

Potrzeby duchowe chorych, śmierć i cierpienie w percepcji studentów

The spiritual needs of the sick, death and suffering in the perception of students

Ewa Rygorowicz¹, Andrzej Guzowski², Elżbieta Krajewska-Kułak², Magdalena Grassmann³

¹Białostockie Centrum Onkologii w Białymstoku

²Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³Samodzielna Pracownia Historii Medycyny i Farmacji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Streszczenie

Wstęp: Cierpienie i śmierć to zjawiska dotyczące wszystkich społeczeństw.

Cel pracy: Ocena przez studentów potrzeb duchowych chorych oraz ich postaw wobec śmierci i cierpienia.

Materiał i metody: Badaniem objęto po 100 studentów pielęgniarstwa (grupa I) oraz pedagogiki (grupa II).

Wyniki: Zdaniem studentów chorzy największego wsparcia w chorobie oczekują od rodziny. Za formy pomocy w zaspokajaniu potrzeb duchowych uznali rozmowy na temat cierpienia, choroby i śmierci (45% grupa I) lub obecność pielęgniarki (42% grupa II), za najczęstsze źródło cierpienia – chorobę i nieuśmierzony ból (80% grupa I i 34% grupa II), za najlepszego partnera do rozmów o cierpieniu – księdza (24% grupa I, 32% grupa II), za najczęstszą reakcję chorego na przeżywane cierpienie – depresję (41% grupa I, 52% grupa II), a za postawę personelu medycznego nasilającą cierpienie chorego – złą komunikację (39% grupa I, 51% grupa II). Badani uważali, że sposób postrzegania śmierci zmienia utrata bliskiej osoby (59% grupa I, 62% grupa II).

Wnioski: Najwięcej studentów pielęgniarstwa kojarzyło cierpienie z negatywnymi emocjami, a pedagogiki – z przykrymi doznaniem i udręką. W opinii większości studentów obu kierunków cierpienie pozwala doceniać życie i uwrażliwia na problemy innych. Studenci rzadko mówili o cierpieniu, ale za najlepszego partnera do takich rozmów uznali księdza lub rodziców. Większość badanych było przekonanych, że śmierć bliskiej osoby zawsze wpływa na późniejsze postrzeganie śmierci, najlepszym miejscem do umierania jest dom, a w momencie śmierci choremu powinna towarzyszyć rodzina.

Słowa kluczowe: śmierć, cierpienie, studenci.

Abstract

Introduction: Suffering and death are events that in all societies.

Aim of the study: To compare preferred by students spiritual needs of patients and attitudes towards death and suffering.

Material and methods: The study included 100 students of nursing (group I) and education (group II).

Results: Patients expect support in the disease from family. In terms of the preferred forms of assistance to meet the spiritual needs of the students group I mentioned: talk about suffering, sickness and death (45%) and group II – the presence of a nurse (42%). The most common source of suffering was illness and severe pain (80% of group I and 34% of group II), with the best partners to talk about the suffering – a priest (24% – group I, 32% – group II), the most common response of a patient to pain – depression (41% of group I, 52% of the group II). The perception of death changes the death of a loved one (59% of group I, 62% of the group II).

Conclusions: Most nursing students regarded the concept of suffering from negative emotions and students of pedagogy – with unpleasant sensations anguish. Students rarely talked about suffering, and the partner to talk about the suffering would be a priest or parents. The death of a loved one influence the perception of death and the best place to die is home, and at the death of a patient should be accompanied by a family.

Key words: death, suffering, students.

Adres do korespondencji:

prof. Elżbieta Krajewska-Kułak, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, e-mail: elzbieta.krajewska@wp.pl

WSTĘP

Cierpienie i śmierć, w opinii Grzybowski [1], to zjawiska występujące we wszystkich społeczeństwach, jednakże ze względu na różny poziom rozwoju cywilizacyjnego oraz inne wzory kulturowe są one postrzegane odmiennie, co przejawia się różnymi postawami oraz formami zachowań wobec żywych i zmarłych.

W ostatnich latach nastąpił znaczny wzrost zainteresowania badaniami nad relacją między religijnością i zdrowiem, co prawdopodobnie wiąże się z rosnącą popularnością paradygmatu biopsychospołecznego w medycynie, stanowiącego alternatywę dla podejścia biomedycznego [2, 3]. Dotychczasowe wyniki badań [4–8] nad zależnością między religijnością a zdrowiem oraz jakością życia nie są kwestionowane i wiele z nich wykazało, że religijność stanowi predyktor wysokiej jakości życia i dobrego samopoczucia w stopniu bardziej istotnym niż status materialny czy stan funkcjonalny, a pytanie o religijność (lub bardziej ogólnie o duchowość) jest składową nie tylko narzędzi służących ocenie jakości życia osób chorych.

W momencie wystąpienia choroby, nieszczęścia i spowodowanego nimi cierpienia często zadawane jest pytanie: „Dlaczego akurat mnie to spotkało, Boże?”. Jest ono z jednej strony niezwykle głębokie, pełne emocji i trudne, a z drugiej prawdziwe, ludzkie i wymagające odpowiedzi [9]. Z drugiej strony wielu autorów [10–13] podkreśla, że nikt nie chce widzieć cierpienia i z reguły każdy „odwraca się plecami od nieszczęścia”, które zawsze przychodzi nie w porę, przeszkadza, drażni, zaskakuje nieprzygotowanych na niego chorych i ich rodziny. Jedynie personel medyczny (lekarz, pielęgniarka) i kapelan szpitalny „wychodzą na jego spotkanie”, zachowując „z reguły i wrażliwość, i trzeźwy umysł” [10–13].

W literaturze przedmiotu [14–16] zwraca się uwagę, iż cierpienie nie jest wolne od lęków, bólu i rozpacz. Jego przeżywanie oraz nadanie mu pozytywnej i pożytecznej roli w życiu następuje wtedy, gdy dana osoba dokonuje świadomego wyboru określonych wartości (jest to zdolność do autokreacji, wyraz niezgody na zastaną sytuację i doskonalenie dotychczasowego systemu wartości dzięki przeżywanemu napięciu psychicznemu oraz świadome przyjęcie postawy w doświadczeniu cierpienia) [14–16]. Zauważa się także [17, 18], że każda tragedia i boleść przed obliczem śmierci pogłębia się, jeżeli nie uznaje się tego wydarzenia i nie godzi się ze śmiercią. Pomimo

iz zrozumiałe jest, że żadnymi staraniami nie można śmierci odsuwać w nieskończoność, niektórzy robią wszystko, aby – na ile to możliwe – oddalić ją, inni zaś próbują po prostu nie myśleć o niej [17, 18].

Kępiński [19] słusznie zauważa, iż jednym z podstawowych celów pomocy medycznej jest: „poznać cierpienia chorego, w miarę możliwości znaleźć ich podłoże i próbować im zaradzić”. Lewis [20] twierdzi natomiast, iż każde doświadczenie o charakterze fizycznym lub psychicznym, w stosunku do którego pacjent odczuwa niechęć, można utożsamiać z udręką, męczarnią, nieszczęściem i kłopotami, co może się przerodzić w ból o podłożu somatycznym, psychicznym, a także duchowym.

Rozwój medycyny przyczynił się do zniesienia wyraźnej granicy pomiędzy życiem a śmiercią, doprowadzając do instytucjonalizacji śmierci, co z kolei wpłynęło na sposób jej postrzegania. Jednakże stosunek człowieka do śmierci i umierania zawsze kształtują silne emocje. W szkole cierpienie i śmierć, co podkreśla Grzybowski [1], są jednak tematami rzadko poruszonymi. Dyskusje o tych kwestiach prowadzi się najczęściej na szkolnych korytarzach, przy okazji śmierci lub żałoby uczniów, nauczycieli lub kogoś z ich rodzin albo dramatycznych wydarzeń, np. wypadki, katastrofy, klęski żywiołowe, wojny, marsze milczenia itp. [1].

Celem badań było porównanie preferowanych przez studentów pielęgniarstwa i pedagogiki potrzeb duchowych chorych oraz postaw wobec śmierci i cierpienia.

MATERIAŁ I METODY

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku R-I-002/429/2014. W badaniu wzięło udział 100 studentów kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i 100 studentów kierunku pedagogika Uniwersytetu w Białymstoku. Rozdano po 120 ankiet, zwrotnie zebrano po 105 ankiet. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy złożony z 35 pytań podzielonych na 5 części: część I – 5 pytań: o płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, kierunek studiów, ich tryb i rok; część II – 6 pytań: o wyznanie religijne, deklarację religijności i jej ocenę, częstość uczestniczenia w praktykach religijnych, czy ma dla nich znaczenie, aby istotnym momentem życiowym, takim jak np. na-

rodziny, ślub czy śmierć, towarzyszył obrządek religijny, oraz w jakich praktykach religijnych badani uczestniczą; część III – 5 pytań: o rozumienie pojęcia „duchowość”, wskazanie potrzeb stanowiących wg badanych potrzeby duchowe chorych, opinii na temat wpływu na zdrowie duchowości, od kogo zdaniem badanych chory najczęściej oczekuje wsparcia duchowego w sytuacji choroby oraz jakiej pomocy wg studentów oczekują chorzy od personelu pielęgniarstwa w zaspokajaniu potrzeb duchowych; część IV – 11 pytań: o rozumienie pojęcia „cierpienie”, najczęstsze źródła cierpienia, opinię badanych o najważniejsze ich zdaniem źródła cierpienia somatycznego i społecznego, częstość rozmów o cierpieniu, kto ich zdaniem jest najlepszym partnerem dla chorego do rozmowy o cierpieniu, czy badani myślą o swoim cierpieniu i cierpieniu innych, co daje ludziom cierpienie, jakie najczęściej mogą być reakcje chorego na przeżywanie przez niego cierpienie i jakie najczęściej postawy personelu medycznego mogą nasilać cierpienie chorego, oraz część V – 12 pytań: o to, z czym kojarzy się badanym słowo „śmierć”, czy boją się śmierci, czy reagują na śmierć kogoś bliskiego tak samo jak na kogoś obcego, co czuli w chwili śmierci bliskiej im osoby, co ich zdaniem może odczuwać pacjent w chwili śmierci, czy ich zdaniem ludzie są świadomi, że umierają, kto w ich opinii powinien towarzyszyć choremu w momencie śmierci, czy religia może wpływać na postrzeganie śmierci, czy rozmawiali o śmierci, co ich zdaniem zmienia sposób postrzegania śmierci oraz jakie miejsce ich zdaniem jest najlepsze, aby umrzeć.

Do analizy statystycznej użyto programu Statistica 10.0 PL, z wykorzystaniem testu χ^2 z poprawką Yatesa. Za wyniki istotne statystycznie uznawano wartości $p < 0,05$.

WYNIKI

W badaniu uczestniczyło 87% kobiet i 13% mężczyzn z kierunku pedagogika oraz 84% kobiet i 12% mężczyzn z kierunku pielęgniarstwo. Sto procent badanych na kierunku pedagogika stanowiły osoby w wieku 18–25 lat, natomiast na kierunku pielęgniarstwo 57% były to osoby z grupy wiekowej 18–25 lat, 23% w wieku 26–35 lat oraz 20% miało 36 lat i powyżej. Największy odsetek badanych w obu grupach stanowili kawalerowie oraz panny (pielęgniarstwo – 65%, pedagogika – 100%). Wśród ankietowanych z kierunku pielęgniarstwo znalazły się także osoby zamężne (27%), owdowiałe (1%), rozwiedzione (5%) i będące w separacji (2%). W miastach do 50 tys. mieszkańców mieszkało 66% studentów pielęgniarstwa i 17% pedagogiki, od 50 tys. do 200 tys. mieszkańców – 3% studentów pielęgniarstwa i 12% pedagogiki, powyżej 200 tys.

mieszkańców – 1% studentów pielęgniarstwa i 14% pedagogiki, w miastach wojewódzkich – 16% studentów pielęgniarstwa i 11% pedagogiki, a na wsi – 14% studentów pielęgniarstwa i 36% pedagogiki.

W grupie studentów pielęgniarstwa i pedagogiki dominowali wyznawcy katolicyzmu (odpowiednio 66% i 82%). Wyznawcami prawosławia było 28% studentów pielęgniarstwa i 12% pedagogiki. Jako niewierzący zadeklarowało się 4% studentów pielęgniarstwa i 6% pedagogiki. W grupie studentów pielęgniarstwa było 2% wyznawców protestantyzmu.

Osoby studiujące na obu kierunkach uważały się w większości za wierzące i praktykujące (82% studentów pielęgniarstwa i 65% pedagogiki). Odmienną opinię wyraziło 8% studentów pielęgniarstwa i 9% pedagogiki, a 26% osób z kierunku pedagogika i 10% z kierunku pielęgniarstwo nie potrafiło określić swojego stosunku do wiary.

Większość osób na obu kierunkach określała siebie jako raczej religijnych (50% studentów pedagogiki i 59% studentów pielęgniarstwa). Za bardzo religijnych uważało się 19% studentów pedagogiki i 23% studentów pielęgniarstwa, za obojętnie religijnych – 1% studentów pedagogiki i 3% studentów pielęgniarstwa, za raczej niereligijnych – 2% studentów pedagogiki i 3% studentów pielęgniarstwa, a za w ogóle niereligijnych – 6% studentów pedagogiki i 2% studentów pielęgniarstwa. Problem z odpowiedzią miało 3% studentów pedagogiki i 5% studentów pielęgniarstwa.

Respondentów z obu kierunków zapytano, jak często uczestniczą w takich praktykach religijnych, jak modlitwa, nawiedzanie kościoła, sakrament komunii, studiowanie Pisma Świętego. Badani uczestniczyli w powyższych praktykach religijnych codziennie – 37% z kierunku pielęgniarstwo, lub raz w tygodniu – 31% z kierunku pedagogika. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 1.

W przypadku większości studentów ważne były takie ceremonie religijne, jak chrzest (95% studentów kierunku pielęgniarstwo i 82% pedagogiki), ślub (89% kierunku pielęgniarstwo i 86% z pedagogiki) i pogrzeb (94% kierunku pielęgniarstwo i 95% z pedagogiki). Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami. Wyniki szczegółowe przedstawiono w tabeli 2.

W większości ankietowani z kierunku pielęgniarstwo uczestniczyli w śniadaniu wielkanocnym, Wigilii Bożego Narodzenia i kolędzie księdza, zaś z kierunku pedagogika w: Wigilii Bożego Narodzenia, śniadaniu wielkanocnym oraz bierzmowaniu. Różnice istotne statystycznie dotyczyły udziału w bierzmowaniu ($p = 0,004$) oraz pierwszej komunii ($p = 0,0029$). Pozostałe wyniki zestawiono w tabeli 3.

Słowo „duchowość” w opinii 72% badanych z kierunku pielęgniarstwo oznaczało „życie wewnętrzne oparte na rozumieniu rzeczywistości” ($p < 0,001$),

Tabela 1. Częstość uczestniczenia w praktykach religijnych

Częstość	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
codziennie	37	7	< 0,001
kilka razy w tygodniu	7	9	NS
raz w tygodniu	22	31	NS
kilka razy w miesiącu	14	19	NS
kilka razy w roku	11	17	NS
tylko w przypadku świąt	4	10	NS
nie uczestniczę w praktykach religijnych	4	5	NS
inne okoliczności	1	2	NS

Tabela 2. Stosunek badanych do obrządków religijnych

Ceremonia	Możliwe odpowiedzi	Studenci		p
		pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
chrztu	ważna	95	82	NS
	trudno powiedzieć	0	2	NS
	nie jest ważna	4	7	NS
	obojętne	6	6	NS
ślubu	ważna	89	86	NS
	trudno powiedzieć	1	1	
	nie jest ważna	2	1	NS
pogrzebu	obojętne	3	2	NS
	ważna	94	95	NS
	trudno powiedzieć	1	2	NS

Tabela 3. Uczestniczenie badanych w praktykach religijnych

Praktyka religijna	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
kolęda księdza	64	80	NS
nawiedzanie kościoła	60	51	NS
pielgrzymka	40	35	NS
procesja Bożego Ciała	33	53	NS
śniadanie wielkanocne	80	86	NS
śpiewanie kolęd	59	60	NS
Wigilia Bożego Narodzenia	78	90	NS
bierzmowanie	40	81	0,004
sakrament Komunii	57	78	NS
pierwsza komunია	38	80	0,0029
nie uczestniczę w żadnych	0	3	NS
inne	4 (spowiedź)	2 (modlitwa)	NS

natomiast zdaniem 68% studentów kierunku pedagogika – „życie wewnętrzne oparte na relacjach z Bogiem” ($p < 0,001$). Pozostałe wyniki zawarto w tabeli 4.

Większość badanych uznała, iż najważniejszą potrzebą chorych jest potrzeba pojednania z Bogiem oraz potrzeba pojednania z bliskimi i przebaczenia. Różnice istotne statystycznie zaobserwowano przy takich odpowiedziach, jak: potrzeba poczucia sensu życia ($p < 0,001$), potrzeba kontaktu z osobą duchowną ($p < 0,001$) oraz potrzeba przemiany wewnętrznej ($p < 0,05$). Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Wśród badanych studentów duchowość wyzwala nadzieję, optymizm i wewnętrzny spokój (54% z pielęgniarstwa i 33% z pedagogiki). Sprzyja lepszemu radzeniu sobie ze stresem w opinii 18% studentów kierunku pielęgniarstwo i jedynie 2% z kierunku pedagogika ($p = 0,001$) lub pozwala łagodzić skutki cierpienia – zdaniem 5% studiujących pielęgniarstwo i 17% pedagogikę ($p < 0,05$). Inne wyniki ujęto w tabeli 6.

Według ankietowanych na obu kierunkach chorzy największego wsparcia w chorobie oczekują od

rodziny i osób duchownych. Studenci pedagogiki oczekiwaliby wsparcia również od przyjaciół ($p = 0,0029$) i pielęgniarek ($p = 0,0094$), czego nie zaobserwowano u studentów pielęgniarstwa. Nikt nie wskazał innego pacjenta jako możliwego źródła wsparcia. Szczegółowe wyniki zawarto w tabeli 7.

W zakresie preferowanych form pomocy w zaspokajaniu potrzeb duchowych 45% studentów kierunku pielęgniarstwo i 17% pedagogiki wymieniało rozmowy na temat cierpienia, choroby i śmierci ($p = 0,0029$), a 11% z kierunku pielęgniarstwo i 42% z kierunku pedagogika – obecność pielęgniarki w cierpieniu i chorobie ($p < 0,001$). Wyniki przedstawiono w tabeli 8.

W grupie studentów pielęgniarstwa najwięcej osób definiowało cierpienie jako „negatywne emocje” (30%) oraz rozumiało cierpienie jako „stan, w którym pytamy o sens życia” (23%). Wśród studentów pedagogiki – jako „przykre doznania, udrękę” (43%) oraz że to „mała cząstka cierpienia Chrystusa” (16%). Uzyskano istotne różnice statystyczne pomiędzy grupami w postrzeganiu cierpienia jako przykrego doznania/udręki ($p < 0,001$), stan, w którym pytamy się o sens życia ($p < 0,05$), szkołę życia

Tabela 4. Definiowanie pojęcia „duchowość”

Definicja	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
pozamaterialny wymiar ludzkiego bytu	11	13	NS
zdolność do odkrycia i rozumienia tajemnicy człowieka i sensu jego życia	5	6	NS
życie wewnętrzne osób oparte na rozumieniu rzeczywistości	72	1	< 0,001
życie wewnętrzne oparte na relacjach z Bogiem	0	68	< 0,001
uznawane wartości, którymi kieruje się człowiek w życiu	12	12	NS

Tabela 5. Potrzeby duchowe chorych według badanych

Potrzeby duchowe chorych	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
poczucia sensu życia	24	0	< 0,001
pojednania z Bogiem	39	47	NS
pojednania z bliskimi i przebaczenia	14	15	NS
kontakty z osobą duchowną	1	31	< 0,001
kierowania się w życiu wartościami duchowymi	0	0	NS
kontakty z bliskimi	6	2	NS
uczestniczenia w praktykach religijnych	0	0	NS
przemiany wewnętrznej	6	0	< 0,05
modlitwy, medytacji	10	5	NS

Tabela 6. Opinie na temat wpływu duchowości na zdrowie

Rodzaj wpływu	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
sprzyja lepszemu radzeniu sobie ze stresem	18	2	0,001
wyzwała nadzieję, optymizm i wewnętrzny spokój	54	33	NS
łagodzi emocje dla zdrowia, takie jak: niepokój, przygnębienie, złość, lęk	12	24	NS
wpływa na zmianę pozytywnych zachowań zdrowotnych	3	0	NS
wpływa na lepsze relacje z ludźmi	4	12	NS
pozwala łagodzić skutki cierpienia	5	17	< 0,05
nie ma wpływu na zdrowie	4	12	NS

($p < 0,05$) oraz szkołę przezwyciężenia samego siebie ($p = 0,0038$). Wyniki zawarto w tabeli 9.

Studenci obu grup za najlepszych partnerów do rozmów o cierpieniu uznali księdza (32% z pedagogiki, 24% z pielęgniarstwa) i rodziców (24% z pedagogiki, 22% z pielęgniarstwa). Nie uzyskano różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami. Inne wskazania zamieszczono w tabeli 10.

Ogólnie najczęstszym źródłem cierpienia napotykanego w życiu wg badanych na kierunku pielęgniarstwo (80%) i studentów pedagogiki (34%) była choroba, nieuśmierzony ból ($p < 0,001$). Różnice istotne statystycznie dotyczyły postrzegania straty i bólu jako źródła cierpienia ($p < 0,001$) – 7% osób z pielęgniarstwa i 30% studentów pedagogiki, oraz samotności ($p = 0,0053$) – 8% osób z pielęgniarstwa i 27% studentów pedagogiki. Najważniejszym źródłem cierpienia somatycznego w opinii studentów obu grup był ból (88% studentów pielęgniarstwa i 72% pedagogiki). Do najważniejszych czynników społecznych jako źródeł cierpienia należało współuczestniczenie w cierpieniu najbliższych (58% studentów pielęgniarstwa i 34% pedagogiki). Inne wskazania ujęto w tabeli 11.

Tabela 8. Preferowane formy pomocy w zaspokajaniu potrzeb duchowych

Preferowana forma pomocy	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
rozmowy na tematy dotyczące cierpienia, choroby, śmierci	45	17	0,0029
rozmowy na tematy dotyczące sensu życia	4	3	NS
podtrzymywanie nadziei	33	35	NS
pomoc w wypełnianiu praktyk religijnych	1	0	NS
zapewnienie kontaktu z księdzem/osobą duchowną	6	0	NS
obecność pielęgniarki, towarzyszenie choremu w cierpieniu, chorobie	11	42	< 0,001
wspólna modlitwa z personelem	0	3	NS

W obu grupach respondentów rzadko mówiło się o cierpieniu – 67% w grupie pielęgniarstwa i 71% w grupie przyszłych pedagogów ($p > 0,05$). Często rozmawiało o tym 18% studentów pielęgniarstwa i 27% pedagogiki ($p > 0,05$). Nigdy tego tematu

Tabela 7. Opinie na temat zapotrzebowania na wsparcie duchowe w sytuacji choroby

Osoba	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
rodzina	74	54	NS
kapelan/ osoba duchowna	22	19	NS
lekarz	3	1	NS
pielęgniarka	0	9	0,0094
psycholog	1	0	NS
przyjaciele	1	14	0,0029
od Boga	1	0	NS

Tabela 9. Pojęcie cierpienia według badanych

Definiowanie	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
dar Boga	11	6	NS
mała cząstka cierpienia Chrystusa	6	16	NS
negatywne emocje	30	15	NS
przykre doznania (udręka)	7	43	< 0,001
stan, w którym pytamy o sens życia	23	7	< 0,05
tajemnica	0	4	NS
szkoła przezwyciężenia samego siebie	18	3	0,0038
szkoła życia	0	6	< 0,05
normalna część choroby	4	0	NS
miłość Boga do człowieka	1	0	NS

Tabela 10. Najlepszy partner dla chorego do rozmów o cierpieniu według badanych

Partner dla chorego do rozmowy o cierpieniu	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
koledzy/koleżanki	20	8	NS
ksiądz	24	32	NS
lekarz	4	2	NS
nauczyciele	0	0	NS
pacjenci	5	7	NS
pielęgniarka	5	8	NS
psycholog	20	7	NS
rodzeństwo	7	12	NS
rodzice	22	24	NS
żona/mąż	3	0	NS

nie poruszało 2% osób z pielęgniarstwa i 4% z pedagogiki ($p > 0,05$). Problem z odpowiedzią miało jedynie 11% badanych studiujących pedagogikę ($p = 0,0035$). Nie uzyskano różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami.

Studenci z obu grup porównywalnie myśleli o cierpieniu, z reguły często (45% z kierunku pielęgniarstwa, 39% z kierunku pedagogiki) lub rzadko (43% z kierunku pielęgniarstwa, 45% z kierunku pedagogiki). Nigdy nie myślało o tym 2% osób z kierunku pielęgniarstwa i 1% z kierunku pedagogiki. Problem z odpowiedzią miało 10% studentów pielęgniarstwa i 15% pedagogiki. Nie uzyskano różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami.

W opinii największej liczby studentów cierpienie pozwala doceniać życie (75% osób z pedagogiki i 42% z pielęgniarstwa). Nie uzyskano różnic istot-

nych statystycznie pomiędzy grupami. Wyniki obrazuje tabela 12.

W obu grupach badanych ankietowani za najczęstszą reakcją chorego na przeżywanie cierpienie wskazywali depresję (pielęgniarstwo – 41%, pedagogika – 52%) i wołanie chorego o pomoc Boga (pielęgniarstwo – 32%, pedagogika – 42%). Wyniki istotnie statystycznie uzyskano dla poczucia zagrożenia ($p < 0,05$), które wskazało 20% studentów kierunku pielęgniarstwa i 7% kierunku pedagogiki, oraz odrzucenie prawdy o chorobie ($p = 0,0053$) – 8% studentów kierunku pielęgniarstwa i 27% kierunku pedagogiki. Wyniki przedstawiono w tabeli 13.

Za postawy personelu medycznego mogące nasilać cierpienie chorego studenci uznali przede wszystkim niewłaściwe komunikowanie się z chorym (pielęgniarstwo – 39%, pedagogika – 51%)

Tabela 11. Najczęstsze źródła cierpienia napotykanego w życiu w opinii badanych

Źródła cierpienia	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
cierpienie ogólne			
choroba/nieusmierzony ból	80	34	< 0,001
niespełniona miłość	5	4	NS
samotność	8	27	0,0053
strata bliskiej osoby	7	30	< 0,001
utrata godności	0	5	NS
cierpienie somatyczne			
ból	88	72	NS
duszność	2	7	NS
osłabienie	6	9	NS
inne dokuczliwe objawy natury fizycznej	0	6	NS
zmiana wyglądu ciała	4	6	NS
czynniki społeczne jako źródła cierpienia			
współuczestniczenie w cierpieniu najbliższych	58	34	NS
bycie dla innych ciężarem	18	32	NS
problemy finansowe	8	14	NS
izolacja społeczna	16	20	NS

Tabela 12. Opinie badanych na temat tego, na co wpływa cierpienie

Opinia	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
pozwała docenić życie	42	75	NS
uwrażliwia na cierpienie innych	40	41	NS
rozwija realizm	5	7	NS
rozbudza potrzebę walki	25	39	NS
naucza prawdy o życiu	20	23	NS
pomaga dojrzewać	12	17	NS
naucza poznawania własnych granic	15	6	NS
łączy ludzi ze sobą	19	34	NS
„oczyszcza” duszę	15	11	NS
prowadzi do doskonałości	6	7	NS
samobójstwo	1	0	NS

oraz brak zaangażowania personelu medycznego w opiekę (pielęgniarstwo – 29%, pedagogika – 51%). Nie uzyskano różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami. Wyniki zestawiono w tabeli 14.

W ostatniej części ankiety respondenci zostali poproszeni o wypowiedzenie się na temat śmierci.

Studenci z kierunku pedagogika w większości kojarzyli śmierć z: przemijaniem i nieuchronnością (38%), przejściem do życia wiecznego (32%) lub cierpieniem (28%), natomiast ankietowani na kierunku pielęgniarstwo – z przemijaniem i nieuchronnością (55%), zakończeniem życia ziem-

Tabela 13. Opinie o najczęstszych reakcjach chorego na przeżywane cierpienie

Opinie	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
poczucie zagrożenia	20	7	< 0,05
odrzucenie prawdy o chorobie	8	27	0,0053
akceptacja cierpienia	5	8	NS
targowanie się z Bogiem	10	15	NS
wołanie o pomoc najbliższych	11	23	NS
depresja	41	52	NS
złość	22	23	NS
wołanie o pomoc personelu medycznego	7	4	NS
wołanie o pomoc Boga	32	42	NS
rozpacz	30	22	NS
wołanie o pomoc przyjaciół	4	3	NS
przynębienie	17	28	NS
pragnienie szybkiej śmierci	11	19	NS

Tabela 14. Postawy personelu medycznego mogące nasilać cierpienie chorego

Opinie	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
nierozpoznanie cierpień chorego	33	31	NS
nierozpoznanie cierpień bliskich chorego	3	7	NS
niezrozumienie potrzeb chorego	38	45	NS
niewłaściwe komunikowanie się z chorym	39	51	NS
niewłaściwe komunikowanie się z rodziną chorego	5	10	NS
niedostępność pielęgniarki	11	7	NS
medykalizacja cierpień	17	24	NS
niedostępność lekarza	14	16	NS
brak wsparcia dla osób bliskich choremu	19	15	NS
brak zaangażowania personelu medycznego	29	51	NS
brak wsparcia duchownych	1	0	NS

skiego (46%) lub z przejściem do życia wiecznego (40%). Różnice istotne statystycznie dotyczyły postrzegania śmierci jako czegoś przykrego ($p < 0,05$) – 10% osób z pielęgniarstwa i 24% z pedagogiki. Wyniki ujęto w tabeli 15.

Śmierci bało się 33% studentów kierunku pielęgniarstwo i 57% kierunku pedagogiki ($p > 0,05$). Nie bało się jej 16% z pielęgniarstwa i 14% osób z pedagogiki ($p > 0,05$). Problem z odpowiedzią miało 33% badanych z kierunku pielęgniarstwo i 29% studentów kierunku pedagogiki ($p > 0,05$).

Osoby ankietowane zostały zapytane, czy reagują na śmierć kogoś bliskiego tak samo jak na śmierć kogoś obcego. Najczęściej odpowiadały, że nie (68% studentów pielęgniarstwa, 59% studentów pedagogiki ($p > 0,05$)). Tak samo reagowało po 15% badanych z obu kierunków, a jednoznacznie nie wypowiedziało się 26% osób z pedagogiki i 17% z pielęgniarstwa ($p > 0,05$).

Ankietowani studenci kierunku pielęgniarstwo w większości nie potrafili ocenić odczuć pacjentów w chwili śmierci (39%) lub byli przekonani, że od-

Tabela 15. Kojarzenie pojęcia „śmierci” według badanych

Skojarzenie z	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
czymś przykrym	10	24	< 0,05
gniewem	3	3	NS
przemijaniem i nieuchronnością	55	38	NS
trumną	6	12	NS
bólem	14	28	NS
chorobą	6	3	NS
cierpieniem	14	28	NS
cmentarzem	5	15	NS
spokojem	6	7	NS
czymś pozytywnym	0	1	NS
końcem problemów	7	6	NS
samotnością	4	8	NS
smutkiem	12	23	NS
oczekiwaniem na drugie przyjście	9	8	NS
starością	3	10	NS
strachem	7	18	NS
zakończeniem życia ziemskiego	46	20	NS
przejściem do życia wiecznego	40	32	NS

czuwają oni coś dziwnego, trudnego do opisanego (36%). Z kolei studenci pedagogiki byli przekonani, że chorzy odczuwają strach (32%) i bezradność (30%). Różnice istotne statystycznie dotyczyły odczuwania w chwili śmierci pustki ($p < 0,05$) – 2% z pielęgniarstwa i 13% osób z pedagogiki. Wyniki przedstawiono w tabeli 16.

W chwili śmierci bliskiej osoby 52% studentów z kierunku pedagogika i 28% z pedagogiki czuła pustkę ($p < 0,05$), bezradność – 41% osób studiujących pielęgniarstwo i 30% pedagogikę. Pozostałe wyniki zawarto w tabeli 17.

Według ankietowanych na obu kierunkach ludzie mają świadomość, że umierają (pielęgniarstwo – 60%, pedagogika – 63%; $p > 0,05$). Odmienną opinię wyraziło 7% studentów pielęgniarstwa i 4% pedagogiki ($p > 0,05$). Problem z odpowiedzią miało aż po 33% osób z obu grup.

Przeważająca liczba ankietowanych na obu kierunkach uważała, że w momencie śmierci choremu powinna towarzyszyć rodzina (pielęgniarstwo – 79%, pedagogika – 87%). W drugiej kolejności grupa studentów pielęgniarstwa wskazała na księdza (10%), a grupa pedagogów – na lekarza (4%). Nie uzyskano różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami. Wyniki przedstawiono w tabeli 18.

Tabela 16. Opinie badanych o odczuciach chorych w chwili śmierci

Opinie badanych	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
bezradność	26	30	NS
coś dziwnego, trudnego do opisanego	36	19	NS
pustka	2	13	< 0,05
nic nie czuję	1	3	NS
pokora	11	5	NS
rozpacz	4	12	NS
smutek	9	12	NS
spokój	22	19	NS
strach	35	32	NS
trudno to ocenić	39	20	< 0,05
ulga	11	21	NS
zaduma	3	0	NS
żal	2	8	NS
ból	0	1	NS

Tabela 17. Odczucia badanych w chwili śmierci bliskiej osoby

Odczucia badanych Czuję...	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
bezzradność	41	30	NS
coś dziwnego, trudnego do opisanie	23	32	NS
pustkę	28	52	< 0,05
żal	16	30	NS
że nie mogę opanować płaczu, modłę się	27	27	NS
nic nie czuję	1	1	NS
pokorę	4	0	NS
rozpacz	31	32	NS
niezręcznie	2	0	NS
smutek	34	21	NS
spokój	1	2	NS
strach	3	10	NS
nie zawsze to samo, trudno to ocenić	14	6	NS
ulgę wobec jego cierpienia	5	1	NS
ulgę, że zmarł w komforcie	2	0	NS
zadumę	6	2	NS
jak gaśnie życie	6	3	NS
że jestem świadkiem jakiejś tajemnicy	6	3	NS

Tabela 18. Osoby towarzyszące preferowane do towarzyszenia choremu w momencie śmierci

Wskazania badanych	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
lekarz	1	4	NS
pielęgniarka	2	0	NS
psycholog	0	0	NS
ksiądz	10	5	NS
siostra zakonna	0	0	NS
inny pacjent	0	0	NS
nikt	2	1	NS
rodzina	79	87	NS
osoba, która kocha daną osobę	0	1	NS
trudno powiedzieć	6	2	NS

Respondentów zapytano także o wpływ religii na postrzeganie śmierci. Według 48% studentów pielęgniarstwa i 50% pedagogiki religia może wpływać na postrzeganie śmierci ($p > 0,05$). Odminną opinię wyraziło 3% studentów pedagogiki, a aż 52% osoby z kierunku pielęgniarstwo ($p < 0,001$), a jedynie

47 z kierunku pedagogiki miało problem z jednoznaczną deklaracją.

Studenci obu kierunków (33% z pielęgniarstwa i 41% z pedagogiki) z reguły nie rozmawiali o śmierci ($p > 0,05$). Temat ten podejmowało 32% badanych z kierunku pielęgniarstwo i 34% z kierunku pedagogiki ($p > 0,05$). Problem z odpowiedzią miało 35% osób z kierunku pielęgniarstwo i 25% z pedagogiki ($p > 0,05$).

Według ankietowanych zarówno na kierunku pielęgniarstwo, jak i pedagogiki najlepszym miejscem, aby umrzeć jest dom (pielęgniarstwo – 69%, pedagogika – 65%). Różnice istotne statystycznie dotyczyły jedynie stwierdzenia „najlepiej by było cały czas żyć” wskazanego przez 17% studentów kierunku pedagogiki ($p < 0,001$). Wyniki obrazuje tabela 19.

Sposób postrzegania śmierci zdaniem badanych najczęściej zmienia śmierć bliskiej osoby (pielęgniarstwo – 59%, pedagogika – 62%). Nie uzyskano różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami. Wyniki przedstawiono w tabeli 20.

OMÓWIENIE

Cierpieć, za Kotlińską-Lemieszek [21], oznacza „podać się lub być zmuszonym do wytrzymania zadanego ciosu oraz doświadczać lub ponosić szkodę albo stratę”. W opinii Chapman i Gavrin [22] każda

Tabela 19. Preferowane miejsca, aby umrzeć

Miejsce	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
dom	69	65	NS
szpital	8	5	NS
hospicjum	1	1	NS
ulica	0	1	NS
żadne, najlepiej by było cały czas żyć	0	17	< 0,001
trudno powiedzieć	20	11	NS
tam, gdzie będzie bezpiecznie	2	0	NS

Tabela 20. Opinie na temat tego, co zdaniem badanych zmienia sposób postrzegania śmierci

Wskazania badanych	Studenci		p
	pielęgniarstwa n = 100	pedagogiki n = 100	
lekarz	1	4	NS
pielęgniarka	2	0	NS
psycholog	0	0	NS
ksiądz	10	5	NS
siostra zakonna	0	0	NS
inny pacjent	0	0	NS
nikt	2	1	NS
rodzina	79	87	NS
osoba, która kocha daną osobę	0	1	NS
trudno powiedzieć	6	2	NS

definicja cierpienia pociąga jednak za sobą uświadomienie poczucia bezradności i straty oraz zagrożenia integralności jednostki nie tylko fizycznej, lecz także psychospołecznej. Zdaniem Cassella [23] natomiast każde cierpienie to osobiste przeżycie oraz głębokie wyczerpanie w związku z wydarzeniami stanowiącymi zagrożenie integralności własnej osoby, które pojawia się w chwili, gdy jednostka uzmysłowi sobie zbliżające się zagrożenie, i trwa do czasu, gdy trwa zagrożenie lub gdy nie uda się przywrócić poczucia bezpieczeństwa. Autor wyróżnia liczne komponenty osobowości przyczyniające się do osobistego przeżywania cierpienia. Zalicza do nich: rolę samego pacjenta, rodziny, personelu medycznego, panujące stosunki międzyludzkie, wcześniejsze doświadczenia życiowe i ich osobiste znaczenie, wychowanie w określonej sferze kulturowej oraz cechy osobiste (np. zainteresowania, przekonania polityczne, życie intymne, tajemnice, plany na przyszłość, nawyki, wzory zachowań, życie duchowe).

Wilczek-Różycka i wsp. [24] podkreślają, że pracownicy ochrony zdrowia, którzy na co dzień świadczą opiekę chorym, powinni mieć świadomość, że cierpienie fizyczne wywiera wpływ na sferę psychiczną i powoduje negatywne reakcje emocjonalne, takie jak frustracja, złość, bunt.

Makselon [25] zauważa, iż w obliczu cierpienia u ludzi mogą się ujawnić różnorodne postawy, w tym: postawa aktywnej (aktywne poszukiwanie sensu) lub biernej akceptacji (bierne przyjmowanie wydarzeń), iluzoryczna (chroniąca człowieka przed lękiem, poczuciem winy, usuwająca z jego świadomości nieprzyjemne zdarzenia i myśli, gdy pojawiają się mechanizmy obronne racjonalizacji, projekcji lub ucieczki w świat fantazji) oraz nadziei (wyrażającej się w przyjęciu daru cierpienia Chrystusa, który uczynił je rzeczą użyteczną i aktywnym przezwyciężaniem zła).

W badaniu Kopańskiego i Florka-Tarczonja [26], w którym wzięło udział 152 studentów kierunku pielęgniarstwo, w tym 43 studentów I roku, 39 stu-

dentów II roku, 70 studentów III roku, okazało się, że 32 osoby z II roku i 70 z III roku na pierwszym miejscu określali cierpienie jako stan, w którym człowiek pyta o sens życia. W badaniach Krajewskiej-Kulak i wsp. [27] studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB pod pojęciem „cierpienie” najczęściej rozumieli „przykre doznania (udręka)” – 40% wskazań, oraz „negatywną emocję” – 21%.

W obecnych badaniach w grupie pielęgniarskiej najwięcej osób kojarzyło cierpienie z negatywnymi emocjami (30%), a wśród studentów pedagogiki – z przykrymi doznaniem, udręką (43%).

Wilczek-Różycki i wsp. [24] stwierdzili, że wśród badanych przez nich osób 40% pielęgniarek i 25% lekarzy jako główny czynnik wpływający na przyjęcie określonej postawy wobec cierpienia wskazało cierpienie najbliższej osoby. W opinii studentów badanych przez Krajewską-Kulak i wsp. [27] cierpienie przede wszystkim pozwala docenić życie (39%), uwrażliwia na problemy innych (36%), łączy ludzi ze sobą (27%), rozbudza potrzebę walki (24%) oraz uczy prawdy o życiu (22%).

W obecnym badaniu w opinii studentów z obu kierunków cierpienie przede wszystkim pozwala doceniać życie (75% osób z pedagogiki, 42% z pielęgniarstwa) i uwrażliwia na cierpienie innych (41% osób z pedagogiki i 40% z pielęgniarstwa).

Kopański i Florek-Tarchoń [26], badając studentów kierunku pielęgniarstwo, stwierdzili, że refleksję o cierpieniu na później odkładały wszystkie osoby z I roku, 5,1% studentów II roku oraz 11,4% studentów III roku. Okazało się, że im dłuższy był proces kształcenia, tym wyższy procent studentów obawiał się cierpienia: I rok – 34,8%, II rok – 38,4%, III rok – 42,8% [26]. W pracy Wilczek-Różycki i wsp. [24] badani o własnym cierpieniu myśleli tylko czasami (65% pielęgniarek i 50% lekarzy). Ankietowani z badania Krajewskiej-Kulak i wsp. [27] zasadniczo rzadko (45%) myśleli o cierpieniu, a jeżeli już, to o cierpieniu pacjentów, rodziców (31%).

W obecnym badaniu o cierpieniu studenci myśleli albo często (35% osób z pielęgniarstwa, 33% z pedagogiki), albo rzadko (34% z pielęgniarstwa, 27% z pedagogiki).

W pracy Wilczek-Różycki i wsp. [24] ankietowani, gdyby dotknęło ich cierpienie, oczekiwaliby przede wszystkim obecności drugiego człowieka (37,5% lekarzy, 22,5% pielęgniarek), a pomoc byłaby oczekiwana przede wszystkim od najbliższej rodziny. W opracowaniu Krajewskiej-Kulak i wsp. [27] respondenci deklarowali, że o cierpieniu rozmawiają często (44%), przede wszystkim w gronie kolegów i koleżanek (42%), rodziców (37%) i rodzeństwa (20%).

W obecnym badaniu w obu grupach respondentów rzadko mówiło się o cierpieniu, w tym 59% studentów pielęgniarstwa i 51% pedagogiki, a najlepszym partnerem do rozmów o cierpieniu byłby

ksiądz (32% – pedagogika, 24% – pielęgniarstwo) lub rodzice (24% – pedagogika, 22% – pielęgniarstwo).

Wilczek-Różycki i wsp. [24] stwierdzili, że wśród 65% pielęgniarek i 45% lekarzy obecność drugiego człowieka i postawa towarzysząca okazały się najbardziej pożądaną formą pomocy ($p = 0,03$). Prawie trzy czwarte (72,5%) lekarzy i 80,0% pielęgniarek cierpienie łączyło z uczuciami negatywnymi [24].

W badaniu Krajewskiej-Kulak i wsp. [27] studenci za najważniejsze źródło cierpienia somatycznego uważali ból (65%), cierpienia duchowego – utratę sensu życia (41%) i obawę przed cierpieniem (30%), a cierpienia społecznego – bycie dla innych ciężarem (39%) i współuczestniczenie w cierpieniu najbliższych (38%).

Zdaniem obecnie badanych najważniejszym czynnikiem społecznym będącym źródłem cierpienia należało współuczestniczenie w cierpieniu najbliższych (58% studentów pielęgniarstwa i 34% pedagogiki).

Z problemem cierpienia nierozzerwalnie wiąże się zjawisko śmierci. Zdaniem Pecyny [28] śmierć jest z reguły postrzegana jako: naturalny koniec życia, ból, kara, klęska, samotność, nieznane, obojętność, odwaga bądź nagroda w życiu. W badaniu Krajewskiej-Kulak i wsp. [29] okazało się, iż podczas kontaktu z umierającymi najczęściej akceptowano śmierć jako zjawisko naturalne (40,4%), odczuwano smutek (38,6%) lub bezradność (32,5%). W badaniu Mickiewicz i wsp. [30] 183 losowo wybrane pielęgniarki najczęściej (37,7%) wskazywały, że podczas śmierci chorego odczuwały smutek oraz bezradność (33,3%). Sleziona i Krzyżanowski [31] stwierdzili, iż 53% badanych przez nich czynnych zawodowo pielęgniarek/pielęgniarzy pamiętało swoje pierwsze zetknięcie się ze śmiercią pacjenta. Większość z nich starała się towarzyszyć pacjentowi umierającemu oraz jego rodzinie, a kontaktom towarzyszyły z reguły uczucie smutku (70%), współczucie (67%) oraz bezradność i bezsilność (58%). W przypadku 73% ankietowanych doświadczenie śmierci pacjentów wpływało na postrzeganie ich własnej śmierci, a u 55% również na ich życie osobiste. Zdaniem prawie wszystkich badanych (99,2%) kontakt z pacjentami umierającymi nauczył ich pewnych wartości i postaw [31]. W badaniu Guzowskiego i wsp. [32] 42,1% ankietowanych bało się śmierci.

W obecnym badaniu śmierci bała się większość studentów kierunku pedagogika, natomiast gros studentów kierunku pielęgniarstwo nie miało zdania na ten temat (51%). W większości nie potrafili ocenić odczuć pacjentów w chwili śmierci (39%) lub byli przekonani, że odczuwają oni coś dziwnego, trudnego do opisanego (36%). W chwili śmierci bliskiej osoby przeważająca liczba studentów na kierunku pedagogika czuła pustkę (52%), a z kierunku pielęgniarstwo – bezradność (41%) i smutek (34%).

De Walden-Gałuszko [33, 34] uważa, że postawy wobec śmierci mogą mieć charakter negatywny (przedmiotowe traktowanie pacjenta, ignorowanie jego potrzeb) lub pozytywny (całościowe zaspokajanie potrzeb chorego i poszanowanie jego praw).

W badaniu Guzowskiego i wsp. [32] najwięcej badanych było przekonanych, że na postrzeganie śmierci może wpływać religia (98%) lub śmierć bliskiej osoby (58,9%).

W obecnym badaniu religia może wpływać na postrzeganie śmierci zdaniem 48% studentów pielęgniarstwa i 50% pedagogiki. Okazało się także, iż największy wpływ na powyższe ma śmierć bliskiej osoby (pielęgniarstwo – 59% osób, pedagogika – 62%).

Współcześnie, za Copp [35], nie zawsze śmierć bywa akceptowana jako naturalna część życia człowieka, a personel opiekujący się chorym jest przez to ciągle umacniany w swoim lęku przed umieraniem i śmiercią. W badaniu Krajewskiej-Kułąk i wsp. [29] 41,2% badanych pielęgniarek, najczęściej pracujące najkrócej (80%), akceptowało śmierć jako zjawisko naturalne. W badaniu Guzowskiego i wsp. [32] respondenci częściej myśleli o śmierci najbliższych (16%) niż o śmierci własnej (13,3%).

W obecnym badaniu studenci w większości kojarzyli pojęcie śmierci z przemijaniem i nieuchronnością (38% z kierunku pedagogika i 55% z kierunku pielęgniarstwo).

Zdaniem Vovelle [36] niekorzystne jest, że chorzy przestali umierać we własnych domach, w otoczeniu najbliższych, „czego materialnym symbolem jest parawan, którym odgradza się chorego, by ukryć jego agonię, albo też coraz częściej pojawiająca się w szpitalach izolatka”.

Badani przez Guzowskiego i wsp. [32] za miejsca preferowane do umierania uznali: dom – 67,8%, szpital – 6,1%, lub hospicjum – 2%.

Według obecnie ankietowanych, zarówno na kierunku pielęgniarstwo, jak i pedagogika, najlepszym miejscem, aby umrzeć, jest dom (69% pielęgniarstwo, 65% pedagogika), a w momencie śmierci choremu powinna towarzyszyć rodzina (79% pielęgniarstwo, 87% pedagogika).

Chory stał się, za Thomas [37], niejako medycznym przypadkiem, któremu „wydarto jego własną śmierć”.

PODSUMOWANIE

Środa [38], filozof, etyk, uważa, iż „(...) współczesne społeczeństwa odcięły się od mówienia o śmierci i traktowania jej jako czegoś naturalnego w życiu człowieka. (...) Kiedyś zaznajamianie się ze śmiercią odbywało się w sposób zwyczajny. Dzieci były świadkami choroby i śmierci bliskich, którzy umie-

rali w domu. Uczestniczyły w obrzędach pożegnania, pogrzebu. Opowiadano im bajki, których bohaterowie umierali. Śmierć była czymś naturalnym. (...) Teraz, gdy pojawia się śmierć, uważana jest za zło, za coś, z czym należy walczyć, czemu należy się przeciwstawiać. Pojawia się też w kontekście eutanazji: tego czy ma być, czy nie przedmiotem wyboru”.

W obecnych czasach, z jednej strony rodzice, pracując często na kilku etatach, nie mają czasu na rozmowy o sprawach intymnych. Z drugiej strony cały czas mają opór w poruszaniu tematów dotyczących śmierci, dlatego dzieci i młodzież poznają tę tematykę z filmów i gier komputerowych. W opinii Środy [38] obowiązek rozmawiania z dziećmi i młodymi ludźmi na temat śmierci spoczywa na nauczycielach.

Niestety, jak zauważyła Hall [38] w przedmowie do podręcznika „Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym” – „Dobiegające końca życie, potrzeby człowieka umierającego, śmierć – to kwestie, które rzadko są obecne w materiałach dydaktycznych”. W związku z powyższym, jak podkreślają autorzy powyższej pozycji [38], należy dostarczać nauczycielom wskazówek, „jak wspierać uczniów doświadczających straty i przeżywających żalobę, (...) jak poruszać temat śmierci w rozmowach z młodzieżą, jak reagować na nietypowe zachowania uczniów, jak rozpoznawać i zapobiegać problemom związanym z próbami samobójczymi podejmowanymi przez uczniów”. Nerwińska [38] również podkreśla wagę rozmów z dziećmi i młodzieżą na temat śmierci, ale także to, że o takich tematach z uczniami rozmawiać muszą osoby dobrze przygotowane, takie jak psychologowie lub specjalnie przeszkoleni nauczyciele.

WNIOSKI

Najwięcej studentów pielęgniarstwa kojarzyło cierpienie z negatywnymi emocjami, a pedagogiki – z przykrymi doznaniem i udręką.

W opinii większości studentów z obu kierunków cierpienie pozwala doceniać życie i uwrażliwia na problemy innych. Studenci rzadko mówili o cierpieniu, a za najlepszego partnera do takich rozmów uznali księdza lub rodziców.

Większość badanych było przekonanych, że śmierć bliskiej osoby zawsze wpływa na późniejsze postrzeganie śmierci, najlepszym miejscem do umierania jest dom, a w momencie śmierci choremu powinna towarzyszyć rodzina.

PIŚMIENNICTWO

1. Grzybowski PP. Praktyczne cele i aspekty kształcenia tanatologicznego pedagogów i nauczycieli. W: Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym. Binne-

- besel J, Janowicz A, Krakowiak P (red.). Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2009; 7-19.
2. Koenig H. MSJAMA: religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. *JAMA* 2000; 284: 1708.
 3. Woźniak B. Zaangażowanie religijne a zdrowie w starości. Mechanizmy zależności, wybrane wyniki badań. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.
 4. Braam AW, Beekman AT, Deeg DJ i wsp. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scand* 1997; 96: 199-205.
 5. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 536-542.
 6. Havranek EP, Spertus JA, Masoudi FA i wsp. Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: 2333-2338.
 7. Hixson KA, Gruchow HW, Morgan DW. The relation between religiosity, selected health behaviors, and blood pressure among adult females. *Prev Med* 1998; 27: 545-552.
 8. Brown CM. Exploring the role of religiosity in hypertension management among African Americans. *J Health Care Poor Underserved* 2000; 11: 19-32.
 9. Chatzinikolaou N. Tam gdzie nie widać Boga (tłum. s. Elżbieta Niczyporuk). Wydawnictwo Żeński Dom Zakonny pw. św. Wielkomęczennicy Katarzyny, Zaleszany 2013.
 10. Szczeklik A. Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny. Wydawnictwo Znak, Kraków 2007.
 11. Rymkiewicz JM. Wiersze. Wydawnictwo Literackie, Kraków 1988.
 12. Kołakowski L. Obecność mitu. Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa 2003.
 13. Jan Paweł II. Wstańcie, chodźmy! Wydawnictwo Świętego Stanisława BM, Kraków 2004.
 14. Marcinkowski R. Człowiek i cierpienie. Wydawnictwo Drukarnia i Księgarnia Św. Wojciecha sp. z o.o., Przewodnik Katedralny, Poznań 2006.
 15. Binnebesel J. Kamil a droga cudu w tryptyku doświadczania śmierci Jana Pawła II. W: Wdzięczność i zobowiązanie. Myśl Jana Pawła II źródłem inspiracji współczesnego środowiska akademickiego. Kustra Cz (red.). Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2009; 201-205.
 16. Binnebesel J, Krakowiak P, Krzyżanowski D, Paczkowska A. Cierpienie dzieci u kresu życia – tanatopedagogiczne konteksty koncepcji dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego. W: W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułek E, Łukaszuk CR, Lewko J (red.). MK Druk, Białystok 2011; 13-19.
 17. Pawlak Z. Aspekty duchowe opieki paliatywnej. W: Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna, Kraków 2006; 2307.
 18. Pascal B. Myśli. Wydawnictwo 7, Warszawa 1983.
 19. Kępiński A. Poznanie chorego. Wydawnictwo Gandalf, Warszawa 1978.
 20. Lewis CS. The Problem of Pain. Fount. An Imprint of Harper Collins Publishers, London 1977.
 21. Kotlińska-Lemieszek A, Bączyk E, Łuczak J. Somatyczne aspekty cierpienia. Postępy w uśmierzaniu bólu, duszności i innych objawów związanych z chorobą nowotworową. *Współcz Onkol* 2000; 4: 224-230.
 22. Chapman CR, Gavrini J. Suffering and its relationship to pain. *J Palliat Care* 1993; 9: 5-13.
 23. Cassel EJ. The nature of suffering and the goal of medicine. Oxford University Press, New York 1991.
 24. Wilczek-Różyńska E, Zajkowska E, Wojtas K. Postawy lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia, *Psychoterapia* 2008; 1: 79-89.
 25. Makselon J. Z psychologii cierpienia. Wydawnictwo Homo Dei, Kraków 1987; 41-46.
 26. Kopański Z, Florek-Tarchoń K. Koncepcje cierpienia w poglądach studentów pielęgniarstwa. *Probl Pielęg* 2008; 16: 359-363.
 27. Krajewska-Kułek E, Baranowska A, Jankowiak B i wsp. Ocena postaw studentów pielęgniarstwa wobec cierpienia. W: W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułek E, Łukaszuk CR, Lewko J (red.). Duchno sp. z o.o., Białystok 2011; 69-78.
 28. Pecyna MB. Moje spojrzenie na chorobę, umieranie i śmierć. *Pielęgniarstwo* 2000 1998; 5: 18-21.
 29. Krajewska-Kułek E, Mickiewicz I, Łukaszuk C i wsp. Samocena postaw pielęgniarek wobec śmierci. *Pielęg XXI wieku* 2010; 1-2: 43-49.
 30. Mickiewicz I, Krajewska-Kułek E, Kędzióra-Kornatowska K, Roslan K. Opinie zawodowo czynnych pielęgniarek na temat opieki paliatywnej. *Med Paliat* 2011; 3: 151-162.
 31. Sleziona M, Krzyżanowski D. Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. *Piel Zdr Publ* 2011; 1: 217-223.
 32. Guzowski A, Krajewska-Kułek E, Kułek W i wsp. Współczesne postawy wobec śmierci i umierania. *Med Paliat* 2013; 4: 163-170.
 33. De Walden-Gałuszko K. Stres pracy personelu medycznego. W: Psychoonkologia. de Walden-Gałuszko K (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 123-128.
 34. De Walden-Gałuszko K. Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej. W: Podstawy opieki paliatywnej. de Walden-Gałuszko K (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 190-193.
 35. Copp G. Palliative care nursing education: a review of research findings. *J Adv Nurs* 1994; 19: 552-557.
 36. Vovelle M. Śmierć w cywilizacji zachodu. Od roku 1300 po współczesność. Wydawnictwo Słowo/obraz/terytoria, Gdańsk 2008.
 37. Thomas LV. Wprowadzenie do antropologii. W: Antropologia śmierci. Myśl francuska. Cichowicz S, Godzimirski JM (red.). Wydawnictwo PWN, Warszawa 1993; 27.
 38. Binnebesel J, Janowicz A, Krakowiak P (red.). Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym. Wydawnictwo Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2009.