

mgr Natalia Czyżowska
Katedra Psychologii
Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie

Opieka skoncentrowana na godności jako odpowiedź na potrzeby osób u kresu życia

Wprowadzenie

Działania mające na celu troskę o godność i jakość ludzkiego życia powinny obejmować cały okres jego trwania. Osoby mierzące się z zagrażającą życiu chorobą oraz ich rodziny coraz częściej obejmowane są opieką paliatywną, która zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia¹ polega na podejmowaniu działań ukierunkowanych na poprawę jakości życia poprzez przeciwdziałanie i zmniejszanie cierpienia zarówno w sferze somatycznej jak również psychospołecznej i duchowej. Jakkolwiek dzięki postępowi medycyny leczenie bólu i innych dolegliwości somatycznych staje się coraz bardziej skuteczne, o tyle uśmierzenie cierpienia psychicznego i właściwa odpowiedź na potrzeby psychospołeczne oraz duchowe pacjentów w dalszym ciągu stanowi wyzwanie dla personelu opiekującego się osobą u kresu życia. Podejmowanie właściwych interwencji skierowanych na poprawę stanu psychicznego pacjentów terminalnie chorych wydaje się niezwykle istotne ponieważ jak pokazują wyniki badań dla jakości życia pacjentów większe znaczenie ma właśnie ich stan psychiczny, a nie fizyczny (Smith, Avis, Assman, 1999; Papuć, 2011). Ponadto wyniki niektórych badań sugerują, że problemy egzystencjalne i psychospołeczne budzą w pacjentach większy niepokój niż dolegliwości bólowe i inne objawy somatyczne (Breitbart, Rosenfeld, Passik, 1996; Meier, Eammons i in. 1998). Zagrażająca życiu choroba niesie ze sobą wiele negatywnych konsekwencji dla psychicznego funkcjonowania jednostki. Szacuje się, iż od 15 do nawet 75% pacjentów u kresu życia cierpi z powodu zaburzeń depresyjnych (Strada, 2009; Rosenstein, 2011; Porche, Reymond i in., 2014), a u około 30% można zaobserwować podniesiony lub klinicznie istotny poziom lęku (Kolva, Rosenfeld i in. 2011).

¹ World Health Organization, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Badacze zwracają uwagę, iż objawy depresyjne związane są z występowaniem u pacjentów pragnienia przyspieszenia własnej śmierci (*desire for hastened death*)(Breitbart, Rosenfeld i in. 2000; Rodin, Lo i in. 2009).

Dotychczasowe badania wskazują również, iż poczucie beznadziei, które - co istotne - może być obecne u pacjentów, u których nie diagnozuje się depresji, jest w większym stopniu związane z obecnością myśli samobójczych u osób u kresu życia niż depresja (Chochinov, Wilson i in. 1998), a także, iż koreluje ono dodatnio z samobójstwami u pacjentów z chorobą nowotworową (Owen, Tennant i in. 1992; 1994). W związku ze specyficznym rodzajem dystresu doświadczanego przez osoby znajdujące się u schyłku życia pojawiła się propozycja wprowadzenia nowej klinicznej diagnozy – syndromu demoralizacji (*demoralization syndrome*), który miałby wyjaśniać m.in. obecność myśli samobójczych u chorych w opiece paliatywnej (Kissane, 1999; 2001).

Australijscy psychiatrzy David Kissane i David Clarke wraz ze współpracownikami zaproponowali, aby wśród kryteriów diagnostycznych syndromu demoralizacji znalazły się takie objawy jak: egzystencjalny dystres obejmujący poczucie beznadziei, utarty sensu oraz celu życia; postawy poznawcze, w których dominuje pesymizm, bezradność, poczucie bycia w pułapce i osobistej porażki; brak napędu lub motywacji do radzenia sobie oraz społeczne wycofanie i izolacja przy równoczesnym braku depresji i innych zaburzeń psychicznych (Kissane, Clarke, Street, 2001).

Syndrom demoralizacji, w odróżnieniu od depresji, jest więc zaburzeniem koncentrującym się wokół utarty nadziei i sensu, a nie obniżenia nastroju, anhedonii czy zmian w zakresie afektu (Kissane, 2014; Robinson, Kissane i in. 2014). Szacuje się, iż problem ten dotyczy od 13 do 18% pacjentów (Robinson, Kissane i in. 2015).

Jak pokazują badania istnieje silny związek pomiędzy depresją, lękiem, pragnieniem śmierci, poczuciem beznadziei i ogólnym spadkiem jakości życia a obniżonym poczuciem godności u chorych u kresu życia (Chochinov, 2002; Chochinov, Hack, Hassard i in. 2002). Pozwala to przypuszczać, iż poczucie godności, a przede wszystkim możliwość jego zachowania w sytuacji choroby zagrażającej życiu, jest dla pacjentów niezwykle ważne i w znaczący sposób wpływa na ich samopoczucie.

Niektórzy zwracają uwagę, iż u podstaw opieki paliatywnej powinno leżeć filozoficzne przekonanie o konieczności uznawania wrodzonej godności jednostek,

a samo poszanowanie godności stanowi jeden z jej podstawowych elementów (Geyman, 1983; Madan, 1991; Chochinov, Hack, McClement i in. 2002).

Sami pacjenci proszeni o opisanie czym jest dla nich „dobra śmierć” wskazywali między innymi na kwestię godności (Payne, Langler – Evans, Hiller, 1996). Ze względu na kluczową rolę godności H.M. Chochinov wraz ze współpracownikami opracował model opieki paliatywnej skoncentrowany na zachowaniu godności oraz oddziaływania terapeutyczne skierowane do pacjentów, u których poczucie godności jest szczególnie zagrożone (Chochinov, 2002; Chochinov, Hack, Hassard i in. 2005).

1. Rozumienie pojęcia godności przez pacjentów w opiece paliatywnej

Pomimo tego, iż istnieje wiele definicji godności, badacze zwrócili uwagę, że konieczne jest określenie jak pojęcie godności jest rozumiane i opisywane przez samych pacjentów u schyłku życia, gdyż dopiero spojrzenie na ten problem z ich perspektywy pozwoli na podejmowanie działań wychodzących naprzeciw ich potrzebom i oczekiwaniom. Wydaje się to również szczególnie istotne w kontekście badań, które wskazują, iż personel medyczny oraz członkowie rodziny chorego mogą uznawać odmienne czynniki za szczególnie ważne u kresu życia, a ich przekonania nie zawsze są spójne z poglądami samych chorych (Payne, Langler–Evans, Hiller, 1996; Steinhauser, Christakis, Clipp i in., 2000; Steinhauser, Christakis, Clipp i in. 2001). Pacjentom z zaawansowaną chorobą nowotworową zadawano pytania dotyczące tego czym z perspektywy ich doświadczeń związanych z chorobą jest godność, co wspiera, a co zmniejsza ich poczucie godności oraz czy życie pozbawione godności jest w ich odczuciu wartościowe. W wyniku przeprowadzonych analiz jakościowych wyłoniono trzy główne kategorie. Pierwszą stanowią obawy związane z chorobą, które wpływają na poczucie godności (*illness – related concerns that influence dignity*), a w jej obrębie pojawiają się takie tematy jak: poziom niezależności chorego, rozumiany jako stopień w jakim chory polega na innych zarówno w aspekcie poznawczej jak i fizycznej sprawności, oraz niepokój związany z objawami definiowany jako doświadczanie fizycznego i psychicznego dyskomfortu związanego z postępowaniem choroby. Obawy związane z utratą niezależności oraz psychicznej i fizycznej sprawności w relacjach pacjentów były przedstawiane jako czynniki zagrażające ich godności. Kolejna wyróżniona kategoria – repertuar (zachowań) sprzyjających zachowaniu godności (*dignity conserving*

repertoire) – odnosi się do perspektyw i praktyk, które mogą wzmacniać poczucie godności. Wśród sposobów patrzenia na sytuację choroby, które mogą wzmacniać własne poczucie godności pacjenci wymieniali między innymi generatywność, nadzieję, akceptację czy ducha walki natomiast w kontekście praktyk zwracali uwagę na potrzebę życia chwilą/zanurzenia się w danym momencie, zachowania normalności i poszukiwania duchowego komfortu. Ostatnia kategoria, która została nazwana przez badaczy – inwentarzem godności społecznej (*social dignity inventory*) – opisuje obawy pacjentów dotyczące sfery społecznej oraz dynamiki ich relacji, które mogą obniżać lub zwiększać ich poczucie godności. W tej kategorii pojawiają się tematy związane z granicami prywatności (i ich ewentualnym naruszeniem w trakcie opieki), wsparciem społecznym, postawą osób wchodzących w kontakt z chorym, poczuciem bycia ciężarem dla innych oraz obawami odnośnie tego jak śmierć pacjenta wpłynie na jego rodzinę i otoczenie. Przeprowadzone analizy wypowiedzi pacjentów wskazują, że szczególnie kumulacja negatywnych doświadczeń związanych z tą kategorią takich jak: utrata prywatności, brak wsparcia społecznego, nieadekwatne postawy osób sprawujących opiekę nad chorym, poczucie bycia ciężarem i silny lęk dotyczący tego jak otoczenie poradzi sobie z odejściem pacjenta może prowadzić do znacznego obniżenia poczucia godności u danej osoby (Chochinov, Hack, McClement i in. 2002).

Rozumienie godności u pacjentów u schyłku życia jest dość szerokie i zróżnicowane, odwołuje się bowiem do wielu doświadczeń i sytuacji, które są obecne ich w życiu, jednak świadomość tej złożoności może stanowić dla osób sprawujących nad nimi opiekę cenną wskazówkę dotyczącą tego na co powinny zwracać szczególną uwagę i sprawić, iż do kwestii poszanowania godności chorych będą oni podchodzić z większą uważnością i delikatnością. Z racji tego, iż jak pokazały badania, dwie trzecie hospitalizowanych pacjentów wyraziło przekonanie, iż godność może być im odebrana przez innych, a niektórzy pacjenci doświadczali frustracji w sytuacjach, w których sposób sprawowania nad nimi opieki oraz leczenia pozbawiał ich godności (Chochinov, Hack, McClement i in. 2002), jak najbardziej zasadnym było stworzenie modelu opieki paliatywnej, w którego centrum znajduje się kwestia godności pacjenta.

2. Model opieki paliatywnej oparty na zachowaniu godności

Model opieki paliatywnej skoncentrowany na zachowaniu godności zawiera szereg konkretnych wskazówek, które mogą być wykorzystywane w pracy z osobami u kresu życia w celu zachowania lub zwiększenia u nich poczucia własnej godności. Jest rzeczą oczywistą, iż każdy z pacjentów powinien być traktowany w indywidualny sposób, zwłaszcza, że pojmowanie godności przez konkretną osobę nie musi pokrywać się z rozumieniem godności opisanym powyżej, jednak wydaje się, że dzięki temu, iż model ten jest bardzo rozbudowany i proponuje szeroką gamę oddziaływań terapeutycznych, jego elementy mogą być wykorzystywane w opiece nad każdym pacjentem. W celu obniżania niepokoju generowanego przez możliwość utraty niezależności w ramach modelu zaleca się włączanie pacjenta w podejmowanie decyzji zarówno medycznych (związanych z leczeniem oraz organizacją opieki) jak i tych dotyczących jego prywatnych spraw. Jeśli to możliwe należy unikać leków uspokajających, które mogą wpływać na sprawność funkcji poznawczych pacjenta. Aby umożliwić choremu jak najdłuższe zachowanie sprawności fizycznej proponuje się stosowanie ortez, fizjoterapii oraz terapii zajęciowej. Wskazane jest również czujne monitorowanie objawów i częsta ocena ich nasilenia. W pracy z dystresem psychicznym pomocne jest prezentowanie postawy wspierającej, empatyczne słuchanie oraz dostarczanie pacjentowi jasnych i zrozumiałych informacji dotyczących możliwości leczenia oraz tego, co może spotkać pacjenta w przyszłości i w jaki sposób będzie on mógł sobie z tym radzić. Bardzo istotne jest podejmowanie działań, które będą odnosiły się do kategorii repertuaru zachowań sprzyjających zachowaniu godności takich jak: zachęcanie i umożliwianie pacjentowi wykonywania czynności, które są dla niego znaczące i celowe; wykazywanie zainteresowania tymi aspektami życia pacjenta, które są dla niego najważniejsze i najbardziej wartościowe (mogą to być te aspekty, z których chory jest najbardziej dumny np. życiowe osiągnięcia); traktowanie pacjenta jako osoby godnej szacunku; zachęcanie pacjenta do podejmowania czynności poprawiających mu samopoczucie (takich jak: modlitwa, medytacja, oglądanie filmów); pozwalanie pacjentowi na uczestnictwo w rytuałach dnia codziennego lub szukanie pocieszenia w chwilowych rozrywkach (np. słuchaniu muzyki); organizowanie spotkań z kapłanem (lub duchowym liderem) oraz stwarzanie pacjentowi możliwości uczestniczenia w wydarzeniach o charakterze religijnym i kulturalnym. Jak pokazują badania części

pacjentów uczestnictwo w praktykach religijnych i duchowych pozwala zachować poczucie godności (Holland, Passik, Cash, 1999). W ramach modelu sformułowano także propozycje oddziaływań związanych ze społecznym funkcjonowaniem pacjenta. Aby pacjent miał poczucie, iż granice jego prywatności są szanowane za każdym razem powinno się go pytać np. o zgodę na przeprowadzenie badania oraz zapewnić mu tyle intymności, ile jest możliwe chociażby poprzez korzystanie z zasłonek. Polityka odwiedzin powinna być liberalna tak, aby pacjent miał możliwość otrzymywania społecznego wsparcia. Warto również dowiedzieć się, które osoby są dla pacjenta szczególnie ważne lub które darzy największym zaufaniem.

W kontekście obaw związanych z poczuciem bycia ciężarem dla innych proponuje się zachęcanie pacjenta do otwartej rozmowy na ten temat z osobami, które jego zdaniem, są szczególnie obciążone. Można również zachęcać pacjenta do uporządkowania swoich spraw np. poprzez sporządzenie testamentu, wydanie rozporządzeń czy zaplanowanie własnego pogrzebu (Chochinov, 2002).

Elementem uzupełniającym model jest Terapia Godności (*Dignity Therapy*). Ta psychoterapeutyczna interwencja polega na przeprowadzeniu z pacjentem nagrywanych sesji, na których porusza się kwestie związane z różnymi aspektami jego życia – przede wszystkim tymi, co do których pacjent wyraża życzenie, aby zostały zapamiętane. Sesje następnie są transkrybowane i przekazywane pacjentowi w formie dokumentu, który może on podarować swojej rodzinie i przyjaciołom (szczegółowy protokół postępowania w terapii godności w Tabeli 1.). Dzięki temu chory zyskuje poczucie, że jakaś część jego istoty czy osobowości będzie w dalszym ciągu istniała po jego śmierci. Podczas spotkań z pacjentem zachęca się go do opowiedzenia historii jego życia ze szczególnym uwzględnieniem wydarzeń, którego jego zdaniem były najważniejsze i w których naprawdę czuł, że żyje. Chory pytany jest także o to czy są jakieś rzeczy, które jego bliscy powinni o nim wiedzieć lub zapamiętać (szczegółowy protokół pytań zadawanych w trakcie sesji w Tabeli 2) Jednym z głównych zadań Terapii Godności jest więc stworzenie pacjentowi możliwości podjęcia działań w obszarze generatywności oraz tworzenia własnej spuścizny w celu zwiększenia nie tylko jego poczucia godności, ale również poczucia sensu, celu oraz jakości życia (Chochinov, 2002; Chochinov, Hack, Hassard i in. 2005; McClement, Chochinov, Hack i in. 2007).

Dotychczasowe badania dotyczące skuteczności Terapii Godności u pacjentów terminalnie chorych pokazują, iż jej zastosowanie jest związane z obniżeniem u nich

poziomu depresji i lęku (Juliao, Barbosa, Olveira in. 2013; Juliao, Oliviera, Nunes, 2014). Także członkowie rodzin chorych, którzy uczestniczyli w sesjach Terapii Godności, byli zdania, iż ten rodzaj interwencji wpłynął pozytywnie na ich bliskich. 95% przebadanych rodzin wskazywało, iż udział w Terapii Godności pomógł pacjentowi; 78% uważało, że podniosło to jego poczucie godności, a także poczucie celu (72%); 65% ankietowanych stwierdziło, iż pomogło to ich bliskim przygotować się na śmierć i zmniejszyło ich cierpienie (43%).

Tabela 1. Protokół Terapii Godności

1. Zidentyfikuj kompetentnych pacjentów terminalnie chorych, którzy chcieliby wziąć udział w terapii godności.
2. W obecności terapeuty z pacjentami przeprowadzany jest wywiad obejmujący pytania zwarte w protokole pytań Terapii Godności, mające ukierunkowywać jego wypowiedzi.
3. W zależności od możliwości i życzeń pacjenta zaproponuj jedną lub dwie sesje w możliwie jak najkrótszym odstępie (1-3 dni).
4. Dokonaj transkrypcji rozmowy w przeciągu 2-3 dni od wywiadu.
5. W ciągu następnych 24 – 48 godzin edytuj transkrypcję, zmieniając format dialogu na płynną narrację (usuwanie kolokwializmów, korygowanie sekwencji czasowych, eliminowanie treści niezwiązanych z generatywnością).
6. Po zakończeniu edycji ponownie udaj się do pacjenta, aby mógł on zapoznać się z całością dokumentu i upewnij się, że wszystkie zmiany są poprawne i odpowiadają oczekiwaniom pacjenta.
7. Dokonaj wszelkich niezbędnych poprawek w ciągu 24 – 48 godzin.
8. Po zakończeniu korekty pacjent otrzymuje wydruk dokumentu.
9. Jeśli pacjent ma takie życzenie, może on podzielić się lub podarować dokument swoim przyjaciółom, członkom rodziny lub innym ukochanym osobom, które zostaną przez niego wybrane.

Źródło: McClement S., Chochinov H.M., Hack T. (2007). Dignity therapy: family member perspectives, *Journal of Palliative Medicine*, 10(5), 1076–1082

Tabela 2. Protokół pytań Psychoterapii Godności

Opowiedz mi trochę o historii swojego życia: szczególnie o tych wydarzeniach, które pamiętasz najlepiej lub uważasz, że są najważniejsze. Kiedy najbardziej czułeś, że żyjesz?
Czy są konkretne rzeczy które chciałbyś, aby Twoja rodzina wiedziała o Tobie lub konkretne rzeczy, które chciałbyś, żeby zapamiętali?
Jakie są najważniejsze role, które pełnisz w swoim życiu (rodzinne, zawodowe, społeczne)? Dlaczego są dla Ciebie takie ważne i jak myślisz, co udało Ci się w nich osiągnąć?
Jakie są Twoje najważniejsze osiągnięcia i z czego czujesz się najbardziej dumny?
Czy są jakieś szczególne rzeczy, które chciałbyś powiedzieć swoim bliskim lub takie, które chciałbyś powiedzieć im jeszcze raz?
Jakie są Twoje nadzieje i marzenia związane z Twoimi bliskimi?
Czego nauczyłeś się o życiu co chciałbyś przekazać innym osobom? Jakie rady lub wskazówki chciałbyś przekazać (synowi, córce, mężowi, żonie, rodzicom, innym osobom)?
Czy są jakieś słowa, a może nawet instrukcje, które chciałbyś przekazać swojej rodzinie, aby pomóc im przygotować się na przyszłość?
Czy tworząc ten trwały zapis, chciałbyś coś jeszcze w nim zawrzeć?

Źródło: Chochinov H.M., Hack T., Hassard T., Kristjanson L.J., McClement S., Harlos M. (2005), Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life, *Journal of Clinical Oncology*, 23, 5520- 5525

Co więcej okazało się, iż Terapia Godności miała także pozytywny wpływ na same rodziny pacjentów. 78% rodzin wskazało, iż otrzymany przez nich dokument, który powstał w oparciu o przeprowadzone sesje terapeutyczne, pomógł im w czasie przeżywanego przez nich smutku, a 77% twierdziło, iż dokument będzie w dalszym ciągu źródłem pociechy dla innych członków rodziny i ich samych (McClement, Chochinov, Hack i in. 2007).

Podsumowanie

W świetle dotychczasowych doniesień wydaje się, iż model skoncentrowany na godności w opiece paliatywnej dobrze odpowiada na potrzeby osób u kresu życia i warto stosować go w praktyce. Zwraca się w nim bowiem uwagę na istotne problemy terminalnie chorych pacjentów, a równocześnie proponuje konkretne działania, które mają na celu zmniejszenie ich cierpienia oraz podniesienie poziomu jakości życia. Warto podkreślić, iż część z tych propozycji nie wymaga wielkiego wysiłku ze strony personelu medycznego czy osób z otoczenia pacjenta, a jedynie większej uważności, delikatności i zainteresowania osobą chorego oraz jego perspektywą oceny sytuacji życiowej, w której się znalazł.

Stosowanie Terapii Godności stwarza natomiast szansę na to, że czas, który pozostał pacjentowi, nie będzie przez niego przeżywany jako pozbawiony sensu, ale może być czasem wartościowym i pełnym nadziei. Jan Paweł II na audiencji generalnej 11 września 2002 roku powiedział, że „każdy człowiek ma prawo, by szanowane było jego życie i godność, które stanowią dobra nienaruszalne”. W tym kontekście podejmowanie wszelkich działań, które mają na celu ochronę godności osoby będącej u kresu życia jawią się również jako moralny obowiązek każdego człowieka.

Bibliografia:

- Breitbart W., Rosenfeld B.D., Passik S.D. (1996), Interest in physician-assisted suicide among ambulatory HIV-infected patients, *American Journal of Psychiatry*, 153, p. 238-242.
- Breitbart W., Rosenfeld B. D., Pessin H., Kaim M., Funesti-Esch J., Galietta M., Nelson C.J., Brescia R. (2000), Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer, *JAMA*, 284(22), p. 2907–2911.
- Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M., Lander S. (1998), Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill, *Psychosomatics*, 39, 366–370.
- Chochinov H.M. (2002), Dignity-conserving care: A new model for palliative care, *JAMA*, 287, p. 2253- 2260.
- Chochinov H.M., Hack T., Hassard T., i in. (2002), Dignity in the terminally ill: A cross-sectional cohort study, *Lancet*, 360, 2026-2030.
- Chochinov H.M., Hack T, McClement S., i in. (2002). Dignity in the terminally ill: An empirical model. *Social Science & Medicine*, 54, 433-443.

- Chochinov H.M., Hack T., Hassard T., Kristjanson L.J., McClement S., Harlos M. (2005), Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life, *Journal of Clinical Oncology*, 23, 5520- 5525.
- Geyman J. P. (1983), Dying and death of a family member, *Journal of Family Practice*, 17, 125–134.
- Holland J. C., Passik S., Kash K. M., Russak S. M., Gronert M. K., Sison A., i in. (1999), The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma, *Psychooncology*, 8, 14–26.
- Juliao M., Barbosa A., Oliveira F., Nunes B., Vaz Carneiro A. (2013), Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: early results of a randomized controlled trial. *Palliative & Supportive Care*, 11(6), 481–489.
- Juliao M., Oliveira F., Nunes B., Vaz Carneiro A., Barbosa A. (2014), Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in Portuguese terminally ill patients: a phase II randomized controlled trial, *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 688–695.
- Kissane D. W. (1999), Euthanasia, dementia and ageing. *Current Opinion in Psychiatry*, 12(4), 457-461.
- Kissane D. W. (2001), Demoralization: its impact on informed consent and medical care. *Med J Aust*, 175(10), 537-539.
- Kissane D. W., Clarke D. M., Street A. F. (2001) Demoralization syndrome: a relevant psychiatric diagnosis for palliative care, *Journal of Palliative Care*, 17, 12–21.
- Kissane D.W. (2014), Demoralization: a life-preserving diagnosis to make for the severely medically ill, *Journal of Palliative Care*, 30, 255-258.
- Kolva E., Rosenfeld B., Pessin H., Breitbart W., Brescia R. (2011), Anxiety in terminally ill cancer patients, *Journal of Pain Symptom Managements*, 42(5), 691–701.
- Madan T. N. (1992), Dying with dignity. *Social Science & Medicine*, 35, 425–432.
- McClement S., Chochinov H.M., Hack T. (2007). Dignity therapy: family member perspectives, *Journal of Palliative Medicine*, 10(5), 1076–1082.
- Meier D.E., Eammons C.A., Wallenstein S., i in. (1998), A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States, *The New England Journal of Medicine*, 338, 1193-1201.
- Owen C., Tennant C., Levi J., Jones M. (1992), Suicide and euthanasia: patient attitudes in the context of cancer. *Psychooncology*, 1, 79- 88.

- Owen C., Tennant C., Levi J., Jones M (1994), Cancer patients' attitudes to final events in life: wish for death, attitudes to cessation of treatment, suicide and euthanasia, *Psychooncology*, 3, 1- 9.
- Papuć E. (2011), Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania, *Current Problems of Psychiatry*, 12(2), s. 141-145.
- Payne S.A, Langley-Evans A., Hillier R. (1996), Perceptions of a 'good death': a comparative study of the views of hospice staff and patients, *Palliative Medicine*, 10, 307–312.
- Porche K., Reymond L., Callaghan J.O., Charles M. (2014), Depression in palliative care patients: a survey of assessment and treatment practices of Australian and New Zealand palliative care specialists, *Australian Health Review*, 38(1), 44–50.
- Robinson S., Kissane D.W., Brooker J., Burney S. (2014), A review of the construct of demoralization: History, definitions, and future directions for palliative care, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(1), 93–101.
- Robinson S., Kissane D.W., Brooker J., i in. (2015), A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research, *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 595-610.
- Rodin G., Lo C., Mikulincer M., Donner A., Gagliese L., Zimmermann C. (2009), Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients, *Social Science and Medicine*, 68, 562–569.
- Rosenstein D.L. (2011), Depression and end-of-life care for patients with cancer, *Dialogues Clin Neurosci*, 13(1), 101-108.
- Smith K.W., Avis N.E., Assman S.F. (1999) Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis, *Quality of Life Research*, 8, 447-459.
- Steinhauser K.E., Christakis N.A., Clipp E.C., McNeilly M., McIntyre L., Tulsky J.A. (2000), Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers, *JAMA*, 284(19), 2476-2482.
- Steinhauser K.E., Christakis N.A., Clipp E.C., McNeilly M., Grambow S., Parker J., Tulsky J.A. (2001), Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers., *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(3), 727-737.
- Strada E. A. (2009), Grief, demoralization, and depression: Diagnostic challenges and treatment modalities, *Primary Psychiatry*, 16(5), 49-55.