

*Autorzy: Bogusław Stelcer, Wojciech Strzelecki, Marcin Cybulski.
Tytuł: Humanistyka w edukacji medycznej w naukach o zdrowiu.
Tytuł angielski: Humanistics in health sciences.
Czasopismo: Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu
Szczegóły: 2007 : nr 4 (13), s. 276-280*

Streszczenie:

Tekst określa rangę humanistyki w edukacji medycznej w naukach o zdrowiu w odniesieniu do opieki i procesów dochodzenia do zdrowia. Autorzy, odnosząc się do prowadzonych badań, wskazują na deficyty i zasoby polskiego systemu szkolnictwa wyższego w zakresie pielęgniarstwa.

Słowa kluczowe: humanistyka, zdrowie, edukacja, opieka

Abstract:

The paper defines the range of the humanities in the medical education in the health sciences applying to the care and the recovering processes.

The authors feeling about the research indicate the deficits and the resources of the educational system in higher education of nursery.

Key words: humanities, health, education, care

Dyskusja nad zdrowiem toczy się od wielu już lat i nie zmienia to faktu, że niezwykle trudne jest podanie jednoznacznie brzmiącej definicji. Każda próba konceptualizacji uwarunkowana jest normami kulturowymi, które przez każdego człowieka mogą być pojmowane indywidualnie. W piśmiennictwie często wraca się do definicji podanej przez Światową Organizację Zdrowia w 1948 roku, określającej je jako stan „pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko braku choroby i niepełnosprawności”. W uzupełnionej definicji z roku 1984, wzbogacono istniejące sformułowanie o wymiary publiczny i duchowy. [1, 2] Powyższa definicja posiada podstawową zaletę, jaką jest prostota, jednakże jej statyczny charakter nie odpowiada wymaganiom współczesnej dyskusji nad zdrowiem i jego uwarunkowaniami. Obecnie dyskutowane koncepcje, zmierną w kierunku definiowania zdrowia jako dynamicznego procesu. Przykładem takiego podejścia jest definiowanie go w następujących słowach: „(...) to proces wykorzystywania potencjałów biologicznych, psychologicznych i społecznych do sprostanania zewnętrznym i wewnętrznym wymaganiom oraz osiagania celów indywidualnych i społecznych bez chronicznego zaburzenia dynamicznej równowagi” [3].

W tradycyjnym, posiadającym znaczenie historyczne, ujęciu medycznym, zdrowie traktuje się w sposób będący konsekwencją myślenia kartezjańskiego, uznającego psychikę i organizm za dwa oddzielne wymiary. Zdrowie rozumiane jest w opozycji do choroby w tym sensie, że są to pojęcia wzajemnie wykluczające się. W tym znaczeniu nie sposób nadać zdrowiu znaczenia pozytywnego, jest jedynie brakiem choroby.

Szerszym i wnoszącym więcej możliwości wyjaśniania uwarunkowań zdrowia jest model biopsychospołeczny, wskazujący istnienie dodatkowych wymiarów: psychologicznego, społecznego i behawioralnego. Jednakże podejście to nie wyczerpało teoretycznych poszukiwań dotyczących rozumienia zdrowia. Zaproponowano podejście holistyczne w rozpatrywaniu spraw zdrowia i choroby, które jest zastosowaniem myślenia systemowego do powyższych kwestii. Organizm ludzki rozpatrywany jest jako system złożony z oddzielnych podsystemów i układów, można by rzec wymiarów, na których przejawia się jego istnienie. Z kolei jako odrębny podsystem, człowiek wchodzi w skład szerszych niż on sam systemów, począwszy od rodziny, społeczności lokalnej, kulturowego, narodu, gatunku, po biosferę. Każda z tych płaszczyzn istnieje w dynamicznej równowadze z pozostałymi, tworząc określoną hierarchię.

Szczególnym przykładem podejścia holistycznego do spraw zdrowia i choroby jest model salutogenetyczny sformułowany przez Aarona Antonovskiego [4]. Jednakże prekursorami tego myślenia byli między innymi Susan Kobasa [5], której zespół opracował

teoretyczny model tzw. twardej osobowości. Z kolei George Vaillant, przedstawił koncepcję hierarchicznego usystematyzowania mechanizmów obronnych osobowości [6]. Czy wreszcie, jednego z prominentnych przedstawicieli psychologii humanistycznej, Abrahama Masłowa, opisującego cechy jednostki samorealizującej się. Dla Antonovskiego zdrowie i choroba stanowią kontinuum, są dwoma biegunami tego samego wymiaru. To, zaś, co nazywa poczuciem koherencji, pozwala jednostce przesuwać się w kierunku zdrowia.

Kończąc niniejsze rozważania warto nadmienić sposób rozumienia zdrowia psychicznego sformułowanej przez Georga Vaillanta. Zdaniem tegoż badacza, bazującego na modelu hierarchicznej struktury mechanizmów obronnych, zdrowie psychiczne powinno nie tylko odzwierciedlać brak objawów zaburzeń, ale także pozwolić na ocenę kompetencji społecznych jednostki oraz osiągniętych przez nią stylów zaradczych. W świetle tej koncepcji, dojrzałe mechanizmy zaradcze umniejszają negatywne emocje, wpływają na stan świadomości pozwalający na jej adekwatną ocenę. Pozwalają zachować stan równowagi psychicznej nie tracąc kontaktu z nią i doświadczyć emocjonalnego aspektu relacji interpersonalnych, jednak w akceptowalnym wymiarze natężenia przeżywanych emocji [7].

Widzenie zdrowia w szerokim wymiarze, wykraczającym poza jego jedynie negatywne rozumienie, jak również poza jedynie fizyczny jego charakter, czyni konieczną zmianę również w podejściu do pacjenta. Wzrasta w takim ujęciu wartość zadań terapeutycznych i ekspresyjnych, podobnie jak rola komunikacji z pacjentem. Odnosząc się m.in. do badań przeprowadzonych na oddziałach chirurgicznych w lecznictwie zamkniętym [8] możemy wyciągnąć wnioski o ogromnym znaczeniu pełnej i uwzględniającej wszelkie aspekty człowieczeństwa komunikacji w relacji „personel medyczny – pacjent”. Wspomniane badania ukazują zależność między przekazaną osobie chorej rzetelną informacją o dyskomforcie powiązanej z zabiegiem operacyjnym a skróceniem czasu rekonwalescencji. Pacjenci biorący udział w badaniach i uzyskujący pełnię informacji na temat pojawiającego się bólu, jego nasileniu i niedogodnościach powiązanych z procesem leczenia, a także znający techniki kontrolowania nieprzyjemnych odczuć opuszczali szpital średnio o 2,7 dnia wcześniej niż pacjenci otoczeni standardową opieką, jednocześnie też przyjmując o połowę mniej środków przeciwbólowych w stosunku do wspomnianych pacjentów z grupy kontrolnej. Przykład ten ukazuje nam jak bardzo istotną rolę w leczeniu odgrywa informacja przekazywana osobie cierpiącej przez personel. Komunikowanie i informowanie stanowią element człowieczeństwa, nie sposób także podważyć roli tych elementów w procesach zdrowienia. Wszelkie zaburzenia przebiegu komunikacji w relacji „personel medyczny – osoba chora” mogą więc wpływać negatywnie na stan tej drugiej. Najczęściej ze względów

od lekarza i pielęgniarki niezależnych (mówimy przecież o konieczności zmian systemowych w lecznictwie, „uzdrowieniu” służby zdrowia, zwiększeniu ilości etatów lekarskich i pielęgniarskich), ale komplikacje w nawiązywaniu kontaktu z osobą cierpiącą wynikają także z niedoskonałych umiejętności wspomnianych powyżej kadr. Dlatego też odpowiednie kształcenie osób pracujących z chorymi i poszerzenie horyzontów kształtowania humanistycznych postaw wśród personelu winno stanowić, obok edukacji stricte zawodowej, element obecny w każdym programie wyższej uczelni medycznej. Wystandaryzowane programy nauczania istnieją i takie treści zawierają, niemniej jednak nacisk kładziony na szeroko rozumiane humanistyczne wartości zdaje się być mały. Nauczanie filozofii, etyki zawodowej czy choćby umiejętności komunikacyjnych przyjmuje formę edukacji podporządkowanej treściom zawodowym, powiązanych głównie z wiedzą medyczną. Tymczasem proces leczenia to nie tylko, odwołując się do określeń z języka angielskiego, *cure*, ale także *care* [9]. W zakres opieki wchodzi nie tylko leczenie, ale także umiejętność spojrzenia na cierpiącą istotę ludzką nie tylko z poziomu procedur wyznaczanych przez organy administracji państwowej, ale przede wszystkim z pozycji człowieka patrzącego na drugiego człowieka. Jak mawiał Albert Schweitzer należy „utrzymywać życie i działać na korzyść życia” [10] z perspektywy szacunku i życzliwości dla osoby ludzkiej oraz pozostałych zasad etycznego postępowania z chorym Johna Wilkina [11]. Aby rozwinąć naturalną umiejętność ‘bycia człowiekiem’ w kontekście leczenia wypada położyć większy nacisk na wzmocnienie tej cechy w trakcie kształcenia. Treści, które nauka określa mianem humanistycznych i społecznych przekazywane są najczęściej w formie teoretycznej – uczelnie realizują programy zawierające treści z zakresu filozofii i etyki, socjologii, pedagogiki oraz psychologii, brakuje w tych działaniach jednak praktycznego ujęcia tematyki humanistycznej. Trafnym uzupełnieniem działań edukacyjnych są proponowane przez uczelnie zajęcia z zakresu języka migowego i emisji głosu.

Edukacja przyszłych specjalistów przebiega niejako dwutorowo – z jednej strony proponujemy wykłady, seminaria i ćwiczenia, z drugiej strony – praktyki i staże. W pierwszym przypadku studenci uzyskują teoretyczną wiedzę akademicką, w drugim nabywają doświadczenia, ale głównie z zakresu medycyny, pielęgniarstwa, czy też położnictwa. Gdzie jest miejsce dla człowieczeństwa? Gdzie empatyczne podejście do cierpiącego człowieka? Żeby wyjść poza obszar ‘cure’ należy zespolic obydwie elementy – praktycznej wiedzy medycznej i praktycznych umiejętności interpersonalnych w ramach spotkań przy łóżku osoby chorej.

Rola właściwego kształcenia w zakresie szeroko rozumianych zawodów opiekuńczych wiąże się z jednej strony z oczekiwaniami osób zdobywających dany zawód jak również i z oczekiwaniami pacjentów. Poszczególne zawody lub też ich kategorie wyodrębniane są jako czynności społecznie użyteczne [12] wykonywane na bazie posiadanej wiedzy i umiejętności; na podstawie ogólnego zakresu zadań, obowiązków i ról społecznych faktycznie realizowanych przez osoby dany zawód wykonujące, ale też i na podstawie oczekiwań społecznych wobec tych osób [13]. Zawód pielęgniarki w oczekiwaniach pacjentów uważany jest w przede wszystkim za zawód opiekuńczy. „Predyspozycje pielęgniarki to głównie cechy charakteru. Po pierwsze, więc cierpliwość, opiekuńczość, otwartość i wrażliwość na potrzeby i cierpienia innych, a także coś w rodzaju instynktu. Niezależnie od wiedzy medycznej, pielęgniarka musi też być osobą sprawną, zdecydowaną, rezolutną i odporną na stres oraz ciężką pracę fizyczną. Powinna też być osobą dyspozycyjną. [14]” Działania nazywane „opieką” łączą się z takimi pojęciami jak „troska, szacunek, nadzór, pieczołowitość, pielęgnowanie, zabezpieczanie, wspieranie, ochrona, niepokój o kogoś, czujność, gotowość do działania, wychowanie.”[15] Czynności opiekuńcze właśnie wyróżniają zawód pielęgniarski – to właśnie pielęgniarka uważana jest za głównego opiekę, ponieważ zadania lekarza mieszczą się przede wszystkim w płaszczyźnie instrumentalno-terapeutycznej [16].

Przeprowadzono już szereg badań dotyczących poziomu wiedzy, oczekiwań i odbioru społecznego różnych zawodów. Natomiast „możliwość wykorzystania przez społeczeństwo zawodów związanych z pomaganiem drugiej osobie wymaga dostatecznej wiedzy i przekonania ludzi poprzez odpowiednie kształtowanie opinii społecznej na ten temat [17].”

Między innymi przeprowadzono badania na temat postrzegania pielęgniarek przez dzieci oraz ich poziom wiedzy na temat przedstawicieli zawodu pielęgniarskiego [18]. Analizie poddano wytwory artystyczne dzieci, z których część była hospitalizowana. Dzieci zwracały szczególną uwagę na opiekuńczą rolę pielęgniarki [18] Również badania I. Rzewskiej wykazały, że zdecydowana większość pacjentów podkreśla socjalno-wychowawczą rolę pielęgniarki, przy czym szczególną uwagę badani przykładali do takich cech jak: dobroć, wyrozumiałość, cierpliwość, pogoda ducha i dodawanie otuchy. Umiejętności związane z opieką medyczną znalazły się natomiast na dalszym planie [19]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach D.L. Taglicozzo i H.O. Mauksch, które wykazały, że najistotniejszą rolą pielęgniarki w odniesieniu do oczekiwań społecznych jest rola psychoterapeutki, przy uwzględnieniu takich cech jak: cierpliwość, życzliwość i wyrozumiałość [20]. Z kolei w badaniach związanych z zawodem położnej, dotyczących

uczestnictwa ojców w porodach badani mężczyźni kładli nacisk przede wszystkim na rolę wsparcia położnych [21].

Należy przypuszczać, że „psychoterapeutyczna rola pielęgniarki i/lub położnej będzie coraz istotniejszym elementem ich pracy” [22], właśnie w związku z oczekiwaniami społecznymi, w których akcentuje się elementy funkcji ekspresyjnej i terapeutycznej.

Również studenci przywiązują dużą wagę do humanistyki w edukacji, akcentują również rolę cech osoby mającej podejmować się leczenia i opieki. Badani studenci kierunku pielęgniarstwo ocenili, że głównym motywem wyboru zawodu była chęć kontaktu z ludźmi związanymi z medycyną i leczeniem oraz chęć niesienia pomocy innym [23]. Wśród wniosków z przeprowadzonych badań możemy odnaleźć następujący: „wydaje się, iż zasadnym byłoby wprowadzenie badania osobowości, zainteresowań i uzdolnień kandydata na kierunku pielęgniarstwo – licencjat” [23] Tezę tę potwierdza zresztą szereg badań. W badaniach przeprowadzonych na kierunkach pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne motyw chęci niesienia pomocy innym był najczęściej pojawiającym się w odpowiedziach respondentów motywem wyboru zawodu [24]. Istotne wnioski płynące ze wspomnianych badań są takie, że należy położyć większy nacisk na stawianie diagnozy o przydatności kandydatów do zawodów medycznych, a także, iż w kształceniu pielęgniarek i ratowników medycznych na poziomie akademickim więcej czasu poświęcić należy na zajęcia praktyczne nastawione na komunikowanie się z pacjentem [24].

Tymczasem spoglądając na program nauczania na kierunku ‘Pielęgniarstwo’ na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu zauważamy, iż przedmiot „Komunikowanie” realizowany jest w wymiarze 15 godzin seminariów. Jest to 15 godzin na to, aby najczęściej w czterech ścianach sali wykładowej pokazać studentom, jak należy prowadzić rozmowę z chorą i cierpiącą osobą, przeżywającą osobisty dramat niekorzystnej diagnozy czy też żyjącą ze świadomością bolesnego i długotrwałego leczenia. Owe symboliczne 15 godzin może być przecież realizowane w oparciu o szereg szpitali klinicznych i prawdziwe sytuacje kliniczne. Powracając jednak do elementu liczby godzin na kształcenie umiejętności komunikowania – w myśl badań prowadzonych na Akademii Medycznej Białymstoku przedmiot „Komunikowanie interpersonalne” uznany został za najciekawsze zajęcia teoretyczne, zarówno wśród studentów kierunku ‘Pielęgniarstwo’ (17,3% studentów I roku), jak i ‘Położnictwo’ (20% studentów I roku). Na końcu owej listy popularności znajduje się ‘Filozofia’, być może ze względu na zbyt duży nacisk kładziony właśnie na teoretyczną formę zajęć. Badana grupa studentów pielęgniarstwa wyraziła również opinię, iż zajęcia o charakterze praktycznym

z komunikowania interpersonalnego realizowane są w zbyt małym wymiarze godzin [25]. Wnioskiem wynikającym z tych statystyk może być więc fakt, że nie tylko środowisko nauczycieli akademickich zgłasza konieczność wprowadzenia zmian jakościowych i ilościowych w program nauczania, ale także zauważają i manifestują to sami studenci.

Konieczność uwzględnienia działań związanych z rozwojem osobowości i rozwojem osobowym w procesie edukacji przyszłych pielęgniarek powinna doprowadzić do aktualizacji programów nauczania poprzez włączenie w te struktury modułów poświęconych metodom i środkom psychologicznym w komunikacji interpersonalnej, w szczególności treningów interpersonalnych, treningów wrażliwości oraz asertywności. Wnioski takie można wysnuć na podstawie badań przeprowadzonych na grupie studentek kierunku Pielęgniarstwo na poziomie licencjackim [26]. Zaangażowanie w procesy zdrowienia i leczenia pacjentów wymagają od personelu medycznego wiedzy o psychologicznych czynnikach wpływających na doświadczanie choroby i zdrowia na poziomie poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym. Pielęgniarka powinna posiadać więc bazową wiedzę na temat znaczenia tych czynników dla powstawania, przebiegu i leczenia choroby [27], ale także posiadać umiejętności służące nawiązaniu takiej relacji z pacjentem, które uaktywnia procesy psychiczne sprzyjające procesom zdrowienia i wywierania wpływu na jednostkę i czynniki społeczne w celu ukształtowania pożądanych postaw prozdrowotnych na okres porekonwalescencyjny [28].

W niektórych obszarach dydaktyki medycznej można zaobserwować zmiany akcentujące rangę wartości humanistycznych w procesach edukacji personelu medycznego. Blisko 10 lat temu powstały pierwsze ramowe programy kształcenia dla pielęgniarek z dziedziny pielęgniarstwa paliatywnego [29]. Programy te zawierają niezbędne treści odwołujące się do czynników psychospołecznych i kulturowych, obejmujących szereg reakcji psychicznych i somatycznych pojawiających się w odpowiedzi na choroby w poważnym stopniu zagrażające życiu. Właściwe podejście pacjenta i personelu do pojawiających się reakcji może pomóc w doborze adekwatnego postępowania terapeutycznego, podnoszącego jakość życia chorych i zwiększającego realne szanse na wyzdrowienie. Równie ważnym czynnikiem istotnym dla dochodzenia do stanu zdrowia jest zrozumienie uczuć pojawiających się wobec chorego i jego rodziny [29]. Istotne jest zatem, oprócz poszerzania kompetencji zawodowych z opieką i pielęgnacją chorego, rozwijanie w tych grupach zawodowych zdolności empatycznego podejścia do potrzeb pacjenta, jako techniki pozwalającej redukować napięcia emocjonalne. Szeroko rozumiany kontekst rodzinny, społeczny oraz duchowy pacjenta i jego rodziny jest elementem, który należy uwzględniać dokonując wyboru podejścia terapeutycznego. W oparciu o tak szerokie interdyscyplinarne ujęcie czynników

zdrowienia pojawia się więc konieczność uwzględnienia wartości kompetencji instrumentalnych i psychologicznych w kształtowaniu umiejętności pełnego pielęgnowania chorego, w tym również chorego terminalnie.[29].

Przedstawione powyżej dane prowadzą do wielu ważnych wniosków. Zdaniem autorów, istnieje ogromna konieczność rozwijania form nauczania uwrażliwiających studentów na humanistyczny wymiar relacji terapeutycznej. Jeśli zgodzimy się z poglądem, że duchowy wymiar człowieka odnosi się do czci dla życia, świadomości refleksyjnej, sensu i celu życia. Jeśli przyjmiemy, że duchowość to poszukiwanie harmonii z wszechświatem i pytanie o sens wieczności – kwestie te nabierają szczególnego znaczenia, kiedy człowiek jest chory, cierpi z powodu bólu, kiedy umiera [30]. Nie ma lepszego sposobu nauczania podstaw etyki, filozofii, czy bioetyki dbając by przyszły personel medyczny, doświadczył przejawiania się potrzeb duchowych chorego w praktyce leczenia. Rozumiejąc znaczenie terminu „*total pain*”, łatwiej zrozumieć zasadność terminu „*total care*”, uwzględniającego aspekt etyczny i moralny w opiece.

Podobną konieczność dostrzegła jeszcze w latach osiemdziesiątych Naczelna Rada Lekarska w Kanadzie [33], która przyjmując deklarację „Lekarze Jutra” nakreśliła wytyczne dla przyszłego sposobu kształcenia lekarzy. W dokumencie tym zawarty jest postulat, oparty na opozycji wyuczenia określonych umiejętności a wyedukowania sztuki leczenia, wzbogacając studentów o umiejętności nieinstrumentalne.

Niniejszy artykuł jest zaledwie jednym z wielu głosów w dyskusji nad tym, jakimi atrybutami powinien wykazać się „dobry” lekarz, pielęgniarka, czy położna. Niewątpliwie każdy z nich musi posiadać wiedzę o funkcjonowaniu ludzkiego organizmu, poprzez pryzmat wiedzy medycznej. Dobrze, gdy się wie, w jaki sposób leczyć chorego – to trywialna prawda. Jednakże owo naukowe podejście nie wystarcza, zaprezentowane powyżej fakty świadczą o „ludzkim” wymiarze leczenia i opieki medycznej. Realizująca postulat humanistycznego podejścia do chorego pielęgniarka, czy położna, potrafi dokonać wglądu w potrzeby chorego, emocje, które towarzyszą chorobie, posiada wrażliwość etyczną oraz potrafi zastosować nabytą wiedzę i umiejętności w leczeniu powierzonego jej pacjenta/pacjentki. Do realizacji tych zawodów konieczna jest wyobraźnia moralna, pozwalająca szerzej ujrzeć problemy cierpiącego człowieka.

Bibliografia:

- [1] World Health Organisation. Constitution. Geneva, 1948.
- [2] World Health Organisation. Health Promotion: a WHO Discussion Document on the Concepts and Principles. Journal of the Institute of Health Education, 1985, 23 (1)
- [3] Sęk H.: Psychologia wobec promocji zdrowia. [W:] Heszen- Niejodek I. Sęk H., Psychologia Zdrowia, PWN, Warszawa, 1997, s. 40-61.
- [4] Antonovsky A.: Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia, [W:] Heszen – Niejodek I., Sęk H., Psychologia Zdrowia, PWN, Warszawa, 1997, s.206-231.
- [5] Kobasa S.C., Maddi S.R., Kahn S.: Hardiness and Health: a prospective study. J Pers Soc Psychoz 1982, 42: 168-177
- [6] Vaillant G.E.: Adaptive mental mechanisms: their role in positive psychology, AM J Psychiatry, 2000, 55: 89-98
- [7] Vaillant G.: Mental Health, AM J Psychiatry; 2003, 160: 1373-1384
- [8] Winefield H.R., Peay M. Y.: Nauka o zachowaniu w medycynie. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, 1989, s.110
- [9] Stelcer B.: Humanistyczny wymiar relacji lekarz – pacjent. Tekst niepublikowany.
- [10] Schweitzer A.: Filozofia kultury [W:] Lazari – Pawłowska I: Schweitzer, Wiedza Powszechna, Warszawa, 1976, s. 184
- [11] Wilkinson J.: Ethical issues in palliative care, [W:] Doyle D., Hanks G.W.C., Macdonald N., Oxford (eds.) Textbook of Palliative Medicine, Oxford University Press, 1997, s. 97
- [12] Sarapata A. (red.): Socjologia zawodów, Warszawa 1965, s. 16
- [13] Kawczyńska-Butrym Z.: Opieka w Pielęgniarstwie [W:] Koncepcje opieki i zawody opiekuńcze. Pracownicy socjalni i pielęgniarki, Kawczyńska-Butrym Z. (red.), Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2001, s. 129.
- [14] Hebda P., Madejski J.: Zawód z pasją. Praktyczny przewodnik po rynku pracy, Wyd. „Park”, Bielsko-Biała, 2004, s. 382
- [15] Wrońska I.: Współczesna koncepcja roli pielęgniarki. Studium socjologiczne, Lublin, 1995, s. 22
- [16] Orbell S.: The role of social cognitive research in informal care, Journal of Health Psychology, 1999, 4 (1): 42-43
- [17] Warchoń K., Strzelecki W.: Ocena aktualnej wiedzy o roli i znaczeniu psychologów w Polsce w oparciu o analizę skupień [W:] Pielęgniarstwo Polskie, Poznań, 2005, 2 (20):507-511

- [18] Ślusarska B., Krajewska-Kułak E., Zarzycka D.: Children's perceptions of the nursing profession in Poland. *Nurse Educ. Today*, 2004, 24: 521-529
- [19] Rżewska I., *Pacjent-pielęgniarka*, Warszawa, 1987
- [20] Olubiński A.: Praca socjalno-wychowawcza pielęgniarek w świetle opinii hospitalizowanych pacjentów [W:] *Koncepcje opieki i zawody opiekuńcze. Pracownicy socjalni i pielęgniarki*, red. Kawczyńska-Butrym Z., Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn, 2001, s. 236.
- [21] Singh D., Newburn M.: What men think of midwives?, *RCM Midwives*, 2003, 6(2): 71-74
- [22] Strzelecki W.: Obszary zastosowania psychologii w kształceniu pielęgniarek i położnych [W:] *Annales Universitatis Medicae Lodzensis*, Łódź, 2003, 44 (2): 123-126.
- [23] Majda A., Zahradniczek K.: Motywy wyboru studiów na kierunku pielęgniarstwo – licencjat [W:] *Annales Universitatis Medicae Lodzensis*, Łódź, 2003, 44 (2): 15-23.
- [24] Mroczek B., Zacharska G.: Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych. Motywy wyboru zawodu *Annales Universitatis Medicae Lodzensis*, Łódź, 2003, 44 (2): 25-30.
- [25] Krajewska-Kułak E., Jankowiak B., Krajewska K., Lewko J., Łukaszuk C., Nyklewicz W., Rolka H., Szyszko-Perłowska A., Sierakowska M., Baranowska A.: System kształcenia licencjackiego w opinii pracowników i studentów Akademii Medycznej w Białymstoku. Niepublikowany referat zjazdowy z Konferencji „XXXV - lecie Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu”, Poznań, 2005.
- [26] Humeniuk E., Ślusarska B., Zarzycka D.: Kształcenie pielęgniarek na poziomie licencjackim, a kształtowanie cech osobowości [W:] *Annales Universitatis Medicae Lodzensis*, Łódź, 2003, 44 (2): 49-55.
- [27] *Nurses and midwives for health. A WHO European Strategy for nursing and midwifery education*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.
- [28] Mojs E., Stelcer B.: Obszary edukacji psychologicznej studentów kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu [W:] *Annales Universitatis Medicae Lodzensis*, Łódź, 2003, 44 (2): 115-118.
- [29] Stelcer B., Głowacka A., Łuczak J.: Potrzeby kształcenia personelu pielęgniarstwa w zakresie opieki paliatywnej [W:] *Annales Universitatis Medicae Lodzensis*, Łódź, 2003, 44 (2): 119-122.
- [30] Narayanasamy A.: Learning spiritual dimensions of care from historical perspective, *Nurse Education Today*, 1999, 19: 386-395

[31] Macnaughton J.: The humanities in medical education: context, outcomes and structures, J Med Ethics: Medical Humanities; 2000, 26: 23-30