

Ewa Wilczek-Rużyczka¹, Elżbieta Zajkowska², Katarzyna Wojtas¹

POSTAWY LEKARZY I PIEŁĘGNIAREK WOBEC CIERPIENIA

ATTITUDES OF DOCTORS AND NURSES TOWARDS SUFFERING

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM
Kierownik: prof. dr hab. Antoni Czupryna

²Miejski Szpital w Myślenicach, Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej

suffering
attitude
pain

Wyniki badań przedstawione w pracy potwierdzają postawioną przez autorki hipotezę, zakładającą związek między doświadczeniem własnego cierpienia u lekarzy i pielęgniarek a późniejszymi ich postawami w stosunku do ich cierpiących pacjentów. Wynika z tego, że jeśli osoba opiekująca się cierpiącym sama wykaże akceptację wobec faktu cierpienia, to pomoże choremu pogodzić się z zaistniałą w jego życiu sytuacją. Ponadto w oparciu o badania Kwestionariuszem Postaw Wobec Cierpienia Makselona, wykazano pozytywne postawy zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek wobec cierpienia, wskazujące na istnienie przewagi komponenty postawy poznawczo-emocjonalnej nad behawioralną.

Summary. The world of suffering is extremely varied in its structure, dimensions and consequences. It refers to each of us in a different way according to our personal sensitivity and the structure of personality. However, it often happens that while experiencing suffering we feel crushed with its suddenness and strength. There are many attitudes to suffering. Everybody suffers in their own unique way, which is conditioned by an individual hierarchy of values. The aim of this research was to get to know the attitude of doctors and nurses to their own and other people's suffering and to recognise those aspects of life which have an influence on creating those attitudes in groups under research. In connection with all this, some research hypotheses were proposed assuming adoption, of positive attitudes to suffering in which the emotional component and relation between own experience of suffering by doctors and nurses and the subsequent attitudes of therapeutic team predominate. To conduct the research a questionnaire which contains questions about the demographic and problematic character referring to opinions of own suffering experienced by those under research and attitude to the patients was individually elaborated. The research was conducted in a group of 40 doctors and 40 nurses.

As a result of the research the positive attitudes to suffering have been proved among both doctors and nurses. However, among nurses, some predominance of emotional component has been noticed. There is predominance of the cognitive-emotional component over the behavioural in the whole group under research.

Wstęp

Autorki przyjęły definicję postawy jako względnie trwałej struktury (lub dyspozycji do pojawienia się takiej struktury) procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji do zachowań, w której wyraża się określony stosunek do danego przedmiotu [1]. Przez strukturę postawy rozumiemy jej główne składowe, które mogą być przedmiotem badań: element poznawczy, tendencje do określonych zachowań oraz stosunek emocjonalny.

Komponenta poznawcza postawy to treść poznana obecnie i nakładająca się na znaną poprzednio, w której istotnym czynnikiem jest mechanizm samowiedzy i procesów uczenia się [2]. Komponent emocjonalny postawy zawiera pozytywne, negatywne lub obojętne ustosunkowanie się do przedmiotu postawy, natomiast komponent behawioralny akcentuje typ zachowania i względnie stałe sposoby reagowania na określone bodźce [2].

Praca wśród osób cierpiących wymaga wrodzonych predyspozycji osobowościowych, można nawet zaryzykować stwierdzenie, że nadzwyczajnych. Od członków zespołu terapeutycznego oczekuje się nie tylko fachowej wiedzy, jak uśmierzyć ból, ale umiejętności towarzyszenia, zrozumienia i okazywania nadziei, proporcjonalnej do stanu i możliwości osoby cierpiącej. Osoby świadczące opiekę chorym muszą mieć świadomość, że cierpienie fizyczne wpływa na sferę psychiczną, powodując często negatywne reakcje emocjonalne: okazywanie frustracji, złości, buntu. Zachowania te są wynikiem bezradności chorego, braku jego pogodzenia się z cierpieniem, dlatego tak ważna jest wspomniana zdolność do zrozumienia zachowania człowieka i niewydawania opinii w schemacie „dobry” lub „zły” pacjent. Wydaje się, że warto w tym miejscu zwrócić uwagę na filozoficzny aspekt cierpienia w ujęciu M. Schellera. Autor podkreśla, że wszystkie rodzaje cierpienia, bez względu na zachowanie osoby cierpiącej, są „jedynie subiektywnymi psychicznymi odzwierciedleniami i korelatami obiektywnych procesów ofiary” [3, s.12]. Cierpienie osób chorych stawia przed bliskimi konieczność odpowiedzi na wiele pytań — czym ono jest, co jest jego źródłem i jaki ma sens. Jak się wydaje, początkowo cierpienie jest tylko pytaniem, „dlaczego”? Jest wyrazem buntu, braku zgody, rodzajem skargi. Jest wtedy też absolutną samotnością: zanurzony w bolesnym, „dlaczego”, odwrócony od świata i ludzi, człowiek cierpi sam i nie znajduje dla swego cierpienia żadnego wytłumaczenia.

Psychologiczny aspekt cierpienia akcentuje Lukas, który twierdzi, że człowiek nie cierpi z powodu sytuacji naturalnej, w jakiej się znajduje, ale z powodu braku jej sensu. Cierpi nie dlatego, że nie zaspokaja swoich potrzeb, ale dlatego, że nie znajduje dla tego niezaspokajania żadnego uzasadnienia [za: 4]. Frankl zaś podkreśla, że tylko o człowieku można powiedzieć, że jest cierpiący. Cierpieć bowiem to zajmować postawę wobec tego, co się w życiu przydarza i tego, co jest bolesne, zarazem znaczy to nie podlegać losowi i nie być przez ten los kształtowanym do końca, wyrastać ponad ten los i samemu go kształtować. Przy takim rozumieniu ludzkiego cierpienia wcale nie paradoksalnie brzmi credo Frankla, które czyni przewodnim w swej terapeutycznej praktyce. Mówi ono, że zadaniem lekarza terapeuty jest nie tyle pozbawiać ludzi cierpień, ile uczyć cierpienia znosić [5].

Nie wydaje się możliwe, by można było kogoś nauczyć postawy akceptacji cierpienia i aby można było wskazać sens, jaki w nim tkwi. Jest raczej tak, że człowiek sam, cierpiąc, musi do tej postawy dorastać; postawa ta zawsze związana jest z jakąś osobistą decyzją i z osobistym zawierzeniem. Nigdy też nie można przewidzieć, jak człowiek zachowa się w konkretnej sytuacji wywołującej ból, słabość, chorobę czy smutek. Nie wiadomo, co musi tak naprawdę w nim zająć, aby mógł się wznieść ponad swój ból, swoją rozpacz, smutek i lęk. To zaś, jak cierpi, ma wpływ na całe jego życie. Ten, kto odkrywa w cierpieniu sens — usensownia całe życie i zmienia cały świat na lepszy [5].

Temat ten jest istotny w pracy lekarza i pielęgniarki niezależnie od miejsca świadczenia usług leczniczych i pielęgnacyjnych, dlatego podjęte badania mają na celu rozpoznanie

postaw prezentowanych przez pielęgniarki i lekarzy wobec cierpienia oraz źródeł i czynników je kształtujących.

Narzędzie badawcze

Wykorzystane narzędzie powstało na podstawie Kwestionariusza Postaw wobec Cierpienia, który został opracowany w Katedrze Psychologii Religii w Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie. Składa się ono z 36 pytań: 1 pytanie otwarte, 18 półotwartych i 17 zamkniętych, zawierając część socjodemograficzną i problemową dotyczącą postaw pielęgniarek oraz lekarzy wobec własnego cierpienia oraz stosunku do podmiotu opieki, jakim jest cierpiący pacjent.

Charakterystyka badanych

Badaniami objęto 40 lekarzy i 40 pielęgniarek pracujących w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w jednym z miast Małopolski. Badani zatrudnieni byli na oddziałach: chirurgii i ortopedii, chorób wewnętrznych i intensywnej terapii kardiologicznej oraz stacji dializ. Zdecydowaną większość respondentów stanowiły kobiety (67,0%), a pod względem wieku przeważały osoby z przedziału 28–35 lat. Staż pracy, mierzony w latach, wynosił średnio w grupie lekarzy 12,3, a pielęgniarek — 16,6.

Świadczenie pomocy osobom cierpiącym, umiejętność towarzyszenia oraz przyjmowania pozytywnej postawy wobec podmiotu opieki i samego faktu cierpienia, wynika niewątpliwie z predyspozycji osobowościowych. Przez 87,1% lekarzy i 57,7% pielęgniarek termin „empatia” jest rozumiany poprawnie ($p = 0,002$), w przeciwieństwie do 12,9% lekarzy i 38,46% pielęgniarek ($p = 0,005$). Wyniki przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Rozumienie terminu empatia

Odpowiedź	Lekarze	Pielęgniarki	Wartość p
prawidłowa	87,1%	57,7%	$p = 0,002$
nieprawidłowa	12,9%	38,46%	$p = 0,005$

Według badanych tematyka traktująca o cierpieniu drugiego człowieka podejmowana jest na zajęciach w znikomym zakresie, natomiast 32,5% lekarzy i 15% pielęgniarek twierdzi, że w ogóle nie porusza się takich zagadnień ($p = 0,03$). Dane przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Tematyka cierpienia w toku kształcenia

Odpowiedź	Lekarze	Pielęgniarki	Wartość p
brak analizy zagadnienia	32,5%	15,0%	$P = 0,03$

Doświadczenie cierpienia przez ankietowanych i towarzyszące im uczucia

Dla 52,5% pielęgniarek i 20,0% lekarzy choroba matki/ojca była pierwszym kontaktem z cierpieniem, natomiast pierwszy kontakt z osobą cierpiącą spoza rodziny wskazany został przez 17,5% lekarzy i 2,5% pielęgniarek. Omawiane wyniki ilustruje tabela 3.

Tabela 3. Pierwszy kontakt z cierpieniem

Odpowiedź	Lekarze	Pielęgniarki	Wartość p
choroba matki, ojca	20,0%	52,5%	p = 0,001
choroba obcej osoby	17,5%	2,5%	p = 0,01

Wśród badanych, zarówno w grupie lekarzy, jak i pielęgniarek — odpowiednio 65,0% i 62,5% — o cierpieniu rozmawia się w razie konieczności, natomiast otwarcie na ten temat dyskusje prowadzi tylko 27,5% lekarzy i 32,5% pielęgniarek.

Jako główny czynnik wpływający na przyjęcie określonej postawy wobec cierpienia, 40,0% pielęgniarek i 25,0% lekarzy wskazało cierpienie najbliższej osoby. Dla 30,0% pielęgniarek i 25,0% lekarzy jest to konsekwencja wychowania religijnego. Nikt z badanych osób nie wskazał na udział mediów w kształtowaniu postawy w tym zakresie. Wśród opinii 40,0% pielęgniarek i 28,0% lekarzy *Biblia* pozwala rozwijać postawę wobec omawianego zagadnienia, natomiast dla 28,0% lekarzy nie ma lektury, która mogłaby mieć udział w przyjmowanym stosunku do cierpienia. Rolę wiary w tej kwestii uznało 55,0% pielęgniarek i 47,5% lekarzy.

Pozytywnie o wrażliwości i altruizmie 72,5% lekarzy i 67,5% pielęgniarek świadczy gotowość, aby za kogoś cierpieć. Ocalenie życia innej osobie, z którą respondenci nie są związani emocjonalnie, deklaruje 22,5% pielęgniarek i 12,5% lekarzy.

Badane pielęgniarki i lekarze o własnym cierpieniu myślą tylko czasami (odpowiednio 65,0% i 50,0% badanych). Różnica istotna statystycznie dotyczy wskazania odpowiedzi, że o własnym cierpieniu ankietowani myślą nie częściej niż raz w roku ($p = 0,003$). Na granicy istotności ($p = 0,05$) znajduje się odpowiedź: „często myślę o własnym cierpieniu” (tab. 4).

Tabela 4. Refleksje o własnym cierpieniu

Odpowiedź	Lekarze	Pielęgniarki	Wartość p
często	7,5%	20,0%	p = 0,05
rzadko (nie częściej niż raz w roku)	27,5%	5,0%	p = 0,003

Najtrudniejsze w cierpieniu dla 60,0% ogółu badanych jest uczucie bezsilności, uczucie bólu — wskazane przez 22,5% pielęgniarek (tylko dla 5,0% lekarzy ból stanowi istotny problem – $p = 0,01$), oraz poczucie oczekiwania i niepewności, strachu i obawy — wskazane przez 12,5% lekarzy (tab. 5).

Tabela 5. Najtrudniejsze uczucie we własnym cierpieniu

Odpowiedź	Lekarze	Pielęgniarki	Wartość p
ból	5,0%	22,5%	p = 0,01
oczekiwanie i niepewność, strach, obawa, trwanie cierpienia	12,5%	0%	p = 0,01

W obliczu cierpienia własnego lub w zetknięciu się z cierpieniem drugiego człowieka — 5,0% lekarzy i 22,5% pielęgniarek wskazało na pozytywne przemiany w ich życiu: „doceniam życie” ($p=0,01$), natomiast 15,0% lekarzy i 2,5% pielęgniarek podało „uwrażliwiłem się na cierpienia innych lub cierpienie wyzwoliło we mnie potrzebę walki” — to przykładowe wypowiedzi ankietowanych. Różnica wskazań tych odpowiedzi okazała się istotna statystycznie ($p = 0,02$) (tab. 6).

Tabela 6. Wpływ doświadczonego cierpienia na postawy

Odpowiedź	Lekarze	Pielęgniarki	Wartość p
doceniam życie	5,0%	22,5%	$p = 0,01$
• uwrażliwiłem/am się na cierpienia innych, • zgadzam się na to, na co nie mam wpływu, potrzeba walki	15,0%	2,5%	$p=0,02$

Pomoc osobom cierpiącym

Gdyby cierpienie dotknęło badanych, oczekiwaliby oni głównie obecności drugiego człowieka (37,5% lekarzy, 22,5% pielęgniarek). Słowa i gesty pociechy nie miałyby natomiast większego znaczenia zarówno dla 2,5% badanych. Zrozumienie, jako istotna pomoc, zostało wskazane przez 10,0% lekarzy i 25,0% pielęgniarek ($p = 0,04$) (tab. 7).

Tabela 7. Oczekiwania we własnym cierpieniu

Odpowiedź	Lekarze	Pielęgniarki	Wartość p
zrozumienie	10,0%	25,0%	$p=0,04$

Omawiane formy pomocy oczekiwane byłyby od najbliższej rodziny. Takie źródło pomocy wskazane zostało przez 40,0% ogółu badanych. Znaczna grupa respondentów szukałaby pocieszenia w modlitwie i w Bogu — tak deklaruje 33,0% lekarzy i 20,0% pielęgniarek; tylko 17,5% pielęgniarek prosiłoby o pomoc Matkę Bożą ($p = 0,003$) (tab. 8).

Tabela 8. Oczekiwane źródło pomocy we własnym cierpieniu

Odpowiedź	Lekarze	Pielęgniarki	Wartość p
Matka Boska	0%	17,5%	$p = 0,003$

Dla 32,5% badanych istotne okazało się świadczenie konkretnej pomocy, a za nieco mniej ważne respondenci uznali zrozumienie, obecność drugiego człowieka i rozmowę.

Respondenci ustalili hierarchię form pomocy przypisując im rangi od 1 do 5. Pierwszą pozycję zajęłoby zaangażowanie się w stałą opiekę nad pacjentem jako najważniejszą i najbardziej potrzebną formą pomocy — za czym opowiedziało się 61,25% pielęgniarek

i lekarzy. Na drugim miejscu najwięcej osób, bo 48,75%, widziałoby pielęgnację obłożnie chorych, na trzecim rozmowę — 38,75%, a na czwartym pomoc materialną — 52,5%. Ostatnią, piątą pozycję, większość badanych, bo 58,75% — szeregując wskazane formy pomocy, przypisałaby zaangażowaniu w wolontariat.

Badani dokonali ponadto podziału cierpienia i oprócz aspektu fizycznych dolegliwości zwrócili uwagę na cierpienie psychiczne, które może dotyczyć wielu dziedzin naszego życia. Wśród 65,0% pielęgniarek i 45,0% lekarzy obecność drugiego człowieka i postawa towarzysząca okazały się najbardziej pożądaną formą pomocy ($p = 0,03$). Nikt z badanej grupy nie poleciłby natomiast telefonu zaufania, jako najskuteczniejszej formy pomocy (tab. 9).

Tabela 9. Najskuteczniejsza pomoc osobom cierpiącym psychicznie

Odpowiedź	Lekarze	Pielęgniarki	Wartość p
bycie z nimi	45,0%	65,0%	$p = 0,03$

Ocena prezentowanych komponentów postawy przez badanych

Komponent emocjonalny

Analizując komponent emocjonalny postawy, przyporządkowano mu pytania ankietowe i odpowiedź kluczową, charakteryzującą ten aspekt. Odpowiedzi w grupie lekarzy i pielęgniarek przedstawiono w formie analizy ilościowej. W większości odpowiedzi widać przewagę wskazań pielęgniarek; jedynie pierwszą, dotyczącą odczucia bólu, wskazało więcej lekarzy (22,5%) w stosunku do pielęgniarek (15,0%). W jednakowej mierze (60,0% w obu badanych grupach zawodowych) wskazano na bezsilność jako najtrudniejsze uczucie w cierpieniu. Analizując częstość odpowiedzi w porównywanych grupach za pomocą testu χ^2 nie otrzymano istotnej statystycznie różnicy. Jednak większa suma punktów w grupie pielęgniarek w stosunku do lekarzy może sugerować większą tendencję do zachowań emocjonalnych w tej grupie; być może istotna różnica zostałaby uzyskana w większej grupie badanych.

Tabela 10. Komponent emocjonalny postawy wobec cierpienia w ocenie badanych

Wyszczególnienie — ogółem 80 badanych	Badani			
	Lekarze		Pielęgniarki	
	liczba	%	liczba	%
cierpienie to odczuwanie bólu	9	22,5	6	15,0
cierpienie to uczucie bezsilności	24	60,0	24	60,0
cierpienie to wewnętrzny bunt	9	22,5	13	32,5
cierpienie najłatwiejsze do zniesienia to samotność	11	27,5	15	37,5
cierpienie znane tylko rodzinie	20	50,0	27	67,5
nastawienie wobec cierpienia: obawa	19	47,5	21	52,5
pomoc w cierpieniu to zaangażowanie	19	47,5	24	60,0

Komponent poznawczy postawy

Poznawczemu komponentowi przyporządkowano pytania ankietowe (jedną charakterystyczną odpowiedź). Pierwsze cztery wskazania w aspekcie poznawczym częściej wybierały pielęgniarki, natomiast trzy kolejne — lekarze. Otrzymane dane nie pozwoliły uzyskać różnicy istotnej statystycznie ($p = 0,35$). Rozkład odpowiedzi w obydwu grupach przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Czynniki wpływające na komponent poznawczy postawy wobec cierpienia

Wyszczególnienie — ogółem 80 badanych	Badani			
	Lekarze		Pielęgniarki	
	liczba	%	liczba	%
cierpienie kogoś bliskiego	10	25,0	16	40,0
wiara	19	47,5	22	55,0
zrozumienie i chęć pomocy	10	25,0	15	37,5
niewystarczająca liczba zajęć na studiach	22	55,0	27	67,5
cierpienie wpływa na rozwój	38	95,0	36	90,0
nadzieja dodaje sił w walce z chorobą	29	72,5	25	62,5
reakcje chorego pobudzają do poszukiwania ich źródeł	22	55,0	19	47,5

Komponent behawioralny postawy

Rozpatrując ten komponent, przyporządkowano mu pytania ankietowe i jedną najbardziej charakterystyczną odpowiedź. W tabeli 12 widać niewielką przewagę wskazań pielęgniarek, jednak dalsza analiza porównawcza nie wykazała istotnej statystycznie różnicy. Częstość wskazań na poszczególne odpowiedzi przedstawia tabela 12.

Tabela 12. Czynniki wpływające na komponent behawioralny postawy wobec cierpienia w ocenie badanych

Wyszczególnienie — ogółem 80 badanych	Badani			
	Lekarze		Pielęgniarki	
	liczba	%	liczba	%
otwarta rozmowa o cierpieniu	11	27,5	13	32,5
zgoda na cierpienie, gdyby miało to ocalić czyjeś życie	5	12,5	9	22,5
cierpienie wzbudza pytanie: „dlaczego ja?”	6	15,0	12	30,0
cierpiąc oczekiwałbym obecności innych	15	37,5	9	22,5
pomoc oczekiwana od lekarza/pielęgniarki	5	12,5	4	10,0
cierpienie należy zmniejszyć w sposób godziwy	23	57,5	24	60,0
personel ofiarowuje pomoc	14	35,0	12	30,0

Podsumowując powyższe analizy wyników, zauważa się zarówno wśród lekarzy, jak i pielęgniarek przewagę komponentu poznawczo-emocjonalnego nad behawioralnym. Porównując grupy za pomocą testu χ^2 nie uzyskano różnicy istotnej statystycznie w poszczególnych aspektach (tab. 13).

Tabela 13. Suma uzyskanych punktów w poszczególnych komponentach

parametry	Lekarze/ SD	Pielęgniarki/ SD
komponent emocjonalny	2,775 ± 1,23	3,250 ± 1,08
komponent poznawczy	3,750 ± 1,21	4,000 ± 1,20
komponent behawioralny	1,975 ± 1,16	2,075 ± 1,25
N	40	40

N — liczba badanych, SD — odchylenie standardowe

W opinii 72,5% lekarzy i 80,0% pielęgniarek cierpienie łączy się z uczuciami negatywnymi. Większość badanych (80,0% lekarzy i pielęgniarek) deklaruje pełne zrozumienia nastawienie do cierpienia. Mimo zdarzających się epizodów agresji ze strony pacjentów, 62,5% lekarzy i 70,0% pielęgniarek wyraża dalszą chęć pomocy cierpiącym. Potrzebę głębszego poznania problematyki cierpienia, wyrażającą pozytywne nastawienie, deklaruje 85,0% pielęgniarek i 67,5% lekarzy. Wobec cierpienia istniejącego w świecie zdecydowana większość respondentów podjęłaby pozytywne działania.

Dyskusja

Cierpienie, ból, dyskomfort... Gdyby zapytać ludzi o częstość ich refleksji na temat tych doznań, wiele osób byłoby zdziwionych, skąd takie pytanie. Współczesny człowiek w ferworze codziennych obowiązków i zadań nie myśli o rzeczach przykrych. Być może z wiekiem i zdobywanym doświadczeniem życiowym zmieniają się proporcje między pogonią za kolejnymi sukcesami zawodowymi i pieniędzmi a głębszymi przemyśleniami związanymi również z negatywnymi emocjami i trudnymi sytuacjami w życiu. Może niesprawiedliwie byłoby źle oceniać wszystkich, którzy nie przyjmują do wiadomości, że życie człowieka to nie tylko pasmo sukcesów, ale również przeżywanie cierpienia, wydaje się jednak, że powinna istnieć świadomość, że doświadczenie cierpienia jest realne.

Być może winne procesowi odrealniania cierpienia w życiu człowieka są lansowane przez mass media modele wychowania, nauczania, traktujące tematykę cierpienia marginalnie. Być może ucieczka od tego typu refleksji jest swoistym mechanizmem obronnym przed wszystkim, co brzydkie, trudne i niewygodne w życiu. Ale dlaczego tak się dzieje? Wydaje się, że odpowiedź jest prosta. Gdy czegoś nie znamy i nie rozumiemy, stajemy się ostrożni, wolimy raczej być asekurantami lub uznawać, że dany problem nie istnieje. Może to naturalna reakcja na coś, co wykracza poza nasz schematyczny i uporządkowany obraz rzeczywistości, w którym zjawisko cierpienia, bólu i śmierci poruszane jest tylko „przy okazji”?

Ale pojmowanie świata wyłącznie w kategorii radości i realizacji swoich zamierzeń jest pułapką, ponieważ wcześniej czy później cierpienie dotyka nas lub naszych najbliższych

i wtedy bardzo trudno jest dokonać konfrontacji z zaistniałą sytuacją. Cierpienie występuje nie tylko w wymiarze fizycznym, często — np. w chorobie przewlekłej, nowotworowej — współlistnieje z cierpieniem psychicznym, trudnym do zniesienia. W zawodach lekarza i pielęgniarki towarzyszenie osobom cierpiącym i niesienie im pomocy jest niejako wpisane w ich podstawowe działanie na niwie zawodowej.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć prace traktujące o tej tematyce i przyjmowanych określonych postawach wobec osób cierpiących. Wydaje się, że analiza postaw wobec cierpiących powinna uwzględniać aspekt historyczny i kulturowy środowiska. „Czynniki kulturowe określają postawę wobec cierpienia, nadają sposób zachowania się w danej sytuacji” [6, s. 9]. Jak pisze de Walden-Gałuszko, ból w obszarze psychicznym nie jest traktowany jednoznacznie. „W różnych kulturach, tradycjach i epokach historycznych ból bywał oceniany bardzo różnie — czasem jako zło, które trzeba bezwzględnie tępić, czasem jako wyraz dzielności bądź czynnik charakteru, czynnik »wychowawczy« uwarżliwiający na potrzeby innych lub też jako konieczność życiowa, którą należy zaakceptować” [7, s. 3]. Autorka przedstawiła również etapy bólu i wyszczególniła w nim cierpienie jako zjawisko złożone, implikowane reakcjami emocjonalnymi opierającymi się m.in. na lęku i gniewie.

W przeżywaniu cierpienia ważne są ponadto cechy osobowości i sposoby radzenia sobie z bólem. W związku z tym, w zależności od postrzegania bólu przez otoczenie, można szukać pomocy lub wręcz przeciwnie.

Umiejętność odnalezienia sensu towarzyszenia osobom cierpiącym jest trudną sztuką, która w pełni oddaje charakter holistycznej opieki świadczonej przez zespół terapeutyczny. Przykładem może być postawa prezentowana przez A. Schweitzera i C. Saunders opisaną przez B. Stelcera [8]. Schweitzer, jako osoba duchowna, lekarz oraz filozof, podejmował wszelkie działania, aby złagodzić ludzkie cierpienia. Podobną drogę działalności wybrała znana szerokiemu gronu C. Saunders, która podjęła kształcenie medyczne w celu zgłębienia tajników bólu i metod jego zwalczania. Zwraçała uwagę na wielowymiarowość aspektów odczuwanego bólu i kładła nacisk na to, że: „jeżeli pacjent zostanie wysłuchany i rozumiany, jego lęk ulegnie zmniejszeniu, to zaś umniejsza subiektywne odczucie bólu i prośby o środki medyczne przeciw niemu” (s. 54). Sposób myślenia C. Saunders znalazł odzwierciedlenie w badanej grupie, która także uważała obecność przy chorym i wykazanie się empatią za niezbędne przy udzielaniu pomocy cierpiącym (ta postawa troski o drugiego człowieka, chęć łagodzenia jego cierpienia stała się głównym wyznacznikiem ruchu hospicyjnego). Podobny pogląd na istotę empatii w procesie opiekowania się osobami cierpiącymi przedstawiła B. Czarska [9]. „Obecność lekarza empatycznego, potrafiącego wczuć się w sytuację, gwarantuje poczucie intymnego bycia rozumianym” (s. 97). Wtedy zaś możliwe jest budowanie relacji terapeutycznej i poczucia bezpieczeństwa. Ciekawe wyniki badań na temat omawianego zagadnienia przeprowadził Leppert i wsp. wśród lekarzy i studentów medycyny [10]. Autorzy ci poprosili o podanie definicji cierpienia i bólu. Ankietowani najczęściej nie rozgraniczali tych terminów i określali je mianem nieprzyjemnego odczucia, dyskomfortu. Inni definiowali ból jako doznanie psychiczne, natomiast cierpienie — jako połączenie fizycznego bólu z doznaniem duchowymi, psychicznymi. Były także opinie, że „ból i cierpienie to doznania skupiające całą uwagę chorego, uniemożliwiające jego normalne życie”. Omawiane wyniki również znalazły potwierdzenie

w opiniach badanej grupy w kwestii podziału odczuwanego cierpienia zarówno na sferę psychiczną, jak i fizyczną.

Przedstawione pokrótce opinie autorów na temat cierpienia i prezentowanych postaw wobec podmiotu opieki świadczą o tym, że zagadnienie to stanowi ważny element w zawodach medycznych. Świadomość cierpienia i koniecznej konfrontacji z nim powinna mieć potwierdzenie w realizowanych programach kształcenia przyszłych adeptów uczelni medycznych.

Może zatem stwierdzenie, że nie wydaje się możliwe, by można było kogoś nauczyć postawy akceptacji cierpienia i aby można było wskazać sens, jaki w nim tkwi, nie jest do końca prawdziwe? Jeżeli osoba opiekująca się cierpiącym sama wykaże akceptację cierpienia, to pomoże choremu pogodzić się z zaistniałą w jego życiu sytuacją.

Wnioski

- Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki wykazują wobec cierpienia postawy pozytywne. Nie ma istotnej różnicy w ich postawach, chociaż wśród pielęgniarek zauważa się pewną przewagę komponentu emocjonalnego.
- W całej badanej grupie istnieje przewaga zachowań poznawczo-emocjonalnych nad behawioralnymi.
- Osobiste cierpienie badanych ma związek z przyjmowaną postawą wobec cierpienia innych, ponadto własne cierpienie pozwoliło badanym docenić życie.
- Ważnym czynnikiem kształtującym obecną postawę wobec cierpienia było cierpienie osób bliskich, dalej — wiara i wychowanie religijne.
- Najtrudniejszym uczuciem w cierpieniu okazała się bezsilność; pielęgniarki częściej niż lekarze wskazywały także na ból.
- We własnym cierpieniu respondenci oczekiwali przede wszystkim obecności drugiego człowieka, a pielęgniarki ponadto — częściej niż lekarze — zrozumienia.
- Najwłaściwszą formą pomocy osobom dotkniętym cierpieniem psychicznym jest stała obecność; częściej wskazywały na nią pielęgniarki.
- Ogromnie ważną rolę nadziei w przeżywaniu cierpienia podkreśla większość badanych. W ocenie pielęgniarek, częściej niż lekarzy, ożywia ona wiarę w wyzdrowienie.
- W opinii badanych programy szkolne i akademickie przygotowujące do zawodów medycznych zdecydowanie zbyt słabo akcentują problematykę cierpienia.

Piśmiennictwo

1. Mika S. Psychologia społeczna. Warszawa: PWN;1981.
2. Bielecki J. Wybrane zagadnienia psychologii. Warszawa: ATK; 1986.
3. Scheller M. Cierpienie, śmierć, dalsze życie. Warszawa: PWN; 1994, 12
4. Opczyńska M. Kim jestem? Doświadczenie choroby psychicznej a stawanie się sobą. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
5. Frankl VE. Homo patiens. Warszawa: Wydawnictwo PAX; 1984.
6. Modlińska A. Jakość życia w aspekcie bólu nowotworowego. Medycyna paliatywna. 2003; 2 (4): 6–11.
7. Walden-Gałuszko K. Przedmowa. Medycyna paliatywna 2003; 2 (4) 3-5.

8. Stelcer B. Etyka czci dla życia w hospicjum. *Sztuka leczenia* 2005;11 (1–2): 53–57.
9. Czerska B. Orientacja na wartości w pracy onkologa. *Wierność. Onkologia w Praktyce Klinicznej*. 2006; 2 (3): 95–98.
10. Leppert W, Łuczak J, Góralski P. Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opiniach lekarzy i studentów medycyny. *Polska Medycyna Paliatywna* 2005; 4 (2): 67–76.
11. Makselon J. Kwestionariusz Postaw wobec Cierpienia opracowany w Katedrze Psychologii Religii w Papieskiej Akademii Teologicznej.

Adres: Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
ul. Kopernika 25
31-501 Kraków
(012) 421-41-60, ewaroz0@poczta.onet.pl

Ceny prenumeraty i pojedynczych egzemplarzy

oraz sposób zamawiania wydawnictw

Komitetu Redakcyjno-Wydawniczego
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

PSYCHIATRIA POLSKA

2008 – prenumerata roczna	80,00 zł
2008 – pojedynczy zeszyt	25,00 zł

Dla członków PTP prenumerata bezpłatna
(w ramach składki członkowskiej)

Dla lekarzy w trakcie specjalizacji (po przedstawieniu
zaświadczenia kierownika specjalizacji) prenumerata
roczna – 40 zł

2007 – prenumerata roczna	80,00 zł
2007 – pojedynczy zeszyt	25,00 zł
2006 – prenumerata roczna	80,00 zł
2006 – pojedynczy zeszyt	25,00 zł

PSYCHOTERAPIA

2008 – prenumerata roczna	60,00 zł
2008 – pojedynczy zeszyt	20,00 zł

Dla członków PTP prenumerata bezpłatna
(w ramach składki członkowskiej)

2007 – prenumerata roczna	60,00 zł
2007 – pojedynczy zeszyt	20,00 zł
2006 – prenumerata roczna	55,00 zł
2006 – pojedynczy zeszyt	20,00 zł

Dział kolportażu przyjmuje wpłaty w formie przelewów na rachunek bankowy wydawnictwa. Można ich dokonywać używając blankietów dołączonych do naszych czasopism, innych blankietów dostępnych w bankach i placówkach pocztowych a także w formie przelewów za pośrednictwem Internetu. W ten sam sposób prosimy przekazywać należności za książki z serii „Biblioteka Psychiatrii Polskiej” (wykaz dostępnych pozycji – na następnej stronie).

Zwracamy się z prośbą o możliwie wyraźne wypełnianie blankietów, co pozwoli wyeliminować ewentualne nieporozumienia przy realizacji prenumerat czasopism. Prosimy o wpisanie w rubrykach: „tytułem”

– tytułów i numerów zamawianych zeszytów, tytułów książek, ich redaktorów oraz ilości egzemplarzy.

Osoby i instytucje zainteresowane otrzymaniem faktury za zamawiane wydawnictwa prosimy o wyraźne zaznaczenie tego na blankiecie wpłaty lub poinformowanie o tym telefonicznie działu kolportażu KRW PTP pod numerami telefonu: (012) 633-12-03; (012) 633-38-69, tel/fax. (012) 633-40-67.

Uwaga! Prenumerata może być realizowana dopiero po jej opłaceniu.