



نقش روان‌شناسی در مراقبت تسکینی

ندا شاهواروقی فراهانی: دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
محدثه رجبی: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، بخش طب تسکینی، بیمارستان فیروزگر، مرکز کنترل و پیشگیری سرطان آلا (مکسا)، تهران، ایران
امیرحسین توانایی: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، بخش طب تسکینی، بیمارستان فیروزگر، مرکز کنترل و پیشگیری سرطان آلا (مکسا)، تهران، ایران
زینب قائم پناه: دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)
 ghaempanah.z@iuims.ac.ir
عبدالرحیم حزینی: فوق تخصص هماتولوژی انکولوژی و طب تسکینی، بخش طب تسکینی، بیمارستان فیروزگر، مرکز کنترل و پیشگیری سرطان آلا (مکسا)، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

مراقبت تسکینی،
 روان‌شناس،
 بیمار، ارزیابی،
 روان‌درمانی

زمینه و هدف: طی دهه‌های اخیر، مفهوم مراقبت تسکینی به عنوان رویکردی چند رشته‌ای مورد توجه قرار گرفته که با توجه به ماهیت و نوع بیماران هدف آن و نیازهای روان‌شناختی آن‌ها مشخص شده است. بررسی و توجه به این نیازها و تلاش برای رفع آن‌ها از وظایف روان‌شناس بوده که با چالش‌های بسیاری مانند ابهام نقش‌ها و وظایف و نیازهای آموزشی و پژوهشی روبه‌رو است. در نتیجه، هدف مقاله‌ی حاضر، بررسی مهارت‌های تخصصی روان‌شناسی در ارزیابی، مداخله و پژوهش و ابعاد نظری و عملی این رشته در فضای مراقبت تسکینی است.

روش کار: این مطالعه به روش مروری و با استفاده از کلید واژه‌های *Advanced.Psychologist.Palliative*، *Grief.Bereavement.Chronic illness.Terminally ill.hospice.End of life.cancer* صورت گرفت. با جست‌وجو در بانک‌های اطلاعاتی *PubMed*، *Science Direct*، *Scopus*، *Elsvier*، *ProQuest* و *ProQuest*، مقالات مرتبط در بازه‌ی زمانی ۱۹۹۷-۲۰۱۷ مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: روان‌شناسان تیم مراقبت تسکینی در مراحل مختلف بیماری ایفای نقش می‌کنند. در این راستا، ارتباط و ارزیابی به عنوان گام‌های نخست خدمات آن‌ها و مشاوره و روان‌درمانی اختصاصی برای هر نوع اختلال و مشکل روان‌شناختی بیماران توسط روان‌شناس ارائه می‌شود. این روان‌شناسان خدمات خود را به خانواده بیمار در زمان بستری تا مراحل از دست دادن و سوگ ادامه خواهند داد. حمایت و مراقبت از اعضای تیم مراقبت تسکینی و مشارکت در طرح‌های تحقیقاتی نیز از دیگر وظایف آن‌ها است.

نتیجه‌گیری: با توجه به عملکرد چندگانه روان‌شناسان در تیم مراقبت تسکینی و نیز ارائه خدمات گسترده از بیماران تا خانواده آن‌ها و نیز اعضای تیم مراقبت تسکینی، کسب مهارت‌های تخصصی و آموزش‌های مداوم برای آن‌ها لازم و ضروری است.

تعارض منافع: گزارش نشده است.
منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله:

Shahvaroughi Farahani N, Rajabi M, Tavanaie AH, Ghaempanah Z, Hazini A. The role of psychologist in palliative care. *Razi J Med Sci*. 2019;25(12):43-55.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با **CC BY-NC-SA 1.0** صورت گرفته است.

The role of psychologist in palliative care

Neda Shahvaroughi Farahani, PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Mohaddeseh Rajabi, MSc of Clinical Psychology, Department of Psychology, Palliative Care Ward, Firoozgar Hospital, ALA Cancer Prevention & Control Center, Tehran, Iran

Amir Hossein Tavanaie, MSc of Clinical Psychology, Department of Psychology, Palliative Care Ward, Firoozgar Hospital, ALA Cancer Prevention & Control Center, Tehran, Iran

Zeynab Ghaempanah, PhD Student of Psychology, Spiritual Health Research Center, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran (*Corresponding author) ghaempanah.z@iums.ac.ir

Abdolrahim Hazini, Hematologist-Oncologist & Palliative Care Specialist, Palliative Care Ward, Firoozgar Hospital, ALA Cancer Prevention & Control Center, Tehran, Iran

Abstract

Background: In recent decades, palliative care is considered as a multidisciplinary approach which has been specified based on the nature and type of its target patients and their psychological needs. Assessment of these needs and attention to them are among psychologist's tasks that involve many challenges including the ambiguity of roles and educational and research needs. This review article aimed to investigate their specialized skills in assessment, intervention, and research, and explore the theoretical and practical aspects of this field in the palliative care setting.

Methods: In the present review article, database searching method was applied using the keywords of palliative, psychologist, advanced cancer, end of life, hospice, terminally ill, chronic illness, bereavement, and grief. PubMed, Elsevier, Scopus, Science Direct, and ProQuest databases were searched and eligible articles published between 1997 and 2017 were retained.

Results: Psychologists at palliative care team are involved in various stages of the disease. Communication and assessment are presented as the first steps of their services and then specific counseling and psychotherapy are provided for any psychological disorder and problem of patients. These psychologists will continue their services to the family of patients at the time of hospitalization until the stages of loss and mourning. The support and care of members of the palliative care team and participation in research projects are among other tasks of them.

Conclusion: Due to the multiple functions of psychologists in the palliative care team and the widespread provision of services from patients to their families and members of the palliative care team, it is essential to acquire specialized skills and continuing training for them learning of nursing students as well as accepting responsibility professionals in medical sciences.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Keywords

Palliative care,
Psychologist,
Patient,
Assessment,
Psychotherapy

Received: 17/10/2018

Accepted: 09/01/2019

Cite this article as:

Shahvaroughi Farahani N, Rajabi M, Tavanaie AH, Ghaempanah Z, Hazini A. The role of psychologist in palliative care. Razi J Med Sci. 2019;25(12):43-55.

This work is published under [CC BY-NC-SA 1.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



ایفای نقش موثری داشته باشند. همچنین، در کمیته-های اخلاق بیمارستانی و تیم‌های چند رشته‌ای خدمات حرفه‌ای ارائه دهند (۱۳).

با وجود لزوم ارائه مراقبت‌های روان‌شناختی توسط تمام متخصصین و کارکنان مراقبت تسکینی به بیماران و خانواده‌هایشان، تشخیص‌های پیشرفته و مداخله‌های خاص روان‌درمانی توسط متخصصین سلامت روان، مانند روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان، ارائه می‌شود (۱۴) که بررسی آن به صورت جامع در مطالعات داخلی مشاهده نشده است. در نتیجه، هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی نقش و ابعاد حرفه‌ای و مهارت‌های تخصصی روان‌شناسان در ارزیابی، مداخله و پژوهش در تیم مراقبت تسکینی و بررسی ابعاد نظری و عملی آن در این حوزه از درمان است که می‌تواند به خدمات بهتر و در نهایت رضایت بیشتر مراجعان به بیمارستان‌ها کمک کند.

روش کار

این مطالعه به روش مروری و با هدف پاسخ به پرسش در زمینه‌ی نقش روان‌شناس در مراقبت تسکینی و مراقبت‌های مراحل انتهایی صورت گرفت. بررسی مقالات با جست‌وجو در بانک‌های اطلاعاتی PubMed، Elsevier، Scopus، Science Direct انجام شد و با استفاده از کلیدواژه‌های Palliative، Psychologist، Terminally، Hospice، End of life، Advanced cancer، Chronic illness، all، Bereavement، Grief، مقالات و کتب مرتبط در بازه‌ی زمانی ۱۹۹۷-۲۰۱۷ مورد بررسی قرار گرفتند. برای شناسایی و پوشش بیشتر مقالات منتشر شده بعد از جست‌وجوی پایگاه‌های اطلاعاتی، تعدادی از مجلات معتبر در این زمینه نیز به صورت دستی مورد جست‌وجو قرار گرفت. بعد از حذف مقالاتی که ارتباط ضعیفی با اهداف مطالعه داشتند و انتخاب مقالات اصلی، بار دیگر برای بالابردن اطمینان از شناسایی و بررسی مقالات موجود، لیست منابع مقالات انتخاب شده نیز جست‌وجو گردید. در نهایت منابع به مقالات و کتبی محدود شد که دستیابی به متن کامل

مراقبت تسکینی (Palliative care) مفهومی گسترده است که طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization)، به مراقبت‌های جامع گروهی متشکل از متخصصین مختلف، جهت حل مشکلات جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، معنوی و کارکردی افرادی با بیماری‌های سخت‌درمان و خانواده‌هایشان اطلاق می‌شود (۱). در واقع، مراقبت تسکینی یک واژه-ی کلی است که مربوط به حمایت جامع و همه جانبه از بیماران و خانواده‌ها در هر مرحله از فرایند بیماری با هدف تسکین رنج‌های جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی، بهبود کیفیت زندگی و کنترل موثر علائم آن‌ها است (۲ و ۳). مراقبت تسکینی می‌تواند همزمان با دیگر درمان‌ها در بیماری‌های جدی آغاز شده و اگر درمان بیماری با شکست مواجه شود، این مراقبت مرکز توجه قرار گیرد. در این خدمات ویژه، تمرکز اولیه بر بهبود کیفیت زندگی است، با این حال، مراقبت تسکینی می‌تواند در صورتی که به موقع صورت پذیرد، در بهبود بیماری و افزایش طول عمر نیز موثر باشد (۴).

مراقبت تسکینی به افرادی با بیماری‌های جدی و خانواده‌هایشان فرصتی می‌دهد تا با چالش‌هایی که در طول بیماری و مراحل انتهایی زندگی روبه رو می‌شوند بهتر مقابله کنند. در همین راستا، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد بیمارانی که تحت مراقبت‌های تسکینی و آسایشگاهی قرار می‌گیرند نسبت به کسانی که مراقبت معمول را تجربه می‌کنند نتایج بهتری به دست می‌آورند (۵ و ۶)، به ویژه در کنترل درد و مدیریت علائم (۷)، کاهش حضور بیماران در بیمارستان‌ها (۸)، افزایش رضایت بیماران (۹) و کاهش هزینه‌ها (۱۰). در واقع، توجه به سلامت روان و مداخلات روان‌شناختی در بین این بیماران سبب رضایتمندی بیشتر و نیز تبعیت درمانی بالاتر خواهد بود (۱۱). بیماران در مراحل سخت درمانی حمایت‌طلبی بیشتری از روان‌شناس دارند (۱۲) و روان‌شناسان آموزش دیده در شرایط بحرانی مانند سوگ یا استرس‌های حاد می‌توانند در تیم درمانی

جدول ۱- جدول معیارهای ورود و خروج

| معیارهای ورود | معیارهای خروج |
|--|----------------------------|
| مقالاتی که دارای مفاهیم روانشناسی در مراقبت تسکینی باشند (همخوانی با هدف مطالعه) | عدم دسترسی به مقاله کامل |
| مقالات علمی پژوهشی و مروری چاپ شده در مجلات معتبر | مقالات غیر از زبان انگلیسی |

برای بازماندگان بعد از فوت بیمار. الف) پس از تشخیص بیماری و در آغاز درمان: آگاهی از تشخیص بیماری می‌تواند برای بیماران سخت، غیرقابل پذیرش و همراه با واکنش‌های هیجانی باشد. روان‌شناسان می‌توانند در کنترل این احساسات کمک کنند، ترجیح‌های آن‌ها در درمان را با پزشکان و خانواده‌شان در میان بگذارند، در استفاده از واکنش‌های مقابله‌ای موثر، بیماران را یاری کنند و حمایت اجتماعی و دیگر خدمات را فراهم نمایند. همچنین، آن‌ها می‌توانند از طریق دستورالعمل‌های آموزشی و مشاوره‌های غیر رسمی، در مورد توجه به مشکلات روان‌شناختی بیماران و مراقبین‌شان به پزشکان آموزش دهند (۱۳).

همچنین، می‌توان به بیمار روش‌های کنترل استرس برای مدیریت علائمی مانند درد و اضطراب را آموخت تا به عنوان بخشی از درمان و مراقبت، در او احساس راحتی و کنترل ایجاد شود (۱۵).

ب) پیشرفت بیماری و فرایند مرگ: با پیشرفته شدن بیماری، به منظور کنترل علائم، کانون تمرکز از اقدامات درمانی به مراقبت تغییر کرده که این تغییر، سازگاری قابل توجهی را از بیمار و خانواده طلب می‌کند. روان‌شناسان برای کمک به سوگ مقدماتی (Anticipatory grief) و واکنش‌های سازگارانه، اختلالات روانی، مشکلات وجودی و معنوی، برنامه‌ریزی

آن‌ها امکان‌پذیر بود. همچنین، مقالاتی که متن کامل آن‌ها به زبانی غیر از انگلیسی بود از فهرست مقالات مرور شده کنار گذاشته شد. معیارهای ورود و خروج مطالعات در جدول زیر ارائه شده است (جدول ۱).

جهت استخراج داده‌ها از فرم استخراج داده‌ها که بر اساس هدف پژوهش طراحی شده و شامل بخش‌هایی از جمله سال انتشار، هدف مطالعه، نوع پژوهش، اندازه نمونه و روش جمع‌آوری اطلاعات و نتایج بود، استفاده شد. پس از تکمیل این فرم نتایج به دست آمده از بررسی مقالات تجزیه و تحلیل، جمع‌بندی و در نهایت گزارش گردید.

یافته‌ها

پس از جست‌وجوی مقالات در نهایت ۶۷ مقاله و کتاب مورد بررسی قرار گرفت. مشخصات مطالعات مورد بررسی در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است. براساس جست‌وجوی انجام شده جهت بررسی نقش روان‌شناس در مراقبت تسکینی و براساس هدف پژوهش داده‌ها در زیر تقسیم‌بندی شدند:

نقش روان‌شناس در مراحل مختلف بیماری

روان‌شناسان می‌توانند در چهار مرحله فرد و خانواده‌اش را همراهی کنند: الف) پس از تشخیص بیماری و در آغاز درمان؛ ب) در مدت زمان پیشرفت بیماری و فرایند مرگ و ج) داغداری (bereavement)،

جدول ۲- ویژگی‌های مطالعات وارد شده در پژوهش (n=۶۷)

| درصد | فراوانی | مشخصات مطالعه |
|-------|---------|---------------------------|
| ۱۱/۹۴ | ۸ | تاریخ انتشار <۲۰۰۰ |
| ۴۶/۷۶ | ۳۲ | ۲۰۱۰-۲۰۰۰ |
| ۴۰/۲۹ | ۲۷ | > ۲۰۱۰ |
| ۲۸/۳۵ | ۱۹ | نوع مطالعه کتاب |
| ۳۵/۸۲ | ۲۴ | مقاله کمی |
| ۸/۹۵ | ۶ | مقاله کیفی |
| ۲۶/۸۶ | ۱۸ | مقاله مروری |
| ۹۲/۵۳ | ۶۲ | مکان مطالعه خارج از ایران |
| ۷/۴۶ | ۵ | داخل ایران |

به عنوان بخشی از رویکرد گروهی بین رشته‌ای، روان‌شناسان جهت ارائه مراقبت‌های جامع و کلی و ارائه مشاوره و آموزش می‌بایست با دیگر متخصصان همکاری کنند (۲۳ و ۲۴). آن‌ها می‌توانند در راستای رفع مسائل روانشناختی مانند، مشکلات هیجانی؛ رفتاری و خانوادگی، ارائه خدمت نمایند (۲۵). با این حال، این روان‌شناسان در تیم مراقبت تسکینی برای کمک به مراقبت‌های روان‌شناختی تخصصی به بیماران و خانواده‌هایی که با بیماری‌های تهدید کننده و مرگ مواجه‌اند، نیاز به کسب دانش و مهارت‌های خاصی دارند.

روان‌شناسان باید از چالش‌های هیجانی‌ای که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن یا کشنده با آن روبه‌رو هستند، آگاهی داشته باشند. افراد ممکن است از نظر احساسی پریشان شوند، که این امر خود می‌تواند نشانه‌ها را افزایش (۲۶) و یا حتی به آسیب‌های روانی سرعت بخشد (۲۷). ترس و اضطراب مرتبط با دریافت تشخیص‌های جدید و یا مبهم، پیشرفت احتمالی بیماری و در نهایت مرگ، تجربه‌های رایجی هستند. علاوه بر این، بیماران افسردگی مرتبط با احساس بی‌هدفی، کاهش احساس کنترل و کرامت را تجربه می‌کنند که می‌تواند سبب کاهش میل به زندگی و افزایش تمایل به مرگ شود (۲۸). بیماران اغلب فشار و تنش در روابط را گزارش می‌کنند که ممکن است به علت نیازهای درمانی و علائم مرتبط با آن، فرسودگی و خستگی مراقبین و همراهان (Caregiver burden) یا مراقبت‌های طولانی مدت خانواده ایجاد شود. آن‌ها همچنین، با مشکلات معنوی یا وجودی، بحران‌های ایمان یا ناامیدی، کارهای ناتمام، گناه (Guilt) یا غم و اندوه دست و پنجه نرم می‌کنند. هرچند که روان‌شناسان باید احساسات مثبت و حال خوبی که افراد می‌توانند تجربه کنند همانند قدردانی (Gratitude)، محبت، بخشش و آرامش معنوی را نیز در نظر داشته باشند (۲۹).

در نتیجه، لازم است تا روان‌شناسان با طیف وسیعی از عوامل موثر رشدی، جمعیت‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی که بر تجربه‌ی بیماری جدی، فرآیند مرگ و ترجیحات مراقبت‌های پیش از مرگ تاثیر گذارند، آشنا باشند. سنت‌ها و باورهای فرهنگی و

برای مراقبت‌های پیشرفته، مرور زندگی (Life review) و مسائل حل نشده که ممکن است به صورت بحران معنا (Meaningful concern) بروز کنند، از مداخله‌های حمایتی و روان‌شناختی بهره می‌گیرند (۱۳).

روان‌شناسان همچنین می‌توانند نقش مهمی در تشخیص عوامل موثر بر پریشانی و ترس وجودی در زمان مرگ و ارائه‌ی اقدامات درمانی با تمرکز بر دیدگاه فرد نسبت به مرگ و اضطراب مرگ، ایفا کنند (۱۶).

همچنین، همراهی و مراقبت از بیماران می‌تواند سبب ایجاد پریشانی روان‌شناختی و مشکلات جسمانی در خانواده‌ها شود (۱۷). این مسئله لزوم توجه تیم درمانی و به خصوص روان‌شناسان، به آن‌ها را دو چندان می‌کند.

چ داغداری: با پایان یافتن زندگی بیمار، تغییرات در زندگی بازماندگان آغاز می‌شود. روان‌شناسان باید تاثیر زیستی-روانی-اجتماعی (Biopsychosocial impact) داغداری را تشخیص داده، نسبت به پیچیده شدن فرآیند سوگ آگاه بوده و به بازماندگان کمک کنند تا با زندگی بدون عزیز از دست رفته‌شان سازگار شوند (۱۳). روان‌شناسان می‌توانند بازماندگان را در پذیرش و سازگاری با چالش فقدان شخص از دست رفته در کوتاه مدت (تکنیک‌های کنترل علائم همچون آرام‌سازی (Relaxation) و توقف افکار (Thought stopping)) و بلند مدت (ابرازگری هیجانی - Emotional self-expression) کمک کنند (۱۸ و ۱۹).

دانش و مهارت‌های زمینه‌ای روان‌شناس در تیم مراقبت تسکینی

با توجه به شیوع پریشانی روان‌شناختی در میان افراد مبتلا به بیماری‌های سخت‌درمان، کسب دانش و مهارت در زمینه تشخیص و درمان این مشکلات، حیاتی است. برای مثال، ۳۰ تا ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، تشخیص افسردگی، اضطراب و یا دیگر مشکلات روان‌پزشکی را دریافت می‌کنند (۲۰). همچنین، مراقبان این بیماران بار روان‌شناختی زیادی را متحمل می‌شوند و در معرض خطر ابتلا به اختلال‌های روانی همچون اضطراب و افسردگی قرار می‌گیرند (۲۱ و ۲۲). در نتیجه، ضروری است که تیم مراقبت تسکینی وضعیت سلامت روانی جامعه مورد هدف خود را به طور جامع تشخیص داده و در جهت بهبود آن اقدام نماید.

استاندارد است؛ برقراری ارتباط به شیوه‌ای مستقیم و مشفقانه، که در آن خدمات‌دهندگان بیش‌تر گوش می‌دهند تا حرف بزنند و می‌توانند احساسات خود را کنترل کنند. چنین شیوه‌ای رابطه‌ی ارائه‌دهنده و بیمار را تقویت می‌کند، توانایی بیمار و خانواده را در برنامه ریزی و مقابله با آن بهبود می‌بخشد و از بیماران و خانواده‌ها حمایت عاطفی می‌کند. همچنین، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که یک رابطه درمانی مناسب در کاهش وابستگی به رژیم‌های درمانی (Treatment regimens)، میزان بهبودی، رضایت از مراقبت، کنترل درد و عملکرد روانی تاثیرگذار است (۳۳ و ۳۴). در حقیقت در بستر یک رابطه‌ی خوب، می‌توان کسب رضایت بیماران و خانواده‌ها، کاهش اضطراب و مشکلات هیجانی را انتظار داشت (۳۵). اقدامات مفید در این زمینه را می‌توان چنین برشمرد: بحث درباره‌ی "امید به بهترین اتفاق، در حالی که برای بدترین اتفاق آماده می‌شوند" (۳۶)، تمرکز بر آنچه که برای فرد مبتلا به بیماری پیشرفته و رو به مرگ و خانواده‌اش در هر زمانی که باقی مانده، مهم است و در خواست از اعضای خانواده تا آنچه در مورد بیماری می‌دانند را با هم به اشتراک بگذارند (۳۷).

برای گفتگوهای مراقبتی پیشرفته، روان‌شناسان باید در مورد انواع تصمیمات درمانی که معمولاً بیماران با آن روبه‌رو می‌شوند اطلاعاتی داشته باشند؛ از جمله انتخاب یا عدم انتخاب شروع مداخله‌های طولانی مدت، قطع درمان‌های طولانی مدت و درخواست‌های درمانی که تقریباً بی‌فایده هستند. آن‌ها همچنین باید نسبت به عواملی که بر فرایند تصمیم‌گیری بیمار و خانواده موثر است آگاه باشند، مانند ظرفیت شناختی بیمار، علائم و وضعیت عاطفی مثل روابط خانوادگی و روش‌های مواجهه با مشکلات، ترجیح‌های مذهبی خانواده یا بیمار، ارزش‌های فرهنگی و هنجارها و ترس و نگرش‌های بیمار و خانواده در مورد روند مرگ (۲۹).

ب) ارزیابی

پیش از اقدام جهت اجرای یک برنامه درمانی مناسب و مداخله‌ای موثر، یک ارزیابی دقیق از وضعیت روانی و هیجانی بیمار و آگاهی از نقاط قوت و ضعف درونی او حائز اهمیت است. ارزیابی دقیق می‌تواند درک کامل‌تری از بیمار ایجاد کند و احتمال پاسخ‌های مؤثر

مذهبی می‌توانند بر درک بیماران و خانواده‌ها از تجربه‌ی بیماری، خواسته‌ها، ترجیح‌ها و تصمیم‌ها درباره‌ی مراقبت و مرگ تاثیرگذار باشند (۳۰ و ۳۱).

در مجموع می‌توان دانش و مهارت زمینه‌ای مورد نیاز برای ارائه خدمات روان‌شناختی در مراقبت تسکینی را این‌گونه خلاصه کرد:

- آگاهی از مدل زیستی-روانی-اجتماعی-معنوی در پزشکی و روان‌شناسی سلامت

- آگاهی از چالش‌ها و محدودیت‌های مرتبط با روان‌شناسی در محیط‌های درمانی.

- آگاهی از نقش روان‌شناس و وظایف او در مراقبت تسکینی، در سطح ملی (متناسب با فرهنگ) و در سطح بین‌المللی

- آگاهی از جنبه‌های بیولوژیکی فرایند بیماری و مرگ

- آگاهی از عوامل روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی، معنوی، و درون فردی در بیماری‌های مزمن، پیشرفته و منجر به مرگ

- توانایی نمایش اهمیت حرفه خود در یک تیم بین رشته‌ای

- توانایی به اشتراک گذاری دانش روان‌شناختی با افراد غیر روان‌شناس تیم درمانی

- توانایی همکاری در یک تیم بین رشته‌ای، از جمله برقراری ارتباط موثر، آموزش دیگران، تمایز بین نقش‌های مختلف و مقابله با انتظارات نامناسب از روان‌شناسان.

- توانایی برقراری ارتباط موثر با افرادی که دارای اختلال‌های روان‌شناختی هستند و در حالت جسمانی ضعیفی قرار دارند یا در یک بحران عاطفی به سر می‌برند (۲۳ و ۲۹).

در این میان، جامعه روان‌شناسی بریتانیا (The British Psychological Society) مهارت‌های اصلی روان‌شناسان در مراقبت‌های مراحل انتهایی را چنین معرفی کرده است: الف) ارتباط (Communication)، ب) ارزیابی (Assessment) و فرمول‌بندی بیمار (Formulation)، ج) مداخله روان‌شناختی (Intervention) و د) پژوهش (Research) (۳۲).

الف) ارتباط

ارتباط سنگ بنای یک مراقبت تسکینی مطلوب و

زندگی و خانوادگی

- آگاهی نسبت به مسائل فرهنگی و تاریخی
- توانایی استفاده از ابزارهای مختلف ارزیابی/
مصاحبه‌های تشخیصی به منظور ارزیابی علائم روانی و
ایجاد تشخیص افتراقی (۲۳).

ج) مشاوره و روان‌درمانی

روان‌شناسان باید از مزایا و همچنین محدودیت‌های
مشاوره و روان‌درمانی برای بیماران و خانواده‌هایی با
بیماری‌های سخت‌درمان مانند سرطان، آگاهی داشته
باشند. آن‌ها باید نسبت به روابط درمانی با تاکید بر
گوش دادن بدون قضاوت و داوری، همراه با شناخت،
شفقت و همدلی، درک عمیقی داشته باشند (۲۳).

روان‌شناسان به دانش روان‌درمانی استاندارد و مبتنی
بر شواهد (Evidence based) برای اختلال‌های
روان‌شناختی رایج در مراقبت تسکینی (مانند افسردگی،
اضطراب، استرس پس از سانحه (Post-Traumatic
Stress Disorder (PTSD) و سوء مصرف مواد) نیاز
دارند، و در عین حال باید از کمبود پژوهش‌ها درباره‌ی
اثربخشی آن‌ها در مراقبت‌های تسکینی و آسایشگاهی
آگاهی داشته باشند (۲۹). با این وجود، پژوهش‌ها از
استفاده از مصاحبه‌ی انگیزشی (Motivational
interviewing) (۴۲ و ۴۳)، روش مرور زندگی (۴۴) و
درمان شناختی-رفتاری (Cognitive Behavioral
Therapy (CBT) (۴۶)، درمان پذیرش و تعهد
(Acceptance and Commitment Therapy (ACT))
(۴۷-۴۹) و مراقبت‌های معنوی (۵۰ و ۵۱) در درمان
بیماران حمایت می‌کنند. همچنین، گاهی بهترین
مداخله برای این افراد این است که تجربه رنجشان را
تایید و معتبر شمرده و انسانیت فرد، در کنار نقص‌ها،
پشیمانی‌ها، شکست‌ها، نیکی‌ها، انعطاف‌پذیری‌ها و
ارزش‌های اساسی مورد تایید قرار گیرد. درواقع، هرگونه
تلاشی برای رفع یا کاهش این احساس رنج، نامعتبر
است (۲۹).

روان‌شناسان همچنین درباره‌ی درمان افرادی با
بیماری‌های پیشرفته و منجر به مرگ که با اضطراب و
پریشانی وجودی زندگی می‌کنند، دو رویکرد ارائه
کرده‌اند؛ دو رویکرد امیدبخش که به طور خاص برای
افراد مبتلا به بیماری پیشرفته و برای افزایش معنای
زندگی، احساس هدفمندی و خودارزشمندی معرفی

به نیازهای او را افزایش دهد (۳۸). حوزه‌های مهمی که
در مراقبت تسکینی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند عبارتند
از: وضعیت عملکردی، درد، معنویت، علائم خلقی و
اضطراب، علائم جسمانی غیر از درد، حمایت اجتماعی و
سوگ (۳۹). هدف نهایی بررسی و تشخیص کامل
وضعیت روانی و هیجانی، تعیین احساس نیاز منحصر به
فرد بیمار، سنجش سطح آگاهی و توانایی و کارایی او
است (۴۰). چنین معایناتی همچنین، می‌توانند سطح
استرس و توانایی‌های مقابله‌ای افراد را نشان دهند
(۳۸).

در نتیجه، روان‌شناسان حاضر در تیم مراقبت
تسکینی نیاز به یک دانش حرفه‌ای نسبت به روش‌ها و
ابزارهای مورد استفاده برای ارزیابی و ویژگی‌های
روان‌سنجی آن‌ها در جمعیت‌های پزشکی-درمانی دارند.
به عنوان مثال، به تازگی نحوه اخذ شرح حال معنوی
مبتنی بر فرهنگ و باورهای بومی جهت بررسی
تاریخچه‌ی معنوی بیماران صورت‌بندی شده است که
علاوه بر سودمندی‌های ارزیابی، می‌تواند در بهبود
رابطه‌ی بیمار-درمانگر موثر باشد (۴۱).

همچنین، روان‌شناسان باید میان واکنش‌های طبیعی
و آسیب‌شناختی (Pathologic) در بیماران رو به مرگ
تفاوت قائل شوند و نسبت به این موضوع که این
واکنش‌ها تا چه حد ناشی از بیماری جسمی یا بیماری
روانی مزمن یا پیشین است، اطمینان حاصل کنند
(۲۹).

اطلاعات و مهارت‌های مهم جهت یک ارزیابی مناسب
را می‌توان در موارد زیر خلاصه نمود:

- روانشناسی رشد در گستره عمر (Developmental
psychology over the lifespan)، روان‌شناسی
سیستمی خانواده (Family systems psychology) و
روان‌سنجی بالینی (Clinical psychometrics)
- معیارها و سیستم‌های تشخیصی روان‌شناسی و
طبقه‌بندی اختلال‌های روانی

- تشخیص افتراقی علائم و واکنش‌های مرتبط با
بیماری‌های محدودکننده‌ی زندگی و اختلال‌های روانی؛
تمایز بین اختلال‌های روانی و واکنش‌های گذرای
مربوط به یک رویداد خاص زندگی

- چگونگی فرمول‌بندی بیمار با توجه به چندگانگی و
پیچیدگی مشکلات بیماران مراحل انتهایی، تاریخچه

ممکن است به واسطه‌ی استرس بیماری جدی و منجر به مرگ، تشدید شوند (۲۹).

در نتیجه، روان‌شناسان باید دارای مهارت‌های قوی ارزیابی خانواده باشند تا بتوانند زمینه‌های ناسازگاری خانواده را شناسایی کرده و توانایی خانواده را در تحمل و حل و فصل اختلاف نظرها مشخص کنند. همچنین، لازم است که آن‌ها الگوهای مزمن و متعارض ارتباطی را که ممکن است مانع مشارکت فعال خانواده در تصمیم‌گیری پزشکی به نفع بیمار باشد، شناسایی کنند (۳۷).

علاوه بر این، روان‌شناسان و مشاوران باید با چگونگی تسهیل جلسات خانوادگی آشنا شوند (۵۸ و ۵۹) و از رویکردهای درمانی خانواده محور مانند خانواده درمانی (Family therapy) (۶۰) و سوگ درمانی متمرکز بر خانواده (Family focused grief therapy) (۶۱) استفاده کنند تا بتوانند براساس ارزیابی خانواده، به آن‌ها در گسترش منابع مقابله به منظور مواجهه با تغییرات مرتبط به بیماری کمک کنند (۲۹).

سوگ: روان‌شناسان و مشاورانی که با افراد مبتلا به بیماری مزمن، پیشرفته یا سخت‌درمان روبه رو هستند، باید از احساس فقدان و سوگی که این افراد تجربه می‌کنند آگاهی داشته باشند. این بیماران سلامتی، کارایی، استقلال، کنترل و توانایی پیش‌بینی خود را از دست می‌دهند؛ همان‌گونه که وضعیت خانوادگی، امیدها و رویاهای آینده و احساس تعلق خود را نیز از دست رفته می‌بینند. آن‌ها ممکن است احساس کنند که از هدف، معنا و حتی شخصیت آن‌ها کم می‌شود (۲۹). در این شرایط ایجاد فرصت‌هایی برای بیمار و خانواده برای جستجوی معنا و اثرات این فقدان‌ها، به منظور دست یافتن به معنایی جدید برای رویارویی با سختی‌ها بسیار حائز اهمیت است (۶۲). در این موارد، به صورت ویژه، درمان‌های روایت محور (Narrative-based therapies) مفید هستند. حتی اگر نتوان به سهولت به معنای جدیدی دست یافت، به اشتراک گذاشتن احساس وحشت و نگرانی و فقدان با یک متخصص، تجربه تنهایی را کاهش می‌دهد (۲۹).

در این میان آنچه مهم تلقی می‌شود، توانایی تمیز سوگواری طبیعی از سوگواری غیر طبیعی و پیچیده است (۶۳ و ۶۴). روان‌شناسان همچنین باید توانایی

شده‌اند: روان‌درمانگری گروهی معنا محور (Meaning-centered group psychotherapy) (۵۲ و ۵۳) و کرامت درمانی (Dignity therapy) (۵۴ و ۵۵).

اگرچه روان‌درمانی به طور معمول نیاز به انعطاف‌پذیری شناختی (Cognitive flexibility) و تحمل ابهام (Tolerance for ambiguity) زیادی دارد، سرعت ارزیابی و درمان در مراقبت تسکینی می‌تواند سریع‌تر و شیوه‌ی آن غیرقابل پیش‌بینی باشد. روان‌درمانی در بخش مراقبت تسکینی به ندرت از مدل معمول و ۵۰ دقیقه‌ای سرپایی پیروی می‌کند که در آن افراد به صورت داوطلبانه درخواست کمک می‌کنند. در نتیجه، روان‌شناسان باید به طور منتقدانه فعالیت‌هایشان را ارزیابی کرده و سعی کنند آن‌ها را با وضعیت پزشکی بیمار (مانند خستگی، اختلال شناختی و درد) تطبیق دهند و به دیگر همکاران از رشته‌های دیگر برای انجام این کار کمک کنند (۲۹).

همچنین، با وجود اعمال دستورالعمل عدم خودافشایی (Self-disclosure) در ارائه خدمات به بیماران، روان‌درمانی در مراقبت تسکینی ممکن است با خودافشایی همراه شود (۵۶). روان‌شناس در این موقعیت نیاز به خودآگاهی بالایی دارد؛ به خصوص که مرگ یک تجربه‌ی جهانی است که موجب ایجاد احساسات پیچیده در بیماران، خانواده‌ها و خدمات‌دهندگان (از جمله روان‌شناسان، پزشکان و پرستاران) می‌شود (۲۹).

علاوه بر این، خدمات مشاوره و روان‌درمانی شامل خانواده و مراقبین بیمار و تیم درمانی نیز می‌شود که خود نیازمند بررسی و ارزیابی آن‌ها است:

بررسی و درمان خانواده‌ی بیمار: روان‌شناسان مراقبت تسکینی نیاز به کسب اطلاعاتی در مورد نظام خانوادگی بیمار و پویایی‌های آن و روند تاثیرگذاری بیماری و مرگ بر خانواده دارند (۲۹) چرا که بیماری می‌تواند تغییراتی در نقش‌ها، روابط، ارتباطها و امور مالی ایجاد کند (۵۷) و اعضای خانواده ممکن است در برابر این تغییرات دچار تضاد و درگیری شوند. برخی از آن‌ها به علت مشکلات طولانی مدت مانند سوء مصرف مواد، سوء استفاده‌های جسمی/جنسی و یا بیماری‌های روانی درمان نشده، مستعد الگوهای ناسازگاری هستند. این ناسازگاری‌های ناشی از اختلالات طولانی مدت

شناختی خود برای ارتباط با بیمار
- درک معنای نقش فرد به عنوان یک شخص حرفه‌ای که از بیمار در حال مرگ و خانواده‌اش مراقبت می‌کند.
- آگاهی نسبت به علائم فرسودگی شغلی و آسیب‌پذیری و طلب کمک به هنگام نیاز (۲۳).

د) پژوهش

با توجه به کمبود پژوهش‌های موجود و مشکلات روش شناختی آن در زمینه‌ی مراقبت تسکینی، به منظور انجام پژوهش‌های دقیق و انتشار نتایج آن‌ها، روان‌شناسان می‌توانند بسیار کمک کننده باشند. گاهی اوقات پژوهش‌هایی که در زمینه‌ی مراقبت‌های پرستاری و بالینی مراقبت تسکینی صورت گرفته، به علت استفاده از نمونه‌های کوچک و کیفیت روش شناختی آن‌ها، مورد انتقاد قرار گرفته‌اند که تا حدودی می‌توان علت این امر را مشکلات اخلاقی و عملی در انجام پژوهش با افراد بیمار دانست. در نتیجه، روان‌شناسان باید نسبت به چالش‌های اخلاقی و روش‌شناختی موجود در این بخش آگاهی داشته باشند و بدانند چگونه بر آن‌ها غلبه کنند. آگاهی کافی از طیف وسیعی از روش‌های مناسب جهت پژوهش در مراقبت‌های بالینی و چگونگی ارزیابی منتقدانه و توسعه تحقیقات جامع در این زمینه الزامی است (۲۳).

روان‌شناسی در مراقبت‌های تسکینی کودکان

مراقبت تسکینی در چند دهه‌ی اخیر با توجه به بیانیه‌ی صادرشده توسط آکادمی آمریکایی کودکان (American Academy of Pediatrics)، موسسه پزشکی (Institute of Medicine) و سازمان بهداشت جهانی در دستور کار مراقبت‌های پزشکی کودکان قرار گرفته است (۷۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودکان اغلب در طول مراقبت‌های پایان زندگی، سطح بالایی از پریشانی، نگرانی، غم، ترس از تنهایی و حس از دست دادن آینده و استقلال را تجربه می‌کنند (۷۲ و ۷۳) که برای دستیابی به مراقبت‌های مناسب جهت کنترل و کاهش این علائم، ارزیابی جامع، درمان موثر و دانش نسبت به نتایج و کارایی درمان‌ها ضروری است (۷۴).
در همین راستا، مشخص شده است که کودکانی با

افتراق آن‌ها از افسردگی اساسی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه را داشته باشند (۶۵ و ۶۶).
روان‌شناسان باید بتوانند برای سوگواران طبیعی آموزش روان‌شناختی و حمایت فراهم کنند و بدانند چه زمانی افراد را برای دریافت درمان‌های تخصصی، شامل مداخله روایت محور، درمان شناختی رفتاری، سوگ درمانی و سوگ درمانی متمرکز بر خانواده ارجاع دهند (۶۷-۶۹).

حمایت از تیم درمانی و خودمراقبتی:

روان‌شناسان و مشاوران می‌توانند درک کارکنان از بیماران و خانواده‌ها را گسترش داده و از این درک برای کاهش روابط منفی میان بیماران و کارکنان استفاده کنند. روان‌شناسان با آموزش مهارت‌های ارتباطی به متخصصان، معرفی ابزارهای غربالگری استاندارد و نحوه‌ی مداخله در بحران، می‌توانند تیم درمانی را یاری دهند. با توجه به موانع و دشواری‌های تیم درمانی مراقبت‌های تسکینی در بیمارستان و منزل (۷۰)، روان‌شناسان می‌توانند با آموزش مهارت‌های کنترل و مدیریت استرس و حل تعارضات در افزایش بازدهی و سلامت آن‌ها نقش داشته باشند (۱۳).

آنچه در حمایت از تیم درمانی و کارکنان مراقبت‌های بیمارستانی باید مورد توجه قرار گیرد، احتمال وقوع دو مشکل بالقوه است: (۱) یک تمایل طبیعی به تاکید بر درمان به جای مراقبت از بیمار و (۲) گرایش طبیعی به توجه به نیازهای شخصی به جای نیازهای بیمار (۳۸).

علاوه بر این، خودمراقبتی یکی از مهارت‌های اصلی برای روان‌شناسان است؛ چرا که بدون آن، روان‌شناسانی که در تیم مراقبت تسکینی مشغول هستند، پس از مدتی قادر به ادامه کار خود نخواهند بود. در نتیجه، روان‌شناسان باید با عوامل خطر ساز و همچنین عوامل نگهدارنده در مقابل فرسودگی شغلی آشنا باشند (۲۹)؛ به عنوان مثال آگاهی کامل نسبت به مسائل وجودی در زندگی خود روان‌شناسان، به آن‌ها این اجازه را می‌دهد تا احساسات خود را شناخته و به آن‌ها پردازند، در عین حال که به مسائل بیمار هم توجه دارند. در نتیجه، خودآگاهی ابزاری قدرتمند برای خودمراقبتی است:

- درک مسائل وجودی که بیماران در حال مرگ و خانواده‌های آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- درک مسائل وجودی حل نشده خود
- درک صفات شخصیتی، خلق و خو و سبک‌های

کار می‌کنند، تمرکز شود. روان‌شناسان و مشاوران نقش و عملکرد چندگانه‌ای در مراقبت از بیماران دارند و می‌توانند به بیماران برای مقابله با بیماری، از شروع تشخیص تا درمان، در طول پیشرفت بیماری و حتی در طول روند مرگ و همچنین پس از مرگ بیماران به بازماندگان داغ‌دیده، کمک کنند.

ارائه این خدمات مستلزم کسب مهارت‌های تخصصی و آموزش‌های مداوم است. هر چند بخش اصلی این خدمات را روان‌شناسان در دوره‌های دانشجویی کسب کرده‌اند؛ از جمله چگونگی برقراری ارتباط و ارزیابی وضعیت روان‌شناختی بیماران، اما مراقبت تسکینی به عنوان حوزه جدید فعالیت این رشته نیازمند آموزش و توجه منحصر به فرد است. هر یک از مدل‌ها و رویکردهای روان‌درمانی که روان‌شناسان بر آن تسلط دارند باید در بافت و محیط بیمارستانی و اختصاصاً در مراقبت تسکینی مورد ارزیابی قرارگیرند تا رویکردی اثربخش که مناسب این نوع مراقبت است انتخاب شود. نکته حائز اهمیت در بررسی متون و شرح کار روان‌شناسان حاضر در تیم مراقبت تسکینی، توجه این درمانگران به خانواده و مراقبین بیماران است. روانشناس علاوه بر برنامه درمانی که برای بیمار طرح‌ریزی می‌کند باید خانواده بیمار را به صورت سیستمی پویا در نظر گرفته و از تاثیرات متقابل اعضای خانواده غافل نشود. علاوه بر تاثیرات روان‌شناختی که بیمار و بیماری بر اعضای خانواده می‌گذارد، در شرایط از دست دادن و سوگ، اعضای خانواده دریافت‌کنندگان اصلی خدمات روان‌شناختی تیم مراقبت تسکینی خواهند بود.

نهایتاً آنچه در مراقبت تسکینی می‌تواند تداوم و کیفیت خدمات را تضمین کند، حمایت و توجه به اعضای تیم مراقبتی است. روانشناسان با توجه به اینکه با دغدغه‌های بیماران به صورت مستقیم روبرو می‌شوند، ممکن است چالش‌های شخصی و وجودی را تجربه کنند که اگر مورد توجه قرار نگیرد عملکرد آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد و فرسودگی شغلی آن‌ها را بالا می‌برد. این در حالی است که روان‌شناسان باید به اعضای تیم مراقبت تسکینی نیز خدمات روان‌شناختی ارائه دهند و بهداشت روانی آن‌ها را نیز مد نظر داشته باشند. روان‌شناسان یک برنامه‌ی مراقبتی کاربردی را

پیشینه‌ی تشخیص روان‌پزشکی، در پاسخ به درمان پزشکی بیش‌تر در معرض آسیب‌های روانی قرار دارند و تیم درمانی را با چالش‌های بسیاری روبه‌رو می‌کنند (۷۳). با این حال، حتی بیماران بدون سابقه روان‌پزشکی قابل توجه، ممکن است مشکلات هیجانی و رفتاری را به عنوان بخشی از مدیریت

بیماری سخت‌درمان و تهدیدکننده‌ی زندگی تجربه کنند و به مداخله‌های روان‌شناختی نیاز داشته باشند (۷۵). مداخله‌های مبتنی بر شواهد بدون در نظر گرفتن سبب‌شناسی، علائم را هدف قرار می‌دهند؛ که اثربخشی آن در مدیریت استرس کودکان مبتلا به بیماری‌های سخت مشخص شده است. برخی از این مداخله‌ها عبارتند از: درمان شناختی رفتاری، رفتار درمانی، آموزش مدیریت والدین و آموزش آرام‌سازی (۷۶). تکنیک‌های خاص این مداخله‌ها شامل ایجاد آگاهی از هیجان‌ها و افکار و اصلاح شناختی جهت کاهش پریشانی هیجانی است. همچنین، روش‌های آرام‌سازی مانند تصویرسازی هدایت‌شده، مدیتیشن (Meditation)، آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده و تنفس دیافراگمی نیز در بهبود درد و اضطراب موثر است (۷۷). این مداخلات می‌توانند در کنار درمان دارویی، اثربخشی تمام اقدامات درمانی را در جهت کاهش علائم بارزی که در مراقبت تسکینی شاهد آن هستیم، بهبود بخشند (۷۸).

چالش‌ها

روان‌شناسانی که در تیم مراقبت تسکینی مشغول به کار هستند، با چالش‌های خاصی رو به رو می‌شوند؛ به عنوان مثال، مدت زمان محدود جهت ارزیابی و مداخله به هنگام مواجهه با بیماران که در مراحل انتهایی زندگی خود قرار دارند. همچنین، از آنجایی که شرایط بیمار ممکن است روز به روز بدتر شود، روان‌شناسان نمی‌توانند در مورد تعداد جلسات با این بیماران مطمئن باشند. علاوه بر این، مشکلات آموزشی و تعریف یک نقش منحصر به فرد برای روان‌شناسان در تیم‌های چندتخصصی همچنان وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله تلاش شد بر حوزه‌ها و مهارت‌های اصلی و مورد نیاز روان‌شناسانی که در تیم مراقبت تسکینی

cancer patients and their families? *Cancer J*; 2010. 16(5): 423-435.

9. Mehdinezhad M, Naji SA, Hazini A. Investigate the effect of palliative care on the satisfaction of patients with cancer who referred to Imam Reza Clinic-Seyedoshohada Hospital and Entekhab Center in Isfahan in 2014. *Int J Med Res Health Sci*; 2016. 5(11):199-203.

10. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, Quill T, Sacco J, Tangeman J, Meier D. Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff*; 2011. 30(3): 454-463.

11. Rottman BM, Marcum ZA, Thorpe CT, Gellad WF. Medication adherence as a learning process: insights from cognitive psychology. *Health Psychol Rev*; 2017. 11(1): 17-32.

12. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*; 2015. 33(7): 749-54.

13. Haley WE, Larson DG, Kasl-Godley J, Neimeyer RA, Kwilosz DM. Roles for Psychologists in End-of-Life Care: Emerging Models of Practice. *Prof Psychol: Res Pract*; 2003. 34(6): 626-633.

14. NICE. Guidance for cancer services. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004.

15. Jacobsen PB, Meade CD, Stein KD, Chirikos TN, Small BJ, Ruckdeschel JC. Efficacy and costs of two forms of stress management training for cancer patients undergoing chemotherapy *J Clin Oncol*; 2002. 20(12): 2851-2862.

16. Neimeyer RA, Van Brunt D. Death anxiety. In Wass H, Neimeyer RA, editors. *Dying: Facing the facts*. 3rd ed. Washington, DC: Taylor & Francis; 1995. p. 49-88.

17. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*; 1995. 35(6): 771-791.

18. Meichenbaum D. *Assessing and treating adults with posttraumatic stress disorder*. Waterloo, Ontario: Institute Press. 1994.

19. Pennebaker J. *Opening up*. New York: Guilford. 1996.

20. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*; 2011. 12(2): 160-174.

21. Sklenarova H, Krümpelmann A, Haun MW, Friederich HC, Huber J, Thomas M, et al. When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal

تشکیل داده و مهارت‌ها را به کادر درمانی نیز منتقل می‌کنند. این فرایند یک حلقه پویا و پیوسته است که به تامین رضایت بیمار، خانواده و تیم درمانی کمک می‌کند.

از این رو، ایجاد برنامه‌های آموزشی ویژه برای روان‌شناسان سلامت و مشاوران در مراقبت تسکینی ضروری است. برنامه‌های آموزشی جامعی که مهارت‌های اصلی روان‌شناسان را در مراقبت پایان زندگی، از جمله اصول مراقبت تسکینی، ارزیابی روان‌شناختی، روان‌درمانی، نظارت و حمایت از کارکنان، حساسیت‌های فرهنگی - اخلاقی و خودآگاهی و بازتاب خود را پوشش دهند. تمامی این موارد کمک می‌کند تا بتوان بهترین و شایسته‌ترین خدمات را به بیماران و خانواده‌ها ارائه نمود، ضمن آن‌که سلامت تیم درمانی و خدمات‌دهندگان نیز حفظ می‌شود.

References

- Graham F, Clark D. WHO definition of palliative care. *Medicine (Baltimore)*; 2008. 2(36): 64-66.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical practice guidelines for quality palliative care*. 2nd Ed. 2009. Retrieved from <http://www.nationalconsensusproject.org>
- World Health Organization. *Cancer control: Knowledge into action. WHO guide for effective programs. Palliative care*. Geneva, Switzerland: Author. 2007.
- Temel JS, Greer JA, Muzikanski A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New Eng J Med*; 2010. 363(8): 733-742.
- Casarett D, Pickard A, Bailey FA, Ritchie CS, Furman CD, Rosenfeld K, et al. A nationwide VA palliative quality measure: The Family Assessment of Treatment at the End of Life. *J Palliat Med*; 2008. 11(1): 68-75.
- Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med*; 1998. 12(5): 317-332.
- Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, Hood K, Edwards A K, et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manag*; 2003. 25(2): 150-168.
- Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for

caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer J*; 2015. 121(9): 1513-1519.

22. Bambauer KZ, Zhang B, Maciejewski PK, Sahay N, Pirl WF, Block SD, et al. Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 2006. 41(10): 819-824.

23. Jünger S, Payne S. Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. *Eur J Palliat Care*; 2011. 18(5): 238-252.

24. Marwit SJ. Professional psychology's role in hospice care. *Prof Psychol Res Pract*; 1997. 28(5): 457-463.

25. Alexander P. An investigation of inpatient referrals to a clinical psychologist in a hospice. *Eur J Cancer Care*; 2004. 13(1): 36-44.

26. Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: Its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry*; 2002. 36(6): 733-742.

27. Chochinov HM, Breitbart W. *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press. 2009.

28. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study. *Lancet*; 2002. 360: 2026-2030.

29. Kasl-Godley JE, King DA, Quill TE. Opportunities for psychologists in palliative care: Working with patients and families across the disease continuum. *Am Psychol*; 2014. 69(4): 364-76.

30. Crawley LM. Racial, cultural and ethnic factors influencing end-of-life care. *J Palliat Med*; 2005. 8(Suppl 1): S58-S69.

31. Kwak J, Haley WH. Current research findings on end-of-life decision making among racially or ethnically diverse groups. *Gerontologist*; 2005. 45(5): 634-641.

32. Kalus C, Beloff H, Brennan J et al. *The Role of Psychology in End of Life Care*. A report published by the Professional Practice Board of the British Psychological Society. Leicester: The British Psychological Society; 2008.

33. Epstein RM, Street RL. *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225. Bethesda, MD, 2007.

34. Mager WM, Andrykowski MA. Communication in the cancer 'bad news' consultation: Patient perceptions and psychological adjustment. *Psycho-Oncol*; 2002. 11(1): 35-46.

35. Tierney WM, Dexter PR, Gramelspacher GP, Perkins AJ, Zhou X, Wolinsky FD. The effect of discussions about advance directives on patients' satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med*; 2001. 16(1): 32-40.

36. Back AL, Arnold R, Quill TE. Hope for the best, prepare for the worst. *Ann Intern Med*; 2003.

138(5): 439-443.

37. King DA, Quill T. Working with families in palliative care: One size does not fit all. *J Palliat Med*; 2006. 9(3): 704-715.

38. Crawford AA. Psychological models that help hospice workers perform mental status evaluations. *Am J Hosp Palliat Care*; 2004. 21(4): 261-6.

39. Agnew A, Manktelow R, Taylor BJ, Jones L. Bereavement needs assessment in specialist palliative care: A review of the literature. *Palliat Med*; 2010. 24(1): 46-59.

40. Rapaport D, Gill M, Schafer R: *Diagnostic Psychological Testing*. New York: International Universities Press; 1968.

41. Memaryan N, Rasouli M, Ghaempanah Z, Mehrabi M, Areas O. An Islamic Model for Taking Patients' Spiritual History. *Bioeth Health Law J*; 2017. 1(3): 35-40.

42. Benzo R, Vickers K, Ernst D, Tucker S, McEvoy C, Lorig K. Development and feasibility of a self-management intervention for chronic obstructive pulmonary disease delivered with motivational interviewing strategies. *J Cardiopulm Rehabil Prev*; 2013. 33(2): 113-123.

43. Brodie DA, Inoue A, Shaw DG. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*; 2008. 45(4): 489-500.

44. Ando M, Morita T, Akechi T, Okamoto T. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manag*; 2010. 39(6): 993-1002.

45. Xiao H, Kwong E, Pang S, Mok E. Effect of a life review program for Chinese patients with advanced cancer. A randomized controlled trial. *Cancer Nurs*; 2013. 36(4): 274-283.

46. Sage N, Sowden M, Chorlton E, Edeleanu M. *CBT for chronic illness and palliative care: A workbook and toolkit*. Hoboken, NJ: Wiley; 2008.

47. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and commitment therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: A preliminary study. *Psycho-Oncol*; 2013. 22(2): 459-464.

48. McCracken LM, Jones R. Treatment of chronic pain for adults in the seventh and eighth decades of life: A preliminary study of acceptance and commitment therapy (ACT). *Pain Med*; 2012. 13(7): 860-867.

49. Wetherell JL, Afari N, Rutledge T, Sorrell JT, Stoddard JA, Petkus AJ, et al. A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*; 2011. 152(9): 2098-2107.

50. Memaryan N, Ghaempanah Z, Seddigh R. Spiritual interventions in Iran: A review article. *SOJ Psychol*; 2017. 4(1): 1-5.

51. Memaryan N, Ghaempanah Z, Saeedi MM, Aryankhesal A, Ansarinejad N, Seddigh R. Content

- of Spiritual Counselling for Cancer Patients Undergoing Chemotherapy in Iran: A Qualitative Content Analysis. *Asian Pac J Cancer Prev*; 2017. 18(7): 1791-97.
52. Breitbart W, Applebaum A. Meaning-centered group psychotherapy. In: Watson M, Kissane DW, editors. *Handbook of psychotherapy in cancer care*. Chichester, England: Wiley; 2011. p.137-148.
53. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, Vickers AJ, Li Y, Abbey J, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*; 2012. 30(12): 1304-1309.
54. Chochinov HM. *Dignity therapy: Final words for final days*. New York, NY: Oxford University Press; 2012.
55. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack T, Hassard T, Harlos M. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomized controlled trial. *Lancet Oncol*; 2011. 12(8): 753-762.
56. Katz RS, Johnson TA. *When professionals weep: Emotional and countertransference responses in end-of-life care*. New York, NY: Routledge; 2006.
57. Becvar D. Families experiencing death, dying and bereavement. In: Nichols WC, Pace-Nichols MA, Becvar DS, Napier AY, editors. *Handbook of family development and intervention*. New York, NY: Wiley; 2000. p. 453-470.
58. Dumont I, Kissane D. Techniques for framing questions in conducting family meetings in palliative care. *Palliat Support Care*; 2009. 7(2): 163-170.
59. Gueguen JA, Bylund CL, Brown RF, Levin TT, Kissane DW. Conducting family meetings in palliative care: Themes, techniques, and preliminary evaluation of a communication skills module. *Palliat Support Care*; 2009. 7(2): 171-179.
60. McDaniel SM, Doherty WJ, Hepworth J. *Medical family therapy and integrated care*. Washington, DC: American Psychological Association; 2013.
61. Kissane DW, Bloch S. *Family focused grief therapy: A model of family-centered care during palliative care and bereavement*. Philadelphia, PA: Open University Press; 2008.
62. Walsh F, McGoldrick M. *Living beyond loss: Death in the family*. 2nd ed. New York, NY: W. W. Norton; 2004.
63. Dillen L, Fontaine JRJ, Verhofstadt-Deneve L. Are normal and complicated grief different constructs? A confirmatory factor analytic test. *Clin Psychol Psychother*; 2008. 15(6): 386-395.
64. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*; 2009. 6(8): e1000121.
65. Boelen PA, van den Bout J. Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: A confirmatory factor analysis study. *Am J Psychiatry*; 2005. 162(11): 2175-2177.
66. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*; 2004. 59(1): 20-28.
67. Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, Portzky G, van Heeringen K. The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*; 2011. 31(1): 69-78.
68. Boelen PA, Keijsers J, van den Hout MA, van den Bout J. Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol*; 2007. 75(2): 277-284.
69. Boelen PA, van den Bout J, van den Hout MA. Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: A prospective study. *Behav Res Ther*; 2006. 44(11): 1657-1672.
70. Heydari H, Shahsavari H, Hazini A, Nikbakht Nasrabadi A. *Exploring the Barriers of Home Care Services in Iran: A Qualitative Study*. Scientifica (Cairo); 2016. 2016: 2056470.
71. Edlynn E, Kaur H. The Role of Psychology in Pediatric Palliative Care. *J Palliat Med*; 2016. 19(7): 760-762.
72. Moody K, Siegel L, Scharbach K, Cunningham L, Cantor RM. Pediatric palliative care. *Prim Care*; 2011. 38(2): 327-361.
73. Keele L, Keenan HT, Sheetz J, Bratton SL. Differences in characteristics of dying children who receive and do not receive palliative care. *Pediatrics*; 2013. 132(1): 72-78.
74. Field MJ, Behrman RE. *When Children Die: Improving Palliative and End-of-Life Care for Children and Families*. Washington, DC: The National Academies Press; 2003.
75. Ghaempanah Z, Moien M, Fazlollahi M, Pourpak Z, Movahedi M, Norbala AA. The survey of mental health for asthmatic children and their mothers. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2011; 66: 204.
76. Roberts MC. *Handbook of Pediatric Psychology*, 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2003.
77. Palermo T. *Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press; 2012.
78. Kersun LS, Shemesh E. Depression and anxiety in children at the end of life. *Pediatr Clin North Am*; 2007. 54(5): 691-708.