

Instytut Nauk Pedagogicznych

Wydział Filozofii i Nauk Społecznych

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

AUTOREFERAT

1. **Imię i nazwisko:** Małgorzata Fopka-Kowalczyk

2. **Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.**

II-A. 2017 – dyplom ukończenia Europejskich Studiów Opieki Paliatywnej European Palliative Care Academy (EUPCA edycja 2015-2017). Na udział w studiach uzyskałam grant Bosch Foundation nr 11.2.1000.0216.2, pozwalający na całkowite pokrycie kosztów (zał. do autoref. 1).

II-B. 12.03.2013 – stopień doktora nauk społecznych w zakresie pedagogiki na Wydziale Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu (obecnie: Instytut Nauk Pedagogicznych), napisanej pod kierunkiem ks. dr hab. Czesława Kustry, prof. UMK. Tytuł dysertacji: *„Wsparcie społeczne pracowników hospicjum a poczucie straty po śmierci pacjenta”*. Praca uzyskała wyróżnienie Rady Naukowej WNP UMK (zał. do autoref. 2).

II-C. VI.2008 – dyplom psychoonkologa w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie (zał. do autoref. 3).

II-D. 21.VI.2000 – dyplom magistra psychologii uzyskany na Wydziale Nauk Społecznych w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim w Lublinie. Studia ukończone obroną pracy magisterskiej w dniu 21.06.2000 r., napisanej pod kierunkiem ks. prof. dr hab. Kazimierza Popielskiego. Tytuł pracy magisterskiej: *„Analiza psychologiczna stanów emocjonalno-uczuciowych u osób po próbach samobójczych”* (zał. do autoref. 4).

Oprócz wyróżnionych brałam udział w szeregu szkoleń, celem podwyższania własnych kompetencji merytorycznych i umiejętności interpersonalnych, niezbędnych w pracy z osobami

chorymi przewlekłe, z niepełnosprawnościami, starszymi oraz innymi osobami w kryzysie (zał. do autoref. 5).

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych

III-A. 2014-nadal: Instytut Nauk Pedagogicznych, Wydział Filozofii i Nauk Społecznych, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, w tym także zajęcia w Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK.

4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późniejszymi zm.). Omówienie to winno dotyczyć merytorycznego ujęcia przedmiotowych osiągnięć, jak i w sposób precyzyjny określać indywidualny wkład w ich powstanie, w przypadku, gdy dane osiągnięcie jest dziełem współautorskim, z uwzględnieniem możliwości wskazania dorobku z okresu całej kariery zawodowej.

4.1. Tytuł osiągnięcia naukowego

M. Fopka-Kowalczyk (2024). *Współczucie dla innych wśród studentów kierunków medycznych i niemedycznych. Badania w schemacie porównawczym i korelacyjnym*. Toruń: Wyd. Naukowe UMK, ss. 350, ISBN: 978-83-231-6030-4.

4.1.1. Omówienie celu naukowego ww. pracy i osiągniętych wyników wraz z ich rekomendacjami dla praktyki edukacyjnej

Omówienie celu naukowego. Monografia naukowa „*Współczucie dla innych wśród studentów kierunków medycznych i niemedycznych. Badania w schemacie porównawczym i korelacyjnym*” wpisuje się w podejmowane przeze mnie działania zarówno naukowe, dydaktyczne i zawodowe. Poruszana w książce problematyka dotyczy z jednej strony edukacji osób przygotowujących się do profesjonalnego pomagania. Z drugiej, łączy się z tematem wsparcia i podnoszenia kompetencji interpersonalnych tych osób. Podejmowane zagadnienia ściśle wiążą się z moim wykształceniem psychologa, pedagoga i wiedzą psychoonkologiczną, z doświadczeniem zawodowym w różnych obszarach oddziaływań edukacyjnych, terapeutycznych i wspierających oraz z rolą nauczyciela

różnych grup zawodowych i studentów (kierunków lekarskich i pielęgniarских, pedagogicznych, nauczycielskich, osób już pracujących jako osoby wspierające). Problematyka podjętych badań stanowi interdyscyplinarne podejście do opisywanego zagadnienia, mieszcząc się w obszarze pedagogiki specjalnej i terapeutycznej, psychologii zdrowia, psychologii klinicznej i nauk o zdrowiu.

W literaturze polskiej jest zdecydowanie mniejsza liczba niż w literaturze światowej analiz na temat *współczucia dla innych*. Dostępne źródła polskie odnoszą się do badań poszczególnych grup zawodowych (Lesińska-Sawicka i in., 2016; Wicijewska, 2022; Żołnierz i in., 2018), teoretycznych rozważań na temat współczucia (Pieniążek, 2015; Wahl, 2019) lub samowspółczucia (np. Dzwonkowska, 2011; 2013; Moroń i Kocur, 2023). Na gruncie pedagogiki polskiej, zwłaszcza pedagogiki leczniczej, *współczucie dla innych* również wydaje się zbadane w niewielkim zakresie (Fopka-Kowalczyk, 2021; Parchymiuk, 2013; Starego, 2016). Dotychczas nie prowadzono badań w Polsce, które umożliwiłyby identyfikację zasobów wzmacniających motywację do okazywania współczującej troski w codziennej pracy z osobą chorą, cierpiącą czy w sytuacji dla niej trudnej, a wydaje się to ważne ze względu na przygotowanie merytoryczne do pracy i nawiązywania relacji z osobą wspomaganą (Antoszevska, 2017; Fopka-Kowalczyk, 2021). Brak jest także analiz psychometrycznych odnoszących się do poziomu umiejętności *współczucia dla innych* w grupie studentów kierunków medycznych i niemedycznych oraz porównujących te wyniki w obu grupach. Co istotne, nie znalazłam także polskiego programu kształcenia w zakresie *współczucia dla innych* dla studentów, skonstruowanego z uwzględnieniem wcześniej przeprowadzonych badań wśród wyróżnionych grup. Analiza literatury światowej wskazuje natomiast, że ocena posiadanych umiejętności *współczucia dla innych* wśród adeptów pomagania oraz poznanie czynników mających znaczenie dla jego okazywania jest istotna dla konstruowania programów obowiązkowych lub fakultatywnych, kształcących i doskonalących opisywaną kompetencję (por. np.: Adamson i wsp., 2015; Coffey i wsp., 2019; Gilbert, 2021; Puchalski, 2020; 2021; Lesińska-Sawicka i wsp., 2016). Obszary te w mojej opinii są znaczące zarówno z perspektywy poznania naukowego, jak i pracy wykładowcy kształcącego studentów kierunków lekarskich, psychologicznych, pedagogicznych czy nauczycielskich. Co ciekawe, literatura z zakresu wymogów wobec pracowników wskazuje, że pracodawcy, obok wysokich kompetencji zawodowych, oczekują od kandydatów umiejętności miękkich (Bickford i in., 2019; Juchnowicz, 2007; Swindel, dostęp: 9.06.2024). Kompetencje te wydają się ważne także z perspektywy człowieczeństwa. Jak wskazuje Karen Armstrong (2011), dobrze jest okazywać współczujące zainteresowanie i troskę każdego dnia. Chroni to przed wojną, przemocą, głodem i zmniejsza cierpienie (Dalailama, 2001; Gilbrt i Choden, 2021; Larkin, 2018).

Powyższe analizy doprowadziły mnie do decyzji o zaplanowaniu projektu badawczego, który umożliwił mi zbadanie stopnia *współczucia dla innych* wśród studentów kierunków medycznych i

niemedycznych oraz zidentyfikowania czynników, które dla tego współczucia mogą mieć znaczenie. Miałam nadzieję, że przeprowadzone badanie będzie stanowiło pomoc w obszarze edukacji w planowaniu podnoszenia kompetencji w tym zakresie wśród adeptów pomagania, będące także zgodne z oczekiwaniami chorych, którzy – obok przygotowanego merytorycznie specjalisty – chcą w nim spotkać drugiego człowieka, wrażliwego na cierpienie (Davalos-Batallas i in. 2020; Kluit i in., 2024; Stepulak, 2005). Dodatkowo, publikacja połączona z badaniami na grupie polskiej, pozwoli na poszerzenie wiedzy w tym zakresie i stanie się zachętą do edukacji o współczuciu jako kompetencji ważnej w relacjach międzyludzkich i w pracy.

Przedmiotem planowanego badania było oszacowanie stopnia *współczucia dla innych* wśród studentów kierunków medycznych i niemedycznych oraz analiza czynników, które mogą współwystępować z poziomem *współczucia dla innych* spośród zmiennych, zoperacjonalizowanych za pomocą narzędzi badawczych. Pierwszym, **naukowym celem** projektu była diagnoza i opis zjawiska *współczucia dla innych* wśród studentów kierunków medycznych i niemedycznych oraz porównanie wyników obu grup. Celem drugim było poznanie związku między badanym *współczuciem dla innych* z czynnikami demograficznymi, osobowościowymi i inteligencją emocjonalną. Badanie umieszczono **w strategii ilościowej** pozwalającej na wyjaśnienie nomotetyczne badanych zjawisk i umożliwiającej charakterystykę badanej populacji. Zaplanowano strategię ilościową, ponieważ przedmiotem zainteresowania jest szeroka panorama zjawiska *współczucia dla innych* wśród osób przygotowujących się do profesjonalnego pomagania, odniesiona do populacji generalnej studentów kierunków medycznych i niemedycznych. Zaprojektowane badanie osadziłam w teorii Elisabeth Pommier i wsp. (Pommier, 2010; Pommier i in., 2020), odnoszącej się do zagadnienia *współczucia dla innych* oraz w modelu ewolucyjnym Paula Gilberta. Z teorii tych skorzystałam dla nadawania znaczeń do objaśniania i interpretowania tego, co wynikało z badania. Model ewolucyjny *współczucia dla innych* Paula Gilberta odnosi się do kompetencji i umiejętności *współczucia dla innych*, które są wrodzone, wyuczalne i niezbędne dla przetrwania ludzkiego gatunku, a samo współczucie to wrażliwość i reakcja na doświadczane trudności i cierpienie drugiego człowieka z pragnieniem uwolnienia tego człowieka od bólu, który przeżywa (Gilbert, 2014, s. 19). Koncepcja Elisabeth Pommier (2010) natomiast została utworzona na bazie koncepcji współczucia dla samego siebie Kristin D. Neff (2003a; 2003b). Współczucie dla innych opiera się na emocjonalnej reakcji na cierpienie innych osób, na próbie zrozumienia poznawczego danej sytuacji, zauważeniu doświadczanego cierpienia, a także byciu bardziej skupionym na cierpieniu czy dystresie drugiego człowieka. *Współczucie dla innych* to: 1) życzliwość wobec drugiego człowieka, 2) uważność, 3) wspólnotowość doświadczeń i 4) brak obojętności (Pommier i in., 2020).

Małgorzata Nowak

Celem praktycznym prezentowanego badania było opracowanie propozycji kształcenia studentów kierunków pomocowych (medycznych i niemedycznych) w zakresie *współczucia dla innych* w oparciu o uzyskane w badaniu dane oraz poszerzenie świadomości społecznej na temat *współczucia dla innych* jako ważnej kompetencji prospołecznej w relacjach międzyludzkich. W przyjętej strategii ilościowej zdecydowałam się na **typ badań diagnostycznych**, które pozwoliły mi rozpoznać badane zjawisko i ostatecznie wyjaśnić je w odniesieniu do rzeczywistości empirycznej. W obrębie tych badań najbardziej adekwatne, w moim przekonaniu, były dwa schematy badawcze: **schemat porównawczy oraz korelacyjny**, pozwalające na zorganizowanie adekwatnych czynności badawczych i zbadanie interesujących mnie zagadnień.

Postawione cele badawcze pozwoliły mi ustalić pytania badawcze, zgodnie z przyjętymi schematami: 1) w schemacie porównawczym pytania dotyczyły poziomu *współczucia dla innych* wśród studentów kierunków medycznych i niemedycznych, różnic we *współczuciu dla innych* wśród badanych grup, rozkładu odpowiedzi na poszczególne pytania w CS-R-PL oraz różnic w tych odpowiedziach; 2) w schemacie korelacyjnym pytania badawcze odnosiły się do współwystępowania zmiennych demograficznych, osobowościowych i inteligencji emocjonalnych na zmienną *współczucia dla innych* oraz jego komponentów oraz stopnia przewidywania poziomu *współczucia dla innych* poprzez wprowadzenie zmiennych demograficznych, osobowościowych i związanych z inteligencją emocjonalną.

W projekcie badawczym dokonałam doboru zmiennych na podstawie wcześniejszych, teoretycznych, ustaleń na temat czynników mających znaczenie dla okazywania *współczucia dla innych* (za: Brzeziński, 2004, s. 211-215; Rubacha, 2008, s. 53-61). Dotychczasowe ustalenia w literaturze światowej wskazują, że wśród głównych zmiennych mających znaczenie dla kształtowania się *współczucia dla innych* jest płeć i wiek (por. np. Kirby i in., 2021; McDonald i in., 2011; Neff i Pommier, 2013), a także cechy osobowości i stan emocjonalny (np. Gilbert i Choden, 2021; López i in., 2018; Yeşil i Polat, 2023). W niniejszym projekcie zamiarem było zdiagnozowanie i wyjaśnienie, w jakim stopniu te zmienne mają znaczenie u polskich studentów. W tym zakresie badania wpisują się także w **typ badań wyjaśniających**. Mając na uwadze dotychczasowe, światowe, badania odnoszące się do czynników ważnych dla okazywania *współczucia*, projektując własne badanie, za Paulem Gilbertem przyjęłam także koncepcję '**mentalności społecznej**'. Wskazuje ona, że przyjmowane postawy wobec drugiego człowieka, w tym także *współczucie dla innych*, wynikać mogą między innymi z wzorców przyjętych w określonej grupie społecznej czy kulturze, dlatego ludzie różnią się między sobą w zakresie okazywania sobie *współczucia* zależnie od miejsca czy grupy, w której żyją (Gilbert, 2000; Hermanto i Zuroff, 2016; Gilbert i Choden, 2021). W badaniach wzięło udział 812 osób z sześciu ośrodków uniwersyteckich w Polsce z różnych kierunków studiów.

Osoby badane podzieliłam na dwie grupy badawcze: studentów kierunków medycznych i studentów kierunków niemedycznych. Ze względu jednak na braki w odpowiedziach oraz niekompletność wypełnionych ankiet, do analiz statystycznych zakwalifikowałam ankiety wypełnione przez 552 studentów (w oparciu o: Brzeziński, 2004; Rubacha, 2008).

Kryteria doboru grup do badań były następujące:

- 1) status studenta kierunku medycznego lub terapeutycznego – studenci tych kierunków przygotowują się do wykonywania zawodów, które wymagają nawiązywania kontaktu z osobą cierpiącą fizycznie (wskutek niepełnosprawności czy choroby), emocjonalnie lub też pozostającą w kryzysie czy sytuacji granicznej, a jednocześnie - wymagają sprawowania opieki, udzielania im pomocy i wsparcia;
- 2) status studenta kierunku niemedycznego, który w swojej przyszłej pracy będzie potrzebował wysoko rozwiniętych kompetencji społecznych, zwłaszcza tych dotyczących komunikacji z drugim człowiekiem, zdolności rozpoznawania doświadczanych przeżyć i umiejętności zareagowania na nie w sposób podmiotowy i prowadzenia oddziaływań wspierających (jak np. w obszarze edukacji, interwencji kryzysowej, kataklizmu, mediacji, negocjacji, public relations w miejscu pracy, itp.);
- 3) rok studiów – przyjął, że w badaniu wezmą udział studenci 3 roku studiów licencjackich, 1 i 2 roku II stopnia studiów magisterskich oraz studenci 3 roku i wyżej jednolitych magisterskich.

Podział badanych na grupy medyczną i niemedyczną oparłam na analizach w obszarze pedagogiki leczniczej (terapeutycznej) i opieki paliatywnej, podkreślających różnice w rolach pełnionych przez różnych specjalistów oraz stopnia nawiązywanych relacji z pacjentami czy bliskości z człowiekiem cierpiącym (Bańkowska – Polak, 2007; Głowacka, 2003; Best i in., 2020). Pozostali badani ujęci w grupie studentów kierunków niemedycznych to studenci realizujący kształcenie w zawodach związanych z pomocą i wsparciem definiowane w literaturze jako zawody „paramedyczne, psychologiczne, pedagogiczne, socjalne, prawnicze) (za: Parchomiuk, 2013, s. 57).

W prowadzonych badaniach wykorzystałam narzędzia adekwatne w moim przekonaniu do zbadania interesujących mnie zmiennych. Nie dysponując narzędziami do badania *współczucia dla innych* na gruncie polskim, użyłam w tym celu zaadaptowaną przy moim współudziale Skalę Współczucia dla Innych (CS-R-PL) (Fopka-Kowalczyk i in., 2022a). Wśród innych narzędzi wykorzystanych w badaniu były: 1) Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costa i McCrea (1992), w polskiej adaptacji Zawadzkiego i wsp. (2010), 2) Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE (Schutte i in., 1998) w polskiej adaptacji Ciechanowicz i in. (2001; 2008) oraz 3) metryczka pozwalająca na zebranie danych demograficznych własnego autorstwa. Ze względu na pandemię

COVID-19, badania prowadziłam z użyciem platformy Qualtrics w okresie 2021-2022. Na przeprowadzenie badania z użyciem testów psychologicznych na platformie (NEO-FFI, INTE) uzyskałam zgodę Pracowni Testów Psychologicznych w Warszawie. Projekt badawczy uzyskał także zgodę Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Wydziału Filozofii i Nauk Społecznych UMK (nr 1/2021).

Wyniki badań

Uzyskane przeze mnie wyniki wykazały, że większość polskich studentów kierunków medycznych i niemedycznych charakteryzuje się przeciętnym poziomem *współczucia dla innych*, jednak dokładna analiza wyników wskazuje na istotnie statystycznie wyższy stopień *współczucia dla innych* wśród studentów kierunków niemedycznych w stosunku do studentów kierunków medycznych. Studenci kierunków niemedycznych cechują się wyższym stopniem współczucia ogólnego w zakresie emocjonalnej reakcji na cierpienie drugiego człowieka i w podejmowaniu czynności w celu uwolnienia od doświadczanej trudności. Różnice istotne statystycznie ujawniają się także w wymiarach życzliwości i obojętności/braku obojętności w relacji do cierpienia. Studenci kierunków niemedycznych posiadają wyższą zdolność rozumienia i wyrozumiałości w stosunku do ludzi w kryzysowych sytuacjach w odróżnieniu od studentów kierunków medycznych, których cechują niższe kompetencje w tym zakresie. Są oni także mniej skłonni do oceny czy krytyki swoich podopiecznych niż ma to miejsce wśród studentów kierunków medycznych. Wyniki w wymiarze obojętności/zmniejszonej obojętności wskazują, że studenci niemedyczni przejawiają mniejszy niż medycy brak współczującej reakcji na cierpienie innych, mniej się dystansują, są bardziej zainteresowani i zaangażowani w cierpienie drugiego człowieka i nie zaprzeczają cierpieniu innych. W wymiarach „wspólnota doświadczeń” i „uważność” wyniki w obu grupach nie różniły się znacząco od siebie, co oznacza, że studenci obu grup w takim samym stopniu uznają cierpienie za cechę ludzką, oraz, że mimo różnic, ludzie cierpią w podobny sposób, ponieważ współczucie jest stanem ogólnoludzkim. Brak istotnych różnic w wymiarze uważności oznacza natomiast, iż studenci obu grup w sytuacji kontaktu z osobą cierpiącą przyjmują wyważone spojrzenie na sytuację drugiej osoby, w którym nie przeważają emocje, a rozsądek i rozważa. Studenci obu grup są w takim samym stopniu chętni do słuchania i zwracania uwagi na drugiego człowieka i jego problemy. W przeprowadzonych badaniach niepokoić mogą jednak wyniki studentów kierunków medycznych wskazujące na większą obojętność wobec problemów innych ludzi, wynoszący aż 28%, co stanowi ponad dwukrotnie wyższą liczbę studentów w stosunku do wskaźnika obojętności wśród studentów kierunków niemedycznych. Gdyby dokładniej przyjrzeć się liczbom, to co czwarty student kierunków medycznych ma niski poziom *współczucia dla swoich* potencjalnych pacjentów w tym zakresie.

W projekcie badawczym postanowiłam sprawdzić także poziom *współczucia dla innych* oraz różnice między nim wśród studentów podzielonych na mniejsze grupy: medyczne lekarskie, medyczne nielekarskie i niemedyczne. Argumentem za takim postępowaniem są publikacje wskazujące na różnice w obowiązkach między lekarzami a pozostałym personelem medycznym nielekarskim oraz dane wskazujące na często bliższe relacje chorego - zespół pielęgniarstwa niż to ma miejsce np. w relacji chorego z lekarzem (Bańkowska – Polak, 2007; Głowacka, 2003; Best i in., 2020). Wyniki wykazały, że prawie połowa studentów kierunków medycznych nielekarskich oraz niemedycznych uzyskała wyższe wartości poziomu *współczucia dla innych* niż przyszli lekarze. Wysoki wskaźnik ogólnego *współczucia dla innych* charakteryzuje blisko 40% badanych studentów z kierunków nielekarskich i niemedycznych, co stanowi prawie dwa razy wyższe wyniki w stosunku do wskaźnika *współczucia* w grupie studentów z kierunków lekarskich (19,38%). Analiza różnic pozwoliła mi stwierdzić, że studenci kierunków medycznych lekarskich mają statystycznie istotnie mniejsze kompetencje okazywania *współczucia wobec innych* niż studenci kierunków medycznych nielekarskich i niemedycznych, którzy osiągają wyższe wskaźniki w tych umiejętnościach. W wymiarze życzliwości ponad połowa studentów kierunków medycznych nielekarskich i prawie 2/3 studentów kierunków niemedycznych uzyskała wynik wysoki i są to wyższe wyniki w stosunku do wartości uzyskanych przez studentów kierunków medycznych lekarskich. Obliczone różnice potwierdzają moje wcześniejsze ustalenia dotyczące ogólnej wartości *współczucia dla innych*, że to przyszłe pielęgniarki i położne oraz studenci niemedyczni (przyszli psychologowie, pedagodzy, pracownicy socjalni, nauczyciele) częściej niż przyszli lekarze okazują życzliwość i troskę drugiemu człowiekowi, jednocześnie częściej chcąc im pomóc i wesprzeć, aby zmniejszyć cierpienie. Grupa studentów kierunków medycznych nielekarskich i niemedycznych lepiej także niż przyszli lekarze rozumieją osoby doświadczające trudności i są bardziej wyrozumiali wobec cierpiących. Mniej oceniają i krytykują innych w stosunku do studentów kierunków lekarskich. Studenci niemedyczni i medyczni z kierunków nielekarskich są także mniej zobojętniali na cierpienie innych ludzi niż ma to miejsce w przypadku przyszłych lekarzy. Oznacza to także, że studenci obu pierwszych grup są bardziej zainteresowani przeżyciami i cierpieniem innych, częściej słuchają i okazują chęć rozmowy i kontaktu niż ma to miejsce wśród studentów kierunków lekarskich. W przypadku przyszłych lekarzy, co 3 student wykazuje mniejsze zainteresowanie drugim człowiekiem. Analiza rozkładu odpowiedzi na poszczególne pytania w Skali *Współczucia dla Innych* pozwala na stwierdzenie istotnych statystycznie różnic i wskazanie na istnienie wyższych kompetencji w zakresie *współczucia dla innych* wśród studentów kierunków niemedycznych w stosunku do studentów kierunków medycznych, co potwierdza wcześniejsze wyniki. Szczegółowa analiza pytań i odpowiedzi pozwala stwierdzić, że studenci kierunków niemedycznych bardziej są zainteresowani problemami innych ludzi i nie okazują wobec nich obojętności. Lubią towarzyszyć osobom doświadczającym trudności,

nie unikają tych, którzy cierpią i nie są obojętni wobec problemów innych. Posiadają także wyższe niż studenci kierunków medycznych umiejętności komunikacji i większą umiejętność rozmowy z osobą cierpiącą, którą potrafią i chcą pocieszać w doświadczanym smutku. W przypadku, gdy osoba nic nie mówi, są lepiej przygotowani do odczytywania komunikatów niewerbalnych w oparciu o zachowanie drugiej osoby.

W pracy poddano także analizom różnice w odpowiedziach na pytania w CS-R-PL z uwzględnieniem zmiennych demograficznych (płeć, dom rodzinny). Wyniki dotyczące różnic ze względu na płeć pozwalają zauważyć, że kobiety posiadają wyższe kompetencje *współczucia dla innych* niż mężczyźni, a studentki kierunków niemedycznych częściej są współczujące niż studentki kierunków medycznych. Znaczna ilość studentek niemedycznych wykazuje także większą chęć obecności przy cierpiących w stosunku do studentów i studentek kierunków medycznych. Częściej słuchają uważnie i starają się okazywać im troskę, posiadają wyższe kompetencje rozpoznawania uczuć. Wśród mężczyzn dominuje za to wyższa świadomość wspólnotowości doświadczeń i cierpienia jako zjawiska ogólnoludzkiego (studenci kierunków medycznych). Oszacowane różnice w poszczególnych odpowiedziach pozwalają zauważyć, iż studentki są też mniej obojętne na trudności doświadczane przez drugiego człowieka niż studenci. Posiadają też lepsze zdolności rozpoznawania emocji oraz świadomość wspólnotowości doświadczeń. Analizując natomiast zmienną miejsca zamieszkania (dom rodzinny) można zauważyć, że wraz ze wzrostem wielkości miejsca zamieszkania *współczucie dla innych* wśród studentów było wyższe, zwłaszcza w wymiarze wyważonego spojrzenia na trudności, o których opowiada cierpiąca osoba oraz w zakresie świadomości, iż cechą ludzką jest czasem słabsza kondycja i trudne dni. Pozostałe umiejętności jak np. słuchania drugiego człowieka, zdolność rozpoznawania stanów emocjonalnych czy zmniejszona obojętność, przyjmowały podobne wartości wśród badanych studentów, a różnica nie była istotna statystycznie.

Wyniki w schemacie korelacyjnym, w oparciu o korelacje r Pearsona pokazały, iż w grupie studentów kierunków medycznych wyższym wynikiem w zakresie *współczucia dla innych* i jego składowych (uwaga, życzliwość, wspólnoty doświadczeń i mniejszej obojętności) towarzyszył wyższy poziom inteligencji emocjonalnej (i jej czynników działaniowego i poznawczego) oraz cech osobowości w wymiarze ugodowości, ekstrawersji i otwartości. Natomiast w grupie studentów kierunków niemedycznych wyższym wynikiem w zakresie *współczucia dla innych* i jego składowych towarzyszył wyższy poziom inteligencji emocjonalnej (i jej czynników) oraz wzrost takich cech osobowości jak: ekstrawersja, otwartość, ugodowość i sumienność. Z danych uzyskanych w oparciu o regresję liniową okazało się, iż kierunek studiów jest istotnym statystycznie, negatywnym predyktorem *współczucia dla innych*. Oznacza on, że w grupie studentów kierunków medycznych

występuje niższy poziom *współczucia innym* w stosunku do poziomu *współczucia* wśród studentów kierunków niemedycznych, co niejako potwierdza wszystkie moje wcześniejsze analizy. W badaniu za pomocą regresji liniowej okazało się również, iż także inteligencja emocjonalna jest tą zmienną, która wyjaśnia i pozwala przewidywać wzrost poziomu *współczucia dla innych*. Wśród cech osobowości, które modyfikują *współczucie dla innych*, jest neurotyczność oraz ugodowość. Co ciekawe, mimo początkowego znaczenia płci we wcześniejszych analizach porównawczych, dalsze analizy regresji liniowej poprzez dodanie do modelu regresji cech osobowości i inteligencji emocjonalnej sprawiło, że płeć przestała być znaczącym predyktorem dla *współczucia dla innych*, a zatem stała się ona czynnikiem, który nie wyjaśniał poziomu *współczucia* wobec drugiego człowieka.

Implikacje dla praktyki edukacyjnej i pedagogicznej

Współczucie dla innych jest umiejętnością prospołeczną, szczególnie wymaganą w relacjach z osobami cierpiącymi i w kryzysie (por. np. Dobrowolska, 2010; Fopka-Kowalczyk, 2021; Fopka-Kowalczyk i in., 2022a; Gilbert, 2014; 2019; 2021; Gilbert i Choden, 2021; Pommier, 2010; Pommier i in., 2020). Kompetencja ta znaczenia nabiera zwłaszcza wśród osób przygotowujących się do profesjonalnego pomagania zarówno w obszarze zawodów medycznych, jak i niemedycznych (np. Baguley i in., 2020; Conversano i in., 2020; Davalos-Battallas i in., 2020; Kodeks Etyki Pielęgniarek i Położnych, 2023; AMA Code), ale też w kontekście oczekiwań podopiecznych/klientów. Przyjęcie założenia o możliwości podnoszenia umiejętności *współczucia wobec innych* otwiera przestrzeń do działania edukacyjnego i pedagogicznego w tym zakresie.

Prezentowana książka jest ***pierwszym szerokim ujęciem zagadnienia*** *współczucia dla innych* badającym jego poziom wśród polskich studentów medycznych i niemedycznych, a przedstawione wyniki mogą stać się podstawą do dalszej eksploracji naukowej i badawczej oraz do zachęcania do bycia *współczującym* przez różne grupy zawodowe i społeczne. Wychodząc naprzeciw potrzeby edukacji o *współczucia dla innych*, proponuję szeroko rozumianą ***edukację społeczną na temat*** *współczucia wobec innych* pozwalającą dowiedzieć się, czym jest, a czym nie jest *współczucie dla innych*, jakie są korzyści ze *współczucia* i jak można je okazywać nie tylko w relacji zawodowej, ale też w codziennym życiu. Organizacja w ramach spotkań, np. dzieci z osobami starszymi, zabaw pozwalających poznać zasady *współczucia* wydaje się pomysłem, pozwalającym na zbudowanie relacji między uczestnikami i poznanie potrzeb drugiej osoby w tym zakresie. Poszerzenie ich o zagadnienie *współczucia dla innych* pozwoliłoby także kształtować wiedzę i umiejętności młodych osób na temat wagi *współczującej troski* w relacjach ludzkich i w codziennym życiu. Zwracając uwagę na konieczność szerokiej edukacji społecznej na temat *współczucia dla innych* proponuję nazwać podejmowane działania edukacyjne i pedagogiczne, wprowadzając do polskiej nauki –

przykładem literatury anglojęzycznej, odnoszącej się do edukacji w szkołach, *termin pedagogiki współczucia*. „Pedagogika współczucia jest pragnieniem stworzenia empatycznych interakcji międzyludzkich poprzez uczenie się i nauczanie poprzez rozpoznawanie i szanowanie wszystkich form inności oraz pielęgnowanie całego posiadanego potencjału. To także zachęcenie [...] do mówienia o swoich potrzebach w celu podjęcia takiego działania i poszukania rozwiązania zadowalającego obie strony” (What is Compassion Pedagogy, dostęp: 24.03.2023). Znając korzyści w przyjmowania i okazywania współczucia, proponuję rozszerzenie *pedagogiki współczucia* także w innych obszarach praktyki zawodowej i w pracy z innymi grupami, także dorosłymi, w miejscach pracy i organizacjach, na gruncie treningów i szkoleń z inteligencji emocjonalnej czy treningów umiejętności interpersonalnych, w pracy nad konstruktywną komunikacją czy w przygotowaniu do praktyk zawodowych. Kampania społeczna na temat korzyści z okazywania współczucia oraz kształtowanie świadomości od przedszkola na każdym poziomie edukacyjnym, ale też w różnych, nie tylko pomocowych, instytucjach, zaowocowałoby moim zdaniem zmniejszeniem lęku przed okazywaniem współczucia innym, zmniejszeniem nieprawidłowych przekonań i stereotypów na ten temat oraz lepszym zrozumieniem zjawiska. Jestem przekonana, że wdrażanie do codziennego życia *pedagogiki współczucia*, wychowywania we współczuciu dla drugiego słabego (Wojciechowski i in., 2010), jest podstawą do uwrażliwiania każdego na różnice międzyludzkie oraz wzmocnienie szacunku wobec drugiego człowieka, bez obojętności wobec tego, co akurat przeżywa. Andrzej Wojciechowski w ramach pedagogiki relacji z osobami z niepełnosprawnościami wskazywał na znaczenie życzliwego, troskliwego i nieobojętnego kontaktu z drugą osobą (Wojciechowski i in., 2010). Edukacja społeczna oraz wdrażanie *pedagogiki współczucia* może być poszerzeniem tej myśli oraz jej kontynuowaniem poprzez ofertę szkoleń, zajęć czy warsztatów o *współczuciu dla innych*.

W swojej książce wykorzystuję także *zaadaptowaną przeze mnie i wsp.* (Fopka-Kowalczyk i in., 2022a) *Skalę Współczucia dla Innych (CS-R-PL)* (Pommier i in., 2020). Jak wspomniałam wcześniej, na czas pisania książki nie było na gruncie polskim skal do badania *współczucia dla innych*. Zrealizowany projekt adaptacji jest więc osiągnięciem naukowym, zwłaszcza, że efektem walidacji jest podręcznik Skali, który pozwala na jej wykorzystanie przez innych naukowców zainteresowanych tematem.

W oparciu o uzyskane wyniki przedstawiłam w monografii propozycję *wprowadzenia w praktykę edukacyjną zajęć dla studentów kierunków pomocowych o współczuciu dla innych*. Jest to szczególnie ważne, zwłaszcza w kontekście otrzymanych przeze mnie wyników, prezentujących mniejsze kompetencje wśród studentów kierunków medycznych i umiarkowanych wyników wśród pozostałych grup. Jest to także kontynuacja pomysłu dotyczącego wdrażania koncepcji *pedagogiki współczucia*.

Proponując program szkolenia kierowałam się sugestiami z literatury przedmiotu, że dobrym rozwiązaniem jest stworzenie curriculum, opartego z jednej strony na bogatej literaturze światowej, ale przede wszystkim w oparciu o przeprowadzone badania na gruncie polskim, co umożliwia przygotowanie zajęć adekwatnie do zdiagnozowanych braków czy potrzeb i dostosowanie go do grupy uczestników (Komorowska, 1999; Petty, 2010; 2013; Kordziński, 2022). Głównym celem zaproponowanych treści kształcenia jest zestaw działań pedagogicznych i edukacyjnych zmierzających do zmiany percepcji i rozumienia zjawiska *współczucia dla innych* wśród studentów oraz podniesienia ich motywacji i umiejętności przyjmowania postawy współczującej wobec osób cierpiących czy będących w trudnej dla nich sytuacji.

W niniejszej propozycji wykorzystałam ***model kształcenia oparty na doświadczeniu Davida Kolba*** (Ciurej, 2022; Kolb, 1984; Pashler i in., 2008), opierający się na założeniu, że proces uczenia się to cykl, składający się z 4 zasadniczych etapów: 1) doświadczenia (zaangażowania), 2) refleksji, 3) teorii i 4) praktyki. W modelu tym przyjmuje się, że takie ujęcie treści kształcenia daje możliwość wykorzystania wszystkich zasobów i możliwości mózgu, co – zdaniem Kolba – pozwala na uzyskanie najlepszych efektów wprowadzanego programu. ***Adresatami proponowanych zajęć są studenci kierunków medycznych i niemedycznych.*** Ze względu na to, że kształcenie kompetencji społecznych i umiejętności interpersonalnych, w tym postawy *współczucia dla innych*, wydaje się dłuższym procesem, dlatego sugeruję cykl zajęć na ten temat. Pozwoli on ugruntować zdobytą wiedzę oraz poznane umiejętności i przećwiczyć je, zanim zostaną wprowadzone w praktykę.

Proponowane przeze mnie treści kształcenia są następujące:

1. *Praca ze stereotypami na temat współczucia dla innych.* Wywiady ze studentami oraz przeprowadzone przeze mnie badania wykazały, iż w polskim społeczeństwie istnieje szereg stereotypów i nieadekwatnych sposobów rozumienia współczucia (Fopka-Kowalczyk, 2024a). Jest to zgodne z poglądami Gilberta, wskazującego, że pojęcie *współczucia dla innych* jest różnorodnie rozumiane i czasem może wpływać na niechęć do jego okazywania. W związku z tym, jako pierwsze zagadnienia szkolenia proponuję dyskusję na temat stereotypów ten temat współczucia funkcjonujące w społeczeństwie polskim, oraz refleksję nad własnym spostrzeganiem *współczucia dla innych*, a następnie konfrontację tych przekonań i stereotypów z dotychczasową wiedzą.
2. *Analiza cech charakterystycznych dla osoby współczującej oraz cech typowych dla osoby oczekującej współczucia.* Moje badania wśród studentów obu kierunków wykazały, że z powodu nagromadzonych negatywnych przekonań niektórzy studenci (zwłaszcza kierunków medycznych) uważają, że osoba współczująca to osoba słaba, niekompetentna i

nieprofesjonalna (Fopka-Kowalczyk, 2024b). Celem miałyby być wskazanie na nieprawidłowe przekonania na temat współczucia i wskazania na stan badań na ten temat, także w odniesieniu do korzyści dla osoby współczującej.

3. *Definiowanie współczucia dla innych.* W przeprowadzonym przeze mnie badaniu studenci wykazywali zróżnicowany poziom w poszczególnych wymiarach *współczucia dla innych*. Stąd, kolejnym punktem kształcenia, byłoby przybliżenie zjawiska *współczucia dla innych* od strony teoretycznej, przedstawienie definicji oraz wymiarów współczucia. Oprócz analizy dotychczasowych badań na ten temat oraz zaprezentowania różnych poglądów na temat *współczucia dla innych*, warto przeprowadzić dyskusję na temat tego, czym dla uczestników jest życzliwość oraz obojętność i czym się ona wyraża w relacji z drugim człowiekiem.
4. *Techniki okazywania współczucia wobec innych.* Odpowiedzi studentów obu badanych grup na poszczególne pytania w Skali Współczucia dla Innych pokazały, że zwłaszcza studenci kierunków medycznych mają wyniki wskazujące na niższą umiejętność rozpoznawania cierpienia innych ludzi. Dlatego kolejnym tematem jest nauka sposobów okazywania współczucia innym ludziom w codziennym życiu i w profesjonalnej relacji pomocowej, a także zwiększenie umiejętności rozpoznawania cierpienia i potrzeby otrzymania współczucia. Ważna jest zatem prezentacja i ćwiczenie informacji na temat komunikacji interpersonalnej, w tym zwłaszcza: form aktywnego/empatycznego słuchania, kwestii dotyku i milczenia w relacji osoba cierpiąca – pomagacz. Studenci poznaliby konkretne techniki współczującej troski i pracy z człowiekiem cierpiącym i przećwiczyliby je w bezpiecznych warunkach w trakcie zajęć. Do realizacji treści można wykorzystać np. psychodramy, w których uczestnicy mogliby przećwiczyć poznane umiejętności czy wykorzystanie zdjęć do oceny i rozpoznawania cierpienia i okazywania współczucia.
5. *Obojętność we współczuciu innym.* Wyniki uzyskane w badaniu wykazały, że spory odsetek studentów przyjmuje obojętną postawę wobec cierpienia drugiego człowieka. Rozmowa i analiza dostępnych badań na temat wpływu obojętności wobec drugiego człowieka na jego funkcjonowanie mogłaby przybliżyć uczestnikom charakter tego wymiaru współczucia oraz jego znaczenie w relacji z drugą osobą. Sposobem na zmniejszenie obojętności na sytuację drugiej osoby byłoby na przykład zaproponowane psychodramy/scenki, w których studenci odgrywaliby rolę osoby pomagającej profesjonalnie. Takie ćwiczenia dałyby możliwość przyszłym adeptom pomagania rozmowy o swoich uczuciach w związku z odgrywaną rolą pomagacza (np. lękach przed reakcją, okazaniem współczucia, barierach) oraz o możliwych sposobach zadbania o samego siebie. Ciekawym i wartościowym sposobem ćwiczenia omawianych umiejętności jest dzielenie się własnym doświadczeniem. Wymiana pomysłów

okazywania troski i współczucia, które „zadziałały” w doświadczeniu studentów, pozwolą na rozszerzenie wachlarza możliwości okazywania życzliwości i współczującej troski i uświadomienie, że są to czasem proste czynności codziennego życia oraz, że do okazywania współczucia nie potrzeba wielkich słów czy czynów. Pokazanie studentom, że czasem wystarczą najdrobniejsze gesty, pozwoli na wzrost przeświadczenia, że każdy ma taką umiejętność jak przytulenie, obecność, dotyk, z których nie korzysta w wyniku stereotypów czy lęku.

6. *Czynniki wzmacniające i utrudniające przyjmowanie postawy współczującej wobec innych.* W trakcie zajęć o współczuciu ważna jest dyskusja z uczestnikami oraz analiza czynników wspomagających motywację do okazywania współczucia oraz charakterystyka barier w byciu współczującym. Podstawą dla takich treści są wyniki moich badań, na podstawie których wiadomo, że przy kształtowaniu współczującej troski wobec drugiego człowieka, znaczenia nabierają cechy osobowości i inteligencja emocjonalna jako te, które mogą się przyczynić do podniesienia poziomu współczucia. Zaproponowanie słuchaczom możliwości wskazania różnic w okazywaniu *współczucia innym* w oparciu o przygotowane fragmenty książek oraz dyskusja na temat własnych doświadczeń z tym związanych pozwoli rozpoznać zasoby, cechy osobowości i potencjał emocjonalny, które mogą się przyczynić do postaw współczujących. Także analiza barier w okazywaniu współczucia może stać się podstawą do dyskusji o lękach czy kosztach emocjonalnych związanych z zaangażowaniem w cierpienie drugiego. Cenny będzie także wykład na temat wspomnianych czynników, skonfrontowanie doświadczeń uczestników z doniesieniami z literatury przedmiotu. Wyróżnione aktywności pokażą także przestrzenie, które warto rozwijać/przepracować w celu ukształtowania postawy współczucia oraz obszary, nad którymi warto popracować.
7. *Znaczenie czynników demograficznych dla współczucia dla innych.* W badaniach porównawczych ustalono różnice w okazywaniu współczucia między mężczyznami i kobietami. Rozmowa na temat sposobów okazywania współczucia z uwzględnieniem płci oraz dyskusja o częstych różnicach w okazywaniu troski wśród mężczyzn i kobiet zwiększyłyby wiedzę na temat różnic w okazywaniu uczuć. Wskazanie na czynniki przedstawione wcześniej w literaturze przedmiotu dałoby szansę wyjaśnić, co sprawia, że czasem postawa współczująca jest trudna do przyjęcia czy zaoferowania jej komuś cierpiącemu. Oraz z czego wynika różny sposób okazywania współczucia innym wśród mężczyzn i kobiet.
8. *Samowspółczucie jako czynnik wspomagający współczucie dla innych.* Analiza dotychczasowych badań wykazała, że wyższy poziom samowspółczucia towarzyszy wyższym zdolnościom okazywania współczucia innym (Neff, 2003a; 2003b). Być może

warto pokazać studentom, że samotroska i samowspółczucie są istotnym elementem w ich przyszłej pracy zawodowej. Celem takich zajęć byłoby także uświadomienie im i nauczanie ich zadbania o własne potrzeby i o samego siebie jako specjalisty. Zaproponowanie ćwiczeń troszczenia się o siebie i okazywania samemu sobie współczucia pomoże także zrozumieć zasadność korzystania z grup Balinta lub superwizji.

Metodami i formami pracy, które można wykorzystać w zrealizowaniu celów i treści kształcenia, są między innymi: dyskusja, praca własna studenta na podstawie własnych doświadczeń, analiza historii osoby cierpiącej, metody wyobrażeniowe (z pomocą takich form jak wizualizacja, dramy), mini-wykład, praca indywidualna i praca w grupie. **Głównymi efektami powyższych propozycji** byłoby zwiększenie świadomości i wiedzy na temat *współczucia dla innych*, jego składowych oraz podniesienie świadomości o korzyściach współczucia dla okazujących współczucie i przyjmujących je. Za korzyść szkolenia traktuję również wzrost autorefleksji uczestników zajęć w zakresie własnych przekonań i postaw na zagadnienie współczucia dla innych w swojej pracy. Cenną jest także możliwość lepszego poznania samego siebie, swoich emocji i lęków w relacji z człowiekiem cierpiącym. Efektem zamierzonym jest także poznanie praktycznych metod okazywania współczucia w zależności od rozpoznanych wcześniej potrzeb osób cierpiących. Zdecydowaną korzyścią kształcenia byłaby wiedza i umiejętność jej wykorzystania we własnym rozwoju zawodowym, zdolność rozpoznawania własnych barier w okazywaniu współczucia i czynników motywujących do takich zachowań. Ostatecznie, przeprowadzone zajęcia zmienią nie tylko perspektywę i postawy adeptów pomagania do zagadnienia *współczucia dla innych*, ale też, dzięki zmianie percepcji *współczucia dla innych*, zmieni się także sposób myślenia w tym obszarze w Polsce. Być może wtedy zrealizują się cele krytycznego modelu nauczania, w którym zdobycie nowej wiedzy umożliwia zmianę rzeczywistości (Komorowska, 1999).

4.2. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych

Obszary moich zainteresowań badawczych są poświęcone zagadnieniom związanym z psychoonkologią i opieką paliatywną, edukacją i pedagogiką leczniczą (terapeutyczną) oraz tanatopedagogiką. Mieszczą się również w dziedzinie nauk o zdrowiu i psychologii klinicznej, wiążąc się z szeroko rozumianym wsparciem osób znajdujących się w sytuacjach kryzysowych, granicznych czy definiowanych przez nich jako trudne (Sęk i Cieślak, 2005, s. 21). W swojej praktyce zawodowej i aktywności naukowo-badawczej łączę wiedzę z zakresu wyróżnionych dyscyplin, korzystając ze swojego wykształcenia oraz doświadczenia. W obszarach tych mogę wyodrębnić tematy szczegółowe, które od początku rozwoju zawodowego i naukowego mnie interesowały i inspirowały do poszukiwań i badań. Analizując swoje badania i pragnąc przedstawić drogę rozwoju naukowego, mogę wyodrębnić następujące obszary, ważne z perspektywy naukowej, jak i praktycznej:

1. *Funkcjonowanie i wsparcie osób chorych przewlekle, starszych i z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów formalnych w sytuacji diagnozy, chorowania, cierpienia i śmierci. Edukacja terapeutyczna.*
2. *Wsparcie, podnoszenie kompetencji merytorycznych i umiejętności interpersonalnych osób pomagających profesjonalnie lub przygotowujących się do tych zawodów w relacji z osobą cierpiącą, wymagającą wsparcia czy znajdującą się w kryzysie. Umiejętności interpersonalne, współczucie dla innych i troska duchowa.*

Przy wyodrębnianiu wymienionych obszarów znaczenie miało nie tylko moje wykształcenie, ale także długoletnia praktyka w pracy psychologa i pedagoga w obszarze opieki paliatywnej, psychoonkologii, w domu pomocy społecznej czy z osobami w sytuacjach dla nich trudnych (np. na oddziale toksykologii i kardiologii), prowadzenie szeregu szkoleń dla różnych grup zawodowych w zakresie podnoszenia ich kompetencji interpersonalnych i zawodowych oraz praca dydaktyczna ze studentami studiów medycznych i niemedycznych. Wszystkie pełnione przeze mnie funkcje przyczyniły się nie tylko do zdobywania doświadczeń, ale też zapoczątkowały moje badania i dociekania naukowe, doprowadzając mnie do głównego osiągnięcia naukowego, opisanego powyżej.

Przedstawiając poniżej swoje pozostałe osiągnięcia naukowe, odnoszę się do 46 wybranych przeze mnie tekstów naukowych spośród 71 publikacji, które w moim przekonaniu łączą się z opisanym wcześniej głównym osiągnięciem naukowym.

Funkcjonowanie i wsparcie osób chorych przewlekle, starszych i z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów nieformalnych w sytuacji diagnozy, chorowania, cierpienia i śmierci. Edukacja terapeutyczna.

Praca psychologa i pedagoga, w hospicjum stacjonarnym i domowym, z osobami chorymi przewlekle, w tym zwłaszcza z osobami chorymi w zaawansowanej chorobie nowotworowej, oraz z ich rodzinami, nieustannie uświadamiała mi konieczność rozwijania edukacji na temat choroby nowotworowej. Celem tej aktywności była zmiana sposobu myślenia o hospicjum i chorobie przewlekłej zagrażającej życiu jako sytuacji związanej z nieuśmierzoną cierpieniem i bólem, ale też zwiększenie świadomości samych chorych i ich rodzin na temat choroby, wpływu choroby na rodzinę oraz metod radzenia sobie w tej sytuacji. Rozumiejąc wsparcie społeczne za Heleną Sęk (Sęk i Cieślak, 2005) bardzo szeroko, jako możliwość oddziaływania za pomocą informacji, modelowania

zachowań, wsparcia emocjonalnego, duchowego i materialnego, chciałam poszerzać wiedzę nie tylko w pracy z chorymi i ich rodzinami, ale też w publikacjach naukowych oraz na szkoleniach. Kontynuując zamysł szerokiej edukacji społecznej prowadzonej przez różne fundacje w Polsce, przyjął zaproszenie Fundacji Hospicyjnej w Gdańsku do napisania rozdziału: M. Kowalczyk¹, „*Choroba jako cierpienie wszechogarniające*”, opublikowanym w książce „*Pozamedyczne aspekty opieki paliatywnej*” pod redakcją J. Binnebesela, A. Janowicz, P. Krakowiaka i A. Paczkowskiej w 2010, Gdańsk: Wyd. Fundacja Hospicyjna, ss. 38-46 (zał. do autoref. 6). W tekście tym, w oparciu o model bólu totalnego („*total pain*”) Cicely Saunders (1964; 1973), wskazującego na cierpienie chorego w sferze somatycznej, ale też emocjonalnej, społecznej i duchowej, omawiam każdy z wymiarów cierpienia, przedstawiając funkcjonowanie chorych przewlekle w każdej z płaszczyzn oraz możliwości wsparcia chorego w każdej z nich. Podobne analizy przedstawiam w artykule: M. Fopka-Kowalczyk (2016c), „*Doświadczenie choroby, cierpienia i straty: kontekst psychopedagogiczny*”, *Edukacja Humanistyczna*, 2, 89-99 (zał. do autoref. 7).

Doświadczenia uzyskane w pracy z osobami umierającymi i ich bliskimi oraz świadomość wagi edukacji z tym obszarze przyczyniły się również do zaplanowania i przygotowania przeze mnie i drugiego psychologa hospicjum, we współpracy ze Stowarzyszeniem Hospicjum Światło w Toruniu, książki na temat aspektów opieki paliatywnej oraz możliwości wspierania osób chorych i ich bliskich w kontekście trudności fizycznych, emocjonalnych czy duchowych: M. Fopka-Kowalczyk & T. Łącka (2013) (red.). *Edukacja terapeutyczna w hospicjum*. Inowrocław: KUNKE Poligrafia (zał. do autoref. 8). W książce tej napisałam, wspólnie z Bożeną Winch, tekst pt. „*Wartość dotyku*”, zwracając uwagę na tę umiejętność okazywaną choremu jako wyrazu akceptacji i bliskości, istotnego w relacji z osobą cierpiącą (zał. do autoref. 9). Źródła w literaturze polskiej na czas pisania rozdziału w niewielkim zakresie podnosiły to zagadnienie na gruncie pedagogiki, psychologii czy umiejętności interpersonalnych. Istotę edukacji terapeutycznej w chorobie przewlekłej przedstawiałam także w dniu 14.05.2011 roku na XXIII Ogólnopolskiej Konferencji Medycyny Paliatywnej, XXI Ogólnopolskim Forum Onkologii i Psychoonkologii w Toruniu (tytuł wystąpienia: *Edukacja terapeutyczna jako forma wsparcia w chorobie nowotworowej*) (zał. do autoref. 10). W wykładzie tym omówiłam postaci wsparcia dla chorych przewlekle i ich opiekunów na przykładzie **Akademii Walki z Rakiem (AWzR), której jestem współtwórcą** (zał. do autoref. 11). Przyczyną utworzenia Akademii w 2005 roku były doświadczenia chorych opowiadających o swoich trudnościach w uzyskaniu szerokiego wsparcia od różnych specjalistów, zgodnego z ich potrzebami przez cały okres chorowania. W oparciu o tę wiedzę, będąc w zespole pracowników Hospicjum Światło i Fundacji Światło, w 2005 roku **uczestniczyłam i współzakładałam Akademię Walki z Rakiem w Toruniu**

¹ Moje wcześniejsze publikacje są pod nazwiskiem: Małgorzata Kowalczyk, od 2013 roku – Fopka-Kowalczyk.

(AWzR). AWzR stanowi do dzisiaj miejsce, gdzie chorzy i ich rodziny mogą uzyskać pomoc i wsparcie na każdym etapie choroby, poprzez kontakt z różnymi specjalistami (psychoonkologami, lekarzami, kosmetologiem, pracownikiem socjalnym, dietetykiem i in.), uczestnicząc w spotkaniach grupowych dla chorych i ich rodzin oraz w spotkaniach indywidualnych. Posiadane doświadczenie oraz wiedza pozwoliły mi (we współpracy drugim psychologiem hospicjum) na **skonstruowanie pierwszego programu wsparcia dla chorych i ich bliskich w AWzR**, realizowanego w trakcie spotkań z chorymi i ich rodzinami. Akademia od początku swojego istnienia cieszyła się dużym zainteresowaniem innych specjalistów w Polsce, dlatego, wraz z drugim psychologiem hospicjum, przeprowadziłyśmy warsztaty dla psychologów, chętnych do otworzenia takiego miejsca w swoich miastach. Przyczyniło się to do rozszerzenia oferty AWzR i utworzenia Ogólnopolskiej Sieci Akademii Walki z Rakiem z 10 filiami. Doświadczenie to przyczyniło się do przygotowania i opublikowania kolejnej książki edukacyjnej z zakresu psychoonkologii i chorób onkologicznych, w oparciu o działalność AWzR: M. Kowalczyk & M. Rębiałkowska – Stankiewicz (2012) (red.), *Akademia Walki z Rakiem – wsparcie społeczne*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek. W książce tej opisałam m.in. cel i zasady Akademii: M. Kowalczyk, *Ogólnopolska Sieć Akademii Walki z Rakiem – powstanie, cele, działanie* (s. 11-23), wskazując na wagę wsparcia osób w chorobie nowotworowej i ich bliskich (zał. do autoref. 12).

Opieka nad bliskim, który leczy się w wyniku zdiagnozowanej choroby przewlekłej z wysokim ryzykiem śmierci, to trudne doświadczenie dla rodzin osób chorych, często okupione lękiem, stresem czy zmęczeniem i dolegliwościami somatycznymi. W literaturze przedmiotu funkcjonuje termin „*pacjenci drugiego rzutu*” (de Walden-Gałuszek, 2000; Łuczak, 2003) na określenie osób, które przez długi czas zajmują się chorymi przewlekłe doświadczając różnorodnych trudności emocjonalnych czy somatycznych. Moja codzienna praca i wspieranie członków rodziny osoby chorej w hospicjum stacjonarnym i domowym, prowadzenie grup wsparcia dla osób w żałobie po śmierci chorych, praca na oddziale hematologii i oddziale dla pacjentów w śpiączce oraz praca w AWzR, przyczyniły się do lepszego poznania ich doświadczeń, potrzeb i oczekiwań wobec osób profesjonalnie pomagających. Coraz częściej szukałam odpowiedzi na pytanie, jak adekwatnie wspierać te osoby, aby ich ból i cierpienie wywołane chorobą, niepełnosprawnością czy stratą były mniejsze, a własne przeżycia i cała sytuacja bardziej dla nich zrozumiała. Stało się to podstawą moich dociekań badawczych, a także działalności naukowej i praktycznej. Efektem poszukiwań były dwa teksty na temat funkcjonowania opiekunów nieformalnych: 1) M. Fopka-Kowalczyk (2016d). *Wypalanie się i koszty emocjonalne rodzin w trakcie opieki nad chorym u kresu życia*. w: T. Biernat, K. Kuziak, & J.A. Malinowski (red.), *Rodzina w pracy socjalnej: pomoc w sytuacjach trudnych i kryzysowych*. Toruń: Wyd. Edukacyjne AKAPIT, s. 203-212 (zał. do autoref. 13), oraz 2) M.

Kowalczyk (2012). *Miłość i gniew. Koszty emocjonalne rodzin w kontekście opieki nad bliskim chorym*. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 1, ss.14-18 (zał. do autoref. 14). Moim celem było opisanie uczuć, często niechcianych i nieokazywanych przez opiekunów, wciąż jeszcze potęgowanych przez brak zgody społecznej i własnej opiekunów na doświadczanie takich reakcji w opiece nad chorymi. W literaturze z obszaru psychoonkologii i opieki paliatywnej częściej badane były zagadnienia funkcjonowania chorych przewlekle, a temat opiekunów rzadziej analizowany, choć obecnie się to zmienia np. za przyczyną Fundacji Hospicyjnej i projektu wspierania opiekunów (Janowicz, 2019a; 2019b). Dlatego też podjęłam się zbadania tego zagadnienia w trakcie **Europejskich Poddyplomowych Studiów Opieki Paliatywnej (European of Palliative Care Academy – EUPCA)** (<https://www.eupca.eu/alumni-2015-2017/malgorzata-fopka-kowalczyk/>), uzyskując na te studia pełne stypendium naukowe z Fundacji Roberta Boscha (nr 11.2.1000.0216.2). W czasie dwuletnich studiów (2015-2017), miałam możliwość wymiany doświadczeń na tematy związane z opieką hospicyjną z uczestnikami studiów z różnych europejskich krajów. Studia umożliwiły mi także **odbycie stażu w hospicjum Saint Nektarios Palliative Care Centre w Bukareszcie w Rumunii** (VII.2016), gdzie miałam możliwość rozmowy z pracownikami, osobami chorymi oraz ich rodzinami o ich trudnościach i potrzebach (zał. do autoref. 15). W ramach tych studiów przeprowadziłam badania analizując potrzeby polskich opiekunów osób chorych oraz zaprojektowałam program wsparcia tychże osób, co przedstawiłam z publikacji: M. Fopka-Kowalczyk & M. Krajnik (2019). *Expectations and self-care of family members in palliative care: the analysis of needs and workshop plan*. Przegląd Badań Edukacyjnych, 29, 91-110, doi:10.12775/PBE.2019.018 (zał. do autoref. 16). Będąc **członkiem Zakładu Pedagogiki Specjalnej Komitetu Nauk Pedagogicznych Polskiej Akademii Nauk na kadencje 2015-2019** (zał. do autoref. 17), program ten i wyniki swoich badań, na zaproszenie Przewodniczącej ZPS KNP PAN, Profesor Marzenny Zaorskiej, przedstawiłam również na zjeździe ZPS KNP PAN w dniu 6.11.2017 roku p.t.: *Samotroska opiekunów nieformalnych osób chorych przewlekle i niepełnosprawnych*, co poskutkowało owocną dyskusją na temat oferty wsparcia opiekunów osób chorych i niepełnosprawnych w Polsce (zał. do autoref. 18). Temat potrzeb rodzin osób chorych prezentowałam także na *Ogólnopolskiej Konferencji Opieki Paliatywnej w Polsce* organizowanej w Warszawie 6.04.2024 roku: *Koszty emocjonalne rodzin w opiece paliatywnej* (zał. do autoref. 19), gdzie oprócz zagadnienia nieaprobowanych u siebie uczuć przez opiekunów w opiece nad bliskim chorym, przedstawiłam także potrzeby rodzin, możliwości oddziaływań wspierających i kwestie okazywania współczucia w profesjonalnym wsparciu.

Moja aktywność naukowa i zawodowa dotycząca wsparcia rodzin osób chorych przewlekle łączyła się z działalnością popularyzatorską i współpracą społeczną, obejmującą kształcenie różnych

grup zawodowych na temat funkcjonowania osób chorych i ich bliskich, sposobu ich wspierania oraz niezbędnych umiejętności interpersonalnych. Wśród wielu wystąpień i warsztatów znalazły się zajęcia na specjalizacjach dla pielęgniarek, warsztaty dla kandydatów dla wolontariuszy hospicjum, zajęcia dla uczniów szkół średnich i policealnych czy warsztaty dla rodzin osób chorych (zał. do autorefer. 20). Mogę także wspomnieć o publikacjach popularnonaukowych na temat doświadczeń osób chorych oraz trudności ich rodzin, zarówno osób dorosłych, jak i dzieci (zał. do autorefer. 21).

W systemie rodzinnym w sytuacji choroby, cierpienia, śmierci i żałoby funkcjonują także dzieci, potrzebujące zauważenia i wsparcia, odpowiednich kompetencji miękkich (Kübler-Ross, 2007; Paczkowska, 2020) i często reagujące na chorobę i śmierć inaczej niż dorośli. Temat ten stał się dla mnie szczególnie ważny ze względu na częsty kontakt z rodzicami, przestraszonymi sytuacją choroby i wskazującymi na trudności w komunikacji z dziećmi na temat choroby czy zbliżającej się śmierci. Umiejętność właściwej pomocy dziecku i całej rodzinie w zmniejszaniu lęku wywołanego chorobą i pomoc w czasie żałoby jest zagadnieniem, które nieustannie wymaga edukacji społecznej i oddziaływania. Świadoma wielu stereotypów czy niewłaściwych pomysłów na wsparcie dzieci, postanowiłam zgłębić ten temat od strony umiejętności osób dorosłych i poszukać sposobu zachęcenia opiekunów dzieci i profesjonalistów do zrozumienia potrzeb dzieci i młodzieży w trakcie chorowania kogoś w ich otoczeniu. Analiza literatury w tym zakresie oraz doświadczenie zawodowe przyczyniło się do napisania artykułu: M. Kowalczyk (2011). *Wsparcie dziecka w sytuacji choroby i śmierci osoby znaczącej*. Wychowanie na co dzień, 1-2, ss. 19-24, gdzie zaproponowałam możliwości wsparcia dzieci w trudnym dla rodziny czasie, sposobów komunikowania dzieciom o śmierci oraz ich wspierania w okresie żałoby (zał. do autorefer. 22). W literaturze polskiej można znaleźć publikacje stanowiące badawcze i naukowe analizy na temat funkcjonowania dzieci w okresie choroby lub żałoby dzieci (np. Binnebesel, 2000; Paczkowska, 2020). Można także znaleźć terapeutyczne bajki, których celem jest łagodzenie lęku dzieci w różnych sytuacjach życiowych (Krzemińska, 2014; Zawisza-Wilk, 2021). Mając na uwadze wspomniane publikacje, podjęłam decyzję zrealizowania projektu, w którym połączyłam analizy naukowe, doświadczenie zawodowe z metodycznymi wskazówkami pomocy dzieciom dla rodziców i osób pomagających profesjonalnie w kontakcie z dzieckiem. Efektem jest napisana przeze mnie książka: M. Fopka-Kowalczyk (2017). *Jak rozmawiać z dziećmi o chorobie, cierpieniu i śmierci: opowiadania i bajki*. Warszawa: Wydawnictwo DIFIN (zał. do autorefer. 23). Książka ta łączy w sobie wszystkie założone przeze mnie elementy, z jednej strony charakterystykę przeżyć dzieci, z drugiej opowiadania i bajki opatrzone komentarzem. Pragnę nadmienić, że nie dysponując środkami na wydanie tej książki, wydawnictwo DIFIN, po zapoznaniu się z treścią książki, zaprosiło mnie do jej wydania, w całości pokrywając koszty (zał. do autorefer. 24). Oprócz aktywności naukowej, przedstawiałam zagadnienie w ramach szkoleń i warsztatów dla

różnych grup zawodowych, np. dla nauczycieli i rodziców dzieci przedszkolnych (zał. do autoref. 25) czy dla nauczycieli szkół podstawowych (zał. do autoref. 26). Celem tych aktywności było poszerzenie wiedzy odbiorców, ale także wyposażanie ich w kompetencje pomagające im we wspieraniu dzieci i młodzieży. Prezentowałam ten temat także na kilku konferencjach: na Ogólnopolskiej Konferencji Szkoleniowej p.t. „Zapomniani żałobnicy – o żałobie wśród dzieci i młodzieży” w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Sopocie w ramach XI Kampanii Hospicjum to też Życie, zapoczątkowującej projekt Tumbo Pomaga (21-22.XI.2014): *Społeczno-socjalne i duchowe elementy wsparcia dziecka w żałobie* (zał. do autoref. 26); na Ogólnopolskiej Konferencji online dla nauczycieli organizowanej przez Warszawskie Centrum Innowacji Edukacyjno-Społecznych i Szkoleń – wykład 21.12.2021: *Jak dzieci w różnym wieku rozumieją i przeżywają śmierć?* (zał. do autoref. 27). W latach 1.01.2019 – 30.06.2020, na zaproszenie dr hab. Ditty Baczały, prof. UMK, byłam także **członkiem projektu Toruńska Szkoła Ćwiczeń dla województwa kujawsko-pomorskiego** w Instytucie Nauk Pedagogicznych UMK, zrealizowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Edukacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (projekt nr POWR.02.10.00-00-5007/18). Celem projektu było przygotowanie nauczycieli i podniesienie ich kompetencji zawodowych. W ramach projektu przeprowadziłam m.in. zajęcia na temat możliwości wspierania ucznia w trudnych dla niego sytuacjach oraz niezbędnych umiejętności nauczyciela (zał. do autoref. 28). Obecnie **jestem koordynatorem projektu Tumbo Pomaga 2**, rozpoczętego w styczniu 2024 roku w Instytucie Nauk Pedagogicznych UMK, przy współpracy z Fundacją Hospicyjną w Gdańsku. Celem projektu jest podnoszenie kompetencji nauczycieli i pedagogów w zakresie wiedzy o żałobie uczniów oraz ich umiejętności wspierania uczniów doświadczających żałoby (zał. do autoref. 29). Jako koordynator projektu dbam o przygotowanie i etapy realizacji poszczególnych celów programowych. W ramach projektu przygotowywałam także webinar na temat wspierania dzieci i nastolatków w żałobie przeznaczony dla rodziców (<https://tumbo.umk.pl/pages/rodzice/>), 4.11.24 roku prowadziłam szkolenie dla nauczycieli i pedagogów odnośnie wsparcia uczniów w szkole. W ramach pracy całego zespołu koordynuję pisanie artykułu o projekcie, a także dbam o skonstruowanie i wystandaryzowanie narzędzia do badania wiedzy i umiejętności nauczycieli i studentów kierunków nauczycielskich w obszarze wsparcia uczniów w żałobie (zał. do autoref. 30).

Wsparcie, podnoszenie kompetencji merytorycznych i umiejętności interpersonalnych osób pomagających profesjonalnie lub przygotowujących się do tych zawodów w relacji z osobą cierpiącą, wymagającą wsparcia czy znajdującą się w kryzysie. Umiejętności interpersonalne, współczucie dla innych i troska duchowa

Zagadnieniem łączącym się z poprzednim obszarem moich zainteresowań jest temat wspierania osób profesjonalnie zajmujących się pomaganiem i adeptów pomagania oraz temat podnoszenia ich kompetencji zawodowych i umiejętności interpersonalnych. Nie sposób zajmować się osobami chorymi, cierpiącymi czy będącymi w trudnej dla siebie sytuacji, bez zwracania uwagi i dyskusji na temat osób profesjonalnie zajmujących się tymi osobami i ich przygotowania do tego zadania. W tym obszarze moja aktywność ewaluowała i obejmuje trzy kierunki mojej pracy naukowej i badawczej: 1) umiejętności interpersonalne osób pomagających profesjonalnie; 2) troska duchowa w relacji z człowiekiem cierpiącym jako umiejętność pracy osób pomagających profesjonalnie; 3) *współczucie dla innych* wśród osób pomagających profesjonalnie. Wszystkie te obszary pokazują drogę mojego rozwoju i kierunek zainteresowań, które z każdym rokiem coraz bardziej się klarowały, prowadząc mnie do kategorii *współczucia dla innych*. Dla czytelności przestawię te trzy kierunki mojej aktywności w pierwszej kolejności prezentując osiągnięcia dotyczące wsparcia osób pomagających profesjonalnie, a następnie w zakresie podnoszenia umiejętności interpersonalnych wśród osób przygotowujących się do profesjonalnego pomagania.

Umiejętności interpersonalne osób pomagających profesjonalnie. Literatura przedmiotu z opieki paliatywnej i psychoonkologii, pedagogiki terapeutycznej i specjalnej, medycyny i psychologii pracy wskazuje na ryzyko pracy polegającej na pomaganiu czy wspieraniu osób doświadczających trudnych dla siebie sytuacji. Można tutaj wspomnieć chociażby często opisywane w literaturze wypalenie zawodowe (Wilczek-Rużyczka, 2008), kosztach emocjonalnych (Fopka-Kowalczyk, 2016a) czy zmęczeniu współczuciem (*compassion fatigue*) (Pehlivan i Güner, 2018). Moja aktywność naukowa w tych obszarach miała początek w pracy zawodowej, związanej z nawiązywaniem bardzo bliskich i intymnych czasem relacji z osobami chorymi, niepełnosprawnymi czy starszymi, i ich rodzinami. Pierwszym zagadnieniem, które zgłębiłam od strony naukowej i badawczej, odnosiło się do niechcianych i trudnych emocji doświadczanych przez pracowników opieki paliatywnej takich jak gniew, smutek czy przeżywana żaloba po śmierci podopiecznych. Wynikiem aktywności było **organizowanie przeze mnie Ogólnopolskich Zjazdów Psychologów Hospicyjnych w Toruniu** (zał. do autoref. 31). W latach 2008-2011 co roku zapraszałam do Hospicjum Światło psychologów i psychoonkologów z całej Polski, celem wymiany doświadczeń zawodowych, ale też wzajemnego wsparcia emocjonalnego. W oparciu o doświadczenie tych zjazdów i dyskusji w jego trakcie powstał artykuł: M. Kowalczyk (2010). *Poczucie straty i uczucia utajone w pracy z pacjentem terminalnie chorym*. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 4, 1, ss. 1-5 (zał. do autoref. 32). W artykule przedstawiłam możliwe reakcje pracowników hospicjum, które mogą się zdarzyć po śmierci chorych, wskazując, że doświadczane reakcje, definiowane przeze mnie jako uczucia utajone, nie są symptomem braku profesjonalizmu, ale raczej dowodem posiadanej wrażliwości i człowieczeństwa

w relacji z osobą cierpiącą. W literaturze doświadczenia te definiuje się w kategorii „nieusankcjonowanej straty”, ujmując stan żałoby i straty po śmierci pacjentów jako nieuprawomocniony wśród personelu (Keirse, 2005, s. 87). W momencie pisania tego artykułu, niewiele było publikacji, ujmujących zagadnienie żałoby i reakcji pracowników w związku z cierpieniem podopiecznych (obok szerokich analiz na temat wypalenia zawodowego czy nadmiernego zaangażowania), stąd na gruncie psychoonkologii i pedagogiki terapeutycznej tekst wypełniał lukę w tym zakresie. Temat straty po śmierci chorych wśród pracowników hospicjum oraz zagadnienie form ich wspierania interesował mnie coraz bardziej. W celu zgłębienia tematu przygotowałam projekt badawczy, którego celem było zdiagnozowanie i wyjaśnienie doświadczanego poczucia straty po śmierci chorych wśród pracowników hospicjum oraz rozpoznanie ich potrzeb wsparcia. Aby zrealizować projekt, **skonstruowałam 3 narzędzia badawcze** (do zbadania trzech zmiennych: poczucia straty po śmierci pacjenta, wsparcia otrzymywanego oraz wsparcia oczekiwanego przez pracowników), które następnie poddałam wszystkim etapom standaryzacji². Efektem moich badań była praca doktorska: M. Kowalczyk (2012). *Wsparcie społeczne pracowników hospicjum a poczucie straty po śmierci pacjenta*, obronionej na Wydziale Nauk Pedagogicznych UMK 26.02.2013 roku. Część jakościowa doktoratu, gdzie w oparciu o badania z wykorzystaniem teorii ugruntowanej definiuję poczucie straty i wskazuję jego wymiary w reakcji po śmierci pacjenta wśród pracowników hospicjów, została opublikowana w 2016 roku: M. Fopka-Kowalczyk (2016b). *Poczucie straty po śmierci pacjenta wśród pracowników opieki paliatywnej*. Toruń: Wyd. UMK (zał. do autoref. 33). Projekt ten i praca doktorska została przez Radę Wydziału Nauk Pedagogicznych UMK w dniu 11.03.2014 roku uznana za wyróżniającą się pracę doktorską w roku 2012/2013 (zał. do autoref. 34).

Mając na uwadze wsparcie pracowników zajmujących się profesjonalnym pomaganiem oraz mając już, w oparciu o wspomniane wyżej badania, wiedzę o oczekiwanym przez nich wsparciu, opublikowałam artykuł celem przedstawienia form wsparcia oczekiwanych przez pracowników opieki paliatywnej: M. Fopka-Kowalczyk (2015). *Wsparcie oczekiwane przez pracowników opieki paliatywnej w kontekście poczucia straty po śmierci pacjentów*. *Medycyna Paliatywna*, 7, ss. 1-8 (zał. do autoref. 35). Ponieważ w badaniach pracownicy wskazywali na wysoką potrzebę wsparcia informacyjnego poprzez udział w szkoleniach, konferencjach, warsztatach w celu podniesienia swoich umiejętności w pracy z chorym, kolejna publikacja wskazywała na wartość superwizji i grup Balinta jako form wspierania i podnoszenia kompetencji zawodowych i umiejętności

² Kwestionariusz Poczucia Straty, Kwestionariusz Wsparcia Otrzymywanego oraz Kwestionariusz Wsparcia Oczekiwanego. Narzędzia te, mimo ich skonstruowania i wystandaryzowania, nie zostały opublikowane, a ich opis i etapy konstrukcji opisane są w mojej nieopublikowanej części pracy doktorskiej, znajdującej się w Repozytorium Prac Dyplomowych UMK.

interpersonalnych pracowników opieki paliatywnej: M. Fopka-Kowalczyk (2015). *Superwizja i grupy Balinta jako formy rozwoju zawodowego i wsparcia osób pomagających profesjonalnie w opiece paliatywnej*. w: Cz. Kustra, M. Fopka-Kowalczyk, & A. Bandura (red.), *Opieka i wsparcie jako zadanie całozyciowe: studia z pedagogiki opiekuńczej*. Toruń: Wyd. Edukacyjne AKAPIT, s. 211-222 (zał. do autoref. 36). Napisany rozdział był efektem wygłoszonego wykładu pod tym samym tytułem na Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej Pedagogiki Opiekuńczej w Toruniu, w dniu 20.11.2015 roku: „*Opieka i wsparcie jako zadanie całozyciowe*” (zał. do autoref. 37), gdzie jednocześnie pełniłam funkcję sekretarza konferencji. Na niezbędne umiejętności interpersonalne wskazałam także w dwóch tekstach, napisanych jeszcze przed uzyskaniem stopnia doktora: 1) M. Kowalczyk (2009). *Rola pedagoga i psychologa w pracy z pacjentem umierającym w domu*. Edukacja Zdrowotna, 2, ss. 85-94 (zał. do autoref. 38) oraz 2) M. Kowalczyk (2010). *Wypalenie zawodowe w pracy z terminalnie chorym pacjentem*. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 4, ss. 154 – 158 (zał. do autoref. 39). Innym tekstem stanowiącym odpowiedź na potrzeby osób pracujących z osobami chorymi przewlekle, był wspomniany już wcześniej rozdział, napisany wspólnie z Bożeną Winch, dotyczący wartości dotyku w pracy z chorym. Wskazując na sens podnoszenia kompetencji istotnych w pracy z chorym, napisałam także rozdział dotyczący etyki pomagania i niezbędnych umiejętności w pracy z chorym przewlekle: M. Kowalczyk (2012). *Umiejętności interpersonalne i etyka pomagania chorym przewlekle* we wspomnianej wyżej książce o Akademii Walki z Rakiem (zał. do autoref. 40). Zagadnienia publikowane w cytowanych źródłach prezentowałam także na wielu konferencjach naukowych: 24.10.2015 - na zaproszenie organizatorów VIII Kluczborskiej Konferencji Medycyny Paliatywnej wygłosiłam wykład: *Koszty emocjonalne w pracy z osobą umierającą* (zał. do autoref. 41). Wykorzystując wyniki własnych badań naukowych oraz doświadczenie w pracy brałam udział w edukacji podyplomowej personelu pielęgniarskiego i realizowałam także warsztaty dla nauczycieli. Oprócz kształcenia w obszarze psychoonkologii, tanatopedagogiki i opieki paliatywnej, w trakcie szkoleń wprowadzałam tematykę możliwych trudności w relacji z umierającym i kwestię samotroski, ale też istotnych kompetencji takich jak aktywne słuchanie, troska i współczucie, niezbędnych w pracy z osobą cierpiącą.

Hospicja zajmują się przede wszystkim osobami chorymi onkologicznie, ale podopiecznymi są także chorzy z innymi chorobami przewlekłymi w zaawansowanym stanie (Best i in., 2020; EAPC, 2013), z dolegliwościami trudnymi do wyleczenia lub też w sytuacji, gdy medycyna konwencjonalna wyczerpała swoje możliwości. Wobec tych chorych także podejmuje się oddziaływania mające na celu zmniejszenie dolegliwości somatycznych czy wsparcie w doświadczanych trudnościach emocjonalnych, socjalnych czy duchowych (Best i in., 2020). Moja aktywność naukowa i zawodowa nie dotyczyła tylko osób z chorobą nowotworową, ponieważ kariera zawodowa przebiegała i nadal związana jest z pracą z osobami chorymi, z niepełnosprawnościami czy starszymi z zaburzeniami

neuropoznawczymi. Stąd też, z zainteresowaniem i ciekawością przyjąłam zaproszenie do napisania artykułu o terapii Hurvey'a Chochinova pod nazwą Terapia Godnościowa (Chochinov i in., 2011). Tekst przedstawia ciekawą dla osób pomagających profesjonalnie formę nawiązania bliskiej i współczującej relacji z chorym oraz interwencję, która ułatwia choremu refleksję na temat jego życia i osiągnięć, z możliwością pozostawienia czegoś po sobie dla bliskich: B. Brożek, M. Fopka-Kowalczyk, M. Łabuś-Centek, I. Damps – Kostańska, A. Ratajska, E. Jassem, P. Larkin, M. Krajnik (2019). *Dignity Therapy as an aid to coping for COPD patients at their end-of-life stage*. *Advances in Respiratory Medicine*, 87, 3, 135-145, doi: 10.5603/ARM.a2019.0021 (zał. do autoref. 42). Moje zainteresowania związane z chorobami przewlekłymi oraz relacją pracownik – osoba chora przyczyniły się także do zaproszenia mnie do **europejskiego projektu HORIZON 2020** (numer projektu: 825319 — BETTER-B); zał. do autoref. 43). W ramach projektu byłam członkiem grupy WP 1, w której moim głównym zadaniem było przeprowadzenie badań dotyczących oceny zrozumiałości kwestionariusza jako środka do zbadania postawy i praktyki opieki nad osobami z POCHP wśród lekarzy zajmujących się pulmonologią i opieką paliatywną. Badania te przeprowadziłam w marcu 2019 roku w Gdańsku. Przed badaniami byłam odpowiedzialna za przygotowanie polskiego protokołu badania, a po badaniu za analizę uzyskanego materiału i przygotowanie raportu z badań. Efektem tej współpracy w projekcie jest publikacja: N. Hepgul, A. Wilcock, E. Jassem, T. Bandurski, (...), Małgorzata Fopka-Kowalczyk, (...), V. Vaccaro (2022). *Do guidelines influence breathlessness management in advanced lung diseases? A multinational survey of respiratory medicine and palliative care physicians*. *BMC Pulmonary Medicine*, 22, 1, 1-13, doi: 10.1186/s12890-022-01835-0 (zał. do autoref. 44). Przeprowadzone przeze mnie badania w WP1 umożliwiły pozostałym zespołom projektu na dalsze badania i analizy, przedstawione w ww. artykule. Innym projektem, którego byłam uczestnikiem, związanym z chorymi przewlekle i kompetencjami zespołu opieki paliatywnej jest **europejski projekt PRISM - Specialist Palliative Care's Role in Cancer Survivorship Model**. Celem projektu było opracowanie europejskich zaleceń dotyczących roli specjalistycznej opieki paliatywnej dla chorych, którzy przeżyli chorobę nowotworową i są definiowani jako 'ocalali'. Do projektu zostałam zaproszona w 2024 roku w roli eksperta przez liderów projektu – Prof. Andrew Davis's i Dr Amy Taylor z Trinity College in Dublin University of Dublin i Our Lady's Hospice & Care Services, Dublin, Irlandia. Moim zadaniem w tym projekcie była ocena zadań i potrzebnych umiejętności specjalistów opieki paliatywnej w pracy z osobami 'ocalałymi' z choroby nowotworowej. Mój udział w badaniu przyczyni się do utworzenia zaleceń do opieki nad osobami wyleczonymi z choroby onkologicznej (zał. do autoref. 45).

W instytucjach opieki paliatywnej podkreśla się znaczenie wszechstronnego wspierania człowieka chorego (Best i in., 2020; Binnebesel, 2000; 2003; Kowalczyk, 2010; Saunders, 1964;

1973). Obok niezaprzeczalnego wsparcia w kontekście cierpienia emocjonalnego i somatycznego, współcześnie coraz mocniej podkreśla się wagę posiadanych umiejętności okazywania *współczucia wobec innych* (Larkin, 2018; Gilbert i Choden, 2021; Puchalski, 2020; 2021) oraz wsparcia duchowego (por. np. Puchalski, 2020; Leget, 2007; 2017; Krajnik, 2021; Klimasiński i in., 2023; Krajnik i Fopka-Kowalczyk, 2024). Jak już wspomniałam wcześniej, związane jest to z oczekiwaniami chorych i cierpiących, ale też z wymaganiami rynku pracy. Natomiast są to tematy opisane w nauce polskiej, zwłaszcza w pedagogice, wciąż w niewielkim zakresie (np. w porównaniu do literatury światowej). Ponieważ podmiotem moich zainteresowań są zarówno osoby przewlekle chore czy cierpiące oraz wsparcie profesjonalnie pomagających, dlatego też moja aktywność naukowa objęła także te dwa obszary. W swoich poszukiwaniach i badaniach naukowych *współczucie dla innych*, za Puchalski (2021), Larkinem (2018), Groves'em i Klauser'em (2009) czy Leget'em (2007; 2017), traktuję również jako kompetencję mieszczącą się w ramach troski duchowej, stąd krótka charakterystyka mojej pracy w tym zakresie wydaje się tutaj istotna, zwłaszcza, że w pracy naukowej i zawodowej łączę te dwa aspekty.

Troska duchowa. W kontekście troski duchowej swoje badania ukierunkowałam z jednej strony na poszukiwanie rozwiązań, które pomogłyby osobom cierpiącym wyrażać własne potrzeby duchowe i otrzymać adekwatną pomoc, opiekę i wsparcie, z drugiej - na kompetencjach w zakresie troski duchowej wśród osób pomagających profesjonalnie oraz ich wsparcie w zakresie ich podnoszenia. W obszarze możliwości badania potrzeb duchowych osób chorych przewlekle oraz podnoszenia umiejętności profesjonalistów nie skoncentrowanych tylko na duchowości katolickiej jest w Polsce tematem wciąż nowym. Moja działalność badawcza stanowi uzupełnienie tej wiedzy w nauce i praktyce polskiej. Co prawda, w literaturze można odnaleźć analizy w zakresie duchowości na gruncie psychologii, pedagogiki czy socjologii, często jednak są to doniesienia dotyczące duchowości jako zjawiska i dotyczące często postaw duchowych różnych grup społecznych (Heszen-Niejodek, 2004; Krakowiak i Fopka-Kowalczyk, 2015; Krok, 2009; Skrzypińska, 2008). Warto podkreślić, że obecnie temat ten rozwija się coraz mocniej na gruncie medycyny (Dobrowolska i in., 2018; Krajnik, 2024; Muszala, 2017; Klimasiński i in., 2020; Klimasiński i in., 2023; Pawlikowski, 2022), jednak wciąż wymaga gruntownych badań. Motywacją do pogłębiania przez mnie wiedzy były rekomendacje europejskie i światowe, dotyczące poszerzania kompetencji diagnozowania potrzeb duchowych chorych i osób cierpiących, niezależnie od tego, czy osoba wspierana deklaruje przynależność wyznaniową czy też nie oraz nawiązywania relacji współczującej ułatwiającej rozmowę o kwestiach duchowych (np. Best i in., 2013, 2020; Leget, 2007; 2017; Puchalski, 2021). Publikacją podsumowującą moje wstępne poszukiwania, odnoszącą się do tematu duchowości, potrzeb duchowych osób przewlekle chorych, wymiarów duchowości oraz możliwości i form

wspierania duchowego jest tekst: M. Fopka-Kowalczyk (2020). *Providing support and spiritual care to people with chronic diseases*. Paedagogia Christiana, 46, 147-166, doi:10.12775/PCh.2020.023 (zał. do autoref. 46). Konsekwentnie do obszarów swoich zainteresowań i znając braki w tym zakresie oraz potrzeby środowiska medycznego i terapeutycznego, poszukiwania doprowadziły mnie do **zaprojektowania adaptacji na grunt polski skali do badania potrzeb duchowych HOPE Gowri Anandarajah** (2005; Anandarajah i Hight, 2001) z University of Washington School of Medicine. Do projektu zaprosiłam w czerwcu 2020 roku Prof. dr hab. Beatę Dobrowolską oraz dr Michała Machulę z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Skala może być wykorzystywana w pracy z chorym przez różnych specjalistów zajmujących się chorym (Anandarajah, 2005; Anandarajah i Hight, 2001) oraz służyć do rozmowy z chorym, także niewierzącym, na tematy duchowe oraz jego potrzeby w zakresie opieki duchowej. Projekt adaptacji polskiej skali zakończył się publikacją: **M. Fopka-Kowalczyk, M. Machul, B. Dobrowolska** (2022). *Research Protocol of the Polish Adaptation and Validation of HOPE Scale: Quantitative Measurement of Patients' Spiritual Needs*. Journal of Palliative Medicine, 25, 10, 1-9, doi: 10.1089/jpm.2021.0530 (zał. do autoref. 47) oraz polską wersją skali, dostępną dla osób pomagających profesjonalnie, chcących z niej korzystać w pracy z chorym lub w badaniach naukowych. O sposobie badania z użyciem skali HOPE wygłosiłam również wykład na Międzynarodowej Konferencji „Spirituality in medicine: spiritual care as an essential part of holistic approach to patients”, zorganizowanej w dniach 6-16.12.2022 roku online przez Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie: „Ocena potrzeb duchowych chorego i diagnozowanie kryzysu duchowego przez personel medyczny” (zał. do autoref. 48). W oparciu o przygotowane materiały powstał także artykuł: M. Fopka-Kowalczyk (2023). *Ocena potrzeb duchowych chorego i diagnozowanie kryzysu duchowego przez personel medyczny*. Medycyna Praktyczna, 3(385), ss. 130-137 (zał. do autoref. 49). Przykładem innych badań na temat potrzeb duchowych i oczekiwań chorych jest artykuł napisany w schemacie *mini review*, nad którym pracowałam z prof. dr hab. Agnieszką Kotlińską-Lemieszek z Medycznego Uniwersytetu w Poznaniu oraz prof. dr hab. Małgorzatą Krajnik z Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK: A. Kotlińska-Lemieszek, M. Fopka-Kowalczyk, M. Krajnik (2022). *Spirituality in people with advanced chronic obstructive pulmonary disease - challenge for more effective interventions, support, and healthcare education: mini-review*. Frontiers in Medicine, 9, 954519, 1-7, doi: 10.3389/fmed.2022.954519 (zał. do autoref. 50). Moim zadaniem była przeszukiwanie źródeł adekwatnie do ustalonych kategorii. Analizowane źródła przedstawione w artykule charakteryzują sposoby interwencji i opieki duchowej, które mogą być wykorzystane przez profesjonalnie pomagających oraz, które dają choremu poczucie wsparcia w tym obszarze. Artykuł łączy więc moje oba obszary aktywności naukowej: świat doświadczeń chorych oraz kompetencji profesjonalnie pomagających. Kolejny projekt, związany z badaniem umiejętności troski i opieki duchowej wśród polskich lekarzy opieki paliatywnej, łączący także duchowość ze

współczuciem dla innych, dopiero się rozpoczął (IX.2023) i związany jest ze współpracą z dr hab. Anną Pilewską-Kozak, prof. Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, z lekarzem opieki paliatywnej, s. Anną Francesca Łęcka z Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. św. Łazarza” w Krakowie oraz prof. dr hab. Małgorzatą Krajnik z Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK (zał. do autoref. 51). W projekcie tym został przygotowany tekst odnoszący się do dotychczasowych badań na temat duchowości lekarzy, nad którego przygotowaniem współpracowałam, obecnie jest on w recenzji w Journal of Religion and Health: A.F. Łęcka, M. Fopka-Kowalczyk, A. Pilewska-Kozak, M. Krajnik, *Spiritual care competencies of physicians working in palliative care. Scoping review* (zał. do autoref. 52). Dodatkowo, zagadnienie interwencji duchowych w relacji pacjent – osoba pomagająca profesjonalnie opisałam w podręczniku medycyny paliatywnej: M. Fopka-Kowalczyk (2025). *Narzędzia do badania potrzeb duchowych i techniki interwencji duchowych*. w: T. Dzierżanowski & A. Ciałkowska- Rysz (red.), *Medycyna paliatywna*. Łódź: Termedia (ss. 498-501; w druku), w którym zwracam uwagę na aspekt współczującej relacji z chorym oraz opisuję techniki wsparcia w cierpieniu duchowym, które mogą być wykorzystane przez specjalistów (zał. do autoref. 53). Na zaproszenie organizatorów VII Zjazdu Towarzystwa Medycyny Paliatywnej w dniu 28 czerwca 2024 roku w Gdańsku przeprowadziłam także warsztaty p.t.: *Troska duchowa w relacji z chorym przewlekle* (zał. do autoref. 54), zapoznając uczestników (lekarzy, pielęgniarki, psychologów, wolontariuszy opieki paliatywnej) w technikami wsparcia duchowego i elementami *współczucia dla innych* w pracy z chorym.

Duchowość i wsparcie duchowe są traktowane w literaturze szeroko i nie odnoszą się tylko do praktyk religijnych związanych z określonym wyznaniem. Często traktuje się je jako kategorię złożoną z określonych zachowań czy postaw, w tym współczucia okazywanego innym, poprzez które możemy nawiązać relację z osobą wspomaganą czy zareagować na jej cierpienie (Groves i Klauser, 2009; Larkin, 2018; Puchalski, 2021). Moje badania i aktywność naukowa w zakresie duchowości pozwoliły mi lepiej poznać kategorię *współczucia dla innych* od strony naukowej na podstawie światowej literatury przedmiotu. *Współczucie dla innych* jest traktowane przeze mnie jako istotny element w pracy z osobami chorymi przewlekle, ale też z każdą osobą cierpiącą czy znajdującą się w sytuacji dla niej trudnej. Łącząc te dwa zagadnienia, we współpracy z dr hab. Dariuszem Krokiem, prof. Uniwersytetu Opolskiego oraz dr Dagną Kocur z Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, przeprowadzałam badania wśród pracowników opieki paliatywnej. Badania te, i pierwsza z późniejszych publikacji, są wynikiem **stażu naukowego, który odbyłam w okresie 12.06-12.07.2023 roku w Instytucie Psychologii na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach** (zał. do autoref. 55). To właśnie w trakcie stażu miałam możliwość spotkań naukowych, dyskusji na temat *współczucia dla innych* i udziału w planowaniu kilku projektów badań. Jak wspominałam wyżej, prowadziłam w tym czasie badania wśród pracowników opieki paliatywnej oraz porządkowałam

uzyskane dane. Efektem są 3 publikacje łączące moje zainteresowania badawcze, odnoszące się do umiejętności interpersonalnych, zagadnień troski duchowej i *współczucia dla innych* wśród osób pomagających profesjonalnie: 1) M. Fopka-Kowalczyk, D. Krok, D. Kocur (2024). *Spiritual care, compassion for others and light triad among clergy, social workers and hospice staff*. *Palliative Medicine in Practice*, 1-18, doi:10.5603/pmp.98543 (zał. do autoref. 56); 2) D. Krok, D. Kocur, M. Fopka-Kowalczyk, *Spiritual care, meaning in life and inner harmony: the parallel mediation of compassion for others and self-compassion in palliative care workers*. *Social Work in End-of-Life & Palliative Care* (w recenzji, zał. do autoref. 57); 3) D. Kocur, M. Fopka-Kowalczyk, D. Krok, Żenda, A. *Spiritual care as a mediator in the relationship of the Light and Dark Triad with life and work satisfaction among hospice workers*. *Medycyna Pracy* (w recenzji; zał. do autoref. 58).

Współczucie wśród osób pomagających profesjonalnie. *Współczucie dla innych* jest nieodłączną umiejętnością relacji z drugim człowiekiem definiowaną jako reakcja na ból i cierpienie drugiego człowieka wraz z podejmowaniem działań mających na celu zmniejszenie cierpienia (Gilbert, 2021). Za Kristin Neff (2003a; 2003b) można powiedzieć, że cechuje się zmniejszoną obojętnością na drugiego człowieka, uważnością na przeżycia drugiego i życzliwością. Jest też postawą prospołeczną, umiejętnością, którą można nieustannie kształtować i udoskonalać (np. Gilbert, 2014; McGonigal, 2016). Naukowa literatura światowa od co najmniej trzech dekad zajmuje się umiejętnością *współczucia dla innych* wśród osób pomagających profesjonalnie w różnych obszarach zawodowych: medycynie, psychologii, pedagogice, terapii czy edukacji. W Polsce temat ten jest opisany i zbadany w mniejszym zakresie, co wykazałam w części autoreferatu prezentując swoje główne osiągnięcie naukowe. Zgłębianie tematu *współczucia dla innych* jako umiejętności interpersonalnej przyczyniło się do napisania przeze mnie artykułu, w którym przybliżyłam zagadnienie *współczucia* charakteryzując je w oparciu o koncepcję Paula Gilberta oraz gdzie wskazuję na praktyczne aspekty okazywania *współczucia* przez osoby pomagające: M. Fopka-Kowalczyk (2021). *Współczucie jako umiejętność interpersonalna osób pomagających profesjonalnie*. *Acta Universitatis Nicolai Copernici Pedagogika*, 41, 1, 231-250, doi: 10.12775/AUNC_PED.2021.010 (zał. do autoref. 59). Przygotowując wspomniany artykuł poszukiwałam opublikowanych w naukowych czasopismach polskich narzędzi do pomiaru *współczucia*, nie znajdując jednak opracowanych i wystandaryzowanych narzędzi, które mogłyby posłużyć do badania poziomu *współczucia dla innych* w Polsce. Moje poszukiwania takich narzędzi w literaturze zagranicznej doprowadziły mnie do dwóch skali: *Self Compassion Scale* Kristin Neff (2003a; 2003b) oraz *Compassion Scale for Others* Elisabeth Pommier (2010), a następnie jej zrewidowanej wersji opisaną w 2020 roku przez Elisabeth Pommier, Kristin Neff i Istvána Tóth-Királyego. Podjęłam decyzję o potrzebie adaptacji obu. W projekcie tym współpracowałam z dr

Dagną Kocur z UŚ w Katowicach oraz dr Marią Flakus z PAN. Efektem współpracy w tym projekcie jest **polska adaptacja Skali Współczucia dla Samego Siebie (SCS-PL) Kristin Neff oraz Skali Współczucia dla Innych (CS-R-PL) Elisabeth Pommier i wsp.**, opisane w artykule: D. Kocur, M. Flakus, M. Fopka-Kowalczyk (2022). *Validity and reliability of the Polish version of the Self-Compassion Scale and its correlates*. PLoS ONE, 17, 5, ss. 1-21, doi: 10.1371/journal.pone.0267637 (zał. do autoref. 60) oraz w dwóch podręcznikach: 1) M. Fopka-Kowalczyk, M. Flakus, D. Kocur (2022). *Skala Współczucia dla Innych CS-R-PL. Podręcznik Pracowni Narzędzi Badawczych PAN*. Przegląd Badań Edukacyjnych, 38, ss. 1-41 (zał. do autoref. 61); 2) D. Kocur, M. Flakus, M. Fopka-Kowalczyk (2022). *Skala Współczucia dla Samego Siebie: Podręcznik Pracowni Narzędzi Badawczych PAN*. Przegląd Badań Edukacyjnych, 37, ss. 1-46 (zał. do autoref. 62). Skale te są obecnie wykorzystywane w kilku projektach badawczych. O badaniach z moim udziałem we współpracy z prof. Dariuszem Krokiem z UO i z dr Dagną Kocur z UŚ pisałam już wyżej. Inny projekt, wykorzystujący zaadaptowane skale, odnosi się do badania umiejętności wśród studentów kierunków pielęgniarstwa, o którym napiszę poniżej, ponieważ dotyczy on osób przygotowujących się do profesjonalnego pomagania. Moja aktywność naukowa w obszarze duchowości i *współczucia dla innych* została zauważona i doceniona także na arenie międzynarodowej. Przykładem jest zaproszenie mnie oraz Profesor Małgorzaty Krajnik przez Profesor Megan Best z Uniwersytetu Notre Dame w Australii do **przedstawienia rozwoju duchowości w Polsce na blogu Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (EAPC):** M. Fopka-Kowalczyk, M. Krajnik, M. Best (2022). *Spiritual Care in medicine – the Polish way* (<https://eapcnet.wordpress.com/2022/10/11/spiritual-care-in-medicine-the-polish-way/>). Kolejnym przykładem jest zaproszenie mnie przez Profesor Megan Best do napisania rozdziału o *współczuciu dla innych* w książce redagowanej przez nią, obejmującej teksty specjalistów opieki paliatywnej i współczucia z całego świata: M. Fopka-Kowalczyk (2024). *Compassion in palliative care*, w: M. Best (red.), *Spiritual Care in Palliative Care – What it is Matter*. Springer (zał. do autoref. 63).

Podnoszenie kompetencji w zakresie troski duchowej i współczucia dla innych wśród osób przygotowujących się do profesjonalnego pomagania. Moja dotychczasowa aktywność na rzecz podnoszenia kompetencji merytorycznych i interpersonalnych wśród osób profesjonalnie zajmujących się pomaganiem łączyła się z dydaktyką na rzecz przyszłych adeptów pomagania. Rozpoczynając badania dotyczące wsparcia duchowego i *współczucia dla innych* wśród profesjonalistów nurtowały mnie pytania o możliwość wcześniejszego przygotowania „pomagaczy” w przyjmowaniu postawy współczującej troski i sprawowania właściwej opieki duchowej. Poszukiwania te są realizowane m.in. w projekcie dotyczącym programu nauczania przeznaczonego dla studentów kierunków lekarskich. **Program p.t.: „Duchowość w medycynie”** jest prowadzony

od 2018/2019 w Zakładzie Opieki Paliatywnej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. **Wraz z Profesor Małgorzatą Krajnik**, która zaprosiła mnie do zaprojektowania i realizacji tego projektu, **przygotowałam curriculum oraz plan kształcenia i tematy zajęć**. Program ten jest pierwszym w Polsce programem kształcenia studentów na kierunkach lekarskich w zakresie podnoszenia umiejętności interpersonalnych troski duchowej w relacji z pacjentami oraz *współczucia dla innych* (zał. do autoref. 64). W celu właściwego przygotowania projektu, uczestniczyłam w spotkaniach z naukowcami i praktykami w zakresie troski duchowej i współczucia (m.in. z Profesorem Christiną Puchalski, Profesorem Philipem Larkinem, Profesorem Richardem Groves'em – zał. do autoref. 65). Konsultacje pozwoliły mi na poszerzenie wiedzy i kompetencji w zakresie kształcenia studentów. Brałam także udział w szkoleniu w Irlandii (zał. do autoref. 66) oraz w dwóch międzynarodowych konferencjach poruszających zagadnienia duchowości i współczującej troski w relacji z chorymi oraz przygotowania studentów w tych obszarach: *Winter Summit in Palliative Care: 'Heart and Spirit in Palliative Care'* (1-2.12.2017; zał. do autoref. 67) oraz *Winter Summit in Palliative Care: 'Breath and Spirit in Palliative Medicine and Pneumology'* (7-8.12.2018; zał. do autoref. 68). Przygotowany program kształcenia zaprezentowałam na wspomnianym wyżej międzynarodowym zjeździe dotyczącym duchowości w CM UMK w Bydgoszczy w dniu 7.12.2018: *Impact of the program "Spirituality in medicine" on attitude of medical students* (zał. do autoref. 69). W ramach programu „Duchowość w medycynie” prowadziłam i prowadzę następujące zajęcia: *Współczucie dla innych w relacji lekarz – pacjent* oraz *Diagnozowanie potrzeb duchowych i rozpoznawanie cierpienia duchowego*. W trakcie zajęć ze współczucia pracuję ze studentami nad zwiększeniem ich wrażliwości i zmniejszeniem obojętności na cierpienie ich potencjalnych pacjentów. W oparciu o realizowany projekt przygotowane zostały dwie publikacje przedstawiające program kształcenia: 1) M. Fopka-Kowalczyk, R. Groves, P. Larkin, M. Krajnik (2022). *A training programme for medical students in providing spiritual care to people with advanced diseases and their loved ones: a case study from the Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Toruń, Poland*. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 9, 1-8, doi:10.3389/fcvm.2022.909959 (zał. do autoref. 70), oraz 2) M. Krajnik, & M. Fopka-Kowalczyk (2024). *Nauczanie opieki duchowej studentów kierunku lekarskiego: casus pierwszego w Polsce programu wdrożonego przez Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu*. *Medycyna Praktyczna*, 3(397), e131-e137 (zał. do autoref. 71).

Jednym z moich zadań w omawianym projekcie było przygotowanie narzędzia pozwalającego na ocenę programu oraz sprawdzenie skuteczności wprowadzonych treści dotyczącej poziomu troski duchowej wśród studentów. Nie dysponując narzędziami do oceny interesujących nas zmiennych w języku polskim, wraz z zespołem uczestniczącym w projekcie **skonstruowaliśmy, a następnie**

dokonałiśmy standaryzacji kwestionariusza do badania troski duchowej o nazwie **Kwestionariusz Troski Duchowej (*Spiritual Supporter Scale - SpSup Scale*)**. W projekcie tym byłam odpowiedzialna za projektowanie narzędzia oraz dbanie o jego prawidłowość metodologiczną na każdym etapie, przeprowadzenie badań pilotażowych w dwóch etapach, zebranie danych i ich opracowanie. SpSup Scale służy do oceny poziomu troski duchowej wśród osób pomagających profesjonalnie oraz osób przygotowujących się do pomagania. W oparciu o uzyskane wyniki oblicza się wskaźnik ogólny troski duchowej oraz wyniki w następujących czynnikach: 1) przekonania na temat duchowości, 2) własna duchowość oraz duchowość w relacji z osobą potrzebującą wsparcia, 3) wspólnota jako forma wsparcia duchowego, 4) wrażliwość i rozpoznawanie cierpienia duchowego oraz 5) modlitwa jako forma wsparcia duchowego. Wartość Alfa Cronbacha dla całej skali jest zadowalający i wynosi 0.88. Etapy konstrukcji skali i jej charakterystyka znajduje się w publikacji: M. Fopka-Kowalczyk, M. Best, M. Krajnik (2023). *The Spiritual Supporter Scale as a new tool for assessing spiritual care competencies in professionals: design, validation, and psychometric evaluation*. Journal of Religion and Health, 62, 3, 2081-2111, doi: 10.1007/s10943-022-01608-3 (zał. do autoref. 72). Utworzone narzędzie badawcze zostało zauważone na arenie międzynarodowej, a dwa kraje podjęły się **walidacji SpSup Scale w swoich krajach** (zał. do autoref. 73). Narzędzie jest także wykorzystywane w badaniach polskich we wspomnianym projekcie doktoratu o kompetencjach duchowych wśród lekarzy opieki paliatywnej oraz przez studentów w pracach magisterskich. Oprócz wyróżnionej roli w projekcie, moim zadaniem było także zaplanowanie i przygotowanie badań wśród studentów przed ich udziałem w programie oraz po jego zakończeniu. Dlatego też na platformie www.ankiety.umk.pl stworzyłam moduły pozwalające na przeprowadzanie badań na każdym etapie kształcenia zgodnie z projektem badania i realizowaną edycją kształcenia. W chwili obecnej przygotowujemy tekst oceniający pierwszą edycję kształcenia.

Temat troski duchowej i *współczucia dla innych* jako kompetencji ważnych w pracy z osobą chorą lub będącą w sytuacji dla siebie trudnej, wprowadzałam nie tylko w programie nauczania na kierunkach lekarskich. Wiedzą na ten temat i sugestiami wykorzystania technik współczucia i wsparcia duchowego dzielę się również w pracy dydaktycznej, np. wśród studentów studiów podyplomowych z logopedii na WSB Merito, wśród studentów pedagogiki, pedagogiki specjalnej oraz kierunków nauczycielskich. Prowadzone ze studentami rozmowy uświadomiły mi, jak wiele stereotypów wiąże się z pojęciem współczucia, często mylonym z litością lub lękiem o osądzenie o brak kompetencji, oraz że brakuje rzetelnej wiedzy na temat narzędzi i konkretnych technik okazywania współczucia innym. Zdaniem Julii Wahl (2019), ciągle jeszcze istnieje przekonanie, że współczucie jest cukierkowym głaskaniem drugiego człowieka, a nie postawą i wsparciem adekwatnym do potrzeb i sytuacji, a więc czasem także stanowczością i stawianiem granic. Zainteresowało mnie, czy tak samo współczucie rozumieją polscy studenci oraz, z czym je wiążą i

dlaczego czasami boją się je okazywać. Literatura anglojęzyczna wskazuje na czynniki utrudniające okazywanie współczującej troski, wyróżniając m.in. lęk przed krytyką i osądzeniem o brak profesjonalizmu czy na przykład na skutek własnych doświadczeń czy zranień (Gilbert, 2021; Matos i in., 2022a; Matos i in., 2022b). Efektem tych dociekań jest artykuł, pokazujący sposób definiowania współczucia przez polskich studentów kierunków medycznych i niemedycznych: M. Fopka-Kowalczyk (2024). *Compassion for others as perceived by medical and non-medical students: a content analysis*. Palliative Medicine in Practice, 1-20, doi:10.5603/pmp.97783 (zał. do autoref. 74).

Jak już wykazałam wcześniej, prac i badań naukowych w literaturze polskiej odnoszących się do *współczucia dla innych* wśród osób przygotowujących się do pomagania, także na gruncie pedagogiki, jest niewiele. Stąd pomysł zbadania stopnia współczucia wśród studentów oraz wyjaśnienia czynników mogących mieć znaczenie dla okazywania współczucia innym ludziom opublikowany w monografii M. Fopka-Kowalczyk (2024). *Współczucie dla innych wśród studentów kierunków medycznych i niemedycznych. Badania w schemacie porównawczym i korelacyjnym*. Toruń: Wyd. UMK. Praca ze studentami oraz kwerenda literatury z zakresu współczucia i oczekiwań rynku pracy upewniła mnie, że *współczucie dla innych* jest kategorią ważną nie tylko w obszarze medycyny. Współczucia, w obliczu swoich trudności, oczekują pacjenci czy klienci psychologów i terapeutów, pracowników socjalnych, pedagogów w różnych instytucjach pomocowych i uczniowie na różnych szczeblach edukacji. Moja praca zawodowa z różnymi osobami cierpiącymi: chorymi, starszymi i z niepełnosprawnościami, z nauczycielami i uczniami utwierdziła mnie w przekonaniu, że profesjonalista ma mieć „ludzką twarz” (Kępiński, 2002), pełną współczucia i uważności na drugiego człowieka. Także **funkcja dyrektora Uniwersyteckiego Ośrodka Wsparcia i Rozwoju Osobistego na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika** (zał. do autoref. 75) oraz kontakt z przeżyciami studentów doświadczających straty, trudności osobistych i emocjonalnych uświadomiły mi, że współczucie jest kompetencją oczekiwaną w każdej relacji międzyludzkiej.

Wiedzą na temat *współczucia dla innych* i umiejętnościami metodologicznymi dzielę się z młodszymi badaczami i naukowcami. Przykładem może być zaproszenie mnie przez Profesor dr hab. Beatę Dobrowolską z UM w Lublinie do roli promotora pomocniczego w projekcie Pani mgr Anny Firek (Obuchowskiej) pod nazwą „*Mentoring rówieśniczy w rozwoju zachowań profesjonalnych studentów pielęgniarstwa*” – program kształcenia w zakresie kompetencji interpersonalnych (w tym współczucia dla innych) wśród studentów kierunków pielęgniarstwa (zał. do autoref. 76). Pragnę nadmienić, że jest to moje drugie pomotorstwo pomocnicze. Pomimo braku związku merytorycznego pomiędzy moją aktywnością naukową a zainteresowaniami doktorantki, uczestniczyłam w pracach jako promotor pomocniczy w przewodzie doktorskim Pani mgr Agnieszki Bandury. Moim zadaniem była praca z doktorantką nad metodologiczną stroną projektu, wsparcie przy projektowaniu badania

oraz na etapie analizy materiału badawczego. Doktorat został obroniony z wyróżnieniem w 2018 roku (zał. do autoref. 77).

Moja praca naukowa i dydaktyczna została doceniona przez Władze Rektorskie UMK poprzez przyznanie mi do tej pory łącznie 9 nagród: za pracę naukową i organizacyjną (zał. do autoref. 78), publikowanie w prestiżowych czasopismach naukowych (zał. do autoref. 79). W 2018 otrzymałam także Medal Komisji Edukacji Narodowej za osiągnięcia na polu wychowawczym i edukacyjnym (zał. do autoref. 80).

5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.

1. W latach 2019 - 2023 **byłam uczestnikiem europejskiego projektu HORIZON 2020**, pt.: „*Better treatment for breathlessness in palliative care – Better B*” (nr 825319). W Polsce ośrodkami partnerskimi było Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK oraz Gdański Uniwersytet Medyczny. Jako uczestnik projektu zostały mi przydzielone zadania w ramach pakietu Work Package 1 (WP1), którego liderem była prof. Małgorzata Krajnik z Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK, a współuczestnikami naukowcy z Kings College of London, Wlk. Brytania; Azienda Unita Sanitaria Locale Di Reggio Emilia, Włochy; Klinikum der Universitaet zu Koeln, Niemcy; The University of Nottingham Anglia i European Respiratory Society, Szwajcaria. Celem WP1 była identyfikacja i mapowanie doświadczeń, poglądów i najlepszych praktyk wraz z barierami w leczeniu opornej na leczenie duszności w ośrodkach opieki oddechowej i paliatywnej w całej Europie. Moim głównym zadaniem w ramach pakietu WP1 było przeprowadzenie badań dotyczących oceny zrozumiałości kwestionariusza jako środka do zbadania postawy i praktyki opieki nad osobami z POCHP lekarzy zajmujących się pulmonologią i opieką paliatywną. Do moich szczegółowych zadań należało: 1) zbieranie i analiza danych literaturowych związanych z prowadzonym badaniem przystosowania kwestionariuszy w różnych krajach, 2) tłumaczenie narzędzia badawczego na język polski; 3) przeprowadzenie badań pilotażowych – wywiadów wśród lekarzy dotyczących przygotowywanego narzędzia badającego postępowanie lekarzy europejskich wobec chorych z POCHP, 4) analiza materiału badawczego, 5) przygotowanie raportu dla lidera projektu HORIZON – Kings College of London. Badania przeprowadzałam w Gdańsku w marcu 2019 roku. Podobne badania zostały przeprowadzone w partnerskich krajach WP1. Wykonane przeze mnie działania stały się podstawą prac grupy w WP2, którego celem było przygotowanie badań klinicznych, ich zatwierdzenie przez Komisję Etyczne w wybranych krajach europejskich oraz szkolenie lekarzy wykorzystania narzędzi

w badaniach. Opis pracy uczestników projektu HORIZON opublikowano w artykule naukowym, w którym zostałam ujęta jako członek zespołu i współautor: N. Hepgul, A. Wilcock, E. Jassem, T. Bandurski, (...), **Malgorzata Fopka-Kowalczyk**, (...), V. Vaccaro (2022). *Do guidelines influence breathlessness management in advanced lung diseases? A multinational survey of respiratory medicine and palliative care physicians*. BMC Pulmonary Medicine, 22, 1, 1-13, doi: 10.1186/s12890-022-01835-0 (zał. do autoref. 43).

2. **Udział w europejskim projekcie PRISM jako ekspert** na zaproszenie wystosowane przez Trinity College in Dublin, University of Dublin i Our Lady's Hospice & Care Services, Dublin, Irlandia. Projekt rozpoczął się w kwietniu 2024 roku. Celem projektu jest opracowanie modelu opieki i europejskich zaleceń dotyczących roli specjalistycznej opieki paliatywnej w przeżyciu po chorobie nowotworowej. Liderem projektu są Profesor Andrew Davis oraz Doktor Amy Taylor. Jako ekspert moim zadaniem było uczestniczenie w badaniach i ocena przedstawianych planów i zasad postępowania specjalistów opieki paliatywnej w kontekście opieki nad osobami wyleczonymi z choroby nowotworowej. Efektem projektu mają być utworzone standardy i rekomendacje dla specjalistów opieki paliatywnej poświęcone osobom, które przeszły chorobę nowotworową i są definiowani jako „ocaleni” oraz publikacja naukowa (zał. do autoref. 45).

3. **Staż naukowy** w Instytucie Psychologii na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach w czerwcu 2023 roku (zał. do autoref. 55). Staż miał miejsce w okresie 12.06.-12.07.2023 roku. Do zadań naukowych, realizowanych przeze mnie w trakcie stażu, należało: 1) przeprowadzanie badań wśród pracowników opieki paliatywnej kompetencji w zakresie troski duchowej i współczucia dla innych; 2) przygotowywanie danych do obliczeń statystycznych, 3) przygotowanie wstępnej wersji artykułu naukowego na temat *współczucia dla innych* oraz troski duchowej wśród osób badanych. W trakcie stażu miałam możliwość także odbycia konsultacji i dyskusji naukowych z obszaru współczucia i troski duchowej z pracownikami IP UŚ oraz UO. Efektem aktywności naukowej w trakcie stażu jest artykuł naukowy: M. Fopka-Kowalczyk, D. Krok, D. Kocur (2024). *Spiritual care, compassion for others and light triad among clergy, social workers and hospice staff*. Palliative Medicine in Practice, 1-18, doi: 10.5603/pmp.98543. W trakcie stażu dla studentów psychologii i pracowników przeprowadziłam wykład i warsztaty na temat choroby przewlekłej i wsparcia osób chorych, wsparcia dzieci w sytuacji choroby i śmierci osoby znaczącej oraz na temat zachowań suicydalnych i możliwości interwencji.

4. **Projekt Instytutu Badań Edukacyjnych** (FERS.01.08-IP.05-0001/23) odnosi się do wsparcia eksperckiego i przeprowadzenia prac analitycznych przy wypracowaniu skali do mierzenia postawy wobec uczenia się w dorosłości oraz narzędzia do badania poczucia skuteczności w obszarze uczenia się. Jest to ogólnopolski projekt realizowany na zlecenie Instytutu Badań Edukacyjnych (IBE) w

ramach projektu systemowego „*Wspieranie dalszego rozwoju Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji w Polsce (ZSK6)*”, na rzecz badania sondażowego pn.: “Ogólnopolskie badanie potencjału Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji”. Partnerem projektu jest m.in. Instytut Nauk Pedagogicznych UMK, a kierownikiem z ramienia INP UMK Profesor Krzysztof Rubacha. Celem projektu jest wsparcie eksperckie i przeprowadzenie prac analitycznych przy 1) adaptacji skali do mierzenia postawy wobec uczenia się w dorosłości oraz 2) wypracowanie narzędzia do badania poczucia skuteczności w obszarze uczenia się, cechującego się dobrymi własnościami psychometrycznymi. Projekt rozpoczął się w maju 2024 i ma trwać do listopada 2024. Moje zadanie w tym projekcie polega na obliczeniach i analizach psychometrycznych przeprowadzonych badań z użyciem wcześniej przygotowanych narzędzi badawczych. Przeprowadzenie tych analiz statystycznych i utworzenie raportu przyczyni się do wypracowania kwestionariusza do realizacji badania sondażowego pn. “Ogólnopolskie badanie potencjału Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji” (zał. do autoref. 81).

6. Oprócz kwestii wymienionych w pkt. 1-5, wnioskodawca może podać inne informacje, ważne z jego punktu widzenia, dotyczące jego kariery zawodowej.

Informacje na temat wszystkich moich aktywności naukowych i zawodowych przed i po uzyskaniu stopnia doktora, także związanych z popularyzacją wiedzy i współpracą z otoczeniem, znajdują się w załączniku p.t.: „**Wykaz osiągnięć naukowych albo artystycznych, stanowiących znaczny wkład w rozwój określonej dyscypliny**” (zał. nr 4).

Małgorzata Topie-Uroń