

**Weronika Kałwak, Anna Bańbura, Oliwia Głowacz,
Klaudia Kawa, Paulina Knutelska, Małgorzata Opoczyńska**
Uniwersytet Jagielloński

Stanisław Górski, Michał Nowakowski
Collegium Medicum UJ

DOI: <https://doi.org/10.18778/1733-8069.13.1.02>

Podłużne badanie jakościowe doświadczenia wolontariuszy sprawujących opiekę nad pacjentami w ramach programu profilaktyki powikłań hospitalizacji osób starszych na oddziale chorób wewnętrznych – Projekt Zdrowy Kontakt

Abstrakt Podłużne badanie jakościowe doświadczenia wolontariuszy opiekujących się pacjentami oddziału geriatrycznego szpitala chorób wewnętrznych zostało przeprowadzone w ramach Projektu Zdrowy Kontakt. Jest to pierwszy w Polsce i Europie Środkowo-Wschodniej program nefarmakologicznego zapobiegania majaczeniu szpitalnemu, które jest częstym powikłaniem hospitalizacji osób starszych. Wolontariuszami programu są studenci psychologii, pielęgniarstwa i medycyny, którzy odwiedzają chorych w szpitalu i realizują złożoną interwencję profilaktyczną. Badanie przeprowadzono, korzystając z podejścia idiograficznego, w formie cyklu interpretatywnych studiów przypadku. Z ośmiorgiem uczestników badania przeprowadzono po dwa częściowo ustrukturyzowane wywiady – przed rozpoczęciem wolontariatu i po jego zakończeniu. Celem powtórzonych rozmów było opisanie zmian, jakie mogły zajść w doświadczeniu, motywacji, przekonaniach i rozumieniu siebie przez studentów pod wpływem udziału w wolontariacie na oddziale geriatrycznym. W badaniu skorzystano z metody interpretatywnej analizy fenomenologicznej, analizę danych jakościowych przeprowadzono z pomocą oprogramowania Atlas.ti. W wyniku badania uzyskano złożone opisy indywidualnego doświadczenia badanych związanego z ich pracą na oddziale. Ujawniły się również motywy wspólne dla większości z nich. Do najważniejszych należy zetknięcie się z myślą o śmierci i próby nawiązania relacji z pacjentami, z którymi kontakt jest utrudniony z powodu zmian otępiennych, skutków udaru lub zaburzeń poznawczych i percepcyjnych występujących w majaczeniu szpitalnym. Związana z kontekstem geriatrycznym i wynikająca z profilaktycznego oraz behawioralnego charakteru interwencji trudność w dostrzeżeniu przez wolontariuszy efektów swojej pracy okazała się w największym stopniu zniechęcać ich do odwiedzin na oddziale. Najważniejszym wyodrębnionym w badaniu tematem jest relacja sfery osobistej i profesjonalnej w opiece nad pacjentami. Uzyskany opis i próba zrozumienia doświadczenia studentów kierunków medycznych działających jako wolontariusze na oddziale geriatrycznym może posłużyć jako punkt wyjścia do refleksji nad perspektywą personelu medycznego i możliwymi formami wsparcia chroniącymi go przed nadmiernym obciążeniem, stresem i wypaleniem zawodowym. Może być także źródłem inspiracji dla kształcenia przyszłych kadr medycznych.

Słowa kluczowe wolontariat, opieka, pacjenci geriatryczni, badania jakościowe, Zdrowy Kontakt

Weronika Kałwak, mgr psychologii i filozofii, doktorantka w Zakładzie Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii UJ. Jej zainteresowania naukowe obejmują metodologię psychologii, szczególnie zastosowania metodologii jakościowej w badaniu zjawisk zdrowia i choroby. Praca doktorska (pod opieką naukową dr hab. Małgorzaty Opoczyńskiej-Morasiewicz) dotyczy podejmowanych przez lekarzy praktyk badania bólu pacjentów. Koordynatorka i współtwórcza koncepcji Projektu Zdrowy Kontakt.

Adres kontaktowy:

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii UJ
ul. Ingardena 6, 30-060 Kraków
e-mail: weronika.kalwak@gmail.com

Anna Bańbura, mgr psychologii, doktorantka w Zakładzie Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii UJ. Jej zainteresowania naukowe obejmują psychologię egzystencjalną, psychologię i psychiatrię ewolucyjną oraz metodologię jakościową.

e-mail: anna.banbura@op.pl

Oliwia Głowacz, studentka w Instytucie Psychologii UJ. Wolontariuszka Projektu Zdrowy Kontakt. Przygotowuje pracę magisterską osadzoną w nurcie psychologii egzystencjalnej oraz metodologii jakościowej.

e-mail: oliwiag94@gmail.com

Stanisław Górski, dr n. med., pracownik naukowo-dydaktyczny Zakładu Dydaktyki Medycznej Collegium Medicum UJ. Wchodzi w skład Komitetu Wykonawczego Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej, gdzie odpowiada za wdrażanie i koordynację pacjentów stymulowanych w nauczaniu komunikacji i innych umiejętności klinicznych. Pomysłodawca, koordynator i współtwórcza koncepcji Projektu Zdrowy Kontakt. Specjalista chorób wewnętrznych, obecnie pracuje w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Bochni.

email: stangorsk@gmail.com

Klaudia Kawa, studentka psychologii na Wydziale Filozoficznym UJ, specjalizacji klinicznej oraz klinicznej dziecka. Wolontariuszka w Projekcie Zdrowy Kontakt. Jej zainteresowania naukowe skupiają się wokół neuropsychologii, psychologii klinicznej, a zwłaszcza psychologii klinicznej dziecka.

e-mail: klaukaw@op.pl

Paulina Knutelska, studentka w Instytucie Psychologii UJ, specjalizuje się w kierunku psychologii klinicznej oraz psychologii klinicznej dziecka. Wolontariuszka w Projekcie Zdrowy Kontakt. Zainteresowania z dziedziny psychologii klinicznej i psychologii zdrowia obejmują zdrowie seksualne i zagadnienia stresu oraz radzenia sobie ze stresem.

e-mail: paulina.m.knutelska@gmail.com

Michał Nowakowski, dr n. med., kierownik Zakładu Dydaktyki Medycznej Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UJ. Specjalizuje się w zarządzaniu dydaktyką oraz chirurgii stanów nagłych. Jego naukowe zainteresowania obejmują głównie wpływ wielokulturowości na nauczanie oraz metodologię metod aktywizujących, a także nauczanie skomplikowanych zadań motorycznych oraz nauczanie zarządzania zespołem.

e-mail: m.nowakowski@uj.edu.pl

Małgorzata Opoczyńska-Morasiewicz, dr hab. n. hum., adiunkt w Zakładzie Psychologii Zdrowia UJ. Specjalista psychologii klinicznej, psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i superwizor psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Specjalizuje się w psychologii i psychoterapii egzystencjalnej. Autorka kilkudziesięciu prac naukowych, w tym 4 monografii: *Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej* (1999), *Kim jestem? Doświadczenie choroby psychicznej a stawianie się sobą* (2 wyd. 2002), *Róża wierszem niezawołana. Szkice na temat poznania i samopoznania* (2002), *Dialog Innym albo inne monologi* (2007), *Poza zasadą powszechności. Próby idiograficzne* (2014), *Genealogie psychoterapii. Fragmenty dyskursu egzystencjalnego* (2016).

e-mail: upoczy@cyf-kr.edu.pl

Wraz ze stopniowym wzrostem akceptacji dla biopsychospołecznego modelu zdrowia, choroby i leczenia (Bruns, Disorbio 2005; Gatchel i in. 2007; Mitchell, MacDonald 2009) coraz bardziej powszechne staje się zainteresowanie w medycynie, socjologii i naukach o zdrowiu subiektywnym doświadczeniem (Lou, Dai 2002; Kennedy 2005; Smith 2007; Stenwall i in. 2008; Gerow i in. 2009; Patel i in. 2009; Bélanger, Ducharme 2011; Grover, Shah 2013; Clissett i in. 2014; Sanon i in. 2014; LaMantia i in. 2015; Morandi i in. 2015; Marcinowicz, Owłasiuk, Perkowska 2016), czego wyrazem jest między innymi rozwój niemedykocentrycznych subdyscyplin socjologii medycyny, takich jak socjologia doświadczenia choroby lub socjologia zdrowia (Freidson 1961; 1970a; 1970b; Corbin, Strauss 1985; Piątkowski, Titkow 2002; Piątkowski 2010; Skrzypek 2012a).

Ta tendencja manifestuje się również w badaniach naukowych, w których podejmuje się próby zrozumienia tak zwanej perspektywy pacjenta (Maciąg, Sakowska 2006; Nielsen, Staud, Price 2009; Coghill 2010) i jego rodziny, by w konsekwencji poprawiona została trafność diagnozy, jakość i skuteczność leczenia (Kurpas, Steciwko 2005; Maciąg, Sakowska 2006) oraz udzielone wsparcie w powrocie do zdrowia i w radzeniu sobie z chorobą (Billeter-Koponen, Fredén 2005; Naylor i in. 2007; Stenwall i in. 2008). Pojęcie „perspektywy pacjenta”, w socjologii medycyny utożsamiane z perspektywą laika (Sokołowska 1969; Twaddle 1982; Gałuszka 2012; Skrzypek 2012b), w którym mieści się postulat uwzględnienia subiektywności i interesów oraz swoboda samostanowienia osób leczących się, konstruowane jest w pewnym sensie w opozycji do „perspektywy lekarza”, odpowiadającej perspektywie profesjona-

listy (Sokołowska 1969; Gałuszka 2012; Skrzypek 2012b). Ta wydaje się jednak wówczas utożsamiana z „perspektywą medycyny”: uprawianą w biomedycznym modelu naukowym, w sposób techniczny (który nazywany jest „odhumanizowanym”), obciążoną biurokracją silnie zhierarchizowanych współczesnych systemów ochrony zdrowia. Ta opozycja odtwarzana jest w pewnym sensie również na poziomie metateoretycznym, pomiędzy tradycyjnymi socjomedycznymi i alternatywnymi niemedykocentrycznymi podejściami badawczymi (Skrzypek 2012b).

Lekarze, pielęgniarki, psychologowie, pracownicy społeczni, fizjoterapeuci i inni pracownicy służby zdrowia mogą być postrzegani jednak także jako równorzędni aktorzy, aktywnie współtworzący, uczestniczący i podlegający sytuacjom w różnych kontekstach medycznych. Pełnią swoją rolę, służąc pomocą medyczną, a jednocześnie tak samo jak pacjenci doświadczają sytuacji, w której się znajdują i nadają jej sens. Sens nadawany jest z perspektywy konkretnego usytuowania osoby, nie tylko w medycznym kontekście zawodowym, ale także w kontekście przeżywanej prywatnej codzienności (Strauss, Glaser 1975), własnej historii życia (Bury 1982), systemu wartości (Titkow 1993), przyjętej społecznej roli chorego (Parsons 1966; Twaddle 1982; Skrzypek 2012a; Heidarnia, Heidarnia 2016) czy w kontekście kulturowym.

Na przykład pewien lekarz, odkąd doświadczył bólu przy zabiegu, z większą uwagą traktuje ból swoich pacjentów, a położna, która z lęku długo zwlekała z decyzją o zajściu w ciążę, bez wahania popiera prośby pacjentek o poród metodą carskiego

cięcia. Podobnie student psychologii pracujący jako wolontariusz na oddziale geriatrycznym doświadcza dotkliwego poczucia winy, gdy będącej pod jego opieką pacjentce (leżącej na tym samym oddziale, w tej samej sali, z tą samą chorobą co w przeszłości jego babcia) gwałtownie pogarsza się stan zdrowia. W konsekwencji zaczyna unikać z nią kontaktu.

Subiektywne doświadczenie i rozumienie sytuacji leczenia przez pracownika służby zdrowia wpływa na sposób pełnienia jego roli i radzenia sobie z nią, a w konsekwencji na proces leczenia i zdrowienia pacjentów (Freidson 1961; 1970a; 1970b; Twaddle 1982; Freidson 2004; za: Gałuszka 2012; Kaźmierczak 2011). Podobnie jak w przypadku „perspektywy pacjenta” badania subiektywnego doświadczenia osób pracujących w służbie zdrowia – „perspektywy lekarza” – mogą zatem poprawić jakość i skuteczność leczenia (Kurpas, Steciwko 2005; Maciąg, Sakowska 2006) oraz wesprzeć pacjentów w dochodzeniu do zdrowia i radzeniu sobie z chorobą. Zdaniem autorów podobne badania warto i należy prowadzić nie tylko z dbałości o pacjenta, ale również o zdrowie i dobrostan osób uprawiających zawody medyczne. Przykładem takiego zwrócenia się ku potrzebom lekarza jako osoby jest tradycyjny już nurt badań nad wypaleniem zawodowym (Chenier 1997; Ferrell 2006; Kao 2009; Moreno-Jiménez, Villodres 2010), szczególnie w obciążających kontekstach medycznych (Mayturn, Helman, Garwick 2004; Kennedy 2005; Çetinkaya, Karadakovan 2012; Manuela i in. 2013; Clissett i in. 2014; Bragard, Dupuls, Fleet 2015).

Jednym z nich jest opieka medyczna nad pacjentami w starszym wieku, krótko- lub długoterminowo przebywającymi w szpitalach i innych instytucjach

(np. domach spokojnej starości lub domach opieki społecznej). Praca z pacjentami w tej grupie wiekowej zdaje się być szczególnie obciążająca, między innymi z powodu gorszych rokowań niż w przypadku dorosłych i młodych pacjentów oraz z powodu większego ryzyka powikłań (spowodowanych między innymi dużą liczbą przyjmowanych leków). Stopniowa utrata siły i sprawności fizycznej oraz samodzielności sprawia, że seniorzy potrzebują większej liczby zabiegów pielęgnacyjnych. Szczególne wyzwanie stanowi leczenie pacjentów ze zmianami otępiennymi związanymi między innymi z przebiegiem choroby Alzheimera (Moug i in. 2016), pacjentów z ograniczonym kontaktem werbalnym, na przykład po przebytym udarze (Jankowska i in. 2011; McGilton i in. 2011) albo tych doświadczających zaburzeń poznawczych w wyniku powikłań hospitalizacji, takich jak szpitalny zespół majaczeniowy (Buss i in. 2007; Rattray 2014). Wspomniane problemy sprawiają, że osoby zawodowo związane z medyczną opieką nad pacjentami geriatrycznymi są szczególnie obciążone zarówno pod względem fizycznym, jak i emocjonalnym (Eriksson, Saveman 2002; Cocco i in. 2003; Melvin 2012; Schmidt, Diestel 2013). To obciążenie może zaś prowadzić do pojawienia się wysokiego poziomu stresu, a w konsekwencji do wypalenia zawodowego (DiTullio, MacDonald 1999; Eriksson, Saveman 2002; Kennedy 2005; Ferrell 2006; Çetinkaya, Karadakovan 2012; Bradshaw i in. 2013; Grover, Shah 2013). Jak lekarz postrzega skuteczność swojej pracy, gdy miarą sukcesu w leczeniu bywa najwyższe złagodzenie procesu nieuniknionej utraty zdrowia przez pacjenta, gdy jednocześnie rodzina pacjenta ma nadzieję i domaga się jego pełnego wyzdrowienia? Jak pielęgniarki po kilkunastu godzinach pracy udaje

się traktować z życzliwością i szacunkiem odpowiednim do wieku osobę tak kruchą, że nie jest już zdolna do samodzielnego zajęcia się własną toaletą? Jak oboje doświadczają opieki nad kimś, z kim z powodu braku werbalnego kontaktu niemożliwe jest nawiązanie relacji? Te pytania odzwierciedlają subiektywną stronę fenomenów powszechnych w praktyce medycznej, takich jak obciążenie pracą, stres i wypalenie zawodowe.

Podobnych obciążeń doświadczają również inni, tak zwani „nieformalni” opiekunowie chorych osób starszych (Bradshaw i in. 2013; Shankar i in. 2014; Morandi i in. 2015) i wolontariusze (Yiu, Au, Tang 2001; Kao 2009; Moreno-Jiménez, Villodres 2010; Bogdańska 2011). Pracę tych ostatnich docenia się szczególnie w takich sytuacjach jak leczenie i opieka nad seniorami, gdy z powodu dużego obciążenia obowiązkami i ograniczonych zasobów profesjonalny personel może poświęcać niewiele czasu każdemu pacjentowi (Górecki 2013). Wolontariusze podejmują działania, które nie wymagają zaawansowanej wiedzy i umiejętności medycznych, ale wspierają pacjentów w okresie hospitalizacji, przyczyniając się do ich powrotu do zdrowia (Baczyńska, Sayer, Roberts 2014; Bateman i in. 2016). Odwiedzają pacjentów, by z nimi rozmawiać i im towarzyszyć, spacerują, pomagają w jedzeniu lub wykonują proste czynności pielęgnacyjne, udzielają informacji o sposobie funkcjonowania szpitala pacjentom i ich rodzinom albo angażują się w edukację i profilaktykę (Green i in. 2011; Górecki 2013; Sanon i in. 2014; Mramor i in. 2015). Mimo że nie otrzymują wynagrodzenia, ich praca wymaga od organizatorów wolontariatu (np. szpitala) zainwestowania pewnych zasobów – do przeprowadzenia

rekrutacji, przeszkolenia, kontroli pracy i wsparcia wolontariuszy. Wyniki badań naukowych, których celem jest ocena programów wolontariatu pod względem ich kosztowności i efektywności (Caplan, Harper 2007; Sandhaus i in. 2010) oraz jakości pracy wolontariuszy (Watt, 2012), bywają podstawą do formułowania krytycznych opinii na temat korzystania z ich pracy w szpitalu. Zwraca się uwagę na to, że często rezygnują oni z udziału (Yiu, Au, Tang 2001; Baker i in. 2005; Kao 2009; Moreno-Jiménez i Villodres 2010) lub trudno jest utrzymać wysoką jakość ich oddziaływań, na przykład z powodu nietrymania się protokołów (Larson i in. 2009). Można podejrzewać, że systemy opieki zdrowotnej, z racji ograniczonych zasobów, mimo wszystko podtrzymają lub zwiększą zapotrzebowanie na nieodpłatną pomoc w opiece nad starzejącym się społeczeństwem (Tree 2015). Dlatego, by zagwarantować możliwie skuteczny udział wolontariuszy w opiece, nauczyć się podtrzymywać ich motywację do pomagania (Basińska, Nowak 2010) i zapewnić konieczne wsparcie chroniące przed wpływem obciążających warunków opieki geriatrycznej, należy podejmować próby badania ich doświadczenia (Szymańska-Palaczyk 2016).

Niniejsze badanie zostało zrealizowane jako część Projektu Zdrowy Kontakt – pierwszego w Europie Środkowo-Wschodniej programu nefarmakologicznej wieloczynnikowej profilaktyki szpitalnego zespołu majaczeniowego u osób starszych, który realizowany jest od 2012 roku w Klinice Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Szpitala Uniwersyteckiego Collegium Medicum UJ (Kałwak i in. 2016; Górski i in. 2017). Projekt wzorowany jest na innych tego typu programach, które rozwinęły się w ostatnich

latach między innymi w Australii i Holandii (np. programy HELP i REVIVE) (Inouye 2000; Caplan, Harper 2007), gdzie dodatkowa wobec podstawowej opieki szpitalnej interwencja profilaktyczna dostarczana jest przez personel medyczny, członków rodziny pacjentów lub – tak jak w Zdrowym Kontakcie – przez wolontariuszy. Projekt ten jest jednak jedynym, do którego rekrutowani są studenci i studentki medycyny, psychologii i od niedawna również pielęgniarstwa na Uniwersytecie Jagiellońskim. Wolontariusze poza codziennym odwiedzaniem w parach (przyszła lekarka z przyszłym psychologiem lub pielęgniarzem, przyszła pani psycholog z przyszłym pielęgniarzem lub lekarzem) pacjentów objętych programem profilaktycznym, przed rozpoczęciem i w trakcie całego udziału w wolontariacie (minimum jeden semestr), otrzymują szkolenie z zakresu medycyny, psychologii, fizjoterapii, pielęgnacji pacjentów, pomocy społecznej oraz bezpieczeństwa i higieny pracy w szpitalu. Ponadto objęci są obowiązkową grupową i indywidualną superwizją oraz wsparciem psychologicznym. Celem projektu jest bowiem nie tylko zapobieganie powikłaniom hospitalizacji u pacjentów kliniki, ale również edukacja przyszłych kadr medycznych poprzez realistyczną praktykę w wymagającym środowisku szpitalnym. Nasz cel edukacyjny skoncentrowany jest na promowaniu kontaktu z pacjentem, uświadamianiu konsekwencji płynących z różnej jakości relacji lekarz–pacjent (Freidson, 2004 za: Gałuszko 2012) oraz przyjętych przez opiekunów i pacjentów ról społecznych (Parsons 1966; Twaddle 1982; Skrzypek 2012a; Heidarnia, Heidarnia 2016), trenowaniu zdolności pracy w zespole interdyscyplinarnym, upowszechnianiu wiedzy i umiejętności z zakresu geriatry (szczególnie związanych z hospitalizacją

powikłaną przez majaczenie), a także zwiększaniu świadomości faktu, że z uprawianiem zawodów medycznych wiąże się stres i obciążenie wymagające koleżeńskie współpracy, superwizji i wsparcia psychologicznego.

Trzecią osią Zdrowego Kontakt, poza edukacją studentów i profilaktyką wśród pacjentów, są badania naukowe, których wyniki mają przyczynić się do lepszego i skuteczniejszego prowadzenia naszego projektu i jemu podobnych w przyszłości. Dlatego od początku prowadzimy pomiary skuteczności stosowanej interwencji (Górski i in. 2017) oraz podłużne jakościowe badania doświadczenia wolontariuszy (ich niepublikowane dotąd wyniki, szczególnie z pierwszych lat istnienia projektu, zostały wykorzystane do wprowadzenia w życie obecnej struktury wolontariatu i programu szkoleń oraz wsparcia odpowiadających zapotrzebowaniu wolontariuszy). Ze względu na utrzymywany partycypacyjny charakter Projektu Zdrowy Kontakt wolontariusze aktywnie uczestniczą również w prowadzeniu (ilościowych i jakościowych) badań naukowych (z dbałością o zachowanie wszelkich zasad etyki, poufności i wiarygodności). Jesteśmy przekonani, że udział w procesie prowadzenia badań użyteczny jest nie tylko dla tych studentów, którzy wiążą swoją przyszłość z pracą naukową, ale również dla tych, którzy jako przyszli praktycy swoje działania będą opierać na wnikliwym i wszechstronnym rozumieniu wyników badań naukowych.

W ramach niniejszego artykułu prezentujemy siedem interpretatywnych studiów przypadku – wyniki podłużnego jakościowego badania doświadczenia wolontariuszy opiekujących się objętymi interwencją

profilaktyczną pacjentami odcinka ostrego oddziału internistycznego kliniki. Nie wszyscy pacjenci szpitala zostają podopiecznymi programu, a jedynie ci, którzy zgodnie z naszą wiedzą mogą najbardziej skorzystać z profilaktyki: pacjenci powyżej 75 roku życia, w pierwszej lub drugiej dobie hospitalizacji, którzy podczas przyjęcia do szpitala wykazują podstawową orientację allopsychiczną i zdolni są do werbalnego kontaktu (Klich-Rączka, Piotrowicz, Grodzicki 2009), na którym opiera się oddziaływanie wolontariuszy. W tak szeroko zdefiniowanej grupie podopiecznych znajdują się pacjenci zróżnicowani wiekiem, stanem zdrowia i sprawnością poznawczą. To z kolei znacznie różnicuje poziom ryzyka wystąpienia u nich majaczenia. Przebieg ich pobytu w szpitalu uwarunkowany jest nie tylko tym trudnym do przewidzenia ryzykiem, ale wieloma innymi okolicznościami życia i indywidualnym zróżnicowaniem. O przebiegu relacji pacjentów z wolontariuszami poza powyższymi decyduje oczywiście również indywidualne zróżnicowanie tych drugich. To składa się na różnorodność doświadczeń wyniesionych przez nich z pracy na oddziale – które nie prowadzą do mechanicznego realizowania przez co najmniej tydzień usystematyzowanej profilaktycznej interwencji. Ich złożoną sytuację, będącą przedmiotem niniejszego badania, próbujemy opisać i zrozumieć, zwracając uwagę na to, co motywuje ich do udziału w projekcie, co poprzedza ich obecność na oddziale, co dzieje się w trakcie i jaki wpływ wywiera na nich praca ze starszymi pacjentami w szpitalu. Na jedno z pytań, które sobie zadajemy – jak udaje im się wytrwać pół roku pracy lub dłużej na tak obciążającym oddziale szpitalnym, szczególnie tym, którzy doświadczyli wielu trudności w opiece nad pacjentami – przypuszczalnie łatwiej byłoby

nam odpowiedzieć, gdybyśmy mogli porozmawiać również z tymi wolontariuszami, którym „nie udało się wytrwać”. Większość osób, które zrezygnowały z udziału w projekcie przed upływem założonego przynajmniej jednego semestru, nie zdradziła nam jednak przyczyn swojej decyzji.

Metoda badania

Ośmioro uczestników badania (pięć kobiet i trzech mężczyzn, czworo studentów medycyny i czworo psychologii) wzięło udział w dwóch częściowo ustrukturyzowanych wywiadach indywidualnych prowadzonych ze wszystkimi wolontariuszami przez psycholog pracującą w Projekcie Zdrowy Kontakt. Pierwsza rozmowa – wstępna – odbyła się przed rozpoczęciem wizyt u pacjentów na oddziale, a druga – podsumowująca – po zakończeniu trwającego przynajmniej jeden semestr udziału w wolontariacie (wolontariusze różnią się długością udziału w programie). Mimo że wszystkie rozmowy opierały się na tym samym przewodniku do wywiadu, długość wstępnego wywiadu wahała się w grupie badanych osób od piętnastu minut do około półtorej godziny, co wynikało ze zróżnicowanej liczby opisywanych przez wolontariuszy doświadczeń sprzed przystąpienia do programu i ich indywidualnej gotowości do pogłębiania rozmowy na ten temat. Długość rozmów podsumowujących była nieco bardziej wyrównana – ze względu na większą wspólnotę doświadczeń między uczestnikami tego samego projektu – i w każdym przypadku trwały one dłużej niż rozmowy wstępne (zwykle nieco ponad godzinę, a w niektórych przypadkach dwie). Poza eksploracyjnym celem badawczym rozmowom przyświecały cele prak-

tyczne – w przypadku wstępnej rozmowy było to bliższe zapoznanie się z każdym uczestnikiem, tak by dostosować planowane szkolenia do ich potrzeb. Wstępny wywiad dodatkowo służył odpowiedzi na indywidualne pytania i wątpliwości wolontariusza dotyczące szczegółów projektu i często przybierał formę rozmowy motywującej, szczególnie wówczas, gdy uczestnik zdradzał niepewność i obawy co do swoich kompetencji. Choć odbycie rozmowy z psychologiem przed rozpoczęciem odwiedzin na oddziale było warunkiem uczestnictwa w Projekcie Zdrowy Kontakt, to należy zaznaczyć, że były one przeprowadzane wyłącznie z osobami już przyjętymi do programu. Rozmowy nie miały charakteru rekrutacyjnego, diagnostycznego ani w żaden sposób nie służyły ocenie zdolności wolontariusza do udziału – dołożyliśmy wszelkich starań, by uczestnicy mieli tego pełną świadomość. Celem rozmowy podsumowującej było wysłuchanie sprawozdania z okresu udziału w wolontariacie, nastawionego na ewaluację samego programu przez uczestników, co służyło przewidywaniu potrzeb i trudności wolontariuszy w kolejnych latach i wprowadzaniu zmian w strukturze programu i oferowanych szkoleń. Dodatkowo psycholog prowadząca rozmowę zachęcała do refleksji nad ważnymi (pozytywnymi i negatywnymi) wydarzeniami z okresu odwiedzania pacjentów na oddziale, a jeśli wolontariusz kierował rozmowę w tę stronę, te doświadczenia były rozważane w kontekście edukacji i przyszłego zawodu oraz życia osobistego uczestnika. Rozmowa jednak nie miała na celu ani końcowej oceny pracy wolontariusza przez psychologa, ani doradztwa zawodowego, a jedynie refleksję nad zdobytym doświadczeniem, w której aktywną stroną był uczestnik, a badaczka za nim wyłącznie podążała.

Odbycie podsumowującej rozmowy było warunkiem formalnego zakończenia i udokumentowania certyfikatem uczestnictwa w programie wolontariatu. Udział w rozmowach z psychologiem nie był jednoznaczny z udziałem w badaniu naukowym w charakterze osoby badanej, na który wolontariusze proszeni byli o dodatkową zgodę.

Badania odbywały się w Krakowie od października 2013 roku do czerwca 2015 roku; na oba wywiady badaczka umawiała się z uczestnikami osobiście, mailowo lub telefonicznie. Odbywały się one w warunkach umożliwiających prywatną i swobodną rozmowę, we wspólnie ustalonym przez nich miejscu (np. w osobnym gabinecie w klinice lub w domu wolontariusza albo badaczki). Po udzieleniu informacji o celu, przebiegu i poufności badaczka prosiła uczestnika o zgodę na udział w wywiadzie i na nagrywanie jego przebiegu na dyktafon (dwukrotnie, przed pierwszym i przed drugim wywiadem). Zanonimizowane (opatrzne pseudonimami) nagrania przechowywane były w warunkach poufności i nie udostępniane nikomu przez badaczkę przez okres od kilku do kilkunastu miesięcy udziału wolontariusza w projekcie. Po przeprowadzeniu rozmowy podsumowującej były uzupełniane o drugie nagranie (również pod pseudonimem) i poddawane pełnej transkrypcji (przez badaczkę i drugą osobę niezaangażowaną w koordynowanie projektu, ale w kolejnych etapach włączoną w prowadzenie badania jakościowego), a następnie usuwane. Zanonimizowane transkrypcje wywiadów nie były udostępniane osobom trzecim, szczególnie tym zaangażowanym w koordynowanie projektu, a wynikające z nich praktyczne wskazówki dotyczące organizacji,

szkoleń i typowych trudności były przekazywane jedynie w formie zbiorczych zestawień.

W badaniu przyjęto metodę interpretatywnej analizy fenomenologicznej (Smith, Osborn 2008; Piętkiewicz, Smith 2014). Poszczególne teksty transkrypcji wywiadów zostały poddane analizie jakościowej, złożonej z kilku etapów opisu i interpretacji, przez dwie badaczki (najpierw oddzielnie, niezależnie od siebie, a następnie razem dla uwspólnienia wyników analiz i interpretacji zaistniałych różnic, w celu zapewnienia większej wiarygodności badania), z pomocą programu komputerowego Atlas.ti. Wyniki idiograficznej analizy przedstawiono w narracyjnej formie siedmiu interpretatywnych opisów przypadków. Zestawienie ze sobą poszczególnych studiów przypadku wyłoniło kilka wspólnych dla wolontariuszy motywów, co z kolei przyczyniło się do lepszego zrozumienia doświadczenia i sytuacji poszczególnych osób i sformułowania wniosków na temat zjawiska pracy wolontariuszy w kontekście polskiego geriatrycznego oddziału szpitalnego. Zarówno wyniki, jak i wnioski przed publikacją poddano konsultacji z grupą wolontariuszy (Stemplewska-Żakowicz 2008).

Wyniki

Marta, studentka 2 roku psychologii (21 lat), mówi w bardzo zdecydowany i konkretny sposób, a zapytana o wybór studiów, odpowiada stanowczo: „tak, psychologia, bardzo świadomy wybór”. Choć przez pewien czas rozważa medycynę, by zostać psychiatrą, ostatecznie porzuca tę myśl, utożsamiając uprawianie tego zawodu z „traktowaniem pacjenta jak przypadku”. Chciałaby zostać psychologiem pracującym w szpitalu z chorymi somatycznie.

Jednym z powodów jej zgłoszenia się do Zdrowego Kontakt jest chęć robienia „czegoś z psychologią i zdrowiem w jednym”, bo jest przekonana, że korzystając z metod psychologicznych, w wielu przypadkach można pomóc skuteczniej niż przy zastosowaniu farmakoterapii, nawet w chorobie somatycznej. Choć niesienie pomocy określa jako najważniejsze w jej udziale w wolontariacie, to zwraca uwagę również na doświadczenie zawodowe, które przy tej okazji zdobędzie. Dodatkowym motywem jest przekonanie o szczególnym moralnym zobowiązaniu do pomagania starszym ludziom, którym „warto pomagać, bo oni się w życiu napomagali i zasługują na pomoc z samego faktu, że są w starszym wieku. Za to, że przelewali krew w II wojnie światowej”. Marta posiada zarówno zawodowe, jak i prywatne doświadczenie w kontakcie ze starszymi osobami. W czasie swojego pobytu w USA pracowała w domu dziennego pobytu dla seniorów. Twierdzi, że wówczas zaszła w niej zmiana, która manifestuje się w jej podejściu do starszych osób. Przestała traktować je jak osoby dorosłe, wobec których jest dzieckiem („sprawne, mobilne, zrobią sobie obiad i mają się mną zająć”), ale „jak seniorów”, którym potrzebne jest wsparcie młodszych osób. Zarazem odnosi się bardzo krytycznie do traktowania ich jak dzieci. Jej zdaniem kontakt między bardzo młodą i starszą osobą jest szczególny, gdyż „seniorzy ożywają przy młodych, a młodzi uczą się tego, czego jeszcze nie przeżyli”. Marta doświadczyła śmierci obu babć, wychowano ją w poczuciu naturalności śmierci w pewnym wieku, „gdy przeżyło się wszystko, co miało się do przeżycia i jest się na to gotowym”. Jednak dopiero doświadczenia wyniesione z pracy w USA dały jej swobodę w rozmawianiu na temat śmierci ze starszymi osobami,

Tabela 1. Przewodnik do wywiadu z wybranymi pytaniami.

WYWIAD WSTĘPNY	WYWIAD PODSUMOWUJĄCY
OBSZAR I: motywacja	OBSZAR I: przebieg wolontariatu
motywacja do zawodu	<ul style="list-style-type: none"> Opowiedz krótko, co się działo przez te kilka miesięcy wolontariatu? Jaka sytuacja szczególnie zapadła ci w pamięć?
<ul style="list-style-type: none"> Jak to się stało, że wybrałaś/-eś właśnie ten kierunek studiów? 	OBSZAR II: relacje
motywacja do wolontariatu	relacje z pacjentami
<ul style="list-style-type: none"> Dlaczego zainteresowałaś/-eś się wolontariatem? Jak myślisz, dlaczego inni decydują się na udział w wolontariacie? 	<ul style="list-style-type: none"> Jak ci się pracowało z osobami starszymi? Czy twoim zdaniem kontakt z nimi czymś się odróżnia od kontaktu z dorosłymi albo z osobami w twoim wieku?
motywacja do Zdrowego Kontakt	relacje z personelem oddziału, innymi wolontariuszami, koordynatorami projektu
<ul style="list-style-type: none"> Dlaczego zdecydowałaś/-eś się na udział w Zdrowym Konтакте? 	<ul style="list-style-type: none"> Jak układały się twoje relacje z personelem na oddziale? Jak układała się współpraca w twojej parze?
OBSZAR II: doświadczenie	OBSZAR III: trudności
doświadczenie w obszarze wolontariatu	<ul style="list-style-type: none"> Gdyby bliska ci osoba, siostra albo przyjaciółka, która nigdy nie była wolontariuszką, chciała rozpocząć działanie w Zdrowym Konтакте w przyszłym roku, co byś doradziła/-a takiej osobie rozpoczynającej wolontariat? Wyobraź sobie, że masz nieograniczoną ilość pieniędzy, którą możesz wydać na Projekt Zdrowy Kontakt i oddział geriatry. Jak byś je wykorzystała/-a?
<ul style="list-style-type: none"> Czy brałaś/-eś już kiedyś udział w wolontariacie? Na czym polegała twoja praca? 	OBSZAR IV: zmiana
doświadczenie w kontakcie z osobami starszymi	<ul style="list-style-type: none"> Czy coś zmieniło się w twoim życiu przez te kilka miesięcy wolontariatu? Czy jakoś zmieniło się Twoje nastawienie do osób starszych?
<ul style="list-style-type: none"> Opowiedz o swoich kontaktach z osobami starszymi. Czy zdarzało ci się opiekować swoimi dziadkami? 	
OBSZAR III: oczekiwania i obawy	
<ul style="list-style-type: none"> Czego spodziewasz się po udziale w Zdrowym Konтакте? Jak wyobrażasz sobie pierwszy dzień na oddziale? Czy jest jakiś sposób, w jaki organizatorzy mogliby ułatwić ci pracę w Zdrowym Konтакте? 	

które skoro „poruszają ten temat, to może chcą się do tego przygotować”.

W Zdrowym Kontakcie Marta współpracuje z wolontariuszką, która zupełnie inaczej niż ona funkcjonuje w środowisku szpitalnym i przeżywa sytuację pomagania. O ile Marta mówi o sobie jak o kimś twardo stąpającym po ziemi, podchodzącym do wolontariatu zadaniowo, to jej partnerka jest znacznie bardziej zaangażowana emocjonalnie i przeżywa problemy pacjentów długo po wyjściu z oddziału. Zdaniem Marty to nie oznacza, że wkład któregoś z nich jest niedostateczny: „obydwie wkładamy 100% w to, co robimy, tylko ja wkładam 100% tej części, która jest potrzebna, żeby coś zrobić, a ona wkłada 100% całej siebie”. Uważa to jednak za interesujące i sprzyjające współpracy: partnerka dzwoni do niej często, dzięki czemu mogą omówić trudne sytuacje i okazać sobie wsparcie, przydatne gdy już na początku odwiedzają pacjenta, u którego wystąpiło delirium. Marta opisuje to wydarzenie jako szczególnie trudne, gdyż „pierwsze spotkanie z nim, całkowicie normalne, nic nie zapowiadało, że to się tak może skończyć”, a jednak utwierdza ją w przekonaniu, jak ważny jest jej udział w projekcie.

Martę pozytywnie zaskakuje, że „im więcej kontaktów z pacjentami, tym bardziej czuje, że jest w bezpiecznej sferze emocjonalności”: „spodziewałam się, że będę zupełnie zdystansowana, a wydaje mi się, że trochę się ucłowieczyłam”. Zauważa, że po okresie spędzonym w Zdrowym Kontakcie jest bardziej wrażliwa i cierpliwa. Zarazem stwierdza, że „zawsze wiedziała, że ma w sobie odpowiedzialność, ale teraz rzeczywiście to odczuła”. Nadal jednak utrzymuje wyrobioną jeszcze przed Zdrowym

Kontaktem negatywną opinię o wolontariuszach niestawiających granic, „rzucających się na kolana”, „robiących wszystko dla wszystkich”. Sama określa swoją postawę jako zdrowszą i stwierdza, że takie postępowanie uniemożliwiłoby jej codzienne funkcjonowanie i byłoby mniej profesjonalne. Wątek profesjonalizmu często pojawia się w rozmowie – bardzo ważne jest dla niej, by psychologia była profesjonalną, naukową dziedziną. W podsumowującej rozmowie zauważa, że satysfakcja z udziału w projekcie bierze się w znacznej mierze z poczucia bycia potrzebnym, ale „w profesjonalnym, zawodowym sensie”.

W opiece nad pacjentami, wychodząc z założenia, że niemożność wykonywania pewnych czynności jest naturalna w pewnym wieku i stanie zdrowia, Marta bardzo stara się pomagać pacjentom zachować poczucie godności w sytuacjach, które ze swej natury to utrudniają. Wspomina dzień, w którym „z jak największą normalnością” poila pacjentkę nie mogącą pić samodzielnie, „jakbym jej po prostu podała kubek”, albo sytuację, gdy starała nie dziwić się dziwnym słowem mającego mężczyzny, by okazać mu szacunek. W przeciwieństwie do wielu wolontariuszy Marta nie wspomina o zauważalnej poprawie stanu zdrowia pacjenta jako o głównej motywacji do pracy, a wręcz zaznacza: „Ja chciałam chodzić, niezależnie, czy to by przyniosło jakieś efekty, czy nie. Po prostu sam fakt, że jesteśmy w tej relacji, że jeśli ten pacjent [z delirium] tego nie wie, to ja to wiem i muszę być za nas oboje w tej relacji”.

Janek, student 6 roku medycyny (25 lat). Podczas wstępnego wywiadu wspomina, że marzenie i pewność, że zostanie lekarzem pojawiły się już,

gdy miał kilka lat, jednak dopiero na studiach zaczął „odkrywać dlaczego” – „Bo chcę ludziom pomagać. Sprawia mi to radochę”. Twierdzi, że do pomagania podchodzi w sposób zadaniowy: „Mam w sobie dużo wrażliwości, do której umiem się zdystansować. Chcę w jakiś sposób pomóc ludziom, nie przejmuję się ich losem, nie jest mi smutno, bo ktoś jest chory i tak dalej, tylko konkretnie chcę komuś pomóc”.

Przed zgłoszeniem się do Zdrowego Kontakt dział w różnych miejscach: w domach pomocy społecznej i w duszpasterstwie akademickim, gdzie wspierał niepełnosprawne osoby. Zadowolony jest jednak wyłącznie z wolontariatu w hospicjum, gdzie wiele się uczy (np. bierze udział w warsztacie przekazywania diagnozy terminalnie chorym pacjentom), a chodzenie tam „sprawia mu radochę”. Dopiero tutaj bowiem spotyka to, czego brakowało mu w poprzednich miejscach, czyli satysfakcję z tego, co robi – „nie chodzi o to, by robić z siebie Judy, który będzie pomagał innym mimo własnego cierpienia, ale żeby to też było połączone z jakąś własną satysfakcją. Przy okazji, nie żeby było ważniejsze niż pomoc, ale żeby jej towarzyszyło”. Choć mówi, że dotąd nie miał okazji zdobyć doświadczenia w opiece nad starszymi osobami, okazuje się, że przez wiele lat mieszkał z dziadkami i został wychowany w bezwzględnym szacunku do starszych osób („Mimo że osoby starsze gadają często głupoty, tak jak my, mogą nawet cię obrazić, to ja się wtedy wycofuję, bo nie mógłbym być niemiły w jej kierunku. To jest starsza, słabsza osoba”). Brak ojca sprawił, że Janek nawiązał szczególnie silną więź z dziadkiem, który ma „bardzo ciężki charakter. Strasznie lubi mieć rację, nawet jeśli jej nie ma”.

Aspekty, które szczególnie zachęcają go do udziału w projekcie, to jego naukowy, badawczy charakter oraz zwrócenie uwagi na zaniebawane w medycynie, psychologiczne czynniki, które mają wpływ na pacjentów. Żywi wyraźne przekonanie o dużej wartości pozamedycznych interwencji dla zdrowia człowieka. Wspomina pacjentkę, która chorowała na wiele dolegliwości, „cierpiała, chociaż wcale nie musiała. (...) Chodziła od szpitala do szpitala, to wszystko bez sensu, bo jej głównym problemem był stres i nerwy”. Nie tylko docenia wartość zwykłej rozmowy z drugim człowiekiem – „jak widzę, jaki jest efekt, to jakbym zastosował jakąś fajną diazepinę i jakieś fajne SSRI” – ale wyraźnie fascynuje go psychologia. Do zgłoszenia się do Zdrowego Kontakt skłania go też ciekawość, chęć lepszego poznania siebie poprzez obserwację swoich stanów emocjonalnych w nowych warunkach.

Zapytany o radzenie sobie z negatywnymi emocjami, które mogą towarzyszyć pracy z chorymi osobami, wymienia kilka sposobów: „Jak się zaczynam czegoś bać, to trzy rzeczy robię: albo idę sobie do kościoła przykłęknąć – nie wiem, czy jestem jakąś super wierzącą osobą, ale czasem pojawia się taka potrzeba – no więc idę se przykłęknąć, pogadać sobie; albo otwieram sobie Biblię, zaczynam sobie czytać; albo medytuję. Albo idę na spacer. (...) Więc będę po prostu się modlił, odmawiał paciorki”.

W ciągu roku od dołączenia do Zdrowego Kontakt, w konsekwencji tego, czego doświadcza na oddziale, już więcej „nie chce mieć do czynienia z cierpieniem, które będzie musiał naprawić”. Chciałby, żeby jego praca pozostawiała pacjenta jako zdrową i szczęśliwą osobę. Do utrzymania

motywacji niezbędne jest mu poczucie radości wynikające z zauważalnych efektów jego działań. Decyduje, że chce pracować z całkiem zdrowymi osobami, które potrzebują pomocy lekarza raczej po to, by jeszcze lepiej korzystać z życia.

W trakcie wolontariatu napotyka różne trudności: brak czasu, a co za tym idzie zaniedbywanie własnych obowiązków, „machinalne traktowanie pacjentów przez personel”. Trudno mu zmusić się do przyjsia na oddział, co wiąże ze słabą integracją wolontariuszy i częstym niedostrzeganiem efektów swojej pracy. Wyłącznie poczucie zobowiązania pozwala mu wytrwać w projekcie. Jest dumny z tego, że „jak już miał pacjenta, to codziennie do niego chodził”, ponieważ uważa, że „jak człowiek się do czegoś zobowiązuje, to trzeba się tego trzymać”. Wartościowa jest dla niego okazywana przez pacjentów wdzięczność oraz poczucie, „że coś się wniosło (...) takie chwile radości”. Po chwili namysłu dodaje, że kiedyś brał udział w innym wolontariacie. „Byłem tam ze 3 razy, ale czułem, że moja obecność nic tam nie wnosi, więc mimo tego, że się zobowiązałem na początku, to powiedziałem: «Dziękuję, nie mam ochoty», skoro moja obecność nic tam nie daje – ani mnie ani pacjentom – to nie ma sensu, żebym tam chodził”.

Z czasu Zdrowego Kontakt w spomina pacjentkę, która wcale nie była jego podopieczną, ale znał ją z praktyk studenckich i odwiedzał dodatkowo, „obok” obowiązków wolontariusza. Śledzi jej pobyt w szpitalu od początku, prawie do końca i częste pogorszenia stanu zdrowia, po których jednak zawsze następuje poprawa, paradoksalnie sprawiają, że „dużo jest takich pozytywnych emocji”. Czuje,

że był jej bardzo potrzebny, zarówno odwiedzając ją osobiście, jak i mediując z jej synem, który nie chciał do niej przychodzić. „Kilka słów sobie z nim zamieniłem, to już chciał ją odwiedzać. (...) Powiedziałem, że to jest bardzo ważne, żeby ją odwiedzał, bo ona teraz bardzo tego potrzebuje. On chyba sobie nie do końca zdawał z tego sprawę i potem już codziennie przychodził. Ona się cieszyła, on się cieszył, wszyscy się cieszyliśmy. (...) Mimo że nie miałem stetoskopu, to jej pomogłem”.

Maja, studentka 3 roku psychologii (20 lat), twierdzi, że gdyby teraz stanęła przed wyborem kierunku studiów, to nie zdecydowałaby się na psychologię, ale na medycynę.

Wiele motywów wpłynęło na jej decyzję o podjęciu współpracy ze Zdrowym Kontaktem. Z jednej strony konkretne korzyści, takie jak możliwość „pogłębienia wiedzy medycznej” czy „zdobycia umiejętności pielęgnacyjnych”. Z drugiej strony, podobnie jak przy okazji innych doświadczeń z wolontariatem, dostrzega tu możliwość samorozwoju, przejścia przez „stadium pośrednie” między uczeniem się teorii a pełną odpowiedzialności praktyką zawodową. Jednocześnie zauważa, że obowiązkiem psychologa powinna być „znajomość ludzi z różnych grup wiekowych, ekonomicznych, społecznych i tym podobne”, ponieważ podobną różnorodność spotka w pracy.

Maja już od 15 roku życia zdobywa doświadczenia. Po raz pierwszy pomaga w ośrodku dla osób niepełnosprawnych intelektualnie, sama będąc wychowanką świetlicy środowiskowej dla młodzieży. Wspomina, że „na początku niefajnie, ten zapach

na oddziałach, paskudne to było”. Jednak pacjenci ośrodka szybko urzekają ją bezpośredniością, szczerością i okazywaniem radości z kontaktu („oni się tak cieszyli”), co inspiruje ją do podejmowania kolejnych wolontariatów („po powrocie pomyślałam, że ja chcę tak więcej, bo tak jest fajnie, za tym nie szła jakaś głębsza refleksja”). Kolejne lata pracuje w hospicjum („Mój dosłowny tok rozumowania był taki, że trzeba pójść tam, gdzie są nieszczęśliwi ludzie. A gdzie są nieszczęśliwi ludzie? W hospicjum”), miejskim ośrodku pomocy społecznej, ośrodku dla dzieci z autyzmem, opiekuje się kobietą chorą na schizofrenię, a także starszym małżeństwem – ona cierpi na demencję, a jej mąż przeżył zawał serca. Towarzysząc im, doświadcza dramatu dwóch ciężko chorych, najbliższych sobie osób, które nie mogą już sobie pomóc, oraz ich ostatecznego rozdzielenia, gdy stan obojga się pogarsza, a pani trafia do domu pomocy społecznej.

Ze względu na jej wcześniejsze duże doświadczenie w pracy z chorymi ludźmi – może również ze względu na pochodzenie z wielopokoleniowej i wielodzietnej rodziny, w której opiekowała się rodzeństwem i dziadkami, ani wygląd oddziału i chorych pacjentów, ani podejmowanie się czynności pielęgnacyjnych czy zetknięcie ze śmiercią nie są dla niej szczególnie trudne czy szokujące („rzeczy, które innych napawają wstrętem, obrzydzeniem, na mnie nie robią wrażenia”). Jednocześnie podkreśla, że nie oznacza to mniejszej wrażliwości („gdy ludzie słyszą, że jestem wolontariuszką, to mówią: «Ja bym tak nie mógł, jestem zbyt wrażliwy» i w tym momencie po prostu mi się nóż w kieszeni otwiera”). Dodaje, że „to wszystko nie jest ponad siły, tylko trzeba przez to wszyst-

ko przejść, przeformułować sobie pewne rzeczy”. Już wcześniej utrwaliła w sobie przekonanie, że należy podejmować się osiągalnych celów: „jeśli ktoś postawi sobie za cel, by zbawić świat i mu się nie uda, to poniesie wielką klęskę – ja wolę ponosić małe”. Wspomina jedno z kształtujących tę postawę doświadczeń w ośrodku dla dzieci z autyzmem: „chciałam podświadomie wyleczyć moją podopieczną z autyzmu. Zanim się pogodziłam, że moim celem może być najwyżej to, że ona na mnie spojrzy, to minął rok”.

Wolontariuszka decyduje się na wcześniejszą rezygnację z udziału w projekcie z powodu braku czasu i licznych obowiązków na studiach i w pracy. Jednocześnie w trakcie pracy w Zdrowym kontakcie zniechęca ją mała dostępność fachowej pomocy ze strony personelu i trudność w skontaktowaniu się z lekarzem. Co więcej, jej zdaniem, w grupie panuje atmosfera niesprzyjająca rozmowie o poważnych problemach, które naturalnie pojawiają się podczas pracy na oddziale geriatrycznym. Wesoła atmosfera spotkań była dla niej „płytką i nieadekwatną” do kontekstu wolontariatu („Było dużo takiej radości, entuzjazmu, ale przez to trochę odeszliśmy od realnego problemu, jakim jest na przykład śmierć i starość. Nie rozmawialiśmy o naszych uczuciach wobec starości. Dla mnie wzmożony kontakt ze starymi i chorymi ludźmi obudził obawy o moją przyszłość – co będzie, jak ja będę miała 80 lat”). Maja, jako osoba bardzo refleksyjna, o sprecyzowanych, wysokich wymaganiach, w efekcie udziału w projekcie podejmuje refleksję nad szkodami, jakie paradoksalnie może nieść sama obecność w szpitalu wolontariuszy, czyli „dodatkowych osób w kitlu”.

Tomek, student 2 roku psychologii (oraz neurobiologii), w liceum waha się, czy iść na psychologię, czy medycynę. Ostatecznie wybór studiów psychologicznych bierze się z fascynacji złożonością człowieka, „tym, jak sobie z nią radzi i jak można mu pomóc”. Poza pomocą przy organizacji festiwalu filmowego nie brał udziału w żadnym wolontariacie. Zainteresował go badawczy charakter projektu, a zarazem jego głęboki i przydatny dla pacjentów wymiar praktyczny. Za wyborem Zdrowego Kontakt na pierwszy wolontariat może też stać osobiste doświadczenie: regularnie odwiedzał ciężko chorą babcię, która leżała kiedyś na tym samym oddziale („Wiem, jak to wyglądało z jej strony, wiem, jak ona się tam czuła. Bardzo była zagubiona wtedy. Kobieta, która leżała obok niej, miała fazy psychotyczne”).

Podczas końcowego wywiadu w opowieści wolontariusza szczególne miejsce zajmują odniesienia do pacjentów, z którymi nie można nawiązać kontaktu. Dojmująco przeżywa sytuację, w której zostaje sam na sam z majaczącą kobietą („wyglądała przerażająco”; „patrzyła się mniej więcej tak, jakby za chwilę miała się uwiesić na szyi i udusić”; „to była taka osobo-zombie”). W opisach podobnych wydarzeń Tomek używa metaforycznego i mrocznego języka, na przykład „ludzie po udarach z tymi swoimi pustymi oczami, którzy wyglądają jakby umarli, ale jeszcze ciągle żyją”; „leżała ze swoimi rybimi oczami, które były do tego takie zimne, stalowe, niebieskie”. Trudnym doświadczeniem jest dla niego gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia pacjentki, która przypomina mu babcię. Nawiązuje z nią bliższą relację, stara się ją pocieszyć i pozytywnie nastroić. Stopniowa degradacja jej stanu zdrowia wywołuje u niego

bardzo silne poczucie winy, że wywołał w niej fałszywą nadzieję („Na pierwszym spotkaniu Zdrowego Kontakt powiedziano mi, że mam zwracać uwagę na pozytywne aspekty miejsca, w którym znajduje się pacjent. No więc ja to robiłem [...]. Jako że była w wieku mojej babci, mieszkała prawie tam, gdzie moja babcia, to nawiązaliśmy taki sympatyczny kontakt, prawie jak z moja babcią. [...] Było mi bardzo głupio, że rozbudziłem w niej nadzieję, a ją przenieśli na paliatywny i nie miałem już odwagi do niej iść”). To doświadczenie doprowadza do wykształcenia u niego przekonania o konieczności rozróżnienia i wytłumaczenia wolontariuszom różnicy między „pozytywnym myśleniem” w „korporacyjnym” znaczeniu a łagodzeniem katastroficznego myślenia pacjentów o ich sytuacji. Pierwsze w ogóle nie ma zastosowania przy śmiertelnie chorych osobach, a drugie uzyskuje się raczej dodatkowo, przy okazji rozmawiania z pacjentami na interesujące ich tematy, towarzyszenia im.

Podjęcie się wolontariatu w Zdrowym Konтакте okazuje się dla Tomka bardzo trudnym doświadczeniem: „miałem ciężki semestr i gdyby nie myśl, że będę mógł sobie to wpisać w CV na dłuższy okres czasu, to bym to rzucił”. Frustrowało go zobojętnie pielęgniarek na cierpienie i potrzeby pacjentów, za które uważał na przykład zwlekanie ze zmianą pampersa. Źródła swojego zniechęcenia dopatruje się zarówno w braku czasu, jak i w nieznamości medycznych szczegółów problemów pacjentów, których odwiedza. Najtrudniejsza do pokonania wydaje się dla niego „przepaść dzieląca świat na oddziale od tego na zewnątrz („To jest zupełnie inny świat, ja to nazywam umieralnią”). Jednak przychodząc tam regularnie, Tomek wytwarza pewien „algorytm po-

stępowania” i to ustrukturyzowane działanie daje mu podstawowe poczucie bezpieczeństwa, ułatwiając kontakt z chorymi. Nabieranie konkretnych umiejętności i rutyny w postępowaniu z pacjentami daje mu pewność i poczucie sprawstwa, umożliwia emocjonalne zdystansowanie się do problemów, których tak naprawdę nie można rozwiązać („już nie idę tam jak na skazanie”). Nauczył się, że „intuicja jest ważna, ale trzeba ją okiełznać i ukierunkować tak, żeby to miało sens”. „Jeśli wiesz, że to, co robisz jest robione poprawnie, to nawet jeśli pacjent jest w bardzo złym stanie, to nie czujesz się winny ty jako taki”.

Kamila i Krzysztof, studenci 3 i 4 roku medycyny, przychodzą do Zdrowego Kontakt poruszeni organizowanym w ramach Projektu Zdrowy Kontakt wykładem dotyczącym relacji lekarza z umierającym pacjentem. Dla obojga jest to pierwszy wolontariat – według Kamili ich wspólny pomysł – choć wprowadzająca rozmowa z Krzysztofem, którą dużym wysiłkiem udaje się podtrzymać przez kwadrans, podpowiada, że jego główną motywacją mogła być wówczas jego dziewczyna. Oboje deklarują potrzebę wdrożenia się do praktyki medycznej, wynikającą częściowo z rozczarowania dotychczasowym przebiegiem studiów („zajęcia kliniczne są różnej jakości, czasem nie widzimy w ogóle pacjenta na oczy [...] wyobrażałam sobie to zupełnie inaczej”). Ich głównym celem jest nauka istotnych w procesie leczenia „umiejętności interpersonalnych” i „kontakt z pacjentem”, które postrzegają jako normatywnie usystematyzowane kompetencje profesjonalne („poprawny, dobry”, „prawidłowy kontakt z pacjentem”, „tak, jak to powinno wyglądać”), możliwe do nabycia, ale nie na studiach. Ich

zdaniem te umiejętności regulowane są „specyfiką” grupy, do której pacjent należy („pacjent pediatryczny”, „pacjent z chirurgii onkologicznej”), i doświadczenie zdobyte w jednej grupie nie przekłada się na kontakt z inną – dlatego oboje cieszą się na zapoznanie się z „pacjentem geriatrycznym”. On ma nadzieję, że udział w wolontariacie pozwoli mu nabyć zdolności porozumienia się z pacjentem, ponieważ obawia się swojej nieumiejętności „nawiązania kontaktu tak po prostu” („ogólnie jestem słaby w rozmowach, które nie mają jakiegoś konkretnego tematu”, mówi, co wówczas wydaje się również komentarzem do naszej rozmowy). Jego przekonanie o wadze odpowiedniego kontaktu lekarza z pacjentem ma źródło w osobistych negatywnych doświadczeniach jako pacjenta, gdy niechęć oraz nieumiejętność przekazywania informacji przez lekarzy „dezorganizowały współpracę”, utrudniając jego powrót do zdrowia po operacji w liceum.

Kamila pod koniec podsumowującej semestr wolontariatu rozmowy powściągliwie przyznaje, że ostatecznie zdecydowała się na udział w projekcie z umotywowanej osobistymi wydarzeniami, o których jednak nie chce rozmawiać, „potrzeby zrobienia czegoś wartościowego”. I choć ani Krzysztof, ani Kamila nie rozważają świadomie swoich osobistych relacji z dziadkami jako „doświadczenia z osobami starszymi” znaczącego w wolontariacie lub przyszłej pracy zawodowej, każde z nich przechodzi płynnie od opowiadania o rodzinie do refleksji nad wartościami związanymi z uprawianiem medycyny. Kamila „wychowana w domu wielorodzinnym” z babcią i prababcią kiedyś wynajmowała w wakacje pokój u kobiety chorej na Alzheimera. To „trudne doświadczenie” wiązało się z rozczarowaniem, gdy

gospodyni jej nie pamiętała i wymagała codziennego przedstawiania się na nowo; „z drugiej strony nie mogła mieć pretensji, przecież pani była chora” i „współczuła jej”. Podobnych trudności spodziewa się podczas wolontariatu, bo „nie wie, w jakim stanie będą pacjenci”, ale raczej tylko się zastanawia, niż rzeczywiście obawia.

Z kolei babcia Krzysztofa przeszła udar, co było szokujące dla rodziny trwającej w przekonaniu, że „najgorsze, co może spotkać człowieka, to choroba mózgu”. Jednak gdy „człowiek doszedł do tego, że trzeba spróbować naprawić to, co się zepsuło”, cała sytuacja przestała być taka „przykra” i tylko komunikacja z babcią, z racji skutków udaru, pozostała problemem. Towarzysząc babci w czasie choroby, Krzysztof „spotkał się z przykrymi doświadczeniami, że osoby starsze jednak są pomijane i w pewien sposób wciąż dyskryminowane”, dlatego we wszystkich dziedzinach medycyny powinno obowiązywać „nastawienie i poczucie, że te osoby starsze wciąż jeszcze uczestniczą w życiu”.

Choć Kamila i Krzysztof na pierwszą rozmowę zgłaszają się osobno, w podobnych słowach mówią o swoich celach, przekonaniach i wartościach związanych z przyszłym zawodem. W sferze domysłów pozostaje wpływ, jaki wywierają na siebie nawzajem jako para, która może wspólnie poddawać refleksji i kształtować przebieg zdobywania zawodu lekarza. Dla Kamili sfera relacji z pacjentem jest być może bardziej naturalna – jak mówi, „pół życia spędziła w szpitalu”, ponieważ jej mama jest pielęgniarką i ona „tak przesiąknęła tym środowiskiem, że nie widziała się w ogóle w innej roli” niż lekarz („ale właśnie nigdy nie patrzyłam na pacjenta jak

na maszynkę do naprawienia”). Na tym etapie jest w ogóle trochę bardziej swobodna w rozmowie niż jej chłopak. Kiedy jednak po upływie pierwszego semestru w projekcie zgłaszają się do mnie razem na drugie spotkanie, to Krzysztof jest bardziej rozmowny, zaangażowany i żywo przekonany o nauce, którą przyniósł mu okres wolontariatu, a wcześniejsze wrażenie przymusu w rozmowie znika całkowicie (również podczas comiesięcznych superwizji, w których aktywnie uczestniczy).

Z jednakowym entuzjazmem opowiadają o pozytywnych doświadczeniach na oddziale, ale wcale nie zdają relacji z profesjonalnych kompetencji, które nabyli: „Krzysztof: Ja byłem zaskoczony na przykład tym, że wychodząc od pacjentki, no, ja rzeczywiście czułem się lepiej, niż jak tam przychodziłem. Kamila: No, ja też. Krzysztof: Mnie to dawało takie poczucie, że coś zrobiłem... Kamila: Coś dobrego. Krzysztof: No i dzięki temu mi też to poprawiało samopoczucie. Kamila: Czułam się odświeżona psychicznie. Krzysztof: Tak”. Zapytani wprost, czego nauczyli się przez ten czas dla swojego przyszłego zawodu, wskazują na elementy niekojarzące się bezpośrednio z naukowo rozumianą praktyką medyczną. Kamila zauważa, że „pacjentom brakuje takiej zwykłej uwagi. Mają dość kolejnych pytań o coś, co [i tak] nie przynosi efektu, a czasem potrzebują po prostu porozmawiać nawet kilka minut o czymkolwiek”.

Uderzająca jest zmiana sposobu mówienia Krzysztofa o istocie relacji z pacjentem. Wcześniejsze instrumentalne myślenie o kontakcie jako medium przekazywania „konkretnej” informacji ulega zmianie, „nauczył się sporo takich prostych, mniej

konkretnych rzeczy o takim kontakcie z pacjentem, który już niekoniecznie jest nastawiony na rozwiązanie tego głównego problemu ze zdrowiem, co wszystkich pozostałych i tego, jak mało czasem trzeba, żeby ktoś poczuł się lepiej i jak ważne jest to, żeby takie małe problemy załatwić”. Co więcej, doświadczył kontaktu z pacjentem jako rozgrywającego się na trudnym do uchwycenia za pomocą słów „podstawowym” poziomie. „O tym się mało mówi, mi to się wydaje mało oczywiste, a bardzo istotne”, to „skupianie uwagi tego chorego na sobie i *rzeczywiście* nawiązanie kontaktu. Ciężko mi określić, o co chodzi dokładnie – widać różnicę, jak się podejdzie i naprawdę poświęci komuś uwagę, a mówi tak... No to czasem widać w postawach lekarzy – mimo że ktoś mu poświęcił w sumie kilka minut, to czuje się zaopiekowany, a czasem ktoś potrafi mówić nawet 20 minut, a to idzie gdzieś w przestrzeń. Może chodzi o taki kontakt... Może wzrokowy? A na pewno o żywe reagowanie na to, co się dzieje. Właśnie trudno mi określić, na czym polega ta różnica”. Może niecodzienne doświadczenie utraty kontaktu z osobą w trakcie rozmowy („Ci ludzie, na przykład gdy są zmęczeni, to tracą kontakt z nami, tak o!, po prostu!”) i wysiłku podtrzymania tego, co zwykle przebiega bez wysiłku („Chodzi o to, żeby jednak skupiać [uwagę pacjentów na sobie] i reagować elastycznie na to, co się dzieje,”) dało mu szansę zrozumienia, na czym polega nawiązanie tego „rzeczywistego kontaktu”? Być może właśnie te przeżycia wywołują u niego chęć podjęcia specjalizacji z psychiatrii? Może przeciwnie – zainteresowanie dziedziną i wynikające stąd badawcze zaciekawienie prowadzą go do uświadomienia sobie ważnego aspektu relacji psychicznej, przez innych pomijanego jako „oczywisty”. Z myślą o przyszłej specjalizacji

od teraz przychodzi na oddział, co z jednej strony „trochę go gubi” (spotykając się z pacjentką, „nastawia się na grzebanie w tym, jak ona się czuje”) i wywołuje etyczny dylemat (boi się, że „zaszkodzi bez potrzeby”), a z drugiej sprawia, że „do tego dość ambitnie podchodzi”. „Często jak wracałem, to zastanawiałem się nad wieloma rzeczami, jak je można rozwiązać” – szczególnie angażuje się w pomoc pacjentom z problemami z pamięcią i tracącymi orientację. Jednocześnie uważa, że powinien unikać okazywania im, że poznawczo niedomagają, aby ich nie urazić. Dlatego szuka sposobów, by połączyć zwykłą codzienną rozmowę z treningiem pamięciowym, orientowaniem pacjenta w czasie i miejscu, zapobieganiem ważnym czynnikiem ryzyka powikłań hospitalizacji – świadomości i z fascynacją kontynuuje edukację medyczną. Gdy pacjentka ze słabą pamięcią i obniżonym afektem czasem nie pamięta o jedzeniu, Krzysztof co dzień wytrwale prosi, by następnego dnia zapamiętała, co jadła. Nie rezygnuje, ufając, że regularna praca „przyniosłaby efekty”, choć przygnębiona kobieta nie czuje „w jej wieku” sensu podejmowania jakiegokolwiek aktywności. W kolejnym semestrze z innym pacjentem, tracącym orientację z powodu przedłużającej się hospitalizacji, rysują mapy: oddziału, szpitala, sąsiednich ulic i dzielnic miasta, wspominając wydarzenia związane z tymi miejscami.

Dbłość o prowadzenie rozmowy w naturalny, „zwykły” sposób, tak by interwencje medyczne nie wychodziły na pierwszy plan, charakteryzuje też sposób działania Kamili, według której „trzeba więcej takiego ludzkiego podejścia” (które jest jednocześnie celowym profesjonalnym działaniem?): „zbierając wywiady, rzucić jakoś pogodnie, nawet

czasem i od niechcienia, takie zwykłe uwagi, na przykład coś o rodzinie, pacjent od razu się tak rozluźnia i może nam więcej powiedzieć, i widać, że on się od razu lepiej czuje". Wspólne dla nich obojga – oraz prawdopodobnie wszystkich rozmów podsumowujących wolontariat na oddziale geriatrycznym – podkreślanie potrzeby cierpliwości w pracy z chorymi oraz rady dla przyszłych wolontariuszy wypowiedziane przez Kamilę w pierwszych słowach wywiadu, by „nie nastawiali się od razu na duży sukces”, a raczej na „długotrwały efekt”, to sygnały, że postrzegany niewielki wpływ podejmowanych działań na stan zdrowia pacjentów może być poważną przeszkodą w utrzymaniu wysokiej motywacji do pracy. Być może ta niewielka „medyczna skuteczność” interwencji doświadczana przez parę wolontariuszy przyczynia się do tego, że po upływie semestru większą wagę przywiązują do działań pozamedycznych? Jak radzą sobie zatem z brakiem nagrody płynącej z nawiązania bliskiej relacji lub wręcz z nieprzyjaznymi zachowaniami pacjentów (Kamila ostrzega przyszłych kolegów, że „nie zawsze będą czuć wdzięczność ze strony pacjentów” i że nie powinni „zrażać się reakcją, tylko dać dużo ciepła od siebie”)? Paradoksalnie poprzez spojrzenie medyczne i z dystansu – uznanie, że wrogie zachowanie pacjenta jest wyrazem jego choroby („wiedziałam, że to nie jest jej wina, że nie zachowuje się tak dlatego, że mnie nie lubi czy ma mnie dość – miała już takie różne zmiany osobowościowe chyba”, „z moich własnych doświadczeń jako pacjenta – jeśli człowiek jest chory, to nie będzie się z nim przyjemnie rozmawiało, jak czekałem na operację, to czasem współczuję, że musieli ze mną wytrzymać”), albo z badawczą ciekawością („To wynika z nastawienia, bo ja się nie nastawiałem, że

uda się osiągnąć cuda od razu. Jak wszystko było dobrze, to nie było się czym martwić, a jak coś szło nie tak, to przede wszystkim to była ciekawość i zastanawiałem się, jak to rozwiązać”).

Iza, studentka 3 roku medycyny (20 lat), podczas obu rozmów porusza temat przeżywanego przez siebie kryzysu na studiach, który zbiega się w czasie z udziałem w wolontariacie. Wybrała studia medyczne nie z przekonania, ale dlatego, że w jej klasie w liceum zwykło się to robić. Dziś nadal medycyna „nie jest jej pasją”, ale nie wie, czym innym mogłaby się zająć. Program studiów nie odpowiada jej wcześniejszym wyobrażeniom, część zajęć (np. te o *Evidence Based Medicine*) „odwraca jej uwagę od takich rzeczy, o których ewidentnie wiadomo, że działają w medycynie, takich prostych rzeczy, jak na przykład podstawowa opieka w szpitalu”. I nawet przypominanie jej przez ojca, że podjęła studia „z chęci pomocy ludziom”, nie pomaga, gdyż Iza wątpi w sens nowoczesnej medycyny „na siłę przedłużającej życie, co ma niewiele wspólnego z pomaganiem”. Co więcej, jej niechęć budzi pozostawienie na boku wszystkich pasji i zainteresowań, obawa, czy w przyszłości da się połączyć pracę z założeniem rodziny, a przede wszystkim obciążenie nauką, której nadmiar, jej zdaniem, nieuchronnie przewyższa jej zdolności („jeśli jak dotąd się tego nie nauczyłam spontanicznie pod wpływem potrzeby, to już tego się nie da zmienić”). „Czasem mam takie przebłyski, że mimo wszystko byłabym dobrym lekarzem, takim może właśnie bardziej do ludzi”, czasem nawet ją samą zaskakuje własne zaangażowanie (np. entuzjazm i duma po asystowaniu przy operacji ginekologicznej), dlatego już trzeci rok odwleka rozstrzygnięcie swoich wątpliwości.

Choć w rodzinie Izy jest wiele osób starszych, odkąd przestała być dzieckiem nie ma z nimi bliskich relacji i mimo jej przyszłego zawodu nie jest dopuszczana do opieki nad chorą babcią. Brak jej doświadczenia w kontakcie z seniorami, obawia się odczuwalnej różnicy pokoleniowej i sztuczności w rozmowie z pacjentami. Zasłyszane od innych wolontariuszy na wstępnym szkoleniu porady, by mówić do pacjentów głośno i prostym językiem, kojarzą jej się z traktowaniem starszych osób jak „upośledzonych”. Jednocześnie uświadamia jej to, że pacjenci, których spotka, rzeczywiście mogą mieć różne deficyty poznawcze i percepcyjne. Nie wie, jakiego rozpowszechnienia tych problemów się spodziewać i obawia się, że nie będzie umiała ich rozpoznać.

Iza nigdy dotąd nie uczestniczyła w wolontariacie, jednak od wielu lat jest w harcerstwie, gdzie zajmuje się dziećmi na obozach. Z racji jej zaangażowania w Kościele katolickim rolę podczas podejmowania decyzji o udziale w projekcie odegrały „wezwania w Ewangelii, by poświęcać swój czas dla innych”, mimo że bała się dodatkowego obciążenia. Jej główną motywacją do udziału w projekcie była jednak „chęć nauki kontaktu z pacjentem” i przecucie, że na studiach się go nie nauczy. Pierwsze trudne doświadczenia na oddziale (odmawiająca kontaktu i agresywnie podejrzliwa pacjentka z otępieniem; oburzony i urażony partner Izy, który dotkliwie doświadcza zachowania pacjentki jako wymierzonego osobiście w niego; odwiedziny u pacjenta, który codziennie odsyła ich z powodu zmęczenia, a potem przechodzi na inny oddział) sprawiają, że Iza traci początkowy entuzjazm do udziału w wolontariacie. „Nie mogłam się doczekać, żeby wreszcie pójść do

pacjentów, bo tyle było tych szkoleń, a potem rozczarowanie, że taka jestem wyszkolona, a niewiele w sumie można pomóc – jak się przychodzi i się zastaje konkretnego człowieka, który jest schorowany, i chciałoby się od razu wszystko zastosować, a to trzeba po prostu być”. Początkowa nierealistyczna wizja „przenoszenia gór” podczas pracy na oddziale, po której przychodzi wiedza, że „tu jest taka specyfika, że nie wszystkim da się jednak pomóc”, studzą jej zapał. Dopiero w trakcie końcowej rozmowy zdaje sobie sprawę, że odwiedzając pacjentów, myślała wyłącznie o krótkotrwałym efekcie, a nie długofalowym profilaktycznym wpływie na ich stan zdrowia. Powodem, dla którego pozostaje w projekcie, jest postawa wytrwałości i duże znaczenie, które przypisuje wypełnieniu zobowiązania.

W drugim semestrze wolontariatu Iza odwiedza oddział z bardzo doświadczoną wolontariuszką Magdą. Początkowy bieg wydarzeń odwraca się, 90-letni staruszkowie „bywają w lepszym kontakcie niż ona”. Iza ponownie czuje, że właściwie nie pomaga pacjentom w dobrej formie i regularnie odwiedzonym przez rodzinę, póki jeden z nich nie poprosi o dalsze wizyty, bo „dużo mu to daje”, co jest dla niej „najbardziej satysfakcjonujące”. Zaskakuje żywotność pacjentów; ich wiedza i zainteresowanie najnowszymi wydarzeniami ze świata nie tylko budują wyobrażenie starszego człowieka, Iza też zmienia się pod ich wpływem: pacjenci wymagają wiedzy i dyskusji, a ona, zupełnie się nie orientująca, „po pierwszym pacjencie (...) codziennie ogląda Teleexpress”. Potem „przechodzi taką progresję”, że początkowe poczucie winy przekuwa na większą swobodę w poczuciu, że nie musi mieć opinii na każdy temat. I choć dobra relacja

z 70-letnim ojcem, który „był wychowywany jeszcze przez przedwojennych nauczycieli”, pomaga lepiej niż jej rówieśnicy rozumieć starszego pana, z którym się zaprzyjaźnia, inni pacjenci weryfikują ukształtowany w harcerstwie (gdzie „wychowywano ją na powstańczych tradycjach”) model starszych ludzi, których dzieli na „inteligencję z miasta o walecznym charakterze” i „ludność wiejską bez patriotycznych odruchów, żyjącą pracą fizyczną z dnia na dzień”. „Zdoebrałam szerszy pogląd na to, jacy są (...), że różnią się znacznie między sobą, nawet ci, którzy przeżyli Auschwitz”. Z zaskoczeniem zauważa także, że ona różni się od nich („ci ludzie żyją zupełnie czymś innym, niż ja żyję na co dzień”) i posiada zupełnie inne priorytety niż pacjenci jej przypisują (mniej ważne jest dla niej szybkie założenie rodziny).

Porównując się z innymi wolontariuszami, Iza uświadamia sobie wynikający z jej osobowości powściągliwy sposób rozmawiania (raczej słucha, niż mówi i „nie narzuca się” pacjentom), który początkowo uważa za wadę, a w trakcie akceptuje jako pożądaną przez rozmówcę styl. Zauważa, że kontakt z pacjentem, „choć nastawiała się, że będzie się musiała go uczyć”, jest znacznie bardziej naturalny, niż jej się wydawało: „to było dla mnie uspokajające, że ja te kompetencje mam”. „Jednak większość ludzi umie rozmawiać. Każdy ma jakąś taką intuicję i te wszystkie narzędzia [konwersacyjne] są jakąś protezą, a nie naszym naturalnym sposobem działania”. Istotne w pracy lekarza jest dla niej nie „odbębniecie przekazywania informacji i maszynowe obsługiwanie pacjenta”, ale autentyczny kontakt: „podjęcie zwykłej, naturalnej rozmowy, które należy się każdemu nie dlatego, że jest pacjentem, ale dlatego,

że jest człowiekiem”. Zapytana, czy podczas wolontariatu spełniła założony cel związany z przyszłym zawodem, mówi, że niewiele się nauczyła dla umiejętności rozmawiania z pacjentem i samego uprawiania medycyny.

Magda, studentka 3 roku psychologii, stwierdza, że do udziału w projekcie „predysponuje ją kierunek studiów”. Jednak już z początkiem liceum (będąc od jakiegoś czasu w harcerstwie) działa w różnych wolontariatach. „Pomyślałam, że wolontariat to będzie fajny sposób, żeby zrobić coś dobrego dla innych, ale też będę miała jakieś zajęcie”, bo żyjąc w małym miasteczku, ma „strasznie dużo czasu, z którym nie ma co zrobić”. „Tak zdecydowałam w liceum, a później to było naturalne” – od tego czasu podejmuje przede wszystkim różne formy pracy z dziećmi (wspierania rozwoju dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, pomoc w nauce) – by po prostu realizować potrzebę działania, wykraczającego poza podstawowe obowiązki na uniwersytecie. „To jest takie coś, co ma sens i chcę to robić, temu się poświęcam. Mogłabym chodzić na kursy tańca albo dodatkową naukę języków obcych, niektórzy to robią, a mnie po prostu wciągnął wolontariat”. Zastanawia się jednak, czy jeszcze wcześniej nie rozwinęła się u niej w znacznym stopniu „potrzeba opieki nad kimś”, gdy uczęszczała do integracyjnej zerówki i podstawówki.

Decyzję o udziale w projekcie, pierwszym dla niej wolontariacie na oddziale szpitalnym, podejmuje ze względu na własne negatywne doświadczenia ze szpitala i nadzieję na wywarcie wpływu na złe warunki poprzez „bycie członkiem tej organizacji, w której naprawdę będzie coś zmieniać” (nie lubi

miejsz, gdzie wolontariusze działają „dla papierka”). Z niezgodą wspomina „szokujące” sytuacje niewystarczającej opieki nad jej umierającymi dziadkami i drastyczne – dla niej jako nastolatki, która była ich świadkiem i przeżywała długo po wyjściu ze szpitala – incydenty wynikające z braku koniecznego wsparcia psychologicznego. „Czułam się bardziej chora przez to, że jestem w tym szpitalu niż przez to, że coś mi było”. I choć z dużą pewnością twierdzi, że „szpitale się raczej omija, niż z chęcią do nich chodzi”, dziś sama zastanawia się, czy zostać psychologiem w szpitalu. Nie mówi wprost nic o motywach wyboru kierunku studiów, lecz trudno oprzeć się wrażeniu, że w jakimś stopniu „predysponuje ją” przeszłość wypełniona aktywnością charytatywną i opieką nad innymi. Teraz chce „sprawdzić się” po raz pierwszy w opiece nad osobami starszymi, by nie poprzestać na pomocy dzieciom, ale „nie ukrywa”, że przede wszystkim „w tym momencie to jest związane z jej kierunkiem studiów”. Chciałaby, żeby to miejsce pozwoliło jej odpowiedzieć na pytanie, czy w przyszłości chce pracować w szpitalu lub jako psychoterapeuta. „To doświadczenie powie mi samo, czy jestem w stanie podjąć się takiego wyzwania (...). A jeśli to się okaże kierunek, w którym chcę iść, to to doświadczenie kiedyś w pracy pozwoli mi być wyżej niż ci, którzy tego nie przeżyli”. Mówi jak zwykle otwarcie, ale z lekkim wstydem czy może poczuciem straty – czy dlatego, że deklarowane przez nią przywiązanie do „samej idei wolontariatu, który jest bezpłatny” ustępuje miejsca myśli o związaniu zawodowej przyszłości z udzielaniem wsparcia (w którym Magda, dzięki wielu nieprofesjonalnym doświadczeniom, w zasadzie już się sprofesjonalizowała)? Wie, że jej duża praktyka tam staje się walutą.

Na ten profesjonalizm, który ona przewrotnie nazywa „znieczulicą”, przekuła dużą wrażliwość z początków pracy z dziećmi autystycznymi i teraz „dalej interesuje ją to, chce działać i to jest dla niej motywujące, gdy widzi jakieś zmiany, ale już nie chce jej się płakać, gdy wraca do domu”. Przed rozpoczęciem wolontariatu na oddziale geriatrycznym podobnie obawiała się „empatyzowania z pacjentami” i „przeżywania wszystkiego”: nagłej śmierci pacjenta, z którym dopiero wczoraj się widziała, przykrego widoku osoby, której stało się coś poważnego na jej oczach, braku reakcji ze strony kogoś, do kogo się zwraca. „Najbardziej zmieniło się to, jak postrzegam siebie: empatyzuję z nimi na tyle, że jestem w stanie im pomagać, ale (...) nie biorę do siebie niczego, co się dzieje na oddziale”. Nawet gdy umarła „przecież bardzo stara i chora” pacjentka, która długo leżała na oddziale, „tak naprawdę nic się nie stało. (...) A jednak przyjemna jest myśl, że to są ludzie starsi i taka jest kolej rzeczy. Jeśli byłoby tak zawsze, że umierają starsi, a nie młodzi, to wszystko byłoby w porządku. Dobrze że nie jestem na oddziale, gdzie umierają dzieci i muszę na to patrzeć”.

Magda, gdyby „wszystko przeżywała, nie mogłaby robić tego na co dzień”. Jednocześnie to właśnie „empatyzowanie” z pacjentami sprawia, że nie odmawia im pomocy nawet w sytuacjach dla niej najtrudniejszych, „gdy pacjent prosi o coś, czego nie musimy robić i od nas zależy, czy to zrobimy” (np. pomoc w toalecie). Jej zdaniem wolontariusz musi być przygotowany na robienie takich rzeczy lub odmawianie starszej osobie, co może być „przytłaczające” dla kogoś początkującego. Ona sama nie odmawia: „wyobrażam sobie, że mogłabym być w takiej sytuacji, że mogłoby mnie boleć i nikt by mi nie

pomagał, staram się wtedy myśleć, co ja bym chciała, żeby ktoś dla mnie zrobił i chciałabym wtedy, żeby znalazł się ktoś, kto robi dla mnie wszystko". Magda zaprzecza, żeby ten bezkompromisowy sposób myślenia o opiece nad pacjentami miał związek z jakimiś wartościami religijnymi – mocno dodaje, że „im dłużej pracuje na oddziale, tym bardziej popiera eutanazję”, widząc, jak przykro czasem spędzają starość.

Duża samoświadomość, pewność siebie i zdolność akceptowania sprzeczności pozwalają jej znosić trudności i śmiało konfrontować się z różnymi dylematami na oddziale prawie najdłużej ze wszystkich wolontariuszy (a poza tym telefonuje do mamy, żeby poradzić się w trudniejszych sprawach i rozmawia o wszystkim ze swoją koleżanką z pary: „odpowiedzialność się rozkłada na nas dwie i wydaje mi się, że to nam pomaga – nigdy nie czujemy się same w sytuacji, która nas obciąża”).

Wnioski

Wspólnym dla wszystkich rozmów z uczestnikami badania motywem jest nieokreślona granica między tym, co osobiste, a tym, co związane z profesją. Płynne przejścia w opowieściach między osobistym życiem a tym, co dotyczy działalności zawodowej pojawiają się mimo tendencji – czasem wręcz kategorycznej w nowoczesnej medycynie i psychologii klinicznej – do ścisłego odgraniczenia tego, co profesjonalne (czyli koniecznie pozbawione subiektywnego zabarwienia i osobistego podejścia) od tego, co osobiste i tego, co charakteryzuje laika (gdy osobiste „wkrada się” w to, co zawodowe, uważane jest za źródło błędu, skazę na praktyce, a taka „zanieczysz-

czona” prywatnością praktyka oceniona może być jako „nieprofesjonalna”, gdy zaś profesjonalne nastawienie angażowane jest w to, co osobiste, może być źródłem oskarżenia o chłód i obojętność). W rozmowach z grupą studentów medycyny i psychologii działających jako wolontariusze na oddziale geriatrycznym jednak trudno jest oddzielić perspektywę laika i profesjonalisty, nie da się dostrzec wyraźnej granicy ani rozstrzygnąć, czy do pracy z pacjentami ustosunkowują się osobiście, czy zawodowo.

Ten rozpoznany w badaniu motyw płynnego przejścia między tym, co osobiste i profesjonalne w pracy wolontariuszy na oddziale geriatrycznym odsyła nas do osiągnięć takich subdyscyplin w socjologii medycyny, zdrowia i choroby jak socjologia doświadczenia choroby (Bury 1982) i podejścia badawczego zainteresowanego doświadczeniem leczenia – uprawiania zawodu medycznego – przez personel (*experience of doctoring*) (Freidson 1970a). Z jednej strony tak zwane niemedykocentryczne, zorientowane na laika podejście badawcze w socjologii medycyny, które dowartościowuje interpretacje i działania laików w procesach zachowania zdrowia i chorowania (Skrzypek 2012b), może służyć za ramę do interpretacji rozpoznanego w badaniu motywu czerpania przez wolontariuszy z ich osobistych doświadczeń choroby swojej lub kogoś bliskiego w pracy z pacjentami. Wolontariusze (studenci kierunków medycznych), pełniąc profesjonalną rolę w środowisku szpitalnym (lub przynajmniej się do niej przygotowując), sami są pacjentami lub mają pacjentów wśród swoich bliskich, są więc jednocześnie laikami i posiadają system odniesień laików (*lay referral system*) (Freidson 1970b; Skrzypek 2012a), z którego korzystają w swojej profesjonalnej

działalności. Z drugiej strony publikacje z zakresu socjologii medycyny z ostatnich lat, między innymi z subdyscypliny socjologii diagnozy lekarskiej, wskazują na dynamiczny charakter oddziaływań medycznych oraz ich społeczny wymiar i podkreślają, że medyczne oddziaływania wykraczają poza wiedzę i kompetencje biomedycyny, obejmując między innymi kulturę i inne drogi modelowania sposobów doświadczania choroby i życia z chorobą (Jutel 2009; Armstrong 2011; Brown i in. 2011; Nettleton, Neale, Pickering 2011; Skrzypek 2012b), zatem obejmować mogą również wiedzę potoczną, osobiste doświadczenia i prywatne postawy personelu medycznego.

Wolontariusze łączą w sobie perspektywę profesjonalisty i laika ze względu na swoją specyficzną pozycję w środowisku szpitalnym. Ich identyfikacja jest jeszcze nieokreślona – są laikami i stają się profesjonalistami, to jest nierozłączne – ponieważ jest przejściowa pomiędzy studentem a profesjonalistą w pełni. Z drugiej strony być może dzięki spojrzeniu na doświadczenie studentów, którzy są w trakcie przygotowania do praktykowania zawodu, mamy okazję wyraźniej (niż byłoby to w przypadku już długo pracujących i ukształtowanych praktyków) zobaczyć, że w ogóle w profesjach medycznych te dwie perspektywy – zawodowca i laika – nie są rozdzielne (a być może rola profesjonalisty nadbudowana jest na fundamencie roli laika). Zwrócenie uwagi na ich powiązanie i wzajemne zależności może być jedną z propozycji odpowiedzi na pytania stawiane na pograniczu klasycznej socjologii medycyny skoncentrowanej na zagadnieniach badawczych dotyczących instytucjonalnej medycyny i formalnej opieki zdrowotnej (Twaddle 1982;

Skrzypek 2012b) i unikalnej niemedykocentrycznej perspektywy badawczej, skoncentrowanej na interpretacjach i działaniach laików w sytuacjach zdrowia i choroby (Skrzypek 2012b).

Pierwszym obszarem przeplatania się prywatności ze sferą profesji jest motywacja do udziału w wolontariacie. Choć wszyscy deklarują, że uczestniczą w Projekcie Zdrowy Kontakt przede wszystkim dla poszerzenia wiedzy i zdobycia umiejętności w dziedzinie związanej z przyszłym zawodem, to jednak u każdego wiąże się to w rzeczywistości również z innymi – osobistymi – powodami, to jest hospitalizacją własną lub dziadków, poszukiwaniem interesującego zajęcia w małym mieście lub potrzebą zrobienia czegoś wartościowego w ważnym momencie prywatnego życia.

Mimo że wolontariat kojarzy się przede wszystkim i jednoznacznie z charytatywną pomocą, wśród uczestników badania pragnienie „robienia czegoś dobrego dla innych” prawie nigdy nie jest przedstawiane jako główna motywacja do działalności w Zdrowym Kontakcie. Pojawia się w każdej rozmowie, jednak zazwyczaj w dalszej kolejności za chęcią „sprawdzenia się”, zdobycia nowego doświadczenia, praktyki w pracy w szpitalu i w kontakcie z pacjentem lub rozwiania swoich wątpliwości co do dalszej ścieżki zawodowej. Równocześnie te cele przedstawiane są z pewnym poczuciem winy, tonem poszukującym usprawiedliwienia motywów bardziej „egoistycznych” niż „czyste pomaganie”. Zaskakujące jest to, że, gdy wreszcie ujawni się w rozmowie potrzeba pomagania lub chęć dobroczynności (często powściągliwie nazywana najpierw chęcią robienia „czegoś sensownego”, zanim

w efekcie dopytywania w wywiadzie nazywana jest wprost chęcią robienia „czegoś dobrego”), ci sami wolontariusze również o nich mówią tonem zawstydzonym (widoczne zażenowanie jest tym większe, jeśli fundament dobroczynności jest wiara religijna). Dlaczego pewne poczucie winy towarzyszy zarówno prezentowaniu siebie jako „egoisty” (bo niepełnego przecież altruisty), jak i mówieniu o swoich dobroczynnych intencjach? Być może w poczuciu uczestników badania „dobre serce” przypisuje się wyłącznie osobie, która nie czerpie z niego żadnych korzyści (nawet nauki), a z drugiej strony wymóg skromności sprawia, że czystą dobrą intencją umniejsza jej upublicznienie? Być może chęć dobroczynności (albo nawet ogólnie cała sfera motywów działania, która wiąże się z uczuciami i wartościami) należy do sfery intymnej, więc z trudnością i zawstyżeniem jest odsłaniana przed obcą osobą, szczególnie w kontekście edukacyjnym i zawodowym? Wahanie, do której ze sfer przyporządkować udział w wolontariacie, mogło wywołać zmieszanie. Otwarte pozostaje pytanie, co wolno wolontariuszowi powiedzieć o sobie (kim być, kim się prezentować przed innymi i przed sobą), jeśli nie wypada nazwać się ani altruistą, ani egoistą. Dla części osób, szczególnie tych od lat działających w wielu wolontariatach, chęć „zrobienia czegoś dobrego” była tak powszednia, że już świadomie nie zdawały sobie z niej sprawy lub mówiły o niej jako o oczywistości, a rozmawianie o tym było dla nich pozbawione sensu – więc z powątpiewaniem traktowały aktywne podejmowanie tego tematu.

Czasem historia podejmowania różnych form opieki nad innymi jest efektem wychowywania w dużej wielopokoleniowej rodzinie z koniecznością opieki

nad rodzeństwem albo zajmowania się niepełnosprawnymi rówieśnikami w integracyjnym przedszkolu i podstawówce. Wytworzona we wczesnym wieku „naturalna potrzeba pomagania”, która w kolejnych latach realizowana jest przez regularną aktywność w licznych wolontariatach, przeradza się w zainteresowanie podjęciem studiów medycznych lub psychologicznych, by następnie sprofesjonalizować swoje działanie, wciąż jednak czerpiąc ze źródłowego doświadczenia. Płynne przejście między osobistym i zawodowym zachodzi również w przeciwnym kierunku. Choć we wstępnych rozmowach zdecydowanie dominuje zawodowa motywacja do wolontariatu, zwykle chodzi o poznanie zbioru zasad komunikowania się z pacjentem lub o trening pielęgnacji specyficznej grupy pacjentów geriatrycznych, to podsumowując te kilka miesięcy, wolontariusze znacznie więcej uwagi poświęcają rozwojowi, jaki zaszedł w ich charakterze, osobowości, emocjonalności i tym podobnych, czyli w sferach uważanych za prywatne (Toso i in. 2012). Ci, którzy z początku nastawieni są wyłącznie na zdobywanie wiedzy i technicznie rozumianych kompetencji profesjonalnych, w trakcie wolontariatu – cytując jedną z wolontariuszek – „trochę się ucłowieczają”, nabierając wrażliwości i cierpliwości albo odkrywają, że tak zwana relacja lekarz–pacjent oparta jest na zwykłym, codziennym, pozaprofesjonalnym międzyludzkim kontakcie, zyskują większą świadomość ludzkiej różnorodności lub zdają sobie sprawę, że największą korzyścią z odwiedzin u pacjentów na oddziale jest ich własna poprawa nastroju i poczucie sensu życia.

Równocześnie część z nich nie tylko spontanicznie, ale również w odpowiedzi na pytanie nie rozwa-

ża tych zmian jako mających jakiegokolwiek znaczenie dla wykonywania przyszłego zawodu. Czasem mówią wprost, że „niewiele się nauczyli” przez ten czas. Podobnie jest w przypadku deklarowania doświadczenia w opiece nad osobami starszymi przed rozpoczęciem wolontariatu: uczestnicy wprawdzie twierdzą, że nie mają żadnego, a po chwili opowiadają o wyzwaniach pielęgnacji chorych dziadków w szpitalu lub we wspólnym mieszkaniu, ale nie łączą jednego z drugim (później, podsumowując udział w Zdrowym Kontakcie, szczególnie wspominają relacje z pacjentami, którzy przypominają im ich własnych dziadków). Choć to wydaje się odległe od wątku – we wstępnych wywiadach ujawnia się wśród wolontariuszy przekonanie, że nie mają większej wiedzy czy umiejętności we własnej dziedzinie niż wówczas, gdy zaczynali studia (Toso i in. 2012). Przyczyna tego tkwić może w niedostrzeganiu zmian, jakie wiedza naukowa i zawodowe kompetencje stopniowo wprowadzają w sposób myślenia i doświadczenie studenta: płynne stawianie się profesjonalistą sprawia, że aktualne i przeszłe wydarzenia nabierają innej treści. Dzieje się to jednak w sposób niezauważalny – rozgraniczenie we własnym doświadczeniu tego, co jest „profesjonalne”, czyli wynika z nabytej na studiach deklaratywnej wiedzy, od tego, co osobiste często jest niemożliwe. Z drugiej strony zaś ta niejednoznaczność granic między życiem zawodowym a życiem prywatnym nie jest – jak widać – przez wolontariuszy uświadomiana.

Być może wynika ona z etapu życia i kariery, na którym znajdują się wolontariusze Zdrowego Kontakt, będący zazwyczaj w połowie studiów. Można powiedzieć, że jest to etap przejściowy pomiędzy

głównie „osobistym” życiem dziecka, które przebiega w rodzinie, w domu pod opieką i kontrolą dorosłych, a życiem dorosłego, skoncentrowanego w dużej mierze na pracy zawodowej oraz odpowiedzialnego za siebie i innych (w profesjach medycznych również odpowiedzialnego w sensie zawodowym za *obcych innych*). W szczególny sposób mówi o tym Marta, która podczas opieki nad seniorami w Stanach Zjednoczonych przeformułowała sposób widzenia siebie w relacji do osób starszych: przestała być dzieckiem, którym oni z natury rzeczy jako samodzielne osoby dorosłe – i dziadkowie – się opiekują, oni stali się seniorami, którymi zajmuje się ona jako dorosła osoba dysponująca profesjonalnymi narzędziami. Mówi o tym również Iza, gdy wspomina, jak pod wpływem odwiedzin na oddziale geriatrycznym odkrywa, że pacjenci na wiele sposobów różnią się od jej taty oraz od ideału starszego człowieka zaszczerpionego jej podczas wychowania w harcerstwie. Nabiera również „dorosłej” śmiałości w reagowaniu na stawiane przez nich w rozmowie szkolne wymagania posiadania wiadomości i opinii, po początkowym przeżywaniu poczucia winy za swoją niewiedzę i posłusznym „codziennym oglądaniu Teleexpressu”. Taka interpretacja skłaniałaby się w stronę utożsamiania prywatnej sfery człowieka z dzieciństwem, czyli osobistego podejścia, z niedojrzałością i jej efektem musiałaby być postulat rozerwania w profesjach medycznych prywatności od aktywności zawodowej. Niewykluczone jednak, że nie „okres przejściowy”, tylko faktycznie niejednoznaczna rola, którą można wyczytać z przeglądu literatury przedmiotu, wolontariusza zawieszono pomiędzy sprawowaniem opieki formalnej i nieformalnej, udzielaniem pomocy profesjonalnie i z osobistych pobudek odpowiedzialna jest za trudność

w przyporządkowaniu lub przenikaniu się tych sfer w rozmowach z uczestnikami badania. Co gdyby jednak spojrzeć na nie raczej jak na opowieści początkujących lekarzy i psychologów – niż pracujących charytatywnie wolontariuszy – i odważyć się uznać je za wyjątkowo (z racji nowości) wyostrojony obraz praktyki klinicznej? Wówczas praca i rola personelu medycznego naturalnie i nieuchronnie, a nie w wyniku błędu lub niedojrzałości, charakteryzowałyby się niemożnością wytyczenia jednoznacznej granicy między tym, co osobiste i tym, co profesjonalne w opiece nad pacjentami. Być może jest to trafny obraz, szczególnie w kontekście oddziału geriatrycznego, gdzie codzienny kontakt ze sprawami ostatecznymi przeżywanymi przez pacjentów i ich rodziny miesza się z wykonywaniem technicznych procedur medycznych.

Niektóre chwile trudności (i zadowolenia), z jakimi wolontariusze spotykają się na oddziale, mogą być tożsame z doświadczeniem członków personelu medycznego szpitali geriatrycznych, o którym wiemy, że jest szczególnie narażony na różne fizyczne i psychiczne obciążenia w pracy oraz wypalenie zawodowe (Eriksson, Saveman 2002; Cocco i in. 2003; Kennedy 2005; Ferrell 2006; Çetinkaya, Karadokvan 2012; Manuela i in. 2013; Schmidt, Diestel 2013; Andersson, Salickiene, Rosengren 2016), a pewne predyspozycje lub nastawienia być może przed tym ryzykiem chronią (Manuela i in. 2013; Clissett i in. 2014; Morandi i in. 2015; Montross-Thomas, in. 2016) – warto o tym myśleć, by wspierać pracowników służby zdrowia. O ile nie ma podstaw, by mówić o zjawisku wypalenia zawodowego w przypadku wolontariuszy działających w klinice od kilku do kilkunastu miesięcy, to znajome im są obciążenie,

frustracja, przytłoczenie czy subiektywne poczucie wypalenia. Za obiektywny objaw nadmiernego obciążenia w ich przypadku uznać można przedwczesną rezygnację i przerywanie udziału w Zdrowym Kontakcie. Jednocześnie dostrzec można u nich pewne cechy czy osobiste sposoby radzenia sobie i chronienia się przed negatywnym wpływem opieki nad pacjentami na oddziale, a w konsekwencji utrzymywania się w projekcie wolontariatu.

Dalej omówiono właśnie niektóre wymiary sytuacji wolontariuszy Projektu Zdrowy Kontakt (konieczne było oczywiście dokonanie wyboru) – uczestników badania – oraz opatrzone odwołaniami do literatury przedmiotu, w której mowa o zbliżonych sytuacjach dotyczących różnych formalnych i nieformalnych opiekunów pacjentów, zarówno hospitalizowanych, jak i chorujących w domu. Naszym zdaniem opowieści studentów mogą być źródłem refleksji na temat doświadczenia już profesjonalnego personelu, do której zachęcamy czytelnika.

Wolontariusze w trakcie udziału w projekcie spotykają się z trudnościami o różnym stopniu nasilenia. Zanim rozpoczną odwiedziny na oddziale zwykle ich obawy budzi wymagana częstotliwość, którą trzeba pogodzić z nauką, i rzeczywiście na początku okazuje się to być poważnym wyzwaniem. Źródłem trudności w utrzymaniu regularności odwiedzin jest również stopniowa aklimatyzacja w niesprzyjającym środowisku oddziału szpitalnego (szczególnie dla osób, które nie miały wcześniej licznych kontaktów ze służbą zdrowia lub szpitala doświadczyły w przeszłości w negatywny sposób). I choć niektórzy nie przyzwyczajają się do tego miejsca, mimo codziennych odwiedzin podczas

tygodni i miesięcy wolontariatu (niektórzy opisują to jako niezmiennie obrzydzenie, fizyczne odrzucenie lub poczucie inności tego, co w budynku wobec świata na zewnątrz), to najdotkliwiej doświadczaną trudnością, dlatego między innymi, że jest to trudność nieusuwalna, jest poczucie bezradności wobec cierpienia i śmierci.

Doświadczenie odpowiedzialności za pacjentów i kontaktu z osobami cierpiącymi, dotkniętymi chorobą i zagrożonymi śmiercią w trakcie wolontariatu sprawia, że część wolontariuszy podczas podsumowujących rozmów już nie pamięta nawet o wątku czasowego obciążenia. Inni kolidowanie z obowiązkami na uczelni przedstawiają jako główny powód rezygnacji z wolontariatu. Silny imperatyw, by wytrwać w wolontariacie, musiało często stanowić wzięcie odpowiedzialności za drugiego człowieka, któremu pierwszymi odwiedzinami złożyło się obietnicę wsparcia, i bardzo poważne traktowanie podjętego zobowiązania. Dla wielu uczestników niezbędne do podtrzymania wystarczającego poziomu motywacji do pomagania okazały się bowiem zauważalne efekty ich pracy. Gratyfikacja w postaci dostrzegalnej korzyści czerpanej przez pacjentów była jednak niezwykle trudna do uzyskania ze względu na częsty brak widocznego wpływu na kondycję pacjentów. Wynika to z jednej strony ze specyfiki oddziaływania profilaktycznego, którego efekt nie jest mierzony poprawą stanu zdrowia, ale brakiem wystąpienia pewnego objawu (w tym przypadku powikłania, jakim jest majaczenie szpitalne). Co więcej, prozdrowotne działanie interwencji behawioralnych, takich jak prowadzona przez wolontariuszy profilaktyka, przynosi raczej odroczone w czasie skutki, a nie natychmiastowy

sukces. Dodatkowo, ze względu na specyfikę starszego organizmu, sukcesem medycznym u pacjentów geriatrycznych, szczególnie w stanach ciężkich i nagłych, rzadko bywa całkowite wyleczenie czy poprawa zdrowotności, ale raczej spowolnienie i złagodzenie przebiegu stopniowej utraty zdrowia. Z powodu charakteru i kontekstu pracy wolontariuszy Zdrowego Kontakt silna potrzeba dostrzegania skuteczności własnych działań nie mogła być realizowana. Jednak gdy ze „znaczącej poprawy stanu zdrowia” sukces przeformułowali na choćby chwilową poprawę samopoczucia pacjenta, danie mu radości albo okazanie przez pacjenta wdzięczności – nawet te nie zawsze były osiągnięte. Bywało, że wolontariusze spotykali się z odmową kontaktu, niezyczliwymi, nietypowymi lub wzbudzającymi lęk zachowaniami pacjentów, mimo cierpliwie podejmowanych przez nich starań o nawiązanie relacji. Wśród przyczyn takich zachowań (przewlekłe i wyczerpujące trudności zdrowotne, nieprzyjemna osobowość pacjentów, problemy psychiczne lub zmiany związane z demencją będące charakterystykami społecznej roli chorego) najbardziej bolesna była nieprzychylność wobec wolontariuszy, wynikająca z wrogiego stosunku do personelu medycznego, z którym bywali utożsamiani, a wobec którego sami byli często bardzo krytyczni.

Stosunek personelu do pacjentów, który często postrzegany był przez uczestników badania jako obojętny czy wręcz nieprzyjemny, był zarazem jednym z częściej wymienianych czynników zniechęcających do udziału i utrudniających im dobre funkcjonowanie emocjonalne w trakcie wolontariatu (choć były osoby, które nieakceptowane zachowania personelu medycznego nakłaniały do większej

wytrwałości w „zachowywaniu się inaczej”). Uczestnicy badania nie tylko odczuwali silną potrzebę dbania o podmiotowość pacjentów i czynili wysiłki, by zapewnić chorym poczucie godności. Bardzo wiele uwagi poświęcali postrzeganym przez siebie nieodpowiednim warunkom na oddziale (i ogólnie w szpitalach) oraz krytyce personelu medycznego, którego postępowanie doświadczali jako brak szacunku wobec pacjentów i niedostateczną opiekę nad chorymi. To uwikłanie wolontariuszy w symboliczny konflikt między pacjentami i służbą zdrowia, mające wyraz w natrętnym podejmowaniu tematu zachowania personelu podczas wszystkich chyba comiesięcznych superwizji każdego roku trwania Projektu Zdrowy Kontakt, czasem wydawało się wyrazem unikania rozmowy o sprawach pozostawiających ich w poczuciu bezradności i emocjonalnego zagrożenia, jak porzucenie i osamotnienie chorych pozostawionych w szpitalu przez rodzinę albo pogorszenie stanu zdrowia i śmierć pacjentów, do których się przywiązali oraz rozpacz ich bliskich. Być może pojawiający się w zderzeniu z ludzką śmiertelnością i samotnością, niedający się opanować lęk znajdował ujście dzięki przekierowaniu uwagi na tematy poboczne, będące jednak obszarem większego wpływu, jak dbałość o godność pacjentów i analizowanie zachowań personelu. W indywidualnych podsumowujących rozmowach śmierć pojawiała się, choć rzadko i raczej mimochodem. Można było poznać, że w trakcie opieki nad kolejnymi pacjentami początkowy lęk i bezradność bywały uświadamiane i opanowywane (Andersson, Salickiene, Rosengren 2016), choćby po to, by doprowadzić do negatywnej weryfikacji swojej zdolności do pracy jako lekarz i obcowania z cierpiącymi ludźmi, jak

w podsumowującej rozmowie relacjonował Janek. Część wolontariuszy zauważa naturalność śmierci i w tej przewidywalnej, więc logicznej, kolejności rzeczy odnajdują pociechę, z zastrzeżeniem, że dotyczy to tylko osób bardzo starych.

Wydaje się jednak, że to nie śmierć była dla uczestników badania najtrudniejszym doświadczeniem, ale towarzyszenie i próby nawiązania relacji z pacjentami, z którymi kontakt jest bardzo utrudniony lub niemożliwy. Magda, dzięki licznym wolontariatom, niezwykle doświadczona w sprawowaniu opieki nad bardzo chorymi dziećmi i pogodzona ze śmiercią najbardziej boi się, że „będzie do kogoś mówiła, a ten ktoś jej nie odpowie”. Iza doświadcza naruszenia tej naturalnej potrzeby wzajemności w porozumieniu się z drugim człowiekiem, gdy próbuje nawiązać rozmowę z pacjentką przekonana, że ta ją słyszy, ale w żaden sposób nie reaguje. Wolontariusze, nawet jeśli wiedzą, że pacjenci nie rozpoznają ich z racji postępującej demencji, na którą nie mają wpływu, mimowolnie odczuwają rozczarowanie i osamotnienie. Nawet jeśli rozumieją, że pacjent myli ich z własną matką z powodu urojeń towarzyszących delirium, mają trudność z pozbyciem się wrażenia, że słowa wypowiedziane w psychozie są świadomie wymierzane przeciwko nim (Berger i in. 2005). Odruchowo odgadują treść i doświadczają przymusu reagowania na bezładnie wypowiedziane i nie kierowane do nikogo skargi osoby persewerującej w efekcie zmian neurologicznych po udarze. To doświadczenie z trudnością ubierane w słowa budzi u wolontariuszy najsilniejsze emocje. Być może jest to utrata kontaktu w drugim człowieku z czymś, co zwykle świadczy o życiu – choć jest on wciąż żywy. Albo z czymś, co zwykle wskazu-

je, że mamy do czynienia z drugim człowiekiem. Ten kontakt z kimś „bez kontaktu”, który sprawia, że „pacjenci wyglądają jakby już umarli, choć nadal żyją”, wypiera na pierwszy plan i wulgaryzuje cielesność starego, chorego człowieka, budząc silny egzystencjalny lęk.

Sytuacja, w której nieuchronnie i z niczyjej winy, a jednak nie bez emocjonalnych konsekwencji, naruszone zostają fundamenty osobistego kontaktu, jest niezwykle obciążająca. Podobnie jak chłód i nieżyczliwość pacjenta, z którym pełni dobrych intencji wolontariusze starają się nawiązać relację. Zaskakujące jest to, że niektórym z nich wówczas pomaga skorzystanie na chwilę z medycznej narracji, z technicznego, profesjonalnego wyjaśnienia, które ułatwia im akceptację trudności i podtrzymanie kontaktu. Paradoksalnie, choć udziałem w projekcie kierują osobiste przesłanki, a czasami emocjonalne podejście do pacjentów jak do własnych dziadków pomaga wytrwać w wolontariacie, gdy pojawia się nadmierne obciążenie, wrogość ze strony pacjenta czy pogorszenie jego stanu zdrowia, ochronną funkcję pełni przyjęcie przez wolontariusza perspektywy zawodowej, powstrzymując go przed rezygnacją z udziału. Jakaś forma „profesjonalnego” dystansu „wybierana” jest w tym konkretnym momencie ze względu na kryterium dobra pacjenta. Może to być na przykład zmedykalizowanie nieżyczliwego zachowania pacjenta („objaw zmian osobowościowych”), przyjęcie postawy badawczej ciekawości i poszukiwania najlepszego rozwiązania konkretnego, choć prawdopodobnie nierozwiązywalnego, problemu, wytworzenie algorytmu rutynowego działania albo w chwili słabości skupienie się na wytrwaniu w projekcie dla

pozycji w CV (Montross-Thomas i in. 2016) bądź też ponowne uświadomienie sobie, co charakteryzuje przyjmowaną przez pacjentów społeczną rolę chorego (Parsons 1966; Twaddle 1982; Skrzypek 2012a; Heidarnia, Heidarnia 2016).

Można odnieść wrażenie, że uczestnicy badania (czyli wolontariusze, którzy wytrwali w projekcie odpowiednio długo i zaangażowali się w wystarczającym stopniu, by odbyć dwie rozmowy) dobrze przystosowali się do warunków pracy na oddziale i posiadają klucz do radzenia sobie z trudnościami, dający zdolność działania dla dobra pacjenta. Jest nim elastyczna równowaga między osobiście zaangażowanym emocjonalnym stosunkiem i „profesjonalnym” dystansem, które pozwalają utrzymać motywację do wolontariatu i zachować psychiczny dobrostan. To jednak, co oni wymieniają jako najbardziej chroniące przed frustracją i uczuciem wypalenia, to bliskie relacje z rodziną i przyjaciółmi (Epiphaniou i in. 2012), zażyłość, aktywny kontakt i wspólne poszukiwanie rozwiązań z innymi wolontariuszami (Kao 2009) (przy okazji rozkładając odpowiedzialność za trudne decyzje na grupę), a także czas na autorefleksję.

Podsumowanie

Studentka medycyny, która decyduje się na udział w wolontariacie, ponieważ jej marzeniem jest „bycie lekarzem z ludzką twarzą”, albo przyszły psycholog, który wybiera wolontariat, żeby „uczyć się czegoś, co jest bliższe życia” od starszych ludzi symbolizujących dla niego życiową mądrość – oboje pragną „robienia czegoś poza studiami, wreszcie czegoś sensownego” i wybierają wolontariat

w opozycji i z rozczarowania wobec tego, czego uczą się na studiach. Czytelniczka, który jest ich przyszłym pacjentem, oczywiście może to cieszyć, bo oni, myśląc o „perspektywie chorego”, na pewno będą stanowić dobry i zaangażowany personel medyczny. Jednak przyszli lekarze i psychologowie, którzy stawiają dobro pacjenta ponad wszystkim, ale jednocześnie za oczywistość przyjmują stawianie go poza obszarem zainteresowania typowego lekarza i profesji medycznej i poza sferą życia, ukazują głęboki i niepokojący rozłam. Czy to tylko przejaw typowej narodowej cechy charakteru, jaką jest narzekanie na służbę zdrowia? Czy to uwewnętrznienie przez studentów konfliktu między godnością i dobrem pacjenta a interesami współczesnej medycyny bierze się z okresu przejściowego między dzieckiem, które było dotąd wyłącznie pacjentem, a dorosłym, który będzie niedługo leczył? Może problem z jednoznacznością identyfikacją z własną profesją spowodowany jest prywatnymi negatywnymi doświadczeniami jako pacjenta lub członka rodziny chorego? Czy brak takiej identy-

fikacji sprzyjał będzie skoncentrowanemu na pacjencie postępowaniu klinicznemu? Czy stawianie siebie poza marginesem własnego zawodu jest koniecznym warunkiem uprawiania go „z ludzką twarzą”? Być może próba odpowiedzi na te pytania mogłaby posłużyć jako punkt wyjścia do refleksji nad perspektywą personelu medycznego i możliwymi formami wsparcia chroniącymi go przed nadmiernym obciążeniem, stresem i wypaleniem zawodowym. Mogłaby być także źródłem inspiracji dla osób zaangażowanych w kształcenie przyszłych kadr medycznych.

Bardzo dziękujemy ośmiorgu uczestnikom badania za wyrażenie zgody i chęć udziału w niniejszym badaniu oraz rozmowy, które dostarczyły wielu inspirujących materiałów. Artykuł jednak nie ukazałby tylu ważnych aspektów opieki nad pacjentami oddziału geriatrycznego, gdyby nie dziesiątki osobistych i wspólnych spotkań ze wszystkimi wolontariuszami i wolontariuszkami Projektu Zdrowy Kontakt od 2012 roku.

Basińska Anita, Nowak Marek (2010). *Motywowanie i motywacja do pracy wolontariuszy*. Poznań: WOLIMP.

Bateman Catherine i in. (2016) *Volunteers improving person-centred dementia and delirium care in a rural Australian hospital*. „Rural and Remote Health”, vol. 16(2), s. 3667.

Berger Gabriele i in. (2005) *Longitudinal study on the relationship between symptomatology of dementia and levels of subjective burden and depression among family caregivers in memory clinic patients*. „Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology”, vol. 18(3), s. 119–128.

Bélanger Louise, Ducharme Francine (2011) *Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies*. „Nursing In Critical Care”, vol. 16(6), s. 303–315.

Billeter-Koponen Sirkka, Fredén Lars (2005) *Longterm stress, burnout and patient-nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences*. „Scandinavian Journal Of Caring Sciences”, vol. 19(1), s. 20–27.

Bogdańska Bożena (2011) *Sylwetka wolontariusza*. „Biuletyn EBIB”, t. 9(127) [dostęp 22 sierpnia 2016 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.ebib.pl/images/stories/numery/127/127_bogdanska.pdf>.

Bradshaw Lucy E. i in. (2013) *Carers for older people with co-morbid cognitive impairment in general hospital: characteristics and psychological well-being*. „International Journal of Geriatric Psychiatry”, vol. 28, s. 681–690.

Bragard Isabelle, Dupuls Gilles, Fleet Richard (2015) *Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review*. „European Journal Of Emergency Medicine: Official Journal Of The European Society For Emergency Medicine”, vol. 22(4), s. 227–234.

Bruns Daniel, Disorbio John (2005). *Chronic pain and biopsychosocial disorders*. „Practical Pain Management”, vol. 5(7), s. 2–10.

Bury Michael (1982) *Chronic Illness as Biographical Disruption*. „Sociology of Health and Illness”, vol. 4(2), s. 167–182.

Buss Mary K. i in. (2007) *Associations between caregiver-perceived delirium in patients with cancer and generalized anxiety in their caregivers*. „Journal of Palliative Medicine”, vol. 10(5), s. 1083–1092.

Caplan Gideon A., Harper E. L. (2007) *Recruitment of volunteers to improve vitality in the elderly: the REVIVE*. „Internal Medicine Journal”, vol. 37(2), s. 95–100.

Çetinkaya Fatih Çetin, Karadakovan Ayfer (2012) *Investigation of care burden in dementia patient caregivers*. „Turkish Journal of Geriatrics”, vol. 15(2), s. 171–178.

Chenier Margaret C. (1997) *Review and analysis of caregiver burden and nursing home placement*. „Geriatric Nursing”, vol. 18(3), s. 121–126.

Clissett Philip i in. (2014) *The responses of healthcare professional to the admission of people with cognitive impairment to acute hospital settings: an observational and interview study*. „Journal of Clinical Nursing”, vol. 23(13/14), s. 1820–1829.

Cocco Ennio i in. (2003) *A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards*. „International Journal of Geriatric Psychiatry”, vol. 18(1), s. 78–85.

Coghill Robert C. (2010) *Individual differences in the subjective experience of pain: new insights into mechanisms and models*. „The Journal of Head and Face Pain”, vol. 50(9), s. 1531–1535.

Corbin Juliet, Strauss Anselm (1985) *Managing Chronic Illness at Home: Three Lines of Work*. „Qualitative Sociology”, vol. 8(3), s. 224–247.

DiTullio Maria, MacDonald Douglas (1999) *The struggle for the soul of hospice: stress, coping, and change among hospice workers*. „The American Journal Of Hospice & Palliative Care”, vol. 16(5), s. 641–655.

Epiphaniou Eleni i in. (2012) *Adjusting to the caregiving role: the importance of coping and support*. „International Journal Of Palliative Nursing”, vol. 18(11), s. 541–545.

Eriksson Catharina, Saveman Britt Inger (2002) *Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings*. „Scandinavian Journal of Caring Sciences”, vol. 16(1), s. 79–85.

Ferrell Betty R. (2006) *Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care*. „Oncology Nursing Forum”, vol. 33(5), s. 922–930.

Freidson Eliot (1961) *The Sociology of Medicine: A trent report and bibliography*. „Current Sociology”, vol. 10/11(3), s. 159–161.

Freidson Eliot (1970a) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead.

Freidson Eliot (1970b) *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherto.

Bibliografia

Andersson Erika, Salickiene Zivile, Rosengren Kristina (2016) *To be involved – A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients*. „Nurse Education Today”, vol. 38, s. 144–149.

Baczyńska Alicja M., Sayer Avan Aihie, Roberts Helen (2014) *108 volunteer-assisted mobilisation of older people in hospital - systematic review*. „Age & Ageing”, vol. 43, s. 30.

Baker Arnold B. i in (2005) *The Relationship Between the Big Five Personality Factors and Burnout: A Study Among Volunteer Counselors*. „Journal of Social Psychology”, vol. 146(1), s. 31–50.

Gałuszka Mieczysława (2012) *Nowe zjawiska w relacji lekarz–pacjent w kontekście rozwoju internetu*. „Przegląd Socjologiczny”, t. 61(2), s. 118–150.

Gatchel Robert i in. (2007). *The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions*. „Psychological Bulletin”, vol. 133(4), s. 581–624.

Gerow Lisa i in. (2009) *A Phenomenological Study of Nurses' Experience of Grief Following Patient Death*. „Western Journal of Nursing Research”, vol. 31(8), s. 1078–1079.

Górecki Mirosław (2013) *Motywowanie i motywacja do pracy wolontariuszy*. „Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne”, t. 1, s. 81–110.

Górski Stanisław i in. (2017) *Nonpharmacological Interventions Targeted at Delirium Risk Factors, Delivered by Trained Volunteers (Medical and Psychology Students), Reduced Need for Antipsychotic Medications and the Length of Hospital Stay in Aged Patients Admitted to an Acute Internal Medicine Ward: Pilot Study*. „BioMed Research International”, vol. 2017 [dostęp: 10 stycznia 2017 r.]. Dostępny w Internecie: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/1297164/>.

Green Sue M. i in. (2011) *A systematic review of the use of volunteers to improve mealtime care of adult patients or residents in institutional settings*. „Journal of Clinical Nursing”, vol. 20, s. 1810–1823.

Grover Sandeep, Shah Ruchita (2013) *Delirium-Related Distress in Caregivers: A Study From a Tertiary Care Centre in India*. „Perspectives in Psychiatric Care”, vol. 49(1), s. 21–29.

Heidarnia Mohmmad A., Heidarnia Ali (2016) *Sick Role and a Critical Evaluation of its Application to our Understanding of the Relationship between Physician and Patients*. „Novelty in Biomedicine”, vol. 4(3), s. 126–134.

Inouye Sharon K. (2000) *The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients*. „Journal of the American Geriatrics Society”, vol. 48, s. 1697–1706.

Jankowska Aldona Katarzyna i in. (2011) *Komunikacja lekarz–pacjent a jakość opieki medycznej*. „Studia i Materia-

ły Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedza”, t. 54, s. 199–207.

Jutel Annemarie (2009) *Sociology of diagnosis: a preliminary review*. „Sociology of Health & Illness”, vol. 31, s. 278–299 [dostęp: 9 lutego 2017 r.]. Dostępny w Internecie: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x/full>.

Weronika Kałwak i in. (2016) *Interdyscyplinarna wieloskładnikowa niefarmakologiczna profilaktyka szpitalnego zespołu majaczeniowego u pacjentów geriatrycznych w Polsce – Projekt Zdrowy Kontakt*. „Gerontologia Polska”, nr 24, s. 278–284.

Kao Yueh-tzu (2009) *Burnout in college student volunteers: A cross-level study*. „College Student Journal”, vol. 43(3), s. 872–878.

Kaźmierczak Agnieszka (2011) *Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczanie choroby przez pacjentów*. „Homo Communicativus”, t. 1(6), s. 21–37.

Kennedy Bernice (2005) *Stress and Burnout of Nursing Staff Working With Geriatric Clients in Long-Term Care*. „Journal of Nursing Scholarship”, vol. 37(4), s. 381–382.

Klich-Rączka Alicja, Piotrowicz Karolina, Grodzicki Tomasz (2009) *Majaczenie w świetle najnowszych zaleceń*. „Przegląd Lekarski”, vol. 66(4A).

Kurpas Donata, Steciwko Andrzej (2005) *Jakość usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej*. „Advances in Clinical and Experimental Medicine”, vol. 14(3), s. 603–608.

LaMantia Michael A. i in. (2015) *Emergency medical service, nursing, and physician providers' perspectives on delirium identification and management*. „Dementia” [dostęp 9 lutego 2017 r.]. Dostępny w Internecie: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1471301215591896>.

Larson Elaine L. i in. (2009) *Retention and Protocol Adherence of Hispanic Volunteers in a Longitudinal Trial*. „American Journal of Health Behavior”, vol. 33(4), s. 435–444.

Lou Meei-Fang, Dai Yu-Tzu (2002) *Nurses' experience of caring for delirious patients*. „The Journal of Nursing Research”, vol. 10(4), s. 279–290.

Maciąg Agnieszka, Sakowska Izabela (2006) *Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych*. Warszawa: Studia i Materiały Wydział Zarządzania UW.

Manuela Camila Marim i in. (2013) *Effectiveness of educational programs on reducing the burden of caregivers of elderly individuals with dementia: a systematic review*. „Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)”, vol. 21, s. 267–275.

Marcinowicz Ludmiła, Owłasiuk Anna, Perkowska Ewa (2016) *Exploring the ways experienced nurses in Poland view their profession: a focus group study*. „International Nursing Review”, vol. 63(3), s. 336–343.

Mayturn Jeniffer C., Heiman Mary, Garwick Ann W. (2004) *Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families*. „Journal Of Pediatric Health Care: Official Publication Of National Association Of Pediatric Nurse Associates & Practitioners”, vol. 18(4), s. 171–179.

McGilton Kathy i in. (2011) *Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions*. „International Journal of Older People Nursing”, vol. 6(1), s. 13–24.

Melvin Christina S. (2012) *Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying?* „International Journal Of Palliative Nursing”, vol. 18(12), s. 606–611.

Mitchell Laura, MacDonald Raymond (2009) *Qualitative research on pain*. „Current Opinion in Supportive and Palliative Care”, vol. 3, s. 131–135.

Montross-Thomas Lori P. i in. (2016) *Personally Meaningful Rituals: A Way to Increase Compassion and Decrease Burnout among Hospice Staff and Volunteers*. „Journal Of Palliative Medicine”, vol. 19(10), s. 1043–1050.

Morandi Alessandro i in. (2015) *Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of informal caregivers and health care staff experience*. „Journal of Psychosomatic Research”, vol. 79(4), s. 272–280.

Moreno-Jiménez M. Pilar, Villodres M. Carmen Hidalgo (2010) *Prediction of Burnout in Volunteers*. „Journal of Applied Social Psychology”, vol. 40(7), s. 1798–1818.

Moug Susan J. i in. (2016) *Frailty and cognitive impairment: Unique challenges in the older emergency surgical patient*. „Annals of the Royal College of Surgeons of England”, vol. 98(3), s. 165–169.

Mramor Bill i in. (2015) *Purposeful visits for hospitalized older adults patients*. „Journal of Gerontological Nursing”, vol. 41(3), s. 42–48.

Naylor Mary D. i in. (2007) *Care coordination for cognitively impaired older adults and their caregivers*. „Home Health Care Services Quarterly”, vol. 26(4), s. 57–78.

ØNettleton Sarah, Neale Jo, Pickering Lucy (2011) *“I don't think there's much of a rational mind in a drug addict when they are in the thick of it”: towards an embodied analysis of recovering heroin users*. „Sociology of Health and Illness”, vol. 33, no. 3, s. 341–355.

Nielsen Christopher, Staud Roland, Price Donald (2009) *Individual Differences in Pain Sensitivity: Measurement, Causation, and Consequences*. „The Journal of Pain”, vol. 10(3), s. 231–237.

Parsons Talcott (1966) *The Social System*. New York: The Free Press.

Patel Robert i in. (2009) *Delirium and sedation in the intensive care unit: Survey of behaviors and attitudes of 1384 healthcare professionals*. „Critical Care Medicine”, vol. 37(3), s. 825–832.

Piątkowski Włodzimierz (2010) *Socjologia zdrowia, choroby i medycyny – refleksje na temat przedmiotu badań*. Wkład Magdaleny Sokółowskiej [w:] Kazimierz Popielski, Michał Skrzypek, Ewa Albińska, red., *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*. Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 195–212.

Piątkowski Włodzimierz, Titkow Anna (2002) *W stronę socjologii zdrowia*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Piętkiewicz Igor, Smith Jonathan (2014) *A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology*. „Psychological Journal”, vol. 20(1), s. 7–14.

Ratray Janice (2014) *Life after critical illness: an overview*. „Journal of Clinical Nursing”, vol. 23, s. 623–633.

Sandhaus Sonia i in. (2010) *A volunteer-based Hospital Elder Life Program to reduce delirium*. „The Health Care Manager”, vol. 29(2), s. 150–156.

Sanon Martine i in. (2014) *Care and Respect for Elders in Emergencies Program: A Preliminary Report of a Volunteer Approach to Enhance Care in the Emergency Department*. „Journal of the American Geriatrics Society”, vol. 62(2), s. 365–370.

Schmidt Klaus Helmut, Diestel Stefan (2013) *Job demands and personal resources in their relations to indicators of job strain among nurses for older people*. „Journal of Advanced Nursing”, vol. 69(10), s. 2185–2195.

Shankar Kalpana N. i in. (2014) *Burden in Caregivers of Cognitively Impaired Elderly Adults at Time of Hospitalization: A Cross-Sectional Analysis*. „Journal of the American Geriatrics Society”, vol. 62, s. 276–284.

Skrzypek Michał (2012a) *Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 18(4), s. 371–378.

Skrzypek Michał (2012b) *Medycyna w polu badań socjologii choroby, zdrowia i medycyny w kontekście niemedykocentrycznej orientacji badawczej subdyscypliny*. „Przegląd Socjologiczny”, t. 61(2), s. 155–172.

Smith Jonathan A. (2007) *Hermeneutics, human sciences and health: linking theory and practice*. „International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being”, vol. 2(1), s. 3–11.

Smith Jonathan A., Osborn Mike (2008) *Interpretative Phenomenological Analysis* [w:] Smith Jonathan A., ed., *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods* (2nd ed.). London: SAGE, s. 53–80.

Sokołowska Magdalena (1969) *Badania socjologiczne w medycynie*. Warszawa: Książka i Wiedza.

Stemplewska-Żakowicz Katarzyna (2008) *Obiektywność i inne metodologiczne cnoty z perspektywy postmodernistycznej wrażliwości badawczej* [w:] Bernadetta Janusz, Katarzyna Gdowska i Bogdan de Barbaro, red., *Narracja. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 75–103.

Stenwall Ewa i in. (2008) *The older patient's experience of encountering professional carers and close relatives during an acute confusional state: An interview study*. „International Journal of Nursing Studies”, vol. 45(11), s. 1577–1585.

Strauss Anselm L., Glaser Barney G. (1975) *Chronic Illness and the Quality of Life*. Saint Louis: The C. V. Mosby Company.

Szymańska-Palaczyk Agnieszka (2016) *Wolontariat w Polsce. Przykład projektu Polska Cyfrowa Równych Szans*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, t. 78, s. 255–271.

Titkow Anna (1993) *Socjologia zdrowia czy socjologia medycyny? Polska specyfika*. „Nauka Polska”, t. 2(3), s. 61–67.

Toso Alberto i in. (2012) *Interests and perspectives of first and last year medical students*. „Revista Médica De Chile”, vol. 140(5), s. 609–615.

Tree Duncan (2015) *Raising awareness of the need for health and care volunteers* [dostęp: 28 lipca 2016 r.]. Dostępny w Internecie: <<https://www.england.nhs.uk/2015/06/duncan-tree/>>.

Twaddle Andrew C. (1982) *From Medical Sociology to the Sociology of Health: Some Changing Concerns in the Sociological Study of Sickness and Treatment* [w:] Thomas Bottomore, Stefan Nowak, Magdalena Sokołowska, eds., *Sociology. The State of the Art*. London, Beverly Hills: SAGE, s. 323–358.

Watts Jacqueline H. (2012) *The place of volunteering in palliative care* [w:] Chang Esther, Johnson Amanda eds., *Contemporary and Innovative Practice in Palliative Care*. InTech, s. 83–102.

Yiu, Chun, Au, Wing Tung and Tang, Catherine So-kum (2001) *Burnout and duration of service among Chinese voluntary workers*. „Asian Journal of Social Psychology”, vol. 4, s. 103–111.

Longitudinal Qualitative Study on the Experience of Volunteers Giving Care to Older Patients as Part of the Preventive Intervention on Internal Hospital Ward—Wholesome Contact Project

Abstract: A longitudinal qualitative study on the experience of volunteers giving care to patients of internal geriatric ward was conducted under the Wholesome Contact Project—the first program for non-pharmacological prevention of delirium among hospitalized elders in Poland and Central-Eastern Europe. The volunteers were recruited from psychology, nursing, and medical students and then asked to visit patients in hospital ward to provide complex intervention.

Idiographic approach was adopted in the study that consists of a series of interpretative case studies. Eight participants were interviewed twice in a semi-structured manner—before starting and after completing the period of volunteering. The aim of repeated interviews was to describe the changes in experience, motives, beliefs, and self-understanding of students influenced by their work on geriatric ward. In the study, Interpretative Phenomenological Approach was chosen to analyze the data, with the support of Atlas.ti software.

As a result, we obtained complex descriptions of individual subjective experience of the participants' work at a hospital ward, and several common issues revealed. The major ones are connected to the inevitability of contact with thoughts about death and to attempting to connect with patients suffering dementia, after the stroke, or presenting cognitive and perceptual disorders of delirium. Another substantial difficulty is the lack of visible effects of undertaken actions, decreasing the volunteers' motivation to visit the ward and to participate in the project. The most important theme that came out from the analysis is the relationship between private and professional spheres in giving care to patients.

Descriptions obtained and the attempts to understand the experience of medical and psychology students working as volunteers at geriatric ward may serve as a starting point to reflection on the medical personnel's perspective and possible ways of supporting and protecting them from extensive burden of care, stress, and professional burnout. They might also be an inspiration for the future medical staff education.

Keywords: volunteering, care-giving, geriatric patients, qualitative study, Wholesome Contact

Cytowanie

Kałwak Weronika i in. (2017) *Podłużne badanie jakościowe doświadczenia wolontariuszy sprawujących opiekę nad pacjentami w ramach programu profilaktyki powikłań hospitalizacji osób starszych na oddziale chorób wewnętrznych – Projekt Zdrowy Kontakt*. „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 13, nr 1, s. 32–67. Dostępny w Internecie: <www.przegladsocjologiijakosciowej.org>.