

Koncepcja refleksyjnej praktyki i jej zastosowanie w pielęgniarstwie. Wprowadzenie w zagadnienie

The concept of reflective practice and its application to nursing.
Introduction to the subject

Tomasz Zdanowicz¹, Tomasz Cuber †², Beata Dobrowolska²

¹ Klinika Neurologii SPSK Nr 4 w Lublinie

² Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa

Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Tomasz Zdanowicz

Klinika Neurologii, SPSK Nr 4

ul. Jaczewskiego 8

Lublin 20-954

STRESZCZENIE

Koncepcja refleksyjnej praktyki i jej zastosowanie w pielęgniarstwie. Wprowadzenie w zagadnienie

Celem pracy jest zaprezentowanie możliwości wykorzystania koncepcji refleksyjnej praktyki w codziennej pracy pielęgniarki. Współcześnie polskie pielęgniarstwo podlega wielu przemianom. Polska pielęgniarka znajduje się w drodze pomiędzy pielęgniarką pracującą w systemie opartym na zleceniach lekarskich, a samodzielnym profesjonalistą, dla którego zlecenia lekarskie są jedynie niewielkim wycinkiem pracy. Aby sprostać nowym wymaganiom, edukacja pielęgniarzek została przeniesiona na poziom akademicki. Pomocne w pracy z pacjentem, mają być standardy pielęgnowania i algorytmy postępowania. Dzięki nim pielęgnowanie jest w pewien sposób ujednolicone, a jego jakość wzrasta. Jednak standardy niosą ze sobą ryzyko mechanicznego postępowania z podobnymi pacjentami, a schematy zbierania wywiadu – do rozmowy ograniczonej do niezbędnego minimum. Sposobem nadania standardom pielęgnowania „ludzkiej twarzy” jest wykorzystanie refleksyjnej praktyki. Refleksja nad działaniem i w działaniu, niejako zmusza pielęgniarki do szerszego spojrzenia na dany problem. Refleksyjna praktyka, to także pomocny sposób radzenia sobie w sytuacjach trudnych i nietypowych. I wreszcie – refleksyjna praktyka to doskonała propozycja dla samorozwoju. Jej wykorzystanie pozwala na analizę własnych doświadczeń, w świetle zdobytej wiedzy, przez co przyczynia się do rozwoju praktyki.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, refleksyjna praktyka, edukacja zawodowa pielęgniarzek

ABSTRACT

The concept of reflective practice and its application to nursing. Introduction to the subject

The aim of this article is to present the possibility of application of the conception of reflective practice to everyday practice of nurse. Contemporary Polish nursing is in the process of many changes. Polish nurse is in a process of transition between working in a system based on the physicians' orders and working as independent, professional worker for whom these orders are only part of everyday work. In order to meet new requirements nursing education has been transferred to the academic level. Additionally, nursing standards and algorithms supposed to be helpful in the work with the patient. Thanks to them nursing is in some sense unified and its quality increasing. However, following standards can result mechanical work with patients with similar problems and schemas of collecting interviews can remain conversation which is limited to the minimum necessary. Applying the concept of reflective practice seems to be the way which gives nursing standards 'human face'. "Reflection on action" and 'reflection in action' compels nurses to the broader perspective when they deal with clinical problems. Reflective practice is a helpful way of dealing with difficult and unusual situations. And finally, it is the excellent proposal for the self-development. Its application allows analysis of nurses' experience in the light of knowledge they have what in turns contributes to the nursing practice development.

Key words: nursing, reflective practice, nursing professional education

WPROWADZENIE

Współczesne pielęgniarstwo podlega wielu przemianom. Pielęgniarka będąca niegdyś jedynie realizatorem zleceń lekarskich, staje się samodzielnym pracownikiem w systemie ochrony zdrowia, gdzie zlecenia lekarskie, to jedynie niewielka część stawianych jej zadań. Na profesjonalizację pielęgniarstwa wpływa wiele czynników, jednym z nich są zmiany w systemie edukacji pielęgniarzek – przeniesienie edukacji pielęgniarzek ze szkół pomaturalnych i liceów pielęgniarstkich, na poziom akademicki. Pielęgniarka, która po uzyskaniu tytułu licencjata pielęgniarstwa może ubiegać się o przyznanie prawa wykonywania zawodu, ma możliwość, zgodnie z systemem bolońskim, kontynuowania nauki na poziomie studiów magisterskich, a także doktoranckich. Ścieżki rozwoju zawodowego uzupełniają studia podyplomowe oraz formy kształcenia podyplomowego przewidziane dla pielęgniarzek i położnych. Potrzebę poszerzania wiedzy pielęgniarzek widzi także polski ustawodawca, nakładając na tę grupę zawodową obowiązek ustawicznego kształcenia [1, 2, 3, 4].

Pielęgniarka będąc profesjonalistką opiera się w swojej pracy na podstawach naukowych. Jednak w pewnych sytuacjach sama wiedza, nabyta w procesie kształcenia, może okazać się niewystarczająca do pełnego rozwiązania napotkanych trudności. Problem ten dostrzegł już Donald Schön, który poddał krytyce model technicznej racjonalności, zarzucając jej ignorowanie umiejscowienia problemu oraz zakładanie braku konfliktu wartości [5, 6, 7]. Schön zaproponował profesjonalistom koncepcję refleksyjnej praktyki, opartej na refleksji nad działaniem i refleksji w działaniu. Pierwsza z nich ma na celu analizę wykonywanych czynności prowadzącą do uświadomienia sobie ich przebiegu, sposobu wykonywania, a także ulepszenia [7, 8]. Z kolei refleksja w działaniu występuje w środku akcji. Zawiera ona w sobie wiedzę, na temat tego „co robimy, kiedy to robimy”. Można powiedzieć, że „w czasie wykonywania czynności nie ma przerwy na myślenie: działanie i myślenie występują jednocześnie” [9, s. 197]. Dzięki temu możemy reagować na zmieniającą się sytuację w sposób dynamiczny, bez przerywania aktualnie wykonywanej czynności [7, 9, 10, 11].

REFLEKSYJNA PRAKTYKA W EDUKACJI ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK

Koncepcja refleksyjnej praktyki ma za zadanie przyczynić się do rozwiązywania sytuacji trudnych, nietypowych oraz ułatwiać rozwój profesjonalisty [7, 12, 13, 14]. Jak wcześniej zaznaczono, pielęgniarka, aby móc wykonywać swoje obowiązki w sposób profesjonalny, powinna nieustannie aktualizować swoją wiedzę oraz rozwijać umiejętności zawodowe. Oczywistym jest fakt, że profesjonalista poważnie traktujący swoją pracę, nie potrzebuje nakazów, aby się rozwijać, tylko sam będzie poszukiwał sposobów samodoskonalenia się [12, 15]. Jednym z głównych i najbardziej istotnych zastosowań koncepcji refleksyjnej praktyki jest wykorzystanie jej w rozwoju i uczeniu się. Dlatego też, liczni autorzy wymieniają refleksję jako ważny czynnik w nauczaniu i uczeniu się pielęgniarzek [12, 14, 16, 17, 18].

Istotnym elementem nauki, zwłaszcza dla studentów pielęgniarstwa i adeptów zawodu, jest umiejętność powiązania teorii w praktykę. Osoby będące u progu swojej kariery zawodowej, często mają problem z wykorzystaniem nabytej w toku edukacji zawodowej teorii w praktyce zawodowej. Ponadto studenci nie wiedzą, czego konkretnie chcą się nauczyć. Jest to zgodne z tym na co wskazuje Schön: „Paradoks uczenia się nowych umiejętności polega na tym, że student nie jest w stanie zrozumieć, określić, czego chce się nauczyć, może się uczyć jedynie poprzez odkrywanie i zaczęcie robienia tego, czego do końca jeszcze nie rozumie” [19, s. 393].

Pielęgniarka podejmująca pracę po raz pierwszy, wyposażona jest jedynie w uczelnianą wiedzę i podstawowy zestaw umiejętności gwarantujący bezpieczne sprawowanie opieki nad chorym. Książkowe algorytmy postępowania muszą zostać dostosowane do nowej sytuacji. Wiedza zdobyta na uczelni, może być jedynie narzędziem, podstawą podejmowanych działań, ale nie jest możliwe jej proste, bezpośrednie przełożenie na działanie praktyczne. Mówiąc inaczej, wiedza jaką posiadają absolwenci uczelni, nie stanowi prostej instrukcji postępowania. Kiedy nie wiemy co zrobić, nie możemy sięgnąć po książkę, przeczytać opis teorii pielęgniarstwa i od razu pomóc pacjentowi. Nie znajdziemy tam prostej odpowiedzi - konieczna jest refleksja, która pomaga wykorzystać poznaną wiedzę w praktyce. Dzięki refleksji, możemy rozważyć dany problem, jaki napotkaliśmy w kontekście wiedzy jaką zdobyliśmy wcześniej. Według Clarke [12] refleksja przyczynia się do zrozumienia praktycznej wartości teorii. Nie może to jednak być proces jednorazowy, incydentalny. Refleksja powinna towarzyszyć pielęgniarce nieustannie, gdyż z czasem nabywa ona nowych doświadczeń. Również wtedy powinna odnieść je do posiadanej wiedzy, co pozwoli na lepsze zrozumienie danego zagadnienia [7, 12, 17, 19].

REFLEKSYJNA PRAKTYKA W PIELĘGNIARSTWIE

Refleksyjna praktyka nie jest propozycją skierowaną wyłącznie do młodych pielęgniarzek rozpoczynających pracę. Doświadczone pielęgniarki z wieloletnim stażem, również powinny spróbować wykorzystać refleksję w swojej praktyce, gdyż pozwala ona na walidację swojej wiedzy. Refleksja jest idealnym narzędziem, dzięki któremu możemy znaleźć swoje słabe i mocne strony. Analiza braków we własnej praktyce, pozwala na ich uzupełnienie, a więc przyczynia się do rozwoju. Podstawą do tych działań jest jednak przyznanie się przed sobą samym, że jest coś co można jeszcze poprawić, rozwinąć. Należy uznać, że rozwój zawodowy nie zakończył się, że są obszary praktyki, w których można coś udoskonalić [10, 20, 21].

Koncepcja refleksyjnej praktyki ułatwia zdobywanie doświadczenia. Jak uważa Benner [22], doświadczenie zawodowe nie zależy w sposób prosty od czasu. Jego miernikiem nie są lata spędzone na pracy w zawodzie pielęgniarstwa. Do zdobywania doświadczenia konieczna jest refleksja. Refleksja nad działaniem, o której pisze Schön, polega na zamienianiu doświadczenia w wiedzę. Jeżeli pielęgniarka nie poświęci czasu na refleksję, nie zechce uczyć

się na podstawie doświadczeń, nigdy nie rozwinie swojej praktyki. Można więc stwierdzić, że doświadczenie zawodowe jest wypadkową czasu i refleksji nad napotykanymi problemami. I tylko takie podejście przyczynia się do rozwoju pielęgniarstwa [13, 14, 18, 22].

Refleksja nad działaniem bierze udział w tworzeniu tzw. wiedzy milczącej. Wiedzy, którą trudno nazwać, opisać, wiedzy, której często nie jesteśmy świadomi. Dzięki niej potrafimy ocenić nasze postępowanie, stwierdzić czy postępujemy dobrze, czy też nasze działanie jest niepoprawne. Nie jest to wiedza magiczna, co podkreśla Rolfe [18], ale opiera się ona na sytuacjach jakie zaistniały w przeszłości. Benner, działania pielęgniarki oparte na wiedzy milczącej, określa jako „intuicyjne rozumienie”. Jest to proces, w którym pielęgniarka dokonuje oceny własnej czynności jako poprawnej, lub wykonywanej błędnie. Podobnie twierdzą inni autorzy, według których wiedza milcząca pozwala pielęgniarkie rozpoznawać potrzeby pacjenta, bez uświadamiania sobie jednak podstawy tego osądu [9, 18, 22, 23, 24].

Istotną zasługą refleksji jest jej udział w rozwoju biegłości. Wiedza milcząca, jaką udało się osiągnąć dzięki refleksji, zostaje przełożona na płynność wykonywania czynności. Pielęgnowanie przestaje być postępowaniem zgodnie ze schematem, a zaczyna być sztuką pielęgnowania. Działanie takie pozwala skupić się pielęgniarkie na potrzebach pacjenta, jego preferencjach, gdyż nie musi myśleć co powinna zrobić i w jakiej kolejności. Przy zakładaniu wenflonu pielęgniarka ma szansę zauważyć stres podopiecznego związany z tym zabiegiem. Pozwoli to w efekcie na podjęcie działań minimalizujących strach pacjenta. Natomiast analiza tej sytuacji w przyszłości, wzbogaci katalog doświadczeń pielęgniarki [18, 20, 25].

Automatyzm wykonywania czynności niesie ze sobą jednak pewne ryzyko. Tylko niewielka granica oddziela wykonywanie czynności w sposób spontaniczny, automatyczny od rutyny. Pielęgniarka, która popadła w rutynę, bardzo szybko może ulec wypaleniu zawodowemu. Posiada ona pewien zasób wiedzy, również tej milczącej oraz zasób umiejętności, jednak jeśli w swojej praktyce napotka problem, który wychodzi poza ramy, przez jakie postrzega swoją pracę, może dostosować ten problem wyłącznie do własnego widzenia sytuacji problemowej. Dostrzeże tylko to co mieści się w przyjętych przez nią ramach, odrzucając to co poza nimi. Jasno wynika z powyższego, że nie ma momentu, w którym refleksja nad działaniem i w działaniu może zostać zakończona, a pielęgniarka znajduje się na najwyższym poziomie rozwoju zawodowego, gdyż taka sytuacja nigdy nie będzie mieć miejsca. Refleksja pozwala na indywidualne postrzeganie każdego pacjenta, dostrzeganie problemów, które przy powierzchownym traktowaniu, mogły zostać niezauważone. Dzięki temu na pozór identyczne przypadki, postrzegane są jako różne i wymagające zdyfersyfikowanego podejścia [13, 18].

Poddając krytyce techniczną racjonalność, Schön zwrócił uwagę na pewną jej nieużyteczność w sytuacjach trudnych i niepewnych. Niektóre problemy mają złożoną naturę i często nie mieszczą się w granicach jednej dziedziny. Jest to bardzo dobrze widoczne w pielęgniarstwie, które jest ukierunkowane na człowieka, jako całość biopsychospołeczną. Co więcej, pacjent jest zawsze umiejscowiony

w danym środowisku, które na niego oddziałuje. Stawia to przed pielęgniarką bardzo trudne zadanie wielowymiarowego rozpoznania stanu pacjenta i wdrożenia planu opieki opartego na procesie pielęgnowania [3, 7, 8, 11, 26].

Praca pielęgniarki w dużej mierze opiera się na standardach i gotowych algorytmach postępowania. Przy przyjęciu pacjenta na oddział, w wielu szpitalach, pielęgniarki zbierają wywiad według gotowego szablonu. Takie postępowanie jest bardzo dobre, ze względu na minimalizację ryzyka popełnienia błędu, szybsze tempo pracy oraz jednokowe podejście do każdego pacjenta, bez różnicowania na lepszych i gorszych. Postępowanie ze standardami chroni także pielęgniarkę - w sytuacji wystąpienia powikłań, pielęgniarka postępująca zgodnie z przyjętymi schematami ma więc poczucie bezpieczeństwa. Jednak praca z drugim człowiekiem wymaga indywidualnego podejścia. Profesjonalista pielęgniarstwa powinien wychodzić poza standardy. Nie oznacza to nieprzestrzegania standardów, ale wykorzystywanie posiadanej wiedzy, aby zgodnie z nią uczynić spotkanie z pacjentem postrzeganym jako indywidualna jednostka. Pielęgniarka powinna zdawać sobie sprawę, że pacjent jest przede wszystkim człowiekiem umiejscowionym w określonym środowisku społecznym. Choroba prowadzi do zaburzenia jego funkcjonowania. Dochodzi do niemożności realizowania dotychczasowych ról pełnionych przez pacjenta. W przypadku hospitalizacji pojawia się także często uczucie wyobcowania, chory nie potrafi odnaleźć się w nowej rzeczywistości. Refleksyjny praktyk powinien zadbać o złagodzenie nieprzyjemnych skutków hospitalizacji poprzez nawiązanie kontaktu terapeutycznego z pacjentem. Pielęgniarka profesjonalistka powinna być przewodnikiem pacjenta. To ona spędza z nim najwięcej czasu, ona zgłasza lekarzowi niepokojące zmiany stanu zdrowia pacjenta. Dlatego bardzo ważne jest nawiązanie porozumienia z pacjentem, próba zrozumienia jego sytuacji. Aby tego dokonać konieczna jest refleksja [16, 27].

Refleksyjne podejście pozwala także na zrozumienie niektórych zachowań pacjentów. Agresywna postawa, nieprzejmowanie się leczeniem, niestosowne żarty pomimo ciężkiej choroby mogą sprawiać, że pielęgniarki zaszukują pacjentów. Pierwszy stanie się agresywnym człowiekiem, dla którego nie warto marnować czasu, drugi nie będzie wart tłumaczenia, a trzeci dostanie etykietę lekko ducha. Dopiero zatrzymanie się nad daną sytuacją, analiza zachowania pacjenta w świetle posiadanej wiedzy pozwoli zrozumieć, że takie zachowanie pacjenta może być jednym z mechanizmów obronnych.

Oprócz wspomnianej wcześniej agresji ze strony pacjentów, istnieje wiele innych sytuacji stresujących. Reanimacja, zgon pacjenta, wiele obowiązków do zrealizowania w krótkim czasie, konflikt z innymi członkami zespołu terapeutycznego, zakłucie się, to tylko niektóre ze zdarzeń niosących ze sobą duży ładunek negatywnych emocji. Pielęgniarki w zależności od oddziałów, na jakich przyszło im pracować, spotykają się częściej lub rzadziej z takimi sytuacjami, jednak jest to nieodłączny element ich pracy. Aby nie doszło do wypalenia zawodowego, czy zniechęcenia do wykonywanej pracy, pielęgniarki muszą nauczyć się radzić sobie z emocjami. Również tutaj istnieje możliwość wykorzystania refleksji nad działaniem. Nie może ona jednak

dotyczyć wyłącznie czynności zawodowych, ale powinna także obejmować emocje jakie towarzyszyły pielęgniarce podczas wykonywania swoich zadań. Taka analiza może przyczynić się do zmiany zachowań w podobnych sytuacjach w przyszłości. Pielęgniarka, zamiast zniechęcać się po wystąpieniu sytuacji stresowej, może ją przeanalizować, znaleźć krytyczne momenty i zastanowić się nad innymi możliwościami zachowań. Refleksja w tym przypadku może pomóc nie tylko w radzeniu sobie ze stresem, ale także przyczynić się do efektywności pracy oraz znalezienia swoich mocnych stron. Sytuacje trudne zazwyczaj wymagają od pielęgniarek podejmowania działań w niesprzyjających okolicznościach. Pomyślne zakończenie danego zdarzenia, pozwoli na wzmocnienie pewności siebie. Natomiast niepomyślne zakończenie może być punktem wyjścia do poszukiwań lepszych rozwiązań. Refleksyjny praktyk może podejść też do sytuacji trudnej jak do wyzwania. Oto pojawia się przed nim złożony problem, któremu musi stawić czoła. Taka interpretacja sytuacji stresującej zwiększa motywację, zamiast prowadzić do gubienia się. Pielęgniarka nie będzie się bała, że nie poradzi sobie, ale znając swoje mocne strony, podejździe do działania bardziej zdeterminowana [7, 11, 28].

REFLEKSYJNA PRAKTYKA A SUPERWIZJA KLINICZNA W PIELĘGNIARSTWIE

Refleksyjna praktyka stanowi podstawowe narzędzie superwizji klinicznej w pielęgniarstwie. Superwizja kliniczna jest formą wymiany doświadczeń i refleksji w grupie profesjonalistów na temat praktyki zawodowej pod okiem przygotowanego do jej prowadzenia supervisor'a [29]. Jest to mechanizm wspierający praktykujących profesjonalistów (w przypadku zaś procesu pielęgniarstwiej edukacji zawodowej – studentów odbywających szkolenie praktyczne), w ramach którego mogą dzielić się klinicznymi, organizacyjnymi oraz emocjonalnymi doświadczeniami z innymi profesjonalistami w środowisku, które zapewnia poufność, w celu rozwoju wiedzy i umiejętności. Taki proces prowadzi do wzrostu świadomości na temat odpowiedzialnej i refleksyjnej praktyki klinicznej [30]. Ponadto, superwizja kliniczna poprzez rozwój zawodowy pielęgniarek wpływa na poprawę opieki pielęgniarstwiej.

Widzimy, że istnieje wiele określeń superwizji klinicznej, wszystkie podkreślają jej wspierający i edukacyjny charakter oraz dużą rolę w procesie poprawy jakości opieki pielęgniarstwiej. Dzięki refleksji nad podejmowanymi przez siebie działaniami opiekuńczymi oraz jej werbalizacji w ramach sesji grupowych lub indywidualnych dochodzi do świadomego rozwoju zawodowego oraz łączenia nabytej wiedzy teoretycznej z praktyką [31].

PODSUMOWANIE

Nowe wyzwania stawiane przed pielęgniarkami, wymagają od nich stawiania się profesjonalistami, którzy w swojej codziennej praktyce muszą rozwiązywać wiele problemów, podejmować w krótkim czasie trudne decyzje. Profesjonalna praktyka, zakłada nieustanne dbanie o własny rozwój pracownika. W przypadku zawodów medycznych,

gdzie rozwój nauki jest bardzo dynamiczny, powinno się to dokonywać poprzez ciągłe poszerzanie swojej wiedzy oraz refleksyjną praktykę. Zaprezentowany w pracy sposób rozwoju pielęgniarki pozwoli na kompleksowe podejście do pacjenta i jego problemów. Ciągła refleksja sprawia, że każdy pacjent jest traktowany w sposób indywidualny, jako jedność biopsychospołeczna. Jednocześnie pozwala pielęgniarce na rozwijanie świadomości, że pacjentowi, mimo tych samych rozpoznań lekarskich i podobnych objawów są dla niej każdorazowo nowym wyzwaniem, gdyż jej zadaniem jest opieka nie nad schorzeniem, ale nad człowiekiem, którego funkcjonowanie w społeczeństwie uległo zaburzeniu. Z kolei sytuacje trudne i niepowodzenia napotymane w codziennej pracy, dzięki stosowaniu refleksji, mogą zostać wykorzystane jako cenne doświadczenie, nie będąc jedynie dodatkowym czynnikiem stresogennym. Połączenie refleksyjnej praktyki z praktyką superwizji klinicznej pozwala na zagwarantowanie wysokiej jakości usług pielęgniarstwiej jak również, dzięki świadomej analizie doświadczanych w praktyce zdarzeń, zapobiega wypaleniu zawodowemu.

PIŚMIENNICTWO

1. Ciechaniewicz W. Dawca i biorca pielęgnowania. [w:] Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K, red. Podstawy pielęgniarstwa. Tom I. Lublin: Czelej, 2004; s. 293-338.
2. Poznańska S. Pielęgniarstwo i jego istota. [w:] Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K, red. Podstawy pielęgniarstwa. Tom I. Lublin: Czelej, 2004; s. 21-35.
3. Zarzycka D. Definiowanie pielęgnowania. [w:] Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K, red. Podstawy pielęgniarstwa. Tom I. Lublin: Czelej, 2004; s. 163-189.
4. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039.
5. Alexander Ch. Notes on the Synthesis of Form. Harvard University Press 1964.
6. Pearson AT. Nauczyciel. Teoria i praktyka w kształceniu nauczycieli. Warszawa: WsiP; 1994.
7. Schön D. The Reflective Practitioner. How professionals think in action. Basic Books 1983.
8. Johns Ch. Becoming a reflective practitioner. Blackwell Publishing, Oxford Malden, MA 2004.
9. Clinton M. On reflection in action: Unaddressed issues in refocusing the debate on reflective practice. International Journal of Nursing Practice 1998, 4: 197-202.
10. Cooney A. Reflection demystified: answering some common questions. British Journal of Nursing 1999, 8 (22): 1530-1534.
11. Ruth-Sahd L. Reflective Practice: A Critical Analysis of Data-Based Studies and Implications for Nursing Education. Journal of Nursing Education 2003, 42(11): 488-497.
12. Clarke M. Action and reflection: practice and theory in nursing. Journal of Advanced Nursing 1986, 11: 3-11.
13. Heath H. Reflection and patterns of knowing in nursing. Journal of Advanced Nursing 1998, 27: 1054-1059.
14. Lockyer J, Gondoc T, Thivierge R. Knowledge Translation: The Role and Place of Practice Reflection. The Journal of Continuing Education in the Health Professions 2004, 24: 20-56.
15. Wrońska I. Historyczne i społeczne uwarunkowania rozwoju pielęgniarstwa. [w:] Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K, red. Podstawy pielęgniarstwa. Tom I. Lublin: Czelej 2004; s. 36-46.
16. Paget T. Reflective practice and clinical outcomes: practitioners' views on how reflective practice has influenced their clinical practice. Journal of Clinical Nursing 2001, 10: 204-214.
17. Plack M, Santasier A. Reflective Practice: A Model for Facilitating Critical Thinking Skills Within an Integrative Case Study Classroom Experience. Journal of Physical Therapy Education 2004, 18 (1): 4-12.
18. Rolfe G. Beyond expertise: theory, practice and the reflexive practitioner. Journal of Clinical Nursing 1997, 6: 93-97.
19. Andrew, M. E. (1996): Reflection as infiltration: learning in the experimental domain. Journal of Advanced Nursing, 24, s. 391-399.
20. Cotton AH. Private thoughts in public spheres: issues in reflection and reflective practices in nursing. Journal of Advanced Nursing 2001, 36(4): 512-519.
21. Teekman B. Exploring reflective thinking in nursing practice. Journal of Advanced Nursing 2000, 31(5): 1125-1135.
22. Benner P. From Novice to Expert. Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley 1984.
23. Polanyi M. The Logic of Tacit Inference. Philosophy 1996, 41(1): 1-18.

24. Polanyi M, Sen A. The tacit dimension. University of Chicago Press 2009.
25. Seed J. Reflection on action: communication is the key. *Journal of Perioperative Practice* 2006, 16 (12): 581-584.
26. Smyth W J. Reflection-in-Action. Deakin University, Victoria 1986.
27. Poznańska S. Komunikowanie w relacjach pielęgniarka pacjent. [w:] Zahradniczek K, red. Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Podręcznik dla szkół medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1995.
28. Boud D, Walker D. Promoting reflection in professional courses. The challenge of context. [w:] Harrison R, Reeve F, Hanson A, Clarke J, red. *Supporting Lifelong Learning. Volume I. Perspectives of Learning*. Routledge Falmer, London 2002, s. 91-110.
29. Butterworth T, Fugier J. Clinical supervision and mentorship in nursing. 1st edition, Chapman and Hall, London 1992.
30. Lyth GM. Clinical supervision: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2000, 31: 722-729.
31. Kilcullen N. An analysis of the experiences of clinical supervision on Registered Nurses undertaking MSc/graduate diploma in renal and urological nursing and on their clinical supervisors. *Journal of Clinical Nursing* 2007, 16: 1029-1038.

Praca przyjęta do druku: 16.10.2013

Praca zaakceptowana do druku: 6.12.2013