Mariola Głowacka, Beata Haor, Robert Ślusarz, Katarzyna Sołtysiak, Monika Biercewicz

Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

Śmierć pacjenta jako obciążenie w pracy zawodowej pielęgniarki

Death of the patient as a burden on nurses work

STRESZCZENIE

Wstęp. Kontakt z pacjentem umierającym może w znacznym stopniu obciążać pielęgniarki biopsychospołecznie.

Cel. Celem pracy było przedstawienie wstępnej oceny, w jakim zakresie śmierć pacjenta stanowi obciążenie dla pielęgniarek czynnych zawodowo.

Materiał i metody. Badanie pilotażowe przeprowadzono w latach 2011–2012 w grupie 150 pielęgniarek z wykorzystaniem sondażu diagnostycznego, techniki ankietowej i kwestionariusza ankiety.

Wyniki i wnioski. Najczęściej w sytuacji śmierci pacjenta pielęgniarki odczuwały smutek (82,7%) oraz współczucie (74%). U części respondentów pojawiały się uczucie zmęczenia (28,7%), zakłócenia snu (22%), niechęć do przychodzenia do pracy (13,3%) oraz spadek motywacji do pracy (12,7%). Wyodrębnienie najbardziej obciążających reakcji oraz ich determinantów pozwala na wprowadzenie efektywnych działań łagodzących, na przykład warsztatów oraz porad psychologicznych.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (2): 276–280

Słowa kluczowe: śmierć; pielęgniarka; pacjent

ABSTRACT

Introduction. Contact dying patients can significantly burden the nurses bio–psycho–socially.

Aim. The aim of the study is to present a preliminary assessment of the extent to which the patient's death is a burden on the practicing profession.

Material and methods. A pilot study was conducted in 2011–2012 in the group of 150 nurses using a diagnostic survey, techniques, polling and survey questionnaire.

Results and conclusions. Most often in a situation of death of a patient nurses felt sadness and compassion. In some respondents appeared fatigue, sleep disturbance, unwillingness to coming to work and a decrease in motivation to work. Extract the most aggravating reactions and their determinants allows the introduction of effective mitigation measures, such as workshops and psychological counseling.

Nursing Topics 2014; 22 (2): 276–280

Key words: death; nurse; patient

Wstęp

Śmierć chorego należy do sytuacji zawodowych w pielęgniarstwie. Mimo opanowania i spokoju pielęgniarek, takim zdarzeniom towarzyszą emocje i uczucia — głównie opuszczenia, żalu i braku nadziei. Ból emocjonalny jest jednym z czynników motywujących pielęgniarki, podobnie jak innych pracowników medycznych, do ograniczenia do minimum kontaktu z umierającym pacjentem oraz unikania niekoniecznych spotkań z jego rodziną. Śmierć pacjenta wpływa negatywnie nie tylko na funkcjonowanie pielęgniarki w miejscu pracy. Przeżycia i emocje z nią związane pielęgniarka przenosi do środowiska domowego, co skutkuje utratą pewności siebie i poczuciem winy.

Krótkotrwałą poprawę samopoczucia i złagodzenie napięcia zapewniają nieświadomie uruchamiane mechanizmy obronne, czyli zaprzeczenie, tłumienie, wyparcie i racjonalizacja. Jedną z reakcji na śmierć

Adres do korespondencji: dr n. med. Mariola Głowacka, Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń, ul. Zielona 11, 09–230 Bielsk, tel.: 663 526 546, faks: 24 366 54 14

pacjenta jest intensywne włączenie się pielęgniarki w rytm zawodowych obowiązków oddziałowych. Sytuacja umierania pacjenta przywołuje w pamięci pielęgniarki poczucie żalu i smutne wspomnienia z przeszłości oraz stymuluje nerwowe zachowania. Pielęgniarka irracjonalnie zapewnia pacjenta o pomyślnym rokowaniu, zasadności kolejnych badań i z niepewnością oczekuje na ich wyniki [1–3].

Z tego powodu kontakt z pacjentem umierającym, cierpieniem i śmiercią stanowi obciążenie w pracy zawodowej pielęgniarki.

Cel pracy

Głównym celem niniejszej pracy było określenie, czy śmierć pacjenta w praktyce zawodowej jest dla pielęgniarki obciążeniem wpływającym na jej sferę psychiczną i społeczną.

Materiał i metody

Badanie miało charakter pilotażowy, przeprowadzono je w latach 2011–2012 w grupie 150 pielęgniarek pracujących na pięciu oddziałach Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr Adama Jurasza w Bydgoszczy: 45 pielęgniarek/pielęgniarzy z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 30 z Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, 25 z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii, 30 z Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych oraz 20 z Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietową z zastosowaniem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa.

Wynik

W grupie respondentów dominowały pielęgniarki i pielęgniarze w wieku 31–40 lat (n = 59; 39,3%) oraz do 30. roku życia włącznie (n = 46; 30,7%). Respondenci po 40 roku życia stanowili 30% (n = 45). W badaniu udział wzięło 92,7% kobiet oraz 7,3% mężczyzn (odpowiednio n = 139, n = 11). Najczęściej były to pielęgniarki dyplomowane (n = 56; 37,3%) oraz osoby posiadające tytuł licencjata pielęgniarstwa (n = 56; 37,3%), rzadziej magistrowie pielęgniarstwa (n = 38; 25,4%). Analogicznie dominowali respondenci ze stażem pracy 10–15 lat (n = 34; 22,7%) oraz 5–10 lat i 15–20 lat (po n = 28; 18,7%). Najsłabiej były reprezentowane pielęgniarki z najkrótszym stażem pracy — poniżej 1 roku (n = 11; 7,3%) oraz z doświadczeniem zawodowym powyżej 25 lat (n = 9; 6%).

Charakteryzując badaną grupę według ukończonych rodzajów kształcenia podyplomowego stwierdzono, że 40,7% (n = 61) było absolwentami kursów specjalistycznych, 36% (n = 54) kursów kwalifikacyjnych, 18% (n = 27) specjalizacji, przy czym zdecydowana większość wskazała jako główne źródło wiedzy i umiejętności własne doświadczenie zawodowe.

Dokonując autooceny pod względem emocji i/lub reakcji towarzyszących pielęgniarce w sytuacji śmierci pacjenta na oddziale, ankietowani najczęściej wskazywali smutek (82,7%), współczucie (74%), bezsilność (56%) oraz bezradność (40%), które najczęściej utrzymywały się od kilku godzin do kilku dni. Sporadycznie trwały krótko lub nie występowały w ogóle.

Zaobserwowano pewne dysproporcje pomiędzy rodzajem odczuwanych emocji i/lub reakcji a wiekiem pielęgniarki. Osoby młode częściej odczuwały negatywne emocje związane ze śmiercią pacjenta. Uczucia lęku najczęściej doznawały pielęgniarki w wieku 20–40 lat (16,7%), natomiast wcale nie odczuwali go respondenci zakwalifikowani do przedziału wiekowego 51–60 lat. Prawie wszystkie pielęgniarki biorące udział w badaniu odczuwały smutek z powodu śmierci pacjenta, głównie ankietowane do 40 roku życia włącznie (60,7%). Podobnie poczucie bezsilności i bezradności było silne u osób młodych, a ich odczuwanie słabło z wiekiem. Śmierć wyzwalała współczucie również u pielęgniarek w wieku do 40 roku życia włącznie (52%). Sporadycznie respondenci odczuwali ulgę po śmierci pacjenta. Analogiczne emocje cześciej odczwane były przez osoby z krótszym stażem pracy. Smutek oraz współczucie najczęściej przeżywały pielęgniarki ze stażem pracy 10–15 lat, a poczucie bezsilności występowało głównie u respondentek z krótkim doświadczniem zawodowym (1–5 lat).

Najczęściej emocje związane ze śmiercią pacjenta były odczuwane przez pielęgniarki posiadające tytuł licencjata oraz przez absolwentów średniej szkoły pielęgniarskiej, co w szczególności miało swoje odzwierciedlenie w odczuwaniu smutku oraz współczucia. Bezsilność najczęściej towarzyszyła licencjatom pielęgniarstwa.

W odpowiedzi na pytanie skierowane do badanych, czy ich staż pracy może mieć wpływ na reakcję na śmierć oraz na odczuwane emocje z nią związane zdecydowana większość pielęgniarek udzieliła odpowiedzi: „zdecydowanie tak” lub „raczej tak”. Dysproporcje między tymi odpowiedziami a stażem pracy były jednak niewielkie. Analiza wykazała brak zależności między odczuwanymi emocjami po śmierci pacjenta a stażem pracy według subiektywnego odczucia pielęgniarek ($\chi^2 = 21$, $p = 0{,}638$).

W opnii respondentek reakcja na śmierć pacjenta zależała również od oddziału, na którym dana pielęgniarka pracowała. Analiza szczegółowa wykazała

istotny statystycznie związek pomiędzy oddziałem a odczuwanymi emocjami związanymi ze śmiercią pacjenta ($\chi^2 = 27,7$; $p = 0,034$). Siła związku pomiędzy tymi zmiennymi była na poziomie umiarkowanym ($V = 0,218$).

Zjawisko śmierci pacjenta w praktyce zawodowej badanych pielegniarek występowało często (58%) lub bardzo często (36,7%).

W przypadku kiedy zjawisko śmierci na oddziale występowało często, 40% badanych pielęgniarek odpowiedziało, że z każdym kolejnym zgonem przeżyła to znacznie łatwiej, a 20% — znacznie gorzej. Analiza ststystyczna wykazała jednak, że związek ten nie jest istotny statystycznie ($\chi^2 = 0,64$; $p = 0,725$).

Następnie zapytano ankietowanych, czy w wziązku z pojawiającymi się incydentami śmierci na oddziale odczuwali kiedykolwiek objawy wskazujące na istniejące lub rozwijające się wypalenie zawodowe, czyli niechęć do wychodzenia do pracy, negatywną postawę wobec pacjentów, poczucie izolacji, poczucie osamotnienia, brak cierpliwości, drażliwość, uczucie zmęczenia, zakłócenia snu, częste bóle głowy. Połowa badanych pielegniarek nie odczuwała żadnych z wymienionych objawów. U znacznej części respondentów pojawiały się uczucie zmęczenia (28,7%), zakłócenia snu (22%) oraz niechęć do wychodzenia do pracy.

Większość pielęgniarek (41,3%) raczej nie odczuwała zmnejszenia motywacji do pracy przez występujące incedenty śmierci pacjentów na oddziale oraz śmierć ta zdecydowanie nie wpływała na zmniejszenie u nich motywacji do pracy (20,7%). Co ósmy respondent (12,7%) przyznał, że śmierć pacjenta raczej wywoływała u niego spadek motywacji do pracy.

W sytuacji śmierci pacjenta lęk wywołany myślami o własnej śmierci częściej odczuwały pielęgniarki w przedziale wiekowym 20–30 lat oraz 31–40 lat niż pielęgniarki powyżej tego wieku. Analiza szczegółowa wykazała, że związek ten nie był istotny statystycznie ($\chi^2 = 6,6$; $p = 0,086$).

Najczęściej w sytuacji śmierci pacjenta lęk wywołany myślami o własnej śmierci występował u pielegniarek z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych. Analiza wykazała brak zależności pomiędzy badanymi zmiennymi ($\chi^2 = 2,2$; $p = 0,699$).

Występowały małe różnice między odczuwaniem lęku przez pielęgniarki z różnym stażem pracy. Wspomniany lęk najczęściej odczuwały pielęgniarki z krótkim stażem pracy, czyli 1–5 lat oraz ze średnim stażem pracy 10–15 lat. Związek ten, jednak nie wykazywał istotności statystycznej ($\chi^2 = 6,18$; $p = 0,403$).

Zestwiono występowanie zmniejszenia motywacji do pracy na skutek pojawiających się incydentów śmierci pacjenta z wiekiem pielęgniarki. Z analizy wyniknęło, że pielęgniarki w wieku 20–30 lat oraz 31–40 lat najcześciej raczej nie odczuwały zmniejszenia motywacji do pracy przez śmierć pacjentów. Związek ten nie był istotny statystycznie ($\chi^2 = 9,83$; $p = 0,631$).

Kolejna analiza dotyczyła porównania występowania zmniejszenia motywacji do pracy z powodu śmierci pacjenta, z oddziałem, na którym pracowała pielęgniarka. Analiza ta nie wykazała związku pomiędzy porównywanymi zmiennnymi ($\chi^2 = 18,25$; $p = 0,309$).

Następnie porównano występowanie zmniejszenia motywacji do pracy, wywołanego powtarzającymi się incydentami śmierci pacjenta ze stażem pracy respondentów w zawodzie pielęgniarki. Zmniejszenia motywacji do pracy w porównaniu procentowym raczej nie odczuwały osoby z krótkim oraz średnim stażem pracy. Analiza statystyczna wykazała brak istotnej statystycznej zależności pomiędzy zestawionymi zmiennymi ($\chi^2 = 17,353$; $p = 0,833$).

Analiza statystyczna nie wykazała związku pomiędzy koniecznością odreagowania incydentu śmierci pacjenta a wiekiem pielęgniarki ($\chi^2 = 0,807$; $p = 0,848$), oddziałem, na którym pracuje ($\chi^2 = 3,901$; $p = 0,420$) oraz stażem pracy ($\chi^2 = 5,299$; $p = 0,506$).

Ostatni problem badawczy sprowadzał się do pytania jakie działania należy podjąć, aby ograniczyć konsekwencje wpływu śmierci pacjenta na osobę pielęgniarki.

W pierwszej kolejności zapytano respondentów czy śmierć pacjenta może wywołać u nich jakiekolwiek negatywne konsekwencje. Połowa badanych pielęgniarek potwierdziła tę alternatywę (51%), a 15% jej zaprzeczyło. Prawie połowa badanych (47%) nie umiała odpowiedzieć konkretnie na pytanie czy istnieje jakiekolwiek sposób na zminimalizowanie i/lub unieknięcie negatywnych konsekwencji zetknięcia pielęgniarki ze śmiercią pacjenta, a 21% pielęgniarek wskazało taką możliwość.

Co czwarta pielęgniarka (24%) uważała, że zmiany w procesie kształcenia poprzez większe przygotowanie i ukierunkowanie na śmierć raczej nie wpłyną na występowanie negatywnych konsekwencji zetknięcia ze śmiercią. Nieco mniej ankietowanych (16,7%) uważało, że powyższe zmiany raczej są w stanie doprowadzić do zminimalizowania i/lub uniknięcia tych konsekwencji, jednak jednocześnie 18% badanych uważało, że miałyby one mały wpływ, a tylko 3,3%, że miałyby bardzo duży wpływ.

Następne pytania dotyczyły konieczności wprowadzenia konsultacji psychologicznych dla pielęgniarek, które stykają się w pracy zawodowej ze śmiercią pacjenta. Zdecydowana większość pielęgniarek (83%) nie potrzebowała do tej pory pomocy ze strony psychologa po śmierci pacjenta.

Na zakończenie ankiety zapytano pielęgniarki co mogą zaproponować dla zminimalizowania i/lub unikania negatywnych konsekwencji związanych ze śmiercią pacjenta. Przeważająca część uznała, że nie może zaproponować żadnego sposobu (82%).

Dyskusja

Pielęgniarki należą do grupy pracowników, którzy znacznie częściej w praktyce zawodowej stykają się ze śmiercią w porównaniu z resztą społeczeństwa [2, 4].

Analiza wyników badania własnego pozwoliła stwierdzić, że prawie wszystkie pielęgniarki biorące udział w badaniu w sytuacji śmierci pacjenta najczęściej odczuwały smutek (82,7%) oraz współczucie (74%). Dość często respondenci odczuwali poczucie bezsilności (56%) oraz bezradności (40%). U 20% respondentów wystąpił lęk, a 10% badanych pielęgniarek w sytuacji śmierci pacjenta odczuwało ulgę. Emocjami i/lub reakcjami pojawiającymi się rzadziej był strach (5,3%), rozpacz (5,3%) oraz obojętność (1,3%). Jedna osoba czuła odrzucenie, natomiast 8 osób nie odczuwało żadnych emocji w sytuacji śmierci pacjenta. Przedstawione wyniki mają częściowe odniesienie do badań oryginalnych innych autorów.

Z badania opisanego przez Gaworską-Krzemińską i wsp. i przeprowadzonego naw trzech oddziałach (ortopedii, hospicjum stacjonarne, chorób wewnętrznych) w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie wynikało, że bez względu na oddział, wszędzie w obliczu śmierci pacjenta pielęgniarkom w największym stopniu towarzyszyła bezsilność, a rzadziej współczucie. Największe natężenie tych emocji występowało w hospicjum. Na oddziale ortopedii oraz chorób wewnętrznych czasami pielęgniarki odczuwały również obojętność lub odrzucenie. Najczęstszymi reakcjami i emocjami pielęgniarek po śmierci pacjenta były: na oddziale ortopedii — trwały uraz i wspomnienie przez kilka dni (47%), na oddziale chorób wewnętrznych i w hospicjum — duże obciążenie psychiczne (odpowiednio 23% i 56%) [5].

Sleziona i Krzyżanowski udowodnili, że pielęgniarki często podchodziły emocjonalnie do śmierci pacjenta (50,8%), jednak były w stanie kontrolować swoje emocje, głownie odczuwanie smutku (70%), współczucia (67%), bezradności i bezsilności (58%), przygnębienia (38%) oraz żalu (37%) [6]. Natomiast według Nyklewicza i Krajewskiej- Kułak pielęgniarki oceniały w bardzo wysokim stopniu swoje przygnębienie wobec śmierci osoby bliskiej (73%) oraz lęk przed śmiercią osoby bliskiej (69%). U większości pielęgniarek myślenie o własnej śmierci wywoływało lęk i przygnębienie [7].

W badaniu własnym zaobserwowano pewne dysproporcje w rodzaju odczuwanych emocji i/lub reakcji a wiekiem pielęgniarek. Osoby młode częściej odczuwały negatywne emocje związane ze śmiercią pacjenta. Uczucia lęku najczęściej doznawały pielęgniarki w przedziale wiekowym 20–30 lat oraz nieco mniej w przedziale 31–e40 lat, natomiast wcale nie odczuwały go osoby w przedziale wiekowych 51–60 lat. Prawi wszystkie pielęgniarki biorące udział w badaniu odczuwały smutek z powodu śmierci pacjenta. Jednak widoczna była zdecydowana różnica w jego odczuwaniu między osobami młodymi w wieku 20–40 lat a osobami starszymi. Na wysokim poziomie wśród osób młodych było również poczucie bezsilności oraz bezradności, którego odczuwanie malało wraz z wiekiem. Współczucie najczęściej odczuwały pielęgniarki w wieku 31–40 lat. Potwierdzały to wyniki Gaworskiej-Krzemińskiej i wsp., że na stres w pracy zawodowej narażone są w szczególności pielęgniarki młode [5].

W badaniu własnym dokonano porównania pomiędzy częstością zejść śmiertelnych na oddziale, na którym pracowała pielęgniarka a różnicą w odczuwaniu emocji i/lub reakcji na śmierć pacjenta. W przypadku kiedy zjawisko śmierci na oddziale, na którym pracowała pielęgniarka występowało często, 40% badanych pielęgniarek odpowiedziało, że z każdym kolejnym zgonem przeżywało to znacznie łatwiej, a o połowę mniej ankietowanych podkreśliło, że śmierć pacjenta, z każdym kolejnym razem przeżywało znacznie gorzej. Analiza szczegółowa wykazała jednak, że związek ten nie był istotny statystycznie.

Respondenci biorący udział w badaniu opisanym przez Slezionę i Krzyżanowskiego zostali również zapytani o kwestię przyzwyczajenia się do śmierci pacjentów. Wśród ankietowanych przeważała odpowiedź, że wraz z upływem czasu, pielęgniarka w pewnym stopniu „uodporniała" się na zjawisko śmierci, ale nie mogła całkowicie pozbawić się przeżywania emocji (63,3%). Część respondentów uznała, że raczej nie można przyzwyczaić się do śmierci, gdyż żadna śmierć nie jest taka sama oraz każda wywołuje silne przeżycia i emocje (19,2%). Niektórzy badani (14,2%) stwierdzili, że przyzwyczajenie się do zjawiska śmierci, świadczy o tak zwanym wypaleniu zawodowym [6].

W badaniu własnym zapytano ankietowanych czy kiedykolwiek w sytuacji śmierci pacjenta odczuwali lęk wywołany myślami nad własną śmiercią. Większa część (61%,) odpowiedziała, że nie odczuwała takiego lęku, w tym 11,3% respondentów odczuwało lęk o średnim nasileniu, a nieco mniej ankietownych odczuwało lęk o znacznym nasileniu (8,7%). Natomiast powtarzając za Slezioną i Krzyżanowskim, dla większości pielęgniarek (73,3%) doświadczenie śmierci pacjentów miało w pewnym stopniu wpływ na spojrzenie na własną śmierć. Wśród tych 73,3%,

44,2% badanych przyznało, że obcowanie z umierającym wywoływało rozmyślania na temat własnego życia i śmierci, nie wywołując jednocześnie lęku przed umieraniem. Dla 16,7% ankietowanych doświadczenie śmierci było pewnym przygotowaniem do własnej śmierci i powodowało zminimalizowanie lęku [6].

Zdaniem Whitfield najbardziej obciążające dla pielęgniarek było zawieranie pozytywnych emocji z pacjentem w wieku porównywanym do swojego, ponieważ gdy pacjent umierał pielęgniarka często obwiniała się za jego śmierć oraz odczuwała lęk przed własną śmiercią [8].

Wyniki badania własnego wskazały, że większość pielęgniarek (41,3%) raczej nie odczuwała zmnejszenia motywacji do pracy przez występujące incedenty śmierci pacjentów na oddziale. Co piąty responent (20,7%) stwerdził, że śmierć pacjenta zdecydowanie nie wpływała na zmniejszenie u nich motywacji do pracy. Jednak 12,7% badanych potwierdziło, że śmierć pacjenta raczej wywoływała u nich spadku motywacji do pracy. Respondenci podzielili się prawie na połowę między tych, którzy musieli w jakikolwiek sposób odreagować śmierć pacjenta (45%) a tych, którzy nie musieli tego robić (55%). Znaczna część ankietowanych (73%) przyznała, że odczuwane emocje i reakcje po śmierci pacjenta nie wpływały negatywnie na stosunki z rodziną oraz innymi osobami bliskimi.

Według innych autorów obcowanie z umierającym wpływało na życie osobiste pielęgniarek (55%) [6]. Z kolei w badaniu własnym wykazano, że prawie połowa badanych nie wiedziała, czy istnieją jakiekolwiek sposoby na zminimalizowanie i/lub uniknięcie negatywnych konsekwencji zetknięcia pielęgniarki ze śmiercią pacjenta. W badaniu opisanym przez Slezionę i Krzyżanowskiego większość badanych wskazała na wiarę w Boga (64,2%), rozrywkę (34,2%) oraz wsparcie ze strony bliskich (27,5%). Część ankietowanych (5,8%) oddawała się różnym zajęciom lub pracy [6].

Wnioski

Najczęściej odczuwanymi emocjami i/lub reakcjami towarzyszącymi pielęgniarce w sytuacji śmierci pacjenta były smutek, współczucie, poczucie bezsilności i bezradności oraz lęk.

Zaobserwowano pewne dysproporcje pomiędzy rodzajem odczuwanych emocji i/lub reakcji wśród pielęgniarek w sytuacji śmierci pacjenta a ich wiekiem (osoby młode częściej odczuwały negatywne emocje), wykształceniem (najczęściej emocje były odczuwane przez pielęgniarki posiadające tytuł licencjata oraz przez absolwentów szkoły pielęgniarskiej), stażem pracy (emocje cześciej odczwane były przez osoby z krótszym stażem pracy w zawodzie), oddziałem, na którym pielęgniarka pracowała (różnice w tej zależności były niewielkie co mogło wynikać z nierówności w liczebności grup badanych z różnych oddziałów), częstością zejść śmiertelnych (większość badanych z każdym zgonem, przeżywała go znacznie łatwiej).

Śmierć pacjenta powodowała u pielęgniarek lęk wywołany myślami o własnej śmierci. Odczuwanie tego lęku różniło się w zależności od wieku, ale nie wykazano zależności pomiędzy lękiem a oddziałem, na którym pracowała pielęgniarka oraz stażem jej pracy.

Nie występował związek pomiędzy zmniejszeniem motywacji do pracy w wyniku incydentów śmierci a wiekiem, oddziałem i stażem pracy pielęgniarki.

Piśmiennictwo

1. Bołoz W. Prawa człowieka umierającego. Med. Prakt. 2008; 11: 140–147.
2. Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W. W drodze do brzegu życia. A.M., Białystok 2006.
3. Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL, Warszawa 2005.
4. Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. Psychologia w praktyce medycznej. PZWL, Warszawa 2007.
5. Gaworska-Krzemińska A., Kujawska L., Żuralska R. Książek J., Grabowska H. Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarkom w opiece nad pacjentem umierającym. W: Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J. (red.). Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. A. M., Białystok 2007.
6. Sleziona M., Krzyżanowski D. Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. Pielęg. i Zdr. Publ. 2011; 3: 217–223.
7. Nyklewicz W., Krajewska-Kułak E. Śmierć a emocje pielęgniarek — doniesienie wstępne. Probl. Piel. 2008; 16: 248–254.
8. Mickiewicz I., Krajewska-Kułak E., Kędziora-Kornatowska K. Wybrane problemy związane z pracą na oddziałach onkologicznych i w hospicjach. Pielęg. i Zdr. Publ. 2011; 4: 343–352