

# Jolanta Bielawska

---

## Kompetencje zawodowe pielęgniarki

---

Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w  
Legnicy 8, 5-17

---

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach  
dozwolonego użytku.

**Jolanta Bielawska**

Wydział Medyczny PWSZ im Witelona w Legnicy

## **Kompetencje zawodowe pielęgniarki**

### STRESZCZENIE

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

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

### **Wstęp**

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

### **1. Rozwój zawodu**

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

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

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

Na przestrzeni lat obserwowaliśmy zróżnicowane okresy rozwojowe dotyczące zawodu pielęgniarstwa. Długo utrzymywał się charytatywno-społeczny charakter zawodu. Zdecydowanie ekonomiczne względy decydowały o powierzeniu obowiązków opiekuńczych zgromadzeniom zakonnym. Przez wiele lat pielęgnowanie spełniało funkcje pomocnicze, co związane było z wyraźną opiekuńczą funkcją<sup>3</sup>. Dostrzegano znaczenie pielęgnowania jako elementu leczenia i terapii. W latach trzydziestych XIX wieku zapoczątkowany został rozwój podstaw teoretycznych pielęgniarstwa. Zasadnicze zmiany zawdzięczamy jednak pionierce nowoczesnego (świeckiego) pielęgniarstwa Florencji Nightingale, która założyła w roku 1860 pierwszą, stanowiącą wzór dla innych, szkołę pielęgniarstwa przy szpitalu św. Tomasza w Londynie. Należy podkreślić, że już na przełomie XIX i XX wieku w USA zostało zapoczątkowane kształcenie pielęgniarek na poziomie wyższym<sup>4</sup>.

Podejmowano także w Polsce nieudane próby uruchomienia świeckiej szkoły pielęgniarskiej, zaczęły się ukazywać publikacje poświęcone opiece nad chorym i rannym<sup>5</sup>. Zmiana poglądów, mimo że przebiegała powoli i z oporami, jednak nastąpiła. Przyczyniła się do tego świadomość wystąpienia niebezpieczeństwa braku personelu w sytuacjach zagrożenia działaniami wojennymi. Wyraźnie zróżnicowana sytuacja społeczno-polityczna i ekonomiczna w poszczególnych zaborach miała przełożenie na rozwój zawodu. Świadomość potrzeb oraz presja społeczna skutkowałą rozpoczęciem kształcenia pielęgniarek. Pierwsza szkoła zawodowa na ziemiach polskich powstała w roku 1911 w Krakowie. Podkreślano znaczenie nie tylko wykładanych przedmiotów, ale także rocznej praktyki zawodowej oraz zakończenia nauki egzaminem zawodowym, co znacznie podnosiło prestiż zawodu. Poziom kształcenia w tym okresie można ocenić m.in. na podstawie pozytywnych opinii, jakie ukazywały się w ówczesnej prasie, tj. „Medycyna i Kronika Lekarska” (1912), „Gazeta Lekarska” (1911). Bożena Urbanek podkreśla, że powstające na ziemiach polskich pielęgniarstwo stawało się profesją dość jednorodną<sup>6</sup>. Zdaniem autorki wynikało to z faktu, że zawód opierał się głównie na kobietach (a jest to ważny argument także dzisiaj, gdy obserwujemy nieznaczne

---

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

<sup>2</sup> Ibidem, s. 384.

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

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

<sup>5</sup> Ibidem, s. 58.

<sup>6</sup> Ibidem, s. 62.

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

Rozwój wiedzy medycznej musiał spowodować wzrost zapotrzebowania na wykwalifikowaną kadrę medyczną, także pielęgniarską. Należy wskazać na znaczącą rolę, jaką w kształceniu pielęgniarek odegrał Polski i Międzynarodowy Czerwony Krzyż, które umożliwiły im kształcenie za granicą oraz przenoszenie wzorów kształcenia do kraju. Zakładając polskie szkoły pielęgniarskie, korzystano z gotowych wzorców i programów, m.in. Międzynarodowej Rady Pielęgniarek utworzonej w 1899 roku. Na uwagę zasługuje działalność powstałego w roku 1925 Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych i jego współpraca z rozpoczynającymi w tym czasie funkcjonowanie szkołami – Wyższą Szkołą Pielęgniarek i Higienistek w Poznaniu, Warszawską Szkołą Pielęgniarską, Szkołą Pielęgniarską w Warszawie, Uniwersytecką Szkołą Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie oraz utworzenie w następnym roku Referatu Pielęgniarskiego w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, a w ciągu kolejnych kilku lat wojewódzkich referatów pielęgniarsstwa<sup>7</sup>. Celem tych instytucji było wprowadzenie systemu nadzoru pielęgniarskiego oraz zajęcie się m.in. takimi problemami jak: opracowanie prawodawstwa związanego z uprawnieniami do wykonywania zawodu, przygotowanie wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego, przygotowanie programów kształcenia w zawodzie, propagowanie zawodu<sup>8</sup>. Ważnym zadaniem było także ustalanie potrzeb w zakresie rozwoju zawodu oraz gromadzenie informacji statystycznych z nim związanych. Współpraca z Międzynarodową Radą Pielęgniarek umożliwiała nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów zagranicznych w zakresie rozwoju pielęgniarskiego.

Wśród wielu prób, jakie podejmowano na przestrzeni lat w celu prawnej regulacji spraw związanych z pielęgniarskim, należy wymienić dzień 21 lutego 1935 roku, w którym uchwalona została ustawa o pielęgniarskim, opublikowana w Dzienniku Ustaw nr 27 z roku 1935. Ustawa regulowała m.in. zasady wykonywania praktyki pielęgniarskiej, zasady otrzymywania prawa wykonywania zawodu, prawa i obowiązki pielęgniarki. Ponadto ustawa określała oprócz przygotowania zawodowego wymóg posiadania dobrego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, posiadania określonych cech osobowych, np. predyspozycji intelektualnych, kultury, taktu, cierpliwości, zaradności, spostrzegawczości<sup>9</sup>. Ustawa regulowała także sprawy szkół pielęgniarskich, kształcenia w zawodzie, nadzoru i kontroli nad ich funkcjonowaniem. Co ważne, ustawa nie sprzeciwiała się kształceniu, a później zatrudnianiu mężczyzn w tym zawodzie<sup>10</sup>. Stefania Poznańska przypomina, że konieczne ujednoczenie zasad kształcenia i doskonalenia zawodowego w Polsce rozpoczęło się na początku lat sześćdziesiątych XX wieku, a na szczególną uwagę zasługuje powołanie w roku 1969 Studium Pielęgniarskiego w Akademii Medycznej w Lublinie, a następnie przekształcenie go w Wydział Pielęgniarski, co zapoczątkowało kształcenie pielęgniarek na poziomie wyższym w Polsce<sup>11</sup>. Dużą rolę w tym procesie odegrało powołane w roku 1957 Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Kolejne rozwiązania prawne, w tym ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z roku 1996, regulowały kwestie kwalifikacji zawodowych, zasady uzyskiwania prawa wykonywania zawodu oraz roli społeczno-zawodowej pielęgniarki.

<sup>7</sup> Ibidem, s. 65.

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

<sup>9</sup> Ibidem, s. 214

<sup>10</sup> Ibidem, s. 215

<sup>11</sup> S. Poznańska, *Pielęgniarka w opiece...*, op. cit., s. 44

## 2. Uwarunkowania zdrowotne

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

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

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

Jasne stanowisko w kwestii zdrowia współczesnego obywatela Europy zajmuje Unia Europejska. Instytucje odpowiedzialne za zdrowie podkreślają znaczne zróżnicowanie poziomu zdrowotnego obszaru Europy<sup>12</sup>. Nie bez znaczenia pozostaje fakt zróżnicowania ekonomicznego obywateli krajów członkowskich. Przekłada się to bezpośrednio na zadania lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, rehabilitacyjne, edukacyjne i profilaktyczne oraz zadania w zakresie wsparcia socjalnego i pomocy usługowej.

## 3. Kwalifikacje zawodowe pielęgniarki

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

---

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

nych w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; urzędach obsługujących te podmioty, w ramach których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej; w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia; w jednostkach sił zbrojnych i służbie więziennej; w domach pomocy społecznej, żłobkach i klubach dziecięcych; innych instytucjach poza zakładem pracy (samorządy zawodowe)<sup>13</sup>. W Polsce pielęgniarki mogą także świadczyć opiekę w ramach indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki, grupowej praktyki pielęgniarek lub pracując w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej<sup>14</sup>.

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

Treścią zawodu jest udzielanie przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych, których zakres jest określony poprzez posiadane przez nią kwalifikacje i kompetencje<sup>15</sup>. Każdy rodzaj świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę (pielęgnacyjnych, profilaktycznych, diagnostycznych, usprawniających, leczniczych, edukacyjnych i wychowawczych) pacjentowi, na każdym etapie jego kontaktu z systemem ochrony zdrowia pozwala na nawiązanie konstruktywnego kontaktu terapeutycznego. Umożliwia to pielęgniarce rozpoznanie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjenta, postawienie trafnej i pełnej diagnozy pielęgniarskiej, zapewnienie pełnej opieki pielęgniarskiej.

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

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

#### 4. Rola zawodowa pielęgniarki

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

<sup>13</sup> Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.

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

<sup>15</sup> Ibidem, s. 326.

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



pacjenta, kształtując w ten sposób także wzory pielęgnowania: od pielęgnowania tradycyjnego do pielęgnowania zindywidualizowanego, aż po *primary nursing* i proces pielęgnowania<sup>17</sup>.

Wiesława Ciechaniewicz podkreśla, że współczesne pielęgnowanie, które nazywamy pielęgnowaniem profesjonalnym, jest najbardziej oczekiwanym zakresem działań zawodowych, jakie powinna podejmować pielęgniarka w ramach pełnionej roli zawodowej<sup>18</sup>. Cytowana autorka definiuje pielęgnowanie profesjonalne jako towarzyszenie i pomaganie człowiekowi w zdrowiu, chorobie oraz w niepełnosprawności. Wskazuje także, że pomaganie rozumiemy jako:

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

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

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

Celem pielęgnowania jest więc podejmowanie działań na rzecz wzmocnienia zdrowia, zapobiegania chorobom, kształtowania umiejętności życia z chorobą lub niepełnosprawnością oraz towarzyszenie w godnym i spokojnym umieraniu<sup>20</sup>.

## 5. Kompetencje zawodowe

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

Osoba kompetentna to osoba, która posiada wiedzę, umiejętności oraz uprawnienia do wykonywania określonych działań i czynności zawodowych, do wydawania sądów i opinii w zakresie czynności zawodowych. Wymagania formalne niezbędne do uzyskania przez pielęgniarkę kompetencji zawodowych zostały zawarte w cytowanej wyżej ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z roku 1996. Wykonywanie zawodu w krajach Unii Europejskiej reguluje dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych<sup>22</sup>.

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

<sup>18</sup> W. Ciechaniewicz, *Dawca i biorca...*, op. cit.

<sup>19</sup> Ibidem, s. 333.

<sup>20</sup> Ibidem, s. 333.

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

<sup>22</sup> Ibidem, s. 21.

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

Cytowany dokument zawierał pięć grup kompetencji zawodowych pielęgniarki:

1. Kompetencje związane z zawodowymi wartościami i rolą pielęgniarek.
2. Kompetencje dotyczące praktyki pielęgniarskiej i podejmowania decyzji klinicznych.
3. Kompetencje poznawcze.
4. Kompetencje interpersonalne włącznie z technologią komunikacji.
5. Kompetencje kierownicze, organizacyjne związane z pracą zespołową<sup>23</sup>.

W projekcie uczestniczyło 14 krajów. Profesor Irena Wrońska, która reprezentowała Polskę, podkreśla, że kompetencje zawodowe nie powinny być traktowane jak sztywne ograniczenia oraz że lista kompetencji zawodowych pielęgniarek powinna być systematycznie modyfikowana i uaktualniana zgodnie z otrzymywanymi informacjami zwrotnymi. Powinny być podstawą do dyskusji nad programami i metodami kształcenia pielęgniarek<sup>24</sup>.

### 5.1. Kompetencje poznawcze

Zarówno w przeszłości, jak też obecnie pielęgniarstwo rozwija się poprzez doświadczenia praktyczne. Nikt nie kwestionuje znaczenia praktyki zawodowej w pielęgniarstwie. Dzięki niej możemy weryfikować wiedzę teoretyczną. Praktyczne doświadczenie pielęgniarek w zakresie wykonywanej pracy w konfrontacji z posiadaną wiedzą jest podstawą do stawiania problemów pielęgnacyjnych, wzmacnia potrzebę zdobywania wiedzy i szukania rozwiązań w oparciu o różne dziedziny naukowe. W celu zdobycia kompetencji zawodowych programy kształcenia pielęgniarek przekazują wiedzę na temat rozwoju historycznego teorii pielęgnowania, znaczenia teorii, opanowania pojęć i definicji charakterystycznych dla poszczególnych teorii, tj. zdrowie, osoba, środowisko, pielęgniarstwo. Teorie są poddawane ciągłej analizie i ocenie, stanowią podstawę do stawiania pytań, formułowania hipotez badawczych, umożliwiając gromadzenie wiedzy<sup>25</sup>. Wśród wielu teorii należy wymienić: koncepcyjny model kontroli środowiska, jego rodzajów i jego wpływu na zdrowie autorki profesjonalnego pielęgniarstwa Florencji Nightingale; model relacji międzyludzkich w pielęgniarstwie Hildegard Peplau; model samoopieki/deficytu samoopieki Dorothei Orem; adaptacyjny model Callisty Roy; model systemowy Betty Neuman; model humanistycznej troskliwości Jean Watson czy model pielęgniarstwa transkulturowego. Wszystkie teorie są zgodne z aktualną wiedzą naukową, nawiązują do aktualnych problemów społecznych. Wiąże się to także z koniecznością pracy zespołowej z przedstawicielami różnych dyscyplin naukowych. Mieszczą się więc w zakresie kompetencji zawodowych pielęgniarki, a tym samym odgrywają

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

<sup>24</sup> *Kompetencje pielęgniarek w procesie edukacji* ([http://www.nursing.com.pl/Kształcenie\\_Kompetencje\\_pielęgniarek\\_w\\_procesie\\_educacji\\_21.html](http://www.nursing.com.pl/Kształcenie_Kompetencje_pielęgniarek_w_procesie_educacji_21.html)).

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



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

Zdaniem Zofii Kawczyńskiej-Butrym diagnoza pielęgniarska uznawana jest za najważniejszy problem w pielęgniarstwie, a tym samym stanowi wyraz aktualnej orientacji teoretycznej i filozoficznej pielęgnowania oraz pozwala na zdefiniowanie roli pielęgniarki i pielęgnowania w ochronie zdrowia całej populacji wybranych grup społecznych<sup>26</sup>. W pełni zgadzamy się z poglądem, że diagnoza pielęgniarska wyznacza zakres czynności realizowanych przez pielęgniarkę, wskazuje na jej kompetencje zawodowe oparte na szerokiej wiedzy interdyscyplinarnej, co w konsekwencji pozwala na profesjonalne i holistyczne podejście do pacjenta i jego otoczenia.

Dalej Z. Kawczyńska-Butrym podkreśla, że profesjonalnie przygotowana, kompetentna pielęgniarka dostrzega i rozumie sytuację zdrowotną pacjenta, jej uwarunkowania, zagrożenia i prognozy oraz jest gotowa do przyjęcia określonej roli: pomocnika, doradcy, przewodnika, opiekuna, nauczyciela, przyjaciela pacjenta i jego rodziny, do przekazania im wiedzy i umiejętności w zakresie zdrowia i choroby. Działania te powinny uwzględniać społeczne i kulturowe uwarunkowania kształtujące wzajemne relacje między pielęgniarką a pacjentem, z jego rodziną, otoczeniem oraz warunki środowiskowe i ekologiczne, w jakich pacjent żyje<sup>27</sup>. Te podejmowane przez pielęgniarkę szerokie działania powinny mieć wpływ na zakres programów kształcenia teoretycznego i praktycznego, a tym samym na zakres kompetencji, które gromadzi w trakcie tych procesów i później w trakcie samodzielnej pracy z pacjentem.

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

## **5.2. Kompetencje dotyczące praktyki pielęgniarskiej i podejmowania klinicznych decyzji**

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

---

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

<sup>27</sup> *Ibidem*, s. 13.

potrzeby pacjenta stosownie do całego okresu życia i doświadczeń dotyczących zdrowia i choroby, edukowanie pacjenta i jego rodziny. Kompetencje te wskazują także na obowiązek dokonywania wszechstronnej i systematycznej oceny z zastosowaniem odpowiednich metod i uwzględnieniem istotnych czynników natury fizycznej, społecznej, kulturowej, religijnej, etnicznej, psychologicznej i środowiskowej<sup>28</sup>.

Ta grupa kompetencji zawodowych jest szczególnie widoczna w realizacji zadań zawodowych z zakresu opieki długoterminowej, czyli organizacji i realizacji przez pielęgniarkę opieki nad pacjentem starszym, przewlekle chorym i/lub niepełnosprawnym w każdym wieku, głównie w środowisku domowym. Pielęgniarka, specjalista opieki długoterminowej świadczy pracę samodzielną, zachowując ścisłą współpracę z zespołem leczniczo-terapeutycznym, instytucjami pomocowymi i organizacjami społecznymi działającymi na rzecz pacjenta starszego, przewlekle chorego i/lub niepełnosprawnego. Umiejętność samodzielnego podejmowania decyzji, kreatywność, skuteczność pozwalają pielęgniarce na rozwijanie takich kompetencji jak: rozpoznanie i ocena stanu zdrowia, ustalenie zakresu deficytu w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji pacjenta starszego, przewlekle chorego i/lub niepełnosprawnego oraz przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki i kompensowania utraconych funkcji<sup>29</sup>. Rosnące potrzeby w zakresie opieki długoterminowej wynikają ze zmian demograficznych, w tym wzrostu liczby osób starszych. Ogromne znaczenie mają także uwarunkowania zdrowotne, w tym wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe, uwarunkowania społeczno-kulturowe, głównie dotyczące współczesnej rodziny oraz uwarunkowania ekonomiczne, w tym skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu do niezbędnego minimum i przeniesienie znacznej części zadań leczniczo-pielęgnacyjnych do zadań podstawowej opieki zdrowotnej i opieki środowiskowo-rodzinnej. Wśród wielu kompetencji zawodowych pielęgniarki opieki długoterminowej wymienić należy także realizowanie zadań edukacyjnych oraz kształtowanie u pacjenta umiejętności radzenia sobie z problemami wynikającymi z choroby i/lub niepełnosprawności.

### 5.3. Kompetencje interpersonalne

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

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

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

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

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

#### 5.4. Kompetencje związane z zawodowymi wartościami i rolą pielęgniarki

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

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

– działanie odpowiedzialne i samodzielne, zgodne z wymogami zawodowymi, etycznymi, organizacyjnymi i prawnymi, reagowanie na kwestie i dylematy moralno-etyczne w codziennej praktyce<sup>30</sup>.

W pierwszym przypadku zwracamy uwagę na fakt, że pielęgniarka musi być obecnie przygotowana na świadczenie opieki nad pacjentami pochodzącymi z różnych krajów i kręgów kulturowych. Intensywna migracja ludności jest faktem i skutkuje koniecznością świadczenia usług pielęgniarskich z uwzględnieniem wyznawanej religii i pochodzenia społeczno-kulturowego, do czego pacjent ma pełne prawo. Bariery w świadczeniu opieki uwarunkowanej kulturowo wynikają m.in. ze stereotypów, braku wiedzy, niedostatecznej znajomości języka, zaburzonej komunikacji<sup>31</sup>. Głównym problemem są zróżnicowane kulturowo poglądy na temat choroby, sposobu leczenia, podejmowania decyzji, komunikacji międzyludzkiej, płci, hierarchii rodzinnej i społecznej, podejścia do tradycji i obowiązków związanych z wyznawaną religią.

Natomiast w drugim przypadku należy pamiętać, że pielęgniarstwo to bardzo specyficzna dziedzina, która została obdarzona dużym mandatem społecznego zaufania. Pielęgniarka, realizując rolę zawodową, spełnia ważne, określone funkcje społeczne, zmierzające do zmian w sytuacjach dotyczących zdrowia i choroby pacjenta. Jest ona także zobowiązana do wykonywania czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych zgodnie z obowiązującymi standardami oraz do przestrzegania kodeksu etyki zawodowej. Niezależnie jednak od przeobrażeń związanych z rozwojem medycyny, specjalizacją w pielęgniarstwie pacjenci oczekują od pielęgniarki profesjonalnej pomocy. Oczekiwania te dotyczą: zapewnienia bezpieczeństwa, kompetencji zawodowych, odporności psychicznej<sup>32</sup>. Odpowiedzialność zawodowa i moralna będzie się odnosiła do takich zasad jak: opiekuńczość, sprawiedliwość, autonomia, uczciwość, lojalność i wiele innych odnoszących się do relacji między pielęgniarką a pacjentem. W codziennej pracy pielęgniarki stają przed poważnymi dylematami etycznymi, których rozwiązanie wymaga szczególnych kompetencji zawodowych.

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

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

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

### 5.5. Kompetencje kierownicze i organizacyjne związane z pracą zespołową

Pielęgniarki wypracowały szereg umiejętności, które pozwalają na osiągnięcie kompetencji organizacyjnych i kierowniczych. W pielęgniarstwie przez kierowanie należy rozumieć działania zmierzające do osiągnięcia wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej przez zespoły pielęgniarek i innych pracowników, wykorzystanie rzeczowych zasobów i odpowiednik technik. Helena Lenartowicz podkreśla, że specyfika zarządzania wynika z jego funkcji, która dokonuje się w sferze niematerialnej, w wyjątkowo złożonej, ważnej i trudnej sferze zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego<sup>33</sup>.

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

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

## 6. Podsumowanie

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

Kompetentna pielęgniarka jest więc odpowiedzialna za:

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

---

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

– zapewnienie jakości oferowanych i świadczonych usług pielęgniarskich;  
– organizowanie opieki pielęgniarskiej;  
– podejmowanie samodzielnych decyzji dotyczących pielęgnowania;  
– współpracę z podmiotem opieki, z zespołem pielęgniarskim, zespołem interdyscyplinarnym<sup>34</sup>.

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

## Bibliografia

- Filozofia i teorie pielęgniarstwa*, red. J. Górajek-Jóźwik, Wydawnictwo Czelej, Lublin. 2007.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Diagnoza pielęgniarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
- Kędziora-Konradowska K., Muszalik M., Skolmowska E., *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Konstańczak S., *Etyka pielęgniarska*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010.
- Kózka M., Płaszewska-Żywko L., *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- Ksykiewicz-Dorota A., *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
- Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B., *Pielęgniarstwo transkulturowe*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Poznańska S., Płaszewska-Żywko L., *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Smrokowska-Reichman A., *Zdrowie obywateli – strategiczny cel Unii Europejskiej*, „Na temat” 2004, nr 4.
- Szewczyk K., *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., *Podstawy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
- Włodarczyk W., *Pielęgniarstwo w Polsce i na świecie*, PWSZ w Pile, Piła, 2009.
- [www.nursing.com.pl/Kształcenie\\_Kompetencje\\_pielegniarek\\_w\\_procesie\\_educacji\\_21.html](http://www.nursing.com.pl/Kształcenie_Kompetencje_pielegniarek_w_procesie_educacji_21.html)
- Zahradniczek K., *Pielęgniarstwo*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- Zarzycka D., [wstęp], „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2008, nr 2–3 (23–24).
- Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, red. B. Urbanek, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008.

<sup>34</sup> W. Ciechaniewicz, *Dawca i biorca...*, op. cit., s. 332.

## SUMMARY

**Professional nursing competencies**

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

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

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