



Polska pielęgniarka w czasie pandemii zakażeń SARS-CoV-2 – różne perspektywy wykonywania zawodu

Agnieszka Gniadek¹  <https://orcid.org/0000-0003-4179-6730>

Weronika Nawara^{2, 3}  <https://orcid.org/0000-0002-1726-5211>

Marlena Padykuła^{1, 4}  <https://orcid.org/0000-0002-0262-2204>

Iwona Malinowska-Lipień^{1, 5}  <https://orcid.org/0000-0002-7096-3406>

1. Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum
2. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie
3. Autorka bloga *W czepku urodzona*
4. Szpital Uniwersytecki w Krakowie
5. Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Agnieszka Gniadek, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, agnieszka.gniadek@uj.edu.pl

Abstract

A Polish nurse during SARS-CoV-2 pandemic – various aspects of following a nursing profession

A nurse as well as a midwife belong to independent professions which inherently involve performing numerous tasks and functions in various areas and in various positions, which simultaneously requires from these professions respecting the rules of law. In health-threatening conditions, for example during a pandemic, especially when all social groups are exposed to danger and when danger arises unexpectedly, nurses become an important link in the process of providing health security to everybody who needs it. In such situations nurses are obliged to perform their professional duties as well as possible and, at the same time, they have to tackle numerous family responsibilities. No matter if they take direct care of patients infected with SARS-CoV-2 virus or those possibly suffering from COVID-19, work as university lecturers teaching prospective nurses or hold managerial positions, they always face professional difficulties and dilemmas or even real dangers. Although the challenges which nurses face during the pandemic tend to change week by week, nurses, with time, learn to respond to them for the sake of other people's welfare.

Key words: nurse, pandemic, Poland, SARS-CoV-2

Słowa kluczowe: pielęgniarka, pandemia, Polska, SARS-CoV-2

Wprowadzenie

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej jasno określa zasady wykonywania tych zawodów. Polegają one, między innymi, na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta, rozpoznawaniu jego problemów pielęgnacyjnych, planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej, samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia

i rehabilitacji, orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, a także edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia [1]. Świadczenia te wykonywane są przede wszystkim w warunkach stacjonarnych, tj. w szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych czy opiekuńczo-pielęgnacyjnych, domach pomocy społecznej, hospicjach, sanatoriach, żłobkach czy klubach dziecięcych, a także w środowisku życia i pracy pacjentów oraz osób zdrowych poprzez wykonywanie między innymi świadczeń z zakresu opieki długoterminowej czy pielęgniarstwa rodzinnego. Pielęgniarka posiadająca prawo wykonywania zawodu, zgodnie z ustawą [1], prowadzi prace naukowo-badawcze w zakresie pielęgniarstwa

oraz realizuje zadania zawodowe, sprawując funkcje z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych, lub wykonuje pracę na rzecz samorządu zawodowego. Za pielęgniarkę wykonującą ten zawód uważa się także osobę, która prowadzi kształcenie i nauczanie zawodu pielęgniarki lub położnej, pracując na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych lub nauczania innych zawodów medycznych, których programy kształcenia wymagają współdziałania pielęgniarki lub położnej [2].

Te ostatnie formy wykonywania zawodu przez pielęgniarki oraz położne społeczeństwo traktuje marginalnie, często nie utożsamiając wykonywania tych czynności zawodowych, tj. nauczania przyszłych kadr medycznych czy pracy w samorządzie zawodowym, z zadaniami związanymi bezpośrednio z zawodem. Istnieją opinie, że skoro nie jest to praca bezpośrednio przy łóżku pacjenta, nie można jej traktować jako pracy pielęgniarki. Wiele osób w Polsce nie wie, że współczesne kształcenie pielęgniarek i położnych odbywa się tylko na poziomie szkół wyższych, a pielęgniarstwo to nie tylko wykonywanie iniekcji i mycie chorych oraz „pomaganie” lekarzowi, ale przede wszystkim realizacja potrzeb opiekuńczo-pielęgnacyjnych pacjenta, uczestnictwo w pracy zespołu terapeutycznego na takich samych prawach jak wszyscy inni członkowie, stawianie diagnoz pielęgniarskich i wykonywanie całego szeregu czynności instrumentalnych, koniecznych do prowadzenia właściwego procesu leczenia [3, 4]. Zawód pielęgniarki jest zawodem regulowanym (ustawodawca poddaje go reglamentacji prawnej i uzależnia od spełnienia materialnych i formalnych przesłanek), zawodem „wolnym”, a także zawodem – ze względu na swój charakter – określanym jako „służebny” [2]. Jest zawodem takim jak wiele innych profesji funkcjonujących w polskiej przestrzeni publicznej, gdzie osoby je wykonujące mają rodziny, dzieci, niespłacone kredyty i banalne potrzeby, takie jak bezpieczeństwo czy chęć odpoczynku po ciężkiej pracy. Ale mimo tych cech, przynależnych każdemu pracującemu człowiekowi, oczekiwania społeczne w stosunku do pielęgniarek są odmienne [5–7].

Oczekiwania w stosunku do pracowników opieki zdrowotnej są bardzo duże. Wysoka jakość świadczonych usług, profesjonalizm, kompetencje zawodowe, a także umiejętności komunikowania się na najwyższym poziomie to cechy, które powinna posiadać każda osoba sprawująca opiekę medyczną nad drugim człowiekiem. Liczne publikacje naukowe wskazują, że te cechy, zwłaszcza profesjonalizm, powinny nieodzownie charakteryzować każdą pielęgniarkę [8–14]. Trochę jest to w opozycji do stwierdzenia opublikowanego na stronie internetowej Stowarzyszenia „Pielęgniarki Cyfrowe”, gdzie czytamy: „postrzeganie zawodu pielęgniarki, w społeczeństwie, ale i także wśród osób współpracujących w zespole terapeutycznym, często dokonuje się przez pryzmat pewnych stereotypów, związanych z przeszłością zawodu” [15]. Nie jest to stwierdzenie dalekie od pojęć, jakie wybrzmiewają w innych publikacjach, nie tylko naukowych, ale także blogach czy forach internetowych. Jednak inne dobre przykłady wskazują, że młodzi ludzie, absolwenci kierunku pielęgniarstwo,

próbują obalać społeczne stereotypy związane z pielęgniarstwem, wskazując mocne strony tego zawodu, np. na blogu *W czepku urodzona* [16].

Można by szeroko dywagować na temat obecnej sytuacji pielęgniarstwa w Polsce, nie sposób pominąć faktu niedoborów kadrowych, braku należytego wynagrodzenia, powszechnej równoczesnej pracy pielęgniarek u kilku pracodawców czy faktu wypalenia zawodowego występującego w tej grupie zawodowej. Tematy te mogą stanowić obszerne kwestie innych rozważań naukowych, niemniej jednak warto w obecnej sytuacji pandemii dokonać analizy kontekstu pracy pielęgniarki i możliwości wykonywania przez nią czynności zawodowych w czasie zakażeń wirusem SARS-CoV-2, z czym mamy do czynienia na przestrzeni ostatnich miesięcy.

Wykonywanie zawodu przez pielęgniarki w szpitalu przy łóżku pacjenta, pielęgniarki nauczycielki zawodu na uczelni oraz pielęgniarki pracujące w samorządzie zawodowym to różne perspektywy i odmienne spojrzenia na problemy pełnienia funkcji zawodowych w sposób profesjonalny i kompetentny w czasie pandemii.

Praca pielęgniarek w czasie pandemii w szpitalu jednoimiennym

Personel pielęgniarski stanowi grupę specjalistów, których działania ukierunkowane są na zapewnienie potrzeb biopsychospołecznych osób chorych, powstałych w wyniku choroby. Czas pandemii niesie ze sobą wiele wyzwań w codziennej praktyce pielęgniarskiej. Ryzyko związane z bezpośrednią pracą przy pacjencie z wirusem COVID-19, obawa przed zakażeniem, nieprzewidywalność zdarzeń, poczucie bezradności, utraty kontroli, obawy wobec wykonywania dotychczasowych obowiązków zawodowych – to tylko kilka elementów, z jakimi pielęgniarki musiały zmierzyć się ze względu na pandemię koronawirusa.

W pierwszych dniach „walki z nieznanym wrogiem” personel pielęgniarski musiał nauczyć się pracy w nowych, specyficznych warunkach. Zmiany w organizacji pracy dotyczyły między innymi wyznaczenia stałych zespołów pracujących w ściśle określonym systemie pracy – w celu zmniejszenia kontaktu między osobami, zapewnienia odpowiednich przerw w pracy i wyznaczenia miejsc do tego przeznaczonych, odpowiedniej komunikacji między zespołami pracującymi w tak zwanej strefie czystej i brudnej. Ze względu na duże ryzyko zakażenia personel musiał przystosować się do pracy w dodatkowym umundurowaniu. Zgodnie z wytycznymi WHO (World Health Organization) i GIS (Głównego Inspektoratu Sanitarnego) do bezpiecznego sprawowania opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 personel pielęgniarski stosuje środki ochrony indywidualnej: półmaska filtrująca FFP2 lub FFP3, kombinezon lub fartuch chirurgiczny wodoodporny, czepki chirurgiczne, gogle, przyłbica, rękawice medyczne długie i krótkie, buty ochronne, ochraniacze na buty. Praca w strefie brudnej w „pełnym umundurowaniu” przez kilka godzin powodowała

i nadal powoduje (gdyż pielęgniarki pracują nieprzerwanie w ten sam sposób) brak możliwości zaspokojenia swoich podstawowych potrzeb życiowych.

Z powodu pandemii wiele pielęgniarek zdecydowało się zamieszkać w hotelach przeznaczonych dla personelu szpitala jednoimiennego. Obawa przed niezamierzonym zainfekowaniem osób bliskich była silniejsza niż potrzeba posiadania codziennego źródła wsparcia, jakim jest rodzina. Codzienna praca w warunkach przewlekłego stresu, wiele godzin spędzonych na analizach przypadków, informacje podawane w mediach mogą wywoływać uczucie niepokoju, obniżenie nastroju, objawy wypalenia zawodowego, zaburzenia zdrowia psychicznego oraz kryzys relacji społecznych. Podejmowane na co dzień ryzyko, brak możliwości wyrażenia emocji, uwolnienia się od obaw i lęków wymaga zapewnienia dostępności pomocy psychologicznej i nauczania się strategii radzenia sobie ze stresem. W tych trudnych czasach bardzo ważne jest wsparcie współpracowników, przełożonych, pracodawców i innych zaufanych osób, gdyż dbanie o zdrowie psychiczne jest tak samo ważne, jak dbanie o zdrowie fizyczne.

Wiele osób z personelu medycznego musiało zmierzyć się z sytuacją hejtu, stygmatyzacji czy odrzucenia, nawet w gronie rodziny czy znajomych. Zjawisko to szczególnie dotyczyło personelu pracującego w szpitalach jednoimiennych i na oddziałach leczenia chorób zakaźnych. Pielęgniarki często doświadczały odwoływania wizyt lekarskich, u kosmetyczki, fryzjera. Bolesne było również to, że dotyczyło to dzieci, rodziców czy osób im bliskich.

Dodatkowym obciążeniem dla personelu była i nadal jest konieczność zmierzenia się z reakcją pacjentów i ich opiekunów, rodzin na chorobę, hospitalizację, przebywanie tylko w salach chorych bez możliwości wyjścia z izolacji, utrudniony kontakt z rodziną z powodu wstrzymanych odwiedzin w oddziałach szpitalnych. Zwłaszcza osoby starsze, z zaburzeniami funkcji poznawczych, otępieniem były i są niespokojne, zdenerwowane. Przedłużająca się hospitalizacja często wywołuje niepokój, obniżenie nastroju, wycofanie, a nawet zachowania agresywne. Nierzadko pielęgniarki musiały konfrontować się z niechęcią pacjentów do rehabilitacji, stosowanej farmakoterapii, spożywania posiłków czy przyjmowania płynów.

Jestem pielęgniarką – pracuję w czasie pandemii zakażeń wirusem SARS-CoV-2

Na początku był chaos. Dopiero później było słowo. A raczej stos słów układających się w procedury, które dynamicznie się zmieniały. Niewydolny system ochrony zdrowia „zdekompensował się” tak mocno, że na jaw wyszły wszystkie jego „choroby towarzyszące” oraz palące sprawy bagatelizowane przez dziesiątki lat.

Hasło „COVID-19” początkowo szło w parze z hasłem „panika”. Żaden z pracowników ochrony zdrowia nie wiedział, z czym przyjdzie mu się mierzyć. Doświadczenia z innych krajów pozwalały nam wnioskować

i spodziewać się najgorszego. W tym czasie powstawały grupy komunikacyjne, w których medycy wymieniali się artykułami naukowymi, omawiali wytyczne czy przekazywali swoje spostrzeżenia. Początkowe ogromne wsparcie ze strony społeczeństwa, wyrażone w liczbie szytych masek, obiadów przekazanych dla medyków, przekształciło się w ogólny strach przed każdą osobą pracującą z chorymi.

Decyzja o wyodrębnieniu jednoimiennej szpitali zakaźnych wywołała niemałe zamieszanie w organizacji pracy wszystkich placówek medycznych. Szpitale jednoimienne przygotowywały się, gromadząc sprzęt, tworząc procedury i próbując wprowadzić je w życie. Placówki niebędące szpitalami jednoimiennymi zakaźnymi w tym czasie wstrzymywały planowane przyjęcia, przygotowywały się na ewentualne przyjęcie bezobjawowego pacjenta, a przede wszystkim wliczały maseczki co do jednej sztuki i skrupulatnie rozdzielały pomiędzy każdego pracownika. Sytuacja pandemii wśród wielu osób z personelu medycznego obudziła wspomnienia dawnych czasów, które cechowały się licznymi deficytami w sprzęcie. Oszczędzanie, wszechobecne braki w wyposażeniu popchnęły personel medyczny do udostępniania próśb o zbiórki i szukania możliwych dróg, na których można będzie dostrzec wyciągniętą pomocną dłoń, która wesprze w zebraniu kolejnych paczek z ochronnymi fartuchami, przyłbicami czy maskami. Pomimo ogólnego przekonania o przygotowaniu polskiej ochrony zdrowia do walki z pandemią w praktyce komplikowało się wiele spraw, które naprawialiśmy z cierpliwością godną koniakowskiej koronkarki.

W Polsce funkcjonuje wiele ośrodków wysokospecjalistycznych zajmujących się między innymi leczeniem oparzeń, kardiochirurgią, neurochirurgią czy onkologią. Nie każdy szpital jednoimienno mógł pochwalić się szerokim gronem specjalistów, co spowodowało, że wielu pacjentów, którzy powinni trafić do szpitali jednoimiennej, trafiało do wyspecjalizowanych centrów. Dlatego też szpitale niejednoimienne stały się najslabszym ogniwem całego systemu, będąc szczególnie narażonymi na zakażenia. Każdy z pacjentów traktowany był jako potencjalnie zakaźny. Początkowo największym problemem były właśnie braki sprzętowe oraz trudności w rozpoznaniu, czy dany objaw związany jest z występowaniem wirusa COVID-19, czy jest to objaw wynikający z innego schorzenia. Cały personel medyczny błądził jak dziecko we mgle, którego nikt nie mógł złapać za rękę, nikogo nie było na froncie tuż przed nim. Oddziały szpitali, które nie zostały przekształcone w szpitale jednoimienne, rozpoczęły wydzielanie specjalnych sal lub całych oddziałów, przeznaczonych na przyjęcia pacjentów z nagłymi przypadkami. Każdy pacjent przyjmowany był na oddział, gdzie początkowo wykonywane były przy nim tylko niezbędne procedury, odsuwano na bok wszystko to, co może poczekać do czasu nadejścia wyniku badania w kierunku wirusa COVID-19. Po otrzymaniu dodatniego wyniku pacjenci przetransportowywani byli do szpitali jednoimiennej bądź, w zależności od ich stanu i potrzeb, oceniano pilność zastosowania specjalistycznego leczenia.

Pierwsze przyjęcia na oddział pacjentów, u których nie wykluczono wirusa COVID-19, napawały cały personel strachem, zmuszały do wyczerpanego myślenia oraz sprawiały, że każda wcześniej wykonywana procedura stawała się mozolną pracą z przemyśleniem każdego następnego kroku. Zaczęliśmy wyszukiwać alternatywne metody przywrócenia do użytku brakujących wówczas maseczek. Wtedy właśnie nawet najbardziej podzielone zespoły przeżywały renesans swoich zdolności komunikacyjnych. „Moje” zastąpiło „nasze”. Nasze wspólne zdrowie było najważniejsze, bo jeden przewrócony pionek przewracał całą planszę. Pojawiające się wiadomości o kwarantannie kolejnych osób z zespołu powodowały długie godziny wyczekiwanie z telefonem w rękę na wiadomość: „ujemny”. Kiedy padało hasło „dodatni”, w zespole można było zobaczyć to, co zawsze chcieliśmy widzieć – solidarność.

Pakowanie torby z podręcznikami rzeczami na najbliższe dwa tygodnie i rozmowy telefoniczne z domownikami, podczas których pytanie: „wrócisz dziś do domu?”, wybrzmiało w słuchawce każdego medyka niezliczoną ilość razy. Codzienne śledzenie statystyk nowych przypadków zakażeń stało się nawykiem, który pozostał do dziś.

Umiejętności miękkie i komunikacja z drugim człowiekiem to nieodłączny element pracy każdego członka personelu medycznego, który w czasie pandemii był jeszcze trudniejszy przez dodatkową parę rękawiczek, gogli oraz przyłbicę, przez którą ledwo słyszane były podstawowe informacje od pacjenta. Cała sytuacja, z jaką przyszło nam się mierzyć, rzucała kłody pod nogi nie tylko personelowi medycznemu, ale także pacjentom, którzy zaniepokojeni o swoje życie i zdrowie mieli przed sobą człowieka pod kilkoma warstwami ubrań ochronnych, którego twarzy nie byli w stanie zidentyfikować.

Pandemia była punktem zwrotnym, który uzmysłowił wszelkie istniejące niedociągnięcia wymagające naprawy. Pandemia obudziła w nas też ostrożność, przypominała, jak ważne są komunikacja oraz procedury, które powinny być szyte na miarę i adekwatne do sytuacji. Czy wyciągniemy z tego jakieś wnioski na przyszłość?

Pielęgniarka nauczycielka akademicka – bezpieczna praca czy niepewność?

Wydawać by się mogło, że praca pielęgniarki nauczycielki zawodu na uczelni w czasie pandemii to spokojny czas pozbawiony ryzyka zakażenia, bez kontaktu z chorym na COVID-19 lub nosicielem wirusa. Chory ani bezobjawowy zakażony nie może bowiem stanowić zagrożenia, tym bardziej kiedy znane są nauczycielom akademickim podstawy epidemiologii szpitalnej, a i studenci znajdują się w czasie pandemii po „drugiej stronie” monitora komputera. Ale pojawia się od razu pytanie, czy takie kształcenie ma sens, skoro przygotowujemy przyszłych pracowników medycznych do pracy w różnych warunkach środowiskowych, w tym także do pracy w sytuacji epidemii zakażeń. Jak w takich warunkach kształcić studentów w sposób praktyczny, uczyć zawodu

w sposób zdalny, przecież większości umiejętności nie da się ani kształtować, ani weryfikować w wirtualny sposób, a przynajmniej niektórych procedur. Początkowo pojawiła się ulga, że to przecież tylko na chwilę, z pewnością do końca marca lub do Świąt Wielkanocnych (połowa kwietnia), a potem wrócimy na uczelnie, do szpitali. W oczekiwaniu na decyzję władz uczelni, w jakiej formie ma być realizowane kształcenie zdalne oraz jak odnieść się w tej sytuacji do standardu kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, aż trzy tygodnie, do 1 kwietnia, całe środowisko (zarówno studenci, jak i nauczyciele) bezskutecznie oczekiwało również (ze strony Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) na zmianę Rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego [17]. Wtedy dopiero po raz pierwszy (1.04.2020) wskazano, że część efektów uczenia się przypisanych do zajęć kształtujących umiejętności praktyczne, w tym zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe, umożliwiające uzyskanie nie więcej niż 20% liczby punktów ECTS (Europejski System Transferu Punktów; European Credit Transfer System), określonej dla tych zajęć w programie studiów dla roku studiów, na którym kształci się ten student, może być realizowana zdalnie [18]. Ten komunikat był potrzebny, ale w związku z upływającym czasem był tylko doraźną pomocą dla środowiska, spowodował, że zaczęto nareszcie układać dla tych form zajęć nowe plany i harmonogramy, a także z dnia na dzień zaczęto realizować zajęcia praktyczne w sposób zdalny, nie mając czasu na uczenie się nowych umiejętności teleinformatycznych – obcych dla części nauczycieli – czy profesjonalne przygotowanie materiałów dydaktycznych dla tej formy zajęć. Powodowało to frustrację zarówno kadry zarządzającej zespołami, jak i nauczycieli oraz studentów. Po zrealizowaniu tych – możliwych do wykonania zgodnie z rozporządzeniem – zajęć pojawiło się, po kilku tygodniach, nowe rozporządzenie (18.05.2020) [19], zmieniające poprzednie, na mocy którego zwiększono procent możliwych do wykonania godzin dydaktycznych do 40%. I znów, jak było do przewidzenia, zaczęto układać nowe plany i harmonogramy, na nowo planować zajęcia, słusznie zauważając, że Ministerstwo mogło od razu w pierwszym komunikacie podać ostateczną decyzję co do liczby zajęć, a to dałoby szansę na pełną stabilizację i możliwość, chociaż krótkoterminowego, zaplanowania na uczelniach trybu kształcenia studentów. Niemniej jednak sytuacja z możliwością realizowania zajęć w 40% nie w pełni pozwoliła osiągnąć wszystkie efekty uczenia się na kierunkach o profilach praktycznych.

Ciągła niepewność, bezradność, niepokój, a nawet lęk, który był obserwowany zarówno wśród studentów, jak i nauczycieli, towarzyszyły pojawiającym się pytaniom, kiedy zapadną decyzje, kiedy będzie można podjąć zajęcia w czasie rzeczywistym, czy uda się zrealizować wszystkie godziny zajęć praktycznych i praktyk zawodowych, czy możliwe będzie uzyskanie dyplomu pielęgniarki lub położnej, jak zaplanować sobie

dalsze życie na przyszłe miesiące, czy będzie możliwość kontynuacji studiów na drugim stopniu kształcenia. Nauczyciele zastanawiali się, w jaki sposób uczyć studentów praktycznych umiejętności w sposób zdalny, czy taki absolwent będzie w stanie podjąć pracę przy łóżku pacjenta, ile prac teoretycznych można wykonać, by nauczyć się kontaktu z chorym dorosłym czy chorym dzieckiem, co z kształceniem w przyszłym roku akademickim, czy nie będzie zwolnień z pracy.

W tym trudnym czasie, przy zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej w kraju, większość osób podejmowała działania dążące do powrotu studentów na zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe w warunkach szpitalnych. W rezultacie zarówno władze uczelni, jak i samo środowisko medyczne, dyrektorzy szpitali i zakładów opieki zdrowotnej w Krakowie pozwolili na podjęcie przez studentów i nauczycieli zajęć klinicznych od 1 czerwca 2020 roku. Nie obyło się bez trudności wynikających z zapewnienia bezpieczeństwa zarówno studentom, jak i pacjentom, pozyskiwania środków ochrony indywidualnej oraz wykonywania testów na obecność wirusa wśród studentów. Dzięki wzajemnej życzliwości, wsparciu rzeczowemu studentów Akademii Górniczo-Hutniczej, samorządowi zawodowemu pielęgniarek i położnych, władzom województwa małopolskiego, a przede wszystkim władzom uczelni, przy jednoczesnej otwartości samych studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, Uniwersytetowi Jagiellońskiemu, jako jednej z nielicznych uczelni w Polsce, udaje się realizować kształcenie praktyczne w czasie pandemii w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

Jestem pielęgniarką – samorządowcem, pracuję w czasie pandemii

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych został powołany na mocy ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku [20]. Reprezentuje on osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej. Głównym jego zadaniem jest wywieranie wpływu na kształt regulacji prawnych związanych z ochroną zdrowia publicznego, rozwojem kadr medycznych, statusem pielęgniarki i położnej jako zawodów zaufania publicznego. Samorząd jest niezależny w wykonywaniu swoich zadań i podlega tylko przepisom prawa. Przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa. Członkami samorządu są pielęgniarki i położne, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i są wpisane do rejestru prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu radę okręgową. Pielęgniarka i położna stają się członkami samorządu z dniem wpisania do rejestru, a przestają nimi być z dniem wykreślenia z rejestru. Na terenie Polski zarejestrowanych jest 45 Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych.

W związku z aktualną, trudną i dynamicznie postępującą, sytuacją epidemiologiczną, związaną z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, większość izb okręgowych zarejestrowanych na terenie Polski podjęła działania mające na celu wsparcie pielęgniarek

i położnych będących ich członkami. Przy izbach okręgowych zostały powołane Zespoły Zarządzania Kryzysowego. W ramach realizacji zadań Zespołu Zarządzania Kryzysowego zorganizowano pomoc w zakresie:

- wyposażenia pielęgniarek i położnych w środki ochrony osobistej, których w pierwszych tygodniach epidemii szczególnie brakowało, tj. w rękawiczki ochronne, płyny dezynfekcyjne do rąk, maseczki chirurgiczne i przyłbice. Wsparcia udzielono wszystkim członkom samorządu, pracującym zarówno w oddziałach szpitalnych, jak i w domach pomocy społecznej, podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) czy medycynie szkolnej;
- pomocy prawnej dla członków samorządu w odpowiedzi na zgłaszane przez pielęgniarki i położne liczne wątpliwości dotyczące ich uprawnień i obowiązków w związku z trwającą epidemią. Jednocześnie zmieniające się przepisy prawa, pojawiające się i zaczynające obowiązywać nowe regulacje budziły chaos i niepewność;
- pomocy psychologicznej dla pielęgniarek i położnych – przy telefonach dyżurowali doświadczeni psycholodzy i terapeuci, którzy udzielali personelowi medycznemu interwencyjnej pomocy psychologicznej. W trakcie pandemii COVID-19 pracownicy zawodów medycznych, zwłaszcza pielęgniarki i położne, pracują na pierwszej linii;
- pracy z pacjentem, w bezpośrednim zagrożeniu własnego zdrowia i życia. Pracownicy medyczni narażeni są na intensywny i długotrwały stres, wyczerpanie psychiczne. W trybie wielogodzinnej pracy zmianowej, w dramatycznie zmieniających się warunkach, często pozbawieni właściwego sprzętu ochrony osobistej, pozostawieni są sami sobie. Zmagają się nie tylko z wirusem, ale również z olbrzymim napięciem psychicznym, bez jakiegokolwiek systemowej pomocy psychologicznej oferowanej pielęgniarkom, lekarzom czy ratownikom przez pracodawcę;
- nieodpłatnych miejsc hotelowych/mieszkańowych – celem tej inicjatywy było stworzenie dla pielęgniarek i położnych przestrzeni do odpoczynku lub kwarantanny, bez narażania zdrowia ich domowników;
- zapewnienia środków higieny osobistej oraz całodobowego wyżywienia pielęgniarkom i położnym objętym kwarantanną w oddziałach szpitalnych, a także przebywającym w domach;
- objęcia pielęgniarek i położnych dodatkowym ubezpieczeniem dotyczącym zdarzeń niepożądanych i odpowiedzialności cywilnej od przenoszenia wszystkich chorób zakaźnych, w tym wirusa;
- udzielenia specjalnej zapomogi finansowej w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, przeznaczonej dla pielęgniarek i położnych będących członkami poszczególnych izb okręgowych (przyznawanej na mocy uchwały podjętej w niektórych izbach okręgowych).

Rady Okręgowe Pielęgniarek i Położnych mają na uwadze aktualną sytuację epidemiologiczną, która wymaga od pielęgniarek i położnych, a także innych osób wykonujących zawody medyczne, ogromnego

zaangażowania w swoją pracę i w opiekę nad pacjentami, zdają sobie sprawę, że aby ta praca mogła być wykonywana, niezbędne jest zapewnienie możliwie najpełniejszej ochrony pielęgniarek i położnych przed potencjalnym zarażeniem się wirusem SARS-CoV-2 od pacjentów. Bowiem tylko zdrowy pracownik może nieść pomoc w bezpośredniej opiece nad osobami zakażonymi wirusem oraz pacjentami wymagającymi leczenia z innych przyczyn. Zapewnienie odpowiednich warunków pracy i środków ochrony indywidualnej personelowi medycznemu wobec tak ogromnego ryzyka epidemiologicznego to nie tylko zapewnienie ich bezpieczeństwa, ale także bezpieczeństwa pacjentów będących pod ich opieką. Dodatkowo aspekty psychologiczne, prawne i socjalne stanowiły priorytet w podejmowanych działaniach samorządu zawodowego na rzecz pomocy pielęgniarkom i położnym w czasie pandemii.

Podsumowanie

Tak jak na pandemię zakażeń wirusem SARS-CoV-2 można spojrzeć wieloaspektowo, tak pracę pielęgniarek w czasie izolacji społecznej i *lockdownu*, przy równoczesnym wykonywaniu przez nie zadań zawodowych w szpitalach i innych placówkach opieki zdrowotnej, należy rozważać obszernie, a jednocześnie różnorodnie. Tak jak odmienne są opisy sytuacji, w których znalazły się pielęgniarki wykonujące swój zawód w czasie pandemii, tak zupełnie inna bywa perspektywa ich pracy. Wszystkie te działania są spójne w jednym celu, a jest nim dobro pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039).
2. Karkowska D., *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Wolters Kluwer, Warszawa 2020.
3. Glińska J., Lewandowska M., *Autonomiczność zawodu pielęgniarskiego w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007; 15 (4): 249–253.
4. Bartnik A., Szela E., Kopański Z., Brukwicka I., Wojciechowska M., *Profesjonalizacja pielęgniarstwa polskiego*, „Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue” 2012; 1: 3–6.
5. Gugala B., Iwanicka-Maciura A., Mryczko E., *Oczekiwania rodzin pacjentów przewlekle chorych w zakresie opieki pielęgniarskiej*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012; 18 (3): 225–228.
6. Siwek M., Nowak-Starz G., *Współczesny wizerunek pielęgniarstwa w opinii społeczeństwa*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2017; 65 (3): 487–494.
7. Wysocka M., *Spoleczna odpowiedzialność organizacji ochrony zdrowia*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2012; 13 (5): 303–316.
8. Smoleń E., Ksykiewicz-Dorota A., *Profesjonalizm pielęgniarek jako element oceny satysfakcji rodziców/opiekunów dzieci z opieki pielęgniarskiej*, „Medycyna Pracy” 2015; 66 (4): 549–556.
9. Schmidt B.J., McArthur E., *Professional nursing values: A concept analysis*, „Nurs Forum” 2018; 53 (1): 69–75.
10. Marcinowicz L., Shpakou A., Piatrou S., Fejfer-Wirbal E., Dudzik A., Kalinowska P., Palubinskaya S., Wojnar D., *Behavioural categories of professionalism of nurses in Poland and Belarus: A comparative survey*, „J Clin Nurs” 2020; 29 (9–10): 1635–1642.
11. Binkowska-Bury M., Więch P., Bazaliński D., Marć M., Bartosiewicz A., Januszewicz P., *Nurse prescribing in Poland: Opinions expressed by primary care doctors, nurses, and patients*, „Medicine (Baltimore)” 2016; 95 (33): e4506.
12. Uchmanowicz I., Manulik S., Lomper K., Rozensztrauch A., Zborowska A., Kolańska J., Rosińczuk J., *Life satisfaction, job satisfaction, life orientation and occupational burnout among nurses and midwives in medical institutions in Poland: A cross-sectional study*, „BMJ Open” 2019; 28 (1): e024296.
13. Waksmańska W., Łukasik R., Gawlik K., Makowska-Songin J., *Oczekiwania rodzin pacjentów a postawy personelu medycznego – analiza na przykładzie Szpitala Pediatrycznego w Bielsku-Białej*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2012; 20 (1): 70.
14. Kołodziejczyk J., Freund B., *Konceptualizacja wartości profesjonalizmu zawodowego pielęgniarek/pielęgniarzy*, „Zarządzanie Publiczne. Zeszyty Naukowe Instytutu Spraw Publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego” 2013; 23 (3): 353–360.
15. <https://www.pielęgniarkicyfrowe.pl/> (dostęp: 19.10.2020).
16. <http://wczepkurodzona.pl/> (dostęp: 19.10.2020).
17. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2019 r., poz. 1573).
18. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 1 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2020 r., poz. 581).
19. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 18 maja 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2020 r., poz. 885).
20. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 1991 r. Nr 41, poz. 178, z późn. zm.).