

Wpływ śmierci pacjenta na personel medyczny

Magdalena Hryniewicka

Krystyna Klimaszewska



WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU
UNIwersytetu Medycznego w Białymstoku



Wpływ śmierci pacjenta na personel medyczny

*The impact of a patient's death on medical
personnel*

**Magdalena Hryniewicka
Krystyna Klimaszewska**

Białystok 2023



RECENZENCI MONOGRAFII

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

Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Kułak

Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym
„Dać Szansę” Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego 1
Białystok

Wydanie I

Białystok 2023

Wszelkie prawa zastrzeżone

ISBN

978-83-67454-65-0

Opracowanie graficzne

obraz darmowy pobrany z <https://pixabay.com/pl/>

**Monografia powstała na bazie wyników pracy magisterskiej
mgr Magdaleny Hryniewickiej**

**Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do
celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych**

**Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i
rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej pracy bez zgody wydawcy
zabronione**

Wpływ śmierci pacjenta na personel medyczny

WYKAZ AUTORÓW

Magdalena Hryniewicka

Mgr pielęgniarstwa

Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Krystyna Klimaszewska

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Spis treści

WSTĘP.....	11
CEL PRACY.....	29
MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ.....	30
WYNIKI.....	31
DYSKUSJA.....	49
WNIOSKI.....	53
WYKAZ PIŚMIENICTWA.....	54

Wykaz skrótów

CPR (*Cardiopulmonary resuscitation*, resuscytacja krążeniowo-oddechowa)

DNR (*Do not resuscitation*, nie reanimować)

DNAR (*Do not attempt resuscitation*, nie podejmować próby resuscytacji)

AND (*Allow Natural Death*, zezwolić na naturalną śmierć)

WHO (*World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia)

Wstęp

W ostatnim czasie można zaobserwować wzrost znaczenia szpitala, i innych zakładów opieki zdrowotnej jako miejsca śmierci człowieka oraz znaczny wzrost zgonów z roku na rok. Zetknięcie ze śmiercią oraz odchodzeniem drugiego człowieka budzi różnorodne emocje i uczucia: niepokój, strach, ból, a także poczucie niesprawiedliwości. Udział w procesie umierania innego człowieka jest również silnym bodźcem prowadzącym do wielu głębokich przemyśleń i refleksji. Często przeżywany przez personel medyczny stres związany ze śmiercią pacjentów, może wiązać się z destrukcyjnym wpływem na takie sfery jak: życie osobiste, poziom jakości pracy, powstanie zaburzeń związanych z szeroko pojętą depersonalizacją. Może również oddziaływać na kształtowanie postaw wobec śmierci i umierania. Termin „postawa” jest używany dla opisu różnorodnych form reakcji na fenomen ludzkiego przemijania.

Epidemiologia

Na przestrzeni ostatnich 50 lat liczba zgonów zaczęła wzrastać systematycznie. W 2021 roku liczba ta wzrosła do 520 tysięcy zgonów rocznie, jest to o około 250 tysięcy więcej niż w 1970 roku. [1].

Badania przeprowadzone w 2021 roku wykazały, iż czas trwania życia w zdrowiu, wynosił odpowiednio dla mężczyzn 59,1 roku, a dla kobiet 63,1. Można zaobserwować spadek w stosunku do poprzedniego roku, ale jedynie w grupie męskiej, gdyż ich średni czas trwania życia w zdrowiu skrócił się o 0,1 roku. Natomiast u kobiet czas trwania życia nie uległ zmianie [2].

W 2020 roku odnotowano o 67 tys. więcej zgonów niż w poprzednim roku. W 2021 roku zmarło 519 517 osób, czyli o 42 tysiące więcej niż w 2020 roku. W 2021 roku wyliczono, iż średnio w ciągu tygodnia umierało 10 tysięcy osób, czyli o tysiąc więcej niż rok wcześniej. Na podstawie Tabeli 1. można zaobserwować wzrost znaczenia szpitali i innych zakładów opieki zdrowotnej jako miejsca śmierci. Co jednocześnie skutkowało obniżeniem liczby zgonów w miejscu zamieszkania osoby umierającej. Widoczne są zmiany o charakterze cywilizacyjno-kulturowym, co do naszego podejścia do śmierci, umierania i miejsca przebywania osób podczas ostatnich chwil życia [3].

Tabela 1. Rozkład zgonów według miejsca śmierci w Polsce w latach 1970-2015

Rok	Liczba zgonów	% zgonów występujących:			
		W szpitalu	W innym zakładzie opieki zdrowotnej	W domu	W innym miejscu
1970	268645	35,9	0,6	62,9	
1980	353164	42,7	0,5	49,1	6,9
1990	390343	46,6	1,5	45,2	6,2
1995	386084	47,2	2,1	44,6	6,1
2000	368028	50,1	3,0	40,9	6,0
2005	368285	50,8	5,1	38,1	6,0
2010	378478	50,2	6,2	37,8	5,8
2015	394921	51,5	7,9	35,3	5,3

Źródło: [3] Szukalski P. *Gdzie umierają Polacy? Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny* 2016, Nr 10

Definicja śmierci

O śmierci można mówić na wielu płaszczyznach: filozoficznej, religijnej, kulturowej oraz medycznej. Najczęściej mówimy o niej w aspekcie medycznym, gdy stwierdzona została trwała utrata przytomności, nie występuje akcja oddechowa oraz ustało krążenie, nie widać ruchów ciała, a można zaobserwować zblednięcie powłok oraz rozszerzenie źrenic, a ciało staje się chłodne. Śmierć naturalna jest spowodowana fizjologicznym starzeniem się organizmu, na które nie mają wpływu czynniki patologiczne czy chorobowe. Natomiast śmierć nienaturalna jest spowodowana przyspieszeniem działania fizjologicznego starzenia się ciała ludzkiego, na które mają wpływ wyżej wymienione czynniki [4,5].

Człowiek od zarania dziejów podejmował próby przedłużenia życia człowieka. W odległych czasach np. w kulturze egipskiej śmierć była wielką niewiadomą dla ludzi, dlatego podejmowano próby przedłużania życia zmarłego poprzez balsamowanie jego zwłok. W obecnych czasach, dalej powtarzamy te zachowania, jednak obecnie w formie zabiegów leczniczych oraz kosmetycznych wokół starzejącego się ciała. Jednakże, czasu oraz procesów fizjologicznych nie da się do końca oszukać. Umieranie nie jest procesem jednorazowym, jeśli stwierdzimy, że należą do niego oznaki starzenia. Ciało ludzkie starzeje się od 25 roku życia, można wtedy stwierdzić, iż od młodości towarzyszą nam symptomy śmierci [5,6].

Podstawowym wyznacznikiem ludzkiej egzystencji jest ograniczoność życia. Wobec tego, wszelkie rozważania na temat śmierci człowieka są bardzo ważne z osobistego i społecznego punktu widzenia. Są to bardzo trudne zagadnienia życia, śmierci oraz przemijania. Te tematy nigdy nie będą łatwe, jednakże człowiek w życiu codziennym nie myśli o swojej śmiertelności. Dopiero wraz z przemijaniem ludzkiego życia, zaczyna on mieć

refleksje odnośnie swojej egzystencji i rozpoczyna rozważania na temat dokonań za życia i przemyśleń na temat jakim był człowiekiem, podsumowania całego życia. Niemieckie przysłowie mówi “Śmierć jeszcze o nikim nie zapomniała” [7,8,9].

Objawy śmierci

Śmierć jest procesem umierania, który zależności od czynników jest procesem krótkim bądź złożonym. Umiejętność rozpoznawania czasu nadchodzącej śmierci pacjenta jest jedną z kluczowych kwestii w zapewnieniu optymalnej opieki nad pacjentem. Wymienione poniżej objawy mogą pojawiać się na kilka tygodni przed śmiercią.

- postępujące osłabienie oraz ograniczenie aktywności fizycznej,
- stopniowe uzależnienie od pomocy opiekunów,
- wyniszczenie, utrata masy ciała, trudności i ograniczenia w spożywaniu pokarmów, spadek apetytu,
- zaburzenia świadomości ilościowe i/lub jakościowe,
- zaburzenia układu krążeniowego,
- zaburzenia układu oddechowego,
- zaburzenia układu wydalniczego,
- apatia, brak zainteresowania światem zewnętrznym, senność [9,10].

Bezpośrednio przed śmiercią można zaobserwować:

- sinicę obwodową,
- zmniejszenie diurezy,
- bezdechy lub “rybi oddech” czyli nieregularne próby łapania powietrza,
- oddech Cheyne’a-Stokesa,
- brak tętna w obwodzie,
- rzęzenia [9,10].

Etapy śmierci

Zjawisko śmierci przedstawia pewien proces, dlatego ciężko jest stwierdzić kiedy umiera człowiek. Cały mechanizm umierania zawiera wyróżniające się fazy, jednak

moment przejścia między nimi jest słabo widoczny, dlatego granice nie mają charakteru ostrego [10].

Agonia

Jest to okres umierania, w którym toczy się walka o utrzymanie swojego życia. Poprzedza ona śmierć kliniczną. Można zaobserwować zmiany behawioralne, a także samopoczucia. Jest to faza, kiedy stopniowo zanikają kluczowe dla podtrzymywania życia funkcje, słabnie praca płuc oraz serca. Jednakże, nie zawsze agonia poprzedza śmierć. W momencie, gdy człowiek umiera nagle np. w wyniku wypadku, zawału, czy zabójstwa, dalsze etapy następujące po agonii nie występują [11,12].

Śmierć kliniczna

Ten etap charakteryzuje się ustaniem pracy układu oddechowego oraz krążenia. Występuje tu utrata przytomności oraz brak świadomości, której towarzyszy zmniejszone napięcie tkanek, zwłaszcza mięśni, bierne ułożenie ciała oraz rozszerzenie źrenic. Następnie przestaje funkcjonować układ nerwowy. W wyniku zaprzestania pracy serca, następuje brak tętna oraz ustaje krążenie krwi. Skóra staje się blada oraz ulega ochłodzeniu. Występują procesy metaboliczne oraz występują odruchy pnia mózgu [5,12].

Śmierć kliniczna nie musi prowadzić do następnego etapu, czyli śmierci osobniczej. Jeśli została ona spowodowana przez inne czynniki niż agonia, wtedy jest możliwość przywrócenia poprzedniego stanu przez resuscytację krążeniowo-oddechową [11,13].

Śmierć osobnicza (mózgowa)

Jest to moment kiedy wszystkie funkcje mózgu zostają trwale i nieodwracalnie zahamowane. Następuje zupełny brak czynności mózgu, nawet najbardziej podstawowych czynności życiowych. Koniec człowieka jako całości następuje, gdy [pień mózgu zaprzestanie pracować, zjawisko to nazywane jest inaczej nieodwracalną śpiączką. Skutkiem, jest ustanie czynności regulujących i koordynujących funkcje organizmu. Jest to jednoznaczne ze śmiercią jednostki.

Kryteria jakie przyjęła Komisja do orzeczenia śmierci mózgowej to:

- brak reakcji na bodźce,
- brak ruchów mięśni, samoistnych lub będących reakcją na bodźce,

- nieobecności samoistnego oddychania,
- brak odruchów pnia mózgu i głębokich odruchów ścięgnistych [13,14].

Śmierć mózgowa, została uznana za śmierć biologiczną, ponieważ oznacza ona zniszczenie mózgu lub też nieodwracalne zaprzestanie wykonywania jego funkcji, a jest ona odpowiedzialny za utrzymanie podstawowych funkcji życiowych, kontroluje on wiele procesów życiowych. W momencie stwierdzenia ustania funkcji pnia mózgu, przestaje istnieć ciało, które jest definiowane jako zintegrowana fizjologicznie całość. Przestaje być organizmem żywym i staje się jedynie zbiorem narządów i tkanek. Konsekwencją ustania funkcji pnia mózgu jest utrata fizjologicznej, antyentropicznej jedności organizmu [11,12,15].

W 2012 roku w Montrealu odbyło się międzynarodowe spotkanie ekspertów na którym opracowano uniwersalną definicję śmierci która można znaleźć w aktualnym załączniku do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 roku w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Treść definicji brzmi cyt: „Śmierć jest to trwała utrata przytomności oraz trwała utrata wszystkich funkcji pnia mózgu. Może być spowodowana trwałym ustaniem krążenia lub krytycznym uszkodzeniem mózgu. W kontekście stwierdzania śmierci określenie „trwałe” oznacza utratę funkcji, która nie może powrócić spontanicznie i nie będzie przywrócona na drodze interwencji” [16].

Śmierć biologiczna

Śmierć biologiczna jest jednoznaczna ze zgonem definitywnym, jeśli nastąpiły nieodwracalne zmiany w tkance mózgowej oraz w narządach wewnętrznych, które były odpowiedzialne za prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Oznacza to, iż ustała czynność serca, czyli nastąpiła śmierć serca. Albo ustała czynność mózgu, co oznacza śmierć mózgu, a także może oznaczać jednoczesne ustanie czynności obu tych narządów. Jest to niezmiennie justanie wszystkich czynności życiowych co jest początkiem nowego procesu - rozkładu ciała. Ten stan charakteryzują plamy opadowe, stężenie pośmiertne, a także oziębienie pośmiertne [11].

Prawo do godnego umierania

Jednym z fundamentalnych praw człowieka jest godność, wyraża poczucie własnej wartości, szacunku do samego siebie oraz oczekiwanie tego samego od innych ludzi. Jest ona nienaruszalnym prawem każdego człowieka. Godność jest wartością niezbywalną, co oznacza, że dana osoba nie może się jej zrzec, a także nikt inny nie może go jej pozbawić. Jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem personelu medycznego, ale także każdego człowieka [17].

Prawo do umierania w godności określa art. 20 pkt 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o ochronie praw pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta cyt: "Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień". Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień. Umieranie „w spokoju i godności” polega przede wszystkim, na unikaniu zaciekłości terapeutycznej i wynikającej z niej nadmiernej medykalizacji postępowania. Artykuł 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi o sposobie postępowania wobec pacjentów w stanie terminalnym, zdejmując z lekarza obowiązek prowadzenia uporczywej terapii oraz stosowania środków nadzwyczajnych:

1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.
2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych [18,19].

Zapewnienie godności i prywatności pacjenta najłatwiej jest zrealizować w jego domu, w otoczeniu najbliższych osób. Zapewnienie prywatności i poszanowanie godności pacjenta w oddziale szpitalnym lub hospicjum jest dużo większym wyzwaniem, w szczególności dla lekarzy oraz dla personelu medycznego. Pacjenci oraz ich najbliżsi wymagają okazywania szacunku, empatii, bycia cierpliwym oraz wyrozumiałym. Osoba umierająca, potrzebuje komfortu psychicznego, ciszy oraz spokoju. Ważne jest, aby w takim momencie zapewnić godne warunki, w jakich człowiek odchodzi z tego świata.

Wybór śmierci w samotności lub w otoczeniu bliskich jest indywidualną decyzją. Należy wziąć pod uwagę fakt, iż śmierć to intymne przeżycie, dlatego należy uszanować ostatnie wybory osób umierających. Niektórzy wolą spędzić te chwile w samotności, inni

natomiast trzymając rękę najbliższych, wybór osoby umierającej, czy potrzebuje obecności najbliższych w ostatnich momentach życia jest bardzo osobisty [6,20].

Warto jest zapytać taką osobę o jej ostatnią wolę i dać gwarancję, a także możliwość jej wypełnienia, aby chory miał świadomość, że będzie ona respektowana. Wiele osób chciałoby mieć czas, na przygotowanie się do momentu śmierci. Czas na uporządkowanie spraw materialnych, czy spisanie testamentu. Dla niektórych ważne są sprawy pozamaterialne, świadomość, iż za życia przekazali swoją wiedzę i doświadczenie oraz cenne wskazówki najbliższym. Umierający człowiek, może odczuć wtedy większy spokój oraz poczucie, że zamyka pewne rozdziały w swoim życiu.

Podstawowe prawa do życia człowieka nie narusza jedynie naturalna śmierć, bez sztucznego przyspieszania, czy też opóźnienia go. Godne umieranie oznacza zachowanie cech takich jak świadomość, czy podmiotowość. Ważne jest, w tym okresie życia dla człowieka zachowanie podstawowych ról i relacji społecznych chorego. Godne umieranie, to również w miarę możliwości wyeliminowanie bólu w ostatnich chwilach życia, usunięcie negatywnych objawów, aby ostatnie tchnienia życia oddać w ciszy, spokoju, bez lęku. Bez negatywnych bodźców zewnętrznych które mogły by utrudnić, bądź przedłużyć ten proces [20].

Prawa pacjenta umierającego

W 1972 roku Zrzeszenie Szpitali Amerykańskich zredagowało Deklarację Praw Chorego, w której położono nacisk na fakt, iż człowiek terminalnie chory i umierający, w żadnym momencie nie przestaje być człowiekiem. W związku z tym, w dalszym ciągu posiada on godność osobistą oraz powiązane z nią prawa człowieka, które chronią go w konkretnych sytuacjach życia.

1. Prawo do traktowania należącego, aż do śmierci,
2. Prawo do prawdy o stanie zdrowia oraz udziału w podejmowaniu decyzji,
3. Prawo do ulgi w bólu i cierpieniu,
4. Prawo do odmowy terapii przedłużającej proces umierania,
5. Prawo do pomocy psychologicznej oraz wsparcia duchowego zgodnie ze swoim światopoglądem religijnym,
6. Prawo do kontaktu z rodziną oraz swoim środowiskiem,
7. Prawo do świadomego umierania oraz wyrażania swoich uczuć na temat śmierci,
8. Prawo do naturalnej i godnej śmierci [6].

Oświadczenie woli PRO FUTURO

Zezwolenie na śmierć człowieka jest tematem trudnym i kontrowersyjnym. Początkowo uznawano, iż CPR (cardiopulmonary resuscitation) czyli resuscytacja krążeniowo-oddechowa jest wskazana w każdym przypadku człowieka. Z czasem zauważono, iż nie zawsze te działanie jest właściwe i niesie korzyść, szczególnie wśród pacjentów terminalnie chorych. Rozpoczęło to określenie pacjentów jako reanimacyjnych i nie reanimacyjnych DNR (do not attempt resuscitation). Jednakże, terminy te były bardzo mylące, co spowodowało powstanie kolejnego sformułowania, czyli DNAR (*do not attempt resuscitation*) nie podejmować próby resuscytacji. Jest to rezygnacja z resuscytacji, ale nie wyklucza to dalszej opieki nad chorym i nie powinno mieć wpływu na leczenie. Spowodowało to, iż pacjenci czuli mniej obaw, a określenie było bardziej opisowe. Przez lata formułowane były skróty jak postępować z pacjentami w ciężkich stanach. Wiele określeń było niejasno sformułowanych i budziło to wiele pytań, niepewności i kontrowersji. Alternatywnym zwrotem dla DNAR /DNR, który budził mniej obawy stał się skrót AND (Allow Natural Death), czyli zezwolić na naturalną śmierć. Jest to działanie skoncentrowane na wykonywaniu czynności wobec pacjenta, które mają na celu poprawę ostatnich dni życia i pozwoleniu na spokojną i naturalną śmierć, niż na tym z czego się zrezygnuje. Oznacza to, iż nie zostaną tu wykonane żadne heroiczne działania oraz nie zostaną użyte nadzwyczajne środki terapeutyczne [21,22,23].

Do dnia dzisiejszego w Polsce, pomimo prób, nie stworzono podstaw prawnych, które dotyczyłyby spokojnego umierania. Lekarze mogą jedynie kierować się kodeksem etyki lekarskiej, który odnosi się do sytuacji związanych z uporczywą terapią, w szczególności art. 32 ust. 1: cyt.: „w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”. Brak regulacji prawnych w Polsce jest jednak trudnym tematem dla medyków, pacjentów oraz ich rodzin [24,25].

Można jedynie kierować się dwoma zapisami, które regulują te kwestie:

- Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2011 roku – Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych [lit].
- Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. – lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem

wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta [26].

Oświadczenie *pro futuro*, być również zamiennie nazywane *living will*, czyli tłumacząc na język polski dosłownie - jako testament życia. Można przez to wywnioskować, iż obejmuje jedynie postępowanie personelu medycznego wobec pacjenta, którego stan można określić jako terminalny. Jednakże, jest to błędne myślenie. Podpisując oświadczenie *pro futuro*, pacjent wyraża swoją wolę dotyczącą postępowania w przyszłości, w hipotetycznej chwili. W momencie, gdy utraci on w przejściowy, lub trwały sposób zdolność do podejmowania samodzielnych decyzji o sobie, a tym samym do wyrażania zgody. Dlatego oświadczenia *pro futuro* nie można ograniczać jedynie do uporczywej terapii oraz godnej śmierci, lecz należy stosować w przypadku wszelkich interwencji medycznych.. Pacjent ma prawo do podejmowania decyzji dotyczących podania krwi, podtrzymania funkcji życiowych przez odpowiednią aparaturę, czy nawodnienia lub karmienia. Nie ma jednak wpływu na działania dotyczące reanimacji, jest to stan wyższej konieczności na które zapisy o autonomii pacjenta nie mają wpływu. W sytuacji, gdy stan pacjenta jest trwale wegetatywny, można rozważyć decyzję o odłączeniu respiratora. Każda czynność medyczna nie może zostać dokonana bez zgody pacjenta, lub wbrew jego sprzeciwowi, poza sytuacjami zagrożenia życia lub zdrowia. W momencie utraty przytomności, prawo do decydowania o samym sobie nie gaśnie, lecz oznacza to, iż lekarz jest zobowiązany do uwzględnienia woli pacjenta [27,28]. Oświadczenie woli *pro futuro*, można uznać za odpowiedź na potrzebę respektowania woli pacjenta. Jeśli chory został odpowiednio poinformowany o własnym stanie zdrowia oraz o wszystkich możliwych opcjach leczenia, powinien zostać dopuszczony do możliwości uczestniczenia w procesie leczenia, czyli podejmowania decyzji dotyczących własnej osoby [29,30].

Autonomia pacjenta przewyższa nad obiektywną oceną lekarza oraz wskazywanym przez niego właściwym włączeniem danego typu leczenia. Lekarz jest zobligowany do umiejętnego i stosownego przyjmowania sprzeciwu pacjenta, wobec proponowanego leczenia i akceptowania jego wyborów, nawet jeśli może to skutkować przyspieszoną śmiercią. Pacjent musi być zdolny do porównania proponowanych opcji leczenia, a także do zrozumienia przekazywanych mu informacji, do oceny problemów i konsekwencji podjętych decyzji. Tym samym, może zrezygnować z terapii podtrzymującej życie. Autonomia to zdolność podejmowania decyzji bez zewnętrznego przymusu. Poszanowanie autonomii to również prawo pacjenta do informacji o rozpoznaniu, rokowaniu i leczeniu. Z przepisów art. 32 i 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wynika wprost norma zakazująca działania

wbrew woli pacjenta, w przypadku udzielenia skutecznej zgody spełniającej określone warunki. W przypadku braku takiej zgody udzielonej przez pacjenta, lekarz, który podejmie działania lecznicze, poniesie odpowiedzialność karną za przestępstwo z art. 192 kodeksu karnego czyli cyt:“kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2” [25,29].

Uporczywa terapia

Ochrona godności umierania, oznacza poszanowanie autonomii chorego w ostatniej fazie jego życia, z wykluczeniem zarówno przyspieszenia śmierci - eutanazja, jak i jej opóźniania, poprzez tak zwaną „uporczywą terapię”. To prawo powstało, aby chronić pacjenta terminalnie chorego w chwili śmierci przed niebezpiecznymi nadużyciami. Współczesna medycyna jest w stanie nienaturalnie opóźnić śmierć człowieka, poprzez zastosowanie środków podtrzymujących i przedłużających życie, jednak bez rzeczywistej korzyści dla pacjenta. Człowiek nie ma prawa w sposób nienaturalny przedłużać kończącego się życia, tak samo jak nie ma prawa odbierać życia śmiertelnie choremu człowiekowi [25, 31, 32].

Z języka greckiego “terapia” oznacza przywracanie zdrowia, lub kurację zdrowotną. Przymiotnik “uporczywy” pochodzi od rzeczownika upór co oznacza wytrwałość, ciągle trwanie, zaciętość. Proces ten dotyczy działań medycznych, które powinny dążyć do zwalczenia choroby lub uśmierzenia bólu, w momencie kiedy nie ma nadziei na wyleczenie. W ten sposób został przedłużony naturalny przebieg choroby i umierania. To dzięki temu, nieuleczalna choroba zmierzająca ku śmierci może trwać dłużej. Jednakże, sztuczne przedłużanie życia człowieka wiąże się z dodatkowym cierpieniem i bólem [33,34].

Za osobę nieuleczalnie chorą, uznajemy człowieka u którego wyczerpano wszystkie możliwości terapii, dające szansę wyleczenia, bądź zahamowania postępującej choroby. Zachowania, które można nazwać uporczywą terapią to:

- transport chorego do szpitala, w przypadku którego wiadome jest, że w niedługim czasie nastąpi zgon,
- chemioterapia, gdy okazuje się być nieskuteczna, a jedynie pogarsza stan zdrowia chorego,
- ryzykowne zabiegi operacyjne, uporczywie dokonywane w końcowym okresie choroby,
- dializoterapia,

- umieszczanie człowieka umierającego na oddziale intensywnej terapii,
- reanimacja,
- zastosowanie respiratora w stanie śmierci klinicznej oraz u człowieka w stanie terminalnym,
- stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych [28,34].

Wszystkie działania, które dają pewność, że nie są w stanie pomóc osobie, która jest nieuleczalnie chora, lub w stanie terminalnym, a jedynie mogą mu zaszkodzić, lub przedłużyć jego cierpienie oraz proces umierania, można nazwać: “uporczywą terapią”.

Uporczywa terapia nie dotyczy zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów, karmienia oraz nawadniania ,jeśli działają na korzyść pacjenta [33,35,36].

Medycyna paliatywna

Jest to dziedzina medycyny, która zajmuje się badaniem, diagnozowaniem, leczeniem oraz opieką nad osobami nieuleczalnie chorymi. Jej celem nie jest zatrzymanie procesu chorobowego oraz wyleczenie, lecz poprawa jakości życia pacjentów. Zakres jej działań obejmuje zaspokojenie potrzeb somatycznych, psychosocjalnych oraz duchownych. Jest ona sprawowana przez interdyscyplinarny zespół: lekarski, pielęgniarzski, psychologów, pracowników socjalnych, rehabilitantów, duszpasterzy i wolontariuszy.

Według WHO, (World Health Organization) czyli Światowa Organizacja Zdrowia cyt: “opieka paliatywna jest całościową, czynną opieką nad chorymi, których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przyczynowemu. Obejmuje ona zwalczanie bólu i innych objawów oraz opanowywanie problemów psychicznych, socjalnych i duchowych chorego. Celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie jak najlepszej, możliwej do uzyskania jakości życia chorych i ich rodzin” [20,37,38].

Opieka paliatywna obejmuje nie tylko osoby z zaawansowanym nowotworem, ale też pacjentów nieuleczalnie chorych. Jej specyfika polega na:

- cenieniu życia, traktowanie umierania jako naturalnego procesu,
- nie przyspieszaniu, ani odraczaniu śmierci,
- zapewnieniu ulgi w bólu i innych objawach choroby,
- włączaniu psychologicznych i duchowych aspektów w opiekę nad pacjentem,
- oferowaniu systemu wsparcia rodzinie, zarówno w czasie choroby, jak i w okresie żałoby,

- poszanowaniu autonomii pacjenta oraz jego rodziny,
- zapewnieniu opieki ciągłej, dostępnej przez 24 godziny i przez 7 dni w tygodniu,
- oferowaniu pomocy w utrzymaniu przez pacjenta możliwie aktywnego życia, aż do śmierci,
- opiece sprawowanej przez personel, zapewniający choremu człowiekowi pomoc lekarską, pielęgniarską, wsparcie psychosocjalne i duchowne [38].

Opieka paliatywna skupia się na pomocy chorym oraz ich rodzinom, poprzez poprawę jakości życia, odpowiadanie na trudne pytania. Dzięki wczesnemu rozpoznaniu oraz ocenie i leczeniu bólu. Pomaga również w leczeniu innych problemów, fizycznych, psychosocjalnych oraz duchowych [9, 39].

Podstawą pracy lekarza jest walczenie o życie pacjenta, leczenie go oraz zapewnienie naturalnej śmierci bez przedłużania czasu agonii. Natomiast lekarze medycyny paliatywnej są odpowiedzialni za lepszą jakość życia swoich pacjentów. Jednak ich możliwości wyczerpują się w momencie, gdy pacjent jest w momencie agonii, wówczas ich obowiązkiem jest zapewnienie mu godnej śmierci i ograniczenie towarzyszącego pacjentowi bólu. Wydłużony stan agonii jest źródłem cierpienia dla umierającego i jego otoczenia [17, 43].

Przyczyną przedłużającej się agonii może być brak pozwolenia na odejście przez rodzinę, zachowaniem jak i słowami mogą przedłużać moment śmierci. Niezałatwione sprawy mogą powodować, iż człowiek z jakiegoś powodu może odwlekać moment odejścia i oczekiwać na kogoś, lub coś. Jest to również moment krytyczny w zawodzie lekarskim, który może powodować wewnętrzne rozterki i trudności, ponieważ może nie akceptować momentu zbliżającej się śmierci pacjenta, nie umie “poddąć się” lub ulega presji rodziny [20,40,41].

W fazie terminalnej choroby, może być potrzebne stosowanie środków przeciwbólowych w bardzo dużych dawkach, aby skutecznie uśmierzyć ból. Są one dobierane indywidualnie, z uwzględnieniem siły bólu i jego mechanizmu. Niesie to za sobą skutki uboczne, jednym z nich może być nawet przyspieszenie śmierci. Katechizm Kościoła Katolickiego 2279 wypowiedział się cyt: „Nawet jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, zwykle zabiegi przysługujące osobie chorej nie mogą być w sposób uprawniony przerywane. Stosowanie środków przeciwbólowych, by ulżyć cierpieniom umierającego, nawet za cenę skrócenia jego życia, może być moralnie zgodne z ludzką godnością, jeżeli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek, lecz jedynie przewidywana i tolerowana jako nieunikniona. Opieka paliatywna stanowi pierwszorzędną postać bezinteresownej miłości. Z

tego tytułu powinna być popierana.” [42]. Z tego powodu przepisywanie ich chorym musi odbywać się z zachowaniem rozsądku i rozwagi [20,39,43].

Etyczne i moralne podejście do śmierci i umierania

Akty prawne nakazują personelowi medycznemu zapewnienie godnych warunków umierania. Oczekują tego również pacjenci od osób, które się nimi zajmują, aby zostali objęci opieką humanitarną czyli ludzką. Oznacza to, iż każdy pacjent jest człowiekiem, więc w taki sposób musi być on traktowany, przez personel medyczny - jako równorzędna jednostka. Bardzo ważne jest zapewnienie chorym prawdziwie holistycznej opieki, poprzez przywrócenie harmonii we wszystkich obszarach życia. Organizm człowieka stanowi całość, dlatego też, nie należy skupienia się na leczeniu jednej fizycznej dolegliwości. Każda z tych sfer: fizyczna, psychiczna, duchowa i społeczna jest ważna, ze względu na to, że są ze sobą połączone, a także na siebie oddziałują. Ból fizyczny wywołuje emocje, natomiast zmniejszenie bólu powoduje radość i nadzieję. Poczucie bezsilności i bezsensu, może powodować osamotnienie i potęgować cierpienie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Ciężko jest zaspokoić potrzeby duchowe, czy społeczne nie skupiając się na potrzebach niższego rzędu, czyli fizjologiczne. Pomoc człowiekowi w każdym z tych aspektów, daje drugiej osobie nadzieję oraz wsparcie [6,17].

Warunki umierania w godności można pogrupować w cztery obszary, które spełniają wymóg holistycznego podejścia do chorego pacjenta. Przy czym, w tym wypadku, bardzo ważna jest ich kolejność, ponieważ wynika z hierarchii potrzeb człowieka.

- A – akceptowalny poziom cierpienia; łagodzenie objawów fizycznych i psychicznych do poziomu akceptowalnego, który pozwoli na spokojne i właściwe przeżycie okresu umierania. Uśmierzenie cierpienia jest jednym z podstawowych warunków umierania w godności. Zminimalizowanie bólu, ma pozytywny wpływ na chorego, ponieważ nasilający się ból może zmusić cierpiącego człowieka do myśli i zachowań rezygnacyjnych oraz mieć negatywny wpływ na samopoczucie psychiczne.
- T – życzliwe towarzyszenie; człowiek umierający nie boi się samej śmierci, lecz towarzyszących temu okresowi: izolacji i bezsilności. Dlatego tak ważna jest w tym momencie obecność osób najbliższych, które otoczą chorego wsparciem, ciepłem, empatią, poświęceniem i życzliwością, obecnością skupioną na osobie umierającej. Osoba umierająca jest czasami całkowicie zależna od bliskich, bez możliwości odwzajemnienia, przez co może mieć poczucie winy z powodu świadomości bycia ciężarem dla innych. Niepotrzebne są w

takim momencie wielkie gesty, chory oczekuje chociażby podania wody, poprawienia pościeli czy dotyku drugiego człowieka. Potrzeba w takim czasie taktu, spokoju i ciszy.

- O – odpowiedzialność za swoje życie i świadomość umierania; możliwość decydowania o sobie i odpowiedzialności za swoje życie i osobę wynika z poszanowania autonomii człowieka w każdym aspekcie. Chęć ratowania człowieka za wszelką cenę, bez realnych korzyści pacjentowi jest nie poszanowaniem praw pacjenta. Również przekazywaniu prawdy bez odbierania nadziei. Fakt ten, należy dawkować i przekazywać z taktem i delikatnością. Człowiek musi mieć świadomość o zbliżającej się śmierci, aby móc wyrazić ostatnią wolę. Zatajenie tego faktu, pozbawia osobę umierającą możliwości świadomego podjęcia decyzji, dotyczących chociażby okoliczności umierania, pogrzebu jak i kwestii majątkowych. Jest również nie poszanowaniem podmiotowości chorego. Krótkotrwałe podtrzymywanie życia nie przynosi stałych i długotrwałych efektów, więc jest moralnie nieuzasadnione.

- S – sens życia, cierpienia, umierania i śmierci; potrzebne jest w tym aspekcie wsparcie duchowe jak i psychologiczne, które pomoże choremu odnaleźć sens przeżywanego cierpienia, którego znaczenie ciężko zrozumieć. Również dzięki tej pomocy osoba która cierpi dostrzeże sens życia i istnienia. W okresie poprzedzającym śmierć, człowiek dokonuje podsumowań własnego życia, pochyla się nad dokonanymi wyborami, czy czynami, a także kończy niezakończoną sprawę. Spotkanie ze śmiercią wywołuje różnorodne emocje i uczucia, również poczucie niesprawiedliwości. Do umierania w godności można się przygotować poprzez godne przeżywanie chwil życia, w zgodzie z sumieniem i wyznawanymi normami etycznymi [17,44].

W medycynie obowiązują cztery podstawowe zasady etyczne dotyczące opieki medycznej:

- szacunek dla autonomii pacjenta,
- zakaz szkodzenia,
- zasada czynienia dobra,
- poszanowanie zasady sprawiedliwości.

W medycynie kresu życia do tych zasad należy dodać:

- szacunek dla życia,
- akceptację nieuchronności śmierci [45].

Ludzie różnicują śmierć na “dobrą” czyli taką, która spotyka człowieka wśród najbliższych osób, bez cierpienia, bez aparatury podtrzymującej sztucznie życie oraz

nadmiernych męczarni i bólu. „Złą śmierć” określają jako odejście w bólu i samotności. Niewiele wspólnego z godnym umieraniem ma śmierć w samotności za szpitalnym parawanem [9].

„Primum non nocere” oznacza: po pierwsze nie szkodzić, co łączy się z pojęciem uporczywej terapii. Odnosi się również do zasady podwójnego skutku, która jest moralnie usprawiedliwiona zakładając, że intencje zamierzone są w celu dobrego skutku. Natomiast zły skutek jest brany pod uwagę, jeśli nie jest zamierzony. Istotą takiego działania jest zapewnienie osobie umierającej najwyższej jakości opieki w ostatnich chwilach życia. Irracjonalnym zjawiskiem we współczesnej medycynie, które budzi problemy moralne jest fakt, iż uporczywa terapia, która ma za zadanie wydłużyć ludzkie życie, zasadniczo prowadzi do wydłużenia całego procesu umierania. Nikt nie ma prawa odbierać życia śmiertelnie chorej osobie, tak samo jak nikt nie ma prawa wydłużać czasu agonii [6, 46].

Uporczywą terapią nazywamy stosowanie procedur medycznych, które mają na celu podtrzymanie funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, a także przedłużają czas umierania. Skutkuje to nadmiernym cierpieniem i naruszeniem prawa do godności pacjenta. Nie dotyczy to podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu, karmienia i nawadniania, czyli wszystkich czynności, które mają na celu przyniesienie pożytku choremu oraz ulgi. Bardzo ważne jest, aby w czasie chorowania i umierania personel medyczny dbał o higienę pacjenta, uśmierzanie bólu i wszystkich innych przykrych dolegliwości, nudności, duszności czy też suchości w jamie ustnej. Karmienie i pojenie powinno być obowiązkowe, o ile służą dobru pacjenta. Dlatego, u osób w stanie agonalnym, może to nawet zwiększyć cierpienie. Personel medyczny jest zobligowany, aby postępować na korzyść pacjenta umierającego, dlatego powinien przeanalizować działania wobec drugiego człowieka, aby sprawdzić czy nie mają one odwrotnego skutku niż zamierzony. Jednakże, jeśli lekarz zrezygnuje lub ograniczy karmienie i nawadnianie pacjenta, należy wytłumaczyć choremu jak i rodzinie, dlaczego pacjent umiera, czy jest to spowodowane brakiem jedzenia i wody, czy z powodu śmiertelnej choroby. Problem pojawia się, gdy człowiek nie dostrzega różnicy w zaprzestaniu uporczywej terapii, ponieważ niesie za sobą więcej szkód jak pożytku, a jej działania są bezskuteczne, więc określa ten czyn jako eutanazję bierną. Należy dostrzec drastyczną różnicę między „zadaniem śmierci”, a „zgadzaniem się na śmierć”. W związku z tym, odstępianie od uporczywej terapii nie może być nieuzasadnione. Terapię należy indywidualnie dopasować do chorego, musi być ona jak najbardziej optymalna. W opiece paliatywnej ważne jest dbanie o podmiotowość chorego, prawidłową komunikację oraz mówienie prawdy. Zadaniem lekarza nie jest bezwzględna i zagorzała walka ze śmiercią. W opiece paliatywnej personel medyczny

zmuszony jest do rozwiązywania wielu moralnych dylematów. Z punktu widzenia etyki życie nie jest absolutnym dobrem, a śmierć całkowitym złem [9,20,36].

Zasadę podwójnego skutku, stosuje się do oceny etycznej czynu o dwóch efektach moralnych: złym i dobrym. Związana jest z Kościołem Katolickim, dokładnie św. Tomaszowi z Akwinu stwierdził, że cyt.: „Działanie, które posiada zarówno pewien dobry, jak i zły skutek, może być moralnie dopuszczalne lub niedopuszczalne zależnie od tego, czy jego zły skutek jest przez działający podmiot jedynie przewidywany, czy zamierzony jako środek lub też jako cel”. Pozwala ona na rozstrzygnięcie sytuacji konfliktu dwóch zasad etycznych, jednocześnie pomaga lekarzowi w postępowaniu z pacjentem umierającym, np. w sytuacji w której zastanawia się czy może on zastosować leki przeciwbólowe, w dawkach zbliżonych do dawki śmiertelnej. Zgodnie z tą zasadą, przy realizacji czynu o dobrych zamiarach czyli eliminacji bólu, dopuszczalny jest zły skutek, czyli nieuniknione przyspieszenie śmierci pacjenta. Zły skutek nie może być intencją lekarza, a jedynie działaniem tolerowanym i niezamierzonym. Nie chodzi więc o to, by pacjenta zabić, aby nie cierpiał, lecz o to, by skutecznie uśmierzyć ból, licząc się z tym, że lek w określonej dawce może spowodować śmierć [17,46].

Jednym z większych wyzwań etyczno-moralnych w medycynie paliatywnej jest szczerłość personelu medycznego wobec umierającego pacjenta i jego bliskich. Należy podejmować trudne rozmowy, kiedy medycyna nie zapewnia wyzdrowienia. Najlepszym sposobem jest sugerowanie prawdy bez odbierania nadziei. Niestety jest to trudne zadanie, lecz chory powinien otrzymywać informacje które minimalizują strach, dają ukojenie i zapewniają, że wszystkie możliwe środki zostały wykorzystane. Prawdę, należy dawkować i mieć na uwadze potrzeby i wrażliwość pacjenta [4,43].

Postawy personelu medycznego wobec śmierci

Śmierć jest zjawiskiem szerokim, nieuniknionym ale również enigmatycznym. Powoduje ono niepewność oraz strach przed nieznanym, ponieważ nikt z żyjących w pełni nie doświadczył tego stanu. Można przeżywać i odczuwać śmierć, jednak nie da się jej poznać przez patrzenie i przeżywanie śmierci drugiego człowieka. W doświadczeniu przemijania jak i samej śmierci są obecne różnego rodzaju postawy. Określenie “postawa” jest terminem powszechnie stosowanym zarówno w znaczeniu potocznym, jak i naukowym. W aspekcie psychologicznym, określa się ją jako stałą skłonność do pozytywnego lub negatywnego zajęcia stanowiska wobec rzeczywistości, danego obiektu lub sytuacji. Ustosunkowywanie to może mieć charakter emocji, jak również mniej lub bardziej chłodnej oceny zdarzenia. Na

postawę wobec śmierci i umierania mają wpływ różne czynniki. Mianowicie: własne lęki, odczuwane zagrożenie życia czy doświadczenia śmierci człowieka, poziom wiedzy medycznej kształtujący postrzeganie naszych szans na opóźnianie śmierci. Na postawę wpływają także czynniki kulturowe i religijne, które pomagają zinterpretować śmierć i nadać jej określone znaczenie. Ulegają one przemianom w czasie i w przestrzeni społecznej, ale zawsze stanowią o kontekście społecznym, w jakim śmierć się dokonuje. Postawy wobec śmierci w ciągu ostatnich wieków uległy znacznym przemianom. Przez wiele lat społeczeństwo otwierało się na problem śmierci oraz jakość umierania. Temat ten stał się coraz bardziej powszechny, co spowodowało, iż przestaje być tematem tabu, a społeczeństwo coraz wyraźniej dostrzega potrzebę zrozumienia stanu i problemów jakich doświadczają osoby umierające, a także uczestniczenia wraz z nimi w procesie odchodzenia. Rodzą się instytucjonalne i pozainstytucjonalne dążenia przywracania godności umieraniu, podejmowane są próby zwiększenia komfortu życia w jego ostatniej fazie. Symptomami tych przemian są pojawiające się coraz częściej relacje na temat śmierci, pokazujące jej trudne strony, osobiste odczucia i przeżycia pisane przez osoby zbliżające się do śmierci i świadomie podchodzące do kresu swojego życia. Prowadzi to do zastanowienia się i głębszego zrozumienia tego problemu. Temat śmierci staje się coraz częściej poruszany w Internecie, telewizji, prasie, co zmusza społeczeństwo do konfrontacji i refleksji nad kruchością życia [8,15,44].

Śmierć jest nieodłącznym elementem ludzkiego życia. Przeżycie to jest bardzo ciężkie dla chorego, jego najbliższej rodziny, ale również dla personelu medycznego. Opadanie z sił, zmaganie się z chorobami, nagła utrata życia w wyniku nieszczęśliwego wypadku, to fragmenty, które składają się na biologiczny wymiar umierania [47,48].

Służba życiu, dla personelu medycznego oznacza szanowanie i otaczanie opieką chorego, aż do jego naturalnego odejścia ze świata. Człowiek nie ma prawa rządzić ludzkim życiem, powinien być jego wiernym stróżem i obrońcą, jest ono nienaruszalne. Mogłoby się wydawać, iż trudno stać się obojętnym na ludzkie cierpienie, czy śmierć. Jednak, gdy te zjawiska są spotykane na każdym kroku, a ból staje się codziennością personel medyczny może odczuwać lęk. Nikt nie jest w stanie całkowicie odciąć się od tego zjawiska, ale też nie można traktować śmierci pacjenta jako porażki. Zawsze należy postępować tak, aby mieć czyste sumienie oraz świadomość, iż zrobiło się wszystko co tylko człowiek był w stanie, aby pomóc. Większa część pacjentów nie oczekuje cudu wyleczenia, lecz w ostatnich momentach życia odczuwa potrzebę bezpieczeństwa, troski oraz serdeczności przy opiece. Najwięcej czasu przy łóżku chorego spędza pielęgniarka i to ona ma z nim najczęstszy kontakt, przez co

poznaje go lepiej i z czasem jest w stanie określić jaką ma postawę wobec śmierci. Czy zalicza się do części ludzi przygotowanych na śmierć, którzy nie chcą myśleć o śmierci, czy może do tych, którzy są zupełnie nieprzystosowani do tego problemu - pełni lęku. Z tego powodu, powinny być one wiarygodne i wzbudzające zaufanie swoim profesjonalizmem. Nieraz to personel pielęgniarski przejmuje brzemień towarzyszenia i wspierania pacjenta w jego najcięższym okresie, podczas którego jest bezsilny i chory. Śmiertelna choroba wpływa na wiele wymiarów naszej egzystencji. Cierpienie i problemy związane z tym zjawiskiem są przeżyciem długotrwałym, które również mają wpływ na personel medyczny. Gdy poruszamy temat śmierci człowieka starszego, który chorował nieuleczalnie, długotrwałe i przewlekłe jego śmierć tłumaczy się w specyficzny sposób, mianowicie: "jego cierpienie zostało przerwane i nie męczy się już". Jednocześnie, szok emocjonalny jest mniejszy, niż w przypadku śmierci dziecka, bądź w wyniku nagłego wypadku oraz nieoczekiwanej śmierci [20, 49, 50, 51].

Personel w efekcie doświadczenia śmierci, po wielu latach może zostać dotknięty znieczulicą na cierpienie pacjentów. Może to być spowodowane codziennym kontaktem z nieszczęściem i ludzkim bólem, trudno jest podołać takiej pracy i nieść to brzemień. Czasem, zobojętnienie na śmierć jest formą samoobrony przed wieloma negatywnymi bodźcami. Ciężko wypełniać swoje obowiązki w tym zawodzie, jeśli przy każdym kontakcie personel utożsamia się z pacjentem umierającym. Jednak każdego pacjenta należy traktować w sposób równy, nie można być znieczulonym na potrzeby drugiego człowieka. W tej pracy jest potrzebna empatia, wrażliwość oraz umiejętność słuchania oraz rozumienia potrzeb innych ludzi. Należy traktować go z szacunkiem i zgodnie z jego prawami [49, 50, 51].

Cel pracy

Śmierć jest nieodłączną częścią ludzkiego życia. Powoduje ona strach i niepewność przed nieznanym i niedoświadczonym. Doświadczeniu przemijania jak i samej śmierci, towarzyszą różnego rodzaju postawy. Jednak z tym wydarzeniem najczęstszy kontakt mają medycy. To oni zazwyczaj towarzyszą w ostatnich chwilach życia, co ma na nich nierzadko duży wpływ. Jest to zjawisko bardzo traumatyczne, jednak każdy takie chwile przeżywa inaczej i na każdego oddziałują w odmienny sposób. Na każdym kroku, w swojej pracy personel medyczny ma kontakt z nieszczęściem ludzkim. Ból, cierpienie człowieka stają się codziennością, którego doświadczają każdego dnia. Wpływ na postawy personelu medycznego ma również sposób w jaki umiera pacjent, relacja z nim oraz jego z rodzina, wiek, nagła śmierć, bądź poprzedzona długotrwałą chorobą, towarzyszący temu ból etc. Każdy czynnik kształtuje postawę ludzka. Jednakże, zadaniem personelu medycznego jest profesjonalne i jednakowe podejście do pacjenta, niezależnie od wyżej wymienionych czynników. Głównym celem pracy było określenie wpływu śmierci pacjenta na personel medyczny.

Szczegółowe cele pracy:

1. Zbadanie jaki wpływ ma śmierć pacjenta na personel medyczny.
2. Scharakteryzowanie postaw personelu medycznego na śmierć pacjenta.
3. Zdefiniowanie śmierci i jej etapów.
4. Scharakteryzowanie prawa do godnej śmierci i umierania.
5. Przedstawienie etycznego i moralnego podejścia do śmierci.

Materiał i metodyka badań

Badanie na potrzeby niniejszej pracy zostało przeprowadzone wśród 100 pracowników personelu pielęgniarskiego, zatrudnionych w SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku. Badania przeprowadzone były od dnia uzyskania zgody przez Komisję Bioetyczną, nr zgody na prowadzenie badań APK.002.57.2023.

Respondentami badania były głównie kobiety w wieku od 21 do 70 lat, najliczniejszą grupą wiekową byli respondenci od 51 do 60 roku życia.

Za pomocą autorskiego kwestionariusza stworzonego na potrzeby wykonania poniższego badania zebrano materiał badawczy zgodnie z zasadą poszanowania i anonimowości. Kwestionariusz składa się z 23 pytań jednokrotnego i wielokrotnego wyboru, odnoszących się do wpływu śmierci pacjenta na personel medyczny. Ankieta zawiera pytania pozwalające scharakteryzować badaną grupę pod względem socjodemograficznym oraz pytania szczegółowe dotyczące problematyki poruszanego tematu.

Przeprowadzono analizę wyników badań własnych z wykorzystaniem analizy częstościowej (% , n). Dla danych typu ilościowego obliczano i interpretowano podstawowe statystyki takie jak odchylenie standardowe, mediana i średnia.

Interpretując zebrane dane dokonano analizy statystycznej. Test niezależności Chi² oraz współczynnik p – posłużyły do określenia korelacji między dwoma zmiennymi. Wartość współczynnika $p > 0,05$ wykazuje występowanie zależności istotnej statystycznie.

Analizę przeprowadzono z wykorzystaniem programu Statistica 13 oraz Excel 2021.

Wyniki

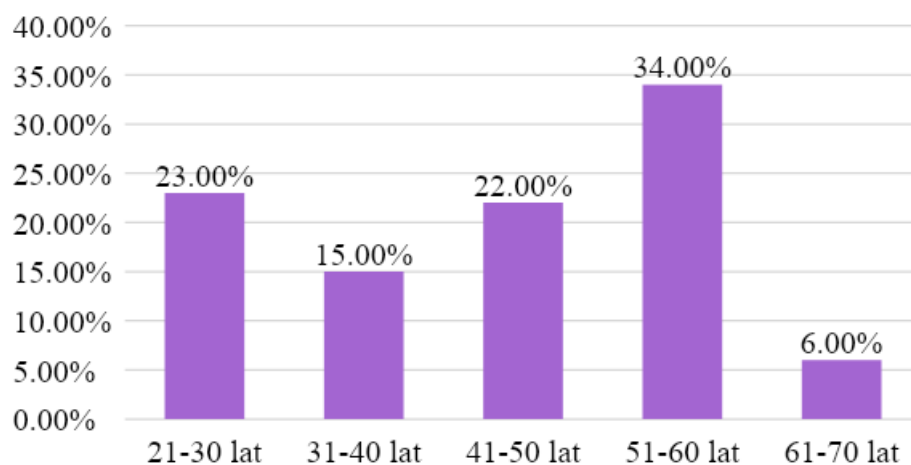
Charakterystyka badanej grupy

Grupa badana to 100 osób z wykształceniem pielęgnarskim ($n=100$; 100,00%). Kobiety stanowiły większość ($n=83$; 83,00%). Odnotowano 5 ankietowanych, którzy nie chcieli podać swojej płci (5,00%) – rycina 1.



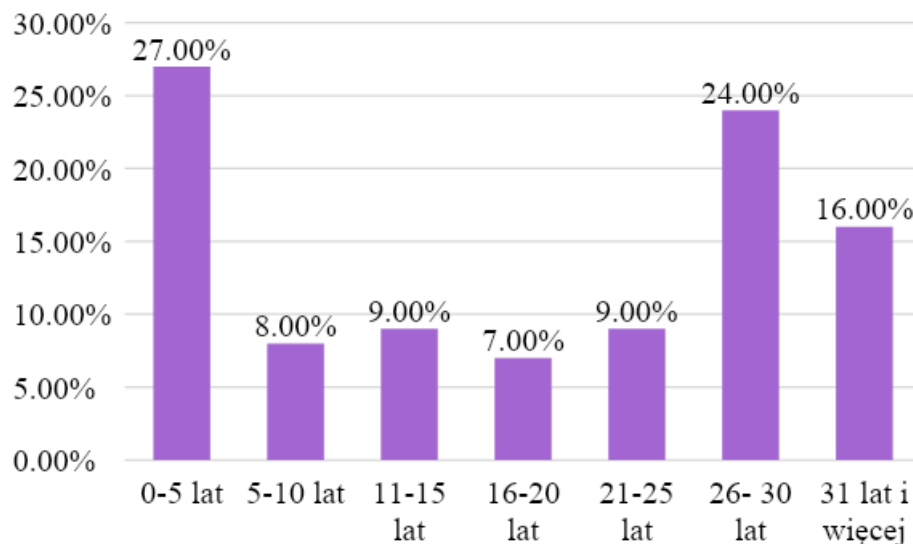
Rycina 1. Płeć respondentów

Analizując wiek uczestników badania wykazano, że najliczniejszą grupą byli respondenci od 51 do 60 roku życia ($n=34$; 34,00%). Drugą pod względem wielkości grupę tworzyli ankietowani między 21 a 30 rokiem życia ($n=23$; 23,00%). W badanej populacji osób w wieku 61 – 70 lat było najmniej. Pozostałe dane zaprezentowano na rycinie 2.



Rycina 2. Wiek respondentów

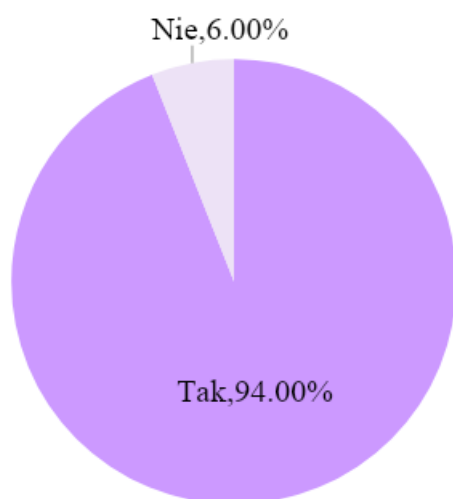
Dokonano rozkładu respondentów pod względem stażu pracy. Aż 27,00% badanej populacji poinformowało o maksymalnym stażu pracy do 5 lat ($n=27$; 27,00%). Niewiele mniej, bo 24,00% grupy pracowało w zawodzie od 26 do 30 lat ($n=24$). O stażu pracy powyżej 30 lat przyznało 16,00% badanych ($n=16$) – rycina 3.



Rycina 3. Staż pracy respondentów

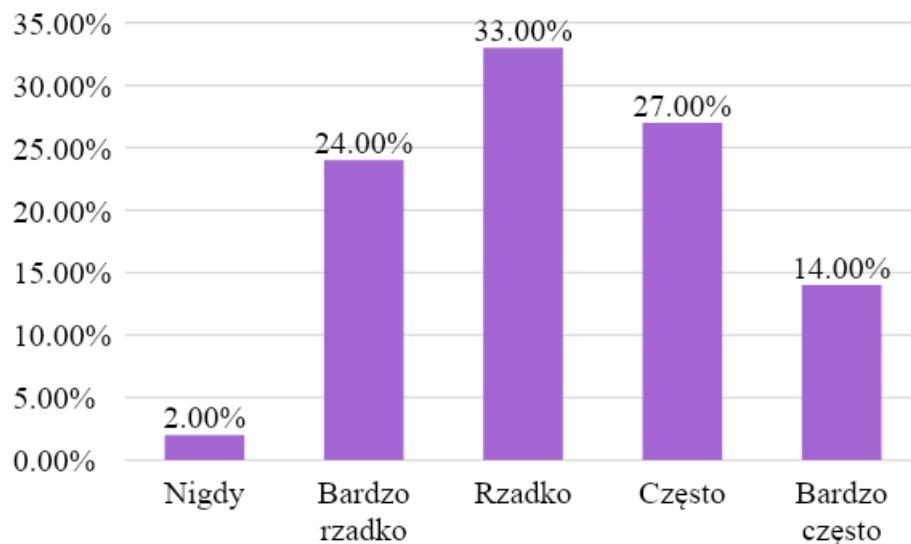
Szczegółowe wyniki badań

Świadcami śmierci pacjenta było 94 ankietowanych, stanowiło to 94,00% grupy – rycina 4.



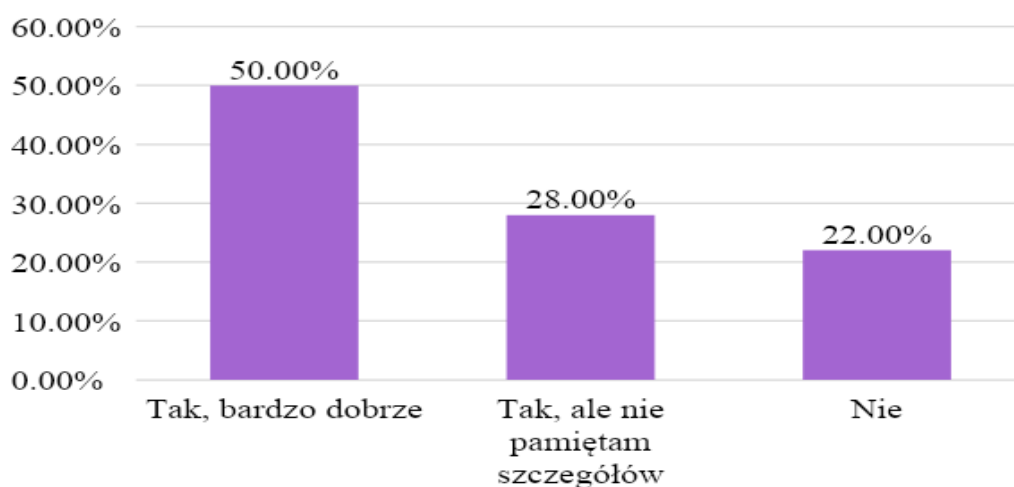
Rycina 4. Podział respondentów pod względem doświadczenia śmierci pacjenta

O częstym lub bardzo częstym kontakcie ze śmiercią w pracy poinformowało łącznie 41,00% respondentów. Najliczniejsze grono tworzyły osoby, które rzadko doświadczają śmierci pacjentów w pracy (n=33; 33,00%). Pozostałe dane uszeregowano na rycinie 5.



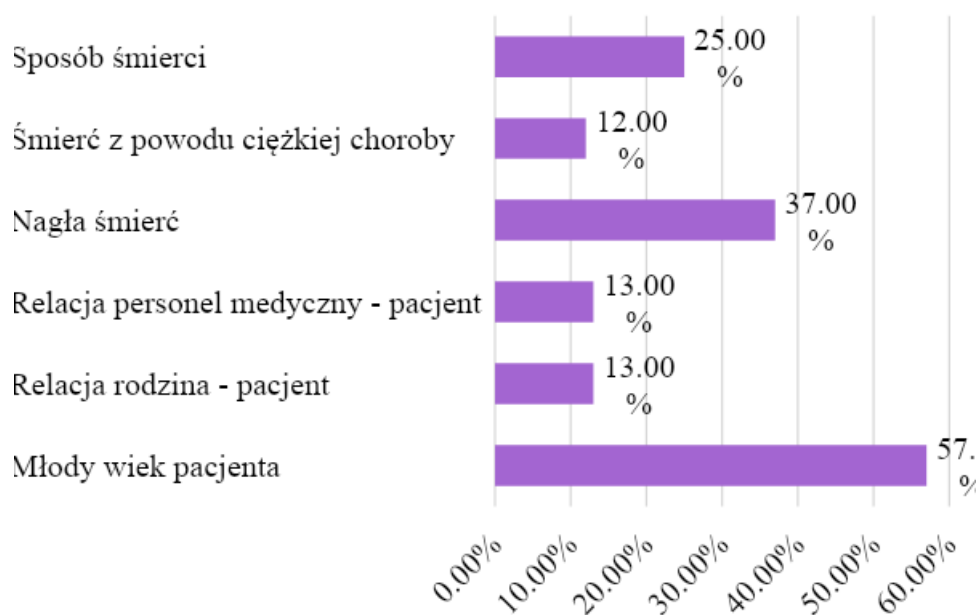
Rycina 5. Kontakt ze śmiercią w pracy respondentów

Większość uczestników badania pamięta pierwszą śmierć pacjenta, której byli świadkami, jednak szczegółów nie przypomniało sobie 28,00% respondentów (n=28). O doświadczeniach związanych z pierwszą śmiercią pacjenta nie pamiętało 22 badanych (22,00%) – rycina 6.



Rycina 6. Podział respondentów pod względem pamięci o byciu świadkiem pierwszej śmierci w pracy

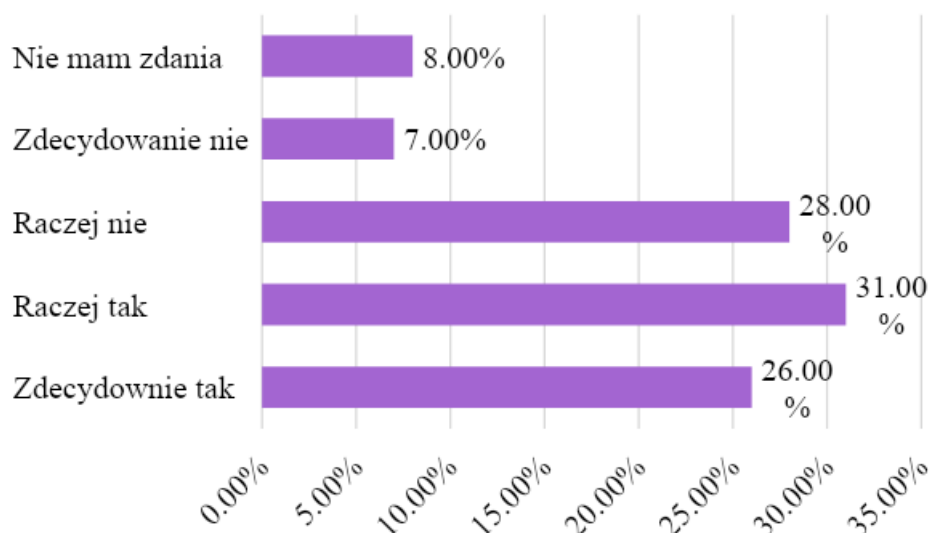
Badani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi na pytanie dotyczące czynników wpływających na reakcje na śmierć podczas dyżuru. Najczęściej wskazywanym czynnikiem był młody wiek pacjenta (n=57; 57,00%). Nieco mniej, bo 37,00% grupy badanej wskazało na nagłą śmierć chorego (n=37; 37,00%). Najrzadziej wybieranym czynnikiem była śmierć z powodu ciężkiej choroby (n=12; 12,00%). Inne odpowiedzi respondentów uszeregowano na rycinie 7.



Pytanie wielokrotnego wyboru (suma odpowiedzi > 100,00%)

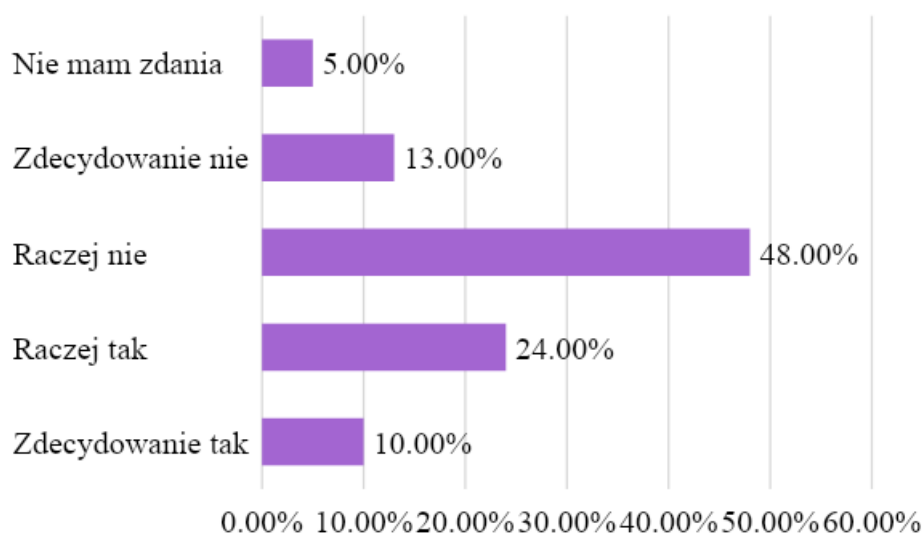
Rycina 7. Czynniki wpływające na reakcje respondentów na śmierć podczas dyżuru

Ponad połowa ankietowanych jest zdania, że śmierć to moment krytyczny w pracy pielęgniarki („raczej tak” n=31; 31,00%, „zdecydowanie tak” n=26; 26,00%). Zdecydowanie przeciwnego zdania było 7,00% badanych pielęgniarek (n=7). Wszystkie odpowiedzi zaprezentowano na rycinie 8.



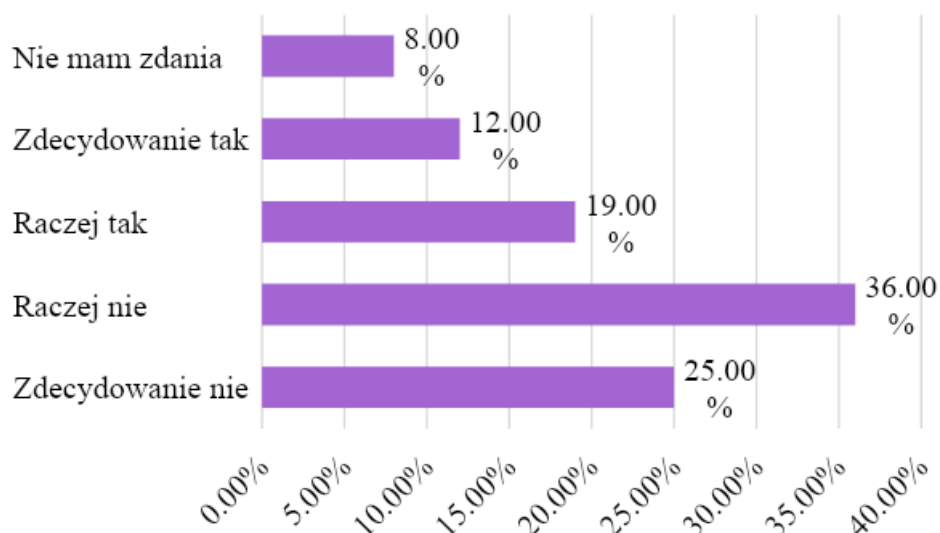
Rycina 8. Śmierć to moment krytyczny w pracy pielęgniarki – zdaniem respondentów

Kolejne zgony pacjentów nie miały wpływu na reakcje badanych na śmierć („raczej nie” n=48; 48,00%, „zdecydowanie nie” n=13; 13,00%). Brak zdania wyraziło 5,00% populacji (n=5) – rycina 9.



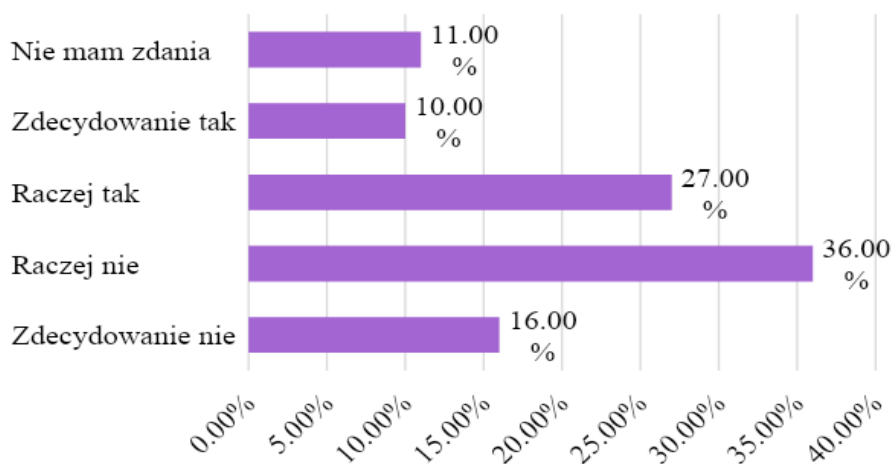
Rycina 9. Wpływ kolejnych zgonów na reakcję na śmierć – zdaniem respondentów

Według 61,00% respondentów nie da się przyzwycząić do śmierci pacjentów („zdecydowanie nie” n=25; 25,00%, „raczej nie” n=36; 36,00%). Jednak zdaniem 12,00% badanych (n=12) przyzwyczajenie do śmierci pacjentów jest zdecydowanie możliwe – rycina 10.



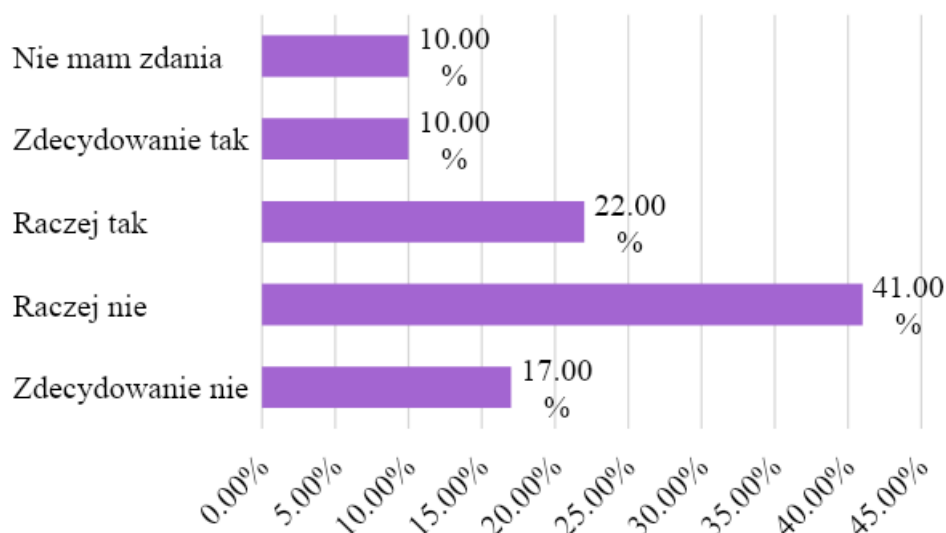
Rycina 10. Przyzwyczajenie do śmierci pacjenta – zdaniem respondentów

Doświadczenie śmierci zdaniem ankietowanych nie jest przygotowaniem do własnej śmierci („raczej nie” n=36; 36,00%, „zdecydowanie nie” n=16; 16,00%). Przeciwnego zdania było 37,00% grupy badanej – rycina 11.



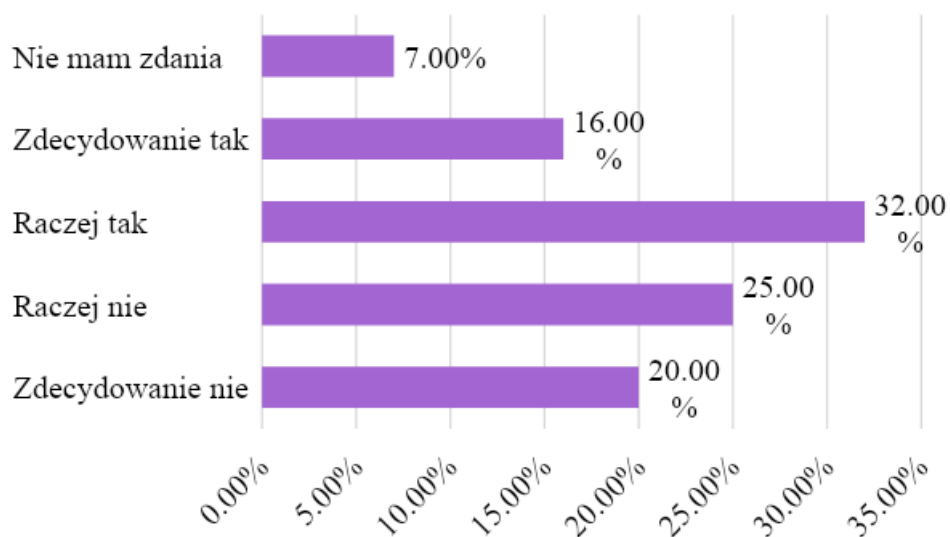
Rycina 11. Doświadczenie śmierci to przygotowanie do własnej śmierci – zdaniem respondentów

Doświadczenie śmierci nie powoduje zminimalizowania lęku u ponad połowy badanej populacji („raczej nie” n=41; 41,00%; „zdecydowanie nie” n=17; 17,00%). Brak zdania odnotowano w 10 przypadkach (10,00%). Pozostałe odpowiedzi ukazano na rycinie 12.



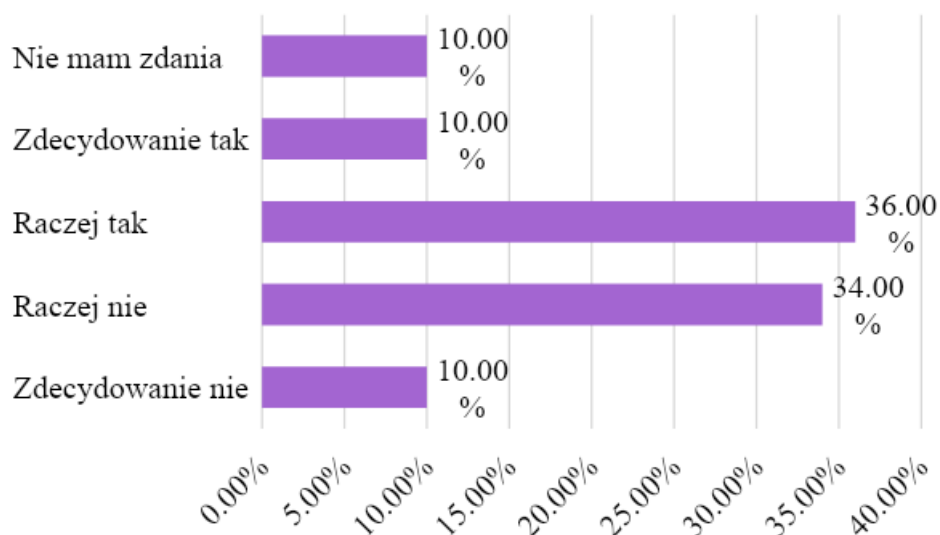
Rycina 12. Doświadczenie śmierci powoduje zminimalizowanie lęku – zdaniem respondentów

Refleksje nad własną śmiercią łącznie miało 48,00% grupy badanej („zdecydowanie tak” n=16; 16,00%, „raczej tak” n=32; 32,00%). O braku wcześniej wspomnianych odczuć wspomniało 45,00% respondentów. Wszystkie dane zobrazowano na rycinie 13.



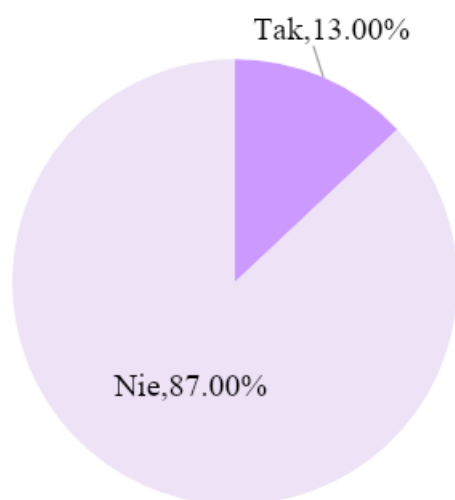
Rycina 13. Odczucia refleksji nad własną śmiercią – zdaniem respondentów

Brak emocjonalnego podejścia do śmierci pacjenta odnotowano w 44 przypadkach („zdecydowanie nie” n=10; 10,00%, „raczej nie” n=34; 34,00%). Brak zdania wyraziło 10,00% opiniodawców – rycina 14.



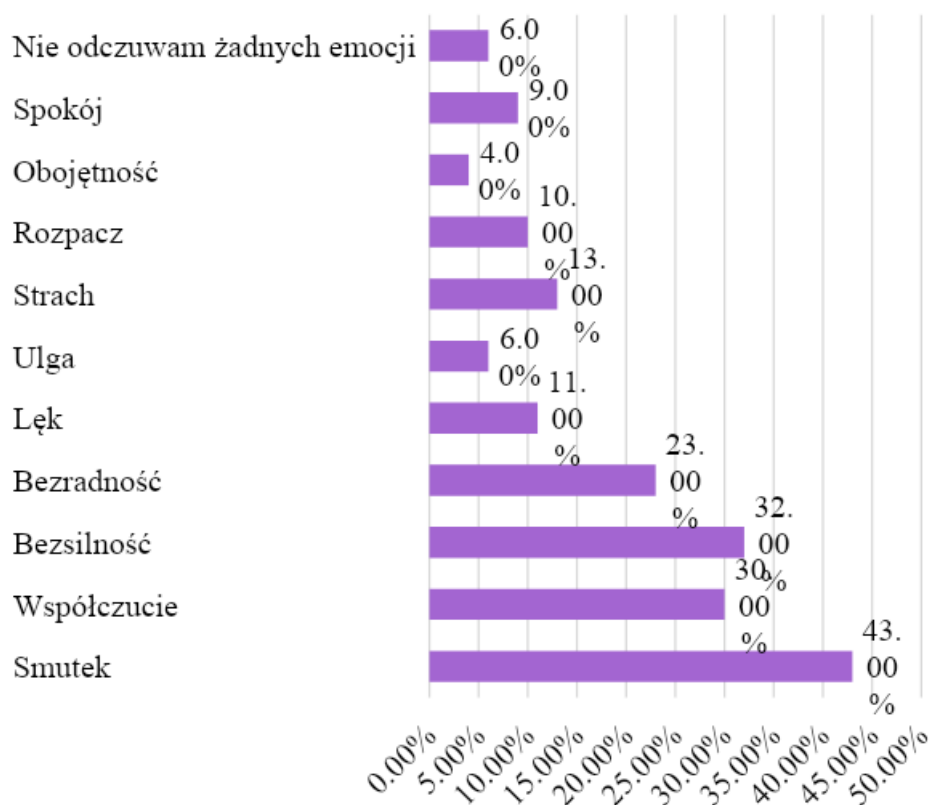
Rycina 14. Emocjonalne podejście do śmierci pacjenta wśród respondentów

Doświadczenie śmierci pacjentów nie wpływa na myśli ankietowanych o zmianie zawodu (n=87; 87,00%) – rycina 15.



Rycina 15. Wpływ śmierci pacjenta na myśli respondentów o zmianie zawodu

Badanych poproszono o opisanie swojej reakcji na słowo „śmierć”. Dominowały uczucia takie jak smutek (n=43; 43,00%), bezsilność (n=32; 32,00%) oraz współczucie (n=30; 30,00%). O bezradności wspomniało 23,00% grupy (n=23). Pozostałe reakcje opisano na rycinie 16.



Pytanie wielokrotnego wyboru (suma odpowiedzi > 100,00%)

Rycina 16. Reakcja respondentów na słowo „śmierć”

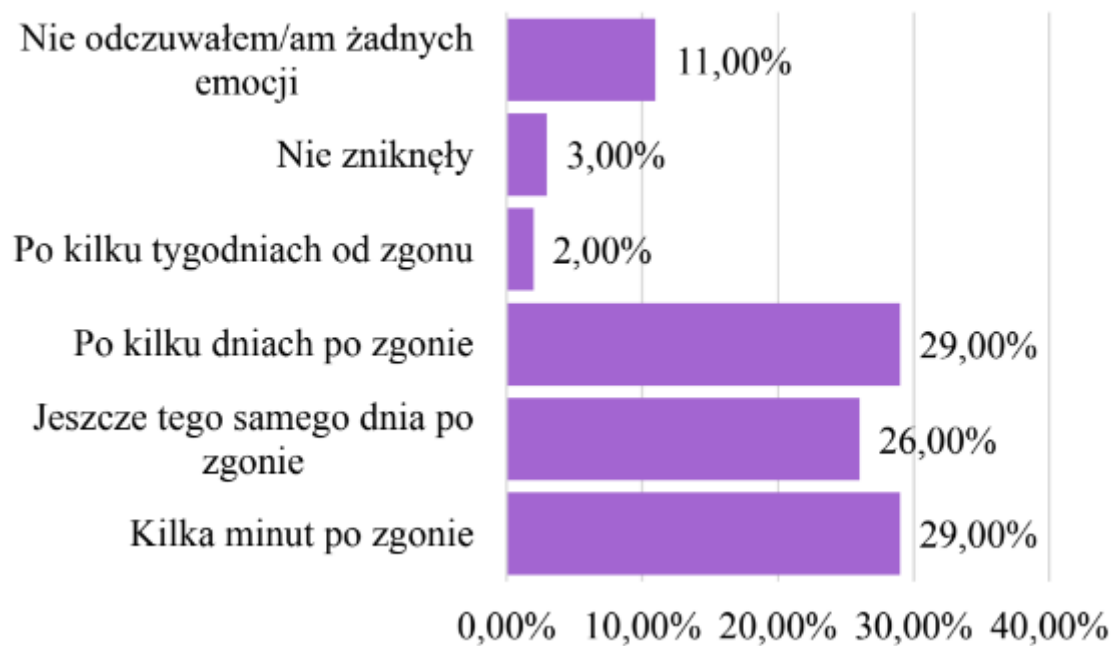
Najczęściej odnotowywaną postawą ankietowanych w momencie śmierci pacjenta jest akceptacja i przyjęcie zaistniałej sytuacji w spokoju (n=49; 49,00%). Kolejna postawa to współczucie (n=34; 34,00%). O poczuciu bezsilności poinformowało 18,00% uczestników badania (n=18). Warto zauważyć, że odpowiedź dotyczącą odreagowywania w używkach wybrało 3,00% grupy (n=3) – rycina 17.



Pytanie wielokrotnego wyboru (suma odpowiedzi > 100,00%)

Rycina 17. Postawa respondentów w momencie śmierci pacjenta

W gronie respondentów emocje po śmierci pacjenta najczęściej miały kilka minut po zgonie (n=29; 29,00%) lub po kilku dniach po zgonie (n=29; 29,00%). Niewiele mniej, bo 26,00% badanej populacji wybrało odpowiedź „jeszcze tego samego dnia po zgonie” (n=26; 26,00%). Pozostałe dane uszeregowano na rycinie 18.



Rycina 18. Czas po którym mijały emocje po śmierci pacjenta – zdaniem respondentów

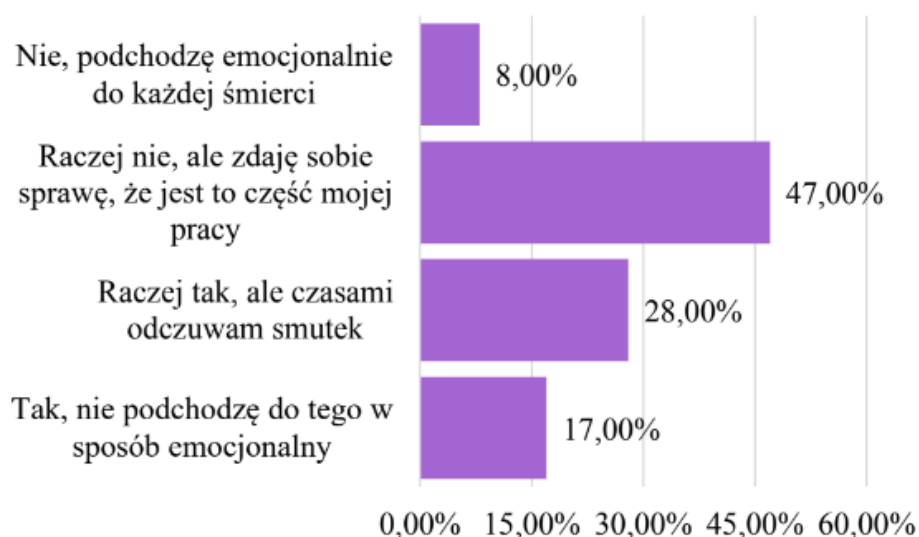
Według respondentów psychicznymi i fizycznymi konsekwencjami śmierci pacjenta są przede wszystkim poczucie wyczerpania i napięcia ($n=38$; 38,00%) oraz zmęczenie, zakłócenie snu, a także częste bóle głowy ($n=37$; 37,00%). Aż 15,00% respondentów wspomniało, że śmierć pacjenta powodowało wypalenie zawodowe ($n=15$). Wszystkie informacje zaprezentowano na rycinie 19.



Pytanie wielokrotnego wyboru (suma odpowiedzi > 100,00%)

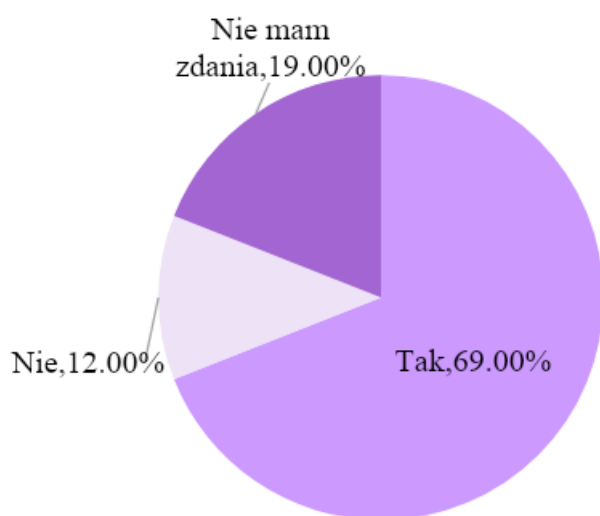
Rycina 19. Psychiczne i fizyczne konsekwencje obcowania ze śmiercią – zdaniem respondentów

Badani raczej nie są uodpornieni na zjawisko śmierci, ale zdają sobie sprawę, że jest to część pracy medyka (n=47; 47,00%). Mimo uodpornienia na śmierć pacjentów 28,00% grupy odczuwało smutek (n=28; 28,00%). Wszystkie warianty odpowiedzi przedstawiono na rycinie 20.



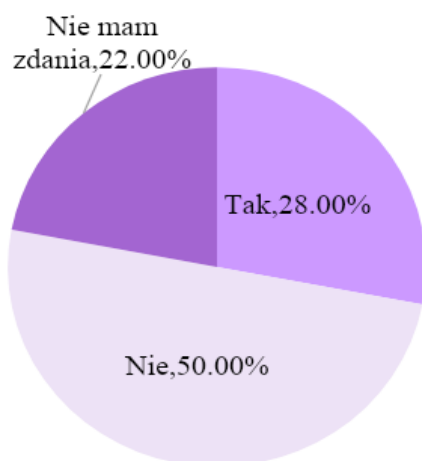
Rycina 20. Uodpornienie respondentów na zjawisko śmierci

Konsultacje psychologiczne dla personelu medycznego, który ma kontakt ze śmiercią w pracy powinny być zapewnione przez pracodawcę zdaniem 69,00% grupy (n=69) – rycina 21.



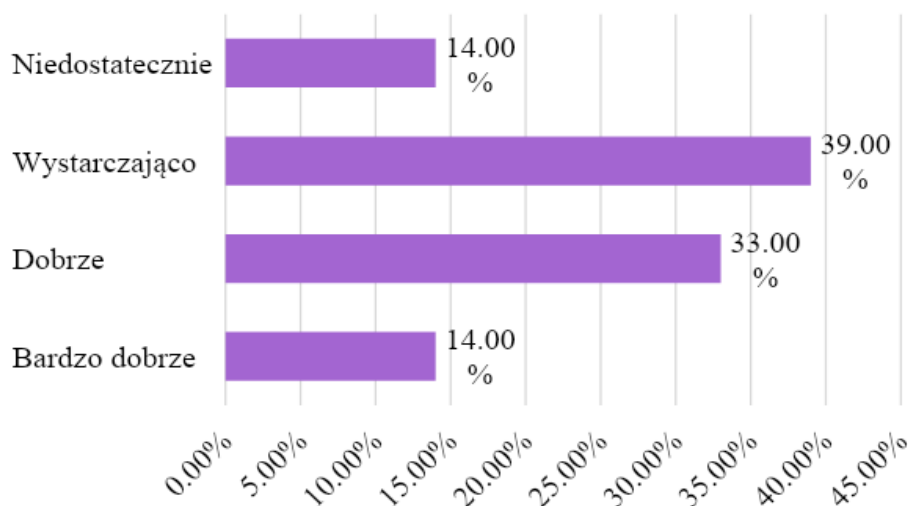
Rycina 21. Konsultacje psychologiczne dla personelu medycznego, który ma kontakt ze śmiercią w pracy – zdaniem respondentów

Półowa badanej populacji uważa, że podczas edukacji nie przygotowuje się studentów do pracy ze śmiercią (n=50; 50,00%). Brak zdania w tej kwestii wyraziło 22,00% ankietowanych (n=22) – rycina 22.



Rycina 22. Przygotowanie do pracy ze śmiercią podczas edukacji – zdaniem respondentów

Ankietowani dokonali samooceny dotyczącej przygotowania emocjonalnego dotyczącego towarzyszenia pacjentowi umierającemu. O wystarczającym przygotowaniu poinformowało 39,00% grupy (n=39). Dobrze przygotowanych było 33,00% badanych (n=33). Zdaniem 14,00% populacji ich umiejętność emocjonalnego wsparcia pacjenta umierającego była niedostateczna (n=14) – rycina 23.



Rycina 23. Przygotowanie emocjonalne do towarzyszenia pacjentowi umierającemu – samoocena respondentów

Interpretując zebrane dane dokonano analizy statystycznej. Test niezależności Chi² oraz współczynnik p – posłużyły do określenia korelacji między dwoma zmiennymi. Wartość współczynnika $p > 0,05$ wykazuje występowanie zależności istotnej statystycznie.

Płeć respondentów nie ma wpływu na zdanie, że śmierć pacjentów jest momentem krytycznym w pracy pielęgniarki. Zależność nie jest istotna statystycznie, współczynnik

$p=0,2943$. Jednak wśród kobiet zaobserwowano niewielką przewagę odpowiedzi potwierdzających stwierdzenie, że śmierć to moment krytyczny w pracy medyka – tabela 2.

Tabela 2. Płeć respondentów a śmierć pacjentów jako moment krytyczny w pracy pielęgniarki

Płeć	Śmierć pacjentów jako moment krytyczny w pracy pielęgniarki					
	Tak		Nie		Nie mam zdania	
Kobieta	51	61,45%	26	31,33%	6	7,23%
Mężczyzna	5	41,67%	6	50,00%	1	8,33%
Nie chcę podawać	1	20,00%	3	60,00%	1	20,00%

Bez względu na staż pracy ankietowani są zdania, że nie da się przyzwycząić do śmierci pacjentów. Nie wykazano zależności na poziomie istotnym statystycznie ($p=0,3498$). Wszystkie dane zebrano w tabeli 3.

Tabela 3. Staż pracy respondentów a przyzwyczajenie do śmierci pacjentów

Staż pracy	Przyzwyczajenie do śmierci pacjentów					
	Tak		Nie		Nie mam zdania	
0-5 lat	8	29,63%	18	66,67%	1	3,70%
5-10 lat	3	37,50%	3	37,50%	2	25,00%
11-15 lat	1	11,11%	8	88,89%	0	0,00%
16-20 lat	4	57,14%	2	28,57%	1	14,29%
21-25 lat	2	22,22%	6	66,67%	1	11,11%
26-30 lat	8	33,33%	13	54,17%	3	12,50%
31 lat i więcej	5	31,25%	11	68,75%	0	0,00%

Staż pracy uczestników badania nie wpływa istotnie statystycznie na minimalizację lęku spowodowanego doświadczeniem śmierci pacjentów. Wartość p value wynosi 0,1271 i jest większa niż 0,05 – tabela 4.

Tabela 4. Staż pracy respondentów a minimalizacja lęku spowodowana doświadczeniem śmierci pacjentów

Staż pracy	Minimalizacja lęku spowodowana doświadczeniem śmierci pacjentów					
	Nie		Tak		Nie mam zdania	
0-5 lat	14	51,85%	9	33,33%	4	14,81%
5-10 lat	4	50,00%	1	12,50%	3	37,50%
11-15 lat	5	55,56%	2	22,22%	2	22,22%
16-20 lat	6	85,71%	1	14,29%	0	0,00%
21-25 lat	6	66,67%	2	22,22%	1	11,11%
26-30 lat	14	58,33%	10	41,67%	0	0,00%
31 lat i więcej	9	56,25%	7	43,75%	0	0,00%

Nie wykazano zależności istotnej statystycznie między wiekiem ankietowanych a poczuciem refleksji nad własną śmiercią. Współczynnik $p=0,1695$. Jednak w grupie wiekowej 61 – 70 lat zaobserwowano, że śmierć pacjenta wywołuje refleksje nad własną śmiercią u 83,33% badanych – tabela 5.

Tabela 5. Wiek respondentów a poczucie refleksji nad własną śmiercią

Wiek	Poczucie refleksji nad własną śmiercią					
	Nie		Tak		Nie mam zdania	
21-30 lat	9	39,13%	12	52,17%	2	8,70%
31-40 lat	9	60,00%	4	26,67%	2	13,33%
41-50 lat	14	63,64%	8	36,36%	0	0,00%
51-60 lat	12	35,29%	19	55,88%	3	8,82%
61-70 lat	1	16,67%	5	83,33%	0	0,00%

Emocjonalne podejście do śmierci pacjentów nie zmienia się pod względem stażu pracy uczestników badania. Zależność ta nie jest istotna statystycznie ($p=0,1397$). Dane przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Staż pracy respondentów a emocjonalne podejście do śmierci pacjentów

Staż pracy	Emocjonalne podejście do śmierci pacjentów					
	Nie		Tak		Nie mam zdania	
0-5 lat	13	48,15%	12	44,44%	2	7,41%

5-10 lat	5	62,50%	0	0,00%	3	37,50%
11-15 lat	4	44,44%	3	33,33%	2	22,22%
16-20 lat	3	42,86%	3	42,86%	1	14,29%
21-25 lat	4	44,44%	4	44,44%	1	11,11%
26-30 lat	9	37,50%	15	62,50%	0	0,00%
31 lat i więcej	6	37,50%	9	56,25%	1	6,25%

W grupie wiekowej 21 – 30 lat zdaniem 78,26% respondentów w okresie nauki nie podjęto edukacji na temat podejścia do śmierci pacjentów. Zaobserwowano, że im starsi ankietowani tym częściej mieli tego typu zajęcia w placówce edukacyjnej. Zależność ta jest istotna statystycznie, ponieważ wartość współczynnika $p=0,0022$ – tabela 7.

Tabela 7. Wiek respondentów a edukacja na temat podejścia do śmierci pacjentów

Wiek	Edukacja na temat podejścia do śmierci pacjentów					
	Tak		Nie		Nie mam zdania	
21-30 lat	1	4,35%	18	78,26%	4	17,39%
31-40 lat	3	20,00%	5	33,33%	7	46,67%
41-50 lat	5	22,73%	10	45,45%	7	31,82%
51-60 lat	16	47,06%	14	41,18%	4	11,76%
61-70 lat	3	50,00%	3	50,00%	0	0,00%

Kobiety uważają, że konieczne jest wprowadzenie konsultacji psychologicznych dla personelu medycznego który ma kontakt ze śmiercią w pracy. Wśród mężczyzn 33,33% nie widzi takiej konieczności, a kolejne 25,00% nie ma zdania. Zależność między płcią a wprowadzeniem konsultacji psychologicznych dla personelu medycznego jest istotna statystycznie ($p=0,0114$) – tabela 8.

Tabela 8. Płeć respondentów a wprowadzenie konsultacji psychologicznych dla personelu medycznego który ma kontakt ze śmiercią w pracy

Płeć	Wprowadzenie konsultacji psychologicznych dla personelu medycznego który ma kontakt ze śmiercią w pracy					
	Tak		Nie		Nie mam zdania	
Kobieta	62	74,70%	8	9,64%	13	15,66%

Mężczyzna	5	41,67%	4	33,33%	3	25,00%
Nie chcę podawać	2	40,00%	0	0,00%	3	60,00%

Zaobserwowano istotny statystycznie wpływ stażu pracy na samoocenę przygotowania emocjonalnego do towarzyszenia pacjentowi umierającemu. Im wyższy staż pracy tym samoocena jest wyższa ($p=0,0488$) – tabela 9.

Tabela 9. Staż pracy respondentów a samoocena przygotowania emocjonalnego do towarzyszenia pacjentowi umierającemu

Samoocena przygotowania emocjonalnego do towarzyszenia pacjentowi									
Staż pracy		umierającemu							
		Bardzo dobrze		Dobrze		Wystarczająco		Niedostatecznie	
0-5 lat	4	14,81%	6	22,22%	10	37,04%	7	25,93%	
5-10 lat	0	0,00%	1	12,50%	6	75,00%	1	12,50%	
11-15 lat	0	0,00%	2	22,22%	7	77,78%	0	0,00%	
16-20 lat	1	14,29%	2	28,57%	1	14,29%	3	42,86%	
21-25 lat	1	11,11%	5	55,56%	2	22,22%	1	11,11%	
26- 30 lat	4	16,67%	9	37,50%	9	37,50%	2	8,33%	
31 lat i więcej	4	25,00%	8	50,00%	4	25,00%	0	0,00%	

Dyskusja

Śmierć pacjenta jest zawsze trudnym doświadczeniem, zarówno dla rodziny, jak i personelu medycznego, który zajmuje się chorym oraz towarzyszy mu w ostatnich chwilach życia. Wpływ śmierci na personel medyczny jest bardzo złożonym zjawiskiem. W konsekwencji pracownicy mogą doświadczać trudności emocjonalnych i zawodowych. Praca w opiece zdrowia wymaga nie tylko wiedzy i umiejętności medycznych, ale również wytrzymałości psychicznej i umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach [52].

Śmierć pacjenta może wywołać różne emocje, takie jak smutek, bezradność, żal, a nawet poczucie winy. Pracownicy służby zdrowia często tworzą z pacjentami bliskie relacje, a ich śmierć może odcisnąć duże piętno na ich emocjach i psychice [52].

Jednocześnie opisywane zjawisko może być również ważnym momentem dla rozwoju zawodowego personelu medycznego, ponieważ pozwala na refleksję nad swoją pracą i podejściem do pacjentów. Dlatego dyskusja na temat wpływu śmierci na pracowników ochrony zdrowia jest ważnym krokiem w kierunku zrozumienia potrzeb pacjentów oraz poprawy funkcjonowania placówek zdrowotnych [53].

Pomimo tego, że śmierć jest nieodłącznym elementem ludzkiej egzystencji praca z takim pacjentem jest niezwykle trudna. Badania własne pokazały, że 94% respondentów doświadczyło śmierci pacjenta. Oznacza to, że śmierć pacjentów jest częstym zjawiskiem w pracy personelu medycznego. Może to powodować różne reakcje i emocje. Szczególnie trudno jest pogodzić się z odejściem pacjenta w młodym wieku. W grupie badanych pielęgniarek i pielęgniarzy w jednym z warszawskich szpitali ponad 60% odpowiedziało, że ze śmiercią młodego pacjenta ciężiej się pogodzić niż z chorym w podeszłym wieku [54]. Podobne wyniki ukazały badania własne, 57% ankietowanych wskazało młody wiek pacjenta jako jeden z najczęstszych czynników wpływających na reakcje o śmierci w trakcie dyżuru. Nasuwa się w tym miejscu wniosek, że w obliczu śmierci pacjentów, szczególnie ważne jest, aby pracownicy mieli odpowiednie wsparcie emocjonalne i narzędzia, które pomogą im radzić sobie z trudnymi emocjami.

Słowo śmierć zazwyczaj kojarzy się z cierpieniem, lękiem i smutkiem. Mogłoby się wydawać, że osoby pracujące z umierającymi pacjentami na co dzień nie doświadczają tych przykrych emocji. Nic bardziej mylnego, ponad 50% ankietowanych w badaniach własnych odpowiedziało, że doświadczenie śmierci nie spowodowało u nich obniżenia lęku. Brak zdania zaobserwowano u 10% respondentów. Ponad połowa respondentów (52%), którzy doświadczyli odejścia pacjenta nie jest przygotowana do własnej śmierci. W wynikach

opisanych w czasopiśmie Problemy Pielęgniarstwa z 2014 r. 69% ankietowanych pielęgniarek, które na co dzień pracują z pacjentami terminalnymi odczuwa lęk przed śmiercią bliskiej osoby. U większości badanych wystąpiła też obawa i refleksja nad własną śmiercią. Wystąpienie lęku różniło się w zależności od wieku respondentek, powyższe wyniki ukazały, że uczucie przygnębienia i obawy o własną śmierć wzrastały u pielęgniarek do 40 roku życia [55]. Porównując te wyniki, a badania własne zauważono rozbieżność. W grupie wiekowej 61-70 lat u 83,33% badanych występuje refleksja nad własną śmiercią. Dysproporcja w wynikach może świadczyć o przeprowadzonych badaniach na różnych oddziałach szpitalnych, gdzie praca z pacjentem umierającym występuje bardzo często lub sporadycznie.

Wspomniane już zostało, że doświadczenie śmierci jest nieuniknione w pracy personelu medycznego. Śmierć pacjenta wiąże się z przeżywaniem różnorodnych emocji, co wpływa na system wartości pracownika i życie osobiste. Pracownicy opieki zdrowia mogą odczuwać różne emocje podczas śmierci pacjenta. Jest to szczególnie trudna sytuacja związana z zawodem medycznym. Badania na pielęgniarkach z 2020 r. [49] wykazały, że najczęściej po śmierci pacjenta występuje smutek (65%), rzadziej niechęć do pracy (16%) czy apatia (14%). Nieliczni wskazywali na niechęć do wykonywania zawodu. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Zawislak [56], gdzie do najczęstszych emocji należał smutek (39,3%), a w dalszej kolejności złość (21,4%). Co ciekawe, badania własne ukazały odmienne reakcje. Najczęściej opisaną postawą ankietowanym w momencie śmierci pacjenta jest akceptacja i przyjęcie zaistniałej sytuacji w spokoju (49%). Na drugim miejscu znalazło się współczucie (34%). O poczuciu bezsilności poinformowało 18% respondentów. W momencie śmierci pacjenta smutek odczuwało jedynie 9% ankietowanych. Zauważyć można odstępstwa od innych badań. Spowodowane to mogło być wiekiem respondentów i stażem pracy. W badaniach własnych przeważającą grupą wiekową były osoby w wieku 51 - 60 lat. Założyć można, że były to osoby z dużym doświadczeniem. Być może doświadczenie śmierci w pracy nie było dla nich tak wstrząsające jak dla innych. Prawdopodobnie osoby te wykształciły w sobie właściwe reakcje, jakim jest akceptacja i spokój. Należy pamiętać, że każdy pracownik służby zdrowia jest inny, a emocjonalne podejście do śmierci pacjenta może różnić się w zależności od wielu czynników, takich jak doświadczenie zawodowe, osobiste przekonania i wartości, a także indywidualne podejście do pracy z pacjentami. Mimo wszystko w przyszłości należy poszerzyć badania o szerszą grupę respondentów. Warto wspomnieć, że 3% ankietowanych w badaniach własnych wskazała, że stosuje używki w celu łagodzenia stresu związanego ze śmiercią pacjenta.

Obszarem badawczym podjętym w pracy była również reakcja ankietowanych na słowo śmierć. Co ciekawe, przeważały takie uczucia jak smutek (43%), bezsilność (32%) oraz współczucie (30%). Zastanawiające jest to, że wyniki te nie pokryły się z reakcją emocjonalną na śmierć pacjenta. Prawdopodobnie pracownicy ochrony zdrowia w badaniach własnych śmierć pacjenta traktowali jako element codziennej pracy i wyzwanie, z którym należy się zmierzyć. Jednakże opieka nad osobami umierającymi może być bardzo trudna i wymagać od personelu medycznego ogromnego wysiłku emocjonalnego. Słowo "śmierć" może wywoływać u nich skojarzenia z ciężkimi doświadczeniami emocjonalnymi i wyczerpaniem.

Dlatego tak ważne jest, aby pracownicy mieli dostęp do odpowiedniej pomocy psychologicznej i wsparcia.

Przeprowadzone badania dostarczyły również wiedzy z zakresu edukacji i przygotowania przyszłych pracowników na doświadczanie śmierci pacjentów. Edukacja na kierunkach medycznych powinna nauczyć studentów przede wszystkim praktycznych umiejętności. Niemniej ważne, jest nauczanie przyszłego medyka radzenia sobie z stresującymi sytuacjami oraz przygotowanie do rozmów z pacjentami o ich chorobach, lękach, ale też o tematach trudnych, czyli rozmów o śmierci. Badania własne wykazały, że 14% respondentów niedostatecznie ocenia swoje umiejętności emocjonalnego wsparcia pacjenta. O wystarczającym przygotowaniu poinformowało 39,00% grupy. Niecała połowa ankietowanych (47%) oceniła swoje umiejętności jako dobre lub bardzo dobre. Jest to zatrważające, ponieważ personel medyczny na co dzień obcuje i obserwuje śmierć pacjentów. Wymaga się od nich, aby potrafili oni radzić sobie w trudnych sytuacjach. Podobne wyniki uzyskano w 2012 r. [57]. Tylko nieliczne osoby z personelu medycznego stwierdziły, że zdobyły wystarczającą wiedzę na temat postępowania wobec pacjentów umierających i aż 90% z nich dostrzega konieczność szkolenia w tym zakresie. Połowa respondentów w badaniach Glińskiej uważała, że podczas edukacji nie przygotowuje się studentów do pracy ze śmiercią (50%). Uzyskane wyniki pozwalają wysunąć wniosek, że szkolenie pracowników jest niezbędne. Co ciekawe, badania opublikowane w "Journal of Palliative Medicine" w 2015 roku wykazały, że szkolenie personelu medycznego w zakresie opieki paliatywnej, obejmujące podejście emocjonalne do pacjentów, wpłynęło pozytywnie na poziom stresu u personelu medycznego. Badanie to wykazało, że po szkoleniu pracownicy mieli mniejsze poziomy lęku, depresji i stresu, a także wykazywali większą satysfakcję z pracy [58].

Istnieje przeświadczenie, że im dłuższy staż pracy tym pracownik jest bardziej odporny na sytuacje stresowe. Badania własne to potwierdzają, zaobserwowano istotnie statystyczny wpływ stażu pracy na własne przygotowanie emocjonalne do pracy z pacjentem

umierającym. Gołębiak i wsp. również dowiedli, że występuje zależność statystyczna ankietowanych między ich własną oceną poziomu empatii w opiece nad umierającym a ilością przepracowanych lat w zawodzie medycznym [54]. Ponad 75% respondentek z dłuższym stażem pracy w badaniach Zawisłak odpowiedziało, że ma wystarczający poziom wiedzy w pracy z takim pacjentem [56]. Powyższe wyniki pokazują, że pracownik z dłuższym doświadczeniem zawodowym jest bardziej przygotowany emocjonalnie do opieki nad chorym w terminalnym stadium choroby. Istnieje jednak ryzyko znieczulicy na śmierć pacjenta, jako reakcji obronnej na czynniki stresowe i rutyny w pracy [40].

Dyskusja wskazała, że szczególnie ważne jest wsparcie psychologiczne personelu medycznego. Badania z 2013 przeprowadzone wśród 50 aktywnych zawodowo pielęgniarek wykazały, że tylko $\frac{2}{3}$ respondentek mogła liczyć na pomoc psychologa [60]. Wyniki badań własnych pokazały, że zdaniem 69% grupy konsultacje psychologiczne powinny zostać zapewnione dla pracownika, który ma kontakt ze śmiercią w pracy. Ukazuje to konieczność zapewnienia medykom kontaktu z psychologiem. Pomoc psychologa dla personelu medycznego jest bardzo ważna i może przyczynić się do poprawy ich zdrowia psychicznego, jak również poprawy jakości opieki medycznej, którą oferują pacjentom.

Wnioski

Analizując zebrane dane wywnioskowano, że:

1. Śmierć pacjentów jest momentem krytycznym w pracy pielęgniarki i pielęgniarza.
2. Staż pracy nie wpływa na przyzwyczajenie do śmierci oraz na minimalizację lęku spowodowanego doświadczaniem śmierci pacjentów.
3. Emocjonalne podejście do śmierci pacjentów nie zmienia się pod względem stażu pracy uczestników badania.
4. Zaobserwowano, że w grupie wiekowej 61 – 70 lat śmierć pacjenta wywołuje refleksje nad własną śmiercią.
5. Wśród osób między 21 a 30 rokiem życia nie prowadzono edukacji dotyczącej podejścia do śmierci pacjenta. Wraz z wiekiem respondentów edukacja na w/w temat była przeprowadzana częściej.
6. Kobiety badane uważały, że konieczne jest wprowadzenie konsultacji psychologicznych dla personelu medycznego który ma kontakt ze śmiercią w miejscu pracy.
7. Zauważono istotny statystycznie wpływ doświadczenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy na ich samoocenę pod względem przygotowania emocjonalnego do opieki nad pacjentem w terminalnym stadium choroby.

Wykaz piśmiennictwa

1. GUS Ludność, ruch naturalny i migracje w latach 1946-2021
[dostęp ONLINE 01.03.2023]
https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/16/1/1/tablica_2p.xls
2. GUS Trwanie życia w zdrowiu w 2021r. 2022. [dostęp ONLINE 01.03.2023]
<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-2021-r-5,2.html>
3. Szukalski P.: Gdzie umierają Polacy? Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny, 2016; 10.
4. Szenajch P.: Trudne umieranie Narracyjne przedstawienia choroby i śmierci a doświadczenie osób terminalnie chorych. Instytut Slawistyki Polskiej Akademii Nauk, Fundacja Slawistyczna, Warszawa, 2015.
5. Pała A.: Zjawisko śmierci – zmora medycyny. Semina Scientiarum, 2014; 13: 115–139.
6. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G.: Kultura śmierci, kultura umierania. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok, 2016.
7. Tylka K.: Psychologiczne aspekty cierpienia w chorobie i umieraniu. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2012; 6(1): 1–8.
8. Jankowska M.: Psychologiczne aspekty postaw wobec śmierci. Akademia Pedagogiki Specjalnej, Kwartalnik Naukowy, Warszawa, 2018; 36(4): 372-394.
9. Życzkowska M.: Dobra śmierć, a więc jaka? Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016; 10(2): 48–53.
10. Wójcik B.: Mózg umiera pierwszy. Miesięcznik Znak [dostęp ONLINE 01.03.2023]
<https://www.miesiecznik.znak.com.pl/6492008boguslaw-wojcikmozg-umiera-pierwszy/>
11. Gałuszka A.: Blisko, coraz bliżej... : psychologiczne aspekty umierania i śmierci. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2016.
12. Sienkiewicz W., Grabowski R.: Etyczne, medyczne i prawne dylematy wokół śmierci mózgu. Komisja Bioetyczna BIL, Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz 2017.
13. Sobczak K., Janaszczuk A.: Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu. Forum Medycyny Rodzinnej, 2012; 6(4): 182–190.

14. Piaskowski D.: Śmierć osobnicza (mózgowa) jako przesłanka dopuszczalności przeszczepu ex mortuo. Zeszyt Studenckich Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji, Szczecin 2016; 6.
15. Rzeczyńska M.: Postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjenta. Zakład Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Szczecin, 2015.
16. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (poz. 73). [dostęp ONLINE 01.03.2023]
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20200000073/O/M20200073.pdf>
17. Dzierżanowski T., Binnebesel J.: Godność w umieraniu. Medycyna Paliatywna, 2019; 11(4): 156–162.
18. Kodeks Etyki Lekarskiej [dostęp ONLINE 01.03.2023]
https://nil.org.pl/uploaded_images/1576053297_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf
19. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [dostęp ONLINE 01.03.2023]
https://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/283_u.htm
20. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia Nowa Karta pracowników Służby Zdrowia. Księgarnia św. Jacka, Katowice, 2017.
21. Długaszek M. Do not resuscitate - czy aby na pewno? [dostęp ONLINE 01.03.2023]
<https://www.mp.pl/oit/aktualnosci/262849,do-not-resuscitate-czy-aby-na-pewno>
22. Haberko J., Kondratiewa-Bryzik L., Sękowska-Kozłowska K.: Realizacja standardów bioetycznych w prawie polskim w zakresie oświadczeń pro futuro. Prawa człowieka wobec rozwoju biotechnologii, Warszawa, 2013.
23. Joseph L.: DNR, DNAR, or AND? Is Language Important?, Breault Ochsner Journal December, 2011, 11(4): 302-306.
24. Nowarska A.: CPR a DNR w kontekście opieki paliatywnej. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2012; 6(1): 9-14
25. Pacian J.: Oświadczenia pro futuro – dylematy prawne. Zeszyty Prawnicze, 2014; 14: 171-181.
26. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty [dostęp ONLINE 01.03.2023]
https://cem.edu.pl/legis/ustawa_o_zawodach_lekarza_i_lekarza_dentysty2018.pdf

27. Bossaert L., Perkins G., Askitopoulou H., Raffay V., Greif R., Haywood K., Mentzelopoulos S., Nolan J., Van de Voorde P., Xanthos T.: Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia. Wytyczne resuscytacji, 2015.
28. Michoński D.: Kwestia oświadczeń pro futuro w kontekście artykułu 9. Europejskiej Konwencji Bioetycznej i praktyki wybranych państw europejskich. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2017; 11(3): 102–110.
29. Przybyłek E., Rej-Kietla A., Kryśka S., Zawadzki D.: Wola pacjenta wobec interwencji medycznej- świadczenie PRO FUTURO. *Roczniki Administracji i Prawa, ROK*; 18(1): 291-299.
30. Machinek M., Prusak M., Zadorożny T.: Oświadczenie pacjenta pro futuro jako problem medyczny, etyczny, teologiczny i prawny. *Seminarium Warszawskie*, 2017; 11.
31. Banaszak E.: Towarzyszenie człowiekowi w obliczu śmierci. *Aspekty moralne, Roczniki Teologiczne*, 2021; 68(3): 127-141.
32. Kübler A., Chęciński I.: Dylematy medyczne i prawne. Intensywna terapia bezpieczna dla lekarza i pacjenta. Wrocławskie Wydawnictwo Naukowe Atła, Wrocław 2013.
33. Szeroczyńska M.: Odstąpienie od uporczywej terapii — de lege lata i de lege ferenda. *Medycyna Paliatywna*, 2013; 5: 31–40.
34. Ciałkowska-Rysz A., De Walden-Gałuszko K.: Organizacja opieki paliatywnej. *Medycyna Paliatywna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
35. Ferdynus M.: Przedłużanie życia jako problem moralny. Biblos, Tarnów, 2017.
36. Kuć D.: Kodeks Etyki Lekarskiej: odcinek 34: co robić, kiedy „nie da się nic zrobić” – opieka nad człowiekiem umierającym. *Medycyna Praktyczna* 2016; 5: 113–115.
37. Żygowska M., Chojnacka-Kowalewska G. Człowiek w obliczu choroby nowotworowej i śmierci. Państwowa Akademia Nauk Stosowanych We Włocławku, Włocławek 2017.
38. Fopka Kowalczyk M. Poczucie straty po śmierci pacjenta wśród pracowników opieki paliatywnej, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2016
39. Dancak P., Rembierz M., Sieroń R.: Cierpienie, umieranie, śmierć. Wyzwania i dylematy ludzkiego losu w kontekście sytuacji granicznych. Stalowa Wola, 2013.
40. Niedojad K., Rybka M., Rezmerska L., Ślusarz R.: Śmierć i umieranie w opinii personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. 2016; 3: 12-18.
41. Cybulska M., Wieder-Huszla S., Jurczak A., Grochans E.: Wpływ cech osobowości i stanu zdrowia psychicznego personelu pielęgniarskiego na wybór stylu radzenia sobie ze

stressem w kontakcie z umierającym człowiekiem. Zakład Pielęgniarstwa Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Pielęgniarstwo Polskie, 2017; 3(65).

42. Katechizm Kościoła Katolickiego. Pallotinum 2020.

43. Krajewska-Kułak E., Dzierżanowski T.; Krzyżanowski D., Cybulski M.: Opieka paliatywna. Poradnik dla lekarzy i pielęgniarek rodzinnych oraz rodzin pacjentów, 2018.

44. Przemiany postaw wobec śmierci Changing attitudes towards death Antonina Ostrowska Zakład Warunków Bytu i Społecznych Podstaw Zdrowia, Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016; 10, 2: 41–47

45. Niemiec M.: Aspekty etyczne dotyczące końca życia . Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016; 10(1): 1–7

46. Janikowski W.: Zasada podwójnego skutku, zasada moralnej symetrii i kwestia legalizacji eutanazji. Analiza i Egzystencja, 2013; 22: 1734-9923.

47. Makowicz D., Dziubaszewska R., Makowicz N., Barna P., Piękoś M.: Postawy personelu pielęgniarskiego wobec śmierci i umierania pacjenta. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Pigonia w Krośnie. 2019; 3(68): 151-161.

48. Haassengier V.: Postawy personelu medycznego wobec śmierci dzieci w oddziale intensywnej terapii. Praca doktorska. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, 2020

49. Ponińska B., Choknacka-Kowalewska G.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta, 2020. [dostęp ONLINE 01.03.2023]
https://wyd.edu.pl/images/Czasopisma_naukowe/PPA/IwP2018/IwP_2019_1_4/IwP_3_4_2019/IwP_4_2019/Innowacje_1_5_2020/Poninska_Choknacka_inno_1-5-2020.pdf

50. Gaworska-Krzemińska A., Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J.: Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarkom w opiece nad pacjentem umierającym. Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Białymstoku. Białystok, 2017; 2: 12-15.

51. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Sarnacka E., Cybulski M.: Współczesne postawy wobec śmierci i umierania. Medycyna Paliatywna, 2013; 5(4): 163–170

52. McAdams C., McPherson T.: The effect of patient death on nursing staff: a literature review. Journal of death and dying, 2011; 63(4): 331-357.

53. Roney L., Acri M., Bear T.: Addressing end-of-life care in a dementia care unit: A staff education program to enhance competency. *American Journal of Alzheimer's Disease nad Other Dementias*, 2017; 32(6):324-331.
54. Gołębiak I., Szczepaniak R., Łazowa A., Dykowska G.: Postawa pielęgniarek wobec śmierci pacjenta, *Pielęgniarstwo w Opiece długoterminowej*, 2019; 4(1): 34-42.
55. Głowacka M., Haor B., Ślusarz R., Sołtysik K., Biercewicz M.: Śmierć pacjenta jako obciążenie w pracy zawodowej pielęgniarki. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014; 22(2): 276–280.
56. Zawislak A.: Postawy pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i bliskich osób. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2016; 6(3): 197-203.
57. Glińska J., Szczepaniak M., Lewandowska M., Brosowska B., Dziki A., Dziki Ł.: Postawy personelu medycznego wobec człowieka umierającego i śmierci. Postawy wobec śmierci, *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2012; 3: 16-25.
58. Chan H., Pang S., Letson H., Lai J.: Effectiveness of a Training Program on Enhancing Emotional Intelligence and Palliative Care Competence in Oncology Nurses, *Journal of Palliative Medicine*, 2015; 18(8): 677-683.
59. Krajewska- Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B.: Postawy pielęgniarek wobec chorego umierającego, *W drodze do brzegu życia. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*, 2014; 12: 296-303.



ISBN: 978-83-67454-65-0