

Postawy ratowników medycznych wobec śmierci – doniesienie wstępne

Paramedics' attitudes to death – preliminary study

Maria Merklinger-Soma¹, Mirosława Dzikowska², Grażyna Dębska³

¹Instytut Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

²Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

³Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych
Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzejewskiego w Krakowie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Maria Merklinger-Soma
Instytut Zdrowia
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
ul. Jagiellońska 61
33-300 Nowy Sącz
Tel. (018) 547-56-60
e-mail: msoma@wp.pl

STRESZCZENIE

POSTAWY RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH WOBEC ŚMIERCI – DONIESIENIE WSTĘPNE

Wstęp. Ratownik medyczny jest jednym z najbardziej stresujących zawodów medycznych. Wymaga on dużego zaangażowania i ciągłej odpowiedzialności za ludzkie życie. Częsty kontakt ze śmiercią, przyczynia się do przyjmowania przez ratowników medycznych, różnorodnych postaw wobec pacjenta umierającego.

Cel pracy. Poznanie typów postaw, jakie towarzyszą ratownikom medycznym w kontakcie z pacjentem umierającym.

Materiał i metody. Ogółem w badaniach wzięło udział 33 mężczyzn. Najliczniejszą grupę pod względem wieku stanowili ratownicy medyczni pomiędzy 36-55 rokiem życia w liczbie 25 osób. Wszystkie badane osoby miały kontakt ze śmiercią, z tego „rzadki” (1 zgon na miesiąc) 12 osób, „częsty” (2-3 zgony na miesiąc) 19 ratowników medycznych, „bardzo częsty” (powyżej 4 zgonów na miesiąc) 2 osoby. W metodologii badań przyjęto strategię badań jakościowych, z zastosowaniem metody sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę wywiadu nieskategoryzowanego. Analiza pisemnie przedstawionych poglądów, przebiegała w dwóch etapach: redukcji danych i reprezentacji danych.

Wyniki. Z pośród 33 pisemnie wyrażonych poglądów, opracowano 33 kategorie analityczne (KA) i 33 kody teoretyczne (KT). Z nich, na drodze kodowania selektywnego, wyłoniono 20 kategorii selektywnych (KS) i 20 kodów teoretycznych (KT). Kategorie selektywne i kody teoretyczne o podobnym znaczeniu zakwalifikowano do trzech grup, z których opracowano trzy noty teoretyczne.

Wnioski. W badanej grupie wyłoniono trzy typy postaw wobec śmierci, jakie towarzyszą ratownikom medycznym, należą do nich: typ neutralny, typ zdystansowany i typ emocjonalny.

Słowa kluczowe:

postawa, ratownik medyczny, śmierć

ABSTRACT

PARAMEDICS' ATTITUDES TO DEATH – PRELIMINARY STUDY

Introduction. Paramedics' profession is one of the most stressful medical jobs. It requires a great involvement in the occupation and constant responsibility for human lives. Paramedics are very often exposed to death, which contributes to take different attitudes to dying patients.

Aim. The aim of this research was to evaluate knowledge about paramedics' attitudes to dying patients.

Material and methods. The total number of paramedics under research amounted to 33 men. The largest group of 25 people, in terms of age, consists of paramedics between 36-55 years of age. Every enquired person had contact with death, among these: "rare" (one demise a month) – 12 people, "frequent" (two or three demises per month) 19 paramedics, "very frequent" (above four demises per month) – 2 people. As for the methodology, the research used the strategy of qualitative research on the basis of the method of diagnostic opinion poll, using the technique of uncategorized interview and the instrument which were the written opinions about the paramedics' attitudes to dying patients. Analysis of qualitative research was done in two stages, reduction and data representation.

The results. As the result of open and theoretical coding, 33 analytical categories (CA) and 33 theoretical codes (CT) were elaborated. Out of them, by means of selective coding, 20 selective categories and 20 theoretical codes were obtained. Selective categories and theoretical codes, which had similar meaning, were divided into three groups where three theoretical notes were compiled.

Conclusion. In the examined group there were selected three attitudes to death, which accompany paramedics: neutral type, outstanding type and emotional type.

Key words:

attitude, paramedic, death

WSTĘP

Dynamiczny rozwój medycyny ratunkowej związany z wdrażaniem coraz nowszych technologii i procedur medycznych opartych na badaniach naukowych, stawia przed ratownikami medycznymi coraz większe oczekiwania [1].

Ratownik medyczny jest jednym z najbardziej stresujących zawodów. Wymaga on dużego zaangażowania i ciągłej odpowiedzialności za ludzkie życie. W badaniach przeprowadzonych wśród pracowników służb ratowniczych wykazano, iż pociąga ich praca związana z silnym stresem. Cechują się oni większą chęcią poszukiwania wyzwań, zdolnością samokontroli, szybkością podejmowania decyzji, a także aktywniej interweniują w przypadku katastrof i konfliktów [2].

Ratownicy medyczni narażeni są na częsty kontakt z traumatycznymi wydarzeniami, związanymi z cierpieniem i śmiercią osób poszkodowanych. Widok licznych obrażeń ciała, to jeden z wielu obrazów, jakich doświadczają ratownicy medyczni w pracy zawodowej. Częsty kontakt ze śmiercią, przyczynia się do przyjmowania przez ratowników medycznych różnorodnych postaw wobec pacjenta umierającego. W celu głębszego zrozumienia badanego zjawiska, wyjaśniono pojęcie postawy i jej komponenty. Autorzy Strelau i Doliński podają, iż „postawa (ang. attitude) człowieka wobec jakiegoś obiektu to względnie trwała tendencja do pozytywnego lub negatywnego wartościowania tego obiektu przez tego człowieka” [3].

Wiele prac przyjmuje trójskładnikową definicję postawy. Zakłada ona, że na postawę składa się nie tylko stosunek emocjonalny (składnik uczuciowo-oceniający), ale także przekonania człowieka na temat danego obiektu (składnik poznawczy) oraz tendencja do pozytywnych lub negatywnych zachowań w stosunku do tego obiektu (składnik behawioralny). Wobec tego postawa składa się z trzech rodzajów reakcji na obiekt – emocji, przekonań i zachowań [3].

Pielęgniarki, lekarze i ratownicy medyczni przyjmują różnorodne postawy wobec pacjentów. Lief i Fox posługują się pojęciem „zdystansowana troska” (ang. *detached concern*), która oznacza, że idealny pracownik medyczny koncentruje się na relacji z pacjentem, uwzględniając jego dobro, równocześnie zachowując dystans w razie nadmiernego zaangażowania. Maslach opisuje odmienny rodzaj postawy, wprowadzając pojęcie „obronna dehumanizacja” (ang. *dehumanization in self-defence*), w której lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni, broniąc się przed przeżywaniem negatywnych emocji, reagują na pacjentów jak na przedmioty, a nie podmioty [4]. De Walden-Gałuszko wyróżnia pozytywne i negatywne postawy personelu medycznego wobec pacjenta. Do postaw pozytywnych zalicza: partnerską, filozoficzno-heterocentryczną i religijną. Natomiast do postaw negatywnych: niechętną, obojętną, protekcyjną oraz świętoszka [5].

CEL PRACY

Poznanie typów postaw jakie towarzyszą ratownikom medycznym w kontakcie z pacjentem umierającym.

MATERIAŁ I METODYKA

Ogółem w badaniach wzięło udział 33 mężczyzn. Najlicniejszą grupę pod względem wieku stanowili ratownicy medyczni pomiędzy 36-55 rokiem życia w liczbie 25 osób. Aż 31 ratowników medycznych posiadała wykształcenie średnie. Wszystkie badane osoby miały kontakt ze śmiercią, z tego „rzadki” (1 zgony na miesiąc) 12 osób, „częsty” (2-3 zgony na miesiąc) 19 ratowników medycznych oraz „bardzo częsty” (powyżej 4 zgonów na miesiąc) 2 osoby.

Podstawową charakterystykę grupy socjodemograficznej przedstawiono w Tab. 1.

■ Tab. 1. Wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, staż pracy

Wiek	Liczba
20-35 lat	2
36-55 lat	25
Powyżej 56 lat	6
Miejsce zamieszkania	Liczba
Miasto	16
Wieś	17
Wykształcenie	Liczba
Średnie	31
Wyższe licencjackie	2
Staż pracy	Liczba
Do 5 lat	2
6-15 lat	9
16 i powyżej	22

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 postaw, jakie towarzyszą ratownikom medycznym w czasie kontaktu z pacjentem umierającym. Narzędzie badawcze składało się z dwóch części: socjodemograficznej i problemowej.

Analiza badań jakościowych przebiegała w dwóch etapach: redukcji danych i reprezentacji danych [6].

Redukcja danych, polegała na wyszukiwaniu w tekście wskaźników zmiennych (kategorii analitycznych). Przebiegała ona w dwóch etapach: kodowania rzeczowego i kodowania teoretycznego. Kodowanie rzeczowe rozpoczynało się od kodowania otwartego (wyszukiwanie w tekście jak największej liczby kategorii analitycznych), a kończyło na kodowaniu selektywnym (wyodrębnienie kategorii najbardziej związanych z problemem badań). Drugi etap redukcji danych dotyczył kodowania teoretycznego, opartego na wyjaśnianiu hipotetycznych zależności pomiędzy wyodrębnionymi kategoriami analitycznymi.

Po przeprowadzeniu pierwszego etapu analizy badań jakościowych, przystąpiono do kolejnej procedury analitycznej, tzw. reprezentacji danych, która opierała się na szacowaniu współwystępowania, czyli wyszukiwania regularności w postaci podobnych znaczeń, w kategoriach

selektywnych. Na podstawie zestawienia podobnych kategorii, opracowano sieci powiązań relacji pomiędzy kategoriami (Tab. 4,5,6), a następnie korzystając z kodów teoretycznych, sformułowano noty teoretyczne [6].

WYNIKI BADAŃ

W wyniku kodowania otwartego i teoretycznego opracowano 33 kategorie analityczne (KA) oraz 33 kody teoretyczne (KT), które odpowiadały numerom wywiadu. Z nich, na drodze kodowania selektywnego wyłoniono 20 kategorii selektywnych (KS) i 20 kodów teoretycznych (KT), będących z punktu widzenia problemu badań najbardziej reprezentatywnymi – Tab. 2.

Po zakodowaniu tekstu i wyłonieniu kategorii selektywnych oraz kodów teoretycznych, przystąpiono do tzw. reprezentacji danych, dzięki której wyłoniono kategorie selektywne (KS) i kody teoretyczne (KT) o podobnym znaczeniu i zakwalifikowano je do trzech grup: I grupa - 8KS/8KT, II grupa - 4KS/4KT, III grupa - 8KS/8KT, które przedstawia Tab. 3.

Opracowane trzy grupy kategorii selektywnych zestawiono w postaci sieci powiązań w tabelach - 4,5,6.

Z pośród trzech sieci powiązań, uwzględniając kody teoretyczne, opracowano trzy noty teoretyczne, z których wyłoniono trzy typy postaw, jakie towarzyszą ratownikom medycznym w kontakcie ze śmiercią.

Tab. 2. Numery wywiadów, jednostki tekstowe, kody selektywne i kody teoretyczne

Lp.	Numer wywiadu/KS/KT	Jednostka tekstowa	Kategoria selektywna (KS)	Kod teoretyczny (KT)
1	Wywiad 1	Zawsze w chwili stwierdzenia zgonu modłę się za tych ludzi. W ten sposób staram się okazać moje współczucie i żal.	Modlitwa w chwili śmierci pacjenta, jako wyraz współczucia i żalu.	W chwili śmierci pacjenta ratownik medyczny modli się, aby wyrazić swoje współczucie i żal.
2	Wywiad 3	Śmierć dziecka przeżywałam bardzo mocno. Czasami po wielu latach przypominam sobie te zdarzenia i odczuwam głęboki smutek i bezradność.	Powracające traumatyczne wspomnienia związane ze śmiercią dziecka.	Śmierć dziecka wyzwała negatywne emocje, które utrzymują się w pamięci ratownika przez wiele lat.
3	Wywiad 5	Zawsze w chwili śmierci pacjenta odczuwam lęk i niepokój. Działania ratownicze wykonuję niedokładnie i chaotycznie, co powoduje, że często wchodzę w konflikt z kolegami z zespołu.	Śmierć pacjenta obniża jakość pracy, wywołuje konflikt wśród członków zespołu ratownictwa medycznego.	Śmierć pacjenta wywołuje negatywne emocje, które zaburzają relacje interpersonalne pomiędzy członkami zespołu ratownictwa medycznego.
4	Wywiad 8	Każdy zgon osoby poszkodowanej traktuję indywidualnie, tzn. że nie mam gotowej recepty jak postępować! Wiem tylko, że muszę traktować tych ludzi z szacunkiem, godnością i wykonywać swoją pracę dobrze, aby kończąc dyżur mieć czyste sumienie i zadowolenie z dobrze wykonanej pracy.	Indywidualna postawa wobec śmierci pacjenta, oparta na zachowaniu godności i szacunku.	Profesjonalizm zawodowy ratownika medycznego przejawia się w indywidualnym traktowaniu pacjenta umierającego, opartym na szacunku, godności i prawidłowo wykonanych czynnościach ratowniczych.
5	Wywiad 9	Wiele razy w mojej pracy byłem świadkiem jak lekarz podejmował decyzję o niepodjęciu działań związanych z resuscytacją, często później analizowałem nasze wszystkie działania – czy były one zgodne z obowiązującymi procedurami, czy nie popełniliśmy błędów? Czy może powinniśmy jeszcze próbować? Boję się, że kiedyś coś przeoczę i skrzywdzę kogoś!	Decyzja o niepodjęciu działań resuscytacyjnych, wywołuje silny niepokój i poczucie winy.	Niepodjęcie działań resuscytacyjnych wywołuje u ratownika medycznego poczucie winy i niepokój z powodu niewywiązania się z zawodowego zadania, którego celem jest utrzymanie życia.
6	Wywiad 10	Dwadzieścia lat temu bardzo przeżywałem zgon pacjentów, czasami płakałem i czułem obrzydzenie do mojego zawodu. Teraz z perspektywy lat nie angażuję się emocjonalnie.	Wieloletni staż pracy zmniejsza zaangażowanie emocjonalne.	Długoletni staż pracy ratownika medycznego zmniejsza zaangażowanie emocjonalne w kontakcie z pacjentem umierającym.
7	Wywiad 13	Często kiedy umiera pacjent analizuję sytuację. Często miewam bezsenne noce i koszmary senne.	Zaburzenie snu i koszmary senne, jako wynik kontaktu ze śmiercią pacjenta.	Kontakt ze śmiercią pacjenta zaburza reakcje fizjologiczne objawiające się zaburzeniem snu.
8	Wywiad 14	Raz w życiu uświadomiłem sobie, że śmierć potrafi być straszna ... W wyniku wypadku samochodowego, człowiek uległ takim urazom, że jego części ciała były porozrzucone na ulicy. Do tej pory mając kontakt z tym miejscem przypominam sobie to koszmarnie zdarzenie.	Silny niepokój, jako reakcja na kontakt z miejscem zdarzenia, w którym ratownik medyczny wiele lat temu był świadkiem traumatycznego obrazu.	Traumatyczny obraz związany ze śmiercią pacjenta może wywołać silny niepokój mimo upływu wielu lat.
9	Wywiad 17	Już tyle widziałem, że kolejna śmierć nie jest dla mnie żadnym zaskoczeniem. Przestałem też reagować na zachowania rodziny osoby zmarłej.	Dystans wobec śmierci pacjenta przejawiający się obojętnością i brakiem współczucia dla rodziny osoby zmarłej.	Ratownik medyczny zachowuje dystans objawiający się brakiem zaangażowania emocjonalnego w kontakcie ze śmiercią pacjenta.

Postawy ratowników medycznych wobec śmierci – doniesienie wstępne

10	Wywiad 20	W mojej pracy zawodowej śmierć jest dla mnie dużym przeżyciem. Jest mi żal ludzi którzy umierają. Jest to olbrzymia strata dla ich bliskich, ale taka jest kolej rzeczy – dzisiaj jesteś jutro Cię już nie ma!	Śmierć jako naturalny etap w życiu człowieka powiązany z odczuwaniem żalu i straty.	Śmierć pacjenta jest naturalnym elementem życia, związanym z przeżywaniem negatywnych emocji.
11	Wywiad 21	Czasami zastanawiam się dlaczego wykonuję ten zawód! Ciągły kontakt z cierpieniem i śmiercią, często mnie przytłacza – mam ochotę zrezygnować z tej pracy.	Kontakt ze śmiercią i cierpieniem wywołuje niechęć do wykonywania zawodu.	Częsty kontakt ze śmiercią obniża poziom satysfakcji z wykonywanej pracy zawodowej.
12	Wywiad 22	Przez wiele lat zdążyłem uodpornić się na to wszystko... Staram się szanować pacjenta i wykonywać zabiegi ratownicze prawidłowo i dobrze.	Okazywanie szacunku pacjentowi umierającemu i profesjonalne wykonywanie czynności ratunkowych.	Wieloletni kontakt ze śmiercią zmniejsza zaangażowanie emocjonalne, ale nie wpływa na jakość wykonywanej pracy.
13	Wywiad 23	W czasie śmierci pacjenta zachowuję powagę, odczuwam żal i smutek, ale nie załamuje się, staram się pracować skutecznie i dobrze!	Negatywne emocje nie wpływają na spadek wydajności w pracy.	Negatywne emocje związane ze śmiercią pacjenta nie wpływają na jakość pracy ratownika medycznego.
14	Wywiad 25	Nie mogę przeżywać śmierci osób poszkodowanych, gdybym tak robił to po paru dniach tak bym się „wypalił”, że zrezygnował bym z pracy zawodowej.	Unikanie zaangażowania emocjonalnego, jako wyraz lęku przed spadkiem wydajności w pracy zawodowej.	Częsty kontakt ze śmiercią może wpływać stresująco na ratownika medycznego i wywoływać znaczący spadek wydajności w pracy zawodowej.
15	Wywiad 26	Mój zawód wymaga abym był dobrym ratownikiem i z godnością pozwalał odchodzić ludziom z tego świata. Widząc często resuscytację podejmowaną za wszelką cenę, zastanawiam się czy oni zdają sobie sprawę na jak wielkie cierpienie narażają tego człowieka i jego rodzinę.	Nieskuteczna resuscytacja podejmowana za wszelką cenę naraża pacjenta i jego rodzinę na cierpienie. Praca ratownika polega na ratowaniu ludzi i godnym ich odchodzeniu.	Zadania ratownika medycznego polegają nie tylko na ratowaniu ludzkiego życia, ale też na godnym odchodzeniu osoby umierającej.
16	Wywiad 28	Kiedyś pojechałem do wypadku samochodowego, w której śmierć ponieśli rodzice i jedno z dzieci. Był to straszny widok... Ten chłopiec, który przeżył wołał matkę i siostrę o pomoc! Wtedy po raz pierwszy płakałem, czułem żal, bezradność i złość, że nie mogłem nic już więcej zrobić.	Poczucie bezradności i winy z powodu niewywiązania się z zawodowego zadania.	Traumatyczne wydarzenia związane ze śmiercią wywołują u ratownika medycznego negatywne emocje, a także poczucie bezradności z powodu niewywiązania się z zawodowych zadań.
17	Wywiad 29	„Moje ratownictwo” to misja polegająca na ciągłej walce ze śmiercią. Zawsze zgon jest dla mnie porażką, ale też mobilizuje mnie do tego abym podnosił kompetencje zawodowe, bo dzięki temu będę dobrym ratownikiem.	Zawód ratownik medyczny to misja do walki ze śmiercią. Śmierć pacjenta to zawodowa porażka, która mobilizuje do podnoszenia kompetencji zawodowych.	Ratownik medyczny traktuje swoją pracę, jako misję do walki ze śmiercią, która jest dla niego osobistą porażką i motywuje go do podnoszenia kompetencji zawodowych.
18	Wywiad 30	Parę lat temu pojechaliśmy do zdarzenia. Chorujące dziecko na ciężką, nieuleczalną chorobę „zatrzymało się”. Po pewnym czasie odstąpiliśmy od działań resuscytacyjnych. Dziecko zmarło, matka rozpacziała... A ja odczułem ulgę że Bóg pozwolił mu odejść.	Ulgę z powodu śmierci dziecka i zakończenie jego cierpienia.	Śmierć jest zakończenie cierpienia po ciężko przebytej chorobie.
19	Wywiad 32	Nie rozumiem moich kolegów z pracy! Jak można posiadając wieloletni staż pracy przeżywać smutek i żal w chwili śmierci pacjenta! Moim zdaniem jest to wynik niewłaściwej postawy zawodowej.	Zaangażowanie emocjonalne, jako wynik nieprofesjonalnej postawy zawodowej.	Zaangażowanie emocjonalne, jest wynikiem nieprofesjonalnej postawy ratownika medycznego wobec śmierci.
20	Wywiad 33	Zawsze jak umiera pacjent myślę o sobie i moich najbliższych. Boję się że coś takiego może przydarzyć się mi i mojej rodzinie!	Identyfikowanie się z ofiarą osłabia poczucie bezpieczeństwa o siebie i swoich bliskich.	Kontakt ze śmiercią osłabia poczucie bezpieczeństwa.

■ Tab. 3. Kategorie selektywne i kody teoretyczne zakwalifikowane do grup o podobnym znaczeniu

Numer grupy	Kategorie selektywne (KS)	Kody teoretyczne (KT)
Grupa I	KS1, KS8, KS20, KS22, KS23, KS26, KS29, KS30	KT1, KT8, KT20, KT22, KT23, KT26, KT29, KT30
Grupa II	KS10, KS17, KS25, KS32	KT10, KT17, KT25, KT32
Grupa III	KS3, KS5, KS9, KS13, KS14, KS21, KS28, KS33	KT3, KT5, KT9, KT13, KT14, KT21, KT28, KT33

■ Tab. 4. Reprezentacja sieci powiązań grupy I – kategorie selektywne (KS)

Lp.	Numer KS	Opis kategorii selektywnej
1.	KS1	Modlitwa w chwili śmierci pacjenta, jako wyraz współczucia i żalu.
2.	KS8	Indywidualna postawa wobec śmierci pacjenta oparta na zachowaniu godności i szacunku.
3.	KS20	Śmierć jako naturalny etap w życiu człowieka powiązany z odczuwaniem żalu i straty.
4.	KS22	Okazywanie szacunku pacjentowi umierającemu i profesjonalne wykonywanie czynności ratunkowych.
5.	KS23	Negatywne emocje nie wpływają na spadek wydajności w pracy.
6.	KS26	Nieskuteczna resuscytacja podejmowana za wszelką ceną naraża pacjenta i jego rodzinę na cierpienie. Praca ratownika polega na ratowaniu ludzi i godnym ich odchodzeniu.
7.	KS29	Zawód ratownik medyczny to misja do walki ze śmiercią. Śmierć pacjenta to zawodowa porażka, która mobilizuje do podnoszenia kompetencji zawodowych.
8.	KS30	Ulgą z powodu śmierci dziecka i zakończenie jego cierpienia.

■ Tab. 5. Reprezentacja sieci powiązań grupy II – kategorie selektywne (KS)

Lp.	Numer KS	Opis kategorii selektywnej
1.	KS10	Wieloletni staż pracy zmniejsza zaangażowanie emocjonalne.
2.	KS17	Dystans wobec śmierci pacjenta przejawiający się obojętnością i brakiem współczucia dla rodziny osoby zmarłej.
3.	KS25	Unikanie zaangażowania emocjonalnego, jako wyraz lęku przed spadkiem wydajności w pracy zawodowej.
4.	KS32	Zaangażowanie emocjonalne, jako wynik nieprofesjonalnej postawy zawodowej.

■ Tab. 6. Reprezentacja sieci powiązań grupy III – kategorie selektywne (KS)

Lp.	Numer KS	Opis kategorii selektywnej
1.	KS3	Powracające traumatyczne wspomnienia związane ze śmiercią dziecka.
2.	KS5	Śmierć pacjenta obniża jakość pracy, wywołuje konflikt wśród członków zespołu ratownictwa medycznego.
3.	KS9	Decyzja o niepodjęciu działań resuscytacyjnych, wywołuje silny niepokój i poczucie winy.
4.	KS13	Zaburzenie snu i koszmary senne, jako wynik kontaktu ze śmiercią pacjenta.
5.	KS14	Silny niepokój, jako reakcja na kontakt z miejscem zdarzenia, w którym ratownik medyczny wiele lat temu był świadkiem traumatycznego obrazu.
6.	KS21	Kontakt ze śmiercią i cierpieniem wywołuje niechęć do wykonywania zawodu.
7.	KS28	Poczucie bezradności i winy z powodu niewywiązania się z zawodowego zadania.
8.	KS33	Identyfikowanie się z ofiarą osłabia poczucie bezpieczeństwa o siebie i swoich bliskich.

Nota I – grupa I: TYP NEUTRALNY

W kontakcie ze śmiercią jest opanowany, kontroluje swoje negatywne emocje, które nie wpływają na jakość wykonywanej pracy. Typ neutralny odnosi się do śmierci, jako naturalnego etapu życia. Celem jego pracy jest ratowanie ludzkiego życia i godne odchodzenie człowieka. Pacjenta umierającego traktuje z godnością i szacunkiem.

Nota II – grupa II: TYP ZDYSTANSOWANY

W wyniku długoletniego stażu pracy zmniejsza się jego zaangażowanie emocjonalne. W kontakcie ze śmiercią zachowuje dystans emocjonalny, który przejawia się obojętnością w stosunku do pacjenta i jego rodziny. Typ zdystansowany unika nadmiernego przeżywania emocji, ponieważ są ona wyrazem nieprofesjonalnej postawy zawodowej, obniżającej jakość wykonywanej pracy.

Nota III – grupa III: TYP EMOCJONALNY

Kontakt ze śmiercią wywołuje u niego negatywne emocje, które obniżają jakość wykonywanej pracy i są przy-

czyną konfliktów wśród członków zespołu ratownictwa medycznego. Decyzja o odstąpieniu od czynności ratowniczych, wywołuje silny niepokój, bezradność i poczucie winy. Przez wiele lat utrzymuje w pamięci obraz traumatycznych zdarzeń, które prowadzą do zaburzeń reakcji fizjologicznych i emocjonalnych. W czasie akcji ratowniczych identyfikuje się z ofiarą, przez co obniża się jego poczucie bezpieczeństwa o siebie i swoich bliskich.

■ OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Przeprowadzone badania jakościowe pozwoliły głębiej wniknąć w problematykę badanego zjawiska [7]. Pytania otwarte zawarte w kwestionariuszu ankiety, umożliwiły badanej grupie swobodnie wyrazić emocje, zachowania i przekonania, jakie towarzyszą ratownikom medycznym w kontakcie z pacjentem umierającym. Na podstawie analizy badań wyłoniono trzy typy postaw: neutralny, zdystansowany i emocjonalny.

Z badań przeprowadzonych przez Vachon w różnych ośrodkach Europy i Ameryki wynika, że jednym z wielu czynników wywołujących stres u pracowników opieki medycznej, jest kontakt z pacjentem cierpiącym i umierającym [5].

Z pośród wyłonionych typów postaw, na szczególną uwagę zasługuje typ emocjonalny, który w kontakcie z pacjentem umierającym odczuwa negatywne emocje, które znacząco wpływają na obniżenie jakości wykonywanej pracy zawodowej, a także są czynnikiem stymulującym negatywne relacje interpersonalne pomiędzy członkami zespołu ratownictwa medycznego. Częsty kontakt ze śmiercią zaburza w typie emocjonalnym reakcje psychiczne i fizyczne, które objawiają się utratą zainteresowania pracą, zaburzeniem poczucia bezpieczeństwa, poczuciem winy i zaburzeniem snu. Jak wynika z powyższych badań, ratownicy medyczni w skutek częstego kontaktu ze śmiercią i związanymi z nią traumatycznymi wydarzeniami, są narażeni na przeżywanie negatywnych emocji, które mogą wywołać zespół stresu pourazowego [8].

Badania przeprowadzone przez Raphael i Wilson wykazały, że większość pracowników służb ratowniczych, mając częsty kontakt z wypadkami śmiertelnymi, doświadcza na pewnym etapie pracy zawodowej reakcji typowych dla stresu pourazowego. Natomiast badania przeprowadzone przez Bryant i Harvey podają, iż traumatyczne zdarzenia z udziałem dzieci i niemowląt powodują niepokój psychiczny u ratowników medycznych [2]. Podobne wyniki badań przedstawili Kluczek i Krupienicz, gdzie w badanej grupie pielęgniarek i położnych, 100% (n=100) stwierdziło, że niezależnie od przyczyny śmierci najtrudniej jest im pogodzić się ze śmiercią dziecka i młodej osoby [9].

Ratownik medyczny powinien kierować się przede wszystkim czterema głównymi zasadami etycznymi: działanie w imię korzyści pacjenta, nieczynienie krzywdy, sprawiedliwość i autonomia pacjenta. Przestrzeganie tych zasad związane jest z wieloma dylematami etycznymi, które niejednokrotnie muszą być podejmowane w ciągu kilku minut [1]. Do zagadnień tych należy m.in. decyzja o nie podejmowaniu resuscytacji (ang. Do Not Attempt Resuscitation – DNAR), która w typie emocjonalnym wywołuje silny niepokój i poczucie winy. Odmienną postawę przyjmuje typ neutralny, który nieskuteczną resuscytację, podejmowaną za wszelką cenę, traktuje jako narażenie pacjenta i jego rodziny na dodatkowy stres i cierpienie.

Typ zdystansowany w przeciwieństwie do typu emocjonalnego, zachowuje dystans wobec śmierci pacjenta. Unika zaangażowania emocjonalnego, ponieważ jest ona wyrazem nieprofesjonalnej postawy zawodowej, która może wpływać na obniżenie jakości pracy. Wiele cech, które zawiera typ zdystansowany można porównać do opisywanej przez Maslach koncepcji „obronnej dehumanizacji”, która powiązana jest ze zjawiskiem wypalenia zawodowego. Według niej przeciążenie problemami innych ludzi, powoduje psychiczną reakcję obronną polegającą na dehumanizacji. Przeciążenie pojawia się w zawodach, które mają charakter opiekuńczy, czyli zachodzą pomiędzy udzielającym pomocy – ratownikiem medycznym i podopiecznym – pacjentem [2,4,10].

Z pośród wyłonionych typów postaw, na szczególną uwagę zasługuje typ neutralny. Celem jego pracy jest, ratowanie ludzkiego życia a także zapewnienie godnego umierania. W kontakcie ze śmiercią przyjmuje indywidualną postawę, która oparta jest na okazywaniu szacunku choremu umierającemu.

Cechy jakie reprezentuje typ neutralny są także opisywane przez de Walden-Gałoszko w postawie partnerskiej, postawie filozoficzno-heterocentrycznej i postawie religijnej, w której pacjent traktowany jest z godnością, a jego potrzeby zaspokajane są indywidualnie [5].

Typ neutralny zawiera w sobie elementy idealnej postawy pracownika opieki medycznej, którą opisują Lief i Fox posługując się pojęciem „zdystansowana troska”, która składa się z trzech elementów: współczucia, zaangażowania i dystansu emocjonalnego [2].

Opieka nad pacjentem w obliczu śmierci jest niezwykle trudnym zadaniem. Wymaga ona od ratowników medycznych dojrzałej osobowości, wrażliwości emocjonalnej, a także umiejętności radzenia sobie ze stresem w sytuacjach traumatycznych [8,11].

WNIOSKI

1. W badanej grupie, wyłoniono trzy typy postaw towarzyszących badanym ratownikom medycznym w czasie kontaktu ze śmiercią. Należą do nich typ: neutralny, zdystansowany i emocjonalny.
2. Elementy idealnej postawy, jaką przyjmują ratownicy medyczni wobec śmierci reprezentuje typ neutralny.

PIŚMIENNICTWO

1. Jakubaszko J.: Specyfika medycyny ratunkowej – wybrane aspekty szczegółowe. [w:] Zawadzki A. (red.): Medycyna ratunkowa i katastrof. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006. s. 389-400.
2. Hetherington A.: Wsparcie psychologiczne w służbach ratowniczych. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.s.15-24, s.67-80.
3. Strelau J., Dolińska D.: Psychologia. Tom II. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2008. s. 335-338.
4. Beisert M.: Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalenia się pielęgniarek. [w:] Sęk H.: Wypalenie zawodowe. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.s.182-215.
5. De Walden-Gałoszko K.: U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi środkami psychologicznymi. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAKmed; 2000.s. 128-134.
6. Rubach K.: Metodologia badań nad edukacją. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne; 2008.s. 259-303.
7. Bauman T.: Podstawowe założenia badań jakościowych. [w:] Pilch T., Bauman T.: Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”; 2001.s.267-293.
8. Kliszcz J.: Psychologiczne aspekty ratownictwa. Medycyna Intensywna i Ratunkowa. 2008;11(2):106-111.
9. Kluczek I., Krupienicz A.: Reakcje emocjonalne pielęgniarek z powodu śmierci pacjenta i sposoby redukcji doświadczanego stresu na podstawie badań własnych. [w:] Krajewska-Kulak E., Łukaszk C., Jankowiak B. (red.): W drodze do brzegu życia. Tom IV. Białystok; 2008.s.307-315.
10. Jakubowska-Winecka A.: Zespół wypalenia zawodowego. [w:] Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. (red.): Psychologia w praktyce medycznej. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007.s.167-178.
11. Lipińska M., Łabuzek M., Możdziej K., Romanowska U.: Opieka pielęgniarska wobec pacjenta w terminalnym okresie choroby. [w:] Krajewska-Kulak E. Nklewicz W., Lewko J., Łukaszk C.(red.): W drodze do brzegu życia. Tom II; (2006). s. 343-352

Praca przyjęta do druku: 21.04.2011

Praca zaakceptowana do druku: 21.06.2011