

DR. SIMKÓ CSABA

Mivé válik az ember...

Az életvégi szenvedésről a kutatások tükrében

Összefoglalás ♦ *A szerző a szakirodalom alapján nyomon követi a totális fájdalom/szenvedés szóhasználatának és jelentésének az elmúlt öt évtizedben bekövetkező módosulását. Áttekinti a hazai egészségügyi, illetve társadalmi környezet azon tényezőit, amelyek ezeket befolyásolják (legtöbbször feleslegesen növelik), és ezzel kapcsolatban strukturális, működési és finanszírozási javaslatokat is megfogalmaz. Összegyűjti azon legfontosabb diagnosztikus és az utóbbi években megszaporodó terápiás lehetőségeket, amelyek a beteg nem fizikális szenvedésének megértéséhez, felismeréséhez, méréséhez és enyhítéséhez nyújtanak segítséget. A tanulmány külön nevesítve nem foglalkozik a gyermekek ellátásával, valamint a családtagok és a gondozó csapat számára nyújtandó segítséggel.*

Man, where have you come...

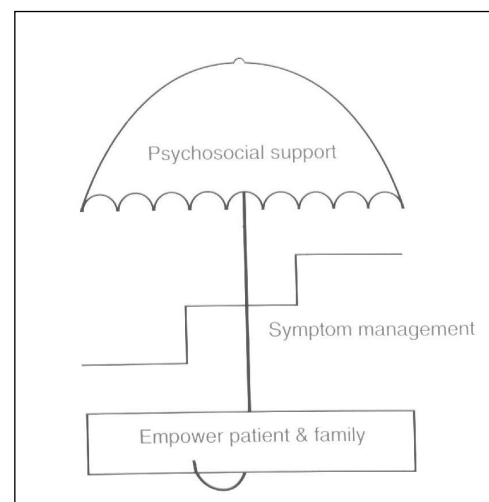
End-of-life suffering in palliative care literature and practice

Abstract ♦ *The author follows the changes in use and meaning of total pain/suffering phrase in the past five decades in the literature. Listing the national health and social environment factors which influence (mostly enhance) the patient's suffering, structural, functional and financing recommendations are proposed. The most important diagnostic and growing therapeutic possibilities are gathered in this review which help the caregivers to understand, recognize, measure and alleviate non-physical suffering. Special needs of sick children, caregiving family and team members are not discussed here.*

Megkérdeztem a 12 éves fiamat, hogy mi a különbség a fájdalom és a szenvedés között. Ezt válaszolta: "Amikor legutóbb megkaptam a tetanusz elleni oltást, egy kicsit fájt, de ez nem volt szenvedés. Másnap viszont fájt az egész karom, hányingerem volt, rosszul voltam és nagyon szenvedtem."

Bevezetés

A szenvedés enyhítésére való törekvés jóval megelőzi a hospice intézményesült rendszerét. Már az irgalmas szamaritánus evangéliumi példabeszédében a cselekvő szeretet megnyilvánulásaként, az emberi kapcsolatok valódiságának fokmérőjeként jelenik meg. A XIX. századi hospice-ok létrejöttének és Cicely Saunders kezdeményezésének is ez volt a fő motiváló ereje. Éppen ezért meglepő, hogy az emberi szenvedés, mint önálló kutatási terület milyen későn jelenik meg a szakirodalomban. A művészetek és a filozófia már az ókorban is foglalkozott a szenvedés kérdésével, később, a kereszténység térhódítása idején a teológiai munkákban Krisztus keresztáldozata révén ez különös hangsúlyt kapott, de – és talán éppen ezért – az orvosi munkákban a *szenvedés* kifejezés sokáig nem volt szalonképes. Legtöbbször a fájdalom szinonimájaként szerepelt, az ezzel kapcsolatos írásokban a betegek leginkább a fájdalomtól szenvedtek, és egyéb kízó szomatikus és pszichoszociális tünetek is mint a fájdalomra érzékenyítő tényezők kerültek nevesítésre. Bizonyos értelemben igaz ez Saunders 1964-ben publikált totális fájdalom koncepciója esetén éppúgy, mint a WHO 1986-ban közreadott, „analgetikus lépcsőként” közismert, mérföldkőnek számító munkája vonatkozásában [Saunders, 1964; Clark, 1999; WHO, 1986]. Cassell azóta sokat hivatkozott, 1982-ben megjelent tanulmányában úgy definiálja a szenvedést, mint egy súlyos distresszt, ami aktuálisan vagy fenyegető jelleggel sérti a személy integritását vagy további létezését [Cassell, 1982]. Ezt követően még jó néhány évnél el kellett ahhoz telnie, hogy a '90-es évek első felében a szakma a szenvedéssel, mint nevesíthető önálló tényezővel elkezdjen foglalkozni. Chapman és Garvin korábbi filozófiai és pszichológiai meghatározásokat is figyelembe véve hangsúlyozzák, hogy a szenvedés lényeges eleme a személy testi vagy pszichoszociális integritását érő fenyegetés, amelyhez negatív érzelmi töltet, a reménytelenség és veszteség élménye társul [Chapman, 1993]. Cherny és munkatársai – a saundersi koncepciót továbbfejlesztve – a rákbetegek szenvedésének számos, az életminőséget aláásó szomatikus, pszichológiai, egzisztenciális, familiáris, pénzügyi és egészségügyi okát sorolják fel [Cherny, 1994]. A WHO 1997-ben kiadott, az analgetikus lépcső hatását értékelő munkájában a fájdalomon túl már a beteg szenvedéséről beszél, a jó



1.ábra: A WHO módosított ajánlása a rákos fájdalom enyhítésére [WHO, 1997] (psychosocial support: pszichoszociális támogatás; symptom management: tüneti kezelés; empower patient & family: a beteg és a család támogatása)

tüneti terápia mellett kiemelve a pszichoszociális, családot is felölelő támogatás szükségességét (1. ábra) [WHO, 1997]. Chochinov 2002-ben megjelenő munkáját tekinthetjük a következő mérföldkönek, melyben a beteg ember méltóságának megőrzését mint a szenvedés megelőzésének, illetve csökkentésének egyik lehetséges módját hangsúlyozza [Chochinov, 2002]. Ezt követően egyre szaporodnak a szenvedéssel és emberi méltósággal kapcsolatos klinikai kutatások, míg a fájdalom szó használata egyre inkább a szenvedés szomatikus komponensére, azon belül is a különböző patomechanizmusú organikus fájdalmakra korlátozódik.

Az onkológiai irodalom és klinikai gyakorlat felismeri ugyan a pszichoszociális tényezők jelentőségét, szenvedés helyett ugyanakkor inkább distresszről beszél [Adler, 2008]. A National Comprehensive Cancer Network (a rákbetegséggel átfogó módon foglalkozó amerikai nemzeti szervezet, ismert rövidítéssel NCCN) 2018-as, distresszel kapcsolatos útmutatásában kiemeli a szóhasználat tudatosságát a megbélyegzőnek tartott *pszichológiai, pszichoszociális* kifejezésekkel szemben [NCCN, 2018]. A szenvedés (suffering) szó elő sem fordul a 92 oldalas dokumentumban.

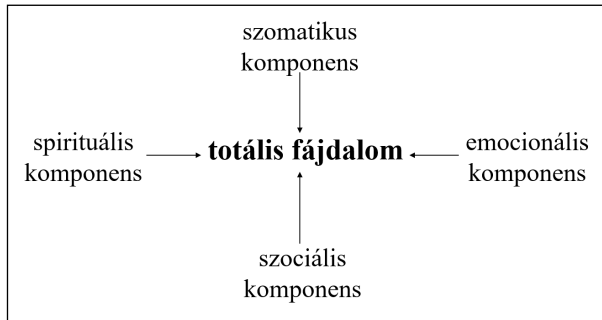
Elgondolkodtató, hogy a palliatív tankönyvek még 10-15 évvel ezelőtt sem szenteltek alfejezetet - de legtöbbször még önálló címszót sem - a szenvedésnek [Woodruff, 2004; MacDonald, 2005; Watson, 2009]. A palliatív ellátás bibliájának számító Oxford Textbook of Palliative Medicine is csak a legújabb kiadásában fordít külön figyelmet a témának [Cherny, 2015].

A kutatások utóbbi években történt fellendülése ellenére a palliatív ellátásban dolgozók számára a szenvedés, annak megértése és csökkentése évtizedek óta fennálló mindennapos kihívás.

A totális fájdalom saundersi koncepciója

A több, mint 50 éve megfogalmazott és széles körben ismertté vált modelltől mindenképpen meg kell emlékeznünk. Betegekkal folytatott mély beszélgetések vezették Saunderst arra a felismerésre, hogy a megélt szenvedés (fájdalom) sokkal gazdagabb, összetettebb annál, mint ami a betegség illetve ennek orvosi ellátása okozta testi problémákból önmagában fakad (2. ábra). A betegséggel vagy ellátással kapcsolatos szorongás, aggodalmak, a halálfélelem, a düh, az agresszió, a csüggedés, az apátia, depresszív hangulat mint negatív töltetű érzelmi állapotok jelentősen fokozni képesek a megélt fájdalmat, míg az öröm, a kiegyensúlyozottság, a belső béke, az állapot elfogadása, a küzdő attitűd csökkenteni képesek ezt.

Nem elhanyagolható a beteg korábbi ellátása során átélt saját vagy betegtársnál szerzett tapasztalata sem. A fájdalom ezen befolyásoló tényezői egyes helyeken *érzelmi*, máshol *mentális*, illetve később *pszichológiai* komponensként kerülnek említésre [Saunders, 1964; Clark, 1999; Saunders, 1972; Saunders, 1995].



2. ábra: A totális fájdalom koncepciója

Hasonló befolyásoló szerepe van a családi illetve egyéb kapcsolati rendszer problémáinak vagy stabilitásának, a gyakori izolációnak, a betegség folyamán bekövetkező szerepvesztéseknek, a beteget vagy akár az őt gondozó családtagját érintő munkahelyvesztés lehetőségének, a felmerülő megélhetési gondoknak, az esetleg hátrahagyott, gondozást igénylő személyeknek (gyermek, beteg vagy idős családtag), amelyek legtöbbször aggodalmak, félelmek, esetleg harag formájában jelentős érzelmi hatással bírnak. A betegség előrehaladtával ezen szociális tényezők szerepe, súlya is egyértelműen nő, hozzájárulva a beteg kínzó szenvedéséhez. Kezdetben a beteg a felelős társadalmi szerepeit kénytelen feladni, majd a családban betöltött feladatai kerülnek átadásra, végül testi gyengeségének és kiszolgáltatottságának fokozódásával önellátó képességét veszíti el fokról-fokra. Ezen folyamat során a környezet beteg felé irányuló magatartása erős kihatással lehet a megélt szenvedésre, ez a hatás ugyanakkor kölcsönös. Ha a beteg a munkatársai, barátai, esetleg családtagjai elfordulását, eltávolodását tapasztalja, egyfajta elhanyagolást él meg, ez jelentősen befolyásolhatja érzelmi állapotát, küzdelmeit, meghatározhatja ellátása lehetséges színhelyét (kényszer hospitalizáció), ugyanakkor a beteg intenzív érzelmi reakciói, depresszív hangulata, agresszív viselkedése nagy mértékben fokozza szociális izolációját.

A negyedik tényező, a spiritualitás szenvedéssel való kapcsolata sokoldalú. Egyrészt – mint azt a bevezetőben említettük – az emberi szenvedésre adott humanitárius és filozófiai válasz ősidőktől összekapcsolódik a vallásokkal, másrészt a haldoklók szenvedéseiben a spirituális küzdelmeknek régtől tudott jelentősége van (*Ars moriendi*) [Hennezel, 1999]. A spirituális szenvedés ugyanakkor – mint erre Saunders is rámutat – még a vallásukat gyakorló betegeknél is ritkán jelentkezik az üdvösség/kárhozat direkt kontextusában [Saunders, 1995]. Az életvégi mérleg többé-kevésbé tudatos elkészítésekor sokan érzik úgy, hogy életük értéktelen volt, hogy sokkal többet kellett volna alkotniuk, megvalósítaniuk, hátrahagyniuk; hogy úgy fognak eltávozni ebből a világból, hogy nem tettek meg minden tőlük telhetőt

családjuk, környezetük, a „világ” érdekében. Különösen hangsúlyos lehet ez az önvád, ha a beteg a rábízott személyek, családtagok (esetleg közösségek) sorsát nem tudta úgy irányítani, ahogy szeretne volna vagy akkor, ha erre már azért nincs lehetőség, mert a betegség kialakulásában vagy elmaradó kezelésében hibásnak érzi magát. Előfordul, hogy hitéletének elhanyagolása vagy a betegség folyamán folytatott spirituális küzdelmei, csalódottsága válik szenvedésének forrásává, de gyakran tapasztalható abból fakadó szenvedés is, hogy a koncentrációképesség, a figyelem, illetve a test gyengülése miatt a beteg nem tudja folytatni korábbi, számára fontos vallásos gyakorlatait. Végül spirituális teherként jelenhet meg a betegségnek, a szenvedésnek vagy akár az egész létezésnek a megélt értelmetlensége.

A betegség agonális fázisában az extrém fokú gyengeség, a másoktól való teljes mértékű fizikai függés, a kommunikáció egyre erősebb beszűkülése miatti izoláció, az egzisztenciális félelmek, a spirituális üresség, magáramaradottság szétválaszthatatlan globális terheként nehezedhet a haldoklóra.

Saunders mindezen helyzetekben fájdalomról beszél ugyan, de szinonimaként használja ezt a szenvedés szóval. Elavult lenne a koncepciója? Szó sincs róla! A két fogalom szétválásának az utóbbi 20 évben vagyunk tanúi, és a folyamat mind a mai napig nem befejezett [Fishbain, 2015]. Sok beteg – különösen a betegség progresszióját jelző étvágytalanság, fogyás, gyengeség vonatkozásában – ma is fájdalomként, illetve azzal erősen keverve említi egyéb panaszait, és ha a szakemberek ezzel nincsenek tisztában, a szenvedés csökkentése irányában tett erőfeszítéseik eredménytelenek maradhatnak.

A mai kor kihívásai

Mielőtt a szenvedés területén folytatott kutatások eredményeit közelebbről megnéznénk, felsorolásszerűen érdemes szemügyre venni néhány fontosabb, a közelmúltban bekövetkezett környezeti változást, mely kihatással van az életvégi ellátásra. A fejlett társadalmakban a várható élettartam és ezzel az idősek aránya nő. A nők általános foglalkoztatottságával, a családalapítás életkori kitolódásával, a család válságával az idős, beteg ember gondozása gyakran intézményesül. Az otthoni gondozást tovább nehezíti a munkavállalók kiszolgáltatottsága (a táppénz lehetőségek szűkös volta, az ápolási díj alacsony összege, a munkahelyvesztés realitása).

Az egészségügyi költségek növekedése gyakran irracionális pénzügyi korlátok alkalmazásához vezet (volumenkorlát, garanciális szabály, normatív ápolási idő), amely embertelenné teheti a súlyos betegek ellátását. A krónikus ellátási formák kapacitása

elégtelen. Az egészségügyi ellátás nem kielégítő finanszírozása miatt gyakoriak a súlyos betegek érdekeivel ellentétes, pusztán a magasabb finanszírozás céljából végrehajtott kezelési stratégiák (a betegnek a szükséges minimálisnál több, a rendszer szempontjából túlterhelést eredményező megjelenése az egészségügyben). A centralizálódó kórházi ellátás gyakran eltávolítja a súlyos beteget a lakóhelyétől. Gyakori a gyors döntéshozatal, a kapkodó betegút menedzselés. Az orvosszakma túlspecializációjával a “sok bába közt elvész a gyerek”.

Megváltozott a hagyományos orvos-beteg kapcsolat. A bizonyítékokon alapuló orvoslás eredményeire támaszkodva (és hivatkozva) gyakoriak a sematikus kezelési módok, jellemző a polipragmázia, a rengeteg gyógyszertől nincs, aki megszabadítsa a beteget. Az onkológia fejlődésével a daganatos betegség lefolyása megváltozott, több a gondozandó beteg, csökken az egy betegre jutó idő. Bár az élettartam nő, a betegek globális szenvedése nem csökken, sőt a fenti mechanizmusok miatt gyakran fokozódik. A fejlett társadalmakban apránként tért hódít az eutanázia, az orvos által asszisztált öngyilkosság, amelynek gyakori okai az ellátással kapcsolatos anyagi terhek növekedése, a küzdelem értelmetlenné válása, az egzisztenciális szenvedés, a kiúttalanság, a teher érzése és az emberi méltóság csorbulása, elvesztése [Van Tol, 2010; Morita, 2004; Ganzini, 2002; Yun, 2018]. A gyógyíthatatlan beteg gyakran megtapasztalja az egészségügy frusztrációját, az *örülj annak, hogy eddig éltél; a nem tudok veled mit kezdeni; a minnek jöttél ide* üzenetek - ha nem is direkt, de - metakommunikatív közlését.

A hospice ellátás alapvető motivációja ma is a komplex szenvedésen való enyhíteni akarás, ehhez azonban szükséges, hogy minél tisztábban lássuk a szenvedés valódi hátterét.

Az életvégi szenvedéssel kapcsolatos kutatások – diagnosztikus eszközök

Az 1990-es évektől több ízben történt kísérlet a szenvedés provokáló faktorainak meghatározására, és így egyes szenvedéstípusok azonosítására. Bár a kutatók zöme kérdőíves módszerrel dolgozik, a beteggel folytatott interjúk, az eredeti saundersi módszer, az élettörténetek meghallgatása kvalitatív metódusként megmaradt a szakemberek eszköztárában [Gunaratnam, 2009]. Az egyes tanulmányokban általában - a saundersi koncepciónak megfelelően - négy nagyobb kategória kerül megállapításra, bár ezek elnevezése nem teljesen egységes, és az egyes tünetek besorolása sem mindig következetes. Cherny 1994-es taxonómiáját követve általában fizikai (testi), pszichológiai, egzisztenciális és szociális (interperszonális) dimenziók kerülnek nevesítésre [Gunaratnam, 2009; Ruijs, 2009].

A szenvedés testi okainak sora igen hosszú. Ruijs és munkatársainak listája a legteljesebb, ők kérdőívükben 37 szomatikus tünetre kérdezik rá [Ruijs, 2009]. A legjelentősebbek a fáradtság (gyengeség, kimerültség, lesóványodás), a fájdalom, a fulladás és a hányinger. Bár a legtöbb kutatásban a fájdalom mutatkozik a leggyakoribb és legsúlyosabb tünetnek, a fáradtság volt a beteg életére a legnagyobb kihatással [Ganzini, 2002; Kwon, 2006]. Ennek jelentőségét az orvosok általában alábecsülik [Oi-Ling, 2005]. És bár a palliatív ellátásban is bekövetkező valamilyen mértékű medikalizáció miatt a testi tünetek csökkentése általában nagyobb hangsúlyt kap a többinél, még ezek enyhítése is sok esetben elégtelen [Klepstad, 2005].

szorongás, feszültség, idegesség, düh, aggodás, ingerlékenység, bűntudat, deprimált hangulat, bizonytalanság, kontrollvesztés, a test megváltozása miatti szégyenérzet, a személyiség elvesztésének érzése, a privát szféra beszűkülése, mások számára való teher érzése, a támogatottság érzésének elvesztése, értelemvesztés, céltalanság, befejezetlen ügyek súlya, értéktelenség érzése, koncentrációs zavarok

3. ábra: A szenvedés gyakori pszichológiai okai az életvégi gondozásban [Morita, 2004; Schroepfer, 2007; Krikorian, 2014]

Több tanulmány is kiemeli, hogy a szenvedés nem testi forrásai fontosabbak lehetnek az előzőknél [Lesho, 2003; Abraham, 2006; Schroepfer, 2007; Krikorian, 2014]. Nem elegendő az egyes tünetek pusztá listázása, ezeknek a beteg életvitelére kifejtett hatása is figyelembe veendő [Yun, 2006; Van Gennip, 2013]. Amint arra korábban már utaltunk, a szenvedés pszichológiai okai között számos olyan tényezőt találunk, mely a szociális kapcsolati rendszerben beállott vagy azt fenyegető változásokkal is összefügg (3. ábra). Valószínűleg ennek tudható be, hogy az egyes tanulmányokban a felmerülő problémák kategorizálása nem egységes [Hartogh, 2017].

Érdekes azt is megfigyelni, hogy a Saunders által még spirituálisnak címkézett dimenzió Cherny 1994-es munkájában - bár nem teljesen azonos tartalommal - már egzisztenciális nevet kap [Cherny, 1994]. Ez a tendencia fokozatosan tért hódít a szenvedéssel foglalkozó palliatív irodalomban, gyakorlatilag erősen leszűkítve a *spirituális fájdalom* tartalmát. Bár kategorikus szétválasztás általában nem történik, a lét értelmének, jelentésének kérdéseit általában az egzisztenciális tényezők alatt tárgyalják, a spirituális címkét egyre inkább az Istennel, transzcendenssel való kapcsolatra meghagyva [Cherny, 2015].

Jelentős metodikai problémák jelentkeznek már a szenvedés okainak feltérképezése során is, ha a beteg globális szenvedését apró mozaikokra próbáljuk szétszedni, mivel az egyes tünetek egymásra való hatása igen jelentős [Bíró, 2009]. Ha például egy beteg étvágytalan, rohamosan fogy, és megtapasztalja fizikai erejének gyengülését, önellátó képességének

romlását vagy ennek fenyegetettségét, egzisztenciális szorongás, alvászavarok és szociális kapcsolati rendszerével kapcsolatos aggodalmak léphetnek fel. Úgy érezheti, hogy “kezd összedőlni a világ”. Lehet, hogy ez a pszichoszociális „háttéraggodalom” fájdalom formájában jelentkezik, de az is lehet, hogy pl. magatartászavar válik uralkodóvá, aláásva a beteg interperszonális kapcsolati rendszerét. Ruijs már idézett vizsgálatában 5 kategóriában 69 tényező kvantitatív értékelését végezte el, de ezek esetleges egymásra hatását nem vizsgálta [Ruijs, 2009]. Bár az általa használt kérdőívet egyéb életminőség vizsgáló eszközzel összevetve validnak, az egész mérést megvalósíthatónak értékelte, a 20-40 percet és egy kérdezőbiztost igénybe vevő vizsgálat a betegek 1/3-át elfárasztotta, rutin gyakorlatban való alkalmazása nem terjedt el.

Rövidebb, klinikai rutin használatra szánt eszközök közül megemlítenéd az 1998-ban publikált Missoula-VITAS Quality of Life Index [Byock, 1998], a széles körben elterjedt *distressz hőmérő* [Holland, 1998], illetve az 1999-ben bevezetett, azóta több módosításon átesett *Palliative Outcome Scale* (POS) [Hearn, 1999]. Krikorian - összegezve a rendelkezésre álló módszereket - további korrekt vizsgálatokat tartott szükségesnek [Krikorian, 2013; 2015]. Egyelőre nem alakult ki egységesen elfogadott mérőrendszer, illetve általános gyakorlat. A magunk mindennapi betegellátó gyakorlatában 2004-től használunk rutin szűrőkérdést a globális szenvedés mérésére. 2007-ben 140 újonnan gondozásba vett ambuláns beteg a „*mennyire teszi nehezzé betegsége mindennapi életét?*” kérdésre megdöbbenően magas, 9,1/10 átlag pontszámot jelzett, szemben a szimultán felvett fájdalom skála 6,4/10 értékével [saját, nem publikált vizsgálat]. A rendkívül egyszerű, magas szenzitivitású kérdés a beteg globális szenvedésének, illetve - utánkövetés során - a történt beavatkozásokkal való átfogó megelégedettségének egy lehetséges egyszerű mérőeszköze.

Az életvégi szenvedéssel kapcsolatos kutatások – terápiás eszközök

A szenvedés csökkentésére bevezetett pszichoterápiás eszközök értékelése sem egyértelmű. Metodikai nehézséget okoz a problémák sokrétősége, a betegek súlyos állapota, nagyfokú testi gyengesége, fáradtsága, az esetleges koncentrációs zavarok jelenléte, a betegség prognózisa miatt rendelkezésre álló rövid idő [Leo, 2013; Rosenfeld, 2017]. A Leo által a palliatív ellátásban ajánlott pszichoterápiás lehetőségek (kognitív magatartásterápia, szupportív, illetve interperszonális pszichoterápia, egzisztenciális terápia, méltóság megőrző terápia, relaxáció, hipnózis, gyászterápia) hatékonyságáról alig rendelkezünk adatokkal [Leo, 2013].

Meséljen az életéről, különösen azon eseményekről, melyek az ön számára a legfontosabbak!
 Van olyan önt érintő dolog, amiről szeretné, ha a családja tudna, vagy amire szeretné, ha emlékeznének?
 Milyen feladatai voltak az életben? Miért fontosak ezek az ön számára? Be tudta fejezni ezeket?
 Melyik munkáját tartja a legfontosabbnak? Mire a legbüszkébb az életében?
 Vannak olyan dolgok, amiket nagyon szeretne még elmondani hozzátartozóinak, vagy még egyszer átbeszélni velük?
 Milyen reményei és álmái vannak szeretteivel kapcsolatban?
 Milyen élettapasztalatait szeretné másoknak átadni?
 Milyen tanácsokkal látná el fiát, lányát, házastársát?
 Lenne-e valamilyen üzenete családjának, ami segítene nekik felkészülni az elkövetkezőkre?
 Van-e valamilyen más dolog, amit szeretne belefoglalni az elkészítendő dokumentumba?

4. Ábra: A méltóságterápia kérdései (Chochinov, 2005)

Az utóbbi évek egyik népszerű módszere lett a Chochinov által bevezetett, egzisztenciális szenvedés csökkentését célul kitűző *méltóságterápia*, melynek során a beteg egy terapeuta és egy strukturált kérdéslista segítségével áttekinti életének fő eseményeit, kiemelve szerepeit, elért eredményeit, erősítve önbecsülését. A beszélgetésről hangfelvétel, majd írásos dokumentum készül, melyet később - mint valamiféle hagyatékot - átad szeretteinek (4. ábra) [Chochinov, 2005]¹. Számos tanulmány vizsgálta a módszer hatékonyságát. Általában mind a beteg, mind a család általános megelégedettséget jelzett vissza, bár a depresszív tünetek és a szenvedés csökkentése vonatkozásában az eredmények nem voltak konzekvensek [Vuksanovic, 2017; Mai, 2018; Martínez, 2017; McClement, 2007; Chochinov, 2011]. Az eredeti munkacsoport bevonásával a méltóságterápia a közelmúltban továbbfejlesztésre került. Egyrészt az eredeti szerkezet megtartásával a beszélgetésbe egy családtagot is bevonva, az interjú kérdéseit rá is kiterjesztve alkották meg a hátrahagyandó dokumentumot (family dignity intervention, FDI) [Ho, 2017], másrészt a méltóságterápia legfontosabb témaköreit megőrizve, de a módszert átalakítva, *méltóságbeszélgetésként* is alkalmazásra kerül. Ennek során a beteg a családtagjaival közvetlenül - külső segítő személy nélkül - folytat a témában beszélgetést. Itt nem készül írásos dokumentum [Guo, 2018]. E két utóbbi változatban a bocsánatkérés és megbocsátás témája új elemként jelenik meg.

Ando és munkatársai a chochinovihoz hasonló, életeseményeket áttekintő beszélgetés (short-term life review, STLR) alapján a fiatalabb generáció számára a beteggel albumot készítettek. Vizsgálatukban kiemelik az általános támogatással összehasonlítva elért fokozódó spirituális jóllét-érzést, a halálra való eredményesebb felkészülést, a remény érzésének növekedését [Ando, 2008; 2010]. Más terápiás célú élettörténeti áttekintések is pozitív eredménnyel zárultak, randomizált, kontrollált vizsgálati helyzetekben [Wang, 2017].

¹ Magyarul is megjelent: Chochinov HM: Méltóságterápia. Utolsó szavak az utolsó napokra. Ford.: Biró Eszter. Budapest: Oriold K, 2014. (A szerk.)

Anderson kognitív magatartásterápiás megközelítést alkalmazott, de kiemeli, hogy a módszer az életvégi gondozásban erősen korlátozott. A betegek felmerülő negatív gondolatai állapotuk progressziója miatt valóságosak, és a beteg által kitűzött célok elérése a testi hanyatlás miatt sok esetben nem volt lehetséges [Anderson, 2008].

Bíró Eszter a Kharonban publikált tanulmányában hangsúlyozza a negatív és pozitív élmények együttes előfordulásának elkerülhetetlen szükségességét, célul kitűzve a pozitív élmények lehetőség szerinti erősítését [Bíró, 2009].

Breitbart és munkatársai Viktor Frankl logoterápiás módszerét átdolgozva alkották meg a jelentésközpontú pszichoterápiát (Meaning-Centered Psychotherapy, MCP), amelyet előrehaladott rákbetegeknél sikerrel alkalmaztak az életminőség, a spirituális jóllét javításában, a depresszív tünetek, a reménytelenség és a halálvágy csökkentésében [Masterson, 2017]. A módszert elesett állapotú, hospice-ban bentfekvő betegeknél is sikerrel alkalmazták (Meaning-Centered Psychotherapy–palliative care, MCP-PC), bár még elég kevés a tapasztalat [Rosenfeld, 2017].

A fentieknél lényegesen kevésbé strukturált módszerek is elterjedtek. A magunk gyakorlatából egyet emelnék ki, melyet önkénteseink kezébe adtunk. Családi fényképalbum nézegetésével a beteget élettörténetének elbeszélésére biztatjuk. Elgondolásunk szerint az önkéntesekkel megkezdett beszélgetés később a családtagokkal folytatódhat, az emlékek felidézése pedig elősegíti a búcsúzást és az ezzel kapcsolatos érzelmek kifejezését. (A módszer eredményességét még nem vizsgáltuk).

A kutatások eredményeinek beépítése a klinikai gyakorlatba

A továbbiakban igyekszünk a mindennapi betegellátó gyakorlat számára rövid ajánlást megfogalmazni. A szenvedés komplexitása és személyessége miatt ez nem lesz (nem is lehet) teljes, de praktikus segítséget adhat a szenvedés csökkentéséhez.

A betegség okozta testi tünetekkel részleteiben most nem foglalkozunk, azt azonban fontos kiemelni, hogy a fizikai tünetek lehetnek annyira kízóók, hogy elborítják a beteget, lehetlenné téve az egyéb problémákkal való foglalkozást. A jelenlévő intenzív testi panaszokat sürgősséggel kell kezelni, melynek során különböző egymásra épülő gyógyszeres tesztek és az elért eredmény szoros kontrollja elengedhetetlen.

Fizikai szenvedéseket a fölösleges utazás, szállítás, várakoztatás, orvosi-ápolói beavatkozások ugyancsak okozhatnak. Ezek megelőzése, elkerülése komplex stratégiát igényel, beleértve a szenvedésre történő érzékenyítést a szakemberképzésben [Wittenberg,

2017]; a mérlegelés attitűdjének kialakítását (túlbugzó gyógyítás, következmények nélküli vizsgálatok, felesleges kórházba szállítás stb); bizonyos finanszírozási szabályok módosítását (bevételek generálásának elkerülése s ezzel a betegmegjelenések számának csökkentése pl. alacsony dózisú palliatív sugárkezelés esetén); intézményi struktúrák és rutinok (pl. kora reggeli mosdatás, lázmérőzés) kialakítását stb. Ezen tényezők az intézményi hospice ellátásban - már annak tervezésekor - különös figyelmet kell, hogy kapjanak [Larsen, 2014; Berglund, 2012].

A nem fizikális szenvedés egy része is megelőzhető, illetve csökkenthető, amelynek egyik legfontosabb tényezője a megfelelő kommunikáció. Ennek a szakemberképzésben való hangsúlyos jelenléte elengedhetetlen, de ez önmagában még nem garantálja a megkívánt eredményt. A komplex módon szenvedő beteg emberrel és családjával való adekvát kommunikáció időt igényel, és a túlterhelt orvos, illetve ápoló – a kommunikációs helyszín és mód megválasztásával – legtöbbször tudatosan igyekszik ezt minél inkább lerövidíteni.

Bizonyos technikák alkalmazásával (rövid, strukturált kérdőívek, a szedett gyógyszerek listája, információs anyagok biztosítása, egyes feladatok más szakemberek felé történő delegálása) a beszélgetéseket lehet célirányosabbá, időhatékonyabbá tenni, de fontos azt hangsúlyozni, hogy különösen az első találkozás során, illetve később is - legalább egy-egy krízisesemény kapcsán - a betegre, panaszainak, betegségétörténetének meghallgatására, a beteg vizsgálatára fordított idő nem spórolható meg. Ez a "befektetés" azonban sokszorosan megtérül, nemcsak a beteg emocionális stresszének már önmagában bekövetkező valamilyen mértékű oldódása által, de a jobb megértést követően a hatékonyabb beavatkozás lehetősége által is [Lesho, 2003]. A passzív hallgatói szerep helyett aktív hallgatás a kívánatos, adott helyzetben szelíd provokáló kérdések feltételével, a beteg és a család információs, érzelmi harmonizációját - mint elérendő célt is - szem előtt tartva. A szenvedés érzelmi, szociális, illetve egzisztenciális (spirituális) összetevőinek feltérképezése történhet tájékoztató jellegű kérdőívek segítségével [Ruijs, 2009; Byock, 1998; Holland, 1998; Hearn, 1999], de fontosnak tartjuk ennek áttekintését a személyes beszélgetések során is (5. ábra). Ezen kérdések természetesen nem merevek, hanem az adott helyzethez igazodnak. Az utóbbi években pl.

<p>Mennyire értette meg az elvégzett vizsgálatok eredményeit? Mit tekint a fő problémájának? Mi most a legnehezebb? Mit remél jelenlegi kezelésétől? Mostanában mivel tölti az idejét? Mi az, ami mostanában örömet szerez önnek? Mi ad erőt a betegség terheinek elviselésében? Milyen célokat tűzzünk ki az elkövetkező időszakra? Ha én lennék a jótündér...</p>

5. ábra: Kérdések a szenvedés nem fizikális okainak felderítéséhez

előszeretettel használjuk az ún. “jótündér kérdést”: *Ha én lennék a jó tündér, és egy kérését teljesíteném, mit kérne tőlem a jelen helyzetben?* A meseszerű, némi szimbolikával és csöppnyi humorral fűszerezett provokáció lehetőséget ad a betegnek egy pillanatra kilépni az adott szituáció komolyságából, megfogalmazni rejtett vágyait, kinevetni saját szorongásait, küzdelmeit. Ezen feltáró kérdések általában a betegevizsgálat végén kerülnek feltételre, mintegy összegző jelleggel, a beszélgetés más síkon való folytatásának bevezetőiként. Gyakori, hogy a nem fizikális problémakör feltárására egy-egy kínzó testi tünet sikeres enyhítését követően kerül sor, egyrészt, mert a beteg legtöbbször a fizikai szenvedését nevesítve jelentkezik, másrészt, mert a súlyos fizikai szenvedés akadályozhatja a holisztikus megközelítésű explorációt, harmadrészt pedig azért, mert a testi tünetek eredményes csökkentése a betegnek reményt ad, és jelentősen növeli bizalmát a vizsgáló orvossal, illetve magával a hospice ellátással kapcsolatban.

A beteg pszichoszociális helyzetének feltárása, illetve az ezen a téren nyújtandó segítség a gondozásban résztvevő minden csapattag potenciális feladata. Az interdiszciplináris team fontossága, szerepe főleg a szenvedés komplexitásának kezelésében mutatkozik meg. Nyilván van olyan terület, amely speciálisan képzett pszichoterápiás szakembert igényel, de számos egyszerű beavatkozást a képzett palliatív gondozók (az önkénteseket is beleértve) elvégezhetnek (relaxáció, életinterjú, fényképalbum nézegetés). Az ápoló és a gyógytornász, aki a beteggel viszonylag szorosabb testi közelségbe kerül, speciális helyzetben van. Fel kell ismernie és alapszinten tudnia kell kezelni a testkép változások problémáját, az ebből, illetve a fokozódó kiszolgáltatottságból fakadó szégyenérzetet, a beteg izolációs terheit stb. Törekedni kell a beteg megmaradt képességeinek kiaknázásával a kiszolgáltatottság csökkentésére, az ápolás során a méltóság és autonómia lehetőség szerinti megtartására, a családtagok támogatásával az izoláció mérséklésére, a teher érzésének csökkentésére, a búcsú elősegítésére. A pszichoszociális ellátást végző szakember által alkalmazott módszer nyilvánvalóan függ a terapeuta egyes területeken való jártasságától, a beteg aktuális igényeitől, pszichés és szomatikus állapotától, a várható prognózistól. A beavatkozás mindenképpen személyre szabott kell, hogy legyen, és az adott helyzet függvényében több módszer egyes elemeit is vegyítheti. Az életinterjú, az élet értékeinek keresése, a múlt- és jelenbeli emberi kapcsolatok, a befejezetlen dolgok áttekintése, a jelen helyzetben való értelemkeresés, az érzelmek kifejezésének elősegítése, a bocsánatkérés és megbocsátás készségének támogatása, a búcsú katalizálása, a nagylelkűség előmozdítása, szellemi hagyaték vagy akár tárgyi emlék hátrahagyása, a halállal, temetéssel kapcsolatos

rendelkezések megtétele mind-mind olyan lépések, amelyek a beteg szenvedését enyhíthetik, és elősegíthetik felkészülését a „jó halálra”. Ebben a munkában értelemszerűen helyet kell, hogy kapjon egy képzett lelkész is, akitől a beteg – igény esetén – mélyebb spirituális dimenziókban is kaphat segítséget.

A család és a gondozó team részvétele a beteg szenvedésében

Jelen tanulmány keretei nem engedik meg, hogy a család és a team által megélt szenvedést és az ezen a területen végezhető beavatkozásokat részletesen tárgyaljuk. Az együttes említés nem megszokott, de részemről tudatos: a hospice ellátás során mind a személyzet átmeneti beépülése a családba (elsősorban otthoni ellátás esetében), mind a család átmeneti beépülése a gondozó teambe (elsősorban intézményi ellátás során) valamilyen mértékben jelen van vagy jelen lehet. Mindkét oldalt érintheti a fizikai kifáradás, a beteg szenvedése által okozott frusztráció, az együtt-szenvedés, bizonyos – általában nem tudatos – háritó, elkerülési stratégiák kialakulása stb. Ahogy az egyes családtagok között felléphetnek a gondozás során feszültségek, ugyanúgy a team tagjai sem mentesek ennek lehetőségétől. A palliatív kutatások évtizedek óta foglalkoznak külön a család és külön a team problémakörével. Ez a sajátos együtt szemlélés akár új dimenziót is nyithat a kölcsönös megértés és támogatás területén.

Befejezés

A hospice ellátás egyre erősödő egészségügyi integrációja, a bekövetkező bizonyos mértékű medikalizáció kapcsán, a túlterheltség növekedésével fennáll a veszélye, hogy a beteg szenvedésére kevésbé leszünk fogékonyak, mint a „kezdet kezdetén”. Lehet, hogy a tudásunk, a palliatív területen szerzett tapasztalatunk nő, a problémamegoldó eszköztárunk gazdagodik, de időről-időre fel kell magunknak tenni a kérdést: vajon a beteg globális szenvedését jobban csökkentjük-e ma, mint munkánk kezdetén? Az őszinte válasz lehet *igen*, *nem* vagy *nem tudom*, illetve árnyaltabb formában: *néha valószínűleg igen* és *néha valószínűleg nem*. Addig, amíg ez a tükörbe nézés megtörténik, és vágódunk vissza a kezdeti lelkesedésünkhöz, valószínűleg nincs nagy baj. Az emberi szenvedés munkánk legerősebb motiváló tényezője volt, és kell, hogy maradjon. Ennek szellemében hadd álljon itt záró gondolatként Arany János örök érvényű hitvallása:

Legnagyobb cél pedig, itt, e földi létben,

Ember lenni mindég, minden körülményben. (Domokos napra)

IRODALOM

- ABRAHAM, A. – KUTNER, J.S. – BEATY, B. (2006): Suffering at the end of life in the setting of low physical symptom distress. *J Palliat Med* 9 (3): 658-665.
- ADLER, N.E. – PAGE, A.E.K. (EDS.) INSTITUTE OF MEDICINE (2008): *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. Washington (DC), National Academies Press
- ANDERSON, T. – WATSON, M. – DAVIDSON, R. (2008): The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study. *Palliat Med* 22: 814–821.
- ANDO, M. – MORITA, T. – AKECHI, T. ET AL. (2010): Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 39: 993–1002.
- ANDO, M. – MORITA, T. – OKAMOTO, T. ET AL. (2008): One-week Short-Term Life Review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncol* 17: 885–890.
- BERGLUND, M. – WESTIN, L. – SVANSTRO, R. ET AL. (2012): Suffering caused by care - Patients' experiences from hospital settings. *Int J Qualitative Stud Health Well-being* 7: 18688 - <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v7i0.18688>
- BÍRÓ E. (2009): Pozitív élmények az élet végén. *Kharón* 13: 19-31.
- BYOCK, I. – MERRIMAN, M. (1998): Measuring quality of life for patient with terminal illness: The Missoula Quality of Life Index (MVQOLI). *Palliat Med* 12: 231–244.
- CASSEL, E.J. (1982): The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 306: 639–645.
- CHAPMAN, C.R. – GAVRIN, J. (1993): Suffering and its relationship to pain. *J Palliat Care* 9 (2): 5-13.
- CHERNY, N. (2015): The problem of suffering and the principles of assessment in palliative medicine. In: CHERNY, N. – FALLON, M. – KAASA, S. et al. (eds.) *Oxford textbook of palliative medicine* (5 ed). New York, Oxford University Press 35-48.
- CHERNY, N.I. – COYLE, N.M. – FOLE, K.M. (1994): Suffering in the advanced cancer patient: A definition and taxonomy. *J Palliat Care* 10: 57–70.
- CHOCHINOV, H.M. – HACK, T. – HASSARD, T. ET AL. (2005): Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 23: 5520-5525. DOI: 10.1200/JCO.2005.08.391

- CHOCHINOV, H.M. – KRISTJANSON, L.J. – BREITBART, W. ET AL. (2011): Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 12: 753–762.
- CHOCHINOV, H.M. (2002): Dignity-conserving care - A new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA* 287: 2253–2260.
- CLARK, D. (1999): ‘Total pain’, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science and Medicine* 49: 727-736.
- FISHBAIN, D.A. – LEWIS, J.E. – GAO, J. (2015): The Pain-Suffering Association, A Review. *Pain Medicine* 16: 1057–1072.
- GANZINI, L. – SILVEIRA, M.J. – JOHNSTON, W.S. (2002): Predictors and correlates of interest in assisted suicide in the final month of life among ALS patients in Oregon and Washington. *J Pain Symptom Manage* 24: 312-317.
- GUNARATNAM, Y. – OLIVIERE, D. (2009): *Narrative and stories in health care: illness, dying and bereavement*. New York, Oxford University Press
- GUO, Q. – CHOCHINOV, H.M. – MCCLEMENT, S. ET AL. (2018): Development and evaluation of the Dignity Talk question framework for palliative patients and their families: A mixed-methods study. *Palliat Med* 32 (1): 195–205.
- HARTOGH, G. (2017): Suffering and dying well: on the proper aim of palliative care. *Med Health Care and Philos* 20: 413–424. DOI 10.1007/s11019-017-9764-3
- HEARN, J. – HIGGINSON, I.J. (1999): Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. Palliative Care Core Audit Project Advisory Group. *Qual Health Care* 8 (4): 219-27.
- HENNEZEL, M. – LELOUP, J.Y. (1999): *A halál művészete*. Budapest, Európa 134-159.
- HO, A.H.Y. – CAR, J. – RINGO, M-H. ET AL. (2017): A novel Family Dignity Intervention (FDI) for enhancing and informing holistic palliative care in Asia. *Trials* 18: 587 DOI 10.1186/s13063-017-2325-5
- HOLLAND, J. (1998): NCCN practical guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*; 13(5A):113. Revised as: NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). Clinical Practical Guideline in Oncology. Distress Management, 2.2018. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf Elérés: 2018.12.08.
- KLEPSTAD, P. – KAASA, S. – CHERNY, N. ET AL. RESEARCH STEERING COMMITTEE OF THE EAPC (2005): Pain and pain treatments in European palliative care units. A cross

- sectional survey from the European Association for Palliative Care Research Network. *Palliat Med* 19: 477-484.
- KRIKORIAN, A. – LIMONERO, J.T. – COREY, M.T. (2013): Suffering assessment: a review of available instruments for use in palliative care. *J Palliat Med* 16 (2): 130-42. doi: 10.1089/jpm.2012.0370.
- KRIKORIAN, A. – LIMONERO, J.T. – ROMÁN, J.P. ET AL. (2014): Predictors of suffering in advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 31 (5): 534-42. doi: 10.1177/1049909113494092.
- KRIKORIAN, A. – ROMÁN, J.P. (2015): Current dilemmas in the assessment of suffering in palliative care. *Palliat Support Care* 13 (4): 1093-101. doi: 10.1017/S1478951514001102.
- KWON, Y.C. – YUN, Y.H. – LEE, K.H. ET AL. (2006): Symptoms in the lives of terminal cancer patients: Which is the most important? *Oncology* 71 (1–2): 69–76.
- LARSEN, L.S. – LARSEN, B.H. – BIRKELUND, R. (2014): A companionship between strangers - the hospital environment as a challenge in patient-patient interaction in oncology wards. *J Adv Nurs* 70 (2): 395-404. doi: 10.1111/jan.12204.
- LEO, R.J. – MARAINO, M.T. (2013): Psychological distress and psychiatric comorbidities in palliative care. In: VADIVELU, N. – KAYE, A. – BERGER, J. (eds.) *Essentials of Palliative Care*. New York, Springer 23-48.
- LESHO, E.P. (2003): When the Spirit Hurts. An Approach to the Suffering Patient. *Arch Intern Med* 163 (10): 2429-2432.
- MACDONALD, N. – ONESCHUK, D. – HAGEN, N. ET AL. (eds.) (2005): *Palliative Medicine: A Case-based Manual*. New York, Oxford University Press
- MAI, S.S. – GOEBEL, S. – JENTSCHKE, E. ET AL. (2018): Feasibility, acceptability and adaption of dignity therapy: a mixed methods study achieving 360° feedback. *BMC Palliative Care* 17: 73 <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0326-0>
- MARTÍNEZ, M. – ARANTZAMENDI, M. – BELAR, A. ET AL. (2017): ‘Dignity therapy’, a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliat Med* 31 (6): 492-509. DOI: 10.1177/0269216316665562
- MASTERSON, M. (2017): Adapting Meaning-Centered Psychotherapy for the palliative care setting in: BREITBART, W.S. (ed). *Meaning-Centered Psychotherapy in the Cancer Setting: Finding Meaning and Hope in face of the suffering*. Oxford, Oxford University Press

- MCCLEMENT, S. – CHOCHINOV, H.M. – HACK, T. ET AL. (2007): Dignity therapy: Family member perspectives. *J Palliat Med* 10: 1076–1082.
- MORITA, T. – SAKAGUCHI, Y. – HIRAI, K. ET AL. (2004): Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage* 27: 44–52.
- NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). (2018): Clinical Practical Guideline in Oncology. Distress Management, 2.2018.
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf Elérés: 2018.12.08.
- OI-LING, K. – MAN-WAH, D. – KAM-HUNG, D. (2005): Symptom distress as rated by advanced cancer patients, caregivers and physicians in the last week of life. *Palliat Med* 19 (3): 228–233.
- ROSENFELD, B. – SARACINO, R. – TOBIAS, K. ET AL. (2017): Adapting Meaning-Centered Psychotherapy for the palliative care setting: Results of a pilot study. *Palliat Med* 31 (2): 140–146. doi:10.1177/0269216316651570.
- RUIJS, C.D.M. – ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B.D. – VAN DER WAL, G. ET AL. (2009): Unbearability of suffering at the end-of-life: The development of a new measuring device, the SOS-V. *BMC Palliative Care* 8: 16.
- SAUNDERS, C. – BAINES, M. – DUNLOP, R. (1995): *Living with dying* (3 ed). New York, Oxford University Press 45-56.
- SAUNDERS, C. (1964): Care of patients suffering from terminal illness at St Joseph’s Hospice, Hackney, London. *Nursing Mirror* 14(2): vii-x.
- SAUNDERS, C. (1972): The care of the dying patient and his family. *Contact* 38: 12-18.
- SCHROEPFER, T.A. (2007): Critical events in the dying process: The potential for physical and psychosocial suffering. *J Palliat Med* 10 (1): 136-147.
- VAN GENNIP, I.E. – PASMÁN, H.R.W. – OOSTERVELD-VLUG, M.G. ET AL. (2013): The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients. *Int J Nurs Stud* 50: 1080–1089.
- VAN TOL, D. – RIETJENS, J. – HEIDE, A. (2010): Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners. *Health Policy (Amsterdam)* 97 (2–3): 166–172.
- VUKSANOVIC, D. – GREEN, H.J. – DYCK, M. ET AL. (2017): Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage* 53 (2): 162-170.e1. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.09.005.

- WANG, C.W. – CHOW, A.Y. – CHAN, C.L. (2017): The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Palliat Med* 31 (10): 883-894. doi: 10.1177/0269216317705101.
- WATSON, M. – LUKAS, C. – HOY, A. ET AL. (eds.) (2009): *Oxford handbook of palliative care* (2 ed). New York, Oxford University Press
- WITTENBERG, E. – RAGAN, S.L. – FERRELL, B. ET AL. (2017): Creating Humanistic Clinicians Through Palliative Care Education. *J Pain Symptom Manage* 53 (1): 153-156.
- WOODRUFF, R. (2004): *Palliat Med. Evidence-based symptomatic and supportive care for patients with advanced cancer* (4 ed). New York, Oxford University Press
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) COLLABORATING CENTRE FOR PALLIATIVE CANCER CARE (1997): *Looking forward to cancer pain relief for all. International consensus on the management of cancer pain.* Oxford, CBC 24-25.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1986): *Cancer pain relief.* Geneva, World Health Organization 9.
- YUN, Y.H. – KIM, K-N. – SIM, J.A. ET AL. (2018): Comparison of attitudes towards five end-of-life care interventions (active pain control, withdrawal of futile lifesustaining treatment, passive euthanasia, active euthanasia and physician-assisted suicide): a multicentred cross-sectional survey of Korean patients with cancer, their family caregivers, physicians and the general Korean population. *BMJ Open*; 8: e020519. doi:10.1136/bmjopen-2017-020519
- YUN, Y.H. – MENDOZA, T.R. – KANG, I.O. ET AL. (2006): Validation study of the Korean version of the M.D. Anderson Symptom Inventory. *J Pain Symptom Manage* 31: 345–352.

Dr. Simkó Csaba
osztályvezető főorvos
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház
Erzsébet Hospice Otthon
simkocsa@gmail.com