

A méltóságterápia magyarországi adaptációja és alkalmazhatósága az életvégi ellátásban

Sipőcz Diána Gizella^{1, 2}  ■ Zsák Éva dr.^{2, 3}
Farkas Attila Balázs² ■ Hegedűs Katalin dr.^{2, 3}

¹Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közzszolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet, Budapest

²Méltóságért Alapítvány, Budakeszi

³Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

A méltóságterápia egy rövid, strukturált, narratív intervenció, amely a terminális állapotú betegek egzisztenciális szenvedésének enyhítését és életminőségük javítását célozza. A módszert *Harvey Max Chochinov* kanadai pszichiáter dolgozta ki. Olyan pszichoszociális dimenziókat támogat, mint a szerepmegőrzés, a generativitás, az önazonosság és a remény. Nemzetközi kutatások alapján a méltóságterápia kedvezően befolyásolja a haldoklók reményérzetét, csökkenti a szorongást és a depressziót, elősegíti a belső béke és az önazonosság megtartását, támogatja a beteg és az ellátó közötti kapcsolat elmélyülését. A méltóságterápia alatt létrejövő generativitási dokumentum segíti a társas kapcsolódást, majd a gyászfeldolgozást. Az egészségügyi és szociális szakemberek számára kidolgozott méltóságterápia-tréning célja a méltóságmegőrző gondozás szemléletének elsajátítása, valamint az empátikus kommunikáció, az önreflexió és a spirituális érzékenység fejlesztése. A magyarországi adaptáció során a kulturális, kommunikációs és jogi sajátosságokat is figyelembe vettük. A tréningeken részt vevők kiemelték szemléletformáló hatása mellett a gyakorlati alkalmazhatóságot is. A méltóságterápia hazai elterjesztése – megfelelő képzés mellett – hozzájárulhat az életvégi ellátás humánusabbá tételéhez és a betegközpontú szakmai kultúra erősítéséhez.

Orv Hetil. 2025; 166(36): 1412–1419.

Kulcsszavak: palliatív ellátás, méltóság, pszichoterápia, spiritualitás, méltóságterápia

The adaptation and applicability of dignity therapy in end-of-life care in Hungary

Dignity therapy is a brief, structured, narrative intervention aimed at alleviating the existential suffering of terminally ill patients and improving their quality of life. The method was developed by *Harvey Max Chochinov* and supports psychosocial dimensions such as role maintenance, generativity, self-identity, and hope. During its adaptation in Hungary, cultural, communicative, and legal characteristics were also taken into account. International research shows that dignity therapy has a positive effect on the sense of hope of dying people, reduces anxiety and depression, promotes inner peace and self-identity, and supports the deepening of the patient-caregiver relationship. The generativity document created during dignity therapy facilitates social connection and then grief processing. The dignity therapy training course for healthcare and social workers aims to teach them the principles of dignity-preserving care and to develop their empathic communication, self-reflection, and spiritual sensitivity. Participants in the pilot training course highlighted its practical applicability in addition to its attitude-shaping effect. With appropriate training, the dissemination of dignity therapy in Hungary can contribute to making end-of-life care more humane and strengthening a patient-centered professional culture.

Keywords: palliative care, dignity, psychotherapy, spirituality, dignity therapy

Sipőcz DG, Zsák É, Farkas AB, Hegedűs K. [The adaptation and applicability of dignity therapy in end-of-life care in Hungary]. Orv Hetil. 2025; 166(36): 1412–1419.

(Beérkezett: 2025. július 7.; elfogadva: 2025. július 15.)

Méltóság az élet végén

A haldoklók ellátásának különböző megközelítését kutatók sokszor hivatkoznak az „életvégi méltóság” fogalmára mint elveik végső céljára. Az egyik oldalról az életvégi méltóság az eutanáziához való jog szinonimájává vált [1]. A méltóság elvesztése az egyik leggyakoribb válasz az orvosok részéről, amikor arról kérdezik őket azokban az országokban, ahol az lehetséges, hogy miért egyeznek bele a betegeknek az eutanáziára vagy az asszisztált öngyilkosság valamilyen formájára vonatkozó kéréseibe [2]. A másik megközelítés a palliáció, amelynek egyértelmű célja a méltóságmegőrzés. A palliatív ellátás lehetőségei túlmutatnak a tüneti kezelésen, kiterjednek a súlyos, életet veszélyeztető, illetve végstádiumban lévő betegek fizikai, pszichológiai, szociális, spirituális igényeire is [1, 3]. A palliatív ellátás multidiszciplináris szemléletű, javítja az életminőséget és a kommunikációt a beteg preferenciáiról az életvégi ellátással kapcsolatban, és csökkenti a pszichés terheket [4].

Ez természetesen nem feltételezi azt, hogy az életvégi méltóságról e dualitás mentén kellene gondolkodnunk, de abban mindenki egyetért, hogy a jogszabályban is rögzített, térítésmentesen igénybe vehető otthoni vagy intézményi hospice- és palliatív ellátások hozzáférhetőségét biztosítani szükséges.

Az elmúlt évtizedekben megannyi kutatás [1, 5–7] tűzte ki céljául a „méltóságteljes haldoklás”, a „jó halál” meghatározását. Ezek a kutatások rávilágítanak arra, hogy korszakonként változott a „kívánatos haldoklás”. Kulturális és vallási szempontból a középkorban erénynek számított a szenvedés, növelhette az egyén halálának értékét. Az erényes páciens a türelem keresztény erényét tartotta meghatározónak, Jézus szenvedéseiből merítve példát [8]. A modern orvostudomány a szenvedés és a betegség feletti uralomra törekszik a technológia segítségével, amit csak az orvos tud kezelni. Mivel a modern orvostudomány a haldoklást hosszú folyamattá változtatta, érdemes a gondozás olyan kérdéseire összpontosí-

tani, amelyek a jó élet és a jó halál elválaszthatatlanságát ismerik el [7].

A méltóságot a betegség mellett a személyes jellemvonások, a szenvedés megtapasztalása, az emberi kapcsolatok és a társas interakciók, valamint a szakmai és társadalmi támogatás is befolyásolja, mindezekből következik, hogy a haldoklók méltóságának és tiszteletének védelme az egészségügyi rendszer feladata is [9].

A jelen tanulmány a terjedelmi korlátok miatt csak *Chochinov és mtsai* [2] életvégi méltóságelméletére és annak megvalósulási gyakorlatára fókuszál, mellőzve a kulturális, egészségügyi, társadalompolitikai és vallási értelmezési kihívásokat.

A méltóságterápia előzménye

A kétezres évek elején *Chochinov és mtsai* [2] arra lettek figyelmesek, hogy az életvégi ellátásban gyakran használt ’méltóság’ fogalomnak csak a szótári definíciói álltak rendelkezésre, és hiányoztak a betegek és az egészségügyi dolgozók által meghatározott definíciói és konceptualizációi a tudományos szakirodalomból. A méltóság fogalmával kapcsolatos pontatlanságok és a tudományos konszenzus hiánya hatással van az ellátásra és a szakpolitikára. *Chochinov és mtsai* [2] célja az volt, hogy kidolgozzanak egy olyan fogalmi keretet, amely a méltóságot a palliatív ellátásban lévő betegek szemszögéből írja le. Ennek érdekében 50, végstádiumú daganatos betegségben szenvedő személlyel készítettek átfogó, félig strukturált interjúkat, és arról kérdezték őket, hogyan határozzák meg a méltóság fogalmát, és milyen élmények támogatták vagy ásták alá a méltóságérzetüket [1]. A kvalitatív elemzés eredményei a méltóság fogalmi modelljének kidolgozásához szolgáltatott alapot, amely három fő kategóriára tagolódik: a betegséggel kapcsolatos aggodalmakra, a méltóság megőrzésének elemeire („repertoárjára”) és a méltóság társas tényezőire. Ezek a kategóriák olyan tapasztalatokra, eseményekre vagy érzé-

1. táblázat | A méltóságmodell [10]

A végállapotú beteg méltóságának modellje A méltóság fő kategóriái, témái és altémái		
A betegséggel kapcsolatos aggodalmak	A méltóság megőrzésének repertoárja	A méltóság társas tényezői
A függetlenség szintje: • kognitív képességek • funkcionális kapacitás Tüneti distressz: • fizikai distressz • pszichológiai distressz: – egészségügyi bizonytalanság – halálfélelem	A méltóság megőrzésének szempontjai: • az én folytonossága • szerepmegőrzés • generativitás/örökség • a büszkeség fenntartása • remény • autonómia/kontroll • elfogadás • reziliencia/küzdőszellem A méltóság megőrzésének gyakorlata: • megélni a pillanatot • a normalitás fenntartása • spirituális megnyugvás keresése	a privátszféra korlátozottsága társas támogatás a gondozás hangvétele másokra nehezedő terhek a haláleset utáni időre vonatkozó aggodalmak

sekre utalnak, amelyek befolyásolják a haldoklók méltóságérzetét [2]. Mindegyik kategóriához a kutatás eredményei alapján meghatározott altémák tartoznak, ezeket az 1. táblázat szemlélteti [10].

A méltóságmodell ismerete, alkalmazása elemi fontosságú a méltóságmegőrző ellátás és ápolás megvalósításához. A modellből nőtt ki a betegméltósági leltár (Patient Dignity Inventory), valamint az életvégi ellátás egyik meghatározó intervenció eszköze, a méltóságterápia (Dignity Therapy). Annak érdekében, hogy a szakemberek magas szinten tudják mindennapi munkájukban alkalmazni a méltóságmegőrző gondozás szemléletét, Chochinov kialakította a méltósággal gyógyítás és ápolás ábécéjét, amely definiálja a szemlélet sarokköveit [10]. A Dame Cicely Saunders által megfogalmazott, az egyénre fókuszáló gyógyítás („You matter because you are you”) fedezhető fel a Chochinov-féle betegméltósági kérdésben (Patient Dignity Question), amely ablakot nyit a személyközeli, az egyéni igényeket, sajátosságokat is figyelembe vevő gyógykezelés megvalósítására [10].

Jóllehet a méltóság megőrzésének kérdése az életvégi és palliatív ellátásban került először fókuszba, mára már kilépett e keretek közül. Olyan szemléletmódot, kompetenciákat képes formálni, amelyek a betegellátás bármely aspektusában lehetőséget adnak a szakembereknek az orvoslás emberi oldalának még hangsúlyosabbá és ezáltal a gyógyítás eredményesebbé tételére. A betegellátás fókusza az emberségre, humánusra esik, amely a személyről gondoskodik, a személyiség egyedi jellegzetességére építi az egészségügyi gondozás megvalósítását, nem pedig pusztán a betegségre figyel [11].

A méltóságterápia

Chochinov és mtsai a méltóságterápiát pszichoterápiás intervenciónak nevezik [12]. Magyarországon a jelenlegi jogszabályok értelmében pszichoterápiás beavatkozást csak pszichoterapeuták végezhetnek, ezért – az olasz gyakorlatot követve [13] – a jelen tanulmányban a méltóságterápiát narratív intervencióként ismertetjük. A „méltóságterápia” megnevezés Hollandiában [14] és Dániában [15] sem bizonyult szerencsésnek, mivel a „terápia” szó bizonytalanságot keltett a kliensekben, akik arra gondoltak, hogy valami nincs rendben velük, és ezért ajánlják fel számukra a méltóságterápiát.

A méltóságterápia rövid, strukturált narratív intervenció, amelynek célja a terminális állapotban lévő betegek egzisztenciális szenvedésének enyhítése és életminőségének javítása. Az empirikusan megalapozott méltóságmodellre épülő módszer többek között olyan pszichoszociális dimenziókat ölel fel, mint a generativitás, a szerepmegőrzés, az értelemkeresés vagy a pillanat megélése. A haldoklóknak biztonságos keretek között lehetőséget ad visszatekinteni, újraértelmezni életüket és a számukra legfontosabb üzeneteket örökölni hagyni hozzátartozóiknak. A méltóságterápia technikai megvalósulásának első része a félig strukturált, 30–60 perces, kérdés-

protokollon alapuló interjú, amely megvalósulhat a kliens otthonában vagy intézményi környezetben is [12].

A méltóságterápia kérdésprotokolljának magyar fordítása több ponton eltér az eredeti angoltól. A 2. kérdés angolul így hangzik: „When did you feel most alive?” A magyar fordítása: „Mikor érezte magát a legelevenebbnek, legenergikusabbnak?” Az „élő” szót „a legelevenebbnek, legenergikusabbnak” fordították, aminek oka lehet a halálra való utalás elkerülése. A 4. kérdés angolul: „What are the most important roles you have played in life (family roles, vocational roles, community service roles, etc.)?” A magyar fordítás: „Melyek a legfontosabb életszerepei (például családi, foglalkozási vagy társadalmi szervezetekben betöltött szerepek)? Miért fontosak ezek az ön számára, és mit ért el ezekben a szerepeiben?” A fordítás első fele jelenidőbe került, aminek oka lehet az életszerepek elvesztésének enyhítése.

Egy doktori kutatás keretében 25 interjú készült a méltóságterápia kérdésprotokolljának felhasználásával az idős, krónikus betegek spiritualitásának vizsgálatára. A vizsgálat alatt a 25 interjúalanyból 22-en jelezték az 5. kérdésre („Melyek a legfontosabb eredményei, és mire büszke a leginkább?”), hogy nem érzik magukat büszkének, néhányan a kérdésfeltevést is nehezményezték. Ez az eredmény összhangban van a dán méltóságterápia-kérdésprotokoll fordításának egyik eredményével, miszerint a dán betegek tartózkodóan beszélnek olyan dolgokról, amelyekről úgy érzik, hogy hengecsnek vagy öndicséretnek tűnhetnek. A betegek többsége visszaautsította az olyan kifejezések használatát, mint a büszkeség önmagukkal vagy az életben betöltött szerepükkel kapcsolatban. Ez az eredmény egyértelműen a kultúrák közötti különbségekre mutat rá a kanadai környezethez képest, ahol a méltóságterápiát létrehozták. Ezért a dán fordításban a „legbüszkébb” szót „leleledettebb” szóra változtatták [15]. A magyar kultúrkörnyezetben szerzett gyakorlati tapasztalatok alapján a későbbiekben megfontolandó a „büszkeség” szó fentiekhez hasonló megváltoztatása.

A méltóságterápia kérdésprotokollja [10] a következő:

1. Meséljen az életéről, főként azokról a dolgokról, amelyekre a legjobban emlékszik, vagy amelyeket a legfontosabbnak tart!

2. Mikor érezte magát a legelevenebbnek, legenergikusabbnak?

3. Vannak-e olyan konkrét dolgok, amelyeket szeretné, hogy a családja tudjon önről, és vannak-e olyan dolgok, amelyekre szeretné, hogy emlékezzenek?

4. Melyek a legfontosabb életszerepei (például családi, foglalkozási vagy társadalmi szervezetekben betöltött szerepek)? Miért fontosak ezek az ön számára, és mit ért el ezekben a szerepeiben?

5. Melyek a legfontosabb eredményei, és mire büszke a leginkább?

6. Milyen fontos dolgot szeretne elmondani szeretteinek, vagy mit szeretne megismételni a számukra?

7. Milyen reményei és álmai vannak a szeretteivel kapcsolatban?

8. Mit tanult meg az életről, amit szeretne átadni másoknak?

9. Milyen tanácsot, útmutatást adna (fiának, lányának, férjének, feleségének, szüleinek, másoknak)?

10. Milyen fontos gondolatai vagy akár utasításai vannak a családja számára?

11. Vannak-e olyan szavak vagy esetleg utasítások, amelyeket szívesen adna a családjának, hogy felkészítse őket a jövőre?

12. Szeretne-e még valamit belefoglalni a most készülő, maradandó dokumentumba?

A beszélgetésről hangfelvétel készül, majd a méltóságterápia koordinátora a felvett szöveget írott formában, etikai szempontokat és a beteg kognitív kapacitását figyelembe véve szerkeszti át. Az elkészült generativitási dokumentumot a beteg véleményezheti, javíthatja, majd átadhatja hozzátartozóinak. A dokumentum célja, hogy a beszélgetésből a haldokló személyiségét tükröző, strukturált, átörököthető „életüzenet” váljon [12].

A méltóságterápia hatása

Az elmúlt évtizedben számos, méltóságterápiával kapcsolatos kutatást végeztek [9, 16–18]. Ezek bizonyítják nemzetközi elfogadottságát a betegek, a családtagok és a szakemberek körében egyaránt, ami ritkaságnak számít a pszicho-szociális-spirituális gondozásban [17].

A méltóságterápia empirikusan kidolgozott, komplex pszichoterápiás modellre épül, amely az emberi tapasztalat számos dimenzióját integrálja, ugyanakkor a jelenlegi adatok alapján hatásmechanizmusai nem minden esetben állnak szoros oksági kapcsolatban az elméleti modell szerkezetével. Feltételezhető, hogy a beavatkozás a leginkább az identitás megerősítésén, a szerepmegtartáson, valamint a spirituális önazonosság helyreállításán keresztül fejt ki hatását. Ez a megállapítás alátámasztja a további klinikai vizsgálatok szükségességét, különös tekintettel arra, hogyan lehet ezt a széles körben elfogadott intervenciót hatékonyan integrálni a rutinellátásba [17].

A méltóságterápiát életük végéhez közeledő személyeken alkalmazzák, ezért a módszer hatékonyságának vizsgálata kihívást rejt magában. Az utánkövetés gyakran nem tud megvalósulni a résztvevők gyors kognitív leépülése [19] vagy elhalálása miatt, ezért a megfelelő elemszámú minta toborzása jelentősen meghosszabbítja a kutatás időtartamát [9, 17]. Ezenfelül nehezíti a módszer hatásának vizsgálatát, hogy hiányoznak a méltóságterápia hatékonyságát értékelő specifikus eszközök [20]. Kisebb léptékű vizsgálatok ugyanakkor kedvező eredményeket mutattak ki a remény növekedése, valamint a depressziós és szorongásos tünetek csökkenése terén [17]. A remény, mint a spiritualitás egyik dimenziója, fontos fogalom a palliatív és az életvégi ellátásban, miközben a

reménytelenség az öngyilkossági gondolatok és a siettetett halál utáni vágy jelzője lehet. A remény fenntartása az egyik módja annak is, hogy a haldoklók megbirkózzanak szenvedéseikkel, valamint fenntartsák életük értelmét és célját [21, 22]. A méltóságterápia során a résztvevők élettörténetükről, értékrendjükről és hitbéli meggyőződéseikről osztanak meg gondolatokat, ezért hatékony módszerként szolgálhat a spiritualitás feltárására és egzisztenciális kérdések megválaszolására is [9].

A méltóságterápia egyfajta spirituális terápia [23], amelyben a belső, személyes élmények mellett megjelenik a másokkal, illetve a tágabb világgal való kapcsolódás [9]. A haldoklók megtapasztalják, hogy valaki törődik velük, és lehetőségük van arra, hogy problémáikról, érzéseikről megértő és érzékeny hallgatósággal beszéljenek [21]. Így a betegek azt érezhetik, hogy szeretteik és a társadalom gondoskodik róluk, és ennek hatására növekedhet az életben maradási vágyuk [24]. A méltóságterápia így erőforrás is.

A méltóságterápia-beszélgetésből létrejött generativitási dokumentum lehetőséget teremt arra, hogy a haldoklók szellemi hagyatékot készítsenek, rendezzék kapcsolataikat, kifejezzék szeretetüket és emlékeik rögződjenek, ezzel növekszik a méltóságérzetük [17]. Kutatások alapján a méltóságterápia-interjú után a betegek bátrabban fejezik ki gondolataikat, megkönnyebbülnek, belső békére tehetnek szert [19, 20, 24], miközben csökken a depresszió [17, 23, 25], és növekszik a reményérzet [19, 22]. A méltóságterápia némiképp hasonló a Butler-féle életútinterjúra [26], amelyet az idősek depressziójának kezelésére hoztak létre. Mindkét módszer a betegközpontú ellátást szolgáló, többdimenziós pszichoszociális intervencióként írható le [17].

A „Dignity in Care” tréning

A „Dignity in Care” című, évente megrendezett háromnapos nemzetközi online tréninget a méltóságterápia módszerének kidolgozója, *Chochinov* hozta létre, és az oktatási feladatok egy részét is ő végzi. A tréning elméleti alapját két könyve képezi [10, 11]. A képzés során részletesen bemutatják a méltóságmegőrző gondozás ismerveit, a méltóságterápia alapját képező méltóságmodellt, a méltóságterápia elméletét és gyakorlati megvalósításának lépéseit, úgymint az interjúk kivitelezését és az örökségi dokumentum elkészítésének módját. Emellett alternatív beavatkozási lehetőségeket is ismertetnek arra az esetre, ha a méltóságterápia elvégzésére nincs lehetőség. Ilyenek például: a méltóságkérdés alkalmazása vagy a méltóságmegőrző gondozás ABCD-modellje (A: attitűd; B: bánásmód (behaviour); C: együttérzés (compassion); D: dialógus, amelyek a gyakorlatban is könnyen és nagyobb időráfordítás nélkül alkalmazható prevenciósmódszerek.

A magyar adaptáció

A kanadai tréning során Chochinov nem tért ki a méltóság széles körű fogalmi meghatározására, csupán egy bizonyos aspektust vett górcső alá: „A haldokló méltósága az, ahogy önmagát tükröződni látja a gondozója szemében.” A magyar adaptáció során azonban szükségesnek láttuk, hogy a tréning elején kontextusba helyezzük a fogalmat, és rávilágítsunk a különböző nézőpontok szerinti megközelítésekre, mivel e fogalom kulturálisan, gazdaságilag és jogilag eltérően értelmezhető.

A kanadai ellátási kultúrában – ahonnan a méltóságterápia származik – a méltóságmegőrző gondozási szempontok nagyobb teret kapnak, ezért a magyar tréning egyik célkitűzése az volt, hogy a szakemberek mellett, hogy gyakorlati szinten is megismerkedjenek a méltóságterápia módszertanával, új ellátási szemléletet kapjanak, amelyet be tudnak építeni saját gyakorlatukba.

A tréning magyar adaptációját a „Dignity in Care” tréning 2023. évi elvégzése után a Méltóságért Alapítvány két tagja (S. D. G. és Zs. É.) dolgozta ki dr. Harvey Max Chochinov írásos engedélyével. Az adaptáció során nemcsak a tréninganyag fordítása történt meg, hanem annak újragondolása is, alapul véve a méltóságterápia európai alkalmazásáról szóló tudományos cikkeket, valamint a hazai szakmai és kulturális sajátosságokat.

A magyarországi egészségügyi és szociális ellátórendszerben a páciens és az ellátó közötti kapcsolat sok esetben hierarchikus mintázatot követ, amely eltér a méltóságterápia kanadai gyökerű, partneri megközelítéstől. Az adaptáció során fontosnak tartottuk, hogy már a tréning elején hangsúlyt fektessünk az egyenrangú kapcsolati minőségre.

Először a terápiás szövetség és a terápiás alázat témája került bevezetésre *Trevino és mtsai* kutatása nyomán [27]. A terápiás szövetség – a haldokló és ellátója között kialakuló együttműködés – nem valósulhat meg terápiás alázat nélkül. Ez az alázat nem a szakmai kompetencia feladását jelenti a gondozó részéről, hanem azt, hogy a segítő nyitottá válik a beteg személyére, és elfogadja, hogy vannak olyan tapasztalati dimenziók, amelyek túlmutatnak a gyógyításon. A kapcsolat ilyenkor átalakul megértéssé, a páciens személye iránti őszinte kíváncsisággá.

Bylund és mtsai a méltóságterápia-koordinátor (így nevezik a méltóságterápiát végző személyt) empátiát kifejező kommunikációját vizsgálták, és kutatásuk szerint az empátiát kifejező reakciók (validálás, reflexió és elismerés) hozzájárulnak ahhoz, hogy a kliens úgy érezze, valóban figyelnek rá, és próbálják megérteni az ő nézőpontját, ami támogatja a méltóságterápia-interjú sikeres megvalósulását [28]. Ennek fényében az adaptációban – a kanadai tréninggel ellentétben – hangsúlyt fektettünk az értő figyelem, az aktív hallgatás és az empátiát kifejező kommunikációs készségek fejlesztésére is. Tapasztalataink szerint a hazai ellátórendszerben ezek az elemek a túlterheltség miatt háttérbe szorulnak, így a tréning egyik célja ezek tudatos újraértékelése és megerősítése

volt olyan jógyakorlatokkal, amelyek minimális idő- és energiaigényűek.

Magyarországon a társadalmi hallgatás (tabu) és a palliatív ellátás egyenetlen hozzáférhetősége miatt a spirituális és pszichoszociális szükségletek gyakran háttérbe szorulnak [29]. Az ellátókra nehezedő lelki teher, a kiégés veszélye tovább nehezíti a betegközpontú gondozás megvalósulását [30], miközben a spirituális szükségletek felismerése és kezelése nemcsak a betegek, hanem a gondozók számára is támogató. A méltóságterápia koordinátorai arról számoltak be, hogy személyes elégedettséget tapasztaltak a klienseiknek nyújtott méltóságterápia eredményeként, mivel úgy érezték, minőségi ellátást nyújtanak, és konkrét módon segítik a betegeket annak ellenére, hogy nem tudnak gyógymódot kínálni. Ez a megnövekedett énhatékonyság védőfaktor lehet a kiégés ellen [19]. A „Dignity in Care” képzés nem hangsúlyozta ugyan a méltóságterápia-koordinátor önismeretének jelentőségét, ám mi úgy véljük, hogy Magyarországon a segítő foglalkozásúaknak kevesebb lehetőségük van képzésük és munkájuk során az önismeret gyakorlására. A tréning folyamán gyakorlatok segítségével tárjuk fel, hogyan viszonyul a méltóságterápia koordinátora saját veszteségeihez, és hogyan tud ezek tudatosításán keresztül hitelesen jelen lenni a másik ember szenvedésében.

A kétnapos magyar tréning mindkét napja tartalmaz elméleti blokkokat és gyakorlati elemeket. Az elméleti tartalmak elmélyítését szituációs gyakorlatok segítik, amelyek reflektív módon támogatják az önismeretet, az empátiát és a kommunikációs készségek fejlesztését. Ez utóbbira kifejezetten hangsúlyt fektettünk, mivel a szakirodalom szerint a méltóságterápia koordinátorának magas fokú kommunikációs készsége nélkülözhetetlen. Az alacsonyabb iskolai végzettségű betegek általában arról számoltak be, hogy ők csupán hétköznapi emberek, és keveset nyilatkoztak fontos szerepeikről vagy eredményeikről. Ezért kommunikációs stratégiákra van szükség ahhoz, hogy őket is lehessen arra ösztönözni, hogy elmesélik történeteiket, kifejezzék gondolataikat és érzéseiket [31]. A méltóságterápia kérdésprotokollja keretként szolgál, a nyelvezetet és a tartalmat a személy edukáltságához, energiájához és koncentrációs képességéhez kell igazítani [15].

A magyar adaptáció egyik további egyedi eleme, hogy külön figyelmet szenteltünk a méltóságterápia folyamatában létrejövő dokumentum – az örökségi dokumentum – átadásának módjára. Az emberi élet átmeneti időszakában a rítusok kiemelt jelentőségűek, pozitív pszichológiai hatásukról tudományos kutatások is születtek [32]. Az életvégi időszak rítusai ’coping’ (megküzdési) technikákként működnek a veszteségek feldolgozásában mind a haldokló, mind a gyászolók számára. Csoportos gyakorlatok segítségével aktiváljuk a résztvevők kulturális érzékenységét, kreativitását, és együtt keressük a választ, hogy milyen módon lehet az átadás rítusát a haldokló és a hozzátartozók kulturális, vallási vagy személyes háttéréhez illeszteni.

A tréning utolsó szakaszában külön blokk foglalkozik az intézményi sajátosságokkal és a jogi háttérrel. Tapasztalatunk szerint a méltóságterápiával Magyarországon ma szinte mindig intézményi vagy otthoni hospice-ellátás során, esetleg idősotthonban találkozunk az emberek. A méltóságterápiában való részvétel önkéntes, de ennek is megvannak a jogi szabályai (2. táblázat).

Törekedni kell arra, hogy a méltóságterápia ne csak egy pszichoterápiás módszer legyen, hanem annak kezelhető eredménye a készítettőjének kívánságai szerint, méltó módon és illő körülmények között kerüljön átadásra.

A pilottréning és a megvalósulás

A pilottréning 2024 áprilisában zajlott kétnapos, intenzív formában. A képzést gyakorlati fókuszú kísérleti alkalmaként szerveztük meg azzal a céllal, hogy az elméleti tartalmak bemutatásra és véleményezésre kerüljenek, meghatározzuk a tréning végső ütemtervét, valamint teszteljük a szituációs gyakorlatok tréningbe való illesztését. A tréningre a Méltóságért Alapítvány kuratóriumi tagjai kaptak meghívást.

A résztvevők mindannyian az életvégi ellátásban dolgozó gyakorlati vagy elméleti szakemberek voltak, akik különböző háttérrel érkeztek: mentálhigiénés szakemberek, hospice-önkéntes, pszichodráma-vezető, tanatólogus-kutató, pszichoonkológusok. Összesen tízen vettek részt a képzésen az oktatókkal együtt.

Összességében a résztvevők pozitívan értékelték a tréninget: kiemelték annak szemléletformáló erejét, szakmai megalapozottságát és gyakorlati hasznosíthatóságát is. A pilotalkalom megerősítette, hogy a tréning érdemben hozzájárulhat a méltóságmegőrző gondozás szemléletének terjedéséhez a hazai szakemberek körében.

2024 őszén elindult a képzés, amely orvosok, klinikai szakpszichológusok és egészségügyi dolgozók részére akkreditált lett. Azóta két alkalommal, összesen 80 fő vett részt a tréningeken. A Méltóságért Alapítvány keretében évente továbbra is két képzés valósul meg azzal a céllal, hogy minél több egészségügyi és szociális dolgozót képezhessünk ki, valamint a méltóságterápia módszere ismert és minél szélesebb körben elérhető legyen az életvégi ellátásban.

Következtetés

A méltóságterápia hazai adaptációja rámutatott arra, hogy a terminális állapotú betegek pszichoszociális és spirituális támogatásának rendszerszintű beágyazásához nem elegendő módszertani eszközöket átvenni, hanem szükséges azok kulturális, nyelvi és szakmai kontextusba illesztése is. A méltóságmegőrző gondozás szemlélete fokozott relevanciával bír egy olyan ellátórendszerben, ahol a palliatív és életvégi ellátás gyakran fragmentált, és a betegek egzisztenciális szükségletei háttérbe szorulhatnak.

2. táblázat | A méltóságterápia jogi háttere

Adatkezelés	A beteg önkéntesen, de táj számmal veszi igénybe a szolgáltatást, ezért az egészségügyi adatkezelés szabályai vonatkoznak rá (1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről; 62/1997. [XII. 21.] NM rendelet az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelésének egyes kérdéseiről).
Tájékozott beleegyezés	Az adatfelvételhez, adatkezeléshez a beteg tájékozott beleegyezése (vagy legalább ezzel egyetértő ráutaló magatartása) szükséges. Ez a tájékoztatás és beleegyezés történhet szóban is, de szerencsésebb, ha írásban is elkészül, hiszen vita esetén ez döntő bizonyíték lehet.
Dokumentáció	A méltóságterápia készítéséről írásos dokumentációt kell vezetni, amelyben a beteg pontosan azonosítható, a dokumentáció naprakész, olvasható, egyszerűen, érthetően megfogalmazott, rövid, lényegre törő megállapításokat tartalmaz, harmadik személy számára is átlátható, logikus sorrendbe rendezett. A hatályos szabályozásnak megfelelően a dokumentációt a szolgáltató az adatfelvételtől számított legalább 30 évig köteles megőrizni (1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről).
Archiválás	A nyers hang- vagy képfelvétel nem képezi szükségszerűen a dokumentáció részét, mégis érdemes digitálisan megőrizni, hiszen amennyiben az átirat pontosságával kapcsolatban kérdés merül fel, akkor segítséget nyújt. Ezt az anyagot is a hatályos rendelkezéseknek megfelelő módon kell kezelni, tárolni (archiválási útmutató: https://www.ijsz.hu/UserFiles/eu_dok_arch.pdf).
Önrendelkezés, titoktartás	Az elkészült méltóságterápia-dokumentum átadásának feltételeiről az érintett személy rendelkezik. Amennyiben az átadás előtt következik be a halála, a legközelebbi hozzátartozók vagy más, jogilag érdekelt (például örökösök) írásbeli kérelmére betekintés lehetséges, amennyiben a fenti rokon/jogi kapcsolat igazolható (hozzátartozó: Polgári Törvénykönyv 8:1. §; https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300005.tv). A megvalósult adatcseréről, dokumentációkiadásról is írásbeli dokumentálás szükséges. Ha a beteg még életében letiltotta adatai megismerését más számára, ennek a tiltakozásnak a hatálya a halála után megszűnik, de az ilyenkor kért adatokat sem lehet visszaélésre, illetve vagy kegyeletsértően felhasználni.

taj = társadalombiztosítási azonosító jel

A tréning tapasztalatai és az elsődleges implementációs eredmények igazolják, hogy a méltóságterápia amellett, hogy intervenció technika, komplex szemléleti és etikai keret is, amely elősegíti a betegközpontú gondozás gyakorlati megvalósítását. Az adaptáció során kiemelt szerepet kapott a kommunikációs kompetenciák, az önismeret fejlesztése és a rituális dimenziók tudatos integrálása. Mindezek hozzájárulnak ahhoz, hogy az ellátók jobban képesek legyenek jelen lenni a haldoklók mellett, miközben saját professzionális énhatékonyságukat is növelik.

A méltóságterápia megfelelő képzési háttérrel és intézményi támogatással lehetőséget kínál az életvégi ellátás humánusabbá tételéhez. A hosszú távú cél a méltóságmegőrző gondozás szemléletének gyakorlatba ültetése a betegellátás minden szintjén.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka nem részesült anyagi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás: S. D. G.: Problémafelvetés, aktív részvétel az adaptációban és a tanulmány írásában. H. K.: A tanulmány szerkezetének kialakítása, a munkacsoport koordinálása. Zs. É.: Aktív részvétel az adaptációban. F. A. B.: A jogi fejezet kidolgozása. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak *Harvey Max Chochin*nak, hogy engedélyt adott a tréning magyarországi adaptációjára.

Irodalom

- [1] Chochinov HM. Dignity-conserving care – a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA* 2002; 287: 2253–2260.
- [2] Chochinov HM, Hack T, McClement S, et al. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med.* 2002; 54: 433–443.
- [3] Szigeti N, Kun S, Wittmann I. Palliative care in a department of internal medicine. [Palliatív betegellátás belgyógyászati osztályon.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 1010–1016. [Hungarian]
- [4] Varga G, Horváth R, Busa C, et al. Assessment of anxiety, depression, and physical symptoms and understanding of their connections among cancer patients. [Szorongás, depresszió, valamint fizikai tüneti terhek felmérése és összefüggéseik megismerése daganatos betegek körében.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 309–317. [Hungarian]
- [5] Hegedűs K. Is there good death? [Létezik-e jó halál?] Oriold és Társai, Budapest, 2017.
- [6] Krikorian A, Maldonado C, Pastrana T. Patient's perspectives on the notion of a good death: a systematic review of the literature. *J Pain Symptom Manag.* 2020; 59: 152–164.
- [7] Collier A, Chapman M. Matters of care and the good death – rhetoric or reality? *Curr Opin Support Palliat Care* 2023; 17: 208–213.
- [8] Nemes L. The virtuous patient. In: Barcsi T, Kőműves S, Nemes L. End-of-life decisions. [Az erényes páciens. In: Barcsi T, Kőműves S, Nemes L. Életvégi döntések.] L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2024. [Hungarian]
- [9] Nagata K, Tanaka K. Components of spirituality in older adults: a phenomenological study through interviews based on dignity therapy. *Scand J Caring Sci.* 2024; 38: 476–486.
- [10] Chochinov MH. Dignity therapy: last words for last days. [Méltóságterápia. Utolsó szavak utolsó napokra.] Oriold és Társai, Budapest, 2014. [Hungarian]
- [11] Chochinov HM. Dignity in care. The human side of medicine. Oxford University Press, New York, NY, 2023.
- [12] Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol.* 2005; 23: 5520–5525.
- [13] Buonaccorso L, Alquati S, Ghirrotto L, et al. Dignity therapy training for the healthcare professionals: lessons learned from an Italian experience. *Front Psychol.* 2022; 13: 859775.
- [14] van Dammen H, Vissers K, van Der Putten GJ, et al. The Dutch version of the dignity therapy question protocol for individual Dutch nursing home residents without cognitive impairments (during COVID-19): a pilot study. *BMC Geriatr.* 2025; 25: 13.
- [15] Houmann LJ, Rydahl-Hansen S, Chochinov HM, et al. Testing the feasibility of the dignity therapy interview: adaptation for the Danish culture. *BMC Palliat Care* 2010; 9: 21.
- [16] Chochinov HM, Cann B, Cullihall K, et al. Dignity therapy: a feasibility study of elders in long-term care. *Palliat Support Care* 2012; 10: 3–15.
- [17] Fitchett G, Emanuel L, Handzo G, et al. Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliat Care* 2015; 14: 8.
- [18] Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B. (eds.) Oxford textbook of spirituality in healthcare. Oxford University Press, New York, NY, 2012.
- [19] Korman MB, Ellis J, Moore J, et al. Dignity therapy for patients with brain tumours: qualitative reports from patients, caregivers and practitioners. *Ann Palliat Med.* 2021; 10: 838–845.
- [20] De Vincenzo F, Lombardo L, Iani L, et al. Spiritual well-being, dignity-related distress and demoralisation at the end of life-effects of dignity therapy: a randomised controlled trial. *BMJ Support Palliat Care* 2024; 13: e1238–e1248.
- [21] Hall S, Goddard C, Opio D, et al. A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a randomised phase II trial of dignity therapy. *BMJ Supp Palliative Care* 2011; 1: 315–321.
- [22] Chen J, Yan J, Wang C, et al. Effects and satisfaction of dignity therapy among patients with hematologic neoplasms in the Chinese cultural context: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer* 2021; 29: 6819–6829.
- [23] Li YC, Feng YH, Chiang HY, et al. The effectiveness of dignity therapy as applied to end-of-life patients with cancer in Taiwan: a quasi-experimental study. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci.)* 2020; 14: 189–195.
- [24] Zhang Y, Zhou F, Yang H, et al. Current status of fear of disease progression in patients with advanced cancer and usefulness of dignity therapy intervention. *J Healthc Eng.* 2022; 2022: 6069060.
- [25] Solomita B, Franza F. Dignity-therapy in bipolar disorder and major depression: an observational study in a psychiatric rehabilitation center. *Psychiatr Danub.* 2022; 34(Suppl 8): 71–74.
- [26] Butler RN. The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry* 1963; 26: 65–76.
- [27] Trevino KM, Abbott CH, Fisch MJ, et al. Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer. *Cancer* 2014; 120: 2272–2281.

- [28] Bylund CL, Taylor G, Mroz E, et al. Empathic communication in dignity therapy: feasibility of measurement and descriptive findings. *Palliat Support Care* 2022; 20: 321–327.
- [29] Csikós Á, Nagy L, Busa C, et al. Important aspects of end-of-life care. Survey of patients visiting the primary care office. [Az életvégi ellátás fontos kérdései. Attitűdvizsgálat háziorvoshoz forduló betegek körében.] *Orv Hetil.* 2011; 152: 1082–1090. [Hungarian]
- [30] Révay E, Kegye A, Zana Á, et al. The everyday life of survivors. The quality of life of hospice worker. [A túlélők mindennapjai. A hospice-ellátásban dolgozók életminősége.] *Orv Hetil.* 2016; 157: 1000–1006. [Hungarian]
- [31] Xiao J, Chow KM, Chen J, et al. Family-oriented dignity therapy for patients with lung cancer undergoing chemotherapy: How does it work better? *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2023; 10: 100168.
- [32] Kapferer B. Victor Turner and the ritual process. *Anthropol Today* 2019; 35: 1–2.

(Sipőcz Diána Gizella,
Budapest, Nagyváradi tér 4., 1089
e-mail: sipocz.diana@meltosagert.hu)



ELTE
JOTOKI

ÁLLAM- ÉS JOGTUDOMÁNYI KAR
JOGI TOVÁBBKÉPZŐ INTÉZET

Egészségügyi szakjogász képzés

- átfogó elméleti és gyakorlati jogi tudást biztosít az egészségügy területén
- hatékony segítség az egészségügyi intézményműködtetés átlátásában, az egészségpolitikai döntéshozatal, az állami és a magán-egészségbiztosítás, egészségügyi ellátás jogalkotás komplex működési folyamatainak megértésében
- akiknek ajánljuk: egészségügyi joggal foglalkozó bírók, hatósági tisztviselők, ügyvédek, egészségügyi intézményi jogtanácsosok, gyógyszerforgalmazó cégek, egészségügyi beszállítók

Jogi szakokleveles orvos- és egészségügyi szakember képzés

- hatékony jogi, igazgatási problémakezelés az egészségügy működése és működtetése során
- a képzés fontos feladata, hogy kialakítsa a betegellátással kapcsolatos konfliktushelyzetek felismerésének és megfelelő kezelésének, a betegjogok gyakorlati érvényre juttatásának képességét
- akiknek ajánljuk: orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek

További képzéseink az egészségügyben dolgozók számára:

- adatbiztonság, adatvédelem • munkajog • mediáció • compliance • mesterséges intelligencia és technológia

Mikrotanúsítványos képzések:

- Adatkezelési tájékoztatás mesterkurzus
- Adatvédelmi hatásvizsgálat mesterkurzus
- Értékmérlegelés az adatvédelemben mesterkurzus
- Litigation at the European Court of Justice
- Jogelméleti mesterkurzus

HELYSZÍN: ELTE FŐÉPÜLET,
1053 BUDAPEST, EGYETEM TÉR 1–3.

JELENTKEZÉS, HATÁRIDŐK,
TOVÁBBI INFORMÁCIÓ: JOTOKI.ELTE.HU

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)