

שמירת כבוד האדם במסגרות שיקומיות ורפואיות: תפקיד הפסיכולוגים כסוכני שינוי

נעה וילצ'ינסקי ומיכל שטורם

"... לי מאוד מאוד חשוב... בכל טיפול שאני הולכת אליו... שיהיה לי איזה שהוא דיאלוג עם הבנאדם שנמצא מולי ושכאלו, אני ארגיש שהוא מסתכל עליי, שאני לא עוד, אה, אני לא יודעת מה, עוד אחת שנכנסת אליו, וכאלו, טוב, מה הבעיה שלך. הרבה פעמים אני נכנסת לטיפול רפואי והרופא פשוט מסתכל עלי בתור בעיה לא בתור בן אדם שכאלו יושב מולו, וזה... וזה הכי חשוב לי, זה הדבר הראשון שנורא נורא חשוב לי, שכן אדם שאני משתפת אותו בדברים כאילו פרטיים שלי שהוא יהיה בן אדם קודם כל. ושהוא באמת יתייחס אליי בצורה שהיא נעימה ו... וישדר אכפתיות, כאילו ו... וינסה לעזור לי, ולא כאילו, יסתכל עלי בתור איזה סטטיסטיקה או משהו כזה..."

(מתוך תמלול ראיון של נבדקת במחקר הנוכחי)

במסגרת רפואית. תנאים של מחסור בידע, בתקציב, בכוח אדם, במרחב פיזי ועוד מגבירים את תלותם ומגבולותם של חולים, והצורך בהקצאת משאבים מוביל לא פעם לאפליה של קבוצות חלשות ולהשפלתן (Jacobson, 2009). ואמנם, המחקרים שנערכו בנושא בעולם המערבי, על חולים במחלות שונות ובמסגרות רפואיות ושיקומיות מגוונות, מצביעים על כך שמטופלים רבים מדווחים על פגיעה משמעותית בכבודם במפגש הרפואי (Baillie, 2009; Enes, 2009; Lohne et al., 2010; Slettebo et al., 2009).



קצרה היריעה מלתאר את תרומתה של הרפואה המודרנית לאנושות. עם זאת, חדשים לבקרים מועלית הטענה בדבר הפגיעה באנושיותם של מטופלים במסגרת רפואית (Dehumanization) (Aranda & Jones, 2010). הרקע לטענה זו קשור בתהליכים כגון השימוש הגובר במכשור וציוד טכנולוגי, וכן סרבול בירוקרטי וחוסר יחס אישי בעת מתן טיפול רפואי (Parson & Hooker, 2010). בבתי חולים נחשפים מטופלים רבים לאובדן כבוד לאור המתחים הקיימים, ובעיקר האסימטריה הבין אישית, כאשר לצד אחד באינטראקציה מידה רבה יותר של ידע, כוח וסמכות, בעוד שהצד האחר מצוי בעמדה של חולשה ונחיתות (Jacobson, 2009). בנוסף, אנשי הרפואה מתמקדים לרוב בגוף החולה ובטיפול בסימפטומים הגופניים שהוא מציג, ופחות מונעים מתוך האוריינטציה המכוונת לראיית החולה כמכלול. סביר להניח כי במציאות טיפולית כזו, השמירה על כבוד האדם מצויה בסכנה מתמדת. הנחה זו משתלבת עם טענתה של Jacobson (2009) כי היעדר התאמה בין כמות המשאבים במערכת לצרכים הקיימים בה הוא גורם מרכזי בתהליכים חברתיים שונים שתוצאתם חילול כבוד האדם

ד"ר נעה וילצ'ינסקי היא פסיכולוגית שיקומית מומחית, ראש המעבדה למחקר פסיכו-קרדיולוגי ומרצה במגמה לפסיכולוגיה שיקומית, המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן.

מיכל שטורם היא אחת מוסמכת וכיום פסיכולוגית שיקומית מתמחה. המאמר הנוכחי מבוסס בחלקו על עבודת התזה שלה אשר הוגשה באוניברסיטת בר-אילן.

מאמר זה הוא מאמר מקוצר. המאמר המלא התפרסם בכתב העת "חברה ורווחה", לו(3), 477-502.



השפה העברית ביחס לשפות האנגלו-סקסיות הכוללות הבחנה בין אספקטים שונים של המושג: Dignity, Honor, Respect+ Glory (קמיר, 2004).

תנאים של מחסור בידע, בתקציב, בכוח אדם, במרחב פיזי ועוד מגבירים את תלותם ומוגבלותם של חולים, והצורך בהקצאת משאבים מוביל לא פעם לאפליה של קבוצות חלשות ולהשפלתן

מכל הנאמר לעיל עולה בבירור הצורך בבחינה מעמיקה של הממדים השונים של כבוד האדם במפגש הטיפולי-רפואי במערכת הבריאות בישראל. היעדר מודל תאורטי של המושג כבוד מתחום הפסיכולוגיה הוביל אותנו "לשאול" מודל של כבוד מתחום עולם המשפט שהוצג על ידי המשפטנית ד"ר אורית קמיר (2004), בכדי שיהווה את המסגרת התאורטית המנחה את חשיבתנו בנושא. מודל זה מאפשר הבחנה בין המושג "כבוד מחיה" (Respect) לבין המושג "כבוד סגולי" (Dignity), הבחנה בעלת פוטנציאל משמעותי להבנת חוויית המטופל. בעוד "כבוד סגולי" מוגדר כרף תחתון ומינימלי להתנהגות בין אישית, המשמרת את זכויותיו הבסיסיות ביותר של הפרט, הרי ש"כבוד מחיה" מוגדר כהתייחסות בין אישית המקדמת את תכונותיו הייחודיות של הפרט ומכוונת למיצי הפוטנציאלים הטמונים בו, מעבר לשימור זכויותיו הבסיסיות ביותר.

ההבחנה בין מושגי הכבוד השונים במודל של קמיר (2004) מייצרת מסגרת תאורטית ייחודית לשפה העברית המתאימה במיוחד לניתוח חוויית הכרוכות בחילול או בשמירה על כבוד באינטראקציה רפואית. מודל זה היווה מסגרת תאורטית עבור המחקר האיכותני והכמותי אשר יוצג להלן.

תוצאות המחקר

על מנת לבחון האם ניתן לזהות את אותם סוגי הכבוד המתוארים במודל הכבוד של קמיר (2004) גם בתיאוריהם של מטופלים בהקשר רפואי, ערכנו מחקר שבו ראינו 107 משתתפים מהאוכלוסייה הכללית אשר חוו הליך רפואי

גם בישראל מערכת הבריאות חושפת את צרכניה ונותני השירותים שבה כאחד למציאות של דחק ומתחים (בן נון, ברלוביץ' ושני, 2010). על אף שמצב בריאות האוכלוסייה בישראל דומה לזה המצוי במדינות מפותחות, המערכת הרפואית מתקשה לאזן את הצרכים הקיימים עם המשאבים המועטים הנגישים לה. כך למשל מתואר מחסור חמור בכוח אדם לאור מגמת ירידה בשיעור הרופאים, ושיעור נמוך במידה חריגה של מספר אחיות לנפש. ריבוי גורמי דחק מערכתיים באים לידי ביטוי גם בכך ששיעור מיטות האשפוז הכלליות בישראל הוא מהנמוכים ביותר מבין המדינות הנסקרות, בעוד שיעור התפוסה מהגבוהים ביותר במדינות המתועשות (בן נון ואחרים, 2010). מציאות קשה זו מתבטאת פעמים רבות בהתייחסות הנתפסת על ידי החולה כפוגעת בכבודו כאדם. בעולם הרפואי והשיקומי, ההירארכי ורווי המתחים והפערים, הפסיכולוגים והפסיכולוגיות, האמונים על האמפתיה, המכוונים לעולם הרגשי והמחונכים לראיית האדם כולו על מגוון איכויותיו, הם אלו היכולים להוות סוכן שינוי המעצים את חוויית כבוד המטופל.

אנשי הרפואה מתמקדים לרוב בגוף החולה ובטיפול בסימפטומים הגופניים שהוא מציג, ופחות מונעים מתוך האוריינטציה המכוונת לראיית החולה כמכלול

מהו כבוד?

למה מתכוונים המטופלים בבקשתם לחוות חוויה מכבדת בעת הטיפול בהם? כדי לשפר את חוויית האדם במסגרת הרפואית נחוצה ראשית כול הבנה מעמיקה באשר לכוונה ולמשמעות שמטופלים מייחסים למושג פגיעה בכבוד ושמירה על כבוד בעת קבלת טיפול. הבעיה המחקרית הבסיסית היא השימוש הרווח במושג "כבוד" בהקשרים בין אישיים שונים, ללא הגדרה מעמיקה או ממצה שלו (מיקולינסר ונחמיאס-חיימוביץ, 2001). הבעיה מחמירה בפרט בישראל, לאור הדלות הסמנטית המאפיינת את

אי מניעת סבל מיותר; היעדר הסכמה מדעת; והעברת האחריות הטיפולית אל המטופל.

בעולם הרפואי והשיקומי, ההירארכי ורווי המתחים והפערים, הפסיכולוגים והפסיכולוגיות, האמונים על האמפתיה, המכוונים לעולם הרגשי והמחונכים לראיית האדם כולו על מגוון איכויותיו, הם אלו היכולים להוות סוכן שינוי המעצים את חוויית כבוד המטופל

הדוגמא שלהלן מבטאת חוויה קשה של פגיעה בכבוד הסגולי (התמה היא חפצון או החפצה של המטופל) בין כותלי בית חולים:

"הכניסו לי עירוי ישר כשהגעתי. לאחר מכן הגיעה אחות והלבישה אותי בכותנת. היא הייתה מאוד ברוטלית – לא היה אכפת לה מהעירוי ואם כואב לי, הצורה שבה היא מלבישה אותי, לא היה אכפת לה מהפרטיות שלי, היא פשוט באה והפשיטה אותי בבוטות והייתי צריכה לבקש ממנה לסגור את הווילון. היא השתמשה בי כחפץ, התנהגות מאוד לא יפה בלשון המעטה".

בשלב השני של המחקר התבצע ניתוח כמותי של הממצאים. המטרה המרכזית של החלק הכמותי הייתה לבחון את קיומו של קשר בין סוג החוויה המדווחת על ידי המשתתפים במחקר (האם הם מתארים חוויה שהיא אירוע שבו שימרו את כבודם או אירוע שבו חיללו את כבודם) לבין משתניהם הדמוגרפיים וסוג הכבוד המתואר בראיונות עמם (האם הם מתארים חוויה שבה סוג הכבוד הוא מסוג "כבוד מחיה" או מסוג "כבוד סגולי" לפי המודל של קמיר).

הניתוח הסטטיסטי (מודל לוגיסטי הסתברותי בשילוב עם מודל ניתוח מולטינומי) העלה ממצאים מעניינים שחלק קטן מהם יוצג להלן. נמצא כי יותר מששתתפים דיווחו על חוויה לא מכבדת (55.9%) לעומת חוויה מכבדת (44.1%). עוד נמצא כי נשים מתארות חוויה של חוסר כבוד בשיעור של מעל פי שבעה לעומת גברים

כלשהו (ביקורת, מעקב, ניתוח, טיפול תרופתי, התייעצות עם מומחים ועוד). המראיינים היו 33 סטודנטים וסטודנטיות לתואר ראשון במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן אשר השתתפו בקורס בחירה שנתי בשם "ערכים מנחים בטיפול ובשיקום", בהנחיית הכותבת הראשונה. סך הכול בוצע ניתוח איכותני ל-186 נרטיבים של חוויות שתיארו מרואיינים מסיטואציות שבהן קיבלו טיפול רפואי כלשהו. 87 מהנרטיבים תיארו חוויות מכבדות ו-92 תיארו חוויות לא מכבדות. 7 נרטיבים תיארו בה בעת חוויה שהיא גם מכבדת וגם לא מכבדת.

בין התמות המרכזיות שעלו בהקשר של "שמירה על כבוד מחיה" בהקשר הרפואי היו דאגה ואכפתיות אותנטיים של המטפל, יצירת אווירה נוחה ופתוחה, יחס חיובי לא הכרחי, אינטראקציה טיפולית ממוקדת מטופל, טכניקה טיפולית מכבדת והתייחסות להיבטים נפשיים ותרבותיים במהלך הטיפול. תמות שסווגו תחת הקטגוריה של "שמירה על כבוד סגולי" כללו בין השאר: זיהוי צרכיו הגופניים של המטופל ומתן מענה עליהם; ביטחון המטופל במסוגלות ובמיומנות של המטפל; מאמץ להימנע מגרימת כאב בטיפול רפואי; מתן טיפול מהיר מציל חיים ועוד.

תיאור המשתתף שלהלן מבהיר את מהות ה"שמירה על כבוד סגולי" (שוין לתמה: מתן טיפול מהיר מציל חיים):

"... וכשהרופא התחיל לבדוק, די זלזלתי, בגלל שזה רופא שנוהג לבדוק מאד מאד בקפדנות, אבל הוא פתאום אמר לי – אוקיי, תמתין פה, אני מזמין לך אמבולנס ולוקח אותך לבית החולים. כמובן שאני לא רציתי וחשבתי שזהו... שייתן לי משהו נגד הכאבים... והוא אמר תשמע אתה לא זז מפה, אני אישית לוקח אותך לאמבולנס. ובאמת כך היה. הגעתי לבית חולים, אחרי שעה מצאתי את עצמי בחדר ניתוחים, אפנדיציט. אחרי הניתוח באו ואמרו לי, תשמע... היית קרוב ל... וכו' וכו' וכו'".

לעומת זאת, תמות שסווגו תחת הקטגוריה של "חילול כבוד מחיה" בהקשר הרפואי כללו לדוגמא: יחס מילולי משפיל; ניכור בעת מתן טיפול; סרבול טכני ובירוקרטי; פער ביחס הניתן במסגרת פרטית לעומת הציבורית; ו"פטרוניות של המטפל". תמות "חילול כבוד סגולי" כללו בין היתר: חפצון או החפצה (אובייקטיביזציה או ראיפיקציה) של המטופל; אי מענה על צרכים גופניים המתעוררים במהלך טיפול או



פירוק ההגדרה הרחבה לכבוד בהקשר רפואי, מתבסס על סוגי הכבוד כפי שנוסחו על ידי קמיר. הסוג הראשון, "כבוד סגולי", מתכתב עם החלק הראשון של ההגדרה ומשמעותו מתן טיפול המתבסס על ידע ומומחיות רפואית, מתוך מטרה לענות תמיד על צרכיו הגופניים של המטופל, לשמור על חייו ותפקודו הגופני והנפשי. הזכויות הנגזרות מהכבוד הסגולי הן בסיסיות כגון הזכות לחיים, לבריאות, לתזונה, לשליטה בגוף ועוד. שימור זכויות מינימליות אלו הוא הבסיס לאנושיות המחייבת הימנעות מוחלטת מחפצון מטופלים. למעשה, סוג כבוד זה קובע רף תחתון להתנהגות המטופל, הווה אומר, חריגה ממנו היא כל מה שאסור שיקרה במפגש טיפולי.

סוג הכבוד השני, "כבוד מחיה", מהדהד את חלקה השני של ההגדרה ומשמעותו מתן טיפול רפואי תוך התייחסות לאופיו של המטופל, צרכיו הרגשיים ותגובתו למצב. אספקט זה כולל בתוכו היבטים ייחודיים ושונים בחיי מטופלים המשתייכים לקבוצות תרבותיות וחברתיות שונות. במודל של קמיר המושג כולל את תכונותיו וצרכיו הייחודיים של כל אדם הן כפרט והן כחבר בקבוצה והם אינם מינימליים ובסיסיים אלא אופטימליים ורחבים. בהתאם לכך, בהקשר הרפואי, הדגש הוא על התנהגות שהיא מעבר למינימום הנדרש לשימור חיי האדם ותפקודו הגופני. רצוי מאוד שהתנהגות זו תהיה חלק בלתי נפרד מהטיפול הניתן.

לסיכום, המחקר הנוכחי הראה כי מעבר לרמת ההמשגה התאורטית, כבוד סגולי וכבוד מחיה מתבטאים בחוויות אנושיות ניתנות לזיהוי, מובחנות זו מזו ורלוונטיות ביותר למטופלים, ברמה הפסיכולוגית הקונקרטי. אם משמעותו של הכבוד הסגולי מובנת מאלוה, שכן ברור לכול כי אסור לעולם לפגוע בגופו של מטופל, הרי שהתרומה החשובה במחקר הנוכחי היא דווקא בהעלאת המודעות למושג של כבוד מחיה.

תפקידם של הפסיכולוגים כמעצמי כבוד המטופל

האתגר המרכזי הניצב לפתחנו כעת הוא לגזור מסקנות אופרטיביות מתוצאות המחקר, כאלו שיוכלו להוות הנחיות קונקרטיים לאנשי הטיפול בשטח. במילים אחרות: כיצד משמרים כבוד מחיה? מהן ההתנהגויות הנדרשות על

($EXP(B)=7.768$, $p=0.010$). בנוסף, נמצא כי ככל שעולה הממד הסוציאקונומי של המרואיין, כך יורדת ההסתברות לחוות חוסר כבוד מצד המטפלים ($EXP(B)=0.58$, $p=0.052$). במילים אחרות, עלייה ביחידה סוציאקונומית אחת מורידה את ההסתברות לחוויה של חוסר כבוד פי 1.74, או ב-42.5 אחוזים. לסיים, אם תוארה חוויה מחללת כבוד, הסיכוי שהיא תסווג תחת "כבוד מחיה" נמוך פי 7.35 לעומת ההסתברות לסיווג ככבוד סגולי. במילים אחרות, כאשר מדובר בחוויה מחללת כבוד, רוב הסיכויים (84%) שמדובר בחילול כבודו הסגולי של האדם ולא חילול כבוד המחיה שלו.

**הזכויות הנגזרות מהכבוד הסגולי הן
בסיסיות כגון הזכות לחיים, לבריאות,
לתזונה, לשליטה בגוף ועוד. שימור
זכויות מינימליות אלו הוא הבסיס
לאנושיות המחייבת הימנעות מוחלטת
מחפצון מטופלים. למעשה, סוג
כבוד זה קובע רף תחתון להתנהגות
המטופל, הווה אומר, חריגה ממנו היא
כל מה שאסור שיקרה במפגש טיפולי**

דיון בתוצאות המחקר

נוכחנו לדעת כי כבוד הוא מושג בעל חשיבות רבה במסגרת של קבלת טיפול רפואי, שכן העלאתו במהלך ריאיון עוררה באופן עקבי תגובות רגשיות וקוגניטיביות בעלות עוצמה רבה. כמו כן נמצא באופן ברור כי המושג כבוד אינו מונוליתי אלא רב ערכי ורב ממדי. בעקבות הניתוח התמטי התאפשר פירוק של ההגדרה האבסטרקטית "כבוד האדם במסגרת רפואית" לשני חלקים מובחנים זה מזה:

1. מתן טיפול רפואי תוך שמירה קפדנית על סטנדרטים של מקצועיות וראיית המטופל כבן-אנוש ולא כחפץ.
2. התנהלות תוך התייחסות לאישיותו ולצרכיו הייחודיים של החולה, וראיית המטופל כאדם ייחודי, בעל צרכים רגשיים ולא רק פיזיים-רפואיים.

מגיע המטופל, הקפדה על שיתופו בכל החלטה הכרוכה בו, הקפדה על פרטיותו, הגנה על תחושת האוטונומיה שלו, כל אלו ועוד תורמים לכך שהמטופל יחוש כבעל ערך, כאדם, ולא כפיסת בשר. מדובר בהתנהגויות צנועות, אפילו טריוויאליות, אך דווקא בהן יש את הפוטנציאל לרומם את כבודו של המטופל גם ברגעיו הנמוכים, הקשים והמתסכלים ביותר. התנהגויות שכאלו מצד המטפלים והדגשתן משיבות את תחושת הערך של המטופל, מטפחות את תחושת שליטתו בחייו, מפחיתות את תחושת החפצון האופיינית להקשר הרפואי, ומרוממות את הווייתו האנושית. מכאן שבכוח לגרום להיפוך תהליך הדה-הומניזציה, שאותו מטופלים רבים כל כך מרבים לתאר כחוויה הגרועה ביותר שחוו במסגרת הרפואית.

אך מעבר להתייחסות האינדיבידואלית, הפסיכולוגים העובדים במרכזים רפואיים ושיקומיים חייבים להשרות עולם ערכים זה גם מחוץ לחדר הטיפולים. מעצם היותם מתנהגים באופן מכוון-כבוד הם יכולים להוות דמות חינוכית ואף מודל לחיקוי בתוך הצוות הרב מקצועי. התנהגויות כגון הימנעות מחשיפת פרטים "מעניינים" על מטופלים בישיבות הצוות גם במחיר אובדנים חברתיים מסוימים, הקפדה על דלת חדר ישיבות סגורה כאשר דנים במטופל, סירוב לצחקק על חשבון מטופלים ובני משפחותיהם, גם לצורך הפגת מתח ויצירת קשרים עם אנשי צוות אחרים. התנהגויות פשוטות אך משמעותיות אלו יכולות להתבסס ובסופו של יום לאפיין את התייחסות הצוות כולו. חשוב לציין כי התנהלות טיפולית משמרת כבוד היא בעלת תרומה גם כלפי הצוות המטפל עצמו, שכן היא מעודדת תרבות ארגונית מכבדת. כשם שאין להרים קול על מטופל או לזלזל בו, כך גם אסור להשפיל או לבזות את העובדים המצויים בתחתית ההיררכיה הרפואית. כך שלהפנמה ערכית זו העצמה דו כיוונית של המטפל והמטופל כאחד.

לסיכום, שמירת כבוד המטופל אמורה לזהור כמגדלור בפסגת עולם הערכים הפסיכולוגי, ולהאיר את דרכנו אל המטופל וממנו. הרפאים נשבעים: "ראשית כול אל תזיקו", עוד מימי היפוקרטס, אבי הרפואה. לנו הפסיכולוגים אין שבועה ייחודית המעלה על נס את החשוב מכול. "שמירת כבוד המטופל" ראוייה להתקבע ככזו.

מנת למנוע את חילול כבודו הסגולי של המטופל? אין ספק שחינוך והגברת המודעות של הרפאים והאחיות והכשרה נכונה של פרחי רפואה וסיעוד הנה הצעד הראשון בדרכן להגברת כבוד המטופל.

התנהלות טיפולית משמרת כבוד היא בעלת תרומה גם כלפי הצוות המטפל עצמו, שכן היא מעודדת תרבות ארגונית מכבדת. כשם שאין להרים קול על מטופל או לזלזל בו, כך גם אסור להשפיל או לבזות את העובדים המצויים בתחתית ההיררכיה הרפואית

אך מה יכולים הפסיכולוגים לעשות בינתיים?

ובכן, לא מעט. ראשית, יש לזכור כי פסיכולוגים המטפלים בחולים במערכות השיקומיות והרפואיות אינם צריכים לעבור אינדוקטרינציה מחודשת על מנת להפוך רגישים לכבוד המטופל. הכשרתם מבוססת על רגישות למצבו הנפשי של האדם שאותו הם פוגשים בהקשר המאיים כל כך של משבר רפואי. תוכנית הלימודים שלהם כוללת העמקה בנושאים של אמפתיה, הקשבה טיפולית, רגישות בין אישית, מודעות לחוויה ההעברתית, סובלנות לשוני הערכי והתרבותי של כל מטופל באשר הוא וכיוצא באלה תמות טיפוליות המתקנזות רובן ככולן לליבה שהיא שמירה על כבוד המטופל.

מבחינה מעשית, בראש ובראשונה, על הפסיכולוגים הפועלים בהקשרים הרפואיים והשיקומיים להקפיד הקפדה יתרה על כבוד המטופל. ברור מאליו שאסור לפגוע בכבודו הסגולי, דהיינו, לגרום לו סבל או למנוע ממנו טיפול נדרש. אך יש לתת את הדעת גם לממד המופשט יותר של כבוד, מה שכונה במחקר הנוכחי כבוד מוחי, המחייב התייחסות הוליסטית ומעצימה כלפי מטופלים. לא המינימום שחובה לשמר אלא המקסימום שניתן לתת. התייחסות סובלנית, הפגנת הערכה לעולם התרבותי, הערכי וחברתי שממנו

מקורות

1. בן נון, ג', ברלוביץ', י', ושני, מ' (2010). השוואות בינלאומיות. מערכת הבריאות בישראל (פרק 21, עמודים 520-535). הוצאת עם עובד, תל אביב.
2. מיקולינסר, מ' ונחמייאס-חיימוביץ', א' (2001). חווית כבוד בקשרים זוגיים: הגדרה ומיפוי מרכיבים. הרצאה ביום העיון המדעי הרביעי לזכרו של פרופ' ויקטור פלוריאן ז"ל: "הילכו שניים יחדיו". המחלקה לפסיכולוגיה ומרכז פלג ביליג לחקר איכות חיי המשפחה, אוניברסיטת בר אילן, רמת גן.
3. קמיר, א' (2004). שאלה של כבוד: ישראליות וכבוד האדם. הוצאת כרמל.
4. Aranda, K. & Jones, A. (2010). Dignity in Health care: A critical exploration using feminism and theories of recognitions. *Nursing Inquiry*, 17, 248-256.
5. Baillie, L. (2009). Patient dignity in acute hospital setting: A case Study. *International journal of Nursing Studies*, 46, 23-37.
6. Enes, S. (2003). An exploration of dignity in palliative care. *Palliative Medicine*, 17, 263-269.
7. Jacobson, N. (2009). Dignity violation in health care. *Qualitative Health Research*, 19, 1536-1547.
8. Lohne, V., Asgaard, T., Caspari, S., Slettebo, A. & Naden, D. (2010). The lonely battle for dignity: Individuals struggling with Multiple Sclerosis. *Nursing Ethics*, 17(3), 301-311.
9. Parson, A. & Hooker, C. (2010). Dignity and narrative medicine. *Bioethical Inquiry*, 7, 345-351.
10. Slettebo, A., Caspari, S., Lohne, V., Asgaard, T. & Naden, D. (2009). Dignity in life of people with head injuries. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2426- 2433.

מאבחן.

כאיש מקצועיים, לאנשים מקצועיים



מהיום תוכל להשקיע יותר זמן עם המטופלים,
אנחנו כבר נעזור לך עם המבחנים.

PTech מערכת מאובטחת לאבחון וציינון אינטרנטי

צרו קשר עוד היום לפרטים.

PTech 
מערכת אבחונים אינטרנטית
מבית סייקטק

www.psychtech.co.il 
02-6435360

סייקטק 
PsychTech
כלי אבחון, טיפול והכשרה למקצועות בריאות הנפש