

Samooocena postaw pielęgniarek wobec śmierci

Assessment of nurses' attitudes towards death

Elżbieta Krajewska-Kułak¹, Irena Mickiewicz², Cecylia Łukaszuk¹, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz¹, Agnieszka Bielemuk¹, Emilia Rozwadowska¹

¹Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej w Suwałkach

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Elżbieta Krajewska-Kułak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ul. M. Curie-Skłodowskiej 7a, 15-096 Białystok

tel. (085) 748 55 28

e-mail: elzbieta.krajewska@wp.pl

STRESZCZENIE

SAMOOOCENA POSTAW PIELĘGNIAREK WOBEC ŚMIERCI

Wprowadzenie. W ostatnich latach problem choroby przewlekłej, umierania i śmierci stał się przedmiotem szczególnego zainteresowania nie tylko przedstawicieli nauk medycznych, filozoficznych, socjologów, ale i zwykłych ludzi.

Celem pracy jest samooocena postaw zawodowo czynnych pielęgniarek wobec śmierci.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 114 pielęgniarek i wykorzystano w nim kwestionariusz ankietowy specjalnie skonstruowany do tych badań.

Wyniki. W większości badane pielęgniarki były przeciwnie eutanazji (47,4%) i jej prawnemu usankcjonowaniu (39,5%). Do sytuacji klinicznych, w których może być dopuszczalna eutanazja, zaliczały: sztuczne podtrzymywanie życia (55,3%), terminalna faza choroby (22,8%) i przewlekła choroba (3,5%). Akceptowały takie formy eutanazji, jak: zaniechanie akcji reanimacyjnej (53,5%), wyłączenie aparatury (25,4%) lub podanie leku (14,9%). Deklarowały, iż nie wyraziłyby zgody na asystowanie przy procedurze eutanazji. Podawały, iż podczas kontaktu z umierającymi odczuwają najczęściej: smutek (38,6%) i bezradność (32,5%), jak gaśnięcie życia (27,2%) lub pokorę (22,8%). Raczej nie odczuwały lęku (35,96%), nie unikały kontaktu z umierającym (51,8%), nie akceptowały śmierci, twierdząc iż bezwzględnie należy walczyć o życie chorego do samego końca (34%), ale akceptowały śmierć, jako zjawisko naturalne (40,4%).

Wnioski. Badane pielęgniarki w większości były przeciwnie eutanazji, jej prawnemu usankcjonowaniu i nie wyraziłyby zgody na asystowanie przy niej. W odczuciu ankietowanych, nawet przeciwnych eutanazji, może być ona jednak zastosowana, w sytuacji sztucznego podtrzymywania życia, w terminalnej fazie choroby lub w przypadku przewlekłej choroby, a najbardziej wówczas, akceptowaną formą eutanazji byłoby zaniechanie akcji reanimacyjnej. Podczas kontaktu z umierającymi respondenci najczęściej odczuwały smutek i bezradność. W większości nie unikały kontaktu z umierającym, nie czuły lęku w kontakcie z umierającymi, przejawiały postawę zaprzeczania, związaną z całkowitym brakiem akceptacji śmierci, bezwzględną walką o życie do samego końca oraz dojrzałe akceptowały śmierć, jako zjawisko naturalne, które należy brać pod uwagę i z którym trzeba walczyć dopóki to możliwe, ale także z którym trzeba się pogodzić, jeśli w sposób nieunikniony się zbliża.

Słowa kluczowe:

pielęgniarki, postawy, śmierć

ABSTRACT

ASSESSMENT OF NURSES' ATTITUDES TOWARDS DEATH

Introduction. In the last years, chronic disorders, dying and death are increasing interest not only health care professional, philosophers, sociologists and usual people.

Aim of the study. Assessment of the professionally active nurses' attitudes towards death.

Material and methodology. The present study included 114 nurses. We used a questionnaire constructed to these investigations especially.

Results. Most nurses were against euthanasia (47.4%) and its legal sanction (39.5%). To the clinical situations in which there can be admissible euthanasia they numbered: artificial supporting life (55.3%), terminal ill patients (22.8%) and chronic disease (3.5%). They accepted the following forms of euthanasia: stopping of resuscitative action (53.5%), disconnection of apparatus (25.4%) or application of medicine (14.9%). They declared that never agree in the assisting of euthanasia procedure. Nurses reported that during the contact with dying they felt the most often: sadness (38.6%) and helplessness (32.5%), how life (27.2%) gets out or humility (22.8%). They did not fear (35.96%) rather, they did not avoid the contact with dying (51.8%), they did not accept the death, claiming that it should ruthlessly fight for the life of ill to end itself (34%) but they accepted the death, as natural phenomenon (40.4%).

Conclusions. The majority of nurses in this study were against euthanasia, its legal sanction and they would not express the agreement in assisting of euthanasia. Even nurses against euthanasia, they accepted it, in the situation of artificial supporting the life, in terminally ill patients, and the stopping of resuscitative action would be most accepted form of the euthanasia. During the contact with dying, respondents more often sadness and helplessness felt. In the majority, they did not avoid the contact with dying, did not fear in the contact with dying, they manifested the attitude of denying, connected from the total lack of the acceptance of death, the ruthless fight about the life to the end itself and they accepted the death as natural phenomenon, it should be taken under the attention and we should fight until this possible, but we should reconcile if the death is coming.

Key words: nurses, attitudes, death

WPROWADZENIE

W ostatnich latach problem choroby przewlekłej, umierania i śmierci stał się przedmiotem szczególnego zainteresowania nie tylko przedstawicieli nauk medycznych, filozofów, psychologów, pedagogów, socjologów, ale i zwykłych ludzi. W opinii Scherera, wznowienie wielodyscyplinarnej dyskusji na powyższy temat stało się konieczne, ponieważ olbrzymi postęp wiedzy medycznej i techniki, dał możliwość przedłużania życia ciężko chorych i skłonił do zastanowienia się nad sensownością takich poczynań [1]. Wiele też osób zaczęło stawiać sobie pytanie, czy człowiek, który cierpi, musi cierpieć? Czy to cierpienie jest potrzebne? Jakie ma znaczenie? Czy człowiek ma prawo do śmierci? [1].

Śmierć jest nieodłącznym elementem pracy każdego członka zespołu terapeutycznego, a pomaganie osobom u schyłku życia, wspieranie ich rodzin, jest bardzo trudne i obciążające.

Muraczyńska [2] dokonując przeglądu badań nad osobami, które poświęciły większość lub część swojego życia opiece nad człowiekiem umierającym, wykazała, iż pielęgnowanie pacjentów z niepomysłnym rokowaniem stwarza w ich grupie specyficzne zawodowe problemy. Długa choroba pacjenta i pozostawianie jego pod stałą opieką personelu medycznego, z jednej strony sprzyja nawiązywaniu przyjaznych relacji, których zerwanie przez śmierć bywa dotkliwie odczuwane przez personel opiekujący się chorym, a z drugiej wyzwała postawy dystansujące pielęgniarki wobec człowieka umierającego i śmierci [2]. Potwierdziły to także badania przytaczane przez Sauters [cyt. za: 3], przeprowadzone w jednym z amerykańskich szpitali. Ich przedmiotem był czas reakcji pielęgniarek na dzwonek chorego i wykazały one, iż pielęgniarki najdłużej zwlekały z pójściem do najcięższych chorych [cyt. za 3]. Zadaniem pracowników ochrony zdrowia jest utrzymanie pacjenta przy życiu, w związku z czym bardzo często śmierć podopiecznego jest w naturalny sposób przeżywana przez lekarza, pielęgniarki, jako swoistego rodzaju porażka. Porażka osobista, ale także porażka medycyny jako nauki, która w wielu przypadkach chorobowych jest nadal bezradna.

Celem pracy była samoocena postaw zawodowo czynnych pielęgniarek wobec śmierci.

MATERIAŁ I METODYKA

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody komisji bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, R-J-002/62/2009. Objęto nimi 114 zawodowo czynnych pielęgniarek. W badaniu zastosowano kwestionariusz ankietowy, specjalnie skonstruowany do badań na podstawie danych z literatury [2,4-11] i przemyśleń własnych, z przeznaczeniem do oceny postrzegania opieki paliatywnej przez środowisko medyczne i rodziny chorych. Składał się on z trzech części: ogólnej (8 pytań), II - złożonej z 22 pytań i III - kwestionariusza satysfakcji z opieki w hospicjum. W niniejszej pracy wykorzystano odpowiedzi na wszystkie pytania z części I i na wybrane z części II.

Wyniki badań opracowano statystycznie z wykorzystaniem testu χ^2 .

WYNIKI BADAŃ

Wiek badanych pielęgniarek wahał się pomiędzy 20 - 40 lat W przedziale wiekowym 20-30 lat było 51 osób (44,7%), od 31 do 40 lat - 32 osoby (28,1%), od 41 do 50 lat - 28 osób (24,6%), a w przedziale od 51 do 60 lat - 4 osoby (5%). Respondentkami w większości były kobietami - 106 osób (92,98%), mieszkającymi z reguły w mieście (90 osób - 78,9%). Najczęściej miały wykształcenie licencjackie - 96 osób (84,2%). Studia wyższe ukończyły na kierunku pielęgniarstwo 15 osób (13,2%), na ekonomii - jedna osoba (0,9%) i na kierunku marketing i zarządzanie - 1 osoba (0,9%). Niewielki odsetek, bo 7,9% (9 osób) posiadało specjalizację. Badani mieli staż zawodowy od 1 roku do ponad 30 lat, w tym od 1 roku do 5 lat pracowało 55 osób (48,2%), od 6 do 10 lat - 5 osób (4,4%), od 11 do 15 lat - 20 osób (17,5%), od 16 do 20 lat - 12 osób (10,5%), od 21 do 30 lat - 21 osób (18,4%), a powyżej 30 lat - 1 osoba (0,9%). Najczęściej zatrudnieni byli na stanowisku pielęgniarki odcinkowej - 60 osób (5,3%), zabiegowej - 21 osób (18,4%), koordynującej - 4 osoby (3,5%) lub jako pielęgniarki instrumentariuszki, środowiskowe, anestezjologiczne, asystentki ds. promocji, pielęgniarki w domach pomocy społecznej, ratownicy medyczni, sanitariusze w wojsku, zastępcy oddziałowej (łącznie 27 osób - 23,7%).

W odczuciu respondentów, ból u chorych kresu życia to doznanie: fizyczne - 80 osób (70,2%), psychiczne - 64 osoby (56,1%), duchowe - 54 osoby (47,4%), uniemożliwiające normalne życie - 37 osób (32,5%) lub element ludzkiej

egzystencji - 19 osób (16,7%), kara - 9 osób (7,9%), łaska - 3 osoby (2,6%), zło - 2 osoby (1,8%), czy też totalny ból i cierpienie - 1 osoba (0,9%). Pojedyncze osoby uważały, iż nie można dokładnie sprecyzować co oznacza ból, ponieważ każdy odczuwa go inaczej lub nie miały w tej kwestii zdania. Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy wskazaniem, iż ból u chorych kresu życia to „doznanie fizyczne”, a wskazaniami - „nie normalne życie” ($p=0,004$), „kara”, „ludzka egzystencja”, „zło”, „łaska” ($p<0,001$).

Głównymi problemami w opiece nad pacjentem u kresu życia lub decyzji o jej podjęciu, są w opinii badanych pielęgniarek: zbyt mała liczba ośrodków stacjonarnych oraz poradni opieki paliatywnej - 72 osoby (63,2%), brak wiedzy osób najbliższych na temat postępowania z chorym umierającym - 67 osób (58,8%), zbyt niskie nakłady finansowe na hospicja - 62 osoby (54,4%), mała liczba odpowiednio wykwalifikowanej kadry - 47 osób (41,2%), brak wiedzy społeczeństwa na temat opieki paliatywnej - 42 osoby (36,8%), wzrastająca liczba chorych na schorzenia przewlekłe - 39 osób (34,2%), zespół wypalenia zawodowego członków zespołu terapeutycznego - 31 osób (27,2%), nieumiejętność prowadzenia rozmów z pacjentem o zbliżającej się śmierci - 30 osób (26,3%), brak umiejętności psychologicznych personelu - 20 osób (17,5%), bariery związane z pielęgnacją pacjenta umierającego - 11 osób (9,6%), brak umiejętności psychologicznych członków rodziny oraz trudności w nawiązaniu kontaktu z pacjentem oraz z jego rodziną - po 10 osób (8,8%).

Badane pielęgniarki w większości były przeciwnie eutanazji (54 osoby - 47,4%). W powyższej kwestii nie miało zdania 30 osób (26,3%), zaś popierało ją 20 osób (17,5%). Wykazano istotnie statystyczne różnice w częstości akceptacji eutanazji, a jej nieakceptowaniem ($p=0,0009$), akceptacją, ale tylko w uzasadnionych przypadkach ($p<0,001$) lub brakiem w tej kwestii zdania ($p=0,0343$). Za eutanazją, ale w uzasadnionych przypadkach było 10 osób (8,8%) i za takie uważały one sytuacje „każdy przypadek medycznie uzasadniony” (4 osoby - 3,5%), „świadoma zgoda chorego” (2,6%), „cierpienie chorego”, „ciężka nierokująca choroba” lub „śmierć mózgu” - po jednej osobie (po 0,9%). Eutanazję najczęściej akceptowały (12 na 20 - 60%) osoby ze stażem pracy 1- 5 lat, a nie akceptowały pielęgniarki pracujące od 21 do 23 lat (20 osób na 54 - 37%).

Za prawnym usankcjonowaniem eutanazji było 25 respondentów (21,9%), przeciwnych 45 (39,5%), a 41 osób nie miało w tej kwestii zdania (35,96%). Po jednej osobie (po 0,9%) uważało, iż „jest to poważny dylemat etyczny i sumienia”, „nie można tego akceptować w każdym przypadku” lub „należy szanować zdanie innych niż moje”. Najczęściej na „tak” w powyższej kwestii wypowiadały się pielęgniarki z krótkim stażem pracy (1-5 lat) - 13 osób na 20 (65%). Wykazano istotnie statystyczne różnice w częstości akceptacji prawnego usankcjonowania eutanazji, a jej brakiem ($p<0,05$).

Zdaniem badanych, do sytuacji klinicznych, w których może być dopuszczalna eutanazja, zalicza się przede wszystkim: sztuczne podtrzymywanie życia - 63 osoby (55,3%), terminalna faza choroby - 26 osób (22,8%) i przewlekła choroba - 4 osoby (3,5%). O tym, iż nie ma żadnych wskazań do przeprowadzenia eutanazji, przekonanych

było 17 osób (14,9%). Dwie osoby (1,8%) nie miało w powyższej kwestii zdania, a pojedyncze (po 0,9%) wskazywały - „ból nie do zniesienia” i „śmierć mózgu” lub potwierdzały, iż „nie ma żadnych wskazań do eutanazji” lub twierdziły, iż „nie powinno się decydować o czymś życiu”.

Formy eutanazji, ewentualnie dopuszczalne przez respondentów to: zaniechanie akcji reanimacyjnej - 61 osób (53,5%), wyłączenie aparatury - 29 osób (25,4%) lub podanie leku - 17 (14,9%). Spory odsetek badanych, 13,2% (15 osób) był przekonany, iż nie istnieje żadna forma eutanazji do zaakceptowania, a jedna osoba (0,9%) nie miała w tej kwestii zdania.

Pielęgniarki zapytane o to, czy wyraziłyby zgodę na asystowanie przy procedurze eutanazji, w większości (45 osób 39,5%) - odpowiadały „zdecydowanie nie”. Nie wiedziało, jak by postąpiło 26 badanych (22,8%), „raczej nie asystowałoby przy niej” - 25 osób (21,9%), „raczej tak” - 15 osób (13,2%), „zdecydowanie tak” - jedynie 2 osoby (1,8%), a „nigdy” - tylko 1 osoba (0,9%).

Ankietowane w samoocenie podawały, iż podczas kontaktu z umierającymi odczuwają najczęściej: „smutek” - 44 osoby (38,6%), „bezzadność” - 37 osób (32,5%), „jak gaśnięcie życia” - 31 osób (27,2%), „pokorę” - 26 osób (22,8%) lub „coś trudnego do określenia” - 23 osoby (20,2%). Pozostałe ten moment odbierały, jako odczucie „iż chory ma ulgę w cierpieniu”, „zadumę” lub „żał” - po 18 osób (po 15,8%). Wrażenie, że są „świadkiem jakiejś tajemnicy” miało 17 osób (14,9%). „Pustkę” lub „poczucie niezręczności” odczuwało po 13 osób (po 11,4%). „Rozpacz” lub „spokój” po 9 osób (7,9%). Strach w kontakcie z chorym umierającym zgłaszało 7 osób (6,1%) i tyle samo ulgę, iż pacjent „zmarł w komforcie” (6,1%). Jedna z osób (0,9%) zgłosiła, iż tym w tym momencie modli się, a inne pojedyncze osoby (po 0,9%) były przekonane, iż „najtrudniej jest im pogodzić się ze śmiercią młodego chorego”, odczuwają strach, iż „być może mogły pomóc, a nie pomogły” lub twierdziły, iż mówią choremu po prostu „do widzenia”. Dwie respondentki podały, iż nie były jeszcze przy chorym umierającym (1,8%). Spora grupa badanych (22 osoby - 19,3%), nie potrafiła sprecyzować swoich odczuć w momencie kontaktu z chorym umierającym. Pielęgniarki pracujące od 1 do 5 lat, w chwili kontaktu z chorym umierającym najczęściej odczuwały „smutek” (22 z 55 - 40%), „bezzadność” lub „coś dziwnego” (14 z 55 - 25,5%). W grupie o stażu 6-10 lat - odczuwały „jak gaśnięcie życia” lub nie potrafiły tego sprecyzować (po 4 wskazania na 5 osób). Respondentki pracujące od 11 do 15 lat czuły przeważnie bezzadność (8 na 20 - 40%), od 16 do 20 lat - smutek lub odczucie „jak gaśnięcie życia” (po 6 osób na 12 - 50%), a w grupie o stażu 21 do 30 lat - bezzadność i smutek (po 6 osób na 21 - 28,6%).

Kolejny etap badań dotyczył oceny postawy pielęgniarek wobec śmierci oraz chorego umierającego i jego rodziny.

Respondentki zapytane o fakt, czy odczuwają lęk podczas kontaktu z umierającym oraz w czasie odpowiedzi na jego pytania lub spojrzenia, w większości odpowiedziały „raczej nie” - 41 osób (35,96%) lub „raczej tak” - 26 osób (22,8%). Pozostałe podawały wskazania: „zdecydowanie

Samooceńa postaw pielęgniarek wobec śmierci

■ Tabela I. Postawy wobec śmierci oraz chorego umierającego i jego rodziny

odczuwać lęk podczas kontaktu z umierającym oraz w czasie odpowiedzi na jego pytania, spojrzenia						
Staż pracy	zdecydowanie tak	raczej tak	raczej nie	zdecydowanie nie	trudno powiedzieć	razem
1-5	4	15	21	9	6	55
6-10	4	1				5
11-15	2	2	6	4	6	20
16-20	2	3	4	2	1	12
21-30	4	5	10	2		21
>30	1					1
razem	17	26	41*^	17	13	114
*p=0,0075 vs zdecydowanie tak, zdecydowanie nie, ^p=0,001 vs trudno powiedzieć						
wyraźnie unikać kontaktu z umierającym, z członkami jego rodziny oraz rozmów na tematy związane ze śmiercią						
1-5	2	7	31	10	5	55
6-10	1	1	1	1	1	5
11-15	2	3	14	1		20
16-20	1	2	2	4	3	12
21-30	1	4	10	6		21
>30			1			1
razem	7	17	59*^	22	9	114
*p<0,001 vs zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć, ^p=0,006 vs zdecydowanie tak						
nie akceptuję śmierci, uważam, że należy walczyć o życie chorego do samego końca, bez względu na koszty i środki, podaję choremu wyłącznie informacje budzące w nim nadzieję, nawet jeżeli nie mają one pokrycia w faktach						
1-5	8	4	20	10	13	55
6-10	1	1	1	1	1	5
11-15		5	6	4	5	20
16-20	2	1	5	2	2	12
21-30	2	3	7	9		21
>30		1				1
razem	13	15	39*^	26	21	114
P=0,0019 vs zdecydowanie tak, ^p=0,005 vs raczej tak						
akceptuję śmierć jako zjawisko naturalne, które należy brać pod uwagę, i z którym trzeba walczyć dopóki to możliwe, ale też z którym trzeba się pogodzić, jeśli w sposób nieunikniony się zbliża						
1-5	24	20	1	4	6	55
6-10		1	1	1	2	5
11-15	10	10				20
16-20	3	9				12
21-30	10	5	1	1	4	21
>30		1				1
razem	47*	46	3*	6	12	114
*p<0,001 vs raczej nie, zdecydowanie nie, trudno powiedzieć						

tak” lub „zdecydowanie nie” po 17 osób (14,9%), a 13 osób (11,4%) nie wiedziało, jakiej udzielić odpowiedzi.

W kolejnym pytaniu zapytano badane, czy specjalnie unikają kontaktu z umierającym, z członkami jego rodziny oraz rozmów z nimi na tematy związane ze śmiercią. Zdecydowana większość pielęgniarek - 59 osób (51,8%) odpowiedziało, iż „raczej nie”, 22 osoby (19,3%), iż „zdecydowanie nie”, 17 osób (14,9%) - „raczej tak”, 9 osób (7,9%) „trudno powiedzieć”, a najmniej bo 7 osób (6,1%) - „zdecydowanie tak”.

Przy deklaracji odnośnie stwierdzenia „nie akceptuję śmierci, uważam, iż należy walczyć o życie chorego do samego końca, bez względu na koszty i środki, podaję choremu wyłącznie informacje budzące w nim nadzieję” większość badanych wskazywała „raczej nie” - 39 osób (34,2%). Odpowiedź „zdecydowanie nie”- wybrało 26

osób (22,8%), „raczej tak” - 15 osób (13,2%), a „zdecydowanie nie” - 13 osób (11,4%). Spory odsetek pielęgniarek (18,4% - 21 osób) stwierdziło, iż trudno im w tej kwestii się wypowiedzieć.

Kolejnym etapem było stwierdzenie, czy badani akceptują śmierć, jako „zjawisko naturalne, które należy brać pod uwagę i z którym trzeba walczyć dopóki to możliwe, ale też z którym trzeba się pogodzić, jeśli w sposób nieunikniony się zbliża”. Zdecydowaną akceptację tego stwierdzenia zadeklarowało 47 osób (41,2%) i prawie tyle samo „raczej tak” - 46 osób (40,4%). Zdecydowanie przeciwnym takiemu określeniu, było 6 osób (5,3%), a „raczej nie” zadeklarowało 3 osoby (2,6%).

Wykazano, iż niektóre osoby, mimo że były przeciwnie eutanazji, podawały jej formy, które by zaakceptowały. Po- stanowiono więc to zagadnienie przeanalizować dokład-

niej. Osoby, które wcześniej opowiadały się za eutanazją, najczęściej akceptowałyby dokonanie jej przez „zaniechanie akcji reanimacyjnej” - 15 osób z 20 (75%) i „raczej by asystowały podczas jej procedur” - 10 osób na 20 (50%). Osoby (13 na 20 - 65%), które akceptowały śmierć, jako zjawisko naturalne, nie unikały także kontaktu z umierającym (11 osób na 20 - 55%). W tej grupie, w chwili śmierci lęk odczuwało, bądź nie, po tyle samo osób (po 8 na 20 - 40%). Ciekawe jest, iż w grupie 54 osób przeciwnych eutanazji, aż 24 z nich (44,4%) wskazało, iż akceptowałyby jej dokonanie przez „zaniechanie akcji reanimacyjnej” i podawało wskazania do jej przeprowadzenia np. sztuczne przedłużenie życia (27 osób na 54 - 50%) lub terminalna faza choroby (6 osób na 54 - 11,1%). Asystować przy tej procedurze nie chciałoby jednak 34 osoby z 54 (62,96%) z tej grupy i tyleż samo osób akceptowało śmierć, jako zjawisko naturalne. W tej grupie kontaktu z umierającym unikało 39 osób na 54 (72,2%), a 29 z 54 (53,7%) odczuwało lęk w chwili śmierci pacjenta.

Analizowano także, zależność postawy wobec śmierci oraz chorego umierającego i jego rodziny w zależności od stażu pracy. Osoby ze stażem od 1 roku do 5 lat w większości (36 osób na 55 - 65,5%) odczuwały lęk podczas kontaktu z umierającym oraz w czasie odpowiedzi na jego pytania, spojrzenia. Nie unikały kontaktu z umierającym, z członkami jego rodziny oraz rozmów na tematy związane ze śmiercią (41 osób na 55 - 74,5%) i nie akceptowały jej (30 osób na 55 - 54,5%). Jednocześnie także najwięcej z nich (44 na 55 - 80%) traktowało śmierć, jako zjawisko naturalne, które należy brać pod uwagę i z którym trzeba walczyć dopóki to możliwe, ale też z którym trzeba się pogodzić, jeśli w sposób nieunikniony się zbliża. Pozostałe dane zawiera tabela I.

Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy odpowiedzią „raczej nie” na pytania, czy badane pielęgniarki:

- odczuwają lęk podczas kontaktu z umierającym, a odpowiedzią „zdecydowanie tak”, „zdecydowanie nie” ($p=0,0075$) oraz „trudno powiedzieć” ($p=0,001$)
- wyraźnie unikają kontaktu z umierającym, z członkami jego rodziny oraz rozmów na tematy związane ze śmiercią, a odpowiedzią „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „trudno powiedzieć” ($p<0,001$) oraz „raczej tak”, „trudno powiedzieć” ($p=0,006$)
- nie akceptują śmierci i uważają, iż bezwzględnie należy walczyć o życie chorego do samego końca, bez względu na koszty i środki, a odpowiedzią „zdecydowanie tak” ($p=0,0019$) oraz „raczej tak” ($p=0,005$)
- akceptują śmierć, jako zjawisko naturalne, które należy brać pod uwagę, a odpowiedzią „raczej nie”, „zdecydowanie nie”, „trudno powiedzieć” ($p<0,001$).

Pozostałe dane zawiera tabela 1.

DISKUSJA

Śmierć stanowi drażliwy i najbardziej delikatny temat w życiu, zawsze jest jednak dla każdego przeżyciem ogromnie traumatycznym.

W Polsce eutanazja jest prawnie zabroniona i traktowana, jako przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności od trzech miesięcy do pięciu lat. Co jakiś czas powraca

jednak dyskusja na temat złagodzenia, bądź zaostrzenia prawa w tym zakresie. Badania CBOS z 2007 wykazały, iż 37% dorosłych Polaków było zdania, że lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć [4]. Sprzeciw wobec tego rodzaju postępowania, wyraziła natomiast prawie połowa (46%) Polaków [4]. W podobnych badaniach z roku 2009 stwierdzono wzrost liczby osób (do 48%) popierających eutanazję, a spadek liczby jej przeciwników (do 39%) [5]. Mierzecki i wsp. [6] oceniając podejście do eutanazji studentów pierwszego roku Medycyny w Szczecinie, Greifswaldzie i Lund, wykazali, iż jej akceptację zadeklarowało 82% ankietowanych studentów z Niemiec, co stanowiło znamienne większy odsetek w stosunku do 61% studentów ze Szwecji i do 48% studentów z Polski. W badaniu przeprowadzonym przez Reczek wśród studentów II i IV roku Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, za eutanazją opowiedziało się 46% respondentów [7]. Pirogowicz i wsp., którzy ankietowali studentów IV roku Akademii Medycznej we Wrocławiu [8], wykazali, iż 37% ankietowanych akceptowało możliwość zastosowania eutanazji wobec nieuleczalnie chorych.

Obecnie badane pielęgniarki w większości (47,4%) były przeciwne eutanazji, a zdania w powyższej kwestii nie miało 26,3% ankietowanych, zaś popierało ją 17,5% osób.

W polskim społeczeństwie przeważa opinia, że wprowadzenie przepisów prawnych, które umożliwiłyby lekarzom przyspieszanie śmierci osób nieuleczalnie chorych i cierpiących - na ich prośbę, jest słuszne [9]. Tak wypowiedziało się 48% Polaków w badaniu przeprowadzonym w roku 2001 przez CBOS [9]. Przeciwnicy legalizacji eutanazji stanowili niespełna dwie piąte badanych (39%), a prawie co ósmy respondent (13%) nie miał wyrobionego zdania w tej kwestii [9]. Podobne badania CBOS z 2009 roku wykazały wzrost (do 61%) osób twierdzących, iż w przypadku nieuleczalnie chorego, którego cierpieniem nie można ulżyć, prawo powinno zezwalać, aby na prośbę jego i jego rodziny, lekarz mógł skrócić życie pacjenta za pomocą bezbolesnych środków [9]. Co czwarty dorosły Polak (26%) nie miał co do tego żadnych wątpliwości. Przeciwnego zdania jest niespełna jedna trzecia ankietowanych (31%), w tym 17% wyrażała je w sposób zdecydowany [9].

W obecnych badaniach za prawnym usankcjonowaniem eutanazji było 21,9% pielęgniarek, a przeciwną opinię wyraziło 39,5% z nich. Zdania w powyższej kwestii nie miało 35,96% ankietowanych.

Polacy zapytani w badaniu CBOS z 2007 roku o sytuację, czy ich zdaniem jest dopuszczalne, czy też nie, odłączenie na prośbę rodziny specjalistycznej aparatury podtrzymującej funkcje życiowe pacjenta, który jest od dawna nieprzytomny, ma uszkodzony mózg i jest pewne, że nigdy nie będzie mógł żyć normalnie, w 48% odpowiedzieli, iż spełnienie takiej prośby jest dopuszczalne, a 40%, że niedopuszczalne [4]. W badaniu Mierzeckiego i wsp. [6] najczęstszą sytuacją kliniczną, w jakiej badani studenci I roku kierunku lekarskiego akceptowaliby zastosowanie eutanazji, było sztucznie podtrzymywane życia pacjenta.

Zdaniem obecnie badanych pielęgniarek, do sytuacji klinicznych, w których może być zastosowana eutanazja, można zaliczyć: sztuczne podtrzymywanie życia - (55,3%), terminalną fazę choroby - (22,8%) i przewlekłą chorobę - (3,5%). Do form eutanazji, akceptowanych ewentualnie przez respondentów należało: zaniechanie akcji reanimacyjnej (53,5%), wyłączenie aparatury (25,4%) lub podanie leku (14,9%).

Wzorek [12] w swoich badaniach zajęła się oceną czynników wywołujących stres i doprowadzających do zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice, tj. oddziału intensywnej terapii, neurologii oraz w przychodniach. Z badań autorki wynika, że śmierć pacjenta jest stresującą sytuacją dla 70% pielęgniarek z oddziałów intensywnej terapii, 34% z oddziałów neurologii i 22% dla pracujących w przychodniach [12]. W opinii Whitfield [13] z chwilą, gdy pacjent umiera, bardzo często się zdarza, iż pielęgniarka obwinia się za jego śmierć, odczuwa lęk przed własną śmiercią, wpada w depresję, a 61,5% z nich ma trudności w poradzeniu sobie ze swoimi uczuciami związanymi z odejściem pacjenta.

W badaniach Dors i Pietruk [14] dotyczące 60 pielęgniarek pracujących w oddziałach: kardiologii, neurochirurgii i hematologii, wykazały, iż śmierć pacjenta jest sytuacją stresującą dla personelu medycznego. W tej kwestii „zdecydowanie tak” podało ponad 60% z oddziału hematologii i onkologii oraz 50% z oddziałów neurochirurgii i kardiologii [14]. Podobna ilość respondentów opowiedziało się za wariantem „raczej tak”: 40% personelu medycznego z oddziału hematologii i onkologii, 45% neurochirurgii oraz 50% z oddziału kardiologicznego. a tylko 5% badanych z oddziału neurochirurgii opowiedziało się za stwierdzeniem raczej nie [14].

Obecne badania potwierdziły, iż podczas kontaktu z umierającymi nasze respondentki najczęściej odczuwały smutek (38,6%), bezradność (32,5%), poczucie jak gaśnięcie życia (27,2%) lub pokorę (22,8%). Były także takie, którym najtrudniej było pogodzić się ze śmiercią młodego chorego lub odczuwały strach, iż być może mogły pomóc, a nie pomogły.

W innych badaniach Pietruk [10], obejmujących 100 osób (50 pracowników hospicjum i 50 studentów Akademii Medycznej w Warszawie), autorka stwierdziła, iż dla większości badanych ból u chorych u kresu życia to głównie doznanie fizyczne, duchowe i psychiczne (50% - pracownicy, 42% - studenci).

Podobne odczucia miały także obecnie badane pielęgniarki, według których ból u chorych u kresu życia to doznanie fizyczne (70,2%), doznanie psychiczne (56,1%) i duchowe (47,4%).

Copp [15] sugeruje, iż współcześnie nie zauważa się, aby śmierć była akceptowana jako naturalna część życia człowieka, a personel opiekujący się chorym, jest przez to ciągle umacniany w swoim lęku przed umieraniem i śmiercią.

W naszym opracowaniu, śmierć jako zjawisko naturalne, akceptowało 41,2% badanych, z reguły osoby pracujące najkrócej (80%).

W piśmiennictwie fachowym można odnaleźć wyniki, które zwracają uwagę na to, że duża liczba pielęgniarek

stara się unikać kontaktu ze śmiercią, wykonując ostatnie czynności przy chorym w sposób bezosobowy, traktując ciało pacjenta jak „obiekt” pozbawiony ludzkich cech [cyt. za 2].

Odmienne wyniki uzyskano w obecnych badaniach, gdzie w samoocenie, aż 51,8% badanych twierdziło, iż nie unikają kontaktu z umierającym i raczej nie odczuwają wówczas lęku (35,96%).

Niektórzy autorzy uważają, iż wiek pielęgniarek jest istotną zmienną, kształtującą stopień odczuwanego niepokoju [cyt. za 2]. W badaniach Shusterman i Sechrest pielęgniarki starsze wiekiem, w porównaniu z młodszymi, wykazywały mniejszy niepokój i bardziej akceptowały standardowe procedury opieki nad umierającymi [cyt. za 2]. Wyniki Pietruka [10] poświadczają, iż zarówno dla respondentów pracujących w hospicjach, jak i studentów, główny problem w podjęciu opieki/opiekowaniu się pacjentem w stanie terminalnym stanowią rozmowy z chorym o śmierci (72% - pracownicy, 54% - studenci) oraz brak umiejętności psychologicznych (32% - pracownicy, 34% - studenci). Według Bartusek [11], w opinii pielęgniarek problem w opiece nad chorym umierającym stanowiła wzrastająca liczba chorych na schorzenia przewlekłe (19,32%) oraz brak wiedzy społeczeństwa na temat opieki paliatywnej (19,7%). Jednocześnie stwierdzono, iż zdanie pielęgniarek w pierwszej kwestii podzieliło tylko 4,0% lekarzy, a w drugiej już 24,6% [11].

Obecne badania wskazują, iż badane pielęgniarki, wskazywały na inną kolejność wyżej wymienionych problemów w opiece/podjęciu opieki nad pacjentem u kresu życia. Najczęściej były to: zbyt mała liczba ośrodków stacjonarnych oraz poradni opieki paliatywnej - 63,2%, brak wiedzy osób najbliższych na temat postępowania z chorym umierającym - 58,8%, zbyt niskie nakłady finansowe na hospicja - 54,4% oraz mała liczba odpowiednio wykwalifikowanej kadry - 41,2%.

Baran-Ossak [cyt. za 2] zidentyfikowała cztery postawy, jakie pielęgniarki przyjmują w kontakcie z człowiekiem umierającym. Pierwszą cechuje wzmożony lęk w kontakcie z umierającym i w odpowiedzi na jego pytania, spojrzenia, refleksje [cyt. za 2]. Druga dotyczy wyraźnego unikania kontaktu z umierającym, z członkami jego rodziny oraz rozmów na tematy związane ze śmiercią [cyt. za 2]. Trzecia postawa charakteryzuje się zaprzeczaniem, przejawiającym się całkowitym brakiem akceptacji śmierci, walką o życie do samego końca, bez względu na koszty i środki, zaprzeczaniem negatywnym uczuciom chorego i podawaniem mu wyłącznie informacji budzących nadzieję, nawet jeżeli nie mają one pokrycia w faktach [cyt. za 2]. Kolejną, czwartą postawą jest dojrzała akceptacja śmierci, jako zjawiska naturalnego, które należy brać pod uwagę i z którym trzeba walczyć dopóki to możliwe, ale z którym trzeba się też pogodzić, jeśli w sposób nieunikniony się zbliża [cyt. za 2]. W badaniach Baran-Osaak 80% pielęgniarek przyjmowało postawę wzmożonego lęku lub unikania, a tylko po ok. 20% pielęgniarek, w zbliżonej proporcji, cechowała postawa zaprzeczania lub dojrzałej akceptacji śmierci [cyt. za 2].

W obecnym opracowaniu, respondentki w większości nie czuły lęku w kontakcie z umierającymi (50,9%), nie

unikali kontaktu z nimi, z członkami jego rodziny oraz rozmów z nimi na tematy związane ze śmiercią (71,1%), przejawiały postawę zaprzeczania, związaną z całkowitym brakiem akceptacji śmierci, walką o życie do samego końca, bez względu na koszty i środki, zaprzeczaniem negatywnym uczuciom chorego i podawaniem mu wyłącznie informacji budzących nadzieję, nawet jeżeli nie mają one pokrycia w faktach (57,01%) oraz iż dojrzałe akceptowały śmierć, jako zjawisko naturalne, które należy brać pod uwagę i z którym trzeba walczyć dopóki to możliwe, ale także z którym trzeba się pogodzić, jeśli w sposób nieunikniony się zbliża (81,6%).

Badania CBOS z 2001 roku wykazały, iż większość (60%) dorosłych Polaków nie obawia się śmierci, a lęk budzi ona u co trzeciej ankietowanej osoby [16].

Analiza uzyskanych wyników zdaje się potwierdzać opinię Muraczyńskiej [2], iż pojawia się potrzeba tworzenia programów, które byłyby przedmiotem powszechnego nauczania na studiach medycznych, omawiających problemy umierania, śmierci, straty, smutku, osierocenia i zmian, jakie zachodzą w rodzinie osób nieuleczalnie chorych oraz naukę sposobów radzenia sobie z emocjami, które mogą ujawniać się w konfrontacji ze śmiercią.

WNIOSKI

1. Badane pielęgniarki w większości były przeciwne eutanazji, jej prawnemu usankcjonowaniu i nie wyraziłyby zgody na asystowanie przy niej.
2. W odczuciu ankietowanych, nawet przeciwnych eutanazji, może być ona jednak zastosowana, w sytuacji sztucznego podtrzymywania życia, w terminalnej fazie choroby lub w przypadku przewlekłej choroby, a najbardziej wówczas akceptowaną formą eutanazji byłoby zaniechanie akcji reanimacyjnej.
3. Podczas kontaktu z umierającymi respondenci najczęściej odczuwały smutek i bezradność.
4. Pielęgniarki w większości nie unikały kontaktu z umierającym, nie czuły lęku w kontakcie z umierającymi, przejawiały postawę zaprzeczania, związaną z całkowitym brakiem akceptacji śmierci, bezwzględną wal-

ką o życie do samego końca oraz dojrzałe akceptowały śmierć, jako zjawisko naturalne, które należy brać pod uwagę i z którym trzeba walczyć dopóki to możliwe, ale także z którym trzeba się pogodzić, jeśli w sposób nieunikniony się zbliża.

PIŚMIENNICTWO

1. Scherer w swoje książce pt. „Filozofia śmierci od Anaksymandra do Adorno. Wyd. WAM, Kraków; 2008. s 1-202.
2. Muraczyńska B: Problemy zawodowe pielęgniarek w opiece paliatywnej – wybrane zagadnienia, Ann. UMCS Sect. I, 2001; 26 (15): 202-206.
3. Saunders C, Hospicjum Św. Krzysztofa, [w:] H. Bortnowska [red.], Sens choroby, sens śmierci, sens życia, Kraków; 1993. 266–299.
4. Komunikat badań CBOS, BS/93/2007, Opinie o eutanazji, czyli pomocy w umieraniu, CBOS, Warszawa, 2007, 6, 1-6.
5. Komunikat badań CBOS, BS/142/2009, Opinia społeczna o eutanazji, CBOS, Warszawa, 2009, 10, 1-7.
6. Mierzecki A, Rękawek K, Świątkowski J. i wsp.: Ocena podejścia do eutanazji studentów pierwszego roku medycyny w Szczecinie, Greifswaldzie i Lund, Ann. Acad. Med. Stetin, 2008; 54 (1): 164-169.
7. Reczek L: Student medycyny Śląskiej Akademii Medycznej wobec problemu eutanazji. Psychoonkologia, 1998; 4(2), 37–50.
8. Pirogowicz I, Smolarek S, Kasprzak-Smolarek P. i wsp.: Eutanazja – nasza opinia – badania ankietowe. Fam. Med. Primary Care Rev. 2006; 8(1): 43–47.
9. Komunikat badań CBOS, BS/170/2001, Opinie o legalizacji eutanazji, CBOS, Warszawa, 2001, 12, 1-5.
10. Pietruk K: Postrzeganie opieki paliatywnej przez środowisko medyczne w aspekcie higieny psychicznej i epidemiologii. Hospicjum to przede wszystkim życie. Probl. Hig. Epidemiol, 2009; 90(1): 120-125.
11. Bartusek M: Opieka paliatywna/hospicyjna w świetle wypowiedzi pielęgniarek i lekarzy, Ann. UMCS Sect. D, 2004; 14(22): 103-109.
12. Wzorek A: Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice, Studia Medyczne, 2008; 11, 33-37.
13. Whitfield S: A Descriptive Study of Student Nurses Ward Experiences with Dying Patients and Their Attitudes Towards Them, MSC Thesis, University of Manchester, 1979.
14. Dors J., Pietruk K: Śmierć pacjenta jako sytuacja dla personelu medycznego [w:] Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C. (red.): W drodze do brzegu życia tom VII, MKDruk, Białystok, 2009: 453-465.
15. Copp G: Palliative care nursing education: a review of research findings, J. Adv.Nurs, 1994; 19 (4): 552–557.
16. Komunikat badań CBOS, BS/146/2001, O umieraniu i śmierci, CBOS, Warszawa, 2001, 10, 1-19.

Praca przyjęta do druku: 23.02.2010

Praca zaakceptowana do druku: 23.03.2010