

Małgorzata Fopka-Kowalczyk¹

Hospicjum Światło w Toruniu

Wydział Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Poczucie straty po śmierci pacjenta doświadczane przez pracowników opieki paliatywnej. Badania jakościowe²

Streszczenie

Praca polegająca na pomaganiu chorym umierającym nie jest łatwa. Spotkanie z długotrwałym cierpieniem związanym z progresją choroby nowotworowej i nieustanny kontakt ze śmiercią wpływają również na osoby profesjonalnie zajmujące się pomaganiem, na co dzień sprawujące opiekę i dbające o jakość życia osoby znajdującej się u kresu życia. Jednym z kosztów pojawiających się w procesie oddziaływań opiekuńczo-wspierających są doświadczane przez pracowników określone reakcje emocjonalne, poznawcze oraz behawioralno-somatyczne po śmierci pacjentów. Artykuł prezentuje badania jakościowe dotyczące doświadczanych przez pracowników reakcji po śmierci pacjenta definiowane jako poczucie straty oparte na teorii ugruntowanej Straussa i Glasera z wykorzystaniem wywiadu skoncentrowanego na problemie.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 1: 23–28

Słowa kluczowe: relacja z chorym umierającym, pracownicy opieki paliatywnej, koszty emocjonalne, poczucie straty po śmierci pacjenta, badania jakościowe

Wstęp

Praca polegająca na pomaganiu nie jest łatwa. Tym bardziej praca w opiece paliatywnej może budzić rozterki i różne uczucia. Spotkanie z długotrwałym cierpieniem związanym z progresją choroby nowotworowej i nieustanny kontakt ze śmiercią nie pozostają bez wpływu na otoczenie cierpiącego, także na osoby profesjonalnie zajmujące się pomaganiem, na co dzień sprawujące opiekę i dbające o jakość życia osoby znajdującej się u kresu życia.

Literatura przedmiotu zwraca uwagę na koszty emocjonalne osób pomagających, podkreśla się i szeroko analizuje zagadnienie stresu, wypalenia zawodowego czy nadmiernego zaangażowania, które mogą wystąpić w relacji z osobą wspomaganą. Nie-

wiele natomiast można odnaleźć naukowych analiz odnoszących się do doświadczanych reakcji po śmierci chorych wśród pracowników opieki paliatywnej. Niniejszy artykuł dotyczy właśnie tych zagadnień, prezentuje badania jakościowe analizujące temat reakcji po śmierci pacjentów oparte na teorii ugruntowanej.

Relacja z chorym u kresu życia

Opiekowanie się osobami umierającymi to odpowiedzialna praca i jedna z najtrudniejszych form działań pomocowych. Stawia pracownikowi wysokie wymagania nie tylko w zakresie kompetencji zawodowych, ale i w zakresie umiejętności, nacechowanego szacunkiem i życzliwością kontaktu z chorym. Praca z człowiekiem umierającym, wchodzenie z nim w okre-

¹Wcześniejsze teksty publikowane pod nazwiskiem Małgorzata Kowalczyk.

²Artykuł stanowi fragment obszernych badań zaprezentowanych w pracy doktorskiej autorki pt. *Wsparcie społeczne pracowników hospicjum a poczucie straty po śmierci pacjenta*, Toruń 2013.

Adres do korespondencji: dr Małgorzata Fopka-Kowalczyk

Hospicjum Światło w Toruniu

Wydział Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

e-mail: malgorzata.j.kowalczyk@gmail.com



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 1, 23–28

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

ślone, czasem bardzo intymne relacje „wymaga nieustannego fizycznego i/lub psychologicznego wysiłku i dlatego jest związana z określonymi fizjologicznymi i/lub psychologicznymi kosztami” [1] i nie pozostaje bez wpływu na osobę opiekującą się [2]. W relacji pomocy wyłania się paradoks polegający na sprzeczności zadań stojących przed osobą udzielającą wsparcia. Z jednej strony pełnione obowiązki wymagają od pracownika zaangażowania emocjonalnego w sprawy innych ludzi i wysokich umiejętności merytorycznych oraz interpersonalnych, z drugiej zaś — intensywne zaangażowanie może prowadzić do stopniowej utraty energii [3]. Należy zaznaczyć, że „służba zdrowia ukierunkowana na pomoc obejmującą całego człowieka to znacznie więcej niż tylko opatrywanie ran. To również opatrywanie przeżyć chorego” [4]. Zasada ta wiąże się nierozdzielnie z koncepcją bólu czy też cierpienia totalnego Cicely Saunders, a zatem oddziaływanie na pacjenta obejmuje oprócz uśmierzenia objawów również wspieranie w zakresie doświadczanych trudności społecznych, emocjonalnych i innych [5].

Śmierć jest zjawiskiem, które w każdej sytuacji wywołuje silne reakcje. W sposób szczególny dotyka samego umierającego, który musi pożegnać się z tym, co stanowiło dla niego największą wartość. W procesie umierania towarzyszy choremu, oprócz osób najbliższych, opiekujący się interdyscyplinarny zespół, a jego działania mają na celu uśmierzenie bólu somatycznego, ale też pomoc przy trudnościach psychologicznych, społecznych i duchowych. Opieka nad chorym, towarzyszenie jego zmaganiom z umieraniem, często bardzo bliskie poznanie biografii oraz rodziny pacjenta sprawiają, że między chorym a opiekunem się zostaje nawiązana szczególna relacja, swego rodzaju więź. Skutkiem tego mogą być występujące wśród pracowników określone koszty emocjonalne. W literaturze przedmiotu w odniesieniu do pracy w opiece paliatywnej szeroko opisane są kwestia stresu w pracy z osobą umierającą lub wypalenie zawodowe. Warto wspomnieć analizy dotyczące stresu pracy z umierającymi de Walden-Gałuszko [6] lub też badania Muraczyńskiej [7] odnoszące się do kategorii wypalenia zawodowego.

Innym poznawczo ciekawym zagadnieniem są doświadczane przez profesjonalnych opiekunów reakcje po śmierci chorych. „Wchodzenie w relacje z pacjentami umierającymi jest głębsze niż te tworzone przez innych pracowników służby zdrowia, stąd mogą oni doświadczać większego poczucia straty, gdy pacjenci umierają. Dotychczasowe badania pokazały, że w różnych środowiskach służby zdrowia pielęgniarki mogą doświadczać głębokiego smutku podczas pracy z pacjentami, którzy zmarli lub umierają” [8]. W sposób szczególny dotyczy to tych specjalizacji czy

form pracy z chorym, gdzie śmierć zdarza się każdego dnia. Obcowanie z umierającym, „zaprzyjaźnianie się z chorym”, wejście w świat jego rzeczywistości sprawia, że po jego śmierci mogą u pracownika wystąpić symptomy określonych kosztów emocjonalnych, które mogą wymagać wsparcia.

Jest to temat, który w Polsce nie doczekał się dotąd większych naukowych analiz. Kwerenda biblioteczna pozwala stwierdzić, iż dostępne dane są najczęściej wynikiem refleksji opartej na praktyce niepopartej gruntownymi badaniami.

Teoretyczne podstawy badań. Metoda badań i grupa badawcza

Ponieważ polska literatura przedmiotu dysponuje niewielką liczbą badań i analiz na temat doświadczanych przez pracowników reakcji po śmierci pacjenta, stąd autorka podjęła próbę eksploracji zjawiska oraz stworzenia kategorii teoretycznych na gruncie pracowników opieki paliatywnej w Polsce. W celu zbadania zagadnienia posłużono się metodą badań jakościowych. Punktem wyjścia stały się dostępne analizy, zwłaszcza anglojęzyczne, dotyczące interesującego zagadnienia. Celem prowadzonych badań jakościowych była przede wszystkim:

- eksploracja niepoznanego dotychczas zjawiska;
- wygenerowanie teorii małego zasięgu odnoszącej się doświadczeń pracowników opieki paliatywnej po śmierci pacjentów;
- poznanie natury tych doświadczeń oraz ewentualnych symptomów;
- stworzenie na późniejszym etapie, na bazie wygenerowanych kategorii, adekwatnego narzędzia psychometrycznego służącego do pomiaru poczucia straty po śmierci pacjenta.

Jak zauważono powyżej, podstawą do przeprowadzenia badań jakościowych były wcześniejsze analizy w anglojęzycznej literaturze przedmiotu. Uzyskane dane stanowią tzw. pojęcia uczulające: „badacze stosujący metodologię teorii ugruntowanej często przystępują do badań z określonymi zainteresowaniami badawczymi oraz zestawem ogólnych pojęć. Pojęcia te są źródłem wstępnych idei, którymi należy się zająć, oraz uczulają na pewnego rodzaju pytania, które warto zadać odnośnie do tematu badań” [9]. Krzysztof Konecki tego typu pojęcia definiuje jako częściowe ramy teoretyczne, które wyłaniają się z ogólnych pojęć istniejących w literaturze przedmiotu [10]. W prezentowanych badaniach wstępną ramą pojęciową były dotychczasowe badania i analizy dotyczące żałoby jako ogólnego zjawiska oraz rozważania na temat reakcji po śmierci pacjenta. W dostępnej literaturze przedmiotu doświadczenie straty jest ujmowane

w kategoriach *grief* i rozumiane jako subiektywna odpowiedź na zaistniałą stratę pociągająca za sobą łańcuch różnorodnych reakcji somatycznych, emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych [11]. Definicja ta jest najczęściej stosowana w odniesieniu do osób tracących coś lub kogoś. W niektórych badaniach anglojęzycznych termin ten stosuje się również na określenie doświadczeń personelu w kontekście śmierci podopiecznych, z kolei w polskiej literaturze przedmiotu odnosi się do doświadczeń każdego człowieka i stanowi raczej analizy teoretyczne [12].

W prezentowanym artykule w celu zbadania poczucia straty po śmierci pacjenta przyjęto metodologię teorii ugruntowanej Straussa i Glasera. Teoria ugruntowana jest „metodologią obdukcijną, ponieważ obejmuje opracowanie rozumowe doświadczenia empirycznego, by sformułować teoretyczne tezy, które dalej będą sprawdzane doświadczalnie” [13]. Badania prowadzone za pomocą teorii ugruntowanej pozwalają na dokładną, syntetyczną analizę otrzymanych danych oraz na stworzenie teorii ich na podstawie [14]. Zastosowana w tej części badań metodologia jest metodologią opisową, a nie normatywną, polega bowiem na analizie zagadnienia poprzez rejestrowanie go, bez odnoszenia się do określonych standardów normatywnych i postawionych wcześniej założeń [15]. Ostatecznym rezultatem analiz z wykorzystaniem metodologii teorii ugruntowanej jest „budowanie teorii [...] na podstawie systematycznie zbieranych danych empirycznych” [16].

Podjęcie eksploracyjnych badań jakościowych pozwala na sformułowanie pytań i problemów badawczych. W pracy zadano następujące pytania badawcze:

- Czy wśród pracowników opieki paliatywnej występują reakcje poczucia straty po śmierci pacjenta?
- Czy i jakie reakcje występują wśród pracowników opieki paliatywnej po śmierci pacjenta, z którym została nawiązana bliższa relacja?

W celu uzyskania odpowiedzi na tak sformułowane problemy badawcze zastosowano jedną z technik metodologii jakościowej – wywiad pogłębiony skoncentrowany na problemie. Wywiad ten jest definiowany jako rozmowa, która „ma za podstawę ustalony schemat wątków tematycznych, ale same pytania nie są standaryzowane; o kolejności i sposobie formułowania pytań decyduje osoba prowadząca wywiad, która może stawiać również pytania dodatkowe” [17]. Badacz może posiadać już pewną wiedzę teoretyczną, ma sprecyzowany obszar poszukiwań i wie, czego chce się od rozmówców dowiedzieć [18]. Zadawane pytania oraz prowadzony wywiad mają więc konkretną tematykę, jednak problematyka jest na tyle elastyczna i swobodna, że pozwala na zmiany w trakcie rozmowy

i swobodne słuchanie osoby badanej. Kategorią centralną [19], stanowiącą główny temat prowadzonych wywiadów, są doświadczenia przez pracowników określone reakcje po śmierci pacjenta. Należy podkreślić, iż przyjęty schemat prowadzenia rozmowy i zadawania pytań respondentom nie wymaga standaryzacji [20].

Wywiady były przeprowadzane indywidualnie i nagrywane na dyktafon po uzyskaniu zgody osoby badanej. W wyborze osób poddanych badaniu zdecydowano się na strategię doboru próby poprzez znalezienie takiego kryterium, który spełniają wszystkie przypadki [21]. W planowanych badaniach przyjęto teoretyczny dobór próby. Wyróżniono dwie kategorie doboru teoretycznego:

- ogólną (zasadniczą) — zatrudnienie w opiece paliatywnej;
- szczegółową — sprawowanie bezpośredniej opieki nad chorym znajdującym się u kresu życia [21].

Badania jakościowe nie stawiają wymagań dotyczących dużej grupy osób badanych. W prezentowanym projekcie badawczym rozmawiano z 20 osobami z sześciu ośrodków opieki paliatywnej z województwa kujawsko-pomorskiego. Wywiady miały różną długość trwania, średnio około 60 minut, i dotyczyły doświadczanych reakcji po śmierci pacjenta wśród pracowników opieki paliatywnej.

Analizę zebranego materiału oparto na metodologii teorii ugruntowanej Straussa i Glasera oraz na zaproponowanym przez nich paradygmacie kodowania, definiowanym jako zogniskowane kodowanie kategorii. Uwaga jest koncentrowana na następujących elementach: warunki przyczynowe, zjawisko, kontekst, warunki interweniujące, działania/interakcje, konsekwencje. Powołując się na analizy Koneckiego, należy stwierdzić, że „bez uwzględniania tych elementów kodowanie nie jest rzeczywistym kodowaniem” [22]. Celem przeprowadzonego kodowania uzyskanego materiału empirycznego jest wyróżnienie kategorii i ich własności oraz wskaźników odnoszących się do sformułowanej kategorii centralnej. W trakcie kodowania materiału uzyskanego na podstawie opisywanych przez badanych doświadczeń wyodrębniono poszczególne podkategorie poczucia straty. Dokonano tego, opierając się na centralnym kryterium, jakim jest poczucie straty po śmierci pacjenta. Każdej z wyróżnionych podkategorii przypisano następnie poszczególne reakcje (wskaźniki) układające się na określoną kategorię, zgodnie z zasadą powtarzalności danej reakcji w poszczególnych wywiadach. Ostatnim etapem było podsumowanie i zebranie not teoretycznych opisanych po analizie każdego wywiadu, a następnie wyodrębnienie definicji oraz kategorii analizowanego zjawiska poczucia straty wśród pracowników opieki paliatywnej.

Przeprowadzone badania jakościowe pozwoliły na stworzenie kategorii doświadczanych reakcji po śmierci pacjenta, określenie ich natury oraz, ostatecznie, zdefiniowanie zagadnienia w odniesieniu do pracowników hospicjum. Poniżej przedstawiono uzyskane dane na podstawie przeprowadzonej analizy i interpretacji każdego z wywiadów.

Wyniki uzyskane w badaniach

Natura poczucia straty

Pracownicy opieki paliatywnej po śmierci pacjentów doświadczają reakcji emocjonalnych, poznawczych oraz somatyczno-behawioralnych. Doświadczane reakcje nie są jednakowe i nie dotyczą każdego chorego. Nasilają się, gdy umiera pacjent, z którym została nawiązana bliższa relacja, więź emocjonalna. Śmierć chorego, którego pracownik lepiej poznał i z którym spędził dłuższy czas, sprawiając nad nim opiekę, sprawia, że te reakcje mogą być bardziej intensywne. Można stwierdzić, że doświadczane stany po śmierci pacjenta są zdeterminowane wiekiem chorego — gdy umiera młody człowiek, kiedy zostają osierocone małe dzieci, wtedy te reakcje są bardziej nasilone niż w sytuacji, gdy umiera starsza osoba. Śmierć chorego w podeszłym wieku również wzbudza określone reakcje, ale nie są one tak intensywne, ponieważ jest ona traktowana jako coś naturalnego. Podobnie jest w sytuacji, gdy biografia chorego jest zbliżona do losów pracownika — wtedy doświadczane reakcje po śmierci pacjenta są bardziej nasilone.

Jak już wspomniano, można wyróżnić trzy główne kategorie reakcji personelu hospicjów w związku ze zgonem pacjenta. Do każdej z nich są przyporządkowane określone podkategorie czy też symptomy składające się na ogólny obraz danych reakcji.

Reakcje emocjonalne po śmierci chorych

Śmierć chorego w każdej sytuacji wywołuje **smutek i żal** (*jest mi przykro po prostu, bo akurat dzisiejszego dnia ktoś odszedł, z kim byłam bliżej związana emocjonalnie*). Uczucia te występują często, niezależnie od typu chorego czy nawiązanej relacji, w zasadzie za każdym razem, gdy umiera jakiś pacjent. Wcześniejsze cierpienie, śmierć w okolicznościach doświadczanych dolegliwości, świadomość, że chorzy muszą umrzeć, budzą często wśród pracowników **gniew i złość** (*bywa nieraz złość, zwłaszcza jeśli odchodzi młody człowiek i jest to trudne do wytłumaczenia logicznie, nie do objęcia rozumem*), czasem nawet **wściekłość**. Często uczucia te są związane z odczuwaną **bezsilnością i bezradnością**, że niewiele więcej można było dla chorego zrobić. Nierzadko też w trakcie opieki trudno jest zmniejszyć dolegliwości chorego, dlatego

jego śmierć może w pracowniku budzić uczucie **ulgi**, że skończyło się cierpienie tego człowieka (*Naturalne, w przypadku pacjenta, który bardzo cierpiał fizycznie, jest to też taka ulga, że on już nie cierpi... To też jest znamienne...*). Pracownicy hospicjum, zwłaszcza jeśli dużo rozmawiali z chorym i nawiązali z nim bliską relację, mogą po jego śmierci odczuwać **tęsknotę** lub pewien brak. Pracownikom opieki paliatywnej zdarza się też odczuwać **lęk o samego siebie** (*od czasu do czasu lęk zaczyna się pojawiać zwłaszcza, jeśli się jeszcze pomyśli o sobie...*), zwłaszcza w sytuacji porównywania biografii własnej z biografią zmarłego pacjenta. Znacznie częściej zdarza się jednak, że śmierć chorych wzbudza niepokój i **lęk o najbliższych**, że to ktoś z rodziny mógłby zachorować, cierpieć i umrzeć. Czasem śmierć chorych, zwłaszcza nagła, niespodziewana, jest dużym **zaskoczeniem** i wywołuje wtedy uczucie niepokoju i **troski o osieroconą rodzinę**, o to, jak sobie teraz poradzą. Nierzadko opiekun, który miał okazję bliżej poznać chorego, odczuwa **wdzięczność** za spędzony razem czas, za to, czego mógł się od niego nauczyć w trakcie trwania relacji. W mniejszym stopniu pojawiają się takie reakcje, jak **rozdrażnienie i wstyd**, oraz poczucie, że śmierć chorych i ich cierpienie było niesprawiedliwe. Czasem także zdarza się, że po śmierci chorego pracownik odczuwa ulgę, ale raczej dotyczy to sytuacji, gdy trudno było nawiązać relację z chorym lub chory/rodzina byli trudnymi podopiecznymi (niewspółpracującymi, niestosującymi się do zaleceń).

Reakcje poznawcze

W zakresie funkcji poznawczych najczęstszą reakcją wśród pracowników opieki paliatywnej jest **wspominanie chorych i myślenie** o nich nawet po powrocie do domu (*przede wszystkim właśnie wspomnianie, też tego, co z tą osobą jakoś wspólnie przeżyliśmy, to faktycznie wraca, szczególnie w tym najbliższym czasie. Bezpośrednio po...*). Zdarza się pracownikom wspominać pozytywne sytuacje, prowadzone rozmowy, ale też myśleć o chorych w kontekście doświadczanego przez nich cierpienia oraz tego, ile musieli znieść przed śmiercią. Sprawowana opieka nad chorym, wykonywanie obowiązków i odczuwana bezradność często wzbudzają rozterki i **dylematy moralne** — czy na pewno w stosunku do chorego zostało wykonane wszystko, co należało. Tego rodzaju rozterki pracownicy przeżywają zarówno w trakcie sprawowania dyżuru, jak i potem w domu (*człowiek myśli, czy można było jeszcze coś zrobić więcej, czy nie, czy rzeczywiście to, co się zrobiło, to było wszystko i po prostu już więcej nie można było zrobić*). To smutne wydarzenie, jakim jest śmierć chorego, uniemożliwia czasem sprawne funkcjonowanie

personelu pod względem sprawności myślenia czy **koncentracji uwagi**, rodzi również określone refleksje dotyczące **stosunku do śmierci** w ogóle, do umierania pacjentów oraz do własnego jako pracownika opieki paliatywnej reagowania na śmierć. Jest ona bardziej akceptowana, jeśli jest spokojna, bez cierpień i gdy dotyka starszych osób, natomiast śmierć młodych jest trudna do zrozumienia i zaakceptowania. Badani pracownicy twierdzą, że mimo doświadczenia i stażu pracy trudno się **przyzwyczaić i oswoić** ze śmiercią, z umieraniem (*Jestem na wiele rzeczy wrażliwa i nie wyobrażam sobie, żebym przychodziła do pracy, pacjent mi umiera, a ja nie mam żadnych reakcji. Nie wyobrażam sobie takiej sytuacji. Nie zdarzyło mi się być obojętną. Zawsze jakoś tam odczuwam śmierć chorego*), chociaż śmierć sama w sobie jest przecież naturalnym etapem w życiu człowieka. Dlatego czasem wśród badanej grupy zdarzają się określone reakcje uważane za naturalne. Pracownicy stwierdzają, że mają **prawo do reagowania** w określony sposób po śmierci chorego i nie ma to związku z brakiem profesjonalizmu (*każdy profesjonalista ma swoje uczucia, emocje; każdy profesjonalista jest najpierw człowiekiem, no to jak zapanujesz?, no chyba że są tacy, co tak zapanują. Ja sobie nie wyobrażam...*). Odczuwają i przeżywają śmierć swoich pacjentów, chociaż nie w takim nasileniu jak osoby z kręgu rodziny chorego (*tyle że oni przestają być obcy! a poza tym, ja nie widzę związku między moim profesjonalizmem czy wykonywanymi obowiązkami a tym, że jest mi smutno po śmierci pacjenta, z którym się żyłam*). Czasem zdarza się, że pracownicy próbując zrozumieć śmierć chorych, zaczynają **poszukiwać sensu i wartości** tych śmierci.

Reakcje somatyczno-behawioralne

Dominującą reakcją somatyczno-behawioralną pracowników po śmierci chorych jest płacz (*bardzo rzadko zdarza mi się płakać, ale zdarza się... Zwłaszcza, gdy ta osoba była moim pacjentem przez lata to... to tak*). Łzy są ukrywane przed innymi pacjentami i/lub rodziną chorego, jak również przez współpracownikami (*też mi się zdarzało płakać, może nie było to oficjalne*), personel ma ochotę gdzieś się **schować**, aby doświadczane reakcje były mniej nasilone (*pamiętam pierwszy zgon pacjenta, kiedy przyszłam tutaj na wolontariat właśnie 10 lat temu, parę miesięcy pracowałam jako wolontariuszka, zmarł taki mały A.... paroletni, wyglądał zupełnie jak taki cherubinek z obrazu Boticzellego. Widziałam też rozpacz rodziców i, pamiętam, poszłam do łazienki i wybuchnęłam płaczem, po prostu kompletnie nie potrafiłam sobie z tym poradzić*). Śmierć chorego może utrudniać **wykonywanie obowiązków**, po-

trzeba trochę czasu, aby wrócić do równowagi i do pracy z innymi chorymi. Czasem pomaga **potrzeba pożegnania** się z chorym lub **modlitwa**. Towarzystwo licznym zgonom wywołuje **zmęczenie**, ale też **dolegliwości somatyczne**, na przykład ból. Zdarzają się też (w pojedynczych przypadkach) **dolegliwości psychiczne** i konieczność **brania leków**, także **bezsenność** lub trudności w zasypianiu. Czasem po śmierci chorego pracownik ma ochotę **krzyczeć** dla rozładowania napięcia i poradzenia sobie z trudną sytuacją.

Na podstawie przedstawionych danych można zaprezentować wstępną definicję poczucia straty po śmierci pacjentów wśród pracowników opieki paliatywnej:

Poczucie straty po śmierci chorego to szereg reakcji doświadczanych przez pracowników opieki paliatywnej w sferze emocjonalnej, poznawczej i somatyczno-behawioralnej. Reakcje te są zróżnicowane ze względu na typ chorego, nawiązaną relację w trakcie sprawowania opieki, wiek i biografię pacjenta. Doświadczane reakcje przez pracowników opieki paliatywnej są naturalnym procesem radzenia sobie ze śmiercią i przeżywanymi sytuacjami.

Wnioski i dyskusja wyników

Prezentowane powyżej dane mają walor edukacyjny i praktyczny. Poszerzają perspektywę dotyczącą profesjonalnych opiekunów skupionych wokół osoby chorego i umierającego, wskazując na jeszcze jeden aspekt przeżywaną sytuacji w kontekście relacji z podopiecznym. Zaprezentowane wyniki wydają się również pokazywać, że śmierć chorych nie pozostaje dla ich opiekunów obojętna.

Porównanie uzyskanych wyników do istniejących już analiz pozwala stwierdzić, że na przykład de Walden-Gałuszko wskazuje na czynniki wywołujące nasilenie reakcji po odejściu chorego, przyjmując istnienie syndromu przeżycia w kontekście śmierci chorego, z którym została nawiązana bliska więź emocjonalna. Pracownik może wówczas odczuwać silne poczucie winy, że jest zdrowy i żyje, kiedy lubiany pacjent zmarł [6]. Podobne wyniki przedstawia Ostrowska, według której reakcje są nasilone, gdy odchodzi osoba ze zblizoną biografią lub sytuacją podobną do sytuacji pracownika doświadczającego tych reakcji [23]. Do podobnych wniosków dochodzi Gregorasz, która stwierdza: „przerwanie więzi jest [...] powodem podwyższonego lęku i niepokoju o własne i najbliższych życie” [24].

Uzyskane dane pozwalają na zaproponowanie kilku wniosków praktycznych. Jednym z nich może

być na przykład utworzenie zespołów wsparcia dla personelu doświadczającego poczucia straty po śmierci pacjenta, pozwalających na wentylację zgromadzonych uczuć oraz modelowanie właściwych zachowań. Równie istotne byłoby zaprogramowanie określonego typu treningów czy szkoleń na podstawie uzyskanej wiedzy z danych empirycznych. W Polsce z dobrym rezultatem funkcjonuje grupa Balinta — pod kierunkiem doświadczzonego trenera pracownicy mają możliwość rozmowy o doświadczanych sytuacjach, przeżywanych uczuciach, uczą się też rozwiązywania trudnych sytuacji i konfrontacji własnej perspektywy z perspektywą innych osób. Z pomocy oferowanej przez te grupy najczęściej korzystają jednak psychologowie, czasem pedagodzy, ale w bardzo małym stopniu pozostały personel, a przecież rozpowszechnienie i udostępnienie takich treningów wśród pozostałych pracowników przyniosłoby wyłącznie pozytywne rezultaty. Podobnie, w warunkach polskich superwizja jest zarezerwowana dla psychologów i stanowi dość ekskluzywny sposób dbania o własne umiejętności interpersonalne i kompetencje merytoryczne w pracy, ale i o samego siebie. Być może spotkania stanowiące substytut superwizji dałyby możliwość lepszego radzenia sobie w wypadku pozostałych pracowników ze swoimi reakcjami po śmierci pacjenta, ale też z innymi sytuacjami trudnymi w pracy. Warsztaty i edukacja miałyby również i ten walor, że wsparcie personelu w trudnych dla niego sytuacjach w efekcie zwiększyłoby jakość sprawowanej opieki nad chorym i relacji z nim. Celem tych oddziaływań miałyby być pomoc w trudnej sytuacji, ale też uruchomienie wewnętrznych sił pracownika do samodzielnego radzenia sobie w późniejszych sytuacjach.

Podsumowanie

Praca z chorym znajdującym się u kresu życia wymaga licznych kwalifikacji i kompetencji. Wydaje się, iż podstawą oddziaływania wspierająco-opiekuńczego jest szczególnie rodzaj kontaktu definiowany w kategoriach etyki troski w myśl zasady, że człowiekowi cierpiącemu i umierającemu potrzebny jest profesjonalista, ale przede wszystkim drugi człowiek uważny na doświadczane cierpienie [25]. Umiejętność zaangażowania sprawia jednak, że opiekunowie profesjonalni stając się bliższymi osobami dla chorych, doświadczają głęboko ich choroby, cierpienia i śmierci. Ważna wydaje się świadomość, iż — mimo ponoszonych emocjonalnych kosztów — zaangażowanie w relacje z chorym jest bezcenne i nie oznacza w żadnym razie braku profesjonalizmu w wykonywanej pracy.

Piśmiennictwo

1. Cyt. za: Cieślak R., Benight Ch.C. Wsparcie społeczne a wypalenie zawodowe — nowe perspektywy badań. W: *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Brzeziński J.M., Cierpiakowska L. (red.). Gdańsk 2008: 300.
2. Terelak J.F. *Stres zawodowy*. Warszawa 2007: 321.
3. Stanek J. http://www.przyjacielehelu.pl/helska_biza/hb_258/art04.html [dostęp: 16.03.2011].
4. Keirse M. *Życie z chorobą. Przewodnik dla pacjenta, rodziny oraz osób zajmujących się zawodowo udzielaniem pomocy*. Radom 2007: 49.
5. Winkler B. *Ból nowotworowy jako zjawisko somatopsychiczne*. W: *Problemy medycyny paliatywnej w onkologii*. Siwek B. (red.). Lublin 1996.
6. Walden-Gałuszko de K. *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii*. Gdańsk 1992: 40.
7. Muraczyńska B. *Problemy zawodowe pielęgniarów w opiece paliatywnej — wybrane zagadnienia*. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 2001, vol. XXVI: 15.
8. Andersen K.A., Gaugler J.E. The Grief Experiences of Certified Nursing Assistants: Personal Growth and Complicated grief. *OMEGA* 2006–2007; 54 (4): 302.
9. Charmaz K. *Teoria ugruntowana. Praktyczny podręcznik po analizie jakościowej*. Warszawa 2009: 27.
10. Konecki K. *Studia z metodologii jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa 2000: 26.
11. Andersen K.A., Gaugler J.E. The Grief Experiences of Certified Nursing Assistants: Personal Growth and Complicated grief. *OMEGA* 2006–2007; 54 (4): 301.
12. Tucholska S., *Psychologiczna analiza procesu żałoby*. W: *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby*, Steuden S., Tucholska S. (red.). Lublin 2009: 11.
13. Miles M.B., Huberman A.M. *Analiza danych jakościowych*. Białystok 2000: XV.
14. Charmaz K. *Teoria ugruntowana. Praktyczny podręcznik po analizie jakościowej*. Warszawa 2009: 8.
15. Konecki K. *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa 2000: 8–9.
16. Glaser, Strauss 1967, cyt. za: Konecki K. *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa 2000: 26.
17. <http://pl.scribd.com/doc/19155299/Rozdzia-II> [dostęp: 30.01.2011].
18. Pilch T., Barman T. *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa 2001: 332.
19. Termin „kategoria centralna” został zastosowany przez K. Rubachę na określenie zagadnienia, które jest przedmiotem zainteresowania badacza prowadzącego badanie metodą jakościową. Por.: Rubacha K. *Metodologia badań nad edukacją*. Warszawa 2008.
20. Typy wywiadów w zależności od stopnia ich standaryzacji wyróżnia m.in. Konecki K. *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa 2000: 169.
21. Miles M.B., Huberman A.M. *Analiza danych jakościowych*. Białystok 2000: 28.
22. Konecki K. *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Warszawa 2000: 48–49.
23. Ostrowska A. *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*. Warszawa 2005: 24.
24. Gregorasz E. *Towarzyszenie śmierci. Umieranie pacjenta w przeżyciu pracowników hospicjum*. W: *Życie godnie do końca. Etyczne, psychologiczne i duchowe aspekty kresu życia*. Tom II. Krzyżanowski D., Fala A.M., Steciwo A., Sochocka L. (red.). Opole 2010: 51.
25. Stepulak M. *Problemy etyczno-zawodowe psychologa klinicznego pracującego z chorymi terminalnie*. W: *Człowiek wobec śmierci*. Makselon J. (red.). WN PAT, Kraków 2005: 78.