

Emocje jako element postawy towarzyszący pielęgniarce w kontakcie z pacjentem umierającym

Grażyna Dębska¹, Maria Merklinger-Soma², Grażyna Cepuch^{1,3}

¹Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im A. Frycza Modrzewskiego w Krakowie

²Instytut Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

³Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

dr n. med. Grażyna Dębska
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych,
Krakowska Akademia
im A. Frycza Modrzewskiego w Krakowie
Kraków, ul. Herlinga Grudzińskiego 1
tel: 12 2524520
e-mail: grace10@vp.pl

STRESZCZENIE

EMOCJE JAKO ELEMENT POSTAWY TOWARZYSZĄCY PIELĘGNIARCE W KONTAKCIE Z PACJENTEM UMIERAJĄCYM

Wprowadzenie. Śmierć, jako ostatni etap życia wzbudza wiele emocji, ponieważ związana jest ona z umieraniem człowieka. W swojej pracy zawodowej pielęgniarce w czasie kontaktu ze śmiercią odczuwają różnorodne emocje, zazwyczaj są to negatywne emocje takie jak: żal, smutek, przygnębienie, poczucie winy, rozgoryczenie, rozpacz, itd. Zbyt duże natężenie tych emocji jak i nadmierna identyfikacja z umierającym pacjentem może wpłynąć na zaburzenie życia prywatnego i zawodowego.

Cel pracy. Poznanie typów postaw powiązanych z emocjami towarzyszącymi pielęgniarce w kontakcie ze śmiercią pacjentów.

Materiał i metodyka. Badaniami objęto 31 pielęgniarek. Ponad 58 % (n=18) badanych była powyżej 35 roku życia. Najliczniejszą grupę 42 % (n=13) stanowiły pielęgniarki pracujące 16 lat. Wszystkie badane osoby miały kontakt ze śmiercią, z tego „bardzo częsty” 42% (n=13), „częsty” 10% (n=3) i „rzadki” 48% (n=15). W metodologii badań przyjęto strategię badań jakościowych w oparciu o metodologię K. Rubacha. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę wywiadu nieskategoryzowanego z użyciem narzędzia w formie pisemnego przedstawienia poglądów na temat śmierci w opracowaniu własnym. Analiza badań jakościowych przebiegała w dwóch etapach. Pierwszy etap dotyczył redukcji danych, drugi etap reprezentacji danych.

Wyniki. Spośród 31 wywiadów opracowano 31 kategorii analitycznych, które poddano kodowaniu selektywnemu i teoretycznemu. Dzięki której wyłoniono kategorie selektywne o podobnym znaczeniu i zakwalifikowano je do III grup. Spośród trzech wyłonionych grup opracowano trzy sieci powiązań, z których wyłoniono trzy noty teoretyczne odpowiadające trzem typom postaw powiązanych z emocjami, jakie towarzyszą pielęgniarce w czasie kontaktu ze śmiercią.

Wnioski. W badanej grupie wyłoniono trzy typy postaw wobec śmierci powiązane z emocjami, jakie towarzyszyły badanym pielęgniarkom w czasie kontaktu ze śmiercią, należą do nich: typ emocjonalny, typ zdystansowany i typ neutralny.

Słowa kluczowe: umieranie, emocje pielęgniarek, postawy pielęgniarek

ABSTRACT

EMOTIONS AS AN ATTITUDE ELEMENT PRESENT IN THE RELATION BETWEEN A NURSE AND DYING PATIENT

Introduction. Death, as the final stage of one's life, causes many emotional states since it is related to the process of dying. Nurses experience various types of emotions in their professional work when accompanying a dying patient. Usually, these are negative emotions e.g. sorrow, sadness, gloom, feeling guilty, despair, bitterness etc. Nurse's private and professional life may be disturbed if these emotions become too intense or the process of identification with the patient goes too far.

Objective. The objective of the study was to recognise attitudes related to emotions experienced by nurses witnessing patient's death.

Material and methodology. The study group comprised of 31 nurses employed in different types of medical units. All nurses graduated from medical high-schools. The majority (58%) of nurses (n=18) were over 35 years old. As far as the years in nurse profession were concerned, nurses working for 16 years and more comprised the most numerous subgroup (42%, n=13). All respondents witnessed death, 42% - very often (n=13), 10% - often (n=3), and 48% - rarely (n=15). The methodology of this work was based on qualitative study using survey questionnaire (analysis based on Rubach's methodology). The technique of non-categorized interview was applied where respondents presented their view regarding death in writing. The analysis of qualitative data was performed in two stages. The first one was aimed at reducing information while the second one resulted with data presentation.

Results. Thirty one analytic categories were derived from 31 interviews and than they were coded in selective and theoretical

manner. Then they went so called data representation, which led to create selective categories with similar meaning and classify them to one of three groups. These three groups were then transformed into three relation nets from which 3 theoretical features relating to three types of emotional attitude were derived. These emotional attitudes described what nurses felt when facing death and they included.

Conclusions. In the study group, three types of attitudes toward death relating to emotions experienced by nurses witnessing death were defined: emotional, outdistancing and neutral types.

Key words:

dying, emotions of nurses, nurses attitudes

WSTĘP

Śmierć człowieka jest zagadnieniem kontrowersyjnym, ponieważ zaburza ona poczucie ludzkiej egzystencji [1].

Na całym świecie tysiące pielęgniarzek w swojej codziennej pracy zawodowej mają częsty kontakt ze śmiercią i cierpieniem. Celem ich działań jest towarzyszenie pacjentowi w czasie umierania, przynoszenie ulgi w cierpieniu zarówno fizycznym, jak i psychicznym, wykazywanie zrozumienia i tolerancji dla pacjenta i jego rodziny. Są to bardzo trudne zadania, wymagające od pielęgniarki profesjonalnego przygotowania i właściwej postawy.

Postawa składa się z trzech komponentów jest to stosunek emocjonalny (uczuciowo-oceniający składnik postawy), przekonania człowieka na temat danego obiektu (poznawczy składnik postawy) oraz tendencja do pozytywnych lub negatywnych zachowań w stosunku do tego obiektu (behawioralny składnik postawy) [2,3]. Wobec tego postawy pielęgniarzek uzależnione są od trzech czynników: emocji, doświadczeń i zachowań.

De Walden - Gauszko wyróżnia postawy negatywne i pozytywne, jakie towarzyszą personelowi medycznemu. Do postaw negatywnych zalicza postawę niechętną, postawę obojętną, postawę protekcyjną i postawę świętoszka. Postawy te charakteryzują się negatywnymi zachowaniami i emocjami objawiającymi się instrumentalnym traktowaniem pacjenta, ignorowanie jego potrzeb i opinii. Działania te w konsekwencji mogą przynieść szkodę zarówno pacjentowi jak i jego rodzinie.

Do postaw pozytywnych zalicza postawę partnerską, postawę filozoficzno-heterocentryczną i postawę religijną. Postawy te odzwierciedlają pozytywne zachowania i emocje, które przejawiają się w postaci holistycznego zaspokajania potrzeb pacjenta, sumiennego przestrzegania jego praw, szanowania opinii i decyzji w sprawach dotyczących jego zdrowia [4].

Jeden z komponentów postawy to emocje. Definicja emocji według Tomaszewskiego mówi, że jest to: „subiektywny stan psychiczny uruchamiający priorytet dla związanego z nią programu działania. Jej odczuwaniu towarzyszą zwykle zmiany somatyczne, ekspresje mimiczne i pantomimiczne oraz zachowania” [5]. Śmierć, jako ostatni etap życia wzbudza wiele emocji, ponieważ związana jest z umieraniem człowieka [6]. W swojej pracy zawodowej pielęgniarki w czasie kontaktu ze śmiercią odczuwają różnorodne emocje, zazwyczaj są to negatywne emocje takie jak: żal, smutek, przygnębienie, poczucie winy, rozgoryczenie, rozpacz, itd. Zbyt duże natężenie tych emocji jak i nadmierna identyfikacja z umierającym pacjentem może wpłynąć na zaburzenie życia prywatnego i zawodowego,

objawiającego się tzw. zespołem wypalenia zawodowego lub zespołem przeżycia, które w konsekwencji mogą być powodem rezygnacji z wykonywania zawodu przez pielęgniarkę [4].

CEL PRACY

Poznanie typów postaw powiązanych z emocjami towarzyszącymi pielęgniarce w kontakcie ze śmiercią pacjentów.

MATERIAŁ METODYKA

Ogółem przebadano 31 osób, w tym 30 kobiet i 1 mężczyznę. Prawie wszyscy badani byli katolikami 97% (n=30) i tylko jedna osoba była ateistą 3 % (n=1). Wszystkie pielęgniarki zostały poinformowane o celu badań ich anonimowości i dobrowolnym uczestnictwie. Respondenci pracowali w szpitalach, podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), hospicjach, domach pomocy społecznej (DPS), zakładach opiekuńczo-pielęgnacyjnych (ZOP) i sanatoriach. Ponad 58 % (n=18) pielęgniarzek była powyżej 35 roku życia i 42 % (n=13) ze stażem pracy powyżej 16 lat. Wszystkie badane osoby miały kontakt ze śmiercią, z tego „bardzo częsty” 42% (n=13), „częsty” 10% (n=3) i „rzadki” 48% (n=15).

■ Tabela 1. Wiek, miejsce zamieszkania, rodzaj ukończonej szkoły, staż pracy, miejsce zatrudnienia

Wiek	Liczba	%
Do 35 roku życia	13	42%
Powyżej 35 roku życia	18	58%
Miejsce zamieszkania	Liczba	%
Miasto	15	48%
Wieś i gmina	16	52%
Rodzaj ukończonej szkoły	Liczba	%
Liceum medyczne	20	65%
Szkoła medyczna policealna	11	35%
Staż pracy	Liczba	%
Do 5 lat	7	23%
6-15 lat	11	35%
16 i powyżej	13	42%
Miejsce zatrudnienia	Liczba	%
Szpital	13	42%
POZ	9	29%
Hospicjum	1	3%
DPS	2	6%
ZOP	1	3%
Sanatorium	5	16%

Podstawową charakterystykę socjodemograficznej grupy przedstawiono w tabeli 1.

W metodologii badań przyjęto strategię badań jakościowych, na podstawie metody sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę wywiadu nieskategoryzowanego, z użyciem narzędzia w formie pisemnego przedstawienia poglądów na temat emocji, jakie towarzyszą pielęgniarce w czasie kontaktu ze śmiercią pacjenta.

Analiza badań jakościowych przebiegała w dwóch etapach. Pierwszy etap dotyczył redukcji danych, a drugi reprezentacji danych.

Redukcja danych polegała na kodowaniu tekstu, poprzez wyszukiwanie w nim wskaźników zmiennych (kategorii). Kodowanie składało się z kodowania rzeczowego, którego wynikiem było opracowanie kategorii analitycznych, następnie kodowania selektywnego, z którego powstały kategorie selektywne, czyli kategorie najbardziej reprezentatywne do problemu badań. Ostatni etap kodowania dotyczył wyłonienia kodów teoretycznych, będącymi hipotetycznymi poglądami osoby badającej. Kody

teoretyczne stanowiły podstawę do napisania not teoretycznych.

Drugi etap badań dotyczył tzw. reprezentacji danych i opierał się na szacowaniu współwystępowania, czyli wyszukiwania regularności w postaci podobnych znaczeń w kategoriach selektywnych. Na podstawie zestawienia podobnych kategorii selektywnych, opracowano sieć relacji pomiędzy kategoriami i korzystając z kodów teoretycznych, sformułowano noty teoretyczne zestawione w tabeli 2 [7].

WYNIKI BADAŃ

Spośród 31 wywiadów opracowano 31 kategorii analitycznych, co odpowiadało numerom wywiadów, z których wyodrębniono centralne, z punktu widzenia problematyki badań tzw. kategorie selektywne (KS). Przeprowadzone kodowanie selektywne i kodowanie teoretyczne pozwoliło wyłonić 12 kategorii selektywnych (KS) zaprezentowa-

■ Tabela 2. Jednostka tekstowa i kody teoretyczne

Numer wywiadu	Jednostka tekstowa – pisemna wypowiedź pielęgniarki	Kod teoretyczny (KT)	Numer kodu teoretycznego
Wywiad nr 1	Zarówno śmierć, ból, cierpienie i choroba to chleb powszedni w naszej pracy, do której musimy się przyzwyczaić. Nigdy nie angażuję się emocjonalnie gdy umiera pacjent, jest to nieprofesjonalne zachowanie	Śmierć i cierpienie to stały elementy pracy pielęgniarskiej. Zbyt duże zaangażowanie emocjonalne świadczy o nieprofesjonalnym zachowaniu w pracy zawodowej	KT1
Wywiad nr 4	Śmierć pacjenta wzbudza we mnie smutek i współczucie dla rodziny, nie mogę patrzeć na łzy osób, które były spokrewnione ze zmarłym. Czuję się wtedy bezsilna i odczuwam niechęć do wykonywania zawodu	W czasie śmierci pacjenta pielęgniarka odczuwa smutek i współczucie dla rodziny, a także bezradność, która jest następstwem niechęci do wykonywania zawodu	KT4
Wywiad nr 7	Nie odczuwam żadnych emocji związanych ze śmiercią pacjenta. Na początku mojej pracy zawodowej przeżywałam śmierć pacjentów, ale z biegiem lat uodporniałam się.	Wieloletni staż pracy zmniejsza zaangażowanie emocjonalne związane ze śmiercią pacjenta	KT7
Wywiad nr 10	Śmierć pacjenta nie budzi we mnie żadnych emocji, ponieważ przyzwyczałam się do częstych zgonów na oddziale – czasami w ciągu dyżuru mam dwa zgony!	Częsty kontakt ze śmiercią zmniejsza zaangażowanie emocjonalne wobec zjawiska śmierci	KT10
Wywiad nr 11	Współczuję rodzinie straty osoby bliskiej. Odczuwam smutek, ale kontroluję swoje emocje, ponieważ muszę zachować trzeźwość umysłu – na oddziale mam jeszcze innych pacjentów	Pielęgniarka kontroluje swoje emocje związane ze śmiercią chorego, ponieważ spoczywa na niej odpowiedzialność za innych pacjentów	KT11
Wywiad nr 16	Śmierć ludzi obcych przeżywa się mniej niż śmierć osób bliskich. Jeżeli umiera osoba stara i cierpiąca to przyjmuję to ze spokojem, natomiast śmierć dzieci wzbudza we mnie smutek i współczucie dla rodziców	Śmierć w zależności od stopnia pokrewieństwa, wieku, czasu i natężenia cierpienia, jest różnie przeżywana przez pielęgniarki	KT16
Wywiad nr 17	Zawsze śmierć wzbudza we mnie smutek, żal, rozpacz często w czasie takiego dyżuru płaczę, a później przez wiele nocy nie mogę spać	Śmierć pacjenta wywołuje negatywne emocje, a także zaburza procesy fizjologiczne	KT17
Wywiad nr 19	Śmierć pacjenta wzbudza we mnie przygnębienie, rozgoryczenie i gniew, że umiera ta osoba. Rozmyślałam nad sensem życia i zawsze dochodzę do wniosku, że życie nie ma sensu – jest zbyt krótkie! W domu po takim dyżurze jestem nadmiernie nerwowa i kłócę się z mężem.	Głębokie przeżywanie śmierci pacjenta objawiające się przygnębieniem i rozgoryczeniem, może wpływać na negatywne relacje z członkami rodziny i spowodować utratę sensu życia	KT19
Wywiad nr 23	Staram się zachować dystans, powagę i szacunek dla rodziny. Kiedyś płakałam, ale teraz traktuje to jako element mojej pracy. Już nie odczuwam, paniki i chęci ratowania człowieka za wszelką cenę.	Wieloletni staż pracy połączony z doświadczeniem zawodowym zmniejsza zaangażowanie emocjonalne i zwiększa dystans wobec zjawiska śmierci	KT23
Wywiad nr 24	Jak umiera pacjent to zawsze się modlę i proszę Boga, aby pozwolił skrócić cierpienia choremu. Śmierć pacjenta zawsze wzbudza we mnie żal, ale wiara w Boga napędza mnie nadzieją, że tak naprawdę pacjent nie umiera!	Wiara w Boga zmniejsza negatywne emocje związane ze śmiercią i jest nadzieją na życie pozagrobowe	KT24
Wywiad nr 27	Popeliłam błąd, że wybrałam taki zawód, który związany jest ze śmiercią. Zawsze przeżywam śmierć pacjenta i pytam Boga, dlaczego człowiek musi tak bardzo cierpieć!	Kontakt ze śmiercią wywołuje niechęć do wykonywania zawodu i bunt wobec Boga	KT27
Wywiad nr 29	Śmierć jest częścią życia a w naszej pracy jest to stały element. Zawsze odczuwam żal, ale pozostawiam wszystkie te emocje w pracy, nigdy nie analizuję śmierci pacjenta w domu.	Śmierć pacjenta jest elementem pracy pielęgniarek i negatywne emocje związane z tym zjawiskiem nie są przenoszone do życia prywatnego	KT29

■ Tabela 3. Klasyfikacja kategorii analitycznych treści wywiadów

Numer grupy	Kategorie selektywne (KS)	Kody teoretyczne (KT)
Grupa I	KS4, KS17, KS19, KS27	KT4, KT17, KT19, KT27
Grupa II	KS1, KS7, KS10	KT1, KT7, KT10
Grupa III	KS11, KS16, KS23, KS24, KS29	KT11, KT16, KT23, KT24, KT29

nych w schemacie 1,2,3 i 12 kodów teoretycznych (KT) – tabela 3.

Po zakodowaniu tekstu i wyłonieniu kategorii selektywnych i kodów teoretycznych przystąpiono do tzw. reprezentacji danych, dzięki której wyłoniono kategorie selektywne o podobnym znaczeniu i zakwalifikowano je do III grup:

Opracowane III grupy kategorii selektywnych zestawiono w postaci sieci powiązań, które w sposób graficzny odzwierciedlały powiązania między nimi (schemat 1, 2, 3).

Spośród trzech sieci powiązań, uwzględniając kody teoretyczne, opracowano trzy noty teoretyczne, w których wyłoniono trzy typy postaw powiązanych z emocjami, ja-

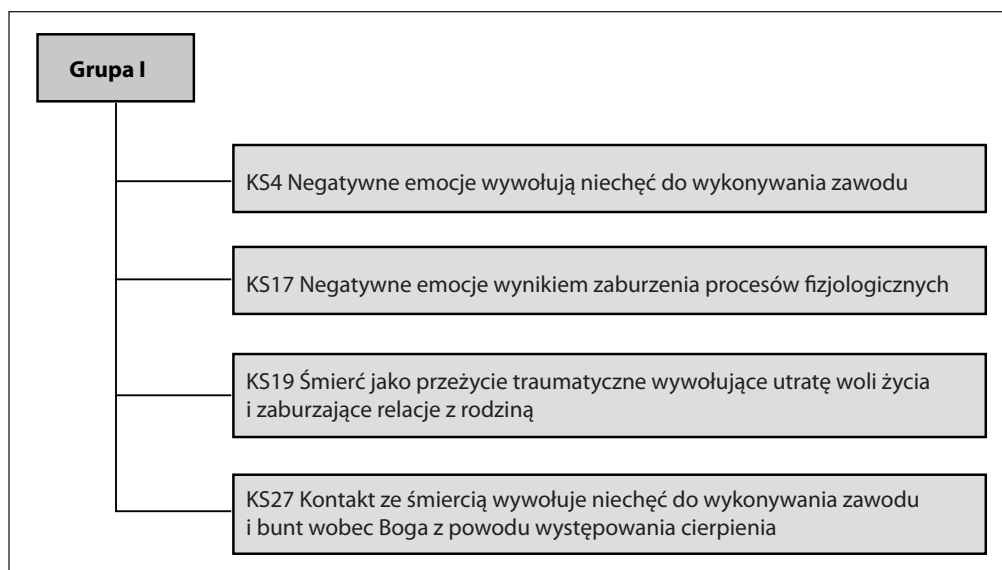
kie towarzyszą pielęgniarce w czasie kontaktu ze śmiercią.

Nota I – grupa I: TYP EMOCJONALNY. Pielęgniarki w kontakcie ze śmiercią pacjenta wykazuje duże zaangażowanie emocjonalne, przeżywa smutek, żal, przygnębienie, bezradność, rozgoryczenie, które w sposób negatywny wpływają na jego życie prywatne i zawodowe w postaci konfliktów z rodziną, zaburzeniem czynności fizjologicznych i niechęcią do wykonywania zawodu. Negatywne emocje wpływają także na sferę duchową objawiającą się „buntem” wobec Boga, będącego twórcą cierpienia i śmierci.

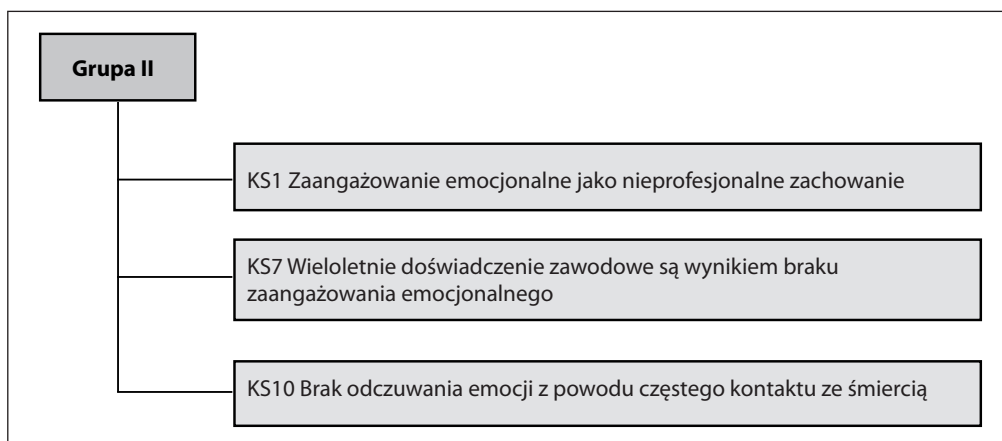
Nota II – grupa II: TYP ZDYSTANSOWANY

Pielęgniarki w wyniku długoletniego stażu pracy, doświadczenia zawodowego i częstego kontaktu ze śmiercią typ ten charakteryzuje się nie przyjmowaniem przez pielęgniarkę obojętnej postawy wobec śmierci. Okazywanie emocji w kontakcie ze śmiercią świadczy o nieprofesjonalnej postawie zawodowej.

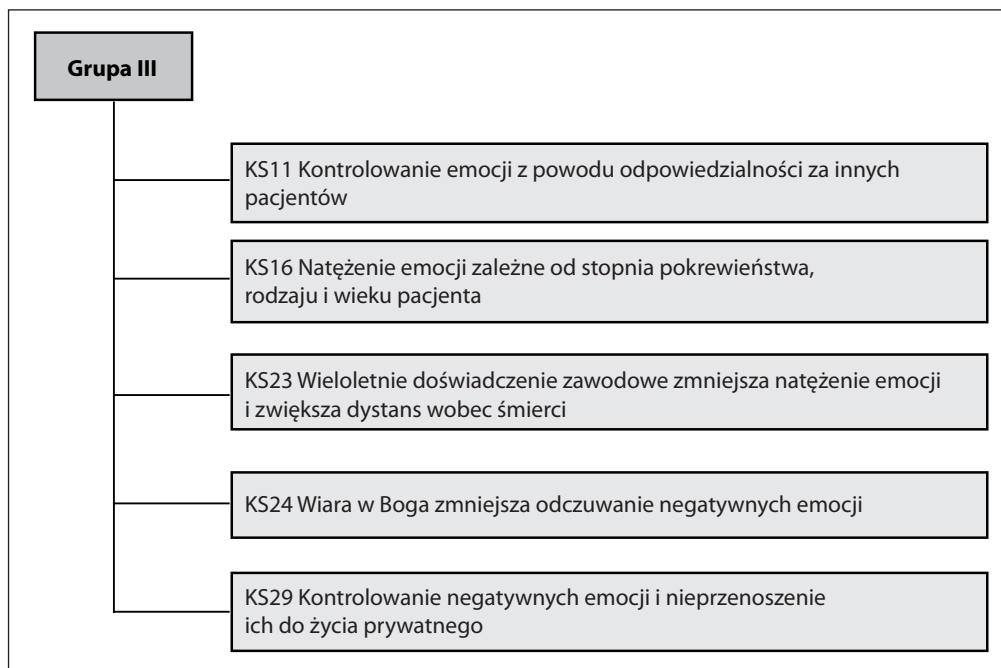
Nota III – grupa III: TYP NEUTRALNY. Pielęgniarka kontroluje swoje emocje i nie okazuje zbyt dużego zaangażowania emocjonalnego wobec śmierci pacjenta, ponie-



■ Schemat 1. Reprezentacja sieci powiązań grupy I – kategorie selektywne (KS)



■ Schemat 2. Reprezentacja sieci powiązań grupy II – kategorie selektywne (KS)



■ Schemat 3. Reprezentacja sieci powiązań grupy III – kategorie selektywne(KS)

waż spoczywa na nim odpowiedzialność za innych chorych. W kontakcie z nią okazuje smutek i współczucie dla rodziny. Śmierć pacjenta wzbudza w nim refleksje i zadumę nad sensem ludzkiego życia, a wiara w Boga zmniejsza natężenie negatywnych emocji związanych z tym zjawiskiem. Negatywne emocje związane ze śmiercią pacjenta nie przenosi do życia prywatnego.

■ OMÓWIENIE

Od wielu lat przeprowadzane są badania nad stresem związanym z pracą osób zajmujących się opieką nad chorymi w stanie terminalnym [4].

Na podstawie badań przeprowadzonych we Francji wśród 81 lekarzy z dwunastoletnim stażem pracy, podjęto próbę oceny ich kontaktu i odczuwanych emocji w relacji z pacjentami paliatywnymi. Grupa stanowiąca 86% badanych przyznała, że praca w terminalnym okresie choroby jest dla nich źródłem stresu. Wielu z nich, około 56%, traktowało tę relację, jako normalny element swojej pracy. Zapytani o odczuwane emocje wskazali: smutek (90%), poczucie bezradności (89%) – w wymiarze osobistym, poczucie niepowodzenia (82%) – w wymiarze zawodowym [8].

Szczególnie źle reagują na stres w pracy młode, mało doświadczone pielęgniarki, o nieustabilizowanej sytuacji rodzinnej i materialnej, natomiast pielęgniarki po 40 roku życia, zamężne, z dłuższym stażem pracy, znacznie lepiej znoszą stres. Pielęgniarki w pracy zawodowej często narażone są na przeżywanie stresu z powodu częstego kontaktu z chorymi cierpiącymi i umierającymi. Stanowi to dla nich duże obciążenie psychiczne, będące swoistą socjalizacją, przygotowującą je do ich własnej śmierci i wywołującą różnorodne emocje, które zazwyczaj są negatywne [4]. Potwierdziły to badania Nyklewicz i in., w których to 74% badanych pielęgniarek przeżywało ponadprzeciętny

silny lęk związany ze śmiercią. Ponadto badania te wskazywały na nieefektywne sposoby radzenia sobie z tą sytuacją, gdyż zdecydowana większość pielęgniarek stosowała tłumienie gniewu, depresji, lęku jako sposobu radzenia sobie z negatywnymi emocjami związanymi ze śmiercią [9]. Na podstawie badań przeprowadzonych na 100-osobowej grupie pielęgniarek (74) i położnych (26) z różnych placówek opieki zdrowotnej, podjęto próbę poznania reakcji emocjonalnych w kontakcie ze śmiercią pacjenta. Większa połowa badanych (63%) pozostawiła w pamięci obraz śmierci pierwszego pacjenta. W opinii 26% pielęgniarek śmierć pacjenta wpływała negatywnie na życie prywatne, natomiast uczucia jakie towarzyszyły badanym w czasie śmierci chorego były następujące: 41% - smutek, 26% - przygnębienie, 24% - bezsilność, 18% - żal, a u 7% dominowała utrata pewności siebie [10].

Śmierć pacjenta jest jedną z najważniejszych chwil w pracy zawodowej pielęgniarki, jest „egzaminem” wiedzy i praktyki zawodowej, jaką zdobyła pielęgniarka. Profesjonalna postawa pielęgniarek związana ze zdolnością przeżywania empatii, merytoryczne przygotowanie, dojrzała osobowość, a także chęć zaspokajania potrzeb chorego, zmniejsza cierpienie i pozwala w spokoju odejść pacjentowi umierającemu [10, 11].

■ WNIOSKI

Wyłoniono trzy typy postaw wobec śmierci powiązanych z emocjami – typ emocjonalny, typ zdystansowany i typ neutralny.

Każdy z wyżej wymienionych typów różnił się znacząco pod względem natężenia emocji a także stosunku do śmierci i umierania pacjentów:

1. Typ emocjonalny, osoby silnie przeżywały śmierć chorych, towarzyszyły im negatywne emocje o dużym natężeniu, które wpływały na życie prywatne i zawodowe.

2. Typ zdystansowany był przeciwieństwem typu emocjonalnego. Pielęgniarki reprezentujące ten typ wykazywały obojętny stosunek do śmierci, argumentując go długoletnim stażem pracy, a przeżywanie negatywnych emocji związanych ze śmiercią za nieprofesjonalne zachowanie.
3. Typ neutralny, który podobnie jak typ emocjonalny był charakterystyczny dla osób, które odczuwały negatywne emocje związane ze śmiercią chorego, ale kontrolowały je i nie przenosiły do życia prywatnego. W typie tym religia odgrywała duże znaczenie, ponieważ mogła stanowić swoisty mechanizm obronny w rozładowywaniu negatywnych emocji związanych ze śmiercią chorego.

PIŚMIENNICTWO

4. Sahaj T: Człowiek istota śmiertelna. Filozofia. Religia. Medycyna. Sport. Akademia Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu, Poznań 2004, 201-203, 215, 220-229.
5. Pilch T. (red.): Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku. Tom IV. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2005, 743-749.
6. Tobiasz-Adamczyk B: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Collegium Medicum UJ, Kraków 1995, 126-131.
7. De Walden-Gałuszko K: U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi środkami psychologicznymi. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2000, 128-134.
8. Tomaszewski J: Emocje [w]: Psychologia, T. 2 pod red. J. Strelau, J. Reykowski, PWN, 1998, 322
9. Kübler-Ross E: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 2007, 19-27.
10. Rubach K: Metodologia badań nad edukacją. Pedagogika wobec współczesności. WAiP, Warszawa 2008, 259-269.
11. Schaerer R: Suffering of the doctor linked with Heath of patient.W: Kruk A, Książek J, Falba A: Towarzyszenie umierającemu – lekcja. W: Krajewska-Kułak E, Łukaszyk C, Jankowiak B: W drodze do brzegu życia. Akademia Medyczna w Białymstoku 2008, Tom V.
12. Nyklewicz W, Krajewska-Kułak E: Śmierć a emocje pielęgniarzek – doniesienia wstępne. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (3): 248-254.
13. Kluczek I, Krupienicz A: Relacje emocjonalne pielęgniarzek z powodu śmierci pacjenta i sposoby redukcji doświadczanego stresu na podstawie badań własnych. W: Krajewska-Kułak E, Łukaszyk C, Jankowiak B: W drodze do brzegu życia. Akademia Medyczna w Białymstoku 2008, Tom IV, 307-315.
14. Lipińska M, Łabuzek M, Możdziej K, Romanowska U: Opieka pielęgniarska wobec pacjenta w terminalnym okresie choroby. W: Krajewska-Kułak E, Nyklewicz W, Lewko J. i wsp.: W drodze do brzegu życia. Akademia Medyczna w Białymstoku 2007, Tom II, 343-352.

Praca przyjęta do druku: 08.03.2010

Praca zaakceptowana do druku: 25.03.2010