

Zofia Kawczyńska-Butrym

Rodzina - zdrowie - choroba

Koncepcje i praktyka
pielęgniarstwa
rodzinnego



PROGNOZY I KIERUNKI ROZWOJU PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO

1. Uwarunkowania zmian

Analiza i określenie kierunku zmian, jakie powinny nastąpić w pielęgniarstwie, czym są podyktowane i jakie z nich wynikną wymagania stawiane pielęgniarcom, nie jest zadaniem łatwym, ale z pewnością interesującym, ważnym i pożytecznym. Potrzeba przewidywania kierunków rozwoju pielęgniarstwa w ogóle, a pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego w szczególności, wynika z konieczności planowania zmian w przygotowaniu zawodowym pielęgniarzek, opracowania oferty usług pielęgniarских dostosowanej do zapotrzebowania poszczególnych grup ludności i ich rodzin na konkretną pomoc. Przegląd istniejących zagrożeń wskazuje na zapotrzebowanie m.in. na edukację zdrowotną w zakresie eliminowania czynników ryzyka rozwoju chorób, np. zaprzestania palenia papierosów, obniżenia masy ciała, edukację w zakresie pielęgnowania osób przewlekle chorych, starszych wiekiem, trwale unieruchomionych, a żyjących w rodzinach itp.

Podjmując próbę określenia kierunku zmian w pielęgniarstwie należy:

- odnieść się do punktu wyjścia, czyli do początków pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego, tradycji pielęgniarstwa i uwzględnić tradycyjną, choć nie odległą jeszcze w czasie, rolę pielęgniarzki środowiskowej;
- zwrócić uwagę na czynniki pośredniczące w kształtowaniu nowych zadań pielęgniarzki;
- wskazać niezbędne działania, które warunkują możliwość dokonania zmian.

2. Cechy charakterystyczne dla tradycyjnej roli pielęgniarki środowiskowej

Analiza roli pielęgniarzki środowiskowej może obejmować zarówno wykaz szczegółowych zadań wynikających z „Instrukcji (...) w sprawie pielęgniarzki środowiskowej”, jak też częsty w badaniach naukowych podział na rolę instrumentalną i ekspresyjną lub na role oczekiwane, postulowane i faktycznie realizowane. Przy prezentacji cech charakterystycznych, podkreślone zostaną jedynie wybrane elementy roli, które uznaje się za istotne dla tradycyjnego modelu pielęgniarzkiej opieki środowiskowej. Można mówić o czterech takich cechach:

1. Koncentracja na człowieku chorym lub na jego chorobie

Zdrowie nie wchodzi w obszar zainteresowania i w zakres zadań realizowanych przez pielęgniarkę.

2. Dominacja czynności i świadczeń instrumentalnych

Pielęgniarka jest skoncentrowana na potrzebach pacjenta wynikających z choroby oraz na usługach świadczonych w formie działań pielęgnacyjnych i zleconych przez lekarza czynności, które mają charakter terapeutyczny (np. iniekcje).

3. Minimalna współpraca z rodziną i środowiskiem lokalnym

Pielęgniarka zorientowana jest na relacje osobowe, pomija relacje grupowe, nie uważa ich znaczenia, nie są jej potrzebne w planowaniu, realizacji i ewaluacji świadczeń na rzecz (indywidualnego) pacjenta.

4. Podejmowanie zadań na zlecenie lekarza

Pielęgniarka kontaktuje się z pacjentem w środowisku jego zamieszkania w celu wykonania zlecenia lekarskiego.

Wymienione cechy wzajemnie się warunkują i charakteryzują pielęgniarstwo środowiskowe pozostające na usługach medycyny naprawczej, realizowane na zlecenie lekarza w warunkach domowych i wobec człowieka chorego. Pielęgniarstwo to wymaga wprowadzenia zasadniczych zmian i podjęcia wyzwań związanych z nowymi realiami i oczekiwaniami społecznymi.

3. Główne czynniki pośredniczące w wyznaczaniu nowych zadań

Tradycyjny model opieki środowiskowej, choć dość często jeszcze w warunkach polskich realizowany, należy już teraz traktować jako relikty epoki. Dostrzec można znaczną niespójność między tradycyjną ofertą realizowaną przez pielęgniarki, a wyzwaniami, jakie pojawiają się w związku z wieloma czynnikami mającymi znaczenie dla ochrony zdrowia i zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską oraz zjawiskami czy zmianami obserwowanymi w ich obrębie. Czynniki, które należy wziąć pod uwagę to:

- sytuacja demograficzna i zmiany w rodzinie,
- zmiany w koncepcjach i zadaniach ochrony zdrowia,
- przekształcenia w opiece zdrowotnej,
- zmiany w strukturze chorób,
- zmiany w organizacji i finansowaniu opieki pielęgniarskiej,
- zmiany sytuacji prawnej pielęgniarek.

Rozważanie zmian w pielęgniarstwie w ogóle oraz przewidywanie kierunków rozwoju pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego wymaga szczegółowego omówienia wymienionych czynników.

Sytuacja demograficzna i zmiany w rodzinie

W ostatnich latach obserwujemy wiele procesów obejmujących różne obszary życia społecznego, w tym również takie, które w sposób znaczący mogą mieć wpływ na zapotrzebowanie na konkretne usługi pielęgniarskie. Wystarczy zwrócić uwagę na starzenie się populacji oraz osłabienie funkcji opiekuńczej rodziny. Pierwsza z nich ma charakter

zmian demograficznych, wiąże się z dłuższym życiem statystycznego Polaka, a także z obserwowanym od początku lat dziewięćdziesiątych obniżonym przyrostem naturalnym i wyraźnie zaznaczonym w ostatnich kilku latach ujemnym przyrostem naturalnym. Na przedłużenie życia ma wpływ wiele czynników, a wśród nich istotne jest występowanie przez wiele dziesięcioleci określonych tendencji, np. migracji lat 50. i następnych (ze wsi do miast), ruchu naturalnego (proporcji urodzeń i zgonów) i wydłużenia średniej długości trwania życia. Ostatnie opracowania Głównego Urzędu Statystycznego informują, że w Polsce jeszcze w roku 1970 żyło 4 235 tys. (13%), a w 1990 już 5 728 tys. (15%) ludzi w wieku 60 lat i więcej. Obecnie liczba osób w tym wieku sięga 6 269 tys. i stanowi 16, 2% ludności kraju.⁷⁸

Starzenie się populacji zwiększa zapotrzebowanie rodziny na pomoc z zewnątrz i pielęgnację osób starszych, często z ograniczonym fizycznym i/lub psychicznym funkcjonowaniem w codziennym życiu. Tymczasem, co szczegółowo zostało już omówione w rozdziale o opiekuńczej roli kobiety, możliwości opiekuńcze rodziny ulegają znacznemu ograniczeniu. W wielu zadaniach opiekuńczych i pielęgnacyjnych współczesna rodzina staje się niewydolna i coraz wyraźniej adresuje swoje oczekiwania wobec różnych instytucji i grup zawodowych (np. psychologów, pracowników socjalnych), także wobec pielęgniarek.

Zmiany w koncepcjach ochrony zdrowia

Generalnie obejmują one eksponowanie zdrowia jako obszaru i celu działania ochrony zdrowia przy zachowaniu dotychczas realizowanej opieki nad osobami chorymi oraz uznanie, że głównym ryzykiem zdrowotnym współczesnego człowieka są choroby cywilizacyjne, co powoduje zainteresowanie stylem życia, zachowaniami zdrowotnymi, grupami społecznymi, systemami wartości, kulturą i innymi tradycyjnie „niemedycznymi” kategoriami warunkującymi zdrowie. Eksponowanie zdrowia oraz uznanie podstawowych czynników jego zagrożenia wymusza zainteresowanie nowymi zadaniami w ochronie zdrowia: promocją zdrowia z edukacją zdrowotną ukierunkowaną na choroby cywilizacyjne i czynniki uznane za ryzyko ich wystąpienia.

Zmienia to znaczenie dotychczasowej koncentracji opieki pielęgniarskiej z wąsko rozumianej profilaktyki i terapii na szeroko rozumiane społeczne, kulturowe i środowiskowe problemy umacniania, ochrony i przywracania zdrowia.

Zmiany w strukturze chorób

Obserwowana od lat skuteczność szczepień ochronnych, wzrost sanitarnych standardów życia w wielu krajach naszego regionu zaowocowały znaczącym ograniczeniem chorób i zgonów o charakterze zakaźnym. W Polsce również obniżają się wskaźniki dotyczące tej grupy chorób. Niejako w ich miejsce pojawiają się inne choroby i dysfunkcje. Ich specyfiką jest zwiększone często zapotrzebowanie na wydłużoną opiekę, pielęgnowanie, edukację umożliwiającą zapobieganie nawrotom, powikłaniom i opóźnianie zejścia śmiertelnego. Zapotrzebowanie to zaczyna zwiększać się w wyniku m.in.:

⁷⁸ Seniorzy w Polsce. Materiał na konferencję prasową w dniu 11. 05. 1999 r., GUS, Departament Badań Demograficznych, s. 1.

- wzrostu liczby osób chorych przewlekłe, wymagających długotrwałej pielęgnacji i samopielęgnacji m.in. w wyniku niedokrwiennej choroby serca, chorób neurologicznych, psychicznych, chorób przemiany materii, stanów pourazowych;
- wzrostu liczby osób niepełnosprawnych, które w wyniku zwiększającej się skuteczności medycyny naprawczej zostały utrzymane przy życiu, jednak bez gwarancji utrzymania lub odzyskania pełnej sprawności;
- wzrostu zadań związanych z opieką paliatywną i terminalną realizowaną przez pielęgniarkę w warunkach domowych, w hospicjach i zakładach pielęgnacyjnych oraz domach pomocy społecznej.

Zmiany w organizacji i finansowaniu opieki pielęgniarskiej

W ostatnim czasie, głównym problemem przed jakim stanęły pielęgniarki, okazały się nowe formy organizacji usług medycznych. Należy zwrócić uwagę, że charakter zmian, choć ściśle z sobą powiązanych, posiada dwa aspekty: formalny i merytoryczny.

Aspekt formalny to możliwość tworzenia nowych form organizacyjnych, skoncentrowanych na świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych, w ramach których działania medyczne, terapeutyczne są świadczeniami uzupełniającymi, a nie podstawowymi; dotyczy to organizacji usług domowych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, środowiskowych, stałych lub dziennych domów pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami rozwoju, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych. W tym aspekcie mieszczą się też kontrakty pielęgniarskie, które w ostatnim czasie wywołują najwięcej emocji w środowisku medycznym, a także wśród samych pielęgniarek.

Aspekt merytoryczny to przede wszystkim wyraźna orientacja w działaniach i ocenie pielęgniarek we wzroście efektywności i jakości opieki pielęgniarskiej. Orientację tę sygnalizuje m.in. zwiększona aktywność pielęgniarek we wszystkich formach kształcenia podyplomowego (studia, kursy kwalifikacyjne, uzupełniające, specjalizacje).

Zmiany w zawodzie pielęgniarki

Dokonujące się przemiany w różnych obszarach życia społecznego znacząco wpływają na charakter, zadania i cele pracy pielęgniarki. Mają one złożoną genezę i dotyczą różnych obszarów funkcjonowania pielęgniarek oraz obejmują zmiany w orientacji na poszczególne grupy środowisk, w których pracują. Między innymi dokonana została pewna reorientacja na rodzinę *family nursing*⁷⁹ i na społeczność, głównie lokalną (*community nursing*)⁸⁰. W znacznej mierze jest to efektem przyznania pielęgniarkom samodzielności zawodowej (Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej).

⁷⁹ m.in. S. L. Feetham (red.), *The Nursing of Families. Theory. Research. Education. Practice*, Sage Pub. 1993.

⁸⁰ M. J. Fromer, *Community health care and the nursing process*, Mosby Comp. 1983.

4. Cechy charakteryzujące nowoczesną rolę pielęgniarki

Dotychczasowa analiza pozwala zastanowić się nad tym, jak powinna zmieniać się oferta opieki pielęgniarskiej oraz jaka powinna być rola pielęgniarki w środowisku, by stanowiła odpowiedź na wezwanie wynikające z zachodzących zmian. Ukazanie różnicy między tradycyjną a nowoczesną rolą pielęgniarki będzie łatwiejsze, jeśli porówna się je przez odwołanie do odpowiednich poprzednio omówionych kategorii.

Już to zestawienie w dość jednoznaczny i schematyczny sposób ilustruje interesujące nas cechy. Wymagają one jednak nieco dokładniejszego omówienia. Każda z cech kryje głębokie zmiany, jakie muszą dokonać się w jej obrębie.

- Opieka pielęgniarska powinna obejmować możliwie szeroką, komplementarną, zawierającą różne formy opieki ofertę świadczeń w zakresie zdrowia. W ofercie tej powinny być uwzględnione:
 - zwiększająca się stale i kierowana do różnych grup ludności i pacjentów oferta w zakresie promocji zdrowia, edukacji i konsultacji dotyczącej zmiany stylu życia i wczesnego reagowania na zagrożenia chorobami cywilizacyjnymi;
 - zwiększająca się oferta pielęgnacyjna i edukacyjna wobec osób przewlekłe chorych ale zdolnych do samoopieki (np. osoby z chorobą wieńcową, cukrzycą, astmą);
 - zwiększająca się specjalna oferta pielęgnacyjno-opiekuńcza i edukacyjna wobec rodzin osób przewlekłe chorych, niepełnosprawnych i uzależnionych od pomocy innych osób w związku z narastającą liczbą rodzin niewydolnych w opiece;
 - specjalna oferta opieki dla osób przewlekłe chorych, długotrwale unieruchomionych i ich rodzin, realizowana albo w warunkach domowych, albo w różnych formach opieki instytucjonalnej (zakłady pielęgnacyjne, domy pomocy społecznej itp.);
 - zwiększająca się oferta opieki paliatywnej⁸¹ i okresowej realizowanej w warunkach domowych i w ramach różnych instytucji opiekuńczych (domy pomocy społecznej, hospicja).
- Zmiana zorientowana na upodmiotowienie pacjenta podnosi znaczenie samoopieki i samopielęgowania realizowanych przez pacjenta, a także traktuje rodzinę jako podmiot/dawcę opieki i pielęgnowania. Do zadań pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej należy przygotowanie pacjenta i/lub jego rodziny do wielu czynności pielęgnacyjnych w zakresie umacniania i ochrony zdrowia, a także w opiece nad chorym, niepełnosprawnym, umierającym. Z tego też względu obok bezpośredniej usługi, jaką świadczy pielęgniarka, wzrasta jej rola w edukacji i w doradztwie zdrowotnym. Można więc oczekiwać, że pielęgniarka równie często będzie występować w roli doradcy, konsultanta, nauczyciela zdrowia i pielęgnowania w chorobie, jak też osoby, która bezpośrednio pielęgnuje osobę chorą, cierpiącą, niesprawną czy umierającą.
- Znacząca zmiana roli pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej łączy się z rozszerzeniem pojęcia pacjent/klient i wynika z przyjęcia założenia, że równie ważnym klientem pielęgniarki jest zarówno pojedynczy pacjent, jak też rodzina i społeczność lokalna. W związku z tym niezbędne staje się stosowanie specyficznych form pracy opartych

⁸¹ K. de Walden-Gałuszko (red.), M. Majkowicz, *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*, AM Gdańsk 2000.

na tzw. metodzie środowiskowej (zob. cz. III, rozdz. 2, paragraf: Środowiskowa metoda pracy z rodziną). Pozwala ona wykorzystywać potencjał oraz możliwości jednostek, rodzin i środowiska w pomaganiu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. Współpraca z rodziną, społecznością lokalną, wsparcie grup samopomocy, wolontariuszy to zupełnie nowa jakość i odrębny od tradycyjnego charakter i zakres opieki pielęgniarskiej.

- D. Wreszcie takie zmiany w zawodzie, które wyraźnie idą w kierunku autonomii zawodu. Nie mogłyby się one dokonać bez konsekwentnego i obligatoryjnego stosowania procesu pielęgnowania i bez umiejętności rozpoznania stawianego przez pielęgniarkę (diagnozy pielęgniarskiej). Zachowując współpracę z lekarzem i współdziałając z nim w opiece nad człowiekiem chorym (z uwzględnieniem diagnozy lekarskiej i zleceń lekarza) pielęgniarka musi być przygotowana do samodzielnego zaplanowania i do realizacji odrębnych, pielęgnacyjnych zadań w oparciu o własną profesjonalną diagnozę. Zmiany te są więc znaczne i w zasadzie mają charakter głębokich przekształceń kompetencji pielęgniarki.

5. Działania warunkujące możliwość dokonania zmian

Wymienione zmiany w pielęgniarstwie, które już zachodzą, a których nasilenia należy oczekiwać w nowym tysiącleciu, wymagają szczegółowej prezentacji. Zachowana zostanie dotychczasowa kolejność przedstawiania problematyki.

Komplementarna, szeroka oferta opieki nad zdrowiem i chorobą

Nowe pielęgniarskie programy nauczania przeddyplomowego w znacznym stopniu obejmują już zagadnienia promocji zdrowia, choć ciągle jeszcze dominuje kształcenie do opieki nad chorym, prowadzone w sali demonstracyjnej i w szpitalu. Trzeba uświadomić

Tab. 3. Cechy charakteryzujące tradycyjną i nowoczesną rolę pielęgniarki środowiskowej (opracowanie własne)

Cecha charakteryzująca rolę	
tradycyjną	nowoczesną
1) koncentracja na chorobie i człowieku chorym	1) komplementarność opieki nad zdrowiem i człowiekiem zdrowym oraz nad chorobą i człowiekiem chorym
2) dominacja czynności i świadczeń usługowych o charakterze instrumentalnym	2) wysokie znaczenie edukacji, doradztwa, upodmiotowienie pacjenta, partnerstwo
3) minimalna współpraca z rodziną, orientacja na indywidualną opiekę	3) rozszerzenie pojęcia pacjent/klient na rodzinę, społeczność lokalną, grupy ryzyka – przy zachowaniu indywidualizacji w pielęgnowaniu
4) podejmowanie zadań na zlecenie lekarza	4) umiejętność wyodrębnienia i realizacji samodzielnych zadań przy zachowaniu i doskonaleniu współdziałania z lekarzem

sobie fakt, że w ciągu kilku ostatnich lat radykalnie zmniejszyła się liczba szkół pielęgniarzkich i absolwentek, a jednocześnie nie wszystkie one podejmują pracę (zmiana zawodu, bezrobocie). W dużej mierze dotyczy to absolwentek ostatnich roczników. W tej sytuacji staje się oczywiste, że część pielęgniarek aktualnie pracujących w zawodzie, albo w ogóle nie zna zagadnień związanych z promocją zdrowia, nie interesuje się działaniem na rzecz zdrowia, a nawet uznaje, że zajmowanie się ludźmi zdrowymi jest stratą czasu – albo wiedzę tę i zmianę świadomości zawdzięcza uczestnictwu w szkoleniu podyplomowym.

Równocześnie pojawiają się nowe wyzwania w opiece nad ludźmi chorymi w warunkach domowych. Dotyczą one:

- nowych metod opieki czy nowych metod leczenia (np. w cukrzycy nowy typ insuliny, możliwości dokonania samooceny poziomu cukru przez pacjenta w domu, nowe leki), a w związku z tym także nowych ofert w opiece pielęgniarskiej,
- opieki nad przewlekłe chorymi w domu i w zakładach pielęgnacyjnych,
- opieki paliatywnej (nowe metody zwalczania bólu),
- opieki w fazie terminalnej, wraz z poszerzeniem tej opieki na rodzinę w okresie żałoby.

Już skrótowny przegląd wskazuje na konieczność takiej organizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarek, takiego przygotowania treści nauczania, aby pielęgniarki mogły uzupełniać wiedzę dotyczącą wszystkich zmian w opiece, przekształcać swoją świadomość związaną z pielęgnowaniem, a szczególnie, aby kształcenie obejmowało treści, które pozwolą na zwiększenie jakości opieki pielęgniarskiej w zdrowiu i w chorobie w zakresie, jaki wynika z konkretnych ustaleń i oferty opieki.

Wzrost znaczenia edukacji pacjenta i doradztwa zdrowotnego

Pielęgniarka przygotowana dotychczas do świadczenia usług pielęgnacyjnych, wykonywania szeregu czynności na rzecz pacjenta chorego i cierpiącego nie zawsze dostrzega znaczenie edukacji i doradztwa. Tymczasem proponowane zmiany w modelach ochrony zdrowia i koncepcji pielęgnowania traktują pacjenta jako w znacznym zakresie odpowiedzialnego i działającego na rzecz swojego zdrowia, realizującego samoopiekę w przypadku promocji zdrowia i w wielu chorobach przewlekłych. Także upodmiotowienie opieki zdrowotnej oraz pielęgnowania w zdrowiu i w chorobie powoduje konieczność przekazania niektórych zadań pacjentowi i jego rodzinie, a także podkreśla potrzebę ogólnej i specyficznej edukacji zdrowotnej oraz stałego doradztwa związanego ze zmianami stanu pacjenta. Doradztwo to, podobnie jak edukacja zdrowotna, może być kierowane do poszczególnych osób, lecz także w dużym stopniu do rodzin, grup społecznych (np. klasy szkolnej), społeczności lokalnych (np. otwarte gminne spotkania zdrowotne z różnorodną problematyką dla różnych odbiorców – na wzór tradycyjnych szkół zdrowia prowadzonych przez lekarzy wiejskich).⁸²

Zakres doradztwa powinien obejmować:

- szeroko rozumianą promocję zdrowia,
- rozpoznawanie czynników ryzyka,

⁸² Z. Kawczyńska-Butrym, *Lekarze wiejscy. Mechanizmy zatrudniania i stabilizacji, praca doktorska*, UMCS, Lublin 1978.

- mobilizowanie do wizyt profilaktyczno-diagnostycznych u lekarza, szczególnie przy zaobserwowaniu dolegliwości bólowych i niepokojących objawów w stanie zdrowia,
- stosowanie zaleconego leczenia,
- sposób życia w sytuacji choroby i niepełnosprawności,
- opiekę nad człowiekiem chorym w rodzinie,
- opiekę paliatywną,
- możliwości i uprawnienia do uzyskania świadczeń z różnych instytucji (lekarz rodzinny, lekarz specjalista, szpital),
- opiekę w fazie terminalnej itp.

Wiele z tych zadań zrealizują lekarze. Jednakże pominięcie pielęgniarek, choćby z uwagi na mniejszy w porównaniu z lekarzem dystans społeczny między wieloma osobami i rodzinami a pielęgniarką i większą możliwość częstego kontaktu z pielęgniarką niż z lekarzem – byłoby dużym błędem socjotechnicznym. Trzeba też zwrócić uwagę, że zmiany w ochronie zdrowia spowodowane reformą z 1999 roku doprowadziły między innymi do zwiększenia kosztów leczenia ponoszonych przez osoby chore i ich rodziny.⁸³ Sytuacja ta powoduje wzrost zainteresowania samoleczeniem i powrotem domowych sposobów leczenia. Badania przeprowadzone wśród 107 rodzin (w co trzeciej rodzinie z listy rodzin zamieszkałych w osiedlu małego miasta) w 1999 r. w Opatowie wskazały, że „w przypadku zaobserwowania u siebie niepokojących objawów prawie wszyscy badani (94, 4%) leczą się sami, a 91, 6% z nich stosuje domowe sposoby leczenia (...)” głównie dlatego, że takie „środki nie są szkodliwe i mają do nich zaufanie oraz dlatego, że lekarze przepisują za drogie leki”. Niemal co drugi badany (49%) radzi się w tej sprawie innych ludzi, znajomych i sąsiadów.⁸⁴

Przedstawione wyniki, których nie można uogólniać ze względu na znacznie ograniczony zakres badań sygnalizują jednak, że sytuacja wymaga zdecydowanego zapotrzebowania na doradztwo zdrowotne realizowane w środowisku zamieszkania. Dlatego wydaje się konieczne zwiększenie umiejętności pielęgniarek w zakresie edukacji i doradztwa zdrowotnego, a także kontraktowanie przez Kasy Chorych tego typu usług pielęgniarskich.

Rozszerzenie pojęcia pacjent – klient

Już poprzednie analizy wykazały, że nie jest możliwe ograniczenie zadań pełnionych przez pielęgniarkę do pracy wyłącznie z indywidualnym pacjentem. Partnerem pielęgniarki w pracy na rzecz zdrowia i choroby są coraz częściej rodzina, grupa samopomocy, społeczność lokalna. Nie wystarczy pielęgniarcze wiedza z zakresu funkcjonowania organizmu pacjenta i jego stanów psychicznych. Coraz wyraźniej zaznacza się potrzeba wiedzy typu społecznego dotyczącej funkcjonowania, zmian i procesów zachodzących w rodzinie, w relacjach społecznych, specyfiki funkcjonowania społeczności lokalnej, grup samopomocy, systemów społecznego wsparcia. Jednak współcześnie stało się pewne, że nie jest możliwa współpraca z partnerem, o którym wiedza pochodzi jedynie z życiowego doświadczenia pielęgniarki, a wyobrażenia nie wykraczają poza krąg społeczno-kul-

⁸³ M. Latoszek, *Zachowania i postawy wobec przemian ochrony zdrowia*, Gdańsk 2000. Powoduje to wzrost zainteresowania samoleczeniem i powrotem domowych sposobów leczenia. To z kolei wymaga zdecydowanego zapotrzebowania na doradztwo zdrowotne w środowisku.

⁸⁴ B. Wiewiór, *Samoleczenie wśród mieszkańców małego miasta*, praca magisterska, Stalowa Wola 1999, s. 15-17.

turowy i standardy ekonomiczne, w których przyszło jej żyć.⁸⁵ Dlatego pielęgniarka, aby mogła lepiej rozumieć i przewidywać zachowania ludzi z różnych grup społecznych i współdziałać z nimi w realizacji nowych wyzwań i oczekiwań, musi dysponować wiedzą z zakresu nauk społecznych – w tym szczególnie socjologii, pedagogiki i psychologii społecznej.

Samodzielność i odrębność zawodowa pielęgniarek

Przy omawianiu tego zagadnienia zwracają uwagę dwa aspekty problemu. Pierwszy z nich to aspekt merytoryczny, dotyczący praktycznego przygotowania do realizacji zadań, niezależnie od zlecenia lekarskiego i łącznie ze zleceniem opieki i usługi przez lekarza. Drugi – organizacyjny – związany jest z samodzielnym, na własny rachunek finansowym organizowaniem i prowadzeniem praktyki pielęgniarskiej w oparciu o kontrakty z Kasą Chorych.

Autonomia zawodu pielęgniarki zakłada faktyczną samodzielność pielęgniarek w realizacji wszystkich zadań zawartych w kompetencjach zawodowych (Aneks nr 2).⁸⁶ Dotychczas jednak wiele pielęgniarek, głównie tych, które zdobywały dyplomy kilka i więcej lat temu, nie zna praktycznie procesu pielęgnowania. Zwracały na to uwagę pielęgniarki wojewódzkie w trakcie spotkań w grupie liderów, apelując o prowadzenie kursów w tym zakresie.

Istotne są formalno-prawne rozwiązania, polegające na zawieraniu odrębnych w stosunku do lekarzy kontraktów na konkretny zakres usług oraz organizowanie placówek, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i innych form zatrudniania pielęgniarek (np. agencje usług pielęgniarskich) pozwalających wyjść do środowiska z bardzo zróżnicowaną ofertą samodzielnych usług pielęgniarskich. W obu przypadkach konieczne są większe niż dotychczas umiejętności praktyczne. Choć w każdym przypadku dotyczy to innego zakresu umiejętności (merytorycznych, organizacyjnych) to jednak widoczna jest ścisła zależność między faktyczną samodzielnością a możliwością pracy na indywidualnym (lub grupowym) pielęgniarskim kontrakcie.

Kontrakty zawierane przez osoby niedouczone, niesamodzielne, a nawet nie spełniające wymogów formalnych (bez wymaganego kursu) mogą zagrażać, a nawet szkodzić nie tylko pacjentom, lecz także samym pielęgniarkom i mogą mieć niekorzystny wpływ na ostatnio bardzo dobrą opinię na temat rzetelności zawodowej pielęgniarek.⁸⁷

⁸⁵ Z. Kawczyńska-Butrym, *Pojęcia: zdrowie – choroba w poglądach mieszkańców wsi. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 1997, nr 10-11, s. 65-74.*

⁸⁶ *Kompetencje pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej*, CEM, *Pielęgniarstwo 2000*, wkładka specjalna 1995, 6, s. 3-5.

⁸⁷ *Pielęgniarki znalazły się na drugiej pozycji w hierarchii zawodów o najwyższej rzetelności zawodowej. Zob. CBOS, Uczciwość i rzetelność zawodowa. Komunikat z badań, Warszawa, styczeń 1998.*