

Izabela Gołębiak¹, Robert Szczepaniak¹, Anna Łazowa¹, Grażyna Dykowska²

¹Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Filia w Warszawie

²Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego

POSTAWY PIELEŃNIAREK WOBEC ŚMIERCI PACJENTA

Attitudes of nurses in the face of a patient's death

Streszczenie

Wstęp

Śmierć od zawsze łączy się z nieprzyjemnymi uczuciami, takimi jak ból, strach, cierpienie, poczucie straty. Obecnie ludzie częściej umierają na szpitalnym łóżku, gdzie niezbędna jest opieka pielęgniarska. Śmierć pacjenta należy do stałych elementów w pracy pielęgniarek, która związana jest z różnorodnymi czynnikami stresującymi. W prezentowanej pracy została podjęta próba poznania postaw pielęgniarek wobec śmierci pacjenta.

Cel

Celem prezentowanej pracy było poznanie postaw pielęgniarek wobec śmierci pacjenta.

Material i metody

Grupę badanych stanowiło 115 pielęgniarek i pielęgniarzy. Badanie przeprowadzono w okresie pierwszych dwóch miesięcy 2018 roku. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, a jako narzędzie badawcze autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki

Dłuższy staż pracy pielęgniarek i pielęgniarzy nie wpływa na przygotowanie do sprawowania opieki nad pacjentem umierającym. Dłuższy staż pracy nie determinuje lepszego przygotowania do obcowania ze śmiercią pacjenta. Większość kontaktów z pacjentem umierającym nie wpływa znacząco na zwiększenie ilości zgłaszanych negatywnych konsekwencji obcowania ze śmiercią wśród pielęgniarek i pielęgniarzy. Wyższa częstotliwość kontaktu z pacjentem umierającym nie wpływa na siłę odczuwanych emocji przez pielęgniarkę i pielęgniarza. Dłuższy staż pracy pielęgniarek i pielęgniarzy znacząco wpływa na wyższy poziom empatii w stosunku do umierającego.

Wnioski

Wyższe wykształcenie pielęgniarek i pielęgniarzy wpływa na większą gotowość w towarzyszeniu pacjentowi umierającemu. Wyższa częstotliwość kontaktu pielęgniarek i pielęgniarzy ze śmiercią pacjenta nie wpływa na niższy poziom empatii wobec umierającego. Wiek pielęgniarki i pielęgniarza nie determinuje większej ilości negatywnych emocji.

Słowa kluczowe: umieranie, śmierć, postawy pielęgniarek, emocje pielęgniarek.

Abstract

Introduction

Death has always been associated with unpleasant feelings such as pain, fear, suffering, and loss. Currently, people are more likely to die in a hospital bed where nursing care is essential. A patient's death is a common occurrence in the work of nurses; it is associated with various stressful factors. In this study, an attempt was made to get to know nurses' attitudes towards patient's death.

Purpose of research

The purpose of the presented work was to learn the nurses' attitudes towards a patient's death.

Material and methods

The group of respondents consisted of 115 nurses. The study was carried out during the first two months of 2018. It used a diagnostic survey method, a survey technique, and as a research tool, the author's questionnaire.

Results

Nurses' seniority does not affect their preparation for taking care of a dying patient. Longer work experience does not guarantee better preparation for dealing with patient's death. A higher frequency of contact with a dying patient does not decrease nurses' commitment to helping dying patients or their empathy. The length of work experience does not significantly influence the level of empathy towards a dying person.

Conclusions

The higher education nurses have, the more ready they are to take care of a dying patient. A higher frequency of contact with patient's death does not affect the level of empathy for the dying person that is experienced by nurses. The age of the nurse is not related to experiencing more negative emotions.

Key words: dying, death, attitudes of nurses, nurses' emotions

Wstęp

Pojmowanie śmierci, jako przedmiotu postawy jest różne, podobnie jak różna jest każda jednostka. Każdy człowiek kształtuje własną postawę zależnie od tego, jakie elementy przedmiotu postrzega i jak je przeżywa emocjonalnie.

Zjawisko śmierci jest powszechnie występujące, zauważalne i badane w zakresie wielu działań człowieka. Najczęściej obejmuje aspekty religijne, biologiczno-medyczne, filozoficzne, teologiczne [www 1].

W biologii i medycynie przyjmuje się, że śmierć następuje poprzez gwałtowne lub powolne zatrzymanie aktywności organizmu. WHO określa śmierć jako utratę życia bez szansy na ponowne jego przywrócenie. Uczeni zastanawiali się, czy definiując śmierć, należy brać pod uwagę zanik pracy serca czy mózgu [Guzowski, 2016].

Śmierć pacjenta należy do częstych sytuacji w pracy zawodowej w pielęgniarstwie. Pomimo opanowania i spokoju personelu pielęgniarzkiego podczas takich zdarzeń zawsze występują emocje. Najczęściej są to: poczucie żalu, braku nadziei i rozczarowanie. Ból emocjonalny to jeden z czynników, które powodują, że pielęgniarki ograniczają do minimum kontakt z pacjentem umierającym oraz spotkań z jego rodziną.

Zgon pacjenta wpływa niekorzystnie nie tylko na funkcjonowanie pielęgniarki w zakładzie pracy. Emocje i przeżycia przenoszone są do środowiska rodzinnego, co powoduje poczucie winy i przygnębienie. Krótkotrwałą poprawę samopoczucia wraz z łagodzeniem napięcia uruchamiają mechanizmy obronne. Następuje zaprzeczenie, tłumienie, wyparcie i racjonalizacja [Głowacka, 2014].

Częstą reakcją na odejście pacjenta jest intensywne wykonywanie obowiązków zawodowych na oddziale. Moment umierania chorego przywołuje w pamięci pielęgniarki poczucie żalu i smutku, również często powoduje nerwowe zachowania.

Pielęgniarka wbrew rokowaniom zapewnia chorego o zasadności kolejnych badań i sama z niepewnością oczekuje ich wyników. Dlatego też kontakt z pacjentem umierającym i jego cierpieniem stanowi olbrzymie obciążenie w zawodzie pielęgniarki [Yalom, 2004].

Cel pracy

Celem badań było poznanie postaw wobec śmierci pacjenta wśród pielęgniarek i pielęgniarzy.

W pracy podjęta została próba sprawdzenia, w jakim stopniu personel pielęgniarzki jest wyedukowany i przygotowany do emocjonalnego towarzyszenia osobom umierającym oraz jakie czynniki pomagają w radzeniu sobie z własnymi trudnymi emocjami wywołanymi przez kontakt z pacjentem umierającym. Analizie poddano również postawy personelu pielęgniarzkiego wobec pacjentów umierających w zależności od wieku, wykształcenia, stażu pracy i częstotliwości kontaktów ze śmiercią w pracy.

Material i metody

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, a jako narzędzie wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz składał się z 19 pytań, których tematyka dotyczyła zagadnień związanych z obcowaniem przez badanych ze śmiercią pacjentów w pracy oraz ich stosunkiem do tych doświadczeń.

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone; w pierwszych dwóch miesiącach 2018 roku na próbie 115 pielęgniarek i pielęgniarzy z województwa mazowieckiego.

Badania realizowano poprzez zamieszczenie kwestionariusza ankiety na portalu społecznościowym o tematyce pielęgniarskiej.

Analizy statystyczne uzyskanych wyników przeprowadzone zostały z wykorzystaniem oprogramowania statystycznego i analitycznego STATISTICA 10.0 PL (Dell Inc. (2016). Dell Statistica (data analysis software system), version 13. software.dell.com) oraz SPSS Statistics (ang.) wersja 26, firmy IBM.

Analizy statystycznej dokonano, wykorzystując:

- test niezależności Chi-Kwadrat Pearsona Kwadrat Pearsona (χ^2) – do porównania zmiennych o charakterze jakościowym między niezależnymi grupami,
- korelację porządku rang Spearmana – do zbadania związku między cechami porządkowymi.

W trakcie weryfikacji statystycznej zebranego materiału za poziom istotności otrzymanych wyników przyjęto $p < 0,05$.

W tabelach z wynikami testu chi-kwadrat Pearsona, poza rozkładem procentowym, zawarto wynik testu, który oznacza: χ^2 – wartość testu; – stopnie swobody; – poziom istotności dla powyższej wartości testu.

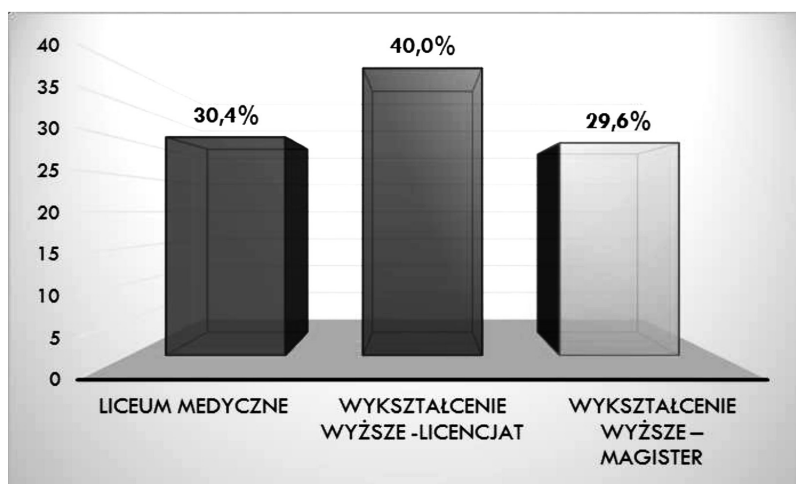
W tabelach z wynikami korelacji porządku rang Spearmana, poza rozkładem procentowym, zawarte wyniki oznaczają: – wartość współczynnika korelacji; – poziom istotności dla powyższej wartości współczynnika.

Wyniki

Większość badanej grupy to kobiety (87%), spośród mężczyzn rekrutowało się 13% respondentów.

Najlicniejszą grupę badanych stanowili pielęgniarze i pielęgniarki w przedziale wiekowym 40-49 lat (32,2%). Ponad jedna czwarta respondentów rekrutowała się spośród osób w wieku powyżej 49 lat (26,1%). Osoby w wieku 30-39 lat stanowiły 21,7% badanej grupy. Najmniej liczną grupą wiekową był najmłodszy personel w wieku 20-29 lat – (20%).

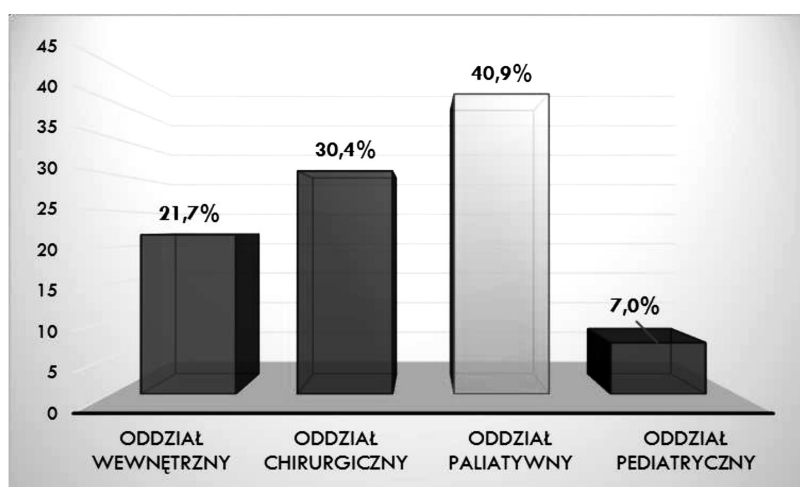
Większość ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy zakończyła edukację na poziomie tytułu licencjata pielęgniarstwa (40,0%). Prawie jedna trzecia badanych rekrutowała się spośród absolwentów liceum medycznego (30,4%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby posiadające dyplom magistra (29,6%).



Ryc. 1. Struktura respondentów ze względu na wykształcenie
Fig. 1. Structure of respondents due to education

Ponad połowa ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy deklarowała staż pracy w przedziale 10-20 lat (50,4%), a staż pracy prawie jednej czwartej respondentów mieścił się w przedziale od 5 do 10 lat (23,5%). Najkrótszy staż pracy – do lat 5 deklarowało 17,4% badanych, a najdłuższy – powyżej 20 lat – 8,7% ankietowanych.

Większość badanych rekrutowało się spośród pracowników oddziałów paliatywnych (40,9%), drugą pod względem liczebności grupę stanowiły osoby pracujące na oddziałach chirurgicznych (30,4%). Wykonywanie pracy na oddziale wewnętrznym zadeklarowało 21,7% badanych. Pozostałe pielęgniarki i pielęgniarze (7%) rekrutowali się spośród pracowników oddziałów pediatrycznych.



Ryc. 2. Struktura respondentów ze względu na miejsce pracy
Fig. 2. Respondents' structure due to the place of work

Pielęgniarki oraz pielęgniarze, którzy brali udział w badaniu zadeklarowali, że w dotychczasowym doświadczeniu zawodowym przynajmniej raz mieli do czynienia ze śmiercią pacjenta. Większość respondentów stwierdziła, że mają do czynienia ze śmiercią pacjentów często (48,7%). 41,7% doświadcza w pracy takich sytuacji bardzo często. Rzadkie kontakty z umierającymi pacjentami zadeklarowało 9,6% badanych pielęgniarek i pielęgniarzy.

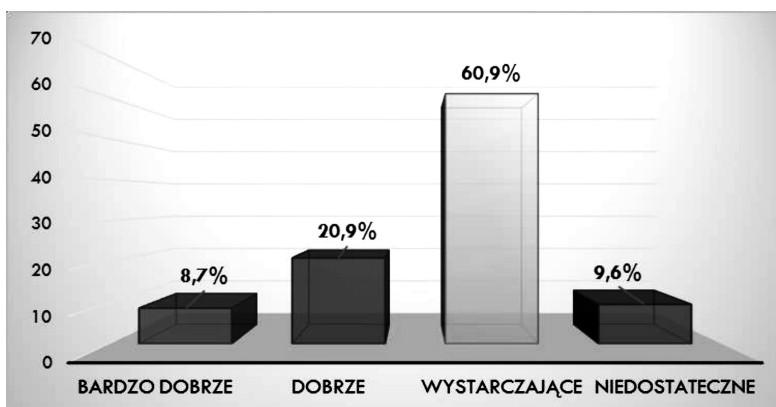
Ankietowani badani w większości twierdzili, że przygotowanie do sprawowania opieki nad umierającym człowiekiem, jakie posiadają obecnie, jest wystarczające (43,5%). Jedna trzecia badanych (33,9%) uważa, że zakres posiadanych przez nich kompetencji wymagałby wzbogacenia o bardziej specjalistyczne przygotowanie do radzenia sobie z sytuacją śmierci pacjenta. Prawie jedna czwarta badanych (22,6%) nie miała jednoznacznej opinii na ten temat.

Większość badanych (69,6%) uważało, że podczas nauki do zawodu zostali należycie przygotowani do pracy z umierającym pacjentem. Pozostałe osoby uznały, że przygotowanie zdobyte podczas studiów nie jest wystarczające (30,4%).

Zdaniem respondentów, podmiot zatrudniający pielęgniarki i pielęgniarzy powinien zaproponować personelowi dodatkowe szkolenia lepiej przygotowujące do pracy z pacjentem umierającym. Zdecydowana większość ankietowanych odpowiedziała twierdząco (90,4%), potwierdzając tym samym potrzebę doszkolenia personelu medycznego w tym zakresie.

Oceniając własną gotowość do towarzyszenia pacjentowi w umieraniu, 60,9% deklarowała, że posiada wystarczającą gotowość, a jako dobrą oceniło ją 20,9% ankietowanych. 8,7% osób badanych uznało, że ich umiejętności i gotowość do pracy z pacjentem umierającym są bardzo dobre. Jako niedostateczne określiło je 9,6% ankietowanych (Ryc. 3).

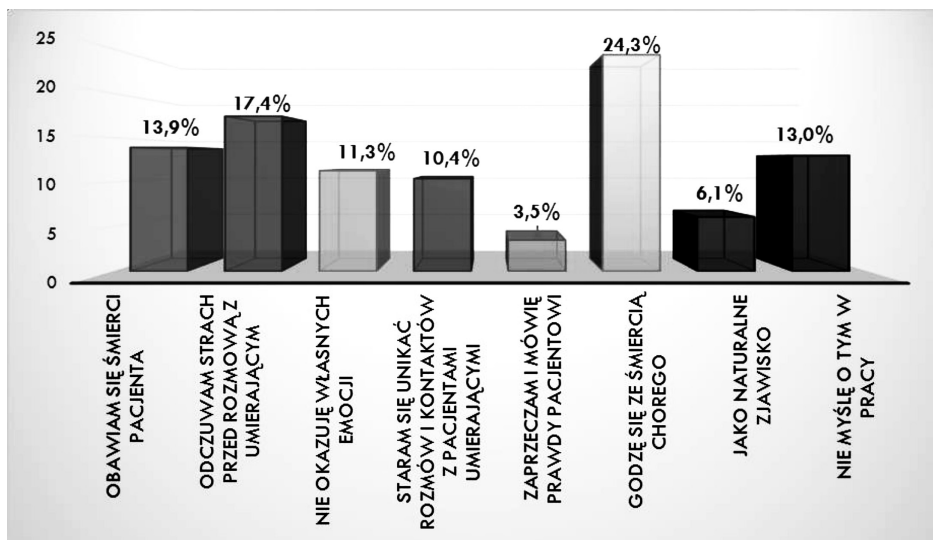
Prawie połowa badanych pielęgniarek i pielęgniarzy (43,5%) uznała, że posiada gotowość do przeprowadzenia rozmowy z osobą umierającą. Taki sam procent respondentów nie potrafił udzielić jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. Pozostali badani (13%) zadeklarowali brak gotowości, by podjąć się przeprowadzenia rozmowy na temat stanu osoby umierającej.



Ryc. 3. Ocena własnej gotowości w towarzyszeniu pacjentowi umierającemu
 Fig. 3. Assessment of own readiness in accompanying a dying patient

Większość pielęgniarek i pielęgniarzy oceniło swoje przygotowanie do emocjonalnego zaopiekowania się pacjentem umierającym jako dostateczne (42,6%). Dobrze przygotowanymi do emocjonalnego wspierania chorych czuje się 23,5% badanych, a bardzo dobrze 19,1% ankietowanych. Za niedostatecznie przygotowanych do emocjonalnego wspierania pacjentów w sytuacji zbliżającej się śmierci uznało się 14,8% pielęgniarek i pielęgniarzy.

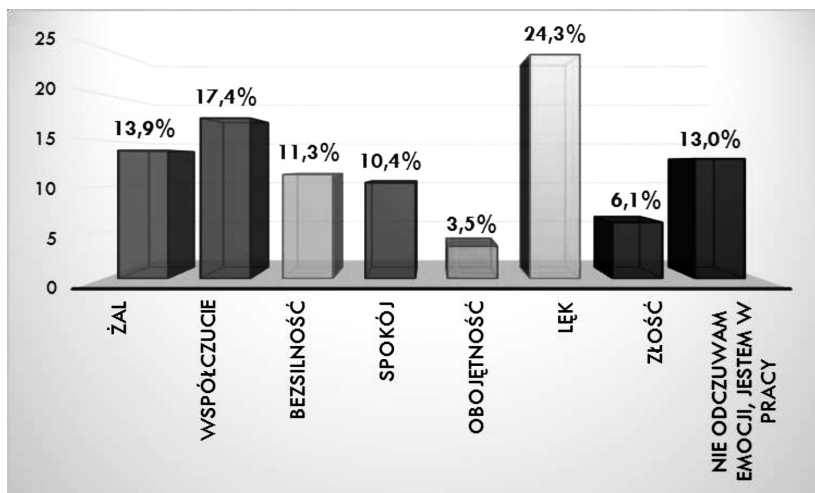
Podczas analizy reakcji towarzyszących obcowaniu ze śmiercią pacjenta stwierdzono, że najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które zadeklarowały pogodzenie się z faktem śmierci chorego (24,3%), druga pod względem wielkości grupa (17,4%) przyznała, że odczuwa strach przed rozmową z umierającym. Inną reakcją na obecność umierających pacjentów była obawa, że umrą, zadeklarowało to 13,9% pielęgniarek i pielęgniarzy. 13% personelu pielęgniarskiego nie myśli o tych kwestiach. Część badanych, jako reakcję na obcowanie ze śmiercią, wybiera nieokazywanie emocji (11,3%) i unikanie pacjentów umierających (10,4%). Niewielki odsetek ankietowanych zadeklarował, że traktuje śmierć jako naturalne zjawisko (6,1%), zaś 3,5% pielęgniarek i pielęgniarzy zaprzecza istnieniu tego problemu.



Ryc. 4. Reakcje towarzyszące w obcowaniu ze śmiercią pacjenta
 Fig. 4. Accompanying reactions in association with patient's death

Co czwarty badany deklarował, że w reakcji na obcowanie ze śmiercią pacjenta najczęściej odczuwa lęk (24,3%). 17,4% respondentów jako dominujące emocje wymieniło współczucie (17,4%). W dalszej kolejności badani deklarowali odczuwanie żalu (13,9%), bezsilności (6,1%) oraz obojętności (3,5%). Część pielęgniarek i pielęgniarzy zadeklarowała, że w zetknięciu z pacjentem umierającym odczuwają przede

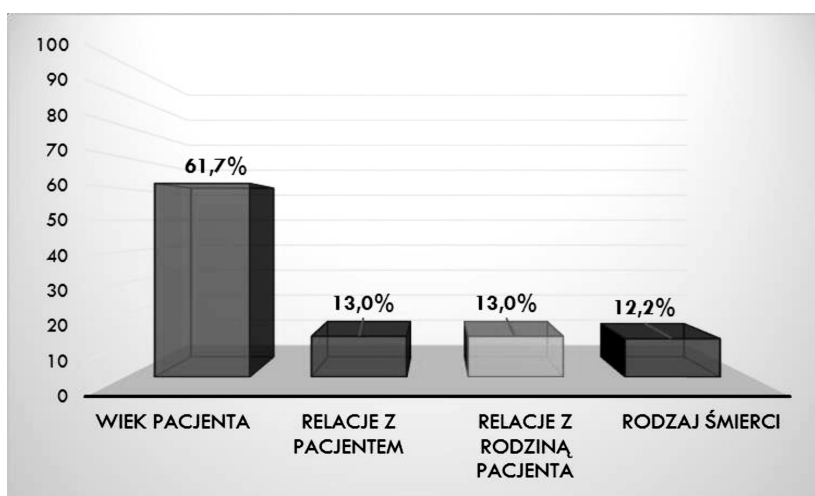
wszystkim spokój (10,4%). 13% ankietowanych nie pozwala sobie na odczuwanie żadnych emocji z uwagi na to, że są w pracy.



Ryc. 5. Emocje towarzyszące badanym w związku ze śmiercią pacjenta
Fig. 5. Emotions accompanying the examined in connection with the patient's death

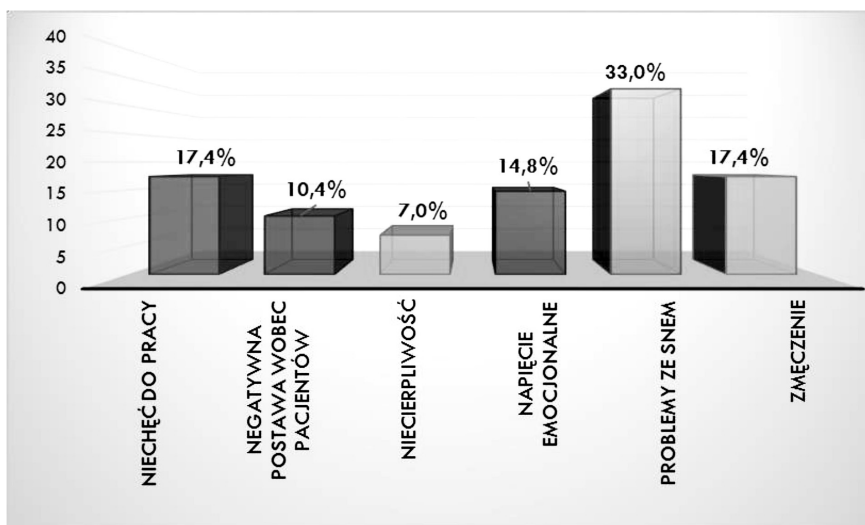
W obliczu doświadczanej w pracy śmierci pacjenta u ponad jednej trzeciej osób uruchamia się lęk przed śmiercią bliskiej osoby (35,7%), a u 11,8% badanych lęk przed śmiercią w ogóle. Jedna czwarta osób (24,3%) zadeklarowała, że taka sytuacja przygotowuje do własnej śmierci. Nieco mniejsza liczba badanych (17,4%) deklaruje, że obcowanie ze śmiercią w pracy motywuje ich do refleksji nad własnym życiem. Pozostałe osoby (7,8%) twierdziły, że sytuacja przebywania na co dzień z umierającymi nie ma żadnego wpływu na ich życie.

Dla większości badanych pielęgniarek i pielęgniarzy (61,7%) czynnikiem, który wpływa na nastawienie i odczucia względem śmierci pacjenta jest wiek pacjenta – im starsza osoba, tym łatwiej poradzić sobie z faktem jej umierania. Dla pozostałych osób takimi czynnikami były: relacja z pacjentem (13%) lub relacja z rodziną pacjenta (13%) – bliższa relacja generuje odczuwanie silniejszych emocji. Również rodzaj śmierci miał dla badanych znaczenie (12,2%) – śmierć naturalna w inny sposób oddziałuje na badanych niż śmierć nagła.



Ryc. 6. Czynniki mające wpływ na odczucia badanych względem śmierci pacjenta
Fig. 6. Factors affecting the feelings of the subjects regarding the patient's death

Co trzeci respondent w następstwie trudnych doświadczeń z osobami umierającymi zgłaszał problemy ze snem (33,0%). Część osób odczuwa zmęczenie (17,4%), niechęć do pracy (17,4%) i napięcie emocjonalne (14,8%). Pozostałe osoby odreagowują trudne doświadczenia przez negatywne nastawienie wobec pacjentów (10,4%) oraz niecierpliwość (7,0%).



Ryc. 7. Psychiczne i fizyczne konsekwencje obcowania ze śmiercią pacjentów
Fig. 7. The mental and physical consequences of dealing with the death of patients

Wszyscy ankietowani potwierdzili, że staż pracy wpływa na emocje i reakcje wobec śmierci pacjenta, nikt nie był przeciwnego zdania. 73% badanych pielęgniarek i pielęgniarzy zadeklarowało, że nie obserwuje spadku motywacji do pracy w wyniku obcowania ze śmiercią pacjentów. Pozostałe osoby (27%) przyznały, że obcowanie ze śmiercią pacjentów czasami wpływa na nich demotywująco. Ponad połowa ankietowanych (64,3%) nie widzi związku pomiędzy oddziałem, na jakim pracuje jako pielęgniarka/pielęgniarz a siłą odczuwanych emocji w wyniku obcowania ze zgonami pacjentów. 8,7% respondentów było zdania, że praca na oddziałach, w których częściej dochodzi do zgonów pacjentów powoduje, że odczuwane emocje są słabsze. W zdecydowanej większości osoby badane było zdania, że nie jest możliwe całkowite wyeliminowanie negatywnych emocji związanych ze śmiercią pacjenta (87%). Pozostałe 13% deklarowało, że w ich opinii, taka możliwość istnieje.

W szczegółowej analizie statystycznej nie wykazano zależności pomiędzy stażem pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza a opinią respondentów na temat własnego przygotowania do sprawowania opieki nad pacjentem umierającym ($=12,14; >0,05$). Nie potwierdzono hipotezy, że im dłuższy staż pracy tym, lepsze przygotowanie do obcowania ze śmiercią pacjenta ($=1,25; >0,05$). Analiza statystyczna nie potwierdziła istotnej zależności pomiędzy częstotliwością styczności ze śmiercią pacjenta podczas pracy a rodzajem odczuwanych negatywnych objawów w konsekwencji obcowania ze śmiercią pacjentów ($=6,08; >0,05$). Brak jest także zależności pomiędzy częstotliwością styczności ze śmiercią pacjenta podczas pracy a opinią na temat związku pomiędzy rodzajem oddziału a siłą odczuwanych emocji ($=2,23; >0,05$).

Wykazano istotną zależność pomiędzy stażem pracy ankietowanych a ich samooceną poziomu empatii w stosunku do pacjenta umierającego. Im dłuższy staż pracy pielęgniarek i pielęgniarzy, tym wyższy ich poziom empatii w stosunku do umierającego ($=13,53; <0,05$.) (Tab. 1.).

Potwierdzono także zależność pomiędzy wykształceniem personelu pielęgniarzkiego a gotowością do towarzyszenia pacjentowi umierającemu. Im wyższe wykształcenie badanych, tym gotowość do pracy z pacjentem umierającym była wyższa ($= -0,189; <0,05$) (Tab. 2.).

Wykazano, iż wykształcenie respondentów nie miało wpływu na deklarowane przygotowanie do rozmowy z pacjentem umierającym ($=2,20; >0,05$). Nieistotna statystycznie okazała się także zależność pomiędzy częstością styczności ze śmiercią pacjentów podczas pracy a ich oceną swojego poziomu empatii

w stosunku do pacjenta umierającego. Również wiek ankietowanych nie miał związku z rodzajami emocji towarzyszących im w związku ze śmiercią pacjenta.

Tab. 1. Zależność pomiędzy poziomem empatii w stosunku do umierającego a stażem pracy
Tab. 1. The relationship between the level of empathy in relation to the dying and work age

Staż pracy	Poziom empatii w stosunku do umierającego						Wyniktestu Chi kwadrat
	bardzo wysoki		dobry		dostateczny		
do 5 lat	7	35,0	12	60,0	1	5,0	$Chi^2 = 13,53$ $p = 0,035$
5-10 lat	4	14,8	21	77,8	2	7,4	
10-20 lat	17	29,3	33	56,9	8	13,8	
powyżej20 lat	0	0,0	6	60,0	4	40,0	

Tab. 2. Zależność pomiędzy oceną gotowości w towarzyszeniu pacjentowi umierającemu a wykształceniem
Tab. 2. Relationship between the assessment of readiness in accompanying a dying patient and education

Gotowość w towarzyszeniu pacjentowi umierającemu	Wykształcenie						Wynik korelacji porządku rang Spearmana
	liceum medyczne		wyższe licencjackie		wyższe magisterskie		
bardzo dobra	2	5,7	2	4,3	6	17,6	$rho = -0,189$ $p = 0,043$
dobra	6	17,1	9	19,6	9	26,5	
wystarczająca	23	65,7	30	65,2	17	50,0	
niedostateczna	4	11,4	5	10,9	2	5,9	

Dyskusja

Kwestia umierania i śmierci jest nieprzyjemnym tematem i bardzo często się go unika, jednakże są to nieodłączne elementy życia ludzkiego. Wielu ludzi nie wie, w jaki sposób zachować się wobec człowieka umierającego. Problem jest poważniejszy, jeżeli pracownicy medyczni, którzy zajmują się na co dzień osobami umierającymi nie posiadają wiedzy na ten temat.

W pracy poruszone zostały kwestie dotyczące umierania oraz roli pielęgniarek w tym momencie życia pacjentów.

Śmiertelna choroba jest często przeżyciem długotrwałym, które wpływa na wiele wymiarów naszej egzystencji. Cierpienie i problemy z tym związane dotyczą głównie chorego, jednak styka się z nimi również rodzina i pracownicy medyczni sprawujący opiekę nad nim.

Pielęgniarki wśród wielu obowiązków starają się wspierać i towarzyszyć choremu umierającemu w tym ciężkim dla niego czasie. Mimo że zespół specjalistów sprawujących opiekę nad pacjentem jest złożony, to jednak pielęgniarki mają najczęstszy kontakt z nim. Niejednokrotnie przyjmują one na siebie brzemię towarzyszenia pacjentowi do chwili nadejścia śmierci. Dlatego też niezmiernie ważne jest wszechstronne przygotowanie pielęgniarki do wykonywania zawodu.

Po wielu latach pracy w zawodzie istnieje ryzyko, że pielęgniarki mogą być dotknięte znieczulicą na cierpienie pacjentów. Z jednej strony jest to wynikiem codziennego stykania się z nieszczęściem ludzkim. Trudno byłoby podołać pracy, gdyby przy każdej styczności z pacjentem umierającym utożsamiały się z nim. Jest to forma samoobrony przed zbyt wieloma negatywnymi bodźcami. Problem pojawia się wtedy, gdy pielęgniarka wykonuje swoją pracę bez poszanowania godności ludzkiej [Kolbuszewski, 2005].

Każdego pacjenta powinno traktować się w sposób równy, bez względu na różnice kulturowe i religijne. Często bywa tak, że to właśnie pielęgniarka, której uda się zdobyć zaufanie pacjenta staje się powiernikiem jego tajemnic. Jednak, aby sprostać wymaganiom wynikającym ze specyfiki tego zawodu potrzebne jest nie tylko odpowiednie przygotowanie zawodowe i liczne szkolenia uzupełniające, ale również wrodzona empatia, wrażliwość i inteligencja emocjonalna, jak również umiejętność słuchania i zrozumienia potrzeb innych ludzi [Śleziona, 2011]. Z przeprowadzonych badań wynika, że pielęgniarki i pielęgniarze posiadający dłuższy staż pracy znacznie częściej deklarują swoje odpowiednie przygotowanie do sprawowania opieki nad pacjentem umierającym. W badaniach Zawisłak zdecydowana większość respondentek (73,3%) również uważała, że ma wystarczający zasób wiedzy w tej dziedzinie. Wszystkie respondentki podkreślały chęć pogłębiania swojej wiedzy w obszarze wykonywanego zawodu, podobnie jak w badaniach własnych, 90,4%, potwierdziło potrzebę doszkalania personelu medycznego w tym zakresie [Zawisłak, 2016].

W badaniach własnych wykazano istotną zależność pomiędzy stażem pracy ankietowanych a ich samooceną poziomu empatii w stosunku do pacjenta umierającego. Im dłuższy staż pracy pielęgniarek i pielęgniarzy, tym wyższy ich poziom empatii w stosunku do umierającego ($=13,53; =0,035$). W badaniach Niedojad i wsp. dowodzą także, 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 ($p=0,074$) [Niedojad i wsp., 2016].

Jednak w zależności od częstotliwości obcowania ze śmiercią towarzyszą temu różne negatywne konsekwencje. Istotny jest także fakt, że na poziom empatii wobec umierającego wpływ ma zarówno staż pracy, jak również częstotliwość kontaktu z osobami umierającymi. Osoby z dłuższym stażem charakteryzują się wyższym poziomem empatii, natomiast osoby mające częstszy kontakt z umierającymi posiadają mniejszy poziom empatii.

Co więcej, osoby, które posiadają wyższe wykształcenie częściej deklarują brak przygotowania do rozmowy z pacjentem umierającym. Większość respondentów zadeklarowała, że mają do czynienia ze śmiercią pacjentów często (48,7%). Kolejna pod względem liczności grupa (41,7%) doświadcza w pracy takich sytuacji bardzo często. Rzadkie kontakty z umierającymi pacjentami zadeklarowało 9,6% badanych pielęgniarek i pielęgniarzy. Jedna trzecia badanych (33,9%) uważa, że zakres posiadanych przez nich kompetencji wymagałby wzbogacenia o bardziej specjalistyczne przygotowanie do radzenia sobie z sytuacją śmierci pacjenta. Prawie jedna czwarta badanych (22,6%) nie miała jednoznacznej opinii na ten temat. Większość badanych (69,6%) uważa, że podczas nauki zawodu zostali należycie przygotowani do pracy z umierającym pacjentem. Większość pielęgniarek i pielęgniarzy (60,9%) deklaruje, że posiada wystarczającą gotowość do towarzyszenia pacjentowi w umieraniu, a jako dobrą oceniło ją 20,9% ankietowanych.

W badaniach Śleziony i Krzyżanowskiego większość respondentów (64 osoby – 53%) stwierdziło, że pamięta swoje pierwsze zetknięcie się ze śmiercią pacjenta, a niektórzy spośród nich opisali to wydarzenie wraz z towarzyszącymi mu przeżyciami. Śmierć pacjenta, była ważnym i niezapomnianym przeżyciem dla 58% ankietowanych (70 osób) [Śleziona, Krzyżanowski 2011].

Dość spójne stanowiska innych autorów z wynikami badań własnych stwierdzono w pytaniach odnoszących się do emocji, jakie odczuwa personel pielęgniarski w chwili śmierci pacjenta. W badaniach własnych personel pielęgniarski zapytany o to, w jaki sposób przeżywa śmierć pacjenta w większości (61 osób – 50,8%) stwierdził, że często podchodzi do tego emocjonalnie, jednak potrafi kontrolować swoje emocje. 27 ankietowanych (22,5%) odpowiedziało, że umieranie pacjenta zawsze traktują emocjonalnie, jednak to od pacjenta i sytuacji zależy, czy są to emocje łatwe do opanowania, czy też emocje silne, nad którymi się nie panuje. Tyle samo osób podchodzi do tego z dystansem, rzadko angażując się emocjonalnie. U dwóch respondentów (1,7%) umieranie pacjenta nie wywołuje żadnych emocji, natomiast 3 z nich

(2,5%) bardzo emocjonalnie przeżywa śmierć każdego chorego, często nie panując nad swoimi emocjami, co w konsekwencji zaburza czasem ich myślenie i koncentrację. Co czwarty badany deklaruje, że obcowanie ze śmiercią pacjenta najczęściej odczuwa lęk (24,3%). 17,4% respondentów jako dominujące emocje wymieniło współczucie (17,4%). W dalszej kolejności badani deklaruje odczuwanie żalu (13,9%), bezsilności (6,1%) oraz obojętności (3,5%). Część pielęgniarek i pielęgniarzy zadeklarowała, że dominującym uczuciem w zetknięciu się z pacjentem umierającym jest spokój (10,4%). 13% ankietowanych nie pozwala sobie na odczuwanie żadnych emocji z uwagi na to, że są w pracy. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Gaworska-Krzemińska i wsp. Wśród emocji pielęgniarek pracujących w hospicjum na pierwszym miejscu podają bezsilność (67%), a na drugim współczucie (33%). Natomiast wśród personelu pielęgniarstwa 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, 2007]. Również podobne wyniki uzyskano w badaniach Zawislak – najczęściej w sytuacji śmierci badany towarzyszyło przygnębienie i smutek (39,29%), złość na panującą w świecie niesprawiedliwość (21,43%) i spokój (10,71%). Pojedyncze osoby wskazywały również na modlitwę, niechęć do wykonywanego zawodu, strach, a także przygnębienie. Obecnie w chwili śmierci pacjentów u większości pielęgniarek (77%) występuje przewaga takich emocji, jak: smutek, bezsilność, żal i współczucie. Dodatkowo badani wskazywali na lęk, pustkę, ale także na spokój. Większość pielęgniarek (80%) odczuwała ponadto stres spowodowany śmiercią pacjenta. Ponad połowie respondentek 53,33% towarzyszyła obawa przed śmiercią^[7]. Nieco inne wyniki uzyskano w badaniach Niedojad i wsp. Autorzy badania wśród najczęstszych emocji towarzyszących pielęgniarce i pielęgniarzom w obliczu śmierci chorego jako dominujące wymieniają współczucie i smutek (91%), żal i przygnębienie (70%) oraz wiarę w życie po śmierci (69%) [Niedojad i wsp., 2016].

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej sformułowano następujące wnioski:

1. Dłuższy staż pracy pielęgniarek i pielęgniarzy nie wpływa na przygotowanie do sprawowania opieki nad pacjentem umierającym.
2. Dłuższy staż pracy nie determinuje lepszego przygotowania do obcowania ze śmiercią pacjenta.
3. Wyższa częstotliwość kontaktu z pacjentem umierającym nie wpływa znacząco na zwiększenie zgłaszanych negatywnych konsekwencji obcowania ze śmiercią wśród pielęgniarek i pielęgniarzy.
4. Wyższa częstotliwość kontaktu z pacjentem umierającym nie wpływa na siłę odczuwanych emocji przez pielęgniarce i pielęgniarza.
5. Dłuższy staż pracy pielęgniarek i pielęgniarzy znacząco wpływa na wyższy poziom empatii w stosunku do umierającego.
6. Wyższe wykształcenie pielęgniarek i pielęgniarzy wpływa na większą gotowość w towarzyszeniu pacjentowi umierającemu.
7. Niższe wykształcenie pielęgniarek i pielęgniarzy nie wpływa na częstszą deklarację o braku przygotowania do rozmowy z pacjentem umierającym.
8. Wyższa częstotliwość kontaktu pielęgniarek i pielęgniarzy ze śmiercią pacjenta nie wpływa na niższy poziom empatii wobec umierającego.
9. Wiek pielęgniarki i pielęgniarza nie determinuje większej ilości negatywnych emocji.

Piśmiennictwo

1. Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), Dz.U. MZOS z 30 listopada 1996r. nr 13 poz. 36. [www 1]
2. Guzowski Andrzej. 2016. *Kultura śmierci, kultura umierania*. Białystok: Wyd. Duchno.
3. Głowacka Mariola 2014. Śmierć pacjenta, jako obciążenie w pracy zawodowej pielęgniarki. *Problemy pielęgniarstwa*. vol. 22, nr 3: 23-24.

4. Yalom Irvin D. 2008. *Patrząc w słońce. Jak przetrwać grozę śmierci*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
5. Kolbuszewski Jacek (red.). 2004. *Zrozumieć umierających*. „Problemy współczesnej tanatologii”, vol. VIII, Wrocław: 95-98.
6. Śleziona Monika, Krzyżanowski Dominik 2011. Postawy pielęgniarek wobec śmierci i umierania. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. vol. 1, nr 3: 217-223.
7. Zawisłak Agnieszka 2016. Postawy pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i bliskich osób. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. vol. 6, nr 3: 197-203.
8. Niedojad Krystyna, Rybka Mariola, Rezmerska Leokadia, Ślusarz Robert 2016. Śmierci umieranie w opinii personelu pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. nr 3: 12-18.
9. Gaworska-Krzemińska Aleksandra i wsp. 2007. Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarce w opiece nad pacjentem umierającym. [w:] Krajewska-Kułak Elżbieta, Szczepański Marek, Łukaszyk Cecylia, Lewko Jolanta (red.) *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom II*. Białystok: Wydawnictwo Akademia Medyczna w Białymstoku.