

Przegląd Badań Edukacyjnych

Małgorzata Fopka-Kowalczyk

Maria Flakus

Dagna Kocur

SKALA WSPÓŁCZUCIA DLA INNYCH (CS-R-PL)

Numer 38 (2022), Podręcznik Pracowni Narzędzi Badawczych

Redakcja Naukowa

prof. dr hab. Krzysztof Rubacha
dr hab. Violetta Kopińska, prof. UMK

Rada Naukowa

prof. Jan Danek, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave (Słowacja), prof. dr hab. Dorota B. Gołębiak, Dolnośląska Szkoła Wyższa, Wrocław (Polska), prof. dr Zbigniew Formella, Università Pontificia Salesiana, Roma (Włochy), dr Halyna Katolyk, Ukraiński Uniwersytet Katolicki, Lwów (Ukraina), Ass. Prof. Roald Larsen, UiT University of Tromsø (Norwegia), prof. dr Tadeusz Lewicki, Università Pontificia Salesiana, Roma (Włochy), prof. dr hab. Zbyszko Melosik, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań (Polska), prof. dr hab. Roman Schulz, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń (Polska), dr Valentina Shvets, National Academy of Pedagogical Sciences, Kyiv (Ukraina), dr Sabina Siebert, University of Glasgow (Szkocja), dr hab. Dorota Siemieniecka, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń (Polska), dr hab. Teresa Sołtysiak, prof. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz (Polska), dr Zoroslav Spevak, Assoc. Prof., University u Novom Sadu (Serbia), doc. mgr. Mariana Sirotoová, PhD, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave (Słowacja), prof. dr hab. Marzenna Zaorska, Uniwersytet Warmiński-Mazurski, Olsztyn (Polska)

Rada Naukowa Pracowni Narzędzi Badawczych

prof. dr hab. Krzysztof Rubacha, prof. dr hab. Joanna Madalińska-Michalak, prof. dr hab. Ewa Jarosz,
dr hab. Beata Nowak, prof. Pedagogium, dr hab. Sławomir Pasikowski, dr Emilia Aksamit, dr Magdalena Cuprjak

Redaktor statystyczny

prof. dr hab. Krzysztof Rubacha

Redaktorzy językowi

dr hab. Krzysztof Gajdka – język polski
mgr Marta Kowalczyk – język angielski

Sekretarze Redakcji

dr Magdalena Cuprjak, e-mail: mcuprjak@umk.pl
dr Małgorzata Fopka-Kowalczyk, e-mail: mfopka-kowalczyk@umk.pl

Redakcja „Przeglądu Badań Edukacyjnych”
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Wydział Filozofii i Nauk Społecznych
Instytut Nauk Pedagogicznych
87-100 Toruń, ul. Lwowska 1
<https://apcz.umk.pl/czasopisma/index.php/PBE>



Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłącznej Creative Commons
i dystrybuowane w wersji elektronicznej Open Access poprzez Akademicką Platformę Czasopism UMK
Wersja papierowa jest dostępna w druku na żądanie na stronie internetowej Wydawnictwa
www.wydawnictwoumk.pl

ISSN 1895-4308

<http://dx.doi.org/10.12775/PBE.2022.014>

© Copyright by Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Toruń 2022

UNIwersYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA
ul. Gagarina 11, 87-100 Toruń, Polska

Druk: Drukarnia Wydawnictwa Naukowego UMK

Spis treści

Wprowadzenie	7
1. Definicje i znaczenie współczucia	9
2. Współczucie dla innych a zdrowie i dobrostan	11
3. Współczucie dla innych a relacje z innymi	13
4. Geneza badań nad Skalą Współczucia dla Innych (<i>Compassion Scale</i> – CS) autorstwa Pommier, Neff i Tóth-Királyego	17
5. Zasady operacjonalizacji	20
5.1. Proces adaptacji <i>Compassion Scale-R</i> do warunków polskich	20
6. Walidacja i adaptacja CS-R	21
6.1. Walidacja kulturowa skali	21
6.2. Pilotaż i analizy psychometryczne w procesie walidacji Skali Współczucia dla Innych	22
7. Wyniki. Analizy statystyczne	23
Podsumowanie	31
Bibliografia	33
Aneks 1. Kwestionariusz do testu	41
Aneks 2. Klucz do obliczania wyników w teście i podskalach	43

Abstrakt

Celem projektu była adaptacja na gruncie polskim zrewidowanej wersji Skali Współczucia dla Innych autorstwa Elizabeth Pommier, Kristin Neff i Istvána Tóth-Királyego. Adaptacja przebiegała w dwóch głównych etapach: walidacji kulturowej i psychometrycznej. W badaniach wykorzystano zrewidowaną wersję skali CS-R z 2020 roku, metryczkę z wybranymi danymi demograficznymi, test do badania osobowości NEO-FFI, Skalę Samooceny SES Rosenberga oraz Skalę Współczucia dla Samego Siebie (SCS-PL). W badaniu łącznie wzięło udział 645 osób dorosłych mieszkających na terenie Polski. Uzyskane w procesie adaptacji i walidacji dane pozwalają na wprowadzenie Skali Współczucia dla Innych (CS-R-PL) na grunt polski. Skala umożliwia praktykom i badaczom polskim ocenę stopnia posiadanych umiejętności praktykowania współczucia, na przykład wśród specjalistów lub też osób zawodowo zajmujących się pomaganiem, w celu zaplanowania i tworzenia właściwych szkoleń w tym zakresie.

Słowa kluczowe:

Skala Współczucia dla Innych (CS-R), polska wersja, adaptacja kulturowa, walidacja psychometryczna.

Wprowadzenie

Współczucie to cecha, która wydaje się niezbędna zarówno w profesjonalnym pomaganiu (Forgaty i in., 1999; Lesińska-Sawicka i in., 2016), w relacjach w pracy (Jazaieri i Rozk, 2021), jak i w codziennym życiu podczas radzenia sobie z trudnymi sytuacjami (Mongrain i in., 2011). Współczucie jest wyraźnie związane z ewolucją postaw opiekuńczych, altruizmem i zachowaniami prospołecznymi (Gilbert, 2017). Badania dowodzą, że rozwijanie współczucia wiąże się z wyższym własnym dobrostanem (López i in., 2018; Roxas i in., 2019) oraz lepszymi relacjami z innymi ludźmi (Simon-Thomas i in., 2011).

Nauki społeczne, medycyna, a także filozofia coraz częściej obejmują swoją uwagę zagadnienie okazywania współczucia drugiemu człowiekowi. Obok współczucia dla samego siebie (*self-compassion*) omawiana jest również kategoria współczucia dla innych. Sama koncepcja współczucia – podobnie jak samowspółczucia – wywodzi się między innymi z buddyzmu i filozofii Wschodu. Na grunt współczesnej psychologii została wprowadzona przez Kristin Neff (2003a; 2003b), której badania nad samowspółczuciem stały się podstawą teoretyczną definiowania współczucia i utworzonej skali współczucia wobec innych (*Compassion Scale* – CS). Subkomponenty wyróżnione na potrzeby konceptu *self-compassion* znajdują swoje odzwierciedlenie w zmiennej współczucia dla innych. Samowspółczucie składa się z trzech elementów, reprezentujących bardziej współczującą i mniej bezlitosną odpowiedź na siebie w trudnych momentach życia. Są to: życzliwość, wspólnota doświadczeń i uważność. *Compassion Scale* została uzupełniona jeszcze o czwarty element, jakim jest obojętność (Pommier i in., 2020).

1. Definicje i znaczenie współczucia

Termin „współczucie” nie doczekał się jednej zoperacjonalizowanej koncepcji. W literaturze wskazuje się wiele modeli, propozycji rozumienia i definiowania współczucia. Współczucie jest zakorzenione w motywach opiekuńczych, które wymagają szeregu kompetencji, takich jak empatia, hojność, otwartość, tolerancja na cierpienie, zaangażowanie czy odwaga (Gilbert, 2005; 2009; Goetz i in., 2010; Gilbert i Choden, 2019). Wśród wyróżnionych cech i atrybutów współczucia są także: rozpoznawanie i wrażliwość na cierpienie, nieosądzanie, rozpoznawanie wspólnego dla człowieczeństwa cierpienia, spokój, cierpliwość i motywacja do działania w celu złagodzenia i zapobiegania cierpieniu (Kirby i in., 2017; Monteiro i Musten, 2017). Według Goetz i współpracowników (2010) współczucie to odczuwana odpowiedź na cierpienie innego, która obejmuje troskę i autentyczne pragnienie złagodzenia tego cierpienia. Jest to więc zachowanie prospołeczne, związane z ewolucją postaw opiekuńczych i altruizmem. To także jedna z podstawowych umiejętności wszystkich istot żywych (Gilbert, 2020), której można się nauczyć i w sobie wykształcić (Lesińska-Sawicka i in., 2016). W niniejszym podręczniku za zasadniczą definicję współczucia uznaje się tę proponowaną przez Pommier i współpracowników (2020): „współczucie to doświadczanie życzliwości, poczucie wspólnoty człowieczeństwa, uważność i zmniejszona obojętność wobec cierpienia innych” (s. 21). Jest to więc postawa polegająca na emocjonalnej reakcji na cierpienie innych osób, próba zrozumienia poznawczego danej sytuacji oraz zauważenie doświadczanego cierpienia, a także bycie bardziej skupionym na cierpieniu czy dystresie drugiego człowieka (Pommier i in., 2020).

Na podstawie literatury (Gilbert i Choden, 2019; Wahl, 2019; McGonigal, 2021) można stwierdzić, że wszyscy ludzie są zdolni do współczucia, ponieważ jest to instynkt umiejscowiony w mózgu, w obszarze odpowiedzialnym za potrzeby i umiejętności człowieka. Niektóre osoby jednak nie praktykują współczucia ze względu na wcześniejsze doświadczenia, lęk i niepokój przed zranieniem czy też czynniki różnicujące postawy współczucia, na przykład zmienne demograficzne (zawód, stan cywilny czy wiek) (por. np. Gilbert i in., 2011; Gula i in., 2019; Sak i in., 2021). Potwierdzają to również analizy z badań studentów medycyny, którzy nie okazują współczucia lub boją się rozmawiać z chorymi o ich cierpieniu w obawie przed nadmiernym zaangażowaniem czy też lękiem przed emocjami, które mogą u nich wystąpić w związku z okazywaniem współczucia cierpiącemu pacjentowi (Scholz i in., 2017).

W analizach dotyczących współczucia przytaczane są nierzadko inne terminy utożsamiane z tym pojęciem lub traktowane potocznie jako jego synonimy. Mowa o empatii, altruizmie czy litości. Paul Gibbs (2017) argumentuje, że nie są to tożsame kategorie. Również w niniejszym podręczniku są one traktowane jako różne znaczeniowo. Słowo „*empatia*” pochodzi od greckiego *empátheia*, co oznacza wczuwać się lub wchodzić w doświadczenie innego (Gilbert, 2015), jest zdolnością człowieka do przyjęcia perspektywy czy też wyobrażenia sobie uczuć drugiego człowieka (Gibbs, 2017), do zarażania się uczuciami innych – jest ich współodczuwaniem (Bloom, 2017). Natomiast współczucie występuje wówczas, gdy uczuciom towarzyszy pragnienie pomocy człowiekowi w uwolnieniu go od cierpienia (Bloom, 2017; Gibbs, 2017). W zależności od obranej perspektywy zmieniają się konsekwencje poznawcze i emocjonalne dla osoby empatyzującej lub współczującej: nadmierna empatia częściej może prowadzić do wypalenia (Hunt i in., 2017), współczucie z kolei zakłada o wiele większą aktywność i chęć ulżenia w cierpieniu (Gilbert, 2014).

Współczucie bywa również mylone z litością. Choć potocznie te określenia często mieszają się ze sobą, mają istotnie różne znaczenie. Litość i uzalanie się nad innymi wprowadzają pewnego rodzaju relację hierarchiczną i mogą polegać na przykład na spoglądaniu na kogoś z góry czy z pewną wyższością (White, 2017; Gilbert i Choden, 2019), współczucie zaś polega na odnoszeniu się do drugiej osoby z szacunkiem i utożsamianiu się z cierpiącym (White, 2017).

Ekman (2014) wyróżnił cztery wymiary współczucia: *empathic compassion* (kontakt z uczuciami, które wywołuje cierpienie innych); *action compassion* (podejmowanie działań w celu złagodzenia cierpienia); *concerned compassion* (oparte na motywacji do pomocy); *aspirational compassion* (związane z bardziej poznawczym pragnieniem rozwijania współczucia). Definicje te są przydatne w trakcie analizy powiązań współczucia z innymi pojęciami, takimi jak altruizm, życzliwość czy empatia (Gilbert, 2015).

Współczucie dla innych może być także rozumiane jako stan lub cecha (Goetz i in., 2010). Stan to krótkie i związane z kontekstem emocjonalnym okazywanie współczucia, wywołanego przez wyraźną przyczynę. Cecha obejmuje tendencję do doświadczania współczucia w różnych sytuacjach, to znaczy ogólny styl reakcji emocjonalnej, która jest adekwatna do czasu i kontekstu (López i in., 2018). Współczucie wobec samego siebie również może być analizowane zarówno w kontekście cechy (Neff, 2003b), jak i stanu (Neff i in., 2021).

Badania nad współczuciem obejmują także analizy zmiennych demograficznych, takich jak płeć, wiek czy wykształcenie. Analizy uwzględniające płeć dowodzą, że kobiety wykazują wyższy poziom współczucia dla innych niż mężczyźni. Badania z uwzględnieniem wykształcenia pokazują, że współczucie dla innych jest wyższe u osób słabo wykształconych w porównaniu z osobami ze średnim i wyższym wykształceniem (López i in., 2018). Także osoby znajdujące się w gorszej sytuacji ekonomicznej przejawiają większe współczucie niż osoby zamożne, podobnie osoby zorientowane liberalnie lub z postępową perspektywą polityczną (Taggart, 2019).

2. Współczucie dla innych a zdrowie i dobrostan

Współczucie przynosi natychmiastowe korzyści, poprawiając samopoczucie psychiczne i dobrostan (Donaldson i in., 2014; López i in., 2018), a także wpływając na dobrostan fizyczny (Lee, 2021). Jest zdecydowanym czynnikiem chroniącym zdrowie psychiczne (Krieger i in., 2013), zmniejszającym symptomy depresji (Matos i in., 2021), lęku czy poczucia wstydu i podnoszącym poczucie własnej wartości (Neff, 2003b; Steffen i Masters, 2005; Salazar, 2014).

Badania nad współczuciem pokazują także pozytywny wpływ na osoby okazujące współczucie. Z pozytywnych aspektów można wymienić między innymi zwiększenie ich zadowolenia i satysfakcji z pracy, mniejsze ryzyko wypalenia zawodowego czy też większą łatwość w budowaniu przez nich odporności emocjonalnej (Kinman i Grant, 2021). Współczucie reguluje negatywny wpływ sytuacji poprzez zachowania opiekuńcze oraz wyrażanie i komunikowanie uczuć ciepła i bezpieczeństwa (Leaviss i Uttley, 2015). Badania Mongrain, China i Shapira (2011) sugerują, że praktykowanie współczucia może skutkować trwałą poprawą szczęścia i poczucia własnej wartości, a osobom odczuwającym niepokój może przynieść poprawę samopoczucia (Gibbs, 2019).

Badania wskazują na wiele korzyści praktykowania współczucia wobec innych na różnych płaszczyznach funkcjonowania, zarówno w życiu codziennym, jak i w relacji pomagania. Liczne dane dowodzą, że przynosi ono natychmiastowe korzyści, poprawiając samopoczucie psychiczne i dobrostan (López i in., 2018), nie tylko osobom otrzymującym tego rodzaju wsparcie i pomoc, ale także tym, którzy to współczucie okazują (López i in., 2018; Roxas i in., 2019). Współczujące osoby mają tendencję do odczuwania lepszego samopoczucia, wzrostu poczucia własnej wartości, psychologicznego dobrostanu oraz poczucia subiektywnego szczęścia (Mongrain i in., 2011; Roxas i in., 2019). W krótkim okresie współczucie korzystnie wpływa też na osoby doświadczające niepokoju, zmniejszając symptomy depresyjne (Mongrain i in., 2011).

Według badanych pacjentów współczucie otrzymywane od lekarzy zmniejsza odczuwane cierpienie (Lelorain i in., 2012). Dla wielu współczująca postawa lekarza jest predyktorem zmniejszającego się lęku (Fogarty i in., 1999), a nawet czynnikiem wpływającym na przeżycie pacjentów (Ironson i in., 2018). Współczucie okazywane pacjentom przez lekarzy przyczynia się do zwiększenia satysfakcji pacjenta (Lelorain i in., 2012), wpływając na jakość udzielanego wsparcia (Bramley i Matiti, 2014; Gilbert, 2017; Scarlet i in., 2017; Sinclair i in., 2017; Sinclair i in., 2021). Pace i współpracownicy (2009) wskazują w swoich badaniach, że uczestniczenie w treningu medytacji współczucia może zmniejszyć wywołane stresem reakcje immunologiczne i behawioralne organizmu. Badania dowodzą także, że niechęć lub niezdolność do praktykowania medytacji jest związana z tendencją do zwięks-

szania wrodzonych reakcji immunologicznych i emocjonalnych na stres psychospołeczny (Pace i in., 2009). Interwencje w postaci współczującej medytacji zmniejszają także nasilenie chronicznego bólu i odczuwanego gniewu, zwiększając jednocześnie akceptację tego bólu. Zauważono także pozytywne zmiany emocjonalne i behawioralne wśród pacjentów biorących udział w treningu współczucia (Chapin i in., 2014).

Chociaż zapewnienie współczującej opieki przynosi wiele korzyści odbiorcom okazywanej troski, zawsze istnieje ryzyko wystąpienia emocjonalnych kosztów „pomagania”. Najczęściej pojawia się zmęczenie współczuciem (*compassion fatigue*), nierzadko pogarszające samopoczucie pomagających, powodujące symptomy wypalenia zawodowego i utratę zainteresowania pomaganiem (Kinman i Grant, 2021), a także doświadczenie poczucia straty po śmierci pacjentów objętych wcześniej opieką, współczuciem i troską (Fopka-Kowalczyk, 2016). Wśród innych symptomów można wyróżnić zwiększone ryzyko problemów ze zdrowiem psychicznym i fizycznym oraz inne negatywne skutki, takie jak bezsenność i nadużycia w pomaganiu (Kinman i Grant, 2021). Jednak szereg tych konsekwencji najczęściej nie jest skutkiem samego przeżywania współczucia, ale trudności wynikających ze specyfiki okazywanej pomocy lub braku możliwości pomocy. Pewnym remedium może być właśnie współczucie dla samego siebie (Delaney, 2018).

3. Współczucie dla innych a relacje z innymi

Współczucie jest traktowane jako kondycja ogólnoludzka, a jego brak może skutkować pogorszeniem się sytuacji całej ludzkości i świata, czego przejawem jest np. wywoływanie wojen czy stosowanie przemocy (Dalajlama, 2001). Większe współczucie wobec innych poprawia nasze relacje z otoczeniem, ale wiąże się również z większą ekstrawersją, altruizmem i skłonnością do wybaczenia czy większym poczuciem więzi społecznych (*social connectedness*) (Pommier i in., 2020), zmniejsza objawy depresji (Krieger i in., 2013) oraz polepsza ogólne samopoczucie (Mongrain i in., 2011). Bez współczucia wobec innych wsparcie i opieka to wyłącznie mechaniczne wykonywanie zawodu, skupione na niezbędnych procedurach (Lesińska-Sawicka i in., 2016; Čevik i Tanhan, 2020), lub też stosowanie technik zastępczych, takich

jak traktowanie wszystkiego z humorem, zajmowanie się własnymi sprawami lub medykalizacja zachowań (Burack i in., 1999). Badania Simon-Thomas i współpracowników (2011) pokazały, że jeśli nasza intencja do jakiegoś działania opiera się na szczerzej chęci pomocy i ograniczeniu cierpienia innych, a nie na egocentrycznych pobudkach (np. pragnieniu, by być lepszym od innych), to częściej jesteśmy zadowoleni, rzadziej przygnębieni, zestresowani czy przestraszeni, mamy też lepsze relacje z innymi. Współczucie odgrywa więc znaczącą rolę w regulacji emocji, w regulacji zachowania wobec drugiego człowieka i w kontaktach międzyludzkich (Seppälä i in., 2017).

Współczucie dla innych podnosi kompetencje i polepsza relacje międzyludzkie. Wyniki badań praktykowania przez rodziców współczucia wobec dzieci wskazują na jego pozytywny wpływ na rozwój dzieci, na sposób doświadczania przez dzieci emocjonalnych trudności i radzenia sobie z nimi, na pozytywne zachowania (Lathen i in., 2020). Nieoceniająca i akceptująca uważna postawa rodziców pozwala dzieciom odczuwać od nich większe wsparcie, co podnosi jakość relacji rodzice – dzieci. Współczucie zmniejsza także obwinianie się rodziców w przypadku niepowodzeń w realizacji celów wychowawczych (Duncan i in., 2009). Brak opieki i współczucia, na przykład wobec dzieci we wczesnym okresie życia, może stanowić przyczynę późniejszych problemów ze zdrowiem psychicznym, a okazywanie współczucia może działać jako proces psychoterapeutyczny i promować zachowania prospołeczne (Gilbert, 2020).

Współczucie dla innych ma także znaczenie w szkolnictwie i edukacji. Okazywane uczniom w klasie zwiększa efektywność ich pracy, podnosi poziom współpracy i daje lepsze rezultaty w zakresie uczenia się (Hart i Kindle Hodson, 2004), przyczynia się również do zmniejszenia stresu uczniów i pomaga w rozwoju zdrowego stylu życia (Uusimaki i Garvis, 2019). Współczucie okazywane nauczycielom przez współpracowników lub przełożonych zwiększa satysfakcję z pracy, zaangażowanie i zapewnia ogólny dobrostan odczuwany w miejscu pracy oraz staje się czynnikiem wspierającym w stresowych codziennych sytuacjach związanych z nauczaniem (Eldor i Shoshani, 2016). Stanowi również antidotum przeciwko znęcaniu się, rasizmowi i innym nieakceptowanym zachowaniom społecznym w szkole (Uusimaki i Garvis, 2019) i w pracy (Dutton i in., 2003).

Pozytywne rezultaty przynosi zastosowanie Terapii Skoncentrowanej na Współczuciu (TSW), która wpływa na lepszą odporność psychiczną u pracowników służby zdrowia i poprawia poziom ich opieki nad pacjentem. TSW może być również pomocna w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu oraz zmniejsza lęk przed okazywaniem współczucia (Scarlet i in., 2017). Wykazano, że interwencje związane ze współczuciem poprawiają poziom współczucia i uważności, a także zmniejszają konflikty interpersonalne (Conversano i in., 2020). Współczująca rozmowa pozytywnie koreluje z empatyczną troską, przyjęciem perspektywy cierpiącego człowieka, inteligencją emocjonalną, ekspresją społeczną, ekspresją emocjonalną i życzliwością, a negatywnie – z agresją słowną i narcyzmem. Współczujący dotyk zaś jest pozytywnie skorelowany ze współczuciem, empatyczną troską, przyjęciem perspektywy drugiej osoby, inteligencją emocjonalną, ekspresją społeczną, ekspresją emocjonalną i życzliwością. Wreszcie, współczujący przekaz pozytywnie koreluje z ekspresją społeczną, ekspresją emocjonalną, a nie jest skorelowany z agresywnością słowną i narcyzmem (Salazar, 2014).

Praktykowanie współczucia ma również znaczenie w miejscach pracy i organizacjach, wpływa bowiem na dobrostan psychiczny pracowników i wzrost pozytywnych emocji (Dutton i in., 2003), wykonywaną przez nich pracę i jakość ich życia oraz relacji z innymi (Peters, 2020). Także obecność współczującego lidera w pracy ma pozytywny wpływ na pracowników i całą organizację (Peters, 2020). Paul Gibbs zaznacza jednak: „współczucie jest niewystarczające samo w sobie, ale wraz z troską, empatią, przynależnością, szacunkiem i zaufaniem organizacje mogą tworzyć struktury zarządzania, w których podejmowanie decyzji organizacyjnych może odzwierciedlać i korzystać z różnorodności, która kształtuje nasz świat” (Gibbs, 2019, s. 162). Brak współczucia w odpowiedzi na ból w miejscu pracy może zwiększać stres i generować niezadowolenie, podczas gdy obecność współczucia często pozwala ludziom działać i czuć się pozytywnie użytecznym (Dutton i in., 2003).

Współczucie w miejscach pracy nie tylko zwiększa satysfakcję i zadowolenie z pracy, ale także zmniejsza ryzyko wypalenia zawodowego, ułatwia budowanie przez pracowników odporności emocjonalnej (Kinman i Grant, 2021), podnosząc poziom zaufania wśród pracowników oraz chęć współpracy (Paakkanen i in., 2021). Współczucie w pracy pozwala zrozumieć różne sytuacje, ludzie czują się dobrze i mają większą świadomość oraz wrażliwość

na to, co dzieje się wokół nich. Są w stanie przystosować swoje zachowania i działania odpowiednio do sytuacji w pracy. Zbudowane zaufanie zachęca następnie do angażowania się w praktykowanie współczucia, ponieważ pracownicy potrafią zauważyć, poczuć i reagować na ból i problemy współpracowników. Zaufanie do innych wiąże się z oczekiwaniem na możliwość współpracy w przyszłości (Dastgeer i Khalid, 2021).

Współczucie jest też jedną z najważniejszych wartości oczekiwanych w medycynie w relacji z chorym (Frampton i in., 2013; Baguley i in., 2020). Przeprowadzone analizy wykazały pozytywny wpływ okazywanego współczucia na jakość nawiązywanych relacji, także w kontakcie pracownika medycznego z pacjentem (Bramley i Matiti, 2014). Badania nad współczuciem dla innych wśród pielęgniarek i starszych pacjentów chorych przewlekle wykazały, że współczucie jest cennym procesem, który motywuje pacjentów i pielęgniarki do współpracy, wiąże się z poprawą satysfakcji pacjentów ze sprawowanej opieki i pozwala na uzyskiwanie przez nich lepszych wyników klinicznych (van der Cingel, 2011). Praktykowanie i doświadczanie współczucia może też pozytywnie wpłynąć na to, jak pacjenci radzą sobie z nasilającym się lub przewlekłym bólem oraz z negatywnymi emocjami, np. gniewem (Chapis i in., 2014). Współczucie ma silny pozytywny wpływ na pracowników służby zdrowia, ponieważ zmniejsza ich cierpienie moralne, wypalenie zawodowe i stres zawodowy, jednocześnie zwiększając zaangażowanie w pracę i satysfakcję z wykonywanej pracy (Sinclair i in., 2021).

Współczucie wobec innych jest ważne jako wspomagająca interwencja zwłaszcza w pracy z myślami i uczuciami klientów w obszarze psychoterapii (Cosley i in., 2010; Gilbert, 2017; Mascaro i in., 2020). Praktykowanie współczucia jest wyraźnie powiązane z sytuacjami medycznymi oraz zaangażowaniem specjalistów na rzecz pacjenta (Scarlet i in., 2017; Sinclair i in., 2017), wpływając korzystnie na wyniki i rezultaty leczenia pacjentów oraz ich zadowolenie (Weingartner i in., 2019). Praktykowanie współczucia jest też istotne z perspektywy chorych. Badania pokazują, że pacjenci bardzo pozytywnie oceniają specjalistów, którzy w procesie leczenia i w relacjach z nimi wykorzystują techniki skoncentrowane na współczuciu i uważają tę umiejętność za bardzo ważną w relacji z lekarzem i w jakości leczenia (Lown i in., 2011). Praktykowanie współczucia wobec pacjentów przez personel medyczny podnosi jakość życia, satysfakcję z podejmowanego leczenia i ogólny dobrostan

chorych (Bramley i Matiti, 2014). Trening współczucia może zwiększyć pozytywne doświadczenia afektywne, nawet w odpowiedzi na bycie świadkiem innych, którzy doświadczają przykrości (Jazaieri i in., 2018).

Wydaje się więc, że współczucie jest umiejętnością, którą – ze względu na możliwe korzyści jego praktykowania – warto wykorzystywać w pracy zawodowej i w codziennych relacjach interpersonalnych.

4. Geneza badań nad Skalą Współczucia dla Innych (*Compassion Scale* – CS) autorstwa Pommier, Neff i Tóth-Királyego

Pierwsza wersja Skali Współczucia dla Innych (*Compassion Scale* – CS) powstała w 2010 roku, a w 2020 ukazała się jej zrewidowana wersja. Skala *Compassion Scale-R* (CS-R) składa się z 16 pytań, na które badani odpowiadają, zaznaczając odpowiedzi zgodnie z podaną instrukcją (od 1 do 5, gdzie 1 – prawie nigdy, 5 – prawie zawsze). Test służy do oceny zdolności współczucia wobec innych ludzi.

Podstawą teoretyczną narzędzia do badania współczucia wobec innych są wcześniejsze badania i model *self-compassion* autorstwa Kristin Neff (2003a), która definiuje samowspółczucie jako bycie wrażliwym i otwartym na własne cierpienie, nieunikanie go i nieodłączanie się od niego, pragnienie złagodzenia własnego cierpienia i uzdrowienia siebie życzliwością. Współczucie wobec samego siebie obejmuje również okazywanie nieoceniającego zrozumienia własnego bólu, niedoskonałości i niepowodzeń, ze świadomością, że własne doświadczenie jest częścią większego ludzkiego doświadczenia i że inni ludzie również przechodzą przez podobne, trudne sytuacje (Neff, 2003a). Operacyjna definicja samowspółczucia może być stosowana także przy analizie współczucia dla innych, ponieważ współczucie dla siebie „tak naprawdę nie różni się od współczucia dla innych. Uczucia są takie same; doświadczenie jest takie samo. Różnica polega na tym, że ludzie o wiele chętniej okazują współczucie innym niż sobie samym” (Germer i Neff, 2019, s. 15). Model *self-compassion*, wykorzystany przy konstrukcji CS, ujmuje samowspółczucie w trzech wymiarach: życzliwości, wspólnoty doświadczeń i uważności. Każ-

demu pozytywnemu wymiarowi *self-compassion* odpowiada przeciwstawny aspekt (osądzanie siebie, izolacja i nadmierna identyfikacja).

W pierwotnym narzędziu CS, skonstruowanym w 2010 roku, wykorzystano ten podział, opierając się na koncepcji *self-compassion*, w wyniku czego powstała skala składająca się z 24 pytań pogrupowanych w 6 czynników adekwatnych do wyróżnionych powyżej (Pommier, 2010; Pommier i in., 2020). W odniesieniu do współczucia dla innych czynniki te wyrażały następujące postawy:

Życzliwość została skonceptualizowana jako troska o innych, którzy cierpią, wraz z pragnieniem pomagania i wspierania potrzebujących. W tym kontekście współczucie dla innych pozwala na ich zrozumienie i wyrozumiałość oraz życzliwość, kiedy cierpią, bez dokonywania surowych ocen, bez ich krytykowania czy obojętności wobec nich.

Wspólnota doświadczeń polega na uznaniu, że wszyscy ludzie doświadczają trudności i poczucia połączenia z tymi, którzy cierpią. Doświadczenie współczucia jest częścią większego ludzkiego doświadczenia, jest to zdolność do zobaczenia cierpienia i bólu innych. Rozpoznawanie cierpienia i reagowanie na nie jest powszechnie rozumiane jako część współczucia. Cierpienie może stanowić podstawę tego, jak działa powszechne człowieczeństwo. Natomiast brak tej perspektywy może prowadzić do dystansowania i zaprzeczania cierpieniom innych oraz braku zaangażowania (Çevik i Tanhan, 2020).

Uważność została skonceptualizowana jako rodzaj zrównoważonej świadomości, która ani nie unika bólu innych, ani nie gubi się w nim, będąc chętną do słuchania i zwracania uwagi na innych, w sytuacji gdy cierpią (Pommier i in., 2020). Ci, którzy nadmiernie identyfikują się z bólem innych, mogą stać się sparaliżowani przez to doświadczenie. Brak uważności nie będzie dopuszczał do świadomości cierpienia innych.

Na podstawie uzyskanych wyników w procesie konstrukcji CS (Pommier, 2010) ustalono różnice między skalą współczucia dla siebie a skalą współczucia dla innych w zakresie reagowania bez współczucia na cierpienie drugiego człowieka. W przypadku reakcji emocjonalnych na cierpienie innych, według auterek narzędzia, manifestuje się ono raczej jako obojętność (*indifference*) niż osądzanie (jak to jest w przypadku *self-compassion*). W obszarze zrozumienia poznawczego brak współczucia występuje jako uczucie oddzielenia od innych, a nie osobista izolacja (*isolation*). Natomiast w odniesieniu

do obszaru uważności podkreślono, że brak współczucia przybiera formę oderwania się od bólu innych, braku zaangażowania i zauważania, a nie nadmiernej identyfikacji z nim (*over-identification*).

W 2020 roku (Pommier i in., 2020) przeprowadzono ponowne szerokie analizy statystyczne dotyczące wartości psychometrycznych CS. Badania te wykazały, że czynniki reprezentujące niewspółczującą reakcję wobec drugiego człowieka (tj. obojętność, separacja i brak zaangażowania) nie były dobrze zróżnicowane statystycznie. Pod wieloma względami wszystkie trzy formy reakcji wydają się częścią ogólnego stanu obojętności, braku współczującej reakcji na cierpienie innych. Na podstawie uzyskanych danych autorzy narzędzia postanowili stworzyć jedną skalę – obojętności (*indifference*) złożoną z części z 12 itemów reprezentujących różne formy niewspółczującej reakcji. W kolejnych analizach 12 pytań tej skali poddano obliczeniom i usunięto te pozycje, które nie cechowały się wysokimi wartościami psychometrycznymi. Ostatecznie zrewidowana Skala Współczucia dla Innych (*Compassion-Scale-R*) składa się z 16 itemów i reprezentuje ogólny czynnik współczucia dla innych, składający się z czterech podskal reprezentujących większą życzliwość, wspólne człowieczeństwo, uważność i zmniejszoną obojętność (Pommier i in., 2020). Tak skonstruowany kwestionariusz pozwala na obliczenie ogólnego wyniku współczucia dla innych oraz współczucia w poszczególnych jego wymiarach (Pommier, 2010; Pommier i in., 2020).

W niniejszym podręczniku zdecydowano się na walidację i adaptację zrewidowanej wersji Skali Współczucia dla Innych na gruncie polskim. Kwerenda literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, że w publikacjach anglojęzycznych opisano szeroki wachlarz narzędzi do badania współczucia wobec innych, jak np. *Sprecher and Fehr's Compassionate Love Scale* – CLS (2005) i jej skrócona wersja – *Santa Clara Brief Compassion Scale* (SCBCS) (Hwang i in., 2008), *Compassion Scale* (Martins i in., 2013), *Lovingkindness-Compassion Scale* – LCS (Cho i in., 2018) czy *The Sussex-Oxford Compassion for Others Scale* (SOCSO), brakuje natomiast takich kwestionariuszy na gruncie nauki polskiej.

5. Zasady operacjonalizacji

5.1. Proces adaptacji *Compassion Scale-R* do warunków polskich

Celem projektu była adaptacja zrewidowanej wersji *Compassion Scale* autorstwa Elizabeth Pommier, Kristin Neff i Istvána Tóth-Királyego (2020) w oparciu o wytyczne i wskazówki metodologiczne uzyskane od autorów testu. Chociaż w zagranicznej literaturze podkreśla się znaczenie współczucia wobec innych i jego wpływ na właściwie wszystkie sfery ludzkiego życia, w Polsce ta kategoria nie doczekała się jeszcze zbyt wielu publikacji i badań (Pieniążek, 2015; Lesińska-Sawicka i in., 2016; Wahl, 2019). Jednym z powodów tej sytuacji jest brak adaptacji narzędzi służących do badania tego konstruktu w Polsce. W tym sensie adaptacja CS-R (zgodnie z zasadami adaptacji narzędzi obcojęzycznych, Drwal, 1995) sprzyjałaby stosowaniu tego narzędzia w badaniach naukowych prowadzonych w Polsce, jak również w obszarze działań praktycznych. Wprowadzenie skali na grunt praktyki pozwoliłoby praktykom i badaczom polskim na ocenę stopnia posiadanych umiejętności praktykowania współczucia, na przykład wśród specjalistów lub też osób zawodowo zajmujących się pomaganiem, w celu zaplanowania i tworzenia właściwych szkoleń w tym zakresie.

W celu adaptacji skali podjęto odpowiednie kroki:

1. Uzyskanie zgody autorów testu na walidację i adaptację *Compassion Scale-R*;
2. Uzyskanie zgody Komisji Etycznej;
3. Walidacja kulturowa skali;
4. Pilotaż *pre-final Polish version CS-R*;
5. Walidacja psychometryczna skali;
6. Uzyskanie polskiej ostatecznej wersji Skali Współczucia dla Innych (CS-R-PL).

Procedura przebiegała zgodnie ze standardami wyznaczonymi przez autorów oryginalnej wersji narzędzia.

6. Walidacja i adaptacja CS-R

Przed rozpoczęciem badań walidacyjnych uzyskano oficjalną zgodę autorów narzędzia na przeprowadzenie adaptacji CS-R na gruncie polskim. Planowana procedura badawcza uzyskała również zgodę Komisji Etycznej Wydziału Filozofii i Nauk Społecznych UMK w Toruniu (zgoda nr 06/2020). Następnie podjęto starania i przygotowania do adaptacji narzędzia.

6.1. Walidacja kulturowa skali

Drwal (1995) nazywa ten etap adaptacji „transkrypcją” i „translacją” polegającą na rzetelnym tłumaczeniu zdań z zachowaniem formy postawionych pytań przy jednoczesnej możliwości modyfikacji zdań tam, gdzie jest to bardziej pożądane ze względu na wymogi kulturowe (Drwal, 1995, s. 15).

- Tłumaczenie wprost (*forward translation*) – zgodnie z rekomendacjami autorów oryginalnego narzędzia i zasadami walidacji kulturowej pierwszym krokiem było przetłumaczenie pytań skali z języka angielskiego na język polski. W tym celu poproszono czterech niezależnych tłumaczy, których – zgodnie z zaleceniami – językiem naturalnym jest język kraju adaptacji testu (Sousa i Rojjanasrirat, 2011), czyli język polski.
- Ujednolicenie (*reconciliation*) przez członków projektu. Uzyskane cztery wersje tłumaczenia skali poddano szczegółowej analizie i porównaniu w celu wypracowania ujednoliconej wersji.
- Tłumaczenie zwrotne (*backtranslation*) – na tym etapie walidacji ponownie przetłumaczono otrzymaną wersję w języku polskim na język angielski w celu sprawdzenia poprawności tłumaczenia polskiego na etapie *forward translation* (Wild i in., 2005). Celem dokonanej retranslacji była identyfikacja wszelkich błędów i niejasności w wersji docelowej poprzez porównanie jej z wersją źródłową. Nie stwierdzono znaczących różnic między tłumaczeniami.

Na tym etapie zadbano również o równowagę fasadową oraz funkcjonalną testu, tzn. dążono do tego, by wersja polska skali odpowiadała oryginalnej skali pod względem formy graficznej narzędzia, liczby i kolejności twier-

dzeń, instrukcji wypełniania oraz sposobu prowadzenia badania i udzielania odpowiedzi (Drwal, 1995).

Po opisanym wyżej przygotowaniu testu i uzyskaniu jego wstępnej wersji przeprowadzono analizę psychometryczną właściwości stworzonego testu.

6.2. Pilotaż i analizy psychometryczne w procesie walidacji Skali Współczucia dla Innych

Osoby badane i dobór grupy do badań

Badanie przeprowadzono na grupie zebranej online liczącej 802 dorosłych mieszkańców Polski. Po wykluczeniu ankiet z brakującymi danymi przeanalizowano wyniki 645 osób (wiek: $M = 29,26$, $SD = 12,96$, zakres: 14–90 lat; kobiety: $N = 401$, 62,2% – resztę grupy stanowili mężczyźni). Nie zaproponowano żadnej gratyfikacji za udział w badaniu.

Narzędzia badawcze

- *Skala Współczucia dla Innych* (CS-R-PL) – narzędzie to składa się z 16 twierdzeń, do których badani ustosunkowują się na 5-punktowej skali, określając, jak zwykle czują się wobec innych (1 – prawie nigdy; 5 – prawie zawsze). Skala składa się z czterech podskal (po 4 itemy w każdej): Życzliwość wobec innych, Wspólnota doświadczeń, Uwaga oraz Obojętność (punktowana odwrotnie).
- *Skala Współczucia dla Samego Siebie* (SCS-PL; Neff, 2003b; polska adaptacja: Kocur i in., 2022) – narzędzie to składa się z 26 twierdzeń, do których badani ustosunkowują się na 5-punktowej skali, określając, jak zwykle zachowują się wobec siebie samego w trudnych chwilach (1 – prawie nigdy; 5 – prawie zawsze). Skala składa się z sześciu podskal: Życzliwość dla samego siebie, Osądzanie siebie, Wspólnota doświadczeń, Izolacja, Uwaga oraz Nadmierna identyfikacja, w badaniu posłużono się jednak tylko wynikiem sumarycznym, bez wyliczania wyników w podskalach. Rzetelność testu w badaniu była zadowalająca, a α Cronbacha wyniosła 0,91.
- NEO-FFI (Costa i McCrae, 1992; polska adaptacja: Zawadzki i in., 1998) – narzędzie to jest skróconą formą Inwentarza Osobowości NEO (NEO PI-R). Zawiera 60 pozycji składających się na pięć pod-

skal: Neurotyczność, Ekstrawersja, Otwartość na doświadczenie, Ugodowość i Sumienność. Każda skala składa się z 12 pozycji, które są skalowane w taki sposób, aby wyższe wyniki odzwierciedlały obecność ocenianych cech. Uczestnicy proszeni są o udzielenie odpowiedzi na 5-punktowej skali Likerta w zakresie od 0 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 4 (zdecydowanie się zgadzam). Rzetelność w tym badaniu była zadowalająca (Neurotyczność: $\alpha = 0,81$, Ekstrawersja: $\alpha = 0,81$, Otwartość na doświadczenie: $\alpha = 0,72$, Ugodowość: $\alpha = 0,71$, Sumienność: $\alpha = 0,80$).

- Skala Samooceny SES (Rosenberg, 1989; polska adaptacja: Łaguna i in., 2007) – jednowymiarowe narzędzie umożliwiające ocenę ogólnego poziomu samooceny rozumianego jako stosunkowo trwała świadoma postawa wobec siebie (pozytywna lub negatywna). Składa się z dziesięciu pozycji. Za pomocą 4-stopniowej skali respondenci określają, w jakim stopniu zgadzają się z danym twierdzeniem. Wyższe wyniki wskazują na wyższą samoocenę. Rzetelność narzędzia w tym badaniu była zadowalająca: $\alpha = 0,79$.
- *Metryczka* – zawierała pytania dotyczące cech socjodemograficznych: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz romantyczne związki.

7. Wyniki. Analizy statystyczne

Struktura czynnikowa. Zgodnie z propozycją Pommier i in. (2020) zastosowano zarówno confirmacyjną analizę czynnikową (CFA), jak i eksploracyjne modelowanie równań strukturalnych (ESEM). Chociaż CFA jest tradycyjną i szeroko stosowaną metodą oceny dobroci dopasowania modelu, ESEM stanowi obiecującą alternatywę, zwłaszcza w zakresie specyfikacji modelu i możliwości analizy ładunków innych niż na docelowych czynnikach ukrytych. ESEM, w przeciwieństwie do CFA, informuje o liczbie czynników latentnych i pozwala swobodnie oszacować inne parametry modelu teoretycznego, tj. ładunki krzyżowe na czynnikach niedocelowych, dostar-

czając dodatkowych informacji o trafności teoretycznej skali (Asparouhov i Muthén, 2009; Marsh i in., 2010; 2011). Innym uzasadnieniem stosowania ESEM jest to, że poprzednie badania wskazywały, iż struktura dwuczynnikowa lepiej pasowała do danych, gdy zastosowano ESEM zamiast CFA (Pommier i in., 2020).

W prezentowanym badaniu wykorzystano ważoną metodę najmniejszych kwadratów skorygowaną o średnią i wariancję (*weighted least squares mean and variance-adjusted method* – WLSMV) do oszacowania parametrów modelu jako najbardziej odpowiednią dla pozycji punktowanych na skali kategorialnej. Wszystkie ładunki czynnikowe były całkowicie wystandaryzowane.

Rzetelność. Rzetelność CS-R-PL oszacowano za pomocą współczynnika alfa Cronbacha (α), hierarchicznych współczynników McDonalda omega dla czynnika ogólnego (ω_H) i podskal (ω_S) oraz łącznej liczby omega McDonalda (ω_I). Ponadto, aby zmierzyć stopień jednowymiarowości CS-PL, obliczono wskaźnik wspólnej wariancji wyjaśnionej (*explained common variance* – ECV). Uznano, że wartości ECV, które były większe niż 0,60, świadczą o znacznej jednowymiarowości kwestionariusza, podczas gdy wartości powyżej 0,9 informują o ścisłej jednowymiarowości testu (Reise i in., 2013).

Trafność teoretyczna i dyskryminacyjna. Aby ocenić trafność teoretyczną i dyskryminacyjną skali, wykorzystano test *t* Welcha do zbadania różnic we współczuciu między mężczyznami i kobietami oraz współczynnik korelacji *r* Pearsona do analizy związków między współczuciem, cechami osobowości, samooceną i *self-compassion*.

Ustalenie struktury czynnikowej narzędzia. Wyniki CFA (zob. tab. 1) wykazały graniczne, porównywalne dopasowanie obu modeli czteroczynnikowego (CFI = 0,95, TLI = 0,93, RMSEA = 0,08 [90% CI: 0,070–0,084], WRMR = 1,33) oraz modelu dwuczynnikowego (CFI = 0,95, TLI = 0,94, RMSEA = 0,08 [90% CI: 0,069–0,084], WRMR = 1,22). W przypadku ESEM model podwójnego czynnika wykazał lepsze dopasowanie (CFI = 0,99, TLI = 0,98, RMSEA = 0,05 [90% CI 0,037–0,058], WRMR = 0,52) w porównaniu z prostym, czteroczynnikowym modelem (CFI = 0,98, TLI = 0,96, RMSEA = 0,06 [90% CI: 0,050–0,068], WRMR = 0,69). Stąd, zgodnie z wcześniejszymi badaniami (Pommier i in., 2020), zdecydowano się zaakceptować to rozwiązanie.

Tabela 1. Wskaźniki dobroci dopasowania dla modeli CFA i ESEM

	χ^2 (df)	CFI	TLI	RMSEA	90% CI RMSEA	WRMR
CFA						
Model czteroczynnikowy	469,99 (98) ^{***}	0,95	0,93	0,08	0,070; 0,084	1,33
Model podwójnego czynnika	417,67 (88) ^{***}	0,95	0,94	0,08	0,069; 0,084	1,22
ESEM						
Model czteroczynnikowy	198,46 (62) ^{***}	0,98	0,96	0,06	0,050; 0,068	0,69
Model podwójnego czynnika	121,47 (50) ^{***}	0,99	0,98	0,05	0,037; 0,058	0,52
*** $p < 0,001$						

Źródło: badania własne autorów.

Ponadto oba wyniki CFA i ESEM wykazały dobrze zdefiniowany czynnik ogólny z ładunkami czynnikowymi w zakresie od 0,22 do 0,86 (w przypadku CFA) lub od 0,25 do 0,85 (w przypadku ESEM – zob. tab. 2). Ponadto wydaje się, że cztery specyficzne czynniki zachowują umiarkowany do wysokiego stopień swoistości, z najniższym okresem swoistości dla życzliwości (ładunek czynnikowy w zakresie od 0,01 do 0,33 lub od 0,11 do 0,35, odpowiednio dla CFA i ESEM).

Tabela 2. Standaryzowane ładunki czynnikowe dla modelu dwuczynnikowego – rozwiązania CFA i ESEM

	CFA		ESEM				
	Czynnik główny (λ)	Czynnik specyficzny (λ)	Czynnik główny (λ)	Życzliwość (λ)	Wspólnota doświadczeń (λ)	Uważność (λ)	Obojętność (λ)
Życzliwość							
item 2	0,86	0,33	0,85	0,35	-0,07	0,02	0,01
item 6	0,65	0,01	0,61	0,11	-0,09	0,00	0,17
item 10	0,56	0,12	0,46	0,31	0,13	0,15	0,19
item 14	0,66	0,25	0,64	0,30	0,00	-0,04	0,05
Wspólnota doświadczeń							
item 4	0,48	0,65	0,50	0,02	0,58	-0,04	-0,10
item 8	0,55	0,41	0,54	0,08	0,45	-0,03	-0,01
item 12	0,22	0,46	0,25	-0,11	0,45	-0,11	-0,01
item 16	0,26	0,27	0,25	0,05	0,26	-0,02	0,04
Uważność							
item 1	0,76	0,44	0,78	0,04	-0,05	0,41	-0,04
item 5	0,51	0,21	0,53	-0,08	0,06	0,23	-0,07
item 9	0,75	0,51	0,76	-0,01	0,03	0,51	-0,01
item 13	0,46	0,22	0,48	-0,06	0,31	0,25	-0,21
Obojętność							
item 3	0,62	0,51	0,56	0,21	0,06	0,07	0,55
item 7	0,61	0,59	0,55	0,16	0,02	0,10	0,61
item 11	0,49	0,35	0,49	-0,06	-0,07	0,01	0,39
item 15	0,49	0,36	0,58	-0,27	-0,20	-0,15	0,35

Adnotacje: CFA – confirmacyjna analiza czynnikowa; ESEM – eksploracyjne modelowanie równań strukturalnych; λ – znormalizowane ładunki czynnikowe.

Ładunki czynników docelowych są pogrubione. Ładunki czynnikowe nieistotne zaznaczono kursywą.

Źródło: badania własne autorów.

Podsumowując wszystkie przedstawione wyniki, można uznać, że model podwójnego czynnika dostarczył bardziej miarodajnej i szczegółowej reprezentacji struktury czynnikowej skali.

Rzetelność

Wartości współczynników rzetelności i wskaźnika ECV przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Współczynniki rzetelności dla Skali Współczucia dla Innych

	<i>M</i>	<i>SD</i>	ω_H	ω_S	ω_t	α	<i>ECV</i>
Współczucie (ogólne)	64,25	8,53	0,84	–	0,85 [0,83, 0,86]	0,85 [0,83, 0,86]	0,69
Życzliwość	15,98	2,85	0,01	0,01	0,72 [0,69, 0,76]	0,72 [0,68, 0,75]	–
Wspólnota doświadczeń	15,61	2,70	0,04	0,04	0,56 [0,50, 0,61]	0,56 [0,50, 0,61]	–
Uważność	16,92	2,37	0,01	0,01	0,54 [0,48, 0,60]	0,54 [0,50, 0,60]	–
Obojętność	15,75	3,07	0,03	0,03	0,58 [0,53, 0,63]	0,55 [0,50, 0,61]	–

Adnotacje: ω_H – hierarchiczny współczynnik McDonalda omega; ω_S – hierarchiczny współczynnik podskali omega McDonalda; ω_t – całkowita liczba omega McDonalda (z 95% przedziałami ufności w nawiasach); α – współczynnik zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha (z 95% przedziałami ufności w nawiasach).

Źródło: badania własne autorów.

Analiza wykazała wysoką zgodność wewnętrzną wyników ogólnych. Również ECV potwierdził znaczną jednowymiarowość skali. Z drugiej strony, większość podskal wykazywała graniczny poziom rzetelności, tj. człowieczeństwo ($\omega_t = 0,56$, $\alpha = 0,56$), uważność ($\omega_t = 0,54$, $\alpha = 0,54$) i obojętność

($\omega_t = 0,58$, $\alpha = 0,55$). Tylko jedna podskala wykazała akceptowalny poziom rzetelności, tj. życzliwość ($\omega_t = 0,72$, $\alpha = 0,72$). Jednak hierarchiczne współczynniki omega McDonalda dla podskal sugerowały, że poszczególnym czynnikom można przypisać bardzo niewielką wariancję.

Trafność teoretyczna

Różnice płciowe we współczuciu. Średnie wyniki kobiet i mężczyzn wraz z różnicami między wynikami ze względu na płeć przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Średnie wyniki i różnice płciowe w zakresie współczucia

	Mężczyźni (n = 227)		Kobiety (n = 401)		Różnice płciowe			
	M	SD	M	SD	t	df	p	d Cohena
Współczucie (ogólne)	60,73	9,69	66,24	7,07	-7,49	362,41	< 0,001	-0,65 [-0,82, -0,48]
Życzliwość	14,62	3,16	16,76	2,34	-8,93	367,94	< 0,001	-0,77 [-0,94, -0,60]
Wspólnota doświadczeń	15,22	2,91	15,83	2,55	-2,62	422,42	0,009	-0,22 [-0,39, -0,06]
Uważność	16,17	2,73	17,34	2,02	-5,67	367,77	< 0,001	-0,49 [-0,66, -0,32]
Obojętność	14,78	3,20	16,30	2,85	-5,98	429,10	< 0,001	-0,50 [-0,67, -0,34]

Adnotacje: zastosowano test t Welcha ze względu na nierówność wariancji między dwiema grupami. Dla d Cohena podano 95% przedziały ufności (w nawiasach).

Źródło: badania własne autorów.

Zgodnie z wcześniej obserwowanymi różnicami płci w zakresie współczucia (Pommier i in., 2020) wyniki wykazały statystycznie istotne różnice w ogólnym współczuciu i jego komponentach – z wyższymi wynikami dla kobiet.

Trafność zbieżna i różnicowa. Użyliśmy współczynników korelacji r Pearsona do zbadania trafności zbieżnej i różnicowej CS-R-PL. Wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Korelacje między CS-R-PL, samowspółczuciem, wymiarami osobowości Wielkiej Piątki i samooceną

	Współ- czucie (ogólne)	Życzliwość	Wspólnota doświad- czeń	Uważność	Obojętność
Samowspółczucie	0,20***	0,24***	0,21***	0,14***	0,04
Neurotyczność	0,01	0,12**	-0,15***	-0,03	0,06
Ekstrawersja	0,33***	0,31***	0,21***	0,23***	0,28***
Otwartość na doświadczenia	0,33***	0,23***	0,22***	0,31***	0,27***
Ugodowość	0,45***	0,42***	0,27***	0,27***	0,41***
Sumienność	0,26***	0,19***	0,19***	0,19***	0,23***
Samoocena	0,12**	0,06	0,13**	0,13**	0,07

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Źródło: badania własne autorów.

Samowspółczucie, podobnie jak w badaniach Pommier i współpracowników (2020), korelowało dodatnio z ogólnym wynikiem współczucia dla innych oraz życzliwością, wspólnotą doświadczeń i uważnością. Nie zaobserwowano natomiast korelacji z obojętnością.

Zgodnie z badaniami Pommier i in. (2020) wykazano, że ekstrawersja, otwartość, ugodowość i sumienność pozytywnie korelują ze współczuciem i jego wymiarami. W przypadku ugodowości zaobserwowano umiarkowane korelacje, natomiast w przypadku pozostałych dwóch wymiarów osobowości obserwowane korelacje były stosunkowo niskie. Neurotyczność nie była skorelowana z ogólnym poziomem współczucia i wiązała się tylko z dwoma jego aspektami, tj. życzliwością i wspólnotą doświadczeń. Związek z pierwszym był pozytywny, z drugim negatywny.

Również samoocena była pozytywnie powiązana ze współczuciem. Jednak korelacje między samooceną a życzliwością i obojętnością nie były istotne statystycznie.

Podsumowanie

Celem przeprowadzonego badania była adaptacja zrewidowanej wersji *Compassion Scale for Others* (CS-R) autorstwa Elizabeth Pommier, Kristin Neff i Istvána Tóth-Királyego (2020). Założenie to udało się w pełni zrealizować, czego efektem jest polska Skala Współczucia dla Innych (CS-R-PL), dająca wiele możliwych zastosowań. Biorąc pod uwagę dobre właściwości psychometryczne narzędzia, można stwierdzić, że wykorzystywanie go jest zalecane do oceny współczucia dla innych oraz jego komponentów zarówno w warunkach klinicznych, jak i badawczych. Analizy mogą się opierać na wynikach uzyskanych w czterech podskalach: życzliwości, wspólnoty doświadczeń, uważności, obojętności lub na wyniku całościowym współczucia dla innych ludzi. Z uwagi na wyniki analizy rzetelności i wariancję w obrębie czynników specyficznych zalecane jest jednak, by w praktyce psychologicznej (np. psychoterapii, pomocy psychologicznej) posługiwać się wyłącznie wynikiem sumarycznym odnoszącym się do współczucia jako najdokładniejszym w przypadku badanego konstruktów. Wyniki w czynnikach szczegółowych mogą stanowić dodatkowe informacje o poziomie współczucia, lecz ze względu na niższe rzetelności oraz niewielki wkład w wariację wyjaśnioną konstruktów powinny być wyliczane tylko w badaniach grupowych (np. naukowych), w których nie są rozważane na poziomie indywidualnym.

Bibliografia

- Anālayo, B., Dhammadinnā, B. (2021). From Compassion to Self-Compassion: A Text-Historical Perspective. *Mindfulness*, 12(6), 1350–1360, doi: 10.1007/s12671-020-01575-4.
- Baguley, S.I., Dev, V., Fernando, A.T., Consedine, N.S. (2020). How Do Health Professionals Maintain Compassion Over Time? Insights from a Study of Compassion in Health. *Frontiers in Psychology*, 11, 1–11, doi: 10.3389/fpsyg.2020.564554.
- Bloom, P. (2017). Empathy and Its Discontents. *Trends in Cognitive Sciences*, 21, 24–31, doi: 10.1016/j.tics.2016.11.004.
- Bramley, L., Matiti, M. (2014). How Does It Really Feel to Be in My Shoes? Patients' Experiences of Compassion Within Nursing Care and Their Perceptions of Developing Compassionate Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19–20), 2790–2799, doi: 10.1111/jocn.12537.
- Burack, J.H., Irby, D.M., Carline, J.D., Root, R.K., Larson, E.B. (1999). Teaching Compassion and Respect: Attending Physicians' Responses to Problematic Behaviors. *Journal of General Internal Medicine*, 14(1), 49–55, doi: 10.1046/j.1525-1497.1999.00280.x.
- Çevik, Ö., Tanhan, F. (2020). Fear of Compassion: Description Causes and Prevention Merhamet Korkusu: Tanımı, Nedenleri ve Önlenmesi. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar – Current Approaches in Psychiatry*, 12(3), 342–351, doi: 10.18863/pgy.626941.
- Chapin, H.L., Darnall B.D., Seppala E.M., Doty J.R., Hah J.M., Mackey S.C. (2014). Pilot Study of a Compassion Meditation Intervention in Chronic Pain. *Journal of Compassionate Health Care*, 1(4), doi: 10.1186/s40639-014-0004-x.
- Cho, H., Noh, S., Park, S., Ryu, S., Misan, V., Lee, J.S. (2018). The Development and Validation of the Lovingkindness-Compassion Scale. *Personality and Individual Differences*, 124, 141–144, doi: 10.1016/j.paid.2017.12.019.
- Conversano, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di Giuseppe, M., Gemignani, A., Poli, A. (2020). Mindfulness, Compassion, and Self-Compassion Among Health

BIBLIOGRAFIA

- Care Professionals: What's New? A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 11, 1–21, doi: 10.3389/fpsyg.2020.01683.
- Cosley, B.J., McCoy, S.K., Saslow, L.R., Epel, E.S. (2010). Is Compassion for Others Stress Buffering? Consequences of Compassion and Social Support for Physiological Reactivity to Stress. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(5), 816–823, doi: 10.1016/j.jesp.2010.04.008.
- Dalajlama (2001). *Moc współczucia*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Dastgeer, G. (2021). Understanding the Impact of Manager's Political Skills on Compassion Behavior Towards Colleges: A Glams from Banking Sector of Pakistan. *Journal of Contemporary Issues in Business and Government*, 27(1), 311–322.
- Delaney, M.C. (2018). Caring for the Caregivers: Evaluation of the Effect of an Eight-Week Pilot Mindful Self-Compassion (MSC) Training Program on Nurses' Compassion Fatigue and Resilience. *PLOS ONE*, 13(11), e0207261, doi: 10.1371/journal.pone.0207261.
- Donaldson, S.I., Dollwet, M., Rao, M.A. (2015). Happiness, Excellence, and Optimal Human Functioning Revisited: Examining the Peer-Reviewed Literature Linked to Positive Psychology. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 185–195, doi: 10.1080/17439760.2014.943801.
- Drwal, R. (1995). *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Duncan, L.G., Coatsworth, J.D., Greenberg, M.T. (2009). A Model of Mindful Parenting: Implications for Parent-Child Relationships and Prevention Research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(3), 255–270, doi: 10.1007/s10567-009-0046-3.
- Dutton, J.E., Frost, P.J., Lilius, J., Worline, M.C. (2011). Explaining Compassion Organizing Competence. *SSRN Electronic Journal*, 993, doi: 10.2139/ssrn.911274.
- Eldor, L., Shoshani, A. (2016). Caring Relationships in School Staff: Exploring the Link Between Compassion and Teacher Work Engagement. *Teaching and Teacher Education*, 59, 126–136, doi: 10.1016/j.tate.2016.06.001.
- Fogarty, L.A., Curbow, B., Wingard, J., McDonnell, K., Somerfield, M. (1999). Can 40 Seconds of Compassion Reduce Patient Anxiety? *Journal of Clinical Oncology*, 17, 371–379.
- Fopka-Kowalczyk, M. (2016). *Wsparcie społeczne a poczucie straty po śmierci pacjenta wśród pracowników opieki paliatywnej*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe UMK.
- Frampton, S.B., Guastello, S., Lepore, M. (2013). Compassion as the Foundation of Patient-Centered Care: The Importance of Compassion in Action. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 2(5), doi: 10.2217/cer.13.54.
- Gibbs, P. (2017). Higher Education: A Compassion Business or Edifying Experience? W: P. Gibbs (red.), *The Pedagogy of Compassion at the Heart of Higher Education*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing, doi: 10.1007/978-3-319-57783-8_1.

- Gibbs, P. (2019). At the Core of Diversity Is Compassion. W: M.F. Özbilgin, F. Bartels-Ellis, P. Gibbs (red.), *Global Diversity Management. A Fusion of Ideas, Stories and Practice* (s. 161–171). Springer, Cham.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and Cruelty: A Biopsychosocial Approach. W: P. Gilbert (red.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (s. 3–74). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to the Challenge of Life*. London: Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2014). *Components of Compassion*. Pobrano 10 maja 2020 z: <http://ccare.stanford.edu/videos/science-of-compassion-2014-introduction-to-the-science-of-empathy-altruism-and-compassion/>.
- Gilbert, P. (2015). The Evolution and Social Dynamics of Compassion. *Social and Personality Psychology Compass*, 9, 239–254, doi: 10.1111/spc3.12176.
- Gilbert, P. (2017). *Compassion. Concepts, Research and Applications*. Routledge.
- Gilbert, P. (2020). Compassion: From Its Evolution to a Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 11, doi: 10.3389/fpsyg.2020.586161.
- Gilbert, P., Choden. (2019). *Uważne współczucie*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwa Psychologiczne.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., Ravis, A. (2011). Fears of Compassion: Development of Three Self-Report Measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 239–255, doi: 10.1348/147608310X526511.
- Globse. (2014). *Science of Compassion 2014: Introduction to the Science of Empathy, Altruism, and Compassion*. Pobrano 12 kwietnia 2020 z: <http://ccare.stanford.edu/videos/science-of-compassion-2014-introduction-to-the-science-of-empathy-altruism-and-compassion/>.
- Goetz, J.L., Keltner, D., Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374, doi: 10.1037/a0018807.
- Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W., Strauss, C. (2020). Development and Psychometric Properties of the Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS). *Assessment*, 27(1), 3–20, doi: 10.1177/1073191119860911.
- Gulla, B., Izydorczyk, B., Kubiak, R. (2019). *Godność i intymność pacjenta. Aspekty psychologiczne i prawne*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Hart, S., Kindle Hodson, W. (2004). *The Compassionate Classroom. Relationship Based Teaching and Learning*. PuddleDancer Press.
- Ironson, G., Kremer, H., Lucette, A. (2018). Compassionate Love Predicts Long-Term Survival Among People Living with HIV Followed for Up to 17 Years. *The Journal of Positive Psychology*, 13(6), 553–562, doi: 10.1080/17439760.2017.1350742.
- Jazaieri, H., McGonigal, K., Lee, I.A., Jinpa, T., Doty, J.R., Gross, J.J., Goldin, P.R. (2018). Altering the Trajectory of Affect and Affect Regulation: the Impact of Compassion Training. *Mindfulness*, 9(1), 283–293, doi: 10.1007/s12671-017-0773-3.

- Jazaieri, H., Rock, M. (2021). Putting Compassion to Work: Compassion as a Tool for Navigating Challenging Workplace Relationships. *Mindfulness*, 12, 2552–2558, doi: 10.1007/s12671-021-01695-5.
- Kinman, G., Grant, L. (2021). Emotional Demands, Compassion and Mental Health in Social Workers. *Occupational Medicine*, 70(2), 89–94, doi: 10.1093/OCCMED/KQZ144.
- Kocur, D., Flakus, M., Fopka-Kowalczyk, M. (2022). Validity and Reliability of the Polish Version of the Self-Compassion Scale and Its Correlates. *PLOS ONE*, 17(5), e0267637, doi: 10.1371/journal.pone.0267637.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., Holtforth, M.G. (2013). Self-Compassion in Depression: Associations with Depressive Symptoms, Rumination, and Avoidance in Depressed Outpatients. *Behavior Therapy*, 44(3), 501–513, doi: 10.1016/j.beth.2013.04.004.
- Ladner, L. (2004). *The Lost Art Of Compassion: Discovering The Practice of Happiness in the Meeting of Buddhism and Psychology*. New York: HarperOne.
- Lathren, C., Bluth, K., Zvara, B. (2020). Parent Self-Compassion and Supportive Responses to Child Difficult Emotion: An Intergenerational Theoretical Model Rooted in Attachment. *Journal of Family Theory and Review*, 12(3), 368–381, doi: 10.1111/jftr.12388.
- Leaviss, J., Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic Benefits of Compassion-Focused Therapy: An Early Systematic Review. *Psychological Medicine*, 45, 927–945, doi: 10.1017/S0033291714002141.
- Lee, E.E., Govind, T., Ramsey, M., Wu, T.C., Daly, R., Liu, J., ... & Jeste, D.V. (2021). Compassion Toward Others and Self-Compassion Predict Mental and Physical Well-Being: A 5-Year Longitudinal Study of 1090 Community-Dwelling Adults Across the Lifespan. *Translational Psychiatry*, 11(1), 1–9, doi: 10.1038/s41398-021-01491-8.
- Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., Sultan, S. (2012). A Systematic Review of the Associations Between Empathy Measures and Patient Outcomes in Cancer Care. *Psycho-Oncology*, 21, 1255–1264, doi: 10.1002/pon.2115.
- Lesińska-Sawicka, M., Grochulska, A., Nagórska, M., Papadopoulos, I. (2016). Współczucie w pielęgniarstwie. *Czasopismo Pedagogiczne/The Journal of Pedagogy*, 2(3), 111-120.
- Lilius, J.M., Worline, M.C., Dutton, J.E., Kanov, J., Frost, P.J., Maitlis, S. (2003). *What Good is Compassion at Work*. Unpublished manuscript, University of Michigan. Pobrano 3 sierpnia 2022 z: https://www.researchgate.net/publication/228772546_WHAT_GOOD_IS_COMPASSION_AT_WORK.
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A.V., Schroevers, M.J. (2018). Compassion for Others and Self-Compassion: Levels, Correlates, and Relationship with Psychological Well-Being. *Mindfulness*, 9(1), 325–331, doi: 10.1007/s12671-017-0777-z.

- Lown, B.A., Rosen, J., Marttila, J. (2011). An Agenda for Improving Compassionate Care: A Survey Shows About Half of Patients Say Such Care Is Missing. *Health Affairs*, 30(9), 1772–1778, doi: 10.1377/hlthaff.2011.0539.
- Martins, D., Nicholas, N.A., Shaheen, M., Jones, L., Norris, K. (2013). The Development and Evaluation of a Compassion Scale. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(3), 1235, doi: 10.1353/hpu.2013.0148.
- Mascaro, J.S., Florian, M.P., Ash, M.J., Palmer, P.K., Frazier, T., Condon, P., Raison, C. (2020). Ways of Knowing Compassion: How Do We Come to Know, Understand, and Measure Compassion When We See It? *Frontiers in Psychology*, 11, 547241, doi: 10.3389/fpsyg.2020.547241.
- Matos, M., McEwan, K., Kanovský, M., Halamová, J., Steindl, S.R., Ferreira, N., ... & Gilbert, P. (2022). Compassion Protects Mental Health and Social Safeness During the COVID-19 Pandemic Across 21 Countries. *Mindfulness*, 13(4), 863–880, doi: 10.1007/s12671-021-01822-2.
- McGonigal, K. (2021). *The Practical Science of Compassion*. Pobrano 15 lipca 2021 z: <https://www.compassionintherapy.com/summit-home-2021/>.
- Mongrain, M., Chin, J.M., Shapira, L.B. (2011). Practicing Compassion Increases Happiness and Self-Esteem. *Journal of Happiness Studies*, 12(6), 963–981, doi: 10.1007/s10902-010-9239-1.
- Monteiro, L.M., Musten, F. (2017). Mindfulness-Based Symptom Management: Mindfulness as Applied Ethics. W: L.M. Monteiro, J.F. Compson, F. Musten (red.), *Practitioner's Guide to Ethics and Mindfulness-Based Interventions* (s. 193–227). Springer, Cham.
- Neff, K.D. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101, doi: 10.1080/15298860390129863.
- Neff, K.D. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250, doi: 10.1080/15298860309027.
- Neff, K.D. (2018). *Jak być dobrym dla siebie. Życie bez presji otoczenia, przygnębienia i poczucia winy*. Białystok: Studio Astropsychologii.
- Neff, K.D., Tóth-Király, I., Knox, M.C., Kuchar, A., Davidson, O. (2021). The Development and Validation of the State Self-Compassion Scale (Long- and Short Form). *Mindfulness*, 12(1), 121–140, doi: 10.1007/s12671-020-01505-4.
- Paakkanen, M., Martela, F., Hakanen, J., Uusitalo, L., Pessi, A. (2021). Awakening Compassion in Managers – A New Emotional Skills Intervention to Improve Managerial Compassion. *Journal of Business and Psychology*, 36(6), 1095–1108, doi: 10.1007/s10869-020-09723-2.
- Pace, T., Negi, T.L., Adam, D.D., Cole, S., Silivi, T., Brown, T., Issa, M., Raison, C. (2009). Effect of Compassion Meditation on Neuroendocrine, Innate Immune and Behavioral Responses to Psychosocial Stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34(1), 87–98, doi: 10.1016/j.psyneuen.2008.08.011.

- Pieniżek, P. (2015). Współczucie w myśli Rousseau, Schopenhauera, Nietzschego. *Humanistyka i Przyrodoznawstwo*, 21, 245–261.
- Pommier, E. (2010). *The Compassion Scale*. Unpublish dissertation. Pobrano 10 maja 2021 z: <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2015/02/POMMIER-DISSERTATION-compassion.pdf>.
- Pommier, E., Neff, K. D., Tóth-Király, I. (2020). The Development and Validation of the Compassion Scale. *Assessment*, 27(1), 21–39, doi: 10.1177/1073191119874108.
- Raison, C. (2020). Ways of Knowing Compassion: How Do We Come to Know, Understand, and Measure Compassion When We See It? *Frontiers in Psychology*, 11, 1–19, doi: 10.3389/fpsyg.2020.547241.
- Roxas, M.M., David, A.P. i Aruta, J.J.B.R. (2019). Compassion, Forgiveness and Subjective Well-Being Among Filipino Counseling Professionals. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 41(2), 272–283.
- Sak, R., Nas, E., Tuba Şahin-Sak, E.T, Öneren-Şendil, C., Tekin-Sitrava, R., Taşkın, N., Kardeş, S., Yayla, A., Dirik, Y. (2021). Compassion as a Source of Satisfaction and Fear in Professionals Who Work With People. *Psychological Reports*, 00332941211061701, doi: 10.1177/00332941211061701.
- Salazar, R.L. (2014). Communicating with Compassion: The Exploratory Factor Analysis and Primary Validation Process of the Compassionate Communication Scale. In Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences (Vol. 74, Issues 8-A(E)). Pobrano 12 kwietnia 2021 z: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc11&NEWS=N&AN=2014-99031-228>.
- Scarlet, J., Altmeyer, N., Knier, S., Harpin, R.E. (2017). The Effects of Compassion Cultivation Training (CCT) on Health-Care Workers. *Clinical Psychologist*, 21(2), 116–124, doi: 10.1111/cp.12130.
- Scholz, I.H., Gonçalves, L.M., Pozzobon, P.M., Gaspar Júnior, J.J., Miranda, F.M., Lucchetti, A.L.G., Lucchetti, G. (2017). Effect of an Educational Intervention in “Spirituality and Health” on Knowledge, Attitudes, and Skills of Students in Health-Related Areas: A Controlled Randomized Trial. *Medical Teacher*, 39(10), 1057–1064, doi: 10.1080/0142159X.2017.1337878.
- Seppälä, E.M., Simon-Thomas, E., Brown, S.L., Worline, M.C., Cameron, C.D., Doty, J.R. (red.) (2017). *The Oxford Handbook of Compassion Science*. New York: Oxford University Press.
- Simon-Thomas, E.R., Godzik, J., Castle, E., Antonenko, O., Ponz, A., Kogan, A., Keltner, D.J. (2012). An fMRI Study of Caring vs Self-Focus During Induced Compassion and Pride. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(6), 635–648, doi: 10.1093/scan/nsr045.
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T.F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H.M., Hagen, N.A. (2017). Sympathy, Empathy, and Compassion: A Grounded Theory Study of Palliative Care Patients’ Understandings, Experiences, and Preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437–447, doi: 10.1177/0269216316663499.

- Sinclair, S., Kondejewski, J., Jaggi, P., Roze des Ordon, A.L., Kassam, A., Hayden, K.A., Harris, D., Hack, T.F. (2021). What Works for Whom in Compassion Training Programs Offered to Practicing Healthcare Providers: A Realist Review. *BMC Medical Education*, 21(1), 1–17, doi: 10.1186/s12909-021-02863-w.
- Sousa, V.D., Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, Adaptation and Validation of Instruments or Scales for Use in Cross-Cultural Health Care Research: A Clear and User-Friendly Guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268–274, doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x.
- Sprecher, S., Fehr, B. (2005). Compassionate Love for Close Others and Humanity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 629–651, doi: 10.1177/0265407505056439.
- Steffen, P.R., Masters, K.S. (2005). Does Compassion Mediate the Intrinsic Religion-Health Relationship? *Annals of Behavioral Medicine*, 30(3), 217–224, doi: 10.1207/s15324796abm3003_6.
- Taggard, G. (2019). Early Childhood Education: From Maternal Care to Social Compassion. W: G. Barton, S. Garvis (red.), *Compassion and Empathy in Educational Contexts*. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan, doi: 10.1007/978-3-030-18925-9_11.
- Uusimaki, L., Garvis, S. (2019). Understanding Ethics of Care. W: *Compassion and Empathy in Educational Contexts* (s. 231–246). Palgrave Macmillan, Cham, doi: 10.1007/978-3-030-18925-9_12.
- Van der Cingel, M. (2011). Compassion in Care: A Qualitative Study of Older People With a Chronic Disease and Nurses. *Nurs Ethics*, 18(5), 672–685, doi: 10.1177/0969733011403556.
- Wahl, J. (2019). *O współczuciu. Powrót do wrażliwości i siły*. Kielce: Charaktery. *The Web's Largest Resource for Definitions & Translations* (n.d.). Pobrano 12 maja 2021 z: <https://www.definitions.net/definition/compati>.
- Weingartner, L.A., Sawning, S., Shaw, M.A., Klein, J.B. (2019). Compassion Cultivation Training Promotes Medical Student Wellness and Enhanced Clinical Care. *BMC Medical Education*, 19(1), 1–11, doi: 10.1186/s12909-019-1546-6.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94–104, doi: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x.

ANEKS 1

Kwestionariusz do testu

Skala Współczucia dla Innych (CS-R-PL)

CO ZWYKLE CZUJĘ WOBEC INNYCH

W tym kwestionariuszu zależy nam, aby dowiedzieć się, jaki mają Państwo stosunek do innych osób, gdy doświadczają oni trudnych sytuacji lub cierpią.

Przed udzieleniem odpowiedzi przeczytaj uważnie treść każdego zdania. W każdym punkcie wpisz (po lewej stronie), jak często czujesz się lub zachowujesz w opisany sposób, posługując się poniższą skalą:

Odpowiadaj zgodnie ze swoimi rzeczywistymi doświadczeniami, a nie tym, jak twoim zdaniem powinno być.

Prawie nigdy

1

2

3

Prawie zawsze

4

5

- _____ 1. Słucham uważnie, kiedy inni opowiadają mi o swoich problemach.
- _____ 2. Jeśli widzę, że ktoś przechodzi przez trudne chwile, staram się okazywać mu troskę.
- _____ 3. Nie obchodzą mnie problemy innych ludzi.
- _____ 4. Zdaję sobie sprawę, że każdy ma czasem gorsze dni i że jest to częścią ludzkiego życia.
- _____ 5. Zauważam, kiedy inni ludzie są zdenerwowani, nawet jeżeli nic nie mówią.
- _____ 6. Lubię być przy innych, kiedy przeżywają trudności.
- _____ 7. Obawy innych mało mnie obchodzą.
- _____ 8. Uważam, że zrozumienie, że wszyscy mają swoje słabości i nikt nie jest doskonały, jest ważne.
- _____ 9. Cierpliwie słucham, kiedy inni opowiadają mi o swoich problemach.

PRZEGLĄD BADAŃ EDUKACYJNYCH

- _____ 10. Szczerze współczuję ludziom, którzy są nieszczęśliwi.
- _____ 11. Staram się unikać ludzi, którzy bardzo cierpią.
- _____ 12. Uważam, że cierpienie jest po prostu częścią ludzkiego życia.
- _____ 13. Kiedy ludzie opowiadają mi o swoich problemach, staram się zachować wyważone spojrzenie na sytuację.
- _____ 14. Kiedy inni czują smutek, staram się ich pocieszyć.
- _____ 15. Nie jestem w stanie nawiązać kontaktu z osobami, które cierpią.
- _____ 16. Choć się między sobą różnimy, wiem, że wszyscy tak samo odczuwamy ból.

ANEKS 2

Klucz do obliczania wyników w teście i podskalach

Życzliwość (*Kindness*): 2, 6, 10, 14

Wspólnota doświadczeń (*Common Humanity*): 4, 8, 12, 16

Uważność (*Mindfulness*): 1, 5, 9, 13

Obojętność (*Indifference*): 3, 7, 11, 15 (odwrócona punktacja przy obliczaniu wyniku łącznego)

Aby obliczyć całkowity wynik Skali Współczucia dla Innych, weź średnią z każdej podskali (po odwrotnym punktowaniu podskali Obojętność) i oblicz łączną średnią.

