

BOŻENA MURACZYŃSKA

*Problemy zawodowe pielęgniarek w opiece  
paliatywnej – wybrane zagadnienia*

---

Occupational Problems of Nurses in Palliative Care: Selected Issues

Rozwój specjalizowanych usług medycznych, między innymi opieki paliatywnej/hospicyjnej, przyczynił się do wzrostu oddziaływania stresorów specyficznych dla tego miejsca pracy. Osoby sprawujące opiekę nad umierającymi częściej niż inni specjaliści spotykają się ze śmiercią i umieraniem. Towarzyszenie umierającemu i nieustające wysiłki wspierania go pogłębiają więź wzajemnego zaufania pomiędzy chorym a terapeutą. Przerwanie tych więzi, z chwilą śmierci pacjenta, zmusza każdego opiekuna do rewizji postaw wobec zasadniczych spraw egzystencjonalnych i jest powodem podwyższonego lęku i niepokoju o własne i najbliższych życie.

Tematem pracy jest omówienie wybranych problemów zawodowych pielęgniarek, które dotyczą ich zachowań i postaw w złożonej sytuacji medycznej cierpiącego, umierającego człowieka.

Przegląd badań z zakresu stresu zawodowego u osób, które poświęciły większość lub część swojego życia opiece nad człowiekiem umierającym, wskazuje jednoznacznie, że pielęgnowanie pacjentów z niepomyślnym rokowaniem tworzy specyficzne zawodowe problemy [3, 8, 10, 14, 16, 17, 18]. Z jednej strony, długie chorowanie pacjenta i pozostawanie pod stałą opieką personelu medycz-

nego sprzyja nawiązywaniu przyjaznych relacji, których zerwanie bywa dotkliwie odczuwane przez personel opiekujący się chorym. Z drugiej zaś, wyzwała postawy dystansujące wobec człowieka umierającego i śmierci. Badania przeprowadzone w jednym z amerykańskich szpitali, których przedmiotem był czas reakcji pielęgniarek na dzwonek chorego, wykazały, iż pielęgniarki najdłużej zwlekały z pójściem do najcięższych chorych [13]. Problem ten wydaje się szczególnie istotny w odniesieniu do pracy zawodowej, której nieodłączną cechą są szybkie interwencje.

Praca pielęgniarek wymaga kontaktów z różnymi kategoriami pacjentów. S. Whitfield [20] stwierdza na przykład, że najbardziej obciążające dla pielęgniarek są przyjazne relacje z pacjentem w ich wieku. Z chwilą, gdy pacjent umiera, pielęgniarka obwinia się za jego śmierć, odczuwa lęk przed własną śmiercią, wpada w depresję. Z badań autorki wynika, że 61,5% pielęgniarek ma trudności w poradzeniu sobie ze swoimi uczuciami związanymi z odejściem pacjenta. Doświadczanie silnych więzi emocjonalnych w relacjach pacjent/rodzina–opiekun prawie zawsze rodzi wysoce osobistą naturę stosunków między nimi. Śmierć, bardzo często w gwałtowny sposób przerywa te więzi, pozostawiając opiekunów z pytaniem, „czy można było zrobić coś więcej”. Otwieranie się na świat innych, doświadczanie słabości pacjentów i ich rodzin w walce z chorobą, duża wrażliwość i gotowość podjęcia odpowiedzialności za jakość życia cierpiącej osoby zdecydowanie zwiększa podatność opiekunów na doświadczanie stresu pracy. Poza tym specyficzne cechy zawodu w opiece paliatywnej, takie jak: stały kontakt z nieuleczalną chorobą, cierpieniem i śmiercią, wymóg ciągłego dysponowania kontrolowaną czujnością, presja związana z nadmiernymi oczekiwaniami otoczenia w stosunku do personelu, który w opinii innych powinien być wrażliwy na wiele sytuacji, wielu pacjentów w różnych stadiach choroby, a także emocjonalna identyfikacja z pacjentem, rozczarowanie związane z bezsilnością medycyny, szczególnie wobec chorób nowotworowych, zwiększają prawdopodobieństwo poczucia braku sensu i celowości pracy.

G. Copp [4] jest zdania, że współcześnie nie zauważa się, aby śmierć była akceptowana jako naturalna część życia człowieka. Autor twierdzi również, iż rzadko spotykane są pogrzebowe obrządki i rytuały, żałoba oraz zajmowanie się umierającymi w domu. Według autora, personel opiekujący się chorym jest przez to ciągle umacniany w swoim lęku przed umieraniem i śmiercią. Istnieją badania, które zwracają uwagę na to, że duża liczba pielęgniarek unika kontaktu ze śmiercią, a ostatnie czynności przy chorym wykonuje w sposób bezosobowy, traktując ciało pacjenta jak „obiekt” pozbawiony ludzkich cech [Sudnow 1]. Inne badania wskazują na bezdusność i rutynizację działań pielęgniarek w sytuacji zgonu chorego [15]. Galster, Strauss [1] twierdzą, że dystansujące postawy, jakie przyjmują pielęgniarki wobec umierających, są konieczną strategią zaradczą, która pozwala im na kontynuację swojej pracy.

Badania dotyczące stresu zawodowego w pielęgniarstwie identyfikują szeroką gamę reakcji i odczuć, jakie towarzyszą pielęgniarkom w kontakcie z pacjentem umierającym [5, 7, 20]. Reakcje te obejmują zarówno pozytywne, jak i negatywne odczucia. Pozytywne wiążą się ze świadomością, że pielęgniarka zrobiła dla pacjenta wszystko, co mogła zrobić i umarł on spokojnie. Negatywne natomiast wynikają z obwiniania siebie za śmierć pacjenta i wiążą się z gniewem, poczuciem winy i depresją. Shusterman i Sechrest [1] piszą, że wiek pielęgniarek jest istotną zmienną, kształtującą stopień odczuwanego niepokoju. Starsze wiekiem pielęgniarki wykazują mniejszy niepokój i bardziej akceptują standardowe procedury opieki nad umierającymi. W. Hurting i L. Stewin [9], A. Munley [11] oraz badania własne [12] zależności tej nie potwierdzają. Fakt, że 79,0% pielęgniarek z długim stażem pracy, w porównaniu z pielęgniarkami z krótkim stażem w zawodzie, wskazuje na pracę z umierającymi pacjentami jako stresującą, świadczy o tym, że doświadczenie zawodowe nie zmniejsza stresu ani nie uodparnia na smutek i ból [12]. Autorzy stwierdzili również, że wraz z doświadczeniem zawodowym wzrasta zaangażowanie w ideologię hospicyjną oraz wzrasta więź emocjonalna pielęgniarek z pacjentem i jego rodziną.

Sprzeczne w swych wynikach są badania, w których stwierdza się, że częsty kontakt ze śmiercią obniża wielkość doświadczanego niepokoju. J. Giezhals [6] na przykład dowodzi, że pielęgniarki, które mają częsty kontakt z umieraniem i śmiercią w codziennej zawodowej praktyce, wykazują mniejszy niepokój w porównaniu z pielęgniarkami, które mają sporadyczny kontakt i wykazują wyższy jego stopień. W. Hurting i L. Stewin [9] oraz J. Denton, V. Wisenbaker [5] uważają natomiast, że częsty kontakt ze śmiercią nie wpływa na obniżenie niepokoju.

Empatyczne uczestniczenie w cierpieniach osób terminalnie chorych i ich rodzin nabiera szczególnego znaczenia w miarę przedłużania się choroby. M. L. S. Vachon [19] w swych badaniach odnotowała, że czas przebywania pacjenta w oddziale wpływa na poziom stresu odczuwanego przez personel pielęgniarski po jego śmierci. Autorka stwierdziła, że pielęgniarki opiekujące się pacjentami, których średni czas pobytu w oddziale wynosił jedenaście tygodni, były częściej narażone na uczucie straty i smutku, niż pielęgniarki pracujące w oddziałach, w których pobyt pacjenta był krótszy. Jednakże tam, gdzie pacjenci byli przyjmowani tylko na kilka ostatnich dni ich życia, poziom satysfakcji z pracy pielęgniarek malał, gdyż czuły one, że nie mogły wiele zrobić dla pacjenta. Ponadto autorka odnotowała, że najwyższy poziom stresu związany jest z oddziaływaniem czynników zewnętrznych, które przeszkadzają personelowi opiekującemu się chorym w wypełnianiu ich profesjonalnej powinności, np. duża odpowiedzialność zawodowa bez możliwości podejmowania decyzji.

Interesujące wyniki prezentuje praca B. Baran-Ossak [2]. Autorka identyfikuje cztery postawy, jakie pielęgniarki przyjmują w kontakcie z człowiekiem

umierającym. Pierwszą postawę cechuje wzmożony lęk w kontakcie z umierającym i w odpowiedzi na jego pytania, spojrzenia, refleksje. Druga łączy się z wyraźnym unikaniem kontaktu z umierającym, unikaniem kontaktu z członkami jego rodziny oraz unikaniem rozmów na tematy związane ze śmiercią. Trzecią postawę charakteryzuje zaprzeczanie, które przejawia się totalnym brakiem akceptacji śmierci, bezwzględną walką o życie do samego końca, bez względu na koszty i środki, zaprzeczaniem negatywnym uczuciom chorego i podawaniem mu wyłącznie informacji budzących nadzieję, nawet jeżeli nie mają one pokrycia w faktach. Kolejną postawę stanowi dojrzała akceptacja śmierci jako zjawiska naturalnego, które należy brać pod uwagę i z którym trzeba walczyć dopóki to możliwe, ale też z którym trzeba się pogodzić, jeśli w sposób nieunikniony się zbliża. Badania te wskazują, że 80% pielęgniarek przyjmuje postawę wzmożonego lęku lub unikania. Tylko 20% pielęgniarek (w zbliżonej proporcji) cechuje postawa zaprzeczania lub dojrzałej akceptacji.

Można zgodzić się ze stwierdzeniem, że w dłuższej perspektywie pracy w ciągłym lęku i poczuciu braku sukcesu zawodowego w bardzo szybkim czasie może dojść do wyczerpania pracą, a nawet zmniejszenia aktywności życiowej [11]. Stąd też pojawia się potrzeba tworzenia programów, które byłyby przedmiotem powszechnego nauczania studentów medycyny, pielęgniarek oraz lekarzy. Programy te powinny obejmować:

- sesje o umieraniu i śmierci, stracie i smutku, osieroceniu i zmianach, jakie zachodzą w rodzinie osób nieuleczalnie chorych, w których terapeuci będą mogli doskonalić umiejętność widzenia różnych spraw z perspektywy drugiej osoby,
- naukę sposobów radzenia sobie z emocjami, które mogą ujawniać się w konfrontacji ze śmiercią, w tym naukę relaksacji, medytacji, umiejętność komunikowania się i wyrażania swoich uczuć w zespole i w kontakcie z pacjentem i jego rodziną.

Ważne jest zwrócenie uwagi na wzmacnianie grupowych sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach zawodowych, które zapewniałyby większe możliwości znalezienia wsparcia w grupie. Ponadto istnieje potrzeba profesjonalnej pomocy psychologicznej o charakterze zarówno doraźnej pomocy w sytuacjach zawodowo trudnych, jak i długofalowej pomocy ukierunkowanej na kształtowanie pozytywnej samooceny, opanowania i asertywności.

Wielką uwagę należy poświęcić edukacji z zakresu kształtowania umiejętności monitorowania przez personel tendencji zmierzających w kierunku zbyt dużego osobistego zaangażowania w sprawy innych ludzi i utożsamiania się z ich obecną sytuacją oraz kształtowania w nich umiejętności łączenia współczucia i zaangażowania z dystansem emocjonalnym.

## LITERATURA

1. Bailey R., Clarke M., *Stress and Coping in Nursing*, Chapman and Hall, 1989.
2. Baran-Ossak B., *Postawy personelu pielęgniarskiego wobec kontaktu z chorymi nieuleczalnie i śmiercią*, niepublikowana praca magisterska, Akademia Medyczna, Wydział Pielęgniarski, Kraków, 1989.
3. Bircumshaw D., *Palliative care in the acute hospital setting*, „Journal of Advanced Nursing” 1993, 18 (1), s. 1665–1666.
4. Copp G., *Palliative care nursing education: a review of research findings*, „Journal of Advanced Nursing” 1994, 19 (4), s. 552–557.
5. Denton J., Wisenbaker V., *Death experience and death anxiety amongst nurses and nursing students*, „Nursing Research” 1977, 26, s. 61–64.
6. Giezhals J. S., *Attitudes toward death and dying: A Study of Occupational Therapists and Nurses*, „Journal of Thanatology” 1976, 3, s. 243–269.
7. Gow C. M., Williams J. A., *Nurses attitudes toward death and dying: a causal interpretation*, „Social Science and Medicine” 1977, 11 (3), s. 191–198.
8. Harris R. D., Bond M. J., Turnbull R., *Nursing stress and stress reduction in palliative care*, „Palliative Medicine” 1990, 4, s. 191–196.
9. Hurting W. A., Stewin L., *The effect of death education and experience on nursing students’ attitude towards death*, „Journal of Advanced Nursing” 1990, 15 (1), s. 29–34.
10. Munley A., *Sources of Hospice Staff: Stress and How to Cope with It*, „Nursing Clinics of North America” 1985, 10 (2), s. 343–353.
11. Munley A., *The Hospice Staff: Stress and How to Cope with It*, [w:] Munley A., *The hospice alternative. A New Context for Death and Dying*, Basic Books, Inc. Publishers, New York 1983, s. 190–223.
12. Muraczyńska B., *Stres zawodowy pielęgniarki w pracy z człowiekiem umierającym*, niepublikowana praca doktorska, Akademia Medyczna, Wydział Lekarski, Lublin 1998.
13. Saunders C., *Hospicjum Św. Krzysztofa*, [w:] H. Bortnowska [red.], *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Kraków 1993, s. 266–299.
14. Siwek B., *Stres pracy zawodowej w medycynie paliatywnej*, [w:] *Problemy medycyny paliatywnej w onkologii* (praca zbiorowa), Lublin 1996, s. 32–33.
15. Smolicha B., *Śmierć w oddziale w opinii pacjentów z pomyślnym rokowaniem*, niepublikowana praca magisterska, Akademia Medyczna, Wydział Pielęgniarski, Lublin 1989.
16. Taylor J., *Coping with the stress on careers*, „The Practitioner”, 1990, 22 March, vol. 234, s. 300–301.
17. Vachon M. L. S., *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved*, New York; Hemisphere, 1987.
18. Vachon M. L. S., *Staff Stress Hospice/Palliative care: a review*, „Palliative Medicine” 1995, 9, s. 91–122.
19. Vachon M. L. S., *Team Stress in Palliative/Hospice Care*, „Hospice Journal” 1987, vol. 3, 2–3, s. 75–103.

20. Whitfield S., *A Descriptive Study of Student Nurses Ward Experiences with Dying Patients and Their Attitudes Towards Them*, MSC Thesis, University of Manchester, 1979.

#### SUMMARY

Caring for a terminal patient almost always makes it possible to practice active sympathy and involvement and constitutes in itself profound contemplation of one's own death. In the presence of death we feel insecure and threatened. One can say that working with terminal patients is like looking in the reality's cruel mirror. Numerous studies show that nursing of patients with terminal prognosis creates special occupational problems. The ability to cope with them will increase chances of seeing the positive dimension of the caring role of the nurse and will allow her to find the meaning of the actions taken even in situations ending in failure.