



ŚMIERĆ PACJENTA JAKO OBCIĄŻENIE W GRUPIE ZAWODOWEJ PIELEŃNIAREK

Dr n. o zdr. Marta Kowalenko
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak
Dr hab. n. med. i nauk o zdr. Beata Kowalewska

**ŚMIERĆ PACJENTA
JAKO OBCIĄŻENIE W GRUPIE
ZAWODOWEJ PIELEŃGNIAREK**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



ŚMIERĆ PACJENTA JAKO OBCIĄŻENIE W GRUPIE ZAWODOWEJ PIELEŃNIAREK

**Dr n. o zdrowiu Marta Kowalenko
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
Dr hab. n. med. i nauk o zdr. Beata Kowalewska**

Białystok 2023

Recenzenci monografii

prof. dr hab. Teresa Kulik
Zakład Edukacji Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Prof. dr hab. n. o zdr. Aleksandra Gaworska-Krzemińska
Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny
Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

ISBN 978-83-67454-69-8
Wydanie I
Białystok 2023

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

Monografia powstała na bazie wyników rozprawy doktorskiej
dr n. o zdrowiu Marty Kowalenko.
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.

Druk:
RobotA Piotr Duchnowski, Zaścianki 6, 15-521 Zaścianki

*To jest największa wartość bycia pielęgniarką –
obserwujesz potwornie ciężkie momenty w życiu swoich pacjentów
i siłą rzeczy odnosisz je do siebie.
Zaczynasz rozumieć, co jest naprawdę ważne
i bardziej doceniasz wszystko, co masz.
Z perspektywy szpitalnych korytarzy widzisz zupełnie inny świat.
Ten prawdziwy....
Marianna Fijewska,
Tajemnice pielęgniarek. Prawda i uprzedzenia*

WYKAZ AUTORÓW

Dr n. o zdrowiu Marta Kowalenko

MICS Centrum Medyczne Warszawa

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr hab. n. med. i nauk o zdr. Beata Kowalewska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	11
Problemy psychospołeczne związane z pracą, ze szczególnym uwzględnieniem zawodu pielęgniarki	13
Pojęcie psychospołecznych zagrożeń w pracy	13
Klasyfikacja zagrożeń psychospołecznych związanych z pracą	15
Czynniki stresogenne w pracy pielęgniarki	18
Śmierć pacjenta w pracy zawodowej pielęgniarki	21
Psychiczne i fizyczne konsekwencje obcowania ze śmiercią pacjenta	21
Postrzeganie śmierci przez polskie pielęgniarki	22
Zagrożenie wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek	25
Metody radzenia sobie z emocjami po śmierci pacjenta	27
Śmierć a emocje pielęgniarek	27
Koncepcje stresu	28
Style radzenia sobie ze stresem	30
Prężność osobowości i jej rola w procesach radzenia sobie ze stresem	32
Problem śmierci w pracy zawodowej pielęgniarki w literaturze przedmiotu	34
Tanatofobia	47
Metody radzenia sobie ze stresem w środowisku pielęgniarskim	51
Trening redukcji stresu oparty na uważności (<i>Mindfulness Based-Stress Reduction</i> – MBSR)	51
Przykłady skuteczności MBSR w pielęgniarstwie	54
Wzmacnianie odporności psychicznej (<i>PAR - Promoting Adult Resilience</i>)	55
Przykłady skuteczności PAR w pielęgniarstwie	57
Trening rozwijania inteligencji emocjonalnej w pielęgniarstwie	59

Podsumowanie	61
Postulaty	63
Piśmiennictwo	64

WYKAZ SKRÓTÓW

ACZ	angażowanie się w czynności zastępcze
CECS	<i>Courtauld Emotional Control Scale</i> Skala Kontroli Emocji
CISS	<i>Coping Inventory for Stressful Situations</i> Kwestionariusza Radzenia Sobie W Sytuacjach Stresowych
EU-OSHA	<i>European Agency for Safety and Health at Work</i> Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia Pracy
GAS	<i>General Adaptation Syndrome</i> ogólny zespół adaptacyjny
GSES	<i>The Global Sustainable Enterprise System</i> Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności
ILO	<i>International Labour Organization</i> Międzynarodowa Organizacja Pracy
MBSR	<i>Mindfulness Based-Stress Reduction</i> trening redukcji stresu oparty na uważności
PAR	<i>Promoting Adult Resilience</i> Wzmacnianie odporności psychicznej
PKT	poszukiwanie kontaktów towarzyskich
PRIM-EF	<i>Psychosocial Risk Management – European Framework</i>
PTSD	<i>Post-traumatic stress disorder</i> zespół stresu pourazowego
SAS	<i>Self-Rating Anxiety Scale</i>
SCL-90	<i>Symptom Checklist-90</i>
SDS	<i>Self-Rating Depression Scale</i>
SSE	styl skoncentrowany na emocjach
SSU	styl skoncentrowany na unikaniu
SSZ	styl skoncentrowany na zadaniu
SWLS	<i>Satisfaction with Life Scale</i> Skala satysfakcji z życia
TUS	Treningi Umiejętności Społecznych
WHO	<i>World Health Organisation</i> Światowa Organizacja Zdrowia

PROBLEMY PSYCHOSPOŁECZNE ZWIĄZANE Z PRACĄ, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM ZAWODU PIEŁĘGNIARKI

Praca wypełni ci dużą część życia.

Jedynym sposobem na prawdziwą satysfakcję z pracy jest robienie tego, w czego wielkość się wierzy. A jedynym sposobem na robienie rzeczy wielkich dla siebie jest miłość do tego, co się robi
Steve Jobs

W dzisiejszym świecie każdy człowiek narażony jest na przeciążenia fizyczne, umysłowe i emocjonalne, w związku z tym nie jest możliwe uniknięcie stresu związanego z wykonywaniem pracy zawodowej. Szczególnie narażeni są przedstawiciele zawodów medycznych, w tym pielęgniarki, przed którymi codziennie stawiane są wyzwania wymagające radzenia sobie z różnymi mniej lub bardziej korzystnymi sytuacjami. Z racji wykonywanego zawodu częściej niż inni ludzie stykają się one ze śmiercią swoich pacjentów. Niestety nie powstał model kształcenia polskich pielęgniarek, który pozwoliłby na rozwinięcie kompetencji radzenia sobie w trudnej sytuacji, jaką niewątpliwie jest np. zgon pacjenta. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę, że brak jasnych procedur i przygotowania praktycznego może być niezwykle niebezpieczny dla zdrowia emocjonalnego pracowników [1,2].

Pojęcie psychospołecznych zagrożeń w pracy

Współczesny świat pracy podlega ciągłym przemianom. Wdrażane są coraz to nowe technologie, następują zmiany w organizacji siły roboczej i rynku pracy, a także pojawiają się nowego formy działalności i zatrudnienia. To przyczynia się do powstania zagrożeń i tworzenia nowych wyzwań dla bezpieczeństwa i zdrowia pracowników [3].

Zgodnie z Europejską Agencją Bezpieczeństwa i Zdrowia Pracy (EU-OSHA - *European Agency for Safety and Health at Work*) zagrożenia psychospołeczne a także stres, który jest ściśle powiązany z pracą należą do jednych z najważniejszych wyzwań w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy [4]. O takiej pozycji problemu decyduje znaczące oddziaływanie na zdrowie pracowników. Zagrożenia psychospołeczne oraz stres to globalne problemy. Teoretycznie mogą się one pojawić w każdym rodzaju organizacji niezależnie od jej wielkości czy formy nadzorowania działalności [5].

Od wielu lat naukowcy analizują obciążenia psychospołeczne w miejscu pracy, jednak nie powstała do chwili obecnej idealna definicja dokładnie określająca i klasyfikująca termin obciążenia psychospołecznego. Jej zakres zależny jest od wymiaru w jakim patrzy się na to pojęcie [6]. Istnieje natomiast „wspólny mianownik” pozwalający wskazać problemy psychospołeczne, jako potencjalne podłoże stresu, które w większości przypadków prowadzi do szkody psychicznej, fizycznej oraz społecznej [7] i czyni stres istotnym elementem ryzyka psychospołecznego [6].

Zjawisko stresu opisane przez Hansa Selye ponad 70. lat temu bardzo dobrze tłumaczy, dlaczego niektóre psychospołeczne aspekty pracy tworzą problemy na płaszczyźnie zdrowia jednostki/miejsca pracy i w rezultacie prowadzi to do niepowodzeń ogólnospołecznych. Otóż mechanizm stresu tworzy swoisty most między psychospołecznymi warunkami pracy, a dysfunkcją w zakresie zdrowia. Stres w związku z tym można określić jako reakcję psychofizjologiczną, która występuje, gdy pracownik odczuwa, że zadania stawiane mu w pracy przekraczają jego umiejętności, bądź są na ich pograniczu [5,6,7].

W jednym z projektów PRIM-EF (*Psychosocial Risk Management – European Framework*), dotowanym przez Komisję Europejską, było przygotowanie europejskich ram zarządzania ryzykiem psychospołecznym. Definicja przedstawiona w tym projekcie wydaje się być najbardziej obszerną informacją o czynnikach predysponujące do tego zagrożenia. Przedstawia się ona następująco: „Ryzyko psychospołeczne związane z pracą dotyczy tych aspektów projektowania i zarządzania pracą, a także społecznego i organizacyjnego kontekstu pracy, które mogą spowodować urazy psychologiczne lub fizyczne” [8,9].

Inną organizacją próbującą określić pojęcie psychospołecznych zagrożeń w pracy była Międzynarodowa Organizacja Pracy (ILO - *International Labour Organization*). W roku 1984 sformułowała ona następującą definicję ryzyka psychospołecznego określając je jako „te aspekty pracy organizacji i zarządzania w pracy, wraz z ich kontekstem społecznym i środowiskowym, które potencjalnie mogą powodować szkody psychiczne, społeczne lub fizyczne” [10,11].

W literaturze fachowej psychospołeczne zagrożenia analizowane są na ogół w odniesieniu do modeli stresu zawodowego [12,13,14]. Jednakże funkcjonuje wiele koncepcji i modeli określających pojęcie stresu zawodowego jego systemu i skutków. Do najpowszechniejszych możemy zaliczyć:

- inżynierskie
- fizjologiczne
- psychologiczne

Ujęcie psychologiczne jest zbliżone do definicji psychospołecznych zagrożeń wskazanych przez ILO i terminem poczucia dobrostanu w pracy sformułowanym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO - *World Health Organisation*) [15] „(...) jako rodzaj interakcji pomiędzy treścią pracy, organizacją pracy, systemami zarządzania, warunkami środowiska, a kompetencjami, potrzebami i indywidualnymi właściwościami pracownika” [7]. Podkreślając tym samym, iż o zdrowiu człowieka decyduje również jego samopoczucie, w tym samopoczucie w pracy [16].

Elementy ryzyka psychospołecznego, powiązanie zarówno z treścią, jak i podłożem pracy, wystawiają jednostkę na zwiększone obciążenia, mogące przy nieodpowiednich zasobach wewnętrznych i zewnętrznych skutkować pejoratywnymi konsekwencjami. Należy jednak zwrócić uwagę, iż wyłączna obecność czynników ryzyka nie jest jednoznaczna z doświadczeniem przez pracownika problemów fizycznych, społecznych czy psychologicznych. Według transakcyjnego modelu stresu, to subiektywna ocena układu pomiędzy jednostką, a zewnętrznym środowiskiem, przekraczająca aktualne możliwości poradzenia sobie i stanowiąca zasadniczą zmienną mediującą wartość składowych czynników ryzyka psychospołecznego [17].

Klasyfikacja zagrożeń psychospołecznych związanych z pracą

W piśmiennictwie naukowym można natrafić na znaczną ilość danych, które próbują podporządkować i identyfikować możliwe destrukcyjne cechy środowiska. Podziały oparte są na ogół na modelach teoretycznych stresu, bądź danych empirycznych (tzw. listy stresorów) [18,19].

Jednym z takich modeli teoretycznych jest model wymagań-kontroli-wsparcia, który został wprowadzony w roku 1979 roku, a przez skorygowany i rozbudowany w sposób empiryczny Karaska i Theorella [20]. Model Karaska zakłada, że stres związany z pracą wynika z braku równowagi pomiędzy wymaganiami w pracy (np. obciążenie pracą, konflikty ról, konflikty interpersonalne, niepewność pracy) a poziomem kontroli lub zasobów, którymi dysponuje pracownik. Według tego modelu, zdrowie lub dobre samopoczucie pracowników w dużej mierze zależy od zrównoważenia wymagań pracy i własnych zasobów. W sytuacji, kiedy żądania stają się wyższe niż zasoby, może to doprowadzić do wystąpienia stresu u pracownika, a wynikającego z przeciążenia pracą. Ponadto przewlekłe występujący stres związany z pracą może powodować zespół wypalenia zawodowego oraz objawy psychosomatyczne występujące na jego podłożu [21,22,23,24].

Według Karaska ilość pracy w stosunku do dostępnego czasu na jej wykonanie generuje z jednej strony znaczącą ilość presji, a z drugiej przerwy, zmuszające do chwilowego porzucenia zadania i późniejszego powrotu. Oprócz tych dwóch wymiarów (presja czasu i liczba przerw) trzecim elementem tego modelu jest wsparcie społeczne [25]. Pracownicy, którzy narażeni są na wysokie wymagania, niewielką kontrolę i ograniczone możliwości socjalne mają dwukrotnie większe ryzyko zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób układu krążenia w porównaniu do osób z niskimi wymaganiami, dużą kontrolą i silny wsparciem społecznym [26].

Z kolei model klasyfikacji zaproponowany przez Coopera i Marshall, skupia się głównie na komponentach stresu związanego z wykonywaną pracą oraz jego wpływie na człowieka i instytucję [11,27,28].

W literaturze fachowej wyróżnia się sześć kategorii mogących być źródłem stresu w pracy:

- czynniki uzależnione od rodzaju wykonywanej pracy - obciążenie pracą, które może mieć charakter ilościowy i jakościowy. Ilościowe obciążenie pracą odnosi się do liczby czynności wykonywanych w danym momencie. Natomiast jakościowe obciążenie pracą to trudności zadania i ilości informacji, które mają być przetwarzane w stosunku do dostępnego czasu [24]. Wysokie obciążenie pracą wiąże się z niskim poziomem dobrego samopoczucia, a co za tym idzie większe ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych [7,21,25].
- czynniki związane z funkcjami pełnionymi w danej organizacji – konflikt ról, niejasność ról, odpowiedzialność za innych ludzi [26, 27]. Konflikt ról ma miejsce, gdy pracownik otrzymuje zadania bez wystarczających zasobów, aby je ukończyć i jednocześnie otrzymuje sprzeczne prośby od osób trzecich [6].
- stres wynikający z interakcji z innymi ludźmi - praca, która wymaga dużych nakładów emocjonalnych od pracownika, planowania i kontroli niezbędnych do wyrażenia pożądanych organizacyjnie emocji podczas interakcji interpersonalnych [29]. Obejmuje radzenie sobie z intensywnymi uczuciami w pracy [30]. Badania przeprowadzone na grupie hiszpańskich pielęgniarek podczas pandemii Covid-19 wykazały, że zwiększony poziomy stresu był o 38% bardziej prawdopodobny w przypadku pracowników zgłaszających wysoki poziom stresu emocjonalnego towarzyszącemu wykonywanej pracy [31]. Natomiast wzrost stresu o 53% był bardziej prawdopodobny w przypadku pracowników zgłaszających na stanowisku konflikty międzyludzkie mające miejsce, między kierownictwem szpitala,

współpracownikami, pacjentami lub krewnymi pacjenta. Konflikty interpersonalne wiążano z problemami zdrowotnymi, zwłaszcza z depresją [32].

- czynniki powiązane z rozwojem zawodowym – niepewność zatrudnienia, nienadążanie za nowościami technologicznymi szczególnie u pracowników będących u schyłku swojej kariery zawodowej, zbyt szybki bądź zbyt wolny awans [16].
- czynniki stresowe powiązane z organizacją i klimatem danego miejsca pracy – brak realnego wpływu na działanie firmy, niemożność podejmowania decyzji, braku kontroli nad pracą [7]. Brak sprawiedliwości organizacyjnej, tak jak stopień, w jakim pracownicy postrzegają, że są traktowani niesprawiedliwie w swoim miejscu pracy i odbieranie braku wzajemności w wymianach społecznych [33,34]. Uważa się, że niska sprawiedliwość organizacyjna jest potencjalnym czynnikiem ryzyka złego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego wśród pracowników [33,35].
- elementy stresowe wynikające z relacji praca-dom – wszystkie czynniki które znajdują się poza miejscem pracy, np. problemy rodzinne, konflikt między organizacją a domem rodzinnym, problemy wynikające z karier zawodowych obojga małżonków [7].

Z kolei model równowagi Smitha i Carayona-Sainforta autorów *The Balance Theory of Job Design Model* [36] określa, że warunki pracy i inne czynniki poza pracą mogą powodować stres u danej osoby. Ten stres może mieć fizjologiczne i psychologiczne konsekwencje. Jeśli stres przekracza możliwości jednostki, może wywołać negatywny efekt na osobę, skutkujące znacznym nadwyrężeniem jednostki. Dochodzi do konfliktu w dopasowaniu między poszczególnymi zasobami, a żądaniami jakie stawia praca. Jeśli stresująca ekspozycja trwa przez dłuższy czas, może to spowodować poważne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego [37]. Smith i Carayon wyróżnili pięć czynników, których wzajemne interakcje z dużym prawdopodobieństwem doprowadzą do obciążenia stresem [7,36,37]:

- cechy osobnicze – np. charakter, temperament, stan zdrowia, umiejętności i zdolności, ambicje;
- zadania – np. brak możliwości sprawdzenia się, presja, postrzeganie, uwaga, pamięć, uczenie się, myślenie, podejmowanie decyzji i język, brak różnorodności w pracy, brak kontroli;
- narzędzia i technologia – np. brak stosownych umiejętności i możliwości do korzystania z najnowszych zdobyczy technologicznych co może skutkować

obniżeniem chęci do pracy;

- fizyczny wymiar środowiska – np. czynniki takie jak temperatura, hałas, czy czystość powietrza;
- czynniki organizacyjne – np. wsparcie społeczne, możliwość rozwoju, nadliczbowe godziny pracy, stałość pracy.

Zgodnie z przytoczoną teorią skutkiem wpływu wymienionych czynników jest przeciążenie, które w konsekwencji może powodować zmiany fizjologiczne tj. zmiany hormonalne, napięcie mięśni. Natomiast na poziomie psychologicznym np. zaburzenia poznawcze, zaburzenia nastroju [7,37].

Jednym z najbardziej rozpowszechnionych w literaturze jest zestaw klasyfikacji zaproponowany przez Cox i wsp. [38], który prezentuje zagrożenia psychospołeczne poprzez nawiązanie do analizy środowiska pracy w jego dwóch płaszczyznach:

- Treści pracy określonej przez: środowisko pracy, specyfika wykonywanych zadań, obciążenie pracą, czas pracy, szybkość pracy;
- Warunki pracy przedstawiane jako czynniki, takie jak: kultura organizacyjna, funkcje pełnione w przedsiębiorstwie, dynamika kariery, stosunek pracy do życia prywatnego [6,38,39].

Jak już wspomniano w literaturze można spotkać się z wieloma teoriami i modelami odnośnie do zagrożeń psychospołecznych, ale mimo występujących różnic pojawiają się też podobieństwa, głównie odnoszące się do skutków działania zagrożeń psychospołecznych. Wszystkie te czynniki (stresory) tworzą źródło stresu, a stres permanentnie oddziałujący w czasie zawsze prowadzi do szkody [11,12,27].

Czynniki stresogenne w pracy pielęgniarki

Rola pielęgniarki zmienia się od wieków. Ewoluuje wraz z postępem medycyny i transformacji społecznych. To, co jest stałe w oczekiwaniach względem kadry pielęgniarskiej to dbałość o wykonywanie procedur medycznych, profesjonalizm, a także szczególne umiejętności z zakresu komunikacji uwzględniające postawę etyczną [40,41,42, 43]. Tak wysokie wymagania skutkują większym narażeniem na wyczerpanie psychiczne i fizyczne [3,44].

Pielęgniarki w czasie wykonywania swoich czynności współpracują z innymi przedstawicielami swojego zawodu, lekarzami, opiekunami oraz z innymi reprezentantami zawodów medycznych. Kooperują z pacjentami i ich rodzinami, często w okolicznościach

bardzo dużego napięcia emocjonalnego. Mają kontakt z całym wachlarzem problemów, które znacznie wykraczają swoim zasięgiem poza granice problemów medycznych. Nierzadko mają naturę psychologiczną, bądź społeczną, odnosząc się do egzystencjonalnych doznań, jakie stanowią np. narodziny, choroba i śmierć [3, 45, 46].

W zawodzie pielęgniarstwa znajduje się dużo płaszczyzn mogących stanowić źródło stresu. Literatura przedmiotu donosi, że ilość stresorów z którymi mają do czynienia wszystkie pielęgniarki podczas wykonywania czynności zawodowych jest porównywalna, natomiast istniejące różnice wynikają ze źródła czynnika stresowego. W roku 1960 po raz pierwszy ukazały się badania na temat stresu w pracy pielęgniarki [3,40.45]. Wykazały one cztery podstawowe czynniki mogące wpływać na zwiększone odczuwanie stresu w zawodzie pielęgniarstwa a mianowicie:

- opiekę nad pacjentami,
- podejmowanie decyzji,
- zmiany w środowisku pracy,
- odpowiedzialność [3, 40,45].

Natomiast Beisert [47] w 2000 roku przedstawiła ciekawą analizę, w której wyróżniła szereg kategorii mogących być źródłem stresu w tym zawodzie:

- jako pierwszy został przedstawiony czynniki wymagań, które są specyficzne dla zawodu pielęgniarstwa. Można do nich zaliczyć pracę w trybie zmianowym skutkującą prowadzeniem nieregularnego trybu życia, styczność z materiałem potencjalnie zakaźnym, czyli wszystkimi wydalinami i wydzielinami pochodzącymi od pacjenta. Są to elementy, których nie można usunąć z codziennej pracy pielęgniarek;
- kolejny czynnik stresotwórczy to znaczne obciążenie psychiczne będące konsekwencją ponoszonej odpowiedzialności za podejmowane decyzje np. podczas przygotowywania i podawania leków, wykonywania zabiegów medycznych, bycie w ciągłej czujności i pod kontrolą otoczenia;
- element niezwykle istotny, to także brak prestiżu zawodu, poszanowania i uznania ze strony opinii publicznej;
- czwartym czynnikiem jest współpraca zespołu terapeutycznego, interakcje z innymi współpracownikami – lekarzami, personelem pomocniczym, ale także z administracją, osobami zarządzającymi daną placówką, z pacjentami i ich rodzinami, którzy często traktują personel pielęgniarski instrumentalnie, z brakiem szacunku.

- piąty czynnik to niskie wynagrodzenie nieadekwatne do wykonywanych czynności i ponoszonej odpowiedzialności oraz złe warunki pracy. Poczynając od braku lub uszkodzonego podstawowego sprzętu niezbędnego do wykonywania czynności leczniczych, złych warunków socjalnych, czy nieprawidłowej organizacji opieki medycznej.

Na powyższe zwracają także uwagę inni autorzy [46,48,49].

Stres, stałe napięcie może także przyczynić się do trwałego uszczerbku na zdrowiu psychicznym oraz fizycznemu [49].

Napięcie w pracy pielęgniarek połączone z dużymi wymaganiami na płaszczyźnie zaangażowania, konieczności ciągłej pracy zespołowej, poczucia odpowiedzialności oraz poświęcenia, może generować przewlekłą reakcję stresową. Z kolei permanentne trwanie w sytuacji konfliktowej może doprowadzić według Seleye'ego [cyt. za 49] do powstania trzeciej fazy stresu, której konsekwencją może być wypalenie zawodowe.

ŚMIERĆ PACJENTA JAKO OBCIĄŻENIE W PRACY ZAWODOWEJ PIEŁĘGNIARKI

Śmierć nie jest przeciwieństwem życia, a jego częścią.

Haruki Murakami, Norwegian Wood

Psychiczne i fizyczne konsekwencje obcowania ze śmiercią pacjenta

Ze względu na specyfikę oraz warunki pracy pielęgniarek, powodujące duże obciążenie psychiczne wynikające z częstego kontaktu z pacjentem umierającym, personel medyczny w sposób szczególny narażony jest na wystąpienie zjawiska przewlekłego zmęczenia. Towarzystwo Pielęgniarskie w Północnej Ameryce definiuje to zjawisko jako stale utrzymujące się odczucie osłabienia zdolności do pracy fizycznej i umysłowej [50].

Elementy wpływające na przewlekłe zmęczenie to ciągły pośpiech, napięcie psychiczne, a także czynniki środowiska danej placówki. Prawdopodobieństwo wystąpienia zmęczenia przewlekłego rośnie wraz z liczbą przepracowanych godzin w ciągu dnia, tygodnia czy zmniejszeniem liczby dni wolnych od pracy. Do przyczyn mogących zwiększyć ryzyko wyczerpania pracą można zaliczyć również charakter pracy, relacje międzyludzkie oraz warunki pracy [52, 53].

Zmęczenie jest zjawiskiem przemijającym, ale niezmiernie groźnym, mogącym charakteryzować się zmniejszoną czujnością, zdolnością działania na poziomie biologicznym, doprowadzając również do niedotlenienia organizmu i w istotny sposób zmniejszając rezerwy energetyczne jednostki. Charakterystycznymi objawami zmęczenia fizycznego są między innymi: senność, bóle głowy, dysfunkcje żołądkowo-jelitowe i bóle somatyczne [54].

Przewlekły stres, będący nieodzownym elementem obcowania z pacjentem umierającym, może doprowadzić nie tylko do zmęczenia fizycznego, ale także zmęczenia psychicznego. W odróżnieniu od przewlekłego zmęczenia fizycznego zmęczenie psychologiczne ma charakter subiektywny, co oznacza, że człowiek doświadcza go pod wpływem obciążeń poznawczych zgodnie z teorią Johna Swallera. Może ono manifestować się takimi objawami jak pobudliwość nerwowa, mniejsza skuteczność wykonywanej pracy, zaburzenia myślenia i/lub koncentracji, bezsenność, a nawet spadkiem libido [54, 55].

Warunki pracy pielęgniarek, na co już wcześniej zwrócono uwagę, znacząco wpływają na jakość ich życia. Praca z pacjentem ciężko chorym/umierającym wymaga często dźwigania/przenoszenia osób ze znacznym ograniczeniem ruchowym. Tego typu czynności

mogą w znacznym stopniu przyczynić się do urazów i wystąpienia dolegliwości bólowych ze strony układu mięśniowo-szkieletowego [56,57].

Przeciążenie aparatu ruchu jest związane również z wielogodzinną pracą w pozycjach w pozycjach wymuszonych, które zaburzają prawidłowe funkcjonowanie kręgosłupa i dużych stawów. Będzie to również miało negatywny wpływ na przemianę materii mięśni, a to z kolei może powodować ich ból i napięcie [55, 57].

Dodatkowym problemem jest niedostateczna ilość osób na dyżurach. Skutkuje to przekraczaniem normy podnoszenia ciężarów. Ponadto brak prawidłowego wyposażenia, które ułatwiałoby dźwiganie pacjentów najciężiej chorych, sprzyja przyjmowaniu pozycji nieergonomicznych znacznie obciążający aparat ruchu [56].

Na rozwój dolegliwości układu ruchu mają również czynniki psychologiczne. Przewlekły stres może manifestować się postacią nadmiernie napiętych mięśni, które będąc w skurczu przyczyniają się do zwiększonego nacisku na dyski międzykręgowe [3,55, 56, 57].

W literaturze zwraca się również uwagę wpływu pracy zmianowej, jako czynnika wyzwalającego, bądź nasilającego, pogorszenie wielu schorzeń. Szczególnie narażone są kobiety, paradoksalnie stanowiąc jednocześnie zdecydowaną większość w tym zawodzie. Wynika to z faktu, że kobiety, ze względu na interakcję między cyklem okołodobowym a rytmem menstruacyjnym, wymagają znacznie więcej snu niż mężczyźni. Niestety zmianowy system pracy jest cechą charakterystyczną dla pracy pielęgniarki. Osoby zatrudnione w systemie zmianowym nieustannie uskarżają się na przewlekłe zmęczenie, bezsenność i problemy w życiu rodzinnym [3,58].

Dowodzono również, że praca w trybie zmianowym powoduje wzrost o 1,4 ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Zaburzony proces wydzielania melatoniny wpływa również na zwiększony odsetek zachorowalności na nowotwory, co wynika z faktu, iż melatonina przeciwdziała wzrostowi komórek nowotworowych [3,58].

Praca w systemie zmianowym wpływa nie tylko na poziom funkcji fizjologicznych, ale również na poziom funkcji poznawczych i co za tym idzie obniżenie jakości samej pracy. Zaburzenie rytmu dobowego znacznym stopniu wpływa również na gospodarkę hormonalną, przyczyniając się do zaburzeń cyklu menstruacyjnego, przyspieszając menopauzę oraz obniżając płodność [58].

Każda jednostka w sposób charakterystyczny dla siebie będzie reagować na elementy zawodowe z którymi zetknie się w miejscu pracy, mimo wszystko nie zostanie to obojętne dla jej zdrowia fizycznego oraz psychicznego [3].

Postrzeganie śmierci przez polskie pielęgniarki

Wielu badaczy starało się uporządkować ludzkie postawy w kontakcie z osobą umierającą. Jedną z najczęściej przytaczanych teorii wyróżnia cztery schematy zachowania [59,60,61]:

- wzorzec negatywny, opierający się na podobnych założeniach jakie przedstawiła Gałuszko w swoich badaniach, czyli postępowaniem polegającym na uprzedmiotowieniu człowieka umierającego i traktowaniu go jak rzeczy, za którą należy wykonać wszelkie czynności uważając, iż takie zachowanie leży w jak najlepszym interesie pacjenta;
- wzorzec indywidualistyczny, opierający się on na założeniu, iż proces umierania jest prywatną sprawą jednostki, która nie powinna obarczać swojego środowiska trudnymi przeżyciami i własnymi emocjami czy oczekiwać opieki w ostatnich chwilach życia;
- wzorzec personalistyczny, który jest przedstawiany jako przeciwstawny do indywidualistycznego;
- wzorzec socjologiczny aspekt śmierci nie można pominąć postaw reprezentowanych przez personel medyczny. Pracownicy ochrony zdrowia, jak mało która grupa społeczna mają bowiem bardzo częsty kontakt z ludźmi znajdującymi się u kresu swojego życia.

W związku z tym można wyróżnić trzy czynniki, od których będą uwarunkowane postawy pielęgniarek względem pacjenta umierającego, a mianowicie [62,63]:

- emocje,
- zachowania,
- doświadczenia.

Profesor de Walden-Gałuszko trafnie założyła, iż te postawy mogą mieć negatywny wpływ na traktowanie pacjenta i objawiać się poprzez przedmiotowe traktowanie podopiecznych oraz ignorowanie ich potrzeb lub mogą mieć charakter pozytywny, wyróżniający się reagowaniem na potrzeby pacjenta oraz ich zaspokajaniem z zachowaniem poszanowania wszelkich praw [64].

Do takich pozytywnych postaw wobec pacjenta umierającego zalicza się zachowania partnerskie, w którym pielęgniarka nie wyręcza pacjenta w czynnościach samoobsługowych, ale stara się mu pomóc zgodnie z wymaganymi potrzebami. Daje to osobie umierającej poczucie sprawności i możliwości decydowania o sobie [64,65].

Zupełnie inną postawę reprezentują osoby przejawiające stosunek filozoficzno-hetero-

centryczny, często prezentowany przez osoby wierzące [66]. Zgodnie z myślą tego modelu główny cel jaki ma osiągnąć pielęgniarz w czasie opieki nad pacjentem to poczucie bycia potrzebnym [66].

Kolejnym rodzajem podejścia do opieki nad pacjentem umierającym można zaliczyć do zachowań negatywnych, ponieważ prezentuje on postawę obojętną wobec pacjenta [67]. Pielęgniarki przyjmują jedynie stanowisko opiekuńczo-pielęgnacyjne, wykonując wszelkie niezbędne czynności i nie chodzą w interakcję z pacjentem. Takie obojętne podejście jest negatywne nie tylko z punktu widzenia pacjenta, ale działa również bardzo niekorzystnie na personel pielęgniarski [67].

Liczne badania powstałe na temat kształtowania się postaw i postrzegania śmierci wśród personelu pielęgniarskiego w Polsce mówią o tym, iż zawsze jest to proces nacechowany emocjami, które będą warunkowały różne zachowania wobec tego zdarzenia. Najczęściej śmierć postrzegana jest jako naturalny proces końca życia, karę, klęskę, nagrodę w życiu wiecznym, samotność, ból.

W jednym z swoich badań Schulz [cyt. za 49] przedstawił trudności, które mogą generować potencjalne źródło lęku doświadczanego w stosunku do śmierci i umierania. Między innymi będą to poniżenie, kara, brak dalszej egzystencji, rozstanie z najbliższymi [49].

Bardzo interesujący wynik uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Slezonę i Krzyżanowskiego [78]. Zaobserwowano pewnego rodzaju uodpornienie się respondentów biorących udział w ankiecie na zjawisko śmierci. Natomiast mimo częściowego przyzwyczajenia się do widoku pacjentów w stanie terminalnym nie powodowało to zaprzestania odczuwania nieprzyjemnych emocji związanych ze zjawiskiem końca życia. Trafna uwagę poczyniono odnośnie do tego, iż całkowity brak odczuwania jakichkolwiek emocji podczas zjawiska śmierci pacjenta może świadczyć o wypaleniu zawodowym [78].

W licznych badaniach można również zaobserwować pewną korelację między wiekiem personelu pielęgniarskiego a wzrostem deklaracji odnośnie do poszanowania godności osób umierających. Zależność taką zaobserwowano między innymi w badaniach Niedojad [59]. Ponadto wykazano wpływ wyższego wykształcenia na znacznie częstsze stosowanie zasad etycznego odnoszenia się do pacjenta w stanie terminalnym [59,68].

W raporcie przedstawionym przez Tolkarz [cyt. za 59] stwierdzono, iż personel pielęgniarski w ponad 50% utożsamia swoje poglądy z tym, że śmierć jest naturalnym końcowym procesem życia każdej istoty ludzkiej.

Można więc zaobserwować, iż znaczna większość pielęgniarek w Polsce przejawia

przejawia pozytywne postawy wobec śmierci i umierania pacjenta, traktując go z godnością i pełnym poszanowaniem jego praw [49].

Zagrożenie wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek

Słaba pozycja pielęgniarek wśród innych zawodów medycznych, niezadawalający poziom zarobków, znaczne obciążenie psychiczne i fizyczne powodują potrzebę reorganizacji wymagań oraz statusu zawodu pielęgniarki [43]. Niezwykle ważnym jest szukanie nowych rozwiązań pozwalających na zwiększenie efektywności i formy modelu opieki. Pielęgniarstwo musi przejść reformę i sprostać wyzwaniom jakie stawia przed nim dzisiejszy świat i społeczeństwo. Są to niezmiernie trudne zadania do realizacji, jednak niezbędne do wzmocnienia pozycji zawodowej poszerzenia kompetencji i samodzielności, czy zmiany wizerunku pielęgniarki. Przedstawiciele tego zawodu dają od dawna znać o niezadowoleniu z zaistniałej sytuacji np. spotykając się licznie na strajkach i wiecach [61,62].

Kolejnym zatrważającym elementem wizerunku współczesnego pielęgniarstwa jest syndrom wypalenia zawodowego, a będącego konsekwencją stresu towarzyszącemu wykonywanej pracy. Stres jest to reakcja ciała na permanentne obciążenie negatywnymi okolicznościami w sytuacji zawodowej. Ciągłe niepowodzenia, niezwykle wysokie wymagania, niesatysfakcjonujące zarobki, niedostateczna ilość personelu oraz konflikty wśród pielęgniarek i/lub z lekarzami, mogą wzmacniać niezadowolenie. Inną ważną przyczyną mogącą generować stres jest brak odpowiedniego wsparcia społecznego, brak umiejętności zapewnienia prawidłowej pomocy emocjonalnej pacjentom, czy brak kwalifikacji towarzyszenia im w ostatnim etapie ich życia. W związku z tym może pojawiać się wcześniej wspomniane wypalenie zawodowe [63,63,64].

W tekstach źródłowych pielęgniarki wymieniane są jako jedna z głównych grup narażonych na wystąpienie wypalenia zawodowego. Cechy osobowościowe, temperament, poziom aspiracji czy umiejętność samokontroli stanowią jedne z głównych czynników powstania syndromu [43,65,66,67].

Zespół wypalenia zawodowego ma swoją dynamikę przebiegu według której można wyróżnić trzy stadia [43,65,66,67]:

- wyczerpanie emocjonalne oraz wypalenie – często ten etap jest bagatelizowany ze względu na swoje podobieństwo do zwykłego przemęczenia. Charakterystyczną dla tej fazy jest utrata energii, motywacji do dalszego działania i często pojawiające się rozdrażnienie, które wpływa na interakcje międzyludzkie powodując ich osłabienie, a czasami generując niepotrzebne konflikty. Mogą pojawić się również objawy

somatyczne, takie jak bóle głowy czy bezsenność.

- drugie stadium pojawia się przy wysokim zmęczeniu emocjonalnym, a charakterystyczna dla tego etapu jest postawa depersonalizacyjna wobec pacjentów
- ostatni etap cechuje się spadkiem celowości swojego działania, swoich kompetencji, celu w życiu oraz znaczne obniżenie jakości wykonywanej pracy.

W sytuacji, kiedy syndrom wypalenia zawodowego obiera taki przebieg może dochodzić do znacznych zaniedbań w pracy i błędów medycznych. Wpływa to nie tylko na środowisko zawodowe, ale także na sytuacje w domu i kontakty z bliskimi [43,65,66,67].

Pocieszający jest fakt, iż istnieje sposób przeciwdziałający wystąpieniu syndromu wypalenia zawodowego, a wszystko zależne jest od wsparcia społecznego, możliwości wymiany myśli i doświadczeń [68].

W licznych publikacjach znajduje się wzmianka, iż zjawiskiem przeciwnym do wypalenia zawodowego jest zaangażowanie, wyrażane odbudowaniem autorytetu, motywacji do ciągłego pogłębiania swojej wiedzy i większego profesjonalizmu. Nie wszyscy jednak zdają sobie z tego sprawę i większość tych umiejętności jest wypracowywana w sposób nieświadomy istnieje jednak sposób na nauczanie się ich. W związku z tym wydaje się koniecznym wdrożenie szkoleń i kursów w zakresie radzenia sobie z syndromem wypalenia zawodowego a także jego zapobieganiu [69].

Większość pielęgniarek deklaruje, iż posiadane kompetencje psychospołeczne nabyły głównie poprzez dotychczasowe doświadczenia w pracy, gdzie przeżyły naturalny trening społeczny. Natomiast dla osób, które nie posiadają wyżej wspomnianych kompetencji organizowane są specjalne szkolenia tzw. Treningi Umiejętności Społecznych (TUS). W czasie trwania takiego szkolenia kursanci w warunkach symulacji doświadczają różnych scenariuszy i w bezpiecznym dla siebie środowisku przeżywają emocje oraz uczą się je prawidłowo rozpoznawać i nad nimi panować [70,71,72].

Umiejętności społeczne pozwalają w sposób prawidłowy regulować procesy przebiegające w samozapoznaniu i autokorekcji. Przyczyniają się do znacznej poprawy relacji interpersonalnych, a duży stopień posiadanych kompetencji społecznych gwarantuje właściwy sposób radzenia sobie ze stresem i pozwala na podejmowanie kolejnych wyzwań. Znaczne umiejętności w zakresie kompetencji społecznych przyczyniają się również do zmniejszenia szans na odejście z zawodu pielęgniarki w szczególności osób na w początkowej fazie kariery zawodowej [43].

METODY RADZENIA SOBIE Z EMOCJAMI PO ŚMIERCI PACJENTA

*Największą bronią przeciwko stresowi
jest nasza umiejętność wybierania jednej myśli zamiast drugiej*
William James

Śmierć a emocje pielęgniarek

W naszej kulturze bardzo często można spotkać się z negatywnymi postawami wobec śmierci [73]. Od początku kojarzona była ona ze stratą, bólem, cierpieniem oraz wieloma innymi pejoratywnymi emocjami [59].

Śmierć pacjenta jest częstą sytuacją zawodową w pracy pielęgniarki, co powoduje, że mimo pożądaných emocji jak opanowanie i spokój, pojawia się w niej również żal i brak nadziei. Ból emocjonalny, jest jednym z elementów mogących zachęcać pielęgniarki do unikania kontaktu z pacjentem umierającym i jego rodziną. Śmierć pacjenta wpływa bowiem negatywnie na pielęgniarki nie tylko w miejscu pracy, ale również w środowisku domowym, gdzie często przenoszone są przeżycia i emocje związane z wykonywanym zawodem [74].

Aby zapewnić poprawę samopoczucia nieświadomie uruchamiane są mechanizmy obronne, takie jak zaprzeczanie, wyparcie czy tłumienie. Jedną z opisywanych reakcji na taki czynnik stresowy jest intensywnie włączenie się w życie oddziału. Ma to na celu odwrócenie uwagi od przykrych emocji towarzyszących podczas opieki nad pacjentem umierającym [75,76].

Obecność przy pacjencie podczas procesu umierania stanowi jedno z największych obciążeń w pracy zawodowej pielęgniarki [75,76].

W momencie przeżywania negatywnych emocji istotne jest zdefiniowanie wykładnika kontroli emocji, wyróżniającego jednostkę o jej subiektywnych umiejętnościach kontroli emocji. „Kontrolowanie nie oznacza, że jednostka stara się reagować za każdym razem tak samo, w określony, zawsze pozytywny sposób. Prawdziwa kontrola to możliwość wyboru reakcji uczuciowych. Zależy ona od zdolności podejmowania decyzji oraz przekonania co do słuszności wyboru” [77].

W literaturze przedmiotu można odnaleźć liczne badania określające poziom reakcji lękowych wśród pielęgniarek w trakcie rozmyślenia o śmierci. Wykazano bowiem, iż sama myśl o śmierci działa w podobny sposób jak obcowanie z nią. Piotrowski i Żemojtel-Piotrowska w swoich badaniach wykazali związek między zwiększonym odczuwaniem lęku

przez śmiercią, a typem osób o cechach bardziej neurotycznych ze zwiększoną reaktywnością emocjonalną [cyt. za 73].

W licznych badaniach potwierdza się stwierdzenie, iż jednym ze sposobów radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami towarzyszącymi śmierci i umieraniu jest ich tłumienie. Jest to niezmiennie nieadaptacyjne radzenie sobie z czynnikiem stresowy gdyż udowodniono, że unikanie i tłumienie negatywnych emocji jedynie je potęguje [74].

Do innych najczęściej pojawiających się emocji jakie pojawiają się w pracy pielęgniarki podczas kontaktu z pacjentem umierającym można zaliczyć gniew, smutek, bezradność, współczucie, a także strach i rozpacz. Zwiększone natężenie tych emocji zaobserwowano np. w hospicjach [74].

W badaniu przeprowadzonym przeprowadzonych przez Sleziona i Krzyżanowskiego [78] wykazano, iż pielęgniarki w znacznym stopniu były w stanie kontrolować stan swoich emocji. Zaobserwowano natomiast pewną dysproporcję między wiekiem a siłą odczuwanych emocji. Osoby młode zdecydowanie częściej doświadczały negatywnych emocji w stosunku do pielęgniarek o dłuższym stażu pracy [78].

W raporcie wyników badań przeprowadzonych przez Zawiaślak [79] wykazano, iż większość pielęgniarek doskonale pamięta swój pierwszy kontakt ze śmiercią pacjenta oraz emocje jakie towarzyszyły temu zdarzeniu.

Według Lazarusa typ przeżywanych emocji oraz model odpowiedzi na stres mają zasadniczy wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne danego człowieka [cyt. za 77].

Koncepcje stresu

W literaturze przedmiotu znanych jest wiele koncepcji postrzegania zjawiska stresu. Za przykład może posłużyć "biologicznej teorii stresu", czyli koncepcja postrzegająca go jako reakcji na działające bodźce zewnętrzne [80-84]. Tym zagadnieniem zajmował się między innymi Hans Selye, który twierdził, że różnorodne czynniki patogenne, czy to psychiczne czy fizyczne obciążają organizm, w konsekwencji zaburzając homeostazę ustroju i powodując wyzwolenie w organizmie odpowiedzi swoistej i uogólnionej odpowiedzi nieswoistej określonej jako zespół przystosowania lub "ogólny zespół adaptacyjny" (GAS - *General Adaptation Syndrome*) – tzw. energii obronnej. Według niego stres jest fizjologiczną reakcją, która jest niezależna od bodźca wyzwalającego, tzn. że różne bodźce prowadzą do podobnych skutków. W typowych przypadkach GAS przebiega w trzech stadiach [80-84]:

- reakcji alarmowej - dochodzi do pobudzenia na osi zmian nadnercza - grasica i w układzie pokarmowym. W fazie tej organizm ma poradzić sobie z powstałym

zagrożeniem przez mobilizację do działania, co obejmuje dwie fazy:

- szoku – pierwsze sygnały pobudzenia organizmu, obserwowany jest wpływ szkodliwego czynnika na organizm. Mogą tu wystąpić zmiany specyficzne (np. zniszczenie tkanki) czy niespecyficzne zmiany fizjologiczne, jak np. spadek ciśnienia krwi czy temperatury ciała
- mobilizacji –faza przeciwdziałania szokowi, uruchamiane są mechanizmy obronne, które pozwalają na poradzenie sobie ze stresem (np. wzrost ciśnienia krwi).
- stadium odporności jest fazą względnej adaptacji. Znikają objawy występujące w pierwszym stadium, pomimo trwania zakłócającej sytuacji. Organizm uzyskuje równowagę na nieco wyższym poziomie niż przed zadziałaniem bodźca, ale dzieje się tak kosztem zwiększenia wydatków energetycznych i pogorszonym radzeniem sobie z czynnikami uznanymi za nieszkodliwe. Organizm całkiem dobrze znosi działanie szkodliwych czynników, przystosowuje się do nich, jednakże w tym samym czasie słabiej znosi działanie innych bodźców (wcześniej nieszkodliwych).
- stadium wyczerpania występuje, gdy szkodliwe czynniki w dalszym ciągu działają. Dochodzi do załamania sprawności funkcjonowania. Powracają zmiany fizjologiczne zaobserwowane w fazie alarmowej Obserwowany jest wzrost ogólnego pobudzenia organizmu na poziomie fizjologicznym, nie jest on jednak wykorzystywany do zwalczania stresu, gdyż zdolności obronne zostały utracone. Następuje całkowite rozregulowanie funkcji fizjologicznych oraz spadek zdolności obronnych. Stadium to może prowadzić do rozwoju choroby, a w skrajnych przypadkach nawet do śmierci.

Opisane przez Selye'go prawidłowości nie można identyfikować ze stresem, ponieważ są fizjologiczną reakcją na stres, który jest pojęciem bardziej abstrakcyjnym [80].

W psychologicznych koncepcjach stresu wyodrębnione są trzy fazy, mające jednak trochę odmienny przebieg [81-84]:

- mobilizacji procesów psychicznych - może trwać od kilku minut do kilku godzin - kiedy podnosi się ogólna sprawność procesów psychicznych o naturze intelektualnej (mobilizacja energetyczna organizmu), dzięki czemu można skutecznie radzić sobie z zagrożeniami, przeszkodami, startami. Faza ta może trwać od kilku minut do kilku godzin
- rozstrojenia – kiedy dochodzi do pogorszenia poziomu funkcjonowania psychicznego, zaburzeniu ulegają czynności poznawcze i koncentracja. Łączny czas trwania fazy

pierwszej i drugiej może w warunkach ekstremalnych wynosić średnio 11 dni.

- destrukcji - może ona trwać do 20 a nawet 60 dni - w jej tracie wszystkie czynności ulegają poważnym zaburzeniom, brakuje możliwości realnej oceny sytuacji, rozpadowi ulegają czynności motywacyjne i programy czynności. Zmiany w tej fazie mogą doprowadzić do chorób psychicznych.

Jedną z najbardziej uznanych psychologicznych koncepcji stresu jest koncepcja transakcyjna Lazarusa i Folkman, w której „stres psychiczny to szczególny rodzaj relacji między człowiekiem a otoczeniem, które to otoczenie człowiek ocenia jako nadwyrażające lub przekraczające zasoby i zagrażającego dobrostanowi” [cyt. za 84]. Stres jest to stan emocjonalny, który powstał w wyniku subiektywnej oceny poznawczej, ważnej dla jednostki sytuacji. „Jednostka ta wpływa zwrotnie na sytuację, dlatego celowe jest użycie terminu <transakcja>, który trafnie oddaje naturę stresu [cyt. za 84]. Według Lazarusa [cyt. za 84] są dwa mechanizmy oceny sytuacji stresowej:

- pierwotnej - gdy bodziec jest klasyfikowany jako zagrażający - uruchamiający dalsze reakcje, bądź niezagrażający, a organizm w tym wypadku nie uruchamia procesu odpowiedzi na bodziec. Człowiek stając w obliczu stresora (każda doświadczana lub przewidywana zmiana), przeżywa emocje o znaku dodatnim (nowa praca - radość, zapał, oczekiwanie) lub negatywnym (utrata pracy - zniechęcenie, strach, złość) i stara się podejmować działania zaradcze.
- oceny wtórnej - w wyniku której zmienia, bądź modyfikuje, swój stosunek do stresującej go rzeczywistości (utrata pracy może zacząć być postrzegana jako szansa na realizowanie pasji, zmianę drogi kariery). Czyni to w zależności od posiadanych zasobów i możliwości radzenia sobie stresem.

Style radzenia sobie ze stresem

Richard Lazarus i Suzan Folkman są twórcami definicji określającej sposób radzenia sobie ze stresem [cyt. za 85]. Definicja ta oparta jest na transakcyjnym modelu stresu i brzmi następująco: ”stres pojawia się wtedy, gdy sytuacja jest postrzegana jako udaremniająca realizację jakiegoś stanu motywacyjnego (lub potencjalnie udaremniająca), powodując wzmożenie afektu i uruchomienie procesów regulacyjnych, których celem jest opanowanie afektu, oraz optymalną kontynuację efektywnego funkcjonowania” [85].

Natomiast Endler i Parker, będący autorami kwestionariusza CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*) uważają, iż każda jednostka posiada indywidualny

i charakterystyczny tylko dla siebie sposób radzenia z sytuacjami stresowymi. Wyszczególnili trzy odpowiedzi jednostki na stres:

- Pierwsza z nich to styl, który jest oparty na skoncentrowaniu na sobie. Cechą charakterystyczną tego sposobu radzenia w sytuacjach stresowych jest skupianie się na własnym ja. Metoda ta jest mało skuteczna, jeśli chodzi o rozwiązywanie problemu, a osoba doświadczająca stresu oddaje się fantazjowaniu i myśleniu życzeniowemu. Skutkuje to dużymi nakładami psychicznymi natomiast nie zmienia w żaden sposób sytuacji jednostki. Główne emocje towarzyszące w tym stylu to złość i smutek.
- Drugim stylem jest styl skoncentrowany na zadaniu. Ten system polega na początkowej reakcji emocjonalnej, natomiast w późniejszym etapie pozwala przyjrzeć się swojemu stanowi, wyciągnąć wnioski i następnie przystąpić do działania. Jednostki z wysokimi wynikami w tej skali mają możliwość opanowania i rozwiązania zaistniałego problemu.
- Ostatnim stylem jest styl skoncentrowany na unikaniu. Osoby posługujące się tego typu radzeniem sobie ze stresem unikają czynnika stresowego poprzez ucieczkę. Jednostka nie chce dopuścić do siebie nieprzyjemnych emocji. Styl ten podzielony jest dodatkowo na dwie podskale. Pierwsza to czynności zastępcze, do których zalicza się picie alkoholu, impulsywne zakupy, objadanie się. Druga podskala - odnosi się do poszukiwania kontaktów społecznych, co ma na celu rozproszyć uwagę i uniemożliwić skupienie się na problemie, powoduje to, że w dalszym ciągu pozostaje on nierozwiązany [3,85].

Zgodnie z teorią cechową głoszoną między innymi przez psychologa Eysencka, w dużej mierze to zbiór osobniczych właściwości danej jednostki determinuje sposób radzenia sobie ze stresem, a osobowość to „względnie trwała organizacja charakteru, temperamentu, intelektu i właściwości fizycznych, które determinują specyficzne sposoby przystosowania się do otoczenia” [cyt. za 3]. Teoria Eysencka zakłada, iż struktura tych czynników ma podłoże biologiczne i składa się z trzech czynników charakteryzujących osobowość danej jednostki tj.:

- P- psychotyczność
- E- ekstrawersja
- N- neurotyczność [cyt. za 85].

Metody radzenia sobie ze stresem (*coping with stress*) Lazarus i Folkman dzielą na

służące [cyt. za 84]:

- zwalczaniu stresu - są bardziej skuteczne, gdyż wpływają na sytuację stresową (poszukiwanie pracy, uczestnictwo w kursach i warsztatach uczących nowych kompetencji zawodowych)
- opanowywaniu emocji - są bardziej skuteczne w przypadku drugiej sytuacji stresowej nie ulegającej zmianie.

Prężność osobowości i jej rola w procesach radzenia sobie ze stresem

Reakcja stresowa człowieka zależy od wielu czynników, do których zalicza się nie tylko stan psychofizyczny danej jednostki, ale także takie czynniki jak wiek, płeć, uwarunkowania osobowościowe a także styl radzenia sobie ze stresem [86,87].

Warto także wspomnieć o roli zasobów danej jednostki, które będą dodatkowo ułatwiać poradzenie sobie z sytuacjami problematycznymi. Jeżeli jednak czynniki osobowościowe posiadane przez jednostkę będą utrudniać rozwiązanie problemu mówi się wtedy o deficytach [87]

Według Moosa i Schaeffera [cyt. za 88] zasoby osobiste w radzeniu sobie są to wewnętrzne aspekty osobowości człowieka, a kiedy mówi się o zasobach środowiskowych, to ma się na myśli wszelkie relacje i sieci społeczne np. rodzina i przyjaciele [cyt. za 88]. Zasoby osobiste, które najczęściej podlegają badaniu to [89]:

- poczucie humoru,
- umiejętność znalezienia sensu,
- poczucie własnej skuteczności,
- inteligencja emocjonalna,
- temperament.

Prężność osobowości to jeden z najważniejszych zasobów w radzeniu sobie z czynnikami stresowymi. Termin ten został wprowadzony przez Jacka i Jeanne Block na początku drugiej połowy XX wieku [cyt. za 87]. Zauważyli oni pewną zależność - występują ludzie z potrzebą silnej aprobaty społecznej oraz tacy, którzy wykazywali zdecydowanie większą niezależność i potrafili zdystansować się od opinii społecznej. Były to jednostki, które nie koncertowały się nadmiernie nad własną osobą. Taki typ cech nazwano „prężnością ego”. Osoba charakteryzująca się takim zbiorem cech wykazywała znacznie szybsze zdolności adaptacyjne do trudnych sytuacji potrafiąc wykorzystać swoje zasoby oraz czynniki zewnętrzne, w konsekwencji trafnie dobierając odpowiednią strategię działania do zaistniałej

sytuacji. Natomiast osoby nie wykazujące tego typu cech odznaczały się znaczną sztywnością postępowania. Odczuwały również znacznie większy niepokój i frustrację [85,87,90].

Jednostki o wysokim poziomie prężności mają umiejętność zmieniania stopnia kontroli swojego ego. Zwiększają, bądź zmniejszają stopień jego udziału uwarunkowując zmianę od tego co bardziej w danej sytuacji jest potrzebne. Dzięki takiej umiejętności jednostki takie znacznie częściej odczuwają pozytywne emocje, charakteryzują się też większą pewnością siebie. Natomiast osoby z małą prężnością osobowości zachowują sztywność zachowań, a ich reakcje oparte są na chaosie i rozproszeniu [87, 89].

W literaturze przedmiotu dość powszechnie przedstawiana jest koncepcja prężności osobowości w kontekście radzenia sobie ze stresem. Podkreśla się także, iż osoba posiadająca prężność osobowości znacznie częściej traktuje sytuacje stresowe jako wyzwanie niż potencjalne zagrożenie. Ma to swoje konsekwencje w tym, iż jednostka wykazująca się takimi cechami znacznie częściej wybiera korzystne strategie radzenia sobie ze stresem [90].

Tugade i Fredrickson [cyt. za 91] tworząc teorię pozytywnej emocjonalności dostrzegli związek pomiędzy pozytywnymi emocjami, a pochodzącymi od nich korzyściami poznawczymi i społecznymi. Teoria ta zakłada, że osoby wykazujące się negatywnymi emocjami mają znacznie zmniejszony zakres możliwych zachowań w stosunku do osób odczuwających przyjemne emocje [86].

Również w badaniach, które zostały przeprowadzone przez Campbell-Sills, Cohan i Stein [cyt. za 87] odniesiono się do wielowymiarowości pojęcia prężności osobowości, na które składały się temperament oraz wyjątkowe zdolności/cechy osobowości pozwalające na aktywne rozwiązywanie problemów. Ten sposób działania ułatwia radzenie sobie z traumatycznymi wydarzeniami życiowymi. Natomiast osoby o niskiej prężności osobowości wybierały style radzenia sobie zorientowane na emocje, pozostawały, niezależnie od sytuacji, zawężone do jednego, charakterystycznego dla nich poziomu kontroli -ego, zaś w obliczu stresu zachowywały się w sposób sztywny i zachowawczy, a ich reakcje były chaotyczne i rozproszone [cyt. za 87].

PROBLEM ŚMIERCI W PRACY ZAWODOWEJ PIEŁĘGNIARKI W LITERATURZE PRZEDMIOTU

*Śmierć sama w sobie nie jest straszna,
lecz tylko mniemanie, że jest straszna, jest straszne*
Epiktet

Śmierć i różne postawy wobec niej były i są ważnym tematem w każdej epoce oraz we wszystkich systemach filozoficzno-religijnych. Za jeden z najstarszych tekstów poruszających temat śmierci uważa się Biblię [91].

Okresem w którym panowało przekonanie, iż życie doczesne jest mniej ważne do życia wiecznego, ale uzależniano śmierć człowieka do tego jak żył (lekka śmierć miała dotyczyć ludzi prawych, a w mękach i cierpieniach ludzi złych, było Średniowiecze [91].

W Renesansie problem śmierci był rzadziej poruszany, a w okresie od końca XIV do XVIII wieku za ideał uważano śmierć spokojną, bowiem człowiek rozmyślał o niej całe życie i w pewien sposób był do niej przygotowany [92].

W Baroku wierzono w bezsilność człowieka wobec nieuchronnie zbliżającej się śmierci, a w okresie Oświecenia traktowano ją nawet jako boską karę [91].

Pod koniec XVIII wieku rozwinęła się idea „śmierci wybawicielki, źródła ukojenia, spokoju, zakończenia bólu, ale także wiary w istnienie zaświatów, gdzie po śmierci łączą się kochające się osoby” [91].

W Romantyzmie wierzono, że strach przed śmiercią to wynik przesądów, strasznych obrzędów pogrzebowych oraz wychowania, że śmierci nie należy się bać, bowiem istnieje „dobra śmierć”, śmierć spokojna, bezbolesna [92]. Twierdzono także, że śmierć jest bardziej straszna dla otoczenia, niż dla samego umierającego [92].

W epoce Młodej Polski z jednej strony nie godzono się ze śmiercią, a z drugiej była ona obiektem pożądania, wybawieniem od codziennego bólu istnienia [92].

W wieku XX śmierć stała się swoistym tabu, na co ewidentny wpływ miało coraz dłuższe życie i postępująca laicyzacja europejskich społeczeństw. Tak więc, za Vuillemin [93], na „przestrzeni wieków postrzeganie śmierci przez społeczeństwo przeszło ogromne zmiany, od łączenia zgonu z przemianą duchową i cielesną do odhumanizowanej medykalizacji śmierci”.

Nie da się jednak zaprzeczyć, że śmierć ciągle jest zjawiskiem powszechnym wywołującym złożone relacje pomiędzy osobą umierającą i osobami nim się zajmującym, jego rodziną, przyjaciółmi, znajomymi. Ze śmiercią oraz umieraniem zawsze ściśle powiązane są różne emocje. W badaniu Niedojad i wsp. [59] np. 69% respondentów wierzyło w życie po śmierci. Z kolei w opinii Pecyny [94] ludzie najczęściej postrzegają śmierć jako: naturalny koniec życia, kojarzą ją z bólem, czymś nieznanym, z samotnością, karą, klęską, ale niektórzy także z nagrodą w życiu.

Z postawami wobec śmierci ściśle powiązany jest także fakt umierania. Hemingway w „Komu bije dzwon” napisał, że „Umieranie jest straszne tylko wtedy, kiedy trwa długo i jest tak bolesne, że upokarza człowieka”.

Według Kübler – Ross [95, 96] w procesie umierania można wyróżnić kilka etapów zróżnicowanych pod względem treści i intensywności umierania oraz akceptacji nieuchronności śmierci. Są etap zaprzeczenia i izolacji, etap gniewu, etap targowania się, etap depresji i etap pogodzenia się [95, 96].

Copp [97] podkreśla, iż współcześnie śmierć nie jest raczej akceptowana jako naturalna część życia człowieka i przez to personel opiekujący się chorym jest ciągle umacniany w swoim lęku przed umieraniem i śmiercią.

W badaniu Sleziony i Krzyżanowskiego [78] doświadczenie śmierci pacjentów u 73% ankietowanych wpływało na postrzeganie ich własnej śmierci, a u 55% również na ich życie osobiste.

Badania CBOS z 2001 roku [98] wykazały, iż 60% dorosłych Polaków nie obawiało się śmierci, a lęk budziła ona u co trzeciej ankietowanej osoby. Z kolei w badaniu z 2019 roku wykazano, że ok. 33% dorosłych Polaków nie myśli o śmierci, a ok. 50% myślało o niej rzadko [99]. W 2001 roku o śmierci często myślało o 11 punktów procentowych więcej osób niż w roku 2019, w tym najrzadziej (56%) byli to ludzie młodzi do 24. roku życia. Z kolei wśród osób mających 75. lat lub więcej, aż 38% często myślało o śmierci, a nigdy nie robiło tego tylko 18%. Często myśli na temat śmierci miał co dziesiąty mężczyzna i prawie co czwarta kobieta, w tym 25% mężczyzn i 47% kobiet w grupie respondentów powyżej 74. roku życia. Śmierci obawiało się 30% ankietowanych, częściej kobiety (35%), niż mężczyźni (25%) [98].

Smith i wsp. [100] analizowali związek pomiędzy chorobą, postawami wobec śmierci, lękiem śmiertelnym i religijnością. Okazało się, że w grupie 20. chorych terminalnie, którzy mieli przed sobą rok życia i wiedzieli o tym, aż 75% stwierdziło, że nie boi się śmierci [100].

W badaniu Guzowskiego i wsp. [101] z grupy 150. losowo wybranych respondentów, aż 41,2% bało się śmierci. W opinii największej (48%) liczby ankietowanych umieranie to nieuchronność i cierpienie, a dobra śmierć, to śmierć bez bólu (45% badanych), zaś zła – to w samotności (60% osób). Słowo „śmierć” kojarzyło się badanym przede wszystkim (50%) ze starością, a słysząc je odczuwali najczęściej (71%) zadumę i refleksję [101].

W opinii Kolbuszewskiego [102], pod koniec XX wieku współistnieją ze sobą:

- kryzys śmierci - unikanie mówienia i myślenia o śmierci, usunięcie jej i umierania z codziennego życia, umieranie większości ludzi w szpitalach i komercyjne podejście do obrzędu pogrzebowego, gdy rodzina fizycznie nie uczestniczy w przygotowaniu zmarłego do pogrzebu
- pornografia śmierci - eksponowanie śmierci (np. filmowe sceny nagłej, gwałtownej śmierci, w grach komputerowych itd.), staje się ona przedmiotem widowiska i fascynacji
- renesans śmierci - dynamiczny rozwój tanatologicznej naukowej refleksji oraz ruchu hospicyjnego, opieki paliatywnej itd.

Szaniawski [103] wyróżnia pięć podstawowych postaw wobec śmierci, zależnych od osobowości:

- ambiwalentna - osoba o takiej postawie boi się śmierci, ale jednak podejmuje próbę myślenia o niej, mając z jednej strony świadomość, że śmierć jest wartością, a z drugiej, że jest tragedią, końcem nadziei, największą niepewnością i smutną koniecznością
- spokojna - akceptowanie śmierci, traktowanie jej nie jako tragedii, ale rodzaju tajemnicy, drogi do odrodzenia, oczyszczenia, a myślenie o śmierci motywuje do zmiany własnego życia
- religijna – ujmowanie śmierci w perspektywie wiary, jako zjednoczenia z Bogiem, częste myślenie o własnej śmierci i bliskich osób, co jednak nie przeszkadza w optymistycznym patrzeniu na życie.
- unikowa - śmierć nie stanowi tragedii, nie przeraża, osoba o takiej postawie nie myśli o własnej śmierci, nie uważa jej za najważniejsze zagadnienie, ale często myśli się o śmierci bliskich.
- przerażona – u osób o takiej postawie śmierć jest centralnym problemem życia, największą niepewnością, dominuje u nich strach przed nią, często o niej myślą, ale to

nie pomaga im w lepszym życiu.

De Walden-Gałuszko [104] uważa, że postawy wobec śmierci mogą mieć charakter negatywny (przedmiotowe traktowanie pacjenta, ignorowanie jego potrzeb) oraz pozytywny (całościowe zaspokajanie potrzeb chorego, poszanowanie jego praw).

W badaniu Guzowskiego i wsp. [101] sposób postrzegania śmierci u badanych kształtowała najczęściej rodzina, ale wpływała na nich najbardziej śmierć bliskiej osoby (58,9%). Większość ankietowanych (92,8%) było jednak przekonanych o tym, iż na postrzeganie śmierci także może wpływać wyznawana religia [101].

Merklinger-Soma i wsp. [107], w grupie 33. mężczyzn ratowników medycznych, wyłonili trzy typy postaw towarzyszących im w czasie kontaktu ze śmiercią: neutralny, zdystansowany i emocjonalny. Zdaniem autorów [107] elementy idealnej postawy jaką przyjmują ratownicy medyczni wobec śmierci reprezentuje typ neutralny.

W badaniu Nyklewicza i Krajewskiej-Kułąk [2] największy odsetek, bo 73%, stanowiły pielęgniarki oceniające w stopniu bardzo wysokim swoje przygnębienie wobec śmierci osoby bliskiej oraz lęk przed śmiercią bliskiej im osoby (69%). Śmierć pacjentów powodowała raczej niski (27%) i średni stopień nasilenia przygnębienia (27%) oraz niski (25%) i średni (32%) stopień nasilenia lęku. Z kolei myślenie o własnej śmierci wywoływało lęk i przygnębienie w stopniu średnim, wysokim i bardzo wysokim [2].

Respondenci z badania Guzowskiego i wsp. [101] częściej myśleli o śmierci najbliższych (16%), niż o śmierci własnej (13,3%).

Krajewska-Kułąk i wsp. [108] stwierdzili w grupie 114. pielęgniarek, iż podczas kontaktu z umierającymi odczuwają one najczęściej: smutek (38,6%), bezradność (32,5%), pokorę (22,8%), a także mają poczucie że gaśnie życie (27,2%). Badanie raczej nie unikały kontaktu z umierającym (51,8%), akceptowały śmierć, jako zjawisko naturalne (40,4%), nie odczuwały lęku (36%), ale też nie akceptowały śmierci, twierdząc iż bezwzględnie należy walczyć o życie chorego do samego końca (34%). Śmierć jako zjawisko naturalne akceptowało 80% osób pracujących najkrócej [108].

Także Mickiewicz i wsp. [109], w grupie 183. losowo wybranych pielęgniarek wykazano, że 37,7% z nich podczas śmierci chorego odczuwało smutek, a 33,3% bezradność. Wrażenie poczucia „czegoś dziwnego, trudnego do opisanego” zadeklarowało 23,5% badanych, pokorę odczuwało 20,8%, poczucie gaśnięcia życia - 17,5%, ulgę wobec cierpienia - 16,9%, poczucie bycia świadkiem jakiejś tajemnicy - 14,2%, żal lub pustkę - po 13,7%, zadumę - 13,1%, strach - 8,2%, spokój - 7,7%, niepewność - 8,2%, poczucie ulgi z powodu śmierci chorego w warunkach komfortu- 6%, a rozpacz - 5,5% osób. W chwili

śmierci podopiecznego modliło się i nie mogło powstrzymać od płaczu 2,2% pielęgniarek. Nic nie czuło 1,6%, a problem z oceną swoich odczuć zadeklarowało 23% respondentek [109].

W badaniach Niedojad i wsp. [59] stwierdzono, że najczęstszymi reakcjami towarzyszącymi personelowi pielęgniarskiemu wobec zgonu pacjenta były: odczuwanie smutku (82%), przyjmowanie śmierci ze spokojem (75%) oraz przerażenie wobec panującej niesprawiedliwości (52%), modlitwa (19%).

Odmienne wyniki odnośnie ostatniego stwierdzenia uzyskali Sleziona i Krzyżanowski [78], bowiem 64% badanych przez nich pielęgniarek stwierdziło, iż wiara w Boga pomaga im w zetknięciu ze śmiercią (64%). Autorzy [78] wykazali także, że pielęgniarki w miarę możliwości starały się towarzyszyć pacjentowi umierającemu oraz jego rodzinie, jednak często w tym czasie odczuwały smutek (70%), współczucie (67%) oraz bezradność/bezsilność (58%).

W badaniach Uchmanowicz i wsp. [110] 80% badanych pielęgniarek odczuwało przygnębienie i smutek w związku z odejściem swoich podopiecznych, co korelowało z wynikami badań Cherny i wsp. [111].

Niedojad i wsp. [78] stwierdzili z kolei, że do najczęstszych emocji towarzyszących pielęgniarkom i pielęgniarzom w obliczu śmierci chorego należały współczucie i smutek, (91%), żal i przygnębienie (70%).

Podobnie pielęgniarkom z badania Ponińskiej i Chojnackiej-Kowalewskiej [113] po śmierci pacjenta towarzyszył najczęściej smutek (65%), rzadziej niechęć do pracy (16%) lub apatia (14%).

Analiza wyników z badania Głowackiej i wsp. [74] pozwoliła na stwierdzenie, że 82,7% respondentek w sytuacji śmierci pacjenta najczęściej odczuwało smutek, 74% - współczucie, 56% - poczucie bezsilności, a 40% - bezradność (40%). Lęk pojawił się u 20% respondentów, a 10% badanych pielęgniarek w sytuacji śmierci pacjenta odczuwało ulgę. Najrzadziej pojawiał się strach i rozpacz (po 5,3%) oraz obojętność (1,3%) [74].

Z kolei w badaniach Zawisłak [79] smutek należał do najczęstszych emocji (39,3%), a następnie była złość (21,4%).

Gołębiak [113] stwierdziła, że reakcjami na obcowanie ze śmiercią pacjenta był lęk (24,3%) i współczucie (17,4%).

Odmienne emocje przedstawili Gaworska-Krzemińska i wsp. [114] w badaniu przeprowadzonym wśród pielęgniarek pracujących w hospicjum. Na pierwszym miejscu uklasowała się w nich bezsilność (67%), a na drugim współczucie (33%). Jednocześnie

okazało się, że wśród personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach ortopedii i wewnętrznym duży odsetek badanych deklarowało uczucie obojętności (odpowiednio 29% i 21%) lub uczucie odrzucenia (po 12% w obydwu grupach) [114].

Sleziona i Krzyżanowski [78] wykazali w grupie 120. osób czynnie pracujących w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarskiego, że 53% respondentów pamiętało swoje pierwsze zetknięcie się ze śmiercią pacjenta, a 58% było świadkiem śmierci, która w szczególny sposób stała się dla nich ważnym i niezapomnianym przeżyciem.

W tym miejscu warto zaznaczyć, że w przypadku pracowników ochrony zdrowia kontakt ze śmiercią jest znacznie częstszy niż u innych osób i już w czasie pierwszych zajęć klinicznych stają się oni świadkami śmierci swoich pacjentów, mogą więc odczuwać lęk oraz dyskomfort z tym związany. Pielęgniarki, w tym bardzo trudnym zadaniu towarzyszenia choremu umierającemu mogą, jak już wcześniej wspomniano, przyjmować wiele różnych postaw względem swoich pacjentów [114].

Sleziona i Krzyżanowski [78] wskazali postawy, takie jak:

- partnerska – traktowanie pacjenta jako partnera, w oparciu o wzajemny szacunek i zrozumienie; postawa ta zakłada, że osoba umierająca posiada własne przekonania oraz możliwość decydowania o tym, co się z nią dzieje, zaś członkowie zespołu interdyscyplinarnego nie negują tego; nie wyręczają chorego w czynnościach, a jedynie pomagają w tych, których sam nie może wykonać z racji swego stanu zdrowia.
- filozoficzno-heterocentryczna - w której najważniejszym celem jest poczucie bycia potrzebnym dla umierającego
- religijna - determinowana stosunkiem do wiary danej osoby
- obojętna – wykonywanie czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych bez nawiązywania kontaktu z pacjentem oraz unikanie najbliższych osób z kręgu człowieka będącego u kresu życia.

Z kolei Baran-Ossak [115] wymienia cztery postawy, jakie pielęgniarki mogą przyjmować w kontakcie z pacjentem umierającym:

- wzmożony lęk w odpowiedzi na jego pytania, spojrzenia, refleksje
- wyraźne unikanie kontaktu z umierającym, z członkami jego rodziny oraz unikanie rozmów na tematy związane ze śmiercią
- zaprzeczanie – przejawiające się całkowitym brakiem akceptacji śmierci, bezwzględną walką o życie do samego końca (bez względu na koszty i środki), zaprzeczanie

negatywnym uczuciom chorego oraz przekazywanie mu wyłącznie informacji budzących nadzieję

- dojrzała akceptacja śmierci, jako zjawiska naturalnego, które trzeba brać pod uwagę, walczyć z nim dopóki to możliwe oraz z którym trzeba się pogodzić, jeżeli się zbliża.

Zadaniem Galster i Strauss [115] postawy dystansujące wobec śmierci przyjmowane przez pielęgniarki wobec umierających są strategią zaradczą, pozwalającą im na kontynuację pracy.

W literaturze przedmiotu [115,116,117] uważa się, że wiek pielęgniarek w istotny sposób kształtuje stopień odczuwanego niepokoju związanego ze śmiercią chorego. Mniejszy niepokój i większą akceptację standardowych procedur opieki nad umierającymi dotyczył starszych wiekiem pielęgniarek. Pracę z umierającymi pacjentami jako stresującą wykazało 79% pielęgniarek z długim stażem pracy, w porównaniu do grupy z krótkim stażem w zawodzie, co może świadczyć o tym, że doświadczenie zawodowe nie powoduje zmniejszenia stresu ani nie uodparnia na smutek i ból [115].

Lęk przed śmiercią wydaje się być naturalną reakcją na zagrożenie, ale niestety, gdy jest silny i absorbujący, może utrudniać podejmowanie zawodowych i życiowych zadań. Spielberger [118] uważa, że lęk to „zbiór subiektywnych, świadomie postrzeganych uczuć obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego” i występuje w obliczu realnych zagrożeń. Jednak źródłem takich emocjonalnych napięć mogą być także myśli.

Piotrowski i Żemojtel-Piotrowska [119] wykazali, że poziom lęku przed śmiercią wzrastał wraz z poziomem reaktywności emocjonalnej i dodatnio korelował z poziomem neurotyzmu i ekstrawersji.

Okazało się, że za Nyklewicz i Krajewska-Kułak [2], że człowiek z taką samą siłą reaguje na słowo „śmierć” i na kontakt z pacjentem umierającym.

W opinii Giezhalsa [120] pielęgniarki mające częsty kontakt z umieraniem i śmiercią w codziennej zawodowej praktyce, wykazują mniejszy niepokój w porównaniu z pielęgniarkami, które mają taki kontakt ale sporadycznie.

Odmienne uważają Hurting i Stewin [121] oraz Denton i Wisenbaker [122] twierdząc, że częsty kontakt ze śmiercią nie wpływa na obniżenie niepokoju.

W literaturze przedmiotu [124] podkreśla się, że lęk przed śmiercią można uznać za zjawisko uniwersalne, które pojawia się stosunkowo wcześnie w psychicznym rozwoju człowieka, ale które jest niejednorodne. Może on dotyczyć własnej osoby, innych osób lub mieć znaczenie abstrakcyjne.

Feifel i Branscomb [125] wyróżnili trzy poziomy lęku przed własną śmiercią:

- świadomy,
- wyobrazeniowy,
- nieświadomy.

W opinii Jastrzębskiego [126] lęk przed śmiercią swoje źródło ma w podstawowych instynktach biologicznych człowieka, takich jak: zachowanie gatunku, czy zachowanie własnego życia i wiąże się z tym nierozdzielnie problem osamotnienia. Autor [126] wyróżnia kilka aspektów tego zjawiska w odniesieniu do lęku przed śmiercią:

- interpersonalny – gdy traci się bliską osobę w wyniku jej zgonu,
- społeczny – związany z zerwaniem więzi rodzinnych w wyniku straty członka rodziny,
- psychologiczny – dotyczący osoby umierającej, która widzi zmiany zachodzące w jej ciele, wyglądzie oraz w zachowaniu osób w jej najbliższym otoczeniu, ma poczucie nadejścia kresu życia.

W badaniu Kucharewicz [127] stwierdzono występowanie szczególnej zależności pomiędzy lękiem przed śmiercią, a poziomem religijności - im bardziej respondenci czuli lęk przed śmiercią, tym ważniejsze były dla nich praktyki religijne.

Nyklewicz i Krajewska-Kułak [2] wykazali z kolei, że podczas rozmyślenia o śmierci aż 74% badanych przeżywało ponadprzeciętnie silny lęk, ponadprzeciętnie silny lęk-cecha występował u 46% badanych, natomiast o sile poniżej przeciętnej u 31%. W innym badaniu ci sami autorzy [128] stwierdzili, że aż 71% studentów pielęgniarstwa na śmierć reagowała przygnębieniem, u 45% występowały zaburzenia emocjonalne o cechach depresyjnych a u 49% - zaburzenia ogólnego stanu zdrowia. Ponad przeciętnie wysoki lęk przed śmiercią stwierdzono u 72% studentów [128].

Warto w tym miejscu wspomnieć, że w literaturze fachowej wyróżnia się także chorobliwy lęk przed śmiercią, który może przybierać formy obaw [129]:

- przed umieraniem (zbliżaniem się do śmierci);
- przed destrukcją ciała po śmierci;
- o pozostających przy życiu (dzieci, współmałżonków, przyjaciół);
- przed nieznanym (np. moralną oceną życia człowieka przez Boga);
- przed śmiercią pozorną (pochowaniem za życia);
- przed śmiercią przedwczesną;
- przed określonym typem śmierci (rak, ciężka choroba, samobójstwo)

- przed śmiercią społeczną (psychologiczną).

Lęk, jak już wspomniano, jest to naturalny stan emocjonalny pojawiający się w życiu codziennym i będący reakcją na stresujące sytuacje. Niestety jednak gdy taki stan niepokoju utrzymuje się dłużej może stać się poważnym zaburzeniem, które uniemożliwia poradzenie sobie z codziennymi sprawami. Staje się wtedy zaburzeniem, może wywierać paraliżujący wpływ na funkcjonowanie danej osoby i być źródłem cierpienia psychicznego [127].

Lewko i wsp. [1] w badaniu 100. pielęgniarek pracujących w stacjach pogotowia ratunkowego na terenie województwa podlaskiego wykazali wyższy poziom wypalenia zawodowego, szczególnie w podskali wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji, związany z częstym rozmyślaniem o własnej śmierci. Z kolei u pielęgniarek uważających, że do zjawiska śmierci można się przyzwyczaić, zaobserwowano niższy poziom subiektywnego poczucia braku osiągnięć osobistych [1].

Warunkiem satysfakcji z wykonywanej pracy jest niewątpliwie zapobieganie negatywnym skutkom stresu i radzenie sobie z nimi. Można stosować różne mechanizmy pozwalające na przetrwanie stresu, zminimalizowanie lub uniknięcie go oraz na zmianę danej sytuacji na mniej stresorodną.

W badaniach Ponińskiej i Chojnackiej-Kowalewskiej [130] pielęgniarki swój stres związany ze śmiercią pacjenta oceniały jako średni (57%) lub wysoki (32%).

Nyklewicz i Krajewska-Kułał [2] w swoich badaniach w grupie 100. pielęgniarek studiujących na studiach II stopnia stwierdzili, że 74% z nich przeżywała ponadprzeciętnie silny lęk związany ze śmiercią. Niestety aż 78% pielęgniarek nieefektywnie reagowała na stres stosując tłumienie gniewu (69% osób), depresji (72%) i lęku (76%). Zadaniową reakcję na stres zarejestrowano u 22% pielęgniarek, styl skoncentrowany na emocjach i skoncentrowany na unikaniu – po 9% badanych. Aż 60% respondentów nie stosowało w dominujący sposób żadnego z omawianych stylów radzenia sobie ze stresem [2].

Radzenie sobie ze stresem, za Jańczak [131] może spełniać dwie funkcje: instrumentalną (zadaniową), która jest zorientowana na problem, poprawę relacji podmiotu z otoczeniem oraz funkcję samoregulacji emocji związaną z obniżaniem przykrego napięcia i łagodzenia innych negatywnych stanów emocjonalnych. Stosowanie przez pielęgniarki stylu skoncentrowanego na zadaniu sugeruje za Strelau i wsp. [89], że mogą one podejmować wysiłki zmierzające do rozwiązywania problemów przez próbę zmiany sytuacji lub poznawcze przekształcenia. Zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem jest charakterystyczny dla osób o wysokiej inteligencji emocjonalnej i wysokich kompetencjach

społecznych [89]. Stosowanie stylu skoncentrowanego na emocjach oznacza, że w sytuacjach stresowych osoby te skupiają się na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, np. takich jak złość, poczucie winy i napięcie, z towarzyszącym myśleniem życzeniowym i fantazjowaniem, niestety nie prowadzących do aktywnych form rozwiązania problemu. Takie osoby cechują się niskimi kompetencjami społecznymi i inteligencją emocjonalną oraz wyższym poziomem neurotyczności [89]. Styl skoncentrowany na unikaniu, polega na wystrzeganiu się myślenia, przeżywania i doświadczania określonych sytuacji stresowych. Osoby takie chętniej podejmują czynności zastępcze, np. sen, oglądanie telewizji, objadanie się, myślenie o sprawach przyjemnych, poszukiwanie towarzystwa innych ludzi [89].

W badaniu Stępień i Szmigiel [132] do najczęstszych sposobów walki ze stresem należały: rozmowy z bliskimi, słuchanie muzyki, pozytywne myślenie oraz uprawianie sportu. Niestety wśród tych sposobów były również takie zachowania, jak: używanie niecenzuralnych słów, objadanie się czy sięganie po używki [132].

W literaturze fachowej [115,133,134,135,137,139] podkreśla się, że u osób które poświęciły większość lub tylko część swojego życia opiece nad człowiekiem umierającym, rodzą się specyficzne zawodowe problemy. Z jednej strony może to sprzyjać nawiązywaniu przyjaznych relacji pacjentami, które zerwane (np. przez śmierć chorego), dotkliwie ranią personel opiekujący się chorym. Z drugiej strony mogą wyzwać postawy dystansowania się od człowieka umierającego i śmierci. Badania w jednym z amerykańskich szpitali wykazały np. że czas reakcji pielęgniarek na dzwonek chorego był najdłuższy w przypadku potrzeby udania się do najcięższych chorych [140].

Z kolei Whitfield [141] potwierdził, że najbardziej obciążające dla pielęgniarek były relacje przyjazne z pacjentem w podobnym od nich wieku. W momencie śmierci pacjenta, pielęgniarka może bowiem obwiniać się za jego śmierć, odczuwać lęk przed własną śmiercią, wpaść w depresję. Z powyższych badań wynika, że aż 61,5% pielęgniarek miało trudności w poradzeniu sobie ze swoimi uczuciami związanymi z odejściem pacjenta [141].

Badania Grugały [142] pozwoliły na stwierdzenie, że generalnie pielęgniarki uznały swoje środowisko pracy za nacechowane stresem. Wykazano także, że poziom stresu występujący u ponad połowy z nich kwalifikował je do grupy, w której jego skutki mogą objawiać się zaburzeniami somatycznymi [142].

Także w badaniu Nyklewicz i Krajewskiej-Kułak [2] aż 39% pielęgniarek kwalifikowało do udzielenia profesjonalnej pomocy zaburzenia stanu zdrowia.

Z kolei badania Gołębiak [113] wykazały, że umieranie i śmierć pacjentów powodują u pielęgniarek problemy ze snem (33%), zmęczenie (17,4%), niechęć do pracy (17,4%)

i napięcie emocjonalne (14,8%).

Następnym źródłem problemów w kontakcie z pacjentem umierającym może być strach przed rozmową z nim lub poinformowanie o śmierci rodziny chorego.

W badaniu Ponińskiej i Chojnackiej-Kowalewskiej [130] lęk przed rozmową z pacjentem umierającym odczuwało 27% badanych, a 39% przed koniecznością informowania rodziny o śmierci.

Nieco mniejszy odsetek pielęgniarek (17,4%) taki strach przed rozmową z osobą umierającą odczuwało w grupie badanej przez Gołębiak i wsp. [142].

Z kolei w badaniu Uchmanowicz i wsp. [143] nawiązanie kontaktu z pacjentem umierającym nie stanowiło trudności dla 82% objętych badaniem respondentek, w przeciwieństwie do odczuć badanych przez Nyklewicz i Krajewską-Kułąk [2], które relacje z pacjentem umierającym oraz jego rodziną określały jako poważne źródło stresu.

Innym źródłem zagrożeń emocjonalnych wynikających kontaktu pielęgniarek ze śmiercią może być, za Nyklewicz i Krajewskiej-Kułąk [128] brak jednoznacznych procedur konstruktywnej opieki nad umierającymi pacjentami oraz odpowiedniego sprzętu. Zdaniem autorów [2] „proces pielęgnowania człowieka umierającego może być niebezpieczny dla zdrowia pielęgniarek w takim samym stopniu, jak podawanie cytostatyków bez zastosowania środków ochrony osobistej, czy też praca przy źródłach promieni jonizujących”.

Potwierdzają to badania Uchmanowicz i wsp. [143], które pozwoliły na stwierdzenie przez 60% respondentek, że oddział, na którym pracują nie jest odpowiednio przystosowany do pracy z człowiekiem w stanie terminalnym.

Także badania Tartas i wsp. [144] wykazały, że dla 70% ogromnym źródłem stresu dla pielęgniarek pracujących w hospicjum było jego nieodpowiednie wyposażenie techniczne.

W opinii 80% personelu pielęgniarskiego badanego przez Uchmanowicz i wsp. [143] jest on odpowiednio przygotowany do pracy z pacjentem umierającym. Niemniej 100% badanych widziało potrzebę dodatkowego szkolenia osób pracujących na oddziałach o wysokim współczynniku śmiertelności pacjentów.

Powyższe potwierdzają także inni autorzy [145,146,147,148]. W ich opinii nawet krótkie szkolenia i kursy mogą przełożyć się na zmniejszenie lęku przed umieraniem, śmiercią pacjenta, a w konsekwencji na poprawę jakości opieki pielęgniarskiej nad pacjentami u kresu życia [145,146,147,148].

Pielęgniarstwo jako zawód wymagający zaangażowania emocjonalnego w sprawy innych ludzi wiąże się ściśle niestety z ryzykiem pojawienia się braku dystansu wobec

problemów pacjentów [149]. Konsekwencją powyższego może być głębokie przeżywanie trosk pacjentów, w tym nawet traktowanie ich jako własnych, zaburzenie obrazu i porządku świata pracowników, zachwianie stabilności, stopniowa utrata energii i wreszcie rozwój wypalenia zawodowego [149].

To także zawód, który wiąże się z obciążeniami fizycznymi związanymi z wykonywaniem czynności w pozycjach wymuszonych, podnoszeniem chorego, ograniczoną swobodą, pracą zmianową, co także nie sprzyja dobremu samopoczuciu, a powoduje zaburzenia funkcjonowania zegara biologicznego [150,151].

To praca związana z wykonywaniem wielu czynności równocześnie, bardzo często pod presją czasu. To również występowanie w pracy sytuacji nieprzewidywanych, np. nagłe pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, nagła konieczność reanimacji, śmierć pacjenta, które doprowadzają do zmęczenia oraz obniżenia komfortu psychicznego [132]. Niestety pielęgniarki często wykazują skłonność do kumulowania negatywnych emocji [152].

W badaniach Uchmanowicz i wsp. [143] odczuwanie stresu związanego z wykonywaną pracą zadeklarowało 90% badanych pielęgniarek i był on skorelowany głównie z odczuwanymi problemami ze snem, brakiem zdolności do koncentracji uwagi oraz brakiem sił, energii i motywacji do dalszej pracy.

Do podobnych wniosków doszli Pawełczak i Gaszyński [153] oraz Kowalczyk i wsp. [154].

Z kolei Andruszkiewicz i wsp. [155] wykazali, że najistotniejszym źródłem stresu w pracy personelu pielęgniarskiego są stosunki z pacjentami i ich rodzinami oraz odpowiedzialność za wykonywane świadczenia.

Japońskie badania przeprowadzone przez Cooper i Marshall [156] wykazały, że głównym powodem stresu były złe stosunki interpersonalne.

Wzorek [157] w swoich badaniach dokonał porównania przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na różnych oddziałach i stwierdził, że zdecydowanie jego wyższy poziom pielęgniarki pracujące na oddziałach intensywnej terapii (OIT) w stosunku do pracujących na innych oddziałach. Istotnym źródłem stresu dla tej grupy pielęgniarek była właśnie śmierć pacjenta, w przeciwieństwie do pielęgniarek z innych oddziałów, gdzie była to głównie nerwowa atmosfera w pracy i zła jej organizacja.

Badania Tartas [144] wśród personelu chirurgii ogólnej i hospicjum pozwoliły na stwierdzenie, że czynnikami stresogennymi były głównie: ogólne obciążenie pracą, słabe wynagrodzenie, niedostateczne wyposażenie i zarządzanie oddziałem szpitalnym oraz trudności w pracy zespołowej.

Także wyniki uzyskane przez Pietraszek i wsp. [158] wykazały, że pielęgniarki, które nie miały kontaktu ze śmiercią i umieraniem w miejscu pracy, istotnie częściej określały stres związany z kontaktem z lekarzami, pacjentami i ich rodzinami.

Skutki doświadczania stresu w miejscu pracy, jak już także wcześniej wspomniano, mają różnorodne konsekwencje, przede wszystkim o charakterze zdrowotnym. W związku tym za podstawowy proces adaptacyjny powinno uważać się umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Z badań Kowalczuk i wsp. [7] wynika, że wsparcie społeczne otrzymywane przez pielęgniarki w miejscu pracy było zróżnicowane i generalnie zostało ocenione jako przeciętne, przy czym częściej otrzymywały je od współpracowników niż od przełożonych. Okazało się, że ocena uzyskiwanego wsparcia malała wraz z wiekiem i stażem pracy, a wzrastała wraz z wykształceniem i praktycznie była taka sama bez względu na zajmowanie lub nie, stanowiska kierowniczego [7].

Badania Cooper i Marshall [19] także wykazały, że brak wsparcia w pracy były powodem stresu. Zbliżone wyniki uzyskano w badaniach Cox i wsp. [28,159], w których niski poziom wsparcia od przełożonych wiązał się z wysokim poziomem stresu odczuwanym przez pracowników.

Modzelewska i Kulik [160] podjęły się próby oceny zapotrzebowania pielęgniarek na profesjonalną pomoc w sytuacji doświadczania stresu oraz objawów zespołu wypalenia zawodowego. Wszystkie respondentki wykazały zainteresowanie taką formą wsparcia, a 86,7% zadeklarowało chęć udziału w spotkaniach grupowych, wspierających się w radzeniu sobie ze stresem i wyczerpaniem emocjonalnym [160].

Niestety w Polsce, za Błaszczak [161] pomimo wyraźnego zapotrzebowania takie profesjonalne grupy wsparcia psychologicznego nie są dostępne zachodnich placówkach medycznych pielęgniarki mają już możliwość udziału w tego typu grupach, a jedną z technik wspierania personelu pielęgniarskiego w radzeniu sobie z obciążeniem psychicznym jest trening redukcji stresu oparty na uważności (*Mindfulness Based-Stress Reduction – MBSR*), który także jest przydatny w przeciwdziałaniu objawom wypalenia zawodowego.

Badania między innymi Vahey i wsp. [162] wykazały, że nasilenie objawów stresu, w tym symptomów wypalenia zawodowego u pielęgniarek ma przełożenie na obniżenie zadowolenia pacjentów z opieki, a badania Ainen i wsp. [163], że także na zwiększoną umieralność pacjentów i zwiększoną rotację personelu pielęgniarskiego.

Powyższe sugeruje konieczność wprowadzenia profesjonalnych oddziaływań, mających na celu przeciwdziałanie konsekwencjom stresu w pracy pielęgniarek.

TANATOFOBIA

Strach przed śmiercią jest okrutniejszy od niej samej

Publiusz Syriusz

Strach przed śmiercią uważany jest za coś naturalnego, jednak już sama nieuchronność śmierci, zwłaszcza w połączeniu z lękiem, powoduje, że ludzie od dawien dawna boją się jej.

W przypadku pracowników mających kontakt z pacjentami (lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny) przeżywanie lęku tanatycznego ma charakter dwukierunkowy [164]. Lęk „jest przestrzenią doświadczania samego siebie, swojej rzeczywistości i własnego otoczenia, zarówno przez pacjenta oraz jego rodzinę, jak i personel medyczny”. Sposób, w jaki jest przeżywany, a także stopień radzenia sobie z nim ma zasadnicze znaczenie dla jakości relacji pacjent–lekarz (personel medyczny), a także rodzina pacjenta–lekarz (personel medyczny) [164].

Już od zarania dziejów, motyw lęku przed śmiercią można odnaleźć w pracach filozofów, pisarzy, artystów. Trudno jest określić źródło „naturalnego” lęku przed śmiercią, ale kiedy przekracza on granice i zaczyna przybierać charakter obsesyjny, zostają uruchamiane negatywne procesy, prowadzące do zaburzeń równowagi psychicznej i emocjonalnej [164-168].

W psychologii po raz pierwszy poruszył ten temat Zygmunt Freud, który zaobserwował u części pacjentów silny, paniczny lęk przed śmiercią [164-168]. Zjawisko to nazwał tanatofobią (z gr. Thantos-bóg śmierci, phobos-strach). Uważał jednak, że lęk przed śmiercią nie może być pierwotną przyczyną problemów pacjentów, a jest skutkiem lęków oraz poczucia braku bezpieczeństwa [164-168]. Twierdził, że w nieświadomości nie ma zaprzeczeń i upływu czasu, tak więc nie można w niej umiejscowić śmierci. Ponadto był zdania, że człowiek tak naprawdę nie jest zdolny do wyobrażenia sobie własnej śmierci. Nawet jeśli próbuje się podjąć tego zadania, to własną śmierć obserwuje się z boku, jest się jej świadkiem, cały czas istnieje się. Uznał więc, że lęki pacjentów, są symptomami nierozwiązanych konfliktów z dzieciństwa [164-168].

Uważa się, że tanatofobia jest jedną z dziesięciu najczęstszych fobii na świecie. Została zaklasyfikowana przez WHO do kategorii zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i jego postacią somatyczną [164-168].

Przyczyny tanatofobii, jak każdej innej fobii, mogą być różnorodne. Najczęściej są to traumatyczne wydarzenia, okoliczności i przekonania, które mogą prowadzić do rozwoju tego zaburzenia psychicznego. Chorobliwy lęk przed śmiercią może mieć więc odmienny wymiar u różnych osób [164-168]:

- fizyczny – traktowanie śmierci jako fizycznego umierania ciała. Ludzie boją się bólu i śmiertelnej choroby, która może wycieńczyć organizm i ograniczyć sprawność, boją się także cierpienia poprzedzającego śmierć i znalezienia się w sytuacji pozbawionej nadziei,
- społeczny – ludzie boją się z jednej strony samotności, opuszczenia przez bliskich, z drugiej – obawiają się pozostawić niedokończone sprawy, które mogą sprawić bliskim kłopoty, np. długi czy brak opieki nad dziećmi, ,
- religijny – ludzie wierzący, niezależnie od wyznania, mają wizję życia po śmierci, przy czym z jednej strony może ona stanowić dla nich nadzieję, że ludzka egzystencja po śmierci się nie kończy, ale z drugiej – stwarzać obawy przed grzechem, lęk czy zasłużyło się na zbawienie, lęk przed tym co spotka ich „po drugiej stronie” nagroda czy kara.

Tanatofobia może być konsekwencją udziału w wypadku/katastrofie, wynikać z doświadczenia poważnej choroby, bycia ofiarą napadu lub nadużycia. Może też być związana z tym, że rodzice często traktują śmierć jako temat tabu, używają eufemizmów na określenie śmierci bliskich osób („dziadek trafił do lepszego świata”, „babcia poszła żyć razem z Bogiem” itp.) oraz sami obawiają się śmierci przenosząc ten strach na swoje dzieci [164-168].

Fobie tanatyczne uważane są za „zaburzenia na tle nerwowym, które objawiają się uporczywym lękiem związanym z szeroko rozumianym przeżywaniem sytuacji, doświadczeń i emocji wynikających z – obiektywnej bądź subiektywnej – percepcji śmierci” [cyt. za 164]. Do najpowszechniej występujących typów tego zaburzenia zalicza się:

- tafefobię (lęk przed pogrzebaniem żywcem)
- tanatofobię (lęk przed śmiercią) [164].

J. W. i J. A. Hoelterowie (1980/1981), [za 164] wyszczególnili osiem elementów typologicznych:

- lęk przed procesem umierania,
- lęk przed wczesną śmiercią,
- lęk o osobę, która cierpi po śmierci,

- lęk przed zniszczeniem istnienia,
- lęk o ciało po śmierci,
- lęk przed nieznanym,
- lęk przed zwłokami,
- lęk fobiczny (strach przed wszystkim, co kojarzy się ze śmiercią).

Lęk przed śmiercią zaczyna przybierać postać tanatofobii w sytuacji, gdy np. konieczność udziału w pogrzebie, wizyta na cmentarzu, widok witryny zakładu pogrzebowego, karawanu, zniczy, wieńców, a nawet przypadkowo zobaczony w telewizji program dotyczący problemu śmierci, prowokuje takie reakcje jak [164-168]:

- trudny do opakowania, paniczny lęk.
- nawracające myśli o śmierci,
- koszmary senne,
- duszność,
- przyspieszony oddech,
- uczucie dławienia i duszenia się,
- kołatanie serca,
- nadpotliwość,
- nudności,
- ból brzucha,
- drgawki,
- drętwienie lub mrowienie kończyn,
- nadmierne pocenie się,
- fale gorąca,
- suchość w ustach,
- zawroty głowy,
- omdlenia.

Tanatofobia może objawiać się emocjonalnie i mentalnie [164-168]:

- unikaniem takich miejsc jak szpital, cmentarz, zakład pogrzebowy,
- hipochondrią lub absurdalnym strachem przed chorobą,
- nieustannym myśleniem o śmierci,
- powiązywaniem informacji o chorobie bliskiej osoby czy dalszych znajomych ze śmiercią,
- pragnieniem ucieczki od obecnej sytuacji, która powoduje cierpienie,

- skrajne unikanie zachowań, które mogą prowadzić do śmierci,
- uporczywe zmartwienie i przerażające lub przytłaczające myśli,
- gniewem,
- smutkiem,
- poczuciem winy,
- uporczywym niepokojem,
- wahaniem nastroju lub depresją,
- utratą wrażliwości i kontroli,
- niekontrolowanymi reakcjami na stresujące sytuacje.

Tanatofobia jest oficjalną jednostką chorobową podlegającą leczeniu. Uważa się, że w przypadku, gdy specyficzne objawy lękowe i somatyczne utrzymują się ponad sześć miesięcy i znacząco przeszkadzają w codziennym funkcjonowaniu należy skorzystać z pomocy specjalisty (psychologa, psychoterapeuty, psychiatry) [164-168].

Metody leczenia tanatofobii to np. [164-168]:

- terapia poznawczo-behawioralna,
- terapia psychoanalityczna,
- konsultacje religijne (z księdzem),
- leczenie farmakologiczne.

WYBRANE METODY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM W ŚRODOWISKU PIEŁĘGNIARSKIM

*Usunięcie stresu ze swojego życia
wymaga czegoś więcej niż samej modlitwy.
Musisz podjąć działania, aby wprowadzić zmiany
i przestać robić wszystko, co powoduje stres.
Możesz nauczyć się uspokajać w sposobie, w jaki sobie radzisz
Joyce Meyer*

Trening redukcji stresu oparty na uważności (*Mindfulness Based-Stress Reduction – MBSR*)

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że uważność nie jest czymś, co należy uzyskać lub nabyć, ponieważ każdy ją ma jako wewnętrzny, dostępny zasób, który czeka „na uwolnienie i wykorzystanie w służbie rozwojowi, zdrowieniu, we własnym życiu” [169-171].

Trening redukcji stresu oparty na uważności (*Mindfulness Based-Stress Reduction – MBSR*) został stworzony w roku 1979 roku przez założyciela Kliniki Redukcji Stresu przy Uniwersytecie w Massachusetts - Jona Kabata-Zinna, (program chroniony prawami autorskimi). „Mindfulness (uważność) określił on jako szczególny rodzaj uwagi [169, 170]:

- skierowanej na bieżącą chwilę,
- świadomej,
- nieosądzającej.”

MBSR to bardzo dobrze ustrukturyzowane, skierowane na uczestnika podejście wykorzystujące „stosunkowo intensywne, świeckie szkolenie w medytacji uważności jako podstawę programu, po to by nauczyć uczestników jak lepiej dbać o siebie i żyć bardziej zdrowo” [cyt. za 170].

Mindfulness oznacza uważność polegającą na celowym, czyli świadomym kierowaniu swojej uwagi na to, co dzieje się i co człowiek odczuwa „tu i teraz” [171].

Model ten jest wykorzystywany (z pewnymi modyfikacjami) w wielu ośrodkach medycznych, a także w placówkach innych niż medyczne, takich jak szkoły, więzienia, środowiska pracy, sportowych programach szkoleniowych [169, 170].

Prawie 40. lat badań [169, 170] potwierdza, że większość uczestników 8. tygodniowego Kursu MBSR, doświadcza:

- „trwałego zmniejszenia objawów fizycznych i psychicznych
- większej energii i entuzjazmu w życiu
- większej zdolności, umiejętności relaksowania się
- poprawy samooceny
- zmniejszenia poziomu/nasilenia bólu i zwiększenia zdolności do radzenia sobie z chronicznym bólem
- umiejętności radzenia sobie bardziej efektywnie w sytuacjach stresowych zarówno krótko- jak i długotrwałych”.

Poprzez praktykę uważności uczy się [cyt. za 170]:

- w jaki sposób odnosić się bezpośrednio to tego, co się wydarza w życiu, cokolwiek by to nie było
- w sposób świadomy, systematycznie pracować z własnym stresem, bólem, chorobą oraz wyzwaniami i wymaganiami codziennego życia.

Uważa się, że MBSR jest metodą pomocną dla osób, które chcą poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia (które chcą skoncentrować się na zapobieganiu i które chcą się nauczyć w jaki sposób dbać o siebie i jak osiągnąć poczucie większej równowagi i odporności) oraz doświadczają [169, 170]:

- stresu (w pracy, szkole, rodzinie, finansach, chorobie, starzeniu się, smutku, niepewności co do przyszłości);
- psychicznego cierpienia (wywołanego zaburzeniami lękowymi, napadami paniki, depresją, zmęczeniem, zaburzeniami snu);
- choroby (w tym przewlekłych chorób, chronicznego bólu, nadciśnienia, fibromialgii, z diagnozą nowotworową, chorób serca, astmy, chorób skóry, bólu głowy i wielu innych);

Polskie Towarzystwo Mindfulness [169] na swojej stronie internetowej podaje, że istnieją badania „potwierdzające skuteczność MBSR jako metody stosowanej w pracy z osobami w różnej kondycji medycznej i psychicznej”. Przedstawia także listę wybranych dolegliwości, diagnoz medycznych, psychologicznych, psychiatrycznych, w których wykazano skuteczność treningu [169]:

- Lęk (Hoge E.A., Bui E., Marques I. et al. Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity, J Clin Psychiatry, 2013, 74(8), 786-792).

- Zespół lęku uogólnionego (Hoge E.A., Bui E., Palitz S. A, et al. The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder, *Psychiatry Res.*, 2018, 262, 328-332).
- Stres (Baer R.A., Carmody J., Hunsinger M. Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program, *J Clin Psychol.*, 2012, 68(7), 755-765).
- Astma (Pbert L., Madison J.M., Druker S., et. al., Effect of mindfulness training on asthma quality of life and lung function: a randomised controlled trial, *Thorax*, 2012, 67(9), 769-776).
- Choroby serca (Sullivan M.J., Wood L., Terry J. et al. The Support, Education, and Research in Chronic Heart Failure Study (SEARCH): a mindfulness-based psychoeducational intervention improves depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure, *Am Heart J*, 2009, 157(1), 84-90).
- Chroniczny ból (Reiner K., Tibi L., Lipsitz j.D.. Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature, 2013, 14(2),230-242),
- Cukrzyca (Hartmann M., Kopf S., Kircher C. et. al., *Diabetes Care*, 2012, 35(5),945-947)
- Fibromialgia (Schmidt S., Grossman P., Schwarzer B. et al., Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial, *Pain*, 2011, 152(2), 361-369)
- HIV (Duncan L.G., Moskowitz J.T., Neilands T.B. et al, Mindfulness-based stress reduction for HIV treatment side effects: a randomized, wait-list controlled trial, *J Pain Symptom Manage.*, 2012, 43(2), 161-71.
- Nadciśnienie (Hughes J.W., Fresco D.M., Myerscough R., et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for prehypertension, *Psychosom Med.*, 2013, 75(8), 721-728).
- Nowotwór (Carlson L.E., Doll R., Stephen J. et al. Randomized controlled trial of Mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer, *J Clin Oncol.*, 2013,1,31(25):,3119-3126).
- Uderzenia gorąca (Carmody, Crawford, Salmoirago-Blotcher, Mindfulness training for coping with hot flashes: results of a randomized trial, *Menopause*, 2011, 18(6), 611-620).
- Zaburzenia układu pokarmowego (Zernicke K.A., Campbell T.S., Blustein F.K., et al. Mindfulness-based stress reduction for the treatment of irritable bowel syndrome

symptoms: a randomized wait-list controlled trial, *Int J Behav Med.*, 2013,20(3),385-396).

- Zaburzenia nastroju (Hofmann S.G., Sawyer A.T., Witt A.A. et al, The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2010, 78(2), 169-183)
- Zaburzenia snu (Andersen S.R., Wurtzen H., Steding-Jessen M. et al. Effect of mindfulness-based stress reduction on sleep quality: results of a randomized trial among Danish breast cancer patients, *Acta Oncol.*, 2013, 52(2):336-344).
- Zaburzenia odżywiania (Levoy E., Lazaridou A., Brewer J. et al. An exploratory study of Mindfulness Based Stress Reduction for emotional eating, *Appetite*, 2017, 1, 109, 124-130.

Przykłady skuteczności MBSR w pielęgniarstwie

Green i wsp. [172] dokonali przeglądu recenzowanych badań bezpośrednio związanych z wpływem na pielęgniarki doświadczające stresu i/lub wypalenia zawodowego, redukcji stresu opartej na uważności. Wyniki analizy wykazały, że medytacja uważności skutecznie zmniejszała stres, wypalenie zawodowe u pielęgniarek, poprawiała wszystkie aspekty wypalenia zawodowego oraz zwiększała odporność, poziom współczucia i regulację emocjonalną [172].

Badanie przeprowadzone w Korei przez Song i Lindquist [173] w grupie pięćdziesięciu studentów pielęgniarstwa, w formie dwugodzinnych cotygodniowych sesji, trwających przez osiem tygodni, wykazało, że MBSR jest skutecznym, nefarmakologicznym sposobem redukcji stresu, depresji i lęku, także poprawiającym uważność.

Powyższe potwierdziły także badania Kanga i wsp. [174] w grupie 41 koreańskich studentów pielęgniarstwa podzielonych na grupy eksperymentalną i kontrolną. Grupa eksperymentalna uczestniczyła w 90.minutowych sesjach przez osiem tygodni. W grupie kontrolnej nie zastosowano żadnej interwencji. Autorzy wykazali, że program radzenia sobie ze stresem oparty na medytacji uważności był skuteczną interwencją dla studentów pielęgniarstwa, zmniejszającą ich stres i niepokój i można go zastosować do radzenia sobie ze stresem u studentów pielęgniarstwa [174].

Van der Riet i wsp. [175] zastosowali (7 tygodni) trening uważności celem obniżenia poziomu stresu w grupie 14 studentów I roku położnictwa i pielęgniarstwa. Po treningu studenci wskazywali na lepsze parametry snu, większą „uważność” w stosunku do siebie

i innych, lepszą koncentrację i jasność myśli oraz twierdzili, że nauczyli się rozpoznawać objawy stresu i stosować odpowiednie metody obniżania jego poziomu [175].

Oureur i wsp. [176] zastosowali trening uważności celem poprawy samopoczucia psychicznego w grupie 20 pielęgniarek i 20 położnych. Trening miał formę warsztatów, w formie dwudziestominutowych sesji, prowadzonych raz dziennie przez osiem tygodni. W ich trakcie uczestnicy opisywali własną motywację do uczestniczenia w zajęciach, sytuacje w pracy (sympatyczne i stresowe) oraz ich wpływ na myśli, emocje, odczuwanie stresu u badanych. Ćwiczyli także różne techniki koncentracji i uczyli się, jak stosować je w codziennym życiu. Autorzy badania stwierdzili istotną poprawę parametrów zdrowia psychicznego, wzrost poczucia koherencji i mniejszy poziom stresu. Uczestnicy treningów podkreślali relaksujący wpływ sesji, zauważyli zwiększenie uważności w codziennych sytuacjach i odczuwali jej pozytywny wpływ na emocje i odbiór rzeczywistości [176].

Yang i wsp. [177] podzielili losowo 100 pielęgniarek psychiatrycznych (w tym 68 kobiet i 32 mężczyzn, z trzech szpitali w prowincji Hunan w Chinach) na grupę interwencyjną i kontrolną (po 50 respondentów w każdej grupie). Jako interwencję psychologiczną w grupie interwencyjnej zastosowano terapię MBSR. Przed i po interwencji obie grupy oceniano za pomocą skali *Symptom Checklist-90* (SCL-90), *Self-Rating Depression Scale* (SDS), *Self-Rating Anxiety Scale* (SAS) i *Nursing Stress Scale* (NSS). Po interwencji wynik SCL-90 grupy interwencyjnej, wyniki SDS, SAS oraz w NSS grupy interwencyjnej znacząco się zmniejszyły i zaobserwowało się statystycznie istotną różnicę w stosunku do wyniku przed interwencją ($P < 0,001$). Nie stwierdzono natomiast istotnych statystycznie różnic w grupie kontrolnej ($P > 0,05$) [177].

Wzmacnianie odporności psychicznej

Odporność psychiczną budują następujące elementy [178,179]:

- autorelacja – bycie w stałym dobrym kontakcie z samym sobą, na bieżąco zdawanie sobie sprawy co się dzieje, dzięki czemu można szybko reagować, nie dopuszczając do samo opuszczania, na bieżąco korzystanie z mądrości trzech sfer świadomości: ciała, uczuć i myśli.
- pewność siebie – poczucie jakim się jest, świadomość swoich uczuć, potrzeb, cech, potencjałów i obszaru do pracy, akceptowanie siebie i potrafienie sobie to wyrażać, dobre czucie się ze sobą.

- samoregulacja – umiejętność zarządzania własną energią by czuć się dobrze i być efektywnym w działaniach, znajomość skutecznych sposobów/technik schodzenia z napięcia i auto-relaksu, umiejętność radzenia sobie z trudnymi uczuciami w trakcie i po danym wydarzeniu, zarówno w relacji z innymi jak i z samym sobą.
- sprawczość – znajomość swoich aktualnych potrzeb i wartości zgodnie z którymi można świadomie wybrać, zdecydować, zaplanować i stawiać granice, umiejętność zarządzania własnym czasem i życiem.

W literaturze funkcjonuje model 4C - 4 filary silnej psychiki, który składa się z [179]:

- wyzwań (*Challenge*), czyli postrzegania wyzwań jako szanse na rozwój osobisty/biznesowy – podejmowanie ryzyka, nauka poprzez własne doświadczenia,
- pewności siebie (*Confidence*), czyli wysokiego poziomu wiary w swoje możliwości i kompetencje (tak emocjonalne, społeczne, jak i zawodowe), pewność w relacjach interpersonalnych,
- zaangażowania (*Commitment*), wytrwałości i sumienności w realizowaniu zadań, a także poczuciu odpowiedzialności za jakość wykonania zadań, osiągnięcie zamierzonych celów,
- poczucia wpływu (*Control*), czyli przekonania o tym, że mamy wpływ na swój los, umiejętność zarządzania emocjami, .

Wzmacnianie odporności psychicznej (*PAR - Promoting Adult Resilience*) jest określane jako wewnętrzna siła, umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz „wychodzenia cało” z opresji psychicznej [cyt. za 178]. Metoda składa się z siedmiu modułów:

- zrozumienie, na czym polega odporność
- uświadomienie sobie, czym jest stres i jak go neutralizować
- pokazanie problemów związanych z mówieniem i myśleniem źle o samym sobie
- zrozumienie, że można czerpać siły z pokonywania trudności
- wzmacnianie pozytywnych relacji z innymi ludźmi
- radzenie sobie w sytuacji konfliktowej
- generowanie rozwiązań sprzyjających dobremu samopoczuciu.

Czynnikami środowiskowymi, sprzyjającymi nabywaniu większej odporności, są m.in. [178]:

- rozwijanie swoich pasji i zainteresowań w czasie wolnym od pracy (muzyka, czytanie, fotografia, aktywność fizyczna, joga itp.),

- wsparcie w rozwiązywaniu problemów (np. spotkania pozwalające na sygnalizowanie i omawianie aktualnych problemów w miejscu pracy, dzielenie się doświadczeniami ze współpracownikami, wzajemne informowanie się o publikacjach podnoszących wiedzę zawodową),
- wprowadzenie tradycji świętowania w zespole pracowniczym indywidualnych sukcesów.

Przykłady skuteczności PAR w pielęgniarstwie/położnictwie

Cam i Buyukbayram [180] dokonali przeglądu badań przeprowadzonych w grupie pielęgniarek, opublikowanych w latach 2007-2016 i dotyczących czynników mających związek z odpornością w tej grupie zawodowej oraz stosowanymi strategiami jej wzmacniania. Pozwoliło to na wyciągnięcie wniosku, że wysoka odporność pozostawała w relacji z postawą zawodową i pozytywnie wpływała na osiągnięcia życiowe i zawodowe [180].

Badania Foster i wsp. [181], w których zastosowano PAR, przeprowadzono w grupie 29 pielęgniarek psychiatrycznych w Australii. Celem ich były: konfrontacja z przeciwnościami losu; wzmocnienie zrozumienia odporności; wzmocnienie odporności i stosowania umiejętności odporności w pracy. Pielęgniarki uświadomiły sobie, że odporność jest nie tylko umiejętnością radzenia sobie ze stresem, panowania nad własnymi emocjami oraz niepoddawania się pomimo napotykanych przeszkód, ale też zdolnością uczenia się, poznawania własnych możliwości i samorozwoju. Wzmocniły także swoją odporność, ponieważ uświadomiły sobie, że stres może wiele nauczyć (wzrost posttraumatyczny). Przekonały się także, że należy dbać o dobre samopoczucie swoje i współpracowników oraz że poznane metody wzmacniania odporności są skuteczne nie tylko w pracy, ale też w życiu rodzinnym. Dzięki poznaniu metod wzmacniania odporności nauczyły się traktować stresory jako wyzwania, a nie przeszkody. Przekonały się, że można sobie z nimi radzić i nauczyły się panować nad własnymi reakcjami emocjonalnymi. Zauważały też poprawę jakości własnej pracy. W opinii Fostera i wsp. [181] PAR przynosi korzyści nie tylko na poziomie indywidualnym, ale też: grupowym.

McDonald i wsp. [182] w badaniach przeprowadzonych wśród 14 pielęgniarek i położnych, również wykazano, że program PAR wzmacniania odporność i ma pozytywne rezultaty zarówno z punktu widzenia indywidualnego, jak i grupowego. Podstawowe efekty interwencji przyniosły korzyści w obszarach osobistych i zawodowych, polegające na zwiększeniu pewności siebie, samoświadomości, asertywności i dbania o siebie [182].

Maeler i wsp. [183], w randomizowanym i kontrolowanym dwunastotygodniowym badaniu interwencyjnym, grupy pielęgniarek z oddziałów ratunkowych szpitali akademickich i grupa kontrolna wypełniły pytania demograficzne oraz poddane były pomiarom odporności, lęku, depresji, zespołu stresu pourazowego (PTSD - *post-traumatic stress disorder*), zespołu wypalenia zawodowego, przed i po interwencji. Interwencja obejmowała dwudniowe warsztaty edukacyjne, pisemne sesje ekspozycji, sesje doradcze wywoływane zdarzeniami, ćwiczenia redukujące stres oparte na uważności oraz protokół ćwiczeń aerobowych. Pielęgniarki w ramieniu interwencyjnym wypełniły także ankiety dotyczące zadowolenia z każdego elementu interwencji. Analiza wyników pokazała istotne obniżenie poziomu depresji i symptomów stresu pourazowego po zakończeniu warsztatów [183].

Trening rozwijania inteligencji emocjonalnej

Inteligencja emocjonalna, została zdefiniowana po raz pierwszy w roku 1990 przez Petera Saloveya i Johna Mayera, a następnie w roku 1995 przez amerykańskiego publicystę i psychologa, Daniela Golemana. Odnosi się do umiejętności społecznych i dzięki niej, rozumie się emocje własne oraz otaczających osób. Jeżeli traktuje się emocje jako drogowskazy, jest się w stanie komunikować się zrozumialej, budować lepsze relacje interpersonalne oraz zarządzać emocjami w codziennej pracy [184,185].

Goleman inteligencję emocjonalną rozumie jako „zdolność rozpoznawania własnych uczuć i stanów emocjonalnych innych oraz umiejętność skutecznego motywowania się i kierowania emocjami własnymi, a także osób, z którymi łączą nas jakieś więzi”. Jest więc to połączenie empatii, motywacji, samokontroli, logiki, zdolności przystosowywania się i zarządzania emocjami cudzymi oraz własnymi [185].

Według Golemana [185], inteligencja emocjonalna obejmuje kilka kompetencji emocjonalnych, takich jak:

- samoświadomość - oznaczająca wiarę w siebie i we własne możliwości, ale też uzmysłowienie sobie, kim naprawdę się jest,
- samoregulacja - polegająca na kontrolowaniu siebie i panowaniu nad silnymi emocjami, które rządzą daną osobą i kierowaniu ich na drogę pozytywnych odczuć i konstruktywnych celów,
- empatia - umiejętność dostrzegania i rozpoznawania uczuć, wartości i potrzeb innych, okazywania im wrażliwości i „stawiania się na ich miejscu”,

- motywacja - umiejętność pełnego angażowania się i dążenia do osiągnięcia założonych celów,
- umiejętności społeczne - polegające na poprawnym radzeniu sobie z własnymi emocjami w relacjach społecznych oraz na zdolności poprawnego interpretowania sytuacji społecznych, by unikać konfliktów i problemów komunikacyjnych.

Trening rozwijania inteligencji emocjonalnej w pielęgniarstwie

Badania przeprowadzone w Polsce przez Ogińska-Bulik [185] w grupie 330 osób wykonujących zawód lekarza, pielęgniarki, nauczyciela, kuratora sądowego i menedżera, wykazały istotną negatywną korelację pomiędzy inteligencją emocjonalną i odczuwaniem stresu w pracy. W opinii autorki oznacza to, że wysoka inteligencja emocjonalna sprzyja mniejszej podatności na stres [185].

Yamani i wsp. [186] także wykazali związek między inteligencją emocjonalną (szczególnie w zakresie samoświadomości i samokontroli a stresem w pracy), wśród 202 przedstawicieli kadry dydaktycznej Uniwersytetu Nauk Medycznych w Iranie.

Jurado i wsp. [187] przebadali 1777 pielęgniarek używając kwestionariusza postrzeganego stresu, ogólnej skali poczucia własnej skuteczności oraz krótkiego badania inteligencji emocjonalnej. Wyniki badania sugerują, że jednym ze sposobów zmniejszenia stresu pielęgniarek powinna być pomoc w poprawie ich inteligencji emocjonalnej, w ramach specjalnych programów (dostosowanych do specyfiki obu płci) [187].

W badaniu Nespereira-Campuzano i Vázquez-Campo [188] wzięło udział łącznie 60 pielęgniarek, w tym 36 wykwalifikowanych i 24 pomocnicze. Wykazano niedobór opieki emocjonalnej, natomiast klarowność emocjonalna i naprawa emocji mieściły się w granicach normy. Poziom wypalenia próbki był średnio-wysoki. Okazało się, że inteligencja emocjonalna była powiązana ze stresem w pracy, a zrozumienie własnych stanów emocjonalnych miało ewidentny wpływ na samorealizację badanych [188].

Yildirim-Hamurcu i Terzioğlu [189] objęli badaniem 341 studentów pielęgniarstwa. Wykazano, że „zadania i obciążenie pracą”, a także „opieka nad pacjentami” były największymi źródłami stresu podczas zajęć klinicznych. Stwierdzono, że poziom inteligencji emocjonalnej wykazywał istotną ujemną korelację z odczuwanym stresem. Autorzy sugerują konieczność rozwijania u studentów poziomu inteligencji emocjonalnej [189].

Yaseen i wsp. [190] oceniali rolę wymiarów inteligencji emocjonalnej w przewidywaniu reakcji radzenia sobie ze stresem u 201 praktykujących pielęgniarek

akademickich. Pielęgniarki które nie potrafiły regulować własnych emocji, były osobami o wyższym poziomie odczuwanego stresu [190].

Barr [191] przeprowadził przekrojowe badanie korelacyjne w grupie 123 pielęgniarek z oddziałów intensywnej terapii, wykorzystując kwestionariusze samoopisowe dotyczące stresu pielęgniarskiego (skala stresu pielęgniarskiego), cechy inteligencji emocjonalnej (skala oceny emocji) oraz dystresu psychicznego i dobrostanu emocjonalnego (Inwentarz Zdrowia Psychicznego). Wykazano, że stres pielęgniarski powodował cierpienie psychiczne. Poziom inteligencji emocjonalnej, jako cechy, sprzyjał wzrostowi dystresu psychicznego i dobrostanu emocjonalnego. Cecha inteligencji emocjonalnej nie łagodziła wpływu stresu pielęgniarskiego na cierpienie psychiczne i dobrostan emocjonalny. Autorzy sugerują, że powinno się podjąć działania przeciwdziałające kontrolowanym stresorom związanym z pracą i wspierać kompetencje emocjonalne pielęgniarek, ponieważ zarówno czynniki środowiskowe, jak i osobiste mają wpływ na ich zdrowie psychiczne [191].

PODSUMOWANIE

*Osoba pracująca powinna również mieć czas na odświeżenie się,
przebywanie z rodziną, zabawę, czytanie,
słuchanie muzyki, uprawianie sportu.
Kiedy praca nie pozostawia miejsca na zdrowy wypoczynek,
odpoczynek regenerujący,
wówczas staje się niewolnictwem.
(Papież Franciszek)*

Praca zawodowa jest jedną z najważniejszych form działalności człowieka i może wpływać na niego zarówno pozytywnie, jak też być źródłem dyskomfortu psychicznego i frustracji.

Kondycja zdrowotna pracownika zależy przede wszystkim od jego umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresujących. Z kolei jakość zwalczania sytuacji stresowych zależy od postrzegania samego siebie oraz własnych potencjalnych możliwości, w kontekście konkretnej sytuacji stresowej.

W ostatnim okresie ewidentnie wzrosło zainteresowanie występowaniem stresu w środowisku pracy pielęgniarek, ponieważ ta grupa zawodowa narażona jest na oddziaływanie różnych czynników stresogennych związanych z ratowaniem życia pacjentów.

W swojej pracy zawodowej pielęgniarki o wiele częściej, niż inne osoby, doświadczają kontaktu ze śmiercią, dlatego mogą być bardziej narażone na przeżywanie lęku oraz destrukcyjnego działania negatywnych emocji w efekcie takich okoliczności jak np. pierwszy kontakt ze śmiercią, młody wiek pacjenta umierającego, nawiązanie pozytywnych więzi z chorym, krótki staż pracy, śmierć bliskiej osoby w niedawnym okresie, co może mieć wpływ na poziom odczuwanego lęku i umiejętność kontroli emocji.

Trudne sytuacje w pracy pielęgniarki, to takie które wywołują silne emocje lub wiążą się z nawrotami wspomnień, jak śmierć pacjenta, ale to także bycie świadkiem silnych, autentycznych przeżyć jego rodziny.

Podkreślić należy, że z każdą śmiercią generalnie wiąże się smutek i lęk o utracony czas, o niedoświadczenie życia, pojawia się poczucie niesprawiedliwości. Takie automatyczne myśli są naturalne i oczywiste. Każdy człowiek umiera jednak inaczej, dlatego bardzo istotne jest, aby zespół terapeutyczny dostrzegał konieczność indywidualizacji pomocy wobec pacjentów terminalnych.

Opieka nad umierającym pacjentem, zapewnienie równowagi pomiędzy funkcjami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi, stanowi trudne wyzwanie dla pielęgniarek, położnych i rodziny pacjenta. Niezależnie od rodzaju sytuacji, ważne jest, aby w pracy minimalizować czynnik stresu, ponieważ w dużym stopniu wpływa on na pracę jednostki i całego zespołu.

Obcowanie z pacjentami umierającymi to także bogate doświadczenie dla personelu medycznego, ale wymaga od nich odpowiedniego przygotowania oraz właściwej postawy.

Kontakt ze śmiercią chorych wiąże się bowiem z przeżywaniem różnorodnych emocji, co niejednokrotnie wpływa na psychikę pielęgniarek oraz ich stosunek do życia.

Podsumowaniem niech będą słowa Elizabeth Kübler-Roos „Ze wszystkich lęków człowieka lek przed śmiercią jest najbardziej nieuchronny i niechybny... Śmierć to nadal niesmaczne, ale nieuniknione wydarzenie, o którym rzadko się mówi. Można by pomyśleć, że wychowany w świadomości naukowej człowiek dwudziestego wieku powinien nauczyć się radzić sobie z tym powszechnym strachem równie skutecznie, jak nauczył się przedłużać sobie życie... Ale postęp naukowy nie tylko nie pomógł, ale wręcz przeszkodził człowiekowi w przyjęciu śmierci z godnością” [198].

POSTULATY

Sytuacje mają to do siebie, że się poprawiają.

Remigiusz Mróz, Skazanie

Warto stworzyć możliwości :

- diagnozowania i stałego monitorowania stresu w pracy pielęgniarek/położnych oraz tworzenia programów w kształceniu przed- i podyplomowym pielęgniarek/położnych, obejmujących treści o umieraniu i śmierci oraz naukę sposobów radzenia sobie z emocjami ujawniającymi się w sytuacjach trudnych, umiejętności komunikowania się, wyrażania swoich uczuć w zespole, w kontakcie z pacjentem i jego rodziną.
- edukowania pielęgniarek/położnych w zakresie sposobów postępowania nie doprowadzających do rozwoju zaburzeń fizycznych i psychicznych ze strony organizmu oraz metod jakie można używać w praktyce pielęgniarskiej/położniczej, aby być empatycznym, zarówno w stosunku do pacjentów, jak i do współpracowników.
- aby w każdej placówce ochrony zdrowia była możliwość bezproblemowego kontaktu z psychologiem i psychiatrą. Wdrożenie powyższego ewidentnie przyczyniłoby się do poprawy emocjonalnej i zdrowotnej sytuacji pielęgniarek oraz podniosło być jakość opieki nad pacjentami, tym umierającymi.
- podnoszenia umiejętności pielęgniarek na studiach licencjackich lub podyplomowych w zakresie sprawności, które sprzyjają zwiększaniu odporności, w tym m.in. nawiązywania pozytywnych relacji społecznych, krytycznego i twórczego myślenia, wzmacniania poczucia własnej skuteczności, altruizmu, przestrzegania zasad etycznych i rozwoju inteligencji emocjonalnej
- rozwijania programów prewencji stresu w pracy uwzględniających podnoszenie poziomu inteligencji emocjonalnej

PIŚMIENNICTWO

1. Lewko J., Mielch D., Nyklewicz W., Łukaszuk C., Sierakowska M., Kowaleczuk K., Jankowaiak B., Krajewska-Kułak E.: Przekonania pielęgniarek pogotowia ratunkowego na temat śmierci i umierania a poziom wypalenia zawodowego, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009, 17(2), 92-97.
2. Nyklewicz W., Krajewska-Kułak E.: Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienia wstępne, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2008, 16(3), 248-254.
3. Andruszkiewicz A. Wybrane psychospołeczne aspekty funkcjonowania zawodowego pielęgniarek a ich stan zdrowia. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, 2018: 19-53.
4. EU-OSHA, OSH in Figures: Stress at Work – Facts and Figures, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2009.
5. Molek-Winiarska D., Chomątowska B.: Podejście do zagrożeń psychospołecznych i stresu w organizacjach w Polsce – wyniki badań własnych [w:] *Zażywanie kapitałem ludzkim - wyzwania*. Dąbrowska D.(red.) Wyd. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa, 2020: 517-532.
6. Widerszal-Bazyl M.: Pojęcie ryzyka psychospołecznego w pracy. *Bezpieczeństwo Pracy - Nauka i Praktyka*, 2009, 6, 6-8.
7. Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., Rolka H., Kondzior D., Sarnacka E.: Psychospołeczne warunki pracy pielęgniarek, *Hygeia Public Health* 2015, 50(4), 621-629.
8. Zarządzanie ryzykiem psychospołecznym – ramowe podejście europejskie. Wskazania dla pracodawców i reprezentantów pracowników. CIOP-PIB, Warszawa, 2009.
9. Leka S., Cox T. (red): *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*. I-WHO Publications, Nottingham, 2008.
10. World Health Organization: *Psychosocial factors at work: Recognition and control*. Occupational safety and health series No. 56. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. WHO, Genewa 1984
11. Cox T., Griffiths A., Rial-Gonzales E.: *Badania nad stresem związanym z pracą [tłumaczenie raportu Research on Work-related Stress]* Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2006. <http://osha.europa.eu/pl/publications/reports/203>, data pobrania 3.05.2023.

12. Sauter S., Swanson N.: An ecological model of musculoskeletal disorders in office work. [in:] *Beyond Biomechanics Psychosocial Aspects of Musculoskeletal Disorders in Office Work*. Sauter S., Moon S.D. [red.], Taylor & Francis, Londyn 1996: 3–23
13. Carayon P., Lim S.L.: Psychosocial work factors [in:] *The occupational ergonomics handbook*. Karwowski W. Marras W.S [red.], CRC Press LLC, Boca Raton (USA) 1999: 275–282
14. Cox T., Cox S.: Psychosocial and organizational hazards at work. Control and monitoring. European Occupational health Series No. 5. WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 1993.
15. World Health Organization: Health aspects of wellbeing in work places. Report on a WHO Working Group. EURO Reports and Studies 31. WHO, Praga 1979.
16. Potocka A.: Co wiemy o psychospołecznych zagrożeniach w Środowisku pracy? Część I. Rozważania teoretyczne, *Medycyna Pracy*, 2010, 61(3), 341-352.
17. Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., Sobolewski M.: The Reciprocal Effect of Psychosocial Aspects on Nurses' Working Conditions. *Frontiers in Psychology*, 2017, 8(1386).
18. Cox T., Griffiths A., Leka S.: Work organization and workrelated stress [in:] *Occupational hygiene*. Gardiner K., Harrington J.M. [red.], Blackwell Publishing, Oxford 2005: 421–432.
19. Kasal S.V.: Wkład epidemiologii do badań nad stresem [in:] *Stres w pracy*, Cooper C.L, Payne R. [red.]. Wyd. PWN, Warszawa, 1987, 10–81.
20. Pascale Le Blanc, Jan de Jonge, Wilmar Schaufeli, Stres zawodowy a zdrowie pracowników [w:] Nik Chmiel (red.), *Psychologia pracy i organizacji*, Gdańsk: Gdańskie Wyd. Psychologiczne, 2003: 185-187.
21. Soto-Rubio A., del Carmen Giménez-Espert M., Prado-Gascó V.: Eect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on Burnout, Job Satisfaction, and Nurses' Health during the COVID-19 Pandemic, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, 17 (7998).
22. Karasek, R.A.: Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 1979, 24, 285–308.
23. Johnson, J.V.; Hall, E.M. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *The American Journal of Public Health*, 1988, 78, 1336–1342.

24. Gil-Monte, P.R. La Bateria UNIPSIICO: Propiedades psicométricas de las escalas que evalúan los factores psicosociales de demanda [The UNIPSIICO Battery: Psychometric properties of scales that evaluate psychosocial demand factors]. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2016, 19, 86–94.
25. Pace, F.; D’Urso, G.; Zappulla, C.; Pace, U. The relation between workload and personal well-being among university professors. *Current Psychology*, 2019, 8, 1–8.
26. Leka S., Cox T., Zwetsloot G.: PRIMA-EF: Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management: A Resource for Employers and Worker Representatives. WHO Protecting Workers’ Health Series: No. 9. WHO Press, Geneva, 2008.
27. Stranks J.: Stress at work. Management and prevention. Elsevier, Oxford, 2005.
28. Cox T., Griffiths A., Rial-Gonzales E.: Research on work-related stress. Report 2000. European Agency for Safety and Health at Work, Luxembourg, 2009.
29. Bamber M.: A cognitive behavioural model of occupational stress [in:] CBT for occupational stress in health professionals. Introducing a schema-focused approach. Routledge, Bamber M.R. [red.], Taylor & Francis Group, London 2006: 15–24.
30. Ortiz S., Navarro C., García E., Ramis C., Manassero M.A.: Validation of the Spanish version of the Frankfurt Emotion Work Scales. *Psicothema* 2012, 24, 337–342.
31. Johannessen H., Tynes T., Sterud, T.: Effects of Occupational Role Conflict and Emotional Demands on Subsequent Psychological Distress. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2013, 55, 605–613.
32. Kubik B., Jurkiewicz B., Kołpa M., Stępień K.: Nurses’ health in the context of depressive symptoms. *Studia Medyczne*, 2018, 34, 147–152.
33. Kobayashi Y., Kondo N.: Organizational justice, psychological distress, and stress-related behaviors by occupational class in female Japanese employees. *PLoS ONE*, 2019, 14, e0214393.
34. Moorman R.H.: Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology*, 1991, 76, 845–855.
35. Fujishiro K., Heaney C.A.: Justice at work, job stress, and employee health. *Health Education & Behavior*, 2009, 36, 487–504.

36. Carayon P., Smith J. M., Haims C. M.: Work Organization, Job Stress, and Work-Related Musculoskeletal Disorders, Human Factors, The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society, 1999, 41(4), 644-663.
37. Jones R.D.: The relationship between working conditions and musculoskeletal ergonomic disorders in a manufacturing facility – a longitudinal research study, Elsevier B.V, Procedia Manufacturing, 2015, 3, 4480 – 4484.
38. Piorunek M., Werner I.: Psychospołeczne czynniki ryzyka w środowisku pracy. Rekomendacje dla praktyki poradniczej [Psychosocial Hazards in the Workplace. Recommendations for Counseling Practice]. Studia Edukacyjne, 2018, 48, 45-64.
39. Najder A., Potocka A.: Psychospołeczne zagrożenia zawodowe i ich związek ze zdrowiem oraz funkcjonowaniem zawodowym pracowników ochrony zdrowia. Pielęgniarstwo Polskie, 2015, 3(57), 313-320.
40. Wrońska I.: Współczesna koncepcja roli pielęgniarki. Studium socjologiczne. Norbertinum, Lublin, 1995.
41. Tobiasz-Adamczyk B., Bajka J., Marmon G. Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych. Kraków: UJ; 1996.
42. Gozdek N. (red.): Kształcenie podyplomowe i doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych. CMKP, Warszawa, 1999.
43. Rutkowska K.: Kompetencje społeczne -bufor wypalenia zawodowego pielęgniarek, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, 18(4), 319-323.
44. Najder A., Potocka A., Psychospołeczne zagrożenia zawodowe i ich związek ze zdrowiem oraz funkcjonowaniem zawodowym pracowników ochrony zdrowia, Pielęgniarstwo Polskie, 2015, 3(57), 313- 320.
45. Kędra E., Nowocień M.: Czynniki stresogenne a ryzyko wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek, Pielęgniarstwo Polskie, 2015, 57(3), 293-306.
46. Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., Rolka H., Kondzior D., Sarnacka E.: Psychospołeczne warunki pracy pielęgniarek, Hygeia Public Health, 2015, 50(4), 621-629.
47. Beisert M.: Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarek [w:], Sęk H.:(red.) Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2010.

48. Rajan D.: Stress and Job Performance: among Nurses, SCMS journal od Indian Manegement, 2015, 12 (1), 66-87.
49. Lewko J, Mielech D, Nyklewicz W, Łukaszuk C, Sierakowska M, Kowalczyk K, Jankowiak B, Krajewska-Kułak E: Przekonania pielęgniarek pogotowia ratunkowego na temat śmierci i umierania a poziom wypalenia zawodowego, Problemy Pielęgniarstwa, 2009, 2(17), 92-97.
50. Yang C.M., Wu C.H.: The Situational fatigue scalea different approach to measuring fatigue, Quality of life Reasech, 2005, 14(5), 1357-1362.
51. Chen J., Davis K.D., Daraiseh N.M., Pan W., Davis L.S.: Fatigue and recovery in 12-hour day shift hospital nurse, Jurnal of Nursing Managment, 2014, 22(5), 593-603.
52. De Silva F.J., Felli V.E., Martinez M.C., Mininel V.A., Ratier A.P.: Association between work ability and fatigue in Brazilian nursin workers, Work, 2025, 53(1), 225-232.
53. Mandrowska-XinXo A., Zdunkiweicz L.: Higiena pracy ucznia, zmęczenie, wypoczynek [w:] Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania, cz. II, Jaczewski A.(red.), Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1994.
54. Kulik A., Zmęcznei przewlekłe nastolatków. Charakterystyka psychologiczna, Wydawnictwo KUL, Lublin, 2010.
55. Sekiya N., Shimada., Shintani T., Tahara E., Kouta., ShibaharaN., Terasawa K.: Reduction of perception of chronic fatigue ina a observational study of patients receiving 12 weeks of Kampo therapy, The Jurnal of Alternative and Complementary Medicine, 2005, 11(5), 895-901.
56. Juraszek K., Hagner -Derengowska M., Hoffman M., Kalisz Z., Zukow W.: Wpływ pracy zawodwoej na występowanie zespołów bólowych kręgosłupa na przykładzie pielęgniarek województwa kujawsko-pomorskiego, Jurnal of Education, Health and Sport, 2016, 6(8), 508-521.
57. Maciuk M., Krajewska-KułakE., Klimaszewska K.: Samoocena występowania zespołów bólowych kręgosłupa u zawodowo czynnych pielęgniarek, Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012, 93(4), 728-738.
58. Syrocka J., Gaworska-Krzemińska A., Barton M.: wpływ pracy zmianowej na organizm kobiety. Problemy Pilęgniarstwa, 2014, 22(3), 354-360.
59. Niedojad K., Rybka M., Erzmerska L., Ślusarz R. Śmierć i umieranie w opinii personelu pielęgniarskiego, Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, 2016, 3(1), 12-18

60. Becler R.: Ewolucja operacyjnej definicji śmierci człowieka. *Prawo i Medycyna*, 2015, 59(17), 52-59.
61. Zdziebło K. Przyszłość zawodu w opinii pielęgniarek. *Zdrowie Publiczne*, 2002, 112(4), 492-496.
62. Gugła B. Stres w pracy pielęgniarki. *Pielęgniarstwo i Położnictwo*, 2003, 1, 18-24.
63. Soto-Rublo A., Gimenez-Espert M., Prado-Gasco V.: Effect of emotional Intelligence and Psychosocial Risk on Burnout, job satisfaction, and nurse health during Covid-19 Pandemic, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, 17(21), 7998.
64. De Walden-Galuszko K.: Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Wydawnictwo Uniwersytet Gdański, Gdańsk, 1992.
65. Maslach, C. Finding solutions to the problem of burnout. *Consulting Psychology. The Journal of Pharmacy Practice and Research*, 2017, 69, 143–152.
66. Nielsen, K.; Jorgensen, M.B.; Milczarek, M.; Munar, L. Healthy workers, thriving companies - a practical guide to wellbeing at work: Tackling psychosocial risks and musculoskeletal disorders in small businesses. Report. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2019.
67. Ilić, I.M.; Arandjelović, M.Ž.; Jovanović, J.M.; Nešić, M.M. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout—Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Praktyczna*, 2017, 68, 167–178.
68. Argyle M. *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Wyd. PWN, Warszawa, 1999.
69. Smółka P. Kompetencje społeczne. Metody pomiaru i doskonalenia umiejętności interpersonalnych. Wolters Kluwer, Kraków, 2008.
70. Borkowski J. *Podstawy psychologii społecznej*. Wyd. Elipsa, Warszawa, 2003.
71. Jakubowska U.: Wokół pojęcia „kompetencja społeczna” – ujęcie komunikacyjne. *Przegląd Psychologiczny*, 1996, 39(3/4), 29-40.
72. Hugot P.: Kompetencje społeczne dzieci z zaburzeniami w zachowaniu [w] *Społeczne konteksty zaburzeń w zachowaniu*, Urba, B. (red.). Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków: UJ, 2001: 51-62.
73. Nyklewicz W., Krajewska-Kułak E.: Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienie wstępne, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2008, 16(3), 248-254

74. 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.
75. Bołoz W. Prawa człowieka umierającego. *Medycyna Praktyczna*, 2008, 11, 140–147.
76. De Walden-Gałuszek K., Kaptacz A. *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. PZWL, Warszawa, 2005.
77. Kalandyk H., Krajewska-Kułak E., Guty E.: Umiejętność kontroli emocji przez pielęgniarki w zależności od ich miejsca pracy, *Journal of Education, Health and Sport*, 2017, 7(3), 86-96.
78. Sleziona M, Krzyżanowski D. Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2011, 1(3), 217–223.
79. Zawislak A.: Postawy pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i bliskich osób. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2016, 3, 197-203.
80. Łosiak W. *Natura stresu. Spojrzenie z perspektywy ewolucyjnej*. Wyd. UJ., Kraków, 2007.
81. Zimbardo P.G. i Gerrig R.J., *Psychologia i życie*, Wydaw. Naukowe PWN, Warszawa 2012.
82. Tylka J., Podejście psychosomatyczne w wyjaśnieniu przyczyn i ustalenia sposobów terapii zaburzeń zdrowia, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2010, 12(1), 97-103.
83. Estape M.R., *Jak przyciągać dobre rzeczy. Zrozumieć siebie, umiejętnie wykorzystać emocje i zmienić swoje życie na lepsze*, Wyd. MUZA SA, Warszawa 2020.
84. Kowalczyk E. *Człowiek organizacja kariera. Siła psychologii stosowanej (R)*, Wyd. Difin, Warszawa, 2014
85. Żuralska R., Majkiewicz M., Gaworska-Krzemińska A.: Psychologiczna ocena stylów radzenia sobie ze stresem a cechy studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2012, 20(2), 240-246.
86. Wzorek A.: porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice, *Studia medyczne*, 2008, 1, 18-23.
87. Falewicz A.: Prężność osobowości i jej rola w procesach radzenia sobie ze stresem, *Studia Koszalińsko-Kołobrzeskie*, 2016, 23, 23-17.

88. Connor K.M.: Assessment of Resilience In the Aftermath of Trauma, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2006, 67(2), 46-49.
89. Feder A., Nestler E.J., Charney D.S.: Psychobiology and molecular genetics of resilience, *Nature Reviews Neuroscience*, 2009, 10, 446–457.
90. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: Prężność u dzieci i młodzieży: charakterystyka i pomiar – Polska Skala SPP-18, *Polskie Forum Psychologiczne*, 2011, 16(1), 7-28.
91. Kaczmarek Ł.: Resiliency, stress appraisal, positive affect and cardiovascular activity, *Polish Psychological Bulletin*, 2009, 40(1), 46-53.
92. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 2012.
93. Mazur J.: Skala Zasobów Materialnych Rodziny – badanie walidacyjne i proponowana modyfikacja, *Hygeia Public Health* 2013, 48(2), 211-217.
94. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Pracownia testów Psychologicznych, Warszawa, 2007.
95. Żamojda-Piotrowska M., Piotrowski J.: Skala lęku i fascynacji śmiercią, *Polskie Forum Psychologiczne*, 2009, 14(1), 90-109.
96. Vovelle M.: Śmierć w cywilizacji zachodu. Od roku 1300 po współczesność, Wyd. Słowo/obraz/terytoria, Gdańsk. 2008.
97. Aries P.: Człowiek i śmierć, Wyd. PIW, Warszawa, 1998.
98. Vuillemin J. Śmierć w oczach zwierzęcia [w:] *Antropologia śmierci. Myśl francuska*. Cichowicz S., Godzimirski J.M. (red.), Wyd. PWN, Warszawa 1993: 35–37.
99. Pecyna M.B.: Moje spojrzenie na chorobę, umieranie i śmierć. *Pielęgniarstwo* 2000, 1998, 5, 18–21.
100. Kübler – Ross E. : Rozmowy o śmierci i umieraniu, Wyd. PAX, Warszawa, 1979.
101. Kübler – Ross E.: Życiodajna śmierć. Wyd. Księgarnia św. Wojciecha, Poznań, 2005.
102. Copp G.: Palliative care nursing education: a review of research findings, *The Journal of Advanced Nursing*, 1994, 19, 552–557
103. Komunikat badań CBOS, BS/146/2001, O umieraniu i śmierci, CBOS, Warszawa, 2001.
104. Feliksiak M., Roguska B.: Stosunek do śmierci i zwyczaje funeralne, *Badanie CBOS*, 136/2019, Warszawa, 2019.
105. Smith D.K., Nehemkis A.M., Charter R.A.: Fear of death, death attitudes, and religious conviction in the terminally ill. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1983-1984, 13, 221-232.

106. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Sarnacka E., Cybulski M.: Współczesne postawy wobec śmierci i umierania. *Medycyna Paliatywna*, 2013, 4, 163-170.
107. Kolbuszewski J.: Problemy współczesnej tanatologii, Wyd. WTN, Wrocław, 1997.
108. Szaniawski T.: Typy postaw wobec śmierci a osobowość, Wyd. PAT, Kraków, 1988
109. De Walden-Gałuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii, Wyd. UG., Gdańsk, 1992.
110. De Walden-Gałuszko K.: Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej [w:] Podstawy opieki paliatywnej. de Walden-Gałuszko K. (red.) Wyd. PZWL, Warszawa, 2006: 190–193
111. De Walden-Gałuszko K.: Stres pracy personelu medycznego [w:] Psychoonkologia. de Walden-Gałuszko K (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 2000: 123–128
112. Merklinger-Soma M., Dzikowska M., Dębska G.: Postawy ratowników medycznych wobec śmierci – doniesienie wstępne, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2011, 35, 17-22.
113. Krajewska-Kułak E, Mickiewicz I, Łukaszuk C, Van Damme-Ostapowicz K, Bielemuk A, Rozwadowska E: Samoocena postaw pielęgniarek wobec śmierci, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2010, 1-2, 43-49.
114. Mickiewicz I, Krajewska-Kułak E, Kędziora-Kornatowska K, Rosłan K. Opinie zawodowo czynnych pielęgniarek na temat opieki paliatywnej, *Medycyna Paliatywna*, 2011, 3, 151-162.
115. Uchmanowicz I. , Kołtuniuk A., Księżyc M. , Śmigielska W. , Rosińczuk J.: Postawy pielęgniarek wobec chorego umierającego [w:] W drodze do brzegu życia. T. 12, Krajewska-Kułak E., Lewko J., Łukaszuk C. Kułak W. (red.), Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2014: 296-303.
116. Cherny N.I., Coyle N., Foley K.M.: Suffering in the advanced Cancer Patient. Definition and Taxonomy. *The Journal of Palliative Care*, 1994, 10, 57–70.
117. Ponińska B., Chojnacka-Kowalewska G.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjent, https://wyd.edu.pl/images/Czasopisma_naukowe/PPA/Iw_P2018/IwP_2019_1_4/IwP_3_4_2019/IwP_4_2019/Innowacje_1_5_2020/Poninska_Chojnacka_inno_1-5-2020.pdf, data pobrania 25.04.2023.
118. Gołębiak I., Szczepaniak R., Łazowa A., Dykowska G. Postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjenta. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2019, 4, 34-44.

119. Gaworska-Krzemińska A., Kujawska L., Żuralska R., Książek J., Grabowska H.: Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarcom w opiece nad pacjentem umierającym. [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom II., Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J.. (red.) Wyd. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok, 2007: 173-180.
120. Muraczyńska B.: Problemy zawodowe pielęgniarek w opiece paliatywnej – wybrane zagadnienia, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, 2001, 26(15), 201-206.
121. Bailey R., Clarke M.: *Stress and Coping in Nursing*, Chapman and Hall, 1989.
122. Munley A.: *The Hospice Staff: Stress and How to Cope with It*, [in:] Munley A., *The hospice alternative. A New Context for Death and Dying*, Basic Books, Jnc. Publishers, New York 1983: 190–223.
123. Spielberger C.D.: Theory and research on anxiety [in:] *Anxiety and Behaviour*. Spielberger C.D. (ed.). Academic Press, New York, 1966: 3–20.
124. Piotrowski J., Żemojtel-Piotrowska M.: Postawa wobec śmierci a podstawowa struktura osobowości. *Psychologia jakości życia*. 2004, 3(2), 199-216.
125. Giezhals J. S.: Attitudes toward death and dying: A Study of Occupational Therapists and Nurses, *Journal of Thenatology*, 1976, 3, 243–269.
126. Hurting W. A., Stewin L.: The effect of death education and experience on nursing students' attitude towards death, *Journal of Advaced Nursing*, 1990, 15(1), 29–34.
127. Denton J., Wisenbaker V.: Death experience and death anxiety amongst nurses and nursing students, *Nursing Research*, 1977, 26, 61–64.
128. Sołoma A.: Lęk przed śmiercią, światopogląd a samoocena: omówienie teorii opanowywania trwogi. *Przegląd Psychologiczny*, 1995, 38, 191-200.
129. Mcgregor, H. A., Greenberg, J., Arndt, J., Lieberman, J., Solomon, S., Solomon L., Pyszczyński, T.: Terror management and Agression: evidence that mortality salience motivates aggression against worldview-threatening others. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 1998, 74, 590-605.
130. Feifel H., Branscomb A.: Who's Affraid of Death. *Journal of Abnormal psychology*, 1973, 81, 282-288.
131. Jastrzębski J.: Emocjonalne i religijne uwarunkowania lęku przed śmiercią u młodzieży akademickiej, *Studia Psychologica*, 2001, 2, 84.

132. Kucharewicz M., Stochmiałek J.: Przewyciężanie lęku przed śmiercią. Refleksje dla pracy socjalnej, *Praca Socjalna*, 2016, 4, 14-34.
133. Nyklewicz W., Krajewska-Kułak E.: Ocena reakcji emocjonalnej studentów pielęgniarstwa wobec śmierci [w:] *W drodze do brzegu życia*. T. 7, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J. Kułak W. (red.). Uniwersytet Medyczny, Białystok, 2009: 289-293.
134. Makselon J.: *Lęk wobec śmierci*. Wyd. Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków, 1998.
135. Ponińska B., Chojnacka-Kowalewska G.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjent, https://wyd.edu.pl/images/Czasopisma_naukowe/PPA/Iw_P2018/IwP_2019_1_4/IwP_3_4_2019/IwP_4_2019/Innowacje_1_5_2020/Poninska_Choinacka_inno_1-5-2020.pdf, data pobrania 25.04.2023.
136. Jańczuk M.: Stres – aspekty psychologiczne oraz mechanizmy radzenia sobie ze stresem. *Pielęgniarstwo i Położnictwo*, 2006, 48(10), 7–9.
137. Stępień M., Szmigiel M.: Stres personelu pielęgniarstwa związany z pracą na oddziałach pediatrycznych, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2017, 1(63), 62-68.
138. Bircumshaw D.: Palliative care in the acute hospital setting, *Journal of Advanced Nursing*, 1993, 18(1), 1665–1666.
139. Harris R. D., Bond M. J., Turnbull R.: Nursing stress and stress reduction in palliative care, *Palliative Medicine*, 1990, 4, 191–196.
140. Munley A.: Sources of Hospice Staff: Stress and How to Cope with It, *Nursing Clinics of North America*, 1985, 10(2), 343–353.
141. Siwek B.: Stres pracy zawodowej w medycynie paliatywnej [w:] *Problemy medycyny paliatywnej w onkologii* (praca zbiorowa), Lublin, 1996: 32–33
142. Taylor J., Coping with the stress on careers, *The Practitioner*, 1990, 22(234), 300–301.
143. Vachon M. L. S.: Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved, New York; Hemisphere, 1987.
144. Vachon M. L. S., Staff Stress Hospice/Palliative care: a review, *Palliative Medicine*, 1995, 9, 91–122.
145. Saunders C., *Hospicjum Św. Krzysztofa*, [w:] *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Bortnowska H. [red.], Wyd. Znak, Kraków, 1993: 266–299.

146. Whitfield S.: A Descriptive Study of Student Nurses Ward Experiences with Dying Patients and Their Attitudes Towards Them, MSC Thesis, University of Manchester, 1979.
147. Grugała B.: Sytuacje trudne w środowisku pracy pielęgniarek a umiejętność radzenia sobie z nimi. *Zdrowie Publiczne*, 2004, 114, 367–370.
148. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Bronowicka G.: Zjawisko wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych – badanie wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013, 21(4), 476–783.
149. Tartas M., Derewicz G., Walkiewicz M., Budziński W.: Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym - hospicjum oraz chirurgii ogólnej. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 2009, 39, 145-163.
150. Hutchison T., Sherman A.: Didactic and experiential death and dying training: Impact upon death anxiety. *Death Stud.*, 1992, 16, 317-330.
151. Wilczek-Rużyczka E., Zajkowska E., Wojtas K.: Postawy lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia. *Psychoterapia*, 2008, 1, 79–89.
152. Matsui M., Braun K.: Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan. *International Journal of Palliative Nursing*, 2010, 16, 593-598.
153. Zyga S., Malliarou M., Lavdaniti M., Athanasopoulou M., Sarafis P.: Greek renal nurses' attitudes towards death. *The Journal of Renal Care*, 2011, 37, 101-107
154. Płotka A, Golec D, Czernikiewicz A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D*, 2000, 55 (Supl. 7), 229-237.
155. Sygit E. Długoletni staż zawodowy pielęgniarek – droga ku wypaleniu zawodowemu? *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej*, 2009, 55(2), 83–89.
156. Olejniczak D. Gdy praca psuje zdrowie. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2013, ½, 34–36.
157. Kliszcz J, Nowicka-Sauer K, Sadowska A, Trzeciak B.: Kontrola emocji a poziom lęku i depresji u pielęgniarek. *Zdrowie Publiczne*, 2004, 114(3), 346–349.
158. Pawelczak E, Gaszyński T. Sytuacje stresogenne w zawodzie lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2013, 7(1), 19–26.

159. Kowalczyk K, Zdańska A, Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C., Van Damme-Ostapowicz K, Klimaszewska K, Kondzior D., Kowalewska B, Rozwadowska E.: Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19(3), 307–314.
160. Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M., Felsmann M., Marzec A., Kiełbratowska B., Kocięcka A. Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne z funkcjonowaniem zawodowymw grupie pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19(2), 143–147.
161. Cooper CL., Marshall J.: Źródła stresu w pracy kierowniczej i umysłowej. [w:] *Stres w pracy*. Cooper CL, Payne R (red). PWN, Warszawa 1987: 123-163
162. Wzorek A.: Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice. *Studia Medyczne*, 2008, 11, 22-37.
163. Pietraszek A., Charzyńska-Gula M., Łuczyk M., Szadowska-Szlachetka Z., Kachaniuk H., Kwiatkowska J.: An analysis of the causes of occupational stress in the opinions of nurses. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016, 6(9), 643-652.
164. Binnebesel J., Formella Z., Katolyk H. Doświadczanie penthosu, czyli próba uporządkowania pojęcia lęku tanatycznego, *Medycyna Paliatywna*. 2018, 10(3), 145–149.
165. Woźniewicz Agnieszka, Sposoby klasyfikowania zaburzeń psychosomatycznych, *Psychiatria Psychologia Kliniczna*, 2018, 18(3), 83–289.
166. Adamczyk K., Adamczyk D., Wójcik W., Fałkowska W., Soroka E. Rzadkie fobie specyficzne – rodzaje i leczenie, *Varia Medica*, 2018, 2(5), 423–429.
167. Nitka-Siemińska A. Zaburzenia lękowe – charakterystyka i zasady leczenia, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2014, 8(1), 37–43.
168. Ifdil I., Zola N., Yola P., Fahli Z.M., Mikom D.d., Kons A.Z Thanatophobia and its Treatment Using Neurolinguistic. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 2020, 19(2), 84-87.
169. <http://mindfulness.com.pl/mindfulness/mbsr/>, data pobrania 0.4.10.2023
170. Kabat-Zinn J. Życie w pełnej katastrofie: Wykorzystanie mądrości swojego umysłu i ciała, aby stawić czoła stresowi, bólowi i chorobie. Random House, New York , 2013.
171. Chybicki M.: Terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT) – podstawy teoretyczne i zastosowania, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2016, 6(1), 39–43.

172. Green A., Kinchen E.V. The Effects of Mindfulness Meditation on Stress and Burnout in Nurses. *J Holist Nurs.*, 2021, 39(4), 356-368.
173. Song Y., Lindquist R. Effect of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 2015, 35, 86-90.
174. Kang Ys. Choi S.Y., Ryu E. The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today* 2009,29, 538-543.
175. Van der Riet P., Rossiter R., Kirby D. et al.. Piloting a stress management and mindfulness program for undergraduated nursing students: student feedback and lessons learned. *Nurse Education Today* 2015, 35, 44-49.
176. Oureur M., Besley K., Burton G. et al. Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 2013, 45(1), 114-125.
177. Yang J., Tang S., Zhou W. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Work Stress and Mental Health of Psychiatric Nurses, *Psychiatr Danub.*, 2018, 30(2), 189-196.
178. Łuczak A., Najmiec A. Wybrane metody profilaktyki stresu wśród personelu medycznego psychiatrycznej opieki zdrowotnej. *Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka*, 2019, 6, 16-20.
179. Strycharczyk D., Clough P. Odporność psychiczna. Strategie i narzędzia rozwoju. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2021.
180. Cam O., Buyukbayram A. Nurses' resilience and effective factors. *Journal of Psychiatric Nursing* 2017, 8(2), 118-126.
181. Foster K., Cuzillo C., Furness T. Strengthening mental health nurses' resilience through a workplace resilience programme: A qualitative inquiry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2018 ,25, 338-348.
182. Mcdonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., Vickers, M.H. Personal resilience in nurses and midwives: Effects of a work-based educational intervention. *Contemporary Nurse* 2013,45,1:134-143.
183. Maeler M., Conrad D., Evans J. et al. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care* 2014,23,6:e97-e105

184. <https://rozwojdopotegi.pl/inteligencja-emocjonalna/>, data pobrania 04.10.2023.
185. Goleman D. Inteligencja emocjonalna. Wyd. Media Rodzina, Poznań, 2007.
186. Ogińska-Bulik N. Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects in occupational stress and health outcomes in human service workers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2005,18,2:167-175.
187. Yamani N., Shahabi, M., Haghani, F. The relationship between emotional intelligence and job stress in the faculty of medicine in Isfahan University of Medical Sciences. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism* 2014, 2(1), 20-26.
188. Jurado MM, Pérez-Fuentes M.C., Ruiz NFO. Self-Efficacy and Emotional Intelligence as Predictors of Perceived Stress in Nursing Professionals. *Medicina (Kaunas)*, 2019, 1,55(6), 237
189. Nespereira-Campuzano T., Vázquez-Campo M. Emotional intelligence and stress management in Nursing professionals in a hospital emergency department, *Enfermeria Clinica*, 2017, 27(3), 172-178.
190. Yildirim-Hamurcu S., Terzioğlu F. Nursing students' perceived stress: Interaction with emotional intelligence and self-leadership. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2022, 58(4), 1381-1887.
191. Yaseen Y.A., Abdulah D.M., Piro R.S. Emotional intelligence dimensions as predictors of coping reactions to stress in nursing practitioners. *The Fukushima Journal of Medical Science.*, 2020, 9, 65(3), 99-108.
192. Barr P. Relationships of nursing stress and trait emotional intelligence with mental health in neonatal intensive care unit nurses: A cross-sectional correlational study. *Australina Critical Care*. 2023, 12, S1036-7314(23)00099-1.
193. Cox T, Cox S. Psychosocial and organizational hazards at work: control and monitoring. WHO, Copenhagen 1993.
194. Modzelewska T., Kulik T.: Stres zawodowy jako nieodłączny element zawodów profesjonalnego pomagania – sposoby radzenia sobie ze stresem w opinii pielęgniarek, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Sectio D*, 2000, 58, s. 8, 161, 312–316.
195. Błaszczak A.: MBSR jako metoda wspierająca proces radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym u pielęgniarek, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Sectio D*, 2017, 30(4), 245-258.

196. Vahey D., Aiken L., Sloane D., Clarke S., Vargas D.: Nurse burnout and patient satisfaction, *Medical Care*, 2004, 42(2 Suppl), 1157–1166.
197. Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J., Silber J.H.: Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288(16), 1987-1993.
198. <https://quotepark.com/pl/autorzy/elisabeth-kubler-ross/>, data pobrania 6.10.2023



ISBN 978-83-67454-69-8