

Krystyna Niedojad¹, Mariola Rybka², Leokadia Rezmerska³, Robert Ślusarz⁴

¹ Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błazka w Inowrocławiu

^{2,3,4} Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu

ŚMIERĆ I UMIERANIE W OPINII PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO

Death and dying in the opinion of nursing staff

Streszczenie

Wstęp

Śmierć jest naturalnym etapem w życiu każdego człowieka. W ciągu setek lat jej postrzeganie przez ogół społeczeństwa było różne. W opiece nad pacjentem będącym w terminalnej fazie choroby istotne znaczenie ma personel pielęgniarski.

Cel

Poznanie opinii personelu pielęgniarskiego na temat śmierci i umierania oraz określenie wpływu czynników kształtujących poziom prezentowanych opinii w tym zakresie.

Material i metody

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego w grupie 100 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w oddziałach szpitalnych.

Wyniki

Analiza wyników badań polegała na sklasyfikowaniu uzyskanych danych oraz zbadaniu korelacji między zmiennymi.

Wnioski

Poziom wiedzy na temat śmierci i umierania wśród personelu pielęgniarskiego jest zróżnicowany ze względu na czynniki socjo-demograficzne i zawodowe.

Słowa kluczowe: śmierć, umieranie, opinie, pielęgniarka

Abstract

Introduction

Death is a natural stage in the life of every human being. For hundreds of years, the general public have perceived death in various ways. Nursing staff play an important role in providing care to patients being in the terminal stage of their disease.

Objective

The present study aims at finding out nursing staff's opinions about death and dying as well as determining the impact of factors affecting the presented opinions on the subject.

Material and methods

The study was performed by means of a diagnostic survey among 100 nurses working in hospital wards.

Results

The analysis of the results was based on the classification of the data and examination of the correlation between the variables.

Conclusions

The nursing staff's knowledge about death and dying varies depending on sociodemographic and occupational factors.

Key words: death, dying, opinions, nurse

Wstęp

Śmierć od początku ludzkości kojarzona jest z bólem, cierpieniem, stratą oraz szeregiem wielu innych negatywnych emocji. Pomimo że jest ona nieodłączną częścią ludzkiej egzystencji trudno jest ją jednoznacznie zdefiniować, a nad sprecyzowaniem tego zjawiska od starożytności pracowali zarówno medycy, jak i filozofowie, duchowni, psychologowie, dążąc do poznania człowieka w aspekcie fizjologicznym, psychologicznym, religijnym, społecznym [Becler, 2015]. Pojęcie umierania i śmierci jest bardzo rozległe, ponieważ dotyka wielu sfer człowieczeństwa. W dawnej Polsce obrzędy związane z umieraniem członka rodziny odbywały się w domu, a chory w ostatnich minutach swojego życia mógł liczyć na obecność i wsparcie najbliższych sobie osób. Dzisiaj ludzie rzadko umierają w domu, zazwyczaj miejscem zgonu jest szpitalne łóżko. Pierwszym aspektem, z którym nieodzownie kojarzymy śmierć, są rozważania tanatologii medycznej. U pacjentów, którzy są nieuleczalnie chorzy, wyróżniamy trzy etapy procesu umierania, którego konsekwencją jest nieodwracalna śmierć człowieka [Biesaga, Galewicz, Krajewski i in., 2009].

Pierwszy z nich to okres preterminalny, inaczej nazwany przedterminalny. Może być to bardzo długi czas, trwający od kilku tygodni do nawet kilku lat, kiedy leczenie przyczynowe zastąpione jest leczeniem łagodzącym objawy i dolegliwości chorobowe. Kiedy stan pacjenta zaczyna się bezpowrotnie pogarszać, mówimy o przejściu w okres terminalny, który jest znacznie krótszy od pierwszego etapu i utrzymuje się około 6-8 tygodni. Okres terminalny przechodzi w ostatnie chwile kresu ludzkiej egzystencji, czyli agonię (okres umierania) i trwa od kilku dni do kilku godzin i kończy się śmiercią człowieka. Jest to bardzo charakterystyczny czas w życiu każdego człowieka, który zauważalnie „gaśnie”. Niedomogi ze strony wszystkich układów widocznie postępują, pacjent jest osłabiony fizycznie do tego stopnia, że często nie wykazuje żadnych ruchów. Odmawia również przyjmowania pokarmów i płynów, zapominając o połykaniu, nie kontroluje wydalania moczu i stolca, a także zmieniają się rysy twarzy oraz wygląd skóry. Towarzyszy temu wiele zaburzeń sfery psychicznej [de Walden-Gałuszko, 2005].

Kolejnym ważnym aspektem umierania i śmierci jest psychologiczna strona tego procesu. Synteza wymiaru fizycznego oraz psychicznego zauważalna jest u ludzi umierających. Ten rodzaj kresu życia charakteryzuje się tym, że pacjent jest przytomny, ale „nieobecny”. Nie wykazuje on żadnych oznak zainteresowania życiem, zazwyczaj nie je, nie odpowiada na zadawane pytania ani nie wyraża swoich poglądów. Zaburzenia psychiczne są różne w stosunku do okresu, w jakim człowiek się znajduje. Etapowi przedterminalnemu zazwyczaj nie towarzyszą takie patologie, natomiast czas terminalny często jest z nimi związany. Spotykane są tutaj różnego rodzaju załamania psychiczne, zanik chęci życia, wahania nastrojów oraz powstające poczucie winy u pacjenta. Moment ten może spowodować także wystąpienie zespołu psychoterminalnego, który objawia się skupieniem na własnym zdrowiu, rozliczaniem się z życiem i tworzeniem bilansu przeszłości, ograniczając tym samym swoje pasje do minimum. Głównym celem rozmyślań u takiego chorego staje się śmierć i proces umierania. Okres agonii charakteryzuje się oziębłością w sferze uczuciowej, małomównością, brakiem reakcji na otoczenie [Górecki, 2010].

Bardzo ważną rolę w procesie umierania i śmierci odgrywa aspekt socjologiczny. Sam obrzęd śmierci w przekroju lat wyraźnie ewoluował. Kiedyś umieranie było wydarzeniem, które skupiało całą rodzinę przy chorym przebywającym w domu. Chory czuł się bezpiecznie, a jego najbliżsi mieli czas na pożegnanie. Zwłoki zmarłego pozostawały w domu, gdzie odprawiano różnego rodzaju obrzędy. Zmiana miejsca oraz charakteru śmierci nastąpiła wraz z postępem medycyny. Od XX wieku rozpoczęło się zjawisko nazwane medykacją śmierci. Rodziny przestały chcieć uczestniczyć w ostatnim okresie życia bliskich, zrzucając ten ciężar na szpitale lub inne instytucje. Model postępowania z ciałem zmarłego także drastycznie został przeobrażony. O zwłoki dbają teraz specjalne firmy, przez co kontakt z umarłym ograniczono do minimum [Gonczaronek, Kubasik, 2016].

Wyobrażenia na temat śmierci mogą być bardzo różne, gdyż jest to indywidualne doznanie. Od wielu lat ludzie próbowali poradzić sobie z tym zagadnieniem. Szukając synonimu słowa śmierć, spotykamy takie określenia jak: kres, koniec życia, zejście, konanie. Wiele z tych słów ma silny charakter pejoratywny. Choć śmierć towarzyszy ludziom od początku istnienia, ciągle odczuwamy przed nią obawy. Według psychologów lęk tanatyczny, czyli lęk przed śmiercią, jest najsilniej odczuwalnym lękiem w sferze emocjonalnej człowieka. Spowodowane jest to jego pierwotną etiologią, gdyż proces umierania godzi w nasze podstawowe biologiczne instynkty, takie jak instynkt przetrwania oraz utrzymania gatunku.

Wielu naukowców skupiało się na usystematyzowaniu ludzkich postaw w kontakcie z umierającym. Najpopularniejsza teoria wyróżnia cztery wzorce zachowań. Pierwszy nazwano uprzedmiotowieniem człowieka umierającego. W myśl tej koncepcji chory traktowany jest jak przedmiot, który należy otoczyć maksymalną opieką i nawet jeśli mógłby decydować o sobie, stara się go wyręczać uważając, że będzie to dla niego lepsze. Kolejny model nazwano indywidualistycznym. Polega on na tym, iż uznajemy zarówno proces umierania, jak i śmierć jako osobistą sprawę każdej jednostki ludzkiej, stąd też nie musimy brać w niej udziału. Osoba będąca u kresu swojego życia powinna zrozumieć, że każdy ma swoją pracę i sprawy, którymi musi się zajmować, a on nie może obarczać go własnymi emocjami, czy oczekiwać od niego czuwania przy swoim łóżku w ostatnich minutach życia. Ten typ postaw jest coraz bardziej popularny w społeczeństwach wysoko rozwiniętych, chociaż budzi liczne kontrowersje. Przeciwnością do schematu indywidualistycznego jest model personalistyczny [Brusiło, 2007].

Mówiąc o socjologicznym aspekcie postrzegania ludzi umierających, a również samej śmierci, nie można zapomnieć o tym, jakie postawy przejawia personel medyczny. Są to bowiem ludzie, którzy na co dzień spotykają się z osobami u kresu swojego życia, którymi targają różne emocje i rozterki. Zdaniem wielu autorów prac dotyczących zachowań członków zespołów interdyscyplinarnych odnośnie tematu ostatnich chwil życia, postawy te determinują trzy czynniki: emocje, doświadczenia i zachowania. Pielęgniarki w tym najtrudniejszym zadaniu, które przyszło im sprawować, przyjmują wiele rozmaitych postaw względem swoich pacjentów [Gaworska-Krzemińska, Kujawska, Żuralska, i in., 2007]. Sleziona i Krzyżanowski wskazali postawy, takie jak: partnerska, filozoficzno-heterocentryczna, religijna, obojętna [Sleziona, Krzyżanowski, 2011].

Postawa partnerska polega na tym, że pacjent traktowany jest jako partner, a zatem pielęgniarka nie wyręcza go w czynnościach, a tylko pomaga w tym, czego sam z racji swego stanu zdrowia nie może wykonać. Istotny w tym podejściu jest fakt, iż osoba umierająca posiada własne przekonania i możliwość decydowania o tym, co się z nią dzieje, a członkowie zespołu interdyscyplinarnego nie negują tego. Postawa partnerska oparta jest zatem na wzajemnym szacunku i zrozumieniu, dzięki czemu przynosi obopólne korzyści. Zupełnie inaczej kształtuje się praca personelu przejawiającego stosunek filozoficzno-heterocentryczny. Tutaj kluczowym celem pielęgniarki, który chce ona osiągnąć, jest poczucie bycia potrzebnym. Następną z postaw to postawa religijna determinowana przez to, jaki stosunek do wiary ma dana osoba. W Polsce najczęściej ten światopogląd kreuje podejście Kościoła Katolickiego do procesu umierania i śmierci.

Ostatni rodzaj ustosunkowania się do pacjenta umierającego to postawa obojętna. Personel przyjmujący taki rodzaj pracy z chorym wykonuje swoje czynności opiekuńczo-pielęgnacyjne, nie starając się jednak nawiązywać kontaktu z pacjentem. Przejawem takiego postępowania jest również unikanie najbliższych osób z kręgu człowieka będącego u kresu życia. Obojętne nastawienie jest niekorzystne zarówno dla osoby umierającej, jak i dla personelu medycznego opiekującego się chorym [Sleziona, Krzyżanowski, 2011].

De Walden-Gałuszko podzieliła postawy personelu medycznego w stosunku do pacjenta umierającego na pozytywne i negatywne. Pozytywne to te, kiedy osoba chora traktowana jest jak partner, a jego prawa są respektowane. Natomiast negatywne podejście przejawia się przede wszystkim w uprzedmiotowieniu chorego oraz nieustosunkowywaniu się do jego decyzji [de Walden-Gałuszko, 2005].

Celem pracy jest poznanie opinii personelu pielęgniarskiego na temat śmierci i umierania oraz określenie wpływu czynników socjodemograficznych i zawodowych kształtujących poziom prezentowanych opinii w tym zakresie.

Material i metody

Badania zostały przeprowadzone w 2015 roku od września do grudnia, w grupie 100 pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w Szpitalu Wielospecjalistycznym im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy (KB 418/2015). W celu realizacji badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji zawierającego 24 pytania zamknięte jednokrotnego wyboru i pytania otwarte. Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi obliczono, korzystając ze współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Analizę statystyczną wyników badań wykonano przy użyciu arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel i programu Statistica 10.0. Dla wszystkich analiz przyjęto współczynnik istotności na poziomie $p \leq 0,05$.

Wyniki

W badaniach uczestniczyło 100 pielęgniarek i pielęgniarzy o zróżnicowanych cechach zawodowych i demograficznych. Tabela 1 prezentuje charakterystykę grupy badanych pielęgniarek i pielęgniarzy uczestniczących w badaniach.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy.
Table 1. Characteristics of the study group.

Cechy Features	Parametry Parameters	Wartości -% Values -%
Płeć Sex	Kobiety / Women	96
	Mężczyźni / Men	4
Wiek Age	20-30 lat / years	15
	31-40 lat / years	11
	41-50 lat / years	49
	51-60 lat / years	25
Stan cywilny Marital status	Panna / kawaler / single	16
	Mężatka / żonaty / married	71
	Rozwiedziona / rozwiedziony / divorced	10
	Wdowa / wdowiec / widow / widower	3
Wykształcenie zawodowe Vocational education	Liceum medyczne / Medical highschool	23
	Medyczne studium zawodowe Medical professional study	4
	Licencjat pielęgniarstwa / bachelor of nursing	54
	Magister pielęgniarstwa / Master of nursing	19
Staż pracy w zawodzie pielęgniarki Seniority in the profession of nurse	1-10 lat / years	20
	11-25 lat / years	23
	25-40 lat / years	57
Miejsce pracy w szpitalu Workplace in hospital	Oddział zabiegowy / ward surgical	44
	Oddział niezabiegowy / ward not-surgical	56

Źródło: wyniki badań własnych

W badaniach uczestniczyło 96% pielęgniarek i 4% pielęgniarzy. Dominującą grupę osób badanych pod względem wieku stanowiły pielęgniarki i pielęgniarze od 46 do 50 roku życia (31%). Najmniej liczna grupa pod względem wieku to osoby od 20 do 25 lat. Badani pod względem stanu cywilnego to głównie osoby pozostające w związku (71%). Miejscem zamieszkania osób badanych było w zdecydowanej większości miasto – 78%. Ponad połowa badanych pielęgniarek i pielęgniarzy posiadała tytuł zawodowy pielęgniarki licencjata (54%). Zdecydowana większość osób (57%) miała długi staż pracy – 25 do 40 lat. Większość pielęgniarek i pielęgniarzy wykonywała pracę na oddziałach niezabiegowych (56%).

Analiza statystyczna wyników badań w pierwszym etapie polegała na zestawieniu liczbowym i procentowym uzyskanych danych. Wyniki badań dowodzą, że 69% pielęgniarek i pielęgniarzy uważa śmierć za proces naturalny podobnie jak narodziny, dla 28% osób śmierć jest końcem cierpienia, udreki i bólu, a 3% ankietowanych traktuje śmierć jako porażkę w walce o życie. 45% ankietowanych zdecydowanie akceptuje śmierć i umieranie jako naturalny etap w życiu, a 49% ankietowanych zgadza się z tym poglądem, podając określenie jako „raczej się zgadzam”. 82% pielęgniarek i pielęgniarzy obawia się śmierci kogoś bliskiego, a 11% spośród ankietowanych odczuwa lęk przed własną śmiercią. Śmierci nie boi się 6% respondentów. Opinię, że śmierć jest klęską współczesnych zdobyczy medycyny, prezentuje 20% ankietowanych, a 80% badanych jest przeciwna tej opinii. Czynnikiem wpływającym na zachowania personelu pielęgniarskiego wobec umierania i śmierci, zdaniem ankietowanych, jest wiek chorego (98%), zgon nagły (97%), śmierć w stanie paliatywnym (60%), relacje z chorym (85%), relacje z rodziną chorego (64%). Zdaniem 97%

ankietowanych, najbardziej etycznym postępowaniem w stosunku do chorego umierającego, będącego w stanie paliatywnym jest zapewnienie mu godnych warunków umierania, a tylko 3% pielęgniarek uważa, że powinno się stosować uporczywą terapię i środki nadzwyczajne. Stosowanie uporczywej terapii wobec chorego w stanie terminalnym w szpitalu 91% ankietowanych uważa za przedłużanie procesu umierania, a 9% uznaje je za przedłużanie życia. Reakcje personelu pielęgniarskiego towarzyszące śmierci pacjenta to: smutek (82%), spokój (75%), przerażenie (52%), modlenie się (19%), niechęć do własnej pracy (14%). W obliczu śmierci chorego najczęściej odczuwanymi przez personel pielęgniarski emocjami są: współczucie i smutek (91%), żal i przygnębienie (70%), wiara w życie po śmierci (69%), gniew i bezradność (42%), obojętność i pustka (23%). Pomoc w godnym umieraniu to zdaniem ankietowanych: danie odczucia pacjentowi stałej obecności personelu pielęgniarskiego (96%), szczególnie troskliwe wykonywanie czynności pielęgnacyjnych (95%), niesienie pacjentowi ulgi w cierpieniu i bólu (99%), zrozumienie chorego umierającego i wczuwanie się w jego stan psychiczny (91%). Stosunek respondentów do stwierdzenia, że śmierć stała się codziennością i nie wzbudza już emocji w zespole terapeutycznym, kształtuje się następująco: 44% ankietowanych uważa, że jest to problem złożony, 23% osób zgadza się z tym stwierdzeniem, 12% nie zgadza się, a 21% respondentów trudno jest jednoznacznie się wypowiedzieć. Badani ustosunkowali się również do stwierdzenia, że współcześnie śmierć osoby przewlekle chorej przyjmuje „szpitalny styl”, to znaczy, że umieranie ma miejsce nie w domu ale w szpitalu w otoczeniu innych pacjentów będących pod opieką profesjonalistów. 52% personelu pielęgniarskiego zgadza się z tym stwierdzeniem, 8% uważa przeciwnie, a 40% osób jest zdania, że trudno odpowiedzieć jednoznacznie na to pytanie. Zdaniem ankietowanych, osobami, które powinny rozmawiać z rodziną o stanie terminalnym pacjenta są: lekarz (98%), psycholog (95%), osoba duchowna (84%), pielęgniarka (51%). Według opinii 98% ankietowanych śmierć uczy szacunku do życia, dla 88% personelu pielęgniarskiego śmierć jest nauką pokory, dla 77% – lekcją odpowiedzialności, a dla 62% to nauka wiary w Boga. Źródłami, które umożliwiają pogłębianie wiedzy na temat śmierci i umierania, są rozmowy z rodziną i znajomymi (92%) oraz rozmowy z innymi członkami zespołu terapeutycznego (82%). Dla 80% ankietowanych jest to prasa i internet. Radio i telewizja są źródłem wiedzy dla 59%, a kościół – dla 35%. 26% ankietowanych zdobywało informacje na zjazdach i konferencjach zawodowych. Również udział w formach kształcenia podyplomowego jest dla 24% osób formą poszerzania wiedzy.

Drugi etap analizy wyników badań własnych polegał na zbadaniu korelacji pomiędzy opiniami badanych na temat śmierci i umierania a czynnikami socjodemograficznymi i zawodowymi. W analizie wyników zanotowano istotny statystycznie związek pomiędzy opinią na temat postępowania pielęgniarskiego wobec chorego umierającego będącego w stanie paliatywnym a wiekiem osób badanych ($p=0,033$). Stwierdzono, że im starszy wiek, tym więcej osób jest zdania, że pacjentom w stanie terminalnym należy zapewnić godne warunki umierania. Podobna zależność istnieje w odniesieniu do stażu pracy osób badanych. Wykazano dodatnią korelację między stażem pracy w zawodzie pielęgniarki a opinią na temat postępowania wobec chorego umierającego, będącego w stanie paliatywnym. Stwierdzono, że im dłuższy staż pracy, tym więcej jest osób wyrażających opinię, że chorym w stanie terminalnym należy zapewnić godne warunki umierania ($p=0,034$). Dalsza analiza wyników wykazała dodatnią korelację między wykształceniem zawodowym personelu pielęgniarskiego a opinią odnośnie etycznego postępowania w stosunku do chorego umierającego. Nie stwierdzono jednak w tym zakresie zależności istotnej statystycznie ($p=0,074$). Najczęstszymi źródłami służącymi pogłębianiu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat śmierci i umierania są rozmowy z innymi członkami zespołu terapeutycznego (82%) i rozmowy z rodziną (92%). Pozyskiwanie w ten sposób wiedzy zależy od wieku osób badanych ($p=0,039$), a nie zależy od stażu pracy ($p=0,173$) i od wykształcenia osób ankietowanych ($p=0,251$).

Dyskusja

Prezentowane wyniki badań własnych oraz innych autorów jednoznacznie dowodzą, że istotnym wyznacznikiem prezentowanej wiedzy, poglądów i postaw personelu pielęgniarskiego na temat śmierci i umierania są czynniki socjodemograficzne i zawodowe osób badanych. W badaniach własnych stwierdzono, że wraz ze wzrostem wieku pielęgniarek wzrasta ilość osób deklarujących konieczność zapewnienia godnych warunków umierania pacjentom będącym w stanie terminalnym ($p=0,033$). Podobnie kształtuje się także

wpływ stażu pracy pielęgniarek na opinie w zakresie organizowania godnych warunków umierania i prezentowania etycznych norm zachowania wobec pacjentów w terminalnej fazie choroby ($p=0,034$). Badania własne dowiodły, że pielęgniarki posiadające wykształcenie wyższe, to znaczy na poziomie licencjata lub magistra, wymieniają zdecydowanie częściej zasady etycznego postępowania wobec pacjentów w stanie terminalnym choroby, niż pielęgniarki z wykształceniem średnim posiadające tytuł pielęgniarki dyplomowanej ($p=0,074$).

Powyższy aspekt tematyki w zakresie opinii personelu pielęgniarskiego dotyczący śmierci i umierania podjęty został również w badaniach innych autorów. Odmienne wyniki badań w porównaniu z własnymi zaprezentowane zostały przez Tałaj i Suchorzewską, gdzie 48% pielęgniarek deklaruje postawę poszanowania godności pacjenta umierającego jako bardzo ważną, a 38% ankietowanych uważa godność pacjenta za najwyższą wartość [Tałaj, Suchorzewska, 2007]. Natomiast w badaniach własnych, zapewnienie godnych warunków umierania jako najważniejszego aspektu postępowania pielęgniarskiego wobec chorego podaje aż 97% pielęgniarek i pielęgniarzy.

W raporcie z badań autorstwa Tolarczyk, dotyczącym opinii pielęgniarek zatrudnionych na Oddziale Opieki Paliatywnej i na Oddziale Intensywnej Terapii, stwierdzono podobnie jak w badaniach własnych, że ponad 50% badanych pielęgniarek wyraża pogląd, że śmierć jest naturalnym, końcowym etapem w życiu każdego człowieka [Tolarczyk, 2007].

W badaniach własnych stwierdzono, że najczęstszymi reakcjami, jakie towarzyszą personelowi pielęgniarskiemu wobec zgonu pacjenta, są: odczuwanie smutku (82%), przyjmowanie śmierci ze spokojem (75%) oraz przerażenie wobec panującej niesprawiedliwości (52%), modlitwa (19%). Ostatni wynik znacząco odbiega od rezultatów uzyskanych w badaniu przeprowadzonym przez Slezionę i Krzyżanowskiego, gdzie badane pielęgniarki stwierdzają, iż wiara w Boga pomaga im w zetknięciu ze śmiercią (64%) [Sleziona, Krzyżanowski, 2011].

Wśród najczęstszych emocji towarzyszących pielęgniarkom i pielęgniarzom w obliczu śmierci chorego stwierdzonych w badaniach własnych są: współczucie i smutek, (91%), żal i przygnębienie (70%) oraz wiara w życie po śmierci (69%). Odmienne emocje przedstawiają autorzy badania przeprowadzanego wśród pielęgniarek pracujących w hospicjum, gdzie na pierwszym miejscu podają bezsilność (67%), a na drugim współczucie (33%). W badaniach tych stwierdzono, że wśród personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziale ortopedii i na oddziale wewnętrznym niepokojący wynik uzyskało uczucie obojętności – odpowiednio 29% i 21% oraz uczucie odrzucenia – po 12% w obydwu grupach [Gaworska-Krzemińska, Kujawska, Żuralska i in., 2007].

Wnioski

1. Opinie personelu pielęgniarskiego na temat postaw i zasad postępowania zgodnych z normami etyki zawodowej wobec pacjentów będących w fazie terminalnej choroby różnią się istotnie w zależności od wieku i stażu pracy badanych pielęgniarek i pielęgniarzy. Stwierdzono, że im starszy wiek osób badanych oraz im dłuższy ich staż pracy, tym więcej osób jest zdania, że pacjentom w stanie terminalnym należy zapewnić godne warunki umierania, nieść ulgę w cierpieniu i bólu oraz dać odczucie naszej obecności, towarzyszenia i wsparcia.
2. Opinie personelu pielęgniarskiego na temat postaw i zasad postępowania zgodnych z normami etyki zawodowej wobec pacjentów będących w fazie terminalnej choroby nie różnią się istotnie w zależności od wykształcenia badanych pielęgniarek i pielęgniarzy. Jednak wykazano, że im wyższy jest poziom wykształcenia osób badanych, tym więcej jest osób, które prezentują opinię, że pacjentom w stanie terminalnym należy zapewnić godne warunki umierania, nieść ulgę w cierpieniu i bólu oraz dać odczucie naszej obecności, towarzyszenia i wsparcia.
3. Najczęstszymi źródłami służącymi pogłębianiu zagadnień i kształtowaniu poglądów, postaw i zachowań w obliczu śmierci dla personelu pielęgniarskiego są rozmowy i dyskusje z innymi członkami zespołu terapeutycznego oraz rozmowy z rodziną. Pozyskiwanie w ten sposób wiedzy zależy istotnie od wieku osób badanych, a nie zależy od stażu pracy i od wykształcenia osób ankietowanych.
4. Najczęstszymi reakcjami towarzyszącymi personelowi pielęgniarskiemu w obliczu śmierci i umierania są smutek, spokój oraz poczucie niesprawiedliwości. Natomiast najczęstsze emocje wśród perso-

nelu pielęgniarskiego w sytuacji śmierci i umierania to współczucie i smutek, żal i przygnębienie oraz wiara w życie po śmierci.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Dla zapewnienia pacjentom godnych warunków opieki terminalnej należy dążyć do podnoszenia poziomu jakości opieki pielęgniarskiej realizowanej w ramach świadczeń opieki paliatywnej. W celu pogłębiania i aktualizowania wiedzy oraz kształtowania postaw w obliczu śmierci trzeba w szerszym zakresie wykorzystywać ofertę kształcenia podyplomowego skierowanego do personelu pielęgniarskiego.

Piśmiennictwo

1. Becler R. 2015. *Ewolucja operacyjnej definicji śmierci człowieka*. Prawo i Medycyna. 2 (59, 17): 52-59.
2. Biesaga T., Galewicz W., Krajewski R., Łuczak J., Marczewski K., Radziwiłł K., Umiastowski J., Dymna A.. 2009. *Kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć? Głosy w dyskusji*. Medycyna Praktyczna. 9: 167-177.
3. Brusilo J. 2007. *Cierpienie człowieka jako konstytutywny element natury ludzkiej. Przyczynek do antropologii personalistycznej*. Medycyna Praktyczna. 8: 241-244.
4. Gaworska-Krzemińska A., Kujawska L., Żuralska R., Książek J., Grabowska H.. 2007. *Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarkom w opiece nad pacjentem umierającym*. [w:] Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J. (red.) *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości*. Tom II. Białystok: Wydawnictwo Akademia Medyczna w Białymstoku: 173-180.
5. Gonczaronek H., Kubasik E.. 2016. *Pochówek na przestrzeni wieków w kulturze europejskiej*.
6. https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/4726/Gonczaronek_Kubasik_Poch%C3%B3wek_na_przestrzeni_wiek%C3%B3w_w_kulturze_europejskiej.pdf?sequence=1&isAllowed=y (dostęp: 11.11.2015 r.).
7. Górecki M. 2010. *Kres życia*. [w:] Górecki M. (red.) *Prawda umierania i tajemnica śmierci*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak: 18-19.
8. Sleziona M., Krzyżanowski D. 2011. *Postawy pielęgniarek wobec śmierci i umierania*. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. 1(3): 217-223.
9. Tolarczyk A. 2007. *Postawy wobec śmierci pielęgniarek hospicyjnych i anestezjologicznych*. [w:] Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J. (red.) *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości*. Tom II. Białystok: Wydawnictwo Akademia Medyczna w Białymstoku: 181-187.
10. Tałaj A., Suchorzewska J. 2007. *Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych*. Problemy Pielęgniarstwa. Tom 15, 1: 32-38.
11. de Walden-Gałuszko K. 2005. *Problemy psychiczne, duchowe i etyczne*. [w:] de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.) *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL: 194-221.