

***Predyspozycje osobowościowe profesjonalistów
świadczących wsparcie emocjonalne i duchowe
a oczekiwania ich podopiecznych***

Bartłomiej Skowroński

Uniwersytet Warszawski

b.skowronski@uw.edu.pl

Ewa Kulawska

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

e.kulawska@uksw.edu.pl

Jakub Bartoszewski

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koninie

jakub.bartoszewski@konin.edu.pl

**Personality predispositions of professionals providing emotional
and spiritual support and the expectations of their charges**

In the proposed article, the play was undertaken related to the predispositions of people providing emotional and spiritual support. At the same time, the issues related to the expectations of the charges of the above-mentioned professionals were presented. The article contains empirical elements indicating the research process in the form of assumptions. Research hypotheses have been verified based on the ACL test. The results confirm the assumptions made.

Keywords: predispositions; emotional support; expectations of charges

Wprowadzenie

W stresie ludzie potrzebują i poszukują wsparcia społecznego (Sęk 1997, 2001; Schwarzer, Hahn, Schröder, 1994). W takich sytuacjach zwykle sięgają do dwóch źródeł wsparcia: 1) naturalnego – członków bliższej i dalszej rodziny: małżonków, rodziców, przyjaciół, sąsiadów oraz 2) wsparcia specjalistycznego: psychologów, personelu medycznego, duchownych, członków grup samopomocy, grup zadaniowych itp. (Sęk, Cieślak 2011). Cierpienie spowodowane chorobą chroniczną tym bardziej generuje stres i wzmacnia potrzebę wsparcia. Ludzie będący w zaawansowanym stadium chorób zagrażających życiu poszukują nadziei, pocieszenia i wyjaśnienia swego stanu w odniesieniu do wartości transcendentalnych. U większości pacjentów doświadczanie poważnych chorób wzmacnia zainteresowanie sferą duchową.

Wsparcie duchowe wpisuje się w paradygmat postrzegania człowieka z perspektywy holistycznej, gdzie bierze się pod uwagę każdy aspekt życia człowieka, łącznie z duchowym. Duchowy spokój jest jednym z fundamentalnych czynników decydujących o jakości życia w obliczu jego zakończenia. Potrzeby duchowe lub religijne mogą być zaspokajane nie tylko przez osoby duchowne, ale także przez personel medyczny. Pojęcie „opieka medyczna” zawiera dziś nie tylko aspekt fizyczny, społeczny i umysłowy, ale również jej duchowy charakter (Chan, 2010).

Badania ilościowe ujawniły, że 87% pacjentów uważa duchowość jako istotną część ich życia (Hills, Paice, Cameron, Shott, 2005). Ponadto 51 do 77% pacjentów uważa religię jako ważny obszar dla swojego życia (Balboni, Vanderwerker, Block, 2007; Hills, Paice, Cameron, Shott, 2005; Ehman, Ott, Short, Ciampa, Hansen-Flaschen, 1999). I chociaż wsparcie duchowe jest związane z wyższym poziomem jakości życia, to wyniki badań wskazują, że pacjenci mają niezaspokojone potrzeby duchowe (Balboni, Vanderwerker, Block, 2007; Holmes, Rabow, Dibble, 2006).

W badaniach Balboni, Paulk, Balboni i in. (2010) zebrano materiał empiryczny, przeprowadzając wywiady i obserwując 343 pacjentów onkologicznych w zaawansowanym stadium choroby. Wyniki badań pokazały, że 70% pacjentów przyznało, że religijność jest dla nich bardzo ważną wartością w schyłkowym okresie życia, ale jednocześnie 60% wskazało, że ich potrzeby w tym zakresie nie są zaspokajane w kontakcie z personelem medycznym. Tylko 25% pacjentów stwierdziło, że otrzymało wystarczające wsparcie duchowe ze strony pracowników szpitala. Okazało się, że większe wsparcie duchowe ze strony personelu było związane z wyższym wskaźnikiem jakości życia w obliczu śmierci. Zatem oczekiwania pacjentów wobec personelu dotyczą nie tylko profesjonalizmu medycznego, ale wkraczają znacznie w obszary wsparcia emocjonalnego i duchowego. Sfera duchowa jest ważną częścią życia, dającą siłę, pomoc i nadzieję, oraz poprawę jakości życia w czasie choroby i hospitalizacji. Duchowość może dotyczyć

wiary, religii, praktyk religijnych, a w przypadku osób niewierzących wiara może odnosić się do innych, samych siebie, natury, nauki lub instytucji.

Nieuleczalnie choremu człowiekowi towarzyszy często stan rozchwiania i labilności emocjonalnej. Jak pokazują badania pacjentów z nowotworem, w końcowej fazie choroby przeżywają stany od duchowego rozżalenia do znalezienia sensu oraz planu życia i śmierci, a także tego, co stanie się po śmierci (McClain-Jacobson i in., 2004). Duchowość i wiara religijna kreują świat, który jest połączony z nadzieją i optymizmem (McClain-Jacobson i in., 2004). Zdaniem Lin i Bauer-Wu zapewnienie opieki duchowej powoduje, że pacjenci mogą konstruktywniej radzić sobie z ich chorobami i lepiej przejść przez ostatni etap życia (2003).

Badania pokazały, że nie zawsze osoby wykonujące zawody związane w różny sposób z osobami chorymi, są odpowiednio przygotowane do świadczenia opieki duchowej. Badania w grupie pielęgniarek ujawniły, że choć one same przyznają, że opieka duchowa jest częścią ich profesji, to jednak nie są adekwatnie przygotowane do wyjścia naprzeciw potrzebom duchowym pacjentów (Mahmoodis-han i in., 2010; Ross, 1994; Stranahan, 2001). Ponadto Ross (2006) przeprowadziła metaanalizę 45 badań empirycznych, z czego 14 dotyczyło jakości opieki sprawowanej przez pielęgniarki nad pacjentami z chorobami zagrażającymi życiu. W większości prowadzonych badań pielęgniarki deklarowały, że nie są odpowiednio przygotowane do udzielania wsparcia duchowego pacjentom. Wyodróżniono czynniki, które sprzyjają udzielaniu opieki duchowej przez pielęgniarki. Należały do nich: poziom edukacji w nawiązywaniu kontaktu z pacjentem, świadomość własnej duchowości i umiejętność odczytywania potrzeb pacjentów. Profesjonaliści zajmujący się zdrowiem powinni wspierać duchowo pacjentów przez szanowanie ich religijnych przekonań i potrzeb duchowych, zapewnienie opieki duchowej, wzmacnianie opieki ze strony rodziny i przyjaciół, udzielanie informacji, okazywanie empatii, wyrozumiałości oraz zainteresowania ich problemami.

Według Rogersa (1959) pomagający powinien spełniać następujące warunki: po pierwsze, darzyć klienta bezwarunkową akceptacją bez względu na to, kim jest, co mówi lub co robi. Po drugie, w kontakcie z klientem pomagający winien być spójny i autentyczny. Po trzecie, w komunikacji z klientem starać się rozumieć klienta z jego perspektywy przez empatię.

Lekarz wzmacnia, gdy oferuje właściwe aktualnie zalecane leczenie (90%), wie wszystko, co można wiedzieć o mojej chorobie (87%), zapewnia, że ból będzie leczony (87%), od czasu do czasu wykazuje poczucie humoru (80%), zaznacza, że będzie się starał odpowiedzieć na wszystkie moje pytania (78%). Z drugiej strony lekarz zmniejsza nadzieję, gdy wydaje się, że jest nerwowy i zestresowany (91%), najpierw rozmawia o prognozie z rodziną (87%), używa eufemizmów (82%), unika rozmowy o raku, a jedynie rozmawia o leczeniu (75%) (Hagerty, in., 2005).

W odniesieniu do opieki duchowej badania ujawniły kilka interesujących wniosków. Rustoen i in. (1998) zwrócili uwagę na istnienie kilka rodzajów interwencji, które zwiększają nadzieję u pacjentów, są to: budowanie wiary we własne siły i zdolności, wychodzenie naprzeciw samopoczuciu pacjentów, komunikowanie się z innymi, umożliwianie pacjentom bycia zaangażowanym w dawaniu opieki i zwracanie uwagi na przekonania i wartości pacjentów.

Na podstawie wyników badań własnych dotyczących kompetencji duchowych pielęgniarek, van Leeuwen i Cusveller (2003) sformułowali trzy główne domeny kompetencji odnoszące się do:

- 1) pielęgniarki (postawy i cechy osobiste, odpowiedzialność zawodowa, wiedza i wizja),
- 2) procesu pielęgnowania (obserwacja, ocena, diagnoza, coaching, informacje i porady, koordynacja, opieka i współpraca),
- 3) instytucjonalnego kontekstu świadczonej opieki.

Kompetencje pielęgniarek, niezbędne do świadczenia opieki duchowej, są następujące:

- 1) jest w stanie zebrać informacje na temat duchowości pacjenta i zidentyfikować potrzeby pacjenta,
- 2) jest w stanie rozmawiać z pacjentami i członkami zespołu, jaki rodzaj opieki duchowej jest zapewniony, planowany i zgłoszony,
- 3) jest w stanie zapewnić opiekę duchową i ocenić ją z pacjentami i członkami zespołu,
- 4) jest w stanie kierować się swoimi własnymi wartościami, przekonaniem i uczuciami w profesjonalnych relacjach z pacjentami różnych wyznań i religii,
- 5) jest w stanie zająć się tematem duchowości z pacjentami z różnych kultur w opiekuńczy sposób,
- 6) jest w stanie przyczynić się do zapewnienia jakości i ekspertyzy dotyczącej poprawy opieki w duchowej w instytucji (van Leeuwen, Cusveller, 2003).

1. Metoda

Zostały określone dwa cele badań. Pierwszym z nich było zbadanie cech osobowości specjalistów świadczących wsparcie emocjonalne i duchowe. Drugim – uzyskanie opinii osób chorych na temat oczekiwanych przez nich cech osobowości, które dotyczą specjalistów świadczących wsparcie emocjonalne i duchowe.

Sformułowano następujący problem badawczy:

- P_{ogólny}: Jakie są różnice między cechami ujawnionymi przez osoby świadczące wsparcie duchowe a cechami oczekiwanymi przez te osoby?

Ponadto określono hipotezę badawczą:

- $H_{ogólna}$: Ujawnione cechy profesjonalistów świadczących wsparcie i duchowe istotnie różnią się od cech postulowanych i jednocześnie oczekiwanych przez osoby uzyskujące wsparcie.

Metodą wykorzystaną w badaniach był test Lista przymiotnikowa (*Adjective Check List – ACL*), autorstwa H. G. Gougha i A. B. Heilbruna, który jest trafnym, rzetelnym i uznanym narzędziem badawczym. Wymienione narzędzie badawcze składa się z listy zawierającej 300 przymiotników. Zadaniem osoby badanej jest wybranie z niej tych przymiotników określających daną cechę, które odpowiadają zachowaniu osoby ocenianej.

Test przymiotnikowy można zastosować do różnego rodzaju badań. Można nim badać obraz siebie, w tym *ja idealne* i *ja realne*, jak również dokonywać charakterystyki danej osoby lub grupy osób poddawanych obserwacji (Gough, Heilbrun, 1965, s. 16–18, za: Siek 1993). Test ACL stosowany był do opisu dzieci przez własne matki (Scarr, 1966), studentów przez kolegów z grupy (Gough, 1969), uczniów przez nauczycieli (Kitchin, 1972), członków rodzin przez uzależnionych (Eldred, Brown, 1974), pacjentów przez psychoterapeutów (Goldman, Mendelssohn, 1969), osób upośledzonych umysłowo przez młodzież (Jaffe, 1966), synów przez własnych ojców (Rowell, 1968), uzależnionych od narkotyków i alkoholu przez personel szpitalny (Sowa, Cutter, 1974). Narzędzie to wykorzystywano również w praktyce klinicznej. LaPlace, Stein i Weissman (1968) przeprowadzili badania w grupie doświadczonych i mniej doświadczonych terapeutów, którzy za zadanie mieli scharakteryzować osoby chore na schizofrenię.

1.1. Rzetelność testu ACL

Rzetelność testu ACL została oszacowana za pomocą stabilności bezwzględnej (test-retest) oraz przez zbadanie homogeniczności jego skal. W tym celu wykorzystano wzór Kudara-Richardsona (K-R 20). Współczynniki korelacji między dwoma pomiarami uzyskanymi w odstępie tygodnia pozwoliły uzyskać wyniki, które świadczą o stabilności bezwzględnej narzędzia, współczynniki r_{tt} wahały się od 0,82 do 0,91 (Matkowski, 1984). Współczynniki homogeniczności skal pozwoliły wyciągnąć wniosek, że przymiotniki przypisane przez osoby sądzujące do poszczególnych skal są związane z obrębem poszczególnej skali z tym samym zakresem treściowym. Współczynniki wahały się od 0,7 do 0,91 dla kobiet i od 0,7 do 0,94 dla mężczyzn (Matkowski, 1984).

1.2. Trafność testu ACL

Chcąc oszacować trafność testu ACL, przeprowadzono badania w grupie 139 dziewcząt z liceum medycznego, a następnie porównano uzyskane wyniki z wynikami uczennic liceum ogólnokształcącego i studiów. Oczekiwano, że uczennice liceum medycznego będą cechować się istotnie wyższym wskaźnikiem w skalach, które wiążą się z poczuciem pewności, zrównoważeniem, wpływem na inne osoby, uspołecznieniem, dojrzałością oraz odpowiedzialnością (Motyka i in., 1980). Różnice istotne między grupami ujawniły się w zakresie następujących skal: nastawienie obronne, potrzeba dominacji, potrzeba afiliacji, potrzeba kontaktów heteroseksualnych, potrzeba agresji, potrzeba poniżania się. Licealistki ze szkoły medycznej okazały się bardziej pewne siebie, stanowcze, zmierzające do wytyczonego celu, bardziej dążą do kontaktów interpersonalnych, czują się swobodniej w kontaktach społecznych, układają swoje stosunki raczej współpracując, niż rywalizując. Wyniki te świadczą o trafności testu ACL (Matkowski, 1984).

2. Charakterystyka badanej grupy

W badaniach wzięło udział łącznie 95 osób, większość z nich (N = 75) stanowiły kobiety, pozostali to mężczyźni (N = 20). Dobór próby miał charakter celowy (arbitralny). Średnia wieku wyniosła około 47 lat, przeciętne odchylenie od średniej (odchylenie standardowe) wyniosło 15 lat. Najmłodsza osoba, która wzięła udział w badaniach miała lat 30, zaś najstarsza 86. Tabela 1 przedstawia wykształcenie osób badanych. Okazało się, że wykształceniem wyższym legitymują się 53 osoby (55,8%), wykształcenie średnie ma 27 osób (28,4%), 9 osób ma wykształcenie zawodowe (9,4%), zaś 6 osób określiło swoje wykształcenie jako gimnazjalne.

Tabela 1

Wykształcenie osób badanych

Wykształcenie	N	%
Gimnazjalne	6	6,4
Zawodowe	9	9,4
Średnie	27	28,4
Wyższe	53	55,8
Ogółem	95	100,0

Większość osób, które wzięły udział w badaniach mieszka w dużych miastach, grupę tę stanowią 52 osoby (54,8%). Dwadzieścia osób określiło swoje miejsce zamieszkania jako średnie miasto (21%), 16 osób mieszka w małych miastach (16,8%), a jedynie siedem osób na wsi (7,4%).

Tabela 2

Miejsce zamieszkania osób badanych

Miejsce zamieszkania	N	%
Wieś	7	7,4
Małe miasto	16	16,8
Średnie miasto	20	21,0
Duże miasto	52	54,8
Ogółem	95	100,0

Grupa, która wzięła udział w badaniach, to osoby, które na co dzień zmagają się z różnymi poważnymi problemami zdrowotnymi (choroby nowotworowe, choroby układu krążenia, problemy zdrowotne związane ze starością). Część grupy, tj. 21 osób (22,1%), uczęszcza do ośrodka prowadzonego przez Fundację Wspierania Osób Nieuleczalnie i Przewlekle Chorych „Jestem”. Fundacja ta prowadzi zajęcia dla osób dotkniętych głównie chorobą nowotworową. Grupa 12 osób (12,6%) to osoby starsze, korzystające z ośrodka dziennego pobytu prowadzonego przez Stowarzyszenie „Caritas”; 10 osób (10,5%) to pacjenci jednego z zakładów opiekuńczo-leczniczych w Warszawie. Pozostała grupa, 52 osoby (54,8%), została dobrana w sposób arbitralny, były to osoby niezwiązane z jakąkolwiek instytucją, w większości znane wcześniej przez członków zespołu badawczego.

Tabela 3

Rodzaj placówki

Rodzaj placówki	N	%
Fundacja „Jestem”	21	22,1
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Warszawie	10	10,5
Ośrodek Dziennego Pobytu „Caritas” w Józefowie	12	12,6
Inne	52	54,8
Ogółem	95	100,0

Badania przebiegały w dwóch etapach. W pierwszym badane osoby poproszono o zakreślenie tych przymiotników określających osobowość, którymi ich zdaniem powinny charakteryzować się osoby profesjonalnie świadczące wsparcie emocjonalne i duchowe. Była to ocena idealna, postulowana. W drugim etapie poproszono te same osoby o ponowne wypełnienie testu ACL, jednak tym razem ich zadaniem było przypisanie odpowiednich przymiotników osobom, które w przeszłości udzielały jej wsparcia emocjonalnego i duchowego. W odróżnieniu od poprzednio dokonanej oceny była to zatem ocena realna.

Tabela 4

Osoby charakteryzowane przez grupę badanych w drugim etapie badań

Badani	N	%
Ksiądz	4	4,2
Lekarz	76	80,0
Pielęgniarka	4	4,2
Przyjaciół	1	1,0
Psycholog	8	8,4
Rehabilitant	1	1,0
Wolontariusz	1	1,0
Ogółem	95	100,0

Wśród osób ocenianych, które w przeszłości świadczyły wsparcie emocjonalne i duchowe, największą grupę stanowili lekarze $N = 76$ (80%), następnie psychologowie – 8 osób (8,4%), kapłani – 4 osoby (4,2%) i pielęgniarki – 4 osoby (4,2%). W jednym przypadku był to przyjaciel (1%), rehabilitant (1%) oraz wolontariusz (1%).

3. Wyniki badań

Analiza wyników badań zostanie przedstawiona w dwóch etapach: w pierwszym zostaną przedstawione różnice w zakresie poszczególnych zmiennych wchodzących w skład testu ACL między profesjonalistą idealnym a realnym. W drugim etapie zostaną porównane profile profesjonalisty idealnego oraz profesjonalisty realnego.

3.1. Różnice w zakresie poszczególnych zmiennych ACL

Tabela 5 przedstawia porównania średnich arytmetycznych, odchyłeń standardowych oraz błędów standardowych średnich poszczególnych zmiennych testu ACL, tworzących profil postulowany profesjonalisty świadczącego wsparcie duchowe i emocjonalne (profil idealny) oraz profil osoby, która w przeszłości udzielała wsparcia badanej osobie (profil realny). W celu stwierdzenia różnic między zmiennymi został zastosowany test t-Studenta dla prób zależnych.

Tabela 5

Porównania wartości średnich arytmetycznych, odpowiadających im tenów, odchyłeń standardowych, błędów standardowych średnich poszczególnych skal wchodzących w skład Testu ACL w odniesieniu do profilu realnego (PR) i profilu idealnego (PI)

L.p.	Skale	M	SD	Błąd standardowy średniej	N
1.	No Ckd (PI)	36,3	5,99	,61	95
	No Ckd (PR)	33,4	5,25	,53	95
2.	Fav (PI)	54,8	8,26	,84	95

Predyspozycje osobowościowe profesjonalistów świadczących wsparcie emocjonalne i duchowe...

	Fav (PR)	47,1	9,74	,99	95
3.	Unfav (PI)	40,6	1,38	,14	95
	Unfav (PR)	44,7	11,08	1,13	95
4.	Com (PI)	41,8	8,30	,85	95
	Com (PR)	36,3	8,91	,91	95
5.	Ach (PI)	53,8	6,94	,71	95
	Ach (PR)	49,8	7,96	,81	95
6.	Dom (PI)	55,6	6,15	,63	95
	Dom (PR)	52,9	5,65	,58	95
7.	End (PI)	62,9	6,50	,66	95
	End (PR)	58,2	9,15	,93	95
8.	Ord (PI)	65,4	7,58	,77	95
	Ord (PR)	61,1	9,76	1,00	95
9.	Int (PI)	56,5	8,01	,82	95
	Int (PR)	48,8	10,10	1,03	95
10.	Nur (PI)	52,0	6,32	,64	95
	Nur (PR)	46,7	9,18	,94	95
11.	Aff (PI)	50,8	8,77	,89	95
	Aff (PR)	44,8	10,76	1,10	95
12.	Het (PI)	45,8	6,55	,67	95
	Het (PR)	43,6	8,31	,85	95
13.	Exh (PI)	52,3	4,33	,44	95
	Exh (PR)	51,9	6,65	,68	95
14.	Aut (PI)	48,0	5,04	,51	95
	Aut (PR)	48,9	8,07	,82	95
15.	Agg (PI)	45,7	4,84	,49	95
	Agg (PR)	47,4	7,96	,81	95
16.	Cha (PI)	41,2	5,19	,53	95
	Cha (PR)	40,9	4,42	,45	95
17.	Suc (PI)	46,4	5,59	,57	95
	Suc (PR)	45,2	6,51	,66	95
18.	Aba (PI)	47,7	5,34	,54	95
	Aba (PR)	48,7	6,48	,66	95
19.	Def (PI)	53,0	5,72	,58	95
	Def (PR)	50,2	7,49	,76	95
20.	Crs (PI)	46,8	7,31	,75	95
	Crs (PR)	49,4	9,06	,92	95
21.	S-Cn (PI)	54,3	4,48	,46	95
	S-Cn (PR)	52,4	5,75	,59	95
22.	S-Cfd (PI)	55,4	6,45	,66	95
	S-Cfd (PR)	52,2	8,15	,83	95
23.	P-Adj (PI)	53,9	6,55	,67	95
	P-Adj (PR)	49,6	8,45	,86	95
24.	lss (PI)	65,3	6,66	,68	95
	lss (PR)	60,0	8,22	,84	95
25.	Cps (PI)	51,1	6,42	,65	95
	Cps (PR)	50,6	5,66	,58	95
26.	Mls (PI)	51,4	7,02	,72	95
	Mls (PR)	46,8	8,34	,85	95
27.	Mas (PI)	54,0	8,75	,89	95
	Mas (PR)	49,9	6,73	,69	95
28.	Fem (PI)	46,3	8,27	,84	95
	Fem (PR)	41,2	8,54	,87	95
29.	Cp (PI)	48,7	5,55	,57	95
	Cp (PR)	46,9	6,70	,68	95

30.	Np (PI)	57,6	5,58	,57	95
	Np (PR)	54,4	8,04	,82	95
31.	A (PI)	59,1	5,87	,60	95
	A (PR)	54,8	6,97	,71	95
32.	Fc (PI)	51,3	4,26	,43	95
	Fc (PR)	49,2	6,19	,63	95
33.	Ac (PI)	41,4	5,92	,60	95
	Ac (PR)	44,7	6,86	,70	95
34.	A1 (PI)	37,1	4,62	,47	95
	A1 (PR)	39,5	6,01	,61	95
35.	A2 (PI)	43,0	5,73	,58	95
	A2 (PR)	43,9	5,68	,58	95
36.	A3 (PI)	52,0	9,73	,99	95
	A3 (PR)	49,5	10,12	1,03	95
37.	A4 (PI)	57,5	8,57	,88	95
	A4 (PR)	52,8	8,55	,87	95

Wyniki testu t-Studenta pokazują znaczące różnice w większości analizowanych skal. Biorąc pod uwagę całkowitą liczbę użytych przez osoby badane przymiotników, stwierdzamy, że pacjenci wybrali więcej przymiotników do opisu profesjonalisty idealnego ($M = 36,3$) niż profesjonalisty realnego ($M = 3,4$), i różnica ta jest istotna statystycznie ($t = 6,546$; $p < 0,001$). Może to świadczyć o większych oczekiwaniach osób badanych w stosunku do lekarzy, psychologów, pielęgniarek i księży. Wybrano również więcej czasowników pozytywnych w opisach osoby idealnej ($M = 54,8$), niż realnie udzielającej wsparcia ($M = 47,1$; $t = 7,846$; $p < 0,001$). Z kolei liczba wybranych przymiotników o charakterze negatywnym była częściej przypisywana profesjonalistom pracującym z osobami chorymi ($M = 44,7$) niż profesjonalistom idealnym ($M = 40,6$; $t = 7,846$; $p < 0,001$), co pokazuje tabela 6.

Tabela 6

Różnice między poszczególnymi skalami testu ACL dla profilu idealnego (PI) oraz profilu realnego (PR)

L.p.	Rodzaj skali	Różnice w próbach zależnych			t	df	p
		M	SD	Błąd standardowy średniej			
1.	No Ckd (PI) - No Ckd (PR)	2,85263	4,24757	,43579	6,546	94	,000
2.	Fav (PI) - Fav (PR)	7,71579	9,58463	,98336	7,846	94	,000
3.	Unfav (PI) - Unfav (PR)	-4,05263	11,21394	1,15053	-3,522	94	,001
4.	Com (PI) - Com (PR)	5,44211	10,70565	1,09838	4,955	94	,000
5.	Ach (PI) - Ach (PR)	4,01053	9,28794	,95292	4,209	94	,000
6.	Dom (PI) - Dom (PR)	2,70526	6,50838	,66775	4,051	94	,000
7.	End (PI) - End (PR)	4,71579	9,37932	,96230	4,901	94	,000

Predyspozycje osobowościowe profesjonalistów świadczących wsparcie emocjonalne i duchowe...

8.	Ord (PI) - Ord (PR)	4,21053	10,88420	1,11670	3,771	94	,000
9.	Int (PI) - Int (PR)	7,67368	12,24175	1,25598	6,110	94	,000
10.	Nur (PI) - Nur (PR)	5,25263	9,41702	,96617	5,437	94	,000
11.	Aff (PI) - Aff (PR)	5,98947	11,56618	1,18666	5,047	94	,000
12.	Het (PI) - Het (PR)	2,20000	9,39058	,96345	2,283	94	,025
13.	Exh (PI) - Exh (PR)	,34737	6,98596	,71674	,485	94	,629
14.	Aut (PI) - Aut (PR)	-,95789	8,86892	,90993	-1,053	94	,295
15.	Agg (PI) - Agg (PR)	-1,66316	7,93941	,81457	-2,042	94	,044
16.	Cha (PI) - Cha (PR)	,34737	6,03319	,61899	,561	94	,576
17.	Suc (PI) - Suc (PR)	1,28421	7,84513	,80489	1,596	94	,114
18.	Aba (PI) - Aba (PR)	-1,05263	7,27480	,74638	-1,410	94	,162
19.	Def (PI) - Def (PR)	2,77895	8,02679	,82353	3,374	94	,001
20.	Crs (PI) - Crs (PR)	-2,52632	9,46982	,97158	-2,600	94	,011
21.	S-Cn (PI) - S-Cn (PR)	1,92632	5,51061	,56538	3,407	94	,001
22.	S-Cfd (PI) - S-Cfd (PR)	3,28421	9,01496	,92491	3,551	94	,001
23.	P-Adj (PI) - P-Adj (PR)	4,31579	10,37003	1,06394	4,056	94	,000
24.	Iss (PI) - Iss (PR)	5,27368	8,59297	,88162	5,982	94	,000
25.	Cps (PI) - Cps (PR)	,50526	7,33234	,75228	,672	94	,503
26.	MIs (PI) - MIs (PR)	4,53684	9,31232	,95542	4,749	94	,000
27.	Mas (PI) - Mas (PR)	4,02105	8,80036	,90290	4,453	94	,000
28.	Fem (PI) - Fem (PR)	5,11579	10,26133	1,05279	4,859	94	,000
29.	Cp (PI) - Cp (PR)	1,80000	6,78327	,69595	2,586	94	,011
30.	Np (PI) - Np (PR)	3,22105	8,75576	,89832	3,586	94	,001
31.	A (PI) - A (PR)	4,22105	8,43269	,86518	4,879	94	,000
32.	Fc (PI) - Fc (PR)	2,10526	5,71946	,58680	3,588	94	,001
33.	Ac (PI) - Ac (PR)	-3,23158	6,93964	,71199	-4,539	94	,000
34.	A1 (PI) - A1 (PR)	-2,38947	6,79376	,69703	-3,428	94	,001
35.	A2 (PI) - A2 (PR)	-,90526	6,85422	,70323	-1,287	94	,201

36.	A3 (PI) - A3 (PR)	2,53684	10,58181	1,08567	2,337	94	,022
37.	A4 (PI) - A4 (PR)	4,74737	10,78313	1,10633	4,291	94	,000

Analizując poszczególne cechy osobowościowe, które są korelatami określonych potrzeb psychicznych i mają powiązania z obserwowanymi zachowaniami, wyodrębniono 15 kategorii potrzeb. W zakresie potrzeby osiągnięć, która może być rozumiana jako dążenie do bycia wybitnym w osiągnięciach społecznie uznawanych, zauważono różnice statystycznie istotne między opisem profesjonalisty idealnego ($M = 53,8$) a realnego ($M = 49,8$), wynik testu t wynosił: $t = 4,209$; $p < 0,001$. Wynik ten świadczy o tym, że pacjenci oczekują od specjalistów wysokich kwalifikacji i osiągnięć w wykonywanym zawodzie. Kolejną cechą wskazywaną przez pacjentów było poszukiwanie i utrzymywanie pozycji przywódcy w grupie i umiejętność wpływania na innych w kontaktach osobistych. W tej skali również uzyskano różnice statystycznie istotne w teście t , którego wartości wyniosła $t = 4,051$; $p < 0,001$, to znaczy, że oczekiwania w stosunku do profesjonalistów idealnych są wyższe ($M = 55,6$), niż spostrzegane u specjalistów opiekujących się chorymi ($M = 52,9$). Równie istotna okazała się potrzeba wytrwałości obserwowana u profesjonalistów, która może być rozumiana jako dążenie do wytrwania w podjętym działaniu (średnia profesjonalistów idealnych $M = 62,9$, profesjonalistów realnych $M = 58,2$; $t = 4,901$; $p < 0,001$). Pacjenci cenią u osób udzielających wsparcia emocjonalnego i duchowego poczucie staranności, umiejętność planowania i organizacji własnego działania; w tym zakresie również istnieją różnice istotne statystycznie ($t = 3,771$; $p < 0,001$) między obrazem idealnym ($M = 65,4$) a rzeczywistym ($M = 61,1$). W zakresie potrzeby rozumienia innych, osoby badane wskazują, że jest to cecha, którą powinna charakteryzować się osoba udzielająca pomocy duchowej ($M = 56,5$). Oczekiwania są istotnie różne od ocenianego profesjonalisty, z którym osoby badane miały osobisty kontakt ($M = 48,8$), wynik testu wynosi $t = 6,110$; $p < 0,001$. Podobne zależności obserwujemy w zaangażowaniu się profesjonalisty w działania przynoszące emocjonalną korzyść innym: średnia profesjonalisty idealnego wynosi $M = 52,0$, a specjaliści rzeczywistego $M = 46,7$; wynik testu t wynosi $t = 5,437$; $p < 0,001$. Inną ważną cechą jest zawieranie wielu przyjaźni i znajomości przez osoby świadczące pomoc psychologiczną. Zauważono różnice między oczekiwaniem tej cechy u profesjonalistów idealnych ($M = 50,8$) a spostrzeganiem jej u osób pracujących z chorymi ($M = 44,8$); wynik test t wynosi $t = 5,047$; $p < 0,001$.

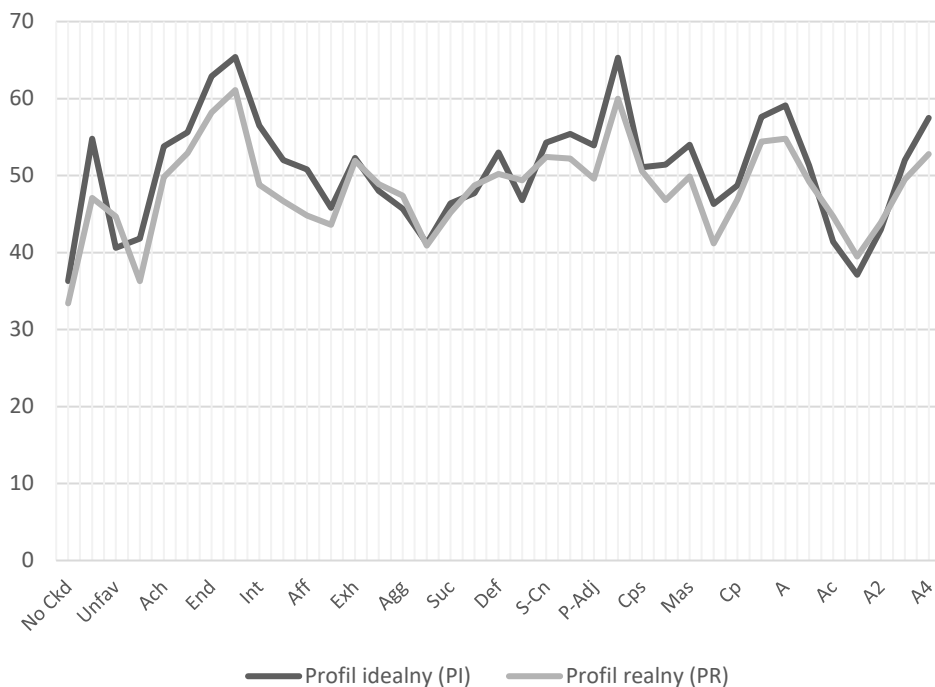
Zastosowanie testu przymiotnikowego ACL pozwoliło na wyodrębnienie skal tematycznych, które ujmują różne aspekty i komponenty zachowań interpersonalnych, a które są ważne do opisu osobowości. W wyniku analizy zebranego materiału empirycznego ustalono, że występują statystycznie istotne różnice między profesjonalistą idealnym a realnym w zakresie takich cech jak: samokontrola

($t = 3,407$; $p < 0,001$), zaufanie do siebie ($t = 3,551$; $p < 0,001$), przystosowanie osobiste ($t = 4,056$; $p < 0,001$), idealny obraz własnej osoby ($t = 5,982$; $p < 0,001$), poczucie męskości ($t = 4,453$) i kobiecości ($t = 4,859$; $p < 0,001$). We wszystkich tych wymiarach pacjenci wskazali, że osoby udzielające pomocy duchowo-emocjonalnej charakteryzują się niższym natężeniem tych cech niż profesjonaliści w ich opinii idealni. W zakresie skal, które ujmują twórczość i inteligencję jako składniki strukturalne osobowości, zauważono, że pacjenci przypisują profesjonalistom realnym takie cechy, jak wysoka oryginalność, teatralność w zachowaniu i niska zdolność do abstrakcyjnego myślenia oraz wykrywania związków logicznych (różnica istotna statystycznie $t = -3,428$; $p < 0,001$). Osoby badane doceniają cechy pragmatyczne u osób udzielających wsparcia i zauważają, że profesjonaliści, z którymi się zetknęli, odznaczają się niższymi wartościami w tym zakresie (test t : $t = 2,337$; $p < 0,05$). Osoby zmagające się z ciężką chorobą oczekują, że lekarze, psychologowie, pielęgniarki, księża będą odznaczali się wysoką inteligencją i zdolnością do rozwiązywania problemów ($t = 4,291$; $p < 0,001$).

W niektórych analizowanych wymiarach nie było różnic w opisie przez pacjentów profesjonaliści idealnego i rzeczywistego. Do wskazanych cech zaliczono angażowanie się w działania, które sprawiają innym przykrość, poszukiwanie nowych doświadczeń, zabieganie o sympatię ze strony innych, wyrażanie poczucia niższości przez samokrytykę, niezależność od społecznych oczekiwań i wartości, wyrażanie twórczego stosunku do rzeczywistości.

3.2. Różnice między profilami

Kolejny etapem analizy było zestawienie cech osobowości specjalistów świadczących wsparcie emocjonalne i duchowe (profil realny) oraz cech profesjonalistów świadczących tego rodzaju wsparcie, które są oczekiwane przez osoby potrzebujące takiego rodzaju wsparcia (profil idealny). Na rysunku 1 przedstawiono profil realny i profil idealny. Chcąc oszacować podobieństwo obu profili, obliczono współczynnik korelacji rangowej r_s Spearmana, przeznaczony dla testów wielopunktowych. Współczynnik korelacji rangowej r_s Spearmana może przyjmować wartość od -1 do 1, gdzie wartość 1 oznacza najwyższą zgodność profili, natomiast o dokładnym odwróceniu kierunków rangowania będzie świadczyć wartość -1; 0 oznacza, że brak jest jakiegokolwiek podobieństwa uporządkowania (Brzeziński, 1997, s. 566–567).



Rys. 1. Profil idealny (PI) oraz profil realny (PR) cech osobowości profesjonalistów świadczących wsparcie emocjonalne i duchowe.

Wartość współczynnika r_s wyniosła 0,28, co świadczy o niskim podobieństwie obu profili.

4. Dyskusja

Ze względu na brak obszernych badań osobowości profesjonalistów świadczących wsparcie emocjonalne i duchowe, trudno odnieść zaprezentowane wyniki badań do jakichkolwiek innych. Podstawowy wniosek z badań, który można sformułować, jest następujący: pacjenci mają większe oczekiwania w stosunku do osób świadczących potrzeby duchowe (lekarzy, psychologów, pielęgniarek i księży) jeśli chodzi o ich predyspozycje osobowościowe, w porównaniu z predyspozycjami osobowościowymi osób, które faktycznie świadczyły w przeszłości wobec nich taką pomoc.

Pacjenci oczekują od specjalistów *wysokich kwalifikacji i osiągnięć w wykonywanym zawodzie*.

Równie istotna okazała się *potrzeba wytrwałości* obserwowana u profesjonalistów, która może być rozumiana jako dążenie do wytrwania w podjętym

działaniu. Pacjenci cenią u osób udzielających wsparcia emocjonalnego i duchowego *poczucie staranności, umiejętność planowania i organizacji własnego działania*.

W zakresie potrzeby *rozumienia innych*, osoby badane wskazują, że jest to cecha, którą powinna charakteryzować się osoba udzielająca pomocy duchowej. Oczekiwania są istotnie różne od ocenianego profesjonalisty, z którym osoby badane miały osobisty kontakt. Podobne różnice zostały zaobserwowane w zaangażowaniu się profesjonalisty w działania przynoszące emocjonalną korzyść innym: średnia profesjonalisty idealnego była istotnie wyższa niż realnego.

Pacjenci oczekują istotnie częściej, aniżeli ma to miejsce w rzeczywistości, *zawierania wielu przyjaźni i znajomości* przez osoby świadczące pomoc psychologiczną.

W wyniku analizy zebranego materiału empirycznego ustalono, że występują statystycznie istotne różnice między profesjonalistą idealnym a realnym, jeśli chodzi *samokontrolę, zaufanie do siebie, przystosowanie osobiste, idealny obraz własnej osoby, poczucie męskości i kobiecości*. We wszystkich tych wymiarach pacjenci wskazali, że osoby udzielające pomocy duchowo-emocjonalnej charakteryzują się niższym natężeniem tych cech niż profesjonalisci, w ich opinii, idealni.

W zakresie skal, które ujmują twórczość i inteligencję jako składniki strukturalne osobowości, zauważono, że pacjenci przypisują profesjonalistom realnym takie cechy, jak: *wysoka oryginalność, teatralność w zachowaniu i niska zdolność do abstrakcyjnego myślenia oraz wykrywania związków logicznych*. Osoby badane doceniają cechy pragmatyczne u osób udzielających wsparcia i zauważają, że profesjonalisci, z którymi się zetknęli, odznaczają się niższymi wartościami w tym zakresie. Osoby zmagające się z ciężką chorobą oczekują, że lekarze, psychologowie, pielęgniarki, księża będą odznaczali się wysoką inteligencją i zdolnością do rozwiązywania problemów.

W niektórych analizowanych wymiarach nie było różnic w opisie przez pacjentów profesjonalisty idealnego i rzeczywistego. Do wskazanych cech zaliczono zaangażowanie się w działania, które sprawiają innym przykrość, poszukiwanie nowych doświadczeń, zabieganie o sympatię ze strony innych, wyrażanie poczucia niższości przez samokrytykę, niezależność od społecznych oczekiwań i wartości, wyrażanie twórczego stosunku do rzeczywistości. Podobieństwo profilów okazało się niskie.

Wyniki badań potwierdziły w zdecydowanej większości sformułowaną hipotezę badawczą, bowiem oczekiwane cechy profesjonalistów, którzy wspierali badanych pacjentów, są w większości istotnie statystycznie niższe od cech idealnego, hipotetycznego profesjonalisty. Wyniki są niewątpliwie cennym źródłem wiedzy dla wszystkich profesjonalistów zajmujących się opieką duchową i emocjonalną. W pewnym sensie zaprezentowane wyniki badań korespondują z wynikami takich autorów, jak Mahmoodishan i in. (2010), Ross (1994, 2006), Stranahan (2001), w których wykazano, że profesjonalisci nie do końca są przygotowani do świadczenia wsparcia duchowego.

W badaniach Balboni, Paulk, Balboni i in. (2010) zebrano materiał empiryczny, przeprowadzając wywiady i obserwując 343 pacjentów onkologicznych w zaawansowanym stadium choroby. Wyniki badań pokazały, że 70% pacjentów przyznało, że religijność jest dla nich bardzo ważną wartością w schyłkowym okresie życia, ale jednocześnie 60% wskazało, że ich potrzeby w tym zakresie nie są zaspokajane w kontakcie z personelem medycznym. Tylko 25% pacjentów stwierdziło, że otrzymali wystarczające wsparcie duchowe ze strony pracowników szpitala. Okazało się, że większe wsparcie duchowe ze strony personelu było związane z wyższym wskaźnikiem jakości życia w obliczu śmierci. Zatem oczekiwania pacjentów wobec personelu dotyczą nie tylko medycznego profesjonalizmu, ale wykraczają znacznie w obszary wsparcia emocjonalnego i duchowego. Sfera duchowa jest ważną częścią życia, dającą siłę, pomoc i nadzieję oraz poprawę jakości życia w chorobie i podczas hospitalizacji. Duchowość może dotyczyć wiary, religii, praktyk religijnych, a w przypadku osób niewierzących, wiara może odnosić się do innych, samych siebie, natury, nauki lub instytucji.

Nieuleczalnie choremu człowiekowi towarzyszy często stan rozchwiania i labilności emocjonalnej. Jak pokazują badania, pacjenci z nowotworem, w końcowej fazie choroby, przeżywają stany od duchowego rozżalenia do znalezienia sensu oraz planu życia i śmierci, a także tego, co stanie się po śmierci (McClain-Jacobson i in., 2004). Duchowość i wiara religijna kreują świat, który jest połączony z nadzieją i optymizmem (McClain-Jacobson i in., 2004). Zdaniem Lin i Bauer-Wu zapewnienie opieki duchowej powoduje, że pacjenci mogą konstruktywniej radzić sobie ze swoimi chorobami i lepiej przejść przez ostatni etap życia (2003).

Badania pokazały, że nie zawsze osoby wykonujące zawody związane w różny sposób z osobami chorymi są odpowiednio przygotowane do świadczenia opieki duchowej. Badania w grupie pielęgniarek ujawniły, że choć same przyznają, że opieka duchowa jest częścią ich profesji, w rzeczywistości jednak nie są adekwatnie przygotowane do wyjścia naprzeciw potrzebom duchowym pacjentów (Mahmoodishan i in., 2010; Ross, 1994; Stranahan, 2001). Ponadto Ross (2006) przeprowadziła metaanalizę 45 badań empirycznych, z czego 14 dotyczyło jakości opieki sprawowanej przez pielęgniarki nad pacjentami z chorobami zagrażającymi życiu. W większości prowadzonych badań pielęgniarki deklarowały, że nie są odpowiednio przygotowane do udzielania wsparcia duchowego pacjentom. Wyróżniono czynniki, które sprzyjają udzielaniu opieki duchowej przez pielęgniarki. Należały do nich: poziom edukacji w zakresie nawiązywania kontaktu z pacjentem, świadomość własnej duchowości i umiejętność odczytywania potrzeb pacjentów. Profesjonaliści zajmujący się zdrowiem powinni wspierać duchowo pacjentów przez szanowanie ich religijnych przekonań i potrzeb duchowych, zapewnić opiekę duchową i wzmacniać opiekę ze strony rodziny i przyjaciół, udzielać informacji, okazywać empatię, wyrozumiałość oraz zainteresowanie ich problemami.

Według Rogersa (1959) pomagający powinien spełniać następujące warunki: po pierwsze, darzyć klienta bezwarunkową akceptacją, bez względu na to, kim jest, co mówi lub co robi. Po drugie, w kontakcie z klientem pomagający winien być spójny i autentyczny. Po trzecie, w komunikacji z klientem być empatyczny, starać się rozumieć klienta z jego perspektywy.

Lekarz wzmacnia, gdy oferuje właściwe aktualnie zalecane leczenie (90%), wie wszystko, co można wiedzieć o mojej chorobie (87%), zapewnia, że ból będzie leczony (87%), od czasu do czasu wykazuje poczucie humoru (80%), zaznacza, że będzie się starał odpowiedzieć na wszystkie moje pytania (78%). Z drugiej strony lekarz zmniejsza nadzieję, gdy wydaje się, że jest nerwowy i zestresowany (91%), najpierw rozmawia o prognozie z rodziną (87%), używa eufemizmów (82%), unika rozmowy o raku, a jedynie rozmawia o leczeniu (75%) (Hagerty i in., 2005).

W odniesieniu do opieki duchowej badania ujawniły kilka interesujących wniosków. Rustoen i in. (1998) zwrócili uwagę na istnienie kilku rodzajów interwencji, które zwiększają nadzieję u pacjentów. Są to: budowanie wiary we własne siły i zdolności, wychodzenie na przeciw samopoczuciu pacjentów, komunikowanie się z innymi, umożliwianie pacjentom bycia zaangażowanym w dawanie opieki i zwracanie uwagi na przekonania u wartości pacjentów.

Na podstawie wyników badań własnych odnośnie kompetencji duchowych pielęgniarek, van Leeuwen i Cusveller (2003) sformułowali trzy główne domeny kompetencji odnoszące się do: *pielęgniarki* (postawy i cechy osobiste, odpowiedzialność zawodowa, wiedza i wizja), *pielęgnacji* (obserwacja, ocena, diagnoza, coaching, informacje i porady, koordynacja, opieka i współpraca) i *instytucjonalnego kontekstu świadczonej opieki*. Kompetencje pielęgniarek, niezbędne do świadczenia opieki duchowej, są następujące:

- 1) jest w stanie zebrać informacje na temat duchowości pacjenta i zidentyfikować potrzeby pacjenta;
- 2) jest w stanie rozmawiać z pacjentami i członkami zespołu, jaki rodzaj opieki duchowej jest zapewniony, planowany i zgłoszony;
- 3) jest w stanie zapewnić opiekę duchową i ocenić opiekę duchową z pacjentami i członkami zespołu;
- 4) jest w stanie kierować się własnymi wartościami, przekonaniem i uczuciami w swoich profesjonalnych relacjach z pacjentami różnych wyznań i religii;
- 5) jest w stanie zająć się tematem duchowości z pacjentami z różnych kultur w opiekuńczy sposób oraz
- 6) jest w stanie przyczynić się do zapewnienia jakości i ekspertyzy w zakresie poprawy opieki w duchowej w instytucji (van Leeuwen, Cusveller, 2003).

Bibliografia

- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 555–560.
- Balboni, T. A. i in. (2010). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: Associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology*, 28(3), 445–452.
- Brzeziński, J. (1999). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN.
- Chan, M. F. (2010). Factors affecting nursing staff in practicing spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2128–2136.
- Ehman, J. W., Ott, B. B., Short, T. H., Ciampa, R. C. Hansen-Flaschen, J. (1999). Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch of Internal Medicine*, 159(15), 1803–1806.
- Eldred, C. A., Brown, B. S. (1974). Heroin addict clients' description of their families of origin. *The International Journal of the Addictions*, 9(2), 315–320.
- Goldman, R. K., Mendelsohn, G. A. (1969). Psychotherapeutic change and social adjustment: A report of a national survey of psychotherapists. *Journal of Abnormal Psychology*, 74(2), 164–172.
- Gough, H. G. (1969). *Manual for the California Psychological Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. M. et al. (2005). Communicating with realism and hope: Incurable cancer patient's views on the disclosure of prognosis. *Journal of Clinical Oncology*, 23(6), 1278–1288.
- Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R., Shott, S. (2005). Spirituality and distress in palliative care consultation. *Journal of Palliative Medicine*, 8(4), 782–788.
- Holmes, S. M., Rabow, M. W., Dibble, S. L. (2006). Screening the soul: communication regarding spiritual concerns among primary care physicians and seriously ill patients approaching the end of life. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 23(1), 25–33.
- Jaffe, J. (1966). Attitudes of adolescents toward the mentally retarded. *American Journal of Mental Deficiency*, 70, 907–912.
- Kitchin, W. (1972). Teachers view students: An attitude assessment through personality profiles. *Adults Education*, 22(2), 136–149.
- LaPlace, R., Stein, D. D., Weissman, H. N. (1968). Clinical experience and the perception of the schizophrenic patient. *Journal of Consulting Psychology*, 32(2), 134–139.
- Lin, H. R., Bauer-Wu, S. M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: An integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 69–80.
- Mahmoodishan, G., Alhani, F., Ahmadi, F., Kazemnejad, A. (2010). Iranian nurses' perception of spirituality and spiritual care: A qualitative content analysis

- study. *Journal of Medical Ethics History of Medicine*, 3(6). Pobrano z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713882/>
- Matkowski, M. (1984). Test przymiotników do badania struktury osobowości. *Przeгляд Psychologiczny*, 27(2), 520–536.
- McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., Kosinski, A., Pessin, H., Cimino, J. E., Breitbart, W. (2004). Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry*, 26(6), 484–486.
- Motyka, M., Pajor, Z., Golańska, Z., Kabat, Z. (1980). Charakterystyka osobowości przyszłych pielęgniarek na podstawie badań inwentarzem CPI. *Przeгляд Psychologiczny*, 23(2), 333–345.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. W: S. Koch (red.) *Psychology: A study of a science*, t. 3: *Formulations of the person and the social context* (s. 184–256). New York: McGraw-Hill.
- Ross, L. (1994). Spiritual care: The nurse's role. *Nursing Standard*, 8(33), 33–37.
- Ross, L. (2006). Spiritual care in nursing: An overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 852–862.
- Rowell, W. J. (1968). *Some relationships among fathers' perception of sons' problem-solving ability; fathers' teaching methods and fathers descriptions of self and son*. Praca doktorska.
- Rustoen, T., Wiklund, I., Hanestad, B. R., Moum, T. (1998). Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nursing*, 21(4), 235–245.
- Scarr, S. (1966). The origins of individual differences in adjective check list scores. *Journal of Consulting Psychology*, 30(4), 354–357.
- Schwarzer, R., Hahn, A., Schröder, H. (1994). Social integration and social support in a life crisis: Effects of macrosocial change in East Germany. *American Journal of Community Psychology*, 22, 685–706.
- Sęk, H. (1997). Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysowej. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 159–169). Kraków: Wydawnictwo ALL.
- Sęk, H. (2001). Stres krytycznych wydarzeń życiowych. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – Stres – Zasoby* (s. 13–22). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2011). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 11–28). Warszawa: PWN.
- Siek, S. (1993). *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo ATK.
- Sowa, P. A., Cutter, H. S. (1974). Attitudes of hospital staff toward alcoholics and drug addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35(1), 210–214.

- Stranahan, S. (2001). Spiritual perception, attitudes about spiritual care, and spiritual care practices among nurse practitioners. *West Journal of Nursing Researches*, 23(1), 90–104.
- Van Leeuwen, R., Cusveller, B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 234–246.