

Wiedza i postawy studentów wobec osób w stanie terminalnym

Knowledge and attitudes of students towards individuals in terminal condition

Aneta Grochowska, Halina Sopel, Barbara Kubik, Kazimiera Moździerz, Urszula Romanowska

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

AUTOR DO KORESPONDENCJI:
Aneta Grochowska
ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów
e-mail: apea1@op.pl

STRESZCZENIE

Wiedza i postawy studentów wobec osób w stanie terminalnym

Wprowadzenie. Jednym z procesów społecznych, zachodzących aktualnie w krajach europejskich jest powiększająca się liczba osób starszych i przewlekle chorych. Problem wydłużania się życia, jest nowym zjawiskiem biologicznym i społecznym. Pomimo postępu nauk medycznych i rozwoju techniki XXI wieku śmierć jest koniecznością wpisaną od urodzenia w przyszłość każdego człowieka.

Cel pracy. Ocena wiedzy i postaw studentów w odniesieniu do osób w stanie terminalnym.

Materiał i metodyka. Badania zostały przeprowadzone w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Tarnowie wśród grupy 284 studentów. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. W badanej grupie było 26,4% mężczyzn oraz 73,6% kobiet. Średnia wieku badanych osób, to 26,79 lat (SD=7,60). Mężczyźni istotnie częściej ($p=0,008$) niż kobiety byli skłonni zrezygnować z pracy za granicą, by opiekować się bliską osobą, częściej też ($p=0,027$) twierdzili, że w kontakcie z terminalnie chorym ważne jest wsparcie duchowe. Stosunek ankietowanych do wiary wpływał na wskazywanie ważnych czynników w kontakcie z osobą terminalnie chorą. Dla osób wierzących istotnie ważniejsze było wsparcie duchowe w kontakcie z terminalnie chorym ($p=0,016$), osoby niewierzące istotnie częściej wymieniały załatwienie wszystkich formalności ($p=0,049$). Badania wykazały, że za stosowaniem eutanazji u chorych w stanie terminalnym były istotnie częściej ($p<0,000$) osoby niewierzące.

Wnioski. Studenci w zdecydowanej większości prezentowali postawy wobec osób w stanie terminalnym akceptowane społecznie. Wykazują dużą wrażliwość na potrzeby chorego. Ankietowani uważają, że pomoc drugiemu człowiekowi może stać się źródłem własnego rozwoju duchowego.

Słowa kluczowe: postawy, stan terminalny, umieranie, śmierć

ABSTRACT

Knowledge and attitudes of students towards individuals in terminal condition

Introduction. One of the social processes currently taking place in European countries is a growing number of the elderly and chronically ill. The problem of increasing life expectancy is a new biological and social phenomenon. Despite advances in medical sciences and development of technology in the 21st century, death is a necessity inscribed in the future of every man since birth.

Aim. Assessment of knowledge and attitudes as regards individuals in terminal condition.

Material and methods. The research was conducted at State Higher Vocational School in Tarnów among the group of 284 students. The research tool was an original survey questionnaire.

Results. The studied group was composed of 26.4 % males and 73.6% females. The average age of the respondents was 26.79 years (SD=7.60). The men were significantly more frequently ($p=0.008$) than women prone to giving up employment abroad in order to look after a close person, also more frequently ($p=0.027$) claimed that in contacts with the terminally ill, a spiritual support is important. The attitude of the surveyed towards faith influenced the indication of vital factors in contacts with a terminally ill person. For believers the spiritual support was remarkably more important in a contact with a terminally ill person ($p=0.016$) whereas the non-believers significantly more often mentioned dealing with all formalities ($p=0.049$). The research demonstrated that the non-believers were significantly more often ($p<0.000$) in favour of euthanasia of individuals in a terminal condition.

Conclusion. Students in a vast majority demonstrated the attitudes towards the individuals in a terminal condition that are socially acceptable. They demonstrated great sensitivity to the needs of a sick person. The surveyed hold the opinion that helping another person can become a source of one's own spiritual growth.

Key words: attitudes, terminal condition, dying, death

WPROWADZENIE

Przemiany społeczne, jakie dokonują się w naszym kraju mają wpływ na kształtowanie postaw studentów wobec osób terminalnie chorych. Współczesna psychologia przedstawia ludzką osobowość w kategoriach motywów, postaw i przekonań. Postawy są pewnego rodzaju dyspozycjami do zachowania się w określony sposób. Stanowią mechanizm regulujący poczynania człowieka.

Pomimo postępu medycyny stale wzrasta liczba pacjentów terminalnie chorych. W opiece paliatywnej wprowadzono pojęcie „okresu terminalnego”. Następuje on wtedy, gdy możliwości dalszego leczenia chorego przy pomocy bezpośredniego działania na przyczynę choroby wyczerpały się, a stan chorego wymaga dalszej opieki. Na tym etapie choroby pacjent pragnie czuć się bezpieczny. Poczucie bezpieczeństwa jest uwarunkowane zachowaniem wszystkich osób z otoczenia chorego [1].

Człowiek przed chorobą pełnił wiele ról społecznych. Ciężka, nieuleczalna choroba burzy ustalony porządek. Z osoby czynnej zawodowo staje się zależny od pomocy drugiej osoby. Postawy i zasady moralne ludzi opiekujących się chorymi, mają duży wpływ na przystosowanie się pacjenta do nowej trudnej sytuacji życiowej. Powszechnie uważa się, że optymalnym miejscem pobytu dla chorego w terminalnej fazie choroby jest jego własny dom. By to marzenie zostało zrealizowane, opieka medyczna musi być dobrze zorganizowana.

W dzisiejszych czasach, w których żyjemy, gdzie rywalizacja i dążenie do dobrobytu często są dużo ważniejsze od relacji międzyludzkich, każda pozytywna postawa wobec osób w stanie terminalnym napawa optymizmem. Praca z ludźmi nieuleczalnie chorymi jest jedną z najtrudniejszych form opieki. Kontakt z człowiekiem chorym, z jego cierpieniem i umieraniem, mimo woli wpływa na przewartościowanie postaw wobec życia.

Postawa wobec umierania i śmierci ujawnia stosunek społeczeństwa do podmiotowości osoby ludzkiej [1]. W tym kontekście dużej rangi nabiera zapewnienie godnej śmierci tym, których życie nieuchronnie zbliża się do końca. Opieka paliatywna (hospicyjna) podejmuje się tego trudnego zadania. Podstawą działalności opieki paliatywnej jest zrozumienie potrzeb ludzi cierpiących i nieuleczalnie chorych. W opiece nie poprzestaje się tylko na łagodzeniu cierpień fizycznych, ale udziela wsparcia duchowego, podtrzymując poczucie wolności, godności i obecności w społeczeństwie. Dzięki temu proces umierania ma szansę stać się dla chorych oraz ich bliskich etapem życia możliwie najwartościowszym [2].

Świadomość zbliżającej się śmierci zmienia całe życie chorego jego rodziny, powodując szereg trudności natury psychologicznej. W terminalnej fazie choroby, stan psychiczny chorego jest bardzo skomplikowany. Wyraża się to w depresji, smutku, agresji, lęku, buncie, a czasem również w poszukiwaniu dalszego sensu życia [1].

W terminalnej fazie choroby potęguje się duże poczucie niepokoju, które wiąże się z odpowiedzialnością za dokonane życie. Nieraz chory czuje, że nie wolno już dłużej odkładać rozliczenia ze swoim życiem [3].

Stan terminalny, a przede wszystkim trzeci jego okres – umieranie jest bardzo ważnym etapem dla rodziny chorego. Nie może być stracony, ponieważ jest to szansa na przygotowanie się na rozstanie [4].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena wiedzy i postaw studentów wobec osób w stanie terminalnym.

MATERIAŁ I METODYKA

Badania zostały przeprowadzone na terenie Państwowego Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie, na przełomie grudnia i stycznia 2014/2015, za zgodą Rektora PWSZ.

Kwestionariusz był wypełniany przez każdego studenta tylko jeden raz w momencie przystąpienia do badania. Liczba studentów wypełniających kwestionariusz ankiety wynosiła 300 osób. Do badań włączono celowo grupę 284 (100%) osób w przedziale wieku od 19 do 52 r.ż. Średnia wieku badanych osób to 26,79 lat (SD=7,60). W grupie wiekowej 25-30 lat znalazło się 17,3% osób (N=49). Od 31 do 36 lat miało 6,3% osób (N=18), natomiast 37 lat i więcej – 16,2% badanych (N=46). Zdecydowaną większość stanowiły kobiety 73%, mężczyźni stanowili 27% badanej grupy. Większość badanych studentów mieszkało na wsi 56%, a 44% w mieście. Celem porównania wiedzy i postaw studentów wobec osób w stanie terminalnym, badanych podzielono na 2 grupy. Grupę pierwszą stanowili studenci kierunków medycznych – pielęgniarstwa I i II stopnia i fizjoterapii – 126 (44%). Grupę drugą stanowili studenci kierunku humanistycznego i ścisłego – 158 (55,6%) osób.

Do realizacji założonych celów posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który został opracowany na potrzeby przeprowadzenia badań. Ankieta zawierała pytania otwarte oraz zamknięte, zawierające zestaw gotowych odpowiedzi, spośród których osoby badane miały wybrać ich zdaniem tę najwłaściwszą. W ankiecie umieszczono pytania o płeć studentów, wiek, miejsce zamieszkania i kierunek studiów. Pozostała część zawierała pytania, które były pomocne w zebraniu informacji dotyczących postaw studentów wobec osób w stanie terminalnym i stosunku badanych do eutanazji.

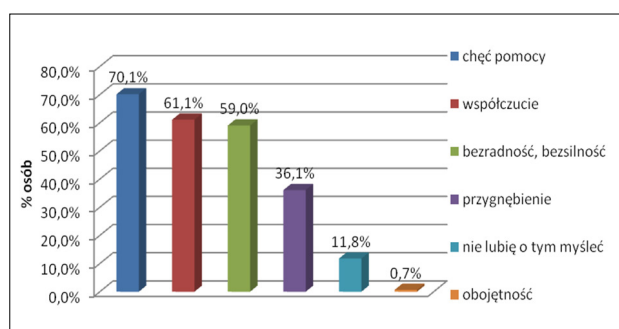
Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testu niezależności χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczeń dokonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics 20.

WYNIKI BADAŃ

Spośród badanych, 74,6% osób stwierdziło, że wyznawane wartości religijne mają wpływ na podejmowane przez nich decyzje. Pozostali nie kierowali się wiarą przy podejmowaniu decyzji. Jako czynnik wpływający na kształtowanie światopoglądu badani najczęściej wskazywali dom rodzinny (88,0%), religię (55,6%) oraz szkołę (29,2%). Wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani mieli możliwość wskazania więcej niż jednego czynnika.

Chorym terminalnie opiekowało się 50,7% badanych. Osoby, które opiekowały się chorymi terminalnie czynili to najczęściej przez kilka miesięcy (33,3%). Dla 24,3% osób opieka nad chorym terminalnie dotyczyła najbliższej rodziny (rodzice, rodzeństwo). Grupa 23,6% badanych opiekowała się bliskimi krewnymi, a 8,3% osób opiekowało się znajomymi osobami. Najczęściej badani opiekowali się obcymi chorymi w stanie terminalnym (43,8%).

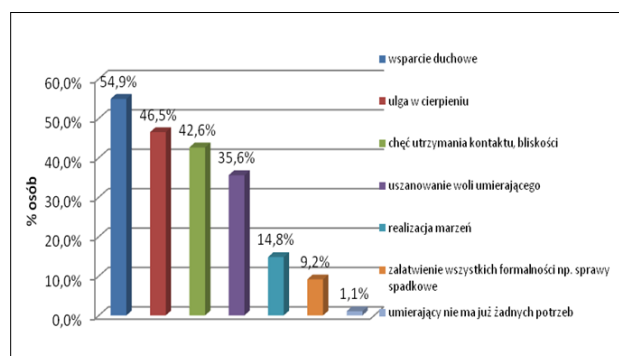
Badani podczas pełnienia opieki nad chorym terminalnie najczęściej doświadczali chęci pomocy (70,1%). Często odczuwali także współczucie (61,1%) oraz bezradność, bezsilność (59,0%). W mniejszym stopniu odczuwali przygnębienie (36,1%), a nieliczne osoby stwierdziły, że nie lubią myśleć o tym, jak opiekowali się chorym terminalnie (11,8%). Obojętność podczas opieki nad chorym terminalnie odczuwała jedna osoba (Ryc. 1).



Ryc. 1. Uczucia doświadczane podczas pełnienia opieki nad chorym terminalnie

Badani gotowi byli poświęcić dla opieki nad bliską osobą pieniądze (62,0%) oraz karierę (60,2%). Często wskazywali możliwość poświęcenia pracy za granicą (53,2%) oraz hobby (1%). Nieliczne osoby twierdziły, że niczego nie poświęciłyby dla opieki nad bliską osobą (4,6%).

Najważniejszym, zdaniem badanych w kontakcie z osobą terminalnie chorą, było wsparcie duchowe (54,9%) oraz ulga w cierpieniu (46,5%), a także chęć utrzymania kontaktu, bliskości (42,6%). W mniejszym stopniu badani uważali za ważne uszanowanie woli umierającego (35,6%), realizację marzeń chorego (14,8%) oraz załatwienie wszystkich formalności np. sprawy spadkowe (9,2%). Tylko 1,1% badanych stwierdziło, że umierający nie ma już żadnych potrzeb (Ryc. 2).



Ryc. 2. Cele ważne zdaniem badanych w kontakcie z osobą terminalnie chorą

Wśród działań, których wykonanie przy opiece nad chorym terminalnie nie sprawiłoby problemu, badani wskazywali najczęściej przygotowanie posiłków (84,5%) oraz podawanie leków (77,5%). Często problemu badany nie sprawiłoby karmienie chorego terminalnie (60,2%), ale z trudem prowadziliby rozmowę o śmierci (44,0%). Do trudnych zadań przy opiece nad chorym terminalnie zaliczyli także toaletę ciała (35,2%), pielęgnację ran i odleżyn (34,9%), zmianę pampersów (34,5%), brak kontaktu słownego (33,5%).

Miejscem najbardziej odpowiednim do opieki nad terminalnie chorym zdaniem 46,1% badanych był dom. Ankietowani wskazali także hospicjum (28,9%), zakład opiekuńczo – leczniczy (18,0%), szpital (15,1%), nieliczne osoby wymieniały dom pomocy społecznej (1,1%).

Większość badanych (68,0%) stwierdziła, że kontakt z chorym terminalnie zmienił hierarchię potrzeb w ich życiu. Zmiana taka nie dokonała się w przypadku 32,0% badanych. Za eutanazją terminalnie chorych było 16,5% badanych, nie miało zdania 33,8% osób, a połowa badanych (49,6%) była przeciwna eutanazji chorych terminalnie.

Badania nie wykazały, by płeć istotnie różnicowała uczucia, których doświadczali badani podczas pełnienia opieki nad chorym terminalnie. Nieznacznie częściej mężczyźni odczuwali chęć niesienia pomocy (70,7%), a kobiety bezradność, bezsilność (64,3%). Różnice nie były istotne statystycznie. Płeć w niewielkim stopniu wpływała na możliwość poświęcenia wybranych rzeczy dla opieki nad bliską osobą. Mężczyźni (57,9%) istotnie częściej niż kobiety (40,0%) byli skłonni zrezygnować z pracy za granicą, by opiekować się bliską osobą ($p=0,008$). Mężczyźni nieznacznie częściej niż kobiety wskazywali możliwość porzucenia kariery (62,7%) oraz rezygnacji z hobby (45,9%). Kobiety częściej zrezygnowałyby z pieniędzy (64,0%) oraz nieznacznie częściej twierdziły, że niczego nie poświęciłyby dla opieki nad bliską osobą (8,0%). Płeć w niewielkim stopniu wpływała na opinię badanych dotyczącą rzeczy ważnych w kontakcie z osobą terminalnie chorą. Mężczyźni (58,9%) częściej niż kobiety (44,0%) twierdzili, że w kontakcie z terminalnie chorym ważne jest wsparcie duchowe ($p=0,027$). Nieznacznie częściej mężczyźni wskazywali także ulgę w cierpieniu (48,8%). Kobiety częściej sugerowały uszanowanie woli umierającego (37,3%).

Także wiek w niewielkim stopniu różnicował odczucia towarzyszące badanym podczas opieki nad terminalnie chorym. Osoby z grupy wiekowej 19-24 lat istotnie częściej niż osoby starsze (19,2%) nie lubiły myśleć o fakcie opiekowania się terminalnie chorym ($p=0,0451$). Nie stwierdzono innych istotnych statystycznie różnic między wiekiem a odczuciami towarzyszącymi badanym podczas opieki nad terminalnie chorymi. Stwierdzono także, że wiek w niewielkim stopniu wpływał na rzeczy, na których poświęcenie gotowi byli badani dla opieki nad osobą bliską. Możliwość poświęcenia innych rzeczy wskazywały wyłącznie osoby po 37 roku życia ($p=0,015$).

Stosunek do wiary w niewielkim stopniu wpływał na odczucia badanych podczas opieki nad terminalnie chorym. Osoby wierzące istotnie częściej odczuwały chęć niesienia pomocy (72,7%) niż osoby niewierzące (41,7%; $p=0,024$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

Także w niewielkim stopniu wpływały na wskazywanie ważnych czynników w kontakcie z osobą terminalnie chorą. Osoby wierzące istotnie częściej (57,1%) niż osoby niewierzące (32,0%) wskazywały wsparcie duchowe w kontakcie z terminalnie chorym ($p=0,016$). Osoby niewierzące istotnie częściej (20,0%) wymieniały załatwienie wszystkich formalności niż osoby wierzące (8,1%; $p=0,049$).

Kierunek studiów w niewielkim stopniu wpływał na odczucia towarzyszące badanym podczas opieki nad terminalnie chorym. Osoby z kierunków niemedycznych istotnie częściej (19,2%) niż osoby z kierunków medycznych (7,6%) nie lubiły myśleć o opiece nad chorym terminalnie ($p=0,038$). Kierunek studiów nie wpływał istotnie na elementy możliwe do poświęcenia przez badanych dla opieki nad bliską osobą, nie wpływał także na stosunek do eutanazji.

Badania wykazały istotne statystycznie różnice między stosunkiem do wiary a podejściem do eutanazji u chorych w stanie terminalnym. Za stosowaniem eutanazji były istotnie częściej osoby niewierzące niż wierzące ($p<0,000$). Miejsce zamieszkania i wiek nie wpływał istotnie na podejście do eutanazji pacjentów w stanie terminalnym.

DYSKUSJA

Postęp medycyny w XXI wieku przyczynił się do wydłużenia życia człowieka. Wyniki badań epidemiologicznych i wydłużenie życia wskazują na zwiększającą się liczbę pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe i nieuleczalne [5,6].

Asystowanie człowiekowi umierającemu w ostatnich chwilach jego życia jest trudnym, ale zarazem niepowtarzalnym doświadczeniem. Często wzbudza lęk oraz chęć ucieczki w obliczu trudnej sytuacji [5].

W chorobie, cierpieniu i umieraniu, wielu osobom pomaga nadzieja, którą odnajdują w wyznawanej przez siebie wierze. Pozwala ona przetrwać trudne chwile. Według autorów badających osoby wierzące w Boga, ludzie ci, częściej podejmowali działania na rzecz innych oraz angażowali się w wolontariat [7,8]. Późniejsze badania obejmujące lata 2001-2007 przeprowadzone przez Moron potwierdzają te wyniki [9].

Prowadzone w latach 2009-2010 badania przez Dobrowską [10] dotyczące postaw altruistycznych wobec drugiego człowieka, szczególnie chorego, wykazały, że 76% badanych czerpie z niesienia pomocy siłą moralną i duchową. Wysoki odsetek badanych 72% ma dzięki takim postawom większe poczucie własnej wartości i wrażliwości. Tylko niewielki odsetek 4% uważa, że nie warto być bezinteresownym.

Wśród innych czynników kształtujących światopogląd ankietowanych dużą rolę odgrywają Kościół i organizacje kościelne. Marjański zwraca uwagę, że chrześcijaństwo i inne wielkie religie świata głoszą zasadę miłości drugiego człowieka. Kościół katolicki zachęca do pomocy potrzebującym [11]. Wyniki badań potwierdziły to stanowisko – 55,6% umieściło na drugim miejscu religię jako czynnik kształtujący ich światopogląd.

Dzięki edukacji człowiek zdobywa nie tylko konieczną wiedzę i umiejętności pozwalające mu na pełnienie określonych ról zawodowych, ale uczy się przede wszystkim żyć z innymi ludźmi [12]. W badaniach własnych 29% ankietowanych uznała, że to szkoła ma wpływ na ich światopogląd. Jako kolejny ważny czynnik ankietowani wskazali miejsce pracy – 27% oraz opinie innych ludzi – 24%.

Współcześnie obserwujemy duży udział mediów w kształtowaniu opinii ludzkich postaw. Lepa twierdzi, że „oddziaływanie mediów na człowieka przekroczyło najśmielsze oczekiwania [13]. W badanym materiale wpływ mediów padało ponad 16%, a Internetu – 13%.

Literatura podaje, że we współczesnym świecie młodzi ludzie napotykać na liczne trudności. Powodują one zachwianie systemu wartości, przyczyniają się do degradacji osobowości i zagubienia aksjologicznego. Żaden człowiek nie rodzi się z ukształtowaną hierarchią wartości [14]. Na podstawie badań własnych stwierdzono, że około 13% ankietowanych osób przejawiało negatywne postawy wobec ludzi. Najczęściej była to obojętność, nieufność, obawa przed wykorzystaniem.

Choroba zaburza poczucie stabilności człowieka, przez trudności w zaspokojeniu wielu dotychczasowych potrzeb i przyzwyczajzeń. Szacunek dla chorego to nie tylko spojrzenie na jego obolałe ciało, lecz także zaspokojenie potrzeb natury fizycznej, psychicznej i duchowej. Bołoz i Ryś podkreślają, że w opiece nad cierpiącymi i umierającymi duchowość, religia i medycyna dawno nie były tak blisko siebie jak są dzisiaj [15]. Wyniki badań własnych potwierdzają prezentowaną opinię. Zdaniem badanych (53%), najważniejszą rzeczą dla chorego terminalnie było wsparcie duchowe.

Dla ponad 43% badanych ważne było w kontakcie z chorym terminalnie utrzymanie kontaktu i bliskości. De Walden-Gałuszko zwraca uwagę na rolę dotyku, który spośród wszystkich zmysłów jest odczuwalny najdłużej [6]. Natomiast Gretkowski pisze, że im dłuższy kontakt wzrokowy, tym większa bliskość emocjonalna [5].

Cierpienie pozwala zrozumieć, co jest najważniejsze w życiu, ukazuje wiele trudnych spraw z innej perspektywy. Choroba jest czasem na lepsze przeżywanie związków międzyludzkich [16]. Janowicz prezentuje świadectwa osób, które angażują się w pomoc drugiemu człowiekowi. Jedna z wolontariuszek pisze, że uświadamia sobie sens życia i wzbogaca się w nowe doświadczenia, które można streścić „wtedy wiem, ile kosztuje ludzkie życie i jaka jest jego wartość” [17]. Wyniki badań własnych potwierdzają tę opinię. Większość ankietowanych (70%) podała, że kontakt z chorym terminalnie zmienił hierarchie potrzeb w ich życiu.

Umieranie jest ostatnim, ale integralnym etapem ludzkiego życia. Gretkowski pisze, że należy dołożyć wszelkich starań, aby człowiek będący w domu lub szpitalu nigdy nie umierał w samotności. Poczucie bezpieczeństwa tak ważne dla chorego, rodzi się z przekonania o przynależności do swoich bliskich. Dlatego też właśnie rodzina jest najlepszym opiekunem [5]. Badania własne potwierdzają tę tezę, 45% ankietowanych zgadza się z powyższą opinią. Wiatr pisze, że szpital nie jest odpowiednim miejscem do umierania, ze względu na wielołożkowe sale i brak umiejętności komunikowania się personelu medycznego [7].

Potwierdzenie to znalazło odbicie w materiale badawczym – tylko 15% ankietowanych uznało szpital jako dobre miejsce do opieki nad chorym terminalnie.

W dzisiejszym świecie nastawionym konsumpcyjnie ludzie obawiają się cierpienia, osamotnienia i bezradności w chorobie. Badania przeprowadzone przez CBOS w 1999 roku, na grupie 1055 osób wykazały podzielone opinie Polaków na temat eutanazji. Akceptację takiego postępowania wyrażało 42%, a dezaprobatę 40% respondentów [18]. Badania z 2007 roku podają, że z liczącej 946 grupy osób 37% Polaków uważało, że lekarze powinni spełniać wolę pacjentów, którzy chcą zakończyć swoje życie. Sprzeciw wobec tego rodzaju postępowania wyraziło 46% Polaków [19]. W kolejnych badaniach przeprowadzonych w 2009 roku na grupie 1096 osób, 42% ankietowanych akceptowało eutanazję, natomiast 40% opowiedziało się przeciwko niej [20]. Analiza badań własnych wykazała, że za eutanazją terminalnie chorych były częściej osoby kierunków niemedyce (20,3%). Badani studiujący kierunki medyczne częściej (53,2%) byli przeciwni eutanazji chorych terminalnie. Społeczne zróżnicowanie opinii wobec eutanazji związane jest z miejscem zamieszkania. Badania wykazały, że za eutanazją u chorych w stanie terminalnym były częściej osoby mieszkające w mieście 20,8%, mieszkańcy wsi częściej byli przeciwni 54,1%.

Uzyskane w pracy opinie tworzą pozytywny wizerunek postaw osób ankietowanych w stosunku do chorych terminalnie. Wydaje się jednak, że materiał empiryczny ma w dużej mierze charakter deklaracyjny i życzeniowy. Należy wziąć pod uwagę, że są to w większości zobowiązania, które nie muszą przekładać się na faktyczne podjęcie działań. Przeprowadzona analiza materiału badawczego, nie upoważnia do generalizacji wniosków w zakresie oceny postaw studentów w stosunku do osób chorych terminalnie.

Śmierć jest jednym z elementów ludzkiego życia, niezależnie od tego, czy jest akceptowana, czy nie. Nie powinna być przemilczanym tematem. Obecnie walczy się o program wychowania seksualnego w szkole, nikt natomiast nie zajmuje się edukacją społeczeństwa w zakresie umierania, a czeka to każdego, nikt przed tym nie ucieknie [10].

WNIOSKI

1. Ankietowani wykazują szacunek wobec cierpienia oraz deklarują chęć niesienia pomocy.
2. Czynniki takie jak: wykształcenie, miejsce zamieszkania, wiek i wyznawane wartości nie mają istotnego wpływu na potrzebę opieki nad osobą umierającą. Wpływa ona z empatii oraz wrażliwości, które są immanentnymi cechami, charakterystycznymi dla każdego człowieka.
3. Pomimo, że model rodziny wielopokoleniowej nie jest w dzisiejszych czasach powszechny, większość ankietowanych uznała, że dom jest najlepszym miejscem do opieki nad osobą umierającą.
4. Osoby kierunków niemedyce częściej opowiadały się za eutanazją niż osoby posiadające wykształcenie medyczne. Podobny stosunek do eutanazji cechuje osoby deklarujące się jako niewierzące.

PIŚMIENNICTWO

1. Burchacka A. Opieka paliatywna i terminalna [w:] Koper A, Terlikiewicz J, Mazur A, Burchacka A, red. Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011. s. 397-416.
2. Bartoszek A. Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej. Katowice: Księgarnia Św. Jadwigi; 2000. s. 43-52.
3. Kawalec E, Malinowska-Lipień I. Zaburzenia funkcjonowania rodziny w sytuacji choroby [w:] Kózka M, red. Diagnostyka i interwencje pielęgniarstwa. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008. s. 295-300.
4. Krasuska M, Stanisławek A, Lechicka J, Wrońska I. Wsparcie pacjenta i rodziny w chorobie, cierpieniu, śmierci. Psychoonkologia. 2002; 6 (3): 60-68.
5. Holroyd A, Dahlke S, Fern C, Jung P, Hutner A. Attitudes toward aging: implications for a caring profession. Journal of Nursing Education. 2009, 48, 7: 374-380.
6. Nicole-Urbanowicz J. Ageizm i dyskryminacja ze względu na wiek. Niebieska linia. 2006, 46, 6. Dostępny na: <http://www.pismo.niebieskalinia.pl/index.php?id=482> [dostęp z dnia 1. marca 2015].
7. Korczyński T. Zaangażowanie społeczne Polaków po transformacji jako przejaw społeczeństwa obywatelskiego. Wyniki ogólnopolskich badań reprezentatywnych w latach 1989-2009. [w:] Danielak-Chomać M, Dobrowolska B, Roguska A, red. Wolontariat w teorii i praktyce. Siedlce: Wydawnictwo Fundacja na Rzecz Dzieci i Młodzieży „SZANSA”. 2010. s. 27-49.
8. Łobocki M. Altruizm a wychowanie. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2004. s. 10-33.
9. Moroń D. Wolontariat w trzecim sektorze. Prawo i praktyka. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 2009. s. 143.
10. Dobrowolska B. Wolontariat i postawy altruistyczne w opinii społecznej. Studenci wobec wolontariatu – analiza badań [w:] Danielak-Chomać M, Dobrowolska B, Roguska A, red. Wolontariat w teorii i praktyce. Siedlce: Wydawnictwo Fundacja na Rzecz Dzieci i Młodzieży „SZANSA”; 2010. s. 59-79.
11. Mariański J. Młodzież między tradycją a ponowoczesnością. Wartości moralne w świadomości maturzystów. Społeczeństwo. 1995; 4: 891-894.
12. Oblubiński A. Edukacja jako źródło ekсклюzy i strach czy inkluzji i reform? [w:] Biernat T, Malinowski J. Edukacja a włączenie społeczne. Konteksty społeczne i psychologiczne. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT. 2013: 19-45.
13. Lepa A. Postulat oceny etycznej w wychowaniu do mediów. Cywilizacja. 2008; 24: 36-47.
14. Chałas K. Wychowanie ku wartościom: elementy teorii i praktyki. T. 1. Godność, wolność, odpowiedzialność, tolerancja. Lublin – Kielce: Wydawnictwo Jedność; 2006. s. 41.
15. Bołoz W, Ryś M. Między życiem, a śmiercią. Uzależnienia, eutanazja, sytuacje graniczne. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego; 2002. s. 253.
16. Wrońska I. Filozoficzne i etyczno-deontologiczne podstawy pracy pielęgniarki [w:] Zahradniczek K, red. Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004. s. 57-83.
17. Janowicz A. Korzyści ze współpracy hospicjów i szkół [w:] Binnebesel J, red. Jak rozmawiać uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym. Gdańsk: Wydawnictwo Via Media; 2009. s. 109-120.
18. Raport CBOS, Komunikat z badań BS/134/99: Postawy wobec eutanazji. Warszawa. 1999: 1-27.
19. Raport CBOS, Komunikat z badań BS/93/2007: Opinie o eutanazji, czyli pomoc w umieraniu. Warszawa. 2007; 6: 1-6.
20. Raport CBOS, Komunikat z badań BS/142/2009: Opinia społeczna o eutanazji. Warszawa. 2009; 10: 1-7.

Praca przyjęta do druku: 31.08.2015

Praca zaakceptowana do druku: 08.10.2015