

PROPOZYCJA POLSKIEJ WERSJI SKALI AACS (AMSTERDAMSKA SKALA POSTAW I KOMUNIKACJI) ZMODYFIKOWANEJ DO POTRZEB OCENY WOLONTARIUSZY OPIEKUJĄCYCH SIĘ CHORYMI W HOSPICJUM. ZASTOSOWANIE JEJ W PRAKTYCE.

A PROPOSAL OF THE POLISH VERSION OF THE AACS SCALE (AMSTERDAM ATTITUDE AND COMMUNICATION SCALE) MODIFIED FOR THE PURPOSE OF THE EVALUATION OF THE VOLUNTARY WORKERS WHO TAKE CARE OF PATIENTS IN A HOSPICE. APPLYING IT IN PRACTICE.

Marta Szeliga

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Św. Łazarza”, Kraków, Polska
Zakład Dydaktyki Medycznej, Wydział Lekarski
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
ul. Św. Łazarza 16
31-530 Kraków, Polska
e-mail: agnieszka.skrzypek@gmail.com

Agnieszka Skrzypek

Michał Nowakowski

Zakład Dydaktyki Medycznej, Wydział Lekarski
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
ul. Św. Łazarza 16
31-530 Kraków, Polska

Ilona Kuźmicz

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Św. Łazarza”, Kraków, Polska
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska

Jadwiga Mirecka

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków, Polska

Abstract: Amsterdam Attitude and Communication Scale (AACS) is a scale designed for a comprehensive assessment of communication skills and professional attitudes of medical students. It consists of nine observed categories. The first five refer to relationships with patients, and the next four to attitudes towards other members of the interdisciplinary team, towards oneself and the medical profession. Each factor is evaluated on a five-point scale.

The publication presents the use of this scale to evaluate volunteers who take care of patients in a hospice. Scale was the research tool used during a hidden standardized long-term observation. The study confirmed its usefulness in practice. The team evaluated volunteers according to the modified AACS scale assessed its usefulness highly. It was suggested that it would be easier for them to evaluate if the individual categories were rated on a scale of 1-3 instead of the five-point scale used in the presented study and the original AACS scale. The most difficult to assess in the opinion of observers was category 6: Insight into one's own emotions, norms, values and prejudices.

Keywords: assessment of attitudes, assessment of communication, AACS scale, standardized long-term observation, verification of volunteers.

Wprowadzenie

Amsterdamska Skala Postaw i Komunikacji (Amsterdam Attitude and Communication Scale – AACS) jest to skala zaprojektowana do całościowej oceny umiejętności komunikacji oraz postaw zawodowych studentów

medycyny. Jej trafność, rzetelność i przydatność w praktyce potwierdzono badaniami przeprowadzonymi w 2005 roku na grupie 442 studentów piątego roku medycyny poddanych obserwacji w trakcie ich praktyki klinicznej w Akademickim Centrum Medycznym Uniwersytetu w Amsterdamie [1, 2]. Zwykle skala ta jest

wykorzystywana do celów obiektywizacji jednej z metod badań pedagogicznych, jaką jest obserwacja, która aby móc ją zaliczyć do badań naukowych musi być: ukierunkowana, zaplanowana, systematyczna i obiektywna, a jej wyniki powinny być gromadzone, a następnie interpretowane [3, 4,]. Wprowadzenie skali AACCS znacznie zmniejsza stopień uzależnienia wyników obserwacji od subiektywnych nastawień emocjonalnych i oczekiwań obserwatora. Niemożliwym bowiem wydaje się całkowite wyeliminowanie elementów subiektywizmu.

Ważnymi członkami zespołu interdyscyplinarnego hospicjum sprawującego opiekę nad pacjentami znajdującymi się w terminalnej fazie ciężkiej, nieuleczalnej choroby, są poza przedstawicielami różnych zawodów medycznych, również wolontariusze. Korzystanie z ich pomocy, zgodnie z rekomendacjami Rady Europy dotyczącymi organizacji opieki paliatywnej z 12 listopada 2003 roku [5] ma znaczący wpływ na jakość opieki sprawowanej przez zatrudniające ich placówki. Mimo, iż wolontariuszami zostają najczęściej osoby kierujące się chęcią niesienia pomocy ludziom znajdującym się w potrzebie [6, 7], nie każda osoba tylko dlatego, że wyraziła taką chęć, powinna zostać wolontariuszem w tak szczególnym miejscu, jakim jest hospicjum. Wolontariat przynosi szereg korzyści zarówno dla samego wolontariusza, jak i podmiotów jego oddziaływań. Sprzyja m. in. kształtowaniu osobowości wolontariusza, pomaga mu rozwijać umiejętności społeczne, budować właściwe postawy społeczne, poszerza jego wiedzę i umiejętności praktyczne, podnosi samoocenę [8]. Należy jednak pamiętać, iż wolontariat może mieć także negatywny wpływ na wolontariusza oraz odbiorców jego pomocy. Najczęściej do takich sytuacji dochodzi, gdy wolontariusz jest niewystarczająco przygotowany do swojej pracy lub kiedy brakuje mu odpowiednich predyspozycji osobowościowych. Negatywnymi skutkami niewłaściwego przygotowania i złej weryfikacji wolontariuszy mogą być dla niego m. in.: obniżenie samooceny, nieradzenie sobie z trudnymi emocjami, zaburzenia osobowości, czy nawet zaburzenia psychiczne [9]. Natomiast dla samego chorego kontakt z niewłaściwym wolontariuszem może stać się źródłem dodatkowego, niepotrzebnego cierpienia. Wobec powyższych, właściwy dobór wolontariuszy do pracy z chorymi w hospicjum jest trudnym i odpowiedzialnym zadaniem placówek korzystających z ich pomocy.

Skala AACCS została wykorzystana w trakcie większego badania, którego celem było znalezienie optymalnej metody weryfikacji wolontariuszy. Badano przydatność różnych form sprawdzania (test wielokrotnego wyboru, egzamin pisemny w postaci pytań otwartych, egzamin praktyczny typu OSCE) poprzez analizowanie zależności pomiędzy wynikami tych egzaminów, a późniejszym radzeniem sobie wolontariuszy w praktycznym kontakcie z chorymi i ich rodzinami w warunkach oddziału hospicyjnego. Wyniki analizy porównawczej zastosowanych sprawdzianów zostały już opublikowane [10]. Niniejsze opracowanie skupia się natomiast na przedstawieniu wyników ukrytej standaryzowanej obserwacji długoterminowej, która stanowiła punkt

referencyjny dla wymienionych sprawdzianów. Zmodyfikowana i przekształcona do tego celu skala AACCS stanowiła narzędzie badawcze, jakie zastosowano w trakcie prowadzenia obserwacji.

Cel pracy

Zobiektywizowana ocena radzenia sobie wolontariuszy hospicyjnych w bezpośrednim kontakcie z chorymi i ich rodzinami z wykorzystaniem skali AACCS w trakcie standaryzowanej obserwacji długoterminowej.

Metodologia

Badanie jest częścią większego projektu badawczego zrealizowanego w oddziale stacjonarnym Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. św. Łazarza” w Krakowie w latach 2009–2012. Na prowadzenie badania uzyskano pozytywną ocenę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego nr KBET/27/B/2008/.

Standaryzowana obserwacja długoterminowa prowadzona była w trakcie praktyki wolontariusza w oddziale stacjonarnym hospicjum i miała charakter ukryty, ponieważ kandydat na wolontariusza wiedząc, że jest obserwowany i oceniany, nie zachowywałby się w sposób naturalny. Wcześniej kandydat na wolontariusza kończył specjalny kurs przygotowujący go do tej roli prowadzony przez pracowników TPCH „Hospicjum im. św. Łazarza” w Krakowie, a następnie zdawał egzamin składający się z części teoretycznej (egzaminu pisemne: test wielokrotnego wyboru i pytania otwarte) oraz praktycznej (egzamin OSCE z udziałem symulowanych pacjentów). Pracę każdego wolontariusza w sposób standaryzowany obserwowali i oceniali różni członkowie zespołu interdyscyplinarnego (głównie pielęgniarki oraz dwóch psychologów, dwóch rehabilitantów i jeden terapeuta zajęciowy). Dwie pielęgniarki odpowiadały za prawidłowy przebieg tego etapu badania: ciągłość obserwacji, gromadzenie dokumentów. Początkowo zakładano, iż każdy z wolontariuszy będzie oceniany po dwóch, a następnie po kolejnych sześciu miesiącach obserwacji. Założenie to musiało zostać zweryfikowane, ponieważ wolontariusze zgłaszali się do hospicjum z różną częstotliwością. Jedni pracowali nawet kilka razy tygodniowo, inni raz na kilka miesięcy. W związku z powyższym oceny dokonywano po czterech wizytach wolontariusza w oddziale hospicyjnym. Ponowna ocena nie była możliwa ze względu na fakt, iż zdecydowana większość badanych bardzo szybko zrezygnowała z pracy na rzecz hospicjum. Zaledwie 32,5% (N=50) osób z czterech kolejnych edycji kursu przygotowującego do wolontariatu, poddanych ukrytej standaryzowanej obserwacji długoterminowej, była wolontariuszami dłużej niż 3 miesiące, a 14,3% (N=22) ponad pół roku.

Narzędziem badawczym, jaki zastosowano w trakcie prowadzenia obserwacji, była zmodyfikowana i przekształcona do tego celu Amsterdamska Skala Postaw i Komunikacji (AACCS) [2]. Zgodnie z tą skalą ocena koncentrowała się na następujących obszarach:

1. Pacjent i jego rodzina (umiejętność komunikacji).

2. Pracownicy hospicjum oraz inni wolontariusze (umiejętność współpracy).

3. Wolontariat (obowiązkowość, umiejętności praktyczne).

4. Własna osoba (zdolność do krytycznej samooceny, chęć do uznania i poprawy błędów).

Szczegółowej ocenie podlegało dziewięć wybranych elementów komunikacji i postaw. Pierwszych pięć odnosiło się do komunikacji z pacjentem i jego rodziną, następne cztery dotyczyły postaw wobec pozostałych członków zespołu, siebie i wolontariatu. Każdy z wymienionych elementów został oceniony w pięciopunktowej skali.

Obserwowane i oceniane kategorie:

1. *Uprzejmość i szacunek* - oceniane podlegało to, czy wolontariusz przestrzegał konwencjonalnych zachowań w relacjach interpersonalnych, czy nie traktował osób słabszych, bezradnych, z ograniczeniami poznawczymi w sposób lekceważący np. poprzez zwracanie się do nich jak do dziecka.

2. *Przyjmowanie informacji od pacjenta i /lub jego rodziny* - niniejszy punkt odnosił się do tego, czy wolontariusz w rozmowie potrafił umiejętnie balansować pomiędzy koncentrowaniem się na sobie i na

pacjencie, czy potrafił słuchać, czy też skupiał się głównie na tym, co jego samego interesuje.

3. *Przekazywanie informacji* - w tym punkcie oceniane było czy to, co mówił wolontariusz było zrozumiałe dla pacjenta, dostosowane do jego zdolności poznawczych, czy treść wypowiedzi nie raniła chorego, nie przekraczała kompetencji wolontariusza.

4. *Okazywanie emocji* - oceniane było to, czy potrafił w sposób empatyczny odpowiedzieć na sygnały ze strony pacjenta lub jego bliskich.

5. *Struktura komunikacji* - czy troszczył się o budowanie dobrych relacji z pacjentem, czy przychodząc, proponując własne działania, uwzględniał porządek dnia i przyzwyczajenia chorego.

6. *Wgląd we własne emocje, normy, wartości i uprzedzenia* - ten element oceny zgodnie z założeniami twórców skali AACCS zwracał uwagę na fakt, że rozumienie swoich emocji, bycie świadomym własnych uprzedzeń jest warunkiem wstępnym do ukierunkowania ich we właściwy sposób. Ukryte uprzedzenia miały ujawniać się w zachowaniu wolontariusza oraz w relacjach z pacjentem i jego rodziną. W praktyce było to trudne do zdiagnozowania dla obserwatorów.

KWESTIONARIUSZ OBSERWACJI DŁUGOTERMINOWEJ	
oceniane kategorie:	Liczba punktów (od 1 do 5)
<i>Uprzejmość i szacunek</i>	
Czy wolontariusz przestrzega konwencjonalnych zachowań w relacjach interpersonalnych?
Czy nie traktuje osób słabszych, bezradnych, z ograniczeniami poznawczymi w sposób lekceważący np. poprzez zwracanie się do nich jak do dziecka?
<i>Przyjmowanie informacji od pacjenta i /lub jego rodziny</i>	
Czy wolontariusz w rozmowie potrafi umiejętnie balansować pomiędzy koncentrowaniem się na sobie i na pacjencie?
Czy potrafi słuchać, czy też skupia się głównie na tym, co jego samego interesuje?
<i>Przekazywanie informacji</i>	
Czy to, co mówi wolontariusz jest zrozumiałe dla pacjenta, dostosowane do jego zdolności poznawczych?
Czy treść wypowiedzi nie rani chorego, nie przekracza kompetencji wolontariusza?
<i>Okazywanie emocji</i>	
Czy potrafi w sposób empatyczny odpowiedzieć na sygnały ze strony pacjenta lub jego bliskich?
<i>Struktura komunikacji</i>	
Czy troszczy się o budowanie dobrych relacji z pacjentem?
Czy przychodząc, proponując własne działania, uwzględnia porządek dnia i przyzwyczajenia chorego?
<i>Wgląd we własne emocje, normy, wartości i uprzedzenia</i>	
Czy w zachowaniach wolontariusza oraz relacjach z pacjentem i jego rodziną ujawniają się ukryte uprzedzenia, niechęć?
<i>Współpraca z pielęgniarkami i kolegami</i>	
Czy jest uprzejmy w stosunku do kolegów i personelu?
Czy potrafi współpracować w zespole?
Czy zwraca się o pomoc do innych osób, gdy sam nie daje sobie rady lub gdy grupowa bądź fachowa pomoc będzie korzystniejsza dla pacjenta?
<i>Znajomość własnych ograniczeń, gotowość do krytycznej samooceny, otwartość na przyjęcie cudzych opinii</i>	
Czy wolontariusz uznaje swoje błędy i niedociągnięcia i chce je poprawiać?
<i>Zaangażowanie i poczucie odpowiedzialności</i>	
Czy wolontariusz przychodzi w zadeklarowanym wcześniej terminie?
Czy jest punktualny?
Czy cechuje go zaangażowanie w pracę wolontaryjną?
Czy wykazuje chęć doskonalenia własnych umiejętności?
RAZEM:

Rys. 1. Kwestionariusz obserwacji długoterminowej.

7. *Współpraca z pielęgniarkami i kolegami* - ocena pod kątem bycia uprzejmym w stosunku do kolegów i personelu, umiejętności współpracy, czy potrafił zwrócić się o pomoc do innych osób, gdy sam nie dawał sobie rady lub gdy grupowa, bądź fachowa pomoc była korzystniejsza dla pacjenta.

8. *Znajomość własnych ograniczeń, gotowość do krytycznej samooceny, otwartość na przyjęcie cudzych opinii* – ocenie podlegało to, czy wolontariusz uznawał swoje błędy i niedociągnięcia i chciał je poprawiać.

9. *Zaangażowanie i poczucie odpowiedzialności* – oceniane było przychodzenie w zadeklarowanym wcześniej terminie, punktualność, zaangażowanie w pracę wolontaryjną, chęć doskonalenia własnych umiejętności.

W oparciu o opisaną skalę opracowano kwestionariusz obserwacji długoterminowej (rys. 1), na podstawie którego zespół odpowiedzialny za obserwowanie pracy wolontariuszy dokonywał oceny ich postaw i umiejętności komunikacji prezentowanych w trakcie pracy na oddziale.

Wyniki

Analiza ilościowa

Obserwacji długoterminowej, która była wyznacznikiem radzenia sobie wolontariusza w praktyce, zostało poddanych 141 osób w wieku 18 do 76 lat. Większość badanych stanowiły kobiety. Wyniki uzyskane przez kandydatów na wolontariuszy mieściły się w zakresie: 49–90 na 90 możliwych do zdobycia punktów. Minimalna, możliwa ilość punktów wynosiła 18 (18 subkategorii, każda oceniana w skali 1-5).

Zaobserwowano istotne różnice pomiędzy wiekiem badanych ($p=0,0013$), a oceną uzyskaną w trakcie obserwacji długoterminowej. Najlepiej radziły sobie osoby z przedziału wiekowego: 26 – 40 lat. Także osoby wyżej wykształcone otrzymały istotnie ($p>0,0001$) wyższe wyniki. Pozostałe zmienne demograficzne jak: płeć, stan cywilny i status zawodowy nie miały wpływu na to, jak wolontariusz radził sobie w kontakcie z chorym i pracą w oddziale (Tabele 1-5).

Tabela 1. Relacja pomiędzy wynikami ukrytej standaryzowanej obserwacji długoterminowej, a przedziałem wiekowym badanych.

Przedział wiekowy	N	Maksymalna osiągnięta ilość punktów*	Minimalna osiągnięta ilość punktów**	Mediana	X±SD	p
18-25 lat	26	90	59	80,5	80,23 ± 8,26	0,0018
26-40 lat	48	90	59	84	81,10 ± 8,31	
41-60 lat	55	90	54	77	75,31 ± 10,67	
> 60 lat	12	86	49	72,5	70,17 ± 12,00	
Ogół	141	90	49	80	77,75 ± 10,14	

N- liczna egzaminowanych, X - średnia arytmetyczna, SD - odchylenie standardowe, p - istotność statystyczna

*maksymalna, możliwa do osiągnięcia liczba punktów to 90

**minimalna, możliwa do osiągnięcia liczba punktów to 18

Tabela 2. Relacja pomiędzy wynikami ukrytej standaryzowanej obserwacji długoterminowej, a wykształceniem badanych.

Wykształcenie	N	Maksymalna osiągnięta ilość punktów*	Minimalna osiągnięta ilość punktów**	Mediana	X±SD	p
Podstawowe lub zasadnicze zawodowe***	11	86	49	75	72,09 ± 12,16	>0,0001
Średnie	63	90	51	76	73,95 ± 9,87	
Wyższe	67	90	59	85	82,25 ± 8,03	
Ogół	141	90	49	80	77,75 ± 10,14	

N- liczna egzaminowanych, X - średnia arytmetyczna, SD - odchylenie standardowe, p - istotność statystyczna

*maksymalna, możliwa do osiągnięcia liczba punktów to 90

**minimalna, możliwa do osiągnięcia liczba punktów to 18

***te dwa poziomy wykształcenia ujęto razem, ponieważ wykształcenie podstawowe deklarowała tylko jedna osoba

Tabela 3. Relacja pomiędzy wynikami ukrytej standaryzowanej obserwacji długoterminowej, a płcią badanych.

Płeć	N	Maksymalna osiągnięta ilość punktów*	Minimalna osiągnięta ilość punktów**	Mediana	X±SD	p
Kobiety	112	90	49	75	78,26 ± 10,00	0,2446
Mężczyźni	29	90	54	80,5	75,79 ± 10,64	
Ogół	141	90	49	80	77,75 ± 10,14	

N- liczna egzaminowanych, X - średnia arytmetyczna, SD - odchylenie standardowe, p - istotność statystyczna

*maksymalna, możliwa do osiągnięcia liczba punktów to 90

**minimalna, możliwa do osiągnięcia liczba punktów to 18

Tabela 4. Relacja pomiędzy wynikami ukrytej standaryzowanej obserwacji długoterminowej, a stanem cywilnym badanych.

Stan cywilny	N	Maksymalna osiągnięta ilość punktów*	Minimalna osiągnięta ilość punktów**	Mediana	X±SD	p
Wolny	109	90	49	80	77,57 ± 10,23	0,6520
Zamężna/zonaty	32	90	59	80,5	78,38 ± 9,97	
Ogół	141	90	49	80	77,75 ± 10,14	

N- liczna egzaminowanych, X - średnia arytmetyczna, SD - odchylenie standardowe, p - istotność statystyczna

*maksymalna, możliwa do osiągnięcia liczba punktów to 90

**minimalna, możliwa do osiągnięcia liczba punktów to 18

Tabela 5. Relacja pomiędzy wynikami ukrytej standaryzowanej obserwacji długoterminowej, a statusem zawodowym badanych.

Status zawodowy	N	Maksymalna osiągnięta ilość punktów*	Minimalna osiągnięta ilość punktów**	Mediana	X±SD	p
Pracuje zawodowo	73	90	54	84	80,68 ± 9,04	0,2483
Nie pracuje zawodowo	68	90	49	76,5	74,60 ± 10,38	
Ogół	141	90	49	80	77,75 ± 10,14	

N- liczna egzaminowanych, X - średnia arytmetyczna, SD - odchylenie standardowe, p - istotność statystyczna

*maksymalna, możliwa do osiągnięcia liczba punktów to 90

**minimalna, możliwa do osiągnięcia liczba punktów to 18

Zależność pomiędzy wynikami egzaminów zdawanych wcześniej przez obserwowanych wolontariuszy, a wynikiem ukrytej standaryzowanej obserwacji długoterminowej zmierzono za pomocą korelacji rang Spearmana. Wyniki wszystkich zastosowanych form sprawdzania (Tabela 6) korelowały istotnie dodatnio (istotność statystyczna dwustronna na poziomie $p < 0,0001$) z wy-

kami obserwacji. Najsilniejszą zależność wykazywał wynik egzaminu praktycznego typu OSCE.

Osoby, które w ramach obserwacji długoterminowej otrzymywały wyższe wyniki, czyli lepiej radzące sobie z pracą wolontariusza w warunkach oddziału, także angażowały się w nią istotnie ($p = 0,0013$) dłużej (Tabela 7).

Tabela 6*. Korelacja pomiędzy wynikiem ukrytej standaryzowanej obserwacji długoterminowej, a wynikami innych form sprawdzania.

Rodzaj sprawdzianu	Ukryta standaryzowana obserwacja długoterminowa	
	Wartość korelacji	Istotność statystyczna (p)
Test wielokrotnego wyboru	$r_{sp} = 0,44$	$p < 0,0001$
Pytania otwarte	$r_{sp} = 0,48$	$p < 0,0001$
OSCE	$r_{sp} = 0,67$	$p < 0,0001$
Łączny wynik z wszystkich trzech sprawdzianów	$r_{sp} = 0,69$	$p < 0,0001$

r_{sp} - Korelacja rang Spearmana, p- poziom istotności statystycznej

*Tabela przedstawiona w artykule: Szeliga M, Mirecka J. Optimization of Methods Verifying Volunteers' Ability to Provide Hospice Care. J Cancer Educ. 2018 Apr;33(2):470-476. doi: 10.1007/s13187-016-1154-7.

Tabela 7. Relacja pomiędzy wynikami standaryzowanej obserwacji długoterminowej, a długością późniejszej pracy wolontarystycznej badanych (krócej lub dłużej niż 3 miesiące).

Wynik obserwacji długoterminowej	Wolontariusz krócej niż 3 miesiące			Wolontariusz dłużej niż 3 miesiące			p
	N	mediana	X+SD	N	mediana	X+SD	
	91	77	75,71 ± 10,51	50	80	81,46 ± 8,32	

N- liczna egzaminowanych, X - średnia arytmetyczna, SD - odchylenie standardowe, p - istotność statystyczna

Wynik podany w procentach poprawnych odpowiedzi

Analiza jakościowa

W przypadku jednej osoby, która pozytywnie przeszła przez filtr składający się z ukończenia kursu, zaliczenia trzech różnych sprawdzianów oraz rozmowy z koordynatorem wolontariatu, dopiero obserwacja długoterminowa ujawniła, iż nie powinna ona zostać wolontariuszem. Reagowała bowiem agresją na

wszystko, co nie było zgodne z jej wyobrażeniem o tym, co jest najwłaściwsze. Nie akceptowała faktu, że chory chce mieć łóżko pościelone niezgodnie z jej poczuciem estetyki, że odmawia przyjęcia posiłku, a rodzina pacjenta prosi, by zostawiła ich samych. Z uwagi na dobro chorych, musiano zrezygnować ze współpracy z takim wolontariuszem.

W późniejszej analizie wyników uzyskanych w poszczególnych sprawdzianach przez tą osobę stwierdzono, iż we wszystkich trzech egzaminach uzyskała wysoką liczbę punktów. Jedyne subiektywna ocena symulowanych pacjentów z egzaminu praktycznego typu OSCE sugerowała, iż mieli oni wątpliwości czy ta osoba może zostać wolontariuszem sprawującym bezpośrednią opiekę nad chorym. Na jednej stacji w rubryce ogólne wrażenie miała wpisane: „negatywne”, a na dwóch: „nie wiem – mam mieszane odczucia”. Oznacza to, iż wszyscy egzaminatorzy mieli wątpliwości, czy ta osoba powinna zostać wolontariuszem w hospicjum.

Uwagi zespołu oceniającego odnośnie skali AACS:

- zastosowanie skali ułatwia ogólną ocenę,
- zmusza do oceny każdego wolontariusza we wszystkich kategoriach,
- zmniejsza subiektywizm oceny, poprzez analizę różnych elementów zachowania zamiast opierania się jak dotąd, na ogólnym wrażeniu, jakie sprawił wolontariusz na oceniającym,
- łatwiej byłoby dokonywać oceny, gdyby poszczególne kategorie oceniane były w skali 1-3 zamiast: 1–5,
- trudna do oceny była dla mnie kategoria 6: Wgląd we własne emocje, normy, wartości i uprzedzenia.

Podsumowanie

Zastosowaną metodą oceny wolontariuszy była ukryta standaryzowana obserwacja długoterminowa prowadzona w trakcie praktyki w oddziale stacjonarnym hospicjum. Obserwacja obejmowała ocenę tego, jak wolontariusz realizuje swą pomoc w praktyce, tzn. jakie są jego relacje z pacjentami, rodzinami pacjentów, jak przebiega jego współpraca w zespole interdyscyplinarnym, jakie jest jego zaangażowanie, obowiązkowość, jak radzi sobie z własnymi emocjami. Jej wynik stanowił zatem potwierdzenie bądź zaprzeczenie przygotowania wolontariusza do radzenia sobie w praktyce.

Spośród zbadanych wskaźników demograficznych jedynie wiek i poziom wykształcenia korelowały w sposób istotny z wynikiem ukrytej standaryzowanej obserwacji długoterminowej. W jej rezultacie najwyższe oceny uzyskały osoby z przedziału wiekowego 26 – 40 lat. Być może w tym przedziale wiekowym decyzja o włączenie

się w prace wolontariatu hospicyjnego jest rozważniej podejmowana niż u osób młodszych, a jednocześnie osoby te są na tyle elastyczne, iż potrafią łatwiej przystosować się do wymogów otoczenia i nowych sytuacji niż osoby starsze. Podobnie wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rosła umiejętność radzenia sobie w warunkach oddziału. Pozostałe cechy demograficzne jak płeć, stan cywilny i status zawodowy kandydatów na wolontariuszy nie miały wpływu na ich późniejsze radzenie sobie w pracy wolontariusza.

Osoby, które były wyżej oceniane przez personel oddziału w ramach standaryzowanej obserwacji, czyli radzące sobie lepiej, zostawały też wolontariuszami na dłużej. Ta zależność wydaje się być oczywista, ponieważ naturalnym jest, że im ktoś lepiej radzi sobie z pełnieniem jakiejś funkcji, tym chętniej ją sprawuje, dostarcza mu ona więcej satysfakcji, a tym samym wolniej się z niej wycofuje.

W jakościowej analizie wyników można zauważyć, iż w przypadku jednej osoby, która pozytywnie przeszła przez wszystkie wcześniejsze etapy weryfikacji, na które składało się ukończenia kursu, zaliczenie trzech różnych sprawdzianów oraz rozmowy z koordynatorem wolontariatu, dopiero na etapie przedłużonej obserwacji został ujawniony fakt, iż nie powinna ona pełnić roli wolontariusza w hospicjum. Reagowała bowiem agresją na wszystko, co nie było zgodne z jej wyobrażeniami, przez co nie szanowała prawa pacjenta do samostanowienia, ani nie potrafiła stosować się do woli jego rodziny. Z uwagi na dobro chorych, musiano niezwłocznie zrezygnować ze współpracy z takim wolontariuszem. Ta jednostkowa sytuacja ukazała, iż nie ma możliwości, by w sposób pewny i jednoznaczny przewidzieć jak dany wolontariusz będzie funkcjonował w praktyce, dlatego tak ważna jest uważna acz dyskretna obserwacja prowadzona przez profesjonalistów w trakcie jego pobytu w oddziale.

Zespół oceniający wolontariuszy zgodnie ze zmodyfikowaną skalą AACS uznał jej praktyczną przydatność. Dwie osoby zasugerowały, iż łatwiej byłoby im dokonywać oceny, gdyby poszczególne kategorie oceniane były w skali 1-3 zamiast stosowanej w przedstawionym badaniu skali pięciopunktowej. Najtrudniejsza do oceny w opinii obserwatorów była kategoria 6: Wgląd we własne emocje, normy, wartości i uprzedzenia.

Bibliografia

1. Haes, J.C.J.M., Oort, F.J., Oosterveld, P., Cate ten O.: Assessment of medical students' communicative behaviour and attitudes: estimating the reliability of the use of the Amsterdam attitudes and communication scale through generalisability coefficients, *Patient Educ. Couns.*, 45(1), 2001, pp. 35-42.
2. Haes, J.C.J.M., Oort, F.J., Hulsman, R.L., Summative assessment of medical students' communication skills and professional attitudes through observation in clinical practice, *Med. Teach.*, 27(7), 2005, pp. 583-589.
3. Łobocki, M., Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych, Oficyna Wydawnicza "Impuls", Kraków, 2007.
4. Żechowska, B., Obserwacja w badaniach pedagogicznych – niektóre kontrowersje, W: Żechowska B. [red.]: Z metodologicznych i empirycznych problemów pedagogiki, Katowice, 1990.
5. Recommendation /Rec/2003/24 of the Committee of Minister to member states on the organization of palliative care. 860th meeting of the Ministers' Deputies, 12 Nov 2003, Tłumaczenie polskie.

6. Szeliga, M., Charakterystyka wolontariusza hospicyjnego z perspektywy pielęgniarki, *Probl. Pielęg.* 23(1), 2015, pp. 63-68.
7. Szeliga, M., Mirecka, J., Motywacje osób podejmujących się roli wolontariusza medycznego w hospicjum, *Probl. Pielęg.* 24(3-4), 2016, pp. 219-224.
8. Claxton-Oldfield, S., Claxton-Oldfield, J., The impact of volunteering in hospice palliative care, *Am. J. Hosp. Palliat. Care*, 24(4), 2007, pp. 259-263.
9. Paczkowska, A., Psychologiczne aspekty wolontariatu hospicyjnego, W: Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P., Paczkowska A. [red.] *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*, Gdańsk, 2010.
10. Szeliga, M., Mirecka, J. Optimization of Methods Verifying Volunteers' Ability to Provide Hospice Care, *J. Cancer Educ.*, Apr;33(2), 2018, pp. 470-476.