

Interdyscyplinarny wymiar pielęgniarstwa – założenia teoretyczne

Streszczenie

Podstawą interwencji pielęgniarek wobec pacjentów są działania, które wynikają z autonomii zawodu i opierają się na określonych regulacjach prawnych oraz obowiązujących standardach. Dlatego ważną rolę przypisuje się pielęgniarskiej w zespołach interdyscyplinarnych, w których podjęte przez nią działania wymagają profesjonalnej wiedzy oraz świadomości znaczenia i oddziaływania innych dyscyplin naukowych. We współczesnym pielęgniarstwie stosowane są działania łączące wiedzę, umiejętności i doświadczenie profesjonalistów z różnych dziedzin naukowych, przy czym zespół interdyscyplinarny powinien gwarantować specyficzne zachowanie indywidualnych dla danej dziedziny definicji nauki.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, zespół interdyscyplinarny, współpraca

Kształtowanie się zawodu pielęgniarstwa na świecie wynikało z szeroko pojętej opieki nad chorym dzieckiem, osobą dorosłą i starszą. Pielęgnowanie było traktowane głównie jako wzajemne troszczenie się i jego rozumienie ulegało szybkim przemianom. Niewystarczające jest już postrzeganie pacjenta, osoby chorej, przez pryzmat zaspokojonych bądź niezaspokojonych potrzeb: biologicznych, psychicznych

i społecznych. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa zdrowie jako pełny dobrostan bio-psycho-społeczny, duchowy, społeczno-kulturowy oraz wzmacnia znaczenie subiektywnego poczucia zdrowia. W myśl tej definicji zdrowie to dobrostan o dynamicznym charakterze, który podlega ciągłym zmianom i dlatego należy wpisać je w kontekst norm, wartości i praw człowieka (Włodarczak, 2009: 16). Współczesne uwarunkowania zdrowia wymagają od pielęgniarek kształcenia nowych umiejętności i kompetencji zawodowych. Są one bardzo szerokie i wynikają z oczekiwań pacjentów korzystających z usług medycznych oraz ich rodzin.

Współcześnie pielęgniarka czy pielęgniarz podejmują działania w różnych zespołach, które kształtują politykę zdrowotną poprzez uczestnictwo w licznych programach badawczych, realizowanie skomplikowanych zadań we wszystkich formach opieki zdrowotnej, w opiece nad zdrowiem jednostek, rodzin i grup społecznych.

Definiując pielęgniarstwo w wymiarze współczesnym, należy odnieść się do wybranych modeli pielęgniarstwa, które opracowali m.in. H. Peaplu, V. Henderson, K. Roy, M. Leiniger. Wyjaśniają one pojęcie pielęgniarstwa i uzasadniają jego znaczenie dla zdrowia i życia, wskazując na szeroki społecznie i naukowo oraz interpersonalny charakter zawodu. Definicje te dawno już wyszły poza znane pojęcie opieki. O złożoności współczesnego pielęgniarstwa świadczy podejmowana w tej dziedzinie działalność i liczne próby określenia jego istoty.

Modele pielęgniarstwa uwzględniają wszystkie uwarunkowania zdrowia i rozwoju człowieka. Wszelkie teorie czy modele pielęgniarstwa i na wszystkich poziomach (wielkiego, średniego i praktycznego) poddawane są systematycznie analizowaniu pod względem znaczenia oraz wpływu na pacjenta. Stanowią one również podstawę do stawiania nowych hipotez w badaniach naukowych, które optymalizują rozwój wiedzy pielęgniarzkiej i poprawiają praktykę pielęgniarzka.

Pielęgniarstwo definiowane jest jako zawód, jako dziedzina profesjonalna w opiece nad zdrowiem, pielęgniarstwo w chorobie i okresie umierania. Rozwijana jest praktyka pielęgniarzka, jej zakres, jakość i efektywność. Jak podkreśla S. Poznańska (2011: 23), rozwój praktyki pielęgniarzkiej możliwy jest dzięki rozwojowi edukacji pielęgniarzkiej, która ukierunkowana jest na podniesienie poziomu kształcenia, w tym kształcenia permanentnego trwającego przez całe życie zawodowe.

Treść współczesnego pielęgniarstwa, a tym samym zakres zadań zawodowych pielęgniarzki/pielęgniara pozostaje w ścisłym związku z rozwojem nauki.

Warunkiem pełnego rozwoju tak teorii, jak i praktyki pielęgniarzkiej jest współpraca pielęgniarstwa jako dziedziny naukowej i praktycznej z innymi naukami i dziedzinami praktycznymi. We współpracy z pielęgniarstwem należy uwzględnić nauki medyczne, w tym: medycynę kliniczną, nauki o zdrowiu, biologię medyczną, zdrowie publiczne czy farmakologię. Do grupy nauk współpracujących z pielęgniarstwem zalicza się również nauki biologiczne, nauki psychologiczne (psychologia ogólna, rozwojowa, wychowawcza, poznawcza), nauki filozoficzne, społeczne i ekonomiczne.

Ważne znaczenie pełni transkulturowa teoria opieki pielęgniarzkiej, bowiem współcześnie pacjenci i pracownicy ochrony zdrowia funkcjonują w społeczeństwie wielokulturowym, wielonarodowym i wielowyznaniowym. Konieczne jest zatem opanowanie przez pielęgniarzki/pielęgniarzy wiedzy i umiejętności z zakresu oceny kulturowej oraz poznanie kulturowych wymiarów opieki nad pacjentem, gdyż zwiększa to wrażliwość na wartości, wierzenia, potrzeby, przekonania i oczekiwania osób należących do różnych kultur (Majda, Zalewska-Puchała, Ogórek-Tęcza, 2010: 24).

Interdyscyplinarność stanowi ważny aspekt rozwoju pielęgniarstwa. Posiadanie przez pielęgniarzki/pielęgniarzy wszechstronnej wiedzy opartej na wiedzy humanistycznej, społecznej itp. pozwala na holistyczne podejście do pacjenta, rozpoznanie jego problemów zdrowotnych oraz podjęcie skutecznych interwencji. Każda z dziedzin posiada istotne i wspólne dla innych nauk elementy, które warunkują działanie, rozwój i współpracę. Wśród nich są m.in. metody badawcze i diagnostyczne, techniki i metody pracy, wytyczne i metody komunikacji personalnej.

Zespół interdyscyplinarny (pielęgniarka, lekarz, dietetyk, rehabilitant, psycholog, pracownik socjalny i inni specjaliści) to grupa osób o różnym przygotowaniu zawodowym, posiadających różne wykształcenie, która zobowiązana jest do świadczenia usług o różnym charakterze na rzecz tej samej osoby lub grupy osób. W pracy zespołu wykorzystywane są indywidualne, profesjonalne kompetencje jego członków, którzy dążą do osiągnięcia wspólnego celu terapeutycznego poprzez określenie indywidualnych i wspólnych zadań. Jednym z wa-

runków prawidłowej współpracy interdyscyplinarnej jest poprawna komunikacja, dzięki której wymiana wiedzy i doświadczeń jest skuteczna i bardziej efektywna. Połączone kompetencje i umiejętności pozwalają na dokonanie oceny stanu pacjenta w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej, ponadto umożliwiają poprawną interpretację postaw i zachowań z uwzględnieniem stanu zdrowia i sytuacji życiowej pacjenta oraz poprawną interpretację zgromadzonych informacji.

Interdyscyplinarność widoczna jest również w badaniach naukowych, bowiem badania zalecane przez Światową Organizację Zdrowia i międzynarodowe organizacje pielęgniarstwa dotyczą filozofii pielęgniarstwa, pielęgniarstwa klinicznego, pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, promocji zdrowia, profilaktyki, kształcenia, uwarunkowań świadczeń pielęgniarstwa. Mają one charakter ilościowy i jakościowy, stawiają cele praktyczne i poznawcze, co pozwala na zastosowanie ich w praktyce.

O interdyscyplinarności diagnozy w pielęgniarstwie świadczy m.in. pełny zakres diagnozy indywidualnego przypadku, gdzie podstawą jest ocena funkcjonowania fizycznego narządów i układów, funkcjonowania psychicznego i społecznego z podkreśleniem osobistych czynników każdego podopiecznego.

Pielęgniarstwo jako działalność praktyczna dysponuje różnymi metodami badania rzeczywistości na własny użytek, posługuje się między innymi metodą indywidualnych przypadków, która ma znaczenie teoretyczne i wykorzystywana jest w praktycznym pielęgnowaniu. Według M. Lesińskiej-Sawickiej (2009: 20) metoda ta ma zastosowanie w takich sytuacjach, jak:

- niedobory wiedzy, które objawiają się nieprawidłowymi zachowaniami w sferze bio-psycho-społecznego funkcjonowania lub braku wiedzy doprowadzającego do powstawania problemów;
- wyczerpane indywidualne zasoby sił i możliwości rozwiązywania problemów przerastających możliwości jednostki zarówno pod względem ilościowym (różne zapotrzebowanie na opiekę), jak i jakościowym (nieumiejętność samodzielnego poradzenia sobie z różnymi problemami);
- ograniczone zdolności do samoopieki i samopielęgnacji u osób z powodu niedostatecznych możliwości psycho-fizycznych;
- uwarunkowania socjokulturowe, które generują stres związany z chorobą przewlekłą czy przywracaniem sprawności.

Praktyka pielęgniarstwa w chwili obecnej uwzględnia nowoczesne metody pracy, w tym głównie działania oparte na procesie pielęgnowania, który wymaga od pielęgniarki profesjonalnej diagnozy pielęgniarstwiej. Z. Kawczyńska-Butrym (2011: 11) podkreśla wagę diagnozy, która stosowana jest w wielu dyscyplinach naukowych i ma na celu opisywanie i wyjaśnianie różnych zjawisk, procesów lub przewidywanie zmian. Stanowi ona działalność praktyczną, bezpośrednią interwencję, jak również doradztwo.

Z. Kawczyńska-Butrym (2011: 21) stwierdza, że diagnoza pielęgniarstwa może być rozumiana jako:

- niezależna funkcja pielęgniarstwa, ocena indywidualnych reakcji pacjenta na jego doświadczenia, kryzysy, stres;
- aktualne bądź potencjalne problemy zdrowotne, którymi mogą zająć się pielęgniarki na podstawie własnego wykształcenia, doświadczenia, i do czego są uprawnione;
- reakcje na aktualne problemy zdrowotne, którymi pielęgniarki są w stanie zająć się, posiadając wykształcenie, doświadczenie oraz uprawnienia i odpowiedzialność prawną;
- zbieranie informacji i analiza danych o jednostce, rodzinie, społeczności, co dostarcza podstaw do ustalenia odpowiedniego działania, za które pielęgniarka jest odpowiedzialna.

Należy zwrócić szczególną uwagę, że praktyczne doświadczenie pielęgniarki wynika z pracy z pacjentem i z wykorzystania innych dziedzin, które są niezbędne w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych chorego.

Zasady badań naukowych obligują do stosowania uznanych procedur oraz do porównywania wyników z dotychczasowymi doniesieniami z zakresu pielęgniarstwa oraz innych współpracujących dziedzin naukowych, z których pielęgniarstwo korzysta. We współczesnym pielęgniarstwie stosowane są działania, które łączą wiedzę, umiejętności, doświadczenia profesjonalistów z różnych dziedzin, przy czym interdyscyplinarny zespół, w skład którego wchodzi pielęgniarka, gwarantuje zachowanie specyficznych indywidualnych dla danej dziedziny definicji nauki.

Bibliografia

- Kawczyńska-Butrym Z. (2011), *Diagnoza pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Lesińska-Sawicka M. (2009), *Metoda case study w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa.
- Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (2010), *Pielęgniarstwo transkulturowe*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Poznańska S. (2011), *Pielęgniarstwo*, [w:] B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek (red.), *Podstawy pielęgniarstwa*, t. 1, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Włodarczak W. (2009), *Pielęgniarstwo w Polsce i na świecie*, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Staszica, Piła.



Część I

Badania naukowe
w pielęgniarstwie

[Kup książkę](#)

Analiza czynników decydujących o rozpoczęciu studiów i perspektywach zdobycia zawodu na kierunku pielęgniarstwo

Streszczenie

Wobec problemu braku personelu pielęgniarskiego, spowodowanego m.in. procesem transformacji ustrojowej i przyjęcia systemu szkolnictwa na wzór państw Unii Europejskiej, a także dużą konkurencją na rynku edukacyjnym i pracy pojawił się dylemat zapewnienia naboru i ciągłości kształcenia w tym zawodzie na wyższych uczelniach. Podstawą prawidłowego funkcjonowania prawnego są przyjęte ustawy i rozporządzenia określające zasady kształcenia zawodowego i opisujące zasady funkcjonowania szkół, w których przyszła pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe.

Przedmiotem pracy było określenie profilu osobowego kandydata na studia licencjackie kierunku pielęgniarstwo oraz perspektyw ich ukończenia. Badania przeprowadzono na stuosobowej grupie studentów pierwszego roku studiów dziennych pielęgniarstwa z rejonu łódzkiego.

Celami szczegółowymi pracy są: poznanie motywów, jakimi kierowali się studenci, podejmując studia dzienne na kierunku pielęgniarstwo, przedstawienie czynników decydujących o rozpoczęciu studiów, określenie ewentualnych korzyści ze zdobycia zawodu i wypracowanie danych dla ośrodków rekrutacji na studia.

Głównymi trudnościami w studiowaniu są wysokie koszty kształcenia i brak czasu, najrzadziej wymieniano duże wyma-

gania na uczelni, największe korzyści ze studiowania wynikają z chęci pogłębienia wiedzy i umiejętności oraz zdobycia tytułu zawodowego, natomiast w mniejszym stopniu warunkuje to świadczenie usług pielęgniarских. W połowie przypadków złożono deklarację kontynuowania nauki na płatnych studiach magisterskich pielęgniarских bezpośrednio po licencjackich.

Słowa kluczowe: pielęgniarские studia licencjackie, kształcenie przeddyplomowe pielęgniarek, czynniki motywujące do studiowania, perspektywy ukończenia studiów

Wprowadzenie

Wobec ciągle pogłębiającego się problemu braku personelu pielęgniarского spowodowanego m.in. procesem transformacji ustrojowej i przyjęcia systemu szkolnictwa na wzór państw Unii Europejskiej, a także dużej konkurencyjności na rynku edukacyjnym i pracy pojawił się dylemat zapewnienia naboru i ciągłości kształcenia w tym zawodzie na wyższych uczelniach. Podstawą prawidłowego funkcjonowania jakiegokolwiek systemu są przyjęte ustawy i rozporządzenia prawne określające zasady kształcenia zawodowego i funkcjonowania szkół, w których ukończeniu przyszła pielęgniarка uzyskuje kwalifikacje zawodowe (Kuziara, 2013). Wydaje się, że przed niektórymi kierunkami studiów, dotyczy to również pielęgniarstwa, stoi duże wyzwanie w postaci braku kandydatów do tego rodzaju nauczania akademickiego (spowodowanego m.in. niżem demograficznym, dużą skalą trudności studiów, wysokim czesnym w szkołach niepublicznych, małą atrakcyjnością finansową i niewielkim prestiżem społecznym zawodu).

Podstawowym uregulowaniem prawnym dotyczącym pielęgniarek i położnych jest Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarки i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039, z późn. zm.), która określa zasady kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych, kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz zasady uzyskiwania prawa do wykonywania zawodu (Sigiel, 2012).

Ustawa w rozdziale 5 opisuje zasady funkcjonowania szkół pielęgniarских i położniczych, po których ukończeniu przyszła pielęgniarка uzyskuje kwalifikacje zawodowe. Szkołą pielęgniarską jest uczelnia prowadząca kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie stu-

diów I i II stopnia. Kształcenie w szkole pielęgniarstwa trwa co najmniej 3 lata i obejmuje co najmniej 4600 godzin kształcenia zawodowego, w tym kształcenie kliniczne stanowi co najmniej 1/2, a kształcenie teoretyczne co najmniej 1/3 wymiaru kształcenia. Nauka może trwać krócej niż 3 lata – w przypadku pielęgniarek, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną, albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarki, jeżeli po ich ukończeniu pielęgniarka uzyska wiedzę, kwalifikacje i umiejętności odpowiadające wiedzy, kwalifikacjom i umiejętnościom uzyskiwanym po ukończeniu studiów. Standardy kształcenia dla kierunku pielęgniarstwo określają przepisy wydane na podstawie art. 9b ust. 1 Ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. 2005, nr 164, poz. 1365 z późn. zm.). W trakcie kształcenia teoretycznego student zdobywa wiedzę zawodową, doświadczenie i umiejętności niezbędne do planowania, organizowania i sprawowania opieki zdrowotnej oraz oceny działań z tym związanych, a w trakcie kształcenia klinicznego student uczy się sprawowania kompleksowej opieki zdrowotnej jako członek zespołu, w bezpośrednim kontakcie z osobami zdrowymi i chorymi, które odbywa się w podmiotach leczniczych, pod kierunkiem wykładowców pielęgniarstwa lub położnictwa oraz przy pomocy innych specjalistów, w szczególności pielęgniarek i położnych. Kształcenie kliniczne jest praktyką w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym.

Od połowy lat 90. w związku z planowanym przystąpieniem Polski do UE rozpoczęła się transformacja kształcenia w zawodach pielęgniarki i położnej w celu dostosowania polskich regulacji prawnych do dyrektyw Rady Wspólnot Europejskich (Jarzynkowski, Piotrkowska, Książek, 2015). Zmiany dotyczące kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych zostały zapoczątkowane w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r.

System kształcenia mający istotne znaczenie dla strategii europejskiego kształcenia pielęgniarek i położnych oparty był na dwóch najważniejszych przepisach międzynarodowych. Pierwszym z nich jest *Europejskie Porozumienie w sprawie kształcenia pielęgniarek i położnych* sporządzone w Strasburgu dnia 25 października 1967 r. (podpisane przez Rząd RP w grudniu 1995 roku, a ratyfikowane w marcu 1996 roku) (Dz.U. nr 83, poz. 384, 385). Natomiast w dniu 14 maja

1999 roku na (pierwszej) konferencji w Kopenhadze zgodnie ze szczególnymi założeniami opracowany został kluczowy dokument *Euro-pejska Strategia WHO kształcenia pielęgniarek i położnych*, w którym zapisano treści dotyczące tworzenia programu nauczania zawodów opartych na doświadczeniu oraz kształcenia i szkolenia opartego na rozwijaniu kompetencji. Ponadto uznano, że absolwenci będą przygotowani do wychodzenia naprzeciw aktualnym potrzebom zdrowotnym kraju, posiadać umiejętności i zdolności niezbędne do bezpiecznego i skutecznego wykonywania zawodu bez konieczności bezpośredniego nadzoru. Również w 1999 roku (19 czerwca), wśród 30 reprezentantów krajów Europy, w tym Polski, została podpisana Deklaracja Bołońska, która nadała ostateczny kształt obecnemu kształceniu.

Istotnym dokonaniem w umacnianiu pozycji zawodowej pielęgniarek i położnych było podpisanie w dniu 25 maja 1998 roku przez: Niemcy, Włochy, Francję i Wielką Brytanię Deklaracji Sorbońskiej, opartej na przekonaniu o konieczności budowy wspólnego Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego (European Higher Education Area – EHEA) w celu promowania mobilności obywateli na rynkach pracy w krajach Unii Europejskiej. Kolejnym ważnym wydarzeniem było spotkanie w Monachium w dniach 15–17 czerwca 2000 roku, w ramach drugiej (przygotowanej wspólnie z WHO) Międzynarodowej Konferencji Pielęgniarstwa i Położnictwa w Europie. W konferencji uczestniczyli: ministrowie zdrowia, naczelne pielęgniarki kraju, przedstawiciele towarzystw pielęgniarek i położnych działających w danym kraju. Konferencja zakończyła się podpisaniem przez ministrów zdrowia Deklaracji Monachijskiej *Pielęgniarki i położne na rzecz zdrowia*. Ponadto realizacja zobowiązań procesu integracyjnego z krajami Unii Europejskiej wynikała również z Dyrektyw: Nr 77/453/EEC647 i Nr 80/155/EEC648, zawierających podstawowe wymogi kształcenia w zawodach pielęgniarki i położnej.

Przystąpienie Polski do krajów członkowskich Unii Europejskiej spowodowało, że wcześniejsze Dyrektywy Nr 77/453/EWG i Nr 80/155/EWG, mówiące o wymogach kształcenia w zawodzie pielęgniarki i położnej oraz Dyrektywy Nr 77/452/EWG i Nr 80/154/EWG o wzajemnym uznawaniu przez państwa członkowskie dyplomów, świadectw i innych dowodów formalnych, zastąpione zostały w dniu 7 września 2005 roku Dyrektywą 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady