

Magdalena Wnęk, Grażyna Dębska

Ból i cierpienie w opinii pielęgniarek

Wprowadzenie

Ból i cierpienie stanowią nieodłączną część życia ludzkiego. Ból to zjawisko powszechne, które doświadcza każdego człowieka od zarania dziejów¹. Ludzie odczuwają go niejednokrotnie, choć z różną intensywnością, w zależności od etapu swojego życia². Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu w 1979 roku określiło go jako: „nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne przeżycie towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanki bądź odnoszone do takiego uszkodzenia”. Ból jest również reakcją obronną ustroju, która może świadczyć o występowaniu jakiejś choroby. Dlatego jest ważnym objawem mającym wartość diagnostyczną, gdyż bardzo często to z jego powodu chory udaje się do lekarza³. W medycynie różniane są dwa podstawowe rodzaje bólu: ostry i przewlekły.

Ból ostry jest wynikiem podrażnienia receptorów bólowych (nocyceptorów) bądź też następstwem uszkodzenia struktur układu nerwowego. Jego głównym zadaniem jest zarówno rola ostrzegawcza, jak i ochronna. Najczęściej utrzymuje się do chwili zaniku bodźca, który go wywołał⁴. Zależnie od rodzaju czynnika, który wpłynął na pobudzenie nocycceptorów, ból ostry można podzielić na fizjologiczny i kliniczny. W momencie trwania bólu fizjologicznego oddziaływujący bodziec nie powoduje uszkodzenia tkanek. Inaczej jest w wypadku bólu klinicznego, gdyż powstaje on jako efekt uszkodzenia ciała, np. ból pourazowy czy pooperacyjny. Ból ostry powinien zaniknąć po kilku lub kilkunastu dniach od podjęcia właściwego leczenia przeciwbólowego, oraz w następstwie naturalnego zdrowienia. W mo-

¹ B. Wojewoda, E. Mess, M. Motylska i in., *Ból i cierpienie dziecka – pacjenta w placówce szpitalnej*, „Onkologia Polska” 2006, t. 9, nr 4, s. 129–132.

² Wilczek-Rużyczka E., *Empatia u lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia*, [w:] *Dobro chorego w medycynie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.

³ T. Radzik, *Problem bólu w opiece nad pacjentem o niepomyślnym rokowaniu*, [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, t. 1: *Założenia teoretyczne*, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 737–742.

⁴ D. Morończyk, *Do not resuscitate. Czyli kiedy można odstąpić od reanimacji*, Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków 2011.

mencie niepodjęcia lub w razie bezskutecznej terapii przeciwbólowej może przekształcić się z bólu ostrego w przewlekły⁵.

O bólu przewlekłym mówi się, jeżeli odczuwanie bólu utrzymuje się powyżej trzech miesięcy lub jest nadal obecne po zagojeniu uszkodzonych wcześniej tkanek. Pojawia się ono, pomimo że nie działa już bodziec drażniący receptory bólowe⁶. W przeciwieństwie do bólu ostrego, ból przewlekły nie pełni już roli ostrzegawczej, co w konsekwencji prowadzi do licznych nieprzyjemnych doznań. Może się przerodzić w „chorobę samą w sobie”, gdyż dotyka wszystkich sfer życia człowieka i znacząco je zmienia. Doświadczenie tego bólu jest tak mocne, że człowiek spycha wszystkie sprawy życiowe na dalszy plan. Skupienie uwagi w głównej mierze na bólu powoduje wzrost jego odczuwania. Może też wpływać na rozwój lęku i innych negatywnych emocji⁷ oraz na obniżenie poziomu życia⁸. Zależy to przede wszystkim od siły i długości trwania bólu, a nie od wywołującej go przyczyny⁹. To pokazuje, że przedstawiona na początku definicja bólu skupia się wyłącznie na jego funkcji biologicznej w ustroju¹⁰. A przecież jest to subiektywne doznanie zmysłowe, mocno złożone, dotykające prawie wszystkich sfer osobowości człowieka¹¹.

Bólowi towarzyszy cierpienie, które jest jego nieodłącznym elementem. Znany austriacki psychiatra i psychoterapeuta Viktor Frankl twierdzi, że jedynie człowiek może doświadczać cierpienia¹², które jest odpowiedzią organizmu na zadawany mu ból fizyczny lub psychiczny¹³. Cierpienie bywa także określane jako zespół różnorodnych doświadczeń, które są negatywnie odbierane przez jednostkę¹⁴. Doświadczenia te mogą dotyczyć zarówno sfery psychicznej, fizycznej, jak i duchowej człowieka. Do ich przyczyny zaliczyć można czynniki wewnętrzne, takie jak np. załamanie psychiczne czy przeżywanie jakichś wątpliwości, oraz czynniki zewnętrzne, jak np. choroba czy śmierć kogoś z rodziny.

W dzisiejszych czasach zdarza się dość powszechnie, że słowo cierpienie zastępowane jest innymi określeniami, takimi jak ból lub choroba. W wielu przypadkach zależy to od rodzaju nauki, która zajmuje się badaniami w tej kwestii. Nauki

⁵ R. Szulc, Z.N. Brzózy, *Ból*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2009, s. 126–133.

⁶ T. Radzik, *Problem bólu w opiece nad pacjentem o niepomysłnym rokowaniu*, dz. cyt.

⁷ I. Filipczak-Bryniarska, J. Wordliczek, *Lekarz wobec bólu i cierpienia człowieka*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2008, t. 2, s. 101–108.

⁸ D. Morończyk, *Do not resuscitate...*, dz. cyt.

⁹ R. Szulc, Z.N. Brzózy, *Ból*, dz. cyt.

¹⁰ I. Filipczak-Bryniarska, J. Wordliczek, *Lekarz wobec bólu...*, dz. cyt.

¹¹ R. Szulc, Z.N. Brzózy, *Ból*, dz. cyt.

¹² E. Wilczek-Rużyczka, E. Zajkowska, K. Wojtas, *Postawy lekarzy i pielęgniarek...*, dz. cyt.

¹³ A. Dyaczyńska-Herman, *Aktualne potrzeby i możliwości niesienia ulgi w cierpieniu*, [w:] *Terminalne choroby. Hospicjum*, red. K. Gibiński, Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1996.

¹⁴ L. Patyjewicz, *Doskonałca wartość cierpienia*, [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B. Blocka, W. Otrębski, WNS KUL, Lublin 1997.

przyrodnicze częściej stosują pojęcie choroby i bólu¹⁵. Jednak takie rozumowanie, ujmujące cierpienie wyłącznie w kategoriach bólu, nie pozwala do końca zrozumieć jego istoty¹⁶. Przedstawiciele nauk humanistycznych posługują się raczej terminem cierpienia. Uważają oni, że cierpienie nie jest żadnym uczuciem, ani też bólem, ponieważ „ból może istnieć bez cierpienia, a cierpienie bez bólu”. Niektórzy twierdzą wręcz, że pojęcie bólu ma nieco „węższe” znacznie niż samo pojęcie cierpienia¹⁷.

Papież Jan Paweł II w liście apostolskim *Salvifici Doloris* pisze, że „cierpienie jest czymś jeszcze bardziej podstawowym od choroby, bardziej wielorakim, a zarazem głębiej jeszcze osadzonym w całym człowieczeństwie. Jakiś pogląd na tę sprawę daje nam rozróżnienie między cierpieniem fizycznym a cierpieniem moralnym. (...) O ile można do pewnego stopnia używać zamiennie wyrazów «cierpienie» i «ból» – to «cierpienie fizyczne» zachodzi wówczas, gdy w jakikolwiek sposób «boli ciało», «cierpienie moralne» natomiast jest «bólem duszy»”¹⁸.

Słowa Ojca Świętego pokazują, że pojmowanie cierpienia zdecydowanie wychodzi poza obszar choroby. Potwierdzeniem tego staje się fakt, że ludzie mogą cierpieć także z innych przyczyn, np. z powodu samotności, upokorzenia, starości, biedy, utraty pracy¹⁹.

Współcześnie medycyna dysponuje odpowiednimi narzędziami badawczymi, by sprawdzić, jak wielki jest ból, a także dysponuje specjalnymi procedurami, które określają, jak efektywnie można go zminimalizować, a nawet całkowicie wyeliminować. Ból w tym wypadku jest akceptowany społecznie i nie wzbudza zbyt dużych kontrowersji. Inaczej jest w przypadku przeżywanego cierpienia, bolesnych doświadczeń psychicznych czy innych negatywnych objawów. Jak dotąd zarówno cierpienie fizyczne, jak i psychiczne jest terminem dosyć nieokreślonym i problematycznym. Nie istnieje ogólna definicja, która określałaby, czym są owe nieprzyjemne doznania. To z kolei powoduje, że nie istnieją również określone standardy, czy specjalne narzędzia pomagające ocenić cierpienie oraz jego wielkość²⁰.

¹⁵ J. Makselon, *Cierpienie*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2009, s. 145–149.

¹⁶ J. Łuczak, A. Kotlińska-Lemieszek, E. Bączyk, *Lekarz wobec pacjenta cierpiącego na chorobę nowotworową*, [online:] <http://www.hospicjum.wagrowiec.wlkp.pl/?a=266>, dostęp: 12.11.2010.

¹⁷ J. Łuczak, *Cierpienie. Charakterystyka, rozpoznawanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym*, [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B. Blocka, W. Otrębski, WNS KUL, Lublin 1997.

¹⁸ Jan Paweł II, *Salvifici Doloris – List apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, Watykan 1984.

¹⁹ Z. Kopański, K. Florek-Tarchoń, *Koncepcje cierpienia w poglądach studentów pielęgniarstwa*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, t. 16, z. 4, s. 359–363.

²⁰ E.I. Ezekiel, *Jakąż to wielką korzyść przyniosłaby legalizacja eutanazji i medycznie wspomaganego samobójstwa?*, [w:] *Wokół śmierci i umierania. Antologia bioetyki*, t. 1: red. W. Galewicz, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2009.

Można przedstawić następującą klasyfikację ludzkiego cierpienia:

- cierpienie fizyczne, którego przejawem może być np. choroba;
- cierpienie psychiczne, do którego zaliczyć można m.in. załamanie psychiczne;
- cierpienie duchowe – przeżywane jest w momencie np. poczucia utraty sensu życia, nieznajdywania odpowiedzi na pytanie o sens choroby²¹.

Każdy człowiek z własnego doświadczenia wie, że cierpienia te przenikają się wzajemnie i często występują razem.

Pomimo nieustannego i szybkiego rozwoju medycyny, jak dotąd cierpienia fizycznego nie udało się całkowicie wyeliminować. Tak samo cierpienie psychiczne jest obecne w świecie pomimo coraz większej zamożności i „lepszego” życia. Paradoksalnie też, im bardziej człowiek próbuje zapełnić swoją duchową pustkę sprawami przyziemnymi, tym zwiększa się również jego cierpienie duchowe²². Wśród rodzajów cierpienia wyróżnia się także:

- cierpienie zawnione i niezawnione,
- cierpienie sensowne i bezsensowne,
- krótkotrwałe i długotrwałe,
- błahe i dotkliwe,
- egzystencjalne i zwykłe,
- neurotyczne i normalne²³.

Cierpienie niezależnie od rodzaju dotyka całego człowieka²⁴, a jego przeżywanie cierpienia jest subiektywne, zależy od osobowości, od wartości, którymi człowiek kieruje się w życiu²⁵.

Celem pracy było poznanie opinii pielęgniarek na temat bólu i cierpienia.

Problemy badawcze sformułowano w postaci pytań badawczych, a jako główne przyjęto:

- Jak badane/-i pielęgniarki/-rze rozumieją ból i cierpienie?
- Jaka jest opinia badanych pielęgniarek/-rzy na temat sensu cierpienia?
- Czy u badanych pielęgniarek/-rzy istnieje różnica w postrzeganiu sensu cierpienia w zależności od stażu pracy i kontaktu z chorymi terminalnie?
- Czy u badanych pielęgniarek/-rzy występuje strach przed cierpieniem?

²¹ J. Makselon, *Cierpienie*, dz. cyt.

²² E. Wilczek-Rużyczka, *Empatia u lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia*, dz. cyt.

²³ J. Makselon, *Cierpienie*, dz. cyt.

²⁴ E. Wilczek-Rużyczka, *Empatia u lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia*, dz. cyt.

²⁵ Z. Kopański, K. Florek-Tarczoń, *Koncepcje cierpienia w poglądach studentów pielęgniarstwa*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, t. 16, z. 4, s. 359–363.

Metody i materiał badawczy

Badania prowadzono od kwietnia do sierpnia 2011 roku wśród pielęgniarek /-rzy z trzech województw: świętokrzyskiego, małopolskiego i podkarpackiego. Objęto nimi 167 pielęgniarek (w tym 157 kobiet i 10 mężczyzn) pracujących w różnych placówkach służby zdrowia. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Dobór badanej grupy był celowy.

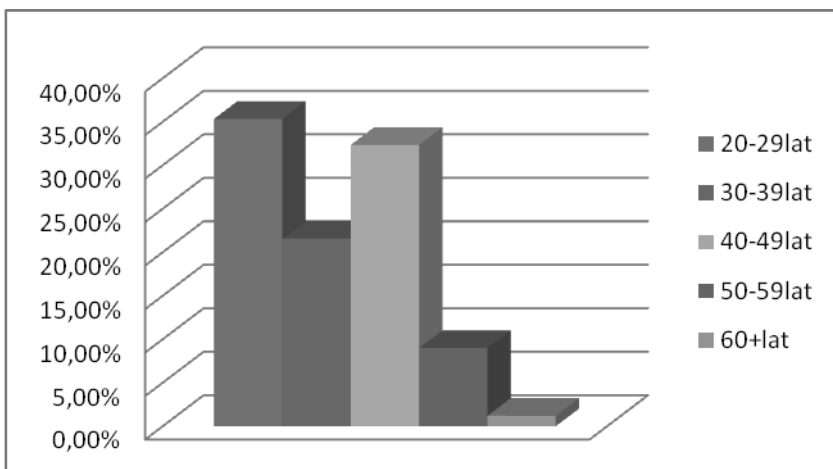
Podstawową metodą badawczą był sondaż diagnostyczny z zastosowaniem techniki ankiety. Wykorzystanym narzędziem badawczym był kwestionariusz własnego autorstwa.

Kwestionariusz autorski składał się z metryczki dotyczącej danych socjodemograficznych oraz trzydziestu czterech pytań. Większość pytań miała formę zamkniętą. W siedmiu pytaniach zamkniętych poproszono o uzasadnienie konkretnych odpowiedzi. Sześć pytań było otwartych i dziewięć półotwartych. Pytania dotyczyły bólu, cierpienia, a także stanowiska wobec sensu cierpienia u badanych pielęgniarek.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z użyciem testu χ^2 . Analizowano wyniki istotne statystycznie dla $p < 0,05$.

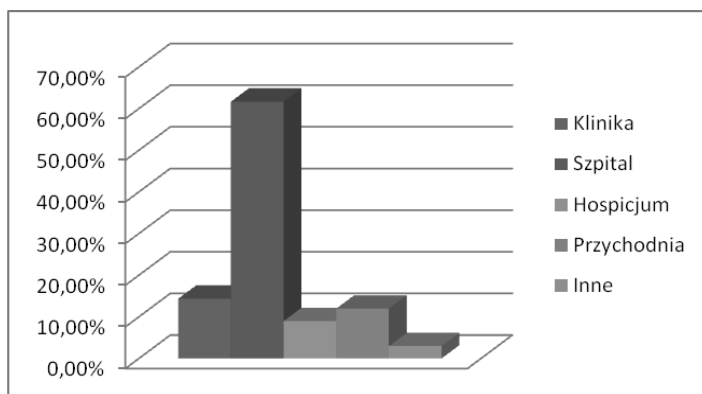
Wśród respondentów zdecydowanie przeważały kobiety, które stanowiły 94,01% (N=157), natomiast mężczyzn było jedynie 5,99% (N=10).

Najliczniejszą grupą były pielęgniarki w wieku 20–29 lat: 35,33%, nieco mniej, bo 32,34% tworzyły osoby w przedziale wiekowym 40–49 lat, następnie 21,56% w wieku 30–39 lat. Tylko 8,98% stanowili ankietowani w wieku 50–59 lat, zaś najmniejszą grupą byli badani powyżej 60. roku życia – 1,8% (wykres 1).



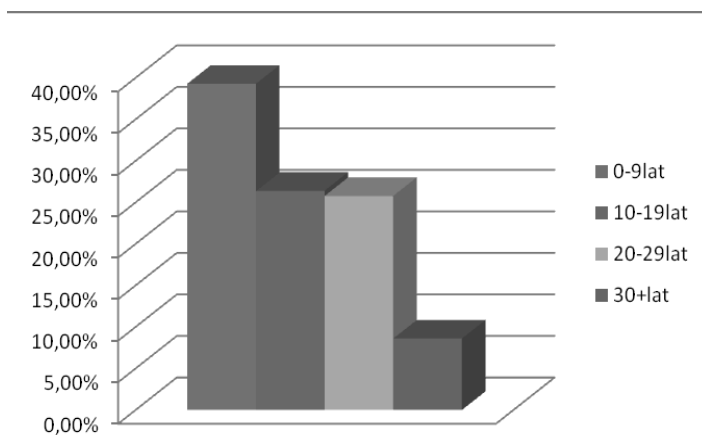
Wykres 1. Wiek badanych pielęgniarek/-rzy.

Ponad połowa ankietowanych pracuje w szpitalu – 61,68%. Zdecydowanie mniej respondentów w klinice – 14,37% i w przychodni – 11,98%. W hospicjum jedynie – 8,98% badanych. Najmniejszą grupę – 2,99%, stanowiły osoby pracujące w innych ośrodkach służby zdrowia, m.in. w domu pomocy społecznej czy w szkole (jako pielęgniarki szkolne) (wykres 2).



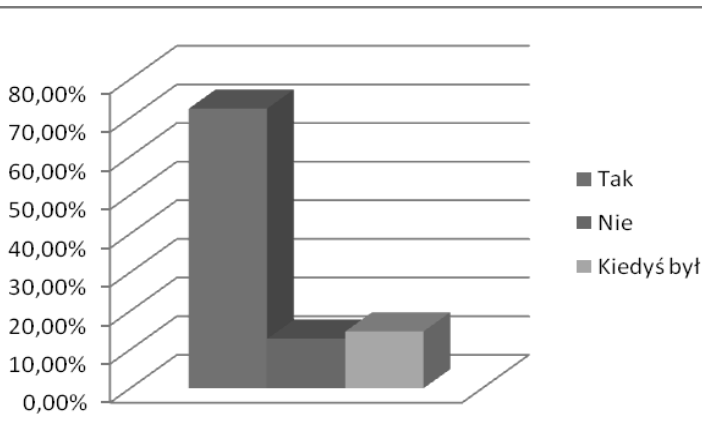
Wykres 2. Miejsce pracy badanych pielęgniarek/-rzy.

Największą grupę pod względem stażu pracy stanowiły pielęgniarki/-rze pracujący w zawodzie od 0–9 lat – 39,26%, następnie osoby pracujące 10–19 lat – 26,38%, niewiele mniej ankietowanych deklarowało się 20–29 letnim stażem, bo 25,77%. Najmniejszą grupą były pielęgniarki/-rze pracujące/-y powyżej 30 lat w swojej profesji – 8,59% (wykres 3).



Wykres 3. Staż pracy badanych pielęgniarek/-rzy.

Kontakt z terminalnie chorymi na co dzień w pracy ma 72,39% ankietowanych. Jedynie 12,88% badanych nie ma takiego kontaktu w ogóle, a 14,72% respondentów miało kontakt w przeszłości (wykres 4).



Wykres 4. Kontakt w pracy zawodowej z terminalnie chorymi.

Wyniki badań

W odpowiedzi na pytanie, czym według badanych jest ból, najczęściej, bo 33,53% pielęgniarek odpowiedziało, że ból jest dla nich nieprzyjemnym doznaniem. Nie wiele mniej, bo 31,14%, że jest on objawem choroby, uszkodzenia organizmu. Dla 28,14% ankietowanych ból jest cierpieniem, a dla 22,75% negatywnym odczuciem. Natomiast 15,57% badanych pielęgniarek podaje, że jest odczuciem fizycznym, zaś 11,98% odczuciem psychicznym. Ból jest odczuciem subiektywnym dla 10,18% respondentów, a uniemożliwia normalne funkcjonowanie 4,79% badanych. Jako odczucie duchowe jest odbierany przez 4,19% ankietowanych. Dla 1,2% osób jest bezradnością i dla takiej samej liczby osób stanowi czynnik zmniejszający jakość życia. Inne pojedyncze definicje bólu podane przez pielęgniarki to: odczuwalna jednostka w skali od 1–10, jest czymś krótszym od cierpienia, tęsknotą za brakiem cierpienia, objawem, z którym trzeba walczyć. Odpowiedzi nie udzieliło 2,99% badanych (tabela 1).

Tabela 1. Rozumienie bólu przez badane/-ych pielęgniarki/-rzy.

Lp.	Podane odpowiedzi	Badane/-i pielęgniarki/-rze	
		N	%
1	Nieprzyjemnym doznaniem	56	33,53%
2	Objawem choroby/uszkodzenia organizmu	52	31,14%
3	Cierpieniem	47	28,14%
4	Negatywnym odczuciem	38	22,75%
5	Odczuciem fizycznym	26	15,57%
6	Odczuciem psychicznym	20	11,98%
7	Odczuciem subiektywnym	17	10,18%
8	Uniemożliwia normalne funkcjonowanie	8	4,79%
9	Odczuciem duchowym	7	4,19%
10	Bezradnością	2	1,20%
11	Czynnikiem zmniejszającym jakość życia	2	1,20%
12	Inne	4	2,40%
13	Brak odpowiedzi	5	2,99%

Źródło: badania własne.

*W tabeli policzono, jaka część badanych wybierała daną odpowiedź.

Pielęgniarki poproszono również o określenie, czym według nich jest cierpienie. Prawie połowa – 45,51% – podała, że jest to odczucie psychiczne. Natomiast odczuciem fizycznym jest dla 25,75% badanych. Dla 16,77% cierpienie jest synonimem bólu, a dla 14,37% ankietowanych następstwem bólu. Nieco mniej, bo 13,17% respondentów podała, że cierpienie jest nieprzyjemnym doznaniem. Odczuciem duchowym jest dla 8,98% badanych pielęgniarek/-rzy, a po 5,99% stwierdziło, że cierpienie jest bezradnością i bólem nie do zniesienia. 5,39% respondentów odpowiedziało, że jest strachem, lękiem i niepokojem. Tyle samo, że jest długotrwałym bólem. Odczucie emocjonalne stanowi dla 4,79% ankietowanych, a dla 4,19% ból spowodowany chorobą. Cierpienie jest wyższym wymiarem bólu dla 2,99% pielęgniarek/-rzy i dla 2,99%, jest po prostu stanem człowieka. Dyskomfort stanowi dla 2,4% badanych, holistycznie obejmuje człowieka – 2,4%, jest częścią życia – 2,4%, oraz stanowi odpowiedź na działające bodźce również dla 2,4% ankietowanych. Choroba czy śmierć bliskiej osoby jest cierpieniem dla 1,8% respondentów, dla takiej samej liczby zaś trudem, niemocą, stratą i przeszkodą. Dolegliwością jest dla 1,2%, oraz niedosytem szczęścia – 1,2%. Inne, pojedyncze odpowiedzi wymieniane przez pielęgniarki to: cierpienie jest doświadczeniem pozytywnym dla człowieka, żalem za tym, co nieosiągalne, utracone, dystresem, stanem niezależnym od woli człowieka. Odpowiedzi na to pytanie nie udzieliło 5,39% ankietowanych (tabela).

Tabela 2. Rozumienie cierpienia przez badane/-ych pielęgniarki/-rzy.

Lp.	Podane odpowiedzi	Badane/-i pielęgniarki/-rze	
		N	%
1	Odczuciem psychicznym	76	45,51%
2	Odczuciem fizycznym	43	25,75%
3	Synonimem bólu	28	16,77%
4	Następstwem bólu	24	14,37%
5	Nieprzyjemnym doznaniem	22	13,17%
6	Odczuciem duchowym	15	8,98%
7	Bezradnością	10	5,99%
8	Bólem nie do zniesienia	10	5,99%
9	Strachem, lękiem, niepokojem	9	5,39%
10	Długotrwałym bólem	9	5,39%
11	Odczuciem emocjonalnym	8	4,79%
12	Bólem spowodowanym chorobą	7	4,19%
13	Wyższym wymiarem bólu	5	2,99%
14	Stanem człowieka	5	2,99%
15	Dyskomfortem	4	2,40%
16	Obejmuje holistycznie człowieka	4	2,40%
17	Częścią życia	4	2,40%
18	Odpowiedzią na działające bodźce	4	2,40%
19	Chorobą/śmiercią bliskiej osoby	3	1,80%
20	Trudem, niemocą, startą, przeszkodą	3	1,80%
21	Dolegliwością	2	1,20%
22	Niedosytem szczęścia	2	1,20%
23	Inne	4	2,40%
24	Brak odpowiedzi	9	5,39%

Źródło: badania własne.

* W tabeli policzono, jaka część badanych wybierała daną odpowiedź.

Kolejne pytanie miało na celu uzyskanie informacji, czy według pielęgniarek/-rzy ból i cierpienie to synonimy. Z badań wynika, że dla 64,07% respondentów są to słowa o takim samym znaczeniu. Przeciwnego zdania było 31,74% ankietowanych. Do braku wiedzy na ten temat przyznało się 4,19% badanych (tabela 3).

Tabela 3. Czy ból i cierpienie to synonimy według badanych pielęgniarek/rzy

Lp.	Możliwe odpowiedzi	Badane/-i pielęgniarki/-rze	
		N	%
1	Tak	46	27,54%
2	Raczej tak	61	36,53%
3	Nie	37	22,16%
4	Raczej nie	16	9,58%
5	Nie wiem	7	4,19%

Źródło: badania własne.

Pielęgniarki, które odpowiedziały, że ból i cierpienie to nie są synonimy, poproszono, aby podały, jaka według nich jest pomiędzy nimi różnica. Dla zdecydowanej większości badanych – 86,79% ból jest doznaniem fizycznym, a cierpienie psychicznym. Wśród respondentów 28,3% twierdzi, że można cierpieć, nie odczuwając bólu, a 26,42%, że cierpienie obejmuje całego człowieka. Nieco mniej, bo 9,43% ankietowanych uważa, że ból jest objawem choroby, zaś 7,55%, że może on być przyczyną cierpienia. Natomiast 5,66% podała, że to właśnie cierpienie może stanowić przyczynę bólu. Dla 3,77% pielęgniarek cierpienie psychiczne daje objawy bólu fizycznego. Inne pojedyncze odpowiedzi to: ból jest składową cierpienia dla 1,89% badanych i również dla 1,89% cierpieniem może być ból innej osoby. Odpowiedzi nie udzieliło 5,66% badanych (tabela 4).

Tabela 4. Różnica pomiędzy bólem a cierpieniem w opinii badanych pielęgniarek/-rzy.

Lp.	Podane odpowiedzi	Badane/-i pielęgniarki/-rze	
		N	%
1	Ból to doznanie fizyczne. Cierpieć można psychicznie	46	86,79%
2	Można cierpieć nie odczuwając bólu	15	28,3%
3	Cierpienie obejmuje całego człowieka	14	26,42%
4	Ból to objaw choroby	5	9,43%
5	Ból może być przyczyną cierpienia	4	7,55%
6	Cierpienie może być przyczyną bólu	3	5,66%
7	Ból można zniwelować lekami, a cierpienia nie	3	5,66%
8	Cierpienie psychiczne daje objawy bólu fizycznego	2	3,77%
9	Ból to składowa cierpienia	1	1,89%
10	Cierpieniem może być ból innej osoby	1	1,89%
11	Brak odpowiedzi	3	5,66%

Źródło: badania własne.

* W tabeli policzono, jaka część badanych wybierała daną odpowiedź.

Ankietowane pielęgniarki/-rzy zapytano także o znajomość rodzajów cierpienia. Ponad połowa badanych wymieniła cierpienie fizyczne – 64,07%, oraz psychiczne – 62,87%. Nieco mniej, bo 22,16% respondentów wskazało cierpienie w chorobie, 20,96% cierpienie duchowe, a 6,59% emocjonalne. Zaś 5,99% badanych podała cierpienie egzystencjalne. Utrata kogoś bliskiego jest rodzajem cierpienia dla 5,39% ankietowanych. Niewielka część, bo 4,19% jako rodzaj cierpienia wskazała ból, i tyle samo, bo 4,19% respondentów wymieniło cierpienie społeczne. Dla 3,59% badanych pielęgniarek/-rzy istnieje jeszcze cierpienie moralne, a dla 1,2% miłosne. Cierpieniem są także wyrzuty sumienia – według 1,2%, oraz lęk, strach i trauma – dla 1,2%. Inne rodzaje cierpienia, które wymienili ankietowani, to: długotrwałe – 0,6%, krótkotrwałe – 0,6%, cierpienie niewiedzy – 0,6%, niezawinione – 0,6%. Do braku znajomości rodzajów cierpienia przyznało się 17,96% respondentów (tabela 5).

Tabela 5. Rodzaje cierpienia według badanych pielęgniarek/-rzy

Lp.	Podane odpowiedzi	Badane/-i pielęgniarki/-rze	
		N	%
1	Fizyczne	107	64,07%
2	Psychiczne	105	62,87%
3	W chorobie	37	22,16%
4	Duchowe	35	20,96%
5	Emocjonalne	11	6,59%
6	Egzystencjalne	10	5,99%
7	Utrata kogoś bliskiego	9	5,39%
8	Ból	7	4,19%
9	Społeczne	7	4,19%
10	Moralne	6	3,59%
11	Miłosne	2	1,20%
12	Wyrzuty sumienia	2	1,20%
13	Lęk, strach, trauma	2	1,20%
14	Długotrwałe	1	0,60%
15	Krótkotrwałe	1	0,60%
16	Cierpienie niewiedzy	1	0,60%
17	Niezawinione	1	0,60%
18	Nie wiem	30	17,96%

Źródło: badania własne.

* W tabeli policzono, jaka część badanych wybierała daną odpowiedź.

Kolejne pytanie miało na celu sprawdzenie, czy dla badanych pielęgniarek/-rzy cierpienie ma sens. Analiza wyników pokazała, że ponad połowa – 56,29% – odpowiedziała, że tak. Przeciwnego zdania było 28,75% respondentów. Opinii na ten temat nie ma 12,57%, a odpowiedzi nie udzieliło 2,4% badanych (tabela 6).

Tabela 6. Czy cierpienie ma sens według badanych pielęgniarek/-rzy

Lp.	Możliwe odpowiedzi	Badane/-i pielęgniarki/-rze		
		N	%	
1	Tak	44	26,35%	56,29%
2	Raczej tak	50	29,94%	
3	Nie	37	22,16%	28,75%
4	Raczej nie	11	6,59%	
5	Nie wiem	21	12,57%	
6	Brak odpowiedzi	4	2,40%	

Źródło: badania własne.

Chciano dowiedzieć się również, czy stanowisko pielęgniarek wobec sensu cierpienia jest zależne od konkretnych czynników związanych z pracą zawodową, m.in. od kontaktu z chorymi terminalnie, czy też od stażu pracy. Jednak na podstawie zastosowanego testu oraz dostępnych danych stwierdzono, że zależność między postrzeganiem sensu cierpienia a kontaktem z chorymi terminalnie jest nieistotna statystycznie (tabela 7).

Tabela 7. Sens cierpienia według badanych pielęgniarek z uwzględnieniem kontaktu z chorymi terminalnie

Kontakt z terminalnie chorymi	Czy cierpienie ma sens według badanych pielęgniarek				Analiza statystyczna
	Tak	Nie	Nie wiem	Razem	
	N	N	N	N	
	%	%	%	%	
Tak	65	35	18	118	Chi ² = 5,99; p = 0,306
	55,08%	29,66%	15,25%	100,00%	
Nie	29	13	3	45	
	64,44%	28,89%	6,67%	100,00%	
Razem	94	48	21	163	
	57,67%	29,45%	12,88%	100,00%	

Źródło: badania własne.

* 4 osoby nie udzieliły odpowiedzi, N=163.

Także analiza różnic w postrzeganiu sensu cierpienia w zależności od stażu pracy pokazała, że ta zależność jest nieistotna statystycznie (tabela 8).

Tabela 8. Sens cierpienia według badanych pielęgniarek z uwzględnieniem stażu pracy.

Staż pracy	Czy według badanych pielęgniarek cierpienie ma sens				Analiza statystyczna
	Tak	Nie	Nie wiem	Razem	
	N %	N %	N %	N %	
0–9 lat	37	14	7	58	Chi ² = 9,48; p = 0,45
	63,79%	24,14%	12,07%	100,00%	
10–19 lat	24	12	3	39	
	61,54%	30,77%	7,69%	100,00%	
20 lat i więcej	33	22	11	66	
	50,00%	33,33%	16,67%	100,00%	
Razem	94	48	21	163	
	57,67%	29,45%	12,88%	100,00%	

Źródło: badania własne.

* 4 osoby nie udzieliły odpowiedzi, N=163.

Jedno z ostatnich pytań miało na celu uzyskanie informacji, czy wśród ankietowanych występuje strach przed cierpieniem. Zdecydowana większość respondentów – 80,84% – odpowiedziała, że tak. Jedynie 8,98% badanych podało, że nie boi się cierpienia, zaś 10,18% pielęgniarek/-rzy nie wie, czy odczuwa strach przed cierpieniem (tabela 9).

Tabela 9. Czy badane/-i pielęgniarki/-rze boją się cierpienia.

Lp.	Możliwe odpowiedzi	Badane/-i pielęgniarki/-rze		
		N	%	
1	Tak	85	50,90%	80,84%
2	Raczej tak	50	29,94%	
3	Nie	9	5,39%	8,98%
4	Raczej nie	6	3,59%	
5	Nie wiem	17	10,18%	

Źródło: badania własne.

Wnioski

Przeprowadzone badania wśród pielęgniarek/-rzy pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

- Najczęściej definiowano ból jako „nieprzyjemne doznanie” oraz „objaw choroby” czy „uszkodzenia organizmu”, natomiast cierpienie jako „odczucie psychiczne”.
- Duża część ankietowanych uważa, że ból i cierpienie to synonimy.
- Najczęściej wymieniane rodzaje cierpienia to fizyczne i psychiczne.
- Ponad połowa pielęgniarek/-rzy zadeklarowała/-o, że dostrzega sens cierpienia.
- Różnice w postrzeganiu sensu cierpienia w zależności od stażu pracy i kontaktu z chorymi terminalnie są nieistotne statystycznie.
- Zdecydowana większość pielęgniarek/-rzy boi się cierpienia.

Bibliografia

Dyaczyńska-Herman A., *Aktualne potrzeby i możliwości niesienia ulgi w cierpieniu*, [w:] *Terminalne choroby. Hospicjum*, red. K. Gibiński, Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1996.

Ezekiel E.I., *Jakąż to wielką korzyść przyniosłaby legalizacja eutanazji i medycznie wspomaganego samobójstwa?*, [w:] *Wokół śmierci i umierania. Antologia bioetyki*, t. 1, red. W. Galewicz, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2009.

Filipczak-Bryniarska I., Wordliczek J., *Lekarz wobec bólu i cierpienia człowieka*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2008, t. 2, s. 101–108.

Gadacz T., *Enigma cierpienia*, „Znak” 1998, nr 5(516), 29–40.

Jan Paweł II, *Salvifici Doloris – List apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, Watykan 1984.

Kopański Z., Florek-Tarczoń K., *Koncepcje cierpienia w poglądach studentów pielęgniarstwa*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, t. 16, z. 4, s. 359–363.

Łuczak J., *Cierpienie. Charakterystyka, rozpoznawanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym*, [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B. Blocka, W. Otrębski, WNS KUL, Lublin 1997.

Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A., Bączyk E., *Lekarz wobec pacjenta cierpiącego na chorobę nowotworową*, [online:] <http://www.hospicjum.wagrowiec.wlkp.pl/?a=266>, dostęp: 12.11.2010.

Makselon J., *Cierpienie*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2009, s. 145–149.

Morończyk D., *Do not resuscitate. Czyli kiedy można odstąpić od reanimacji*, Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków 2011.

Patyjewicz L., *Doskonaląca wartość cierpienia*, [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B. Blocka, W. Otrębski, WNS KUL, Lublin 1997.

Radzik T., *Problem bólu w opiece nad pacjentem o niepomyślnym rokowaniu*, [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, t. 1, *Założenia teoretyczne*, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 737–742.

Ryn Z., *Cierpienie ma tysiąc twarzy: Jan Paweł II i chorzy*, Wydawnictwo Znak, Kraków 1988.

Szulc R., Brzózy Z.N., *Ból*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2009, s. 126–133.

Wilczek-Rużyczka E., *Empatia u lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia*, [w:] *Dobro chorego w medycynie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.

Wilczek-Rużyczka E., Zajkowska E., Wojtas K., *Postawy lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia*, „Psychoterapia” 2008, nr 1 (144), s. 79–89.

Wojewoda B., Mess E., Motylska M. i in., *Ból i cierpienie dziecka – pacjenta w placówce szpitalnej*, „Onkologia Polska” 2006, t. 9, nr 4, s. 129–132.