

Barbara Ślusarska, Danuta Zarzycka, Beata Dobrowolska

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

Postrzeżenie tożsamości zawodowej przez pielęgniarki

Professional identity as perceived by nurses

Badania zrealizowano w ramach działalności własnej: **PW 626/05** — Operacjonalizacja definiowania pielęgnowania w opinii pielęgniarek

Adres do korespondencji:

dr med. Barbara Ślusarska
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa
Wydział Pielęgniarstwa
i Nauk o Zdrowiu
Akademia Medyczna
im. prof. F. Skubiszewskiego
Al. Raclawickie 1/328,
20-059 Lublin
tel.: (0 81) 532 29 24
e-mail:
basia.slusarska@am.lublin.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Pielęgniarstwo polskie pozostaje w okresie poszukiwań badawczych w zakresie uściśleń terminologicznych istotnych pojęć. Definiowanie pielęgnowania i związana z tym ocena tożsamości zawodowej ulegają zmianom warunkowanym wieloma czynnikami rozwojowymi swoistymi między innymi dla narodu, kultury, systemu opieki i oczekiwań społecznych.

Cel. W pracy podjęto próbę oceny wybranych elementów tożsamości zawodowej poprzez identyfikację zakresu i charakteru zadań zawodowych realizowanych przez pielęgniarki pracujące zawodowo.

Materiał i metody. Do badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. W celu zbadania analizowanych zmiennych przygotowano zadania z zastosowaniem skali Likerta oraz oceny natężenia wybranych cech na skali liniowej. Badania przeprowadzono w grupie 324 pracujących zawodowo pielęgniarek.

Wyniki i wnioski. Analiza wyników badań pozwoliła stwierdzić, że pielęgniarki z dużą samoświadomością zakresu treści pielęgnowania w praktyce realizują istotnie statystycznie częściej elementy składowe tworzące pielęgnowanie w ujęciu definicyjnym oraz potrafią odnajdować elementy teorii pielęgniarstwa w praktyce. Częściej przypisują także znaczenie czynników wewnętrznych, takich jak atmosfera pracy w zespole jako istotnych w realizacji opieki pielęgniarskiej w praktyce.

Słowa kluczowe: tożsamość zawodowa, zadania zawodowe, pielęgniarki

ABSTRACT

Introduction. Polish nursing remains in period of scientific research in the area of making significant concepts more precise. Defining nursing and professional identity are changes conditioned by many developmental factors specific for, among other things, nation, culture, a system of care and social expectations.

Aim. An attempt was undertaken to evaluate selected elements of professional identity through the identification of the scope and character of occupational tasks realized by occupationally active nurses.

Material and methods. The study was conducted by the method of a diagnostic survey. In order to investigate the variables analysed, the tasks were prepared with the use of the Likert's scale, and the intensity of selected traits assessed on a linear scale. The study covered a group of 324 practice nurses.

Results and conclusions. The analysis of the results of the study allowed us to presume that the nurses, with great self-awareness of the scope of the essence of nursing, significantly more often statistically realize the components of nursing according to the definition approach, and are able to find the elements of nursing theory in practice. They also more frequently ascribe the importance to external factors, such as the atmosphere of work in a team, as substantial in the realization of nursing care in practice.

Key words: professional identity, occupational tasks, nurses

Wstęp

„Tożsamość” stanowi przedmiot zainteresowania wielu nauk, w zależności od perspektywy prowadzonych analiz. Traktują o niej między innymi filozofia, psychologia, socjologia, antropologia czy wreszcie politologia.

Ze względu na tak szeroką możliwość ujmowania tożsamości trudno o jej jednoznaczną definicję. Znany badacz tej problematyki z perspektywy nauk społecznych, Zbigniew Boksański, twierdzi, że możliwe jest zarówno normatywne, jak i deskryptywne ujęcie tożsamości. W pierwszym znaczeniu jest ona równoznaczna z „istotą” człowieka i jako taka stanowi cel jego dążeń. W drugim chodzi o opis struktury tożsamości i dynamiki jej przemian. Wiąże się to głównie z prowadzeniem badań empirycznych na ten temat [1].

Kolejne możliwe sposoby patrzenia na tożsamość wiążą się z odpowiedzią na pytanie o to, czy ma ona charakter procesualny, czy jest raczej stanem? Zdaniem Aldony Jawłowskiej „[...] pojęcie to obejmuje raczej pewien proces niż stan będący rezultatem tego procesu. Akcent pada tu na pytanie, w jaki sposób tożsamość się tworzy i zmienia, a nie o to, czym jest” [1]. Podobnie patrzy na tożsamość Anthony Giddens, brytyjski przedstawiciel socjologii teoretycznej. Zgodnie z jego koncepcją tożsamość jest nieustanną, refleksyjną interpretacją samego siebie, pojmowaną w kategoriach biograficznych. Poczucie tożsamości oznacza więc poczucie ciągłości biograficznej. Osoba jest w stanie refleksyjnie się odnieść do własnego życia i zrelacjonować je innym. Ponadto jest w stanie uznać własną wartość, a poprzez to przekonanie, że ma wpływ na rzeczywistość, kontroluje ją [2].

W refleksji nad tożsamością często używa się dychotomii: tożsamość indywidualna (jednostkowa, osobista) i kolektywna (społeczna, zbiorowa). Dla niektórych teoretyków tożsamości opozycja ta jest jednak bezzasadna. Jak twierdzą, obie formy tożsamości są społeczne, wszak zbiorowość to wielość jednostek. Jednocześnie są i tacy, dla których o tożsamości zbiorowej można mówić tylko w związku z konkretną zbiorowością ludzką, mającą własną podmiotowość społeczną [1].

Zdaniem Giddensa tożsamość społeczna obejmuje cechy, które inni przypisują jednostce. Są one wyznacznikami tego, kim ta osoba jest. Wśród przykładów tożsamości społecznych wyróżnia on między innymi takie: student, prawnik, katolik, bezdomny, żonaty. Konstatując, twierdzi, że „[...] tożsamości społeczne określają, w czym jesteśmy tacy jak inni, tożsamość jednostkowa [...] zaznacza naszą odrębność względem innych” [3]. Można więc wnioskować, że tożsamość społeczna i jednostkowa odnoszą się do różnych poziomów życia człowieka i są od siebie zależne.

W określaniu tożsamości zawodowej pielęgniarek, która niewątpliwie stanowi przykład tożsamości społecznej, warto się również odwołać do koncepcji wypracowanych przez badaczy szkoły bristolskiej, szczególnie teorii tożsamości społecznej Henri Tajfela (SIT, *social identity theory*). Według niego tożsamość społeczna wy-

raża się w spostrzeganiu wspólnej przynależności człowieka do danej zbiorowości społecznej wraz z podzieleniem z innymi emocjonalnego zaangażowania w uczestnictwo w tej zbiorowości. Rozwinięciem koncepcji Tajfela jest teoria kategoryzowania samego siebie Johna Turnera (SCT, *self-categorization theory*). W myśl ustaleń tego badacza identyfikowanie się z określoną zbiorowością polega na zdefiniowaniu Ja jako członka tej zbiorowości [4, 5]. Jak pisze Bikont — charakteryzując zamysł Turnera — „funkcjonowanie na poziomie tożsamości społecznej polega w istocie swojej na percepcji siebie i innych w ramach społecznych kategorii, co wiąże się z przypisywaniem innym atrybutów stereotypowych, które są wspólne osobom z tej samej grupy. Akcentowane są podobieństwo między członkami tej samej grupy i różnice między nimi a członkami innych grup” [4].

Adekwatnie do powyższych ustaleń tożsamość zawodowa może być postrzegana jako identyfikacja pracownika z własną grupą zawodową i wykonywanym zawodem. Poczucie tożsamości zawodowej poprzedza wówczas poszukiwanie elementów różnicujących reprezentowany zawód od innych, a jednocześnie wyróżnienie tych, które są dla tego zawodu specyficznie własne. Wiąże się więc z procesem autodefiniowania człowieka jako pracownika określonego zawodu, z procesem wrastania w zawód. To autodefiniowanie dokonuje się najczęściej poprzez kontakt z wartościami istotnymi dla zawodu, jego tradycją, historią, a także naturą wykonywanych czynności zawodowych.

Odczuwanie poczucia tożsamości zawodowej przez pielęgniarki stanowi wyraz procesu profesjonalizacji pielęgniarstwa. Zdaniem Heleny Lenartowicz wśród wyróżników profesji składających się na model profesjonalny możemy znaleźć między innymi:

- wszechstronną edukację akademicką trwającą odpowiednio długo;
- kodeks etyczny akceptowany i przestrzegany przez członków profesji;
- świadczenie wyspecjalizowanych usług;
- jedyny w swoim rodzaju zasób wiedzy, umiejętności, sprawdzonych teorii jako podstawy praktyki;
- autonomię i samozarządzanie;
- aktywną i zwartą profesjonalną organizację;
- akceptację przez członków własnej profesji, poczucie lojalności, odpowiedzialności za jakość praktyki [6].

Warto zauważyć, że wymienione wyróżniki stanowią jednocześnie listę atrybutów pielęgniarstwa branych pod uwagę w procesie określania przez pielęgniarki własnej identyfikacji z zawodem.

Interesujące wyniki pokazuje w tym względzie Simon Kirpal, przedstawiając efekty badawcze projektu „FAME — *Vocational Identity, Flexibility and Mobility in the European Labour Market*” w ramach 5. ramowego programu UE prowadzonego od lutego 2000 roku do maja 2003 roku. Praca Kirpal opiera się na materiale zgromadzonym wśród pielęgniarek 4 krajów: Estonii, Francji, Niemiec i Wielkiej Brytanii. Materiał analizo-

wano pod kątem wyróżnionych wcześniej kategorii, badając ich wpływ na kształtowanie tożsamości zawodowej pielęgniarek. Pośród nich znalazły się między innymi: uczenie się, praktyka i rozwój umiejętności; organizacja pracy; podejście do pracy; status zawodu. Jak się okazuje, istotne znaczenie dla tożsamości zawodowej badanych pielęgniarek ma doświadczenie zawodowe. Innymi słowy, wrastanie w zawód postępuje w miarę upływu lat pracy i wiąże się z procesem stawania się ekspertem pielęgniarstwa. Jednocześnie owo „bycie ekspertem” różnie bywa określane przez pielęgniarki, w zależności od ich stażu pracy. Dla pielęgniarek starszych stażem chodzi przede wszystkim o bezpośrednie relacje z pacjentem i realizowanie opieki pielęgniarskiej zorientowanej na pacjenta, co wiąże się ze zbiorem swoistych dla tego zawodu wartości i z etyką zawodową. Pielęgniarki młode swoje miejsce w zawodzie upatrują bardziej w zarządzaniu bądź nauczaniu. Pielęgniarstwo ma — według nich — instrumentalny charakter, a im większa technicyzacja, tym większa profesjonalizacja. Można więc powiedzieć, że kluczowe znaczenie w autodefiniowaniu pielęgniarek jako członków tej grupy zawodowej ma określenie przez nie tego, co rozumieją przez naturę podejmowanych działań zawodowych, słowem — o precyzowanie pojęć „pielęgniarstwo” i „pielęgnowanie” [7].

Tendencja definiowania natury działań pielęgniarskich przez wskazywanie przede wszystkim na ich interpersonalny, ekspresyjny charakter, prezentowana przez pielęgniarki starsze stażem w przytoczonych powyżej badaniach, jest dość silnie zakorzeniona w literaturze etycznej i socjologicznej pielęgniarstwa oraz często stawiana w opozycji do pielęgniarstwa instrumentalnego [8, 9]. Na uwagę zasługują szczególnie wnioski Vereny Tschudin. Jej zdaniem pielęgniarki nie mogą być postrzegane tylko jako profesjonalistki świadczące usługi, ale jako istoty ludzkie odnoszące się do innych istot ludzkich w sposób osobowy i zawodowy [10]. Dlatego pielęgniarki nie powinny kreować własnego wizerunku wyłącznie poprzez silne utożsamianie się z medycyną i zaawansowaną techniką. To może z nich bowiem uczynić jedynie „minilekarzy” lub wyspecjalizowanych techników, i przez to właśnie oddalić je od pielęgniarstwa [11].

Jak można wnioskować z powyższego, kształtowanie tożsamości zawodowej pielęgniarek wiąże się w znacznej mierze zarówno z wizją pielęgniarstwa, jak i z definiowaniem samego pielęgnowania. Są to ściśle powiązane elementy jednego procesu, w którym należałoby także podkreślić znaczenie edukacji zawodowej oraz powstawanie i działalność organizacji zawodowych.

Cel pracy

Celem pracy jest próba określenia elementów tożsamości zawodowej pielęgniarek poprzez identyfikację zakresu i charakteru zadań zawodowych realizowanych przez grupę badanych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego wśród pielęgniarek pracujących w zawodzie. Prezentowane wyniki badań są częścią analizy empirycznej dotyczącej rozumienia pielęgnowania i ich implikacji do profesjonalnej praktyki zawodowej. Dla celów niniejszej pracy zostaną przedstawione odpowiedzi na pytania badawcze dotyczące umiejętności przyporządkowywania zakresu treści pielęgnowania wynikające z rozumienia pielęgnowania i jego realizowania w praktyce zawodowej. Aby zbadać analizowane zmienne, przygotowano zadania, wykorzystując skalę Likerta oraz ocenę natężenia wybranych zmiennych na skali liniowej w wymiarze od 0 do 10, gdzie natężenie 0 oznacza „wcale”, a 10 — „całkowicie”.

Uzyskane wyniki badań skłoniły autorów pracy do poszukiwania relacji pomiędzy wyodrębnionymi zmiennymi. W tym celu przeprowadzono analizę statystyczną, a do obliczeń zastosowano komputerowy pakiet statystyczny Statistica v. 6.0 firmy StatSoft. Do testowania zmiennych nieparametrycznych wykorzystano test χ^2 , natomiast do określenia związku pomiędzy dwoma zmiennymi i szacowania jej siły zastosowano test korelacyjny Spearmana. Istotność statystyczną badanych zmiennych przyjęto przy $p \leq 0,05$.

Komisja Bioetyczna przy Akademii Medycznej w Lublinie, po zapoznaniu się z protokołem badania, informacją dla badanych pielęgniarek i formularzem zgody na udział w badaniu, wyraziła pozytywną opinię dotyczącą koncepcji badań. W czasie realizacji badań przestrzegano zasad etyki zgodnych z Deklaracją Helsińską.

Charakterystyka badanej grupy

Badania przeprowadzono w grupie 324 pracujących zawodowo pielęgniarek. W zdecydowanej większości były to kobiety — 314 (96,91%), pozostałych 10 badanych (3,08%) stanowili mężczyźni. Rozpiętość wiekowa grupy pielęgniarek i pielęgniarzy zawierała się w przedziale od 22 do 57 lat. Najbardziej liczną grupę wiekową reprezentował przedział 31–40 lat — 170 osób (52,47%). W przedziale wiekowym 22–30 lat było 78 pielęgniarek (24,08%), a w wieku powyżej 41 lat pozostawało 64 osób (19,75%). Pozostałych 12 badanych (3,7%) nie określiło swojego wieku. W grupie badanych najliczniej reprezentowane były pielęgniarki ze stażem pracy w przedziałach: 10–15 lat — 72 osoby (22,22%), 15–20 lat — 66 osób (20,38%) oraz powyżej 20 lat — 70 osób (21,60%). Grupa 56 pielęgniarek (17,29%) legitymowała się stażem od 0,5 do 5 lat, a 15 osób (4,62%) nie podało takiej informacji. Wśród respondentów najwięcej — 140 osób (43,21%) — ukończyło liceum medyczne, 129 osób (39,82%) medyczne studium zawodowe, a 41 osób (12,65%) posiadało wykształcenie pielęgniarskie wyższe magisterskie. Tylko 3 osoby (0,93%) werbowwały się z nowego systemu kształcenia, to znaczy ukończyły studia licencjackie, 11 osób (3,39%) nie udzieliło odpowiedzi.

Badani pracowali głównie na stanowisku pielęgniarki oddziałowej — 305 osób (94,16%), tylko 15 (4,63%) na stanowisku pielęgniarki oddziałowej, 4 osoby (1,21%) nie udzieliły odpowiedzi. W grupie badanych pielęgniarki najczęściej pracowały na oddziałach o zachowawczej specyfice leczenia chorych — 99 osób (30,55%), na oddziałach intensywnej terapii i opieki — 67 osób (20,68%) oraz oddziałach zabiegowych — 56 osób (17,29%). Pozostałe osoby w opiece środowiskowej — 28 osób (8,65%), na oddziałach rehabilitacyjnych — 21 (6,48%), opiece długoterminowej i oddziałach pediatrycznych — po 15 osób (4,63%), na oddziałach położniczo-ginekologicznych — 10 osób (3,24%), a 11 osób (3,38%) nie udzieliło odpowiedzi. Analiza ukończonych form doskonalenia zawodowego pokazała, że aż 131 pielęgniarek (40,43%) nie odbywało żadnych form. Kursy kwalifikacyjne — 72 osoby (22,22%) oraz kursy wewnątrzszkolowe były najczęstszymi metodami podnoszenia kwalifikacji zawodowych wśród badanych pielęgniarek. Tylko 22 osoby (6,8%) doskonalily swoje kompetencje w ramach specjalizacji zawodowych.

Wyniki

Znajomość i rozumienie zakresu treści pielęgnowania jest podstawą działań i zachowań pielęgniarki w praktyce zawodowej. Dlatego badaną grupę osób poproszono o zakwalifikowanie zakresu działań, które w ich opinii tworzą rozumienie pielęgnowania. Wyniki zaprezentowano w tabeli 1.

W 4-polowej skali Likerta z 2 biegunami pozytywnymi i 2 negatywnymi, badani w odniesieniu do pielęgnowania przyporządkowali opinii „zdecydowanie tak” następujące działania: czynności higieniczne — 290 osób (89,51%), pomaganie w czynnościach samoobsłu-

gowych pacjentowi — 265 osób (81,79%), udzielanie wsparcia pacjentowi — 259 osób (79,94%), edukowanie — 231 (71,30%), usprawnianie pacjentów — 227 (70,01%).

Powyższa klasyfikacja opinii badanych dotyczących operacjonalizacji zachowaniowej (pragmatycznej) zadań przyporządkowanych do zakresu pielęgnowania stanowi wysoką zbieżność z podobnymi analizami przedstawianymi w literaturze jako istotne elementy pojęcia „pielęgowanie” oraz jest zbieżna z określeniem definicyjnym pielęgnowania sporządzonym w formie opisowej w grupie badanych pielęgniarek [7].

Następnie poproszono pielęgniarki o wskazanie wykonywania tych czynności z zakresu pielęgnowania, które są wykonywane najczęściej podczas dyżurów w szpitalu. Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Hierarchia zakresu działań realizowanych przez pielęgniarki w praktyce przedstawiała się następująco:

- obserwacja pacjenta — 300 osób (92,59%);
- wykonywanie zleconych zabiegów — 293 osoby (90,43%);
- wykonywanie pomiarów temperatury, ciśnienia, diurezy i innych parametrów — 271 osób (83,64%);
- pobieranie materiałów do badań — 257 osób (79,32%);
- profilaktyka przeciwoleżynowa — 240 osób (74,07%);
- udzielanie pacjentowi wsparcia — 232 osoby (71,60%);
- pomoc w czynnościach samoobsługowych — 227 osób (70,06%);
- udzielanie pierwszej pomocy — 218 osób (67,28%);
- sianie łóżka — 183 osoby (56,48%);
- prowadzenie edukacji pacjenta — 167 osób (51,54%).

Tabela 1. Działania składające się na pielęgnowanie w opinii badanej grupy pielęgniarek (n = 324)

Table 1. Activities identified of the concept of nursing care by nurse's opinion (n = 324)

| Lp. | Zakres działań | Kategorie oceny | | | | | | | | | |
|-----|---|------------------|-------|------------|-------|------------|------|------------------|------|-----------------|------|
| | | Zdecydowanie tak | | Raczej tak | | Raczej nie | | Zdecydowanie nie | | Brak odpowiedzi | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1. | Czynności higieniczne | 290 | 89,51 | 31 | 9,57 | 0 | 0 | 1 | 0,31 | 2 | 0,62 |
| 2. | Podawanie leków | 180 | 55,55 | 90 | 27,77 | 30 | 9,26 | 6 | 1,85 | 18 | 5,55 |
| 3. | Przygotowywanie do badań diagnostycznych | 207 | 63,88 | 81 | 25,0 | 17 | 5,25 | 4 | 1,24 | 15 | 4,63 |
| 4. | Usprawnianie pacjentów | 227 | 70,01 | 77 | 23,76 | 9 | 2,77 | 1 | 0,31 | 9 | 2,77 |
| 5. | Edukowanie chorych | 231 | 71,30 | 73 | 22,53 | 8 | 2,47 | 4 | 1,24 | 8 | 2,47 |
| 6. | Pomaganie pacjentowi w czynnościach samoobsługowych | 265 | 81,79 | 46 | 14,20 | 5 | 1,54 | 2 | 0,62 | 5 | 1,54 |
| 7. | Udzielanie pacjentowi wsparcia | 259 | 79,94 | 55 | 16,97 | 3 | 0,93 | 1 | 0,31 | 6 | 1,85 |
| 8. | Wykonywanie zabiegów zgodnie z uprawnieniami | 234 | 72,22 | 61 | 18,83 | 12 | 3,70 | 6 | 1,85 | 11 | 3,39 |

Tabela 2. Czynności pielęgniarskie wykonywane w praktyce w opinii badanych pielęgniarek (n = 324)

Table 2. Nursing activities in nursing practice by nurse's opinion (n = 324)

| Lp. Zakres działań | Kategorie oceny | | | | | | | | | |
|---|------------------|-------|------------|-------|------------|------|------------------|------|-----------------|------|
| | Zdecydowanie tak | | Raczej tak | | Raczej nie | | Zdecydowanie nie | | Brak odpowiedzi | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1. Ślanie łóżka | 183 | 56,48 | 66 | 20,37 | 28 | 8,64 | 28 | 8,64 | 19 | 5,86 |
| 2. Pomoc choremu w myciu/ /jedzeniu/chodzeniu itp. | 227 | 70,06 | 54 | 16,66 | 18 | 5,55 | 14 | 4,32 | 11 | 3,37 |
| 3. Pomiary ciśnienia tętniczego/ /temperatury/diurezy itp. | 271 | 83,64 | 29 | 8,95 | 10 | 3,08 | 2 | 0,61 | 12 | 3,70 |
| 4. Profilaktyka przeciwoleżynowa | 240 | 74,07 | 37 | 11,41 | 14 | 4,32 | 20 | 6,17 | 13 | 4,01 |
| 5. Pobieranie materiałów do badań | 257 | 79,32 | 39 | 12,03 | 11 | 3,39 | 1 | 0,31 | 16 | 4,93 |
| 6. Obserwacja pacjenta | 300 | 92,59 | 19 | 5,89 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1,54 |
| 7. Wykonywanie zleconych zabiegów | 293 | 90,43 | 16 | 4,93 | 4 | 1,23 | 1 | 0,31 | 10 | 3,09 |
| 8. Prowadzenie edukacji pacjenta | 167 | 51,54 | 119 | 36,72 | 23 | 7,09 | 7 | 2,16 | 8 | 2,47 |
| 9. Udzielanie pierwszej pomocy | 218 | 67,28 | 54 | 16,66 | 30 | 9,25 | 3 | 0,92 | 19 | 5,86 |
| 10. Udzielanie pacjentowi wsparcia | 232 | 71,60 | 79 | 24,38 | 8 | 2,47 | 3 | 0,92 | 2 | 0,62 |

W przedstawionych wynikach zwraca uwagę fakt, że czynności zależne od decyzji lekarza są wykonywane częściej niż te, które stanowią o samodzielności zawodowej. Jednakże analiza tych wyników w kontekście rozumienia i identyfikacji zakresu treści stanowiących pielęgnowanie w grupie badanej pielęgniarek pozwala przypuszczać, że pielęgnowanie w praktyce w dużej mierze jest kreowane koniecznością wykonywania licznych zleceń lekarskich (powyższe wyniki należy odnieść także do determinantów związanych z brakami kadrowymi w obsadach stanowisk pielęgniarki odcinkowej na oddziałach szpitalnych, co dotyczy większości szpitali w Polsce).

Związek pomiędzy zakresem zadań zawodowych pielęgniarki realizowanych w praktyce świadczenia opieki i wiedzą teoretyczną dotyczącą istoty pielęgnowania można odnaleźć w umiejętności odnoszenia tychże zmiennych do modeli teoretycznych pielęgniarstwa, których rozumienie powinno wpływać na przebieg praktyki. Dlatego też w kolejnym zadaniu badane osoby wyraziły swą opinię dotyczącą istoty pielęgnowania w kontekście najbardziej znanych w polskim pielęgniarstwie teorii: F. Nightingale, V. Henderson, C. Roy oraz B. Neuman. Powyższe teorie zostały w narzędziu badawczym określone opisowo, bez identyfikacji nazwiska twórcy modelu oraz celowo została pominięta teoria Orem, jako dominująca w znajomości jej zakresu wśród pielęgniarek i najczęściej w literaturze odnoszona do praktyki pielęgniarskiej. Ocenę w powyższym zakresie badani wyrazili na skali linearnej od 0 do 10 punktów, gdzie 0 oznacza — „wcale”, a 10 — „całkowicie”. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w tabeli 3.

Najwyższe wartości szacunkowe w zakresie praktycznego uznania zyskał konstrukt teoretyczny V. Henderson zoperacjonalizowany jako zaspokajanie potrzeb biopsychospołecznych, gdzie średnia arytmetyczna w grupie wynosiła $8,74 \pm 1,76$, a dolna ocena rozpoczynała się na poziomie 8 punktów, natomiast górna — 10 punktów. Drugą znaczącą teorią w opinii badanych było rozumienie treści pielęgnowania według C. Roy zoperacjonalizowane w badaniach jako ułatwienie adaptowania i radzenia sobie w zdrowiu i chorobie, gdzie średnia arytmetyczna w grupie wynosiła $8,46 \pm 1,90$, a dolna ocena rozpoczynała się na poziomie 7,5 punktu, natomiast górna — 10 punktów. Inne wymienione modele teoretyczne były także wysoko punktowane w grupie — dla teorii B. Neuman (przedstawionej w badaniach jako redukcja czynników stresogennych i zmniejszenie ich skutków) średnia arytmetyczna wynosiła $7,33 \pm 2,60$ oraz dla teorii F. Nightingale (przedstawionej w badaniach jako organizowanie warunków zewnętrznych bytowania pacjenta) średnia arytmetyczna wynosiła $5,66 \pm 2,99$.

Kolejnym elementem badania była próba określenia czynników, które mają wpływ na realizację pielęgnowania w aspekcie determinantów wynikających z potencjału wewnętrznego człowieka i uwarunkowań zewnętrznych. Wyniki badań przedstawiono w tabeli 4.

W ogólnej klasyfikacji największe znaczenie w grupie badanych pielęgniarek przypisywano czynnikom wynikającym z uwarunkowań zewnętrznych, takim jak: liczba pielęgniarek na oddziale — 294 osoby (90,74%), dostępne środki do pielęgnowania — 284 osoby (87,65%), system organizacji pracy — 248 osób (76,54%). Jednak nie bez znaczenia w ocenie ogólnej

Tabela 3. Identyfikacja rozumienia pielęgnowania a modele pielęgniarstwa w opinii pielęgniarek (n = 324)

Table 3. Identification of meaning of nursing and nursing models by nurse's opinion (n = 324)

| Lp. Opis modelu pielęgniarstwa | Średnia arytmetyczna | Odchylenie standardowe | Dolny kwadryl | Górny kwadryl |
|---|----------------------|------------------------|---------------|---------------|
| 1. Organizowanie warunków zewnętrznych bytowania pacjenta (F. Nightingale) | 5,66 | 2,99 | 3,5 | 8,3 |
| 2. Zaspokajanie potrzeb biopsychospołecznych (V. Henderson) | 8,74 | 1,76 | 8,0 | 10 |
| 3. Ułatwianie adaptowania i radzenia sobie w zdrowiu i chorobie (C. Roy) | 8,46 | 1,90 | 7,5 | 10 |
| 4. Redukowanie czynników stresogennych i zmniejszanie ich skutków (B. Neuman) | 7,33 | 2,60 | 5,5 | 9,7 |

Tabela 4. Czynniki wpływające na jakość pielęgnowania w opinii pielęgniarek (n = 324)

Table 4. Factors of quality nursing by nurse's opinion (n = 324)

| Lp. Wybrane czynniki | Tak | Nie | Brak odpowiedzi |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-----------------|
| | N (%) | N (%) | N (%) |
| 1. Rozumienie pielęgnowania | 253 (78,08) | 71 (21,91) | 0 |
| 2. Dostępne środki do pielęgnowania | 284 (87,65) | 40 (12,34) | 0 |
| 3. Sprzęt medyczny | 197 (60,80) | 126 (38,88) | 1 (0,31) |
| 4. Liczba pielęgniarek na oddziale | 294 (90,74) | 30 (9,26) | 0 |
| 5. System organizacji pracy | 248 (76,54) | 76 (23,45) | 0 |
| 6. Atmosfera tworzona w zespole | 218 (67,28) | 106 (32,71) | 0 |
| 7. Możliwość doskonalenia zawodowego | 215 (66,35) | 109 (33,64) | 0 |
| 8. Inne | 23 (9,87) | 291 (89,81) | 1 (0,31) |

badanych zostały oszacowane czynniki wynikające z potencjału wewnętrznego, to jest rozumienia pielęgnowania — 253 osoby (78,08%) oraz postrzeganej atmosfery pracy w zespole — 218 osób (67,28%).

Wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej w celu weryfikacji następujących hipotez badawczych:

- pielęgniarki z dużą samoświadomością istoty pielęgnowania częściej realizują w praktyce elementy składowe pielęgnowania;
- pielęgniarki z dużą samoświadomością istoty pielęgnowania potrafią odnajdywać elementy teorii pielęgniarstwa w praktyce;
- pielęgniarki z dużą samoświadomością istoty pielęgnowania częściej przypisują istotne znaczenie czynnikom wewnętrznym w praktycznej realizacji pielęgnowania.

Wyniki szczegółowej analizy statystycznej przedstawiono w tabeli 5.

Uzyskane dane wskazują, że badane osoby, które łączyły rozumienie pielęgnowania z czynnościami higienicznymi, istotnie statystycznie częściej w praktyce zawodowej wskazywały na wykonywanie takich czynności, jak: ślanie łóżka ($p \leq 0,05$), pomoc choremu w wykony-

waniu czynności samoobsługowych ($p \leq 0,001$), wykonywanie pomiarów parametrów życiowych organizmu ($p \leq 0,05$) oraz prowadzenie obserwacji pacjentów ($p \leq 0,001$). Osoby, dla których pielęgnowanie rozumiane jest przez pryzmat podawania leków, istotnie statystycznie częściej w praktyce zawodowej wskazywały na wykonywanie takich czynności, jak: dokonywanie pomiarów różnych parametrów ($p \leq 0,05$), pobieranie materiałów do badań ($p \leq 0,05$), obserwacja pacjentów ($p \leq 0,05$), wykonywanie zleconych zabiegów ($p \leq 0,001$), edukowanie chorych ($p \leq 0,001$) oraz udzielanie pomocy przedlekarskiej ($p \leq 0,05$). Pielęgniarki uznające przygotowanie pacjentów do badań diagnostycznych za swoistą składową pielęgnowania istotnie częściej statystycznie deklarowały wykonywanie w praktyce takich czynności, jak: dokonywanie pomiarów różnych parametrów ($p \leq 0,05$) oraz wykonywanie zleconych zabiegów ($p \leq 0,001$). Łączenie w teorii elementu usprawniania pacjentów z pielęgnowaniem powodowało istotną statystycznie częstość wykonywania w praktyce takich czynności, jak: ślanie łóżka ($p \leq 0,05$), prowadzenie profilaktyki przeciwoleżynowej ($p \leq 0,05$), pro-

Tabela 5. Wyniki analizy statystycznej testem χ^2 -wybranych zmiennych (n = 324)
 Table 5. Chi-squared for association between characteristics of meaning of nursing and categories of nursing activities (n = 324)

| Opis działań | Opis działań | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|---|--|---|--|--|
| | Słanie łóżka | Pomoc w myciu/ /jedzeniu itd. | Pomiary ciśnienia tętniczego/ /diurezy/ /temperatury itd. | Profilaktyka przeciw- /odleżynowa | Pobieranie materiałów do badań | Obserwacja pacjenta | Wykonywanie zleconych zabiegów | Prowadzenie edukacji pacjenta | Udzielanie pierwszej pomocy | Udzielanie wsparcia |
| 1. Czynności higieniczne | $\chi^2 = 27,123$ df = 6 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 46,097$ df = 6 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 20,915$ df = 6 p ≤ 0,05 | $\chi^2 = 35,164$ df = 6 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 5,6936$ df = 6 p > 0,05 | $\chi^2 = 16,888$ df = 2 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 1,4444$ df = 6 p > 0,05 | $\chi^2 = 1,9993$ df = 6 p > 0,05 | $\chi^2 = 2,8319$ df = 6 p > 0,05 | $\chi^2 = 3,1962$ df = 6 p > 0,05 |
| 2. Podawanie leków | $\chi^2 = 7,6978$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 3,9825$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 20,141$ df = 9 p ≤ 0,05 | $\chi^2 = 4,8204$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 25,317$ df = 9 p ≤ 0,05 | $\chi^2 = 11,384$ d = 3 p ≤ 0,05 | $\chi^2 = 28,224$ df = 9 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 29,762$ df = 9 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 16,981$ df = 9 p ≤ 0,05 | $\chi^2 = 12,218$ df = 9 p > 0,05 |
| 3. Przygotowanie do badań diagnostycznych | $\chi^2 = 12,556$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 9,463$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 23,953$ df = 9 p ≤ 0,05 | $\chi^2 = 10,842$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 15,671$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 1,778$ df = 3 p > 0,05 | $\chi^2 = 126,641$ df = 9 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 9,349$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 8,928$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 7,960$ df = 9 p > 0,05 |
| 4. Usprawnianie pacjentów | $\chi^2 = 17,777$ df = 9 p ≤ 0,05 | $\chi^2 = 6,728$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 4,805$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 21,970$ df = 9 p ≤ 0,05 | $\chi^2 = 1,689$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 4,276$ df = 3 p > 0,05 | $\chi^2 = 1,650$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 34,106$ df = 9 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 7,344$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 25,547$ df = 9 p ≤ 0,05 |
| 5. Edukowanie chorych | $\chi^2 = 9,387$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 4,948$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 8,898$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 5,368$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 8,025$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 18,867$ df = 3 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 32,840$ df = 9 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 90,990$ df = 9 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 12,551$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 57,216$ df = 9 p ≤ 0,001 |
| 6. Pomaganie pacjentowi w czynnościach samoobsługowych | $\chi^2 = 23,713$ df = 9 p ≤ 0,05 | $\chi^2 = 43,091$ df = 9 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 11,496$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 23,835$ df = 9 p ≤ 0,05 | $\chi^2 = 6,505$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 8,116$ df = 3 p ≤ 0,05 | $\chi^2 = 4,778$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 35,036$ df = 9 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 22,645$ df = 9 p ≤ 0,05 | $\chi^2 = 79,216$ df = 9 p ≤ 0,001 |
| 7. Udzielanie pacjentowi wsparcia | $\chi^2 = 1,692$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 2,426$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 8,464$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 2,235$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 4,360$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 4,326$ df = 3 p > 0,05 | $\chi^2 = 31,415$ df = 9 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 76,888$ df = 9 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 6,498$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 177,680$ df = 9 p ≤ 0,001 |
| 8. Wykonywanie zabiegów zgodnie z uprawnieniami | $\chi^2 = 6,653$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 9,756$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 3,493$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 11,443$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 19,735$ df = 9 p ≤ 0,05 | $\chi^2 = 2,266$ df = 3 p > 0,05 | $\chi^2 = 33,514$ df = 9 p ≤ 0,001 | $\chi^2 = 8,506$ df = 9 p > 0,05 | $\chi^2 = 20,777$ df = 9 p ≤ 0,05 | $\chi^2 = 9,891$ df = 9 p > 0,05 |

wadzenie edukacji wśród pacjentów ($p \leq 0,001$) oraz udzielanie chorym wsparcia ($p \leq 0,05$). Wpisywanie w treść definicji pielęgnowania prowadzenia edukacji pacjentów dawało konsekwencje wykonawcze w praktyce, które były istotne statystycznie, w zakresie: prowadzenia działalności dydaktyczno-wychowawczej wśród pacjentów ($p \leq 0,001$), prowadzenia obserwacji pacjentów ($p \leq 0,001$), udzielania wsparcia ($p \leq 0,001$), ale także wykonywania zleconych zabiegów ($p \leq 0,001$). Pomoc pacjentowi w czynnościach samoobsługowych stanowiąca zakres pielęgnowania definiowanego w grupie badanej pielęgniarek rzutowała na częstszą, istotnie statystycznie, realizację w praktyce zawodowej przez te osoby takich działań, jak: sianie łóżka ($p \leq 0,05$), prowadzenie profilaktyki przeciwoleżynowej ($p \leq 0,05$), obserwacja pacjenta ($p \leq 0,05$), udzielanie pierwszej pomocy ($p \leq 0,05$), pomoc pacjentowi w czynnościach, z którymi sobie nie radzi ($p \leq 0,001$) oraz udzielanie wsparcia ($p \leq 0,001$). Udzielanie wsparcia pacjentowi identyfikowanego jako istotny zakres pielęgnowania przez pielęgniarki rzutowało na częstsze podejmowanie w praktyce takich czynności, jak: wykonywanie zleconych zabiegów ($p \leq 0,001$), prowadzenie edukacji pacjenta ($p \leq 0,001$) i wspieranie pacjenta ($p \leq 0,001$) — różnice w grupach były tu istotne statystycznie. Działania instrumentalne typu wykonywanie zleconych zabiegów zgodnie z uprawnieniami, włączane w treść pielęgnowania przez osoby badane, dawały istotne statystycznie konsekwencje w praktyce zawodowej: częstszego deklarowania wykonywania przez badanych zleconych zabiegów ($p \leq 0,001$), udzielania pierwszej pomocy ($p \leq 0,05$) oraz pobierania materiałów do badań ($p \leq 0,05$).

Przeprowadzona analiza statystyczna wybranych zmiennych testem Spearmana wskazuje na istotność następujących wskaźników:

- rozumienie pielęgnowania w kontekście założeń teorii Nightingale określonej poprzez stwierdzenie „organizowanie warunków zewnętrznych bytowania pacjenta”, wskazuje na związek z realizacją w praktyce pomocy pacjentowi w czynnościach samoobsługowych (współczynnik Spearmana [R] — 0,105935, $p \leq 0,05$);
- rozumienie pielęgnowania w kontekście założeń teorii Roy identyfikowane na potrzeby badań jako „ułatwienie adaptowania i radzenia sobie w zdrowiu i chorobie” wskazuje na związek z realizacją w praktyce działań zmierzających do pomocy pacjentowi w czynnościach higieniczno-porządkowych, na przykład sianiu łóżka ($R = 0,166332$, $p \leq 0,05$);
- rozumienie pielęgnowania w kontekście założeń teorii Neuman identyfikowane na potrzeby badań jako „redukowanie czynników stresogennych i zmniejszanie ich skutków” wskazuje na związek z realizacją w praktyce działań zmierzających do pomocy pacjentowi w czynnościach samoobsługowych ($R = 0,110911$, $p \leq 0,05$), oraz prowadzenia edukacji pacjentów ($R = 0,121202$, $p \leq 0,05$).

Analiza rozumienia pielęgnowania poprzez operacjonalizację wynikającą z założeń teoretycznych B. Neuman wskazuje także istotność statystyczną w odniesieniu do zmiennej uznawanej w grupie za ważny czynnik wpływający na realizację pielęgnowania, to jest atmosferę pracy tworzoną w zespole w porównaniu z pozostałymi analizowanymi czynnikami ($R = 0,117829$, $p \leq 0,05$).

Reasumując, można wskazać obszar swoistych działań zawodowych pielęgniarki, takich jak: czynności higieniczne, pomoc w czynnościach samoobsługowych, udzielanie wsparcia i edukowanie pacjentów. Działania te tworzą immanentny element tożsamości zawodowej pielęgniarki, wyrażający „dojrzałość zawodową” przez pryzmat samoświadomości samodzielnych zadań identyfikowanych i realizowanych w praktyce zawodowej.

Dyskusja

Charakteryzowanie tożsamości zawodowej pielęgniarki w płaszczyźnie operacyjnej poprzez podejmowanie przez nią działania w praktyce pielęgniarskiej ma swoje odzwierciedlenie w badaniach empirycznych zarówno rodzimych, jak i międzynarodowych. Opinie w zakresie swoistości zawodu są wyrażane przez przedstawicielki grupy zawodowej, ale dość intrygująco poznawczo wydają się wypowiedzi innych członków zespołu terapeutycznego, na przykład lekarzy czy wybranych grup społecznych.

Jedne z większych badań na próbie 900 osób przeprowadzili Australijczycy, poszukując w nich odpowiedzi między innymi na pytanie „Jakie dominujące czynności zawodowe, realizowane w praktyce, dostrzegają same pielęgniarki, a na jakie dominujące czynności zawodowe pielęgniarki, wykonywane w praktyce, wskazują przedstawiciele społeczeństwa?”. Pielęgniarki wyżej oceniały w swojej pracy czynności zmierzające do zapewnienia odżywiania, prawidłowych warunków zewnętrznych i kompensowania niedostatków pacjenta, natomiast przedstawiciele społeczeństwa częściej niż pielęgniarki zwracali uwagę na przestrzeganie praw pacjenta w pracy zawodowej pielęgniarek, które uznawali za bardzo istotną grupę zachowań zawodowych [13].

Zespół pielęgniarek belgijskich poszukiwał swoistości w realizacji zadań zawodowych determinowanych kategorią odbiorców opieki pielęgniarskiej, ale w ramach procedury badawczej stworzono obszar kompetencji zawodowych oceniany w skali 0–3, który jest uniwersalny. Największe wartości wyrażone w ocenie punktowej uzyskały następujące grupy kompetencji: obserwowanie (ok. 2,25), wypisywanie ze szpitala, pielęgnowanie ran, edukacja zdrowotna, wspieranie w czynnościach samoobsługowych, działania instrumentalne (ok. 2,0), administrowanie zadań, wspieranie czynności samoobsługowych [14].

Natomiast Clark i wsp. w jednym z artykułów postawiła pytanie badawcze „Kim naprawdę jest pielęgniarka?”. W poszukiwaniu odpowiedzi weryfikowała zakre-

sy zadań pielęgniarki, to jest *healthcare assistant* (HCA), która wykonuje wiele czynności, takich jak mierzenie temperatury, tętna, oddechów, ciśnienia tętniczego, podawanie leków w tym iniekcji, dbanie o wygodę pacjenta i czynności podstawowe, wykonywanie badań diagnostycznych, wykonywanie opatrunków, zapisywanie leków, dostarczanie interwencji psychologicznych. W założeniach badawczych dość zdecydowanie podkreśla dychotomiczność w rozumieniu roli pielęgniarki determinowaną nie tylko pragmatyzmem (tzw. profesjonalny technik) w wypełnianiu funkcji pielęgniarki, ale nie mniej istotnymi przesłankami filozoficznymi opartymi na humanizmie i holizmie (tzw. osoba emocjonalnie zaangażowana w sytuację pacjenta), co współbrzmie z założeniami badań Autorek artykułu [15].

Ciekawe badania jakościowe polegające na historycznej analizie wizerunku *good nurse* przedstawiły pielęgniarki irlandzkie. Wykreowany po 1980 roku wizerunek dobrej pielęgniarki polega na dostrzeganiu przez nią wielu odrębności narodowych i wyznaniowych pacjentów, co przejawia się w opieraniu praktyki pielęgniarskiej na wielokierunkowych podstawach teoretycznych oraz wdrażaniu do praktyki systemu *primary nursing*. Współczesne pielęgniarki irlandzkie mają świadomość swojej autonomii zawodowej tworzonej poprzez dogłębną wiedzę, szerokie kompetencje kliniczne, system wartości otrzymanych w procesie kształcenia oraz jej wpływ na układ relacji lekarz–pacjent [16].

Poszukiwanie tożsamości zawodowej poprzez ustalenie odrębności założeń teoretycznych stanowiących wykładnię dla praktyki pielęgniarskiej stanowi podstawę działań wielu gremiów pielęgniarskich. W przeprowadzonych analizach pielęgniarki zwracają uwagę na dostosowywanie założeń teoretycznych do obwarowań kulturowych danego narodu i wyjaśniają genezę preferowania w pielęgniarstwie amerykańskim założeń Watson, w pielęgniarstwie japońskim i chińskim założeń Nihgtin-gale i być może w pielęgniarstwie polskim założeń Henderson, czego dowodzą przedstawione badania [17].

Interesująco przedstawiają się badania Foley, które obrazują zakres zadań realizowanych przez pielęgniarki wyrażony opinią studentów medycyny. Według wyników badań cytowanej autorki, badani największą rolę zawodową pielęgniarki upatrywali w informowaniu, również lekarza, o sytuacji zdrowotnej pacjenta, współuczestniczeniu w procesie diagnozowania, podawaniu leków oraz planowaniu opieki pielęgniarskiej. Zadania te należą w znacznej części do zadań zależnych bądź współzależnych od decyzji lekarza lub też pozwalają na szersze postępowanie terapeutyczne, co potwierdzają badania własne [18].

W rodzimym pielęgniarstwie, według badań Wierzbickiej, lekarze i pielęgniarki wyrażają pogląd dotyczący zadań zawodowych, tworząc następującą ich hierarchizację malejącą: zadania lecznicze (94%), zadania

opiekuńcze (93%), zadania diagnostyczne (64%), zadania psychopedagogiczne (38%). Wyniki tych badań są wyraźnie zróżnicowane ze względu na wykonywany zawód, ponieważ lekarze przypisują pielęgniarkom znacznie mniej czynności, które mogą one wykonywać w stosunku do oceny tych czynności przez same pielęgniarki [19].

Natomiast zespół badaczy pod kierunkiem Krajewskiej-Kułak określił częstotliwość realizacji funkcji zawodowych pielęgniarki. Wśród funkcji bezpośrednich badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na funkcje terapeutyczną (100%), opiekuńczą (95%), profilaktyczną (85%), a rzadziej na rehabilitacyjną, wychowawczą i promowania zdrowia (od 48,5 do 5%) [20].

Przytoczone wyniki badań dość jednoznacznie wskazują na dominowanie w postrzeganiu tożsamości zawodowej pielęgniarki elementów aktywności zawodowej, które zależą od decyzji lekarza — czynności terapeutycznych i częściowo diagnostycznych oraz działalności niezależnej determinującej w przeważającej części swoistość zawodową pielęgniarek odzwierciedloną w realizacji działań opiekuńczych, polegających na pomaganiu w zaspokajaniu potrzeb pacjentów. Chociaż należy również podkreślić, że przedstawione badania autorskie wskazują na odrobinę szerszy obszar swoistej aktywności zawodowej pielęgniarki.

Wnioski

Przeprowadzona analiza badawcza pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

1. Pielęgniarki z dużą samoświadomością zakresu treści pielęgnowania istotnie częściej realizują w praktyce elementy składowe tworzące pielęgnowanie w ujęciu definicyjnym, to jest pomoc choremu w czynnościach samoobsługowych ($p \leq 0,001$), stanie łóżka ($p \leq 0,001$), obserwacja pacjenta ($p \leq 0,001$), prowadzenie edukacji chorych ($p \leq 0,001$), udzielanie wsparcia ($p \leq 0,001$), prowadzenie profilaktyki przeciwdrobnoustrojowej ($p \leq 0,05$).
2. Pielęgniarki z dużą samoświadomością istoty pielęgnowania potrafią odnajdywać elementy teorii pielęgniarstwa w praktyce reprezentowane przez swoistość działań dla tych modeli — łączenie działań zmierzających do organizowania warunków zewnętrznych bytowania pacjenta z praktyką pomocy pacjentowi w czynnościach samoobsługowych ($p \leq 0,05$), łączenie działań zmierzających do ułatwienia adaptowania i radzenia sobie w zdrowiu i chorobie z praktyką pomocy pacjentowi w czynnościach porządkowo-higienicznych ($p \leq 0,05$) oraz łączenie działań zmierzających do redukcji czynników stresogennych i zmniejszania ich skutków z praktyką pomocy pacjentowi w czynnościach samoobsługowych ($p \leq 0,05$), a także prowadzeniem edukacji pacjentów ($p \leq 0,05$).

3. Pielęgniarki z dużą samoświadomością zakresu treści pielęgnowania częściej przypisują istotne znaczenie czynnikom wewnętrznym, takim jak atmosfera pracy w zespole, wpływającym na realizację opieki pielęgniarskiej w praktyce ($p \leq 0,05$).

Przeprowadzone badania wskazują, że współczesne pielęgniarki utożsamiają autodefinicyjne elementy pielęgnowania w praktyce zawodowej. Natomiast w wymiarze behawioralnym empirycznie zweryfikowane elementy tożsamości oscylują wokół zaspokajanych podstawowych potrzeb pacjentów, a tylko w nieznacznej części są zorientowane na potrzeby poznawcze (edukacyjne).

Piśmiennictwo

1. Boksański Z. Tożsamości zbiorowe. PWN, Warszawa 2006.
2. Giddens A. Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności. PWN, Warszawa 2007.
3. Giddens A. Socjologia. PWN, Warszawa 2005.
4. Bikont A. Tożsamość społeczna w świetle prac H. Tajfela i J.C. Turnera. Przegląd Psychologiczny 1986; 3: 769–783.
5. Strelau J. Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
6. Lenartowicz H. Profesja, semiprofesja, zawód. Pielęgniarstwo 2000; 1 (30): 5–7.
7. Kirpal S. Nurses in Europe: work identities of nurses across 4 European countries. Bremen ITB 2003.
8. Tobiasz-Adamczyk B., Bajka J., Marmon G. Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych. Collegium Medicum UJ, Kraków 1996.
9. Wrońska I. Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. CEM, Warszawa 1997.
10. Tschudin V. Nurses matter. Reclaiming our professional identity. Macmillan, London 1999.
11. Tschudin V. Ethics in nursing. The caring relationship. Butterworth Heinemann, Londyn 1992.
12. Ślusarska B., Zarzycka D. Definiowanie pielęgnowania — teoretyczno-praktyczna i naukowa użyteczność pojęcia. Pielęgniarstwo XXI wieku 2006; 4: 7–14.
13. Takase M., Maude P., Manias E. Impact of the perceived public image of nursing on nurses' work behaviour. J. Adv. Nurs. 2006; 42 (3): 333–343.
14. Deflor T., Hecke A., Verhaeghe S., Gobert M., Arras E., Gryphonock M. The clinical nursing components and their complexity In Belgian general hospitals. J. Adv. Nurs. 2006; 56 (6): 669–678.
15. Clarke L. So what *exactly* is a nurse? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2006; 13: 388–394.
16. Fealy G. “The good nurse”: visions and values in images of the nurse. J. Adv. Nurs. 2004; 46 (6): 649–656.
17. Parker J. Nursing identity and difference. Nursing Inquiry 2005; 12 (2): 65.
18. Foley M. Second-year Medical Students' Perceptions of the Professional Nurse's Role. Journal of the New York State Nurse Association 1995; 26 (2): 15–19.
19. Wierzbicka A. Zadania pielęgniarek wobec pacjentów leczonych w oddziale intensywnej opieki kardiologicznej i oddziałach kardiologicznych. Rozprawa doktorska. Lublin, Akademia Medyczna 1990.
20. Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., Bartoszewicz A., Rolka H., Krajewska K., Lewko J. Przygotowanie pielęgniarek do wykonywania funkcji zawodowych. Pielęgniarstwo XXI wieku 2003; 5: 42–46.