

I/03

Temat 1. Edukacja na temat śmierci

1. Do jakiego poziomu prewencji odnosi się interwencja z zakresu edukacji na temat śmierci, promująca refleksję o śmierci i umieraniu wśród osób, w życiu których śmierć nie jest aktualnie obecna ani istotna?
 - a. Do prewencji pierwszorzędowej
 - b. Do prewencji trzeciorzędowej
 - c. Do wszystkich poziomów prewencji

2. W Teorii Opanowania Trwogi (ang. *Terror Management Theory*), samoocena jest uważana za:
 - a. Obronę proksymalną
 - b. Zarówno obronę proksymalną jak i dystalną
 - c. Obronę dystalną wraz z kulturowym światopoglądem

3. Żałoba antycypacyjna to:
 - a. Proces psychologiczny wynikający z utraty znaczącej osoby, często charakteryzujący się obecnością stanu masywnego, osobistego cierpienia.
 - b. Stan psychiczny wywołany świadomością nadchodzącej śmierci innej osoby, który na ogół skłania do nieautentycznego zachowania się wobec tej osoby.
 - c. Rodzaj ostrej reakcji żałoby trwającej ponad 24 miesiące i powodującej upośledzenie codziennego funkcjonowania, któremu towarzyszy uporczywe cierpienie.

Temat 2: Opieka paliatywna

1. Jak zdefiniujesz opiekę paliatywną? Jest to:
 - a. Metoda leczenia mająca na celu poprawę jakości życia pacjentów zmagających się z poważnymi chorobami a także ich rodzin, poprzez zapobieganie i łagodzenie cierpienia z uwzględnieniem diagnostyki i wczesnego leczenia bólu;
 - b. Metoda leczenia mająca na celu poprawę jakości życia pacjentów z chorobą nieuleczalną a także ich rodzin wyłącznie w ostatnim etapie tej choroby, poprzez wsparcie medyczne i psychologiczne;
 - c. Metoda leczenia mająca na celu poprawę jakości życia pacjentów po chemioterapii i radioterapii.

2. Według prognoz Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (EAPC, *European Association for Palliative Care*) w nadchodzących dekadach:
 - a. Liczba osób wymagających opieki paliatywnej wzrośnie znacząco w skali globalnej ze względu na wzrost częstotliwości występowania poważnych chorób przewlekłych oraz postępujące starzenie się populacji;
 - b. Populacja osób wymagających opieki paliatywnej zmniejszy się znacząco w skali globalnej dzięki rozwojowi nowych technologii medycznych ułatwiających leczenie poważnych chorób przewlekłych;
 - c. Wzrost częstości występowania poważnych chorób przewlekłych oraz postępujące starzenie się społeczeństw będzie wymagało terapii wyłącznie farmakologicznych, aby umożliwić każdej osobie samodzielne radzenie sobie i nie przeciążać systemu opieki zdrowotnej.

3. W jakich kontekstach i na jakich etapach choroby zaleca się zastosowanie opieki paliatywnej?
 - a. Wyłącznie w szpitalach i przychodniach publicznych, od momentu rozpoznania przewlekłych, postępujących chorób przez cały okres ich trwania;
 - b. W sieci zintegrowanej na poziomie społeczności lokalnej, obejmującej szpitale, kliniki, domy pacjentów i hospicja, poczynając od etapu wczesnej diagnozy, w celu ułatwienia planowania opieki z wyprzedzeniem oraz oceny objawów;
 - b. W domach pacjentów i hospicjach, wyłącznie w ostatnich stadiach choroby nieuleczalnej, kiedy metody leczenia stosowane w szpitalach nie są już skuteczne.

Temat 3: Komunikacja

1. Według Parry i in. (2014), która z metod komunikacji okazała się najskuteczniejsza w zachęcaniu osób chorujących do rozmów na „wrażliwe” tematy.
 - a. Wykorzystanie otwartych pytań sondujących, zadawanie pytań hipotetycznych oraz rozmowa-nie wprost;
 - b. Wykorzystanie rozmowy bezpośredniej oraz szczerze i jak najszybsze przedstawienie diagnozy oraz planu terapii;
 - b. Nie zadawanie pytań i oczekiwanie aż pacjent/ka poprosi o informacje na temat przebiegu choroby.
2. W Sześciokrokowym Protokole Przekazywania Złych Wiadomości (*Six-Step Protocol for Delivering Bad News*, 2000) na etapie zwanym „Percepcją” w trakcie udzielania niepomyślnych informacji o stanie zdrowia pacjenta należy:
 - a. Zadbać o miejsce, czas oraz zasoby psychiczne zapewniające poufność oraz zapytać czy chory/a chce zaangażować w rozmowę inne, ważne dla siebie osoby;
 - b. Ocenić, ile i jakie informacje chory/a chce otrzymać oraz kiedy jest najbardziej odpowiedni czas na ich przekazanie;
 - c. Ocenić stosunek pacjenta/teki do choroby, starając się uchwycić możliwe rozbieżności między jego/jej stanem klinicznym a wyobrażeniami na ten temat, w tym możliwe mechanizmy zaprzeczania chorobie.
3. Które ze stwierdzeń oddaje dobrą komunikację między lekarzem a pacjentem?
 - a. „Pomimo niepowodzenia pierwszej procedury leczniczej, istnieje wiele innych dostępnych opcji leczenia”;
 - b. „Nawet jeśli ten pierwszy zabieg okazał się nieskuteczny, przedstawię inne możliwe działania na jakie możemy się wspólnie zdecydować”;
 - c. „Pierwsza kuracja nie była skuteczna, ponieważ cierpi Pan/Pani na naprawdę trudną do leczenia chorobę, porozmawiajmy jednak o tym, co możemy teraz zrobić”.

Temat 4: Planowanie opieki z wyprzedzeniem

1. Co to znaczy planowanie opieki z wyprzedzeniem (ACP, *Advanced Care Planning*)?
 - a. ACP to proces planowania przyszłej opieki medycznej u schyłku życia, którego celem jest pomoc pacjentom w uzyskaniu odpowiedniej i dostosowanej do ich potrzeb opieki medycznej zgodnie z ich osobistymi życzeniami i wartościami;
 - b. ACP to narzędzie o jedynie prawnym znaczeniu, odnoszące się do ostatnich życzeń pacjenta/teki dotyczących procesu leczenia;

- b. ACP jest terminem używanym na określenie leczenia ustalonego wspólnie z pacjentem/tką, które personel medyczny proponuje w ostatniej fazie choroby.
2. Jakie ryzyko może spowodować zbyt późne wdrożenie procedury planowania opieki z wyprzedzeniem (ACP)?
 - a. Wzrost skłonności pacjentów do wybierania bardziej agresywnych (inwazyjnych, obciążających) metod leczenia, ponieważ nie mają wystarczająco dużo czasu, aby zastanowić się nad swoimi wartościami i preferencjami;
 - b. Pacjenci decydują się na niekonwencjonalne zabiegi, aby lepiej wykorzystać czas jaki im pozostał;
 - c. Pacjenci są narażeni na emocjonalne konsekwencje informacji o diagnozie i tracą zainteresowanie terapią farmakologiczną.
 3. Jaką rolę odgrywają psychologowie w planowaniu opieki z wyprzedzeniem?
 - a. Rolę bezpośrednią - uczestnicząc w wywiadach klinicznych oraz pośrednią - zapewniając odpowiednie szkolenie lekarzom i pielęgniarkom, które są osobami zaangażowanymi w kontakt z pacjentem;
 - b. Ich rola ogranicza się do jedynie do szkolenia lekarzy i pielęgniarek w zakresie radzenia sobie z emocjonalnymi i komunikacyjnymi barierami, które mogą pojawić się u pacjentów;
 - c. Są zaangażowani, gdy pacjenci i ich rodziny mają poważne dysfunkcje w zakresie radzenia sobie z chorobą.

Temat 5: Interwencje psychologiczne w opiece paliatywnej

1. Na jakim etapie choroby pacjentów z zaawansowanym nowotworem skuteczne okazały się następujące interwencje psychologiczne: Terapia wspomagająco-ekspresyjna (*Supportive-expressive therapy*), Psychoterapia skoncentrowana na znaczeniu (MCP, *Meaning-centered psychotherapy*), Radzenie sobie z rakiem i przeżywanie życia pełnego sensu (CALM, *Managing Cancer and Living Meaningfully*)?
 - a. Wkrótce po rozpoznaniu zaawansowanego raka;
 - b. Żyjąc z zaawansowanym rakiem;
 - c. W obliczu nadchodzącego końca życia.
2. Które czynniki uważamy za predyktory jakości życia u opiekunów osób chorujących?
 - a. Płeć opiekunów, czas spędzony na sprawowaniu opieki i ich kondycja psychiczna;
 - b. Rodzaj relacji między pacjentem/tką a osobą sprawującą opiekę (więzi między krewnymi lub osobami niebędącymi krewnymi);
 - c. Czas poświęcony opiece, ich wiek oraz status społeczno-kulturowy
3. Terapia poznawczo-behawioralna (CBT), szczególnie w przypadku modelu podwójnego procesu (DPM, *Dual Process Model*), wykorzystywana w pracy z żałobą:
 - a. zapewnia wsparcie zarówno w procesie akceptacji straty jak i odbudowie życiowych celów i ról.
 - b. ma na celu dostarczenie psychologicznych technik redukujących ból po stracie;
 - c. ma na celu zidentyfikowanie różnych czynników (np. historia medyczna/psychologiczna, sieć rodzinna, status ekonomiczny itp.) pomocnych w procesie leczenia powikłanej żałoby

I/O4

Temat 1: Intermodalna Arteterapia (Intermodal Arts Therapy)

1. Jaki jest cel zastosowania Trójfazowej Intermodalnej Pracy z Rolami (ang. *Three Phases Intermodal Role Work*) wobec osób dorosłych w żałobie?
 - a. Ich kontakt się z żalem, bólem i siłą życiową poprzez interakcję i ekspresyjną kreację.
 - b. Wzmocnienie ich poczucia kontroli i nadziei poprzez Terapię Sztuką (ang. CAT, *Creative Arts Therapy*) oraz nauczenie umiejętności radzenia sobie ze stratą.
 - b. Obie odpowiedzi są prawidłowe.
2. Co to jest „Meta-rola” w Trójfazowej Intermodalnej Pracy z Rolami u osób dorosłych w żałobie (ang. *Three Phases Intermodal Role Work*)?
 - a. Pojawiająca się w fazie 2. „Wybierające Ja”, rola wewnętrzna, która może redefiniować inne role a także przetworzyć lub inaczej pokierować daną sytuacją.
 - b. Rola wewnętrzna pojawiająca się w fazie 1., która jest automatyczna, sztywno określona i statyczna.
 - c. Rola, pojawiająca się w fazie 2, która może aktywować utrudniającą rolę „dorostego w żałobie”.
3. Trzecia faza w Trójfazowej Intermodalnej Pracy z Rolami u osób dorosłych w żałobie dotyczy:
 - a. Pozytywnych myśli związanych z przejściem do kolejnego etapu psychologicznej separacji od osoby zmarłej.
 - b. Pozytywnej projekcji przyszłości; podążania naprzód z siłą witalną, zachowując świadomość pozytywnego wpływu spuścizny po zmarłej osobie.
 - c. Ceremonii zakończenia; kontynuacji życia bez wspominania osoby zmarłej.

Temat 2: Photovoice

1. Technika „fotoprojekcyjna” (ang. *photo projective technique*) zakłada wykorzystywanie zdjęć:
 - a. wyobrażanych przez klienta/tkę
 - b. zrobionych przez klienta/tkę lub inne osoby
 - c. dostarczonych przez terapeutę/tkę
2. Podtrzymywane/kontynuowane więzi z osobą zmarłą:
 - a. są zawsze przystosowawcze
 - b. są zawsze nieprzystosowawcze
 - c. mogą być zarówno przystosowawcze jak i nieprzystosowawcze
3. Terapia wykorzystująca fotografie (ang. *Photo Therapy*):
 - a. Jest skuteczna w radzeniu sobie z problemami związanymi z chorobą i śmiercią przez młodych ludzi oraz pomaga umierającym pacjentom zmierzyć się z ważnymi sprawami ich życia.
 - b. Jest użyteczna do eksploracji kontynuowanych więzi (ang. *Continuing Bonds*) u pacjentów i pomagania im w radzeniu sobie z procesem żałoby.
 - c. Obie powyższe odpowiedzi są prawidłowe

Temat 3: Psychodrama, atom społeczny i śmierć

1. Co oznacza termin „psychodrama” według Blatnera (2019)?
 - a. działanie i jego eksplorację
 - b. zestaw wyćwiczonych ról, które często są odgrywane przez lata w ten sam lub podobny sposób
 - b. proces uczenia się bez doświadczania

2. „Atom społeczny” oznacza:
 - a. największą jednostkę społeczną (jej reprezentację w umyśle terapeuty)
 - b. emocjonalnie nasycone relacje przyciągania i odpychania
 - c. budulec, z którego składają się wszystkie materiały stałe, ciekłe lub gazowe

3. Jaki jest związek między „atomem społecznym” a śmiercią?
 - a. atom społeczny i śmierć nie są ze sobą powiązane
 - b. kiedy ktoś umiera, atom społeczny przed i po wygląda tak samo (społeczne katharsis)
 - c. według Moreno (1947) nie zawsze jest możliwe zastąpienie zmarłej osoby, wraz z jej śmiercią tracisz część siebie i potrzebujesz „katharsis śmierci”

Temat 4: Rola psychodramy w trosce o siebie osoby pomagającej

1. Co oznacza termin „zmęczenie współczuciem” (ang. *Compassion Fatigue*) w modelu teoretycznym opracowanym przez Stamm (2010)?
 - a. pozytywne aspekty pracy w charakterze osoby pomagającej
 - b. nadmierną empatię i identyfikację z cierpieniem pacjentów
 - c. wtórną, traumatyczną ekspozycję na urazowe zdarzenie poprzez relację z osobą pierwotnie go doświadczającą

2. Rozwijanie osobistej filozofii dotyczącej śmierci, mogącej odnosić się lub nie do wyznawanej religii lub przekonań dotyczących duchowości:
 - a. to osobista strategia radzenia sobie
 - b. to strategia z poziomu organizacji, osoba nie jest uprawniona do jej opracowania
 - c. to aberracja, nikt nie może tego robić

3. W asystowaniu osobie pomagającej w wyrażaniu myśli i uczuć (zarówno werbalnie jak i niewerbalnie), których z jakiegoś powodu nie dostrzega lub unika, najbardziej odpowiednią techniką psychodramatyczną jest:
 - a. lustro
 - b. dublowanie
 - c. zamiana ról