

Komunikowanie się z chorym u kresu życia w opinii pielęgniarek

Communicating with patients at the terminal stage in nurses' opinion

Maria Lipińska¹, Krystyna Maj¹, Urszula Romanowska¹

¹Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Maria Lipińska

Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie
ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów
E-mail: ioz@pwsztar.edu.pl

STRESZCZENIE

Komunikowanie się z chorym u kresu życia w opinii pielęgniarek

Wprowadzenie. Komunikowanie jest podstawową składową opieki pielęgniarskiej i warunkiem satysfakcji chorego i jego rodziny. Komunikowanie się z chorym u kresu życia wymaga wzajemnego zaufania i czynienia dobra. U podstaw postępowania pielęgniarskiego i komunikowania powinna tkwić zasada autonomii według, której uznaje się prawo chorego do dokonywania wyborów zgodnie z własnym systemem wartości oraz przekonaniami. Okazywanie poszanowania autonomii chorego łączy się z potrzebą współczucia i niesienia pomocy.

Cel pracy. Celem pracy było pozyskanie wiedzy o sposobie komunikowania się pielęgniarek z chorymi będącymi u kresu życia, określenie czynników utrudniających nawiązanie kontaktów i uzyskanie informacji o zakresie i rodzaju wsparcia dla rodziny chorego ze strony pielęgniarek.

Metoda i materiał. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Jako technikę wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Badania przeprowadzono w zakładach opieki zdrowotnej na terenie Tarnowa w okresie od lutego do czerwca 2012 wśród 130 pielęgniarek.

Wyniki. Większość badanych pielęgniarek nie ma trudności w nawiązaniu i podtrzymaniu kontaktu z chorymi w terminalnej fazie choroby, niewielki odsetek przyznaje, że kontakty nastrożają im pewne trudności. Pielęgniarki najczęściej udzielają wsparcia rodzinie w zakresie sprawowania opieki nad chorym.

Słowa kluczowe: komunikowanie, chory, kres życia, pielęgniarka

ABSTRACT

Communicating with patients at the terminal stage in nurses' opinion

Introduction. Communication is a basic component of nursing care and the condition of satisfaction of patient and his/her family. Communicating with patients at the end of their lives requires mutual trust and kindness. At the core of nursing and communication there should be the principles of autonomy according to which the right of the patients to make choices according to their own system of values and beliefs is recognized.

Aim. The aim of this study was to gain knowledge about how nurses communicate with patients who are at the terminal stage of life, identify factors contributing to the impediment of contacts and obtain information about the scope and type of support to the family of the patient by nurses.

Material and methods. In clinical research, diagnostic survey method was used. As a technique, a questionnaire designed by the author was used. Studies were conducted in health care facilities in Tarnow in the period from February to June 2012 among 130 nurses.

Results. For most of the nurses is not difficult to establish and maintain contact with patients in the terminal phase of illness. A small percentage of them admit that the contacts pose some difficulties. Most often the nurses provide support for the family in caring for the sick.

Key words: communicating, patient, terminal stage, nurse

WPROWADZENIE

Pacjent w terminalnym okresie choroby nowotworowej jest człowiekiem cierpiącym z powodu różnych dolegliwości prowadzących do nieuchronnej śmierci. Pogarszający się stan chorego wymaga podejmowania przez pielęgniarkę różnorodnych czynności, zabiegów medycznych i pielęgnacyjnych, a także nauczania wielu czynności rodzinie chorego. Pielęgnując chorego musi zadbać o wszystkie sfery ludzkiej egzystencji: biologiczną, psychiczną społeczną i duchową.

Komunikowanie interpersonalne jest jedną z podstawowych potrzeb każdego człowieka, a szczególnie człowieka cierpiącego. Odpowiedzialność za jakość komunikowania się z chorym, objętym opieką terminalną spoczywa na całym zespole terapeutycznym, a w sposób szczególny na pielęgniarkę.

Sprawowanie opieki nad osobą w terminalnej fazie choroby jest niezwykle trudne, dlatego najważniejsze jest ustalenie otwartej, skutecznej i wspierającej komunikacji, powiązanej z zachętą do ekspresji trudnych uczuć, szczególnie nasilających się gdy chory ma świadomość zbliżającej się śmierci [1].

Komunikacja to nie tylko komunikowanie się przy pomocy słów; znacznie większy jest tu udział niewerbalnego przekazu, szczególnego znaczenia nabiera zatem posiadanie tak niezwykle ważnej i trudnej umiejętności, jaką jest poznanie codziennego języka cierpiących, umierających, obfitującego w eufemizmy, niedomówienia, bogactwo przekazywania emocji gestami, postawą, zachowaniem, milczeniem. Ten język cierpiących znacznie bliższy jest pielęgniarkę, która częściej niż lekarz dotyka obolałego ciała, ona może dostąpić również zaszczytu powierzenia tajemnic człowieka cierpiącego [2].

U podstaw postępowania pielęgniarskiego powinna tkwić zasada autonomii. Szacunek dla autonomii chorego wyraża się tolerancją wobec przekonań chorego i obowiązkiem uczciwości w rozmowie z nim. Z drugiej strony uczciwość wyrażająca się prawdomównością powinna wiązać się z empatią i rozsądkiem. Dotyczy to zwłaszcza problemu przekazywania choremu niepomysłnych wiadomości o jego stanie zdrowia. Jako zasadę niepodważalną przyjmuje się fakt, że każdy chory ma prawo do prawdy. Należy jednak pamiętać, że nie każdy chory jest gotowy do jej przyjęcia. Dlatego liczbę i treść informacji na ten temat trzeba zawsze uzależniać od woli chorego [3].

Przekazywanie choremu lub jego rodzinie niepomysłnych informacji należy do kompetencji lekarza, tak więc pielęgniarka nie może w to ingerować, ale informacje o planowanych działaniach pielęgnacyjno-opiekuńczych czy też rozmowy dotyczące problemów egzystencjalnych chorego mieszczą się w zakresie jej uprawnień.

Pielęgniarka jako osoba wspierająca i przynosząca ulgę, zapewnia możliwie najlepszy komfort choremu będącemu u kresu życia, pełni w jego życiu wiele, bardzo istotnych i złożonych ról. Jej zadaniem jest sprawowanie nad chorym holistycznej opieki na każdym etapie choroby oferując mu pomoc, która gwarantuje komfort w sferze biologicznej, psychicznej, społecznej i duchowej, a w sposób szczególny stwarza warunki godnego umierania.

Należy trwać przy chorym nieraz bez słowa okazując mu ciepło i empatię. Człowiek umierający doznaje ulgi, gdy może z kimś dzielić własne uczucia, gdy druga osoba jest obecna fizycznie [4].

CEL PRACY

Celem pracy było uzyskanie wiedzy dotyczącej procesu komunikowania się pielęgniarek z chorym u kresu życia, określenie czynników utrudniających nawiązanie i podtrzymanie kontaktu z chorym oraz uzyskanie informacji o zakresie wsparcia chorego i jego rodziny ze strony pielęgniarek.

MATERIAŁ I METODA

W badaniach wzięło udział 130 pielęgniarek pracujących w zakładach opieki zdrowotnej na terenie Tarnowa. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, który składał się z dwóch części. Część pierwsza kwestionariusza zawierała pięć pytań charakteryzujących grupę badawczą, pytania miały charakter zamknięty. Część druga, zasadnicza zawierała sześć pytań zamkniętych oraz pięć pytań umożliwiających wybór kilku odpowiedzi dotyczących procesu komunikowania się pielęgniarek z chorymi u kresu życia. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Badania przeprowadzono w okresie od lutego do czerwca 2012 roku.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY

Tab. 1. Cechy demograficzne i społeczno-zawodowe badanej grupy

Cechy demograficzne i społeczno-zawodowe	Kategorie	Liczba badanych [N]	Odsetek [%]
Wiek	20-30	17	13,07
	31-40	59	45,38
	41-50	45	34,61
	51-60	9	6,92
Staż pracy	do 5 lat	15	11,93
	6-10	25	19,23
	11-20	45	34,61
	powyżej 20 lat	45	34,61
Wykształcenie	licem medyczne	43	30,07
	studium medyczne	55	42,30
	licencjat	15	11,53
	magister	17	13,07
Zamieszkanie	miasto	67	51,54
	wieś	63	48,46
Miejsce pracy – oddział	chirurgiczny	30	23,07
	neurologiczny	15	11,53
	wewnętrzny	25	19,23
	radiologii	16	12,30
	Opieki paliatywnej / hospicyjnej	24	18,46
	DPS*	12	9,23
	POZ**	8	6,15

* DPS – dom pomocy społecznej

** POZ – podstawowa opieka zdrowotna

Badaniami objęto 130 pielęgniarek pracujących w zakładach opieki zdrowotnej na terenie Tarnowa. Najliczniej reprezentowane były pielęgniarki w wieku 31-40 lat – 59 osób (45,38%), mniejszą grupę badanych stanowiły respondenci w wieku 41-50 lat – 45 osób (34,61%). Pielęgniarki w wieku 20-30 lat reprezentowane były przez 17 osób (13,07%). Najmniejszą grupę stanowiły pielęgniarki w przedziale wiekowym 51-60 lat – 9 osób (6,92%).

Respondentki w większości ukończyły studium medyczne – 55 osób (42,3%), około jedna trzecia badanych ukończyła liceum medyczne – 43 osoby (30,07%). Studia pielęgniarskie I stopnia – licencjat ukończyło 15 osób (11,53%), studia II stopnia – magisterskie ukończyło 17 osób (13,07%).

Pielęgniarki ze stażem pracy w zawodzie powyżej 20 lat stanowiły jedną trzecią badanych 45 osób (34,61%), pielęgniarki posiadające staż pracy w przedziale 11-20 lat były reprezentowane przez taką samą grupę respondentów 45 (34,61%). Około 20% badanych stanowiły pielęgniarki posiadające staż pracy w przedziale 6–10 lat. Najmniej licznie reprezentowane były pielęgniarki posiadające staż pracy do 5 lat – 15 osób (11,93%). W badanej grupie 67 osób (51,54%) zamieszkuje w mieście, nieznacznie mniej 63 osoby (48,46%) zamieszkuje na wsi.

Znaczącą większość badanej grupy pracowała w oddziałach szpitalnych, 110 osób (84,61 %) najliczniej były reprezentowane pielęgniarki pracujące w oddziale chirurgicznym 30 osób (23,07 %), w oddziale wewnętrznym 25 osób (19,23%), w oddziale opieki paliatywnej 24 (18,46 %), w oddziale radiologii 16 (12,30 %), w oddziale neurologicznym 15 osób (11,53 %), DPS 12 osób (9,23 %) i POZ 8 osób (6,15 %).

WYNIKI BADAŃ

Podstawową rolę w kształtowaniu relacji pacjent - pielęgniarka spełnia komunikowanie się, na które ma wpływ postawa, wiedza i troska.

■ Tab. 2. Komunikowanie się pielęgniarek z chorymi i ich rodzinami w terminalnej fazie choroby

Jak często komunikuje się Pani/Pan z chorymi u kresu życia i ich rodzinami	Liczba badanych [N]	Odsetek [%]
Często	47	36,15
Bardzo często	35	26,92
Sporadycznie	32	24,61
Okazjonalnie, przy wykonywaniu zabiegów	16	12,30

■ Tab. 3. Opinia badanych na temat trudności w nawiązaniu i podtrzymaniu relacji międzypersonalnych z chorym terminalnie

Czy Pani ma trudności w nawiązaniu i podtrzymaniu kontaktu z chorym u kresu życia?	Liczba badanych [N]	Odsetek [%]
Nie	84	64,61
Tak	31	23,82
Brak odpowiedzi	15	11,53

W tabeli 2 wykazano, że najliczniejsza grupa badanych pielęgniarek – 47 osób (36,15%) określiła częstość swojego komunikowania się z chorym u kresu życia i jego rodziną jako „często”, mniejsza grupa 35 osób (26,92 %) jako „bardzo często”. Natomiast „sporadycznie” kontakt z chorymi

i ich rodzinami nawiązały 32 osoby (24,61%), a 16 osób (12,3%) „okazjonalnie”, przy wykonywaniu zabiegów.

Zdecydowana większość 84 osoby (64,61%) nie ma trudności w nawiązaniu i podtrzymaniu kontaktu z chorym u kresu życia, około jedna czwarta badanych pielęgniarek 31 osób (23,82%) stwierdziło, że ma takie trudności, 15 osób (11,53 %) nie ustosunkowało się do zadanego pytania.

■ Tab. 4. Czynniki i sytuacje utrudniające nawiązanie i podtrzymanie kontaktu z chorym u kresu życia w opinii badanych

Jakie czynniki, sytuacje zdaniem Pani utrudniają nawiązanie i podtrzymanie kontaktu z chorym u kresu życia	Liczba badanych [N]	Odsetek [%]
Duże obciążenie pracą	58	44,61
Trudne pytania chorego	33	25,38
Brak harmonijnej współpracy w zespole terapeutycznym	26	20,00
Nie w pełni wykształcone umiejętności interpersonalne	22	16,92
Brak systematycznego doskonalenia	18	13,84
Brak wsparcia ze strony przełożonych	15	11,38
Inne (jakie ?)	–	–

Badana grupa określiła czynniki i sytuacje utrudniające im nawiązanie i podtrzymanie kontaktu z chorym będącym u kresu życia (badani w odpowiedzi na pytanie mogli uwzględnić kilka czynników). Za czynnik utrudniający nawiązanie i podtrzymanie kontaktu, 58 osób (44,61%) podało „za duże obciążenie pracą”, 33 osoby (25,38%) „trudne pytania chorego”, 26 osób (20,00%), „brak harmonijnej współpracy w zespole terapeutycznym”, 22 osoby (16,92%) „nie w pełni wykształcone umiejętności interpersonalne”, 18 osób (13,84%) „brak systematycznego doskonalenia”. Najmniejsza grupa 15 osób (11,38%) wskazała na „brak wsparcia ze strony przełożonych” (tab. 4).

■ Tab. 5. Częstość występowania trudności w odpowiedziach na pytania chorego w opinii badanych

Czy zdarza się Pani/ Panu, że nie potrafi udzielić odpowiedzi na pytania chorego ?	Liczba badanych [N]	Odsetek [%]
Nigdy	9	6,92
Sporadycznie	78	60,00
Często	27	20,76
Bardzo często	2	1,53
Brak odpowiedzi	14	10,76

Ponad połowa badanych 78 osób (60%) stwierdziła, że „sporadycznie” zdarzają się sytuacje, gdzie nie potrafią udzielić odpowiedzi na zadane pytanie chorego u kresu życia, 27 respondentek (20,76%) uznała, że taka sytuacja zdarza się jej często, niewielka grupa badanych 9 osób (6,92%) nie znalazła się nigdy w takiej sytuacji żeby nie potrafiła udzielić odpowiedzi na pytanie chorego, 2 osoby (1,15%) określiło, że w takiej sytuacji znajduje się „bardzo często”, grupa badanych 14 osób (10,76%) nie udzieliła odpowiedzi na pytanie (tab. 5).

Badana grupa pielęgniarek wskazała pytania trudne i kłopotliwe zadawane przez chorego u kresu życia, na które trudno im odpowiedzieć, albo na które nie znajdują właściwej odpowiedzi. Są to pytania odzwierciedlające naj-

częściej stan emocjonalny chorego związany z jego sytuacją zdrowotną i życiową. Respondentki miały możliwość wskazania kilku pytań. Ponad połowa badanych 66 osób (50,76%) do powyższych pytań zaliczyła pytanie chorego – „jak długo jeszcze będę żył/a?”. Podobna grupa badanych 62 osoby (47,69%) wskazała pytanie dotyczące przyczyny przeżywanego przez chorych cierpienia – „dlaczego ja muszę tak bardzo cierpieć?”, 52 osoby (40,00%) – „dlaczego to mnie właśnie spotkało?”, 16 osób (12,30%) – „czy ja dobrze przeżyłem/łam życie?”, 14 osób (10,76%) – „czy moja rodzina poradzi sobie w życiu beze mnie?”, a 6 osób (4,61%) – „kto będzie się mną opiekował do końca?” (tab. 6).

■ Tab. 6. Opinia badanych na temat rodzaju pytań chorego, na jakie nie potrafią lub mają duże trudności z udzieleniem odpowiedzi

Na jakie pytania chorego Pani nie potrafi, lub ma duże trudności z udzieleniem odpowiedzi?	Liczba badanych [N]	Odsetek [%]
Jak długo jeszcze będę żył/a?	66	50,76
Dlaczego ja muszę tak bardzo cierpieć?	62	47,69
Dlaczego to mnie właśnie spotkało?	52	40,00
Czy ja dobrze przeżyłem/łam życie	16	12,30
Czy moja rodzina poradzi sobie w życiu beze mnie?	14	10,76
Kto będzie się mną opiekował do końca?	6	4,61
Inne?	-	0

■ Tab. 7. Osoby rozmawiające z chorymi o ich postępującej, śmiertelnej chorobie

Kto w oddziale najczęściej rozmawia z chorym o jego postępującej, śmiertelnej chorobie?	Liczba badanych [N]	Odsetek [%]
Lekarz	46	35,38
Lekarz i pielęgniarka	40	30,76
Psycholog	12	9,23
Takie rozmowy prowadzone są rzadko	28	21,53
Inne osoby (kto)? Kapelan szpitalny	4	3,07

Według 46 osób (35,38%) badanej grupy, osobą która najczęściej prowadzi rozmowy z chorym o jego postępującą, śmiertelną chorobę w ich miejscu pracy jest lekarz, 40 osób (30,76%) podaje, że lekarz i pielęgniarka, 12 osób (9,23%) podaje, że rozmowy z chorym są prowadzone przez psychologa, ale też rozmowy są prowadzone rzadko, tak wypowiedziało się 28 osób (21,53%), a 4 osoby (3,07%) wskazały na kapelana szpitalnego (tab. 7).

■ Tab. 8. Opinie badanych dotyczące przekazywania choremu prawdy o nieuleczalności, śmiertelnej chorobie

Czy gdyby Pani mogła to przekazać choremu prawdę o nieuleczalności, śmiertelnej chorobie?	Liczba badanych [N]	Odsetek [%]
Tak, na pewno tak	53	40,76
Raczej tak	34	26,15
Nie	32	24,61
Nie mam zdania	11	8,46

Najliczniejsza grupa respondentów 53 osoby (40,76%) oświadczyła, że na pewno przekazałaby choremu prawdę o nieuleczalności, śmiertelnej chorobie, 34 osoby (26,15%) raczej tak, natomiast 32 osoby (24,61%) nie przekazałaby takiej informacji choremu, 11 osób (8,46%) nie miało określonego zdania na ten temat (tab. 8).

Istotnym elementem procesu komunikowania z chorym u kresu życia jest sposób przekazywania niepomyślnych informacji „by nie zniszczyć” nadziei chorego, ale ją odpowiednio stymulować w kierunku takiej nadziei, która pomoże mu w lepszym radzeniu sobie z cierpieniem i śmiertelną chorobą.

■ Tab. 9. Opinia badanych na temat sposobu przekazywania choremu prawdy o niepomyślnym rokowaniu

Czy zdaniem Pani prawda o niepomyślnym rokowaniu powinna być przekazana choremu:	Liczba badanych [N]	Odsetek [%]
Stopniowo, z uwzględnieniem stanu psychicznego i fizycznego chorego	110	84,61
Za pośrednictwem rodziny chorego	16	12,30
Wprost, bez żadnych zahamowań	4	3,07
Inne, jakie?	-	0

Zdecydowana większość 110 badanych (84,61%) uważa, że prawda o niepomyślnym rokowaniu powinna być przekazana choremu stopniowo, z uwzględnieniem stanu psychicznego i fizycznego chorego. 16 osób (12,30%) przekazałoby tę prawdę „za pośrednictwem rodziny chorego” Zaledwie 4 osoby (3,07%) uważają, że niepomyślne informacje o rokowaniu powinny być przekazane wprost, bez żadnych zahamowań (tab. 9).

■ Tab. 10. Opinia badanych na temat, czy uzgadnia się w zespole terapeutycznym treść i tok rozmowy z chorym o niepomyślnym rokowaniu

Czy w Pani oddziale uzgadnia się w zespole terapeutycznym treść i tok rozmowy z chorym o niepomyślnym rokowaniu?	Liczba badanych [N]	Odsetek [%]
Zawsze	27	20,76
Czasami	53	40,76
Nie	50	38,46

Komunikowanie z chorymi u kresu życia często stanowi problem dla wielu pielęgniarek, dotyczy on między innymi zakresu i formy przekazu informacji, które może udzielić pielęgniarka jako członek zespołu terapeutycznego w relacji chory – pielęgniarka.

■ Tab. 11. Opinia badanych na temat motywów podejmowania rozmowy z chorym o postępującej, śmiertelnej chorobie?

Dlaczego z chorym należy rozmawiać o postępującej, śmiertelnej chorobie?	Liczba badanych [N]	Odsetek [%]
Chory ma prawo do pełnego poznania prawdy o swoim stanie zdrowia	83	63,84
Poznanie prawdy pozwoli choremu na załatwienie ważnych spraw życiowych	64	49,23
Poznanie prawdy może mobilizować chorego do walki z chorobą	50	38,46
Z uwagi na szacunek dla autonomii chorego i poszanowanie jego godności	42	32,30
Pozwala choremu na dobre przeżycie czasu, który mu pozostał	39	30,00
Pozwala choremu na dokonanie pozytywnego bilansu życiowego, uzyskanie spokoju wewnętrznego	36	27,69
Poprawia relacje między chorym, jego rodziną a personelem pielęgniarskim i lekarskim	22	16,92
Aby uchronić chorego przed poczuciem opuszczenia i osamotnienia	21	16,15
Uważam, że nie ma takiej potrzeby	4	3,07
Inne	-	0

Zakres informacji udzielanych choremu u kresu życia jest zawsze uzgadniany w zespole terapeutycznym, tak podało 27 (20,76%) badanych, według 53 (40,76%) tylko czasem, natomiast 50 (38,46%) respondentów stwierdziło, że w oddziale nie ustala się treści i toku rozmowy z chorym (tab. 10).

Badana grupa pielęgniarek w zdecydowanej większości – 83 osoby (63,84%) uznała, że z chorym należy rozmawiać o postępującej, śmiertelnej chorobie, ponieważ chory ma prawo do pełnego poznania prawdy o swoim stanie zdrowia, 64 osoby (49,23%) uważa, że poznanie prawdy pozwoli choremu na załatwienie jeszcze ważnych spraw życiowych, 50 osób (38,46%) poznanie prawdy może mobilizować chorego do walki z chorobą, 42 osoby (32,30%) z uwagi na szacunek dla autonomii chorego i poszanowanie jego godności. 39 (30,00%) badanych uznało, że przekazanie informacji o stanie zdrowia pozwoli choremu na dobre przeżycie czasu, który mu jeszcze pozostał. 36 osób (27,69%) badanych stwierdziło, że pozwala to choremu na dokonanie pozytywnego bilansu życiowego, uzyskanie spokoju wewnętrznego, 21 osób (16,15%) uważa, że należy rozmawiać, aby uchronić chorego przed poczuciem opuszczenia i osamotnienia, ponadto rozmowy poprawiają relacje między chorym, jego rodziną a personelem pielęgniarskim i lekarskim. 4 osoby (3,07%) uważa, że nie ma potrzeby prowadzenia rozmowy z chorym o progresji jego choroby (tab. 11).

■ Tab. 12. Czynniki utrudniające kontakt z chorym w opinii badanych

Jakie czynniki utrudniają kontakt z chorym ?	Liczba badanych [N]	Odsetek [%]
Trudny do opanowania ból i inne dolegliwości somatyczne	85	65,38
Brak akceptacji nieuchronnej śmierci	56	43,07
Silnie działające środki p/bólowe	41	31,53
Brak akceptacji ze strony chorego miejsca pobytu	35	26,92
Dotychczasowe złe doświadczenia chorego w kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia	32	24,61
Nieuregulowane sprawy chorego z rodziną i bliskimi	25	19,23
Inne	-	0

W opinii znaczącej większości respondentów – 85 (65,38%) osób czynnikiem, który przeszkadza w nawiązaniu i utrzymaniu kontaktu z chorym jest „trudny do opanowania ból i inne dolegliwości somatyczne”. 56 osób (43,07%) za czynnik utrudniający podaje „brak akceptacji przez chorego nieuchronnej śmierci”, 41 osób (31,53%) „silnie działające środki p/bólowe”, 35 osób (26,92%) „brak akceptacji ze strony chorego miejsca pobytu”, 32 osoby (24,61%) „dotychczasowe złe doświadczenia chorego w kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia”, 25 osób (19,23%) zaliczyło do powyższych czynników „nieuregulowane sprawy chorego z rodziną i jego bliskimi” (tab. 12).

Zdecydowana większość pielęgniarek w liczbie 100 (76,92%) wspiera rodzinę chorego w zakresie sprawowania nad nim opieki, 33 respondenci (25,38%) wspierają rodzinę w zakresie radzenia sobie w trudnych sytuacjach emocjonalnych. 24 (18,46%) badanych pielęgniarek wspiera

rodzinę w zakresie budowania i utrzymania dobrych relacji z chorym. 22 (16,92%) w ramach wsparcia uwzględniła przygotowanie do odejścia chorego. 14 osób (10,76%) przyznało, że nie udziela wsparcia rodzinie chorego z powodu braku czasu.

■ Tab. 13. Zakres wsparcia udzielanego rodzinie chorego przez badane pielęgniarki

W jakim zakresie Pani wspiera rodzinę chorego?:	Liczba badanych [N]	Odsetek [%]
Sprawowania opieki nad chorym	100	76,92
Radzenia sobie w trudnych sytuacjach emocjonalnych	33	25,38
Relacja chory – rodzina	24	18,46
Przygotowania do odejścia chorego	22	16,92
Na wsparcie brak mi czasu	14	10,76
Sposobu wyrażania emocji	10	7,69
Sposobu przeżywania żałoby	8	6,15
Inne	4	1,86

Grupa 10 pielęgniarek (7,69%) realizuje wsparcie w zakresie sposobu wyrażania emocji, a 8 (6,15%) w zakresie przygotowania do przeżywania żałoby. 4 osoby (3,07%) stosuje inne formy wsparcia nie podając jakie.

DYSKUSJA

Badaniem stwierdza się, że pielęgniarki pracujące w oddziałach szpitalnych w znaczącej większości są świadome, że komunikowanie się z chorymi u kresu życia jest istotne w zapewnieniu im komfortu w sferze psychicznej, społecznej i duchowej. Pielęgniarki wyrażają szacunek dla autonomii osoby chorej oraz troskę o jego samopoczucie i prawo decydowania o sobie.

Najtrudniejsze pytania chorego odnoszą się do przyszłości i związane są z obawą przed śmiercią jak również do konieczności znoszenia cierpienia fizycznego.

Pielęgniarki uznają wartość przekazywania prawdy choremu u kresu życia zaznaczając, że informacje o nieuchronności śmierci należy przekazywać stopniowo z uwzględnieniem stanu fizycznego i psychicznego chorego. Nie zawsze w zespołach terapeutycznych uzgadnia się treść i tok rozmowy z chorym w czasie, której powiadamia się go o nieuleczalnej i postępującej chorobie. Badane pielęgniarki uzasadniają wagę przekazywania choremu informacji o postępującej śmiertelnej chorobie ze względu na jego prawo do poznania prawdy, co daje możliwość mobilizacji chorego do walki z chorobą.

W opinii znaczącej większości badanych pielęgniarek do czynników utrudniających kontakt z chorym należą dolegliwości somatyczne chorego i brak akceptacji nieuchronnej śmierci. Badania wykazały, że pielęgniarki uznają udzielanie wsparcia choremu i jego rodzinie za niezbywalne w opiece pielęgniarskiej nad chorym u kresu życia.

WNIOSKI

- Większość badanych pielęgniarek nie ma trudności w nawiązaniu i podtrzymaniu kontaktu z chorym u kresu życia.

2. W opinii badanych pielęgniarek, informacje o postępującej chorobie i niepomyślnym rokowaniu należy przekazywać choremu, ale stopniowo z uwzględnieniem jego stanu fizycznego i psychicznego.
3. Czynnikiem utrudniającym nawiązanie i podtrzymanie kontaktu terapeutycznego z chorym są najczęściej ból i inne dolegliwości somatyczne, a także brak akceptacji nieuchronnej śmierci przez chorego.
4. Badane pielęgniarki najczęściej udzielają wsparcia rodzinie w zakresie sprawowania opieki nad chorym.
5. Z badań wynika, że pielęgniarki dostrzegają potrzebę doskonalenia umiejętności komunikowania, aby mogły wspierać chorych w sposób profesjonalny.

PIŚMIENNICTWO:

1. Kast V. Kryzys jest szansą. Kielce: Wyd. Jedność; 2001.
2. Łuczak J. Cierpienie. Jak skutecznie pomagać cierpiącym chorym. [w:] Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej. Tarnów: Wyd. Biblos; 2001.
3. De Walden-Gałaszko K. Problemy etyczne w opiece paliatywnej. [w:] Twój magazyn medyczny. Medycyna paliatywna. 2005; 10 (9): 158.
4. Pilecka B. Kryzys psychologiczny. Kraków: Wyd. UJ; 2004.

Praca przyjęta do druku: 07.09.2012

Praca zaakceptowana do druku: 22.09.2012