lånt teori fra psykologien i form af Kohut's selvpsykologi. Forfatterne konkluderer, at brug af lånt teori sinker og udvikler begrebet empati i forkert retning. De foreslår, at sygeplejeforskningen

må have en universal definition af empati, der er baseret på sygepleje, hvilket begrundes på følgende måde:

"Empathy explained through a self-psychology perspective lacks a broader, social context. Nursing is deeply concerned with family, environment, organization, and policy considerations"..... "This conceptualization from a nursing perspective has allowed empathy to be viewed as a developmental phenomenon impacting personal, interpersonal and social aspects of the individual" ... (Walker & Alligood, 2001:144).

Sammenfatning af empatibegrebets anvendelse i den aktuelle sygepleje

- Som resultat, variabel, forudsætning, undervisningstema, teori eller del af en teori.
- Forskelligt i de tre kontekster, men også forskelligt inden for de tre kontekster.
- Ud fra varierende perspektiver, rammer, metoder, formål og hensigtsovervejelser.
- Der er fortsat mange mangler i undersøgelser af den empiriske evidens for empati.

3.2 Empatibegrebets aktuelle betydning

Analysen af empatibegrebets aktuelle betydning sker ud fra en analyse af kriterierne: definition, kendetegn, forudsætninger, resultater og afgrænsning, jævnfør figur 4.

3.2.1 Definition af empatibegrebet

Empatibegrebet defineres forskelligt i de 12 artikler. Der er ingen helt enslydende definitioner. Kun tre artikler (Fields et al., 2004, Gülsum, 2006; Lauder et al., 2002) har, hvad der kan tolkes som samstemmende definitioner. Fields et al.(2004) definerer empati som en kognitiv egenskab, der involverer en forståelse af patientens indre oplevelser, kombineret med en evne til at kommunikere denne forståelse til patienten. På tilsvarende vis definerer Lauder et al. (2002) empati som hjælperens nøjagtige perception af klientens verden, en kommunikation af denne forståelse til klienten og klientens perception af hjælperens forståelse. Gülsum (2006) definerer empati som evnen til at opfatte en anden persons mening og følelse samt evnen til at kommunikere disse følelser til den anden person.

De tre definitioner tolkes som samstemmende, da de alle involverer en *forståelse* af den anden persons *indre oplevelser* samt en *kommunikation* af denne forståelse til den anden.

Fire artikler tolkes til at have en meningsfuld definition. Foruden de tre ovennævnte har Walker & Alligood (2001) også en meningsfuld definition, som lever op til kravet om at være klar, ikke cirkulær og hverken for bred eller for smal. De begrebsliggør empati ud fra et sygeplejeperspektiv og kalder deres definition hermeneutisk og holistisk orienteret. De definerer empati som en følende egenskab, der organiserer sanseopfattelser og skaber for-

ståelse, respekt og værdsættelse af andre, og kan bruges til at guide sygeplejerskens rollebegrivelse. Da de beskriver empati som *en følende* egenskab, afviger den fra de tre andre, hvoraf især Fields et al. (2004) pointerer, at empati er *en kognitiv* egenskab. Når Walker & Allgood (2001) til sidst i deres definition skriver, *og kan bruges til at guide sygeplejerskens rollebegrivelse*, kan det ud fra Morse's kriterier diskuteres, hvorvidt det er at betragte som en medfølgende egenskab.

Myhrvold (2006) er noget uklar i sin definition af empati, men det skyldes formentlig, at hun skelner mellem empati og det, hun kalder moden empati. Hun definerer empati som menneskehedens grundlæggende emotionelle evne til at identificere sig med den anden og relaterer til, hvorvidt man er rørt af, at den anden er rørt. Denne definition kan være svær at skelne fra medlidenhed eller medfølelse. Derimod beskriver hun kendetegnene ved den modne empati som evnen til at skelne mellem ens egne og andres oplevelser, en erkendelse der understreger både det unikke ved den anden og ved én selv. Hun skriver, at moden empati giver en indsigt, der ikke kan anvendes til egen fordel. Når Myhrvold anvender ordet indsigt, tolkes den modne empati som en dybtgående forståelse af og viden om noget, der i sidste ende er erhvervet ved kognitive og moralske processer og ikke kun via emotionelle processer.

Hallström & Elander (2001) definerer ikke klart, hvad empati er, men de kategoriserer nogle patientudtalelser under kategorien empati. Eksempelvis udsagn som tilfredsstillelse af behov uden at skulle bede om det, evnen til at sætte sig selv i patientens situation, at blive forstået, sympati og forståelse, humor og at føle varme fra personalet. På denne måde refereres der til egenskaber, der ikke under alle omstændigheder behøver at være til stede ved empati. Eksempelvis giver det ikke mening at sige, at empati er sympati.

Arthur & Clifford (2004) har ligeledes en uklar definition på empati i deres undersøgelse. Den tolkes som værende smal, kort og indeholdende en medfølgende egenskab. De beskriver empati som forståelse af patientens behov og som en positiv holdning. Modsat definerer Lemonidou et al. (2004) empati bredt, som evnen til at opfatte den andens behov, emotioner og kontekst, men igen er definitionen også relativt kort.

Sammenfatning af empatibegrebets definition i den aktuelle sygepleje:

- Empati defineres forskelligt i de 12 artikler.
- Fire artikler har en meningsfuld definition.

- Tre artikler har samstemmende definitioner, der sammenfattes som sygeplejerskens evne til at forstå patientens indre oplevelser kombineret med en evne til at kommunikere denne forståelse til patienten, efterfulgt af patientens perception heraf.
- Empati er for kompleks til en kort definition.

Figur 4. Analyse af empatibegrebets betydning

Forfatter, år og land	Definition	Kendetegn	Forudsætninger	Resultater	Afgrænsning
Crigger (2001) (UK)	Ikke klart beskrevet. En affektiv lydhørhed (<i>responsiveness</i>) over for den anden.	At kunne se gennem patientens øjne. Have patientens perspektiv. At identificere og dele følelser. En del af en social proces der kan læres.	Optagethed (<i>engrossment</i>) via sansning af patientens behov eller af egne behov for at hjælpe, patientens signaler, similitet mellem patient og studerende, projektion af positive egenskaber ved patienten, emotionelle reaktioner eller følelsen af begyndende gensidighed.	En omsorgsfuld og succesfuld sygepleje.	Ikke beskrevet.
Hallström & Elander (2001) (Sverige)	Ikke klart beskrevet. Tilfredsstillelse af behov uden at skulle bede om det. At blive forstået.	Et behov patienter giver udtryk for at have. Evnen til at sætte sig selv i patientens sted. Forståelse, humor, sympati.	Patientens behov for hjælp. Personalets evne til at sætte sig i patientens situation.	Patienten føler sig forstået, føler varme fra personalet og får tilfredsstillet sine behov.	Ikke beskrevet. Overlapning af empati, humor og sympati.
Olsen (2001) (USA)	Selvets forståelse af andres levede oplevelse af at være en person. En måde hvorpå en person relaterer selvkonstrueret mening til andres oplevede mening.	En kognitiv struktur for tydning af andres levede oplevelser. Empatisk modenhed udvikles gennem tre hierarkiske mentale skemaer. Niveau I empati som identitet Niveau II empati som similitet Niveau III empati som gensidighed. Et mentalt fænomen, men også affektiv erfaring. En faktor i sygeplejeidentiteten.	En medfødt affektiv evne og en mental moralsk udvikling, som kan ske når der opstår en mental uoverensstemmelse. Den enkeltes verdenssyn. Niveau I sygeplejerskens behov Niveau II nogle patienters behov Niveau III alle patienters behov	Variierende vurdering af patientens ansvarlighed og forskel i kliniske relationer. Niveau I sygepleje uden hensyn til patientens unikke behov Niveau II sygepleje med hensyn til nogle patienters unikke behov Niveau III sygepleje med hensyn til alle patienters unikke behov, præget af gensidighed, humanitet, og besidelse af universalitet	Ikke beskrevet.

Figur 4. Fortsat

Forfatter, år og land	Definition	Kendetegn	Forudsætninger	Resultater	Afgrænsning
Walker & Alligood (2001) (USA)	En følende egenskab, der organiserer sanseropfattelser og skaber forståelse, respekt og værdsættelse af andre, og kan bruges til at guide sygeplejerskens rollebegrivelse.	Et udviklende fænomen med indvirkning på tre systemer, det personlige, det interpersonlige og det sociale system. En gensidig proces, hvor der formes en dybere, meningsfuld viden om patientens oplevelser.	Patientens oplevelse, situation og behov. At patienten deltager i beslutningsprocessen. Et medfødt udviklingsfænomen der udvikles gennem sygeplejeprocessen, uddannelse og praksis.	Effektiv respons på patientens behov. Gensidig forståelse, kvalitativ menneskelig interaktion. Sygeplejerskens rollebegrivelse. Letter, støtter og forbedrer patientens sundhed.	Ikke beskrevet.
Lauder et al. (2002) (UK)	Ikke beskrevet, men henviser til Reynolds (2000) Hjælperens nøjagtige perception af klientens verden, en kommunikation af denne forståelse til klienten og klientens perception af hjælperens forståelse.	Et vigtigt middel til udvikling af konstruktive mellemmenneskelige relationer. Essentiel i sygeplejerskeidentiteten og en nødvendig færdighed i sygeplejen, som kan måles ud fra en empatiskala	Patientens behov for et støttende medmenneskeligt klima, bedre sundhed eller helbred. Uforstyrret tid med patienten lytte til, høre deres behov og ønsker for plejen. Relationsfærdigheder og situeret læring.	Støttende medmenneskelige relationer. Effektive patientforløb. Sygeplejersken ser patientens behov og udviser sygeplejeidentitet.	Ikke beskrevet.
Wikström (2003) (Sverige)	Ikke klart beskrevet. En forståelse af patientens følelser.	Billedkunst kan kommunikere menneskelige emotioner direkte til en person på samme måde som nonverbale beskeder. Billedkunst giver de nødvendige sansemæssige betingelser for en emotionel respons kan opstå og kan derfor anvendes til undervisning i empati.	En visuel oplevelse af patientens lidelse. En kognitiv og emotionel stimulus.	Patientens følelser bliver forstået. Emotionel investering og struktur hos den studerende.	Afgrænsning mellem mestring og empati er uklar.

Figur 4. Fortsat

Forfatter, år og land	Definition	Kendetegn	Forudsætninger	Resultater	Afgrænsning
Arthur & Clifford (2004) (UK)	Ikke klart beskrevet. Forståelse af patientens behov og en positiv holdning.	En positiv holdning, central for omsorgens andre dimensioner, som er specialist viden, teknisk kunnen, konsultationstid, kontinuitet i plejen og information.	Patientens lidelse og en positiv holdning til patienten.	Patienttilfredshed.	Empati og holdning er svære at adskille og ikke beskrevet nærmere
Lemonidou et al. (2004) (Grækenland)	Ikke klart beskrevet. Evnen til at opfatte den andens behov, emotioner og kontekst	Er fundamentet i alle mellem-menneskelige terapeutiske relationer i sygeplejen. En almindelig menneskelig oplevelse, men sygeplejeempati må være mere disciplineret omsorgsproces. Kan fremtræde i større eller mindre grad og inddeles i tre trin.	Emotionelt engagement. Patientens lidelse. Personalets høje stress, udbændthed og forsvarsmekanismer. Stadig uklart, hvordan empati kan undervises og øges. Fortælling og refleksion ser ud til at have betydning.	Via empatiprocesen udvikles de studerendes moralske opmærksomhed og evne til etisk opfattelse. Et personligt krav om " <i>to do good</i> " som er side-stillet med deres moralske pine og lidelse.	Ikke beskrevet.
Fields et al. (2004) (USA)	En kognitiv egenskab, som involverer forståelse af patientens indre oplevelser, kombineret med en evne til at kommunikere denne forståelse til patienten.	En afgørende komponent i støttende relationer og en del af den professionelle praksis indenfor medicin og sygepleje. Udgør kvaliteten af de humane aspekter i patientomsorgen.	Patientens lidelse og behov for at føle sig forstået. Personalets kommunikations-Evne.	Patientoplevelt empati. Patienten føler sig forstået og lidelse mindskes. Angst, depression og vrede mindskes. Hurtigere helbredelse. En støttende kommunikation.	Empati og sympati har ikke altid en klar afgrænsning og der er nogen overlapning. Sympati er en følelse. Empati er en forståelse.

Figur 4. Fortsat

Forfatter, år og land	Definition	Kendetegn	Forudsætninger	Resultater	Afgrænsning
Gülsüm (2006) (Tyrkiet)	Evnen til at opfatte en andens mening og følelse og at kommunikere disse følelser til den anden person.	En kommunikationsproces der kan udvikles og måles ud fra tre hierarkiske empatiske responstrin. Et <i>DE</i> , <i>JEG</i> og <i>DU</i> trin.	Træning i empatisk respons involverer øvelse i aktiv lytning, at stille åbne spørgsmål, forståelse, at sætte sig i den andens sted, verbal og nonverbal Kommunikation.	På højeste responstrin (<i>DU</i>) resulterer empatien i at sygeplejersken forstår, hvad patienten tænker og føler ved sit problem, og en respons af denne forståelse til patienten.	Ikke beskrevet.
Lubchuk (2006) (Canada)	Ikke klart beskrevet. En kognitiv forståelse af en andens oplevelse af lidelse og en kommunikation.	En proces, hvor perspektivtagning er en underliggende del af denne proces. Involverer en opmærksomhed på ens eget perspektiv, som er kontrolleret, så den ikke influerer på ens slutning af, hvad den anden person oplever.	Oplevelse af patientens lidelse. Opmuntring til perspektivtagning bedrer mulighederne for den samlede information og kommunikation mellem omsorgsgiver og patient.	Kommunikationskompetence og nøjagtig opfattelse og forståelse af den andens oplevelse af lidelse.	Adskiller sig ved at sympati, projektion og personlig lidelse fremmer et selvcentreret behov for at identificere med ens egen lidelse og frembringer herved en trussel for den nøjagtige opfattelse af patientens oplevelse.
Myhrvold (2006) (Norge)	Ikke klart beskrevet. Menneskehedens grundlæggende emotionelle evne til at identificere sig med den anden og relaterer til hvorvidt du er rørt af, at den anden er rørt.	Moden empati er evnen til at skelne mellem ens egne og andres oplevelser. At se bag om anderledeshed ved moralsk ansvarlighed. En erkendelse der understreger både det unikke ved den anden og ved en selv. Moden empati giver ikke en indsigt, der kan anvendes til egen fordel.	Den andens lidelse. Identificering og deltagelse i den andens lidelse på en praktisk måde. Ikke konstruere anderledeshed, som er større end den reelt er. Dialog med dig selv og den anden. Anerkendelse af både lighed og ulighed. Nærvær og opmærksomhed på det, der er fælles.	En respons, som er mere passende til den andens situation end til ens egen. Moralsk ansvarlighed og tætte relationer.	Solidaritet er en mental abstraktion, som gør os i stand til at føle empati til nogen vi ikke kender eller er i relation med. Solidaritet og empati fører til moralsk ansvarlighed.

3.2.2 Kendetegn ved begrebet empati

Når man sammenligner definitioner og kendetegn i figur 4, dukker de samme kendetegn eller karakteristika op gentagne gange, og fem kendetegn ser således ud til at være centrale i den aktuelle begrebsforståelse. Det bliver her betydningsfuldt at se nærmere på hvilke forfattere, der beskriver empati ud fra disse centrale kendetegn, og hvordan.

De fem kendetegn ved begrebet empati tolkes til at være: 1) emotion, 2) kognition 3) adfærd, 4) moral og 5) proces, hvilket fremgår af figur 5. Her fremkommer det nye analyse spørgsmål: Hvordan skildrer den enkelte forfatter kendetegnene ved empati? Data sættes op i en mindre matrix.

Figur 5. Forfatternes skildring af kendetegn ved begrebet empati:

Empati kendetegnes ved:	Forfatter:
Emotion	<i>Crigger, Fields et al., Gülsum, Lauder et al., Lemonidou et al., Lubchuk, Myhrvold, Walker & Alligood</i>
Kognition	<i>Arthur & Clifford, Fields et al., Gülsum, Wikström, Hallström & Elander, Lemonidou et al., Lobchuk, Myhrvold, Olsen,</i>
Adfærd	<i>Crigger, Fields et al. Gülsum, Hallström & Elander, Lauder et al., Lemonidou et al., Lobchuk, Myhrvold, Walker & Alligood, Wikström.</i>
Moral	<i>Crigger, Lemonidou et al., Myhrvold, Olsen,</i>
Proces	<i>Crigger, Fields et al., Gülsum, Lobchuk, Lemonidou et al., Olsen, Walker & Alligood,</i>

De fleste forskere viser sig at være enige om, at empati indeholder en emotionel eller en følelsesmæssig dimension, en kognitiv eller en forståelsesdimension, en respons eller adfærd dimension og at empati er positivt relateret til en moralsk omsorg i sygeplejen. Der er stor enighed om, at forståelse er essentiel for empati, men der er forskellige beskrivelser af hvorvidt eller hvordan empati er en proces opdelt i faser eller systemer, en tilstand på forskellige hierarkiske niveauer eller trin, igangsat og farvet af følelser, og hvorvidt empati synes at aktivere en moralsk ansvarlighed og omsorgshandlinger, hvor emotioner, oplevelsen af andre, en højt disciplineret bevidsthedsform eller kontrolleret opmærksomhed på patientens perspektiv anses for at ligge bag handlingerne. Disse forskellige aspekter ved kendetegnene beskrives nærmere i de kommende underafsnit.

3.2.2.1 Empati og emotioner

Et vigtigt kendetegn ved empati er følelser eller emotioner, hvilket skildres på to måder, som involveret på patientens side (Fields et al., 2004; Lauder et al., 2002; Lobchuk, 2006) eller på både patientens og sygeplejerskens side (Crigger, 2001; Gülsum, 2006; Lemonidou et al., 2004;

Myhrvold, 2006; Olsen; 2001; Walker & Alligood, 2001; Wikström, 2003). Der, hvor følelser og emotioner kun skildres på patientens side, argumenteres for en begrebsliggørelse af empati som en kognitiv egenskab, hvilket beskrives nærmere i næste afsnit.

Der, hvor følelser og emotioner skildres på både patienten og sygeplejerskens side, er det med ord som en følende egenskab (Walker & Alligood, 2001), en emotionel evne (Myhrvold, 2006), emotionelt engagement (Lemonidou et al., 2004; Crigger, 2001), emotionel investering og respons (Wikström, 2003).

Olsen (2001) pointerer, at empati er et mentalt fænomen, en kognitiv struktur, men at det også er en affektiv erfaring. Selve den empatiske modenhed er basis for, at følelsen af empati opstår. Følelsen af empati, beskriver Olsen, som en perception af gensidighed, sygeplejersken og patienten imellem. Når der opstår en perception af gensidighed, er der således tale om en affektiv erfaring, en fælles følelse af empati (Olsen, 2001).

Der, hvor emotioner eller følelser kommer tydeligt frem som involveret hos begge parter, ses eksempelvis i Crigger's (2001) undersøgelse af sygeplejestuderendes optagethed (*engrossment*) af patienterne. Crigger karakteriserer empati som en social proces, der kan læres ved at identificere og dele følelser. De studerende i undersøgelsen gav udtryk for at opleve en indledende emotion i begyndelsen af interaktionen med patienterne, såsom vrede, frygt, dyb respekt eller begyndende gensidighed, efterfulgt af en emotionel reaktion i form af en optagethed af patienten og derefter en affektiv lydhørhed over for patienten. Crigger beskriver, hvordan de studerende spørger ind til patienternes følelser, men imidlertid ikke på hvilken måde de studerende deler følelserne med patienten. Derimod pointerer Crigger, at empatiens involvering af emotioner kan variere. De kan både være der og ikke være der. Oplevelsen af empati blandt studerende i deres første kliniske praktik varierer tilsvarende.

Wikström (2003) har i sin undersøgelse målt og påvist en større emotionel investering hos de studerende ved anvendelse af kunst i undervisningen. Samtidig måles også en større strukturerende evne hos de studerende. Med den større emotionelle investering opnås altså også en kognitiv effekt.

Myhrvold (2006) beskriver empati som menneskehedens grundlæggende emotionelle evne og relaterer til, hvorvidt man er rørt af, at den anden er rørt. Men det betyder ikke, at man er revet med emotionelt. At have evnen til moden empatisk respons betyder, at man har evnen til at skelne mellem ens egne og andres oplevelser. Denne erkendelse understreger både den andens og egen unikhed, hvilket er betingelserne for det humanistiske aspekt. Modsat kan umodenheden og usikkerheden om, hvem man selv er, gøre relationen eller

afgrænsningen mellem en selv og andre uklar. Omsorgen kan således blive mere identifikation med lidelsen eller en sentimental form for omsorg (Myhrvold, 2006:129).

3.2.2.2 Empati og kognition

Kognition, som har med tænkning og erkendelse at gøre, fremstår som et væsentligt aspekt og kendetegn ved empati hos hovedparten af forskerne, hvilket fremgår af figur 4 og 5. Hovedparten beskriver, at empati tilvejebringer en form for forståelse hos sygeplejersken. Mindre enighed er der om, og mindre klart er det, hvilken type kundskab eller forståelse, der er involveret i empatien.

Der ses en forskel omkring to aspekter ved forståelsen. Dels beskrivelsen af, hvordan forståelsen indtræffer hos sygeplejersken, og dels hvad objektet for denne forståelse er.

Måden, hvorpå forståelsen indtræffer hos sygeplejersken, skildres henholdsvis som perspektivtagning (Crigger, 2001; Fields et al., 2004; Lubchuk, 2006), som evne til opfattelse eller perception (Gülsüm, 2006; Lemonidou et al., 2004; Lauder et al., 2002), som en kommunikation (Gülsüm, 2006; Lubchuk, 2006 Lauder et al., 2002) eller blot som en kognitiv struktur (Olsen, 2001). Eksempelvis beskriver Lobchuk (2006) empati i sygeplejen som en evne til at adskille egne aspekter fra patientens og nøjagtigt opfatte patientens følelser og emotioner. Hvis sygeplejersken eksempelvis føler personlig angst i kontakten med patienten ved at være vidne til patientens lidelse, så er der tale om begrebet *personal distress*, hvilket ikke er empati, men en form for dysfunktionel empati (Lobchuk, 2006:332). Lobchuk argumenterer for en begrebsliggørelse af empati som kognitiv, kendetegnet ved en aktuel mental proces, hvor perspektivtagning indgår og som resulterer i en nøjagtig forståelse af den andens oplevelse. Fields et al.(2004) pointerer tilsvarende, at empati er kendetegnet ved at være en kognitiv (modsat affektiv) egenskab, som involverer en forståelse af patientens indre oplevelser, at empati er en afgørende komponent i støttende relationer og en del af den professionelle sygeplejepraksis. Fields et al. begrebsliggør empati, som noget der kan måles, og i deres studie benytter de en måleskala, hvor perspektivtagning netop indgår som måleelement. I Lauder et al.'s (2002) studie, som måler empati ud fra en 12-punkts skala (RES), ser følelser også ud til kun at være involveret på patientens side. De 12 punkter beskriver den professionelle empathiske adfærd og holdning gennem en verbal interaktion med patienten. Eksempelvis hvorvidt den professionelle altid, næsten altid, hyppigt, ret ofte, en gang i mellem, sjældent eller aldrig responderer på patienternes følelser. Der spørges ikke til, hvorvidt den professionelle reagerer på egne følelser eller bearbejder egne følelser.

Med hensyn til objektet for forståelsen skildres det, som patientens behov (Arthur & Clifford, 2004; Hallström & Elander, 2001; Lemonidou et al., 2004), som patientens indre oplevelser (Fields et al., 2004), som patientens mening og følelse (Gülsum, 2006), som patientens verden (Lauder et al., 2002), som patientens emotioner (Lemonidou et al., 2004), som patientens oplevelse af lidelse (Lobchuk, 2006), som patientens rørthed og lidelse (Myhrvold, 2006), som patientens oplevede mening (Olsen, 2001) eller blot som patientens følelser (Wikström, 2003).

Ovennævnte aspekter ved forståelsen beskrives nærmere i afsnit 3.2.3 om forudsætninger for empatien.

3.2.2.3 Empati og adfærd

Beskrivelserne af empati som adfærd eller handling varierer med ordene: *respons, reaktion, kommunikation, færdighed, evne, egenskab, forhandling, øjenkontakt, lytte aktivt*.

Flere steder skildres den empatiske adfærd som en respons (Crigger, 2001; Gülsum, 2006; Wikström, 2003; Myhrvold, 2006). Gülsum beskriver eksempelvis empati som en kommunikationsproces, der kan udvikles og måles ud fra tre empatiske responstrin. Et *DE-*, *JEG-* og *DU-*trin. *DE*-trinnet er det laveste kvalitetsmæssige responstrin og er kendetegnet ved en forståelse af, hvad samfundet (*de*) tænker og føler om patientens problem. Personen, som responderer på *DE*-trinnet, evaluerer altid på basis af samfundets vurdering, det vil sige, hvad andre tænker og føler (afdelingens regler og rutiner), mere end at fokusere på problemet. På *JEG*-trinnet responderes der på basis af en kritik af patienten ved at give råd, ved at evaluere problemet efter ens egen fortolkning og ved at overføre ens egne følelser og erfaringer vedrørende det aktuelle problem. *DU*-trinnet er det højeste kvalitative moralske responstrin og er forbundet med at sætte sig selv i den andens sted for at forstå problemet, at reflektere over, hvad den anden forstår, støtte den enkelte og forstå og respondere på dybe følelser (Gülsum, 2006:251).

Myhrvold (2006) beskriver ligeledes den empatiske adfærd som en respons. Den modne empati er en respons, der er mere passende til den andens situation end til ens egen. Hun siger, det handler om at tage del i den andens lidelse på en praktisk måde, modsat en sentimental måde. Den modne empati kræver mod til at se og evne til at skelne mellem ens egne og andres oplevelser. På denne måde stemmer Myhrvolds modne empati meget godt overens med Gülsums *DU*-trin.

Adfærdsdimensionen skildres på forskellig vis forenet med den moralske dimension.

3.2.2.4 Empati og moral

Beskrivelsen af empati som både moral og handling varierer med ordene ”*to do good*” *universalitet, humanitet, ansvarlighed og retfærdighed*.

Lemonidou et al. (2004) karakteriserer empati som en almindelig menneskelig oplevelse, men empati i sygeplejen kendetegnes som en mere disciplineret proces. Deres fænomenologiske undersøgelser viste, at de studerende udvikler moralsk opmærksomhed og evne til etisk opfattelse i mødet med patienten, som et personligt krav om ”*to do good*”. Dette personlige krav er sidestillet med deres moralske pine og lidelse, så det er derfor nødvendigt med stor opmærksomhed på at støtte den enkelte igennem deres kliniske træning. Undersøgelsen viste, at de studerendes oplevelse af moral og empati var meget tæt forbundne.

Olsen (2001) integrerer på anden måde empatibegrebets adfærdsdimension med den moralske dimension, da hun giver en teoretisk beskrivelse af, hvordan den empatibaserede omsorgsadfærd kombineres med retfærdighed. Dette er, ifølge Olsen, imidlertid ikke et spørgsmål om at kombinere empati med abstrakte principper for retfærdighed ud fra et intellektuelt standpunkt, men derimod ved at forandre ens oplevelse af andre. Derfor, skønt empati kan være umoralsk, hvis den kun udvises over for specifikke andre individer, så er den netop forenelig med retfærdighed, hvis den er følt for andre, uafhængigt af hvem de er. På tilsvarende måde skildrer Myhrvold (2006) netop empatibias, altså manglende empati og omsorg over for eksempelvis de etniske og socialt anderledes, som mangel på moralsk ansvar eller som en form for indlevelsestræthed. I mødet med stærkt traumatiserede mennesker kræver empatien en evne til at se bag om anderledesheden (*differentness*), hvilket kræver en oplevelse af solidaritet eller fællesskab.

Crigger (2001) skildrer i sin undersøgelse de studerendes optagethed (*engrossment*) som basis for motivationen til at udføre omsorgsfulde handlinger, og dermed knyttes den moralske dimension til empatien.

3.2.2.5 Empati som en proces

I syv ud af de 12 artikler beskrives empati som en menneskelig proces, der kan læres, trænes eller udvikles på forskellig vis. Ingen har helt enslydende betegnelser af processen, der beskrives eller tolkes som henholdsvis en del af en social proces, en mental moralsk proces, en kommunikationsproces, en gensidig proces, en professionel moralsk opmærksomhedsproces, en psykologisk proces eller en professionel humanistisk omsorgsproces. Der er heller ikke helt enslydende kendetegn ved processen, som beskrives enten opdelt i niveauer, faser, systemer eller trin. Nye betydningsfulde analysespørgsmål identificeres, og data

sættes op i en mindre matrix, hvilket fremgår af figur 6. Her tydeliggøres det, hvilken proces empati beskrives som, og hvordan processen opdeles i henholdsvis niveauer, trin, systemer eller faser.

Figur 6. Empati som en proces opdelt i niveauer, trin, systemer eller faser.

Forfatter/Proces	Niveau/trin/system/fase	Niveau/trin/System/fase	Niveau/trin/system/fase
Crigger (2001) En del af en social proces, der kan læres.	Fase 1: Optagethed (<i>engrossment</i>)	Fase 2: Affektiv lydhørhed.	Fase 3: Motivation til og udførelse af omsorgsfuld adfærd.
Fields et al. (2001) En ideel, professionel humanistisk omsorgsproces	Fase 1: Kognitiv forståelse	Fase 2: Kommunikation af denne forståelse	Fase 3: Patient modtaget og oplevet empati.
Olsen (2001) En mental moralsk proces, der kan udvikles.	Niveau I: Identifikation	Niveau II: Similaritet	Niveau III: Gensidighed
Lobchuk (2006) En psykologisk proces, der kan udvikles.	Niveau I: Sympati, projektion, personlig lidelse	Niveau II: Opmærksomhed på egen perspektiv og patientens perspektiv	Niveau III: Empatisk nøjagtighed Perspektivtagning
Gülsüm (2006) En kommunikationsproces, der kan trænes og udvikles.	Trin 1: DE	Trin 2: JEG	Trin 3: DU
Lemonidou et al. (2004) En professionel moralsk opmærksomhedsproces, der kan udvikles.	Trin 1: Identifikation med patienten. Emotionel Medfølelse	Trin 2: Identifikation med sygeplejersker. Rolleidentifikation (socialiseringproces)	Trin 3: Professionel sygepleje- empati og moralsk professionel personlighed.
Walker & Alligood (2001) En gensidig proces, der kan udvikles gennem sygeplejeprocesen.	System 1: Personlig Sansningen	System 2: Interpersonlig Interaktionen	System 3: Social Organisationen

Eksempelvis kan nævnes, at Crigger (2001) beskriver empati som en del af en social proces, der kan læres og opdeles i tre faser. I fase 1 opstår der en optagethed af patienten. I fase 2 en affektiv lydhørhed overfor patienten, hvilket defineres som selve empatien, og i fase 3 vælges en reaktion på det moralske imperativ om at hjælpe patienten. Her sker således den omsorgsfulde handling.

Fields et al.'s (2001) beskrivelse af empati tolkes som en ideel humanistisk, professionel omsorgsproces. Forskerne pointerer, at empatiprocesen bør gives mere opmærksomhed. I fase 1 sker en kognitiv forståelse af patientens indre oplevelser, i fase 2 sker en kommuni-

kation af denne forståelse til patienten, og fase 3 viser sig som patientens modtagelse og oplevelse af empatien.

Olsen's (2001) beskrivelse af empati tolkes som en mental moralsk proces, hvor empati kommer til udtryk og udvikles på tre hierarkiske niveauer eller mentale skemaer. Niveau I er det laveste udviklingsniveau, og empati kendetegnes her ved identifikation. Sygeplejersken er egocentrisk, og patienten får kun opfyldt sine behov, hvis de er identiske med sygeplejerskens behov. I sådanne tilfælde bliver grænserne mellem patienten og sygeplejersken uklare, og sygeplejersken søger selvverd gennem patientens afhængighed eller ledelsens ros. Sygeplejersken hjælper udelukkende patienten for selv at få det godt, og sygeplejersken ser sig selv, som den der har den sande mening. Patientens handlinger, tanker og følelser opleves ikke som værende af nogen værdi eller relevans. På niveau II kendetegnes empati som similaritet. Patientens handlinger, tanker og følelser har værdi, i det omfang de opfattes som valide i sygeplejerskens øjne. Eksempelvis er en sygeplejerske, der ryger, god til at forstå en patients behov for at ryge, hvorimod en ikke rygende sygeplejerske har svært ved det. For at etablere empati med patienten må den ikke rygende sygeplejerske konstruere en anden form for similaritet med patienten, eksempelvis ved at se patientens emotionelle smerte lig med egen smerte. På niveau III kendetegnes empatien ved gensidighed uden forbehold.

Walker & Alligood (2001) kendetegner empati som en gensidig proces, der er baseret på en antagelse om, at mennesker er åbne systemer i konstant interaktion med omverdenen. Sygeplejersker kan udvikle deres empati via sygeplejeprocessen og inden for tre systemer: det personlige, det interpersonlige og det sociale system, som er i konstant interaktion og i forbindelse med hinanden. Det personlige system har med sansningen at gøre. Det interpersonlige handler om interaktionen mellem patienten og sygeplejersken. Det sociale system har blandt andet at gøre med den organisation, sygeplejen befinder sig i. Jo mere empatisk fordybelse i patientens situation, baseret på optimale forhold i alle tre systemer, jo mere effektiv bliver sygeplejerskens evne til at reagere på patientens behov.

Sammenfatning af kendetegn ved empati i sygeplejen:

- Nogle er rimeligt klart beskrevet, andre er ikke fuldt identificeret.
- En menneskelig proces og en professionel tilgang.
- Flerdimensionel, bestående af henholdsvis emotionelle, kognitive, moralske og adfærdsmæssige dimensioner.

- Et udviklende fænomen, der er hierarkisk opbygget, hvilket gør hvert niveau mere professionelt og moralsk adækvat end det forrige

3.2.3 Forudsætninger for og resultater af empati i sygeplejen

Forudsætningerne danner platformen og må være til stede for at empati kan indtræffe, eller at begrebet kan udvikles. Resultaterne derimod er implikationen af empatiens anvendelse, i forhold til hvordan de sansede adfærdsmønstre forekommer. Altså hvad fører empati til.

I artiklerne beskrives der forskellige variationer hos patienten og hos sygeplejersken, i forhold til hvad der går forud for empatien. Hvad der går forud for empati i forhold til henholdsvis patienten, sygeplejersken, og både patient og sygeplejerske, opstår som et nyt betydningsspørgsmål og indsættes i en mindre matrix. I figur 7 fremgår et sammendrag af de ord, der er anvendt til at beskrive forudsætningerne dels hos patienten, dels hos sygeplejersken og til sidst, hvad der gør sig gældende hos både patient og sygeplejerske.

Figur 7. Forudsætninger for empati ud fra deres betydning og hvor de kommer fra.

	Hvad går forud for empati i forhold til:
Patienten:	<i>Lidelse, følelser, signaler, behov, mening, ønsker, sundheds- eller helbredsproblemer, emotioner, oplevelser.</i>
Både patient og sygeplejerske:	<i>Similaritet, følelsen af begyndende gensidighed, uforstyrret tid sammen, konteksten</i>

Fundene antyder flere nødvendige forudsætninger for at empatien kan finde sted. Det, der betyder noget og går forud for empatien, er mødet med patienten. Først og fremmest er det patientens lidelse, der nævnes. Ellers er det ord og fænomener som følelser, behov, oplevelser, mening og/eller problemer af sundheds- eller helbredsmæssig karakter. Situationens styrke, det vil sige, i hvilken grad situationen er i stand til at fremkalde en empatisk reaktion, er af betydning. Jo større lidelse, jo større forudsætning for empati. Imidlertid kan situationens styrke være af en sådan grad, at den kan blive problematisk og øge risikoen for empatibias (Myhrvold 2006). Myhrvold beskriver empatibias som en mangel på empati i forbindelse med sårbare patientgrupper, såsom flygtninge, misbrugere, ensomme eller psykisk syge, ofre for hungersnød, fjendtlighed eller naturkatastrofer. Fælles for denne gruppe er, at de har lidt mange tab, hvilket på trods af deres ellers åbenlyse lidelse kan virke som en trussel, da det minder sygeplejersken om egen sårbarhed og ensomhed, hvorved der kan opbygges en distance. Samtidig har denne gruppe svært ved at sende klare signaler eller

give udtryk for deres behov, da deres alvorlige traumer på en måde har gjort dem tavse (Myhrvold 2006).

I Criggers (2001) kvalitative undersøgelse (blandt 13 sygeplejestuderende) af, hvad der går forud for den empatiske fase, viste, at den optagethed (*engrossment*), der opstår hos de studerende, sker via seks forskellige forudgående begivenheder. Det, der går forud for den studerendes optagethed, er følgende:

- 1) Sansningen af patientens behov eller sansningen af eget behov for at hjælpe.
- 2) Patientens fysiske sensoriske signaler, som kan fremkomme visuelt, ved berøring eller lugt. Flere studerende nævner patientens øjne som meget afgørende for deres optagethed.
- 3) Similaritet mellem den studerende selv og patienten.
- 4) Projektion af positive egenskaber ved patienten, hvilket også blev anvendt for at afdæmpe eller undskylde negativ adfærd hos patienten.
- 5) Emotionelle reaktioner.
- 6) Følelsen af begyndende gensidighed (*reciprocity*).

De emotionelle reaktioner og den efterfølgende optagethed hos de studerende kunne i visse tilfælde opstå på grund af stress, udbrændthed og forsvarsmekanismer hos det øvrige sygeplejepersonale. De studerende i Criggers studie blev også bedt om at beskrive tilfælde, hvor de ikke kunne etablere en omsorgsrelation. Mangel på mange af de faktorer, der udløser lydhørhed, blev angivet som årsag hertil: Manglende perception af patientens behov, den studerendes oplevelse af ikke at være i stand til at hjælpe, mangel på positiv tilbagemelding fra patient eller familie, behovet for at fokusere på tekniske færdigheder, følelsen af at være bange eller forvirret (Crigger 2001:618-621).

Hvad der går forud for sygeplejerskers forståelse af patientens oplevelser er, ifølge Olsen (2001), stærkt knyttet til sygeplejerskens verdenssyn. Foruden en medfødt affektiv evne er det, der går forud for empatien, præget af sygeplejerskens moralske udvikling og forståelse af ord som empati, humanitet, retfærdighed og omsorg. Olsen postulerer at den empatiske modenhed udvikles gennem tre hierarkiske mentale skemaer, jævnfør figur 4, men der er endnu ingen empirisk evidens herfor. En måling af den empatiske modenhed hos sygeplejersker og samfundet som hele antydes at operere på niveau II. Det, der går forud for empati på niveau I, er sygeplejerskens egne behov og er knyttet til et egocentrisk verdenssyn. På niveau II er forudsætningen for empati, at patientens mening og fornuft falder sammen med sygeplejerskens. ”...Therefore, positive regard for a patient with negative behaviors is difficult for the nurse at level II...” (Olsen, 2001:40). Enten må den negative ad-

færd være forklarlig på en måde, som sygeplejersken kan forstå og acceptere som menneskelig, eller også må den mildnes ved undskyldende omstændigheder, eksempelvis dårlig opvækst eller ikke være gjort med vilje. Det, der går forud for empati på niveau III, er det mest inklusive verdenssyn og omfatter alle patienter, uanset om patienten er ansvarlig for umoralsk adfærd eller ej (ibid.:42-43).

Noget af det, der også skildres som forudsætning for empatiens mulighed, er uforstyrret tid sammen med patienten, og at sygeplejersken har tid til at opfatte, lytte til og høre på patientens ønsker og behov for plejen (Lauder et al., 2002).

Flere forfattere skildrer den empatiske evne som en medfødt evne, og noget der udvikles på forskellige niveauer (Lemonidou et al., 2004; Olsen, 2001; Walker & Alligood, 2001; Myhrvold, 2006). Andre beskriver empatien som en del af en social proces, en tillært kompetence, en kommunikationsfærdighed, der læres ved at være sammen med patienterne, via situeret læring og ved fokus på relationsfærdigheder (Crigger, 2001; Lauder et al., 2002) eller ved træningsprogrammer, hvor der øves i aktiv lytning, at stille åbne og passende spørgsmål, at forstå, at sætte sig i den andens sted, og i verbal og nonverbal kommunikation (Gülsüm, 2006). Gülsüms studie, hvor 263 sygeplejersker blev trænet i empati, viser, at brugen af flere forskellige metoder, såsom elevcentrering og didaktisk træning og rollespil gjorde undervisningen mere effektiv (Gülsüm 2006:255).

Det, der også ser ud til at være en forudsætning for empati i sygeplejen, er, hvorvidt empatien bliver en del af sygeplejeidentiteten (Fields et al.; Lauder et al. 2002; Lemonidou et al. 2004; Lobchuk 2006), og hvorvidt sygeplejersken tør være nærværende i stedet for at trække sig tilbage på grund af usikkerhed over for patientens fremvisning af anderledeshed (Myhrvold 2006). Myhrvold siger, det er vigtigt, at sygeplejersken går i dialog med sig selv og den anden, når der er en klar forskel imellem dem, og at anerkendelse af både lighed og ulighed er en forudsætning for moden empati (ibid. 2006).

Sammenfatning af forudsætninger for empati:

- Patientens lidelse og behov for at blive forstået.
- Situationens styrke og patientens evne til at give udtryk for sine oplevelser.
- Sygeplejerskens medfødte og udviklede evne til at forstå patientens lidelse og behov samt evnen til at kommunikere denne forståelse i handlinger og i ord.
- Sygeplejerskens grad af optagedhed, verdenssyn, støtte fra kollegaer og medlemsfølelse i sygeplejeteamet.

- Similaritet eller anerkendelse af både lighed og ulighed, følelsen af begyndende gensidighed og uforstyrret tid sammen.

På samme måde som hos forudsætningerne, kan resultaterne af empati også analyseres i forhold til deres betydning, og hvordan de viser sig hos henholdsvis patienten, sygeplejersken og fælles for patient og sygeplejerske, hvilket fremgår af figur 8.

Figur 8. Resultater af empati ud fra deres betydning og hvor de viser sig

	Hvad resulterer empati i forhold til:
Patienten:	<i>Letter, støtter, forbedre sundhed, hurtigere helbredelse, føler varme, føler forståelse, lidelse mindskes, angst, depression og vrede mindskes, tilfredshed, oplevet empati, effektive forløb, behov tilfredsstillet</i>
Både patient og sygeplejerske:	<i>Tætte, støttende, medmenneskelige relationer, gensidig forståelse, deltagelse, omsorgsfuld, succesfuld sygepleje,</i>

Beskrivelserne af, hvad empati vil resultere i for patienten, varierer med ordene letter, støtter, forbedrer sundhed (Walker & Alligood, 2001), hurtigere helbredelse (Fields et al., 2004) og følelsen af varme fra personalet (Hallström & Elander, 2001). Det er i sidste ende patientens oplevelse af modtaget empati, der udgør resultatet og beskrives som patienttilfredshed (Arthur & Clifford, 2004; Hallström & Elander, 2001), patient-oplevelt empati (Fields et al., 2004) og effektive patientforløb (Lauder et al., 2002).

Hvordan empati påvirker sygeplejersken skildres som opfattelsen af hendes/hans rolle, som sygeplejerskeidentitet, som effektivitet, en forståelse af patienten og en klarhed af, hvad patienten skal bruge hende/ham til, eller hvilke behov patienten har (Walker & Alligood, 2001; Lauder et al., 2002).

Hvordan empati påvirker både patient og sygeplejerske skildres som deltagelse, gensidig forståelse, kvalitativ menneskelig interaktion (Walker & Alligood, 2001), støttende medmenneskelige relationer (Lauder et al., 2002), følelsen af empati, som en perception af gensidighed (Olsen, 2001) eller som en succesfuld sygepleje med omsorg (Crigger, 2001).

Fields et al. (2004) definerer empati på en måde, hvor den kan tolkes og indeles i tre faser og Walker & Alligood (2001) beskriver den i tre systemer, hvilket kan tolkes således, at resultaterne også empirisk bør kunne påvises i disse tre henholdsvis faser og systemer.

Sammenfatning af resultater af empati:

- Patienten føler sig forstået, oplever lindring og får tilfredsstillet sine unikke behov.

- Effektiv, omsorgsfuld sygepleje, og sygeplejersken forstår sin rolle.
- Patient og sygeplejerske udvikler gensidig forståelse, kvalitativ menneskelig interaktion og relation.
- Empatisk nøjagtighed, empatisk modenhed, moden empati og perspektivtagning er det højeste professionelle og kvalitative resultat.

Samlet set er der identificeret mange forskellige, men også enslydende forudsætninger og resultater. I forhold til at være fuldt ud skildret og demonstreret i praksis er der dog forsat store mangler.

3.2.4 Empatiens afgrænsning i forhold til andre begreber

Alle begreber har grænser, som viser sig, når en egenskab ikke længere er til stede eller når egenskaben er til stede, men er svag, eller når nye karakteristika dukker op i mønsteret.

Empatibegrebets afgrænsning er beskrevet i tre ud af de 12 artikler. I en af artiklerne er der direkte sammenblanding af empati, humor og sympati (Hallström & Elander, 2001). Empatibegrebets afgrænsning er beskrevet i forhold til sympati af Fields et al. (2004), der definerer empati som en kognitiv egenskab. De siger dog, at der ikke altid er en klar afgrænsning mellem sympati og empati, og at der desuden er en vis overlappning af de to begreber. Denne overlappning er ikke beskrevet. Måden, som de to begreber afgrænser sig på, beskrives ved, at sympati er en følelse, hvorimod empati er en forståelse, altså en kognitiv egenskab. Lobchuk (2006), der definerer empati som en kognitiv forståelse af den andens oplevelse af lidelse, siger tilsvarende, at empati og sympati er beslægtet. Desuden beskriver hun, hvordan empati også er beslægtet med begreberne personlig lidelse (*personal distress*), projektion og perspektivtagning. Det er sympati, personlig lidelse og projektion, der adskiller sig mest fra empatien, da de fremmer et selvcentreret behov for at identificere den andens lidelse med ens egen lidelse og frembringer herved en trussel for sygeplejerskens nøjagtige opfattelse af patientens oplevelse. Perspektivtagning og empatisk nøjagtighed er derimod meget tæt relateret, og Lobchuk konkluderer i sin undersøgelse, at det ser ud til, at de to psykologiske processer passer sammen rent begrebsligt, og foreslår at denne forbindelse bør testes præcist i forskellige omsorgssituationer og med forskellige patienter og omsorgspersoner.

Myhrvold (2007), der definerer empati som menneskehedens grundlæggende emotionelle evne relateret til, hvorvidt du er rørt af, at den anden er rørt, beskriver den modne empati med en vis overlappning af empati og solidaritet. Hun siger, at solidaritet er en mental ab-

straktion, som gør os i stand til at vise empati til nogle vi ikke kender eller er i relation med. Når solidaritet og empati overlapper hinanden, eller fungerer samtidig, så fører det til moralsk ansvarlighed, også over for dem, som er ”anderledes”. Moden empati er således en emotionel evne som indeholder en mental abstraktion, hvor ulighed opleves som mangfoldighed (Myhrvold, 2006).

Arthur & Clifford (2004) beskriver empati som en forståelse, der er kendetegnet ved en positiv holdning, og at holdning og empati er to begreber, der er svære at adskille, hvilket de heller ikke gør noget forsøg på i deres artikel.

I Wikström's (2003) undersøgelse er afgrænsningen mellem mestring og empati ret uklar. Dette kan skyldes en meget bred definition af empati. Hun beskriver empati som forståelse af patientens følelser.

Sammenfatning af empatibegrebets afgrænsning:

- Afgrænsning er beskrevet i tre ud af 12 artikler. Sympati og empati sammenblandes i en artikel.
- Empati er beslægtet med begreberne sympati, personlig lidelse, projektion og perspektivtagning.
- Empatisk nøjagtighed og perspektivtagning er nært relateret og passer sammen begrebsligt.
- Empati adskiller sig fra sympati, personlig lidelse og projektion.
- Empati er en forståelse og sympati er en følelse.
- Moden empati fremmer et patientcentreret behov, hvorimod sympati, personlig lidelse og projektion fremmer et selvcentreret behov.
- I moden empati ses en overlapning af empati og solidaritet.

3.3 Begrebsevaluering og sammenfatning af analysen

I forhold til evalueringskriterierne er der nogle områder, som, trods mange fælles træk, mangler klarhed. Som det fremgår af figur 9, mangler der forsat klarhed over begrebsdefinitionen, og der findes konkurrerende definitioner. Kun tre ud af 12 artikler har samstemmende definitioner.

Fields et al. (2004) har en ret klar begrebsdefinition, men den er konkurrerende i forhold til eksempelvis Crigger (2001), idet Fields et al. pointerer, at empati er en kognitiv evne, og

Crigger beskriver empati som en affektiv evne. Det mest markante stridspunkt i empatiens betydning, er striden om hvorvidt der er tale om en kognitiv evne eller en emotionel evne. Desuden er den emotionelle dimension dårligt beskrevet med hensyn til dens involvering i forhold til sygeplejersken.

Figur 9: Empatibegrebets modenhed

Kriterium	På vej	Modent
1) Begrebsdefinition	Mangler klarhed: <i>Arthur & Clifford, Crigger, Elander & Hallström, Lemonidou et al., Lobchuk, Myhrvold, Wikström, Olsen</i> Konkurrerende definitioner: <i>Crigge., Wikström, Walker & Alligood, Myhrvold, og Fields et al.</i>	Klar: <i>Fields et al., Gülsüm, Lauder et al., Walker & Alligood</i> Samstemmende definitioner: <i>Fields et al. og Gülsüm, Lauder et al.</i>
2) Karakteristika/kendetegn	Ikke klart identificeret: <i>Arthur & Clifford, Crigger, Hallström & Elander, Lauder et al., Lemonidou et al., Myhrvold, Wikström,</i>	Klart beskrevet: <i>Gülsüm, Walker & Alligood (teoretisk), Fields et al., Lobchuk,</i>
3) Forudsætninger og resultater	Ikke klart identificeret: <i>Arthur & Clifford, Crigger(resultater), Fields et al. Hallström & Elander, Myhrvold, Wikström,</i>	Fuldt ud skildret og demonstreret: <i>Crigger (forudsætninger), Olsen, Walker & Alligood</i>
4) Afgrænsning	Ikke kendt: <i>Arthur & Clifford, Crigger, Hallström & Elander, Fields et al., Gülsüm, Lauder et al., Lemonidou et al., Olsen, Walker & Alligood, Wikström</i>	Skildret: <i>Fields et al., Lobchuk, Myhrvold,</i>

De hyppigste kendetegn ved empati involverer emotionelle, kognitive, adfærdsmæssige og moralske komponenter. Hvordan disse komponenter arbejder sammen, eller hvorvidt hver komponent er essentiel for empati i sygeplejen, er der fortsat ikke fuld klarhed og enighed om, men den aktuelle begrebsliggørelse af empati tolkes og sammenfattes som en menneskelig proces og en professionel tilgang. Der ses en tendens til at begrebsliggøre empati, dels som en grundlæggende menneskelig proces, hvor emotionelle, kognitive, adfærdsmæssige og moralske komponenter arbejder sammen i en stadig vekselvirkning, hvor for meget eller for lidt af en komponent kan medføre empatibias og umoralsk sygepleje, og dels som en professionel tilgang, hvor idealet er en disciplineret og kontrolleret tilgang. Den empatiske nøjagtighed og den moralske ansvarlighed ser ud til at afhænge, kvalitetsmæssigt, af det hierarkiske modenhedsniveau eller empatiresponstrin, som kan trænes og

udvikles. Empatisk modenhed, empatisk nøjagtighed, perspektivtagning, og *DU*-trinnet ser ud til at være det højeste kvalitative niveau eller empatiresponstrin. Dette niveau indeholder ikke kun en handling, men også en uforbeholden holdning eller drivkraft til moralsk ansvarlig handling. Der er således flere bud på, hvordan den moralske dimension er integreret i den adfærdsmæssige dimension.

Med hensyn til afgrænsning så figurerer Fields et al. (2004) både i kategorien 'ikke kendt' og som 'skildret' i figur 9. Det skyldes, at de beskriver, hvordan empati adskiller sig fra sympati, men de beskriver ikke den overlapning der, ifølge dem, også eksisterer. Hallström & Elander (2001) er blandt de forskere, som ikke har beskrevet empatiens afgrænsning, og de kategoriserer empati som det femte hyppigste udtrykte patientbehov i deres undersøgelse, jævnfør figur 3. Når man ser nærmere på, hvilke patientudsagn der hører under denne kategori, så er det foruden *tilfredsstillelse af mine behov uden at skulle bede om det*, udsagn som *sympati*, *forståelse* og *humor*. På denne måde bliver begrebsliggørelsen af empati, med overlapning af begreber som sympati og humor, uden nogen klar grænse for, hvornår det er empati, hvornår det er sympati eller hvornår det er humor. Begrebet empati er forskernes tolkning udledt indirekte af nogle patientudsagn. Tilsvarende har Arthur & Clifford (2004) i deres kvalitative interviewstudie af 10 reumatologiske patienter kategoriseret empati af ekstrem stor betydning for patienterne og fundet netop denne kategori, som den hyppigste udtrykt blandt deltagerne, ud af i alt fem kategorier. Også i denne patientundersøgelse viser det sig, at ingen af deltagerne anvender ordet empati direkte, men empati udledes indirekte af ord som *forståelse af sygdommen* og *sympatisk*.

Empati ser således ikke ud til at være et hverdagsbegreb for patienterne, og ydermere bliver det som videnskabeligt begreb sammenblandet med begrebet sympati. Empati er således endnu ikke målt direkte ud fra patientudsagn, kun indirekte, og udledt af forskernes tolkning.

Empati har et stort netværk af underbegreber og er et relativt abstrakt begreb, da det er udledt af forskellige direkte observationer, men i særdeleshed udledt af mange indirekte observationer eller af teoretiske og filosofiske operationaliseringer, hvortil der stadig mangler empirisk evidens. Begrebsanalysen antyder således, at der fortsat er huller i den aktuelle kvalitative litteratur om empati i sygeplejen.

Alt i alt må det sammenfattende vurderes, at empatibegrebet endnu er et begreb på vej. Det kan ikke betragtes som et modent begreb,

- når begrebsdefinitionen mangler klarhed,
- når der fortsat er konkurrerende definitioner,

- når der er varierende beskrivelser af empatiens kendetegn, forudsætninger og resultater,
- når kun få artikler har skildret empatibegrebets afgrænsning og
- når begrebet fortsat sammenblandes med eksempelvis sympati.

Empati ser ud til at have et anderledes kvalitativt potentiale i sygeplejen end sympati, men på hvilken måde er ikke fuldt ud afklaret. Ligeledes er det især uklart, hvilken betydning den emotionelle komponent har hos sygeplejersken, og hvordan selve delingen af patientens følelser eller indfølingen foregår. Problematisk er det, at de sårbare patientgrupper som, om nogen, har brug for empatisk sygepleje, netop er en gruppe, der er specielt udsat for empatibias eller umoralsk sygepleje.

Det er ikke klart, hvilken empatitræning eller empatiundervisning der er optimal. Det er heller ikke klart, hvor længe eller hvorvidt en empatitræning virker i klinisk praksis. Eller om empatikvotient(skala)måling er pålidelig eller valid. Det er uklart, hvilke dimensioner af empatien der kan undervises effektivt. Situeret læring i praksis, empatitræning eller klasserumslæring med billedkunst ser hver især ud til at have deres potentiale, men spørgsmålet er, hvordan empatisk modenhed eller humanistisk orienteret professionelle dannes som helhed.

Afslutningsvis munder analysen ud i en tolkning, hvor empati aktuelt fremstår som et dynamisk begreb, der begrebsliggøres forskelligt, afhængigt af hvilken vægt der lægges på de emotionelle, kognitive, adfærdsmæssige og moralske dimensioner. Det tolkes dels som en menneskelig proces, der konstituerer kvaliteten i menneskelige relationer, og dels som en professionel tilgang, hvor idealet i patientomsorgen er empatisk nøjagtighed eller empatisk modenhed. Rent pragmatisk vurderes begrebet fortsat som et ikke modent begreb, men et begreb stærkt på vej.

Kapitel 4

4. Diskussion

Hensigten med dette kapitel er, med udgangspunkt i formålet og begrebsanalysens resultater, at diskutere, hvorvidt den aktuelle betydning med bidrag fra filosofien og psykologien kan give en afklaring af empatibegrebets anvendelighed og potentiale i sygeplejen. Analysen afslørede to begrebsliggørelser af empati i den aktuelle litteratur fra 2001 og til 2007. Empati som en menneskelig proces, og empati som en professionel tilgang. Diskussionen er struktureret over disse to begrebsliggørelser med henblik på en nærmere begrebsafklaring. I diskussionen indgår fem temaer, som er udledt af sammenfatningen af empatibegrebets aktuelle betydning, og som udgør de væsentligste fund fra den aktuelle begrebsliggørelse af empati i sygeplejen i forhold til humanisme og professionsbegrebet. Temaerne er: *empatiens paradoks*, *empati som emotionel deling*, *empatiens potentiale i forhold til sympati*, *empati og det humanistiske aspekt i sygeplejen* og *empati som del af en professionel holdning*. Afslutningsvis kommer en kritisk metodediskussion.

4.1 Empati som en menneskelig proces

Når empati aktuelt begrebsliggøres som en menneskelig proces, så vil det sige, at empati ses som et forløb, hvor der stræbes efter at tage hensyn til medmennesket, dets behov og rettigheder, som en medfødt evne der kan udvikles. Det ser imidlertid ud til at være en proces, som lykkes mere eller mindre godt i sygeplejen. Begrebsanalysens resultater viser, at der på forskellig vis er fare for lavt empatiresponstrin eller lavt kvalitativt empatiniveau og deraf følgende empatibias, dysfunktionel empati eller umoralsk sygepleje. Analysen antyder, at sygeplejersken må indtage et flerdimensionelt standpunkt bestående af både emotionelle, kognitive, adfærdsmæssige og moralske dimensioner, for at den empatiske proces kan foregå. Udviklingsstien til empatisk modenhed går via oplevelsen af patienten og dennes lidelse og afhænger af sygeplejerskens sansekapacitet og verdenssyn. Der ligger således en kapacitet og en kraft i den empatiske proces, som i bedste fald gavner patienten og dennes familie, eller som i værste fald skader patienten og kun gavner sygeplejersken eller systemet generelt. Ifølge Ciaramicoli er hovedreglen, at jo bedre du lærer dig selv at kende, jo større forudsætninger har du for at kunne antage et andet menneskets perspektiv (Ciaramicoli & Ketcham, 2004). Ciaramicoli, der er fra Boston og doktor i psykologi og pædagogik, giver en solid indføring i, hvad empati er, og hvordan den kraft, der ligger i empatien, pa-

radoksalt både kan bruges og misbruges, hvilket inddrages i en afklarende diskussion af empatibegrebets anvendelighed i sygeplejen.

4.1.1 Empatiens paradoks

Ciaramicoli & Ketcham (2004) definerer empati som evnen til at forstå og reagere på et andet menneskes unikke oplevelser. Denne evne kan anvendes til både at gavne og gøre fortræd, og der skelnes mellem en autentisk empati og en funktionel empati. Den autentiske empati motiveres af ægte omtanke for andre og et ønske om at hjælpe. Den funktionelle empati handler primært om, hvad andre mennesker kan gøre for dig. Her udnyttes evnen til at sørge for personlig tilfredsstillelse. De to former for empati lever side om side i det menneskelige liv (ibid.:13, 138).

Denne forståelse af empatien bygger på evolutionslæren og underbygges af den nyeste hjerneforskning. Empatievnen karakteriseres som en del af vores biologiske arv, og den er ikke forbeholdt mennesker, men eksisterer hos alle levende skabninger som en overlevelsesstrategi, naturen har skænket. Empati er det fænomen, der knytter ellers isolerede individer sammen. Empatiens udviklingshistorie spores helt tilbage til slimsvampens, hvor de mest primitive former for empati træder i kraft (ibid.:33-35). Empatievnen er nedlagt i vores fysiske hjerne i to indbyrdes forbundne områder. Dels i den emotionelle hjerne, amygdala, der er vores automatiske kamp- eller flugtberedskab, og dels i den tænkende hjerne, neocortex, der giver evnen til at bremse de automatiske reaktioner. For hvert menneske vi møder, og hver ny situation vi havner i, igangsættes amygdalas evne til at frembringe intense emotionelle reaktioner, og neocortex' evne giver muligheden for at tænke over disse følelser og vurdere, om der er fare på færde eller ej, og om der er behov for hjælp eller ej.

Empatievnen er medfødt, men udvikles hele livet, og kræver konstant opmærksomhed. Vi spejler det, vi ser i livet, og vores evne til empati udvider eller indskrænker sig som svar på, hvordan vi selv bliver spejlet. Hvis vi møder empati, udvikles vores evne til empati (ibid.:40-45). Empatien kan hæmmes og skades, gå fra overvejende autentisk til overvejende funktionel. Men den kan også genlæres og udvikles, gå fra funktionel til mere autentisk. At udtrykke empati betegnes af Ciaramicoli & Ketcham som en kunst, der kræver øvelse, tålmodighed, beslutsomhed og fleksibilitet (ibid.:125-161). At forstå og at reagere på et andet menneskes *unikke* oplevelser gør empatievnen til noget helt specielt, og er ikke det samme som sympati.

Forudsætningen for empati som en menneskelig proces, er behovet for en overlevelsesstrategi. Det, der nødvendigvis må gå forud for empati, er menneskets oplevelse af behov

for hjælp, en oplevelse af livstruende følelser og en længsel efter samhørighed. Lidelsen er således en forudsætning for empati. Når mennesker lider, er deres dybeste længsel at blive forstået præcist. At blive forstået generelt er ikke nok. Empatien kommer i stand ved en emotionel drivkraft og en intellektuel vurdering, og den kræver koncentration og opmærksomhed, ikke kun med de ord, der bliver sagt, men også med ansigtsudtryk og kropsbevægelser (ibid.:74-84). Den autentiske empati forudsættes af livgivende drivkræfter i form af ærlighed, ydmyghed, accept, tolerance, taknemmelighed, tro, håb og tilgivelse. Den funktionelle empati er misbrug af empatiens livgivende energi, og det, der her går forud for empatien, er de modsatte drivkræfter i form af uærlighed, egoisme, perfektionisme, intolerance, utaknemmelighed, kynisme, fortvivlelse og had (ibid.:165-168).

Empati forstået som en menneskelig proces resulterer i den andens subjektive oplevelse af at blive unikt forstået og har både positive og negative resultater. Den autentiske empati resulterer i handlinger, der gavner. Den fremmer respekt og nærhed, en oplevelse af samhørighed og resulterer desuden i samme livgivende kraft, som er dens forudsætning. Den funktionelle empati resulterer i misbrugende handlinger, som ikke kun skader den anden. Det er en kortsigtet overlevelse på andres bekostning, en stakket frist, da den fremmedgør og isolerer, hvilket på lang sigt giver fortvivlelse, bitterhed og ensomhed (ibid.:125-165).

Den funktionelle empati er sammenlignelig med begrebsanalysens fund af empatiresponstrin *DE*, i visse tilfælde også responstrinnet *JEG* (Gülsüm, 2006), empatiniveau I og i visse tilfælde også niveau II (Olsen, 2001). Desuden er den sammenlignelig med Wachterhausens beskrivelse af magtens empati i sygeplejen, hvor forståelse ikke er målet, men et middel til et andet mål. På trods af den gode vilje bliver sygeplejerskernes empathiske praksis til magtens empati, hvor den skulle have været en solidarisk empati (Wachterhausen, 1998:59-70).

Den solidariske empati er tilsvarende tæt relateret til den autentiske empati (Ciaramicoli & Ketcham, 2004) og begrebsanalysens fund af den modne empati, som indeholder en mental abstraktion i form af solidaritet (Myhrvold, 2006), den empathiske modenhed på niveau III (Olsen, 2001), samt empati relateret til perspektivtagning (Lobchuk, 2006) og empatirespons svarende til *DU*-trinnet (Gülsüm, 2006).

4.1.2 Empatiens emotionelle dimension

Et af stridspunkterne i begrebsanalysen var striden om, hvorvidt empati er en emotionel evne eller en kognitiv evne. Efter alt at dømmes er det som nævnt mere anvendeligt at se empati som en proces, hvor disse to egenskaber eller dimensioner integreres, fremfor at fremhæve den ene frem for den anden.

Holm, som er fra Sverige, dr. phil., psykolog, psykoterapeut og underviser i empati for sundhedspersonale, har i bogen ”*Empati for professionelle*” (2003) beskrevet, hvilke krav der ligger i begreberne empati og professionel holdning. Holm har et godt bud på en definition, der indeholder den emotionelle dimension, men som samtidig ligger tæt op at begrebsanalysens mest samstemmende definitioner og empatibegrebets kendetegn ved at være en proces, der kan opdeles i tre faser. Med udgangspunkt i nyere forskning sammenfatter og beskriver Holm ikke mindre end syv forskellige betydninger af empatibegrebet, alene inden for den psykodynamiske teori, og fire mere eller mindre forskellige standpunkter vedrørende det karakteristiske i empati ud fra den socialpsykologiske teori (ibid.:74). Holm integrerer det, de har til fælles, og bidrager selv med yderligere dimensioner i en model, hvor empati defineres som:

En berøring af den andens følelser, efterfulgt af en forståelse af den andens oplevelse og en laden sig vejlede af denne forståelse i kontakten med den anden, hvad enten det drejer sig om at hjælpe gennem konkret handling eller at kommunikere forståelsen i ord. (Holm, 2003:119).

Holm beskriver empati som en skiften mellem emotionel oplevelse, en intellektuel bedømmelse og en aktiv handling, og som en proces, hvori der indgår henholdsvis ikke-kognitive, enkle kognitive og avancerede kognitive processer. Store dele af den empatiske proces er før- og ubevidst, men slutproduktet er bevidst og kommer i stand gennem forskellige jeg-funktioner. Den mest avancerede kognitive proces er perspektivtagning, hvor man forsøger at forstå den anden ved at forestille sig dennes perspektiv, hvilket kræver, at man undertrykker sit eget egocentriske perspektiv og aktivt indtager den andens (ibid.:75-88).

I Holms udlægning vil empati i sygeplejen kræve, at sygeplejersken berøres, men ikke rammes. Hvis ikke følelserne bearbejdes, kan sygeplejersken rammes, og overinvolvering, udbrændthed eller distance kan blive resultatet. At det ikke er så ligetil, viser Holms case-studie i forbindelse med empatiuddannelse til lægestuderende, hvor det viste sig, at de studerende især har svært ved at aflæse følelser hos sig selv som er negative i forhold til patienterne, f.eks. foragt og irritation. Og netop fordi de ikke bliver aflæst og kognitivt bearbejdet, afspejles de i behandlingen af patienten (Holm 2003, 190-192).

Tilsvarende har Hem & Heggen (2003) i en undersøgelse konstateret, at der i den psykiatriske sygepleje er en forventning om, at sygeplejersker både skal anvende en professionel funktion og en human funktion, men at der blandt personalet er et skjult professionelt ideal om balance, hvilket vanskeliggør erkendelse af eksempelvis sårbarhed. De argumenterer

for, hvordan erkendelse af sårbarhed netop kan blive et konstruktivt element i patientplejen, og at der er potentiale for en professionel udvikling, hvis sygeplejersker er villige til at udforske deres egen sårbarhed (Hem & Heggen, 2003:101-108).

Nilsson (2003) beskriver i sin ph.d. afhandling i filosofi, hvordan man i empatien kan dele patientens lidelse uden selv at blive ramt. Han har et bud på en anvendelig definition, hvor netop den emotionelle dimension tydeliggøres. Det bliver klart, hvordan empati, med respekt for patientens emotionelle tilstand, bliver anvendelig i sygeplejen. Nilssons definition af empati, med dets særlige fokus på den emotionelle dimension, citeres her i hele sin ordlyd:

- "A person, S has empathy with another person, O, with respect to an emotional state of the type E, if and only if*
- 1. O is in an emotional state, e, of the type E,*
 - 2. S merely feels an emotion, e*, of the type E,*
 - 3. S merely feels e* because (a) S has been exposed to an expression of e, or (b) S has entertained an idea of the situation of O, or (c) S has entertained an idea of e,*
 - 4. it is not the case that S merely feels e* because of an actual or anticipated wish-satisfaction or wish-frustration, and*
 - 5. S knows that O is in the emotional state e"* (Nilsson, 2003:135).

Nilsson får på denne måde afgrænset og adskilt empatibegrebet fra begrebet emotionel smitte (*emotional contagion*) (Nilsson, 2003:108-110), altså det at blive ramt af patientens lidelse, hvilket svarer godt til analysens fund af personlig lidelse (*personal distress*), der betegnes som en dysfunktionel empati og dermed ikke anvendelig i sygeplejen.

Diskussionen vil nu gå videre til en anden, meget væsentlig afgrænsning, nemlig afgrænsningen mellem empati og sympati.

4.1.3 Empatiens potentiale i forhold til sympati

Spørgsmålet er, om empati altid fører til sympati, og hvorvidt sympati er en forudsætning for ønsket om at afhjælpe lidelse. Fund fra begrebsanalysen peger på, at det ikke er sympati, men derimod solidaritet, der følger i forlængelse af eller ligger integreret i den empatiske proces, for at alle patienter inkluderes, uanset hvem de er, hvor store tab de har lidt eller hvor vrede eller kede af det, de er. Empatisk moden adfærd, med respekt for patientens vrede eller sorg, indebærer ikke nødvendigvis at have sympati for ham.

Ciaramicoli & Ketcham (2004) beskriver empati som en evne til at forstå og reagere på unikke oplevelser, hvorimod sympati beskrives som en følelse, hvor man passivt oplever og deler et menneskes sorg. I empatien blandes identiteter, og to mennesker befinder sig

begge i den samme fælles oplevelse, hvilket kan illustreres som mælk og vand. I sympatien er det to mennesker, der er sammen i deres adskilte verdner, hvor de bevarer deres separate identitet, hvilket kan illustreres som vand og olie. Empatien handler om at lide eller opleve i. Sympatien handler om at lide eller opleve med. I empatien er der fokus på nutiden, og målet er at få den anden til at føle sig unikt forstået i det, der sker lige nu. I sympatien udtrykkes der også forståelse, men det er en generel forståelse, fokus er på fortiden og målet er trøst (ibid. 88-91). Empatien søger at gå fra det generelle til det specifikke, fra velkendt til ukendt, for at leve sig ind i og endda, om det så kun er for et kort øjeblik, at dele et andet menneskets unikke oplevelse. Empatien arbejder hele tiden på at forstå, hvor sympatien arbejder på at trøste og rækker tilbage til fortiden ved at udtrykke en generel følelse af forståelse. Sympatien kan være ufornuftig, irrationel og er præget af subjektivitet, hvor empatien udgør objektivitet, er fornuftig og rationel. Empatien afslører de dybeste, skjulte nuancer i vores gensidigt spejlede verdener og sender billeder af både det unikke og det fælles i de oplevelser, vi deler med hinanden, tilbage til os. Empatien skaber måske ikke trøst, men skaber nærhed ved at give den indsigt, der er nødvendig for at forstå andres behov, dele deres sorg eller glæder (ibid. 113-124).

At trøst ikke er nok i sygeplejen beskrives af Rydahl-Hansen (2003) i hendes undersøgelse af hospitalsindlagte patienters oplevede lidelse i livet med uhelbredelig kræft. Ifølge Rydahl-Hansen er den uhelbredeligt kræftsige patients lidelse uløseligt og situationsbestemt bundet til enheden af den syge krop, bevidsthed, muligheder og begrænsninger for at erkende og udtrykke lidelsen og omgivelsernes reaktion herpå. Lidelsens vilkår er således også bundet til sygeplejerskens måde at møde patienten på. Forskningen viser, at sygeplejersker sjældent benytter de situationer, hvor patienten udtrykker problemer, som f.eks. smerte eller træthed, til at opfordre patienten til også at beskrive, hvilken betydning og lidelse problemet indebærer. Derimod trøster de ofte lidelsen bort, inden patienterne opnår mulighed for at udtrykke den, så sygeplejerskerne kan erkende den og respondere på den. Patienterne oplever ofte, at sygeplejerskerne ikke har tid til eller forståelse for at tage sig af deres følelsesmæssige problemer og lidelse (Rydahl-Hansen, 2003).

Denne afhandlings undersøgelse bekræfter nødvendigheden af tid til patienten, da den viser, at empati kræver uforstyrret tid sammen med patienten, og det at blive forstået er et væsentligt behov, patienterne giver udtryk for at have. Patienttilfredsheden afhænger netop af, hvorvidt patienten oplever at få sine behov opfyldt uden at skulle bede om det (Hallström & Elander, 2001).

At blive forstået unikt ser ud til at være et behov, alle har. Ifølge Nichols (1995:9) ”...few motives in human experience are as powerful as the yearning to be understood.”. En fænomenologisk-hermeneutisk undersøgelse af kronisk syge viser tilsvarende, at det at føle sig forstået er af afgørende betydning for patienterne. Det i sig selv giver en aflastende ro og hvile, hvorved der opstår en nærmest triumferende lyksalighed med omsorgsfuld ærefrygt af nærende engagement midt iblandt en ellers potentiel ligegyldighed (Jonas-Simson, 2001). Empati har således et anderledes potentiale i sygeplejen end sympati har.

4.2 Empati som en professionel tilgang

Empati beskrives aktuelt som en måde at være professionel på, som en del af sygeplejeidentiteten eller som sygeplejerskens rollebegrivelse. Jo mere moden empati, jo mere kvalitativ sygepleje. I dette afsnit kommer den professionelle tilgang ind, og empatien diskuteres i forhold til en humanistisk orienteret sygepleje og som en del af en professionel holdning.

4.2.1 Empati i en humanistisk orienteret sygepleje

I De Sygeplejeetiske Retningslinjer står der, at grundlaget for al sygepleje er respekten for det enkelte menneskes liv og egenværd (DSR, 2004). Princippet om livets ukrænkelighed og menneskets egenværdi er afledt af et humanistisk menneskesyn, og sygeplejen er således humanistisk i sin tilgang til faget. Ifølge Kirkevold (1997), som er professor på Afdeling for Sygeplejevidenskab på det danske Institut for Folkesundhed ved Aarhus Universitet, har der også været stor enighed om, at sygeplejefaget bygger på et humanistisk menneskesyn. Problemet er, at man samtidig har studeret mennesket, som om det bestod af et maskinliggende system af adskilte faktorer, som indbyrdes hænger sammen i årsags-virknings-kæder (Kirkevold, 1997:149). Der er eksempelvis *non-compliance* studier, hvor menneskesynet er en tænkning, hvor bestemte faktorer fører til bestemte måder at reagere på.

Kirkevold (1997) pointerer, at det er inkonsekvent at forfægte et humanistisk menneskesyn og samtidig studere mennesker ud fra en behavioristisk forståelsesmodel. I denne betydning får humanismen ikke en fagintern relevans, ifølge Wackerhausen (2002:38). Han sætter spørgsmålstegn ved, hvad det egentligt vil sige at noget er humanistisk, og hvornår eksempelvis en sygeplejerske er humanistisk i sin omgang med og behandling af patienter. Wackerhausen siger at humanisme ikke kan gives en endelig objektiv definition, da det er, og nødvendigvis må være, en dynamisk og foranderlig størrelse, som hele tiden, dog med afsæt i menneskets egenværd og ukrænkelighed, må reformuleres og aktualiseres på ny i

forhold til menneskets foranderlige livsbetingelser. Han opfordrer således til en fortløbende refleksion og tilpasning, og til en oplyst, tidslig og aktiv solidaritet med mennesket og det humanistiske perspektiv (ibid. 22-25).

Empatisk kapacitet i sig selv er ikke nok. Sygeplejersker kritiseres af Wackerhausen for, i effektiviseringens navn, at have fokuseret på den empatiske attitude og kendskabet til patientens livsverden uden at have reflekteret over, om den empatiske attitude nødvendigvis er solidarisk med patienten. Han siger, at den empatiske sundhedsarbejder uden tvivl har bedre mulighed for at manipulere og passivere patienten og øge dennes fjøelighed. Det er her, at empatien, på trods af den gode vilje, bliver til magtens empati, hvor den skulle have været en solidarisk empati (ibid.: 34-35).

Wackerhausen siger:

”Empati er ofte middel til mål, som ikke nødvendigvis udspringer af en humanistisk solidaritet med og respekt for patienten. Venlig og empatisk kommunikation er altså ikke i sig selv garant for humanisme...hvad der tillige kræves, er bl.a. respekten for det enkelte menneske og dets perspektiv”
(Wackerhausen, 2002:34-35).

4.2.2 Empati som en del af en professionel holdning

I forhold til en kritisk vurdering af empatiens anvendelighed i sygeplejen er det således vigtigt at betone ikke kun empatien, men også respekten for det enkelte menneske, som en del af den professionelle holdning.

Holm (2003) beskriver netop respekt og empati som en del af den professionelle holdning. Den professionelle holdning defineres af Holm som:

”...en stadig bestræbelse på, at man i sin faglige praksis lader sig styre af det, der på kort og lang sigt gavner den hjælpsøgende, og ikke af egne behov, følelser og impulser. Det vil sige at vise respekt, interesse, varme, medmenneskelighed, empati og personlig behandling.”(Holm, 2003:39).

Det er den hjælpsøgendes behov for professionel faglig hjælp, der nødvendigvis går forud for empatien. De forudsætninger, der har indflydelse på empatien, består dels i variationer i situationen, herunder også den hjælpsøgende, dels i variationer hos den professionelle hjælper. Situationen må være af sådan en styrke, at den fremkalder en emotionel reaktion hos hjælpsøger. Den beskrives ofte som nødsituationer eller lidelse, men kan også være situationer med f.eks. glæde og triumf. Hjælpsøgers følelser kan være mere eller mindre lette at forstå, og den empatiske proces forudsætter en vis evne og villighed til at blive forstået.

Hjælperens empatiske kapacitet og præcision er også af betydning for empatien. Det er evnen til at opleve og lokalisere følelser som reaktion på andres følelser, en sikker identitetsfølelse og evnen til at kombinere data fra mange forskellige informationskilder, så som ansigtsudtryk, gestus, og verbalt indhold, samt evnen til perspektivtagning. For at kunne indtage en andens perspektiv skal man have en veludviklet forståelse af, at andre har et sjæleliv. Det er vigtigt at have viden om og motivation for at anvende følelser som vidensformidlere. At kunne skelne mellem forskellige følelser, forstå, hvordan de fungerer, og hvordan og hvornår de kommer til udtryk (ibid.:77-116).

Udvikling af empatievnene kræver empatiske forældre og empatiske uddannelses- og arbejdsmiljøer, hvor emotionelle og kognitive elementer er i balanceret vekselvirkning. Uddannelser præget af intellektuelle metoder kan resultere i, at de studerendes empatiske evne reduceres i uddannelsestiden (ibid.:125-149).

Holm inddeler den empatiske proces i tre faser, hvilket svarer godt overens med et fundene i begrebsanalysen. Den første fase betegnes som *empatisk forståelse* og består af to dele, dels den affektive del, hvor selve overføringen og opfattelsen af følelserne sker, og dels den kognitive del, hvor modtagerens bearbejdning af følelserne og perspektivtagningen sker. Den anden fase betegnes som *empatisk adfærd* og vedrører handlinger, hvor den empatiske forståelse kommer til udtryk og ... ”omfatter alle de handlinger, valg og beslutninger, der gøres i alle udrednings-, undersøgelses-, behandlings- og omsorgssituationer”..., der primært har til formål at gavne den hjælpsøgende. Den tredje fase i Holms model er *modtaget empati* og omfatter den hjælpsøgendes reaktioner på hjælperens adfærd (ibid.:125-127). I denne professionelle tilgang vil resultatet af empatien vise sig ved en måling af de tre faser i modellen. I fase 1 er resultatet *empatisk forståelse* og er det, der styrer og vejleder handlingerne i behandlingen af den hjælpsøgende. I fase 2 er resultatet *kommunikeret eller udtrykt empati*, og det er her, de bevidste handlinger kommer til udtryk. I fase 3 er resultatet *modtaget empati*, og her er det den hjælpsøgendes evalueringer og de synlige tegn af gavn på både kort og lang sigt, der udgør resultatet. Fase 2 er afhængig af fase 1 og fase 3 er afhængig af fase 1 og 2.

4.3 Sammenfatning af diskussion

I diskussionen træder nogle væsentlige elementer frem i forhold til empatibegrebet. Dels den emotionelle og kognitive vekselvirknings betydning for forståelsen, dels drivkraften bag dets udtryk, dels respekten for det enkelte menneske og dets perspektiv og dels afgrænsningen i forhold til sympati. Disse elementer vil nu indgå i en sammenfattende di-

skussion, hvor empatiens paradoks tages op i forhold til empatiens anvendelighed i en humanistisk sygepleje, hvor respekten for det enkelte menneske og dets perspektiv er nøgleaspektet i fortolkningsrammen.

4.3.1 Empatiens anvendelighed i sygeplejen

Når empati er en vekselvirkning mellem følelser og tanker, er empati yderst anvendelig i sygeplejen. Som sygeplejerske er det vigtigt hverken at lade sig rive med eller at afskærme sig. Når følelserne tager overhånd, taber man hovedet og er ude af stand til at handle ud fra realiteterne, skelneevnen mangler, hvilket ikke kan undværes i sygeplejen, og der er risiko for, at man behandler patientens lidelse med f.eks. trøst (*det skal nok gå*). Når derimod tankerne tager overhånd, taber man hjertet, og følelserne forsvinder, hvilket heller ikke er anvendeligt i sygeplejen, da man igen er ude af stand til at se patientens situation, som den er og der er stor risiko for, at man behandler patientens lidelse med f.eks. ligegyldighed (*det er ikke så slemt*) eller ligefrem med foragt (*tag dig nu sammen*). Empatien, vel og mærke den modne empati eller den autentiske empati, er af stor betydning for respekten for patientens og dennes perspektiv. At det ikke altid er så ligetil, og at det er noget, der konstant kræver opmærksomhed, bekræftes ved, at perspektivtagning beskrives som den mest avancerede kognitive proces.

At empatien igangsættes af patientens situation og emotionelle tilstand viser vigtigheden af at hente de store, såvel som de små følelser, de negative såvel som positive følelser, frem i lyset. Dem må sygeplejersken lade sig berøre af, tænke over og spørge ind til sandheden i, da evnen til at læse egne følelser er af betydning for at få information om patientens følelser.

Når man ønsker at tilgodese respekten for patienten og dennes perspektiv, er den funktionelle empati, magtens empati eller den umodne empati ikke anvendelig, og det er derfor af stor betydning for den humanistiske sygepleje, at den enkelte sygeplejerske er bevidst om og kan kende forskel på autentisk og funktionel empati, på solidarisk og magtens empati eller på moden og umoden empati. Det er vigtigt at reflektere over drivkræfterne eller verdenssynet bag den empatiske adfærd. Hvis empatien drives af sygeplejerskens egoisme eller perfektionisme, er empatien i fare for at blive et middel til et mål, som sygeplejersken eller sundhedssystemet har fremsat, og som ikke nødvendigvis er solidarisk med patientens perspektiv. Det er ikke respekt for patienten at bruge ham/hende til at få afløb for egne eller systemets behov. Den funktionelle empati kan således let blive til magtens empati, empatibias eller umoralsk sygepleje. Forudsætningen for autentisk empati er mødet med au-

tentisk empati. Hvis sygeplejersken ikke møder autentisk empati eller en professionel holdning på sin arbejdsplads, eller hvis den studerende ikke møder autentisk empati i uddannelsen, er der fare for med tiden at udvikle en kynisme og en dehumanisering. Humanismen fordrer en fortløbende og usmykket analyse af og refleksion over praksis.

Empati og sympati er ikke det samme. Spørgsmålet er, hvorvidt deres anvendelighed i en humanistisk sygepleje adskiller sig. Empati er en forståelse, en slags viden, der med den rette drivkraft fører til humanisme. Sympati er en følelse, som især i sit fravær bliver katastrofal for en humanistisk sygepleje. Derimod kan empatien bearbejde og dulme eventuelle usympatiske følelser, empatien hjælper med at slippe de ikke livgivende følelser. I en humanistisk og professionel sygepleje er det ikke tilstrækkeligt at kunne lide eller have medlidenhed med patienten eller at udtrykke generel forståelse, altså trøste. Fokus på nutiden, et objektivt, fornuftigt og rationelt udtryk for præcis forståelse af patientens perspektiv er langt mere anvendelig, og det der bør tilstræbes. I den modne empati udageres følelserne ikke, de anvendes til at forstå patienten. En vred patient har ikke brug for en vred sygeplejerske, og en sorgfuld patient har ikke brug for en sygeplejerske, der sørger, men en sygeplejerske der præcist forstår patientens sorg og i sine handlinger giver udtryk herfor. Selv i hverdagslivets begrebsliggørelse er empati et langt mere humanistisk tiltag end sympati.

At bestemme eller skabe en ”endelig” definition på empati kan virke umuligt. At ønske begrebslig klarhed inden for hele sygeplejelitteraturen er et eller andet sted også naivt og i tråd med Wackerhausen heller ikke intentionen, da empatibegrebet på lige fod med humanisme og professionsbegrebet må være et dynamisk begreb. Men at lade et begreb stå vidt åbent, så det bliver brugt som en udskifteligt *grib alle* ord, er imidlertid højst problematisk, specielt med et begreb som empati. Forsøg på at forfine den aktuelle begrebslige ramme for empati er af vital betydning for at undgå begrebsforvirring, manglende empati, empati-bias eller brug af magtens empati frem for en solidarisk empati. Begrebsanalysen antyder, at der fortsat er huller i den kvalitative litteratur om empati i sygeplejen. For det første er der sammenblanding af empati og sympati. For det andet mangler der en universal definition på empati, der er baseret på sygepleje. Spørgsmålet er imidlertid, om ikke en universal tværfaglig definition giver mere mening. Sygeplejen kan vel dårligt tage patent på empatibegrebet, men her skal dog forsøges med et foreløbigt grundlag for brugen af empati i sygeplejen.

Denne afhandlings foreløbige bud på en anvendelig definition af empati i sygeplejen er således en berøring af den andens følelser, efterfulgt af en forståelse af den andens oplevel-

se og en laden sig vejlede af denne forståelse i kontakten med den anden, hvad enten det drejer sig om at hjælpe gennem konkret handling eller at kommunikere forståelsen i ord.

Empati er anvendelig i sygeplejen når det kendetegnes ved at være en proces i interaktion med det personlige, det interpersonlige og det sociale system bestående af tre faser: en empatisk forståelse, en empatisk adfærd og en modtaget empati.

Størst kvalitetsmæssige potentiale har empati, når det kommer til udtryk som en empatisk modenhed hos sygeplejersken, der sætter hende/ham i stand til at acceptere patienterne, for hvem de er, at føle det, de føler, med respekt, at opfatte situationen fra deres perspektiv samt at have en konstruktiv humanistisk og professionel holdning til at fremme deres situation ved at søge efter løsninger der imødekommer deres unikke behov, på en moralsk ansvarlig måde, således at gensidig forståelse, effektiv og omsorgsfuld sygepleje opstår.

4.4 Kritik af undersøgelsens metode, empiri og fund

Fremgangsmåden kan ses som problematisk, da det er svært at vurdere præcis, hvordan den enkelte forfatter eksempelvis definerer empati. Det er på trods af artiklernes form af videnskabelige artikler de færreste, der kommer med en præcis begrebsdefinerings. Nogle definerer empatibegrebet ud fra produktet eller resultatet, andre ud fra den proces som empati er karakteriseret af. Metoden kan her være forbundet med nogle fortolkningsmæssige problemer, da de søgte strukturer ved empatibegrebet ikke fremgik umiddelbart, men måtte forsøges formuleret ved grundige gennemlæsninger af artiklerne. Afhandlingen har ikke anvendt skønlitteratur. Skønlitterær prosa og digtning er ifølge Morse (2000) ellers ofte rigtige kilder, når man skal finde frem til betydningen af begreber, der anvendes i sygeplejen. Men formålet her var at undersøge begrebsliggørelsen i den aktuelle sygeplejevidenskabelige litteratur. Derfor måtte skønlitterær prosa og digtning ekskluderes.

Anvendelse af andres empiri i sekundære analyser kan medvirke til en yderligere reduktion af de udvalgte studiers fund, som også kan problematiseres. En afhandling som denne må ifølge Kirkevold (1996) læses med kritiske øjne, da der er fare for at foretage sammenkoblinger, der ikke er teoretisk eller empirisk holdbare. Det er netop en fare, fordi hensigten er at integrere så meget som muligt af den eksisterende viden (Kirkevold, 1996:115). Imidlertid viser analysen og syntesen, at denne type begrebsanalyse også kan medvirke til at vise variationer, dybder og nuancer af empatibegrebets dynamik og dimensioner, når afhandlingen læses i sin helhed.

Det vurderes, at den udførte undersøgelse lever op til at være udført systematisk og konsistent og giver en veldokumenteret besvarelse af undersøgelsesspørgsmålene, som munder ud i et foreløbigt bud på empatibegrebets betydning og anvendelighed i sygeplejen. Når man ser på det foreløbige buds betydning for sygeplejefprofessionen, er det vigtigt at pointere, at buddet er en forenklet fremstilling af virkeligheden. Det er også et idealbud og hypotetisk i den retning, at det ikke nødvendigvis er et rigtigt billede af virkeligheden. Det indeholder mange dynamiske begreber og er derfor ikke noget statisk billede. Men med Wilsons (1966:37) ord i mente, synes det, blandt alle disse mulige betydninger af begrebet empati, mest fornuftigt og brugbart at lade det betyde sådan på nuværende tidspunkt. Som et aktuelt og foreløbigt svar på empatiens tone i sygeplejens humanistiske og professionelle melodi.

Kapitel 5

5. Konklusion og perspektivering

I dette sidste kapitel konkluderes der på baggrund af den viden, som er fremkommet ved den kvalitative begrebsanalyse og den efterfølgende diskussion. Konklusionen er struktureret ud fra undersøgelsesspørgsmålene, og der afsluttes med en perspektivering.

5.1 Konklusion

Det første spørgsmål i problemformuleringen er: *Hvilken anvendelse og betydning har begrebet empati i den sygeplejevidenskabelige litteratur, som den er præsenteret fra januar 2001 og frem til januar 2007?*

Empatibegrebet anvendes med bred variation i sygeplejens teori, uddannelse og kliniske praksis, da begrebet anvendes ud fra forskellige perspektiver, rammer, metoder og formål og indgår på forskellig vis som enten resultat, variabel, forudsætning, undervisningstema, teori eller som del af en teori. Begrebet har ligeledes varierende betydning og fremstår som et dynamisk, flerdimensionelt begreb, der begrebsliggøres forskelligt, afhængigt af hvilken vægt der lægges på de emotionelle, kognitive, adfærdsmæssige og moralske dimensioner. Empati begrebsliggøres, dels som en menneskelig proces, der konstituerer kvaliteten i menneskelige relationer, og dels som en professionel tilgang, hvor idealet i sygeplejen er empatisk nøjagtighed eller empatisk modenhed.

Det andet spørgsmål i problemformuleringen er: *Med hvilken modenhed fremstår begrebet i sygeplejen?*

Empatibegrebet er endnu ikke et fuldt modent begreb og må betragtes som et begreb på vej, da begrebsdefinitionen mangler klarhed, der forsat er konkurrerende definitioner, da begrebets afgrænsning er sparsomt skildret og forsat sammenblandes med sympati, og da der trods mange fælles træk er varierende beskrivelser af empatiens kendetegn, forudsætninger og resultater. Der er forsat mange mangler i undersøgelser af den empiriske evidens for empati i sygeplejen.

Det tredje spørgsmål i problemformuleringen er: *Hvad er empatibegrebets anvendelighed og potentiale i sygeplejen?*

Empatibegrebet er anvendelig i sygeplejen når det defineres som en berøring af den andens følelser, efterfulgt af en forståelse af den andens oplevelse og en laden sig vejlede af denne forståelse i kontakten med den anden, hvad enten det drejer sig om at hjælpe gennem konkret handling eller at kommunikere forståelsen i ord.

Begrebet er anvendelig, når det kendetegnes ved at være en dynamisk flerdimensionel proces, i interaktion med både det personlige, det interpersonlige og det sociale system, bestående af tre faser, hvor slutresultatet afhænger af alle tre faser. De tre faser er empatisk forståelse, empatisk adfærd og modtaget empati. Empati adskiller sig fra sympati og har et kvalitativt større sygeplejefagligt potentiale, da moden empati udtrykker en unik forståelse og fremmer et patientcentreret behov. Sympati udtrykker derimod en generel forståelse og fremmer et selvcentreret behov. Moden empati og empatisk nøjagtighed er til gengæld tæt relateret til perspektivtagning. Den fordrer stor opmærksomhed og refleksion hos den enkelte sygeplejerske, empathiske uddannelses- og arbejdsmiljøer, en professionel holdning og brug af autentisk empati frem for funktionel empati eller solidarisk empati frem for magtens empati.

5.3 Perspektivering

På baggrund af konklusionen perspektiveres i forhold til *sygeplejens praksis, uddannelse, teoretisk begrebsudvikling, kundskabsudvikling og fremtidig empatiforskning*.

5.3.1 Sygeplejens praksis

Konklusionen kan have praktisk betydning for sygeplejerskerne i deres møde med patienten, hvor definition og kendetegn på empati i sygeplejen kan være ledetråde for deres udøvelse ligesåvel som det kan være ledetråde til det politiske ansvar i forhold til, at der udvises vilje og tildeles ressourcer. Kvalitativt højt empatiniveau ser ud til at resultere i, at sygeplejen bliver mere effektiv og patienterne mere tilfredse, og deres situation fremmes. Et argument for kvalitativt højt niveau af empati er også at sikre forståelsen af de patienter, der ikke selv kan træffe beslutninger eller fremkomme med deres behov, de såkaldte sårbare grupper.

Udvikling af højt empatiresponstrin kræver, at sygeplejersken kommer til at kende patienten og dennes historie, så hun/han kan forstå patientens perspektiv og ikke kun kender samfundets eller hendes/hans eget perspektiv på patientens situation. Det kræver tid sammen med patienten, og at sygeplejersken udvikler et verdenssyn, der inkluderer alle, samt effektive kommunikationsfærdigheder. Sygeplejersker, der arbejder i klinisk praksis, må have konstant opmærksomhed på og refleksion af egne emotionelle behov, og hvilke drivkræfter der ligger bag den empathiske sygepleje. At kunne kende forskel på den autentiske og den funktionelle empati.

I klinisk praksis vil det være af betydning, kritisk, at forholde sig til, undersøge og udvikle det kliniske miljø, de fysiske rammer og de strukturelle forhold, hvor sygeplejen foregår, med henblik på at minimere eventuelle uempatiske arbejdsforhold. Klinisk praksis har brug for at vide, om det de gør hjælper, og viljen til metodisk og struktureret arbejde for sikring af empatiudviklende miljøer er af afgørende betydning, da barrierer for empati kan fjernes. Når det viser sig, at empatiske omgivelser styrker empatien, vil empatiske ledere og kollegaer være af støttende betydning for den enkelte sygeplejerskes evne til at udvise empati over for patienten og dermed øge muligheden for, at patienten modtager god humanistisk sygepleje.

5.3.2 Uddannelse

Da empati ser ud til at kræve en balanceret vekselvirkning mellem emotionelle, kognitive, adfærdsmæssige og moralske dimensioner, får det et uddannelsesmæssigt perspektiv. I uddannelsessammenhænge bliver det væsentligt at inddrage de følelsesmæssige dimensioner, også i den teoretiske del af uddannelsen, og billedkunst ser ud til at have et potentiale som pædagogisk værktøj. Kunstens betydning ser ud til at have fået sin plads i uddannelsessammenhænge. Flere forfattere og forskere har argumenteret for kunstværkets betydning for læring i sundhedsuddannelserne (Berntsen, 1997; Birkelund, 1994; Martinsen, 1993).

Når begrebsanalysen viser, at empatibegrebet kan forstås som en flerdimensionel proces i tre faser, hvor slutresultatet afhænger af alle tre faser, tydeliggøres det, at det ikke er nok at træne empatisk adfærd som en teknik, eftersom empatisk adfærd uden den empatiske forståelse blot bliver venlig adfærd, som ikke nødvendigvis er solidarisk med patienten og dennes perspektiv. Da egen sårbarhed kan medføre empatibias vil arbejdet med egen sårbarhed have et betydningsfuldt uddannelsespotentiale.

5.3.3 Teoretisk begrebsudvikling

Den funktionelle empati (Ciaramicoli & Ketcham, 2004) er sammenlignelig med magtens empati i sygeplejen (Wackerhausen, 1998), begrebsanalysens empatiresponstrin *DE*, i visse tilfælde også responstrinnet *JEG* (Gülsüm, 2006), empatiniveau I og i visse tilfælde også niveau II (Olsen, 2001). Den solidariske empati (Wackerhausen, 1998) er tilsvarende tæt relateret til den autentiske empati (Ciaramicoli & Ketcham, 2004), begrebsanalysens fund af den modne empati, som indeholder en mental abstraktion i form af solidaritet (Myhrvold, 2006), den empatiske modenhed på niveau III (Olsen, 2001) samt empati relateret til perspektivtagning (Lobchuk,

2006) og empatirespons svarende til *DU* trinnet (Gülstüm, 2006). Derfor kunne yderligere teoretisk begrebsudvikling være oplagt i form af en integrering af disse empatiforståelser.

Da det, der går forud for empati, er patientens lidelse, og da lindring af patientens lidelse er resultatet af moden empati, vil det ligeledes være oplagt med en teoretisk begrebsudvikling i forhold til relationerne mellem empatibegrebet og lidelsesbegrebet.

5.3.4 Kundskabsudvikling og fremtidig empatiforskning

Begrebet empati er ikke så ligetil at få fat på, og hvis vi skal forstå empati i dens fulde kompleksitet, er det nødvendigt med et samarbejde på tværs af de traditionelle faggrænser. Hvis ikke det er muligt at nå til en fælles forståelse af begrebet og dets betydning, så er det som minimum nødvendigt at skabe bro mellem eksempelvis filosofien, neurobiologien, psykologien og sygeplejen i kundskabsudviklingen omkring empatiforskningen.

Lige såvel som det er problematisk ukritisk at låne empatibegrebet fra andre discipliner, det det kan forsinke og fejldirigere begrebsudviklingen, så kan det være lige så problematisk at se på empati som et unikt fænomen inden for sygeplejen og undlade at inddrage den nyeste empatiforskning fra andre discipliner. På internationalt plan blev de første institutter for sygeplejevidenskab oprettet for mere end 50 år siden. Men selv efter så mange års aktiv forskningsvirksomhed inden for sygeplejefaget diskuteres det fortsat, hvorvidt sygepleje er en selvstændig videnskabelig disciplin, og i så fald hvilken slags. Kirkevold (2002:56-57), som er professor på Afdeling for Sygeplejevidenskab på det danske Institut for Folkesundhed ved Aarhus Universitet, er blandt dem, der sætter spørgsmål ved, hvilken slags videnskab sygeplejevidenskaben er. Hun har på baggrund af en gennemgang af nordisk sygeplejevidenskab analyseret sig frem til, at sygeplejevirkomheden har været praktiseret ud fra tre forskellige opfattelser af videnskab alene i de nordiske lande. Dette er i sig selv interessant i en tid, hvor videnskabelig virksomhed i stor grad betragtes som en international virksomhed. En selvstændig disciplin defineres som et særegent kundskabsområde. I de kriterier der har været lagt til grund for sygeplejen er blandt andet at kundskabsområdet må kunne skilles klart fra andre tilgrænsende fag. Dette er problematisk da vi deler genstandsområde med andre discipliner. Fænomener, som begrebsliggøres i sygeplejelitteraturen, er ikke fænomener, som sygeplejen kan tage patent på, f.eks. begreber som velvære og omsorg. På samme måde er det problematisk at tage patent på universelle menneskelige træk, så som fænomenet og begrebet empati. Eksempelvis siger Cheflægen fra Århus Amtssygehus i 2001, at sygeplejerskerne har forsøgt at tage patent på de bløde værdier. Men at prioritere de bløde værdier er noget, alle skal. Sygeplejersken skal ikke bare snakke og holde i

hånd, mens lægen bare skal skære. Alle parter skal have respekt og empati for patienten (Jungersen, 2001).

Det er derfor givtigt at samle begrebsliggørelser af empati fra andre discipliner og at følge kravet om, at kundskabsudvikling må være kumulativ, og at ny forskning må bygge på tidligere forskningsresultater, som en integrerende forskning. Betydningsfuld kundskabsudvikling kan ligge i analyse og udvikling af begreber. Wilson (1964), som er en klassiker inden for begrebsanalyse, siger, at mange med fordel kunne bruge mindre tid på, ukritisk, blot at acceptere andres brug af begreber og mere tid på at lære, hvordan man analyserer begreber generelt. Perspektivet i dette speciale bygger på et sprogfilosofisk grundlag, hvor det antages, at begreber i sygeplejen er dynamiske og udvikler sig. Begreber dukker op. Nogle kommer fra andre discipliner. Nogle bliver hentet frem fra egen tidligere tradition altså hentet fra sygeplejens egne historier. Andre igen bliver hentet fra religiøse skrifter. Når et begreb som empati bliver et begreb af interesse i sygeplejen, så er det, fordi det siger noget om sygeplejen. Et spændende perspektiv i den fremtidige forskning i empati og empatibias i sygeplejen kunne være inspirationen fra eksempelvis den nye hjerneforskning.

Ny hjerneforskning (Bauer, 2006) viser, at en særlig slags hjerneceller kaldet spejlneuroner gør os i stand til at leve os ind i andres følelser. Faktisk ser det ud til, at vores evne til empati udspringer fra spejlneuronerne. Når vi aflæser et smil, sker der en spejling i vores hjerne, der igangsætter de samme hjerneprocesser, som hvis smilet havde været vores eget. Man kan sige, at vi forstår andre menneskers følelser og hensigter ved at foretage en slags mental efterligning af de signaler, vi modtager. I en ny forklaring på autisme skriver Jensen (2007), at denne evne imidlertid er kraftigt svækket hos autistiske personer. Man ved endnu ikke, om den autistiske hjernes spejlneuroner er ”knuste”, eller om de blot er ”duggede”. Med andre ord ødelagte eller bare lidt sløve, men meget tyder på det sidste, hvilket giver et spændende perspektiv til empatiforskningen. For det betyder, at det ikke kun er muligt at genoptræne, men i det hele taget at træne spejlneuronerne. Der findes allerede i dag behandlingsmetoder, som markant forbedrer autisters evne til at fungere i hverdagen. Et meget spændende forsøg er i gang ved University of California, hvor et forskerhold sætter gang i autistiske børns spejlneuroner ved hjælp af et specialdesignet computerspil. Spørgsmålet er så, om empati kan trænes via et computerspil, men de foreløbige resultater viser, at det hos nogle børn er muligt at vække spejlneuronerne til live og at virkningen tilmed holder (Jensen, 2007:48-51).

Et andet perspektiv i forhold til empatiforskningen er anvendelsen af terapeutisk interview i forskningen, som blandt andet er beskrevet af Kvale (1997: 282). Han skriver, at tera-

peutisk interview i forskningen viser at det er muligt at anvende empati og emotionel interaktion til indhentning af betydningsfuld viden om menneskets situation. I vor tids kvalitative kvindeforskning lægges der stor vægt på erkendelsesmæssige potentialer i følelser og empatien i menneskelig interaktion, herunder forskningsinterview. Det vil sige, at empati rummer et stort potentiale som humanvidenskabelig aktivitet. Fog (2004) siger noget tilsvarende i *Med samtalen som udgangspunkt*, hvor hun behandler empatien som en kilde til erkendelse, hvilket hun kalder den metodiske relevante empati. Hun siger, at vi altid udtrykker mere og andet end det, der fremgår af vores ord. Ligesom vi opfanger mere fra den anden, end vi umiddelbart er klar over.

Omvendt kan den humanvidenskabelige metode give nogle anvisninger på, hvordan empati kan implementeres i den kliniske praksis.

Da resultatet af empati i sygeplejen i sidste ende afgøres af patientens udsagn om modtaget empati, er det oplagt at udvikle måleredskaber hertil. Da empati er et forholdsvis abstrakt begreb, det vil sige ikke direkte observerbart, men kan udledes af forskellige direkte og indirekte observationer, og yderligere endnu ikke ser ud til at være et hverdagsbegreb for patienterne, så må sygeplejen lade sig inspirere til udvikling af mere sensitive instrumenter til vurdering af empatiens resultater, lige såvel som der i den kliniske sygepleje må udvikles en empatisk sensitivitet over for patienterne. Det er jo tankevækkende, når det ser ud til at sygeplejersker og sygeplejestuderende scorer sig selv højere, altså tror, at de er mere empatiske, end de i virkeligheden er, eller de ved, det forventes af dem, og derfor scorer sig selv højere.

I en helt ny svensk undersøgelse fra den psykiatriske sygepleje belyses forskellen mellem sygeplejerskens opfattelse af patienten og den omsorg, de yder, og patientens opfattelse af dem selv og den omsorg, de modtager, og det synes klart, at sygeplejerskerne ikke behandler patienten som en unik person, men tilskynder patienten til at blive et tilpassende individ, en person som har brug for at passe ind i sygeplejerskens generaliserede billede af en psykiatrisk patient (Lilja & Hellzén, 2007). Forskerne anvender en systematisk humanvidenskabelig metode og anbefaler, at selvsamme metode tages i brug i den kliniske praksis for at implementere større empati i sygeplejen og dermed øge sygeplejerskernes emotionelle sensitivitet over for patienterne (ibid.:141).

Som arbejdsforholdene er i øjeblikket, med stor mangel på sygeplejersker og mange ubesatte stillinger, er det måske mest sandsynligt, at moden empati eller empatisk nøjagtighed er en human videnskabelig aktivitet mere end en klinisk sygeplejeaktivitet. Der ligger en stor udfordring forude, men en rigtig god grund til at kæmpe for gode empatiske

arbejdsforhold i den kliniske praksis, da empati forudsætter empati. Det er ligeledes vigtigt at huske, at empati har et kæmpe omsorgs- og behandlingspotential, hvilket Kræftens Bekæmpelse i deres motto, *delt smerte er halv smerte*, på en måde også gør alle bekendt med.

Referencer:

Alligod, M.R. & May, B.A. (2000) A Nursing Theory of Personal System Empathy: Interpreting a Conceptualization of Empathy in King's Interacting Systems. I: *Nursing Science Quarterly* Vol. 13, No. 3:243-247.

Amtsrådsforeningen et al. (2003). *Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellemmen-neskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet*. Kvalitetsafdelingen i Århus Amt, 2003:1-125.

Arthur, V. & Clifford, C. (2004). Rheumatology: the expectations and preferences of patients for their follow-up monitoring care: a qualitative study to determine the dimensions of patient satisfaction. I: *Journal of Clinical Nursing*, (13):234-242.

Bauer, J. (2006). *Hvorfor jeg føler det, du føler*. Borgens Forlag, København. 1. udgave, 1. oplag:7-134.

Berntsen, I. (1997). *Litt om kunstens betydning for erkendelse*. I: Berntsen, I. (red). *En albatros i stuen*. Oslo. Tano Aschehoug: 11-24.

Birkelund, R. (1999). *Livs-Oplysning*. Gyldendalske Boghandel. Nordisk Forlag A/S., Copenhagen: 9-171.

Bjørk, I.T., Helseth, S. & Nortved, F.(red) (2002). *Møte mellem pasient og sykepleier*. Gyldendal Akademisk.:31,118,146,203, 247.

Brekke, V. (1993). *Empati og sykepleie*. I: Martinsen, K. (red.) *Den omtenkssomme sykepleier*. TANO A.S 2. oplag, 1995:87-105.

Busch, C.J., Jensen, T. & Oved, M. (2002). *Religion, eksistens og sygepleje*. Dansk Sygeplejeråd og Ny Nordisk Forlag Arnold Busck A/S København:17-30.

Bydam, J. & Hansen, J.M. (2005). *Sygeplejens fundament 1-2*. Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S København

Chinn, P.L. & Kramer, M.K. (2005). *Udvikling af kundskaber i sygeplejen*. Akademisk Forlag 1. udgave, 1. oplag, :79-107.

Ciaramicoli, A.P. & Ketcham, K. (2004) *Empati – evnen til at leve sig ind i et andet menneske*. Aschehoug Dansk Forlag A/S, 7-284.

Crigger, N. (2001) Antecedents to engrossment in Noddings' Theory of care. I: *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 2001:616-623.

Christensen, K.B. (2007). Politikernes fælles løsning. Skaf udenlandske sygeplejersker. I: *Sygeplejersken*. (11):10-11

Danbjørg, D.B. (red.) (2003). *Sygeplejens vilkår i det danske sundhedsvæsen – en debatbog*. Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S København:9-25.

DSR (2004) De Sygeplejeetiske Retningslinier. Vedtaget maj 2004 på Dansk Sygeplejeråds kongres. I: *Håndbog*. Dansk Sygeplejeråd, København 2007:76.

DSR (2005) Dansk Sygeplejeråds Håndbog. Dansk Sygeplejeråd, København 2005:26.

Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Munksgaard, København 1. udgave, 1. oplag, :54-58.

Fields, S.K., Hojat, M., Gonnella, J.S. Mangione, S., Kane, G. & Magee, M. (2004) Comparisons of Nurses and Physicians on an Operational Measure of Empathy. I: *EVALUATION & THE HEALTH PROFESSIONS*, Vol. 27 no. 1.:80-94.

Fog, J. (2004). *Med samtale som udgangspunkt*. Akademisk Forlag, 2. udgave:62-63.

Gadamar, H-G. (2004). Forståelsens historicitet som de hermeneutiske princip. I: Gadamar, H-G. *Sandhed og metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. Viborg: Systime Academic:253-292.

Garrard, J. (2006). *Health Sciences Literature Review Made Easy: The Matrix Method*. Second Edition. Jones and Bartlett Publishers:3-177.

Hallström, I. & Elander, G. (2001) Needs during Hospitalization: Definitions and Descriptions made by patients. I: *Nursing Ethics* 8 (5):409-418.

Haveman, L. (2001). De frafaldne. I: *Sygeplejersken*. (9):39.

Hem, M.H. & Heggen, K. (2003). Being professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1):101-108.

Holm, U. (2003). *Empati for professionelle. Mødet mellem hjælper og hjælpøgende*. Hans Reitzels Forlag A/S, København, 1. udgave, 1.oplag:9-203.

<http://www.ualberta.ca/~iiqm/>

Hupcey, J.E., Penrod, J., Morse, J.M. & Mitcham, C. (2001). An exploration and advancement of the concept trust. I: *Journal of Advanced Nursing*, 36(2):282-293.

Jensen, M.H, (2007). Ny forklaring på autisme. I: *Illustreret Videnskab*. 10/2007:48-51.

Jonas-Simpson, C.M. (2001). Feeling Understood: A Melody of Human Becoming. I: *Nursing Science Quarterly*, Vol. 14 No. 3,:222-230.

Jungersen, D. (2001). Kliniske retningslinier for blæde værdier. I: *Ugeskrift for Læger*, 2001:163(49):6931.

Kirkevold, M. (1996). *Oversiktsartikler – et middel for å fremme integrasjon av sykepleieforskning*. I: Bjerkreim, T., Mathisen, J. & Nord, R. (red.) *Visjon, viten og virke*. Universitetsforlaget AS 1996, Oslo, :100-118.

Kirkevold, M.(2002). *Hva slags vitenskap er sykepleievitenskapen*. I: *Fokus på sygepleje - videnskap og samfund*. Laustsen, S.; Uhrenfeldt, L.; Noer, V.R. (Eds.). Munksgaard, Danmark, København: 56-57.

Kjær, T.A. (2003). Når sorgen er hjemløs. I: *Sygeplejersken*, (13):22-25.

Kohut, H. (2002) *Selvpsykologiske perspektiver – historiske og kulturelle artikler og interview*. Forlaget Klim. 1. udgave, Århus, 33-222.

Krasnik, H. (2003). *Sygeplejen på afstand*. I: Danbjørg, D.B. (red.) *Sygeplejens vilkår i det danske sundhedsvæsen – en debatbog*. Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S :43-48.

Kunyk, D. & Olson, J.K. (2001). Clarification of Concetualizations of Empathy. I: *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), :317-325.

Kølle, B. (2007). *Rapport fra akut, medicisk afdeling*. I: *Kronik i Politiken*, 4. februar 2007.

Lauder, W., Reynolds, W., Smith, A. & Sharkey, S. (2002). A comparison of therapeutic commitment, role support, role competency and empathy in three cohorts of nursing students. I: *Journal of Psychiatric and Health Nursing*, (9): 483-491.

Lemonidou, C., Papathanassoglou, E., Giannakopoulou, M., Patiraki, E. & Papadatou, D. (2004). Moral Professional Personhood: Ethical reflections during initial clinical encounter in nursing education. I: *Nursing Ethics* 2004, 11(2) :123-137.

Lilja, L. & Hellzén, O. (2007). Disconfirmed in one's otherness: A comparison between the nurse's view of the patient's past, present and future and the patient's own view of the past, present and future. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. (2):131-143.

Mark, E. (2003). Hvor er etikken? I: *Sygeplejersken*, (8):16.

Martinsen, K (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etik og sanselighed i sygeplejen*. Oslo TANO A.S. 1. udgave, 3. oplag, 1998:143-166.

Martinsen, K. (1995). *Den omtensomme sykepleier*. TANO A.S 2. oplag, 1995 :7-9.

Mekki, E.T. & Tollefsen, S. (2002). *Sygeplejefaget og professionen – en introduktion til at studere sygepleje*. G.E.C.Gads Forlag. Aktieselskabet af 1994, København 1. udgave, 1. oplag, :41-49.

Morse, J.M., Anderson, G., Bottorf, J.L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S.M. & McIlven, K.H. (1992). Exploring Empathy: A Conceptual Fit for nursing Practice? I: *Journal of Nursing Scholarship* 24(4): 237-280.

Morse, J.M., Mitcham, C., Hupcey, J.E. & Tasón, M.C. (1996). *Criteria for concept evaluation*. *Journal of Advanced Nursing*, 1996, (24):385-390.

- Morse, J.M. (2000). *Exploring Pragmatic Utility: Concept Analysis by Critical Appraising the Literature*. I: Rodgers, B.L. & Knaf, K.A. *Concept Development in Nursing*. W.B. Saunders Company, second edition, :333-352.
- Mundt, K. et al. (2003). *Alkohol – forebyggelse på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger*. Klinisk Enhed for Sygehusforebyggelse, København, :109-132.
- Myhrvold, T. (2006). The different other – towards an including ethics of care. I: *Nursing Philosophy*, 7, :125-136.
- Nichols, M.P. (1995). *The lost art of listening*. New York: Guildford. :9.
- Olson, J.K. (1995). Relationships between nurse-expressed empathy, patient-percieved empathy and patient distress. I: *Journal of Nursing Scholarship*, (27):317-322.
- Olson, J.K. & Hanchett, E. (1997). Nurse-expressed empathy, patient outcomes, and development of a middle-range theory. I: *Journal of Nursing Scholarship*, (29):73-76.
- Olsen, D.P. (2001). Empathetic Maturity: Theory of Moral Point of View in Clinical Relations. I: *Advanced Nursing Science* 2001;24(1):36-46.
- Olsson, H., Backe, H., Sörensen, S. & Kock, M. (2002) The essence of humour and its effects and functions: a Qualitative study. I: *Journal of Nursing Management* (10):21-26.
- Overgaard, A.E. (2003). *Åndelig omsorg – en lærebog*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S, :11-159.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of Nursing Reaserch. Methods, Appraisal, and Utilization*. 5th edit. Philiadelphia: Lippincott.
- Reunert, S.K. & Reunert, T. (2007) *Patient har det ikke godt*. I: Kronik i Politiken 19. februar 2007
- Reynolds, W.J. & Scott, B. (2000). Do nurses and other professional helpers normaly display much empathy. I: *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), :226-234.
- Reynolds, W.J. & Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (6), :363-370.
- Reynolds, W.J., Scott, B. & Jessiman, W.C. (1999). Empathy has not been measured in clients` terms or effectively taught: a rewiev of the literature. I: *Journal of Advanced Nursing*, 30(5):1177-1185.
- Reynolds, W.J., Scott, P.A. & Austin, W. (2000). Nursing, empathy and perception of the moral. I: *Journal of Advanced Nursing*, 32(1):235-242.
- Rodgers, B.L. & Knafl, K.A. (2000). *Concept Development in Nursing*. W.B. Saunders Company, second edition:ix-ix.

- Rodgers, B.L (2000 a). *Philosophical Foundations of Concept Development*. I: Rodgers, B.L. & Knafl, K.A. *Concept Development in Nursing*. W.B. Saunders Company, second edition:7-37.
- Rodgers, B.L (2000 b). *Concept Analysis: An Evolutionary View*. I: Rodgers, B.L. & Knafl, K.A. *Concept Development in Nursing*. W.B. Saunders Company, second edition:77-102.
- Sommer, C. (2007). Et spørgsmål om at turde og tænke konstruktivt. I: *Sygeplejersken*. (11):14-15.
- Sørensen, M.L. (2004). Åbenlys mangel på respekt. *Sygeplejersken*, (6):14.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of Nursing*. F.A. Davis Company, Philadelphia second edition. :119-155.
- Wackerhausen, S. (1998). *Den gode vilje og magtens empati*. I: Hansen, H.P. *Omsorg, krop og død – en bog om sygepleje*. Gyldendalske Boghandel Nordisk Forlag A.S., Copenhagen 1. udgave, 1. oplag, :59-80.
- Wackerhausen, S. (2002). *Humanisme, professionsidentitet og uddannelses-sundhedsområdet*. Hans Reitzels Forlag A/S, København, :7-87.
- Walker & Alligood (2001) Empathy From a Nursing Perspective: Moving Beyond Borrowed Theory. I: *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. XV, No. 3 (June):140-147.
- Watson, J.W., Garfinkel, P., Gallop, R. Stevens, B., & Steiner, D. (2000). The impact of nurses' empathic responses on patients pain management in acute care. *Nursing Research*, 49(4): 191-200.
- White, S.J. (1997). Empathy: a literature review and concept analysis. I: *Journal of Clinical Nursing* (6):253-257.
- Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education. Advancing the concepts. I: *Journal of Advanced Nursing* 47(3):311-320.
- Wikström, B. (2003) A Picture of a Work of Art as an Empathy Teaching Strategy in Nurse Education Complementary to Theoretical Knowledge. I: *Journal of Professional Nursing*, Vol 19, No 1: 49-54.
- Willman, A. & Stoltz, P. (2003). *Evidensbaseret sygepleje. En bro mellem forskning og klinisk virksomhed*. G.E.C.Gads Forlag. Aktieselskabet af 1994, København. 1. udgave, 1. oplag 2004,: 17-51.
- Wilson, J. (1963). *Thinking with Concepts*. Cambridge University Press. Reprinted edition 1999, :1-171.
- Yates, P., Hart, G., Clinton, M., McGrath, P. & Gartry, D. (1998). Exploring empathy as a variable in the evaluation of professional development programs for palliative care nurses. *Cancer Nursing*, Volume 21(6): 402-410.

Yegdich, T. (1999). On the phenomenology of empathy in nursing: empathy or sympathy?
I: *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), : 83-93.