

بسم الله الرحمن الرحيم

عنوان: ترجمه فصل **نوزدهم** دایره المعارف مددکاری اجتماعی مهر ۹۱

موضوع: سرطان - درد - مراقبت تسکینی با رویکرد مددکاری اجتماعی

مترجم: بهروز علائی کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی البرز

تاریخ تنظیم: خرداد ۹۲

مددکار اجتماعی غده شناسی

چکیده : مددکار اجتماعی غده شناسی تخصصی از مددکاری اجتماعی در حوزه مراقبت از سلامت است. متخصصین خدمات حمایتی و برنامه ها -آموزش- پژوهش -مدیریت- توسعه سیاست- و مدافعه گری از لحاظ اجتماعی - روان شناختی و نگرانیهای معنوی بیماران- خانواده هاشان و گیرندگان خدمت پیش از تشخیص را از طریق معالجه ابقاء و مراقبت از زندگی یا داغدیدگی را فراهم میکنند. در دهه های آینده چالش هاو فرصت های زیادی برای مددکاران اجتماعی غده شناسی کمک به بیماران -خانواده ها و گیرندگان خدمت در مواجهه با موانع کیفیت زندگی و مراقبت روبرو خواهد بود.

کلمات کلیدی : مددکاران اجتماعی غده شناسی - سرطان- مراقبتهای اجتماعی روانی - مراقبت از سلامت-

مددکاری اجتماعی غده شناسی تخصصی از مددکاران اجتماعی است که در حوزه مراقبت از سلامت کار میکند . رشته ای حرفه ایی است که خدمات روان شناختی را بیماران -خانواده ها و گیرندگان خدمت که به تاثیر تشخیص و معالجه سرطان روبه رو می شوند را فراهم میکند. متخصصان تمرکز خود را بر خدمات و برنامه های حمایتی - آموزشی -مدیریتی -مدیریت سیاسی و مدافعه گری اجتماعی - روان شناسی و نگرانی های معنوی از پیش از تشخیص از طریق معالجه ابقاء و در آخر داغدیدگی مراقبت از زندگی می گذارند. نیاز برای این خدمات و برنامه ها مهم است بر طبق جامعه سرطان آمریکا -سرطان دومین علت اصلی مرگ در آمریکا است. نیمی از مردان و یک سوم از تمام زنان در طی زندگیشان سرطان میگیرند. شایع نوع سرطان پروستات - ریه-روده بزرگ- خون و سینه است .برای بسیاری از بیماران سرطان یک بیماری مزمن است. تخمین زده میشود که حدود ۱۰۰۰۰۰۰۰ نفر نجات یافتگان سرطان در آمریکا هستند و با کشف های جدید در عرصه معالجه و در طول جمعیت سالمند افزایش تعداد افرادی که نجات پیدا کنند بسیار زیاد تر است.

درد تجربه چند بعدی است که ارتباط پیچیده بدن - ذهن - احساسات و روح را مجسم میکند. درد تجربه ای ذهنی است . ارزیابی با گزارش بیمار شروع می شود و با مطالعات شناختی ابزارها و پاسخ های رفتاری - فیزیکی و احساسی مشاهده می شود درد ممکن است حاد- یا مزمن باشد و می تواند به موقعیت مزمن یا بیماری تهدید کننده زندگی تبدیل شود و هر دوی آنها پیامدهای مهم جسمانی - روحانی - کارکردی و اقتصادی اجتماعی را می سازد . درمان درد به خوبی مستند شده است مخصوصا در جمعیت آسیب پذیر شامل

سالمندان و فقرا می باشد از طریق بسیاری از موانعی که برای مدیریت درد کافی است حقیقتی است که معالجه درد را ممکن است شامل استفاده از درمانهای طبقه بندی شده به عنوان مواد کنترل کننده در محیط قانون گذاری - نظم پذیری و بررسی اجباری در غیاب بیشترین موقعیتهای پزشکی باشد . درد مسئله ای بالینی - قومی - سیاسی - و حمایت گرانه است که بر جمعیت آسیب پذیر و حمایت از توجه مددکاری اجتماعی و حمایت تاثیر گذار باشد.

مراقبت تسکینی به دنبال اجتناب و کاهش درد با بیماری جدی برای اشخاص در تمام سنین است. زیر بنای فلسفی مراقبت تسکینی از هسته های اصلی برنامه های شرح داده شده در مراقبت تسکینی است. تاریخچه جنبش مراقبت تسکینی مرور می شود. مسائل حال حاضر که چالش های کنونی در این بخش است که حیطه تمرکز و قصد مراقبت تسکینی استفاده های آموزشی در آموزش حرفه های مراقبت سلامتی است. در غیاب رهبری مجرد مددکاری اجتماعی سازمان با تمرکزی در مراقبت تسکینی و نیاز به بهبود کیفیت و کمیت پژوهشهای انجام شده می باشد.

تاریخچه:

مددکاری اجتماعی غده شناسی به عنوان عرصه ای از اقدام در آمریکا در میانه دههای ۱۹۷۰ در حدود زمانی مشابه که خدمات حرفه ایی سلامت شروع به تخصصی شدن در حوزه غده شناسی داشتند پدیدار شد. قانون سرطان ملی از سال ۱۹۷۱ منابع رابه منظور مبارزه با سرطان ایجاد مراکز معالجه و برنامه های آموزشی بسیج کرد. نرخ نجات یافتگان از بیماری با کشفهای جدید استفاده از جزئیات تکنیکهای جراحی تکنیکهای جدید شیمی درمانی و اشعه افزایش یافته است. به زودی مدارکی ایجاد شده است که بیماران - خانواده ها و گیرندگان خدمت نیازمند اطلاعات بهتر آموزشی و توجه به مسائل اجتماعی روان شناختی و دیگر جنبه ها هستند. آنها در سرو کار داشتن معالجه فعال و عوارض جانبی جنبه های جان مزمن سالهای نجات یافتگی و یا در مراقبت از زندگی و داغدیگی را تجربه می کنند.

مراکز و بخشهای معالجه مددکاران اجتماعی بالینی و دیگر تیم های غده شناسی به مسائل پیچیده که هم بر کیفیت زندگی و هم خروجی های پزشکی تاثیر پذیر هستند را مورد تاثیر قرار میدهند. این رویکرد کار تیمی هنوز در تحویل خدمات روان شناختی به مراجعین - مرکز سرطان امروز به طور اختصاصی در برنامه های غده شناسی کودکان داده نشده است. بدنه گسترده شده تحقیق بوسیله متخصصان غده شناسی به حرفه مددکاری اجتماعی غده شناسی آگاهی میدهد. بیش تر این تحقیقات بین رشته ایی است انجمن مددکاران اجتماعی غده شناسی کودکان در سال ۱۹۷۷ شکل گرفت و انجمن مددکاری اجتماعی غده شناسی در سال ۱۹۸۴ ایجاد شد. مددکاران اجتماعی غده شناسی در سال ۱۹۹۳ به انجمن ملی مددکاری اجتماعی تبدیل شد. و از سازمانی حرفه ایی به سازمانی بدون سود دهی تبدیل شد. به دنبال افزایش رضایت در خدمات روان شناختی بیماران سرطانی خانواده ها و گیرندگان خدمت از طریق آموزش و پژوهش توسعه منابع شبکه بندی و مدافعه گری شد. هم مددکاری غده شناسی و هم مددکاری اجتماعی ملی استاندارد های اقدام در هدایت مسائل بالینی و اعضای هر بخش را در کدهای اخلاقی انجمن ملی غده شناسی هدایت می کند. علاوه بر آن پارامترهای خروجی انجمن غده شناسی مددکاری اجتماعی در حوزه اقدام را نیز مشخص می کند. هر سازمان شامل یک بخش پژوهش بالینی آموزش عمومی و ادامه آموزش حرفه ای و یادگیری از طریق کنفرانسهای ملی و منطقه ای است. هر عضو شبکه حمایتی ویژه از طریق خبر نامه ها و لیستها کار میکنند. اقدام غده شناسی: نقشها و خدمات مددکاران اجتماعی غده شناسی در هر جایی که بیماران سرطانی و اقدامات خصوصی مددکاری اجتماعی باشد. با این حرکت به سمت خدمات سرپایی از دهه ۱۹۸۰ مددکاران اجتماعی شد و به ایجاد خدماتی دیگر همچون

بیمارستانها آژانسهای سلامت خانه و بهبود و دیگر حمایتهای اجتماعی شدند مددکاری اجتماعی سرطان همچنین چالش آکادمیک پژوهشی و سیاست گذارانه است .

مددکاران اجتماعی غده شناسی نقش هابی مختلفی را دارا هستند و اغلب کارکرد های چند گانه را در نقشهای مختلف شکل میدهند. نقش ها ممکن است که شامل مددکاری اجتماعی بالینی مشاوره -مشاوره روانپزشکی - حمایت از رهبر گروه -مدیریت کیس -برنامه ریز هدایتگر بیمار -مدافعه گر -توسعه دهنده -برنامه -تحلیل سیاست- مشاوره و دیگر بخشها باشد. علاوه بر آن بسیاری از مددکاران اجتماعی سرطان بطور داوطلبانه دانش و تخصص خود را در اختیار سازمانها گروههای محلی و ملی قرار میدهند و رهبران مشاوران و یا محققان پروژه های تخصصی را حمایت می کند .

بسیاری از مددکاران کودکان در مراکز سرطانی در بیمارستانهای اجتماعی با برنامه های غده شناسی کودکان کار میکنند . به طور کلی کودکان و نوجوانان با سرطان از این طریق سلامتی شان مورد پایش قرار میگیرد حتی زمانی که بخشهایی از معالجه آنها در اجتماعات محلی انجام شود . رویکردی جامع و هماهنگ به منظور مراقبت و تاکید ویژه بر مراقبت خانواده محور وجود دارد.

مددکاران اجتماعی سرطان خدمات منظم که شامل مداخله بحران - مشاور حمایتی - روان پزشکی - مدیریت درد و دیگر نشانه های تسکین پایان زندگی- حمایت - مشاوره سوگ- کمک در تصمیم گیری - مدیریت کیس - هماهنگی کاری - برنامه ریزی - هدایت بیمار - مدافعه فردی در امور اقتصادی و مالی و استخدام و دیگر نیازهای منابع - اطلاعات در زمینه های پزشکی و طب جایگزین - آموزش آرام سازی و دیگر تکنیکهای کاهش استرس و برنامه های مخصوص مثل اردوهای تابستانی است .

علاوه بر خدمات متمرکز بر بیمار در سطح کلان - مددکاری اجتماعی غده شناسی تخصص خود را در نهادها و آژانسهای هایی به منظور کمک به فهم تاثیر روان شناختی و بیماری سرطان و درمان آن در مددکاری برنامه های توسعه است . در اجتماعات در زمینه آموزش و کمک به توسعه منابع برای بیماران و به حرفه ایها و آموزش و تدریس در زمینه غده شناسی از طریق پژوهش و چاپ آن را فراهم میکند .

آموزش بیشتر مددکاران اجتماعی در حوزه سرطان با درجه فوق لیسانس است آموزش نظریاتی مبتنی بر دانش فراهم میکند و نتایج اقدام بالینی در تجربیات و تخصص غده شناسی ضروری و نیاز است . مددکاران اجتماعی غده شناسی عموماً مدارکی در ایالتهایی که اقدام و دوره های آموزشی سالانه در آنها اتفاق می افتد پایان میدهند و علاوه بر آن مدرکی در مددکاری اجتماعی سرطان را پیشنهاد میکند.

چالش‌ها

چالش‌های فراوانی در اقدام مددکاری اجتماعی سرطان امروزه وجود دارد. در ابتدا هزینه‌های گزاف خدمات معالجه سرطان است که بر چگونگی تحویل خدمات و مشکلات برای متخصصان سرطان مشکل را مطرح می‌کند محدود نگهداشتن اندازه‌ای خدمات و هزینه‌ها ما را به سمت خدمات جدید رهنمون می‌سازد و کاهش تعداد کارمندان را به دنبال خواهد داشت. باقی ماندن کارکنان اغلب کشمکش در فراهم کردن خدمات روانشناختی و سرمایه‌امن برای آنهاست. این موضوع زمانی می‌آید که بیماران با اطلاعات بیشتری بتوانند خود را توانمند کنند و آموزش کمک به هدایت سیستم بهبود کیفیت مراقبت نیز میتواند کمک کننده باشد. همچنین مجدداً می‌تواند علاقه به سمت پیشگیری از سرطان و تشخیص به موقع و چشم انداز بزرگتری از بیماران سرطان با سنین مختلف در جامعه را نشان دهد. بیماران و گیرندگان خدمت به سمت هدایت متخصصان حرفه‌ای و سازمانهایی همچون سرطان آمریکا جامعه مرکز نجات یافتگان از سرطان ملی بنیاد حمایت از بیماران بنیاد روشن کنندگان شمع برای کودکان سرطانی و دیگر موسسات است.

تعداد آمریکاییهای بدون حمایت و یا حمایت کافی دومین نگرانی را ایجاد می‌کند. حتی اگر بیمه پوشش شخص ثالث نسبت به دستیابی و هدایت یک سیستم مراقبتی از سلامت پیچیده تکه تکه شود و منابع و حمایتی که نیاز است انجام نشود. این به طور اختصاصی صحیح است البته برای بیمارانی که با موانع خاص رو به رو می‌شوند. مثل زبان -فرهنگ- بیمارهای روانی ذهنی محدودیتهای شناختی بی سواد و یا فقر - شایستگی فرهنگی امری الزامی است همانگونه مدافعه‌گری از مراجع در بین مددکاران اجتماعی سرطان اهمیت دارد.

در آخر شروع تعداد نجات یافتگان از سرطان توجه ویژه‌ای را به این سمت جلب کرده است بدین منظور که خدمات و برنامه‌های مهمی را به ده میلیون آمریکایی که با این مسئله روبرو بوده اند ارائه دهیم. علاقه خاص در تسهیل گذر از بیماری به نجات یافتگی نیازی برای خطوط راهنمای جدیدی این مرحله از تجربه سرطان است و برنامه ریزان و هماهنگ کنندگان اطمینانی را ایجاد کنند که نیازها برآورده میشود.

نامیدن مدارک بیشتری در زمینه تمام رشته‌ها -پیشرفت در ژنتیک و دیگر درمانها- توجه جدیدی به مراقبتهای سالهای پایانی زندگی کرده است. تاکید بر دوره نجات نگرانی را ادامه دار میکند در مورد هزینه‌های تحویل خدمات اقتباس نیازها بطور افزایشی به جامعه چند فرهنگی در حال شدن است. و هدایت بیماران به سیستم مراقبت از سلامت چالش و فرصتها را در دهه آینده و فراتر ایجاد میکند.

مددکاران اجتماعی نیازمند افزایش دانش فراهم کردن مدارک برای مداخلات پژوهشهای بهم متصل و تکنولوژیهای جدید فرض نقشهای جدید و کشف رویکردهای ابتکاری در زمینه کمک به مدیریت بیماران تمام بخشها در معالجه بیماران و نجات یافتگان است.

تعاریف

انجمن بین المللی مطالعه درد - درد را به عنوان حسی و تجارب عاطفی ناخوشایند که در بافت آسیب دیده و یا در شرح چنین آسیبی تعریف می کند. درد ممکن است حاد و یا مزمن باشد و می تواند به موقعیت مزمن یا بیماری تهدید کننده پیشرفته زندگی مرتبط باشند - هر دوی آنها که پیامدها مهم جسمانی - روحانی - کارکردی و اقتصادی اجتماعی را می سازند.

درد حاد با زخم - التهاب - روند جراحی و یا علل نا مشخصی مرتبط هست و به طور عمومی درون دوره ای مورد انتظار از زمان به عنوان اتفاق شفا یافتن ناپدید می شود. معمولا با شروع ناگهانی آغاز می شود و نه اغلب نشانه های جسمانی مثل تنش بالا است.

درد مزمن فراتر از دوره ای مورد انتظار بهبود طول می کشد و ممکن است زمانی نا معین ثابت یا بینابین باشد.

مثالهایی شامل درد مرتبط با اختلالات مثل التهاب مفاصل دیابت ایدز یا سرطان است که درد ممکن است با بیماری یا پیامد درمان همراه باشد. درد مزمن بوسیله ی آسیب ابتدایی مثل پیچ خوردگی یا به موقعیتی مداوم مثل التهاب مفاصل مرتبط است. به ندرت با نشانه های انگیزتگی سیستم عصبی همراه است. اشخاصی که درد مزمن دارند ممکن است در ظاهر دردی نداشته باشند تجارب بالینی و مهم دیگران در چالش با گزارشات اعتبار بیمار در دسترس است..

تجربه درد جهانی است. در موقعیت های معمول درد نشانه های زیستی هشدار به ما وجود دارد که چیزی در جسم ما اشتباه است یا ما باید یک فعالیت مضر و خطرناک را به پایان ببریم. اگر کسی بدون توانایی احساس درد به دنیا بیاید آن فرد در معرض خطر بالایی آسیب دیدگی یا مرگ است همانگونه که آنها نشانه ای برای هشدار آنها در آسیب به بدنشان ندارند. متخصصین بالینی به دنبال شناسایی موقعیت های جسمانی هستند که علت درد و مداخله پزشکی جراحی ها یا مسائل دارویی است. در بیشتر مواقع علل ارگانیک نمی توانند با ابزارهای شناسایی کنونی پیدا شوند و این به عنوان ناکامی متخصصین بالینی و بیماران است. این مدرکی نیست با این وجود که درد گزارش شده و ریشه ی روانشناختی دارد.

مرکز ملی برای آمار سلامت در سال ۲۰۰۶ گزارش می دهد که بین ۱۹۹۹ و ۲۰۰۲ بیش از یک چهارم مردم آمریکا ۲۶٪ بین ۲۰ و بیش تر گزارش داده اند که مشکلی با درد داشته اند که بیش از ۲۴ ساعت در طول یک ماه گزارش شده است. این پرسشنامه در طول یک ماه گذشته از فرد سوال می پرسد. تقریبا ۶۵٪ از افراد ۶۵ ساله و پیرتر اشاره کرده اند که درد بیش از یک سال و یا بیشتر طول کشیده است.

مدرکی است که درد در تولید کار موقعیت اقتصادی - کارکرد - خانواده - بهزیستی روان شناختی - و دیگر جنبه های کیفیت زندگی هم در موقعیت درد مزمن و هم در بیماری تهدید کننده زندگی تاثیر داشته است.

هزینه سالانه درد مزمن در ایالات متحده شامل هزینه های مراقبت از سلامتی - از دست رفتن در آمد - از بین رفتن تولید در حدود ۱۰۰ میلیارد دلار تخمین زده شده است . حضور درد باعث رنج در فرد می شود که تهدید فراتر از جسم به بزرگی و یکپارچگی مشخص می کند.

در غیاب آزمایشات تکنولوژی و یا آزمایشگاهی به طور واقعی اندازه گیری درد پتانسیلی برای عدم مشروعیت از شکایات درد می باشد . از آنجایی که تمام انسانها به طور مجازی درد را تجربه کرده اند در بخشی از زندگی شان فکر درد معالجه یا درمان انجام نمی دهند و علتی قابل مشاهده یا معالجه اغلب یکپارچه باشد.

درد تمرکز مخصوص در معالجه پزشکی و تحقیقات و تکنولوژی را ایجاد کرده است . مکانیسم های عصب شناختی نقطه ای از تاثیر همکاری کننده جسمی - عاطفی - شناختی و رفتاری را شناسایی کرده است و رویکرد معنوی زیستی روانی اجتماعی - عاطفه - شناخت و رفتار از آن تاثیر می پذیرد . رویکرد معنوی زیستی روانی اجتماعی در بازتاب ارتباط پیچیده و عمل از طریق حس - علاقه - رفتار - اجتماع - اقتصاد - معنویت و شناخت اغلب در درد مزمن و در موقعیت هایی که درد با بیماری جدی ناتوانی و یا در آخر زندگی مجسم می شود.

فرهنگ تجربه درد و عناصری مثل جنسیت - ژنتیک - سن - طبقه اجتماعی اقتصادی و نژاد را به عنوان متغیرهایی که می توانند در بیان درد و دسترسی به مراقبت بر انگیزاند را شناسایی می کنند.

نقش های مددکاری اجتماعی و مداخلات

بطور تاریخی درمان درد مسئولیت پزشکان و پرستاران بوده است . با این وجود همان گونه که بیان کردیم سرشت درد چند بعدی است . شفاف است که تعهد مددکاری اجتماعی و قابلیت کاهش رنج و بالا بردن کیفیت زندگی نقش و مسئولیت مهم این حرفه را نشان می دهد.

طبیعت ذهنی از درد نیازمند این است که متخصصین بالینی با گزارش درد مشخص و با مطالعات بالینی مشاهده شرح رفتارها -سبک های مقابله ای -و کارکردی که محدودیت دارند بوسیله ی مشاهده گران شروع کنند. مقیاسهای متنوعی از درد و ابزارهای ارزیابی وجود دارد که با سن - زبان -توانایی شناختی مطابقت دارد و در خروجیهای درمان تاثیر گذار هستند. آزمایشات کارکردی و روانشناختی که فهم از چند بعدی بودن درد و تاثیر بر تصویر خوف - کارکرد-حالت و ارتباطات خانواده می گذارند را بالا می برد.ارتباطاتی بین درد - اضطراب - افسردگی -آسیب پذیری روانشناختی -استرس و ارزیابی جامع از تروما در شناسایی متغیرهای چند بعدی وجود دارد که بر تجربه درد تاثیر می گذارد.

چالش ها

معالجه درد به خوبی مستند شده است . مطالعات نشان می دهد که زنان -سالمندان -کسانی که زبان متفاوتی از پزشکان صحبت می کنند -بد بختها و دیگر مردم آسیب پذیر شامل بیماریهای روانی و یا اعتیاد در ریسک بالاتری از نگرفتن خدمات هستند . این بخشها هر دو چالشی قومی و سیاسی هستند . از میان بسیاری از موانع در مدیریت کافی درد حقیقتی است که درمان ممکن است شامل استفاده از درمان طبقه بندی شده به عنوان موادکنترل شده هستند بنابر این ساخت محیطی در قانون و بررسی دقیق در غیاب موفقیتهای پزشکی باید انجام شود . پیچیدگی این مسئله در کژکارکردی حرفه ای برخی از مراجعین و مجرمین تحت تعقیب که در معالجه درد قرار می گیرند . از مراجعینی هستند که باید به آنها توجه ویژه ای شود همچون آدم کشها وقاچاقچیان مواد مخدر . علاوه بر آن نگرانیهای مرتبط با مصرف مواد مخدر و اعتیاد محیط معالجه بالینی نیازمند آموزش بیماران و متخصصین در ارزیابی - درمان و ارزیابی های خروجی ها است.

خواه درد مزمن یا مرتبط با بیماری مهلک باشد برنامه ی معالجه چند بعدی باید پیشنهاد شود . این موضوع شامل معالجات -رویکردهای جراحی بازخورد و مداخلات مکمل و یکپارچه آموزش خانواده مشاوره و

مداخلات روانشناختی و شناختی رفتاری است. این رویکرد چند وجهه بر بدن - ذهن - روح و بازتابهای شناختی که در تحمل درد اغلب نیاز دارد و بر فقدان ایجاد منابع جدید انجام می گیرد متمرکز است.

شمار کوچکی از مددکاران اجتماعی در این بخش متخصص هستند . طبیعت ذهنی و جنبه های چند بخشی به روشنی در تجربه درد ارزش های اصلی از (شروع جایی که بیمار است) و شخص در رویکرد محیطی بازتاب دهد . این مشارکت مددکاران اجتماعی در این بخش را دچار چالش میکند. متخصصین به دنبال مراقبت از اشخاص بادرد که از طریق معالجه مستقیم و یا بالا بردن سیاسی اقتصادی اجتماعی فرهنگی و محیط منطقه ای در معالجه فراهم شده است.

مراقبت تسکینی

کلمات کلیدی : بیمارستان - آخر زندگی - پزشکی تسکینی - آنکولوزی - مراقبت از سلامت - بیماری پایانی

تعاریف

مراقبت تسکینی به دنبال اجتناب و کاهش درد با بیماری جدی برای اشخاص در هر سن است . تسکین به این معناست که کاهش شدت بیماری بدون معالجه و شامل راحت ساختن فرد است . این هم فلسفه مراقبت با توجه به تحویل خدمت به بیماری سخت و هم پدیدار شدن به عنوان تخصص پزشکی - پرستاری و حرفه مددکاری اجتماعی است . سازمان سلامت جهانی مراقبت تسکینی را به عنوان رویکردی که کیفیت زندگی بیماران و خانواده هایی که با بیماری مهلك روبرو هستند را از طریق پیشگیری کاهش درد بوسیله ای شناسایی زود و ارزیابی بی عیب و نقص و درمان و درد و دیگر مشکلات جسمی - روانی و روحانی است.

مراقبت تسکینی از رویکردی تیمی بر آوردن نیاز های بیماران و خانواده هایشان استفاده می کند . اعضای تیم هستند به طور مشترک شامل - پزشکان - پرستاران مددکاران اجتماعی و کشیش است اما ممکن است شامل مشاغلی همچون روانپزشکان درمانگران جامعه و متخصص تغذیه و دیگر حرفه ها بسته به نیازهای متمایز افراد و خانواده باشد . برای شخصی با یک بیماری تهدید کننده زندگی تیم تسکین دهنده درد و دیگر چیز های پریشانی آور جنبه های روحانی و روانشناختی از در مان را به منظور حمایت از افراد تا جای ممکن و بالا بردن تلاشهای کیفیت زندگی همانگونه که آنها به سمت مرگ میروند را انجام می دهند. برای تیم سیستم حمایتی به منظور کمک در مقابله با بیماری شخص و داغدیدگی آنها و بر آورد نیازهایی که قبل و بعد از مرگ ایجاد می

شوند فعالیت می کنند. درون تعریف بهداشت جهانی رضایت از زندگی با توجه به فرآیند عادی مرگ و فرآیند تأخیری مرگ دیده می شود.

از دهه ۱۹۹۰ جنبشی ملی در ایالات متحده به منظور بهبود مراقبت از مرگ و ایجاد مراقبت تسکینی ایجاد شده است. پروژه بنیاد سوروس در زمینه مرگ در آمریکا حمایت مالی در توسعه کادر رهبران مراقبت تسکینی - پزشکی - پرستاری و مددکاری اجتماعی به منظور بالا بردن این بخش است. هیئت آمریکایی بیمارستان و مراقبت تسکینی پزشکی آغاز فرآیند صادر کردن مدرک در پزشکی تسکینی ایجاد کرد. به عنوان نتیجه رشدی قابل قبول و توسعه های از برنامه های تسکینی جدای از برنامه های بیمارستانی شکل گرفت.

مقایسه بین بیمارستان و برنامه های مراقبت تسکینی

در هر دو برنامه های بیمارستانی و برنامه های مراقبت تسکینی ریشه هایی از فلسفه مراقبت مشابهی وجود دارد - هنوز تفاوت های مهمی در شایستگی خدمات - باز پرداخت وجه و تنظیمات مراقبتی است. منبع ابتدایی از بودجه برای مراقبت بیمارستانی از پزشکی آمده است (برای افراد بالای ۶۵ سال که ناتوان هستند) که اهمیتی مشخص در تحویل مراقبت بیمارستانی در آمریکا را نشان می دهد. به منظور دریافت منافع مراقبت بیمارستانی دو پزشک باید مشخص کنند که پیش آگهی افراد برای یک امید زندگی ۶ ماهه و یا کمتر است و علاوه بر آن بیماران مجبور به موافقت با مداخله تسکینی است. بنابر این برنامه های مراقبت تسکینی غیر بیمارستانی خدماتی را ارائه می دهد که در پرستاری از بیماری با هیچ گونه محدودیتی در طبیعت بیماری و یا پیش آگهی مورد انتظار و معالجه درمانی در کنار راه کارهای داده شده است. در مقابل مدل بیمارستانی از مراقبت تسکینی برای اشخاص که به دنبال در مانهای معالجه ای هستند که امید به زندگی از ۶ ماهه و یا کمتر را دارا هستند. علاوه بر آن تنظیمات فدرال نیازمند برنامه های بیمارستانی به منظور فراهم آوردن خدمات بین رشته ای و حمایت داغدیگی است. ترکیب تیم مراقبت تسکینی و سرشت حمایت از داغدیگی از برنامه های مراقبت تسکینی متفاوت هستند.

شماری از برنامه های مراقبت تسکینی به سرعت در آمریکا در حال رشد هستند. مرکز پیشرفته مراقبت تسکینی سازمانی ملی است که به دنبال افزایش دسترسی کیفیت خدمات تسکینی است و حرفه هایی با مراقبت از سلامت را با آموزش و همراهی تکنولوژی به منظور توسعه برنامه های مراقبت تسکین در بیمارستان ها و دیگر مراقبتهای سلامتی ایجاد کرده است. بیشتر برنامه ها در بیمارستانهایی که مراقبت تسکینی در آن وجود دارد در امتداد پزشکی ابتدایی و اولیه قرار می گیرد. تعداد کمی از برنامه ها به منظور خصوصی سازی مراقبت تسکینی

در خانه بیماران و یا امکانات مراقبتی دراز مدت پدیدار شده است . در نهایت ۹۰٪ از مراقبت بیمارستانی خانه های بیماران با برنامه های اضافی را در مراقبت خانه های پرستاری اقامتگاههای زندگی و یا بیمارستانهای اقامتی را فراهم کرده اند.

همکاری بیمارستانی امری عادی تر شده است و به عنوان دیگر مدل های مراقبت محسوب می شود . پروژه ها خدماتی در این طیف وجود دارد که شامل مناطق روستایی -سیستم های ملامت پیوسته - کلینیکهای درمانی -مراکز سرطانی - خانه های پرستاران مرکز دیالیز زندانها می شود . جمعیتی که از این خدمات بهره می برند شامل زندانیان سربازان شرکت کننده در جنگ های ملی - بیماران دیالیزی - آمریکاییهای محلی - آلاسکایی های محلی - بیماران آفریقایی آمریکایی -بیماران درون شبکه پزشکی - بیماران کودک و اشخاص با بیماری ذهنی جدی است . این پروژه ها راههایی به منظور دسترسی بهتر خدمات تسکینی و بهبود کیفیت از معالجه و ابداعات اضافی در مراقبت را شامل خواهد بود.

نقش های مددکاران اجتماعی

ارزشها - مهارتها - و دانش حرفه ای مددکاران اجتماعی با تاکید بر افراد و خانواده -اهمیت-شخص در محیط ارتقای عدالت اجتماعی - رقابت فرهنگی و تعیین گیرای فردی در بافت تسکینی است

نقشهای مددکاران اجتماعی در بیمارستان و مراقبت تسکینی متنوع است . مددکاران اجتماعی اغلب مسائل روان شناختی -فرهنگی و روحانی است و تیم درمان خانواده و افراد در سیستم مراقبتی است و. آنها برنامه های جامع ارزیابی روانشناختی -معالجه ای است که مداخلات روانشناختی -رویکردهای اجرای غیر دارویی در درد و دیگر اشکال درد است (برای مثال مشکلات روانشناختی و معنوی است) کمک به امتحان و حل دو راهیهای اخلاقی - نگرانی های مالی -با برنامه ریزی مراقبت کمک می کند و مداخلات در غم و داغدیدگی را در دوره زندگی مورد خطاب قرار می دهد.

در سال ۲۰۰۴ انجمن ملی مددکاران اجتماعی استانداردهایی برای تسکین و آخر مراقبت زندگی را منتشر کرده است . استانداردها عناصری از کارکرد مددکاری اجتماعی و ارزشها - دانش - ارزیابی - مداخله و برنامه ریزی معالجه - خود آگاهی - توانمند سازی - حمایت - مستند سازی - تیم کاری بین رشته ای و مراقبت فرهنگی آموزش مداوم و سرپرستی - رهبری و آموزش می باشد.

مراقبت تسکینی مددکاران اجتماعی در بیمارستان و برنامه های مراقبت تسکینی نقش های واضح و کارکردهایی به عنوان افراد در تیم بین رشته ای است با این وجود بیشتر مددکاران اجتماعی که در این تیم ها نیستند و یا در

بحث پزشکی با این وجود فاصله ای با خانواده در مواجهه با بیمار های تهدید کننده و یا آنهایی که در غم از دست دادن مرگ یکی از اعضای خانواده و بنا براین خدمات مراقبتی تسکینی در دیگر بخشهای کاری را موجب می شود . مددکاری اجتماعی یکی از عریض ترین حرفه ها در ارتباط با چندین بخش است که شاغلین خدماتی به افراد با موقعیت های تهدید کننده زندگی یا آنهایی که مرگ را در شبکه اجتماعی شان تجربه می کنند یا فقدان های تروماتیک - شاغلین در کنار با مراجعین و اعضای خانواده که این موضوع را تجربه کرده اند قرار می گیرند . شایستگی های مددکاری اجتماعی برای مراقبت تسکینی و یا مراقبت تا پایان زندگی بخشهای دانش - مهارت - ارزشهای مورد نیاز در طول حرفه قرار می گیرند.

در آخر نیازی چشمگیر برای مددکاران اجتماعی به منظورگرفتن نقش رهبری در مداخلات سطح کلان در تاثیر گذاری تغییر در سیاست - قانون - حرفه و توسعه پاسخ بیشتر سیستم خدمات مبتنی بر جامعه است . دفاع و مداخلات نیاز است تا نگرانی های مداوم با موانع موثر در سیاست - مسائل منطقه ایی در گرفتن تصمیمات و راهنمایی های پیشرفته در مدیریت درد لازم است . و دسترسی به خدمات در بین افراد گیرنده خدمات افزایش یابد.

چالش ها

شماری از مسائلی که چالشهای کنونی در این زمینه هستند وجود دارند . اولین چالش حیطه تمرکز وقصد مراقبت تسکینی است . این موضوعی غیر رایج در دیدن این واژه بیمارستان و مراقبت تسکینی است که به طور غیر قابل تغییری این افسانه دائمی که مراقبت تسکینی محدود به حیطه آخر زندگی و مراقبت است . بیش از نیمی از مرگها که در آمریکا اتفاق می افتد توسط بیماری های مزمن و مبهم و سندرم های مرگ است و این افراد و اعضای خانواده شان از خدمات مراقبت تسکینی می توانند استفاده کنند. متخصص خدمات مراقبت تسکینی موانع کمتری را نسبت به برنامه هایی بیمارستانی و قادر سازی بیشتر نیازهایی که آنها باید آن را بر طرف کنند و ناشناخته هستند تجربه می کنند . استراتژی سلامت عمومی حتی سطوح یکپارچه بیشتری از مراقبت تسکینی را در تمام سطوح سیستم مراقبت از سلامت فهم می کند.

دومین چالش چگونگی پر کردن فاصله های آموزشی در آموزش مراقبت از سلامت افراد حرفه ای است تا مراقبت تسکینی در آموزش آکادمیک اجتماعی و برنامه های آموزشی تکمیلی انجام گیرند . شروع در سال ۱۹۹۹ جزوه حالت هنر در مددکاری اجتماعی-پزشکی و پرستاری منتشر شد و به عنوان مرجعی برای دانشکده ها-افراد شاغل و دانش آموزان قرار گرفت . در حالی که چندین برنامه آموزشی وجود دارد که در امتداد این رشته ها ممکن است قرار گیرند.

سومین چالش غیبت و رهبری سازمانی مددکاری اجتماعی با تمرکزی اولیه بر مراقبت تسکینی محدودیتی در بوجود آوردن مددکاری اجتماعی آغازین و مانعی برسد تغییر موثر خواهد بود . ایجاد رهبری سازمانی و ساختارش نیازی در پیشرفت این حرفه است . پیشرفت های اساسی در ژوئن سال ۲۰۰۷ انجام شد وقتی که بیمارستان مددکاری اجتماعی و شبکه مراقبت تسکینی به طور اداری به عنوان سازمان ملی به منظور آشتی بین متخصصان مددکاران اجتماعی سازمانهای ذینفع و مشتریان در زمینه پیشرفت این زمینه و حمایت برای کیفیت مراقبت تسکینی انجام شد.

در آخر نیازی در بالا بردن کیفیت و کمیت پژوهش های مددکاری اجتماعی در مراقبت تسکینی وجود دارد در مددکاری اجتماعی کمکی قابل توجه در بهبود مراقبت تسکینی از طریق کارشان در طول زندگی افراد – نقش نیازهای سلامت روان – غم و جنبه های بهزیستی و تعهد برای بالا بردن رقابتی موثر و مراقبت از انسان به طور مشخصی برای افراد آسیب پذیر در اعضای جامعه است .با این وجود دولت فدرال و چندین موسسه ملی و حرفه ایی قدم هایی برای افزایش مشارکت پژوهش های مددکاری اجتماعی در بهبود کیفیت و کمیت و توزیع پژوهشی مددکاری اجتماعی انجام داده اند . عرصه پژوهش ملی به دنبال افزایش تحرک و هدایت پژوهش مددکاری اجتماعی در مراقبت تسکینی است.

منابع: encyclopedia of social work:

۱۹th edition NASW prss