

**POSTAWY
PIEŁĘGNIAREK ORAZ PIEŁĘGNIARZY
WOBEĆ ŚMIERCI PACJENTÓW**



**Agata Król
Barbara Jankowiak
Marta Jakoniuk**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



POSTAWY PIELEŃNIAREK ORAZ PIELEŃNIARZY WOBEC ŚMIERCI PACJENTÓW

Mgr Agata Król

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Barbara Jankowiak

Dr n. med. Marta Jakoniuk

Białystok 2023

RECENZENCI MONOGRAFII

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Bożena Baczevska

Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Regina Sierżantowicz

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego 1
Białystok

Wydanie I

Białystok 2023

Wszelkie prawa zastrzeżone

ISBN

978-83-67454-82-7

Opracowanie graficzne

wykorzystano darmowy wektor z <https://pl.freepik.com/>

Druk

Monografia wydana w formie elektronicznej i zamieszczona na stronie

https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz.

**Monografia powstała na bazie wyników pracy magisterskiej
mgr Agaty Król**

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż

**POSTAWY PIELEŃNIAREK ORAZ PIELEŃNIARZY
WOBEC ŚMIERCI PACJENTÓW**

WYKAZ AUTORÓW

Król Agata

mgr piel.

- Absolwentka studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

- Klinika Anestezjologii i Inensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Jankowiak Barbara

dr hab. n. med. i n. o zdr.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Jakoniuk Marta

Dr n. med.

Zakład Neurologii Inwazyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	13
TANATOLOGIA I TANATOPEDAGOGIKA	15
<i>Zagadnienie śmierci na przestrzeni wieków</i>	16
<i>Śmierć w polskiej kulturze</i>	18
ŚMIERĆ W UJĘCIU MEDYCZNYM	19
<i>Rodzaje i oznaki śmierci</i>	19
<i>Stadia umierania</i>	20
<i>Najczęstsze przyczyny śmierci- statystyki umieralności w Polsce</i>	22
<i>Stwierdzanie zgonu pacjenta</i>	23
ŚMIERĆ PACJENTA JAKO NIEODŁĄCZNY ELEMENT PRACY PIEŁĘGNIARKI	25
<i>Opieka paliatywna</i>	25
<i>Godność umierającego człowieka</i>	26
<i>Fazy adaptacji zbliżającej się śmierci</i>	27
<i>Obecność przy umierającym pacjencie</i>	29
<i>Obciążenie zawodowe</i>	29
<i>Postawy personelu pielęgniarskiego wobec umierających pacjentów</i>	30
<i>Konsekwencje doświadczania śmierci</i>	33
STRES ZAWODOWY	36
ZAŁOŻENIA I CEL PRACY	41
MATERIAŁ I METODA	42
WYNIKI	43
<i>Ogólna charakterystyka badanej populacji</i>	43
<i>Dane związane z postawą pielęgniarek/pielęgniarzy wobec śmierci pacjentów</i>	45
<i>Analiza statystyczna</i>	54
DYSKUSJA	59
WNIOSKI	61
PIŚMIENNICTWO	62

„Czy nasze skoncentrowanie na skomplikowanej aparaturze, na ciśnieniu krwi nie jest rozpaczliwą próbą, żeby zaprzeczyć nadchodzącej śmierci, która tak nas przeraża, że całą naszą wiedzę przelewamy na maszyny, gdyż mniej się ich obawiamy, niż cierpiącej twarzy innej istoty ludzkiej, która raz jeszcze przypomina nam o naszej bezsilności, o naszych ograniczeniach i błędach i co ważniejsze- o naszej własnej śmiertelności? “

Elizabeth Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu* [1]

WPROWADZENIE

Śmierć jest nieodłącznym elementem życia każdego człowieka. Ten często bolesny, ale też nieunikniony moment od zawsze stanowił źródło zainteresowań w społeczeństwie. Temat śmierci, przemijania życia jest jednym z najtrudniejszych, budzi niepokój, generuje stres. Ludzie niechętnie o tym rozmawiają, w szczególności kiedy są młodzi i dopiero zaczynają swoje życie. Społeczeństwo niejako wypiera fakt istnienia śmierci jako nieuchronnego etapu życia.

W literaturze pojawiło się pojęcie tabuizacji śmierci. Do objawów tego zjawiska można zaliczyć brak wypowiedania się na temat umierania, brak tekstów kultury, a także unikanie rozmów na tematy szeroko powiązane ze śmiercią [2, 3]. Do tabuizacji umierania można także włączyć zachowania marginalizujące żałobę. Zarówno w odniesieniu do innych ludzi oplakującym stratę bliskiego jak i do siebie. Innymi przykładami mogą być postawy takie jak ukrywanie przechodzenia przez żałobę, nieobnoszenie się z jej znamionami, a także przekierowywanie opieki nad obłożnie chorym, umierającym członkiem rodziny na hospicja, domy opieki czy rezygnacja z umieszczania trumny z ciałem w domu rodziny zmarłego [4]. Szczególnie widoczne zachowania przejawiające szerzenie się postaw zaliczanych do zjawiska tabuizacji śmierci można zaobserwować już na przełomie XVI–XVII wieku [3, 4].

Warto zwrócić także uwagę na problem przeciwny do tabuizacji śmierci. Mianowicie w życiu codziennym każdy człowiek otaczany jest wieloma bodźcami związanymi z przemijaniem. Nierzadko w telewizji, w radiu można usłyszeć o tragicznych wypadkach komunikacyjnych, w których zginęli ludzie, o toczących się wojnach nieoszczędzających nikogo. W naszych smartfonach codziennie znaleźć można przerażające statystyki o umieralności na różne choroby. Społeczeństwo każdego dnia spotyka się ze śmiercią, ale nie wywołuje ona głębszych emocji. W ten sposób rozwija się postawa ignorująca zjawisko umierania, narasta poczucie, że śmierć nas nie dotyczy, skoro jest tak odległa i nie dotyka nas bezpośrednio [2, 5].

Ciekawym zagadnieniem jest postawa dystansowania się do śmierci w młodym wieku. Najczęściej uwidocznioma jest u dzieci lub młodzieży, kiedy w ich najbliższym otoczeniu starość i śmierć nie funkcjonuje, nie mają z nią styczności w życiu codziennym. Młodzi nie mają kontaktu ze zjawiskiem przemijania, a to w konsekwencji może spowodować uczucie wyparcia, odrealnienia w stosunku do śmierci.

Wprowadzenie

Takie postawy mogą bardzo negatywnie wpływać na prawidłowe kształtowanie się postrzegania linii życia, jego harmonii zachowywanej przez lata. Śmierć staje się wtedy zjawiskiem nienaturalnym, dramatycznym oraz wyimaginowanym [4, 6].

Zjawisko śmierci jest złożone oraz wieloetapowe. Zawsze przebiega w sposób indywidualny dla każdego człowieka. Każdy może odczuwać ją zupełnie inaczej, poszczególne etapy umierania mogą pojawiać się w innych kolejnościach lub zupełnie zanikać. Umieranie to ostatnia droga, która według Roberta Roczenia- lekarza i filozofa- składa się z trzech podstawowych części. Pierwszym etapem jest umieranie, jako proces dążący do bycia umarłym, ciało zmierza do zahamowania funkcji życiowych, niejako przygotowuje się do tego. Kolejna jest śmierć, która jest głównym, ale krótkotrwałym momentem. Jest zjawiskiem, w którym osoba żywa staje się umarła. Jest to krótka chwila, w której narządy oraz ich funkcje przestają działać. Końcowy etap opisuje bycie martwym – to stan, kiedy człowiek nie wykazuje żadnych oznak życia, nie reaguje na żadne bodźce, nie wyzwała reakcji pochodzenia neurologicznego. Ten etap jest procesem nieodwracalnym [7].

TANATOLOGIA I TANATOPEDAGOGIKA

Zainteresowanie oraz chęć zgłębienia wiedzy i niejako odkrycia tajemnic świata stało się początkiem podjęcia przez naukowców tematyki śmierci i w rezultacie zapoczątkowało nową gałąź nauki. Tanatologia (gr. *thánatos* – śmierć oraz *lógos* – nauka) to nauka zajmująca się badaniem śmierci i wszystkich praktyk z nią związanych w zakresie biologicznym. W jej zakres wchodzi także tematyka eutanazji. Opisuje przyczyny śmierci, a także cechuje się interdyscyplinarnym, całościowym podejściem do osób umierających. Tanatologia jako dziedzina psychologii pojawiła się w roku 1959 po opublikowaniu książki Hermana Feifela pt. „The meaning of Death” [8].

Poddyscypliną medyczną tanatologii jest tanatopedagogika. Tanatopedagogika to nauka zajmująca się opracowywaniem sposobów ułatwiających godzenie się ze śmiercią. Wyjaśnia jakie mechanizmy obronne człowiek kreuje w obliczu śmierci, co pozwala na łagodniejsze oraz nie tak traumatyczne zrozumienie zjawiska umierania. Zajmuje się głównie pracą między innymi z ludźmi umierającymi, cierpiącymi, pomagając im przygotować się do śmierci. W obrębie tej dyscypliny zwraca się także uwagę na rodziny umierających kształcąc ich w zakresie przechodzenia przez żałobę [9]. Tanatopedagogika jest niejako uzupełnieniem tanatologii w aspekcie psychologiczno-społecznym. Nauka ta odpowiada na potrzeby holistycznego podejścia do pacjenta, który umiera oraz jego rodziny [10].

Zagadnienie śmierci na przestrzeni wieków

Postrzeganie śmierci zmieniało się wraz z postępem cywilizacji, rozwoju kulturowego jak i zależności religijnych. Ludzie od dawnych czasów zastanawiali się nad zjawiskiem śmierci, szukali rozwiązań oraz tworzyli teorie. Jako przykład jednego z najstarszych dzieł zawierających tematykę umierania jest Biblia. Starość przedstawiona jest tam jako zgrzybiałość oraz otępienie, a sama śmierć jako konsekwencja grzechu pierworodnego, niedoskonałość ludzka [11]. Według Starego oraz Nowego Testamentu po odejściu ze świata doczesnego dusza ludzka może trafić do nieba, piekła lub czyśćca. Takie przedstawienie śmierci z pewnością budziło strach oraz niechęć do rozmyślań, jednak ludzie w konsekwencji szanowali swoje życie. Obraz kresu życia jest przedstawiony w sposób kontrastowy. Z jednej strony opisywany jest jako kara boska, moment cierpienia, agonii, z drugiej zaś jako spotkanie z Bogiem, powrót do raju oraz obietnica życia wiecznego [12].

Memento mori- pamiętaj o śmierci. Ta fraza opisuje pojmowanie śmiertelności ludzkiego ciała w średniowieczu. Ludzie w tamtych czasach były oswojeni z przemijaniem, rodziny towarzyszyły umierającym bliskim, na ulicach normalnym widokiem byli umierający żebracy. Warto zaznaczyć, że w tamtym okresie panowała jedna z największych epidemii w historii ludzkości- epidemia dżumy, która uśmierciła około 1/3 ludności Europy [13]. Średniowieczny człowiek był świadomy tego, że musi umrzeć, aby uwolnić duszę i przekroczyć próg wiecznego życia. Zainteresowanie, a nawet fascynację tematyką śmierci doskonale można zaobserwować w sztuce. Słynny motyw *danse macabre*- tańca śmierci, w którym ukazywane były osoby wszystkich stanów wraz z tańczącymi kościotrupami pochodzi właśnie z tego okresu. W średniowieczu śmierć nie była tematem tabu, przeciwnie, tematyka śmiertelności towarzyszyła ludziom na co dzień [14, 15].

Renesans to okres, w którym społeczeństwo powoli traciło zainteresowanie tematyką śmiertelności. Człowiek renesansu był świadomy swojej śmierci, była ona ponurym etapem, który pewnego dnia będzie musiał się dokonać. Ludzie zawierzali wtedy swoje zdrowie oraz życie Bogu, spychając przy tym na drugi plan medycynę [16]. W renesansie zapoczątkowało się stwierdzenie *carpe diem*, co w tłumaczeniu oznacza chwytać dzień. Śmierć była zagadnieniem niechętnie poruszonym, często nudnym i pesymistycznie postrzeganym [15]. Ludzie renesansu swoje myśli skupiali na życiu, rozwijaniu nauki, kultury, jednak śmierć nadal często im towarzyszyła.

Zagadnienie śmierci na przestrzeni wieków

Istotne zmiany w postrzeganiu śmierci można zaobserwować w okresie oświecenia. Po okresie bardzo wysoko rozwiniętej religijności oraz duchowości społeczeństwo zaczęło szukać odpowiedzi na egzystencjonalne pytania w nauce. Przyczyn śmierci zaczęto doszukiwać się w biologii ciała. Człowiek oświecony umieranie traktował jako zakończenie życia, koniec pewnego, być może ostatniego, etapu. Takie postawy generowały silny lęk i przerażenie przed śmiercią. Warto zaznaczyć, że w epoce oświecenia rodziny mieszkaly ze sobą w domach kilkupokoleniowych. Młodzi mieszkańcy obserwowali choroby oraz cierpienie starszych domowników. Całe rodziny uczestniczyły w pogrzebach bliskich, również dzieci, które były przyzwyczajone do obcowania ze śmiercią [17]. W okresie od końca XIV do XVIII wieku idealną, „pożądaną” śmiercią było spokojne rozłączenie duszy i ciała [15].

Coraz szybszy i prężniejszy postęp cywilizacyjny miał wielkie znaczenie w zachodzących zmianach postaw wobec śmierci w społeczeństwie na przestrzeni od końca XIX do XX wieku. Rozwój medycyny, nowe techniki leczenia, wyszukane technologie medyczne, wynalezienie większej ilości szczepionek, poprawa warunków życia, większa świadomość higieny, zachowania prozdrowotne- te i wiele innych czynników wpłynęły na znaczne wydłużenie życia przeciętnego człowieka. Umieralność ludzi znacznie zmniejszyła się, a choroby, które dotąd powodowały śmierć przestały zagrażać zdrowiu. Domy kilkupokoleniowe przestały być popularne. Dzieci i młodzież zaczęły być odizolowywane od starszych, zniedołężniałych dziadków. Ciężko chorzy, umierający zaczęli przebywać w szpitalach lub hospicjach, nie w domach z bliskimi. Śmierć przestała być zjawiskiem tak częstym i bezpośrednim dla społeczeństwa jak była jeszcze kilka wieków wstecz. Pojawia się tabuizacja tematu umierania [15, 17].

W czasach współczesnych śmierć nadal wywołuje lęk. W tematyce śmiertelności ludzi pojawiają się nowe zagadnienia takie jak eutanazja, leczenie paliatywne czy orzekanie śmierci mózgowej. O śmierci dyskutuje się częściej zarówno w sferze medycznej, filozoficznej, jak i religijnej. Nadal jednak w społeczeństwie można zaobserwować tabuizację tematu umierania. W dzisiejszych czasach śmierć człowieka najczęściej dokonuje się w szpitalach lub hospicjach i jest przeznaczona dla określonych grup zawodowych takich jak lekarze czy pielęgniarki [17]. Obrzędy około pogrzebowe wykonywane są przez specjalne firmy. Rodziny widzą zmarłego przygotowanego do pochówku- ładnie ubranego, umytego, nierzadko po zabiegach z zakresu tanatokosmetyki. Rodzice coraz częściej opierają się przed zabieraniem swoich dzieci na pogrzeby bliskich, odizolowując ich tym samym od natury śmierci.

Śmierć w polskiej kulturze

W Polsce głęboko zakorzeniona jest kultura umierania. Od dawna funkcjonowały różne obrzędy kulturowe związane ze śmiercią, zwłaszcza w przypadku, kiedy umierał drugi człowiek, bliski członek rodziny. W większości z nich głównym elementem była religia oraz tradycja. Na przestrzeni lat uległy one znacznym przemianom [18].

Polska kultura od dawna śmierć traktowała jako ważny element życia, który nigdy nie był lekceważony. Wszystkim zmarłym należała jest godność. Każdy człowiek musiał być pożegnany, opłakany, a następnie wystarczająco godnie pochowany. Miejsca pochówków różniły się wraz z postępem cywilizacji. Dawniej trumny grzebano we wsiach, obok domów zmarłych. W dzisiejszych czasach odbywa się to na cmentarzach.

Księgi liturgiczne, z których korzystano na pogrzebach już w XIII wieku mówią o odprawianiu mszy przez kapłanów za dusze zmarłych. Już wtedy obchodzono Dzień Zaduszny, podczas którego całe rodziny modliły się za umarłych, opłakując ich [19]. Na początku XVI wieku modlitwy pogrzebowe odbywały się w domu zmarłego. Po nich następowała długa, uroczysta procesja z trumną do kaplicy. Podczas mszy pogrzebowej śpiewano pieśni żałobne. Na koniec odbywało się ostatecznie odprowadzenie zmarłego na pobliski cmentarz [19].

Ciekawą tradycją, która zbliżała ludzi żywych do zjawiska śmierci były fotografie pogrzebowe, tzw. „chłopskie portrety trumienne”. W pierwszej połowie XX wieku na każdym pogrzebie wykonywano zdjęcie, na którym bliscy ustawiali się wokół otwartej trumny zmarłego. W tle fotografii widać było dom lub jego wnętrze. Często ustawienie rodziny na fotografii świadczyło o stopniu spokrewnienia z umarłym. Trumna zazwyczaj przyozdobiona była kwiatami, a umarły leżący w niej ubrany był w odświętny strój [5].

Istnieje także wiele różnych przesądów wobec śmierci, które w niektórych miejscach w Polsce nadal funkcjonują i są przekazywane z pokolenia na pokolenie. Jednym z ciekawych przesądów jest zapowiedź śmierci przez zachowanie zwierząt. Zwierzęta te to najczęściej psy, konie lub ptaki. Legendy głoszą, że innym zwiastunem śmierci może być mały ptaszek, który zapuka w okno wybranego człowieka. Niektórzy starsi ludzie twierdzą, że samoczynne otwieranie się drzwi do domu zwiastuje zgon mieszkańca [20].

Na przestrzeni lat obrzędy związane ze śmiercią zmieniły się, jednak w polskiej kulturze wciąż są mocno zakorzenione. W dzisiejszych czasach nadal odbywają się obrzędy pogrzebowe, odmawia się modlitwy żałobne, a także przechodzi się okres żałoby. Po zmarłych członkach rodziny stawia się pomniki, a na znak pamięci o nich zapala się znicze. Poprzednie oraz współczesne tradycje zbliżają młode pokolenia do zjawiska śmierci

ŚMIERĆ W UJĘCIU MEDYCZNYM

Zjawisko śmierci w medycynie od dawna stanowiło źródło zainteresowania. Ludzie chorowali na przeróżne choroby, a potem na nie umierali. Zgon następował w wyniku różnych wypadków jak i otruc. Jedni umierali ze starości, inni nieoczekiwanie tracili swoje życie w młodym wieku. Ludzie widzieli śmierci noworodków, które dopiero przychodziły na świat, a także osoby zniedołężniałe, starcze. Obserwowano zgony z przyczyn zależnych i niezależnych od człowieka. Wniosek w przemyśleniach ludzi był zawsze taki sam: śmierć nie jest zawsze tak samo przebiegającym procesem, choć często ma wiele podobieństw.

Śmierć w definicji oznacza zahamowanie metabolizmu komórkowego oraz powstanie nieodwracalnych uszkodzeń w organizmie [21]. Może być to konsekwencja m.in. nieuleczalnej choroby, fizjologicznie przebiegającego procesu starzenia się organizmu człowieka lub urazu wielonarządowego. We współczesnej medycynie śmierć człowieka stwierdza się w dwóch przypadkach. W pierwszym z nich rozpoznaje się nieodwracalne ustanie czynności mózgu. Natomiast w drugim lekarz stwierdza nieodwracalne zatrzymanie krążenia, którego przyczyn nie da się zlikwidować [22].

Rodzaje i oznaki śmierci

Śmierć nie zawsze prezentuje się w podobny sposób. Istnieją różne podziały klasyfikujące poszczególne rodzaje śmierci w zależności od czynników sprawczych. Biorąc pod uwagę czynnik rozłożenia zjawiska umierania w czasie klasyfikuje się śmierć szybką oraz powolną. Śmierć szybka charakteryzuje się stosunkowo krótkim czasem trwania, człowiek nie jest w fazie agonii. Śmierć powolna, to natomiast długotrwały proces, który ciągnie się w czasie i jest ściśle powiązany z agonią. Może trwać kilka, a nawet kilkanaście dni.

Rodzaje śmierci można wyszczególnić na:

1. Śmierć naturalną- zachodzi w wyniku starzenia i wyczerpania się zasobów organizmu w konsekwencji starczego wieku,
2. Śmierć w wyniku chorób- w przebiegu różnych chorób przewlekłych lub stanów ostrych, które prowadzą do śmierci organizmu,
3. Śmierć nagłą, gwałtowną- najczęściej spowodowaną urazem z powodu różnych czynników często ze środowiska zewnętrznego, do tego rodzaju śmierci zaliczyć należy także samobójstwa [23].

Śmierć w ujęciu medycznym

Śmierć człowieka jest procesem wieloetapowym i dość skomplikowanym, dlatego też tylko osoby upoważnione, czyli lekarze mają prawo do stwierdzania zgonu człowieka. Proces umierania rozpoczyna się od śmierci pojedynczych komórek, przechodząc na całe narządy. W końcowym etapie coraz więcej komórek ciała obumiera, co ostatecznie prowadzi do zahamowanie wszystkich funkcji narządów w całym ciele. Bezpośrednio po śmierci pacjenta można zaobserwować zahamowanie czynności ośrodkowego układu nerwowego, czyli m.in. zwiotczenie mięśni, rozszerzenie źrenic, brak aktywności ośrodka oddechowego, brak krążenia krwi w organizmie, zatrzymanie akcji serca. Ciało pacjenta przybiera błądy kolor skóry powoli ochładzając się, co jest konsekwencją braku krążenia w organizmie człowieka [23, 24].

Wczesnymi znamionami śmierci występującymi do 12 godzin po zgonie są m.in.: plamy opadowe, stężenie pośmiertne, ochłodzenie i błądź ciała. Plamami opadowymi definiuje się miejsca na ciele człowieka, w których w chwili śmierci ustaje krążenie a krew grawitacyjnie spływa do najniższych partii ciała. Zazwyczaj są sino-fioletowe i pojawiają się już po 30 minutach od śmierci. Charakterystyczną cechą plam opadowych jest ich brak w miejscach uciśniętych lub obszarach dotykających podłoga, na którym leży ciało człowieka. Innym wczesnym znamieniem śmierci jest stężenie pośmiertne, które oznacza usztywnienie mięśni. Jest kolejnym etapem procesu umierania, zaraz po początkowym zwiotczeniu mięśni. Stężenie pośmiertne to konsekwencja braku podaży energii w postaci ATP (adenozynotryfosforan) do komórek mięśniowych, w wyniku czego następuje ich trwałe usztywnienie. Najszybciej stężenie pośmiertne zaobserwować można w obrębie twarzy oraz dłoni [24].

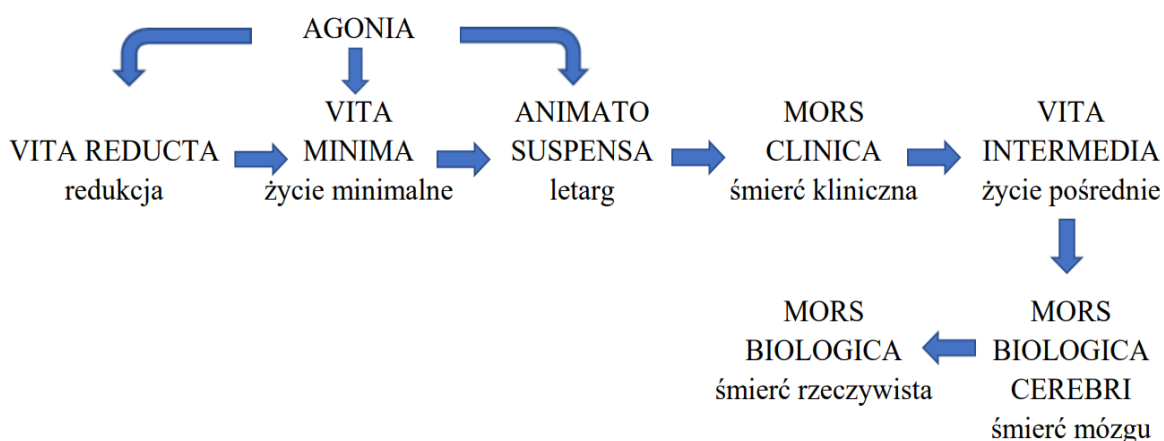
Późnymi znamionami śmierci są zmiany rozkładowe. Zmiany pośmiertne o takim charakterze to wynik nieodwracalnego oraz końcowego etapu umierania. Można wyróżnić proces autolizy oraz procesy gnilne. Autoliza to rozkład komórek ciała poprzez enzymy człowieka. Najszybciej rozpoczyna się w komórkach mózgowych, następnie zajmuje narządy takie jak trzustka lub żołądek. W procesach gnilnych uczestniczą bakterie gnilne, które najwcześniej zapoczątkowują procesy rozkładu jelit czy dróg oddechowych [23, 24].

Stadia umierania

Zjawisko umierania to wieloetapowy i nie zawsze łatwy do sklasyfikowania proces. Można natomiast wyróżnić siedem faz, które następują kolejno po sobie. Pierwsza faza to *vita reducta*, czyli redukcja. To czas, w którym powoli wyciszane są funkcje niektórych narządów oraz procesy fizjologiczne zachodzące w jeszcze żywym organizmie. Następną jest faza *vita*

Śmierć w ujęciu medycznym

minima (życie minimalne), w której wzmagają się osłabianie procesów fizjologicznych, coraz więcej komórek ciała obumiera. Kolejno następuje faza letargu, czyli *animato suspensa*. W letargu słabnie czynność układu oddechowego oraz układu krążenia. Oddech pacjenta staje się ciężki, mniej efektywny, często towarzyszą mu także krótkotrwałe okresy bezdechów. Mięsień sercowy pracuje wolniej, mogą pojawiać się zaburzenia rytmu serca. Ta faza kończy pierwsze stadium umierania jakim jest *agonia*. *Agonia* jest stanem, który można cofnąć. Czwartym w kolejności etapem jest *mors clinica* (śmierć kliniczna), w którym obserwuje się całkowite zahamowanie czynności układów krążenia i oddechowego. Pacjent przestaje samodzielnie generować oddechy, a mięsień sercowy zatrzymuje się. *Vita intermedia* to życie pośrednie, czyli etap, w którym umierające ciało może wyzwać prawidłowe reakcje na różne bodźce. Reakcja jednak nie jest wyraźna i często trudno do rozpoznania. Niektóre wyzwalane reakcje jednak znacznie odstają od normy. Szóstą fazą umierania jest *mors biologica cerebri* (śmierć mózgu). To okres kiedy śmierć jest zjawiskiem ostatecznym, nieodwracalnym. Dokonuje się finalne ustanie czynności w ośrodkowym układzie nerwowym, krew nie przepływa przez tkankę mózgową, komórki mózgowie zanikają. Pacjent nie generuje żadnej reakcji na bodźce ze środowiska zewnętrznego. Zanikają również głębokie reakcje pochodzące z pnia mózgu. Ostatnim, siódmym etapem jest *mors biologica* (śmierć biologiczna, rzeczywista). W tej fazie można zaobserwować rozpoczęcie rozkładu ciała, pojawiają się plamy opadowe oraz stężenie pośmiertne [25].



Rycina 1. Fazy umierania. Opracowanie własne na podstawie: Gałuszka A.: *Blisko, coraz bliżej...: psychologiczne aspekty umierania i śmierci.* [w:] *Utrata i żałoba: teoria i praktyka.* Kleszcz-Szczyrba R., Gałuszka A. (red.). Katowice 2016 [25].

Najczęstsze przyczyny śmierci- statystyki umieralności w Polsce

Według najnowszych statystyk opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny w 2021 roku zmarło 519 517 osób, w tym 268 658 mężczyzn oraz 250 859 kobiet [26]. Analizując statystyki z wcześniejszych lat zaobserwowano znaczący wzrost ilości śmierci w polskim społeczeństwie na przestrzeni ostatnich lat. Spowodowane jest to prawdopodobnie wystąpieniem ogólnoswiatowej pandemii SARS-CoV-2, która rozpoczęła się w 2020 roku i uśmierciła na terenie Polski około 41 tysięcy osób.

Najczęstszymi przyczynami śmierci Polaków w latach 2020-21 były:

1. Choroby układu krążenia
2. Nowotwory różnego rodzaju
3. COVID-19 (wzrost umieralności w 2021 roku)
4. Przyczyny nieokreślone
5. Choroby układu oddechowego
6. Choroby układu pokarmowego
7. Przyczyny niezależne (zewnętrzne).

W chorobach układu krążenia wyróżnia się głównie chorobę niedokrwinną serca oraz niewydolność serca, choroby naczyń mózgowych, a także miażdżycę [27]. To właśnie te schorzenia powodują do największej ilości zgonów wśród społeczeństwa zamieszkałego w Polsce już od wielu lat [26].

Przyczynami schorzeń układu krążenia są m.in. siedzący tryb życia, różnego rodzaju używki, nieodpowiednia dieta, zbyt wysokie ilości przyjmowanego z pożywieniem cholesterolu [28].

Według statystyk od wielu lat obserwuje się większą umieralność mężczyzn względem kobiet. W 2021 roku mężczyźni mieszkający w miastach przeciętnie żyli 72 lata, natomiast życie kobiet z miast trwało 79,8 roku. Sytuacja mieszkańców wsi nieco się różniła. Mężczyźni zamieszkali we wsiach żyli krócej o 0,6 roku względem mężczyzn z miast. U kobiet ze wsi trwanie życia było 0,2 roku krótsze. W historii Polski najwyższy stopień umieralności obserwowano po II wojnie światowej kiedy średnia długość trwania życia płci męskiej wynosiła 56 lat, czyli średnio o 16 lat krócej od współcześnie żyjących mężczyzn. W kolejnych latach obserwowano znaczny wzrost długości trwania przeciętnego życia Polaków. Warto także wspomnieć o epidemii COVID-19, która w konsekwencji wielu zachorowań wraz z ciężkimi stanami klinicznymi i powikłaniami spowodowała zwiększoną śmiertelność Polaków

w 2021 roku. Przeciętna długość życia w porównaniu do 2019 roku wśród mężczyzn zmniejszyła się o 2,3 roku. U płci kobiecej różnica w długości życia wyniosła 2,1 roku [29].

Stwierdzanie zgonu pacjenta

Aby stwierdzić zgon człowieka należy posiadać szeroką wiedzę z zakresu neurofizjologii, a także rozumieć wszystkie mechanizmy zachodzące w ciele pacjenta prowadzące do śmierci. Warto zaznaczyć, że kryteria stwierdzania śmierci na przestrzeni lat, a także między cywilizacjami oraz religiami znacząco różniły się od współczesnych. M. in. w judaizmie przyjmowano brak oddechu oraz tętna jako wystarczające znamiona śmierci [30].

„Śpiączka nieodwracalna” to termin opracowany pod koniec lat pięćdziesiątych XX przez zespół francuskich naukowców P. Mollareta oraz M. Goulona, który w późniejszych latach przekształcił się we współczesną koncepcję śmierci mózgowej używaną na całym świecie [31]. Śmierć mózgu po raz pierwszy została zdefiniowana przez Amerykańską Akademię Neurologii pod koniec drugiej połowy XX wieku. Definicja zakłada, że śmierć następuje, gdy nieodwracalnie ustają funkcje mózgowe, obserwuje się brak głębokich reakcji na bodźce zewnętrzne. Głównymi założeniami w przypadku śmierci mózgu są brak reakcji i brak odruchów pnia mózgu w wyniku postępującego uszkodzenia neurologicznego [32]. Śmierć mózgu to często konsekwencja krwotoków śródmózgowych, podpajęczynówkowych, zawałów serca, ciężkich urazów głowy, urazów wielonarządowych, jak również zatrzymań akcji serca.

Procedura stwierdzania zgonu pacjentów w Polsce polega na kryteriach krążeniowych lub neurologicznych. Aby dokonać stwierdzenia śmierci mózgowej należy powołać dwóch lekarzy. Jednego, który posiada tytuł specjalisty lub II stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub, w przypadku dzieci, w dziedzinie neonatologii. Natomiast drugi lekarz musi posiadać specjalizację w jednej z dziedzin takich jak neurologia dorosłych lub dziecięca, neurochirurgia [22, 33]. Stwierdzenie śmierci mózgu to dwuetapowa procedura, która wymaga dokładnych analiz wyników badań pacjenta, oceny stanu klinicznego, wykluczeniu odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia oraz włączenia diagnostyki obrazowej, najczęściej jest to angiografia metodą tomografii komputerowej. Procedura rozpoczyna się od przeprowadzenia serii badań na pacjencie przez jednego lekarza specjalistę. Wśród badań stwierdzających śmierć mózgu znajdują się: badanie odruchu rogówkowego, reakcji źrenic na światło, badanie odruchu oczno-mózgowego, ocena ruchu gałek ocznych przy

Śmierć w ujęciu medycznym

przeprowadzaniu próby kalorycznej. W drugim etapie tę samą serię badań powtarza drugi lekarz specjalista. Na koniec każdej serii badań przeprowadza się próbę bezdechu, po której należy pobrać próbkę krwi pacjenta na badania gazometryczne. U osób dorosłych dwie serie badań należy powtórzyć w przeciągu 6 godzin, w przypadku uszkodzeń pierwotnych lub w ciągu 24 godzin, gdy uszkodzenia są wtórne. U dzieci badanie musi zostać powtórzone w ciągu doby lub w ciągu 3 godzin, jeśli wykonano badanie instrumentalne [34].

W chwili zgonu pacjenta lekarz, który w ciągu ostatnich 30 dni zajmował się chorym, ma obowiązek przeprowadzić badania potwierdzające śmierć. Następnie wypełnia kartę zgonu, zawierającą podstawowe dane chorego, miejsce śmierci, a także rozpoznaną przyczynę zgonu wraz z kodem ICD-10.

Według obowiązującego aktu prawnego dotyczącego stwierdzania zgonu i jego przyczyny osobą uprawnioną do stwierdzenia zgonu człowieka może być także pielęgniarka, która odbyła odpowiednie szkolenie określone przez Ministra Zdrowia. Odbywa się to jednak jedynie w sytuacji, kiedy lekarz z różnych przyczyn nie może dokonać stwierdzenia śmierci [35]. Powyższy akt prawny niestety nie jest całkowicie poprawny oraz możliwy do spełnienia we współczesnej, polskiej ochronie zdrowia z powodu informacji zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2007r. o rodzaju i zakresie świadczeń wykonywanych przez pielęgniarkę. W wymienionych świadczeniach zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które pielęgniarka może dokonać samodzielnie nie opisano procedury stwierdzania zgonu pacjentów [36].

ŚMIERĆ PACJENTA JAKO NIEODŁĄCZNY ELEMENT PRACY PIELEŃNIARKI

Umierający człowiek ma wiele potrzeb, targają nim różne emocje. Potrzebuje wsparcia, zrozumienia, holistycznej opieki oraz obecności drugiego człowieka. Każdy człowiek ma prawo do godnego życia, a także godnej śmierci. Oko w oko ze śmiercią wśród otoczenia stają jednak nieliczni ludzie. Niektórzy nigdy nie doświadczą obcowania przy umierającym człowieku, nie zobaczą znamion śmierci, cierpienia.

Personel medyczny ze śmiercią spotyka się na co dzień. Codziennie w szpitalach umierają dziesiątki ludzi. Wśród nich są małe dzieci, nastolatki, osoby dorosłe, matki, ojcowie, staruszkowie. Umierają osoby po długich okresach choroby, ale też osoby dotychczas zdrowe, które uległy nieszczęśliwym wypadkom. Członkowie zespołów terapeutycznych są wyszkoleni w zakresie rozpoznawania objawów nadchodzącej śmierci, sposobów minimalizowania dolegliwości bólowych w czasie agonii, a także czynności potwierdzających zgon pacjenta. Pielęgniarstwo to jednak jeden z niewielu zawodów, w których śmierć człowieka jest tak bliska, bezpośrednia, intymna [37].

Opieka paliatywna

Opieka paliatywna to według WHO (ang. World Health Organization) dziedzina medycyny oparta na podejmowaniu działań prowadzących do poprawy jakości życia chorych w ciężkich stanach oraz ich rodzin. Brak w niej ograniczeń wiekowych. Opieka odbywa się poprzez łagodzenie i minimalizowanie cierpienia wśród umierających pacjentów. Wśród założeń medycyny paliatywnej wyróżnia się wsparcie dla ciężko chorych, uśmierzenie dolegliwości bólowych, poprawę jakości życia, brak możliwości przyspieszenia ani opóźnienia procesu śmierci, pozostawienie naturalności zjawisku umierania. Pacjenci uczeni są doceniania życia oraz przygotowywani do końcowego etapu chorób [38]. Aby medycyna paliatywna była na wysokim poziomie należy zapewnić pacjentom opiekę spod rąk wielu specjalistów z różnych dziedzin, m.in. lekarzy, pielęgniarek, psychologów, duchownych, terapeutów zajęciowych. Opieka paliatywna dotyczy również rodzin umierających pacjentów, edukując oraz wspierając ich w ciężkim czasie choroby bliskiego, ale także podczas śmierci. Specjaliści pomagają rodzinom prawidłowo przeżyć okres żałoby. Medycyna paliatywna łączy zatem trzy sfery: somatyczną, psychosocjalną, duchową [39].

Opieka paliatywno-hospicyjna ma swoje początki już w IX wieku p.n.e. kiedy w mieście Jerychu opisywane zostały pierwowzory hospicjów, w których chorzy, umierający ludzie mogli odpoczywać, dostawać jedzenie, a w ostateczności umierać w godnych

Śmierć pacjenta jako nieodłączny element pracy pielęgniarstwa

warunkach. Z biegiem czasu opieką nad umierającymi zajmowały się osoby duchowne. Zaczęto tworzyć bractwa, m. in. Bractwo Bożej Miłości. Najczęściej śmiertelnie chorymi ludźmi opiekowały się siostry zakonne, sprawując całodobową opiekę oraz pielęgnację. W historii na przemian pojawiały się oznaki troski o chorych, zniedołężniałych i umierających wraz z ich izolacją, odrzuceniem [40].

W Polsce medycynę paliatywną świadczą trzy rodzaje ośrodków. Pierwszymi z nich są hospicja stacjonarne dla dorosłych lub dzieci oraz szpitalne oddziały opieki paliatywnej, w których opieka nad umierającymi pacjentami odbywa się w sposób ciągły. Pracują tam osoby wykwalifikowane do udzielania świadczeń opieki paliatywnej, w tym lekarze, pielęgniarki, terapeuci, psychologowie. Hospicja domowe to kolejny rodzaj instytucji oferujących takie świadczenia. W nich opieka odbywa się w sposób przerywany. Regularnie odbywają się wizyty specjalistów w domu pacjentów. Wizyty mogą być także realizowane także wtedy kiedy pacjent tego potrzebuje, w chwili kryzysów, a także w chwili śmierci. Chorzy korzystający z pomocy hospicjów domowych pozostają w swoich domach, gdzie czują się komfortowo i bezpiecznie. Warunkiem tego typu rozwiązań jest obecność opiekunów w domu chorego. Istnieją również poradnie medycyny paliatywnej, do których mogą zgłaszać się pacjenci wymagający doraźnej opieki. Ten rodzaj świadczeń z zakresu medycyny paliatywnej odbywa się w warunkach ambulatoryjnych. Opieka hospicyjna może być także realizowana w niepublicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej (ZOZ) oraz Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych (ZOL). W Polsce każdy pacjent, który posiada skierowanie od swojego lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej ma prawo w sposób bezpłatny korzystać z publicznych ośrodków zajmujących się świadczeniami medycyny paliatywnej [39].

Godność umierającego człowieka

Człowiek, który jest na skraju swojego życia często zdaje się być nieświadomym oraz splątany. Nierzadko nie jest zorientowany co do czasu i przestrzeni. Jego zmysły powoli zanikają. Umierający pacjenci zazwyczaj nie są decyzyjni i nie mogą już brać odpowiedzialności za siebie i swoje zdrowie. W takich sytuacjach to właśnie personel medyczny odgrywa ogromną rolę w zachowywaniu należytej godności umierających ludzi.

Bez względu na wiek, status materialny, stan zdrowia psychicznego i fizycznego czy sytuację życiową każdy człowiek ma prawo do godności. Według naukowych źródeł godność dotyczy wyłącznie ludzi, istot posiadających rozum oraz wolną wolę.

Śmierć pacjenta jako nieodłączny element pracy pielęgniarki

Wśród wielu kultur człowiek jest w centrum, a więc godność człowieka również staje się bardzo ważnym aspektem [41].

Zachowanie godności człowieka, który umiera jest bardzo ważne w praktyce pielęgniarskiej. Należy zadbać o wszystkie potrzeby pacjenta, których samodzielnie nie jest w stanie zaspokoić. Zaliczają się do tego zarówno czynności typowo opiekuńcze, pielęgnacyjne jak i pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych, dbanie o komfort cieplny, zapewnienie warunków ciszy i spokoju. Często personel medyczny rozmawia także z rodziną umierającego pacjenta tłumacząc im procedury, jakie wykonują przy chorym lub udzielając wsparcia psychicznego. Współczesna medycyna dąży do zapewnienia pacjentom opieki holistycznej. Opieka całościowa jest szczególnie ważna w przypadku opieki nad chorym umierającym.

Kanadyjski psychiatra Chochinov, który już od 1990 roku zajmuje się badaniem tematyki opieki paliatywnej opracował model, który ułatwia zrozumienie mechaniki zachowań mogących prowadzić do zachwiania poczucia godności przez umierających pacjentów. Model wyróżnia trzy kategorie zakresów tematycznych dotyczących ludzi na krańcu swojego życia. Pierwszym zagadnieniem są fizyczne problemy chorujących, które mogą oznaczać cierpienie, ból oraz strach i lęk o swoje życie. Personel pielęgniarski musi wykazać się empatią oraz profesjonalizmem oraz taktownością w przeprowadzaniu rozmów w chorym. Drugim filarem wspomnianego modelu jest aspekt duchowości oraz indywidualności umierających pacjentów. Każdy człowiek jest inny, ma różne przekonania, własny punkt widzenia świata. Właśnie dlatego tak ważne jest indywidualne podejście do każdego pacjenta. Jeśli umierający pacjent jest nieprzytomny warto odbyć rozmowę z jego rodziną na temat jego postrzegania godności w procesie umierania. Dotyczy to wizyty kapłana, chęci przebywania z rodziną lub spędzenia ostatnich chwil w samotności. Trzecim i ostatnim elementem dopełniającym teorię Chochinova są czynniki pochodzące ze świata zewnętrznego. Mowa tu o wsparciu społeczności, zachowaniach prowadzących do poczucia bycia niepotrzebnym przez chorego i uczucia utraty ról społecznych. Taka kategoryzacja możliwych przyczyn zatracania godności chorego umierającego może ułatwić postrzeganie sytuacji śmierci wobec przyszłych pacjentów w praktyce pielęgniarskiej [42].

Fazy adaptacji zbliżającej się śmierci

Człowiekowi, który dowiaduje się o zbliżającej się śmierci najczęściej towarzyszą emocje takie jak strach, złość oraz smutek. Przeżywanie zjawiska umierania innych osób może dawać obraz śmierci jako końca cierpienia, skłaniać do refleksji nad własnym życiem oraz

Śmierć pacjenta jako nieodłączny element pracy pielęgniarstwa

pomagać w akceptacji nieuniknionego losu każdego człowieka. Znana amerykańska lekarka i badaczka Elisabeth Kübler-Ross zajmująca się tematyką śmiertelności oraz psychotanatologii opracowała szereg etapów, jakie może doświadczać osoba spodziewająca się w niedalekiej przyszłości swojej śmierci. Badaczka na podstawie długoletniego doświadczenia w pracy z umierającymi pacjentami wyróżniła pięć faz przystosowywania się do informacji o własnej śmierci, które zamieszczono w Tabeli 1 [43].

Tabela 1. Fazy adaptacji do śmierci. Opracowanie własne na podstawie: Fabiś A., Wawrzyniak J. K., Chabior A.: Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej. Impuls, Kraków 2015 [43].

Fazy adaptacji do śmierci	Opis
NEGOWANIE	Pacjent zaprzecza informacjom o zbliżającej się śmierci, szuka możliwych błędów popełnionych przez personel medyczny, izoluje się od społeczeństwa i rodziny, niedowierza i podważa diagnozę.
ZŁOŚĆ, AGRESJA	Chory jest zły, czuje żal do innych, nie umie poradzić sobie ze swoim gniewem, nie jest w stanie zdefiniować źródła wywołującego złe samopoczucie, często stwarza wrogą atmosferę, zamyka się w sobie, zdarza się, że pacjent zazdrości innym ludziom braku chorób, co wzbudza w nim jeszcze większy gniew.
TARGOWANIE	Pacjent stara się zmienić swoje zachowanie, dotychczasowe nawyki, odbudowuje relacje z bliskimi, aby dostać od Boga drugą szansę na życie, ma nadzieję, że sytuacja może się jeszcze naprawić, jeśli tylko zaoferuje coś od siebie.
DEPRESJA	Ten okres to faza wyczerpania emocjonalnego oraz fizycznego, chory traci pozostałości zainteresowania otoczeniem, jest apatyczny, traci apetyt, poddaje się diagnozie.
POGODZENIE SIĘ	Chory w końcu godzi się z diagnozą, jest obiektywny co do swojej sytuacji, rozumie przebieg choroby, stara się spędzać czas z bliskimi osobami, przewartościowuje swoje życie, jest spokojny, pogodzony ze zbliżającą się śmiercią.

Obecność przy umierającym pacjencie

Umierający pacjenci potrzebują ogromnego wsparcia bliskich osób. Nierzadko są przerażeni zbliżającym się obrazem śmierci. Czasem czuwają przy nich ich bliscy, a czasem umierają samotnie w pojedynczej sali na końcu szpitalnego korytarza. Pielęgniarki to jedne z nielicznych osób, które towarzyszą pacjentom podczas ich śmierci. To właśnie one często czuwają przy pacjentach, wspierają ich, trzymają za rękę. Kiedy pacjenci z powodu postępujących procesów chorobowych nie mają sił by wykonywać podstawowe czynności dnia codziennego wtedy pielęgniarstwo przyjmuje rolę opiekunów. Pomagają w zmianach pozycji ciała, ułatwiają przyjmowanie płynów oraz posiłków. Dbają o stan skóry, nawilżając ją i delikatnie masując. Leczą tworzące się odleżyny. Pielęgniarki są przy umierających, gdy ich stan zdrowia drastycznie się pogarsza. Podają leki usmierzające ból, uspokajające zlecone przez lekarza. Monitorują parametry hemodynamiczne pacjenta. Wykonują wszystkie czynności, aby pacjent czuł się bezpiecznie i mógł umrzeć godnie.

W obowiązkach zawodu pielęgniarstwa prócz opieki oraz pielęgnacji nad umierającym człowiekiem wpisane jest także wykonywanie pośmiertnej toalety pacjentów. Tą czynność wykonuje się niedługo po zgonie pacjenta, kiedy szpitalną salę opuści rodzina pacjenta. Toaleta pośmiertna polega na umyciu ciała pacjenta, rozebraniu go, usunięciu wszystkich rodzajów dostępow naczyniowych oraz tętnicznych, a także, jeśli pacjent posiadał, cewnik Foley'a i zgłębnik żołądkowy.

Obciążenie zawodowe

Obciążenie zawodowe to dysproporcja pomiędzy zasobami zewnętrznymi i wewnętrznymi pracownika a wymaganiami stawianymi przez stanowisko pracy. Wyróżnia się obciążenie fizyczne oraz obciążenie psychiczne [44]. Zawód pielęgniarstwa łączy ze sobą pracę fizyczną wraz z pracą umysłową, dlatego obciążenie zawodowe może oddziaływać w dwóch sferach. Długotrwałe obciążenia zawodowe mogą przyczynić się do wypalenia zawodowego. Problem wypalenia zawodowego stanowi w społeczności pielęgniarstwa dość często występujące zjawisko. Według badań przeprowadzonych w 2020 roku przez zespół badaczy wynika, że większość czynnie pracującego personelu pielęgniarstwa wskazuje na średni poziom wypalenia zawodowego. Najczęściej wypalenie zawodowe obserwuje się na oddziałach, które uważane są za ciężkie, a praca na nich bardzo stresująca. Największy procent wypalenia zawodowego w stopniu średnim obserwuje się głównie na oddziale wewnętrznym,

Śmierć pacjenta jako nieodłączny element pracy pielęgniarstwa

oddziałach dziecięcych, a także na oddziale zajmującym się pacjentami onkologicznymi [45]. Powiązane jest to także z dużą umieralnością wśród pacjentów.

Współczesne pielęgniarstwo łączy ze sobą wiele elementów i działa wielopoziomowo. Narodziło się wiele specjalizacji oraz gałęzi medycyny. Każda pielęgniarka oraz pielęgniarz ma wysoki poziom wykształcenia. Coraz więcej pracowników doszkała swoje umiejętności, zdobywa coraz wyższe wykształcenie. Praca personelu pielęgniarstwa jednak nie należy do prostych. Pielęgniarki dbają o pacjentów, sprawują ciągłą opiekę nad osobami obłożnie chorymi. Podczas dyżuru personel pielęgniarstwa podaje różne, zlecone przez lekarzy leki, obserwując przy tym pacjentów w kierunku ewentualnych powikłań polekowych. Pielęgniarki opiekują się różnymi pacjentami- dziećmi, nastolatkami, osobami dorosłymi, osobami starszymi. Opiekę stanowią także nad osobami obłożnie chorymi, z chorobami przewlekłymi, nieuleczalnie chorymi. Stały kontakt z osobami chorymi, cierpiącymi oraz umierającymi wpływa negatywnie na obciążenie zawodowe.

Postawy personelu pielęgniarstwa wobec umierających pacjentów

Każda śmierć pacjentów różni się od siebie i budzi wiele emocji wśród personelu pielęgniarstwa. Często emocje te to smutek, uczucie bezsilności, braku nadziei oraz złość [46]. Gdy pielęgniarki mają stały kontakt z umierającymi pacjentami można wtedy zaobserwować postawy ułatwiające sprawowanie opieki w obliczu śmierci. Postawy te mogą dawać korzyści zarówno dla pacjentów jak i pielęgniarek, a także mogą być niekorzystne dla jednej lub obu stron relacji pacjent-personel pielęgniarstwa. Wyróżnić można cztery główne prezentowane postawy wśród personelu pielęgniarstwa: postawa partnerska, postawa filozoficzno-heterocentryczna, postawa religijna oraz postawa obojętności [37].

Pierwszą omawianą jest postawa partnerska. W jej istocie najważniejszą zasadą jest partnerstwo pomiędzy pielęgniarką a pacjentem. Gdy pacjent może wykonywać pojedyncze czynności dnia codziennego to pielęgniarka pozwala mu na to, wspierając go przy tym werbalnie oraz niekiedy nieznacznie mu pomagając. Główną zaletą tego typu postawy jest możliwość decydowania pacjenta o sobie, o czynnościach, które chce wykonywać we własnym zakresie. Pozwala to na zachowanie należytej godności oraz zapewnieniu pacjentowi poczucia samowystarczalności. Relacja ta polega głównie na zaufaniu pomiędzy pacjentem, a pielęgniarką i jest najbardziej optymalną, ponieważ przynosi obopólne korzyści.

Śmierć pacjenta jako nieodłączny element pracy pielęgniarki

Personel pielęgniarski może czerpać z tego typu relacji dużo doświadczeń oraz radości we wspólnym wykonywaniu wielu codziennych czynności, a także obserwowaniu sposobów radzenia sobie pacjentów z ciężkim okresem w ich życiu.

Następna jest postawa filozoficzno-heterocentryczna. Postawa ta polega na zachęcaniu chorego do podejmowania wyzwań stawianych przez życie, aby mógł poczuć się użyteczny. Personel pielęgniarski prezentując ten typ postawy dąży do ukazania pacjentom ważności poczucia bycia potrzebnymi dla samych siebie oraz ich rodzin. Pielęgniarki wtedy bardzo motywują chorych, starając się, aby wykonywali oni większą część obowiązków, np. higiena ciała. Pielęgniarki mogą wtedy odczuwać dumę oraz spełnienie, obserwując pacjentów angażujących się w swoje życie [47].

Postawa religijna jest zależna od stosunku jaki prezentuje dana osoba pracująca w charakterze pielęgniarki do wiary. Pielęgniarki, które przynależą do różnych religii mogą czuć spełnienie i uczucie wypełniania powołania nadanego od Boga. W Polsce najczęściej występującą religią jest katolicyzm, który w swoich przekonaniach uznaje za wysoką wartość oraz obowiązek dobrego człowieka opiekowanie się nad słabszymi, chorymi oraz umierającymi ludźmi. Taka postawa może przynosić wiele korzyści wśród personelu pielęgniarskiego dodając otuchy oraz wsparcia w ciężkich chwilach [37].

Przykładem negatywnym w przyjmowaniu postaw prezentowanych przez personel pielęgniarski może być postawa obojętności. W tego typu relacji między pacjentem, a pielęgniarką obserwować można brak zaufania oraz brak poczucia bezpieczeństwa. Obojętność objawia się wykonywaniem czynności pielęgniarskich bez interakcji z pacjentem. Personel pielęgniarski nie stara się nawiązać innego niż typowo medyczny kontaktu. Pacjent w tego typu postawie traktowany jest przedmiotowo, nie odczuwa wsparcia. Często także nie rozumie specjalistycznych słów używanych przez zespół pielęgniarski. Zdanie pacjenta nie jest brane pod uwagę w żadnych czynnościach wykonywanych przez pielęgniarkę. Obojętność często dotyczy także rodzin pacjentów. Ten typ postawy jest negatywny, ponieważ nie przynosi korzyści żadnej ze stron [47].

Wśród rodzajów postaw wykazywanych przez personel pielęgniarski wobec pacjentów cierpiących i będących u kresu życia wyróżnić można postawy przynoszące oraz nieprzynoszące korzyści, co prezentuje Tabela 2. Zachowanie pracowników szpitali jest kluczowym w zachowaniu odpowiedniej godności umierającemu człowiekowi. To właśnie od nich w dużej mierze zależy jakie pacjent na końcu swojego życia będzie odczuwać emocje,

Śmierć pacjenta jako nieodłączny element pracy pielęgniarki

czy będzie to poczucie zaopiekowania, bezpieczeństwa czy też strachu, traumy oraz utraty ludzkiej godności.

Tabela 2. Podział postaw personelu pielęgniarskiego wobec umierających pacjentów. Opracowanie własne na podstawie: Stępień R., Zdziebło K., Wiraszka G.: Determinanty etycznego postępowania pielęgniarki w opiece onkologicznej. Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, Nauki Medyczne, kultura fizyczna i zdrowie 2013, 1: 27-36 [47].

POSTAWY POZYTYWNE	
Postawa partnerstwa	Pacjent to partner
Postawa filozoficzno-heterocentryczna	Pacjent poprzez motywację personelu pielęgniarskiego wykonuje większość obowiązków
Postawa religijna	Czynności opiekuńczo- pielęgnacyjne nad umierającym to wyższy cel i wypełnianie powołania od Boga

POSTAWY NEGATYWNE	
Postawa obojętności	brak relacji z pacjentem, pacjent jako przedmiot czynności pielęgniarskich
Postawa protekcyjna	brak brania pod uwagę zdania pacjenta, pacjent traktowany bez zachowania jego godności
Postawa "świętoszka"	brak poszanowania własnych potrzeb, zupełne oddanie się personelu pielęgniarskiemu cierpiącym pacjentom
Postawa niechęci	umierający pacjent to problem i źródło kłopotów

Zaobserwowano zależności pomiędzy wiekiem personelu pielęgniarskiego a rodzajem odczuwanych emocji związanych ze śmiercią pacjentów. Im młodsza jest pielęgniarka tym więcej negatywnych emocji odczuwa [46]. Przyczyną tego typu różnic może być doświadczenie zawodowe oraz sposób postrzegania życia jako coś trwałego przez osoby młode. Młodzi ludzie rzadko myślą o swojej śmiertelności, są pełni radości, chcą żyć pełnią życia. Zderzenie się ze śmiercią w młodym wieku może zachwiać dotychczasowy światopogląd człowieka wkraczającego w dorosłe życie, powodować poczucie bezsilności, smutku oraz budzić uczucie bycia niewystraszająco dobremu i dokładnemu w trakcie wykonywania czynności pielęgniarskich. Młode osoby nierzadko potrafią także obwiniać się za śmierć

Śmierć pacjenta jako nieodłączny element pracy pielęgniarstwa

pacjentów, co w konsekwencji może prowadzić do wczesnego wypalenia zawodowego. Doświadczeni pracownicy mogą z czasem wypracować mechanizmy obronne, do których należy godzenie się z losem każdego człowieka, pomaganie pacjentom na miarę swoich możliwości oraz rozmowa ze współpracownikami o ciężkich emocjach. Pielęgniarki z wieloletnim stażem zdają się łatwiej przyjmować informacje o zgonie pacjentów, lecz emocje takie jak smutek oraz bezsilność często są niemożliwe do wyeliminowania w codziennej pracy zawodowej.

Umieranie to proces, który przywołuje negatywne emocje u każdego człowieka. Niektóre pielęgniarki przenoszą emocje związane ze śmiercią pacjentów do swojego prywatnego życia. Jest to niekorzystny mechanizm utrudniający codzienną pracę. Nie pozwala to na efektywny odpoczynek po pracy oraz znacznie obniża koncentrację podczas wykonywania czynności pielęgniarstwa. Śmierć pacjentów nierzadko powoduje także lęk o własne życie oraz skłania do refleksji na temat własnej śmiertelności. Pielęgniarki mogą wyobrazić sobie własną śmierć korzystając z dotychczasowego doświadczenia w obcowaniu z umierającymi ludźmi. Doświadczenie to nie zawsze jest jednak przyjemnym, umieranie może okazać się traumą, być bolesne oraz stwarzać niekorzystny, a nawet odrażający obraz ludzkiego końca życia. Umierający ludzie często wydają przerażające dźwięki świadczące o bólu, ich rysy twarzy stają się ostre, policzki zapadają się. Nawet najbardziej doświadczonym oraz wystarczająco dobrze przygotowanym na śmierć pacjentów pielęgniarce obraz umierającego, cierpiącego człowieka może zapaść w pamięć na długie lata.

Najczęstszymi emocjami odczuwanymi przez personel pielęgniarstwa w sytuacji śmierci pacjenta są smutek oraz współczucie. Pielęgniarki odczuwają także bezradność, niemoc [46]. Niekiedy śmierć pacjenta powoduje ulgę, która najczęściej wynika z bardzo długiego oraz wycieńczającego okresu chorobowego, w którym dużą część opieki nad pacjentem sprawowały pielęgniarki. Takie sytuacje najczęściej zdarzają się na oddziałach onkologicznych oraz oddziałach opieki paliatywnej lub hospicjach.

Konsekwencje doświadczania śmierci

Opieka nad chorymi jest bardzo wymagająca. Personel pielęgniarstwa wystawiony jest na odczuwanie wielu ciężkich emocji w codziennej praktyce. Śmierć pacjentów to sytuacja, kiedy emocje zdają się być najtrudniejszymi z tych, z którymi człowiek może się mierzyć w swoim życiu. Umierający człowiek to człowiek w potrzebie. Potrzeby są bardzo różne, niektórzy ludzie potrzebują wsparcia, bezpośredniej obecności drugiego człowieka lub

Śmierć pacjenta jako nieodłączny element pracy pielęgniarki

rozmowy na temat rzeczy, którymi się martwią, których się boją. Inni chcą być sam na sam ze zbliżającą się śmiercią, rozważać swoje życie w samotności. Niektórzy wierzący pragną wizyty kapłana, wspólnej modlitwy, namaszczenia. Pielęgniarka świadcząca opiekę oraz pielęgnację pacjentom u kresu ich życia jest bezpośrednio zaangażowana w proces umierania.

Pielęgniarka uczestniczy w większości procedur oraz czynności wykonywanych wokół umierających pacjentów. Długotrwałe obcowanie ze śmiercią może nieść za sobą szereg kosztów, jakie muszą ponieść członkowie zespołu pielęgniarskiego [48].

Konsekwencją doświadczania śmierci są trudne emocje, które należy przepracować. Śmierć pacjentów najczęściej powoduje smutek, bezsilność, czasem jest to złość, lęk. U niektórych pracowników opieki zdrowia zjawisko umierania pacjentów może wywołać natrętne myśli o ich śmierci. Wiąże się to z myśleniem i nadmiernym wspomnianiem pacjentów podczas wykonywania czynności związanych z innymi pacjentami, a także podczas czasu wolnego, po powrocie z pracy do domu. Takie emocje mogą z czasem utrudniać koncentrację oraz wpływać na zmniejszenie wydajności w pracy. Nadmierne myślenie o śmierci pacjentów to czynnik negatywnie wpływający na samopoczucie pielęgniarek. Często prowadzi do poczucia winy oraz nieokreślonego przygnębienia [49].

Reakcje oraz zachowania personelu pielęgniarskiego na śmierć pacjentów mogą znacznie różnić się w zależności od doświadczenia oraz wieku umierających. Najczęściej najtrudniejsze emocje takie jak poczucie bezradności, stresu, niesprawiedliwości oraz żalu i smutku wśród pielęgniarek wywołuje śmierć pacjentów niepełnoletnich, dzieci [50]. Długotrwałe odczuwanie negatywnych emocji oraz empatyzowanie z umierającymi pacjentami prowadzi do przewlekłego stresu związanego z zajmowanym stanowiskiem pracy. Stres zawodowy może znacznie utrudniać odpoczynek po pracy, prowadzić do braku możliwości odprężenia się oraz zrelaksowania. Przewlekły stres zawodowy może obniżyć satysfakcję z pracy, co w konsekwencji wiązać się może z wypaleniem zawodowym. Stres zawodowy jest ściśle powiązany z wypaleniem zawodowym [51].

Definicja zjawiska wypalenia zawodowego to doświadczenie wyczerpania emocjonalnego, dehumanizacją, obniżonym postrzeganiem własnych osiągnięć zawodowych oraz utratą satysfakcji zawodowej z wykonywania czynności i obowiązków na dotychczasowym stanowisku pracy [52].

Śmierć pacjenta jako nieodłączny element pracy pielęgniarstwa

Osoba wypalona zawodowo odczuwa nadmierne zmęczenie oraz brak energii, często nie jest zdolna do „czucia emocji”, jest obojętna. Można zaobserwować także brak chęci do pracy, utratę satysfakcji z wykonywania zawodowych obowiązków, a także izolowanie się od innych pracowników. W kontaktach z pacjentami staje się niemiła, brak jej empatii oraz ludzkiego spojrzenia na osoby chore i cierpiące [53].

STRES ZAWODOWY

Stres zawodowy jest jak nieoficjalnie wpisany, nieodłączny element w codziennej praktyce zawodu pielęgniarstwa. Ciągła opieka nad osobami nieuleczalnie chorymi, ciężkimi przypadkami, kontakt z pacjentami w różnym wieku z różnymi stopniami zaawansowania chorób, pacjentami na krańcu swojego życia, przywiązywanie się i tworzenie relacji z pacjentami. Pielęgniarki towarzyszą pacjentom w ich często najgorszych momentach życia, kiedy tracą samodzielność, decyzyjność oraz stają się bezbronni. Te wszystkie sytuacje zawodowe wpływają na przewlekłe odczuwanie stresu przez personel pielęgniarstwa.

Wyróżnia się dwa rodzaje prawdopodobnych strat i konsekwencji zdrowotnych w wyniku doświadczania stresu:

- 1) Krótkoterminowe konsekwencje - obserwowane są po krótkotrwałym okresie doświadczania stresu, główne objawy to:
 - znużenie, zmęczenie, zwiększona męczliwość,
 - zwiększona chęć spożywania używek w czasie wolnym od pracy,
 - problemy w utrzymywaniu dobrych kontaktów międzyludzkich,
 - częstsze popełnianie błędów podczas wykonywania obowiązków,
 - trudności w utrzymywaniu skupienia.
- 2) Długoterminowe konsekwencje - mogą wystąpić w wyniku przewlekłego doświadczania stresu, główne objawy to:
 - rozwinięcie się depresji,
 - spadek efektywności wykonywanych obowiązków,
 - częstsze absencje w pracy z różnych powodów,
 - bóle mięśniowo-szkieletowe, objawy grypopodobne,
 - drżenia mięśniowe,
 - uczucia kołatania serca, inne dolegliwości ze strony układu krążenia,
 - cukrzyca,
 - problemy ze snem,
 - problemy ze zdrowiem psychicznym [54, 55].

Odczuwanie negatywnych emocji w większości przypadków może wiązać się z wystąpieniem konsekwencji w życiu zawodowym, prywatnym oraz problemów zdrowotnych. Stres, który można doświadczyć w pracy może z czasem przysporzyć wiele problemów na różnych płaszczyznach życia pracowników. Czynniki stresogenne jakich pracownik może doświadczyć w miejscu pracy opisano w Tabeli 3.

Stres zawodowy

Tabela 3. Czynniki stresogenne w miejscu pracy. Opracowanie własne na podstawie: Orlak K., Gołuch D., Chmielewski J.: Stres w pracy oraz jego wpływ na występowanie wypadków przy pracy i stan zdrowia osób pracujących. Stowarzyszenie Zdrowa Praca, Warszawa 2014 [54].

Czynnik stresogeny	Opis
Niska jakość treści pracy	<ul style="list-style-type: none"> - brak różnorodności pracy, - duża powtarzalność w wykonywanych czynnościach, - zbyt duże kwalifikacje pracownika w stosunku do wykonywanej pracy,
Tempo i ilość pracy	<ul style="list-style-type: none"> - zbyt duża ilość pracy, - zbyt trudne obowiązki, - wymagane wykonanie obowiązków niemożliwych do wykonania, - zbyt krótkie terminy,
Harmonogram pracy	<ul style="list-style-type: none"> - zbyt długie godziny pracy, - praca w godzinach nocnych, - zbyt krótki okres odpoczynku między pracą,
Nadzorowanie pracy	<ul style="list-style-type: none"> - brak samodzielności, zbyt mała decyzyjność, - ciągła kontrola nad pracownikiem,
Warunki pracy	<ul style="list-style-type: none"> - trudne oraz niebezpieczne warunki pracy, - nieodpowiednie wyposażenie stanowiska pracy, - niekorzystny rozkład miejsca pracy, - brak ergonomii pracy,
Organizacja w miejscu pracy	<ul style="list-style-type: none"> - nieprawidłowe style kierowania zespołem, - brak jasnej organizacji pracy, brak określonych reguł, - niejednoznaczne role między pracownikami,
Atmosfera oraz relacje w miejscu pracy	<ul style="list-style-type: none"> - nieprzyjazna atmosfera w pracy, - brak wsparcia oraz zaufania wśród pracowników, - deficyty w komunikacji interpersonalnej,
Szczeble kariery	<ul style="list-style-type: none"> - brak możliwości rozwijania się, - nieadekwatne awanse, - brak jasnych zasad co do rodzajów szczebli kariery,
Życie pozazawodowe	<ul style="list-style-type: none"> - zbyt silne powiązania między życiem zawodowym a pracą, - brak możliwości połączenia życia zawodowego z domowym.

Pielęgniarstwo to zawód szczególnie narażony na konsekwencje doświadczania długotrwałego stresu. Wiąże się to przede wszystkim ze stałym kontaktem z trudnymi emocjami oraz pracą z drugim człowiekiem, często w kryzysie, który potrzebuje indywidualnej opieki. Ciągłe zapewnienie wsparcia osobom cierpiącym, umierającym może ciągnąć za sobą duże straty emocjonalne w życiu zawodowym, jak i prywatnym. Personel medyczny musi zdawać sobie sprawę z faktu, że nie każdemu pacjentowi można pomóc, nie każdego pacjenta można uratować i nie każdy pacjent otrzyma wysokospecjalistyczną opiekę. Zdarzają się przypadki, w których wyczerpuje się dotychczasową wiedzę oraz technologię medyczną. W takich sytuacjach pielęgniarki mogą odczuwać zwiększone poczucie stresu, jak również inne negatywne uczucia: bezradność, żal, smutek oraz uczucie niesprawiedliwości. Ważne są wtedy postawy jakie przyjmują pracownicy personelu pielęgniarskiego wobec sytuacji stresowych.

Stres oraz wypalenia w zawodzie pielęgniarskim mają wieloczynnikowe oraz złożone podłoże. Według wyników badań opublikowanych w 2013 roku przez Kędrę oraz Sanak wśród czynników wpływających na utratę satysfakcji z pracy wyróżnia się m.in.: brak adekwatnego wynagrodzenia w stosunku do wykonywanych czynności zawodowych, nierówny stosunek między poświęceniem się pracy, a otrzymywanymi zarobkami, brak równości wynagrodzeń pomiędzy poszczególnymi zawodami medycznymi, sytuacje stresujące związane z krytyką ze strony pacjentów i ich rodzin oraz nadmiar obowiązkowej dokumentacji w codziennej praktyce pielęgniarskiej. Z badania można również wywnioskować jakie czynniki najmocniej wywołują stres wśród personelu pielęgniarskiego. Głównymi czynnikami stresogennymi są: obecność przy cierpiących pacjentach, obowiązek przyjmowania całkowitej odpowiedzialności za zdrowie i/lub życie pacjentów, lęk przed wykonaniem błędu podczas wykonywania procedur w praktyce pielęgniarskiej oraz stały i nieunikniony kontakt ze śmiercią [56].

Stres zawodowy to trudne do zminimalizowania zjawisko, którego całkowite wyeliminowanie jest niemożliwe. Zjawisko stresu jest nieodłącznym elementem życia codziennego pracowników ochrony zdrowia. Praca pielęgniarek jest szczególnie wymagająca i obarczona ryzykiem stresu, ponieważ wykonują one czynności, które mogą wpłynąć na zdrowie lub życie pacjentów. To pielęgniarki towarzyszą pacjentom we wszystkich okresach ich życia, od narodzin, życie nastoletnie, dorosłość oraz starość, doświadczając razem z nimi chorób, cierpienia oraz śmierci. Aby poziom stresu uległ zmniejszeniu należałoby zaangażować wiele innych profesji, zaczynając od gruntownych zmian w organizacji pracy w szpitalach, związkach zawodowych, przechodząc na pracodawców, kierowników szpitali, kierowników

oddziałów, oddziałowych, a także od służb Bezpieczeństwa i Higieny Pracy oraz lekarzy zobligowanych do przeprowadzania badań w zakresie medycyny pracy [55].

Aby propozycja holistycznego wspierania pracowników personelu pielęgniarskiego była możliwa do zrealizowania nie można zapomnieć o opiece psychologicznej, pod którą należało by objąć wszystkich wyrażających swoją chęć pracowników. Niestety w Polsce dotychczas nie stosuje się praktyk związanych z zapewnieniem pracownikom ochrony zdrowia bezpłatnego dostępu do opieki psychoterapeutów.

Opieka psychologiczna dla pielęgniarek

Pielęgniarki codziennie wykonują ciężką pracę, która w konsekwencji długotrwałego kontaktu z czynnikami stresogennymi, może wpływać na ogólne samopoczucie oraz oddziaływać na kontakty międzyludzkie. Towarzystwo pacjentom podczas ich śmierci to jedna z wielu sytuacji wywołujących stres oraz inne, trudne do przepracowania emocje. Długotrwały kontakt z wieloma cierpiącymi, umierającymi pacjentami może negatywnie wpływać na życie zawodowe oraz prywatne pracowników ochrony zdrowia. Nierzadko doświadczenia związane ze śmiercią pacjentów mogą wywoływać traumatyczne wspomnienia, szczególnie wśród personelu niedoświadczonego, w młodym przedziale wiekowym oraz dotychczas nie mającego kontaktu ze śmiercią pacjentów. Pielęgniarstwo to zawód szczególnie narażony na przewlekłe odczuwanie stresu, zmęczenia oraz w konsekwencji, wypalenie zawodowe.

Najczęstszą formą pomocy jaką wybiera większość ludzi z problemami natury psychologicznej jest poradnictwo psychologiczne lub psychoterapia. Psychoterapia to rodzaj spotkań ze specjalistą w zakresie psychologii, podczas których poruszane są problemy oraz życiowe trudności osób zgłaszających się o pomoc. Dzięki niej możliwa jest nauka regulowania trudnych emocji, przepracowanie zaburzeń zachowań oraz aktywna nauka radzenia sobie ze wzmożonym stresem. Psychoterapia to metoda pomocowa w przypadku wykrycia u pacjenta zaburzeń psychicznych, zatem nie odpowiada oczekiwaniom stawianym przez pracowników ochrony zdrowia. W Polsce możliwa jest darmowa terapia prowadzona przez psychoterapeutę z certyfikatem w ramach kontraktu Narodowego Funduszu Zdrowia [57].

Sposobami na radzenie sobie z codziennymi trudnościami, ciężkimi emocjami oraz problemami z koncentracją mogą być również terapie grupowe. Takie spotkania w gronie innych pracowników ochrony zdrowia mogą przynosić wiele korzyści takich jak wspólne rozwiązywanie problemów, możliwość podzielenia się trudnymi emocjami związanymi ze

śmiercią pacjentów, a także szansa na wymienienie się doświadczeniami w zakresie radzenia sobie z problemami emocjonalnymi. Opieka psychologiczna może obejmować zarówno terapie grupowe jak i indywidualne spotkania z psychoterapeutą, a także warsztaty terapeutyczne. Warsztaty terapeutyczne to najczęściej cykl spotkań w określonej grupie z psychoterapeutą podczas których, w zależności od ich tematyki, można poszerzyć swoje umiejętności w zakresie prawidłowego odpoczynku po pracy, sposobów reagowania na doświadczanie śmierci pacjentów, wariantów zachowań w stosunku do trudnych emocji mogących wystąpić w pracy, sposobów na zdrowe budowanie relacji międzyludzkich oraz umiejętności efektywnego radzenia sobie z doświadczaniem długotrwałego, dużego stresu. Warsztaty terapeutyczne zazwyczaj odbywają się cyklicznie i mają określone tematy oraz cele do zrealizowania [58].

W czasie epidemii SARS-CoV-2 przypadającej na rok 2020-2021 praca wielu pracowników ochrony zdrowia była o wiele cięższa i wymagała większego poświęcenia. W tym czasie obserwowano duży wzrost zakażeń wirusem oraz zwiększoną ilość zgonów. W latach 2020- 2021 z powodu COVID-19 zmarło około 132,5 tysiąca osób [27]. Konsekwencjami pracy w bardzo stresującym oraz niebezpiecznym okresie były uogólnione lęki, strach oraz niepewność odczuwane przez pracowników ochrony zdrowia. W tym okresie Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych we współpracy z Polskim Towarzystwem Psychoterapii Psychoanalitycznej inicjowała bezpłatną pomoc psychologiczną dla pielęgniarek oraz położnych. Większość z Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych zapoczątkowało pomoc w postaci specjalnych infolinii wsparcia, darmowych konsultacji oraz spotkań psychoterapeutycznych online.

Aktualnie polskie szpitale nie zapewniają pracownikom ochrony zdrowia bezpłatnego dostępu do opieki psychoterapeutów. Personel pielęgniarski jedynie samodzielnie i na własny koszt może rozpocząć spotkania z psychoterapeutą. Takie rozwiązania nie zawsze budzą pozytywne emocje i nie zachęcają do sięgania po potrzebną pomoc. Należałoby głębiej zapoznać się z problemem niewystraczającego dostępu do pomocy psychologicznej przez personel pielęgniarski i przeprowadzić badania naukowe potwierdzające potrzebę takiej pomocy.

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Opieka nad umierającym pacjentem to wyzwanie zarówno dla współczesnej medycyny jak i pracowników ochrony zdrowia. Jedną z grup zawodowych, która najczęściej spotyka się ze śmiercią są pielęgniarki. Często to od nich zależy w jaki sposób przebiegać będzie proces umierania pacjenta. Każdy pracownik personelu pielęgniarskiego prezentuje daną postawę wobec śmierci chorych. Nieustanny i regularny kontakt ze śmiercią może nieść za sobą szereg konsekwencji z jakimi pielęgniarki oraz pielęgniarze muszą się zmierzyć.

Celem pracy była:

1. Ocena postaw prezentowanych przez pielęgniarki oraz pielęgniarzy wobec śmierci pacjenta.
2. Ocena postaw prezentowanych przez pielęgniarki oraz pielęgniarzy wobec umierających pacjentów.
3. Ocena różnic w prezentowanych postawach wobec śmierci pacjentów w zależności od lat doświadczenia zawodowego, miejsca pracy oraz poziomu wykształcenia.

MATERIAŁ I METODA

Badanie zostało przeprowadzone wśród 150 losowo dobranych pielęgniarek oraz pielęgniarzy z internetowych grup zrzeszających pielęgniarki oraz pielęgniarzy na terenie Polski pracujących na różnych oddziałach lub placówkach związanych z medycyną. Badanie przeprowadzono w okresie 01.01.2023r.-30.04.2023r. po otrzymaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku..

W przeprowadzeniu badania wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, przy użyciu autorskiego kwestionariusz ankiety. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, a na każdym etapie badania uczestnik mógł zrezygnować.

Ankieta składała się z 19 pytań, w tym 13 pytań z gotowym zestawem odpowiedzi oraz 6 pytań półotwartych, które zawierały proponowane odpowiedzi, a także dawały możliwość ankietowanemu na odpowiedź własną. Ankieta zawierała 6 pytań dotyczących danych ogólnych oraz społeczno-demograficznych takich jak płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania czy staż pracy. Następnie w ankiecie umieszczono 13 pytań odnoszących się do głównego tematu badania, m.in. zawarto pytania o emocje związane z doświadczaniem zjawiska śmierci pacjentów, poziomu stresu po doświadczeniu śmierci oraz sposobów na radzenie sobie ze stresem wywołanym śmiercią pacjenta.

Wszystkie uzyskane wyniki opisano ilościowo oraz jakościowo, a następnie zawarto w formie rycin oraz tabel.

W celu wykazania zależności istotnej statystycznie posłużono się miarą prawdopodobieństwa i wykonano test niezależności χ^2 . Jeśli współczynnik p:

- $p \leq 0,05$ – zależność jest istotna statystycznie
- $p > 0,1$ – brak zależności istotnej statystycznie.

WYNIKI

Ogólna charakterystyka badanej populacji

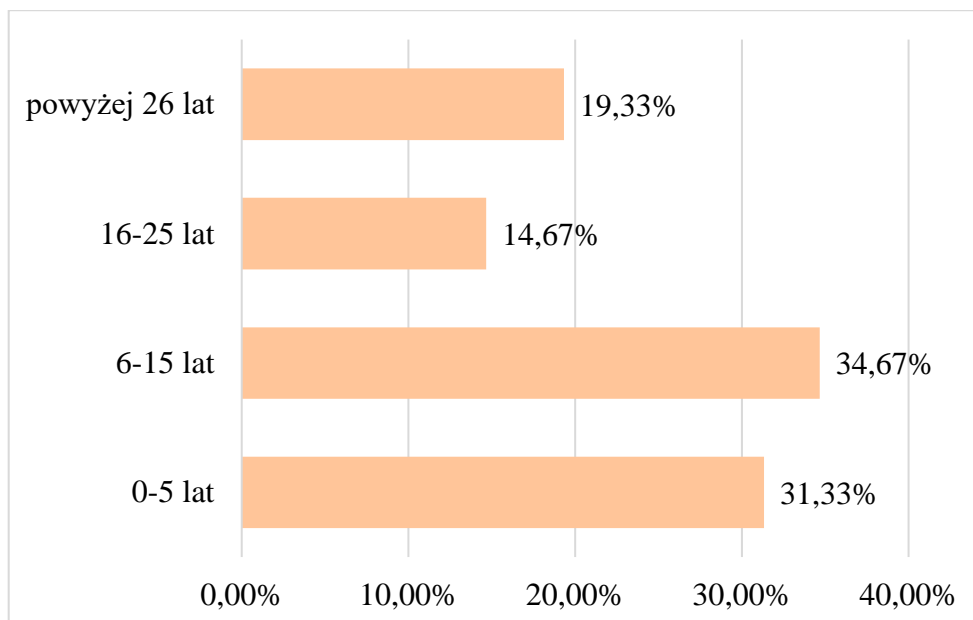
W badaniu udział wzięło 122 pielęgniarek (81,33%) oraz 28 pielęgniarzy (18,67%). Licencjat pielęgniarstwa posiadało 31,33% badanych (n=47), a o ukończonych studiach magisterskich i skończonej specjalizacji z dziedziny pielęgniarstwa wspomniało 22,67% ankietowanych (n=34). Najliczniejszą grupę wiekową stanowiły osoby od 26 do 35 roku życia (n=50; 33,33%), a najmniejszą badani mający powyżej 56 lat (n=8; 5,33%). Głównym miejscem zamieszkania wśród respondentów było miasto (n=116; 77,33%). Szczegółowe dane zebrano w Tabeli 4.

Tabela 4. Ogólna charakterystyka respondentów

Płeć:	N	%
Kobieta	122	81,33%
Mężczyzna	28	18,67%
Wykształcenie:	N	%
Licencjat pielęgniarstwa	47	31,33%
Licencjat pielęgniarstwa ze specjalizacją	24	16,00%
Magister pielęgniarstwa	30	20,00%
Magister pielęgniarstwa ze specjalizacją	34	22,67%
Średnie medyczne	2	1,33%
Średnie medyczne ze specjalizacją	13	8,67%
Wiek:	N	%
20-25 lat	37	24,67%
26-35 lat	50	33,33%
36-45 lat	25	16,67%
46-55 lat	30	20,00%
powyżej 56 lat	8	5,33%
Miejsce zamieszkania:	N	%
Wieś	34	22,67%
Miasto	116	77,33%

Wyniki

Najliczniejszą grupę pod względem stażu pracy stanowiły osoby pracujące od 6 do 15 lat w zawodzie pielęgniarzki/pielęgniarsza (n=52; 34,67%). O pracy na stanowisku pielęgniarzkim przez okres krótszy niż 5 lat wspomniało 47 ankietowanych (31,33%). Szczegółowe informacje zaprezentowano na Rycinie 2.

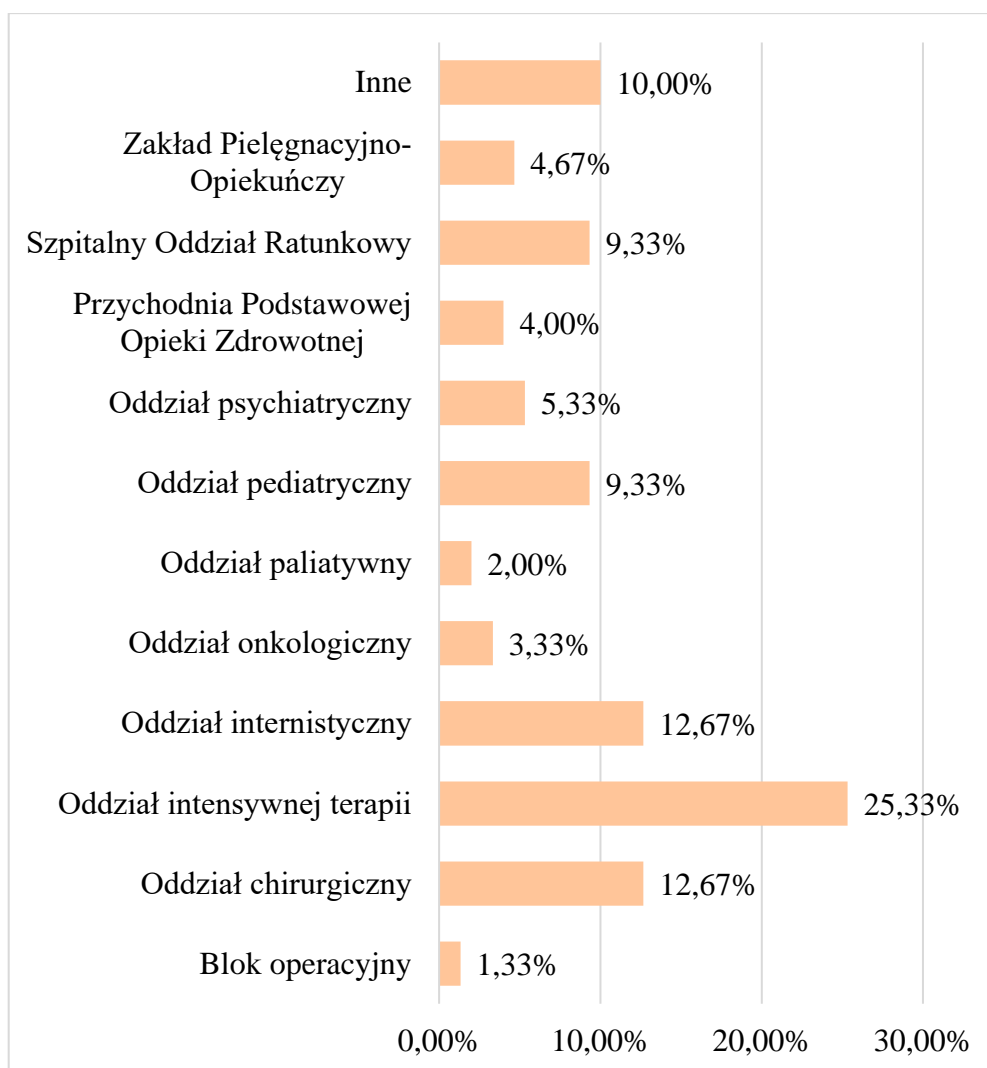


Rycina 2. Rozkład danych według stażu pracy respondentów

Respondentów zapytano o miejsce pracy. Najwięcej ankietowanych pracowało na Oddziale Intensywnej Terapii (n=38; 25,33%). Na Oddziałach Chirurgicznych i Internistycznych pracowało jednakowo po 19 uczestników badania (12,67%). O pracy na Oddziałach Pediatrycznych i na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym poinformowało po 12 badanych (9,33%).

Pozostałe miejsca pracy pielęgniarek i pielęgniarzy ukazano na Rycinie 3.

Wyniki

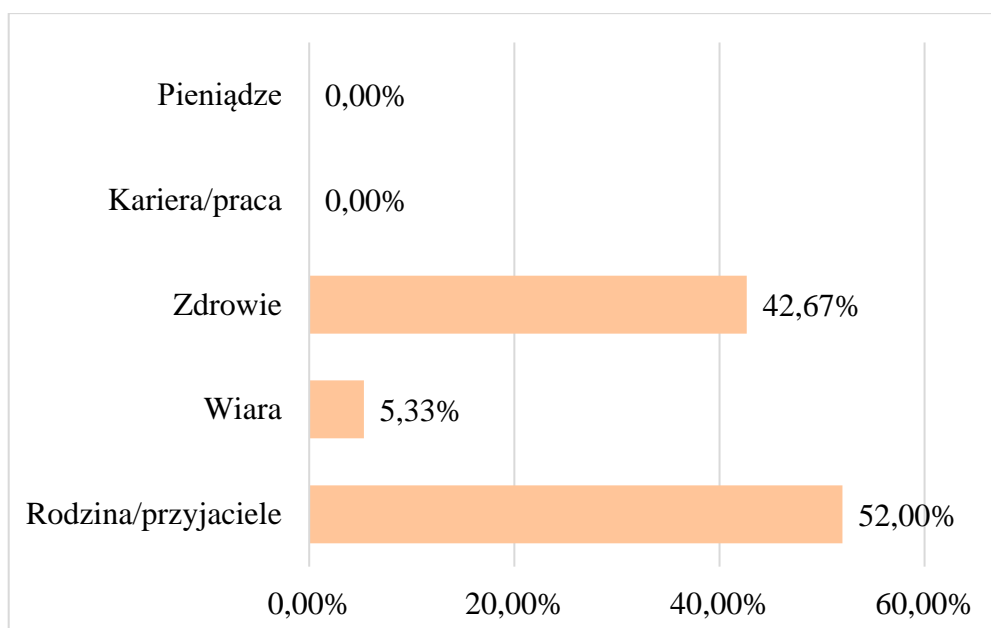


Rycina 3. Rozkład danych według miejsc pracy respondentów

Dane związane z postawą pielęgniarek/pielęgniarzy wobec śmierci pacjentów

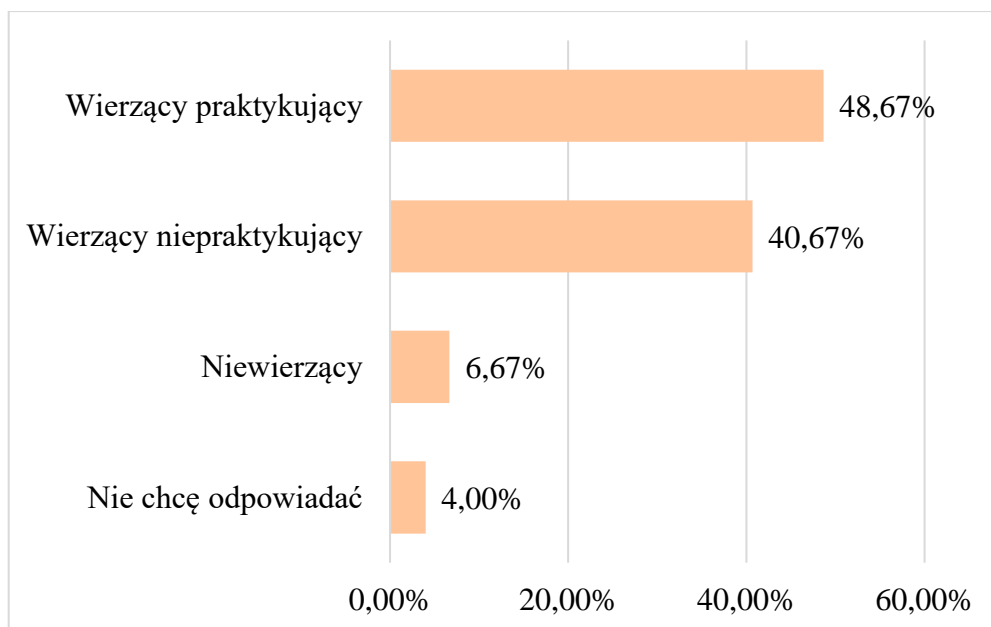
Na pytanie „Co w życiu ceni Pani/Pan najbardziej?” najczęściej ankietowanych zadeklarowało odpowiedź „rodzina/przyjaciele” (n=78; 52,00%) oraz „zdrowie” (n=64; 42,67%) – Rycina 4. Nikt z respondentów nie odpowiedział, że najważniejsze w ich życiu są pieniądze oraz kariera/praca.

Wyniki



Rycina 4. Najbardziej doceniane wartości przez respondentów

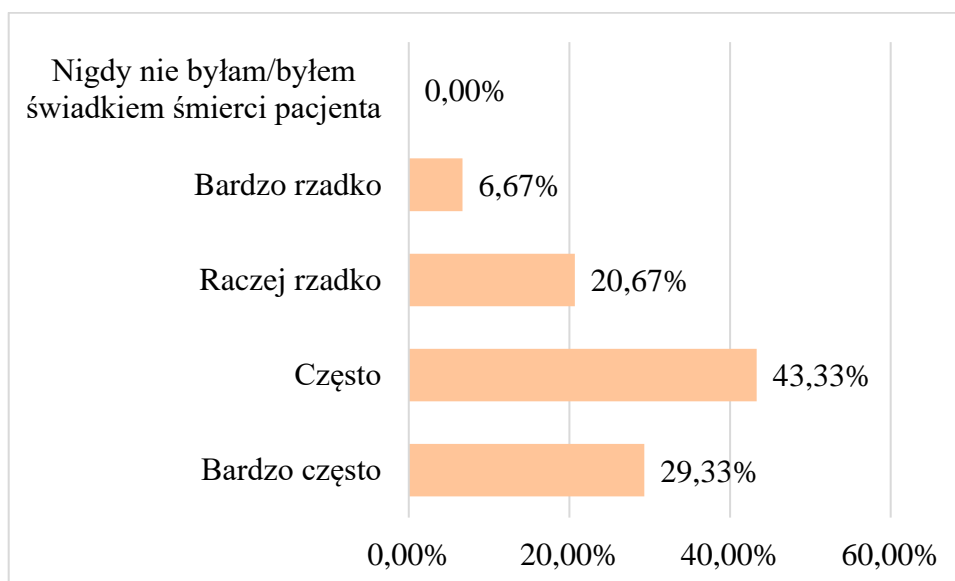
Wśród wszystkich ankietowanych 73 badanych to osoby wierzące i praktykujące (48,67%), kolejne 61 osób wybrało odpowiedź „wierzący niepraktykujący” (40,67%). Chęci na udzielenie odpowiedzi nie wyraziło 6 badanych (4,00%). Szczegółowe dane ukazano na Rycinie 5.



Rycina 5. Stosunek respondentów do religii i praktyk religijnych

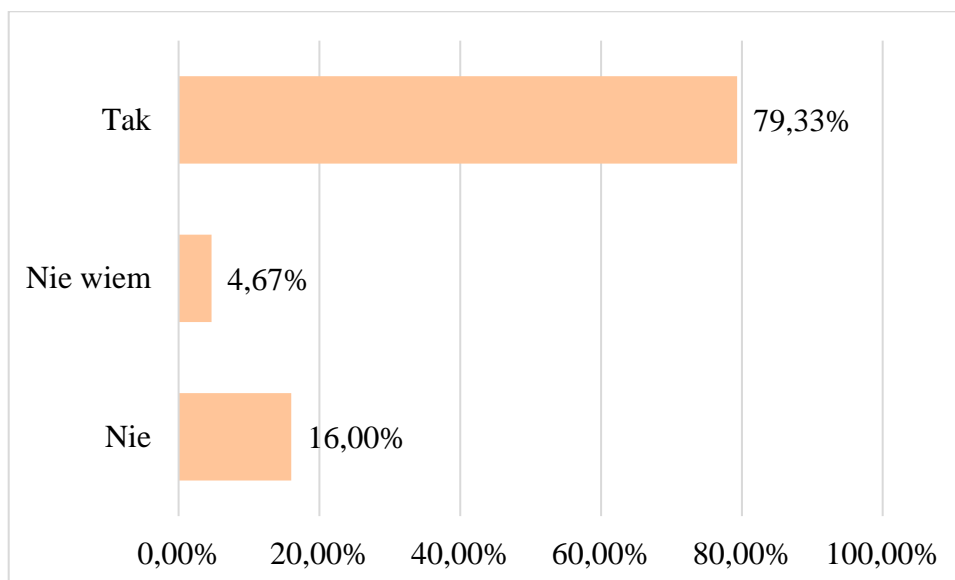
Wyniki

Każda osoba ankietowana przynajmniej raz w karierze zawodowej była świadkiem śmierci pacjenta. Aż 109 uczestników badania śmierci chorych doświadcza często lub bardzo często – Rycina 6.



Rycina 6. Częstotliwość doświadczania przez respondentów śmierci pacjentów

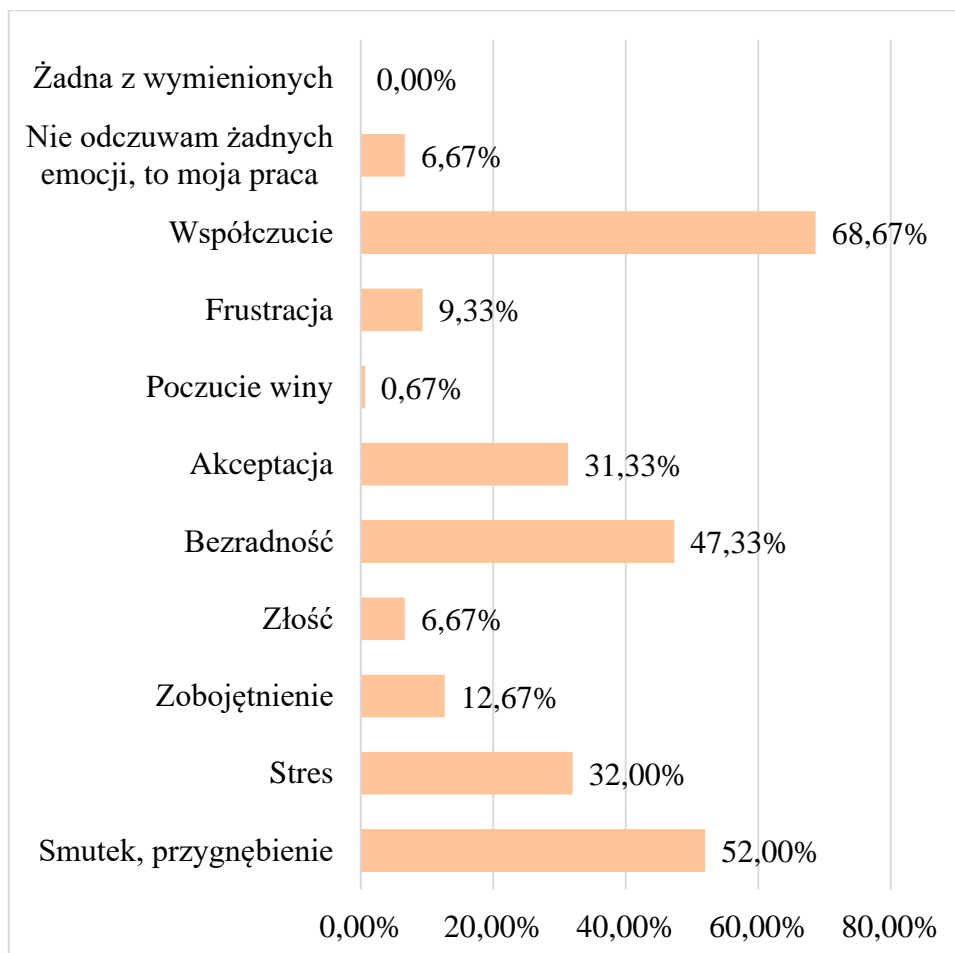
Zdaniem ankietowanych staż pracy wpływa na postawę pielęgniarek i pielęgniarzy wobec śmierci pacjenta (n=119; 79,33%) – Rycina 7.



Rycina 7. Wpływ stażu pracy na postawę pielęgniarek/pielęgniarzy wobec śmierci pacjenta zdaniem respondentów

Wyniki

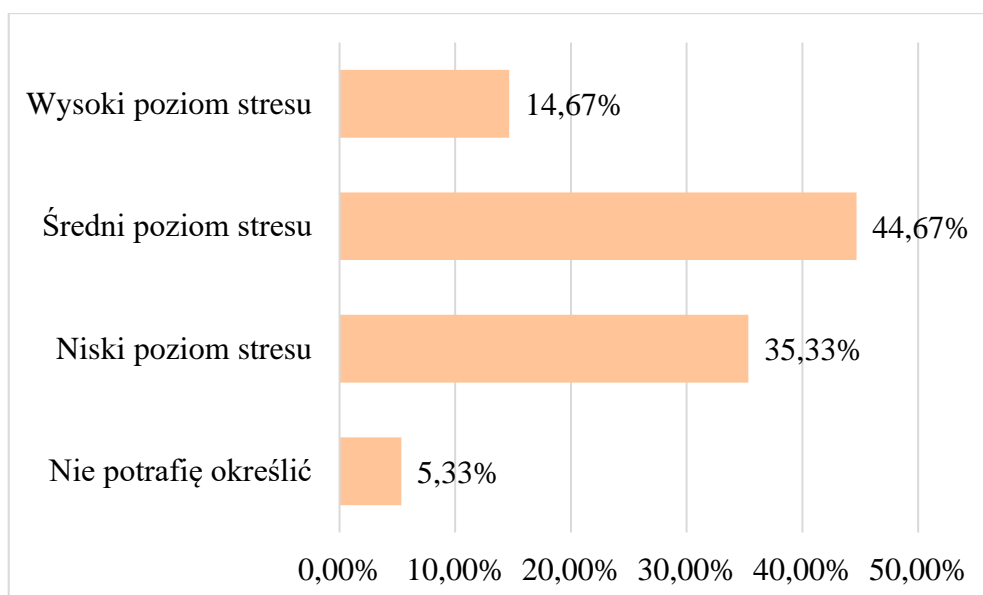
Pielęgniarki i pielęgniarze podczas śmierci pacjenta najczęściej doświadczają współczucia (n=103; 68,67%). Równie często wspominali o smutku, przygnębieniu (n=78; 52,00%) i o bezradności (n=71; 47,33%). Część badanej populacji odczuwa stres (n=48; 32,00%). Jedynie 10 osób badanych odpowiedziało, że nie odczuwa żadnych emocji (6,67%). Szczegóły zgromadzone na Rycinie 8.



Rycina 8. Emocje towarzyszące respondentom w sytuacji śmierci pacjenta

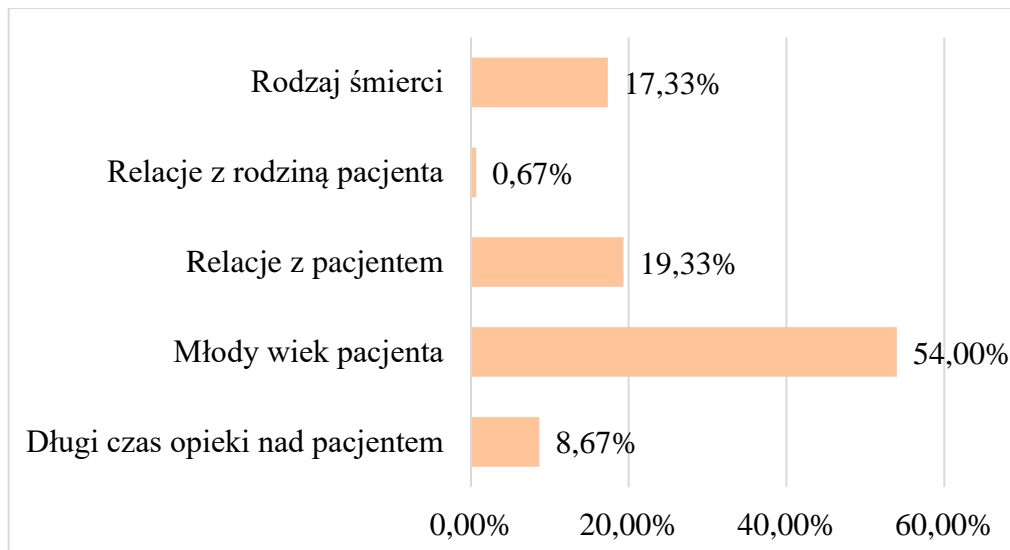
Badani po doświadczeniu zjawiska śmierci pacjenta najczęściej odczuwają średni poziom stresu (n=67; 44,67%). O niskim poziomie stresu wspomniało 35,33% ankietowanych (n=53). Około 5,00% respondentów nie potrafiła udzielić odpowiedzi (Rycina 9).

Wyniki



Rycina 9. Poziom stresu po śmierci pacjenta według respondentów

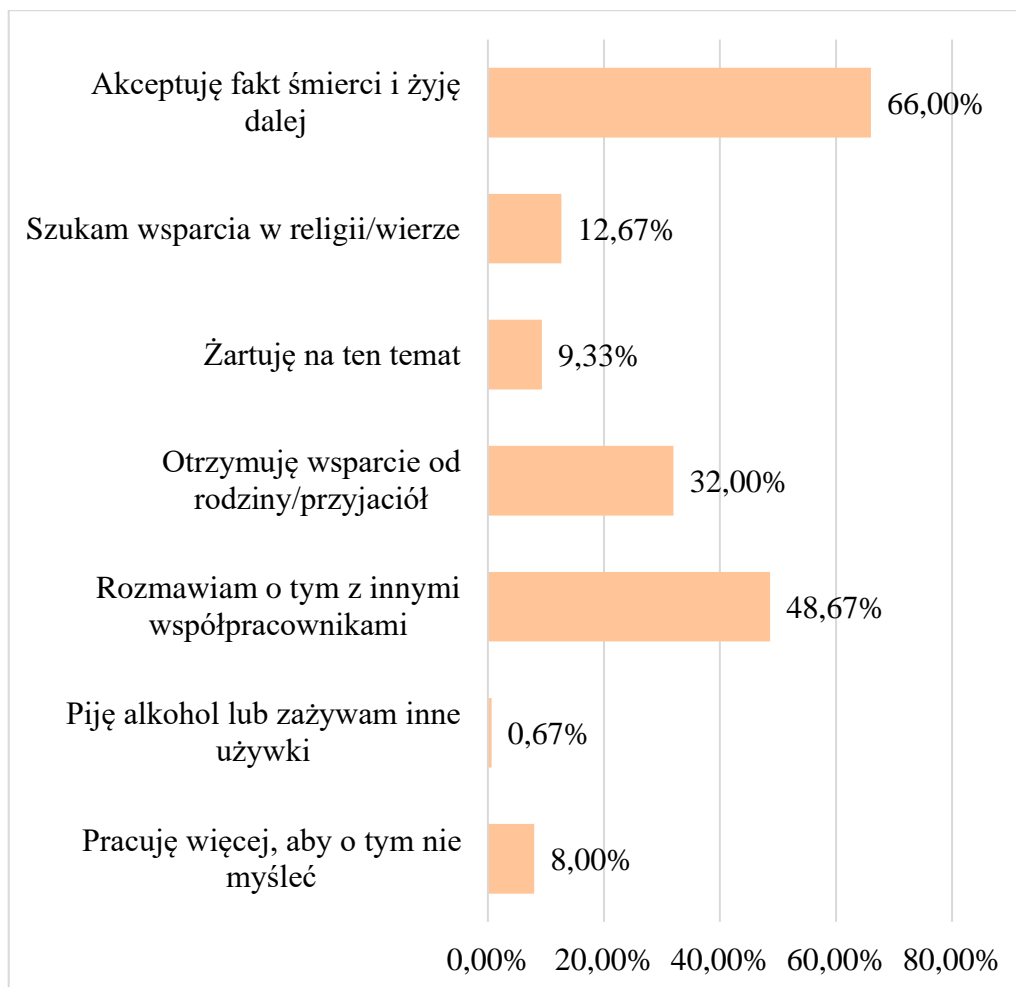
Młody wiek pacjenta to czynnik, który najczęściej powoduje negatywne odczucia związane ze śmiercią pacjenta (n=81; 54,00%). O relacjach z pacjentem za życia wspomniało 19,33% grupy (n=29), a o długim czasie opieki nad chorym – 8,67% (n=13). Pozostałe dane zgromadzono na Rycinie 10.



Rycina 10. Czynniki wpływające na negatywne odczucia związane ze śmiercią pacjenta według respondentów

Wyniki

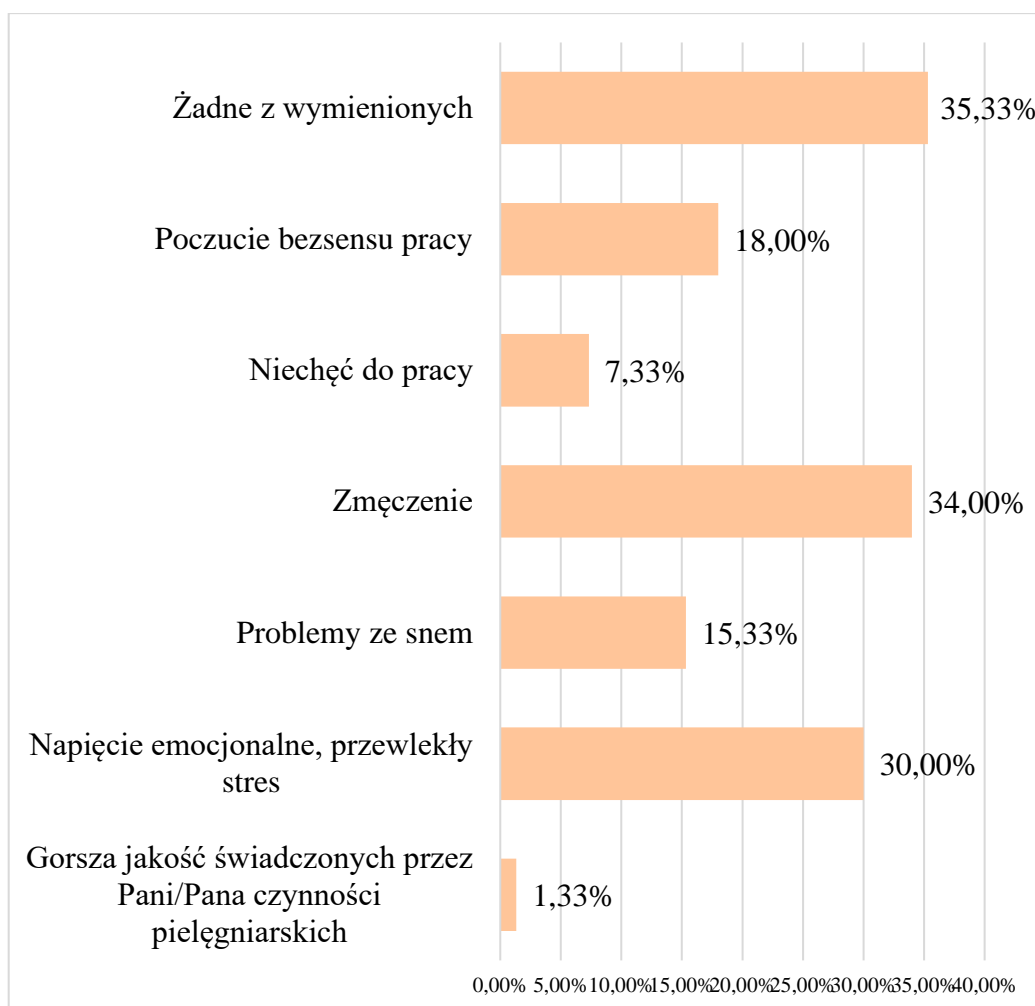
Pielęgniarki i pielęgniarze zmagające się ze śmiercią pacjentów najczęściej akceptują ten fakt (n=99; 66,00%) lub rozmawiają o zaistniałej sytuacji z innymi współpracownikami (n=73; 48,67%). O wsparciu uzyskiwanym od rodziny i przyjaciół poinformowało 48 badanych, stanowiło to 32,00% populacji. Wszystkie zebrane odpowiedzi zostały zaprezentowane na Rycinie 11.



Rycina 11. Sposoby respondentów na radzenie sobie ze stresem wywołanym śmiercią pacjenta

Najczęściej wymienianą przez badanych konsekwencją doświadczania śmierci pacjenta było zmęczenie (n=51; 34,00%). Kolejne miejsca zajęły skutki takie jak napięcie emocjonalne (n=45; 30,00%) i poczucie bezsensu pracy (n=27; 18,00%). Aż 53 uczestników badania przyznało, że nie dotyczy ich żadne z wymienionych stwierdzeń (35,33%) – Rycina 12.

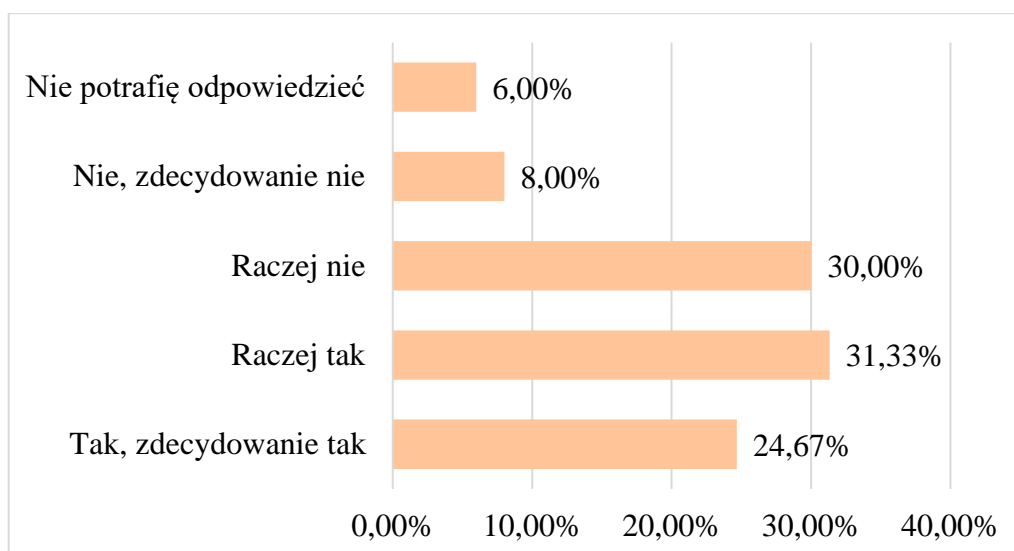
Wyniki



Rycina 12. Konsekwencje doświadczania śmierci pacjentów – zdaniem respondentów

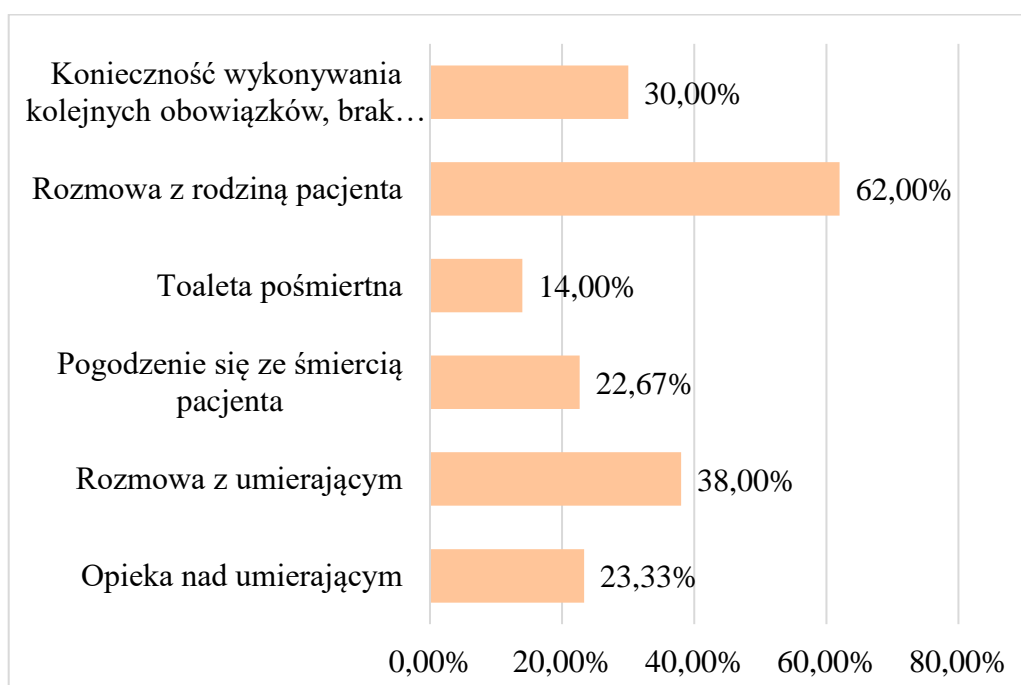
Według 31,33% badanych (n=47) doświadczenie śmierci pacjenta miało raczej istotny wpływ na zmianę wartości życiowych. Kolejne 30,00% ankietowanych (n=45) uznało, że doświadczenia związane ze śmiercią raczej nie wpłynęły na zmianę wartości w ich życiu. Spośród respondentów 6,00% nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie – Rycina 13.

Wyniki



Rycina 13. Wpływ doświadczeń związanych ze śmiercią pacjenta na wartości w życiu respondentów

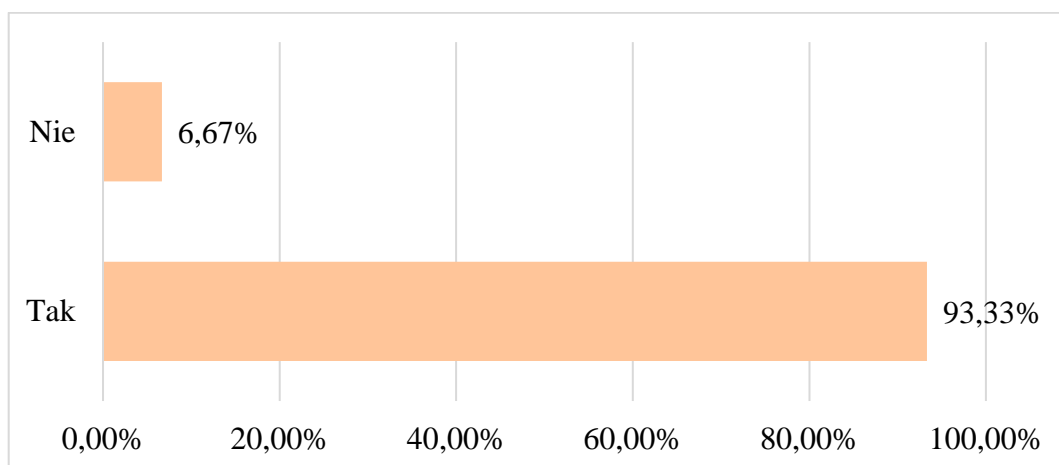
Ponad ½ badanej populacji uważała, że najtrudniejszym elementem związanym ze śmiercią pacjenta jest rozmowa z jego rodziną (n=93; 62,00%). Według 38,00% równie trudna jest rozmowa z umierającym (n=57). Następne 30,00% wspomniało o konieczności wykonywania kolejnych obowiązków zawodowych (n=45). Toaleta pośmiertna była sytuacją trudną dla 14,00% ankietowanych (21). Pozostałe trudności opisano na Rycinie 14.



Rycina 14. Najtrudniejsze sytuacje związane ze śmiercią pacjenta – zdaniem respondentów

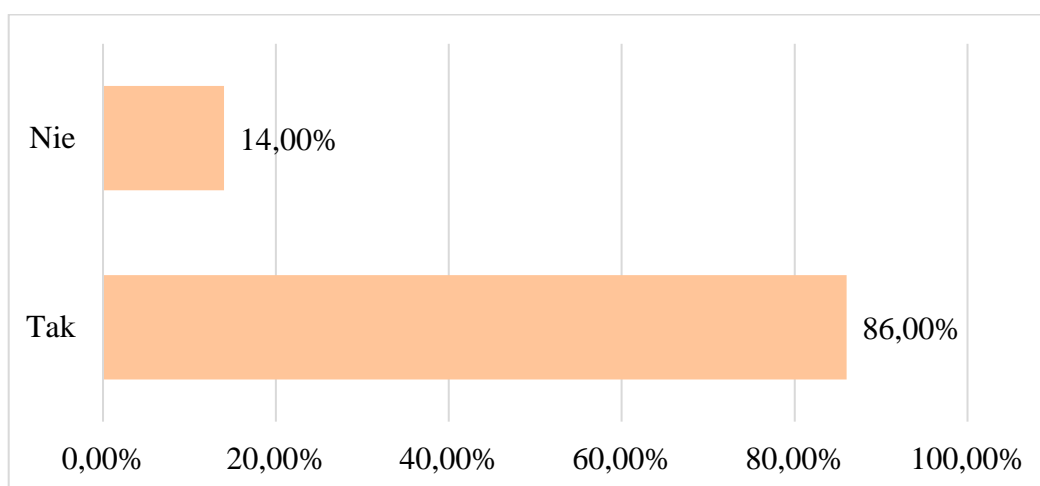
Wyniki

W związku z doświadczaniem śmierci pacjentów konieczne jest zapewnienie pielęgniarkom i pielęgniarzom opieki psychologicznej. Zdanie te potwierdziło 93,33% badanej populacji (n=140) – Rycina 15.



Rycina 15. Zapewnienie opieki psychologicznej personelowi pielęgniarstwu – zdaniem respondentów

Jeśli dostępna byłaby pomoc psychologa dla pracowników ochrony zdrowia to skorzystałoby z niej 129 ankietowanych, stanowiło to 86,00% - Rycina 16.



Rycina 16. Korzystanie z pomocy psychologa skierowanej do pracowników ochrony zdrowia – zdaniem respondentów

Analiza statystyczna

W celu wykazania zależności istotnej statystycznie należy posłużyć się miarą prawdopodobieństwa i wykonać test niezależności χ^2 . Jeśli współczynnik p:

- $p \leq 0,05$ – zależność jest istotna statystycznie
- $p > 0,1$ – brak zależności istotnej statystycznie.

Zdaniem badanych kobiet i mężczyzn większy staż pracy wpływa na postawę pielęgniarek i pielęgniarzy wobec śmierci pacjenta. Nie wykazano zależności statystycznej między odpowiedzią na pytanie „Czy według Pani/Pana większy staż pracy wpływa na postawę pielęgniarek/pięgniarzy wobec śmierci pacjentów?” a płcią ankietowanych, ponieważ współczynnik p wynosił 0,3318 – Tabela 5.

Tabela 5. Płeć a wpływ stażu pracy na postawę personelu pielęgniarzkiego wobec śmierci

Czy według Pani/Pana większy staż pracy wpływa na postawę pielęgniarek/pięgniarzy wobec śmierci pacjentów?	Płeć:			
	Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%
Nie	22	18,03%	2	7,14%
Nie wiem	6	4,92%	1	3,57%
Tak	94	77,05%	25	89,29%
p	0.3318			
χ^2	2.206			

Bez względu na staż pracy badanego personelu pielęgniarzkiego wykazano, że większy staż pracy wpływa na postawę pielęgniarek i pielęgniarzy wobec śmierci pacjentów. Nie wykazano zależności na poziomie istotności statystycznej ($p=0,6705$). Dokładne dane zaprezentowano w Tabeli 6.

Wyniki

Tabela 6. Staż pracy a wpływ stażu pracy na postawę personelu pielęgniarstwa wobec śmierci

Czy według Pani/Pana większy staż pracy wpływa na postawę pielęgniarzek/pielęgniarzy wobec śmierci pacjentów?	Staż pracy:							
	0-5 lat		6-15 lat		16-25 lat		Powyżej 26 lat	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nie	7	14,89%	7	13,46%	3	13,64%	7	24,14%
Nie wiem	3	6,38%	1	1,92%	2	9,09%	1	3,45%
Tak	37	78,72%	44	84,62%	17	77,27%	21	72,41%
p	0.6705							
chi ²	4.045							

Niezależnie od wieku badanej populacji, jednoznacznie stwierdzono, że staż pracy wpływa na postawę personelu pielęgniarstwa wobec śmierci pacjenta. Nie wykazano zależności statystycznej ($p=0,062$) – Tabela 7.

Tabela 7. Wiek a wpływ stażu pracy na postawę personelu pielęgniarstwa wobec śmierci

Wiek:	Czy według Pani/Pana większy staż pracy wpływa na postawę pielęgniarzek/pielęgniarzy wobec śmierci pacjentów?					
	Nie		Nie wiem		Tak	
	N	%	N	%	N	%
20-25 lat	5	20,83%	3	42,86%	29	24,37%
26-35 lat	3	12,50%	1	14,29%	46	38,66%
36-45 lat	8	33,33%	2	28,57%	15	12,61%
46-55 lat	5	20,83%	1	14,29%	24	20,17%
Powyżej 56 lat	3	12,50%	0	0,00%	5	4,20%
p	0.062					
chi ²	14.852					

Wyniki

Nie wykazano zależności między wykształceniem respondentów a odpowiedzią na pytanie o wpływ stażu pracy na postawy personelu pielęgniarskiego. Jednak zaobserwowano, że wśród osób, które wyraziły brak zdania największe grono tworzyli ankietowani posiadający licencjat pielęgniarstwa. Brak zależności statystycznej ($p=0,0522$) – Tabela 8.

Tabela 8. Wykształcenie a wpływ stażu pracy na postawę personelu pielęgniarskiego wobec śmierci

Wykształcenie:	Czy według Pani/Pana większy staż pracy wpływa na postawę pielęgniarek/pielęgniarzy wobec śmierci pacjentów?					
	Nie		Nie wiem		Tak	
	N	%	N	%	N	%
Licencjat pielęgniarstwa	8	33,33%	5	71,43%	34	28,57%
Licencjat pielęgniarstwa ze specjalizacją	3	12,50%	1	14,29%	20	16,81%
Magister pielęgniarstwa	4	16,67%	0	0,00%	26	21,85%
Magister pielęgniarstwa ze specjalizacją	4	16,67%	1	14,29%	29	24,37%
Średnie medyczne	2	8,33%	0	0,00%	0	0,00%
Średnie medyczne ze specjalizacją	3	12,50%	0	0,00%	10	8,40%
p	0.0522					
chi²	18.167					

Bez względu na stosunek do religii i praktyk religijnych większość respondentów było zdania, że doświadczenia związane ze śmiercią pacjenta wpływają na zmianę wartości w życiu człowieka. W gronie osób, które miały odmienne zdanie największą grupę tworzyli respondenci, którzy są wierzący i praktykujący. Brak zależności na poziomie istotnym statystycznie ($p=,0474$) – Tabela 9.

Wyniki

Tabela 9. Stosunek do religii i praktyk religijnych a wpływ doświadczenia śmierci pacjenta na zmianę wartości w życiu

Czy doświadczenie śmierci pacjenta miało istotny wpływ na zmianę Pani/Pana wartości w życiu?	Stosunek do religii i praktyk religijnych:							
	Nie chcę odpowiadać		Niewierzący		Wierzący niepraktykujący		Wierzący praktykujący	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak, zdecydowanie tak	0	0,00%	2	20,00%	17	27,87%	18	24,66%
Raczej tak	1	16,67%	4	40,00%	18	29,51%	24	32,88%
Raczej nie	4	66,67%	4	40,00%	17	27,87%	20	27,40%
Nie, zdecydowanie nie	1	16,67%	0	0,00%	3	4,92%	8	10,96%
Nie potrafię odpowiedzieć	0	0,00%	0	0,00%	6	9,84%	3	4,11%
p	0.474							
chi ²	11.651							

Najwyższy poziom stresu po śmierci pacjenta wykazały osoby wierzące. Wśród osób niewierzących dominował niski poziom stresu. Nie wykazano istotności statystycznej ($p=0,2517$) – Tabela 10.

Tabela 10. Stosunek do religii i praktyk religijnych a poziom stresu po śmierci pacjenta

Poziom stresu po śmierci pacjenta:	Stosunek do religii i praktyk religijnych:							
	Nie chcę odpowiadać		Niewierzący		Wierzący niepraktykujący		Wierzący praktykujący	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nie potrafię określić	1	16,67%	0	0,00%	5	8,20%	2	2,74%
Niski poziom stresu	3	50,00%	7	70,00%	20	32,79%	23	31,51%
Średni poziom stresu	2	33,33%	2	20,00%	26	42,62%	37	50,68%
Wysoki poziom stresu	0	0,00%	1	10,00%	10	16,39%	11	15,07%
p	0.2517							
chi ²	11.362							

Wyniki

Bez względu na staż pracy, poziom stresu po śmierci pacjenta utrzymuje się na średnim poziomie. Nie wykazano zależności istotnej statystycznie ($p=0,8564$) – Tabela 11.

Tabela 11. Staż pracy a poziom stresu po śmierci pacjenta

Poziom stresu po śmierci pacjenta:	Staż pracy							
	0-5 lat		6-15 lat		16-25 lat		Powyżej 26 lat	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nie potrafię określić	3	6,38%	4	7,69%	0	0,00%	1	3,45%
Niski poziom stresu	17	36,17%	20	38,46%	7	31,82%	9	31,03%
Średni poziom stresu	22	46,81%	20	38,46%	10	45,45%	15	51,72%
Wysoki poziom stresu	5	10,64%	8	15,38%	5	22,73%	4	13,79%
p	0.8564							
chi ²	4.739							

DYSKUSJA

Śmierć pacjentów jest nieodłącznym elementem pracy zawodowej personelu medycznego w szczególności dotyczy to pielęgniarek oraz pielęgniarzy. Pielęgniarstwo to zawód szczególnie narażony na konsekwencje doświadczania długotrwałego stresu wynikające przede wszystkim ze stałego kontaktu z ciężkimi emocjami oraz codzienną pracą z drugim człowiekiem, który potrzebuje wsparcia, motywacji oraz holistycznej opieki.

Aby dokładniej zobrazować jak silnie śmierć powiązana jest z zawodem pielęgniarstwu można posłużyć się wynikiem badań przeprowadzonych na grupie 150 osób pracujących zawodowo, spośród których wszystkie osoby ankietowane przynajmniej raz w karierze zawodowej były świadkiem śmierci pacjentów, a ponad 72,00% respondentów zadeklarowało, że ze śmiercią obcuje często lub bardzo często.

Według analizy wyników badań własnych najczęstszymi emocjami doświadczanymi przez badany personel pielęgniarstwa wobec doświadczania śmierci pacjentów były: współczucie (68,67%), smutek i przygnębienie (52,00%) oraz bezradność (47,33%). Niespełna 7,00% badanych odpowiedziało, że nie odczuwa żadnych emocji (n=10). Z analizy wyników badań przeprowadzonych przez Głowacką i wsp. wynika, że ponad 82,00% pielęgniarek podczas śmierci pacjenta odczuwa smutek, a 74,00% współczucie. Podobnie prezentują się wyniki dotyczące odczuwania przez personel pielęgniarstwa bezsilności- 56,00% badanych [46]. Według wyników opublikowanych badań autorstwa Gaworskiej-Krzemińskiej najpowszechniejszym uczuciem podczas śmierci pacjentów także była bezsilność [59]. Niedojad i wsp. w swoich badaniach wymieniają współczucie, smutek oraz żal jako emocje, które najczęściej towarzyszą pracownikom personelu pielęgniarstwa w odpowiedzi na widok śmierci pacjenta [37]. Smutek (39,3%) oraz złość (21,4%)- te emocje najczęściej odczuwają pielęgniarki po śmierci pacjentów według analizy badań przeprowadzonych przez Zawisłak [50].

Przeprowadzone badania w niniejszej pracy jednoznacznie pokazują, że czynnikiem, który najczęściej powoduje najbardziej negatywne odczucia związane z umieraniem pacjentów jest ich młody wiek (54,00%). Wynik ten znalazł potwierdzenie w badaniach Gołębiak i wsp., w których 61,7% respondentów także zadeklarowało, że młody wiek umierających pacjentów wpływa niekorzystnie na odczucia związane ze śmiercią [49].

Analizując wyniki własne stwierdzono, że ponad połowa (62,00%) ankietowanych osób uważała, że najtrudniejszym elementem związanym ze śmiercią pacjenta jest rozmowa z jego rodziną. Innymi trudnymi aspektami były: rozmowa z umierającym pacjentem (38,00%) oraz

Dyskusja

konieczność dalszego wykonywania obowiązków bez chwili „na złapanie oddechu” (30,00%). Według wyników badań przeprowadzonych przez Gołębiak i wsp. około 17,4% respondentów badania zadeklarowało strach przed rozmową z umierającym pacjentem [49].

W przeprowadzonych niniejszych badaniach stwierdzono, że bez względu na staż pracy poziom stresu po śmierci pacjenta utrzymuje się na średnim poziomie. Ponińska oraz Chojnacka-Kowalewska wysnuwają wniosek, że staż pracy zwiększa poczucie stresu w sytuacji doświadczenia śmierci pacjenta [60]. Według wyników badań autorstwa Gołębiak i wsp. większa częstotliwość kontaktu personelu pielęgniarskiego z umieraniem pacjentów nie ma wpływu na obniżenie poziomu empatii wobec umierającego [49].

Badania własne wykazały, że większość ankietowanych, bez względu na stosunek do religii i praktyk religijnych, zadeklarowało istotny wpływ doświadczania śmierci pacjentów na zmianę wartości w ich życiu. Podobne wnioski wysnuły Ponińska oraz Chojnacka-Kowalewska w badaniach, w których wykazały zależność wpływu śmierci pacjentów na zmianę hierarchii życia pracowników (39,00%) [60].

Ważnym elementem niniejszej pracy jest próba zwrócenia uwagi na duże zapotrzebowanie na opiekę psychologiczną w gronie pracowników personelu pielęgniarskiego. Z badań własnych wynika, że ponad 93,00% ankietowanych uważa, że konieczne jest zapewnienie pielęgniarkom oraz pielęgniarzom specjalistycznej opieki psychologa. Aż 86,00% respondentów deklaruje chęć skorzystania z pomocy psychologa skierowanej na współczesne potrzeby personelu pielęgniarskiego.

WNIOSKI

Na podstawie wyników opracowanych na przeprowadzonych badaniach można wykazać wnioski takie jak:

1. Najczęściej odczuwanymi emocjami podczas doświadczania śmierci pacjentów deklarowanymi przez respondentów były emocje takie jak: współczucie, smutek, przygnębienie oraz bezradność.
2. Pielęgniarze i pielęgniarki zmagający się ze śmiercią pacjentów najczęściej akceptują ten fakt lub rozmawiają o doświadczeniach związanych ze śmiercią pacjentów z innymi współpracownikami.
3. Najczęściej wymienianą przez badanych konsekwencją doświadczania śmierci pacjenta było zmęczenie oraz poczucie napięcia emocjonalnego.
4. Staż pracy nie koreluje z poziomem odczuwanego stresu po śmierci pacjenta, jednak ma wpływ na postawę personelu pielęgniarskiego wobec niej.
5. Istnieje duże zapotrzebowanie na specjalistyczną opiekę psychologiczną wśród pracowników personelu pielęgniarskiego w Polsce. Zdecydowana większość ankietowanych potwierdziła konieczność zapewnienia dostępu do opieki psychologów dla pielęgniarek oraz pielęgniarzy, a także wyraziła chęć skorzystałoby

PIŚMIENNICTWO

1. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, 2021.
2. Guzowski A., Czartoszewski A., Van Damme-Ostapowicz K., Łukaszuk C. R., Lewko J., Cybulski M., Krajewska-Ferishah K., Krajewska-Kułąk E.: Tabuizacja i detabuizacja śmierci. [w:] Kultura śmierci, kultura umierania. Tom I. Guzowski A., Krajewska-Kułąk E., Bejda G. (red.). UMB, Białystok 2016: 13-28.
3. Ostrowska A.: Przemiany postaw wobec śmierci. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016, 10(2): 41–47.
4. Gawęł A.: Między magią, strachem a religią- o tabuizacji śmierci w komunikacji językowej. Na przykładzie nekrologów internetowych. [w:] Tabu w języku, literaturze i kulturze. Car A., Piechnik I. (red.). Avalon, Kraków 2021: 184-200.
5. Guzowski A., Kazberuk G., Czartoszewski A., Łukaszuk C. R., Krajewska-Kułąk E.: Kultura masowa a problem śmierci i cierpienia. [w:] Kultura śmierci, kultura umierania. Tom I. Guzowski A., Krajewska-Kułąk E., Bejda G. (red.). UMB, Białystok 2016: 158-203.
6. Sztobryn-Bochomulska J.: Rodzina miejscem „uczenia się” umierania. Przegląd Pedagogiczny 2019, 2: 263-272.
7. Pala A.: Zjawisko śmierci- zmora medycyny. Semina Scentarium 2014, 13: 115-139.
8. Narayanan V.: Treatise of Thanatology. Indian Journal of Palliative Care 2021, 27(4): 580-582.
9. Rogalska E. A.: Tanatopedagogika- inny- doświadczenie cierpienia. Publikacje Edukacyjne, 2015.
10. Nowak M., Kasalik J., Gut G., Kurczak A., Kałuża K., Towarek M.: Tanatopedagogy as a holistic approach to the needs of patients. [in:] Challenges of the current medicine. Tom 9. Krajewska-Kułąk E., Kułąk W., Łukaszuk C., Lewko J., Sarnacka E (ed.). UMB, Białystok 2020: 315-331.
11. Tronina A.: Biblia o ludziach starszych. Vox Patrum 2011, 56: 231-239.
12. Pierwszy list do Koryntian [w:] Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Biblia Tysiąclecia. Wyd. Pallottinum 2002, 53: 1805-1827.
13. Stępień M.: Pandemie i epidemie w historii- refleksje młodego pokolenia. Officina Historiae 2021, 4: 104-107.

14. Rozwadowska E., Krajewska-Kułak E., Van Damme-Ostapowicz K., Bielemuk A., Trypuć M., Chilicka M. A., Tołoczko H., Wiśniewska A., Wiśniewska G., Terlikowski R., Kraszyńska B., Kraszyńska A.: Postrzeżenie śmierci w literaturze średniowiecza. V Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Życiodajna śmierć- pamięci Elizabeth Kübler-Ross”, Białystok 2009, 191-200.
15. Guzowski A., Czartoszewski A., Łukaszuk C. R., Lewko J., Sarnacka E., Van Damme-Ostapowicz K., Cybulski M., Kowalczyk K., Kondzior D., Szyszko-Perłowska A., Jankowiak B., Rolka H., Krajewska-Kułak E.: Postawy wobec śmierci. [w:] Kultura śmierci, kultura umierania. Tom I. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G. (red.). UMB, Białystok 2016, 29-51.
16. Włodarski M.: Medycy i śmieć w utworach renesansowych. [w:] Literatura renesansowa w Polsce i Europie: studia dedykowane Profesorowi Andrzejowi Borowskiemu. Niedźwiedź J. (red.). UJ, Kraków 2016, 18: 437-450.
17. Ostrowska A.: Przemiany postaw wobec śmierci. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016, 10 (2): 41-47.
18. Tanaś S.: Obecność kultury śmierci w turystyce kulturowej. [w:] Śmierć. Figury obecności- figury zapomnienia. Kaczmarek A., Kamińska M. (red.). Studia Kulturoznawcze 2019, 1: 89-103.
19. Szumielewicz A.: Geneza rytuałów i obrzędów pogrzebowych. Liturgia pogrzebu w Polsce. Młoda Humanistyka 2019, 1(14).
20. Leśniak B.: Zwiastuny śmierci w tradycji ludowej mieszkańców Włodawy. Roczniki teologii i fundamentalnej i religiologii 2013, 5(60).
21. Ndozi S. A., Bejda G.: Postawy personelu medycznego wobec śmierci pacjenta. [w:] W drodze do brzegu życia. Tom XXI. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. R., Lewko J., Kułak W. (red.). UMB, Białystok 2022: 32-49.
22. Ustawa z dnia 2 września 2022r. o Zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2023 r. poz. 1731 t.j.). Zgodnie z Art. 43a. Stwierdzenie śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia.
23. Teresiński G. (red.): Medycyna sądowa. Tanatologia i traumatologia sądowa. Tom I. PZWL, Warszawa 2019.
24. Szeremeta M., Niemcunowicz-Janica A.: Śmierć- rodzaje i przyczyny, wczesne i późne znamiona, metody identyfikacji. [w:] Kultura śmierci, kultura umierania. Tom II. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G. (red.). UMB, Białystok 2016: 13-27.

25. Gałuszka A.: Blisko, coraz bliżej...: psychologiczne aspekty umierania i śmierci. [w:] Utrata i żałoba: teoria i praktyka. Kleszcz-Szczyrba R., Gałuszka A. (red.). Katowice 2016.
26. Wojtyniak B., Stokwiszewski J.: Trendy czasowe umieralności ogółem oraz z powodu głównych grup przyczyn: chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych oraz przyczyn zewnętrznych w Polsce na tle sytuacji w krajach UE15. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2015, 13(4): 316-327.
27. Główny Urząd Statystyczny: Umieralność w 2021 roku. Zgodny według przyczyn- dane wstępne [online]. Dostępne: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/umieralnosc-w-2021-roku-zgony-wedlug-przyczyn-dane-wstepne,10,3.html>. Data pobrania: 30.11.2022r.
28. Bielecka W.: Choroby układu krążenia wyzwaniem dla promocji zdrowia. [w:] Nauki przyrodnicze i medyczne: żywienie, sport oraz zdrowie. Bednarski J., Bajda M., Pawlicka M., Bałabuszek K., Mroczek A., Kobyłka A., Kasprzak K., Szopa A., Wojtunik-Kulesza K., Nogalska A. (red.). Instytut Promocji Kultury i Nauki, 2018: 29-37.
29. Główny Urząd Statystyczny: Trwanie życia w 2021 roku [online]. Dostępne: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2021-roku,2,16.html>. Data pobrania: 16.12.2022r.
30. Witt P., Leśniak W.: Śmierć mózgu, jako kryterium śmierci człowieka. [w:] Kultura śmierci, kultura umierania. Tom II. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G. (red.). UMB, Białystok 2016: 28-39.
31. Pabisiak K.: Brain death criteria formulated for transplantation purposes: fact or myth? *Anesthesiol Intensive Therapy*, 2016, 48(1): 142-145.
32. Scott J. B., Gentile M. A., Bennett S. N., Couture M. A., MacIntyre N. R.: Apnea testing during brain death assessment: a review of clinical practice and published 39 literature. *Respiratory Care*, 2013, 3(58): 532-538.
33. Trzebicki J.: Rozpoznanie śmierci człowieka na podstawie kryteriów neurologicznych w świetle zmian w prawie. *Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie* 2021, 3-5: 44-49.
34. Saucha W.: Rozpoznanie śmierci mózgu. Uwagi praktyczne do „Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dn. 04.12.2019r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu”. Polskie Stowarzyszenie Koordynatorów Transplantacyjnych. *Poltransplant*, 2020.

35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 03.08.1961r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. Nr. 39, poz. 202).
36. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 07.11.2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę i/lub położną (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).
37. Niedojad K., Rybka M., Rezmerska L., Ślusarz R.: Śmierć i umieranie w opinii personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2016, 1(3): 12-18.
38. Dzierżanowski T.: Definicje opieki paliatywnej- przegląd narracyjny i nowa propozycja. *Medycyna Paliatywna* 2021, 13(4): 187-200.
39. Drop B., Barańska A., Firlej E., Janiszewska M., Jędrych M.: Opieka paliatywna a rosnące potrzeby zdrowotne seniorów w Polsce. *Journal of Education, Health and Sport* 2017, 7(7): 959-968.
40. Kowalik G.: Idea opieki paliatywno-hospicyjnej - rys historyczny. *Studia Medyczne* 2013, 29(2):188-194.
41. Maj E. A.: Godność człowieka. Ujęcia prawnofilozoficzne. *Zeszyty Naukowe WSFiP* 2014, 4: 171-199.
42. Gulla B., Izydorczyk B., Kubiak R.: Godność i intymność pacjenta. *Aspekty psychologiczne i prawne*. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2019.
43. Fabiś A., Wawrzyniak J. K., Chabior A.: Ludzka starość. Wybrane zagadnienia Gerontologii Społecznej. *Impuls*, Kraków 2015.
44. Lachowicz K.: Analiza obciążeń organizmu na stanowisku pielęgniarki oddziałowej oraz sposoby ich ograniczania na przykładzie zakładu opieki zdrowotnej. *Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego*, 2017.
45. Wojciechowska W., Małecka B., Frąckowiak B.: Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w szpitalu. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2021, 4(6): 72-87.
46. Głowacka M., Haor B., Ślusarz R., Sołtysiak K., Biercewicz M.: Śmierć pacjenta jako obciążenie w pracy zawodowej pielęgniarki. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014, 22(2): 276-280.
47. Stępień R., Zdziebło K., Wiraszka G.: Determinanty etycznego postępowania pielęgniarki w opiece onkologicznej. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, Nauki Medyczne, Kultura Fizyczna i Zrowie* 2013, 1: 27-36.

48. Fopka- Kowalczyk M.: Poczucie straty po śmierci pacjenta doświadczane przez pracowników opieki paliatywnej. Badanie jakościowe. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2014, 8(1): 23-28.
49. Gołębiak I., Szczepaniak R., Łazowa A., Dykowska G.: Postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjenta. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2019, 1: 34-44.
50. Zawiślak A.: Postawy pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i bliskich osób. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2016, 6(3): 197-203.
51. Kraczkla M.: Wypalenie zawodowe jako efekt długotrwałego stresu. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas Zarządzanie* 2013, (2): 69-81.
52. Mańkowska B.: Wypalenie zawodowe. Dylematy wokół istoty zjawiska oraz jego pomiaru. *Polskie Forum Psychologiczne* 2018, 23(2): 430-445.
53. Selewońko M., Kobus G.: Wypalenie zawodowe w środowisku medycznym. [w:] *Wybrane problemy zdrowotne i zawodowe pracowników ochrony zdrowia. Tom 1.* Kowalczuk K., Krajewska-Kułak E. (red.). UMB, Białystok 2019: 323-332.
54. Orłak K., Gołuch D., Chmielewski J.: Stres w pracy oraz jego wpływ na występowanie wypadków przy pracy i stan zdrowia osób pracujących. *Stowarzyszenie Zdrowa Praca*, Warszawa 2014.
55. Pietraszek A., Charzyńska-Gula M., Łuczyk M., Szadowska-Szlachetka Z., Kachaniuk H., Kwiatkowska J.: Analiza przyczyn stresu zawodowego w opinii pielęgniarek. *Journal of Education, Health and Sport* 2016, 6(9): 643-652.
56. Kędra E., Sanak K.: Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2013, 3(2): 119-132.
57. Czabała J. C.: Poradnictwo psychologiczne a psychoterapia. *Roczniki Psychologiczne* 2016, 19(3): 519-533.
58. Graf L., Śleziona M.: Opieka psychologiczna dla pielęgniarek. *Magister Pielęgniarstwa. Ukrainian Scientific and Practical Journal* 2015, 1(13): 18-21.
59. Gaworska-Krzemińska A.: Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarkom w opiece nad pacjentem umierającym. [w:] *Problemy terapeutycznopielęgniacyjne od poczęcia do starości. Tom II.* E. Krajewska-Kułak, M. Szczepański, C. Łukaszuk, J. Lewko (red.). Wydawnictwo Akademii Medycznej w Białymstoku, Białystok 2017: 173-180.
60. Ponińska B., Chojnacka-Kowalewska G.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2020, 1(5): 48-71.

ISBN
978-83-67454-82-7