

MONIKA SLEZIONA<sup>1</sup>, DOMINIK KRZYŻANOWSKI<sup>2</sup>

## Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta

### Attitudes of the Nurses in the Face of Patient's Dying and Death

<sup>1</sup> Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

<sup>2</sup> Zakład Medycznych Nauk Społecznych, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

#### Streszczenie

**Wprowadzenie.** Obcowanie z pacjentami umierającymi jest bogatym doświadczeniem dla pielęgniarek i wymaga od nich odpowiedniego przygotowania oraz właściwej postawy. Kontakt ze śmiercią chorych wiąże się ponadto z przeżywaniem różnorodnych emocji, co niejednokrotnie wpływa na psychikę pielęgniarek oraz ich stosunek do życia.

**Cel pracy.** Poznanie postaw personelu pielęgniarskiego wobec chorych umierających, ukazanie emocji i przeżyć towarzyszących pielęgniarkom w przypadku śmierci pacjentów oraz ocena wpływu doświadczenia śmierci chorych na życie osobiste respondentów.

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono wśród 120 osób czynnie pracujących w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara. Jako narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz ankietowy skonstruowany specjalnie na potrzeby badań.

**Wyniki.** 53% respondentów pamięta swoje pierwsze zetknięcie się ze śmiercią pacjenta, a 58% było świadkiem śmierci, która w szczególności stała się dla nich ważnym i niezapomnianym przeżyciem. Większość pielęgniarek w miarę możliwości stara się towarzyszyć pacjentowi umierającemu oraz jego rodzinie, często tym kontaktom towarzyszy jednak uczucie smutku (70%), współczucia (67%) oraz bezradności i bezsilności (58%). Doświadczenie śmierci pacjentów u 73% ankietowanych wpływa na postrzeganie ich własnej śmierci, a u 55% również na ich życie osobiste. Zdaniem prawie wszystkich badanych (99,2%) kontakt z pacjentami umierającymi uczy pewnych wartości i postaw.

**Wnioski.** Śmierć pacjenta jest dla personelu pielęgniarskiego doświadczeniem, które wywołuje wiele emocji – głównie negatywnych. Wywiera wpływ nie tylko na aspekty pracy zawodowej, ale również na życie osobiste, psychikę, nastrój czy system wartości pielęgniarek (Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 3, 217–223).

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

#### Abstract

**Background.** Accompaniment of dying patients is a wide experience for nurses and it requires suitable preparation and proper attitude from them. In addition, contact with patients' death associates with negative emotions, which many times influences nurses' psyche and their attitudes to life.

**Objectives.** The objective of the study was to recognise nurses' attitudes to dying patients, present nurses' emotions and experiences in contact with patients' death and evaluation how death influences private life of respondents.

**Material and Methods.** The survey was conducted among 120 professionally active nurses. As a research tool the authors used the questionnaire constructed to these investigations especially.

**Results.** 53% of respondents remember their first encounter with patient's death, and 58% were witnesses of death which became a very important and unforgettable experience for them. Most of nurses try to accompany a dying patient and his family, but in those contacts they often feel sadness (70%), compassion (67%) and helplessness, weakness (58%). The experience of patient's death influence the perspective of nurses own death (73%) and their private life (55%). Almost every respondent (99.2%) think that the contact with dying patients teach some worths and attitudes.

**Conclusions.** For nurses, the experience of patient's death causes a lot of emotions – especially negative. It influences not only aspects of professional work, but also private life, psyche, mood or worths' system of nurses (Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 3, 217–223).

**Key words:** dying, death, nurses attitudes, emotions of nurses.

Śmierć jest nieodłącznym elementem pracy zawodowej pielęgniarek i jest dla nich bogatym doświadczeniem, które wiąże się jednocześnie z wieloma czynnikami stresującymi [1, 2]. Aby obcowanie z konającymi stało się owocne dla dwóch stron, ważne jest odpowiednie przygotowanie teoretyczne i praktyczne pielęgniarek oraz ich właściwa postawa [3, 4]. „Postępowanie z chorym umierającym wymaga od opiekującego się nim personelu zaakceptowania nieuchronności śmierci, co oznacza zapewnienie osobie umierającej komfortu życia i komfortu umierania, dającego poczucie sensu i godności” [5]. Głównym celem działań leczniczych powinna więc być poprawa jakości życia chorego, osiągnięta m.in. przez sprawne wykonywanie czynności pielęgnacyjnych oraz wczesne rozpoznawanie potrzeb fizycznych, psychosocjalnych i duchowych pacjenta [3, 6].

Postawy pielęgniarek wobec śmierci i umierania są uzależnione od trzech czynników: emocji, doświadczeń i zachowań. Według prof. K. de Walden-Gałuszko postawy te mogą mieć charakter negatywny, przejawiający się w przedmiotowym traktowaniu pacjenta i ignorowaniu jego potrzeb oraz charakter pozytywny, cechujący się całościowym zaspokajaniem potrzeb chorego i poszanowaniem jego praw [4, 7, 8].

Celem niniejszej pracy jest poznanie postaw badanego personelu pielęgniarstwa wobec chorych umierających, jak również ukazanie emocji i przeżyć towarzyszących pielęgniarcom w przypadku z śmierci pacjentów. Analizie poddano również wpływ omawianych doświadczeń i emocji na psychikę oraz życie osobiste respondentów.

## Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 120 osób – 118 pielęgniarek i 2 pielęgniarzy – w wieku 22–60 lat (22–30 lat – 18%, 31–40 lat – 47%, 41–50 lat – 27%, 51–60 lat – 8%). Większość z nich (105 osób – 87,5%) jest katolikami, jedna osoba (0,8%) jest ateistą, a 14 osób (11,7%) nie chciało ujawnić wyznawanej przez siebie religii. Staż pracy u ankietowanych wynosi od 2 miesięcy do 40 lat (0–10 lat – 24%, 11–20 lat – 44%, powyżej 20 lat – 32%). 46 pielęgniarek (38,3%) ukończyło liceum medyczne, 24 osoby (20%) – studium medyczne, natomiast 50 osób (41,7%) – studia wyższe (w tym 29,2% studia licencjackie i 12,5% magisterskie). Ponadto 11 osób (9,2%) posiada specjalizację, 34 osoby (28,3%) ukończyły kursy kwalifikacyjne, a 6 osób (5%) posiada dodatkowo wykształcenie z nauk niemedycznych. Badany personel medyczny pracuje na następujących oddziałach: pulmonologii (17 osób – 14,2%), onkologii klinicz-

nej (11 osób – 9,2%), onkologii ginekologicznej (7 osób – 5,8%), anestezjologii i intensywnej terapii (15 osób – 12,5%), kardiologii (9 osób – 7,5%), nefrologii ze stacją dializ (15 osób – 12,5%), interny (16 osób – 13,3%). Poza tym 11 osób (9,2%) jest zatrudnionych w hospicjum stacjonarnym, a 19 pielęgniarek (15,8%) pracuje w ramach opieki środowiskowej. Umieralność pacjentów równa kilku zgonom w ciągu tygodnia charakteryzuje miejsce pracy 15,8% pielęgniarek, umieralność rzędu kilku zgonów w ciągu miesiąca – 56,6% z nich, natomiast kilka/kilkanaście zgonów w ciągu roku – 27,5%.

W badaniu wykorzystano kwestionariusz ankietowy, skonstruowany na podstawie własnych przemyśleń oraz danych z literatury [1–4]. Składał się z 9 pytań odnoszących się do podstawowych informacji o respondencie i jego pracy zawodowej oraz z 18 pytań dotyczących postaw, opinii, emocji i przeżyć personelu pielęgniarstwa związanych ze śmiercią pacjentów. W drugiej części pytań, 2 z nich miały charakter otwarty, natomiast pozostałe były jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. W niniejszej pracy pominięto wyniki 3 pytań z pierwszej części oraz 2 pytań z części drugiej.

## Wyniki

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. Poniżej zostały przedstawione przykładowe wypowiedzi ankietowanych pielęgniarek:

– „Pacjentka umierała kilka dni. Obraz całego ciała sinego w wybroczynach zrobił na mnie ogromne wrażenie. Nie mogłam spać kilka dni”.

– „Podczas podkłuwania wenflonu, pacjentka przestała oddychać (zasnęła); mogę powiedzieć, że była spokojna, a kilka minut wcześniej kiwnęła głową na znak, że mnie rozpoznała. Jest to przeżycie ciężkie do opisu, moje serce waliło jak młot, miałam „miękkie” nogi, a rodzina wokół rozpaczała i trzeba było spokojnie znaleźć wyjście z tej sytuacji”.

– „Było to dla mnie przeżycie straszne i nigdy tego nie zapomnę”.

– „Umierał młody człowiek, około 30 lat; bałam się go dotknąć”.

– „Byłam przerażona, czułam się jakby to był ktoś z mojej rodziny. Byłam bezradna”.

– „... Po 30 minutach resuscytacji lekarz ogłosił zgon. Przyjęłam to spokojnie z przekonaniem, że taka jest kolej losu. Kiedy zobaczyłam cierpiącą rodzinę, pojawiło się mnóstwo emocji – żal, współczucie, ogromny smutek”.

Śmierć pacjenta, będąca w szczególności sposobem ważnym i niezapomnianym przeżyciem dla pielę-

gniarek, nastąpiła u 58% z nich (70 osób). Spośród wypowiedzi ankietowanych odnośnie przyczyn osobiowości tego wydarzenia, można wyodrębnić:

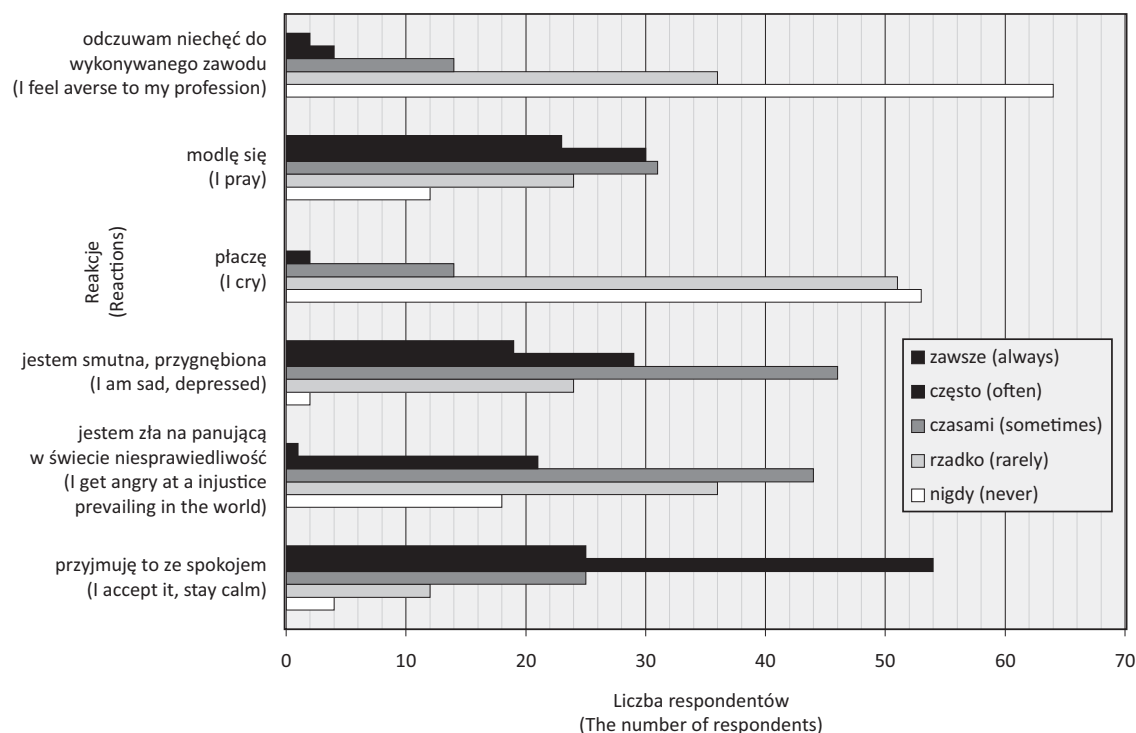
- młody wiek pacjenta, w tym śmierć dzieci (51%) – np. „Każda śmierć dziecka mnie poruszała. Nie mogłam zrozumieć, dlaczego niektóre dzieci rodzą się, by tylko cierpieć...”,
- śmierć członka rodziny, znajomych (20%) – np. „To była śmierć mojej mamy, która umierała na oddziale, gdzie pracowałam. Potem było mi bardzo ciężko, gdy odchodził pacjent.”,
- współczucie dla bliskich zmarłego, zwłaszcza dla sierotych dzieci (9%) – np. „Zmarła młoda kobieta – 40 lat, zostawiając dziewięcioro dzieci, najmłodsze 3 lata.”,
- przywiązanie emocjonalne do pacjenta (7%) – „Poświęciłam bardzo dużo czasu tej pacjentce. Przywiązałam się do niej. Miała 60 lat i bardzo chciała żyć.”,

– współczucie dla pacjenta, silna empatia wobec cierpienia i/lub samotności chorego (7%) – np. „To śmierć kobiety w średnim wieku, która umierając trzymała moją rękę. Mimo posiadania rodziny, nikt nie towarzyszył jej w odchodzeniu.”,

– odnoszenie pacjentów do bliskich sobie osób (4%) – np. „Pacjent przypominał mi mojego dziadka.”,

– inne (9,1%) – m.in.: śmierć samobójcza pacjenta, spełnione przeczucie o bliskiej śmierci chorego, szczęśliwy wyraz twarzy osoby umierającej.

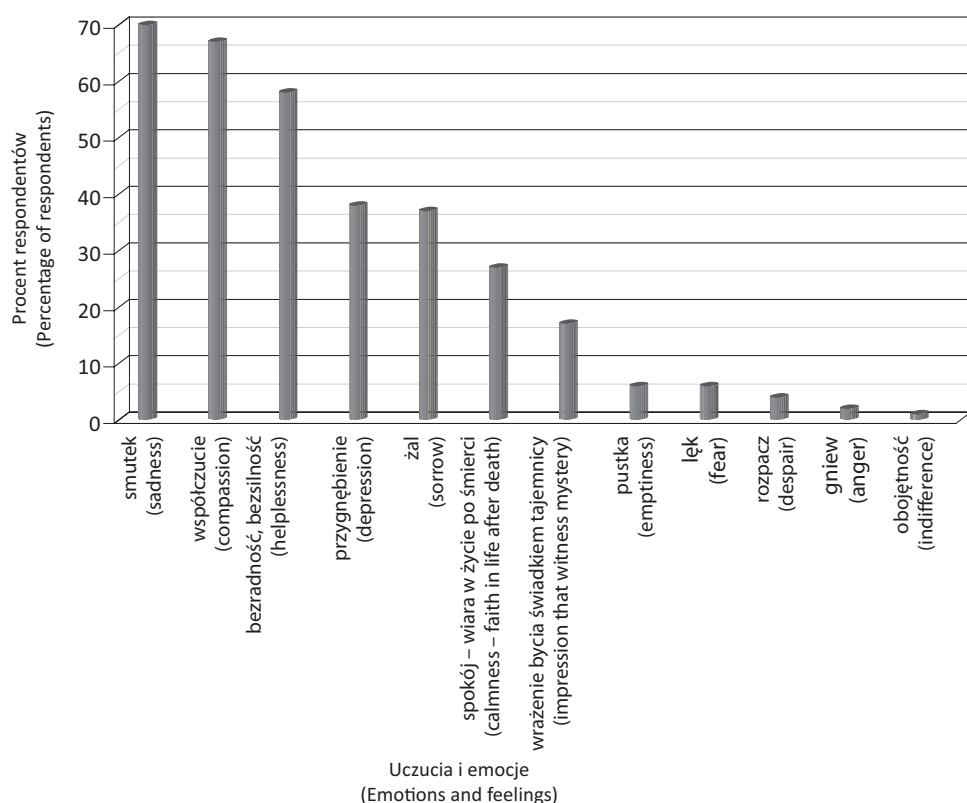
Personel pielęgniarzki zapytany o to, w jaki sposób przeżywa śmierć pacjenta, w większości (61 osób – 50,8%) stwierdził, że często podchodzi do tego emocjonalnie, jednak potrafi kontrolować swoje emocje. 27 ankietowanych (22,5%) odpowiedziało, że umieranie pacjenta zawsze traktują emocjonalnie, jednak to od pacjenta i sytuacji zależy, czy są to emocje łatwe do opanowania, czy



|                                                                                                         | Nigdy<br>(Never) | Rzadko<br>(Rarely) | Czasami<br>(Sometimes) | Często<br>(Often) | Zawsze<br>(Always) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------|------------------------|-------------------|--------------------|
| Przyjmuję to ze spokojem (I accept it, stay calm)                                                       | 4                | 12                 | 25                     | 54                | 25                 |
| Jestem zła na panującą w świecie niesprawiedliwość (I get angry at a injustice prevailing in the world) | 18               | 36                 | 44                     | 21                | 1                  |
| Jestem smutna, przygnębiona (I am sad, depressed)                                                       | 2                | 24                 | 46                     | 29                | 19                 |
| Placzę (I cry)                                                                                          | 53               | 51                 | 14                     | 2                 | 0                  |
| Modłę się (I pray)                                                                                      | 12               | 24                 | 31                     | 30                | 23                 |
| Odczuwam niechęć do wykonywanego zawodu (I feel averse to my profession)                                | 64               | 36                 | 14                     | 4                 | 2                  |

Ryc. 1. Częstość wybranych reakcji respondentów w sytuacji śmierci pacjenta

Fig. 1. The selected reactions of respondents in situation patient' death



| Emocje i uczucia (Emotions and feelings)                                 | % badanych (% of respondents) |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Smutek (Sadness)                                                         | 70                            |
| Współczucie (Compassion)                                                 | 67                            |
| Bezradność, bezsilność (Helplessness)                                    | 58                            |
| Przygnębienie (Depression)                                               | 38                            |
| Żal (Sorrow)                                                             | 37                            |
| Spokój – wiara w życie po śmierci (Calmness – faith in life after death) | 27                            |
| Wrażenie bycia świadkiem tajemnicy (Impression that witness mystery)     | 17                            |
| Pustka (Emptiness)                                                       | 6                             |
| Lęk (Fear)                                                               | 6                             |
| Rozpacz (Despair)                                                        | 4                             |
| Gniew (Anger)                                                            | 2                             |
| Obojętność (Indifference)                                                | 1                             |

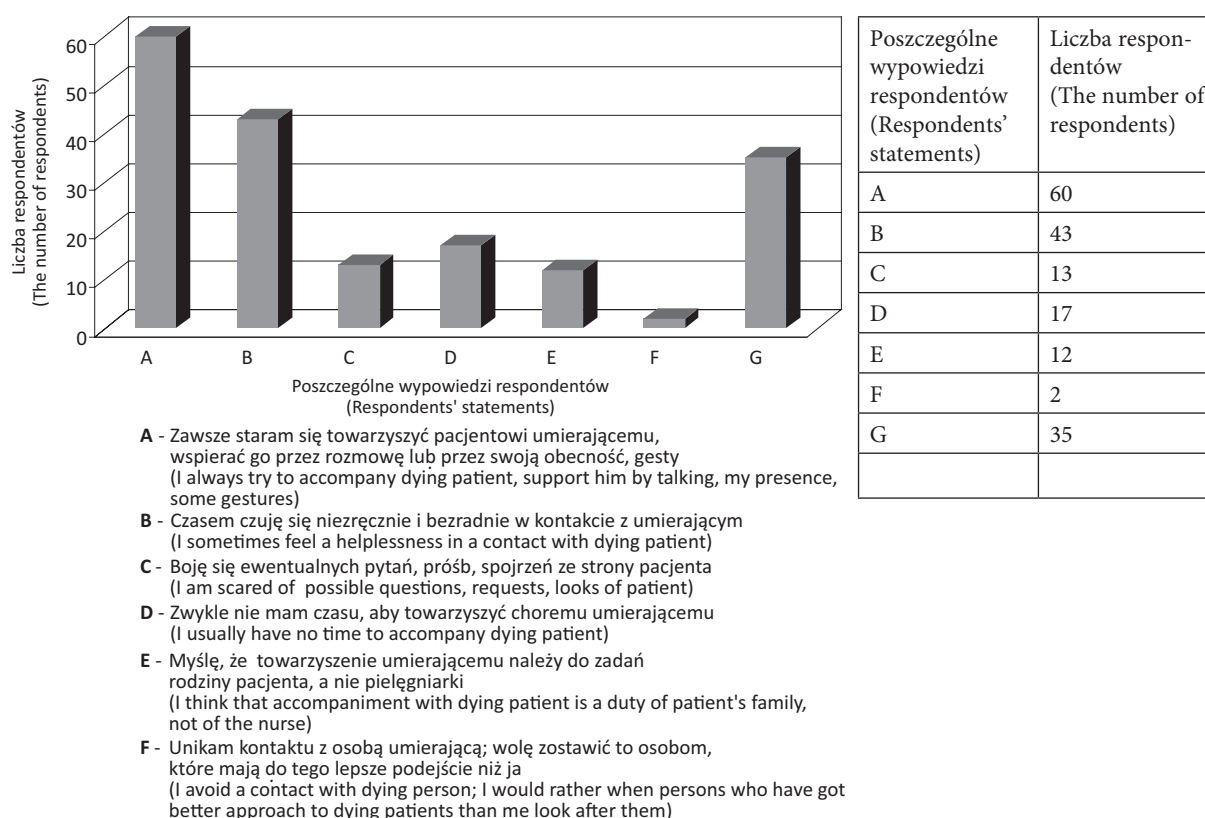
Ryc. 2. Emocje i uczucia towarzyszące respondentom w obliczu umierania i śmierci pacjentów

Fig. 2. Respondents' emotions and feelings in the face of patients' dying and death

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.

Respondenci zostali również zapytani o konkretne reakcje mogące wystąpić w sytuacji śmierci pacjenta oraz o częstość ich występowania. Uzyskane wyniki przedstawia ryc. 1.

Opieka nad pacjentami u kresu życia wiąże się z przeżywaniem wielu emocji i uczuć. Ankietowani najczęściej wymieniali doznawanie smutku (84 osoby – 70%), współczucia (80 osób – 67%), bezradności i bezsilności (69 osób – 58%), przygnębienia



Ryc. 3. Wypowiedzi respondentów odnośnie ich kontaktów z pacjentami umierającymi

Fig. 3. Respondents' statement about their contacts with dying patients

(46 osób – 38%) oraz żalu (45 osób – 37%). 32 pielęgniarki (27%) w obliczu śmierci pacjentów odczuwają spokój spowodowany wiarą w życie po śmierci, a 20 osób (17%) ma wrażenie, że w chwili umierania jest się świadkiem jakiejś tajemnicy. Ponadto niewielka liczba badanych (1–6%) odczuwa również pustkę, lęk, rozpacz, gniew i obojętność (ryc. 2).

Na pytanie o rodzaj lęku odczuwanego podczas kontaktu z chorym u kresu życia, najwięcej ankietowanych (62 osoby – 51,7%) odpowiedziało, że towarzyszy im lęk przed śmiercią kogoś bliskiego. Ogólny lęk przed śmiercią odczuwa 38 pielęgniarek (31,7%), lęk przed własną śmiercią – 13 z nich (10,8%), natomiast lęk przed śmiercią pacjenta – 7 osób (5,8%). 26 badanych (21,7%) stwierdziło, że nie odczuwa żadnego lęku.

W odpowiedzi na zagadnienie dotyczące kontaktu personelu pielęgniarskiego z pacjentami umierającymi, połowa ankietowanych odpowiedziała, że zawsze stara się towarzyszyć pacjentowi umierającemu oraz wspierać go przez rozmowę lub swoją obecność, gesty. 43 pielęgniarki (35,8%) czasem czują się niezręcznie i bezradnie podczas kontaktu z umierającym, a 13 osób (10,8%) boi się ewentualnych pytań, prośb lub spojrzeń ze strony pacjenta. Część pielęgniarek twierdzi, że zwykle nie ma czasu, aby towarzyszyć choremu umierającemu (17 osób – 14,2%) lub sądzi, iż towarzyszenie

umierającemu należy do zadań rodziny pacjenta, a nie pielęgniarki (12 osób – 10%). 2 badanych (1,7%) unika kontaktu z pacjentem umierającym, uważając, że lepiej jest zostawić to osobom, które mają do tego lepsze podejście. Z kolei 35 respondentów (29,2%) zakłada, że ich kontakt z chorym u kresu życia zależy od samego pacjenta i jego podejścia do personelu. Powyższe dane przedstawia ryc. 3.

W przypadku relacji respondentów z rodziną osoby umierającej, badani w większości (64 osoby – 53,3%) stwierdzili, że nie unikają kontaktów z bliskimi umierającego, często jednak podczas rozmowy z nimi jest im niezręcznie oraz czują bezradność i współczucie. 44 pielęgniarki (33,7%) są zdania, iż nie mają żadnych problemów z nawiązywaniem kontaktów z rodziną osoby umierającej, a umiejętności tej z czasem można się nauczyć. Unikanie rozmów z bliskimi umierającego, wynikające z poczucia niezręczności i braku wiedzy odnośnie zachowania względem nich, charakteryzuje 11 pielęgniarek (9,2%). Ponadto 1 osoba (0,8%) twierdzi, że nie dyskutuje z rodziną pacjenta, ponieważ zajmuje się tym lekarz lub osoba duchowna.

Jedną z najważniejszych kwestii w opiece nad chorym umierającym jest dla 93 pielęgniarek (77,8%) obecność najbliższych chorego. Według

49 osób (40,8%) jest to wsparcie psychologiczne pacjenta, dla 48 ankietowanych (40%) – profesjonalna pomoc medyczna, natomiast dla 43 osób (35,8%) – zapewnienie pomocy duchowej.

W opinii respondentów pielęgniarka może się przyczynić do godnego umierania pacjenta przez: wezwanie na prośbę chorego lub jego rodziny osoby duchowej (97 osób – 80,8%), odpowiednią (pełną szacunku i empatii) postawę w czasie wykonywania czynności pielęgnacyjnych (85 osób – 70,8%), obecność i towarzyszenie umierającemu (71 osób – 59,2%). Dodatkowo jedna osoba (0,8%) podała, że zapewnienie pacjentowi godnego umierania wyraża się również w dążeniu pielęgniarki do spokoju oraz poczucia bezpieczeństwa wokół chorego, a także w umiejętnym łagodzeniu nerwowej atmosfery, inicjowanej przez rodzinę umierającego.

Na pytanie o to czy można przyzwyczaić się do śmierci pacjentów, ankietowani w większości (63,3%) odpowiedzieli, że wraz z upływem czasu można się niejako „uodpornić” na zjawisko śmierci, jednak zawsze towarzyszą temu pewne emocje i przeżycia. 23 osoby (19,2%) uważają, że raczej nie można się do tego przyzwyczaić, ponieważ każda śmierć jest inna i wywołuje silne przeżycia. Zdecydowanie przecząco na pytanie odpowiedziało 17 osób (14,2%), twierdząc, iż przyzwyczajanie się do śmierci chorych świadczy o tzw. wypaleniu zawodowym. 4 osoby (3,3%) natomiast uznały, że zjawisko śmierci w miarę zdobywania doświadczenia zawodowego staje się czymś powszednim, nie budzącym większych emocji.

Personel pielęgniarstwa często zmaga się z wieloma problemami związanymi z opieką nad pacjentem u kresu życia. Trudność sprawiają m.in. rozmowy z pacjentem umierającym, zwłaszcza na temat śmierci (39 osób – 32,5%) oraz rozmowy z rodziną umierającego (32 osoby – 26,7%). Dla respondentów problem stanowią również: brak odpowiednich umiejętności u osób najbliższych w postępowaniu z chorym umierającym (27 osób – 22,5%), brak wiedzy z zakresu psychologii (16 osób – 13,3%) oraz zbyt duże zaangażowanie emocjonalne (7 osób – 5,8%). Zwrócono także uwagę na brak współpracy między członkami personelu medycznego, brak wystarczającej ilości czasu dla chorego oraz bezradność w obliczu śmierci bardzo młodych ludzi (po 1 osobie – 0,8%).

W opinii większości badanych (88 osób – 73,3%) doświadczenie śmierci pacjentów wpływa w pewien sposób na perspektywę ich własnej śmierci. Spośród nich u 53 osób (44,2%) kontakt z umierającymi wzbudza refleksje nad własnym życiem i śmiercią, nie wywołując jednocześnie lęku przed umieraniem. Dla 20 respondentów (16,7%)

doświadczenie to jest pewnym przygotowaniem do własnej śmierci i zmniejsza poczucie lęku, u 15 osób (12,5%) natomiast przeciwnie – kontakt z umierającymi wywołuje lub wzmacnia lęk przed własnym odejściem.

Kontakt z osobami umierającymi według większości respondentów (66 osób – 55%) wpływa również na ich życie osobiste. Dla 31 pielęgniarek (25,8%) doświadczenie śmierci z jednej strony ma negatywny wpływ na sferę życia prywatnego (często powodujące zły nastrój i niekorzystny wpływ na relacje z innymi), a z drugiej ma działanie pozytywne, kształtując osobowość i bardziej dojrzałe podejście do życia. 30 ankietowanych (25%) zaznaczyło wyłącznie pozytywny wpływ tego doświadczenia na ich życie osobiste, dostrzegając jego działanie w wewnętrznym ubogacaniu i pogłębianiu wrażliwości na potrzeby innych. Z kolei jedynie negatywny wpływ umierania i śmierci chorych, wyrażony w częstym odczuwaniu smutku, przygnębienia oraz w nadmiernej nerwowości i złym oddziaływaniu na kontakty z otoczeniem, dotyczy 3 respondentów (2,5%).

Wśród sposobów radzenia sobie z trudnościami związanymi z przeżywaniem śmierci pacjenta, najczęściej ankietowanych wskazuje na wiarę w Boga (77 osób – 64,2%), rozrywkę (41 osób – 34,2%) oraz wsparcie ze strony bliskich (33 osoby – 27,5%). Poza tym dla 7 pielęgniarek (5,8%) pomocne w tym względzie są różne zajęcia lub praca, a u 2 osób (1,7%) istotne jest również wsparcie ze strony współpracowników. 27 respondentów twierdzi, że nie potrzebuje pomocy w tym zakresie, ponieważ radzi sobie sama.

Zdaniem prawie wszystkich badanych (99,2%) doświadczenie śmierci pacjentów uczy pewnych wartości i postaw. Wśród nich respondenci najczęściej wymieniali szacunek do życia (89 osób – 74,2%), pokorę (85 osób – 70,8%), świadomość dobrego wykorzystania każdej chwili życia (66 osób – 55%), wrażliwość (64 osoby – 53,3%). Dzięki towarzyszeniu umierającym personel pielęgniarstwa uczy się również innego spojrzenia na własne życie (57 osób – 47,5%) oraz patrzenia na potrzeby innych ludzi (49 osób – 40,8%), wiary w Boga i w życie po śmierci (43 osoby – 35,8%), odpowiedzialności (36 osób – 30%) oraz miłości (29 osób – 24,2%).

## Omówienie

Częsty kontakt pielęgniarek z pacjentami umierającymi i ich rodzinami sprawia, że często są one narażone na przeżywanie stresu oraz destrukcyjnego działania negatywnych emocji [2, 4]. Jest to dla nich dużym obciążeniem psychicznym,

zwłaszcza w przypadku szczególnych okoliczności, takich jak np.: pierwszy kontakt ze śmiercią, młody wiek pacjenta umierającego, nawiązanie pozytywnych więzi z chorym itp. W takich sytuacjach śmierć może powodować zmianę podejścia do podstawowych spraw egzystencjalnych, często wywołując uczucie lęku o własne życie lub o życie najbliższych [4, 6, 9]. Zdecydowana większość badanych twierdzi, że ma problemy w pewnych aspektach opieki nad umierającymi oraz że potrzebuje wsparcia (np. ze strony bliskich), aby poradzić sobie z przeżywaniem tych trudności. Świadczy to o potrzebie odpowiedniego kształcenia lub somodoskonalenia się z zakresu psychologii w celu poznania reakcji chorego i jego rodziny. Jest to również istotne ze względu na dokładniejsze poznanie własnych cech osobowości oraz wypracowanie swoich sposobów odreagowywania trudnych sytuacji [6].

W opinii badanego personelu pielęgniarskiego opieka nad pacjentami u kresu życia przyczynia się również do pozytywnych zmian w ich osobowości. Podczas towarzyszenia umierającym następuje wymiana doświadczeń i wartości, dzięki czemu pielęgniarki mogą się uczyć m.in. szacunku do życia, pokory, dobrego wykorzystania każdej chwili oraz wrażliwości.

Wśród respondentów dominują pozytywne postawy wobec pacjentów umierających. Można wyodrębnić postawę partnerską, zakładającą wzajemną wymianę wartości i szanowanie decyzji pacjenta oraz postawę filozoficzno-heterocentryczną, według której nadrzędnym celem jest poczucie bycia potrzebnym. Ze względu na duży odsetek badanych zwracających uwagę na istotę wiary w Boga i w życie po śmierci, można również wyróżnić postawę religijną [7, 8]. Nieliczni spośród ankietowanych wykazywali postawę obojętną lub niechętną w stosunku do pacjentów umierających.

## Wnioski

Podsumowując niniejszą pracę, poświęconą ukazaniu odczuć, emocji i zachowań personelu pielęgniarskiego w sytuacji śmierci pacjentów, należy zaznaczyć, iż pielęgniarka ma duży wpływ na zapewnienie choremu godnego umierania. Jej profesjonalna postawa, zdolność współodczuwania, odpowiednie przygotowanie, dojrzałość osobowości, jak również pragnienie zaspokojenia wszystkich potrzeb człowieka umierającego, prowadzi do zmniejszenia cierpienia pacjenta i przyczynia się do jego spokojnego odejścia [4].

## Piśmiennictwo

- [1] Krajewska-Kułak E., Mickiewicz I., Łukaszuk C., Van Damme-Ostapowicz K., Bielemuk A., Rozwadowska E.: Samoocena postaw pielęgniarek wobec śmierci. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2010, 1–2, 43–49.
- [2] Nyklewicz W., Krajewska-Kułak E.: Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienia wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, 3 (16), 248–254.
- [3] Bemben B.: Śmierć pacjenta to dla pielęgniarki prawdziwy problem. *Mag. Piel. Położ.* 2001, 11, 22–23.
- [4] Dębska G., Merklinger-Soma M., Cepuch G.: Emocje jako element postawy towarzyszący pielęgniarsce w kontakcie z pacjentem umierającym. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2010, 1–2, 65–70.
- [5] Dubowska A., Miarka E., Warmuz A.: Pacjenci i pracownicy hospicjum Cordis. *Mag. Piel. Położ.* 2001, 11, 23–25.
- [6] Gregorasz E.: Towarzyszenie śmierci. Umieranie pacjenta w przeżyciu pracowników hospicjum. [W:] *Żyć godnie do końca*, t. 2. Red.: Krzyżanowski D., Fal A.M., Steciwko A., Sochocka L. Wyd. WCM, Opole 2010, 51–58.
- [7] De Walden-Gałaszko K.: Stres pracy personelu medycznego. [W:] *Psychoonkologia*. Red.: de Walden-Gałaszko K. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, 123–128.
- [8] De Walden-Gałaszko K.: Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej. [W:] *Podstawy opieki paliatywnej*. Red.: de Walden-Gałaszko K. PZWL, Warszawa 2006, 190–193.
- [9] Bura J.: Dobre słowo znaczy więcej. *Mag. Piel. Położ.* 2001, 11, 26–27.

## Adres do korespondencji:

Monika Sleziona  
ul. Kośmiderska 1  
42-772 Pawonków  
tel.: 664 035 142  
e-mail: monika.sleziona@gmail.com

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 22.04.2011 r.  
Po recenzji: 18.07.2011 r.  
Zaakceptowano do druku: 15.08.2011 r.

Received: 22.04.2011  
Revised: 18.07.2011  
Accepted: 15.08.2011