

OPIEKA PIELĘGNIARSKA – WYBRANE ZAGADNIENIA TEORETYCZNE

NURSING CARE – SELECTED THEORETICAL ASPECTS

Żaneta Dobińska

Położna Oddziału Ginekologii Onkologicznej, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego

Streszczenie

Praca ma na celu dookreślenie idei pielęgnowania i ukazania jej przejawów w przeszłości i obecnie, ze szczególnym uwzględnieniem jej misyjnego, ponadczasowego charakteru. Podjęto problem pojęcia opieki, przede wszystkim opieki pielęgniarskiej, w ujęciu historycznym, skupiono się jednak przede wszystkim na problemie definicji pielęgnowania na przykładzie najważniejszych teorii pielęgniarskich – Florence Nightingale, Virginii Henderson i Dorothy Orem. Podstawą artykułu stały się materiały z czasopism naukowych, podręczników akademickich oraz źródeł tematycznych ujętych w Piśmiennictwie.

Słowa kluczowe: opieka pielęgniarska, teorie pielęgniarstwa, idea miłosierdzia, podejście holistyczne.

Abstract

The aim of this work is to specify the idea of nursing care and show its manifestations in the future and nowadays with a special stress put on its missionary, timeless character. This work deals with the notion of care, especially nursing care, in historical terms, focusing primarily on the problem of defining nursing care basing on the most important theoretical works – by Florence Nightingale, Virginia Henderson and Dorothy Orem. The article is based on material from scientific magazines, academic textbooks and thematic sources comprised in the References section.

Keywords: nursing care, nursing care theories, the idea of mercy, holistic approach.

Wstęp

Pielęgniarstwo to profesja posiadająca charakter troszczącej się o człowieka cierpiącego, niosącej ulgę w cierpieniu.

Niniejszy artykuł podejmuje problem pojęcia *opieki*, poszerzając badane zagadnienie o pojęcie *opieki pielęgniarskiej* w ujęciu historycznym, poczynając od starożytności po nowożytność i współczesność. Skupia się jednak przede wszystkim na problemie definicji pielęgnowania, ukazując trzy najważniejsze teorie w historii pielęgniarstwa – autorstwa Florence Nightingale, Virginii Henderson i Dorothy Orem.

Artykuł powstał na podstawie materiałów z czasopism naukowych, podręczników akademickich dla pielęgniarek i położnych oraz źródeł tematycznych ujętych w Piśmiennictwie.

Cel pracy

Praca ma na celu przypomnienie idei pielęgnowania i ukazania jej przejawów w przeszłości i obecnie, ze szczególnym podkreśleniem jej misyjnego, ponadczasowego charakteru.

1. Idea miłosierdzia a opieka zdrowotna w ujęciu historycznym

Opieka określana jest najczęściej jako *troszczenie się, dbanie o kogoś, dogłębne, uczuciowe zainteresowanie, udzielanie pomocy, zabezpie-*

czanie potrzeb fizycznych, pocieszanie, ochrona, kontrola, nadzór [1]. Jedną z najstarszych form udzielania przez społeczeństwa świadczeń na rzecz osób potrzebujących wsparcia była opieka społeczna. W praktyce istniała ona prawdopodobnie od zawsze, ściśle powiązana z miłosierdziem, które w religii chrześcijańskiej stało się jedną z myśli przewodnich i czynnikiem niezbędnym do osiągnięcia zbawienia [2]. Nakaz świadczenia miłosierdzia dobitnie wyrażała Ewangelia, a jego pierwsze formy stanowiły prawdopodobnie samopomoc wśród członków gmin i jałmużna. Następnie w ciągu pierwszych trzech wieków po Chrystusie w świecie chrześcijańskim pojawiły się instytucje opiekuńcze – szpitale, a Sobór w Nicei w 325 roku zalecał, by w każdym mieście założono szpital, który przyjmowałby podróżnych, kalekich, chorych i ubogich, okazując im wszelką możliwą pomoc [2].

Już starożytność zresztą (i to nie tylko europejska) wypracowała pewne formy placówek opiekuńczo-leczniczych. W starożytnej Grecji i Rzymie były to m.in. świątynie boga Asklepiosa, do których ściągali liczni chorzy, istniały też zakłady świeckie z gabinetami zabiegowymi i pewną liczbą łóżek, a także lazarety przeznaczone dla żołnierzy i gladiatorów. Podobnie od starożytności był znany zawód *położnej, mądrej kobiety*, która opiekowała się ciężarną i udzielała pomocy rodzącej.

Szpitalnictwo chrześcijańskie oparte na idei miłosierdzia szło jednak w innym kierunku – nie tyle leczyło, co opiekowało się, żywiło, dawało schronienie, widząc w ubogim czy chorym brata w Chrystusie. Głównym powodem rozwoju sieci szpitali w średniowieczu mogły być całe rzesze ludzi wędrujących i pielgrzymujących [2], których podstawowym sposobem utrzymania stawało się żebractwo. Zresztą sama nazwa – *domus hospitalis* (z łac. „dom gościnny, gospoda”; stąd polskie *szpital*) – wskazuje, że ówczesne szpitale były przede wszystkim przytułkiem dla podróżujących.

Reformy religijne i rozwój stosunków ekonomicznych zmieniały poglądy społeczeństw na ludzi ubogich, żebraków, włóczęgów oraz na formy opieki nad nimi. W żebraku (niekiedy słusznie) dopatrywano się już nie brata w Chrystusie, a próżniaka i przestępcę, starającego się przeżyć na koszt innych. Zdrowych żebrzących zmuszano do pracy, opiekę zapewniano tylko niedołącznym, przy czym coraz częściej przestawała ona być domeną Kościoła. W krajach protestanckich w stosunkowo krótkim czasie opieka stała się kwestią społeczną, rozwiązywaną przez instytucje świeckie i państwo, a z biegiem czasu zaczęła przybierać różne formy. Przy tym uniwersalny w niesieniu pomocy średniowieczny szpital dał początek kilku różnym instytucjom. Nazwa *szpital* pozostała przy placówkach świadczących usługi medyczne, zajmujących się leczeniem chorych i zatrudniających personel medyczny. W Polsce oddzielenie opieki medycznej od społecznej nastąpiło w pierwszej połowie XIX wieku [2].

2. Problemy definicyjne pielęgnowania i pielęgniarstwa

Po wyodrębnieniu placówek leczniczo-opiekuńczych z uniwersalnego średniowiecznego systemu opieki społecznej, ich podstawowym zadaniem stała się opieka zdrowotna. *Opieka zdrowotna* to działalność, której celem jest *utrzymanie jak najlepszego stanu zdrowia poszczególnych osób, grup społecznych i całego społeczeństwa* [1]. Opieka zdrowotna skierowana jest na umacnianie zdrowia człowieka, przywracanie zdrowia w przypadku jego osłabienia lub utraty, pomoc przy braku możliwości całkowitego powrotu do zdrowia; przeznaczona jest dla tych, którzy jej potrzebują ze względu na wiek, stan zdrowia, brak wiedzy, umiejętności i motywacji w zakresie troski o zdrowie.

Opieka ma charakter interakcji (werbalnej, niewerbalnej, dotykowej) między opiekunem a podopiecznym. Niekiedy działaniem opiekuńczym jest już sama obecność opiekuna. W literaturze przedmiotu wyodrębnia się opiekę profesjonalną, nieprofesjonalną i samoopiekę, przy czym za podstawową formę uznaje się **samoopiekę** rozumianą jako podejmowanie przez człowieka decyzji i działań dotyczących jego zdrowia i życia. Opieki **nieprofesjonalnej** (nieformalnej) mogą udzielić

człowiekowi członkowie rodziny, sąsiedzi, przyjaciele, natomiast opieka **profesjonalna** związana jest z wykonaniem zadań opiekuńczych w sposób rzeczowy, według obowiązujących zasad, procedur i norm, w oparciu o wiedzę, którą wykwalifikowany opiekun zdobywa w wyniku systematycznego kształcenia i stałego doskonalenia się. Opieka profesjonalna może być udzielona w domu podopiecznego, szpitalu, placówkach ambulatoryjnych, zakładach opieki społecznej [1].

Pielęgniarstwo stanowi integralną część opieki zdrowotnej; posiada swoją strukturę organizacyjną, regulacje prawne, system kształcenia i przygotowaną kadrę. Zadaniem pielęgniarki jest świadczenie profesjonalnej opieki jednostkom, rodzinom, grupom, udzielanie im *pomocy w ocenianiu i osiągnięciu ich własnego fizycznego, psychicznego i społecznego potencjału* [1] w środowisku, w którym mieszkają.

Opieka jako proces dwustronny zakłada aktywność zarówno opiekuna, jak i podopiecznego, stając się dla tego ostatniego zachętą do przyjmowania postawy zaangażowania, podejmowania samodzielnych działań w granicach jego możliwości. Ważnym elementem opieki jest wzajemne udzielanie informacji, przekazywanie wskazówek, dotyczących stanu zdrowia, posiadanej wiedzy i umiejętności. Współpraca pomiędzy opiekunem (pielęgniarką) a podopiecznym (pacjentem) powinna odbywać się na zasadach podmiotowości, która oznacza, że podopieczny jest podmiotem opieki, czyli stanowi osobę poznającą, przeżywającą, działającą, posiadającą określone prawa i obowiązki. Przy tym pielęgniarka akceptuje indywidualność podopiecznego, dba o poszanowanie jego godności, respektuje prawo do subiektywnego postrzegania własnego stanu zdrowia, pozwala na podejmowanie pewnych decyzji w zakresie oczekiwanej przez niego pomocy. Podmiotowe traktowanie pacjenta obejmuje także stosunek wobec jego rodziny, która udziela „swojemu choremu” opiekę nieprofesjonalną. Obecnie pielęgniarstwo staje się również dyscypliną naukową, przedmiotem nauczania wyższych uczelni.

Podobnie kilka płaszczyzn i definicji ma termin *pielęgnowanie*. O ile dawniej pojmowano go zgodnie z modelem biologicznym, zorientowanym wyłącznie na chorobę, o tyle obecnie podkreśla się jego wymiar humanistyczny, czyli zorientowanie na całego człowieka (człowiek jako byt fizyczny, emocjonalny, intelektualny, społeczny, duchowy), oraz wymiar holistyczny, całościowy. Według WHO (1956) pielęgnowanie to sprawowanie opieki nad chorym oraz zapobieganie chorobom i umacnianie zdrowia. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek od 1966 roku posługuje się natomiast definicją zaproponowaną przez Virginie Henderson, która określa pielęgnowanie jako pomaganie człowiekowi, również zdrowemu, przy wykonywaniu czyn-

ności istotnych dla utrzymania czy uzyskania jego zdrowia, a także dla zapewnienia godnej śmierci. Polskie Centrum Edukacji Medycznej w 1994 roku zdefiniowało pielęgnowanie jako profesjonalne pomaganie i towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu i w chorobie oraz kształtowanie umiejętności do samoopieki i samopielęgnowania w celu utrzymania komfortu życia [1]. Dla potrzeb niniejszej pracy można przyjąć, że **pielęgnowanie** to wyuczona, profesjonalna, zaplanowana praca pielęgniarki, świadczona człowiekowi (choremu czy zdrowemu) albo grupie ludzi, którzy są podmiotem opieki, skierowana na pomaganie, towarzyszenie i kształtowanie w podopiecznym umiejętności do samoopieki w celu utrzymania komfortu życia codziennego.

3. Wybrane idee dawne i współczesne w zakresie zawodowej pielęgnacji chorych

We współczesnej literaturze pielęgniarskiej można znaleźć informacje o istnieniu ponad trzystu teorii pielęgniarstwa i pielęgnowania, które są wciąż rozwijane i dopracowywane. Pielęgniarstwo polskie, mimo zainteresowania wieloma koncepcjami, szczególną uwagę zwraca na idee Florence Nightingale, Virginii Henderson, Dorothy Orem. Każda z autorek omawia i ustala względem siebie takie pojęcia, jak pielęgnowanie, pielęgniarka, człowiek (osoba, pacjent, podmiot opieki), jego zdrowie, środowisko. Teorie Nightingale, Henderson i Orem stanowią obecnie klasykę światowego pielęgniarstwa.

W teorii Florence Nightingale (1820–1910) do najważniejszych pojęć należą: człowiek (istota ludzka), zdrowie, środowisko (zewnętrzne względem człowieka), pielęgnowanie. Każde z nich autorka jednoznacznie określiła i zdefiniowała.



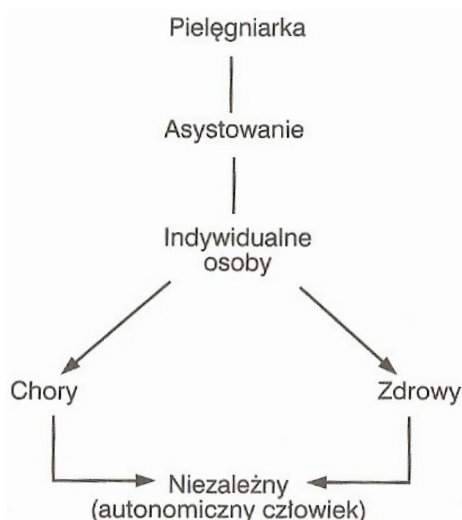
Rycina 1. Koncentryczny model pielęgniarstwa według Florence Nightingale (źródło: Ciechanowicz W. (red.), *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, Warszawa 2007, s. 15)

Następnie ustaliła i zobrazowała związek pomiędzy nimi. Według Nightingale, zdrowie człowieka jest uzależnione od środowiska, w którym on żyje, pracuje, odpoczywa; dlatego pielęgniarka, dążąc do poprawy zdrowia człowieka, musi zmieniać jego środowisko zewnętrzne. To sprawia, że pielęgnowanie pozostaje w ścisłym związku ze środowiskiem, a do zadań pielęgniarki należy tworzenie odpowiednich warunków środowiskowych i wspieranie jednostki w jej powrocie do zdrowia z minimalnym jej obciążeniem (**Rycina 1**).

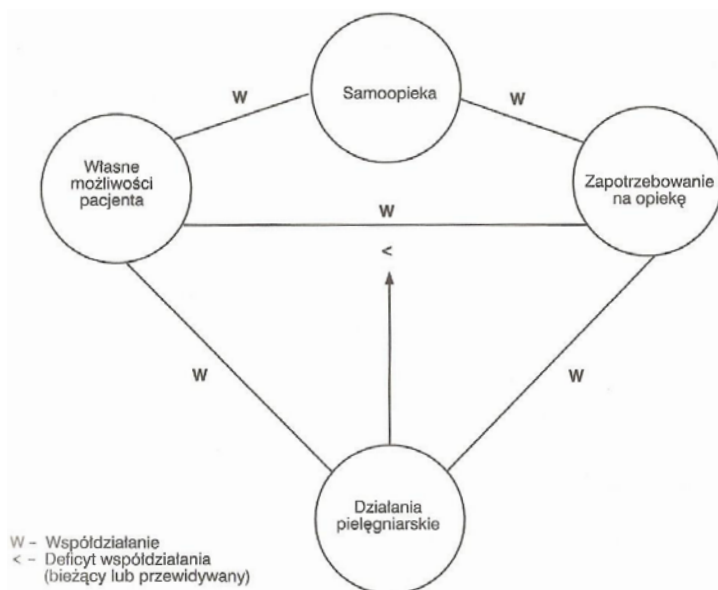
Virginia Henderson zaproponowała w 1955 roku liniowy model pielęgniarstwa. W tym modelu pielęgnowanie jest pojmowane jako asystowanie choremu, aby powrócił do zdrowia, lub uzyskał jego poprawę. Pielęgnowanie ma także zapewnić człowiekowi spokojną śmierć. Rola pielęgniarki polega na niesieniu pomocy w rozpoznaniu i zaspokojeniu kilkunastu wyodrębnionych przez Henderson potrzeb, szczególnie w sytuacji, gdy pacjent nie jest w stanie sam z nimi się uporać (**Rycina 2**).

Bardziej skomplikowany model opieki pielęgniarskiej prezentuje Dorothy Orem, akcentując rolę samoopieki i znaczenie współpracy pomiędzy pielęgniarką a pacjentem. Orem zakłada, że każdy człowiek jest w stanie dbać o zdrowie własne i swoich bliskich, i dlatego ponosi odpowiedzialność za własne bezpieczeństwo, zdrowie i życie, pod warunkiem, że pozwala mu na to jego stan biopsychospołeczny. Zaburzenie stanu zdrowia, wiek i inne czynniki mogą warunkować niezdolność do sprawowania samoopieki i wówczas do opieki włącza się pielęgniarka (**Rycina 3**).

Obecnie centralnym pojęciem pielęgniarstwa jest *opieka* rozumiana jako pomoc, troska, towarzyszenie. Idea troski, aktualna od czasów Nightingale, odwołuje się do naturalnej skłonności



Rycina 2. Liniowy model pielęgniarstwa według Virginii Henderson (źródło: Ciechanowicz W. (red.), *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, Warszawa 2007, s. 16)



Rycina 3. Model pielęgniarstwa według Dorothy Orem (źródło: Ciechanowicz W. (red.), *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, Warszawa 2007, s. 17)

62

człowieka, który w określonej sytuacji jest w stanie dbać o kogoś, niepokoić się i martwić, angażować się w przeżycia drugiego człowieka. W pielęgniarstwie zawodowym troska jest umiejętnością określenia potrzeb opiekuńczych, celowym zbliżeniem się do potrzebującego, akceptowaniem jego człowieczeństwa i godności. Troszczenie się jest określoną postawą pielęgniarki, wyrazem szacunku dla osoby ludzkiej i przejawem otwarcia się na drugiego człowieka. Do innych ważnych pojęć pielęgniarstwa należą także: empatia, odpowiedzialność, wiedza, umiejętności zawodowe, sumienność, samoświadomość.

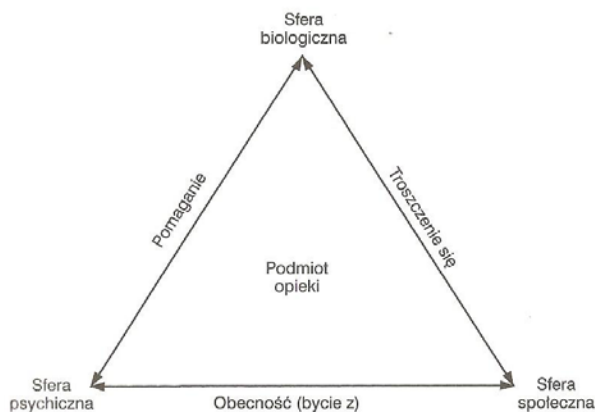
Od pielęgniarki wymaga się świadomego rozwijania troskliwej natury, przejawiania zawodowej troskliwości wobec każdego podmiotu opieki, postrzegania troski jako wartości ogólnej. Pielęgniarka niesie człowiekowi nie tylko pomoc w sferze biologicznej, ale także psychicznej i społecznej, troszczy się o wymiar duchowy i kulturowy opieki. Istotę procesu pielęgnowania stanowi więc taka opieka, która świadomie odwołuje się do diagnozy stanu biopsychicznego, kulturowego i duchowego podmiotu opieki oraz podejmuje odpowiednie działania, zmierzające do poprawy jego stanu zdrowia, a także dąży do oceniania uzyskanych wyników w stosunku do założonych celów opieki [1] (**Rycina 4**).

Dzisiejsze pielęgniarstwo jest określane przede wszystkim jako dyscyplina praktyczna, powołująca się na wypracowane założenia teoretyczne oraz rozwiązania praktyczne; jest autonomiczne, posiada wymiar naukowy. Jednym z podstawowych zagadnień rozwijanych przez współczesne pielęgniarstwo jest komunikacja interpersonalna, pojmowana jako relacja pomiędzy osobą pielę-

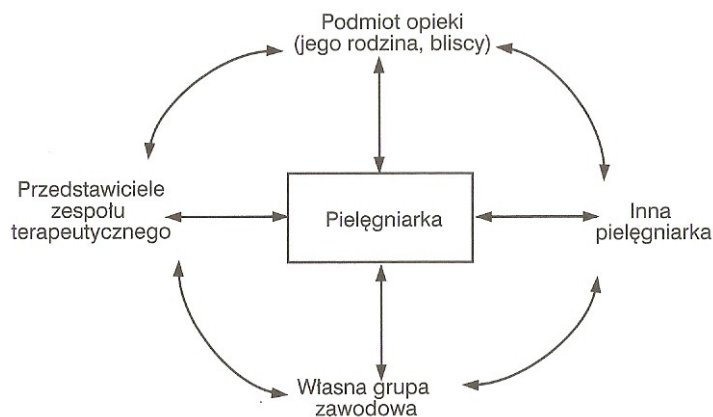
gnowaną a pielęgniarką, czyli świadomy, ukierunkowany proces wymiany informacji niezbędnej do ich współpracy (współdziałania) [1] (**Rycina 5**).

Komunikowanie ma na celu stworzenie dobrych relacji pomiędzy pielęgniarką, pacjentem oraz całym zespołem terapeutycznym, w ramach którego pielęgniarka realizuje swoje zadania (**Rycina 6**).

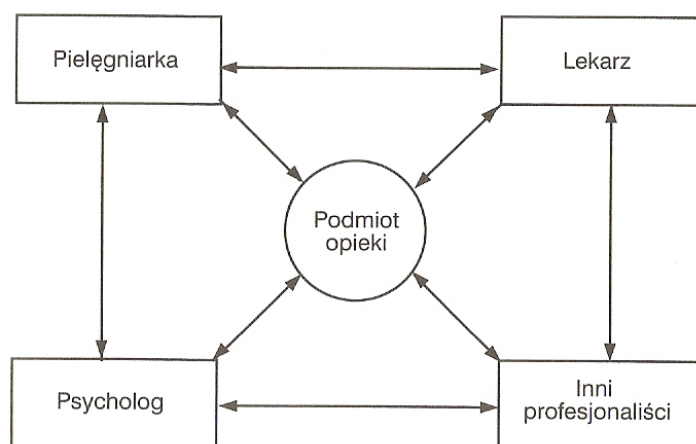
Obecnie mówi się przede wszystkim o pielęgnowaniu zindywidualizowanym, którego podstawowe zasady to: powszechność indywidualizacji, łączenie teorii z praktyką, racjonalne postępowanie, pełne otwarcie na podmiot opieki, celowe komunikowanie się z nim. Proces pielęgnowania posiada określony wzorzec, model (standard), który obowiązuje pielęgniarki pracujące na danym oddziale szpitalnym. Nadaje on opiece pielęgniarstwu odpowiedni kierunek działań wykonywanych w uporządkowanej kolejno-



Rycina 4. Istota opieki pielęgniarstwu (źródło: Ciechanowicz W. (red.), *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, Warszawa 2007, s. 23)



Rycina 5. Komunikowanie w pielęgniarstwie (źródło: Ciechanowicz W. (red.), *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, Warszawa 2007, s. 34)



Rycina 6. Relacje wewnętrzne w zespole terapeutycznym (źródło: Ciechanowicz W. (red.), *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, Warszawa 2007, s. 37)

ści; stanowi pewną normę realizacji konkretnych zadań. Standardy charakteryzują się trafnością, zrozumiałością, mierzalnością i osiągalnością. Ich przestrzeganie umożliwi wysoki poziom opieki, a także bezpieczny rozwój zawodowy i osobowy pielęgniarki [3].

W ten sposób współczesne pielęgniarstwo, wywodzące się historycznie z opieki nad ubogimi, ewoluowało do roli nauki pomocniczej dla medycyny i obecnie w coraz większym stopniu uzyskuje status dziedziny autonomicznej.

Zakończenie

Współczesne pielęgniarstwo to zawód, profesja, to także dyscyplina naukowa, zorientowana na człowieka z wykorzystaniem jego potencjału biologicznego, jak i duchowego oraz kulturowego. W opiece pielęgniarskiej najważniejsze stają się

trzy zasadnicze wymiary: człowiek, jego zdrowie i jego środowisko, a dominującym jest holistyczne widzenie pacjenta, który staje się centrum działania pielęgniarki, jego podmiotem. Takie podejście zakłada profesjonalizm i odpowiedzialność w towarzyszeniu choremu, cierpiącemu człowiekowi, a także kształtowanie u pacjenta potrzebnych umiejętności do podjęcia samoopieki, do samokontroli, samoobserwacji.

Piśmiennictwo

- [1] Ciechanowicz W (red.). *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, wyd. III, PZWL, Warszawa 2007, 140.
- [2] Kępski C. *Idea miłosierdzia a dobroczynność i opieka*, wyd. UMCS, Lublin 2002.
- [3] Bręborowicz G. (red.), *Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek*, PZWM, Warszawa 2002, 102–103.

adres do korespondencji

Żaneta Dobińska
Os. Czwartaków 16 m. 25
62-020 Swarzędz
e-mail: dobinski@wp.pl