

Wojciech Nyklewicz, Elżbieta Krajewska-Kułał

Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienie wstępne

The death and emotions of nurses – prelude report

Adres do korespondencji:

mgr Wojciech Nyklewicz
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego
UM w Białymstoku
ul. M. Skłodowskiej-Curie 7a
15-096 Białystok
tel.: 601 308 517
e-mail: wnyklewicz@wp.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Ponieważ doświadczenia własne w zakresie prowadzenia superwizji klinicznej w pielęgniarstwie wskazują na istnienie dużego napięcia emocjonalnego w związku ze śmiercią pacjentów przy jednoczesnym braku umiejętności radzenia sobie ze stresem, postanowiono zbadać skalę tego zjawiska.

Cel pracy. Celem badania była ocena nasilenia lęku i przygnębienia w związku z myśleniem o śmierci oraz zdefiniowanie sposobów radzenia sobie z silnymi emocjami i stresem związanymi z umieraniem pacjentów lub osób bliskich.

Materiał i metody. W badaniu uczestniczyło 100 pielęgniarek z wykształceniem licencjackim, aktualnie studentek studiów magisterskich uzupełniających. Wszystkie osoby były czynne zawodowo. Do zbierania danych użyto autorskiej skali samooceny emocji wobec śmierci oraz standaryzowanych kwestionariuszy: STAI, CISS, CECS oraz GHQ-12.

Wyniki i wnioski. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że: zdecydowana większość badanych pielęgniarek (74%) przeżywa ponadprzeciętnie silny lęk związany ze śmiercią. Tylko 1/5 osób stosuje skuteczny, zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem (SSZ), natomiast 78% pielęgniarek nieefektywnie reaguje na stres. Zdecydowana większość pielęgniarek stosuje tłumienie gniewu (69% osób), depresji (72%) i lęku (76%) jako sposoby poradzenia sobie z negatywnymi emocjami. U 39% pielęgniarek stwierdzono kwalifikujące do udzielenia profesjonalnej pomocy zaburzenia stanu zdrowia.

Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (3): 248–254

Kluczowe słowa: pielęgniarstwo, śmierć, emocje, radzenie sobie ze stresem

ABSTRACT

Introduction. Of the clinical nursing supervision shows that nurses feel difficult emotion towards death of patients and have not to cope with stress skills, therefore we examined of this phenomenon.

Aim. An aim of examination was evaluation of the anxiety and depressions towards the death and evaluation styles to cope negative emotions and stress, when patients die.

Material and methods. Examined were 100 of nurses, at present of students of graduate's supplementary studies. All persons were professionally active. In examination used evaluation feeling towards the death author's scale and used of standardized questionnaires: STAI, CISS, CECS and GHQ-12.

Results and conclusions. Most of all examined nurses (74%) experience the very strong anxiety towards the death. Only 1/5 of persons use effective, the exercise concentrated style to cope the stress, instead 78% of nurses react ineffectively on the stress. Most of all of nurses uses the suppression the anger (69% of persons), suppression the depression (72%) and suppression the anxiety (76%). Nearly the half of nurses (39%) has disturbances of the health which need the therapy.

Nursing Topics 2008; 16 (3): 248–254

Key words: nursing, death, emotions, to cope stress

Badanie zrealizowano w ramach pracy statutowej, prowadzonej w Zakładzie Pielęgniarstwa Ogólnego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, pod kierunkiem prof. dr hab. med. E. Krajewskiej-Kulak

Wstęp

W kulturze zachodniej dominują negatywne postawy wobec śmierci, którym towarzyszy przeżywanie negatywnych uczuć, głównie silnego przygnębienia i lęku. Emocje o ujemnym zabarwieniu są jednymi z silniejszych stresorów, wpływających na kondycję układu odpornościowego. Dlatego pośrednio mogą indukować pogorszenie stanu zdrowia człowieka. Wpływ emocji na stan zdrowia jest ciągle przedmiotem badań z zakresu psychoimmunologii [1].

W swojej sytuacji zawodowej pielęgniarki częściej niż inni ludzie doświadczają śmierci, dlatego mogą być bardziej narażone na destrukcyjne działanie negatywnych emocji niż ogół populacji. W dotychczasowym modelu kształcenia pielęgniarzek w Polsce nie rozwijało się umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, zwłaszcza na poziomie przygotowania praktycznego. Zatem można przypuszczać, że przedstawiciele tej grupy zawodowej stosują co najwyżej zwyczajowe metody radzenia sobie ze stresem w pracy.

Innym źródłem emocjonalnych zagrożeń w tym obszarze może być brak jednoznacznych procedur konstruktywnej opieki nad umierającymi pacjentami. Oznacza to, że proces pielęgnowania człowieka umierającego może być niebezpieczny dla zdrowia pielęgniarzek w takim samym stopniu, jak podawanie cytostatyków bez zastosowania środków ochrony osobistej, czy też praca przy źródłach promieni jonizujących. Zagrożenie jest tym większe, że jego pomiar opiera się na subiektywnych doznaniach i faktach, co w porównaniu z mierzalnymi wartościami wyników badań w zakresie medycyny klinicznej powoduje, że są one traktowane mniej poważnie. Lecz nie zmienia to faktu istnienia obiektywnych zagrożeń zdrowia emocjonalnego pracowników.

Natomiast w aktualnym modelu kształcenia pielęgniarzek omawiane zagrożenia prezentowane są jedynie teoretycznie. Braki w obszarze kształtowania umiejętności behawioralno-poznawczych w zakresie strategii i stylów radzenia sobie w trudnych i ekstremalnie trudnych sytuacjach są poważnym zaniedbaniem w systemie kształcenia pielęgniarzek. Można przypuszczać, że prawie cała grupa zawodowa pielęgniarzek jest potencjalnie narażona na działanie stresora w postaci silnych negatywnych uczuć w związku z umieraniem pacjentów, a także osób bliskich. Jednocześnie pielęgniarki nie mają możliwości zastosowania behawioralnej i poznawczej autoochrony. Może to powodować jeszcze inne wielkie zagrożenie. Wraz z malejącą

kondycją zdrowotną personelu medycznego wzrasta niebezpieczeństwo popełniania błędów w sztuce, bowiem silne napięcie emocjonalne destabilizuje procesy poznawcze i osłabia sprawność psychofizyczną. Pielęgniarka w stanie silnego, nierozwiązanego konstruktywnie stresu jest niebezpieczna dla zdrowia i życia pacjentów.

Powyższe spostrzeżenia znajdują potwierdzenie w obserwacjach zachowań i ekspresji uczuć pielęgniarzek uczestniczących w kształceniu podyplomowym, realizowanym interaktywną metodą nauczania. Podczas sesji superwizji klinicznej, w której omawiano przypadki opieki nad umierającymi pacjentami, u pielęgniarzek bardzo wyraźnie widać oznaki napięcia emocjonalnego, przygnębienia, często dławiącego płaczu, osłabienia zdolności racjonalnej oceny aktualnej sytuacji. U wielu osób silniej manifestują się wtedy objawy syndromu wypalenia zawodowego.

Doświadczenie własne w zakresie prowadzenia superwizji klinicznej w opiece paliatywnej skłania do ogólnego wniosku o istnieniu deficytu form i konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem w grupie pielęgniarzek, przy jednoczesnym istnieniu silnego, nierozładowanego napięcia emocjonalnego, które może stanowić poważne zagrożenie zdrowia.

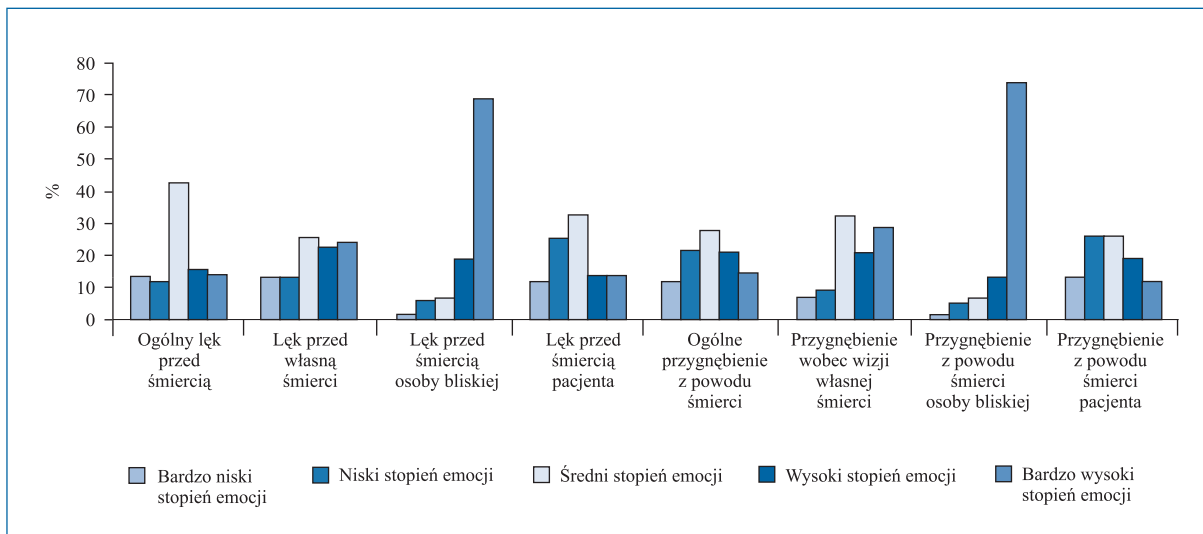
Informacje zwrotne ze środowiska zawodowego pielęgniarzek potwierdzają pogląd o istnieniu dużego zapotrzebowania na strukturalizowane formy kształcenia w zakresie metod radzenia sobie z emocjami po śmierci pacjentów. Kształcenie takie może być wartościową formą udzielania pomocy profesjonalistom w postaci programów edukacji zdrowotnej i profilaktyki skierowanej do pielęgniarzek jako klientów, a nie jako osób podnoszących kwalifikacje. Innymi słowy, pielęgniarki mogłyby być objęte specjalistyczną opieką.

Cel pracy

Ponieważ doświadczenia własne w zakresie prowadzenia superwizji klinicznej w pielęgniarstwie wskazują na istnienie dużego problemu napięcia emocjonalnego w związku ze śmiercią pacjentów przy jednoczesnym braku umiejętności radzenia sobie ze stresem, postanowiono zbadać skalę tego zjawiska. Celem badania była ocena nasilenia lęku i przygnębienia w związku z myśleniem o śmierci oraz zdefiniowanie sposobów radzenia sobie z silnymi emocjami i stresem związanymi z umieraniem pacjentów lub bliskich osób.

Materiał i metody

W badaniu uczestniczyło 109 osób — studentów pielęgniarstwa studiów II stopnia Uniwersytetu Medycz-



Rycina 1. Samoocena lęku i przygnębienia wobec śmierci różnych osób

Figure 1. The self evaluation of anxiety and depression towards death of another person

nego w Białymstoku, w tym 4 mężczyzn. Po wstępnej weryfikacji poprawności wypełnionych kwestionariuszy, ze względu na występujące błędy wyeliminowano z dalszej analizy 5 ankiet oraz, z powodu zbyt małej liczby mężczyzn w badanej grupie, zdecydowano o wyłączeniu z dalszej analizy kwestionariusze wypełnione przez pielęgniarki. Ostatecznie przeanalizowano 100 ankiet.

Do zbierania danych użyto autorskiej skali autooceny emocji wobec śmierci oraz standaryzowanych kwestionariuszy służących do: pomiaru lęku — Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI, *State Trait Anxiety Inventory*), dominującego stylu radzenia sobie ze stresem — Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS, *Coping Inventory for Stressful Situations*), pomiaru tłumienia uczuć — Skala Kontroli Emocji (CECS, *Courtald Emotional Control Scale*) oraz pomiaru ogólnego stanu zdrowia — Kwestionariusz Oceny Stanu Zdrowia Goldberga (GHQ-12). Wyniki badania poddano analizie statystycznej w celu określenia stopnia poszczególnych wartości — są opracowaniem wstępnym i wymagają dalszych analiz.

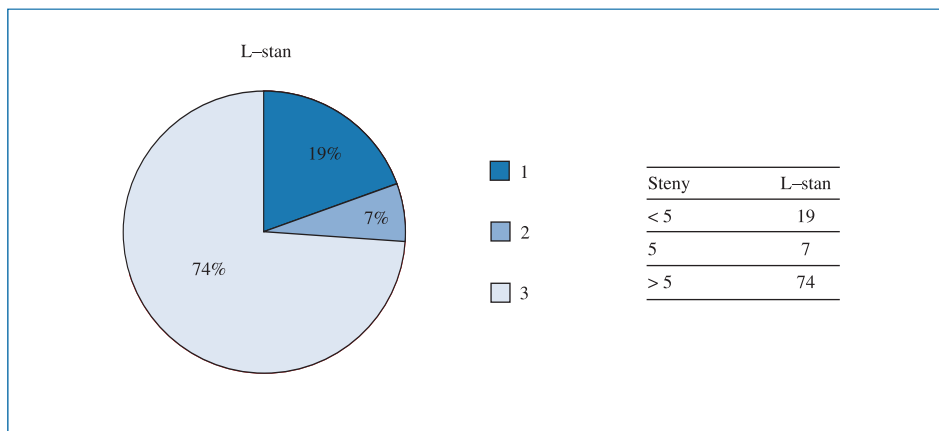
Wyniki

Grupa badawcza składała się ze 100 pielęgniarek z wykształceniem licencjackim, wszystkie były czynne zawodowo. Najwięcej osób było w przedziale wieku 30–39 lat (44%), natomiast w przedziale wieku 20–29 i 40–49 lat było po 28% badanych. Wśród respondentów było 78% osób wyznania rzymsko-katolickiego, 19% prawosławnego i 1% muzułmańskiego. Większość badanych pielęgniarek pracowała w szpitalu (88%), głównie na stanowisku pielęgniarki odcinkowej (70%).

Przy użyciu autorskiej, wizualnej, analogowej skali dokonano oceny stopnia nasilenia lęku i przygnębienia wobec śmierci w zależności od tego, kogo ona dotyczy. Największy odsetek stanowiły pielęgniarki oceniające w stopniu bardzo wysokim swoje przygnębienie wobec śmierci osoby bliskiej (73%) oraz lęk przed śmiercią osoby bliskiej (69%). Śmierć pacjentów powodowała raczej niski i średni stopień nasilenia przygnębienia (odpowiednio po 27% pielęgniarek) oraz niski i średni stopień nasilenia lęku (25% i 32% badanych). U większości pielęgniarek myślenie o własnej śmierci wywoływało lęk i przygnębienie w stopniu średnim, wysokim i bardzo wysokim (szczegółowe dane przedstawiono na rycinie 1).

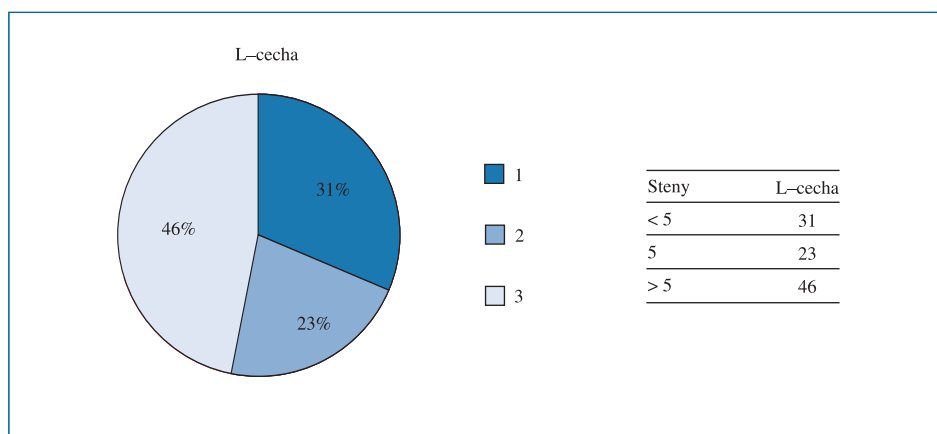
Określono również poziom reakcji lękiem na myślenie o śmierci, używając do tego celu kwestionariusza STAI. Podczas rozmyślania o śmierci aż 74% badanych przeżywało ponadprzeciętnie silny lęk (> 5 stenów), natomiast natężenie tej cechy poniżej przeciętnej siły (< 5 stenów) występowało u 19% pielęgniarek. Z kolei przeciętny poziom lęku (5 stenów) na myśl o śmierci zarejestrowano tylko u 7% respondentów. Oszacowano również lęk, jako cechę osobowości, a więc względnie stałą wartość, utrzymującą się przez znaczną część życia. Z pomiaru wynika, że ponadprzeciętnie silny lęk-cecha występował u 46% badanych, natomiast o sile poniżej przeciętnej u 31%. Przeciętne nasilenie lęku-cechy stwierdzono u 23% pielęgniarek (ryc. 2, 3).

Negatywne emocje związane z myśleniem o śmierci są czynnikiem stresogennym, dlatego zbadano sposób radzenia sobie ze stresem, używając kwestionariusza CISS. Uzyskane dane pozwalają określić dominujący styl radzenia sobie ze stresem. Zadaniową reakcją na stres (SSZ) zarejestrowano u 22% pielęgniarek, styl skoncentrowany na emocjach (SSE) występował u 9%



Rycina 2. Siła lęku–stanu przed śmiercią u pielęgniarek

Figure 2. The intensity of nurses anxiety–status towards death

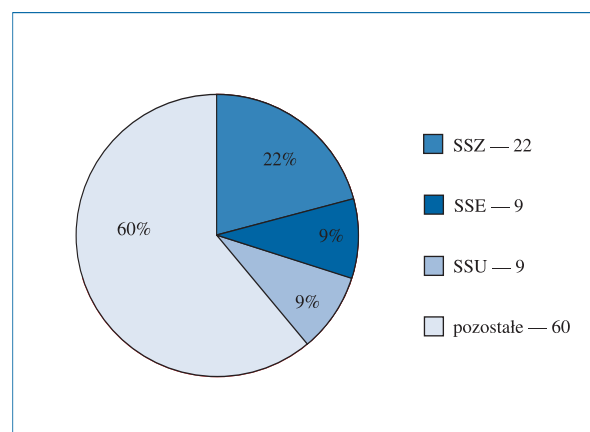


Rycina 3. Siła lęku–cechy u pielęgniarek

Figure 3. The intensity of nurses anxiety–quality towards death

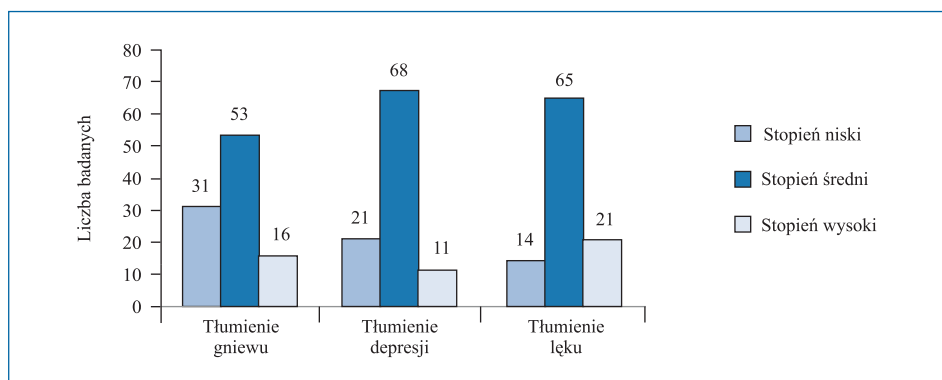
osób, zaś styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) zaobserwowano również u 9% badanych. Aż 60% respondentów nie stosuje w dominujący sposób żadnego z omawianych stylów radzenia sobie ze stresem (ryc. 4).

Innym sposobem łagodzenia negatywnych emocji może być mechanizm ich tłumienia. Kwestionariusz CECS służy do pomiaru wielkości tłumienia gniewu, depresji i lęku, wyrażonych w wartościach liczbowych na kontinuum między 7 a 28. Liczba 7 oznacza najniższy stopień tłumienia, natomiast liczba 28 — najwyższy. Okazało się, że zdecydowana większość pielęgniarek stosuje właśnie ten sposób radzenia sobie z silnymi emocjami. Jednak najczęściej osób lokalizuje się w przedziale wartości średnich 14–21 punktów, co stanowi w przybliżeniu środkowy przedział kontinuum tłumienia. Gniew tłumiony jest w stopniu średnim i wysokim przez 69% osób, depresja przez 72%, a lęk przez 76%



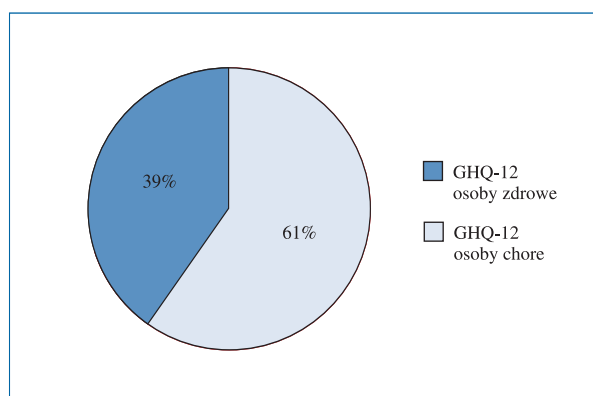
Rycina 4. Style radzenia sobie ze stresem u pielęgniarek

Figure 4. The nurses coping style



Rycina 5. Stopień tłumienia gniewu, depresji i lęku u pielęgniarek

Figure 5. The intensity of nurses suppression or irritation, depression and anxiety



Rycina 6. Liczba zdrowych do chorych pielęgniarek według GHQ-12

Figure 6. The number of healthy and ill nurses

badanych. Zdecydowana większość respondentów stosuje zatem tłumienie silnych emocji, jako mechanizm obrony osobowości (ryc. 5).

Respondenci określili także poziom swojego zdrowia, używając skali GHQ-12. Na podstawie pomiaru okazało się, że w grupie badanych było 61% pielęgniarek zdrowych i 39% osób z zaburzeniami zdrowia emocjonalnego. Kwestionariusz GHQ-12 nie definiuje rodzaju i stopnia nasilenia dysfunkcji, określa jedynie, czy dana osoba jest zdrowa, czy chora (ryc. 6).

Dyskusja

Reakcja negatywnymi uczuciami na śmierć człowieka charakteryzuje ludzi kultury zachodu. W wielu uczelniach medycznych świata zachodniego powstają programy mające na celu zmniejszenie lęku i przygnębienia wobec śmierci pacjentów [2–4], bowiem stwierdzono, że negatywne emocje personelu utrudniają lub unie-

możliwiają optymalną opiekę nad osobami umierającymi. Na ten problem wiele lat temu zwróciła uwagę Kübler-Ross [5], przekraczając barierę strachu w kontakcie z pacjentami w terminalnej fazie śmiertelnej choroby. Okazało się, że negatywne emocjonalne postawy wobec śmierci podlegają zmianie. Racjonalna Terapia Zachowań [6] jest jedną ze skuteczniejszych metod leczenia lęku przed śmiercią, z której korzysta w swoim programie terapeutycznym Simonton [7]. W programie tym, w celu przekształcenia swoich negatywnych postaw wobec śmierci uczestniczą także lekarze i pielęgniarki.

Lęk przed śmiercią wydaje się naturalną reakcją na zagrożenie. Jednak jest on na tyle silny i absorbujący, że może utrudniać podejmowanie życiowych zadań. Dlatego, mimo pozytywnej intencji ochrony przed zniszczeniem, może prowadzić do destrukcji. Z tej perspektywy lęk przed śmiercią jest reakcją nieadaptacyjną. Według Spielberga lęk jest zbiorem subiektywnych, świadomie postrzeganych uczuć obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego [8]. Ta reakcja występuje w obliczu rzeczywistych zagrożeń, ale także nasze własne myśli mogą być źródłem silnych emocjonalnych napięć. Okazało się, że człowiek reaguje z taką samą siłą na słowo „śmierć” jak na kontakt z umierającym pacjentem. Dlatego możliwe było zbadanie poziomu lęku przed śmiercią w warunkach laboratoryjnych.

W zdecydowanej większości badanej grupy występowały silny lęk i przygnębienie na myśl o własnej śmierci, a także na myśl o śmierci bliskiej osoby. Natomiast połowa respondentów (52%) przeżywała lęk wobec śmierci pacjentów w stopniu niskim i średnim, zaś 1/4 pielęgniarek w stopniu wysokim i bardzo wysokim. Pomiar lęku–stanu wobec śmierci wskazuje na dużą skalę tego zjawiska, bowiem 74% badanych przeżywało ten lęk z ponadprzeciętną siłą. Można zatem przypuszczać,

że zdecydowana większość pielęgniariek w relacji z pacjentami umierającymi może być owładnięta bardzo silnym lękiem, który skłania do poszukiwania różnych sposobów radzenia sobie z istniejącym napięciem. Z badań Piotrowskiego i Żemojtel-Piotrowskiej [9] wynika, że poziom lęku przed śmiercią wzrasta wraz z poziomem reaktywności emocjonalnej i dodatnio koreluje z poziomem neurotyzmu i ekstrawersji. Dlatego można przypuszczać, że w tej grupie osób może dodatkowo występować neurotyczność, jako cecha osobowości polegająca na silnym niezrównoważeniu emocjonalnym o charakterze nerwicowym, niskiej odporności na stres, skłonności do popadania w stany lękowe. To dodatkowo może pogarszać sytuację zdrowotną badanych pielęgniariek i jest sygnałem o poważnym zagrożeniu ich zdrowia w związku z pielęgowaniem umierających pacjentów. Znamienne jest także to, że prawie połowa badanych (46%) charakteryzuje się ponadprzeciętnie silnym lękiem – cechą osobowości, a więc względnie trwałą dyspozycją utrzymującą się przez większość życia. Lęk – cecha jest to motyw lub nabyta dyspozycja behawioralna, która czyni człowieka podatnym na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa [8]. Oznacza to, że w sytuacjach rzeczywistego lub wyobrazonego kontaktu ze śmiercią reakcja lękiem może być niewspółmiernie wysoka do siły bodźca. Świadczy to także o skłonności prawie połowy pielęgniariek do nieadekwatnej oceny rzeczywistości własnej i innych ludzi w sytuacji poczucia zagrożenia.

Tak wygórowana reakcja negatywnymi uczuciami na śmierć innych ludzi powinna spowodować uruchomienie mechanizmów obronnych osobowości, a także podjęcie świadomych kroków zaradczych. Takim świadomym działaniem są metody radzenia sobie ze stresem. Okazało się, że w sytuacji stresu tylko 22% badanych stosuje styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ). Oznacza to, że pielęgniarki te mają tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu przez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji [10]. Zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem charakterystyczny jest dla osób z wysoką inteligencją emocjonalną i wysokimi kompetencjami społecznymi [11]. Jedyne 9% osób stosuje styl skoncentrowany na emocjach (SSE), co oznacza, że w sytuacjach stresowych osoby te mają tendencję do skupiania się na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy i napięcie [12]. Towarzyszy temu myślenie życzeniowe i fantazjowanie, które nie prowadzi do aktywnych form rozwiązania problemu. Osoby stosujące emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem cechują się niskimi kompetencjami społecznymi i niską inteligencją emocjonalną, a także występują

u nich wyższy poziom neurotyczności [13]. Również 1/10 badanych stosuje styl skoncentrowany na unikaniu (SSU), który polega na wystrzeganiu się myślenia, przeżywania i doświadczania określonych sytuacji stresowych [14], na przykład myślenia o śmierci, doświadczania umierania innych ludzi, unikania chodzenia na pogrzeby. Osoby takie chętnie podejmują czynności zastępcze, takie jak oglądanie telewizji, objadanie się, myślenie o sprawach przyjemnych, sen, albo poszukują towarzystwa innych ludzi. Z badań Wrześniewskiego i wsp. [15] wynika, że emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem silnie koreluje z poziomem lęku.

Aż 60% badanych pielęgniariek nie stosuje w dominujący sposób jednego z omawianych stylów radzenia sobie ze stresem, zatem trudno jest ocenić skuteczność podejmowanych przez nie wysiłków. Z całą pewnością można stwierdzić, że tylko 1/5 badanych pielęgniariek efektywnie poradzi sobie z emocjami w sytuacji stresu i konstruktywnie rozwiąże bieżące problemy. Również ta grupa osób może nieurazająco towarzyszyć umierającym pacjentom. Pozostała część badanych (78%) wymaga pomocy w zmianie emocjonalnej postawy wobec śmierci i kształtowania konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Potwierdza to także pomiar stopnia tłumienia negatywnych emocji: gniewu, depresji i lęku. Zdecydowana większość badanych pielęgniariek stosowała mechanizm tłumienia jako sposób poradzenia sobie z negatywnymi emocjami. W stopniu średnim i wysokim gniew tłumiony był przez 69% osób, depresja przez 72%, a lęk przez 76% respondentów. Wyniki te są alarmujące, bowiem tłumienie wyrażania emocji prowadzi do ich nasilenia lub też przyczynia się do ich długotrwałego utrzymywania się w postaci napięcia emocjonalnego. Z badań różnych autorów [16] wynika, że tłumienie emocji jest niebezpieczne dla zdrowia człowieka. Niewyrażony gniew może prowadzić do niektórych chorób, a złość może powodować wzrost ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie tętna i częściej występuje u osób z chorobą wieńcową i nadciśnieniem tętniczym. Niewyrażone emocje stają się przyczyną zaburzeń nerwicowych i chorób psychosomatycznych.

Na podstawie dotychczasowych rozważań można byłoby przypuszczać, że sytuacja zdrowotna badanych pielęgniariek jest niekorzystna. Potwierdza to pomiar stanu zdrowia (GHQ-12), na podstawie którego zaobserwowano pozytywny wymiar zdrowia jedynie u ponad połowy badanych pielęgniariek (61%). Zaburzenia zdrowia stwierdzono aż u 39% respondentów. Z badań nad osobami pracującymi, prowadzonych przez Makowską i Merecz, wynika, że zaburzenia zdrowia występowały tylko u 26,6% respondentów i był to wynik wyższy od oczekiwanego [17]. Na tej podstawie można wnioskować, że stan zdrowia pielęgniariek jest zdecydowanie niezadowolający.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że:

- zdecydowana większość badanych pielęgniarek (74%) przeżywa ponadprzeciętnie silny lęk związany ze śmiercią;
- tylko 1/5 osób stosuje skuteczny, zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem (SSZ), natomiast 78% pielęgniarek nieefektywnie reaguje na stres;
- zdecydowana większość pielęgniarek stosuje tłumienie gniewu (69% osób), depresji (72%) i lęku (76%), jako sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami;
- u blisko połowy pielęgniarek (39%) stwierdzono zaburzenia stanu zdrowia, kwalifikujące do udzielenia profesjonalnej pomocy.

Powyższe wnioski skłaniają do sformułowania uogólnienia o występowaniu negatywnej sytuacji emocjonalnej pielęgniarek, jako reakcji na śmierć innych ludzi, przy jednoczesnym dużym deficycie efektywnych sposobów radzenia sobie z trudnościami, co może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia w badanej grupie.

Wdrożenie programów profilaktyki i terapii, a także superwizji klinicznej w pielęgniarstwie mogłoby poprawić emocjonalną i zdrowotną sytuację pielęgniarek oraz mogłoby podnieść jakość opieki nad pacjentami umierającymi.

Piśmiennictwo

1. Wirga M. Teoria biologia i terapia w psychoneuroimmunologii. <http://www.simonton.pl/pni/pni1.html>; 20.10.2007
2. Hurtig W.A., Stewin L. The effect of death education and experience on nursing students' attitude towards death. *Journal of Advanced Nursing* 1990; 15 (1): 29–34.
3. Mallory J.L. The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing* 2003; 19 (5): 305–312
4. Mok E., Lee W.M., Kamyuet Wong F. The issue of death and dying: employing problem-based learning in nursing education. *Nursing Education Today* 2002; 22 Elsevier Science Ltd 319–329.
5. Kubler-Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Media Rodzina, Poznań 2002.
6. Maultsby M.C. *Racjonalna terapia zachowań. Podręcznik psychoterapii*. Fundacja ALTERNA, Poznań 1992.
7. Simonton C. *Powrót do zdrowia*. Wydawnictwo Ravi, Łódź 1998.
8. Spielberger C.D. Theory and research on anxiety. W: Spielberger C.D. (red.). *Anxiety and Behaviour*. Academic Press, New York 1966; 3–20.
9. Piotrowski J., Żemojtel-Piotrowska M. Postawa wobec śmierci a podstawowa struktura osobowości. *Psychologia jakości życia* 2004;
10. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych*. Pracownia testów Psychologicznych, Warszawa 2007.
11. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych*. Pracownia testów Psychologicznych, Warszawa 2007.
12. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych*. Pracownia testów Psychologicznych, Warszawa 2007.
13. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych*. Pracownia testów Psychologicznych, Warszawa 2007.
14. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych*. Pracownia testów Psychologicznych, Warszawa 2007.
15. Wrześniewski K., Sosnowski T., Matusiak D. *Inwentarz stanu i cechy lęku*. Polska adaptacja STAI. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2002.
16. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001; 55–59.
17. Makowska Z., Merez D. *Polska adaptacja kwestionariuszy ogólnego stanu zdrowia Davida Goldberga*. W: *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga*. Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, Łódź 2001; 244.