



Death Education for Palliative Psychology (DE4PP)

Project n: 2019-1-IT02-KA203-063243

Raport IO2

Stan wiedzy na temat Opieki Paliatywnej oraz Edukacji na temat Śmierci w krajach współpracujących

Opracowanie:

Michael A. Wieser oraz Alexandra Leitner

(tłumaczenie: Krzysztof M. Ciepliński)

Uniwersytet w Klagenfurcie (Austria)

29 Luty 2020r.

Spis treści

	strona
1 Intelktualny rezultat nr 2 (I/O2) zaproponowany we wniosku aplikacyjnym.....	1
2 Rozpowszechnienie publikacji dotyczących tematyki projektu DE4PP.....	2
3 Raporty krajowe.....	13
3.1 Austria.....	13
3.2 Izrael.....	28
3.3 Włochy.....	35
3.4 Polska.....	45
3.5 Rumunia.....	58
4 Konkluzje.....	69
5 Aneksy.....	71
5.1 IO2 - struktura raportu	72
5.2 IO2 - protokół wywiadu z 5 studentami.....	72
5.3 Wyniki opisowe.....	72

1 Intelktualny rezultat nr 2 (O2) zaproponowany we wniosku aplikacyjnym

“To sprawozdanie określi poziom wiedzy i popularyzacji wiedzy na temat opieki paliatywnej, edukacji na temat śmierci oraz arteterapii w państwach współpracujących w projekcie, a także wśród proby grupy docelowej (studentów), w celu zaprezentowania wyników badań podczas kursu (O5) oraz odpowiedniego dostosowania przygotowywanych materiałów e-learningowych (O3).

Analizie poddana zostanie zarówno literatura naukowa, jak i program nauczania. Lokalne programy nauczania oraz stan nauczania w obszarze opieki paliatywnej oraz procesu żałoby zostaną zweryfikowane dla każdego z krajów partnerskich.

Przegląd literatury będzie wykorzystywał podstawowe słowa kluczowe, uzgodnione przez partnerów, w oparciu o analizę międzynarodowej literatury poświęconej tej tematyce. Pierwszy przegląd przeprowadzony zostanie z wykorzystaniem metody PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) w celu wyłonienia podstawowych słów kluczowych. Zostaną one wykorzystane w analizie treści krajowych programów nauczania z zakresu psychologii, w których występują wybrane pojęcia. Działanie to zostanie przeprowadzone na podstawie publicznie dostępnych materiałów opublikowanych przez odpowiednie ministerstwa odpowiadające za szkolnictwo wyższe i badania naukowe. W krajach, w których nie będzie to możliwe, zwrócimy się bezpośrednio do uniwersytetów prowadzących studia na kierunkach psychologicznych.

Dodatkowo, oprócz przeglądu literatury, wybrani studenci z każdego uniwersytetu wezmą udział w wywiadzie/kwestionariuszu badawczym, aby w jeszcze bardziej kompleksowy sposób zweryfikować poziom ich wiedzy w zakresie opieki paliatywnej i edukacji na temat śmierci. Pytania dotyczyć będą następujących zagadnień: co studentu wiedzą o opiece paliatywnej, edukacji na temat śmierci i jej funkcji oraz arteterapii. Wyniki badań zostaną zebrane i opisane w sprawozdaniu.

Sprawozdanie końcowe będzie przydatne do opracowania treści przyszłych zajęć oraz materiałów online (O3 i O4). Za stworzenie raportu O2 odpowiedzialny będzie KLU, jednak wszyscy partnerzy projektu będą zaangażowani w proces jego przygotowania. Pytania kwestionariusza i wywiadu dotyczące opieki paliatywnej, edukacji na temat śmierci i arteterapii zostaną przygotowane przez KLU, UH, ANT oraz UNIPD w języku angielskim. ULBS, KUL, UNIPD oraz KLU dokonają ich tłumaczenia na swoje języki ojczyste.

Każdy z uniwersytetów (UNIPD, ULBS, UH oraz KUL) podejmie się znalezienia próby badawczej 30 studentów, którzy wypełnią przygotowany kwestionariusz oraz 5 studentów, którzy udzielą wywiadu. Wyniki zostaną zebrane i przeanalizowane przez partnera każdego z uniwersytetów poprzez analizę jakościową/iłościową, w celu zbadania wyjściowego stanu wiedzy studentów w kwestii opieki paliatywnej oraz edukacji na temat śmierci.

KLU, UNIPD, UH, ULBS, KUL podejmą się napisania sprawozdania w języku angielskim opartego na przeglądzie literatury oraz wynikach kwestionariusza/wywiadu badawczego własnych studentów, a następnie prześlą sprawozdanie partnerowi wiodącemu (KLU).

KLU zbierze sprawozdania oraz wnioski wszystkich partnerów projektu, a następnie stworzy sprawozdanie końcowe w języku angielskim i niemieckim. ANT, ULBS oraz KUL przetłumaczą je odpowiednio na język włoski, rumuński i polski. Wyniki te staną się podstawą do stworzenia materiałów e-learningowych oraz ankiety przed- i po-interwencyjnej.

2 Rozpowszechnienie publikacji związanych z tematyką projektu DE4PP

W celu analizy aktualnej literatury przedmiotu przeprowadzono badania wykorzystujące metodę PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis). Ten rozdział opisuje metody wyszukiwania danych oraz wyniki.

W pierwszym etapie, eksperci pracujący nad projektem DE4PP wybrali na drodze konsensusu 6 następujących pojęć kluczowych dotyczących śmierci oraz motywów związanych z końcem życia: „Edukacja na temat śmierci”, „Opieka paliatywna”, „Choroby terminalne”, „Koniec życia”, „Żałoba”, „Żal po stracie”.

W drugim etapie, określono następujące kryteria włączenia:

Typy publikacji brane pod uwagę w badaniu to systematyczne przeglądy, meta-analizy oraz artykuły w czasopismach

- a) Publikacja musiała zostać wydana w ciągu ostatnich 10 lat (2009-2019)
- b) Publikacja musi pochodzić z jednego z pięciu państw biorących udział w projekcie DE4PP: Włoch, Izraela, Austrii, Polski lub Rumunii.
- c) Pojęcia kluczowe muszą zostać zawarte w tytule, w abstrakcie lub w sekcji słów kluczowych.

W trzecim etapie sześć kluczowych pojęć związanych ze śmiercią i końcem życia zostało wyszukanych w trzech głównych bazach danych: Scopus, PubMed oraz PsycINFO.

W czwartym etapie te same pojęcia kluczowe zostały połączone z terminami „Arteterapia” oraz „Psychodrama”.

Systematyczne przeglądy

W odniesieniu do **przeglądów systematycznych**, wyniki trzeciego etapu przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1	Scopus	PubMed	PsycINFO	Suma
„Edukacja na temat śmierci”	1	1	0	2
„Opieka paliatywna”	833	510	280	1623
„Choroby terminalne/śmiertelne” lub „Koniec/kres życia”	451	336	206	993
„Żałoba” lub „Żal po stracie”	101	63	61	225
Suma	1386	910	547	2843

Podczas etapu czwartego, te same pojęcia zostały połączone z terminami „Arteterapia” i/lub „Psychodrama”. Wyniki tego etapu przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 2	Scopus	PubMed	PsycINFO	Suma
„Edukacja na temat śmierci” i Arteterapia	0	0	0	0
„Opieka paliatywna” i Arteterapia	0	0	0	0
(„Choroba terminalna/śmiertelna” lub “Koniec/kres życia”) i Arteterapia	1	0	0	1
(„Żałoba“/„Żal po stracie“) i Arteterapia	1	0	0	1
Suma	2	0	0	2
„Edukacja na temat śmierci” i Psychodrama	0	0	0	0
„Opieka paliatywna” and Psychodrama	0	0	0	0
(„Choroba terminalna/śmiertelna” lub “Koniec/kres życia”) i Psychodrama	0	0	0	0
(„Żałoba“ lub „Żal po stracie“) i Psychodrama	0	0	0	0
Suma	0	0	0	0

Znaleziono jedynie 3 przeglądy systematyczne znajdujące się wyłącznie w bazie danych Scopus w następujących kombinacjach wyrazowych:

(“Choroba terminalna/śmiertelna” lub “Koniec/kres życia”) i “Arteterapia”:

Tytuł:

Dalton, J., Thomas, S., Harden, M., Eastwood, A., & Parker, G. (2018). Updated meta-review of evidence on support for carers. *Journal of Health Services Research & Policy*, 23(3), 196-207. doi:10.1177/1355819618766559

Streszczenie:

Cel:

Aktualizacja meta-przeglądu z 2010 r. dotyczącego systematycznych przeglądów skutecznych metod wspierania opiekunów osób chorych, niepełnosprawnych lub starszych. W tym artykule przedstawiamy najbardziej obiecujące interwencje w opraciu o najlepsze dostępne dowody. Metoda: Szybki meta-przegląd przeglądów systematycznych opublikowanych od stycznia 2009 r. do roku 2016. Wyniki: Uwzględniono sześćdziesiąt jeden przeglądów systematycznych (27 wysokiej jakości, 25 średniej jakości, 9 niskiej jakości). Jakość przeglądów uległa poprawie od publikacji oryginalnego przeglądu, jednakże badania podstawowe są nadal ograniczone pod względem ich liczby i jakości. Czternaście przeglądów wysokiej jakości poświęconych zostało opiekunom osób cierpiących na demencję, cztery opiekunom osób chorych na raka, cztery kolejne opiekunom osób po udarze, trzy opiekunom osób u kresu życia z różnymi schorzeniami oraz dwa opiekunom osób z problemami psychicznymi. Interwencja wieloskładnikowa charakteryzowała się położeniem silnego akcentu na treści psychospołeczne lub psychoedukacyjne, edukację oraz szkolenie. Lepsze wyniki dla opiekunów odnotowano w zakresie zdrowia psychicznego, obciążenia i stresu oraz dobrego samopoczucia lub jakości życia. Negatywne skutki odnotowano w przeglądach opieki zastępczej. Podobnie jak w przypadku wcześniejszych prac, znaleźliśmy niewiele wiarygodnych dowodów na efektywność kosztową przeglądanych interwencji.

Wnioski:

Nie ma jednej uniwersalnej metody interwencji wspierającej opiekunów osób osób chorych, niepełnosprawnych lub starszych. Istnieje potencjał skutecznego wsparcia określonych grup opiekunów, na przykład poprzez wspólne uczenie się, przeformułowanie poznawcze (cognitive reframing), medytację czy wspomagane komputerowo wsparcie psychospołeczne dla opiekunów osób cierpiących na demencję. Efektywne wsparcie dla opiekunów osób chorych na raka może obejmować interwencje psychospołeczne, arteterapię i poradnictwo. Potrzeba więcej badań podstawowych dobrej jakości, opartych na teorii.

Słowa kluczowe:

Opiekunowie (osób chorych, niepełnosprawnych lub starszych); Interwencje; Meta-przegląd

(„Żałoba” lub „Żal po stracie”) oraz „Arteterapia”:**Tytuł:**

Weiskittle, R., & Gramling, S. (2018). The therapeutic effectiveness of using visual art modalities with the bereaved: a systematic review. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 11*, 9-24. doi:10.2147/prbm.s131993

Streszczenie:

Osoby w żałobie są coraz częściej postrzegane jako narażone na negatywne skutki psychiczne i fizjologiczne. Modalności sztuk wizualnych są często włączane do interwencji w terapii żałoby a zastosowanie kliniczne technik terapii poprzez sztukę w pracy z osobami w żałobie zostało szeroko udokumentowane. Chociaż klinicyści i odbiorcy tych interwencji uważają je za wysoce pomocne w procesie radzenia sobie z żałobą, badania nad skutecznością modalności sztuk wizualnych przyniosły niejednoznaczne wyniki i nie zostały jeszcze zsyntetyzowane co umożliwiłoby uznanie tych form wsparcia za empirycznie potwierdzone. W związku z tym niniejszy przegląd krytycznie ocenia istniejącą literaturę na temat skuteczności modalności sztuk wizualnych u osób pogrążonych w żałobie i przedstawia sugestie dotyczące przyszłych kierunków badań. W bieżącym przeglądzie uwzględniono łącznie 27 badań. Przeprowadzenie metaanalizy nie była możliwe ze względu na kliniczną różnorodność i niewystarczająco porównywalne dane dotyczące wyników pomiarów we poszczególnych badaniach. Synteza narracyjna wskazuje, że zastosowanie modalności sztuk wizualnych w terapii, wiązało się z pozytywnymi zmianami, takimi jak utrzymywanie więzi ze zmarłym i nadawanie sensu. Stwierdzono, że wstępne i niejednoznaczne dowody potwierdzają skuteczność tego rodzaju leczenia w łagodzeniu negatywnych objawów żałoby, takich jak ogólny smutek, upośledzenie funkcjonalne oraz symptomy depresji i lęku.

Słowa kluczowe:

Żal po stracie; Sztuki ekspresyjne (Expressive arts); Żałoba; Terapia; Skuteczność.

Nie znaleziono żadnych przeglądów systematycznych dla wyszukiwanych pojęć kluczowych dla żadnego z 5 państw należących do projektu: Włoch, Austrii, Izraela, Polski i Rumunii.

Meta-analiza

W odniesieniu do **meta-analizy** wyniki trzeciego etapu badań przedstawiono w Tabeli 3:

Tabela 3	Scopus	PubMed	PsycINFO	Suma
“Edukacja na temat śmierci”	1	1	0	2
“Opieka paliatywna”	515	142	31	688
“Choroby terminalne/śmiertelne” lub “Koniec/kres życia”	185	73	13	271
„Żałoba“ lub „Żal po stracie“	75	23	18	116
Suma	776	239	62	1077

Podczas etapu czwartego, te same pojęcia zostały połączone z terminami “Arteterapia” i/lub “Psychodrama”. Wyniki tego etapu przedstawiono w Tabeli 4:

Tabela 4	Scopus	PubMed	PsycINFO	Suma
“Edukacja na temat śmierci” i Arteterapia	0	0	0	0
“Opieka paliatywna” i Arteterapia	0	0	0	0
(“Choroby terminalne/śmiertelne” lub “Koniec/kres życia”) i Arteterapia	1	0	0	1
(„Żałoba“ lub „Żal po stracie“) i Arteterapia	1	0	0	1
Suma	2	0	0	2
“Edukacja na temat śmierci” i Psychodrama	0	0	0	0
“Opieka paliatywna” and Psychodrama	0	0	0	0
(“Choroby terminalne/śmiertelne” lub “Koniec/kres życia”) i Psychodrama	0	0	0	0
(„Żałoba“ lub „Żal po stracie“) i Psychodrama	0	0	0	0
Suma	0	0	0	0

Znaleziono tylko 2 meta-analizy zamieszczone wyłącznie w bazie danych Scopus w następujących kombinacjach wyrazowych:

(“Choroba terminalna/śmiertelna” lub “Koniec/kres życia”) i “Arteterapia”:

Tytuł:

Dalton, J., Thomas, S., Harden, M., Eastwood, A., & Parker, G. (2018). Updated meta-review of evidence on support for carers. *Journal of Health Services Research & Policy*, 23(3), 196-207. doi:10.1177/1355819618766559

Ta meta-analiza została już uprzednio opisana w sekcji przeglądu systematycznego, ale pojawia się także w wynikach eksploracji prowadzonych dla meta-analiz.

(„Żałoba” lub „Żal po stracie”) and “Arteterapia”:

Tytuł:

Weiskittle, R., & Gramling, S. (2018). The therapeutic effectiveness of using visual art modalities with the bereaved: a systematic review. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 11*, 9-24. doi:10.2147/prbm.s131993

Powyzsza meta-analiza została już uprzednio opisana w sekcji przeglądu systematycznego, ale pojawia się także w wynikach eksploracji prowadzonych dla meta-analiz.

Nie znaleziono żadnych meta-analiz dla wyszukiwanych pojęć kluczowych dla żadnego z 5 państw należących do projektu: Włoch, Austrii, Izraela, Polski i Rumunii.

Artykuły w czasopismach

Wyniki trzeciego etapu w odniesieniu do **artykułów w czasopismach**, zestawiono w Tabeli 5:

Tabela 5	Scopus	PubMed	PsycINFO	Suma
„Edukacja na temat śmierci”	124	43	64	231
„Opieka paliatywna”	21526	12140	4726	38392
„Choroby terminalne/śmiertelne” lub „Koniec/kres życia”	16804	10433	4573	31810
„Żałoba” lub „Żal po stracie”	6989	2381	3130	12500
Suma	45443	24997	12493	82933

Podczas etapu czwartego, te same pojęcia zostały połączone z terminami “Arteterapia” i/lub “Psychodrama”. Wyniki tego etapu przedstawiono w Tabeli 6:

Tabela 6	Scopus	PubMed	PsycINFO	Suma
„Edukacja na temat śmierci” i Arteterapia	0	0	0	0
„Opieka paliatywna” i Arteterapia	36	0	0	36
(„Choroby terminalne/śmiertelne” lub „Koniec/kres życia”) i Arteterapia	16	0	1	17
(„Żałoba” lub „Żal po stracie”) i Arteterapia	26	0	3	29
Suma	78	0	4	82
„Edukacja na temat śmierci” i Psychodrama	0	0	1	1
„Opieka paliatywna” and Psychodrama	1	0	1	2
(„Choroby terminalne/śmiertelne” lub „Koniec/kres życia”) i Psychodrama	0	1	1	2
(„Żałoba” lub „Żal po stracie”) i Psychodrama	4	1	2	7
Suma	5	2	5	12

Na tym etapie, znaleziono 94 artykuły prasowe. Po usunięciu duplikatów ostatecznie pozostało 77 artykułów. Z tej puli, wybraliśmy jedynie 6 artykułów, które spełniały kryteria (ustalone w jednym z 5 krajów uczestniczących w projekcie DE4PP). To zaowocowało 4 badaniami z Włoch i 2 z Izraela. Dodatkowe badanie z Włoch zostało dołączone w wyniku osobistej konsultacji z jego autorami, co w ostatecznym rozrachunku dało łącznie 5 badań z Włoch. Dodatkowe badanie z Izraela zostało dołączone w wyniku osobistej konsultacji z jego autorami, co w ostatecznym rozrachunku dało łącznie 3 badania z Izraela.

Poniższe pięć badań zostało przeprowadzonych we Włoszech, w następujących kombinacjach pojęć kluczowych:

“Edukacja na temat śmierci” i Psychodrama:

Tytuł:

Testoni, I., Ronconi, L., Palazzo, L., Galgani, M., Stizzi, A., & Kirk, K. (2018). Psychodrama and Moviemaking in a Death Education Course to Work Through a Case of Suicide Among High School Students in Italy. *Frontiers in Psychology*, 9. doi:10.3389/fpsyg.2018.00441

Streszczenie:

Niniejsze badanie opisuje psychologiczne skutki udziału w edukacji na temat śmierci, wykorzystanej do przeanalizowania przypadku samobójstwa we włoskim liceum. Działania związane z edukacją na temat śmierci obejmowały filozoficzne i religijne spojrzenie na relacje między śmiercią a sensem życia, wizytę w lokalnym hospicjum oraz zajęcia z psychodramy, które zwieńczone zostały stworzeniem krótkich filmów. Interwencja objęła 268 licealistów (z czego 138 było w grupie eksperymentalnej). W pomiarach dokonanych przed- i po interwencji oceniano ontologiczne wyobrażenie śmierci, lęk przed śmiercią, aleksytymię oraz sens życia. Wyniki potwierdziły, że w grupie eksperymentalnej lęk przed śmiercią znacząco zmniejszył się, podobnie jak wyobrażenie śmierci jako anihilacji i aleksytymii, podczas gdy poczucie duchowości i sensu życia były bardziej nasilone w porównaniu z grupą, która nie miała doświadczenia edukacji na temat śmierci. Te pozytywne zmiany w zakresie sensu życia oraz zmniejszeniu lęku potwierdziły, że możliwym jest radzenie sobie z traumą i żałobą w szkole dzięki interwencjom edukacji na temat śmierci, które obejmują dyskusje religijne, psychodramę oraz działania związane z tworzeniem filmów.

Słowa kluczowe:

Edukacja na temat śmierci; Duchowość; Psychodrama; Tworzenie filmów; Aleksytymia; Wyobrażenie śmierci; Lęk przed śmiercią.

“Choroba terminalna/śmiertelna” lub “Koniec/kres życia” i Psychodrama:**1. Tytuł:**

Baile, W. F., De Panfilis, L., Tanzi, S., Moroni, M., Walters, R., & Biasco, G. (2012). Using Sociodrama and Psychodrama to Teach Communication in End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine*, 15(9), 1006-1010. doi:10.1089/jpm.2012.0030

Streszczenie:

Dyskusje na temat kresu życia mogą stresować i wywoływać silne emocje zarówno u lekarza, jak i pacjenta oraz jego rodziny. W opiece paliatywnej rozumienie i efektywne radzenie sobie z emocjami jest kluczową umiejętnością, która pomaga podnieść kompetencje zawodowe, a także zwiększa zadowolenie pacjenta i jego rodziny z otrzymywanej opieki. Ilustrujemy, jak na zajęciach magisterskich z medycyny paliatywnej wykorzystaliśmy dramowe „metody oparte na działaniu” wywodzące się z socjodramy i psychodramy do przedstawienia dwóch trudnych przypadków, aby szkolić lekarzy w emocjonalnych aspektach opieki nad pacjentami w zaawansowanym stadium nowotworu. Opisujemy konkretne techniki konstruowania i odgrywania scenariuszy przypadków z wykorzystaniem rozgrzewki, tworzenia ról, dublowania i odwracania ról. W szczególności, ilustrujemy jak te i inne techniki zostały użyte do ujawnienia i rozwiązania problemu „ukrytych” emocji, postaw i wartości, które były kluczowe dla dylematu komunikacyjnego. Na koniec przedstawiamy ocenę wystawioną przez każdego z 26 uczestników, którzy wzięli udział w kursie.

2. Tytuł:

Testoni, I., Ronconi, L., Palazzo, L., Galgani, M., Stizzi, A., & Kirk, K. (2018). Psychodrama and Moviemaking in a Death Education Course to Work Through a Case of Suicide Among High School Students in Italy. *Frontiers in Psychology*, 9. doi:10.3389/fpsyg.2018.00441

Ten artykuł został już uprzednio znaleziony i opisany, ale pojawia się także w kombinacji ze wskazanymi pojęciami kluczowymi.

“Opieka paliatywna” i Psychodrama:**3. Tytuł:**

Baile, W. F., De Panfilis, L., Tanzi, S., Moroni, M., Walters, R., & Biasco, G. (2012). Using Sociodrama and Psychodrama to Teach Communication in End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine*, 15(9), 1006-1010. doi:10.1089/jpm.2012.0030

Ten artykuł został już uprzednio znaleziony i opisany, ale pojawia się także w kombinacji ze wskazanymi pojęciami kluczowymi.

(„Żałoba” oraz „Żal po stracie”) i Psychodrama:

1. Tytuł:

Testoni, I., Cichellero, S., Kirk, K., Cappelletti, V., & Cecchini, C. (2019). When Death Enters the Theater of Psychodrama: Perspectives and Strategies of Psychodramatists. *Journal of Loss and Trauma*, 24(5-6), 516-532. doi:10.1080/15325024.2018.1548996

Streszczenie:

Śmierć jest jednym z najbardziej przerażających doświadczeń w życiu człowieka, ponieważ jest ona nieunikniona i powoduje nieodwracalne straty. Niniejszy artykuł opisuje skutki badania jakościowego przeprowadzonego z udziałem 25 włoskich psychodramatystów. Zachowując uogólnione kryteria raportowania badań jakościowych (the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) (COREQ), badania miały na celu wyłonienie strategii i technik radzenia sobie ze stratą i żałobą, w przypadku, gdy realna lub symboliczna śmierć pojawiała się w narracjach pacjentów. Wyniki pokazały, że uczestnicy z reguły uważali, iż psychodrama oferuje doskonale narzędzia do leczenia obu form żałoby, pomimo kilku różnic, dostrzeganych pomiędzy tymi formami. Uczestnicy badania za dwie główne strategie uznawali terapeutyczne działanie grupy oraz rzeczywistość poszerzoną, umożliwiającą umieszczenie na scenie samej śmierci oraz osoby zmarłej, zaś głównymi technikami były zamiana ról, zakładającą reprezentację utraconej osoby lub sytuacji z wykorzystaniem ego pomocniczego, puste krzesło, dublowanie oraz genodramę. Uderzającym czynnikiem wynikającym z analizy jakościowej było to, że zdiagnozowano brak kompetencji związanych z wyjaśnieniem prawdziwej żałoby i jej złożonych konstelacji. Przedstawiono sugestie przydatne w doskonaleniu psychodramy w leczeniu wszystkich rodzajów strat. Szczególną uwagę zwraca się na podtrzymywane więzi (continuing bonds).

Słowa kluczowe:

Psychodrama; realna i symboliczna śmierć; Żałoba; Podtrzymywane więzi; Przywiązanie.

2. Tytuł:

Testoni, I., Ronconi, L., Palazzo, L., Galgani, M., Stizzi, A., & Kirk, K. (2018). Psychodrama and Moviemaking in a Death Education Course to Work Through a Case of Suicide Among High School Students in Italy. *Frontiers in Psychology*, 9. doi:10.3389/fpsyg.2018.00441

Ten artykuł został już uprzednio znaleziony i opisany, ale pojawia się także w kombinacji ze wskazanymi pojęciami kluczowymi.

3. Tytuł:

Menichetti, J., Giusti, L., Fossati, I., & Vegni, E. (2015). Adjustment to cancer: exploring patients' experiences of participating in a psychodramatic group intervention. *European Journal of Cancer Care*, 25(5), 903-915. doi:10.1111/ecc.12412

Streszczenie:

Głównym celem niniejszego badania było zrozumienie subiektywnego doświadczenia pacjentów dostosowujących się do choroby nowotworowej poprzez skupienie się na tym, jak na to doświadczenie może wpłynąć udział w psychodramatycznej interwencji grupowej. Pogłębione wywiady z wykorzystaniem podejścia interpretacyjno-fenomenologicznego przeprowadzono z ośmioma pacjentami z rakiem uczestniczącymi w grupie psychodramatycznej. Zidentyfikowano cztery kluczowe tematy: (1) relacje zewnętrzne i wewnętrzne; (2) tożsamości: pielęgnowanie innych „ja”; (3) „emocjonalna siłownia” (a feelings' gym): odgrywanie świata wewnętrznego oraz (4) wiele końców: oplakiwanie/żał po stracie, śmierć i umieranie. Uczestnictwo w grupie onkologicznej z zastosowaniem podejścia psychodramatycznego przyniosło pozytywne rezultaty. W szczególności: środowisko grupy (1) faworyzowało relacje, w których można było swobodnie wyrażać siebie i (2) wzmacniało pacjentów w ich poczuciu, że mogą dawać i otrzymywać pomoc; podejście psychodramatyczne: (1) wspierało fizyczną mobilizację w formie poczucia sprawstwa oraz (2) pozwalało uporać się z procesem żałoby. Ścieżki opieki nad chorymi na raka zosąłyby wzbogacone poprzez programy psychoterapeutycznych wykorzystujących podobne podejście, ponieważ psychodrama poprzez aktywne zaangażowanie ciała wydaje się oddziaływać w obszarach, które często nie są obejmowane przez inne podejścia, takie jak (tj. mobilizacja fizyczna, zaangażowanie ciała, przystosowanie się do żałoby). Psychodrama wspiera pacjentów w uzyskaniu wglądu we własne możliwości aktywnego uczestnictwa danej sytuacji życiowej pomimo choroby nowotworowej i poddania się leczeniu.

Słowa kluczowe:

Rak; Onkologia; Psychodrama; IPA; Badania jakościowe; Terapia grupowa.

Dodatkowe pozycje:

Tytuł:

Testoni, I., Biancalani, G., Ronconi, L., & Varani, S. (2019). Let's Start With the End: Bibliodrama in an Italian Death Education Course on Managing Fear of Death, Fantasy-Proneness, and Alexithymia With a Mixed-Method Analysis. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022281986361. doi:10.1177/0030222819863613

Streszczenie:

Artykuł przedstawia wyniki doświadczenia kursu z zakresu edukacji na temat śmierci (DE) z bibliodramą we włoskich szkołach średnich, który skupiał się na emocjach i tematach egzystencjalnych. W badaniu przeanalizowano niemożność rozpoznania lub opisanie własnych emocji (aleksytymia), skłonność do fantazjowania oraz postawy wobec śmierci w dwóch różnych grupach studentów: jednej, która uczestniczyła w kursie DE (w której uczestniczyło 113 uczniów) oraz drugiej, która nie brała udziału w to (ze 114 uczniami). Zastosowanie metody mieszanej pozwoliło w tym badaniu zbadać wyniki ilościowe, które studenci wskazywali w kwestionariuszu oraz jakościowe, otwarte odpowiedzi na ostatnie pytanie

dotyczące tego, w jaki sposób skorzystali z kursu DE. Wyniki pokazały, że kurs miał pozytywny wpływ, ponieważ w grupie DE znacznie zmniejszył się poziom aleksytymii i negatywnego nastawienia do śmierci, szczególnie w zakresie lęku i unikania śmierci, sprawiając, że wyobrażenie śmierci u uczestników tej grupy było mniej traumatyczne.

Słowa kluczowe:

Adolescenci; Aleksytymia; Bibliodrama; Edukacja na temat śmierci; Skłonność do fantazjowania; Lęk przed śmiercią.

Kolejne trzy badania przeprowadzono w Izraelu, stosując następujące kombinacje słów kluczowych

(Żal po stracie i żałoba) oraz “Arteterapia”:

1. Tytuł:

Bat-Or, M., & Garti, D. (2019). Art therapist's perceptions of the role of the art medium in the treatment of bereaved clients in art therapy. *Death Studies*, 43(3), 193-203. doi:10.1080/07481187.2018.1445138

Streszczenie:

Celem badania eksploracyjnego było ustalenie, w jaki sposób arteterapeuci postrzegają mediującą rolę sztuki w leczeniu klientów pogrążonych w żałobie. Ośmiu izraelskich arteterapeutów reflektowało nad tym tematem poprzez rysunki i wywiady. Wskutek analizy jakościowej zidentyfikowano trzy główne role sztuki, w szczególności pojmowanej jako: (1) przestrzeń do pracy z żałobą klienta; (2) kanał komunikacji, który wpływa na doświadczenie i relację terapeutyczną arteterapeuty; oraz (3) wspólną przestrzeń, w której klient i terapeuta tworzą nową narrację. Dyskusja dotyczy odkryć i ich implikacji klinicznych, identyfikując centralne procesy terapeutyczne obecne w arteterapii z klientami w żałobie.

2. Tytuł:

Garti, D., & Bat Or, M. (2019). Subjective experience of art therapists in the treatment of bereaved clients. *Art Therapy*, 36(2), 68-76. doi:10.1080/07421656.2019.1609329

Streszczenie:

Niniejsze badanie dotyczy subiektywnych doświadczeń arteterapeutów pracujących z klientami w żałobie. Ośmiu terapeutów zajmujących się sztuką otrzymało zadanie oparte na sztuce i przeprowadziło częściowo ustrukturyzowany wywiad. Analiza jakościowa ujawniła 3 tematy ujęte w osiach: (a) ułatwianie ekspresji emocjonalnej i kontroli, (b) wahanie między obecnością a brakiem sztuki tworzonej przez klienta oraz (c) manewrowanie między interwencjami intuicyjnymi a opartymi na teorii. Ostatnia oś obejmowała aspekt ранego uzdrowiciela. Odkrycia opisują, w jaki sposób terapeuci sztuką wykorzystują proces twórczy, doceniają obrazy oraz konstruują swoje interwencje, aby skutecznie pracować z klientami zmagającymi się z żałobą.

Słowa kluczowe:

Obce kraje; Arteterapia; Sprzymierzony Personel Medyczny (Allied Health Personnel); Żałoba; Odpowiedź emocjonalna; Interwencja; Radzenia sobie; Psychoterapia; Materiały Artystyczne; Sztuka; Śmierć; Ekspresja artystyczna.

3. Tytuł:

Bat Or, M., Megides, O. (2016). Found Object/Readymade Art in the Treatment of Trauma and Loss. *Journal of Clinical Art Therapy*, 3(1), retrieved from: <http://digitalcommons.lmu.edu/jcat/vol3/iss1/3>

Streszczenie:

Found object/readymade art jest znanym medium ekspresyjnym w arteterapii, które nie zostało wystarczająco przebadane. Niniejszy artykuł analizuje teoretycznie i klinicznie found object/readymade art jako progresywną interwencję terapeutyczną w leczeniu traumy i utraty. Ma na celu pokazanie, w jaki sposób tworzenie znalezionej przedmiotu/gotowego dzieła sztuki umożliwia klientowi napotkanie i zatrzymanie uszkodzonych/odłączonych wspomnień oraz zapewnia przestrzeń do integracji i nadawania znaczeń w obliczu zerwania i utraty. Omówiono to poprzez przegląd medium artystycznego foundobject/readymade w historii sztuki i arteterapii oraz poprzez fenomenologiczną obserwację procesu jego tworzenia. Uwzględniono specyficzne powiązania z leczeniem traumy i straty, a także rolę terapeuty. Winiety kliniczne i przykłady z warsztatów znalezionych przedmiotów/gotowych dzieł sztuki ilustrują te właściwości terapeutyczne poprzez arteterapię oraz perspektywy psychoanalityczną i neurobiologiczną.

Słowa kluczowe:

Found object; Readymade art; Trauma; Strata.

Podsumowanie:

Włochy są krajem, gdzie zostało przeprowadzonych najwięcej badań naukowych, następnym pod tym względem jest Izrael. Włoskie artykuły naukowe przedstawiają interwencje łączące metody arteterapii z motywem kresu życia, czego efektem jest wykazanie skuteczności tych metod, w szczególności psychodramy, w radzeniu sobie z problemami dotyczącymi śmierci, towarzyszeniem umieraniu i radzeniu sobie z żałobą.

Odnosnie badań izraelskich, pierwsze dwa artykuły naukowe zostały napisane przez tych samych autorów, przy użyciu tej samej próby badawczej, mimo, że przedmiotem analizy były dwa różne aspekty sposobu w jaki arteterapeuci postrzegają rolę sztuki jako medium w procesie terapeutycznym pacjentów w żałobie. Natomiast trzecia izraelska praca badawcza podkreśla znaczenie sztuki jako interwencji terapeutycznej w leczeniu traumy i straty (np. śmierć, rozwód, strata pracy, przewlekła choroba, uszkodzenie mózgu, represje polityczne). W Austrii, Polsce i Rumunii brak jest anglojęzycznych artykułów empirycznych na temat śmierci i kresu życia, z uwzględnieniem użycia terapii artystycznej lub psychodramy.

3 Raporty krajowe

3.1 Austria

IO2 Raport Austria

M. A. Wieser and A. Leitner

1. Przegląd trzech dziedzin projektu: Opieki Paliatywnej, Edukacji na temat śmierci oraz Arteterapii / Psychodramy w Austrii

Według Arias-Casais et al. (2019), Austria wyróżnia się pod względem opieki paliatywnej. Obejmuje to austriackie ustawodawstwo, plan strategiczny, personel ministerstwa zdrowia oraz fundusze. W przypadku morfiny i opioidów istnieją specjalne formularze recepty, na które nie ma określonych ograniczeń ani maksymalnych dawek. Edukacja jest obowiązkowym przedmiotem szczegółowym w specjalistycznych szkołach medycznych i pielęgniarskich. Istnieje austriackie stowarzyszenie (pediatrów) opieki paliatywnej oraz hospicjum z katalogiem usług i rejestrem przeszkolonych wolontariuszy. Brakuje natomiast połączenia z psychologią, terapią sztuką oraz psychodramą.

Jacob Levy Moreno mieszkał kiedyś w Austrii; psychodrama sięga swymi korzeniami ponad stu lat wstecz. Po tym jak psychodrama powróciła w latach 70. do Austriackiego Stowarzyszenia Dynamiki Grupowej i Psychoterapii Grupowej (ÖAGG) co było wpierane przez Moreno. Sekcja psychodramy w Austrii liczy ponad 500 członków. Zgodnie z ustawą o psychoterapii, Ministerstwo Zdrowia i Ubezpieczeń Społecznych uznało ją w 1993 roku, a Europejskie Stowarzyszenie Psychoterapii w roku 2005. Aktualnie jest częścią programów nauczania Uniwersytetów Naddunajskich w Krems, Salzburgu, Innsbrucku, Bertha von Suttner St. Pölten, Sigmunta Freuda we Wiedniu oraz w Klagenfurcie. Oprócz psychoterapii grupowej psychodramy rozwinęła dziedziny indywidualne i kliniczne.

Tak samo jak psychodrama, arteterapia staje się coraz popularniejszą formą terapii w Austrii. Oprócz związku z psychologią, austriacka arteterapia obejmuje również dyscypliny takie jak edukacja czy nauki o sztuce. Nauki o sztuce odgrywają specjalną rolę, szczególnie w psychospołecznej, psychosomatycznej i psychiatrycznej praktyce terapeutycznej. Poprzez wsparcie terapeutyczne w terapii sztuką pacjenci mogą znaleźć drogę do siebie, a jednocześnie doświadczyć form wspólnoty z innymi.

Wyniki międzynarodowych badań Shafit et al. (2020) "Stan wiedzy w zakresie terapii artystycznych" pokazują znaczenie terapii sztuką w dzisiejszej nauce: około jedna trzecia wszystkich artykułów badawczych dotyczy znaczenia sztuki w terapii. Coraz więcej instytucji, praktyk lub trenerów oferuje również różne kursy w tej dziedzinie, które można łączyć z opieką paliatywną, umożliwiając w ten sposób ich owocne współdziałanie w terapii. Niestety, jak dotąd nie znaleźliśmy kursów obejmujących psychodramę i arteterapię z aplikacją w dziedzinie opieki paliatywnej i edukacji na temat śmierci.

2. Powszechność publikacji związanych z tematyką projektu DE4PP w Austrii

Nie znaleziono żadnych przeglądów systematycznych, meta-analiz i artykułów badawczych przy pomocy metody PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) dla wyszukiwanych słów kluczowych (“Choroba terminalna”, “Kres życia”, “Żałoba”, “Żal po stracie”, “Edukacja na temat śmierci”, “Opieka paliatywna”, “Psychodrama”, “Terapia sztuką”) należących do Austrii (patrz rozdział 2 powyżej).

3. Powszechność kursów związanych z tematami projektu DE4PP w Austrii

Łącznie, znaleźliśmy 34 kursy. Głównie dotyczyły one dziedziny opieki paliatywnej, żałoby oraz żalu po stracie, tylko jeden obejmował edukację na temat śmierci, natomiast żaden nie podejmował kwestii chorób terminalnych i kresu życia; dwa z przytoczonych kursów kończą się uzyskaniem tytułu magistra, a dwa są kursami uniwersyteckimi. Nasze poszukiwania wskazują na brak kursów trzeciego stopnia obejmujących kwestie opieki paliatywnej i podobnych tematów na austriackich uniwersytetach. To samo dotyczy psychologii, psychodramy i terapii sztuką.

Tabela 1 ukazuje liczbę kursów dostępnych w Austrii, rozbitych na poszczególne pojęcia kluczowe.

Tabela 1	Suma
“Edukacja na temat śmierci”	1
“Opieka paliatywna”	19
“Choroba terminalna” lub “kres życia”	0
„Żal po stracie“ lub „Żałoba“	14
Suma	34

„Edukacja na temat śmierci“:

Tabela 2 przedstawia listę indywidualnych ofert kursów znalezionych przy użyciu pojęcia “Edukacja na temat śmierci”.

Tabela 2								
Nr.	Nazwa Instytucji	typ	Nazwa programu/kursu	ECTS	Czas trwania	Tytuł akademicki/Certyfikat	koszt	Link
1	Kardinal König Haus - Educational Centre of the Jesuits and Caritas	Seminarium	Ciało w procesie umierania - O umiejętnościach i pewności siebie	/	8 h	Dalszy trening	€ 150,-	https://www.kardinal-koenig-haus.at/bildungsprogramm/hospiz-palliative-care-demenz/programm?seite=2&startpage=1&le=5#107

„Opieka paliatywna“:

Tabela 3 przedstawia listę ofert kursów znalezionych przy użyciu pojęcia „Opieka paliatywna“.

Tabela 3								
Nr.	Nazwa Instytucji	Typ	Nazwa programu/kursu	ECTS	Czas trwania	Stopień akademicki/certyfikat	Koszt	link
1	Paracelsus - Private Medical University	Kurs uniwersytecki	University course Palliative Care	92,5	7 semestrów	Magister	€ 9.071,40	https://www.pmu.ac.at/studium-weiterbildung/ulg-lg/universitaetslehrgang-palliative-care.html
2	Kardinal König Haus - Educational Centre of the Jesuits and Caritas	kurs	Interprofessional palliative care course 2020/21	/	10 miesięcy	Magister	1.375,- na semestr	https://www.kardinal-koenig-haus.at/bildungsprogramm/hospiz-palliative-care-demenz/programm?seite=5&startpage=1&len=5#a107
3	Hospiz Österreich - organization hospice and palliative care	Kurs podstawowy	Interprofessional Palliative Basic Course	23,5	120 h	Dyplom	/	https://www.hospiz.at/fachwelt/bildung/
4	Akademie Wels - Academy for Health and Education of Kreuzschwestern GmbH	Kurs	Interprofessional Basic Course Palliative Care	23,5	120 h	Dyplom	€ 2460,-	https://www.hospiz-ooe.at/wp-content/uploads/2019/05/PalliativeCare_2020_web-1.pdf
5	Caritasakademie	Kurs podstawowy	Interprofessional basic course Palliative Care	/	136 h	Dyplom	€ 2240,-	https://www.caritasakademie.at/erwachsenenbildung/pflege-betreuung/palliative-care/basislehrgang-palliative-care-201819/
6	Austrian Academy of Physicians GmbH	Kurs	Palliative care	/	60 h	Dyplom	/	https://www.arztakademie.at/diplome-zertifikate-cpds/oeaek-diplome/palliativmedizin
7	OPG - Austrian Palliative Society	Kurs	Course Palliative Care	/	65 h	Dyplom	€ 1800,-	https://www.palliativ.at/lehrgang/lehrgang-202021/
8	Kardinal König Haus - Educational Centre of the Jesuits and Caritas	Akademia wakaacyjna	Focus on children and young people - Pediatric Palliative Care and Grief in Children and Adolescents	/	24 h	Certyfikat	€ 390,-	https://www.kardinal-koenig-haus.at/bildungsprogramm/hospiz-palliative-care-demenz/programm?seite=7&startpage=1&len=5#a107
9	Caritas - Mobile	Kurs podstawowy	Basic course for	/	88,25 h	Certyfikat	€ 880,-	https://www.caritas-linz.at/fileadmin/storage/oberoesterreich/hos

	Hospice Palliative Care	awo wy	life, death and grief counselling					piz/bildungsprogramm_2019_2020_hospiz.pdf
10	Caritas - Mobile Hospice Palliative Care	Kurs podstawowy	Basic course for children's hospice work	/	4 Module	Certyfikat	€ 800,-	https://www.caritas-linz.at/fileadmin/storage/oberoesterreich/hospiz/bildungsprogramm_2019_2020_hospiz.pdf
11	Palliative care coordination Steiermark - Steiermärkische Krankenhaushilfsgesellschaft m.b.H.	Kurs uniwersytecki	University course Palliative Care in Pediatrics	/	125 h	Certyfikat	€ 3360,-	http://www.moki.at/palliativlehrgang19.pdf
12	GKPP - Society of Critical Psychologists	Kurs	Gerontopsychological treatment: dementia treatment and palliative care	/	8 h	Module B Training Gerontopsychologist	€ 190,-	http://www.gkpp.at/weiterbildung/event-detail.php?id=223
13	Kardinal König Haus - Educational Centre of the Jesuits and Caritas	Seminarium	The importance of critical awareness in hospice and palliative care facilities	/	8 h	Dalsze kształcenie	€ 150,-	https://www.kardinal-koenig-haus.at/bildungsprogramm/hospiz-palliative-care-demenz/programm?seite=7&startpage=1&len=5#a107
14	bfi - Vocational Training Institute Linz	Kurs	Further training Palliative Care	/	120 h	Dalsze kształcenie	/	https://www.hospiz-ooe.at/wp-content/uploads/2020/01/30-01-20-BFI-Linz-Fort-u.-Weiterbildung-in-Palliative-Care-ab-2020-Sabine-W%20c3%b6ger.pdf
15	Caritas - Mobile Hospice Palliative Care	Seminarium	2-day introductory seminar aromacare base - focus on palliative care	/	16 h	Dalsze kształcenie	€ 240,-	https://www.caritas-linz.at/fileadmin/storage/oberoesterreich/hospiz/bildungsprogramm_2019_2020_hospiz.pdf
16	KPG - Competence Center Palliative Geriatrics (KPG) Vienna	Kurs	Interdisciplinary course for palliative geriatrics	/	120 h	Dalsze kształcenie	€ 2200,-	https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Veranstaltungen_ab_14_07/20190606_Flyer_Lehrgang_Palliative_Geriatrie_2020-2021.pdf
17	Hospiz - Tyrolian Hospice Community	Kurs podstawowy	Interprofessional Palliative Care Basic Course	/	46,25 h	Dalsze kształcenie	€ 2020,-	https://www.hospiz-tirol.at/akademie/fuerfachkraefte/palliative-care-lehrgang/
18	Kardinal König Haus - Educational Centre of the Jesuits and Caritas	Kurs	Introduction to life, death and grief counselling Introductory evening	/	5 miesięcy	Wolontariusz	€ 515,-	https://www.kardinal-koenig-haus.at/bildungsprogramm/hospiz-palliative-care-demenz/programm?seite=9&startpage=1&len=5#a107
19	Kardinal König Haus -	Seminarium	Educational program: Go to your	/	20 h	Wolontariusz	€ 315,-	https://www.kardinal-koenig-haus.at/bildungsprogramm/hospiz-palliative-care-demenz/programm

	Educational Centre of the Jesuits and Caritas		longing edge - Give me your hand					
--	---	--	----------------------------------	--	--	--	--	--

„Choroba terminalna“ lub „Kres życia“:

Żaden kurs oferowany w Austrii nie wyświetlił się w związku z słowami kluczowymi „Choroba terminalna” lub „Kres życia”.

„Żaloba” lub „Żal po stracie“:

Tabela 4 przedstawia listę indywidualnych ofert kursów znalezionych przy użyciu pojęć „Żaloba“ oraz „Żal po stracie“.

Tabela 4								
Nr.	Nazwa Instytucji	typ	Nazwa programu/kursu	ECTS	Czas trwania	Tytuł akademicki/certyfikat	Koszt	link
1	Hospizvere in Melk	Kurs	Training course for life, death and grief counselling	/	148 h	Certyfikat	€ 1000,-	http://www.hospiz-melk.at/index.php/ausbildung/lehrgang
2	Caritas&Du - charitable relief organization	Kurs	Course in life, death and grief counselling	/	134 h	Certyfikat	€ 1200,-	https://www.caritas-stpoelten.at/hilfeangebote/mobiles-hospiz/bildung/
3	Caritas - Mobile Hospice Palliative Care	Kurs certyfikowany	Certificate course in grief counselling	/	88,25 h	Certyfikat	€ 850,-	https://www.caritas-linz.at/fileadmin/storage/oberoesterreich/hospiz/bildungsprogramm_2019_2020_hospiz.pdf
4	Rainbows Pedagogy - RAINBOWS gem. GmbH, Association RAINBOWS	Kurs treningowy	Training course for grief counselling	/	65 h	Certyfikat	€ 1280,-	https://www.rainbows.at/ausbildung/lehrgang-rainbows-trauerbegleitung/#tab-id-4
5	Kardinal König Haus - Educational Centre of the Jesuits and Caritas	Kurs	Grief policy, shaping farewells	/	2 h	Dalsze kształcenie	€ 10,-	https://www.kardinal-koenig-haus.at/bildungsprogramm/hospiz-palliative-care-demenz/programm
6	Kardinal König Haus - Educational Centre of the Jesuits and Caritas	Seminarium	Fellow human beings in crisis - At the side of acutely grieving people	/	8 h	Dalsze kształcenie	€ 150,-	https://www.kardinal-koenig-haus.at/bildungsprogramm/hospiz-palliative-care-demenz/programm?seite=9&startpage=1&len=5#a107

7	Kardinal König Haus - Educational Centre of the Jesuits and Caritas	Seminarium	Interventions related to memory and bonding in the company of mourning people	/	12 h	Dalsze kształcenie	€ 185,-	https://www.kardinal-koenig-haus.at/bildungsprogramm/hospiz-palliative-care-demenz/programm?seite=9&startpage=1&len=5#a107
8	Kardinal König Haus - Educational Centre of the Jesuits and Caritas	Kurs	Accompany family mourning	/	75 h	Dalsze kształcenie	€ 430,-	https://www.kardinal-koenig-haus.at/bildungsprogramm/hospiz-palliative-care-demenz/programm?seite=9&startpage=1&len=5#a107
9	Mobile Hospice - Austrian Buddhist Religious Society	Kurs	Introduction to life, death and grief counselling	/	98 h	Dalsze kształcenie	€ 495,-	https://www.hospiz-oebr.at/mitarbeit/
10	Österreichisches Rotes Kreuz	Seminarium	Introductory seminar grief counselling	/	67 h	Dalsze kształcenie	€ 200,-	https://www.roteskreuz.at/knt/pflegebetreuung/kurse/trauerbegleitung/
11	WIFI Wien - Economic Development Institute	Kurs	Grief counselling for counsellors	/	84 h	Dalsze kształcenie	€ 1600,-	https://www.wifiwien.at/kurs/60195x-trauerbegleitung-fuer-berater-innen
12	Caritas&Du - charitable relief organization	Kurs podstawowy	Basic course for life, death and grief counselling	/	25,5 h	Dalsze kształcenie	€ 880,-	https://www.caritas-linz.at/hilfeangebote/hospiz/detailansicht-terminenews/75244-grundkurs-fuer-lebens-sterbe-und-trauerbegleitung/
13	bfi - Vocational Training Institute	Kurs	Life, mourning and dying support	/	15 h	Dalsze kształcenie	€ 320,-	https://www.bfi-stmk.at/ausbildung/lebens-trauer-und-sterbebegleitung.html
14	Kardinal König Haus - Educational Centre of the Jesuits and Caritas	Kurs	Introduction to life, death and grief counselling	/	5 miesięcy	Wolontariusz	€ 515,-	https://www.kardinal-koenig-haus.at/bildungsprogramm/hospiz-palliative-care-demenz/programm

4 Analiza jakościowych i ilościowych wyników dla studentów z Klangerfutu (Austria)

Wywiady jakościowe ze studentami psychologii w Klagenfurcie

Pięciu studentów psychologii na uniwersytecie w Klagenfurt miało małą styczność i doświadczenie z dziedziną opieki paliatywnej, ale wykazują duże zainteresowanie uczęszczaniem na kurs w przyszłości. Mają głębokie przemyślenia na temat życia i śmierci.

Dane demograficzne:

Nr.	Płeć	Wiek	semestr	Czas trwania (min.)
1	m	25	1	07:44
2	k	24	2	04:16
3	k	28	1	08:18
4	m	32	5	09:09
5	k	50	7	05:41

(1) Co myślisz o nauce z zakresu opieki paliatywnej i procesu żałoby (w teorii i w praktyce)?

Podczas swoich studiów żaden z pięciu pytaných studentów nie miał kontaktu z psychologią paliatywną (1-5). Została wspomniana kwestia starzenia się i śmierci w samotności (2). Niektórzy pytani odpowiedzieli, że chcą uzyskać wiedzę na temat poradnictwa i terapii w żałobie, jak radzić sobie z procesem żałoby i czuć się w tym pewnie (3). Jeden student powiedział, że psychologia kliniczna może być włącznie paliatywna; Trudno jest wyzdrowieć (4). Ostatnia osoba miała doświadczenie w roli pielęgniarki asystującej w szpitalu (5).

Wszyscy badani studenci wspomnieli, że są bardzo zainteresowani tym tematem (1), chcieliby uczęszczać na kurs (2-4), uznają to za pomocne w swoich studiach (5), chcieliby nauczyć się jaki i co robić i dlaczego. Jedna osoba uznała to za kłopotliwe, że nie ma jeszcze żadnego kursu i podobają jej się nasze plany (3).

(2) Co myślisz o pracy z pacjentami, którzy cierpią na choroby terminalne, przeżyli stratę i żałobę?

Nie mają doświadczenia (2), mają małe doświadczenie (1, 3, 4) jakieś doświadczenie (5). Jeden pytany odbył dzień próbny na oddziale opieki paliatywnej oraz doświadczył utraty osoby bliskiej (3), matka jednego z pytaných pracuje wolontaryjnie w hospicjum (4). Piąta osoba odbyła trening w poradnictwie dotyczącym żałoby oraz pracy w interwencji kryzysowej dla Czerwonego Krzyża (5). Uważają to za trudne i złożone w kwestii różnych obszarów wiedzy. To nieprzyjemne uczucie, gdy nie wie się, jak sobie z tym poradzić, istnieje przynajmniej zainteresowanie teoretyczne (2). Jedna z pytaných powiedziała, że osoby umierające mają mniej problemów niż ich bliscy, zaniepokoił ją pomysł praktyk z osobami bliskimi śmierci. Zapytała, co jest słuszne w pracy ze śmiercią i żałobą (3). Inna osoba zdobyła doświadczenie w zamkniętym, interdyscyplinarnym oddziale szpitala psychiatrycznego i jest gotowa na praktyki (4).

(3) Co dla ciebie znaczy życie i śmierć?

Świadomość śmierci jest w jakiś sposób tłumiona, student czuje się zbyt młody, jest jednak problem z dziadkami. Śmierć wydaje się abstrakcyjna, nienamacalna, niemożliwa do wyobrażenia, a jednak ekscytująca (1). Pytanie dotyczące życia i śmierci jest skomplikowane. Czy jest życie po śmierci? Trzeba cieszyć się własnym życiem. Czym jest śmierć?

Potrzebujemy nieco duchowości (2). Jest coś po śmierci. Energia się przeobraża. Ciało jest jedynie opakowaniem i może zniknąć. Umierający ludzie nie mogą doczekać się śmierci, czegoś nowego, oni nie znikają (3). Śmierć jest ograniczeniem życia. Życiu towarzyszy ból. Problemy mogą być złagodzone dzięki bliskim oraz profesjonalistom. Życie przygotowuje na śmierć. Erickson nazywa to fazą integracji. Kres życia jest nieodgadniony (4). To piękne, że można żyć. Jeśli jesteś zdrowy, to nawet lepiej i jeśli wszystko jest dobrze z twoimi dziećmi. Śmierć idzie w parze z życiem, taka jest kolej rzeczy. Poprzez szkolenie, student zdobył narzędzia, w miejscu pracy i w domu była żałoba. Nawet młodzi ludzie umierają (5).

(4) Kwestie dodatkowe

Jeden z pytanych uznał wywiad razem z ankietą za dobre (1). Ktoś inny zasugerował włączenie do kursu socjologii, nauk politycznych i społecznych obok psychologii. Warunki pracy, materiały i społeczna akceptacja są kluczowe (4). Po badaniu pilotażowym będziemy wiedzieć więcej (5).

Wyniki

Kontakt z opieką paliatywną	Zainteresowanie tematem	Doświadczenie	Chęć uczestniczenia w kursie
nie	Tak	Niewielkie	tak
nie	Tak	Nie	tak
tak	Tak	Niewielkie	tak
nie	Tak	Niewielkie	tak
tak	Tak	Średnie	tak

Analiza ankiety dla Klagenfurtu (Austria)

Jako część projektu DE4PP Erasmus+, w Uniwersytecie w Klagenfurt w Austrii została udostępniona internetowa ankieta dla 261 magistrantów psychologii w okresie od 8 do 31 stycznia 2020r. Ankieta została przeprowadzona za pomocą kwestionariusza, aby lepiej zrozumieć potrzeby dotyczące kursów psychologii paliatywnej.

Respondentom, którzy zgodzili się wziąć udział w ankiecie, polecono odpowiedzieć na tyle pytań, ile to możliwe. We wstępie wyjaśnione zostało, że nie ma poprawnych odpowiedzi na podane pytania i należy odpowiadać zgodnie z własnymi odczuciami. Oczywiście, wszystkie dane były anonimowe i poufne.

Struktura ankiety:

Ankieta internetowa obejmowała pytania metryczkowe takie jak wiek, płeć, stan cywilny, wyznanie, przynależność religijną, przekonania, doświadczenie w roli opiekuna osób bliskich

śmierci, strata osoby bliskiej w ciągu ostatnich dwóch lat, obecna, nieuleczalna choroba osoby bliskiej, a także konkretne pytania o edukację, pewne poglądy na temat „śmierci”, „umierania” oraz kompetencji opiekunów osób stojących w obliczu śmierci.

Sekcja “Edukacja” zawierała następujące pytania:

- Określ swój kierunek studiów licencjackich
- Wskaż czy twój licencjat obejmuje któryś z podanych tematów kursów (możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź)
- Wpisz nazwę uniwersytetu, w którym obecnie uczysz się i planujesz ukończyć studia magisterskie
- Na jakim kierunku studiów magisterskich obecnie się uczysz? (podaj nazwę kierunku/ów)
- Na jakim roku studiów magisterskich obecnie jesteś?
- Określ, czy twoje obecne studia obejmują któryś z podanych tematów kursów (możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź)
- Jak bardzo zainteresowany/a jesteś kwestiami edukacji na temat śmierci / żałoby / straty / żalu po stracie / tematem opieki paliatywnej?
- Jaką literaturę obejmującą tematy kresu życia i/lub żałoby znasz? (możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź): Czy czytałeś/aś ostatnio coś na temat kresu życia, żałoby i/lub opieki paliatywnej?
- Jak bardzo zainteresowany/a jesteś zdobyciem kompetencji praktycznych / klinicznych w dziedzinie pracy z pacjentami mającymi do czynienia z sytuacją kresu życia, żałoby i/lub opieki paliatywnej?
- Jak bardzo zainteresowany/a jesteś zdobyciem wiedzy teoretycznej na temat sytuacji kresu życia, żałoby i/lub opieki paliatywnej?
- Jak bardzo zainteresowany/a jesteś pracą z pacjentami mającymi do czynienia z sytuacją kresu życia, żałobu i/lub opieki paliatywnej?
- Jak bardzo zainteresowany/a jesteś nauką o wykorzystaniu terapii sztuką i/lub psychodramy w interwencjach związanych z sytuacją kresu życia, żałoby i/lub opieki paliatywnej?

Odpowiadając na pytania badani mieli możliwość wyboru między: całkowicie się zgadzam, w pewnym stopniu się zgadzam, nie mam zdania, nie zgadzam się.

W sekcji „Postrzeganie/Percepcja”, respondenci mogli wskazać poziom w jakim zgadzają się z następującymi stwierdzeniami:

- Śmierć jest ostateczna i nie istnieje życie po śmierci.
- Śmierć jest przejściem do innego wymiaru, gdzie egzystencja jest w jakiś sposób kontynuowana.
- Niejasność/zagadkowość życia stresuje mnie.
- Niepewność mnie stresuje, niepokoi, wywołuje negatywne emocje.

Tak jak w sekcjach “Percepcja” oraz “Edukacja” można było wybrać w jakim stopniu zgadzamy się z następującymi stwierdzeniami:

- Czuję się pewnie słuchając i rozmawiając z osobą umierającą na tematy związane ze śmiercią.

- Czuję się komfortowo dyskutując o czymś lęku przed śmiercią i tym jak ona będzie wyglądać.
- Czuję się pewnie stosując zindywidualizowany plan i ocenę opieki nad osobą w obliczu śmierci.
- Czuję się pewnie pomagając osobom chorym w ich cierpieniu w obliczu śmierci.
- Czuję się pewnie pomagając ludziom przeżywającym żałobę.
- Wiem w jaki sposób wesprzeć bliskich osoby bliskiej śmierci.

Uczestnicy mieli możliwość wyboru pomiędzy następującymi odpowiedziami: zdecydowanie się zgadzam, w pewnym stopniu się zgadzam, w pewnym stopniu się nie zgadzam, zdecydowanie się nie zgadzam.

Wyniki:

Statystyki opisowe dla zmiennych demograficznych w Klagenfurcie (Austria):

Łącznie 47 respondentów (18% wskaźnik odpowiedzi) w wieku między 21 i 50 lat (średnia 27.85) wzięło udział w internetowej ankiecie, 19% z nich stanowili mężczyźni a 81% kobiety. 53% respondentów żyje w związkach, 43% jest singlami i 4% określiło swój status jako „inny” 64% badanych należy do społeczności chrześcijańskiej i 36% określiło brak przynależności religijnej

Spośród 47 respondentów, 6% określiło się jako bardzo religijni, 19% w pewnym stopniu religijni, 69% w niewielkim stopniu religijni i 15% jako ateści (2.17 w zakresie do 4). 23% odpowiadających wierzy w Boga, 15% w siłę wyższą, 30% w siłę Duchową, 32% wybrało odpowiedź „inne”.

Tabela 1: Tabela przedstawia wartości w jakie wierzą ankietowani (pytanie zamknięte)

		I believe in: - Selected Choice ^a			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	God	11	23,4	23,4	23,4
	Higher power	7	14,9	14,9	38,3
	Spiritual force	14	29,8	29,8	68,1
	Other (specify)	15	31,9	31,9	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

a. Please indicate the name of the university where you are currently studying towards your master's degree: = University of Klagenfurt - Austria

8% respondentów odpowiedziało, że wierzy w dobro i ludzką moralność. 6% to niewierzący. Odpowiednio 4% wierzy w Boga, siłę wyższą, siłę duchową i naturę. Pojedyncze osoby wierzą w przypadek, solidarność, relacje, miłość, naukę, życie na innych planetach, postrzegają świat jako wielki orgazm. 2% ankietowanych jest otwartych na różne możliwości, nie są pewni, polegają bardziej na wierze niż wiedzy. 2% nie udzieliło odpowiedzi

Tabela 2 przedstawia wartości w jakie wierzą pytani, którzy wybrali odpowiedź „inne”

		I believe in: - Other (specify) - Text*			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	alle oben Angeführten	1	2,1	6,7	6,7
	an das Gute im Mensch	1	2,1	6,7	13,3
	das Gute	1	2,1	6,7	20,0
	das Unbewusste, das Gute im Menschen, Liebe, Leben auf anderen Planeten, dass unsere ganze Welt ein großer Organismus ist und wir alle so Teil von etwas größerem sind... (ich bin mir ehrlich gesagt nicht sicher was Sie hier alles wissen möchten, da ein Mensch doch nur relativ wenig wirklich wissen kann und das meiste eher glaubt als weiß :))	1	2,1	6,7	26,7
	den Zufall	1	2,1	6,7	33,3
	Die Möglichkeit eines moralischen Menschen.	1	2,1	6,7	40,0
	Keine Ahnung	1	2,1	6,7	46,7
	Natur	1	2,1	6,7	53,3
	Natur, vllcht Gott	1	2,1	6,7	60,0
	Nichts dergleichen	1	2,1	6,7	66,7
	NR	1	2,1	6,7	73,3
	sehr offen ausgelegt	1	2,1	6,7	80,0
	Solidarität, Beziehungen..	1	2,1	6,7	86,7
	weder noch	1	2,1	6,7	93,3
Wissenschaft	1	2,1	6,7	100,0	
	Total	15	31,9	100,0	
Missing		32	68,1		
Total		47	100,0		

a. Please indicate the name of the university where you are currently studying towards your master's degree: = University of Klagenfurt - Austria

Statystyki opisowe dla zmiennych dot. przeszłych doświadczeń ankietowanych w Klagenfurcie (Austria):

Ankietowani mieli w przeszłości doświadczenia straty osoby bliskiej (40%), śmiertelnej choroby osoby bliskiej (26%).

Choroby śmiertelne najczęściej wspomniane przez respondentów to Alzheimer i demencja (8%) choroby układu trawiennego (6%), nowotwór (6%), stwardnienie rozsiane (4%), cukrzyca, choroby serca, następstwa wypadku oraz zawał (2%).

Tabela 3: Tabela przedstawia odpowiedzi respondentów na pytania związane z chorobą terminalną osoby bliskiej

Does anyone close to you currently have a terminal illness? If Yes, please specify the illness. - Yes (specify) - Text*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Alzheimer	1	2,1	8,3	8,3
	Alzheimer Demenz	1	2,1	8,3	16,7
	Chronische lymphatische Leukämie	1	2,1	8,3	25,0
	Darmkrebs	1	2,1	8,3	33,3
	Demenz	1	2,1	8,3	41,7
	Diabetis, Herzkrank	1	2,1	8,3	50,0
	Mehrfach körperlich schwerbehindert, geistig eingeschränkt nach unfall	1	2,1	8,3	58,3
	Morbus Chron	1	2,1	8,3	66,7
	ms	1	2,1	8,3	75,0
	MS	1	2,1	8,3	83,3
	schlaganfallbedingte Hirnschädigung, Dementielle Symptomatik	1	2,1	8,3	91,7
	Speiseröhrenkrebs	1	2,1	8,3	100,0
	Total	12	25,5	100,0	
Missing		35	74,5		
Total		47	100,0		

a. Please indicate the name of the university where you are currently studying towards your master's degree: = University of Klagenfurt - Austria

Wszyscy respondenci ukończyli studia licencjackie na kierunku psychologia (100%). 49% ankietowanych odpowiedziało, że nie mieli styczności z kursem na temat opieki paliatywnej podczas studiów licencjackich, 38% uczyło się raz o psychodramie. 40% nie czytało literatury związanej z opieką paliatywną, 30% czytało książki o tej tematyce, 55% jedną książkę lub artykuł. 2% respondentów odpowiedziało, że czytali przygotowując się do kursu, 2% słuchało audycji w publicznym radiu i odbywało regularne rozmowy z osobami w żałobie. 12% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi.

Statystyki opisowe zmiennych dotyczących doświadczeń studentów z Austrii:

100% ankietowanych jest na studiach magisterskich z psychologii, 70% jest na drugim lub wyższym roku, 47% odpowiedziało, że nie odbywali nigdy kursu związanego z opieką paliatywną, edukacją na temat śmierci, straty, żałoby, 45% respondentów nie miało kursu psychodramy.

Statystyki opisowe dla pięciu itemów dotyczących zainteresowań oraz łączny wynik zainteresowania studentów z Klagenfurtu (Austria):

W przedziale od 2 do 5 ze średnią 4,34, ankietowani są bardzo zainteresowani (55%) kwestiami edukacji na temat śmierci, żałoby, straty, żalu po stracie i opieki paliatywnej.

4,06 z 5 jest w pewnym stopniu zainteresowanych (40%) zdobyciem praktycznych / klinicznych kompetencji zawodowych. Są bardzo zainteresowani (49%, 4 z 5) zdobyciem wiedzy teoretycznej. W pewnym stopniu są zainteresowani (38%, 3.43 z 5) pracą z pacjentami. 30% (3.73 z 5) jest bardzo zainteresowanych nauką o wykorzystaniu terapii sztuką i psychodramy. 96% posiada wiedzę o terapii sztuką i psychodramie. Łączny wynik zainteresowania to 3.99 z 5, gdzie SD wynosi 0,75. Największe zainteresowanie wyrażono wobec wiedzy teoretycznej.

Statystyki opisowe dla postrzegania śmierci, niejasności i niepewności w Austrii:

26% ankietowanych nie zgadza się ze stwierdzeniem, że śmierć jest ostateczna (2.72 z 5). 32% nie ma zdania w kwestii stwierdzenia, że śmierć jest przejściem do innego wymiaru (3.21 z 5). 60% ankietowanych w pewnym stopniu zgadza się ze stwierdzeniem, że niepewność wywołuje w nich stres, niepokój i negatywne emocje (3.36 z 5).

Statystyki opisowa dla sześciu itemów mierzących poczucie pewności oraz łączny wynik pewności/przekonania studentów z Klagenfurtu (Austria):

34% w pewnym stopniu zgadza się, że czują się pewnie słuchając i rozmawiając z osobami umierającymi na tematy związane ze śmiercią (2.89 z 5). 43% w pewnym stopniu zgadza się, że czują się komfortowo dyskutując o czymś lęku przed śmiercią i tym jak ona będzie wyglądać (3.49 z 5). 38% w pewnym stopniu czuje się pewnie stosując zindywidualizowany plan i ocenę opieki nad osobą bliską śmierci (2.34 z 5). 36% w pewnym stopniu nie zgadza się ze stwierdzeniem, że czują się pewnie pomagając osobom chorym w ich cierpieniu przed śmiercią (2.66 z 5). 38% ankietowanych w pewnym stopniu zgadza się, że czują się pewnie pomagając ludziom przeżywającym żałobę (3.23 z 5). 40% w pewnym stopniu nie zgadza się ze stwierdzeniem, że są pewni sposobów w jakie mogą wesprzeć bliskich osoby umierającej (3.06 z 5). Łączny wynik przekonania to 2.95 z 5, gdzie Alfa Cronbacha wynosi .87.

Analiza wyników odpowiedzi na pytanie: “Czy istnieje różnica między kobietami i mężczyznami z Uniwersytetu w Klagenfurcie (Austria) w zakresie zainteresowań tematem “kresu życia” ze względu na ich wiek?

Kalkulacja odpowiedzi ankietowanych została przeprowadzona z użyciem testu (ANCOVA) wykonanego w programie SPSS.

Hipoteza zerowa i alternatywna:

H_{0G}: Nie ma istotnej różnicy między mężczyznami i kobietami w zakresie zainteresowania tematem “kresu życia” biorąc pod uwagę wiek.

H_{1G}: Istnieje istotna różnica między mężczyznami i kobietami w zakresie zainteresowania tematem “kresu życia” biorąc pod uwagę wiek.

SPSS Syntax:

```
UNIANOVA interested_topicsDE BY gender WITH age  
/METHOD=SSTYPE(3)
```

```

/INTERCEPT=INCLUDE
/PLOT=PROFILE(gender)
/PRINT=HOMOGENEITY DESCRIPTIVE
/CRITERIA=ALPHA(.05)
/DESIGN=age gender.

```

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

Abhängige Variable: interested_topicsDE

F	df1	df2	Sig.
,709	1	45	,404

Control Requirements for performing a single factor covariance analysis:

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Konstanter Term + age + gender

The Levene test provides a significant result with $F(1, 45) = 0.709, p = .404$.

The variances are homogeneous. This means that the condition of homogeneity is fulfilled.

Output:

Zwischensubjektfaktoren

	Wertelabel	N
Please indicate your gender: 1	Male	9
2	Female	38

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: interested_topicsDE

Please indicate your gender:	Mittelwert	Standardabweichung	N
Male	4,4444	,72648	9
Female	4,3158	,90360	38
Gesamt	4,3404	,86669	47

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: interested_topicsDE

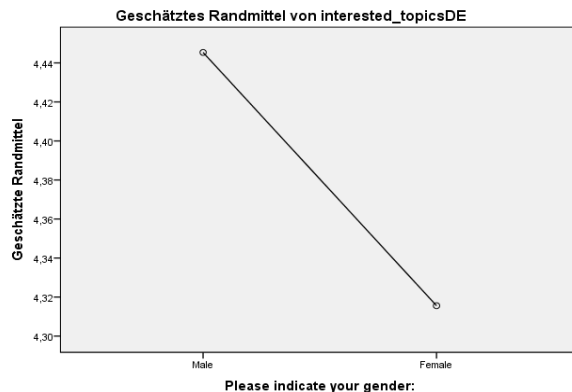
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	Df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	,141 ^a	2	,071	,090	,914
Konstanter Term	40,149	1	40,149	51,336	,000
Age	,021	1	,021	,027	,871
Gender	,123	1	,123	,157	,694
Fehler	34,412	44	,782		
Gesamt	920,000	47			
Korrigierte Gesamtvariation	34,553	46			

a. R-Quadrat = ,004 (korrigiertes R-Quadrat = -,041)

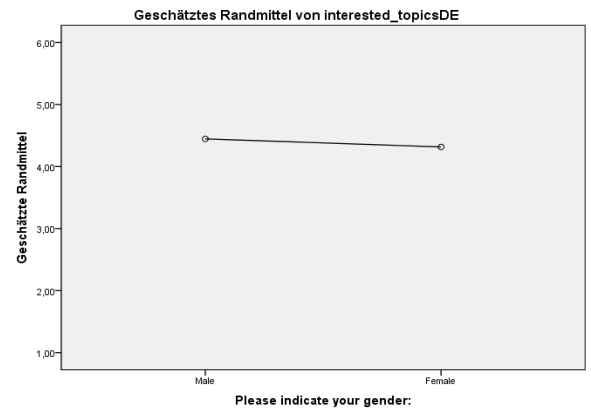
Wyniki:

Jednoczynnikowa analiza kowariancji z wiekiem jako zmienną towarzyszącą daje następujący wynik: Nie ma istotnej różnicy między mężczyznami i kobietami w zakresie zainteresowania tematem "kresu życia" biorąc pod uwagę wiek. ($F(1,44) = 0.27, p = .871$).

Przedstawienie graficzne:



Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: Please indicate your age: = 27,8511



Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: Please indicate your age: = 27,8511

Lewy wykres wartości średniej z dokładną skalą osi Y od 4,30 do 4,44 można błędnie zinterpretować jako znaczący. Należy zauważyć, że wykresy służą jedynie jako ilustracja, a nie podstawa do wydawania ocen, czego dowodzi prawy wykres, gdzie przedstawiono te same dane z wykorzystaniem innego skalowania osi y.

5 Wnioski końcowe dla Austrii

Austria wyróżnia się pod względem opieki paliatywnej i psychodramy, jednakże musi zapewnić więcej kursów trzeciego stopnia, które obejmują psychodramę i terapię sztuką w zakresie opieki paliatywnej, edukacji na temat śmierci, badań oraz publikacji w indeksowanych czasopismach. Uczestnicy kursu magisterskiego psychologii w Klagenfurcie wykazują duże zainteresowanie zdobywaniem wiedzy teoretycznej i pewnego doświadczenia praktycznego w zakresie kresu życia. Istnieje potrzeba zorganizowania kursu pilotażowego.

Bibliografia:

- Arias-Casais, N.; Garralda, E., Rhee, J.Y., Lima, L. de, Pons, J.J., Clark, D., Hasselaar, J., Ling, J., Mosoiu, D., & Centeno, C. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. Vilvoorde: EAPC Press; 2019. Received February 9, 2020 from <http://hdl.handle.net/10171/56787>
- Shafir, T., Orkibi, H., Baker, F. A., Gussak, D., & Kaimal, G. (2020). Editorial: The State of the Art in Creative Arts Therapies. *Frontiers in Psychology, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00068>

3.2 Izrael

Raport IO2 – Izrael. Przygotowany przez Dr. Hoda Orkibi, Uniwersytet w Haifie, Izrael.

Arteterapeuci w Izraelu

Arteterapeuci (Creative Arts Therapists - CAT) to dyplomowani pracownicy służby zdrowia, którzy ukończyli studia magisterskie oraz szkolenie kliniczne w zakresie wykorzystywania kreatywnego i ekspresyjnego procesu aktywnego tworzenia sztuki i jego wyników w celu łagodzenia niepełnosprawności i chorób oraz optymalizacji zdrowia i samopoczucia w ramach relacji terapeutycznej.

Sześć profesjonalnych specjalizacji to terapia wizualna / plastyczna, psychodrama, teatroterapia, terapia tańcem i ruchem, muzykoterapia oraz poezjo/biblioterapia - są szczególnie doceniane przez klientów, którzy mają trudności z wyrażaniem siebie poprzez słowa. CAT współpracuje z klientami w każdym wieku, z osobami indywidualnymi, diadami, rodzinami i grupami w różnych środowiskach medycznych, rehabilitacyjnych, edukacyjnych i społecznych. W Izraelu większość arteterapeutów, którzy pracują w sektorze publicznym, jest zatrudniona przez Ministerstwo Edukacji a mocy ustawy o szkolnictwie specjalnym.

Od 1971 roku arteterapeuci w Izraelu są profesjonalnie zorganizowani w ramach Izraelskiego Stowarzyszenia Terapii Sztuk Twórczych i Ekspresyjnych - YAHAT (<https://www.yahat.org/>). W 1986 r. zawód został oficjalnie uznany przez państwo, kiedy Departament Licencjonowania Zawodów Lekarskich w Ministerstwie Zdrowia (MOH) zaczął wydawać praktykantom (którzy ukończyli programy szkoleniowe uznawane przez MOH) „Świadectwo Statusu Uznania”, do pracy w publicznych instytucjach państwowych.

Jednakże, w 2005r. Wysoki Trybunał Sprawiedliwości orzekł, że bez prawa stanowionego zezwalającego na wydanie zaświadczenia, żądania pracodawców o przedstawienie zaświadczenia jako wymogu zatrudniania terapeutów sztuk plastycznych naruszają podstawowe (tj. konstytucyjne) prawo do wolności wyboru zawodu.

Następnie MOH zaprzestało wydawania tego certyfikatu i rozpoczął się zmuśny proces legislacyjny zawodu arteterapeuty, wraz z akredytacją akademicką. W rezultacie w 2010 roku Ministerstwo Zdrowia i Izraelska Rada ds. Szkolnictwa Wyższego ustaliły jednolite standardy dla tytułu magistra w zakresie arteterapii, które mają stanowić wstęp do zawodu, gdy zostanie on ustanowiony prawnie. W styczniu 2019r. YAHAT zwrócił się do izraelskiego Sądu Najwyższego w Jerozolimie przeciwko MOH, domagając się uzupełnienia ustawodawstwa dotyczącego zawodu arteterapeuty. Jednak we wrześniu 2019 r. Obrady Wysokiego Trybunału Sprawiedliwości w składzie trzech sędziów doprowadziły do orzeczenia, w myśl którego licencja powinna zostać ustanowiona w izraelskim parlamencie (Knesecie), a nie w sądzie, zgodnie z zasadą „podziału władzy” (między władzami stanowymi i sądownictwem). Arteterapeuci pracują razem z innymi specjalistami, których status został już ustanowiony, w tym z psychologami klinicznymi i pracownikami socjalnymi (ustawa o zawodzie psychologa została uchwalona w Izraelu w 1977 r., a zawód pracownika socjalnego został uchwalony w 1996 r.).

Opieka paliatywna (OP) w Izraelu

Opieka paliatywna w Izraelu to wschodząca dziedzina łącząca usługi medyczne, pielęgniarские i psychospołeczne, które „mają na celu poprawę jakości życia pacjentów i członków ich rodzin w czasie, gdy zmagają się oni z nieuleczalnymi chorobami”. Choć w ostatnich latach zakres usług w Izraelu uległ poprawie i obecnie spełnia standardowe międzynarodowe kryteria oceny i zarządzania, nadal nie dorównuje on poziomowi tych praktyk w innych krajach rozwiniętych.

Krajowy Program Opieki Paliatywnej jest przeznaczony dla pacjentów już od momentu wstępnej diagnozy choroby terminalnej i trwa dalej, w miarę jej rozwoju. Program został uruchomiony po utworzeniu w roku 2015 wspólnego komitetu sterującego, w skład którego weszli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia (MOH), Organizacji Opieki Zdrowotnej (HMO), Krajowego Instytutu Ubezpieczeń, Uniwersytetów i innych partnerów. Ostateczny dokument zawiera ich zalecenia w takich obszarach jak hospitalizacja, geriatryka, przedłużona instytucjonalizacja, kontynuacja leczenia, edukacja, szkolenia i badania, świadomość społeczna i instrukcje przygotowawcze, etyka i prawo¹.

Zintegrowany dokument składający się z „Wytycznych opieki paliatywnej i sytuacji kresu życia” został przygotowany do użytku przez profesjonalistów². W Izraelu opieka paliatywna oferowana jest głównie w przypadkach nieuleczalnego raka, nieuleczalnych chorób neurologicznych, w zaawansowanym stadium demencji i innych chorób neurodegeneracyjnych oraz skrajnej niewydolności serca. Opiera się na interdyscyplinarnym podejściu do opieki i jest zapewniana przez wyspecjalizowany personel we współpracy z członkami rodziny / bliskimi osobami.

Cztery środki prawne ułatwiły regulację opieki paliatywnej w Izraelu: (1) Ustawodawstwo dotyczące umierającego pacjenta (2005); (2) Deklaracja polityczna dyrektywy (2009) opisująca standardy rozwoju usług świadczonych przez HMO i szpitale; (3) Uznanie przez MOH zawodu specjalisty pielęgniarstwa klinicznego w dziedzinie opieki paliatywnej (2009), w tym szkolenia i certyfikaty; (4) Ustanowienie i kontrola usług opieki paliatywnej w krajowych placówkach opieki zdrowotnej przez Ministerstwo Zdrowia. Istnieje rosnąca świadomość społeczna dotycząca praw pacjentów i wyrażania osobistych preferencji dot. warunków opieki paliatywnej.

Opieka paliatywna w Izraelu jest uwzględniona w krajowym pakiecie opieki zdrowotnej, a ubezpieczenie z tytułu OP jest oferowane, jeśli lekarz określił przewidywaną długość życia na 6 miesięcy. Opieka paliatywna jest dostępna i może być świadczona w ramach instytucjonalnych lub przez usługodawcę domowego. W przypadku usług instytucjonalnych w skład zespołu profesjonalistów wchodzi lekarz, pielęgniarz, psycholog i pracownik socjalny, którzy wspólnie zajmują się potrzebami pacjenta i rodziny. W przypadku domowej opieki hospicyjnej ten sam zespół jest dostępny 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, ale nie zawsze jest obecny i za pacjenta odpowiedzialny jest główny opiekun. Obecnie HMO świadczy usługi hospicjów domowych, ale tylko kilka z nich obecnie działa.

Placówki i organizacje świadczące opiekę paliatywną w Izraelu

Placówki oferujące opiekę paliatywną

¹ Document in Hebrew: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/palliativeCare_brochure.pdf

²Ministry of Health https://www.health.gov.il/English/Topics/SeniorHealth/Pages/palliative_care_code.aspx

Udogodnienia związane z opieką paliatywną w Izraelu są oferowane w Hospicjum Onkologicznym w Sheba Medical Center w Ramat-Gan, hospicjum Hadassah Mount Scopus w Jerozolimie i innych instytucjach w całym kraju (w tym HMO i domowe hospicja, takie jak „Tsabar”). Istnieją różne organizacje pozarządowe i stowarzyszenia, które odegrały kluczową rolę w rozwoju opieki paliatywnej w Izraelu.

Do najważniejszych z nich należy Tmicha - **Izraelskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej** (IAPC), które powstało w 1993 roku jako organizacja parasolowa dla wszystkich pracowników służby zdrowia i wyszkolonych wolontariuszy aktywnie zaangażowanych w opiekę paliatywną w Izraelu i które zachęca do profesjonalnej i publicznej edukacji oraz promuje rozwój usług³.

Israel Cancer Association (ICA) zostało założone w 1952 r. W celu zmniejszenia zachorowalności i śmiertelności osób chorych na raka oraz poprawy jakości życia szpitalnego.

ICA finansuje usługi edukacyjne i stypendia dla programów stypendialnych w kraju i za granicą⁴. **Izraelskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej** (IPMS) powstało w 1996 roku jako oddział izraelskiego stowarzyszenia lekarskiego, w celu reprezentowania lekarzy praktykujących medycynę paliatywną oraz promowania usług medycznych i badań⁵.

Stowarzyszenie Opieki Duchowej w Izraelu ma na celu poprawę jakości życia osób z chorobami przewlekłymi i śmiertelnymi, osób starszych oraz osób doświadczających cierpienia, niepokoju, bólu, kryzysu lub żałoby.

Placówki oferują wsparcie w ograniczaniu samotności, identyfikowaniu i wzmacnianiu wewnętrznych zasobów oraz mają na celu pozytywny wpływ na ogólne samopoczucie tych, którym służą⁶. **CareGivers Israel** promuje podejście, które uznaje, obejmuje i wspiera opiekunów rodzinnych i traktuje ich jako partnerów w opiece zdrowotnej, a ich pracę jako istotny krok w zapewnianiu dobrego samopoczucia opiekuna i pacjenta. Stowarzyszenie jest przyłączone do International Alliance of Carer Organizations⁷. Zarówno **Tmicha**, jak i IPMS są członkami Europejskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej (EAPC).

Edukacja na temat opieki paliatywnej oraz opieki w żałobie

W Izraelu istnieje tylko kilka programów edukacyjnych w zakresie opieki paliatywnej i kresu życia, a główną rolę w zapewnianiu edukacji publicznej na tym obszarze odgrywiają pielęgniarki. Uczą się one podstawowych zasad opieki paliatywnej we wszystkich szkołach pielęgniarskich oraz na bardziej specjalistycznych kursach pielęgniarstwa onkologicznego i opieki geriatrycznej. Opieka paliatywna jest uznawana przez Departament Rozwoju Zawodowego Administracji Pielęgniarskiej Ministerstwa Zdrowia za obszar wiedzy specjalistycznej w zakresie zaawansowanych praktyk Zarejestrowanych Pielęgniarek (roczny program szkoleniowy w uznanej instytucji, obejmujący co najmniej 400 godzin szkolenia w terenie). Poniżej znajduje się lista kursów szkoleniowych z zakresu śmierci, straty, żałoby, żalu po stracie i opieki paliatywnej, które są oferowane na uniwersytetach w całym Izraelu.

University of Haifa. Szkoła Pracy Socjalnej (Wydział Opieki Społecznej i Nauk o Zdrowiu) oferuje studentom kurs realizujący tematy: utraty bliskiej osoby (2 punkty) i chorób przewlekłych (2 punkty), aby uzyskać tytuł magistra. Katedra Gerontologii (Wydział Opieki Społecznej i Nauk o Zdrowiu) prowadzi studia magisterskie na temat radzenia sobie ze śmiercią

³<http://www.palliative.org.il/tmicha-the-israeli-association-of-palliative-care/>

⁴<https://en.cancer.org.il/>

⁵<https://www.ima.org.il/eng/>

⁶<http://www.kashouvo.org/>

⁷<https://caregivers.org.il/>

w podeszłym wieku (2 punkty). Departament Kształcenia Ustawicznego (Wydział Edukacji) oferuje 60-godzinny, certyfikowany kurs „Radzenia sobie ze stratą i żałobą”, który jest uznawany przez Międzynarodowe Stowarzyszenie na rzecz Tanatologii, Stowarzyszenie Edukacji i Poradnictwa Śmierci (ADEC).

Ben-Gurion University (BGU at Beer Sheva). Szkoła Pracy Socjalnej oferuje kurs zatytułowany „Strata i żałoba” (2 punkty), kurs „Żałoba - sposób radzenia sobie jednostki, rodziny, przyjaciół i społeczności” (2 punkty). Katedra Gerontologii prowadzi kurs „Psychologia śmierci i utraty” (2 punkty). Wydział Nauk Behawioralnych oferuje kurs „Żałoba, żal po stracie i upamiętnienie” (2 punkty). Studia licencjackie w szkole Pielęgniarskiej oferują seminarium zatytułowane „Koncepcje, problemy i wyzwania w zarządzaniu opieką paliatywną i leczeniem pacjentów w stanie terminalnym” (6 punktów). Zakład Medycyny Rodzinnej prowadzi teoretyczny i praktyczny kurs opieki paliatywnej, który odbywa się co dwa lata dla specjalistów medycyny rodzinnej (1,5 pkt).

Israel National Palliative Care Training (INPACT) oferuje dwa kursy. Jednym z nich jest ogólnokrajowy kurs edukacji paliatywnej dla lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych i innych pracowników służby zdrowia, którzy pracują z pacjentami zmagającymi się z zaawansowanymi i terminalnymi chorobami w różnych środowiskach w medycynie środowiskowej, geriatry, domach opieki dla osób starszych, placówkach onkologicznych i szpitalach. Kurs składa się z 5 cotygodniowych sesji po 8 godzin, co daje łącznie 43 godziny szkolenia. Drugi to zaawansowany kurs przeznaczony dla pracowników socjalnych, którzy pracują w opiece paliatywnej, mający na celu zwiększenie ich wiedzy na temat OP i rozwój profesjonalnego przywództwa w tej dziedzinie. Kurs składa się z 7 sesji po 8 godzin (łącznie 56 godzin) ⁸.

Bar-Ilan University (Ramat Gan). Dział Kształcenia Ustawicznego Szkoły Pracy Socjalnej Uniwersytetu Bar-Ilan oferuje 112-godzinny kurs dla psychologów klinicznych i pracowników socjalnych. Kurs obejmuje interwencje psychologiczne, techniki radzenia sobie z bólem, kształcenie w dziedzinie utraty i żałoby, kwestie medyczne i prawne w opiece paliatywnej. Istnieje również dwuletni program szkoleniowy obejmujący 400 godzin nauki, który przygotowuje uczestników do oferowania usług paliatywnych w ich miejscach pracy.

The Hebrew University (Jerusalem). Studia licencjackie z zakresu pracy socjalnej zawierają kurs zatytułowany „Interwencyjne strategie w procesach żałoby i straty” (2 punkty). Wydział Medyczny oferuje kurs „Opieka paliatywna i leczenie u kresu życia” (1 punkt).

Tel Aviv University. Certyfikacja lekarzy medycyny paliatywnej na Wydziale Medycznym (brak szczegółów, że kurs nie jest prowadzony w roku akademickim 2019/2020).

Ariel University. Wydział Pracy Socjalnej (dyplom MSW) oferuje zajęcia fakultatywne zatytułowane „Radzenie sobie z sytuacją kresu życia u pacjentów i ich rodzin” (2 punkty). Wydział Kształcenia Ustawicznego oferuje kurs Tanatologii, który obejmuje 16 cotygodniowych sesji (64 godziny akademickie) pracy teoretycznej, a następnie praktycznej. Po ukończeniu uczestnicy otrzymują dyplom i zdają egzamin zewnętrzny, a także mogą otrzymać formalne certyfikaty Stowarzyszenia Edukacji i Poradnictwa Śmierci (ADEC).

⁸<https://fohs.bgu.ac.il/inpact/index.php>

The Technion – Israel Institute of Technology (Haifa). Wydział Medycyny oferuje fakultatywny kurs na temat opieki paliatywnej (punkty nie są określone).

The Academic College of Tel Aviv-Yaffo. Oferuje bezdyplomowe kurs zatytułowany „Wprowadzenie do badań nad procesami straty i żałoby” (7 cotygodniowych sesji, łącznie 42 godziny akademickie). Kurs jest dostępny dla psychologów, pracowników socjalnych, terapeutów artystycznych, wykwalifikowanych par i terapeutów rodzinnych, psychiatrów, kryminologów klinicznych i stosowanych oraz absolwentów psychologii.

Wnioski

Chociaż ustawodawcy, specjaliści, świadczeniodawcy i fundatorzy świadczeń zdrowotnych w Izraelu stopniowo uznają zalety opieki paliatywnej, jej świadczenie pozostaje na niskim poziomie (mniej niż 20% osób potrzebujących korzysta z opieki paliatywnej). **Nie znaleziono w Internecie żadnych kursów z zakresu terapii sztuką ani programów psychologicznych.** Jednym z wyjaśnień dla takiego stanu rzeczy jest brak specjalistów i wyszkolonych profesorów w tej dziedzinie oraz brak odpowiednich zasobów i wskazówek edukacyjnych. Mamy nadzieję, że edukacja paliatywna będzie się rozrastać i rozwijać w nadchodzących latach.

Bibliografia

- "All-Rights" website about the public rights in Israel <https://www.kolzhut.org.il/en/Hospice>
 Ami, S.B., and Yaffe, A. (2015). Palliative Care in Israel: The Nursing Perspective. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 5, 1.
- Bentur, N. (2018). *Education Programs and In-Service Training in Palliative Care in Israel – Current Situation*. Myers-JDC-Brookdale. Jerusalem.
- Bentur, N., Emanuel, L., and Cherney, N. (2012). Progress in palliative care in Israel: comparative mapping and next steps. *Israel Journal of Health Policy Research*, 1:9
<http://www.ijhpr.org/content/1/1/9>
- Clalit Health https://www.clalit.co.il/he/your_health/elders/support/pages/palliative_care.aspx
 Ministry of Health, Israel https://www.health.gov.il/English/Topics/SeniorHealth/-Pages/palliative_care_code.aspx
- Myers-JDC-Brookdale Institute <https://brookdale.jdc.org.il/en/publication/palliative-hospice-services-israel/>
- The Shira Pransky Project <https://shirapranskyproject.org/palliative-hospice-care/>

Wyniki wywiadów - Uczestnicy z Uniwersytu w Haifie

Pseudonim	Płeć	Wiek	Ścieżka lub kierunek w ramach Arteterapii (CAT)
1. Tamar	K	46	Psychodrama
2. Ruth	K	32	Psychodrama
3. Rachel	K	42	Terapia tańcem
4. David	M	36	Muzykoterapia
5. Avi	M	28	Terapia sztuką
CAT= Arteterapia			

Pięć tematów wyłoniło się podczas procedury analizy tematycznej w trzech pytaniach wywiadu, jak opisano poniżej.

Co znaczy dla Ciebie życie i śmierć? **Temat 1: Przejście do „Olam HaBa”**

Część odpowiadających wyraziła przekonania zgodne z tradycyjną wiarą judaizmu w życie pozagrobowe zwane „Olam HaBa” (świat, który ma nadejść), sugerując, że śmierć nie jest końcem ludzkiej egzystencji⁹. Dusze sprawiedliwych w porównaniu z duszami niegodziwców podlegają odpowiednio nagrodzie lub karze. To przekonanie zdaje się nadawać znaczenia ludzkiemu życiu:

„Uważam, że świat jest pełen cierpienia, ale ... jest to most/przejście do następnego świata. To niemożliwe, że jesteśmy tu tylko po to, by pracować i spać przez parę lat a potem zniknąć. Nie ma mowy, że doświadczamy tych wszystkich rzeczy bez celu.”

„Wierzę, że dusza ludzka jest wieczna. Życie to lekcje, które dusza wybiera na swojej drodze do oświecenia. Po śmierci dusza odbywa swoją naukę, a kiedy jest gotowa, „wraca” do życia, aby doświadczyć kolejnej nauki, którą wybrała. Dlatego życie jest dla mnie lekcją, którą wybrała moja dusza, kiedy była w niebie, a śmierć to okres przetwarzania tej lekcji i wybierania nowej na następne wcielenie, aż do oświecenia.”

„Nie boję się śmierci. Uważam, że to część życia i to ważne, aby wiedzieć w jaki sposób odejść i ruszyć naprzód, jak się pożegnać we właściwy i bezpieczny sposób”.

Temat 2: nadaj swojemu życiu znaczenie, ponieważ śmierć jest nieuchronnym końcem

Inni rozmówcy wyrazili światopogląd, który odzwierciedla ogólny nacisk judaizmu na życie tu i teraz, a nie na życie pozagrobowe.

„Życie jest tu i teraz... to wszystko, co spełnia mnie życiowo: dzieci, współmałżonek, praca, sens, nauka, dobre i złe doświadczenia, emocje, przygody, rutyna... Śmierć jest końcem życiowej podróży”.

„Kiedy odszedł mój ojciec, mama zawsze powtarzała, że ci, którzy pozostali, powinni żyć dalej. Bardzo utożsamiam się z tym stwierdzeniem żyjący powinni uważać na siebie, podążać za swoim sercem ... tym, którzy doświadczyli straty, zostało przypomniane, że życie jest tymczasowe i dopóki tu jesteśmy, lepiej, żebyśmy robili to, co naprawdę chcemy. Śmierć nadejdzie na końcu, więc przynajmniej nas nie zaskoczy”.

„Dla mnie nie ma obiektywnego sensu życia i śmierci, istnieje jedynie znaczenie stworzone przez bliskie relacje. Człowiek tworzy sens, angażując się w rzeczy, które wywołują emocje: głównie bliskie mu osoby oraz estetykę, w szerokim tego słowa znaczeniu, które obejmuje sztukę i naturę oraz wszystko, co wywołuje emocje. Śmierć jest bez znaczenia, liczy się to co pozostawiłeś w sercach najbliższych ci ludzi i to co oni w sobie noszą. Dopóki oni również nie zginą, a wtedy nic już z was nie zostanie”.

⁹<http://www.jewfaq.org/olamhaba.htm>

„Śmierć jest integralną częścią naszego życia. W pewnym momencie wszyscy tego doświadczymy. Traktowanie śmierci jako tabu, o którym nie powinno się mówić, czyni ją przerażającą i okropną w sposób, który jest trudny do zniesienia. Traktowanie śmierci jako naturalnego procesu separacji może złagodzić lęk... proces separacji można zapamiętać jako pełne i bogate doświadczenie, które zawiera wiele emocji: smutek, ból, miłość, pełnię, ulgę ...”

Co sądzisz o nauce na temat opieki paliatywnej i procesu żałoby (w teorii i w praktyce)?

Temat 3: Zainteresowany, ale obawiający się obciążenia psychicznego i niekompetencji

Większość odpowiadających wyrażała zainteresowanie nauką na temat opieki paliatywnej i procesu żałoby, ale jednocześnie wyrażała obawy związane z brakiem kwalifikacji i podatnością na psychologiczny ciężar pracy w tym obszarze.

„Nie mam żadnego doświadczenia w tym zakresie ani zawodowego, ani osobistego. Sam temat jest dla mnie interesujący, ale jednocześnie bardzo niepokoi mnie kontakt z ludźmi nieuleczalnie chorymi, wiedząc, że nie ma szans, aby oni wyzdrowieli: oczywiście to nadal wspaniała inicjatywa, ponieważ jej celem jest udzielenie komuś kilku chwil łaski. Ale nie wiem, czy jestem w stanie sobie z tym poradzić”.

„Jestem bardzo zainteresowany byciem częścią zespołu paliatywnego, który wspiera i pomaga w ostatnich chwilach życia. Oczywiście pojawiają się obawy co do tego, jak osobiście przejdę separację i czy zrobiłem wszystko, co w mojej mocy dla pacjenta i jego rodziny. Byłem dla nich, gdy tego potrzebowali.”

„Jako student pierwszego roku arteterapii nie czuję się przygotowany do radzenia sobie z pacjentami w takich sytuacjach. Jestem zainteresowany nauką technik terapeutycznych wykorzystywanych do tego typu leczenia, ale nawet jeśli zdobęde narzędzia, nie jestem pewien, czy będę w stanie przewyciężyć emocjonalną trudność pomagania śmiertelnie chorym pacjentom”.

„Sam temat jest bardzo delikatny, osoba, która ma do czynienia z kimś, kto zmagą się z nieuleczalną chorobą lub stratą, powinna bardzo uważać na każde wypowiedane przez nią słowo. Praca z takimi pacjentami jest dla mnie interesująca, sądzę, że jest ważna dla mojego rozwoju jako terapeuty. Ale sam temat mnie przeraża.... należy podchodzić do tego delikatnie i empatycznie”.

Temat 4: Doświadczenie śmierci lub choroby jako motywacja

Wielu ankietowanych przyznało, że doświadczyło straty i ta sytuacja pozwoliła im dostrzec znaczenie nauki na temat opieki paliatywnej i procesu żałoby oraz pomagania ludziom w takich sytuacjach.

„Doświadczyłem żałoby (jestem wojskową sierotą) i straciłem dobrego przyjaciela, który zmarł na raka. Nie wiem, czy jest to specjalizacja, którą chciałbym się zajmować wyłącznie, ale jeśli pacjenci poruszałiby te treści, bez wahania się z nimi zajmę”.

„Pomimo trudności w radzeniu sobie z pacjentami cierpiącymi na śmiertelne choroby, jest to grupa osób, z którą chciałbym pracować. Nie mam doświadczenia zawodowego, ale mój

szwagier zmarł z powodu choroby i wspieram partnera, który stracił brata. Dwukrotnie wspierałem też przyjaciół, którzy mieli do czynienia z rakiem”.

„Jako osoba, która straciła ojca, czuję, że jestem w stanie zrozumieć sytuację i żałobę. Ponieważ przepracowałem to doświadczenie we własnej terapii, czuję, że mogę wnieść coś od siebie w tej dziedzinie, a możnaby po prostu trzymać emocje w sobie i być smutnym.

Co sądzisz o pracy z klientami, którzy są terminalnie chorzy, doświadczyli straty lub żaloby?

Temat 5: pozytywny obraz śmierci daje siłę do pracy z nieuleczalnie chorymi

Niektórzy rozmówcy stwierdzili, że ich postrzeganie śmierci, jako naturalnej części życia lub przejścia do innego świata, mogą ułatwić pracę z klientami, którzy zmagają się z nieuleczalną chorobą, stratą i żałobą.

„Śmierć mnie nie przeraża, wierzę, że kiedy człowiek jest w stanie naprawić swój własny świat [po hebrajsku: tikkun, pojęcie kabalistyczne – przejście do innego świata]¹⁰ udaje się do innego świata. To, co muszę zrobić, to ukończyć mój tikkun w najlepszy możliwy sposób, aby mieć pewność, że nigdy więcej nie będę musiał schodzić na ten świat”.

„Myśl o pracy z pacjentami, którzy borykają się ze stratą i żałobą, wywołuje empatię i chęć niesienia pomocy w procesie oddzielenia od rodziny i świata. Myślę, że spojrzenie na śmierć jako integralną część życia może pomóc uporać się ze strachem przed śmiercią”.

„Moje wyobrażenie śmierci i życia pozagrobowego sprawia, że nie boję się tego tematu, ale oczywiście biorę sobie do serca te przypadki ludzkiego cierpienia. Rozumiem, że to wyzwanie, ale chcę pracować z tą populacją”.

„... Najważniejszą rzeczą, która daje mi siłę, jest wiara i zaufanie do Boga oraz świadomość, że dusza przychodzi do świata materialnego w jakimś celu. Świadomość, że życie Żydów nie kończy się śmiercią i w każdej sytuacji, której człowiek doświadczył, zarówno ta dobra jak i zła, miała jakiś cel... Po śmierci dusza nadal istnieje w wyższych światach”.

3.3 Włochy

Włoski raport IO2

Włoskie środowisko Edukacji na temat śmierci, Terapii sztuką oraz Opieki paliatywnej

¹⁰See <https://www.safed.co.il/tikkun.html>

EDUKACJA NA TEMAT ŚMIERCI WE WŁOSZECH

Jak stwierdzili Fonseca i Testoni (2011), ludzie od zawsze prowadzili edukację o śmierci. Początkowo odbywało się to nieformalnie w rodzinach, ale obecnie, w zlaicyzowanym społeczeństwie, jedynym sposobem refleksji nad życiem i śmiercią oraz ich znaczeniem jest realizacja określonych działań edukacyjnych (Wass, 2004; Testoni Ronconi, Palazzo, Galgani, Stizzi, & Kirk, 2018).

Celem edukacji na temat śmierci jest przede wszystkim ułatwienie zrozumienia przez człowieka takich tematów jak śmierć i umieranie, opieka pielęgnarska pod koniec życia i żałoba. Aby wzmocnić to zrozumienie, edukacja ta sugeruje refleksję nad tematami egzystencjalnymi i zgłębianie lęków przed śmiercią i umieraniem oraz ontologicznych wyobrażeń śmierci

W ramach wspomnianego społeczeństwa zsekularyzowanego to, co zostało powiedziane dotyczy również Włoch. Edukacja na temat śmierci, która narodziła się w świecie anglosaskim w latach sześćdziesiątych, została tam wprowadzona dopiero niedawno. Jeśli chodzi o badania nad śmiercią we Włoszech, warto wspomnieć o Instytucie Tanatologii i Medycyny Psychologicznej oraz czasopiśmie „Zeta” kierowanym przez Francesco Campione, fundacji Ariodante Fabretti publikującej „Nauki tanatologiczne”, wprowadzone przez Marinę Sozzi i wydawnictwo Instytutu Historycznego Lucca „Życie po życiu” od 1995r. do 2005r. (Testoni, 2015). Jednak wspomniane ośrodki nie skupiają się na rozprzestrzenianiu informacji o edukacji na temat śmierci. Wydaje się, że tylko kurs magisterski z zakresu „Edukacji na temat śmierci i kresu życia”, kierowany przez profesor Ines Testoni z Uniwersytetu w Padwie, organizuje i nadzoruje programy edukacji dotyczącej śmierci.

Uważa się, że edukacja na temat śmierci jest szczególnie ważna w szkole. Obecnie MIUR - Ministerstwo Edukacji, Szkolnictwa Wyższego i Nauki zapewnia - tylko najmłodszym - dzieciom w wieku od 3 do 5 lat - czas na „refleksje nad wielkimi kwestiami egzystencji”, takimi jak kres życia w szkole (Testoni, 2015). Dlatego też starszym uczniom nie daje się na poziomie instytucjonalnym możliwości refleksji na tematy egzystencjalne. Ta forma edukacji jest jednak niezwykle ważna dla dzieci i młodzieży, ponieważ pozwala na wypracowanie strategii radzenia sobie i odporności, które są ważne w pokonywaniu trudności życiowych. W ostatnich latach programy edukacji na temat śmierci zostały wprowadzone również we Włoszech. W 2018 roku wdrożono pierwszy program edukacji na temat śmierci skierowany specjalnie do szkół średnich. Program ten został zrealizowany dzięki partnerstwu Profesor Ines Testoni i jej zespołu badawczego ze specjalistami ze Stowarzyszenia ANT Italia Onlus (Testoni, Biancalani, Ronconi, & Varani, 2019). Ten rodzaj edukacji na temat śmierci dotyczy tego, co określa się jako prewencja pierwotna, rodzaj współczesnego *memento mori*, mającego na celu nadanie sensu życiu i śmierci oraz ich zrozumienie (Testoni, 2015).

Profilaktyka wtórna w edukacji na temat śmierci i umierania dotyczy *ars moriendi*, czyli uświadomienia sobie, jak ludzie chcą umierać i jak formalni i nieformalni opiekunowie mogą towarzyszyć umierającym (Testoni, 2015). Pomimo ustawy 217/2019 dotyczącej dyrektyw zaawansowanych, pacjenci nie zawsze mają możliwość doświadczenia tego, co uważają za „dobrą śmierć” z powodu samozwańczego braku przygotowania pracowników służby zdrowia do zapewnienia opieki pielęgnarską osobom u kresu życia (Cipolletta & Oprandi, 2014).

Wreszcie profilaktyka trzeciorzędowa w zakresie edukacji na temat śmierci umożliwia zdrowe przejście od żalu po stracie do żałoby (transition from grieving to mourning) (Testoni, 2015). Poczyniono pewne postępy - również w szkole (Testoni i in., 2018) - chociaż nadal pozostaje wiele do zrobienia.

ARTETERAPIA WE WŁOSZECH

Arteterapia to rodzaj psychoterapii wykorzystujące różne formy artystyczne. Terapia sztuką, w porównaniu z bardziej klasyczną formą psychoterapii opartej na użyciu języka, jest terapią opartą na komunikacji niewerbalnej i procesach twórczych, w zaufanym środowisku, w którym ludzie mogą wejść w kontakt ze swoimi emocjami i je wyrazić (Payne, 1993). Podstawową przesłanką do wykorzystywania tych metod jest fakt, że procesy twórcze zachęcają ludzi do wyrażania siebie, promują samoświadomość i zwiększają wgląd, poprawiając w ten sposób ich samopoczucie psychiczne.

Terapia sztuką została tak zdefiniowana, a formalną klasyfikację zyskała dopiero w XX wieku. Jednak stosowane za jej pośrednictwem formy artystyczne - takie jak sztuka, taniec i muzyka - zawsze odgrywały ważną rolę zarówno w medycynie wschodniej, jak i zachodniej (Pratt, 2004). Główne rodzaje arteterapii to terapia sztuką, terapia tańcem/ruchem, teatroterapia i psychodrama, muzykoterapia i terapia poezją. Promują one integrację między funkcjonowaniem fizycznym, emocjonalnym, poznawczym i społecznym człowieka, zwiększają samoświadomość i ułatwiają zmianę („Krajowa Koalicja Terapii Artystycznych” 2019).

Jeśli chodzi o Włochy, brakuje literatury naukowej na temat terapii sztuką, a większość prowadzonych badań koncentruje się na psychodramie. Jej twórca, Moreno (1953), definiuje psychodramę jako reprezentację subiektywnych doświadczeń poprzez zastosowanie technik dramatycznych, które motywują uczestników do spontaniczności i kreatywności w poszukiwaniu nowych rozwiązań trudnych sytuacji. Psychodrama zapewnia uczestnikom bezpieczne i wspierające środowisko, w którym mogą eksperymentować z nowymi i skuteczniejszymi rolami i zachowaniami („*American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama*” 2018). Dwa włoskie centra doskonałości klasycznej psychodramy to AIPSiM (the Italian association of Morenian Psychodramatists) z czterema centralami w Mediolanie, Wenecji, Bolonii i Turynie, których czasopismo nosi tytuł „*Psicodramma classico*” („AIPSiM” 2019) i CSP (Centre of Studies on Psychodrama and Active Methods) z siedzibą w Mediolanie („*Centro Studi di Psicodramma e Metodi Attivi*” 2019). Literatura naukowa na temat stosowania psychodramy we Włoszech sugeruje, że jest ona wykorzystywana w różnych sytuacjach, wśród których na przykład u pacjentów z zaburzeniami odżywiania (Pellicciari et al., 2013) i zaburzeniami psychicznymi w ogóle (Biolcati, Agostini, Mancini, 2017), z pacjentami chorymi i ich bliskimi (Menichetti, Giusti, Fossati & Vegni, 2016; Polizzi i wsp., 2017), a ostatnio także w edukacji na temat końca życia i śmierci (Baile et al., 2012; Testoni i in., 2018; Testoni, Cichellero, Kirk, Cappelletti & Cecchini, 2019).

OPIEKA PALIATYWNA WE WŁOSZECH

Opieka paliatywna została zdefiniowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako „...*postępowanie mające na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin w obliczu problemów związanych z nieuleczalną chorobą, poprzez zapobieganie i przynoszenie ulgi w*

cierpieniu za pomocą wczesnego rozpoznania i optymalnego usuwania lub zmniejszania dolegliwości fizycznych i psychicznych oraz łagodzenie cierpień duchowych.”

Opieka paliatywna we Włoszech jest uważana za dość młodą dyscyplinę; opracowana pod wpływem „ruchu hospicyjnego”, została ona zapoczątkowana w Europie przez Cicely Saunders. W naszym kraju dyscyplina ta narodziła się około lat 80. W XX wieku dzięki pracy organizacji non-profit, które działały na zasadzie wolontariatu i zaczęły reagować już na poziomie opieki domowej na złożoność i ciągle zmieniające się potrzeby nieuleczalnie chorych i ich rodzin.

Ustawa nr 38 z 15 marca 2010 r. ma zasadnicze znaczenie dla opieki paliatywnej we Włoszech: poszerza prawa obywateli do dostępu do opieki paliatywnej, do ochrony i zagwarantowania pacjentowi godności i jakości życia aż do jego końca. Prawo ustanawia również lokalne sieci opieki paliatywnej, aby zapewnić ciągłość opieki między szpitalem, hospicjum i domem. Terapia paliatywna jest zintegrowana z Essential Levels of Care (ELC), każdy region musi zapewnić bezpłatną opiekę zdrowotną swoim mieszkańcom.

Osiem lat po opublikowaniu ustawy 38/2010 raport Ministerstwa Zdrowia opisuje rzeczywisty scenariusz, osiągnięte cele i punkty krytyczne. Poprawa opieki paliatywnej jest niezaprzeczalna, jednak wciąż niewystarczająca.

W 2017 r. Ponad 40 000 pacjentów we Włoszech otrzymało pomoc w zakresie domowej opieki paliatywnej, co stanowi znaczący wzrost (o 32% w porównaniu z 2014 r.). Raport podkreśla również deficyt 244 łóżek hospicyjnych, z nadwyżką w niektórych regionach (Lombardia, Emilia Romagna, Lazio) i niedoborami w innych (Piemont, Toscana, Kampania, Sicilia). Procentowy trend czasu oczekiwania między skierowaniem lekarskim a przyjęciem do Hospicjum w latach 2015-2017 potwierdza wysoki odsetek hospitalizacji z czasem oczekiwania poniżej 2 dni, a następnie od 4 do 7 dni. Dziś jedyne istotne informacje na temat leczenia bólu dotyczą stosowania opioidów, w ilości 16 miliardów dawek, o 1,6% więcej niż w 2016 roku.

Cele

W ciągu ostatnich kilku lat zatwierdzono następujące działania dotyczące opieki paliatywnej:

1. Określenie wymagań regionów w zakresie akredytacji opieki paliatywnej w strukturach zdrowia;
2. Uznanie trzyletniego doświadczenia w opiece paliatywnej dla lekarzy niewyspecjalizowanych do uzyskania kwalifikacji zawodowych;
3. Aktualizacja Podstawowych Poziomów Opieki (ELC) opieki paliatywnej, opisanych w różnych warunkach pomocy (dom, Hospicjum, Szpital) w pięciu różnych artykułach Orzeczenia Prezesa Rady Ministrów.

Kluczowe kwestie

Pomimo pozytywnych wyników, pozostają pewne kluczowe kwestie:

1. Cele takie jak rozwój lokalnej sieci opieki paliatywnej, identyfikacja minimalnych wymagań akredytacyjnych i przyjęcie jednolitych modeli organizacyjnych nie są osiągnięte we wszystkich regionach. Regiony Abruzzo, Molise, P.A. z Bolzano i Valle D’Aosta, nie dokonali jeszcze transpozycji Umowy z 25 lipca 2012 roku.
2. Ścieżki pomocy w opiece nad pacjentami wymagającymi opieki paliatywnej są odmienne dla różnych regionów i nie wszędzie jeszcze opracowano „proaktywną” metodologię

3. Przy zaangażowaniu pacjenta i jego rodziny, lekarze i organizacja nie są wystarczająco przygotowani, aby zapewnić odpowiednią opiekę.
4. Szkolenie pracowników służby zdrowia w zakresie opieki paliatywnej jest nadal nierówne na terytorium kraju, zarówno w przypadku edukacji uniwersyteckiej, jak i ustawicznej edukacji medycznej [Educazione Continua in Medicina] ECM credits.
5. Sytuacja sieci opieki paliatywnej i pediatrycznej terapii bólu jest nadal krytyczna. W czternastu regionach rozbudowuje się tego typu sieć opieki na szczeblu terytorialnym. Obecnie w regionie Veneto i Liguria działają dwa Hospicja pediatryczne, natomiast w miastach takich jak Bolonia (Emilia-Romagna) i Mediolan (Lombardia) działają Fundacje zapewniające i promujące opiekę paliatywną.

Badanie kursów uniwersyteckich i magisterskich z Psychologii oraz Pomocy Społecznej dotyczących kwestii śmierci i opieki paliatywnej

Głównym celem tej sekcji jest znalezienie studiów uniwersyteckich i studiów magisterskich we Włoszech, skierowanych do psychologów i pracowników socjalnych zajmujących się zagadnieniami dotyczącymi śmierci i opieki paliatywnej. W niniejszym badaniu wzięto pod uwagę oficjalną stronę Ministerstwa Edukacji, Szkolnictwa Wyższego i Badań - włoski MIUR. W badaniu użyto następujących słów kluczowych: edukacja na temat śmierci, opieka paliatywna, kres życia, choroba terminalna i żałoba / żal po stracie. Słowa były wyszukiwane zarówno w języku włoskim, jak i angielskim.

Spośród różnych szkół psychologii zidentyfikowano tylko jeden kurs prowadzony przez Uniwersytet w Padwie nazwany „Psychologia relacji ze stratą, śmiercią i umieraniem” prowadzony przez profesor Ines Testoni w ramach kursu magisterskiego z „Psychologii społecznej, pracy i komunikacji”. Jednak ważne jest, aby dokładnie przeanalizować włoski system uniwersytecki. W istocie termin „magister” w kontekście włoskim w tym konkretnym przypadku odnosi się do stopnia magisterskiego przyznawanego po ukończeniu dwuletnich kursów studentom, którzy posiadają już tytuł licencjata.

Jeśli chodzi o magistrantów, w znaczeniu międzynarodowym, należy przyjąć inne założenie. We Włoszech studia magisterskie to programy mające na celu zapewnienie studentom dalszej specjalizacji lub wyższego kształcenia ustawicznego po uzyskaniu tytułu licencjata lub magistra. Ponadto, we Włoszech magistrantów można podzielić na magistrantów pierwszego i drugiego stopnia. Różnica między tymi dwoma kursami polega na tym, że na studia magisterskie pierwszego stopnia można dostać się po uzyskaniu tytułu licencjata lub uznanej prawnie, równoważnej kwalifikacji; przeciwnie, studia magisterskie drugiego stopnia są zarezerwowane dla tych, którzy mają już tytuł magistra pierwszego stopnia. Ankietowani magistranci są przedstawieni w poniższej tabeli:

	Tytuł magisterski	Stopień	Instytucja	Dostęp po ukończeniu
Edukacja na temat śmierci				
Opieka paliatywna	Magister opieki paliatywnej i terapii bólu dla psychologów	2° stopień	University of Messina	Medycyna, Psychologia
	Magister terapii bólu i pediatrycznej opieki paliatywnej	1° stopień	University of Padua	Medycyna i Chirurgia, Psychologia, Pielęgniarstwo i

				położnictwo, Nauka o rehabilitacji dla personelu medycznego
	Magister opieki paliatywnej i terapii bólu	1° stopień	LUMSA Rome	Psychologia, Pielęgniarstwo i położnictwo, Nauka o rehabilitacji dla personelu medycznego, Prace socjalne, Medycyna i chirurgia
	Magister pediatricznej opieki paliatywnej	1° stopień	University of Bologna	Pielęgniarstwo i położnictwo; , Nauka o rehabilitacji dla personelu medycznego; Prace socjalne; Psychologia
	Magister opieki paliatywnej	1° stopień	University of Verona	Medycyna i chirurgia; Zawody medyczne; Psychologia
	Magister opieki paliatywnej i terapii bólu	1° stopień	University Ecampus	Skierowane do wszystkich specjalistów zajmujących się opieką paliatywną oraz do osób zainteresowanych zdobyciem wiedzy na temat kresu życia.
	Magister pediatricznej opieki paliatywnej	1° stopień	Academy of Science of Palliative Medicine – Campus Bentivoglio in Bologna	Pielęgniarstwo, Psychoterapia, Logopedia, Pedagogika, Psychologia, Żywnienie, Social work
Kres życia	Magister nauk o śmierci i końcu życia dla interwencji wsparcia i towarzyszącego	1° stopień	University of Padua	Medycyna, Psychologia
Choroby śmiertelne				
Żaloba/Żal po stracie				

Jeśli chodzi o usługi socjalne, nie ma kursów magisterskich poświęconych żałobie / żalowi po stracie.

Jakościowa analiza danych z wywiadów

27 studentów uczących się na jednym z magisterskich kursów psychologii na Uniwersytecie w Padwie, 17 kobiet i 10 mężczyzn w wieku od 24 do 30 lat. Ustrukturyzowany wywiad składa się z trzech następujących pytań:

1. Co sądzisz o nauce na temat opieki paliatywnej i procesu żałoby (teoria i praktyka)
2. Co myślisz o pracy z pacjentami, którzy cierpią na choroby terminalne, przeżyli stratę lub żałobę?

3. Co znaczy dla Ciebie życie i śmierć?

Odpowiedzi na pierwsze pytanie uwypukliły ogólne zainteresowanie kwestiami opieki paliatywnej i żaloby, zaobserwowano tylko kilka przypadków tego, co można określić jako „unikanie”, czyli braku skłonności do zajmowania się lub nawet myślenia o tych kwestiach ze względu na „niepokój” jaki one generują. Należy również zauważyć, że tylko w jednym przypadku opieka paliatywna została zdefiniowana jako nieistotna: „Myślę, że ma ona tendencję do opóźniania procesu, który i tak jest już przewlekły, tym bardziej gdy pacjent zachował świadomość, ten proces staje się dla niego wycieńczający” (5: 1)¹¹. Patrząc na to pytanie z punktu widzenia, który z pewnością jest bliższy celom niniejszego studium eksploracyjnego, nie sposób nie zauważyć, że istnieje wiele przypadków, gdzie pytani przyznają się do niewiedzy we wspomnianych wyżej dziedzinach, co w paradygmatyczny sposób można podsumować odpowiedzią 19.: 1, stwierdzającą: „Nie wydaje mi się, że znam temat z akademickiego / naukowego punktu widzenia”. Gdyby rozumieć to jako zwykłą ocenę własnego stanu wiedzy, wkrótce potem nastąpiłoby określenie dokładnych obowiązków i przypisanie ich konkretnie edukacji uniwersyteckiej. Faktycznie jest to wskazywane przez kilku uczestników jako centralny problem, a w 25: 1 analiza propozycji szkolenia Szkoły Psychologii pod kątem omawianych tematów jest wyraźnie negatywna: „na studiach z psychologii absurdem jest, że nie istnieją - poza kursem na temat kresu życia - inne kursy, zwłaszcza na studiach licencjackich. Nigdy nie znalazłem kursów poruszających te tematy ...”. Generalnie pojawia się poczucie braku wykształcenia, jako przyszłych psychologów, do zajmowania się kwestiami fundamentalnymi i postrzeganymi jako bardzo przydatne, bo jeśli prawdą jest, że (11: 1) „Ludzie chorują i muszą umrzeć [...] w końcowym okresie życia leczenie paliatywne pozwala nieuleczalnie chorym, ale wciąż prawdopodobnie znajdującym się pod opieką, osobom zwalczać objawy odporne na inne leczenie kliniczne. ”

Przechodząc następnie do odpowiedzi na drugie pytanie, wyraźnie zauważamy (18 odniesień) powszechne poczucie nieprzygotowania, braku wiedzy użytecznej, która pozwoliłaby poczuć się swobodnie: „Ogarnąłby mnie strach przed powiedzeniem czegoś, co mogłoby zranić i zaszkodzić osobie, z którą pracuję.” (3: 2) „Z pewnością czułbym się winny nawet na myśl, że nie będę w stanie zapewnić pacjentom wszelkiej potrzebnej pomocy” (1: 2), a wszystko to przekłada się na doznania z pewnością przewidziane, ale nadal będące w stanie dać jasny obraz sytuacji: „doskwiera mi wielkie poczucie bezradności, a tym samym frustracji” (20: 2). Wobec braku profesjonalnego przygotowania, osobiste doświadczenia przychodzą z pomocą początkującym psychologom, którzy wydają się sprawiedliwie rozdzielać swoje obawy związane z zajmowaniem się tym, co określają jako dwa odrębne obszary (praca z umierającymi lub praca z tym, kto zostaje). Ciekawą wskazówką, która wyłania się z odpowiedzi, jest to, że przygotowanie zawodowe nie może oczywiście być usystematyzowane, aby po prostu uczyć „wiedzieć, co robić”, ale przede wszystkim musi zadbać o znaczenie tego, co zostało osiągnięte, i zapewnić niezbędny kontekst semantyczny. Bez tego konkretnego działania nie można zapobiec odczuciom, takim jak te wyrażone w 14: 2, a zatem „udręka zostanie ujawniona, ponieważ [będziemy] w kontakcie z tym, co nazywa się brakiem znaczenia i niemożnością znalezienia wartości w istnieniu konceptu i doświadczenia śmierci.” Podsumowując, napięcie jest więc uczuciem, które występuje najczęściej u tych, którzy

¹¹ Pierwsza cyfra oznacza indeks liczbowy, jednoznaczny i progresywny przypisany każdemu uczestnikowi, a druga odnosi się do odpowiedzi.

wyobrażają sobie, że pracują w kontakcie ze śmiercią, nawet jeśli ten obszar nadal pozostaje interesującym wyzwaniem dla znacznej części respondentów (11 referencji).

Ostatnie pytanie dotyczy tematu, który faktycznie rządzi systemem semantycznym dwóch poprzednich pytań i ten postępowanie, w pewnym sensie prowadzący do samego źródła problemu, czyli skończoności istnienia, jest z pewnością dostrzegany przez studentów. Dyskusja jest generalnie bardziej intymna: nie jest to kwestia wspólnych tematów do dyskusji, ale raczej tego, co możemy określić jako quasi-tabu, w szczególności o śmierci mówi się tak: „Moim zdaniem powinniśmy o tym trochę więcej rozmawiać i przybliżyć temat, choćby odrobinę, na przykład dzieciom, dla naszego własnego doświadczenia” (6: 3). Mówiliśmy o „Śmierci”, ale prawie dla każdego jest jasne, że „sens życia zależy od wartości przypisanej śmierci” (3: 3) i dlatego nie sposób mówić o jednym, zapominając o drugim. Dopiero rozważając śmiertelność, można w pełni uchwycić wartość egzystencji: „jeśli ktoś nie nauczy się umierać, nie może żyć do końca, nie może dać sobie życia” (12, 3). Nawet z analizy tych ostatnich wniosków, choć z pewnością intymnych i kierowanych pozytywnymi uczuciami, widać dość wyraźnie, że uczestnicy nie posiadają żadnych specjalistycznych szkoleń na ten temat, a ich odpowiedzi nie różnią się znacząco od tych, których można oczekiwać od studentów innych kierunków. Dochodzimy następnie do punktu, w którym staje się jasne, że właśnie brak przekazywania i zintegrowania wiedzy może powodować pewną oschłość w podejściu do pojęć życia i śmierci, ponieważ podaje się, że na podstawie „wiedzy i wykształcenia zdobytego w tych latach studiów [...] są one nieuchronnie procesami fizjologicznymi” (11: 3).

Dlatego, traktując odpowiedzi na trzy postawione wcześniej pytania jako całość, można dostrzec znaczny brak specjalistycznego szkolenia w zakresie zagadnień związanych z końcem życia, deficyt, który można zwalczyć, rozważając tematy sugerowane, w zależności od przypadku, w kontekście własnych, osobistych opinii, wynikających ze zdrowego rozsądku i wszelkich bolesnych doświadczeń życiowych (np. wywiady 9 i 16). Wynik analizy może być z pewnością mniej elastyczny, gdy rozpatruje się go w odniesieniu do osobliwości uczestników: studenci bliscy ukończenia studiów psychologicznych, którzy z konieczności będą musieli mieć do czynienia z ludźmi, jednostki poddane zatem „nieuniknionej chwili, z którą wszyscy, wcześniej czy później, będziemy musieli się zmierzyć” (22: 3).

Ilościowa analiza danych kwestionariusza

Demografia:

Kwestionariusz eksploracyjny wypełniło 102 (71 kobiet, 30 mężczyzn, 1 inny) włoskich studentów w wieku od 22 do 32 lat (średnia wieku 24,09). Około 50% studentów wskazuje na religię chrześcijańską, a wielu uczniów wykazuje niski poziom religijności (38% świeckich, 35% raczej religijnych i tylko 27% wierzy w Boga).

Wcześniejsze doświadczenie:

98% studentów ma tytuł licencjata z psychologii, 78% studentów nie wskazuje żadnych kursów licencjackich z tematami edukacji na temat śmierci lub straty, żalu i żałoby, opieki paliatywnej, terapii artystycznej lub psychodramy, a 58% studentów nigdy nie czytało coś na te same tematy. Tylko 7% studentów ma doświadczenie jako formalny opiekun klientów u schyłku życia i tylko 9% studentów ma doświadczenie nieuleczalnej choroby kogoś bliskiego, ale 44% studentów ma doświadczenie utraty kogoś bliskiego w ostatnich dwóch latach.

Aktualne doświadczenie:

Wszyscy studenci kończą studia magisterskie z psychologii, a 91% jest na drugim roku studiów magisterskich. 57% studentów wskazuje na co najmniej jeden kierunek studiów magisterskich z tematami edukacji na temat śmierci lub straty, żalu i żałoby, opieki paliatywnej, arteterapii lub psychodramy. Co więcej, studenci wykazują duże zainteresowanie (zakres punktacji łącznej od 1 do 5, przy średniej 3,71), ale niski poziom pewności siebie (zakres punktacji od 1 do 5, przy średniej 2,77) tymi samymi tematami

Postrzeżenie:

Ich postrzeżenie śmierci jest bardziej zorientowane na „Śmierć jest śmiertelna i po śmierci nie ma nic” niż „Śmierć jest przejściem do innego wymiaru, w którym istnienie jakoś trwa” (zakres od 1 do 5 ze średnią ocen odpowiednio 3,21 i 2,87).

Wreszcie uczniowie wykazują wysoki poziom stresu spowodowanego niejasnościami życiowymi i niepewnością (zakres od 1 do 5 ze średnią ocen odpowiednio 3,62 i 3,82).

Literatura:

Arias-Casais N., Garralda E., Rhee J.Y., De Lima L., Pons J.J., Clark D., Hasselaar J., Ling J., Mosoiu D., Centeno C. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press, 2019.

Associazione Italiana Psicodrammatisti Moreniani (24 Dicembre, 2019). Retrieved from <https://aipsim.it>

American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama. (Agosto, 2018). Retrieved from <http://www.asgpp.org/index.php>

Baile, W. F., De Panfilis, L., Tanzi, S., Moroni, M., Walters, R. & Biasco, G. (2012). Using Sociodrama and Psychodrama To Teach Communication in End-of-Life Care. *Journal of palliative medicine*, 15(9), 1006-1010. doi: 10.1089/jpm.2012.0030

Biolcati, R., Agostini, F. & Mancini, G. (2017). Analytical psychodrama with college students suffering from mental health problems: Preliminary outcomes. *Research in psychotherapy: psychopathology, process and outcome*, 20, 201-209. doi: 10.4081/ripppo.2017.272

Casale G., Calvieri A. (2014). Le cure palliative in Italia: inquadramento storico. *MeDiC*, 22(1): 21-26

Centro Studi di Psicodramma e Metodi Attivi". (24 Dicembre, 2019). Retrieved from <https://www.centrostudipsicodramma.it/it/chi-siamo/>

Cipolletta, S. & Oprandi, N. (2014). What is a Good Death? Health Care Professionals' Narrations on End-of-Life Care. *Death Studies*, 38, 20-27. DOI: 10.1080/07481187.2012.707166

Corli O. Che cos'è la medicina palliativa. In: Corli O (a cura di). Una medicina per chi muore: il cammino delle cure palliative in Italia. Città Nuova, Roma 1988.

D.P.C.M. november 2001, n. 29 regarding "definition of essential levels of assistance".

Fonseca, L. M. & Testoni, I. (2011). The emergence of thanatology and current practice in death education. *Omega: Journal of Death and Dying*, 64(2), 157-169. DOI: 10.2190/OM.64.2.d

Gomez-Batiste X, Connor S. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. Liberdu'plex, Barcelona, 2017.

Law 38 of 2010, March 15th, regarding "provisions to guarantee access to palliative care and pain therapies "

Menichetti, J., Giusti, L., Fossati, I., & Vegni, E. (2016). Adjustment to cancer: Exploring patients' experiences of participating in a psychodramatic group intervention. *European Journal of Cancer Care*, 25(5), 903–915. doi:10.1111/ecc.12412

Ministry of Health. Palliative care networks and pathways: assistance, training and research.. Evidences from Demetra project (2019, Dicembre 12th.). Available from: <https://progettodemetra.it/index.php/it/workshop-ministero>

Ministry of Health. Parliament report on the state of implementation of the Law 38 of 2010, March 15th: "Provisions to ensure access to palliative care and pain therapy". Available from: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2814

Moreno, J. L. (1953). *Who Shall Survive? Foundations of Sociometry, Group Psychotherapy and Socio-Drama*. Oxford: Beacon House

National Coalition of Creative Arts Therapies Association (24 Dicembre, 2019). Retrieved from <https://www.nccata.org/aboutnccata>

Paal P, Brandstötter C, Lorenzl S, Larkin P, Elsner F (2019). Postgraduate palliative care education for all healthcare providers in Europe: Results from an EAPC survey. *Palliative and Supportive Care* 17, 495 –506. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000986>

Payne, H. (1993). *Handbook of inquiry in the arts therapies: one river, many currents*. London: Jessica Kingsley

Pellicciari et al. (2013). Drama Therapy and Eating Disorders: A Historical Perspective and an Overview of a Bolognese Project for Adolescents. *The journal of alternative and complementary medicine*, 19(7), 607-612

Polizzi, M., Polizzi, S., Pescini, R., De Vecchi, T. P., Altini, A., & Capocasale, A. (2017). Un'esperienza di teatroterapia con i genitori dei pazienti pediatrici affetti da fibrosi cistica. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 37(1), 1-3

Pratt, R. R. (2004). Art, dance and music therapy. *Physical Medicine and Rehabilitation of North America*, 15, 827–841

Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita*. Torino: Bollati Boringhieri Editore

Testoni, I., Biancalani, G., Ronconi, L., & Varani, S. (2019). Let's Start With the End: Bibliodrama in an Italian Death Education Course on Managing Fear of Death, Fantasy-Proneness, and Alexithymia With a Mixed-Method Analysis. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022281986361. doi:10.1177/0030222819863613

Testoni, I., Cichello, S., Kirk, K., Cappelletti, V. & Cecchini, C. (2019). When Death Enters the Theater of Psychodrama: Perspectives and Strategies of Psychodramatists. *Journal of Loss and Trauma*, 24(5-6), 516-532. doi: 10.1080/15325024.2018.1548996

Testoni, I., Ronconi, L., Palazzo, L., Galgani, M., Stizzi, A., & Kirk, K. (2018). Psychodrama and Moviemaking in a Death Education Course to Work Through a Case of Suicide Among High School Students in Italy. *Frontiers in Psychology*, 9. doi:10.3389/fpsyg.2018.00441

Wass, H. (2004). A perspective on the current state of death education. *Death Studies*, 28, 289 – 308.

World Health Organization: Palliative Care. Geneva: World Health Organisation, 2018.

3.4 Polska

I/O2 Raport dla Polski

Opracowanie dr Krzysztof M. Ciepliński,

1. Opieka paliatywna, Edukacja na temat śmierci oraz Psychodrama w Polsce

Opieka Paliatywna

W Polsce istnieją ogólne standardy opieki paliatywnej (PC), ale nie są one specyficzne i dostosowane do opieki długoterminowej. Według statystyk z 2015 roku Polska plasuje się w pierwszym kwartyle krajów europejskich pod względem liczby świadczeń opieki paliatywnej ogółem przypadających na populację. Według danych Polskiego Forum Hospicyjnego w 2018 roku w Polsce działało 488 hospicjów (w tym 8 hospicjów stacjonarnych dla nieletnich). Najstarszym hospicjum dla dzieci w Polsce i Europie jest Warszawskie Hospicjum dla Dzieci. Opieka paliatywna nad osobami dorosłymi w Polsce składa się głównie z domowych zespołów PC (69%) oraz hospicjów stacjonarnych (16,5%). Większość zagadnień dotyczących PC w Polsce jest uregulowana w ustawodawstwie krajowym. Jednak niektóre kwestie, takie jak plan HIV czy sprawy końca życia nie znajdują odpowiedniej regulacji prawnej (eutanazja jest przestępstwem w świetle polskiego Kodeksu karnego). Głównym źródłem wiedzy o paliatywnej są szkoły medyczne i pielęgniarstwa. Zagadnień z zakresu opieki paliatywnej uczy 80% szkół medycznych (16 z 20 placówek) i wszystkie szkoły pielęgniarstwa (95 placówek). Oba kierunki oferują specjalne obowiązkowe kursy komputerowe. Ogólną liczbę lekarzy dyplomowanych w opiece paliatywnej w Polsce oszacowano na około 500. Działalność zawodowa w opiece paliatywnej prowadzona jest przez fundacje i stowarzyszenia. Obecnie w Polsce działają trzy główne instytucje zajmujące się badaniami naukowymi, podnoszeniem standardów edukacyjnych oraz innymi zagadnieniami dotyczącymi opieki paliatywnej.

Podsumowując, poziom świadczeń opieki paliatywnej w aspekcie medycznym jest w Polsce zadowalający. Nadal jednak istnieje pole do poprawy, zwłaszcza w zakresie dostępnych formularzy PC i działań legislacyjnych.

Źródło: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe; accessible at:
https://www.researchgate.net/publication/333390123_EAPC_Atlas_of_Palliative_Care_in_Europe_2019

Edukacja na temat śmierci

Oprócz szkół medycznych i pielęgniarstwa edukacja śmierci w Polsce prowadzona jest również na innych kierunkach uniwersyteckich, takich jak psychologia i praca socjalna. Z badań nad tematyką kursów, programów i specjalizacji na studiach psychologicznych w Polsce wynika, że edukacja o śmierci nie jest dostatecznie rozpowszechniona w tym obszarze nauczania akademickiego. Wśród instytucji ocenionych przez Polską Komisję Akredytacyjną (PKA) jako oferujące wysokiej jakości programy kształcenia w zakresie psychologii, tylko pięć z siedemnastu ma w swoim programie kursy wyraźnie dotyczące edukacji o śmierci. Zajęcia mają w większości charakter fakultatywny i są przeznaczone dla studentów określonych specjalności (psychologia kliniczna lub pokrewne). W rezultacie tylko bardzo ograniczona grupa studentów może otrzymać edukację dotyczącą psychologicznych aspektów śmierci i żałoby. Ponadto trudno jest ocenić zawartość istniejących kursów ze względu na brak łatwo dostępnych oficjalnych materiałów ze szczegółowym opisem treści. Jak można przypuszczać, niektóre zagadnienia związane z psychologią śmierci i umierania można omawiać na kursach dotyczących starzenia się, radzenia sobie ze stresem, chorobą i bólem, zawartych w programach niektórych instytucji akademickich.

Źródło: Polska Komisja Akredytacyjna, Internetowa Baza Danych; dostępna pod adresem:
<https://www.pka.edu.pl/ocena/baza-uczelnijednostek-i-kierunkow-ocenionych/#>

Psychodrama

Psychodrama w Polsce jest dość dobrze rozpoznawalna w społeczeństwie. Znajduje się na liście świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków publicznych. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (PPA) uznaje ją za podejście przydatne w edukacji psychoterapeuty. Od 10 lat w Polsce prowadzone są dwa niezależne szkolenia podyplomowe psychodramy psychoterapii kompleksowej akredytowane przez PPA. Obecnie w Polsce nie ma akredytowanych studiów wyższych z zakresu psychodramy. Programami rozwojowymi i edukacyjnymi w psychodramie zajmuje się głównie powołane w 1999 roku w Krakowie Stowarzyszenie Polski Instytut Psychodramy (PIP). PIP oferuje pełne szkolenie z zakresu psychodramy (poziom podstawowy, wyższy i trenerski; seminaria i superwizje) prowadzone zgodnie ze standardami Psychodrama Association for Europe e.V (PAFE). Szkolenia odbywają się w różnych miastach i częściach Polski. Od 2004 roku szkolenie grupowe pierwszego stopnia ukończyło około 500 kursantów. Spośród nich czterdziestu terapeutów/liderów psychodramy uzyskało dyplom ukończenia studiów, a dwudziestu dwóch zostało certyfikowanymi trenerami. Ponadto Instytut posiada trzech akredytowanych superwizorów PAFE. Obecnie w toku jest 12 grup pierwszego stopnia i jedna grupa wyższego poziomu. PIP składa się z około 150 wysoko wykształconych profesjonalistów z całej Polski, w tym specjalistów z zakresu ochrony zdrowia

psychicznego (psychologów, psychoterapeutów i psychiatrów), a także pedagogów, filologów, filozofów i aktorów. W konsekwencji psychodrama jest wykorzystywana w wielu jednostkach systemu ochrony zdrowia psychicznego (publicznych i niepublicznych), w edukacji, kształceniu dorosłych i biznesie. W ciągu ostatnich dwudziestu lat opublikowano i przeprowadzono wiele artykułów, książek oraz wystąpień na konferencjach naukowych i warsztatów poświęconych psychodramie. Od 2014 roku PIP co dwa lata organizuje Ogólnopolski Festiwal Psychodramy, forum spotkań, nauki i wymiany. Podczas tego wydarzenia (Kraków, 2016) pierwszy Polski Teatr Playback „Ole!” został założony. PIP współpracuje z europejskimi sieciami psychodramy PAFE i FEPTO (The Federation of European Psychodrama Training Organizations). Jej przedstawiciele zasiadają w zarządach obu organizacji.

Źródło: Informacje dostępne na stronie internetowej Polskiego Instytutu Psychodramy pod adresem www.psychodrama.pl

2. Rezultaty badania metodą PRISMA z wykorzystaniem słów kluczy

Artykuły w czasopismach ze słowami kluczowymi związane z Polską

Wyszukiwanie przeprowadzono głównie z wykorzystaniem narzędzi bazy danych EBSCO:

(Palliative care and Poland or Polish)

- Pivodic, L., Smets, T., Van Den Noortgate, N., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Engels, Y., Szczerbińska, K., Finne-Soveri, H., et al. (2018). Quality of dying and quality of end-of-life care of nursing home residents in six countries: an epidemiological study. *Palliative Medicine*, 32(10), 1584–1595.

Streszczenie:

Kontekst: Domy opieki należą do najczęstszych miejsc śmierci w wielu krajach. Cel: Określenie jakości umierania i opieki u schyłku życia pensjonariuszy domów opieki w sześciu krajach europejskich. Projekt: Badanie epidemiologiczne w proporcjonalnie warstwowej próbie losowej domów opieki. Zidentyfikowaliśmy wszystkie zgony mieszkańców z poprzedniego 3-miesięcznego okresu. Główne wyniki: jakość umierania w ostatnim tygodniu życia (mierzona za pomocą End-of-Life in Dementia Scales - Comfort Assessment while Dying (EOLD-CAD)); jakość opieki u schyłku życia w ostatnim miesiącu życia (mierzona skalą Quality of Dying in Long-Term Care (QoD-LTC)). Wyższe wyniki oznaczają lepszą jakość. Otoczenie/uczestnicy: Trzysta dwadzieścia dwa domy opieki w Belgii, Finlandii, Włoszech, Holandii, Polsce i Anglii. Uczestnikami byli pracownicy (pielęgniarki lub asystenci opieki) najbardziej zaangażowani w opiekę nad każdym mieszkańcem. Wyniki: Pracownicy odesłali kwestionariusze dotyczące 1384 (81,6%) spośród 1696 zmarłych pensjonariuszy. Średni wynik w skali End-of-Life in Dementia Scales – Comfort Assessment while Dying (przedział ufności 95%) (teoretycznie 14-42) wahał się od 29,9 (27,6; 32,2) we Włoszech do 33,9 (31,5; 36,3) w Anglii. Średni wynik jakości umierania w opiece długoterminowej (95% przedział ufności) (teoretycznie 11-55) wahał się od 35,0 (31,8; 38,3) we Włoszech do 44,1 (40,7; 47,4) w Anglii. Wyższy wynik na koniec życia w Skalach Oświecenia – Ocena Komfortu Umierania był związany z krajem ($p = 0,027$), starszym wiekiem ($p = 0,012$), długością pobytu > 1 roku ($p =$

0,034), wyższym stanem funkcjonalnym ($p < 0,001$). Wyższa jakość umierania w opiece długoterminowej była związana z krajem ($p < 0,001$), starszym wiekiem ($p < 0,001$), długością pobytu > 1 roku ($p < 0,001$), wyższym stanem funkcjonalnym ($p = 0,002$), brak otępienia ($p = 0,001$), zgon w domu opieki ($p = 0,033$). Wnioski: Jakość umierania i jakość opieki u schyłku życia w domach opieki w badanych krajach nie jest optymalna. Obejmuje to kraje o wysokim poziomie rozwoju opieki paliatywnej w domach opieki, takie jak Belgia, Holandia i Anglia.

Słowa kluczowe: Dom opieki, opieka terminalna, opieka paliatywna, jakość opieki zdrowotnej, projekt badań epidemiologicznych, zaawansowana demencja, miejsce, śmierć, Flandria, Belgia

- Rybarski, R., Zarzycka, B., & Bernat, A. (2018). Measuring the quality of life of people with life-threatening illnesses: the internal structure of the Polish adaptation of the McGill Quality of Life Questionnaire - Revised. *Contemporary Oncology / Współczesna Onkologia*, 22(4), 252–259. <https://doi.org/10.5114/wo.2018.82645>

Streszczenie:

Cel pracy: Kwestionariusz Jakości Życia McGilla jest szeroko stosowany w badaniu osób z chorobami zagrażającymi życiu od 1996 roku. W 2016 roku Cohen i wsp. zrewidował Kwestionariusz Jakości Życia McGilla i poprawił jego właściwości psychometryczne oraz długość. Celem niniejszej pracy była adaptacja Kwestionariusza Jakości Życia McGill – Revised (MQOL-R) na język polski. W badaniu oceniono strukturę czynnikową, rzetelność i trafność polskiej adaptacji MQOL-R. Materiał i metody: Badanie miało nierandomizowany, przekrojowy schemat. Polskie tłumaczenie MQOL-R podano 140 osobom z chorobami zagrażającymi życiu. Pacjenci byli rekrutowani z oddziałów opieki ostrej i paliatywnej. Dane przeanalizowano za pomocą potwierdzającej analizy czynnikowej oraz analizy korelacji i regresji wielokrotnej. Wyniki: Uzyskane wyniki stanowią wsparcie dla struktury pomiarowej polskiej adaptacji MQOL-R. Zarówno skala ogólna, jak i cztery podskale charakteryzują się zadowalającą zgodnością wewnętrzną oraz trafnością teoretyczną i kryterialną. Wnioski: Polski MQOL-R wykazuje satysfakcjonujące parametry psychometryczne i może stanowić cenne narzędzie w badaniach jakości życia osób z chorobami zagrażającymi życiu.

Słowa kluczowe: opieka u schyłku życia, choroby zagrażające życiu, opieka paliatywna, psychometria, jakość życia

Inne artykuły w czasopismach związanych z opieką paliatywną w Polsce (wyszukiwane w bazie PubMed)

- Bogusz, H, et. al. (2018). Under the British Roof: The British Contribution to the Development of Hospice and Palliative Care in Poland. *J Palliat Care*, 33(2), 115-119.

Streszczenie: Artykuł koncentruje się na brytyjskim wkładzie w rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce w latach 80. i później. Opiera się na kwerendzie archiwalnej w hospicjach w Krakowie i Poznaniu oraz szeroko zakrojonym przeglądzie polskich czasopism. Opisano tło społeczne ruchu hospicyjnego w Polsce. Badamy rolę inspiracji i pomocy Cicely Saunders i

innych brytyjskich liderów w transferze brytyjskiej filozofii hospicyjnej i praktyki opieki paliatywnej do środowiska medycznego w Polsce. Badanie to pokazuje znaczenie instytucji dla formalnej wymiany informacji medycznych.

Słowa kluczowe: Cicely Saunders; polski ruch hospicyjny; historia opieki paliatywnej; edukacja paliatywna

- Krakowiak, P., et al. (2016). Walls and Barriers. Polish Achievements and the Challenges of Transformation: Building a Hospice Movement in Poland, *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(4), 600-604.

Streszczenie: W niniejszym przeglądzie autorzy omawiają powstawanie i rozwój opieki hospicyjno-paliatywnej w Polsce oraz przedstawiają próby przejścia od opieki religijnej do duchowego towarzyszenia na przykładach konkretnych działań i wyzwań, które – podobnie jak kolejne mury i bariery – pojawiały się wewnątrz i wokół nas.

Słowa kluczowe: Europa Wschodnia; Polska; Transformacja systemu opieki zdrowotnej i społecznej; wyzwania; opieka hospicyjna i paliatywna; religia; solidarność; duchowość

- Centeno, C., et al. (2016). Coverage and development of specialist palliative care services across the World Health Organization European Region (2005-2012): Results from a European Association for Palliative Care Task Force survey of 53 Countries. *Palliative Medicine*, 30(4), 351-62.

Streszczenie: Kontekst: Ewolucja świadczenia specjalistycznych usług opieki paliatywnej jest ważna dla planowania i oceny. Cel: Zbadanie rozwoju w latach 2005-2012 trzech specjalistycznych usług opieki paliatywnej w regionie europejskim Światowej Organizacji Zdrowia – zespołów opieki domowej, szpitalnych zespołów wsparcia i szpitalnych usług opieki paliatywnej. Metoda: Dane zostały wyodrębnione i przeanalizowane z dwóch wydań atlasu opieki paliatywnej Europejskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej w Europie. Znaczący rozwój każdego rodzaju usług wykazano na podstawie skorygowanej analizy rezydualnej, wskaźnika świadczeń na populację oraz zasięgu w 2012 r. (relacja między świadczeniem dostępnych usług a zapotrzebowaniem na usługi oszacowane w celu zaspokojenia potrzeb populacji w zakresie opieki paliatywnej). Do pomiaru zasięgu opieki paliatywnej wykorzystaliśmy zalecenia Białej Księgi Europejskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej: jeden zespół opieki domowej na 100 000 mieszkańców, jeden szpitalny zespół wsparcia na 200 000 mieszkańców i jeden szpitalny zespół opieki paliatywnej na 200 000 mieszkańców. Aby oszacować ewolucję na poziomie ponadnarodowym, przedstawiono średnie porównanie lat i europejskich podregionów.

Wyniki: Spośród 53 krajów 46 (87%) dostarczyło dane. Europa rozwinęła w latach 2005-2012 znaczący zespół opieki domowej, stacjonarnej opieki paliatywnej oraz szpitalny zespół wsparcia. Poprawa była istotna statystycznie dla krajów Europy Zachodniej, ale nie dla krajów Europy Środkowej i Wschodniej. Znaczący rozwój przynajmniej jednego rodzaju usług miał miejsce w 21 z 46 (46%) krajów. Szacunki dotyczące zasięgu szpitalnej opieki paliatywnej, zespołu opieki domowej i zespołu wsparcia szpitala w 2012 r. wynoszą odpowiednio 62%, 52% i 31% w Europie Zachodniej oraz 20%, 14% i 3% w Europie Środkowej i Wschodniej.

Wniosek: Choć w Europie w latach 2005-2012 nastąpił pozytywny rozwój ogólnego zakresu opieki paliatywnej, usługi dostępne w większości krajów są nadal niewystarczające, aby zaspokoić potrzeby ludności w zakresie opieki paliatywnej.

Słowa kluczowe: Europa; Opieka paliatywna; zasięg; rozwój

(Grief or Mourning or Loss or Death Education and Poland or Polish)

- Ogińska-Bulik, N., & Kobylarczyk, M. (2019). The Experience of Trauma Resulting From the Loss of a Child and Posttraumatic Growth—The Mediating Role of Coping Strategies (Loss of a Child, PTG, and Coping). *Omega: Journal of Death & Dying*, 80(1), 104–119. <https://doi.org/10.1177/0030222817724699>

Streszczenie: Celem badań było określenie mediacyjnej roli strategii radzenia sobie w związku między nasileniem traumy wynikającej z utraty dziecka a wzrostem potraumatycznym (PTG). Badaniem objęto grupę 76 osób, które postrzegały utratę dziecka jako wydarzenie traumatyczne. Większość (55,3%) respondentów stanowiły kobiety. Wiek uczestników wahał się od 18 do 62 lat ($M=35,88$; $SD=9,52$). Do pomiaru intensywności traumy wykorzystano skalę wizualną oraz polskie wersje Inwentarza wzrostu potraumatycznego i Inwentarza radzenia sobie ze stresem (Brief-Cope). Badani ujawnili PTG, przede wszystkim w zakresie doceniania życia i relacji z innymi. Poszukiwanie wsparcia społecznego, zarówno emocjonalnego, jak i instrumentalnego, pełni rolę pośrednika między nasileniem traumy a PTG. Zachęcanie osób, które przeżyły traumę do szukania wsparcia społecznego, może nie tylko umożliwić przystosowanie się do sytuacji, ale także przyczynić się do wystąpienia PTG.

Słowa kluczowe: strategie radzenia sobie ze stresem, strata dziecka, wzrost potraumatyczny, trauma

- Sawicka, M. (2017). Searching for a Narrative of Loss: Interactional Ordering of Ambiguous Grief. *Symbolic Interaction*, 40(2), 229–246. <https://doi.org/10.1002/symb.270>

Streszczenie: W niniejszym artykule analizuję zbiorowe zarządzanie emocjami niejednoznacznymi w przypadku żałoby po stracie okołoporodowej/martwym porodzie. Na podstawie analizy treści wybranych polskich list dyskusyjnych dla rodziców pogrążonych w żałobie oraz wywiadów z moderatorami tych list konceptualizuję doświadczenie żałoby po poronieniu/urodzeniu martwego dziecka jako kulturowo „wykorzenione” – nieuregulowane spójnym zestawem zasad odczuwania i okazywania i interakcyjnie „pozbawiony praw obywatelskich” – ujęty w bezpośrednie otoczenie społeczne osoby pogrążonej w żałobie jako nieuprawniony. Niniejsze badanie koncentruje się następnie na kolejnych procesach społecznych związanych ze zbiorowym zarządzaniem takimi emocjami poprzez interakcje w internetowych społecznościach osób pogrążonych w żałobie, prowadzących do stworzenia lokalnych definicji sytuacji straty i formowania się subkulturowego uczucia i zasad okazywania żalu. Zakładam, że w szerszej perspektywie te procesy społeczne mogą być postrzegane jako

oddolne mechanizmy, które agenci wykorzystują do przekształcenia istniejącej emocjonalnej kultury żałoby.

Słowa kluczowe: niejednoznaczność emocjonalna, zasady odczuwania, żal, społeczność internetowa, socjologia emocji

- Turkowski, P. (2018). Neuro-Linguistic Perspective of Long- and Short-Term Psychotherapy of Grief. Theoretical Background, Method and Case-Studies. *Journal of Experiential Psychotherapy / Revista de PSIHOterapię Experientiala*, 21(1), 12–23.

Streszczenie: Wstęp: Żałoba i strata to tematy, który dość często pojawiają się w psychoterapii. Zawsze były obecne w życiu ludzi poprzez kulturę i religię. Idee egzystencjalne (Yalom, 1999; Frankl, 2008) oraz idee Elizabeth Kubler-Ross (1969) są dość powszechne w psychoterapii osób w żałobie. Cele: Artykuł przedstawia neurolingwistyczny model pracy ze stratą i żałobą. Czerpie z założeń psychoterapii neurolingwistycznej (NLPT) i inspirowane współczesnymi badaniami nad skutecznością (Milman, 2013; Hall, 2014). „4 kroki radzenia sobie z żałobą i stratą” powstały w wyniku modelowania pomyślnych procesów żałoby oraz modelowania działań psychoterapeutycznych mających na celu wspieranie osób w żałobie wypracowanych w nurcie konstruktywistycznym i narracyjnym (Marwit, Klass, 1996; Gillies, Neimeyer, 2005; Fuller, 2009; Stroebe, 1997; Walter, 1996; Gillies, Neimeyer) podjęte przez osoby pracujące z podejściem NLP (Witt i in., 2011). Metody: W artykule przedstawiono założenia modelu, podstawy teoretyczne, modele i narzędzia, 2 studia przypadków oraz wnioski dotyczące przydatności modelu w psychoterapii klientów zgłaszających różne objawy. Wyniki: Omówione przypadki ilustrują jej przydatność zarówno w krótkoterminowych, jak i długoterminowych procesach terapeutycznych. Krótkoterminowa, ustrukturyzowana, 5-sesyjna interwencja doprowadziła do wymiernych zmian opisanych przez klienta i jego rodzinę. W wieloletniej psychoterapii osoby po stracie bliskiej osoby, która w swoim życiu wywoływała ambiwalentne uczucia i traumatyczne problemy w związku, zaobserwowano kilka pozytywnych zmian (również na poziomie osobowości) oraz rozwój osobisty. Wnioski: Model wykazuje potencjał we wspieraniu osób w żałobie oraz jako praktyczny zestaw technik a także umożliwia pracę w formie zbliżonej do interwencji kryzysowej oraz podjęcie głębszej pracy na poziomie zaburzeń osobowości.

Słowa kluczowe: żal, strata, neurolingwistyka, NLP

(Arts therapy or Psychodrama and Poland or Polish)

- POTMĚŠILOVÁ, P., & POTMĚŠIL, M. (2019). Cultural Differences in Creative Reactions to an Ambiguous Stimulus. *Creativity Studies*, 12(1), 119–130. <https://doi.org/10.3846/cs.2019.718>.

Streszczenie: Arteterapia stosowana jest w Czechach od lat 50. XX wieku i jedyne, co zmieniło się na przestrzeni lat, to grupa docelowa, wobec której jest stosowana arteterapia. Terapia sztuką jest obecnie stosowana w trzech kluczowych obszarach: psychologii, pracy socjalnej i edukacji, a ściślej pedagogice specjalnej. Celem niniejszego opracowania jest wykazanie

specyficznych różnic kulturowych podczas stosowania procedur arteterapii w obszarze edukacji, a konkretnie podczas pracy z kreatywnością. Grupę docelową badań stanowili studenci uczelni wyższych z Polski i Czech. Wszystkim uczniom przedstawiono ten sam niejednoznaczny bodziec, na który mieli odpowiedzieć artystycznie. Poszczególne artystyczne reakcje zostały następnie sklasyfikowane w określone kategorie, a różnice kulturowe zostały następnie ocenione i opisane.

Słowa kluczowe: filetyka sztuki, przenikalność poznawcza, kreatywność, kulturowe aspekty procesu edukacyjnego

- Ciepliński, K., Karkut-Rzondtkowska, J. (2019). Significant events during a psychodrama and action methods based experiential group training for psychology students. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 1, 153-165.
DOI:10.1007/s11620-019-00480-w

Streszczenie: Niniejszy artykuł *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* (ZPS) przedstawia wybrane wyniki badań empirycznych nad procesem zmiany podczas treningu psychologicznego opartego na psychodramie i metodach aktywizujących do działania. Uczestnikami była grupa 28 kobiet w wieku 22 lat, studentek czwartego roku psychologii na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II. Badani zostali wybrani losowo z grupy 61 ochotników i podzieleni na dwie równe grupy. 24-godzinne trzydniowe szkolenia zostały przygotowane i przeprowadzone przez certyfikowanego psychoterapeutę i trenera PD. Uczestnicy byli anonimowo proszeni za pomocą polskiej wersji Formularza Pomocnych Aspektów Terapii (HAT) dostosowanej do kontekstu szkolenia o informacje zwrotne na koniec każdego ośmiogodzinnego dnia szkolenia oraz trzy miesiące później. Studenci zgłaszali wiele istotnych wydarzeń, zarówno pomocnych, jak i utrudniających. Pomocnych wydarzeń było więcej. Niektóre z nich pamiętano jeszcze po trzech miesiącach. Omówiono postrzeganie przez kursantów zastosowania zestawu technik PD i AM w ich akademickim kształceniu zawodowym, a także wykorzystanie HAT jako metody informacji zwrotnej w szkoleniu grupowym.

Słowa kluczowe: Proces zmiany, pomocne aspekty szkolenia, uczenie się przez doświadczenie, badania empiryczne, psychodrama, wydarzenia znaczące, studenci, grupy szkoleniowe, metody aktywizujące

4. Analiza programów i kursów z zakresu psychologii, medycyny, pielęgniarstwa i pracy socjalnej w Polsce pod kątem słów kluczowych projektu DE4PP

Według bazy danych POL-on (POL-on to oficjalny zintegrowany system informacji o nauce i szkolnictwie wyższym w Polsce) na kierunku psychologia zarejestrowanych jest 178 programów studiów magisterskich i licencjackich. Badania przeprowadzono wśród osób posiadających aprobatę Polskiej Komisji Akredytacyjnej (PKA) jako prowadzących wysokiej jakości programy kształcenia w zakresie psychologii. Protokół badania zawiera przegląd stosowania następujących kluczowych terminów w programach nauczania publikowanych w Internecie: thanato* (tanato*); edukacja śmierci (edukacja na temat śmierci); opieka paliatywna (opieka paliatywna); śmiertelna choroba (choroba terminalna, choroba przewlekła); koniec życia (kres/koniec życia); żałoba (żałoba); żal (żal po stracie); strata; umieranie i arteterapia /psychodrama/socjodrama. Tylko w 41% monitorowanych kierunków studiów psychologicznych (7 z 17) znaleziono powyższe słowa kluczowe. Poszczególne wyniki

wyszukiwania zestawiono poniżej w tabeli zawierającej następujące informacje: nazwa instytucji; rodzaj; nazwa programu/kursu; kredyty/godziny/czas trwania; stopień naukowy/certyfikat; link internetowy.

Nazwa uczelni	Typ kursu	Nazwa program/kursu	Wymiar/ECTS	Poziom nauczani/certyfikacja	Link
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie	wykład/seminarium	Psychodrama w szkoleniach	30h/2	3 rok studiów magisterskich z psychologii biznesu i przedsiębiorczości	http://e.kul.pl/qlsale.html?op=10&zid=509051&oz_lng=1
	konwersorium	Arteterapia	30h/3	4 rok psychologii wspierania jakości życia	http://e.kul.pl/qlsale.html?op=10&zid=512013
Uniwersytet Gdański	wykład	Praca z pacjentem przewlekle chorym w warunkach szpitalnych	30h/4	4 lub 5 rok studiów magisterskich z psychologii, specjalizacja psychologia kliniczna	https://wns.ug.edu.pl/sites/default/files/nodes/strona-wns/89779/files/psychologia_kliniczna_2019-2020.pdf
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie	seminarium	Techniki artystyczne i trening grupowy	15h/2	Studia psychologiczne, zajęcia fakultatywne dla studentów 4 roku	https://usosweb.aps.edu.pl/kontroler.php?action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&prz_kod=20-FF-ATG
	Ćwiczenia	Metody pomocy osobom w chorobach terminalnych	15h/2	5 rok psychologii, specjalizacja psychologia kliniczna	https://usosweb.aps.edu.pl/kontroler.php?action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&prz_kod=20-3S-MCT
	Wykład	Psychologia śmierci: aspekty rozwojowe i kliniczne	30h/2	5 rok studiów psychologicznych, zajęcia fakultatywne	https://usosweb.aps.edu.pl/kontroler.php?action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&prz_kod=20-FF-PSM
	Ćwiczenia	Interwencje kryzysowe w kryzysie zagrożenia życia	20h/5	Studia podyplomowe z poradnictwa psychologicznego I interwencji kryzysowej	https://usosweb.aps.edu.pl/kontroler.php?action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&prz_kod=SP-IKK
	Ćwiczenia	Interwencje kryzysowe w sytuacjach żałoby	15h/2	Studia podyplomowe z poradnictwa psychologicznego I interwencji kryzysowej	https://usosweb.aps.edu.pl/kontroler.php?action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&prz_kod=SP-IK%C5%BB

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie	Ćwiczenia	Fakultet intra i interdyscyplinarny : Psychologiczny kontekst doświadczenia żałoby	30h/3	2, 4, 5 rok studiów psychologicznych, zajęcia fakultatywne	https://usosweb.umcs.pl/kontroler.php?_action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&prz_kod=PS-PS-MS%2FFII.56
	Cwiczenia	Fakultet intra i interdyscyplinarny :Żałoba po śmierci bliskiej osoby- aspekty kliniczne i terapeutyczne	15h/3	2, 4, 5 rok studiów psychologicznych, zajęcia fakultatywne	https://usosweb.umcs.pl/kontroler.php?_action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&prz_kod=PS-PS-MN%2FFII.13
	Ćwiczenia	Przedmiot fakultatywny: Pomoc dzieciom i młodzieży w przeżywaniu kryzysu, straty i żałoby	10h/1	Studia psychologiczne, zajęcia fakultatywne	https://usosweb.umcs.pl/kontroler.php?_action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&prz_kod=PS-PES.2NIII.8EDfak.
Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu	Seminarium	Radzenie sobie z przewlekłą chorobą	10h	4 rok psychologii, specjalizacja psychologia zdrowia i choroby	http://150.254.90.19/Studia/Psychologia-S/Sylabusy/Psychologia%20stacjonarna/4%20rok/psychologie%20stosowane/Specjalnosc%20-%20Psychologia%20zdrowia%20i%20choroby%201.pdf
	Ćwiczenia	Interwencja w kryzysie zdrowotnym	30h	4 rok psychologii, specjalizacja psychologia zdrowia i choroby	http://150.254.90.19/Studia/Psychologia-S/Sylabusy/Psychologia%20stacjonarna/4%20rok/psychologie%20stosowane/Specjalnosc%20-%20Psychologia%20zdrowia%20i%20choroby%201.pdf
	Seminarium	Wybrane zagadnienia z psychoonkologii i opieki paliatywnej	10h	5 rok psychologii, specjalizacja psychologia zdrowia i choroby	http://150.254.90.19/Studia/Psychologia-S/Sylabusy/Psychologia%20stacjonarna/5%20rok/cwiczenia%20terenowe%20w%20ramach%20specjalnosc/Specialnosc%20Psychologia%20zdrowia%20i%20choroby%20cwiczenia%20terenowe.pdf
Uniwersytet Warszawski	Seminarium + ćwiczenia	Diagnoza specyficznych konstelacji rodzinnych: Smutek w rodzinie - rola żałoby i depresji	12h/1,5	4 i 5 rok studiów psychologicznych, specjalizacja: kliniczna diagnoza dziecka i rodziny	https://usosweb.uw.edu.pl/kontroler.php?_action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&prz_kod=2500-DK-SWR

Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa	Brak danych	Trening radzenia sobie w żałobie	Brak danych	Studia psychologiczne, specjalizacja psychologia interwencyjna	https://www.gwsh.pl/studia/psychologia-interwencyjna-magisterskie.html
---	-------------	-------------------------------------	----------------	--	---

5. Jakościowa (Tematyczna) analiza rezultatów badań studentów z Polski

Przeprowadzono wywiady z pięcioma studentami studiów magisterskich psychologii z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II. Odpowiedzieli oni dobrowolnie na otwarte zaproszenie do udziału w projekcie badawczym. Czterech z nich studiowało Psychologię Wspierania Jakości Życia (PWJŻ), a jeden Psychologię Biznesu i Przedsiębiorczości (PBiP). Dane demograficzne i obserwacyjne ankietowanych studentów zestawiono w tabeli poniżej.

Kod	Płeć	Wiek	Rok studiów	Kieunek studiów	Uwagi/Observacje
1.	F	23	5	PWJŻ	Wzruszony emocjonalnie podczas wywiadu; zadowolony po jego zakończeniu. Z doświadczeniem choroby onkologicznej w najbliższej rodzinie. Czas rozmowy: 8:17 min.
2.	M	24	5	PWJŻ	Z doświadczeniem choroby onkologicznej w najbliższej rodzinie. Czas rozmowy: 11:03 min.
3.	M	23	5	PWJŻ	Czas rozmowy: 10:19 min.
4.	F	24	5	PWJŻ	"Impresyjny" styl udzielania odpowiedzi Czas trwania: 14:20 min.
5.	M	21	4	PBiP	Odpowiedzi „dobrze ustrukturywane”. Czas trwania: 8:10 min.

Celem tego częściowo ustrukturyzowanego wywiadu było przeprowadzenie dogłębnej analizy wcześniejszych doświadczeń edukacyjnych studentów oraz ich potrzeb w dziedzinie edukacji na temat śmierci i opieki paliatywnej. Szczególną uwagę zwrócono na emocjonalny wpływ tych tematów na uczestników, jak postrzegają oni proces kształcenia i jakie znaczenie przypisują życiu i śmierci jako tematom głęboko ludzkim i uniwersalnym.

W wyniku analizy tematycznej wypowiedzi uczestników w odniesieniu do pytań 1-3 zidentyfikowano ponad trzydzieści różnych tematów.

1) Co sądzisz na temat studiowania zagadnień dotyczących opieki paliatywnej oraz procesu żałoby (teorii i praktyki)?

Odpowiadając na to pytanie, uczestnicy skupili się na następujących tematach:

- a) znaczenie kształcenia i szkolenia w tym (1, 5) bardzo ważnym temacie (3, 5), który powinien znaleźć się w programie studiów psychologicznych (3);
- b) bardziej osobisty niż zawodowy stosunek do procesu edukacji, związany z osobistymi trudnościami w niesieniu pomocy osobom umierającym i pogrążonym w żałobie (1);
- c) odniesienia do wcześniejszych doświadczeń edukacyjnych w ramach edukacji uniwersyteckiej; zagadnienia związane ze śmiercią i żałobą zostały uwzględnione na zajęciach z psychologii klinicznej (2, 4) i psychoterapii (4);
- d) znaczenie mówienia o śmierci (2);
- e) powszechność doświadczeń i potencjalnych problemów w radzeniu sobie ze śmiercią i żałobą (3);
- f) brak dodatkowych, opartych o praktykę kliniczną doświadczeń edukacyjnych (4)
- g) śmierć jako rzeczywistość odległa i nieznana studentom (4); ponieważ temat jest bagatelizowany, wyśmiewany lub pomijany w rozmowach ze znajomymi (4)
- h) brak umiejętności wymiany lub dzielenia się z przyjaciółmi na temat śmierci i żałoby (4)
- i) śmierć związana z uniwersalnymi doświadczeniami związanymi z utratą jakiegokolwiek życia ludzkiego (4)

2) Co sądzisz na temat pracy z klientami, którzy zmagają się z chorobą terminalną, stratą oraz żałobą?

W wyniku analizy tematycznej drugiego pytania zidentyfikowano następujące tematy:

- a) osobiste zainteresowanie pracą kliniczną z pacjentami (3, 5);
- b) praca w tym zawodzie jest postrzegana jako bardzo trudna (4); trudności w pracy z osobami pogrążonymi w żałobie – kontrola osobistych uczuć przeżywanych w kontakcie z osobą pogrążoną w żałobie (3);
- c) przeszkody i bariery w pracy – kontakt z klientami pogrążonymi w żałobie i umierającymi wywołuje negatywne emocje, takie jak niezgoda, żal i ból (4); lęk i inne doświadczenia związane ze stratą (3); ambiwalencja (1); problemem jest wrażliwość emocjonalna, praca jest trudna emocjonalnie i narażona na wypalenie zawodowe (3);
- d) doświadczenie przytłoczenia trudnymi uczuciami, dużym smutkiem, rolą zawodową widzianą w kontekście obciążających doświadczeń z dzieciństwa (1);
- e) podkreślanie wartości doświadczeń praktycznych, przykładów klinicznych w trakcie kształcenia oraz uczenia się umiejętności praktycznych (stosunek uczenia się teorii do praktyki 80 do 20);
- f) praca z dziećmi nieuleczalnie chorymi postrzegana jako najtrudniejsza (4);

g) brak osobistego doświadczenia w pracy z klientami w sytuacjach śmierci i umierania (1, 2, 3, 4, 5);

h) praca zawodowa związana z innymi wolontariatami klinicznymi (w szpitalu psychiatrycznym z pacjentami przewlekle chorymi) (4);

3) Co znaczą dla Ciebie (jak rozumiesz) życie i śmierć?

Odpowiedzi na ostatnie pytanie są podzielone na następujące tematy:

a) życie jako lekcja, okazja do nauki (1);

b) życie jako zdolność do tworzenia i zmiany: do doświadczania; stworzyć coś w sobie (2, 5); zbiór przeżyć (2) (wszystko, z czym się stykamy); paleta barw, człowiek jako malarz, który dobiera kolory i tworzy obraz (5);

c) życie związane z angażowaniem się w wiele znaczących działań; życie jako zadanie dane przez Boga (1);

d) życie to konstrukcja, która brzmi śmiesznie (4);

e) życie kojarzy się z pozytywnymi emocjami - czymś radosnym i pozytywnym; okazja; nadzieja; zmiana i głębia (4);

f) pozytywne emocje związane z życiem (żartobliwość i radość) (3); nadzieja (4);

g) reinkarnacja jako koncepcja relacji życia i śmierci (1);

h) śmierć jako początek nowego okresu życia (1); niepełnie koniec życia (4) kontra śmierć jako prosty i całkowity koniec życia (2, 3); jako fizjologiczny koniec życia (5); koniec procesu tworzenia (5)

i) koncepcja śmierci związana z wiarą religijną i wartościami osobistymi (4)

j) negatywne emocje związane ze śmiercią: strach – groźba kary za to, że wcześniej nie prowadził wystarczająco dobrego życia (1); smutek, żal (4);

k) podkreślenie znaczenia troski o jakość życia osób umierających (2);

l) unikanie i opór w myśleniu o śmierci, aby nie myśleć za dużo o śmierci (3);

m) najważniejsze jest zaplanowanie tego, jak żyć, świadomie ulepszać życie osobiste, warto to robić lub mieć coś trwałego po zakończeniu życia biologicznego (3);

n) śmierć związana ze strasznymi faktami historycznymi (niemiecki nazistowski obóz zagłady w Auschwitz-Birkenau) (4);

o) relacje życia i śmierci: przeciwieństwa (4); czasami łączą się jak w doświadczeniu rozstania, końca miłości, która jest szansą na nowy związek; coś się kończy (umiera) i rodzi (zaczyna) w tym samym czasie (5); reinkarnacja jako koncepcja relacji życia i śmierci (1);

p) śmierć jako znak zapytania – nie wiadomo, czy i co jest po śmierci biologicznej, nie ma wiedzy na ten temat (5);

q) postulat skupienia się na życiu, a jeśli życie po śmierci istnieje, należałoby zastanawić się, jak by je przeżyć (5).

Pojawiły się także dodatkowe wątki narracji studentów:

a) u niektórych studentów udział w wywiadzie prowokuje retrospekcje przeszłych osobistych doświadczeń związanych ze śmiercią, dotyczących najbliższej rodziny i innych kontekstów (choroba onkologiczna brata respondenta w dzieciństwie) (1) i wznowa choroby nowotworowej matki po 15 latach przerwy (2); szok po przypadkowym spotkaniu w hospicjum z nieuleczalnie chorym dzieckiem (4) oraz z bólem po stracie dziecka przez rodziców w szpitalu (1). Te wypowiedzi dowiodły, że od osoby prowadzącej wywiad wymagana jest ostrożność i etyczna wrażliwość/odpowiedzialność.

b) spontaniczne wyrażenie dużego zainteresowania odpowiedzią: „bardzo ciekawe pytania” (1).

Wyniki badań ilościowych

Wyniki empirycznych badań ilościowych i jakościowych przeprowadzonych wśród studentów psychologii KUL (N=91, Kobiety n=83 (91%), Mężczyźni n=8 (9%)) wykazały duże znaczenie edukacji z zakresu śmierci, umierania i żałoby. Wiek badanych studentów zawierał się w przedziale 21–26 lat (M=23.48, SD=.98). 37 badanych (41%) określała się jako single, 46 osób (51%) deklarowało pozostawanie w związkach nieformalnych, 7 osób (8%) w związku małżeńskim. Większość badanych stanowili chrześcijanie n=80 (88%), 9 badanych (10%) określało się jako osoby niereligijne, 2 osoby (2%) deklarowały religię inną niż chrześcijaństwo, judaizm oraz islam. Większość badanych zadeklarowała chęć poszerzenia swojej wiedzy (76,9%) i zdobycia kompetencji klinicznych (56%) w zakresie edukacji o śmierci, żałobie, stracie, żalu i opiece paliatywnej. Studenci są również zainteresowani dodatkowymi informacjami na temat terapii sztuką i/lub interwencji psychodramy dla klientów z problemami związanymi ze śmiercią (62,6%). Prawie 2/5 badanych studentów (37,4%) rozważa przyszłą pracę z klientami, którzy borykają się z problemami schyłku życia, żałobą i/lub opieką paliatywną.

3.5 Rumunia

IO 2 – Romania report

1. Przegląd trzech obszarów Projektu: Opieka Paliatywna, Edukacja Śmierci i Arteterapia/Psychodrama w Rumunii

Trzy obszary projektu są w naszym kraju reprezentowane w różny sposób:

A. Opieka paliatywna

Narodowe Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej (NAPC) zostało założone w Rumunii w 1998 roku i obecnie promuje nie tylko koncepcję opieki paliatywnej, ale także usługi z tego zakresu.

Według NAPC (2018) ponad 172 000 pacjentów rocznie potrzebuje PC w Rumunii. Rozporządzenie Ministra Zdrowia nr 253/2018 jest pierwszym oficjalnym jednolitym rozporządzeniem dotyczącym sposobu organizacji opieki paliatywnej w Rumunii. Od 26 lat, od powstania w 1992 roku pierwszej w kraju placówki opieki paliatywnej (HOSPICE Casa Sperantei, w Braszowie), opieka nad osobami cierpiącymi na postępujące lub nieuleczalne choroby przewlekłe rozwinęła się jako inicjatywy lokalne, zarówno w systemie publicznym, jak i prywatnym (jako organizacje charytatywne lub firmy), bez żadnych wyjaśnień dotyczących jasnej definicji opieki paliatywnej i jej zasady, określając miejsca i struktury funkcjonalne, w których takie usługi są świadczone, lub określając przygotowanie zawodowe kadr potrzebnych do świadczenia usług opieki paliatywnej.

W zarządzeniu wyszczególniono zarówno skład, jak i niezbędne kwalifikacje personelu wielodyscyplinarnych zespołów specjalistycznych służb opieki paliatywnej:

- lekarzy ze specjalizacją / kompetencjami / certyfikatami studiów uzupełniających z zakresu opieki paliatywnej;
- absolwentki pielęgniarstwa programu specjalizacji z opieki paliatywnej / studiów magisterskich z opieki paliatywnej lub programu ustawicznego kształcenia medycznego opieki paliatywnej w wymiarze 120 godzin i stażu klinicznego w zakresie opieki paliatywnej co najmniej 3 lata;
- Pracownicy socjalni, psycholodzy, terapeuci, duchowni, inni pracownicy z tytułem licencjata i magistra opieki paliatywnej lub pogłębionym, 60-godzinnym kursem edukacji medycznej.

W 2010 roku Narodowe Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej wraz z Ministerstwem Zdrowia i międzynarodowymi ekspertami opracowało Rumuńską Strategię Opieki Paliatywnej. Zgodnie ze strategią świadczenie usług opieki paliatywnej można rozpatrywać na trzech geograficznie zdefiniowanych poziomach: lokalnym, regionalnym i krajowym.

W 2017 r. - Uznanie opieki paliatywnej za specjalizację dla pielęgniarzek.

W 2018 roku opieka paliatywna jest uznawana za podspecjalizację z 408 lekarzami, którzy pomyślnie ukończyli 18-miesięczne krajowe szkolenie w zakresie opieki paliatywnej, prowadzone przez HOSPICE Casa Sperantei pod patronatem Ministerstwa Zdrowia. Ponad 60% lekarzy, którzy uczestniczyli w pracy szkoleniowej w niepełnym lub pełnym wymiarze godzin w placówkach opieki paliatywnej.

Usługi opieki paliatywnej

Pod koniec 2015 r. istniało 115 specjalistycznych usług opieki paliatywnej w sektorze rządowym, pozarządowym i komercyjnym, rozmieszczonych w następujący sposób:

- 78 stacjonarnych oddziałów opieki paliatywnej (77 otrzymujących dofinansowanie z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych),
- 24 domowe placówki opieki paliatywnej (cztery otrzymują dofinansowanie z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych),
- Pięć ambulatoryjnych placówek opieki paliatywnej (finansowanych z projektów i inicjatyw prywatnych),
- Cztery dzienne ośrodki opieki paliatywnej (finansowane z projektów i prywatnych inicjatyw),
- Cztery mobilne szpitalne zespoły opieki paliatywnej (finansowane z projektów i prywatnych inicjatyw).

W Rumunii opieka paliatywna jest zorganizowana na trzech poziomach: lokalnym, okręgowym i krajowym, w następujący sposób:

Levels of Palliative Care

Level	Ambulatory	Palliative Care	Hospitals (In Patients)	Governance Managements	Financing
Local	Dispensaries Primary care physicians	Basic services	Rural (internal medicine, pediatrics) 120 beds Town/municipal (general) 250–400 beds	Local town halls Local network District Public Health Directorates	Local community District Health Insurance Funds
District	Diagnosis & treatment centers Outpatient departments Specialist physicians	Specialized services	District (first level specialization)	District Public Health Directorates	District Health Insurance Funds
National		Developmental education research	Specialty (Tertiary)	Ministry of Health	National Health Insurance Fund

Programy opieki paliatywnej na szczeblu krajowym zostały szczegółowo opisane w paragrafie 3.

B. Edukacja na temat śmierci w Rumunii

Edukacja o śmierci nie jest w Rumunii tematem zbyt dobrze traktowanym. Brakuje studiów i występują luki w systemie edukacji na wszystkich poziomach. Na szczeblu krajowym istnieje Instytut Badań i Leczenia Traumatyzacji (ISTT), który jest interdyscyplinarnym, pozarządowym stowarzyszeniem zawodowym. Instytut powstał w 2010 roku pod egidą Rumuńskiego Stowarzyszenia Krótkich Terapii i Konsultingu Zorientowanego na Zasoby (A.R.T.S.-C.O.R.S.), a od 2013 roku posiada niezależną osobowość prawną.

Instytut prowadzi programy, które zostały szczegółowo opisane w punkcie 3.

C. Psychodrama w Rumunii

W ciągu 45 lat reżimu komunistycznego w Rumunii psychologia była poważnie ograniczona. Została przywrócona jako dyscyplina akademicka w 1990 roku. Obecnie ponad tysiąc specjalistów zostało przeszkolonych w zakresie psychodramy w Rumunii, a ponad 300 z nich to psychoterapeuci psychodramy autoryzowani przez Rumuńskie Kolegium Psychologów.

Rumunia ma dwie organizacje psychodramy (zarówno zapewniające szkolenia, jak i utrzymujące społeczność psychodramy): jedną z siedzibą w Cluj-Napoca: Towarzystwo Psychodramy „Jacobus Levy Moreno” (SPJLM) i jedną w Sybinie: Rumuńskie Stowarzyszenie Klasycznej Psychodramy (ARPsiC), ze szkoleniami grup w wielu innych miastach. Obie organizacje ściśle ze sobą współpracują, współredagując krajowe czasopismo poświęcone psychodramie i współorganizując coroczną krajową konferencję dotyczącą psychodramy.

Rumuńskie Stowarzyszenie Klasycznej Psychodramy zostało założone w 1995 roku i można powiedzieć, że było ucieleśnieniem pragnienia G. Borii oddania hołdu Jacobowi Levi Moreno poprzez rozpowszechnianie psychodramy w teorii i praktyce w ojczystym kraju jej mistrza.

Rumuńskie Stowarzyszenie Klasycznej Psychodramy (ARPsiC) jest profesjonalnym, pozarządowym stowarzyszeniem non-profit, zaangażowanym w promowanie teorii i zastosowania psychodramy, socjometrii, psychoterapii grupowej i innych powiązanych metod (metody działania, arteterapia, teatr improwizacji, teatr odtwarzania, teatr forum i tak dalej).

ARPsiC ma na celu kierowanie praktyką i badaniami naukowymi w tej dziedzinie, wstępne i dalsze szkolenie swoich specjalistów w metodzie klasycznej psychodramy; stowarzyszenie działa również na rzecz ułatwienia komunikacji między specjalistami w tej dziedzinie.

ARPsiC jest członkiem-założycielem Rumuńskiej Federacji Psychoterapii, akredytowanej przez Rumuńskie Kolegium Psychologów w Rumunii – CPR, członkiem Federacji Europejskich Organizacji Szkolenia Psychodramy (Federația Europeană a Organizațiilor Europene de Formare în Psihodramă) -FEPTO.

Zakres pracy i obszary aktywności psychodramy w Rumunii ma na celu:

- promować psychodramę w jej teorii i zastosowaniu, a także socjometrię, grupy psychoterapeutyczne i inne pokrewne metody, a także kierować praktyką i badaniami naukowymi w tej dziedzinie;
- promowanie i uprawomocnianie statutu psychoterapeuty/trenera specjalizującego się w metodzie klasycznej psychodramy, w wyniku szkolenia umiejętności, szkolenia wyższego stopnia oraz superwizji ze strony specjalistów klinicznych i medycznych, obszarów pedagogiki i innych społeczno-humanistycznych dziedzin działalności.
- ułatwienie komunikacji między specjalistami w tej dziedzinie.

W ostatnich latach ARPsiC angażuje się w krajowe i międzynarodowe projekty w dziedzinie edukacji i doskonalenia dorosłych w obszarze innowacji społecznych i zdrowia. Ścisłej mówiąc, edukacja pozaformalna, profilaktyka i interwencja w przypadku przemocy interpersonalnej, wdrażanie i promocja nowych metodologii pracy, takich jak metody aktywizujące (techniki z psychodramy) oraz metody oparte na spontaniczności (takie jak playback Theatre, teatr forum) były – obok wstępnego szkolenia z psychoterapii – obszarami specjalizacji i priorytetami działania ARPsiC.

2. Badania prowadzone przy pomocy PRISMA dla Rumunii

Wykorzystując metodę PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) ujawniono następujące kwestie dotyczące tematu i słów kluczowych projektu.

Badania przeprowadzone i opublikowane w Rumunii, które koncentrowały się na tematyce Projektu

“End of Life” and “Research” and “Romania”

1. Tytuł:

Vosit-Steller, J., White, P., Barron, A., Gerzevitz, D., & Morse, A. (2010). Enhancing end-of-life care with dignity: Characterizing hospice nursing in Romania. *International journal of palliative nursing*, 16(9), 459-464. doi:10.12968/ijpn.2010.16.9.78645.

Streszczenie:

Celem niniejszych badań było scharakteryzowanie działań pielęgniarstwa praktykowanego przez rumuńskie pielęgniarki zrzeszone w Hospicjach Nadziei, które promują godne umieranie oraz zbadanie potrzeb promowania bardziej godnej śmierci.

Metoda ankietowa wykorzystwała ankietę godnego umierania według Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej. Odpowiedzi udzieliła próba 43 pielęgniarek hospicyjnych. Do analizy danych wykorzystano statystyki opisowe, testy t i analizę treści. Cechy sprzyjające godnemu umieraniu obejmowały stosowanie formalnego, iteracyjnego procesu oceny, interwencje wspierające leczenie bólu i objawów oraz duchowy komfort u kresu życia. Uczestnicy opisywali skoncentrowaną na rodzinie opiekę hospicyjną, która integrowała ortodoksyjną tradycję chrześcijańską, która zmieniała pacjentów w miarę zbliżania się śmierci. Godność nieuleczalnie chorych Rumunów zostanie wzmocniona, gdy pielęgniarki wdrożą te interwencje. Świadomość różnic kulturowych i duchowych dotyczących końca życia ułatwi dialog pomiędzy pielęgniarkami-naukowcami.

2. Tytuł:

Mosoiu, D. et al. (2018). Palliative Care in Romania. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2), 67-76

Streszczenie:

HOSPICJUM Casa Sperantei jest pionierem rozwoju opieki paliatywnej w Rumunii od 1992 roku. Opracowało specjalistyczne usługi opieki paliatywnej w warunkach domowych, oddziałach szpitalnych, ośrodkach opieki dziennej oraz jako szpitalne zespoły wsparcia. Zapewniono krajowe i międzynarodowe programy edukacyjne dla specjalistów w dziedzinie opieki paliatywnej, a także promowano integrację opieki paliatywnej z systemem opieki zdrowotnej. Przyjęto zmiany legislacyjne, w tym mechanizmy finansowania refundacji usług opieki paliatywnej przez kasy chorych, przegląd polityki opioidowej oraz standardów jakości opieki. Do końca 2015 r. w Rumunii funkcjonowało 115 specjalistycznych placówek opieki paliatywnej (78 oddziałów stacjonarnych opieki paliatywnej, 24 placówki domowej opieki paliatywnej, pięć ambulatoryjnych poradni opieki paliatywnej, cztery ośrodki opieki dziennej i cztery szpitalne zespoły wsparcia). Specjalizacja lekarzy w opiece paliatywnej została uznana już w 2000 r., a multidyscyplinarny program studiów magisterskich jest dostępny na Transilvania University od 2010 r., kiedy to utworzono pierwsze stanowisko akademickie w zakresie opieki paliatywnej. Kształcenie pielęgniarskie obejmuje obowiązkowe moduły opieki paliatywnej w szkołach pielęgniarskich. W celu skoordynowanego rozwoju opieki paliatywnej na poziomie krajowym zaproponowano krajową strategię określającą trzy poziomy świadczenia opieki paliatywnej: lokalny, okręgowy i krajowy. Realizacja strategii opieki paliatywnej jest częściowo finansowana z pożyczki Banku Światowego.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna; Rumunia; opioidy; kosztorysowanie opieki paliatywnej; edukacja w zakresie opieki paliatywnej.

Poniższe badanie przeprowadzono w Rumunii, stosując następujące kombinacje słów kluczowych:

“Palliative care” and “Romania”

1. Tytuł:

Untu, I., Bolos, A., Buhas, C.L., Radu, D.A., Chirita, R., Szalontay, A.S. (2017). Considerations on the Role of Palliative Care in the Mourning Period. *Revista de Cercetare si Interventie Socială*, 58, 201-208.

Streszczenie:

W niniejszym artykule autorzy analizują źródła pracy z żałobą, a także środki interwencyjne odpowiednie dla autentycznego kryzysu egzystencjalnego, jakim jest odejście bliskiej osoby. Ważność tematu tkwi w cienkiej granicy między żałobą fizjologiczną a depresją (ze wszystkimi związanymi z nią zagrożeniami) oraz w potrzebie znalezienia sposobów zaznajomienia rodziny z ideą śmierci, zarówno przed odejściem umierającego, jak i po nim (aby ułatwić pracę w żałobie tym, którzy pozostali w tyle i uniknąć jej komplikacji).

Słowa kluczowe: śmierć, praca z żałobą, żałoba patologiczna, opieka paliatywna.

Inne artykuły opublikowane w czasopismach rumuńskich:

Engelhardt , H.T. (2012). SUFFERING, DYING, AND DEATH PALLIATIVE CARE ETHICS ‘AFTER GOD’ . *European Journal of Science and Theology*. (8), 2, 5-13.

Cherry. M.J. (2012). END-OF-LIFE CARE AND PREPARATION FOR DEATH IN A POST-CHRISTIAN AGE. *European Journal of Science and Theology*. (8), 2, 29-37.

Hinshaw, D.B., Carnahan Hinshaw, J. (2013). ADDICTION AT THE END OF LIFE ‘TOTAL PAIN’ AND THE PASSIONS. *European Journal of Science and Theology*. (9), 1, 121-129.

3. Programy studiów i kursy z psychologii, medycyny, pielęgniarstwa, pracy socjalnej w Rumunii zbliżone treściowo do słów kluczowych projektu

Zbadaliśmy rumuńskie programy nauczania i tematy na uniwersytetach obejmujące wszystkie możliwe programy i kursy związane z tematem projektu.

Znaleźliśmy jedynie dane o kursach i programach, które są dostępne online. Możliwe, że jest ich więcej, ale nie mieliśmy do nich dostępu.

Nasza eksploracja ujawniła następujące kursy:

Wydział Lekarski (Pielęgniarstwo): Opieka paliatywna (kurs) 70 godz. (14 tyg. -1 semestr), 3 pkt

Wydział Lekarski: Specyfika podejścia do pacjenta w opiece paliatywnej (kurs) 14 godz. (14 tyg. -1 semestr), pkt.

Programy zidentyfikowane w Rumunii przedstawiono w tabeli:

Nazwa instytucji	Typ	Nazwa programu/kursu	Punkty kredytowe/godziny/czas trwania	Poziom nauczania/certyfikat	Link
Hospice Casa Sperantei	Prywatny	Studia paliatywne		certifikat HOSPICE	http://www.studiipaliative.ro/educatie/medicinonline_ro/inscriere/
		1. Wprowadzenie do opieki paliatywnej	11 /2 miesiące		
		2. Zarządzanie chronicznym bólem przez pacjentów onkologicznych	17 /2 miesiące		
		3. Komunikacja rozpoznania poważnej choroby	11 /2 miesiące		

		4. Stan terminalny (koniec życia) w opiece paliatywnej	12 /2 miesiące		
	Prywatny	Rozszerzony modułowy program opieki paliatywnej dla Pielęgniarek, z minimum 3-letnim stażem w opiece paliatywnej - 120 godz. - Wstępny kurs opieki paliatywnej dla pielęgniarek (18 godz.) -Zaawansowany kurs opieki paliatywnej dla pielęgniarek (18 godz.) -Zaawansowane praktyki opieki paliatywnej dla pielęgniarek (30 godz.) -Portfolio - pojęcia opieki paliatywnej w praktyce klinicznej pielęgniarek – studia przypadków, obserwacje (24 godz.) -Kurs liderowski w opiece paliatywnej (30 godz.)	120 godzin	Certyfikat HOSPICE	http://www.studiiipaliative.ro/educatie/programe-modulare-paliatie/programe-aprofundate-ip-asmec-120ore/
	Prywatny	Program specjalizacji paliatywnej dla pielęgniarek (ogólnych i pediatrycznych) z wykształceniem wyższym lub policealnym. Pielęgniarki mogą rejestrować się za pośrednictwem jednostek służby zdrowia pracodawców. 9 modułów – 5 modułów teoretycznych -4 praktyczne moduły	9 miesięcy		http://www.studiiipaliative.ro/educatie/asistenti-medicali/specializare-in-ingrijiri-paliative-pentru-asistenti-medicali/
Wydział Lekarski Uniwersytetu Transylwanii w Braşowie i Hospicjum Casa Sperantei	Publiczny i prywatny	Zarządzanie i strategii opieki paliatywnej	120/ 2 lata	Magister	http://www.studiiipaliative.ro/educatie/master_ingrijiri_paliative/
	Private	Przywództwo w opiece paliatywnej – program dla zespołu multidyscyplinarnego	1 rok Nurses enrolled in the National Association 15/18 credits	Certyfikat Hospice	http://www.studiiipaliative.ro/educatie/echipa-multidisciplinara/lidership-in-ingrijire-paliativa/
INSTYTUT BADANIA I LECZENIA TRAUM	Private	Kurs szkoleniowy oparty na pierwszym programie porad psychologicznych w opiece paliatywnej w Rumunii			https://www.istt.ro/formare-continua
	Privatny	Podstawowe szkolenie z Integracyjnej Psychoterapii Traumatycznej rozpoczyna się w 2020 roku			https://www.istt.ro/formare-complementara/

		- Obejmuje to łącznie 1000 godzin, z czego 500 godzin szkolenia teoretycznego, 300 godzin analizy osobistej i 200 godzin superwizji.			
--	--	--	--	--	--

4. Analiza wyników ilościowych i jakościowych dla Rumunii

Analiza tematyczna pięciu wywiadów zrealizowanych w Rumunii

Opis grupy badawczej:

Przeprowadzono wywiady z pięcioma osobami, które jako pierwsze po wypełnieniu kwestionariusza odpowiedziały na zaproszenie i zgodziły się na rozmowę. Wszystkie pięć osób to studentki pierwszego roku studiów magisterskich z psychologii klinicznej, poradnictwa i psychoterapii na Uniwersytecie „Lucjana Błagi” w Sibiu.

Imię (Pseudonim)	Płeć	Wiek	Uczelnia	Specjalność	Obserwacje
Ana	F	22	"Babeş Bolyai" University of Cluj Napoca, 2019	Psychologia	
Maria	F	22	Universitatea "Lucian Blaga" of Sibiu, 2019	Psychologia	Z doświadczeniem wspierania przyjaciół, którzy ponieśli stratę
Irina	F	23	"Lucian Blaga" University of Sibiu, 2019	Psychologia	
Iulia	F	22,5	"Lucian Blaga" University of Sibiu, 2019	Psychologia	Z osobistym doświadczeniem straty
Alina	F	22	"Lucian Blaga" University of Sibiu, 2019	Psychologia	Z osobistym doświadczeniem bycia bliskim śmierci

Celem tego częściowo ustrukturyzowanego wywiadu było dogłębne zbadanie potrzeb szkoleniowych studentów psychologii w zakresie edukacji o śmierci i opieki paliatywnej. Szczególną uwagę zwrócono na emocjonalny wpływ tych tematów na uczniów, jak postrzegają proces szkolenia i jakie znaczenie przypisują życiu i śmierci jako tematом głęboko ludzkim i uniwersalnym.

1. Studiowanie śmierci ...

Wszystkie uczestniczki wskazały, że temat śmierci był bardzo rzadko poruszany w ich edukacji akademickiej: „Uważam, że jest to temat złożony, bardzo potrzebny i użyteczny, ale przynajmniej do tej pory ta część nie była szczegółowo omawiana”. (Julia)

Nie tylko w środowisku akademickim unikano tematu śmierci, ale także wydaje się on być tematem tabu w rodzinie. Alina pokazuje, jak nawet w domu, w rodzinie, rozmowa o śmierci jest minimalna, otoczona konspiracją unikania i milczenia: „...ponieważ jest to temat bardzo mało dyskutowany i ukrywany nawet w rodzinach, nie rozmawiamy o tym to. A jak już rozmawiamy to pięknie o tym rozmawiamy. „Spoczywaj w pokoju” i nie dyskutujemy na ten temat. I widziałam, że to jest coś wspólnego w kilku rodzinach, nie tylko w mojej, mało się o tym mówi.. wszędzie.” (Alina)

Na określenie tego, co myślą o wprowadzeniu takiego kursu do swojego kształcenia akademickiego, uczestnicy używają trzech słów: „niezbędny, pożyteczny i korzystny”. Jest to konieczne i pożyteczne, bo jak mówi Irina „...śmierć to coś, z czym musimy się zmierzyć” i unikanie tego tematu nie wchodzi w grę dla tych, którzy chcą zostać psychologami. Wszystkie studentki opowiadają o roli zawodowej psychologa klinicznego i/lub psychoterapeuty oraz o presji, jaką odczuwają jako pochodzącej ze strony rodziny, przyjaciół, społeczeństwa, gdy ktoś stoi w obliczu straty, żałoby, śmierci: „...bo my jesteśmy studentami psychologii, świat ma wobec nas oczekiwania” (Ana). Kiedy nie ma osobistego doświadczenia straty, żałoby czy troski o kogoś, kto umiera, brak wiedzy jest jeszcze bardziej dotkliwy, a potrzeba wiedzieć, jak zareagować, jak dawanie wsparcia jest jeszcze większe. Uważam za powierzchowne powiedzieć: „Rozumiem – kiedy przez to nie przechodziłem i nie wiem dokładnie, jak to jest... i jak mogę się przydać lub pomóc” (Maria) .

Dla osób, które doświadczyły osobiście żałoby, kurs może być przydatny w zrozumieniu zjawiska utraty i udzielaniu wsparcia innym ludziom: „... może byłoby fajnie wiedzieć wtedy pewne rzeczy – może nie ja – to bardzo by na mnie wpłynęła... i jakoś tak bardzo bym chciała, żeby druga osoba nie przechodziła przez to, przez co ja przechodziłam... A wtedy taki kurs by się więcej niż przydał.” (Iulia)

Strata i śmierć są postrzegane jako nieuchronne doświadczenia człowieka, psychologowie są niejako zmuszeni do niesienia pomocy i czują się w tym kierunku zupełnie nieprzygotowani: „I niestety nie jesteśmy na to przygotowani: ani emocjonalnie, ani poznawczo. Jak mam im powiedzieć, że nie dowiedziałem się o tym na Wydziale? Że nie wiem co robić... Nie oczekują od nas nieprzygotowania, jak to, to przygotowuje do wszystkiego, a nawet do tego, co zdarza się co roku, co dzień, nie jesteś przygotowany? Taka sytuacja bardzo mnie przeraża... ” (Alina)

Wszystkie uczestniczki twierdzą, że taki kurs sprowokowałby ich nie tylko intelektualnie, poznawczo, ale przede wszystkim osobiście. Uczestnictwo w takim kursie postrzegane jest jako wielkie wyzwanie i jednocześnie niepokój. „Mm... jak nie mówić o tym... Myślę, że byłoby ciężko.” (Irina) Szczególnie uczestniczki, które mają osobiste doświadczenie straty, boją się reaktywować bolesne wspomnienia. Iulia, zapytana, co czuje o możliwości podjęcia takiego kursu, mówi: „...czuję trochę dyskomfortu, bo nie wiem, co będę musiała zrobić, i trochę niepokoju, bo przeszłam przez pewne sytuacje i idę prosto z myślą o tym, co się wtedy stało”. Rozwój osobisty, praca nad sobą staje się więc obowiązkowa i nieodłączna zarazem: „...kto idzie na taki kurs, odbywa ciągłą terapię, bo nie uciekniesz, od tego to się dzieje co tydzień, a co więcej, będziesz miał z tego test” (Alina)

Kurs może spowodować konfrontację z tematem śmierci, konfrontację ze swoimi lękami, lękami, wspomnieniami, „wyjściem ze strefy komfortu” i pośrednio rozwojem osobistym – co wszyscy uczestnicy postrzegają jako wielką korzyść.

Maria postrzega ten kurs jako „potrzebę i szansę”, ponieważ na rynku (w Rumunii) istnieje zapotrzebowanie zarówno na specjalistów opieki paliatywnej, jak i gerontopsychologów. „Jest to szansa i potrzeba, ponieważ osoby starsze przebywające w domach opieki potrzebują kogoś, kto sprawi, że ostatnie chwile ich życia będą piękniejsze, aby ktoś był przy nich.” (Maria)

Iulia podsumowuje być może najlepiej, jak postrzegany jest kurs edukacji na temat śmierci i opieki paliatywnej: „... jako konieczność i pustka, którą należy wypełnić w naszym szkoleniu i rozwoju”. (Julia)

2. Praca z osobami w żałobie lub bliskim śmierci

Wszystkie uczestniczki dostrzegają, że praca z osobami w żałobie lub bliskim śmierci jest „trudna, kłopotliwa, przytłaczająca”. Przestraszeni taką możliwością wszyscy twierdzą, że w tym momencie nie czują się gotowi na taką pracę. Niepewność i strach przed taką ewentualną pracą są wspólne dla całej grupy. Strach przed nieutożsamieniem się z pacjentem, przed brakiem empatii do momentu identyfikacji, strach przed przykrymi wspomnieniami, przed bolesnym ponownym przeżyciem. Tylko Iulia, mając osobiste doświadczenie straty, stwierdza, że „chciałabym pracować z takimi ludźmi...” Pozostali, mimo że nie szukali bezpośrednio takiej pracy, stwierdzają, że wiedząc, jak pracować z takimi pacjentami (pograżonymi w żałobie) jest obowiązkowa dla psychoterapeuty lub psychologa klinicznego.

Pomimo tego, że czują się „nieprzygotowani i przestraszeni” na myśl, że mogliby pracować w tym obszarze, wszyscy mówią o ciekawości i potrzebie szkolenia w tym kierunku. „W tej chwili nie czuję się zbyt dobrze przygotowana, czuję się trochę przestraszona, ale ciekawa, i oczywiście jestem człowiekiem, który chce pomóc i myślę, że jeśli otrzymam niezbędne szkolenie, zrobię to”. (Elena)

Strach i niepewność można kontrolować - mówią - zdobywając wiedzę i umiejętności, a zwłaszcza pracując nad sobą, poprzez rozwój osobisty. Argumenty, które przytaczam, wskazują na główne potrzeby szkoleniowe w tym kierunku:

Potrzeba posiadania uporządkowanych ram dla zrozumienia doświadczenia żałoby i bycia bliskim śmierci: „Przypuszczam, że nie wszyscy przeżyliśmy stratę lub nie odczuliśmy żalu w takim stopniu, że rozumiemy przynajmniej trochę, co to było. W każdym razie uważam, że bardzo ważne jest, aby najpierw stworzyć teorię, trochę zrozumieć ramy, a następnie przejść do praktyki.” (Ana)

Konieczność poznania specyfiki interwencji w tym kierunku (wsparcie psychologiczne, poradnictwo psychologiczne, psychoterapia): „ (...) wiedzieć, jak pracujemy, kiedy interweniujemy, pewne wzorce... interwencji w żałobie. Nie znamy etapów żałoby. Znamy je tylko doświadczalnie, jeśli przez nie przeszliśmy. Jeśli nie, nie znamy” (Alina)

Aby dowiedzieć się, jak pomóc pacjentom w procesie żałoby, ale także, aby wiedzieć, jak pomóc im uczyć się/rozвивać nowe role adaptacyjne: „...w jakiś sposób mogę sprawić, aby zrozumieli, co się z nimi wtedy dzieje i co oznacza to wydarzenie, ponieważ w tym momencie nie bardzo jesteś świadoma tego, co się dzieje, jest to mieszanka uczuć, których nie interpretujesz konkretnie i potrzebujesz osoby, która nie otworzy ci oczu, ale pomoże ci zobaczyć, że wszystko się nie kończy tam i że można wiele zrobić później, i że jest to całkiem naturalne wydarzenie.” (Julia)

Rozwój osobisty – praca nad własnymi bolesnymi doświadczeniami, własnymi obawami przed stratą: „A potem praca z ludźmi, którzy przeszli przez podobne doświadczenia, oznaczałaby natychmiastowe utożsamianie się z nimi. Przynajmniej teraz. Powinnam ciężko nad sobą pracować, więc tego nie robię.” (Alina).

3. Życie i Śmierć...

Wszystkie uczestniczki były zaskoczone dwoma pytaniami, czym jest dla nich życie i śmierć, i stwierdziły, że do tej pory o tych rzeczach nie myślały. Niepewność, niestabilność i zmienność to cechy, które wszystkie uczestniczki nadały życiu. Ana postrzega życie jako „ruchomy piasek, który może zniknąć w każdej chwili, ale myślę, że bardzo ważne jest, aby docenić chwilę, którą się chwyciło i zrobić wszystko, co się da teraz...”, a Mary mówi o „... serii wzloty i upadki... Myślę, że życie jest niespodzianką”.

W ten sposób powstaje potrzeba bycia czujną, nauczenia się akceptowania, a zwłaszcza presji opuszczania strefy komfortu, przyjmowania doświadczenia życia. „(Życie) Złożony kontekst doświadczeń, wydarzeń, działań i stanów, w których wszystko, co do Ciebie przychodzi, jest wyzwaniem i musisz je zaakceptować. Jakoś nie tracisz czujności.” (Maria)

Jednak, a może przede wszystkim dzięki nim, życie nabiera wartości i wymaga odwagi, by wziąć na siebie swoją niedoskonałość i zaakceptować ryzyko życia: „Życie jest wydarzeniem odkrywczym... jest piękne i warte przeżycia! Nigdy nie wiadomo... teraz jest cała ta wiadomość... widzisz jak to jest... i z Iranem, i z Ameryką, bombardowaniami... cóż, jeśli po prostu usiądziesz i narzekasz... że nie teraz, tylko kiedy będę gotowy, spróbuję coś innego ... Cóż, może kiedy będziesz gotowy, planeta nie jest już gotowa, aby Cię wspierać!” (Alina)

Żaden uczestnik badania nie postrzega śmierci jako punktu końcowego. Uczestników mało interesuje własna śmierć „może to wina młodości...” (Ana), dla nich śmierć jest raczej bramą do czegoś innego, do innego wymiaru, gdzie dusza kontynuuje inną egzystencję „Nie sądzę to koniecznie koniec, myślę, że coś się dzieje z naszą duszą po śmierci. To nie jest tak, że wszystko się kończy.” (Irina)

Dyskurs zmienia się jednak, gdy dochodzi do śmierci najbliższych; tutaj śmierć oznacza „niezwykle tragiczny moment, jak by na to nie patrzeć” mówi Maria i nieodwracalną stratę: „...” to przede wszystkim strata fizyczna... ten kontakt z matką, w momencie utraty kontakt fizyczny, czujesz to. Mamy więc do czynienia z realną stratą!” (Alina)

Analizy ilościowe

W poniższej części podsumujemy niektóre dane z analizy ilościowej:

- N=64, 61 kobiet, 61 chrześcijan, 84% raczej religijna lub bardzo religijna
- Jeśli chodzi o zainteresowania tematami edukacji na temat śmierci/osierocenia/utruty/żału/opieki paliatywnej, 55% jest bardzo zainteresowanych
- Jeśli chodzi o zainteresowanie pracą z klientami, którzy zmagają się z problematyką końca życia, żałobą i/lub opieką paliatywną: 44% jest bardzo zainteresowanych
- Jeśli chodzi o zainteresowanie nauką o arteterapii i/lub interwencjach psychodramy w przypadku schyłku życia, żałoby i/lub opieki paliatywnej: 64% jest bardzo zainteresowanych
- Jeśli chodzi o pozycje dotyczące pewności siebie, większość badanych w pewnym stopniu zgadza się lub zdecydowanie zgadza się w zakresie:
 - słuchanie i rozmowa z umierającą osobą o problemach związanych z jej śmiercią (70%)
 - swobodnie rozmawiając o niepokojach osoby związanym z procesem umierania i tym, co się stanie (48%)
 - zastosowanie zindywidualizowanego planu i oceny opieki u schyłku życia (60%)
 - pomoc osobom chorym w cierpieniu u schyłku życia (69%)

- pomaganie ludziom w żałobie (86%)
- jak wspierać krewnego osoby umierającej (76%)

4 Konkluzje

Badania i Publikacje

„Włochy to kraj, w którym przeprowadzono więcej badań naukowych, a następnym w kolejności jest Izrael. Włoskie artykuły naukowe przedstawiają interwencje, które łączą metody arteterapii z dziedziną schyłku życia, z wynikami, które pokazują skuteczność tych metod, w szczególności psychodramy, w pomaganiu w radzeniu sobie z kwestiami śmierci, towarzyszeniu umieraniu i radzeniu sobie z żałobą.

Jeśli chodzi o badania izraelskie, pierwsze dwa artykuły naukowe zostały przeprowadzone przez tych samych autorów i na tej samej próbie, mimo że analizowali różne aspekty postrzegania przez arteterapeutów roli sztuki jako medium w leczeniu klientów pogrążonych w żałobie. Trzecie izraelskie badanie podkreśla natomiast znaczenie sztuki jako interwencji terapeutycznej w leczeniu traumy i straty (np. śmierci, rozvodu, utraty pracy, choroby przewlekłej, urazu mózgu, represji politycznych). W Austrii, Polsce i Rumunii brakuje artykułów naukowych na tematy związane ze śmiercią i końcem życia z wykorzystaniem arteterapii lub psychodramy”.

Austria:

Austria wyróżnia się pod względem opieki paliatywnej i psychodramy, ale powinna zorganizować więcej kursów trzeciego stopnia, które obejmują psychodramę i terapię sztuką w obszarze opieki paliatywnej i edukacji o śmierci, a także badania i publikacje w indeksowanych czasopiśmie. Studenci studiów magisterskich z psychologii z Klagenfurtu są bardzo zainteresowani zdobyciem wiedzy teoretycznej i praktycznego doświadczenia w dziedzinie schyłku życia. Istnieje potrzeba zorganizowania kursu pilotażowego.

Izrael:

„Chociaż ustawodawcy, profesjonaliści, dostawcy i fundatorzy usług zdrowotnych w Izraelu stopniowo uznają rosnące zapotrzebowanie na usługi komputerowe i ich zalety, ich świadczenie pozostaje na niskim poziomie, ponieważ mniej niż około 20% potrzebującej populacji otrzymuje usługi komputerowe. Wyszukiwanie w Internecie nie przyniosło żadnych kursów na PC w programach terapii artystycznej i psychologii (większość kursów dotyczy programów pielęgniarstwa). Możliwym wyjaśnieniem jest to, że brakuje specjalistów PC w arteterapii i psychologii oraz że istniejące programy arteterapii i psychologii skupiają się wyłącznie na innych problemach zdrowotnych z niedoborem odpowiednich zasobów i koniecznością przestrzegania wytycznych edukacyjnych specyficznych dla danej dziedziny. Mamy nadzieję, że edukacja komputerowa będzie się rozszerzać i rozwijać w nadchodzących latach. Spośród 40 studentów terapii sztuką, którzy zdecydowali się odpowiedzieć na ankietę w wieku 23-51 lat (średnia wieku = 37), 93% stanowiły kobiety, 85% to Żydzi (zgodnie z oczekiwaniami w Izraelu), a 58% to osoby świeckie. Wszyscy oprócz jednego byli na

pierwszym roku studiów. Większość (95%) nie miała żadnego doświadczenia jako formalny opiekun klientów u schyłku życia. Większość z nich nie straciła nikogo bliskiego w ciągu ostatnich dwóch lat (60%) i nie ma bliskiej osoby śmiertelnie chorej (88%). Spośród 40 uczniów 80% stwierdziło, że są bardzo lub trochę zainteresowani tematami edukacji na temat śmierci, żałoby, straty, żałoby i opieki paliatywnej. Nieco więcej studentów było zainteresowanych zdobyciem wiedzy teoretycznej (90%) niż uzyskaniem praktycznych/klinicznych kompetencji do pracy z klientami pogrążonymi w żałobie lub terminalnie chorymi (85%) i nieco mniej zainteresowanych faktyczną pracą z tymi populacjami (75%). Wyniki jakościowe sugerują, że pomimo osobistych i zawodowych wahań (np. obciążenia emocjonalnego i lęku przed niekompetencją), studenci terapii artystycznej, którzy uczestniczyli w tej ocenie, byli generalnie zainteresowani nauką PC, a dokładniej jej praktycznymi implikacjami dla klientów pogrążonych w żałobie lub nieuleczalnie chorych”.

Włochy:

„Sytuacja panująca we Włoszech w zakresie śmierci, żałoby i kwestii końca życia wymaga dalszej poprawy, mimo że jest ona relatywnie lepsza niż w innych krajach europejskich. Po pierwsze, wciąż pozostaje wiele do zbadania w tych dziedzinach, próbując ocenić skuteczność strategii wsparcia psychologicznego wprowadzonych w celu radzenia sobie z tymi trudnymi sytuacjami.

Ponadto istniała pilna potrzeba wprowadzenia tej problematyki w zakres kursów uniwersyteckich, które kształcą psychologów, lekarzy, pielęgniarki i cały personel medyczny, ponieważ wśród studentów brakowało wiedzy dotyczącej poruszanej tematyki. Rozpowszechnianie odpowiedniej wiedzy na te tematy mogłoby przede wszystkim uwrażliwić studentów, pomagając im w zrozumieniu, w jaki sposób należy odnosić się do końca życia, śmierci i żałoby, a następnie z pewnością pomogłoby przyszłym pracownikom służby zdrowia lepiej radzić sobie z sytuacjami krytycznymi z terminalnymi chorych i ich rodzin”.

Polska:

„Wyniki przeprowadzonej powyżej analizy wieloźródłowej dowiodły, że rozpowszechnienie wiedzy naukowej dotyczącej problematyki śmierci i jej dostępność w kształceniu akademickim nie jest w pełni zaspokojone. Wyniki empirycznych badań ilościowych i jakościowych przeprowadzonych wśród studentów psychologii KUL wykazały duże znaczenie tego tematu. Większość z nich zadeklarowała chęć poszerzenia swojej wiedzy (76,9%) i zdobycia kompetencji klinicznych (56%) w zakresie edukacji o śmierci, żałobie, stracie, żalu i opiece paliatywnej. Studenci są również zainteresowani dodatkowymi informacjami na temat terapii sztuką i/lub interwencji psychodramy dla klientów z problemami związanymi ze śmiercią (62,6%). Prawie 2/5 badanych studentów (37,4%) rozważa przyszłą pracę z klientami, którzy borykają się z problemami schyłku życia, żałobą i/lub opieką paliatywną.”

Rumunia:

„Opieka paliatywna powstała w Rumunii zanim powstały jakiegokolwiek wspólne regulacje europejskie. Obecnie jest bardzo dobrze zorganizowana, dzięki Ogólnopolskiemu Towarzystwu Opieki Paliatywnej oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia nr 253/2018.

Mniej poruszonym tematem w Rumunii jest edukacja na temat śmierci; ten projekt może być kamieniem milowym w tej dziedzinie. Badanie kluczowych koncepcji projektu wymaga dalszych badań. Studenci są stale chętni do studiowania tych koncepcji oraz zdobywania wiedzy i kompetencji”.

5 Aneksy

5.1 IO2 - struktura raportu

Strona 1:

Przegląd trzech obszarów projektu: Opieka Paliatywna, Edukacja na temat Śmierci oraz Arteterapia/ Psychodrama w każdym kraju

Strona 2:

wykonane przez UNIPD dla wszystkich krajów do Bożego Narodzenia

Badanie słów kluczowych metodą PRISMA:

Bazy danych: PsycInfo i PubMed

Źródło materiału: Czasopisma

Pole wyszukiwania: Tytuł, Streszczenie, Słowa kluczowe

Ramy czasowe: ostatnie 10 lat

Język angielski

Terminy: thanato*, death education, palliative care, terminal illness, end of life, mourning, grief, bereavement, loss, dying AND arts therapy / psychodrama / sociodrama AND country

Strona 3:

Po sprawdzeniu

https://www.researchgate.net/publication/333390123_EAPC_Atlas_of_Palliative_Care_in_Europe_2019 (medycyna, pielęgniarstwo)

badania w swoim kraju zgodnie z powyższymi wynikami słów kluczowych PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analyses) dla programów studiów i kursów z psychologii i pracy socjalnej.

Jeśli to możliwe, skorzystaj z dostępnych przeglądów dla kierunków studiów.

Nie zapomnij napisać protokołu badawczego, którego używasz do znalezienia tych kursów

Proszę wyszukać programy studiów i kursów zaczynając od szkolnictwa wyższego (uniwersytety), uwzględniając inne formy kształcenia, w tym studia podyplomowe, kształcenie ustawiczne.

Nazwa instytucji, typ, nazwa programu/kursu, zaliczenia/godziny/czas trwania, stopień naukowy/certyfikat, link.

Strony 4-5:

Analiza wyników ilościowych i jakościowych (analiza tematyczna) dla każdego kraju

Plik danych z QUALTRICS zostanie pobrany i przesłany do Lucii Ronconi l.ronconi@unipd.it w celu przeprowadzenia opisowej analizy statystycznej dla każdego kraju.

Dane jakościowe, które pochodzą z kwestionariusza, będą analizowane przez każdy kraj w języku ojczystym.

Dane z wywiadów zostaną przeanalizowane przez każdy kraj.

Wspólna czcionka: Time New Roman 12 pkt

Termin: koniec stycznia, wysłać do Michaela Wiesera

5.2 IO2 Protokół wywiadu z 5 studentami

Pięć wywiadów (ze studentami studiów magisterskich z psychologii/pracy socjalnej/arteterapii)

Co sądzisz na temat studiowania zagadnień dotyczących opieki paliatywnej oraz procesu żałoby (teorii i praktyki)?

Co sądzisz na temat pracy z klientami, którzy zmagają się z chorobą terminalną, stratą oraz żałobą?

Co znaczą dla ciebie (jak rozumiesz) życie i śmierć?

Analiza tematyczna

Demografia

Płeć

Wiek

Studia

Termin: koniec stycznia, wysłane do Klagenfurtu

5.3 Output 2 - statystyki opisowe

Variable	Global (N=344)	Italy (N=102)	Austria (N=47)	Romania (N=64)	Israel (N=40)	Poland (N=91)
Age	21-53; 26.83 (6.79)	22-32; 24.09 (1.90)	21-50; 27.85 (6.04)	21-53; 31.55 (9.91)	23-51; 32.65 (8.62)	21-26; 23.48 (0.98)
Gender:						
Female	290 (84%)	71 (70%)	38 (81%)	61 (95%)	37 (93%)	83 (91%)
Male	53 (15%)	30 (29%)	9 (19%)	3 (5%)	3 (8%)	8 (9%)
Other	1 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Marital status:						
Single	127 (37%)	49 (48%)	20 (43%)	9 (14%)	12 (30%)	37 (41%)
In a relationship	158 (46%)	49 (48%)	25 (53%)	27 (42%)	11 (28%)	46 (51%)
Married	49 (14%)	2 (2%)	0 (0%)	26 (41%)	14 (35%)	7 (8%)
Divorced	4 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	3 (8%)	0 (0%)
Other	6 (2%)	2 (2%)	2 (4%)	1 (2%)	0 (0%)	1 (1%)
Religion:						
Christian	226 (66%)	53 (52%)	30 (64%)	61 (95%)	2 (5%)	80 (88%)
Jew	34 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	34 (85%)	0 (0%)
Moslem	3 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (8%)	0 (0%)
None	75 (22%)	47 (46%)	17 (36%)	1 (2%)	1 (3%)	9 (10%)
Other	6 (2%)	2 (2%)	0 (0%)	2 (3%)	0 (0%)	2 (2%)
How religious:	1-4; 2.58 (0.88)	1-4; 2.29 (0.86)	1-4; 2.17 (0.76)	1-4; 3.06 (0.64)	1-4; 2.43 (0.84)	1-4; 2.86 (0.90)
Atheist	41 (12%)	20 (20%)	7 (15%)	1 (2%)	3 (8%)	10 (11%)
Secular	112 (33%)	39 (38%)	28 (60%)	8 (13%)	23 (58%)	14 (15%)
Somewhat religious	140 (41%)	36 (35%)	9 (19%)	41 (64%)	8 (20%)	46 (51%)
Very religious	51 (15%)	7 (7%)	3 (6%)	14 (22%)	6 (15%)	21 (23%)
I believe in:						
God	176 (51%)	28 (27%)	11 (23%)	45 (70%)	18 (45%)	74 (81%)
Higher power	40 (12%)	14 (14%)	7 (15%)	9 (14%)	5 (13%)	5 (5%)
Spiritual force	62 (18%)	24 (24%)	14 (30%)	8 (13%)	12 (30%)	4 (4%)
Other	66 (19%)	36 (35%)	15 (32%)	2 (3%)	5 (13%)	8 (9%)

¹Range; Mean (SD) for continuous/ordinal variables and N(%) for nominal variable

Table 2 Descriptive statistics¹ for previous experience variables, in global sample and in each country

Variable	Global (N=344)	Italy (N=102)	Austria (N=47)	Romania (N=64)	Israel (N=40)	Poland (N=91)
Formal caregiver to end-of-life clients	45 (13%)	7 (7%)	3 (6%)	8 (13%)	2 (5%)	25 (28%)
Lost someone close to you in the last two years	140 (41%)	45 (44%)	19 (40%)	22 (34%)	16 (40%)	38 (42%)
Terminal illness of someone close to you	45 (13%)	9 (9%)	12 (26%)	5 (8%)	5 (13%)	14 (15%)
Field of study of bachelor degree:						
Psychology	303 (88%)	100 (98%)	47 (100%)	60 (94%)	8 (20%)	88 (97%)
Other	41 (12%)	2 (2%)	0(0%)	4 (6%)	32 (80%)	3 (3%)
Course topics included in bachelor degree:						
None	162 (47%)	79 (78%)	23 (49%)	32 (50%)	17 (43%)	11 (12%)
Death Education	47 (14%)	5 (5%)	4 (9%)	6 (9%)	2 (5%)	30 (33%)
Loss, Grief and Bereavement	102 (30%)	13 (13%)	7 (15%)	9 (14%)	5 (13%)	68 (75%)
Palliative Care	34 (10%)	5 (5%)	3 (6%)	3 (5%)	4 (10%)	19 (21%)
Arts Therapies	37 (11%)	1 (1%)	0 (0%)	5 (8%)	20 (50%)	11 (12%)
Psychodrama	85 (25%)	10 (10%)	18 (38%)	20 (31%)	8 (20%)	29 (32%)
Number of course topics included in bachelor degree:	0-5; 0.89 (1.08)	0-4; 0.33 (0.72)	0-3; 0.68 (0.81)	0-3 (0.68 (0.84)	0-5; 0.98 (1.12)	0-5; 1.73 (1.17)
0 course topics	162 (47%)	79 (78%)	23 (49%)	32 (50%)	17 (43%)	11 (12%)
1 course topics	98 (29%)	15 (15%)	18 (38%)	22 (34%)	12 (30%)	31 (34%)
2 course topics	56 (16%)	6 (6%)	4 (9%)	6 (9%)	8 (20%)	32 (35%)
3 course topics	17 (5%)	1 (1%)	2 (4%)	3 (5%)	2 (5%)	9 (10%)
4 course topics	6 (2%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (6%)
5 course topics	4 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	3 (3%)
Read something about end-of-life, bereavement						
None	130 (38%)	58 (57%)	19 (40%)	16 (25%)	14 (35%)	23 (25%)
Scientific Journals	76 (22%)	17(17%)	8 (17%)	23 (36%)	4 (10%)	24 (26%)
Books	156 (45%)	35 (34%)	14 (30%)	30 (47%)	21 (53%)	56 (62%)
Other	21 (6%)	0 (0%)	8 (17%)	4 (6%)	5 (13%)	4 (4%)
Number of readings:	0-3; 0.74 (0.65)	0-2; 0.51 (0.64)	0-2; 0.64 (0.57)	0-2; 0.89 (0.62)	0-2; 0.75 (0.63)	0-2; 0.92 (0.65)
0 readings	130 (38%)	58 (57%)	19 (40%)	16 (25%)	14 (35%)	23 (25%)
1 readings	175 (51%)	36 (35%)	26 (55%)	39 (61%)	22 (55%)	52 (57%)
2 readings	39 (11%)	8 (8%)	2 (4%)	9 (14%)	4 (10%)	16 (18%)
3 readings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

¹Range; Mean (SD) for continuous/ordinal variables and N(%) for nominal variable

Table 3 Descriptive statistics¹ for actual experience variables, in global sample and in each country

Variable	Global (N=344)	Italy (N=102)	Austria (N=47)	Romania (N=64)	Israel (N=40)	Poland (N=91)
Master degree:						
Psychology	273 (79%)	102 (100%)	47 (100%)	62 (97%)	0 (0%)	62 (68%)
Arts Therapies	39 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	39 (98%)	0 (0%)
Other	30 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3%)	1 (3%)	27 (30%)
Missing	2 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2%)
Year of master degree:						
1st (or 4th in Poland survey)	111 (32%)	9 (9%)	14 (30%)	29 (45%)	39 (98%)	20 (22%)
2nd (or 5th in Poland survey)	233 (68%)	93 (91%)	33 (70%)	35 (55%)	1 (3%)	71 (78%)
Course topics included in master degree:						
None	148 (43%)	44 (43%)	22 (47%)	49 (77%)	1 (3%)	32 (35%)
Death Education	58 (17%)	30 (29%)	4 (9%)	2 (3%)	0 (0%)	22 (24%)
Loss, Grief and Bereavement	95 (28%)	49 (48%)	5 (11%)	8 (13%)	1 (3%)	32 (35%)
Palliative Care	39 (11%)	22 (22%)	2 (4%)	1 (2%)	2 (5%)	12 (13%)
Arts Therapies	53 (15%)	2 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	37 (93%)	14 (15%)
Psychodrama	85 (25%)	14 (14%)	21 (45%)	10 (16%)	11 (28%)	29 (32%)
Number of course topics included in master degree:	0-5; 0.96 (1.07)	0-5; 1.15 (1.30)	0-3; 0.68 (0.81)	0-3; 0.33 (0.67)	0-2; 1.28 (0.51)	0-4; 1.20 (1.12)
0 course topics	148 (43%)	44 (43%)	22 (47%)	49 (77%)	1 (3%)	32 (35%)
1 course topics	105 (31%)	24 (24%)	21 (45%)	10 (16%)	27 (68%)	23 (25%)
2 course topics	59 (17%)	17 (17%)	1 (2%)	4 (6%)	12 (30%)	25 (28%)
3 course topics	23 (7%)	11 (11%)	3 (6%)	1 (2%)	0 (0%)	8 (9%)
4 course topics	7 (2%)	4 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (3%)
5 course topics	2 (1%)	2 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

¹Range; Mean (SD) for continuous/ordinal variables and N(%) for nominal variable

Table 4 Descriptive statistics¹ for five interest items and total score of interest, in global sample and in each country

Variable	Global (N=344)	Italy (N=102)	Austria (N=47)	Romania (N=64)	Israel (N=40)	Poland (N=91)
Interest in topics of death education/bereavement/loss/grief/palliative care:	1-5; 4.07 (0.99)	1-5; 3.91 (1.06)	2-5; 4.34 (0.87)	3-5; 4.59 (0.61)	2-5; 4.13 (0.91)	1-5; 3.73 (1.03)
Very Disinterested	10 (3%)	5 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (5%)
Somewhat Disinterested	20 (6%)	6 (6%)	2 (4%)	0 (0%)	3 (8%)	9 (10%)
Neither Interested nor Disinterested	36 (11%)	14 (14%)	6 (13%)	4 (6%)	5 (13%)	7 (8%)
Somewhat Interested	147 (43%)	45 (44%)	13 (28%)	18 (28%)	16 (40%)	55 (60%)
Very Interested	131 (38%)	32 (31%)	26 (55%)	42 (66%)	16 (40%)	15 (16%)
Interest in obtaining practical/clinical competence for working with clients who are coping with end-of-life conditions, bereavement and/or palliative care:	1-5; 3.84 (1.08)	1-5; 3.71 (1.04)	1-5; 4.06 (0.99)	1-5; 4.19 (0.87)	1-5; 4.25 (1.03)	1-5; 3.46 (1.19)
Very Disinterested	14 (4%)	6 (6%)	1 (2%)	1 (2%)	1 (3%)	5 (5%)
Somewhat Disinterested	32 (9%)	6 (6%)	3 (6%)	2 (3%)	3 (8%)	18 (20%)
Neither Interested nor Disinterested	52 (15%)	20 (20%)	6 (13%)	7 (11%)	2 (5%)	17 (19%)
Somewhat Interested	142 (41%)	50 (49%)	19 (40%)	28 (44%)	13 (33%)	32 (35%)
Very Interested	104 (30%)	20 (20%)	18 (38%)	26 (41%)	21 (53%)	19 (21%)
Interest in acquiring theoretical knowledge about end-of-life conditions, bereavement and/or palliative care:	1-5; 4.15 (0.90)	1-5; 4.02 (.89)	2-5; 4.40 (0.68)	3-5; 4.52 (0.62)	2-5; 4.58 (0.75)	1-5; 3.73 (1.01)
Very Disinterested	6 (2%)	2 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (4%)
Somewhat Disinterested	18 (5%)	6 (6%)	1 (2%)	0 (0%)	1 (3%)	10 (11%)
Neither Interested nor Disinterested	26 (8%)	9 (9%)	2 (4%)	4 (6%)	3 (8%)	8 (9%)
Somewhat Interested	162 (47%)	56 (55%)	21 (45%)	23 (36%)	8 (20%)	54 (59%)
Very Interested	132 (38%)	29 (28%)	23 (49%)	37 (58%)	28 (70%)	15 (16%)
Interest in working with clients who are coping with an end-of-life conditions, bereavement and/or palliative care:	1-5; 3.44 (1.20)	1-5; 3.25 (1.19)	1-5; 3.43 (1.08)	1-5; 4.22 (0.90)	1-5; 3.88 (1.22)	1-5; 2.92 (1.13)
Very Disinterested	26 (8%)	11 (11%)	2 (4%)	1 (2%)	2 (5%)	10 (11%)
Somewhat Disinterested	61 (18%)	18 (18%)	8 (17%)	3 (5%)	6 (15%)	26 (29%)
Neither Interested nor Disinterested	58 (17%)	18 (18%)	12 (26%)	5 (8%)	2 (5%)	21 (23%)
Somewhat Interested	133 (39%)	44 (43%)	18 (38%)	27 (42%)	15 (38%)	29 (32%)
Very Interested	66 (19%)	11 (11%)	7 (15%)	28 (44%)	15 (38%)	5 (5%)
Interest in learning about Arts Therapies and/or Psychodrama interventions for end-of-life conditions, bereavement and/or palliative care ² :	1-5; 3.99 (1.06)	1-5; 3.69 (1.11)	1-5; 3.73 (1.29)	2-5; 4.56 (0.69)	3-5; 4.68 (0.57)	1-5; 3.73 (0.97)
Very Disinterested	26 (8%)	11 (11%)	2 (4%)	1 (2%)	2 (5%)	10 (11%)
Somewhat Disinterested	61 (18%)	18 (18%)	8 (17%)	3 (5%)	6 (15%)	26 (29%)
Neither Interested nor Disinterested	58 (17%)	18 (18%)	12 (26%)	5 (8%)	2 (5%)	21 (23%)
Somewhat Interested	133 (39%)	44 (43%)	18 (38%)	27 (42%)	15 (38%)	29 (32%)
Very Interested	66 (19%)	11 (11%)	7 (15%)	28 (44%)	15 (38%)	5 (5%)
Interest in learning about Arts Therapies and/or Psychodrama interventions for end-of-life conditions, bereavement and/or palliative care ² :	1-5; 3.99 (1.06)	1-5; 3.69 (1.11)	1-5; 3.73 (1.29)	2-5; 4.56 (0.69)	3-5; 4.68 (0.57)	1-5; 3.73 (0.97)
Very Disinterested	9 (3%)	4 (4%)	3 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2%)
Somewhat Disinterested	30 (9%)	13 (13%)	7 (15%)	1 (2%)	0 (0%)	9 (10%)
Neither Interested nor Disinterested	40 (12%)	16 (16%)	5 (11%)	4 (6%)	2 (5%)	13 (14%)
Somewhat Interested	123 (36%)	41 (40%)	14 (30%)	17 (27%)	9 (23%)	42 (46%)
Very Interested	125 (36%)	24 (24%)	16 (30%)	41 (64%)	29 (73%)	15 (16%)
Total score of interest (Cronbach's alpha values: .87 in global sample; .86 in Italy, .75 in Austria, .91 in Romania, .81 in Israel and .86 in Poland)	1-5; 3.89 (0.87)	1-5; 3.71 (0.84)	1-5; 3.99 (0.73)	1-5; 4.41 (0.65)	1-5; 4.30 (0.70)	1-5; 3.49 (0.90)

¹Range; Mean (SD) for continuous/ordinal variables and N(%) for nominal variable

²Only for who know arts therapies and/or psychodrama: 327 (95%) students in global sample, 98 (96%) in Italy, 45 (96%) in Austria, 63 (98%) in Romania, 40 (100%) in Israel and 81 (89%) in Poland

Table 5 Descriptive statistics¹ for perceptions on death, ambiguities and uncertainty, in global sample and in each country

Variable	Global (N=344)	Italy (N=102)	Austria (N=47)	Romania (N=64)	Israel (N=40)	Poland (N=91)
Death is terminal, and there is nothing after death:	1-5; 2.53 (1.38)	1-5; 3.21 (1.41)	1-5; 2.72 (1.38)	1-5; 2.31 (1.01)	1-5; 2.33 (1.37)	1-5; 19.91 (1.24)
Strongly disagree	105 (31%)	17 (17%)	12 (26%)	15 (23%)	14 (35%)	47 (52%)
Somewhat disagree	89 (26%)	19 (19%)	10 (21%)	22 (34%)	12 (30%)	26 (29%)
Neither agree nor disagree	54 (16%)	14 (14%)	10 (21%)	21 (33%)	6 (15%)	3 (3%)
Somewhat agree	55 (16%)	30 (29%)	9 (19%)	4 (6%)	3 (8%)	9 (10%)
Strongly agree	41 (12%)	22 (22%)	6 (13%)	2 (3%)	5 (13%)	6 (7%)
Death is a passage to another dimension where existence somehow continues:	1-5; 3.44 (1.29)	1-5; 2.87 (1.38)	1-5; 3.21 (1.20)	2-5; 3.91 (0.75)	1-5; 3.60 (1.39)	1-5; 3.80 (1.24)
Strongly disagree	38 (11%)	24 (24%)	4 (9%)	0 (0%)	4 (10%)	6 (7%)
Somewhat disagree	48 (14%)	19 (19%)	9 (19%)	2 (3%)	6 (15%)	12 (13%)
Neither agree nor disagree	62 (18%)	17 (17%)	15 (32%)	15 (23%)	7 (18%)	8 (9%)
Somewhat agree	116 (34%)	30 (29%)	11 (23%)	34 (53%)	8 (20%)	33 (36%)
Strongly agree	80 (23%)	12 (12%)	8 (17%)	13 (20%)	15 (38%)	32 (35%)
The ambiguities in life stress me:	1-5; 3.25 (1.13)	1-5; 3.62 (1.03)	1-5; 2.57 (1.25)	1-5; 3.14 (0.89)	1-5; 3.65 (1.15)	1-5; 3.09 (1.10)
Strongly disagree	19 (6%)	1 (1%)	10 (21%)	2 (3%)	2 (5%)	4 (4%)
Somewhat disagree	86 (25%)	20 (20%)	17 (36%)	12 (19%)	5 (13%)	32 (35%)
Neither agree nor disagree	71 (21%)	15 (15%)	6 (13%)	28 (44%)	8 (20%)	14 (15%)
Somewhat agree	126 (37%)	47 (46%)	11 (23%)	19 (30%)	15 (38%)	34 (37%)
Strongly agree	42 (12%)	19 (19%)	3 (6%)	3 (5%)	10 (25%)	7 (8%)
Uncertainty makes me uneasy, anxious, or stressed:	1-5; 3.64 (1.09)	1-5; 3.82 (1.12)	1-5; 3.36 (1.13)	1-5; 3.36 (1.00)	1-5; 3.88 (1.04)	1-5; 3.67 (1.08)
Strongly disagree	13 (4%)	1 (1%)	4 (9%)	3 (5%)	1 (3%)	4 (4%)
Somewhat disagree	58 (17%)	21 (21%)	9 (19%)	9 (14%)	4 (10%)	15 (16%)
Neither agree nor disagree	37 (11%)	5 (5%)	3 (6%)	20 (31%)	6 (15%)	3 (3%)
Somewhat agree	168 (49%)	43 (42%)	28 (60%)	26 (41%)	17 (43%)	54 (59%)
Strongly agree	68 (20%)	32 (31%)	3 (6%)	6 (9%)	12 (30%)	15 (16%)

¹Range; Mean (SD) for continuous/ordinal variables and N(%) for nominal variable

Table 6 Descriptive statistics¹ for six confident items and total score of confident, in global sample and in each country

Variable	Global (N=344)	Italy (N=102)	Austria (N=47)	Romania (N=64)	Israel (N=40)	Poland (N=91)
I feel confident listening to and talking with a dying person about issues surrounding their death:	1-5; 3.01 (1.19)	1-5; 2.88 (1.19)	1-5; 2.89 (1.20)	1-5; 3.69 (0.87)	1-5; 3.35 (1.27)	1-5; 2.59 (1.11)
Strongly disagree	42 (12%)	15 (15%)	5 (11%)	2 (3%)	4 (10%)	16 (18%)
Somewhat disagree	85 (25%)	26 (25%)	16 (34%)	4 (6%)	8 (20%)	31 (34%)
Neither agree nor disagree	72 (21%)	24 (24%)	10 (21%)	13 (20%)	5 (13%)	20 (22%)
Somewhat agree	117 (34%)	30 (29%)	11 (23%)	38 (59%)	16 (40%)	22 (24%)
Strongly agree	28 (8%)	7 (7%)	5 (11%)	7 (11%)	7 (18%)	2 (2%)
I am comfortable discussing a person's anxiety about the dying process and what will happen:	1-5; 3.25 (1.22)	1-5; 3.56 (1.29)	1-5; 3.49 (1.10)	1-5; 3.17 (1.08)	1-5; 3.38 (1.21)	1-5; 2.77 (1.66)
Strongly disagree	28 (8%)	10 (10%)	1 (2%)	3 (5%)	3 (8%)	11 (12%)
Somewhat disagree	85 (25%)	14 (14%)	11 (23%)	15 (23%)	9 (23%)	36 (40%)
Neither agree nor disagree	60 (17%)	15 (15%)	7 (15%)	22 (34%)	4 (10%)	12 (13%)
Somewhat agree	116 (34%)	35 (34%)	20 (43%)	16 (25%)	18 (45%)	27 (30%)
Strongly agree	55 (16%)	28 (27%)	8 (17%)	8 (13%)	6 (15%)	5 (5%)
I feel confident applying an individualized end-of-life care plan and assessment:	1-5; 2.44 (1.23)	1-5; 1.79 (1.00)	1-5; 2.34 (1.17)	2-5; 3.48 (0.89)	1-5; 2.73 (1.52)	1-5; 2.34 (1.05)
Strongly disagree	96 (28%)	52 (51%)	12 (26%)	0 (0%)	11 (28%)	21 (23%)
Somewhat disagree	102 (30%)	28 (27%)	18 (38%)	12 (19%)	11 (28%)	33 (36%)
Neither agree nor disagree	67 (20%)	15 (15%)	9 (19%)	14 (22%)	4 (10%)	25 (27%)
Somewhat agree	58 (17%)	5 (5%)	5 (11%)	33 (52%)	6 (15%)	9 (10%)
Strongly agree	21 (6%)	2 (2%)	3 (6%)	5 (8%)	8 (20%)	3 (3%)
I am confident about helping ill people with their end-of-life suffering:	1-5; 2.90 (1.24)	1-5; 2.58 (1.15)	1-5; 2.66 (1.20)	2-5; 3.77 (0.81)	1-5; 3.53 (1.36)	1-5; 2.49 (1.16)
Strongly disagree	56 (16%)	22 (22%)	8 (17%)	0 (0%)	4 (10%)	22 (24%)
Somewhat disagree	84 (24%)	28 (27%)	17 (36%)	5 (8%)	7 (18%)	27 (30%)
Neither agree nor disagree	73 (21%)	26 (25%)	8 (17%)	15 (23%)	5 (13%)	19 (21%)
Somewhat agree	101 (29%)	23 (23%)	11 (23%)	34 (53%)	12 (30%)	21 (23%)
Strongly agree	30 (9%)	3 (3%)	3 (6%)	10 (16%)	12 (30%)	2 (2%)
I am confident about helping ill people with their end-of-life suffering:	1-5; 2.90 (1.24)	1-5; 2.58 (1.15)	1-5; 2.66 (1.20)	2-5; 3.77 (0.81)	1-5; 3.53 (1.36)	1-5; 2.49 (1.16)
Strongly disagree	56 (16%)	22 (22%)	8 (17%)	0 (0%)	4 (10%)	22 (24%)
Somewhat disagree	84 (24%)	28 (27%)	17 (36%)	5 (8%)	7 (18%)	27 (30%)
Neither agree nor disagree	73 (21%)	26 (25%)	8 (17%)	15 (23%)	5 (13%)	19 (21%)
Somewhat agree	101 (29%)	23 (23%)	11 (23%)	34 (53%)	12 (30%)	21 (23%)
Strongly agree	30 (9%)	3 (3%)	3 (6%)	10 (16%)	12 (30%)	2 (2%)
I am confident about helping people with their bereavement:	1-5; 3.20 (1.18)	1-5; 2.93 (1.38)	1-5; 3.23 (1.03)	2-5; 4.03 (0.71)	1-5; 3.73 (1.26)	1-5; 2.67 (1.15)
Strongly disagree	34 (10%)	15 (15%)	1 (2%)	0 (0%)	3 (8%)	15 (16%)
Somewhat disagree	74 (22%)	21 (21%)	13 (28%)	3 (5%)	6 (15%)	31 (34%)
Neither agree nor disagree	61 (18%)	25 (25%)	11 (23%)	6 (9%)	2 (5%)	17 (19%)
Somewhat agree	139 (40%)	38 (37%)	18 (38%)	41 (64%)	17 (43%)	25 (27%)
Strongly agree	36 (11%)	3 (3%)	4 (4%)	14 (22%)	12 (30%)	3 (3%)
I am confident in how to support a relative of a dying person:	1-5; 3.24 (1.20)	1-5; 2.90 (1.23)	1-5; 3.06 (1.19)	2-5; 3.94 (0.73)	1-5; 3.58 (1.28)	1-5; 3.05 (1.19)
Strongly disagree	32 (9%)	18 (18%)	2 (4%)	0 (0%)	2 (5%)	10 (11%)
Somewhat disagree	77 (22%)	22 (22%)	19 (40%)	2 (3%)	10 (25%)	24 (26%)
Neither agree nor disagree	56 (16%)	20 (20%)	6 (13%)	13 (20%)	2 (5%)	15 (16%)
Somewhat agree	136 (40%)	36 (35%)	14 (30%)	36 (56%)	15 (38%)	35 (38%)
Strongly agree	43 (13%)	6 (6%)	6 (13%)	13 (20%)	11 (28%)	7 (8%)
Total score of confident (Cronbach's alpha values: .85 in global sample, .74 in Italy, .87 in Austria, .86 in Romania, .89 in Israel and .84 in Poland)	1-5; 3.00 (0.91)	1-5; 2.77 (0.77)	1-5; 2.95 (0.90)	1-5; 3.68 (0.66)	1-5; 3.38 (1.05)	1-5; 2.65 (0.84)

¹Range; Mean (SD) for continuous/ordinal variables and N(%) for nominal variable