AGNIESZKA ZAWIŚLAK^{A-D}

Postawy pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i bliskich osób

Attitudes of Hospice Nurses Towards Their Own Death and Death of the People Close to Them

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin

A – koncepcja i projekt badania; B – gromadzenie i/lub zestawianie danych; C – analiza i interpretacja danych; D – napisanie artykułu; E – krytyczne recenzowanie artykułu; F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Śmierć jest nieodłącznym elementem pracy pielęgniarki hospicyjnej. Kontakt z umierającym pacjentem to źródło wielu doświadczeń mających wpływ na postrzeganie zarówno życia, jak i śmierci przez osoby sprawujące opiekę. Obcowanie z osobą umierającą wymaga od pielęgniarek hospicyjnych właściwego przygotowania, a także odpowiedniej postawy. Fundamentalną zasadą ich pracy jest towarzyszenie pacjentowi w cierpieniu. Obecnie coraz ważniejsza staje się rola pielęgniarki hospicyjnej, której odpowiednia holistyczna postawa wobec pacjenta i jego rodziny stwarza możliwości do polepszenia jakości opieki.

Cel pracy. Poznanie postaw pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i bliskich osób.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 30 pielęgniarek hospicyjnych. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 47 pytań pozwalających na określenie 3 komponentów postawy: poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego.

Wyniki. Analiza poznawczego komponentu postawy pokazała, że zdecydowana większość pielęgniarek hospicyjnych wysoko ocenia swoją wiedzę specjalistyczną. Mimo to wszystkie badane podkreślają chęć pogłębiania swojej wiedzy w obszarze wykonywanego zawodu. Rozpatrując komponent emocjonalny, wykazano, że gdy pielęgniarki rozmyślają o własnej śmierci, to odczuwają przede wszystkim zrozumienie i akceptację. Analizując komponent behawioralny postawy stwierdzono, że prawie wszystkie badane nie mają problemów w opiece nad chorym umierającym.

Wnioski. Refleksja pielęgniarek hospicyjnych na temat zjawiska śmierci wywołuje u nich wiele negatywnych emocji. Badane przyjmują dwojaką postawę: pozytywną w stosunku do śmierci własnej oraz negatywną wobec odejścia bliskich osób (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 3, 197–203).

Słowa kluczowe: pielęgniarka, śmierć, postawy pielęgniarek.

Abstract

Background. The phenomenon of death is an integral part of nurses work. In addition, contact with dying patients is the source of many experiences, which influence the nurses attitudes to life and death. Attending the dying person requires from hospice nurses proper preparation and suitable attitude. The fundamental principle of their work is the continuous support of the suffering patients. Currently, the role of the hospice nurse becomes increasingly important and their appropriate holistic attitude towards the patient and his or her family makes it possible to improve the quality of care.

Objectives. The aim of the study was to recognize hospice nurses attitudes towards their own death and death of the people close to them.

Material and Methods. The survey was conducted among 30 hospice nurses, using an author's questionnaire which consisted of 47 questions.

Results. The analysis of the cognitive component shows that the vast majority of nurses rate highly their professional expertise. However, all respondents expressed the desire to deepen their knowledge in the area of their profession. The analysis of the emotional component revealed that when the nurses reflect on their own death they

feel mostly understanding and acceptance. The analysis of behavioral component shows that almost all nurses do not have problems with caring for dying patients.

Conclusions. Thinking about the phenomenon of death causes in hospice nurses a lot of negative emotions. Nurses have a dual attitude: positive towards their own death and negative towards death of people close to them (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 3, 197–203).

Key words: nurse, death, nurses attitudes.

Tematyka śmierci i przemijania ludzkiego jest stale poruszana na wielu płaszczyznach naukowych [1]. Zjawisko to w dalszym ciągu jest tajemnicą naszej egzystencji i jedną z nieosiągalnych dla rozumu ludzkiego sytuacji granicznych, dlatego niektórzy autorzy (np. A. Kępiński, Z. Bauman, A. Pawliszyn) są zdania, że nie da się jej do końca zdefiniować.

A. Kępiński [2] uważa, że nie ma prawidłowej odpowiedzi na pytanie o śmierć, ponieważ razem z nią następuje koniec obserwacji świata i kres indywidualności jednostki.

Tego samego zdania jest Z. Bauman [3], twierdząc, że zjawiska śmierci nie da się zdefiniować, porównuje ją z ostateczną pustką, nieistnieniem, które paradoksalnie nadaje żywot innym bytom. Według autora pojęcie śmierci jest znane każdemu, ale wszyscy mają problem, kiedy trzeba je sprecyzować.

Podobne zdanie ma A. Pawliszyn [4], ujmując zgon jako „niepoznawalną sferę inności”, ponieważ jest umiejscowiony poza doświadczaniem ludzkim.

Rozważania w obrębie psychologii, a dokładniej tanatopsychologii rzetelnie przedstawia J. Makselon. Badacz ten rozpatruje śmierć „z perspektywy podmiotu – człowieka, który ma wobec niej określonego rodzaju postawę, czyli specyficzne do niej ustosunkowanie” [5]. Wskazuje tu na wielowymiarowość i różnorodność postaw wobec śmierci. Zdaniem autora pojęcie postawy wobec śmierci służy do opisanie różnych form zachowania się jednostki wobec tego zjawiska. Zatem postawa wobec śmierci wiąże się m.in. z lękiem przed nią i nasileniem myślenia o umieraniu. Zdaniem J. Makselona: „teraźniejszość i bliska przyszłość stanowią łańcuchy pola czasu o podobnym natężeniu emocjonalnym stanowiącym tzw. podstawowe napięcie życiowe” [5].

Myślenie o śmierci jest elementem poznawczym aktywności jednostki. Pozwala na bycie świadomym siebie i otoczenia społecznego, co prowadzi z kolei do właściwego spotkania się z rzeczywistością. Natomiast lęk przed śmiercią, który stanowi ważny element komponentu emocjonalnego postawy, rozwija się jako składnik ogólnych interakcji między poziomem dojrzewania jednostki a charakterystycznymi dla niej wydarzeniami z życia [6]. Według J. Makselona zasadne jest odróżnienie myślenia o śmierci od lęku

przed nią, mimo że zdarzają się sytuacje, w których myślenie o śmierci może pobudzić lęk w stosunku do niej i odwrotnie. Myślenie łączy się z refleksją i dystansem wobec zjawiska śmierci, podczas gdy lęk określa się jako pewien swoisty odruch emocjonalny [6].

Z kolei według Cz. Cekiery [7] postawa wobec śmierci jest przejawem filozofii życia, wyznawanej religii, a także stylu zachowania w kontekście kulturowym, w którym dana jednostka żyje. W dzisiejszych czasach śmierć człowieka jest tak ważnym wydarzeniem, że adekwatne ustosunkowanie się do niego i jego zrozumienie rozstrzyga o istocie życia osoby umierającej oraz dojrzałości duchowej osób pozostających.

Osobą, której nieodłącznym elementem pracy jest śmierć jest pielęgniarzka hospicyjna, to w jej gestii leży udzielanie pomocy i wsparcia umierającemu pacjentowi i jego rodzinie. Według M. Brykczyńskiej [8] postawa pielęgniarki opiera się głównie na zasadzie humanizmu, podmiotowości, które są tak bardzo ważne w kontekście godnego umierania. Wiąże się to ze skoncentrowaniem na człowieku zbiorze uczłowieczających, pozytywnych i humanitarnych zasad. Opinię taką wyraziła również H. Radlińska [9], pisząc, że opieka nad chorym nie powinna ograniczać się tylko do leczenia, ale także koncentrować na uszanowaniu pacjenta, jego odrębności i indywidualności. Obcowanie z osobą umierającą wymaga właściwego przygotowania, zarówno teoretycznego, jak i praktycznego. Relacje, jakie wytwarzają się między partnerami tej interakcji wiążą się niekiedy z przeżywaniem różnych emocji. Często są to skrajne, negatywne afekty, które niejednokrotnie mają wpływ na psychikę pielęgniarki, a także jej stosunek do własnej egzystencji.

Mało jest w Polsce badań na temat postaw pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i bliskich osób. Warto zatem zwrócić uwagę na doniesienia z tego zakresu takich autorów, jak: A. Tolarczyk, A. Gaworska-Krzemińska, L. Kujawska, R. Żuralska, J. Książek, H. Grabowska, M. Sleziona, D. Krzyżanowski, W. Nyklewicz, E. Krajewska-Kułak, M. Głowacka, B. Haor, R. Ślusarz, K. Sołtysiak, M. Biercewicz. Podejmowana w nich problematyka pokazuje różne merytoryczne podejścia autorów do przeprowadzonych badań, a także inne metody badań. Ich istota sprowadza się do próby znalezienia odpowiedzi na py-

tanie: jakie są postawy pielęgniarek wobec śmierci? Jak wynika z badań wymienionych autorów, zjawisko śmierci wywołuje wśród pielęgniarek hospicyjnych silne negatywne emocje, ale owe przeżywanie różni się w zależności od tego, kto umiera, najczęściej uczuć pejoratywnych wzbudza śmierć dziecka. Negatywne emocje, na które wskazują pielęgniarki to w pierwszej kolejności: smutek i żal [10], niechęć, przygnębienie, złość [11], a także bezsilność i bezzadność [10, 12]. Z badań M. Głowackiej et al. [13] wynika ponadto, że negatywne odczucia związane ze śmiercią pacjenta są zależne od wieku pielęgniarek. Poczucie bezzadności i bezsilności było większe u młodych pielęgniarek w porównaniu ze starszymi, a zatem ich poziom malał wraz ze zwiększaniem się wieku badanych [12, 13]. Co interesujące, uczucie lęku częściej towarzyszyło kobietom w wieku 20–40 lat, tymczasem starsze osoby mające 50–60 lat zupełnie nie odczuwały strachu. Jak się okazuje, pielęgniarki zapytane o rodzaj lęku odczuwanego podczas opieki nad chorym umierającym wymieniły po kolei: lęk przed śmiercią kogoś bliskiego, lęk ogólny i lęk przed własną śmiercią, na końcu znalazł się lęk przed śmiercią pacjenta [11].

Odrębnym zagadnieniem poruszonym w dotychczasowych publikacjach jest postawa pielęgniarek hospicyjnych wobec własnej śmierci. Temat ten jest niezwykle ważny w kontekście pracy badanych pielęgniarek, ponieważ obcowanie ze śmiercią pacjentów wpływa na psychikę respondentek, a także na ich stosunek do własnej egzystencji. Potwierdzeniem tego są wyniki badań M. Sleziony i D. Krzyżanowskiego [11].

Z badań A. Tolarczyk [10] wynika, że śmierć własna w wyobrażeniach pielęgniarek budzi u większości z nich uczucia negatywne, a emocje te są tak silne, że nie jest możliwe panowanie nad nimi i to w rezultacie zaburza czas, koncentrację i myślenie pielęgniarek [11].

Badania A. Tolarczyk [10], W. Nyklewicz i E. Krajewskiej-Kułąk [14] pokazują, że to własnej śmierci boi się znaczna liczba badanych, część z nich nie wyobraża sobie własnego odejścia, a myślenie o tym wywołuje lęk i przygnębienie. Mimo to badane mają świadomość śmierci, przyjmując ją za coś naturalnego.

Wyniki badań M. Głowackiej et al. [13] są natomiast odmienne – większość badanych nie odczuwała lęku wywołanego myśleniem o własnej śmierci.

Strach przed własnym odejściem wydaje się naturalną reakcją człowieka, aczkolwiek jest on na tyle absorbujący i silny, że może znacznie utrudnić podejmowanie życiowych decyzji, a to w rezultacie może doprowadzić do destrukcji [14]. Dlatego też badacze skupili się na

sposobach radzenia sobie ze stresem i emocjami pielęgniarek. Z badań M. Głowackiej et al. [13] wynika, że ponad połowa badanych nie wiedziała, czy istnieją jakiekolwiek sposoby unikania lub minimalizowania negatywnego wpływu obcowania pielęgniarki z osobą terminalnie chorą. Z kolei W. Nyklewicz i E. Krajewska-Kułąk [14] podkreślają, że znaczna większość badanych osób nieefektywnie reaguje na stres. Pozostali respondenci stosują skuteczny, czyli zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem związanym ze śmiercią pacjenta. Wyniki badań przeprowadzonych przez M. Slezionę i D. Krzyżanowskiego [11] pokazały, że respondenci w celu odreagowania negatywnych emocji w większości wskazywali na wiarę w Boga, rozrywkę, wsparcie ze strony bliskich, inne zajęcie lub pracę. M. Sleziona i D. Krzyżanowski [11] podejmując kwestię przyzwyczajania się pielęgniarek do śmierci pacjentów, doszli do wniosku, że wraz z upływem czasu są one w stanie w pewnym stopniu „uodpornić się” na zjawisko śmierci, przy czym nie mogą zupełnie pozbyć się przeżywanych wówczas emocji. Takie same refleksje nasuwają się podczas analizy badań M. Głowackiej et al. [13]. Udowodnili oni, że w przypadku gdy zjawisko śmierci występowało często na oddziale, na którym pracowała pielęgniarka, z każdym kolejnym zgonem przeżywanie emocji stawało się łatwiejsze.

Stosunkowo niewielki zakres badań nad postawami pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci, które stanowią znaczący wymiar ich funkcjonowania zawodowego, uzasadnia potrzebę poszerzonych analiz w obrębie tej problematyki. Interesująca poznawczo jest przede wszystkim struktura postaw, która pozwoliłaby ukazać złożony charakter ustosunkowania się pielęgniarek hospicyjnych wobec zjawiska śmierci, nieodłącznie wpisanego w ich doświadczenie zawodowe.

Celem badań przeprowadzonych przez autorów tej pracy było poznanie postaw pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i bliskich osób. W niniejszej pracy problem badawczy został wyrażony w pytaniu: jakie są postawy pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i bliskich osób? W pracy przyjęto definicję postawy jako relatywnie trwałej struktury (lub dyrektywy do pojawienia się takiej struktury) procesów poznawczych, emocjonalnych, a także skłonności do zachowań, w której przejawia się sprecyzowany stosunek do danego przedmiotu [15]. Na strukturę postawy składają się następujące elementy składowe, które mogą być przedmiotem badań: element poznawczy, stosunek emocjonalny, a także tendencja do określonego postępowania. Zdaniem J. Bieleckiego [16] komponent poznawczy postawy można określić jako treść poznaną obecnie i nakła-

dającą się na informację znaną wcześniej. Ważnym jej czynnikiem są procesy uczenia się i mechanizm samowiedzy. Na komponent emocjonalny postawy składają się natomiast pozytywne, negatywne bądź obojętne odniesienie się do przedmiotu postawy. Z kolei komponent behawioralny podkreśla typ zachowania i akcentuje stałe sposoby reagowania na konkretne bodźce. W niniejszej pracy przyjęto takie wskaźniki, jak: wiedza, poglądy, doświadczenia (komponent poznawczy), reakcje emocjonalne (komponent emocjonalny), podejmowane działania, zachowania (komponent behawioralny).

Material i metody

Badania przeprowadzono w 2015 r. na terenie Lublina wśród pielęgniarek hospicyjnych pracujących z dziećmi terminalnie chorymi. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietową z zastosowaniem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusz ankiety składał się z 47 pytań jedno- i wielokrotnego wyboru, podzielonych tematycznie na 2 części. Pytania z pierwszej z nich dotyczyły socjodemograficznych danych badanej osoby, w drugiej zaś znalazły się pytania związane z jej działalnością zawodową. Pytania w kwestionariuszu dotyczące postaw ułożono tak, aby badały 3 podstawowe ich komponenty.

Grupę badaną stanowiło 30 pielęgniarek hospicyjnych, z czego najwięcej (36,6%) miało 51–60 lat. Średnia wieku wyniosła 45,06 r.ż. (sd = 13,21). W większości (80,0%) były to kobiety mieszkające w mieście. Najliczniejszą grupą wśród badanych były osoby mające wykształcenie średnie (53,3%), następnie licencjat pielęgniarstwa (20,0%) i magistra pielęgniarstwa (26,7%). Większość (65,0%) badanych pielęgniarek ukończyła kurs kwalifikacyjny. Najliczniejszą grupę (36,7%) stanowiły ankietowane, które zawód opiekuńczy wykonują nie dłużej niż 10 lat. Drugim co do liczebności (26,7%) był przedział 21–30 lat, najmniej liczna grupa (3,3%) to badane, których staż pracy wynosił 41–50 lat. Wszystkie respondentki jako miejsce pracy wskazały Lubelskie Hospicjum dla dzieci im. Małego Księcia. Badane jako powód pracy w roli pielęgniarki hospicyjnej podały w większości (70%) chęć pomagania innym ludziom. Pozostałe ankietowane (30%) wskazały na: przypadek, namowę rodziców, niedostanie się do innej szkoły, prestiż zawodu, a także powołanie. Prawie wszystkie (93,3%) respondentki, jeśli zaistniałaby taka konieczność, ponownie wybrałyby pełniony obecnie zawód. Taki sam procent badanych kobiet uważa, że gdyby pojawiła się taka możliwość, nie zrezygnowałyby ze swojego zawodu.

Wyniki

Analiza poszczególnych komponentów postawy prezentowanej przez respondentki

Komponent poznawczy

Analizując komponent poznawczy postawy, przyporządkowano mu wskaźniki wiedzy i poglądów pielęgniarek charakteryzujące ten aspekt. Praca z umierającym pacjentem polegająca na sprawowaniu nad nim opieki wymaga od pielęgniarki hospicyjnej specjalistycznej wiedzy, doświadczenia i umiejętności. Zdecydowana większość respondentek (n = 22; 73,3%) uważała, że ma wystarczający zasób wiedzy z dziedziny opieki paliatywnej. Nieznaczna grupa badanych (n = 6; 20%) była zdania, że ich wiedza w tym obszarze jest niewystarczająca. Praca pielęgniarki obliuguje do stałego aktualizowania swojej wiedzy z zakresu sprawowania opieki. Badane kobiety (n = 21; 70%) jako źródło swojej wiedzy wskazywały na informacje zdobyte w czasie nauki, szkoleń, codziennej praktyki i wymiany doświadczeń z innymi pielęgniarkami. Wszystkie respondentki podkreślały chęć pogłębiania swojej wiedzy w obszarze wykonywanego zawodu. Najczęściej (n = 24; 80%) wskazywały na płaszczyznę komunikacji z umierającym pacjentem i jego rodziną. Prawie wszystkie badane (n = 28; 93,33%) były w stanie określić, jak wyglądają objawy nadchodzącej śmierci pacjenta (agonia). Aż 76,67% (n = 23) badanych pielęgniarek zadeklarowało, że pojawia się u nich myślenie o śmierci jako zjawisku, które je dotyczy.

Komponent emocjonalny

W badaniach komponent emocjonalny odnosi się do reakcji emocjonalnych badanych pielęgniarek względem śmierci i umierania. Reakcje emocjonalne, które towarzyszą respondentkom (n = 23; 76,67%), gdy rozmyślają o własnej śmierci to: zrozumienie i akceptacja (n = 14; 61%), lęk przed śmiercią (n = 8; 35%), gniew (n = 1; 4%). Możliwość zgonu bliskiej osoby powodowała pojawienie się u respondentek takich emocji, jak lęk (n = 18; 60%), zrozumienie i akceptacja (n = 6; 20%).

Zdecydowana większość (n = 28; 93,33%) pielęgniarek pamiętała swoje pierwsze zetknięcie ze śmiercią pacjenta i swoje emocje, które ona wywołała. Najczęściej w sytuacji śmierci badanych towarzyszyło przygnębienie i smutek (n = 11; 39,29%), złość na panującą w świecie niesprawiedliwość (n = 6; 21,43%) i spokój (n = 3; 10,71%). Pojedyncze osoby wskazywały również na modli-

twę, niechęć do wykonywanego zawodu, strach, a także przygnębienie. Obecnie, w chwili śmierci pacjentów u większości pielęgniarek ($n = 23$; 77%) występuje przewaga takich emocji, jak: smutek, bezsilność, żal i współczucie. Dodatkowo badane kobiety wskazywały na lęk, pustkę, ale także na spokój. Większość pielęgniarek ($n = 24$; 80%) odczuwała ponadto stres spowodowany śmiercią pacjenta. Ponad połowie respondentek – 53,33% ($n = 16$) towarzyszyła obawa przed śmiercią.

Komponent behawioralny

Rozpatrując ten komponent, przyporządkowano mu zachowania i działania podejmowane przez pielęgniarki hospicyjne względem pacjenta umierającego, a także swoich bliskich w chwili śmierci.

Pod wpływem doświadczeń śmierci pacjentów oraz na przestrzeni czasu badane pielęgniarki ($n = 17$; 57%) dostrzegły zmiany w swoim zachowaniu. Wskazywały przede wszystkim na większy spokój i opanowanie ($n = 15$; 50%). Ankietowane wymieniały ponadto: pogodzenie się z zaistniałą sytuacją ($n = 6$; 20%), większą dojrzałość emocjonalną oraz bardziej pozytywny stosunek w kontakcie z innymi ludźmi ($n = 6$; 20%) i pogodzenie się ze śmiercią ($n = 3$; 10%).

Większość badanych pielęgniarek ($n = 28$; 93,33%) chciałyby asystować bliskiej osobie w procesie umierania, wspierać ją i być przy niej. „Towarzyszyć” w języku polskim oznacza „przebywać z kimś, gdzieś, być obecnym przy kimś, asystować” [17]. Bardzo często owe wspieranie ogranicza się do zwykłego uścisku dłoni. Jak wynika z badań, większość respondentek ($n = 21$; 70%) nie zrezygnowałaby z towarzyszenia choremu w procesie umierania. Niemniej pozostałe badane ($n = 9$; 30%) skorzystałyby z takiej możliwości.

Ponad połowa ankietowanych ($n = 18$; 60%) zawsze stara się towarzyszyć umierającemu choremu, wspierać go rozmową i/lub obecnością. Z kolei 30% ($n = 9$) respondentek towarzyszyło pacjentowi w procesie umierania, ale czuło wówczas bezradność i niezręczność w kontaktach z nim. Bały się także ewentualnych pytań, prośb oraz spojrzeń ze strony pacjenta. Jednostkowe osoby wskazywały na brak czasu, aby towarzyszyć choremu, brak akceptacji śmierci oraz przekonanie o konieczności walki o życie chorego do samego końca, bez względu na koszty i środki.

Prawie wszystkie badane pielęgniarki ($n = 27$; 90%) podały, że nie mają trudności w opiece nad chorym umierającym. Pozostałe osoby ($n = 3$; 10%), które wskazywały na trudności w sprawowaniu pieczy nad pacjentem, podkreślały istnienie barier w rozmowie z pacjentem oraz jego rodziną. Dla badanych problemem jest również zbyt duże zaangażowanie emocjonalne ze strony ich samych.

Badane pielęgniarki, aby poradzić sobie ze stresem wywołanym śmiercią pacjentów podejmowały wiele działań. Respondentki najczęściej wskazywały na zajęcie się pracą lub rozmowę z bliskimi ($n = 20$; 63,34%).

Omówienie

Celem badań własnych było poznanie postaw pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i osób bliskich. W ramach komponentu poznawczego postawy ujawniono, że ponad połowa ankietowanych biorąca udział w badaniu miała wystarczający zasób wiedzy z zakresu opieki paliatywnej. Otrzymane wyniki nie są spójne z rezultatami innych autorów, np. K. Florek [18]. Wyniki tego badacza wykazały, że wiedza pielęgniarek sprawujących opiekę nad terminalnie chorym jest powierzchowna. Uwzględnia przy tym komunikację z pacjentem i jego rodziną, zwłaszcza przygotowanie najbliższych na odejście chorego, a także stworzenie adekwatnej atmosfery w sytuacji umierania i śmierci. Należy przy tym zauważyć, iż wszystkie respondentki w badaniach własnych wskazywały na chęć pogłębiania swojej wiedzy właśnie z zakresu wiedzy i umiejętności, które w swej analizie wymienia K. Florek.

W ramach komponentu emocjonalnego postawy wykazano, że zdecydowana większość pielęgniarek pamięta swoje pierwsze zetknięcie ze śmiercią. Sytuacja ta wywołuje wiele emocji, z czego najczęściej są wymieniane przygnębienie i smutek. Obecnie w chwili śmierci pacjenta badane w dalszym ciągu są narażone na przeżywanie negatywnych emocji. Wskazują one na: smutek, bezsilność, żal i współczucie. Przedstawione wyniki mają częściowe odniesienie do badań innych autorów. Z badań M. Głowackiej et al. [13] wynika, że w sytuacji śmierci pacjenta pielęgniarki również najczęściej odczuwały smutek i współczucie. Bardzo często ponadto pielęgniarkom towarzyszyło poczucie bezsilności i bezradności, lęku, a nawet ulgi. Pielęgniarki biorące udział w badaniu M. Sleziony i D. Krzyżanowskiego [11] również odczuwały takie emocje, jak smutek, współczucie, a także bezradność i bezsilność, przygnębienie i żal. Z kolei w badaniach W. Nyklewicz i E. Krajewskiej-Kułał [14] uzyskano nieco odmienne wyniki. Stwierdzono bowiem u badanych pielęgniarek mały i średni poziom przygnębienia, a także mały i średni poziom lęku towarzyszącego w chwili śmierci pacjenta.

Uzyskane w badaniach własnych wyniki pokazały, że u prawie wszystkich pielęgniarek hospicyjnych pojawia się myślenie o śmierci jako zjawisku, które je dotyczy. Towarzyszy temu zrozumienie

i akceptacja, lęk, a także gniew. Nie są one zbieżne z rezultatami otrzymanymi przez W. Nyklewicza i E. Krajewską-Kułąk [14], którzy wykazali, że u zdecydowanej większości pielęgniarek biorących udział w badaniach występował silny lęk i przygnębienie na myśl o własnej śmierci. Z kolei większa część osób badanych przez M. Slezionę i D. Krzyżanowskiego [11] jest zdania, że śmierć pacjentów miała pośredni wpływ na spojrzenie przez pielęgniarki na własną śmierć. Refleksje pielęgniarek na temat możliwości śmierci bliskiej osoby ujawniły pojawienie się u badanych przede wszystkim lęku. Wyniki te znalazły potwierdzenie w badaniach W. Nyklewicza i E. Krajewskiej-Kułąk [14].

Biorąc pod uwagę komponent behawioralny, wykazano, że większość pielęgniarek hospicyjnych odczuwa stres spowodowany śmiercią pacjentów. Respondentki, aby sobie z nim poradzić najczęściej zajmują się pracą i rozmową z bliskimi. Z kolei osoby badane przez M. Slezionę i D. Krzyżanowskiego [11] wskazywały na wiarę w Boga, rozrywkę i wsparcie rodziny. Wielu badaczy [11, 13, 14] jest zgodnych w swych badaniach, że ponad połowa pielęgniarek nie zna sposobu radzenia sobie ze stresem związanym ze śmiercią pacjenta. Co więcej, zdecydowana większość badanych nieefektywnie reaguje na stres.

Prawie wszystkie badane pielęgniarki deklarują, że nie mają trudności w opiece nad chorym umierającym. Wyniki te nie są zbieżne z rezultatami otrzymanymi przez M. Slezionę i D. Krzyżanowskiego [11], którzy wskazywali, że zdecydowana większość respondentek ma problemy w pewnych aspektach opieki nad pacjentem.

Powyższe omówienie otrzymanych rezultatów w zestawieniu z wynikami innych autorów pokazuje rozbieżność oceny badanych pielęgniarek z za-

kresu posiadanej przez nie specjalistycznej wiedzy. Przedstawia również podobieństwa i różnice między odczuwanymi przez pielęgniarki hospicyjne emocjami spowodowanymi śmiercią pacjenta. Są ponadto zauważalne rozbieżności w rezultatach badań odnoszących się do posiadanych przez pielęgniarki ewentualnych problemów w opiece nad pacjentem umierającym. Spójne stanowiska innych autorów z wynikami badań własnych zaobserwowano w obrębie pytań odnoszących się do emocji, jakie odczuwa pielęgniarka w chwili śmierci pacjenta. Wspólne w badaniach są także kwestie odnoszące się do stresu spowodowanego zgonami w pracy pielęgniarki i różne sposoby jego niwelowania.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań odnoszących się do postaw pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i bliskich osób można stwierdzić, że:

- w ramach komponentu poznawczego postawy ujawnia się to, że ocena pielęgniarek hospicyjnych, ich wiedza z zakresu opieki paliatywnej jest wystarczająca,
- analiza komponentu emocjonalnego postawy wskazuje, że najczęstszymi uczuciami towarzyszącymi pielęgniarkom w chwili śmierci pacjenta są smutek i bezsilność,
- komponent behawioralny postawy ukazuje brak problemów w opiece nad chorym umierającym u badanych pielęgniarek hospicyjnych,
- pielęgniarki hospicyjne przyjmują 2 rodzaje postaw: pozytywną wobec śmierci własnej (opartą na zrozumieniu) i negatywną wobec ewentualnej śmierci bliskiej osoby.

Piśmiennictwo

- [1] **Matuszewski A.:** Poziom noetyczności a postawa wobec śmierci. Bernardinum Pelplin 2002.
- [2] **Kępiński A.:** Lęk. PZWL, Warszawa 1995.
- [3] **Bauman Z.:** Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia. PWN, Warszawa 1998.
- [4] **Pawliszyn A., Pawliszyn W.:** Misterium śmierci spotkanie ze sobą. Wyd. UG, Gdańsk 1996.
- [5] **Makselon J.:** Główne wątki badań tanatopsychologicznych [W:] Człowiek wobec śmierci. Aspekty psychologiczno-pastoralne. Wyd. Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2005.
- [6] **Makselon J.:** Specyfika postaw wobec śmierci. Studia Philosophiae Christianae ATK 1981, 17(2), 113–134.
- [7] **Cekiera Cz.:** Człowiek wobec życia, samobójstwa i śmierci. [W:] Człowiek wobec śmierci. Aspekty psychologiczno-pastoralne. Red.: Makselon J. Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2005, 11–25.
- [8] **Brykczyńska M.:** Humanizm w pielęgniarstwie. Auxilium, Warszawa 1997.
- [9] **Kawczyńska-Butrym Z.:** Koncepcja opieki i zawody opiekuńcze. Wyd. UMW, Olsztyn 2001.
- [10] **Tolarczyk A.:** Postawy wobec śmierci pielęgniarek hospicyjnych i anestezjologicznych. [W:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Red.: Krajewska-Kułąk E., Szczepański M., Łukaszyk C., Lewko J. Wyd. AM, Białystok 2007, 181–187.
- [11] **Sleziona M., Krzyżanowski D.:** Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjentów. Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 217–223.
- [12] **Gaworska-Krzemińska A., Kujawska L., Żuralska R., Książek J., Grabowska H.:** Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarkom w opiece nad pacjentem umierającym. [W:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Red.: Krajewska-Kułąk E., Szczepański M., Łukaszyk C., Lewko J. Wyd. AM, Białystok 2007, 173–180.

- [13] **Głowacka M., Haor B., Ślusarz R., Sotysiak K., Biercewicz M.:** Śmierć pacjenta jako obciążenie w pracy zawodowej pielęgniarki. *Probl. Pielęg.* 2014, 22(3), 276–280.
- [14] **Nyklewicz W., Krajewska-Kułak E.:** Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienie wstępne. *Probl. Pielęg.* 2008, 16(3), 248–254.
- [15] **Mika S.:** Psychologia społeczna. PWN, Warszawa 1981.
- [16] **Bielecki J.:** Wybrane zagadnienia psychologii. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1986.
- [17] **Sobol E.:** Słownik języka polskiego. PWN, Warszawa 1997.
- [18] **Florek K.:** W trosce by nie zaniedbać człowieka jako osobę. [W:] Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego. Red.: Krajewska-Kułak E. Wyd. AM, Białystok 2005, 42–43.

Adres do korespondencji:

Agnieszka Zawisłak
Nowa Wieś 55
23-465 Turobin
e-mail: zawislakagnieszka@wp.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 14.01.2016 r.

Po recenzji: 8.03.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 4.07.2016 r.

Received: 14.01.2016

Revised: 8.03.2016

Accepted: 4.07.2016