

**Małgorzata Lesińska-Sawicka,
Agnieszka Grochulska, Małgorzata
Nagórska, Irena Papadopoulos**

Współczucie w pielęgniarstwie

Czasopismo Pedagogiczne/The Journal of Pedagogy nr 2(3), 111-120

2016

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Małgorzata Lesińska-Sawicka

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie
e-mail: safkowa@op.pl

Agnieszka Grochulska

Akademia Pomorska w Słupsku
e-mail: grochulska7@wp.pl

Małgorzata Nagórska

Uniwersytet Rzeszowski
e-mail: ma.nagorska@gmail.com

Irena Papadopoulos

Middlesex University, Londyn
e-mail: r.papadopoulos@mdx.ac.uk

WSPÓŁCZUCIE W PIELEŃNIARSTWIE

Compassion in nursing

Abstract: *The aim of this study was to explore the nurses' views and experiences of a number of compassion related issues in nursing. Methods: An exploratory, cross-sectional descriptive study, using an online survey. The study involved 1323 nurses from 15 countries. Results: The majority of participants (59.5%) defined compassion as "Deep awareness of the suffering of others and wish to alleviate it". Of participants, 69.6% thought compassion was very important in nursing and more than half (59.6%) of them argued that compassion could be taught. However, only 26.8% reported that the correct amount and level of teaching is provided. Only 4.3% noted that they are receiving compassion from their managers. A significant relationship was found between nurses' experiences of compassion and their views about teaching of compassion. Conclusion: The nurses emphasize the importance of compassion in their work. The results indicate*

that there is a great need for compassion, both in the nurses education and from managers.

Keywords: *Experimentation, Compassion, Nurses' Views*

„Wszystkie języki pochodzące z łaciny tworzą słowo »współczucie« z przedrostka *współ* – (*com-*) i ze słowa, które wyraża mękę (*com-passion*). Inne języki, na przykład czeski, polski, niemiecki, szwedzki rzeczownik o podobnym znaczeniu tworzą z takiego samego przedrostka, ale ze słowa *czucie*, po czesku: *sou-cit*, po polsku *współ-czucie* (...). W językach pochodzących z łaciny słowo *współczucie* (*compassion*) oznacza: nie możemy przyglądać się z chłodnym sercem cierpieniu innych, albo: czujemy związek z tym, kto cierpi. (...) Tajemna siła jego etymologii opromienia słowo innym światłem i nadaje mu szersze znaczenie: *współczuć* to znaczy przeżywać wraz z innym jego nieszczęścia, ale również wszelkie inne uczucia: radość, lęk, szczęście, ból. To *współczucie* (w sensie *soucit*, *Mitgefühl*, *medkänsla*) oznacza więc maksymalną zdolność uczuciowej wyobraźni, sztukę uczuciowej telepatii: jest to w hierarchii uczuć uczucie najwyższe”

(Kundera, 1996, s. 18)

Wstęp

Współczucie to cecha, która rodzi się pod wpływem interakcji z drugim człowiekiem. Każdy kto przebywa i współpracuje z innymi ludźmi powinien wykazywać umiejętności uważności, empatii, otwartości itp. Cechy te nabierają szczególnego znaczenia, kiedy mamy do czynienia z ludźmi, za których odpowiadamy, o których troszczymy się. Współczucie powinno więc być również podstawą opieki medycznej. A jednak współczesny personel medyczny zbyt często cierpi na jego deficyt. Niedostateczne współczucie, brak emocji w opiece nad pacjentem, powszechnie występująca biurokracja powodują, że opieka coraz częściej staje się rutynowa i przedmiotowa. W związku z tym cierpią nie tylko pacjenci i członkowie ich rodzin, ale również sam personel medyczny.

Literatura zawiera wiele opisów tego, czym współczucie jest dla pacjenta, ale żaden z tych opisów nie jest jednolity.

Zrozumienie pojęcia zaczyna się od sposobu podejścia do słowa *współczucia*. Według McNeill, Morrison i Nouwen (1982) wyzwaniem *współczucia* jest „wspólne krzyczenie w niedoli, płkanie z tymi, którzy są samotni, płkanie z oczami pełnymi łez. *Współczucie* wymaga, aby być słabym ze słabymi, uległym z uległymi, bezsilnym z bezsilnymi”. Ta definicja ukazuje jak głębokiego zaangażowania

wymaga bycie współczującą osobą. Z drugiej strony uświadamia również wielką złożoność uczuć, emocji ludzi i trudów związanych z ich rozpoznaniem. Współczucie rodzi się i rozwija z interakcji dwóch osób i jest ono wywołane przez głębokie zrozumienie cierpienia i bólu innej osoby. Dzieląc cierpienie drugiej osoby, wzmacnia się ją i daje pocieszenie. Współczucie definiowane jest również jako „uczucie smutku i żalu nad kimś, z powodu jego nieszczęścia i cierpienia” (Nowy Słownik Języka Polskiego, 2002). Uważane jest za zdolność do udziału w doświadczeniach innych osób, to poczucie troski o innych, umiejętność koncentrowania się na innych, wczuwania się w sytuację co można zrobić, aby pomóc w cierpieniu, zmartwieniu. Współczucie można więc najprościej zdefiniować jako „emocje doświadczane, kiedy czujemy zagrożenie i cierpienie drugiego człowieka i jednocześnie chcemy poprawić dobrostan tej osoby” (Leiberg i in., 2011).

Uważana, taktowna i zrównoważona opieka opierająca się na wnikliwości obserwacji i postrzegania drugiego człowieka, kierująca się chęciami i zaangażowaniem w zastosowaniu różnych form pomocy, dającej ulgę stronie potrzebującej i poczucie spełnienia stronie dającej tak można zdefiniować współczucie w pielęgniarstwie.

Materiał i metodologia

Prezentowane badanie jest fragmentem międzynarodowego projektu pt. „Współczucie w pielęgniarstwie”, którego celem było poznanie podobieństw i różnic kulturowych w sposobie rozumienia współczucia w pielęgniarstwie.

W niniejszej pracy skupiono się na poznaniu poglądów pielęgniarek na temat doświadczania współczucia w zakresie pielęgniarstwa.

Narzędzie badawcze stworzyła prof. Irena Papadopoulos z *Middlesex University w Londynie*. Przesłanką do podjęcia badań były publikacje dotyczące współczucia oraz dyskusje na forach internetowych i blogach związanych z tym zagadnieniem.

Kwestionariusz ankiety użyty do badania zawierał 10 pytań, z czego 9 to były pytania zamknięte i jedno otwarte. Pytanie otwarte dotyczyło opinii respondentów na temat okazywania współczucia w praktyce pielęgniarstwie. Ze względu na tematykę niniejszego artykułu nie zostało ono uwzględnione w analizie.

Respondenci do badania byli rekrutowani spośród członków i sympatyków European Transcultural Nursing Association. Główni autorzy badania zrekrutowali po co najmniej dwóch wolontariuszy, współpracowników-badaczy z każdego z uczestniczących w tym przedsięwzięciu krajów: Australia, Cypr, Filipiny, Grecja, Hiszpania, Izrael, Kolumbia, Korea Południowa (badanie pilotażowe), Norwegia, Polska, Republika Czeska, Turcja, USA, Węgry, Wielka Brytania, Włochy. Rola ich polegała na przetłumaczeniu narzędzia badawczego i listu intencyjnego na

język narodowy oraz rozesłania zaproszenia do badania do osób, które mogłyby wziąć udział w badaniu. W ten sposób zapewniona została jakość oraz dokładność tłumaczenia pod względem językowym. W rekrutacji uczestników do badania wykorzystano metodę kuli śnieżnej. Każdy badacz/koordynator z danego kraju, rozsyłał drogą elektroniczną kwestionariusz ankiety do swojej sieci respondentów. Uczestnicy, do których został wysłany link, kończyli badanie w domu lub miejscu nauki/pracy. Dla respondentów, którzy nie mogli uzyskać dostępu do ankiety on-line, wykorzystywane były kwestionariusze w wersji papierowej.

Respondentami uprawnionymi do wzięcia udziału w badaniu były: pielęgniarki zatrudnione na różnych stanowiskach pracy oraz studenci ostatniego roku pielęgniarstwa. Po zebraniu danych, odpowiedzi na pytania otwarte zostały przetłumaczone przez jednego z naukowców/współkoordynatorów z każdego kraju, podczas gdy drugi sprawdził tłumaczenie pod względem dokładności i sensowności. Wszystkie dane zostały wysłane do głównego badacza do analizy. Uzyskane dane zostały zredagowane razem, dokonano również porównania między krajami.

Badania otrzymały zgodę z komisji bioetycznej w kraju głównego badacza (Middlesex University; ethics subcommittee; Health Studies, Application Ref: MHESC1401). Badacze z poszczególnych krajów byli zobowiązani do przestrzegania obowiązujących zasad etycznych.

Dane z wszystkich krajów analizowano przy użyciu oprogramowania statystycznego SPSS (wersja 22). Zbadano relacje między zmiennymi przy użyciu testu chi-kwadrat. Przyjęto poziom istotności $p = 0,05$.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 1323 osób z 15 krajów (tabeli 1).

Tabela 1. Liczba respondentów z poszczególnych krajów

| Kraj | Liczba respondentów |
|------------------|---------------------|
| Cypr | 122 |
| USA | 50 |
| Wielka Brytania | 56 |
| Republika Czeska | 142 |
| Turcja | 96 |
| Polska | 101 |
| Grecja | 94 |
| Węgry | 87 |
| Kolumbia | 103 |
| Hiszpania | 174 |
| Australia | 35 |
| Włochy | 53 |

| | |
|----------|------|
| Norwegia | 29 |
| Izrael | 81 |
| Filipiny | 100 |
| Razem | 1323 |

Źródło: opracowanie własne.

Większość uczestników (59,5%) określiło, że współczucie to „głęboka świadomość cierpienia innych i życzenie, aby je zmniejszyć”, a 69,6% uznało, że współczucie jest bardzo ważne w pielęgniarstwie. Ponad połowa respondentów (59,6%) uważała, że współczucie powinno być przedmiotem nauczania pielęgniarek, podczas gdy 44,3% stwierdziło, że nauczanie tego zagadnienia nie jest obecnie wystarczające. Badane osoby, pytane o najważniejszy czynnik dla rozwoju współczucia, wymieniały w podobny sposób rodzinę, wartości kulturowe i osobiste doświadczenia współczucia. Na koniec, respondenci wskazali źródła otrzymywania współczucia w pracy zawodowej. Zaskakujące dla badaczy było to, że tylko 4,3% personelu pielęgniarskiego otrzymuje współczucie od swoich menedżerów.

Tabela 2. Liczba respondentów i ich odpowiedzi na pytania w kwestionariuszu (N=1323)

| Pytania z kwestionariusza | % | N |
|---|------|------|
| Wybierz odpowiedź, która pasuje do ciebie: | | |
| Studenci ostatniego roku | 9,9 | 131 |
| Wykwalifikowane pielęgniarki | 45,4 | 600 |
| Nauczyciele pielęgniarstwa | 29,3 | 387 |
| Inni | 8,0 | 106 |
| Brak danych | 7,5 | 99 |
| Jak definiujesz pojęcie „współczucie”? | | |
| Empatia i życzliwość | 28,2 | 370 |
| Głęboka świadomość o cierpieniu innych | 9,3 | 122 |
| Głęboka świadomość cierpienia innych i życzenie, aby go zmniejszyć | 59,5 | 780 |
| Inne | 3,0 | 40 |
| Jak ważne jest współczucie w pielęgniarstwie? | | |
| Mało ważne | 2,7 | 36 |
| Ważne | 27,6 | 364 |
| Bardzo ważne | 69,6 | 917 |
| Czy uważasz, że współczucia w pielęgniarstwie można się nauczyć? | | |
| Tak | 59,6 | 784 |
| Nie | 25,2 | 332 |
| Nie wiem | 15,2 | 200 |
| Czy uważasz, że odbywa się nauczanie współczucia w pielęgniarstwie? | | |
| Tak, na właściwym poziomie | 11,1 | 145 |
| Tak, ale nieznacznie | 26,8 | 351 |
| Tak, ale za mało | 44,3 | 581 |
| Nie wiem | 17,9 | 235 |
| Jak sądzisz jaki personel pielęgniarski preferują pacjenci? | | |
| Wykształcone pielęgniarki z dobrymi umiejętnościami interpersonalnymi | 82,6 | 1082 |
| Wykształcone pielęgniarki z dobrymi umiejętnościami technicznymi | 14,4 | 188 |
| Doświadczone pielęgniarki z dobrymi umiejętnościami zarządzania | 3,1 | 40 |
| Jakie według ciebie są najważniejsze czynniki wpływające na rozwój współczucia? | | |
| Rodzina | 30,5 | 400 |
| Wartości i kultura danej osoby | 34,2 | 449 |
| Osobiste doświadczanie współczucia | 35,2 | 462 |

| | | |
|--|------|-----|
| Z którym stwierdzeniem zgadzasz się najbardziej? | | |
| Pielęgniarki doświadczają współczucia od swoich zwierzchników | 4,3 | 53 |
| Pielęgniarki doświadczają współczucia od swoich współpracowników | 46,3 | 582 |
| Pielęgniarki doświadczają współczucia od swoich pacjentów | 49,4 | 622 |

Źródło: opracowanie własne.

Badacze ocenili zależność pomiędzy doświadczeniami współczucia przez pielęgniarki a sposobem jego definiowania oraz postrzeganiem współczucia w nauczaniu (tabela 3). Respondenci, którzy twierdzili, że doświadczali współczucia od menedżerów byli bardziej skłonni do definiowania współczucia jako „empatia i życzliwość”, podczas gdy, ci, którzy uważali, że doświadczali współczucia od kolegów lub pacjentów częściej stwierdzali, że współczucie to „głęboka świadomość cierpienia innych i życzenie, aby je zmniejszyć” (tabela 3). Poglądy respondentów dotyczące nauczania współczucia i o poziom jego nauczania, również różniły się w zależności od ich doświadczeń. Większość uczestników sugerowała, że możliwe jest nauczenie się współczucia (tabela 3). Respondenci, którzy twierdzili, że doświadczali współczucia od swoich przełożonych uważali, że nauczanie współczucia jest wystarczające, podczas gdy badani doświadczający współczucia od kolegów i pacjentów sugerowali kształcenie na niewystarczającym poziomie.

Tabela 3. Zestawienie doświadczania współczucia przez respondentów z definicją współczucia i postrzeganiem współczucia

| Pytania w kwestionariuszu | Doświadczanie współczucia przez respondentów | | |
|---|--|------------------------|------------------|
| | od managerów (%) | od kolegów z pracy (%) | od pacjentów (%) |
| Jak definiujesz pojęcie „współczucie”? | | | |
| Empatia i życzliwość | 50,9 (27) | 30,4 (177) | 24,3 (151) |
| Głęboka świadomość o cierpieniu innych | 5,7 (3) | 10,6 (62) | 7,6 (47) |
| Głęboka świadomość cierpienia innych i życzenie, aby je zmniejszyć | 43,4 (23) | 55,9 (326) | 63,8 (397) |
| Inne | 0,0 (0) | 2,7 (16) | 3,4 (31) |
| test związku $\chi^2 (6)=25,41$ $p<0,001$ | | | |
| Czy uważasz, że współczucia w pielęgniarstwie można się nauczyć? | | | |
| Tak | 77,4 (41) | 60,4 (350) | 58,5 (364) |
| Nie | 18,9 (10) | 21,9 (127) | 28,5 (177) |
| Nie wiem | 3,8 (2) | 17,6 (102) | 12,9 (80) |
| test związku $\chi^2 (4)=17,92$ $p=0,001$ | | | |
| Czy uważasz, że odbywa się nauczanie współczucia w pielęgniarstwie? | | | |
| Tak, na właściwym poziomie | 49,1 (26) | 9,7 (56) | 9,7 (60) |
| Tak, ale nieznacznie | 77,4 (41) | 60,4 (350) | 58,5 (364) |
| Tak, ale za mało | 18,9 (10) | 21,9 (127) | 28,5 (177) |
| Nie wiem | 3,8 (2) | 17,6 (102) | 12,9 (80) |
| test związku $\chi^2 (6)=85,16$ $p <0,001$ | | | |

Źródło: Opracowanie własne.

Dyskusja

Jedną z trudności w definiowaniu współczucia jest to, że wszyscy – pacjenci i personel pielęgniarstwa – mają swoje własne, subiektywne definicje, które dopasowują się do ich indywidualnego widzenia świata. Schantz (2007) zauważył, że mogą wystąpić niejasności co do dokładnej definicji współczucia z powodu tego, że opieka, współczucie, empatia, współczująca opieka są używane zamiennie. Dietze i Orb (2000) natomiast określili rolę empatii i sympatii w opiece zdrowotnej, tłumacząc, że pojęcia te same z siebie nie oznaczają dobrej terapii lub opieki: są po prostu częścią warunków wymaganych do stosowania interwencji terapeutycznych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Natomiast z badań Pearcey (2007) wynika, że dla studentów pielęgniarstwa współczucie oznacza robienie nawet małych rzeczy w troskliwej opiece.

Literatura przedmiotu podkreśla mocno wagę współczucia w profesjonalnej opiece pielęgniarstwa (Burdett Trust for Nursing, 2006; Johnson, 2008). Bez współczucia opieka ta koncentruje się tylko na instrumentalnym wykonywaniu zadań, na algorytmach, procedurach wyzbywając się przy tym pierwiastka humanizmu. Współczesne pielęgniarstwo rzuca wyzwanie nowoczesnej technologii, złożonej diagnostyce i leczeniu farmaceutycznemu (Negussie, 2001) odchodząc od obowiązujących dotąd w pielęgniarstwie paradygmatów, które coraz częściej nie dają odpowiedzi na wszystkie stawiane pytania. Wysuwane są twierdzenia, że pielęgniarstwo powinno być oparte raczej na metodologii interpretacyjnej a nie na pozytywistycznej, mającej u swych podstaw dowód i dochodząc tym samym do wykorzystania humanizacji we wszystkich dziedzinach życia i we wszystkich ludzkich służbach. Decyzje pielęgniarstwa bowiem powinny wywodzić się z badań jakościowych i ilościowych, wartości uznawanych przez odbiorcę opieki i pielęgniarkę, wiedzy refleksyjnej pochodzącej z uczenia się i z doświadczenia a także intuicji i milczącej wiedzy (Szulc, 1999). Wymienione cechy eksponowane są w teoriach pielęgniarstwa, takich jak: teoria M. Leininger, teoria J. Watson czy teoria D. Orem, gdzie przedstawia się m. in. współodczuwanie, sympatię, humanizm, wzajemną bliskość, dzielenie przeżyć, jako niezbędne i istotne cechy osobowościowe oraz umiejętności zawodowe wykorzystywane przez pielęgniarki w pracy z podmiotem opieki (Janus, Szalczyńska, 1997; Blak, 1996; Poznańska, Płaszewska-Żywko, 2001). Jednocześnie badania pokazują, że pielęgniarki wyrażają zaniepokojenie tym, że nie mają wystarczająco dużo czasu, aby zatroszczyć się o pacjenta, że procedury, dokumentacja mają pierwszeństwo przed holistyczną opieką (Pearcey, 2007) czyli taką, która pozwoli dostrzec pacjenta we wszystkich jego sferach funkcjonowania.

Leiberg, Klimecki, Singer (2011) uważają, że współczucia można nauczyć się uczestnicząc w kursach, warsztatach, czyli biorąc aktywny udział w zajęciach, pozwalających przeżyć i doświadczyć określoną sytuację, w której wymagane jest uwypuklenie empatii i współczucia. Na podstawie zaangażowania osobistego uczestników szkolenia w ćwiczenia, odgrywanie ról, gry symulacyjne i inne metody, wywołuje się emocje i zachowania, z którymi w warunkach naturalnych trudno jest sobie poradzić. W tego rodzaju szkoleniach, w obecności osób kompetentnych, ukazując różnorodne emocje, można zmienić zachowania, uwrażliwić się na inność i skłonić do autorefleksji (Lesińska-Sawicka, 2015). Patrząc jednak z drugiej strony, współczucie jest często postrzegane jako część bycia człowiekiem (Proctor, 2000). Czy na skutek odbywania treningów można wykształcić te uczucia? Wykształcić pewnie nie, ale można uwrażliwić na różnice kulturowe oraz wzmocnić postawy szacunku wobec drugiego człowieka. Każda forma spełniająca ten cel przyczyniać się będzie do podnoszenia poziomu świadomości, budowania otwartości na inność, zainteresowania drugim człowiekiem i akceptacji tego, jakim on jest podczas udzielania mu wsparcia.

W sprawowaniu profesjonalnej opieki wydaje się, że największe znaczenie mają dwa elementy: instrumentalne aspekty opieki (związane z technicznymi i manualnymi rolami pielęgniarskimi), które obejmują wymagane umiejętności i wiedzę oraz ekspresyjne aspekty opieki, wiążące się z emocjonalnym zabarwieniem interwencji. Zdaniem Woodward (1997) właśnie owa ekspresja zamienia aktywności pielęgniarskie w opiekę. To może pomóc wyjaśnić, dlaczego niektóre pielęgniarki są pod względem manualnym dobrymi pielęgniarkami, ale nie wydają się na zewnątrz wystarczająco współczującymi, co w oczach pacjentów może umniejszać jakość dawanej przez nie opieki.

Podsumowanie

Z przedstawionych wyników badań wynika, że personel pielęgniarski docenia rolę współczucia w opiece. Podkreśla, że jest ono ważne nie tylko dla pacjentów, ale również dla samego personelu. I nie chodzi tutaj o stan emocjonalny, w którym jeden człowiek solidaryzuje się z inną osobą, współodczuwa, ale bardziej o „emocjonalny wyraz cnoty życzliwości” (Boyatzis, McKee, 2006), czyli odnoszenie się z wielkim szacunkiem do drugiego człowieka, drugiej żywej istoty. Jest to cecha, która pozwala dostrzec przez pryzmat wielu uwarunkowań kim my jesteśmy, skąd pochodzimy i co robić, aby innym osobom pomóc, nie szkodząc jednocześnie. To opieka, która odbywa się poprzez relacje oparte na empatii, szacunku i godności; może to być również opisane jako opieka inteligentna i życzliwa, gdzie współczucie jest w centrum postrzegania dawanej i odbieranej opieki.

Współczucie jest postrzegane przez niektórych jako „najcenniejszy element pielęgniarstwa” (Schantz, 2007). Chorzy zwykle chcą nie tylko być „pod opieką”, ale także aby personel pielęgniarstwa „przejmował się” nimi i ich problemami (National Nursing Research Unit, 2008). Aby pielęgniarki mogły wychodzić naprzeciw oczekiwaniom pacjentów muszą kształcić i utrzymywać właściwe umiejętności i postawy, czyli właściwe kompetencje. Niektóre z tych elementów są zapisane w sposobie bycia, temperamencie, osobowości człowieka, ale są też i takie, które można a w zawodach opiekuńczych, nawet należy kształcić. Wydaje się więc, że zagadnienie współczucia powinno być bardziej świadomie planowane w kształceniu zarówno podczas studiów jak i w innych formach kształcenia podyplomowego.

Deficyt współczucia wpływa negatywnie zarówno na odbiorców jak i dawców opieki pielęgniarstwa. Z powodu braku odpowiednio życzliwej, wspierającej i tym samym inteligentnej opieki cierpią nie tylko pacjenci, ale także i pielęgniarki (Burdett Trust for Nursing, 2006; Johnson, 2008). Powstaje zatem pytanie: w jaki sposób można wspierać pielęgniarki w utrzymaniu współczucia w stanie nienaruszonym i kultywować go w zawiłościach współczesnego pielęgniarstwa (Rushton, Sellers, Heller, Spring, Dossey i Halifax, 2009)?

Bibliografia

- Blak, A. (1996). Wokół teorii Orem. *Pielęgniarstwo 2000*, 6.
- Boyatzis, E.R., McKee, A. (2006). *Przywództwo bez władzy*. Gliwice.
- Burdett Trust for Nursing (2006). *Who Cares, Wins. Leadership and the Business of Caring*. London.
- Dietze, E.V., Orb, A. (2000). Compassionate care: a moral dimension in nursing. *Nursing Inquiry*, 7.
- Halifax, J. (2014). G.R.A.C.E. for nurses: Cultivating compassion in nurse/patient interactions. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4.
- Hofmann, S.G., Grossman, P., Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31.
- Janus, B., Szalczyńska, K. (1997). Transkulturowy model pielęgnowania. *Pielęgniarstwo 2000*, 5.
- Johnson, M. (2008). Can compassion be taught? *Nursing Standard*, 23.
- Kundera, M. (1996). *Nieznosna lekkość bytu*. Warszawa.
- Leiberg, S., Klimecki, O., Singer, T. (2011). Short-term compassion training increases prosocial behavior in a newly developed prosocial game. Pobrano z lokalizacji: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0017798> [dostęp w dniu: 15.10.2016].

- McNeill, D.P., Morrison, D.A., Nouwen, H.J.M. (1982). *Compassion, a reflection on the Christian life*. Garden City. New York.
- National Nursing Research Unit. High quality nursing care – what is it and how can we best ensure its delivery? (2008). *Policy+*, 13.
- Negussie, B. (2001). Cultural Wisdom, Traditional Inherited Knowledge, and Modern Science: Gathering the Global Stories of Nurses. *Journal of Nursing Education*, 40.
- Nowy Słownik Języka Polskiego (2002). Warszawa.
- Pearcey, P. (2007). Tasks and routines in 21st century nursing: student nurses' perceptions. *British Journal of Nursing*, 16.
- Poznańska, S., Płaszewska-Żywko, L. (2001). *Wybrane modele pielęgniarstwa*. Kraków.
- Proctor, S. (2000). *Caring for Health*. London.
- Rushton, C., Sellers, D.E., Heller, K.D., Spring, B., Dossey, B.M., Halifax, J. (2009). Impact of contemplative end of life training program: being with dying. *Palliative and Supportive Care*, 7.
- Schantz, M. (2007). Compassion: a concept analysis. *Nursing Forum*, 42.
- Szulc, W. (1999). *Tendencje postmodernistyczne w pielęgniarstwie. Materiały konferencyjne, Poznań 7–8.05.1999. Kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych. Standardy opieki w pielęgniarstwie. Wdrażanie programów promocji zdrowia*. Poznań.
- Vaughan, P. (2013). The importance of reflection with improvig care and improvig standards and the 6Cs. Royal College of Nursing West Midlands. Pobrano z lokalizacji: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0007/586654/ReflectivePracti ce.pdf [dostęp w dniu: 15.10.2016].
- Woodward, V.M. (1997). Professional caring: a contradiction in terms? *Journal of Advanced Nursing*, 26.