

Dr hab. Mirosław Górecki  
Uniwersytet Warszawski  
Wydział Stosowanych Nauk Społecznych i Resocjalizacji  
Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji

## RECENZJA

**pracy doktorskiej mgr Anny Wójcik-Krzemień**

**pt. *„Nie po to się człowiek rodził, aby umierać byle jak” – doświadczenie  
sprawowania opieki paliatywnej na przykładzie lekarzy, pielęgniarek  
i psychologów***

Zagadnienia związane z problemami osób terminalnie chorych, choć są niezmiernie ważne, zarówno z punktu widzenia poznawczego, jak i działań praktycznych, to są jednak w literaturze bardzo słabo opracowane, niewiele jest też badań empirycznych ukierunkowanych na rozpoznanie ich sytuacji oraz ich wspomaganie. Tematyka ta nabiera w ostatnim czasie tym większego znaczenia, że mamy do czynienia z tendencją do medykalizacji, biurokratyzacji, a także dehumanizacji śmierci, co jest skutkiem zmiany obyczajów wobec umierania, pogrzebu i żałoby. Tradycyjne okoliczności umierania coraz częściej zastępuje jego instytucjonalizacja, przebiegająca albo w warunkach szpitalnych, albo w hospicjach stacjonarnych. Wtedy bezpośrednimi uczestnikami procesu umierania stają się personel tych placówek. Stąd służby profesjonalne zajmują niezwykle ważną, niemal centralną pozycję w dramacie umierania i śmierci, im właśnie poświęcona jest dysertacja doktorska mgr Anny Wójcik-Krzemień.

Praca z ludźmi naznaczonymi stygmatem śmierci jest bardzo trudnym i odpowiedzialnym rodzajem służby społecznej. Wymaga nie tylko poświęcenia własnych sił dla dobra drugiego człowieka, ale przede wszystkim determinacji, wrażliwości, umiejętności łączenia współczucia ze sprawnością działania, wyrozumiałości, cierpliwości, dyscypliny emocjonalnej, czyli tych cech, które cechują dojrzałą osobowość i układają się w postawę

roztropnej życzliwości. Wychodząc naprzeciw śmierci i przyjmując uczestnictwo w umieraniu trzeba mieć przede wszystkim tę moc wewnętrzną, która pozwala przełamać lęk przed najbardziej oczywistą, a zarazem najbardziej niezrozumiałą prawdą życia i pokonać naturalny opór przed kontaktem żywego z ciałem zmarłego.

Osoby zajmujące się terminalnie chorymi przełamują tabu śmierci, przywracają jej wymiar społeczny, wychowując własnym przykładem do pełnego uczestnictwa w najtrudniejszych, egzystencjalnych przeżyciach drugiego człowieka.

Badaniami na temat sprawowania opieki hospicyjnej i paliatywnej do tej pory zajmowało się wielu psychologów, którzy przede wszystkim koncentrowali się na stresie i radzeniu sobie z nim, wypaleniu zawodowym, obciążeniach psychicznych i dyskomforcie psychicznym osób opiekujących się terminalnie chorymi. Jednak nie przeprowadzono badań dotyczących doświadczeń sprawowania opieki paliatywnej w grupach personelu mającego z chorymi umierającymi bliski kontakt zawodowy. Dlatego do badań własnych Autorka wybrała trzy grupy: lekarzy, pielęgniarki/pielęgniarzy i psychologów, a zrezygnowała z badania opiekunów rodzinnych, wolontariuszy, kapelanów, dietetyków czy pracowników socjalnych. Wybór tej problematyki nie był przypadkowy, gdyż Anna Wójcik-Krzemień jest zawodowym psychologiem pracującym od kilku lat w placówkach dla pacjentów będących „w cieniu śmierci”. Ma za sobą też pracę wolontariacką na rzecz osób umierających w Polsce i we Francji oraz ugruntowane doświadczeniem autentyczne zainteresowanie badaną problematyką.

Przedmiot, zakres i cel tej pracy są przedstawione w sposób jasny i precyzyjny. Przedmiotem badań były doświadczenia sprawowania opieki paliatywnej przez lekarzy, pielęgniarki/pielęgniarzy i psychologów, a celem – zrozumienie tego doświadczenia. Autorka sformułowała następujące pytania badawcze: Co jest w takiej pracy satysfakcjonujące, gratyfikujące? Co jest w niej trudne? Jak sprawujący opiekę radzą sobie z obciążeniami spowodowanymi pracą? Czy doświadczają/doświadczyli wypalenia zawodowego? Czy wykonywana praca wpłynęła na ich życie? Jeśli tak, to w jaki sposób? Jak to się stało, że pracują w takim miejscu? Gdzie widzą siebie za 10 lat? Badania jakościowe (wywiady półustrukturyzowane) – pozwalające wydobyć całe bogactwo zebranego materiału – przeprowadzono na próbie 40 respondentów: 14 lekarzy, 14 pielęgniarek/pielęgniarzy i 12 psychologów, dobranych w sposób celowy.

Zgodnie z obowiązującym kanonem rozprawa doktorska mgr Anny Wójcik-Krzemień składa się z trzech części: teoretycznej, metodologicznej i empirycznej, opatrzonych wstępem

i zakończeniem, obszernej bibliografii zawierającej ponad 130 pozycji polskich i obcych autorów (przede wszystkim francuskich, w tłumaczeniu Autorki), reprezentujące podejście psychoanalityczne, a także kilku aneksów, na które składają się głównie drzewa kodowe wszystkich wywiadów i szczegółowy ilościowy opis kodów w trzech badanych grupach. Praca odznacza się bardzo staranną szatą graficzną, ma logiczną, klarowną konstrukcję i – co zasługuje na szczególne uznanie – napisana jest dobrą polszczyzną.

Część teoretyczna zawiera dwa rozdziały. W rozdziale I zostały przedstawione następujące wątki: kontekst sprawowania opieki paliatywnej, społeczne postawy wobec śmierci (tradycyjna i nowoczesna), instytucjonalizacja śmierci (śmierć w szpitalu i śmierć w hospicjum), geneza i rozwój ruchu hospicyjnego oraz istota i filozofia opieki paliatywnej. Brak mi w nim rozróżnienia i zdefiniowania dwóch ważnych dla tej problematyki pojęć: opieka hospicyjna i opieka paliatywna<sup>1</sup>. Natomiast w społecznych postawach wobec śmierci – obok tradycyjnej i nowoczesnej – nie została wyróżniona trzecia, a mianowicie ponowoczesna, która stanowi próbę wyjścia poza nowoczesny sposób umierania<sup>2</sup>. W rozdziale II Autorka skoncentrowała się nad stanem badań dotyczących pracowników opieki paliatywnej na świecie i w Polsce. Ten fragment pracy również został przedstawiony w sposób jasny i precyzyjny.

---

<sup>1</sup> *Opieka hospicyjna* jest to całościowa (holistyczna) opieka nad chorym w terminalnym stanie choroby nowotworowej lub innych nieuleczalnych chorób, zaś w *opiece paliatywnej* punkt ciężkości spoczywa na zabiegach medycznych. W zależności od tego, czy postępowanie paliatywne rozumie się wąsko, jako specyficzny typ terapii medycznej, czy szeroko, jako specjalny typ opieki, która łączy zabiegi medyczne z pomocą duchową i psychologiczną, skład zespołów opieki paliatywnej obejmuje wyłącznie personel medyczny lub też personel medyczny uzupełniony przez psychologów, pracowników środowiskowych, wolontariuszy, duchownych itp. Przy rozróżnieniu tych dwóch terminów ważniejszy jest ich zakres usług niż forma zatrudnienia osób je świadczących.

<sup>2</sup> Z jednej strony mamy tutaj do czynienia z profesjonalnymi procedurami, a z drugiej – prywatnym doświadczeniem umierania i żałoby. Ideałem dla osoby umierającej jest kontrola nad procesami umierania i dokonywanie świadomych decyzji. Kwestią istotną staje się prawo do samostanowienia. Liczą się uczucia i preferencje umierającego. Umieranie następuje w domu. Ponowoczesny pogrzeb jest wyjątkowy i zindywidualizowany, a w trakcie trwania żałoby można okazywać smutek i porozmawiać o tym, jak się czują żałobnicy. To dobra śmierć, choć w praktyce występuje rzadko. Ponowocześni tworzą własne połączenie znanej tradycji i nowoczesnej wiedzy. Eksperci (doradcy i terapeuci) nie zajmują się już ani duszą, ani ciałem, tylko osobowością, którą się upamiętnia.

Część metodologiczna (rozdział III) zawiera założenia metodologiczne i organizację badań własnych: kontekst badań, przedmiot i cel, pytania badawcze, kryteria doboru badanych, metoda i technika badawcza, narzędzia badawcze, organizacja i przebieg badań, sposób analizy, interpretacji i prezentacji wyników. Jedynym zastrzeżeniem do tego rozdziału pracy jest pomylenie techniki badawczej z narzędziem badawczym. Jako narzędzie badawcze Autorka wymieniła półustrukturyzowany indywidualny wywiad pogłębiony, a to przecież jest technika badawcza. Natomiast narzędziem badawczym w tym przypadku są dyspozycje do wywiadu, określane przez Doktorantkę jako Przewodnik do wywiadu.

W części empirycznej (rozdział IV, V i VI) zaprezentowano wyniki przeprowadzonych badań jakościowych. W rozdziale IV przedstawiono analizę i interpretację wywiadów przeprowadzonych w wybranych trzech grupach badanych, najpierw na poziomie indywidualnym, a potem zamieszczono charakterystykę każdej badanej grupy. W rozdziale V Autorka skoncentrowała się na interpretacji otrzymanego materiału jakościowego dotyczącej sprawowania opieki paliatywnej zogniskowanej wokół następujących pytań: kto doświadcza?, czego doświadcza?, gdzie doświadcza?, dlaczego (się tak) doświadcza. Natomiast rozdział VI zawiera dyskusję wyników badań, która powstała w procesie hermeneutycznego odnoszenia całości do części i części do całości w trakcie analizy i interpretacji materiału, zaś głównym celem tego procesu było zrozumienie doświadczenia sprawowania opieki nad terminalnie chorymi.

Autorka i jej badani zwracają przede wszystkim uwagę na zmianę kryteriów w ocenie sukcesu zawodowego personelu medycznego – chodzi nie tylko o wyleczenie z choroby, ale i zapewnienie komfortu fizycznego i psychicznego, podniesienie jakości życia w terminalnej fazie choroby nowotworowej, samo pielęgnowanie życia. Modelem idealnym, choć trudnym do osiągnięcia, dla osób troszczących się o chorego jest sugerowanie prawdy bez niweczenia nadziei. Wszak zawsze jest nadzieja. Nadzieja na cokolwiek... Owa nadzieja jest wpisana w powołanie lekarskie. Stąd też można za Petroniuszem powiedzieć: *Medicus enim nihil aliud est quam animi consolatio* (Lekarz nie jest niczym innym, jak pocieszeniem duszy). A średniowieczne powiedzenie francuskie brzmi: *Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours* (Wyleczyć – tylko niekiedy, złagodzić cierpienie – często, pocieszyć – zawsze).

W badaniach szczególną uwagę – co uważam za słuszne – skoncentrowano na towarzyszeniu choremu, którego nie można już wyleczyć (zakończenie leczenia

przyczynowego i rozpoczęcie leczenia objawowego), powodujące stres i cierpienie personelu wraz z doświadczeniem bezsensu opieki. Autorka wyróżniła dwa wymiary tego towarzyszenia, a mianowicie bezinteresowna obecność i uważne słuchanie.

Innym poruszonym zagadnieniem była godna (dobra) śmierć, tak wyraźnie obecne we współczesnej debacie i przez którą dziś rozumie się przede wszystkim zagwarantowanie odpowiednich warunków zgonu; uwolnienie od bólu i innych negatywnych objawów, które niepokoją i dekoncentrują umierającego i utrudniają mu relacje z otoczeniem; respektowanie potrzeb duchowych i biologicznych; zachowanie podstawowych ról i relacji społecznych chorego (kontaktu z bliskimi – rodziną, przyjaciółmi i znajomymi); zapewnienie wsparcia ze strony opiekunów, aby umierający osiągnął ukojenie u kresu życia; nawiązanie z umierającym bliskiej relacji opartej na zaufaniu; umieranie we własnym domu, o ile to możliwe, bez izolacji i poczucia osamotnienia (życzliwa obecność drugiej osoby i choć w niewielkim stopniu „wypełnić mu pustkę dnia codziennego”); otoczenie umierającego troską, czułością i zapewnienie zabiegów pielęgnacyjnych z poszanowaniem ludzkiej godności; życzliwe traktowanie, które znajduje wyraz w *Karcie Praw Pacjenta*. Wszak w opiece paliatywnej sukcesem jest dobra śmierć pacjenta.

Przy ocenie pracy należy podkreślić, że mgr Anna Wójcik-Krzemień podjęła problematykę dotychczas nie podejmowaną na gruncie psychologii w tak rozwiniętym zakresie, wykorzystwała bogatą literaturę i trafnie zinterpretowała wyniki badań empirycznych. Wykazała wiedzę, erudycję, kompetencje metodologiczne i ogromną wrażliwość na sprawy ludzkie. Oceniając tę pracę chciałbym podkreślić przede wszystkim nowatorstwo podjętej problematyki, dojrzałe i krytyczne jej osadzenie w literaturze psychologicznej i filozoficznej. Bardzo istotnymi walorami tego opracowania są jego oryginalny charakter, doniosłość podjętej w nim problematyki i umiejętnie zastosowana procedura badań jakościowych. Prezentując je Autorka miast własnym słowem posługuje się cytatami. Jest to następstwo przyjętej perspektywy metodologicznej. Wymaga tego analiza niepoliczalnych danych zgromadzonych w badaniu. Dotyczą one rozterek moralnych, napięcia psychicznego, lęku, cierpienia, przeżyć, których sami respondenci nie potrafią jednoznacznie nazwać i wyrazić. Odautorskie kategoryzacje i interpretacje odbierałyby tym wypowiedziom ich autentyczność i mogłyby sprawiać mylące wrażenie, że osoby uczestniczące w dramatycznych zdarzeniach życiowych mają skryształizowane postawy wobec nieszczęścia, które ich spotyka albo w które się angażują. Zatem przyjmuje się w takich sytuacjach technikę prezentacji świadectw

ludzkich, która uwolni analizę od zbytnich uproszczeń i pozwoli przedstawić sytuację w kontekście towarzyszących jej przeżyć; zmagania z sobą i losem.

Praca ta posiada swoje duże walory poznawcze, metodologiczne oraz inspirowanie do dalszych prac i badań zwłaszcza jakościowych pogłębiających zagadnienia, które zostały zasygnalizowane, ale nie mieściły się w przyjętych przez Autorkę ramach przedmiotowych pracy, choć są także istotne w sprawowaniu opieki nad terminalnie chorymi (np. informowanie chorego o nieuleczalnym stanie i zbliżającej się śmierci, zrozumienie rozmaitych trudności w kontakcie personelu z rodzinami i opiekunami, bezradność wobec bólu i desperacji rodziny, funkcjonowanie/niewydolność systemu opieki; nie dość określona w porównaniu z lekarzem i pielęgniarką rola/zadania psychologa). Dlatego, mimo wymienionych ogólnych uwag krytycznych i drobnych usterek, w niczym nie podważają mojej wysokiej oceny rozprawy doktorskiej Anny Wójcik-Krzemień.

Podsumowując, przedłożona praca spełnia wszystkie wymagania stawiane pracom doktorskim i wnoszę zgodnie z warunkami określonymi w *Ustawie z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki* (Dz.U. 2003, nr 65, poz. 595 ze zm.) o dopuszczenie mgr Anny Wójcik-Krzemień do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Życząc Autorce jego pomyślnego przebiegu, zostaję w przekonaniu, że praca, którą miałem zaszczyt recenzować zostanie wydana drukiem.

dr hab. Mirosław Górecki

Warszawa, 1 czerwca 2022 r.