

Grażyna Anna Franek¹, Krystyna Łukasz-Paluch², Beata Cholewka³

¹Śląski Uniwersytet Medyczny, Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego Wydziału Opieki Zdrowotnej, Przewodnicząca Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Katowicach

²Członek Komisji Historycznej przy Zarządzie Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Katowicach

³Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Konceptcja roli zawodowej pielęgniarki w literaturze przedmiotu

Changes in the roles of a professional nurse

STRESZCZENIE

Rola zawodowa pielęgniarki od powstania pierwszej zawodowej, świeckiej, nowoczesnej szkoły pielęgniarskiej F. Nightingale (1860 r.) do naszych czasów ulega ciągłym, istotnym przemianom – od tradycyjnej do współczesnej. Geneza definiowania, określania roli pielęgniarki sięga XIX wieku i pierwszych prób systematyzacji spostrzeżeń zgromadzonych w procesie praktyki zawodowej przez F. Nightingale.

Celem pracy jest przedstawienie zarysu opisu i wyjaśnienie roli pielęgniarki przez wybitnych teoretyków w ujęciu historycznym.

W analizie wykorzystano nieliczne, rodzime teksty z literatury przedmiotu, w większości oparte na dorobku pielęgniarek angloamerykańskich oraz materiały Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego i Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. W analizowanej literaturze szukamy odpowiedzi na pytania: Czym jest pielęgniarstwo? Jaka jest misja pielęgniarstwa? Kim jest pielęgniarka? Kim są odbiorcy świadczeń pielęgniarstkich? Jaki jest własny udział ludzi w utrzymaniu i umocnieniu zdrowia?

Reorientacja ochrony zdrowia w latach 70. XX wieku na podstawową opiekę zdrowotną jednoznacznie akcentuje funkcjonowanie pielęgniarki w roli samodzielnego profesjonalisty w szpitalu i środowisku, ułatwiającego i umożliwiającego ludziom osiągnięcie optymalnego poziomu zdrowia. Poglębiająca się profesjonalizacja zawodu, poszerzające się kręgi samodzielności i odpowiedzialności zawodowej systematycznie rozszerzają role zawodowe pielęgniarki, tworząc zespół ról zawodowych. Zmiany te stanowią odpowiedź na oczekiwania i potrzeby zdrowotne pacjentów, rodzin i grup społecznych. Współcześnie w nowym modelu ról preferuje się ścisłą współpracę między pacjentami, społecznościami, pracownikami służby zdrowia, innymi grupami zawodowymi, rządem, samorządami lokalnymi.

Problemy Pielęgniarstwa 2012, 20 (2): 252–259

Słowa kluczowe: rola, rola zawodowa pielęgniarki, geneza i rozwój roli, zespół ról zawodowych

ABSTRACT

Since the establishment of the first professional, secular and modern nursing school in 1860 by F. Nightingale, the role of a nurse has been constantly changing. The genesis of defining the role of a nurse reaches the 19th century, when first attempts were made to regularise the remarks assembled during the work of F. Nightingale.

Aim of this study is to outline the description and clarification of the role of nurses by prominent theorists in historical perspective.

The analysis used a few, native texts from literature, mostly based on the achievements of Anglo-American nurses and the materials of the World Health Organization European Region and the International Council of Nurses. In the studied literature, we seek answers to questions: What is nursing? What is the mission of nursing? Who is the nurse? Who are the recipients of nursing? What is the self-involved people to keep and strengthen health?

Reorientation of health care in the 70's of twentieth century on the primary health care, clearly emphasizes the role of nurses in the functioning as an independent professional in a hospital environment, facilitating and enabling people to achieve optimal health. The growing professionalization, widening circles of autonomy and professional responsibility, steadily expanding the roles of professional nurses, creating a team of professional roles. These changes are a response for expectations and health needs of patients, families and social groups. Today roles in the new model is preferable to close cooperation between patients, communities, health professionals, other professional groups, government, local governments.

Nursing Topics 2012; 20 (2): 252–259

Key words: role, nurse's professional role, genesis and development of the role, professional roles collective, set of professional roles

Adres do korespondencji: dr n. med. Grażyna Anna Franek, Śląski Uniwersytet Medyczny, Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego Wydziału Opieki Zdrowotnej, ul. Medyków 12, 40–752 Katowice, tel./faks: (32) 20 88 681

Wstęp

Pojęcie i rozumienie roli zawodowej pielęgniarki na przełomie XIX i XX wieku systematycznie ulegało przemianom — począwszy od organizacji świeckiej, nowoczesnej szkoły pielęgniarstwa Florence Nightingale (1860) i podjętych pierwszych prób systematyzacji zgromadzonych spostrzeżeń, do zainicjowania, głównie przez pielęgniarki amerykańskie w latach 50. XX wieku, budowania filozofii, teorii pielęgnowania (modeli koncepcyjnych).

Przez kolejne 10-lecia, do czasów współczesnych, interpretacja roli pielęgniarki systematycznie jest wzbogacana wiedzą z nauk humanistycznych i społecznych.

Dokonanie przeglądu problematyki roli zawodowej pielęgniarki w literaturze przedmiotu wymaga na wstępie zdefiniowania i różnicowania pojęć: „pozycja”, „rola”, „rola społeczna”, „rola zawodowa pielęgniarki” oraz relacji między tymi pojęciami, które wyjaśniają nauki społeczne, a ściślej teorie socjologiczne. Według R. Lintona „pozycja jako coś odrębnego w stosunku do jednostki, która może nią zajmować, jest po prostu zbiorem praw i obowiązków”. Współcześni badacze dodają (...) i oczekiwań przysługujących danej jednostce”. Rola stanowi dynamiczny aspekt pozycji. Jednostka jest społecznie przypisana do pozycji i zajmuje ją tak, jaka jest relacja do innych pozycji. Jeśli wprowadzi w czyn prawa i obowiązki konstytuujące pozycję, mówimy, że pełni rolę” [1]. Rolę społeczną współtworzą oceny, wzory zachowań, które są przypisane określonej pozycji. Nowak interpretuje, że „role podobnie jak tworzące je normy można pojmować bądź jako zewnętrzne nakazy i oczekiwania, bądź jako wewnętrzne przekonania „wykonawców”, bądź jako rzeczywiste sposoby ich zachowania, kiedy pełnią oni daną rolę” [2]. Pojęcie roli społecznej za Szczepańskim należy rozumieć jako „względnie stały i wewnętrznie spójny system zachowań, będący reakcjami na zachowania innych osób, przebiegających według mniej lub więcej ustalonego wzoru” [3]. W książce „Propedeutyka pielęgniarstwa” z anglosaskiej serii wydawniczej „Podstawy pielęgniarstwa”, S. Collins i E. Parker piszą: — „Rolę można określić jako spełnianie czegoś, co w oczach innych składa się na status danego człowieka, jak też budowanie zaufania i szacunku do samego siebie” [4]. W opracowaniu „Filozofia i teorie pielęgniarstwa” z serii podręczników dla studentów studiów pielęgniarstkich czytamy: „Pod pojęciem roli zawodowej rozumiemy podejmowanie przez pielęgniarkę takiego postępowania zawodowego, które jest oczekiwane społecznie, a równocześnie zgodne z obowiązującymi normami oraz znaczące dla jej statusu zawodowego” [5].

Rola według S. Chelpy, zawiera kilka norm:

- „normy zadaniowe: rodzaj zadań roboczych, metody i środki ich realizacji, zakres odpowiedzialności oraz sposób wynagradzania;

- normy rozwoju zawodowego: zasady awansowania, wymagane umiejętności i kompetencje oraz sposób ich zdobywania, zasady degradacji zawodowej;
- normy interakcji społecznych: mniejsze jednostki w strukturze hierarchicznej firmy, zakres, rodzaj i formy kontaktów społeczno-zawodowych;
- normy wartościowania: zasady przypisywania zdarzeniom i ludziom pozytywnych i negatywnych właściwości;
- normy odnoszące się do ubioru, uczesania, używania specyficznego języka, form gramatycznych itp.” [6].

Problem roli zawodowej pielęgniarki w literaturze przedmiotu jest rozpatrywany w różnych aspektach. Podstawowy, koncentruje się na istocie roli zawodowej pielęgniarki wywodzącej się z modeli opieki pielęgniarstwie, zaprojektowanych przez wybitne postaci pielęgniarstwa światowego. Autorzy podejmują również problem roli zawodowej pielęgniarki w wymiarach etycznym, religijnym, socjologicznym, interpersonalnym i w tle układów organizacyjnych. Ponadto charakteryzują tendencje kształtowania się roli pielęgniarki.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie zarysu opisu i wyjaśnienia roli pielęgniarki przez wybitnych teoretyków w ujęciu historycznym. W analizie wykorzystano nieliczne, rodzime teksty z literatury przedmiotu, w większości oparte na dorobku pielęgniarek angloamerykańskich, oraz materiały Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego i Międzynarodowej Rady Pielęgniarek.

Geneza definiowania, określania roli pielęgniarki

Genezy definiowania, określania roli pielęgniarki należy szukać w pierwszych teoretycznych rozważaniach na temat istoty zawodu pielęgniarki i sformułowanych odpowiedziach na pytania: Czym jest pielęgniarstwo? Jaka jest misja pielęgniarstwa? Kim jest pielęgniarka? Kim są odbiorcy świadczeń pielęgniarstwa? Jaka jest ich rola w utrzymaniu, wzmacnianiu i potęgowaniu zdrowia? Tło rozważań stanowi krąg centralnych pojęć, wokół których koncentruje się zainteresowanie teoretyków pielęgniarstwa, tj. osoba, środowisko, zdrowie, pielęgnowanie.

Pierwsze próby intuicyjnej odpowiedzi, spostrzeżeń dotyczących istoty zawodu, opublikowała już w XIX wieku F. Nightingale w książce „Uwagi o pielęgniarstwie”, wydanej w grudniu 1895 roku. W Polsce środowisko zawodowe poznało je z fragmentarycznych tłumaczeń w monografii prof. Wł. Szenajcha pt. „Trzy pielęgniarki”, wydanej po raz pierwszy w latach 40. i wznowionej w latach 70. XX wieku [7].

Następne publikacje z zakresu początków teorii pielęgnowania pojawiły się w literaturze światowej dopiero w latach 50. XX wieku. Na przykład: w 1952 roku

H. Peplau wydała książkę „Kontakty interpersonalne w pielęgniarstwie”, a V. Henderson w 1955 roku opublikowała „Podręcznik zasad i praktyki pielęgniarstwa”. D.E. Orem w 1971 roku przedstawiła swoją koncepcję deficytu samoopieki w opracowaniu „Pielęgniarstwo: Koncepcje praktyki”, a w 1972 roku B. Neuman opisała „Model systemów opieki zdrowotnej”.

Spośród licznych, bardziej znanych autorów w światowej literaturze pielęgniarstwa (ok. 29 wskazanych przez Ann Marriner-Tomey) oprócz powyżej wymienionych autorek amerykańskich znajdziemy także przegląd modeli opieki pielęgniarstwa i roli zawodowej pielęgniarki według J. Watson — jednej z twórczyń filozofii pielęgniarstwa i autorek modeli koncepcyjnych: M.E. Rogers, sister C. Roy oraz M. Leininger — jednej z twórczyń średniej klasy teorii w dziedzinie pielęgniarstwa.

Polscy Czytelnicy mogli poznać dorobek niektórych z tych teoretyków pielęgniarstwa dopiero w 1995 roku, dzięki krótkiemu cyklowi artykułów A. Blak na temat teorii pielęgnowania opublikowanych w czasopiśmie „Pielęgniarstwo 2000” [8].

Polskim Czytelnikom problem ten przybliżyła przede wszystkim w 1995 roku I. Wrońska w wydanym studium socjologicznym pt. „Współczesna koncepcja roli pielęgniarki” [9]. W 1997 roku podstawowe myśli filozofii humanistycznej opieki według J. Watson w kontekście pielęgniarstwa rodzinnego przedstawiła też w zarysie Z. Kawczyńska-Butrym w publikacji „Pielęgniarstwo rodzinne” [10].

Aktualnie cenną pozycją dostępną na rynku wydawniczym, wzbogacającą wiedzę o autorkach teorii pielęgnowania i założeniach teoretycznych, jest opracowanie pod redakcją J. Górajek-Jóźwik pt.: „Filozofia i teorie pielęgniarstwa” (2007) [11].

Rozumienie i opis roli pielęgniarki przez przykładowe wybitne postaci światowego pielęgniarstwa i liderów polskiego pielęgniarstwa wywodzą się z przyjętych przez nie założeń teoretycznych.

Twórczyni filozofii pielęgniarstwa — Florence Nightingale — w książce „Uwagi o pielęgniarstwie” istotę pielęgniarstwa, troskliwego pielęgnowania ogniskowała na elementach środowiska, choć sama nie używała tego terminu. Wymieniała wśród jego elementów: właściwe stosowanie świeżego powietrza, czystą wodę, światło, ciepło, czystość, ciszę. Podkreślała również sprawne usuwanie nieczystości i właściwy wybór i stosowanie diety — wszystkie te elementy powinny uwzględniać najmniejszy nakład sił życiowych człowieka. Zwraçała również uwagę na edukację zdrowotną. Relacje pielęgniarki z pacjentem i lekarzem określała jednoznacznie. A. Marriner-Tomey w 1989 roku pisała „Stworzony przez F. Nightingale model opieki pielęgnacyjnej oparty został na założeniu pełnej poświęcenia, a jednocześnie kompetentnej, dyrektywno-paternalistycznej działalności, podporządkowanej dominu-

jącej roli lekarza” [12]. Sama F. Nightingale zaznaczała jednak wyraźnie, że posłuszeństwo pielęgniarki w relacjach z lekarzem powinno być rozumne. Twierdziła, że rola pielęgniarki nie polega jedynie na leczeniu w szpitalach, ale i na świadczeniu opieki wszystkim potrzebującym, w tym zdrowym, zagrożonym chorobą, chorym, niepełnosprawnym. W „Notes on Nursing”, dziele wydanym w 1860 roku, podkreślała rolę obserwacyjną i rolę wsparcia: dawanie nadziei i rad potrzebującym.

Na początku lat 50. (1952) XX wieku H.E. Peplau, posiadająca duże doświadczenie w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, opisując rolę osoby, która spełnia opiekę, wykorzystała według I. Wrońskiej myśli A.H. Masłowa, S. Freuda, E. Fromma i wpisała swój model w nurt pielęgniarstwa relacji międzyosobowych.

Pielęgniarstwo według H.E. Peplau (efekt psychiatrycznej orientacji autorki) „to działalność edukacyjna, to dojrzała siła zmierzająca do przemian w osobowości podopiecznych, w kierunku twórczego, produktywnego, osobistego i społecznego trybu życia”. „...Jest takim, które jest w stanie zrozumieć istotę swej działalności, mającej na celu udzielanie pomocy innym w rozpoznawaniu odczuwanych trudności i stosować zasady stosunków międzyludzkich dla rozwiązywania problemów powstających na wszystkich poziomach praktyki pielęgniarstwa” [12].

Wyróżniła role zawodowe w procesie czterech faz współdziałania pielęgniarki z pacjentem, tj: orientacji, identyfikacji, realizacji celów opieki oraz uwalniania się ze wzajemnego związku, jako:

- „nieznajomego — związana z fazą pierwszego spotkania, z fazą identyfikacji;
- dawcy informacji, osoby dobrze zorientowanej — potrafiącej udzielić odpowiedzi na dręczące podopiecznych problemy i wyjaśnić cele i stosowane zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne;
- nauczyciela i instruktora — przekazującego odpowiednie wiadomości i umiejętności dotyczące zachowań pacjentów i ich rozwoju;
- przywódcy, kierownika — kierowanie działaniami pacjenta w zakresie samoopieki z uwzględnieniem demokratycznego stylu kierowania;
- zastępcy (surogate role) — podopieczny dostrzega w pielęgniarce osobę zastępczą w stosunku do znanych mu bliskich osób, najczęściej z kręgu rodziny; jest to ważna rola, ale bardzo trudna i delikatna; zachowania bowiem pielęgniarki mogą wywołać u pacjentów przeżycia, które reaktywując stany uczuciowe poprzednich relacji międzyosobowych, mogą wpływać ujemnie na jego stan psychiczny; mogą także wiązać uczuciowo pacjenta z pielęgniarką; odgrywanie przeto takiej roli ma swe granice, które pielęgniarka w każdym indywidualnym przypadku musi zakreślić;

— doradcy — szczególnie ważna w pielęgniarstwie psychiatrycznym” [13].

Opisu roli pielęgniarki według V. Henderson (1955), nazywanej wychowawczynią pielęgniarek, należy poszukiwać w sformułowanej przez nią definicji pielęgniarstwa. V. Henderson w opracowaniu „Podstawowe zasady pielęgniarstwa”, wydanym przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek w 1960 roku, przyjęła, iż: „Pielęgniarstwo oznacza przede wszystkim pomoc okazywaną ludziom (zarówno chorym, jak i zdrowym) w wykonywaniu czynności przyczyniających się do utrzymania zdrowia lub jego przywrócenia (względnie do spokojnej śmierci), które to czynności dana osoba wykonywałaby sama, gdyby miała dość sił, motywacji, czy też miała odpowiednią wiedzę. Do zadań pielęgniarki należą także działania i pomoc danemu człowiekowi, aby w jak najkrótszym czasie stał się on od tej pomocy niezależny” [14].

W spełnianiu swoich zadań według V. Henderson pielęgniarka występuje w roli:

- „środka zastępczego (*substitute*), uzupełniającego określone niedomogi i braki pacjenta w sferze fizycznej, psychicznej i duchowej;
- pomocnika (*helper*) w czynnościach opieki pielęgnacyjnej;
- partnera (*partner*) ustalającego wspólnie z pacjentem plan opieki” [15].

V. Henderson, pisząc o roli zastępczej, zilustrowała rolę pielęgniarki następująco: „Czasami pielęgniarka jest świadomością osoby nieświadomej, miłością życia dla samobójcy, nogą osoby jej pozbawionej, oczyma ślepego, środkiem poruszania się dla dziecka, wiedzą i ufnością dla matki i ustami dla tych, którzy są za słabi, aby mówić itd.” [15].

D.E. Orem (1971 r.) — nauczycielka pielęgniarstwa, reprezentantka modelu pielęgniarstwa jako humanistycznej nauki i sztuki w kontekście rozwoju człowieka, autorka Teorii Deficytu Samoopieki ujęła wielowymiarową rolę zawodową pielęgniarki w aspekcie wyróżnionych 3. systemów opieki pielęgnacyjnej — w pełni kompensacyjny, częściowo kompensacyjny, wspierająco-edukacyjny (1971 r.).

Zachowania pielęgniarki sformułowała jako:

- „realizatora czynności terapeutyczno-pielęgnacyjnych;
- przewodnika w dziedzinie samoopieki;
- doradczyń w sytuacjach problemowych;
- osoby zaufanej, udzielającej wsparcia w czynnościach samoopieki;
- twórczyni i organizatorki środowiska sprzyjającego procesom rozwojowym” [16].

B. Neuman w wydanej książce „Model systemów opieki zdrowotnej” w 1972 roku opisała rolę zawodową pielęgniarki, odwołując się do pojęć przyjętych w ogólnej teorii systemów, tj. człowiek, środowisko, zdrowie,

pielęgniarstwo na tle holistycznej i ekologicznej koncepcji świata. Wprowadziła do modelu systemowego pojęcia stresu i reakcji na stres. W opisie autorki role pielęgniarki zarówno w odniesieniu do jednostki, jak i grupy społecznej wyrażają się w trzech fazach:

- w pierwszej fazie — usuwanie możliwości pojawienia się czynnika stresującego bądź wzmacnianie sił obronnych podopiecznego;
- w fazie drugiej — podjęcie odpowiednich działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych zmierzających do wzmocnienia sił obronnych o przywrócenie równowagi organizmu;
- w fazie trzeciej — reedukacja zapobiegająca powrotowi choroby, poprzez zapewnienie stabilności osobowej pacjenta [16].

Opis roli pielęgniarki

w rodzimej literaturze w latach 1930–1997

Ówczesnie w rodzimej literaturze przedmiotu autorki mocno akcentują problem widzenia roli pielęgniarki w aspekcie etycznym, duchowym, religijnym. Wyraźnie podkreśliły ten wątek Z. Szlenkierówna (1882–1939), nazywana polską F. Nightingale i H. Chrzanowska (1902–1973), twórczyni pielęgniarstwa domowego, parafialnego.

W 1930 roku (przed II wojną światową), podczas uroczystości rozdania dyplomów w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, Z. Szlenkierówna mówiła do absolwentek: „Można posiadać jak najrozleglejszą wiedzę zawodową, jak najbardziej skończoną technikę — jeśli obok tego nie posiada się pierwiastka twórczego, jeśli cała dziedzina duchowa milczy, to wtedy pielęgniarstwo z wysokiego stanowiska sztuki (w nawiązaniu do słów F. Nightingale) zdegradowane zostaje do rzemiosła, przestaje być pielęgniarstwem w całym tego słowa znaczeniu”. „Wiarę w pracy pielęgniarki pojętej jako służba, praca ofiarna” określała w swoim wystąpieniu „jako źródło jedynie pewne i nigdy niezawodne, dające łaskę cudownej pomocy, która nie dopuści, aby znicz Was zagaś (jako symbol nigdy niegasnącej siły ducha), co łatwo mogłoby nastąpić pośród ciężkich nieraz warunków naszego zawodu” [17].

H. Chrzanowska, absolwentka Warszawskiej Szkoły pielęgniarstwa (1923 r.), pisząc „Rachunek sumienia dla pielęgniarek” oraz prowadząc notatki z zakresu pielęgniarstwa domowego, precyzyjnie wyjaśniała rolę pielęgniarki w wymiarze religijnym, słowami: „My musimy być bardzo ostrożne, ażeby się nie stać *wilkami drapieżnymi ani fałszywymi prorokami*. Musimy przede wszystkim być pokorne. Nie jesteśmy w stanie wczuć się całkowicie w sytuację chorego, w jego ból spowodowany długoletnim unieruchomieniem. Nie wiemy, co się dzieje w duszy chorego. Nie wolno nam górować, musimy tylko służyć. Inaczej nie szłybyśmy za przykładem Chrystusa. Nie możemy iść do chorych z tym na-

stawieniem, że my tych chorych dźwigniemy na jakieś wyżyny duchowe — jakie? nasze? — pożał się Boże. To oni nas jakże często pogłębiają i dźwigają” [18].

Jednocześnie H. Chrzanowska, jako autorka programu nauczania przedmiotu: pielęgniarstwo domowe i twórczyni pielęgniarstwa parafialnego, opisywała na podstawie własnych doświadczeń i działań rolę pielęgniarki jako praktyka, przygotowanego do pełnienia roli psychologa, pracownika społecznego i nauczyciela [19].

Pierwszą pielęgniarką polską, która opisała rolę i funkcje zawodowe pielęgniarki — opiekuńczą, edukacyjną (wychowawczą) i zarządzania, wynikające z istoty pielęgniarstwa, była Teresa Kulczyńska, absolwentka Szkoły Zawodowych Pielęgniarek Pań Ekonomek św. Wincentego a Paulo w Krakowie (1921), Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Europie. W swoich opracowaniach w 1936 roku „Pielęgniarstwo określiła jako zawód odrębny od zawodu lekarskiego, o własnym zakresie, własnej technice, własnych metodach i organizacji pracy oraz własnej technice zawodowej”. Pisała ... „Istotę pielęgniarstwa stanowi pomoc choremu i osobista opieka nad nim pielęgniarki” [20].

W latach 70. XX wieku o roli pielęgniarki pisały też: M. Minczewska (1973 r.) i I. Rżewska (1973 r., 1977 r.).

M. Minczewska — absolwentka warszawskiej szkoły pielęgniarskiej (1942 r.), pedagog, oficer, przedstawiała rolę pielęgniarki w kontekście przemian w strukturze, zadaniach ochrony zdrowia po II wojnie światowej i zadaniach pielęgniarki w zespole.

- „(...) Pielęgniarka ma za zadanie pełnienie roli:
- doradcy — wychowawcy, pomagającego pacjentowi lub grupie pozostającej pod jej opieką świadomie kształtować prawidłowe warunki życia i pracy oraz postępować w sposób ułatwiający przystosowanie;
 - zastępczej matki — w stosunku do pacjentów o ograniczonej samodzielności, którym trzeba bardziej lub mniej wydatnie pomagać, a nawet zastępować ich w adaptacji do zmienionych warunków życia;
 - członka zespołu zapobiegawczo-leczniczego, stosującego odpowiednie środki zapobiegania chorobom i leczenia dla zlikwidowania lub ograniczenia czynników wywołujących chorobę i zmian spowodowanych przez nie w organizmie” [21].

W tym kontekście warto podkreślić, że problem roli namiastki matki podjął wcześniej również S. Shulman w swoich badaniach wśród pielęgniarek amerykańskich, przeprowadzanych w latach 1958–1968, stwierdzając, że „pielęgniarki o pełnych kwalifikacjach nadal opuszczają pracę przy łóżku chorego, eliminując ze swej roli elementy macierzyńskie” [22]. Przyczynę tego stanu rzeczy upatrywał w systemie kształcenia pielęgniarek, w którym był kładziony akcent na rolę ekspresyjną pielęgniarki, ale podporządkowaną rygorom szpitalnym.

M. Minczewska w analizie podstawowych czynności wykonywanych przez pielęgniarkę na rzecz pacjenta

podkreślała rolę bezpośredniej opieki i pomocnika człowieka, który potrzebuje pomocy i opieki, szczególnie wtedy gdy występuje zagrożenie zdrowia, a jeszcze nie zawsze objawy choroby. Stanowisko to nawiązywało do wytycznych Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, które podkreślały, że istotą praktyki zawodowej pielęgniarki jest bezpośrednia opieka pielęgnacyjna.

Ponadto, autorka opisując pojawiające się konflikty wśród przedstawicieli różnych zawodów pomocniczych, za G. Schümperli, przełożoną pielęgniarek w jednym ze szpitali w Szwajcarii, proponowała dla pielęgniarki rolę koordynatora, łącznika działalności innych pracowników służby zdrowia, mając na uwadze dobro pacjenta [23].

W tym samym tomiku „Praca pielęgniarki” z serii wydawniczej „Biblioteka Pielęgniarki” M. Minczewska ostro krytykowała różne aspekty związane z pełnieniem roli pielęgniarki, tj.: pełnienie przez pielęgniarkę „pomocy technicznej” lekarza, kontakt z pacjentem głównie podczas wykonywania zleceń lekarskich, minimalizowanie czynności pielęgnacyjnych związanych z potrzebami biopsychospołecznymi pacjenta oraz niechęć pielęgniarek do bezpośredniego kontaktu z pacjentem, do przebywania z nim w salach chorych i poczekalniach pacjentów.

Problem roli pielęgniarki w odniesieniu do pacjenta kontynuowała w swoich badaniach prowadzonych od 1968 roku I. Rżewska — dr socjologii, były pracownik naukowy w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN i Studium Nauczycielskim Średnich Szkół Medycznych w Warszawie. W opinii ówczesnych respondentek objętych badaniem, absolwentek szkół pielęgniarskich i pielęgniarek z wieloletnim doświadczeniem zawodowym rola pielęgniarki wobec pacjenta była określana następująco:

1. „Pielęgniarka jako interpretatorka nowej dla pacjenta sytuacji. Powinna wprowadzić pacjenta i jego rodzinę w nowe środowisko w sposób taktowny i rzeczowy, zmierzający przede wszystkim do uwolnienia pacjenta od lęku;
2. Pielęgniarka jako wychowawca powinna nauczyć roli chorego pacjenta i ozdrowieńca.
4. Pielęgniarka jako zastępczyni rodziny.
5. Pielęgniarka jako osoba zaufana, rozumiejąca stan chorego” [24].

Rżewska za autorami anglosaskimi dodawała jeszcze: Pielęgniarka jako „uzdrowicielka”, osoba realizująca leczenie; co w przypadku polskiego słownictwa kojarzy się pejoratywnie z osobami nieposiadającymi świadectwa ukończenia szkoły pielęgniarskiej.

Autorka przedstawiała także akcentowane w ówczesnej literaturze przedmiotu koncepcje roli instrumentalnej i roli ekspresyjnej pielęgniarki. Podawała definicję tych ról za S.H. King, pisząc, że „rola instrumentalna pielęgniarki to staranie o zdrowie pacjenta, ekspresyjna — to panowanie nad napięciami pochodzącymi

z procesu leczenia i środowiska szpitalnego” [24]. Jak wynikało z kontynuowanych badań przez Rzewską, pełnienie tych ról, z przewagą elementów ekspresyjnych, w opinii słuchaczek Studium Nauczycielskiego rodziło konflikt w relacjach: pielęgniarka- pacjent, pielęgniarka-lekarz, pielęgniarka-zespół pielęgniarski, skoncentrowanych w większości na rutynowych działaniach.

Rzewska prowadziła również badanie wśród lekarzy, którego celem było dokonanie przez respondentów wyboru roli pielęgniarki, akceptowanej w relacjach lekarz-pielęgniarka. Propozycja autorki obejmowała opis ról społecznych w kontekście historycznego rozwoju pielęgniarstwa.

Są to:

- „wykonawczyni poleceń lekarza bez inicjatywy i wnikania w potrzeby pacjenta;
- wykonawczyni poleceń lekarza z głosem doradczym;
- współpracownik lekarza, rzecznik spraw pacjenta, niosący ulgę w cierpieniu;
- specjalista o wysokich kwalifikacjach, przejmujący z rąk lekarza coraz więcej zadań” [25].

Autorka objęła badaniem ankietowym grupę 216 lekarzy pracujących w różnych placówkach na terenie kraju. W badanej grupie respondentów najwięcej głosów uzyskał trzeci model (wybrało go 47% osób), a następnie: czwarty (14%), drugi (32%) i pierwszy (4,2%).

Współczesna definicja roli i jej uwarunkowania

Ostatnie dekady XX wieku i wiek XXI przyniosły nowe definicje roli pielęgniarki. Od ustaleń konferencji w Alma-Acie (1978 r.) następuje reorientacja w podstawowym kształceniu pielęgniarek. Zmiany w kształceniu pielęgniarek w Regionie Europejskim są warunkowane wieloma czynnikami, tj.: zmieniającymi się potrzebami zdrowotnymi populacji, starzeniem się populacji świata i Europy, wysokim wskaźnikiem bezrobocia, niskim poziomem dochodów, co pociąga za sobą niewłaściwe odżywianie się i towarzyszący tym zjawiskom stres, choroby związane ze stylem życia (AIDS/HIV), wysoki wskaźnik śmiertelności matek i niemowląt. W rozważaniach teoretycznych pielęgniarstwa odchodzi się od koncepcji pielęgniarstwa tradycyjnego, koncentrującego się na człowieku chorym, niepełnosprawnym i modelu leczniczym. Dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia eksponują zdrowie społeczne, orientację na całą populację, grupy zaniedbane, grupy wysokiego ryzyka. W kręgu pielęgniarstwach zainteresowań eksponuje się: promocję zdrowia, zapobieganie chorobom i niepełnosprawności, rehabilitację, pielęgnację i opiekę. Podstawowa opieka pielęgniarka jest orientowana na umożliwienie społeczności, rodzinie, klientowi/pacjentowi włączenia się w proces opieki oraz edukację zdrowotną. „Rola pielęgniarki ogólnej jest: planowanie, wprowadzanie oraz ocena opieki pielęgnacyjnej i udział w niej, który realizuje w oparciu o pod-

stawowe kryterium zapewnienia ludziom prawa do korzystania z usług zdrowia wszędzie tam, gdzie oni żyją i pracują, a także poprzez stworzenie im warunków przyjęcia większej odpowiedzialności za utrzymanie własnego stanu zdrowia” [26].

Wiek XXI, obok zmian demograficznych, społecznych, epidemiologicznych, przynosi wraz z rozwojem zaawansowanych technik i technologii wzrost kosztów opieki szpitalnej. Ponadto wzrastają różnice społeczno-ekonomiczne i kulturowe, zwiększają się wymagania społeczeństwa w odniesieniu do jakości usług. Fałujący kryzys ekonomiczny wymusza na rządach reformowanie opieki zdrowotnej. Jako kluczowy element w strategiach reformatorów coraz częściej są postrzegane pielęgniarki i położne. W nowym modelu preferuje się ścisłą współpracę między pacjentami, społecznościami, pracownikami służby zdrowia, innymi grupami zawodowymi, rządem, samorządami lokalnymi.

Odpowiednio wykształcona pielęgniarka w strukturach szkolnictwa wyższego, w świetle Europejskiej Strategii WHO kształcenia pielęgniarek i położnych, to:

- „Osoba zapewniająca opiekę, która traktuje pacjenta holistycznie jako jednostkę i jako integralnego członka rodziny, środowiska i kultury, oraz zapewnia opiekę najwyższej jakości, etyczną, kompleksową, stałą i spersonalizowaną w ramach wzajemnych stosunków opartych na zaufaniu;
 - Decydent, który stwierdza występowanie istotnych potrzeb lub problemów związanych ze zdrowiem lub chorobą i wybiera działania, które mogą zostać zastosowane etycznie i oszczędnie, aby zapewnić holistyczną opiekę na najwyższym poziomie;
 - Komunikator, który potrafi propagować zdrowy styl życia za pomocą efektywnej współpracy, wyjaśniania, uczenia i tłumaczenia, a tym samym przez motywowanie i upoważnianie jednostek i grup do ochrony i poprawy swojego zdrowia;
 - Lider lokalny, który zdobywszy zaufanie ludzi, wśród których pracuje, potrafi ustalić i pogodzić ze sobą potrzeby zdrowotne jednostki i jej najbliższego środowiska, wspomagać działania podejmowane przez jednostki, grupy czy społeczność lokalną lub podejmować działania w ich imieniu;
 - Menedżer, który potrafi zrobić właściwy użytek z dostępnych danych i potrafi współpracować harmonijnie z jednostkami i organizacjami w ramach systemu opieki zdrowotnej i poza w dążeniu do określenia i uruchomienia dostępnych zasobów oraz do koordynowania ich wykorzystania w taki sposób, aby zaspakajać potrzeby pacjentów i ich środowisk” [27].
- Określenie powyższych ról, coraz bardziej eksponowanych, ukazuje stałą tendencję ich rozwoju i rozszerzenia.
- Dalsze zmiany w pełnieniu ról zawodowych, warunkujące poprawę jakości opieki pielęgniarstwie, muszą wspomagać przede wszystkim:

- system ustawicznego kształcenia pielęgniarek;
- zintensyfikowanie działań w praktyce i w badaniach naukowych z zakresu promocji pracy zespołowej;
- większy udział pielęgniarek w procesie kształtowania polityki zdrowotnej i zarządzaniu świadczeniami zdrowotnymi;
- ściślejsza integracja procesu kształcenia pielęgniarek z praktyką zawodową [28, 29].

Podsumowanie

Rolę zawodową pielęgniarki na przestrzeni lat warunkuje wiele czynników, przekształcając ją z tradycyjnej, podporządkowanej, biernej w rolę profesjonalisty zorientowanego na problemy zdrowotne człowieka, rodziny, grupy społecznej, społeczeństwa.

Wykorzystanie dorobku nauk filozoficznych i społecznych przez teoretyków pielęgniarstwa w budowaniu teorii pielęgnowania wpłynął w sposób zasadniczy na nowe rozumienie ról zawodowych pielęgniarki. Jednak należy podkreślić, iż nadal mała ilość rodzimej literatury w tym zakresie i tłumaczeń z kręgu literatury zachodniej utrudnia edukację pielęgniarek, wdrożenie tych koncepcji do praktyki i prowadzenie pogłębionych badań naukowych.

Niewątpliwy wpływ na rozwój roli zawodowej pielęgniarki ma reorientacja medycyny w kierunku podstawowej opieki zdrowotnej, która stworzyła szansę dla pielęgniarek na stworzenie roli edukatora, nauczyciela, promotora zdrowia w środowiskach zamieszkania, nauki i pracy.

Kształcenie pielęgniarek na poziomie szkolnictwa wyższego zawodowego i uniwersyteckiego zwiększyło zakres kompetencji zawodowych, samodzielności i odpowiedzialności, ściśle powiązany z potrzebami i oczekiwaniami społecznymi, torując drogę profesjonalizmowi i pojawieniu się zespołu ról zawodowych. Pielęgniarki zajmują wysokie oceny w opinii społecznej. Według ostatnich badań CBOS z 2009 roku pielęgniarka znalazła się na 4. miejscu w uznaniu społecznym, wyprzedzając w ocenie zawód lekarza.

Wzbogacone wiedzą, umiejętnościami, doświadczeniem, ciągłym samorozwojem zawodowym pielęgniarki odrzucają rolę osoby podporządkowanej lekarzowi i biernej, a sami lekarze, jak wynika z badań, wybierają w znacznym procencie rolę pielęgniarki jako współpracownika lekarza, rzecznika spraw pacjenta, osoby niosącej ulgę w cierpieniu.

Współcześnie pielęgniarki prowadzą samodzielne praktyki zawodowe, zarządzają dużymi zespołami ludzi, prowadzą działalność dydaktyczną w systemie wyższego i akademickiego szkolnictwa zawodowego, kontynuują badania naukowe, wdrażają projekty edukacyjne w społecznościach lokalnych, liderują samorządom zawodowym, stowarzyszeniom zawodowym, reprezentują grupę zawodową na różnych szczeblach wła-

dy. Nie zawsze jednak przez decydentów jest wykorzystywany potencjał intelektualny liderów pielęgniarstwa, ale to tylko od nas samych zależy, czy będzie on wykorzystywany dla dobra naszych pacjentów, profesji i nas samych.

Warto podkreślić, że obowiązkiem całej społeczności pielęgniarstwa jest wypełnianie ról, które niosą czasy współczesne i przyszłe z wielką dbałością, z troską i dobrze.

Wnioski

1. Rola zawodowa pielęgniarki na przestrzeni lat ulega zasadniczym przemianom.
2. Istotny wpływ na rozwój roli zawodowej pielęgniarki miały pierwsze próby systematyzacji spostrzeżeń zgromadzonych w procesie praktyki zawodowej pielęgniarek oraz budowanie teorii pielęgnowania (modeli koncepcyjnych).
3. Przekształcenia ochrony zdrowia w kierunku podstawowej opieki zdrowotnej rozszerzają pełnione role przez pielęgniarkę.
4. Zmieniające się relacje lekarz-pielęgniarka, pielęgniarka-pacjent, pielęgniarka-inni pracownicy służby zdrowia wciąż warunkują zmiany w pełnieniu roli zawodowej pielęgniarki.
5. Pogłębiająca się profesjonalizacja zawodu, poszerzające się kręgi samodzielności i odpowiedzialności zawodowej, systematycznie rozszerzają role zawodowe pielęgniarki, tworząc zespół ról zawodowych różnie opisywanych i odgrywanych w praktyce.

Piśmiennictwo

1. Linton R. *The Study of Man*. Appleton-Century Inc. 1936. W: Turner H.J. *Struktura teorii socjologicznej*. PWN, Warszawa 1985: 392.
2. Nowak S. *Metodologia badań społecznych*. PWN, Warszawa 1985: 106.
3. Szczepański J. *Elementarne pojęcia socjologii*. PWE, Warszawa 1970: 131.
4. Collins S., Parker E. *Propedeutyka pielęgniarstwa*. PZWL, Warszawa 1989: 63.
5. Górąjek-Jóźwik J. (red.). *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*. Wydanie 1. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007: 43.
6. *Role zawodowe (Professional roles)*. Onet. Wiem Portal Wiedzy. 12 sierpnia 2010 12:05.
7. Szenajch W. *Trzy pielęgniarki*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1974: 160.
8. Blak A. *Teorie pielęgnowania*. *Pielęgniarstwo 2000*; 5 (22): 13.
9. Wrońska I. *Współczesna koncepcja roli pielęgniarki*. Studium socjologiczne. Norbertinum, Lublin 1995.
10. Kawczyńska-Butrym Z. *Pielęgniarstwo rodzinne*. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
11. Górąjek-Jóźwik J. (red.). *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*. Wydanie 1. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
12. Wrońska I. *Współczesna koncepcja roli pielęgniarki*. Studium socjologiczne. Norbertinum, Lublin 1995; 27–28, 50.
13. Wrońska I. *Współczesna koncepcja roli pielęgniarki*. Studium socjologiczne. Norbertinum, Lublin 1995; 49.
14. Collins S., Parker E. *Propedeutyka pielęgniarstwa*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989; 23.

15. Wrońska I. Współczesna koncepcja roli pielęgniarki. Studium socjologiczne. Norbertinum, Lublin 1995; 34.
16. Wrońska I. Współczesna koncepcja roli pielęgniarki. Studium socjologiczne. Norbertinum, Lublin 1995; 46, 54–57.
17. Szenajch W. Trzy pielęgniarki. PZWL, Warszawa 1974: 160.
18. Florkowska M. (oprac.). Radość dawania. Hanna Chrzanowska we wspomnieniach, listach, anegdotach. Wydawnictwo Św. Stanisława BM, Kraków 2010: 196.
19. Górajek-Jóźwik J. (red.). Filozofia i teorie pielęgniarstwa. Wydanie 1. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007: 257.
20. Górajek-Jóźwik J. (red.). Filozofia i teorie pielęgniarstwa. Wydanie 1. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007: 245–246.
21. Minczewska M. Praca pielęgniarki. PZWL, Warszawa 1973: 24.
22. Rżewska I. Współczesna pielęgniarka. Modele opinie. Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa 1977: 51.
23. Minczewska M. Praca pielęgniarki. PZWL, Warszawa 1973: 176.
24. Rżewska I. Społeczne problemy zawodu pielęgniarki. Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa 1973: 122.
25. Rżewska I. Współczesna pielęgniarka. Modele opinie. Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa 1977: 48.
26. Maszynopis. Materiał do dyskusji. Profil pielęgniarki ogólnej. Światowa Organizacja Zdrowia Europejskie Biuro Regionalne, 1990: 11.
27. Maszynopis. „Pielęgniarki i położne na rzecz zdrowia”. Europejska Strategia WHO kształcenia pielęgniarek i położnych. Światowa Organizacja Zdrowia Biuro Regionalne w Europie, Kopenhaga 1999: 3–4.
28. Wrońska I. Współczesna koncepcja roli pielęgniarki. Studium socjologiczne. Norbertinum, Lublin 1995: 141–142.
29. Poznańska S. Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. PZWL, Warszawa 1988: 131–136.