

Jolanta Łodzińska

ORCID: 0000-0002-2224-3834

UKSW – Warszawa

Socjologiczne aspekty idei holizmu w zawodzie pielęgniarstwa

Słowa kluczowe: zdrowie, opieka pielęgniarstwa, idea holizmu, potrzeby człowieka, podmiotowość

Keywords: health, nursing care, the idea of holism, human needs, subjectivity

Poszerzająca się wiedza o człowieku, zarówno ta, której źródłem są nauki filozoficzne, ekologia, socjologia, psychologia, jak i ta, która czerpie głównie z medycyny i fizjologii, spowodowały, że współczesny człowiek ma możliwość udziału w tworzeniu nowej jakości życia. Zdaniem Urszuli Krzyżanowskiej-Łagowskiej, teoria struktury człowieka wielowymiarowego uaktywnia niejako te wszystkie czynniki. Pozwala ona nie tylko na rozpatrywanie go jako bytu jednostkowego, ale także jako elementu większych i mniejszych całości. Stanowi również dobrą bazę teoretyczną do przyjęcia w naukach medycznych, a w szczególności w pielęgniarstwie. Daje tym samym rzetelne podstawy naukowe do prawidłowego rozumienia podejścia holistycznego w opiece nad chorym. Większość dostępnych opracowań na temat tego modelu pomija jednak całkowicie aspekt duchowy, a w najlepszym przypadku marginalizuje jego znaczenie, nie wyjaśniając, co się za nim kryje¹. Wymiar duchowy człowieka to przede wszystkim wnętrze, wartości, aksjologia, wspólnotowość, to głębia tego, co zewnętrzne. Takie podejście do człowieka i jego natury w ujęciu Krzyżanowskiej-Łagowskiej pozwala w naukach pielęgniarstwa budować teo-

¹ U. Krzyżanowska-Łagowska, *Elementy duchowości w etosie pielęgniarstwa*, w: *Powołanie jako imperatyw zawodowy. Etos polskich pielęgniarek w badaniach socjologicznych*, red. J. Łodzińska, S. Zaręba, M. Zarzecki, Warszawa 2017, s. 236.

retyczne podstawy troski, współczucia, miłości i wolności jako metod i narzędzi terapeutycznych. Autorka zwraca uwagę nie tylko na prawa pacjenta, ale także na jego powinności. To samo dotyczy personelu pielęgniarstwa. Leczy i uzdrawia nie tylko tabletką, na stan zdrowia wpływa również zachowanie etyczne każdej osoby².

Człowiek często staje jednak bezradny wobec zjawisk naturalnych, ponieważ, choć z jednej strony ulepsza swoje życie, korzystając z osiągnięć naukowych, z drugiej doświadcza niepewności, zagrożeń, cierpienia i chorób. Istnieje pilna potrzeba nowego spojrzenia na człowieka i jego zdrowie. Obecnie wielu autorów opowiada się za koncepcją holistyczną, która obejmowałaby to zagadnienie w sposób kompleksowy. Inny niż dotychczas sposób definiowania zdrowia w publikacjach naukowych stawia zupełnie nowe wyzwania. Jest wyrazem poszukiwania przez medycynę kolejnych rozwiązań zmierzających do poprawy dobrostanu społeczeństwa. Główną jego ideę stanowi przeniesienie ciężaru walki o zdrowie z instytucji medycznych na instytucje życia społecznego oraz postępowanie poszczególnych jednostek³. Zdrowie niewątpliwie jest jedną z najważniejszych wartości w życiu. Postrzeganie go jako tylko brak choroby to zbyt mało. Ochrona zdrowia i zapobieganie chorobom należą do stałych elementów życia codziennego. Zdrowie jest kształtowane przez procesy życia społecznego, podlega nieustannej ewolucji i wymaga ciągłej adaptacji⁴.

1. Zdrowie jako wartość społeczna

Prowadząc dyskurs dotyczący idei holizmu, należy rozpocząć od definicji zdrowia. Koncepcje zdrowia i jego ochrony zmieniały się w czasie wraz z rozwojem cywilizacyjnym społeczeństw i pojawianiem się kolejnych nurtów filozoficznych, których idee przewodnie miały wykładnie materialne w postaci paradygmatów⁵. Ewoluuja one przede wszystkim dzięki rozwojowi nauki i szerszemu spojrzeniu na otaczającą rzeczywistość. Choć odpowiedź na pytanie, czym jest zdrowie, może wydawać się oczywista, to jako zagadnienie abstrakcyjne jest ono trudne do jednoznacznego i kategorycznego określenia. Pomimo iż rezultatem rozważań na ten temat, trwających już od ponad dwóch tysięcy lat, jest ok. 300 definicji zdrowia, to jak dotąd nie powstała ta uniwer-

² Por. tamże.

³ T.B. Kulik, M. Latalski, *Przedmowa*, w: *Zdrowie publiczne*, red. T.B. Kulik, M. Latalski, Lublin 2002, s. 11.

⁴ Tamże.

⁵ A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia. Teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 93 (2012), nr 4, s. 682.

salna, ujmująca jego istotę w sposób niebudzący zastrzeżeń⁶. Problem w tym, że definicje te bazują na kilku często odmiennych płaszczyznach (biologicznej, psychicznej czy społecznej). Co więcej, wbrew twierdzeniom o neutralnym charakterze obu pojęć (tj. zdrowia i ochrony zdrowia), wpływ na ich rozumienie mają nie tylko osiągnięcia naukowe, ale również czynniki społeczno-kulturowe, w tym aksjologie i ideologie oraz systemy społeczno-polityczno-ekonomiczne. To od nich zależy, czy zdrowie będzie pojmowane jako „brak choroby”, „norma gatunkowa”, „funkcjonowanie organizmu”, „zdolność adaptacyjna” czy „dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny”⁷.

Zdrowie było od wieków wysoko cenioną wartością. Badania prowadzone wśród dorosłych i młodzieży wskazują, że obok wartości z obszaru życia osobistego i rodzinnego jest ono uznawane za najważniejsze. Większość z badanych nie ryzykowałaby własnego zdrowia dla uzyskania korzyści materialnych czy dla pracy zawodowej⁸. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),

Zdrowie jest stanem pełnego, dobrego samopoczucia/dobrostanu (*wellbeing*) fizycznego, psychicznego i społecznego, a jednostki lub grupy muszą mieć możliwość określania i realizowania swoich dążeń, zaspokajania potrzeb, a także zmiany środowiska bądź radzenia sobie z nim. Dlatego zdrowie jest postrzegane jako zasób życiowy, a nie cel życia. Zdrowie jest pojęciem pozytywnym, obejmującym zasoby osobiste i społeczne oraz możliwości fizyczne, a nie tylko brakiem obiektywnie istniejącej choroby czy niepełnosprawności⁹.

Definicja ta jest bardzo ważna i nowatorska, ponieważ nie poprzestaje na samym negującym ujęciu zdrowia jako braku choroby, ale bardzo mocno akcentuje jego aspekt pozytywny, którym jest dobrostan. Oznacza to, że w kwestiach zdrowia nie można skupiać się jedynie na chorobach i próbach ich zwalczania, ale należy koncentrować się zwłaszcza na jego wzmacnianiu. W odpowiedzi na tę potrzebę powstał więc „model biopsychospołeczny” zdrowia jako systemowe podejście do choroby, kładące nacisk na wzajemne relacje między ciałem a umysłem oraz na rozpatrywanie choroby na wszystkich poziomach. Model ten zajmuje się całym człowiekiem, a nie tylko „człowiekiem-maszyną”. Zakłada on, że człowiek nie tyle ma ciało, ile jest ciałem. Poddaje kryty-

⁶ Por. B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2013.

⁷ H.T. Engelhardt, *Ideology and etiology*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 1976, nr 1, s. 256–257.

⁸ M. Banaszekiewicz, *Zdrowie jako wartość*, w: *Promocja zdrowia*, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, Lublin 2008, s. 11.

⁹ Por. *Zdrowie – definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)*, <https://ekaloria.pl/zdrowie/> (dostęp: 17 czerwca 2019).

ce sposób przedstawiania zdrowia i choroby na zasadzie „albo–albo”. Należy przyjąć, że istnieje pewna skala, w której pełne zdrowie i śmiertelna choroba znajdują się na przeciwległych końcach, a między nimi istnieje cała seria stanów pośrednich. Ta z pozoru niewielka zmiana w ujęciu problemu zdrowia i choroby ma poważne implikacje praktyczne i teoretyczne. Przyjmując zasadę „albo–albo”, nie mamy powodu, aby się zdrowiem interesować i zajmować¹⁰. Nowe spojrzenie na kwestię zdrowia i choroby stawia nas pomiędzy tymi biegunami i uświadamia nam, że zbliżanie się do jednego bądź drugiego zależy od świadomej i nieświadomej aktywności. Przyswajanie nawyków prozdrowotnych przesuwają nas w kierunku bieguna „zdrowie”¹¹. Bardzo dużą rolę odgrywa tu prewencja – zapobieganie chorobom. Jeżeli ludzie pragną być zdrowi, nie mogą ograniczyć się do chodzenia do lekarza wtedy, gdy zachorują (ponieważ jest to skupianie się jedynie na chorobach). Powinni koncentrować się także na samym zdrowiu – wzmacniać je przez odpowiedni tryb życia (np. właściwie odżywianie, aktywność fizyczna), sposób myślenia i właściwe radzenie sobie z emocjami. Współczesna definicja zdrowia WHO bardzo mocno podkreśla zatem związek zdrowia z życiem wewnętrznym i społecznym człowieka oraz z jego osobistą troską o kondycję fizyczną.

2. Potrzeby człowieka jako punkt wyjścia dla działań pielęgniarki

Omawiając rolę pielęgniarki w kontekście idei holizmu, należy wyjść od potrzeb człowieka, które stanowią fundament wielokierunkowych działań. Bezpieczeństwo rozpatrywane na poziomie antropologicznym stanowi dla jednostki wartość najwyższą, gdyż tylko przy jego zagwarantowaniu istnieje możliwość realizacji naturalnych, osobistych i społecznych potrzeb człowieka¹². Abraham Maslow, tworząc teorię hierarchii ludzkich potrzeb, ułożył je w kolejności od najbardziej podstawowych do tych wyższego rzędu. Najważniejsze spośród wszystkich są potrzeby fizjologiczne (inaczej egzystencjalne, niezbędne do przetrwania: pożywienie, tlen, sen), które warunkują procesy życiowe¹³. Następną jest potrzeba bezpieczeństwa: stabilności, pewności zatrudnienia, ochrony porządku, sprawiedliwości oraz wyeliminowania zagrożeń¹⁴.

¹⁰ B. Czarnecki, *Przedmiot psychologii zdrowia*, „Nauczyciel i Szkoła” 2001, t. 3–4, nr 12–13, s. 30.

¹¹ Tamże.

¹² K. Karolak, *Bezpieczeństwo jednostki i narodu – mrzonka czy realność w XXI wieku?*, w: *Bezpieczeństwo XXI wieku. Asymetryczny świat*, red. K. Liedel, P. Piasecka, T. Aleksandrowicz, Warszawa 2011, s. 16.

¹³ A. Mazzoneo, *Motivazione e personalia*, „Psicosintesi” 2006, nr 6, s. 19–20.

¹⁴ R. Castel, *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?*, Torino 2011, s. 75.

Dalej wyszczególnione są potrzeby społeczne (przynależności i miłości), do których zaliczyć należy relacje interpersonalne, nawiązywanie przyjaźni, potrzebę afiliacji, przynależności do grupy. Ten poziom jest bardzo istotny, ponieważ niezaspokojenie tych potrzeb może doprowadzić do alienacji społecznej jednostki, poczucia wyobcowania czy nawet odrzucenia. Może to skutkować zaburzoną funkcjonowaniem w społeczeństwie oraz w miejscu pracy, co z kolei powoduje obniżenie efektywności pracownika.

Kolejny poziom tworzą potrzeby szacunku i uznania, które pojawiają się wtedy, gdy poprzednie zostały zaspokojone. Odnoszą się one nie tylko do sprawnie funkcjonujących relacji między ludźmi, ale także do konieczności uznania działań w ich postrzeganiu. Bardzo istotne jest, by inni dostrzegli profesjonalizm, kompetencje, umiejętności, aby docenili zaangażowanie jednostki. Należy też w tym miejscu wspomnieć o niebezpieczeństwie: jeśli ktoś zbyt mocno pragnie uznania, może to utrudniać współpracę z nim i być przyczyną zahamowania efektywności.

Najwyżej w piramidzie Masłowa znajduje się potrzeba samorealizacji. Tutaj jednostka koncentruje się na wykorzystaniu w pełni swojego potencjału i realizacji zamierzeń. W przeciwieństwie do czterech poprzednich, potrzeba samorealizacji nigdy nie zostaje zaspokojona, ponieważ człowiek wciąż pragnie rozwoju, stawia sobie ambitne cele. Należy tutaj mieć na uwadze także niebezpieczeństwa związane z niemożnością realizacji wytyczonych celów. Niekiedy mogą one przerastać czyjeś możliwości, co może prowadzić do frustracji lub załamania nerwowego¹⁵.

Ten hierarchiczny porządek sprawia, że warunkiem zaspokojenia potrzeb stojących wyżej jest przynajmniej częściowe zaspokojenie potrzeb niższych (biologicznych). Dzieje się tak dlatego, że potrzeba jest wyrazem związku człowieka ze światem i jego zależności od niego. Życie, zdrowie, rozwój, samopoczucie, zachowanie się w taki, a nie inny sposób świadczy o tym, że człowiek odczuwa brak czegoś, co znajduje się poza nim. Potrzeba jest czynnikiem dynamizującym życie ludzkie, pobudza do działania. Człowiek funkcjonuje poprzez zaspokajanie różnego rodzaju potrzeb. Są one wyznacznikiem celów, siłą napędową lub hamującą aktywność fizyczną i odczucia oraz decyzje. Najsilniej odczuwane w danym społeczeństwie potrzeby decydują o jego kulturze, typowych skłonnościach i dominujących wartościach. Potrzeby są wynikiem cech biologicznych i psychicznych człowieka ukształtowanych przez sprzężone oddziaływanie środowiska kulturowego i naturalnego. Ich źródłem są fizyczne

¹⁵ Z. Kawczyńska-Butrym, *Rodzina. Koncepcje i przemiany rodziny*, w: *Wybrane elementy socjologii*, red. A. Majchrowska, Lublin 2003, s. 73.

i duchowe wymagania ludzkiego organizmu, wynikają one także z uczestnictwa jednostki w życiu gospodarczym i społecznym¹⁶. Wydaje się, iż postępowanie zgodnie z założeniami modelu biopsychospołecznego daje szansę na całościowe spojrzenie na człowieka, zarówno kiedy jest zdrowy, jak i podczas choroby. Niestety, rzeczywistość okazuje się wręcz brutalna, ponieważ z jednej strony wprowadza się normy zatrudnienia dla pielęgniarek, z drugiej zaś, jako starzejąca się grupa zawodowa, często nie są one w stanie sprostać wymaganiom stawianym przez lekarzy, pacjentów i ich najbliższych. Pielęgniarka, opiekując się podopiecznym, zajmuje się także jego rodziną, uwzględnia jego środowisko życia, pracy i nauki oraz społeczność lokalną, w tym religię, wartości kulturowe oraz warunki socjoekonomiczne. Od pielęgniarki oczekuje się wysokiego poziomu etyczno-moralnego i odpowiedzialności. W relacji z pacjentem i jego rodziną wymaga się od niej biegłości w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktu, słuchania, wyjaśniania oraz rozumienia zachowań niewerbalnych. Pielęgniarka powinna wykazywać się empatią i wrażliwością na problemy innych ludzi. Oczekuje się od niej również zdolności organizacyjnych oraz umiejętności wydajnej współpracy w zespole i z innymi świadczącymi¹⁷.

3. Idea holizmu – konceptualizacja pojęcia

W medycynie dominował i dominuje do dziś paradygmat biomedyczny, który wywodzi się z teorii siedemnastowiecznego filozofa René Descartesa i zakłada odrębność funkcjonalną ciała i umysłu. Świat w ujęciu Kartezjusza (i innych filozofów tego okresu) był jednym wielkim mechanizmem, maszyną rządzoną procesami ruchu (mechaniki), jego harmonię wyznaczały prawa matematyki, geometrii i mechaniki, a nie boskie prawodawstwo czy ludzkie dążenia do zdobycia wyznaczonych sobie celów. Częścią owego świata-maszyny był też człowiek. Jego naturę i zachowania analizowano i interpretowano za pomocą tych samych metod i opierając się na tych samych prawach (zasadach), jakie stosowano do zjawisk przyrodniczych, jak gdyby chodziło „o linie, płaszczyzny albo ciała”¹⁸. W modelu Kartezjusza zdrowie oznaczało więc perfekcyjne funkcjonowanie biologicznej maszyny; choroba to zepsucie („awaria”) któregoś z elementów ludzkiego organizmu. Zadaniem medycyny

¹⁶ Tamże.

¹⁷ L. Marcinowicz, *Rola pielęgniarki i położnej w sprawowaniu podstawowej opieki zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2014, t. 12, nr 4, s. 356.

¹⁸ Por. B. Spinoza, *Etyka*, Warszawa 1954, s. 41.

miało być naprawienie owych uszkodzonych części, ale bez uwzględnienia stanu całości (maszyny-organizmu)¹⁹.

Ciało traktowano oddzielnie również w kontekście szybko rozwijających się w XX wieku nauk technicznych, które miały coraz większy udział w medycynie. Pacjent poddawany licznym badaniom diagnostycznym za pomocą różnego rodzaju aparatury znajduje się daleko od lekarza i często nie zostaje dokładnie poinformowany o celu tej diagnostyki i jej wynikach. Nierzadko jest traktowany w procesie leczenia jak maszyna, którą należy naprawić, usuwając lub wymieniając wadliwe części, lub też niszcząc „ciała obce” stanowiące przyczynę problemu. W tradycyjnym modelu biomedycznym zdrowie jest kategorią zobiektywizowaną – w dobrym stanie zdrowia nie ma dysfunkcji biologicznych. Zdrowie i choroba są kategoriami rozłącznymi – albo się jest zdrowym, albo chorym, nie ma natomiast stanów pośrednich. Zdrowy człowiek nie potrzebuje lekarza, natomiast chory powinien pozostać całkowicie pod jego kontrolą. Od pacjenta nie oczekuje się aktywności prozdrowotnej, a jedynie podporządkowania się zaleceniom lekarzy w czasie choroby²⁰.

Niestety, model mechanistyczny, traktujący człowieka jak „zepsutą maszynę”, nie dostrzega wpływu czynników psychicznych na zdrowie i chorobę, co dostrzegali lekarze z czasów przednowożytnych. Model biomedyczny uwzględnia wyobrażenia, myśli i emocje tylko jako aspekty psychiki, niemające wpływu na ciało. Odkrycia zewnętrznych przyczyn chorób, m.in. wirusów czy bakterii, dodatkowo wzmocniły jego pozycję. Z kolei rozwijające się w medycynie specjalizacje spowodowały, że lekarz koncentrował się podczas leczenia tylko na wybranych narządach zamiast na chorym całościowo. Aktualnie intensywny postęp wiedzy medycznej oraz zmiany w obrębie służby zdrowia (np. procedury obowiązujące konkretny oddział) dają możliwość leczenia tylko przypadłości mieszczących się w obrębie danej specjalizacji oddziału czy przychodni. Tak więc znowu nie można leczyć człowieka całościowo²¹.

Ponieważ biotechniczny model medycyny skupia się jedynie na chorobie i jej leczeniu, wpływa to również na kształtowanie się pewnych stereotypów myślenia i hierarchię wartości, według której wszystko to, co wiązało się z zachowaniem zdrowia i zapobieganiem chorobom, było mniej ważne niż to, co

¹⁹ E. Starzyńska-Kościszko, *Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia. Zdrowie jako wartość*, „Humanistyka i Przyrodoznawstwo” 2010, nr 12, s. 321.

²⁰ Por. K. Markocka-Mączka, K. Grabowski, R. Taboła, *Holistyczne podejście do pacjenta*, w: *Profilaktyka i edukacja zdrowotna*, red. E. Dybińska, M. Szpringer, R. Asienkiewicz, Lublin 2017, s. 173.

²¹ Por. M.A. Basińska, *Psychospołeczny kontekst promocji zdrowia*, w: *Promocja zdrowia*, dz. cyt., s. 19.

łączyło się z chorobą i jej leczeniem. Zdrowie pojmowane jest tutaj jako brak choroby, którą traktuje się jako skutek nieprawidłowości w budowie określonego narządu lub zaburzeń w jego funkcjonowaniu. W centrum zainteresowania pielęgniarki znajduje się więc przede wszystkim fizyczny wymiar osobowości pacjenta, często z pominięciem wymiaru psychicznego, duchowego, społecznego i kulturowego. Skutkiem takiego stanu rzeczy staje się przedmiotowe traktowanie pacjenta. Według tej koncepcji, pacjent to wyizolowany organizm, w którym należy pielęgnować niesprawny narząd. Pielęguje się zatem nie człowieka, ale jego ciało (a nieraz tylko jego konkretny element). Pielęgniarstwo instrumentalne poprzez pominięcie zdrowia, a skupienie się na chorobie jedynie w jej wymiarze biologicznym zmniejsza możliwości działania pielęgniarki. Przyczyniają się do tego brak profilaktyki, promocji zdrowia oraz pomijanie środowiska rodzinnego i naturalnego w procesie pielęgnowania.

Człowiek w pracy pielęgniarki powinien być podmiotem, a nie przedmiotem działań. Według koncepcji Florence Nightingale, człowieka jako osobę tworzą komponenty fizyczne, intelektualne, emocjonalne oraz duchowe. Nie jest on jednak ich sumą, lecz jednością. Nightingale dużą wagę przywiązywała do zapewnienia komfortu fizycznego i psychicznego pacjenta – człowieka chorego i cierpiącego. Poszanowanie godności każdego pacjenta, uwzględnienie jego osobowości, indywidualności, czuwanie nad jego zdrowiem fizycznym, psychicznym stało się dla niej podstawą pielęgnowania. Uważała, że wszyscy ludzie mają prawo do opieki zdrowotnej, stąd humanitaryzm będący istotą działania pielęgniarek winien wyrażać się w praktyce w udzielaniu pomocy zawsze, wszędzie i każdej potrzebującej osobie. Dlatego też pielęgniarki powinny odznaczać się bardzo wysoką kulturą moralną, a na pierwszym planie swojej działalności zawodowej stawiać dobro chorego, czyli ochronę jego życia i zdrowia, jak i okazywać mu zaufanie, wyrozumiałość, życzliwość i miłość²².

Nightingale podchodziła więc do osoby ludzkiej w sposób holistyczny. Miało to źródło w wyznawanym przez nią światopoglądzie, według którego człowiek dla osiągnięcia własnego zbawienia powinien podejmować ciężką pracę, aby zyskiwać dobrostan moralno-emocjonalno-fizyczny²³. Człowiek w jej teorii pielęgniarstwa stanowi centrum. Istnieją w nim naturalne siły leczenia, którego przebieg utrudniają czynniki środowiska. Pielęgniarka niejako manipuluje tymi czynnikami na korzyść człowieka. Pomagając chorym, ma ona możliwość rozwijania i duchowego doskonalenia się. Ludzie różnią się

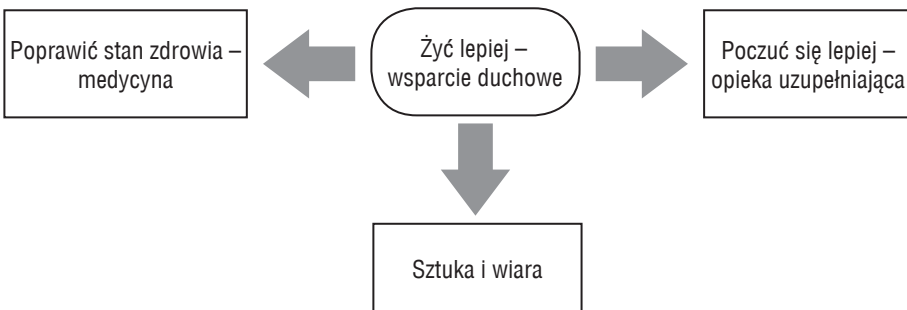
²² A. Nawrocka, *Etos polskich pielęgniarek w aspekcie historycznym*, „*Annales Academiae Medicae Silesiensis*” 2009, t. 63, nr 1, s. 69.

²³ S. Poznańska, *Istota wielkiej teorii koncepcyjnego modelu pielęgniarstwa F. Nightingale*, w: *Etyka w pracy pielęgniarskiej*, red. I. Wrońska, J. Mariański, Lublin 2002, s. 281.

między sobą biologicznie, socjoekonomicznie, wierzeniami, a także chorobami. Wszyscy są jednak sobie równi i wszyscy mają jednakowe prawa do korzystania z pomocy w sprawach zdrowia²⁴.

Holizm (gr. *hólos* – cały) jest to teoria rzeczywistości, zgodnie z którą świat stanowi całość hierarchicznie złożoną z licznych całości niższego rzędu i podlega dynamicznej, twórczej ewolucji, prowadzącej do powstania coraz to nowych, jakościowo różnych całości (nieudających się zredukować do sumy swych części); zapoczątkowany przez Jana Ch. Smutsa, rozwijany przez niektórych biologów i filozofów angielskich w pierwszej połowie XX wieku²⁵. Idea całościowego podejścia w medycynie jest jednak znacznie starsza. Słowa przypisywane Hipokratesowi: „by leczyć ciało ludzkie, konieczna jest wiedza o całości zjawisk”, stanowią podstawę dzisiejszej holistycznie rozumianej medycyny. Grecki lekarz uważał bowiem, że człowiek pozostaje w ścisłym związku ze swoim środowiskiem, ale przede wszystkim, że należy leczyć człowieka, a nie konkretną chorobę²⁶.

Schemat 1. Potrzeby pacjenta



Źródło: M. Baum, *Pojęcie holizmu w medycynie konwencjonalnej i alternatywnej*, tłum. A. Bronowicz, „Medycyna po Dyplomie” 2010, nr 9, s. 95.

Holizm w odniesieniu do pielęgniarstwa oznacza świadczenie opieki we wszystkich stanach zdrowia i choroby i we wszystkich obszarach życia pacjenta. Pielęgniarka musi więc wykorzystywać wszystkie swoje umiejętności, by udzielić mu wszechstronnej pomocy. Interwencja pielęgniarska może być

²⁴ Tamże.

²⁵ Por. *Holizm*, w: *Encyklopedia PWN*, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/holizm;4008462.html> (dostęp: 17 czerwca 2019).

²⁶ A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia*, dz. cyt., s. 682–683.

nieskuteczna, jeśli ukierunkowana jest tylko na fragment (segment) problemu zdrowotnego, względnie jeśli bierze pod uwagę tylko jedną możliwą przyczynę zaobserwowanego stanu (np. tylko somatyczną lub tylko psychiczną). Holizm oznacza traktowanie organizmu jako całości, co wynika z faktu, że organizm jest czymś więcej niż sumą swoich części, ponieważ stanowi system²⁷. Holizm to podejście do pacjenta jako do bytu intelektualnego, emocjonalnego, społecznego, duchowego i – oczywiście – fizycznego; wymaga także od pacjenta aktywności w kwestii jego leczenia, rezygnacji z biernego bycia biorcą świadczeń leczniczych, w czym nie można mu jednak przeszkadzać. Takie podejście zmusza do innego spojrzenia na chorobę. Holistyczny model zdrowia obejmuje płaszczyzny:

- fizyczną (funkcjonowanie biologiczne organizmu jako całości),
- psychiczną (funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne),
- społeczną (zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich),
- duchową (związaną z osobistymi przekonaniami)²⁸.

Zdrowie w tym modelu przedstawiane jest jako stan równowagi dynamicznej organizmu i jako jeden ze stanów pośrednich jest usytuowane pomiędzy hipotetycznym optimum zdrowia i klinicznym stadium choroby. Jako pozytywne wskaźniki zdrowia i jego „zaplecze funkcjonalne” wymieniane są rezerwa zdrowia pozytywnego i potencjał zdrowotny jednostki. Podejście holistyczne uznaje odrębność psychospołeczną każdego chorego i poszukuje sposobów leczenia dostosowanych do jego indywidualnych potrzeb, przyjmując tezę o wyjątkowości każdego życia przy zwyczajności przeżywanej choroby. Respektuje społeczne otoczenie chorego i również w nim poszukuje źródeł dysfunkcji i patologii, z którymi mierzy się pacjent. Włącza rodzinę i społeczność, a przede wszystkim samego chorego w proces przejmowania kontroli nad chorobą, odbudowywania zdrowia i zwiększania jego potencjału²⁹. Pielęgnacja w ujęciu holistycznym powinna być działaniem bez granic obejmującym człowieka jako całość, jego pragnienia i ogół cierpień. Człowiek jest bowiem wartością absolutną i niezastąpioną³⁰.

Holizm wymaga zainteresowania całą osobą w jej własnym otoczeniu oraz ogółem stosowanych metod leczenia. Wynika to przede wszystkim z ochrony

²⁷ Por. W. Ciechaniewicz, *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia*, Warszawa 2001.

²⁸ A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia*, dz. cyt., s. 683.

²⁹ Tamże.

³⁰ A. Zaworska, *Etyka zawodu pielęgniarskiego*, „Biuletyn Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych” 2002, nr 1, s. 5–7.

naczelnych wartości człowieka – zdrowia i życia – oraz osobowego przedmiotu oddziaływań zawodowych, co wyklucza instrumentalne traktowanie podopiecznych. Osoba ludzka nie może być dla nikogo przedmiotem działania czy też jego środkiem, ale zawsze celem. Zadaniem i obowiązkiem pielęgniarki jest całościowe podejście do pacjenta jako istoty integralnej. Podobnie jak lekarz, wkracza ona w sferę biomedyczną życia ludzkiego, która wymaga szczególnej czci, szacunku i ochrony³¹.

Podejście holistyczne łączy ekologiczną subtelność starożytnych obrzędów terapeutycznych z ofertą współczesnej nauki, uwzględniając zarówno te techniki, których skuteczność została dowiedziona, jak również te, które dopiero od niedawna zaczyna się stosować. Zmierzają do stworzenia takiego systemu opieki zdrowotnej i edukacji, w którym ludzie, jako członkowie określonej społeczności, sami będą troszczyć się o własne zdrowie³². Nie oznacza to, iż pacjent sam będzie się leczył. Należy jednak docenić, jak istotna jest samoobserwacja. Czujny pacjent bywa niezwykle pomocny w postawieniu mu prawidłowej diagnozy. Niestety, rzeczywistość bywa przytłaczająca. Niektórzy lekarze, słysząc mnóstwo objawów z ust pacjenta, stwierdzają nerwicę lub hipochondrię. A stan faktyczny jest niejednokrotnie inny. Dlatego na chorego należy spojrzeć w sposób wielowymiarowy, z uwzględnieniem jego własnej obserwacji oraz odczuć. Nie można przykładać tej samej miary do każdego. Inną kwestią jest komercjalizacja służby zdrowia, wskutek czego pacjent stał się klientem/świadczeniobiorcą, a lekarz świadczeniodawcą. Leczenie, a właściwie obecnie udzielanie świadczeń, stało się procedurą o określonej wartości finansowej, czyli produktem. Każdej chorobie przypisany jest numer statystyczny, szpitale i przychodnie mają swoje limity, których przekroczenie powoduje sankcje pieniężne. Lekarz staje się przedsiębiorcą, jego własne korzyści finansowe i korzyści finansowe instytucji, w której pracuje, stają się znaczącym, jeśli nie zasadniczym motywem jego myślenia i działania³³. Niemały i wręcz niekontrolowany wzrost wydatków na terapię i związany z tym kryzys opieki zdrowotnej spowodował bezsilność medycyny w modelu biomedycznym.

³¹ J. Łodzińska, *Spoleczno-zawodowe determinanty profesji pielęgniarskiej w sprawowaniu opieki paliatywnej*, w: *Powołanie jako imperatyw zawodowy. Etos polskich pielęgniarek w badaniach socjologicznych*, red. J. Łodzińska, S. Zaręba, M. Zarzecki, Warszawa 2017, s. 160.

³² Z. Kostrzanowska, *Ogólna etyka pielęgniarstwa*, w: *Etyka w pracy pielęgniarstwie*, dz. cyt., s. 148–149.

³³ F. Heubel, *Patients or customers: ethical limits of market economy in health care*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 2000, t. 25, nr 2, s. 240.

4. Praktyczny aspekt holizmu w pielęgniarstwie

Kształtowanie się zawodu pielęgniarstwa na świecie wpływa z szeroko pojętej opieki nad chorym, w tym nad chorym dzieckiem, osobą dorosłą i starszą. Pielęgnowanie rozumiane głównie jako troszczenie się ulega dynamicznym zmianom. Niewystarczające jest już postrzeganie pacjenta jako osoby chorej przez pryzmat jego (nie)zaspokojonych potrzeb biologicznych, psychicznych czy społecznych. Światowa Organizacja Zdrowia kładzie nacisk przede wszystkim na subiektywne poczucie zdrowia pacjenta, a także na jego sferę biopsychospołeczną, duchową czy kulturową. Także według WHO, zdrowie to swego rodzaju dobrostan o dużej dynamice, podlegający regularnym procesom, i dlatego należy je wpisać w kontekst norm, praw i wartości człowieka³⁴.

Współczesne pielęgniarstwo nabiera coraz większego znaczenia w systemie opieki zdrowotnej, stanowiąc jego niezbędny element. Odgrywa coraz większą rolę w promowaniu i zachowaniu zdrowia oraz zapobieganiu chorobom w różnych środowiskach życia człowieka. Pielęgniarki stanowią najliczniejszą grupę pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych, pełniąc zasadniczą funkcję w opiece nad człowiekiem zdrowym i chorym. Stefania Poznańska przedstawiła pielęgniarstwo jako złożoną działalność, zawód, profesję, naukę i sztukę. Według autorki, złożona działalność opiera się na świadczeniu profesjonalnej opieki pielęgniarstwa „zarówno pojedynczemu człowiekowi, jak i całemu społeczeństwu”³⁵. Opieka ta dotyczy nie tylko pomocy w chorobie, ale ukierunkowana jest również na promowanie i umacnianie zdrowia³⁶. Istotą pielęgniarstwa jest m.in. szeroko rozumiana „troskliwość pielęgniarstwa”, która według Poznańskiej przejawia się w określonych cechach pielęgniarki: lubi ludzi i nie jest jej obojętny ich los, chce im pomagać, posiada niezbędną ku temu wiedzę i umiejętności, zna i rozumie osoby, którym pomaga, zna ich problemy zdrowotne, świadczy pomoc poprzez ułatwianie, a nie wydawanie poleceń i kontrolowanie, zna swoje możliwości i ograniczenia oraz zasługuje na zaufanie³⁷. Całościowo pojmowana opieka nad chorym oraz troska o niego w różnych aspektach to jej podstawowe zadanie. Zwiększone oczekiwania wobec współczesnego pielęgniarstwa nie tylko zachęcają, ale w jakimś sensie wymuszają podejmowanie działań na rzecz porządkowania

³⁴ W. Włodarczyk, *Pielęgniarstwo w Polsce i na świecie*, Piła 2009, s. 16.

³⁵ S. Poznańska, *Pielęgniarstwo*, w: *Podstawy pielęgniarstwa*, t. I: *Założenia teoretyczne*, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Lublin 2004, s. 21–22.

³⁶ Taż, *Istota wielkiej teorii koncepcyjnego modelu pielęgniarstwa F. Nightingale*, dz. cyt., s. 21.

³⁷ Taż, *Pielęgniarstwo*, w: *Podstawy pielęgniarstwa*, t. I: *Założenia teoretyczne*, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Lublin 2008, s. 21–24.

dotychczasowego stanu wiedzy, dokumentowania doświadczeń praktycznych oraz wyników poszukiwań teoretycznych mających doprowadzić do formułowania merytorycznie uzasadnionych odpowiedzi³⁸.

W obliczu zachodzących zmian w opiece zdrowotnej i wobec coraz bardziej skomplikowanych problemów zdrowotnych pielęgniarstwa są często postrzegane jako główna siła uczestnicząca w strategii tych reform. Jako największa grupa profesjonalistów zajmujących się ochroną zdrowia w regionie europejskim WHO, mają wielki wkład w osiągnięcie przez kraje członkowskie wyznaczonych celów zdrowotnych, szczególnie w dobie niżu demograficznego³⁹. Jego efektem jest dynamiczny wzrost populacji osób starszych, którym poświęca się coraz więcej uwagi. Sprawowanie opieki pielęgniarstwa nad pacjentami w starszym wieku ze względu na występowanie złożonych problemów zdrowotnych, pielęgnacyjnych, jak i społeczno-psychologicznych jest dla pielęgniarek wyzwaniem. Oprócz wiedzy medycznej opieka ta wymaga od nich znajomości procesu starzenia, charakterystycznych dla tej fazy życia zachowań i problemów, a także znajomości zagadnień z zakresu pedagogiki i psychologii. Zapewnienie opieki pielęgniarstwa w środowisku domowym ludzi starszych jest priorytetowym działaniem zapobiegającym zjawisku ich instytucjonalizacji lub przedwczesnej instytucjonalizacji⁴⁰.

Przykładem pielęgniarki, która pokazała, jak przetrwać w trudnych czasach, jak opiekować się pacjentem w sposób wieloaspektowy, jak okazać mu szacunek, jest Hanna Chrzanowska⁴¹. Doskonale zdawała sobie sprawę ze złożoności natury ludzkiej. Postrzegała człowieka w sposób niezwykle holistyczny. Widziała go w perspektywie biopsychospołecznej. Całkowicie oddała siebie i swoją pracę drugiemu. Wiedzę teoretyczną przekazywaną na wykładach środowisku pielęgniarstwu wprowadzała w czyn, czuwając przy łóżkach pacjentów. Całe dorosłe życie poświęciła chorym oraz trosce o upowszechnianie wiedzy, jak należy się nimi opiekować. Była pionierką pielęgniarstwa społecznego, określanego również jako otwarte (w odróżnieniu od pracy pielęgniarstwa

³⁸ J. Górajek-Jóźwik, *Przedmowa*, w: *Filozofia i teorie pielęgnowania*, red. J. Górajek-Jóźwik, Lublin 2007, s. 7.

³⁹ I. Wrońska, J. Mariański, *Wstęp*, w: *Etyka w pracy pielęgniarstwa*, dz. cyt., s. 11.

⁴⁰ M. Wysokiński, I. Wrońska, R. Ślusarz, *Niesprawność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarstwa*, „Problemy Pielęgniarstwa” 19 (2011), nr 2, s. 239–240.

⁴¹ Hanna Chrzanowska (1902–1973) – polska pielęgniarka, działaczka charytatywna, pisarka, pedagog, instruktorka i prekursorka pielęgniarstwa rodzinnego, domowego i parafialnego, wiceprzewodnicząca oraz członek Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych, naczelna redaktor czasopisma „Pielęgniarka Polska”, współorganizatorka Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa, autorka m.in. *Pielęgniarstwa w otwartej opiece zdrowotnej* oraz *Rachunku sumienia pielęgniarki*.

rek w szpitalach i innych zakładach zamkniętych), którego jedną z form była opieka domowa. Uważała, że przewlekłe chorego człowieka, który z różnych powodów nie może już leczyć się w szpitalu, należy otoczyć wielowymiarową opieką w domu. Stawiała więc pielęgniarce bardzo wysokie wymagania. Miała ona nie tylko zadbać o higienę osobistą chorego, opatrywać jego rany (odleżyny uważane były wówczas za klęskę pielęgniarki), lecz także – w miarę swoich możliwości – ulżyć jego różnorodnym dolegliwościom, a jeśli nie leżało to już w jej kompetencjach, postarać się, aby pacjenta odwiedził lekarz. Pierwszym jednak zadaniem pielęgniarki domowej było dostrzec w chorym człowieka, okazać mu szacunek i empatię, zainteresować się jego życiem, problemami i potrzebami, również tymi najbardziej podstawowymi, jak posiłki, czysta bielizna, uporządkowanie mieszkania. Celem pielęgniarki było pomóc cierpiącemu w taki sposób, aby uszanować jego godność, i to w każdych warunkach. Hanna Chrzanowska doskonale wiedziała, że nie można skupiać się tylko na jednym wymiarze człowieka, np. tylko fizycznym czy psychicznym. Zdawała sobie sprawę, że idea holizmu stanowi filozoficzną podstawę działań podejmowanych przez przedstawicieli tych wszystkich zawodów opiekuńczych, które zorientowane są na biopsychospołeczny model zdrowia. Duże znaczenie w promowaniu holistycznego podejścia do pacjenta mają także teorie pielęgnowania autorstwa Virginii Henderson, Dorothei Orem czy Callisty Roy.

Z biegiem czasu rola pielęgniarki ewoluowała od służenia do osiągnięcia coraz większej wiedzy medycznej, zorientowania na pacjenta jako indywidualną osobę – człowieka. W aktualnie obowiązującej Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej pielęgniarstwo określane jest jako samodzielny zawód medyczny, który może wykonywać osoba posiadająca do tego prawo. Ponadto zgodnie z treścią art. 4.1, funkcja pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- „rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta,
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta,
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem,
- 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,
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia”⁴².

⁴² Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011, nr 174, poz. 1039 z późn. zm.).

Wydaje się, że ustawa zakłada całościowe spojrzenie na pacjenta, ujmując niejako wszystkie etapy opieki nad chorym. Predyspozycjami warunkującymi przydatność do tego zawodu są: spostrzegawczość (obserwowanie objawów chorego), dobra pamięć, dokładność (szczególnie podczas dobierania leków dla chorych), systematyczność (bezbłędne wykonywanie zleceń lekarskich), opanowanie i rozważa (chory powinien mieć zapewnioną spokojną atmosferę), poczucie odpowiedzialności i zaradności (w sytuacjach nagłych podczas nieobecności lekarza należy podejmować samodzielne decyzje), opiekuńczość⁴³.

Ponadto specyfika zawodu pielęgniarstwa wymaga od wykonujących go osób szeregu sprawności: oprócz gruntownego wykształcenia także umiejętności pracy w zespole, czujności, zdolności opanowania emocji, bycia w dobrej kondycji psychofizycznej, dyspozycyjności, umiejętności oddzielenia sfery zawodowej od spraw osobistych⁴⁴.

Pielęgniarka jest łącznikiem między pacjentem, środowiskiem a innymi pracownikami służby zdrowia⁴⁵. Pielęgniarstwo to nie tylko zawód, ale także powołanie, wymagające od jej przedstawicieli przyjęcia i prezentowania specyficznej postawy. Oczekiwania i wymagania społeczeństwa odnośnie do kompetencji pielęgniarek oraz ich postępowania są coraz większe. Działając zgodnie z normami etycznymi w konkretnych sytuacjach, personel pielęgniarski ma istotny wpływ na kształtowanie opinii publicznej o tym zawodzie⁴⁶. W konsekwencji rozwoju medycyny pielęgniarstwo przekształciło się w samodzielną i wymagającą wysokich kwalifikacji profesję⁴⁷. Holistyczne podejście do pacjenta stało się niejako obowiązkiem pielęgniarek. Mimo piętujących się trudności, starają się one sprostać temu zadaniu.

Badania przeprowadzone w 2017 roku na grupie 2384 podlaskich pielęgniarek wykazały, iż dla ponad 84% powodem, dla którego wybrały taką ścieżkę zawodową, była chęć niesienia pomocy drugiemu człowiekowi⁴⁸. Z analizy materiału wynika także, iż motywem wyboru zawodu pielęgniarstwa nie był związany z nim prestiż. Co więcej, bycie pielęgniarką nie jest postrzegane jako powód do dumy przez środowisko pielęgniarskie również po latach wykonywania zawodu. Z drugiej strony, osoby niezwiązane z opieką medyczną profesję

⁴³ J.F. Terelak, *Stres zawodowy*, Warszawa 2007, s. 284.

⁴⁴ J. Łodzińska, *Zjawisko wypalenia zawodowego jako efekt zmian cywilizacyjnych. Studium socjologiczne na przykładzie pielęgniarek w województwie podlaskim*, Warszawa 2018, s. 86–87.

⁴⁵ M. Minczewska, *Praca pielęgniarki*, Warszawa 1973, s. 176.

⁴⁶ J. Łodzińska, *Zjawisko wypalenia zawodowego jako efekt zmian cywilizacyjnych*, dz. cyt., s. 86–87.

⁴⁷ H. Czobera, *Miejsce pielęgniarstwa w ramach nauk medycznych*, Warszawa 1974, s. 28.

⁴⁸ J. Łodzińska, *Zjawisko wypalenia zawodowego jako efekt zmian cywilizacyjnych*, dz. cyt., s. 149.

tę uznają za znaczącą. Badania CBOS z 2017 roku dotyczące prestiżu zawodowego wskazują, iż zawód pielęgniarki w Polsce cieszy się wysokim zaufaniem, znalazł się bowiem na drugiej pozycji w rankingu. Natomiast same zainteresowane oceniają go jako średnio prestiżowy. Czynnikiem najsilniej oddziałującym na pozycję pielęgniarek i położnych jest uznanie pacjentów i profesjonalizm personelu, na który składa się: samodzielność zawodowa, umiejętności i wykształcenie. Na wizerunek pielęgniarki wpływają również relacje między nią a pacjentem i jego rodziną, a także jej doświadczenie i wiedza⁴⁹. Oznacza to, iż oczekiwania społeczne względem tej grupy zawodowej można uznać za spełnione. Powodem, dla którego badane przez CBOS respondentki zostały pielęgniarkami, była chęć niesienia pomocy drugiemu człowiekowi oraz świadomość bycia potrzebnym (77%)⁵⁰. Z ankiety wynika również, że pielęgniarki pozostają wierne swojemu powołaniu – trwają przy pacjencie w zdrowiu i w chorobie, mimo wielu zastrzeżeń co do warunków płacowych. Rozczarowanie, niepokój i frustracje kadry pielęgniarskiej budzi niskie ich zdaniem wynagrodzenie, które jest nieadekwatne do wykonywanej pracy, ocenianej jako ciężka, oraz do spoczywającej na nich odpowiedzialności. Jak wykazały badania, blisko 68% pielęgniarek nie myśli jednak o zmianie zawodu⁵¹.

Należy podkreślić, że profesja ta wymaga dziś coraz większej wiedzy fachowej, dlatego pielęgniarki są jedną z najbardziej kształcących się grup zawodowych. Każdego roku podejmują one wiele kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych lub specjalizacji. Od kilkunastu lat możliwe jest doktoryzowanie się w dziedzinie pielęgniarstwa. Rozwój medycyny i ogromny postęp w diagnostyce i leczeniu sprawia, że wykwalifikowana pielęgniarka będąca członkiem zespołu terapeutycznego ma obecnie większą autonomię. Dzięki temu staje się możliwe holistyczne spojrzenie na pacjenta z perspektywy wykształconej, samodzielnej oraz kompetentnej kadry pielęgniarskiej. Nadal nie jest to jednak proste.

⁴⁹ Por. E. Tymoszuk, *W poszukiwaniu prestiżu mojego zawodu*, <https://www.pielegniarkicyfrowe.pl/2017/10/19/w-poszukiwaniu-prestizu-mojego-zawodu/> (dostęp: 21 czerwca 2019).

⁵⁰ J. Łodzińska, *Zjawisko wypalenia zawodowego jako efekt zmian cywilizacyjnych*, dz. cyt., s. 149.

⁵¹ Tamże, s. 248.

Zakończenie

Współcześnie od osób zajmujących się opieką medyczną wymaga się świadomości istnienia społecznych aspektów choroby i zdrowia. Wiążąca się z nimi medycyna powinna być nie tylko nowoczesna, naukowa, ale przede wszystkim mieć „ludzką twarz”⁵². Model biotechniczny stanowi swego rodzaju ograniczenie w podejściu holistycznym, ponieważ pacjent jest w nim traktowany niestety przedmiotowo. Z kolei model biopsychospołeczny zakłada postrzeganie go w sposób podmiotowy. W ramach tego systemu pielęgniarki powinny zajmować się pacjentami wieloaspektowo, ponieważ takie jest społeczne oczekiwanie. Holizm w całej swej rozciągłości jest podstawą działań pielęgniarki w procesie opieki nad chorym. Nie jest łatwo zastosować go w praktyce, przede wszystkim dlatego, że pielęgniarki pracują pod presją czasu, ich działania nie są skoordynowane, często są niezadowolone z bardzo dużego kontrastu między swoimi wynagrodzeniami a wynagrodzeniami lekarzy. Ponadto holistyczne podejście do pacjenta utrudnia im machina procedur medycznych, w której często rachunek ekonomiczny decyduje o zastosowanym leczeniu. Takich powodów można by wskazać dużo więcej.

Reasumując, we współczesnym pielęgniarstwie realizowane jest podejście holistyczne, o czym świadczy m.in. wysokie miejsce w rankingu zawodów cieszących się największym zaufaniem społeczeństwa. Personel natomiast staje na wysokości zadania na miarę swoich możliwości. Pielęgniarka jest pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego i niejako pomostem pomiędzy lekarzem a pracownikami zajmującymi się opieką uzupełniającą czy wspierającą. Jednak braki kadrowe, zbyt niskie uposażenie w stosunku do wykonywanych czynności, odpowiedzialności i wykształcenia powodują frustrację tego środowiska, co niestety odbija się na jakości świadczonych przez nie usług. Z kolei oczekiwania społeczne wobec tej grupy zawodowej, szczególnie w momentach trudnych dla chorych i ich bliskich, są bardzo duże. Pielęgniarka zaś musi sprostać wielorakim zadaniom stawianym nie tylko przez pacjentów, ale również przełożonych i lekarzy.

⁵² E. Jachymczyk, J. Gołębiowski, J. Stypuła, *Etyka i odpowiedzialność zawodowa w pracy pielęgniarki sprawującej opiekę nad pacjentem neurochirurgicznym*, „Studia Medyczne” 2008, t. 11, s. 48–50.

Bibliografia

- Banaszkiewicz M., *Zdrowie jako wartość*, w: *Promocja zdrowia*, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, Lublin 2008.
- Basińska, M.A., *Psychospołeczny kontekst promocji zdrowia*, w: *Promocja zdrowia*, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, Lublin 2008.
- Baum M., *Pojęcie holizmu w medycynie konwencjonalnej i alternatywnej*, tłum. A. Bronowicz, „Medycyna po Dyplomie” 2010, nr 9, s. 92–96.
- Bielawska J., *Interdyscyplinarny charakter pielęgniarstwa*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” 2014, nr 14, s. 9–20.
- Castel R., *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?*, Torino 2011.
- Ciechaniewicz W., *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia*, Warszawa 2001.
- Czarnecki B., *Przedmiot psychologii zdrowia*, „Nauczyciel i Szkoła” 2001, t. 3–4, nr 12–13, s. 28–32.
- Czobera H., *Miejsce pielęgniarstwa w ramach nauk medycznych*, Warszawa 1974.
- Engelhardt H.T., *Ideology and etiology*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 1976, nr 1, s. 256–268.
- Górajek-Jóźwik J., *Przedmowa*, w: *Filozofia i teorie pielęgnowania*, red. J. Górajek-Jóźwik, Lublin 2007.
- Heubel F., *Patients or customers: ethical limits of market economy in health care*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 2000, t. 25, nr 2, s. 240–253.
- Holizm*, w: *Encyklopedia PWN*, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/holizm;4008462.html> (dostęp: 17 czerwca 2019).
- Jabłońska K., *Błogosławiona Hanna Chrzanowska i jej kompleks wyższości*, <http://wiedz.com.pl/2018/04/28/blogoslawiona-hanna-chrzanowska-i-jej-kompleks-wyzszosci/> (dostęp: 20 czerwca 2019).
- Jachymczyk E., Gołębiowski J., Stypuła J., *Etyka i odpowiedzialność zawodowa w pracy pielęgniarki sprawującej opiekę nad pacjentem neurochirurgicznym*, „Studia Medyczne” 2008, t. 11, s. 47–50.
- Karolak K., *Bezpieczeństwo jednostki i narodu – mrzonka czy realność w XXI wieku?*, w: *Bezpieczeństwo XXI wieku. Asymetryczny świat*, red. K. Liedel, P. Piasecka, T. Aleksandrowicz, Warszawa 2011.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Rodzina. Koncepcje i przemiany rodziny*, w: *Wybrane elementy socjologii*, red. A. Majchrowska, Lublin 2003.
- Kostrzanowska Z., *Ogólna etyka pielęgniarstwa*, w: *Etyka w pracy pielęgniarstwie*, red. I. Wrońska, J. Mariański, Lublin 2002.
- Kotlarska-Michalska A., *Starość w aspekcie socjologicznym*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 2000, nr 12, s. 147–159.
- Krzyżanowska-Łagowska U., *Elementy duchowości w etosie pielęgniarstwie*, w: *Powołanie jako imperatyw zawodowy. Etos polskich pielęgniarek w badaniach socjologicznych*, red. J. Łodzińska, S. Zaręba, M. Zarzecki, Warszawa 2017.
- Kulik T.B., Latański M., *Przedmowa*, w: *Zdrowie publiczne*, red. T.B. Kulik, M. Latański, Lublin 2002.

- Łodzińska J., *Zjawisko wypalenia zawodowego jako efekt zmian cywilizacyjnych. Studium socjologiczne na przykładzie pielęgniarek w województwie podlaskim*, Warszawa 2018.
- Łodzińska J., *Społeczno-zawodowe determinanty profesji pielęgniarskiej w sprawowaniu opieki paliatywnej*, w: *Powołanie jako imperatyw zawodowy. Etos polskich pielęgniarek w badaniach socjologicznych*, red. J. Łodzińska, S. Zaręba, M. Zarzecki, Warszawa 2017.
- Marcinowicz L., *Rola pielęgniarki i położnej w sprawowaniu podstawowej opieki zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2014, t. 12, nr 4, s. 352–357.
- Markocka-Mączka K., Grabowski K., Taboła R., *Holistyczne podejście do pacjenta*, w: *Profilaktyka i edukacja zdrowotna*, red. E. Dybińska, M. Szpringer, R. Asienkiewicz, Lublin 2017.
- Mazonetto A., *Motivazione e personalia*, „Psicosintesi” 2006, nr 6, s. 19–21.
- Minczewska M., *Praca pielęgniarki*, Warszawa 1973.
- Nawrocka A., *Etos polskich pielęgniarek w aspekcie historycznym*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2009, t. 63, nr 1, s. 59–72.
- Niechwiadowicz-Czapka T., Klimczyk A., *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego*, Wrocław 2010.
- Organiściak E., *Teorie treści*, w: *Motywowanie pracowników jako warunek funkcjonowania nowoczesnej firmy*, http://motywowanie-pracownikow.eprace.edu.pl/530,Teorie_tresci.html (dostęp: 17 czerwca 2019).
- Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T., *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 93 (2012), nr 4, s. 682–686.
- Poznańska S., *Istota wielkiej teorii koncepcyjnego modelu pielęgniarstwa F. Nightingale*, w: *Etyka w pracy pielęgniarskiej*, red. I. Wrońska, J. Mariański, Lublin 2002.
- Poznańska S., *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*, w: *Podstawy pielęgniarstwa*, t. I: *Założenia teoretyczne*, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Lublin 2004.
- Poznańska S., *Pielęgniarstwo*, w: *Podstawy pielęgniarstwa*, t. I: *Założenia teoretyczne*, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Lublin 2008.
- Spinoza B., *Etyka*, Warszawa 1954.
- Starzyńska-Kościszko E., *Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia. Zdrowie jako wartość*, „Humanistyka i Przyrodoznawstwo” 2010, nr 12, s. 319–326.
- Terelak J.F., *Stres zawodowy*, Warszawa 2007.
- Tymoszuik E., *W poszukiwaniu prestiżu mojego zawodu*, <https://www.pielęgniarki.cyfrowe.pl/2017/10/19/w-poszukiwaniu-prestizu-mojego-zawodu/> (dostęp: 21 czerwca 2019).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011, nr 174, poz. 1039 z późn. zm.).
- Włodarczyk W., *Pielęgniarstwo w Polsce i na świecie*, Piła 2009.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2013.
- Wójcik G., *Rola pielęgniarki w systemie opieki długoterminowej*, w: *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego*, red. I. Wrońska, E. Krajewska-Kułak, Lublin 2007.

- Wrońska I., Mariański J., *Wstęp*, w: *Etyka w pracy pielęgniarskiej*, red. I. Wrońska, J. Mariański, Lublin 2002.
- Wysokiński M., Wrońska I., Ślusarz R., *Niesprawność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarskiej*, „Problemy Pielęgniarstwa” 19 (2011), nr 2, s. 239–243.
- Zaworska A., *Etyka zawodu pielęgniarskiego*, „Biuletyn Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych” 2002, nr 1, s. 5–7.
- Zdrowie – definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)*, <https://ekaloria.pl/zdrowie/> (dostęp: 17 czerwca 2019).

Streszczenie

Socjologiczne aspekty idei holizmu w zawodzie pielęgniarki

Podstawą dla zrozumienia dotychczasowego pielęgniarstwa jest poznanie tendencji rozwojowych związanych ze zdrowiem oraz pojęciem opieki. Uwarunkowania zdrowia oraz dobrostanu człowieka często wykraczają poza kryteria medyczne. Profesjonalizm zawodowy zmusza pielęgniarki do ustawicznego poszerzania wiedzy nie tylko ściśle medycznej, ale także z zakresu m.in. psychologii, pedagogiki, socjologii, ekonomii. Okoliczności te podyktowane są przede wszystkim koniecznością spojrzenia na pacjenta jako na integralną całość, a nie zespół oddzielnych narządów, organów. Człowiek stanowi system, a nie sumę poszczególnych części. Zdrowie jest postrzegane jako jeden z podstawowych zasobów indywidualnych, społecznych oraz ekonomicznych. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturalne, rozwijać się i osiągać odpowiedni, satysfakcjonujący poziom życia. Istotną w tym procesie jest rola pielęgniarki, szczególnie w wielowymiarowym kontekście opieki nad pacjentem, w ramach której nie tylko leczy się chorego, ale dba się także o człowieka zdrowego, prowadząc szeroko zakrojoną profilaktykę zdrowotną. Idea holizmu musi być zatem dobrze rozumiana i realizowana w stosunku do podmiotu opieki zdrowotnej. Jednak rodzi się pytanie, czy w obecnych warunkach pielęgniarstwa są w stanie podejść do chorego w sposób holistyczny. Czy model biotechniczny we współczesnej medycynie nie stanowi swego rodzaju ograniczenia?

Summary

Sociological aspects of the idea of holism in the nursing profession

Getting to know developmental tendencies associated with the health and comprehending the care is a ground for understanding the current nursing. Conditioning of the health and the welfare of the man often goes beyond medical criteria. The principle of the professionalism obliges nurses for constant widening not only the medical knowledge but also on psychology, pedagogy, sociology and economy. These circumstances are dictated with need to look to the patient as to the integral whole, rather than the team of separate organs. The man constitutes the system, rather than the sum of individual parts. The health is perceived as one of basic individual, social and economic reserves. The healthy society can only create the tangible property

and cultural, to develop and to achieve the appropriate, satisfying standard of living. In this process a role of the nurse is significant, particularly in the multidimensional context of the patient care, where not only a sick person is being treated, but they are caring also for the healthy man leading widely snitch health prevention. The idea of the holism must be and so well understood and carried out towards the entity of the health care. However a question arises: At the present prevailing conditions, are nurses able to come up to the sick person in the holistic way? Doesn't the biotechnical model constitute the kind of restriction?