

המחלקה להשתלת מח עצם בהדסה כשדה קליני חלוצי בפיתוח התערבויות לקידום איכות הטיפול ושיפור חוויית המטופל

יבגני פרנק-קמנצקי, נעמי ואן-דאם, ורויטל זלקר

החולים. (2) מחקר פרוספקטיבי לבחינת תופעת העצירות בקרב מושטלי מח עצם. (3) פיתוח מרפאה חלוצית לנשים הסובלות ממחלת השתל נגד המאכסן באזור הוולו-ואגינלי. (4) מחקר מתאמי פרוספקטיבי לבדיקת הקשר שבין רמת תקווה לבין חומרת סימפטומים, לאורך תהליך ההשתלה.

המחלקה להשתלות מח עצם בהדסה מהווה מאז הקמתה, קרקע פוריה לעשייה מחקרית ולפיתוח התערבויות לקידום רווחת וחויית המטופל. במאמר זה, יובאו מספר דוגמאות לפרויקטים ומחקרים שפותחו כמענה לצורכי המטופלים במחלקה: (1) הקמת מערך התנדבותי של סטודנטים לרפואה לליווי מושטלי מח עצם, אשר התרחב לכלל בית

מבוא

במחלקה להשתלות מח עצם בהדסה אנו מאמינים, שעלינו להשתמש בכל משאב אפשרי במטרה להקל על סבלם הרב של המטופלים המאושפזים במחלקתנו, לעיתים, מול הסיכוי האחרון להחלמתם.

בכדי לייעל ולשפר את הטיפול בדרכים חדשניות, אנו מעודדים, מאז הקמת המחלקה, עשייה מחקרית במחלקה ופיתוח התערבויות, אשר יקדמו את רווחת וחויית המטופל העובר השתלת מח עצם. הנושאים שהצוות הסייעודי מחליט לקדם, לפתח ולחקור נבחרים על ידי האחיות המרכזות את הטיפול, מתוך כוונה מתמדת לזוהת מהם הצרכים והתחומים הדורשים שיפור. סוד ההצלחה בפיתוח

יבגני פרנק-קמנצקי, BSN, RN - אח ראשי, המחלקה להשתלות מח עצם ואימונותרפיה של הסרטן. franko53@hadassah.org.il

נעמי ואן-דאם, BSN, RN - המחלקה להשתלות מח עצם ואימונותרפיה של הסרטן.

רויטל זלקר, RN, MN - יועצת אקדמית, חטיבת שרת והנהלת הסייעוד.

בית החולים האוניברסיטאי הדסה עין-כרם.

מתמיד של העשייה והמחקר טמון, לדעתנו, בתקשורת יעילה וטובה, כמו גם שיתוף פעולה ותמיכה הדדית בין חברי הצוות הסייעודי במחלקה ובגיבושו החברתי.

נתאר במאמר מספר דוגמאות לפרויקטים ותקצירי מחקרים ייחודים אלה, אשר נולדו מתוך זיהוי צרכי המטופלים במחלקה על ידי הצוות הסייעודי. ניתן ליישם את התובנות מהפרויקטים וממצאי המחקרים במסגרות טיפול שונות בקהילה ובבתי החולים.

פרויקט לביא - מערך התנדבותי של סטודנטים לרפואה בליווי מאושפזים בבית החולים

בפרויקט התנדבותי ייחודי זה, מלווים סטודנטים מבית הספר לרפואה מטופלים מאושפזים במחלקות השונות של בית החולים. הפרויקט, הנקרא על שמו של אורי לביא ז"ל, הוקם בשנת 2005 במחלקתנו ביוזמתו של ד"ר אורי אילן, אז סטודנט לרפואה וחברו של אורי לביא. זיהינו כי קיים צורך בקרב המטופלים במחלקה להשתלת מח עצם, לקבל ליווי ותמיכה מקיפים לאורך אשפוזם הממושך. מכאן נולד הרעיון להקים מערך מתנדבים, כמענה משלים להתערבות המקצועית הקיימת בתחום הרגשי. במסגרת ההתנדבות, הסטודנטים עורכים למטופלים פעילויות, כגון:



סמדר, סטודנטית לרפואה, שנה ב'
 "לפעמים, רק עצם היותנו כבני שיח, מסייע להם לשכוח,
 ולו לרגע, את המציאות שבה הם חיים, את המחלה, להיזכר
 בימים יפים יותר, ולא פחות חשוב - לחשוב על העתיד".

עינת, סטודנטית לרפואה, שנה ב'

יוזמי ומובילי הפרויקט: גב' רותי רדיאנו וד"ר אורי אילן

עצירות בקרב מושתלי מח עצם, האומנם? מחקר חתך פרוסקפטיבי בשלוש נקודות בדיקה

השתלת מח עצם הינה תת תחום ייחודי בתוך המטו-אונקולוגיה. למטופלים שעוברים הליך זה צרכים משותפים עם כלל חולי הסרטן, אך גם נפרדים מהם. מעל שישים אחוזים מכלל חולי הסרטן סובלים מעצירות בלתי נשלטת, כאשר 41% בחומרה נמוכה ו-20% בדרגת חומרה בינונית עד חמורה, כבר בראשית מחלתם (McMillan, Tofthagen, Small, Karver, & Craig, 2013). בניגוד לשכיחותה של עצירות בקרב כלל חולי סרטן, סימפטום זה אינו שכיח לאורך תהליך השתלת מח עצם, על אף טיפולים שיכולים לגרום לעצירות כגון קרינה וכימותרפיה (Vincal Alkaloids), אופיואידים, נוגדי בחילה, שינויים באלקטרוליטים ועוד (Gruelke, Albani, & Bailer, 2012; Larsen, Nordstrom, Ljungman, & Gardulf, 2007). נויטרופניה וטרומבוציטופניה, תופעות שכיחות בקרב מושתלי מח עצם, עלולות לגרום לסיבוכים קשים, כגון: פיטוריה וזיהום במקרה שמתפתחת עצירות ואף להקשות על הטיפול בבעיה (Larsen, Nordstrom, Ljungman, & Gardulf, 2004). מצאנו כי קיים חסר בספרות המחקרית, אודות שכיחות תופעת העצירות וחומרתה במטופלים העוברים השתלת מח עצם. במחקרנו ראינו חשיבות רבה באומדן התופעה, על מנת ליצור תוכנית פעולה מבוססת ראיות, אשר תתרום לאיכות החיים ולהרגשה הכללית הטובה של המטופלים. על אף שכיחותה של עצירות באוכלוסיה הכללית ובחולים אונקולוגים במיוחד, לא קיים קונצנזוס בנוגע להגדרה של עצירות (Folden, 2002; Smith, 2001; Woolery et al., 2008) ואין בנמצא הנחיות קליניות (guidelines) אחידות לאנשי מקצועות הבריאות, באשר לניהול ואומדן סימפטום זה (Rhondali et al., 2013).

מטרת מחקר זה הייתה לבדוק היארעות (incidence) של עצירות וחומרתה בקרב מושתלי מח עצם, לאורך ציר הזמן של ההשתלה וכן להעריך מהו הסיכון של אוכלוסיה זו לסבול מהסימפטום. היארעות עצירות נמדדה באמצעות Modified Constipation Assessment Scale (MCAS). השאלון מורכב משמונה פריטים, אשר

חוגי יצירה שונים, פעילויות בחגים וקבלת שבת וכן מציעים עזרה ותמיכה למלווי המטופל. מעבר לכל, המתנדבים נוכחים ונמצאים שם עבור המטופל והמלוויים (Being). בנוסף, מתקיים קשר קבוע עם סטודנט. רכז ההתנדבות, אשר עורך ראיונות עם מתנדבי הפרויקט ומצוות אותם למטופלים על-פי הצרכים. הפרויקט הוא בבחינת מצב שבו כל הצדדים נשכרים: המטופל, המתנדב - הסטודנט ובית החולים. המטופל זוכה להיות מלווה, על ידי אדם שמגיע מתוך כוונה טהורה להיות איתו, ובנוסף לכך נתפס על ידו כבעל ידע רפואי מעצם היותו סטודנט לרפואה. השילוב בין הומניות המתנדב ובין תדמיתו החיובית כרופא לעתיד, מוכיח את עצמו כמוצלח ויעיל ביותר עבור המטופלים. המתנדב זוכה להתנסות ביצירת קשר קרוב עם אדם במצב מורכב מאד, אשר נתפס על ידו, לעיתים, כמצב המאיים באופן ממשי על החיים. סביר להניח שמפגש זה מהווה הזדמנות חשובה ומהותית עבור הסטודנט להתנסות, לא רק באיסוף מידע סוציו-רפואי הקשור למטופל ולמשפחתו, אלא גם במפגש פרטי עמוק עם מחשבותיו, עמדותיו והרגשתו אודות המוות. אין ספק, שבכך נתרם הסטודנט המתנדב בהכשרתו כרופא לעתיד, אשר מתרגל לשוחח באופן מעמיק עם המטופל כאדם עם מחלה (ולא רק כחולה). השאיפה היא, שתרגול זה יתרום בעתיד לגישתו של הסטודנט בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות שלו, מתוך ראייה כוללת והומנית. ליתרונות של בית החולים מפרויקט זה יש קשר ישיר לטיעונים הקודמים, הנובעים מהידוק הקשר של הסטודנט עם בית החולים ומשיפור חוויית המטופל ושביעות רצונו מהטיפול. כנכתב לעיל, חיבור הסטודנט ברמה האנושית למטופל כאדם, לסבל ולתהליך הקשה שהוא עובר חיוני לגידול דור העתיד ברפואה. לקשר זה השפעה ניכרת על שביעות הרצון של המטופלים מהטיפול ועל תדמית בית החולים. ראוי לציין שהפרויקט מתקיים מזה מספר שנים, ואף הורחב למספר רב של מחלקות בבתי החולים של הדסה. כמו כן, חשוב להדגיש, שבעקבותיו נפתח קורס חובה לסטודנטים לרפואה בקמפוס האוניברסיטה העברית, הנקרא "אדם ורפואה", שעוסק בהיבטים האנושיים של מקצוע הרפואה, כולל תקשורת בין אישית. הציטוטים שלהלן מצביעים על נקודת מבטם של המתנדבים עצמם:

"אין לי ספק שההתנדבות שינתה אותי, ואין לי ספק שהשפעותיה יופיעו על פני השטח גם בעתיד כשממש אטפל במטופלים. זו הזדמנות באמת ליצור את הקשר העמוק עם המטופלים ובאמת לראות את הדברים מהזווית שלהם. לפי דעתי, כל סטודנט צריך לחוות את העזרה למטופלים עוד לפני השלב שבו הוא מגיע מעמדת המטפל, בשביל להבין יותר כמה כל מטופל הוא עולם שלם וכמה יחס אישי ואנושי הוא דבר כל כך חשוב ברפואה".

יזומה חלוצית של הסייעוד במחלקה, אפשרה את הקמתה של מרפאה ייחודית, הממוקדת באוכלוסיית הנשים לאחר השתלת מח עצם הסובלות מהתופעה. במסגרת פיתוח המרפאה, נכתב פרוטוקול מחלקתי לניהול הטיפול בבריאות נשים אלו, אשר הוצג בישיבות צוות להגברת המודעות והמחויבות. האומדן הסייעודי השוטף במחלקה הורחב, במטרה לכלול סימפטומים גינקולוגיים לאיתור נשים הזקוקות לייעוץ. האומדן נעשה על-ידי האחיות באשפוז יום, וכולל שאלות, כגון: האם את סובלת מצריבה, אי נוחות או גרד באברי המין? האם שמת לב להפרשה חריגה מאברי המין? האם מקיימת יחסי מין? ואם כן, האם חווה אי נוחות או כאב במהלכם? באמצעות שאלות אלו ניתן לאתר מטופלות ולהפנותם לייעוץ גינקולוגי. כמו כן, האחיות מפנה לפיזיותרפיסט לחיזוק שרירי אגן וליועצת מינית.

במרפאת ה-WGvHD שותפה רופאה גינקולוגית המומחית במחלות הפות והעריה. היא מגיעה אחת לחודשיים למערך האמבולטורי למושגלי מח עצם, ומציעה שירותי ייעוץ לנשים אשר אותרו על ידי האחיות, באמצעות האומדן השוטף שהוזכר לעיל.

מאז שנת 2009, מועד הקמת המרפאה, טופלו מעל 80 נשים, 70 מהן לאחר השתלה אלוגנאית והיתר אחרי השתלה עצמית. מעל 50% מהן סבלו מתסמינים של WGvHD. תסמיני התופעה כוללים: יובש, גירוי, כאב במגע, כאב בעת קיום יחסי מין וצריבה במתן שתן. במצבים קשים יותר יתכנו הפרשה מוגלתית, היצרות וגינאלית ואיבוד גמישותה בדרגות שונות, ולעיתים אף שינויים אנטומיים כגון אדהיזה של הקליטוריס. הטיפול בנשים אלו עשוי לכלול שימון בלבד במקרים קלים, מתן תרופות מדכאות חיסון תוך וגינליות, שימוש במרחיבים ובאסטרוגן ובמצבים חמורים יש צורך בתיקון ניתוחי.

מרבית הנשים (70%) אשר הגיעו למרפאה, שבו לבדיקות המעקב. חלקן העידו על חוויות הטיפול וסיפרו על החשיבות שבהחזרתן לתפקוד כ"נשים, אימהות ורעיות". בפיתוח המרפאה, סיפק הצוות במחלקה מענה לקבוצת הנשים עם צרכים ייחודיים, הזקוקות לתהליכי שיקום וריפוי לצורך השבתן לחיים מלאים. ביצוע אומדן סיעודי מקיף חיוני לאיתור הנשים, ומצריך הפגנת רגישות חברתית ולעיתים בין תרבותית.

יזומות לפיתוח המרפאה: רותי רדיאנו, בלה בוגורוצ'ין, נעמי ואן דאם וד"ר אחינועם לב-שגיא.

בודקים מצבים שונים הקשורים לעצירות. המטופל מתבקש לדרג כל פריט בין 0-2. סך הניקוד נע בין 0 (ללא עצירות) לבין 16 (עצירות חמורה) (Woolery et al., 2006). הסיכון לעצירות במחקר זה נמדד באמצעות שאלון Constipation Risk Assessment Scale (CRAS). גורמי הסיכון הנמדדים בשאלון הינם: מגדר, תנועתיות, צריכת נוזלים, סיבים תזונתיים, אמונות אישיות ועוד. לכל גורם סיכון ניתן ציון וסך הציונים מהווה את רמת הסיכון לעצירות. ציון הנמוך או שווה לעשר, מהווה סיכון נמוך לפתח עצירות, ציון בין 11-15 סיכון בינוני וציון גבוה או שווה ל-16, סיכון גבוה. לשאלון תוקף פנים ומהימנות (Richmond & Wright, 2006; Richmond & Wright, 2005).

איסוף הנתונים התבצע על ידי אחיות חוקרות העובדות במחלקה, במסגרת עבודתן הקלינית היומיומית, לאורך שלוש נקודות זמן על רצף הטיפול. בנקודה הראשונה, בקבלה למחלקה, לפני השתלת מח עצם, בנקודת הזמן השנייה, כשבוע לאחר השתלת מח עצם ובנקודת הזמן השלישית 3 חודשים לאחר השחרור מהאשפוז. במחקר השתתפו 50 מטופלים. שמונה עשר אחוזים עד עשרים וששה אחוזים מהמטופלים, דיווחו על בעיית עצירות בדרגה כלשהי, 6%-10% דיווחו על בעיה חמורה בשלוש נקודות הזמן. הסיכון לעצירות בקבלה למחלקה נמצא בינוני במחקר זה, ועלה לבינוני עד גבוה בנקודת הזמן השנייה. גורמי הסיכון לעצירות אשר זוהו במחקר היו: גיל מבוגר, מגדר נשי, יכולת תפקודית ירודה, מצוקה נפשית ועוד. כמו כן, נמצאו קשרים בין עצירות לבין מצוקה נפשית ולשימוש בתרופות. ממצאי המחקר הראו עד כמה חשוב להעריך ולטפל בעצירות לאחר השתלת מח עצם, במיוחד במטופלים עם סיכון יתר. בנוסף, זוהה צורך באיתור מוקדם של עצירות ובבניית תוכנית טיפול ייעודית לעצירות, באמצעות טיפול סימפטומטי מיטבי כדי לשפר את איכות החיים של מושגלי מח עצם במחלקה ובקהילה.

עורכי המחקר: מרינה בן יצחק, רותי רדיאנו, עליסה גליצר, אנה ניידץ, רויטל זלקר וגל ספיר.

פיתוח מרפאה חלוצית לנשים הסובלות ממחלת השתל נגד המאכסן באזור הולו-ואגינלי

נשים העוברות השתלת מח עצם מתורם זר, חשופות למחלת השתל נגד המאכסן באזור הפות והעריה Vulvo Vaginal Graft-versus-Host Disease (VGvHD). לתופעה זו פוטנציאל רב לפגיעה באיכות החיים, עם השלכות על האינטימיות והזוגיות בקרב השורדות. למרות שהתופעה שכיחה בקרב למעלה מ-50% מהנשים שעברו השתלה מתורם (Shanis et al., 2012), הצוות המטפל, לרוב, אינו מודע לה או מתעלם ממנה.

סיפר מניסיונו על האתגר באיסוף השאלונים מהמטופלים, בפרט בנקודת הזמן השנייה, שבוע לאחר ההשתלה, שלב בו חוו המטופלים סבל גופני ופיזי רב והיו זקוקים לתמיכה וסעד. היענות המטופלים למלא את השאלונים בנקודת זמן זו, יכולה להצביע על קשר טיפולי קרוב של האחיות החוקרות עם המטופלים.

שותפים לביצוע המחקר: עיסא גרייב, רוטי רדיאנו, מרינה בן יצחק, יבגני פרנק-קמנצקי, סטיוארט לוי, רויטל זלקר וגל ספיר.

מקורות

Chi, G.C. (2007). The role of hope in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 415-424.

Cleeland, C. S., Mendoza, T. R., Wang, X. S., Chou, C., Harle, M. T., Morrissey, M., & Engstrom, M. C. (2000). Assessing symptom distress in cancer patients. *Cancer*, 89(7), 1634-1646.

Folden, S. L. (2002). Practice guidelines for the management of constipation in adults. *Rehabilitation Nursing*, 27(5), 169-175.

Grulke, N., Albani, C., & Bailer, H. (2012). Quality of life in patients before and after haematopoietic stem cell transplantation measured with the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Core Questionnaire QLQ-C30. *Bone Marrow Transplant*, 47(4), 473-482. doi: 10.1038/bmt.2011.107

Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.

Larsen, J., Nordstrom, G., Ljungman, P., & Gardulf, A. (2004). Symptom occurrence, symptom intensity, and symptom distress in patients undergoing high-dose chemotherapy with stem-cell transplantation. *Cancer Nursing*, 27(1), 55-64.

Larsen, J., Nordstrom, G., Ljungman, P., & Gardulf, A. (2007). Factors associated with poor general health after stem-cell transplantation. *Support Care Cancer*, 15(7), 849-857. doi: 10.1007/s00520-006-0200-0

McMillan, S. C., Tofthagen, C., Small, B., Karver, S., & Craig, D. (2013). Trajectory of medication-induced constipation in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 40(3), E92-E100. doi: 10.1188/13.ONF.E92-E100

הקשר שבין רמת תקווה לבין חומרת סימפטומים: מחקר מתאמי פרוספקטיבי בקרב מושתל מח עצם

על פי הספרות המחקרית, לתקווה יש תרומה משמעותית בהתמודדות המטופלים עם התהליך המורכב אותו הם חווים, במחלקה להשתלות מח עצם. תחושה של תקווה מוגדרת כאמונה שהמצב הנוכחי יכול להיות שונה, וכי יש דרך לצאת מן הקשיים. התקווה מעצימה, מעודדת, מחדשת, מספקת מקור אנרגיה ומאפשרת לאנשים לתכנן, ולכן עשויה לשמש אסטרטגיית התמודדות יעילה הנותנת כוח הסתגלות ולשחק תפקיד מרכזי בהתמודדות עם אבחנת הסרטן (Herth, 1992; Saleh & Brockopp, 2001; Chi, 2007).

במחקר מתאמי פרוספקטיבי, הוערכה רמת התקווה של מושתלי מח עצם לאורך תהליך ההשתלה. התקווה נבדקה באמצעות Herth Hope Index, שאלון מתוקף הכולל 12 היגדים, המכיל שלושה עולמות תוכן: עתיד, אופטימיות ועוצמה פנימית. השאלון מדרג הסכמת המשיב מ-1-4 (Herth, 1992). כמו כן נבדק הקשר של רמת התקווה עם חומרת התסמינים, אשר נמדדה על ידי שאלון ה-MDASI. שאלון המדרג את חומרת 13 תסמינים, אותם חווה המטופל ב-24 השעות האחרונות. הדירוג נע בסולם בין 0 לדרגה 10 (Cleeland et al., 2000). המחשבה היתה, שעל בסיס תוצאות המחקר ניתן יהיה לפתח התערבויות לקידום ולשימור רמת התקווה בקרב המושתלים. המחקר הוביל על ידי אחים ואחיות מצוות המחלקה.

במחקר השתתפו 100 מטופלים שמילאו שאלונים בשלוש נקודות זמן: בקבלתם, שבוע לאחר ההשתלה ושלושה חודשים מהשחרור. איסוף הנתונים במסגרת המחקר נמשך מעל לשנה. במחקר נמצא שרמות התקווה בקרב המטופלים היו גבוהות 43.5-43.2 בסולם הנע בין 12-48 למדידת תקווה, בשלוש נקודות המדידה. כמו כן, נמצא מתאם שלילי בין חומרת הסימפטומים לבין רמות התקווה, בכל שלוש המדידות, במיוחד בסימפטומים עצבות ($r=-0.295$) וקושי בזיכרון ($r=-0.307^{**}$).

מסקנת המחקר היתה, שתקווה קשורה למאפיינים נוספים, כגון: מאפיינים תרבותיים או איכות ההדרכה, וכן, בסימפטומים פיזיים קשים אינם בהכרח קשורים עם תקווה נמוכה. המחקר חשוב בהבנת המשמעות של התקווה בהתמודדותם של מושתלי מח עצם בתהליך ההשתלה, ויש חשיבות בטיפוח ושימור באמצעות עידוד המטופלים בדרכים שונות, כגון: מלווים רוחניים, מתנדבים, חיזוק בני המשפחה והמלווים ועוד. ביצוע המחקר מבטא את שאיפתו של הצוות לשפר את חוויית המטופל העובר השתלת מח עצם, תוך חקירה בתחומים הנוגעים לקשר בין גוף לנפש. הצוות אשר ביצע את המחקר בקרב המושתלים,

Richmond, J. P., & Wright, M. E. (2006). Development of a constipation risk assessment scale. *Journal of Orthopaedic Nursing, 10*, 186-197.

Richmond, J. P., & Wright, M. E. (2005). Development of a constipation risk assessment scale. *Clinical Effectiveness in Nursing, 9*, 37-48.

Woolery, M., Carroll, E., Fenn, E., Wieland, H., Jarosinski, P., Corey, B., & Wallen, G. R. (2006). A constipation assessment scale for use in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 23*(2), 65-74. doi: 10.1177/1043454205285874

Woolery, M., Bisanz, A., Lyons, H. F., Gaido, L., Yenulevich, M., Fulton, S., & McMillan, S. C. (2008). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for the prevention and management of constipation in patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 12*(2), 317-337. doi: 10.1188/08.CJON.317-337

Saleh, U. S., & Brockopp, D. Y. (2001). Hope among patients with cancer hospitalized for bone marrow transplantation: a phenomenologic study. *Cancer Nursing, 24*(4), 308-314.

Shanis, D., Merideth, M., Pulanic, T. K., Savani, B. N., Battiwalla, M., & Stratton, P. (2012). Female long-term survivors after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: Evaluation and management. *Seminars in hematology, 49*(1), 83-93.

Smith, S. (2001). Evidence-based management of constipation in the oncology patient. *European journal of oncology nursing, 5*(1), 18-25. doi: 10.1054/ejon.2000.0119

Rhondali, W., Nguyen, L., Palmer, L., Kang, D. H., Hui, D., & Bruera, E. (2013). Self-reported constipation in patients with advanced cancer: a preliminary report. *Journal of pain and symptom management, 45*(1), 23-32. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.01.009

