دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	دور الأخصائي النفسي في علم نفس الصحة في التكفل بالمريض العضوي المزمن
المصدر:	مجلة دراسات في علم نفس الصحة
الناشر:	جامعة الجزائر2 - أبو القاسم سعدالله - مخبر علم نفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة
المؤلف الرئيسي:	سي بشير، كريمة
المجلد/العدد:	ع1
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2016
الشهر:	ديسمبر
الصفحات:	40 - 59
رقم MD:	921364
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	علم نفس الصحة، الأخصائي النفسي، الأمراض المزمنة، مرافقة المريض، الرعاية المطلقة، الدعم النفسي
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/921364

© 2021 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة. يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

دور الاخصائي النفسي في علم نفس الصحة في التكفل بالمريض العضوي المزمن

سي بشير كريمة
مخبر علم نفس الصحة و الوقاية و نوعية الحياة
جامعة الجزائر2

ملخص :

تهدف البحوث النظرية و التطبيقية في مجال الصحة الى امداد فترة الحياة لدى المريض وفي حالات المرض المزمن الشديد الذي يؤدي الى مضاعفات خطيرة مثل السرطان والأمراض القلبية الوعائية وداء الانسداد الرئوي المزمن والفشل الكلوي وأمراض الكبد المزمنة والتصلب المتعدد وداء باركينسون والتهاب المفاصل الروماتويدي والأمراض العصبية و مرض الالزيمر والخرف والشذوذات الخلقية والأمراض المعدية مثل الأيدز والعدوى بفيروسه والسل المقاوم للأدوية يصبح المريض في حالة خطيرة تهدد حياته و تقربه من نهاية الحياة و يحتاج الى الرعاية الملطفة او المسكنة.

تعرف منظمة الصحة العالمية الرعاية الملطفة بأنها نهج لتحسين نوعية حياة المرضى (البالغون والأطفال) وأسرهم ممن يواجهون المشكلات المرتبطة بالمرض الذي يهدد حياة المريض،و هي رعاية تقوم بها فرقة متعددة التخصصات في اطار التناول التفاعلي ويعتبر الاخصائي النفسي في علم نفس الصحة من اهم اعضاء هذه الفرقة و يكون تدخله من خلال مرافقة المريض في نهاية حياته و الحفاظ على كرامته و تفهم الجوانب النفسية و الاجتماعية و الروحية لديه كما يتكفل بعائلة المريض و يساعدها على تقبل وضعية و حالة المريض و مساندته و استثمار كل اللحظات المتبقية لديه على قيد الحياة كما يتكفل ايضا بالفريق العلاجي الطبي وشبه الطبي من خلال اعطائهم الفرصة للتعبير عن معاناتهم و عن الضغط النفسي الذي يواجهونه في هذه الوحدة .

سوف نعرض في هذه الورقة تفاصيل هذه المرافقة التي تهدف بصفة اساسية الى دعم الحياة و تحسين نوعية الحياة و الاستقلالية قدر الامكان لدى المريض حتى الموت.

الكلمات المفتاحية : الرعاية الملطفة او المسكنة- مرافقة المريض - الاخصائي النفسي في علم نفس الصحة-التكفل .

مقدمة:

تعتبر الأمراض المزمنة مشكلة عالمية والسبب الرئيسي للوفاة على مستوى العالم، وبالرغم من التطور التكنولوجي والمعرفي الذي شاهده العالم في طرق اكتشاف المرض وأساليب الحراجة والعلاج فنسبة الاصابة بهذه الأمراض تتزايد بشكل كبير و متسارع مع التغيرات الجذرية التي طرأت على نمط الحياة والسلوك الغذائي ومستوى النشاط البدني والحركي للفرد.

وتعرف المنظمة العالمية للصحة الأمراض المزمنة على أنها الأمراض التي تدوم لفترات طويلة ، وتتطور بصورة بطيئة وهي تنقسم إلى مجموعات رئيسية هي: الأمراض القلبية الوعائية Les maladies cardio-vasculaires والسرطانات Les cancers والأمراض التنفسية المزمنة Les maladies respiratoires chroniques، ومرض السكري Les diabètes، انخفاض حدة البصر La baisse de l'acuité visuelle، والعمى La cécité بالإضافة إلى الالتهابات الفمية Les affections bucco-dentaires.

ويتأثر المريض المزمن بطبيعة وشدة مرضه ويصاب بعدة أعراض بدنية مثل الآلام الشديدة الزمنة ، وضيق التنفس والهبوط العام وأعراض أخرى مزعجة مما يجعله بحاجة إلى أدوية وعقاقير للسيطرة على الألم والأعراض الأخرى.

بالإضافة إلى الأعراض البدنية يعاني المريض من معاناة شديدة وفقدان معنى الحياة وتدهور نوعية الحياة و هذا يشكل عجز اضافي واضح في طريق وأسلوب ونوعية العلاج المقدم له ، ويزداد الأمر صعوبة مع ظهور المضاعفات الخطيرة للمرض التي تجعل المريض يعيش حالة صعبة ومستمرة تجعله يقترب من نهاية الحياة مما يستلزم إدخاله ، إلى وحدة الرعاية الملطفة Les soins palliatifs ليتلقى الرعاية الطبية والنفسية والروحية اللازمة.

1- تعريف الرعاية الملطفة:

إن الرعاية الملطفة هي رعاية نشطة وفعالة يقوم بها فريق متعدد التخصصات Multi professionnelle في إطار التناول الشامل Approche globale للمريض المصاب بمرض خطير او عضال Une maladie grave ou terminale، بمعنى أن المريض لا ينظر إليه على أنه جسم للعلاج Un corps à soigner فقط بل يأخذ بعين الاعتبار كل المكونات النفسية والاجتماعية والصحية والروحية الخاصة به. (2013, Mikolajczak).

وتهدف هذه الرعاية إلى تحسين نوعية حياة المريض وعائلاتهم عند مواجهة نتائج مرض محتمل أن يكون مميت وتخفيف الآلام الجسدية والنفسية والأعراض الأخرى المزعجة التي يعانون منها وأخذ بعين الاعتبار معاناتهم النفسية والاجتماعية والروحية Souffrances psychologiques et sociales et spirituelles .عرفت المنظمة العالمية للصحة (2002) الرعاية الملطفة على أنها مجموعة الجهود الطبية المقدمة من فريق متعدد الخبرات والتي تهدف إلى تحسين نوعية حياة المرضى وعائلاتهم ممن يواجهون المشكلات المرتبطة بالأمراض المزمنة والخطيرة Graves أو تطورية Evolutives أو نهائية terminale والتي تهدد الحياة مع أخذ بعين الاعتبار علاج الألم المزمن والاهتمام بالرعاية البدنية والنفسية والاجتماعية والروحية للمريض.

ظهر مفهوم الرعاية الملطفة لأول مرة من خلال حركة دور العجزة Les hospices والتي أسست في انجلترا من قبل Cicely Saunders .

(2003, Laval et al).

و توجد في العالم اليوم عدة مشاريع ومبادرات لتأسيس وحدات الرعاية المطلقة، وتزيد عدد هذه المشاريع والمبادرات عن 8000 حول العالم، وأصبح ضمان توفير هذه الرعاية من أولويات الصحة العالمية حيث قدرت المنظمة العالمية للصحة أن أكثر من 40 مليون شخص يحتاجون سنويا إلى الرعاية المطلقة خصوصا في نهاية الحياة.

2- سس الرعاية المطلقة:

تشمل الرعاية المطلقة على عدة أسس تتمثل أهمها في:

1- إن الرعاية المطلقة هي رعاية نشطة Active ، تنتمي إلى التناول التفاعلي، وهي لا تهدف إلى تمديد Prolongation حياة المريض في نهاية الحياة بل دعمه وتخفيف آلامه والحفاظ على كرامته وراحته وإعطاء معنى للأشهر والأيام الأخيرة من حياته، (Ruszniewski, 1997).

2- تقدم الرعاية الملطفة خدمتها من خلال فريق متكامل يضم الطاقم الطبي وشبه الطبي والأخصائي النفسي في علم النفس الاكلنيكي أو علم نفس الصحة والأخصائي الاجتماعي والصيدلي والمرشد الديني.

يلتزم الفريق بأن من حق المريض في وحدة الرعاية الملطفه أن لا يتعرض إلى الألم والخوف والمعاناة والوحدة والعزلة La solitude خلال المراحل المختلفة للعلاج والرعاية ، وأن لا يتخلى عنه الفريق في حالة ظهور المضاعفات الخطيرة والشديدة التي تنذر بنهاية الحياة.

3-يلتزم الفريق برعاية أسرة المريض التي تعاني من قلق وضغط نفسي وصدمة كبيرة من جراء دخول أحد أفرادها إلى الرعاية الملطفة وقرب نهاية حياته.

(بشناق ، 2010).

3- جوانب الرعاية الملطفة:

تتمثل جوانب الرعاية الملطفة فيما يأتي:

1- الرعاية الجسدية Les soins physique**:**

وتتمثل في علاج الألم المزمن والأعراض الأخرى غير المزمنة و يعمل فريق الرعاية الملطفة في هذا الجانب على تحديد مصادر الألم ، ومن ثم تخفيفها من خلال استعمال بعض الأدوية والتي تتراوح ما بين المسكنات البسيطة مثل الاسيتامينوفين (باراسيتامول) والأسبرين والمسكنات الأخرى المضادة للالتهاب أو المسكنات المتوسطة مثل الترامادول وغيرهما ، أو المسكنات القوية مثل المورفين وغيرها.وقد تستخدم الأدوية المساعدة حسب طبيعة الألم الذي يعاني منه المريض ، وهي ليست مسكنات في حد ذاتها ولكنها تزيد من فعالية المسكنات. ومن هذه الأدوية : الستيرويدات ومضادات الاكتئاب ومضادات الصرع ومرخيات العضلات وغيرها. وهناك وسائل علاجية أخرى ، مثل التدخل الجراحي أو الاشعاعي جنبا إلى جنب مع أدوية تخفيف الألم.

ب-علاج الأعراض غير المؤلمة Traitement des symptômes indolores :

وهذه الأعراض تشمل الغثيان والضعف العام ، ومشاكل الأمعاء أو المثانة وبعض صعوبات التنفس وغيرها. وتقدم هذه الخدمة بالتعاون مع الأطباء المعالجين في الأقسام المختلفة وباستشارة فريق الرعاية الملطفة ، وتقدم الرعاية للمريض إما بإدخاله إلى وحدة الرعاية الملطفة بالمستشفى ويكون ذلك إما عن طريق الطوارئ أو العيادة أو الأقسام الأخرى بالمستشفى أو بالتنسيق مع قسم الرعاية المنزلية Soins a domicile والهدف من هذا الاجراء عادة هو تقديم العناية المكثفة للمريض وذلك للتحكم بشكل أفضل في الأعراض التي يعاني منها ، ومن ثم تنسيق عودته إلى منزله عندما يكون ذلك ممكنا. كما تقدم الرعاية للمريض كذلك من خلال المتابعة في العيادة الخارجية ، حيث يقوم المريض بزيارة العيادة الخارجية في مواعيد محددة وذلك لتسنى لفريق الرعاية الملطفة متابعة حالته وتزويده بالأدوية اللازمة أو من خلال خدمات الرعاية المنزلية وهنا يقوم فريق من الممرضات ذوات الخبرة إضافة إلى الأخصائي الاجتماعي بزيارة المرضى في منازلهم بشكل منتظم وذلك لمتابعة حالتهم بشكل عام وتقديم المشورة والدعم طبيا واجتماعيا لأفراد الأسرة المشاركين في العناية بالمريض كما يقوم فريق الرعاية المنزلية بتقييم طريقة استخدام المريض للدواء ومدى استفادته منه و إضافة إلى ما سبق يقوم فريق الرعاية المنزلية بالتنسيق لزيارة يقوم بها الطبيب للمريض في منزله أو إدخال المريض إلى وحدة الرعاية الملطفة بالمستشفى إذا احتاج الى ذلك .

.2-**الرعاية الروحية** les soins spirituels:

وتسمى أيضا بالرعاية التعاطفية والودية Les soins empathiques et bienveillants وهي تتمثل في تقديم وتوفير الرفاهية الروحية Le bien être spirituel ومحاولة علاج المحنة والكدر النفسي Détresse psychologique الذي يشعر بهما المريض الذي يواجه الموت , وتستلزم هذا النوع من الرعاية الشفقة Compassion والتعاطف الكامل للفرقة العلاجية مع المريض , الأمر الذي يجعله يشعر بالكرامة والاحترام والأمل عند مواجهة الحقيقة المرة المتمثلة في الموت . (Da Rocha et al .2014)

وقد تكون هذه الرعاية من خلال توفير الاحتياجات الدينية للمريض، والتي تشمل دعم ونصح المرشد الديني للمريض وعائلته، والسماح لهم بزيارة المريض، والاستماع الايجابي لهم عند التعبير عن معاناتهم النفسية وخوفهم على فقدان المريض.

3-**الرعاية النفسية** Les soins psychologiques:

و هي الرعاية التي يقوم بها الاخصائي النفسي في علم نفس الصحة وهي تتمثل في دعم الحياة مع اعتبار الموت مرحلة عادية من مراحل الحياة والمساهمة في تحسين نوعية الحياة لدى المريض ومرافقته حتى الموت.

الصعوبات النفسية في وحدة الرعاية الملطفة:

تختلف الحياة داخل وحدة الرعاية الملطفة عن الحياة العادية، ورغم هذا فالدخول إلى هذه الوحدة لا يمثل التغير الجذري المفاجئ Bouleversement radical لنمط الحياة حيث أنه في الواقع وباستثناء بعض الحالات ، فالمرضى لا ينتقلون بطريقة مباشرة من الحياة النشطة إلى الرعاية الملطفة بل يعانون في معظم الاحيان من تاريخ طويل من الاستشفاء .(Mikolajczak، المرجع السابق).

ان الدخول إلى الرعاية الملطفة يعني أن الرعاية العلاجية Les soins curatifs لم تكن فعالة، وأن المريض أصبح يعاني من تدهور تدريجي وخطير لوظائفه ونشاطاته الجسدية والنفسية، وعدم القدرة على العناية بالذات، والفشل في إدارة أمواله وعائلته، وانطلاقا من هذا يصبح الهدف الرئيسي للفرقة العلاجية هو تحسين الجوانب المتعددة لنوعية الحياة، ورغم الجهود الكبيرة تواجه الفرقة في أغلب الحالات بانخفاض حتمي لمستوى نوعية الحياة، ويرجع هذا إلى بعض الصعوبات النفسية التي يواجهها المريض والمتمثلة في:

1- مواجهة فكرة الموت Faire Face à l'idée de la mort:

وتمر هذه الفكرة بعدة مراحل تسمى مراحل سياق الموت Les **étapes** dans le processus du mourir ، وينتج هذا السياق بعد الاعلان عن حتمية موت المريض L'inéluctabilité de la mort ويحتوي هذا السياق حسب Elisabeth Kubler Ross (1969) و (1975) من ستة مراحل وهي الصدمة ، الانكار والغضب والمساواة والاكتساب والتقبل وحسب Kubler Ross فترتيب هذه المراحل قد يكون مختلفا من مريض إلى آخر ، لكن التعرف عليها مهم و اساسي لفهم ومساعدة ومرافقة المريض في نهاية حياته.

سوف نعرض بشيء من التفصيل مراحل سياق الموت:

- الصدمة Le choc وتعتبر هذه الصدمة ثاني صدمة يتلقاها المريض بعد صدمة الاعلان عن تشخيص مرضه Annonce du diagnostic، حيث يفهم المريض أنه ليس خالدا Immortel ويصاب بحالة شلل فكري وعاطفي وجسمي.

- الانكار Le déni ويعتبر هذا ميكانيزم دفاعي ضد القلق L'angoisse والموت الوشيك.

- الغضب La colère يعيش المريض أوقات من الغضب والاستشارة والعدوانية نتيجة شعوره بعدم وجود عدالة الالهية L'injustice devine وإصابته هو بالذات بهذه المحنة وهو دائما القول: لماذا أنا؟

- المساومة Le marchandage هي وسيلة يحاول بواسطتها المريض تغيير الحقيقة أو حل المشكل أو تأجيل الموت الذي ينتظره.

- الاكتئاب La dépression عندما يدرك المريض بحقيقة خطورة مرضه وموته الوشيك يصبح واعيا بحالة الفقدان التي يعيشها والمتمثلة بفقدان الصورة الجسدية ، وقدراته العقلية والجسدية ، وفقدان القدرة على الاختيار واتخاذ القرارات ، وفقدان استقلاليته ومشاريعه الحياتية والمستقبلية وعلاقاته مع الآخرين ، يصاب بالكآبة ثم الاكتئاب إذا لم يتم التكفل به نفسيا.

- التقبل L'acceptation وتغيير هذه آخر مرحلة يصل المريض إليها " تدريجيا " وهو خاضعا ، متناقض المشاعر ، ويستعد للموت كونه لا مفر منه.

2-**الاكتئاب واضطرابات القلق** Dépression et troubles anxieux:

يعتبر الاكتئاب واضطرابات القلق من بين أكثر الاضطرابات النفسية المصاحبة للأمراض الخطيرة في وحدة الرعاية الملطفة، وهذه الاضطرابات تؤدي إلى تدهور نوعية حياة المريض وتؤثر على تسلسل الأحداث الخاصة بسياق الموت.

وقد أشارت اشارات عدة دراسات إلى وجود فروق بين المرضى المصابين بالاكتئاب وغير المصابين خاصة على مستوى تسيير الأعراض La gestion des **symptômes** الجسدية وفي الرفاهية الاجتماعية والوجودية Le bien êtres social et existentiel.

كما أظهرت دراسات أخرى أن المرضى المصابين بالاضطرابات النفسية يشعرون بالألم بدرجة معتدلة أو مرتفعة ، كما يشعرون بدرجة مرتفعة بالتعب والرغبة المستمرة في النوم والمعاناة النفسية والجسدية. (Mikolazczak، المرجع السابق)

وبالرغم من تواتر الاكتئاب واضطراب القلق في الرعاية الملطفة ، فشدة وتكرار الأعراض يعتمد على بعض العوامل الموقفية أو الظرفية Situationnel والعوامل والفردية Individuel و العلائقية Relationnel.

- تتمثل العوامل الموقفية و العرضية في ظروف الرعاية المقدمة، حيث تعتبر الغرفة الكئيبة Chambre morne والسرير غير المريح ، والطاقم شبه الطبي غير المنظم والمهمل من العوامل التي تؤدي إلى زيادة درجة أعراض الاكتئاب.
- تتمثل العوامل الفردية في نمط التعلق Le style d'attachement الذي تتميز به المريض ، إذ يرى كل من Zimmermann وRadin وWalsh و Gagliese et al (2007) أن نمط التعلق الآمن يعمل على تخفيض درجة وشدة أعراض الاكتئاب .
- وتتمثل العوامل العلائقية في توفر عنصر المساندة الاجتماعية Le soutien social، حيث أنها تلعب دورا عازلا Tompon ومعدلا Modérateur للعلاقة بين الوعي بحقيقة المرض المميت والكدر الانفعالي Détresse émotionnelle.

دور الاحصائي النفسي في علم نفس الصحة في وحدة الرعاية الملطفة

أن الفريق العمل العلاجي في وحدة الرعاية الملطفة منظومة متكاملة من المختصين الذي يعملون في إطار تفاعلي وكل له دوره الخاص ويفهم أدوار غيره من المختصين ومن هؤلاء المختصين نجد الاخصائي النفسي في علم نفس الصحة الذي يعمل إلى جانب زملائه المختصين في وحدة الرعاية الملطفة.

ويعرفSillamy (2003) الاخصائي النفسي على أنه المختص في علم النفس العيادي، الذي يستخدم القياسات النفسية وتقنيات العلاج النفسي ، كما يساهم في تشخيص الأمراض والاضطرابات النفسية وعلاجها.

(2014, Boudoukha, Bouvet).

أما الاخصائي النفسي في علم نفس الصحة ، فهو الاخصائي الحاصل على الليسانس في علم النفس العيادي ، والذي تابع دراسته وتحصل على ماستر 2 في علم نفس الصحة، ودوره وخاص Spécifique ومختلف عن الدور الذي يقوم به الاخصائي العيادي و الإكلينيكي وهذه الخصوصية تعود إلى طبيعة عمله في المجال الصحي و le

champ sanitaire، والمجال الطبي النفسي الاجتماعي Le champ medio-psychosocial وتركيزه على التكفل النفسي بالمرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة أو الخطيرة من خلال تقديم تقرير مفصلة عن حالتهم النفسية ونوعية العلاج النفسي اللازم.

كما تهتم أيضا بالعمل مع الفئات المعرضة لخطر Population à risque الاصابة ببعض الأمراض المزمنة كأمراض القلب والضغط الدموي والسكري من خلال تقديم برامج وقائية Programmes préventifs لهم ، ومساعدتهم على التخفيف من التدخين أو التقليل من الوزن أو الالتزام بتطبيق التعليمات الطبية او ما يسمى بالملاءمة العلاجية La compliance thérapeutique.(2012, Zecca, Rapo)

ويعمل ما تقارب 35% من الاخصائيين في علم نفس الصحي مع المرضى في المستشفيات أو المراكز العلاجية الأخرى كما يقوم العديد منهم اي حوالي 28% بتقديم العلاج النفسي في عياداتهم الخاصة من خلال تطبيق الأساليب المعرفية السلوكية قصيرة المدى لأفراد يعانون من مشكلات صحية و يساعدون المرضى الذين يعانون من الصداع المزمن على تطوير برنامج للضبط الذاتي مبني على الاسترخاء، وذلك للسيطرة على الألم، أو يساعدون المريض بالسرطان من خلال العلاج النفسي الفردي للتخلص من نوبات الاكتئاب ، كما يعملون على وضع برنامج للعناية الذاتية لمراهقين المصابين بالسكري.

و قد يعمل الاخصائي في علم نفس الصحي ، وبشكل متزايد ، كموظف في العديد من الأماكن بتقديم الاستشارة في العديد من المجالات، فقد يقدم النصح لأصحاب العمل في كيفية وضع نظام للرعاية الصحية يوفر أفضل العناية وبأقل كلفة ، وقد يضع برنامج للمديرين التنفيذيين، لتدريبهم على كيفية تسيير الضغوط المهنية ، وقد يقدم المختص في علم نفس الصحي المشورة للدولة ، حول سبل تخفيض كلفة الرعاية الصحية أو يقدم النصح للمؤسسات التي تقوم بتقديم الخدمات الصحية، حول كيفية تحسين مستوى رضا المرضى عن هذه الخدمات، باختصار يقدم المختصون في ميدان علم نفس الصحي مدى واسعا من الخدمات لجماعات كثيرة ومتنوعة من أصحاب العمل. (تايلور، 2008).

ومع تطور الاتجاه نحو النهوض يعلم نفس الصحة أصبح اخصائي النفسي في علم نفس الصحة حاليا يتدخل في عدة مجالات حساسة مثل التدخل في مجال الرعاية

الملطفة أين يواجه المرضى الموت بصفة مستمرة وهذا بالرغم من أن التكوين الجامعي في علم نفس الصحة لا يحضر الطلبة ، إلى كيفية مواجهة الموت بكل ما يحتويه هذا الموقف من قلق وضغط نفسي.

وفي هذا الصدد اقرح بعض الباحثين أمثال **De Hennezel** ضرورة تلقي طلبة علم نفس الصحة تدريب يدوم على الاقل أسبوع في وحدة الرعاية الملطفة مما يسمح لهم بتقييم فعاليتهم في العمل في وحدة تواجه الموت بصفة مباشرة ومستمرة ، وقدرتهم في تسيير انفعالاتهم عند مواجهة قلق المريض وعائلته والفرقة العلاجية الطبية وشبه الطبية

(2003, De Hennezel).

يقوم الاحصائي النفسي في علم نفس الصحة في وحدة الرعاية الملطفة بعدة تدخلات نذكر منها أهمها:

أولا: التدخل القائم على نمط التعلق Intervention fondée sur le type d'attachement.

كان Minuchin (1985) Stewart & Marving (1990) و Selvini & Cirillo (2002)من أوائل الباحثين الذين حاولوا تطبيق نظرية التعلق La theorie de l'attachement في المجال الاكلينيكي للعلاجات الأسرية Les thérapies familiales ولكن المرجع الاساسي في هذا المجال هو J.Byng-Hall. (Delage et al , 2006).

وقد كان الهدف الأساسي من تطبيق هذا التدخل في الرعاية الملطفة هو مساعدة المريض على حل مشكلات محددة مرتبطة بنمط التعلق Le style d'attachement حتى يتمكن من الموت في أمان وبدون صراعات داخلية.

إن التدخل القائم على نمط التعلق يفترض أن يمنح لكل المرضى في وحدة الرعاية الملطفة الشعور بالاستقرار العاطفي في الفترة المتبقية من حياتهم، حيث يكون الطاقم شبه الطبي حاضرا **Présent** ومنتبها Attentif وصادقا Fiable مع المريض، كما يعمل الطاقم الطبي على تخفيف أو القضاء على الآلام والأعراض المزعجة، مما يجعل هذه الفرفة العلاجية (الطبية وشبه طبية) مصدرا من مصادر التعلق الآمن والراحة النفسية للمرضى. (2013-Mikolajczak).

وقد أظهرت العديد من الدراسات أن نمط التعلق يؤثر في مدى راحة وسعادة الفرد وفي نوعية علاقاته وتفاعلاته مع الآخرين. (Rahioui , Bay-Smadja, 2015) ففي

حالة توفر نمط التعلق الآمن Le type **Secure** ، فالمرافقة العلاجية من خلال نشاطات الدعم Les activités de soutien والتفكير في مشوار الحياة sur **Réflexion** le **parcours** de vie وهيكلة الوقت المتبقي Structuration du temps restant تكون كافية لإحساس المريض بالأمان والراحة النفسية.

أما في حالة نمط التعلق من نوع التجنب **Le type évitant** فمحاولة إنشاء علاقة علاجية مستقرة مع المريض تكون بمثابة تجربة خاصة يعيش فيها علاقة صادقة ويشعر من خلالها بالسعادة والرضى عن حياته المتبقية والرغبة في التعبير والاعتراف بانفعالاته السلبية و الصعبة ، وقد أشارت العديد من الدراسات إلى عواقب مواجهة المريض بهذه السياقات في وقت مبكر من التدخل والمتمثلة في رفض المريض للاتصال الانفعالي Le contact émotionnel أو الشعور الانفعالي Un effondrement émotionnel الكامل.

ففي حالة نمط التعلق المتناقض Le type **ambivalent** فيجب إرساء استراتيجيات واضحة أثناء الزيارات العائلية اليومية للمريض في وحدة الرعاية الملطفة وهذا بهدف تمكين المريض وعائلته من تسيير انفعالاتهم والوصول إلى مستوى من الهدوء العاطفي الآمن ، وتفادي إصابة كل أفراد العائلة بنوبات متكررة من القلق والاكتئاب.

وفي حالة التعلق غير المنظم أو المشوش **Désorganisé** يقوم الاخصائي النفسي في علم نفس الصحة بدعم تسيير الانفعالات ، وتوضيح طبيعة العلاقات التي تربط المريض بالآخرين من أفراد العائلة والطاقم الطبي وشبه الطبي **(Mikolajczak**.، المرجع السابق).

ومما سبق يتبين لنا أهمية هذا النوع من التدخل في شعور المريض بالأمان في الفترة المتبقية من حياته بالإضافة إلى أن هذا النوع من التدخل يعتبر فرصة لشفاء الجروح القديمة **Les vielles blessures** وبناء علاقة آمنة حتى نهاية الحياة (الموت).

ثانيا: التدخل القائم على اعادة البناء القصصي Intervention fondée sur la construction narrative

يعتبر البناء القصصي **La construction narrative** وسيلة التي يسرد من خلالها الفرد قصصا عن تجاربه الخاصة.

أما اعادة البناء القصصي La reconstruction narrative فهو اعاد سرد الفرد لقصصه الخاصة اسنادا إلى تجاربه مع الآخرين، ومن خلال تقاسم هذه الاحداث يطور الفرد طرقا للحفاظ على كرامته وإنسانيته وذاته .(2007, Andreson-Engler)

ويسمى هذا التدخل أيضا بمراجعة قصيرة الأجل للحياة Short terme life review ويعتبر هذا التدخل فعالا يرفع رفاهية المريض وخفض درجة القلق والاكتئاب والمعاناة لديه ويرى MC.Adams (1985) و(2006) و Singer (2004) أن هذا الاجراء يطبق في حصتين أو أكثر ، يعيد منها المريض في وحدة الرعاية الملطفة مراجعة بعض الأمور الخاصة بتجاربه السابقة مع الآخرين ، مما يمكنه من حل بعض الصراعات السابقة وإعطاء معنى جديد لحياته.

ثالثا: التدخل القائم على الكرامة أو علاج الكرامة

Intervention fondée sur la dignité / Thérapie de la dignité

في خضم التواجد في وحدة الرعاية الملطفة كثيرا ما يفقد المريض حقه في المعاملة الطبية، ويفقد قدرته على اتخاذ القرارات المناسبة، فضلا عن الاحترام والتقدير الذي يستحقه كإنسان مما يؤدي حتما إلى الشعور بالعزلة والإحباط وينعكس هذا سلبا على وضعه الصحي والنفسي والاجتماعي ، وعلى هذا الأساس يشكل التدخل القائم على الكرامة تدخلا هاما وأساسيا يهدف إلى احترام قيم المريض والنظر إليه كشخص لا كمريض في نهاية الحياة ومعاملته كإنسان لا كحالة مستعصية والحفاظ على كرامته (بشناق، المرجع السابق).

وينتمي هذا الاجراء الى ما يسمى بعلاج الكرامة الذي أسسه **Chochinov** ، وهو يهدف إلى علاج المعاناة والضيق النفس اجتماعي psychosociale **Détresse** لدى المريض من المرحلة الأخيرة و النهائية من المرض La phase Terminale، وقد أظهرت الدراسات أنه التدخل الوحيد غير الدوائي الذي يعمل فعلا على التخفيف من المعاناة الانسانية في نهاية الحياة .(2010, Gagnon et al)

ويقوم هذا الاجراء على حث المريض على الحديث والتعبير عن كل ما له معنى وقيمة كبيرة في حياته خاصة الذكريات السعيدة والانجازات السابقة قبل الاصابة بالمرض وإعطائه الفرصة لترك بعض الوصايا والنصائح والخبرات لعائلته وهذا لتجاوز المعاناة التي تمس بكرامته حيث يفقد القدرة على الاعتناء بالنفس ويعتمد على الآخرين في الأمور الحساسة والشخصية (اللباس ، الأكل ، نظافة الجسم ..) مما

يسبب له الشعور بالألم النفسي ، وتدهور نوعية الحياة وارتفاع درجة الاكتئاب والقلق وفقدان الأمل.

(2015, Laplante)

مزايا هذا لنوع من التدخل:

يرتكز هذا النوع من التدخل على الدعم النفسي Le soutien psychologique وهو ليس سردا لأجزاء متسلسلة ومرتبة زمنيا من الحياة بل سرد للأفكار والمواقف والحقائق التي يتوقع المريض أنها مهمة وايجابية ، وبالنسبة له فهذا يعتبر تمرين وتدريب ومناسبة للحديث عن الفترات الأكثر نجاحا وتألقا من حياته **Episode marquant.**

وفي هذا الصدد اهمت العديد من الدراسات بالبحث عن العناصر التي تمثل الكرامة عند المريض واعتمدت في البحث على بعض الوسائل والأدوات أهمها ما يأتي:

1-**سؤال حول كرامة المريض La question sur la dignité du malade**

و تتكون هذه الأداة من سؤال واحد سهل وبسيط ومفتوح يطرح على المريض وهو كالتالي:

Qu'est ce que je dois savoir sur vous en tant que personne pour vous donner les meilleurs soins possible ?

ماذا يجب عليا أن أعرف عليك كشخص حتى أعطيك أحسن رعاية ممكنة؟

وقد بينت الدراسات أن هذا السؤال كافي وملائم لمعرفة مؤشرات وعناصر الكرامة عند المريض، انشغالاته الخاصة بالرعاية.

2-**الصورة عن كرامة المريضLe portrait de la dignité du malade**

وهذه الاداة عبارة عن استبيان بسيط يحتوي على 25 مؤشرا لكرامة المريض في نهاية الحياة وهو كثير الاستعمال في الدراسات التي تهتم بكرامة المريض في الفترة الأخيرة من حياته.

مزايا هذا النوع من التدخل:

- هو علاج مختصر وقصير **Courte durée**
- العلاج يتم تطبيقه على سرير المريض **Au chevet du malade**
- يؤثر بصفة إيجابية وفعالة على المريض وعائلته.

- يتكفل بالألم الانفعالي للمريض.

- يعتمد نجاحه على الخصائص التي يتميز بها الاخصائي النفسي والممثلة في التعاطف، الاستماع الايجابي والانتباه.

- يتم هذا العلاج في ثلاثة اسابيع ومدة كل جلسة تتراوح بين 30 و 60 دقيقة.

رابعا: التدخل القائم على المرافقة Intervention fondée sur l'accompagnement

تعتبر المرافقة أكثر التدخلات النفسية المستعملة في وحدة الرعاية الملطفة، وهي تعني دعم المريض منحه الوقت اللازم ، واحترام ايقاع حياته **Rythme de vie** ودعمه من قراراته والتواجد إلى جانبه والاستماع الايجابي إليه، وبصفة عامة فالمرافقة تعني خلق أو الحفاظ على الروابط العاطفية للمريض مع الآخرين طالما هناك حياة. (2015,Gay)

يتم التدخل القائم على المرافقة على ثلاثة مستويات هي المريض والعائلة والفرفة العلاجية الطبية وشبه الطبية:

المستوى الأول: مرافقة المريض

يظهر الدور الاساسي للاخصائي النفسي في علم نفس الصحة في مرافقة المريض وتظهر اجراءات هذه المرافقة من خلا ما يأتي:

إعطاء الوقت الكافي للمريض للحديث والتعبير عن معاناته وحاجاته وانشغالاته الخاصة بالرعاية ، ويجب أن يتصف الاخصائي النفسي في هذا الاجراء بالمواقف العلاجية Attitudes thérapeutique التي حث عليها Carl Rogers وهي الانسجام Congruence والتعاطف L'empathie والاعتبار الايجابي غير المشروط La considération positive inconditionnelle وهذه المواقف تعطي للمريض في وحدة الرعاية الملطفة ليس فقط فضاء للحديث عن معاناته الجسدية والنفسية بل تعطي له ايضا اليقين أنه سيتحصل على الاتصال الناجح في المراحل المتبقية من حياته.

- احتواء قلق و الكدر النفسي للمريض L'Angoisse et la Détresse psychologique، حيث يعتبر القلق المصاحب بالكدر النفسي مرحلة يمر بها معظم المرضى في وحدة الرعاية الملطفة وبالتالي فعلى الاخصائي النفسي مساعدتهم لتجاوز

هذه المرحلة بإعطائهم بعض المعلومات الخاصة بحاجاتهم الصحية والنفسية مما يعمل على التخفيف من مستوى القلق والكدر النفسي لديهم.

- تسيير انفعالات المريض والفرقة العلاجية والتخفيف من معاناة المريض وأزماته النفسية من خلال التعرف والتعبير عنها.
- تعزيز تقبل فكرة الموت Favoriser l'acceptation de l'idée la mort.
- تفهم ما يعيشه المريض والتعاطف معه وهنا يظهر الدور الحقيقي للانا الثانوي أو المساعد Le moi auxiliaire.
- تحديد الاستراتيجيات المواجهة التي يستعملها المريض.
- تقديم ما يسمى بالرعاية الروحية والنفسية والاجتماعية خلال الفترة المتبقية من حياة المريض. أخذ بعين الاعتبار الحفاظ أو استعادة Restauration المريض لتقدير الذات Estime de soi ومعنى الحياة ، علما أن التدهور الجسدي كثيرا ما يصبحه تدهور كبير في تقدير الذات وشعور عميق بعدم العدالة الالهية
- و فقدان معنى الحياة.

المستوى الثاني: مرافقة العائلة

تواجه العائلة المريض عدة مشكلات مرتبطة بنهاية الحياة والموت الوشيك Décès imminent لإنسان عزيز ، والمريض في نهاية الحياة قد يعاني من بعض الاضطرابات السلوكية والتي تأتي في مقدمتها السلوكات العدوانية اتجاه بعض أفراد العائلة ، وقد يعتبر هذه السلوك من طرف العائلة على أنه رفض و عدائية من قبل المريض وما هو في الحقيقة إلا تعبير عن اتجاهاته السلبية نحو المرض والموت،ودور الاخصائي النفسي في علم نفس الصحة في هذه الحالة هو تفسير ردود أفعال المريض وسبب سلوكاته العنيفة والعدائية اتجاههم مما يساعدهم على التعايش مع الحقيقة والحالة الصعبة التي يعيشها المريض. (Mikolajczak، المرجع السابق).

على العموم يقوم الاخصائي النفسي في علم نفس الصحة بمرافقة العائلة في وحدة الرعاية الملطفة من خلال بعض الاجراءات أهمها ما يأتي:

- تذكير العائلة بصفة مستمرة على أن هذا الشخص الموجود على فراش الموت ما يزال على قيد الحياة Le mourant est un vivant، وأن التدهور في الجوانب الجسمية والبيولوجية Physique et Biologique لا يصاحبها بالضرورة تدهور

وضعف في الجوانب النفسية ، فالمريض ما يزال واعيا ويسمع كل ما يدور حوله من تفاعلات ، بين أعضاء الأسرة وهذا الاجراء يجنب العائلة ما يسمى بالحداد المسبق Le deuil anticipé.

تذكير العائلة بصفة مستمرة أن وقت الوفاة Le temps du mourir يكون شديد العمق نفسيا و علائقيا ، وفي هذا الصدد أشار المحلل النفساني Michel De M'usan في أحد مقالاته المشهورة تحت عنوان Le travail de trépas أن الشخص أو المريض المقبل على الموت يحاول دائما الحصول على الراحة النفسية والسلم والتصالح مع ذاته ومع الآخرين ونقل خبراته وتجاربه الحياتية إلى الأقارب لذلك فوقت الموت يصبح ذو قيمة كبيرة جدا بالنسبة للمريض وعلى الاخصائي النفسي مساعدة العائلة لإعطاء قيمة خاصة لهذا الوقت حيث أن عالم المريض يصبح محدودا وأيامه معدودة ، وكل الاتصالات والكلمات والأحاسيس المتبقية تصبح ذات قيمة نفسية معتبرة جدا.

- يساهم الاخصائي النفسي من خلال تدخلاته من الوقاية من الحداد المرضي Le deuil pathologique حيث أن مدة الحداد ودرجته وشدته تتوقف على نوعية المرافقة التي تتلقاها العائلة قبل وأثناء وبعد موت المريض فمساعدة الاخصائي للعائلة على تقبل فكرة أو سياق الموت والمراحل العديدة التي يمر بها وتعامل معها بصفة سليمة، تساعدها على القيام بالحداد والتعايش مع الحقيقة.

وعلى العموم فالمقابلات التي يقوم بها الاخصائي مع العائلة تمكنه من مرافقة جميع أفرادها فيكون قريبا منهم وينصت لمشكلاتهم، وصعوباتهم ويسمح لهم بالتعبير عن انفعالاتهم حتى ولو كانت عنيفة ويساعدهم على تفهم الاضطرابات التي يصاب بها المريض ، ورغبته في الموت السريع والتخلص من الآلامه ومعاناته نهائيا ، كما يساعدهم على الاتصال والتعبير عن نفعالات فيما بينهم والقضاء على التعب الانفعالي Epuisement émotionnel والتحضير للحداد Préparation du deuil.

وبعد موت المريض يستمر الاخصائي النفسي في متابعة الحداد وقد تكون هذه المتابعة فردية أو عائلية أو جماعية.

المستوى الثالث: مرافقة الطاقم الطبي وشبه الطبي

أثناء هذه المرافقة يعمل الاخصائي النفسي على تثمين عمل أعضاء الفرقة العلاجية ويعزز ما ينجزونه من اجراءات علاجية ويساعدهم في سياق الحداد الخاص بهم

والناتج عن مواجهتهم لموت بصفة مستمرة ويعطي لهم الفرصة للتعبير عن معاناتهم وصعوباتهم وحتى عن الأوقات السعيدة التي يقضونها مع مرضاهم.

كما يعمل الأخصائي النفسي في وحدة الرعاية الملطفة على ارساء وإنشاء وانتشار ثقافة المرافقة La culture d'accompagnement ضمن الفرقة العلاجية وللقيام بهذا يجب أن يكون مقبولا ومندمجا بشكل أساسي ضمن الفرقة العلاجية ويتوقف هذا بالدرجة الأولى على السمات التي يتسم بها مثل القدرة الطبيعية على الانصات الايجابي والتعاطف ومساعدة المريض والعائلة و الفرقة العلاجية على التعبير عن معاناتهم بشكل تلقائي وتسييرها ومواجهة الضغط النفسي.

وتتمثل اجراءات مرافقة الفرقة العلاجية فيما يأتي

-تقديم الدعم غير الرسمي Un soutien informel

يقديم الاخصائي الدعم عير الرسمي للفرقة العلاجية وذلك سواء كان مندمجا بصفة جزئية في وحدة الرعاية الملطفة أي يعمل بدوام جزئي Mi-temps أو يعمل بصفة دائمة، وذلك من خلال حضوره الاجتماعات المختلفة للفرقة العلاجية، ونوعية وطبيعة علاقاته مع الأعضاء الذي يستطيع تعليمهم طرق الاتصال الصحيحة مع المريض وسبل المرافقة الفعالة ، كما ينشر معرفته و يبين دقة معلوماته من خلال تدخلاته المباشرة معهم ومن خلال الانصات لهم ودعمهم في كل ما يقومون به مع المريض ، مما ولا شك يخلق جو من التعاون والألفة والاتصال ما بين أعضاء الفرقة ، والاتصال مع المريض وأسرته.

تقديم الدعم المنظم Un soutien structuré

يقدم الاخصائي النفسي الدعم المنظم من خلال ما يأتي:

أ-تنظيم اجتماعات ولقاءات ثابتة أسبوعية أو شهرية للحديث عن الحالات التي تواجه الموت أو التي توفيت قريبا حيث يعبر كل عضو عن انفعالاته الخاصة والمشتركة مع الآخرين، وعن صعوبة الموت ويتذكر كل واحد المرضى الذين تم علاجهم و مرافقتهم، وعن نوعية الرعاية الجسدية والنفسية التي قدمت لهم.

و تكون هذه الاجتماعات اما على شكل مجموعات الدعم Groupe de parole أو جلسات استخلاص معلومات Débriefing التي تسمح بالتعبير عن الانفعالات والقلق والمعاناة وتعلم طرق وأساليب تسييرها ومواجهتها بدلا من تجنبها.

وقد أشارت De Hennezel (2003) في تقريرها عن المرضى في نهاية الحياة إلى أن هذا النوع من الاجتماعات والجلسات يعاني من صعوبات في بعض وحدات الرعاية الملطفة ، وذلك لعدم تثمينها من طرف بعض الأطباء والممرضين ممن لا يهمهم التعبير عن الانفعالات والمشاكل ، وكثيرا ما تتحول هذه الاجتماعات إلى جلسات تسوية الحسابات Règlement des comptes، وتضييف De Hennezel إلى أن نجاح مثل هذه الاجتماعات يرجع بالدرجة الأولى الى تفهم وثقافة رئيس المصلحة ومساعديه ودعم الطاقم شبه الطبي وذكاء وشخصية ونشاط الاخصائي النفسي. (De Hennezel، المرجع السابق).

ب- طريقة لعب الأدوار La mise en situation / Jeu de rôle تكون هذه الطريقة من خلال تقمص شخصية المريض وبالتالي الاحساس بمعاناته وحاجاته مما يسمح لأعضاء الفرقة العلاجية على التعرف على استراتيجيات المقاومة Les stratégies de coping التي يستعملها المرضى ، وإيجاد المسافة الجيدة Une bonne distance بينهم وبين المرضى والاحتفاظ على توازنهم النفسي والجسدي ، ومعرفة مقدار احساسهم بالذنب اتجاه المرضى و مستوى رضاهم عن نوعية الرعاية المقدمة لهم ، كما تساهم هذه الطريقة في معرفة وتحديد أسباب الابتعاد وتجنب المريض قبل رحيله بفترة قديمة وصعوبة القيام بالحداد.

بالإضافة إلى ما سبق يقترح بعض الاخصائيين استعمال جلسات الاسترخاء بكل اشكالها (Sophrologie, Yoga, Méditation) والعلاج بالغنى والموسيقى لمواجهة الخوف والقلق وزيادة طاقة وقدرة الطاقم الطبي وشبه طبي على مواجهة الموت ، حيث يرى Ruszniewski أن دور الحقيقي للأخصائي النفسي يكون الى جانب الفرقة العلاجية حتى يساعدها على القيام بدورها العلاجي مع المريض والسيطرة على قلقها وعلاقاتها مع الآخرين.

وفي النهاية يتبين لدينا أن تواجد الاخصائي النفسي في الصحة ضمن الفرقة العلاجية ليس فقط للوقاية من الاحتراق النفسي بل لمساعدة اعضائها على ادراك الفائدة المتبادلة للمرافقة. (Augé, 2001).

خاتمة:

إن الرعاية الملطفة خدمة تقدم للمرضى خلال ظروف المرض المتقدمة أو ما يسمى بالمضاعفات الخطيرة التي تجعل المريض في حالة صحية ونفسية سيئة وهي تهدف

إلى علاج أعراض المرضى وتحسين نوعية حياتهم، ورغم أن الفرقة العلاجية الطبية وشبه الطبية هي المسؤولة المباشرة عن هذه الرعاية إلا انها تستلزم وجود فريق متكامل لديه الخبرة الكاملة في علاج الألم والأعراض المزعجة الاخرى سواء كانت جسدية أو نفسية ، ويعتبر الاخصائي النفسي في علم نفس الصحة عضوا مهما في هذه الفرقة ، حيث تقوم بمرافقة المريض وعائلته والفرقة العلاجية، كما يقوم بتدخلات نفسية مهمة بالنسبة للمريض مثل التدخل القائم على نمط التعلق والتدخل القائم على اعادة البناء القصصي والتدخل القائم على الكرامة ، وكلها تدخلات تسهم في تحقيق الراحة النفسية للمريض في نهاية حياته

المراجع باللغة العربية والأجنبية:

1- بشناق محمد أكرم .(2010) .رسائل في العلاج التلطفي،دار السنديل : بيت لحم فلسطين.

2- تايلور شيلي .(2008). ترجمة وسام دويش بريك و فوري شاكر صعمية داود. علم النفس الصحي. الطبعة الأولى, طبع بدعم من الجامعة الاهلية بعمان: الاردن.

3- Anderson Engler. A .(2007). Constructing and reconstructing narratives- a passageway to personal meaning and social change , Workshop on humiliation and violent conflict representing the tenth annual human DHS meeting , Columbia university: New-York

4- Augé.M. (2001). Psychologue en soins palliatives : de la place du sujet à hôpital, Médecine et hygiène, vol (16), 15-17.

5- Bay- smadja. M, Rahioui.H. (2015) . La thérapie interpersonnelle basée sur la théorie de l'attachement, de Kleman à Bowlby , Annales médio-psychologique, Vol (173), 547-552.

6- Bouvet, C, Boudoukha.A. (2014). 22 Grandes notions de psychologie clinique et de psychopathologie , Dunod: Paris

7- DA Rocha.G, Ross. P, shaha. M. (2014) .Le sentiment de finitude de vie et les stratégies de coping face à l'annonce d'un cancer , Revue international de soins palliatifs, vol (29), 49-53.

8- De Hennezel.M. (2003) . Mission « Fin de vie et accompagnement », collection des rapports officiels, ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées: France.

9- Delage.M, Cyrulnik.B, Benghozi.P, Clervoy.P, Petitjean.M, Perrin.F, Lussiana,S. (2006). La famille et les liens d'attachement en thérapie , Revue thérapie familiale , vol (3), 243-262.

10- Gagnon. P, Chochinov.H.M, Cochrane.J.P, Moignan Moreau.J, Fontaine. R, Groteau.R. (2010).Psychothérapie de la dignité : une intervention pour réduire la détresse psychologique chez les personnes en soins palliatifs , Revue de psycho Oncologie, Vol (4), 169-175.

11- Guay.H. (2015). Manuel d'accompagnement en soin palliatifs et fin de vie , conseil des ainés et des retraités de la MRC des Appalaches: Canada.

12- Mikolajczak.M. (2013) . Les intervention en psychologie de la santé , Dunod : Paris

13- Laplante, M.C .(2015).La dignité en fin de vie application du construit chez une population en perte d'autonomie fonctionnelle , thèse de doctorat non publiée, université laval, quebec: Canada.

14- Laval.G, Villard .D.M, Comandini.F, Carlin.N. (2003). Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et Son entourage , Corpus médical faculté de médecine de Grenoble.

15- Ruszniewski, M .(1997) . Psychologue dans une équipe de soins palliatifs, journal des psychologues, vol (152) 51-54.