



PIEŁĘGNIARKA RODZINNA

The Family Nurse



**PIEŁĘGNIARKA RODZINNA**  
**THE FAMILY NURSE**

**opracowanie:**

**Madrean Schroeder**

**Fadwa Affara**

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek

**Międzynarodowa Rada Pielęgniarek 2001**

**Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie 2009**

**tlumaczenie: dr n hum. Małgorzata Kisilowska na zlecenie Polskiego Towarzystwa  
Pielęgniarskiego**

redakcja merytoryczna: mgr Dorota Kilańska

Wszystkie prawa zastrzeżone, łącznie z tłumaczeniem na inne języki.

Żadna część tej publikacji nie może być powielana drukiem, kserograficznie ani w żadnej inny sposób, przechowywana w systemach informacyjnych, przekazywana w jakiegokolwiek formie, ani sprzedawana bez pisemnej zgody International Council of Nurses. Fragmenty (nie dłuższe niż 300 słów) mogą być powielane bez zgody, pod warunkiem wskazania źródła.

Copyright © 2001 by ICN - International Council of Nurses, 3, Place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

**ISBN: 92- 95005-30-9**

Printing: Imprimerie Fornara

## Spis treści:

1. WPROWADZENIE	5
<b>2. PIERWSZE ZASADY I TEORIE PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO</b>	<b>6</b>
2.1 Modele pielęgniarstwa rodzinnego	8
2.2 Modele oceny rodziny i interwencji	10
<b>3. PIELĘGNIARSTWO RODZINNE W CENTRUM ZAINTERESOWANIA</b>	<b>13</b>
<b>4. ROZWÓJ OPIEKI SKONCETROWANEJ NA RODZINIE</b>	<b>15</b>
<b>5. TRENDY I PROBLEMY</b>	<b>21</b>
5.1 ZAKRES ZADAŃ I ODPOWIEDZIALNOŚCI PIELĘGNIARKI RODZINNEJ	21
5.2 Kształcenie pielęgniarstwa rodzinnego	22
5.3 Regulacje prawne dotyczące pielęgniarstwa rodzinnego	23
5.4 Wprowadzenie pielęgniarstwa rodzinnego do systemów opieki zdrowotnej	24
5.5 Relacje ze środowiskiem lokalnym i grupami ludności	25
<b>6. USTALANIE ZESTAWU KOMPETENCJI DLA PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO</b>	<b>27</b>
6.1 Podstawy identyfikacji kompetencji	27
<b>7. MODELE PRAKTYKI PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO</b>	<b>33</b>
ZAKOŃCZENIE	41
PRZYPISY	43
BIBLIOGRAFIA	47
ZAŁĄCZNIK 1 Analiza SWOT	48

## WPROWADZENIE

W wyniku reformy systemu opieki zdrowotnej, przeprowadzanej w kolejnych krajach świata, opieka środowiskowa coraz częściej jest przedmiotem praktyki pielęgniarstwa. Dotyczy to zwłaszcza tych systemów, w których ciężar opieki przeniesiono na usługi lokalne, realizowane poza szpitalem. Zadania pielęgniarstwa są tak różne, jak różne są środowiska przez nie obsługiwane, pacjenci i placówki, w których pracują. Tym niemniej rodzina zawsze – w taki czy inny sposób – pozostaje docelową grupą praktyki.

Idea pielęgniarstwa rodzinnego nie jest nowa, ale na nowo znalazła zainteresowanie – bądź pełniejszym opracowaniem jej zadań, bądź rozszerzeniem oferowanych usług. Np. WHO promuje w Europie pielęgniarstwo rodzinne oparte na społeczności lokalnej, obejmujące opieką całą rodzinę. Dobrze przygotowana pielęgniarka rodzinna staje się członkiem multidyscyplinarnego zespołu opiekuńczego, jej zadania są kluczowe dla realizacji podstawowej opieki zdrowotnej. Takie poglądy wyrażono w 2000 roku w **Deklaracji Monachijskiej**, w której zachęca się odpowiednie władze do szukania „możliwości stworzenia i wspierania programów i usług pielęgniarstwa i położnictwa rodzinnego w społeczności lokalnej, z uwzględnieniem – tam, gdzie to możliwe – pielęgniarki zdrowia rodzinnego”[1].

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek reaguje na bieżące potrzeby opieki zdrowotnej i szuka nowych możliwości działań pielęgniarstwa, w tym pielęgniarstwa rodzinnego. Obecna sytuacja rosnącego zainteresowania reformą, praktyką lokalną i nowymi zadaniami pielęgniarstwa, stwarza możliwości zbadania postaw wobec pielęgniarstwa rodzinnego, zadań, jakie przed nim stoją, i kontekstu praktyki. Ta tematyka była przedmiotem pierwszego stypendium im. Virginii Henderson, które przyznano w 1999 roku Madrean Schober.

Niniejsza praca w znacznym stopniu wykorzystuje wyniki prac zrealizowanych w ramach tego stypendium, w tym opracowanie modeli praktyki pielęgniarstwa rodzinnego w wybranych krajach, opisanie kontekstu praktyki i próba określenia kluczowych kompetencji. Zawiera także przegląd literatury, obserwacje z wielu wizyt w placówkach opieki, informacje zebrane w trakcie wywiadów, dyskusję kluczowych trendów i problemów oraz podstawowe zasady określania kluczowych kompetencji. Wreszcie, proponuje wiele modeli kontekstowych realizacji usług pielęgniarstwa rodzinnego.

W niniejszej pracy pielęgniarstwo rodzinne jest definiowane jako pielęgniarstwo dyplomowane (zawodowe), pracująca przede wszystkim w środowisku lokalnym, współpracująca z poszczególnymi osobami, rodzinami i przedstawicielami innych zawodów medycznych w ramach POZ. Taka pielęgniarka może być osobą kluczową, osobą

„pierwszego kontaktu” z systemem opieki, może pracować w placówkach różnego typu, przede wszystkim pozaszpitalnych.

## 2. PIERWSZE ZASADY I TEORIE PIELEŃNIARSTWA RODZINNEGO

Coraz częściej uznaje się, że rodzina jest głównym celem/ klientem usług zdrowotnych i opieki pielęgniarskich – idea ta jest coraz bardziej popularna w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, a ostatnio także w Europie. W związku z tym ten rozdział poświęcono szerszej analizie podstaw teoretycznych pielęgniarstwa rodzinnego.

W latach 1980 i 1995 Amerykańskie Towarzystwo Pielęgniarskie (ANA) w swoim stanowisku dotyczącym polityki społecznej uznało rodzinę za jednego z beneficjentów opieki pielęgniarskiej (2). W roku 1997 Kanadyjskie Towarzystwo Pielęgniarskie (CNA) stwierdziło, że w tym kraju „podejście prorodzinne jest celem pracy pielęgniarek z pacjentami we wszystkich rodzajach placówek opieki”, a ponadto taka praktyka podlega kodeksowi etycznemu oraz standardom praktyki zawodowej i akredytacji szpitali (3).

Jak zauważa Stuart, pojęcie rodziny pozostaje często niezdefiniowane w raportach badawczych i innych dokumentach opisujących opiekę nad rodziną. Stuart proponuje 5 najważniejszych cech definiujących rodzinę. Są to:

- rodzina jest systemem lub jednostką,
- członkowie rodziny żyją w zgodzie i odczuwają wzajemny związek między sobą, także w perspektywie przyszłych zobowiązań,
- zadania opiekuńcze rodziny obejmują ochronę, żywienie i socjalizację jej członków (4),
- członkowie rodziny mogą (ale nie muszą) być ze sobą powiązani oraz mogą (ale nie muszą) mieszkać wspólnie,
- rodzina może (ale nie musi) posiadać dzieci.

Stosunkowo niedawno Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICN przyjęła następującą definicję rodziny:

Rodzina jest to grupa ludzi postrzegana jako jednostka społeczna lub grupa złożona z członków powiązanych więzami krwi, pokrewieństwa, emocjonalnymi lub prawnymi, ważnych dla siebie nawzajem. Jednostka społeczna tworzona przez rodzinę jako całość jest postrzegana jako coś więcej niż zbiór osób połączonych więzami krwi, pokrewieństwa, emocjonalnymi czy prawnymi, ważnych dla siebie [5].

Już w czasach Florence Nightingale panowało przekonanie, że rodzina jest obiektem opieki. Pisma Nightingale ujawniają, że była ona świadoma znaczenia rodziny i środowiska

domowego w opiece nad chorym [6]. Na przełomie XIX i XX wieku pielęgniarki zdrowia publicznego opiekowały się rodzinami w ich domach. Jednak rozwój specjalizacji medycznych i szpitali, wdrożenie polityki wspierania zdrowia oraz planów finansowych spowodowało ewolucję opieki zdrowotnej skoncentrowanej na rodzinie.

Hanson [7] i Johnson [8] uważają, że pielęgniarstwo rodzinne w Stanach Zjednoczonych usamodzieliło się w pewnym sensie w latach siedemdziesiątych XX w., kiedy to pielęgniarki zwróciły większą uwagę na promocję zdrowia jako ważny element ich pracy. Friedman [9] (1998) mówi, że niektóre specjalizacje pielęgniarstwa – jak opieka środowiskowa, psychiatryczna, opieka nad matką i dzieckiem, pielęgniarstwo rodzinne/pediatryczne – wiele wniosły do zachowania i rozwoju zainteresowania pielęgniarstwem rodzinnym. Specjalności te połączyły swoją specyfikę z wiedzą i innowacyjnymi praktykami z innych obszarów pielęgniarstwa, także z wiedzy socjologicznej i badań nad rodziną.

Temu rozwojowi towarzyszą inne zmiany, takie jak wzrost zainteresowania konsumentów dbałością o dobry stan zdrowia, samoopieka, a także wprowadzenie amerykańskich regulacji prawnych dotyczących dzieci ze specjalnymi potrzebami. W konsekwencji autorzy tacy, jak Friedman, Miller & Winstead-Fry, Wright, Leahey & Bomar, zaczęli interesować się rodziną w praktyce pielęgniarstwa, rozwinęła się literatura dotycząca teorii i praktyki pielęgniarstwa rodzinnego.

Przedstawiciele medycyny i innych zawodów (np. opieki społecznej) od wielu lat zwracali uwagę na to, że podstawowym beneficjentem opieki jest rodzina. Amerykańskie Towarzystwo Medyczne (ang. *American Medical Association*) oraz Amerykański Zarząd Specjalizacji Medycznych (ang. *American Board of Medical Specialities*) uznali opiekę rodzinną za specjalizację medyczną w roku 1969. Programy rezydentury w tym zakresie opisują praktykę rodzinną jako specjalizację, w ramach której udziela się ciągłej i całościowej opieki ludziom w każdym wieku, diagnozując i lecząc szerokie spektrum chorób, w tym stres emocjonalny czy zaburzenia psychiatryczne.

Kiedy pojawiła się idea opieki skoncentrowanej na rodzinie, grupy zawodowe związane z naukami o zdrowiu zaczęły zwracać większą uwagę na promowanie usług multidyscyplinarnych. Przykładem takiej wielodyscyplinarnej opieki rodzinnej może być działalność amerykańskiego Instytutu Opieki Rodzinnej (ang. *Institute of Family-Centered Care*). Założony w 1992 roku w celu rozwoju wiedzy i praktyki opieki rodzinnej, opracował zestaw zasad „rodzinnocentrycznych” kluczowych dla tej specjalizacji. Do zasad tych należą m.in.:

- uznanie, że rodzina jest stałym elementem życia każdego człowieka,

- uznanie, że pacjenci i rodziny mogą definiować pojęcie „rodziny” na różne sposoby,
- promowanie systemu opieki zdrowotnej zapewniającego całościową opiekę skoncentrowaną na rodzinie, realizowaną przez zespół przedstawicieli różnych zawodów medycznych,
- starania o włączenie problemów rodziny do praktyki poszczególnych nauk o zdrowiu [10].



## 2.1 Modele pielęgniarstwa rodzinnego

Opracowanie dobrych, realnych modeli pielęgniarstwa rodzinnego nie jest łatwe, z wielu powodów. Logan twierdzi, że *pielęgniarskie modele rodziny powinny uwzględniać fakt, że rodzina jest czymś więcej niż tylko systemem wsparcia, uruchamianym przez jednego z jej członków w chwili kryzysu* [11], kiedy pozostali postrzegani są wyłącznie w perspektywie możliwości występowania jako rzecznicy czy udzielania pomocy osobie potrzebującej.

Niezdolność do przekroczenia tej bariery doprowadziła do niejasności w interpretacji roli pielęgniarki w opiece rodzinnej, przyczyniła się też do braku zrozumienia i docenienia specyficznej roli pielęgniarki rodzinnej. Hanson [12] zauważył też, że pielęgniarstwo rodzinne stało się przedmiotem zainteresowania wielu różnych specjalizacji w tym zawodzie. Spowodowało to znaczne pokrywanie się ról, które każda z nich chciała przypisać sobie w zakresie opieki rodzinnej. To tylko utrudniło wypracowanie dobrej definicji pielęgniarstwa rodzinnego i opracowanie ram dla jego praktyki.

Pielęgniarstwo rodzinne zaczerpnęło wiele z innych nauk społecznych, w tym antropologii, psychologii i socjologii. Friedman [13] nie jest w stanie wyodrębnić jednej teorii/ ramy pojęciowej zdolnej opisać ten aspekt praktyki. Zamiast tego pokazuje ewolucję zintegrowanych teorii, zbudowanych na trzech podstawowych pojęciach. Są to:

### *Modele i teorie pielęgniarские*

Wielu teoretyków pielęgniarstwa (w tym Nightingale, Ing, Neuman, Orem i Rodgers) przyczyniło się do rozwoju teorii pielęgniarstwa rodzinnego, ale Friedman uważa, że element teoretyczny jest ostatnim, z jakiego mogą czerpać praktycy pielęgniarstwa rodzinnego, ponieważ teorie te zazwyczaj są pewną adaptacją tych dotyczących opieki indywidualnej [14]. I chociaż rodzina została uznana za jednego z klientów opieki w literaturze pielęgniarskiej w latach pięćdziesiątych XX w., mało jest tekstów dokumentujących tworzenie teorii pielęgniarstwa rodzinnego nie odwołujących się do innych nauk [15].

### *Teorie rodziny w naukach społecznych*

Teorie rodziny w naukach społecznych tworzono, aby opisać funkcjonowanie rodziny oraz jej interakcje ze środowiskiem. Opisują zazwyczaj interakcje wewnętrzne oraz zmiany rodzinne i reakcje na sytuację zdrowia lub choroby. Największy wkład konceptualny w tym zakresie mają teorie: 1) strukturalno-funkcjonalne, 2) interakcjonalne, 3) rozwojowe. Obecnie

wpracowywane są także inne sposoby badania rodziny, związane z aspektami prawnymi, ekonomicznymi, wymiany społecznej, z konfliktami.

### *Teorie terapii rodzinnej*

Teorie terapii rodzinnej, choć pochodzące z nauk społecznych, mają w sobie również element zawodowy i kliniczny. Innymi słowy, są teoriami praktycznymi, rozwiniętymi w celu organizowania pracy z rodzinami dysfunkcyjnymi. Choć koncentrują się na patologiach, opisują wybrane aspekty dynamiki i wzorów funkcjonowania rodzin.

Choć więc nie ma jednej uniwersalnej teorii czy ram pojęciowych w pielęgniarstwie opisujących rodzinę jako taką czy też relacje rodzinne, pielęgniarki wybrały i połączyły niektóre elementy z innych nauk, aby opracować modele pielęgniarstwa rodzinnego. Clement-Stone et al. [16] wskazują na cztery najczęściej stosowane.

- podjęcie strukturalno-funkcjonalne, według którego rodzina jest otwartym systemem społecznym, działającym jako podsystem w ramach społeczeństwa. Uznaje ono interakcję między członkami rodziny (struktura ról, wartości rodzinne, komunikacja, struktura władzy) i ze środowiskiem zewnętrznym, w tym wpływ na funkcjonowanie rodziny w zakresie potrzeb afektywnych, socjalizacji, położenie społeczne, prokreację, sytuację ekonomiczną i opiekę społeczną.
- Ujęcie interakcyjne. Pomaga ono pielęgniarce rodzinnej patrzeć na sytuację z perspektywy członka rodziny i sprawdzać, czy interakcje rodzinne sprzyjają czy ograniczają skuteczne jej funkcjonowanie w obszarach takich, jak pełnienie ról czy komunikacja.
- Podejście systemowe. Koncentruje się ono na opisywaniu powiązań między elementami. Zwraca uwagę, że każda część całości wpływa na całość, a całość oddziałuje na każdą część. Członkowie rodziny są postrzegani jako wpływający na siebie nawzajem, co wiąże się ze współodpowiedzialnością. Podejście to jest pomocne w opisywaniu sposobu, w jaki rodzina oddziałuje wzajemnie z innymi systemami w społeczeństwie.
- Podejście rozwojowe szuka wyjaśnień dla zmian zachodzących w czasie, w tym zmian w interakcjach i relacjach między członkami rodziny. Przygląda się rozwojowi rodziny w kolejnych cyklach pokoleniowych, zwracając uwagę na okresy krytyczne. Wyodrębnienie tych etapów pomaga wyjaśnić, czego rodzina doświadcza.

## 2.2 Modele oceny rodziny i interwencji

Do gromadzenia informacji o rodzinie dla potrzeb jej oceny można wykorzystać wiele podejść. Hanson uważa jednak, że żaden z istniejących modeli stosowanych w pielęgniarstwie rodzinnym nie jest odpowiedni dla wszystkich rodzin i nie spełnia wszystkich potrzeb praktykujących pielęgniarek [17]. Można tu jednak wymienić wiele modeli opracowanych przez pielęgniarki rodzinne.

Model oceny rodziny i interwencji (ang. *Family Assessment and Intervention Model*)

Korzystając z modelu systemowego opieki zdrowotnej Betty Neuman (ang. *Health Care System Model*), Berkey & Hanson rozszerzyli go, odnosząc do rodziny [18]. Model postuluje, że aby utrzymać stabilność w czasie rodzina rozwija wiele reakcji na stresory, znane jako linie obrony i oporu (ang. *resistance*). Problemy rodzinne pojawiają się, kiedy stresory przenikają przez systemy obronne. Reakcja rodziny zależy od tego, na ile głęboko udało im się wnikać oraz na ile jest ona zdolna zmobilizować zasoby obronne dla zachowania swojej stabilności.

Model obejmuje: a) promocję zdrowia, działania związane z zapewnieniem dobrostanu człowieka, b) rozpoznawanie problemów i czynników rodzinnych (takich jak brak odpowiedniego miejsca zamieszkania, utrata pracy przez żywiciela rodziny, niepełnosprawne dziecko itp.) na linii obrony oraz c) stabilność rodziny i funkcjonowanie w aspekcie zapobiegania i interwencji. Instrumentem oceny w tym modelu jest The Family Systems Stressor-Strength Inventory (FS3I) [19].

*Model Oceny Rodziny wg Friedman*

Ten model oparty jest na systemach strukturalno-funkcjonalnych i teoriach rozwoju rodziny. Friedman postrzega rodzinę jako otwarty system współdziałający z innymi instytucjami w społeczeństwie – instytucjami opieki zdrowotnej, edukacyjnymi, religijnymi – koncentrując się na strukturze i funkcjach rodziny. Narzędzie oceny, opracowane w latach siedemdziesiątych XX w., rozszerzyło jego zakres (w wydaniach 3 i 4), uwzględniając diagnozy i interwencje pielęgniarskie oraz perspektywę wielokulturową [20].

## ***Modele kanadyjskie oceny i interwencji: The Calgary Family Assessment Model (CFAM) oraz the Calgary Family Intervention Models (CFIM)***

Wkład kanadyjski w tę dziedzinę, modele CFAM i CFIM, połączyły idee pielęgniarstwa i terapii rodzinnej, budując na teorii systemowej, postmodernizmie, cybernetyce, teorii komunikacji, teorii zmian oraz biologii poznania<sup>1</sup>. Pytania oceniające mają na celu zgromadzenie informacji o strukturze rodziny, jej statusie rozwojowym i funkcjonalnym. Nacisk jest położony na rozpoznawanie mocnych stron i zasobów rodzin.

CFAM to mapa rodziny, zakładająca, że rodzina jest tym, czym ktoś uważa, że jest. Narzędzie oceny, opracowane po raz pierwszy w 1983 roku, przetłumaczono na języki: francuski, japoński, koreański i szwedzki. W ostatnich latach podległo zmianom, ze względu na zainteresowanie innych krajów oraz zmiany zachodzące w opiece zdrowotnej, takie jak: ograniczenie czasu pobytu szpitalnego, zarządzanie opieką, zwiększony udział konsumenta i rosnące zróżnicowanie kulturowe. Nowy CFAM jest bardziej „otwarty, gotowy do współpracy, niehierarchiczny” [21].

CFIM, wprowadzony w 1994 roku, to narzędzie pomocne w wyborze interwencji odpowiednich do oceny rodziny. Kluczowe jest tu uznanie, że każda rodzina jest niepowtarzalna i ma swoje specyficzne mocne strony. Interwencje mają na celu umocnienie, zachętę i/lub utrzymanie dobrego funkcjonowania rodziny w obszarach: poznawczym, afektywnym i behawioralnym. Celem CFIM jest pomoc członkom rodziny w szukaniu nowych rozwiązań, mających pomóc zmniejszyć cierpienia emocjonalne, fizyczne i duchowe.

### *Model pielęgniarski zdrowia rodzinnego WHO/EURO (ang. WHO/EURO Family Health Nursing Model)*

Model pielęgniarki zdrowia rodzinnego (FHN – *Family Health Nurse*) opracowany przez Region Europejski WHO korzysta z wymienionych już wcześniej podstaw teoretycznych. Łączy aspekty teorii systemów (do analizowania złożoności opieki zdrowotnej), teorii

---

<sup>1</sup> Postmodernizm zakłada wiarę w różnorodność, a w pielęgniarstwie przekonanie, że „istnieje tak wiele sposobów zrozumienia i doświadczania choroby, ile rodzin cierpiących” (s. 36). „Zmiana u jednego członka rodziny wpływa na wszystkich jej członków” (s. 38-44). Cybernetyka twierdzi, że systemy rodzinne mają zdolności samoregulacji, które pozwalają na zmiany w sposobach zachowania i komunikacji (s. 45-46). Teoria komunikacji składa się nie tylko z tego, co powiedziano, ale twierdzi, że cała komunikacja niewerbalna jest znacząca, jeśli odbywa się w obecności innego człowieka (s. 46-49). Teoria zmian mówi o fenomenie tego, co i w jaki sposób wywołuje zmianę w systemie rodzinnym. Pielęgniarki muszą jednocześnie umieć nazywać interakcje w rodzinie i swoje interakcje z rodziną (s. 49-59). Biologia poznania uważa, że jako ludzie wypracowujemy różne poglądy na świat, w oparciu o biologię i fizjologię, nie filozofię. Ludzie tworzą rzeczywistość poprzez interakcje ze światem, innymi i samymi sobą (s. 59-61) [Wirght & Leahey, 2000].

interakcji (do badania relacji pielęgniarstwa z rodziną i jej członkami) oraz teorii rozwojowej (do pobudzania świadomości i zrozumienia etapów rozwojowych rodziny i jej członków, do definiowania rodziny).

W tym kontekście FHN jest definiowana jako pielęgniarka, która *pomaga osobom i rodzinom radzić sobie z chorobą i przewlekłą niepełnosprawnością, czy też w okresach stresu, spędzając większość czasu na pracy w domach pacjentów i z ich rodzinami* [22].

Model EURO proponuje cztery rodzaje interwencji:

- profilaktyka pierwszego stopnia (ang. *primary intervention*): ocena możliwości wystąpienia szkodliwych stresorów lub zagrożeń dla zdrowia, podjęcie działań zapobiegających ich negatywnemu wpływowi na rodzinę;
- profilaktyka drugiego stopnia (ang. *secondary intervention*): możliwa dzięki prowadzeniu badań kontrolnych, szczepieniom i doskonałej znajomości danej rodziny, polega na wczesnym wykryciu i podjęciu szybkich działań minimalizujących zakłócenia w życiu rodziny lub jej członka; dopuszcza udział innych pracowników opieki zdrowotnej i korzystanie z jej zasobów;
- profilaktyka trzeciego stopnia (ang. *tertiary prevention*): koncentruje się na rehabilitacji i odbudowie zasobów obronnych rodziny;
- interwencja kryzysowa/ opieka bezpośrednia: pielęgniarka współpracuje z całą rodziną lub jednym z jej członków, w procesie leczenia, rehabilitacji, przynoszenia ulgi w cierpieniu i/lub udzielaniu wsparcia [23].

Wydaje się, że obecnie język i podstawy teoretyczne pielęgniarstwa rodzinnego nie zawsze pasują do siebie. Ponadto rodzaj dostępnych usług pielęgniarstwa rodzinnego zależy całkowicie od warunków danego systemu opieki zdrowotnej, jego priorytetów, wartości, dostępnych zasobów, wykształcenia i kompetencji pracowników. Można jednak wskazać pewne podobieństwa w dostępnych modelach pielęgniarstwa rodzinnego.

1. Praktyka zakłada opiekę holistyczną, w której osoba potrzebująca pomocy/ opieki jest otoczona rodziną, lub której przedmiotem jest cała rodzina.
2. Praktyka dostrzega strukturę, mocne i słabe strony oraz dynamikę rodziny, które to czynniki mogą wzmocnić bądź osłabić jej potencjał zdrowotny lub pogorszyć stan chorobowy, a poprzez to oddziałują na sposób oceny i dobór metod działania pielęgniarstwa rodzinnego.
3. Praktyka zachęca członków rodziny do udziału w ocenie, podejmowaniu decyzji, planowaniu i opiece.

4. Praktyka wykorzystuje wiele zasobów i usług potrzebnych w ocenie, kształceniu i pomocy. Wiąże się to także z korzystaniem z zasobów innych pracowników opieki zdrowotnej i społecznej.

### **3. PIELEŃNIARSTWO RODZINNE W CENTRUM ZAINTERESOWANIA**

W literaturze najczęściej można znaleźć opisy działań placówek i usług pielęgniarских skierowanych do rodzin. W większości przypadków jednak to członek rodziny, a nie cała rodzina, jest podmiotem opieki i pierwszą osobą kontaktującą się w imieniu rodziny ze służbą zdrowia. Przyczyny tych kontaktów mogą być bardzo różne, najczęściej wymienia się urodzenie się dziecka i opiekę nad noworodkiem, opiekę nad matką i dzieckiem, opiekę domową dla osób starszych, opiekę nad osobami chorymi przewlekle bądź osobami ze schorzeniami psychiatrycznymi.

Sprawowana opieka może być także rozszerzona na całą rodzinę, jeśli pielęgniarzka oferuje swoją pomoc dla kobiety ciężarnej, w trakcie porodu i połogu, opiekę dla kobiet, dzieci w wieku szkolnym, pomoc w sprawach rodzicielskich, opiekę nad rodzinami i dziećmi „wysokiego ryzyka”, rehabilitację i opiekę nad niepełnosprawnym, pomoc w sytuacjach przemocy i napastowania, w opiece nad umierającymi i okresie żałoby [24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32].

Po stwierdzeniu poważnego problemu zdrowotnego można zastosować wiele usług pielęgniarских i szerzej – zdrowotnych – począwszy od zaangażowania rodziny w organizację opieki, do promocji samoopieki czy realizacji usług i zasobów kompleksowych pacjentowi i odpowiednim członkom rodziny. Beveridge i in. pokazują, w jaki sposób wdrażać opiekę skoncentrowaną na rodzinie nawet w placówkach wyposażonych w specjalistyczny sprzęt, takich jak oddział neonatologii. Opisują jak tworzyć politykę działania i wdrażać rozwiązania praktyczne. Dotyczy to m.in. współpracy rodziny z pracownikami opieki zdrowotnej, jak najpełniejszej wymiany informacji, poszanowanie specyfiki kulturowej i odrębności rodziny przez zespół opiekuńczy, poszanowanie metod radzenia sobie z daną sytuacją i wzajemnego wsparcia stosowanych w rodzinie, koordynacja opieki szpitalnej, lokalnej i domowej, której rodzina może potrzebować [33].

Bardziej tradycyjne podejście jest w literaturze pielęgniarskiej opisywane jako „kontekst rodzinny” – opieka koncentruje się tu na indywidualnym pacjencie, a rodzina pozostaje „gdzieś w tle”. Rodzina jest dla takiej osoby kontekstem, który może stanowić pewien zasób, albo –czynnik stresujący. Kanadyjskie Towarzystwo Pielęgniarskie

(ang. *Canadian Nurses Association – CNA*) zaleca wszystkim pielęgniarkom posiadanie kompetencji w tym zakresie [34].

Kolejne podejście traktuje *rodzinę jako klienta*. Rodzina znajduje się tu na pierwszym miejscu, a jej członkowie – w tle. Wszystkie osoby tworzące rodzinę są brane pod uwagę, obejmowane opieką jednocześnie, jako „podmiot opieki”. Przykładów takich całościowych rodzinnych usług pielęgniarskich jest niewiele [35, 36, 37, 38, 39]. CNA uważa, że taki model opieki rodzinnej wymaga większej wiedzy i doświadczenia, ponieważ zobowiązuje pracownika do zajmowania się jednocześnie kilkoma systemami i interakcjami między nimi [40].

Model opieki „sąsiedzkiej” Litchfield (ang. *Neighbourhood Based Healthcare – NBH*) uwzględnia pewne elementy powyższego podejścia [41, 42]. O byciu „pielęgniarką rodzinną” decyduje zakres i forma wykonywanych działań. Jeśli więc rola ta zostanie przypisana np. pielęgniarce specjalizującej się w opiece diabetologicznej, to forma pracy powoduje, że staje się ona „skoncentrowana na rodzinie”. Pielęgniarka stosuje metodę „zarządzania przypadkiem” (ang. *nursing case management approach*) do nawiązania bliższych kontaktów z klientem i rodziną. Kiedy relacje z rodziną zostaną już nawiązane, FNP konsultuje się i pracuje nad zintegrowaniem działań pielęgniarek z innych specjalizacji, tworząc schemat pielęgniarstwa zintegrowanego (integrującego), w którym wszystkie pielęgniarki współpracujące w opiece nad danym pacjentem „wykonują swoje zadania autonomicznie, ponosząc za nie pełną odpowiedzialność zawodową”.

Taka zintegrowana praktyka jest w efekcie formą kolektywnej praktyki pielęgniarstwa, która pozwala pielęgniarkom z różnych placówek współpracować przy opiece nad pacjentami i rodzinami, w najbardziej skomplikowanych przypadkach i sytuacjach. Dlatego Litchfield proponuje, że jeśli FNP pozostaje poza kategoryzacją usług, grup zawodowych czy specjalizacji pielęgniarskich (np. organizacje szpitalne, opieka środowiskowa, elementy zdrowotne w działalności innych sektorów), FNP pełni kluczową rolę w integracji opieki. System opieki sąsiedzkiej powstaje w obecności FNP, która koordynuje zasoby i usługi oferowane pojedynczym pacjentom, rodzinom i społecznościom [43, 44].

#### 4. ROZWÓJ OPIEKI SKONCETROWANEJ NA RODZINIE

W miarę zapoznawania się z literaturą, obserwacji, wywiadów i spotkań staje się jasne, że wiele czynników przemawia za pielęgniarską opieką rodzinną, co stanowi zachętę do rozwoju usług skoncentrowanych na rodzinie.

Problemem poruszonym w większości przejranych tekstów był fakt, że polityka sektorowa może napotkać wiele problemów zdrowotnych, a zdrowie staje się priorytetem działań we wszystkich właściwie sektorach. Często za podstawową metodę wdrażania pielęgniarstwa rodzinnego uważa się POZ. Rośnie też zainteresowanie teoriami pozwalającymi pracownikom ochrony zdrowia pracować z pacjentami w ich środowisku rodzinnym, z rodzinami – w środowisku lokalnym i społecznym. Na przykład Denham, badając rytuały rodzinne i zachowania zdrowotne rodzin zamieszkujących region Appalachów stwierdził, że na zdrowie rodziny wpływa bardzo wiele zmiennych związanych z życiem domowym, relacjami osobistymi, kontekstem kulturowym – bardziej niż kontakty z opieką zdrowotną [45].

Badanie przeprowadzone w Europie w ramach Programu „Pielęgniarstwo i Położnictwo WHO” wykazało, że elementy pielęgniarstwa rodzinnego można znaleźć w różnych modelach pielęgniarstwa środowiskowego. *Novum*, jakie pojawiło się w koncepcji pielęgniarki rodzinnej rozpowszechnianej obecnie w tym regionie, jest powiązanie tej formy opieki z POZ i koncentracja na „rodzinach i domu jako miejscu opieki” [46]. Jeśli chodzi o powiązania z POZ, Carryer i in. uważają tę ostatnią za „potencjalny mechanizm kontaktu z rodzinami zagrożonymi problemami zdrowotnymi” [47]. Uznając stanowisko, według którego pielęgniarstwo nie akceptuje stawiania *zdrowia* i *choroby* w opozycji, popierają modele pielęgniarstwa POZ uwzględniające ocenę stanu rodziny i środowiska lokalnego, zaangażowanie społeczności lokalnej, współpracę partnerską, odwiedziny domowe, kontrolę i monitoring.

Stabilny rozwój pielęgniarstwa w Słowenii, gdzie oddział pielęgniarstwa środowiskowego jest niezależną częścią ośrodka zdrowia, pokazuje, że ta forma opieki może ewoluować, przyjmując bardziej „prorodzinne” nastawienie, w oparciu o wypracowane metody opieki środowiskowej. Od 1996 roku w każdym regionie pracuje pielęgniarka podstawowej opieki środowiskowej (ang. *Primary Community Nurse*), która jest niejako osobą pierwszego kontaktu i w związku z tym utrzymuje stały kontakt z ludźmi, niezależnie od ich miejsca pracy czy zamieszkania. W oparciu o teorię cyklu życia, rodziny objęte są całodobową opieką od urodzin do śmierci. Pielęgniarka pełni wiele ról – pracownika opieki,



decydenta, pośrednika, przywódcy środowiska lokalnego, menedżera usług dla klientów, pacjentów, rodzin i społeczności lokalnej. Celem tego systemu jest objęcie wszystkich rodzin opieką pielęgniarki dyplomowanej, która pracuje z nimi od chwili narodzin do chwili śmierci [48].

Ostatnie reformy ochrony zdrowia w Mołdawii, skoncentrowane na POZ, objęły funkcje lekarza rodzinnego i pielęgniarki rodzinnej. Działania zaplanowane dla takiej pielęgniarki wyodrębniono na podstawie modelu EURO/WHO pielęgniarstwa rodzinnego. Obecnie jednak rola takiego pracownika ograniczona jest do rozpoznawania czynników ryzyka w rodzinach oraz pracy związanej z zapobieganiem chorobą, realizowanej w ośrodkach zdrowia obsługujących 800 - 1300 pacjentów. Pielęgniarstwo stoi przed ogromnym wyzwaniem, jakim jest sformułowanie zakresu pielęgniarstwa rodzinnego w ramach usług POZ realizowanych przez zespoły lekarzy, położnych i pielęgniarek. Warto dodać, że wynagrodzenia pielęgniarek pracujących w POZ w Mołdawii są o 20% wyższe niż tych zatrudnionych w szpitalach [49].

Dobrym przykładem realizacji opieki rodzinnej w nurcie POZ jest sytuacja w Tajlandii. Pielęgniarki ponoszą tam osobistą odpowiedzialność za wyznaczoną liczbę rodzin mieszkających na obszarze podlegającym danemu ośrodkowi zdrowia. Próbuje one sprawować holistyczną, całościową opiekę rodzinną (obejmującą także promocję samoopieki), wybierając takiego członka rodziny, który może stać się liderem zmian i może uczestniczyć w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. Pracując w takich mini-zespołach, koordynują opiekę nad rodzinami i społecznościami.

Można wydzielić trzy główne kategorie rodzin i dopasowane do nich formy opieki:

1. Rodzina normalna), w której wszyscy członkowie są zdrowi. Głównym zadaniem będzie w niej promocja zdrowia, kontrola chorób, zapobieganie i w razie potrzeby opieka medyczna.
2. Rodzina wysokiego ryzyka, w której jeden lub większa liczba członków wymaga specjalnej uwagi (np. niemowlę, osoba starsza, kobieta w ciąży). Opieka typowa dla rodziny normalnej powinna być uzupełniona o kontrolowanie czynników ryzyka.
3. Rodzina, której członek cierpi na chorobę przewlekłą lub nieuleczalną (np. nadciśnienie, nowotwór). Promocja zdrowia, kontrola chorób i zapobieganie im, podstawowa opieka medyczna, rehabilitacja i opieka paliatywna powinny być dostosowane odpowiednio do potrzeb takiej rodziny.

Południowoafrykańska klinika uniwersytecka Alexandra Health Centre jest przykładem multidyscyplinarnej placówki POZ, w której opieka rodzinna obejmująca osoby w każdym wieku, realizowana przez pielęgniarki, jest częścią całościowych usług POZ. W razie potrzeby kierują one pacjentów do szpitala lub na wizytę lekarską. Decyzje w tej sprawie są oparte na ocenie pielęgniarskiej i diagnozie sytuacji. Multidyscyplinarny charakter placówki pozwala na rozwój zawodowy pielęgniarek, kształcenie umiejętności z zakresu zarządzania i przywództwa – ze względu na konieczność koordynacji działań i współpracy z przedstawicielami innych zawodów medycznych. Oferowane usługi często wykraczają poza działania zaplanowane dla centrum, co wynika z zaangażowania w różne programy, takie jak: dowóz posiłków, ośrodek pomocy dla dzieci dotkniętych przemocą, doradztwo dla mężczyzn w więzieniach, edukacja zdrowotna.

Zwrócenie większej uwagi na rodzinę może być wynikiem obejmowania usługami także populacji słabszych. Cowley, opisując program „Pewny start” (ang. *Sure Start*) skierowany do dzieci angielskich, wskazuje pozytywne wyniki wczesnych interwencji związanych z odwiedzaniem niemowląt, dzieci i rodzin. Doświadczenie to spowodowało zmianę grupy docelowej programu – już nie tylko dziecko, ale działanie na korzyść całej rodziny [50].

Cook wydaje się popierać to podejście, opisując interwencje w Hackney Well Family Services w Anglii, gdzie za podstawowy warunek poprawy dostępności opieki dla rodzin uznano „destygmatyzację<sup>2</sup> procesu szukania pomocy” [51]. W oparciu o badania dowodzące, że rodziny wyrażają „chęć otwartego dostępu do doradcy rodzinnego w praktyce ogólnej, który mógłby wysłuchać i z którym można by porozmawiać o problemach i ich ewentualnych rozwiązaniach”, zmieniono orientację programu z ochrony dziecka – na bardziej ogólną strategię zapobiegania, obejmującą rodzinę jako całość. Celem programu jest stworzenie usług łączących opiekę zdrowotną i socjalną, we współpracy z władzami lokalnymi.

Dom jest głównym miejscem sprawowania opieki dla innych słabszych grup społecznych. Współpraca z rodzinami staje się ważnym elementem realizacji usług. Opieka domowa to najszybciej rozwijający się obszar sektora zdrowia w Stanach Zjednoczonych. W Europie rosnące koszty opieki, wzrost długości życia oraz przekonanie o konieczności

---

<sup>2</sup> *Stygmatyzacja, etykietowanie, naznaczanie jest to proces nadawania określeń w kategoriach zachowania jednostkom, grupom społecznym czy kategoriom społecznym w wyniku czego przyjmują one nadane im cechy i zaczynają działać zgodnie z przypisanymi im etykietami. Inaczej: Proces naznaczania społecznego (przypięcie komuś etykiety) odbywa się zawsze przy określaniu negatywnej grupy odniesienia, np. określanie kogoś, kto złamał prawo, mianem kryminalisty. Przy czym naznaczanie bywa przyczyną deprecjonowania jednostek i grup społecznych. Jest on też bazowym mechanizmem tworzenia stereotypów.*

zachowania szacunku wobec osób starszych, chorych przewlekle i nieuleczalnie spowodowały również większe zainteresowanie polityków i pracowników ochrony zdrowia możliwościami opieki domowej. Choć różne są rozwiązania w tym zakresie w poszczególnych krajach, pielęgniarstwo w większości z nich jest rdzeniem tej formy usług, a pielęgniarki stwierdzają, że będą musiały rozszerzyć ją, obejmując opieką domową całą rodzinę.

Murashima i in. opisali opiekę domową dla osób starszych chorych nieuleczalnie, niepełnosprawnych w stopniu znacznych oraz potrzebujących opieki medycznej w japońskim mieście Minakuchi (36 tys. mieszkańców). Stwierdzili, że kluczową rolę w tym modelu pełni współpraca doświadczonych pielęgniarek rodzinnych, mieszkańców i urzędników samorządów lokalnych [52]. Formy opieki, zaadaptowane na podstawie modelu duńskiego, to szczególnie całodobowa opieka domowa dla osób starszych, ale uwzględniająca tradycje japońskie, w tym poszanowanie dla samowystarczalności rodziny w zakresie zapewnienia opieki.

Kolejny bodziec rozwoju usług rodzinnych wynika z prób znalezienia lepszej odpowiedzi na potrzeby rodzin w społeczeństwach doświadczających zjawiska masowej migracji. Może ona mieć formy przenoszenia się ze wsi do miast, uchodźstwa związanego z niepokojami społecznymi, wojną, prześladowaniami społecznymi lub politycznymi lub katastrofami naturalnymi. W Izraelu, kraju przyjmującym imigrantów różnego pochodzenia, środowiskowy ośrodek zdrowia w Jerozolimie (Philip & Sally Lawn Hadassah Community Health Centre) oferuje usługi POZ rodzinom wielokulturowym, wielojęzycznym, o niskich dochodach. Zespół pracowników tworzą pielęgniarki, lekarze, epidemiolodzy, psychologowie, pracownicy socjalni, instruktorzy zdrowotni i dietetycy. Główną cechą ich pracy jest integracja opieki środowiskowej z POZ, w oparciu o ocenę potrzeb społeczności lokalnej i tworzących ją rodzin. Pielęgniarki są kluczowymi członkami zespołu i uczestniczą aktywnie w planowaniu, realizacji i ocenie programów [53].

Rozwój usług skoncentrowanych na rodzinie może też być promowany w regulacjach prawnych. Ustawa o opiece zdrowotnej dla mieszkańców wsi w Korei Południowej, przyjęta w roku 1980, w następstwie deklaracji WHO „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000”, doprowadziła do stworzenia specjalizacji pielęgniarki środowiskowej (ang. *Community Health Nurse Practitioner* – CHNP). Obecnie ponad 2000 pielęgniarek realizuje POZ dla około 28% mieszkańców wsi koreańskich. Pielęgniarka środowiskowa, poza innymi działaniami (edukacja zdrowotna, opieka w chorobie, szczepienia, opieka szkolna, opieka nad osobami starszymi), zajmuje się także opieką rodzinną. Swoje zadania realizuje bezpośrednio

w domach rodzinnych, może zostać wezwana do pomocy w sytuacji kryzysowej, przy konflikcie między członkami rodziny, do interwencji środowiskowych, może także udzielać porad i instrukcji. Rodziny mogą również otrzymać pomoc w dostępie do odpowiednich zasobów społeczności lokalnej [54].

Zgodnie z prawem duńskim, władze lokalne są zobowiązane do wyznaczenia specjalnie przeszkolonych pielęgniarek do odwiedzania rodzin w ich domach, poczynając od pierwszej wizyty w ciągu 2 tygodni od narodzin dziecka. Te pielęgniarki mają bogate doświadczenie i specjalistyczne wykształcenie. Większość wizyt realizowana jest w pierwszym roku życia dziecka, kontynuowana później w razie potrzeby. Guldager w swojej pracy oceniła efekt odwiedzin domowych wykwalifikowanego wizytatora zdrowotnego u rodzin mających dzieci w wieku poniżej szkolnego.

Porównała ona dwie grupy – jedną, w której zrealizowano standardową (7-10 wizyt rocznie) liczbę wizyt i drugą, w której odwiedzin było mniej. Wykazała pozytywny wpływ częstszych odwiedzin przedstawicieli opieki zdrowotnej. Młode matki odwiedzane częściej dłużej karmiły dzieci piersią i wprowadzały kolejne formy żywienia zgodnie z zaleceniami. Poza tym rodzice czuli się pewniej w swoich nowych rolach, co ujawniało się m.in. w spokojnej obserwacji kolejnych etapów rozwoju dziecka. Rodziny odwiedzane rzadziej korzystały częściej z pomocy pogotowia ratunkowego [55]. Pielęgniarka obserwowała i odwiedzała rodziny mieszkające w podlegającym jej rejonie, w którym była rozpoznawana. To ułatwia komunikację i powoduje, że w razie potrzeby łatwiej jest zwrócić się do pielęgniarki z prośbą o pomoc.

Isern przypisuje zmiany w hiszpańskim systemie opieki zdrowotnej przyjęciu ustaw zdrowotnych z lat 1986 (*General Health Law*) i 1977 (*the Law of 1977*). Mówią one, że kształcenie pielęgniarek powinno obejmować treści szersze niż tylko zadania praktyczne. Zmiany proponowane w ustawach stworzyły podstawy do zwiększenia liczby godzin poświęconych opiece środowiskowej i opiece nad rodzinami. W wyniku reformy zdrowotnej powstał Narodowy System Opieki Zdrowotnej (ang. *National Health System*) [56]. Obecne i dalsze zmiany zakładają decentralizację struktury organizacyjnej, powszechne ubezpieczenie, zmiany w sposobie finansowania oraz stworzenie ogólnokrajowej sieci ośrodków POZ.

Ogromne znaczenie ma podwyższenie wynagrodzenia dla pielęgniarek pracujących w POZ, co pomaga w naborze do tego sektora. Podczas odwiedzin w jednym z takich ośrodków stwierdzono, że pielęgniarka spędza część dnia pracy w ośrodku, wykonując zadania takie, jak pobieranie próbek krwi, przyjmowanie umówionych wizyt pacjentów (ocena stanu pacjentów z chorobami przewlekłymi, regularne kontrole dzieci zdrowych), a część na

wizytach domowych. Te ostatnie wiążą się najczęściej z zapobieganiem wypadkom, doradztwem żywieniowym, kontrolą stanu pacjentów wypisanych ze szpitala i kontrolą kobiet w położeniu. Odwiedziny domowe pozwalają pielęgniarkom nawiązać i utrzymywać kontakt z członkami rodziny w dłuższym okresie ich życia. Nawet zajmując się tylko jednym pacjentem, pielęgniarka dostrzega jego otoczenie i uwzględnia w swoich działaniach, realizując usługi de facto skoncentrowane na rodzinie [57].

Próby realizacji takich usług podjęto jednym z regionów Hiszpanii, gdzie pielęgniarka naczelna kraju jest przekonana o tym, że podejście wielo- i interdyscyplinarne do opieki rodzinnej i grupowej w ośrodkach zdrowia i domach będzie w przyszłości niezbędne, aby sprostać potrzebom opieki zdrowotnej. Popiera ona integrację opieki i podejście, zgodnie z którym wzmacnia się społeczność lokalną, aby bardziej włączyć ją w taką opiekę. Pielęgniarki w podlegającym jej regionie uczą pacjentów samoopieki, a członków rodziny – opieki w domu. Jej celem jest ukształtowanie pielęgniarki rodzinnej, odpowiedzialnej za społeczność składającą się z rodzin – łącznie około 1500 osób. Poza zajęciem się bezpośrednio zdiagnozowanym problemem zdrowotnym, powinny one również zwracać uwagę na zapobieganie chorobom i promocję zdrowego stylu życia. Zakres zadań i harmonogram prac takiej pielęgniarki podlega określonym standardom, ale jednocześnie pozostaje elastyczny, dostosowany do potrzeb rodzin [58].

Zwrócenie większej uwagi na rodziny jako centrum opieki może wreszcie spowodować rozwiązanie przynajmniej części problemów finansowych w sektorze zdrowia. Na przykład w Niemczech dostępny jest model Bismarcka – wsparcia finansowego opieki domowej. Rodzina i pacjent mają bezpośredni dostęp do podstawowych usług pielęgniarskich (na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego) i mogą wybrać taką opiekę. Model Bismarcka jest przykładem decyzji ekonomicznej podjętej w odpowiedzi na rosnące koszty opieki zdrowotnej. Otwiera on pielęgniarstwu możliwość kształtowania usług rodzinnych. Trzeba jednak dodać, że sukces wymaga ścisłej współpracy decydentów z klientami usług – aby wytłumaczyć, że pielęgniarka zdrowia rodzinnego jest w stanie realizować ten rodzaj opieki.

## 5. TRENDY I PROBLEMY

Jak już wspomniano, wiele różnych czynników wpływa na rozwój opieki skoncentrowanej na rodzinie. Niniejszy rozdział opracowano na podstawie analizy informacji uzyskanych w trakcie 40 wizyt i wywiadów przeprowadzonych w ramach stypendium Virginii Henderson, aby rozpoznać możliwe i istniejące trendy i problemy – tak, jak je widzą osoby zajmujące się praktyką opieki, nauczaniem, zarządzaniem, polityką zdrowotną (zob. załącznik – analiza SWOT zebranych informacji). Omówiono je w następującej kolejności:

- zakres zadań i odpowiedzialności,
- kształcenie,
- regulacje prawne,
- wdrożenie w systemie opieki zdrowotnej,
- relacje ze środowiskiem lokalnym i grupami ludności.

### 5.1 ZAKRES ZADAŃ I ODPOWIEDZIALNOŚCI PIELEŃNIARKI RODZINNEJ

Pielęgniarki zajmują kluczowe pozycje na wielu szczeblach systemu opieki. W żadnym z wywiadów, placówek czy artykułów nie wyobrażano sobie usług zdrowotnych realizowanych bez obecności pielęgniarek. Pielęgniarki mówiły natomiast również o konieczności włączenia rodzin w opiekę nad chorymi oraz o tym, że to pielęgniarka rodzinna powinna jako pierwsza zajmować się zapobieganiem chorobom, promocją zdrowia i leczeniem. Pielęgniarki, silnie zmotywowane do pracy, spotykane podczas wizyt, potwierdzały ten pogląd i były gotowe do lub już podejmowały działania wprowadzające omawiane rozwiązania.

To, co jest rzeczywiście różne w pielęgniarstwie rodzinnym w kolejnych placówkach, to zakres oferowanej opieki, poziom samodzielności, autonomii i odpowiedzialności. Na przykład zakres usług może obejmować: od zadań przydzielonych (np. zmiany opatrunku) po kompleksową ocenę stanu pacjenta i leczenie (w przychodniach i klinikach). Opieka może być wyspecjalizowana (dla ciężko chorych lub niemowląt) lub ogólna – dla wszystkich członków rodziny, niezależnie od wieku i miejsca jej sprawowania. W trakcie wizyt stwierdzono, że pielęgniarki współpracują z przedstawicielami innych zawodów (nie tylko medycznych), prosząc o odpowiednią pomoc lub jej udzielając. Wreszcie, pielęgniarki

opiekujące się rodzinami realizują opiekę domową i pomoc zewnętrzną, opracowują programy samoopieki dla rodzin.

Dokumentacja zebrana podczas wizyt i wywiadów ujawnia, **że często rezygnowano z działań związanych z zapobieganiem chorobom i promocją zdrowia, ze względu na ogromne zapotrzebowanie na opiekę nad chorymi.** Inną przyczyną takich wyborów może być niewielkie zrozumienie dla ogólnej opieki rodzinnej i brak zrozumienia różnicy między „opieką” (ang. *care*) a „leczeniem” (ang. *cure*) w POZ. Kolejną – socjalizacja zawodowa, która powoduje, że pielęgniarki wolą wykonywać zadania zleczone, techniczne.

Niebezpieczeństwo takich zachowań jest z pewnością bardziej realne, jeśli wprowadza się usługi lekarza rodzinnego, bez podania wyraźnych definicji zakresów pracy i odpowiedzialności lekarza i pielęgniarki rodzinnej. Pielęgniarka może używać takiego tytułu, ale w rzeczywistości wykonuje serię zadań (zazwyczaj o charakterze medycznym), wyznaczonych jej przez lekarza. Zaobserwowano także, że „przeładowanie” obowiązkami, długie godziny pracy, braki personalne, izolacja i niskie wynagrodzenia utrudniają wprowadzenie nowych zadań i form pracy.

W odwiedzanych placówkach udowodniano, że wprowadzenie pielęgniarki do zespołu realizującego opiekę rodzinną powodowało jej lepszą dostępność i rozszerzenie zakresu. Ponadto, jeśli towarzyszyła temu oficjalna akceptacja i uznanie dla wkładu pielęgniarek, obserwowano poprawę dostępności opieki i obniżenie jej kosztów. Jeśli jednak mamy zachęcić polityków i organizatorów opieki do zainwestowania większych sił i środków w tego typu usługi, potrzebnych jest więcej badań i dowodów, potwierdzających poczynione już obserwacje.

## **5.2 Kształcenie pielęgniarki rodzinnej**

Podczas stypendium odwiedzono wydziały prowadzące edukację specjalistyczną dla pielęgniarek rodzinnych, z programami zawierającymi kształcenie umiejętności skutecznego działania, asertywności itp. Specjalizacja taka dostępna jest na różnych szczeblach: licencjackim, magisterskim, podyplomowym. W niektórych programach dostrzeżono jednak poważne braki, tzn. specjalizacje pielęgniarstwa rodzinnego w rzeczywistości skoncentrowane były na opiece nad matką i dzieckiem, a nie nad rodziną w różnych stadiach jej rozwoju. Być może za przyczynę tego można uznać brak jasnej definicji pielęgniarki rodzinnej, a w konsekwencji brak zestawu kompetencji i standardów kształcenia.

Wśród innych czynników utrudniających opracowanie wysokiej jakości programów kształcenia wymienić można braki liczbowe wykładowców, ewentualnie ich brak przygotowania w omawianym zakresie, brak motywacji, nieodpowiednie metody kształcenia, złe proporcje treści w programach, brak odpowiednich miejsc na praktyki. Ponadto, nawet jeśli niektóre programy są właściwie zbudowane, ich absolwenci są później zatrudniani w szpitalach, tracąc możliwość zdobycia doświadczenia kierunkowego i aktywnego udziału w rozwoju tej specjalizacji. Wreszcie problemy finansowe i socjalne studentów często powodują, że z kształcenia pielęgniarek rodzinnych korzysta niewielu chętnych.

### **5.3 Regulacje prawne dotyczące pielęgniarstwa rodzinnego**

Niektóre organy prawne opracowały dodatkowe definicje i regulacje dotyczące nowych zadań pielęgniarstwa, w tym opieki rodzinnej. Istnieją ustawy zachęcające do tworzenia standardów opieki dla specyficznych grup ludności (np. osób starszych, niemowląt, dzieci). W takich sytuacjach równolegle tworzone są możliwości edukacji specjalistycznej i stanowiska pozwalające na realizację takich zadań. W niektórych ośrodkach powstają podręczniki, wytyczne, specjalistyczne definicje nowych ról itp. stanowiące podstawę praktyki. Istnieją jednak ograniczenia prawne, które uniemożliwiają zwiększenie zakresu pracy pielęgniarstwa, a w związku z tym wprowadzanie nowych ról. W rzeczywistości wiele pielęgniarek z dużym doświadczeniem pracuje w opiece specjalistycznej bez jasno sformułowanych na piśmie standardów czy zapisów prawnych. Dlatego nierzadko zdarza się, że praktyka opieki poprzedza regulacje prawne i zawodowe.

Jednym z efektów takiej sytuacji są błędy w kształtowaniu roli pielęgniarki rodzinnej, wynikające z braku standardów, braku ustaleń dotyczących zakresu pracy, brak prawnego uznania specyficznych umiejętności i doświadczenia w tym zakresie, niewiele możliwości zatrudnienia i rozwoju zawodowego. Nie dziwi więc, że politycy nie chcą się zajmować sprawami związanymi z prawidłowym wdrożeniem pielęgniarstwa opieki rodzinnej.

O ile niektóre ministerstwa i wpływowi politycy w odwiedzanych krajach podzielali pogląd, że pielęgniarstwo rodzinne oparte na odpowiednich regulacjach mogłoby spowodować obniżenie kosztów opieki, inni obawiali się, że uprawomocnienie nowej roli mogłoby zwiększyć te koszty. Ta druga perspektywa zabija entuzjazm i chęć wprowadzania nowej grupy pracowników opieki zdrowotnej czy dokonywania potrzebnych zmian prawnych. Trzeba dalej przekonywać polityków co do korzyści i niskich kosztów pielęgniarstwa rodzinnego. Pielęgniarstwo – jako grupa zawodowa – samo musi



demonstrować wartość tych usług i korzyści z nich płynące, w aspekcie poszerzenia dostępu do kompetentnej i taniej opieki zdrowotnej.

#### **5.4 Wprowadzenie pielęgniarstwa rodzinnego do systemów opieki zdrowotnej**

Łatwiej o sukces we wprowadzaniu nowych usług pielęgniarstwa, jeśli pielęgniarstwo jako takie jest w danym systemie dobrze umiejscowione, docenione, jeśli lekarze nie postrzegają ich oferty jako zagrażającej dla siebie. Wprowadzanie nowej usługi w już istniejącej placówce jest łatwiejsze, zwłaszcza jeśli placówka ta uważa ją za ważne i cenne uzupełnienie swojej dotychczasowej praktyki (np. opieka domowa dla osób wypisanych ze szpitala, pomoc ambulatoryjna udzielana we współpracy ze szpitalem).

Warto przyjrzeć się sukcesom niektórych rozwiązań innowacyjnych, poprawiających dostęp do usług, takich jak przychodnie mobilne, satelitarne, punkty ambulatoryjne, punkty opieki w centrach handlowych lub przy aptekach, pielęgniarstwo pomoc telefoniczna, „Telezdrowie”, opieka pielęgniarstwa w szkołach i budynkach wielomieszkaniowych (o wysokim standardzie). Brak transportu i mieszkanie na terenach odległych to najczęstsze bariery dostępu dla osób szukających pomocy, a wymienione powyżej formy usług ułatwiają ten dostęp, zachowując jakość opieki.

Przeniesienie głównego ciężaru opieki ze szpitala do leczenia otwartego jest dużym wyzwaniem. Społeczeństwo często to szpital właśnie uważa za najwłaściwsze miejsce uzyskania pomocy, a lekarza – za jedyną osobę, z którą należy się skontaktować w razie choroby. Ponadto rozwój autonomii pielęgniarstwa ma niewielkie wsparcie zarówno w samym systemie opieki zdrowotnej, jak i poza nim, zwłaszcza w krajach, gdzie kobiety nie są jeszcze traktowane na równi z mężczyznami.

Tradycyjny obraz pielęgniarstwa, zdolnych jedynie do wykonywania zleconych im zadań (i zadowolonych z takiej sytuacji) pozostaje w mocy. Dlatego często kiedy do systemu wprowadza się usługi lekarza rodzinnego, pielęgniarstwo traktuje się tylko jako pomoc dla nich i odpowiednio przewiduje zakres zadań. Wreszcie, brak jasności co do nowych ról, zakresu kontaktów z innymi pracownikami ochrony zdrowia oraz znaczenia pielęgniarstwa rodzinnego dla zdrowia populacji dodatkowo utrudniają ustalenie odpowiedzialności i samodzielności pielęgniarstwa rodzinnego.

Aktualny trend przenoszenia opieki do form pozainstytucjonalnych, w połączeniu z tworzeniem interaktywnych form opieki domowej i usług ambulatoryjnych, oznacza możliwość rozwoju pielęgniarstwa rodzinnego. Ponadto, szukanie sposobów poprawy

dostępu do opieki przy jednoczesnym obniżaniu jej kosztów stanowi wyzwanie dla polityków i władz ministerialnych. Jak jednak wcześniej stwierdzono, brak dobrze opracowanych, sprawdzonych modeli praktyki pielęgniarstwa rodzinnego oraz finansowania i wynagradzania tych usług. To może powodować trudności w ich promowaniu. Ponadto, brak wsparcia osób wpływowych w sektorze zdrowia, lekarzy i menedżerów, pozostaje skuteczną barierą ich wdrażania.

Wreszcie, decentralizacja jako główny rezultat reformy opieki zdrowotnej w wielu krajach, oznacza często poważne opóźnienie we wdrażaniu nowych rozwiązań prawnych, wspierających wprowadzanie nowych ról. Jeśli połączymy te wszystkie czynniki, dodamy brak środków na infrastrukturę i edukację, przygotowanie nowych usług może mieć bardzo powolny przebieg, nawet jeśli przedstawiono znaczącą dokumentację potwierdzającą ich użyteczność.

### **5.5 Relacje ze środowiskiem lokalnym i grupami ludności**

Pielęgniarki w odwiedzanych przez nas krajach współpracują ściśle ze społeczeństwem, ciesząc się jego zaufaniem i występując jako rzecznicy zdrowia. Jeśli dana populacja zaznajomi się z nowymi usługami pielęgniarstwowymi, jej członkowie korzystają z nich w razie potrzeby, zaznaczając też często, że wolą mieć pielęgniarkę jako „osobę pierwszego kontaktu” w opiece zdrowotnej. Mieszkańcy chcą współdecydować o oferowanej im opiece i cieszą się, jeśli różne jej formy są im coraz łatwiej dostępne, coraz „bliższe”.

W wielu krajach notowane tam problemy zdrowotne są ściśle powiązane z ubóstwem, analfabetyzmem, niedożywieniem i bezrobociem. Rozwój nowych form opieki jest tam skazany na niepowodzenie, chyba że pielęgniarki rodzinne będą miały możliwość współpracy z innymi sektorami pozazdrowotnymi (ale mającymi wpływ na stan zdrowia populacji) w rozwiązywaniu tych problemów. Dodatkowymi wyzwaniami może być rozproszenie rodziny (więcej niż jedno miejsce zamieszkania), niski poziom wykształcenia, trudności w transporcie pacjentów i pielęgniarek.

Programy zdrowotne mogą czasami nie zyskiwać wiarygodności i zaufania osób, którym służą. Uprzedzenia, konflikty kulturowe, brak wrażliwości – mogą wpływać negatywnie na zakres i jakość dostępnych usług. Zbyt często pracownicy opieki zdrowotnej i politycy w tym sektorze nie rozumieją miejscowej kultury i obwiniają klientów za niskie wskaźniki korzystania z usług lub niestosowanie się do zaleceń terapeutycznych.

Tworzenie modeli opieki nie koncentrujących się na chorobie, ale uwzględniających możliwości poprawy jakości życia, wymaga promocji wiedzy i umiejętności, którymi rodziny będą zainteresowane i będą chciały z nich korzystać (np. praca nad poprawą stanu odżywienia rodziny może oznaczać także uczenie uprawy warzyw). Na pewno literatura i doświadczenia zebrane podczas wizyt sugerują, że pielęgniarka rodzinna, która przekracza istniejące bariery i uprzedzenia, aktywnie słucha, koncentruje się na szukaniu rozwiązań możliwych do zastosowania w konkretnych warunkach i odpowiadających oczekiwaniom rodziny – jest tym właśnie przedstawicielem opieki zdrowotnej, którego rodzina poszukuje.

## **6. USTALANIE ZESTAWU KOMPETENCJI DLA PIEŁĘGNIARSTWA RODZINNEGO**

Wizyty i wywiady przeprowadzone w krajach ujawniły różnorodność odpowiedzialności, ról i kontekstów, w jakich pielęgniarki sprawują opiekę dla rodzin. Zależnie od kraju pochodzenia, idea pielęgniarstwa rodzinnego często zawiera elementy kojarzone z innymi rolami pielęgniarskimi, takimi jak pielęgniarka zdrowia publicznego, środowiskowa, szkolna, ogólna czy specjalistyczna.

Ta wielowymiarowa rola kształtuje się różnie w różnych miejscach świata. Praca pielęgniarki rodzinnej może koncentrować się na osobie potrzebującej opieki i leczenia w dowolnym momencie jej/jego życia (od poczęcia do śmierci). Może dotyczyć promocji zdrowia, opieki w chorobie, zapobiegania chorobom, rehabilitacji, opieki paliatywnej w chorobach przewlekłych i nieuleczalnych. Nawet jeśli pielęgniarka rodzinna nie wykonuje sama bezpośrednio wszystkich tych zadań, zna się na nich i może skierować, koordynować lub wdrażać odpowiednie formy pomocy i leczenia, w różnych placówkach lokalnych.

Pielęgniarka rodzinna, tak samo jak pełni funkcję osoby kontaktowej z opieką zdrowotną dla pacjenta, często kieruje i nadzoruje pracą całego zespołu odpowiedzialnego za zdrowie rodziny. Współpracuje z innymi pracownikami ochrony zdrowia w realizacji usług lokalnych, także realizowanych poza placówkami opieki. Przykładowo wskazać można lokalnych promotorów zdrowia lub pomoce zdrowotne, pomagające i kontaktujące się z rodzinami i społecznościami lokalnymi w sposób uzupełniający (lub rozszerzający) działalność pielęgniarki rodzinnej.

### **6.1 Podstawy identyfikacji kompetencji**

Ogromna różnorodność zadań pielęgniarki rodzinnej pokazuje, jak jej praca jest zależna od sytuacji, „wrażliwa na kontekst”. Nie można wyraźnie ograniczyć zakresu praktyki, standardów kształcenia i praktyki, obszaru odpowiedzialności czy struktur władzy. Działania regulacyjne nie zaowocowały żadną klarowną klasyfikacją czy definicją tej roli. Nie można więc opracować jednego obowiązującego modelu czy zestawu kompetencji wymaganych dla pielęgniarki rodzinnej.

ICN jest zaangażowana w stworzenie wspólnego (w skali międzynarodowej) zestawu kluczowych kompetencji dla skutecznego pielęgniarstwa rodzinnego. Prace te obejmują

określenie zestawu umiejętności, wiedzy, zdolności i wzorów zachowań, które są potrzebne pielęgniarce rodzinnej w jej pracy.

Jednocześnie proponowane ramy muszą być odpowiednio elastyczne, aby pozwolić poszczególnym krajom dostosować kompetencje do poziomu praktyki realizowanej w skali narodowej. Muszą też mieć możliwość dostosowania do priorytetów i potrzeb zdrowotnych danego kraju, rodzaju opieki oczekiwanego i akceptowanego przez docelową grupę pacjentów. To ważne, jeśli chcemy zapewnić trwałość standardów przekraczającą początkowy entuzjazm.

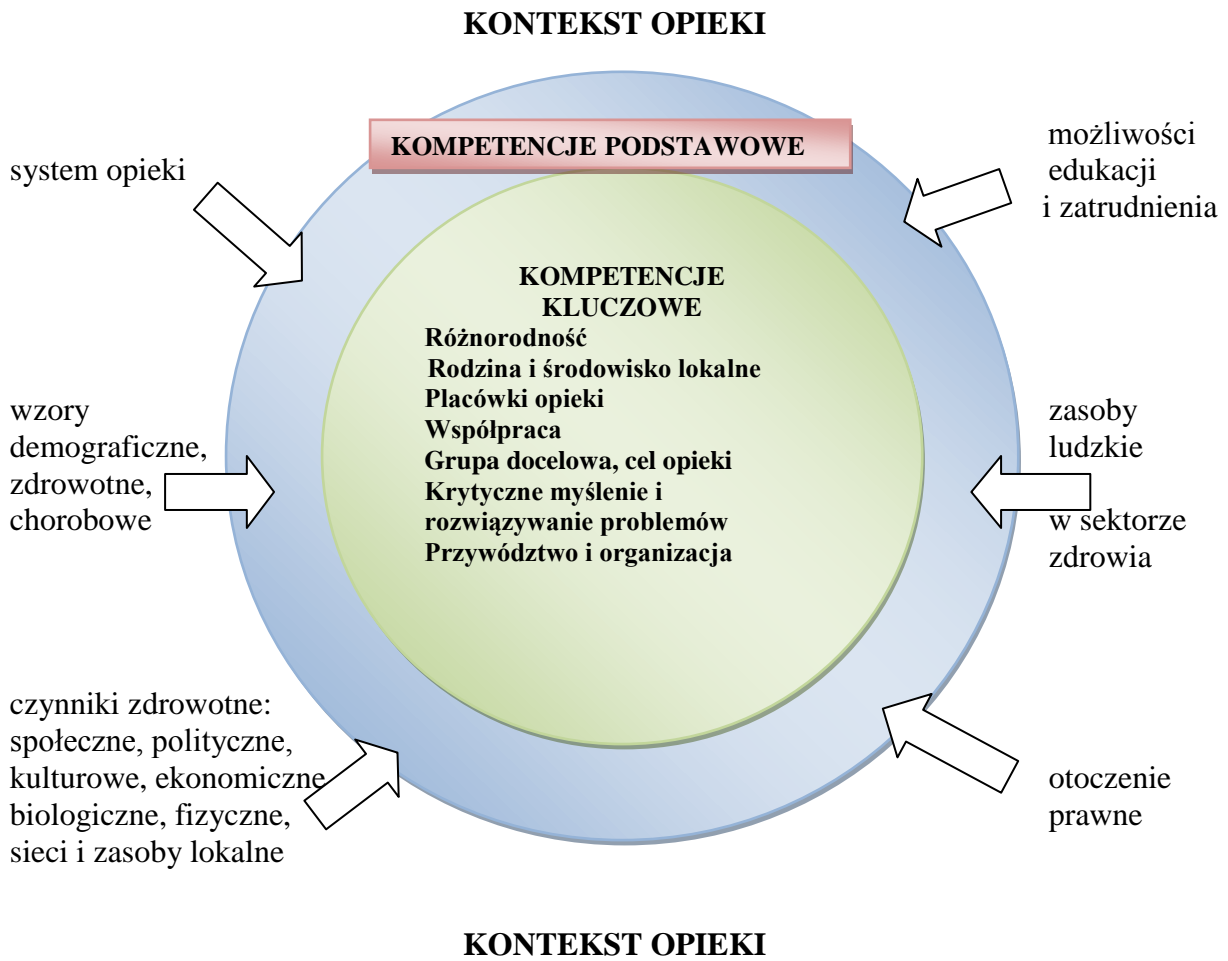
#### *Założenia dla ram kompetencyjnych*

Przyjęto następujące założenia:

1. kompetencje pielęgniarstwa rodzinnego będą oparte na wiedzy i doświadczeniu pielęgniarki ogólnej;
2. dopuszcza się istnienie różnych poziomów praktyki pielęgniarstwa rodzinnego;
3. o ile powstanie podstawowy zestaw kompetencji pielęgniarstwa rodzinnego, poziom i zakres innych wymaganych kompetencji będą różne – odpowiednio do potrzeb zdrowotnych i kontekstu opieki, polityki kadrowej w sektorze i uwarunkowań prawnych.

Aby pomóc w procesie tworzenia założeń, proponuje się ramy decyzyjne (Ryc. 1). Obejmują one podstawowe zasady oraz opis kontekstu opieki.

**Ryc. 1. Ramy określania kompetencji pielęgniarki rodzinnej**



*Ramy: kompetencje kluczowe*

Prowadząc badania zakresu ról i kontekstów, znaleziono wiele kluczowych kompetencji, wzmacniających kompetencje specjalistyczne.

---

## **ZASADY**

**Różnorodność** Praktyka i usługi odzwierciedlają różnorodność kultur, stylu życia i struktur społecznych i środowiskowych, w jakich funkcjonują rodziny.

### **Systemy**

#### **rodzinne i lokalne**

Praktyka i usługi pokazują zrozumienie i wrażliwość wobec struktury, funkcji i bieżącego stanu rozwoju rodziny oraz rodzaju systemu lokalnego.

#### **Placówki**

Praktyka i usługi są realizowane zazwyczaj w lokalnych ośrodkach opieki i w domach.

#### **Współpraca**

Praktyka i usługi promują współpracę i powiązania z przedstawicielami innych usług i/lub agend, zarówno z sektora zdrowotnego, jak i z innych. Współpraca ta obejmuje kierowanie pacjentów przez pielęgniarki do innych pracowników opieki oraz przez innych – do pielęgniarek.

### **Grupa docelowa**

#### **i cel opieki**

Praktyka i usługi są skierowane do indywidualnego klienta żyjącego w rodzinie oraz do rodziny jako całości. Praktyka koncentruje się na pomocy w zdrowiu i chorobie w całej długości życia, odzwierciedlając rzeczywistość psychospołeczną, ekonomiczną i polityczną, w jakiej usługi są sprawowane.

### **Myślenie krytyczne i rozwiązywanie**

#### **problemów**

Praktyka i usługi są zależne od zdolności do myślenia krytycznego, niezależnego, do rozwiązywania problemów i działania w sposób twórczy i innowacyjny.

### **Przywództwo**

#### **i organizacja**

Praktyka i usługi odzwierciedlają zdolność do zarządzania zasobami (ludzkimi, finansowymi, materialnymi), realizacji zadań, skutecznej koordynacji działań; praktyka obejmuje przywództwo w inicjowaniu działań w imieniu rodziny.

## **Praktyka specjalistyczna i dostęp**

**do wysokiej jakości usług** Praktyka i usługi są zaawansowane poprzez zbieranie i analizę danych z dokumentacji potrzeb klienta i/lub rodziny, skuteczność i dostęp do opieki oraz promocję jakości; praktyka pozwala na ujawnienie kompetencji w zakresie gromadzenia, interpretacji i wykorzystania danych w dalszej pracy.

---

### ***Ramy: kontekst***

Kontekst opieki będzie wpływał na zakres, przedmiot, treści i jakość praktyki i usług. Wpływa więc na kompetencje, jakich oczekuje się od pracownika. Analiza sytuacyjna powinna obejmować ocenę następujących aspektów:

- wzory demograficzne, zdrowotne, chorobowe;
- czynniki zdrowia: społeczne, polityczne, kulturowe, biologiczne, ekonomiczne, zasobów i sieci lokalnych, otoczenia fizycznego;
- środowisko prawne;
- zasoby ludzkie w sektorze zdrowia;
- edukacja zawodowa, w tym kształcenie podyplomowe i ustawiczne;
- systemy zdrowotne, zwłaszcza polityka i organizacja kształtujące priorytety i cele opieki zdrowotnej, finansowanie i dostęp do usług.

### ***Ramy: identyfikowanie kompetencji***

Kompetencje te są wymagane od pielęgniarek rodzinnych. Ujawniają one wiedzę, zdolności, umiejętności i zachowania pozwalające pracownikowi realizować skuteczną opiekę, dostosowaną do specyficznych warunków kulturowych. Możliwe jest wskazanie różnorodnych poziomów kompetencji. Na przykład w Botswanie pielęgniarka realizująca opiekę rodzinną może współpracować ze specjalistą w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, który ma szerszy zakres praktyki i przygotowanie pozwalające na większy zakres odpowiedzialności.

Poniżej kluczowe obszary rozwoju kompetencji, wyodrębnione na podstawie kwerendy literaturowej, wywiadów i obserwacji.



<b>OBSZARY IDENTYFIKOWANIA KOMPETENCJI</b>	<b>ŹRÓDŁA ROZWOJU KOMPETENCJI</b>
<b>Identyfikacja potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- czynniki zdrowia: społeczne, kulturowe, polityczne, ekonomiczne, biologiczne, fizyczne;</li> <li>- dynamika psychospołeczna zachowań człowieka;</li> <li>- dynamika rodziny, interakcje i teoria;</li> <li>- struktury i dynamika społeczności lokalnej;</li> <li>- wiedza i umiejętności w zakresie epidemiologii, gromadzenia i wykorzystania metod i narzędzi epidemiologicznych;</li> <li>- biostatystyka;</li> <li>- podstawowa opieka zdrowotna;</li> <li>- rozwój społeczności lokalnej;</li> </ul>
<b>Ocena, diagnoza, monitorowanie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wywiad z rodziną i ocena, przeprowadzone z wykorzystaniem technik odpowiednich dla danej grupy kulturowej;</li> <li>- ocena społeczności lokalnej, profilowanie i wykorzystywanie technik odpowiednich dla danej grupy kulturowej;</li> <li>- zbieranie historii i badanie fizykalne z wykorzystaniem technik odpowiednich dla danej grupy kulturowej;</li> <li>- patofizjologia;</li> <li>- farmakologia;</li> <li>- choroby zakaźne;</li> <li>- metody zdrowia publicznego;</li> </ul>
<b>Leczenie, opieka, usługi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- etyczne zachowania i podejmowanie decyzji, szczególnie wobec rodziny;</li> <li>- zarządzanie przypadkiem w odniesieniu do konkretnej rodziny/ praca z rodzinami;</li> <li>- ocena stanu zdrowia i czynników ryzyka;</li> <li>- instruktaż, doradztwo, rzecznictwo;</li> <li>- umiejętności w zakresie komunikacji, współpracy, kierowania do osób kompetentnych, śledzenia dalszych działań;</li> <li>- umiejętności w zakresie współpracy z przedstawicielami innych zawodów i sektorów;</li> </ul>
<b>Wykazywanie zdolności, organizacyjnych, w zakresie zarządzania, przywództwo, planowania opieki i polityki zdrowotnej</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tworzenie standardów, poprawa jakości procesów i metod;</li> <li>- planowanie i realizacja programów zdrowia rodzinnego;</li> <li>- zarządzanie zasobami ludzkimi i materialnymi/ tworzenie zespołów;</li> <li>- ułatwianie rodzinie dostępu do zasobów/ docieranie do rodziny z pomocą innych grup;</li> <li>- tworzenie i wdrażanie polityki zdrowotnej;</li> <li>- rzecznictwo;</li> <li>- umiejętności współpracy ze środowiskiem lokalnym</li> </ul>
<b>Metodologia badawcza, ocena i innowacje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badania naukowe – proces badawczy;</li> <li>- inicjowanie usług opartych na potrzebach odbiorców;</li> <li>- ocena działania i wyników zdrowotnych;</li> <li>- prowadzenie audytów i badań, wykorzystywanie ich wyników;</li> <li>- przygotowywanie sprawozdań i wniosków o dofinansowanie.</li> </ul>

## 7. MODELE PRAKTYKI PIELEŃNIARSTWA RODZINNEGO

W tym rozdziale przedstawione zostaną cztery modele, wszystkie opracowano na podstawie literatury, obserwacji, dyskusji. Można w nich wyodrębnić następujące kluczowe elementy:

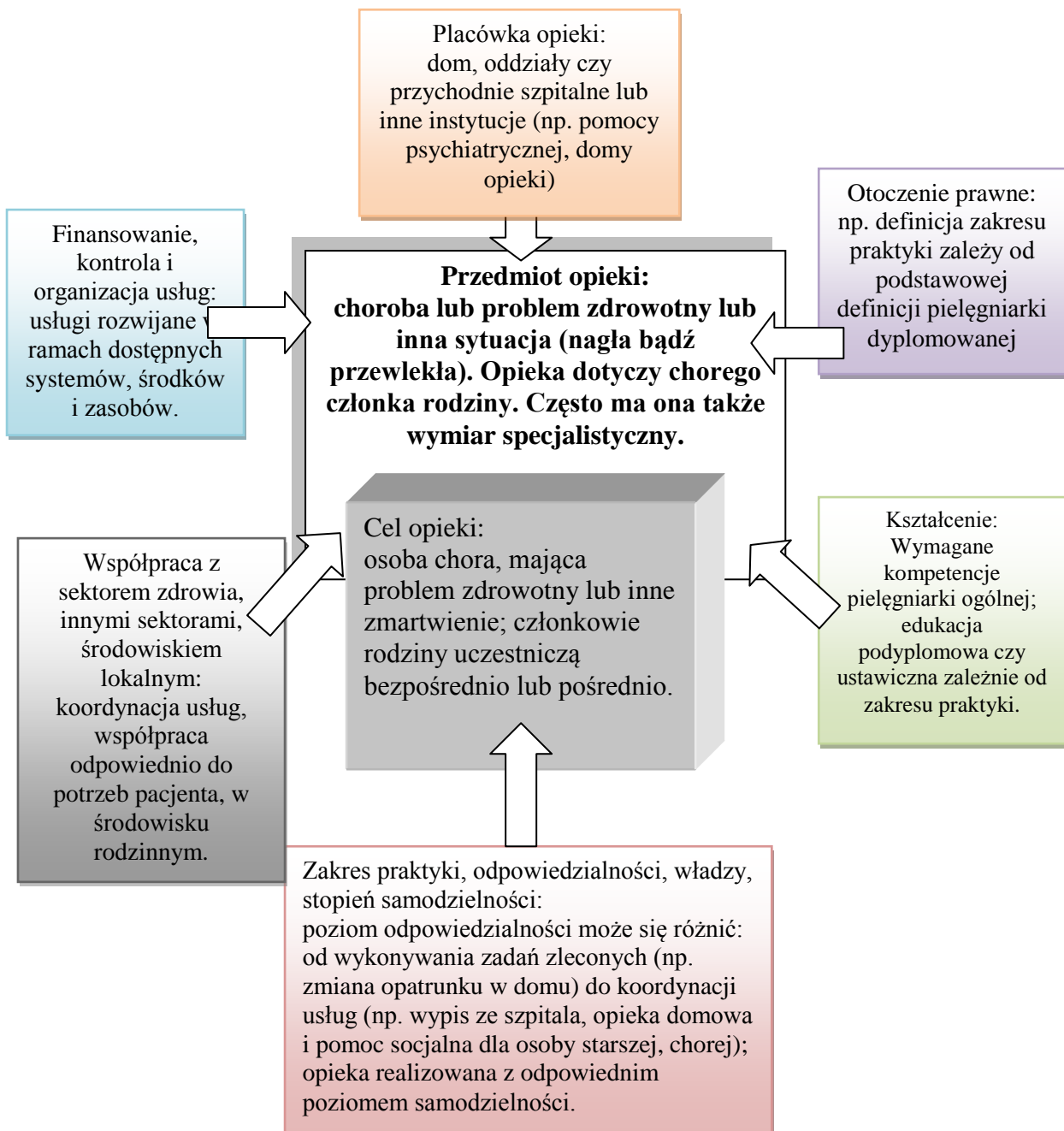
- grupa docelowa,
- przedmiot opieki,
- placówki opieki,
- uwarunkowania prawne,
- zakres praktyki, odpowiedzialności i władzy, poziom samodzielności,
- kształcenie,
- finansowanie, kontrola i organizacja usług.

Dla łatwiejszego odbioru każdy z tych elementów przedstawiono oddzielnie, ale w praktyce są one ze sobą dynamicznie powiązane.

**MODEL A: Pojedynczy członek rodziny jest klientem i przyczyną, dla której pielęgniarka obejmuje rodzinę opieką**

Członek rodziny, mający jakiś problem zdrowotny, inicjuje kontakt z systemem opieki zdrowotnej lub jego przedstawicielem. Opieka ta może być realizowana incydentalnie (np. podczas ciąży, dla noworodka, dla pacjenta ze schorzeniem ostrym, dla rekonwalescenta po takiej chorobie) w dłuższym czasie, dla osób z chorobami przewlekłymi (np. nadciśnienie, cukrzyca, choroby psychiczne), lub dla chorych nieuleczalnie.

**Ryc. Model A.**



Członkowie rodziny są objęci opieką pośrednio lub bezpośrednio. Pomoc im udzielana może zaczynać się od prostego uwzględnienia ich obecności, po edukację i zachętę do udziału w opiece nad pacjentem. W szpitalach oznacza to planowanie wypisu pacjenta wspólnie z lekarzem (w związku z organizacją wizyt domowych), uwzględniając potrzeby rodziny i jej zasoby oraz przygotowując rodzinę do obserwacji i oceny stanu pacjenta. W lokalnej placówce opieki psychiatrycznej pielęgniarka może udzielać wsparcia pacjentowi, grupie lub rodzinie, kontrolować branie leków i zachowania, pomoc w dostępie do potrzebnych zasobów.

W domu pielęgniarka rodzinna może zarządzać opieką długoterminową dla osób chorych przewlekle lub starszych, bądź opieką czasową (np. w wypadku schorzeń ostrych lub rekonwalescencji po pobycie w szpitalu). Pielęgniarka rodzinna może sama wykonywać te prace lub promować możliwość samodzielności, ucząc członków rodziny potrzebnych umiejętności. Może nadzorować usługi realizowane przez pomoce pielęgniarskie czy promotorów zdrowia. W sytuacji choroby nieuleczalnej pielęgniarka rodzinna może udzielać opieki paliatywnej, organizować potrzebne środki dla pacjenta i rodziny oraz pomóc rodzinie w przechodzeniu żałoby.

W tym modelu grupą docelową opieki jest specyficzna populacja. Pielęgniarka może włączyć rodzinę w proces opieki, ale zazwyczaj nie udziela jej członkom (poza pacjentem). Model ten jest możliwy do zastosowania w wielu krajach, ponieważ wiele jego elementów jest już znanych, dostępne są mechanizmy finansowania i osoby przygotowane do takiej pracy, trzeba tylko dostosować istniejące modele do potrzeb opieki rodzinnej. Model może być wdrażany na podstawie różnych źródeł finansowania, bez zagrożenia dla funkcjonowania już istniejących systemów.

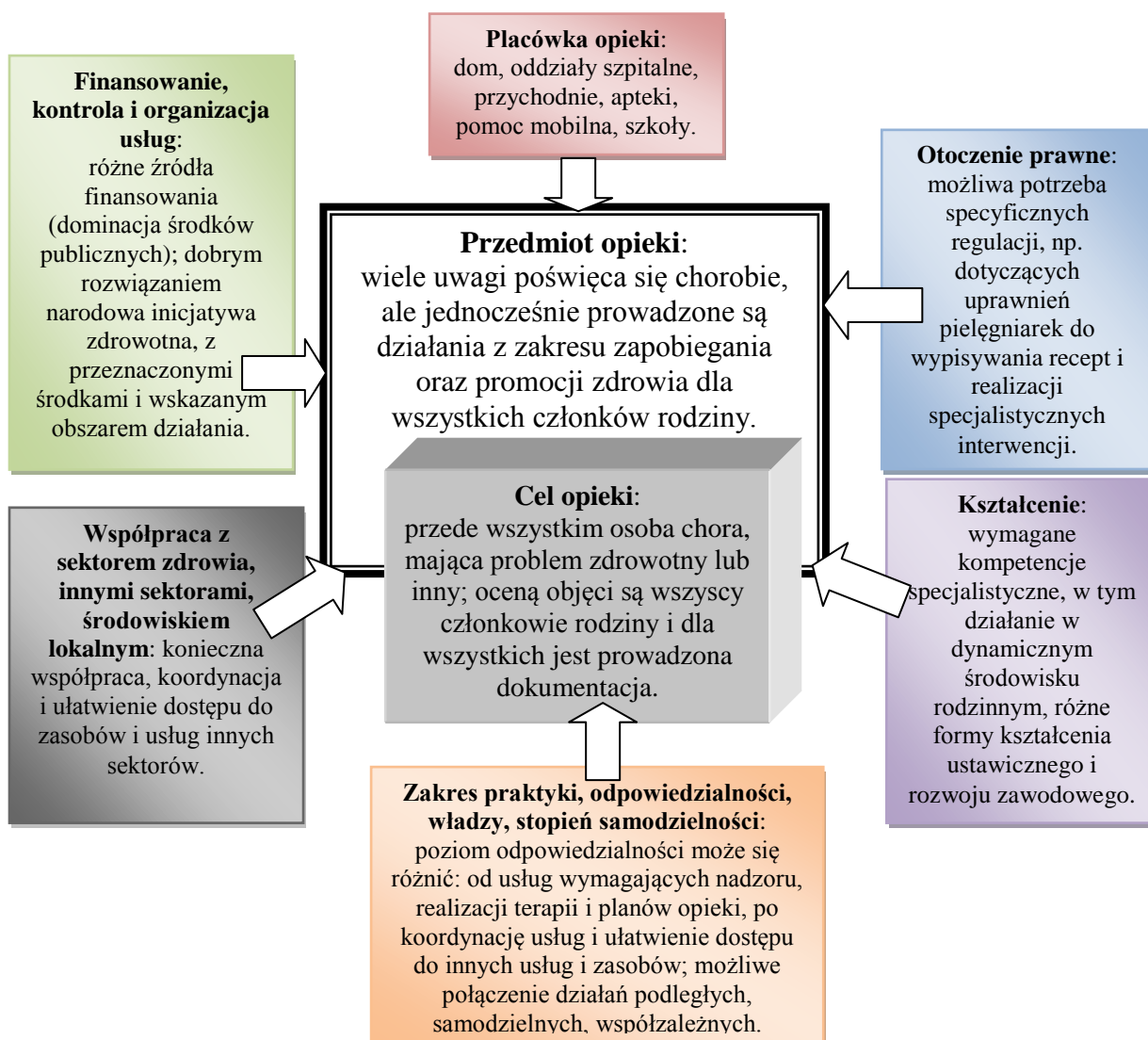
### ***MODEL B: Rodzina jest klientem, ale pojedynczy członek rodziny jest przyczyną rozpoczęcia opieki***

Opieka rozpoczyna się, kiedy członek rodziny zgłasza się z prośbą o pomoc. Może to być niemowlę, dziecko, kobieta w ciąży, osoba dorosła lub w wieku starszym, szukająca pomocy w zakresie zapobiegania chorobom, promocji zdrowia, postępowania w przypadku schorzeń ostrych lub przewlekłych. W wyniku tego kontaktu pielęgniarka rodzinna ocenia sytuację, opracowuje profile indywidualne wszystkich członków rodziny, tworzy ich całościową dokumentację. Choć pierwszym celem opieki jest osoba, która się zgłosiła z problemem, inni członkowie również jednocześnie są objęci opieką i konsultacjami, o ile rozpoznana zostanie taka potrzeba. Pielęgniarka nawiązuje kontakt z wszystkimi członkami

rodziny. Prawdopodobnie podstawowym obszarem pracy będzie tu edukacja w zakresie ryzyka zdrowotnego, zapobiegania chorobom, kontroli ryzyka, wczesnego wykrywania i usług POZ. Niewątpliwie model ten koncentruje się na strategiach samoopieki. Możliwe do wykorzystania placówki to kliniki i przychodnie przyszpitalne, ośrodki zdrowia i dom pacjentów.

Model ten wymaga usług wysoko wykwalifikowanej pielęgniarki oraz udziału innych pracowników ochrony zdrowia, wsparcia i pomocy ze strony pielęgniarek, pomocy medycznych, wolontariuszy środowiskowych. Opracowanie profili członków rodziny będzie dużym i czasochłonnym zadaniem. W perspektywie długoterminowej jednak posiadanie pełnej dokumentacji, prowadzonej przez cały zespół i przy udziale rodziny, pomoże w przewidywaniu potrzeb, określaniu wymogów czasowych, koniecznych interwencji i w ocenie ryzyka. Model ten ma też potencjał w zakresie wprowadzania usług innowacyjnych i dostępu do szerokiego wyboru zasobów.

**Ryc. Model B.**



Model ten nadaje się do realizacji w systemach opieki, w których każdy pacjent posiada własny numer identyfikacyjny, a usługi są organizowane odpowiednio do potrzeb lokalnych. Sukces jego wdrożenia zależy od dobrej współpracy przedstawicieli opieki zdrowotnej i rodziny.

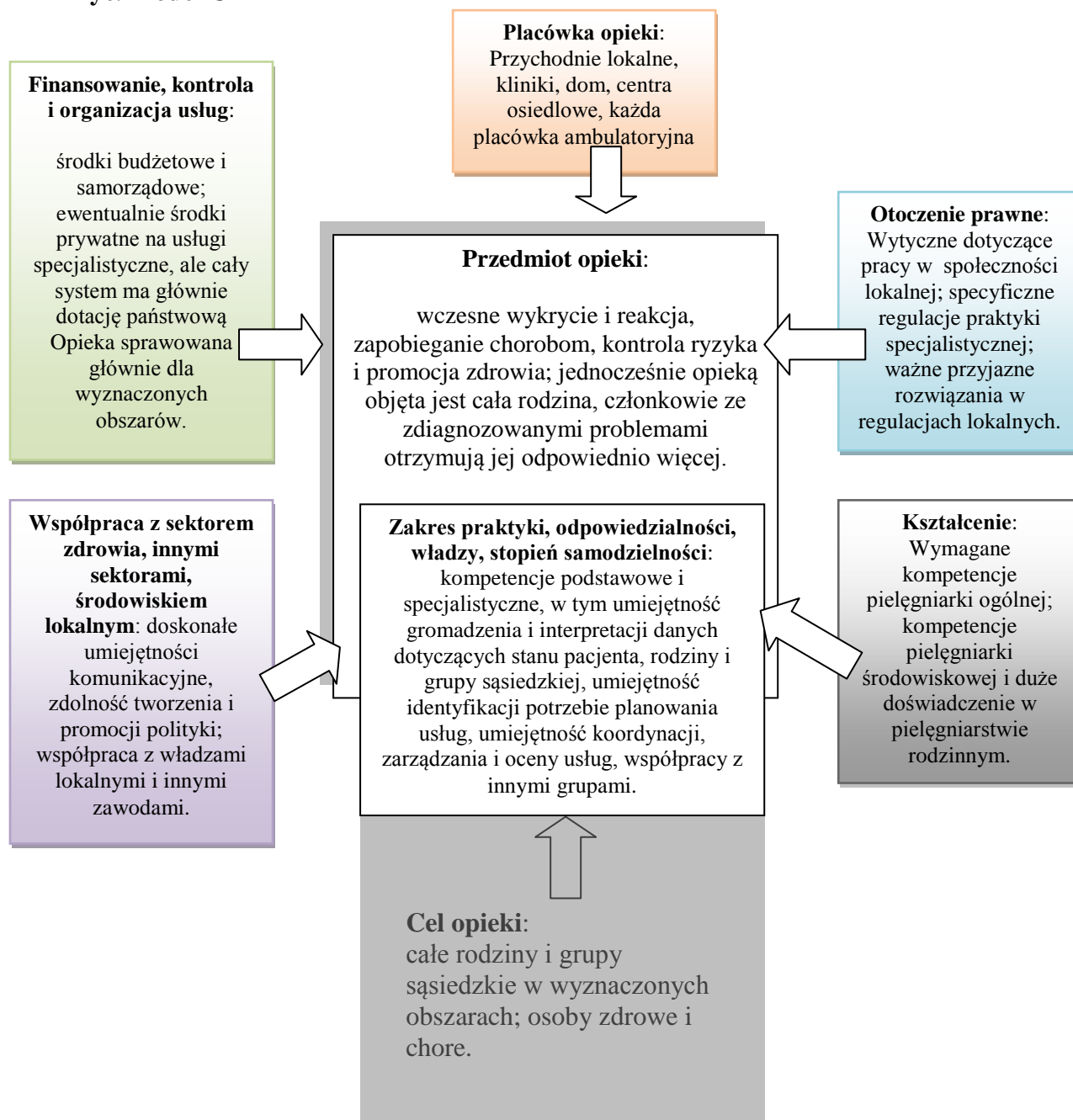
Początkowa realizacja usług może się okazać kosztowna. Mogą się do niej przymierzać kraje o dobrym poziomie finansowania opieki, zaangażowane w rozwój podstawowej opieki zdrowotnej. Przykłady częściowych wdrożeń znaleźć można w Hiszpanii, Danii i Bahrajnie.

***MODEL C: rodzina jest i klientem, i przyczyną rozpoczęcia opieki, a usługi są oferowane całej rodzinie, w wyznaczonym obszarze***

Pielęgniarka rodzinna pracuje z rodzinami (lub członkami jednego gospodarstwa domowego), w ich otoczeniu, w wyznaczonym obszarze (np. 65 rodzin) lub środowisku lokalnym. Opieka jest skoncentrowana na rodzinie, ale przy podejmowaniu decyzji ważna jest także wiedza zdobyta w ocenie społeczności lokalnej. Uzasadnieniem takiego podejścia jest fakt, że to, co oddziałuje na jednego członka rodziny, może także oddziaływać na pozostałych. Zdrowie rodziny natomiast kształtuje profile środowiskowe i ekonomiczne całej społeczności. Opracowuje się indywidualną dokumentację pacjenta i profile rodziny; jednocześnie tyle samo uwagi poświęca się każdemu z członków.

Przedmiotem opieki są członkowie rodziny, w ich zdrowiu i chorobie. Osoby chore lub z problemami otrzymują więcej uwagi i odpowiednią opiekę. Podejmowane działania mogą dotyczyć leczenia, zapobiegania chorobom, wczesnego wykrywania, rehabilitacji, promocji zdrowia i monitorowania zagrożeń zdrowotnych. Placówki opieki to kliniki, ośrodki zdrowia, domy, miejsca pracy, szpitale i inne placówki ambulatoryjne, posiadające możliwość skierowania pacjenta do szpitala (w razie potrzeby).

**Ryc. Model C**



Usługi i finansowanie oparte są na profilu demograficznym i potrzebach społeczności lokalnej. W przygotowywaniu programów prognostycznych i oceny ryzyka bierze się pod uwagę warunki oddziałujące na stan zdrowia mieszkańców danego obszaru, jak np. poziom higieny, niedożywienie, łatwość rozprzestrzeniania się chorób. Szczególny nacisk kładzie się na promocję zdrowia i zapobieganie chorobom w całym środowisku, jak i w pracy z poszczególnymi pacjentami. Nawet zdrowe rodziny mają zaplanowane okresowe wizyty kontrolne. W pracach tych ważny jest udział lokalnych promotorów zdrowia, pomocy medycznych i wolontariuszy. Stanowią oni kolejne ogniwo kontaktu z rodzinami, grupami sąsiedzkimi, społecznościami lokalnymi.

Kluczowe w tym modelu jest ukierunkowanie opieki zdrowotnej na dany obszar – przykładowo można przyjrzeć się pracy ośrodków zdrowia w Tajlandii czy na obszarach wiejskich Korei. Wysoko wykwalifikowane pielęgniarki koordynują, nadzorują i projektują usługi we współpracy z innymi pielęgniarkami, pracownikami opieki zdrowotnej, władzami lokalnymi. Jeśli te pielęgniarki dodatkowo mieszkają na obszarze podlegającym ich pracy, taka bliskość pomaga w nawiązywaniu relacji z pacjentami.

Praktyczne wytyczne dotyczące podstawowej opieki pielęgniarskiej, opieki rodzinnej i środowiskowej, to podstawa opracowania zakresu i standardów praktyki umocowanych prawnie. Kluczowe dla sukcesu tego modelu są umiejętności przywódcze i kierownice doświadczonych pielęgniarek. Praktyka specjalistyczna może stanowić część tych zadań (np. prawo wypisywania recept, stawianie diagnoz i proponowanie leczenia, kierowanie do odpowiednich partnerów). Wymaga to dodatkowej edukacji i czasami odpowiednich zmian prawnych.

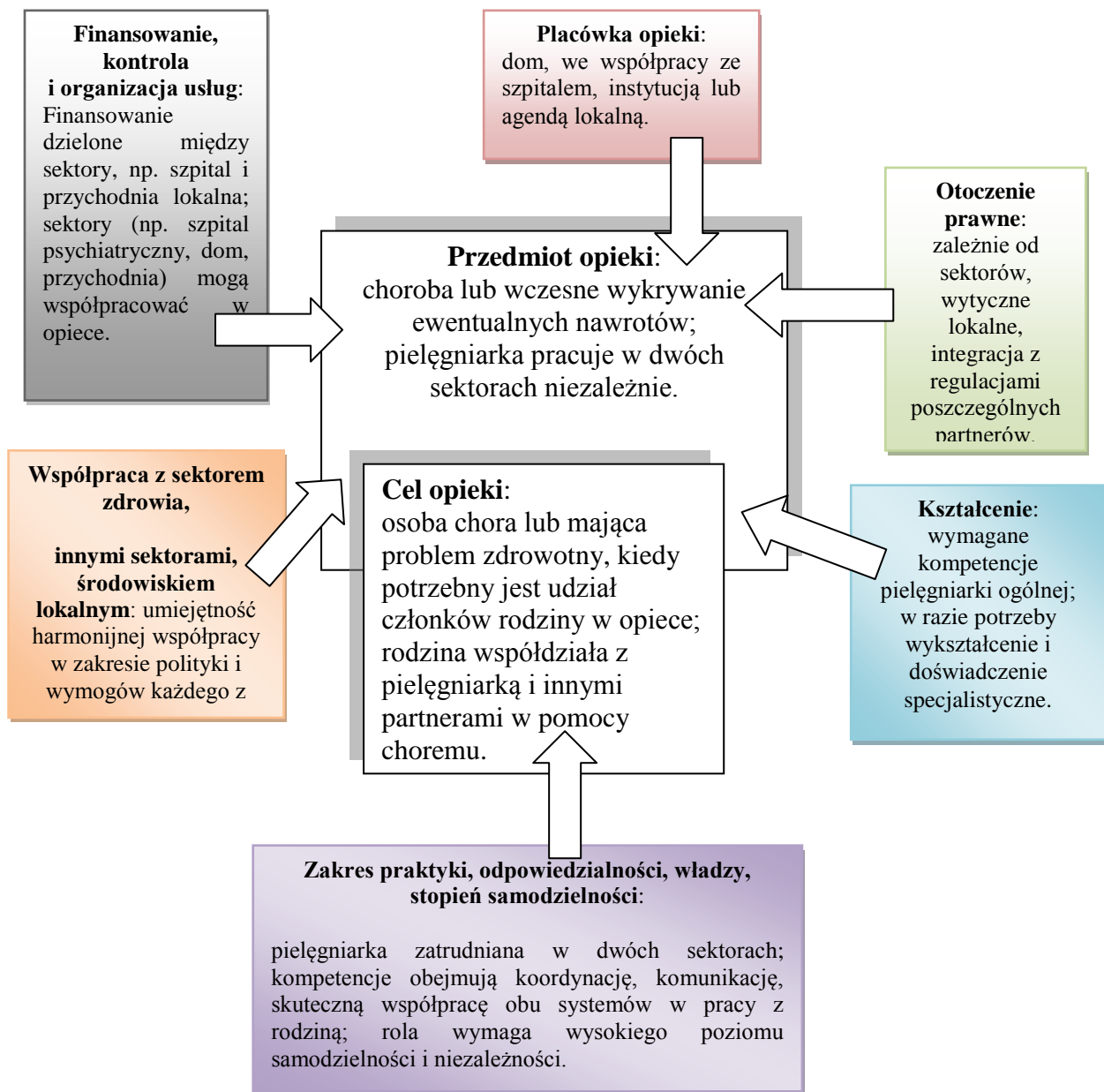
Model C najbardziej pasuje w krajach o rozbudowanej opiece zdrowotnej, z publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym, w których opieka publiczna jest oferowana równoległe z usługami płatnymi. Jego adaptacje mogą być również stosowane w krajach, gdzie opieka zdrowotna jest zdecentralizowana lub podzielona na konkretne obszary, gdzie pacjenci mają numery identyfikacyjne lub określony zakres dostępnej opieki. Taka forma leczenia w kontekście rodzinnym, na podstawie środków dostępnych lokalnie, przy zintegrowanej kontroli ryzyka, zwiększa możliwość prognozowania stanu zdrowia i prawdopodobieństwo wczesnego wykrywania chorób.

***MODEL D: członek rodziny jest klientem i przyczyną kontaktu z systemem opieki. Jest to zmieniona forma modelu A, w której pielęgniarka rodzinna działa w 2 wyznaczonych sektorach opieki zdrowotnej.***

Pielęgniarka rodzinna jest zatrudniona w dwóch sektorach (jak jest to np. w Danii). Chory pacjent jest celem opieki, ale terapia i rozwiązywanie problemu wymaga aktywnego udziału rodziny i usług z dwóch sektorów.



**Ryc. Model D.**



Ten model obejmuje plan aktywizujący, włączający rodzinę w opiekę i planowanie. Nawet jeśli powodem kontaktu z ochroną zdrowia jest chory członek rodziny, nacisk kładziony jest na powiązanie co najmniej dwóch sektorów (placówek) i ciągłość opieki, przy udziale rodziny. Pielęgniarka jest ogniwem łączącym obie sfery oraz rodzinę, dbając o dobrą komunikację i opiekę. W tym modelu traktuje się priorytetowo umiejętność pracy w konkretnej sytuacji oraz dostosowanie do indywidualnych potrzeb pacjentów.

Takie podejście odpowiednie jest dla klientów, których codzienne funkcjonowanie zostało zaburzone w związku z chorobą, mogą wymagać czasowego pobytu w placówkach

lecznictwa zamkniętego. Dlatego, choć głównym miejscem opieki jest dom, okresowe pobyty w szpitalach lub podobnych placówkach wymagają współpracy z nimi. Pielęgniarka ma tu możliwość negocjacji wymagań opieki w dwóch systemach, odpowiednio do potrzeb pacjenta i jej/jego rodziny. Konieczne wykształcenie pielęgniarki ogólnej, z dodatkowym przygotowaniem lub doświadczeniem specjalistycznym.

Konieczne będą tu wysokie kompetencje przywódcze, aby zapewnić ciągłość opieki. Oszczędności możliwe do dokonania przy ograniczeniu pobytu w lecznictwie zamkniętym. Jeśli usługi finansowane są z dwóch źródeł, zwiększa to możliwość dzielenia się zasobami ludzkimi i finansowymi. Potencjalni partnerzy w tym modelu to przychodnie lokalne, dom, placówki opieki psychiatrycznej, placówki opieki długoterminowej dla osób starszych lub inne; zazwyczaj jest to współpraca lecznictwa otwartego i zamkniętego w opiece nad osobą chorą i jej rodziną.

## ZAKOŃCZENIE

Jednym z pytań, jakie wciąż stoją przed władzami rządowymi, obywatelami i pracownikami opieki zdrowotnej, jest to – w jaki sposób najlepiej osiągnąć taki stan zdrowia, który pozwoli obywatelom prowadzić życie produktywne pod względem społecznym i ekonomicznym (WHO, 1978). Definiowanie i opisywanie istoty opieki dla rodzin to część tej dyskusji. W miarę jednak zastanawiamy się nad tym, jak wykorzystać najnowsze zdobycze nauk o zdrowiu, nowe technologie i sposoby opieki, nie możemy zapominać, że osoba, rodzina czy społeczność lokalna są przedmiotem naszych usług, beneficjentem opieki.

Zarówno w literaturze, jak i w rozmowach z rodzinami i pracownikami opieki zdrowotnej przeprowadzonych w czasie tego projektu, stwierdzano, że osoby szukające pomocy potrzebują opieki zintegrowanej. Społeczności lokalne oczekują od pracowników ochrony zdrowia odpowiedzialności i pełnej dostępności (także finansowej). Chciałyby także kontaktować się z osobami wrażliwymi na potrzeby mieszkańców, umiejącymi łączyć idee samoopieki i podejścia humanistycznego.

Współcześnie placówki i organizacje ochrony zdrowia próbują odzwierciedlić narastające potrzeby i oferować innowacyjne formy opieki. Część z nich wydaje się być lepsza, ze względu na włączenie mechanizmów opartych na współpracy z rodziną i środowiskiem lokalnym. Pielęgniarstwo, podejmując się nowych form pracy, takich jak pielęgniarka rodzinna, musi najpierw udowodnić, że docenia współpracę z rodzinami, społecznościami, innymi pracownikami ochrony zdrowia. Formy te mają potencjał rozwoju

opieki ogólnej, skoordynowanej, która rzeczywiście dociera do pacjentów, jednocześnie podkreślając wagę pielęgniarek jako osób „pierwszego kontaktu” dla pacjentów. Wyzwaniem jest tu przekonanie polityków i decydentów co do potencjału pielęgniarki rodzinnej, zainteresowanie tą formą pracy samych pielęgniarek, jak również pacjentów. Wymaga to przeniesienia działań z poziomu pomysłów na poziom konkretnych definicji, kompetencji, ich wdrożenia do krajowego systemu opieki zdrowotnej.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek promuje taki wkład pielęgniarstwa w ochronę zdrowia. Ma nadzieję wykorzystać ramy opisane w tej książce do stworzenia ogólnego zestawu kompetencji, które można będzie później adaptować do potrzeb lokalnych. ICN będzie współpracować z towarzystwami członkowskimi i innymi zainteresowanymi organizacjami w weryfikacji różnych modeli i teorii pielęgniarstwa rodzinnego, aby uczynić te usługi dobrymi i dostępnymi dla pacjentów.

## PRZYPISY

1. World Health Organization, *Munich Declaration. Nurses and Midwives: A Force for Health*. Copenhagen: WHO/EURO, 2000.
2. American Nurses Association, *Nursing's Social Policy Statement*. Kansas City: ANA, 1995.
3. Canadian Nurses Association, *The Family Connection*. "Nursing Now, Issues and Trends in Canadian Nursing" nr 3. Ottawa, 1997.
4. Stuart M.E., *An analysis of the concept of family*. W: Whall A.L., Fawcett J., red., *Family Theory Development in Nursing. State of the Science and Art*. Philadelphia: FA Davis, 1991, s. 31-42.
5. International Council of Nurses, *ICNP®: International Classification for Nursing Practice, Beta Version*. Geneva, 1999.
6. Whall A.L., *The family as a unit of care in nursing. A historical review*. "Public Health" 1986 3(4):240-249.
7. Hanson S.M., *Family nursing and chronic illness*. W: Wright L.M., Leahey M.L., red., *Families and chronic illness*. PA: Springhouse, 1987 s. 1-31.
8. Johnson B.H., *Family-centered care. Four decades of progress*. "Families, Systems and Health. The Journal of Collaborative Family Health Care" 2000 18(2).
9. Friedman M.M., *Family nursing. Research, theory and practice*. Wyd. 4. Connecticut: Appleton & Lange, 1998.
10. Johnson B.H., op. cit.
11. Logan B.B., *The nurse and the family. Dominant themes and perspectives in the literature*. W: Knafl K.A, Grace H.K., red., *Families across the life cycle. Studies for nursing*. Boston: Little Brown, 1978 s.12.
12. Hanson S.M., op. cit.
13. Friedman M.M., op. cit.
14. Friedman M.M., op. cit.
15. Whall A.L.K., Fawcett J., *Family therapy development in nursing. State of the art and science*. Philadelphia: Davis, 1991.
16. Clement-Stone S., McQuire S.L., Eigsti D., *Comprehensive community health nursing*. Wyd. 5. St. Louis: Mosby, 1998.
17. Hanson S.M.H., *Family assessment and intervention*. W: Hanson S.M.H., Boyd S.T., *Family health care nursing. Theory, practice and research*. Philadelphia: Davis, 1996.

18. Berkey K.M., Hanson S.M.H., *Pocket guide to family assessment and intervention*. St. Louis: Mosby, 1991.
19. Mischke K.B., Hanson S.M.H., *Family system stressor-strength inventory (SF<sup>3</sup>I)*. W: Hanson S.M.H., Boyd S.T., *Family health care nursing. Theory, practice and research*. Philadelphia: Davis, 1996.
20. Friedman M.M., op. cit.
21. Wright L.M., Leahey M., *Nurses and families. A guide to family assessment and intervention*. Wyd. 3. Philadelphia: F.A. Davis, 2000 s. 5.
22. World Health Organization, *Health 21. The Health for All policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO/EURO, 1998 (European Health for All series, nr 6), s. 139.
23. World Health Organization, Europe, *The family health nurse. Context, conceptual framework and curriculum*. EUR/00/5019309/ 13, Copenhagen: WHO/EURO, 2000, s. 4.
24. Clemen-Stone S., McQuire S.L., Eigsti D., op. cit.
25. Oh S., *Comparison on strategic family therapy and solution focused family therapy. Review for on application on family therapy in family nursing practice* (abstract). "Chonnam Journal of Nursing Sciences" 1998 3(1):63-64.
26. Abitz M., *Preventive home visits to citizens over the age of 75 years*. Manuskrypt niepublikowany udostępniony przez autora. Søllerød, Denmark, czerwiec 1999.
27. Cowley S., *Early interventions. Evidence for implementing Sure Start*. "Community Practitioner" 1999 72(6):162-165.
28. Johnston B., *Overview of nursing developments in palliative care*. W: Lugton J., Kindlen M, red., *Palliative care. The nursing role*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999, s. 1-26.
29. Martinelli E., *Some barriers to getting a global school health initiative going*. "Nursing Update" DENOSA 1999 23(9):13.18.
30. Murashima S., Ashara K., White C., *The meaning of public health nursing. Creating 24-hour care in a community in Japan*. "Nursing and Health Sciences" 1999 nr 1 s. 83-92.
31. Beidler S.M., Bourbonniere M., *Aging in place. A proposal for rural community-based care for frail elders*. "Nurse Practitioner Forum" 1999 10(1):33-38.
32. Wright L.M., Leahey M., op. cit.

33. Beveridge J., Bodnark K., Ramachandron C., *Family-centred care in the NICU*. "Canadian Nurse" 2001 97(3):14-18.
34. Canadian Nurses Association, op. cit.
35. Wahed F.A., *Nurses' activities in primary care settings, summary of conference presentation*. Nursing Division WHO Collaborative Center for Nursing Development, State of Bahrain, Ministry of Health, College of Health Sciences, 1995.
36. Litchfield M., Connor M., Eathorne T., Laws M., McCombie M., Smith S., *Family nurse practice in a nurse case management scheme. An initiative for the New Zealand health reforms*. Report of the pilot study of the Wellington Professional Nurse Case Management Project, Centre for Initiative in Nursing & Health Care, Wellington, New Zealand, 1994.
37. Litchfield M., *Developing a new model of integrated care*. Kai Tiaki: Nursing New Zealand 1998 4(9):23-26.
38. Villa T.C.S., Assis M.M.A., Mishima S.M., Perepira M.J.B., Almeida M.C.P., Palha P.F., Pinto I.C., *Nursing and the health care system in Brazil*. "Image. Journal of Nursing Scholarship" 1999 31(4):399-401.
39. Resick L.K., *Challenges in measuring outcomes in two community-based nurse-managed wellness clinics. The development of a chart auditing tool*. "Home Health Management Practice" 1999 11(4):52-59.
40. Canadian Nurses Association, op. cit.
41. Litchfield M., Connor M., Eathorne T., Laws M., McCombie M., Smith S., op. cit.
42. Litchfield M., *Personal communication*. Kwiecień 2000.
43. Litchfield M., *Developing a new model of integrated care*. Kai Tiaki: Nursing New Zealand 1998 4(9):23-24.
44. Litchfield M., *How an integrative nursing practice model might work*. Kai Tiaki: Nursing New Zealand 1998 4(9):24.
45. Denham S.A., *Introduction to three ethnographic studies on family health with Appalachian families*. "Journal of Family Nursing" 1999 5(2):130-217.
46. World Health Organization, Europe, *The family health nurse. Preparation for practice*. DLVR020106/14 Copenhagen: WHO/EURO, 1999.
47. Carryer J., Dignam D., Horsburgh M., Hughes F., Martin J., *Locating nursing in primary care. A report for the National Health Committee*. National Health Committee, New Zealand, 1999.
48. Gec T., *Personal communication about the community nursing unit in Slovenia*, 2000.

49. Stempovscaia E., *Integration and financing of family health nursing services in primary health care in Moldova*. Report for financing and structural arrangements for the family nurse. WHO: Barcelona, kwiecień 2000.
50. Cowley S., *Early interventions. Evidence for implementing Sure Start*. "Community Practitioner" 1999 72(6):162-165.
51. Cook A., *The wellfamily service. A new model for support*. "Community Practitioner" 72(6):168-171.
52. Murashima S., Ashara K., White C., *The meaning of public health nursing. Creating 24-hour care in a community in Japan*. "Nursing and Health Sciences" 1999 nr 1 s. 83-92.
53. Orpaz R., Korenblit M., *Family nursing in community-oriented primary health care*. "International Nursing Review" 1994 41(5):155-159.
54. Park, Kyungryun, *Personal communication*, 1999.
55. Guldager E., *Do health visits improve children's health?* Rękopis niepublikowany, 1999.
56. Isern T.I., *The current Spanish health care system*. Report for the financing and structural arrangement for the family nurse. Barcelona: WHO, kwiecień 2000.
57. wizyta w La Clinica de Antigua, Madrid, Spain, rozmowa z Concepción Agrela Diaz, pielęgniarką pracującą w klinice (1999).
58. Rozmowa z Carmen Ferrer Arnedo, pielęgniarką naczelną Madrid Area 6 (1999).

## BIBLIOGRAFIA

1. Donnelly E., *Health promotion, families, and the diagnostic process*. "Family Community Health" 1990 nr 12 s. 12-20.
2. Fawcett J., *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge. Nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis, 2000.
3. Hill R., Hansen D.A., *The identification of conceptual frameworks utilized in family study*. "Marriage and Family Living" 1960 nr 22 s. 299-311.
4. Mead M., *The contemporary American family as an anthropologist sees it*. "American Journal of Sociology" 1948 maj nr 53 s. 453-459.
5. Mead M., *Socialization and enculturation*. "Current Anthropology" 1963 kwiecień nr 4 s. 184-188.
6. Nye F.I., Berardo F.M., red., *Emerging conceptual frameworks in family analysis*. New York: Praeger, 1981.
7. Nye F.I., *Fifty years of family research, 1937-1987*. "Journal of Marriage and the Family" 1998 nr 30 s. 305-316.
8. Parsons T., Bales R.F., *Family socialization and interaction process*. Glencoe, IL: Free Press, 1955.



## ZAŁĄCZNIK 1 Analiza SWOT

### Zadania i odpowiedzialności pielęgniarki rodzinnej

<b>Silne strony</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- pielęgniarki zajmują kluczowe, wysoko cenione stanowiska w systemie opieki zdrowotnej;</li><li>- pielęgniarki oferują cenione usługi i opiekę, począwszy od podstawowej (jak zmiana opatrunków) do kompleksowej oceny i opieki, także specjalistycznej (np. od opieki dla starszych do opieki całonocnej nad członkami rodziny, niezależnie od wieku);</li><li>- pielęgniarki są odpowiedzialne za ocenę stanu zdrowia, przekazywanie i koordynację o opieki na szczeblu podstawowym, choć różne są uprawnienia i czas przeznaczony na te zadania;</li><li>- przykłady wysoko zmotywowanych pielęgniarek, wykazujących kompetencje przywódcze, chęć do pracy, asertywność, wiarygodność;</li><li>- modele niezależnego i krytycznego myślenia, możliwość wypisywania recept (w niektórych sytuacjach), kierowanie do innych specjalistów</li><li>- dokumentacja opieki domowej i innych programów opieki zewnętrznej opracowanych przez pielęgniarki, kierowanych do pacjentów, rodzin, obejmujących także samo opiekę.</li></ul>	<b>Słabe strony</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- ogromne potrzeby populacji, długi czas pracy, brak wsparcia dla personelu, brak czasu na radzenie sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym;</li><li>- zbyt mało uwagi poświęcone na zagadnienia zapobiegania i promocji zdrowia;</li><li>- brak jasnego rozróżnienia między „opieką” a „leczeniem” oraz wyraźnego ich zrównoważenia w opiece pielęgniarskiej;</li><li>- słabe umiejętności przywódcze;</li><li>- słabe pojęcie o tym, co składa się na zdrowie publiczne i opiekę ogólną;</li><li>- chętna realizacja zadań technicznych i zleconych;</li><li>- brak doświadczenia w opiece domowej i odwiedzaniu rodzin;</li><li>- izolacja i niskie wynagrodzenia, jako bariery w zachęcaniu absolwentów do pracy i pracowników do pozostania w zawodzie;</li><li>- brak bodźców zachęcających do podjęcia dalszej nauki czy nowych zadań.</li></ul>
<b>Szanse</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- poszerzenie różnorodności i lepsza dostępność usług;</li><li>- stworzenie modeli integrujących edukację, badania naukowe i praktykę opieki;</li><li>- wprowadzenie zespołów opieki rodzinnej;</li><li>- promocja umiejętności krytycznego myślenia i poszerzenia zadań specjalistycznych dla pielęgniarek;</li><li>- mentoring (dla studentów, pracowników, wykładowców);</li><li>- docenienie pielęgniarek jako ważnego punktu kontaktowego z systemem opieki zdrowotnej;</li><li>- informowanie polityków o sukcesie, aby poszerzyć sferę wpływów pielęgniarskich;</li></ul>	<b>Zagrożenia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- postępowanie w trudnych warunkach i z chorobami zakaźnymi (np. HIV/AIDS);</li><li>- niechęć do zmian (przejsięcie od hierarchicznego zlecania zadań do współpracy i niezależnej praktyki);</li><li>- niechęć innych pracowników ochrony zdrowia i decydentów do uznania prawa pielęgniarek do podejmowania nowych zadań i form pracy;</li></ul>

## Analiza SWOT

### Kształcenie pielęgniarek rodzinnych

<b>Silne strony</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- istnienie edukacji podyplomowej i programów pomostowych, przygotowujących studentów z różnym wykształceniem do podejmowania nowych zadań;</li><li>- uznane programy pielęgniarские, bogate w część teoretyczną i praktyki zawodowe;</li><li>- kontakt studentów z różnymi grupami pacjentów;</li><li>- studenci zaangażowani, zainteresowani zadaniami pielęgniarки rodzinnej.</li></ul>	<b>Słabe strony</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- brak wykładowców, szkół, miejsc na realizację praktyk;</li><li>- niewystarczająca liczba studentów (studia drugiego stopnia – specjalizacja piel. środowiskowe<sup>3</sup>);</li><li>- brak wykładowców specjalizujących się w pielęgniarstwie środowiskowym i POZ;</li><li>- brak mentorów i instruktorów</li><li>- programy kształcenia wciąż przygotowują pielęgniarки przede wszystkim do pracy w szpitalach w systemie odwołującym się do wzorów kształcenia lekarzy;</li><li>- brak podstawowych elementów dotyczących pielęgniarstwa rodzinnego w programach kształcenia;</li><li>- ograniczone możliwości kształcenia specjalistycznego;</li><li>- niejasne standardy kształcenia;</li><li>- brak wdrożonych programów kształcenia pielęgniarek rodzinnych;</li><li>- niejasności związane z różnym przygotowaniem pielęgniarek i różnymi poziomami edukacji specjalistycznej.</li></ul>
<b>Szanse</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- wykształcenie pielęgniarek do pracy w nowych rolach;</li><li>- przyspieszenie zmian poprawiających asertywność i wiarę w siebie pielęgniarek;</li><li>- pokazanie nowych, specjalistycznych ról pielęgniarek;</li><li>- poszerzenie umiejętności wykładowców i ich pracy, lepszy wskaźnik ich pozostawania w zawodzie, dzięki zwiększeniu promocji;</li><li>- poprawa przygotowania pielęgniarek do pracy z rodzinami i społecznością lokalną;</li><li>- stworzenie nowych, innowacyjnych propozycji edukacyjnych dla studentów;</li></ul>	<b>Zagrożenia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- nieodpowiednie środki na występowanie o wprowadzenie potrzebnych zmian w edukacji;</li><li>- niski wskaźnik zatrudnienia wykładowców z doświadczeniem w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, ze względu na brak perspektyw kariery zawodowej w tej sferze;</li><li>- słaby dostęp do programów dla studentów – brak możliwości kształcenia na odległość, brak finansów na edukację;</li><li>- zobowiązania rodzinne i finansowe wielu potencjalnych studentów, głównie kobiet, co uniemożliwia im podjęcie kształcenia podyplomowego;</li><li>- słabe bodźce do kontynuowania edukacji;</li><li>- polityka rządowa ograniczająca środki finansowe.</li></ul>

<sup>3</sup> Od PTP: w wielu krajach pielęgniarки kształcą się na studiach drugiego stopnia otrzymując specjalizację np. pielęgniarstwa środowiskowego, czy rodzinnego.

## Analiza SWOT

### Regulacje prawne

<b>Silne strony</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- uznane krajowe agendy prawne, które wspierają tworzenie definicji, zasad i regulacji dotyczących nowych ról i zadań;</li><li>- istnienie prawa stymulującego rozwój opieki kierowanej do wybranych grup społecznych (np. niemowląt, osób starszych), finansowanie kształcenia w nowym zakresie i tworzenie nowych stanowisk;</li><li>- istnienie uniwersalnych i krajowych standardów opieki;</li><li>- polityka wspierająca tworzenie nowych ról, zadań, innowacje.</li></ul>	<b>Słabe strony</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- pielęgniarki pracują od długiego czasu bez standardów;</li><li>- regulacje często mijają się z praktyką zawodową;</li><li>- system prawny odporny na zmiany;</li><li>- niejasny zakres zadań i brak standardów utrudnia uwzględnienie ich w zapisach prawnych;</li><li>- niejasne standardy, niejasne wdrożenia;</li><li>- niejasne pojęcia POZ i opieki środowiskowej.</li></ul>
<b>Szanse</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- budowanie na obecnym uznaniu ministerstw zdrowia, innych polityków i decydentów, którzy śledzą rozwój pielęgniarstwa rodzinnego i wspierają regulacje prawne, które mogą być dla nas korzystne (także finansowo);</li><li>- wykazanie możliwości elastycznego zastosowania modeli w oparciu o dobre regulacje prawne dla rozwoju usług;</li><li>- stworzenie podstaw prawnych dla już istniejących ról i form pracy pielęgniarstwa;</li><li>- rozpoczęcie procesu monitoringu i oceny</li></ul>	<b>Zagrożenia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- obawy decydentów w zakresie prawa i praktyki, że uprawomocnienie nowych ról podniesie koszty opieki, zwłaszcza wynagrodzenia;</li><li>- wzrost kosztów opieki zmniejsza pozytywne nastawienie do legitymizacji nowych ról;</li><li>- nawet jeśli aktualne zapisy prawne są nieodpowiednie, są wygodne z samego faktu, że są już znane.</li></ul>

## Analiza SWOT

### Wprowadzenie pielęgniarstwa rodzinnego do systemu opieki zdrowotnej

<b>Silne strony</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- udane modele klinik, przychodni, ośrodków zdrowia, centrów lokalnych;</li><li>- docenione usługi innowacyjne: opieka mobilna, punkty opieki, punkty pomocy w centrach handlowych, pomoc pielęgniarska w aptekach, „Telezdrowie”;</li><li>- docenione instytucje sponsorujące nowe usługi: wydział HHC opieki domowej dla pacjentów po wypisie ze szpitala, jednostki L&amp;D lub opieka ambulatoryjna współpracująca ze szpitalem</li><li>- nowe usługi tam, gdzie opieka pielęgniarska ma już ugruntowaną pozycję i jest doceniana</li><li>- promocja nie tylko dostępu do opieki, ale i wysokiej jakości – usługi są osiągalne dla społeczności i przez nią akceptowane</li><li>- modele współpracy z lekarzami, w tym wspólna dokumentacja pacjenta i wzajemne skierowywanie pacjentów</li></ul>	<b>Słabe strony</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- brak pewności co do wsparcia dla usług POZ jako takich;</li><li>- brak myślenia przyszłościowego i wsparcia ze strony decydentów, pielęgniarstwa i innych zainteresowanych stron;</li><li>- pielęgniarki zadowolone z wykonywania zadań zleconych, nieobciążonych dużą odpowiedzialnością;</li><li>- wprowadzanie nowych ról jest trudniejsze w społeczeństwach, w których kobiety nie mają równych praw (większość pielęgniarek to kobiety);</li><li>- brak zgody w obrębie pielęgniarstwa co do istoty nowych ról;</li><li>- brak jasności co do podziału odpowiedzialności i władzy;</li><li>- braki finansowe i kadrowe;</li><li>- niezdolność do utrzymania stałego finansowania i zachowania stanowisk po udanym rozpoczęciu realizacji nowych usług;</li><li>- niezdolność do zmiany organizacji opieki: przeniesienia jej ciężkości z lecznictwa zamkniętego do środowiskowego;</li><li>- ludność nadal uważa, że chory powinien iść do szpitala i skonsultować się z lekarzem;</li></ul>
<b>Szanse</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- promocja współpracy szpitali ze środowiskiem lokalnym;</li><li>- poprawa opieki domowej i pozaszpitalnej;</li><li>- zmniejszenie opieki zinstytucjonalizowanej (w tym szpitalnej);</li><li>- promocja usług pielęgniarki rodzinnej;</li><li>- adaptacja modeli opieki sprawdzonych w jednym środowisku – do potrzeb innego;</li><li>- poprawa dostępu do opieki dla rodzin;</li><li>- tworzenie rodzinnej dokumentacji zdrowotnej;</li><li>- promocja współpracy interdyscyplinarnej i z pacjentami w opiece rodzinnej;</li></ul>	<b>Zagrożenia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- brak bezpiecznego środowiska pracy dla pielęgniarki rodzinnej;</li><li>- brak możliwości zapewnienia trwałości takich usług;</li><li>- opór ze strony władz ministerialnych, administracji i lekarzy, którzy czują się zagrożeni nowymi zadaniami pielęgniarek;</li><li>- niechęć lekarzy do przyjmowania pacjentów kierowanych przez pielęgniarkę rodzinną; wolą przekazać niewielką część praktyki pielęgniarskiej;</li><li>- brak możliwości zapewnienia odpowiedniego wynagrodzenia dla pielęgniarek;</li></ul>

## Analiza SWOT

### Relacje pielęgniarki rodzinnej ze społecznością lokalną i innymi grupami ludności

<b>Silne strony</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- pielęgniarki mają silną pozycję jako rzecznicy rodzin i społeczności lokalnych;</li><li>- pielęgniarki mają dobre, oparte na zaufaniu, kontakty ze społeczeństwem;</li><li>- udowodniono wrażliwość na różnice kulturowe i podstawowe prawa człowieka;</li><li>- mieszkańcy chcą brać udział w oferowanej im opiece i cieszą się, kiedy mają do niej łatwiejszy dostęp;</li><li>- docenione modele dostępu do darmowej i wysokiej jakości opieki;</li><li>- udowodniono, że jeśli mieszkańcy znają już usługi realizowane przez pielęgniarki, częściej z nich korzystają;</li><li>- pielęgniarki docenione jako osoby kontaktowe z opieki zdrowotnej dla rodzin.</li></ul>	<b>Słabe strony</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- niezdolność do zapewnienia odpowiedniej oferty wizyt domowych;</li><li>- brak transportu do realizacji wizyt domowych i do przywiezienia pacjentów do placówek ochrony zdrowia;</li><li>- nieprzewidywalność potrzeb;</li><li>- niewielkie zasoby finansowe rodzin ograniczają ich możliwości wyboru;</li><li>- zmienność grupy mieszkańców; nawiązanie kontaktu i zbudowanie zaufania długo trwa;</li><li>- programy zdrowotne mogą być niejasne i nie brać pod uwagę poglądów i wartości ludzi;</li><li>- brak zrozumienia, że rodzina często jest większa niż grono zamieszkujące wspólnie, albo że rodzina może mieszkać w więcej niż jednym miejscu.</li></ul>
<b>Szanse</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- promocja szerszego zakresu opieki zdrowotnej dla rodzin, niż tylko leczenie chorych;</li><li>- uwrażliwienie, organizacja i mobilizacja społeczności lokalnej, aby wzięła większą odpowiedzialność za poprawę stanu zdrowia swoich mieszkańców;</li><li>- promocja wiedzy i umiejętności, które są potrzebne rodzinie (np. nauczanie uprawy warzyw, aby poprawić nawyki żywieniowe);</li><li>- stworzenie możliwości promocji idei „przeżywania życia”.</li></ul>	<b>Zagrożenia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- lekarze mogą nie rozumieć kultury, ale kontrolować system;</li><li>- przyjęcie niewygodnych zasad funkcjonowania, kiedy niemożność ich przestrzegania prowadzi to obwiniania pacjentów za ich stan zdrowia;</li><li>- uprzedzenia, konflikty kulturowe, brak wrażliwości wpływają negatywnie na rodzaj i jakość oferowanych usług;</li><li>- nieodpowiednie zastosowanie modeli opieki zdrowotnej, np. oczekiwanie, że to pacjenci będą szukali potrzebnych im usług;</li><li>- podejrzliwość rodzin, zwłaszcza względem „obcego”.</li></ul>