

Wsparcie oczekiwane przez pracowników opieki paliatywnej w kontekście poczucia straty po śmierci pacjentów

Support expected by employees of palliative care in the context of the sense of loss after the death of patients

Małgorzata Joanna Fopka-Kowalczyk

Wydział Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Cel pracy: Analiza indywidualnego zapotrzebowania na wsparcie pracowników opieki paliatywnej po śmierci chorych. Praca polegająca na opiekowaniu się osobami chorymi będącymi u kresu życia stanowi trudną, kosztorodną sytuację. Zwłaszcza nawiązywanie bliskich relacji w trakcie sprawowania opieki sprawia, że po śmierci chorego wśród pracowników występują określone reakcje emocjonalne, poznawcze i behawioralno-somatyczne. Praca z umierającymi bez wątpienia wymaga wspierania opiekunów profesjonalnych. Literatura przedmiotu w szerokim zakresie zajmuje się doświadczeniami osób chorych onkologicznie oraz ich rodzinami. Dotychczasowe badania obejmują charakterystykę przeżyć w trakcie choroby i analizę cierpienia na poszczególnych płaszczyznach funkcjonowania człowieka chorego i/lub rodziny sprawującej opiekę. W mniejszym stopniu natomiast nauki związane z opieką paliatywną i psychoonkologią wydają się zajmować zagadnieniami przeżyć opiekunów profesjonalnych.

Materiał i metody: Badaniem objęto 130 pracowników medycznych i niemedycznych w 9 ośrodkach opieki paliatywnej województwa kujawsko-pomorskiego. Metodami wykorzystanymi do badań były autorskie narzędzia do zbadania zależności: Kwestionariusz wsparcia oczekiwanego (KWOCz) oraz Kwestionariusz poczucia straty (KPS), wystandaryzowane i znormalizowane na wcześniejszych etapach badania (rzetelność testu KPS – 0,84, dla KWOCz – 0,88; trafność testu KPS – 0,92, dla KWOCz – 0,94). Zastosowano w obliczeniach współczynnik korelacji r Pearsona.

Wyniki: Pracownicy opieki paliatywnej w kontekście doświadczanych reakcji po śmierci pacjentów wskazują na indywidualne zapotrzebowanie na wsparcie w sferze emocjonalnej, informacyjnej oraz instrumentalnej w stopniu statystycznie istotnym. Oznacza to, że oczekują docenienia i dowartościowania w wykonywanej pracy, informacji dotyczącej szkoleń i możliwości wymiany doświadczeń, jak również instruowania, w jaki sposób modyfikować swoje zachowania w wykonywanej pracy.

Słowa kluczowe: wsparcie oczekiwane, poczucie straty, pracownicy hospicjum.

Abstract

The aim of the study is the analysis of individual demand for the support of palliative care workers after the death of patients. The care of the patients in the end of their lives is a difficult, cost-building situation. Developing close relationships in the course of care results in certain emotional, cognitive and behavioural-somatic responses experienced by employees after the death of the patients. Working with the dying, without a doubt, requires the support of professional caregivers. The research deals with the experience of the patients with cancer as well as their families. To a lesser extent the science related to palliative care and psychooncology seem to deal with the issues of professional caregivers.

Material and methods: The researched were 130 health and non-medical professionals from 9 palliative care centres. The methods used in research were the author's tools: The Expected Support Questionnaire (ESQ) and The Grief Questionnaire (SLQ), standardized and normalized (the integrity of the test: SLQ – 0.84; for ESQ – 0.88; accuracy test SLQ – 0.92; for ESQ – 0.94). Pearson product-moment correlation coefficient was used in calculations. The research results: the employees of palliative care in the context of the experienced reactions after the death of patients indicate the individual demand for support in emotional, informational, and instrumental areas to a statistically significant degree. It means that they expect appreciation for and promotion at work,

information on training and opportunities for exchange of experiences, as well as instructing on how to modify their behaviour at work.

Key words: expected support, grief, hospice staff.

Adres do korespondencji:

Małgorzata Joanna Fopka-Kowalczyk, Wydział Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet
Mikołaja Kopernika, ul. Gagarina 9, 87-100 Toruń, e-mail: malgorzata.j.kowalczyk@gmail.com

WSTĘP

Śmierć jest zjawiskiem, które w każdej sytuacji wywołuje silne reakcje. Dotyka w sposób szczególny samego umierającego, każąc się żegnać z tym, co stanowiło dla niego największą wartość. Zwłaszcza choroba przewlekła i postępująca, przybliżająca osobę do śmierci, jest wydarzeniem wyjątkowo trudnym, wymagającym adekwatnego wsparcia i pomocy.

Opieka hospicyjno-paliatywna to praca interdyscyplinarnego zespołu pracowników medycznych i niemedycznych na rzecz chorego znajdującego się u kresu życia oraz jego bliskich. Działanie zespołu ma na celu nie tylko uśmierzenie bólu somatycznego, lecz także pomoc przy trudnościach psychologicznych, społecznych i duchowych [1]. Jest to trudny i bardzo intymny świat, do którego chory zaprasza pracownika opieki paliatywnej. Opieka nad chorym, towarzyszenie w trudnych sytuacjach, często bardzo dobre poznanie jego biografii oraz rodziny sprawia, że między chorym a opiekunem profesjonalnym buduje się szczególna relacja, swego rodzaju więź. Obcowanie z umierającym, wejście w świat jego rzeczywistości sprawia natomiast, że po jego śmierci mogą u pracownika wystąpić symptomy przeżywanego straty wymagające wsparcia. Nabiera to szczególnego znaczenia zwłaszcza w sytuacji nawiązywania głębszych relacji z chorym przed jego śmiercią:

„Wchodzenie w relacje z pacjentami umierającymi jest głębsze niż te, tworzone przez innych pracowników służby zdrowia, stąd mogą też oni doświadczać większego poczucia straty, gdy pacjenci umierają. Badania pokazały, że w różnych środowiskach służby zdrowia, pielęgniarki mogą doświadczać głębokiego smutku podczas pracy z pacjentami, którzy zmarli lub umierają” [2].

Opieka sprawowana przez profesjonalistów nad osobami chorymi znajdującymi się u kresu życia oraz potrzeba ich wspierania w wykonywanej pracy, zwłaszcza w kontekście doświadczanych reakcji po śmierci chorych, wydają się tematem niepodejmowanym w dociekaniach naukowych. Dotychczasowe polskie doniesienia stanowią raczej intuicyjne analizy bądź rozważania długoletnich praktyków prowadzone na podstawie ich doświad-

czeń własnych. Istniejące badania dotyczą również określonej, wybranej przez badacza, grupy zawodowej. Przegląd badań anglojęzycznych dotyczących doświadczanych przez pracowników przeżyć po śmierci pacjentów pozwala natomiast stwierdzić, że jest to temat stale naglący. Spencer na przykład wnioskuje, że potrzeby pielęgniarek w zakresie indywidualnego i zawodowego wsparcia nie są szeroko poznane i że samoświadomość w tym zakresie i wsparcie personelu podniosłoby jakość opieki nad chorym i jego rodziną [3]. Stąd też autorka niniejszej pracy przyjęła jako cel przeprowadzenie i prezentację badań dotyczących zapotrzebowania na wsparcie personelu w sytuacji trudnej, jaką jest śmierć pacjenta.

Należy przyjąć, że wsparcie społeczne jest procesem udzielanym w różnych sytuacjach ludzkiego życia. Odnosi się do różnych aspektów życia człowieka, sytuacji trudnych rozumianych indywidualnie przez konkretną osobę, ale powinno być oddziaływaniem także wtedy, gdy osoba jest całkowicie zdrowa. Taką sytuacją może być zjawisko wsparcia społecznego w wykonywanej pracy zawodowej w kontekście ponoszonych przez pracowników kosztów emocjonalnych. W sposób szczególny dotyczy to tych specjalizacji czy form pracy z chorym, gdzie śmierć ma miejsce każdego dnia, skłaniając personel do przeżywania określonych stanów po zgonie pacjenta. Nie można zaprzeczyć, że reakcje te stanowią sytuacje szczególnie emocyjne. Nawiązana więź emocjonalna z chorym, swego rodzaju zaprzyjaźnianie się z pacjentem doprowadza często do sytuacji, że po jego śmierci osoba będąca pracownikiem przeżywa reakcje zbliżone do żałoby. W podobny sposób reakcje te definiuje Manu Keirse, stwierdzając, że profesjonalni opiekunowie doświadczają nieuznanej czy też nieusankcjonowanej straty, która jest „nieuprawniona” społecznie i stanowi temat tabu wśród pracowników [4]. Analiza jakościowa przeżyć personelu opieki paliatywnej występujących po śmierci chorych wskazuje, iż jest to specyficzny rodzaj doświadczeń. Definicja utworzona na bazie zastosowanej teorii ugruntowanej definiuje poczucie straty po śmierci pacjentów jako „szereg reakcji doświadczanych przez pracowników opieki paliatywnej w sferze emocjonalnej, poznawczej

i somatyczno-behawioralnej. Reakcje te są zróżnicowane ze względu na typ chorego, nawiązaną relację w trakcie sprawowania opieki, ze względu na wiek i biografię chorego. Doświadczane reakcje przez pracowników opieki paliatywnej są naturalnym procesem radzenia sobie ze śmiercią i przeżywanymi reakcjami” [5]. Taka definicja doświadczanych reakcji po śmierci chorych stała się podstawą do skonstruowania narzędzia psychometrycznego oraz zbadania związku pomiędzy stratą a drugą kategorią teoretyczną: wsparciem społecznym. Definicyjnie termin „wsparcie społeczne” stanowi interdyscyplinarne pojęcie, badane na gruncie wielu nauk społecznych. W ujęciu potocznym rozumiane jest jako „pomoc okazana komuś, zwłaszcza zapomoga materialna” [6]. Najbardziej ogólna, naukowa definicja ujmuje wsparcie „jako dostarczanie jednostce, która doświadcza jakiegoś rodzaju trudności, zasobów emocjonalnych, informacyjnych albo rzeczowych przez innych ludzi (czyli przez jej sieć społeczną)” [7]. Brak takiego wsparcia może sprawić, że u osoby znacznie obniża się odporność psychiczna oraz możliwość poradzenia sobie z kryzysem.

Konceptualizacji zagadnienia wsparcia społecznego podejmuje się wielu autorów. Niniejszy artykuł i przeprowadzone badania opierają się na koncepcji wsparcia według Heleny Sęk, która ujmuje je w kategoriach funkcjonalnych oraz strukturalnych. Wsparcie w ujęciu strukturalnym to „obiektywnie istniejące i dostępne sieci wsparcia, które wyróżniają się od innych sieci tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji” [8]. Istniejące sieci społeczne, zwane również systemami oparcia, działają dla dobra osoby przynależącej do tej sieci. Wsparcie społeczne w ujęciu funkcjonalnym Sęk definiuje jako „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej” [9]. Podstawowym celem interakcji wspierającej jest ogólne podtrzymanie, zmniejszenie stresu, opanowanie kryzysu przez towarzyszenie, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei oraz zbliżenie do rozwiązania problemu i przezwyciężenia trudności [10].

Wieloaspektowość omawianej kategorii zabezpiecza zdaniem Sęk przed uproszczonym rozumieniem wsparcia [11]. Stwierdza, że można je rozpatrywać w wielu kategoriach, i dokonuje podziału wsparcia na następujące aspekty: wsparcie spostrzegane, otrzymywane oraz wsparcie oczekiwane uzyskiwane z określonych źródeł i w określonych formach. Wsparcie oczekiwane, ważne ze względu na podejmowaną problematykę w tekście, definiuje jako „indywidualne zapotrzebowanie na wsparcie” [12].

Wsparcie społeczne według Sęk stanowi jeden z aspektów złożonego mechanizmu radzenia sobie z problemami. Jego funkcja w rozwiązywaniu problemów życiowych, rozwojowych i sytuacji trudnych zależy od tego, czy istnieje realne wsparcie społeczne, czy jednostka ma cechy sprzyjające zdobywaniu i utrzymywaniu więzi, czy istnieje zaufanie itp.

Z analiz dokonanych przez Zofię Ratajczak wynika, że w sytuacjach doświadczanych w pracy poszczególne osoby wypracowują sobie określone sposoby radzenia sobie oraz środki zaradcze (*coping*). Ponieważ jednak metody indywidualne nie zawsze pomagają lub okazują się niewystarczające, niemożność podołania sytuacji może wywoływać poczucie bezradności i bezsilności. To sprawia, że powstaje konieczność udzielania wsparcia. „Samo spostrzeganie przez człowieka w swoim otoczeniu wsparcia potencjalnego, tzn. odpowiednich osób czy instytucji, w sposób wydatny przyczynia się do redukcji stresu” [13].

Mówiąc o ogólnych efektach oddziaływania wsparcia społecznego, można wyróżnić dwie strony. Efektem głównym, bezpośrednim jest pomoc w eliminowaniu lub zmniejszaniu występowania stresorów bądź oddziaływanie wpływające korzystnie na zdrowie i dobrostan przy założeniu działań w pewnym sensie niezależnych od występowania stresu. Drugi pozytywny skutek udzielanego wsparcia społecznego to osłabianie negatywnego wpływu stresu, czyli działanie na osobę wspomaganą na zasadzie bufora [14].

MATERIAŁ I METODY

Przedmiotem przeprowadzonych badań była analiza wsparcia społecznego oczekiwanego przez pracowników opieki paliatywnej w kontekście doświadczanej sytuacji trudnej, jaką jest poczucie straty po śmierci pacjentów.

Problem badawczy brzmiał następująco:

Czy i w jakim stopniu istnieje związek pomiędzy poczuciem straty po śmierci pacjenta a wsparciem społecznym oczekiwanym wśród pracowników opieki paliatywnej?

Dla zbadania interesującej zależności między kategoriami głównymi (zmiennymi) wyróżniono podzmiennie zarówno dla poczucia straty, jak i dla wsparcia oczekiwanego.

Wskaźniki podzmiennej wsparcia społecznego oczekiwanego:

- podzmienna oczekiwanego wsparcia emocjonalnego – oczekiwanie na emocje podtrzymujące, uspokajające, odzwierciedlające troskę, oczekiwanie pozytywnego ustosunkowania oraz potrzeba przynależności, opieki i słów czy zachowań po-

zwalających na podwyższenie samooceny. Potrzeba uwolnienia się od napięć i negatywnych uczuć oraz wyrażenia swoich obaw i smutku. Osoba na skutek wspierania emocjonalnego oczekuje, że będzie czuła się lepiej, lżej i że wpłynie to pozytywnie na jej samoocenę;

- podmienna oczekiwanego wsparcia informacyjnego – oczekiwanie wymiany takich informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu sytuacji, położenia życiowego i problemu. To również potrzeba uzyskiwania informacji zwrotnych o skuteczności podejmowanych działań zaradczych. Oczekiwane wsparcie informacyjne to również potrzeba dzielenia się własnym doświadczeniem przez osoby przeżywające podobne trudności. To także potrzeba zrozumienia sensu stresowych wydarzeń i ich przyczyny oraz atrybucji sprawstwa;
- podmienna oczekiwanego wsparcia instrumentalnego – oczekiwanie instruktażu, wskazówek i informacji o konkretnych sposobach postępowania, np. potrzeba modelowania skutecznych zachowań zaradczych, oczekiwanie możliwości wymiany sposobów/instrumentów postępowania i potrzeba zdobywania informacji. To także oczekiwanie konkretnej pomocy w wykonywaniu jakiś czynności;
- podmienna oczekiwanego wsparcia materialnego – oczekiwanie pomocy materialnej, rzeczowej i finansowej, ale też zapotrzebowanie na pomoc w zakresie zaopatrzenia w lekarstwa czy też zatrudnienia o zdrowie i pomoc w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia [15].

Drugą badaną zmienną było poczucie straty rozumiane jako szereg doświadczanych przez pracowników opieki paliatywnej reakcji emocjonalnych, poznawczych i somatyczno-behawioralnych po śmierci pacjentów, którymi wcześniej się opiekowali. Podziemne stanowiły wyróżnione w badaniach jakościowych kategorie reakcji po śmierci pacjenta: doświadczenia emocjonalne, poznawcze oraz behawioralno-somatyczne:

- podmienna reakcji emocjonalnych: rozumiane jako szereg doświadczanych przez osobę uczuć pozytywnych i/lub negatywnych, których bezpośrednią przyczyną jest śmierć pacjenta, którym pomagający się wcześniej opiekował;
- podmienna reakcji poznawczych: definiowane jako zachodzące w osobie procesy myślowe i poznawcze związane ze śmiercią chorego, ale też opinie i stosunek badanego do zagadnień śmierci w ogóle i śmierci własnej, umierania chorych i problemu doświadczanego przez siebie poczucia straty;
- podmienna reakcji somatyczno-behawioralnych: rozumiane w pracy jako odczuwane dolegliwości z ciała, uczucie zmęczenia i wyczerpania organi-

zmu na skutek śmierci chorego, jak również zewnętrzne objawy poczucia straty jak łzy, ukrywanie reakcji [16].

Do zbadania interesującej zależności wykorzystano dwa autorskie kwestionariusze: Kwestionariusz poczucia straty oraz Kwestionariusz wsparcia oczekiwanego. Oba narzędzia zostały wystandaryzowane (KPS: rzetelność – 0,84, trafność – 0,92) (KWOCz: rzetelność – 0,88, trafność – 0,94) i znormalizowane poprzez przeliczenie wyników surowych na stenowe [17].

Kwestionariuszami zbadano 130 pracowników opieki paliatywnej z 9 ośrodków zajmujących się pacjentami u kresu życia w województwie kujawsko-pomorskim. Dobór do badań był warstwowo-losowo-proporcjonalny.

WYNIKI

W celu określenia interesującej zależności pomiędzy wyróżnionymi kategoriami teoretycznymi zastosowano miarę współczynnika r Pearsona. Należy zaznaczyć, że uzyskane dane dotyczą pracowników pełniących różne funkcje zawodowe w hospicjum. Badani byli więc zarówno pracownicy medyczni (lekarze, pielęgniarki, opiekunowie rehabilitanci), jak i pracownicy niemedyczni (duchowni, pedagodzy, psychologowie).

Poniżej znajdują się uzyskane w badaniach wyniki (tab. 1.–10.). Zostaną one przedstawione w tabelach w następującym porządku: w pierwszej kolejności zaprezentowany zostanie współczynnik zależności pomiędzy wynikami uzyskanymi dla ogólnego poczucia straty oraz ogólnego wyniku uzyskanego w skali wsparcia oczekiwanego. W drugiej kolejności przedstawione zostaną dane dotyczą-

Tabela 1. Współczynniki korelacji r Pearsona dla ogólnego wyniku w skali KPS i KWOCz ($\alpha = 0,05$)

Wynik ogólny KWOCz	
Wynik ogólny KPS	0,36*

Tabela 2. Współczynniki korelacji r Pearsona dla podskal KPS (reakcji emocjonalnych, poznawczych i somatyczno-behawioralnych) wyrażonych w KPS i podskalą oczekiwanego wsparcia emocjonalnego w KWOCz ($\alpha = 0,05$)

Podskala oczekiwanego wsparcia emocjonalnego w KWOCz	
Podskala reakcji emocjonalnych KPS	0,27*
Podskala reakcji poznawczych KPS	0,38*
Podskala reakcji somatyczno-behawioralnych KPS	0,19

Tabela 3. Współczynnik korelacji r Pearsona dla ogólnego wyniku uzyskanego w skali KPS i podskalą oczekiwanego wsparcia emocjonalnego w KWOCz ($\alpha = 0,05$)

Podskala oczekiwanego wsparcia emocjonalnego w KWOCz	
Wynik ogólny uzyskany w KPS	0,34*

Tabela 5. Współczynniki korelacji r Pearsona dla ogólnego wyniku uzyskanego w skali KPS i podskalą oczekiwanego wsparcia informacyjnego w KWOCz ($\alpha = 0,05$)

Podskala oczekiwanego wsparcia informacyjnego w KWOCz	
Ogólny wynik uzyskany w KPS	0,33*

Tabela 7. Współczynniki korelacji r Pearsona dla ogólnego wyniku uzyskanego w skali KPS i podskalą oczekiwanego wsparcia instrumentalnego w KWOCz ($\alpha = 0,05$)

Podskala oczekiwanego wsparcia instrumentalnego w KWOCz	
Ogólny wynik uzyskany w KPS	0,30*

Tabela 9. Współczynniki korelacji r Pearsona dla ogólnego wyniku uzyskanego w skali KPS i podskalą oczekiwanego wsparcia materialnego w KWOCz ($\alpha = 0,05$)

Podskala oczekiwanego wsparcia materialnego w KWOCz	
Ogólny wynik uzyskany w KPS	0,30*

Tabela 10. Współczynniki korelacji r Pearsona dla podskal KPS (reakcji emocjonalnych, poznawczych oraz somatyczno-behawioralnych) wyrażonych w KPS i ogólnym oczekiwanym wsparciem wyrażonym w wyniku KWOCz ($\alpha = 0,05$)

Ogólna potrzeba wsparcia KWOCz	
Podskala reakcji emocjonalnych KPS	0,28*
Podskala reakcji poznawczych KPS	0,37*
Podskala reakcji somatycznych KPS	0,23*

ce współzależności pomiędzy wynikami poszczególnych podskali uzyskanymi w kwestionariuszu poczucia straty oraz wynikami w poszczególnych skalach kwestionariusza wsparcia oczekiwanego.

Uzyskany wynik (tab. 1.) można zinterpretować następująco: istnieje statystycznie istotny związek pomiędzy ogólnym poziomem oczekiwanego wsparcia społecznego przez pracowników opieki paliatywnej a doświadczanym przez nich poczu-

Tabela 4. Współczynniki korelacji r Pearsona dla podskal KPS (reakcji emocjonalnych, poznawczych oraz somatyczno-behawioralnych) wyrażonych w KPS i podskalą oczekiwanego wsparcia informacyjnego w KWOCz ($\alpha = 0,05$)

Podskala oczekiwanego wsparcia informacyjnego w KWOCz	
Podskala reakcji emocjonalnych KPS	0,26*
Podskala reakcji poznawczych KPS	0,33*
Podskala reakcji behawioralno-somatycznych KPS	0,21*

Tabela 6. Współczynniki korelacji r Pearsona dla podskal KPS (reakcji emocjonalnych, poznawczych oraz somatyczno-behawioralnych) wyrażonych w KPS i podskalą oczekiwanego wsparcia instrumentalnego w KWOCz ($\alpha = 0,05$)

Podskala oczekiwanego wsparcia instrumentalnego w KWOCz	
Podskala reakcji emocjonalnych KPS	0,22*
Podskala reakcji poznawczych KPS	0,35*
Podskala reakcji somatycznych KPS	0,18

Tabela 8. Współczynniki korelacji r Pearsona dla podskal KPS (reakcji emocjonalnych, poznawczych oraz somatyczno-behawioralnych) wyrażonych w KPS i podskalą oczekiwanego wsparcia materialnego w KWOCz ($\alpha = 0,05$)

Podskala oczekiwanego wsparcia materialnego w KWOCz	
Podskala reakcji emocjonalnych KPS	0,23*
Podskala reakcji poznawczych KPS	0,23*
Podskala reakcji behawioralno-somatycznych KPS	0,24*

ciem straty po śmierci pacjenta. Oznacza to, że im bardziej pracownicy opieki paliatywnej doświadczają śmierci chorego i przeżywają ją, tym bardziej oczekują wsparcia.

Uzyskane wartości współczynnika r Pearsona pomiędzy poszczególnymi podskalami (podzmiennymi) oczekiwanego wsparcia społecznego oraz podskalami doświadczanego poczucia straty wskazują na następujące zależności.

Uzyskane dane empiryczne (tab. 2.) wskazują na istnienie wyraźnej, choć małej zależności pomiędzy oczekiwanym emocjonalnym wsparciem społecznym i doświadczanymi reakcjami emocjonalnymi oraz reakcjami poznawczymi doświadczanymi po

śmierci chorych. Oznacza to, że im bardziej pracownicy opieki paliatywnej przeżywają śmierć chorego, odczuwają żal i smutek, a także wspominają go i często o nim myślą, tym bardziej oczekują emocjonalnego wsparcia poprzez wzmacniające słowa czy też możliwość bycia wysłuchanym i okazanie zrozumienia dla przeżywanej sytuacji.

Wynik przedstawiony w tabeli 3. wskazuje na istotną statystycznie, choć małą zależność pomiędzy oczekiwaniem emocjonalnego wsparcia społecznego i ogólnym występowaniem poczucia straty. Na tej podstawie można wnioskować, że im bardziej pracownicy opieki paliatywnej doświadczają ogólnego poczucia straty w kontekście śmierci chorego, tym bardziej oczekują emocjonalnego wsparcia poprzez wzmacniające słowa czy też możliwość bycia wysłuchanym i okazanie zrozumienia dla przeżywanej sytuacji.

Uzyskane w badaniach wartości (tab. 4.) pozwalają stwierdzić wyraźną małą zależność pomiędzy potrzebą wsparcia informacyjnego a wynikami w następujących podskalach KPS: reakcji emocjonalnych, poznawczych oraz somatyczno-behawioralnych. Oznacza to, że im bardziej pracownicy opieki paliatywnej doświadczają smutku po śmierci chorego, im częściej go po śmierci wspominają oraz skarżą się na różnorodne dolegliwości somatyczne, tym mają większe zapotrzebowanie na wsparcie informacyjne w postaci informacji zwrotnej, możliwości rozmowy i wymiany doświadczeń czy też zdobycia nowej wiedzy.

Uzyskane wyniki zależności (tab. 5.) pozwalają stwierdzić istotną statystycznie zależność. Wskazuje ona następującą prawidłowość: im bardziej pracownicy opieki paliatywnej doświadczają poczucia określonych reakcji po śmierci chorego, tym bardziej oczekują informacyjnego wsparcia poprzez uzyskanie informacji zwrotnej, możliwości rozmowy czy też zdobycia nowej wiedzy.

Dane w tabeli 6. wskazują na wyraźną, lecz małą zależność pomiędzy potrzebą wsparcia instrumentalnego ze skalą reakcji emocjonalnych oraz poznawczych doświadczanych przez personel po śmierci pacjenta. Oznacza to, że im bardziej pracownicy opieki paliatywnej przeżywają emocjonalnie śmierć chorego oraz częściej myślą i wspominają chorych po śmierci, tym bardziej oczekują wsparcia instrumentalnego poprzez zastąpienie w wykonywanych obowiązkach, pomocy w określonych zadaniach lub instruktażu i modelowania zachowań.

Analiza uzyskanych danych wskazuje także istnienie zależności pomiędzy instrumentalnym oczekiwanym wsparciem i poczuciem straty. Wskazuje to na następującą prawidłowość: im bardziej pracownicy opieki paliatywnej przeżywają śmierć chorych, tym bardziej oczekują wsparcia instrumentalnego poprzez zastąpienie w wykonywanych obowiązkach,

pomocy w określonych zadaniach lub instruktażu i modelowania zachowań.

Istnieje wyraźna, lecz mała zależność pomiędzy potrzebą materialnego wsparcia a wszystkimi reakcjami badanymi skalą KPS. Na podstawie uzyskanych miar korelacji można stwierdzić, że im bardziej pracownicy opieki paliatywnej przeżywają emocjonalnie śmierć chorych i im częściej wspominają chorych lub też odczuwanych dolegliwości somatycznych, tym bardziej oczekują wsparcia materialnego w postaci pomocy finansowej oraz doświadczania troski i konkretnej pomocy w chwili znacznego pogorszenia samopoczucia lub zdrowia.

Analiza badań i zależności wskazuje także na istotny związek oczekiwanego wsparcia materialnego i zmienną główną poczucia straty, który oznacza, iż bardziej nasilone przeżywanie śmierci chorych związane jest proporcjonalnie z oczekiwaniem wsparcia materialnego w postaci docenienia finansowego bądź poprzez doświadczanie troski i konkretnej pomocy w sytuacji znacznego pogorszenia samopoczucia lub zdrowia (tab. 9.).

Dane przedstawione w tabeli 10. potwierdzają zależność pomiędzy ogólną potrzebą uzyskiwania wsparcia a wszystkimi podskalami KPS. Otrzymane wyniki pokazują, że im bardziej pracownicy opieki paliatywnej są smutni po śmierci chorych, wspominają ich i myślą o ich cierpieniu oraz doświadczają różnych dolegliwości somatycznych, tym bardziej oczekują wsparcia społecznego.

Podsumowując – w sytuacji przeżywania śmierci chorych pracownicy opieki paliatywnej oczekują każdego rodzaju wsparcia: emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego oraz materialnego. Jedynie w sytuacji dolegliwości somatyczno-behawioralnych i w chwili gorszego samopoczucia personel opieki paliatywnej nie oczekuje wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. W tej sytuacji oczekiwane są raczej konkretna pomoc i informacja. Uzyskane dane korespondują z wynikami badań Gregorasz wskazującymi zwłaszcza na potrzebę wymiany doświadczeń i „wygadania się” [18]. Również badania Kalinowskiego wydają się potwierdzać uzyskane w badaniu dane, wskazują bowiem na potrzebę odreagowania emocjonalnego i zmniejszenia napięcia [19]. Na potrzebę zdobywania informacji i edukacji oraz modelowania zachowań radzenia sobie w trudnych sytuacjach pracowników wskazuje w badaniach lekarzy Deręgowska [20]. Jedynie w sytuacji dolegliwości somatyczno-behawioralnych i w chwili gorszego samopoczucia personel nie oczekuje wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. W tej sytuacji oczekują raczej konkretnej pomocy i informacji. Mimo że wartości uzyskanych korelacji są niewielkie, to jednak są one statystycznie istotne wskazujące na istnienie analizowanej zależności.

WNIOSKI

Profesja polegająca na opiece, udzielaniu pomocy i wspieraniu wydaje się jedną z trudniejszych funkcji. Zwłaszcza w sytuacji pracy z chorymi onkologicznie będącymi w zaawansowanym stadium choroby, u których postawiona diagnoza skutkuje pogłębianiem się objawów i najczęściej śmiercią. Uzyskane w przedstawionych badaniach wyniki pozwalają wysnuć tezę, że pomaganie i opieka nad osobą chorą i umierającą stanowi sytuację kosztowną nie tylko dla opiekunów rodzinnych i wyznacza określone potrzeby badanych pracowników. Rozpoznanie ich może stanowić podstawę oddziaływań wspierających również w odniesieniu do tej grupy profesjonalnych opiekunów osób chorych:

1. Sugestią wartą zastanowienia w związku z przeprowadzonymi badaniami i informacjami dotyczącymi oczekiwanego wsparcia byłoby utworzenie zespołów wsparcia dla personelu pozwalających na wentylację zgromadzonych uczuć oraz modelowanie właściwych zachowań. Proponowana forma wspierania mogłaby przybierać postać cyklicznych treningów i warsztatów prowadzonych przez wykwalifikowanych zaproszonych trenerów tak, aby mógł w nich uczestniczyć cały personel. Tematem warto byłoby uczynić redukcję napięcia, sposoby radzenia sobie ze stresem, wypalenie zawodowe i praktyczne sposoby jego zmniejszania, umiejętność komunikacji pomiędzy członkami zespołu w celu wzajemnego wspierania.
2. Równie istotnym wnioskiem uzyskanym w przeprowadzonych badaniach byłoby zaprogramowanie określonego typu superwizji lub grup Balinta, funkcjonująca w Polsce z dobrym rezultatem. Pod kierunkiem doświadczonego trenera pracownicy mają możliwość rozmowy o doświadczanych sytuacjach, o przeżywanych uczuciach, ale uczą się też rozwiązywania trudnych sytuacji i konfrontacji własnej perspektywy z perspektywą innych osób. Z grup tych najczęściej korzystają psycholodzy, czasem pedagodzy i w bardzo małym stopniu pozostały personel opieki paliatywnej. Warto podkreślać, że są to oferty dostępne także dla innych członków zespołu, pozwalające na wentylację uczuć, ale także lepsze zrozumienie sytuacji trudnych w pracy i poznanie innych możliwości ich rozwiązania. Rozpowszechnienie i udostępnienie takich treningów przyniosłoby wyłącznie pozytywne rezultaty. Podobnie, w warunkach polskich superwizja jest zarezerwowana dla psychologów i stanowi dość ekskluzywny sposób dbania o własne umiejętności interpersonalne i kompetencje merytoryczne w pracy, ale i o samego siebie. Być może spotkania stanowiące „substytut” superwizji dałyby możliwość lepszego radzenia sobie pra-

owników ze swoimi reakcjami po śmierci pacjenta, ale też z innymi trudnymi sytuacjami w pracy.

3. Warsztaty i edukacja miałyby również i ten walor, że „zaopiekowanie się” personelem w kwestii wsparcia społecznego w trudnych dla nich sytuacjach, w efekcie zwiększyłyby jakość sprawowanej opieki nad chorym i relacji z nim. Celem tych oddziaływań wspierających miałyby być pomoc w trudnej sytuacji, ale też uruchomienie wewnętrznych sił istniejących w osobie do samodzielnego radzenia sobie w późniejszych sytuacjach.

Skutkiem prognozowanym wsparcia udzielanego pracownikom i zauważenia kosztów ponoszonych przez nich w pracy z chorym umierającym byłaby nie tylko lepsza świadomość personelu oraz znajomość metod radzenia sobie z narastającymi reakcjami czy też eliminacja napięcia w związku z dużą liczbą zgonów. Skutkiem udzielonego wsparcia w kontekście pracy zawodowej rozumianej jako sytuacje stresowe byłoby również ostatecznie:

- lepsze przygotowanie motywacyjne do radzenia sobie w rozwiązaniu problemu,
- dostarczenie wskazówek przy rozwiązywaniu trudności i analizie systemu [13].

Autorka niniejszej pracy jest świadoma, że powyższe propozycje i sugestie mogą się wydawać niewystarczające. Jednak wydaje się także, że przedłożone propozycje częściowo odpowiadają na oczekiwania wsparcia emocjonalnego, informacyjnego oraz instrumentalnego, na które zwracają uwagę pracownicy w przeprowadzonych badaniach. Ważne w kontekście uzyskanych danych jest także wychodzenie naprzeciw stereotypom, że ludzie pracujący z umierającymi przyzwyczajają się do tego, oraz edukacja, iż postawa zaangażowania nie oznacza braku profesjonalizmu, ale raczej jest dowodem na wrażliwość na cierpienie drugiego człowieka.

Autorka deklaruje brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Walden-Gałuszko de K. Podstawy opieki paliatywnej. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
2. Andersen KA, Gaugler JE. The Grief Experiences of Certified Nursing Assistants: Personal Growth and Complicated grief. OMEGA 2006–2007; 54: 302.
3. Spencer L. How do nurses deal with their own grief when a patient dies on an intensive care unit, and what can help be given to enable them to overcome their grief effectively? J Adv Nurs 1994; 19: 1143.
4. Keirse M. Smutek, strata, żałoba. POLWEN Radom 2005; 87.
5. Fopka-Kowalczyk M. Poczucie straty po śmierci pacjenta wśród pracowników opieki paliatywnej. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 1: 1-6.
6. Dunaj 2000, cyt. za: Kacperczyk A. Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Łódź 2006; 16.

7. McDowell, Newell 1987, cyt. za: Kacperczyk A. Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Łódź 2006; 19.
8. Badura-Madej W. Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Warszawa 1996; 14.
9. Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Sęk H, Cieślak R (red.). Warszawa 2006; 19.
10. Sęk H. Wsparcie społeczne, co zrobić, żeby się stało pojęciem naukowym. Przegląd Psychologiczny 1986; 3: 793-794.
11. Sęk H. Pomoc psychologiczna w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. W: Psychologia kliniczna. Sęk H (red.). Warszawa 2005; 253.
12. Knoll N, Schwarzer R. Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Sęk H, Cieślak R (red.). Warszawa 2006; 32-33.
13. Ratajczak Z. Wsparcie społeczne w środowisku pracy a stres i jego skutki zdrowotne. W: Psychologiczna problematyka wsparcia społecznego i pomocy. Ratajczak Z (red.). Katowice 1994; 63.
14. Łosiak W. Psychologia stresu. WAiP, Warszawa 2008; 167.
15. Cieślak R, Sęk H. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. PWN, Warszawa 2006; 19.
16. Kowalczyk M. Wsparcie społeczne pracowników hospicjum a poczucie straty po śmierci pacjenta. Nieopublikowana praca doktorska. Toruń 2013; 140.
17. Kowalczyk M. Wsparcie społeczne pracowników hospicjum a poczucie straty po śmierci pacjenta. Nieopublikowana praca doktorska. Toruń 2013; 143-154.
18. Gregorasz E. Towarzyszenie śmierci. Umieranie pacjenta w przeżyciu pracowników hospicjum. W: Życie godnie do końca. Etyczne, psychologiczne i duchowe aspekty kresu życia. Tom II. Krzyżanowski D, Fala AM, Steciwko A, Sochocka L (red.). Wyd. WCM, Opole 2010; 53-57.
19. Kalinowski M. Towarzyszenie w cierpieniu. Posługa hospicyjna. Polihymnia Lublin 2002; 38.
20. Deręgowska J. Krytyczne wydarzenia w życiu zawodowym. Kазus zawodów medycznych. Toruń 2009; 176-177.