

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA LZDZ W LEGNICY

ACTA SCHOLAE SUPERIORIS
MEDICINAE LEGNICENSIS



ZESZYT NAUKOWY NR 1(10)/2011

Materiały Międzynarodowej Konferencji Naukowej
„Prestiż zawodowy pielęgniarki w Polsce i w Europie”

**WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA LZDZ
w LEGNICY**

**ACTA SCHOLAE SUPERIORIS
MEDICINAE LEGNICENSIS**

ZESZYT NAUKOWY

Nr 1 (10)/2011

Materiały Międzynarodowej konferencji naukowej
„Prestiż zawodowy pielęgniarki w Polsce i w Europie”

LEGNICA 2011

Komitet organizacyjny konferencji

doc. dr Ryszard Pękała

Kanclerz Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy

– Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

dr Jolanta Pietras

Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa oraz Wydziału Zdrowia Publicznego

i Zarządzania Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy

mgr Czesław Kowalak

Wicekanclerz Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy

Recenzent tomu:

Prof. dr hab. Stanisław Ryng

Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Opracowanie redakcyjne

mgr Czesław Kowalak

Copyright by Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy

ISBN 978-83-928377-3-2

Druk: Urząd Statystyczny we Wrocławiu, Wydział Poligrafii z siedzibą w Legnicy

SPIS TREŚCI

	strona
dr n. med. Jolanta Pietras, Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy	
<i>Wstęp</i>	5
mgr Beata Cholewka – Departament Pielęgniarek i Położnych, Ministerstwo Zdrowia Warszawa	
<i>Stan realizacji projektu systemowego pn. "Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych" współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki</i>	9
prof. nadz. dr hab. n. med. Anna Abramczyk – Katedra Pielęgniarstwa w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, Akademia Medyczna we Wrocławiu	
<i>Status społeczny i zawodowy pielęgniarki w Polsce i w wybranych krajach europejskich</i>	11
mgr Urszula Olechowska – Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu	
<i>Wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej a odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej</i>	28
doc. dr n. ekon. Ryszard Pękała – Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy	
<i>Rola i udział Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy w kształceniu pielęgniarek</i>	39
dr n. med. Danuta Kunecka – Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	
<i>Satysfakcja finansowa w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza w Polsce</i>	45
mgr Jolanta Łydka – Ośrodek Pielęgnacyjny w Sierate, Włochy	
<i>Prestiż zawodowy pielęgniarki we Włoszech</i>	53
Maria Szymaczek, Renata Galska, Wioletta Szot – SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	
<i>Rola i znaczenie stowarzyszeń zawodowych w podnoszeniu prestiżu zawodu</i>	66
mgr Krystyna Barcik, mgr Beata Łabowicz – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	
<i>Inwestycja w kadry pielęgniarek i położnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy</i>	73
dr n. med. Edyta Kędra – Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy, dr n. med. Maria Borczykowska- Rzepka – Akademia Krakowska im. Andrzeja Frycza – Modrzewskiego w Krakowie	
<i>Jakość usług medycznych pielęgniarek środowiskowo – rodzinnych w opinii podopiecznych. Próba oceny</i>	77
mgr Krystyna Przybyła – Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy	
<i>Oczekiwania i postawy wobec pielęgniarek na przykładzie pacjentów hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy</i>	92
dr n. med. Lucyna Sochocka- Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, lek. med. Aleksander Wojtyłko – Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu	
<i>Poczucie satysfakcji podopiecznych oddziału chirurgii dziecięcej Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu a model opieki funkcjonujący w oddziale</i>	107
doc. dr n. med. Wiktor Piotrowski – Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy	
<i>Wpływ edukacji na prestiż zawodowy pielęgniarki</i>	119
dr n. med. Renata Chrzan – Centrum Medycyny Ratunkowej, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. Tadeusza Marciniaka we Wrocławiu	
<i>Potrzeby pacjentów hospitalizowanych związane z opieką pielęgniarską</i>	125
mgr Aleksandra Bartkiewicz, mgr Małgorzata Chmielowska – Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy	
<i>Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek</i>	131

TABLE OF CONTENTS

	Page
Jolanta Pietras – Higher Medical School in Legnica	
<i>Preface</i>	5
Beata Cholewka – Department of nurses and midwives, Ministry of Health, Warsaw	
<i>Status of the project "Vocational training of nurses and midwives in the study bridging co-financed by the European Social Fund under the Operational Program Human Capital</i>	9
Anna Abramczyk – Chair of Nursing in Primary Health Care, Medical University in Wrocław	
<i>Social and professional status of nurses in Poland and selected European countries</i>	11
Urszula Olechowska – Lower Silesian Regional Chamber of Nurses and Midwives in Wrocław	
<i>Practice of a nurse's and midwife's profession and the professional responsibility of nurse and midwife</i>	28
Ryszard Pękała – Higher Medical School in Legnica	
<i>The role and participation of the Higher Medical School in Legnica in education of nurses</i>	39
Danuta Kunecka – Department of Public Health, Faculty of Health Sciences, Pomeranian Medical University in Szczecin	
<i>Financial satisfaction in the profession of nurse in Poland</i>	45
Jolanta Łydka – Caring Center in Seriate, Italy	
<i>The prestige of the nursing profession in Italy</i>	53
Maria Szymaczek, Renata Galska, Wioletta Szot – University Hospital in Krakow	
<i>The role and importance of professional associations in raising the prestige of the Profession</i>	66
Krystyna Barcik, Beata Łabowicz – Regional Specialist Hospital in Legnica	
<i>Investment in staff of nurses and midwives at the Regional Specialist Hospital in Legnica</i>	73
Edyta Kędra – Higher Medical School in Legnica, Maria Borczykowska-Rzepka – Cracow University of Andrzej Frycz-Modrzewski in Cracow	
<i>Quality of medical nurses environmentally- family in the opinion of residents. An attempt to assess</i>	77
Krystyna Przybyła – Higher Medical School in Legnica,	
<i>Expectations and attitudes of nurses on the example of patients hospitalized at the Regional Hospital in Legnica</i>	92
Lucyna Sochocka – Institute of Nursing, Public Higher Medical Professional School in Opole,	
Aleksander Wojtyłko – Regional Medical Center in Opole	
<i>Sense of satisfaction of pediatric surgery department charges Regional Medical Center and functional model of care in the ward</i>	107
Wiktor Piotrowski – Higher Medical School in Legnica	
<i>Effect of education on nurses professional prestige</i>	1119
Renata Chrzan – Emergency Medical Center, Lower Silesian Specialist Hospital of Tadeusz Marciniak in Wrocław	
<i>Needs of patients hospitalized related to nursing care</i>	125
Aleksandra Bartkiewicz, Małgorzata Chmielowska – Higher Medical School in Legnica	
<i>The problem of burnout among nurses</i>	131

WSTĘP

Dziesiąty tom Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis stanowi zbiór materiałów z Międzynarodowej Konferencji Naukowej *Prestiż zawodu pielęgniarki w Polsce i w Europie*, która odbyła się w dniach 8-9.10.2010 r., a zorganizowanej przez Wyższą Szkołę Medyczną LZDZ w Legnicy przy współudziale Polskiego Forum Europejskiej Koalicji do Walki z Rakiem Piersi Europa Donna.

Celem konferencji było poszerzenie wiedzy naukowej i wymiana poglądów związanych z problematyką zawodu pielęgniarki oraz wypracowanie rozwiązań służących wzrostowi prestiżu pielęgniarstwa.

Patronat honorowy nad konferencją objęli:

- Elżbieta Buczkowska – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- Dorota Kilańska – Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
- Marek Łapiński – Marszałek Województwa Dolnośląskiego
- Tadeusz Krzakowski – Prezydent Miasta Legnicy
- Dorota Czudowska – Prezes Polskiego Forum Europejskiej Koalicji do Walki z Rakiem Piersi EUROPA DONNA

Patronat medialny sprawowany był przez:

- Miesięcznik „W Cieniu Czepka”
- Miesięcznik „Nasze zdrowie”
- TV DAMI
- Radio „Plus”

Do udziału w Konferencji zaproszeni zostali przedstawiciele kadry akademickiej uczelni medycznych, przedstawiciele organizacji i stowarzyszeń zrzeszających lekarzy i pielęgniarki oraz pracownicy instytucji i placówek służby zdrowia.

Tematyka konferencji obejmowała cztery główne obszary dotyczące:

1. Wizerunku pielęgniarki w oczach odbiorcy usług medycznych (jakość pracy, relacje pielęgniarka-pacjent).
2. Statusu materialnego pielęgniarki.
3. Oddziaływania pielęgniarek na przygotowanie i wdrażanie polityki zdrowotnej i roli pielęgniarki w procesie terapeutycznym.
4. Zapewnienia dostępu do szkolnictwa wyższego i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek.

Konferencję uroczyste otworzyli:

dr hab. n. med. Zbigniew Rykowski – Rektor Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy oraz **lek. med. Dorota Czudowska** – Prezes Polskiego Forum Europejskiej Koalicji do Walki z Rakiem Piersi EUROPA DONNA w Legnicy.

Po wstępnych wystąpieniach zaproszonych gości w I sesji wykładowej swoje referaty zaprezentowali:

mgr Beata Cholewka z Departamentu Pielęgniarek i Położnych. Ministerstwa Zdrowia w Warszawie, na temat: Stan realizacji projektu systemowego pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w ramach którego edukację tej grupy zawodowej prowadzi również Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy.

dr hab. n. med. Anna Abramczyk, prof. nadzw. z Katedry Pielęgniarstwa w Podstawowej Opiece Zdrowotnej Akademii Medycznej we Wrocławiu z niezwykle interesującym wystąpieniem pod tytułem: Status społeczny i zawodowy pielęgniarki w Polsce i wybranych krajach europejskich.

mgr Urszula Olechowska – przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu z przemówieniem poruszającym istotną w praktyce medycznej kwestię: odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej.

doc. dr n. ekon. Ryszard Pękała – kanclerz Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy z wystąpieniem dotyczącym: Roli i udziału Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy w kształceniu pielęgniarek, a dodać należy, iż jest on zważywszy dotychczasową liczbę absolwentów bardzo istotnym wkładem na tle uczelni medycznych w rejonie Dolnego Śląska.

II sesję wykładową rozpoczął gość zagraniczny w osobie pani:

mgr Danuty Lichosik – z Europejskiego Instytutu Onkologii w Mediolanie – (Włochy) – z wystąpieniem odnoszącym się do bardzo aktualnego obecnie problemu, pod tytułem: Pielęgniarstwo – światowe trendy w dobie globalizacji.

Następnie zebrany zaprezentowały się

dr n. med. Edyta Kędra z Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy w pracy przygotowanej przy współudziale **dr n. med. Marii Boryczkowskiej-Rzepki** – z Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego na temat: Jakość usług medycznych pielęgniarki środowiskowo – rodzinnej w opinii podopiecznych. Próba oceny.

mgr Wioletta Szot, mgr Maria Szymczak i Renata Galska – z SP ZOS Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie z wystąpieniem: Rola i znaczenie stowarzyszeń zawodowych w podnoszeniu prestiżu zawodu.

dr n. med. Danuta Kunecka – z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu) z referatem dotyczącym istotnej i coraz częściej akcentowanej ostatnio sfery, a mianowicie: Satysfakcji finansowej w zawodzie pielęgniarki / pielęgniarza w Polsce.

III sesja uświetniona została przez:

dr n. med. Ewę Murawę Frodis – ze Specjalistycznego Ośrodka Raka Piersi w Västeras – w Szwecji z wystąpieniem na temat: Przyszłość pielęgniarki w diagnostyce raka piersi, na podstawie doświadczeń własnych Specjalistycznego Ośrodka Raka Piersi w Västeras – w Szwecji.

mgr Zofię Bohlin – ze Szpitala św. Jerzego w Sztokholmie – Szwecja – z prezentacją dotyczącą: Roli pielęgniarki w zespole diagnozującym choroby piersi.

Dorotę Ferfecką, Józefę Staniszewską, lek. med. Dorotę Czudowską i inż. Alinę Jurczak w wystąpieniu pod tytułem: Rola rejestratorki, pielęgniarki, lekarza i wolontariusza w Ośrodku Diagnostyki Onkologicznej Społecznej Fundacji Solidarności w Legnicy – opartej o przyjęte i wypracowane w wymienionej placówce zasady i rozwiązania.

W sesji IV wystąpili:

dr n. med. Lucyna Sochocka – z Instytutu Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu i **lek. med. Aleksander Wojtyłko** – z Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu z prezentacją dotyczącą: Poczucia satysfakcji podopiecznych oddziału chirurgii dziecięcej Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu w opinii rodziców, a modelem opieki funkcjonującym w oddziale.

mgr Krystyna Barcik (dyrektor) i **mgr Beata Łabowicz** (pielęgniarka naczelna) – z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy z tematem: Inwestycja w kadrę pielęgniarską w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy.

mgr Krystyna Przybyła – z Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy i Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy prezentując na podstawie badań własnych: Oczekiwania i postawy wobec pielęgniarek na przykładach pacjentów hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy.

Pierwszy dzień obrad zakończył koncert kwartetu smyczkowego Violinetta z Jawora, a następnie uroczysta kolacja, po której uczestnicy mogli także obejrzeć projekcję filmu pt. „Mała Moskwa” tematycznie nawiązującego do historii Legnicy.

W trakcie konferencji prezentowane były także dwie wystawy. Pierwsza przedstawiająca osiągnięcia Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy oraz stowarzyszenia Europa Donna i druga wyróżnione – wyjątkowo ciekawe i pomysłowe prace będące efektem ogłoszonego w związku z tym wydarzeniem konkursu plastycznego skierowanego do dzieci, pod hasłem: *Pielęgniarka w oczach młodych mieszkańców regionu legnickiego*. Dodać należy, że młodzi „artyści” za swoją pracę uhonorowani zostali dyplomami i nagrodami książkowymi ufundowanymi przez głównego organizatora.

Drugi dzień spotkań oprócz wystąpień także obfitował w wydarzenia kulturalne.

V Sesję wykładową rozpoczęła:

mgr Jolanta Łydka – z Ośrodka Pielęgnacyjnego w Seriale – Włochy z wystąpieniem omawiającym kwestie dotyczące: Prestiżu zawodowego pielęgniarki we Włoszech.

Jako kolejny zaprezentował się

dr n. med. Wiktor Piotrowski – z Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy przedstawiając: Wpływ edukacji na prestiż zawodowy pielęgniarki.

Sesję zakończyły

mgr Aleksandra Bartkiewicz i mgr Małgorzata Kukla – z Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy prezentując: Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek.

Podjęte w trakcie konferencji rozważania naukowe uwieńczyła żarliwa i owocna dyskusja mogąca stanowić dobry początek do wdrażania wielu pozytywnych zmian na gruncie poprawy i dalszego umacniania prestiżu zawodowego omawianej grupy zawodowej.

Następnie uczestnicy obrad wzięli udział w „Marszu ku Zdrowiu” ulicami Legnicy, rokrocznie w tym okresie organizowanym przez Stowarzyszenie Europa Donna, któremu towarzyszyły liczne atrakcje, a uroczystym akcentem zamykającym całość stała się wieczorna *Biesiada staropolska* zorganizowana w siedzibie tejże organizacji.

Kontynuacją podjętej tematyki będzie kolejna impreza z tej serii, również o zasięgu międzynarodowym, planowana na październik 2011 r., na którą w imieniu władz Uczelni już teraz serdecznie zapraszam wszystkich zainteresowanych.

dr n. med. Jolanta Pietras

Beata Cholewka

*Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia,
Kierownik Projektu.*

**Stan realizacji projektu systemowego
pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych
w ramach studiów pomostowych”
współfinansowanego z EFS w ramach POKL**

Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych realizuje projekt systemowy pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowany z EFS w ramach POKL, Priorytetu II, Działanie 2.3 Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Za wdrożenie i realizację Projektu systemowego pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” odpowiada Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Priorytetu II, Działania 2.3 Poddziałania 2.3.2. Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na lata 2007-2013. Na realizację Projektu przeznaczono blisko 180 mln. zł. Zespół odpowiedzialny za realizację Projektu z ramienia Ministerstwa Zdrowia liczy dziewięć osób.

Celem tego działania jest stworzenie odpowiedniego zabezpieczenia zdrowotnego poprzez zapewnienie warunków sprzyjających poprawie i utrzymaniu dobrego stanu zdrowia osób pracujących oraz poprawę jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. W ramach działania 2.3 realizowanych jest dziewięć projektów systemowych. Projekt realizowany przez Departament Pielęgniarek i Położnych jest jednym z największych w Polsce projektów realizowanych ze środków europejskich na przestrzeni lat 2007-2013.

Opracowany Raport o stanie realizacji Projektu Systemowego pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” za okres 2008-2010 zawiera w sobie szczegółowe informacje o Projekcie, w tym między innymi in-

formacje dotyczące jego celów, informacje o osobach objętych wsparciem w ramach tego projektu, informacje o okresie jego realizacji i zakładanych rezultatach oraz prezentację osiągnięć Wydziału Wdrażania Projektu Systemowego w zakresie działań podejmowanych w Projekcie w latach 2008-2010.

Wykonawcami Projektu są uczelnie wybrane w drodze postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego, kształcące pielęgniarki i położne na studiach pomostowych. Aktualnie Projekt realizuje 61 uczelni posiadających akredytację Ministra Zdrowia na realizację kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo. W naborze jesiennym w roku akademickim 2010/2011 studia pomostowe powinny rozpocząć 8 827 pielęgniarek i położnych. Od początku Projektu do 30 września 2010 r. studia rozpoczęło 9 679 pielęgniarek i położnych, w tym 134 pielęgniarzy/położnych, natomiast zakończyło 3 742 pielęgniarek i położnych, w tym 59 pielęgniarzy/położnych.

Podstawowym celem Projektu jest podniesienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych poprzez uzupełnienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych do poziomu licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa, które będą uznawane automatycznie w krajach UE. Projekt powinien przyczynić się również do zwiększenia motywacji pielęgniarek i położnych do dalszego podnoszenia kwalifikacji zawodowych i rozwoju kariery zawodowej oraz zwiększenia prestiżu zawodowego i społecznego pielęgniarek i położnych

Odbiorcami Projektu są pielęgniarki i położne, posiadające świadectwo dojrzałości, będące absolwentami pięcioletnich liceów medycznych, dwuletnich medycznych szkół zawodowych, dwuipółletnich oraz trzyletnich medycznych szkół zawodowych.

Pierwszy nabór w ramach Projektu odbył się w październiku 2008 roku, a ostatni zostanie przeprowadzony w roku akademickim 2012/2013. W tym okresie studia powinny ukończyć 24 000 pielęgniarek i położnych.

Decyzją Komisji Europejskiej z dnia 19.11.2009 r. skrócono kształcenie pomostowe z pięciu i z trzech do dwóch semestrów kształcenia zawodowego dla absolwentów liceów medycznych.

Bliższe informacje na temat Projektu wraz z mapą uczelni realizujących Projekt są dostępne na stronie internetowej: www.mz.gov.pl www.studiapomostowe.mz.gov.pl Ministerstwo Zdrowia Departament Pielęgniarek i Położnych ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa tel. +48 22 53 00 207, fax. +48 22 83 12 177, e-mail: dep-pp@mz.gov.pl.

Anna Abramczyk

*Katedra Pielęgniarstwa w Podstawowej Opiece Zdrowotnej,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna we Wrocławiu*

Status społeczny i zawodowy pielęgniarki w Polsce i wybranych krajach europejskich

Wprowadzenie

Pielęgniarstwo, jako jeden z głównych zawodów [1¹] w sektorze ochrony zdrowia ma długą zawodową tradycję [2]. Przez wiele stuleci instytucje charytatywne, kościoły, organizacje i grupy charytatywne (czerwony krzyż) poprzez religijną i charytatywną działalność (zakonnic, mniszek, opiekunek środowiskowych), rozwinęły określone usługi w zakresie opieki zdrowotnej. Instytucjonalna opieka nad osobami starszymi i inne charytatywne formy opieki oparte były na rozwoju szpitalnictwa, organizacji charytatywnych, zakładów opieki dla osób starszych oraz innych instytucji opieki zdrowotnej. Te historyczne uwarunkowania przez wiele dekad kształtowały i wpływały na profil pracy, jakość, umiejętności i cechy, którymi powinna charakteryzować się „dobra pielęgniarka” [2]. Podobnie jak wszyscy inni profesjonaliści wykonujący zawody medyczne pierwsze pielęgniarki musiały udowodnić, że ich praca zasługuje na wynagrodzenie [3].

Dyskusja o statusie zawodowym pielęgniarek pojawiła się w okresie pierwszej fali feminizmu (podczas Pierwszej Wojny Światowej) i uzyskała specjalny impet wraz z drugą falą feminizmu, która pojawiła się po Drugiej Wojnie Światowej [4]. Zakres działalności zawodowej pielęgniarek zmieniał się wraz ze zmianami w zakresie ich technicznych umiejętności i stopniowym wzrostem poziomu intelektualnego, którego główną cechą jest ponoszenie zawodowej odpowiedzialności za pacjenta, żądanie wynagrodzenia, definiowanie zadań, czasu pracy, zasady hierarchii oraz porządku wewnątrz grupy zawodowej [5].

¹ Zawód – działalność oparta na określonej wiedzy ogólnej, wiedzy specjalistycznej, zachowaniach natury etycznej społecznie akceptowanych typowych dla określonej grupy osób i odróżniających ją od innych grup zawodowych.

Od roku 1980 zmieniające się potrzeby, oczekiwania, wymagania w pracy dotyczące nowych umiejętności, oraz silne dążenie do profesjonalizmu w dostarczaniu wysokiej jakości opieki zdrowotnej sprzeciwiało się tradycyjnemu wizerunkowi pielęgniarstwa [2].

Idealistyczny, w oczach społeczeństwa, model pielęgniarki, jako kobiety zawsze przyjaznej i uśmiechniętej, oddanej, gotowej i skłonnej, by na żądanie wykonać wiele różnorodnych usług, spotykał się z rzeczywistością, w której obowiązuje odpowiedzialność i obowiązek realizacji określonych świadczeń medycznych [2].

Istotne znaczenie dla sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych miała ponad 20 lat temu (1988 r.) pierwsza konferencja pielęgniarek i położnych w Wiedniu (Austria), podczas której podkreślano, że realizacja zaleceń WHO „Program Zdrowie dla Wszystkich”, będzie możliwa, jeśli uwzględniony zostanie udział pielęgniarek i położnych. Promowany przez WHO (1988 r.) model zakładał, że pielęgniarka jest odpowiedzialna za świadczenie wśród społeczności usług, zawierających diagnozę problemów zdrowotnych, doradztwo w zakresie stylu życia, opieka nad chorym, starym, niesprawnym w środowisku domowym, poza ważną funkcją pielęgniarstwa w sektorze opieki szpitalnej. Sytuacja ta nie tylko determinowała konieczność dostosowania systemu kształcenia pielęgniarek we wszystkich krajach regionu europejskiego, ale także konieczność weryfikacji systemów opieki zdrowotnej, polityki i infrastruktury [2].

Dokonane w latach 1990 zmiany w systemie opieki zdrowotnej w Europie, stały się inspiracją dla kolejnej ważnej z punktu statusu pielęgniarek i położnych konferencji pielęgniarek i położnych w roku 2000 w Monachium (Niemcy), podczas której ministrowie zdrowia i delegaci z Europejskich Państw Członkowskich WHO przyjęli Monachijską Deklarację: „Pielęgniarki i Położne: siłą dla zdrowia”. W świetle zapisów zawartych w Deklaracji „Pielęgniarki i położne odgrywają kluczową rolę, w trosce o zdrowie populacji, zmniejszenie problemów zdrowia publicznego, zapewnienie sprawiedliwego dostępu do opieki, zapewnienie ciągłości opieki”^[26]. Współczesna Europa, podobnie jak cały świat, stoi bowiem przed wyzwaniem nierówności zdrowia, zmian klimatu, urbanizacją, starzeniem populacji, chorobami przewlekłymi i wymogiem długoterminowej opieki oraz powiększających się niedoborów dobrze

² Przyjęta podczas konferencji Deklaracja stanowi jeden z najważniejszych europejskich dokumentów polityki dla pielęgniarstwa i położnictwa oraz podstawę programu Pielęgniarstwa i Położnictwa w Regionie Europejskim WHO (Regionalne Biuro dla Europy w Kopenhadze).

wykwalfikowanych pielęgniarek [6]. Podobnie jak w Polsce system opieki zdrowotnej w różnych krajach potrzebuje kadr charakteryzujących się określonymi umiejętnościami, przesuwając koncentrację od świadczenia prostej opieki do akcentu na zapobieganie, doradztwo i wsparcie zorientowane na pacjenta, celem zwiększenia jego kompetencji w realizacji samoopieki [2].

Praktyka zawodowa pielęgniarek w krajach Regionu Europejskiego

W krajach Regionu Europejskiego WHO, pielęgniarki swój zawód najczęściej wykonują w ramach praktyki szpitalnej. Nieco rzadziej obszarem praktyki zawodowej jest opieka domowa, promocja zdrowia społeczności lokalnej, zdrowie publiczne oraz edukacja pacjentów. W wielu krajach (ponad połowie), pielęgniarki pełnią role związane z zarządzaniem opieką przypadku.

W stosunku do pielęgniarek, to jednak położne są bardziej niezależne w zakresie podejmowania decyzji oraz swojej roli związanej z udziałem w leczeniu, prawem do przepisywania leków i / lub sposobu ich dawkowania. Na uwagę zasługuje fakt, że w krajach, w których pielęgniarki/położne mają prawo do przepisywania leków, prawo to nie ma charakteru obligatoryjnego, a dotyczy tylko tych pielęgniarek i położnych, które mają odpowiednie wykształcenie (poziom edukacji), ukończyły odpowiednie kursy podyplomowe (nie dotyczy więc wszystkich pielęgniarek i / lub położnych).

Prowadzone dyskusje o rozwijających się i rozszerzonych rolach pielęgniarek i położnych oparte są na trosce, przede wszystkim o dobro pacjenta, mogą mieć istotne znaczenie i poważny wpływ na regulacje prawne, które w ramach zawodowych kompetencji uwzględniają niezależność w podejmowaniu decyzji (przykładem jest sytuacja w UK). W wielu jednak krajach, dyskusje na ten temat często skoncentrowane są na analizie szczegółowych zadań (tj. nakazywanie, polecenie, zlecenie), i nie odnoszą się do oceny zawodowych kompetencji w tym zakresie, co powoduje, że nie mają wpływu na rozwój kompetencji zawodowych i samodzielności pielęgniarek [6].

W większości krajów, wykonywanie zawodu regulowane jest określonymi przepisami, za które odpowiedzialność ponoszą ministerstwa zdrowia. Czasami za stan zawodu odpowiada nie tylko ministerstwo zdrowia, ale dodatkowo także władza regionalna lub organizacja zawodowa, odgrywająca ważną rolę w niektórych krajach.

Tabela 1 Obszary praktyki zawodowej pielęgniarek w krajach Regionu Europejskiego [6]

Teren praktyki	Kraj	Liczba krajów
Opieka w szpitalu	Wszystkie kraje	35
Usługi w zakresie promocji zdrowia	Wszystkie kraje, za wyjątkiem Bośni i Hercegowiny, Gruzji i Luksemburga	32
Zdrowie społeczno-ści/zdrowie publiczne	wszystkie kraje za wyjątkiem Białorusi, Gruzji, Luksemburga, Holandii	31
Pomoc w leczeniu	wszystkie kraje za wyjątkiem Francji, Gruzji, Islandii, Polski, Rumunii	30
Doradztwo i edukacja	wszystkie kraje oprócz Bośni i Hercegowiny, Gruzji, Polski, Tadżykistanu, Ukrainy	29
Opieka domowa	wszystkie kraje oprócz Bośni i Hercegowiny, Chorwacji, Estonii, Francji, Litwy, Luksemburgu, Gruzji i Tadżykistanu	28
Zarządzanie opieką przypadku	Austria, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Gruzja, Niemcy, Grecja, Islandia, Irlandia, Włochy, Holandia, Portugalia, Rosja, Szwecja, Szwajcaria, UK (Zjednoczone Królestwo)	19
Niezależna rola w opiece medycznej, postępowaniu medycznym	Austria, Czechy, Dania (położne), Finlandia, Niemcy, Grecja (położne), Islandia, Irlandia, Litwa, Holandia, Norwegia, Portugalia (tylko w sytuacjach nagłego wypadku), Rosja, Szwecja, Szwajcaria (położne), Ukraina, UK Zjednoczone Królestwo (Anglia, Walia)	18
Wystawianie recepty na leki / sposób dawkowania, przyjmowania	Austria, Dania (ograniczyła uprawnienia, by przepisać leki dla położnych), Holandia, Finlandia, Francja, Gruzja, Niemcy (położne), Grecja (położne), Irlandia, Holandia, Portugalia (tylko w sytuacjach nagłego wypadku), Szwecja, Zjednoczone Królestwo (Anglia, Szkocja, Walia)	12
Praca i udział położnych w porodach domowych, niezależne praktyki	Szwajcaria	1

Zmiany w systemie opieki zdrowotnej, oczekiwania profesjonalnej opieki powodują, że istnieje konieczność doprecyzowania ról profesjonalistów, a co za tym idzie wymagań w zakresie kształcenia w opiece zdrowotnej, praktyki zawodowej. Kraje oczekujące na zmiany legislacyjne w tym zakresie to: Armenia, Austria, Białoruś, Bośnia i Hercegowina, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, [Położnictwo], Finlandia, Gruzja, Niemcy [Położnictwo], Grecja, [Położnictwo], Islandia, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Polska,

Portugalia, Mołdawia, Rosja, Serbia, Słowenia, Szwajcaria [Pielęgniarki], Tadżykistan, Macedonia, Ukraina, Zjednoczone Królestwo (Anglia, Szkocja) [6].

W badanych krajach wskazuje się na niską pozycję pielęgniarek i / lub położnych, przypisując tę sytuację brakowi odpowiednich regulacji i niskiemu poziomowi kształcenia w zawodzie. Pielęgniarki tradycyjnie zajmowały podporządkowane pozycje w zespołach opieki zdrowotnej. Podnosząc status pielęgniarek, zaleca się zwiększać ich poziom odpowiedzialności, rolę w podejmowaniu decyzji o znaczeniu klinicznym oraz sfery wpływu. Ta profesjonalna zmiana statusu ma wpływ na relacje między pielęgniarkami a ich profesjonalnymi kolegami, może być jednak także postrzegana jako zagrożenie dla niektórych pielęgniarek, które są zadowolone z aktualnej sytuacji [6].

Uwarunkowania statusu społecznego i zawodowego pielęgniarek

Określając status zawodowy pod uwagę bierze się wiele wskaźników, jak np.: prawne usankcjonowanie zawodu [6], poziom przydatności, poziom dochodu, poziom edukacji, poziom odpowiedzialności, pozycja społeczna i proporcja kobiet [7].

Status prawny zawodu pielęgniarki

Istotnym czynnikiem decydującym o statusie zawodu, udziale w realizacji polityki zdrowotnej, podejmowaniu decyzji jest usankcjonowana prawnie definicja zawodu.

W krajach Regionu Europejskiego³[6] zawód pielęgniarki/położnej definiowany jest przez ustawę, zwyczaj i praktykę:

- Do krajów, w których zawód pielęgniarki i położnej definiowany jest przez ustawę (prawo), zwyczaj i praktykę należą: Grecja, Litwa, Serbia i Macedonia,
- Do krajów, w których zawód pielęgniarki/położnej jest definiowany przez prawo, ustawę należą: Armenia, Austria, Białoruś, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Niemcy, Grecja, Islandia, Irlandia, Włochy, Litwa, Luksemburg, Holandia, Polska, Portugalia, Republika Mołdawia, Rumunia, Rosja, Serbia, Słowenia, Szwecja, Szwajcaria, Tadżykistan, Ukraina, Zjednoczone Królestwo (Anglia, Szkocja, Walia),
- Do krajów, w których zawód pielęgniarki/położnej definiowany jest przez zwyczaj należą: Gruzja, Grecja (Pielęgniarstwo), Litwa, Serbia oraz Nor-

³ Dane pochodzą z 35 krajów na 53 (2/3 krajów Regionu Europejskiego WHO) i okresu 2008/2009

wegia, w której zgodnie ze zwyczajem, pielęgniarka jest osobą, mającą specjalną funkcję, do tego by promować zdrowie i pomóc ludziom, którzy mają lub mogą być narażeni na ryzyko choroby, odpowiadać na ich podstawowe potrzeby.

- Kraje, w których zawód pielęgniarki/położnej definiowany jest przez praktykę to: Bośnia i Hercegowina, Chorwacja, Gruzja, Grecja (Pielęgniarstwo), Litwa, Norwegia, Serbia, Szwajcaria, Zjednoczone Królestwo (Anglia).

Na uwagę zasługuje fakt, że nie we wszystkich krajach wykonywanie zawodu oparte jest na legislacji. Na brak definiowania zawodu pielęgniarki i położnej przez legislację wskazuje się w Bośni i Hercegowinie, Gruzji, Norwegii. Brak uregulowań prawnych zawodu jest dla jego przedstawicieli sytuacją mniej korzystną i sprzyja wielu konfliktom.

Oparta na prawie definicja zawodu pielęgniarki i położnej najczęściej wyrażana jest w określeniu stosunkowo formalnych okresów i wymagań dotyczących przede wszystkim:

- programu edukacyjnego;
- pomyślnego zakończenia formalnego programu edukacyjnego koniecznego dla otrzymywania stopnia zawodowego;
- uzyskania pozwolenia na wykonywanie zawodu (licencji) lub włączenie do korporacji zawodowej po pomyślnym zakończeniu programu.

Często definicja zawodu nie zawiera informacji o zakresie praktyki, działalności i odpowiedzialności pielęgniarek i położnych.

Istniejące jednak w większości krajów Regionu Europejskiego, odpowiednie regulacje prawne przyczyniają się do dostatecznej, a niekiedy wysokiej determinacji pielęgniarek i położnych do tego, aby zaakceptować odpowiedzialność bycia odpowiednim partnerem w dostarczaniu opieki zdrowotnej i podejmowaniu decyzji, które jej dotyczą [6].

Poziom przydatności zawodowej pielęgniarek i położnych

Pielęgniarki i położne stanowią największą część pracowników w ochronie zdrowia, odgrywają kluczową rolę w dostępności usług w systemie opieki zdrowotnej, a dla ludności Europy dostarczają specjalistycznej i wykwalifikowanej opieki [6]. Zawód pielęgniarki i położnej postrzegany jest jako ważny i odgrywający istotną rolę w uporaniu się z wyzwaniami zdrowia publicznego [6]. W krajach Regionu Europej-

skiego [3⁴] wobec 850 milionów ludności opiekę realizuje prawie 5 milionów pielęgniarek⁵ [3, 6].

Pielęgniarki nie stanowią jednak jednorodnej grupy zawodowej i w różnych krajach pełnią bardzo różne role, w ramach których realizują różne zadania i mają różny status społeczny. Wszystkie jednak dostarczają bardzo istotnych usług: pomagają społeczeństwu utrzymać zdrowie, promują zdrowie, zapobiegają chorobom, troszczą się o chorych, opiekują się starszymi w całym Regionie Europy [3].

Postrzeganie zawodu pielęgniarki

Profesjonalizacja w pielęgniarstwie wymaga pokonywania wielu przeszkód, które związane są z postrzeganiem zawodu przez społeczeństwo i same pielęgniarki.

Fakt, że pielęgniarki są włączone w proces opieki nad kimś kto cierpi, dla kogo istotną pomoc niesie lekarz, a pielęgniarka wykonuje wyznaczone, zlecone przez innych zadania powoduje, że funkcje jakie pełni są przez innych mało cenione [5]. Do niedawna np. społeczny obraz pielęgniarstwa, zwłaszcza społecznego (środowiskowego), niższy status społeczny, prestiż tej grupy osób był wynikiem mniejszego kontaktu z sytuacjami wymagającymi nagłej interwencji medycznej, a niskie wynagrodzenie, ograniczona elastyczność roboczogodzin, niedostępność nowych technologii i postępów (np. elektromedycyna), i doświadczanie sytuacji przewlekłej lub nieuleczalnej choroby, mogło hamować popyt na ten obszar pielęgniarstwa [8]. Obecnie status pielęgniarek jest podobny niezależnie od terenu praktyki [6].

W świetle wyników uzyskanych z badań prowadzonych w Polsce przez CBOS, wysokie pozycje w hierarchii prestiżu, zajmują po profesorze uniwersytetu (na pierwszej pozycji) zawody tj.: zawód górnik i pielęgniarki, których cechą wspólną jest duża użyteczność społeczna oraz znaczny wysiłek, zwłaszcza fizyczny. Do tych zawodów duży szacunek deklaruje ponad trzy czwarte Polaków, odpowiednio 77% i 78%. Nieco niższym poważaniem wśród badanych Polaków cieszą się trzy zawody tj.: lekarz (73%) inżynier pracujący w fabryce (71%) oraz nauczyciel (70%). Niskie pozycje w hierarchii prestiżu zajmują zawody i funkcje związane ze sprawowaniem władzy i polityką tj. minister (36%), poseł na sejm (24%), działacz partii politycznej (19%). Przyjmuje się, że „wyższa w porównaniu do lat 1990 wysoka ocena zawodu pielęgniarki, ponad ocenę zawodu lekarza, może być w pewnym stopniu chęcią wyrażenia

⁴ Europejski Region obejmuje około 850 milionów ludzi żyjących w obszarze rozciągającym się od Grenlandii na północy i Morza Śródziemnego na południu do brzegów Pacyfiku Rosji

⁵ (Ogólnie w krajach regionu europejskiego jest 4,3 miliona pielęgniarek i 300 000 położnych.)

kompensaty za niskie zarobki oraz wyrazem rosnącego społecznego uznania dla zawodów wymagających wysiłku fizycznego” [9].

Z analizy postrzegania zawodu pielęgniarki wśród pielęgniarek w krajach Regionu Europejskiego WHO wynika, że we wszystkich krajach, za wyjątkiem sześciu (Austria, [Pielęgniarki], Białoruś, Bośnia i Hercegowina, Gruzja, Grecja, [Pielęgniarki], Serbia) samoocena tego zawodu jest wysoka lub dostateczna. Jasnymi i konkretnymi wskaźnikami wysokiej profesjonalnej samooceny są rozwój niezależnych ról w opiece zdrowotnej oraz uznanie pielęgniarek/położnych za partnerów w multidyscyplinarnym zespole w systemie opieki zdrowotnej. Wszystkie te aspekty, rozwój i oficjalne uznanie niezależnych ról pielęgniarek i położnych, często są warunkiem wstępnym do uzyskania akceptacji i traktowania na zasadach równego partnerstwa w świadczeniu opieki zdrowotnej i podejmowaniu decyzji dotyczących polityki zdrowotnej.

Na uwagę zasługuje fakt, że w stosunku do sytuacji z 2004 roku samoocena i postrzeganie zawodu uległo poprawie, a w wielu krajach stwierdza się wysoką samoocенę i postępującą poprawę postrzegania zawodu pielęgniarek i położnych. Rosnąca świadomość profesjonalnego (zawodowego) potencjału, prowadzi do silniejszych roszczeń, oczekiwań dotyczących pełnionych ról i wynagrodzenia. Nie bez znaczenia jest tutaj także większe zaangażowanie, do tego aby zaakceptować rozszerzoną w opiece zdrowotnej rolę i odpowiedzialność, które z rolami są nierozłącznie związane.

Wbrew wysokiej percepcji zawodu przez pielęgniarki i położne, niektóre z nich zgłaszają problemy dotyczące:

- wzrostu – wysoko i lepiej wykwalifikowanych pielęgniarek z jednej strony i zniechęcających obsad, ze względu na niskie wymagania w zakresie umiejętności oraz niskie, niewłaściwe pensje z drugiej strony,
- nadal częstego pełnienia przez pielęgniarki podwładnej roli w porównaniu do lekarzy i innych profesjonalistów zdrowia,
- zagrożenia dla przyszłości zawodu, ponieważ młodzi ludzie nie są wystarczająco zmotywowani do tego, aby wybrać przyszłą karierę w zawodzie pielęgniarki (Czechy) [6].

Poziom edukacji zawodowej pielęgniarek

Edukacja zawodowa jest kluczowym aspektem profesjonalizacji. Ona to w dużym stopniu decyduje o rolach, działaniach, jakie mogą odegrać pielęgniarki i położne we współczesnych warunkach funkcjonowania system opieki zdrowotnej [6]. Według

WHO dobrze wykształcona pielęgniarka może być na linii pierwszego kontaktu z pacjentem w podstawowej opiece zdrowotnej [3].

Mając na uwadze wymagania w zakresie kształcenia należy przypomnieć, iż kraje w Unii Europejskiej muszą spełniać Dyrektywy Unii Europejskiej, które zastrzegają minimum 10 lat kształcenia ogólnego, poprzedzającego kształcenie zawodowe. Analiza systemu kształcenia wykazuje, że w większości krajów obowiązuje 12 lat kształcenia ogólnego, poprzedzającego kształcenie zawodowe (dotyczy to m.in także systemu kształcenia w Polsce, Irlandii, Grecji, Francji, Finlandii, Danii).

Na uwagę zasługuje fakt, iż poniżej wymagań, nadal realizowane jest kształcenie w Austrii – 9 lat, Jugosławii – 9 lat, w Bośni i Hercegowinie – 8 lat. Znacznie dłuższy okres kształcenia ogólnego obowiązuje w Szwajcarii, Norwegii – 13 oraz Islandii – 14 lat [6].

Chociaż w 22 krajach kształcenie zawodowe pielęgniarek prowadzone jest na poziomie uniwersyteckim, to jednak aż w 15 krajach kształcenie odbywa się na poziomie kwalifikacji zawodowych. Sytuacja ta dowodzi, że cel dotyczący kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie uniwersyteckim nadal nie został osiągnięty.

Kształcenie na poziomie kwalifikacji zawodowych nadal uzyskują pielęgniarki w krajach tj. Armenia, Austria, Białoruś, Bośnia i Hercegowina, Chorwacja, Gruzja, Niemcy, Grecja, Luksemburg, Polska, Mołdawia, Rumunia, Rosja, Serbia, Tadżykistan.

Kształcenie zawodowe/profesjonalne pielęgniarek i położnych na poziomie uniwersyteckim lub równoważnym, prowadzone jest w krajach tj. Białoruś, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Islandia, Irlandia, Włochy, Litwa, Norwegia, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowenia, Szwecja, Szwajcaria, Ukraina, Zjednoczone Królestwo.

W niektórych krajach w Regionie Europejskim (Chorwacji, Białorusi) istnieją dwa poziomy kształcenia zawodowego np. w Białorusi, chociaż istnieje jeden uniwersytet medyczny realizujący kształcenie pielęgniarek na poziomie studiów uniwersyteckich, większość pielęgniarek nadal kształci się poza uniwersytetem, podobnie jak w Chorwacji [6].

Także zakres kompetencji, do których przygotowywane są pielęgniarki w ramach kształcenia zawodowego w krajach Regionu Europejskiego jest bardzo zróżnicowany. Programy kształcenia zawodowego nie kształtują kompetencji pielęgniarek do:

- pracy w środowisku szpitala w krajach tj. Gruzja i Estonia,
- pracy w oparciu o podstawowe kompetencje w Chorwacji i Gruzji,
- pracy wśród społeczności, w krajach tj. Chorwacja, Estonia, Gruzja, Włochy i Tadżykistan,
- pracy w instytucjonalnych formach opieki długoterminowej w krajach tj. Austria, Białoruś, Gruzja, Islandia, Włochy, Litwa, Luksemburg, Rosja,

Przygotowanie do prowadzenia badań opartych na dowodzie realizowane jest w krajach tj.: Armenia, Austria, [Położnictwo], Bułgaria, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Niemcy, Grecja, Islandia, Irlandia, Włochy, Litwa, Holandia, Norwegia, Portugalia, Słowenia, Szwecja, Szwajcaria, Ukraina, Zjednoczone Królestwo.

Wyrazem budowania statusu zawodowego, rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa oraz realizacji zaleceń procesu bolońskiego [6] jest:

- w 23 krajach nauczanie pielęgniarstwa i położnictwa, podobnie jak w innych profesjach, prowadzone przez nauczycieli mających stopień naukowy [6],
- kształcenie w początkowej fazie przygotowującej do wykonywania zawodu (profesjonalna – zawodowa edukacja) prowadzone na poziomie uniwersyteckim (uczelnie posiadające prawo do nadawania stopni naukowych),
- w ponad połowie krajów regionu europejskiego ok. 20% pielęgniarek i więcej – w zależności od kraju, z wykształceniem uniwersyteckim, wcześniej odsetek pielęgniarek z wykształceniem uniwersyteckim wynosił 5%.

Kształcenie akademickie pielęgniarek i położnych wymaga jednak współpracy między ministerstwem nauki i szkolnictwa wyższego i ministerstwem zdrowia (pozwala na określenie potrzeb w zakresie kształcenia kadr, zaspokojenie potrzeb w systemie opieki zdrowotnej oraz trafny wybór zawodu, pozostanie w nim i możliwość kariery w zawodzie wśród potencjalnych kandydatów), edukacji międzybranżowej (dwa lub więcej zawodów uczy się obok siebie i od siebie, celem efektywnej współpracy i lepszych rezultatów w zdrowiu) zwłaszcza w ramach kształcenia podyplomowego, specjalizacji.

Aby pielęgniarki i położne budowały swój status, mogły uporać się z problemami zdrowia publicznego muszą mieć możliwość rozwoju zawodowego i kariery zawodowej.

W ponad połowie krajów pielęgniarstwa/łożniczego mają możliwość ubiegania się o stopnie naukowe (Austria, [Położne], Bułgaria, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Niemcy [Pielęgniarki], Grecja, Islandia, Irlandia, Włochy, Luxembourg, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Rosja, Szwecja, Szwajcaria, Zjednoczone Królestwo, [Anglia, Walia, Szkocja])

Na uwagę zasługuje fakt, że w 18 krajach pielęgniarstwa/łożniczego, aby uzyskać stopień naukowy muszą wybrać inną dyscyplinę, a w 15 krajach, muszą w tym celu wyjechać za granicę [6].

Poziom dochodu pielęgniarek i położnych

Wyrazem rosnącego statusu i rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa jest rosnące rozpoznanie wartościowego wkładu pielęgniarek i położnych, także wyrażone przez wzrost ich wynagrodzenia (pensji). Choć finansowanie pielęgniarek i położnych na przestrzeni ostatnich lat uległo poprawie, w wielu krajach pensje ich są jednak niższe od średniej krajowej [3, 6].

Tabela 2 Wynagrodzenie pielęgniarek w krajach Regionu Europejskiego WHO [6]

Lp.	Wysokość wynagrodzenia	Kraj
1	Takie jak średnia krajowa (21 krajów)	Armenia, Austria (różnice w federalnych stanach), Bośnia i Hercegowina, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania (Położnictwo), Estonia, Niemcy (Położnictwo), Grecja, Islandia (Położnictwo), Irlandia, Litwa, Luksemburg, Portugalia, Rumunia, Rosyjska Republika, Serbia, Słowenia, Ukraina, Zjednoczone Królestwo (Anglia, Szkocja, Walia)
2	Niższe niż średnia krajowa (18 krajów)	Białoruś, Bułgaria, Dania (Pielęgniarstwo), Finlandia, Francja, Gruzja, Niemcy (Pielęgniarstwo), Islandia (Pielęgniarstwo), Irlandia, Włochy, Holandia, Norwegia, Polska, Mołdawia, Szwajcaria, Tadżykistan, Zjednoczone Królestwo (pielęgniarki z zawodowymi kwalifikacjami)
3	Ponad średnią krajową	Szwecja

Poza 2 krajami (Niemcy [Pielęgniarki] i Portugalia), we wszystkich krajach stwierdza się sukcesywny wzrost pensji. Znaczny wzrost pensji obserwuje się w krajach Wschodnioeuropejskich [6]. W krajach Regionu Europejskiego rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych zależy od zajmowanej przez nich pozycji. Pielęgniarki mogą robić karierę zarówno w praktyce klinicznej, nauczaniu, jak i zarządzaniu i badaniach.

W zależności od kraju mają różne możliwości kariery zawodowej, np. w Finlandii istnieje możliwość kariery zawodowej w praktyce klinicznej, zarządzaniu, badaniu, edukacji i kierowaniu zespołami.

Wysokość wynagrodzenia (pensji) pielęgniarek w 22 krajach regulowana jest w sposób formalny w zależności od rozwoju zawodowego, a pensja naliczana jest według określonych zasad tj.:

- staż pracy, (lata doświadczenia zawodowego),
- stanowisko (pielęgniarka, kierownik, dyrektor, oddziałowa).

W niektórych krajach pod uwagę bierze się także posiadane specjalizacje kliniczne, zajmowane stanowisko, wielkość instytucji – jako kryteria dodatkowe.

Na uwagę zasługuje fakt, że:

- wszyscy pracownicy mają takie same szanse rozwoju i kariery w Zjednoczonym Królestwie (UK), ponieważ dokładnie określono 10 poziomów rozwoju, a stanowisko zależy od oceny pracy,
- aż w 14 krajach określenie wysokości wynagrodzenia nie jest regulowane żadnymi zasadami czy kryteriami, a wysokość pensji jest skutkiem negocjacji i zbiorowych porozumień między reprezentantami związków zawodowych i przedstawicielami pracodawców,
- w 10 krajach różnice w wynagrodzeniu zależne są od płci. Problem ten dotyczy zwłaszcza krajów od Europy Środkowej do granic UE. Pielęgniarki, jako że są to głównie kobiety, bez względu na płeć otrzymują 50% wynagrodzenia pracowników zatrudnionych w instytucjach użyteczności publicznej, w których częściej pracują mężczyźni.
- w 27 krajach stwierdza się zbyt niskie wynagrodzenie pielęgniarek i położnych, które jest czynnikiem skłaniającym je do poszukiwania innej pracy. Nad wyborem kariery w pielęgniarstwie lub położnictwie w sposób szczególny zastanawiają się osoby z wyższym wykształceniem. Trend by szukać pracy poza pielęgniarstwem jest silniejszy gdy gospodarka jest silna i poziom bezrobocia niski. Społeczeństwo ma świadomość, że pielęgniarstwo i położnictwo to pewne zawody w trudnych czasach, ale wybór ich nie jest konieczny, jeśli dostępne są inne zawody [6, 10],
- w porównaniu do innych zawodów praca pielęgniarek nie jest doceniona [10].

Pozycja społeczna i proporcja kobiet w zawodzie pielęgniarki

W większości krajów ponad 90% pielęgniarek to kobiety. Tylko w Bośni i Hercegowinie oraz na Cyprze zawód pielęgniarki w mniej niż 80% wykonują kobiety. W położnictwie, mężczyźni nie ma [7].

Choć w systemach opieki zdrowotnej generalnie dominują kobiety, tylko 5 krajów tj. Dania, Finlandia, Niemcy, Polska i Szwajcaria, zgłasza przeszkody, które odnoszą się do płci [6]. Ogólne problemy kobiet w społeczeństwie dotyczą również pielęgniarek i położnych [6]. Pozycja pielęgniarek jest szczególnie trudna i przypomina rodzaj dyskryminacji. Czynnikiem sprzyjającym niskiemu statusowi pielęgniarstwa jest to, że zawód ten wykonywany jest głównie przez kobiety i wobec tego towarzyszą mu inne typowe dla zawodów kobiecych czynniki tj.: niskie płace, niski status społeczny, złe warunki pracy, przemoc [6, 11], mało perspektyw dla podnoszenia niskiego poziomu wykształcenia. Pielęgniarki są marginalizowane przez mężczyzn, lekarzy i rządy [3, 6, 11]. Nie bez znaczenia jest także przypisywanie społecznej roli kobiet (szczególnie w wiejskich obszarach). Społeczeństwo nie wyobraża sobie potrzeby uniwersyteckiego wykształcenia kobiet w zawodach żeńskich [6].

Niskie pensje, ograniczone możliwości kariery i edukacji, złe warunki pracy, obciążenie pracą, brak bezpieczeństwa finansowego powoduje, że pielęgniarki opuszczają swój kraj [10]. W Europie deficyt pielęgniarek w Norwegii powoduje, że kraj ten często przyjmuje pielęgniarki z innych krajów tj. Szwecja, Dania, Finlandia, Niemcy, Filipiny i w mniejszym stopniu z Polski [10].

Stosunkowo niskie, w porównaniu do innych zawodów, wynagrodzenie powoduje że, poza ograniczonymi perspektywami kariery zawodowej w tych zawodach, pielęgniarki rozważają pozostawianie zawodu (profesji) w celu poszukiwania lepszych perspektyw dla kariery w innych zawodach [6].

Migracja pielęgniarek (głównie ze wschodnich do zachodnioeuropejskich krajów), przejście do innych profesji, które wydają się oferować lepsze perspektywy rozwoju zawodowego, przejście na emeryturę znacznej ilości pracowników, niepewność sytuacji zawodowej z powodu oczekiwanych zmian i wysokie wymagania w zakresie kształcenia zawodowego, które zniechęcają młodych ludzi od wyboru kariery w zawodzie pielęgniarki często są przyczyną, oczekiwanego w wielu krajach Europy, niedoboru pielęgniarek i położnych, zwłaszcza w Armenii, Bułgarii, Chorwacji, Gruzji, Grecji [pielęgniarki], Islandii, [położne], Litwy, Mołdawii, Rosji, Serbii, Szwajcarii, [pielęgniarki], Tadżykistanu, Macedonii, Ukrainy, Zjednoczonym Królestwie [położne] [6].

Aby przeciwdziałać tej niekorzystnej sytuacji, w 18 krajach spośród 34 realizowana jest polityka kadrowa, od poprawy warunków pracy, przez wzrost pensji, do rozwoju szczegółowych modeli planowania kadry dla systemu ochrony zdrowia, (Białoruś, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Niemcy, [Położnictwo,], Irlandia, Holandia, Norwegia, Mołdawia, Szwecja, Szwajcaria, [Położnictwo], Tadżykistan, Ukraina, Zjednoczone Królestwo, [Anglia, Szkocja, Walia,]).

Determinowane płcią problemy pielęgniarek stają się powodem do zachęcania mężczyzn do wyboru zawodu i rosnącej świadomości zagadnień dotyczących zdrowia wśród mężczyzn.

Status zawodowy pielęgniarek

Poważne trudności pielęgniarek i położnych dotyczą ich statusu zawodowego. Pomimo postępu, status zawodu nadal wydaje się być raczej niski aż w 17 krajach [6] tj. Armenia, Austria, [pielęgniarki], Bośnia i Hercegowina, Czechy, Dania, [pielęgniarki], Niemcy, Grecja, Islandia, [położne], Luksemburg, Polska, Rumunia, Rosja, Serbia, Słowenia, Szwajcaria, Ukraina, Zjednoczone Królestwo (pielęgniarka z kwalifikacjami zawodowymi).

Problemy w zakresie statusu zawodu przede wszystkim dotyczą:

- społecznej percepcji,
- równego udziału w opiece zdrowotnej,
- niedostatecznej regulacji zakresu praktyki i roli zawodu.

W niektórych krajach zwraca się uwagę na to, że:

- większe wykształcenie pielęgniarek nie gwarantuje automatycznie wyższego statusu i lepszego społecznego odbioru,
- publiczny obraz pielęgniarek nie koniecznie odnosi się do zawodu z uniwersyteckim stopniem naukowym. To samo dotyczy postrzegania zawodu w systemie opieki zdrowotnej.

Większa proporcja pielęgniarek z akademickim wykształceniem, zwiększa jednak prawdopodobieństwo ich udziału w podejmowaniu decyzji, chociaż, nie dzieje się to natychmiast, a wręcz wymaga ze strony samych pielęgniarek wielu wysiłków i wiele wytrwałości [6].

Budowanie statusu zawodu, wzmacnianie roli i wkładu pielęgniarstwa i położnictwa w narodowe systemy opieki zdrowotnej, wymaga udziału tych zawodów w podejmowaniu decyzji na wszystkich poziomach rozwoju i realizacji polityki. Pielęgniarki bowiem charakteryzują się różnym udziałem w życiu politycznym, począwszy od żadnego udziału, poprzez udział oparty na odbieraniu informacji i niekiedy udziale w pracach grup roboczych (bez posiadania głosu), po regularne konsultacje, które uwzględniają stały udział w grupach roboczych i regularnych spotkaniach celem przedłożenia komentarzy, pomysłów, planów i propozycji, regularne członkostwo i udział w komisjach doradczych oraz stanowisko głównego urzędnika ds. pielęgniarstwa i /lub opieki/ położnictwa w ministerstwie zdrowia.

Udział pielęgniarek w procesie planowania na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej jest szczególnie silny w takich krajach jak: Izrael, Islandia, Wielka Brytania. W wielu krajach, nawet tam gdzie pielęgniarki zajmują odpowiednie wydziały i departamenty w ministerstwie, muszą walczyć o to, aby ich głos został usłyszany, gdyż same Ministerstwa Zdrowia nie zmieniają świata.

Nadal w wielu krajach obserwowany jest brak formalnej władzy, brak demokratycznego decydowania w zespołach szpitalnych i podstawowej opieki zdrowotnej [3]. Wzrastająca liczba pielęgniarek i położnych ze stopniami naukowymi przyczynia się w znaczący sposób do uznania udziału w pełnieniu władzy [6].

Choć lekarze nadal wydają się mieć wiodącą rolę w opiece zdrowotnej, to pielęgniarki często są w lepszej pozycji niż inni profesjonaliści system opieki zdrowotnej [6].

Pomimo wielu problemów w sytuacji pielęgniarek obserwuje się także osiągnięcia i postęp [6]:

- poprawie uległo informowanie o zawodzie i rejestr pracowników, poprzez oficjalne źródła (korporacje zawodowe, ministerstwo zdrowia),
- w wielu krajach prowadzone są badania w pielęgniarstwie i położnictwie, choć tylko w niektórych krajach jest wyraźna strategia badań,
- istnieją różne źródła finansowania badań w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa w prawie 2/3 krajów, choć nie są one dostępne w ogóle w pozostałych krajach,
- istnieje także wiele możliwości do poprawy sytuacji pielęgniarek i położnych przez wzrastający udział w podejmowaniu decyzji na wszystkich poziomach, jak również wzrastające ich zaangażowanie w zdrowie publiczne

i rozwój społeczności. Choć pozycja pielęgniarek w regionie europejskim jest bardzo różna, nadal są kraje, w których udział ich w życiu politycznym jest sporadyczny [6].

- rośnie znaczenie w praktyce jakości pielęgniarstwa i usług położnictwa, a miarą dla oceny jakości są istniejące w wielu krajach standardy dla praktyki zawodowej oraz definicja wskaźników celem określania jakości usług.

Podsumowanie

Analiza sytuacji pielęgniarek pozwala twierdzić, że:

- w wielu, najczęściej europejskich krajach, pielęgniarki są niedoceniane i nie otrzymują uznania, na jakie zasługują, co powoduje, iż w tym zakresie niezbędne są zmiany w systemach opieki zdrowotnej oraz wprowadzenie polityki planowania kadr w zakresie pielęgniarstwa.
- podnosząc status pielęgniarek w Polsce i Europie, należy zwiększać ich poziom odpowiedzialności, role w podejmowaniu decyzji o znaczeniu klinicznym, oraz ich sfery wpływu.

Poprawa sytuacji pielęgniarek i położnych w europejskim Regionie wymaga:

- zajęcia się sprawami dotyczącymi niskich płac, słabych perspektyw, warunków pracy (bhp) i wysokiego obciążenia pracą;
- szerszego wprowadzenia polityki planowania siły roboczej i strategii dla pielęgniarstwa i położnictwa, aby były atrakcyjną opcją kariery dla młodych ludzi oraz pozostania w zawodzie tych, którzy go uzyskali;
- podniesienia poziomu podstawowego kształcenia zawodowego do wyższego sektora edukacji, w tych krajach, w których to nie zostało dotychczas zrobione;
- wprowadzenia i promowania roli zawodowej pielęgniarek i położnych;
- akcentowania rosnących potrzeb ludzi przewlekle chorych;
- popierania rozwoju udziału pielęgniarek i położnych w podejmowaniu decyzji na wszystkich poziomach polityki i świadczenia usług zdrowotnych;
- wzmacniania obszaru badań pielęgniarek i położnych pod kątem odpowiednich kwalifikacji i dostatecznych finansowych możliwości;

- wzmacniania podejścia dla koncepcji i pomiaru jakości opieki pielęgniarskiej i usług położnictwa.

Rządy krajów muszą być pewne, że pielęgniarki otrzymują jasne i sprawiedliwe traktowanie, w istniejących finansowych ograniczeniach i nie są społecznie upośledzone (dyskryminowane).

Piśmiennictwo:

1. Nóvoa A. Le temps des professeurs. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.1987. Vol.1.
2. Kirpal S. Nurses in Europe: Work identities of nurses across 4 European Countries. ITE. UB. 2003.
3. Salvage J., Heijnen S. Nursing in Europe : a resource for better health WHO No 74, 1997.
4. Graça L. et al. Proto-história da Enfermagem em Portugal - II Parte. 2000. Retrieved July 2006 from <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos65.html>.
5. Mestrinho M^a. de Guadalupe Picareta. O choque da realidade dos enfermeiros no início da carreira. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese de Mestrado). 1997.
6. Büscher A., Sivertsen B., White J. Nurses and Midwives: A force for health. WHO 2009.
7. Turner P. The occupational prestige of physiotherapy: Perceptions of student physiotherapists in Australia. Australian Journal of Physiotherapy. 2001;47: 191-197.
8. Correia R. Graduate nurses in community healthcare: choice and underlying rationale sísifo Educational Sciences Journal 1997; 5: 1646-6500.
9. Centrum Badania Opinii Społecznej. Prestiż zawodów. BS8. 2009 s.3.
10. Buchan J.,Parkin T., Sochalski J. International nurse mobility Trends and policy implications. WHO 2003.
11. Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera. Mobbing w środowisku pracy. Łódź 2005.

Urszula Olechowska

Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

Wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej, a odpowiedzialność zawodowa.

Pielęgniarka/położna – tytuł zawodowy osoby, która ukończyła obowiązujący program kształcenia zakończony dyplomem i uzyskała prawo wykonywania zawodu wydane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych. Zawody pielęgniarki i położnej zaliczane są do grupy zawodów zaufania publicznego.

Samorząd zawodowy

Tworzenie samorządu umożliwiły porozumienia Okrągłego Stołu (obrazy od 6 lutego 1989 r. do 5 kwietnia 1989 r.)

Załącznik nr 7 D „Stanowisko Podzespołu ds. Zdrowia w sprawie samorządów zawodowych: **W celu obrony interesów zawodowych pielęgniarek i położnych, najliczniejszej grupy wśród zawodów medycznych zespół uznaje za niezbędne powołanie Izby Pielęgniarek i Położnych.**„

Konstytucyjną podstawą do tworzenia samorządu zawodowego jest art. 17 ustawy zasadniczej – *„W drodze ustawy można tworzyć samorzady zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”*

Kryteria zawodu zaufania publicznego:

- cechy moralne i deontologiczne,
- związanie zleceniodawcy i zleceniobiorcy tajemnicą,
- wymagania w zakresie wysokich kwalifikacji merytorycznych i moralnych.

Zawód zaufania publicznego stanowi kwalifikowaną kategorię zawodu regulowanego wprowadzonego do polskiego ustawodawstwa w 2001 r. Obecnie obowiązuje ustawa z dnia 18 marca 2008 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej).

Cechy zasadnicze w uznawaniu zawodu jako wolnego:

- regulowany charakter,
- osobisty sposób świadczonych usług,
- kwalifikowane wykształcenie,
- aksjologia wykonywania zawodu wolnego,
- niezależność zawodowa,
- etos zawodowy,
- stan i sposób zorganizowania,
- tajemnica zawodowa,
- szczególna odpowiedzialność,
- samorząd korporacyjny.

Szczególna odpowiedzialność i samorząd korporacyjny:

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych powstał na mocy ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych, w celu reprezentowania zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów tych zawodów. Głównym zadaniem samorządu jest sprawowanie pieczy i nadzoru nad należyтым wykonywaniem zawodu pielęgniarstwa i położnictwa oraz ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej oraz sprawowanie nadzoru nad ich przestrzeganiem. Ważnym uregulowaniem dopełniającym wykonywanie zawodu pielęgniarstwa i położnictwa jest Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP uchwalony przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych 9 grudnia 2003 r.

Pielęgniarki i położne są samodzielnymi praktykami:

„Do przeszłości należą czasy, kiedy rola pielęgniarki sprowadzała się wyłącznie do wypełniania zleceń lekarza i wykonywania zabiegów” / M. Drygała Pielęgniarka i Położna 1998: 4-7/

„Pielęgniarka to obecnie osoba dobrze wykształcona, potrafiąca podejmować samodzielne i kompetentne decyzje, przyjmująca osobistą i zawodową odpowiedzialność, współpracująca z pacjentem, jego rodziną oraz interdyscyplinarnym zespołem w celu zapewnienia opieki o najwyższej jakości i utrzymania zdrowia pacjenta na jak najwyższym poziomie” /M. Bogusz, Antidotum 2002/

Unormowanie prawne dotyczące zasad wykonywania zawodu pielęgniarstwa i położnictwa stanowi ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. 01.57.602 j.t.). Art. 2 ustawy mówi, że „zawody pielęgniarstwa i położnictwa są zawodami

samodzielnymi”. Samodzielność zawodów pielęgniarki i położnej znajduje normatywną podstawę w art.6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz w wydanym na podstawie tego przepisu rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. ws. rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego

Samodzielność zawodu pielęgniarki i położnej odnosi się do wykonywania zawodu polegającego na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń:

- pielęgnacyjnych,
- zapobiegawczych i diagnostycznych,
- leczniczych,
- rehabilitacyjnych,
- oraz świadczeń z zakresu promocji zdrowia.

Wyróżniamy następujące formy wykonywania zawodu:

- zatrudnienie pracownicze,
- zatrudnienie cywilnoprawne,
- indywidualna lub grupowa praktyka.

Samodzielność zawodu występuje w każdej z tych form wykonywania zawodu bez względu na podporządkowanie w sferze organizacji pracy.

Samodzielność, a pełnione funkcje zawodowe:

Rola zawodowa pielęgniarki rozumiana jest jako zbiór pełnionych funkcji zawodowych bezpośrednich i pośrednich, które można podzielić na:

1. Samodzielne: wychowawcza, opiekuńcza, kształcenia, zarządzania, naukowa;
2. Współzależne: promowania zdrowia, profilaktyczna, rehabilitacyjna;
3. Zależne: terapeutyczna.

Samodzielność zawodowa pielęgniarki położnej wynikająca z unormowań prawnych to nie tylko przywilej dla tej grupy zawodowej, ale przede wszystkim **ODPOWIEDZIALNOŚĆ** za realizację świadczeń lub niepodejmowanie koniecznych działań.

Udzielanie świadczeń, pielęgniarka wykonuje przede wszystkim poprzez:

- rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych,

- rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych,
- sprawowanie opieki pielęgnacyjnej,
- realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
- edukację zdrowotną.

Kwalifikacje zawodowe:

Pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniar-
skiej. Położna uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły położ-
nych.(Art. 7. 1.)

Szkołą pielęgniar-
ską, położnych w rozumieniu ustawy, jest prowadząca kształcenie
w zawodzie pielęgniarki lub w zawodzie położnej szkoła wyższa, prowadząca kształ-
cenie w formie:

- studiów wyższych zawodowych,
- studiów magisterskich uzupełniających.

W Polsce obowiązują następujące tytuły zawodowe:

Pielęgniarki:

- pielęgniarka,
- licencjat pielęgniarstwa,
- magister pielęgniarstwa.

Położne:

- położna,
- licencjat położnictwa,
- magister położnictwa.

Prawo wykonywania zawodów pielęgniarki, położnej:

Zawód pielęgniarki, położnej może wykonywać osoba posiadająca prawo wykony-
wania zawodu stwierdzone przez okręgową radę pielęgniarek i położnych. (Art. 11.)

Obowiązki pielęgniarki, położnej wynikające z ustawy z dnia 5 lipca 1996 r.
o zawodach pielęgniarki i położnej:

- pielęgniarka, położna ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy
i umiejętności zawodowych,

- pielęgniarka, położna wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością,
- pielęgniarka, położna ma obowiązek udzielić pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi,
- pielęgniarka, położna ma obowiązek poinformować pacjenta o jego prawach,
- pielęgniarka, położna ma obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej określonej odrębnymi przepisami,
- pielęgniarka, położna ma obowiązek do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu i związana jest tajemnicą również po śmierci pacjenta,
- pielęgniarka, położna zobowiązana jest do wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej (nie dotyczy zleceń wykonywanych podczas zabiegów ratujących życie pacjenta i w sytuacjach grożących bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta).

Prawa pielęgniarki i położnej:

- pielęgniarka, położna ma prawo do doskonalenia zawodowego w różnych formach kształcenia podyplomowego,
- w przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka, położna ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia,
- pielęgniarka, położna ma prawo uzyskania pełnej informacji o celowości, planowanym przebiegu i dających się przewidzieć skutkach eksperymentu medycznego, w którym ma uczestniczyć,
- w przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka, położna może odmówić uczestniczenia w eksperymencie, podając przyczynę odmowy na piśmie,
- pielęgniarka, położna może powstrzymać się, po uprzednim powiadomieniu na piśmie przełożonego, od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem, z zastrzeżeniem,

- pielęgniarka, położna, wykonująca zawód na podstawie umowy o pracę lub w przypadku, o którym mowa w art. 19, przysługuje ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariusza publicznego,
- pielęgniarka, położna ma prawo uzyskania pełnej informacji o celowości, planowanym przebiegu i dających się przewidzieć skutkach eksperymentu medycznego, w którym ma uczestniczyć.

Odpowiedzialność pielęgniarki i położnej:

„Odpowiedzialność – to konieczność, obowiązek moralny lub prawny odpowiadania za swoje czyny i ponoszenie za nie konsekwencji; odpowiadanie przed kimś, wobec kogoś, za kogoś, za coś.”(słownik j. polskiego PWN). Może być określana przez normy prawne, moralne lub zwyczajowe.

Odpowiedzialnym jest ten kto jest gotowy do ponoszenia konsekwencji za swoje postępowanie, mający obowiązek dopilnowania czegoś, ponoszący winę za coś co nie powinno się zdarzyć, wreszcie posiadający odpowiednie kwalifikacje.

Odpowiedzialność prawna – oznacza konieczność ponoszenia konsekwencji przewidzianych przez przepisy prawne. *(Jest szczegółowo określona przez przepisy w określonej dziedzinie prawa)*

W zależności od kryteriów można mówić o odpowiedzialności:

- karnej,
- służbowej,
- cywilnej,
- materialnej,
- zawodowej.

Odpowiedzialność moralna – jest to konieczność ponoszenia konsekwencji za swoje czyny, za zachowanie niezgodne z normą moralną przyjętą przez określoną społeczność

Odpowiedzialność moralna pielęgniarki oznacza konieczność odpowiadania za swoje czyny, za zachowania nakazane lub zakazane przez normę moralną (kodeks deontologiczny) i ponoszenie za nie konsekwencji.

Odpowiedzialność moralna dotyczy całej sfery życia zawodowego o pozazawodowego, tj. relacji pielęgniarka – pacjent, pielęgniarka – inne osoby w kręgu jej oddziaływania oraz obowiązku własnego

Kryterium wartościującym postępowanie moralne pielęgniarki są dwie oceny:

1. Czy w swojej codziennej pracy postępuje zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
2. Czy jako pracownik podejmuje wysiłek dla swego rozwoju osobowego i zawodowego.

Odpowiedzialność cywilna : jest to rodzaj odpowiedzialności prawnej o charakterze majątkowym; powstaje wskutek wyrządzenia szkody przez niewykonanie, nienależyte wykonanie zobowiązania lub czyn niedozwolony. Dotyczy osób fizycznych i osób prawnych.

Istota odpowiedzialności cywilno – prawnej polega na obowiązku naprawienia powstałej szkody. Obowiązek odszkodowania oznacza konieczność wyrównania straty jak i utraconych korzyści. Naprawienie szkody powinno nastąpić przez zapłacenie ustalonej kwoty pieniężnej, chyba, że powrót do stanu sprzed szkody było nie możliwe. Wysokość odszkodowania powinna odpowiadać pełnej wartości szkody poniesionej przez poszkodowanego.

Przesłanki odpowiedzialności cywilnej:

- wina,
- szkoda,
- związek przyczynowy między winą, a szkodą.

Uwaga! – wina, szkoda i związek przyczynowy muszą powstać łącznie. Brak jednej z tych przesłanek wyklucza odpowiedzialność cywilną pielęgniarki.

Istnieją dwa typy odpowiedzialności cywilnej:

1. Odpowiedzialność deliktowa, czyli odpowiedzialność z tytułu deliktu (czynu niedozwolonego) – za szkodę, która jest skutkiem naruszenia normy zakazu lub nakazu.
2. Odpowiedzialność kontraktowa, czyli odpowiedzialność z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązku, który powstał na podstawie czynności prawnej.

W zakresie odpowiedzialności cywilnej orzekają sądy powszechne.

Kto ponosi odpowiedzialność? Zakład opieki zdrowotnej odpowiada zawsze za szkody zawinione przez personel medyczny zatrudniony na podstawie umowy o pracę (art. 120 §1 k.p.). Przepis ten dotyczy styku prawa pracy z prawem cywilnym. Wprowadza on wyłączną odpowiedzialność pracodawcy wobec osoby trzeciej wówczas gdy pracownik wyrządził jej szkodę „przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych”.

Zakres odpowiedzialności pracownika wobec pracodawcy, który naprawił wyrządzoną przez niego szkodę osobie trzeciej, zależy od stopnia winy pracownika, a także od okoliczności, czy została ona wyrządzona w powierzonym pracownikowi mieniu osoby trzeciej. W przypadku winy nieumyślnej pracownik odpowiada w granicach Art. 119 k.p. (*art. 119. Odszkodowanie ustala się w wysokości wyrządzonej szkody, jednak nie może ono przewyższać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody*). A w razie umyślności w pełnej wysokości (art. 122 k.p.) Także w pełnej wysokości odpowiada pracownik wówczas gdy nie rozliczył się z powierzonego mu mienia osoby trzeciej, przy spełnieniu warunków z art. 124 k.p. Roszczenia zakładu opieki zdrowotnej jako pracodawcy względem pielęgniarzek i położnych przedawniają się z upływem 3 lat.

Ograniczona odpowiedzialność pracownicza nie dotyczy pielęgniarzek lub położnych niezatrudnionych na podstawie umowy o pracę lecz np. na podstawie „kontraktu” lub umowy zlecenia. Te pielęgniarki i położne ponoszą pełną odpowiedzialność za szkody wyrządzone w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Odpowiedzialność karna: jest to odpowiedzialność sprawcy czynu (przestępstwa i wykroczenia) społecznie niebezpiecznego, zabronionego pod groźbą kary przez ustawę w czasie jej obowiązywania. Według prawa polskiego ponoszą ją tylko osoby pożyteczne po ukończeniu 17 lat, nieletni odpowiadają według specjalnych zasad.

Odpowiedzialność zawodowa: jest szczególnym rodzajem odpowiedzialności związanym z przynależnością do określonej, samodzielnej, ważnej dla społeczeństwa grupy zawodowej.

Wynika z interpretacji przyjętych przez tą grupę norm prawnych i deontologicznych (Ustawa o zawodach, Kodeks Etyki) traktowanych w systemie prawnym jako ważne uregulowanie dopełniające, pielęgniarki i położne ponoszą odpowiedzialność za cały zakres działalności zawodowej, w tym także za sferę relacji pielęgniarka – pacjent – członkowie zespołu terapeutycznego. Pielęgniarki i położne podlegają regułom prawnym i moralnym funkcjonującym w społeczeństwie na zasadzie powszechności, a za swoją działalność ponoszą odpowiedzialność:

1. Prawną:

- karną,
- cywilną,
- dyscyplinarną,
- administracyjną.

2. Zawodową (w tym etyczną)

Odpowiedzialność pielęgniarki i położnej określają:

- przepisy regulujące wykonywanie zawodu pielęgniarki i zawodu położnej;
- kodeks pracy;
- kodeks karny;
- kodeks cywilny;
- regulaminy zakładowe;
- zakresy obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności na stanowisku pracy;
- kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP.

Odpowiedzialność zawodową ponoszą pielęgniarki i położne przed organami samorządu pielęgniarek i położnych za:

- zawinione naruszenie zasad wykonywania zawodu;
- naruszenie przepisów regulujących wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej;
- postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodów

Kumulacja rodzajów odpowiedzialności:

Omówione rodzaje odpowiedzialności prawnej nie wyłączają się wzajemnie, gdyż ich podstawy są odmienne. Tak więc nie wykluczona jest sytuacja, w której za określony czyn pielęgniarka/położna może ponieść równocześnie:

- odpowiedzialność karną (za przestępstwo określone w prawie karnym),
- cywilną (wyrządzona szkoda pacjentowi),
- odpowiedzialność przed sądem pielęgniarek i położnych (czyn narusza deontologiczną normę zawartą w kodeksie etyki).

Odpowiedzialność zawodowa:

Organami samorządu zawodowego uprawnionymi do zajmowania się sprawami z zakresu odpowiedzialności zawodowej są Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych, który rozpatruje sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych wniesione przez okręgowego rzecznika oraz sprawuje sądownictwo polubowne oraz Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności zawodowej, który prowadzi postępowanie wyjaśniające oraz sprawuje funkcję oskarżyciela w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych.

Członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami pielęgniarek i położnych za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz za zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Sąd pielęgniarek i położnych może orzec jedną z następujących kar:

- upomnienie,
- nagana,
- zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w zakładach służby zdrowia na okres od 1 do 5 lat,
- zawieszenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na okres od 6 miesięcy do 3 lat,
- pozbawienie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.

Odpowiedzialność zawodowa – procedura postępowania

Szczegółowe przepisy określające procedurę postępowania zawiera: **rozporządzenie MZiOS z 19 stycznia 1993 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.**

Sądem I instancji jest Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych, a także Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych orzekający jako I instancja natomiast sądem II instancji jest Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych rozpoznający odwołania od orzeczeń wydanych przez sąd I instancji.

Pokrzywdzony to osoba fizyczna lub prawna, albo inna jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której dobro zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone działaniem albo zaniechaniem ze strony pielęgniarki lub położnej, której dotyczy postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej obowiązany jest badać i uwzględniać okoliczności przemawiające zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść pielęgniarki lub położnej, której dotyczy postępowanie

Członkowie sądów pielęgniarek i położnych orzekają na podstawie swego przekonania opartego na ocenie całokształtu dowodów zebranych w toku postępowania, uwzględniając okoliczności przemawiające zarówno na korzyść jak i na niekorzyść obwinionej.

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej i sąd pielęgniarek i położnych czuwają, aby w toku postępowania jego uczestnicy nie ponieśli szkody z powodu niezajomości przepisów prawa i w tym celu udzielają im niezbędnych informacji i wyjaśnień.

Przewodniczący sądu pielęgniarek i położnych kieruje pracą sądu, a w szczególności:

1. Zaznajamia się z każdą sprawą wpływającą do sądu i wyznacza termin poszczególnych posiedzeń;
2. Ustala skład orzekający oraz wyznacza ich przewodniczącego.

Rozprawa przed sądem pielęgniarek i położnych jest jawna dla członków samorządu. W uzasadnionych przypadkach wyłączenia jawności, mogą być obecne, oprócz biorących udział w postępowaniu, po dwie osoby wskazane przez rzecznika i przez obwinioną pielęgniarkę lub położną.

Problematyka odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych jest złożona, ponieważ dotyczy zarówno zasad prawnych jak i moralnych, których pielęgniarki i położne zobowiązane są przestrzegać. Należy zwrócić także uwagę, że ciągle rosną oczekiwania społeczne wobec pielęgniarek i położnych dotyczące fachowej wiedzy i umiejętności zawodowych, ale także właściwych postaw zawodowych, empatii, poszanowania praw pacjenta, którym pomimo nienajlepszych warunków pracy i niedoceniaenia finansowego należy sprostać.

Literatura

1. Rogala-Pawelczyk G: Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych. NIPiP, Warszawa 2007.
2. Fry S. T., Johnstone M.J.: *Etyka w praktyce pielęgniarstwa. Zasady podejmowania decyzji etycznych.* Makmed, Warszawa – Lublin, 2009.
3. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 roku (Dz. U. 2009.219.1706)
4. Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 19 kwietnia 1991 roku (Dz. U. zm. 07.176.1237)
5. Kubot Z.: Status pielęgniarki i położnej. Klemar, Wrocław 2005
6. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej przyjęty Uchwałą nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 grudnia 2003 roku.
7. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy.(Dz. U. 98.21.94 j.t.)
8. Rozporządzenie MZiOS z dnia 19 stycznia 1993r ws. postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych (Dz. U. nr 9 poz.45 z dnia 08.02.1993 r.)

Ryszard Pękała

Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy

Rola i udział Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy w kształceniu pielęgniarek

Założycielem Uczelni jest Legnicki Zakład Doskonalenia Zawodowego w Legnicy. W realizacji zadań statutowych LZDZ kierował się zasadą, aby organizować na rynku edukacyjnym brakujące usługi szkoleniowe oraz tworzyć szkoły nie uwzględniane w ofercie oświaty publicznej. Z tą myślą w 2001 roku uznano za niezbędne utworzenie Policealnego Studium Farmaceutycznego w Legnicy. Pierwsze lata funkcjonowania szkoły wykazały, że znaczną grupę słuchaczy stanowią pielęgniarzki, które skorzystały z możliwości uzyskania dodatkowego zawodu „technika farmacji”. Dało się zauważyć, że tę grupę zawodową cechuje duża motywacja do pogłębienia wiedzy medycznej. To spowodowało, że w kwietniu 2003 r. Zarząd Legnickiego Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Legnicy wystąpił z inicjatywą utworzenia na obszarze między Poznaniem a Wrocławiem Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy z kierunkiem studiów „pielęgniarstwo”. Miała ona wypełnić lukę, jaka powstała w kształceniu średniego personelu medycznego w wyniku zlikwidowania w 2005 r. Policealnego Studium Medycznego w Legnicy. Absolwentki tej szkoły, kończące naukę w lutym 2005 r. mogły już od marca tego roku kontynuować naukę w WSM na studiach licencjackich dwu semestralnych, finansowanych w 90% przez europejski fundusz „PHARE”. Wcześniej w 2004 r. Uczelnia uzyskała niezbędne dla kształcenia pielęgniarek na studiach licencjackich akredytacje Ministerstwa Zdrowia i Państwowej Komisji Akredytacyjnej. Otrzymanie powyższych zezwoleń zbiegło się z opublikowaniem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 2004 r. w sprawie szczególnych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo, przeznaczonych dla pielęgniarek posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentkami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarzki. Dokument ten adresowany do wszystkich polskich pielęgniarek, a także do szkół wyższych, stwarzał możliwości natychmiastowego rozpoczęcia studiów licencjackich od 2-5 seme-

strów w trybie studiów pomostowych. W lipcu 2004 r. odbyło się spotkanie Ministra Zdrowia z władzami szkół wyższych uprawnionych do kształcenia pielęgniarek w Polsce poświęcone rozpropagowaniu idei studiów pomostowych uruchamianych od października 2004 roku. Przedstawiciele resortu uzasadniali rozpoczęcie studiów pomostowych jako atrakcyjną szansę podniesienia kwalifikacji polskich pielęgniarek do porównywalnych wymagań zawodowych w Unii Europejskiej. Propozycja studiów pomostowych nie spotkała się z zainteresowaniem wszystkich szkół wyższych. Część z nich, zwłaszcza uczelnie publiczne oczekiwała, że otrzyma natychmiast środki finansowe na nowe zadania. Wobec stanowiska ministerstwa o przekazywaniu środków w latach następnych przedstawiciele większości uczelni publicznych deklarowali uruchomienie studiów pomostowych w terminie późniejszym.

W tej sytuacji władze Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy po przeanalizowaniu warunków kadrowych i materialnych postanowiły przystąpić do uruchomienia studiów pomostowych. Mimo krótkiego okresu rekrutacji (lipiec-wrzesień 2004 r.) chęć podjęcia studiów pielęgniarskich odpłatnych wyraziło 159 kandydatów, Warto podkreślić, że w 2004 r. byliśmy jedyną wyższą uczelnią na Dolnym Śląsku, która prowadziła studia pomostowe. Dla naszej szkoły był to rok pozytywnych doświadczeń w działalności dydaktycznej. Uczelnia organizowała zajęcia w weekendy zatrudniając kadrę Akademii Medycznej we Wrocławiu, a bazę do praktyk stanowiły szpitale i przychodnie zdrowia zlokalizowane w Legnicy, Głogowie, Zgorzelcu, Jaworze, Bolesławcu, Lubinie, Jeleniej Górze i Kłodzku. Na bazę materialną do zajęć teoretycznych Uczelnia otrzymała od Założyciela budynek poszkolny o powierzchni 1.300 m² w Legnicy przy ul. Chłapowskiego 13.

W dalszych latach zainteresowanie studiami pomostowymi w Legnicy wzrosło. Liczba kandydatów znacznie przekraczała limity przyjęć ustalone przez Ministra Zdrowia. Dodatkowym impulsem do podejmowania studiów pomostowych była informacja, że będą one dostępne dla wszystkich chętnych i bezpłatne.

Obowiązujące limity przyjęć na studia pomostowe z pielęgniarstwa okazały się rozstrzygające w konkursach ogłoszonych przez Ministerstwo Zdrowia na realizację tych studiów. Nie zawsze uwzględniane były oferty najniższej ceny studiów za semestr, które miały stanowić najważniejsze kryterium przy wyborze uczelni do realizacji studiów pomostowych. Wprowadzenie limitów przyjęć okazało się barierą ograniczającą wzrost liczby pielęgniarek kształcących się na licencjackich studiach pomostowych (bezpłatnych).

WSM LZDZ realizując program studiów pomostowych za priorytety kształcenia uznała:

- wzbogacanie dużego kapitału umiejętności i wiedzy praktycznej aktualną wiedzą naukową,
- podwyższanie poziomu jakości kształcenia,
- zastosowanie i wykorzystanie umiejętności informatycznych w pracy, nauce i życiu prywatnym,
- potrzebę wzmocnienia prestiżu pielęgniarstwa wśród innych zawodów medycznych.

Dokonania i osiągnięcia kadry WSM LZDZ w Legnicy w latach 2004-2008 mogły być impulsem i motywacją dla władz PWSZ w Legnicy do rozpoczęcia kształcenia na kierunku pielęgniarstwo. Liczną grupę w kadrze PWSZ w Legnicy stanowią byli nauczyciele akademicki naszej uczelni.

Aktualnie na obszarze Dolnego Śląska, Opolszczyzny i Ziemi Lubuskiej kształcenie pielęgniarek prowadzą: Akademia Medyczna we Wrocławiu od 1950 r. , Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze od 1998 r., Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu od 2003 r., Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie od 2002 r. i Uniwersytet Zielonogórski od 2007 r. Wszystkie uczelnie w sposób naturalny muszą pomiędzy sobą konkurować w pozyskaniu kandydatów na studia przede wszystkim atrakcyjniejszą ofertą.

WSM LZDZ stworzyła nowoczesną jednostkę dydaktyczną dla pielęgniarek pracujących na obszarze województwa dolnośląskiego, opolskiego oraz części lubuskiego.

Dyplom ukończenia studiów licencjackich w latach 2006-2010 na kierunku pielęgniarstwo otrzymało 1015 absolwentów. W poszczególnych latach sytuacja przedstawiała się następująco:

2006 r. – 208

2007 r. – 98

2008 r. – 517

2009 r. – 63

2010 r. – 129

Dotychczasowi nasi absolwenci wykorzystali sprzyjające warunki pracy i nauki do poprawy prestiżu zawodowego pielęgniarstwa. Uczelnia nasza stworzyła studiującym

pielęgniarkom możliwości połączenia bogatego doświadczenia zawodowego z wiedzą teoretyczną i pracą naukowo-badawczą. Najbardziej wartościowe opracowania były publikowane w zeszytach naukowych WSM LZDZ p.n. „ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS” lub prezentowane na konferencjach naukowych. Studia licencjackie rozbudziły u absolwentów aspiracje kontynuowania nauki na poziomie magisterskim. Dali temu wyraz w adresowanych do władz Uczelni pytaniach o możliwość rozpoczęcia u nas studiów drugiego stopnia na kierunku „pielęgniarstwo”. Realizowane masowe kształcenie pielęgniarek na licencjackich studiach pomostowych przyczyni się do zmniejszenia dysproporcji w poziomie wykształcenia wśród pracowników medycznych i winno sprzyjać lepszej współpracy zawodowej. Ponadto podwyższenie poziomu wykształcenia pielęgniarek wpłynie również na zwiększenie możliwości ich awansu zawodowego i wyższych gratyfikacji finansowych.

Atrakcyjność studiów pomostowych spotkała się z dużym wsparciem ze strony pracodawców. Prezesi i dyrektorzy większości szpitali i przychodni zdrowia okazali dużą przychylność dla pielęgniarek rozpoczynających studia przyznając im dodatkowe dni urlopu na naukę.

Władze uczelni na bieżąco monitorowały jakość kształcenia na studiach pomostowych za pomocą anonimowych ankiet kierowanych do studentów. Analiza ich wyników wykazała, że studenci z uznaniem wypowiedzieli się o realizacji procesu kształcenia, organizacji toku studiów, a także o działalności dydaktycznej nauczycieli akademickich. Ponadto inne badania ankietowe wykazały, że od 30 do 40% absolwentów wyraziło chęć nauki na studiach magisterskich, a w grupie wiekowej do 40 lat aż 70%. Z pewnością zapowiedziana w projekcie ustawy o zmianie ustawy „Prawo szkolnictwie wyższym” likwidacja limitów przyjęć na studia pielęgniarskie pozwoli zwiększyć od 2011 r. liczbę studiujących na kierunku „pielęgniarstwo”.

Prezentując wybrane problemy związane z udziałem Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy w kształceniu pielęgniarek, po siedmiu latach doświadczeń w realizacji studiów pomostowych można sformułować następujące stwierdzenia:

- Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy jest liderem na Dolnym Śląsku w liczbie absolwentów studiów licencjackich na Dolnym Śląsku.
- Uczelnia stworzył optymalne warunki do prowadzenia studiów pomostowych m.in. z funduszu „PHARE i EFS.

- Uczelnia wygrała konkurs na projekt finansowany przez Wojewódzki Urząd Pracy we Wrocławiu na kształcenie 527 pielęgniarek o wartości 3,7 mln zł;
- rokrocznie Uczelnia ubiegała się o zwiększenie limitu przyjęć na studia licencjackie dla pielęgniarek;
- do pracy dydaktycznej w Uczelni zaangażowano wysoko wykwalifikowaną, doświadczoną kadrę Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Najnowszą inicjatywą edukacyjną było powołanie w strukturach uczelnianych Uniwersytetu Trzeciego Wieku – „Universitas Tertii Aetatis”. Jego celem jest aktywizacja intelektualna, psychiczna i społeczna seniorów oraz poszerzanie ich wiedzy i umiejętności. Nowa placówka cieszy się dużym zainteresowaniem społecznym. Podczas uroczystości inauguracji zajęć indeksy odebrało 88 słuchaczy. Uczestniczą oni w wykładach otwartych oraz w sekcjach zainteresowań. W tematyce wykładów dominowała wiedza z zakresu medycyny i zdrowego stylu życia. Rokrocznie społeczność akademicka Uczelni wspólnie ze Stowarzyszeniem „Ruch Kobiet do Walki z Rakiem Piersi” <EUROPA DONNA> uczestniczy w „Marszu ku zdrowiu” promującym wśród mieszkańców Legnicy badania profilaktyczne. Jednym istotnych elementów wiążącym Uczelnię z regionem są studenckie praktyki zawodowe realizowane w różnych podmiotach służby zdrowia. Są one sprawdzonym sposobem zdobywania doświadczenia zawodowego oraz okazją do zaprezentowania się pracodawcom. Sześć lat w historii każdej szkoły to okres bardzo krótki. Ważne jest jednak, że były one udane i ukształtowane znaczącą pozycją Uczelni na legnickim rynku edukacyjnym. Działalność ta, chociaż oparta o biznesowe zasady funkcjonowania niepublicznej szkoły wyższej jest wykonywana zgodnie z deklaracją misji, która pozostaje głównym wyznacznikiem jej rozwoju.

Zadaniem, w którym od pięciu lat aktywnie uczestniczy kadra akademicka WSM LZDZ jest udział w Dolnośląskim Festiwalu Nauki. Wykłady i prelekcje naszej kadry koncentrują się wokół tematyki „Jak żyć zdrowo i bezpiecznie”. W otwartych wykładach uczestniczą mieszkańcy, uczniowie, studenci Legnicy. Z grona uczelni legnickich jesteśmy jedynym współorganizatorem festiwalu nauki współpracującym z Politechniką Wrocławską.

Większość Uczelni kształcących pielęgniarki ubiega się lub w przyszłości będą ubiegać się o pozwolenie na kształcenie pielęgniarek na studiach drugiego stopnia. Stworzenie takiej możliwości jest bardzo potrzebne i wynika m. in. z faktu rozbudzenia w tysiącach polskich pielęgniarek potrzeby podwyższania kwalifikacji, uaktualniania

wiedzy medycznej, zdobywania wiedzy z innych dziedzin niezbędnych w medycynie. Zdecydowana większość osób zdobywająca licencjat pielęgniarstwa skorzystała z możliwości zdobycia wyższych kwalifikacji na studiach bezpłatnych i w krótkim czasie (od 2-5 semestrów). Studia magisterskie z pielęgniarstwa mogą stać się prawdziwym testem sprawdzającym dla uczelni rywalizujących w gospodarce wolnorynkowej o pozyskanie większej liczby studentów.

Celem naszej Uczelni jest zaangażowanie do pracy dydaktycznej większej liczby magistrów pielęgniarstwa ze stopniem naukowym doktora nauk medycznych. Chcemy sprawdzić czy tak wykształcona pielęgniarzka z odpowiednim doświadczeniem może w sposób najlepszy kształcić pielęgniarzki. Magisterskie studia niestacjonarne w pełni będą finansowane przez studentki i to ich opinia będzie najważniejsza w ocenie jakości kształcenia oraz ocenie kadry dydaktycznej. Wybór uczelni i liczba studentów będzie wynikała z obiektywnej oceny zainteresowanych.

Traktując studia jako udaną inwestycję finansowaną z własnych środków studentka zadba, aby otrzymać najlepszą aktualną wiedzę, wzbogaconą o nowe wartościowe umiejętności zawodowe, które następnie właściwie zastosuje w pracy.

Czas pokaże w jakim stopniu limity przyjęć na studia na kierunku pielęgniarstwo sprzyjały jakości kształcenia, a w jakim względzie były barierą ilościowego rozwoju kształcenia i poprawy jakości.

Literatura:

1. Autonomia programowa uczelni. Ramy kwalifikacji dla szkolnictwa wyższego. Wydawca MNiSW, Warszawa 2010 r.
2. Inwestycja w kadry – Perspektywa instytucji szkoleniowych Wydawca WYS International Sp. z o.o., Warszawa 2007 r.
3. Pękała R., Klar A., Inicjatywy i możliwości kształcenia kadr medycznych w Legnicy, w: Ratownictwo Medyczne i zarządzanie kryzysowe, Legnica 2008, s. 120-129
4. Perspektywy uczelni niepublicznych w strategiach rozwoju szkolnictwa wyższego pod red. Jerzego Malca, Krakowska Akademia im. A.F. Modrzewskiego, Kraków 2010 r.
5. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r., GUS Warszawa 2010 r.
6. Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2010 r., GUS Warszawa 2010 r. Rocznik Statystyczny Wojewódzki, GUS Warszawa 2010 r.
7. Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2010 r.

Danuta Kunecka

*Zakład Zdrowia Publicznego Wydział Nauk o Zdrowiu
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie*

Satysfakcja finansowa w zawodzie pielęgniarstwa w Polsce

Wstęp

To, że praca powinna być źródłem radości życiowej wydaje się oczywiste, jak oczywiste wydaje się to, iż zadowolenie z pracy ma ogromne znaczenie dla każdego, kto pracuje. Jednak przyglądając się bliżej temu zagadnieniu, okazuje się, że opinie na ten temat są zróżnicowane. Wynika to przede wszystkim z „dwubiegowości” zagadnienia, praca może i powinna oddziaływać na człowieka pozytywnie, nie należy jednak zapominać o możliwościach jej negatywnego oddziaływania. Wykonywana praca zawodowa jest regulatorem zachowań ludzkich, gdy organizacja znajduje się w optymalnych warunkach działania, wówczas ma zapewniony stan równowagi wewnętrznej i zewnętrznej. Gdy zaś pojawiają się zagrożenia (zmiany destabilizujące) – wówczas może być groźnym zjawiskiem hamującym adekwatną reakcję behawioralną człowieka. Regulacyjne znaczenie zadowolenia (satysfakcji) z pracy polega na:

- ograniczaniu zmienności motywacyjnej (hamuje nadmierne rozbudzone nadzieje i oczekiwania, moderuje nasze oczekiwania);
- stabilizowaniu procesów decyzyjnych (utrwała standardy zachowań i obyczaje w danej organizacji, firmie);
- niekiedy hamowaniu ekspansywności zachowań poszczególnych członków organizacji (nie dopuszcza do ekscentrycznych czy anormalnych zachowań, łagodzi nieuzasadnioną bojowość w dochodzeniu do swych praw) [1].

Satysfakcja z pracy jest funkcją trójakiego rodzaju relacji pomiędzy człowiekiem, a jego otoczeniem:

- zgodności wartości z możliwościami ich osiągnięcia;
- zgodności możliwości z wymaganiami;
- zgodności między wymaganiami otoczenia a wartościami człowieka [2].

Przeobrażenia społeczno – gospodarcze zachodzące w naszym kraju z pewnością przyczyniły się do zmiany znaczenia pracy zawodowej, również wśród pielęgniarek. Ma to wpływ przede wszystkim na postrzeganie jej znaczenia, ale również ocenę wagi poszczególnych jej wymiarów, aspektów, czy pojedynczych elementów w tym satysfakcji finansowej.

Cel pracy

Od wielu lat tematyka satysfakcji pracownika w wykonywanej pracy jest przedmiotem badań wielu zespołów. Zmiany ustrojowe w Polsce przyczyniły się do uwypuklenia jej znaczenia również w zespołach pielęgniarskich. Z uwagi na to, iż badanie satysfakcji z pracy może stać się cennym narzędziem diagnostycznym we współczesnych miejscach pracy, celem poniższego opracowania było zbadanie zadowolenia (satysfakcji) z pracy w grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy. Ze względu na to, iż w Polsce badania te zwykle koncentrują się na aspektach, które wpływają na brak poczucia zadowolenia, uwagę badawczą skupiono na satysfakcji finansowej uzyskiwanej w tej grupie zawodowej.

Materiał i metody

Badaniem objęto pielęgniarki/pielęgniarzy zatrudnione w szczecińskich szpitalach. W badaniu uczestniczyło 1578 osób, co stanowi 58,53% ogółu zatrudnionych pielęgniarek/pielęgniarzy w tych placówkach (według danych uzyskanych w dniu zakończenia badania na terenie jednostki). W analizie statystycznej uwzględniono 1261 kwestionariuszy ankiet (prawidłowo wypełnionych – kompletnie), co stanowi 46,77% ogółu pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w szpitalach znajdujących się na terenie Szczecina. Osoby objęte badaniem w zdecydowanej większości (97,6%) zatrudnione były w szpitalu, pozostałe (2,4%) w przychodniach przyszpitalnych. 97,9% badanych, to kobiety, zatrudnione w oparciu o umowę o pracę (91,5%), pozostałe osoby zatrudnione były w oparciu o inne formy zatrudnienia tj.: umowa zlecenie, umowa cywilnoprawna i inne. Osoby wolne wśród badanych stanowiły mniejszość (31,9%). Strukturę pozostałych danych socjo-demograficznych badanych osób przedstawiono w tabeli numer 1.

Tabela 1. Struktura socjo-demograficzna badanych (badania własne)

Lp.	Zmienna różnicująca		N	%
1.	Staż pracy	Mniej niż 5 lat	104	8,2
		5 – 10 lat	158	12,5
		11 – 15 lat	313	24,8
		Powyżej 15 lat	686	54,4
2.	Wiek	Poniżej 25 roku życia	45	3,6
		25 – 34 lata	302	23,9
		35 – 42 lata	439	34,8
		Powyżej 42 roku życia	475	37,7
3.	Wykształcenie	Średnie	696	55,2
		Policealne	335	26,6
		Licencjat	92	7,3
		Wyższe	138	10,9

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, w którym użyto skonstruowany na cele badania kwestionariusz ankiety [3], składający się z: 16 pytań/czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy oraz 7 pytań metryczkowych, dotyczących danych socjo-demograficznych.

Wszystkie analizy statystyczne zebranego materiału badawczego wykonano za pomocą pakietu statystycznego Statsoft, Inc.(2005), STATISTICA 7.1 oraz arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel. We wstępnej analizie statystycznej uzyskane w badaniu wyniki opisano liczebnościami i odpowiadającymi im odsetkami (rozkłady procentowe udzielonych odpowiedzi, wyrażone w liczbach bezwzględnych – „N” wielkości próby, oraz wartościach procentowych) w celu statystycznego uporządkowania materiału badawczego oraz wykorzystania go do jakościowej interpretacji danych. W dalszej analizie statystycznej wykorzystano test chi-kwadrat, w celu zbadania zależności występujących między badanymi czynnikami, a zmiennymi socjo-demograficznymi. Z uwagi, iż dla interpretacji wyników największe znaczenie ma p – (prawdopodobieństwo), za poziom istotności przyjęto, $p=0,05$.

Wyniki

„Zadowolenie (satysfakcja) z pracy, to ogólna pozytywna ocena pracy wykonywanej przez dany podmiot działania, nie wykluczająca jednak negatywnej oceny poszczególnych jej składników” [4]. Zgodnie z celem poniższego opracowania w dalszej części przedstawiono jedynie wybrane 7 spośród 16 ujętych w kwestionariuszu czynników determinujących zadowolenie (satysfakcję) z pracy. Za kryterium wyboru przyjęto uzyskane wyniki w zakresie niezadowolenia, na poziomie zbliżonym do uzyskanego

w badanej grupie wyniku w zakresie zadowolenia z czynników odnoszących się do satysfakcji finansowej (wynagrodzenie oraz świadczenia pozapłacowe). Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli numer 2.

Tabela 2. Rozkład procentowy udzielonych odpowiedzi w zakresie wybranych czynników (badania własne)

Lp.	Czynnik	Niezadowolenie		Neutralność		Zadowolenie	
		N	%	N	%	N	%
1.	Wynagrodzenie	690	54,7	245	19,4	326	25,9
2.	Świadczenia pozapłacowe	486	38,5	438	34,7	337	26,8
3.	Możliwość awansu	313	24,8	682	54,1	266	21,1
4.	Możliwość rozwoju	245	19,4	512	40,6	504	40,0
5.	Bezpieczeństwo w pracy	224	17,7	436	34,6	601	47,7
6.	Szkolenia	204	16,2	394	31,2	663	52,6
7.	Kultura firmy	167	13,2	534	42,3	560	44,5

W dalszej analizie statystycznej podjęto próbę określenia zależności pomiędzy czynnikami warunkującymi satysfakcję finansową (wynagrodzenie, świadczenia pozapłacowe), a zmiennymi socjo-demograficznymi, co przedstawiono w tabeli numer 3.

Tabela 3. Wyniki analizy statystycznej testem χ^2 wybranych zmiennych (badania własne)

Lp.	Zmienna	Wynagrodzenie	Świadczenia pozapłacowe
1.	Miejsce pracy	IS p=0,00820	NS p=0,42180
2.	Forma zatrudnienia	WIS p=0,00000	IS p=0,00889
3.	Staż badanych	NS p=0,06277	NS p=0,17942
4.	Wiek badanych	NS p=0,48270	NS p=0,28099
5.	Płeć	NS p=0,26285	NS p=0,22677
6.	Wykształcenie	NS p=0,07937	NS p=0,79392
7.	Status społeczny	NS p=0,73723	NS p=0,52522

Gdzie:

NS oznacza nieistotne statystycznie, IS – istotne statystycznie, WIS – wysoce istotne statystycznie

Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli 3, wyniki wskazujące na statystycznie istotną zależność i/lub wysoce istotną statystycznie uzyskano jedynie w przypadku miejsca pracy oraz formy zatrudnienia. Większą satysfakcję (zadowolenie) w zakresie czynników związanych z wynagrodzeniem i świadczeniami pozapłacowymi warunkują nietrwałe stosunki pracy (takie jak umowa zlecenie, czy umowa cywilno-prawna), a także zatrudnienie w szpitalu. Co najmniej zastanawiające winny być wyniki wskazujące na brak istotnej statystycznie zależności pomiędzy satysfakcją finansową, a takimi zmiennymi socjo-demograficznymi jak: staż pracownika, czy wykształcenie.

Dyskusja

Wyniki wcześniejszych badań, zazwyczaj realizowane były na stosunkowo małych grupach pielęgniarskich (niekiedy obejmujących określone specjalności pielęgniarskie), wskazywały, iż wbrew obiegowym opiniom pielęgniarki są zadowolone ze swojej pracy. Potwierdzają to badania między innymi: Kosińskiej i Pilarz [5], Kucharz [6], Walas i inni [7], Doroszkiewicz i Bień [8], Ziajkowskiej i Marcinowicz [9]. Również badania z 2005 roku, prowadzone w ramach projektu Nurses' Elary Exit Study (NEXT) [10], mimo iż wykazały, że w skali zadowolenia z pracy polskie pielęgniarki osiągnęły najniższe wyniki w porównaniu z pozostałymi krajami Unii, uczestniczącymi w badaniu, to 55% polskich pielęgniarek jest zadowolonych ze swojej pracy. Badania autorki potwierdziły tę opinię w zakresie 9 z 16 czynników wpływających na zadowolenie z pracy (ponad 50% ankietowanych pielęgniarek uznało, iż odczuwa zadowolenie lub duże zadowolenie). Najwięcej satysfakcji pielęgniarki/pielęgniarze czerpią z elementów ściśle związanych ze specyfiką zawodu (uznało tak prawie 70% badanych osób), co potwierdzają badania NEXT, czy badania Bodur [11]. Uzyskane wyniki zaprzeczają obiegowej opinii o pielęgniarkach jako osobach niezadowolonych z pracy i zawodowo sfrustrowanych.

Podjęwając tematykę zadowolenia (satysfakcji) z wykonywanej pracy nie można pominąć kwestii subiektywnych odczuć każdego z nas. Ta subiektywność pozwala zdefiniować zadowolenie z pracy jako swoisty sąd o tym jak korzystne jest dla każdej osoby jej środowisko pracy. Zatem należy pamiętać, że będziemy na tyle zadowoleni z pracy, na ile środowisko pracy będzie dla nas korzystne (zarówno w wymiarze materialnym jak i niematerialnym). Obecnie nie trzeba nikogo przekonywać, że praca pielęgniarki nie jest jedynie sposobem zdobycia środków na utrzymanie, a ma na celu zaspokojenie potrzeb wyższego rzędu, na przykład: możliwość samorozwoju, zdobycia prestiżu społecznego, przynależności do grupy, stabilności zatrudnienia, czy innych.

Do funkcji wynagrodzeń na ogół zalicza się funkcję społeczną, kosztową, dochodową i motywacyjną [12]. Stąd satysfakcję finansową należy uznać za jeden z determinantów satysfakcji z pracy każdego pracownika.

Uzyskane w badanej grupie pielęgniarek/pielęgniarzy wyniki dotyczące satysfakcji finansowej (jej braku) są zbieżne z potocznie obserwowanym od kilku lat zjawiskiem braku satysfakcji finansowej w grupie zawodowej i towarzyszące temu uczucie frustracji tego środowiska. Potwierdzają to także badania Andruszkiewicz [13]. Nie jest to jednak jedyna i główna przyczyna niezadowolenia z pracy. Ponieważ należy pamiętać, iż *„...niezadowolenie z wynagrodzenia nie przesądza o braku satysfakcji z pracy. Ważność tego elementu pracy wynika z realnych wymagań życiowych. ... Uzyskiwane dochody mają znaczenie nie tylko jako źródło utrzymania, ale także jako miara statusu społecznego i przejaw prestiżu zawodowego”* [14]. Ponadto niezadowolenie z pracy w grupie pielęgniarek może wynikać z długotrwałego przeciążenia pracą, wynikającego z minimalnych obsad pielęgniarskich, bądź niedoboru personelu średniego, prowadzącego do zbyt dużej liczby pacjentów przypadających na jedną dyżurującą pielęgniarkę, co może potęgować poczucie braku satysfakcji finansowej.

W badanej przez mnie grupie aż 45,7% badanych wskazało brak (zadowolenia) satysfakcji z wynagrodzenia, co znajduje potwierdzenie i w innych badaniach, gdzie ankietowani niezadowolenie z pracy wiążą bezpośrednio z niesatysfakcjonującym poziomem płac. Tę tezę potwierdzają wyniki badań w różnych krajach (poza Norwegią) objętych projektem NEXT, ale także w badaniach Kucharz, Kosińskiej i Pilarz, Bodur, dotyczących pielęgniarek tureckich, czy w badaniach Best i Thurston [15] pielęgniarek kanadyjskich. Interpretując uzyskane wyniki można skupić uwagę na tych pielęgniarkach/pielęgniarach, którzy uznali swoje wynagrodzenia za zadowalające (satysfakcjonujące), uznała tak co 4 badana osoba. Również co 4 badana osoba uznała, iż nie jest zadowolona z warunków awansu w swoim miejscu pracy. Analizując dalej warto się zastanowić nad czynnikami wskazywanymi dość często przez badanych jako neutralne: kultura firmy (42,3%), możliwości rozwoju (40,6%), bezpieczeństwo w pracy (34,6%), czy szkolenia (31,2%). Człowiek dość często za neutralne uznaje to, na co tak naprawdę nie ma wpływu.

Zajmując się tematyką zadowolenia z pracy, nie należy zapominać, iż zadowolenie z pracy nie jest wartością stałą. Wpływają na nie różne czynniki, zależne w dużym stopniu od etapu życiowego badanych osób. Inne z nich będzie cenić pielęgniarka wychowująca nieletnie dzieci, inne osoba samotna, czy zbliżająca się do emerytury.

A kojarzenie zadowolenia pracownika z wykonywanej pracy ze wzrostem wydajności jego pracy, czy wynikami końcowymi, nie jest jednoznacznym ich gwarantem. Jednak niezaprzeczalnie pracownik zadowolony, w większym stopniu przyczyni się do podniesienia poziomu satysfakcji pacjenta, a tym samym wpłynie na jakość świadczonych wobec niego usług.

Wnioski

1. W większości badani uznali, iż są zadowoleni z wykonywanej pracy, na co wpływ mają przede wszystkim czynniki pozamaterialne.
2. Mimo powszechnej opinii na temat braku satysfakcji finansowej, co czwarta badana osoba uznała iż jest zadowolona ze swojego wynagrodzenia.
3. Uzyskiwana w badanej grupie satysfakcja finansowa warunkowana jest formą zatrudnienia inną jak umowa o pracę.

Piśmiennictwo:

1. Bańka A. (2002): Zarządzanie uczelnią: Efektywność i satysfakcja w pracy administracyjnej. Warszawa, Wyd. UJ, [e-book: <http://gemini.miks.uj.edu.pl/800/instytuty/iz/katedry/pl.pdf>], s. 14-15.
2. Kulczycka L. (2006): Satysfakcja z pracy kluczem do samorozwoju. [Dostęp on-line dn. 11.08.2010r. <http://www.przedstawiciel-handlowy.pl/artykuly/motywacja/id,774>].
3. Essen E. (2002): Job Satisfaction Pool. [Dostęp on-line dn. 11.08.2010r. <http://www.shrm.org>].
4. Kunecka D., Kamińska M., Karakiewicz B. (2007): Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Badanie wstępne. Problemy Pielęgniarstwa, Nr 2-3 (15), s. 192-196.
5. Kosińska M., Pilarz Z. (2007): Satysfakcja pielęgniarek z pracy zawodowej i jej uwarunkowania. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin, Vol.LX, Suppl.XVI (236), s. 47-48.
6. Kucharz M. (2005): Badanie satysfakcji pielęgniarek z pracy zawodowej. Praca dyplomowa Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania przy Akademii Ekonomicznej w Krakowie. [Dostęp on-line dn. 11.08.2010 r. <http://wizard.ae.krakow.pl>], s. 1-22.
7. Walas L. i in. (2007): Satysfakcja zawodowa pielęgniarek środowiskowych/ rodzinnych. Zdrowie Publiczne, 117 (1), s. 32-39.
8. Doroszkiewicz H., Bień B. (2004): Uwarunkowania satysfakcji zawodowej pielęgniarek środowiskowych z opieki nad ludźmi starymi. Geront. Pol., 12 (1), s. 37-43.
9. Zajkowska E., Marcinowicz L. (2005): Elementy satysfakcji zawodowej pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce i Stanach Zjednoczonych. Zdr. Publ., 115 (3), s. 274-278.
10. Widerszal-Bazyl M. (2005): Źródła stresu i satysfakcji w pracy pielęgniarki. Czy istnieje polska specyfika? Materiały Konferencyjne: Pielęgniarek polskich portret własny z Europą w tle, czyli raport z badań europejskiego projektu NEXT Warszawa, s. 5-17.
11. Bodur S. (2002): Job satisfaction of Health care Staff employed at health centres in Turkey. Occup. Med., Vol.52 No. 6, p. 353-355.

12. Borkowska S. (2008): Wynagrodzenie. (w:) Zarządzanie Zasobami Ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji. (red.) H. Król, A. Ludwicyński, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, s. 357.
13. Andruszkiewicz A. (2007): Typy zachowań i przeżyć w pracy w grupie pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa, Tom 15, Nr 2-3, s. 159-160.
14. Kunecka D. (2008): Negatywne zachowania w miejscu pracy, a zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Niepublikowana praca doktorska, WNoZ, Pomorska Akademia Medyczna, s. 69
15. Best M.E., Thurston N.E. (2006): Canadian Public Health Nurses' Job Satisfaction. Public Health Nursing, Vol. 23 No. 3, p. 253.

Jolanta Łydka

*Ośrodek Pielęgnacyjno Opiekuńczy
Seriato (BG) Włochy*

Prestiz zawodowy pielęgniarki we Włoszech

Wprowadzenie

Pionierką profesjonalnego pielęgniarstwa jest Florenzia Nightingale. Urodziła się w 1820 r. we Włoszech, we Florencji – stąd otrzymała imię Florence. Dla Florencji bardzo ważne było, aby pielęgniarstwo uczynić profesją szanowaną i odpowiedzialną, opartą na dobrej edukacji. W 1860 r. przy szpitalu św. Tomasza w Londynie założyła szkołę dla pielęgniarek. Była to pierwsza szkoła pielęgniarska z prawdziwego zdarzenia. „Najważniejsza praktyczna lekcja jaką możemy dać pielęgniarkom, to nauczyć je obserwacji chorego: co obserwować, jak obserwować, jakie objawy świadczą o poprawie, jakie o pogorszeniu, które są ważne, które nie, które świadczą o zaniedbaniu i o jakiego rodzaju zaniedbaniu¹” – zapisała Florenzia Nightingale w *Notes of Nursing*, dziele wydanym ponad 150 lat temu. Słowa te są aktualne do dziś.

Pielęgniarstwo to nie tylko opieka nad biologiczną stroną człowieka, ale także jego sferą psychiczną i duchową. Dbłość o poziom, jakość swoich usług jest bezsprzeczna. Podwyższanie swoich kwalifikacji, poszerzanie kompetencji i uprawnień zawodowych następuje na drodze edukacji, samokształcenia, co wpływa na jakość pracy, jej organizację oraz wdrażanie do praktyki nowoczesnych metod i technik zarządzania, opieki, pielęgnacji i terapii. Na zmieniającym się rynku pracy w szybkim tempie rośnie zapotrzebowanie na wysoko wykwalifikowane kadry. Transformacja systemowa jest jednym z wielu czynników wyzwalających aktywność edukacyjną i zawodową pielęgniarek.

Pielęgniarstwo jest samodzielną dyscypliną naukową, a badania własne, których możliwość daje między innymi uzupełnienie zdobytego wykształcenia ugruntowują pozycję. Współczesne pielęgniarstwo kładzie nacisk zarówno na rozwój zawodowy,

¹ http://www.nursing.com.pl/Aktualnosci_ladami_Miss_Nightingale__630.html (15.07.2010)

jak i naukowy. Ważnym, choć nie jedynym, jego przejawem jest upowszechnianie kształcenia pielęgniarzek na poziomie licencjackim i magisterskim. Pielęgniarstwo jest zawodem zaufania publicznego związanym z realizacją zadań istotnych dla ogółu społeczeństwa. Oczekuje się od pielęgniarzek wysokich kwalifikacji fachowych oraz nie-nagannej postawy etycznej. Zawód ten na całym świecie cieszy się coraz wyższym poważaniem, jest to zawód użyteczny dla dobra ludzi, odznaczający się troską o życie i zdrowie innych.

1. Odpowiedź na wzrost migracji ludności

Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej spowodowało otwarcie granic, nasiliło migrację ludności z wielu krajów odmiennych kulturowo. Sytuacja ta wymaga od pielęgniarzek nowych umiejętności i postrzegania pacjenta nie tylko przez pryzmat jego problemów zdrowotnych, ale także potrzeb duchowych i praktycznych uwarunkowań związanych z wyznawaną religią i pochodzeniem etniczno-kulturowym.

W marcu 2004 r. została założona Europejska Federacja Organów Regulujących oraz Władz Właściwych w sprawach pielęgniarstwa (FEPI) (w 2006 r. wstąpiła Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych Polskich) jako rezultat wzrostu mobilności pielęgniarzek w Europie. Organizacja zapewnia:

- europejską sieć wspólnych akcji w zakresie polityki UE, interesów reprezentacji i obrony regulacji pielęgniarzek,
- platformę do wymiany informacji pomiędzy organami regulującymi i władzami właściwymi do spraw pielęgniarzek,
- identyfikację instytucji do współpracy w zakresie dotyczącym polityki i badań.

FEPI jest ustanowiona na podstawie przepisów prawa włoskiego. Jej członkami założycielami były:

- Włochy (Prezydent, Sekretarz Generalny, Skarbnik).
- Irlandia (Wiceprezydent).
- Hiszpania (Wiceprezydent).
- Wielka Brytania (członek założyciel).²

² Por. http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=133&n_id=1226 (15.07.2010)

2. Kryzys kadr medycznych we Włoszech

Według raportu WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) kryzys kadr medycznych dotyczy w różnym stopniu każdego państwa na świecie.³ Jego niezaprzeczalne dowody, to liczne placówki pozbawione swojego personelu medycznego. Świat cierpi na chroniczny brak personelu medycznego. Raport wskazuje, że jest to spowodowane dziesięcioleciaми niewystarczających inwestycji w jego edukację, zarobki, środowisko pracy oraz zarządzanie systemami zdrowia publicznego. Doprowadziło to z kolei do poważnych zaburzeń w podnoszeniu kwalifikacji, rozwijaniu kariery, wcześniejszego odchodzenia na emeryturę, a także migracji zarówno na poziomie krajowym jak i międzynarodowym. WHO wyraziło zaniepokojenie odnośnie migracji pracowników służby zdrowia i ma na celu wspieranie polityk skierowanych na szkolenie i wzmocnienie roli społecznej i zawodowej pielęgniarek.⁴

We Włoszech zapotrzebowanie na pielęgniarki jest bardzo duże. Brak pielęgniarek jest wynikiem między innymi zwiększonej konsumpcji opieki zdrowotnej i rosnącej populacji, która żyje dłużej, w porównaniu ze starzejącą się siłą roboczą opieki, migracje, wczesne emerytury i tendencje pielęgniarek do zmiany zawodu. We Włoszech jest zarejestrowanych 370 tys. pielęgniarek.⁵ Brakuje 60 tys. pielęgniarek w systemie zdrowia. „Sytuacja byłaby o wiele gorsza, gdyby nie pielęgniarki zagraniczne”⁶, twierdzi prezydent Krajowych Izb Pielęgniarek i Położnych. Pielęgniarki zagraniczne stanowią ok. 10 procent wszystkich pielęgniarek we Włoszech. Najwięcej jest pielęgniarek z następujących krajów europejskich:

Tabela 1. Pielęgniarki wpisane do rejestru pracowników medycznych, pochodzące z innych państw europejskich, pracujące we Włoszech.⁷

Unia Europejska		Europa (spoza Unii Europejskiej)	
Rumunia	8.497	Szwajcaria	2.386
Polska	3.557	Albania	1.309
Niemcy	1.877	Serbia	502
Francja	1.201	Chorwacja	428

³ Na całym świecie brakuje 4.25 mln pracowników medycznych

⁴ Por. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/slajd?mr=m2111&ms=&ml=pl&mi=0&mx=0&mt=&my=0&ma=07876> (17.07.2010)

⁵ Por. <http://www.ipasvi.it> (17.07.2010), tłum. J. Łydka (17.07.2010)

⁶ „L’infermiere – organo ufficiale Ipasvi” 03/2010, tłum. J. Łydka

⁷ Por. http://www.ipasvi.roma.it/ita/staticpages/comunicati/fed_stranieri_2008.pdf (17.07.2010), tłum. Jolanta Łydka

Unia Europejska		Europa (spoza Unii Europejskiej)	
Hiszpania	1.155	Ukraina	246
Belgia	651	Mołdawia	206
Wielka Brytania	422	Bośnia	191
Czechy	264	Rosja	90
Bułgaria	263	Macedonia	32
Słowacja	198	RSM	22
Węgry	182	Norwegia	18
Słowenia	172	Białoruś	3
Holandia	84	Liechtenstein	2
Austria	72	Monako	2
Szwecja	57	Andora	1
Luksemburg	56	Gibraltar	1
Portugalia	39		
Dania	31		
Finlandia	22		
Grecja	21		
Irlandia	21		
Malta	13		
Litwa	10		
Łotwa	9		
Estonia	5		
Razem	18.879	Razem	5.439

We Włoszech pracuje łącznie 24 818 pielęgniarek z krajów europejskich i około 12 tys. pielęgniarek spoza Europy.

W celu zwalczania niedoboru pielęgniarek podjęto działania lepszego informowania opinii publicznej i uwrażliwienia młodych ludzi, aby zachęcić ich do wyboru tego zawodu. Uważa się, że jednymi z głównych przyczyn braku pielęgniarek są:

1. Stresujące warunki pracy.
2. Praca zmianowa.
3. Zbytne obciążenie pracą.
4. Złe zarządzanie.
5. Zbyt niskie wynagrodzenie.

3. Wynagrodzenie pielęgniarek we Włoszech

Praca pielęgniarki we Włoszech jest ukierunkowana na współpracę z lekarzem, na zabiegi pielęgniarskie, specjalistyczne, na organizację pracy, edukację. Dużym odciążeniem dla pracy pielęgniarki są asystentki, pomoce pielęgniarek – OSS, ASA. Wykonują one ciężką fizyczną pracę związaną z higieną pacjenta, wykonują drobne, proste opatrunki, pomiar ciśnienia, tętna, temperatury, poziomu cukru, saturację, podawanie leków itp.

70 procent pielęgniarek pracuje w sektorze zdrowia publicznego, 20 procent w strukturach prywatnych, 10 procent jako *libera professionista* – indywidualna działalność gospodarcza.

W instytucjach państwowych wynagrodzenie nie jest zbyt zróżnicowane. Pielęgniarka na pełnym etacie, z dyżurami otrzymuje tzw. *stipendio* (wypłatę) około 1500-1600 euro, pielęgniarka na oddziale ratunkowym około 1700-1800 euro, zaś pielęgniarka w zakładzie opiekuńczo-pielęgnacyjnym około 1300-1400 euro. Pielęgniarka oddziałowa otrzymuje ponadto ok. 100-200 euro dodatku. Wiele pielęgniarek włoskich wyjeżdża do Szwajcarii, gdzie zarobki kształtują się na poziomie 2500-2800 euro.

4. Proces kształcenia podyplomowego pielęgniarek we Włoszech

Proces kształcenia odgrywa ważną rolę w **świadomym** wyborze zawodu – ma on bowiem wpływ na właściwe postrzeganie zawodu i kształcenia pożądanych zawodowych kompetencji. Świadomy wybór zawodu wiąże się często z wiekiem osoby podejmującej decyzję o kształceniu. Natomiast **dojrzały wybór** to świadomość wszelkich uciążliwości zawodu, a tym samym możliwości, zawodowego realizowania się, zapobiega wypaleniu zawodowemu.

Kształcenie pielęgniarek we Włoszech:

1. *Laurea In Infermieristica* (3lata), tytuł – „*Dottore In infermieristica*”.
2. *Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche* (2 lata), tytuł – „*Dottore magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche*”.
3. *Dottorato di Ricerca* (3 lata), tytuł – „*Dottore di ricerca infermieristica*”.
4. *Master di I o II Livello* (1 rok).

Wyniki rekrutacji na studia wyższe w zakresie pielęgniarstwa od 2000 r. wzrosły do 31,4 procent. Często też „OSS” – *Operatore Socio Sanitario* (opiekun medyczny),

wchodząc w środowisko medyczne podejmuje po pewnym czasie decyzję o podjęciu nauki na uniwersytecie na wydziale pielęgniarstwa⁸.

We Włoszech istnieje 13 specjalizacji pielęgniarstwa⁹.

1. Pielęgniarka specjalista organizacji i zarządzania.
2. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa anestezyjologicznego.
3. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa geriatrycznego.
4. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa pediatrycznego.
5. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego.
6. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa onkologicznego i opieki paliatywnej¹⁰.
7. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa uszkodzeń skóry.
8. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa zdrowia publicznego.
9. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa psychiatrycznego.
10. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa sądowego i prawnego.
11. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa ratunkowego.
12. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa *case manager*.
13. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa wojskowego.

5. Polskie pielęgniarki we włoskiej służbie zdrowia

Pielęgniarki, które chciałyby pracować we Włoszech, muszą postarać się o uznanie ich tytułu zawodowego. W tym celu powinny złożyć w Ministerstwie Zdrowia w Rzymie podanie o nostryfikację oraz kopię dowodu osobistego, uwierzytelnioną kopię dyplomu ze szkoły pielęgniarstwa, uwierzytelnioną kopię prawa do wykonywania zawodu, zaświadczenie o zgodności wykształcenia z obowiązującym prawodawstwem unijnym wydane przez właściwą okręgową izbę pielęgniarstwa w Polsce i świadectwo o niekaralności. Wszystkie składane dokumenty, muszą być przetłumaczone na język włoski przez tłumacza przysięgłego i zalegalizowane przez konsulat włoski w Warszawie. Kolejnym etapem jest wpis do rejestru pielęgniarek lub położnych – ALBO. Pracodawca z kolei powinien wysłać na odpowiednim formularzu podanie o zezwolenie na pracę do komórki ds. imigracji przy biurze terytorialnym prefektury.

⁸ W Polsce zawód opiekuna medycznego został wprowadzony przez Rozporządzenie Ministra Edukacji z dn. 27.10.2007.

⁹ W Polsce tych specjalizacji jest 24.

¹⁰ W Polsce są one rozdzielone.

Do niego musi dołączyć proponowany kontrakt pracy oraz kopię dekretu Ministerstwa Zdrowia stwierdzającego uznanie tytułu zawodowego pielęgniarki¹¹.

Warto też dodać, że zgodnie z postanowieniami Traktatu Akcesyjnego kwalifikacje polskich pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia magisterskie są od 1 maja 2004 r. w państwach członkowskich Unii Europejskiej uznawane na podstawie dyplomu. Z kolei kwalifikacje pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia licencjackie są uznawane w oparciu o zasadę praw nabytych, o ile dyplomom towarzyszy zaświadczenie stwierdzające, że dana pielęgniarka lub położna w okresie ostatnich 5 lat poprzedzających datę wystawienia stosownego zaświadczenia, pracowała w zawodzie przez co najmniej 3 lata. Na podobnych zasadach uznawane są kwalifikacje absolwentów szkół pomaturalnych, o ile dana pielęgniarka lub położna pracowała w zawodzie przez co najmniej 5 lat w okresie 7 lat poprzedzających datę wystawienia zaświadczenia¹².

Pielęgniarka we Włoszech to jedyny zawód, który gwarantuje pracę „od zaraz”. Włochy są na ostatnim miejscu w Europie w stosunku ilości pielęgniarek na 1000 mieszkańców – 6 na 1000, podczas gdy średnia europejska to 8, 9 (dla porównania w Holandii jest to 12,5 na 1000, w Niemczech 9, 8)¹³.

Wyjazd do pracy za granicą, to niepowtarzalne doświadczenie zawodowe i osobiste, ale także spore wyzwanie. Uznanie kwalifikacji w innym kraju, znalezienie zatrudnienia wiąże się z koniecznością dobrej znajomości języka obcego.

6. Zawody poszukiwane a preferowane we Włoszech i Polsce

Prestiż społeczny to pozycja w hierarchii społecznej określona miarą autorytetu, uznania, wpływu i poważania społecznego danej jednostki lub grupy społecznej w ramach danego społeczeństwa, klasy, warstwy, grupy. Niektóre zawody są cenione bardziej, inne mniej, jedne są postrzegane jako szczególnie użyteczne, wymagające większego wysiłku, umiejętności, większej odpowiedzialności, inne z kolei są w opinii społecznej mniej istotne.¹⁴

¹¹ Por. http://www.pracaizycie.pl/index.php?pracaizycie=Artykul22a_1 (20.07.2010)

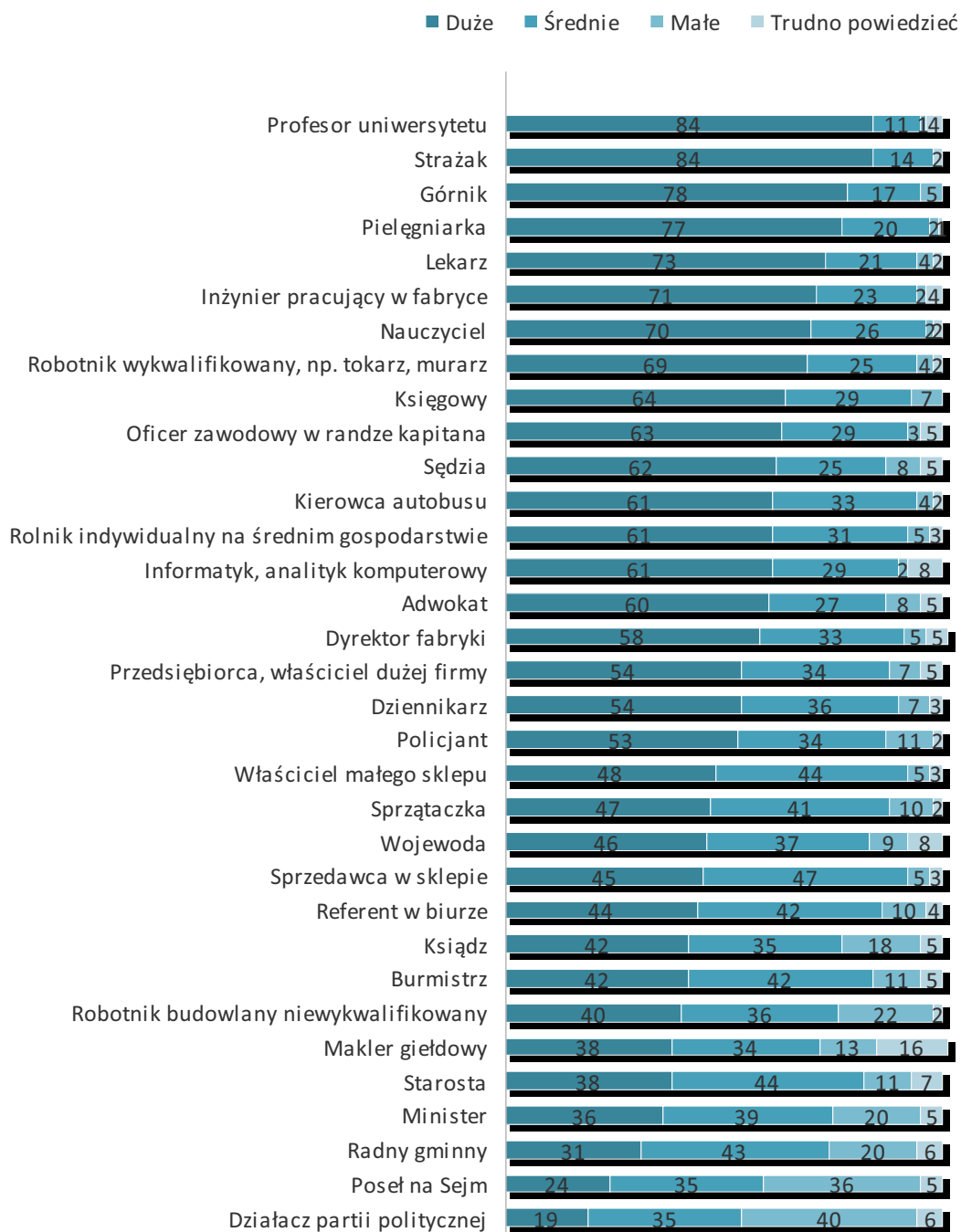
¹² Por. http://www.sipip.szczecin.pl/polskie_pielegniarki_i_polozne_we_wloskiej_sluzbie_zdrowia_,lk,0,ls,407.html (15.07.2010)

¹³ „L’infermiere- organo ufficiale Ipasvi”, 2/2009, p. 19, tłum. Jolanta Łydka

¹⁴ <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo.php?id=3962127> (25.08.2010)

Wykres 1. Ranga zawodów w Polsce według badań CBOS.

Ranga zawodów w Polsce



W styczniu 2009 r. przeprowadzono badania prestiżu wybranych zawodów w Polsce. Największym prestiżem cieszą się dwie profesje o zupełnie różnej specyfice – profesor uniwersytetu (84%) i strażak (84%). O wysokiej pozycji profesora decyduje prawdopodobnie w znacznym stopniu ekspercki charakter tego zawodu. Istotnym czynnikiem jest sam tytuł naukowy i płynący z niego autorytet, jak również uniwersytet i kojarzona z nim niezależność intelektualna. W przypadku profesji strażaka decydują takie elementy jak wysoka użyteczność wykonywanej pracy, aspekt niebezpieczeństwa, narażania życia w celu ratowania innych.

Szacunek do osób wykonujących ciężką i użyteczną pracę sprawił, że na trzecim miejscu znalazł się górnik (78%), a na czwartym pielęgniarz (77%). Nieco niższym poważaniem cieszą się profesje takie jak lekarz (73%), inżynier (71%) oraz nauczyciel (70%). Najniższe pozycje w hierarchii zajmują zawody i funkcje związane ze sprawowaniem władzy i polityką.

We Włoszech sytuacja wygląda nieco inaczej. Dziesięć najbardziej popularnych zawodów w tym kraju to:

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 1. Allenatore di calcio | – trener piłkarski |
| 2. Calciatore | – piłkarz |
| 3. Attore | – aktor |
| 4. Conduttore | – prowadzący program telewizyjny |
| 5. Imprenditore | – przedsiębiorca |
| 6. Ingeniere | – inżynier |
| 7. Impiegato | – urzędnik |
| 8. Collaboratore scolastico | – współpracownik szkoły |
| 9. Giudice | – sędzia |
| 10. Ministro | – minister |

Jak widać zawód pielęgniarz nie został umieszczony wśród tych zawodów. Natomiast w hierarchii zawodów najbardziej poszukiwanych pielęgniarz zajmuje pierwsze miejsce:

1. Pielęgniarz.
2. Programista.
3. Ekspert podatkowy.
4. Farmaceuta.

5. Projektant.
6. Programista analityk komputerowy.
7. Fizjoterapeuta.

Przy obecnym stanie braku pielęgniarek niezbędne jest dołożenie wszelkich starań w propagowaniu zawodu pielęgniarskiego, zachęcania młodego pokolenia do wyboru tego zawodu. W związku ze starzeniem się społeczeństwa zapotrzebowanie na pielęgniarki będzie rosło. Minister Zdrowia i Krajowa Izba Pielęgniarek i Położnych stymulują siły polityczne do dowartościowania zawodu pielęgniarskiego. Wraz z Ministrem Polityki Społecznej została zorganizowana kampania w celu promowania zawodu pielęgniarki. W dwóch ostatnich latach nauki w szkołach średnich są organizowane informacyjne spotkania z młodzieżą, na których przybliżana jest specyfika pracy pielęgniarek. Odbywa się to poprzez oglądanie filmów, rozmowy ze studentami medycyny wydziału pielęgniarskiego, pielęgniarkami pracującymi w różnych strukturach służby zdrowia i w różnych odmiennych specyfiką oddziałach szpitalnych.

Najbardziej popularne wśród młodzieży stacje radiowe – Radio DJ, Rds, MZ, Discoradio zajmują się reklamowaniem zawodu pielęgniarskiego. Została także utworzona strona internetowa dla młodzieży – www.infermiereprotagonista.it zawierająca wszelkie niezbędne informacje na temat zawodu¹⁵.

Przewodnicząca Krajowego Związku Pielęgniarek i Położnych we Włoszech Annalisa Silvestro i Minister Zdrowia Livia Turco są zgodni, że należy mieszkańcom Włoch pokazać jak najpełniejszy obraz zawodu pielęgniarki, zapewniający wysoką jakość świadczeń, opiekę i bezpieczeństwo, a także wszelkie poczynania pozwalające zachować jak najdłużej stan zdrowia. Potrzebny jest entuzjizm i pasja, żeby jak najlepiej rozwijać nowoczesne pielęgniarstwo oparte na wysokich kwalifikacjach i motywacjach. Należy tak jasno przedstawić młodzieży specyfikę zawodu, możliwości rozwoju, kształcenia, żeby wybór był świadomy i dojrzały, co zaowocuje w przyszłości zadowoleniem z pracy, dobrym samopoczuciem, wydajnością, a tym samym zadowoleniem pacjenta¹⁶.

Z obserwacji wynika, że poziom satysfakcji z życia polskich pielęgniarek jest zbliżony do poziomu satysfakcji pielęgniarek w innych krajach. Równocześnie można zauważyć, że poziom satysfakcji pielęgniarek jest niższy niż poziom satysfakcji ogółu populacji Polski.

¹⁵ http://www.ipasvi.it/attualita/DetailNews.asp?ID_News=3374 (30.08.2010)

¹⁶ <http://www.ipasvi.it/attualita/> (30.08.2010)

W dzisiejszych czasach pielęgniarstwo zмага się z coraz nowymi wyzwaniami. Pielęgniarki nie tylko muszą dbać o pacjentów, ale muszą także dbać o siebie – muszą być świadome swoich praw i możliwości na europejskim rynku pracy, wśród których należy wymienić też mobilność zawodową oraz geograficzną.

Należy dołożyć wszelkich starań w celu stworzenia struktury organizacyjnej i systemów, które umożliwią pielęgniarkom pracę według standardów zawodowych i optymalnego wykorzystania wiedzy i doświadczenia tak, aby wpłynęło to na zmniejszenie występowania zdarzeń niepożądanych w szpitalach oraz na satysfakcję z wykonywanej pracy.

Istotą jest znajomość czynników wpływających na określenie obszarów problematycznych i wprowadzenie działań mających na celu zapobieganie pogłębiania się poczucia niezadowolenia z racji wykonywanej pracy. Szczęściem w tym wszystkim jest fakt, że pielęgniarstwo na całej szerokości geograficznej ma te same cele i kieruje się wartościami tworzącymi podstawową zasadę etycznego postępowania, które mówi, że w realizacji opieki pielęgniarskiej powinniśmy postępować tak jak chcielibyśmy aby postępowano w stosunku do nas.

Doniosłym znaczeniem w historii pielęgniarstwa włoskiego było wydanie znaczka pocztowego poświęconego zawodowi pielęgniarki. Wydarzenie to znacząco wpłynęło na podniesienie prestiżu zawodu pielęgniarki i stanowi ważny element uznania dla wszystkich pielęgniarek – „AFFRANCA LA VITA” (przypięczętowanie życia). Znaczek został wydany 16 maja 2010, w rocznicę śmierci Florencji Nightingale. Tego dnia odbył się w Rzymie mini maraton „Roce for the Cure” poświęcony walce z rakiem piersi. We Włoszech notuje się rocznie 40 tys. przypadków zachorowań na tę chorobę. W mini maratonie uczestniczyło 7 tys. osób, głównie pielęgniarek.

Przy nakładzie 13,5 mln, znaczek będzie generować środki w wysokości 4 mln euro, co daje znaczny wkład w wielką kampanię społeczną w walce z rakiem piersi. Znaczek kosztuje 90 centów, z czego 1/3 jest przeznaczona na kampanię.

Pozyskane środki będą wspierać projekty realizowane w walce z rakiem piersi w całym kraju w następujący sposób:

25% – stypendia naukowe dla młodych naukowców,

25% – programy kształcenia pielęgniarek w kierunku walki z rakiem piersi,

25% – projekty promowania profilaktyki i wsparcia dla kobiet objętych tym problemem,

25% – rozwój interdyscyplinarny Centrum Policlinico Gemelli w Rzymie.

Zakończenie

SOLO UN INFERMIERE

Sono „solo un infermiere”. Faccio solo la differenza tra la Vita e la morte.

Ho solo le conoscenze che mi permettono di prevenire errori clinici, complicità e altri problemi.

Sono solo un ricercatore che aiuta infermieri e medici a offrire un'assistenza migliore, più sicura ed efficace.

Lavoro solo in un ospedale universitario dove curo e assisto pazienti e ai loro familiari come mantenersi in buona salute.

Faccio solo la differenza tra restare nella propria casa e andare in una casa di riposo.

Sono solo un insegnante di Scienze infermieristiche che forma le future generazioni d'infermieri.

Faccio solo la differenza tra morire nella sofferenza e morire serenamente e con dignità.

Sono solo un pilastro fondamentale dell'assistenza sanitaria.

Vuoi essere anche tu solo un infermiere?

(S. Gordon, 2010)

Prestiż zawodowy to dobro pożądane i cenione niemal w każdym społeczeństwie, to pozycja w hierarchii społecznej, określona mianem autorytetu, uznania, wpływu i poważania społecznego danej jednostki lub grupy społecznej, w ramach danego społeczeństwa, klasy, warstwy. Jest sumą wymaganego poziomu kwalifikacji i wykształcenia, zajmowanego stanowiska, ponoszonej odpowiedzialności, zakresu podejmowanych decyzji, uciążliwości pracy, społecznego znaczenia zawodu, stałości i pewności pracy oraz możliwości uzyskania dodatkowego wykształcenia. Co zatem sprawia, że jedne zawody cieszą się większym prestiżem niż inne? Posiadane zdolności czy wieloletni trud włożony w zdobywanie wykształcenia i podnoszenie kwalifikacji mogą być przepustką do wykonywania społecznie cenionego zajęcia. Wybór zawodu wiąże się z koniecznością wypracowania konsensu w kwestii priorytetu. Z jednej strony egoistyczna natura ludzka podpowiada rozwiązania niekoniecznie wysoko cenione, ale za to dobrze opłacane. Z drugiej strony człowiek jako istota społeczna dąży do czerpania korzyści z relacji międzyludzkich. Szacunek, estyma społeczna czy prestiż stanowią dobra niezastępowane. Zawód pielęgniarki otoczony jest specyficzną estymą społeczną, jednakże gratyfikacje finansowe są zdecydowanie za niskie, zwłaszcza w Polsce, a mówimy o zawodzie tak odpowiedzialnym, bo przecież chodzi tu o zdrowie i życie ludzkie.

Żyjemy w czasach, w których środowisko pielęgniarskie i w Polsce, we Włoszech i w innych krajach zaczyna się bardziej eksponować i zaznaczać swoją pozycję w środowisku medycznym. Pielęgniarstwo zmierza w sferę coraz większego zawodowego profesjonalizmu. Zwracanie uwagi na coraz lepsze przygotowanie pielęgniarek do pracy, aktywny udział członków zespołów pielęgniarskich w procesie leczenia

i rehabilitacji pozwoli lepiej, czyli bardziej profesjonalnie zająć się całościowym – spełniającym kryteria opieki holistycznej leczeniem.

Bibliografia:

1. Stefańska W., Podstawowe zagadnienia współczesnej pielęgniarstwa w opiece Zdrowotnej [w:] Pielęgniarstwo polskie, 2004 r.
2. Wrońska I., *Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki* [w:] *Problemy pielęgniarstwa*, t. 17, 2009 r.
3. „L’infermiere – organo ufficiale Ipasvi”, 03/2010, tłum. J. Łydka
4. „L’infermiere – organo ufficiale Ipasvi”, 02/2009, tłum. J. Łydka

Internet:

1. http://www.nursing.com.pl/Aktualnosci_ladami_Miss_Nightingale__630.html (15.07.2010)
2. http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=133&n_id=1226 (15.07.2010)
3. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/slajd?mr=m2111&ms=&ml=pl&mi=0&mx=0&mt=&my=0&ma=07876> (17.07.2010)
4. <http://www.ipasvi.it> (17.07.2010), tłum. J. Łydka
5. http://www.ipasvi.roma.it/ita/staticpages/comunicati/fed_stranieri_2008.pdf (17.07.2010), tłum. Jolanta Łydka
6. http://www.pracaizycie.pl/index.php?pracaizycie=Artykul22a_1 (20.07.2010)
7. http://www.sipip.szczecin.pl/polskie_pielegniarki_i_polozne_we_wloskiej_sluzbie_zdrowia_lk,0,ls,407.html (15.07.2010)
8. <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo.php?id=3962127> (25.08.2010)
9. <http://www.ipasvi.it/attualita/> (30.08.2010)

Maria Szymaczek
Renata Galska
Wioletta Szot

Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Rola i znaczenie stowarzyszeń zawodowych w podnoszeniu prestiżu zawodu

*„Pielęgowanie jest sztuką ze sztuk pięknych, wymagającą wielkiego oddania
i poświęcenia, podobnie jak praca malarza czy rzeźbiarza.*

*Lecz cóż warta praca nad martwym płótnem
w porównaniu z pracą z żywym człowiekiem”*

Florence Nightingale

Zawód pielęgniarki jest stosunkowo młodym zawodem, na tle rozwoju medycyny. Pierwsza na ziemiach polskich zawodowa szkoła kształcąca pielęgniarki powstała w Krakowie w roku 1911, czyli od niespełna 100 lat w Polsce można mówić dopiero o pielęgniarstwie. Ten okres rozwoju zawodu przechodził przemiany, zwłaszcza ostatnie 10-cio lecie wpisało w historię zawodu ogromne zmiany. Podyktowane one są zarówno czynnikami politycznymi, jak i rozwojem nauk medycznych oraz pokrewnych medycynie. Członkostwo Polski w Unii Europejskiej wiele zmieniło w prawodawstwie polskim, ale także wpłynęło znacząco na system pielęgniarstwa. Dyrektywa nr 36, regulująca i ujednolicająca system kształcenia pielęgniarek w Polsce przyczyniła się do zmiany wizerunku pielęgniarki na tle innych zawodów medycznych. Nie oznacza to jednak, że przed rokiem 2005 pielęgniarstwo było źle, czy inaczej postrzegane przez społeczeństwo. W rankingach badających opinię Polaków na temat hierarchii zawodów o wysokim zaufaniu publicznym (badania CBOS) zawód pielęgniarki zajmował i nadal zajmuje wysoką pozycję (ostatnie badania z 2009 roku – miejsce 4).

W skład oceny prestiżu zawodowego wchodzi takie elementy jak:

- wymagany poziom kwalifikacji i wykształcenia,
- zajmowane stanowisko,
- ponoszona odpowiedzialność,

- zakres podejmowanych decyzji,
- uciążliwość pracy,
- społeczne znaczenie zawodu,
- stałość i pewność pracy.

Pielęgniarki, przez całą historię rozwoju zawodu wpływały na jakość i poziom zarówno kształcenia, jak również praktycznego wykonywania zawodu.

Jednym z zasadniczych elementów wpływających na prestiż zawodu było powołanie w 1957 roku Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, które już w roku 1961 zostało członkiem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN).

Członkami Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego są pielęgniarki, które posiadają uprawnienia do wykonywania zawodu, od roku 1993 funkcjonuje, jako towarzystwo naukowe. Zajmuje się realizacją zaleceń Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN), obejmujących kształcenie, doskonalenie zawodowe i regulacje prawne dotyczące zawodu pielęgniarki

Głównymi kierunkami działalności merytorycznej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego jest:

- aktywizacja pielęgniarek na rzecz samorealizacji oraz kreowanie tożsamości zawodowej,
- organizowanie doskonalenia zawodowego przed i podyplomowego,
- zwiększanie liczby członków towarzystwa,
- pełnienie wiodącej roli, jako pioniera innowacji w pielęgniarstwie klinicznym, edukacji i nauce,
- tworzenie płaszczyzny współpracy stowarzyszeń pielęgniarskich, łączenie działań na rzecz pielęgniarstwa.

Pielęgniarki w Polsce działają pozazawodowo w wielu innych stowarzyszeniach zawodowych, pielęgniarskich.

Ze względu na dużą liczebność w naszych badaniach pielęgniarek członków Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych pozwalamy sobie na krótkie przedstawienie tego Stowarzyszenia.

Powstało w 1998 roku, członkiem zwyczajnym PSPE jest osoba pełniąca funkcję pielęgniarki epidemiologicznej.

Celem Stowarzyszenia jest:

- podejmowanie działań na rzecz rozwoju pielęgniarstwa epidemiologicznego,

- określenie standardów kształcenia podyplomowego w zakresie pielęgniarstwa epidemiologicznego,
- podejmowanie inicjatyw i promocja skutecznych rozwiązań w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
- integracja środowiska pielęgniarstwa.

Zawód pielęgniarki jest zawodem bardzo pięknym, odpowiedzialnym, dobrze postrzeganym przez społeczeństwo, jednak nie zawsze pozytywnie ocenianym przez samo środowisko pielęgniarek. Pomimo krótkiej historii zawodu możemy poszczycić się znakomitymi liderkami oraz wieloma osiągnięciami zarówno zawodowymi jak i coraz częściej naukowymi.

Mimo tych osiągnięć zastanawiający jest fakt, dlaczego niektóre z naszych koleżanek tak niechętnie przyznają się publicznie do tego, że wykonują zawód pielęgniarki.

Autorki pragną dowiedzieć, że świadoma działalność w stowarzyszeniach zawodowych wpływa na poprawę samooceny oraz wizerunek pielęgniarstwa jako zawodu.

Celem pracy jest:

„Czy i jaki wpływ na prestiż zawodu ma przynależność do stowarzyszeń zawodowych?”

„Jakie inne czynniki mają wpływ na prestiż zawodu?”.

Metodą badawczą jest sondaż diagnostyczny.

Narzędziem badawczym – własny kwestionariusz ankiety – składał się z 13 pytań, 3 pytania ogólnych (dotyczących stażu i miejsca pracy, wykształcenia), 10 pytań związanych z tematem pracy.

Na wstępie podano definicję wyjaśniającą czym jest stowarzyszenie oraz prestiż, aby jednoznacznie rozumiane były te określenia.

Stowarzyszenie – to organizacja społeczna powoływana przez grupę osób, mających wspólne cele lub zainteresowania (Wikipedia)

Prestiż – to autorytet, poważanie, szacunek innych osób do danej osoby lub grupy zawodowej (Wikipedia)

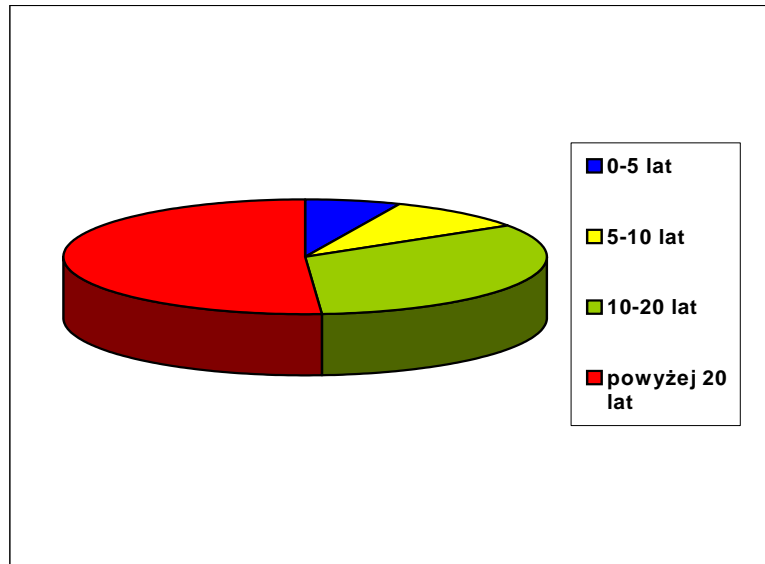
Badaniem zostało objętych 346 pielęgniarek z różnych placówek krakowskich, z czego grupę badaną – pielęgniarki, będące członkami stowarzyszeń (z czego do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego należy 76 osób, Polskiego Stowarzyszenia Pie-

lęgniarek Epidemiologicznych 22 osoby), stanowiło 101 osób i grupę kontrolną – pielęgniarki bez przynależności do stowarzyszeń, stanowiło 245 osób.

Wyniki badań:

Ponad połowa osób ankietowanych pracuje w zawodzie ponad 20 lat. Staż pracy w zawodzie:

Wykres 1. Staż pracy w zawodzie (badania własne).



Wykres 2. Poziom wykształcenia (badania własne).

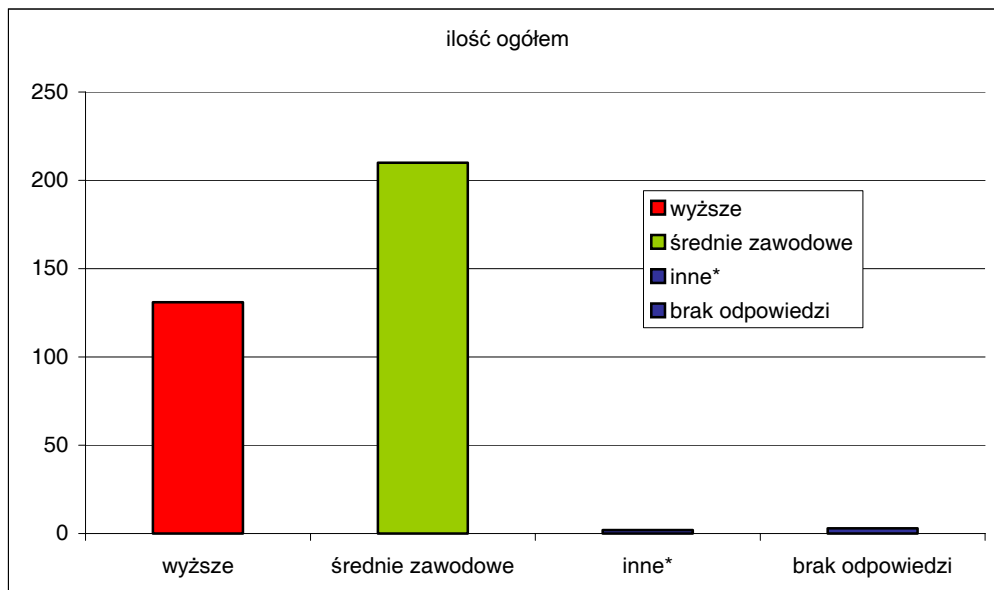
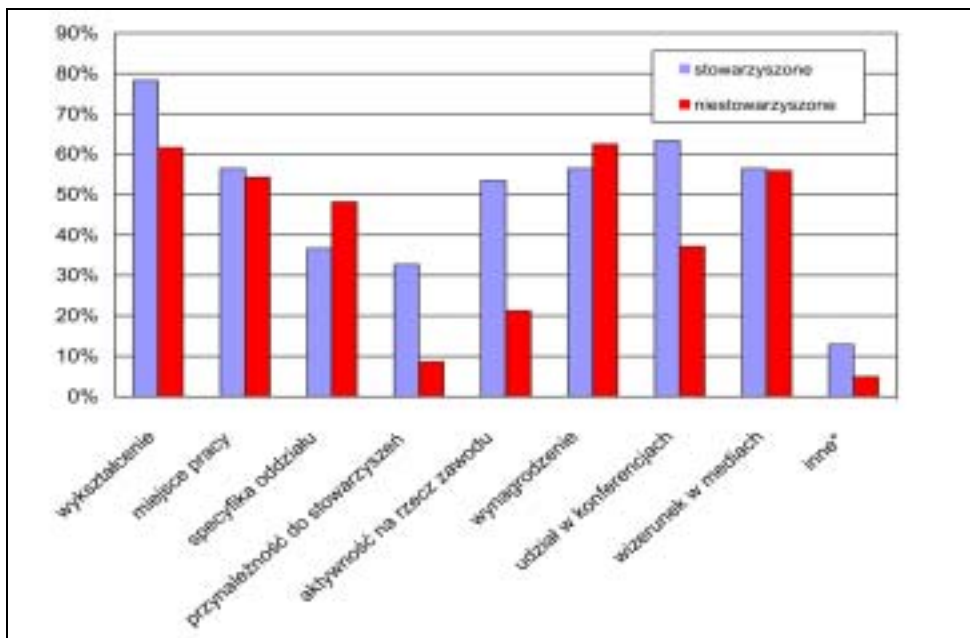


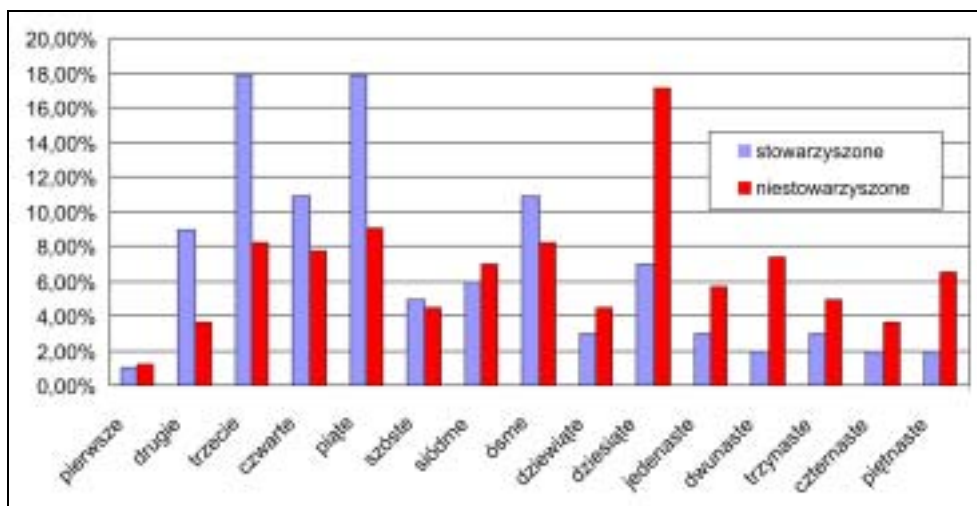
Tabela 1. Przynależność do stowarzyszeń zawodowych (badania własne).

Przynależność	Ilość ogółem	Procent
tak	101	29,19%
nie	245	70,81%

Wykres 3. Czynniki wpływające na prestiż zawodowy pielęgniarek/położnych (badania własne).¹

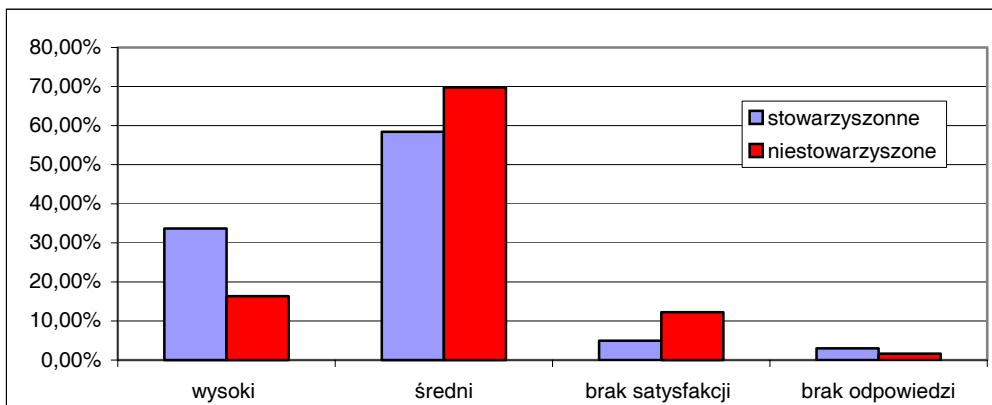


Wykres 4. Jakie miejsce w opinii Polaków zajmuje zawód pielęgniarki w hierarchii zawodów o wysokim szacunku społecznym (badania własne).

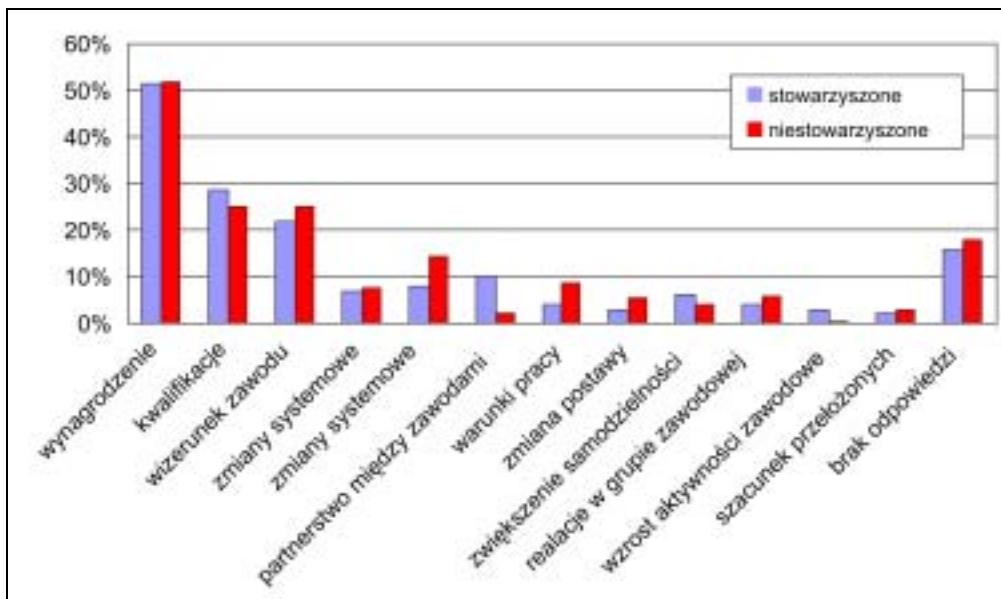


¹ Respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Wykres 5. Samoocena satysfakcji z wykonywanego zawodu (badania własne).



Wykres 6. Czynniki mogą wpłynąć na wyższą pozycję zawodu pielęgniarki/położnej (badania własne)



W podsumowaniu badań stwierdzamy:

- W opinii pielęgniarek – członków stowarzyszeń zawodowych znaczący wpływ na prestiż zawodu ma: przynależność do stowarzyszeń zawodowych (33%), aktywność na rzecz zawodu (54%), udział w konferencjach, zjazdach (64%)
- W opinii pielęgniarek nie będących członkami stowarzyszeń znaczący wpływ na prestiż zawodu ma: wynagrodzenie (63%), wizerunek w mediach (56%), miejsce pracy (54%)

- W opinii pielęgniarek – członków stowarzyszeń zawodowych zawód pielęgniarki w hierarchii zawodów o wysokim szacunku społecznym zajmuje w opinii Polaków od drugiego do piątego miejsca.
- W opinii pielęgniarek nie będących członkami stowarzyszeń zawodów pielęgniarki w hierarchii zawodów o wysokim szacunku społecznym zajmuje w opinii Polaków od dziesiątego do piętnastego miejsca.
- Pielęgniarki będące członkami stowarzyszeń zawodowych dwa razy częściej wskazywały na wysoką satysfakcję z wykonywanego zawodu niż pielęgniarki nie będące członkami stowarzyszeń.

Wnioski końcowe:

1. Przynależność do stowarzyszeń zawodowych znacząco wpływa na prestiż zawodu pielęgniarki.
2. Członkowie stowarzyszeń zawodowych znacząco wyżej klasyfikują zawód pielęgniarki w hierarchii zawodów o wysokim szacunku społecznym.
3. Członkowie stowarzyszeń zawodowych wysoko oceniają satysfakcję z wykonywanego zawodu.
4. Inne czynniki które wpływają na prestiż zawodu to: wynagrodzenie, kwalifikacje, wizerunek zawodu.
5. Należy propagować działalność stowarzyszeń zawodowych pielęgniarskich ze względu na ich znaczący wpływ na prestiż zawodu.

Krystyna Barcik
Beata Łabowicz

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy

Inwestycja w kadry pielęgniarek i położnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy

Ludzie, to najważniejszy kapitał każdej firmy. Ludzie wykształceni, wykwalifikowani specjaliści w swojej branży, to kapitał, tym bardziej cenny. Dlatego pracodawcy winni dbać o tworzenie mechanizmów motywujących do podnoszenia kwalifikacji. Kształcenie to – rzecz jasna – indywidualna inwestycja każdego, kto podejmuje studia i uczestniczy w szkoleniach. Jednakże pracodawcę umożliwiającego podejmowanie kształcenia przez swoich pracowników również można potraktować jak inwestora, inwestora w tzw. kapitał ludzki. Cel nadrzędny tworzenia tego typu mechanizmów to osiągnięcie nadrzędnych celów organizacji z wykwalifikowaną załogą. Nie bez znaczenia jest tu inny cel pracodawcy; w myśl zasady wzajemności – pracodawca w zamian oczekuje lojalności, większej identyfikacji z firmą, wykorzystania kapitału zdobytych kwalifikacji na swoim terenie, czyli zakładzie pracy.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy zatrudnionych jest 547 pielęgniarek i 74 położne. Na tle ponad 1200 osobowej załogi jest to zatem największa grupa zawodowa, której znaczenia nie sposób nie dostrzec. Pielęgniarki i położne pracują bezpośrednio z pacjentem, zatem bezpośrednio przyczyniają się do realizacji najważniejszego celu jaki stawia sobie firma – udzielanie świadczeń medycznych na najwyższym z możliwych poziomów, celu zawartego w misji szpitala: „Naszą misją jest niesienie pomocy każdemu człowiekowi, który wybierze Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy. Dążymy do tego, aby poziom leczenia był najwyższy z możliwych, stale doskonaląc umiejętności naszego zespołu, podnosząc standard wyposażenia i promując zdrowie. Pragniemy, aby pacjent czuł się u nas bezpiecznie, stale pod fachową opieką, w centrum naszego zainteresowania.”

Szpital, właśnie ze względu na niebagatelną rolę pielęgniarek i położnych w procesie leczenia, stworzył mechanizmy, by jakość pracy pielęgniarek była jak najwyższa.

W 2003 roku z inicjatywy Pielęgniarki Naczelnej, powstała w szpitalu Komisja ds. Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Czteroosobowa komisja ma za zadanie analizowanie potrzeb w zakresie szkolenia personelu, zbieranie danych dotyczących kwalifikacji pracowników – tzw. księga kwalifikacji, planowanie szkoleń wewnątrzszkolowych, opracowywanie programów szkoleń wewnątrzszkolowych. Komisja zajmuje się także analizą kosztów i korzyści wynikających ze szkoleń oraz monitorowaniem możliwości kształcenia poza zakładem pracy i informowaniem o tych możliwościach pielęgniarek i położnych.

W szpitalu sprawę traktuje się na tyle poważnie, że działanie tej komisji uprawniono zarządzeniem dyrektora, w którym zapisano obowiązek przedkładania rocznych sprawozdań i wniosków z działalności.

W 2008 roku przeprowadzono osiem szkoleń wewnątrzszkolowych na tematy:

1. Obrzęk limfatyczny.
2. Przyjęcie pacjenta na oddział.
3. Przygotowanie psychiczne pacjenta do planowanego zabiegu operacyjnego.
4. Leczenie ran i odleżyn.
5. Postępowanie w nagłych urazach oka.
6. Pierwsza pomoc.
7. Pielęgnowanie chorych oparzonych.
8. Pacjentki po mastektomii. Samobadanie piersi.

Szkolenia przeprowadzali doświadczeni pracownicy szpitalnych oddziałów. Wzięło w nich udział 126 pielęgniarek i położnych.

W ramach środków przeznaczonych na szkolenia przez Dolnośląski Urząd Marszałkowski, przeprowadzono także specjalistyczne szkolenia organizowane przez firmy zewnętrzne: resuscytacja krążeniowo – oddechowa, leczenie krwią i preparatami krwiopochodnymi. Uczestniczyło w nich 150 osób.

W kolejnym roku przeprowadzono dziewięć innych specjalistycznych szkoleń:

1. Planowe przygotowanie pacjenta do zabiegu cholecystectomii.
2. Prawa pacjenta.
3. Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych.
4. Drgawki gorączkowe.

5. Pacjent z łuszczycą.
6. Opieka nad pacjentem w trakcie i po chemioterapii.
7. Pielęgnowanie pacjenta przed i po zabiegach w obrębie kręgosłupa.
8. Pielęgnowanie pacjenta nieprzytomnego.
9. Pacjent z rurką tracheotomijną.

W szkoleniach wzięło udział blisko 200 pielęgniarek i położnych.

W tym samym roku na szkolenia tej grupy zawodowej wykorzystano środki z Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego; dziewięć pielęgniarek i położnych wzięło udział w szkoleniach organizowanych przez firmy zewnętrzne. Tematyka szkoleń dotyczyła profesjonalnej obsługi pacjenta oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym zachęca się pielęgniarki i położne do podnoszenia kwalifikacji zawodowych w ramach kształcenia podyplomowego, tj. kierunkowych studiów licencjackich, magisterskich oraz szkoleń specjalizacyjnych. Jest to bezpośredni odzew na wymagania Unii Europejskiej i dostosowanie rynku pracy pielęgniarek i położnych w ramach UE, gdzie standardem jest wymóg wyższego wykształcenia w pracy pielęgniarki i położnej. Zachętą do podnoszenia kwalifikacji jest między innymi możliwość wyższych zarobków, co jest wypunktowane w zakładowym regulaminie wynagrodzenia.

Dodatkową motywacją do podejmowania kształcenia jest korzystanie z urlopów szkoleniowych. W ostatnich czterech latach pracodawca udzielił łącznie prawie trzy i pół tysiąca dni urlopu szkoleniowego dla tej grupy zawodowej.

W ostatnich latach, w rezultacie wprowadzenia mechanizmów motywujących do podnoszenia kwalifikacji, liczba osób, które skorzystały z możliwości kształcenia jest znacząca.

Powstanie w Legnicy Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ umożliwiło pielęgniarkom uzupełnienie kwalifikacji do poziomu licencjata. Z szansy tej (finansowanej przez Unię Europejską) skorzystało 250 pielęgniarek. Pielęgniarki i położne korzystają również z możliwości kształcenia w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Legnicy.

Dyrekcja Szpitala promuje także kształcenie specjalizacyjne. W okresie ostatnich lat liczba pielęgniarek i położnych specjalistów uległa zwielokrotnieniu. Wśród dziedzin specjalizacji można wymienić: pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej terapii, pielęgniarstwo chirurgiczne, pielęgniarstwo położnicze, pielęgniarstwo pedia-

tryczne, pielęgniarstwo zachowawcze, organizację i zarządzanie, pielęgniarstwo epidemiologiczne, pielęgniarstwo geriatryczne, pielęgniarstwo onkologiczne, pielęgniarstwo kardiologiczne, pielęgniarstwo operacyjne. Obecnie kształcenie specjalizacyjne ukończyło 106 pielęgniarek i położnych, natomiast w trakcie jest 56 osób.

Wśród pielęgniarek w legnickim szpitalu obok, jak do tej pory, największej grupy z wykształceniem średnim medycznym (293 pielęgniarki) rośnie z powodzeniem drugi filar pielęgniarek z licencjatem – 139. W tej grupie zawodowej jest ponadto 35 magistrów pielęgniarstwa. Wśród położnych 34 osoby mają wykształcenie medyczne policealne, 22 zdobyły licencjat, natomiast dwie tytuł magistra położnictwa. Wiele osób jest w trakcie kształcenia. Kadrowe statystyki podsumowują, że w tym czasie 416 pielęgniarek i położnych podjęło jakiegokolwiek formy szkolenia. Zdobyta wiedza jest wykorzystywana w codziennej pracy z pacjentem.

Wykształcona kadra pielęgniarek i położnych zbliża szpital jako organizację do osiągnięcia celu – podniesienia jakości usług medycznych.

Podwyższanie poziomu wykształcenia pielęgniarek i położnych wpływa na podniesienie prestiżu tych zawodów, a to z kolei przekłada się na pozytywny odbiór społeczny.

Edyta Kędra

Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy

Maria Borczykowska-Rzepka

Krakowska Akademia im. Andrzeja Fryczka-Modrzejewskiego w Krakowie

Jakość usług medycznych pielęgniarstwa środowiskowo – rodzinnych w opinii podopiecznych. Próba oceny.

Słowa kluczowe:

system opieki zdrowotnej, jakość usług medycznych, pielęgniarstwo środowiskowo – rodzinne

Od 1999 roku funkcjonuje w Polsce nowy system ochrony zdrowia – wprowadzony w miejsce poprzedniego (budżetowego) – system ubezpieczeniowy. Największe zmiany systemowe, poza problemami finansowania o których słyszymy w środkach masowego przekazu, dotyczą strony organizacyjnej oraz funkcji zakładów podstawowej opieki zdrowotnej.

Podstawowa opieka zdrowotna stanowi niezbędną formę opieki zdrowotnej o stopniu dostępności zależnym od możliwości finansowych państwa. Dostępność właśnie do tej formy opieki zdrowotnej jest priorytetem systemu ochrony zdrowia w naszym państwie. To od niej rozpoczyna się proces zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Jest to ważny strategicznie poziom systemu ochrony zdrowia.

Podstawowa opieka zdrowotna musi być postrzegana jako działalność ściśle związana z promocją zdrowia, jako działalność na rzecz zapobiegania chorobom oraz jako świadczenia naprawcze. Ta właśnie forma opieki, będąca miejscem pierwszego kontaktu określonego środowiska ze służbą zdrowia lub fachowym personelem medycznym, jest od lat w Polsce najsłabszym ogniwem. Dlatego też Narodowy Fundusz Zdrowia, w ramach realizowanych przez siebie celów operacyjnych, podjął się zwiększenia

dostępności i usprawnienia podstawowej opieki zdrowotnej poprzez szerokie rozpracowanie zakresu kompetencji zespołu podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej środowiskowej) oraz poprzez określenie zadań tego zespołu w stosownych aktach prawnych [1].

Pielęgniarstwo środowiskowo – rodzinne ma w Polsce i poza jej granicami kilkudziesięcioletnią tradycję. Ta forma opieki w środowisku zamieszkania w przeszłości była bardzo różnie oceniana: od niepoprawnej negacji do pełnej afirmacji. Obecnie może się wydawać, że znajdujemy się w okresie zgodnego doceniania roli pielęgniarstwa środowiskowo – rodzinnego.

Zadania pielęgniarki POZ (środowiskowej) zostały określone przede wszystkim zakresem jej kompetencji i obejmują pięć podstawowych dziedzin: świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki, świadczenia diagnostyczne, świadczenia pielęgnacyjne, świadczenia lecznicze i świadczenia usprawniające. Wśród tych dziedzin wyszczególnione zostały zadania szczegółowe: od funkcji edukacyjnych (poniekąd pedagogicznych) po działania naprawcze, których zamierzonym efektem końcowym jest sukces zdrowotny podopiecznych.

Pielęgniarki mają do zrealizowania zadania zmierzające do kształtowania postaw zdrowotnych społeczeństwa. Działania pielęgniarek zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej obejmują między innymi: kształtowanie poczucia odpowiedzialności pacjentów za własne zdrowie, promowanie stylu życia sprzyjającego poprawie zdrowia pacjentów, pogłębianie i ugruntowanie wiedzy o zdrowiu wśród pacjentów, naukę pacjentów radzenia sobie ze stresem [2, 3, 4].

Nie opracowano wprawdzie mierników do oceny jakości pracy pielęgniarki POZ (środowiskowej), ale znaczna część zadań pielęgniarek została umieszczona w koncepcji oceny jakości opieki medycznej w podstawowej opiece zdrowotnej [5].

Definiowanie pojęcia jakości w usługach medycznych, a tym samym w opiece zdrowotnej, nie jest najłatwiejszym zadaniem. Trudności wiążą się ze specyficznymi właściwościami właśnie tych usług, do których zalicza się: społeczny charakter, oddzielenie funkcji usługobiorcy i płatnika, wymuszony (poprzez chorobę lub stan zdrowia) odbiór usług oraz trudności w ocenie skuteczności zrealizowanych świadczeń. Dodatkowymi elementami sprawiającymi trudności w definiowaniu pojęcia jakości w opiece zdrowotnej i świadczonych przez nią usług, poza cechami uniwersalnymi, charakterystycznymi dla działalności usługowej (a taką niewątpliwie jest udzielanie świadczeń w opiece zdrowotnej), dochodzą jeszcze: niepewność i ryzyko, wysokospe-

cjalistyczna kadra, swoboda w wyborze technologii świadczenia, złożoność procesu zaspokajania potrzeb zdrowotnych, duża zależność skutków leczenia od określonego zachowania usługobiorcy oraz swoisty niedostatek informacji wynikający z wysokiej specjalizacji tych usług [6].

Ponadto nierynkowy charakter ochrony zdrowia przy wymuszeniach zachowań rynkowych ze strony płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ze strony konkurencji, powoduje konieczność rozpoznania i kształtowania potrzeb klientów, a przede wszystkim pacjentów. Różnica, jaka się pojawia pomiędzy usługą oczekiwaną, a faktycznie otrzymaną, jest tak naprawdę indywidualną i subiektywną dla każdego odbiorcy.

W ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego pacjent ma prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które są zgodne z potrzebą kliniczną, natomiast są niezależne od sytuacji materialnej pacjenta. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych obejmują prawo do świadczeń zdrowotnych, zdrowotnych rzeczowych i towarzyszących. Tak duża specyfika usług medycznych nie pozwala na jednoznaczne zidentyfikowanie ich jakości. Dla pacjenta najważniejsza staje się cecha zgodności z wymaganiami (funkcjonalność jakości). Pacjenci i ich rodziny koncentrują swoją uwagę na wynikach leczenia oraz materialnych i niematerialnych elementach świadczeń. Pacjenci zainteresowani są przede wszystkim skutecznością, pilnością i bezpieczeństwem procesu leczenia i opieki. W takim odniesieniu jakość usługi medycznej zależy od kwalifikacji personelu medycznego i warunków, w jakich usługi medyczne są świadczone, a także od stosowanych procedur, ich przebiegu oraz atmosfery, w jakiej one przebiegają i w końcu od powrotu do zdrowia lub jego poprawy. Pacjent opiera ocenę jakości usług medycznych na efekcie leczenia, ale przede wszystkim skupia uwagę na elementach materialnych, dotychczasowych doświadczeniach i zachowaniach personelu medycznego. Kryterium służącym do oceny jakości w opiece zdrowotnej z perspektywy pacjenta jest postawa personelu wobec podopiecznego. Znaczenia nabiera przede wszystkim współpraca z rodziną chorego, przeznaczony czas na konkretnego chorego, życzliwość pielęgnacji [7].

Pacjenci jako nieprofesjonaliści nie mają dostatecznej wiedzy medycznej, dlatego też nie są w stanie formułować miarodajnych ocen w wielu kryteriach. W europejskich trendach wzrasta znaczenie współpracy z rodziną chorego, odbieranej jako aktywny udział w systemie opieki zdrowotnej. Chociaż pacjenci i ich rodziny stanowili i stano-

wią integralną część procesu opieki zdrowotnej, zbyt często ich głosy były nieobecne w dyskusji na temat poprawy usług.

Metodologia badań

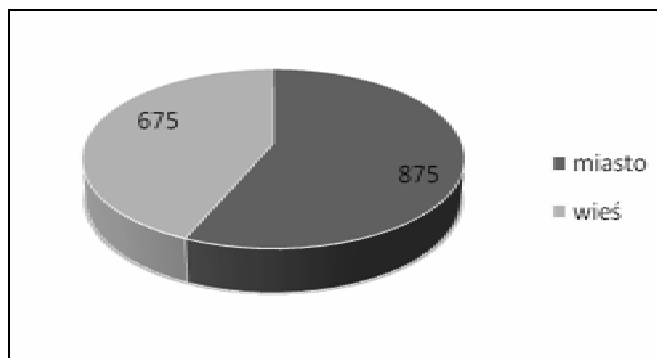
Badania dotyczące kwestii oceny jakości świadczonych usług przez pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinne) przeprowadzone zostały w okresie trzech miesięcy 2010 r. na terenie powiatu głogowskiego. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, przy zastosowaniu dwóch technik: ankietowej oraz techniki wywiadu. Do ustalonych technik opracowano odpowiednie narzędzia w postaci kwestionariusza ankiety oraz kwestionariusza wywiadu. Kwestionariusz ankiety składał się z 17 pytań o charakterze zamkniętym, z czego trzy pierwsze pytania wchodziły w skład metryczki. Konstruując kwestionariusz ankiety autorki starały się, aby były one zrozumiałe dla ankietowanych i nie sprawiały większych problemów w udzielaniu stosownych odpowiedzi.

Kwestionariusz wywiadu został stworzony jako narzędzie pomocnicze, które miało stanowić uzupełnienie uzyskanego materiału badawczego na drodze przeprowadzonej ankiety.

Wyniki badań własnych

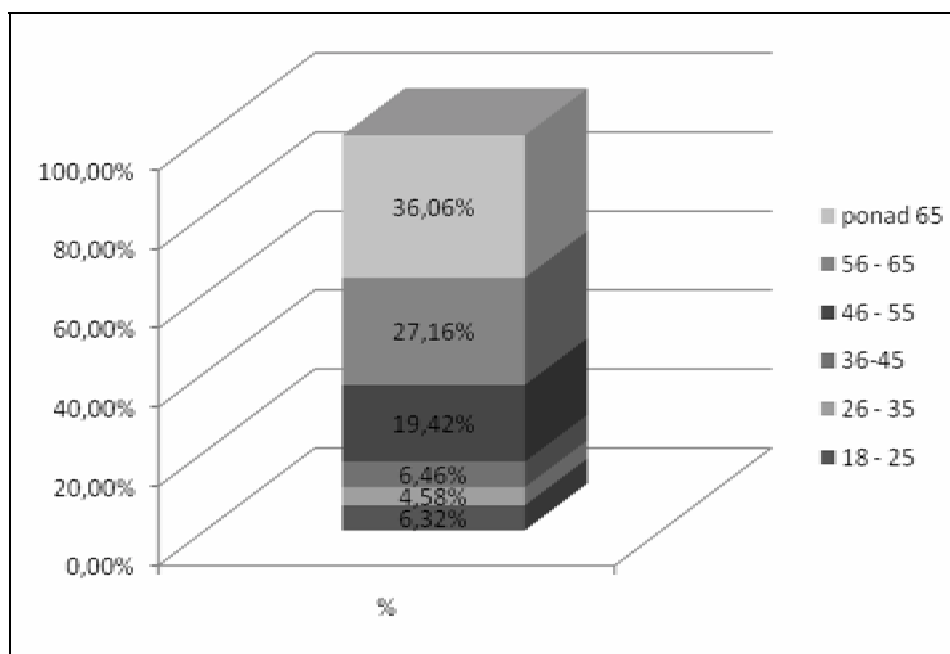
Badaniami objęto 1550 – osobową populację dorosłych mieszkańców powiatu głogowskiego.

Wykres 1. Populacja badawcza – badania własne, 2010.



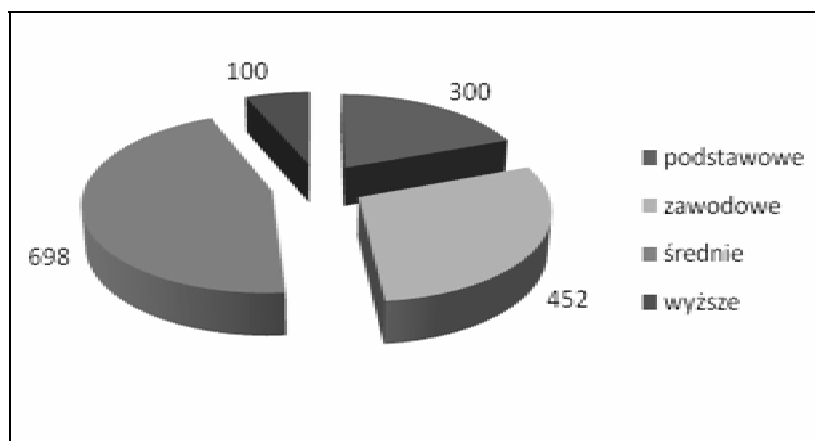
W badanej populacji dominującą grupą były osoby w przedziale wiekowym powyżej 65 roku życia (559 osób – 36,6%), natomiast najmniej liczną grupę reprezentowały osoby w przedziale wiekowym 26-35 rok życia (71 osób – 4,48%).

Wykres 2. Struktura wiekowa ankietowanych – badania własne, 2010.



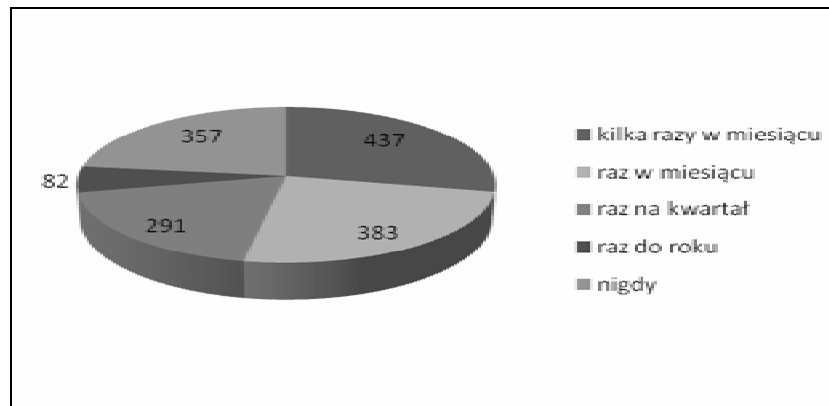
W większości przypadków były to osoby z wykształceniem średnim (698 osób – 45,03%), następnie osoby z wykształceniem zawodowym (452 osoby – 29,16%), podstawowym (300 osób – 19,36%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (100 osób – 6,45%).

Wykres 3. Podział ankietowanych według wykształcenia – badania własne, 2010.



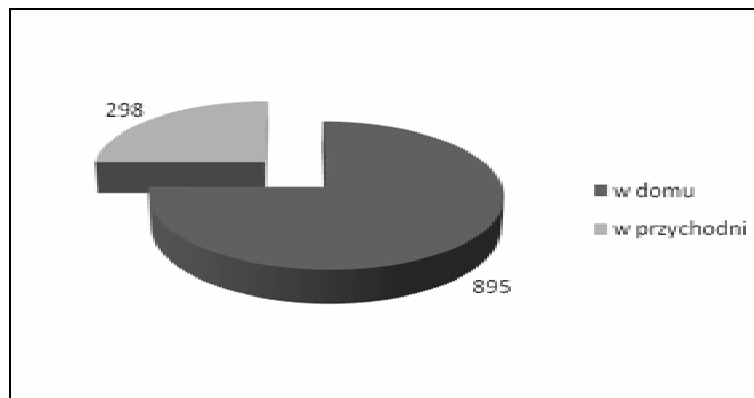
Na pytanie dotyczące częstotliwości korzystania ze świadczeń pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinnej) 437 osób (28,19%) odpowiedziało, że korzysta z tego rodzaju usług kilka razy w miesiącu, 383 osoby (24,72%) raz w miesiącu, 291 osób (18,77%) raz na kwartał, 82 osoby (5,29%) raz do roku. Spośród ankietowanych 357 osób (23,03%) dotychczas nie korzystało ze świadczeń pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinnej) i ta grupa osób nie udzielała odpowiedzi na pozostałe pytania ankiety.

Wykres 4. Częstotliwość korzystania ze świadczeń pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinnej) badania własne, 2010.



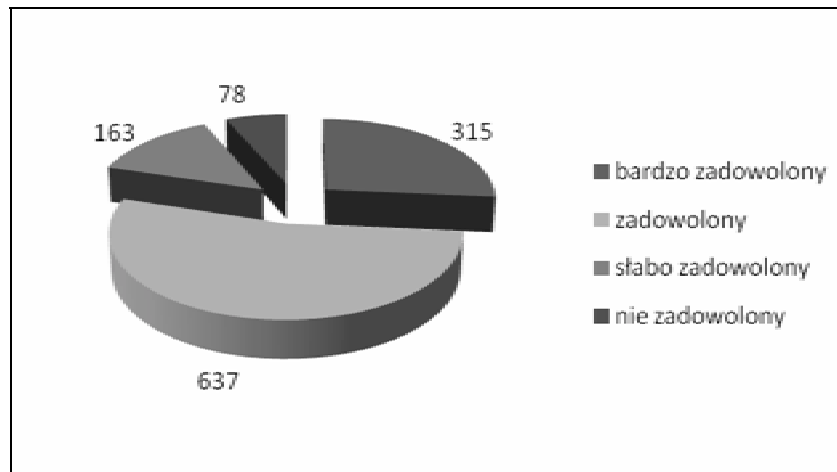
Biorąc pod uwagę miejsce udzielania świadczeń przez pielęgniarkę POZ (środowiskowo – rodzinną) okazało się, że największa grupa ankietowanych, bo aż 895 osób (75,02%) korzysta z tego rodzaju świadczeń u siebie w domu, natomiast 298 osób (24,98%) korzysta z tych świadczeń w swojej przychodni.

Wykres 5. Miejsce korzystania ze świadczeń pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinnej) badania własne, 2010.



W ogólnej ocenie zadowolenia ze świadczonych usług przez pielęgniarkę POZ (środowiskowo – rodzinna), ponad połowa ankietowanych stwierdziła, że jest zadowolona z tego rodzaju świadczonych usług (637 osób – 53,4%) i bardzo zadowolona (315 osób – 26,4%). Słabe zadowolenie ze świadczonych usług potwierdziło 163 ankietowanych (13,66%), a całkowity brak zadowolenia wskazało 78 osób (6,54%).

Wykres 6. Zadowolenie ze świadczeń pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinnej) badania własne, 2010.



Oceni ankietowanych poddane zostały także aspekty związane z organizacją pracy pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinnej) oraz oceną osoby pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinnej). Ankietowani mieli za zadanie udzielić odpowiedzi na pytania szczegółowe, dotyczące tych dwóch aspektów, za pomocą skali od 1 do 5, gdzie 1 to ocena najniższa, a 5 – ocena najwyższa.

W ocenie organizacji pracy pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinnej) zwrócono uwagę na takie aspekty szczegółowe jak: godziny przyjęć, czas oczekiwania na świadczenie, dostępność, zapewnienie podmiotowości i intymności, staranność wykonywanych usług pielęgniarskich, systematyczność odwiedzin. W dokonanym zestawieniu daje się zauważyć zbieżność ilości uzyskanych odpowiedzi w ocenie dotyczącej godzin przyjęć oraz dostępności pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinnej). Wynika to z faktu, iż oba te czynniki najczęściej rozumiane są jako tożsame.

Tab. 1. Organizacja pracy pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinnej) badania własne, 2010.

	5		4		3		2		1	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
godziny przyjęć pielęgniarki środowiskowo – rodzinnej	130	10,9	367	30,76	401	33,61	285	23,89	10	0,84
czas oczekiwania na świadczenia pielęgniarki środowiskowo – rodzinnej	282	23,64	515	43,17	285	23,88	101	8,47	10	0,84
dostępność pielęgniarki środowiskowo – rodzinnej	130	10,9	367	30,76	401	33,61	285	23,89	10	0,84
zapewnienie podmiotowości i intymności	282	23,64	515	43,17	396	33,19	0	0	0	0
staranność wykonywanych zabiegów, opatrunków, pobierania krwi, mierzenia RR, podłączania kroplówek i in.	461	38,64	624	52,31	108	9,05	0	0	0	0
systematyczność odwiedzin w miejscu zamieszkania*	100	11,17	454	50,73	321	35,87	20	2,23	0	0

* odpowiadaty tylko osoby, które korzystają ze świadczeń pielęgniarki środowiskowo – rodzinnej w swoim domu

W ocenie samej pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinnej) zwrócono m.in. uwagę na takie aspekty jak: życzliwość, uważność, staranność, komunikatywność oraz współpraca, które są istotnymi w pracy tej grupy zawodowej i w sposób znaczący mogą wpływać na odbiór jakości świadczonych usług przez podopiecznych.

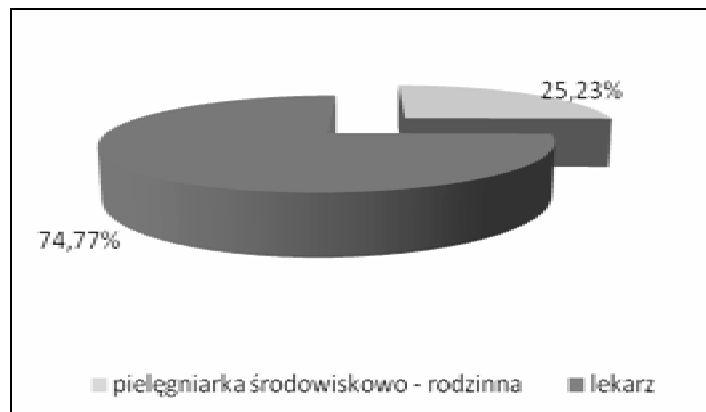
Tab. 2. Ocena pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinnej) badania własne, 2010.

	5		4		3		2		1	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
uważnie słucha pacjenta	341	28,58	598	50,13	254	21,29	0	0	0	0
życzliwość pielęgniarki	337	28,25	541	45,35	315	26,4	0	0	0	0
zapewnienie intymności podczas wykonywanych zabiegów	518	43,42	518	43,42	157	13,16	0	0	0	0
współpraca z podopiecznym i jego rodziną	312	26,15	495	41,49	212	17,77	174	14,59	0	0
sposób udzielania informacji na temat prawidłowych zachowań podopiecznego, rodzajów zabiegów, badań itp.	215	18,02	518	43,42	354	29,68	106	8,88	0	0

Uzyskanie odpowiedzi na dalsze pytania pozwoliły na zidentyfikowanie oczekiwań pacjentów, w stosunku do zadań realizowanych przez pielęgniarki w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej, zadań które wynikają przede wszystkim z posiadanych przez nie kompetencji zawodowych.

Informowanie o przyczynach, przebiegu i postępowaniu w chorobach, można zaliczyć do zadań realizowanych przez pielęgniarki, w zakresie kształtowania poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie pacjentów. Ankietowani odpowiadając na to pytanie deklarowali, czy tego typu informacje pochodzące od pielęgniarek POZ (środowiskowo – rodzinnych) są dla nich informacjami przydatnymi, czy też może jednak dużo łatwiej jest im korzystać z tych informacji, kiedy pochodzą one od lekarza. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że to zadanie dużo częściej przypisywane jest lekarzom (74,77% ankietowanych) niż pielęgniarkom POZ (środowiskowo – rodzinnym) (25,23%), co wynikać może z faktu, iż to lekarz odgrywa istotną rolę w diagnozowaniu i leczeniu chorego.

Wykres 7. Oczekiwania pacjentów dotyczące osób odpowiedzialnych za informacje przekazywane na temat choroby – badania własne, 2010.



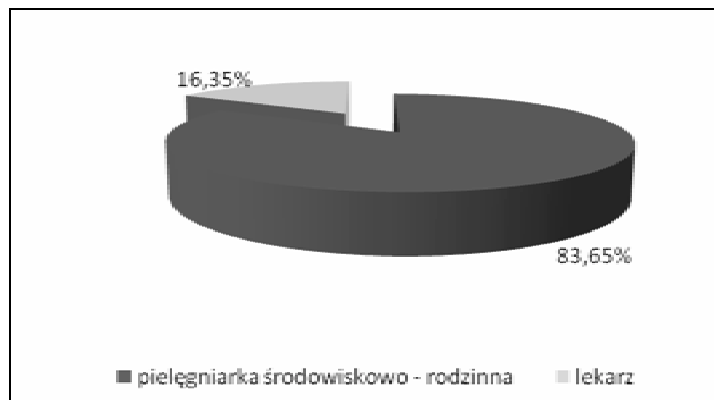
Do celów realizowanych przez pielęgniarki należy kształtowanie postaw prozdrowotnych społeczeństwa. Zadaniem ankietowanych było udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy realizacja tego zadania w ich opinii leży po stronie kompetencji pielęgniarki, czy może jednak lekarza. Obserwując uzyskane wyniki badań daje się zauważyć, iż to zadanie co prawda dużo częściej jest przypisywane pielęgniarkom POZ (środowiskowo – rodzinnym) (52,47%) niż lekarzom (47,53%), przy czym ta różnica nie jest zbyt duża. Może to świadczyć o tym, że zdaniem ankietowanych, zadanie to stanowi kompetencje zarówno pielęgniarek POZ (środowiskowo – rodzinnych) jak i lekarzy, choć częściej kojarzy się z osobą pielęgniarki.

Wykres 8. Oczekiwania pacjentów, dotyczące osób odpowiedzialnych za kształtowanie postaw prozdrowotnych społeczeństwa – badania własne, 2010.



Ważnym elementem świadczonych usług pielęgniarskich w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej jest udzielanie wsparcia psychicznego pacjentom i ich rodzinom. W związku z tym ankietowani zostali poproszeni o wskazanie, po czyjej stronie (lekarza czy pielęgniarki), w ich opinii, leży realizacja właśnie tego zadania. W odpowiedziach na to pytanie wyraźnie daje się zaobserwować, że zadanie związane z udzielaniem wsparcia psychicznego pacjentom i ich rodzinom leży po stronie pielęgniarek środowiskowo – rodzinnych (83,65%), co nierozdzielnie wiąże się z faktem, iż to one w swojej codziennej pracy zawodowej mają najczęstszy kontakt z pacjentem i jego rodziną, stając się niekiedy powiernikiem ich „smutków i radości dnia codziennego”.

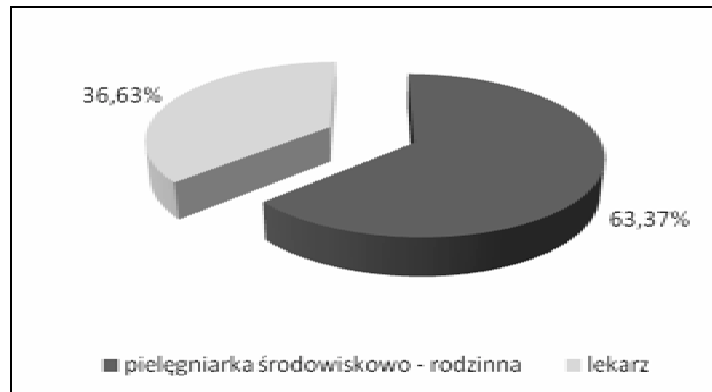
Wykres 9. Oczekiwania pacjentów, dotyczące osób odpowiedzialnych za udzielanie wsparcia psychicznego – badania własne, 2010.



Wpływ aktywności fizycznej na właściwy rozwój społeczeństwa stanowi element wychowania zdrowotnego, jaki mają do zrealizowania pielęgniarki podstawowej opie-

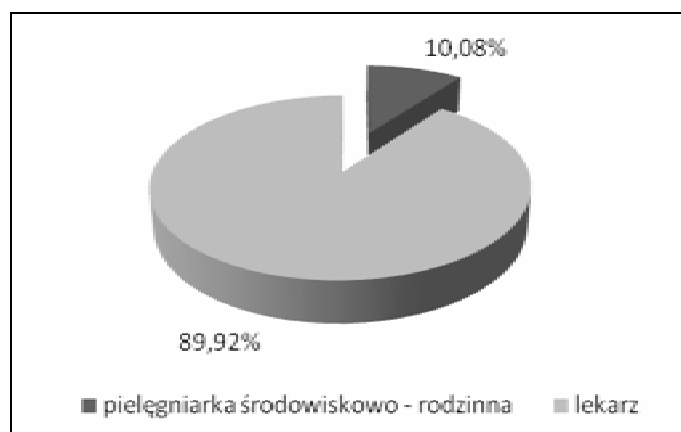
ki zdrowotnej. Aktywność fizyczna to również element terapii w wielu schorzeniach. Ankietowani mieli za zadanie określić, po czyjej stronie, w ich opinii, leży odpowiedzialność za kształtowanie nawyków w tej sferze. Analizując uzyskane odpowiedzi można pokusić się o stwierdzenie, że w opinii ankietowanych to zadanie częściej przypisywane jest pielęgniarce niż lekarzowi, co w wywiadzie zostało uzasadnione stwierdzeniami, że działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej są działaniami leżącymi w głównej mierze po stronie pielęgniarek (63,37%).

Wykres 10. Oczekiwania pacjentów, dotyczące osób odpowiedzialnych za kształtowanie nawyku aktywności fizycznej w społeczeństwie – badania własne, 2010.



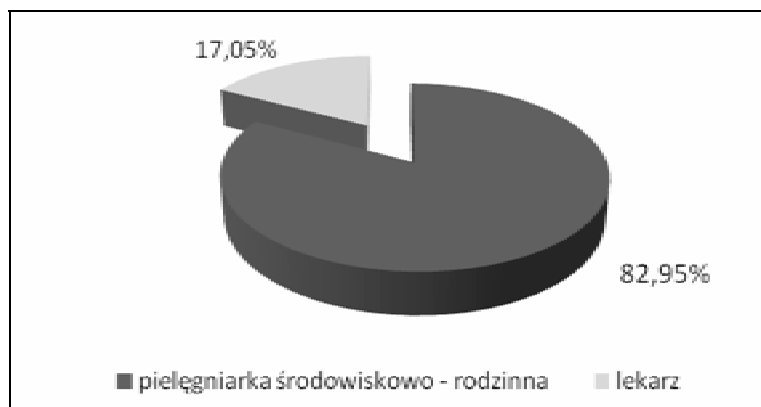
Pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych pacjentów jest jednym z zadań należących do zakresu obowiązków pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. Pytając ankietowanych do kogo, w ich opinii, należy realizacja tego zadania, starano się zorientować się, której grupie zawodowej są bardziej skłonni je przypisywać. Opierając się o uzyskane wyniki badań daje się zaobserwować, że to zadanie w sposób znaczący odnoszone jest przez ankietowanych do zawodu lekarza (89,92%) niż pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinnej) (10,08%).

Wykres 11. Oczekiwania pacjentów, dotyczące osób odpowiedzialnych za pomoc w rozwiązywaniu ich problemów zdrowotnych – badania własne, 2010.



Uwarunkowania społeczno – polityczne, trudna sytuacja gospodarcza oraz problemy na rynku pracy, trudności finansowe i rodzinne, oraz pogarszający się stan zdrowia bardzo często są przyczyną powstawania stresu wśród społeczeństwa. Profesjonalna pomoc w nauce radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych stała się wymogiem. Dlatego też poproszono ankietowanych, aby opowiedzieli się, po czyjej stronie (lekarza czy pielęgniarki) leży realizacja zadania związanego z pomocą w nauce radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych. To zadanie, w opinii ankietowanych leży po stronie pielęgniarek POZ (środowiskowo – rodzinnych) (82,95%).

Wykres 12. Oczekiwania pacjentów, dotyczące osób odpowiedzialnych za profesjonalną pomoc w nauce radzenia sobie ze stresem – badania własne, 2010.



Zakończenie

Wprowadzona w Polsce w styczniu 1999 r. reforma służby zdrowia spowodowała gwałtowne zmiany w opiece zdrowotnej i w funkcjonowaniu instytucji medycznych. Zachwiała poczuciem bezpieczeństwa podopiecznych i ich rodzin, głównie z powodu niezrozumiałych nowych zasad jej funkcjonowania, co dla wielu pacjentów przez długi okres czasu było trudne do zaakceptowania, ale też sami pracownicy opieki zdrowotnej mieli problemy z przestawieniem się na nowe tory. W powstałym zamieszaniu inicjatywa dotycząca świadczeń zdrowotnych została przekazana Kasom Chorym i to one były uprawnione do określania, jakie potrzeby społeczne w zakresie zdrowia i jakie świadczenia w sytuacji choroby powinny być realizowane, przez kogo i w jakim wymiarze.

Podstawą do określenia aktualnych świadczeń stały się kryteria ekonomiczne (koszty) i kryteria demograficzne (liczba osób przypadająca na lekarza czy pielęgniarkę kontraktujących usługi medyczne w rozbiciu na miasto i wieś), a nie analiza aktualnych potrzeb społeczeństwa. W podstawie do określenia świadczeń realizowanych przez lekarza czy pielęgniarkę, uwzględniono tylko liczbę pacjentów, z pominięciem takich kwestii, jak nierówności zdrowotne. Nie uwzględniono też szczególnego natężenia problemów zdrowotnych występujących w ramach specyficznych instytucji opiekuńczych, w których częściej niż w ogólnej populacji, skumulowane być powinny działania profilaktyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne.

W zakładach opieki zdrowotnej, podobnie jak w innych przedsiębiorstwach usługowych, kluczową rolę odgrywa klient zewnętrzny, czyli w tym przypadku pacjent. Według Światowej Organizacji Zdrowia pacjentem jest każda osoba korzystająca z usług medycznych niezależnie od tego, czy jest zdrowa, czy chora. „Wysoką jakość świadczonych usług osiąga się dzięki zrozumieniu i spełnieniu jego (pacjenta) wymagań. Nie można traktować klienta (pacjenta) jak petenta, trzeba uznać go za najważniejszą część struktury organizacji, któremu powinny być podporządkowane wszystkie działania organizacji” [6].

Wraz z wejściem w życie reformy w systemie ochrony zdrowia permanentnie rosną oczekiwania pacjentów względem oferowanych im usług medycznych. Przedmiotem oceny nie jest już wyłącznie dostęp do świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, lecz przede wszystkim czynniki wpływające na jakość realizacji usługi, kształtujące poziom satysfakcji świadczeniobiorców, między innymi sposób traktowania pacjenta, jakość dostarczanych informacji, czas i uwaga poświęcona pacjentowi przez personel podstawowej opieki zdrowotnej, bezpieczeństwo oraz dostępność do świadczeń zdrowotnych.

Jednym z ważniejszych ogniw w łańcuchu podstawowej opieki zdrowotnej jest pielęgniarka POZ (środowiskowo – rodzinna). To ona w związku z wykonywaniem swoich funkcji zawodowych utrzymuje stały kontakt ze swoimi podopiecznymi, którzy na podstawie deklaracji wyboru korzystają z jej świadczeń i stanowi łącznik pomiędzy podopiecznym, a lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Obecnie uległy ograniczeniu zadania realizowane przez pielęgniarkę POZ (środowiskowo – rodzinna). Zawierane kontrakty tylko formalnie obejmują zadania związane z promocją zdrowia i z profilaktyką. W praktyce zadania pielęgniarki pracującej w środowisku ograniczają się do wykonywania zleceń lekarskich, co tak naprawdę jest konsekwencją ilości podopiecznych przypisanych pielęgnowarce środowiskowo – rodzinnej w miejscu świadczonych przez nią usług (miasto, wieś).

Różnorodność problemów z jakimi spotyka się w swojej pracy pielęgniarka POZ (środowiskowo – rodzinna) zmusza ją do ciągłego doskonalenia swojego warsztatu pracy. Można pokusić się o stwierdzenie, że warsztat ten jest coraz lepiej opanowany, co znajduje odzwierciedlenie w prezentowanych wynikach badań satysfakcji pacjentów korzystających z usług pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinna). Pokazują one, że niemal $\frac{3}{4}$ ankietowanych jest zadowolonych i bardzo zadowolonych z usług świadczonych przez pielęgniarki. Najczęściej korzystają z nich we własnym domu, co pokrywa się ze stwierdzeniem, że rola pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinna) obecnie w znacznej mierze sprowadza się do wykonywania zleceń lekarskich. Taki rodzaj świadczeń w badanej populacji podają przede wszystkim osoby, których stan zdrowia lub wiek nie pozwalają na wyjście z domu. Pozostała $\frac{1}{4}$ respondentów określiła, iż korzysta z tego rodzaju usług w przychodni i są to głównie osoby, które kontrolują swoje ciśnienie tętnicze, poziom cukru we krwi itp. oraz członkowie rodzin pacjentów, którzy zgłaszają się do pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinna) w miejscu jej pracy celem przedłużenia recept, uzyskania odpowiedniego skierowania, zaświadczenia, zlecenia czy też wniosku.

Zastanawiającym jest dobra ocena dostępności pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinna) w odniesieniu do czasu jej pracy oraz dyspozycyjności dla podopiecznego. Wielokrotnie w środkach masowego przekazu dało się słyszeć opinie o ograniczonym dostępie do tego rodzaju świadczeń, zwłaszcza w dni weekendowe oraz świąteczne, czy też w okresach epidemii zachorowań. Być może ten stan rzeczy wynika z faktu, iż podopieczni na przestrzeni tych jedenastu lat przyzwyczaili się do pewnego rodzaju ograniczeń w dostępie do tych świadczeń i zaakceptowali fakt konieczności korzystania ze świadczeń komercyjnych w sytuacjach kryzysowych. Nie wynika to ze złej woli pielęgniarek POZ (środowi-

skowo – rodzinna), ale z obciążeń, jakie na nich spoczywają w odniesieniu do liczby podopiecznych, względem których zobligowane są świadczyć swoje usługi.

Dokonując oceny jakości świadczonych usług przez pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinna) zwraca się uwagę na ocenę nie tylko umiejętności i kompetencji, jakie pielęgniarka posiada, ale także na tzw. „czynnik ludzki”, który objawia się w osobowości pielęgniarki. W sposób znaczący wpływa on na relacje, jakie mają miejsce pomiędzy pielęgniarką, a jej podopiecznym i w sposób znaczący rzutuje na ich jakość.

Badania pokazały także deficyt w świadczonych usługach przez pielęgniarki POZ (środowiskowo – rodzinna), który przejawia się w sposobie udzielania informacji na temat prawidłowych zachowań podopiecznego, rodzajów zabiegów, badań itp. W rozmowach z ankietowanymi problem ten był akcentowany głównie przez członków rodziny pacjenta, którzy niejednokrotnie stwierdzali, że czynności wykonywane przez pielęgniarkę wobec podopiecznego mają charakter instrumentalny i mechaniczny. Nie znalazło to potwierdzenia w opinii samych podopiecznych. Najczęściej podopieczni oczekują od pielęgniarek wsparcia psychicznego (83,65%) oraz nauki radzenia sobie ze stresem (82,95%). Niższe wartości uzyskały oczekiwania pacjentów dotyczące pracy pielęgniarek w zakresie nauki zdrowego stylu życia (52,47%) oraz w odniesieniu do promowania aktywności fizycznej (63,37%). Natomiast kwestie związane z informowaniem na temat choroby, jej przyczyn i przebiegu oraz związane z rozwiązywaniem problemów zdrowotnych oczekiwane jest od pielęgniarek POZ (środowiskowo – rodzinna) dużo rzadziej (odpowiednio 47,86% i 43,87%), co nie umniejsza w żaden sposób roli, jaką spełnia pielęgniarka POZ (środowiskowo – rodzinna) w życiu swoich podopiecznych.

Bibliografia:

1. *Narodowy Program Zdrowia na lata 1996-2005*, Biuro Przekształceń Systemowych w Ochronie Zdrowia, Warszawa, 1996.
2. Kawczyńska-Butrym Z.: *Rola pielęgniarki w promocji zdrowia. Przygotowanie i zakres roli*, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczna i Medycyna, 1994.
3. Wilaszek B.: *Działanie na rzecz promocji zdrowia w pracy pielęgniarki środowiskowej*, Materiały z konferencji naukowej „Pielęgniarki i Położne na rzecz zdrowia dla wszystkich”, Poznań – Salmed 1999.
4. *Zakres kompetencji pielęgniarki środowiskowo –rodzinnej*, Pielęgniarstwo 2000, 1995,6(23). Wkładka specjalna nr 2.
5. Hupert Z.: *Refleksje na temat możliwości współpracy lekarz – pielęgniarka w nowym modelu opieki zdrowotnej*, Medycyna Ogólna, 1995.
6. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M.: *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa, 2005.
7. Guca-Wójtowicz P.: *Jakość usług medycznych w kontekście zróżnicowanych oczekiwań stron zainteresowanych*, Problem jakości nr 3, 2009, str. 22-26.

Krystyna Przybyła

Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy

Oczekiwania i postawy wobec pielęgniarek na przykładzie pacjentów hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy

Szpital jest miejscem, w którym pracownicy medycy mogą realizować swe umiejętności zawodowe dla uzyskania satysfakcji.

Pielęgniarstwo jest częścią ogólnego systemu opieki zdrowotnej a pielęgnowanie wymaga wejścia w zawodową relację z podmiotem opieki. To działania mające na celu okazywanie ludziom pomocy w dążeniu do utrzymania i przywracania zdrowia.

Dla większości chorych pobyt w szpitalu jest ciężką próbą, daje nadzieję na wyzdrowienie, ale niesie wiele obaw i niepewności. Chory w pełni jest zależny od innych, skazany na interwencję obcych ludzi w stosunku do własnego ciała czy też psychiki.

W życiu codziennym każdy człowiek odpowiedzialny jest za swoje działania i ma możliwość wyboru. W szpitalu możliwość ta jest ograniczona regulaminem, wspólnym zamieszkiwaniem z obcymi ludźmi. Nowa sytuacja i całkowita odmienność urządzeń, umeblowania, estetyki, może wpłynąć na zachowanie się pacjenta.

Trwałe występowanie przykrych doznań i ograniczeń wywołuje zazwyczaj mniej lub więcej negatywne następstwa w zakresie przeżyć i zachowania się człowieka chorego. Sposób reagowania na chorobę i hospitalizację jest uwarunkowany wieloma czynnikami:

- osobowością człowieka,
- sytuacją życiową,
- opinią o placówce,
- wcześniejszymi doświadczeniami.

Na opinię wpływa wiele czynników – poziom świadczonych usług, atmosfera przyjęcia chorego w Izbie Przyjęć i w oddziale. Atmosferę kształtują wszyscy pracownicy, jednak w decydującym stopniu – pielęgniarki.

Celem pracy jest przedstawienie oczekiwań pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy wobec pielęgniarek oraz ocena stopnia realizacji tych oczekiwań. Podejmując ten temat chcę poddać analizie powyższe zagadnienie.

Najbliższą osobą dla pacjenta w szpitalu jest pielęgniarka. Dlatego ważne jest, jaka jest opieka pielęgniarska nie tylko widziana przez same pielęgniarki czy lekarzy ale przede wszystkim oceniana przez pacjentów.

Urszula Olechowska w pracy zbiorowej pt. „Pacjent – Pielęgniarka” mówi, że do spełnienia oczekiwań pacjentów konieczne są odpowiednie cechy osobowości i zasady etyki zawodowej pielęgniarki. Wiele znaczą warunki pracy, atmosfera w szpitalu, które umożliwiają wypełnienie zadań.

Uważam, że w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy pielęgniarki mają bardzo dobre warunki pracy. Mam tu na uwadze warunki lokalowe, ekonomiczne a także zaopatrzenie w sprzęt, leki i materiały. Sądę, że atmosfera w szpitalu sprzyja realizacji zadań i osiąganiu celów.

I. Przedmiot badań w świetle literatury

Choroba i okoliczności z nią związane wywołują przeżycia emocjonalne o zróżnicowanej treści i znacznym nasileniu. Człowiek chory, czując się bezradnym w obliczu choroby, poszukuje przede wszystkim kompetentnej pomocy.⁽³⁾ Zwraca się do oficjalnego systemu opieki zdrowotnej. W dążeniu do uwolnienia się od choroby i odzyskania zdrowia podporządkowuje się zaleceniom lekarza lub innej osoby uznanej za autorytet w sprawach zdrowotnych.

Możliwość lub konieczność podjęcia leczenia szpitalnego wywołuje różne zachowania się poszczególnych osób.

Jedni reagują radością lub ulgą inni obawą lub agresją. Różnice w zachowaniu się pacjentów wynikają z czynników, które Marian Kulczycki⁽⁴⁾ sprowadza do trzech kategorii:

- stanu zdrowia,
- aktualnej sytuacji życiowej,
- oceny danego szpitala.

Rozpatrując wartość szpitala pacjenci biorą pod uwagę dane pochodzące z różnych źródeł. Są to własne doświadczenia z pobytu w szpitalu w roli chorego lub gościa. Innym źródłem informacji mogą być opinie rodziny i otoczenia.

Chorzy wysoko sobie cenią traktowanie ich jako godnych zaufania partnerów. Pragną, aby liczone się z ich osobistą wrażliwością, poglądami. Oczekują zainteresowania ze strony personelu, wyjaśnień i informacji dotyczących stanu zdrowia, terapii i diagnostyki. W dobrej atmosferze psychicznej pacjenci łatwiej rozumieją ewentualne trudności. Tę atmosferę tworzą i kształtują pielęgniarki, które są liczną grupą zawodową i najwięcej czasu spędzają przy chorym. Kształtują w stosunku do pacjenta postawę pełnej życzliwości a w stosunku do własnych poczynań pełne poczucie odpowiedzialności⁽²⁾.

Dlatego też chorzy oczekują, aby pielęgniarka była taktowna, uprzejma, życzliwa. Aby wykazywała zainteresowanie ich stanem zdrowia i potrzebami.

W swej pracy pielęgniarka powinna przestrzegać zasad etyki zawodowej. Są to zasady warunkujące dobro i ład moralny w relacjach pielęgniarka – pacjent. Aby spełnić oczekiwania należy stworzyć warunki, które wpłynęłyby na stan psychiczny ludzi chorych i właściwą relację⁽⁶⁾.

Stefania Poznańska⁽⁵⁾ – twierdzi, że relacja ta powinna mieć charakter wspomagająco-leczniczy tzn. zapewnić taką pomoc, jaka w określonych sytuacjach zdrowotnych człowieka jest mu najbardziej potrzebna.

Choremu potrzebny jest ktoś bliski, przyjazny, ktoś komu może zaufać. Pielęgniarka powinna mieć szacunek do człowieka, cenić jego godność, znać i respektować jego ludzkie prawa.

W świetle dotychczasowych badań – jak podaje Urszula Olszewska⁽⁵⁾ pacjenci oczekują od pielęgniarek:

- wyrozumiałości i cierpliwości,
- okazywania serca,
- indywidualnego, życzliwego i pogodnego traktowania,
- rzeczowej informacji.

Pacjenci najbardziej cenią sobie ekspresyjną rolę pielęgniarki, czyli te zachowania, które zmierzają do poprawienia ich samopoczucia, stworzenia przyjaznej atmosfery i wyjaśnienia rzeczy niezrozumiałych.

II. Zadania pielęgniarki

Helena Lenartowicz⁽⁵⁾ w pracy zbiorowej „Wprowadzenie do pielęgniarstwa” twierdzi, że zadania i czynności wykonywane przez pielęgniarkę są wynikiem jej wie-

dzy i umiejętności nabytych w czasie kształcenia, doskonalenia, pracy zawodowej, aktualnego ustawodawstwa, zakresów obowiązków i uprawnień.

O tym jaka powinna być pielęgniarka – mówi etyka zawodowa pielęgniarstwa, która stanowi swoistą dyscyplinę nauki o zawodzie pielęgniarki. Jest ona zespołem norm i dyrektyw wynikających z tradycji zawodu⁽⁷⁾.

Pielęgnowanie wymaga wejścia w bardzo bliską, zawodową relacją z podmiotem opieki, co wynika z natury pielęgnowania, a jednocześnie jest jego wartością⁽⁸⁾. Zakres i charakter tego związku podlegają zawodowej ocenie, stanowią przedmiot analiz, dociekań, badań podejmowanych w obrębie i na rzecz pielęgniarstwa⁽⁵⁾.

III. Cel badania

- Przedstawienie oczekiwań pacjentów oraz ocena stopnia ich realizacji.
- Uzyskanie odpowiedzi na pytanie czy pielęgniarka realizując funkcje zawodowe spełnia oczekiwania pacjenta.

HIPOTEZY:

- Sprawy pacjenta to potencjalne sprawy każdego z nas.
- Pacjent jest celem, ośrodkiem starań, racją istnienia opieki medycznej.
- Pielęgniarki stanowią największą zbiorowość w sektorze opieki medycznej i są najbliższej pacjenta.
- Pielęgniarki spełniają oczekiwania hospitalizowanych pacjentów.

IV. Metodyka badań

1. Opis badań i stosowanej metody

W celu przeprowadzenia badań posłużyłam się ankietą, skierowaną do pacjentów hospitalizowanych w szpitalu.

We wstępnej części ankiety zawarta jest informacja o celu ankiety, gwarantowanej anonimowości oraz sposobie udzielania odpowiedzi.

Pierwsza część ankiety – metryczka zawiera pytania o wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie i źródło utrzymania.

W drugiej części umieściłam pytania dotyczące potrzeb pacjentów. Pytania odnośnie oczekiwań zawarte są w trzeciej części ankiety. Natomiast czwarta część dotyczy

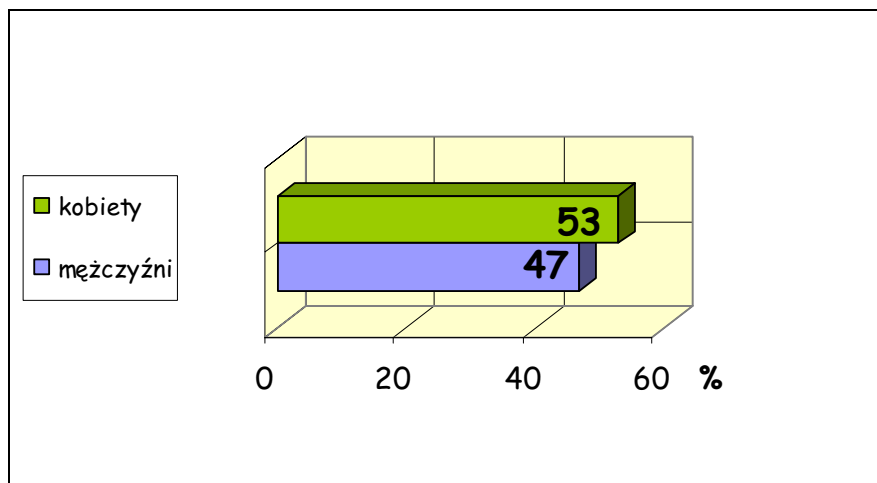
postaw wobec siebie, choroby, personelu i rodziny. Wszyscy ankietowani zostali poinformowani o sposobie udzielania odpowiedzi.

2. Charakterystyka terenu badań i badanej grupy.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny jest placówką, która świadczy usługi diagnostyczno-lecznicze w zakresie różnych specjalności. W 28 oddziałach do dyspozycji pacjentów jest 679 łóżek, a opiekę sprawuje 539 pielęgniarek i 74 położne.

W badaniu wzięło udział 100 pacjentów. Ankietowani to chorzy z oddziałów chirurgicznych, internistycznych i ortopedii. Wśród 100 badanych przeważały kobiety, których było 53% mężczyźni to 47% (wykres nr 1).

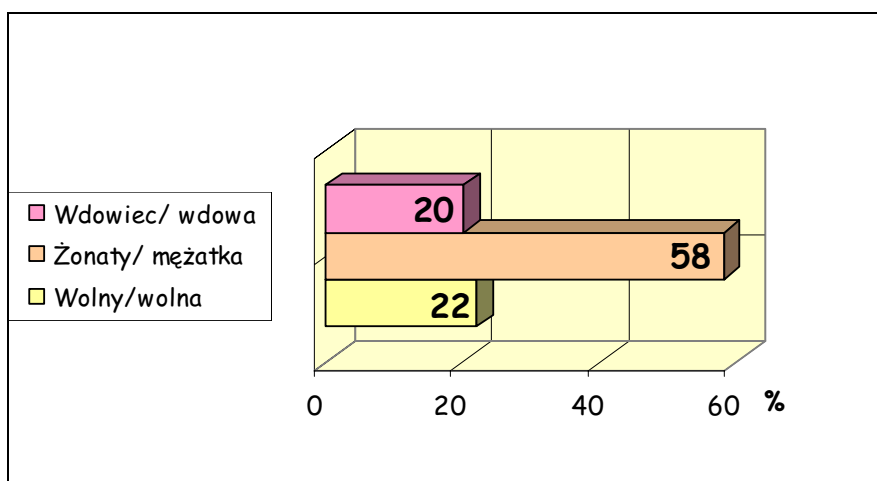
Wykres 1. Płeć respondentów (badania własne).



Przeważającą większość stanowią osoby zamężne-żonate (wykres nr 2), które stanowią 58%. Pozostali badani to:

- osoby stanu wolnego – 22%.
- wdowy, wdowcy – 20%.

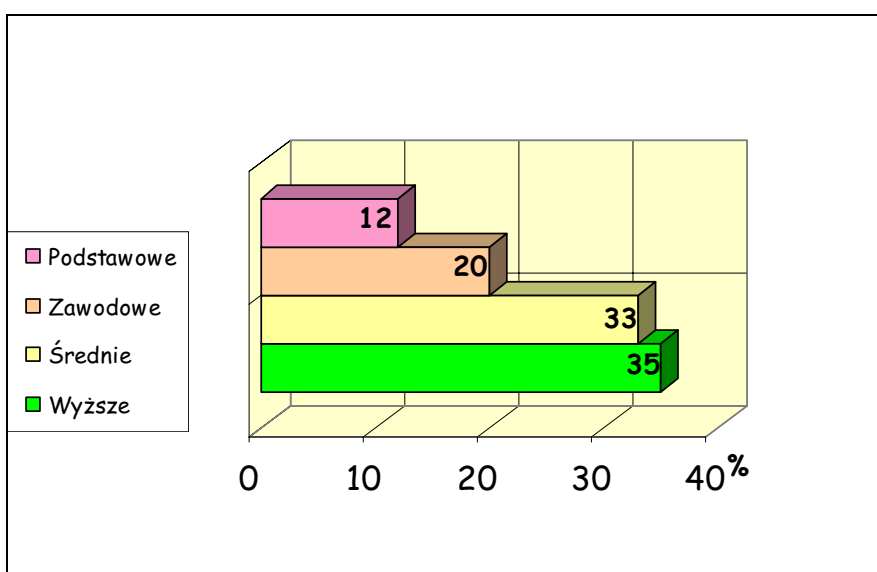
Wykres 2. Stan cywilny respondentów (badania własne).



Rozpatrując wykształcenie (wykres nr III) stwierdziłam, że:

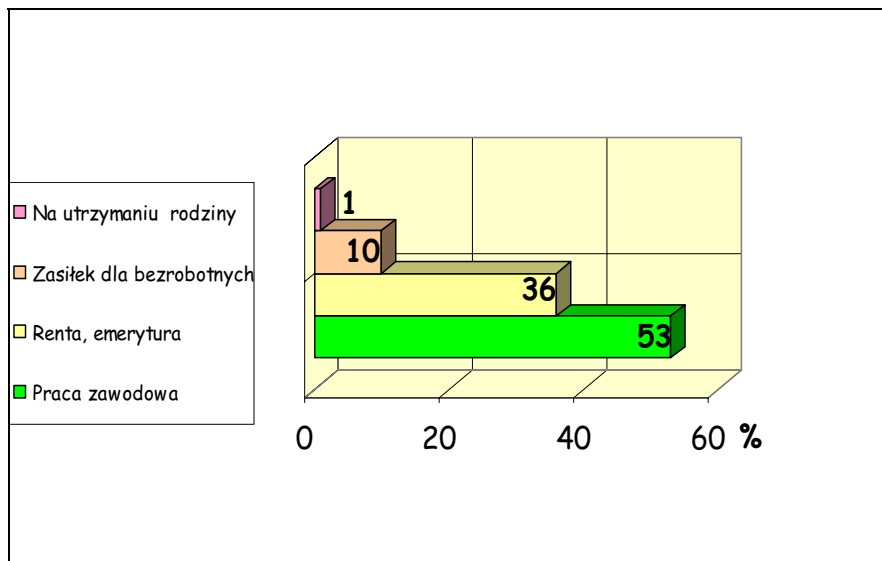
- Wyższe wykształcenie posiada 35% badanych,
- 33% to osoby ze średnim wykształceniem,
- 20% posiada zawodowe wykształcenie,
- 12% osób ma wykształcenie podstawowe.

Wykres 3. Wykształcenie respondentów (badania własne).



Źródłem utrzymania dla 53% jest praca zawodowa. Renciści i emeryci stanowią 46%, zasiłek dla bezrobotnych pobiera 10% a na utrzymaniu rodziny jest 1% badanych.

Wykres 4. Źródło dochodów respondentów (badania własne).



V. Wyniki badań.

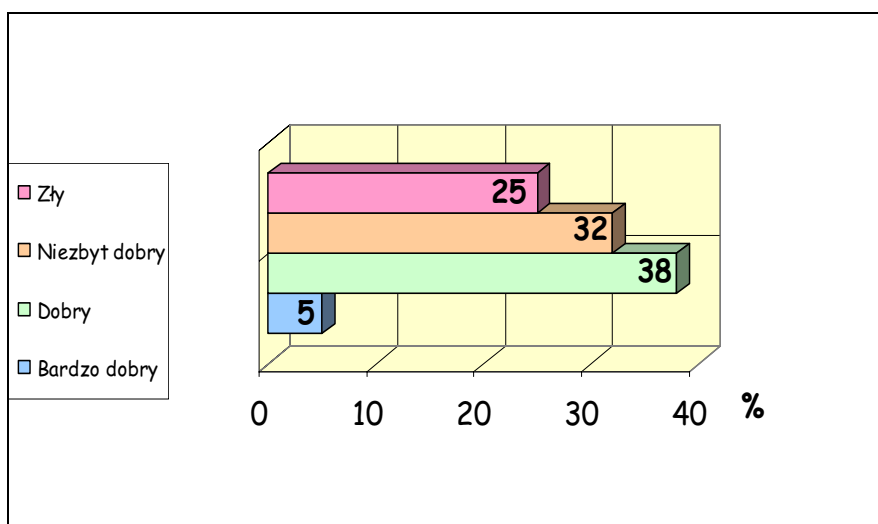
1. Reakcje emocjonalne chorych związane z chorobą.

Reakcje emocjonalne pacjentów związane z chorobą są uwarunkowane wieloma czynnikami. Z przeprowadzonych badań wynika, że chorzy swój stan zdrowia oceniają w sposób zróżnicowany. Ta ocena nie ma związku z wiekiem, wykształceniem ani też liczbą hospitalizacji.

W odpowiedzi na pytanie o ocenę swego stanu zdrowia (wykres nr V):

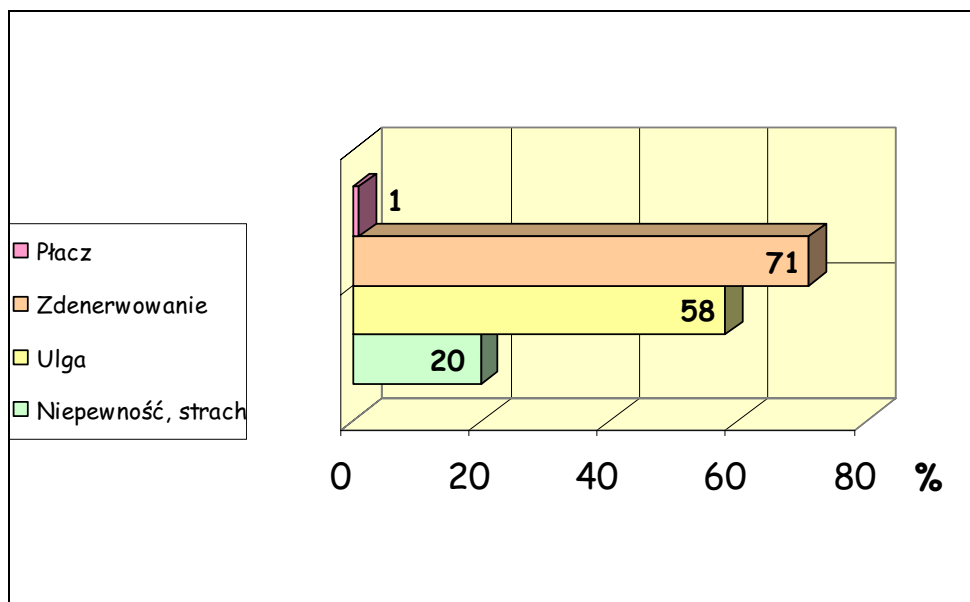
- 38% określiło jako dobry,
- 32% jako niezbyt dobry,
- 25% uznaje swój stan zdrowia jako zły,
- 5% twierdzi, że ich zdrowie jest w bardzo dobrym stanie.

Wykres 5. Samoocena stanu zdrowia (badania własne).



Zdecydowana większość badanych – 75% reaguje zdenerwowaniem na fakt hospitalizacji, 58% czuje ulgę. Niepewność i strach towarzyszy 20% badanych (wykres nr VI).

Wykres 6. Reakcja chorego na hospitalizację (badania własne).

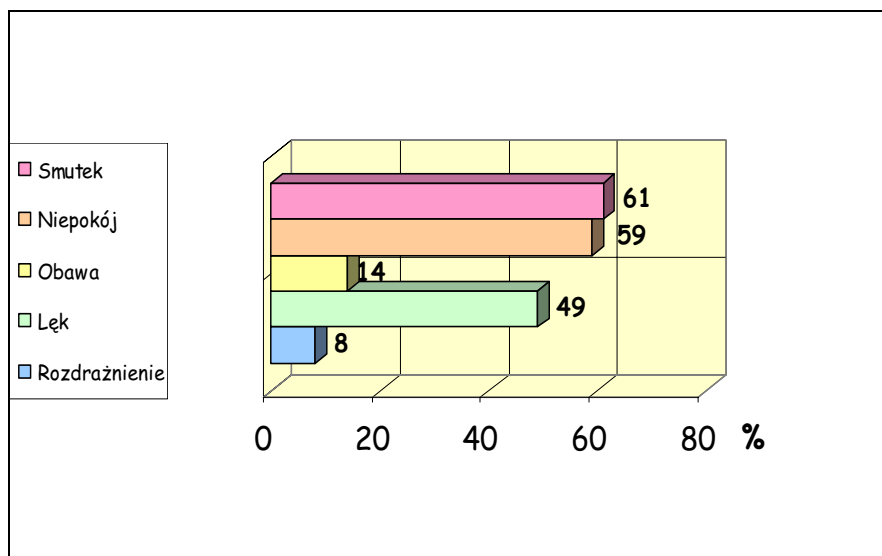


W najtrudniejszych chwilach pacjentom towarzyszą różne emocje: (wykres nr VII).

- smutek zgłasza 61%,
- niepokój pojawia się u 59%,
- lęk ogarnia 49%,

- obawa występuje 14%,
- rozdrażnienie 8%,

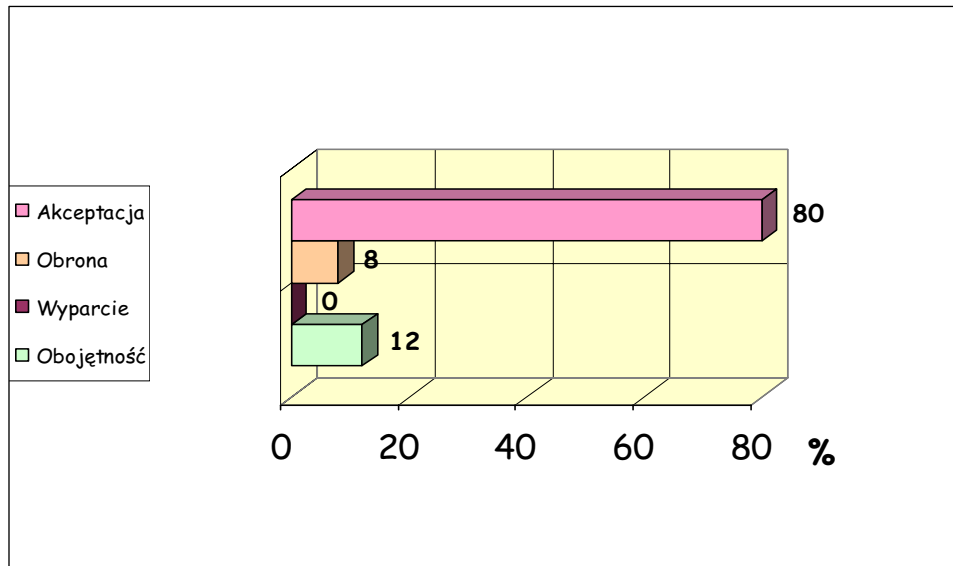
Wykres 7. Odczucia w trudnych chwilach (badania własne).



Wobec siebie i choroby badani przyjmują postawę: (wykres nr VIII)

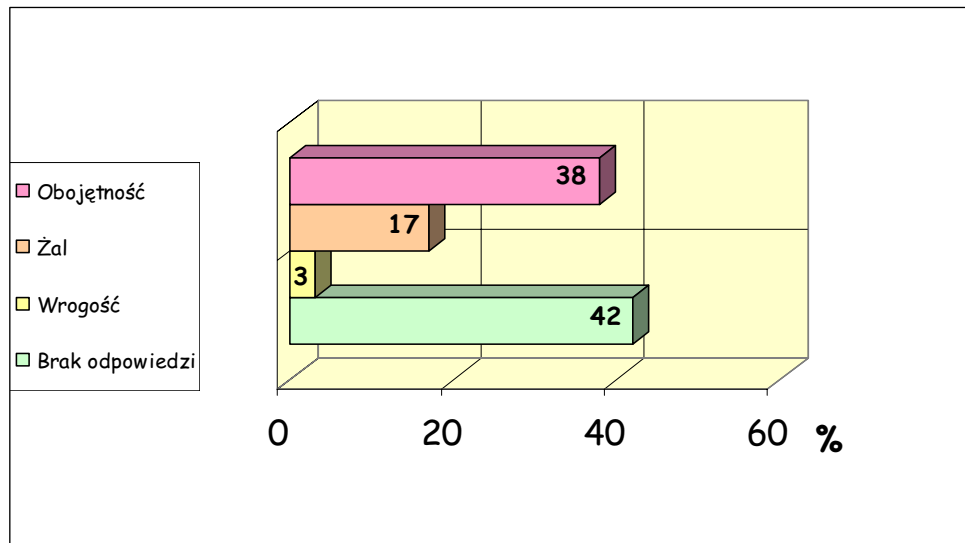
- Akceptacji 80%
- Obojętności 12%
- Obrony 8%

Wykres 8. Postawy pacjentów wobec siebie i choroby (badania własne).

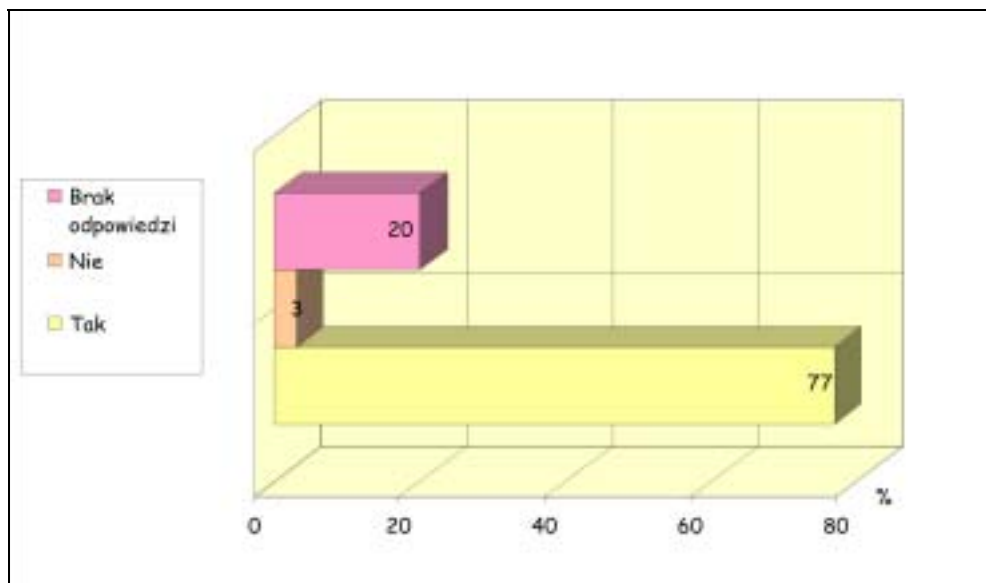


Natomiast wobec rodziny 38% wykazuje obojętność. Żal towarzyszy 17% a 3% wykazuje wrogość wobec bliskich. Ponad 40% respondentów nie określiło swoich postaw.

Wykres 9. Postawy pacjentów wobec rodziny (badania własne).



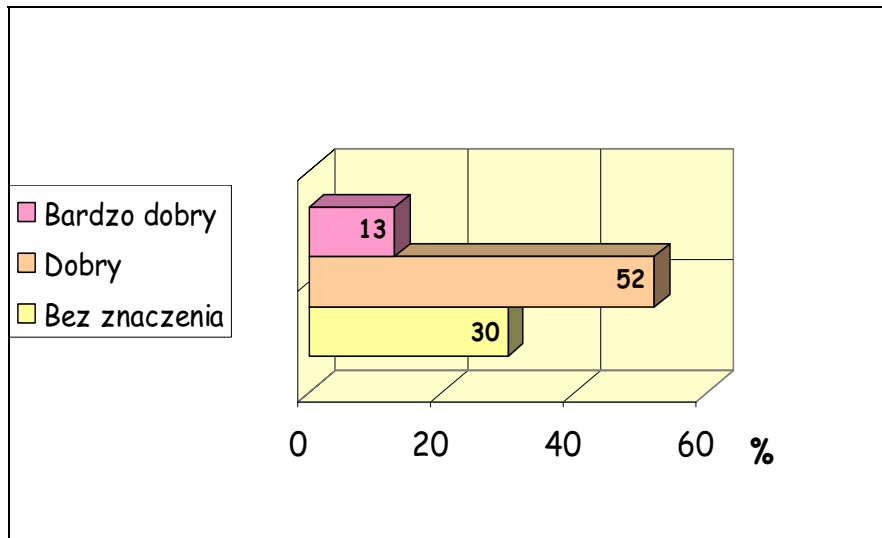
Wykres 10. Potrzeba rozmowy z pielęgniarką (badania własne).



Na podstawie uzyskanych odpowiedzi stwierdzam, że 77% pacjentów odczuwa potrzebę rozmowy z pielęgniarką na tematy osobiste. Tylko 20% nie odczuwa takiej potrzeby (wykres nr X).

Rozmowy z pielęgniarką (wykres nr XI) dobrze wpływają na samopoczucie 52% pacjentów. Dla 30% nie mają znaczenia.

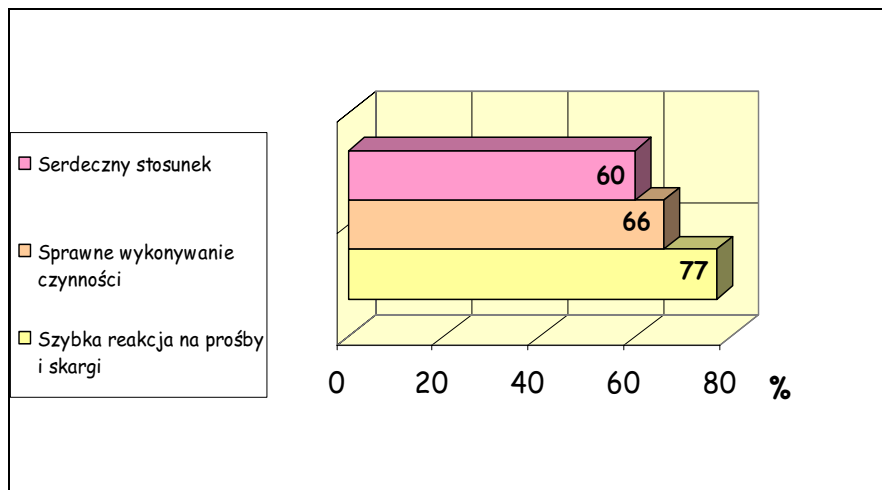
Wykres 11. Wpływ rozmowy z pielęgniarką na pacjenta (badania własne).



2. Ocena działalności pielęgniarek.

Wśród stu badanych 77% twierdzi, że można polegać na pielęgniarce bowiem szybko reaguje na skargi i prośby. Sprawne wykonywanie czynności przez pielęgniarkę jest ważne dla 66% badanych a 60% ceni serdeczny ich stosunek do chorych (wykres nr XII).

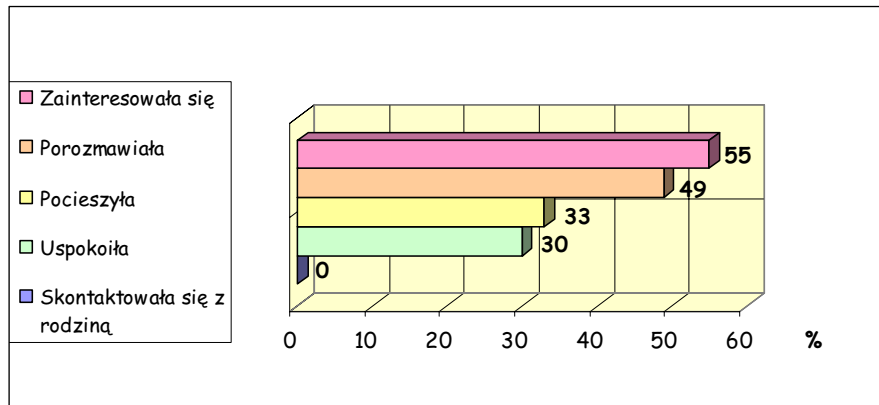
Wykres 12. Ocena pielęgniarki przez ankietowanych (badania własne).



Pacjenci oczekują aby pielęgniarka:

- zainteresowała się nimi 55%,
- porozmawiała 49%,
- pocieszyła 33%,
- uspokoiła 30%,

Wykres 13. Oczekiwania pacjentów względem pielęgniarki (badania własne).

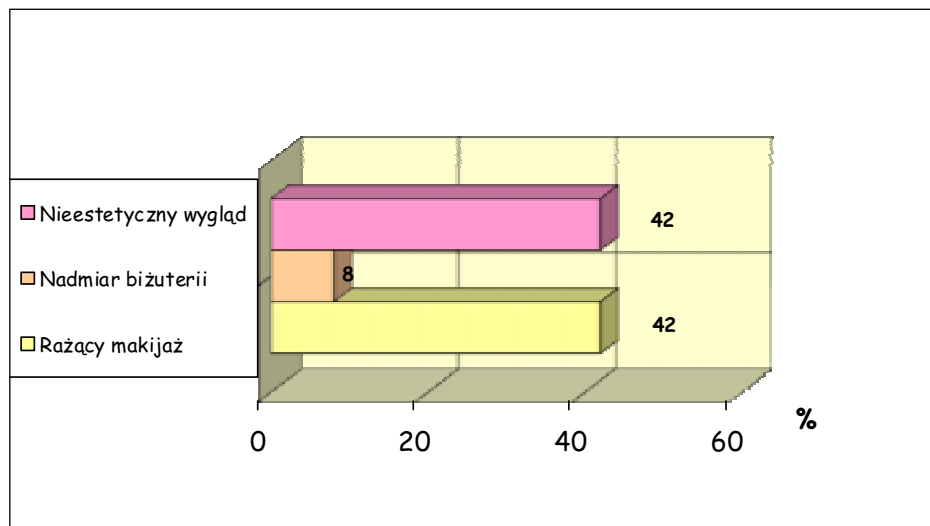


Z badań wynika, że chorzy są baczniymi obserwatorami i krytycznie oceniają postawę, wygląd i zachowanie pielęgniarek.

Najbardziej ich razi: (wykres nr XIV).

- nieestetyczny wygląd 42%,
- rażący makijaż 42%.

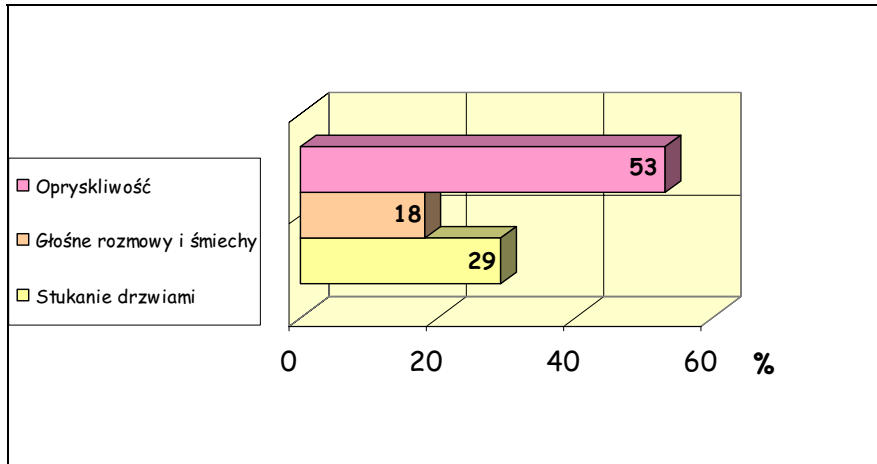
Wykres 14. Ocena względem pielęgniarki (badania własne).



W zachowanie pielęgniarek pacjentów raz: (wykres nr XV)

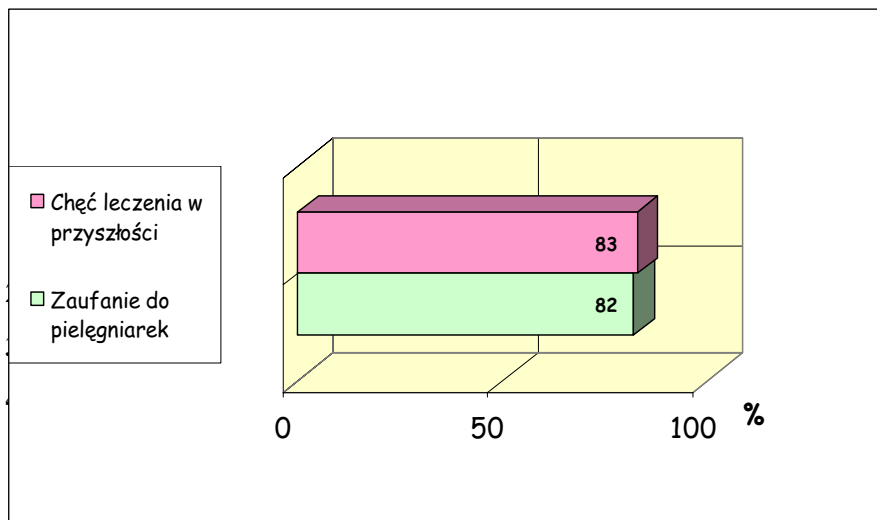
- Opryskliwość 53%,
- Stukanie drzwiami 29%,
- Głośne rozmowy i śmiechy 18%,

Wykres 15. Ocena zachowania pielęgniarkei (badania własne).



Mimo krytycznych ocen wyglądu i zachowania pielęgniarkei ankietowani – 83% odnoszą się z zaufaniem do nich. Wyrażają – 82% chęć leczenia w placówce w przyszłości.

Wykres 16. Ogólna ocena instytucji przez ankietowanych (badania własne).

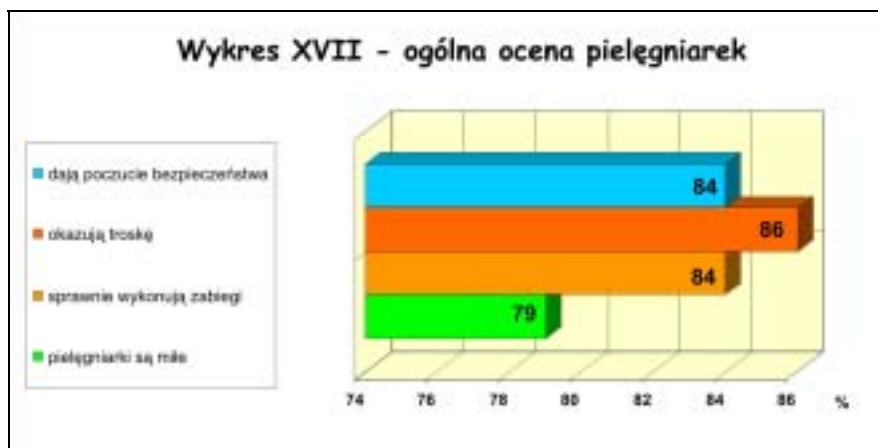


Swoje wypowiedzi uzasadniają tym, że:

- pielęgniarkei są miłe,
- sprawnie wykonują zabiegi,

- okazują troskę,
- dają poczucie bezpieczeństwa.

Wykres 17. Ogólna ocena pielęgniarek przez respondentów (badania własne).



Wnioski:

- Pacjenci pozytywnie oceniają działalność pielęgniarek w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy.
- Cechami, które cenią w pielęgniarkach najbardziej są: okazywanie troski, życzliwość, sprawne wykonanie zabiegów, gwarancja poczucia bezpieczeństwa.
- Pacjent jest celem i ośrodkiem działań.
- Pielęgniarki spełniają oczekiwania hospitalizowanych pacjentów.

Podsumowanie

Po dokładnej analizie zebranego materiału mogę stwierdzić, że chorzy są zadowoleni ze świadczonych usług w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy. Chcą, aby ich traktowano z godnością. Od pielęgniarek oczekują takich postaw i zachowań, o których mówi etyka zawodu pielęgniarskiego.

Uważam, że pacjenci słusznie krytykują wygląd i zachowanie pielęgniarek, bo przecież pielęgniarka swoim wyglądem i zachowaniem powinna kształtować wizerunek pielęgniarki i wzbudzać zaufanie. Jeżeli pielęgniarka jest dumna z tego, że pełni ten zawód – potrafi zadbać o swój wygląd i wizerunek zawodu. A jej nadrzędnym celem będzie niesienie pomocy i troska o pozostającego pod jej opieką drugiego człowieka.

Bibliografia:

1. Bogusz J.: Encyklopedia dla pielęgniarek, PZWL Warszawa 1987.
2. Górąjek-Jóźwik J (red): Filozofia i teorie pielęgniarstwa. Czelej Lublin 2002.
3. Heszen-Niejodek I. (red): Jak żyć z chorobą i jak ją pokonać, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego Katowice 2000.
4. Kulczycki M.: Psychologiczne problemy człowieka chorego, Ossolineum Warszawa 1971.
5. Lenartowicz Z.: Podstawy organizacji i kierowania dla pielęgniarek, PZWL Warszawa 1974.
6. Rżewska I.: Pacjent pielęgniarstwa, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1981.
7. Wrońska I., Mariański J. (red): Etyka w pracy pielęgniarki, Czelej Lublin 2002.
8. Zahradniczek K (red): Pielęgniarstwo, PZWL Warszawa 2004.

Lucyna Sochocka
Instytut Pielęgniarstwa. Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Aleksander Wojtyłko
Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu

Poczucie satysfakcji podopiecznych oddziału chirurgii dziecięcej WCM w Opolu a model opieki funkcjonujący w oddziale

„...jednym z istotnych osiągnięć współczesnego pielęgniarstwa jest opracowanie założeń Primary Nursing i wdrożenie ich do praktyki”.

Dążenie pielęgniarek do osiągnięcia większej satysfakcji zawodowej, autonomii i możliwości pełnego wykorzystania profesjonalizmu, a przede wszystkim podjęcie działań mających na celu zmianę sposobu postrzegania przez pacjentów współczesnej pielęgniarki było powodem podejmowania prób wdrażania modelu Primary Nursing w placówkach ochrony zdrowia w wielu krajach, w tym również w Polsce [1, 2, 3].

Pacjenci wskazywali na niedostateczne zadowolenie z otrzymywanej opieki pielęgniarstwa, w tym na brak kontaktu pielęgniarki z pacjentem, anonimowość ze strony pielęgniarek (pacjenci z reguły wiedzą jaki lekarz się nimi opiekuje, natomiast nie potrafią wskazać jednej, czy kilku pielęgniarek, które były odpowiedzialne za jego pielęgnowanie), przedmiotowe traktowanie, nie zwracanie uwagi na ich potrzeby, decydowanie za pacjenta co jest dla niego najlepsze. Z kolei pielęgniarki, zwłaszcza pracujące w systemie „zadaniowym”, wskazywały na brak zadowolenia i satysfakcji z wykonywanej pracy, oraz na złą organizację bezpośredniej pracy z pacjentem. W mniemaniu pielęgniarek, dla pacjenta były one najczęściej „białą masą personelu”, ew. „tą, która podała leki” [4, 5].

Powyższe spostrzeżenia nabierają, jak sędzę, głębszego wymiaru w odniesieniu do pacjentów przebywających w oddziale chirurgii dziecięcej. Wpływ na to mają, między innymi:

- specyfika oddziału,
- wiek leczonych w nim pacjentów.

Dziecko, jako pacjent różni się od pacjenta dorosłego. Najczęściej jest niesamodzielne, bezbronne i uzależnione od pomocy dorosłych. Od wielu lat, w Polsce, czynione są starania o przyjęcie Europejskiej Karty Dziecka w Szpitalu, co jest wyrazem dostrzeżenia szczególnych potrzeb dzieci hospitalizowanych i dążenia do tworzenia warunków sprzyjających ich dobremu samopoczuciu w okresie leczenia. Rodzice, którzy obecnie mają pełne prawo przebywać wraz z dzieckiem w oddziale, biorą czynny udział w czynnościach pielęgnacyjnych, współpracują z personelem w procesie leczenia i pielęgnowania. Jednocześnie mają większe oczekiwania względem personelu zajmującego się ich dziećmi, oczekują profesjonalizmu, życzliwości i zrozumienia [5].

Ostatnie lata przyniosły zmiany w funkcjach pełnionych przez pielęgniarki. Dziś, zgodnie z kompetencjami pielęgniarka realizuje w swojej pracy różnorakie funkcje, w tym:

- opiekuńczą,
- wychowawczą,
- profilaktyczną,
- promowania zdrowia,
- terapeutyczną,
- rehabilitacyjną [3].

Bez wątplenia, w oddziale chirurgii dziecięcej pielęgniarka odgrywa bardzo ważną rolę. Pełni funkcję kierowniczą, której realizacja wymaga uznawania, akceptowania i szanowania przez nią praw chorego. Pielęgniarka poza oceną stanu zdrowia, realizowaniem zleceń lekarskich i opieką pielęgniarską, wykonuje nowe zadania, związane z doradztwem, psychoedukacją i promocją zdrowia. Ocena stanu ogólnego dziecka polega na zebraniu danych osobowych od rodziców/opiekunów, wywiadzie rodzinnym, środowiskowym i epidemiologicznym. Sprawując całodobową opiekę nad dzieckiem, pielęgniarka uczestniczy w ocenie potencjalnych zagrożeń wynikających z choroby.

Oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarskiej mogą zależeć od wielu czynników, m. in.: wieku dziecka, rodzaju leczenia (zachowawcze, operacyjne) czy też czasu pobytu dziecka w oddziale. Wraz ze wzrostem wiedzy medycznej rodziców, jak też poznania praw związanych z procesem diagnostyki, leczenia i rehabilitacji dziecka, oczekiwania te mogą ulegać zmianie [5].

Primary nursing – to szereg działań pielęgniarzkich wykonywanych wobec pacjenta (rodziny) przez tę samą pielęgniarkę, która jest odpowiedzialna zarówno w układzie pielęgniarka – pacjent, jak i pielęgniarka – administracja za wyniki swej działalności. Wyniki te rozumiane są jako następujące składowe: stan zdrowia, poziom aktywności, wiedza.

W swoim ogólnym założeniu, primary nursing, podobne jest do rozwiązania stosowanego w Polsce przez zespoły leczące w szpitalu: lekarz „prowadzący” odpowiada za pacjenta przez cały okres jego pobytu w oddziale, natomiast lekarz dyżurny, który przejmuje odpowiedzialność za pacjenta na czas nieobecności lekarza „prowadzącego” kontynuuje program leczenia. Ma jednak uprawnienia do dokonywania zmian i modyfikacji w programie leczenia nakreślonym przez lekarza „prowadzącego”. Ten zaś może je utrzymać, lub wrócić do wcześniejszych ustaleń.

Primary nursing jest filozofią pielęgnowania opierającą się na założeniu „mój pacjent – moja pielęgniarka”. Jest to taki rodzaj opieki nad pacjentem (od przyjęcia do szpitala, aż do wyjścia), w którym pozostaje on pod kontrolą jednej pielęgniarki, nazywanej Primary Nurse. Ma ona do dyspozycji kilkusobowy zespół pielęgniarek, z którymi realizuje opiekę nad określoną liczbą pacjentów (od 1 do 10). Na czas swojej nieobecności w oddziale deleguje uprawnienia pielęgniarskie z zespołu, którym kieruje. W skład tego zespołu wchodzi osoby o różnym stopniu przygotowania zawodowego i doświadczenia w pracy z pacjentem. Mogą być wśród nich: studentka na pierwszej lub kolejnej praktyce zawodowej, pielęgniarka z tytułem licencjata, która dopiero co ukończyła szkołę, magister pielęgniarstwa czy pielęgniarka dyplomowana z wieloletnim stażem zawodowym, ogromnym doświadczeniem i wiedzą w dziedzinie pielęgniarstwa, z którą zawodowo jest związana. Osoby te tworzą zespół pracujący na rzecz pielęgnowania przydzielonych im pacjentów. Sama Primary Nurse jest ważnym członkiem zespołu wielodyscyplinarnego. Pracuje z lekarzem, z pacjentem i jego rodziną oraz innymi członkami zespołu. Ustala, samodzielnie, jak i we współpracy z innymi, cele opieki nad pacjentem, sprawuje bezpośrednią opiekę i koordynuje wysiłki innych. W oddziale szpitalnym, w którym pielęgnowanie realizowane jest zgodnie z założeniami Primary nursing może pracować kilka Primary Nurse. Ich liczba zależy między innymi od wielkości oddziału, ciężkości stanów podopiecznych ocenianych z pozycji pielęgniarki oraz przyjętych rozwiązań. Wszystkie one podlegają pielęgniarsce oddziałowej, która odpowiada za jakość świadczonego pielęgnowania.

Primary Nurse, podejmując opiekę, rozpoczyna współpracę z pacjentem (rodziną) ukierunkowaną na osiągnięcia, o ile to możliwe, wspólnie stawianych celów, angażuje wszelkie dostępne środki dla zapewnienia mu optymalnej opieki, koordynuje działania zespołu, reprezentuje sprawy pacjenta zwracając się do innych pracowników lub organizacji. Promuje humanizację opieki i dzięki temu staje się autorytetem dla pacjenta, który dzięki temu nie ztraca swej indywidualności, nabiera zaufania do pielęgniarki i jej działań, ma poczucie wartości i często czynnie uczestniczy w pracach podejmowanych dla poprawy swego stanu zdrowia. Do najistotniejszych zadań Primary Nurse należy:

- ścisła współpraca z pielęgniarką oddziałową,
- kierowanie zespołem podległych jej osób, w różnym stopniu przygotowanych do sprawowania opieki,
- prezentowanie praw pacjenta na forum zespołu interdyscyplinarnego dla potrzeb wymiany informacji i ustaleń dotyczących opieki,
- współpraca z pacjentem (a także z jego rodziną i/lub innymi bliskimi mu osobami), która ukierunkowana jest na osiągnięcie wspólnie stawianych celów przy zaangażowaniu wszelkich dostępnych środków dla zapewnienia mu optymalnej opieki.

Realizując te zadania postępuje ona zgodnie z założeniami procesu pielęgnowania co pozwala na zapewnienie całościowej i ciągłej opieki nad pacjentem. Po przeprowadzeniu wywiadu z pacjentem i/lub rodziną:

1. Dokonuje pełnej oceny stanu zdrowia pacjenta.
2. Stawia diagnozę pielęgniarską oraz wytycza cele opieki.
3. Planuje indywidualną opiekę nad pacjentem.
4. Dokonuje oceny jego stanu zdrowia i efektywności swych działań.

Ten system opieki pozwala pielęgniarce służyć pacjentowi bezpośrednią opieką, wyklucza odpowiedzialność zbiorową i opiekę fragmentaryczną. Primary nursing zapewnia lepsze komunikowanie i wyższy poziom satysfakcji dla pacjenta i pielęgniarki dzięki promocji humanizacji opieki. Jego zaletą jest zmiana organizacji pracy. Zmienia się rola szefów zespołów pielęgniarskich z funkcji nadzorującej na doradczą, wspierającą i mobilizującą. Aktywny współudział członków zespołów pielęgniarskich w procesie leczenia i rehabilitacji, już w fazie planowania opieki, a także uważne słuchanie pielęgniarek o czym mówią klienci pozwoli bardziej profesjonalnie zająć się całości-

wym – spełniającym kryteria opieki holistycznej – leczeniem. Pozwoli także na kreowanie wizerunku organizacji medycznej, która lepiej i staranniej rozpoznaje i leczy pacjenta, co podniesie jakość świadczonych usług i może przyczynić się do przewagi konkurencyjnej na rynku medycznym [1, 2, 3].

Celem pracy było określenie poziomu satysfakcji podopiecznych oddziału chirurgii dziecięcej i ich rodziców w świetle aktualnie funkcjonującego w oddziale systemu opieki.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od września do listopada 2009 roku w oddziale chirurgii dziecięcej Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu. Grupę badawczą, liczącą 48 osób, stanowili rodzice dzieci leczonych w tym okresie w oddziale. Dobór osób miał charakter losowy. Udział w badaniach dobrowolny i anonimowy.

Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety stworzony na potrzeby pracy przez jej autorów. Kwestionariusz ankiety zawierał metryczkę i pytania szczegółowe dotyczące oceny funkcji realizowanych przez pielęgniarki pracujące w oddziale chirurgii dziecięcej, oraz poziomu satysfakcji z jakości usług realizowanych przez personel medyczny oddziału. Ankieta została przeprowadzona wśród rodziców dzieci wypisywanych do domu.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Zależność dwóch zmiennych weryfikowano testem dokładnym Fishera (z uwagi na niedużą liczebność próby).

W badaniach przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej z użyciem wykresów i tabel.

Analizy statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA v.7.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Badana grupa składała się z 38 kobiet i 10 mężczyzn, co stanowi odpowiednio 79,17% oraz 20,83% ogółu badanych. Średnia wieku osób ankietowanych wynosiła 33 lata. Najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy wsi (45,8%), legitymujący się wykształceniem średnim (55,4%). Dość dużą grupę stanowili badani z wyższym wykształceniem (34%). Ponad połowa (57,4%) respondentów przebywała z dzieckiem w oddziale całą dobę, ankietowani, którzy byli ze swoim dzieckiem przez cały dzień

stanowili 19,1% ogółu badanych. Rodzice, którzy spędzili z dzieckiem zaledwie kilka godzin w trakcie całego jego pobytu w oddziale stanowili 6,5%.

Podopieczni oddziału chirurgii dziecięcej to dzieci w wieku ok. 7 lat, przyjęte do oddziału w trybie planowym (56,3%), w przeważającej większości (62,5%) celem wykonania zabiegu chirurgicznego. Grupa 81,3% pacjentów przebywała w oddziale do 5 dni. Przez 10 dni proces leczenia prowadzono u 14,6% podopiecznych. Dzieci, które spędziły w oddziale więcej niż 10 dni stanowiły zaledwie 4,2%.

Większość rodziców – 66,7% wysoko oceniło jakość usług pielęgniarskich świadczonych w oddziale. Zaledwie 2,1% (tj. 1 osoba) oceniło je nisko. W opinii ponad połowy (55,1%) rodziców dzieci leczonych w oddziale opieka pielęgniarska ma charakter zorientowany na pacjencie. Grupa 34,8% badanych określiła ją jako zorientowaną na zadaniach do wykonania (tj. podaniu leków, zmiany opatrunków). Na mieszany charakter opieki pielęgniarskiej wskazuje 10,9% respondentów.

Na wysoką ocenę jakości opieki pielęgniarskiej niewątpliwie wpływ ma dostępność pielęgniarki dla podopiecznych, uwzględniając czas im poświęcony. Ponad połowa badanych (56,3%) wysoko oceniła tę dostępność. W opinii 41,7% rodziców biorących udział w badaniu dostępność pielęgniarek kształtuje się na optymalnym poziomie.

Również w stopniu optymalnym, w opinii rodziców, pielęgniarki realizują większość swoich funkcji zawodowych. Jedynie funkcja opiekuńcza, w opinii 62,2% respondentów, realizowana jest na wysokim poziomie.

Ponad połowa badanych rodziców (66,7%), w czasie pobytu z dzieckiem w oddziale, czuła się bezpiecznie. Poziom poczucia bezpieczeństwa, jaki im towarzyszył rodzice Ci określili jako wysoki. Opiekunowie w różnym wieku podobnie oceniali poczucie bezpieczeństwa, które towarzyszyło Im i Ich dziecku. Wiek opiekunów, podobnie jak cel (powód) pobytu dziecka w oddziale nie wpływa na ich ocenę. Warto podkreślić, że w odpowiedziach nie pojawiła się „niska“ ocena poczucia bezpieczeństwa. Czas pobytu dziecka w oddziale również nie ma wpływu na poczucie bezpieczeństwa, które towarzyszyło dziecku i Jego rodzicom. Jednak wyniki badań wskazują, że przy pobycie do 10 dni stopień poczucia bezpieczeństwa jest największy (85,7% – wysoki). Wydaje się, że zwiększenie próby i poprawienie reprezentacji badanych w pozostałych grupach czasu pobytu, mogłoby potwierdzić zależność obu badanych cech.

Gwarantem tak wysokiej oceny poczucia bezpieczeństwa może być fakt, iż 87,5% rodziców w chwili przyjęcia dziecka do oddziału zostało poinformowanych o Prawach

Pacjenta. W opinii 60,9% ankietowanych prawa te są respektowane w stopniu wysokim, 37% uważa, iż poziom ich respektowania jest optymalny. Członkami zespołu terapeutycznego, którzy wpływają na poczucie bezpieczeństwa dziecka i jego rodziców w oddziale są także lekarze, zwłaszcza w oddziałach zabiegowych. Ponad połowa respondentów (55,3%) jakość usług świadczonych przez lekarzy oceniła wysoko, 38,3% badanych oceniło ją optymalnie, 6,4% nisko. Nie mniej jednak, w opinii 95,7% respondentów członkiem zespołu terapeutycznego, który poświęcał dziecku najwięcej czasu była pielęgniarka. To w jej obecności, jak twierdzi 79,5% badanych rodziców, dziecko czuło się najlepiej w czasie pobytu w oddziale.

Dyskusja

Oddział Chirurgii Dziecięcej WCM w Opolu jest jedynym oddziałem tego profilu w województwie. Rejon jego działania obejmuje ponad 12 tys. mieszkańców. Bazę oddziału stanowi 35 łóżek z wydzielonymi odcinkami: noworodkowym, dzieci przedszkolnych z wydzielonymi łózkami septycznymi i stanowiskami do leczenia oparzeń i urazów, odcinek dzieci szkolnych z wydzielonymi łózkami urologii dziecięcej i urazowymi. Oddział pełni permanentny ostry dyżur z pełnym zakresem usług przyjmując wszystkie dzieci od noworodków począwszy na 18 latkach skończywszy. Zakres usług w zakresie chirurgii dziecięcej jaki oferuje oddział obejmuje:

- chirurgię noworodka /leczenie wodogłowia i innych wad centralnego układu nerwowego, wad przewodu pokarmowego i układu krążenia/,
- chirurgię jamy brzusznej /w tym chirurgię laparoskopową/,
- urologię dziecięcą /łącznie z badaniami urodynamicznymi i pełnym zakresem urologii endoskopowej/,
- chirurgię urazową /urazy wielonarządowe, urazy termiczne i chemiczne/,
- chirurgię jednego dnia.

Rodzice mogą przebywać z dzieckiem w oddziale całą dobę. Dzieci mają do dyspozycji świetlicę, gdzie w godzinach przedpołudniowych odbywają się zajęcia szkolne a po południu przedszkolne, prowadzone przez wykwalifikowanych pedagogów.

Choroba i hospitalizacja dziecka zawsze są przykre dla niego i dla jego rodziców. Są powodem wielu negatywnych przeżyć, o których trudno zapomnieć. Konieczność rozdzielania z rodzicami, zmiana otoczenia, zmiana rytmu dnia, ból, nieprzyjemne zabiegi, mogą być przyczyną poważnych następstw psychicznych określanych mianem

choroby szpitalnej, której objawy mogą wystąpić w trakcie pobytu dziecka w szpitalu, ale także mogą ujawnić się kilka lat później. Dlatego opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu jest tak ważna. Nie może ograniczać się jedynie do procesu leczenia czy rehabilitacji. Zapewnienie jak największego poczucia bezpieczeństwa dziecku w czasie hospitalizacji powinno być priorytetem dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Powinni oni mieć świadomość tego, iż silne stresy przeżyte w szpitalu mogą spowodować u dziecka objawy nerwicowe a nawet uraz psychiczny na całe życie.

Przez długie lata przyjęcie dziecka do szpitala wiązało się z czasowym pozbawieniem go opieki rodziców, których prawa do świadomego udziału w procesie jego leczenia i pielęgnacji ograniczały się do minimum, najczęściej do podpisania zgody na leczenie szpitalne i związane z nim zabiegi. Rodzicom nie pozwalano na przebywanie z dzieckiem w oddziale i na udział w opiece nad nim. Dziecko było podmiotem opieki wyłącznie personelu medycznego tj lekarzy i pielęgniarek [6].

Obecnie źródłem wsparcia dla dzieci podczas hospitalizacji są zarówno rodzice lub opiekunowie, ale także pielęgniarki, lekarze, psychologowie, pracownicy socjalni, wychowawcy przedszkolni, wolontariusze. Z pielęgniarkami mali podopieczni i ich rodzice spotykają się najczęściej. Wymagają od nich profesjonalizmu, troski, zapewnienia im bezpieczeństwa i poszanowania ich praw. Ważne jest aby dziecko było traktowane przez personel medyczny z poszanowaniem jego godności i intymności. Przestrzeganie praw chorego dziecka powinno być obowiązkiem wszystkich członków zespołu terapeutycznego a ich respektowanie powinno być zgodne z obowiązującymi ustawami, Konwencją ONZ o prawach dziecka, regulaminami szpitalnymi i Europejską kartą praw pacjenta. Prawa te przysługują każdemu dziecku, niezależnie od wieku i procesu zaawansowania choroby.

Zgodnie z Kartą Praw Dziecka w Szpitalu:

- dzieci powinny być przyjmowane do szpitala tylko wtedy, kiedy leczenie nie może być prowadzone w domu, dzieci pod opieką poradni lub na oddziale dziennym;
- powinny mieć prawo do tego, aby rodzice lub opiekunowie cały czas przebywali razem z nimi w oddziale;
- dzieci i ich rodzice powinni mieć prawo do uzyskiwania informacji;

- dzieci i ich rodzice mają prawo współuczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia;
- dzieci powinny być traktowane z taktem i wyrozumiałością, ich prawo do intymności powinno być zawsze szanowane.

To tylko wybrane prawa chorego dziecka i jego rodziców. Świadomość obowiązku respektowania ich przez personel medyczny stwarza poczucie bezpieczeństwa małym podopiecznym i ich rodzicom. Obecność rodziców przy dziecku jest najskuteczniejszym sposobem zapobiegania szpitalnym stresom. W celu ułatwienia współpracy z personelem powinni oni zostać zapoznani z regulaminem pobytu dziecka w oddziale. Powinni być włączani w pielęgnowanie dziecka, mieć możliwość towarzyszenia mu podczas zabiegów. Powinni współpracować w leczeniu dziecka oraz organizować mu czas wolny. Należy poinformować rodziców, w jaki sposób powinna wyglądać współpraca i relacje z dzieckiem w szpitalu, wyjaśnić konieczność podporządkowania się ustalonym zasadom. Rodzice chorego dziecka na początku są na ogół przerażeni sytuacją, później zaś bywają roszczeniowi. Pielęgniarka powinna rozumieć, że rodzice chcą być w szpitalu użyteczni, ale nie wiedzą co, jak i w jakim miejscu mogą robić, dlatego to pielęgniarka przygotowuje ich do właściwego postępowania z dzieckiem, także po jego powrocie do domu. Dzięki niej rodzice powinni umieć wykonywać zalecane zabiegi pielęgnacyjne czy rehabilitacyjne, znać terminy kontrolnych wizyt i ich znaczenie, wiedzieć jakie będą możliwe reakcje psychologiczne dziecka gdy opuści ono szpital [7].

Wykonywanie czynności pielęgnarskich przy chorym dziecku wymaga ścisłej współpracy z jego rodzicami. Duże znaczenie ma rozmowa, nawiązanie kontaktu i informowanie zarówno dziecka, jak i jego rodziców o celu i potrzebie wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych. Liczne badania oceniające skuteczność psychoedukacji dziecka i jego rodziców przed zabiegiem chirurgicznym potwierdzają jej pozytywny wpływ zarówno na przebieg leczenia jak i uzyskiwanie przez rodziców wyższej satysfakcji. Duże korzyści zauważono również z angażowania rodziców w przygotowanie dzieci do zabiegu chirurgicznego [6]. Dziecko, które zostało właściwie przygotowane do operacji, które rozumie konieczność uspienia i zna przebieg zabiegu na pewno znieśie go lepiej i szybciej wróci do zdrowia. Będzie też lepiej współpracowało z personelem. U nieprzygotowanych do operacji dzieci obserwuje się więcej komplikacji i powikłań pooperacyjnych, trzeba im częściej podawać środki przeciwbólowe, wolniej wracają do zdrowia. Wskazane jest, aby zoperowane dziecko po przebudzeniu zoba-

czyło przy sobie bliską osobę, najlepiej któregoś z rodziców. Będzie spokojniejsze, gdy mama potrzyma je za rękę lub wykona proste zabiegi wskazane przez lekarza lub pielęgniarkę. Badania M. Jakubczyk i wsp. (2003), a także D. Bilickiej i wsp. (2009) wskazują na potrzebę informowania rodziców o wykonywanych zabiegach pielęgnacyjnych przy dziecku, autorzy mówią o zadowoleniu rodziców wynikającym z informowania i z uzyskanych przez nich informacji. Niniejsze badania wskazują na optymalną ocenę sposobu realizacji funkcji wychowawczej pielęgniarki.

Istotne znaczenie dla rodziców dzieci leczonych w oddziale chirurgicznym będzie miało umiejętne i profesjonalne wykonanie wszystkich czynności związanych z pielęgnacją dziecka. W badaniu Przybysz i wsp. (2001) respondenci za bardzo ważne uznali profesjonalne wykonywanie zabiegów pielęgnarskich. Podobnie, w badaniach Puczkowskiej (2005), na sprawność manualną w trakcie wykonywania zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych zwróciło uwagę 44% matek. Także w badaniach D. Bilickiej i wsp. (2003) 83% respondentów wyraziło zadowolenie z jakości wykonywanych czynności pielęgnacyjno – leczniczych, wystawiając jednocześnie wysoką ocenę. Wyniki omawianych badań zdają się potwierdzać rolę i znaczenie realizacji funkcji opiekuńczej. 62,2% badanych oceniło wysoko sposób realizacji tej funkcji przez pielęgniarki zatrudnione w oddziale.

Na inny aspekt opieki pielęgnarskiej zwrócili uwagę Przybysz i wsp. (2001), twierdząc, iż jednym z podstawowych zadań pielęgniarki pracującej w oddziale dziecięcym jest organizowanie dziecku czasu wolnego. Także D. Bilicka i wsp. (2009) wskazuje, że aż 60% ankietowanych rodziców realizację tej potrzeby oceniło wysoko. Natomiast z badań przeprowadzonych przez Puczkowską i wsp. (2005) wynika, że ankietowane matki nie przywiązywały do tego faktu zbyt dużej wagi.

Przybysz i wsp. (2001) twierdzą, że braki w opiece pielęgnarskiej dotyczą również edukacji zdrowotnej, przygotowania rodziców do do współuczestnictwa w opiece podczas hospitalizacji oraz pielęgnowania dziecka po wypisaniu do domu. W badaniach przeprowadzonych przez Puczkowską i wsp. (2005) respondenci deklarowali chęć poszerzenia wiedzy w zakresie zasad prawidłowej higieny dziecka, jego rozwoju psychicznego i fizycznego oraz zasad żywienia. Tych informacji, w znacznej mierze (93,7%), oczekiwali od pielęgniarki. Badanie Rankinen i wsp. (2007) podkreśliło konieczność poprawy edukacji pacjenta. Pacjenci operowani oczekują większej wiedzy niż faktycznie otrzymują. Szczególnej uwagi wymagają pacjenci w młodym wieku. Również D. Bilicka i wsp. (2009) w swoich badaniach zwróciła uwagę na znaczenie

przekazywania rodzicom istotnych informacji dotyczących opieki nad dzieckiem w domu [5]. Ankietowani rodzice dzieci leczonych w oddziale chirurgii dziecięcej WCM w Opolu również zapytani zostali o ocenę sposobu realizacji przez pielęgniarkę funkcji promowania zdrowia w odniesieniu do potrzeb ich dziecka. Respondenci ocenili sposób jej realizacji na optymalnym poziomie.

Niniejsze badania nie wyczerpują wszystkich aspektów opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem leczonym w oddziale chirurgii dziecięcej. Wydaje się, że dalsze prowadzenie badań w zakresie opieki i poznawanie oczekiwań rodziców dzieci hospitalizowanych na chirurgicznych oddziałach dziecięcych, a także dostosowywanie modelu opieki do wyrażanych wobec niego oczekiwań może przynieść zarówno dzieciom i ich rodzicom, jak i pielęgniarkom jeszcze większą satysfakcję.

Wszelkie działania, związane z wdrażaniem modelu Primary nursing zmierzają do wychodzenia naprzeciw oczekiwaniom pacjentów, zapewniając tym samym ciągły wzrost jakości opieki. Idea tego modelu podkreśla podstawowe znaczenie pielęgniarki pracującej przy łóżku chorego. Daje jej kompetencje samodzielności w podejmowaniu decyzji dotyczących pielęgnowania „jej pacjentów”, daje jej imię i nazwisko, dzięki czemu stanowi ona inną wartość dla pacjenta. Nie jest tylko: „tą pielęgniarką, która dziś podawała leki, zmieniała opatrunki, przygotowywała do zabiegu operacyjnego”, ale jest dla pacjenta jego pielęgniarką, posiadającą imię i nazwisko. To wymaga odpowiedniego postępowania, a mianowicie: pielęgniarka przyjmująca pacjenta powinna zawsze podać mu rękę i przedstawić się np.: „Nazywam się Od dziś będę się Panią/Panem / (Tobą – w odniesieniu do dziecka, Państwa dzieckiem – w odniesieniu do rodziców) opiekować”. To takie proste, wręcz banalne a dla pacjenta znaczy tak wiele: uspokaja, budzi zaufanie, daje poczucie przynależność.

Bez względu na realizowany w oddziale model opieki zawsze w centrum zainteresowania pozostaje pacjent a proponowane i wprowadzane zmiany służą dynamizowaniu opieki indywidualnej. Każdy zespół ma możliwość samodzielnego tworzenia i organizowania swego środowiska pracy. Musi tylko chcieć podejmować się prób jego zmieniania. Oby na lepsze.

Wnioski

1. Model opieki funkcjonujący w oddziale chirurgii dziecięcej WCM zapewnia, zdaniem 66,7% respondentów, wysoką jakość usług pielęgniarskich świadczonych względem podopiecznych.

2. W opinii 55,1% badanych jest to model zorientowany na pacjencie.
3. Ponad połowa badanych tj. 66,7% przebywając z dzieckiem w oddziale czuła się bezpiecznie. Poziom poczucia bezpieczeństwa jaki im towarzyszył określili jako wysoki.
4. Członkiem zespołu terapeutycznego, który w opinii 95,7% ankietowanych rodziców, poświęcał dziecku najwięcej czasu była pielęgniarka. To w jej obecności, zdaniem 79,5% respondentów, dziecko czuło się najlepiej.

Piśmiennictwo:

1. Nowak A., Smorawska B., Adamiak E.: Primary nursing. Nowoczesny model opieki pielęgniarskiej. Magazyn Pielęgniarki i Położnej Nr 1-2/2008 s. 8-9.
2. Szewczyk M.T.: Współczesne koncepcje opieki pielęgniarskiej. Przewodnik Lekarza Nr1/2005 s. 88-91.
3. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
4. Kapała W.: Kontynuacja czy zmodyfikowanie zadań? Obecna i przyszła rola personelu pielęgniarskiego w organizacji. Przewodnik Menadżera Zdrowia Nr 1 (14)/2002 s. 23-26.
5. Bilicka D., Korbinska M., Popow A., Szewczyk M.T.: Oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w warunkach szpitalnych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne Nr 1/2009 s. 20-25.
6. Paszkiewicz – Mes E.: Nagrodą jest szczęśliwe dziecko. Magazyn Pielęgniarki i Położnej Nr 6/2010 s. 24-25.
7. Złagodź szok. Dziecko w szpitalu. Magazyn Pielęgniarki i Położnej Nr 6/2010.

Wiktor Piotrowski

Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy

Wpływ edukacji na prestiż zawodowy pielęgniarstwa

Wiek XXI to czas intensywnego rozwoju we wszystkich dziedzinach życia, ale także i wielu zagrożeń w innych sferach funkcjonowania człowieka. Zagrożenia te dotyczą również edukacji i odnoszą się nie tylko do eksplozji informacyjnej, globalizacji, nietolerancji, podważania różnych wartości, ale także do wszelkiego rodzaju społecznych dysfunkcji. Rozmaitość możliwości kształcenia na wysokim poziomie spowodowała również trudność w podejmowaniu decyzji, co do kreowania własnej przyszłości, w tym również w zawodzie pielęgniarstwa. Obecnie, aby zostać pielęgniarzką trzeba zdobyć co najmniej tytuł licencjata pielęgniarstwa, czyli ukończyć 3-letnie studia zawodowe. Natomiast, aby podnieść swoje kwalifikacje można podjąć studia podyplomowe dla pielęgniarzek posiadających świadectwo dojrzałości, dyplom ukończenia szkoły medycznej i prawo wykonywania zawodu. Studia takie są prowadzone między innymi przez Wyższą Szkołę Medyczną LZDZ w Legnicy.

Można również skończyć studia zagraniczne w krajach Unii Europejskiej, które są uznawane także w Polsce.

Do niedawna kształcono pielęgniarstwa w 5-letnich Liceach Medycznych i pomaturalnych 2-letnich studiach medycznych. Obecnie studia pielęgniarstwa prowadzi w Polsce wiele uczelni, a po ich ukończeniu nadawany jest tytuł licencjata pielęgniarstwa, w dalszej kolejności magistra pielęgniarstwa. Można je odbywać w uniwersytetach medycznych, akademiach medycznych, w państwowych wyższych szkołach zawodowych i uczelniach niepublicznych. Łącznie uprawnienia do prowadzenia tego typu kształcenia posiadają 63 uczelnie w Polsce. W uczelniach, w których edukowane są pielęgniarstwa poziom ich kształcenia jest zróżnicowany. Wymaga to odpowiedniej oceny i ujednoczenia zarówno programów kształcenia, jak również jego jakości.

Studia pielęgniarstwa nie należą do łatwych. W trakcie ich trwania trzeba odbyć praktyki zawodowe oraz uzyskać odpowiednie przygotowanie teoretyczne i praktyczne

z zakresu pielęgniarstwa . Ażeby móc wykonywać ten zawód, po ukończeniu studiów, trzeba zostać wpisany do rejestru pielęgniarek prowadzonym przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych, właściwą ze względu na miejsce przyszłego wykonywania zawodu. Edukacja pielęgniarek jest niezwykle ważnym i złożonym procesem kształcenia ponieważ jego jakość ma niewątpliwie wpływ na efekty pracy z chorym ,wymagającym opieki pielęgniarstwiej na wysokim poziomie.

Aktualnie kładzie się duży nacisk na jakość tej opieki, która związana jest z odpowiednio wysokim poziomem edukacji pielęgniarki. Studia pomostowe przeznaczone są dla pielęgniarek posiadających doświadczenie zawodowe. Wpływa to na istotne skrócenie czasu kształcenia tych osób.

Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w 2009 roku zawód pielęgniarki cieszy się dużym uznaniem, co wynika jasno z danych przedstawionych w tabeli nr 1. Kolejna tabela prezentuje średnią ocenę prestiżu w skali od 1-100 w stosunku do średniej mediany wynagrodzeń. Daje się tutaj zauważyć pewien paradoks: nie zawsze zawody cieszące się największą estymą i uznaniem społecznym są właściwie gratyfikowane finansowo.

Tabela 1. Wybrane zawody cieszące się w Polsce dużym lub bardzo dużym uznaniem społecznym (dane ze stycznia 2009 roku)

Lp.	Zawód	%
1.	Profesor uniwersytetu	84
2.	Strażak	84
3.	Górnik	78
4.	Pielęgniarka	77
5.	Lekarz	73
6.	Inżynier pracujący w fabryce	71
7.	Nauczyciel	70
8.	Robotnik wykwalifikowany, np. tokarz, murarz	69
9.	Księgowy	64
10.	Oficer zawodowy w randze kapitana	63
11.	Sędzia	62
12.	Kierowca autobusu	61
13.	Rolnik indywidualny na średnim gospodarstwie	61
14.	Informatyk i inne zawody poniżej	61

Źródło (www.rynek.pracy)

Wzrost uznania społecznego może być również wynikiem pozytywnych zmian w zakresie edukacji i postępu w rozwoju nauk medycznych. Wiąże się ono także z prestiżem tego zawodu. Edukacja (łac. *educatio* – wychowanie) – jest to pojęcie związane z rozwojem umysłowym i wiedzą, stosowaną znaczeniu w wiedzy teoretycznej i praktycznej niezbędnej w edukacji pielęgniarek:

Edukacja w procesie zdobywania wiedzy, polega na zdobywaniu wiedzy w szkole lub poza nią i jest pojęciem używanym dla określenia stanu wiedzy danej osoby czyli stanowi ogół czynności, a także procesów mających na celu przekazywanie wiedzy, kształtowanie określonych cech oraz umiejętności niezbędnych w zawodzie pielęgniarki.

Głównymi znanymi przeszkodami na drodze rozwoju zawodowego pielęgniarek są utrudnienia ze strony przełożonych i kierownictwa placówek służby zdrowia, a dotyczące niedoborów personalnych, ponadto względy finansowe, brak informacji i czasu. Współczesne pielęgniarstwo w Polsce i na świecie podlega ciągłym przeobrażeniom. Dokonująca się w ostatnich latach globalizacja zarówno w aspekcie politycznym, jak i ekonomicznym – doprowadziła do sytuacji, w której pracownik nie jest już przywiązany do jednego miasta, województwa czy kraju.

Według badań firmy Manpower z 2008 roku, aż 79,1% pracowników z 27 krajów świata – w tym z Polski – zadeklarowało, że rozważyłoby przeprowadzkę w celach zawodowych. Dotyczy to również w znacznym stopniu pielęgniarek. Wyniki te potwierdzają fakt, że świadomość istnienia globalnego rynku pracy jest coraz większa, także w tej grupie zawodowej.

Pozytywnym zjawiskiem jest również wprowadzenie kształcenia wyższego w miejsce średniego, ponieważ przesuwają w czasie moment decydowania o wyborze zawodu pielęgniarki. W ślad za wzrostem prestiżu zawodu powinien nastąpić również wzrost gratyfikacji finansowej, tym samym uciążliwość zawodu pielęgniarki stałaby się bardziej znośna, a wybór właśnie tej profesji na pewno świadomy musi ponieważ być odpowiednio wynagradzany.

Poza liczebnością kadr duże znaczenie dla oceny prestiżu w danym zawodzie ma jego społeczna ranga. Szacunkiem obdarza się kogoś, kogo stosunkowo trudno jest zastąpić lub kto pełni istotną społecznie funkcję, a tego typu rolę pełni właśnie pielęgniarka. Prestiż (z fr. „urok, czary”, z łac. *praestigiare* – „sztuczki magiczne” – autorytet, poważanie, szacunek innych osób do danej osoby). W socjologii prestiż jest subiektywnym kryterium stratyfikacji, opartym na wartościujących podstawach emocjonalnych i obiektyw-

nych czynnikach stratyfikacji jak: wykształcenie, wykonywany zawód, styl życia czy dochody. Jest również jedną ze składowych statusu społecznego pielęgniarek .

W ujęciu George'a Homansa pozycja jednostki zależy od:

- jej miejsca w układzie komunikacyjnym,
- wykonywanych zadań w społecznym podziale pracy,
- prestiżu, który wynika z pozostałych dwóch zmiennych.

Im bliżej centrum komunikacyjnego grupy znajduje się jednostka i im bardziej istotne dla funkcjonowania grupy wykonuje zadania, tym większy będzie jej prestiż.

Tabela 2. Średnia ocena prestiżu (skala od 1-100) oraz miesięczna mediana wynagrodzeń brutto w głównym miejscu pracy w wybranych zawodach w Polsce

Zawód	Mediana PLN	Średnia ocena prestiżu
Profesor uniwersytetu	7800	81
Informatyk	3300	79
Pielęgniarka	2400	75
Lekarz	3037	74
Nauczyciel	2300	73
Inżynier pracujący w fabryce	6000	72
Księgowy	3000	70
Sędzia	5500	69
Kierowca autobusu	2000	68
Adwokat i inne zawodu	5000	67

Lp.	Zawód	Mediana PLN	Średnia ocena prestiżu
1.	Profesor uniwersytetu	7800	81
2.	Informatyk	3300	79
3.	Pielęgniarka	2400	75
4.	Lekarz	3037	74
5.	Nauczyciel	2300	73
6.	Inżynier pracujący w fabryce	6000	72
7.	Księgowy	3000	70
8.	Sędzia	5500	69
9.	Kierowca autobusu	2000	68
10.	Adwokat i inne zawodu	5000	67

Źródło (*www rynek pracy*)

Prestiż pracownika konkretnego zawodu spada, jeśli na jego miejsce można z łatwością znaleźć wielu innych, nie dotyczy to jednak pielęgniarek. Obserwuje się stały wzrost prestiżu tego zawodu, na który składa się jakość wykonywanych zadań w społecznym podziale pracy, ale fakt ten także związany jest z procesem ustawicznym edukacji zawodowej pielęgniarek. Kwestia ważności funkcji jest bardzo zmienna, jednak nie dotyczy pielęgniarek w takim stopniu, jak to ma miejsce w innych zawodach. Zależna jest głównie od czynników kulturowych, religijnych czy politycznych, a nawet socjo-ekonomicznych. Wykształcenie pielęgniarki na poziomie studiów wyższych ma uzasadniony wpływ na ocenę prestiżu zawodowego i odbioru społecznego, co przedstawiono w zaprezentowanych powyżej tabelach.

Wnioski:

1. Problemy związane z edukacją nie wykraczają poza pewien określony zakres, ale są one złożone i znalezienie jednego, uniwersalnego dla wszystkich krajów rozwiązania jest niemożliwe w odniesieniu do edukacji pielęgniarek. Pomimo to dzielenie się doświadczeniami w tym zakresie pomiędzy krajami Unii Europejskiej jest bardzo cenne.

2. Przedstawiciele pielęgniarstwa i położnictwa oraz organizacji reprezentujących te zawody muszą pełnić rolę reprezentantów tych profesji i budować większy ich prestiż, działać razem na rzecz zawodu w danym kraju opracowując wspólną strategię działania.

3. Należy rozwiązać problem związany ze zbieraniem i analizą danych odnośnie prestiżu i struktury wykształcenia pielęgniarek.

4. Migracja zawodowa pielęgniarek rodzi poważne problemy zarówno w kraju, z którego pracownicy medyczni migrują, jak i w tym, do którego migrują. Związane jest to z barierą językową, relacjami kulturowymi i światopoglądem.

6. Konieczne jest budowanie prestiżu zawodowego pielęgniarek w krajach Unii Europejskiej.

7. Ważną kwestią towarzyszącą zjawisku migracji pracowników w służbie zdrowia, jest kwestia zachowań etycznych przy rekrutacji i migracji.

8. Niezbędne są regulacje dotyczące dopuszczenia i wykonywania zawodu pielęgniarki. Muszą one w jasny sposób prezentować podział kompetencji i uprawnień, które są niezbędne ze względu na zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom w danym kraju.

9. Ze względu na ogólny kryzys w edukacji, należy określić usługi graniczne, które wykluczają dublowanie się kompetencji różnych zawodów medycznych, w tym pielęgniarek.

10. Wachlarz problemów związanych z edukacją pielęgniarek jest bardzo szeroki: od braku ujednoliconego odpowiedniego systemu kształcenia na wyższym poziomie w zawodach pielęgniarki i położnej, po system przekwalifikowania kadr nie zawsze w zależności od specjalizacji uzyskanej czasie studiów podyplomowych.

11. Określenie właściwych warunków wykonywania zawodu pielęgniarki musi nastąpić na szczeblu krajowym.

12. Proces starzenia się społeczeństwa w Polsce dotyczy różnych grup zawodowych, w tym pielęgniarek i położnych, co powinno ukierunkowywać odpowiednią strategię kształcenia i zatrudniania nowych kadr pielęgniarskich, aby nie poszukiwały zatrudnienia poza granicami kraju.

13. Odpowiedni poziom zawodowy pielęgniarek na bazie uzyskanego poziomu edukacyjnego, musi odpowiadać też klarownym zasadom wynagradzania za pracę. Nie powinny istnieć rażące dysproporcje pomiędzy uzyskanym w drodze edukacji prestiżem zawodowym, a bardzo wysoką gratyfikacją finansową w innych wyszczególnionych zawodach.

Piśmiennictwo:

1. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996r. (Dz. U. 1996 nr 91, poz. 410 z póź. zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 2007 roku zmieniające rozporządzenie 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. 07.102.708).
3. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej część II. Pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka, punkt 9.
4. Komisja kształcenia i doskonalenia zawodowego przy NRPiP. Analiza ankiety dotyczącej kształcenia ustawicznego pielęgniarek i położnych. Warszawa, luty 2006, Materiały na V Krajowy Zjazd, 3-5.12.2007 r.
5. Bidzińska E., Sobczak M., Rakowska K.: Motywy podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2, 3, T.15, 2007
6. Cieśla D. Czerniak J. Oczekiwania studentów pielęgniarstwa a kształcenie [w:] VII Konferencja naukowo-szkoleniowa, Kraków 2008.
7. Czerniak J. Organizacje pielęgniarские. Pielęgniarstwo na przełomie wieków. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
8. Dzikowska M. Czupryna A. Wiedza i świadomość pielęgniarek o zawodowym ryzyku
9. Griffin R.W. Podstawy zarządzania organizacjami. PWN, Warszawa 1996 zakażenia wirusem HBV i HCV. *Zakażenia* 5/2004, 93-98.
10. Książek J. Gaworska – Krzemińska, Piotrowska R. Wiedza pielęgniarek i działania praktyczne z zakresu profilaktyki zakażeń miejsc kaniulacji żył obwodowych – doniesienie wstępne. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2007, 88 (2): 230-234.
11. Kubajka-Piotrowska J. Liczba wydanych zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej w latach 2001-2004, w odniesieniu do liczby szkół pielęgniarских, szkół położnych – analiza porównawcza, 2006. Materiał na V Krajowy Zjazd Samorządu Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2007.
12. Nosowska K., Goryński P. Migracja personelu medycznego do pracy za granicą w okresie pierwszego roku po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, *Problemy Higieny i Epidemiologii* 1/06, s. 55-60.
13. www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/konwoj_pielęgniarstwo_0702072008pop.pdf
14. Tomaszewska M. Cieśla D. Czerniak J. Dykowska G. Możliwości rozwoju zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość. IX Kongres Pielęgniarek Polskich, Solina 2008 zakażenia wirusem HBV i HCV. *Zakażenia* 5/2004, 93-98.
15. Sitko Z. Nowy model kształcenia podyplomowego. Komisja kształcenia i doskonalenia.
16. Skarżyńska K., *Encyklopedia organizacji i zarządzania*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1981.
17. www.rynek.pracy

Renata Chrzan

Dolnośląskie Centrum Medycyny Ratunkowej im. T. Marciniaka we Wrocławiu

Potrzeby pacjentów hospitalizowanych związane z opieką pielęgniarską

Obecnie obserwujemy wzrost oczekiwań wobec pracowników służby zdrowia. Spowodowane jest to przez wzrastający poziom wiedzy medycznej w społeczeństwie i poznanie swoich praw przez chorych w zakresie leczenia i pielęgnacji. Duży udział w informowaniu społeczeństwa przypada mediom tradycyjnym i elektronicznym. Również integracja europejska, a co za tym idzie większa niż wcześniej obserwowana migracja ludzi powoduje ujawnianie zwiększonych potrzeb w stosunku do służby zdrowia.

Jakość w opiece zdrowotnej nie jest pojęciem jednoznacznym. Istnieje wiele definicji tego pojęcia. Definicję dotyczącą jakości w opiece pielęgniarskiej podał A. Piątek. Jest to „stopień w jakim opieka ta przyczynia się do osiągnięcia pożądaných efektów w stanie zdrowia osób (grup), zwiększa zdolność do samoopieki lub samopielęgnacji oraz wykazuje zgodność z aktualną profesjonalną wiedzą i przyjętymi standardami [1].

Satysfakcja z usług medycznych jest najczęściej stosowanym wskaźnikiem oceny jakości opieki zdrowotnej.

Pielęgniarka to osoba, z którą chory w szpitalu ma kontakt najczęstszy. Ta grupa zawodowa ma ogromny wpływ na kształtowanie opinii dotyczących zadowolenia z opieki w szpitalu. Wrońska zauważa, że zawód pielęgniarki ma silną podstawę badawczo-naukową, dlatego zawód ten ma nowe możliwości rozwoju [2]. Jakość opieki pielęgniarskiej wyraża się w postaci satysfakcji lub jej braku u chorych.

Celem pracy było poznanie oczekiwań pacjentów leczonych na oddziale chirurgicznym wobec personelu pielęgniarskiego.

Materiał i metoda: badaniem objęto losowo wybranych 200 chorych (100 kobiet i 100 mężczyzn) hospitalizowanych w trybie nagłym i planowym w Oddziale Chirurgii Ogólnej II Dolnośląskiego Centrum Medycyny Ratunkowej im. T. Marciniaka, daw-

nym Szpitalu Kolejowym we Wrocławiu, ul. Wiśniowa 36 w okresie styczeń-maj 2010 roku. Wiek chorych wahał się od 20 do 85 lat. Autorskie ankiety wypełniano wraz z pacjentami przy wypisie. Udział w ankiecie był dobrowolny, chorym zapewniono pełną anonimowość. Pacjenci udzielali odpowiedzi tak lub nie na 10 pytań, oprócz tego notowano płeć i wiek chorych, wykształcenie i miejsce zamieszkania oraz stan cywilny.

Wyniki: 67% ankietowanych uznało, że pielęgniarka udzielała informacji o wykonywanych zabiegach, 82% uznało, że pielęgniarki miały wystarczające umiejętności manualne, 66% oceniło, że pielęgniarka szanowała ich godność, 48% odpowiedziało, że pielęgniarki były uprzejme, 45%, że były pomocne, 47%, że były życzliwe, dla 53% były wsparciem w chorobie, 42% oceniło, że pielęgniarki reagowały odpowiednio szybko na ich wezwania, a 52% uznało, że umożliwiały im nawiązanie wystarczającego kontaktu z lekarzem.

Najbardziej pozytywnie ocenili opiekę pielęgniarską chorzy w wieku 55-75 lat (52%), pacjenci w wieku 20-54 byli bardziej krytyczni w swoich ocenach (35%), a chorzy w wieku 76-85 najbardziej krytyczni (13%). Najbardziej zadowoleni z opieki pielęgniarskiej byli mężczyźni w wieku 55-70 lat (56%), następnie mężczyźni w wieku 20-54 lat (17%), kobiety w wieku 20-50 lat (10%), kobiety w wieku 51-75 lat (9%), mężczyźni w wieku 76-85 lat (5%), kobiety w wieku 76-85 lat (4%).

Najlepiej opiekę pielęgniarską ocenili pacjenci z wykształceniem podstawowym i zawodowym (62%), średnio osoby z wykształceniem średnim (32%), najgorzej chorzy z wykształceniem wyższym (6%).

Najbardziej pozytywnie ocenili opiekę pielęgniarską chorzy stanu wolnego (58%).

Bardziej zadowoleni z opieki pielęgniarskiej byli mieszkańcy wsi (66%) niż mieszkańcy miast.

Dyskusja

Wpisując do baz medycznych hasło „jakość opieki pielęgniarskiej” uzyskałam dane dotyczące kilkuset pozycji w indeksowanych czasopismach medycznych z całego świata. Tak duża ilość bibliografii świadczy o popularności oceny jakości opieki pielęgniarskiej dokonywanej zarówno przez chorych jako odbiorców usług jak i przez świadczeniodawców. Chorzy dokonują oceny jakości opieki jako osoby nieprofesjonalne [3, 4, 5, 6, 7, 8].

Wszystkie jednostki służby zdrowia dążą do świadczenia usług na najwyższym poziomie. Aby uzyskać taki poziom należy podnieść jakość wykonywanych świadczeń, jakość opieki pielęgniarskiej, zapewnić odpowiedni sprzęt, zarządzanie, odpowiednio zorganizować pracę oraz zadbać o miłą atmosferę. Światowe systemy opieki medycznej posługują się metodami zewnętrznymi i wewnętrznymi do polepszania jakości świadczonych usług. Analiza subiektywnych ocen chorych zaliczana jest do wewnętrznych metod oceny jakości [8].

Wielu badaczy stoi na stanowisku, iż powrót chorego do konkretnej placówki leczniczej nastąpi wtedy gdy będzie tam wysoki poziom usług lekarskich, pielęgniarskich i rehabilitacyjnych. Celowa jest więc analiza zadowolenia chorego z usług świadczonych przez daną placówkę [7, 8]. Autorzy podkreślają znaczenie analiz oczekiwań osób korzystających z usług placówek medycznych [9, 10, 11, 12] oraz oceny ich zadowolenia z wykonanego świadczenia dla kierownictwa placówki. Pałyska i wsp. zauważają, iż analiza opieki od strony chorego ma na celu odczuwanie przez niego zadowolenia. Oceniając jakość usług medycznych chory analizuje proces kompleksowo także zwracając uwagę na zachowanie pracowników szpitala [13].

Porównanie badań poziomu satysfakcji chorych jest trudne, gdyż autorzy używają ankiet różniących się formą, treścią i sposobem wręczania chorym [3, 14, 15, 16, 17].

W połowie lat dziewięćdziesiątych doceniono potrzeby chorych i ich opinie o jakości usług jak również prezentowane zadowolenie lub jego brak. Jakość usług medycznych powoduje tak satysfakcję chorych jak i dobrą opinię o danej jednostce. Rozbieżności lub sprzeczności pomiędzy oczekiwaniami, a rzeczywistością usługi mają wpływ tak na opinię i satysfakcję chorego jak i na dostosowanie jego oczekiwań [3, 15].

Jedno z pierwszych badań dotyczących oczekiwań chorych wobec lekarzy i pielęgniarek wykonał N. Chmielnicki w 1996 roku. Jego analiza pokazuje, że od pielęgniarek oczekiwano przede wszystkim serdeczności (34%) i fachowości (25%) [9].

W badaniach własnych dla 82% chorych były ważne zdolności manualne pielęgniarek, 66% oceniło, że pielęgniarka szanowała ich godność, 67% uznało, że pielęgniarka udziela informacji o wykonywanych zabiegach, 45% uważa, że pielęgniarka była pomocna, 47% sądziło, że pielęgniarka była życzliwa, a dla 53% była wsparciem w chorobie. Wyniki własne dotyczące pozytywnych i negatywnych doświadczeń z pielęgniarkami są zbieżne z doniesieniami innych autorów [3, 6, 9, 16, 17, 18, 19, 20].

Ważną rolę dla chorych odgrywa opieka emocjonalna. M. Berkowska uważa, iż usługa medyczna kończy się poczuciem zadowolenia lub niezadowolenia będącymi stanami emocjonalnymi chorego, w skład których wchodzi takie składowe jak: poczucie stanu zdrowia, poczucie bycia poinformowanym i zrozumianym [15]. Badaczka S. Williams uważa, że dla chorych ważniejszy jest kontakt z pielęgniarką i jej obecność niż zabiegi techniczne, które wykonuje [21].

Satysfakcja z jakości opieki pielęgniarskiej w badaniach własnych zależała od wieku, płci, stanu cywilnego i miejsca zamieszkania. Wyniki te są zbieżne z wynikami innych autorów [6, 19, 22].

Z badań własnych wynika, iż opinia wydana przez chorych dotycząca jakości opieki pielęgniarskiej jest niska, co nie znajduje potwierdzenia u innych autorów [6, 18, 22].

Wyniki przedstawione w badaniach własnych trudno jest komentować porównawczo z innymi danymi, gdyż autorzy korzystają z różnych ankiet i zakres badań jest różny.

Opieka pielęgniarska ma ogromny wpływ na zadowolenie z pobytu w placówce leczniczej, na poczucie bezpieczeństwa chorych na przebieg i skuteczność terapii. Opieka ta jest świadczona bezpośrednio w kontakcie z chorym. Na jej jakość ma wpływ nie tylko praca samych pielęgniarek, ale także relacje pomiędzy innymi profesjonalistami [3]. Według różnych autorów zadowolenie z opieki pielęgniarskiej jest bardzo ważnym wskaźnikiem kompleksowego zadowolenia ze świadczonej opieki [19, 20].

Według niektórych badaczy do praktycznego pielęgnowania konieczne jest konkretne określenie potrzeb każdego chorego [23].

Podstawą do doskonalenia opieki pielęgniarskiej, która jest oczekiwana zarówno przez świadczeniodawców jak i przez świadczeniobiorców, czyli chorych są regularne, okresowe badania oceny poziomu jakości usług pielęgniarskich [6, 24].

Wnioski:

1. Pacjenci hospitalizowani w tutejszym oddziale nie byli zbyt zadowoleni z opieki pielęgniarskiej.
2. Na zadowolenie chorych z jakości opieki pielęgniarskiej miały wpływ: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania.
3. Sfera emocjonalna jest dla chorych bardzo ważna.

Bibliografia

1. Piątek A.: Wybrane aspekty zapewnienia jakości opieki pielęgniarstwa [w:] Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K. (red.) Podstawy pielęgniarstwa, Lublin, wyd. Czelej 2004, t.1 s.406-10.
2. Wrońska I.: Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. Wydawnictwo Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
3. Kornatowski M.A.: Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik poziomu jakości opieki zdrowotnej. *Antidotum* 1995, 1:47-51.
4. Marcinowicz L.: Satysfakcja pacjenta. *Pielęgniarka i Położna* 2005, 5:10-11.
- Maciąg R.: Badania satysfakcji pacjentów – wskazówki metodologiczne. *Zdrowie Publiczne* 2001, 111:48-52.
5. Wyrzykowska M.: Ocena opieki pielęgniarstwa w opinii pacjentów. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2007, 1:3-10.
6. Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1998.
7. Baczevska B, Kropornicka B, Turowski K.: Ogólna atmosfera panująca w oddziale oraz postawy pielęgniarek w opiniach pacjentów hospitalizowanych z powodu nowotworu mózgu. *Annales UMCS Sectio D Medicina* 2003:vol.LVIII, supl.13:21-5.
8. Chmielnicki N.: Oczekiwania pacjentów szpitala pod adresem lekarzy i pielęgniarek. *Zdr Publ* 1976,8:631-8.
9. Kapala W, Drygas P.: Personel pielęgniarstwa w organizacji – ocena wyobrażeń i oczekiwań potencjalnych klientów placówek służby zdrowia w Polsce. *Zdr i Zarz* 2001, 5:31-34.
10. Kapala W, Konieczny A.: Postulowana jakość usług medycznych. Wyobrażenia i oczekiwania chorych hospitalizowanych w ankiecie Servqual. *Men Zdr* 2003, 1:56-59.
11. Łuczyńska B, Gorhans E, Berezowska E. i wsp.: Oczekiwania pacjentów na informacje wobec personelu pielęgniarstwa. *Zdr Publ* 2003, 3-4:258-63.
12. Pałyska M, Janczewska M, Raduj J i wsp.: Znaczenie zmiennych społecznych dla różnicowania ocen jakości usług medycznych przez pacjentów. *Post Psych Neurol* 2007, 16:309-14.
13. Barwińska M.: Wyniki badania ankietowego dotyczące satysfakcji pacjentów z pobytu w PSK nr 1 AM im. W.Barlickiego w Łodzi. *Biuletyn OIPiP Łódź* 1988, 1:16-20.
14. Berkowska M.: Satysfakcja pacjentów z usług medycznych POZ.[w:] Wypracowane narzędzia do oceny jakości usług medycznych w POZ. Biuro Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej Poznań 1998, 3-19.
15. Dyk G, Odważny G.: Satysfakcja pacjenta miernikiem jakości opieki pielęgniarstwa. [w:] Zarządzanie w ochronie zdrowia. Choroby cywilizacyjne. Ogólnopolska Konferencja Naukowa. Poznań Wydawnictwo Miejskie 1998, 302-10.
16. Dyk D, Jessa K, Krysiak J.: Satysfakcja z opieki pielęgniarstwa w oddziale kardiochirurgicznym.[w:] I Zjazd PTPAi IO. Materiały Zjazdowe. Poznań, wyd. AM 1999, 165-71.
17. Kapala W, Chudziński S, Hycza S.: Oczekiwania pacjentów na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarstwa. *Piel Chir i Angiol* 2008, 1:12-18.
18. Loevgren G, Sandman P.O, Engstroem B i wsp.: The view of caring among patients and personel. *Scand J Caring Sci* 1996, 12:33-41.
19. Loevgren G, Engstroem B, Norberg A.: Patients narratives concerning. Good and bad caring. *Scand J Caring Sci* 1996, 10:153-56.
20. Williams S.A.: Quality and care, patient`s perceptions. *J Nurs Care Qual* 1998, 18-25.

21. Żakowska A, Żera A, Krupniewicz A.: Jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów po zabiegach urologicznych i ortopedycznych znieczulanych metodą podpajęczynówkowa. *Przegl Urol* 2009/10/3 (55).
22. Wilde B, Larsson G, Larson M i wsp. Quality of care. Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scan J Caring Sci* 1994, 1:39-48.
23. Gawel G, Twardus K, Kin-Dąbrowska J.: Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziale kardiologicznym. *Problemy Piel* 2008, 16 (4) 339-42.

Aleksandra Bartkiewicz, Małgorzata Chmielowska

Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy

Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek

„Nie możesz się wypalić, jeśli nigdy nie płonąłeś” Jeff Schmidt

Człowiek w swoim życiu wciąż dąży – dąży do zaspokojenia podstawowych potrzeb, do uzyskania coraz wyższego poziomu satysfakcji, dąży do celu. Bariery, jakie napotyka na swej drodze, stara się właściwie omijać, a problemy, których nie brakuje, rozwiązuje po to, by osiągnąć zadowolenie i spełnienie w danej dziedzinie. Każdy sukces wymaga przy tym sporego nakładu wysiłku i energii.

Praca jest jedną z najbardziej dominujących dziedzin życia człowieka. To dzięki pracy możemy się rozwijać, spełniać swoje (i nie tylko) oczekiwania. Dobrze wykonana praca ma miejsce wówczas, gdy udaje się uzyskać spodziewany, pozytywny efekt, gdy pozwala na rozwój człowieka. Bywa jednak tak, że pewne czynniki związane z wypełnianiem danej funkcji, mogą powodować liczne napięcia wewnętrzne, a w konsekwencji praca, dotąd będąca źródłem zadowolenia, jest nieefektywna, nie daje poczucia satysfakcji i sensu oraz oddala nas od osiągnięcia konkretnego celu. Ten stan nazywamy wypaleniem zawodowym.

O zjawisku wypalenia zawodowego mówi się od ponad dziesięciu lat, choć samo pojęcie weszło do języka psychologii już na początku lat 80-tych XX wieku. Najbardziej narażeni na wypalenie się są ci, którzy na co dzień stykają się z ludźmi w sytuacjach życiowo trudnych, których praca polega na służeniu innym: psycholodzy, nauczyciele, kuratorzy sądowi, personel medyczny oraz pracownicy socjalni, a więc zawody wymagające natężonego kontaktu z ludźmi, ich problemami, czyli wymagające zaangażowania emocjonalnego [7]. Problem wypalenia zawodowego nasilił się szczególnie w okresie wzmożonej konkurencji na rynku pracy, pogoni za pieniędzmi i karierą, a nade wszystko z powodu zataczającego coraz szersze kręgi widma bezrobocia. Najbardziej zestresowani są pracownicy, od których wymaga się zbyt dużo i którzy nie mają większego wpływu na podejmowane decyzje. Wiele oznak świadczy o wygóro-

wanych oczekiwaniach, lekceważeniu zmęczenia i ogromnym – często bezkrytycznym zaangażowaniu się w pracę.

Zdawałoby się, że osoby wypalone to pracownicy niewykwalifikowani, źle opłacani i skazani na żmudne, monotonne prace. Lecz prawda jest inna – większość z nich to pracownicy w najlepszym wieku produkcyjnym. Jeśli życie wypełnione jest jednym tylko rodzajem pracy – podporządkowanej ścisłemu celowi – musimy liczyć się z klęską i faktem, że nie osiągniemy takiego stopnia sprawności, by jej wykonywanie przynosiło satysfakcję [6]. Życie, w którym wszystko obraca się wokół kariery i zarobków, okazuje się wcześniej czy później życiem jałowym i niespełnionym. Praca i bogactwo mogą stać się środkiem, lecz nie sensem życia. Dzisiejsze czasy, w którym wszechobecny stres jest nieunikniony, powodują, zapewne nie w odosobnionych przypadkach, że chciałoby się do pracy po prostu nie pójść. Jest to obecnie duży problem, a jego rozmiar stale się zwiększa.

PROBLEMATYKA W ŚWIETLE LITERATURY

W 1974 r. amerykański psychiatra – Herbert Freudenberger po raz pierwszy wprowadził do języka naukowego termin **wypalenie** (burnout). Jednak już dużo wcześniej, niezależnie od siebie, powstawały kliniczne i literackie opisy ludzi stopniowo tracących energię i motywację do pracy, sfrustrowanych, wyczerpanych, czasem porzucających z tego powodu swój zawód. Określenie to funkcjonowało również w żargonie niektórych grup zawodowych. Nazwa „wypalenie”, zaczerpnięta spontanicznie z języka potocznego, posiadająca znaczenie metaforyczne, przyczyniła się do sceptycyzmu wielu profesjonalistów, jak również oskarżeń o „nienaukowość” koncepcji, a przecież odzwierciedlała ona, już wtedy, narastający od lat problem społeczny.

Problematyka ta od dawna „wisiała w powietrzu” w związku z charakterystycznymi przemianami cywilizacyjnymi społeczeństw zachodnich, a zwłaszcza z burzliwym rozwojem sektora usług społecznych, którego przedstawiciele w szczególny sposób są narażeni na ujawnienie się objawów wypalenia. W pierwszym – trwającym do końca lat 70-tych XX wieku okresie badań nad zespołem wypalenia [9], [13] w tzw. fazie pionierskiej, dominowały prace kazuistyczne, drobiazgowo kliniczne opisy zespołu dokonywane głównie przez praktyków, którzy u początkowo pełnych zapału i zaangażowania pracowników obserwowali w miarę upływu czasu szereg negatywnych zmian, związanych z wykonywanym zawodem. Identyfikowane objawy dzielono na afektywne, poznawcze, fizyczne, behawioralne oraz związane z motywacją.

Burisch przeanalizował wszystkie symptomy wypalenia opisywane w literaturze – okazało się, że jest ich ponad 130 [9, 13]. Większość z tych objawów jest bardzo nieswoista i może występować w wielu różnych stanach, np. w schorzeniach somatycznych, zaburzeniach adaptacyjnych czy w depresji. Sytuację dodatkowo komplikował fakt, że wypalenie zawodowe wzbudzało duże zainteresowanie mediów i nieprofesjonalistów, a na przełomie lat 70 i 80-tych stało się wręcz modne. Na początku lat 80-tych powstały narzędzia służące do pomiaru zjawiska. Zainicjowało to drugą fazę badań nad wypaleniem, zwaną empiryczną. Przyczyniła się ona do dalszego rozwoju koncepcji.

Christina Maslach, przedstawicielka psychologii społecznej, niezależnie od Freudenbergera, niemal równocześnie opisała zespół wypalenia. Przeprowadzając szczegółowe wywiady z przedstawicielami zawodów „ukierunkowanych na ludzi” – związanych ze świadczeniem usług społecznych, z niesieniem pomocy innym – zauważyła, że doświadczane i opisywane przez nich niezliczone objawy dają się pogrupować, tworzą wymiary, które można empirycznie zweryfikować. W swojej koncepcji Maslach położyła nacisk na czynniki interpersonalne – relacje między „udzielającymi pomocy” (*providers*) i „otrzymującymi pomoc” (*recipients*), a także na stosunek osoby pomagającej do samej siebie [9, 13]. Ten interpersonalny aspekt autorka wpisała w swoją definicję wypalenia i w nim dopatruje się swoistości zespołu. W 1981 r. Maslach we współpracy z Jackson opracowała kwestionariusz MBI (**Maslach Burnout Inventory**). Jest to najczęściej używane na świecie i najlepiej wystandaryzowane narzędzie do pomiaru wypalenia zawodowego (oceniające emocjonalne wyczerpanie, depersonalizację oraz poczucie dokonań osobistych), które z wyżej wymienionych powodów pozwala na porównywanie uzyskanych w badaniach wyników w różnych grupach populacyjnych i kręgach kulturowych.

Z kolei w latach 80-tych Golembiewski i Cherniss opisali wypalenie w szerszym kontekście, bowiem zwrócili uwagę na rolę zarządzania i organizacji pracy w procesach wypalania się. Lata 90-te przyniosły rozszerzenie koncepcji wypalenia na inne zawody – poza sektorem usług społecznych – menedżerów, wojskowych, księży, informatyków [8].

Definicji wypalenia zawodowego dziś mamy sporo. Ogólnie można stwierdzić, że jest to przedłużona reakcja na przewlekle działające w pracy stresory emocjonalne i interpersonalne [9, 13] Freudenberger i Richelson definiują wypalenie jako „stan zmęczenia czy frustracji wynikający z poświęcenia się jakiejś sprawie, sposobowi ży-

cia lub związkowi, co nie przyniosło oczekiwanej nagrody” [9], [13] Najpopularniejsza jest – wcześniej wspomniana – wielowymiarowa koncepcja Maslach. Według autorki wypalenie zawodowe jest „*psychologicznym zespołem wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonania osobistych, który może wystąpić u osób, które pracują z innymi ludźmi w pewien określony sposób*”. [9, 13].

Emocjonalne wyczerpanie to poczucie nadmiernego obciążenia emocjonalnego, przemęczenia, pustki uczuciowej, braku energii, zarówno tej psychicznej jak i fizycznej. Jest objaw pierwszorzędowy. podstawowy.

Termin „*depersonalizacja*”, odnosi się do negatywnych postaw w stosunku do pacjentów, skłonności do traktowania podopiecznych w obojętny, bezosobowy, przedmiotowy, czy wręcz cyniczny a nawet pogardliwy sposób [4]. Depersonalizacja w znaczeniu psychopatologicznym jest stanem, natomiast w przypadku wymiaru wypalenia zawodowego chodzi o dynamiczny proces obronnego dystansowania się wobec „otrzymujących pomoc”.

Skłonność do negatywnego oceniania własnej pracy, umiejętności zawodowych jako trzeci składnik wypalenia zawodowego to konsekwencja dwóch pierwszych.

Według Maslach wypalenie dotyka głównie przedstawicieli specyficznych zawodów, które polegają na świadczeniu usług społecznych i wymagają bliskiej, bezpośredniej pracy z ludźmi, osobistego zaangażowania w kontakty interpersonalne, często są związane z pomaganiem innym, a umiejętności społeczne są w nich podstawowym narzędziem pracy. [9, 13]. Są to zawody określane w języku angielskim jako *human services, bad helping professions*. Chodzi tu o lekarzy, pielęgniarki, psychologów, nauczycieli, wychowawców, pracowników socjalnych.[9]. Schaufeli i Enzmann zaproponowali następującą definicję: „Wypalenie jest uporczywym i negatywnym stanem związanym z pracą, występującym u osób ogólnie zdrowych” [9, 13]. H. Sęk uważa, że obecny stan wiedzy nie pozwala na sztywne zastosowanie jednego terminu [9, 13].

PRZYCZYNY WYPALENIA ZAWODOWEGO

Wypalenie wynika z niewłaściwych reakcji na stres w pracy i braku odpowiedniego podejścia do wewnętrznych i zewnętrznych napięć z nią związanych. Inklinacje do wypalenia tkwią w negatywnych wyobrażeniach o sobie i autodestrukcyjnych postawach. Są to między innymi:

- kompulsywne dążenie do osiągnięć,
- postawa „Zosi – Samosi”,

- nadmierny samokrytycyzm,
- naprawiacz Świata.

Na podstawie przeprowadzonych własnych badań Helena Sęk podaje trudności i uciążliwości zawodowe, które mogą być przyczyną wypalenia. Do najbardziej stresogennych zalicza:

- niski status społeczny zawodu,
- niekorzystne warunki pracy,
- stałe zagrożenie oceną ze strony osób kontrolujących pracę,
- braki wyposażenia [10, 11].

Ujawniane w konsekwencji będą symptomy wypalenia zawodowego, tj.:

- wyczerpanie fizyczne – chroniczne zmęczenie bez widocznej przyczyny; towarzyszyć temu stanowi może również utrata apetytu bądź wagi;
- bezsenność;
- napięcie mięśniowe – różnorodne bóle bez wyraźnej przyczyny [3, 4];
- bóle głowy, pleców, krzyża, karku i ramion [3, 4];
- obniżona satysfakcja zawodowa;
- niezdolność do podejmowania decyzji;
- poczucie winy za wyniki swojej pracy;
- niska samoocena, zniechęcenie, bierność;
- utrata entuzjazmu – mechaniczne reagowanie na zadania (często pojawia się nuda, przy czym nudzenie się może być pozorne);
- dolegliwości żołądkowe i jelit;
- uzależnienie – przyjmowanie nadmiernych ilości środków uspokajających, alkoholu, nikotyny, narkotyków, leków;
- cynizm;
- hyper – lub hypoaktywność;
- poczucie bezradności, depresji i wyczerpania;
- narastająca skłonność do negatywnego myślenia;
- utrata celu, sensu i energii;
- wyłączenie się z życia społecznego;

- poczucie braku kontroli;
- skłonności samobójcze.

ZAWÓD: PIELEŃNIARKA

W Polsce zasady i warunki wykonywania zawodu pielęgniarki określa Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r., która określa m. in. to, iż pielęgniarstwo jest zawodem samodzielnym. Autonomia zawodowa pozwala na podejmowanie opartej na diagnozie pielęgniarstwie samodzielnej opieki.

Jak przedstawia się rys psychologiczny zawodu pielęgniarki? Ta grupa zawodowa w swojej pracy narażona jest na stres organizacyjny, wynikający z konieczności wykonywania pracy w zespole zadaniowym. Pielęgniarka współpracuje bezpośrednio z lekarzem, służąc mu pomocą i wykonując jego zlecenia, choć oczywiście wykazuje się jednocześnie dużą samodzielnością w działaniach pielęgniarstwie-leczniczych.

Cechami predysponującymi do tego zawodu z pewnością będą:

- odpowiedzialność,
- opiekuńczość,
- cierpliwość,
- dobra spostrzegawczość i pamięć,
- staranność,
- dokładność,
- systematyczność,
- opanowanie i rozwaga,
- chęć do ciągłego podnoszenia swoich kwalifikacji.

Zbiór tych wszystkich cech i właściwości tworzy postać idealnej pielęgniarki, a więc takiej, która w relacji z pacjentami potrafi połączyć dwie, zdawałoby się sprzeczne jakości: współczucie i dystans emocjonalny. Jest to niezwykle trudna umiejętność, wymagająca sporego nakładu energii. Sposób pełnienia przez pielęgniarkę funkcji zawodowych zależy więc w znacznym stopniu od cech jej osobowości i naturalnych umiejętności.

Osobowość dobrej pielęgniarki, w opinii samych pielęgniarek, obrazuje się następująco: „dobra pielęgniarka jest opiekuńcza i wrażliwa na potrzeby pacjentów. Zawsze jest sumienna i pilna. W kontaktach z pacjentami będzie szczerą, naturalną, cierpliwą i rozumiejącą ich potrzeby. To osoba przystępna, która umie słuchać i porozumiewać się z ludźmi, znajduje czas na rozmowę. Ale równocześnie stanowcza pozostająca

spokojna, niezależnie od okoliczności. Nigdy nie pada w panikę, zawsze jest wszystko pod jej kontrolą. Takiej pielęgniarce pacjenci będą ufali i czuli się pewni, gdy ona znajduje się wśród nich” [2].

Zawód pielęgniarki można rozpatrywać jeszcze pod kątem zawodu ryzyka. Pielęgniarki są grupą zawodową, która od początku badań nad zespołem wypalenia zawodowego znalazła się w centrum zainteresowań badaczy, ponieważ w aktualnej sytuacji systemu ochrony zdrowia, to jedna z najbardziej narażonych na stres grup zawodowych.

Wśród źródeł stresu dla tej grupy pracowników wymienia się między innymi:

- niski status społeczny zawodu,
- brak satysfakcjonującego wynagrodzenia,
- szeroki zakres odpowiedzialności związanej z wykonywanymi obowiązkami zawodowymi,
- odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów,
- codzienny kontakt z chorobą,
- nieprawidłowe zarządzanie instytucją,
- konflikty, niejasność ról, zły przepływ informacji w zespole,
- zmienowość – zaburzony zegar biologiczny,
- brak wsparcia w zespole. [5, 11].

Wielorakie zdolności, umiejętności i predyspozycje wymagane są w każdym zawodzie, w każdej pracy. Rzadko zdarza się, aby człowiek był tak wszechstronny, a przecież od pracowników służby zdrowia, w tym od pielęgniarki, wymaga się tego bezwzględnie.

Postęp w medycynie wymaga od pielęgniarki, by stale, na bieżąco dokształcała się, by uczestniczyła w kursach, szkoleniach. To może być kolejny powód odczuwania przez pielęgniarkę presji ze strony otoczenia. Szpital bądź inna placówka lecznicza jest miejscem specyficznym, narażającym na niekorzystne dla zdrowia warunki i dlatego wymagającym dobrej kondycji psycho-fizycznej. Odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów jest jedną z podstawowych przyczyn występowania stresu w zawodzie pielęgniarki: dokładność i precyzja niezbędna np. przy dawkowaniu leków, staranność przy odczytywaniu parametrów z aparatury medycznej oraz bardzo dokładne, sumienne i rzetelne postępowanie według określonych przepisów, instrukcji i zasad mogą przyczynić się do wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego.

Maslach i Jackson opisały obraz zespołu wypalenia o cechach charakterystycznych dla pielęgniarek. Wzrost liczby zadań przypadających na pielęgniarkę i spadek udziału pielęgniarki w decyzjach podejmowanych w procesie pielęgnacji i leczenia przyczynia się do wzrostu możliwości pojawienia się wypalenia zawodowego. Ograniczenie udziału pielęgniarek w procesie decydowania powoduje wzrost konfliktów związanych z pełnionymi rolami zawodowymi, prowadzi do wyczerpania emocjonalnego.

Wypalenie zawodowe jest przyczyną pojawienia się wielu negatywnych zjawisk, społecznych i osobistych: wzrost frustracji, poczucia winy, rozdrażnienie, bezradność pielęgniarki. Na tym nie koniec, ponieważ pielęgniarka w takim stanie oddziałuje niekorzystnie na pacjenta, który, jako „usługobiorca” otrzyma świadczenia niższej jakości, co ma wpływ na cały proces leczenia. Konsekwencje mają także charakter organizacyjny: obniżenie jakości i efektywności pracy, nieprawidłowe relacje w zespole pracowników, konflikty na linii kadra zarządzająca – kadra pracownicza.

Należy pamiętać, że przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu jest możliwe, a co najważniejsze, może okazać się niezwykle skuteczne. Podstawowe kroki, pozwalające w przyszłości uniknąć znalezieniu się w tym stanie, jako zadania przeznaczone zarówno dla jednostek jak również instytucji, to m. in.:

- poprawa jakości zarządzania instytucją przez profesjonalistów,
- podnoszenie statusu społecznego zawodu pielęgniarki,
- wprowadzenie systemu wynagradzania współmierne do wysiłku i wkładu pracy,
- uznanie przełożonych,
- obniżenie do minimum konfliktów, niejasności ról w zespole,
- właściwy przepływ informacji w zespole,
- wypracowanie mechanizmów obronnych,
- uregulowane tempo pracy,
- wsparcie współpracowników,
- przeciwdziałanie sytuacjom stresowym (pomoc psychologiczna, grupy wsparcia),
- podnoszenie kwalifikacji zawodowej (kursy, szkolenia, konferencje naukowe),
- satysfakcja z życia osobistego.

Podsumowanie

Zjawisko wypalenia zawodowego, w kontekście tej pracy, podsumować można w następujących wnioskach:

1. Syndrom wypalenia zawodowego, nawiązując do cytatu Jeffa Schmidta „Nie możesz się wypalić, jeśli nigdy nie płonąłeś”, dotyczy tych, którzy „płoną” pełnym ogniem zaangażowania zawodowego.
2. Stres wdziera się w każdą dziedzinę życia ludzkiego.
3. Stres zawodowy to ogromny problem pojawiający się również w zawodzie pielęgniarki, w związku ze specyfiką tego zawodu.
4. Świadomość, że możemy doznawać w związku z pracą zawodową objawów wypalenia to pierwszy etap w poszukiwaniu sposobów radzenia sobie z wyczerpaniem i zniechęceniem.
5. Istnieją skuteczne sposoby przeciwdziałania wystąpieniu syndromu „burnout” czy walki z wypaleniem zawodowym.

Piśmiennictwo:

1. Bilska E. „Jak Feniks z popiołów czyli syndrom wypalenia zawodowego”, Niebieska linia 4 (2004) <http://www.pismo.niebieskalinia.pl>
2. Ciechaniewicz, W. „Podstawy pielęgniarstwa” Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, wyd. 3.
3. Dudek B., „Psychiczne obciążenie pracą”, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1992.
4. Fengler J., Przekład: Pietruszewski K. „Pomaganie mężczy – wypalenie w pracy zawodowej”, GWP Gdańsk 2000.
5. Gugala B. „Stres w pracy pielęgniarki”, Pielęgniarka i Położna; 1 1, 2003; 8-23.
6. Jadacki J. „Między zabawą a pracą” Charaktery, maj 5, 2003.
7. Kaczyńska-Maciejowska R. „Spaleni pracą”, Charaktery, wrzesień, 9, 2003.
8. Knypl K. „Wypalenie zawodowe”, Miesięcznik STOMOZ Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej; 9, 2001; 53-55.
9. Maslach C. „Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej” W: Sęk H, (red.) „Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, Zapobieganie” Warszawa, Wyd. Nauk PWN, 2000.
10. Popielarska M., „W sidłach stresu”, Personel 1997.
11. Popielarska M., „Stres w pracy”, Personel 1996.
13. Sęk H., „Psychologia Kliniczna”, Wydawnictwo Naukowe PWN, t. I, Warszawa 2005.



Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy

ul. Chłapowskiego 13, 59-220 Legnica,

adres do korespondencyjny:

ul. Powstańców I. 3, 59-220 Legnica

tel./fax: 76 724-51-60, tel. 76 724-51-58

www.wsmlegnica.pl, e-mail: dziekanat@wsmlegnica.pl

Kierunki studiów:

- **Studia drugiego stopnia (magisterskie uzupełniające)**
 - ✓ Pielęgniarstwo
- **Studia pierwszego stopnia (licencjackie)**
 - ✓ Pielęgniarstwo
 - ✓ Ratownictwo Medyczne
 - ✓ Zarządzanie
- **Studia podyplomowe:**
 - ✓ Zarządzanie Bezpieczeństwem i Higieną Pracy
 - ✓ Zarządzanie Bezpieczeństwem Wewnętrznym
 - ✓ Zarządzanie i Administrowanie Funduszami Unijnymi
 - ✓ Zarządzanie Kryzysowe w Systemie Bezpieczeństwa Narodowego
 - ✓ Zarządzanie i Marketing Farmaceutyczny
 - ✓ Zarządzanie Jednostkami Służby Zdrowia
- **Kursy i szkolenia dla pielęgniarek:**
 - ✓ Specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa:
anestezjologii i intensywnej opieki, geriatrycznego, ratunkowego, rodzinnego,
opieki długoterminowej, operacyjnego, organizacji i zarządzania;
 - ✓ Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa:
ratunkowego, rodzinnego, organizacji i zarządzania, anestezjologii
i intensywnej opieki;
 - ✓ Kursy specjalistyczne:
Leczenie ran, Podstawy opieki paliatywnej, Resuscytacja krążeniowo-
oddechowa, Szczepienia ochronne, Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG;
 - ✓ Kursy doształcające:
Profilaktyka raka sutka - samobadanie piersi
- **Kursy z zakresu ratownictwa:**
 - ✓ kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy (66h)
 - ✓ kurs pierwszej pomocy przedmedycznej (8h)
 - ✓ kurs pierwszej pomocy dla nauczycieli (30h)
- **Kurs masażu klasycznego (85h)**

ISBN 978-83-928377-3-2



9 788392 837725