

Warszawa 04.04.2019

dr n. humanistycznych

Elżbieta Trylińska-Tekielska

[etek@poczta.onet.pl](mailto:etek@poczta.onet.pl)

602 647 316

Psycholog

## **A U T O R E F E R A T**

**Opis osiągnięć naukowych, dydaktycznych i organizacyjnych**

## Spis treści

<b>1. Prace stanowiące szczególne osiągnięcie naukowe, zrealizowanych w obszarze badawczym.....</b>	<b>3</b>
1.1 <b>Monografia</b> – Praca w hospicjum. Predyktory podjęcia pracy w hospicjum i ich konsekwencje w grupie pracowników zawodowych i wolontariuszy hospicyjnych oraz wolontariuszy zwykłych Psychologiczny Model Zespołu pracującego w warunkach ekspozycji.....	4
1.2. Autorski Program przygotowania psychiki do pracy -personelu medycznego w warunkach kspozycji.....	445
1.3. Psychologiczne aspekty pracy fizjoterapeuty.....	56
1.3.1 Predyktory wyboru studiów fizjoterapeutycznych w grupie studentów Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie .....	56
1.3.2 Predyspozycyjność do wypalenia zawodowego w grupie studentów fizjoterapii (stacjonarnych/niestacjonarnych).....	62
1.3.3 Predyspozycyjność do zrozumienia pacjenta w grupie studentów fizjoterapii .....	66
<b>2. Główne kierunki prowadzonych badań .....</b>	<b>69</b>
<b>3. Wykształcenie i przebieg pracy zawodowej.....</b>	<b>71</b>
<b>4. Przebieg pracy dydaktycznej w Wyższej Szkole Rehabilitacji w Warszawie .....</b>	<b>72</b>
<b>5. Przebieg pracy organizacyjnej w Wyższej Szkole Rehabilitacji.....</b>	<b>76</b>
<b>6. Uczestnictwo w krajowych i zagranicznych kongresach naukowych .....</b>	<b>77</b>
<b>7. Praca w czasopismach naukowych .....</b>	<b>80</b>
<b>8. Prowadzenie szkoleń .....</b>	<b>81</b>
<b>9. Naukowe plany na przyszłość.....</b>	<b>82</b>
<b>10. Publikacje.....</b>	<b>84</b>

## **1. Prace stanowiących szczególne osiągnięcie naukowe, zrealizowanych w obszarze badawczym**

1.1. **Monografia** –Praca w hospicjum. Predyktory podjęcia pracy w hospicjum i ich konsekwencje w grupie pracowników zawodowych i wolontariuszy hospicyjnych oraz wolontariuszy zwykłych –Psychologiczny Model Zespołu pracującego w warunkach ekspozycji

1.2. Autorski program szkoleniowy – dla personelu medycznego – przygotowujący psychikę do pracy w sytuacjach obciążających, traumatycznych, z indywidualnym pacjentem i w grupie. (Trylińska-Tekielska E. Psycholog w Hospicjum Warszawa Scholar 2015)

1.3. Psychologiczne aspekty pracy fizjoterapeuty

Predyktory wyboru studiów u studentów fizjoterapii (Trylińska-Tekielska E. (red.) Jaki jesteś współczesny terapeuta-psychologiczne aspekty predyspozycji zawodowych Warszawa WSR 2014)

Predyspozycyjność do wypalenia zawodowego w grupie studentów fizjoterapii (Trylińska-Tekielska E. (red). Czy współczesny fizjoterapeuta jest narażony na wypalenie zawodowe Warszawa WSR 2014)

Predyspozycyjność do zrozumienia pacjenta (Trylińska-Tekielska E. (red.) Czy fizjoterapeuta rozumie pacjenta Warszawa WSR 2015)

## **1.1 Monografia –Praca w hospicjum. Predyktory podjęcia pracy w hospicjum i ich konsekwencje w grupie pracowników zawodowych i wolontariuszy hospicyjnych oraz wolontariuszy zwykłych –Psychologiczny Model Zespołu pracującego w warunkach ekspozycji**

### **Wprowadzenie**

Celem pracy była próba zbadania i znalezienie przyczyn, dla których określona grupa (Zespół hospicyjny-wolontariusz hospicyjny, pracownik hospicyjny, wolontariusz zwykły)) podejmuje działania (dobrowolne lub zawodowe) w warunkach zagrożenia życia innych lub własnego (wtórna ofiara traumy) oraz jakie są konsekwencje dla psychiki wykonywania tego rodzaju pracy. Została również podjęta próba stworzenia Psychologicznego Modelu Zespołu pracującego w warunkach ekspozycji(na przykładzie hospicjum)

Temat pracy to:**Praca w hospicjum. Predyktory podjęcia pracy w hospicjum i ich konsekwencje w grupie pracowników zawodowych i wolontariuszy hospicyjnych oraz wolontariuszy zwykłych –Psychologiczny Model Zespołu pracującego w warunkach ekspozycji**

Przez zespół hospicyjny rozumiano zespół osób zatrudnionych w hospicjum : wolontariusza hospicyjnego – osobę, która w sposób dobrowolny podejmuje działania w warunkach zagrażających – nie uzyskując z tego żadnych profitów, pracownika hospicyjnego-osobę, która zostały zatrudnione na odpowiednim stanowisku zgodnym z wykształceniem (lekarz, pielęgniarka, psycholog) i za odpowiednim uposażeniem zgodnym z warunkami umowy. Przez wolontariusza zwykłego rozumiano osobę, którą w sposób dobrowolny pomagała innym(światlica-dzieci, młodzież, osoby starsze chodzące) ale w sytuacjach awaryjnych proszone o pomoc w hospicjum. Warunki ekstremalne to (B. Dudek, 2002) warunki, w których jesteś świadkiem, uczestnikiem zdarzenia lub ofiarą zagrożenia życia lub śmierci. Wiąże się to z konsekwencjami trwającymi w czasie i determinującymi nasze zachowanie.

Założenia teoretyczne bazowały na teoriach(B.Dudek,2009;J.Strelau,2004), które wyraźnie podkreślają role zdarzeń traumatycznych w życiu jednostki i mogą stać się predyktorami wyboru pracy w warunkach zagrażających. Wzięto pod uwagę również inne zmienne(predyktory) wpływające na wybory tego rodzaju pracy: motywację, poczucie tożsamości, lęk tanatyczny religijność, poczucie winy oraz nastroj.

Zastanawiano się, czy można mówić o prawdopodobieństwie i przewidywaniu określonych typów zachowań, które są konsekwencją przeżyć traumatycznych, sytuacji zagrażających i codziennego obcowania ze śmiercią.

Która z badanych cech jest najbardziej utrwalona. Czy można mówić o „modelu zachowań” i specyficznej strukturze zespołu pracującego w warunkach ekspozycji. Dotyczy to nie tylko jednostek, ale całych grup. Czy tragiczne wypadki, przeżycia ekstremalne, mogą wyzwolić przewidywalny ciąg zachowań.

Zbadano zespół osób pracujących w hospicjum

Wyodrębniono trzy grupy. Grupa A – wolontariusze hospicyjni; grupa B – pracownicy hospicyjni oraz grupa C – wolontariusze zwykli.

Zakładano, że powinny zaistnieć różnice w badanych zmiennych pomiędzy grupą A i B (obie grupy pracują w warunkach hospicyjnych) – jedna wolontaryjna (A), druga za wynagrodzeniem (B) oraz że istnieje różnica pomiędzy grupą A (wolontariusz hospicyjny) i grupą C (wolontariusz zwykły). Zmienne, które były brane pod uwagę, to nastrój, motywacja endo- vs egzogenna, poczucie tożsamości osobistej i społecznej, poczucie winy, lęku przed śmiercią oraz religijność (personalna vs apersonalna).

Postawiono hipotezę ogólną : Występują różnice w badanych cechach w Zespole hospicyjnym pomiędzy wolontariuszami hospicyjnymi, pracownikami hospicyjnymi i wolontariuszami zwykłymi.

Rozpatrując badane cechy (motywację, poczucie tożsamości, religijność, przeżycia traumatyczne, poczucie winy oraz lęk tanatyczny) uszczegółowiono hipotezy.

Motywacja (endogenna/egzogenna) jest predyktorem determinującym wybory jednostki (J. Karyłowski, 1982). Osoby, które wewnętrznie są przekonane o słuszności swych decyzji i wewnętrznie odczuwają imperatyw pomocy innym charakteryzuje motywacja endogenna. Występuje tu chęć pomocy gdzie nagrodą jest polepszenie własnego samopoczucia. Koncentracja na sobie.

Osoby dla których istotne są imperatywy z zewnątrz, wartości grupy będą kierowały się w wyborach motywacją egzogenną. Osobie pomagającej zależy na polepszeniu samopoczucia tych, którym pomaga.

W dotychczasowych badaniach dotyczących wolontariuszy czy osób działających charytatywnie, wykazujących postawy altruistyczne (J. Karyłowski, 1982; E. Aronson, 1987; C.D. Batson, 1991 R. Cialdini, 2000; M. Jarymowicz, 2002; B. Wojciszke, 2017; J. Śliwak,

2001), podkreślano rolę motywacji jako czynnika determinującego działania ale nie brano pod uwagę innych czynników z nimi powiązanych.

Badacze brali pod uwagę tylko deklaracje jednostki odnośnie do badanej zmiennej. Nie zastanawiano się jakie będą konsekwencje i czy istnieją powiązania pomiędzy motywacją a warunkami tanatologicznymi. Zakładano, że wolontariusz hospicyjny oraz wolontariusz zwykły będą się charakteryzować motywacją spoza własnego Ja. Ważniejsza będzie dla nich koncentracja na innych.(motywacja egzogenna).Pracownik hospicyjny skoncentrowany będzie na swoim Ja – kwestia uposażenia (motywacja endogenna)

Postawiono następujące uszczegółowione hipotezy:

H<sub>1</sub>:Zespół hospicyjny wykazuje różne typy motywacji

H<sub>1.1</sub> Wolontariusz hospicyjny wykazuje motywację egzogenna

H<sub>1.2</sub> Pracownik hospicyjny wykazuje motywację endogenną

H<sub>1.3</sub> Wolontariusz zwykły wykazuje motywację egzogenną

Drugą cechą, która była brana pod uwagę było poczucie tożsamości osobistej vs społecznej (M. Jarymowicz, 2002: A. Kwiatkowska, 1991: A. Szuster-Zbrojewicz, 1985) Zakładano, że osoby, które chcą pracować w warunkach ekspozycji będą szukały zarówno takich warunków jak i grupy z którą będą się utożsamiały. Dla osób o poczuciu tożsamości osobistej istotne jest poczucie odrębności w stosunku do innych, dla jednostek o poczuciu tożsamości społecznej ważne są wartości i cele grupy, utożsamia się ona z nimi.

Motywy podjęcia pracy w warunkach tanatologicznych jest również (obok motywacji endogennej czy egzogennej) poczucie własnej tożsamości Zakładano, że wolontariusz hospicyjny oraz wolontariusz zwykły będą wykazywać typ tożsamości społecznej, chęć utożsamiania się z grupą o podobnych kierunkach działania.

Pracownik hospicyjny –jako kierujący się sam swoim wyborem – będzie wykazywać typ tożsamości osobistej. Postawiono hipotezy:

H<sub>2</sub>:Zespół hospicyjny wykazuje odmienne typy tożsamości

H<sub>2.1</sub>: Wolontariusz hospicyjny wykazuje cechy tożsamości społecznej

H<sub>2.2</sub>: Pracownik hospicyjny wykazuje cechy tożsamości indywidualnej

H<sub>2.3</sub>: Wolontariusz zwykły wykazuje cechy tożsamości społecznej

Zakładano również, że praca w warunkach tanatologicznych może wywoływać określone reakcje, zachowania, które nie są bez znaczenia dla kształtowania się psychiki. Osoby, które przebywają w warunkach zagrożenia mogą przejawiać objawy PTSD (post traumatic stress disorder), być tzw. wtórnymi ofiarami traumy (B. Dudek, 2009; J. Strelau, 2004; M. Lis, Turlejska, 2002)

Zakładano, że osoby, które pracują w warunkach zagrożenia mogą deklarować występowanie objawów potraumatycznych

H<sub>3</sub>: Zespół hospicyjny deklaruje występowanie objawów PTSD

H<sub>3.1</sub>: Wolontariusz hospicyjny wykazuje występowanie objawów PTSD

H<sub>3.2</sub>: Pracownik hospicyjny wykazuje występowanie objawów PTSD

H<sub>3.3</sub>: Wolontariusz zwykły nie wykazuje występowania objawów PTSD

Lęk tanatyczny zawsze związany jest poczuciem zagrożenia o siebie, o najbliższych. Związany jest z niepewnością (J. Makselon, 2001) Postawiono następujące hipotezy:

H<sub>4</sub>: Zespół hospicyjny deklaruje występowanie lęku przed śmiercią

H<sub>4.1</sub>: Wolontariusz hospicyjny deklaruje występowanie lęku przed śmiercią

H<sub>4.2</sub>: Pracownik hospicyjny deklaruje występowanie lęku przed śmiercią

H<sub>4.3</sub>: Wolontariusz zwykły deklaruje występowanie lęku przed śmiercią

Zakładano również, że typ religijności może być predyktorem określonych działań., jak też może być następstwem określonego typu tożsamości (osobistej – kierowania się w życiu indywidualnymi, własnymi priorytetami lub społecznej – dostosowywaniem się do zasad innych), (R. Jaworski, 2011)

H<sub>5</sub>: Zespół hospicyjny wykazuje różne typy religijności

H<sub>5.1</sub>: Wolontariusz hospicyjny wykazuje typ religijności apersonalnej

H<sub>5.2</sub>: Pracownik hospicyjny wykazuje typ religijności personalnej

H<sub>5.3</sub>: Wolontariusz zwykły wykazuje typ religijności personalnej

Osoby pracujące w warunkach zagrożenia lub będące ofiarami traumy mogą przeżywać poczucie winy ocalałego (B.Dudek,2009) (dlaczego to ja przeżyłem/przeżyłam a nie ten, który zginął). Dlatego też zakładano, że

H<sub>6</sub>:Zespół hospicyjny deklaruje występowanie wysokiego poczucie winy

H<sub>6.1</sub>.Wolontariusz hospicyjny deklaruje występowanie wysokiego poczucia winy

H<sub>6.2</sub>.Pracownik hospicyjny deklaruje występowanie wysokiego poczucia winy

H<sub>6.3</sub>. Wolontariusz zwykły nie wykazuje wysokiego poczucia winy

Ostatnie pytanie badawcze dotyczyło nastroju. Zakładając ,że rozróżniamy w nastroju trzy komponenty(Goryńska,2005) :tonus hedonistyczny, pobudzenie napięciowe, pobudzenie energetyczne sformułowano hipotezy:

H<sub>7</sub>:W Zespole hospicyjnym występują różne typy nastroju

H<sub>7.1</sub> Wolontariusz hospicyjny deklaruje typ nastroju o charakterze pobudzenia energetycznego

H<sub>7.2</sub> Pracownik hospicyjny deklaruje typ pobudzenia napięciowego

H<sub>7.3</sub> Wolontariusz zwykły deklaruje typ pobudzenia –tonus hedonistyczny

Do badań użyto kwestionariuszy i testów badających ww. cechy. Wszystkie metody posiadały standaryzowane rzetelności i trafności.

### **Przedmiot i cel badań (Problematyka badań własnych)**

Przedmiotem badań były predyktory wyboru tego rodzaju pracy (praca w warunkach ekspozycji)oraz jej konsekwencje w zespole hospicyjnym (personel hospicyjny: wolontariusz hospicyjny, pracownik hospicyjny, wolontariusz zwykły). Celem badań była próba stworzenia –Psychologicznego Modelu Zespołu pracującego w warunkach ekspozycji.

Brano pod uwagę takie czynniki, jak: nastrój jednostki – nastawienie emocjonalne do zjawiska, determinujące ukierunkowane działanie (Górczyńska, 2005,Gasiul,2012); motywacje endo- i egzogenne – decyzyjność podejmowana z pobudek wewnętrznych oraz na skutek presji z zewnątrz (Karyłowski, 1981); tożsamość osobistą vs społeczną – rozumienie



swojego „ja” jako różnicującego lub skłaniającego do bycia podobnym do grupy (Kwiatkowska, 1999); przeżycie potraumatyczne – gdzie istniało zagrożenie życia (Strelau, 2004); poczucie winy rozumianej jako longitudinalny stan odczuwanego dyskomfortu za nie udzielenie pomocy – subiektywnie odczuwanej (Kofta, 2001); religijność (Jaworski, 2011) personalna i apersonalna pojmowana jako kontakt osoby z Bogiem lub relacja konieczności dostosowania się do zasad ideowo religijnych; lęk przed śmiercią (Makselon, 1990), opisany jako zjawisko koncentrujące się na wielu aspektach – lęk przed samotnością, byciem pochowanym w ziemi, zostawieniem osób najbliższych.

Biorąc pod uwagę wyżej wymienione zjawiska jako zmienne determinujące motywację i decyzyjność, postawiono cel mający charakter eksploracyjny – zbadanie, która z sytuacji ma znaczący wpływ na kształtowanie się postaw prospołecznych i działań w sytuacjach hospicyjnych.

### **Opis badanej grupy**

Badania były prowadzone w latach 2010–2016 i dotyczyły środowiska wolontariuszy. W badaniach wzięło udział 229 osób. Były one podzielone na trzy grupy. Pierwszą grupę stanowili wolontariusze hospicyjni, pracujący w warunkach hospicyjnych, którzy sami w sposób dobrowolny, bez uzyskiwania jakichkolwiek korzyści finansowych, zgłosili się do wykonywania czynności w hospicjach na terenie Warszawy oraz w akcji humanitarnej wyjazdu do Izraela, gdzie podjęli się „pracy” również w hospicjach i na terenach zagrożonych zamieszkami. Wolontariusze byli osobami, które w sposób dobrowolny, bez jakiegokolwiek przymusu, podjęły się działań na rzecz drugiego człowieka, nie dostając za to żadnego wynagrodzenia finansowego.

Wolontariusze hospicyjni – N=54 (kobiet 66,6%, mężczyzn 33,4%)

Wolontariusze hospicyjni – średnia wieku wyniosła 58–60 lat

Wolontariusze hospicyjni – wszyscy posiadali wykształcenie wyższe

Drugą grupę stanowiły osoby pracujące zawodowo w sytuacjach hospicyjnych tzw. pracownicy hospicyjni.

Pracownicy zawodowi – N=98 (kobiet 50%, mężczyzn 50%)

Pracownicy zawodowi – średnia wieku 24–35 lat

Pracownicy zawodowi – wykształcenie średnie, zawodowe, I stopnia (licencjat)

Obie grupy pracowały w sytuacji ekstremalnej, pojmowanej jako sytuacja, w której jednostka jest uczestnikiem, ofiarą, świadkiem zagrożenia życia kończącego się śmiercią (Dudek, 2000).

Trzecią grupą byli wolontariusze, którzy oferowali swoją pomoc w warunkach zwykłych, gdzie nie istniało zagrożenie życia ani dla nich, ani dla osób, którym pomagali. Były to świetlice pomocy dzieciom i młodzieży w nauce, domy pomocy społecznej (Wola, Praga Północ).

Wolontariusze zwykli – N=77 (kobiety 70,2%, mężczyźni 20,8%)

Wolontariusze zwykli – średnia wieku 19–22 lata

Wolontariusze zwykli – wykształcenie średnie, studenci

W badaniach skoncentrowano się na tym, co różnicuje wolontariuszy hospicyjnych od pozostałych grup tzn. od grupy wolontariuszy zwykłych (ten sam status wolontariusza) i od pracowników zawodowych, pracujących w takich samych warunkach (ten sam status sytuacyjny – hospicyjny) oraz jak wygląda struktura zespołu pracowniczego i które zmienne są powiązane ze sobą i wpływają na formowanie się zespołu.

Metodologia badań – opis procedur badawczych

W badaniach zastosowano następujące techniki badawcze:

### **1) Kwestionariusz – „Wypadek w górach”**

Został skonstruowany w celu zmierzenia występowania motywacji endo- lub egzogennej. Opis konstrukcji narzędzia oraz dane parametryczne dotyczące rzetelności, trudności, sposobów obliczania wskaźnika, znajduje się w A. Szuster, 2005, s. 71–77.

Konstrukcja Kwestionariusza „Wypadek w górach” oparta została na modelu teoretycznym, odwołującym się do istnienia dwóch rodzajów zachowań prospołecznych, wynikających z motywacji endo- lub egzogennej (Karyłowski, 1975, 1978, 1982).

### **2) Kwestionariusz Spostrzegania Społecznego (KSS)**

Opis konstrukcji kwestionariusza można znaleźć w: A. Kwiatkowska, *Tożsamość a społeczne kategoryzacje*, Warszawa 1999, s. 133–138.

**3).Kwestionariusz PTSD-K1** (oprac. J. Strelau, B. Zawadzki, W. Oniszczenko, A. Sobolewski, A. Bieniek) bada przeżycia związane z sytuacją traumatyczną, w jakiej znalazł się respondent.

W instrukcji powiedziane jest, iż respondent określa, jaki rodzaj przeżycia traumatycznego był jego udziałem i ma ocenić również na skali 4-stopniowej, czy zmienił się od tamtego wypadku (czy czuje, że jest zupełnie innym człowiekiem). Następnie respondent (badany) ma odpowiedzieć na 40 pytań, w których na skali 4-stopniowej dookreśla, czy reakcja (opisana w zdaniu) występuje: nigdy (1), rzadko (2), często (3), zawsze (4). („Przegląd Psychologiczny”, 2002, t. 45, nr 3, s. 282–314.)

### **4)Wielowymiarowa Skala Lęku Śmierci Hoeltera w adaptacji J. Makselona**

Skala zawiera 42 stwierdzenia dotyczące lęku przed śmiercią oraz klucz, według którego szacuje się, który rodzaj lęku przed śmiercią jest u badanego dominujący: lęk przed umieraniem, lęk przed zmarłym, lęk o zniszczenie ciała, lęk o żyjących, lęk przed nieznanym, lęk przed pozornym zgonem, lęk o wygląd ciała, lęk przed przedwczesną śmiercią.

Wielowymiarowa Skala Lęku Śmierci zastosowana w badaniach, to adaptacja USLS do warunków polskich, dokonana przez J. Makselona. Opis adaptacji oraz rzetelność i trafności znajduje się w: J. Makselon, s. 63–65.

## **5) Skala Religijności Personalnej w opracowaniu R. Jaworskiego**

Bada dwa aspekty religijności – religijność personalną i apersonalną.

Religijność personalna rozumiana jest jako wewnętrzne przeżycie kontaktu z Bogiem, mające charakter osobowy. Religijność apersonalna jest jej zaprzeczeniem – oznacza wymiar rzeczowy, przedmiotowy.

Opis konstrukcji testu, rzetelności, trafności znajduje się w: R. Jaworski, 1984.

## **6) Kwestionariusz Poczucia Winy (PW)**

(w opracowaniu M. Kofty, J. Brzezińskiego i M. Ignaczaka)

Zawiera 42 niedokończone zdania oraz dwie możliwości (a i b) ich uzupełnienia. Osoba dana odnosi się do treści odpowiadając, co czuje, myśli, sądzi właśnie w tej chwili, gdy wykonuje test, a nie co powinna myśleć, sądzić czy czuć. Wybiera tę opcję, która ją charakteryzuje – tę, która jest jej osobistym przekonaniem.

Konstrukcja i charakterystyka psychometryczna Kwestionariusza PW opisana jest w „Studiach Psychologicznych”, 1977, t. XVI, z. 1, s. 93–108.

6. Kwestionariusz PW wzorowany jest na kwestionariuszu mierzącym poczucie winy D. Moshera (FCGI – Forced-Choice Guilt Inventory). Model teoretyczny, na bazie którego skonstruowano Kwestionariusz, opiera się na operacjonalizacji teoretycznych założeń, że poczucie winy jest stałym elementem osobowości, regulatorem zachowań społecznych, mechanizmem samokontroli motywującej do zachowań prospołecznych. Jako element wbudowany w osobowość, ma względnie stałą siłę oddziaływania (Kofter, 1973; Schwartz, 1974). Jednostka jest motywowana do podejmowania działań na rzecz innych ludzi.

## **7) UMACL – Przymiotnikowa Skala Nastroju**

(G. Matthews, A. G. Chamberlain, D. M. Jones, polska adaptacja: E. Goryńska, 2005)

Test ten mierzy nastrój rozumiany jako doświadczenie afektywne o czasie trwania umiarkowanym, niezwiązanym z obiektem lub związanym z quasi-obiektem. Obejmuje trzy aspekty afektów: pobudzenie napięciowe, energetyczne, tonus hedonistyczny.

## **Wyniki badań własnych**

### **Charakterystyka wolontariuszy hospicyjnych, pracowników hospicyjnych oraz zwykłych wolontariuszy**

#### **1. Motywacja endo- i egzogenna**

Do pomiaru ukierunkowania motywacji do podejmowania zachowań prospołecznych osób badanych wykorzystano paraprojekcyjny kwestionariusz „Wypadek w górach” (M. Szuster, 2005). Im wyższy wynik uzyskują osoby badane, tym większe znaczenie motywów egzocentrycznych w podejmowanych działaniach.

Na podstawie uzyskanych wyników można zauważyć, że w grupie wolontariuszy zwykłych średni poziom motywacji egzocentrycznej jest najwyższy ( $M = 22,10$ ), ale występuje tu także największe zróżnicowanie wyników ( $SD = 16,73$ ). Dodatni współczynnik skośności oznacza, że uzyskany rozkład jest silnie prawoskośny. Tym samym, w badanej grupie dominują wyniki świadczące o niższym poziomie motywacji egzocentrycznej. Co więcej, dodatni współczynnik kurtozy oznacza, że rozkład jest silnie leptokurtyczny. Innymi słowy, większość wyników uzyskanych przez wolontariuszy zwykłych znajduje się blisko średniej. Omówione zniekształcenia rozkładu zmiennej względem rozkładu normalnego mogą świadczyć o dużym zróżnicowaniu umiejscowienia motywacji do podejmowanych działań w badanej grupie, a także, co za tym idzie, o występowaniu wyników skrajnych, znacząco powyżej średniej rozkładu.

Z kolei grupa wolontariuszy hospicyjnych charakteryzuje się najniższym przeciętnym poziomem motywacji egzocentrycznej ( $M = 16,35$ ) oraz najmniejszym zróżnicowaniem wyników wewnątrz grupy ( $SD = 8,04$ ). Dodatni współczynnik skośności oznacza, że uzyskany rozkład jest dodatnioskośny. Tym samym, w badanej grupie dominują wyniki świadczące o niższym poziomie motywacji egzocentrycznej. Co więcej, dodatni współczynnik kurtozy oznacza, że rozkład jest nieznacznie leptokurtyczny. Tym samym, wyniki uzyskane przez wolontariuszy hospicyjnych znajdują się wokół średniej rozkładu, co

dodatkowo potwierdza wąski zakres wyników, zawierający się od 5 do 40 punktów. Występujące zniekształcenia mogą być efektem występowania wyników skrajnych, znajdujących się istotnie powyżej średniej rozkładu.

Wśród pracowników hospicyjnych średni poziom motywacji egzocentrycznej jest nieznacznie wyższy niż w grupie wolontariuszy hospicyjnych ( $M = 17,12$ ), a także występuje tu większe zróżnicowanie uzyskanych wyników ( $SD = 11,19$ ). Dodatnia wartość współczynnika skośności oznacza, że uzyskany rozkład jest silnie prawoskośny. Tym samym, w badanej grupie dominują wyniki świadczące o niższym poziomie motywacji egzocentrycznej. Z kolei dodatni współczynnik kurtozy oznacza, że rozkład jest silnie leptokurtyczny. Innymi słowy, większość wyników uzyskanych przez pracowników hospicyjnych znajduje się blisko średniej. Omówione zniekształcenia rozkładu zmiennej względem rozkładu normalnego mogą świadczyć o dużym zróżnicowaniu umiejscowienia motywacji do podejmowanych działań w badanej grupie, a także, co za tym idzie, o występowaniu wyników skrajnych, plasujących się znacząco powyżej średniej rozkładu.

Ze względu na brak zgodności rozkładów analizowanej zmiennej w porównywanych grupach z rozkładem normalnym (wszystkie wyniki testu Shapiro-Wilka przekroczyły próg istotności statystycznej) oraz na heterogeniczność wariancji (test Levene'a również przekroczył próg istotności statystycznej,  $F(2,226) = 7,499$ ;  $p < 0,001$ ), to w celu porównania średnich uzyskanych w trzech grupach przeprowadzono nieparametryczny test Kruskala-Wallisa. Uzyskany wynik nie przekroczył co prawda progu istotności ( $H(2) = 4,705$ ;  $p = 0,095$ ), jednak znalazł się w obszarze tendencji statystycznej. **Innymi słowy, można przypuszczać, iż w przypadku większej liczebności porównywanych grup ujawniłaby się istotna różnica w przeciętnym poziomie motywacji egzocentrycznej.**

## **2. Poczucie tożsamości osobistej vs społecznej**

Do pomiaru stopnia ukształtowania tożsamości osobistej vs społecznej osób badanych wykorzystano Kwestionariusz Spostrzegania Społecznego (KSS) autorstwa Jarymowicz (1993, 1994). Technika ta zawiera trzy identyczne listy 70 rzeczowników opisujących

pozytywne cechy ludzi. Na pierwszej z nich badany ma za zadanie zaznaczyć cechy, które mu się nasuwają, gdy myśli o INNYCH, po czym wybrać z zakreślonych uprzednio właściwości dziesięć tych, które najczęściej bierze pod uwagę. Na drugiej i trzeciej – ma dokonać analogicznych operacji i wybrać rzeczowniki opisujące odpowiednio MY i JA. Dla określenia stopnia poznawczego wyodrębnienia schematu JA względem schematu innych ludzi (stopień ukształtowania tożsamości społecznej) zliczano te właściwości, które badany uznał za najważniejsze w opisie JA, a pominął, charakteryzując INNYCH. Analogicznie, czyli poprzez zsumowanie właściwości zaznaczonych jako najbardziej charakterystyczne dla JA i jednocześnie nie będących najbardziej charakterystycznymi właściwościami MY, wyznaczano wskaźnik odrębności schematowej JA/MY. Wartość obydwu wskaźników waha się od 0 do 10 punktów, gdzie 0 świadczy o braku, a 10 o wysokiej odrębności schematowej (zarówno JA/MY, jak i JA/INNI).

Literatura przedmiotu (Kwiatkowska, 1999) podaje, że uzyskanie wyników niskich przemawia za brakiem poczucia widzenia różnic między sobą a innymi (nie formuje się tożsamość osobista), a zbytne podobieństwo z innymi, widzenie siebie na tle innych na zasadzie podobieństwa wskazuje na formowanie się tożsamości społecznej. Występowanie tego typu tendencji jest powodem negatywnych napięć i konfliktowości wewnętrznej, dotyczącej sprzeczności różnice/podobieństwa. Do ugruntowania się tożsamości osobistej potrzebne jest przede wszystkim widzenie różnic między JA a MY.

Następnie zgodnie z procedurą omawianą w literaturze (por. Jarymowicz, 1992, 1993a, 1993b, 1994; Kwiatkowska, 1999; Szuster-Zbrojewicz, 1989) wyniki uzyskane przez badanych na skali JA/MY, jako najsilniej korespondującej z typem ukształtowanej tożsamości, przekształcono na skalę trójstopniową. Za niski stopień odrębności schematu JA/MY, a tym samym za ukształtowanie tożsamości społecznej, uznano wartości od 0 do 5 ( $n = 51$ ), za przeciętny stopień – wyniki równe 6 ( $n = 85$ ), zaś za wysoki stopień odrębności, odpowiadający ukształtowaniu się tożsamości osobistej – wyniki od 7 do 10 ( $n = 80$ ). Uzyskany na tej podstawie podział badanych nie może być niestety uznany za równoliczny – nieparametryczny test  $\chi^2$  dla jednej zmiennej przekroczył próg istotności statystycznej ( $\chi^2(2) = 9,361$ ;  $p < 0,01$ ).

Dodatkowo sprawdzono czy występowanie danego typu tożsamości zależy od grupy pracowniczej osób badanych. W tym celu przeprowadzono nieparametryczny test  $\chi^2$  dla dwóch zmiennych niezależnych. Uzyskany wynik,  $\chi^2(4) = 2,248$ ;  $p = 0,690$ , okazał się nieistotny statystycznie. **Tym samym, można stwierdzić, że w każdej z porównywanych grup pracowniczych (wolontariuszy hospicyjnych, pracowników hospicyjnych, wolontariuszy zwykłych) wyodrębnione typy osobowości występują w zbliżonych proporcjach.**

### **3. Poziom nasilenia zespołu stresu pourazowego**

Pomiar poziomu nasilenia zespołu pourazowego (ang. posttraumatic stress disorder, PTSD) został dokonany z wykorzystaniem klinicznej wersji Kwestionariusza PTSD autorstwa Strelau'a, Zawadzkiego, Oniszczenko, Sobolewskiego i Bieniek (2002). Narzędzie to umożliwia rozpoznanie występowania PTSD, zgodnie z kryteriami objawów opisanymi w podręczniku DSM-IV.

Podstawowym kryterium rozpoznania PTSD jest narażenie człowieka na urazowe wydarzenie, grożące mu lub innym osobom śmiercią, zranieniem albo zagrożeniem integralności fizycznej i prowadzące do przeżycia intensywnego strachu, przerażenia i bezradności. Zwraca się jednak także uwagę, że jest to warunek niewystarczający – u wielu osób, które przeżyły takie wydarzenie, nie powstają symptomy PTSD. Tym samym, w kwestionariuszu uwzględniono kolejne kryteria niezbędne do rozpoznania PTSD – są to między innymi symptomy, które odnoszą się do ciągłego przeżywania traumatycznego wydarzenia, unikanie bodźców skojarzonych z traumą lub ogólne odrętwienie oraz utrzymywanie się stanu zwiększonego pobudzenia. Dodatkowo autorzy Kwestionariusza uwzględniają kryterium dotyczące trwałości wymienionych wyżej objawów z kategorii przez co najmniej miesiąc oraz warunek dotyczący konsekwencji symptomów, które powinny prowadzić do występowania klinicznie znaczącego stanu stresu lub zakłóceń społecznego, zawodowego czy innego obszaru funkcjonowania człowieka.



Uwzględniając omówione założenia, kwestionariusz składa się z dwóch części. W pierwszej, zadaniem badanego jest wskazanie, jakie typu dramatyczne zdarzenie miało miejsce w jego życiu. Druga część zawiera 40 stwierdzeń, do których badany ma się odnieść w kontekście przeżytych doświadczeń na czteropunktowej skali (od 1 – nigdy do 4 – zawsze). Kwestionariusz posiada satysfakcjonującą trafność, jak i rzetelność – autorzy uzyskali wartość współczynnika  $\alpha$  Cronbacha równą 0,90.

Na podstawie uzyskanych wyników można zauważyć, że w grupie pracowników hospicyjnych przeciętny poziom nasilenia zespołu stresu pourazowego jest najwyższy ( $M = 60,49$ ), zaś obie grupy wolontariuszy uzyskały charakteryzującą się niewiele niższymi średnimi, ale bardzo zbliżonymi względem siebie. W przypadku wszystkich grup pracowniczych występuje duże zróżnicowanie uzyskanych wyników, na co wskazują zarówno zakresy uzyskanych wyników, jak i wielkość odchyleń standardowych. W grupie pracowników hospicyjnych uzyskany rozkład wyników jest nieznacznie prawoskośny, na co wskazuje dodatnia wartość współczynnika skośności. Natomiast dodatnia wartość współczynnika kurtozy świadczy o znaczącym wysmukleniu rozkładu. Tym samym, większość wyników oscyluje wokół średniej.

W grupie wolontariuszy hospicyjnych ujemna wartość współczynnika skośności wskazuje, że uzyskany rozkład jest ujemnieskośny. Jednak wizualna analiza histogramu pozwala stwierdzić, że jest to efekt dużego odsetku osób, które uzyskały wynik równy 0 (11%). Po wyłączeniu ich z analizy rozkład wyników okazuje się nieznacznie przesunięty w stronę wyników niskich. Dodatni współczynnik kurtozy świadczy natomiast o skupieniu się wyników wokół średniej rozkładu.

Rozkład wyników uzyskanych w grupie zwykłych wolontariuszy jest lewoskośny oraz platokurtyczny. Jednak zniekształcenia te są efektem wpływu największego odsetka osób, które uzyskały wynik równy 0, świadczący o niedoświadczaniu oddziaływań zespołu PTSD (17%). Po wyłączeniu tej grupy z analiz uzyskany rozkład okazał się nieznacznie dodatnioskośny oraz leptokurtyczny.

Omówione zniekształcenia rozkładów we wszystkich grupach oznaczają, że w znalazły się w nich osoby, które nie doświadczają PTSD, jak i osoby, którym można je zdiagnozować.

Ze względu na brak zgodności rozkładów analizowanej zmiennej w porównywanych grupach z rozkładem normalnym (wszystkie wyniki testu Shapiro-Wilka przekroczyły próg istotności statystycznej) oraz na heterogeniczność wariancji (test Levene'a również przekroczył próg istotności statystycznej,  $F(2,226) = 4,363$ ;  $p < 0,05$ ), to w celu porównania średnich uzyskanych w trzech grupach przeprowadzono nieparametryczny test Kruskala-Wallisa. Uzyskano wynik równy  $H(2) = 1,423$ ;  $p = 0,491$ , który tym samym nie przekroczył progu istotności statystycznej. Zatem nie ma podstaw do odrzucenia założenia, że porównywane ze sobą grupy wolontariuszy hospicyjnych, pracowników hospicyjnych oraz zwykłych wolontariuszy nie różnią się między sobą w zakresie przeciętnego poziomu nasilenia stresu pourazowego.

**Podsumowując, cała badana populacja-Zespół hospicyjny- (wolontariusz hospicyjny, pracownik zawodowy hospicyjny oraz wolontariusz zwykły) deklaruje występowanie objawów PTSD w stopniu średnim. Przy czym, w grupie pracowników hospicyjnych występuje najwyższy procent osób, które w ogóle przyznają się do istniejących przeżyć potraumatycznych.**

#### **4. Poczucie lęku przed śmiercią**

Poczucie lęku przed śmiercią zostało zoperacjonalizowane za pomocą Wielowymiarowej Skali Lęku wobec Śmierci autorstwa Makselona (1983). Wykorzystane narzędzie składa się z 42 stwierdzeń, do których osoba badana odnosi się na 7-punktowej skali Likerta (od 1 – całkowicie się nie zgadzam do 7 – całkowicie się zgadzam). Uzyskane wyniki pozwalają zbadać poziom lęku przed śmiercią na ośmiu wymiarach zaproponowanych przez autora. Należą do nich: lęk przed umieraniem, lęk przed zmarłym, lęk o destrukcję ciała, lęk o żyjących, lęk przed nieznanym, lęk przed pozornym zgonem, lęk o wygląd ciała, lęk przed przedwczesną śmiercią. Wielowymiarowa Skala Lęku wobec Śmierci posiada

satysfakcjonującą rzetelność ( $rtt = 0,74$ ). Z kolei Izdebski, Jurga i Kosiol (2012, s. 156) zweryfikowali zgodność wewnętrzną kwestionariusza, uzyskując wartość współczynnika  $\alpha$  Cronbacha równą 0,89. Jednak trafność teoretyczna wyodrębnionych wymiarów nie została przez autora sprawdzona (por. Makselon, 1983). Jednak ze względu na specyfikę badanej populacji osób pracujących w warunkach obciążenia psychicznego, występującego zarówno zawodowo jak i wolontaryjnie, omawiany kwestionariusz najlepiej odpowiadał badanemu konstruktowi.

Na podstawie zaprezentowanych wyników można stwierdzić, że w badanych grupach zawodowych najsilniej deklarowanym wymiarem lęku przed śmiercią jest lęk o żyjących. Dodatkowo przeprowadzony nieparametryczny test Kruskala-Wallisa w celu weryfikacji wystąpienia różnic w poziomie odczuwanego lęku o żyjących przekroczył próg istotności statystycznej ( $H(2) = 14,725$ ;  $p < 0,001$ ). Szczegółowa analiza post hoc z wykorzystaniem nieparametrycznego testu Dunna z poprawką na nierównoliczność grup oraz z korektą Bonferroniego dotyczącą poziomu istotności pozwoliła ustalić, które grupy zawodowe istotnie różnią się między sobą. **Okazuje się, że zwykli wolontariusze charakteryzują się najwyższym poziomem lęku o żyjących ( $M = 33,68$ ,  $SD = 6,93$ ).** Uzyskane przez nich wyniki są istotnie różne zarówno od wyników w grupie pracowników hospicyjnych ( $p < 0,05$ ), jak i wolontariuszy hospicyjnych ( $p < 0,001$ ). Natomiast wyniki osób pracujących w hospicjum, niezależnie od formy zatrudnienia, nie różnią się istotnie między sobą.

Drugim wymiarem lęku przed śmiercią, który był silnie deklarowany we wszystkich grupach jest **lęk przed umieraniem**. Również w przypadku tej zmiennej stwierdzono występowanie istotnych statystycznie różnic między wolontariuszami hospicyjnymi, pracownikami hospicyjnymi i zwykłymi wolontariuszami. Nieparametryczny test Kruskala-Wallisa przekroczył próg istotności statystycznej i wyniósł  $H(2) = 7,298$ ;  $p < 0,05$ . Na podstawie uszczegółowionej analizy post hoc z wykorzystaniem nieparametrycznego testu Dunna z odpowiednimi poprawkami można stwierdzić, że **wolontariusze hospicyjni charakteryzują się istotnie niższym ( $p < 0,05$ ) lękiem przed umieraniem ( $M = 25,91$ ,  $SD = 9,21$ ) niż pracownicy hospicyjni ( $M = 29,34$ ,  $SD = 8,82$ ).** Natomiast poziom lęku przed umieraniem zwykłych wolontariuszy ( $M = 27,57$ ,  $SD = 8,58$ ) nie różni się istotnie od żadnej z wymienionych wcześniej grup.

Kolejnym silnie przeżywanym przez badanych wymiarem lęku przed śmiercią jest lęk przed zmarłym. Uzyskany wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa wyniósł  $H(2) = 19,870$ ;  $p < 0,001$ , co pozwala stwierdzić występowanie istotnych statystycznie różnic między porównywanymi grupami zawodowymi.

Analiza post hoc z wykorzystaniem nieparametrycznego testu Dunna z odpowiednimi korektami pozwoliła ustalić charakter wykrytych różnic. Okazuje się, że zwykli wolontariusze ( $M = 24,21$ ,  $SD = 8,71$ ) istotnie silniej odczuwają lęk przed zmarłymi niż pracownicy hospicjum ( $p < 0,001$ ) czy wolontariusze hospicyjni ( $p < 0,05$ ). Natomiast między ostatnimi dwiema grupami nie stwierdzono występowania istotnych statystycznie różnic w zakresie odczuwanego lęku przed zmarłymi.

Interesujące wyniki uzyskano w ramach kolejnego wymiaru lęku przed śmiercią, jakim jest **lęk przed nieznany**. Dla tej zmiennej również wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa okazał się istotny statystycznie i wyniósł  $H(2) = 17,541$ ;  $p < 0,001$ . Na podstawie uszczegółowionej analizy post hoc z wykorzystaniem nieparametrycznego testu Dunna z odpowiednimi poprawkami można stwierdzić, że **pracownicy hospicyjni** ( $M = 17,5$ ,  $SD = 7,81$ ) odczuwają istotnie silniejszy ( $p < 0,001$ ) lęk przed nieznany niż **wolontariusze hospicyjni** ( $M = 12,68$ ,  $SD = 5,33$ ). Natomiast poziom lęku zwykłych wolontariuszy ( $M = 15,38$ ,  $SD = 6,61$ ) nie różni się istotnie od wymienionych wcześniej grup pracowników hospicjów. Co więcej, w przypadku obu grup wolontariuszy lęk przed nieznany jest jednym ze słabiej odczuwanych.

**Lęk przed przedwczesną śmiercią** jest kolejnym wymiarem, który istotnie różnicuje porównywane grupy pracowników. Nieparametryczny test Kruskala-Wallisa wyniósł  $H(2) = 16,765$ ;  $p < 0,001$  i tym samym może być uznany za istotny statystycznie. **Na podstawie uszczegółowionej analizy post hoc z wykorzystaniem nieparametrycznego testu Dunna z odpowiednimi poprawkami można stwierdzić, że wolontariusze hospicyjni** ( $M = 12,81$ ,  $SD = 6,03$ ) charakteryzują się istotnie niższym poziomem lęku przed przedwczesną śmiercią niż **pracownicy hospicyjni** ( $p < 0,001$ ) czy **zwykli wolontariusze** ( $p < 0,01$ ).

**Natomiast między tymi dwiema grupami nie stwierdzono występowania istotnych statystycznie różnic w poziomie odczuwanego lęku przed przedwczesną śmiercią.**

Ostatnim wymiarem lęku przed śmiercią, na którym uzyskano istotny statystycznie wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa ( $H(2) = 6,189$ ;  $p < 0,05$ ), co tym samym świadczy o zróżnicowaniu wyników w porównywanych grupach zawodowych, jest **lęk przed pozornym zgonem**. Szczegółowa analiza post hoc z wykorzystaniem nieparametrycznego testu Dunna z odpowiednimi korektami pozwoliła ustalić charakter wykrytych różnic. **Okazuje się, że wolontariusze hospicyjni ( $M = 12,69$ ,  $SD = 4,42$ ) istotnie słabiej ( $p < 0,05$ ) odczuwają lęk przed pozornym zgonem niż wolontariusze zwykli ( $M = 14,39$ ,  $SD = 5,85$ ). Natomiast pracownicy hospicyjni ( $M = 13,02$ ,  $SD = 5,19$ ) nie różnią się istotnie w poziomie odczuwanego lęku przed pozornym zgonem względem każdej z wymienionych grup.**

Jedynymi wymiarami lęku przed śmiercią, które okazały się istotnie nie różnić porównywanych grup zawodowych, są: lęk o destrukcję ciała oraz najsłabiej odczuwany przed wszystkich badanych lęk o wygląd ciała, dla których wyniki testu Kruskala-Wallisa nie przekroczyły progu istotności i wyniosły odpowiednio  $H(2) = 1,053$ ;  $p = 0,591$  oraz  $H(2) = 1,053$ ;  $p = 0,591$ ).

Biorąc pod uwagę specyfikę badanej populacji, czyli osób pracujących w warunkach obciążenia psychicznego zarówno zawodowo, jak i wolontaryjnie, które w chwili badania były już od dłuższego czasu związane z pracą w hospicjum, uzyskane wyniki wydają się być uzasadnione.

## **5. Poziom religijności personalnej vs apersonalnej**

Do pomiaru nasilenia personalnego wymiaru religijności wykorzystano Skalę Religijności Personalnej Jaworskiego (1989). Kwestionariusz składa się z 30 pozycji, do których badany ustosunkowuje się na 7-stopniowej skali Likerta (od 1 – zdecydowanie nie do

7 – zdecydowanie tak). Im wyższy wynik uzyska osoba badana, tym bardziej personalny wymiar jej religijności. Rzetelność skali oszacowana metodą retestu znajduje się w przedziale od 0,69 do 0,85.

**Na podstawie uzyskanych wyników można zauważyć, że w grupie wolontariuszy hospicyjnych przeciętny poziom religijności personalnej jest najwyższy ( $M = 126,02$ ), ale występuje tu także największe zróżnicowanie wyników ( $SD = 31,31$ ). Z kolei w grupie wolontariuszy hospicyjnych średni poziom religijności personalnej jest nieznacznie niższy ( $M = 120,57$ ) oraz występuje tutaj najmniejsze, aczkolwiek ciągle duże, zróżnicowanie wyników wewnątrz grupy ( $SD = 27,44$ ). Wśród pracowników hospicyjnych przeciętny poziom religijności personalnej jest najniższy ( $M = 114,72$ ), ale występuje tu także duże zróżnicowanie uzyskanych wyników ( $SD = 28,12$ ). Zaobserwowane zróżnicowanie wyników jest również związane z szerokim zakresem uzyskanych wyników w każdej z badanych grup.**

Co więcej, wszystkie trzy rozkłady zmiennej charakteryzuje znacząca lewoskośność, o czym świadczą ujemne współczynniki skośności. Oznacza to, że w badanych grupach dominują wyniki znajdujące się powyżej średniej swoich rozkładów. Z kolei dodatnia wartość współczynnika kurtozy wskazuje na znaczącą leptokurtyczność uzyskanych rozkładów. Tym samym, większość wyników w badanych grupach znajduje się blisko średniej swoich rozkładów. Omówione zniekształcenia rozkładów zmiennej względem rozkładu normalnego świadczą o występowaniu wyników skrajnych, znajdujących się istotnie poniżej średniej.

Ze względu na brak zgodności rozkładów analizowanej zmiennej w porównywanych grupach z rozkładem normalnym (wszystkie wyniki testu Shapiro-Wilka przekroczyły próg istotności statystycznej), to w celu porównania średnich uzyskanych w trzech grupach przeprowadzono nieparametryczny test Kruskala-Wallisa. Uzyskano wynik istotny statystycznie, który wyniósł  $H(2) = 13,312$ ;  $p < 0,01$ . Oznacza, on, że przynajmniej jedna średnia różni się od pozostałych. Szczegółowa analiza post hoc z wykorzystaniem nieparametrycznego testu Dunna z poprawką na nierównoliczność grup oraz z korektą Bonferroniego dotyczącą poziomu istotności pozwoliła ustalić charakter wykrytych różnic.

Okazuje się, że wolontariusze hospicyjni ( $M = 126,02$ ,  $SD = 31,31$ ) uzyskują istotnie wyższe wyniki ( $p < 0,001$ ) na skali religijności personalnej niż pracownicy hospicyjni ( $M = 114,82$ ,  $SD = 28,12$ ). Natomiast zwykli wolontariusze ( $M = 120,57$ ,  $SD = 27,44$ ) nie różnią się istotnie w poziomie religijności personalnej względem każdej z wymienionych grup.

Podsumowując, według założeń interpretacyjnych „Skali religijności personalnej” (Jaworski, 2001), im wyższy wynik, tym większa skłonność badanego do przeżyć religijnych o charakterze personalnym (osobisty kontakt z Bogiem). Tym samym, **na podstawie średnich uzyskanych w poszczególnych grupach można stwierdzić, że wolontariusze hospicyjni, pracownicy hospicjum, jak i zwykli wolontariusze charakteryzują się religijnością o charakterze personalnym.** Przemawia to za tendencją (skłonnością) badanych do przeżywania osobowego kontaktu z Bogiem. Religijność, zwracanie się do Boga ma charakter wewnątrzsterowany, zewnętrzne warunki nie determinują odnoszenia się do Boga, nie zmieniają relacji z Bogiem. Najdrobniejsze szczegóły życia są przejawami istnienia Boga i doświadczania Go.

## **6. Poziom poczucia winy**

Do pomiaru poziomu poczucia winy wykorzystano Kwestionariusz Poczucia Winy opracowany przez Koftę, Brzezińskiego i Ignaczaka (1977). Narzędzie służy do badania „mechanizmu osobowości, który decyduje o częstotliwości pojawienia się, natężeniu i czasie zalegania poczucia winy jako przejściowego stanu podmiotu”. Poczucie winy uważa się za czynnik odpowiedzialny za moralne zachowanie człowieka, za ukształtowaną zdolność do samokarania. Autorzy kwestionariusza przyjęli założenie, że poczucie winy stanowi ważny składnik mechanizmu samokontroli człowieka, który „decyduje o zdolności jednostki do modulowania i tłumienia własnych impulsów, odraczania w czasie ich gratyfikacji oraz dostosowania form ich zachowania do wymogów społecznych”. Zdaniem autorów kwestionariusza, poczucie winy rozumiane jako wymiar osobowości powinno przejawiać się nie tylko w zachowaniach związanych z przekroczeniem norm, ale również w postawach wobec innych ludzi, uogólnionych sądach o świecie i instytucjach społecznych.

Kwestionariusz składa się z 42 niedokończonych zdań, do których badany ma wybrać jedno z dwóch możliwych uzupełnień.

**Na podstawie uzyskanych wyników można zauważyć, że w grupie wolontariuszy hospicyjnych przeciętny poziom poczucia winy jest najwyższy ( $M = 32,72$ ,  $SD = 7,10$ ). Nieznacznie niższą średnią wyników uzyskała grupa zwykłych wolontariuszy ( $M = 30,14$ ,  $SD = 7,28$ ), zaś najniższy przeciętny poziom poczucia winy uzyskano w grupie pracowników hospicyjnych ( $M = 27,70$ ,  $SD = 8,43$ ). We wszystkich badanych grupach uzyskane rozkłady wyników okazały się silnie lewoskośne, o czym świadczą ujemne wartości współczynników skośności. Oznacza to, że wśród wyników dominują te powyżej średnich swoich rozkładów. Natomiast dodatnie wartości współczynników kurtozy wskazują na skupienie większości wyników wokół średnich swoich rozkładów, a zatem uzyskane rozkłady są znacząco leptokurtyczne.**

Ze względu na brak zgodności rozkładów analizowanej zmiennej w porównywanych grupach z rozkładem normalnym (wszystkie wyniki testu Shapiro-Wilka przekroczyły próg istotności statystycznej) oraz na nierównoliczność porównywanych grup, to w celu weryfikacji występowania różnic w średnich przeprowadzono nieparametryczny test Kruskala-Wallisa. Uzyskano wynik istotny statystycznie, który wyniósł  $H(2) = 16,098$ ;  $p < 0,001$ . Oznacza, on, że przynajmniej jedna średnia różni się od pozostałych. Szczegółowa analiza metodą post hoc z wykorzystaniem nieparametrycznego testu Dunna z poprawką na nierównoliczność grup oraz z korektą Bonferroniego dotyczącą poziomu istotności pozwoliła ustalić charakter wykrytych różnic. Okazuje się, że wolontariusze hospicyjni ( $M = 32,72$ ,  $SD = 7,10$ ) charakteryzują się istotnie wyższym ( $p < 0,001$ ) poziomem poczucia winy niż pracownicy hospicyjni ( $M = 27,70$ ,  $SD = 8,43$ ). Natomiast zwykli wolontariusze ( $M = 30,14$ ,  $SD = 7,28$ ) nie różnią się istotnie w poziomie poczucia winy względem każdej z wymienionych grup.

**Podsumowując, poziom poczucia winy wolontariuszy hospicyjnych, zwykłych i pracowników hospicyjnych należy uznać za wysoki.** Oznacza to, że dotychczasowe doświadczenia są w ich subiektywnym przekonaniu obciążające. Osoba mająca silne poczucie



winy nosi w sobie przeświadczenie, że mogła dokonać określonych rozwiązań lepiej, że te, które zastosowała i które w jej ocenie okazały się niewystarczające.

## 7. Odczuwany nastrój

Pomiar nastroju osób badanych został dokonany za pomocą samoopisowej Przymiotnikowej Skali Nastroju (UMACL) Matthews, Chamberlaina i Jonesa, w polskiej adaptacji Goryńskiej (2005). Kwestionariusz pozwala na pomiar nastroju rozumianego, jako doświadczenie afektywne o umiarkowanym czasie trwania. Uwzględnia ono trzy dwubiegunowe wymiary nastroju: pobudzenie napięciowe (zdeenerwowany – zrelaksowany), pobudzenie energetyczne (energiczny – zmęczony) i ton hedonistyczny (przyjemność – nieprzyjemność). Skala posiada satysfakcjonującą rzetelność – ich zgodność wewnętrzną mierzona współczynnikiem  $\alpha$  Cronbacha waha się w granicach od 0,73 do 0,90. Z kolei trafność narzędzia potwierdzona została na drodze analizy czynnikowej oraz między innymi poprzez wykazanie korelacji z miarami cech osobowości.

Na podstawie uzyskanych wyników można zauważyć, że we wszystkich grupach uzyskano najwyższe średnie w wymiarze tonu hedonistycznego nastroju (z przedziału 29,35 do 32,11) oraz pobudzenia energetycznego (z przedziału 29,24 do 31,02). Natomiast pobudzenie napięciowe jest średnio najslabiej odczuwanym wymiarem nastroju, o czym świadczą przeciętne wyniki znajdujące się w przedziale od 13,57 do 15,66.

Ponieważ wszystkie analizowane zmienne nie mają rozkładów zgodnych z rozkładem normalnym (wszystkie wyniki testu Shapiro-Wilka przekroczyły próg istotności statystycznej), a porównywane grupy nie mogą być uznane za równoliczne, to w celu weryfikacji zróżnicowania średnich uzyskanych w trzech grupach przeprowadzono nieparametryczny test Kruskala-Wallisa. Jedynie dla wymiaru pobudzenie napięciowe uzyskano wynik istotny statystycznie ( $H(2) = 6,063$ ;  $p < 0,05$ ). Szczegółowa analiza metodą post hoc z wykorzystaniem nieparametrycznego testu Dunna z adekwatnymi poprawkami pozwoliła ustalić charakter wykrytych różnic. Okazuje się, że wolontariusze hospicyjni ( $M = 13,57$ ,  $SD = 7,56$ ) uzyskują istotnie niższe wyniki ( $p = 0,05$ ) w poziomie **pobudzenia**

**napięciowego** niż zwykli wolontariusze ( $M = 15,66$ ,  $SD = 5,66$ ). Natomiast pracownicy hospicyjni ( $M = 14,98$ ,  $SD = 5,46$ ) nie różnią się istotnie w poziomie pobudzenia napięciowego względem każdej z pozostałych grup.

Z kolei, w przypadku poziomu **tonu hedonistycznego** uzyskany wynik testu Kruskala-Wallisa nie przekroczył co prawda progu istotności ( $H(2) = 4,797$ ;  $p = 0,091$ ), jednak znalazł się w obszarze tendencji statystycznej. Innymi słowy, można przypuszczać, iż w przypadku większej liczby porównywanych grup ujawniłaby się istotna różnica w przeciętnym poziomie tonu hedonistycznego.

Jedynie w przypadku **pobudzenia energetycznego** test Kruskala-Wallisa nie przekroczył progu istotności statystycznej i wyniósł  $H(2) = 1,936$ ;  $p = 0,380$ . Oznacza to, że porównywane grupy wolontariuszy hospicyjnych, pracowników hospicjum oraz zwykłych wolontariuszy nie różnią się między sobą pod względem przeciętnego poziomu pobudzenia energetycznego.

**Podsumowując, można stwierdzić, że w chwili wypełniania Skali Nastroju u badanych dominował nastrój o zabarwieniu pozytywnym – energii, aktywności, optymizmu.**

## **Analiza cech predysponujących do pracy w hospicjum i pracy wolontaryjnej**

### **Profil badanych ze względu na rodzaj motywacji i poczucie tożsamości**

Poza analizami dotyczącymi charakterystyki i różnic między porównywanymi grupami zawodowymi: wolontariuszy hospicyjnych, pracowników hospicyjnych i zwykłych wolontariuszy, interesujący wydaje się problem dotyczący występowania u nich pewnych typowych cech, predysponujących do wykonywanej pracy. Postanowiono zatem sprawdzić czy ze względu na omówione w poprzednim rozdziale cechy można wyodrębnić zróżnicowane profile badanych grup zawodowych.

Założono, że badaną grupę pracowników będzie można opisać uwzględniając trzy podstawowe wymiary: grupę zawodową (dzielącą badanych na wymienione trzy grupy), poczucie tożsamości (społeczne, niesprecyzowane, osobiste) oraz rodzaj motywacji (zmienna mierzalna). W celu przeprowadzenia eksploracyjnej wielowymiarowej analizy korespondencji (ang. Multiple Correspondence Analysis, MCA), umożliwiającej redukcję wymiarów zmiennych mierzonych na skalach jakościowych Carrol, Green, Schaffer, 1986; Doey i Kurta, 2011; Greenacre, 1984; Hoffman i Franke, 1986), ostatnią zmienną przekształcono na skalę nominalną. Na podstawie uzyskanych wyników wyznaczono dwa punkty podziału w taki sposób, że 33% badanych z najniższymi wynikami znalazło się grupie osób o motywacji endogennej ( $n = 74$ ), zaś 33% badanych z najwyższymi wynikami – w grupie osób o motywacji egzogennej ( $n = 79$ ). Pozostałe osoby zostały zaklasyfikowane, jako „nieokreślone” ( $n = 76$ ).

Następnie sprawdzono czy przydział do danego typu motywacji zależy od grupy pracowniczej osób badanych. W tym celu przeprowadzono nieparametryczny test  $\chi^2$  dla dwóch zmiennych niezależnych. Uzyskany wynik,  $\chi^2(4) = 8,032$ ;  $p = 0,090$ , okazał się co prawda nieistotny statystycznie, ale znalazł się w obszarze tendencji statystycznej. Wśród zwykłych wolontariuszy nieznacznie przeważa grupa osób charakteryzujących się motywacją wynikającą z koncentracji na sytuacji osoby potrzebującej (egzocentrycznej). Różnica ta nie jest jednak na tyle duża, aby można było uznać ją za istotną statystycznie.

W kolejnym kroku sprawdzono czy poczucie tożsamości (społeczne, niesprecyzowane, osobiste) oraz rodzaj motywacji (endogenna, niekreślona, egzogenna) są od siebie zależne w całej grupie badanych oraz/lub w poszczególnych grupach pracowniczych. W tym celu przeprowadzono nieparametryczny test  $\chi^2$  dla dwóch zmiennych niezależnych. Wszystkie wyniki okazały się nieistotne statystycznie – odpowiednio dla całej grupy:  $\chi^2(4) = 3,033$ ;  $p = 0,552$ , w grupie wolontariuszy hospicyjnych:  $\chi^2(4) = 6,045$ ;  $p = 0,192$ , w grupie pracowników hospicyjnych  $\chi^2(4) = 4,000$ ;  $p = 0,406$  oraz w grupie zwykłych wolontariuszy:  $\chi^2(4) = 3,461$ ;  $p = 0,484$ . Tym samym, można uznać, że poczucie tożsamości i rodzaj motywacji są od siebie niezależne.

Ostatecznie przeprowadzono wspomnianą wielowymiarową analizę korespondencji, której wyniki można interpretować analogicznie do wyników uzyskiwanych w analizie czynnikowej, z tą różnicą, że dotyczy ona danych mierzonych na skalach jakościowych. Zmiennymi uwzględnionymi w analizie były trzy trójkategorialne zmienne: grupa zawodowa, poczucie tożsamości i rodzaj motywacji. Utworzona na ich podstawie tablica Burta będąca iloczynem wewnętrznym macierzy układu, jest macierzą kwadratową o wymiarach  $9 \times 9$ . Maksymalna liczba wymiarów wyjaśniająca całkowitą zmienność wyników wynosi sześć.

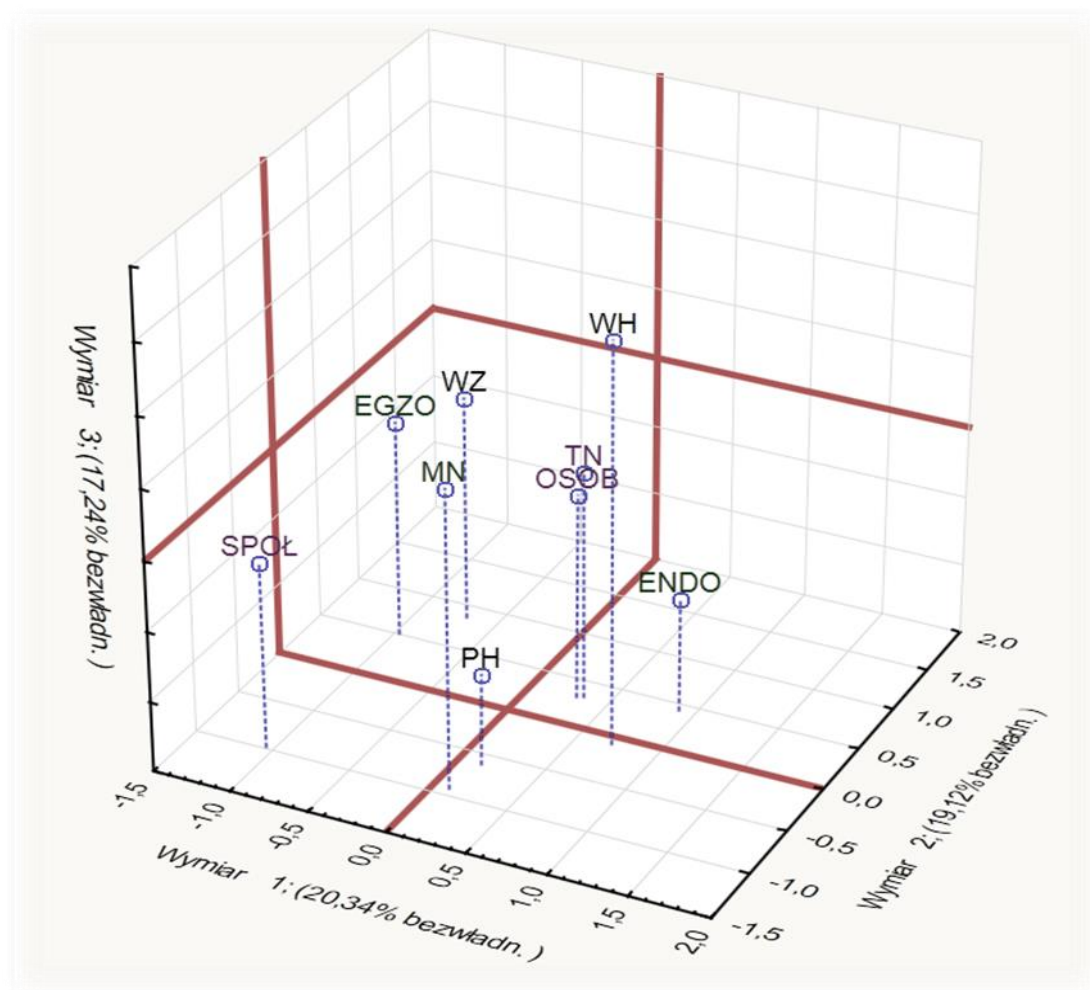
Na podstawie uzyskanych wyników można zaobserwować, że kolejne, wzajemnie ortogonalne wymiary wyjaśniają coraz mniejszą część zmienności wspólnej, czyli bezwładności (rozumianej jako część ogólnej wartości statystyki  $\chi^2$ ). Pierwszy wymiar pozwala na wyjaśnienie 20,34% wspólnej zmienności, zaś po uwzględnieniu trzech wymiarów – procent wyjaśnionej zmienności wzrasta do 56,70%. Takie rozwiązanie wydaje się najbardziej optymalne, gdyż do analiz włączono trzy zmienne, które tym samym mogą okazać się tożsame z wyodrębnionymi wymiarami.

Następnie wyliczono współrzędne profili kolumnowych w nowym ortonormalnym układzie współrzędnych, wyznaczonym przez wektory osobliwe. Aby można było zinterpretować uzyskane współrzędne, zastosowano metodę standaryzacji wierszowo-kolumnowej, zgodnie z którą wyliczane są one z macierzy profili kolumn. Przeprowadzony proces standaryzacji pozwolił na uzyskanie jednocześnie współrzędnych punktów reprezentujących grupę zawodową, poczucie tożsamości i rodzaj motywacji charakteryzujące badanych.

Poniżej przedstawiono **Model funkcjonowania zespołu hospicyjnego (wolontariusz hospicyjny, pracownik hospicyjny, wolontariusz zwykły)**

Oś pozioma (OX) ma największy (20,34%) udział w wyjaśnianej zmienności całkowitej. Wyodrębnia ona dwie grupy.

MODEL



WH – wolontariusz hospicyjny, PH – pracownik hospicyjny, WZ – wolontariusz zwykły

SPOŁ – tożsamość społeczna, TN – tożsamość nieokreślona, OSOB – tożsamość osobista

EGZO – motywacja egzocentryczna, MN – motywacja nieokreślona, ENDO – motywacja endogeniczna

Ryc. 3.2. Trójwymiarowa wizualizacja współrzędnych kolumn dla struktury powiązań grupy pracowniczej, poziomu tożsamości oraz rodzaju motywacji w badanej grupie pracowników.

Źródło: opracowanie własne.

Na lewo względem środka tej linii znajdują się wolontariusze zwykli, których charakteryzuje motywacja egzogenna. Po tej samej stronie osi OX znajdują się także osoby o tożsamości społecznej, jednak w toku dalszych analiz cecha ta zostanie przypisana innej

grupie zawodowej. Z kolei na prawo znajdują się wolontariusze hospicyjni, których cechuje motywacja endogenna oraz tożsamość osobista, która w tym układzie współrzędnych jest bardzo blisko tożsamości nieokreślonej. Sugeruje to duże podobieństwo tych dwóch kategorii zmiennej. Również po prawej stronie osi poziomej znajdują się pracownicy hospicyjni, charakteryzujący się motywacją nieokreśloną. Jednak te dwa punkty umiejscowione są blisko środka osi OX, co wskazuje, iż profil tych kolumn jest zbliżony do profilu przeciętnego.

Drugi wymiar (oś OY) oddziela osoby pracujące w hospicjum – niezależnie od tego czy na umowie etatowej czy w ramach wolontariatu od wolontariuszy zwykłych, którzy jako jedyni znajdują się powyżej środka tej osi. Co więcej, można zauważyć, że wolontariusze hospicyjni znajdują się bliżej środka osi OY niż pracownicy hospicyjni, zatem ich profil kolumnowy jest bardziej zbliżony do profilu przeciętnego.

Ostatni wymiar (oś OZ) oddziela etatowych pracowników hospicjum od osób pracujących wolontaryjnie. Okazuje się, że osoby te charakteryzuje motywacja endogenna oraz tożsamość społeczna.

Wśród wszystkich wymiarów uwzględnionych zmiennych najbardziej istotnymi dla utworzonego układu współrzędnych okazał się udział pracowników hospicjów oraz takie cechy, jak tożsamość osobista czy motywacja egzogenna, gdyż ich masa, czyli udział frekwencji w całkowitej liczebności próby, jest największy.

Jakość poszczególnych kolumn informuje o tym, na ile dobrze w przedstawionym układzie trójwymiarowym odwzorowane zostały poszczególne kolumny. Zdecydowanie najlepiej udało się zachować wymiar dotyczący pracowników hospicyjnych. Aczkolwiek zdecydowana większość cech została odwzorowana na satysfakcjonującym poziomie (jakość powyżej 0,5), poza tożsamością niesprecyzowaną i osobistą dla których wynosi co najwyżej 0,15. Niemniej jednak trójwymiarowe rozwiązanie wydaje się adekwatnym rozwiązaniem, gdyż proporcjonalnie odzwierciedla udział poszczególnych kategorii zmiennych z początkowego zróżnicowania, o którym informują wartości w kolumnie względna bezwładność.

Ostatnim elementem wielowymiarowej analizy korespondencji jest zdefiniowanie składowych poszczególnych wymiarów, na co wskazują kolumny z miarą bezwładności dla

poszczególnych osi. Na podstawie analizy tych danych można stwierdzić, że pierwszy wymiar w największym stopniu odzwierciedla rozróżnienie motywacji endogennej i egzocentrycznej, a także swój udział ma w nim tożsamość społeczna. Drugi wymiar w największym stopniu opisywany jest przez fakt bycia zwykłym wolontariuszem oraz osoby, które mają niesprecyzowane źródło motywacji. Trzeci wymiar zdefiniowany został przez fakt bycia wolontariuszem hospicyjnym oraz pracownikiem hospicyjnym.

Uzyskane wyniki wielowymiarowej analizy korespondencji zdają się potwierdzać założenie, że grupa wolontariuszy hospicyjnych stanowi „łącznik” pomiędzy pracownikami zawodowo pracującymi w hospicjach, za pewne ze względu na dzielenie sytuacji ekstremalnych, w których się znajdują, a zwykłymi wolontariuszami, z którymi łączy ich charakter wykonywanej pracy (wolontariat).

## **Analiza porównawcza zmiennych w wyodrębnionych 12 grupach**

Wyodrębnione na podstawie omówionych wyżej zmiennych: grupy zawodowej, poczucia tożsamości oraz rodzaju motywacji 12 podgrup badanych stały się podstawą dla dalszych analiz porównawczych. Sprawdzone czy tak podzieleni badani będą różnili się między sobą ze względu na nasilenie zespołu pourazowego. Zmienną uwzględnioną w analizach były wyniki badanych uzyskane w Kwestionariuszu PTSD.

W celu weryfikacji występowania omówionego zróżnicowania zastosowano trójczynnikaową jednozmiennową analizę wariancji. Niestety, żaden efektów głównych, jak i efektów interakcyjnych nie okazał się istotny statystycznie. Innymi słowy, nie stwierdzono występowania różnic w zakresie średniego poziomu nasilenia stresu pourazowego między żadną z par wyodrębnionych podgrup.

Podsumowując, na podstawie przeprowadzonych badań nie udało się stwierdzić różnic w zakresie poziomu nasilenia zespołu pourazowego ani między grupami pracowników: wolontariuszami hospicyjnymi, pracownikami hospicjum i wolontariuszami zwykłymi ani między osobami różniącymi się ze względu na poziom tożsamości: społecznej, nieokreślonej i osobistej czy rodzaj motywacji: endogennej, nieokreślonej czy egzocentrycznej. Co więcej, nie stwierdzono również występowania istotnych różnic w zakresie przeciętnego poziomu omawianej zmiennej ze względu na interakcję par zmiennych grupujących czy po uwzględnieniu interakcji ich wszystkich trzech razem.

Kolejne założenie o występującym zróżnicowaniu w wyodrębnionych 12 grupach badanych dotyczy poziomu lęku przed śmiercią, obejmującego osiem wymiarów, zgodnie z założeniami Wielowymiarowej Skali Lęku wobec Śmierci.

W celu weryfikacji tego założenia również zastosowano trójczynnikaową jednozmiennową analizę wariancji. Niestety żaden model analizy wariancji nie przekroczył progu istotności statystycznej. Ujawniły się natomiast istotne efekty główne na wymiarach lęk przed zmarłym, lęk przed nieznanym i lęk przed przedwczesną śmiercią oraz na poziomie tendencji statystycznej lęk o żyjących, które dotyczą grupy zawodowej badanych, zatem zostały już omówione w poprzednim rozdziale. Pozostałe efekty główne, jak i efekty interakcyjne par czynników oraz całej ich trójki nie przekroczyły progu istotności



statystycznej. Tym samym, nie stwierdzono występowania dodatkowych różnic, niż te omówione w Rozdziale II części empirycznej monografii, w zakresie przeciętnego poziomu lęku wobec śmierci między porównywanymi grupami.

Podsumowując, na podstawie przeprowadzonych analiz potwierdziły się dotychczas omówione różnice między pracownikami poszczególnych grup zawodowych: wolontariuszami hospicyjnymi, pracownikami hospicjum i wolontariuszami zwykłymi w zakresie czterech wymiarów lęku przed śmiercią: lęku przed zmarłym, lęku przed nieznanym, lęku przed przedwczesną śmiercią oraz na poziomie tendencji statystycznej lęku o żyjących. W przypadku pozostałych wymiarów nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic. Co więcej, również między osobami różniącymi się ze względu na poziom tożsamości: społecznej, nieokreślonej i osobistej czy rodzaj motywacji: endogennej, nieokreślonej czy egzocentrycznej przeprowadzony model analizy wariancji nie przekroczył progu istotności statystycznej. Nie stwierdzono również występowania istotnych różnic w zakresie przeciętnego poziomu omawianych zmiennych ze względu na interakcję par czynników grupujących czy po uwzględnieniu interakcji ich wszystkich trzech razem.

Poziom religijności personalnej jest ostatnią zmienną, na której spodziewano się zaobserwować różnice w przeciętnych wartościach między wyodrębnionymi 12 grupami. Sprawdzono czy badani będą różnili się między sobą ze względu na poziom religijności personalnej. Zmienną uwzględnioną w analizach były wyniki badanych uzyskane na Skali Religijności Personalnej.

W celu weryfikacji występowania omówionego zróżnicowania zastosowano trójczynnikaową jednozmiennową analizę wariancji. Niestety, żaden efektów głównych, jak i efektów interakcyjnych nie okazał się istotny statystycznie. Innymi słowy, nie stwierdzono występowania różnic w zakresie średniego poziomu religijności personalnej między żadną z par wyodrębnionych podgrup.

Podsumowując, na podstawie przeprowadzonych badań nie udało się stwierdzić różnic w zakresie poziomu religijności personalnej ani między grupami pracowników: wolontariuszami hospicyjnymi, pracownikami hospicjum i wolontariuszami zwykłymi ani między osobami różniącymi się ze względu na poziom tożsamości: społecznej, nieokreślonej i osobistej czy rodzaj motywacji: endogennej, nieokreślonej czy egzocentrycznej. Co więcej, nie

stwierdzono również występowania istotnych różnic w zakresie przeciętnego poziomu omawianej zmiennej ze względu na interakcję par zmiennych grupujących czy po uwzględnieniu interakcji ich wszystkich trzech razem.

## **Religijność personalna a lęk przed śmiercią, poziom nasilenia zespołu stresu pourazowego, poczucie winy i nastrój u wolontariuszy hospicyjnych, pracowników hospicjum oraz wolontariuszy zwykłych**

Poszukując odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu lęk przed śmiercią, poziom nasilenia stresu pourazowego, poczucie winy i nastrój wpływają na poziom religijności personalnej badanych grup pracowniczych: wolontariuszy hospicyjnych, pracowników hospicjum oraz wolontariuszy zwykłych, przeprowadzono analizę korelacji, a następnie – analizę regresji krokowej z dołączaniem zmiennych. Do obliczeń wykorzystano wyniki, jakie badani uzyskali na Skali Religijności Personalnej, Wielowymiarowej Skali Lęku, w Kwestionariuszu PTSD, Kwestionariuszu Poczucia Winy oraz na Przymiotnikowej Skali Nastroju.

Ponieważ otrzymane rozkłady zmiennych nie mogą być uznane za zgodne z rozkładem normalnym, to do analizy korelacji wykorzystano nieparametryczny test tau-b Kendalla.

Na podstawie uzyskanych wyników można zaobserwować, że w grupie wolontariuszy hospicyjnych jedynie ton hedonistyczny nastroju (TH) istotnie i dodatnio współwystępuje z poziomem religijności personalnej. W żadnej innej grupie zawodowej nie stwierdzono takiej zależności. Natomiast w pozostałych grupach religijność personalna dodatnio koreluje z wymiarami lęku przed śmiercią: lękiem przed zmarłym (LEK2) oraz o destrukcję ciała (LEK3), zaś ujemnie – z lękiem przed nieznanym (LEK5). Ponadto wystąpiły istotne, dodatnie zależności religijności personalnej z nasileniem stresu pourazowego (PTSD) oraz poziomem poczucia winy (PW). Z kolei tylko w grupie zwykłych wolontariuszy poziom religijności personalnej istotnie współwystępuje z lękiem przed umieraniem (LEK1) i lękiem o wygląd ciała (LEK7). Pozostałe współczynniki korelacji nie przekroczyły progu istotności statystycznej.

Analizę regresji przeprowadzono oddzielnie dla każdej z badanych grup zawodowych, w prowadząc do modelu – w charakterze zmiennej zależnej – poziom religijności personalnej. Natomiast zmiennymi niezależnymi każdorazowo były wszystkie wymiary lęku przed śmiercią, nasilenie stresu pourazowego, nastrój (w trzech wymiarach) oraz poziom poczucia winy.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że poziom religijności personalnej w badanych grupach zawodowych regulowany jest w odmienny sposób. W grupie wolontariuszy hospicyjnych jedynym predyktorem okazał się lęk przed pozornym zgonem. Wystandardyzowany współczynnik  $\beta = 0,363$ ;  $p < 0,01$  wskazuje na dodatni związek analizowanych zmiennych. Oznacza to, że im większy poziom lęku przed pozornym zgonem, tym bardziej personalną religijnością charakteryzują się wolontariusze hospicyjni. Uzyskany model okazał się dobrze dopasowany do danych  $F(1,52) = 7,868$ ;  $p < 0,01$ , ale wyjaśnia zaledwie 12% zmienności zmiennej zależnej. Innymi słowy, religijność personalna wolontariuszy hospicyjnych zależy od innych czynników, nieuwzględnionych w badaniach.

W grupie pracowników hospicyjnych najlepiej dopasowany model do danych uwzględnia aż cztery predyktory poziomu religijności personalnej ( $F(4,93) = 9,213$ ;  $p < 0,001$ ). Wyjaśnia on 25% zmienności zmiennej zależnej. Okazuje się, że u pracowników hospicyjnych religijność personalna wzrasta wraz ze zwiększaniem się lęku o destrukcję ciała ( $\beta = 0,527$ ;  $p < 0,05$ ), lęku przed zmarłym ( $\beta = 0,216$ ;  $p < 0,05$ ) oraz poczuciem winy ( $\beta = 0,187$ ;  $p < 0,05$ ). Natomiast wzrost lęku przed nieznanym powoduje osłabienie personalnego wymiaru religijności pracowników hospicjum ( $\beta = -0,340$ ;  $p < 0,01$ ).

Natomiast w grupie wolontariuszy zwykłych uzyskano model wyjaśniający aż 60% zmienności religijności personalnej. Uzyskany model okazał się dobrze dopasowany do danych  $F(4,72) = 29,106$ ;  $p < 0,001$ . Religijność personalna w grupie zwykłych wolontariuszy jest wyjaśniana przez poczucie winy ( $\beta = 1,824$ ;  $p < 0,001$ , lęk przed przedwczesną śmiercią ( $\beta = 1,923$ ;  $p < 0,001$ ) i lękiem przed zmarłym ( $\beta = 0,850$ ;  $p < 0,01$ ), które dodatnio wpływają na poziom zmiennej zależnej. Natomiast podobnie do grupy pracowników hospicyjnych lęk przed nieznanym powoduje osłabienie personalnego wymiaru religijności ( $\beta = -1,597$ ;  $p < 0,001$ ).

Podsumowując, można stwierdzić, że w porównywanych grupach zawodowych: wolontariuszy hospicyjnych, pracowników hospicjum oraz wolontariuszy zwykłych personalna religijność jest warunkowana innymi czynnikami. W grupie wolontariuszy hospicyjnych jest to aspekt najslabiej wyjaśniony zmiennymi uwzględnionymi w badaniach. Natomiast w pozostałych grupach zmienność wyników świadczących o personalnej religijności jest bardzo zbliżony – czynnikami różnicującymi obie grupy są lęk o destrukcję ciała charakterystyczny dla pracowników hospicjum oraz lęk przed przedwczesną śmiercią,

specyficzny dla wolontariuszy zwykłych. Natomiast w obu grupach zwiększanie poziomu poczucia winy powoduje zmianę religijności w kierunku personalnym.

## **Podsumowanie**

### **Motywacja**

Na podstawie uzyskanych wyników można zauważyć, że w grupie wolontariuszy zwykłych średni poziom motywacji egzocentrycznej jest najwyższy ( $M = 22,10$ ), ale występuje tu także największe zróżnicowanie wyników ( $SD = 16,73$ ).

Z kolei grupa wolontariuszy hospicyjnych charakteryzuje się najniższym przeciętnym poziomem motywacji egzocentrycznej ( $M = 16,35$ ) oraz najmniejszym zróżnicowaniem wyników wewnątrz grupy ( $SD = 8,04$ ).

Wśród pracowników hospicyjnych średni poziom motywacji egzocentrycznej jest nieznacznie wyższy niż w grupie wolontariuszy hospicyjnych ( $M = 17,12$ ), a także występuje tu większe zróżnicowanie uzyskanych wyników ( $SD = 11,19$ ).

Można mówić o występowaniu motywacji endocentrycznej, egzocentrycznej oraz nieokreślonej w badanych grupach.

### **Poczucie tożsamości**

W każdej z porównywanych grup pracowniczych (wolontariuszy hospicyjnych, pracowników hospicyjnych, wolontariuszy zwykłych) wyodrębnione typy osobowości występują w zbliżonych proporcjach. Można mówić o występowaniu tożsamości osobistej, społecznej oraz nieokreślonej

### **PTSD**

W grupie pracowników hospicyjnych przeciętny poziom nasilenia zespołu stresu pourazowego jest najwyższy ( $M = 60,49$ ), zaś obie grupy wolontariuszy uzyskały charakteryzują się niewiele niższymi średnimi, ale bardzo zbliżonymi względem siebie.

Cała badana populacja (wolontariusz hospicyjny, pracownik zawodowy hospicyjny oraz wolontariusz zwykły) deklaruje występowanie objawów PTSD w stopniu średnim.

Przy czym, w grupie pracowników hospicyjnych występuje najwyższy procent osób, które w ogóle przyznają się do istniejących przeżyć potraumatycznych.

### **Lęk tanatyczny**

Na podstawie zaprezentowanych wyników można stwierdzić, że w badanych grupach zawodowych najsilniej deklarowanym wymiarem lęku przed śmiercią jest lęk o żyjących.

Okazuje się, że zwykli wolontariusze charakteryzują się najwyższym poziomem lęku o żyjących ( $M = 33,68$ ,  $SD = 6,93$ ).

Drugim wymiarem lęku przed śmiercią, który był silnie deklarowany we wszystkich grupach jest lęk przed umieraniem.

Wolontariusze hospicyjni charakteryzują się istotnie niższym ( $p < 0,05$ ) lękiem przed umieraniem ( $M = 25,91$ ,  $SD = 9,21$ ) niż pracownicy hospicyjni ( $M = 29,34$ ,  $SD = 8,82$ ).

Zwykli wolontariusze ( $M = 24,21$ ,  $SD = 8,71$ ) istotnie silniej odczuwają lęk przed zmarłymi niż pracownicy hospicjum ( $p < 0,001$ ) czy wolontariusze hospicyjni ( $p < 0,05$ ).

Pracownicy hospicyjni ( $M = 17,5$ ,  $SD = 7,81$ ) odczuwają istotnie silniejszy ( $p < 0,001$ ) lęk przed nieznanym niż wolontariusze hospicyjni ( $M = 12,68$ ,  $SD = 5,33$ ).

Wolontariusze hospicyjni ( $M = 12,81$ ,  $SD = 6,03$ ) charakteryzują się istotnie niższym poziomem lęku przed przedwczesną śmiercią niż pracownicy hospicyjni ( $p < 0,001$ ) czy zwykli wolontariusze ( $p < 0,01$ ).

Wolontariusze hospicyjni ( $M = 12,69$ ,  $SD = 4,42$ ) istotnie słabiej ( $p < 0,05$ ) odczuwają lęk przed pozornym zgonem niż wolontariusze zwykli ( $M = 14,39$ ,  $SD = 5,85$ ).

Jedynymi wymiarami lęku przed śmiercią, które okazały się istotnie nie różnić porównywanych grup zawodowych, są: lęk o destrukcję ciała oraz najslabiej odczuwany przez wszystkich badanych lęk o wygląd ciała.

### **Religijność**

W grupie wolontariuszy hospicyjnych przeciętny poziom religijności personalnej jest najwyższy ( $M = 126,02$ ), ale występuje tu także największe zróżnicowanie wyników ( $SD = 31,31$ ).

W grupie wolontariuszy zwykłych średni poziom religijności personalnej jest nieznacznie niższy ( $M = 120,57$ ) oraz występuje tutaj najmniejsze, aczkolwiek ciągle duże, zróżnicowanie wyników wewnątrz grupy ( $SD = 27,44$ ).

Wśród pracowników hospicyjnych przeciętny poziom religijności personalnej jest najniższy ( $M = 114,72$ ), ale występuje tu także duże zróżnicowanie uzyskanych wyników ( $SD = 28,12$ ).

Wolontariusze hospicyjni ( $M = 126,02$ ,  $SD = 31,31$ ) uzyskują istotnie wyższe wyniki ( $p < 0,001$ ) w skali religijności personalnej niż pracownicy hospicyjni ( $M = 114,82$ ,  $SD = 28,12$ ). Natomiast zwykli wolontariusze ( $M = 120,57$ ,  $SD = 27,44$ ) nie różnią się istotnie w poziomie religijności personalnej względem każdej z wymienionych grup.

Wolontariusze hospicyjni, pracownicy hospicjum, jak i zwykli wolontariusze charakteryzują się religijnością o charakterze personalnym. Przemawia to za tendencją (skłonnością) badanych do przeżywania osobowego kontaktu z Bogiem.

## **Poczucie winy**

Na podstawie uzyskanych wyników można zauważyć, że w grupie wolontariuszy hospicyjnych przeciętny poziom poczucia winy jest najwyższy ( $M = 32,72$ ,  $SD = 7,10$ ). Nieznacznie niższą średnią wyników uzyskała grupa zwykłych wolontariuszy ( $M = 30,14$ ,  $SD = 7,28$ ), zaś najniższy przeciętny poziom poczucia winy uzyskano w grupie pracowników hospicyjnych ( $M = 27,70$ ,  $SD = 8,43$ ).

Wolontariusze hospicyjni ( $M = 32,72$ ,  $SD = 7,10$ ) charakteryzują się istotnie wyższym ( $p < 0,001$ ) poziomem poczucia winy niż pracownicy hospicyjni ( $M = 27,70$ ,  $SD = 8,43$ ).

Poziom poczucia winy wolontariuszy hospicyjnych, zwykłych i pracowników hospicyjnych należy uznać za wysoki.

## **Nastrój**

We wszystkich grupach uzyskano najwyższe średnie w wymiarze tonu hedonistycznego nastroju (z przedziału 29,35 do 32,11) oraz pobudzenia energetycznego (z przedziału 29,24 do 31,02). Natomiast pobudzenie napięciowe jest średnio najsłabiej

odczuwanym wymiarem nastroju, o czym świadczą przeciętne wyniki znajdujące się w przedziale od 13,57 do 15,66.

Wolontariusze hospicyjni ( $M = 13,57$ ,  $SD = 7,56$ ) uzyskują istotnie niższe wyniki ( $p = 0,05$ ) w poziomie pobudzenia napięciowego niż zwykli wolontariusze ( $M = 15,66$ ,  $SD = 5,66$ ).

Natomiast pracownicy hospicyjni ( $M = 14,98$ ,  $SD = 5,46$ ) nie różnią się istotnie w poziomie pobudzenia napięciowego względem każdej z pozostałych grup.

### **Współzależności pomiędzy zmiennymi**

Na podstawie uzyskanych wyników (po przeprowadzeniu nieparametrycznym testem  $\chi^2$  dla dwóch zmiennych niezależnych) można uznać, że poczucie tożsamości i rodzaj motywacji są od siebie niezależne.

Na podstawie przeprowadzonych badań(zastosowano trójczynnika jednozmienną analizę wariancji) nie udało się stwierdzić różnic w zakresie poziomu nasilenia zespołu pourazowego ani między grupami pracowników: wolontariuszami hospicyjnymi, pracownikami hospicjum i wolontariuszami zwykłymi ani między osobami różniącymi się ze względu na poziom tożsamości: społecznej, nieokreślonej i osobistej czy rodzaj motywacji: endogennej, nieokreślonej czy egzogenicznej.

Na podstawie przeprowadzonych analiz(trójczynnika jednozmienną analizę wariancji) potwierdziły się dotychczas omówione różnice między pracownikami poszczególnych grup zawodowych: wolontariuszami hospicyjnymi, pracownikami hospicjum i wolontariuszami zwykłymi w zakresie czterech wymiarów lęku przed śmiercią: lęku przed zmarłym, lęku przed nieznanym, lęku przed przedwczesną śmiercią oraz na poziomie tendencji statystycznej lęku o żyjących.

Na podstawie przeprowadzonych badań(trójczynnika jednozmienną analizę wariancji) nie udało się stwierdzić różnic w zakresie poziomu religijności personalnej ani między grupami pracowników: wolontariuszami hospicyjnymi, pracownikami hospicjum i wolontariuszami zwykłymi ani między osobami różniącymi się ze względu na poziom tożsamości: społecznej, nieokreślonej i osobistej czy rodzaj motywacji: endogennej, nieokreślonej czy egzogenicznej.

EEEE



W następnym kroku przeprowadzono trzy analizy regresji logistycznej z wprowadzaniem predyktorów do modelu przy użyciu metody selekcji postępującej Walda. Każdą analizę przeprowadzono oddzielnie dla jednej z trzech grup pracowniczych. Zmienną zależną stanowiła zdychotomizowana religijność personalna. Zmienną zależną ilościową podzielono względem średniej globalnej ( $M = 119,39$ ) na wyniki niskie (poniżej 120) oraz wysokie (120 i większe). Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że poziom religijności personalnej w badanych grupach zawodowych regulowany jest w odmienny sposób.

W grupie wolontariuszy hospicyjnych udało się zbudować 2 modele w których istotnymi predyktorami są: lęk przed pozornym zgonem, pobudzenie energetyczne. Wartości ilorazu szans dla obu tych predyktorów wskazują na to, że wraz ze wzrostem pobudzenia energetycznego o jedną jednostkę obserwuje się wzrost szans na wysokie nasilenie religijności personalnej o 8% z kolei wraz ze wzrostem lęku przed pozornym zgonem obserwuje się wzrost szans o 17%. Współczynnik determinacji  $R^2$  Nagelkerkego równy 0,19 pozwala przypuszczać, że 19% wariacji w zakresie podwyższonej religijności personalnej wyjaśnione jest pobudzeniem emocjonalnym oraz lękiem przed pozornym zgonem. Model jest istotny statystycznie [ $\chi^2(2) = 7,39; p = 0,025$ ] i charakteryzuje się stopniem poprawnych klasyfikacji równym 77,8%.

W przypadku pracowników hospicyjnych zbudowano aż 4 modele. Ostatni z nich pozwala wyjaśnić 40% wariacji w zakresie wysokiego nasilenia religijności personalnej z poprawną klasyfikacją na poziomie 78,6%. Jest on istotny statystycznie [ $\chi^2(4) = 35,22; p < 0,001$ ] i w jego skład wchodzi predyktory w postaci poczucia winy, lęku przed zmarłym, lęku o destrukcję ciała oraz lęku przed nieznanym.

Wraz ze spadkiem lęku przed nieznanym o 16% wzrasta szansa na podwyższone wyniki w zakresie religijności personalnej, wraz ze wzrostem lęku o destrukcję ciała wzrost szans o 14%, wraz ze wzrostem lęku przed zmarłym wzrost szans o 9% oraz wraz ze wzrostem poczucia winy wzrost szans o 6%.

W ostatniej grupie, zwykłych wolontariuszy, zbudowano 5 modeli. Ostatni z nich wyjaśnia aż 67,5% wariacji w zakresie podwyższonych wyników religijności personalnej. Jest on oczywiście istotny statystycznie [ $\chi^2(5) = 51,45; p < 0,001$ ] i charakteryzuje się odsetkiem poprawnych klasyfikacji równym 84,4%. Pokazuje on, że występowanie podwyższonych wyników religijności personalnej zależy od wzrostu PTSD (wzrost szans o 4%), wzrostu poczucia winy (wzrost szans o 24%), wzrostu lęku przed pozornym zgonem oraz lęku przed

przedwczesną śmiercią (wzrost szans o 24%) oraz od spadku lęku przed nieznanym (wzrost szans o 43%)

Dla celów dydaktycznych wykonano-niedopuszczalną wobec niespełnienia założeń normalności rozkładu zmiennych oraz małej liczby prób-parametryczną regresję wielokrotną, której wyniki okazały się całkowicie zgodne z wynikami uzyskanymi z regresją logistyczną. Jednym z powodów tej zgodności mogą być w pewnym sensie dopuszczalne wartości skośności rozkładów zmiennych wachające się w przedziale od -1,5 do +1,5.

## WNIOSKI

Dzięki przeprowadzonym badaniom i analizom uzyskanych wyników możemy mówić o Psychologicznym Modelu Zachowań zespołu pracującego w warunkach ekspozycji.

Bardzo często ilość osób, którym jest udzielana pomoc jest niewspółmiernie mała w stosunku do ilości pomagających. Nie mniej procesy, które zachodzą w takich sytuacjach są bardzo silne i mają tendencje do utrwalania się i stają się strategiami.

1.W Zespole hospicyjnym występują różne typy motywacji niezależnie od pełnionych ról w zespole: wolontariusza hospicyjnego, pracownika hospicyjnego, wolontariusza zwykłego. Można stwierdzić, że istnieją w badanym zespole trzy rodzaje motywacji: endogenna, egzogenna i nieokreślona.

2.W Zespole hospicyjnym(wolontariusz hospicyjny, pracownik hospicyjny, wolontariusz zwykły) oprócz tożsamości osobistej ,społecznej występuje grupa osób o tożsamości nieokreślonej.

3. W Zespole hospicyjnym największy procent objawów potraumatycznych deklaruje grupa pracowników hospicyjnych.

4. W Zespole hospicyjnym występują różne typy lęku tanatycznego.

Grupę pracowników hospicyjnych różni od innych :lęk przed nieznanym . Grupę wolontariuszy zwykłych charakteryzuje:lęk przed przedwczesną śmiercią.

5.W Zespole hospicyjnym największy procent deklarujących poczucie religijności personalnej zgłasza grupa wolontariuszy hospicyjnych.

6.W Zespole hospicyjnym najwyższy poziom poczucia winy deklaruje grupa wolontariuszy hospicyjnych.

7.W Zespole hospicyjnym we wszystkich grupach (wolontariusz hospicyjny, pracownik hospicyjny, wolontariusz zwykły) występuje tonus hedonistyczny oraz pobudzenie energetyczne.

Uzyskane wyniki wielowymiarowej analizy korespondencji (ang. Multiple Correspondence Analysis, MCA) oraz zweryfikowane założenia po zastosowaniu trójczynnikaowej jednozmiennej analizy wariancji ujawniły istotne efekty głównie w wymiarach lęk przed zmarłym, lęk przed nieznanym, lęk przed przedwczesną śmiercią oraz lęk o żyjących. Nie pozostaje to bez wpływu na poziom religijności. W każdej z badanych grup poziom ten jest regulowany w odmienny sposób.

W badaniach po zastosowaniu wielowymiarowej analizy korespondencji, testu Kruskala-Wallisa (nieparametryczna ANOVA), testu  $\chi^2$  dla dwóch zmiennych niezależnych oraz Wielowymiarowej Analizy Regresji oraz przeprowadzeniu trzech analiz regresji logistycznej z wprowadzaniem predyktorów do modelu przy użyciu metody selekcji postępującej Walda. (każdą analizę przeprowadzono oddzielnie dla jednej z trzech grup pracowniczych). dowiedziono, że występuje związek pomiędzy poziomem religijności a lękiem tanatycznym.

W Zespole hospicyjnym czynnikami, które wywierają na siebie wzajemny wpływ i determinują postępowanie i funkcjonowanie są :

1. w grupie wolontariuszy hospicyjnych lęk tanatologiczny oraz nastrój, które stymulują narastanie religijności personalnej;
2. W grupie pracowników hospicyjnych przeżycia potraumatyczne, lęk przed śmiercią, poczucie winy, nasilają lub osłabiają religijność personalną.
3. W grupie wolontariuszy zwykłych przeżycia potraumatyczne, lęk tanatologiczny oraz poczucie winy są predyktorami nasilenia religijności personalnej.

Bardzo istotnym elementem grup (pracujących w warunkach ekspozycji) jest świadomość zachodzących procesów i ich konsekwencji. Dobrze funkcjonujący zespół, świadomy siebie funkcjonuje z większą efektywnością, zapewnia poczucie bezpieczeństwa, działa sprawnie, klarownie i to co najistotniejsze nie boi się podejmowanego ryzyka.

## **1.2. Autorski Program przygotowania psychiki do pracy personelu medycznego (E. Trylińska-Tekielska Psycholog w Hospicjum – Warszawa Scholar 2015)**

### **Wprowadzenie**

Program przeznaczony jest dla psychologów, którzy pracują z ludźmi będącymi w sytuacjach ekstremalnych. Przez sytuację ekstremalną rozumiana jest sytuacja, gdzie występuje: zagrożenie życia, zdrowia i jednostka (ofiara, świadek, uczestnik) czuje bezradność, nie jest w stanie nic zrobić, by tę sytuację zmienić. Do takich sytuacji należy zaliczyć ciężkie choroby, konieczność przebywania na oddziale. Może to być związane z zakończeniem życia.

Osobą, która znajduje się w samym centrum zainteresowania jest **pacjent**. Jest to człowiek, który pokonany przez chorobę trafił do szpitala. Człowiek, który przeszedł długą drogę negacji, zaprzeczania, szoku, przerażenia, nieakceptowania, bólu, strachu, niepokoju, depresji. Człowiek, któremu trzeba było przekazać „złe” wiadomości.

Następnymi osobami są najbliżsi (**rodzina**), którzy bardzo często wykazują objawy zachowań dysfunkcyjnych (PTSD, ASD). Składa się na to wiele nierozwiązanych spraw i problemów.

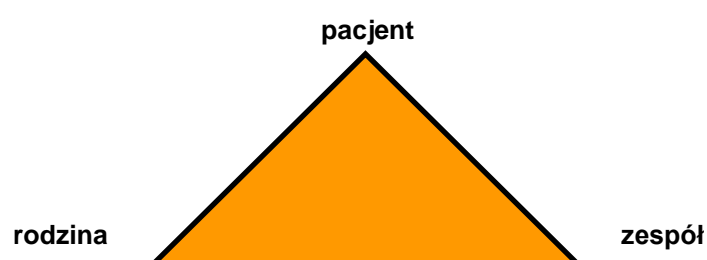
Trzecią grupę stanowi **personel**, który przebywając i uczestnicząc w tak obciążających sytuacjach, jest wystawiony na większe prawdopodobieństwo wystąpienia *burnout*.

Z każdą z tych grup trzeba przepracować dysfunkcje zachowań, dotrzeć do źródeł i poprawić funkcjonowanie jednostki. Dlatego też przygotowano program wsparcia psychologicznego, którego zadaniem jest (w przypadku osób towarzyszących: najbliższych i personelu) przygotowanie do bycia i pracy w warunkach ekstremalnych. Przygotowanie psychiki oznacza zrozumienie siebie, motywów swego postępowania, uzyskanie wglądu, zwrócenie uwagi na sposoby komunikowania się z ludźmi oraz uzyskanie możliwości prognozowania swoich zachowań. Zrozumienie siebie, poznanie własnych reakcji.

Osoby pracujące w sytuacjach ekstremalnych (zagrożenie życia, zdrowia) narażone są na konieczność działań nieprzewidywalnych, obciążających, uczestniczą w przeżywaniu sytuacji traumatycznych. Dlatego też z myślą o nich stworzono ten program przygotowujący do tego typu działań, jak również uodparniający i pozwalający na osiągnięcie wglądu we własną psychikę, zrozumienie siebie i swoich predyspozycji.

Znajomość siebie i własnych reakcji (szczególnie w sytuacjach trudnych) redukuje lęk i napięcie. Pozwala na samodecydowanie i kierowanie własną osobą, podnosi poziom samoakceptacji i wiary we własne możliwości. Wiedza na temat sytuacji ekstremalnych oraz poznanie własnych możliwości dają właściwe rozeznanie, zrozumienie, wpływają na świadomość swego „ja” i podejmowanych działań

## Założenia teoretyczne programu – Psycholog Medyczny



Psycholog medyczny to osoba koordynująca, zarządzająca trybami i ukierunkowująca działania pacjenta i jego rodziny oraz zespołu pracowników i wolontariuszy.

### Pacjent

DOM (decyzja rodziny)	SZPITAL (decyzja lekarza)
depresyjność	nadzieja w <u>wyleczeniu</u>
nie czuje się potrzebny	
przeszkadzał rodzinie	
był „inny”	
brak doświadczenia w funkcjonowaniu w innych placówkach, strukturach	Doświadczenie
pokonanie przez chorobę	
ból / cierpienie / strach	

Priorytetem jest pacjent. Od momentu przyjęcia spoczywa na całym personelu konieczność przekazywania (smutny obowiązek) informacji złych, bo dotyczących zbliżającego się kresu życia.

Przekazywanie złej informacji (diagnozy o schorzeniu) bierze pod uwagę wiele aspektów. Są to: przygotowanie do rozmowy, ile pacjent wie o swojej chorobie, ile chce wiedzieć, czy przekazywać wiadomości pacjentowi czy jego rodzinie, która będzie mediatorem, dostosowanie języka do poziomu pacjenta lub jego rodziny.

W przekazywaniu złych wiadomości należy uwzględnić wiele czynników. Przede wszystkim osobowość pacjenta, jego stan psychiczny (w momencie przekazywania), gotowość psychiczną do rozmowy. Ważne są również osoby towarzyszące.

Prawo pacjenta zakłada, że pacjent powinien znać prawdę o swoim stanie zdrowia (i rokowaniach), ale pod warunkiem, że chce je znać.

Mówiąc pacjentowi o stanie zdrowia, trzeba zwrócić uwagę, czy:

- jest on w stanie (psychofizycznym) zrozumieć przekazywaną mu informację;
- czy wie już cokolwiek o diagnozie i rokowaniu;
- zadaje pytania, bo nie rozumie treści, konsekwencji;
- czy prosi o dalsze informacje;
- jak reaguje (spokojny, zdezorientowany, nerwowy, złości się, zamyka się w sobie, ma poczucie porażki);
- czy akceptuje przekazaną wiadomość;
- czy wypiera usłyszane informacje;
- czy mówi o swoich oczekiwaniach
- czy prosi i daje do zrozumienia, żeby zataić te informacje przed rodziną.

W modelu **konsultacji** bardzo kładzie się nacisk na całościowy układ relacji lekarz-pacjent. Zwraca się uwagę na osobowość lekarza i pacjenta. Priorytetowy jest dialog, w którym brane są pod uwagę takie czynniki, jak: ton głosu, treść przekazu, słownictwo, empatia, relacyjność, zrozumienie, sprawdzenie, czy przeciwna strona rozumie to samo.

Pacjent podlega opiece paliatywnej, czyli poprawiającej jakość życia pacjenta w obliczu problemów choroby nieuleczalnej, którą jest dotknięty. Opieka paliatywna zapewnia zapobieganie cierpieniu, uśmierza ból. Ma charakter kompleksowy – zajmuje się problemami fizycznymi, psychospołecznymi, duchowymi (szczególnie w okresie terminalnym). Opieka psychiatryczna łagodzi objawy, oferuje system wsparcia zarówno pacjentom, jak i rodzinom, wykorzystuje podejście zespołowe, bierze pod uwagę potrzeby pacjentów i rodzin.

Do hospicjum stacjonarnego trafia pacjent w stanie terminalnym. Przytomny lub nieprzytomny. Istotną sprawą dla psychologa w momencie przyjmowania pacjenta jest to, czy pacjent jest przywieziony ze szpitala czy z domu. Ma to ogromne znaczenie dla pacjenta i rodziny.

Pacjenci przywiezieni ze **szpitala** mają większą odporność na zachorowania. Wykazują przystosowawcze schematy zachowań (wiedzą, że sale są np. wieloosobowe, że są szafki, łazienki). Orientują się w strukturze oddziału (lekarz, pielęgniarka, salowe, psycholog, ksiądz, inne osoby – wolontariusze). Umieją wyrazić oczekiwania, zgłaszać potrzeby. Najważniejsze jednak jest to, że mają głębokie przeświadczenie, że do hospicjum zostali skierowani decyzją lekarza. To on zdecydował o dalszym postępowaniu. Nie obciążają tym rodziny. Autorytet lekarza daje poczucie bezpieczeństwa i spełniona jest tak ważna dla pacjenta potrzeba – doznawania opieki i oparcia.

Pacjent przywieziony z **domu** to pacjent bez doświadczenia, mający poczucie „wyrwania” ze środowiska (zapewniającego mu poczucie bezpieczeństwa). Przywiezienie go do hospicjum zinterpretowane jest jako przynoszące ulgę zmęczonej rodzinie. Pacjent czuje się przygnębiony, przestraszony, odrzucony, niechciany. To rodzina zdecydowała o przewiezieniu go w inne miejsce – a więc nie chce go, nie dawała sobie rady. Był dla nich (osób znaczących) obciążeniem. Wpływa to na pacjenta deprymująco, obniża nastrój. Pacjent czuje się zagubiony, zdezorientowany co do sytuacji. Nie akceptuje tego, co się wokół niego dzieje – wykazuje większe (niż pacjent przyjęty ze szpitala) trudności adaptacyjne. Problemy z jakimi musi się borykać to reakcje psychiczne, które są naturalną odpowiedzią na pogarszający się stan somatyczny pacjenta. Są to lęk, gniew, przygnębienie, poczucie winy, nadzieja, że może jeszcze sytuacja ulegnie poprawie. Lęk jest bardzo często niewerbalizowany. Pacjent odczuwa niepokój, jest pobudzony ruchowo. Może zachowywać się również nieadekwatnie do zastanej sytuacji tzn. przesadnie się śmiać lub opowiadać dowcipy dotyczące śmierci. Lęk związany jest również z lękiem przed śmiercią, przed bólem, przed uduszeniem się (jeśli są trudności z oddychaniem). Pacjent świadomy swojej sytuacji jest w sytuacji (dla niego) traumatycznej i stara się z tą sytuacją uporać. Jeśli pacjent czuje się psychicznie silny, to wykorzystuje do walki z chorobą, ze światem gniew. Gniew jest w tym przypadku siłą mobilizującą, aktywuje pacjenta. Daje mu (subiektywnie odczuwaną) szansę. Jeśli gniew nie spełnia oczekiwań, wówczas u pacjenta włączają się siły skierowane nie przeciw innym, tylko przeciw sobie, przeciwko chorobie. Pacjent obwinia siebie a nie otoczenie za to, że choruje. Wzrasta w nim poczucie winy. Zakłócony chorobą ład wewnętrzny wyzwala obwinianie siebie za prowadzony tryb życia (palenie, nadużywanie

alkoholu, uzależnienie od leków czy innych substancji). Poczucie winy, samooskarżanie prowadzą do poczucia bezsilności, czucia się niepotrzebnym. Wzrasta negatywna ocena własnej osoby. Konsekwencją jest odczuwanie przygnębienia. Może ono mieć charakter krótkotrwały lub przyjmuje postać długo trwającego (utrzymującego się) stanu. Wyrażone jest w sposób jawny, kiedy pacjent narzeka, wyraża na głos myśli pesymistyczne, płacze, skarży się lub w sposób zakamuflowany, bardziej ujawniające się poprzez mowę ciała (spowolnione ruchy, słaba mimika, cichy głos, spuszczone głowa). Pacjent nie akceptujący swojego stanu popada w stany patologicznego odizolowania się od innych, odmawia posiłków oraz napojów. Pacjenci, którzy adaptują się do swojego stanu chorobowego, przeżywają go w sposób duchowy, często wyrażają pozytywne nastawienie, akceptują zastany stan. Czas przystosowania się do choroby – to zmiana wewnętrzna pacjenta. Następuje reorganizacja wzorców zachowania i dążenia do innych celów. Świat wartości ostatecznych zaczyna dominować nad wartościami instrumentalnymi. Nie jest istotny środek do osiągnięcia (pacjent nie ma sił) – ważna jest stacja docelowa, kierunek dążeń. Pacjent na etapie adaptacji do sytuacji choroby ma za sobą poradzenie sobie z samą chorobą. Teraz koncentruje się na radzeniu sobie ze zmianami życiowymi – jakie powstały na skutek choroby.

### Rodzina

<b>CHOROBA TRWA <u>DŁUGO</u></b>	<b>CHOROBA ROZPOZNANA NAGLE <u>KRÓTKO</u></b>
PTSD	ASD
sytuacja traumatyczna	
uświadomienie rodzinom, że tkwią w sytuacji ekstremalnej	
terapia dostosowana do potrzeb i możliwości	
przekaz informacji dotyczących aktualnego stanu	
Osierocenie	

Podczas ciężkiej choroby, a szczególnie zagrażającej życiu, cierpi nie tylko pacjent. Cierpi rodzina, osoby znaczące. Zmienia się zarówno bieg codziennego życia – wszystko podporządkowane jest pacjentowi, jak również zmienia się ważność spraw. Zaczynają występować inne priorytety. Rodzina pacjenta zaczyna uczestniczyć w sytuacji traumatycznej. Wiele zjawisk jest nowych, nie rozumie ich sensu, następstw. Oczekują



wsparcia oraz przygotowania, czego można się spodziewać po zachowaniach pacjenta, co może nastąpić po takich a nie innych objawach. Rodzina powinna również zrozumieć swoje własne emocje, które są następstwem sytuacji traumatycznej. Są to: strach, niepokój, poczucie winy, złość. Są to normalne reakcje na sytuację nienormalną (traumatyczną – przerastającą ich dotychczasowe doświadczenia) (Dudek, 2003).

Wypieranie jest naturalnym mechanizmem obronnym, który pozwala na uporanie się z sytuacją traumatyczną. Daje czas na przyzwyczajenie się do traumy (zagrożenia życia osoby najbliższej), na pogodzenie się z nową sytuacją. Złość – osoba zdrowa nie umie sobie dać rady, nie godzi się z nadchodzącą śmiercią bliskiej osoby, nie potrafi znieść cierpienia pacjenta oraz czuje się bezradna, zrozpaczona tym, że nie potrafi pomóc. Życie nie przebiega w sposób normalny, spokojny, zostało zakłócone. Rodzina zachowuje się czasami w sposób irracjonalny – ambiwalentny. Potrzebuje wsparcia, które (jeśli jest) odrzuca. Złość nie jest przetransponowana na pozytywne reakcje np. zużycie całej energii na mobilizowanie chorej osoby do nie poddawania się chorobie.

Osoby znaczące, członkowie rodziny wykazują poczucie winy, obwiniają się z bardzo wielu powodów. Przede wszystkim wynika to z faktu, że nie są w stanie nic zrobić, by wyleczyć ukochaną osobę lub zapewnić jej idealną pomoc. W rodzinach tych występuje poczucie winy „ocalonego”. Jest to związane z faktem, że są tymi osobami, których choroba nie dotknęła (Strelau, 2004).

Strach jest następnym dominującym odczuciem przed tym, co nieznane (śmierć, doznania bólowe pacjenta, strach o siebie, swoją przyszłość). Następstwem jest poczucie smutku, osamotnienia, pojawiają się problemy ze snem, wzrasta napięcie pomiędzy członkami rodziny. Depresja może być na tyle głęboka, że wymaga interwencji specjalisty i wsparcia farmakologicznego.

Istotnym elementem obok działań psychologiczno-rehabilitacyjnych jest włączenie do procesu wspomagającego pacjenta jego własnej rodziny. Rodzina nie jest przygotowana do pełnienia tej roli. Rodziny pacjentów (osoby dla nich znaczące) można podzielić na dwie grupy.

Pierwszą stanowią rodziny, które od dłuższego czasu (ponad pół roku) borykają się z chorobą i problemami pacjenta. Przeżyły wszystkie etapy choroby i wynikające z nich przeżycia (wiary, nadziei, załamania). Włączone w pomoc osobie chorej, wyłączające siebie z jakiegokolwiek taryfy ulgowej (Dudek, 2003).

Grupa druga to rodziny, które nagle stają przed tak traumatyczną sytuacją, jaką jest rozpoznanie onkologiczne. Są w szoku (co często podkreślają). Nie dociera do nich fakt choroby, uważają, że diagnoza jest mylna. Widzą to w kategoriach nierealnych. Można u nich rozpoznać objawy zarówno *acute stress disorder* jak i *post-traumatic stress disorder*.

Rodzina (osoby znaczące) przeszła z chorym długą drogę. W czasie choroby pacjenta – rodzina musiała całkowicie przeorganizować życie, styl życia, plany. Było to ciągle życie w stresie, rozpacz, poczucie winy, związane z niemożnością wyspania się, ciągłych zmian. Podejmowania prób zrobienia wszystkiego, co w ich mocy. Przy obniżonej kondycji fizycznej (brak snu, ciągle napięcie, bezradność) łatwo o szybkie wypalenie się w procesie pomocy pacjentowi. Rodziny zgłaszające skargi dotyczące własnego zdrowia podkreślają, że sytuacja przerosła ich siły.

Bardzo istotnym elementem jest uświadomienie rodzinie stanu, w jakim się znajduje. Koncentracja nie tylko na pacjencie (choć jest on postacią priorytetową), ale i na objawach dyskomfortowych dla osób znaczących. Świadomość swoich zachowań obniża poziom niepokoju. Pozwala na wgląd – zmienienie swoich zachowań, nie obwinianie się za „niedopełnienie” obowiązku wobec pacjenta. Wgląd w siebie ukierunkowuje również na lepsze zrozumienie innych, nabranie dystansu. Bardzo często rodziny (szczególnie te związane emocjonalnie) zgłaszają lęk dotyczący wiedzy pacjenta odnośnie do własnego stanu, jak i tego, że został przyjęty do hospicjum. Rodziny nie podejmują rozmów o chorobie, o śmierci – same wymagają ogromnego wsparcia.

Trudne, ale konieczne jest informowanie rodziny w sposób jasny, klarowny o stanie terminalnym. Przygotowanie rodziny, że fakt odejścia jest wliczony w fazę terminalną.

### **Zespół (personel medyczny)**

Psycholog medyczny jest również osobą, która stara się koordynować pracę zespołu (lekarze – pielęgniarki), ułatwiać relacje i sposób porozumiewania się zarówno w zespole, jak i pomiędzy personelem a rodzinami.

Zespół pracujący w hospicjum stacjonarnym uczestniczy na co dzień w sytuacji traumatycznej, jaką jest odchodzenie terminalnie chorych oraz rozpacz ich rodzin. Stopień doświadczania stresu zależy jest od wielu czynników wewnętrznych (predyspozycji osobowościowych, przeżytych doświadczeń, stanu zdrowia) oraz zewnętrznych (Sęk, 2000).

W pracy najistotniejszą rolę odgrywają czynniki emocjonalne, takie jak:

- Nacisk i oczekiwanie rodzin na wyleczenie, często towarzyszące uczucie porażki, że niestety nie udało się tego zrobić.
- Ciągła praca ze zrozpaczonymi rodzinami.
- Przeżywanie szokujących zachowań pacjentów i ich rodzin.
- Poczucie bezradności wobec sytuacji rodzin pacjentów i pacjentów – obciążenie, że (mimo prób) nie uda się pomóc do końca.
- Konflikty wewnątrz zespołu, nawiązywanie konfliktów z innymi, informowanie jasne i klarowne o tym, na co nas stać lub z czego chcemy się wycofać, szukanie porad osób bliskich.
- Znajdowanie realistycznych oczekiwań własnych, ustawianie poprzeczki zgodnej ze zdolnościami, predyspozycjami, stawianie realnych a nie idealnych wymagań, wyznaczanie celów powinno być realne, możliwe do osiągnięcia, nieidealizowane.
- Budowanie dodatniego bilansu emocjonalnego. Osoby, które zajmują się innymi ludźmi z ich problemami, na ogół nie myślą o realizacji własnych potrzeb. Sporządzenie listy spraw, które wyczerpują emocjonalnie oraz takich, które szybko odbudowują siły witalne i stymulują zapas pozytywnej energii. Zwrócenie uwagi na małe sukcesy (nie tylko na większe nagrody). Powinny być zauważane te małe, drobne sprawy, które się udały.
- Tworzenie wokół siebie sieci wsparcia. Niezdolność do poradzenia sobie postrzegana jest jako osobista porażka, dlatego też ważne jest znalezienie osób, które widzą sprawy z boku, są obiektywne, a jednocześnie bycie z nimi i porozmawianie pozwala rozładować powstałe napięcie.

Świadomość osób pracujących w warunkach ekstremalnych dotyczących stresu oraz oznak wypalenia zawodowego, musi być duża i nieustannie kontrolowana, by szybko rozpoznać objawy i móc przeciwdziałać ich narastaniu (Strelau, 2004).

Wypalenie zawodowe rozumiane jako długotrwała reakcja na przewlekły stres związany z pracą obejmuje trzy aspekty:

1. Wyczerpanie emocjonalne.
2. Depersonalizację (negatywne nastawienie do osób, którym z racji pełnionego zawodu powinno się pomagać).
3. Poczucie braku osiągnięć.

Rozpoznanie pierwszych oznak jest bardzo istotne.

Zespół hospicjum to według literatury wtórne ofiary traumy (Dudek, 2003). Praca z ludźmi i osobami, które umierają, to ciągłe narażenie na stres, współczucie, poczucie winy, że nie pomogło się tak, jak trzeba. Większe niż w innych zawodach prawdopodobieństwo

wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego. Psycholog podejmuje rolę mediatora. Stresy pracy hospicyjnej, niemożność odreagowania, wyczerpanie fizyczne, psychiczne, utrudniają spokojny i prawidłowy kontakt. Relacje zaczynają być napięte, bardzo łatwo o konflikty w zespole. Psycholog powinien zastosować działania, metody, które będą miały charakter przeciwdziałający. Po trudnych sytuacjach (umieranie) należy zastosować debriefing – rozładować emocje, dać możliwość przekazania sposobu interpretacji zdarzeń. Należy również spełniać oczekiwania zespołu odnośnie do wiedzy o zjawiskach, które towarzyszą lub mogą być konsekwencją działań. Dotyczy to: szkoleń o tym, jak reagować na trudne pytania pacjenta, rodziny dotyczące śmierci, długości życia, jak i czy przekazywać informacje trudne związane z pogorszeniem stanu somatycznego, jak układać współpracę z rodzinami. Istotnym elementem jest wspólne omawianie pacjentów, ich problemów od strony psychologicznej, utrzymanie wzajemnego szacunku między personelem.

Charakter pracy szpitalnej mieści się w kryteriach, które wpływają na powstanie syndromu wypalenia zawodowego. Są to: konieczność dużego zaangażowania i poświęcenia, duża odpowiedzialność (dbanie o innych, w przeciwnym wypadku dzieje się pacjentowi krzywda). Kontakt podmiotowy z pacjentem, a szczególnie z rodzinami, powodujący obciążenie ich negatywnymi emocjami, ciągła kontrola swoich zachowań.

Psycholog musi być wyczulony na zachowania pojawiające się i nasilające, takie jak: zmniejszanie się motywacji do pracy, zmniejszone zainteresowanie pacjentami, zwiększenie dystansu, formalizowanie kontaktów, niezadowolenie, napięcie, unikanie rozmów. Największą trudnością, z jaką spotyka się personel pracujący w hospicjum, jest niemożność rozładowania emocji, rozmowy o tematyce traumatologicznej, tanatologicznej, o śmierci pacjentów. Warunki hospicyjne nie pozwalają na codzienne, otwarte mówienie o cudzym umieraniu. Tabu tej tematyki, banie się wchodzenia w temat, interpretacja o zbytnim zainteresowaniu czyjąś śmiercią jako szukanie wrażeń w sytuacjach ekstremalnych powoduje, że emocje nie znajdują ujścia i „zalegają”. Konsekwencją tego jest wyczerpanie emocjonalne, przemęczenie, rozdrażnienie oraz poczucie niskiej skuteczności działania. Wpływa to na obniżenie poczucia własnej wartości, uczucie osamotnienia.

Psycholog medyczny może (poprzez swoją wiedzę, empatię) uświadamiać personelowi, jaki wpływ na powstawanie *burnout* (wypalenia zawodowego) mają niektóre cechy osobowościowe. Osoby o niskiej samoocenie, mające nieugruntowane poczucie własnej wartości (nawet sukces jej nie potwierdzi), niepewność, bierność, niechęć bycia z ludźmi, a co za tym idzie niemożność uzyskania informacji zwrotnych dotyczących własnej

osoby, trudność z rozpoznawaniem i opanowaniem własnych emocji – wszystko to ma wpływ na większe prawdopodobieństwo pojawienia się cech wypalenia zawodowego.

### **Współpraca psychologa z personelem**

Współpraca psychologa hospicyjnego z personelem to podstawa dająca poczucie bezpieczeństwa obu stronom. Psycholog hospicyjny to nie osoba z zewnątrz – to również personel hospicyjny. To bycie obopólne w sytuacjach traumatycznych, to spotkania z tymi samymi ludźmi (pacjenci i ich rodziny).

Najważniejszym elementem współpracy jest zbudowanie wzajemnego zaufania, określenie wspólnych priorytetów – jawność informacji o sobie, zaufanie, nie stwarzanie sytuacji nieudówień. Rozwiązywanie (jakiegokolwiek) problemu „tu i teraz”. Tolerancja na własne sposoby reagowania. Znajomość wzajemna własnych trudności, możliwość odreagowania. Działania te mają kierunek obustronny. Psycholog też może liczyć na wsparcie, zrozumienie, akceptację zachowań. Oczekiwania obopólne są określone. Jeśli nawet nie są spełnione, to jest tak ważne zrozumienie. Fakt bliskości, możliwość wypowiedzenia na gorąco, dania upustu emocjom. Wzajemna obrona, liczenie na pomoc. Tolerancja dla popełnianych błędów. Nie stawianie między sobą poczucia niepewności, zagrożenia. Budowanie zespołu ze świadomością możliwości bycia sobą. Znajdowanie w sobie tych predyspozycji, które w sytuacjach ekstremalnych dają siłę, prowokują do pozytywnych działań – ale również zdawanie sobie sprawy ze słabości, tych cech, które w sytuacjach traumatycznych przeszkadzają (co nie znaczy, że na co dzień w zwykłych, nie budzących emocji zdarzeniach, są cechami nie budzącymi dyskomfortu). Psycholog jest osobą stymulującą, zwracającą uwagę na aspekty pozytywne – wzmacniające zespół. W sytuacjach, gdy zespół wyraźnie podkreśla, że określona cecha jest przeszkadzająca w pracy, do psychologa należy zrobienie wszystkiego, co w jego mocy, by jednostka tę cechę wzmocniła (ze słabości swej siłę uczynimy) lub wyciszyła i zaakceptowała (redukując tym samym lęk, niepokój) (Salomon, 2002).

### **Etyczna strona pracy na ciężkich oddziałach**

Bardzo istotnym elementem pracy psychologa jest strona etyczna wykonywanego zawodu, jak również wewnętrzne przygotowanie, osobiste zaangażowanie i zgoda na zachowania ludzi (pacjent, rodzina, personel), które nie zawsze są adekwatne do sytuacji – przerastają doświadczenia ludzi będących w sytuacji traumatycznej. Należy wliczyć

w koszta zawodu, że ludzie, którym się służy, są bardzo często zrozpaczeni, bezradni, sami niewiedzący, co się z nimi dzieje. I to trzeba zaakceptować, iść w kierunku wysłuchania, wyciszenia, zredukowania niepokoju. Odnosić wiele problemów do spraw wiary, ukierunkowywać – nie licząc, że od razu będzie oczekiwana reakcja. Bardzo często są to, szczególnie dla rodzin, początki ich przemiany wewnętrznej (Hoffman, 2006). Dużym problemem jest na pewno to, że na problematykę śmierci patrzymy (generalnie) jak na koniec etapu istnienia, a nie na początek nowego (Krakowiak, 2009). Społeczeństwo w naszej kulturze nie jest przygotowane do zajmowania się tematyką tanatologiczną. Z punktu widzenia etycznego, trzeba stawiać sprawy jasno, by nie było żadnych nieudomówień, czuć tak jak czuje osoba potrzebująca, zniżyć się lub wzrosnąć do jej poziomu i odrzucić ocenę zachowań (roszczeniowość, histeryczność, agresywność). Wskazana jest współpraca (i to bardzo regularna) psychologa z księdzem. Psycholog może wysłuchać, ale nie może rozgrzeszyć. Rozgrzeszenie jest elementem nowego życia (Bartoszek, 2000).

Psycholog w hospicjum (i nie tylko) nie jest alfą i omegą. To rola służebna. Cały czas trzeba pogłębiać wiedzę, badać zjawiska, wyjaśniać, wносить nowe spojrzenie na zjawisko – udokumentowane naukowo. Ale, najważniejsze, starać się wskazywać dobry kierunek. Więc może to nie tylko zawód, a powołanie.

### **1.3. Psychologiczne aspekty pracy fizjoterapeuty**

#### **1.3.1. Predyktory wyboru studiów fizjoterapeutycznych w grupie studentów**

##### **Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie**

**(Trylińska-Tekielska E. (red.) Jaki jesteś współczesny terapeuta-psychologiczne aspekty predyspozycji zawodowych Warszawa WSR 2014)**

#### **Wprowadzenie**

Cykl prac badawczych w których brano pod uwagę zmienne będące zarówno predyktorami zawodu (typ osobowości, potrzeby psychiczne, uznawane wartości, motywacje, typ temperamentu) jak i te cechy, które wpływają pozytywnie na efektywność pracy i samorealizację (umiejętność porozumiewania się, sposoby komunikacji, asertywność oraz postawy prozdrowotne).

W badaniach zwracano również uwagę na typ studiowania(stacjonarny, niestacjonarny) oraz na charakterystyk grup (cała populacja, mężczyźni, kobiety)

W pracach (badaniach) skoncentrowano się na predyspozycjach do zawodu, cechach psychicznych, wyznawanych wartościach i potrzebach psychicznych.

Wszystkie wyżej wymienione zmienne mają wpływ nie tylko na wybór tego właśnie zawodu, ale również na efektywność pracy i zainteresowanie pacjentem.

Pierwsze trzy prace (*Umiejętność porozumiewania się a nastawienie do innych w grupie studentów fizjoterapii*, *Komunikacja a nastawienie do innych w grupie studentów fizjoterapii*, *Sposoby i rodzaje komunikowania się w grupie studentów fizjoterapii*) dotyczy umiejętności porozumiewania się, komunikacji wynikającej z określonego nastawienia do ludzi oraz sposobów i rodzajów komunikowania się.

Następnie poruszone są problemy zjawiska zewnątrz- i wewnątrzsterowności, mających wpływ na decyzyjność i wybory.

W pracy dotyczącej asertywności zwrócono również uwagę, jak reaguje jednostka w sytuacjach traumatycznych (bierność, manipulacja, agresywność).

Potrzeby psychiczne każdego człowieka są wyznacznikiem jego działań. Jakie potrzeby psychiczne (według H. Murraya) i motywacje kierują studentami przy wyborze studiów – tego dotyczy praca *Potrzeby psychiczne u studentów fizjoterapii* oraz *Potrzeby*

*psychiczne i motywacje podjęcia studiów fizjoterapii u studentów stacjonarnych oraz niestacjonarnych.*

Czy ekstrawersja lub introwersja mają wpływ na radzenie sobie w pracy z pacjentem można się dowiedzieć z pracy *Student fizjoterapii – ekstrawertyk czy introwertyk.*

Czy studenci fizjoterapii preferują zdrowy i rozsądny tryb życia – tego tematu dotyczy praca *Preferencja postaw zdrowotnych wśród studentów fizjoterapii.*

### **Wykaz prac**

1. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Wioletta Wileńska: Umiejętność porozumiewania się a nastawienie do innych w grupie studentów fizjoterapii
2. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Adam Wojda: Komunikacja a nastawienie do innych w grupie studentów fizjoterapii
3. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Anna Guzik: Sposoby i rodzaje komunikowania się w grupie studentów fizjoterapii
4. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Katarzyna Wojda: Kontrola nad swoim działaniem – zewnątrzsterowność, wewnątrzsterowność preferencje studentów fizjoterapii
5. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Joanna Nowak: Poczucie asertywności a zachowanie się w sytuacjach trudnych u studentów fizjoterapii
6. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Agnieszka Kusiak: Potrzeby psychiczne u studentów fizjoterapii
7. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Adrian Razmuk: Potrzeby psychiczne i motywacje podjęcia studiów fizjoterapii u studentów stacjonarnych i niestacjonarnych
8. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Marta Wójcik: Preferencje postaw zdrowotnych wśród studentów fizjoterapii
9. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Agnieszka Brzozowska: Preferencje wartości studentów fizjoterapii
10. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Marta Winkler: Student fizjoterapii – ekstrawertyk czy introwertyk

Badania przeprowadzone były w roku 2011 (styczeń/luty). Na ich podstawie powstał obraz młodego fizjoterapeuty, który decyduje się na pracę wśród ludzi i dla ludzi, dysponuje „arsenałem” własnych dyspozycji. Ma również kłopoty i problemy.



Zakładamy, że niektóre z tych dyspozycji mogą być stałym elementem osobowości, niektóre zaś mogą ulec przetransponowaniu (zdobyta wiedza na uczelni, praktyki w placówkach medycznych, sportowych).

Współczesny fizjoterapeuta dostosowuje się do wymagań, jakie stawia rzeczywistość. Praca z ludźmi niepełnosprawnymi, przywracanie im sprawności fizycznej to nie tylko praca jednostkowa. To praca dla społeczeństwa.

### **Ważniejsze wnioski z badań własnych**

Na podstawie uzyskanych wyników można powiedzieć, że grupa studentów fizjoterapii I roku Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie wykazuje chęć i umiejętność porozumiewania się w stopniu niskim. Wymaga to wsparcia, pomocy, stworzenia programu, dzięki któremu student fizjoterapii będzie miał możliwość samorozwoju w tej właśnie kwestii. Będzie zatem bardziej efektywny w pracy, co będzie korzystne dla niego samego, jak i dla osób, którym pomaga.

Kobiety wykazują większą płynność, mniejszy stopień zróżnicowania między sobą. Mężczyźni wyraźnie są podzieleni na tych, którzy mają trudności i problemy oraz na tych, którzy sobie dobrze radzą z porozumiewaniem się.

Wyniki uzyskane w teście na komunikatywność przemawiają za tym, że studenci fizjoterapii ( $N=35$ ) I roku Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie, zarówno mężczyźni, jak i kobiety, nie wykazują się łatwością komunikatywności (rozumianej jako łatwość nawiązywania kontaktów i współpracy w grupie oraz łatwości zarządzania grupą). Biorąc pod uwagę młody wiek ( $\bar{x}=20,20$ ) i brak doświadczenia w tym zakresie, należy zwrócić uwagę na wyrobienie w tej grupie predyspozycyjności potrzebnej do wybranego zawodu (fizjoterapeuta), stworzenie możliwości zdobycia doświadczenia (odpowiednie praktyki w placówkach zapewniających wysoki poziom osiągania celów).

Kobiety ( $K=22$ ,  $\bar{x}$  wieku wynosi 19,90) są bardziej predysponowane do rozumienia sygnałów pozawerbalnych (cecha bardzo przydatna w zawodzie fizjoterapeuty), trudniej natomiast nawiązują kontakt werbalny – zadaniowy.

Mężczyźni ( $M=13$ ,  $\bar{x}$  wieku wynosi 20,69) łatwiej nastawiają się na zadania, trudniej natomiast zauważają komunikaty pozawerbalne.

Dopełnieniem i możliwością rozwoju predyspozycji może być współpraca (praca) grupowa, zespołowa, gdzie wzajemne uzupełnianie się (w kwestii predyspozycji) pozwoli na rozwój osobisty, jak również na prawidłową i dającą efekty pracę z pacjentem.

Badanie dotyczące rodzajów i stylów komunikacji w grupie studentów fizjoterapii miały charakter eksploracyjny, sondażowy. Oczekiwania, jakie wiążano z postawą i rodzajem komunikacji, były związane z oczekiwaniami paralelnymi do wykonywanego zawodu. Należy sobie zadać pytanie, czy rzeczywiście styl komunikacji powinien być równoległy do wymogów zawodowych, czy też charakterystyczny dla danej jednostki – a tym samym zgodny z jej osobowością, a przez to bardziej skuteczny. Jest to przesłanka do podjęcia badań w tym zakresie.

Rodzaj komunikatywności, jaki przejawiają studenci I roku fizjoterapii to styl empatyczny. umiejętność czucia i współczucia, wyczuwanie bardziej niż realna ocena. Dla osób potrzebujących pomocy (pacjenci) ten styl zapewnia uwagę i zrozumienie – może jednak (czasami) być absorbujący, zbyt angażujący.

Na podstawie przeprowadzonych badań i uzyskanych wyników można stwierdzić, że istnieje różnica w grupie mężczyzn i kobiet w zakresie zjawiska wewnątrzsterowności i zewnątrzsterowności.

Mężczyźni są bardziej podatni, niestali w sytuacjach i problemach subiektywnie odczuwanych jako silne, traumatyzujące. Wykazują jednak skłonność do zmiany i dążenie zapanowania nad sytuacją.

Kobiety są również niestabilne, nie umieją sobie dać rady z problemami. Występuje skłonność „spadkowa” do nie dawania sobie rady z trudnościami rzeczywistości. Brak elastyczności.

Wyżej wymienione postawy nie wykazują cech stałych, dlatego można zbadać, co jest przyczyną dominacji postawy zewnątrzsterownej (wiek, brak doświadczenia, układy rodzinne) lub można wybrać opcje prowadzące do zmiany postawy (odpowiednia wiedza, trening). Jest to materiał do dalszych badań.

Na podstawie uzyskanych wyników w teście „Kwestionariusz autopercepcji” można stwierdzić, że w grupie studentów fizjoterapii (N=74), największy procent (45,94%) w sytuacjach trudnych przejawiał zachowanie bierne, przemawiające za niską samooceną, negatywnymi uczuciami i myślami na temat własnej osoby, poczuciem niższości, winy, brakiem motywacji do działania. W sytuacjach trudnych jednostki przekazują innym kontrolę nad sytuacją. Nie są to zachowania występujące codziennie. Pojawiają się tylko w sytuacjach trudnych.

W grupie mężczyzn (M=25) również przeważają zachowania bierne (48%), które wyrażają się w negatywizmie, braku motywacji, poczuciu niższości. W grupie kobiet (K=49) przeważają zachowania bierne (44,89%) oraz zachowania manipulacyjne (30,61%). Oznacza

to dużą ostrożność w stosunku do innych, negatywne widzenie swojego „ja”, podejrzliwość. Związane jest to z niedowierzaniem i brakiem zaufania do siebie i ludzi. Podkreślić jednak należy, że są to zachowania ujawniające się tylko w sytuacjach krytycznych. Zachowania asertywne wykazują niski procent występowania zarówno w całej populacji (N=74), jak i w grupie mężczyzn (M=25) oraz w grupie kobiet (K=25), występują w kolejności 22,97% (N), 24% (M) oraz 22,44% (K). Wyniki te przemawiają za tym, że w całej populacji ww. procent przejawia brak zainteresowania reakcjami otoczenia, nie ponosi odpowiedzialności za swoje postępowanie, nie ma umiejętności zadawania pytań, słuchania innych. Występują też trudności w motywacji do dobrej pracy.

Pamiętając, że asertywność jest zjawiskiem, nad którym jednostka może pracować, należy zwrócić uwagę, że osoby, których praca polega nie tylko na pracy z ludźmi, ale również na przebywaniu z ludźmi po silnych stresach, urazach, które mogą wywoływać i emanować silnymi emocjami, a tym samym wywoływać silne reakcje u osób trzecich – fizjoterapeuta jest więc narażony na silne stymulacje. Dlatego też powinien posiadać silny system odporności psychicznej oraz znać sposoby pracy nad tymi zjawiskami.

Na podstawie uzyskanych wyników można powiedzieć, że mężczyźni cenią sobie chęć osiągnięcia sukcesu, wykazują ambicje, zapał, stawianie sobie odległych celów, do których dążą. Lubią poznawać świat, rzeczywistość, mają napęd do działania. Lubią współzawodniczyć, wykonywać trudne zadania.

Kobiety mają chęć osiągnięcia sukcesu. Podstawą jednak jest poczucie niespełnienia, wstyd doznanych upokorzeń czy niepowodzeń. Jest to chęć przewycięzania własnych słabości, utrzymywanie szacunku dla samego siebie. Determinacja działania, chęć niezależności. Pozytywnym aspektem tego typu przeżyć jest ich efektywność.

Zainteresowanie wzbudza fakt, że w grupie mężczyzn występuje wyższy stopień zagrożenia (lęk przed urazem fizycznym oraz lęk przed osądzeniem przez innych). Może to być związane z oczekiwaniami (w naszej kulturze) wobec mężczyzn – im mocniejszy, silniejszy, tym lepszy, bardziej efektywny.

Na podstawie przeprowadzonych badań dotyczących potrzeb psychicznych i motywacji w grupie studentów stacjonarnych i niestacjonarnych (kobiet i mężczyzn) można wysunąć następujące wnioski:

Studenci stacjonarni (w zakresie potrzeb psychicznych) wykazują silną potrzebę poczucia bezpieczeństwa. W grupie występuje obawa przed osądzeniem, czego konsekwencją jest postawa konformistyczna. Niechęć wchodzenia w sytuacje konfliktowe, dostosowywanie się do wymogów zewnętrznych, podejmowanie działań akceptowanych społecznie.

Studenci niestacjonarni wykazują postawy w kierunku rozładowywania napięć, do problemów podchodzą z dystansem, chcą się udzielać na rzecz innych. Wykazują (tendencje) chęć zapominania o kłopotach.

W grupie kobiet (stacjonarnych) wyraźnie występuje potrzeba wyczynu, ambicje, chęć osiągania sukcesów, wytrwałość, przezwyciężanie trudności, pokazanie, że są dobre w tym, co robią. Znajdują właściwe sposoby rozładowywania napięć. Wykazują również postawę czucia się lepszymi od innych.

W grupie kobiet (niestacjonarne) nie ma wyraźnej przewagi jakiegokolwiek potrzeby.

Studenci – mężczyźni – stacjonarni wykazują silne zachwianie poczucia bezpieczeństwa w zakresie osądzania przez innych czy przez otoczenie.

Studenci – mężczyźni – niestacjonarni wykazują silną potrzebę porządku, uporządkowania życia, organizacji. Dążą do stabilizacji.

Wyniki dotyczące motywacji w grupie studentów stacjonarnych przemawiają za występowaniem motywacji o charakterze endogennym oraz egzogennym. Przeważa kierunek egzogenny, czyli narzucony przez środowisko.

Grupa studentów niestacjonarnych wykazuje stabilność motywacyjną w kierunku endogennym (własna decyzyjność i wybory).

Na podstawie uzyskanych wyników w grupie kobiet – studentek stacjonarnych, występuje duża labilność motywacyjna. Ulegają one bardziej wpływom zewnętrznym. Nie mają sprecyzowanej linii postępowania. Presja środowiska, osób znaczących, odgrywa dużą rolę w wyborach, występuje również trudność decyzyjna.

W grupie studentek studiów stacjonarnych występuje zgodność, stabilność, przemyślanie własnych decyzji.

W grupie mężczyzn (na podstawie uzyskanych wyników) można stwierdzić, że studenci stacjonarni wykazują podatność na wpływy środowiska, zaznaczają swój brak zdecydowania. Są podatni na wpływy zewnętrzne.

W grupie studentów niestacjonarnych występuje stabilność decyzyjna, własne wewnętrzne decyzje.

Na podstawie przeprowadzonych badań można wysnuć następujące wnioski.

System wartości ostatecznych ma charakter indywidualny. Cele, do których jednostki dążą, są longitudinalne i zakładają rozwój własny.

System wartości instrumentalnych ma charakter moralny. Środki, za pomocą których jednostki zdążają do osiągnięcia celów, biorą pod uwagę istnienie drugiego człowieka – aspekt moralny jest związany z myśleniem prospołecznym.

Na wybory dotyczące działań – wybór studiów, pracy – wpływ mogą mieć nie stawiane cele ostateczne (jako indywidualne dla każdej jednostki), lecz wartości instrumentalne – środki, za pomocą których zdążamy do celów. Jako zinterioryzowane normy mają większy zasięg i moc.

W grupie kobiet (K=49), najbardziej cenioną wartością jest: Kochający (4,22), Odpowiedzialny (6,16), Pomocny (6,46), Uczciwy (5,59), Pogodny (7,65). Kobiety preferują: czułość, delikatność, rzetelność, pomaganie innym, prawdomówność.

Najbardziej różnicującym grupę mężczyzn od grupy kobiet jest Opanowany w grupie mężczyzn. Dla mężczyzn postawa zrównoważenia, powściągliwości jest bardziej istotna niż dla kobiet. Dla kobiet istotniejsze (silniejsze emocjonalnie preferencje) są (Wykres 3): pogodność, uczciwość. Kobiety bardziej cenią (zwracają uwagę) brak kłopotów, niefrasobliwość, wesołość oraz szczerość, jasność wyrażania.

Mężczyźni wykazują zachowania spokojne, zrównoważone, koncentrują się na zadaniu. W zachowaniach wykazują tendencje refleksyjne, nie lubią zwracać na siebie uwagi. Nie dążą też do ryzyka. Wykazują większą stabilność.

Kobiety charakteryzuje większa stwierdzić spontaniczność, skłonność do ryzyka, szybkie podejmowanie decyzji, otwartość, impulsywność, chęć włączania innych w swoje działania.

Badania miały charakter eksploracyjny, sondażowy. Studenci fizjoterapii wykazują bardziej cechy ekstrawertywne niż introwertywne.

**1.3.2. Predyspozycyjność do wypalenia zawodowego w grupie studentów  
fizjoterapii (stacjonarnych/niestacjonarnych)  
(Trylińska-Tekielska E. (red). Czy współczesny fizjoterapeuta  
jest narażony na wypalenie zawodowe Warszawa WSR 2015)**

**Wprowadzenie**

Wypalenie zawodowe (*burnout*) jest w chwili obecnej bardzo często poruszonym tematem. Rozumiane jest jako zmęczenie pracą, niezadowolenie z wykonywanego zawodu, brzemienne w somatyczne i psychiczne objawy (H. Sęk, 2010). *Burnout* jest wynikiem silnych stresorów (manipulacja zasobami ludzkimi, wydłużony czas pracy, presja do wykonywania obowiązków przerastających możliwości jednostki), jak również samo w sobie jest silnym stresorem deprymującym jednostkę.

Zakłada się, że wypalenie zawodowe jest związane (i jest to warunek konieczny) z czynnikiem ludzkim. Praca z ludźmi, konieczność wschodzenia w relacje, znoszenia różnych stanów emocjonalnych i reakcji wpływa na własności odpornościowe jednostki. Praca dotycząca *burnout* koncentruje się więc głównie na zawodach lekarzy i nauczycieli.

W niniejszej pracy skoncentrowano się na grupie studentów fizjoterapii – młodych ludzi, w wieku od 20 do 25 lat, którzy podjęli studia stacjonarne i niestacjonarne (studia + praca zawodowa), a więc związane z dużym obciążeniem.

Fizjoterapia to konieczność obcowania, przebywania z osobą niepełnosprawną i z jej najbliższymi. Duży procent stanowią tu osoby, które oprócz dysfunkcji somatycznej, przejawiają ostre objawy PTSD – *post-traumatic stress disorder*. Są zdenerwowane, rozkojarzone, depresyjne lub nadmiernie pobudzone. Wykazują postawę roszczeniową, obwiniają siebie i innych za krzywdy osoby najbliższej. W takich przypadkach praca fizjoterapeuty jest zaliczana do pracy w warunkach ekstremalnych, a fizjoterapeuta zaliczany jest do tzw. osób wtórnej traumy. Jest narażony na ponowne przeżywanie, odtwarzanie sytuacji zagrożenia.

Dlatego też, podejmując się badań zjawiska *burnout*, skoncentrowano się na grupie największego ryzyka, tzn. fizjoterapeutach.

Postawiono pytanie badawcze: Czy osoba, która chce studiować fizjoterapię, czego konsekwencją jest praca z ludźmi niepełnosprawnymi (powypadkowymi), wykazuje predyspozycyjność do empatii, do wczuwania się w sytuacje osób pokrzywdzonych, a tym

samym, czy jest bardziej narażona na wystąpienie zjawiska *burnout* (wypalenia zawodowego)?

### Wykaz prac

1. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Angelika Dębowska: Pracoholizm a wypalenie zawodowe w grupie studentów fizjoterapii studiów stacjonarnych i niestacjonarnych
2. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Barbara Kućmierz: Wypalenie zawodowe a realizacja potrzeb psychicznych w grupie studentów fizjoterapii
3. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Beata Kuczyńska: Typ osobowości a predyspozycyjność do wypalenia zawodowego w grupie studentów fizjoterapii
4. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Patrycja Kowalik: Wypalenie zawodowe w grupie studentów fizjoterapii studiów niestacjonarnych
5. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Monika Kurzawa: Wypalenie zawodowe w grupie studentów fizjoterapii studiów stacjonarnych

### Ważniejsze wnioski z badań własnych

Na podstawie przeprowadzonych badań w grupie studentów fizjoterapii Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie można stwierdzić, że grupa studentów zarówno stacjonarnych, jak i niestacjonarnych, nie wykazuje objawów wypalenia zawodowego.

Wypalenie zawodowe rozpatrywano w trzech aspektach: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, samooceny. Pod uwagę brane były poszczególne zmienne, zakładając, że u studenta stacjonarnego sam tok studiów raczej nie powinien wywoływać zjawiska *burnout*. Mogą wystąpić zmiany i nasilenie w poszczególnych aspektach, szczególnie w okresie sesji, kiedy trzeba przygotowywać się do egzaminów, zaliczać przedmioty. Towarzyszy temu zawsze duże napięcie.

W przypadku studentów **niestacjonarnych**, brano pod uwagę fakt, że wielu z nich to dorośli ludzie, którzy pracują, dojeżdżają, mają pozakładane rodziny. Są więc bardziej obciążeni obowiązkami, co może mieć znaczenie i wpływ na powstanie w tej właśnie grupie zjawiska *burnout*.

W badaniach brano również pod uwagę, że mogą być wśród studentów osoby z tendencją do pracoholizmu, co oczywiście też ma ogromne znaczenie w rozwoju wypalenia

zawodowego. W doborze grupy przeanalizowano równolegle również inne zmienne (temperament, samoocenę), które „współuczestniczą” w postawianiu zjawiska.

Studenci studiów **stacjonarnych** wykazywali postawę pracoholizmu – nadmiernego zaangażowania się w sprawy „pracy”, włączanie emocji, które wpływają przyspieszają na stan zmęczenia. Nie wykazywali tego studenci niestacjonarni. Ich działania były bardziej wyważone, wykazywali większą kontrolę nad działaniami.

Biorąc pod uwagę takie zmienne jak temperament i samoocena (na podstawie przeprowadzonych badań) dało się zauważyć występujące korelacje pomiędzy tymi zmiennymi. Studenci (zarówno stacjonarni, jak i niestacjonarni), określając swój typ temperamentu (sangwinik, choleryk, melancholik, flegmatyk), wybierali na podstawie cech powierzchownych określonych subiektywnie przez nich typ temperamentu. W badaniach, które uwzględniały bardziej dokładny opis cech (test przymiotnikowy) samookreślenie nie było zgodne z testem pierwszym (błyskawiczny test cech temperamentu). Oznacza to, że obraz realny respondentów nie jest jednoznaczny z obrazem deklaracyjnym. Rozbieżność w postrzeganiu siebie może być przyczyną dysonansu poznawczego.

Konsekwencją jest niezadowolenie z siebie oraz niska samoocena. Potwierdziły to badania nad temperamentem a samooceną. Osoby o niesprecyzowanym obrazie siebie będą wykazywały większy niepokój i podatność na stresy życia codziennego. Mogą również szukać rekompensaty w nadmiernym przepracowaniu (pracoholizm).

Źródłem wyczerpania emocjonalnego (jeden ze składników *burnout*) mogą być również nierealizowane potrzeby psychiczne (motywy działań jednostki).

Ważnym czynnikiem w rozwoju *burnout* jest także osobowość (typ osobowości) oraz przyjęte (a utrwalone z okresu dzieciństwa) strategie rozwiązywania problemów. Jeżeli są skuteczne, redukują napięcie, rozładowują w sposób pozytywny, dają poczucie bezpieczeństwa. Z badań wynika jasno, że określone typy osobowości stosują zarówno różne strategie, jak i określone (jedna strategia a nie kilka).

Powyższe badania przeprowadzone na grupie studentów fizjoterapii przemawiają za koniecznością badania środowiska nie tylko w celu poznania motywów wyborów czy predyspozycji zawodowej, ale również po to, by móc prognozować i zobaczyć, które z czynników osobowości i inne zmienne mają decydujące znaczenie przy powstawaniu wypalenia zawodowego.



### **1.3.3. Predyspozycyjność do zrozumienia pacjenta w grupie studentów fizjoterapii (Trylińska-Tekielska E. (red.) Czy fizjoterapeuta rozumie pacjenta Warszawa WSR 2014)**

#### **Wprowadzenie**

Niniejsza publikacja jest zbiorem prac dotyczących analizy przypadku. Analiza przypadku to próba zbadania wybranych aspektów życia jednostki, które w okresie choroby mają istotny wpływ na funkcjonowanie i działanie. Pod uwagę brane były takie zmienne, jak potrzeby psychiczne, nastrój (jako cecha stała), przeżycia traumatyczne, stan psychiczny oraz oczekiwania pacjenta wobec osób opiekujących się (leczących), od których pacjent jest uzależniony.

Założenia teoretyczne bazowały na teorii (Goldberg, Sęk, Dudek) opisującej zachowania osób, które po wypadkach czy drastycznych przeżyciach związanych z uszczerbkiem na ich zdrowiu, nauczyły się funkcjonowania i współistnienia w grupie rodzinnej i społecznej. Najbardziej charakterystyczne zmienne, budujące strukturę osobowości, to właśnie potrzeby psychiczne, stan psychiczny i nastrój. Zmienne te są najbardziej wystawione na działanie destrukcyjne zarówno z zewnątrz, jak i od wewnątrz (subiektywny odbiór i interpretacja zdarzeń).

W badaniach analizowano różne typy schorzeń. Zakładano, że typ schorzenia ma wpływ na określone strefy osobowości. Brano pod uwagę urazy sportowe, stwardnienie rozsiane, udar mózgu, cukrzycę, mastektomię oraz starość. Każdy z tych przypadków ma inne źródło i przyczyny powstania. Jednak to, co łączy osoby nimi dotknięte, to status pacjenta – stanie się osobą uzależnioną od innych, dysfunkcyjną i związane z tym trudności oraz konieczność dostosowywania się.

Postawiono pytania badawcze: czy typ choroby (cukrzyca, onkologia, wypadek, starość – zniedołężnienie) wpływa na określone (wymienione wyżej) zmienne. Ma to ogromne znaczenie nie tylko dla pacjenta/pacjentki, ale również dla osób wspomagających. Zrozumienie pacjenta, spostrzeganie jego możliwości, potrzeb i oczekiwań, wpływa na efektywność leczenia.

## **Wykaz prac**

1. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Kamila Piskorek: Potrzeby i oczekiwania wobec fizjoterapii u osoby ze stwardnieniem rozsianym (analiza przypadku)
2. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Anna Karolak: Problemy psychologiczne osoby ze stopa cukrzycową (analiza przypadku)
3. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Aleksandra Mierzejewska: Rehabilitacja osoby po mastektomii – jej potrzeby i oczekiwania (analiza przypadku)
4. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Katarzyna Włodarczyk: Psychologiczne podejście fizjoterapeuty do pacjentki po mastektomii w trakcie leczenia onkologicznego (analiza przypadku)
5. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Michał Żołek: Ocena wyników rehabilitacji prowadzonej u pacjentów po udarze mózgu metodą ograniczenia i wymuszania ruchu (analiza przypadku)
6. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Agata Barycka: Oczekiwanie sportowca (tenisisty) wobec fizjoterapeuty (analiza przypadku)
7. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Paweł Jaworski: Potrzeby psychiczne, oczekiwania i rehabilitacja u pacjenta z tetraplegią po urazowym uszkodzeniu rdzenia (analiza przypadku)
8. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Dominika Wysocka: Problemy psychiczne pacjenta paliatywnego (analiza przypadku)
9. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Emilia Radziak: Problemy psychologiczno-rehabilitacyjne u osób starszych w domu i w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (analiza przypadku)
10. dr Elżbieta Trylińska-Tekielska, Paulina Gala: Poczucie atrakcyjności – typ preferowanej postawy miłości u osób wymagających intensywnej fizjoterapii

## **Ważniejsze wnioski z badań własnych**

Na podstawie uzyskanych wyników z przeprowadzonych badań (analizy przypadków) można stwierdzić, że niezależnie od rodzaju schorzenia (stwardnienie rozsiane, stopa cukrzycowa, mastektomia, tetraplegia, stan paliatywny, kontuzja sportowa, starość) u pacjentów występują podobne zmiany w badanych zmiennych: nastrój, potrzeby psychiczne, przeżycia kryzysowe (ocena subiektywna zdarzeń), stan psychiczny oraz

oczekiwania wobec osób wspomagających (lekarz, fizjoterapeuta, psycholog). Występują również różnice, które być może wynikają z charakteru choroby i można by pokusić się o wnioskowanie, iż dany typ schorzenia determinuje takie a nie inne konsekwencje zachowań – co ma znaczenie przy prowadzeniu określonych terapii (medycznych, rehabilitacyjnych czy psychologicznych). Ponadto w badaniu skoncentrowano się na problemie istnienia lub nie określonej prawidłowości zachowań. Rozpatrując nastrój (skala nastroju UMACL) można zauważyć, że obniżony nastrój, depresyjność, przygnębienie występują w tetraplegii i u osoby starszej. Osoby te, świadome swojej dysfunkcyjności, osłabienia, nie stymulują u siebie właściwych mechanizmów obronnych, ochraniających. Występuje u nich obniżona odporność psychiczna. By móc dokładniej wnioskować o zależności zmiennych w kategoriach przyczyna-skutek, należy przeprowadzić badania na większej populacji.

W zakresie **potrzeb psychicznych** we wszystkich schorzeniach wystąpił brak poczucia bezpieczeństwa (lęk przed urazem fizycznym), co jest zrozumiałe. Ujawnienie się choroby stwarza nową sytuację, zmienia przede wszystkim pozycję człowieka – ze zdrowego na chorego (uzależnionego od innych). W większości występuje też potrzeba stowarzyszania się oraz kreatywności, co oznacza chęć bycia z ludźmi (szukanie ich wsparcia) oraz potrzebę stworzenia nowych rozwiązań. Charakterystyczne jest również, że zarówno w tetraplegii oraz u osób starszych wystąpiła potrzeba autonomii, niezależności – chęć samodecydowania o sobie, poczucie wolności.

**Przeżycia traumatyczne** (zagrożające życiu lub zdrowiu) oceniane są subiektywnie i zależy to od wielu czynników. We wszystkich schorzeniach fakt zaistnienia choroby dysfunkcyjności jest traktowany jako zagrożający. Najbardziej uodporniona jest osoba ze stopą cukrzycową (nie deklaruje zaistnienia objawów PTSD) oraz kontuzją sportową. Można to upatrywać jako stwarzanie mechanizmu dyssymulacji – nie przyznawania się do istnienia dyskomfortów albo dużą odporność psychiczną (szczególnie u sportowca – kontuzja sportowa).

**Stan psychiczny** w większości przypadków (poszczególne analizy przypadków) ujawniają jako obniżony. Stabilność występowała u osoby po kontuzji sportowej i po mastektomii. Zarówno mastektomia, jak i kontuzja sportowa nie zagrażały życiu czy funkcjonowaniu osoby nią dotkniętej. Dlatego też można sądzić, że stan psychiczny uległ wyrównaniu i nie czuły się zagrożone.

Oczekiwania wobec lekarza (osoby wspomagającej) we wszystkich wypadkach dotyczyły informacji (pełnego opisu dotyczącego dysfunkcji), wsparcia (liczenia na pomoc) oraz profilaktyki (dalszych wskazówek dotyczących zapobiegania).

W grupie cukrzyków nie wystąpiła niechęć do zagadnienia profilaktyki. Cukrzycy należą do grupy pacjentów najlepiej wykształconych, posiadających najwięcej wiedzy o swojej chorobie, sposobie leczenia oraz zapobiegania powikłaniom. Dlatego też w tej właśnie grupie nie wystąpiła potrzeba uzyskania dodatkowych informacji dotyczących profilaktyki.

Każde schorzenie ma swoją charakterystykę i determinuje ona powstanie określonych zachowań oraz strategii zaradczych. Pozwala to osobom wspomagającym lepiej zrozumieć osobę chorą, dysfunkcyjną i działać efektywniej na jej korzyść.

## 2. Główne kierunki prowadzonych badań

- Predyktory wyborów i konsekwencje bycia wolontariuszem hospicyjnym, personelem hospicyjnym, wolontariuszem zwykłym.
- Struktura zespołu pracującego w warunkach ekspozycji-próba stworzenia psychologicznego modelu zespołu pracującego w warunkach ekspozycji.
- Psychologiczne aspekty pracy w określonych zawodach (medycznych).
- Predyktory wyborów studiów (kierunek Fizjoterapia) w grupie studentów fizjoterapii, ratownik medyczny, psycholog medyczny.
- Predyspozycyjność do wypalenia zawodowego w grupie studentów fizjoterapii (stacjonarni vs niestacjonarni).
- Zrozumienie pacjenta w pracy fizjoterapeuty – aspekty psychologiczne .

W cyklu badań dotyczących wolontariuszy hospicyjnych skoncentrowano się głównie na predyktorach wyboru tego rodzaju działań (motywację, poczucie tożsamości, nastrój jako cecha stała, uznawane wartości. lęk przed śmiercią, poczucie winy, religijność) oraz na ewentualnych konsekwencjach wynikających z obciążenia pracą w warunkach ekstremalnych (tematyka tanatologiczna). Dotyczyło to również pracowników hospicyjnych (w tym licznej grupy zespołu fizjoterapeutów).

Badania były przeprowadzone pod kątem przepracowania i zapobiegania wypaleniu zawodowemu. **Badanie predyspozycji zawodowych, motywacyjnych u pracowników nie wystarcza do określenia ich efektywności i skuteczności.**

Starano się zbadać czy zachodzą istotne korelacje pomiędzy badanymi zmiennymi bo to one decydują o ich wpływie na dalsze postępowanie jednostki.

W badaniach dotyczących predyktorów wyboru kierunku studiów fizjoterapeutycznych brano pod uwagę takie zmienne jak: potrzeby psychiczne, typ osobowości, styl komunikatywność, asertywność, nastawienie do innych, zewnątrzsterowność vs wewnątrzsterowność, postawy prozdrowotne. Wyżej wymienione zmienne są najczęściej stymulatorami do podejmowania określonych działań i decyzji.

Wypalenie zawodowe (burnout) jest zjawiskiem najbardziej zagrażającym w zawodach związanych z byciem wśród ludzi a szczególnie z ludźmi wymagającymi opieki, wsparcia. Fizjoterapeuta włączony jest w procesy interakcji o wysokim stopniu emocji, zaangażowania i ponownego przeżywania. Często (w literaturze przedmiotu) opisywane są przypadki personelu medycznego określanego jako wtórne ofiary traumy Dlatego istotnym elementem w pracy fizjoterapeuty jest przygotowanie go do obciążeń wynikających z pracy z pacjentem traumatycznym.

W badaniach dotyczących kontaktu fizjoterapeuty z pacjentem zwrócono uwagę na specyfikę zachowań pacjenta wynikającą z rodzaju schorzenia i dysfunkcji. Każda choroba przede wszystkim zmienia status osoby – ze zdrowej na chorą. Zmieniają się nastrój, potrzeby, dochodzi dyskomfort bólu, zmienia się hierarchia ważności, oczekiwania, dochodzi obciążenie przeżyciami traumatycznymi, wzrasta niepewność, lęk, niepokój. Przeważają emocje o zabarwieniu i nasyceniu negatywnym. Pacjent może przejawiać postawy i zachowania roszczeniowe. Dotyczy to również osób najbliższych, rodziny, która nie odstępuje od pacjenta i narzuca fizjoterapeucie swoje wymagania nie biorąc pod uwagę jego profesjonalizmu i fachowości.

Fizjoterapeuta świadomy istnienia tego typu zachowań nie czuje się zaskoczony, jest przygotowany i potrafi się zdystansować do wielu (ważnych dla pacjenta) problemów i koncentruje się na wykonaniu tych zabiegów, które podniosą jego jakość funkcjonowania.

Z myślą o przygotowaniu psychicznym fizjoterapeuty do pracy w warunkach obciążenia skonstruowano i zrealizowano **Autorski Program**-pozwalający na poznanie swoich predyspozycji, poznanie siebie samego i znalezienie strategii dawania sobie rady w sytuacjach przekraczających dotychczasowe doświadczenia.

### **3. Wykształcenie i przebieg pracy zawodowej**

2006–2018

Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie

Adiunkt

Kierownik kierunku Psychologia Medyczna

2000–2015

Praca na stanowisku Psychologa Hospicyjnego w Hospicjum Stacjonarnym Caritas A.W  
Krakowskie Przedmieście 62 w Warszawie

Koordynator wolontariatu hospicyjnego

2002

Uzyskanie tytułu dr nauk humanistycznych na UKSW w Warszawie

Temat rozprawy: Konflikty w systemie rodzinnym. Dorastająca młodzież i osoby dla niej  
znaczące

## **4. Przebieg pracy dydaktycznej w Wyższej Szkole Rehabilitacji w Warszawie**

W Wyższej Szkole Rehabilitacji w Warszawie prowadzę zajęcia z przedmiotu „*Psychologia kliniczna*” dla studentów I stopnia oraz II stopnia stacjonarnych i niestacjonarnych na kierunku: Fizjoterapia (2010–...) (Sylabus dostępny na stronie [www.wsr.edu.pl](http://www.wsr.edu.pl))

Prowadzę również ćwiczenia z *Psychologii osobowości* dla studentów I roku kierunku Fizjoterapia stacjonarni oraz niestacjonarni oraz dla kierunku Ratownictwo Medyczne (2010–2014).

Program *Psychologii osobowości* jest moim autorskim programem. Składa się z 13 modułów tematycznych. Wypracowany został w czasie 15 lat pracy w Hospicjum (Caritas A.W w Warszawie). Pracy w warunkach z ogromnym obciążeniem psychicznym. Służy poznaniu własnych predyspozycji, tolerancji na stres i frustracje, przygotowaniu do pracy warunkach napięcia. Przygotowuje do odporności, otwartości, chęci doskonalenia własnych zawodowych umiejętności. Dotyczy również poznaniu samego siebie, swoich potrzeb, oczekiwań, umiejętności nawiązywania kontaktu. Uczy pracy w zespole, zrozumienia pacjenta i jego rodziny. (E. Trylińska-Tekielska Psycholog w Hospicjum Warszawa Scholar 2015).

Osobowość jednostki – charakterystyczne tylko dla niej zespoły cech (temperament, potrzeby psychiczne, zespoły uznawanych wartości, strategie rozwiązywania konfliktów w trudnych sytuacjach, sposoby komunikowania się, podatność na stres oraz predyspozycyjność do nadmiernego obciążania się pracą) decydują o jej funkcjonowaniu zarówno w grupie społecznej (rodzina, praca, hobby), jak i samoocenie indywidualnej swoich działań i osiągnięć. Wszelkiego rodzaju niepowodzenia i konflikty, o ile mają postać występowania długookresowego (mimo prób zmiany tej dysfunkcji), wpływają negatywnie i deprymująco na nasze zachowanie, utrudniając utrzymanie dobrych (dojrzałych) relacji oraz pogarszając samoocenę.

Niniejszy zestaw (pakiet testowy oraz połączona z nim interpretacja zachowań własnych) ma na celu:



- pomoc oraz wsparcie dla jednostek mających kłopoty z rozpoznaniem i zrozumieniem własnego „Ja” (*self*);
- uzyskanie efektu zastąpienia „samonegacji” – „samoafirmacją”;
- zdobycie umiejętności pracy w grupie, otwartości na *feedback*;
- uzyskanie wglądu w siebie i stosowanie strategii zaradczych, adekwatnych do zaistniałych sytuacji;
- osiągnięcie dojrzałości stosownej do własnego wieku.

Zadaniem specjalisty tego typu „szkolenia” jest również przygotowanie psychiki do pracy w warunkach ekstremalnych, tzn. takich, w których istnieje zagrożenie życia osób innych (nagle wypadki – ratownictwo, terminalnie chorzy pacjenci, hospicja) oraz wynikająca z zagrożenia bezradność (uczestnictwo, tzw. wtórne ofiary traumy).

Pakiet zawiera testy, klucze interpretacyjne i dotyczy takich zmiennych, jak:

- *Potrzeby psychiczne (Autoportret Steina)* – teorie potrzeb psychicznych wg H. A. Murraya. Potrzeby jako siła motywująca i ukierunkowująca działania. Potrzeby jawne i ukryte, w konflikcie i współgrające ze sobą (fuzja). Test obejmuje 22 potrzeby psychiczne.
- *Asertywność (Autoportret Towella)* – teoria opierająca się na utrwalonych sposobach reagowania (stałe strategie radzenia sobie w sytuacjach ekstremalnych). Zachowania bierne, agresywne, manipulacyjne – przemawiające za określonymi, konkretnymi zachowaniami.
- *Temperament* – zestaw stałych cech, sposób reagowania. Deklarowany (przez respondenta) i realny. Porównanie zgodności lub nie widzenia siebie, określenie siebie (sangwinik, flegmatyk, melancholik, choleryk).
- *Wartości (Test wartości)* – teorie M. Rokeacha o wartościach ostatecznych (indywidualnych i społecznych) – cele, do których zdąża jednostka oraz wartości instrumentalnych (moralne i kompetencyjne) jako środki realizacji. Ten sam cel – różne środki mogą być źródłem konfliktów.
- *Sposoby komunikowania się (Test Belbina)* – teoria zakładająca różne sposoby porozumiewania się – może być źródłem konfliktów (empatia, emocje, analizowanie, dominowanie).

- *Kierowanie ludźmi* – uruchamianie w sytuacjach trudnych i kających działać natychmiastowo. Typy: autorytarny, demokratyczny i liberalny. Dobre i złe strony sposobów.
- *Podatność na manipulację* – oparta na teorii Cialdiniego o możliwości przewidywania zachowań ludzi w sytuacjach manipulacyjnych. Zewnątrz- i wewnątrzsterowność.
- *Role społeczne* – test Balbina, typologia ról grupowych (koordynator, lider, ambitny, kreatywny, pomysłodawca, technik, analityk, towarzyski, perfekcjonista, realizator).
- *Typy osobowości Rohra* – działania świadome oraz nieświadome motywy kształtujące osobowość. Zgodność typów osobowości oraz osobowości skonfliktowane (perfekcjonista, altruista, aktywista, strażnik wartości, obserwator, romantyk, epikurejczyk, szef, mediator).
- *PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)* – teoria stresu J. Strelau. Test Kwestionariusz PTSD-K1 (Strelau) bada stopień nasycenia przeżyć traumatyzujących oraz podatność na kryzysy życiowe (subiektywny odbiór i predyspozycyjność).
- *Burnout i pracoholizm (Teoria Maslacha)* – wypalenie emocjonalne, depersonalizacja, niska samoocena. Predyspozycyjność do wypalenia zawodowego, podatność oraz symptomy wskazujące na pojawienie się pierwszych oznak.
- *Typologia rodzin (Teoria Fielda)* – 5 rodzajów rodzin (związków, władzy, chaotyczna, uzależniona, nadopiekuńcza) a komunikatywność i konfliktowość, sposoby samoregulacji.
- *Analiza transakcyjna (samoanaliza)* – Teoria E. Berne'a – trzy typy zachowań w relacjach międzyludzkich: dorosły, rodzina, dziecko. Odmienne poziomy własnego „Ja”.

Studenci Fizjoterapii I roku zarówno stacjonarni jak i niestacjonarni oprócz tematyki ćwiczeniowej mogą korzystać z podręcznika **Trylińska-Tekielska E. Podręcznik psychologii dla fizjoterapeutów – wybrane elementy dostosowane do pracy w relacji pacjent-fizjoterapeuta Warszawa WSR 2012** w którym przybliżono tematykę związaną ze zrozumieniem pacjenta, jego sytuacji, zrozumienia rodziny, która nie potrafi dać sobie rady z chorym. Opisano również typy rodzin, sposobach reagowania, oczekiwania jakie mają w stosunku do personelu medycznego.

Podręcznik został również wydany po angielsku **Trylińska-Tekielska E. Psychology Textbook For Physiotherapists – selected elements adapted to work in the patients-physiotherapist relation Warszawa WSR 2015** z myśl o studentach obcokrajowcach, którzy studiują na wydziale Fizjoterapii Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie.

### **Pełnię funkcje kierownika kierunku Psychologii Medycznej na wydziale Fizjoterapii**

Jestem założycielem Kola Naukowego Psychologów Medycznych przy Wyższej Szkole rehabilitacji w Warszawie

Przeprowadzane badania to – Potrzeby psychiczne w grupach uczniów jako predyktory wyboru kierunków (ratownik medyczny, dietetyk) w wybranych szkołach

Postawy prozdrowotne uczniów w szkołach sportowych oraz w szkołach promujących zdrowie

Typy osobowości personelu medycznego a stosowane strategie bólowe

Badania prezentowane są przez studentów na Konferencjach Naukowych.

Otrzymanie certyfikatu Psychologia Medyczna – kierunek z Przyszłością.

### **Promotorstwo prac dyplomowych (licencjaty) oraz magisterskich**

W okresie 2011/2012–2015/2018 byłam promotorem **300** prac licencjackich i magisterskich  
Recenzowałam **90** prac (magisterskich i licencjackich).

Prace miały charakter prac badawczych. Wyniki wielu z nich zostały opublikowane w monografiach lub zaprezentowane na międzynarodowych konferencjach naukowych.

Jestem Promotorem pomocniczym dysertacji p.Dariusza Tomczyka Pt.:Badanie wpływu zaburzeń elektryczności atmosferycznej i wybranych elementów pogody na koncentrację uwagi i nastrój.Promotorem pracy jest dr hab.Robert Balas.Praca jest pisana w Instytucie Psychologii Polskiej Akademii Nauk.

## 5. Przebieg pracy organizacyjnej w Wyższej Szkole Rehabilitacji

Pełnię funkcję **Kierownika kierunku Psychologii Medycznej**.

Od 2015r. jestem członkiem w **Zespole ds. Jakości Kształcenia** WSR (Wyższej Szkoły Rehabilitacji). Komisja powstała na mocy Zarządzenia Rektora WSR z dn.01.07.2015 w sprawie powołania zespołu ds. badania jakości kształcenia (paragraf 20 ust. 1 pkt 2 Statutu Wyższej Szkoły Rehabilitacji)

W ramach pracy zespołu monitorujemy jakość kształcenia, opracowujemy strategie programowe i dydaktyczne celem zdobycia jak najlepszych osiągnięć w nauczaniu studentów i promowaniu uczelni. Inicjujemy działania podnoszące kwalifikacje zespołu nauczającego poprzez analizowanie dotychczasowych metod i efektów ich stosowania.

Proponujemy rozwiązania co do których mamy pewność, że są zgodne z naukowymi standardami na całym świecie. Staramy się by wymagania stawiane studentom i całej kadrze nauczającej stymulowały obie strony do podejmowania prac badawczych.

Prowadzimy również okresowe oceny pracy kadry nauczającej, z którymi po zapoznaniu może próbować korygować stosowane metody. Priorytetem jest podnoszenie jakości działalności naukowej

Jestem również członkiem w **Komisji Dyscyplinarnej** dla studentów w Wyższej Szkole Rehabilitacji w Warszawie na podstawie paragrafu 57 ust. 4 Statutu Wyższej Szkoły Rehabilitacji.

Jestem członkiem **Rady Bibliotecznej** na mocy Zarządzenia Rektora WSR z dnia 28.10.2015r.

Pełnię funkcję **Kierownika kierunku Psychologii Medycznej**.

**Prowadzę Koło Naukowe Psychologów Medycznych** przy Wyższej Szkole Rehabilitacji w Warszawie.

Tematyka zainteresowań i badań koncentruje się na badaniu predyspozycyjności do wykonywania określonych zadań zarówno w grupach wystawionych na ekspozycyjność (ratownicy medyczni) jak i wśród młodzieży z określonych (już wybranych) klas o wyznaczonych profilach.

Celem prowadzonych badań jest skoncentrowanie się na potrzebach psychicznych badanych. Potrzeby psychiczne są traktowane jako predyktory wyborów.

Studenci pracujący w Kole Naukowym są również stymulowani do uczestnictwa W ogłaszanych programach naukowych.

W tym roku (09.06.2018) zdobyli **I miejsce** w **National Scientific Conference** (II Edition), która odbyła się w Łodzi.

Kierunek Psychologia Medyczna (studia I stopnia) Wydział Rehabilitacji Wyższej Szkoły Rehabilitacji z siedzibą w Warszawie otrzymał również Certyfikat – Studia z Przyszłością.

**Certyfikat przyznano w III edycji Ogólnopolskiego Programu Akredytacji Kierunków Studiów „Studia z Przyszłością” Przyznany przez opinie Komisji Ekspertkiej reprezentującej Fundację Rozwoju Edukacji I Szkolnictwa Wyższego oraz Środowiska akademickie i gospodarcze**

## 6. Uczestnictwo w krajowych i zagranicznych kongresach naukowych

23–28 April 2016 The 20<sup>th</sup> European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine, Estoril Congress Center, Estoril-Lisbon-Portugal

- Stanisławska Iwona, Zielińska Katarzyna, Włostowska Ewa, Jóźwik Artur, Łyp Marek Trylińska-Tekielska Elżbieta, Kołataj Adam, Lejzerowicz-Zajączkowska Barbara – THE INFLUENCE OF IMMOBILIZATION AND PHYSICAL EFFORT ON SOME LYSOSOMAL ENZYME ACTIVITY IN HEPATOCYTES OF EXPERIMENTAL MICE
- Lejzerowicz-Zajączkowska Barbara, **Trylińska-Tekielska Elżbieta**, Mierzejewska Aleksandra, Wojciechowski Michał, Stanisławska Iwona, Łyp Marek – PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL ASPECTS OF PAIN TREATMENT

14–16 kwietnia 2016 II Międzynarodowy Kongres Naukowy Rehabilitacja Polska, Warszawa.

- Sesja plakatu – Trylińska-Tekielska Elżbieta, Barbara Lejzerowicz-Zajączkowska, Karolina Zawadzka Psychologiczne aspekty pracy rehabilitanta – model współpracy z pacjentem

21 maj 2015 Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu, Ból i cierpienie w praktyce klinicznej, Warszawa.

- Trylińska-Tekielska E. Komunikowanie się z pacjentem umierającym i jego rodziną

09 grudzień 2010 Konferencja Naukowa, Wolontariat w teorii i Praktyce, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach

- Trylińska-Tekielska E. Altruizm – podstawowe zasady i dylematy. Niektóre z wybranych teorii

26–27 marzec 2010 Studenckie Dni Medycyny Paliatywnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

- Trylińska-Tekielska E. Komu jest potrzebny psycholog w hospicjum
- Trylińska-Tekielska E. Wolontariusz hospicyjny –charakterystyka ogólna na podstawie przeprowadzonych badań sondażowych w hospicjum CARITAS A.W w latach 2005–2009
- Kamińska Joanna, Romańska Anna, Bendyk Izabela, Trylińska-Tekielska Elżbieta Zespół wypalenia zawodowego wśród fizjoterapeutów – próba analizy czynników wpływających na podstawy syndromu

25–27 Wrzesień 2009 I Ogólnopolska Konferencja Naukowa Psychologia w Medycynie – Medycyna w Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin

- Trylińska-Tekielska E. Wolontariusz hospicyjny przeszkadza czy pomaga?

## **7. Praca w czasopismach Naukowych**

Recenzja rozdziału w monografii:

Włodarczyk K.: Psychologiczne aspekty rehabilitacji pacjentów z chorobą zwyrodnieniową narządu ruchu ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki usprawniania osób starszych. W: Kiwerski J. (red.) Kompleksowe postępowanie w terapii zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa i dużych stawów.

Wyższa Szkoła Rehabilitacji, Warszawa 2017,

ISBN 978-83-63613-06-8



## **8. Prowadzenie szkoleń**

- Predyspozycji do kierunków medycznych (w placówkach objętych patronatem uczelni)
- Trudności osobowościowych, problemów interpersonalnych (konflikty w rodzinie, grupie rówieśniczej, środowisku pracy, braku motywacji do działania).
- Poznania własnej osobowości.
- Problemów w komunikacji, trudności decyzyjnych.
- Interwencji kryzysowych w sytuacjach traumatycznych.
- Brane są również pod uwagę osobowościowe aspekty powstawania konfliktów i trudności osobowościowych.
- Rehabilitacji psychologicznej a w szczególności we wzmacnianiu motywacji chorych do czynienia postępów w usprawnianiu siebie i współpracy z personelem medycznym.
- Publikacji prac naukowych (wymagań edytora, prawidłowości metodologicznych, badań statystycznych).
- Realizacja pomocy psychologicznej dla studentów studiujących na różnych kierunkach Wyższej szkoły Rehabilitacji w Warszawie w Poradni Psychologicznej funkcjonującej na terenie Uczelni

## 9. Naukowe plany na przyszłość

Prace naukową podjętą w poprzednich latach zamierzam kontynuować w zakresie:

Pogłębiania badań nad strukturą zespołów narażonych na prace w warunkach ekspozycji

- Dalszych badań longitudinalnych dotyczących predyktorów wyboru kierunku studiów w zawodzie fizjoterapeuty. Należałoby rozszerzyć badania na innych uczelniach gdzie ten kierunek jest prowadzony i zbadać czy występują podobne znaczące zmienne jak w Wyższej Szkole Rehabilitacji czy też bardziej różnicujące grupy. Czy predyktor wyboru kierunku studiów jest u wszystkich taki sam lub podobny czy też występuje wpływ innych czynników charakterystycznych na danej uczelni. (lepsz, b. interesująca oferta zajęć, poziomu kadry dydaktycznej...) Możliwość zbadania zjawiska pomogłaby w podniesieniu zarówno poziomu nauczania jak również w rozszerzeniu oferty kształcenia i kształtowania przyszłych fizjoterapeutów. Wpłynęłoby to również na prestiż zawodu.
- W ramach Programu autorskiego –Przygotowanie Psychiczne do pracy w zawodach medycznych – zamierzam doskonalić techniki psychologiczne ułatwiające i przygotowujące do podejmowania wyzwań pracy nie tylko z pacjentem (i walki o pacjenta) ale również z jego rodziną oraz z personelem.
- Model pracy opartej na „trójosobowej” relacji i wzajemnego wsparcia
- Interesuje mnie również systematyczna praca i przygotowanie studentów do pracy naukowej z określonych tematów. Nauczania ich przygotowywania publikacji o charakterze naukowym.

## 10. Publikacje

### Artykuły:

- Trylińska-Tekielska E. Questionnaire of Expectations Patient-Physiotherapist (QEPP) *Advances In Palliative Medicine* 2012, 11, 56–61.
- Trylińska-Tekielska E. Rola dzieci i rodziców w rozwiązywaniu konfliktów rodzinnych. *Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo*.2007; 1(5):21–35.
- Trylińska-Tekielska E, Biała M. Postawy zdrowotne a grupie studentów fizjoterapii Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie. *Postępy Nauk o Zdrowiu*. 2016; 2: 23–31.
- Trylińska-Tekielska E. Skorupski G. Relacja fizjoterapeuta – pacjent. Rola i zadania fizjoterapeuty w procesie leczenia. *Postępy Nauki o Zdrowiu*. 2016;1:54–61.
- Trylińska-Tekielska E. Środowisko rodzinne a zaburzenia psychiczne. *Studia nad Rodziną* 2/1998, ATK, Warszawa.
- Trylińska-Tekielska E., Lejzerowicz M., Radziak E. Psychological, Social and rehabilitation Problem sof Elderly People At Home and In Care and Treatment Institution (case study). *Psychogeriatra Polska*: 2015: 3.
- Trylińska-Tekielska E., Zielińska M., Poziom stresu i poczucie własnej wartości wśród personelu Domu Pomocy Społecznej. *Postępy Nauk o Zdrowiu* 2017; 1;21–30.
- Trylińska-Tekielska E., Wojtyszko M., Wypalenie zawodowe i podejście do pracy wśród fizjoterapeutów. *Postępy Nauk o Zdrowiu* 2017;1;45–55.
- Trylińska-Tekielska E. Allis Danielson. *Building Your Own World. A Manual for the Erica Method*. Stockholm: Psykologiforlaget AB. *Człowiek–Niepełnosprawność-Społeczeństwo* 2007;1(5):107–111.
- Stanisławska I., Zielińska K., Włostowska e., Łyp M., Trylińska-Tekielska E. The influence of immobilization and physical effort on some lisosomal enzyme activity In hepatocytes of experimental mice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2016; vol. 52:289.
- Trylińska-Tekielska E. Psychological and Social Aspects of Pain Treatment. *European Journal of Physical and Rehabilitation*. 2016. vol. 52

- Trylińska-Tekielska E., Lejzerowicz-Zajączkowska B., Zawadzka K. Psychospołeczne aspekty pracy fizjoterapeuty – model współpracy z pacjentem. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*. 2016; vol. 18, Suplement 1.
- Trylińska-Tekielska E.R., Gidziński P. Expectations from physiotherapist and sense of well being of palliative care patients (2017) *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 11(1), pp. 8–16.
- Trylińska-Tekielska E., Lejzerowicz-Zajączkowska B. Zrozumieć pacjenta – specyficzne zachowania wynikające ze specyfiki choroby. *Fizjoterapia Polska* 2019.
- Trylińska-Tekielska E., Lejzerowicz-Zajączkowska B., Szaniawska K. Sport osób niepełnosprawnych w oczach fizjoterapeutów oraz w oczach samych zainteresowanych. *Medycyna Sportowa/Polish J Sport Med. MEDSPORTPRESS*, 2017;Vol.33, 215–226.
- Lejzerowicz M, Trylińska-Tekielska E. Problems of geriatric patient-rehabilitation, psychological and social aspekt, *Gerontologia Polska*, 2017;25;123–127.
- Trylińska-Tekielska E., Stachowicz, R.P., Zmuda A.M. Psychological needs (H.A. Murray) as predictors of specific behaviours (Choices of a particular type of teaching profile or a specific field of study).
- Włostowska K., Doboszyńska A., Trylińska-Tekielska E. Assessment of the needs of hospice patients and their relatives by the Needs Evaluation Questionnaire w: *Palliative Medicine in Practice* 2018,12,4,186-192.

#### **Monografie:**

- Trylińska-Tekielska E. *Psycholog w Hospicjum – Procedury działania*, Scholar, Warszawa 2015.
- Trylińska-Tekielska Elzbieta *Psychology Textbook for Physiotherapist (Selected Elements Adapted to Work in the Patient-Physiotherapist Relation)*, WSR, Warszawa 2015.
- Trylińska-Tekielska Elzbieta *Podręcznik psychologii dla fizjoterapeutów – wybrane elementy dostosowane do pracy w relacji pacjent-fizjoterapeuta*, WSR, Warszawa 2012,
- Trylińska-Tekielska E. *Konflikty w systemie rodzinnym – dorastająca młodzież i osoby dla niej znaczące*, ERDA, Warszawa 2005.

- Trylińska-Tekielska E.(red.) Jaki jesteś współczesny fizjoterapeuta –psychologiczne aspekty predyspozycji zawodowych. WSR, Warszawa, 2012.
- Trylińska-Tekielska E(red.). Czy fizjoterapeuta rozumie pacjenta, WSR, Warszawa, 2014.
- Trylińska-Tekielska E(red.). Czy współczesny fizjoterapeuta jest narażony na wypalenie zawodowe? WSR, Warszawa, 2014.

#### **Rozdział w monografii:**

- Trylińska-Tekielska E., Komunikowanie się z pacjentem terminalnym i jego rodziną [w:] Włostowska Karolina (red.) Ból i cierpienie w praktyce klinicznej. WUM, Warszawa, 2015. s. 7–13.
- Trylińska-Tekielska E., Wiek a sposoby przeżywania traumy tanatologicznej [w:] Włostowska Karolina (red.) Ból i cierpienie w praktyce klinicznej. WUM, Warszawa, 2015. s. 14–32.
- Trylińska-Tekielska E. Altruizm –podstawowe zasady i dylematy. Niektóre z wybranych teorii [w:] Danielak-Chomać M., Dobrowolska B., Rogulska A.(red.) Wolontariat w teorii i praktyce, Fundacja na rzecz Dzieci i Młodzieży „Szansa”, Siedlce 2010.s 17–25.
- Trylińska-Tekielska E. Komu jest potrzebny psycholog w Hospicjum. [w:] Janowski K., Artymiak M.(red.) Człowiek chory –aspekty biopsychospołeczne t. 4, Lublin, 2009. s. 11–23.
- Trylińska-Tekielska E. Wolontariusz hospicyjny – charakterystyka ogólna na podstawie badań sondażowych w hospicjum Caritas A.W w latach 2005–2009 [w:] Janowski K., Artymiak M.(red.) Człowiek chory –aspekty biopsychospołeczne t. 4, Lublin, 2009. s. 24–42.

*E. Trylińska-Tekielska*