

ISSN 1896-8333



zeszyty naukowe

Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy

Legnica 2012

ZESZYTY NAUKOWE

**Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy
Nr 8/2012**

SCIENTIFIC PAPERS

**of The Witelon University of Applied Sciences in Legnica
No. 8/2012**



Wydawnictwo
Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy

Legnica 2012

Rada Wydawnicza:

prof. dr hab. inż. Jerzy Pietkiewicz (przewodniczący), dr hab. Krystyna Choma-Moryl,
ks. dr hab. Bogusław Drożdż, dr hab. inż. Aleksander Zgrzywa, dr Jan Budka,
dr n. med. Jarosław Goldman, dr hab. Romuald Łuczyński, dr Piotr Niemiec, dr Jan Wojtaś,
mgr Łukasz Gajewski, mgr Mirosław Szczypiorski, mgr Joanna Żółtańska

Wykaz recenzentów z lat 2010–2012:

prof. dr hab. Leszek Berezowski, dr n. med. Jolanta Bielawska, dr Beata Fedyn,
prof. dr hab. Tadeusz Galanc, prof. dr hab. Bernard Jancewicz, dr Julian Jezioro,
prof. dr hab. Zbigniew Pulka, prof. dr hab. Maciej Szostak,
dr n. med. Izabella Uchmanowicz, dr Daria Zielińska-Pękał

Redaktor tematyczny:

dr Jolanta Bielawska

Komitet redakcyjny:

Waldemar Gajaszek, Łukasz Gajewski, Mirosław Szczypiorski

Korekta:

Krystyna Gajaszek, Waldemar Gajaszek

Wydawca:

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy
ul. Sejmowa 5 A, 59-220 Legnica
tel. 76 723 22 80 do 83
pwsz@pwsz.legnica.edu.pl, www.pwsz.legnica.edu.pl

Publikacje są dostępne na stronie internetowej Dolnośląskiej Biblioteki Cyfrowej:
www.dbc.wroc.pl

Redakcja techniczna, skład i diapozytywy:

Waldemar Gajaszek, Halina Kawa
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju
Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy
„Wspólnota Akademicka”
ul. Sejmowa 5 A, 59-220 Legnica
tel. 76 723 21 20, tel./fax 76 723 29 04
www.wa.legnica.edu.pl

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

© Copyright by Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy

Wszystkie prawa zastrzeżone. Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani rozpowszechniana za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych bez uprzedniego wyrażenia zgody przez wydawcę.

ISSN 1896-8333

Spis treści

Jolanta BIELAWSKA	
Kompetencje zawodowe pielęgniarki	5
Elżbieta CHMIELEWSKA	
Wpływ czynników motywujących na kształcenie podyplomowe pielęgniarek w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy	19
Barbara KOZOMARICZ	
Opieka pielęgniarska nad przebywającym w domu dzieckiem z guzem mózgu w terminalnym stadium choroby	35
Bożena LINDA	
Zastosowanie modelu pielęgniarstwa Dorothei Orem w pielęgnowaniu pacjentki z nowotworem złośliwym sutka	49
Katarzyna LISOWSKA	
Wspominane doświadczenia z wychowania fizycznego absolwentów szkół ponadgimnazjalnych i ich aktualne uczestnictwo w rekreacji ruchowej	63
Mariola WOZOWCZYK	
Kształcenie podyplomowe pielęgniarek na studiach pomostowych	73

Contents

Jolanta BIELAWSKA	
Professional nursing competencies	5
Elżbieta CHMIELEWSKA	
The influence of motivational factors over postgraduate education of nurses in the Provincial Specialist Hospital in Legnica	19
Barbara KOZOMARICZ	
The nursing care of a child of a disease staying at home with brain tumor in the terminal stadium	35
Bożena LINDA	
Application of Dorothea Orem model of nursing in care of a patient with malignant papillary tumor	49
Katarzyna LISOWSKA	
Above-mentioned experiences in physical education of the graduates of upper-secondary schools and their present participation in physical recreation	63
Mariola WOZOWCZYK -	
Postgraduate education of nurses in bridging courses	73

Jolanta Bielawska

Wydział Medyczny PWSZ im Witelona w Legnicy

Kompetencje zawodowe pielęgniarki

STRESZCZENIE

Współczesne pielęgniarstwo zmierza do analizowania i wyjaśniania teoretycznych zagadnień pielęgnacyjnych oraz rozwiązywania problemów praktyki zawodowej pielęgniarek. Kształtowanie się zawodu widziane w perspektywie historycznej i obecnie kieruje uwagę nie tylko na standardy i procedury postępowania, ale przede wszystkim na rozwój kompetencji zawodowych pielęgniarki rozumianych jako posiadana wiedza, kwalifikacje, umiejętności prowadzenia kompleksowej obserwacji, umiejętności podejmowania decyzji, świadczenia wysokiej jakości opieki i pomocy pielęgniarstwu. Kompetencje, które zostały wypracowane w ramach projektu *Tunning*, są ważnym składnikiem procesu kształcenia pielęgniarek. Podejmowane przez pielęgniarki aktywności zawodowe w zakresie badań nad zdrowiem, jego uwarunkowaniami, rozwojem teorii pielęgnowania i ich zastosowaniem w praktyce idą w parze z realizowanym w Polsce programem kształcenia tej grupy zawodowej na wszystkich poziomach. Całość zmierza do podniesienia rangi zawodu w Polsce.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, kompetencje, zadania zawodowe, standardy, teorie pielęgnowania.

Wstęp

Szczególne zainteresowanie zdrowiem, jakie obserwujemy na przestrzeni ostatnich lat, jest widoczne zarówno w odniesieniu do indywidualnych osób, rodzin, społeczności, jak również w odniesieniu do placówek i instytucji medycznych, których funkcjonowanie związane jest bezpośrednio lub pośrednio ze zdrowiem i czynnikami, które na zdrowie mają wpływ. Istotną społecznie zasadniczą poprawą sytuacji zdrowotnej ludności wyraża się niepodważalnymi, obiektywnymi miernikami, m.in. dłuższym przeciętnym okresem trwania życia, przy jednoczesnym wzroście liczby osób z chorobami przewlekłymi, z niepełnosprawnością i wieloma problemami zdrowotnymi, społecznymi itp. Te fakty wskazują jednoznacznie na konieczność postrzegania pacjenta pod kątem jego potrzeb, jego oczekiwań wobec systemu ochrony zdrowia, oczekiwań wobec świadczeniodawców usług zdrowotnych, w tym także pielęgniarek.

1. Rozwój zawodu

Rozwój zawodu jest widoczny przez zakres realizowanych przez pielęgniarki zadań, przez ich złożoność i niezależność w ich realizacji. „Praktyka nie może rozwijać się bez teorii, a rozwój każdej dyscypliny polega na dążeniu do uzupełnienia wiedzy w ślad za poszerzeniem działalności praktycznej, ponieważ charakterystyczną cechą zawodu jest opieranie

sposobów realizowania praktyki za zasadach postępowania ustalonych w oparciu o wyniki badań naukowych”¹.

Niezależnie od okresu historycznego wypracowanie zasad prowadziło do nowych rozwiązań praktycznych, co w dalszym etapie stwarza konieczność ewaluacji i podejmowania kolejnych wyzwań i zadań zawodowych. Wiesława Ciechanowicz podkreśla także, że „profesjonaliści rozumieją konieczność opanowania wiedzy niezbędnej do praktykowania w zawodzie, a jednocześnie mają świadomość, że na każdą dyscyplinę można spojrzeć z perspektywy nieustannego procesu, rozwoju, istnienia zasad i zdobywania w praktyce konkretnych danych. Zasady są uogólnieniami wcześniejszych doświadczeń, a gromadzenie wiedzy ma sens wtedy, gdy jest ona wykorzystywana do rozwiązywania problemów w praktyce”².

Na przestrzeni lat obserwowaliśmy zróżnicowane okresy rozwojowe dotyczące zawodu pielęgniarstwa. Długo utrzymywał się charytatywno-społeczny charakter zawodu. Zdecydowanie ekonomiczne względy decydowały o powierzeniu obowiązków opiekuńczych zgromadzeniom zakonnym. Przez wiele lat pielęgnowanie spełniało funkcje pomocnicze, co związane było z wyraźną opiekuńczą funkcją³. Dostrzegano znaczenie pielęgnowania jako elementu leczenia i terapii. W latach trzydziestych XIX wieku zapoczątkowany został rozwój podstaw teoretycznych pielęgniarstwa. Zasadnicze zmiany zawdzięczamy jednak pionierce nowoczesnego (świeckiego) pielęgniarstwa Florencji Nightingale, która założyła w roku 1860 pierwszą, stanowiącą wzór dla innych, szkołę pielęgniarstwa przy szpitalu św. Tomasza w Londynie. Należy podkreślić, że już na przełomie XIX i XX wieku w USA zostało zapoczątkowane kształcenie pielęgniarek na poziomie wyższym⁴.

Podejmowano także w Polsce nieudane próby uruchomienia świeckiej szkoły pielęgniarskiej, zaczęły się ukazywać publikacje poświęcone opiece nad chorym i rannym⁵. Zmiana poglądów, mimo że przebiegała powoli i z oporami, jednak nastąpiła. Przyczyniła się do tego świadomość wystąpienia niebezpieczeństwa braku personelu w sytuacjach zagrożenia działaniami wojennymi. Wyraźnie zróżnicowana sytuacja społeczno-polityczna i ekonomiczna w poszczególnych zaborach miała przełożenie na rozwój zawodu. Świadomość potrzeb oraz presja społeczna skutkowałą rozpoczęciem kształcenia pielęgniarek. Pierwsza szkoła zawodowa na ziemiach polskich powstała w roku 1911 w Krakowie. Podkreślano znaczenie nie tylko wykładanych przedmiotów, ale także rocznej praktyki zawodowej oraz zakończenia nauki egzaminem zawodowym, co znacznie podnosiło prestiż zawodu. Poziom kształcenia w tym okresie można ocenić m.in. na podstawie pozytywnych opinii, jakie ukazywały się w ówczesnej prasie, tj. „Medycyna i Kronika Lekarska” (1912), „Gazeta Lekarska” (1911). Bożena Urbanek podkreśla, że powstające na ziemiach polskich pielęgniarstwo stawało się profesją dość jednorodną⁶. Zdaniem autorki wynikało to z faktu, że zawód opierał się głównie na kobietach (a jest to ważny argument także dzisiaj, gdy obserwujemy nieznaczne

¹ W. Ciechanowicz, J. Górajek-Józwiak, *Pielęgniarstwo budowane na doświadczeniu, oparte na podstawach naukowych i przyjętych założeniach filozoficznych* [w:] *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*, red. J. Górajek-Józwiak, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, s. 384.

² *Ibidem*, s. 384.

³ B. Urbanek, *Zmagania o profesję w XIX i XX wieku (do roku 1963)* [w:] *Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, red. B. Urbanek, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008, s. 56.

⁴ S. Poznańska, *Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem* [w:] *Pielęgniarstwo*, red. K. Zahradniczek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 44.

⁵ *Ibidem*, s. 58.

⁶ *Ibidem*, s. 62.

zainteresowanie mężczyzn zawodem pielęgniarskim) oraz z faktu przywiązania do polskiej tradycji i dawnej formuły opieki nad chorym.

Rozwój wiedzy medycznej musiał spowodować wzrost zapotrzebowania na wykwalifikowaną kadrę medyczną, także pielęgniarską. Należy wskazać na znaczącą rolę, jaką w kształceniu pielęgniarek odegrał Polski i Międzynarodowy Czerwony Krzyż, które umożliwiły im kształcenie za granicą oraz przenoszenie wzorów kształcenia do kraju. Zakładając polskie szkoły pielęgniarskie, korzystano z gotowych wzorców i programów, m.in. Międzynarodowej Rady Pielęgniarek utworzonej w 1899 roku. Na uwagę zasługuje działalność powstałego w roku 1925 Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych i jego współpraca z rozpoczynającymi w tym czasie funkcjonowanie szkołami – Wyższą Szkołą Pielęgniarek i Higienistek w Poznaniu, Warszawską Szkołą Pielęgniarską, Szkołą Pielęgniarską w Warszawie, Uniwersytecką Szkołą Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie oraz utworzenie w następnym roku Referatu Pielęgniarskiego w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, a w ciągu kolejnych kilku lat wojewódzkich referatów pielęgniarsstwa⁷. Celem tych instytucji było wprowadzenie systemu nadzoru pielęgniarskiego oraz zajęcie się m.in. takimi problemami jak: opracowanie prawodawstwa związanego z uprawnieniami do wykonywania zawodu, przygotowanie wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego, przygotowanie programów kształcenia w zawodzie, propagowanie zawodu⁸. Ważnym zadaniem było także ustalanie potrzeb w zakresie rozwoju zawodu oraz gromadzenie informacji statystycznych z nim związanych. Współpraca z Międzynarodową Radą Pielęgniarek umożliwiała nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów zagranicznych w zakresie rozwoju pielęgniarskiego.

Wśród wielu prób, jakie podejmowano na przestrzeni lat w celu prawnej regulacji spraw związanych z pielęgniarskim, należy wymienić dzień 21 lutego 1935 roku, w którym uchwalona została ustawa o pielęgniarskim, opublikowana w Dzienniku Ustaw nr 27 z roku 1935. Ustawa regulowała m.in. zasady wykonywania praktyki pielęgniarskiej, zasady otrzymywania prawa wykonywania zawodu, prawa i obowiązki pielęgniarki. Ponadto ustawa określała oprócz przygotowania zawodowego wymóg posiadania dobrego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, posiadania określonych cech osobowych, np. predyspozycji intelektualnych, kultury, taktu, cierpliwości, zaradności, spostrzegawczości⁹. Ustawa regulowała także sprawy szkół pielęgniarskich, kształcenia w zawodzie, nadzoru i kontroli nad ich funkcjonowaniem. Co ważne, ustawa nie sprzeciwiała się kształceniu, a później zatrudnianiu mężczyzn w tym zawodzie¹⁰. Stefania Poznańska przypomina, że konieczne ujednoczenie zasad kształcenia i doskonalenia zawodowego w Polsce rozpoczęło się na początku lat sześćdziesiątych XX wieku, a na szczególną uwagę zasługuje powołanie w roku 1969 Studium Pielęgniarskiego w Akademii Medycznej w Lublinie, a następnie przekształcenie go w Wydział Pielęgniarski, co zapoczątkowało kształcenie pielęgniarek na poziomie wyższym w Polsce¹¹. Dużą rolę w tym procesie odegrało powołane w roku 1957 Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Kolejne rozwiązania prawne, w tym ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z roku 1996, regulowały kwestie kwalifikacji zawodowych, zasady uzyskiwania prawa wykonywania zawodu oraz roli społeczno-zawodowej pielęgniarki.

⁷ Ibidem, s. 65.

⁸ J. Zachora, *Prawne regulacje w pielęgniarskim w okresie II Rzeczypospolitej* [w:] B. Urbaneck (red.), *Zawód pielęgniarki...*, op. cit., s. 209.

⁹ Ibidem, s. 214

¹⁰ Ibidem, s. 215

¹¹ S. Poznańska, *Pielęgniarka w opiece...*, op. cit., s. 44

2. Uwarunkowania zdrowotne

Liczne badania dotyczące uwarunkowań zdrowotnych wskazują jednoznacznie na konieczność podejmowania i kontynuowania zadań na rzecz poprawy stanu zdrowia, zmiany zachowań zdrowotnych, zmiany stylu życia, poprawy warunków środowiskowych, monitorowania zagrożeń środowiskowych oraz zmian globalnych niosących zagrożenia dla ludności, takich jak: przemiany demograficzne, sytuacja ekonomiczna, zmiany struktury społecznej, przemiany kulturowe, rozwój technologiczny, tempo rozwoju, konflikty gospodarcze i polityczne, zróżnicowane zagrożenia zdrowotne.

Powszechnie dostępna, wykorzystująca najnowsze zdobycze naukowe opieka medyczna pozwala na przedłużenie ludzkiego życia, zmniejszenie cierpienia chorych i ich bliskich, zapobieganie wielu powikłaniom, poprawę sprawności psychofizycznej, wzrost poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, poprawę jakości życia pacjenta, w tym także na poprawę jego sytuacji rodzinnej, osobistej i zawodowej.

Podstawowe funkcje i zadania, jakie przedstawiła do realizacji Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO), jednoznacznie określają działania na rzecz ochrony zdrowia ogółu ludności oraz działania na rzecz ochrony zdrowia osób indywidualnych. Wśród wielu dokumentów należy wymienić m.in. strategię „Zdrowie dla wszystkich”, rekomendacje wiedeńskie na temat „Zdrowych miast”, rezolucje międzynarodowych konferencji „Promocji Zdrowia”, rezolucje międzynarodowe „Szkoła promująca zdrowie” i „Szpital promujący zdrowie”, „Europejską kartę na temat zdrowia i środowiska”, „Europejski plan działań dotyczących alkoholizmu”, „Deklarację w sprawie młodzieży i alkoholizmu”, „Analizę zagrożeń zdrowia”. Aktualne programy WHO dotyczą wzmocnienia bezpieczeństwa zdrowotnego, wzmocnienia systemów ochrony zdrowia. Koncentrują się też na globalnych problemach zdrowotnych, takich jak choroby cywilizacyjne, szczepienia ochronne, bezpieczeństwo leków, bezpieczeństwo żywienia i żywności. Uwzględniają problemy i potrzeby poszczególnych regionów, np. w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, planowania rodziny. Wskazują tym samym na zwiększone zapotrzebowanie na wykwalifikowaną kadrę medyczną, posiadającą umiejętność holistycznego podejścia do spraw zdrowia i sposobów rozwiązywania problemów zdrowotnych.

Jasne stanowisko w kwestii zdrowia współczesnego obywatela Europy zajmuje Unia Europejska. Instytucje odpowiedzialne za zdrowie podkreślają znaczne zróżnicowanie poziomu zdrowotnego obszaru Europy¹². Nie bez znaczenia pozostaje fakt zróżnicowania ekonomicznego obywateli krajów członkowskich. Przekłada się to bezpośrednio na zadania lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, rehabilitacyjne, edukacyjne i profilaktyczne oraz zadania w zakresie wsparcia socjalnego i pomocy usługowej.

3. Kwalifikacje zawodowe pielęgniarki

Posiadane wykształcenie pozwala obecnie pielęgniarkom na podjęcie zatrudnienia w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicz-

¹² A. Smrokowska-Reichman, *Zdrowie obywateli – strategiczny cel Unii Europejskiej*, „Na temat” 2004, nr 4, s. 27.

nych w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; urzędach obsługujących te podmioty, w ramach których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej; w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia; w jednostkach sił zbrojnych i służbie więziennej; w domach pomocy społecznej, żłobkach i klubach dziecięcych; innych instytucjach poza zakładem pracy (samorządy zawodowe)¹³. W Polsce pielęgniarki mogą także świadczyć opiekę w ramach indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki, grupowej praktyki pielęgniarek lub pracując w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej¹⁴.

Zasady i warunki wykonywania zawodu pielęgniarki, warunki uzyskania prawa wykonywania zawodu, zasady kształcenia zawodowego oraz kształcenia podyplomowego reguluje ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 11 lipca 2011 roku (Dz.U. z 2011 r. Nr 134, poz. 1039). Należy podkreślić, że ustawa ta podkreśla fakt, że zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym.

Treścią zawodu jest udzielanie przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych, których zakres jest określony poprzez posiadane przez nią kwalifikacje i kompetencje¹⁵. Każdy rodzaj świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę (pielęgnacyjnych, profilaktycznych, diagnostycznych, usprawniających, leczniczych, edukacyjnych i wychowawczych) pacjentowi, na każdym etapie jego kontaktu z systemem ochrony zdrowia pozwala na nawiązanie konstruktywnego kontaktu terapeutycznego. Umożliwia to pielęgniarce rozpoznanie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjenta, postawienie trafnej i pełnej diagnozy pielęgniarskiej, zapewnienie pełnej opieki pielęgniarskiej.

Należy podkreślić, że jednym z podstawowych warunków rozwoju zawodu pielęgniarskiego jest wciąż doskonalony system kształcenia w zawodzie, praktyczne nauczanie zawodu, samodzielność, podejmowana aktywność naukowa, w tym badania i publikacje. Stworzone w ten sposób warunki zaspokajają oczekiwania pielęgniarek, dla których rozwój kompetencji zawodowych ma podstawowe znaczenie.

Autorytety naukowe w zakresie pielęgniarstwa podkreślają, że „współczesne pielęgniarstwo coraz częściej również w rodzimym środowisku postrzegane jest jako dziedzina praktycznej aktywności gruntownie wykształconej grupy zawodowej pielęgniarek, uznającej za niezbędne i istotne w swojej działalności podstawy teoretyczne”¹⁶.

4. Rola zawodowa pielęgniarki

Rola zawodowa pielęgniarki, początkowo w opiece nad człowiekiem chorym, a następnie także zdrowym, charakteryzowała się dużym dynamizmem. Pielęgniarka podejmowała się wykonywania coraz to nowych zadań. Odpowiadała w ten sposób na oczekiwania społeczne, jakie kierowano w jej stronę, a które wynikały z postępu społecznego i ze zmieniającej się roli

¹³ Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.

¹⁴ W. Ciechaniewicz, *Dawca i biorca pielęgnowania* [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, t. I, *Założenia teoretyczne*, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, s. 326.

¹⁵ Ibidem, s. 326.

¹⁶ D. Zarzycka, [wstęp], „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2008, nr 2–3 (23–24), s. 1.

pacjenta, kształtując w ten sposób także wzory pielęgnowania: od pielęgnowania tradycyjnego do pielęgnowania zindywidualizowanego, aż po *primary nursing* i proces pielęgnowania¹⁷.

Wiesława Ciechaniewicz podkreśla, że współczesne pielęgnowanie, które nazywamy pielęgnowaniem profesjonalnym, jest najbardziej oczekiwanym zakresem działań zawodowych, jakie powinna podejmować pielęgniarka w ramach pełnionej roli zawodowej¹⁸. Cytowana autorka definiuje pielęgnowanie profesjonalne jako towarzyszenie i pomaganie człowiekowi w zdrowiu, chorobie oraz w niepełnosprawności. Wskazuje także, że pomaganie rozumiemy jako:

– podejmowanie przez pielęgniarkę różnych działań na rzecz potrzebującego człowieka, ale przy respektowaniu jego decydowania w sprawach własnego zdrowia;

– tworzenie warunków sprzyjających podejmowaniu przez podopiecznego odpowiedzialności za własne życie i zdrowie, a także zdrowie swoich najbliższych, społeczności i społeczeństwa, w którym żyje i które współtworzy;

– usamodzielnienie podopiecznego poprzez kształtowanie u niego umiejętności niezbędnych w samoopiece i samopielęgnowaniu (w zakresie utrzymania jakości i komfortu życia codziennego w zdrowiu, chorobie, cierpieniu)¹⁹.

Celem pielęgnowania jest więc podejmowanie działań na rzecz wzmocnienia zdrowia, zapobiegania chorobom, kształtowania umiejętności życia z chorobą lub niepełnosprawnością oraz towarzyszenie w godnym i spokojnym umieraniu²⁰.

5. Kompetencje zawodowe

Warunkiem uzyskania przez pielęgniarkę prawa wykonywania zawodu w krajach Unii Europejskiej jest uzyskanie wymaganych kompetencji zawodowych. Termin „kompetencje” (ang. *competence*) oznacza „zakres uprawnień” lub, dyspozycję do wykonywania określonych zadań”. Maria Kózka przytacza opinię Światowej Organizacji Zdrowia, która uznaje kompetencje zawodowe pielęgniarki za „pojęcie złożone, o szerokim znaczeniu, obejmującym praktykę zawodową, opisujące zbiór umiejętności odzwierciedlających wiedzę, postawy oraz elementy psychomotoryczne”²¹. Od wielu lat trwają działania nad zdefiniowaniem i szczegółowym określeniem kompetencji zawodowych w sposób, który umożliwiłby pielęgniarkom wykonywanie zadań zawodowych zgodnie z przyjętymi standardami.

Osoba kompetentna to osoba, która posiada wiedzę, umiejętności oraz uprawnienia do wykonywania określonych działań i czynności zawodowych, do wydawania sądów i opinii w zakresie czynności zawodowych. Wymagania formalne niezbędne do uzyskania przez pielęgniarkę kompetencji zawodowych zostały zawarte w cytowanej wyżej ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z roku 1996. Wykonywanie zawodu w krajach Unii Europejskiej reguluje dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych²².

¹⁷ W. Włodarczyk, *Pielęgniarstwo w Polsce i na świecie*, PWSZ w Pile, Piła 2009.

¹⁸ W. Ciechaniewicz, *Dawca i biorca...*, op. cit.

¹⁹ Ibidem, s. 333.

²⁰ Ibidem, s. 333.

²¹ M. Kózka, *Kompetencje zawodowe pielęgniarki [w:] Diagnostyka i interwencje pielęgniarskie*, red. M. Kózka, L. Płaszevska-Żywkó, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 19.

²² Ibidem, s. 21.

Polska uczestniczyła w wielu programach dotyczących kształcenia w zawodzie pielęgniarskim. Jednym z takich programów był program *Tuning*, rozpoczęty w roku 2006. Skutkowało on wypracowaniem dokumentu zawierającego wykaz kompetencji zawodowych. Program miał także umożliwić uczelniom przygotowanie takich programów, które pozwoliłyby na wprowadzenie kształcenia dającego porównywalne kwalifikacje zawodowe pielęgniarek.

Cytowany dokument zawierał pięć grup kompetencji zawodowych pielęgniarki:

1. Kompetencje związane z zawodowymi wartościami i rolą pielęgniarek.
2. Kompetencje dotyczące praktyki pielęgniarskiej i podejmowania decyzji klinicznych.
3. Kompetencje poznawcze.
4. Kompetencje interpersonalne włącznie z technologią komunikacji.
5. Kompetencje kierownicze, organizacyjne związane z pracą zespołową²³.

W projekcie uczestniczyło 14 krajów. Profesor Irena Wrońska, która reprezentowała Polskę, podkreśla, że kompetencje zawodowe nie powinny być traktowane jak sztywne ograniczenia oraz że lista kompetencji zawodowych pielęgniarek powinna być systematycznie modyfikowana i uaktualniana zgodnie z otrzymywanymi informacjami zwrotnymi. Powinny być podstawą do dyskusji nad programami i metodami kształcenia pielęgniarek²⁴.

5.1. Kompetencje poznawcze

Zarówno w przeszłości, jak też obecnie pielęgniarstwo rozwija się poprzez doświadczenia praktyczne. Nikt nie kwestionuje znaczenia praktyki zawodowej w pielęgniarstwie. Dzięki niej możemy weryfikować wiedzę teoretyczną. Praktyczne doświadczenie pielęgniarek w zakresie wykonywanej pracy w konfrontacji z posiadaną wiedzą jest podstawą do stawiania problemów pielęgnacyjnych, wzmacnia potrzebę zdobywania wiedzy i szukania rozwiązań w oparciu o różne dziedziny naukowe. W celu zdobycia kompetencji zawodowych programy kształcenia pielęgniarek przekazują wiedzę na temat rozwoju historycznego teorii pielęgnowania, znaczenia teorii, opanowania pojęć i definicji charakterystycznych dla poszczególnych teorii, tj. zdrowie, osoba, środowisko, pielęgniarstwo. Teorie są poddawane ciągłej analizie i ocenie, stanowią podstawę do stawiania pytań, formułowania hipotez badawczych, umożliwiając gromadzenie wiedzy²⁵. Wśród wielu teorii należy wymienić: koncepcyjny model kontroli środowiska, jego rodzajów i jego wpływu na zdrowie autorki profesjonalnego pielęgniarstwa Florencji Nightingale; model relacji międzyludzkich w pielęgniarstwie Hildegard Peplau; model samoopieki/deficytu samoopieki Dorothei Orem; adaptacyjny model Callisty Roy; model systemowy Betty Neuman; model humanistycznej troskliwości Jean Watson czy model pielęgniarstwa transkulturowego. Wszystkie teorie są zgodne z aktualną wiedzą naukową, nawiązują do aktualnych problemów społecznych. Wiąże się to także z koniecznością pracy zespołowej z przedstawicielami różnych dyscyplin naukowych. Mieszczą się więc w zakresie kompetencji zawodowych pielęgniarki, a tym samym odgrywają

²³ M. K ó z k a, *Kompetencje zawodowe...*, op. cit., s. 22.

²⁴ *Kompetencje pielęgniarek w procesie edukacji* (http://www.nursing.com.pl/Kształcenie_Kompetencje_pielęgniarek_w_procesie_edukacji_21.html).

²⁵ S. P o z n a ń s k a, *Modele/teorie pielęgniarstwa* [w:] *Wybrane modele pielęgniarstwa*, red. S. P o z n a ń s k a, L. P ł a s z e w s k a - Ż y w k o, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 16.

znaczącą rolę w edukacji pielęgniarek. Praktyka pielęgniarska na każdym etapie kontaktu z pacjentem uwzględnia nowoczesne metody pracy składające się na proces pielęgnowania, do którego odnoszą się teorie pielęgnowania. Na tej podstawie pielęgniarka stawia samodzielnie indywidualną dla pacjenta diagnozę. Posiadane kwalifikacje i wiedza pozwalają jej na określenie celów, zadań do realizacji, sposobów i metod działania, środków, które są konieczne do zrealizowania procesu pielęgnowania.

Zdaniem Zofii Kawczyńskiej-Butrym diagnoza pielęgniarska uznawana jest za najważniejszy problem w pielęgniarstwie, a tym samym stanowi wyraz aktualnej orientacji teoretycznej i filozoficznej pielęgnowania oraz pozwala na zdefiniowanie roli pielęgniarki i pielęgnowania w ochronie zdrowia całej populacji wybranych grup społecznych²⁶. W pełni zgadzamy się z poglądem, że diagnoza pielęgniarska wyznacza zakres czynności realizowanych przez pielęgniarkę, wskazuje na jej kompetencje zawodowe oparte na szerokiej wiedzy interdyscyplinarnej, co w konsekwencji pozwala na profesjonalne i holistyczne podejście do pacjenta i jego otoczenia.

Dalej Z. Kawczyńska-Butrym podkreśla, że profesjonalnie przygotowana, kompetentna pielęgniarka dostrzega i rozumie sytuację zdrowotną pacjenta, jej uwarunkowania, zagrożenia i prognozy oraz jest gotowa do przyjęcia określonej roli: pomocnika, doradcy, przewodnika, opiekuna, nauczyciela, przyjaciela pacjenta i jego rodziny, do przekazania im wiedzy i umiejętności w zakresie zdrowia i choroby. Działania te powinny uwzględniać społeczne i kulturowe uwarunkowania kształtujące wzajemne relacje między pielęgniarką a pacjentem, z jego rodziną, otoczeniem oraz warunki środowiskowe i ekologiczne, w jakich pacjent żyje²⁷. Te podejmowane przez pielęgniarkę szerokie działania powinny mieć wpływ na zakres programów kształcenia teoretycznego i praktycznego, a tym samym na zakres kompetencji, które gromadzi w trakcie tych procesów i później w trakcie samodzielnej pracy z pacjentem.

Zdobywanie i rozwijanie przez pielęgniarkę kompetencji poznawczych musi uwzględniać posiadanie wiedzy nie tylko z zakresu nauk medycznych, ale również z zakresu nauk społecznych, nauk przyrodniczych, behawioralnych, biologicznych, humanistycznych, biotechnologii, informatyki. Szeroka wiedza interdyscyplinarna pozwoli jej wówczas trafnie zdiagnozować problem i podjąć interwencję pielęgniarską.

5.2. Kompetencje dotyczące praktyki pielęgniarskiej i podejmowania klinicznych decyzji

Zaliczane do tej grupy kompetencje zawodowe pielęgniarki to m.in. uwzględnianie indywidualnych potrzeb pacjenta przez planowanie indywidualnych planów opieki we współpracy z pacjentem, jego rodziną, pracownikami ochrony zdrowia i pomocy społecznej. To także wykorzystanie umiejętności pielęgniarskich i wykonywanie czynności terapeutycznych w bezpieczny i odpowiedzialny sposób, zapewnienie emocjonalnej, fizycznej i personalnej opieki obejmującej potrzebę żywienia, higieny osobistej oraz umożliwiającej pacjentowi wykonywanie czynności koniecznych w życiu codziennym, odpowiadanie na indywidualne

²⁶ Z. Kawczyńska-Butrym, *Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej* [w:] *Diagnoza pielęgniarska*, red. Z. Kawczyńska-Butrym, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999, s. 10.

²⁷ *Ibidem*, s. 13.

potrzeby pacjenta stosownie do całego okresu życia i doświadczeń dotyczących zdrowia i choroby, edukowanie pacjenta i jego rodziny. Kompetencje te wskazują także na obowiązek dokonywania wszechstronnej i systematycznej oceny z zastosowaniem odpowiednich metod i uwzględnieniem istotnych czynników natury fizycznej, społecznej, kulturowej, religijnej, etnicznej, psychologicznej i środowiskowej²⁸.

Ta grupa kompetencji zawodowych jest szczególnie widoczna w realizacji zadań zawodowych z zakresu opieki długoterminowej, czyli organizacji i realizacji przez pielęgniarkę opieki nad pacjentem starszym, przewlekle chorym i/lub niepełnosprawnym w każdym wieku, głównie w środowisku domowym. Pielęgniarka, specjalista opieki długoterminowej świadczy pracę samodzielną, zachowując ścisłą współpracę z zespołem leczniczo-terapeutycznym, instytucjami pomocowymi i organizacjami społecznymi działającymi na rzecz pacjenta starszego, przewlekle chorego i/lub niepełnosprawnego. Umiejętność samodzielnego podejmowania decyzji, kreatywność, skuteczność pozwalają pielęgniarce na rozwijanie takich kompetencji jak: rozpoznanie i ocena stanu zdrowia, ustalenie zakresu deficytu w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji pacjenta starszego, przewlekle chorego i/lub niepełnosprawnego oraz przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki i kompensowania utraconych funkcji²⁹. Rosnące potrzeby w zakresie opieki długoterminowej wynikają ze zmian demograficznych, w tym wzrostu liczby osób starszych. Ogromne znaczenie mają także uwarunkowania zdrowotne, w tym wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe, uwarunkowania społeczno-kulturowe, głównie dotyczące współczesnej rodziny oraz uwarunkowania ekonomiczne, w tym skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu do niezbędnego minimum i przeniesienie znacznej części zadań leczniczo-pielęgnacyjnych do zadań podstawowej opieki zdrowotnej i opieki środowiskowo-rodzinnej. Wśród wielu kompetencji zawodowych pielęgniarki opieki długoterminowej wymienić należy także realizowanie zadań edukacyjnych oraz kształtowanie u pacjenta umiejętności radzenia sobie z problemami wynikającymi z choroby i/lub niepełnosprawności.

5.3. Kompetencje interpersonalne

Kompetencje interpersonalne w pielęgniarstwie to nie tylko umiejętność porozumiewania się z ludźmi, ale przede wszystkim umiejętność doboru i stosowania metod i środków porozumiewania się z pacjentem i jego rodziną w celu podjęcia interwencji pielęgniarskiej w sytuacjach trudnych, jakimi niewątpliwie są zagrożenie zdrowia i choroba. Ta grupa kompetencji obejmuje zarówno komunikację werbalną, jak też metody komunikacji alternatywnej.

Zastosowanie zróżnicowanych form komunikacji pozwoli pielęgniarce na nawiązanie z pacjentem dobrego kontaktu terapeutycznego, rozpoznanie stanu niepokoju i lęku, umożliwienie pacjentowi wyrażania własnego stanowiska, a także podjęcie skutecznej interwencji. Pielęgniarka powinna posiadać przygotowanie z zakresu zasad komunikowania się w działalności zawodowej, działalności naukowej i badawczej. Powinna posiadać umiejętność komunikowania się z pacjentem w różnych stanach chorobowych, w tym z pacjentem chorym

²⁸ M. K ó z k a, *Kompetencje zawodowe...*, op. cit., s. 22.

²⁹ E. S k o l m o w s k a, *Organizacja opieki długoterminowej* [w:] *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, red. K. K ę d z i o r a - K o r n a t o w s k a, M. M u s z a l i k, E. S k o l m o w s k a, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 20.

psychicznie i umierającym, z pacjentem w różnym wieku, w różnym stopniu i zakresie niepełnosprawności, także z osobami z uszkodzonym wzrokiem i słuchem. Współczesna pielęgniarka musi w sposób profesjonalny przekazać pacjentowi wiedzę na temat jego zdrowia oraz uzyskać informację zwrotną. Z powyższych względów komunikacja interpersonalna została wprowadzona do programów kształcenia pielęgniarek.

5.4. Kompetencje związane z zawodowymi wartościami i rolą pielęgniarki

W tej grupie kompetencji szczególna uwaga powinna być zwrócona na dwie z nich:

– postępowanie w sposób holistyczny, tolerancyjny i opiekuńczy, z poszanowaniem wieku, płci, poglądów, kultury, religii, narodowości, stylu życia, przekonań i życzeń każdej osoby;

– działanie odpowiedzialne i samodzielne, zgodne z wymogami zawodowymi, etycznymi, organizacyjnymi i prawnymi, reagowanie na kwestie i dylematy moralno-etyczne w codziennej praktyce³⁰.

W pierwszym przypadku zwracamy uwagę na fakt, że pielęgniarka musi być obecnie przygotowana na świadczenie opieki nad pacjentami pochodzącymi z różnych krajów i kręgów kulturowych. Intensywna migracja ludności jest faktem i skutkuje koniecznością świadczenia usług pielęgniarskich z uwzględnieniem wyznawanej religii i pochodzenia społeczno-kulturowego, do czego pacjent ma pełne prawo. Bariery w świadczeniu opieki uwarunkowanej kulturowo wynikają m.in. ze stereotypów, braku wiedzy, niedostatecznej znajomości języka, zaburzonej komunikacji³¹. Głównym problemem są zróżnicowane kulturowo poglądy na temat choroby, sposobu leczenia, podejmowania decyzji, komunikacji międzyludzkiej, płci, hierarchii rodzinnej i społecznej, podejścia do tradycji i obowiązków związanych z wyznawaną religią.

Natomiast w drugim przypadku należy pamiętać, że pielęgniarstwo to bardzo specyficzna dziedzina, która została obdarzona dużym mandatem społecznego zaufania. Pielęgniarka, realizując rolę zawodową, spełnia ważne, określone funkcje społeczne, zmierzające do zmian w sytuacjach dotyczących zdrowia i choroby pacjenta. Jest ona także zobowiązana do wykonywania czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych zgodnie z obowiązującymi standardami oraz do przestrzegania kodeksu etyki zawodowej. Niezależnie jednak od przeobrażeń związanych z rozwojem medycyny, specjalizacją w pielęgniarstwie pacjenci oczekują od pielęgniarki profesjonalnej pomocy. Oczekiwania te dotyczą: zapewnienia bezpieczeństwa, kompetencji zawodowych, odporności psychicznej³². Odpowiedzialność zawodowa i moralna będzie się odnosiła do takich zasad jak: opiekuńczość, sprawiedliwość, autonomia, uczciwość, lojalność i wiele innych odnoszących się do relacji między pielęgniarką a pacjentem. W codziennej pracy pielęgniarki stają przed poważnymi dylematami etycznymi, których rozwiązanie wymaga szczególnych kompetencji zawodowych.

³⁰ M. K ó z k a, *Kompetencje zawodowe...*, op. cit., s. 22.

³¹ A. M a j d a, J. Z a l e w s k a - P u c h a ł a, *Bariery podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej uwarunkowanej kulturowo* [w:] *Pielęgniarstwo transkulturowe*, red. A. M a j d a, J. Z a l e w s k a - P u c h a ł a, B. O g ó r e k - T ę c z a, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 163.

³² S. K o n s t a n ń c z a k, *Etyka pielęgniarska*, Wydawnictwo Didin, Warszawa 2010, s. 235.

5.5. Kompetencje kierownicze i organizacyjne związane z pracą zespołową

Pielęgniarki wypracowały szereg umiejętności, które pozwalają na osiągnięcie kompetencji organizacyjnych i kierowniczych. W pielęgniarstwie przez kierowanie należy rozumieć działania zmierzające do osiągnięcia wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej przez zespoły pielęgniarek i innych pracowników, wykorzystanie rzeczowych zasobów i odpowiednik technik. Helena Lenartowicz podkreśla, że specyfika zarządzania wynika z jego funkcji, która dokonuje się w sferze niematerialnej, w wyjątkowo złożonej, ważnej i trudnej sferze zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego³³.

Jakość opieki pielęgniarskiej idzie w parze w rozwoju profesjonalnego pielęgniarstwa, jest zgodna z aktualnym poziomem wiedzy medycznej i interdyscyplinarnej, która jest wykorzystywana do podtrzymania i poprawy zdrowia oraz udzielania wszechstronnej pomocy w chorobie i niepełnosprawności osób w każdym wieku i na każdym etapie kontaktu z systemem ochrony zdrowia. Ogromne znaczenie w rozwijaniu tej grupy kompetencji odegrało wprowadzenie modelu pracy opartego na procesie pielęgnowania. Rozpoznawanie problemów pacjenta, zbieranie informacji, planowanie działań, współpraca w rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych, podjęcie interwencji, ewaluacja działań spowodowały, że pielęgniarki zdobyły i rozwijają umiejętności zorganizowanego i zespołowego działania na rzecz poprawy jakości opieki.

W rozwijaniu kompetencji pielęgniarzkich nieocenioną rolę odgrywają krajowe i międzynarodowe organizacje pielęgniarckie. Ustalają kierunki rozwoju pielęgniarstwa, wskazując na potrzeby badań naukowych z zakresu pielęgniarstwa, wspierają pielęgniarki w podnoszeniu kwalifikacji, organizują konferencje i kongresy, współpracują z polskimi i międzynarodowymi instytucjami naukowymi. Wszystko to wpływa na wzrost pozycji zawodowej pielęgniarki i zaufania społecznego do systemu kształcenia.

6. Podsumowanie

Potocznie kompetencje utożsamiane są z posiadanym wykształceniem, czyli opanowaniem wiedzy z danego zakresu, stażem pracy w zawodzie, czyli nabyciem umiejętności związanych z wykonywanym zawodem. Wiąże się także z uprawnieniami, czyli możliwością podejmowania decyzji i działań w ramach zajmowanego stanowiska. Rozwój kompetencji zawodowych to proces ciągły zarówno w aspekcie teoretycznym, jak i praktycznym, zmieniający się wraz z rozwojem doświadczenia zawodowego i osobistego człowieka. W pielęgniarstwie kompetencje to wykorzystanie przez pielęgniarkę wiedzy, umiejętności, doświadczenia, predyspozycji, wartości do realizacji obowiązków zawodowych związanych z zajmowanym stanowiskiem.

Kompetentna pielęgniarka jest więc odpowiedzialna za:

– profesjonalne pielęgnowanie, czyli rozpoznawanie stanu podmiotu opieki, planowanie pielęgnowania, realizowanie opieki, ewaluację wyników pielęgnowania;

³³ H. Lenartowicz, *Kierowanie w pielęgniarstwie* [w:] *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*, red. A. Ksykiwicz-Dorota, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 60.

– zapewnienie jakości oferowanych i świadczonych usług pielęgniarskich;
– organizowanie opieki pielęgniarskiej;
– podejmowanie samodzielnych decyzji dotyczących pielęgnowania;
– współpracę z podmiotem opieki, z zespołem pielęgniarskim, zespołem interdyscyplinarnym³⁴.

Kompetentna pielęgniarka to także osoba zainteresowana stałym rozwojem zawodowym i osobistym, świadczeniem wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej nad powierzonym jej pacjentem.

Bibliografia

- Filozofia i teorie pielęgniarstwa*, red. J. Górajek-Jóźwik, Wydawnictwo Czelej, Lublin. 2007.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Diagnoza pielęgniarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
- Kędziora-Konradowska K., Muszalik M., Skolmowska E., *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Konstańczak S., *Etyka pielęgniarska*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010.
- Kózka M., Płaszewska-Żywko L., *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- Ksykiewicz-Dorota A., *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
- Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B., *Pielęgniarstwo transkulturowe*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Poznańska S., Płaszewska-Żywko L., *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Smrokowska-Reichman A., *Zdrowie obywateli – strategiczny cel Unii Europejskiej*, „Na temat” 2004, nr 4.
- Szewczyk K., *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., *Podstawy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
- Włodarczyk W., *Pielęgniarstwo w Polsce i na świecie*, PWSZ w Pile, Piła, 2009.
- www.nursing.com.pl/Kształcenie_Kompetencje_pielegniarek_w_procesie_educacji_21.html
- Zahradniczek K., *Pielęgniarstwo*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- Zarzycka D., [wstęp], „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2008, nr 2–3 (23–24).
- Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, red. B. Urbanek, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008.

³⁴ W. Ciechaniewicz, *Dawca i biorca...*, op. cit., s. 332.

SUMMARY

Professional nursing competencies

Modern nursing is based on systematic analysis and explanation of theoretical nursing issues, and on solving problems of professional practice of nurses. Development of the profession as seen in historical perspective, and at present, directs attention not only to the standards and procedures, but mainly to the development of professional competence of nurses understood as their knowledge, skills, ability to conduct a comprehensive observation, decision-making skills, providing high quality care and supportive nursing. Competencies that have been developed within the Tuning Project are an important component of the training of nurses. Activity undertaken by nurses working in the field of health research, its context, the development of nursing theories and their application in practice go hand in hand with the programme carried out in Poland, concerning the education of this profession group at all levels.

The whole is intended to raise the profile of the profession in Poland.

Key words: nursing, competencies, professional tasks, standards, theories of nursing.

Elżbieta Chmielewska

Wydział Medyczny PWSZ im. Witelona w Legnicy

Wpływ czynników motywujących na kształcenie podyplomowe pielęgniarek w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy

STRESZCZENIE

Uczenie się dorosłych jest motywowane zróżnicowanymi czynnikami. Dorośli mają skłonność do wyzwalania większej motywacji do uczenia się wtedy, gdy widzą możliwość rozwiązania w ten sposób swoich problemów życiowych lub dostrzegają wewnętrzne korzyści płynące z uczenia się. Nie oznacza to, że nagrody zewnętrzne, np. bodźce finansowe, nie mają znaczenia, ale silniejszym czynnikiem motywacyjnym jest zaspokojenie potrzeb wewnętrznych. Motywacja dorosłych jest sumą czterech czynników, takich jak sukces, wola, wartość i przyjemność. Celem pracy jest analiza czynników motywujących, jakie mają wpływ na podejście do kształcenia podyplomowego przez pielęgniarki zatrudnione w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy, a także wskazanie możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

W sondażu diagnostycznym wzięły udział pielęgniarki zatrudnione w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy. Ankietowane pielęgniarki pracowały w oddziałach szpitalnych o różnych profilach leczniczych.

Grupę badawczą podzielono na podgrupy wiekowe. Podziału dokonano ze względu na zmiany w systemie kształcenia w Polsce na przełomie ostatnich 36 lat. Dało to obraz uzyskanych przez pielęgniarki kwalifikacji na przełomie kilkudziesięciu lat. Pielęgniarki ustawicznie podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe. Posiadają ukończone specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne i doskonalące. Podnoszą swoje kwalifikacje na studiach licencjackich i uzupełniających studiach magisterskich.

Słowa kluczowe: potrzeby, motywacja, bodźce materialne, kształcenie, kursy, specjalizacje.

Wstęp

Dokonująca się na przestrzeni ostatnich lat transformacja systemu ochrony zdrowia dotyczy zarówno rozwiązań organizacyjnych, jak i prawnych. Otoczenie zewnętrzne, rozwój nowoczesnych technologii medycznych, wzrost oczekiwań pacjentów co do jakości świadczonych usług przez pracowników zakładów opieki zdrowotnej, starzenie się społeczeństwa – to tylko nieliczne wśród powodów, które wywołują potrzebę stałego i ciągłego kształcenia personelu instytucji opieki zdrowotnej. Specyfika zawodu pielęgniarskiego, intensywny rozwój wiedzy, w tym pielęgniarskiej, narzuca konieczność ciągłego podnoszenia kwalifikacji i uzupełniania wiedzy. Ponadto wzrastają oczekiwania pacjentów i ich rodzin wobec pielęgniarek. Na podnoszenie kwalifikacji przez pielęgniarki mają wpływ

bodźce pobudzające do działania. Są to bodźce materialne i niematerialne. Bodźce materialne to głównie płace. Bodźce niematerialne to awans zawodowy, prestiż zawodowy, wewnętrzna potrzeba.

1. Pojęcie motywacji i czynników motywujących

Motywacja wiąże się z podejmowaniem decyzji, pobudzeniem nas do działania. Człowiek zmotywowany dąży do celu, który sobie wyznaczył. Motywacja powstaje, gdy świadomie lub nieświadomie odczuwamy niezaspokojoną potrzebę¹. Jeżeli cel zostanie osiągnięty, potrzeba zostanie zaspokojona. Motywacja wywołuje chęci do określonego działania u osoby lub grupy osób motywowanych. Jest to działanie zgodne z wolą, chęcią lub interesem motywowanych. Żeby zachodził proces motywacji, musi być osoba motywowana i osoba motywująca. Zadaniem motywującego jest takie oddziaływanie, aby efekt był zgodny także z jego wolą. Możliwości motywowania zależą więc od potrzeb i postaw motywowanych oraz umiejętności i środków, jakimi dysponuje motywujący, a także od warunków działania.

Zachowanie człowieka podlega ciągłej indywidualnej aktywności. Każda aktywność jest natomiast ukierunkowywana, czyli motywowana. Motywacja jest siłą napędową niezbędną do wykonania pewnych działań. Jeśli ludzie mają motywację do działania, wkładają większy wysiłek w dążenie do celu niż ci, którzy tej motywacji nie posiadają.

W literaturze najczęściej mówi się o następujących teoriach motywowania: teorii motywacji według hierarchii potrzeb Masłowa, modelu motywacji Richardsa i Greenlawa, dwuczynnikowej teorii Herzberga². Teorie potrzeb były ukierunkowane na zaspokajanie przez ludzi niedoborów. Według tych teorii człowiek jest motywowany do działania, gdy odczuwa brak czegoś. Maslow w swojej teorii rozróżnia pięć klas potrzeb, uporządkowanych według ważności. Są to potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa, społeczne, wartościowania i samorealizacji³.

Potrzeba oznacza fizjologiczny lub psychologiczny brak czegoś, powodujący, że pewne skutki są atrakcyjne⁴. Niezaspokojona potrzeba wywołuje napięcie, które wzbudza u danej jednostki określone dążenia. Te dążenia powodują, że poszukuje ona określonych celów, których osiągnięcie zaspokoї potrzebę i złagodzi napięcie. Niezaspokojone potrzeby motywują do działania. Motywowani pracownicy są w stanie napięcia (rysunek 1).

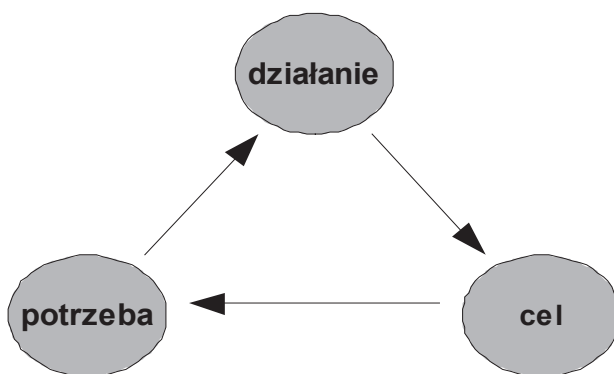
Wykorzystując model ludzkich potrzeb – piramidę Abrahama Masłowa, stwierdzono, że charakter bodźców, jakich należy używać do motywowania pracowników i ich grup, zależy od tego, jakie potrzeby najsilniej oni odczuwają. Potrzeby niższego rzędu są odczuwane w pierwszym rzędzie i oddziałują najbardziej bezwzględnie, bez wyjątków. Potrzeby umieszczone wyżej pojawiają się dopiero po zaspokojeniu (co najmniej minimalnym) potrzeb niższych i oddziałują z różną siłą, zależnie od cech osobowościowych, w tym kultury

¹ M. Armstrong, *Zarządzanie ludźmi. Praktyczny przewodnik dla menedżerów liniowych*, Dom wydawniczy Rebis, Poznań 2007, s. 34.

² H. Steinmann, G. Schreyogg, *Zarządzanie. Podstawy kierowania przedsiębiorstwem. Koncepcje, funkcje, przykłady*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1998, s. 333.

³ Ibidem, s. 340.

⁴ S. P. Robbins, *Zachowania w organizacji*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Warszawie, Warszawa 1998, s. 88.



Rysunek 1. Model motywacji

Źródło: M. Armstrong, *Zarządzanie ludźmi...*, op. cit., s. 3.

i wykształcenia⁵. Z teorii A. Masłowa wynika, że jeżeli potrzeba została zaspokojona częściowo, to już przestaje motywować. Czas zaspokojenia potrzeb musi być krótki, zwłaszcza wtedy, gdy dotyczy potrzeb podstawowych i ludzi nie umiejących lub nie mogących planować przemian jakości swojego życia – żyjących „z dnia na dzień”. Potrzeby podstawowe nazywane są biologicznymi (jedzenie, picie, ubranie, mieszkanie). Aby je zaspokoić, potrzebujemy środków finansowych. Pracownikowi, dla którego ważne są potrzeby społeczne, zwłaszcza współpracy i przynależności, należy wyjaśnić i wykazać wagę jego roli w zespole, a jeszcze lepiej dopuścić do wykonywania bardziej złożonych zadań, współzarządzania. Zaspokojona potrzeba osiągnięć i uznania daje nam poczucie, że to, co robimy, ma sens. Rozwijając własne możliwości, stajemy się tym, kim w naszym przekonaniu chcemy być⁶. Motywacja jest mocniejsza, kiedy człowiek ma konkretniejszy cel. Wtedy stara się efektywniej działać. Siła motywacji zależy od tego, jak mocno ludzie wierzą, że ich starania zostaną uwieńczone sukcesem. Pracowników motywują bodźce zewnętrzne i wewnętrzne. Do bodźców zewnętrznych zaliczamy wszelkie motywujące oddziaływania pracodawcy na pracownika. Są to: wynagrodzenia, awanse, stwarzanie szans podnoszenia kwalifikacji, pochwały, nominowanie do awansu. Motywacja zewnętrzna przynosi szybki i efektywny skutek, ale nie utrzymuje się zbyt długo. Motywacja wewnętrzna wiąże się z wartością pracy odczuwaną przez pracownika. Są to takie czynniki jak odpowiedzialność, poczucie wartości pracy, satysfakcja z osiągnięć, interesująca praca, szanse awansu. Motywacja wewnętrzna daje długotrwałe efekty⁷.

Richards i Greenlaw w swojej teorii motywacji nawiązują do zależności pomiędzy potrzebami a określonym zachowaniem. Niezaspokojona potrzeba powoduje powstawanie napięć, które należy rozładować. Napięcia są rozładowywane poprzez odpowiednie zachowania. Zachowania ukierunkowane na znalezienie rozwiązań to zachowania konstruktywne.

⁵ J. Lichtarski, *Podstawy nauki o przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1998, s. 193.

⁶ M. Armstrong, *Zarządzanie ludźmi...*, op. cit., s. 35.

⁷ Ibidem, s. 36.

Potrzeba awansowania może prowadzić do podjęcia decyzji o doksztalceniu. Jeżeli nie można zaspokoić potrzeb, wówczas nasze zachowanie przyjmuje formę obronną. Do zachowań obronnych zaliczamy racjonalizację – poszukiwanie przyczyn niepowodzenia, wyparcie – odsuwanie negatywnych doświadczeń do podświadomości, agresję – atak na przedmiot lub podmiot.

Dwuczynnikowa teoria Herzberga w środowisku pracy wyróżnia czynniki, które wpływają na zadowolenie lub niezadowolenie pracowników⁸. Pracownicy są niezadowoleni najczęściej z polityki personalnej, kompetencji zawodowych zwierzchników, stosunków z przełożonymi i współpracownikami, warunków pracy, wynagrodzenia. Na zadowolenie, czyli satysfakcję z pracy, ma wpływ uznanie za wykonaną pracę, awans, możliwość rozwoju, odpowiedzialność. Układ bodźców, środków i warunków, które mają zachęcić pracowników do angażowania się w swoją pracę nazywany jest systemem motywacji. W systemie motywacyjnym wyróżnia się bodźce pobudzające pracowników do działania. Są to bodźce materialne i niematerialne.

Bodźce materialne poprawiają materialne warunki życia. Są to głównie płace, premie. Bodźce niematerialne to uznanie, możliwość samorozwoju, kształcenia, współdecydowania w zarządzaniu. Każdy menadżer ma wiele możliwości pobudzania i utrwalania motywacji u swoich pracowników⁹.

2. Wpływ kształcenia na rozwój kadry pielęgniarskiej

Przemiany globalne, do których dochodzi we współczesnym świecie, rozwój nauki i techniki stawiają przed pielęgniarkami nowe i trudniejsze wyzwania. Cele współczesnego pielęgniarstwa sprawiają, że pielęgniarski muszą poszerzać swoją wiedzę, umiejętności oraz zdobywać nowe kwalifikacje zawodowe. W obliczu zmieniających się warunków życia i pracy niezbędne jest dostosowywanie się do tych zmian poprzez odpowiednie wykształcenie i doskonalenie swoich umiejętności. Pielęgniarstwo należy do tych dziedzin, w których starania o najwyższy poziom świadczonych usług należą do zadań najważniejszych. Przysięga Hipokratesa, zasada *primum non nocere* (po pierwsze nie szkodzić) i kodeks etyki zawodowej poruszają problem jakości usług medycznych. Zaangażowanie wszystkich pracowników w sprawy jakości świadczonych usług zdrowotnych sprzyja wzrostowi satysfakcji z pracy¹⁰. Omawiając kształcenie kadr pielęgniarskich, należy wyjaśnić, czym jest uczenie się. Jedną z definicji mówi, że uczenie prowadzi do zmian w jednostce, dostarcza informacji, które pozwalają na podejmowanie lepszych decyzji i sprawiają, że doświadczenia zdobyte podczas uczenia dadzą pożądane efekty¹¹. Dlaczego pielęgniarki się uczą? Dlaczego uczą się dorośli? Na to pytanie próbuje odpowiedzieć andragogika. Opiera się ona na wielu założeniach¹².

⁸ H. Steinmann, G. Schreyogg, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 345.

⁹ M. Gableta, *Potencjał pracy w przedsiębiorstwie, problemy praktyczne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1999, s. 84.

¹⁰ K. Opolński, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2005, s. 123.

¹¹ M. S. Knowles, E. F. Holton, R. A. Swanson, *Edukacja dorosłych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 26.

¹² Ibidem, s. 26.

Rozwój kadr powinien być powiązany z celami i strategią organizacji oraz ukierunkowany na zmiany w organizacjach. Doskonalenie kadr definiowane jest jako proces rozwoju oraz uwalnianie ludzkich umiejętności poprzez stosowanie różnych form szkolenia pracowników. Jest nastawione na poprawę wyników organizacji i procesów. Człowiek dorosły sam sprawuje kontrolę nad procesem uczenia się. Uczenie dorosłych definiowane jest jako proces uzyskiwania przez dorosłych wiedzy i umiejętności. W procesie tym wyróżnia się 4 fazy. W pierwszej fazie znajdują się potrzeby. W procesie uczenia należy określić formę uczenia się niezbędną do osiągnięcia celu (druga faza).

W trzeciej fazie wdrażamy strategię i już możemy korzystać z zasobów uczenia się. Ostatnim etapem uczenia jest ewaluacja, czyli ocena stopnia osiągnięcia wyznaczonych celów¹³. Dorośli sami określają swoje niezbędne do realizacji ich osobistych celów potrzeby edukacyjne. Zaspokajając swoje potrzeby edukacyjne, sprawują nad uczeniem się kontrolę. Wyróżnia się uczenie niezamierzone, samokształcenie, uczenie się negocjowane i uczenie się nadzorowane¹⁴. Pielęgniarki należą do grupy zawodowej, która musi ciągle podnosić swoje kwalifikacje zawodowe. Kompetencja zawodowa ma zawsze związek z określonym zakresem zadań. Samorealizacja jest ściśle powiązana z określonymi sytuacjami zawodowymi i wynikającymi z nich nowymi zadaniami¹⁵. Przeobrażenia na rynku usług medycznych niosą za sobą nowe oczekiwania pacjentów. Pacjent oczekuje od personelu medycznego określonego poziomu usług oraz fachowej wiedzy. Należy pamiętać, że profesjonalizm w organizacjach medycznych będą tworzyć jej pracownicy. A czym jest w sferze medycznej profesjonalizm? Najprostsza definicja określa profesjonalizm jako wysoki standard wykonywania powierzonych czynności. Na ten standard musi się składać nie tylko doświadczenie, ale także umiejętności i wiedza¹⁶.

3. Formy i źródła finansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek

Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej stworzyło nowe możliwości rozwoju w odniesieniu do polityki regionalnej naszego kraju. Instytucje ochrony zdrowia wiążą spore nadzieje z funduszami europejskimi. Unijne dotacje nie są z pewnością lekarstwem na wszystkie problemy systemu ochrony zdrowia, ale mogą być wykorzystane w sektorze edukacyjno-szkoleniowym. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w Polsce regulują następujące przepisy prawne:

1. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położniczego (Dz. U. Nr 151, poz. 1217 i Dz. U. Nr 219, poz. 1706 z 2009 r.).

2. Zarządzenie Ministra zdrowia w sprawie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (Dz. Urz. Nr 9 poz. 53 z dnia 22 czerwca 2010 r.).

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923).

¹³ Ibidem, s. 160.

¹⁴ Ibidem, s. 161.

¹⁵ G. Mietzel, *Psychologia kształcenia. Praktyczny podręcznik dla pedagogów i nauczycieli*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003, s. 377.

¹⁶ *Profesjonalizm w instytucjach opieki zdrowotnej*, red. E. Baum, R. Staszewski, Agra-invest, 2008 (<http://agrainvest.pl/wp-content/uploads/2010/01/profesjonalizm-w-instytucjach-opieki-zdrowotnej.pdf>).

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922 z póź. zm.).

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 2010, poz. 1540).

Na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia działa Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych¹⁷. Przedmiotem działalności Centrum jest wykonywanie zadań określonych w przepisach ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz opracowanie w porozumieniu z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych ramowych programów kursów kwalifikacyjnych i ramowych programów kursów specjalistycznych¹⁸. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej mówi o obowiązku i o prawie stałego aktualizowania swojej wiedzy zawodowej przez pielęgniarki i położne¹⁹ (tabela 1).

Ministerstwo Zdrowia określa limity miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych oraz kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego ze środków Funduszu Pracy²⁰. Limity miejsc szkoleniowych ustalane są pod kątem zapotrzebowania na specjalistów w poszczególnych dziedzinach. W 2011 roku limit miejsc szkoleniowych dofinansowanych ze środków Funduszu Pracy dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w roku 2011 wynosił 1850, a kwota dofinansowania do jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynających się w roku 2011 – nie więcej niż 4 337,00 zł²¹.

Minister Zdrowia wydał również rozporządzenie w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne, w tym na studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych. Wyróżnia się następujące rodzaje kształcenia podyplomowego: szkolenie specjalizacyjne, zwane dalej „specjalizacją”, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, kursy dokształcające.

Szkolenie specjalizacyjne (specjalizacja) ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie. Kurs kwalifikacyjny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznych kwalifikacji do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Kurs specjalistyczny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną kwalifikacji do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych. Kurs dokształcający ma na celu pogłębienie i aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych pielęgniarki, położnej. Załącznik Nr 1 do uchwały DORPiP Nr 77/2009/V z 18 kwietnia 2009 r. określa zasady ubiegania się o refundację kosztów poniesionych w związku z podnoszeniem kwalifikacji²². W 2002

¹⁷ Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia w sprawie CKPPiP z dnia 22 lipca 2010 r. Nr 9, poz. 53.

¹⁸ <http://www.ckppip.edu.pl/>

¹⁹ Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. Dz.U.Nr 91. poz 410 z późn. zm.

²⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2010 r. w sprawie limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych oraz kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego ze środków Funduszu Pracy w roku 2011 (Dz. Urz.M.Z. Nr 13, poz. 78 z 2010 r.).

²¹ <http://www.ckppip.edu.pl>

²² <http://www.doipip.wroc.pl>

Tabela 1. Wykaz specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa

Specjalizacje pielęgniarstwa	Kursy kwalifikacyjne w dziedzinach pielęgniarstwa
rodzinnego	rodzinnego
w ochronie zdrowia pracujących	w ochronie zdrowia pracujących
środowiska nauczania i wychowania	środowiska nauczania i wychowania
zachowawczego	zachowawczego
geriatrycznego	
kardiologicznego	
nefrologicznego	nefrologicznego z dializoterapią
diabetologicznego	
pediatrycznego	pediatrycznego
chirurgicznego	chirurgicznego
operacyjnego	operacyjnego
anestezjologicznego i intensywnej opieki	anestezjologicznego i intensywnej opieki
onkologicznego	onkologicznego
psychiatrycznego	psychiatrycznego
opieki długoterminowej	opieki długoterminowej
neurologicznego	
opieki paliatywnej	opieki paliatywnej
ratunkowego	ratunkowego
w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej
neonatologicznego	neonatologicznego
epidemiologicznego	epidemiologicznego
w dziedzinie organizacji i zarządzania	w dziedzinie organizacji i zarządzania

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197 poz.1922 z późn. zm.).

roku eksperci Unii Europejskiej dokonali przeglądu i analizy programów kształcenia pielęgniarek i położnych realizowanych w Polsce przed akcesją. W wyniku analizy stwierdzono, że programy te nie spełniają wymogów w zakresie standardów kształcenia dla tych zawodów obowiązujących w Europie. W 2004 roku uruchomione zostały pierwsze studia, tzw. pomostowe, mające na celu uzupełnienie kwalifikacji zawodowych w ramach projektu systemowego „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”. Podniesienie kwalifikacji zawodowych na studiach pomostowych wpłynie na zwiększenie jakości opieki pielęgniarstwiej. Aktualnie studia pomostowe są współfinansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007–

2013. Na realizację projektu przeznaczono 179 607 929,02 zł – 85% to środki pochodzące z EFS, 15% to środki pochodzące z budżetu państwa²³. Od początku projektu do 30 września 2010 roku studia rozpoczęło 9679 pielęgniarek i położnych, natomiast ukończyło je 3742.

4. Założenia metodologiczne przeprowadzonych badań

Celem niniejszej pracy było podjęcie próby odpowiedzi na kilka pytań dotyczących podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez personel pielęgniarski. Zasadnicze pytania brzmiały:

1. Jakie czynniki motywują pielęgniarki do podejmowania decyzji o kształceniu podyplomowym?

2. Z jakich form kształcenia korzystają pielęgniarki?

3. Dlaczego jedni pracownicy podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe, a inni nie?

Odpowiedzi na te pytania szukano w przeprowadzonym wśród pielęgniarek sondażu diagnostycznym. Sondaż przeprowadzono za pomocą opracowanego kwestionariusza ankiety. Ankieta była anonimowa. W badaniu wzięło udział 55 pielęgniarek z 556 zatrudnionych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy. Stanowi to 9,89% zatrudnionej kadry pielęgniarskiej. Ankietowane pielęgniarki mieściły się w przedziale wiekowym od 30. do 56. roku życia. Średnia wieku ankietowanych pielęgniarek wyniosła 41 lat. Do celów badawczych ustalono przedziały wiekowe pielęgniarek co 5 lat. Podziału dokonano ze względu na występujące zmiany w systemie kształcenia pielęgniarek na przestrzeni minionych lat.

W grupie wiekowej 30–35 lat ankietowano 12 pielęgniarek. 11 pielęgniarek posiada wykształcenie średnie pielęgniarskie. Najmłodsza badana pielęgniarka (30 lat) posiada wykształcenie magisterskie pielęgniarskie. W tej grupie ogółem 7 pielęgniarek posiada licencjat z pielęgniarstwa, 3 pielęgniarki posiadają studia magisterskie pielęgniarskie. W tej grupie 1 pielęgniarka posiadająca dyplom magistra pielęgniarstwa ukończyła studia magisterskie inne oraz studia wyższe podyplomowe.

W grupie wiekowej 36–40 lat na pytania z ankiety odpowiedziało 19 pielęgniarek. Wszystkie pielęgniarki posiadają wykształcenie średnie medyczne, 6 pielęgniarek posiada licencjat z pielęgniarstwa, 1 pielęgniarka posiada wykształcenie magisterskie pielęgniarskie, natomiast 2 pielęgniarki wykształcenie wyższe inne.

W grupie wiekowej 41–45 lat na pytania z ankiety odpowiedziało 12 pielęgniarek. Wszystkie pielęgniarki posiadają wykształcenie średnie medyczne, 4 pielęgniarki posiadają licencjat pielęgniarski, 2 pielęgniarki posiadają wykształcenie magisterskie pielęgniarskie, 2 pielęgniarki wykształcenie wyższe inne oraz 1 pielęgniarka posiada ukończone studia podyplomowe.

W grupie wiekowej 46–50 lat na pytania z ankiety odpowiedziało 8 pielęgniarek. Wszystkie pielęgniarki posiadają wykształcenie średnie medyczne, 1 pielęgniarka posiada wykształcenie wyższe inne oraz studia podyplomowe.

W grupie wiekowej powyżej 50 lat na pytania z ankiety odpowiedziały 4 pielęgniarki. Wszystkie pielęgniarki posiadają wykształcenie średnie medyczne, 1 pielęgniarka posiada wykształcenie wyższe inne oraz studia podyplomowe.

²³ Ulotka informacyjna współfinansowana przez UE w ramach EFS wydana przez Ministerstwo Zdrowia.

25 pielęgniarek ankietowanych posiada wykształcenie wyższe. Stanowi to 45,45% ankietowanych pielęgniarek.

5. Analiza wykształcenia pielęgniarek zatrudnionych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy został utworzony na podstawie zarządzenia nr 23 Wojewody Legnickiego z dnia 5 września 1987 r. w myśl ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej²⁴. Organem założycielskim jest Samorząd Województwa Dolnośląskiego. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy zajmuje się udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Naczelnej pielęgniarce podlegają funkcjonalnie wszystkie pielęgniarki zatrudnione w szpitalu. 1 stycznia 2011 roku w szpitalu było zatrudnionych 556 pielęgniarek. 156 pielęgniarek posiada ukończony licencjat z pielęgniarstwa, stanowi to 28,10% zatrudnionych pielęgniarek. Wykształcenie wyższe pielęgniarckie z tytułem magistra posiada 38 pielęgniarek, co stanowi 6,83% zatrudnionych pielęgniarek. 22 pielęgniarki posiadają wykształcenie wyższe magisterskie w innych dziedzinach, co stanowi 3,95% zatrudnionych pielęgniarek. Ogółem wykształcenie wyższe posiada 38,88% zatrudnionych pielęgniarek.

Tabela 2. Kursy kwalifikacyjne ukończone przez pielęgniarki i położne
w szpitalu w Legnicy

Nazwa kursu kwalifikacyjnego	Ilość pielęgniarek posiadających kurs kwalifikacyjny
Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki	70
Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie organizacji i zarządzania	30
Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie medycyny paliatywnej	12
Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie medycyny pracy	5
Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego	2

Źródło: opracowanie własne.

Najwięcej pielęgniarek posiada kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki (70 osób), a ogółem pielęgniarki ukończyły 119 kursów kwalifikacyjnych. Specjalizację posiada 111 pielęgniarek, co stanowi 19,96% zatrudnionych pielęgniarek. W trakcie specjalizacji jest 30 pielęgniarek, stanowi to 5,39% zatrudnionych pielęgniarek.

²⁴ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. Nr 91 poz. 408).

Tabela 3. Specjalizacje ukończone przez pielęgniarki w szpitalu w Legnicy

Nazwa specjalizacji	Ilość pielęgniarek posiadających specjalizację
specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego	27
specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki	20
specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego	19
specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa dziecięcego	11
specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego	10
Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego	9
Specjalizacja w dziedzinie organizacji i zarządzania	5
Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego	3
Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego	2
Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego	2
Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego	1
Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej	1
Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego	1
Razem:	111
W trakcie specjalizacji	30

Źródło: opracowanie własne

Ogółem specjalizacje będzie posiadało 25,35% zatrudnionej kadry pielęgniarskiej. Najwięcej pielęgniarek posiada specjalizację z pielęgniarstwa chirurgicznego (27 osób). W szpitalu wykorzystywana jest również wiedza specjalistek w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, opieki długoterminowej i pielęgniarstwa rodzinnego (w tych dziedzinach po 1 osobie).

Tabela 4. Kursy specjalistyczne ukończone przez pielęgniarki i położne w szpitalu w Legnicy

Nazwa kursu specjalistycznego	Ilość pielęgniarek posiadających kurs specjalistyczny
Kurs specjalistyczny z zakresu RKO	144
Kurs specjalistyczny z zakresu wykonywania i interpretacji zapisu EKG	30
Kurs specjalistyczny z zakresu podawania leków cytostatycznych	33
Kurs specjalistyczny wykonywania i oceny testów skórnych	13

Źródło: opracowanie własne

Ogółem pielęgniarki ukończyły 220 kursów specjalistycznych. Zwrócono uwagę, że są pielęgniarki w szpitalu, które posiadają ukończone po kilka kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i doskonalących.

Tabela 5. Kursy doskonalące ukończone przez pielęgniarki w szpitalu w Legnicy

Nazwa kursu doskonalącego	Ilość pielęgniarek posiadających kurs doskonalący
Kurs doskonalący leczenia ran	25
Kurs doskonalący – udar mózgu – rola pielęgniarki w postępowaniu rehabilitacyjnym umożliwiającym powrót do zdrowia	12
Kurs doskonalący przeciwdziałania przemocy w rodzinie	8

Źródło: opracowanie własne

Pielęgniarki ukończyły łącznie 45 kursów doskonalących. Najwięcej pielęgniarek posiada ukończony kurs leczenia ran, 12 pielęgniarek poszerzyło swoją wiedzę w zakresie rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu, 8 pielęgniarek wzięło udział w kursie dotyczącym przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Ustawiczny udział pielęgniarek w specjalizacjach i kursach wpływa na podnoszenie jakości świadczonych przez pielęgniarki usług, prowadzi do zadowolenia pacjentów z tych usług, poszerza konkurencyjność zakładu opieki zdrowotnej oraz daje pracownikom osobistą satysfakcję. W obecnych czasach społeczeństwo nie akceptuje kadry bez odpowiednich kwalifikacji zawodowych.

6. Analiza czynników motywujących pielęgniarki do podwyższania kwalifikacji zawodowych

Na pytanie: „Co Panią motywowało lub motywuje do podnoszenia kwalifikacji zawodowych?” – pielęgniarki odpowiedziały różnie w grupach wiekowych. Analizie poddano następujące czynniki motywujące: zmianę miejsca pracy (oddziału), awans zawodowy, wymóg posiadania określonych kwalifikacji, korzyści finansowe, prestiż zawodowy, wewnętrzną potrzebę, motywację ze strony przełożonych, presję rodziny i inne czynniki.

Analiza czynników motywujących wpływających na podnoszenie kwalifikacji wykazała, że najwyższą ocenianym czynnikiem motywującym w pierwszej grupie wiekowej była motywacja ze strony przełożonych, korzyści finansowe i wewnętrzną potrzebę.

Grupę drugiej motywowały do podnoszenia kwalifikacji zawodowych korzyści finansowe, prestiż zawodowy i wewnętrzną potrzebę. Pielęgniarki w grupie trzeciej i czwartej najwyższą oceniali takie czynniki motywujące jak: zmiana miejsca pracy, wewnętrzną potrzebę, a nawet presję rodziny. W grupie piątej pielęgniarki wskazują również na inne czynniki, presję rodziny oraz korzyści materialne. W całej grupie badawczej najwyższe wskaźniki dotyczyły:

- korzyści finansowych (6,2);
- wymogu posiadania określonych kwalifikacji (5,2);
- zmiany miejsca pracy (5,0).

W pierwszej grupie wiekowej (30–35 lat):

- 3 osoby planują podnieść kwalifikacje do poziomu licencjata pielęgniarstwa;
- 1 osoba z wykształceniem wyższym pielęgniarstwowym oraz dodatkowo innym wyższym ustawicznie się kształci i planuje dalej podnosić swoje kwalifikacje;
- wśród 6 pielęgniarek z ukończonym licencjatem pielęgniarstwa tylko 1 osoba planuje podnieść kwalifikacje na studiach wyższych;
- 2 pielęgniarki z wykształceniem wyższym pielęgniarstwowym i tytułem magistra nie planują już kształcić.

W grupie wiekowej 36–40 lat:

- 3 pielęgniarki planują podnieść wykształcenie do poziomu licencjata pielęgniarstwa;
- 1 pielęgniarka aktualnie podnosi wykształcenie do poziomu licencjata pielęgniarstwa.

W grupie wiekowej 41–45 lat:

- 2 pielęgniarki planują podnieść wykształcenie do poziomu licencjata pielęgniarstwa;
- 1 pielęgniarka aktualnie podnosi wykształcenie do poziomu licencjata pielęgniarstwa.

W grupie wiekowej 46–50 lat:

- 1 pielęgniarka planuje podnieść wykształcenie do poziomu licencjata pielęgniarstwa;
- 3 pielęgniarki aktualnie podnoszą kwalifikacje do poziomu licencjata pielęgniarstwa, nie planują dalszego kształcenia.

W grupie wiekowej powyżej 50 lat:

- pielęgniarki nie planują kształcić się, używają argumentu, „że ze względu na wiek”.

Na pytania: „Czy planuje Pani kształcić się na studiach wyższych? Jeśli tak, to co Panią motywuje do podniesienia wykształcenia?” – pielęgniarki odpowiedziały różnie w grupach wiekowych. Na decyzje dotyczące dalszego kształcenia się przez pielęgniarki mają wpływ takie czynniki motywujące jak: korzyści finansowe, motywacja ze strony przełożonych, prestiż zawodowy. Najwyższe wskaźniki w tej grupie badawczej mieściły się w granicach od 6,4 do 6,0. Na pytanie ankietowe: „Jeśli nie podnosi Pani kwalifikacji, to dlaczego?” – pielęgniarki w badaniu oceniały 13 czynników.

Pielęgniarki jako najważniejszy czynnik wpływający na to, że nie podnoszą kwalifikacji zawodowych, podały brak opieki nad dziećmi, następnie brak motywacji, jako trzeci ważny czynnik podały brak interesujących form kształcenia w Legnicy, brak czasu, brak finansów. Ważnym czynnikiem był brak motywacji ze strony przełożonych oraz brak urlopów szkoleniowych.

7. Ocena skuteczności motywowania personelu do podwyższania kwalifikacji

Oceniając skuteczność motywowania kadr do uczenia się, należy zawsze doceniać uczenie się przez zdobywanie doświadczenia. Doświadczenie natomiast rozumiane jest jako sposób na poprawę sprawności. Systematyczne szkolenia w miejscu pracy są narzędziem do nabywania doświadczenia przez nowych pracowników poprzez wykorzystywanie doświadczenia starszych stażem współpracowników. Na terenie szpitala odbywają się szkolenia dla pielę-

gniarek. Prelegentami są koleżanki pielęgniarki z poszczególnych oddziałów szpitalnych. Tematyka szkoleń jest ustalana przez oddział prowadzący szkolenie. Jest to ciekawa forma przekazywania wiedzy, wykorzystująca doświadczenie zawodowe i profesjonalizm zatrudnionych pielęgniarek. Na pytanie w ankiecie: „Czy uważa Pani, że dostępne formy kształcenia są odpowiednie dla pielęgniarek?” – 41 pielęgniarek odpowiedziało: „Tak”, 9 pielęgniarek ankietowanych odpowiedziało: „Nie”, 5 pielęgniarek nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Do ważnych zadań kadry zarządzającej należy motywowanie personelu do podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Na pytanie ankietowe dotyczące skuteczności motywowania przez przełożonych tylko 9 pielęgniarek odpowiedziało, że to właśnie przełożeni motywowali je do podnoszenia kwalifikacji zawodowych, stanowi to 16,36% ankietowanych pielęgniarek. 27 ankietowanych pielęgniarek informacje dotyczące kształcenia podyplomowego otrzymało od swoich przełożonych, stanowi to 49,09% ankietowanych pielęgniarek. Pozytywna motywacja do uczenia występuje wówczas, gdy personel ma świadomość, że jest w stanie nauczyć się nowych treści, które pomogą mu w rozwiązywaniu znaczących problemów w pracy zawodowej. Z ankiety można wyciągnąć wnioski, że bardzo często trudnościami w podejmowaniu kształcenia podyplomowego jest bariera finansowa, brak opieki nad dziećmi oraz brak w Legnicy interesujących form kształcenia. Wskazane byłoby, aby zakład pracy partycypował w kosztach podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarki poprzez zwrot kosztów dojazdów i opłat za kształcenie podyplomowe.

8. Wnioski

Pielęgniarki w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy planują podnosić swoje kwalifikacje na studiach wyższych pielęgniarskich licencjackich oraz uzupełniających studiach magisterskich. Dodatkowo są zainteresowane kursami kwalifikacyjnymi, specjalistycznymi i doskonalącymi. Ta forma kształcenia umożliwi pielęgniarkom pogłębianie swojej wiedzy niezbędnej do codziennej pracy. Duże zainteresowanie wykazują kursami w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, wykonywania EKG, leczenia ran, opieki nad pacjentem geriatrycznym. Chętnie podejmą naukę na specjalizacjach w dziedzinie opieki długoterminowej, zachowawczej, geriatrycznej. Są zainteresowane szkoleniami dotyczącymi schorzeń cywilizacyjnych, takich jak cukrzyca, choroba niedokrwienna. Pielęgniarki są zainteresowane kursami językowymi, konferencjami wyjazdowymi, wymianą naukową międzynarodową. Uważają, że dostępne formy szkoleń są dla nich odpowiednie. O kształceniu podyplomowym dowiadują się z czasopism zawodowych, z internetu, od koleżanek oraz od przełożonych.

Ankietowane pielęgniarki wypowiedziały się, że chętnie skorzystałyby ze szkoleń przeprowadzanych przez firmy zewnętrzne, ukierunkowane na ich bezpośrednio wykonywaną pracę w danych oddziałach. Chcą uzyskiwać specjalistyczną wiedzę związaną z profilem oddziału, na jakim pracują.

Wysoko ocenianym czynnikiem motywującym do podnoszenia kwalifikacji są:

- korzyści finansowe,
- prestiż zawodowy,
- motywacja wewnętrzna wynikająca z potrzeb osobistych.

Dążąc do utrzymania wysokiego poziomu świadczonych usług, należy:

- dokonać szczegółowego przeglądu wykształcenia i kwalifikacji kadry pielęgniarskiej zatrudnionej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy,
- opracować i wprowadzić zasady ciągłego podnoszenia kwalifikacji,

- rozszerzyć zakresy czynności i obowiązków dla pielęgniarek posiadających dodatkowe kwalifikacje zawodowe,
 - wprowadzić system bodźców motywujących pielęgniarki do podnoszenia kwalifikacji zawodowych.
 - Wykorzystać dla dobra oddziału i pacjenta zdobywaną przez kadrę pielęgniarską wiedzę.
- Z przeprowadzonego badania wyciągnięto także wnioski, że Pielęgniarki w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy:
- systematycznie podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe,
 - posiadają wiedzę na temat możliwości kształcenia podyplomowego,
 - w większości planują kształcenie w przyszłości,
 - realnie oceniają szanse i przeszkody w realizacji kształcenia,
 - realnie oceniają zawodowe i osobiste korzyści wynikające z podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Bibliografia

- Armstrong M., *Zarządzanie ludźmi. Praktyczny przewodnik dla menedżerów liniowych*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2007.
- Knowles M.S., Holton E.F., Swanson R.A., *Edukacja dorosłych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Lichtarski J., *Podstawy nauki o przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1998.
- Mietzel G., *Psychologia kształcenia. Praktyczny podręcznik dla pedagogów i nauczycieli*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- Opolski K., Dykowska G., Moździonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2005.
- Potencjał pracy w przedsiębiorstwie, problemy praktyczne*, red. M. Gableta, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1999.
- Profesjonalizm w instytucjach opieki zdrowotnej*, red. E. Baum, R. Staszewski, Agrainvest, 2008 (<http://agrainvest.pl/wp-content/uploads/2010/01/profesjonalizm-w-instytucjach-opieki-zdrowotnej.pdf>).
- Robbins S.P., *Zachowania w organizacji*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Warszawie, Warszawa 1998.
- Steinmann H., Schreyogg G., *Zarządzanie. Podstawy kierowania przedsiębiorstwem. Koncepcje, funkcje, przykłady*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1998.
- Ulotka informacyjna współfinansowana przez UE w ramach EFS wydana przez Ministerstwo Zdrowia.
- Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia w sprawie CKPPIP z dnia 22 czerwca 2010 r. Nr 9, poz. 53.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2010 r. w sprawie limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych oraz kwoty dofinansowania jednego miej-

sca szkoleniowego ze środków Funduszu Pracy w roku 2011 (Dz. Urz.M.Z. Nr 13, poz. 78 z 2010 r.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923).

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. Nr 91 poz. 408).

Ustawa o zawodach pielęgniarke i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. (Dz. U. Nr 91 poz. 410 z późn. zm.).

<http://www.doipip.wroc.pl>

<http://www.ckppip.edu.pl>

SUMMARY

The influence of motivational factors over postgraduate education of nurses in the Provincial Specialist Hospital in Legnica

Adult learning is caused by various incentives for learning. Adults tend to trigger increased motivation for learning, when they see the possibility of a solving their life problems this way, or see the internal benefits of learning. This does not mean that external rewards, for example financial incentives, do not matter, but a stronger motivating factor is to meet internal needs. Adult Motivation is the sum of four factors such as success, desire, value and pleasure. Aim of this study is to analyze the motivating factors that affect the attitude of nurses employed in the Hospital in Legnica to postgraduate, and to improve skills. Surveyed nurses were working in hospital wards with different therapeutic profiles.

The diagnostic survey was attended by nurses employed at the Provincial Hospital in Legnica. Surveyed nurses worked in hospital wards with different therapeutic profiles.

The study group was divided into age subgroups. The division was made because of changes in the educational system in Poland over the last 36 years. It gave the image of achieved qualifications by the nurses over few decades. Nurses constantly improve their professional qualifications. They have completed specialization courses, qualifications, specialist and refresher training. They increase their skills at the undergraduate and master's degree complementary studies.

Key words: the needs, motivation, material incentives, training, courses specializations

Barbara Kozomarcz

Wydział Medyczny PWSZ im. Witelona w Legnicy

Opieka pielęgniarska nad przebywającym w domu dzieckiem z guzem mózgu w terminalnym stadium choroby

STRESZCZENIE

Dzieci dotknięte nieuleczalnymi chorobami, w tym chorobami nowotworowymi, to grupa pacjentów wymagająca specjalnej opieki i pielęgnacji. Niniejsza praca określa rolę pielęgniarki w opiece nad dzieckiem nieuleczalnie chorym, przebywającym w domu oraz ukazuje znaczenie całościowego podejścia, uwzględniającego fizyczne, emocjonalne, społeczne i duchowe aspekty pielęgnacji i opieki.

W przypadku dziecka w terminalnym stadium choroby istotne jest umiejętne przygotowanie rodziny do asystowania w procesie jego odchodzenia. Nie ma odpowiedniego czasu na chorobę i umieranie. Choroba zawsze pojawia się nie w porę, wprowadzając zamęt i chaos w życiu całej rodziny, dziecko zaś pozbawia dzieciństwa, radości i bez troski. Pielęgniarka musi zmierzyć się z reakcjami emocjonalnymi pacjentów w różnych stadiach choroby nowotworowej, reakcjami emocjonalnymi rodziny umierającego dziecka, a także własnymi odczuciami.

Niezwykle istotne jest wskazanie znaczenia terminalnej opieki paliatywnej, określonej mianem towarzyszenia, czuwania, bycia z dzieckiem nieuleczalnie chorym lub umierającym, opieki, która niesie pomoc rodzinie nie tylko podczas trwania choroby, ale również w okresie żałoby po utracie dziecka.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, guz mózgu, opieka paliatywna, towarzyszenie dziecku umierającemu, wsparcie, empatia.

Wstęp

Guzy mózgu stanowią najczęstszą grupę wśród nowotworów litych wieku dziecięcego i drugą pod względem częstości wśród nowotworów dziecięcych ogółem¹. Klasyfikacja guzów opiera się na ich budowie histologicznej i umiejscowieniu. Większość z nich to glejaki wywodzące się z komórek glejowych, zwanych inaczej komórkami podporowymi ośrodkowego układu nerwowego.

W przypadku dzieci opieka paliatywna w chorobach nowotworowych jest częścią opieki pediatrycznej, zawiera w sobie czynniki fizyczne, psychiczne, socjalne oraz duchowe. Jej celem jest poprawa jakości życia dziecka, która nie może polegać na przedłużaniu jego ży-

¹ M.E. Muscari, *Pediatrics i pielęgniarstwo pediatryczne*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005, s. 490.

cia kosztem dodatkowych cierpień. Najlepszym modelem takiej opieki jest model domowy ze względu na fakt, iż środowisko domu rodzinnego jest najbardziej sprzyjające dzieciom, zapewniając poczucie bezpieczeństwa, spokój, obecność osób najbliższych.

1. Epidemiologia i objawy choroby nowotworowej

Nowotwór cechuje się niekontrolowanym wzrostem i rozmnażaniem. Do jego rozwoju prowadzą zmiany genetyczne oraz epigenetyczne zwane onkogenezą. Zmiany te pogłębiają niekontrolowany wzrost komórki². Spośród guzów złośliwych najczęściej występują gwiaździanki, rdzeniaki, glejaki pnia mózgu oraz wyściółczaki. Wywodzą się ze wszystkich elementów wewnątrzczaszkowych, takich jak: komórki glejowe, neurony, komórki nabłonka nerwowego, nerwów czaszkowych, naczyń krwionośnych, szyszynki oraz przysadki³. Głojak wielopostaciowy jest jednym z najczęstszych i najbardziej śmiertelnych pierwotnych nowotworów złośliwych mózgu. Rozwija się z komórek glejowych, najliczniejszych komórek układu nerwowego, pełniących jednocześnie funkcje wspomagające, ułatwiające pracę neuronów. Pewne objawy są charakterystyczne dla określonych umiejscowień guza. Najczęściej występują bóle głowy o charakterze przerywanym, pojawiające się po przebudzeniu. Do pozostałych charakterystycznych objawów zalicza się ataksję, obniżone napięcie mięśniowe oraz osłabienie ruchów. W niektórych przypadkach obserwuje się napady drgawkowe, podwyższone ciśnienie tętnicze, zwolnienie częstości tętna oraz zaburzenia widzenia. Uwidocznienie guza jest możliwe dzięki badaniom tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego.

2. Opieka paliatywna

Człowiek jest jedyną istotą świadomą swojej śmiertelności. Niezależnie od tego konfrontacja ze śmiercią jest zawsze czymś trudnym, dotykającym najbardziej osobistych i intymnych przeżyć. Opieka paliatywna to całościowa, aktywna pomoc udzielana chorym, u których nie stwierdza się poprawy stanu zdrowia pomimo stosowanego leczenia przyczynowego. Jej celem jest osiągnięcie jak najlepszej jakości życia chorego i jego rodziny, łagodzenie cierpienia, przygotowanie do spokojnej śmierci i zapewnienie opieki nad osieroconą rodziną⁴. Opieka ta respektuje życie i jest przeciwna eutanazji, uznając równocześnie śmierć jako zjawisko naturalne, sprzeciwia się stosowaniu intensywnej, uporczywej terapii mającej na celu przedłużenie życia za wszelką cenę.

2.1. Opieka paliatywna w pediatrii

Śmierć każdego małego pacjenta jest dla pielęgniarki głębokim przeżyciem, wiąże się z odczuwaniem smutku, współczucia, a niejednokrotnie stresu i żalu. Pielęgniarka kieruje się

² *Onkologia w praktyce*, red. A. Deptała, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 14.

³ M. E. Muscari, *Pediatrics i pielęgniarstwo...*, op. cit., s. 490–491.

⁴ *Podstawy pielęgniarstwa*, t. I, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 735.

w swojej pracy słowami Cicely Saunders: „Liczysz się, ponieważ jesteś tym, kim jesteś. Liczysz się do ostatniej chwili swojego życia. Zrobimy wszystko, co w naszej mocy, nie tylko pomagając Ci spokojnie umrzeć, ale także żyć aż do śmierci”. Mianem opieki terminalnej określa się taki stan pacjenta, w którym leczenie nie jest już możliwe lub też dalsze zabiegi medyczne mogłyby jedynie przedłużać cierpienie⁵. Dla wielu lekarzy wejście choroby w stadium terminalne jest swoistą porażką. Niemniej pomimo to obowiązkiem jest opieka nad pacjentem do ostatnich chwil życia. „Stanowi ona ważną część opieki paliatywnej i zazwyczaj odnosi się do postępowania ofiarowanego w okresie ostatnich dni, gdy staje się oczywiste, że kres życia zbliża się nieuchronnie. Kultura towarzyszenia umieraniu pomaga przede wszystkim umierającym [...]. Jeszcze większe znaczenie właściwe towarzyszenie umieraniu ma dla najbliższych zmarłego, gdyż pomaga im zidentyfikować się z nową rolą człowieka przeżywającego żałobę”⁶.

Powszechną reakcją emocjonalną wobec choroby terminalnej jest lęk, niepokój, poczucie zagrożenia. Opieka paliatywna nad dziećmi i młodzieżą jest aktywnym i całościowym podejściem obejmującym fizyczne, emocjonalne, społeczne i duchowe elementy. Skupia się na poprawie jakości życia dziecka i wspieraniu rodziny⁷. Bardzo trudnym zadaniem dla pielęgniarki jest radzenie sobie z reakcjami pacjenta i jego rodziny oraz wspieranie ich w trudnych dla wszystkich chwilach. Wszystko to sprawia, że wiedza psychologiczna okazuje się niezbędna w pracy lekarza i pielęgniarki⁸.

Światowa Organizacja Zdrowia w 1998 roku zaleciła w wiążący sposób tworzenie strategii i procedur adekwatnych do potrzeb pacjenta pediatrycznego⁹. Jak widać, opieka paliatywna w pediatrii nie wykazuje się długą tradycją – nie było to spowodowane lekceważeniem wagi problemów, lecz nastawieniem personelu medycznego i rodziców, którzy nie dopuszczali do siebie myśli o dobieganiu do końca życia, które zaledwie się rozpoczęło. Walczono o przetrwanie nawet wtedy, gdy nie istniały już żadne realistyczne przesłanki co do skuteczności podjętych terapii. Najważniejszą sprawą jest umiejętne słuchanie głosu dziecka, szanowanie jego woli. Wsparcia udzielają lekarz, psycholog oraz kapelan. Widać tu ogromne znaczenie pracy zespołowej.

Od sposobu postrzegania choroby, reakcji emocjonalnych i postaw względem leczenia zależy radzenie sobie ze stresem choroby nowotworowej w różnych jej stadiach. Według Mental Adjustment to Cancer Scale strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową przedstawiają się następująco:

1. Stoicka akceptacja, fatalizm, co wiąże się z uznaniem powagi choroby, nieodwracalnością losu: „Muszę się z chorobą pogodzić”.
2. Pozytywne unikanie, zaprzeczanie: „Nie wierzę, że to naprawdę rak”.
3. Bezradność i beznadziejność, bierne poddanie się sytuacji choroby: „Zbliży się koniec życia i nic na to nie mogę poradzić”.

⁵ *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*, red. B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, s. 41.

⁶ *Kultura obchodzenia się z umieraniem i śmiercią* [w:] „Na temat. Zeszyty dla profesjonalnie pomagających”, grudzień 2008, s. 12.

⁷ J. Słowik, T. Daniel, *Domowa opieka paliatywna* [w:] *Pediatrics*, red. A. Radzikowski, A. Banaszkiwicz, Wydawnictwo MediPage, Warszawa 2008, s. 564.

⁸ B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski (red.), *Psychologia lekarska...*, op. cit., s. 35.

⁹ *Opieka paliatywna w pediatrii* [w:] „Na temat. Zeszyty dla profesjonalnie pomagających”, grudzień 2008, s. 21.

4. Walka z chorobą, postawa ducha walki, traktowanie choroby jako wyzwania: „Nie poddam się, będę walczyć”.

5. Ruminação i zaabsorbowanie lękowe – stałe myślenie o chorobie, sprawdzanie stanu zdrowia, obserwowanie, koncentrowanie się na objawach: „Codziennie sprawdzam stan moich piersi”¹⁰.

W fazie terminalnej choroby kluczowym staje się koncentrowanie wysiłków na dbaniu o jakość życia pacjentów, ich dobrostan duchowy, psychiczny i społeczny¹¹. Pojęcie śmierci i umierania kształtuje się wraz z wiekiem dziecka i stanowi ważny czynnik wpływający na jego rozwijającą się psychikę. Najczęściej dzieci nie chcą uczestniczyć w społecznym tabu dotyczącym problematyki umierania i poszukują informacji na ten temat¹². Pojęcie śmierci kształtuje się stopniowo i wiąże ze stadiami rozwoju poznawczego. Problem rozumienia śmierci przez dzieci terminalnie chore jest szczególnie trudny. Wydaje się jednak, że rozumieją one śmierć lepiej, niż wskazywałby na to wiek metrykalny. Personel medyczny oraz rodzice przejawiają w takich sytuacjach dwie skrajne postawy wobec dzieci terminalnie chorych. Z jednej strony unikają tematu choroby, z drugiej zaś są otwarci na zadawane przez dziecko pytania. Pierwsza postawa – unikająca, zaprzeczająca wręcz faktom – powoduje ogromny niepokój, poczucie osamotnienia, bycia oszukiwanym oraz niepewności, komu można w pełni zaufać. Poza tym milczenie dorosłych może być przeżywane przez dziecko jako porzucenie lub obojętność¹³. W sytuacji otwartości na zadawane pytania dzieci przejawiają mniejszą skłonność do depresji, lepiej funkcjonują i mają lepsze samopoczucie. Nieuchronne przybliżanie się do kresu życia wymaga realizowania kilku zasadniczych priorytetów:

1. Jakość egzystencji dziecka zależy od zmniejszenia dolegliwości, a szczególnie redukcji bólu.

2. Nie należy stwarzać sytuacji, w których rodzice nieuleczalnie chorego, umierającego dziecka będą wyłącznymi autorami decyzji o przełomowym znaczeniu, np. o zaprzestaniu uporczywej terapii. Ważne, aby mieli oni świadomość, iż to fachowy personel medyczny ma decydujące zdanie przy podejmowaniu trudnych decyzji.

3. Należy dać dziecku szansę na przygotowanie się do odejścia w sposób, który ono same uzna za właściwy. Dziecko ma prawo o tym mówić.

4. Pomaganie rodzinie z terminalnie chorym dzieckiem jest zadaniem interdyscyplinarnym, jednocześnie długofalowym. Pomocy potrzebuje dziecko, ale też jego rodzice i rodzeństwo.

5. Niezwykle istotne jest stworzenie optymalnego kontekstu socjalnego, dającego dziecku poczucie prowadzenia normalnego życia. Jest ono wtedy w stanie cieszyć się swoim życiem do ostatniej chwili.

6. W procesie komunikacji należy uwzględnić aktualny poziom rozwoju dziecka. Bardzo trudne jest podjęcie decyzji, czy i jak rozmawiać z nim o umieraniu i śmierci.

7. Dzieci kres życia chcą osiągnąć, przebywając w domu, w gronie rodziny. Muszą być wspomagane przez profesjonalistów. Idea hospicjów domowych wychodzi naprzeciw tej potrzebie¹⁴.

¹⁰ I. Heszten, H. Sęk. *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 301.

¹¹ Ibidem, s. 302.

¹² B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski (red.), *Psychologia lekarska...*, op. cit., s. 36.

¹³ Ibidem, s. 37.

¹⁴ *Opieka paliatywna w pediatrii...*, op. cit., s. 23–24.

Kontakt z dzieckiem umierającym budzi wiele obaw i jest niezwykle trudnym wyzwaniem. Bywa, że bezradność, poczucie winy z powodu, że nie można wyleczyć choroby, oraz brak umiejętności odnalezienia się w trudnej sytuacji powodują redukcję kontaktów z dzieckiem. Nie ma też powodu, aby chore dziecko na ostatnim etapie życia otaczała atmosfera przygnębienia i rezygnacji. Dzieci doceniają żarty, rozmowy na interesujące tematy, każdy przejaw zainteresowania nim jako człowiekiem, a nie przypadkiem medycznym. Wszelkim działaniom na rzecz chorego terminalnie dziecka towarzyszy nieustannie poczucie upływającego czasu. Jakże prawdziwe brzmią słowa: „Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą...”¹⁵. Jeżeli jest coś do zrobienia, należy to zrobić od razu, ponieważ za moment będzie to nieaktualne. Należy pamiętać, że: „kochamy wciąż za mało i stale za późno...”¹⁶.

3. Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem nieuleczalnie chorym

Pierwszą reakcją na wiadomość o nieuleczalnej chorobie dziecka jest szok określany mianem wstrząsu psychicznego. Faza szoku powoduje, iż rodzice chorego dziecka mają poczucie niezrozumienia informacji, odrzucają diagnozę, nie chcą dopuścić do siebie jej treści, poszukują innych specjalistów, którzy by przekazali pozytywną informację o zdrowiu dziecka. Emocjonalny szok przechodzi w fazę nazywaną kryzysem emocjonalnym. W tym czasie następuje rozpamiętywanie nieszczęścia, przeżywanie poczucia niesprawiedliwości i krzywdy. Jest to brak zgody na to, co nieodwracalne¹⁷.

Diagnoza: „guz mózgu” jest szokiem, traumą dla wszystkich. Rodzice i dziecko czują się skazani, złapani w pułapkę, bezradni. Uczuciem dominującym jest żal, lęk, złość, depresja. Elizabeth Kübler-Ross opisała reakcje stanowiące swoiste etapy, przez które przechodzi chory i jego rodzina, zanim zaakceptuje fakt nieuchronnej śmierci¹⁸:

1. Pierwszą reakcją jest zaprzeczenie i izolacja („to niemożliwe, to pomyłka”). Początkowo rodzina nie dopuszcza do swojej świadomości myśli o ciężkiej chorobie dziecka i rokowaniu. Zaprzecza prawdzie o kresie życia, unika kontaktów z ludźmi.

2. Drugą reakcją jest gniew i rozdrażnienie. Rodzice i niejednokrotnie dziecko zadają sobie pytanie: „Dlaczego właśnie ja?” Gniew i agresja jest najczęściej skierowana do ludzi z otoczenia: pielęgniarek, lekarzy, rodziny. Gniew w tym momencie jest wołaniem o pomoc, o uwagę i zainteresowanie.

3. Kolejną reakcją jest tzw. targowanie się, negocjacje (zawieranie układów z losem, z Bogiem, w zamian za przedłużenie życia i odroczenie śmierci). Etap ten jest prowadzony w tajemnicy przed otoczeniem, chore dziecko, jego rodzice są zamknięci w sobie, osamotnieni w swoim bólu i nieszczęściu.

4. Czwartą reakcją jest depresja związana z poczuciem straty, żalu, jaki przeżywa się w związku z nieuchronnym rozstaniem z życiem. Dochodzi do spadku nastroju.

5. Ostatnią reakcją jest pogodzenie się, które charakteryzuje spokojne oczekiwanie na zbliżającą się śmierć. Tego etapu nie należy uznawać za szczęśliwy, jest on nieomal po-

¹⁵ Cyt. z wiersza ks. Jana Twardowskiego *Śpieszmy się*.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski (red.), *Psychologia lekarska...*, op. cit., s. 39.

¹⁸ *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*, red. K. Zahradniczek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, s. 387.

zbawiony uczuć. Wszyscy są wyczerpani, chory odczuwa potrzebę snu, nie chce rozmawiać, kontakty odbywają się bez słów. Obecność pielęgniarki w tym okresie bardzo uspokaja i upewnia pacjenta, że nie jest sam i nie zostanie opuszczony aż do końca¹⁹.

Wszystkim powyższym etapom towarzyszy przez cały czas nadzieja pozwalająca nieuleczalnie chorym zachować spokój, znosić dolegliwości i przetrwać dni, miesiące cierpień. Najtrudniejszym momentem jest chwila odejścia dziecka. Ostatnie godziny życia i jego śmierć są wielkim sprawdzianem umiejętności pielęgniarki, to od jej zachowania zależy, czy rodzice umierającego dziecka otrzymają rzeczywiste wsparcie. Niezbędna w tej sytuacji jest dojrzałość emocjonalna i doświadczenie pielęgniarki oraz głębokie przekonanie, że taktowne i spokojne towarzyszenie dziecku i rodzicom jest najbardziej pożądaną formą pomocy.

Niniejsza praca powstała w oparciu o przypadek 13-letniej Natalii przyjętej w listopadzie 2008 roku do oddziału dziecięcego szpitala z powodu utrzymujących się od kilku dni silnych bólów głowy, wymiotów i ogólnego złego samopoczucia. Badanie TK głowy wykazało w lokalizacji struktur głębokich po stronie lewej patologiczną, nieregularną masę guzową, obejmującą obszar jąder podstawy, zwłaszcza wzgórze, sięgające do okolicy płata i pnia ciała modzelowatego, oraz wodogłowie. Obraz TK wskazywał na zmianę ogniskową mózgu o charakterze nowotworowym (npl – neoplasma). Po rozpoznaniu, w drugiej dobie pobytu podjęto decyzję o pilnym przekazaniu Natalki do Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. Przy przyjęciu stwierdzono objawy wzmózonego ciśnienia śródczaszkowego, sztywność karku, objaw Parinouda. Badania obrazowe wykazały guz tylnej części wzgórza po stronie lewej, naczyniak żylny w okolicy przyśrodkowej części lewej półkuli mózdzku oraz ostre wodogłowie wewnętrzne. Z uwagi na narastające objawy ciśnienia śródczaszkowego Natalię operowano w trybie pilnym, wykonano implantację zastawki komorowo-otrzewnowej, wykonano biopsję stereotaktyczną guza wzgórza lewego. W badaniu histopatologicznym rozpoznano GBM (*glioblastoma multiforme*). Po konsultacji Natalię przekazano do Kliniki Onkologii celem dalszego leczenia.

Od momentu rozpoznania choroby Natalia przebywała przez cały czas ze swoją mamą, która zrezygnowała z pracy, aby móc stale opiekować się dzieckiem. Na przełomie grudnia 2008 i stycznia 2009 roku po kolejnej chemioterapii wykonano badanie CT mózgu, które wykazało zmniejszenie frakcji torbielowatej guza. Zaplanowano radioterapię, po jej zakończeniu stan Natalki uległ pogorszeniu, wystąpiły objawy wzmózonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, bóle głowy, zaburzenia widzenia i senność patologiczna. Kontrolne badanie CT głowy wykazało powiększenie się masy guza, zwłaszcza jego torbielowatej części oraz wystąpienie obrzęku. Natalię zakwalifikowano do drenażu torbieli guza, w trybie pilnym wszczepiono zbiornik Rickhama. W kwietniu 2009 roku nastąpiło dalsze pogorszenie stanu zdrowia, wystąpiły zaburzenia równowagi, osłabienie, ból głowy, podwójne widzenie. Natalia potrzebowała wózka inwalidzkiego, nie mogła chodzić. Z powodu leukopenii kolejne kuracje zostały zastosowane z opóźnieniem – w lipcu, w październiku oraz w grudniu 2009 roku. Neurologicznie nastąpiła poprawa, Natalia zaczęła samodzielnie chodzić. Zaburzenia wzroku zmniejszyły się znacznie. Kolejne badania CT wykazały stopniowe zmniejszanie się guza. W styczniu 2010 roku Natalia trafiła ponownie do szpitala z powodu uporczywych wymiotów, gorączki powyżej 38,6°, leukopenii. Po konsultacji Natalia otrzymała ostatnią kurację podtrzymującą, do leczenia włączono Depakine. Po krótkotrwałej poprawie stanu zdrowia, w kwietniu 2010

¹⁹ K. Zahradniczek (red.), *Wprowadzenie...*, op. cit., s. 387.

roku Natalia została przyjęta do Kliniki z powodu szybko narastających objawów neurologicznych, takich jak zaburzenia czucia, niedowład, zaburzenia funkcji zwieraczy. Wykonano badanie MR, które potwierdziło progresję choroby pod postacią rozsiewu do kanału kręgowego i tylnej jamy czaszki. Po rozmowie z mamą Natalii podjęto decyzję o włączeniu paliatywnej chemioterapii drugiego rzutu. Dziewczynka z obustronnym niedowładem kończyn dolnych, zaburzeniami czucia i założonym cewnikiem wróciła do domu.

W czerwcu 2010 roku Natalia została ponownie przyjęta do szpitala z powodu anemizacji krwi obwodowej. Po otrzymaniu 2 jednostek koncentratu krwinek czerwonych wystąpiły drgawki uogólnione, które z niewielkimi przerwami trwały kilka godzin. Nastąpiło pogorszenie stanu świadomości, dziewczynka była bez kontaktu werbalnego. W 10. dniu pobytu w szpitalu Natalię na prośbę mamy wypisano do domu, gdzie została objęta opieką Hospicjum Domowego dla Dzieci.

3.1. Postępowanie pielęgniarskie w opiece nad dzieckiem przebywającym w domu

Objęcie opieką paliatywną przebywającej w domu Natalki było dla rodziny niezwykle ważnym, a jednocześnie trudnym wydarzeniem, ponieważ w pewien symboliczny sposób otwierało ono ostatni, tragiczny rozdział w życiu dziecka. Zadaniem lekarzy i pielęgniarek było osiągnięcie współpracy w zakresie opieki w taki sposób, aby wspólne działanie było zgodne z jak najlepszym interesem dziecka. Należało przede wszystkim wyjaśnić, w jaki sposób mama Natalki rozumiała działanie w najlepszym interesie dziecka oraz czy jej oczekiwania nie były sprzeczne z zasadami opieki paliatywnej, na których to zasadach opiera pracę Hospicjum Domowe. Zagadnienie to było o tyle istotne, iż Natalia była jedynym dzieckiem, wychowywanym tylko przez mamę. Przejawiając ogromny szacunek do życia, posiadając z jednej strony ogromną wiarę i nadzieję na wyleczenie i uzdrowienie Natalii, czyli w zasadzie „oczekując na cud”, rodzina musiała zaakceptować nieuniknioną śmierć jako naturalne zakończenie nieuleczalnej choroby.

Towarzystwo matki w chorobie dziecka od jej rozpoznania aż do chwili objęcia opieką paliatywną, przejście przez wszystkie etapy dwuletniej walki o życie i zdrowie Natalii sprawiło, iż jej mama zrozumiała ideę opieki paliatywnej, świadomie podjęła decyzję o niestosowaniu uporczywej terapii w celu przedłużenia życia. Miała świadomość, iż pobyt w szpitalu może się wiązać z ryzykiem zastosowania uporczywej lub eksperymentalnej terapii. Dlatego też podjęła decyzję o dalszym sprawowaniu opieki nad Natalią w domu. Wiedziała, że dziecko będzie szczęśliwe, przebywając w znanym i przyjaznym otoczeniu, wśród swoich ulubionych przedmiotów. Skupiła się na zapewnieniu swojemu dziecku jak najlepszych warunków, chronienia przed bólem, niwelowania nieprzyjemnych objawów choroby. Bardzo ważne na tym etapie było otrzymanie przez rodzinę emocjonalnego wsparcia. Pozwalało ono poradzić sobie z napięciem i przeżyciami, oswajało z treścią diagnozy. Był to niejako wstęp do budowania realnego obrazu choroby Natalii.

Przystosowanie się do wymogów leczenia, akceptacja choroby nie udaje się wszystkim rodzicom²⁰. Pogodzenie się rodziców z diagnozą, zrozumienie, na czym polega choroba i jakie są nowe potrzeby dziecka, są drogą do tego, aby przyjąć jego chorobę jako trudną

²⁰ B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski (red.), *Psychologia lekarska...*, op. cit., s. 39.

sytuację w ich życiu, z którą muszą sobie jak najlepiej radzić²¹. Pielęgniarka obecna w tym okresie – nazywanym często konstruktywnym przystosowaniem – sprawująca opiekę, pielęgnująca dziecko, ściśle współpracowała z rodziną dziewczynki. Jej rolą było nawiązanie stałego kontaktu z dzieckiem i jego matką. Musiała ocenić, jak silna więź je łączy. Od tego zależała prawidłowa opieka i postępowanie wobec dziecka w tym jakże trudnym momencie.

Dominującymi emocjami w tym okresie u mamy Natalii było poczucie lęku, niepokoju, poczucie winy i zwątpienia, bezradności i rozpaczki związanej z realną możliwością utraty Natalii. Rola pielęgniarki i lekarzy Hospicjum Domowego okazała się tu nieoceniona. Wsparcie, jakiego udzielali w każdym momencie zarówno dziecku, jak i jego matce, pozwoliło zapobiegać stanom ciągłego wyczerpania emocjonalnego i fizycznego, poczuciu niekompetencji w sprawowaniu opieki, co mogło w efekcie doprowadzić do zespołu wypalenia. Zaangażowanie mamy w opiekę nad Natalią było ogromne, w tym czasie więź emocjonalna pomiędzy matką i dzieckiem była bardzo silna, rozumiały się prawie bez słów. Adaptacja do warunków choroby dziecka była możliwa dzięki współpracy matki z zespołem Hospicjum, współdziałaniu i komunikowaniu się z lekarzem i pielęgniarką, chęci edukacji na temat choroby. Nie do przecenienia była integracja rodziny, zaangażowanie pozostałych jej członków, ich pomoc i wsparcie. Zaufanie Natalii do pielęgniarek ułatwiło pielęgnację, wykonywanie zabiegów, podawanie leków.

Istotną sprawą było zaspokajanie potrzeb Natalii w terminalnym stadium choroby. Najważniejszymi były potrzeba informacji o swoim stanie zdrowia, potrzeba bezpieczeństwa, i co najważniejsze, stała obecność mamy. Natalia w tym okresie miała poczucie bycia kochaną, potrzebną i akceptowaną przez bliskich i otoczenie. Rodzina mogła liczyć w każdej chwili na pomoc psychologiczną, opierającą się przede wszystkim na umożliwieniu wyrażenia przeżywanych emocji. Rolą psychologa w tym czasie nie było wyręczanie lekarza w przekazywaniu trudnych informacji rodzinie ani pośredniczenie w kontaktach. Dostarczał on cennych wskazówek dotyczących aktualnego stanu psychicznego dziecka i jego mamy, co pozwoliło na zrozumienie ich reakcji w określonych sytuacjach. Opieka medyczna i psychologiczna wzajemnie łączyły się i uzupełniały.

3.2. Natalia

Od momentu rozpoznania u Natalii guza mózgu wszystko potoczyło się bardzo szybko: potwierdzenie diagnozy, szybka decyzja o przekazaniu dziecka do CZDZ w Warszawie, leczenie i zabiegi operacyjne. Tym wszystkim działaniom towarzyszył lęk, przerażenie, bezsilność najbliższych. Ratowano życie dziecka. Po ustąpieniu pierwszego szoku pojawiły się pytania: Dlaczego? Dlaczego Natalia? Mama Natalki nie dopuszczała do siebie tej strasznej diagnozy, nie wierzyła, łudziła się, że nastąpiła jakaś pomyłka. Przecież to jej jedyne dziecko. Po wykonaniu biopsji cienkoigłowej z ogromnym niepokojem, strachem, ale również z nadzieją oczekiwała wyniku, wyniku, który zabrzmiał jak wyrok: glejak wielopostaciowy, nieoperacyjny. W tym momencie zawałił się dla mamy Natalki świat. Nie wiedziała, co robić, co mówić, nie chciała nikogo widzieć, nie odbierała telefonów. Nie odstępowała Natalii ani na chwilę. Przez ten cały czas dziecko było poddane farmakoterapii, działania leków sprawiły, że większość czasu spała, nie rozmawiała. Czasami otwierała oczy, szukała wzro-

²¹ Ibidem, s. 39.

kiem mamy i po chwili zapadała w sen, nieświadoma powagi sytuacji. Rokowania w tym przypadku były bardzo niepomyślne, lekarze dawali Natalii 4–7 miesięcy życia.

Mama Natalii nie poddawała się, postanowiła walczyć, ściśle stosowała się do zaleceń lekarzy, Natalia zaś, podchodziła bardzo spokojnie do wszystkiego, co działo się wokół niej. Wiedziała, że rozpoznano u niej guza, którego trzeba leczyć. Stała obecność mamy dawała jej ogromne poczucie bezpieczeństwa, od chwili rozpoznania choroby praktycznie nie rozstawały się ani na chwilę, wytworzyła się między nimi w tym okresie niesamowita więź, dużo rozmawiały, jednak na temat choroby Natalia nie zadawała pytań. Bardziej obserwowała. Tylko raz zapytała: „Czy ja mam raka? Dlaczego to się stało właśnie mnie, czy ja coś zrobiłam złego”? Jak trudno odpowiadać na takie pytania zadawane przez dziecko! W tym czasie Natalia zaprzyjaźniła się z księdzem, który codziennie bywał na oddziale onkologii. Prowadził on długie rozmowy z Natalią, odpowiadał na jej pytania, starał się ją rozweselić i rozbawić. Widać było, że Natalia oczekiwała tych spotkań i rozmów. Dla Natalii niezwykle trudnym był moment utraty włosów. Jej piękne długie blond włosy zostały obcięte, a głowa ogolona przed zabiegiem neurochirurgicznym. W początkowej fazie Natalia zakładała na głowę chusteczkę, następnie otrzymała perukę. Po czasie jednak zaakceptowała swój wygląd. Jej ogromnym marzeniem była możliwość powrotu do szkoły, tęskniła za koleżankami, brakowało jej towarzystwa. W tym czasie uczyła się w domu. Mówiła: „Bardzo tęsknię za normalnym życiem. Chciałabym wrócić do szkoły, spotykać się z przyjaciółmi, realizować swoje marzenia”²². Otrzymała od mamy laptop, który był jej łącznikiem ze światem. Mogła codziennie spotykać się ze znajomymi na portalach społecznościowych, takich jak nasza-klasa czy facebook. Prowadziła długie rozmowy, uwielbiała robić zdjęcia, wymieniała się nimi ze znajomymi, zamieszczała ich mnóstwo na swoim profilu, niektóre podpisy pod zdjęciami dawały wiele do myślenia: „Żyjemy, aby walczyć”. „Jeszcze jeden dzień” – tak pisała w marcu 2009 roku. We wrześniu pojawiały się wpisy: „Wierz w marzenia, bo w nich ukryte są bramy do wieczności”. „Trzeba się uśmiechać”. „Wczoraj to historia. Jutro to tajemnica, ale Dzisiaj to dar losu”. Październik 2009 roku: „Jeżeli nie zrozumiesz mego milczenia, nigdy nie pojmiesz mych słów”. Jednym z ostatnich „dzieł” Natalii był film, który zatytułowała *Z mamusią*. Były tam uchwycone w kadrze wszystkie wspólne chwile, które razem spędziły, a na końcu pojawił się napis: „Kocham Cię, mamusiu, jesteś moim największym skarbem na świecie. Mamusiu, tylko nie zapomnij o mnie, dobrze?”. Jakże ogromna bezsilność otaczała bliskich Natalii w takim momencie, jak ciężko było im oglądać ten piękny skądinąd film. Jak ogromna dojrzałość cechowała Natalię w tym okresie jej choroby.

Ostatni pobyt Natalii w szpitalu pełen był momentów nadziei i zwątpienia. Przez wiele dni Natalia była w śpiączce, bez kontaktu słownego. Chwilami odzyskiwała świadomość, czuła się lepiej, poznawała mamę i bliskich, którzy ją odwiedzali. Wydarzyło się jednak coś dziwnego. Z zapisków mamy Natalii: „10 czerwca: Natalia «widzi» chłopca, który przychodzi i bez słowa na nią patrzy”. 11 czerwca: „Dziś Nata widzi więcej osób, wygląda na to, że jakiś dorosły przychodzi i zabiera dziecko”. Mama Natalii próbowała bagatelizować te „wizje”, kładąc je na karb choroby. W pewnym momencie Natalia objęła mamę i powiedziała: „Ja wkrótce też odejdę... TAM... nie płacz mamusiu, chcę TAM iść... TAM będzie mi dobrze... już się nie będę bać”²³. Z jednej strony zdrowy rozsądek podpowiadał matce, że to choroba, że guz się powiększa, uciska, powoduje omamy, halucynacje, lecz z drugiej strony

²² Źródło własne.

²³ Źródło własne.

było to ponad jej siły, nieustannie zadawała sobie pytania: Czy „TAM” istnieje? Co dalej z jej dzieckiem? Paradoksalnie w tym momencie to Natalia była osobą wspierającą i pocieszającą zapłakaną mamę, to spokój Natalii dodawał jej sił. Była to chwila wyjątkowa, gdy chore, umierające dziecko obejmowało swoją mamę, starając się chronić ją od rozpacz i żalu.

Jak pisała w swojej książce Elizabeth Kübler-Ross: „Nieuleczalnie chorzy pacjenci, umiejący mówić wprost [...] o swym umieraniu, to ci, którzy przewyciężyli swój największy strach – strach przed śmiercią. To oni pomagają tobie. To oni spełniają rolę terapeuty wobec ciebie – mimo że trudno ci się do tego przyznać. To oni są dla ciebie darem”²⁴. Autorka jako psychiatra interesowała się halucynacjami ludzi tuż przed ich śmiercią, twierdząc, że jeśli są to halucynacje, a nie rzeczywistość, musi istnieć na to jakieś wytłumaczenie. Jakże? Czy jesteśmy w stanie je znaleźć?

Natalia odeszła 18 września 2010 roku, leżąc w ramionach swojej mamy. Odeszła cicho i spokojnie, bez objawów duszności i bólu. Pozostawiła po sobie ogromną pustkę i rozpacz bliskich. I pytanie: Jak żyć dalej? Być może odpowiedzi warto poszukać w apelu do rodziców zamieszczonym na stronie Fundacji „Nasze Dzieci” przy Klinice Onkologii w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, w tym samym, w którym prawie dwuletnią walkę o zdrowie i życie Natalii toczyła jej mama: „Twoje Dziecko odeszło, przeszło do innego, lepszego świata, zostawiając Ciebie z poczuciem niepojętej rozpacz i narastającej pustki. Chcesz za Nim pójść, nie pozostawić Go samego, sprawdzić, czy jest mu tam dobrze, ale nie możesz [...]. Czeka Cię, i masz tego świadomość, najtrudniejszy okres Twojego życia – okres żałoby”. Jak bardzo bolesną prawdę zawierają te słowa, dotyczą najgłębszych pokładów wrażliwości człowieka. Słowa te nie są w stanie ani pocieszyć, ani ukoić, nie ma przed nimi ucieczki, każdy dzień przynosi na nowo koszmar bólu i tęsknoty. „Brak akceptacji odejścia dziecka powoduje, że żałoba staje się nieogojoną raną – bólowi po stracie dziecka nie towarzyszy z biegiem dni, tygodni, miesięcy złagodzenie emocji. Oznacza to, że Twoje Dziecko będzie Ci towarzyszyło w Twoich myślach przez całe życie, a Ty o nim nigdy nie zapomnisz [...]”²⁵. „Można odejść na zawsze, by stale być blisko” (ks. Jan Twardowski).

3.3. Zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem i rodziną w ostatnim stadium choroby

Opieka nad umierającym dzieckiem jest dla rodziców trudna i stresująca. Z jednej strony rodzice czują bezradność i zawstyżenie brakiem możliwości pomocy dziecku, ulżenia jego cierpieniom, z drugiej zaś wiedzą, jak bezcenne są chwile z nim spędzone. Od delikatności i taktu personelu w dużej mierze zależy, czy rodzice będą mogli wypełnić do końca swoją rolę²⁶. To bardzo ważne, by ostatnie dni życia dziecko mogło spędzać w otoczeniu kochającej rodziny, wśród swoich zabawek i w miejscu, które tak dobrze zna. Pielęgniarka stara się być przy nim zawsze wtedy, gdy jej potrzebuje, gdy trzeba uśmierzyć ból lub kontrolować właściwe działanie osłabionego organizmu. Ale tak naprawdę pacjentem jest nie tylko dziecko, lecz cała jego rodzina, która również potrzebuje stałej opieki lekarza lub psychologa.

²⁴ E. Kübler-Ross, *Życiodajna śmierć*, Poznań 2005, s. 14.

²⁵ http://http://www.naszedzieci.org.pl/pl,Dla_rodzicow,Gdy_dzieci_odchodzi,Drogi_rodzicu.html

²⁶ B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski (red.), *Psychologia lekarska...*, op. cit., s. 49.

Profesjonalna opieka nad człowiekiem umierającym zawiera uwzględnianie indywidualnych życzeń i potrzeb pacjentów. Godne umieranie to przeciwieństwo uprzedmiotowienia chorego, traktowania go w sposób rutynowy²⁷.

W przypadku dziecka w terminalnym stadium choroby istotne jest umiejętne przygotowanie rodziny do asystowania w procesie jego odchodzenia. Dla pielęgniarki pierwszoplanowego znaczenia nabierają czynności należące do sfery opieki paliatywnej. Redukcja bólu jest podstawą każdej poprawnie rozumianej koncepcji opieki terminalnej. W finalnej fazie choroby, gdy zaczyna się już agonia, dziecku należy zapewnić należytą opiekę, aby umożliwić mu godną śmierć, maksymalnie ograniczyć jego cierpienie i lęk. Rola hospicjum nie kończy się wraz ze śmiercią dziecka. Kontakt nawiązany w czasie opieki nad dzieckiem nie powinien być nagle zerwany w najtrudniejszym dla rodziny momencie. Utrata dziecka jest najboleśniejszym zdarzeniem w życiu rodziców. Jest ona nie tylko rozstaniem z ukochaną osobą, lecz również utratą marzeń i planów związanych z jego przyszłością. Stale narastające poczucie winy powoduje obwinianie się tym, że jako rodzice nie zaradzili śmierci dziecka, że źle spełniali swój obowiązek rodzicielski i – co za tym idzie – że są jedną z przyczyn jego odejścia. Wierzą, że gdzieś istniało lekarstwo, że gdzieś był jakiś lekarz, znachor, bioenergoterapeuta, że mogli się mocniej modlić, że mogli zauważyć chorobę wcześniej... Jednocześnie obwiniają się za przyczynę choroby. Na podstawie wyników badań prowadzonych w 1976 roku w ramach programu Tampa Bereavement Study ustalono, że rodzice po stracie dziecka przechodzą przez wiele faz:

1. **Szok:** etap ten charakteryzuje niedowierzenie, zaprzeczenie, psychologiczne dystansowanie się od tego wydarzenia, poczucie pustki i zagubienia.
2. **Uświadomienie sobie straty:** bardzo trudny okres dla rodziców, dominujące emocje to silny niepokój wywołany separacją, napięcie, gniew, poczucie winy, frustracja.
3. **Chronienie siebie, wycofanie się:** etap ten charakteryzuje się poczuciem wyczerpania i osłabienia. Rodzice zaczynają powoli akceptować fakt odejścia dziecka. Ograniczają kontakty społeczne, jednocześnie zbliżając się do siebie.
4. **Powracanie do zdrowia i odnowa:** ostatnie etapy to powolne odzyskiwanie kontroli nad swoim życiem, poszukiwanie nowej tożsamości. Wiele osób na tym etapie poszukuje religijnego lub filozoficznego sensu śmierci swego dziecka²⁸.

Nie ma jednego, uniwersalnego sposobu przeżywania żałoby, pocieszenie można znaleźć choćby w słowach piosenki: „Ci, co odchodzą, wciąż z nami są. I żyją sobie obok nas. Patrzą z miłością na nasze dni i czasem się śmieją przez łzy”²⁹.

Cicely Saunders sformułowała trzy życzenia umierających: „Pomóż mi”, „Wysłuchaj mnie”, „Zostań ze mną”. Zgodnie z tymi zasadami najważniejszą osobą jest umierający chory. Słuchanie go, spełnianie próśb oraz czuwanie poprzez bycie przy nim, obecność przy jego łóżku – to przesłanie, które jest aktualne do dnia dzisiejszego.

²⁷ *Towarzystwo umierającemu* [w:] „Na temat. Zeszyty dla profesjonalnie pomagających”, grudzień 2008, s. 18.

²⁸ C. M. Sanders. *Jak przeżyć stratę dziecka*. Wydawnictwo GWP. Gdańsk 2001r [za:]. B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski (red.), *Psychologia lekarska...*, op. cit.

²⁹ Słowa piosenki z płyty *Jawa* Ryszarda Rynkowskiego, słowa: Jacek Cygan.

Zakończenie

Choroby nowotworowe są schorzeniami współczesnej cywilizacji, oceniane są jako najbardziej obciążające psychologicznie, jako najbardziej stresujące³⁰. Nie ma odpowiedniego czasu na chorobę i umieranie, tym bardziej gdy dotyczy dziecka. Choroba zawsze pojawia się nie w porę, wprowadzając zamęt i chaos w życie całej rodziny. Stanowi duże obciążenie, a stres przez nią wywołany często narusza prawidłowy rozwój dziecka, pozbawiając go dzieciństwa, bez troski i radości.

Poczucie zagrożenia, niepokój, ciągła walka z chorobą stanowią źródło wypalenia emocjonalnego i wyczerpania. Niemniej siła wiary i nadzieja na wyleczenie jest niezwykle istotna w tej nierównej walce o życie. Przypadek Natalii pokazał, iż warto podejmować walkę z chorobą, choćby najbardziej przerażającą. Siła woli tego dziecka była tak ogromna, nadzieja na wyleczenie tak wielka, iż na przekór wszystkiemu Natalia potrafiła toczyć swoją własną walkę o życie przez prawie 2 lata. I choć ta nierówna walka skazana była na porażkę, nie poddawała się zarówno ona, jak i jej mama. Wspierały się wzajemnie, potrafiły z tej jakże trudnej lekcji życia czerpać nadzieję, bezgraniczną miłość, wiarę. „Człowiek jest także osobą w umieraniu, a to znaczy, że może śmierć przeżywać podmiotowo”³¹.

Bibliografia

- Adamczyk A., Buczkowski K., Jagielski D., Krajnik M., Rogiewicz M., *Opieka paliatywna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- Bętkowska-Korpała B., Gierowski J.K., *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Cepuch G., Krzeczowska B., Perek M., Twarduś K., *Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- Chybicka A., Sawicz-Birkowska K., *Onkologia i hematologia dziecięca*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- Deptała A., *Onkologia w praktyce*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolmowska E., *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Koper A., Wrońska I., *Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
- Kübler-Ross E., *Życiodajna śmierć*, Księgarnia Św. Wojciecha, Poznań 2005.
- Muscari M.E., *Pediatrics i pielęgniarstwo pediatryczne*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005.
- Nowicki A., *Pielęgniarstwo onkologiczne*, Termedia, Poznań 2009.

³⁰ I. Heszen, H. Sęk. *Psychologia...*, op. cit., s. 297.

³¹ Ks. prof. E. Ozorowski, *Życie i śmierć w aspekcie godności człowieka*, Katedra Teologii Katolickiej Uniwersytetu w Białymstoku (wystąpienie na konferencji).

- Radzikowski A., Banaszekiewicz A., *Pediatrics*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., *Podstawy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
- Walden-Gałaszko K., Kartacz A., *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- „Wspólne Tematy. Pismo pracowników socjalnych, terapeutów, personelu pielęgniarskiego i opiekuńczego”, red. A. Smrokowska-Reichmann, Dom Wydawniczo-Reklamowy „tematy”. Kraków.

ABSTRACT

The nursing care of a child of a disease staying at home with brain tumor in the terminal stadium

Children afflicted with incurable diseases, including cancer, are a group of patients who need special care and nursing. Presented thesis determines the role of a nurse in taking care of a terminally ill child, who stays at home and shows the meaning of an overall attitude, noting psychical, emotional, social and spiritual aspects of taking care and nursing.

In case of a terminally ill child very important is accompanying in the process of his/her passing away. There is no perfect time for disease and dying. The illness always appears not on time, making confusion and chaos in the life of the whole family and the child is deprived of the childhood, joy and carelessness. The nurse has to deal with emotional reactions of patients in different stages of cancer, emotional reactions of a family of a dying child and also her own feelings.

Extremely important is to indicate undeniable meaning of a paliative care, terminally determined as accompaniment, watching, being with the incurable ill or dying child, which brings the family help not only during the illness but also during mourning after losing the child.

Key words: cancer, brain tumor, paliative care, accompaniment to the dying child, support, empathy.

Bożena Linda

Wydział Medyczny PWSZ im. Witelona w Legnicy

Zastosowanie modelu pielęgniarstwa Dorothei Orem w pielęgnowaniu pacjentki z nowotworem złośliwym sutka

STRESZCZENIE

Zastosowanie modelu pielęgniarstwa Dorothei Orem daje możliwość zwrócenia uwagi na problemy zdrowotne, psychiczne, fizyczne i psychospołeczne pacjentki z nowotworem złośliwym sutka. Na podstawie wybranej literatury przedstawiono czynniki zwiększające ryzyko występowania raka piersi i opisano jego objawy. Uwagę zwrócono na możliwości diagnostyczne oraz metody leczenia. Podkreślono decydującą rolę zastosowania modelu pielęgniarstwa Dorothei Orem w opiece nad pacjentką, w szczególności na zastosowanie teorii samoopieki i deficytu samoopieki w systemie kompensacyjnym i wspierająco-uczącym. Przedstawiono potrzebę stosowania rehabilitacji psychicznej, psychospołecznej i fizycznej. Zwrócono uwagę na ważny element leczenia pacjentki z nowotworem złośliwym sutka, jakim jest wsparcie i współpraca z rodziną oraz promocja i edukacja zdrowotna.

Słowa kluczowe: samoopieka, samopielęgnowanie, rak sutka, model pielęgnowania, Dorothea Orem.

Wstęp

Zachorowalność na nowotwory złośliwe piersi zmienia się na przestrzeni lat, jednak rak piersi jest ciągle najczęściej występującym nowotworem u kobiet na całym świecie. Mimo osiągniętego postępu w leczeniu i diagnostyce liczba zgonów z powodu tego nowotworu wzrasta. Choroba dotyka głównie kobiety w wieku pełnej aktywności zawodowej, społecznej i rodzinnej. Co roku rejestruje się około 10 000 nowych zachorowań, z czego rocznie umiera blisko 5000 kobiet. Ponieważ nie ma jeszcze możliwości zapobiegania rakowi piersi, wczesne rozpoznanie i leczenie ma ogromne znaczenie. Rozpoznanie nowotworu wiąże się z uciążliwym leczeniem polegającym na całkowitym usunięciu piersi, a także na zastosowaniu leczenia uzupełniającego – chemioterapii i radioterapii. Choroba powoduje również zmiany w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym. Zaburza codzienne funkcjonowanie, które związane jest ze stosowaniem różnych form terapii.

Zastosowanie teorii samoopieki, deficytu samoopieki oraz teorii pielęgniarstwa według Dorothei Orem przedstawiam w trzech typach pielęgnowania: wspierająco-uczącym, częściowo kompensacyjnym i całkowicie kompensacyjnym. Model ten zapewnia kompetentną pomoc, wsparcie, oddziaływanie na środowisko oraz uczenie. Stosowany jest w zależności od sytuacji oraz potrzeb pacjentki.

1. Założenia modelu pielęgniarstwa według Dorothei Orem

Dorothea Orem urodziła się w 1914 roku w Baltimor. Dyplom pielęgniarki uzyskała, mając 16 lat. Pracowała jako pielęgniarka i nauczycielka pielęgniarstwa. Pełniła funkcję pielęgniarki-konsultanta w Stanowym Zarządzie Zdrowia. W Katolickim Uniwersytecie Ameryki pracowała na stanowisku profesora. Pracę zawodową zakończyła w 1998 roku, przechodząc na emeryturę. Dorothea Orem ma ogromny wkład w rozwój naukowego pielęgniarstwa, stworzyła własny model zwany modelem samoopieki pielęgnowania. Pracę nad nim rozpoczęła pod koniec lat pięćdziesiątych i prowadziła przez ponad trzydzieści lat. Koncepcję opieki wyjaśniła w książce *Nursing concepts of practice (Pielęgniarstwo koncepcja praktyki)*, która opublikowana została w 1971 roku i uzupełniana kolejnymi wydaniem w latach 1980, 1985, 1891, 1995. Podstawowym założeniem teorii samoopieki jest stwierdzenie, że człowiek ma naturalną skłonność do zapewnienia opieki sobie oraz osobom od siebie zależnym. Obecnie model ten jest najbardziej znany i najczęściej wprowadzany w praktyce pielęgniarstwa i w edukacji pielęgniarek. Łączy wiedzę teoretyczną z praktycznym działaniem¹.

2. Teorie pielęgniarstwa

Pielęgniarstwo według Dorothei Orem jest służbą społeczną, służy człowiekowi, który nie jest w stanie zapewnić sobie samoopieki w sposób ciągły, jest dyscypliną praktyczną, sztuką i wiedzą. Wymaga umiejętności praktycznych i określonej wiedzy.

W ogólnej teorii promowany jest rozwój pielęgniarstwa jako sztuka asystowania człowiekowi. D. Orem twierdzi, że w normalnych warunkach ludzie troszczą się o własne zdrowie i zapewniają opiekę osobom od siebie zależnym, rozwijają się, dążą do samorealizacji, potrafią przystosować się do środowiska. Zapewnienie sobie samoopieki znajduje wyraz w kontaktach społecznych. Możliwości, jakimi dysponują ludzie w sprawowaniu samoopieki, określane są przez autorkę jako: wystarczające, większe lub niewystarczające.

Dorothea Orem koncepcję opieki przedstawiła w trzech wzajemnie uzupełniających się teoriach: teorii samoopieki, teorii deficytu samoopieki i teorii systemów pielęgnowania.

Samoopieka to wyuczona aktywność podejmowana i kontynuowana przez człowieka w celu utrzymania życia, zdrowia i dobrego samopoczucia. Założeniem teorii samoopieki jest podstawowa potrzeba człowieka dbania o własne zdrowie i życie oraz opiekowania się osobami od niego zależnymi. Aby utrzymać życie i zdrowie, należy zaspokajać potrzeby związane z przechodzeniem kolejnych etapów życia. Zapotrzebowanie na samoopiekę jest indywidualną sprawą każdego człowieka i zmienia się z wiekiem. Wpływ na jej zdolność jest zależny od: różnych czynników środowiskowych, socjalno-kulturowych, stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej, płci oraz wydarzeń, które mogą negatywnie wpłynąć na rozwój człowie-

¹ W. Ciechaniewicz, *Istota teorii pielęgniarstwa zorientowanych na potrzeby podmiotu opieki (na przykładzie D. Orem)* [w:] *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*, red. J. Górajek-Jóźwik, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, s. 299.

ka. Przez całe życie człowiek uczy się, podejmuje decyzje dotyczące różnych zachowań, określonego stylu życia, zapewniając sobie wymaganą opiekę².

Teoria deficytu samoopieki według Dorothei Orem skoncentrowana jest na braku samodzielności chorego w zaspokajaniu własnych potrzeb oraz jego zależności od pomocy i opieki innych osób. Określa, kiedy człowiek wymaga asystowania w samoopiece częściowo lub całkowicie i kiedy niezbędna jest pomoc pielęgniarki. Gdy dochodzi do wystąpienia deficytu, pacjent staje się biorcą opieki. Na podstawie posiadanych kwalifikacji pielęgniarka rozpoznaje i określa możliwości oraz ograniczenia samoopieki i stwierdza zapotrzebowanie na pomoc aktualną i potencjalną, uwzględniając ilość i jakość potrzeb. Pomaga w samoopiece całkowicie lub częściowo, kompensuje istniejące ograniczenia, wspiera i uczy.

3. System pielęgniarstwa według Dorothei Orem

System pielęgniarstwa to działania zapewniające pacjentowi zaspokojenie przez pielęgniarkę pomocy w przypadku wystąpienia deficytów w zakresie samoopieki. Skuteczne zapewnienie pomocy wymaga odpowiedniej wiedzy i umiejętności. Pielęgniarka uczy, jak zaspokajać czynności związane z utrzymaniem zdrowia i życia. Pomaga w wykonywaniu czynności, z którymi dana osoba sobie nie radzi. Wykonuje wszystkie czynności u osoby całkowicie niezdolnej do samoopieki w celu poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia.

W systemie pielęgniarstwa Dorothea Orem wyróżnia trzy typy pielęgnowania. Typ kompensacyjny ma zastosowanie u pacjentów, którzy są w pełni zależni od pielęgniarki i nie są zdolni do samoopieki. Pielęgniarka pomaga podopiecznym oraz chroni ich przed zagrożeniami wypływającymi z choroby. Pozostaje również w ścisłej współpracy z rodziną³. Typ częściowo kompensacyjny stosowany jest u osób z niepełną zdolnością do samoopieki, wynika on z ograniczeń fizycznych, możliwości psychicznych czy niewystarczającej motywacji. Pacjent samodzielnie wykonuje pewne czynności, pomoc otrzymuje wtedy, gdy jest ona niezbędna. On sam najlepiej zna własne potrzeby i potrafi obiektywnie ocenić zdolność do samoopieki. W ten sposób ma zagwarantowaną autonomię⁴. Typ wspierająco-uczący odnosi się do pacjentów, którzy zdolni są do samoopieki, ale wymagają wsparcia i pomocy w podejmowaniu decyzji. Niewystarczająca wiedza pacjenta, brak motywacji wymaga asystowania pielęgniarki. Uczy ona samoopieki terapeutycznej, przekazuje wiedzę, kształtuje umiejętności, udziela wsparcia i edukuje pacjenta⁵. Dobór właściwego systemu lub kombinacji kilku z nich pozwala efektywnie zaspokajać zapotrzebowanie pacjenta na opiekę terapeutyczną.

² S. Poznańska, L. Płaszewska-Żywko, *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 103–132.

³ D. Talarska, *Planowanie opieki – podstawy teoretyczne* [w:] *Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*, red. D. Talarska, K. Wiczerowska-Tobis, E. Szwałkiewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 64–70.

⁴ K. Zahradniczek, *Pielęgniarstwo*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, wyd. 1, Warszawa 2004, wyd. 2, Warszawa 2006, s. 124–135.

⁵ *Podstawy pielęgniarstwa*, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, s. 190–200.

4. Epidemiologia raka sutka

Rak sutka to nowotwór złośliwy wywodzący się z nabłonka przewodów lub zrazików gruczołu sutkowego, jest jedną z najpoważniejszych chorób kobiecych. Występuje często i ma ciężki przebieg, jest powodem ogromnego niepokoju nawet wśród zdrowych kobiet. Zachorowalność na nowotwory złośliwe piersi zmieniła się w ciągu ostatnich lat, ale rak piersi jest ciągle najczęściej występującym nowotworem u kobiet na świecie. Z danych statystycznych wynika, że zachorowania na raka sutka w Polsce utrzymują tendencję wzrostową.

Należy podkreślić, że znaczący wzrost zachorowań dotyczy pacjentek w przedziale wiekowym 50–59 lat i stanowi 32% wszystkich zachorowań na raka piersi.

Zachorowalność dotyczy szczególnie kobiet w wieku pomenopauzalnym (78%), natomiast 22% chorych ma mniej niż 50 lat⁶.

5. Czynniki ryzyka i objawy choroby

Na raka piersi chorują niemal wyłącznie kobiety. W 2005 roku 99,3% kobiet zachorowało na ten nowotwór, u mężczyzn natomiast zanotowano 98 przypadków zachorowań. Statystyki wskazują, że kobiety chorują 100 razy częściej niż mężczyźni.

Przyczyny powstawania raka sutka nie są dokładnie znane, ale istnieje wiele czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tej choroby. Nie do końca wiadome jest, dlaczego wśród tych samych niekorzystnych czynników, które sprzyjają zachorowaniu, tylko część kobiet choruje na raka piersi, a reszta cieszy się dobrym zdrowiem⁷.

Rozwojowi raka sutka sprzyja wczesna miesiączka, późna menopauza, brak potomstwa lub późne macierzyństwo. Wzrost zachorowania pojawia się po 50. roku życia. Od 5 do 10% raków piersi ma charakter dziedziczny, jest efektem mutacji w genach BRCA1 i BRCA2. Występuje rodzinnie, wśród krewnych pierwszego stopnia (matka, siostra, córka). Przebyty, zwiększa ryzyko zachorowania na raka drugiej piersi. Wpływ na zachorowanie mają chemiczne substancje toksyczne oraz promieniowanie jonizujące. Nie bez znaczenia jest stosowanie hormonalnej terapii zastępczej i hormonalnej antykoncepcji u bardzo młodych kobiet. W niektórych badaniach wykazano, iż spożywanie nadmiernej ilości tłuszczu zwierzęcego w diecie, otyłość, cukrzyca i nadciśnienie stanowią również czynniki ryzyka zachorowania na raka sutka⁸.

Rozwój raka sutka jest bardzo powolny. Szerzy się drogą chłonną, krwionośną oraz przez bezpośrednie naciekanie. Obliczono, że w momencie, gdy pierwsza komórka stanie się złośliwa, to masa guza zaczyna powiększać się przez podwajanie liczby komórek i po 7–8 latach osiąga średnicę 1 cm. We wczesnych okresach rozwoju w większości przypadków nie daje żadnych subiektywnych objawów klinicznych. Objawem podstawowym nowotworu jest bezbolesny guzek lub zgrubienie w obrębie gruczołu piersiowego. Inne objawy to: zaburzenia symetrii

⁶ A. Jezierski, A.W. Szawłowski, E. Towpik, *Chirurgia onkologiczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 812.

⁷ M. Baum, Ch. Saunders, Sh. Meredith, *Rak piersi*, Springer PWN, Warszawa 1995, s. 93.

⁸ K. Krzemieniecki, *Wybrane nowotwory [w:] Choroby wewnętrzne*, red. A. Szczeklik, Kraków 2006, s. 2015.

i deformacja piersi, wciągnięcie skóry lub brodawki sutkowej, obrzęk i zaczerwienienie skóry, często krwisty wyciek z brodawki. Bardziej zaawansowanym objawem jest powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym⁹. W bardzo zaawansowanych stadiach choroby stwierdzać można owrzodzenie skóry, która często ulega zakażeniu i wydziela przykrą woń. Oprócz objawów miejscowych mogą wystąpić objawy spowodowane przerzutami, takie jak bóle kości wywołane przerzutami do kręgosłupa czy też duszność, której przyczyną jest przerzut do płuc.

Do najczęściej spotykanych raków sutka należy rak przewodowy, a w drugiej kolejności rak zrazikowy.

6. Diagnostyka i metody leczenia

Diagnostyka w raku sutka opiera się na wielu zróżnicowanych badaniach. Celem ich jest potwierdzenie lub wykluczenie jego obecności, a w przypadku jego potwierdzenia – ocena stopnia zaawansowania zmian nowotworowych. Ze względu na stopień ingerencji dzielimy je na badania inwazyjne i nieinwazyjne.

Do pierwszej grupy należą: badanie fizykalne, mammografia i USG. Do drugiej: biopsja aspiracyjna cienkoigłowa, biopsja gruboigłowa, biopsja próżniowa, biopsja chirurgiczna.

Inwazyjne zabiegi diagnostyczne związane są z pewnym poczuciem dyskomfortu, wywołują poczucie lęku. W czasie i po zabiegu mogą wystąpić u chorej dolegliwości bólowe. Dlatego ważne jest przygotowanie do zabiegu od strony psychicznej i fizycznej.

Leczenie w raku sutka planowane jest w zależności od stopnia zaawansowania. Wyróżniamy cztery stopnie określające stadium choroby.

Jednym ze sposobów klasyfikacji raka piersi jest system TNM, który ma na celu ocenę rozległości procesu nowotworowego. T – oznacza wymiar guza, N – węzły chłonne, M – obecność przerzutów. Określenie typu raka ma duże znaczenie kliniczne, gdyż ułatwia podjęcie decyzji w zastosowaniu leczenia uzupełniającego, a także ocenę rokowania.

Najlepsze efekty uzyskuje się, stosując leczenie skojarzone: chirurgiczne, radioterapię, chemioterapię i hormonoterapię. Najczęściej stosowaną metodą leczenia raka sutka jest zabieg chirurgiczny. Celem tego leczenia jest eliminacja nowotworu. Wybór metody leczenia uzależniony jest od umiejscowienia i wielkości zmiany, stopnia agresywności, zajętych węzłów chłonnych oraz odgraniczenia od zdrowych tkanek. W chirurgii stosowane są dwie metody leczenia: klasyczna, czyli zmodyfikowana radykalna mastektomia, i leczenie oszczędzające – BCT, które jest standardowym postępowaniem z chorymi o niskim stopniu zaawansowania choroby. Całkowite usunięcie piersi ma wiele skutków ubocznych. Związane jest to z leczeniem systemowym i występującymi objawami, np. obrzęki ręki, wczesne i późne odczyny skórne, spadek liczby leukocytów, osłabienie odporności, częściowe wyłysienie. Powikłania te pojawiają się w trakcie i po zabiegu, a także kilka lat później. Te późniejsze dotyczą przede wszystkim wydolności seksualnej, utraty symbolu kobiecości, macierzyństwa i atrakcyjności. Występują zaburzenia ze strony psychiki: depresja, przygnębienie, poczucie niedowartościowania. Dlatego ważne jest zadbanie o sferę psychiczną pacjentki.

Usunięcie raka sutka metodą radykalną czy też oszczędzającą powoduje zniekształcenie wyglądu kobiety. Utrata piersi rodzi poczucie niepełnej wartości, a także obawę o brak ak-

⁹ M. Pawlicki, *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia*, Wydawnictwo Medyczne „α-medica press”, Bielsko Biała 2002, s. 15.

ceptacji. Nowoczesna chirurgia rekonstrukcyjna pozwala na odtworzenie piersi, rekonstrukcję brodawki oraz otoczki. Uwalnia kobiety od korzystania z protez zewnętrznych, noszenia specjalnej bielizny, zwiększa również wiarę w siebie i dobre rokowanie.

Radioterapia to jedna z metod leczenia chorych z nowotworem złośliwym piersi. Napromieniowanie działa na komórki nowotworowe, powodując rozpad guza¹⁰. Wskazania do radioterapii są uzależnione od przerzutów do węzłów chłonnych, wielkości usuniętego guza i obecności komórek nowotworowych w linii cięcia. Efekty uboczne napromieniowania dotyczą wczesnych odczynów popromiennych, tj. zmęczenia, nudności, wymiotów, nadmiernej wrażliwości skóry w miejscu leczonym. Późne powikłania napromieniowania objawiają się obrzękiem chłonnym kończyny górnej, uszkodzeniem splotu ramiennego, zwłóknieniem oraz martwicą skóry.

Chemioterapia u chorych na raka piersi stosowana jest jako uzupełniająca po leczeniu chirurgicznym oraz jako pierwotna w leczeniu przypadków miejscowo zaawansowanych.

Jest stosowana po zabiegu operacyjnym u kobiet z niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi, ze stwierdzonymi przerzutami w węzłach chłonnych lub kiedy rak należy do wyjątkowo agresywnych. Podstawowym jej celem jest takie zmniejszenie guza, żeby możliwe było wykonanie radykalnego zabiegu operacyjnego. Leczenie prowadzi się ambulatoryjnie, kontrolując efekty uboczne. Celem leczenia jest uszkodzenie komórek raka. Niestety w trakcie leczenia uszkodzeniu ulegają także komórki prawidłowe¹¹. Dlatego cykle chemioterapii odbywają się w kilkutygodniowych odstępach, dając szansę na odnowę zniszczonych komórek. W trakcie chemioterapii pojawiają się skutki uboczne: osłabienie, mdłości, owrzodzenie śluzówki jamy ustnej, utrata apetytu, biegunki, wypadanie włosów. Istotne jest, aby u kobiet poddanych leczeniu chemioterapią zadbać o sferę psychiczną. Strach przed „chemią” powoduje lęk i obawę. Dlatego ważne jest odpowiednie przygotowanie chorej, wyjaśnienie sposobu leczenia, ewentualnych powikłań i skutków terapii.

Hormonoterapia jest drugim sposobem uzupełniającego leczenia systemowego. Leczenie to ma na celu zmniejszenie wpływu estrogenów na komórki raka. W trakcie leczenia hormonalnego pacjentki mogą odczuwać uboczne skutki działania leku, tj. uderzenia gorąca, krwawienia z dróg rodnych, upławy, świąd sromu, bóle głowy, mięśni, zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Występujące powikłania stanowią dla kobiet duży dyskomfort i ujemnie wpływają na ogólne samopoczucie. Obniżają jakość życia w sferze seksualnej.

Stosowanie leków immunologicznych wprowadza nowe perspektywy w leczeniu raka sutka, oparte jest na przeciwciałach monoklonalnych skierowanych przeciwko antygenom nowotworowym (terapia celowana). Najczęściej występującymi objawami związanymi z podawaniem przeciwciał są: gorączka, dreszcze, pokrzywka. Inne, które nie pozostają bez negatywnego wpływu na codzienne funkcjonowanie, to: zakrzepica, nadciśnienie tętnicze i krwawienia.

W leczeniu paliatywnym trzeba uwzględnić wszystkie czynniki rokownicze i jakość życia chorej, stosując strategię kolejnych etapów leczenia, łagodząc dolegliwości spowodowane nowotworem oraz zapewniając komfort życia. Ogniska przerzutowe raka sutka najczęściej znajdują się w układzie kostnym, wątrobie, płucach, opłucnej i ośrodkowym układzie

¹⁰ E. Ziółkowska, T. Wiśniewski, M. Kubiak, M. Zarzycka, *Możliwość wykorzystania techniki IMRT u chorych na raka piersi leczonych metodą oszczędzającą – wady i zalety*, „Współczesna Onkologia” 2007, nr 10, [red. A. Mackiewicz], s. 475.

¹¹ M. Baum, Ch. Saunders, Sh. Meredith, *Rak...*, op. cit., s. 67.

nerwowym. W przypadku dużego zaawansowania choroby oraz gdy występuje bolesne owrzodzenie sutka, martwica skóry, krwawienia, wskazane jest przeprowadzenie zabiegu operacyjnego polegające na prostym odjęciu gruczołu sutkowego.

Istotnym elementem leczenia jest rehabilitacja, która zajmuje się zmniejszeniem niedostosowania fizycznego, psychicznego i społecznego spowodowanego chorobą oraz skutkami jej leczenia. Najczęściej stosowane są techniki wsparcia psychologicznego: doradztwo, psychoterapia i relaksacja.

Rehabilitacja psychiczna i psychospołeczna odbywa się poprzez prowadzenie zajęć psychoterapeutycznych i ma na celu umocnienie pacjentek w decyzji o leczeniu i pokonywaniu skutków ubocznych. Ważne jest przystosowanie pacjentek do niedogodności związanych z utratą piersi jako atrybutu kobiecości i macierzyństwa. Uświadomienie im, że mają możliwości samorealizacji oraz że mimo uciążliwego procesu leczenia nie muszą rezygnować z pracy zawodowej i mogą podjąć odmienne od dotychczasowych formy aktywności społecznej. Dla większości kobiet problemy psychologiczne i psychoseksualne są tak duże, że wymagają pomocy psychologa, Zmiany, które zachodzą w psychice leczonych kobiet, dotyczą lęku przed kalectwem, śmiercią, rozbięciem rodziny.

Rehabilitacja fizyczna obejmuje rehabilitację szpitalną, ambulatoryjną i sanatoryjną. Wczesna pooperacyjna rehabilitacja prowadzona jest w celu odzyskania pełnej sprawności ręki z pełnym zakresem ruchów w stawie barkowym i zmniejszenia ryzyka powstania obrzęku chłonnego. Obejmuje odpowiednie ćwiczenia fizyczne, sposoby układania ręki, masaże, automasaże oraz specjalistyczne zabiegi rehabilitacyjne.

7. Zastosowanie teorii pielęgniarstwa wobec pacjentki z nowotworem złośliwym sutka

W pielęgnowaniu pacjentki z nowotworem złośliwym sutka zastosowanie ma stworzona przez Dorotheę Orem koncepcja samoopieki. Jedną z najważniejszych osób personelu medycznego jest pielęgniarka. To ona stara się odnaleźć i uaktywnić w pacjentce siły do samoopieki. Towarzyszy chorej w poszczególnych etapach leczenia, zaczynając od zabiegu chirurgicznego i niejednokrotnie kończąc na opiece paliatywnej. Jako osoba kompetentna ma najbliższy i najczęstszy kontakt z pacjentką. Potrafi szybko i odpowiednio zareagować na występujące powikłania pooperacyjne i inne niepokojące objawy. Obejmuje podopieczną fachową opieką, troską, asystuje chorej w samopielęgnowaniu wówczas, kiedy ta z przyczyn zdrowotnych sama tego zrobić nie może.

Teoria samoopieki i deficytu samoopieki według Dorothei Orem ma zastosowanie wobec pacjentki z nowotworem złośliwym sutka poprzez realizowanie opieki zdrowotnej w systemie kompensacyjnym, częściowo kompensacyjnym i wspierająco-uczącym. Łączy się ze stanem jej zdrowia, wiekiem, z bieżącą sytuacją związaną z rodzajem i miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych. W opiece nad pacjentką po mastektomii wymagana jest opieka i wsparcie pielęgniarstwa¹².

¹² M. T. Szewczyk, R. Ślusarz, *Rola, funkcja i zadania pielęgniarki w opiece nad osobą chorą* [w:] *Pielęgniarstwo w chirurgii*, red. M. T. Szewczyk, R. Ślusarz, Wydawnictwo Medyczne BORGIS, Warszawa 2006, s. 7.

8. Zadania opiekuńczo-pielęgnacyjne

Opieka pielęgniarska nad chorą na raka piersi jest bardzo trudna, stwarza wiele problemów pielęgniarce, pacjentce oraz jej rodzinie. Dlatego ważne jest ustalenie zakresu koniecznej pomocy pielęgniarskiej i przekonanie pacjentki do współpracy. We wczesnym i późniejszym okresie rekonwalescencji system opieki częściowo kompensacyjny oparty jest na asystowaniu przez pielęgniarkę w tych czynnościach, w których pacjentka sama nie może sobie poradzić. Pielęgniarka obserwuje i zachęca do samodzielnego wykonywania czynności. Określa możliwości pacjentki, jej wiedzę, umiejętności i motywację do podejmowania samoopieki oraz zakres pomocy w występujących ograniczeniach zdrowotnych. Wybiera odpowiedni system pielęgnowania lub kombinację systemów w celu doprowadzenia do możliwie pełnej zdolności pacjentki do samoopieki. Wspólnie z pacjentką ustala cele i asystuje jej w ich osiągnięciu¹³.

Rozpoznanie choroby wywołuje w psychice kobiety wiele reakcji stresowych. Amputacja piersi kojarzona jest z bólem, kalectwem i wstydem. Chora odczuwa lęk przed chorobą, który często doprowadza do załamania psychicznego, a nawet depresji. Dlatego ważne jest udzielenie przez pielęgniarkę informacji o leczeniu i pielęgnacji oraz umożliwienie kontaktu z psychologiem klinicznym. We wczesnym okresie pooperacyjnym (do 24 godzin) u pacjentki występuje deficyt w zakresie samoopieki. Pacjentka po zabiegu operacyjnym zależna jest od opieki pielęgniarskiej. Opieka nad chorą skupia się na obserwacji i kontrolowaniu podstawowych czynności życiowych (temperatura ciała, tętno, oddech, zabarwienie powłok skórnych, kontrola diurezy). Pielęgniarka ocenia stopień przytomności, kontroluje opatrunki i dreny, ocenia stopień bólu w okolicy rany oraz dołu pachowego. Przy wykonywaniu każdej czynności przy łóżku pacjentki wyjaśnia cel i sposób wykonywania poszczególnych czynności. Informuje, że w każdej chwili może liczyć na pomoc całego personelu medycznego w przypadku niepokojących objawów, występującego bólu czy też skorzystania z basenu.

Ważną czynnością pielęgnacyjną jest właściwe ułożenie chorej w pozycji półsiedzącej z ręką uniesioną po stronie operowanej. Odpowiednio do tego przystosowany klin zapobiega obrzękowi limfatycznemu.

Pielęgniarka asystuje w samopielęgnowaniu, zachęca podopieczną do wykonywania ćwiczeń oddechowych, które służą usprawnianiu układu oddechowego, kształtują klatkę piersiową oraz uczą prawidłowego oddychania. Uświadamia, jak ważne są proste ćwiczenia ręki po stronie operowanej, wykonywane w celu odzyskania sprawności fizycznej kończyny oraz zapobiegania przykurczom mięśni i stawów. W dalszym ciągu prowadzi obserwację i kontrolę stanu ogólnego pacjentki. Rozmawia z nią, wspólnie rozwiązując wszystkie pojawiające się problemy. Obserwuje stan psychiczny, wspiera pacjentkę obawiającą się śmierci, kalectwa, utraty atrakcyjności i proponuje indywidualną terapię ze specjalistą. Podczas wykonywania czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych pielęgniarka zwraca uwagę na opatrunek, dreny podłączone do systemu ssania typu Redon oraz na kończynę górną po stronie operowanej. Nieprawidłowy odpływ chłonki może doprowadzić do zastoju i zbierania się jej w ranie pooperacyjnej. Może także spowodować dodatkowy ból, uczucie rozpierania, co doprowadzić

¹³ L. Płaszewska-Żywko, *Model teoretyczny pielęgniarstwa Dorothei Orem* [w:] B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek (red.), *Podstawy...*, op. cit., s. 197.

może do wydłużonego czasu leczenia rany. Pielęgniarka zmienia opatrunek, obserwuje ranę i ocenia pod względem stanu zapalnego. Kontroluje, czy ręka pacjentki po stronie operowanej ułożona jest cały czas na klinie. Sprawdza obwód kończyny, zakres jej ruchu i czucia. Realizowanie podjętego planu umożliwia zapewnienie bezpieczeństwa i przeciwdziałania powikłaniom.

Kolejne dni po zabiegu operacyjnym pozwalają na zaangażowanie pacjentki w proces samoopieki i samopielęgnowania. Pacjentka samodzielnie wykonuje pewne czynności oraz częściowo decyduje o wykonywanych przy niej zabiegach. Ważnym zadaniem pielęgniarki w leczeniu pacjentki z rakiem sutka jest edukacja. Oprócz umiejętności zapewnienia sobie samoopieki potrzebna jest wiedza i motywacja pozwalająca chorej podejmować odpowiednie decyzje dotyczące jej zdrowia i dalszego leczenia. Zastosowanie znajduje tu system teorii pielęgnowania wspierająco-uczący. Pielęgniarka przekazuje pacjentce oraz rodzinie wiedzę na temat pielęgnacji rany pooperacyjnej, procesu gojenia i okresowej ewakuacji chłonki. Rozmawia o konieczności rehabilitacji, informuje o możliwości protezowania i rekonstrukcji amputowanej piersi. Zwraca uwagę na funkcjonowanie pacjentki w życiu codziennym. Ważne jest zaangażowanie chorej i jej rodziny w proces opieki i leczenia, gdyż ma ono istotny wpływ na wynik końcowy, jakim jest uzyskanie przez chorą niezależności w wykonywaniu codziennych czynności i całkowitej integracji społecznej.

9. Zadania pielęgniarki w zakresie terapii

Zadania terapeutyczne realizowane na rzecz pacjentki są zależne od współpracy między pielęgniarką i pacjentką oraz pielęgniarką a zespołem terapeutycznym. Celem tych działań jest stosowanie zabiegów ustalonych w planie terapii¹⁴. Dlatego profesjonalna rozmowa i zebranie wywiadu jest jednym z najważniejszych sposobów przygotowujących psychicznie pacjentkę do pobytu w szpitalu. Podczas rozmowy pielęgniarka spokojnie i rzeczowo wyjaśnia kwestie dotyczące operacji, znieczulenia, procesu zdrowienia oraz wystąpienia ewentualnych powikłań. Rozmowa z chorą, która odczuwa lęk i niepokój, buduje zaufanie do zespołu leczącego i działa uspokajająco. Pozwala zaakceptować upośledzenie będące następstwem zabiegu operacyjnego.

Zgodnie z koncepcją systemu pielęgnowania Dorothei Orem pielęgniarka rozwiązuje problemy związane z nową sytuacją, które niekorzystnie wpływają na psychikę pacjentki. Informuje ją o zaplanowanych badaniach i sposobie przygotowania do zabiegu operacyjnego. Wykonując codzienne czynności, zachęca pacjentkę do współpracy w tworzeniu planu samoopieki. Przygotowuje do badań, wyjaśniając ich cel i omawiając przebieg. Właściwa postawa pielęgniarki pozwala pacjentce czuć się aktywnym uczestnikiem procesu terapeutycznego. Pielęgniarka utrzymuje stały kontakt między pacjentką, lekarzem, psychologiem, rehabilitantem i rodziną pacjentki. Postawa pielęgniarki wobec chorej cechuje się cierpliwością, opiekuńczością, rzetelnością, pogodą ducha, delikatnością, fachowością i dużą wiedzą. Pielęgniarka pełni swoje funkcje, sprawując opiekę i wykonując zabiegi medyczne, które są niezbędne dla uzyskania, utrzymania i podnoszenia zdrowia.

¹⁴ M. T. Szewczyk, R. Ślusarz, *Rola...*, op. cit., s. 9.

10. Zadania pielęgniarki w zakresie rehabilitacji

Integralną część postępowania w procesie leczenia raka piersi stanowi rehabilitacja. Amputacja piersi wywołuje u kobiety kalectwo fizyczne, a także problemy natury psychicznej. Usunięcie piersi pozostawia bliznę, ogranicza ruchomość w stawach obręczy barkowej kończyny po stronie operowanej, zmniejsza siłę mięśni, może pojawić się obrzęk limfatyczny i długotrwały ból w okolicy operowanej. Celem usprawniania pacjentki jest ograniczenie fizycznych i psychicznych następstw choroby.

Kontynuując założenia teorii pielęgnowania według Dorothei Orem – pielęgniarka uczy i wspiera pacjentkę w przywracaniu sprawności kończyny po stronie operowanej. Funkcję rehabilitacyjną realizuje przez prowadzenie ćwiczeń biernych, czynnych oraz oddechowych. Współpracuje z rehabilitantem, a także pomaga w akceptacji zmienionej chorobą sytuacji życiowej. Przygotowanie do rehabilitacji rozpoczyna, współpracując z pacjentką przed zabiegiem operacyjnym. Uczy prawidłowego układania kończyny po stronie operowanej. Pokazuje proste ćwiczenia, które chora będzie musiała wykonywać w pierwszej dobie po zabiegu, wykonując je kilka razy dziennie w pozycji leżącej lub siedzącej przez kilka minut.

W tym okresie pacjentka zapoznaje się z podstawowymi zasadami profilaktyki przeciwobrzękowej, uczy się masażu odprowadzającego chłonkę¹⁵. Nauka ćwiczeń ma na celu poprawę sprawności fizycznej po mastektomii i przygotowanie do samoopieki.

Po zabiegu operacyjnym występuje deficyt samoopieki, pacjentka potrzebuje pomocy pielęgniarki przy wykonywaniu prostych czynności. Ważne jest wyuczenie ruchów ułatwiających samodzielne funkcjonowanie (zapinanie biustonosza, szczotkowanie włosów czy wycieranie pleców). Ograniczona zdolność ruchowa ramion zaburza zakres ruchów i ich elastyczność. Systematyczne wykonywanie pod kontrolą pielęgniarki kilku łatwych ćwiczeń może wpłynąć na powrót formy.

W momencie wyjścia ze szpitala pacjentka otrzymuje od pielęgniarki wskazówki związane z dalszym postępowaniem. Rehabilitacja nie ogranicza się tylko do okresu pooperacyjnego, ale jest kontynuowana w warunkach domowych i ambulatoryjnych. Usprawnianie kobiety odbywa się przez cały okres leczenia. Wszystkie ćwiczenia połączone są z ćwiczeniami oddechowymi, gdyż działają profilaktycznie przeciwobrzękowo. Każde ćwiczenie powtarzamy 4–5 razy. W miarę poprawy sprawności ilość serii ćwiczeń może ulec zwiększeniu.

Na każdym etapie leczenia raka piersi pacjentki powinny być objęte kompleksową rehabilitacją psychofizyczną. W okresie między wyjściem ze szpitala, a rozpoczęciem rehabilitacji, kiedy pacjentka jest aktywna i zdolna do samoopieki, wykonuje samodzielnie ćwiczenia rehabilitacyjne według otrzymanego instruktażu, zwracając uwagę na wysokie ułożenie kończyny po stronie operowanej.

W okresie radioterapii ważne jest usprawnienie krążenia krwi i chłonki w obszarze napromieniowania w celu zapobiegania obrzękowi limfatycznemu i działaniom popromiennym. Stosowane są ćwiczenia zwiększające siłę mięśniową i zakres ruchu kończyny i pasa barkowego.

Postępowanie usprawniające u chorej w trakcie chemioterapii zależne jest od jej stanu wydolności wysiłkowej. Dużą rolę odgrywają tu ćwiczenia relaksacyjne i psychoterapia. Na obrzękniętą kończynę stosuje się różne techniki masażu ręcznego, automasaż, ma-

¹⁵ M. Pawlicki, *Rak piersi...*, op. cit., s. 91.

saż podwodny. U kobiet, które zdecydowały się na operację odtwórczą, rehabilitacja polega na zwiększeniu elastyczności blizny po mastektomii i jej otoczenia. Osiąga się to przez indywidualny dobór ćwiczeń i różne formy masażu¹⁶.

Rehabilitacja psychiczna powinna się opierać na różnych formach psychoterapii, takich jak doradztwo, relaksacja. Polegają na wskazaniu możliwości w radzeniu sobie z chorobą, wspieraniu pacjentki w momencie kryzysu. Bardzo korzystną formą w leczeniu jest psychoedukacja wspomagająca prowadzona dla pacjentki i jej rodziny.

Zachorowanie na raka powoduje wiele problemów w czasie trwającej terapii. Związane są one z obniżoną samooceną, zmianą obrazu ciała, lękiem, depresją, zaburzeniami sfery emocjonalnej i seksualnej. Pojawia się stres związany z koniecznością radzenia sobie z chorobą i zagrożeniem życia. Psychoterapia ma na celu wzmocnienie w pacjentce woli leczenia i życia.

Nie bez znaczenia dla kobiet po mastektomii są spotkania w Klubach Kobiet po Mastektomii nazywanych „Amazonkami”, których założeniem jest niesienie pomocy i wsparcia psychicznego.

11. Zadania pielęgniarki w zakresie profilaktyki

Koncepcja samoopieki i deficytu samoopieki w koncepcji Dorothei Orem znalazła zastosowanie w profilaktyce raka piersi. Przygotowując pacjentkę do samoopieki, pielęgniarka uczy poprawnego wykonywania samobadania zdrowej piersi. Celem samobadania piersi jest poznanie ich budowy, zmian zachodzących w cyklu miesięczkowym, a także poznanie technik samobadania i znajomości objawów niepokojących.

Profilaktyka chorób raka sutka wykonywana jest również w badaniu mammograficznym. Obejmuje ona jednak niewielką rzeszę kobiet, ponieważ wykonywana jest w przedziale wiekowym 50–69 lat.

12. Promocja zdrowia i edukacja

Edukacja zdrowotna pacjentki z rakiem piersi jest ważnym etapem w leczeniu szpitalnym, a także poza nim. Zastosowanie koncepcji Dorothei Orem w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej pozwala określić zakres niezbędnej pomocy pacjentce i jej rodzinie, by mogły świadomie i odpowiedzialnie kierować własnym zdrowiem, wzmacniać je i współuczestniczyć w jego przywracaniu¹⁷. Celem jest przekazanie wiedzy i umiejętności potrzebnych w codziennym życiu. Podczas wykonywania opatrunków pielęgniarka zapoznaje pacjentkę z widokiem rany, wyjaśnia proces gojenia i stan po usunięciu drenów. Przekazuje informacje o konieczności usuwania chłonnki w warunkach ambulatoryjnych. Rozmawia o kontynuowaniu rehabilitacji, która jest integralną częścią procesu leczenia i zdrowienia. Udziela informacji, które dotyczą funkcjonowania po mastektomii w życiu codziennym. Zwraca uwagę na codzienną pielęgnację i ochronę ręki przed urazami i odpowiednie wysokie jej ułożenie.

¹⁶ K. Terlecka, *Postępowanie rehabilitacyjne dla kobiet po mastektomii*, „W cieniu czepka” 2007, nr 8 (190), s. 13.

¹⁷ Z. Kawczyńska-Butrym, *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001, s. 34.

Uświadamia chorej, że nie wolno wykonywać żadnych wstrzyknień, pobrań krwi, szczepień i pomiarów ciśnienia RR na ręce po stronie operowanej, gdyż czynności te mają wpływ na wystąpienie obrzęku limfatycznego. Pielęgniarka udziela również rad dotyczących sposobu ubierania się i racjonalnego żywienia z zastosowaniem odpowiedniej diety. Umożliwia spotkanie z ochotniczką działającą w klubie „Amazonek”, która jest wiarygodnym dowodem, że chorobę nowotworową można skutecznie pokonać.

13. Wsparcie emocjonalne i współpraca pielęgniarki z rodziną

Wsparcie i współpraca z rodziną jest ważnym elementem leczenia pacjentki po mastektomii. Ma duży wpływ na zaufanie pacjentki do zespołu leczącego, przebiegu leczenia i rehabilitacji. Pielęgniarka udziela rodzinie niezbędnych informacji dotyczących uczestniczenia w opiece pielęgnacyjnej wynikającej z deficytu samoopieki i przygotowuje do realizacji samoopieki. Edukując, zwraca uwagę na zapewnienie bezpieczeństwa, wsparcie emocjonalne, instrumentalne, informacyjne i materialne.

Rodzina jest największym niezastąpionym wsparciem dla pacjentki po mastektomii. Chroni pacjentkę i pomaga jej się uporać z negatywnymi skutkami choroby, wspiera emocjonalnie i instrumentalnie. Uczestniczy w wizytach u lekarza, wspólnie podejmuje decyzje dotyczące dalszego leczenia. W okresie terapii przejmuje obowiązki domowe. Działania te mają pozytywny wpływ na stan psychiczny pacjentki.

Zakończenie

Zastosowanie modelu pielęgniarstwa jest ważnym elementem w opiece nad pacjentką z rakiem piersi. Ma odzwierciedlenie zarówno w pracy z chorą w szpitalu, jak i poza nim. Dodatkowo znajduje zastosowanie w profilaktyce i promocji zdrowia. Kompetencje pielęgniarki oraz zaangażowanie chorej i jej rodziny w proces opieki i leczenia mają istotny wpływ na wynik końcowy, jakim jest uzyskanie przez pacjentkę pełnej niezależności w wykonywaniu codziennych czynności i całkowitej integracji społecznej.

Jak wiadomo, rak piersi jest chorobą przewlekłą o powolnym przebiegu. Poza staraniem się o przedłużenie życia chorym ważne staje się zastosowanie odpowiedniego modelu pielęgniarstwa. W powyższej pracy zastosowanie znalazła teoria samoopieki i deficytu samoopieki według Dorothei Orem.

Wszystkie kobiety powinny mieć możliwość poznania przyczyn, objawów, sposobów rozpoznawania i leczenia raka piersi. Świadomość wyleczenia daje większe poczucie bezpieczeństwa i zmniejsza strach przed tą chorobą. Zachodzące w wyniku choroby zmiany stawiają przed pacjentką nowe zadania, którym często nie może sprostać. Samodzielnie nie jest w stanie zapewnić sobie opieki, której potrzebuje. Chcę zwrócić uwagę nie tylko na możliwości zapobiegania i wczesnej diagnostyki, ale również na postępowanie w czasie choroby, w okresie rehabilitacji i po leczeniu oraz na zadania, jakich podejmuje się pielęgniarka wykorzystująca teorię pielęgniarstwa według Dorothei Orem, opiekując się chorą i jej rodziną.

Bibliografia

- Baum M., Saunders Ch., Meredith Sh., *Rak piersi*, Springer PWN, Warszawa 1995.
- Choroby wewnętrzne*, red. A. Szczeklik, Kraków 2006.
- Filozofia i teorie pielęgniarstwa*, red. J. Górajek-Jóźwik, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
- Jezierski A., Szawłowski A., Towpik E., *Chirurgia onkologiczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001.
- Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*, red. D. Talarska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- Pawlicki M., *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia*, Wydawnictwo Medyczne „a-medica press”, Bielsko-Biała 2002.
- Pielęgniarstwo w chirurgii*, red. M. Szewczyk, R. Ślusarz, Wydawnictwo Medyczne BORGIS, Warszawa 2006.
- Poznańska S., Płaszewska-Żywko L., *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, wyd. I, Kraków 2001.
- Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., *Podstawy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
- Zahradniczek K., *Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studentów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
- „W Cieniu Czepka” 2007, nr 8,
- „Współczesna Onkologia” 2007, nr 10.

SUMMARY

Application of Dorothea Orem model of nursing in care of a patient with malignant papillary tumor

Application of Dorothea Orem model of nursing makes it possible to draw attention to health, mental, physical and psychosocial problems of the patient with malignant nipple tumour. Based on the selected literature, factors that increase the risk of breast cancer were presented, and its symptoms were described.

The key role of the application of Dorothea Orem model of nursing in care for the patient was stressed, in particular the application of the theory of self-care, and self-care deficits in the compensation system and educative/supportive system. The need for mental, psychosocial and physical rehabilitation was presented. Attention was drawn to the important part of the treatment of the patient with malignant nipple tumour, which is the support and cooperation of family, health promotion and health education.

Key words: self-care, self-nursing, nipple tumour, Dorothea Orem model of nursing.

Katarzyna Lisowska

Wydział Pedagogiki, Turystyki i Rekreacji PWSZ im Witelona w Legnicy

Wspominane doświadczenia z wychowania fizycznego absolwentów szkół ponadgimnazjalnych i ich aktualne uczestnictwo w rekreacji ruchowej

STRESZCZENIE

Wartość systematycznego uczestnictwa w rekreacji ruchowej jest nadal przez większość społeczeństwa niedoceniana – a przecież pozwala skutecznie kreować zdrowie, opóźniać proces starzenia się organizmu i efektywnie zagospodarowywać czas wolny. Formalnie – długoterminowo oraz w szerokim zasięgu – do procesu rekreacji ruchowej przygotowuje dzieci, młodzież i również dorosłych szkolne wychowanie fizyczne. Stąd warto było dokonać wglądu do wspomnianych doświadczeń z przebiegu procesu edukacji fizycznej wśród absolwentów oraz przyjrzeć się ich aktualnemu uczestnictwu w rekreacji ruchowej. Uzyskane wyniki wskazują na poziom efektywności szkolnego wychowania fizycznego – niekoniecznie zawsze zadowolającej...

Słowa kluczowe: wychowanie fizyczne, rekreacja ruchowa, wartości, postawy.

Wstęp

Znaczna zmiana na przestrzeni ostatnich 20–30 lat zarówno naszego otoczenia, jak i dynamiki naszego życia niewątpliwie coraz bardziej utrudniają współczesnemu człowiekowi zarówno osiągnięcie, jak i utrzymanie wysokiej sprawności fizycznej, a tym samym zdrowia. Na skutek nadmiernego stresu i braku aktywności ruchowej poszerza się liczba chorób cywilizacyjnych i zakres osób nimi dotkniętych. Wśród nich dominują choroby układu krążenia, choroby i zaburzenia o podłożu psychicznym oraz choroby nowotworowe¹.

Mając na uwadze powyższy fakt, tym bardziej istotnym się staje w toku ustawicznego kształcenia osiąganie naczelnego celu wychowania fizycznego, którym według Strzyżewskiego jest „kształtowanie postaw wobec kultury fizycznej, która będzie się przejawiała u wychowanka w dążeniu do utrzymania przez całe życie wysokiej sprawności fizycznej i zdrowia”².

¹ I. Kielbasiewicz-Drozdowska, *Rekreacja ruchowa a zdrowie współczesnego człowieka* [w:] *Teoria i metodyka rekreacji*, red. W. Siwiński, B. Pluta, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu, Poznań 2010.

² J. Tatarczuk, *Metodyka wychowania fizycznego – zagadnienia wybrane*, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2004, s. 16.

Uwzględniając powyższe, warto zbadać, jakie doświadczenia z przebiegu procesu edukacji fizycznej zostały we wspomnieniach absolwentów i jak wygląda ich aktualne uczestnictwo w rekreacji ruchowej. Pytania te wydają się istotne, gdyż zarówno wspomnienia z edukacji fizycznej, jak i aktualne uczestnictwo w rekreacji ruchowej wskazują na efektywność szkolnego wychowania fizycznego.

1. Cel badań i pytania badawcze

Celem poznawczym badań było uzyskanie wiedzy na temat doświadczeń wyniesionych (wspominanych) z uczestnictwa w szkolnym wychowaniu fizycznym oraz aktualnego uczestnictwa w rekreacji ruchowej osób dorosłych.

Doświadczenia ze szkolnej edukacji oraz aktualnego uczestnictwa w rekreacji ruchowej wyrażone zostały wysokością następujących wskaźników:

- wspomnianym stosunkiem emocjonalnym respondenta (byłego ucznia) do nauczyciela wychowania fizycznego;
- wspomnianym stosunkiem emocjonalnym respondenta (byłego ucznia) do uczestnictwa w lekcji wychowania fizycznego;
- wspomnianą częstotliwością ćwiczenia respondenta (byłego ucznia) na lekcji wychowania fizycznego;
- wspomnianą atrakcyjnością prowadzenia zajęć w-f – tzn. „Czy zdaniem respondenta (byłego ucznia) lekcje w-f były prowadzone w sposób interesujący?”;
- kontynuacją niektórych treści realizowanych na wspomnianych lekcjach w-f w dorosłym procesie rekreacji ruchowej;
- nauczyciel w-f zainteresował respondenta (lub nie zainteresował) jakąś formą sportu lub rekreacji ruchowej, którą respondent podejmował w dorosłej aktywności ruchowej w czasie wolnym;
- systematyczne lub niesystematyczne uczestnictwo w rekreacji ruchowej lub jej całkowity brak;
- ilość czasu przeznaczana na systematyczne lub niesystematyczne uczestnictwo w rekreacji ruchowej;
- najczęściej podejmowane formy rekreacji ruchowej.

Realizacja powyższego celu badawczego może również wzbogacić zasób wiadomości na ten temat, przyczyniając się do wdrażania praktycznych celów pracy:

1. Zaakcentowanie wartości wyniesionych – zdaniem respondentów – z procesu szkolnego wychowania fizycznego.
2. Wskazanie nauczycielom najczęściej podejmowanych form ruchu w dorosłej rekreacji ruchowej.

2. Materiał i metoda badawcza

Badaniami objęto 345 osób (281 kobiet, 62 mężczyzn i 2 osoby nie podały płci), które podejmują aktywność ruchową w legnickich fitness klubach, oraz osób (pracowników, studentów), którzy z rekreacji ruchowej korzystają niesystematycznie lub nie wykazują żadnej

aktywności w tym obszarze. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, w ramach której skierowano do respondentów opracowany na potrzeby badań kwestionariusz zawierający pytania nawiązujące do doświadczeń wyniesionych (wspominanych) z uczestnictwa w szkolnym wychowaniu fizycznym oraz aktualnego uczestnictwa w rekreacji ruchowej.

Tabela 1. Liczebność badanych respondentów z uwzględnieniem wieku

Wiek	Ilość	Procenty
18–29 lat	231	66,96
30–39 lat	61	17,68
40–49 lat	28	8,11
50–59 lat	9	2,60
braki	16	4,63

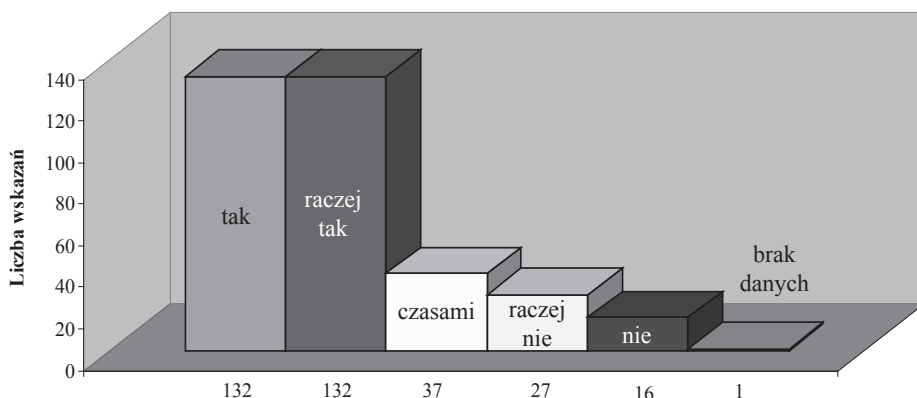
Źródło: opracowanie własne.

Najliczniejszą grupę respondentów stanowiły młode kobiety w wieku od 18. do 29. roku życia – około 67% wskazań.

3. Wyniki badań

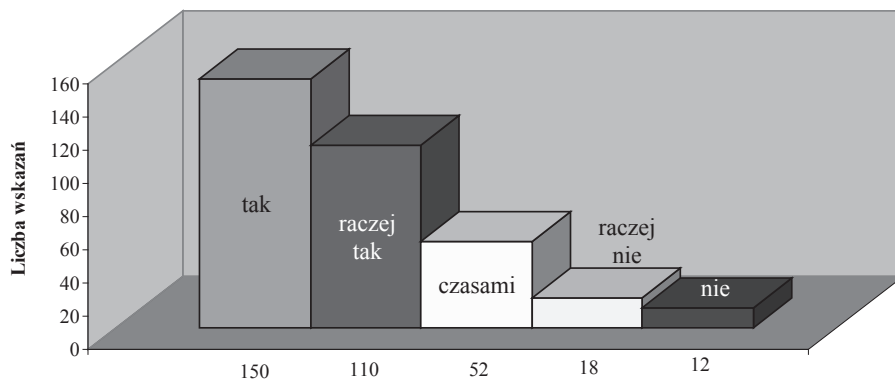
W pierwszym kroku dokonano analizy wyników, aby uzyskać odpowiedź na pytanie: „Jaki był stosunek emocjonalny respondentów (byłych uczniów) do nauczyciela wychowania fizycznego?”. Najliczniejszą grupę stanowili respondenci (około 76%), którzy wskazali, iż przejawiali pozytywny stosunek emocjonalny do nauczyciela w-f (równomierna liczba odpowiedzi: „tak” i „raczej tak”), około 10% badanych tylko czasami przejawiało sympatię do nauczyciela, 8% osób raczej go nie lubiło, a 4,5% nie przejawiało pozytywnego stosunku do pedagoga.

Czy lubil(a) Pan(i) swojego nauczyciela w-f?



Wykres 1. Stosunek emocjonalny respondentów (byłych uczniów) do nauczyciela w-f

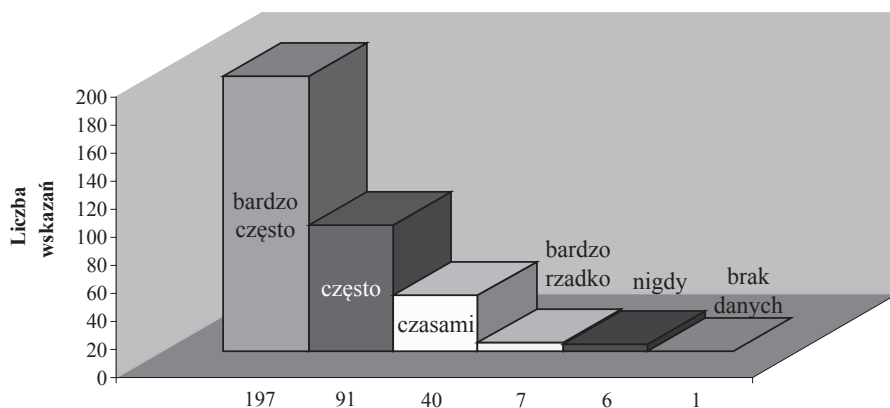
Czy lubil(a) Pan(i) uczestniczyć w lekcjach w-f?



Wykres 2. Stosunek emocjonalny respondentów (byłych uczniów) do uczestnictwa w lekcjach w-f

Wyniki powyższego wykresu obrazują, jaki był stosunek emocjonalny respondentów (byłych uczniów) do uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego. Najliczniejszą grupę stanowili respondenci (około 43%), którzy bardzo często lubili uczestniczyć w lekcji w-f”, około 32% badanych często lubiła lekcję w-f”, 15% osób tylko czasami lubiło w niej uczestniczyć, 5% badanych raczej nie lubiło lekcji w-f” oraz około 3,5% nie lubiło uczestniczyć w zajęciach w-f.

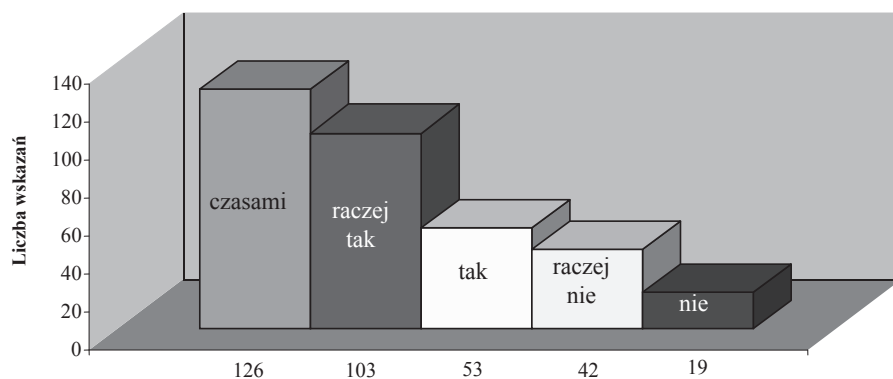
Jak często ćwiczył(a) Pan(i) na lekcjach w-f?



Wykres 3. Częstotliwość ćwiczenia respondenta (byłego ucznia) na lekcji w-f

Dokonując analizy powyższych wyników, od razu zauważamy, iż najliczniejszą grupę stanowili respondenci (około 56%), którzy bardzo często ćwiczyli na lekcji w-f, około 26% badanych często ćwiczyło na zajęciach, 9,5% tylko czasami oraz około 3% respondentów ćwiczyła bardzo rzadko lub nigdy (równomierna liczba odpowiedzi „bardzo rzadko” i „nigdy”).

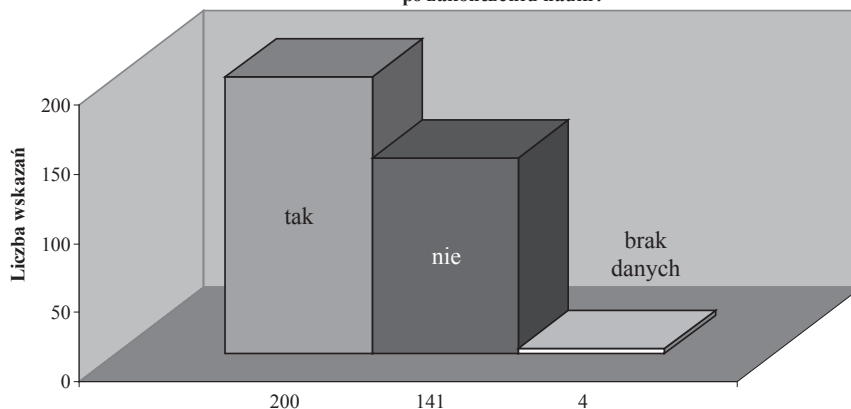
Czy uważa Pan(i), że lekcje w-f były prowadzone w sposób interesujący?



Wykres 4. Postrzeganie przez uczestników lekcji w-f (były interesujące czy też nie?)

Na pytanie: „czy uważa Pan(i), że lekcje w-f były prowadzone w sposób interesujący?” – około 15% badanych odpowiedziało „tak”, około 30% – „raczej tak”, największa grupa respondentów – około 37% – wskazała, iż tylko „czasami”, natomiast dla 12% lekcje „raczej nie były interesujące” lub nie były – 5,5% odpowiedzi.

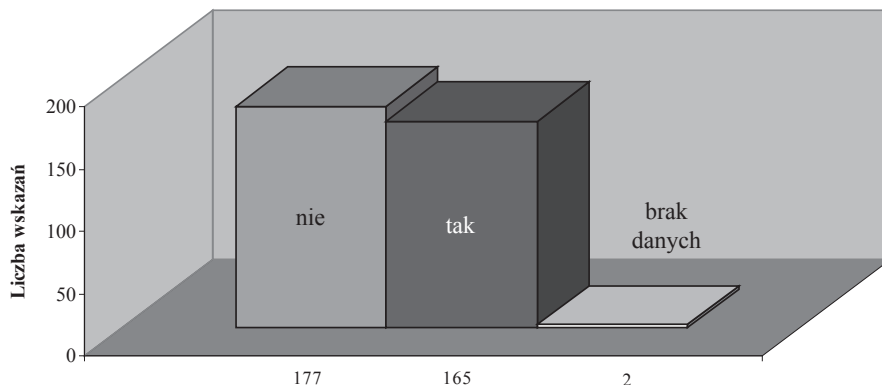
Czy niektóre treści realizowane na lekcjach w-f były przez Pana(ia) kontynuowane po zakończeniu nauki?



Wykres 5. Ilościowe wskazania osób, które podejmowały lub nie podejmowały (w przeszłości lub aktualnie) w ramach dorosłej rekreacji ruchowej – niektóre treści realizowane w przeszłości na lekcjach w-f

Jak wskazują wyniki powyższego wykresu 58% respondentów podejmowała lub podejmuje w ramach dorosłej rekreacji ruchowej niektóre treści realizowane w przeszłości na lekcjach w-f.

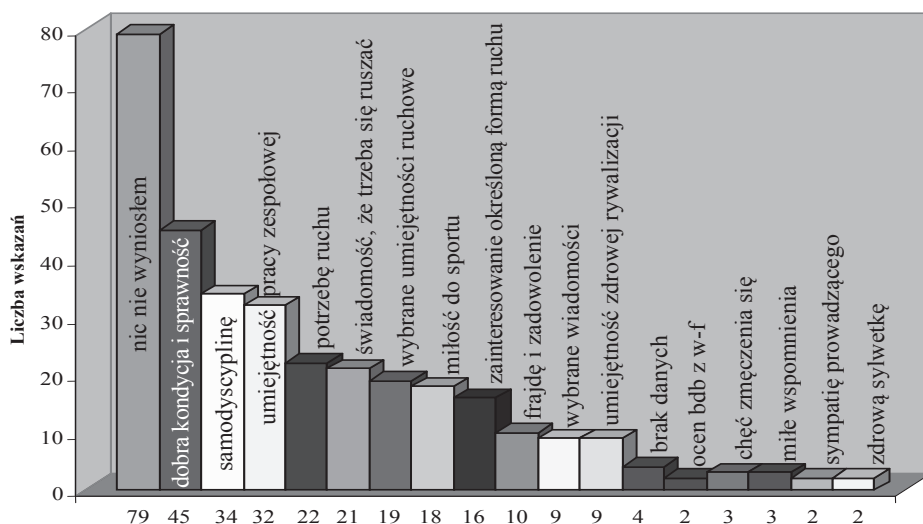
Czy nauczyciel zainteresował Pana(ią) jakąś formą sportu bądź aktywności ruchowej, którą Pan(i) podejmował(a) lub podejmuje po ukończeniu szkoły?



Wykres 6. Ilościowe wskazania osób, których nauczyciel zainteresował lub nie zainteresował jakąś formą sportu lub rekreacji ruchowej w przeszłości na lekcjach w-f

Tylko około 48% badanych wskazało, iż nauczyciel w-f zainteresował ich jakąś formą sportu lub rekreacji ruchowej.

Najcenniejsze, co wyniosłem(am) z lekcji w-f to...

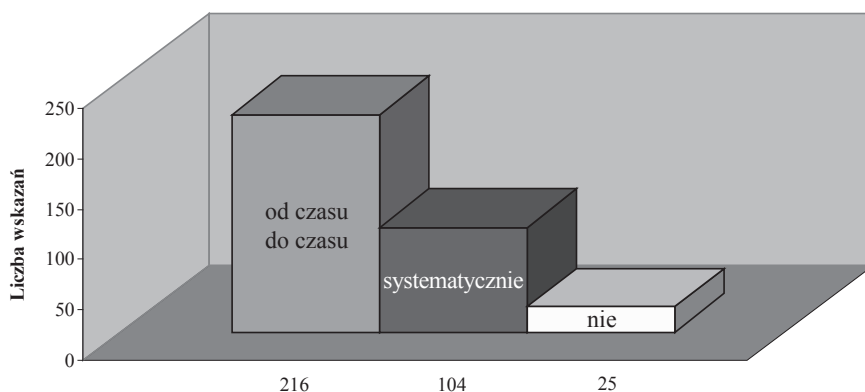


Wykres 7. Ilościowe wskazania osób co do „wartości” wyniesionych z realizowanych w przeszłości lekcji w-f

Wyniki powyższego wykresu obrazują, jakie wartości wynieśli z uczestnictwa w szkolnych lekcjach w-f. Niepokojący jest fakt, iż około 23% badanych wskazało, iż nic cennego z lekcji w-f nie wyniosło. Cieszy jednak, że chociaż 13% respondentów wskazało na dobrą kondycję i sprawność, około 10% – determinację, systematyczność, samodyscyplinę, około

9% na umiejętność gry i pracy zespołowej. Po około 5% wskazań przypadło na takie wartości jak: potrzeba ruchu; chęć do ruszania się; świadomość, że „trzeba się ruszać”; wybrane umiejętności (pływania, prowadzenia rozgrzewki); „miłość” do sportu; zainteresowanie wybraną formą ruchu. Około 3% badanych wskazało „fajdę” i zadowolenie z ćwiczeń, wybrane wiadomości związane z ruchem, umiejętność zdrowej rywalizacji. Pozostałe wartości zostały wskazane sporadycznie lub przez jednostki (< 0,7%).

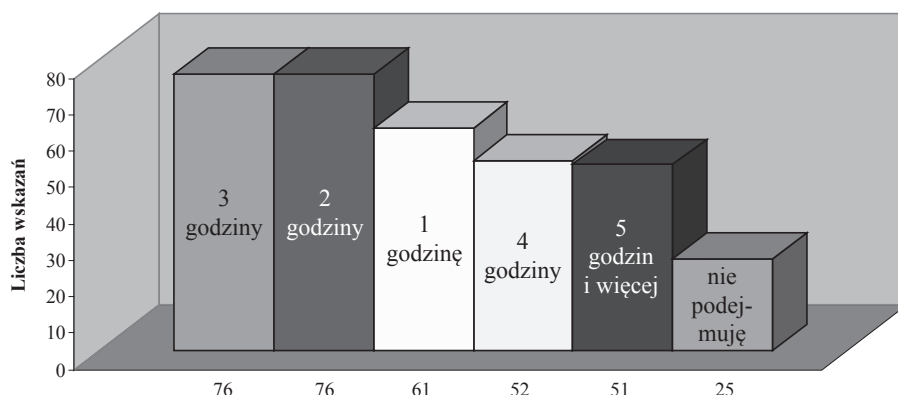
Czy podejmuje Pan(i) aktywność ruchową w czasie wolnym?



Wykres 8. Ilościowe wskazania osób co do uczestniczenia lub nieuczestniczenia w dorosłym procesie rekreacji ruchowej

Tylko około 30% badanych – według ich opinii – systematycznie uczestniczy w rekreacji ruchowej, największa grupa – około 62% – niesystematycznie korzysta z aktywności ruchowej w czasie wolnym, około 8% w ogóle z niej nie korzysta.

Ile czasu poświęca Pan(i) na rekreację ruchową?

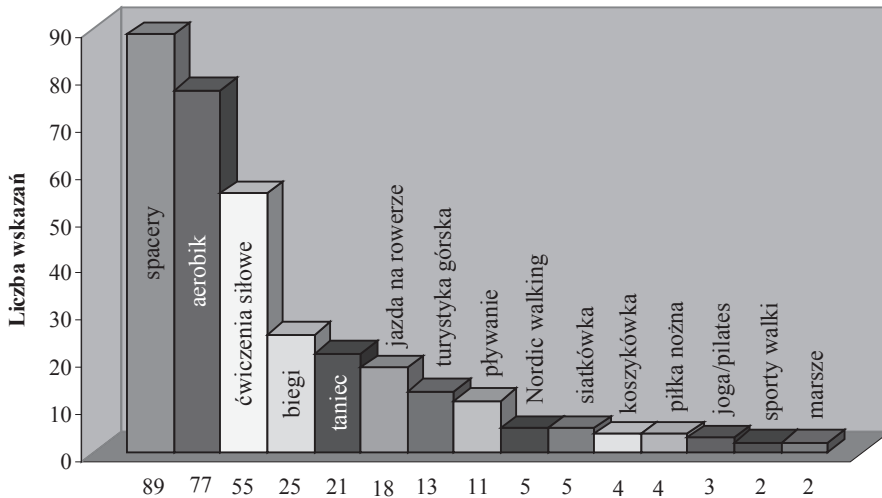


Wykres 9. Ilościowe wskazania osób co do tygodniowej ilości czasu poświęcanego na rekreację ruchową

Wyniki powyższego wykresu obrazują, ile czasu respondenci przeznaczają na rekreację ruchową w ciągu tygodnia. Najliczniejszą grupę stanowili respondenci (około 44% – równo-

mierna liczba odpowiedzi), którzy przeznaczają na ruch 2–3 godzin tygodniowo, około 30% osób poświęca na ruch 4–5 godzin (prawie równomierna liczba odpowiedzi: 15% i 14,8%), 18% badanych rusza się 1 godzinę tygodniowo, 7% badanych nie przeznaczają żadnego czasu na dorosłą rekreację ruchową.

Najczęściej podejmowane formy rekreacji ruchowej



Wykres 10. Ilościowe wskazania osób co do form ruchu najczęściej podejmowanych w dorosłym procesie rekreacji ruchowej

Najliczniej podejmowanymi przez respondentów formami ruchu są spacery (27%), aerobik (23%), ćwiczenia siłowe (16%), także biegi (7%), taniec (6%), jazda na rowerze (5%), turystyka góraska (4%) oraz pływanie (3%). Pozostałe formy zostały wskazane przez zdecydowaną mniejszość badanych (< 1,5%) wskazań). To co cieszy, to mimo nieraz pojedynczych wyborów – dość bogata oferta form ruchu, z której korzystają osoby dorosłe.

4. Podsumowanie wyników i wnioski

Rozpatrując powyższe wyniki badań, stwierdza się, iż mimo wspomnianego pozytywnego stosunku emocjonalnego do nauczyciela (76%) i lekcji w-f (75%) oraz częstego ćwiczenia na zajęciach (82%) zdecydowanej większości respondentów – jedynie 30% z nich systematycznie uczestniczy w dorosłej rekreacji ruchowej. Być może przyczyną tego jest fakt, że tylko dla niespełna połowy badanych lekcje w-f były interesujące (45%) i tylko 48% badanych wskazało, iż nauczyciel w-f zainteresował ich jakąś formą sportu lub rekreacji ruchowej. To, co może zaskakiwać, to fakt, że tylko 58% respondentów wykorzystywało niektóre treści z w-f w dorosłej działalności rekreacyjnej, a aż 23% badanych wskazało, iż nic cennego z lekcji w-f nie wyniosło. Spośród wartości wyniesionych z lekcji w-f – tylko 13% badanych wskazało na dobrą kondycję i sprawność oraz tylko 5% wskazań przypadło na takie wartości jak: potrzeba ruchu, chęć do ruszania się; świadomość, że „trzeba się ruszać”; wybrane

umiejętności (pływanie, prowadzenia rozgrzewki); „miłość” do sportu czy zainteresowanie wybraną formą ruchu. Cenne jest, że część badanych jako wyniesione wartości wskazało – determinację, systematyczność i samodyscyplinę (około 10%) oraz umiejętność gry i pracy zespołowej (około 9%).

Zdecydowana większość respondentów najczęściej korzysta z takich form ruchu jak: spacer (27%), aerobik (23%) i ćwiczenia siłowe (16%). Nieliczna grupa osób najczęściej sięga po formy biegowe, turystykę górską, jazdę na rowerze czy też pływanie.

Kompleksowo ujmując, uzyskane wyniki nie wskazują na zbyt wysoką efektywność w osiągnięciu celów wychowania fizycznego. Wynikają z tego następujące postulaty dla nauczycieli i instruktorów:

- należy uatrakcyjnić zajęcia wychowania fizycznego i poprzez współdziałanie nauczyciela z uczniami wzbogacać treści lekcji – stosować obok tradycyjnych zarówno pożądane przez wychowanków, jak i nowe w naszej tradycji formy ruchowe;

- nauczyciel powinien mocno akcentować w toku edukacji wszystkie wartości, jakie niesie systematyczna aktywność ruchowa wraz z podkreślaniem walorów aktywności w środowisku przyrodniczym;

- należy dokonywać trudu zainteresowania wychowanków formami aktywności ruchowej zgodnie z ich indywidualnymi preferencjami i możliwościami psycho-fizycznymi;

- warto dokonywać trudu kreowania „pozytywnej atmosfery emocjonalnej” na zajęciach wychowania fizycznego, sprzyjającej interakcji nauczyciel–uczeń/uczniowie, a tym samym dającej szansę na większe zrozumienie potrzeb ze strony uczniów, a także wyższą skuteczność w odbiorze komunikatów kierowanych przez nauczyciela w stronę ucznia/uczniów.

Bibliografia

Kiełbasiewicz-Drozdowska I., *Rekreacja ruchowa a zdrowie współczesnego człowieka* [w:] *Teoria i metodyka rekreacji*, red. W. Siwiński, B. Pluta, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu, Poznań 2010.

Tatarczuk J., *Metodyka wychowania fizycznego – zagadnienia wybrane*, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2004.

SUMMARY

Above-mentioned experiences in physical education of the graduates of upper-secondary schools and their present participation in physical recreation

The value of systematic participation in physical recreation is still unappreciated by the majority of society – but certainly it helps to improve health efficiently, slow down the process of aging in our organism and organize free time effectively. Formally – both in long term and in a wide range – physical education at school prepares children, teenagers and adults as well. Therefore, it is worth to analyze the previously mentioned experiences from the process of physical education among the graduates and observe their current participation in physical recreation. The results obtained define the level of effectiveness of physical education in schools – which is not necessarily always satisfying...

Key words: physical education, sport recreation (physical activity), values, attitudes.

Mariola Wozowczyk

Wydział Medyczny PWSZ im. Witelona w Legnicy

Kształcenie podyplomowe pielęgniarek na studiach pomostowych

STRESZCZENIE

Zdrowie i opieka zdrowotna należą do kluczowych zagadnień w życiu jednostki. Współczesne pielęgniarstwo zmierza do zapewnienia społeczeństwu coraz doskonalszej pod względem jakościowym opieki zarówno w chorobie, jak i zdrowiu. Ewolucje kształcenia pielęgniarstwa w Polsce przedstawiłam w zarysie w historii edukacji zawodu, aż do przedstawienia nowej koncepcji kształcenia na różnych poziomach, zgodnego z dyrektywami Unii Europejskiej. Doskonalenie kadr jest sprawą bardzo ważną, dlatego przedmiotem badawczym stały się postawy pielęgniarek wobec doskonalenia zawodowego jako elementu rozwoju zawodowego CPD. Ważność podjętego zagadnienia wynika z tego, że postawa w stosunku do wybranego zawodu implikuje jakość realizowania celów stawianych tej profesji. Zagadnienia opracowywane w problemie badawczym dotyczyły motywów, które skłoniły pielęgniarki do dalszego podnoszenia kompetencji zawodowych. Analiza wyników badania ankietowego przeprowadzonego wśród słuchaczy studiów pomostowych PWSZ w Legnicy pozwoliła mi ułatwić odpowiedź na pytanie problemowe. Wyniki badań przedstawione są w formie liczbowej, procentowej i wykresowej.

Słowa kluczowe: kształcenie, pielęgniarstwo, studia, pomostowe, doskonalenie zawodowe, jakość opieki, motywacja.

Wstęp

Chorzy ludzie są szczególną kategorią w społeczeństwie. Dotyka ich niepokój, poczucie ciągłego zagrożenia, strach o dzień jutrzejszy. Od profesjonalizmu kadr zależy w dużej mierze powrót do zdrowia ludzi dotkniętych w różnym stopniu chorobą, a niejednokrotnie od ich reakcji zależy życie ludzkie. Doskonalenie kadr jest sprawą bardzo ważną, nie tylko z punktu widzenia jednostki, ale i całego społeczeństwa. Pracownik medyczny, jako profesjonalista, musi dbać o ustawiczne rozwijanie własnych kompetencji, dzielić się swoimi doświadczeniami i korzystać z doświadczeń innych. Musi być ciekawy nowych rozwiązań medycznych, otwarty na potrzeby pacjentów i rozwijając swoją osobowość, tworzyć wizerunek dobrej pielęgniarki (pielęgniara) i człowieka, przyczyniając się do rozwoju zawodu.

1. Kształcenie zawodowe pielęgniarek w Polsce

1.1. Historia edukacji pielęgniarstwa

Kształtowanie się zawodu pielęgniarstwa na przestrzeni dziejów przechodziło wiele przeobrażeń. Początkowo profesją tą zajmowały się osoby zakonne, a przyuczanie do zawodu odbywało się w toku pracy przy chorych¹. Od końca XIX wieku zaczęto szkolić osoby świeckie, których kształcenie ewoluowało ku coraz większej profesjonalizacji. Najbardziej dynamiczne zmiany w kształceniu widoczne są w okresie powojennym w latach 1945–1965, ze względu na duże zapotrzebowanie na kadrę pielęgniarstwa. W placówkach służby zdrowia pracowały pielęgniarki po 18 typach przygotowania zawodowego². Do roku 1980 przeprowadzano wielokrotnie zmiany w kształceniu pielęgniarek. Dotyczyły one wymagań stawianych kandydatom, czasu kształcenia oraz planu i programu nauczania. W 1991 roku Polska podpisała układ o stowarzyszeniu ze Wspólnotą Europejską, który zapoczątkował prace zmierzające do dostosowania rozwiązań instytucjonalnych i prawnych uregulowań do tych, jakie obowiązują w krajach Unii Europejskiej (UE). Polskie przepisy prawa oświatowego nie odpowiadały wymaganiom unijnym i należało je tak dopasować, aby uwzględniały nasze lokalne uwarunkowania i równocześnie nie były sprzeczne z ustawami europejskimi. Celem podjętych zmian w kształceniu zawodowym pielęgniarek jest m.in. uzyskanie wykształcenia zawodowego na poziomie równym z innymi krajami europejskimi. Dlatego też uległy zmianie wymagania wstępne dla kandydatów, plany i programy, liczba godzin nauki, wydłużony został czas kształcenia. W krajach Unii minimum programowe wynosi około 4600 godzin, a w Polsce w minionym systemie szkolnictwa wynosiło o ponad 1000 godzin mniej. Reforma w swoich planach nauczania uwzględniła też wszystkie przedmioty przeliczane na punkty kredytowe ECTS (*European Credit Transfer System*). Umożliwiło to wymianę polskich studentów z uczelniami Europy i uznanie zaliczenia przedmiotu, semestru czy nawet roku studiów. Ma to ogromne znaczenie w ramach indywidualnego toku studiowania³. Obecnie kształcenie pielęgniarek może być prowadzone w różnej formie:

1. W wyższej szkole zawodowej – absolwent uzyskuje tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa. Program ten realizowany jest w uczelniach akademickich. Studia trwają trzy lata podzielone na sześć semestrów i obejmują 4600 godzin (1620 godzin teorii, 2065 godzin praktycznych). Stanowią autonomiczną formę studiów I stopnia, po których możliwe jest dalsze kształcenie na 2-letnich studiach magisterskich lub podjęcie pracy zawodowej.

2. W uczelniach akademickich – prowadzących kształcenie w formie studiów wyższych zawodowych (system 3 + 2) absolwenci uzyskują tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa, a następnie po okresie 2 lat w systemie studiów uzupełniających mogą uzyskać tytuł magistra pielęgniarstwa. Uczelnie te prowadzą także studia doktoranckie.

3. Studia pomostowe – to studia zawodowe na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, przeznaczone dla pielęgniarek, położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukoń-

¹ A. Maksymowicz, *Zagadnienia zawodowe na tle historycznym*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1977, s. 48.

² J. Masłowski, *Pielęgniarki w drugiej wojnie światowej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1976, s. 3.

³ K. Łukaszczyk-Paluch, *Prezentacje z Ireną Wrońską*, „Pielęgniarstwo 2000” 1999, nr 6, s. 4.

czyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcąca w zawodzie pielęgniarki lub położnej.

1.2. Kształcenie w ramach „Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki”

Przed podpisaniem traktatu akcesyjnego Komisja Europejska nie zgodziła się na propozycję, by automatycznie uznawane były dyplomy wszystkich rodzajów szkół kształcących pielęgniarki. W 2002 roku przeprowadzono w Polsce przegląd programów kształcenia. W wyniku analizy stwierdzono, że programy te nie spełniają wymogów dyrektyw sektorowych obowiązujących w Europie. W odpowiedzi uruchomione zostały studia zawodowe, tzw. pomostowe, mające na celu uzupełnienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych. Ukończenie ich nie jest obowiązkowe i wiąże się z indywidualną decyzją każdej pielęgniarki lub położnej i nie skutkuje żadnymi ograniczeniami. Oznacza to, że posiadane prawo wykonywania zawodu uzyskane w wyniku kształcenia zrealizowanego w poprzednim systemie szkolnictwa średniego nadal upoważnia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej w pełnym zakresie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (RP). Studia pomostowe z uwagi na posiadane już kwalifikacje oraz staż pracy odbywają w skróconym wymiarze. Pierwszego naboru dokonano w październiku 2008 roku w 32 uczelniach. Aktualnie projekt realizuje 61 uczelni, ostatnia rekrutacja na studia zostanie przeprowadzona na rok akademicki 2014/2015. Dokumentem potwierdzającym posiadanie kwalifikacji przez absolwenta tego typu studiów jest dyplom licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa. Środki na cały okres realizacji projektu zostały zaplanowane w kwocie około 180 mln zł, z czego 85% pochodzi z Europejskiego Funduszu Społecznego, a 15% to środki finansowe pochodzące z budżetu państwa. Projekt przewiduje dofinansowanie studiów pomostowych dla 24 000 pielęgniarek/położnych i adresowany jest do uprawnionych pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości, są absolwentami: pięcioletnich liceów medycznych, dwuletnich, dwuipółletnich oraz trzyletnich medycznych szkół zawodowych, posiadają status osoby zatrudnionej lub wolontariusza, posiadają obywatelstwo państwa obcego (państwo członkowskie UE lub państwo trzecie) – w tym przypadku konieczne jest posiadanie prawa wykonywania zawodu na terenie RP oraz zatrudnienie na terenie RP w zawodzie pielęgniarki/położnej, zostały zakwalifikowane na studia pomostowe zgodnie z zasadami rekrutacji obowiązującymi w wybranej uczelni. Czas kształcenia na studiach pomostowych zależy od rodzaju ukończonej szkoły medycznej i wynosi od 2 do 3 semestrów⁴.

1.3. Kontynuowanie rozwoju zawodowego

W leksykonie PWN pod hasłem „edukacja permanentna” znajdujemy następującą definicję: „stałe odnawianie i doskonalenie kwalifikacji ogólnych i zawodowych jest to współczesny model edukacji, zgodnie z którym kształcenie nie ogranicza się do okresu nauki w szkole, lecz trwa w różnych formach przez całe życie”⁵. CPD (*Continuing Professio-*

⁴ Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych, *Projekt Systemowy pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych. Raport 2008–2010”*, s. 24.

⁵ *Leksykon tematyczny PWN. Pedagogika*, red. B. Milerski, B. Śliwowski, Warszawa 2000, s. 55.

nal Development) jest nieustającym procesem zawodowego rozwoju jednostki mającym na celu zwiększenie potencjału i zdolności do profesjonalnego wykonywania zadań w pracy zawodowej, które nie są możliwe do osiągnięcia podczas pierwszych stopni kształcenia czy też wykonywanej rutynowo pracy zawodowej. CPD ma szczególne znaczenie w profesji zawodów medycznych. Wiedza i umiejętności zdobyte w toku kształcenia dyplomowego i podyplomowego są często niewystarczające do wykonywania zadań zawodowych. Poziom wykształcenia i umiejętności musi być adekwatny do rozwoju nauki i technologii medycznej, przyczyniając się przez to do podwyższenia jakości świadczonych usług, zmniejszenia występowania zdarzeń niepożądanych i bezpieczeństwa klientów ochrony zdrowia. Dynamika zmian w doskonaleniu zawodowym pielęgniarek rodzi stałą konieczność rozwijania kompetencji, a także coraz częściej rekwalifikacji i podejmowania wysiłków edukacyjnych. W różnych formach Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP) popiera wszelkie działania zmierzające do wdrożenia procesu CPD. Uważa, że powinno ono uzyskać prawne podstawy pozwalające formalnie uznać to doskonalenie za obowiązkowe. W krajach Unii Europejskiej CPD jest obowiązkowe w 11 państwach. Została określona roczna liczba punktów lub dni, które pielęgniarki powinny przeznaczyć na profesjonalny rozwój. Wprowadzenie formalnego systemu CPD dałoby pielęgniarkom możliwość rozliczenia podejmowanego przez nie wysiłku w kierunku dokoształcenia i nagrodzenia go zarówno poprzez zwiększenie możliwości awansu zawodowego, jak i systemu nagród finansowych. PTP chce nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Nowe przepisy miałyby skłonić pielęgniarki do stałego doskonalenia zawodowego, tak by każda z nich posiadała tytuł magistra. Poza tym Towarzystwo wskazuje, że podnoszenie poziomu wiedzy powinno wiązać się także z zapewnieniem właściwego wykorzystania w sektorze opieki zdrowotnej zdobytych umiejętności. Powinno też zostać docenione finansowo. Konieczne jest także wprowadzenie ścieżek kariery zawodowej, które pozwoliłyby na uporządkowanie kompetencji pielęgniarek w zależności od posiadanego wykształcenia, jak również dawałoby jasny sygnał współpracownikom i kandydatom do zawodu pielęgniarki, jakie są możliwości rozwoju oraz awansu zawodowego w tej profesji.

Komisja kształcenia i doskonalenia zawodowego zaproponowała określenie wymogów na poszczególne poziomy kształcenia podyplomowego, np. aby przystąpić do kursu kwalifikacyjnego, należy ukończyć jeden lub dwa kursy specjalistyczne (zgodne z obraną dziedziną) i mieć co najmniej roczny staż pracy w tej dziedzinie. Uzyskanie specjalizacji i magisterium powinno oznaczać osiągnięcie kolejnego szczebla w karierze. Zmiana powinna dotyczyć zaszeregowania i lepszego wykorzystania kompetencji specjalistki (magistra). Pielęgniarki te mogą wówczas prowadzić więcej szkoleń, pracować nad podniesieniem jakości opieki pielęgniarskiej, wprowadzać innowacje dla usprawniania pracy zawodowej, angażować się jako mentorzy adeptów, przygotowywać publikacje specjalistyczne i zawodowe. Dla takich osób można konstruować nowe stanowiska pracy, jak np. edukator, specjalista ds. szkoleń klinicznych, specjalista ds. jakości opieki pielęgniarskiej.⁶

⁶ J. Czerniak, D. Cieśla, *Materiały z III konferencji FRPP „Zarządzanie personelem a jakość w pielęgniarstwie”*, Warszawa 2008, http://www.nursing.com.pl/Kształcenie_cieki_rozwoju_zawodowego_34.html

2. Metodologiczne podstawy pracy

Przedmiotem badawczym niniejszej pracy są „postawy pielęgniarek wobec doskonalenia zawodowego”. Przy opracowaniu problemu badawczego szczególną uwagę zwróciłam na następujące zagadnienia:

- dostępność kształcenia licencjackiego,
- inne formy doksztalcenia i gratyfikacje z tytułu podniesienia kwalifikacji,
- motyw i utrudnienia kształcenia,
- oczekiwania związane z wykorzystaniem podniesienia kwalifikacji,
- najbliższe plany zawodowe.

Celem pracy jest określenie przyczyn, które zmotywowały pielęgniarki do podjęcia trudu kształcenia na studiach pomostowych oraz próba odpowiedzi na pytanie: „Czy zdobycie tytułu licencjata ma dla nich wartość autoteliczną, czy instrumentalną?”. Ustalenie odpowiedzi jest sprawą nader ważną, gdyż postawy, jakie prezentują pielęgniarki, będą miały istotny wpływ na stosunek do rozwoju profesjonalizacji i ich uczestnictwa w różnych formach edukacji i rozwoju zawodowego. W niniejszej pracy podstawową metodą zbierania informacji jest sondaż diagnostyczny z zastosowaniem techniki ankietowej. Uzupełnieniem uzyskanych wyników jest analiza jakościowa wypowiedzi respondentek. Jako narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji zawierający 21 pytań, zarówno zamkniętych, jak i półotwartych.

Ludzkie działanie jest ukierunkowane na osiąganie celów, które wiążą się z poziomem aspiracji i systemem wartości. W ujęciu E. R. Hilgarda poziom aspiracji to „cel, który jednostka stawia przed sobą jako coś, co spodziewa lub stara się osiągnąć. Osiągnięcie tego celu uważa za sukces, niepowodzenie za porażkę”⁷. Celem takim może być też doskonalenie wykonywanego zawodu, którego motywami mogą być różne i mogą wpływać bezpośrednio na traktowanie zawodu autotelicznie lub instrumentalnie.

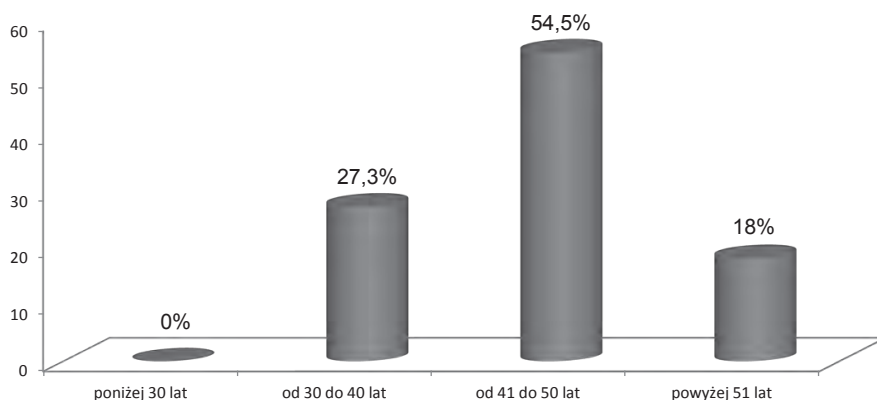
2.1. Struktura demograficzno-zawodowa

Grupę badawczą stanowili studenci kierunku pielęgniarstwo niestacjonarne (studia pomostowe, ścieżki A i B) Wydziału Medycznego Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej (PWSZ) im. Witelona w Legnicy w roku akademickim 2010/2011. Wśród ankietowanych były pielęgniarki odcinkowe, oddziałowe, zabiegowe i naczelna. Grupę respondentów w zdecydowanej większości stanowiły kobiety (w liczbie 87), jednym respondentem był pielęgniarz. Najlichnieszszą grupę wiekową wśród badanych stanowiły osoby w wieku 41–50 lat (w liczbie 48). Następnie 24 osoby usytuowane były w grupie wiekowej 30–41 lat, a najmniejszą liczebnością charakteryzowała się grupa osób w wieku powyżej 51 lat (w liczbie 16). W badanej grupie nie było przedstawicieli w wieku poniżej 30 lat. Dane te zostały przedstawione na wykresie 1.

Wykres 2 przedstawia obszary zamieszkania. Najwięcej studentek (w liczbie 24) mieszka na wsi. Niewiele mniej, bo 23 osoby, mieszka w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców. Z dużych miast powyżej 100 tys. pochodzi 12 badanych osób. Tylko 8 ankietowanych miesz-

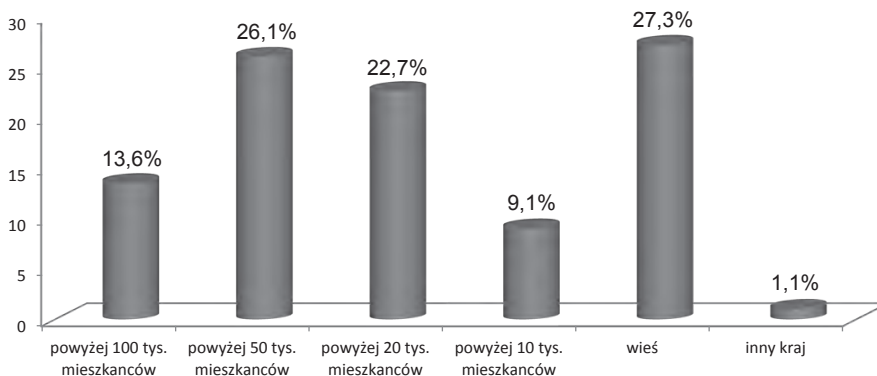
⁷ Z. Skorny, *Proces socjalizacji dzieci i młodzieży*, WSiP, Warszawa 1987, s. 98.

ka w małych miasteczkach powyżej 10 tys. mieszkańców. Jedna pielęgniarka zamieszkuje na stałe i pracuje we Włoszech.



Wykres 1. Badana populacja według wieku

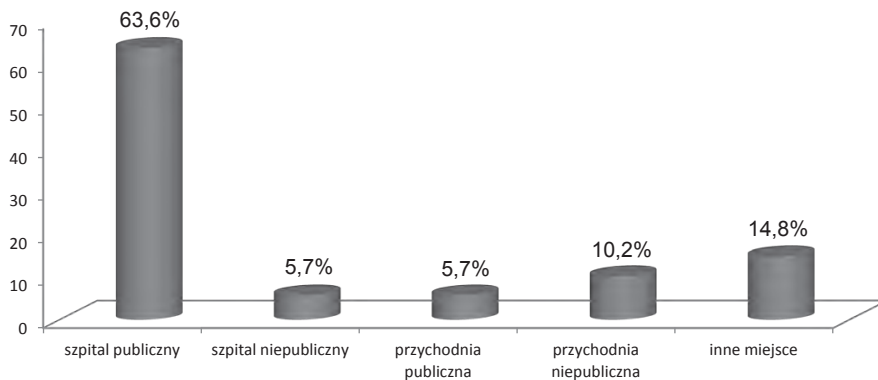
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 2. Badana populacja według obszaru zamieszkania

Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 3 wskazuje na usytuowanie czynnych zawodowo studiujących pielęgniarek. W przedstawionej kafeterii miały wskazane instytucje, w których znajdują zatrudnienie pielęgniarki, a także mogły wskazać inne miejsca pracy. Analiza odpowiedzi wykazała, że zdecydowana większość (56 osób) pracuje w szpitalach publicznych, a tylko 5 osób jest zatrudniona w szpitalu niepublicznym. W przychodniach publicznych pracuje 5 osób, a w niepublicznych zatrudnionych jest 9 osób. Na inne miejsca pracy wskazało 13 osób i są to: pogotowie ratunkowe, gabinet rehabilitacji, zakład opiekuńczo-leczniczy, domy pomocy społecznej.

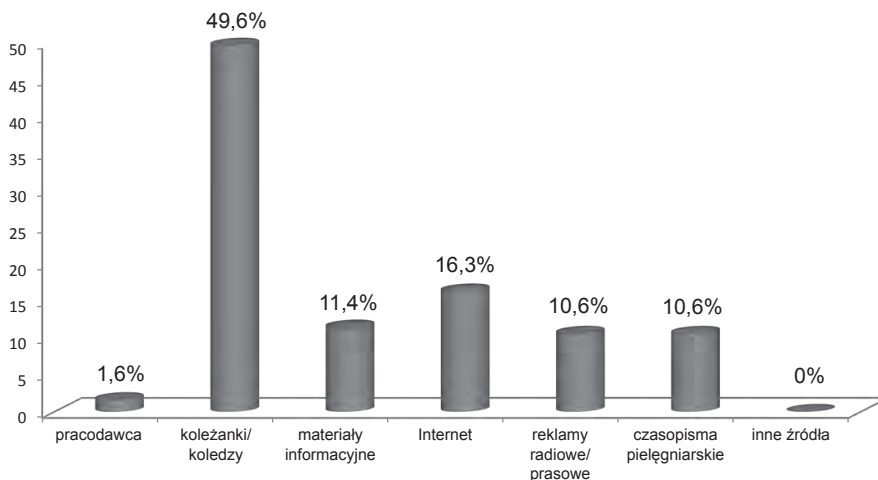


Wykres 3. Usytuowanie zawodowe studiujących pielęgniarek

Źródło: Opracowanie własne.

2.2. Dostępność kształcenia licencjackiego

Pielęgniarki stanowią grupę zawodową, która jest w pełni świadoma zachodzących zmian i żywo reaguje na nowe wyzwania i tendencje w medycynie. Chętnie podejmują wyzwania, jakie niesie rozwój i doskonalenie zawodowe, i korzystają z całej dostępnej oferty edukacyjnej. Aby to osiągnąć czerpią informacje z różnych źródeł. Założenia programowe projektu studiów pomostowych uwzględniały szeroką kampanię informacyjno-promocyjną. W celu zbadania źródeł wiedzy o projekcie spytano studiujące pielęgniarki: „Skąd dowiedział(a) się Pani/Pan o możliwości podjęcia bezpłatnych studiów pomostowych?”. W odpowiedzi na to pytanie studenci mieli możliwość wskazania wszystkich źródeł, z jakich korzystali, czerpiąc informacje.

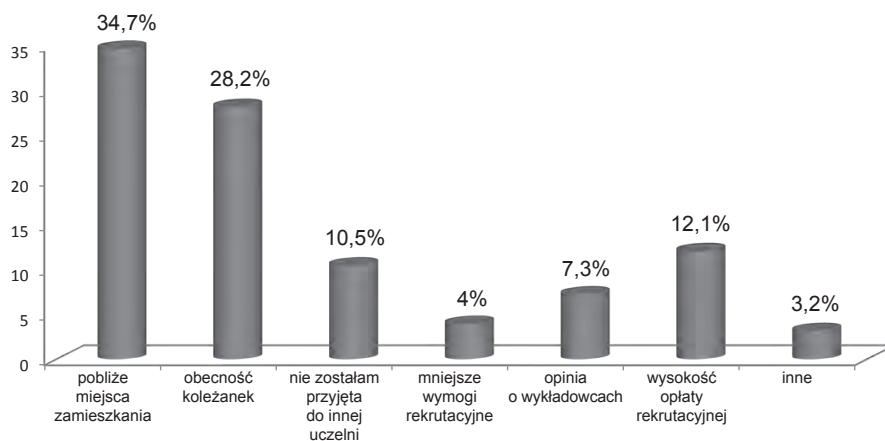


Wykres 4. Rodzaje wykorzystanych działań promocyjno-informacyjnych zachęcających do udziału w projekcie studiów pomostowych

Źródło: Opracowanie własne.

Z przedstawionych powyżej danych wynika, że prawdziwą skarbnicą wiedzy jest środowisko pielęgniarskie. Koleżanki i koledzy w ramach solidarności zawodowej przekazują sobie informacje o możliwościach i warunkach podejmowania dokoształcania, wskazując docelowo uczelnie, gdzie można podjąć naukę na dogodnych warunkach. Badani studenci w zdecydowanej większości 61 osób uzyskali informacje w miejscu pracy. Następnym ważnym przekazańnikiem informacji jest Internet, z którego korzystało 20 osób. Pomimo powszechności używania Internetu nie zawodzą tradycyjne sposoby przekazu wiadomości. W promowaniu uczelni i informowaniu kandydatów na studia o swojej ofercie dużą rolę odgrywają materiały informacyjno-promocyjne, z których skorzystało 14 osób. Z pozostałych wymienionych źródeł w równej liczbie po 13 respondentek wskazało reklamy radiowe lub prasowe oraz czasopisma pielęgniarskie. Na uwagę zasługuje fakt, że tylko 2 osoby deklaro- wało uzyskanie wiedzy od swoich pracodawców.

Podjmując trud kontynuowania nauki, stajemy przed problemem wyboru uczelni. Aby sprostać postawionym sobie celom, rozpatrujemy wówczas wiele aspektów, które muszą być jak najbardziej kompatybilne z naszym życiem osobistym i zawodowym. Każdy adept zbiera informacje, które w efekcie końcowym składają się na wybór konkretnej uczelni. Wyselekcjo- nowane zostają uczelnie, na których znajduje się pożądany kierunek. Następnie uwagę zwraca- my na lokalizację i inne walory, które w subiektywnym odczuciu są decydujące w jej wyborze. Chcąc ustalić, jakie były determinanty wyboru PWSZ w Legnicy, zadano respondentom pyta- nie: „Dlaczego wybrała Pani/Pan uczelnię w Legnicy?”. Studenci mieli możliwość odpowiedzi wieloaspektowej, wskazując wszystkie pobudki, które złożyły się na ich decyzje.



Wykres 5. Aspekty selekcyjne uczelni i szkół wyższych

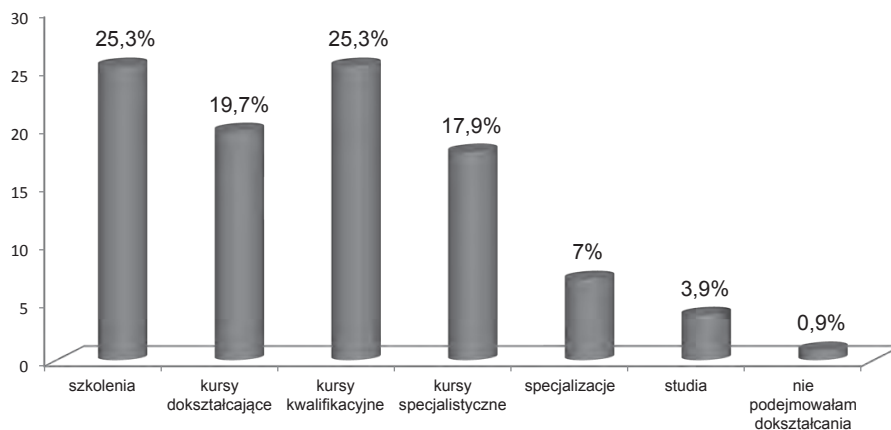
Źródło: Opracowanie własne

43 studentów stwierdziło, że najważniejszym czynnikiem, który spowodował, że wybrali PWSZ była odległość uczelni od domu rodzinnego, ewentualnie od miejsca pracy. Drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią była obecność koleżanek i było to ważne dla 34 ankietowanych. Pierwszym momentem styczności pomiędzy studentami a uczelnią jest moment rekrutacji. Kalkulując wstępnie koszty, jakie poniesiemy w związku z nauką, zwracamy uwagę na wysokość opłat rekrutacyjnych, które są różnej wysokości w zależności od ustaleń danej uczelni. Wysokość tej opłaty była istotna dla 15 respondentów. Nie dla wszystkich

była to pierwsza próba podjęcia kształcenia, gdyż nie zostali przyjęci do innej uczelni, na ten czynnik wskazało 13 osób. Kolejnym wartym zasygnalizowania zagadnieniem jest kwestia doboru odpowiednich pod względem kierunku wykształcenia osób. Informacje o wykładowcach zebrało 9 osób. Na mniejsze wymogi rekrutacyjne zwróciło uwagę 5 studentów, a 4 osoby wskazało na inne czynniki, którymi były: „sentyment do uczelni”, „ze względu na wcześniejszą w niej edukację”, „koniec terminu rekrutacji” oraz „przypadkowa informacja o rekrutacji”.

Pielęgniarki, decydując się na kształcenie licencjackie w formie studiów pomostowych i zbierając informacje, były zorientowane, iż kształcenie jest bezpłatne i finansowane jest głównie ze źródeł unijnych. Koszty własne, które ponoszą studium, są minimalne. Zainteresowanie jest duże i wiele osób skorzystało już z tej formy edukacji. Spytano studium pielęgniarce: „Czy podjęłaby Pani/Pan naukę, gdyby w/w studia były odpłatne?”. Wśród odpowiedzi były trzy warianty: „tak”, „nie” z uzasadnieniem – „dlaczego?” i „nie mam zdania”. W zdecydowanej większości ankietowanych (61 osób) odpowiedź brzmiała „nie”, z czego tylko 39 osób podało uzasadnienie i dotyczyło ono głównie kwestii finansowych, takich jak: niskie zarobki (11 osób), brak funduszy (13 osób), studium dzieci (4 osoby), nie stać mnie (7 osób), wysokie koszty studiów (4 osoby). Odpowiedź twierdzącą podało 15 osób i zdecydowanie rozpoczęły naukę, pomimo iż zmuszone byłyby ponieść koszty kształcenia. Tutaj nieliczne osoby, bo tylko 5, argumentowały tak swój wybór: „zawsze było to moim marzeniem”, „podniesienie kwalifikacji da mi komfort psychiczny”, „nie muszę się obawiać utraty praw pielęgniarckich”, „da mi możliwość zmiany stanowiska pracy”, „chciałam mieć wyższe wykształcenie pielęgniarckie”. 12 osób w rozważanej kwestii nie wyraziło swojej opinii.

Zachodzące zmiany w ochronie zdrowia, rozwój nauk medycznych, mobilność zawodowa spowodowana np. restrukturyzacją i związana z tym częsta zmiana stanowisk pracy, a także chęć uzyskania wiedzy specjalistycznej – są to m.in czynniki, które dopingują do rozszerzania wiedzy w dziedzinie pielęgniarstwa. Chcąc poznać, z jakich form doksztalcenia korzystały ankietowani studenci, zadano pytanie: „Czy podczas dotychczasowej pracy podnosiła Pani/Pan swoje kwalifikacje?”. Respondenci mieli wskazać wszystkie formy, z jakich kiedykolwiek korzystali w swojej pracy zawodowej.



Wykres 6. Formy rozwoju kompetencji zawodowych

Źródło: Opracowanie własne.

Najczęstszą formą doskonalenia w zawodzie, z której skorzystały ankietowane studentki, były szkolenia i kursy kwalifikacyjne (58 osób). Niewiele mniej, bo 45 osób, dla wzbogacenia wiedzy skorzystało z kursów dokształcających. Kursy specjalizacyjne ukończyło 41 osób, a 16 osób uzyskało tytuł specjalisty. 9 studentek uzyskało wykształcenie z innych dziedzin: 2 posiadają licencjat z fizjoterapii, 1 z zarządzania i 1 z filologii. 4 osoby posiadają tytuł magistra z takich dziedzin jak socjologia, pedagogika opiekuńcza, praca socjalna, administracja. Tylko 2 osoby przyznały, że nie uczestniczyły w żadnej z form doskonalenia zawodowego wskazanych w ankiecie.

Podnoszenie kwalifikacji nieodzwrotnie związane jest z wysiłkiem związanym z uczestnictwem, czasem kształcenia, kosztami dojazdów i opłat lub dopłat za wybrane formy doskonalenia. Kończąc doskonalenie, każdy ma określone nadzieje związane z wyróżnieniem za poniesiony trud i uzyskaną wiedzę oraz dodatkowe umiejętności. Chcąc uzyskać wiedzę, w jaki sposób zostali oni gratyfikowani, zadano im pytanie: „Czy po zakończeniu którejś formy doskonalenia otrzymał(a) Pan/Pani od pracodawcy gratyfikację i w jakiej postaci?”. W przedstawionej kafeterii ankietowane proszone były o podanie wszystkich nagród, jakie otrzymały od pracodawcy. Niestety, jak wskazują dane empiryczne dotyczące powyższego pytania, dla 47 respondentek nie było żadnej formy nagrodzenia przez swojego pracodawcę za poniesiony trud. Kolejna grupa 28 pielęgniarek została nagrodzona w formie pieniężnej z podwyżką wliczoną do wynagrodzenia zasadniczego. Jest to korzystna forma gratyfikacji, gdyż skutkuje zwiększonym dodatkiem za pracę w godzinach nocnych i świątecznych. Pieniężną formą nagrody jest również jednorazowa premia, którą otrzymało 9 osób. Poza nagrodami pieniężnymi ankietowane wymieniły inne formy wyróżnienia, jakimi były: zmiana stanowiska pracy, z której skorzystało 6 osób, a 3 osoby zmieniły formę zatrudnienia. Również 3 osoby wskazały odpowiedź „inna”, w których podano: 50 zł dodatku, zmiana zakresu obowiązków i nagroda specjalna, nie podając, jakiego była rodzaju.

2.3. Motywy i utrudnienia kształcenia

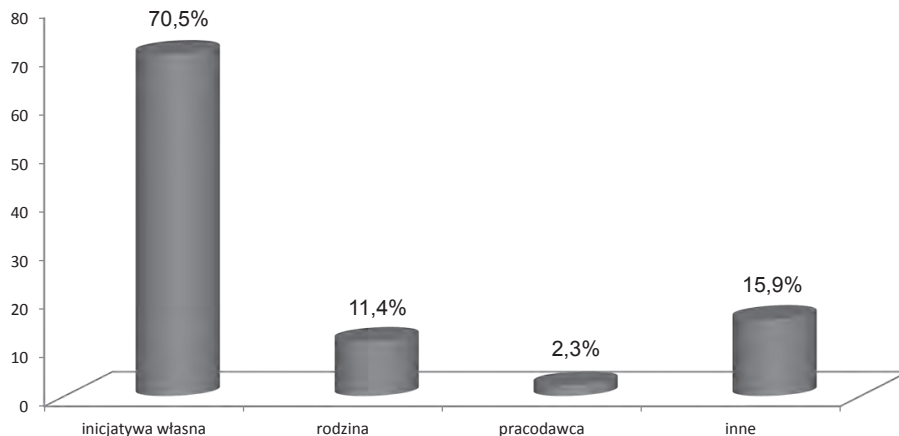
Motywacja oznacza: „wprawić coś w ruch, budzić do czynu, zachęcać”. Konkretyzując to pojęcie: każde działanie człowieka poprzedzone jest motywacją⁸. Można ją rozpatrywać jako proces, na który składają się potrzeby, satysfakcje, dyssatisfakcje, dążenia. Ważna jest przy tym siła i natężenie motywacji. Jak wskazuje J. Reykowski: „im intensywniejsza motywacja, tym większa mobilizacja energii organizmu wyrażająca się w sile reakcji. Im intensywniejsza motywacja, tym szybciej powstaje gotowość do działania, jednostka może wielokrotnie powtarzać próby osiągnięcia celu mimo niepowodzeń. Dlatego człowiek przystępuje do odpowiednich działań bez ociągania się, jest wówczas odporny na zmęczenie, pokusy i konsekwentny w osiągnięciu celu. Przeciwnie, gdy motywacja nie jest zbyt intensywna, czyni to powoli i jest bardziej skłonny do zaniechania dalszego działania”⁹.

W celu poznania czynników motywujących, które skłoniły pielęgniarki do podjęcia dalszego doskonalenia, zadano im pytanie: „Z czyjej inicjatywy zdecydował(a) Pan/Pani się

⁸ M. Pacholski, A. Słaboń, *Słownik wyrazów socjologicznych*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 1997, s. 105.

⁹ J. Reykowski, *Teoria motywacji w zarządzaniu*, KiW, Warszawa 1975, s. 53–58.

na kontynuację nauki?”. Respondenci mieli wybór ze wskazanych odpowiedzi, a w ostatniej mogli podać indywidualne determinanty.

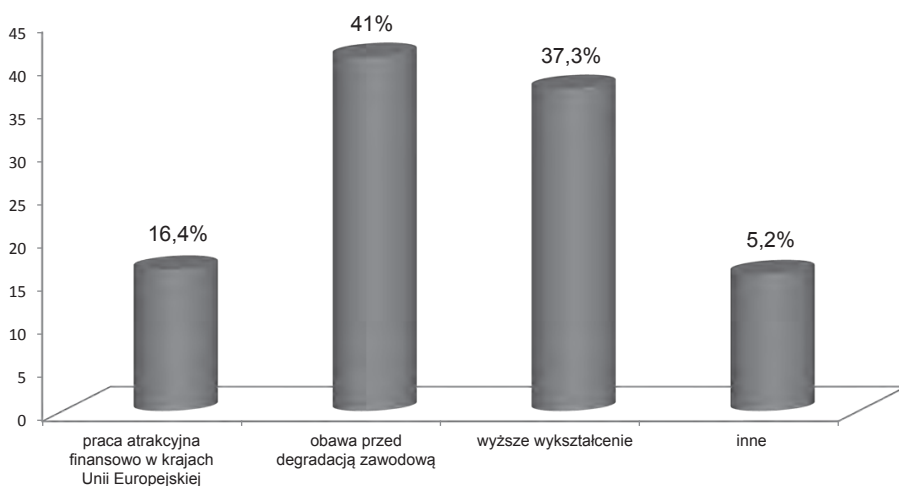


Wykres 7. Zaangażowanie własne i środowiskowe w kierunku podwyższenia kompetencji zawodowych

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza odpowiedzi wskazuje, że decyzja była podjęta samodzielnie przez 72 osoby. Rodzina była pomocna w podjęciu decyzji dla 15 osób. Za innymi okolicznościami opowiedziało się 18 pielęgniarek i były to: dla 10 osób wpływ koleżanek, 4 osobom pomogli w podjęciu decyzji przyjaciele, a pozostałe 4 pielęgniarki wskazały na pracujących z nimi lekarzy.

Aby uzyskać pełniejszy obraz w interesującej nas kwestii, zadano kolejne pytanie: „Motywy, którymi Pani/Pan się kierowała podejmując studia?”. Respondenci mieli możliwość wyboru z podanej kafeterii wszystkich odpowiedzi, a w ostatniej mogli wskazać własne pobudki.

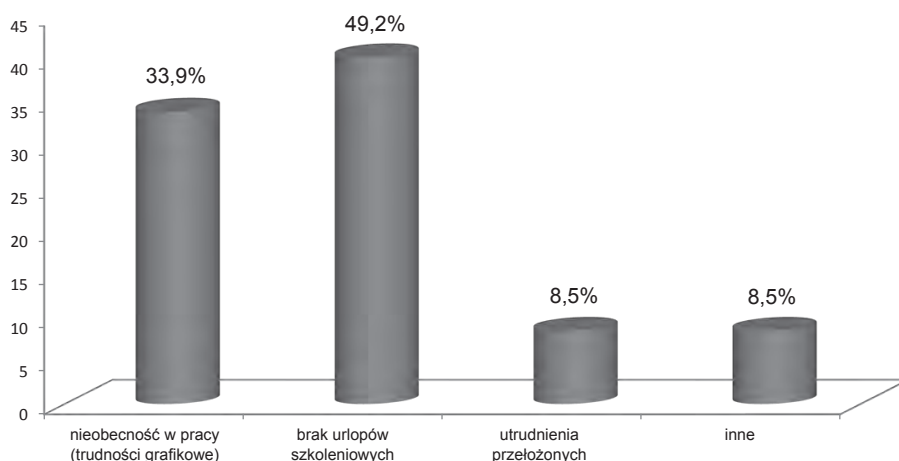


Wykres 8. Determinanty motywujące podniesienie kwalifikacji zawodowych

Źródło: Opracowanie własne.

Największa część ankietowanych pielęgniarek w przyszłości obawia się ewentualnej degradacji zawodowej w wyniku zmian regulacji, które zaszerzegują je do stanowisk pomocy pielęgniarstwu. Ukończenie studiów pomostowych daje im poczucie bezpieczeństwa, że będą mogły pracować i zachować swoje stanowiska pracy bez ewentualnych obniżek płac, które są konsekwencją przejścia do niższego zaszerzegowania. Obawy te podyktowane są przykładem pielęgniarek pracujących poza granicami naszego kraju, które posiadają kwalifikacje zdobyte przed 2002 rokiem. Takie stanowisko reprezentuje 55 ankietowanych pielęgniarek. Dla 50 osób motywem jest posiadanie wyższego wykształcenia. Kolejna grupa respondentów ma na uwadze ewentualną emigrację do krajów unijnych, a wykształcenie licencyjne jest wartością niezbędną, aby mogły wykonywać swój zawód na wyuczonym poziomie i osiągać z tego tytułu odpowiednie gratyfikacje finansowe. Przykładem jest jedna z badanych studentek, pracująca i na stałe zamieszkująca z rodziną we Włoszech, która przyjeżdża na zajęcia dydaktyczne do Polski, aby uzupełnić kwalifikacje, gdyż została we Włoszech zdegradowana do poziomu pracownika pomocniczego. Podobna sytuacja jest w innych krajach unijnych, w których dotychczas pracujące pielęgniarki zmuszone były uzupełnić kwalifikacje, by móc nadal wykonywać swój zawód. Wśród studiujących jest jedna pielęgniarka pracująca w Irlandii, która ponosi trudy dojazdów do PWSZ w celu uzupełnienia wykształcenia. Pozostałe 7 osób w odpowiedzi „inne” podały więcej niż jeden powód i są nimi: „korzyści finansowe”, „chęć uzyskania drugiego wyższego wykształcenia”, „podniesienie poziomu wiedzy i kwalifikacji”, „rozwój zawodowy”, „satisfakcja osobista”, „ćwiczenie umysłu i przebywanie z osobami ze środowiska pielęgniarstwa”.

Kontynuacja kształcenia, pomimo że konieczna, często napotyka na pewne trudności. Znaczna część ankietowanych wskazywała na istnienie przeszkód utrudniających dokończenie. W celu stwierdzenia, czy badane pielęgniarki miały podobne problemy, zadano im pytanie: „Jakie trudności napotkała Pani/Pan w miejscu pracy w związku z podjętymi studiami?”. Największym obciążeniem dla 58 osób jest brak urlopów szkoleniowych. Jak pokazuje badanie, pielęgniarki mają duży problem z uzyskaniem takiej formy pomocy ze strony kadr zarządzających placówkami medycznymi.

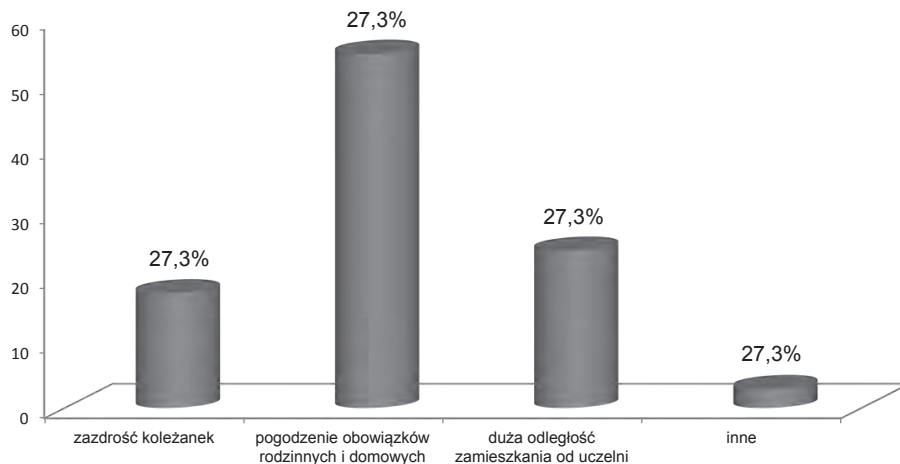


Wykres 9. Komponenty zawodowe utrudniające kształcenie

Źródło: Opracowanie własne.

Uczestniczenie w zajęciach dydaktycznych osób pracujących w systemie zmianowym wymaga dostosowania dni do wypracowania godzin dyżurowych z uczestnictwem w zajęciach na uczelni. W związku z tym następują utrudnienia z ułożeniem grafików i nieobecnością w pracy. Ten problem był na drugim miejscu i zgłosiło go 40 respondentek. Kolejnymi czynnikami, z którymi spotkało się po 12 osób, to utrudnienia przełożonych i „inne” okoliczności. Tylko 8 pielęgniarek nie miało żadnych trudności, a 4 wskazały na czynnik finansowy związany ze zmniejszonymi zarobkami ze względu na mniejszą ilość godzin nocnych i świątecznych.

W celu określenia innych utrudnień zadano ankietowanym pytanie: „Jakie trudności napotkał(a) Pan/Pani w swoim środowisku w związku z podjętymi studiami?”.

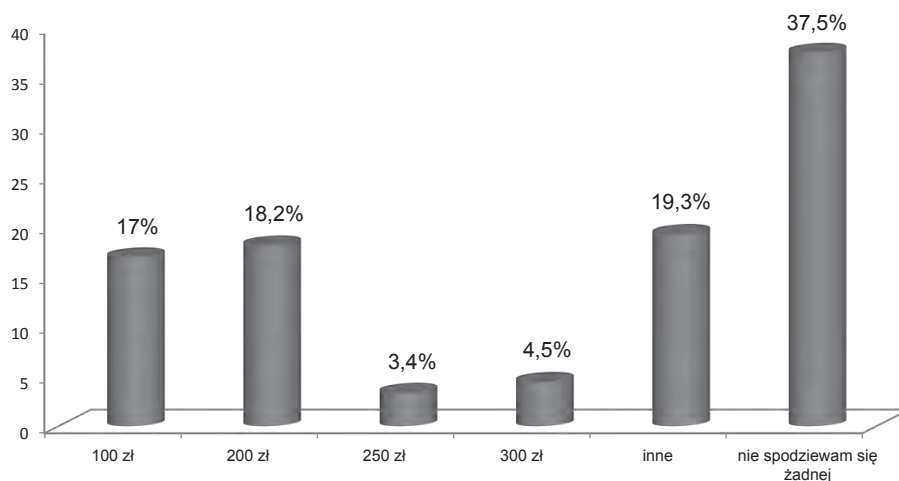


Wykres 10. Komponenty środowiskowe utrudniające kształcenie

Źródło: Opracowanie własne.

Najbardziej uciążliwym problemem dla większości 74 pielęgniarek jest trudność w pogodzeniu obowiązków rodzinnych i domowych. Drugim czynnikiem jest odległość od miejsca zamieszkania – za nim opowiedziały się 33 osoby. Dla 24 osób problemem jest zazdrość koleżanek. Tylko nieliczne (4 ankietowane) wskazały na dodatkowe trudności: „pogodzenie nauki i pracy”, „za mało czasu pozostaje na naukę i opracowywanie materiałów szkoleniowych”, „koszta finansowe związane z opłatą hoteli”. Tylko 1 pielęgniarka odpowiedziała, że nie miała żadnych trudności.

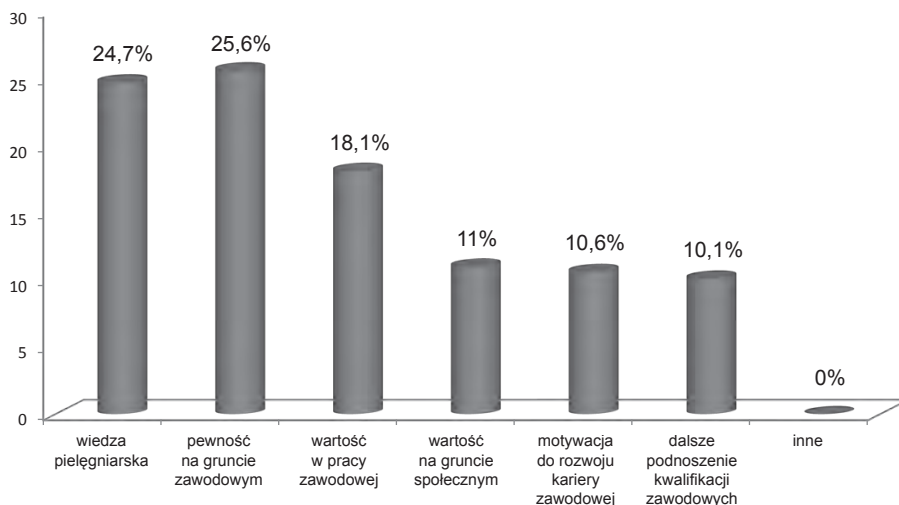
Czynnikami poprawiającymi motywację do podejmowania kształcenia jest wzrost wynagrodzenia po ukończeniu kształcenia podyplomowego jako częściowa refundacja wniesionego trudu i poniesionych kosztów nauki. W celu określenia przewidywań co do ewentualnej podwyżki związanej z ukończeniem studiów licencjackich zadano ankietowanym studentom pytanie: „Jakiej wysokości podwyżki oczekuje Pani/Pan po zakończeniu studiów?”. W przedstawionej kafeterii podano przykładowe kwoty podwyżek, ale również umożliwiono podanie innych kwot pieniężnych. W świetle sytuacji finansowej grupy zawodowej nie dziwi stwierdzenie, że 33 ankietowane osoby nie przewidują jakiegokolwiek gratyfikacji finansowej w swoim miejscu pracy. Dla 15 osób jest to 100 zł, na 200 zł liczy 16 osób, 3 osoby – 250 zł, a 300 zł spodziewają się otrzymać 4 osoby. Pozostałe 17 osób zaznaczyło odpowiedź „inne”, wskazując na rozbieżny wzrost wynagrodzenia (kwoty w wysokości od 50 zł do 500 zł).



Wykres 11. Oczekiwane korzyści w sferze ekonomicznej

Źródło: Opracowanie własne.

Zdobyta w wyniku edukacji wiedza wzmacnia samoocенę, dostarcza wiedzę na temat zachowań dotyczących postrzegania i rozumienia innych oraz samego siebie, dobrego komunikowania się, nabycia postawy asertywnej, umiejętności nawiązywania kontaktu. Są to wartości niezbędne w pracy z pacjentem i w pracy w zespołowej. Zainteresowaniem w kwestii oczekiwań objęto sferę społeczną i zawodową. W celu określenia wartości pozainstrumentalnych zapytano badane studentki, co studia pomostowe im umożliwią. W przygotowanej kafeterii wskazano przykłady, które nie mają bezpośredniego przełożenia na grunt ekonomiczny.



Wykres 12. Tytuł licencjata jako wartość sama w sobie

Źródło: Opracowanie własne.

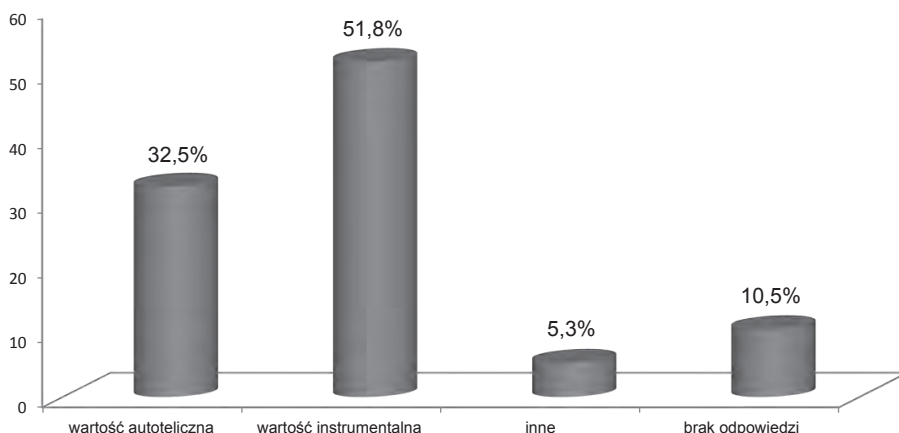
Na podstawie analizy odpowiedzi na to pytanie można stwierdzić, że dla 58 pielęgniarek podnoszenie kwalifikacji powoduje zwiększenie pewności na gruncie zawodowym. Tylko 2 osoby mniej wskazało na poszerzenie wiedzy w dziedzinie pielęgniarstwa. O zwiększeniu wartości na gruncie zawodowym mówi 41 osób. Można powiedzieć, że edukacja idzie w parze z zastosowaniem jej w praktyce, gdyż odzwierciedla się to również w innych wartościach, takich jak: zwiększone poczucie wartości w sferze społecznej (25 osób), zwiększona motywacja do rozwoju kariery zawodowej (24 osoby) oraz do dalszego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, co było istotne dla 23 osób.

Awans to przesunięcie pracownika ku pozycjom wyżej cenionym w hierarchii zawodowo-społecznej. Każdy z nas indywidualnie rozumie awans lub sukces zawodowy. Dla jednych sukcesem zawodowym będzie możliwość zdobycia cennej wiedzy w danej dziedzinie, pogłębianie jej oraz zdobycie pozycji eksperta w grupie. Dla innych awansem może być otrzymanie dodatkowych uprawnień i kwalifikacji zawodowych podnoszących wartość na rynku pracy. Awans wiąże się też z poszerzeniem zakresu władzy, odpowiedzialności oraz zwiększonym zakresem obowiązków. Zadano więc respondentom pytanie: „Co rozumiesz przez słowo awans zawodowy?”. W zdefiniowaniu ankietowani stosowali jedno lub kilka znaczeń w ich subiektywnym odczuciu. Szczegółowa analiza jakościowa odpowiedzi umożliwiła podział podanych definicji na kategorie według wartości autotelicznych, instrumentalnych. W opracowaniu tego pytania uwzględniono 12 osób, które nie określiło znaczenia tego terminu. Podobnie 6 osób nie zrozumiało sensu pytania i w odpowiedzi wskazało czynniki zależnościowe.

Wartości instrumentalne – tylko podwyżka finansowa, wyższe stanowisko kierownicze, wyższe stanowisko kierownicze i podwyżka finansowa, zmiana stanowiska pracy, więcej pieniędzy i więcej obowiązków.

Wartości autoteliczne – prestiż (osobowy, społeczny, zawodowy), uznanie przełożonych w pracy, poczucie pewności na gruncie zawodowym, podniesienie wiedzy i kwalifikacji.

Inne – coś dla mnie nieosiągalnego, zależy od kwalifikacji i zdobytych kursów, specjalizacji i studiów, jest to możliwość awansu, awans nie jest celem w moim życiu, zwiększenie szans na poszukiwanie innej pracy, praca jednozmiannowa.

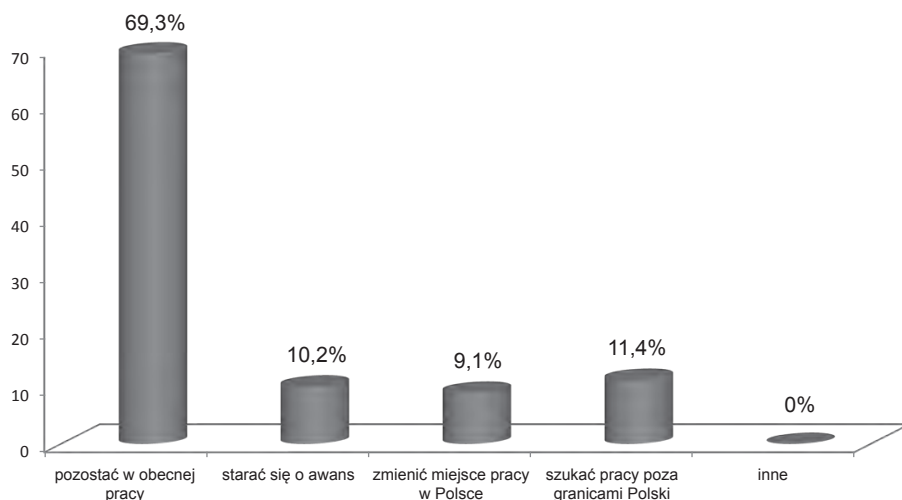


Wykres 13. Tytuł licencjata pielęgniarstwa w aspekcie awansu zawodowego

Źródło: Opracowanie własne.

2.4. Najbliższe plany zawodowe

Kształcenie jest procesem ustawicznym, warunkującym rozwój jednostki. Aspiracje życiowe motywują do tego, aby kontynuować naukę na wyższych uczelniach. Aby poznać, jak badani studenci planują najbliższą przyszłość zawodową, zadano im pytanie o ich plany po ukończeniu studiów.

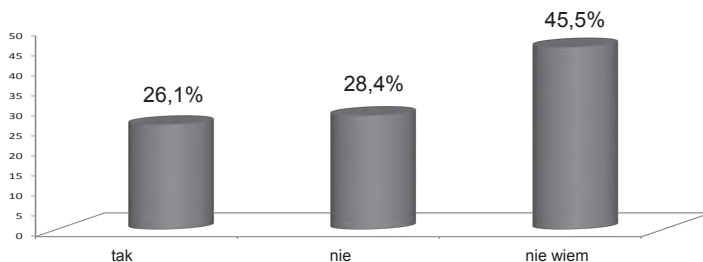


Wykres 14. Plany pielęgniarek związane z wykorzystaniem tytułu licencjata

Źródło: Opracowanie własne.

Zdecydowanie największa część (61 osób) po ukończeniu studiów nie zmieni dotychczasowego miejsca pracy. Dla 9 ankietowanych stanowić to będzie początek drogi do osiągnięcia awansu w zawodzie. Podnoszenie kwalifikacji umożliwi mobilność zawodową w Polsce, za którą się opowiedziało 8 osób. W przypadku wyjazdu za granicę studia licencyjne są wręcz konieczne i na taką decyzję może się zdecydować 10 pielęgniarek.

Osobnym zainteresowaniem objęto kształcenie na studiach magisterskich. Zadano więc pytanie: „Czy myśli Pani/ Pan o kontynuowaniu nauki na studiach magisterskich?”.



Wykres 15. Plany pielęgniarek związane z kontynuacją kształcenia na studiach II stopnia

Źródło: Opracowanie własne

Jak widać z przedstawionych danych, najmniej liczną grupę (23 osoby) stanowią pielęgniarki, które są zdecydowane na kontynuację kształcenia. W analizie tego zagadnienia należy zwrócić uwagę na wcześniej zadane pytanie o podjęcie studiów pomostowych w związku z płatnością za tę formę kształcenia. Wówczas najliczniejsza grupa w 69,3% odrzuciłaby naukę, podając za główny powód rezygnacji motywację natury ekonomicznej. Należy przy tym pytaniu domniemywać, iż w tym przypadku uwarunkowane jest to względami finansowymi. 40 pielęgniarek nie zajęło stanowiska w tej kwestii.

Zakończenie

Przedmiotem badawczym w mojej pracy były postawy pielęgniarek wobec doskonalenia zawodowego. Zagadnienie postaw jest o tyle ważne, iż praca personelu medycznego dotyczy szczególnej kategorii osób, jakimi są ludzie chorzy. W dynamicznie rozwijającej się medycynie od nowego podejścia do wykonywania zadań i od stosunku do samego zawodu zależy m.in. jakość pracy przy pacjencie oraz fachowość wykonywanych czynności, co następuje w drodze doskonalenia zawodowego. Po przeprowadzeniu analizy wyników badania ankietowego przeprowadzonego wśród studentów PWSZ w Legnicy można wysnuć poniższe wnioski:

Pielęgniarki są dobrze zorientowane odnośnie źródeł, z jakich można czerpać informacje o projekcie. Zanim wybrały uczelnię, gruntownie zebrały informacje, a jej wybór był aktem przemyślanym (tylko dla nielicznych był to wybór przypadkowy). Zbierając interesujące ich dane, korzystały z wielu źródeł, z których najbardziej istotnym było środowisko pielęgniarskie. Niestety najmniejszym zaangażowaniem według ankietowanych wykazali się pracodawcy, którym najbardziej powinno zależeć na posiadaniu dobrze wykwalifikowanego personelu, zapewniającego instytucjom jakość oferowanych usług na jak najwyższym poziomie, a przez to zapewniającego sobie wysoką konkurencyjność na rynku usług medycznych.

Zagadnienie dotyczące korzystania w przeszłości z innych form podnoszenia kwalifikacji zawodowych i gratyfikacji z tego tytułu pozwoliło wysnuć wniosek, że studia pomostowe są kolejnym etapem w doskonaleniu wykonywanego zawodu. Studiujące pielęgniarki wcześniej korzystały z wszystkich dostępnych ofert edukacyjnych w tym zakresie. Często nie były z tego tytułu w żaden sposób nagradzane lub otrzymały inne satysfakcjonujące je gratyfikacje w postaci awansu w zawodzie. W tym przypadku możemy powiedzieć, że podnoszenie kwalifikacji miało zarówno charakter wartości samej w sobie, jak i instrumentalnej, dającej wymierne korzyści w sferze ekonomicznej i prestiżowej.

Wiodącym motywem w podjęciu studiów pomostowych jest obawa przed ewentualną degradacją zawodową. Tytuł licencjata daje pielęgniarkom poczucie bezpieczeństwa w pracy w Polsce jak i poza granicami kraju. W krajach członkowskich UE zachowują obecny status zawodowy na odpowiadającym mu poziomie prestiżowym i finansowym. Na uwagę zasługuje również fakt, iż wskazanym motywem jest również deklaracja emigracji zarobkowej, a w tym przypadku wykształcenie licencjackie jest wartością niezbędną, aby mogły wykonywać swój zawód na poziomie adekwatnym do hierarchii zawodowej.

Rozpatrując kwestie utrudnień, dostrzegamy, że zdaniem respondentów wynikają one z uwarunkowań obiektywnych, dotyczących zarówno pracy zawodowej, jak i związanych z najbliższym środowiskiem i rodziną, które są dla nich jednocześnie ośrodkiem wsparcia i demotywacji.

Odnosząc się do oczekiwań studentów w związku z ukończeniem studiów licencyjnych, widzimy, że uzyskane dane empiryczne, podzielone według kategorii instrumentalnych i autotelicznych, wskazują, iż studiującym pielęgniarkom uzyskanie wyższego wykształcenia daje im poczucie satysfakcji we wszystkich obszarach życia, zarówno osobistego, społecznego, jak i zawodowego. Dla wielu ankietowanych ukończenie studiów jest już formą awansu, który traktują w kategoriach instrumentalnych, dających głównie korzyści w postaci zajęcia pozycji w wyższych strukturach i związanej z tym satysfakcji finansowej.

Analizując najbliższe plany zawodowe studentów, można stwierdzić, że zdecydowana większość ankietowanych wykorzysta zdobyty tytuł i umiejętności na swoich obecnych miejscach pracy. Inne pielęgniarki będą dzięki studiom poszukiwać innej pracy w kraju i poza jego granicami. Niestety najmniej liczna grupa respondentów deklarowała, że będzie kontynuować naukę na studiach II stopnia i zamierza uzyskać tytuł magistra.

Bibliografia

- Czerniak J., Cieśla D., *Materiały z III konferencji FRPP „Zarządzanie personelem a jakość w pielęgniarstwie”*, Warszawa 2008, http://www.nursing.com.pl/Kształcenie_cieki_rozwoju_zawodowego_34.html
- Leksykon tematyczny PWN Pedagogika*, red. B. Milerski, B. Śliwerski, Warszawa 2000.
- Łukasz-Paluch K., *Prezentacje z Ireną Wrońską*, „Pielęgniarstwo 2000” 1999, nr 6.
- Maksymowicz A., *Zagadnienia zawodowe na tle historycznym*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1977.
- Masłowski J., *Pielęgniarki w drugiej wojnie światowej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1976.
- Ministerstwo zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych, *Projekt Systemowy pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”*, Raport 2008–2010.
- Pacholski M., Słaboń A., *Słownik wyrazów socjologicznych*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 1997.
- Reykowski J., *Teoria motywacji w zarządzaniu*, KiW, Warszawa 1975.
- Skorny Z., *Proces socjalizacji dzieci i młodzieży*, WSiP, Warszawa 1987.

SUMMARY

Postgraduate education of nurses in bridging courses

Health and health service are the most important aspects in the life of individuals. Contemporary nursing aims at improving the quality of services, regardless of the patient's condition. My thesis shows the evolution of nursing education in Poland in the form of an outline of professional education history up to the new concept of education at various levels which is based on certain EU directives. The idea of personnel development is essential and this is why the research problem focuses on the attitude of nurses towards the professional development as one of the elements of continuing professional development (CPD). The importance of this issue follows from the fact

that the attitude towards the profession implies the quality of services. The analysis of the results of the questionnaire completed by chosen students of bridging studies at the Witelon University of Applied Sciences in Legnica plays an important role in clarifying the answer to the problem question. The final findings are presented in the form of numbers, percentage figures and charts.

Key words: education, nursing, study, bridging, vocational training, quality of care, motivation.

