

Anna Seredyńska

Akademia Ignatianum w Krakowie

## **Kandydaci do wolontariatu – przykład Hospicjum św. Łazarza w Krakowie**

### **Candidates for voluntary work at St. Lazarus hospice in Cracov**

**ABSTRACT:** Performing medical volunteer function in hospice is connected with the having very specific skills. Practical skills are this from one side, connected with nurturing patient of hospice. From second meanwhile certain psychological predispositions are this. First personal maturity being characterizing among others the acquaintance oneself, the consciousness of the own relation to the death generally, to close persons death and to the own death. Earlier meanwhile certain the level of the psychical health allows to help different in the border situation what there is dying, how also accompanying in dying someone the closest. Certain practical knowledge is presented and verified at them in the course of preparation of the new volunteers of hospice. This is holds within the volunteers course. After the course meanwhile conversations are hold with psychologist and the coordinator of volunteers team. Conversations these have on the aim distinguishing predispositions of the concrete candidate to performing the medical volunteer function, that is the working volunteer near ill in the hospice at the home or also on the stationary department. The article shows how volunteers verification is holds in Hospitium st. Lazar in Cracow. This verification will be presented on basis of example her results and conclusions from last three recruitments to volunteers team conducted within two last two years.

**KEYWORDS:** A hospice, a volunteer, the process of verification.

**STRESZCZENIE:** Pełnienie funkcji wolontariusza medycznego w hospicjum jest związane z posiadaniem bardzo specyficznych umiejętności. Z jednej strony są to umiejętności praktyczne, związane z pielęgnacją terminalnie chorego, z drugiej zaś predyspozycje psychologiczne. Należą tu: dojrzałość osobowa charakteryzująca się między innymi znajomością siebie, świadomością własnego stosunku do śmierci ogólnie, do śmierci bliskich osób i do śmierci własnej, odpowiedni poziom zdrowia psychicznego pozwalający na pomaganie

innym w sytuacji granicznej jaką jest umieranie, jak również towarzyszenie w umieraniu komuś najbliższemu. Przygotowanie nowych wolontariuszy odbywa się na kursie wolontariuszy, po nim odbywają się rozmowy z psychologiem oraz koordynatorem zespołu wolontariuszy. Rozmowy te mają na celu poznanie predyspozycji konkretnego kandydata do pełnienia funkcji wolontariusza medycznego, czyli wolontariusza pracującego przy chorym terminalnie w domu lub też na oddziale stacjonarnym. Artykuł przybliży w jaki sposób odbywa się weryfikacja wolontariuszy w Hospicjum św. Łazarza w Krakowie. Zostanie ona zaprezentowana na podstawie przykładowych jej wyników i wniosków z ostatnich trzech naborów do zespołu wolontariuszy.

SŁOWA KLUCZOWE: Hospicjum, wolontariusz, proces weryfikacji.

W referacie wygłoszonym podczas konferencji na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim, Elżbieta Bodek, powiedziała, że wolontariat to nie tyle praca za darmo, ile praca bezinteresowna (Bodek 2013). Dlatego też wymaga ona szczególnych predyspozycji osobowych. Motywacje do podjęcia posługi wolontariackiej są bardzo złożone i jak uczy doświadczenie bezinteresowność jest pewnym idealnym stanem, do którego wolontariusz poprzez zdobywanie świadomości siebie powinien dążyć.

Artykuł ukazuje czym jest opieka hospicyjna i czym różni się ona od opieki paliatywnej, w czym zaś jest do niej podobna. Prezentuje podstawy teoretyczne pracy wolontariackiej w hospicjum, przedstawia wymagania stawiane wolontariuszowi hospicjum i cechy szczególnie istotne w tej pracy. Prezentuje sposób przeprowadzania weryfikacji w Hospicjum św. Łazarza w Krakowie (i w kilku innych dla porównania) oraz ich wyniki (z ostatnich trzech weryfikacji).

## Opieka paliatywna i hospicyjna

Określenie „paliatywny” jak wskazuje Krystyna de Walden-Gałaszko wywodzi się od łacińskiego słowa *paliatus*, które oznaczało „okryty płaszczem” (de Walden-Gałaszko 2004). W kontekście medycznym leczenie paliatywne ma skrywać i łagodzić przykre oznaki choroby. Jest to więc forma leczenia nastawiona na łagodzenie dolegliwości. W zakresie medycyny paliatywnej nie leży przedłużanie życia przez zahamowanie postępu zaawansowanej choroby nowotworowej. To należy do leczenia onkologicznego. Okresem właściwym dla opieki paliatywnej jest czas terminalny choroby, kiedy następuje nieodwracalne pogorszenie się stanu osoby chorej.

Przymiotnik „hospicyjny” związany jest zaś z tworzącym się po drugiej wojnie światowej ruchem społecznym osób angażujących się na zasadzie wolontariatu w opiekę nad chorymi terminalnie. Wcześniej hospicjami zwano formy schroniska dla podróżnych, często osób chorych i wymagających pie-

lęgnacji. Można powiedzieć, że pierwszą różnicą pomiędzy opieką paliatywną i hospicyjną jest związenie tej pierwszej z działaniami medycznymi. Drugą zaś przede wszystkim wolontariacki charakter opieki hospicyjnej oraz jej rozumienie, które pięknie ukazuje w swojej wypowiedzi ks. Józef Gorzelany, jeden z założycieli Hospicjum św. Łazarza: „Już w samej nazwie »Hospicjum« zawarty jest program. Dom, w którym ludzie starają się służyć sobie nawzajem. Nie ma w nim klas, ani kast, podziału na tych, którzy służą i tych, którzy tylko przyjmują usługi. Jedni potrzebują drugich: ci co muszą przyjmować usługi są także ogromnie potrzebni tym, co te usługi oddają” (30 lat Towarzystwa Przyjaciół Chorych Hospicjum św. Łazarza, 1981–2011, 2011).

Pierwszym hospicjum rozumianym jako miejsce opieki nad chorymi terminalnie było utworzone w roku 1967 przez Cicely Saunders Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie (Clark 2001). W roku 1948 opiekowała się ona chorym na raka Żydem polskiego pochodzenia, Dawidem Taśmą. Podczas rozmów z nim zrodził się pomysł stworzenia hospicjum oraz ukształtowała się pewna filozofia opieki hospicyjnej. Po pierwsze opieka hospicyjna jest oparta na wierze w Boga, ale każda osoba nią objęta ma swoją drogę do Niego. Oznacza to, że wolontariusz ma za zadanie takiej osobie towarzyszyć na tej drodze dając mu swoją modlitwę, spokój, ciszę. Ważne w tym towarzyszeniu jest również prowadzenie przez Ducha Świętego.

Światowa Organizacja Zdrowia, której deklarację z roku 2003 przytacza Teresa Weber, zakreśliła bardzo szeroko zasady medycyny paliatywnej (Weber 2009). Oprócz leczenia bólu, afirmowania życia, uznania śmierci za naturalny proces, wskazała na konieczność wspierania chorego we wszystkich aspektach. Nie są to jedynie aspekty fizyczne. Opieka paliatywna ma za zadanie integrację sfery fizycznej ze sferą psychiczną i duchową. Do tego typu pracy potrzeba specjalistów z dziedziny medycyny i psychologii. Potrzeba też duchownych różnych wyznań oraz wolontariuszy. Ważną sprawą podkreślaną w deklaracji jest również zespołowość pracy paliatywnej. Dzięki tej zespołowości chory ma szansę na zaspokojenie wszystkich swoich potrzeb pod koniec życia. Ma też szansę na przygotowanie się do śmierci, a najpierw na uświadomienie sobie i przyjęcie faktu, że umiera. Oczywiście przekazanie wiadomości o umieraniu pacjenta jest zadaniem lekarza. Jednak zespół pomaga w jej zaakceptowaniu. Opieka hospicyjna jest sposobem przeciwstawienia się obecnemu w dzisiejszych czasach fenomenowi „śmierci zdziczałej”, czyli zjawisku wyparcia śmierci ze świadomości człowieka (Dobrowolska 2003). Filozofia opieki hospicyjnej wskazuje, iż pacjent ma prawo wiedzieć o własnym stanie i mieć czas na przygotowanie się do własnego odejścia. Czas w hospicjum to niejednokrotnie czas porządkowania swojego życia.

## Misja Hospicjum św. Łazarza w Krakowie

Na stronie internetowej Hospicjum św. Łazarza można przeczytać, że ruch hospicyjny „zrodził się z wrażliwości na cierpienie drugiego człowieka i z potrzeby bezinteresownego służenia” (wolontariat 2014). Już to zdanie podkreśla bezinteresowność jako podstawową zasadę „filozofii hospicyjnej”. Do innych zasad należy stwierdzenie, iż „życie ma wartość bez względu na kondycję fizyczną i psychiczną”, że „śmierć jest zjawiskiem naturalnym, nie wolno jej przyspieszać, ani sztucznie wydłużać okresu agonii”. Okres terminalny jest uznany za część życia chorego, szczególnie ważną dla niego i jego rodziny. Chory poza tym ma prawo do prawdy o swoim stanie. Nie wolno go ani okłamywać, ani też odbierać mu nadziei. Kolejnym stwierdzeniem, wyznaczającym misję Hospicjum św. Łazarza jest prawda, iż „chory uwolniony od bólu i otoczony miłością może odkryć sens swojego cierpienia i zaakceptować własną śmierć”. Chory powinien umierać w gronie rodziny, której hospicjum stara się pomóc w aspekcie wsparcia psychologicznego oraz w opiece nad nim. Obowiązkiem hospicjum jest również podtrzymanie kontaktu z osieroconą rodziną i udzielenie jej pomocy.

Misją Hospicjum św. Łazarza wobec społeczeństwa jest po pierwsze propagowanie bardziej refleksyjnego spojrzenia na życie (wolontariat 2014). Następnie uczenie społeczeństwa o godności śmierci. Hospicjum ma również budzić wrażliwość na cierpienie drugiego człowieka, budować relacje międzyludzkie oparte na solidarności i odpowiedzialności za innych oraz kształtować zgodnie z ideą hospicjum postawy całego otoczenia chorego.

Aby Hospicjum mogło pełnić swoją misję, konieczne jest przygotowanie grona wolontariuszy utożsamiających się z ideą hospicyjną i rozumiejących ją.

### Zadania wolontariuszy hospicjum i ich przygotowanie oraz weryfikacja

Zarząd Forum Hospicjów Polskich określił, że celem hospicyjnego wolontariatu jest po pierwsze pomoc w zaspokajaniu wszelkich potrzeb chorych objętych opieką oraz wspieranie ich rodzin (Zarząd Forum Hospicjów Polskich 2009). Z tego wynikają zadania wolontariuszy, którzy mają za zadanie udzielać pomocy przystosowanej do szczególnych potrzeb chorych, towarzyszyć choremu podczas choroby aż do naturalnej śmierci, udzielać pomocy rodzinom chorych oraz wspierać je w okresie osierocenia. Wolontariusze powinni też propagować idee i metody opieki nad ludźmi ciężko chorymi i osamotnio-

nymi, znajdującymi się w końcowym okresie życia. Powinni budzić poczucie solidarności z osobami będącymi u kresu życia wśród społeczeństwa oraz uczestniczyć w innych działaniach prowadzonych przez hospicjum lub zakład opieki hospicyjnej-paliatywnej.

Z zadań wolontariuszy wyznaczonych przez Zarząd wynikają cechy, których się oczekuje od osoby chcącej zostać wolontariuszem hospicjum. Hanna Bylińska opisując pracę Hospicjum św. Jana Kantego w Poznaniu przedstawia, na jakie cechy kładzie się tam nacisk przy szkoleniu wolontariuszy (Bylińska 2003). Dbałość o chorego to dbałość o całego człowieka, nie tylko o fizjologię, ale też o stronę psychologiczną. Często motywacją osób przychodzących do hospicjum jest utrata kogoś bliskiego, ważnego i kochanego. Posługa w hospicjum ma być wtedy antidotum na stratę. Inną motywacją jest kompulsywna potrzeba zatroszczenia się o innych ludzi. Wolontariusz powinien umieć rozpoznawać i oceniać swoje motywacje.

Ważnym momentem jest rozpoczęcie posługi przy chorym. W hospicjum zwraca się uwagę na wzajemną komunikację. Choremu i jego rodzinie należy się akceptacja. Potrzebuje też być wysłuchany. Z tego wynika, że podstawową umiejętnością wolontariusza jest umiejętność słuchania, wrażliwość, umiejętność nawiązywania kontaktu, relacji. Wolontariusz to osoba zainteresowana dramatem człowieka i tym, co ma on do powiedzenia. To osoba, która umie słuchać bez osądzania. Ktoś dyskretny, kto pamięta o wolności drugiego człowieka do przyjęcia konkretnej formy pomocy. To osoba, która potrafi dać choremu poczucie bezpieczeństwa.

W Hospicjum św. Jana Kantego weryfikacja wolontariuszy odbywa się podczas bezpośredniego kontaktu z osobą prowadzącą szkolenie, wprowadzającą też kandydatów w pracę z chorymi w domowym hospicjum. Często jednak osoba przeprowadzająca weryfikację nie wprowadza kandydata na oddział. Dlatego musi ona opracować sobie narzędzia do weryfikacji.

W szkoleniu wolontariuszy Hospicjum im. Ks. Eugeniusza Dutkiewicza w Gdańsku podkreślane są zarówno przesłanki religijno-duchowe, jak i etyczno-moralne kandydatów na wolontariuszy medycznych (Modlińska i in. 2008). Ale nie można poprzestać tylko na ideach i przyszli wolontariusze potrzebują konkretnej wiedzy z zakresu pielęgniarstwa, medycyny, psychologii, duchowości komunikacji oraz pomocy socjalnej. Profesjonalne szkolenie obejmuje zarówno zajęcia praktyczne, jak i teoretyczne. Ważne są również praktyki przy łóżku chorego odbywane pod okiem instruktorów i zespołu. Obecność we wszystkich tych zajęciach jest podstawą zaliczenia kursu. Samo zaliczenie praktyki nie wystarczy. Podsumowaniem jest rozmowa kwalifikacyjna z koordynatorem zespołu wolontariuszy, podczas której dochodzi do ostatecznej we-

ryfikacji przygotowania kandydata do zadań, które będzie miał podjąć. Pytania koordynatora są związane z motywacją kandydata. Oscylują wokół tematyki: *dlaczego tutaj?* i *dlaczego akurat teraz?* Są też związane z wpływem przeszłości na decyzję kandydata. Pomagają mu oczyszczać motywację i uświadomić sobie ewentualne braki w dojrzałości osobowej.

*Praktyczny poradnik współpracy z wolontariuszami* opisuje też w jaki sposób w centrach wolontariatu wygląda weryfikacja kandydatów (*Praktyczny poradnik współpracy z wolontariuszami 2011*). W przypadku poszukiwania wolontariuszy o specyficznych umiejętnościach konieczne jest przeprowadzenie indywidualnej rozmowy. Podstawą dla tej rozmowy są przesłane przez kandydata dokumenty lub formularze. Rozmowa dotyczy motywacji do pracy w konkretnym wolontariacie. Podkreślana jest też konieczność upewnienia się czy kandydat posiada umiejętności, które będą mu potrzebne do pracy.

W niektórych hospicjach na świecie powstały programy wdrażające do opieki nad osobami chorymi terminalnie więźniów (Krakowiak i in. 2014). Wynikło to również z faktu starzenia się społeczności więziennej i coraz częstszej potrzeby opieki hospicyjnej-paliatywnej nad więźniami. W roku 1987 w Federalnym Centrum Medycznym dla więźniów w Springfield powstał pierwszy więzienny program hospicyjny, a kilka miesięcy później powstało hospicjum w Kalifornii. W programach powstałych w późniejszych latach wypracowano pewne kryteria doboru więźniów do zespołu wolontariuszy. Są to następujące kryteria:

- minimum dwa lata do zakończenia kary,
- brak kar dyscyplinarnych w ciągu ostatniego roku lub 6 miesięcy, w zależności od poziomu kary,
- niezazywanie narkotyków, brak wykroczenia na tle seksualnym oraz brak próby samobójczej w ciągu ostatnich 5 lat,
- brak statusu osoby niebezpiecznej,
- brak wyroku za wykorzystywanie seksualne dzieci.

Przy selekcji więźniów przeważa założenie, by kryteria nie były zbyt restryktywne, gdyż wtedy większość osadzonych byłaby wykluczona.

W rekrutacji do wolontariatu coraz częściej pojawiają się dylematy związane z samym definiowaniem słowa. Praca wolontariusza według słów Elżbety Bodek, wieloletniej koordynator zespołu wolontariuszy Hospicjum św. Łazarza w Krakowie, to praca bezinteresowna, nie za darmo (Bodek 2013). Nie jest to praca „społecznikowska”, z którą często jest utożsamiana. Nawet badania CBOS w ten sposób definiują wolontariat (duchowy 2014). Pojawia się przy tym stwierdzenie, że co czwarty Polak nie wie, czym jest wolontariat. Być może winny jest bałagan definicyjny i próba przedefiniowania tego słowa na

język współczesnego konsumpcjonisty? Wymienione powyżej badania pokazują, że w taki wolontariat, rozumiany jako praca społeczna, najczęściej angażują się mężczyźni w wieku od 35 do 44 lat, z małych miejscowości, ze wsi, mający wyższe lub zawodowe wykształcenie, trudną albo wręcz odwrotnie – bardzo dobrą sytuację materialną (CBOS 2012).

### **Procedura badawcza**

Procedura przeprowadzonych badań była związana z procesem rekrutacji i selekcji nowych wolontariuszy Hospicjum św. Łazarza w Krakowie. Odbyła się w latach 2012, 2013 i 2014. Pierwszym etapem każdej rekrutacji był kurs dla kandydatów na wolontariuszy hospicjum. Każda osoba musiała uczestniczyć przez kilka miesięcy w zajęciach teoretycznych prezentujących aspekty medyczne, psychologiczne i duchowe opieki paliatywnej-hospicyjnej. Zajęcia teoretyczne były uzupełniane przez warsztaty uczące jak opiekować się chorym terminalnie. Pod koniec kursu uczestnicy wypełniali kwestionariusz osobowy oraz Kwestionariusz Poziomu Mechanizmów Obronnych.

Kwestionariusz osobowy został przygotowany na potrzeby Hospicjum św. Łazarza i zawiera podstawowe dane każdej osoby. Każdy motywuje w nim również, dlaczego chce zostać wolontariuszem i jakie ma według siebie podstawowe cechy, aby nim być. Kwestionariusz został przygotowany przez byłą koordynator zespołu wolontariuszy Hospicjum św. Łazarza w Krakowie E. Bodek. Kwestionariusze z lat 2012–2014 są dowodem, iż najczęstszym powodem przychodzenia chętnych do wolontariatu w Hospicjum św. Łazarza jest doświadczenie choroby bliskiej osoby lub też choroby własnej. Ponad 50% osób chce dobrze wykorzystać wolny czas i zaangażować się w jakieś pozytywne działanie. Z każdym rokiem coraz więcej przychodzących osób przeżywa utratę sensu życia i poszukuje go w pomocy innym. Coraz więcej osób poprzez wolontariat chce realizować inne plany, np. staż, praktyki, zdobycie potrzebnych punktów.

W roku 2012 całość rekrutacji przeszło 9 mężczyzn i 47 kobiet, w 2013 – 12 mężczyzn i 44 kobiety, zaś w roku 2014 – 10 mężczyzn i 22 kobiety. Dane te dotyczą osób, które przeszły całość rekrutacji i oddały ważne (w całości wypełnione kwestionariusze). Ogólnie w trzech rekrutacjach wzięło udział 31 mężczyzn i 113 kobiet.

Wiek osób biorących udział w rekrutacji pokazuje tabela 1.

Najwięcej kandydatów to osoby z przedziału wiekowego od 20 do 30 lat, zaś najmniej z przedziału wiekowego od 70 do 80 lat. 67% kandydatów to osoby do 50 lat. To pozwala stwierdzić, że aż 33% kandydatów na wolontariuszy przekracza 50 lat. Trzeba przy tym dodać, że w wolontariacie na stałe

zostaje więcej osób z wyższego przedziału wiekowego. Średnia wieku z trzech ostatnich rekrutacji wolontariuszy wynosi 42 lata. W roku 2012 średnia wieku kandydatów na wolontariuszy wynosiła 47 lat, w roku 2013 – 38 lat, zaś w rok 2014 – 39 lat.

Tabela 1. Tabela licznosci zmiennej wieku

Tabela licznosci				
Wiek	Liczba osób	Liczba skumulowana	Procent	Procent skumulowany
$0,00000 < x \leq 10,00000$	0	0	0,00000	0,0000
$10,00000 < x \leq 20,00000$	7	7	4,86111	4,8611
$20,00000 < x \leq 30,00000$	41	48	28,47222	33,3333
$30,00000 < x \leq 40,00000$	21	69	14,58333	47,9167
$40,00000 < x \leq 50,00000$	28	97	19,44444	67,3611
$50,00000 < x \leq 60,00000$	23	120	15,97222	83,3333
$60,00000 < x \leq 70,00000$	19	139	13,19444	96,5278
$70,00000 < x \leq 80,00000$	5	144	3,47222	100,0000

Drugim przeprowadzonym kwestionariuszem był *Kwestionariusz Poziomu Mechanizmów Obronnych*, który pozwolił określić dojrzałość kandydata poprzez zbadanie dojrzałości mechanizmów obronnych, którymi się on posługuje. Kwestionariusz składa się obecnie z 18 pytań podzielonych na 4 skale. Pierwsza to itemy dotyczące mechanizmów obronnych prymitywnych (psychotycznych). Skala ta składa się z 7 itemów. Druga skala zawiera 4 itemy dotyczące używania mechanizmów obronnych wyższych. Trzecia skala zawiera 3 itemy dotyczące użycia mechanizmów obronnych dojrzałych pierwszej grupy (altruistyczne), czwarta zaś obejmuje używanie mechanizmów obronnych dojrzałych z grupy transcendujących. Teoretycznymi podstawami kwestionariusza są prace takich autorów jak: G.O. Gabbard, N. McWilliams, O. Kernberg, J.Ch. Perry i in. (Gabbard 2011; McWilliams, 2009; Perry i in. 2009). Dodatkowo autorka kwestionariusza podzieliła mechanizmy obronne dojrzałe na altruistyczne (związane z pomaganiem innym) oraz transcendujące (związane z przekraczaniem swoich granic). Podział ten był związany z wynikami analizy czynnikowej. Do kwestionariusza dołączona jest 4-punktowa skala Likerta (0 – nie identyfikuję się, 1 – czasami, 2 – często, 3 – bardzo często). Badania psychometryczne nad kwestionariuszem wykazały jego trafność i wystarczającą rzetelność (alpha Cronbacha = 0,70) (Sereżyńska 2014).

Na koniec każdy z wolontariuszy uczestniczył w dwóch rozmowach weryfikacyjnych: z psychologiem oraz z koordynatorem zespołu wolontariuszy. Osoby te decydowały o przyjęciu lub nieprzyjęciu do zespołu, ewentualnie skierowaniu do innej, niż medyczna, służby.



Rozmowa z psychologiem odbywała się na podstawie pytań niestrukturalizowanego wywiadu. Pytanie badawcze na jakie musiała odpowiedzieć osoba weryfikująca brzmiało: *Czy kandydat nadaje się na wolontariusza medycznego hospicjum?* Pytania szczegółowe brzmiały: *Czy kandydat, który się nie nadaje na wolontariusza medycznego hospicjum, może odnaleźć siebie w innej funkcji w hospicjum (np. wolontariat administracyjny)?, W jaki sposób można ewentualnie mu pomóc (np. skierowanie na terapię, do innego specjalisty)?* Zmiennymi były: dojrzałość osobowa kandydata, jego świadoma motywacja, warunki osobowe, wiek oraz płeć.

Poniżej zostały opisane niektóre wyniki weryfikacji Kwestionariuszem Poziomu Mechanizmów Obronnych oraz wyniki rozmowy z psychologiem.

### Dojrzałość osobowa kandydatów na wolontariuszy Hospicjum

W świetle teorii najbardziej znaczące dla dojrzałości osobowej jest używanie mechanizmów obronnych dojrzałych oraz prymitywnych (Gabbard 2011; McWilliams 2009; Perry i in. 2009). Wyniki statystyk opisowych dotyczących używania mechanizmów obronnych przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Statystyki opisowe dotyczące mechanizmów obronnych

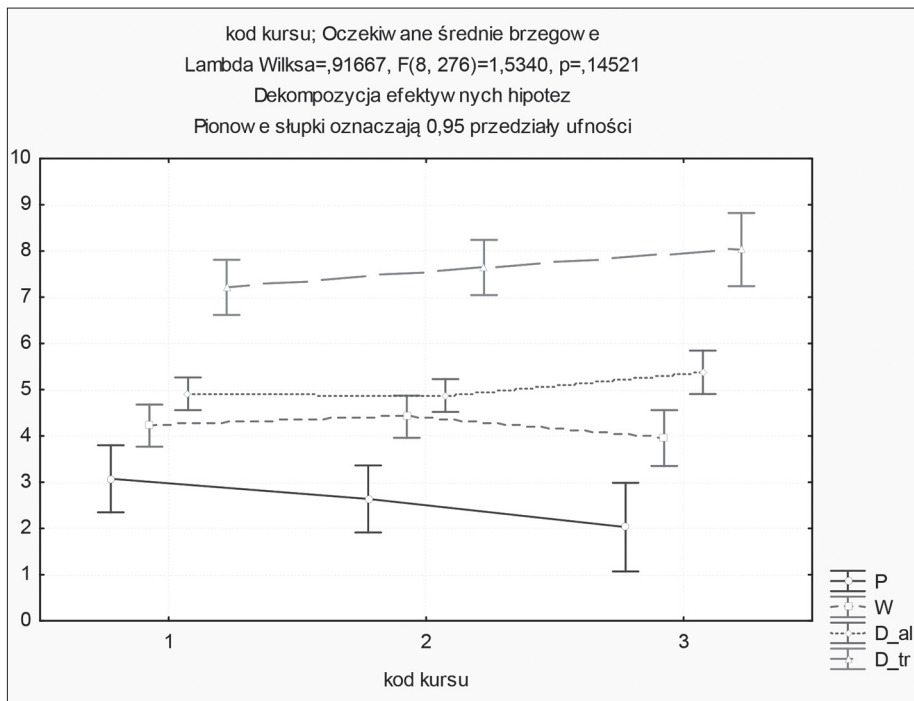
Statystyki opisowe										
Mechanizmy obronne	N ważnych	Średnia	Mediana	Dominanta	Minimum	Maksimum	Wariancja	Odch. Std.	Skośność	Kurtoza
Prymitywne	144	2,67	2,00	0,00	0,00	15,14	7,58	2,75	1,88	4,68
Wyższe	144	4,23	4,25	4,50	0,00	8,50	2,97	1,72	-0,08	-0,46
Dojrzałe altruistyczne	144	5,00	4,66	4,66	1,00	7,00	1,81	1,35	-0,24	-0,47
Dojrzałe transcendentujące	144	7,56	8,00	8,00	2,00	12,00	5,14	2,27	-0,06	-0,47

Jedynie rozkład mechanizmów prymitywnych będzie prawoskośny, co świadczy o tym, że większość wyników opisujących te mechanizmy sytuuje się wśród wyników niskich. W przypadkach mechanizmów wyższych i dojrzałych skośna jest ujemna, co oznacza, że większość wyników tych mechanizmów będzie wyższa. Również kurtoza w przypadku rozkładu wyników mechanizmów prymitywnych jest dodatnia, a więc jest to rozkład najbardziej smukły. Z drugiej strony w przypadku mechanizmów prymitywnych zróżnicowanie wyników jest największe, czego dowodem jest wariancja i odchylenie standardowe. Dodatkowo, wielkość *minimum* i *maksimum*, z których można

wnioskować o wielkości rozstępu, największy jest on w przypadku mechanizmów prymitywnych i w tym przypadku istnieją też wyniki mocno odstające od reszty, czyli o wiele wyższe od reszty. Połowa wyników w przypadku mechanizmów obronnych prymitywnych jest niższa od 2,00, w przypadku wyższych jest niższa od 4,23, dla dojrzałych altruistycznych niższa od 5,00, a dla dojrzałych transcendujących niższa od 7,56. Jedynie w przypadku mechanizmów obronnych prymitywnych średnia jest wyższa od mediany, co wskazuje, iż większość wyników sytuuje się po lewej stronie rozkładu. Poza tym najczęstszą wartością (dominantą) wśród wyników w przypadku mechanizmów obronnych prymitywnych jest 0,00, wśród wyższych – 4,50, wśród dojrzałych altruistycznych – 4,66, zaś dojrzałych transcendujących – 8,00.

Sprawdzono następnie czy wyniki dojrzałości mechanizmów obronnych zmieniły się w jakiś sposób w ciągu lat i czy zmiana ta była istotna statystycznie. Wykres 1 przedstawia wyniki poszczególnych mechanizmów w przypadku trzech rozpatrywanych weryfikacji.

Wykres 1. Wyniki mechanizmów obronnych w rekrutacjach 1 (rok 2012), 2 (rok 2013) i 3 (rok 2014).



Poziom mechanizmów prymitywnych był najwyższy dla rekrutacji w roku 2012, potem malał. Poziom mechanizmów wyższych był najwyższy dla rekrutowanych w roku 2013. Zaś poziom mechanizmów dojrzałych był najwyższy dla rekrutowanych w roku 2014. Jednak ani różnica między poziomem mechanizmów prymitywnych ( $p = 0,22$ ), ani mechanizmów wyższych ( $p = 0,48$ ), ani dojrzałych altruistycznych ( $p = 0,20$ ), ani też dojrzałych transcendujących ( $p = 0,25$ ) w trzech rekrutacjach, nie była różnicą istotną statystycznie.

### **Wyniki rozmowy rekrutacyjnej wybranych osób z bardzo wysokimi wynikami poziomu mechanizmów prymitywnych i bardzo niskimi wynikami poziomu mechanizmów dojrzałych**

Po przeprowadzeniu badań kwestionariuszami zostały wyróżnione osoby z bardzo wysokimi wynikami poziomu mechanizmów obronnych prymitywnych i bardzo niskimi wynikami poziomu mechanizmów obronnych dojrzałych. Zostało to wykonane na podstawie wyniku standaryzowanego. Osoby z wynikiem poziomu mechanizmów prymitywnych  $z > 2,0$  i wynikiem poziomu mechanizmów obronnych dojrzałych  $z < -2,0$  zostały opisane w tabeli 3.

Tabela 3. Dane z rozmowy z osobami o wysokich wynikach poziomu mechanizmów obronnych prymitywnych i niskich dojrzałych

Osoba i rok rekrutacji	Mechanizmy prymitywne – wynik z	Mechanizmy dojrzałe transcendujące – wynik z	Dane z rozmowy rekrutacyjnej z psychologiem
1–2013	2,40		Unikanie odpowiedzi na pytania. Brak wglądu w siebie. Silne obrony przed relacją.
2–2013	2,40		Brak kontaktu z osobą. Brak emocjonalnej reakcji u niej. Ogólne zimno reagowania.
3–2013	3,07		Dziwaczność i elementy histrioniczne w sposobie zachowania.
4–2013	4,52		Osoba agresywna, zachowująca się bardzo roszczeniowo. Przeszedł na spotkanie pod wpływem alkoholu.
5–2012	2,35		Ukrywanie się, unikanie odpowiedzi na pytania. Motywacja przez pragnienie wyrównania krzywdy, którą jak uważa, uczyniła matka. Traktowanie posługi w hospicjum jako ucieczki z domu.

Osoba i rok rekrutacji	Mechanizmy prymitywne – wynik z	Mechanizmy dojrzałe transcendujące – wynik z	Dane z rozmowy rekrutacyjnej z psychologiem
6–2012	4,27		Osoba ze stwierdzoną schizofrenią, którą zgłosiła jej matka. Kandydat nie przyznawał się do niej. Wypowiedzi niespójne, nielogiczne, oderwane.
7–2013		-2,45	Odpowiedzi logiczne, ale bardzo infantylne. Agresywność w rozmowie i kontakcie.
8–2013		-2,01	Bardzo dużo kryzysów, które pojawiły się w ostatnim czasie u osoby.
9–2013		-2,01	Osoba reagująca bardzo obronnie, unikająca odpowiedzi.
10–2012		-2,45	Wygląda jak wieczna uczennica, dziecko. Odpowiedzi nieco infantylne. Brak dojrzałości w rozmowie.

Widać, iż są to osoby z pewnymi problemami osobowymi. Rozmowa potwierdziła więc pewne wyniki kwestionariusza. Niektóre zaś z nich rozszerzyła.

### Interpretacja wyników i wnioski

Na podstawie przeprowadzonej weryfikacji 5 osób nie zostało przyjętych do zespołu, zaś 9 przyjęto do innych form wolontariatu ze względu na pozostawanie w czynnej żałobie. Wśród pięciu osób nieprzyjętych do wolontariatu medycznego, 4 są opisane w tabeli 3. Są to osoby: 2, 4, 6 i 7. Piąta to osoba, co do której pozostawała uzasadniona wątpliwość czy zrozumiała założenia opieki paliatywnej i hospicyjnej. W efekcie weryfikacji podjęto też refleksję nad rodzajem wykorzystywanych podczas niej narzędzi oraz zaproponowano 3 osobom pomoc terapeutyczną. Jednej osobie zasugerowano kontakt z psychiatrą, a jednej z neurologiem.

Na podstawie trzech przeprowadzonych rekrutacji wyciągnięto następujące wnioski:

- w wolontariat hospicyjny najchętniej angażują się kobiety w średnim wieku (średnia wieku – 42 lata);
- w Kwestionariuszu Poziomu Mechanizmów Obronnych najbardziej diagnostyczną dla dojrzałości osobowej kandydata na wolontariusza jest skala mechanizmów obronnych prymitywnych oraz dojrzałych.

Do zastanowienia się nad przyjęciem do wolontariatu może skłaniać wysoki wynik poziomu mechanizmów obronnych prymitywnych i bardzo niski wynik poziomu mechanizmów obronnych dojrzałych;

- warto poszukiwać wciąż najlepszych narzędzi do przeprowadzania wstępnego badania przed rozmową wstępną;
- zawsze podstawą po podjęciu decyzji musi być rozmowa z kandydatem, gdyż ona jedynie pozwala zobaczyć w pełni wyniki testów.

## Podsumowanie

Zestawienie wyników przeprowadzonych rekrutacji z wcześniejszymi badaniami jest sprawą trudną. Wynika to głównie z problemu definicyjnego. Większość przeprowadzanych badań naukowych utożsamia wolontariat z pracą społeczną. Widać to chociażby w przytaczanych wynikach CBOS (CBOS 2012). Pokazują one, iż najczęściej wolontariuszy to mężczyźni (ponad 50%). Wyniki niniejszych badań pokazują zaś, że są to kobiety (ponad 70%). Jedyne wiek jest zbieżny. CBOS stwierdza, że najczęściej podejmują wolontariat osoby w wieku 35–44 lata (CBOS 2012). Średnia wieku kandydatów na wolontariuszy według naszych badań to 42 lata.

Porównując metody rekrutacji w Hospicjum św. Łazarza w Krakowie z metodami w innych placówkach, można stwierdzić, że są one bardziej złożone. We wszystkich hospicjach przeprowadza się rozmowy wstępne, które pozwalają stwierdzić świadomą motywację kandydata na wolontariusza (Modlińska i in. 2008), obserwuje się jego pracę i podejście do pacjenta (Bylińska 2003). Przed rozmową wymaga się też przesłania pewnych dokumentów i uzupełnienia formularzy (Praktyczny poradnik współpracy z wolontariuszami 2011). Bardziej specyficzne są zaś kryteria, według których przeprowadzana jest rozmowa w trudniejszych środowiskach, jak np. w przypadku rekrutacji wolontariuszy spośród więźniów (Krakowiak i in. 2013). Wydaje się, iż podstawową różnicą w Hospicjum św. Łazarza jest współpraca koordynatora wolontariatu z psychologiem, co owocuje wprowadzeniem testów psychologicznych oraz dwiema rozmowami kandydata: z koordynatorem zespołu oraz z psychologiem. Pozwala to na większą trafność decyzji.

Podsumowując, warto podkreślić znaczenie tego typu badań. Wspomniany już pewien bałagan definicyjny powoduje, że osoby przychodzące do wolontariatu czasami szukają nie tego, co w rzeczywistości wolontariat hospicyjny może im dać. Być może inne formy wolontariatu mogą lepiej odpowiedzieć na potrzebę sprawdzenia się, odrobienia praktyk lub też zdobycia punktów na studia. Wolontariat hospicyjny wymaga bardzo konkretnych cech kandydata,

które są skutecznie weryfikowane w praktyce, przy łóżku chorego. Aby uchronić chorych przed niekompetencją wolontariuszy, a tych przed rozczarowaniem, a nawet szokiem, trzeba ich przygotować i w jasny sposób zweryfikować.

## Bibliografia

- Baran L., Chronowska M., Łabza A. (2011), *30 lat Towarzystwa Przyjaciół Chorych Hospicjum św. Łazarza*, Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. św. Łazarza”, Kraków.
- Bodek E. (2013), Być wolontariuszem – powołanie do służby (wypowiedź nagrana podczas konferencji na KUL, 8–9 kwietnia 2011 r.), [w:] *Człowiek dla człowieka – współczesne wyzwania wolontariatu*, Godawa G. (red.), Wydawnictwo „Czuwajmy”, Kraków.
- Bylińska H. (2003), *Niepomocni pomocnicy: o Hospicjum św. Jana Kantego*, Hospicjum św. Jana Kantego, Poznań.
- CBOS 2012, Centrum Badań Opinii Społecznej, *Potencjał społecznikowski i zaangażowanie Polaków w wolontariat*, BS/23/2012, luty 2012, Warszawa.
- Clark D. (2001), *Religion, Medicine, and Community in the Early Origins of the Christopher's Hospice*, „Journal of Palliative Medicine” nr 4.
- Dobrowolska B. (2003), *Świadomość śmierci i jej znaczenie w pracy pielęgniarek z człowiekiem umierającym*, [w:] *Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową*, Koper A., Wrońska I. (red.), Wydawnictwo Czelej, Lublin.
- De Walden-Gałuszko K. (red.) (2004), *Filozofia postępowania w opiece paliatywnej*, [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Kraków.
- Gabbard G.O. (2011), *Długoterminowa Psychoterapia psychodynamiczna. Wprowadzenie*, tłum. W. Turopolski, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- McWilliams N. (2009), *Diagnoza psychoanalityczna*, tłum. A. Pałynyczko-Ćwiklińska, GWP, Gdańsk.
- Modlińska A., Paczkowska A., Krakowiak P. (2008), *Przygotowanie do pracy wolontariusza hospicyjnego: informacja, rekrutacja, szkolenia wstępne i szkolenie wolontariusza medycznego*, [w:] *Podręcznik wolontariusza hospicyjnego*, Krakowiak P., Modlińska A. (red.), Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk.
- Perry J.Ch., Beck S.M., Constantinides P., Foley J.E. (2009), *Studying Change in Defensive Functioning in Psychotherapy Using the Defense Mechanisms Rating Scale: Four Hypotheses, Four Cases*, [w:] *Handbook of Evidence Based Psychodynamic Psychotherapy*, Levy R.A., Ablon J.S. (red.), Humana Press, Boston.
- Praktyczny poradnik współpracy z wolontariuszami* (2011), Fundacja Pracownia Badań i Innowacji Społecznych Stocznia, Warszawa.
- Seredyńska A. (2014), Mechanizmy obronne w diagnozie psychologicznej (psychodynamicznej) i pedagogicznej, w druku.
- Weber T. (2009), *Oswajanie umierania. Ocena terapii paliatywnej w opiece domowej, w hospicjum i w szpitalu*, Wydawnictwo FALL, Kraków.
- Zarząd Forum Hospicjów Polskich (2009), *Wolontariat hospicyjny*, [w:] *Materiały dla wolontariuszy*, Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum św. Łazarza” w Krakowie, Kraków.

## Źródła internetowe

Krakowiak P., Paczkowska A. (2014), *Włączanie skazanych do wolontariatu opieki paliatywno-hospicyjnej na świecie i w Polsce. Dobre praktyki współpracy systemu penitencjarnego ze śró-*

*dowiskiem opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce*, <http://www.ms.gov.pl/pl/probacja/2014/download,2736,4.html> [data pobrania: 21.09.2014].

<http://www.duchowy.pl/2012/01/24/Polacy-wci%C4%99-slabo-angazuja-si%C4%99-w-wolontariat-badania-cbos> [data pobrania: 8.10.2014].

<http://www.wolontariat.hospicjum.pl/content/view/72/41> [data pobrania: 23.09.2014].