

PIELEGNIARSTWO ONKOLOGICZNE

PODRECZNIK DLA STUDIÓW MEDYCZNYCH

Redakcja naukowa dr n. med. ANNA KOPER



Warszawa
Wydawnictwo
Lekarskie
PZWL

ROZWÓJ PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

Renata Matyjasek, Anna Koper

1

W niniejszym rozdziale omówiono problematykę rozwijającego się pielęgniarstwa oraz specjalności onkologicznej jako działalności zawodowej, a także jako przedmiotu nauczania, podsystemu pielęgniarstwa i dziedziny naukowej. Przedstawiono również zarys historyczny powstawania opieki onkologicznej w Polsce oraz specyfikę i rozwój pielęgniarstwa opieki nad pacjentami ze schorzeniami nowotworowymi.

Bardzo istotnym elementem ewolucji pielęgniarstwa jest ułatwiony dostęp do literatury fachowej z tej dziedziny. Instytucjami stymulującymi zmiany w pielęgniarstwie polskim są zarówno organizacje światowe, jak i krajowe, które – wzajemnie ze sobą współpracując i wymieniając doświadczenia – wyznaczają kierunki jego rozwoju. W rozdziale tym przybliżono zakres działalności tych stowarzyszeń oraz ich wpływ na strukturę przemian.

Z punktu widzenia pacjenta z problemami onkologicznymi bardzo ważna jest dostępność organizacji udzielających specjalistycznego wsparcia. Obecnie, wraz z postępem leczenia onkologicznego i wzrastającym zapotrzebowaniem na pomoc psychologiczną u chorych, wyodrębniły się ponadto liczne stowarzyszenia i organizacje, których to świadczenia uzupełniają działalność ośrodków onkologicznych.

1.1 Terminologia i podstawy teoretyczne pielęgniarstwa onkologicznego

W literaturze podstaw pracy pielęgniarki spotyka się różne definicje pielęgniarstwa w zależności od teorii i modelu pielęgnowania. W świetle modeli opieki według Virginii Henderson i Dorothy Orem [21, 37] pielęgnowanie jest ukierunkowane na zaspokajanie potrzeb człowieka. Henderson mówi o asystowaniu w zaspokajaniu potrzeb, natomiast Orem – o wspomaganiu oraz aktywowaniu do samoopieki [21, 37]. Istnieją także modele opieki wspierające rozwój osobowościowy człowieka (J. Watson, M. Leininger), uwzględniające stosunki międzyludzkie (H.E. Peplau), założenia systemowe opieki (I. King, C. Roy, B. Neuman), a także modele pola energetycznego (M.E. Rogers) – każde dla swoich potrzeb definiują pielęgniarstwo i pielęgnowanie [21, 37].

Pionierki polskiego pielęgniarstwa miały swój wkład w definiowanie i tworzenie podstaw teoretycznych pielęgniarstwa. *Teresa Kulczyńska* już w 1936 roku podkreślała odrębność oraz samodzielność opieki pielęgniarskiej. Uważała, że pielęgniarstwo ma własny zakres, metody, techniki oraz organizację pracy ukierunkowane na opiekę nad pacjentem. Negowała sprowadzanie roli pielęgniarki tylko do poziomu asystowania lekarzowi i tego typu przekonania [39]. Natomiast *Hanna Chrzanowska* zauważyła istotne znaczenie zapewnienia holistycznej opieki chorym i organizowania dla nich indywidualnego planu opieki [39]. Autorką tzw. pacjentocentrycznego modelu opieki pielęgniarskiej (obecny odpowiednik to podmiotowe podejście do chorego) jest *Rachela Hutner* [39]. *Jolanta Górajek-Jóźwik* definiuje zaś pielęgniarstwo w czterech aspektach: jako zawód, przedmiot nauczania, podsystem pielęgniarstwa oraz dyscyplinę naukową [31].

Pielęgniarstwo definiowane jako zawód. Cechuje się opiekuńczym charakterem. Praca wykonywana jest przez pielęgniarki, które uzyskały odpowiednie do tego kwalifikacje i uprawnienia. Jest realizowana na podstawie założeń teoretycznych. Obejmuje przede wszystkim działania na rzecz człowieka potrzebującego (chorego). Udzielane świadczenia mają na celu doprowadzenie do utrzymania, promowania oraz przywracania zdrowia. W przypadku niemożności realizacji wyżej wymienionych zadań należy dążyć do ograniczania niepomyślnych następstw choroby oraz towarzyszyć pacjentowi w spokojnym i godnym umieraniu [31].

Wykonywanie zawodu pielęgniarstwa wiąże się z koniecznością stosowania swoistych zabiegów pielęgniarskich i pielęgnacyjnych. Profesjonalna praktyka pielęgniarska wymaga wdrażania działań wynikających z założeń pielęgnowania indywidualnego oraz funkcji zawodowych. Pielęgnowanie jest coraz częściej rozumiane jako pomaganie i towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu, chorobie lub w niepełnej sprawności. Polega również na kształ-

towaniu umiejętności samoopieki w celu utrzymania komfortu życia codziennego w różnych sytuacjach zdrowotnych [39].

Udzielanie świadczeń pielęgniarstwa obejmuje wielorakich pacjentów [31]. Odbiorców opieki pielęgniarstwa można podzielić na następujące grupy:

- *ze względu na stan pacjenta* – ludzie zdrowi, obciążeni ryzykiem zachorowania, chorzy, niepełnosprawni, umierający,
- *w zależności od wieku* – dzieci, dorośli, osoby w starszym wieku,
- *w zależności od liczby podopiecznych* – pojedyncza osoba, rodzina, grupa pacjentów.

Zawód pielęgniarki może być wykonywany w instytucjach ochrony zdrowia (przychodnie, oddziały szpitalne), a także w miejscu pracy, nauki oraz w domu [31]. Zatem pielęgnowanie polega na „racjonalnym, profesjonalnym pomaganiu wszystkim tym, którzy potrzebują opieki, z uwzględnieniem możliwości wykorzystania różnych modeli opieki (podejście tradycyjne i nowoczesne) oraz form jej sprawowania” [39]. Natomiast profesjonalna opieka nad pacjentem opiera się na celowym oddziaływaniu na różnego rodzaju czynniki warunkujące subiektywny odbiór własnego stanu zdrowia. Podmiot opieki powinien być wyposażony w odpowiednie mechanizmy radzenia sobie w różnych sytuacjach zdrowotnych. Opieka świadczona jest na podstawie założeń teoretycznych i polega na spełnianiu odpowiednich funkcji oraz zadań dostosowanych do potrzeb podopiecznego.

Pielęgniarstwo jako przedmiot nauczania. Przedmiot ten wykładany jest w procesie edukacji zawodowej. Stanowi zasadniczą treść przygotowania zawodowego pielęgniarstwa na studiach licencjackich, magisterskich oraz w trakcie kształcenia podyplomowego [7]. W przeszłości realizowany był w ramach nauczania jako pielęgniarstwo ogólne w liceach i szkołach zawodowych. Obecnie pierwszym etapem edukacji jest wprowadzenie do pielęgniarstwa, a następnie przechodzi się na wyższy poziom pielęgniarstwa specjalistycznych (np. chirurgiczne, onkologiczne, internistyczne itd.).

Pielęgniarstwo jako podsystem pielęgniarstwa. Jest jednym z elementów systemu ochrony zdrowia, który realizuje własne cele, a także spełnia określone funkcje oraz zadania wobec systemu zdrowia i podmiotu opieki [31].

Pielęgniarstwo jako dyscyplina naukowa, czyli nauka o pielęgnowaniu. Jest to młoda dziedzina wiedzy, korzystająca w swoim rozwoju z dorobku nauk medycznych oraz humanistycznych [31]. Tak pojmowane pielęgniarstwo stanowi system uzasadnionych pojęć, twierdzeń, teorii, które powstały wskutek działalności badawczej pielęgniarstwa i mają zastosowanie w praktyce. Jest znacznie młodsze od pielęgniarstwa zawodowego [7].

Warunkiem unaukowienia jest tworzenie na szczeblach edukacji wyższej wydziałów pielęgniarstwa, które jako autonomiczne jednostki spełniają

funkcje dydaktyczne i naukowo-badawcze. Z uzyskanych wyników badań formułowane są wnioski stanowiące podstawę teoretyczną działalności praktycznej. Osoby prowadzące badania mogą uzyskiwać stopnie doktorskie oraz profesorskie [37].

Początki rozwoju polskiego pielęgniarstwa jako nauki są ściśle związane z inicjatywą kształcenia pielęgniarek na studiach wyższych [38], która zrodziła się na Krajowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Sekcji Pielęgniarek Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Taki system edukacji na poziomie uniwersyteckim wymagał powołania i rozwoju kadry naukowej, która uczyłaby przyszłych magistrów pielęgniarstwa. W roku 1959 Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej powołało Komisję Programową ds. Rozpoczęcia Wyższych Studiów Pielęgniarskich. Trwające sześć lat prace doprowadziły do stworzenia warunków organizacyjnych i prawnych dla powstania wydziałów pielęgniarstwa na akademiach medycznych w całej Polsce. W roku 1969 rozpoczęło swoją działalność pierwsze w kraju Studium Pielęgniarskie Akademii Medycznej w Lublinie. Lata następne przyniosły powstanie wydziałów pielęgniarstwa w Katowicach (1974 rok) oraz w Krakowie i Poznaniu (1975 rok). Wydział Pielęgniarstwa na Akademii Medycznej we Wrocławiu powołano w roku 1978. Osiemnaście lat później z uwagi na ogromne zapotrzebowanie środowiska wprowadzono 5-letnie studia magisterskie w systemie zaocznym. Dzięki powstaniu wydziałów pielęgniarstwa (przy uniwersytetach, akademiach medycznych i w instytutach), a także prowadzeniu badań naukowych pielęgniarstwo będące dziedziną praktyczną stało się również dyscypliną naukową.

Pielęgniarstwo onkologiczne jest to świadczenie opieki pielęgniarstwa w chorobach wymagających zastosowania terapii onkologicznych. Spełnia wszystkie wyżej wymienione komponenty pielęgniarstwa, czyli jest dziedziną praktyczną, naukową i przedmiotem nauczania. Natomiast jako zawód stanowi specjalność zawodową onkologiczną, w zakresie której można uzyskać tytuł specjalisty. Dzięki utworzeniu katedr pielęgniarstwa onkologicznego na uniwersytetach oraz akademiach medycznych przyjęło także miano nauki zajmującej się prowadzeniem badań naukowych i tworzeniem aparatu pojęciowego opieki nad pacjentami z chorobami nowotworowymi. Ponadto jest również przedmiotem nauczania w trakcie kształcenia na poziomie licencjackim, w zakresie którego przekazywana jest wiedza dotycząca pielęgnowania osób w różnych stadiach choroby nowotworowej, począwszy od stanów przedrakowych, a skończywszy na fazie terminalnej z uwzględnieniem edukacji i profilaktyki zdrowotnej.

1.2. Rozwój pielęgniarstwa onkologicznego

Początki pielęgniarstwa onkologicznego jako dziedziny praktycznej są ściśle związane z powstawaniem organizacji do walki z rakiem i wyodrębnianiem się różnego rodzaju terapii stosowanych u pacjentów z chorobą nowotworową. Genealogia walki z rakiem w Polsce sięga początków XX wieku [2, 22, 33]. W roku 1906 w Warszawskim Towarzystwie Higienicznym powołano Komitet do Badań i Zwalczenia Raka. Celem działań prowadzonych w jego obrębie były badania nad nowotworami, opieka nad nieuleczalnie chorymi oraz edukacja. Do powstania tej instytucji przyczyniła się tragiczna sytuacja osób dotkniętych nowotworami, które nie miały zapewnionej stosownej opieki i nie były właściwie leczone.

Kolejnym etapem było utworzenie w 1917 roku w Łodzi pierwszej w Polsce „Przychodni dla chorych na guzy”. Natomiast organizację obejmującą swym zasięgiem cały kraj powołano cztery lata później, przemianowując Warszawski Komitet do Walki z Rakiem na Polski Komitet do Walki z Rakiem [22, 33].

W roku 1924 odbył się Pierwszy Zjazd Przeciwrakowy. Jego uchwały w postaci pierwszego programu walki z rakiem doprowadziły do powstania w większych miastach na terenie Polski komitetów do walki z chorobą nowotworową. Zapoczątkowano również prowadzenie badań nad rakiem, edukację zdrowotną i popularyzację wiedzy o nowotworach [22].

Niezwykle istotnym momentem w historii polskiej onkologii było powołanie w 1932 roku Instytutu Radowego w Warszawie, w którym dzięki Marii Skłodowskiej-Curie przeszkolono pierwszych polskich onkologów, a wśród nich dr. Franciszka Łukaszczyka [22, 33].

Literatura przedmiotu podaje, że rok wcześniej w Bydgoszczy zaczęto wykorzystywać w leczeniu nowotworów rentgenoterapię, od 1942 roku stosowano promieniotwórczy tor, a sześć lat później uruchomiono poradnię onkologiczną [2].

Po II wojnie światowej utworzono w Gliwicach Państwowy Instytut Przeciwrakowy, a w 1951 roku powołano w Krakowie Instytut Radowy. W tym też roku połączono Instytuty w Warszawie, Krakowie i Gliwicach w jedną instytucję – Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Powierzono mu rolę ośrodka kierującego całą organizacją walki z rakiem na terenie Polski. Instytuty w Gliwicach i Krakowie zostały jego filiami [22].

Wkrótce powstał drugi program walki z rakiem, który był realizowany w latach 1952–1975. Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Instytutem Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, spełniając jedno z założeń programu, postanowiło zorganizować w poszczególnych województwach ośrodki onkologiczne, które wdrażałyby jednolity program walki z chorobą nowotworową. W tym czasie prowadzono też badania naukowe

oraz działalność związaną z profilaktyką i epidemiologią nowotworów. Pierwszy z ośrodków regionalnych powstał w Poznaniu, drugi we Wrocławiu. Uruchomione zostały też gabinety brachy- i rentgenoterapii [22].

Zgodnie z wytycznymi programu walki z rakiem w latach 1945–1962 świadczeń z zakresu onkologii udzielała w Bydgoszczy onkologia zachowawcza na Oddziale Radiologii Szpitala im. dr. Antoniego Jurasza [2]. W lipcu 1956 roku rozpoczął swą działalność Wojewódzki Ośrodek Onkologiczny we Wrocławiu, który następnie został przekształcony w Specjalistyczny Zespół Onkologiczny (obecnie Dolnośląskie Centrum Onkologii). W skład Ośrodka wchodziły Oddziały: Onkologii Ogólnej, Chirurgii oraz Ginekologii Onkologicznej. Funkcjonowały również pracownie: histopatologiczna, cytologiczna, rentgeno-diagnostyczna i analiz klinicznych, a także blok rentgenoterapeutyczny, gabinety brachyterapii oraz duży blok operacyjny [22]. W roku 1963 powstał pierwszy w województwie bydgoskim samodzielny Oddział Onkologii z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, a dwa lata później uruchomiono Pododdział Radioterapii [2].

Do realizacji trzeciego programu walki z rakiem przystąpiono w 1974 roku. Chodziło w nim głównie o utworzenie sieci onkologicznej, opierającej się na ośrodkach regionalnych będących samodzielnymi jednostkami prowadzącymi profilaktykę, leczenie i rehabilitację pacjentów z chorobami nowotworowymi. W późniejszym czasie zorganizowano jedenaście tego typu placówek onkologicznych [33].

W roku 1978 w Specjalistycznym Zespole Onkologicznym we Wrocławiu zorganizowano Oddział Chemioterapii. Dzięki wprowadzeniu systemowej chemioterapii rozwinięto skojarzone leczenie nowotworów. W późniejszym czasie powstał Pododdział Brachyterapii, a w 1986 roku – II Oddział Ginekologii Onkologicznej i III Oddział Radioterapii. W roku 1988 Wojewódzką Przychodnię Onkologiczną przeniesiono do nowej siedziby, zwiększając przy tym liczbę gabinetów specjalistycznych. Przychodnia otrzymała nowoczesną pracownię radiologiczną oraz gabinety badań ultrasonograficznych i mammograficznych. Uruchomiono również blok operacyjny do małych zabiegów chirurgicznych, a także gabinet endoskopowy. Trzy lata później Ośrodek otrzymał nowy selektron i wycofał z brachyterapii źródła radowe. Wprowadzono też standardy postępowania leczniczego w najczęściej występujących nowotworach. Kontynuowano współpracę „z mass mediami na temat pierwotnej i wtórnej profilaktyki chorób nowotworowych”. W czerwcu 1993 roku zmieniono nazwę Ośrodka na Dolnośląskie Centrum Onkologii [22].

Literatura dotycząca rozwoju onkologii podaje, że w 1993 roku w Bydgoszczy zastosowano po raz pierwszy w Polsce iryd w brachyterapii [2]. Oddano wówczas do użytku pacjentów zespół poradni specjalistycznych z gabinetami onkologa, laryngologa, chirurga, radioterapeuty, chemioterapeuty, ginekologa i urologa. Zaczęły funkcjonować Oddziały: Brachyterapii, Ra-

dioterapii oraz Chemioterapii. W nowym kompleksie znalazły się również gabinety zabiegowy i opatrunkowy, a także pracownia endoskopowa. Oficjalne otwarcie Centrum nastąpiło w 1994 roku, a dwa lata później rozpoczęto leczenie pierwszych chorych na oddziałach zabiegowych [2]. Obecnie na terenie Polski znajdują się liczne placówki onkologiczne, działające w: Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Gdyni, Gliwicach, Katowicach, Kielcach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Olsztynie, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie, Szczecinie, Wrocławiu, Warszawie i Zielonej Górze.

Uwzględniając rozwój różnego rodzaju terapii onkologicznych, można stwierdzić, że najwcześniej pielęgniarki stykały się z problemami pacjentów leczonych chirurgicznie. Po wprowadzeniu teleterapii (w 1932 roku), a następnie brachyterapii i chemioterapii (w 1978 roku), opiekując się chorymi, obserwowały one występujące powikłania. Wypracowywały wówczas metody zapobiegania im, a także odpowiedniej pielęgnacji w momencie ich pojawienia się. Dopiero w wyniku zmiany podejścia do opieki zdrowotnej oraz ewolucji w kierunku profilaktyki zgodnie z hasłem: „Lepiej zapobiegać, niż leczyć” pielęgniarstwo onkologiczne rozszerzyło swoją działalność o profilaktykę i edukację chorób nowotworowych.

1.2.1. Specyfika opieki onkologicznej

Wielu pacjentów z rozpoznaniem nowotworem zostało wyleczonych i są oni dowodem na to, że chorobę tę można pokonać. Mimo to w dużej grupie społecznej panuje powszechne przekonanie, że „rak to wyrok” (pomimo szeroko dostępnej i prowadzonej edukacji oraz profilaktyki nowotworowej). Z tego względu pielęgniarstwo onkologiczne należy do trudniejszych dyscyplin zawodowych.

Uwzględniając wyżej wymienione przesłanki, w kształtowanie relacji terapeutycznej z pacjentem onkologicznym powinno się włożyć wiele trudu po to, aby pozyskać jego zaufanie. Pielęgniarka, która nawiąże kontakt z chorym, może się stać dla niego źródłem pozytywnych zachowań i nadziei na zahamowanie procesu nowotworowego bądź pełne wyleczenie, a tym samym – wydłużenie życia. Wymaga to jednak stworzenia klimatu zaufania, akceptacji oraz empatii. Warunki takie w dużym stopniu mogą przyspieszyć przystosowanie się pacjenta do danej sytuacji, a także uaktywnić kolejny etap walki z rakiem i podjęcia terapii.

Postęp choroby oraz konieczność zastosowania leczenia są dla pacjenta trudnymi momentami. Odczuwa on lęk przed nieznaną mu chemio- czy radioterapią. Dlatego pielęgniarka powinna stosownie do poziomu intelektualnego chorego wyjaśnić mu istotę i skutki uboczne leczenia, a także służyć pomocą w wyposażeniu go w umiejętności radzenia sobie w chwili wystąpienia objawów niepożądanych [9].

Wraz z rozwojem metod terapii wykorzystywanych u pacjentów z nowotworami wyodrębniły się **specyficzne sposoby pracy w pielęgniarstwie onkologicznym**:

- **W promocji zdrowia oraz profilaktyce onkologicznej** za pomocą odpowiednich technik edukacyjnych prowadzi się edukację pierwotną i wtórną dla różnych grup chorych.
- **W specjalnościach chirurgicznych** – ginekologii, urologii, chorób piersi, klatki piersiowej, układu pokarmowego, skóry – dąży się do zapewnienia przed- i pooperacyjnej opieki pielęgniarstwie pacjentom po zabiegach chirurgicznych. Praca z tą grupą chorych jest dość trudna ze względu na to, że są oni pod wpływem bardzo silnego stresu. Obawiają się o swoje życie i przyszłość. Często niełatwym problemem dla nich jest życie po operacji z okaleczeniem. Pacjentów tych dręczą dylematy, czy poddając się zabiegowi, dobrze robią. Czynniki te sprawiają, że są oni w stanie dużego napięcia, a praca z nimi wymaga szczególnej cierpliwości oraz wyrozumiałości [9].
- **W chemioterapii** udzielane są chorym świadczenia pielęgniarstwie podczas leczenia chemicznego. Oprócz sprawowania typowej opieki onkologicznej podaje się chemioterapeutyki. W przypadku pacjentów poddawanych tego rodzaju terapii należy zwrócić szczególną uwagę na zapobieganie występowaniu powikłań, a w razie ich pojawienia się – wyposażyć chorych w umiejętności radzenia sobie z nimi [9, 11]. Niedawno podjęto działania mające na celu zapewnienie wyższej jakości leków cytostatycznych podawanych parenteralnie [11]. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi oraz obowiązującymi aktami prawnymi obowiązek sporządzania cytostatyków należy do farmaceutów. Do tej pory ciążył on na personelu pielęgniarstwie i wiązał się z narażeniem pacjentów, środowiska, a także pracowników danej placówki na szkodliwe działanie preparatów cytostatycznych. Pielęgniarki, mimo że były przeszkolone w zakresie sporządzania leków do chemioterapii, nie posiadały tak fachowej wiedzy z zakresu farmakologii jak farmaceuci, dlatego istniało ryzyko popełnienia błędu. Te rozwiązania legislacyjne są dużym osiągnięciem w rozwoju i podnoszeniu jakości w pielęgniarstwie onkologicznym.
- **W radioterapii** (teleterapii, brachyterapii) świadczona jest opieka nad chorymi na nowotwory podczas leczenia za pomocą promieniowania jonizującego. Szczególną uwagę zwraca się na wyposażenie pacjentów w niezbędną wiedzę dotyczącą istoty tego rodzaju postępowania i zapobiegania wystąpieniu powikłań. W przypadku pojawienia się objawów niepożądanych należy chorego nauczyć sposobów radzenia sobie z tymi problemami [9].
- **W opiece paliatywnej i terminalnej** praca personelu pielęgniarstwie obejmuje usługi udzielane pacjentowi lub jego rodzinie na etapie nie-

możności zastosowania leczenia przyczynowego, w fazie wystąpienia powikłań choroby oraz w stanie terminalnym. Opieka ta jest ukierunkowana na walkę z bólem, pojawiającymi się objawami somatycznymi, psychologicznymi i duchowymi. Jej celem jest zapewnienie możliwie najlepszej jakości życia chorym, a także ich rodzinom [4, 9].

Wraz z rozwojem onkologii i rozszerzaniem się zakresu świadczeń dla pacjenta z chorobami nowotworowymi powstały różnorodne **formy opieki onkologicznej**:

- **Opieka domowa.** Ta forma – jak sama nazwa wskazuje – przeznaczona jest dla chorych przebywających w miejscu zamieszkania. Utworzona została z myślą o pacjentach, dla których głównym źródłem opieki jest rodzina. Realizowana jest w szczególności przez zespoły opieki paliatywnej, domowej bądź zespoły wspierające. Może być prowadzona we współpracy z lekarzem lub pielęgniarzką z zespołu opieki zdrowotnej. Polega na wspieraniu w sytuacjach problemowych członków rodziny chorego bądź jego opiekunów. W celu zapewnienia ciągłości opieki domowej powstała inicjatywa tworzenia nocnych zespołów interwencyjnych przy poradniach opieki paliatywnej [3].
- **Opieka ambulatoryjna.** Realizowana jest ona w specjalistycznych poradniach onkologicznych, przeznaczona zaś dla pacjentów, którzy są w stanie zgłaszać się po porady i ich stan zdrowia nie wymaga udzielania świadczeń onkologicznych w innej formie [3].
- **Opieka stacjonarna.** Świadczona jest w takich instytucjach, jak: szpitale (różnego rodzaju oddziały dla pacjentów z chorobami nowotworowymi), hospicja, oddziały opieki paliatywnej. Ma swoje zastosowanie w momencie braku możliwości wykorzystania terapii i opieki w warunkach domowych czy ambulatoryjnych [3].
- **Zespoły wspierające.** Po zakończonej terapii onkologicznej udzielają one pomocy psychologicznej chorym z określonymi problemami (zakres oraz rodzaj działalności grup wsparcia został omówiony w podrozdziale „Organizacje udzielające pomocy pacjentom onkologicznym”). Istnieją specjalistyczne zespoły wspierające osoby związane z różnego typu nowotworami. Z myślą o pacjentach w fazie terminalnej choroby nowotworowej powstały zespoły wspierające, działające na terenie szpitali i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, obejmujące opieką chorych na raka oraz ich rodziny [1, 3, 5, 13, 14, 17, 28].
- **Zespoły wspomagające osieroconych.** Zespoły te udzielają wsparcia osobom, którym szczególnie trudno jest się pogodzić z utratą kogoś bliskiego [3].

Nie bez znaczenia dla rozwoju metod pracy i zapewnienia odpowiedniej jakości opieki pielęgniarstwie było tworzenie aparatu pojęciowego jakości oraz standaryzacji w pielęgniarstwie, w tym także na potrzeby pielęgniarzek

pracujących z pacjentami onkologicznymi. W literaturze można odszukać publikacje na temat standardów stosowanych w opiece nad chorymi na nowotwory (standardy opieki onkologicznej przedstawiono w rozdziale podejmującym tematykę jakości).

Bardzo duży wpływ na rozwój pielęgniarstwa onkologicznego jako dziedziny praktycznej ma *Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych* (zakres jego działalności omówiono w podrozdziale „Organizacje działające na rzecz rozwoju pielęgniarstwa”).

Na rozwój pielęgniarstwa onkologicznego pozytywnie wpływa fakt, że w programach kształcenia – zarówno na poziomie licencjackim, jak i magisterskim – wyodrębniono treści dotyczące opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową. Ponadto w procesie edukacji podyplomowej istnieje możliwość uczestniczenia w szkoleniach specjalizacyjnych oraz uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego i opieki paliatywnej. Pielęgniarki pracujące w ośrodkach onkologicznych mogą również brać udział w kursach specjalistycznych z tego zakresu.

We współczesnym pielęgniarstwie onkologicznym obserwuje się zmianę traktowania pacjenta od podejścia przedmiotowego do podmiotowego. Taki sposób odnoszenia się do chorego jest dla niego korzystniejszy i charakteryzuje się ukierunkowaniem na osobę objętą opieką jako główny jej cel. Podmiot opieki aktywnie uczestniczy w pielęgnowaniu. Podmiotowe traktowanie pacjenta pozwala na wytworzenie odpowiedzialności za zdrowie oraz daje poczucie ważności w świadczonej opiece pielęgniarskiej.

W celu uzyskania jak najlepszej jakości opieki onkologicznej pielęgniarki powinny korzystać z zasobów wiedzy rozwijającego się pielęgniarstwa jako nauki oraz wdrażać nowe wytyczne do codziennej praktyki onkologicznej. Ukazujące się na rynku publikacje książkowe i artykuły w czasopiśmie stanowią podstawę do uaktualniania ciągle poszerzającej się wiedzy z zakresu onkologii i pielęgniarstwa w tej dziedzinie.

Współczesne pielęgniarstwo onkologiczne dąży do:

- zapewnienia możliwie najlepszej opieki człowiekowi zdrowemu i choremu,
- wzbogacania, a także kształcenia kadry pielęgniarskiej,
- poszerzania i tworzenia bazy naukowej oraz prowadzenia prac badawczo-naukowych,
- humanizmu w pielęgniarstwie,
- holizmu w opiece – traktowania pacjenta jako całości biopsychospołeczno-duchowej.

Zadania pielęgniarki onkologicznej odnoszące się do profesjonalnego współczesnego pielęgniarstwa to:

- pielęgnowanie w zdrowiu i chorobie,
- holizm w opiece,

- współdziałanie z chorym,
- samodzielność w sprawach pielęgnowania,
- odpowiedzialność w stosunku do pacjenta.

Reasumując, współczesne pielęgniarstwo, a tym samym pielęgniarstwo onkologiczne dąży do ciągłego doskonalenia i przejścia od miana „zawód” do nazwy „profesja”. Irena Wrońska definiuje zawód jako: „(...) wykonywanie na podstawie odpowiedniej wiedzy i umiejętności zespołu czynności społecznie użytecznych, wyodrębnionych na skutek podziału pracy, powtarzanych systematycznie i będących źródłem utrzymania dla pracownika i jego rodziny oraz podstawą prestiżu i pozycji społecznej pracownika” [37]. Natomiast określenie „profesja” ma szerszy zakres i wiąże się z „zawodem o szczególnie odpowiedzialnym rodzaju działania, wymagającym wysokich kwalifikacji specjalistycznych i moralnych, realizowanym w ramach szerokiej autonomii, przy wewnątrz zawodowym nadzorze działania”.

Pierwszym krokiem podjętym w kierunku profesjonalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa była zmiana w 1996 roku (obowiązującej od 1935 roku, niedostosowanej do realiów opieki zdrowotnej) ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz stwierdzenie, że są to zawody samodzielne. Praca pielęgniarki polega więc nie tylko na realizacji zleceń lekarskich, ale również na samodzielnym wyborze metod pielęgnowania zgodnie z obowiązującą wiedzą teoretyczną. W roku 2007 osiągnięto wyraźny postęp w zakresie zwiększenia autonomii działań pielęgniarskich. Ukazało się rozporządzenie Ministra Zdrowia [29] zawierające znacznie poszerzoną i uszczegółowioną listę świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych oraz rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. W rozporządzeniu tym po raz pierwszy zamieszczono też „Wykaz leków podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę doraźnie w nagłych wypadkach bez zlecenia lekarza”.

Przejsie do miana „profesja” w zawodzie pielęgniarki wymaga jeszcze czasu i wielu wysiłków ze strony grupy zawodowej pielęgniarek. Jednym z działań to umożliwiających jest wytyczony system kształcenia podyplomowego, pozwalający uzyskać wysokie kwalifikacje specjalistyczne.

1.3. Kształcenie przed- i podyplomowe

Główną rolę w wytyczaniu kierunków rozwoju kształcenia w pielęgniarstwie odgrywa Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN – International Council of Nurses). Desygnowane przez nią ekspertki przygotowują różnorodne materiały i publikacje na temat edukacji pielęgniarstwa. Dzięki współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO – World Health Organization) poszczególne programy dostosowywane są do celów rozwoju ochrony zdrowia. Pielęgniarskie organizacje na szczeblu krajowym, czerpiąc z wyżej wymienionych wskazówek, mają wpływ na system kształcenia oraz doskonalenia zawodowego.

Obecnie ustawicznie podnoszony i doskonalony jest system edukacji zawodowej pielęgniarek. Zgodnie z dyrektywami unijnymi uległ on zmianie ze szczebla liceów i studium zawodowych na poziom uniwersytecki. Według obowiązującej sytuacji prawnej [29, 30] odbywa się on w **systemie trzystopniowym** i przedstawia się następująco:

- **Studia pierwszego stopnia** – 3-letnie studia licencjackie (zawodowe). Umożliwiają zdobycie wiedzy oraz umiejętności, przygotowują do pracy w zawodzie pielęgniarki, kończą się uzyskaniem tytułu licencjata. Od roku akademickiego 2004/2005 istnieje możliwość uruchomienia specjalnej formy studiów zawodowych licencjackich (tzw. pomostowe) na kierunku pielęgniarstwo, które przeznaczone są dla pielęgniarek posiadających świadectwo dojrzałości, będących absolwentkami różnego typu szkół zawodowych pielęgniarstwa. Studia te, w zależności od rodzaju ukończonej przez pielęgniarkę szkoły, mogą trwać 2–5 semestrów, a okres ten w sposób szczególny regulują stosowne akty prawne [24].
- **Studia drugiego stopnia** – 5-letnie studia magisterskie. Umożliwiają zdobycie specjalistycznej wiedzy z zakresu pielęgniarstwa, przygotowują do twórczej pracy zawodowej, kończą się uzyskaniem tytułu magistra. Pozwalają na ubieganie się o przyjęcie na studia trzeciego stopnia.
- **Studia trzeciego stopnia** – studia doktoranckie. Umożliwiają zdobycie zaawansowanej wiedzy z określonej dyscypliny nauki, przygotowują do samodzielnej działalności badawczej i twórczej. Po ich ukończeniu (napisaniu pracy oraz obronie) zdobywa się tytuł doktora. Przyjmowani są na nie kandydaci z tytułem magistra.

Poza trójstopniowym systemem kształcenia pielęgniarstwa istnieje możliwość pozyskiwania wiedzy interdyscyplinarnej z innych dziedzin na *studiach podyplomowych*, które przeznaczone są dla osób mających tytuł magistra. Taki system edukacji podnosi poziom nauczania ze średniego na wyższy, pozwala na wykluczenie negatywnej selekcji do zawodu, a także umożliwia zdobycie szerokiej oraz fachowej wiedzy interdyscyplinarnej zarówno z dziedzin humanistycznych, jak i medycznych. Profesjonalnie kształ-

cone pielęgniarki stanowią duży potencjał rozwoju pielęgniarstwa, a ponadto podnoszą rangę zawodu pielęgniarki.

Pielęgniarka pracująca w zawodzie jest zobowiązana przez ustawodawcę do ciągłego doskonalenia się oraz pogłębiania wiedzy z zakresu pielęgniarstwa. Uzupełnianie kwalifikacji zawodowych podyktowane jest dążeniem do autonomii i profesjonalizacji w tej dziedzinie. Istniejący obecnie system nauczania umożliwia zdobywanie wiedzy i nowych umiejętności w trakcie kształcenia podyplomowego, które obejmuje:

- **szkolenie specjalizacyjne**, zwane „specjalizacją” – jest ono rodzajem kształcenia podyplomowego i ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa oraz zdobycie tytułu specjalisty w tym zakresie. Specjalizację kończy egzamin państwowy, obejmujący całokształt zagadnień związanych z daną tematyką. Pielęgniarka po odbyciu specjalizacji i zdaniu egzaminu państwowego uzyskuje tytuł specjalisty. Specjalizacje dla pielęgniarek mogą być prowadzone w 22 dziedzinach, w tym z pielęgniarstwa onkologicznego oraz opieki paliatywnej [25, 26].
- **kurs kwalifikacyjny** – jest on rodzajem kształcenia podyplomowego, mającym na celu uzyskanie przez pielęgniarkę specjalistycznych kwalifikacji do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek mogą być prowadzone w 16 dziedzinach, w tym z pielęgniarstwa onkologicznego i opieki paliatywnej [25, 26].
- **kurs specjalistyczny** – ma on na celu zdobycie przez pielęgniarkę kwalifikacji do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych [25, 26].
- **kurs dokształcający** – ma on na celu pogłębienie i aktualizację wiedzy pielęgniarki oraz zdobycie przez nią nowych umiejętności zawodowych [25, 26].

Pielęgniarka i położna mogą uczestniczyć w kształceniu podyplomowym na swój wniosek na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę do organizatora kształcenia oraz zawartej z nim umowy.

1.3.1. Literatura zawodowa pielęgniarek

Uzupełniając kwalifikacje na wymienionych poziomach, pielęgniarka korzysta z literatury zawodowej. Początki profesjonalnego **piśmiennictwa o tematyce pielęgniarstwa** sięgają 1926 roku i wydawnictwa „Pielęgniarka Polska”, zainspirowanego przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych (PSPZ). Wcześniej artykuły z zakresu pielęgniarstwa ukazy-

wały się na łamach czasopism „Pielęgniarka” oraz „Polski Czerwony Krzyż”, a także w ogólnomedycznym piśmie „Zdrowie” [20].

Obecnie dostępnych jest bardzo wiele publikacji książkowych z różnych specjalności pielęgniarstwa, które kształtują świadomość zawodową pielęgniarek, co świadczy o intensywnym rozwoju tej dziedziny. Ponadto pojawia się coraz więcej czasopism poruszających tematykę pielęgniarstwa.

Do 2000 roku wydawane było czasopismo „Pielęgniarstwo 2000”, skupiające się na problemach dydaktyczno-medycznych z zakresu pielęgniarstwa. Zostało ono zastąpione na rynku przez „Pielęgniarstwo XXI wieku” [10] – kwartalnik, którego celem jest ułatwienie wymiany poglądów oraz wyników badań i analiz pracownikom naukowym pielęgniarstwa, położnictwa, a także dziedzin pokrewnych. Czasopismo przybliży problematykę pielęgniarstwa w kraju i za granicą, a publikowane w nim artykuły stanowią wzór piśmiennictwa naukowego w tej dziedzinie.

„Magazyn Pielęgniarki i Położnej” [10] jest ogólnopolskim ilustrowanym miesięcznikiem zawodowo-środowiskowym pielęgniarek i położnych. Nad jego merytoryczną poprawnością czuwa samorząd pielęgniarek oraz położnych za pośrednictwem powołanej przez siebie Rady Programowej.

W wydawanych od 1993 roku „Problemach Pielęgniarstwa” [10] publikowane są recenzowane artykuły pogładowe, oryginalne prace badawcze z zakresu pielęgniarstwa i dziedzin pokrewnych, sprawozdania, komentarze, recenzje oraz oficjalne stanowiska międzynarodowych stowarzyszeń zawodowych. Czasopismo to, redagowane przez utytułowane osobistości z dziedziny pielęgniarstwa z kraju i zagranicy, skierowane jest do szerokiego grona środowiska pielęgniarstwa, stawiającego na rozwój zawodu oraz edukację. Patronat nad kwartalnikiem sprawuje Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, będące członkiem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek.

1.4. Organizacje działające na rzecz rozwoju pielęgniarstwa

Wraz z rozwojem pielęgniarstwa powstawały różne stowarzyszenia i organizacje, których celem było zrzeszanie absolwentów szkół pielęgniarstwa oraz podejmowanie działań na rzecz doskonalenia edukacji i praktyki zawodowej. Obecnie na całym świecie istnieją liczne organizacje z zakresu pielęgniarstwa. W ostatnich latach można zaobserwować wyodrębnianie się coraz większej liczby stowarzyszeń pielęgniarstwa, których działalność dotyczy określonych dziedzin pielęgnowania. Wśród nich są m.in. stowarzyszenia pielęgniarek onkologicznych, stomijnych, epidemiologicznych, anestezjologicznych i intensywnej opieki. Towarzystwa te, wzajemnie ze sobą współpracując, podejmują działania naukowe oraz opracowują wytyczne dotyczące kształcenia z danego zakresu.

Na rzecz rozwoju pielęgniarstwa oddziałują także organizacje, które nie są bezpośrednio związane z tą dziedziną, jak np. Międzynarodowa Organizacja Pracy, która ma wpływ na zatrudnienie pielęgniarek.

1.4.1. Organizacje krajowe

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych (PSPZ) powstało w 1925 roku z inicjatywy pierwszych absolwentek Warszawskiej i Poznańskiej Szkoły Pielęgniarskiej. W tym samym roku zostało przyjęte do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Działania stowarzyszenia ukierunkowane były na rozwój zawodu pielęgniarstwa przez organizację kształcenia oraz doskonalenia zawodowego [40].

Z inicjatywy Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych w 1929 roku rozpoczęto wydawanie pierwszego czasopisma zawodowego „Pielęgniarka Polska”, a rok później dokonano pierwszej ewidencji pielęgniarek i położnych. Spośród licznych osiągnięć stowarzyszenia warto też wymienić uchwalenie w 1935 roku nowatorskiej jak na tamte czasy „Ustawy o pielęgniarstwie” [20].

Pomimo zmiany sytuacji politycznej po II wojnie światowej i braku akceptacji na reaktywowanie stowarzyszenia pielęgniarki się nie poddały. Brały udział w kongresie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i w kolejnych latach ponownie podjęły starania utworzenia własnej organizacji zawodowej. Ostatecznie inicjatywy te zostały uwieńczone sukcesem w 1957 roku, kiedy to rozpoczęło swą działalność **Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP)** [40]. Kontynuowało ono idee oraz najlepsze tradycje Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie jest stowarzyszeniem naukowym i ma osobowość prawną.

Celem działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego jest:

- popularyzowanie zdobyczy naukowych w zakresie pielęgniarstwa i nauk pokrewnych oraz kształtowanie postaw etycznych członków stowarzyszenia,
- wspieranie zawodowego i naukowego rozwoju pielęgniarek oraz położnych,
- prowadzenie badań naukowych w pielęgniarstwie, a także wdrażanie ich wyników do praktyki pielęgniarskiej,
- współpraca oraz wymiana doświadczeń z instytucjami i organizacjami naukowymi w kraju i za granicą [35].

Tabela 1.1. Zakres współpracy Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Na szczeblu międzynarodowym	Na szczeblu krajowym
→ Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (PTP) zostało przyjęte do organizacji w 1961 roku w ramach kontynuacji współpracy zapoczątkowanej w 1925 roku przez PSPZ)	→ Ministerstwa: Zdrowia, Edukacji Narodowej
→ Europejskie Forum Narodowych Stowarzyszeń Pielęgniarek i Położnych przy WHO	→ Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz izby okręgowe
→ Europejskie Forum Stowarzyszeń Pielęgniarskich przy UE	→ Uczelnie wyższe kształcące pielęgniarki i położne
→ Europejska Grupa Pielęgniarek Badaczy	→ Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
	→ Zrzeszenia specjalistyczne pielęgniarek i położnych
	→ Redakcje: „Magazynu Pielęgniarki i Położnej”, „Pielęgniarki i Położnej”

Sukcesem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego jest wprowadzenie w Polsce kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie akademickim, uwzględniającym europejską strategię kształcenia (UE), doskonalenie zawodowe oraz specjalizacje zawodowe [40]. Z inicjatywy członków organizacji wyszła też koncepcja założenia Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, a także propozycja ustawy o Samorządzie. Brali i nadal biorą oni również aktywny udział w pracach nad „Ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej” oraz Kodeksem Etyki Zawodowej uchwalonym w 1995 roku. Pod patronatem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego wydawane są biuletyny informacyjne i czasopismo „Problemy Pielęgniarstwa” (od 1993 roku).

Ostatnio coraz liczniej powstają stowarzyszenia z określonych dziedzin pielęgniarskich. Jednym z nich jest **Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych** (PSPO) [10, 16]. Zrzesza ono opiekujące się pacjentami z chorobą nowotworową pielęgniarki pracujące w ośrodkach i na oddziałach onkologicznych na terenie całego kraju.

Inicjatywa powstania tego stowarzyszenia zrodziła się 1992 roku. Przez cztery lata członkowie grupy inicjującej przeprowadzali akcję informacyjną, przygotowali statut organizacji, a także skupiali wokół siebie osoby zainteresowane zorganizowaniem i rozwojem pielęgniarstwa onkologicznego oraz problemami, z jakimi spotykają się pielęgniarki pracujące z chorymi na nowotwory. W kwietniu 1996 roku Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek uzyskało osobowość prawną. Pierwszym jego prezesem została dr Małgorzata Krasuska. Obecnie stowarzyszenie liczy około 700 członków i posiada 8 oddziałów terenowych w ośrodkach onkologicznych w Polsce.

Działalność Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych jest związana z następującymi problemami:

- *Wyznaczanie celów, kierunków oraz zasad kształcenia i doskonalenia podyplomowego; stała edukacja profesjonalna.* W wyniku kilkuletnich działań stowarzyszenia pielęgniarki onkologiczne mogą uzyskać tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, opieki paliatywnej, a także podwyższać swoje kwalifikacje na kursach kwalifikacyjnych.
- *Integracja osób zajmujących się zagadnieniami pielęgniarstwa onkologicznego.* Corocznie organizowane są konferencje naukowo-szkoleniowe, umożliwiające wymianę doświadczeń w pielęgnowaniu pacjentów z chorobami nowotworowymi.
- *Wspieranie prac badawczych z teorii oraz praktyki pielęgniarstwa onkologicznego poprzez wymianę doświadczeń z organizacjami pielęgniarskimi w kraju i za granicą.*
- *Podnoszenie i utrzymywanie wysokiej jakości świadczeń pielęgniarskich w opiece onkologicznej oraz profilaktyce chorób nowotworowych.* Przygotowanie i opiniowanie standardów opieki onkologicznej, pomoc w rozwiązywaniu problemów zawodowych pielęgniarek onkologicznych.
- *Uczestniczenie w przygotowaniu i opiniowaniu standardów opieki onkologicznej.* Pomoc w rozwiązywaniu problemów zawodowych dotyczących pracy pielęgniarek onkologicznych, upowszechnianie metod i narzędzi gwarantujących coraz wyższą jakość opieki.
- *Udział w kształtowaniu oraz doskonaleniu modelu opieki onkologicznej w Polsce.* Stworzono nadzór nad opieką w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego na szczeblu wojewódzkim i krajowym. W tym celu powołano konsultantów wojewódzkich oraz koordynującego ich pracę krajowego konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego – funkcję tę sprawuje od 2000 roku dr Anna Koper [16].

Stowarzyszenie współpracuje także z innymi stowarzyszeniami i organizacjami, np. z Polskim Komitetem Zwalczenia Raka w realizacji działań w zakresie profilaktyki nowotworów. Obecnie trwają przygotowania do roz-

poczęcia działalności wydawniczej biuletynu, na łamach którego publikowane będą prace pielęgniarek onkologicznych.

Z Polskim Stowarzyszeniem Pielęgniarek Onkologicznych ściśle współpracuje **Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Stomijnych (PTPS)** [10], które swoją działalność rozpoczęło w 2006 roku. Zrzesza ono personel pielęgniarski opiekujący się pacjentami z wyłonioną stomią, w tym przede wszystkim pielęgniarki chirurgiczne, onkologiczne, rodzinne i opieki długoterminowej.

Istnieje również **Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych (PSPE)** [10, 15], które rozpoczęło swoją działalność w 1998 roku. Do jego zasadniczych celów należą:

- podejmowanie działań na rzecz rozwoju pielęgniarstwa epidemiologicznego,
- określenie standardów kształcenia podyplomowego w dziedzinie epidemiologii,
- inicjowanie i promowanie skutecznych rozwiązań z zakresu zwalczania zakażeń szpitalnych,
- integracja środowiska pielęgniarek epidemiologicznych,
- reprezentowanie grupy zawodowej pielęgniarek epidemiologicznych.

Działalność Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych skupia się na doskonaleniu wiedzy z dziedziny pielęgniarstwa epidemiologicznego. Opracowywane są standardy i procedury z zakresu profilaktyki oraz zwalczania zakażeń szpitalnych. Do stowarzyszenia wpływają prośby o opiniowanie rozwiązań organizacyjnych i ich zgodności z wymogami epidemiologicznymi. Członkowie stowarzyszenia biorą czynny udział w badaniach naukowych, obejmujących zagadnienia zakażeń szpitalnych, a wyniki swoich prac publikują jako materiały dydaktyczne. Organizacja współpracuje z innymi stowarzyszeniami pielęgniarskimi w kraju i za granicą.

Pielęgniarki anestezyjologiczne zrzeszają się i wymieniają doświadczenia w ramach istniejącego od 1997 roku **Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezyjologicznych i Intensywnej Opieki (PTPAiO)** [10]. Obecnie stowarzyszenie to liczy przeszło 200 członków na terenie całej Polski. Jego działalność jest ukierunkowana na prowadzenie oraz popieranie aktywności naukowej i profesjonalnej, a także podnoszenie kwalifikacji zawodowych w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego oraz intensywnej opieki.

1.4.2. Organizacje międzynarodowe

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, mająca swoją siedzibę w Genewie, powstała w 1899 roku. Jest jedną z najstarszych organizacji profesjonalnych związanych z ochroną zdrowia. Reprezentuje pielęgniarstwo na arenie międzynarodowej [36] i stanowi federację narodowych stowarzyszeń pielęgniarskich. Jedno towarzystwo z danego kraju może być jej członkiem.

Głównym celem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek jest stymulowanie rozwoju pielęgniarstwa zawodowego na świecie przez stwarzanie możliwości porozumienia się pielęgniarek oraz udogodnień dla międzynarodowej współpracy [20]. Działania podejmowane przez organizację na rzecz pielęgniarstwa obejmują:

- rozwój praktyki pielęgniarskiej,
- propagowanie teorii i modeli pielęgniarstwa,
- ustawiczną weryfikację kodeksu etyki pielęgniarskiej,
- opracowywanie standardów kształcenia pielęgniarek,
- wspieranie badań naukowych w pielęgniarstwie oraz upowszechnianie ich wyników,
- reprezentowanie pielęgniarek na arenie międzynarodowej, wspieranie narodowych towarzystw pielęgniarskich,
- działalność wydawnicza – wydaje dwumiesięcznik „Międzynarodowy Przegląd Pielęgniarski”, a także własne publikacje z zakresu pielęgniarstwa na temat etyki zawodowej, badań naukowych oraz akredytacji szkół pielęgniarskich [35].

Na rozwój pielęgniarstwa wpływa **Międzynarodowa Organizacja Pracy**. Polska stała się członkiem tej organizacji w 1919 roku. Jej działalność polega na pomaganiu pielęgniarkom w śledzeniu międzynarodowych porozumień, które mają znaczenie dla zatrudnienia w sektorze zdrowia. Odgrywa także aktywną rolę w polepszaniu warunków zatrudnienia i pracy pielęgniarek. Podejmuje też działania na rzecz kształcenia zawodowego, aby dostosować zawód pielęgniarki do zmieniającego się rynku pracy. Stąd też wprowadziła do dydaktyki nauczania kształcenie modułowe, rozumiejąc je jako rodzaj szkolenia zawodowego, opierający się na tzw. modułach umiejętności kwalifikacyjnych [40].

Konferencja Ogólna Międzynarodowej Organizacji Pracy przyjęła w roku 1977 konwencję dotyczącą zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego. Została ona ratyfikowana przez Polskę trzy lata później. Określone w niej zostało, że „**personel pielęgniarski**” to wszystkie kategorie osób, które świadczą opiekę oraz usługi pielęgniarskie. Na tej konferencji przyjęto, że „personel pielęgniarski współpracujący z innymi pracownikami służby zdrowia odgrywa istotną rolę w ochronie oraz podnoszeniu zdrowotności i dobrobytu ludności”, natomiast sektor publiczny jako główny pracodawca personelu pielęgniarskiego powinien odgrywać aktywną rolę w polepszaniu warunków jego zatrudnienia i pracy [40].

W 1971 roku na zebraniu Europejskiej Grupy Pielęgniarek działającej przy Międzynarodowej Radzie Pielęgniarek utworzone zostało **Europejskie Forum Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFNA – European Federation of Nurses Associations)**. Skupia ono członków narodowych stowarzyszeń pielęgniarskich z 25 krajów UE oraz członków z Chorwacji, Norwegii, Islandii

oraz Szwajcarii, którzy należą do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i Rady Europy (ma stałą siedzibę w Brukseli). Misją organizacji jest wzmocnienie pozycji i podwyższenie statusu pielęgniarek, a także zapewnienie lepszej jakościowo praktyki pielęgniarskiej.

Program Europejskiego Forum Stowarzyszeń Pielęgniarek zgodnie z nową konstytucją uchwaloną w 2002 roku uwzględnia następujące zagadnienia:

- zawód pielęgniarki – jego prawna sytuacja, system kształcenia, stan zatrudnienia, warunki pracy,
- makrospołeczne aspekty pracy w zawodzie pielęgniarki – aktualna sytuacja na rynku pracy, odpyły pielęgniarek z zawodu, okres aktywności zawodowej, zapotrzebowanie na kadrę pielęgniarską,
- mikroorganizacyjne aspekty pracy – możliwości pracodawców, kształtowanie warunków pracy, relacje między związkami zawodowymi a pracodawcami,
- gospodarka kadrami pielęgniarskimi – strategie władz rządowych i regionalnych, oddziaływanie UE w kształtowaniu tych strategii,
- zasady współpracy z krajowymi stowarzyszeniami pielęgniarek w zakresie przemieszczania się pielęgniarek w krajach UE, działania zmierzające do większego zainteresowania się wyborem zawodu pielęgniarki, uznawanie dyplomów w zjednoczonej Europie [35].

W roku 1996 w Madrycie rozpoczęło swą działalność **Europejskie Forum Narodowych Stowarzyszeń Pielęgniarek i Położnych przy WHO**. Dzięki jego istnieniu możliwe jest podjęcie przez reprezentantów pielęgniarstwa dyskusji z WHO nad kluczowymi problemami zdrowotnymi. W wyniku prac zespołów powołanych przez forum zostały opracowane, a następnie wydane różne materiały pomocnicze, dotyczące m.in. takich zagadnień, jak: kobiety i dzieci, opieka nad osobami starszymi, choroby przewlekłe, pielęgniarstwo zdrowia rodzinnego, promowanie równości w zdrowiu.

Organizacją pielęgniarek prowadzących badania naukowe jest **Europejska Grupa Pielęgniarek Badaczy** (WENR/WHO – Workgroup of European Nurse Researchers). Została ona założona w 1978 roku. Skupia po jednym przedstawicielu z każdej narodowej organizacji będącej członkiem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (obecnie zrzesza 23 członków, w tym od 1978 roku reprezentanta z Polski).

Misją Europejskiej Grupy Pielęgniarek Badaczy jest wspieranie współpracy między pielęgniarkami badaczami w celu promocji i rozwoju badań podnoszących poziom opieki pielęgniarskiej nad pacjentem. W 1996 roku organizacja wydała strategię rozwoju badań pielęgniarskich z zaleceniem rozpowszechniania jej w poszczególnych krajach.

Dla pielęgniarek i położnych istnieje możliwość uczestniczenia w badaniach wielodyscyplinarnych w filarze „zdrowie”. WHO ma wpływ na rozwój pielęgniarstwa, ponieważ:

- zajmuje stanowisko w sprawie definiowania znaczących dla praktyki pielęgniarskiej pojęć, takich jak: „zdrowie”, „pielęgnowanie”, „proces pielęgnowania”,
- podejmuje uchwały i rezolucje odnośnie do aktualnych problemów zdrowotnych,
- inicjuje programy badawcze, dotyczące np. procesu pielęgnowania (w 1976 roku w koordynowanym przez Europejskie Biuro WHO programie badawczym tego typu wzięły udział polskie pielęgniarki) [40].

Jedną z pierwszych organizacji inicjujących rozwój pielęgniarstwa był **Międzynarodowy Czerwony Krzyż** (MCK). Powstał on w 1864 roku, kiedy to 12 państw podpisało porozumienie o uznaniu rannych i personelu sanitarnego za osoby neutralne, pozostające pod ochroną prawa. Składa się z 21 obywateli szwajcarskich. Pomimo że jest organizacją szwajcarską z siedzibą w Genewie, obejmuje swoim działaniem cały świat.

Głównym celem Międzynarodowego Czerwonego Krzyża jest pomoc ofiarom konfliktów zbrojnych i klęsk żywiołowych. Dzięki istnieniu organizacji podjęto działania na rzecz ochrony zdrowia publicznego. Pielęgniarki uczestniczyły w konferencjach międzynarodowych, organizowano szkoły pielęgniarskie. W roku 1912 Międzynarodowe Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża ustanowiło Medal Florence Nightingale. Jest on przyznawany co dwa lata, zawsze 12 maja, tym pielęgniarkom, które w wyjątkowy sposób wyróżniły się w niesieniu pomocy rannym i chorym w czasie wojny oraz pokoju.