

واکاوی نقش در تیم بین حرفه ای مراقبت معنوی

دکتر مریم مقیمیان

عضو هیات علمی، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

مقدمه

سلامتی مفهومی کل نگر بوده و همه ابعاد وجودی انسان اعم از جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را در بر می گیرد. شواهد نشان داده است که بعد معنوی انسان، احاطه کننده سایر ابعاد وجودی اوست و می تواند به عنوان یک بعد مهم در رفاه و سلامت هر فرد محسوب گردد (۱). بخصوص وقتی که انسان به یک بیماری تهدید کننده مبتلا گردد، با کاهش نقش ها، فعالیت ها و نیز تغییر در ارتباطات اجتماعی، به دنبال معنا و هدف در زندگی خود بوده و نیازهای معنوی در جهت حفظ تمامیت فرد، افزایش یابد. برای این بیماران، ارائه یک برنامه مراقبت جامع نگر که بتواند همه ابعاد سلامتی را تامین نماید، ضروری به نظر می رسد. از جمله مراقبت هایی که برای افرادی که دچار شک، اضطراب و فقدان شده اند می تواند به آنها کمک می کند تا بهتر بتوانند با بحران مواجه شوند مراقبت های معنوی است. این مراقبت ها، شامل حمایت های دینی - مذهبی مانند عبادت کردن، صحبت کردن در مورد خدا، روشن کردن رابطه با خدا، استفاده از متون دینی و مذهبی و نیز حمایت های روانی شامل برقراری ارتباط، حمایت عاطفی، امید دادن، تشویق به ابراز احساسات، گوش دادن فعال، تشویق به تفکر مثبت، برقراری ارتباط همدلانه، تسلی دادن، نشان دادن توجه، در دسترس بودن، پذیرای دیدگاه و احساسات بیمار بودن و احترام گذاشتن به او می باشد (۲). مطالعات نشان داده اند مرتفع شدن نیازهای معنوی موجب سلامت روانی و معنوی بیمار می شود و او را در مسیر بهبودی و مبارزه و مقابله با بیماری قرار می دهد که مزایای مهمی از جمله حس خوب زنده بودن، حفظ و ارتقا روحیه بیمار در جهت تحمل و مقابله با ضعف جسمانی، بهبود مدیریت نیازهای فرد و توان رویارویی با مرگ را به همراه خواهد داشت. در ارائه مراقبت معنوی سه سوال عمده مطرح است: اول اینکه چه کسی می تواند این مراقبت ها را انجام دهد؟ دوم اینکه با چه اطمینانی باید به حریم اعتقادی بیماران وارد شد؟ و سوم، چگونه می توان نیازهای معنوی را تامین کرد؟ (۳). با توجه به این مسائل، به نظر می رسد در ارائه مراقبت های معنوی استفاده از تخصص های متعدد در بررسی و پاسخگویی به آن دسته از مسائل مذهبی و معنوی که موجب تشویش بیمار و خانواده او شده است می تواند بر کیفیت و نحوه ارائه مراقبت ها تاثیر گذار باشد و ارائه خدمات تخصصی مراقبت معنوی باید به صورت تیمی، با توجه به نیاز بیماران و به صورت بومی صورت گیرد (۴). زیرا این نوع مراقبت ها، نیاز به پایش عواملی همچون نوع نگاه بیمار به زندگی، امید، ترس، اهداف و معانی زندگی، احساسات، منابع حمایت اجتماعی، منابع قدرت و همچنین اعتقاد به زندگی پس از مرگ دارد که برای هر فرد به گونه ای خاص طراحی می شود و جهت دستیابی به این اهداف، نیاز به همکاری اعضای تیم سلامت و استفاده از توانمندی متخصصان مختلف در تیم مراقبت ضروری می نماید (۵).

این نوع همکاری، یک همکاری بین حرفه ای است که با بهره گیری از دانش و تجربیات متخصصان در زمینه های مختلف مرتبط با موضوع و با نظرخواهی و مشورت آنها در طی فرایند تصمیم گیری، همراه بوده و به موازات آن افزایش دانش و مهارت در ارائه مراقبت را به دنبال خواهد داشت و منجر به دستیابی به راهکاری اثربخش در جهت افزایش رضایت از مراقبت و استمرار در عملکرد خواهد شد (۶). مطالعات متعددی نیز بر ضرورت همکاری پزشک، پرستار، روحانی، مددکار اجتماعی، روانشناس و پذیرش مسئولیت جمعی از سوی تمامی مراقبین سلامتی برای طراحی سیاست ها و تعیین خط مشی ها در جهت رفع نیاز معنوی بیماران و همکاری درون و میان رشته ای طی ارائه مراقبت معنوی تاکید دارند (۱۳-۷). هر چند مفهوم همکاری بین

حرفه ای در مراقبت‌های سلامتی، مفهوم تازه ای نیست، ولی تأکید اخیر بر کیفیت، در دسترس بودن و کارآمدی در ارائه خدمات مراقبت سلامتی، توجه و تمایل به مشارکت بین حرفه ای را افزایش داده است که این توجه به ویژه در حوزه خدمات سلامت معنوی مشهود است. برای اینکه بتوان در ارائه این دسته از مراقبت‌ها موفق عمل نمود وجود چارچوب مراقبتی خاصی که بتواند نیازهای معنوی بیماران را فراهم نماید لازم است، تا علاوه بر هماهنگ نمودن مراقبت‌ها، راهنمایی برای کار مراقبین فراهم نماید. آنچه مسلم است، بستر سازی ارائه راهنمای مراقبت معنوی، نیازمند واضح سازی نقش افراد در همکاری بین حرفه ای، فرایند ارائه مراقبت معنوی بین حرفه ای و نیز نحوه همکاری موثر اعضای تیم سلامت دارد. به نظر می‌رسد شفاف سازی ابعاد بین حرفه ای مراقبت معنوی بتواند با پاسخگویی به اینگونه ابهامات، به عنوان راهنمایی برای برنامه ریزی ارائه مراقبت معنوی مورد توجه قرار گیرد. در این مقاله سعی گردیده است با مروری بر مطالعات، مدل‌ها و تئوری‌های مطرح شده جهت بستر سازی تدوین راهنمای مراقبت معنوی به بیماران، واکاوی نقش در تیم بین حرفه ای مراقبت معنوی تبیین گردد.

روش بررسی:

در این مقاله مروری، روش جمع آوری اطلاعات شامل جستجوی منابع الکترونیکی شامل بانک‌های اطلاعاتی (از جمله Science direct, ... Pub med) از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۶ و بانک‌های اطلاعاتی فارسی (از جمله SID, IRANMEDEX) از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۵ و نیز جستجوی دستی از طریق کتابخانه ای و پیشرفته در موتور جستجوگر google می‌باشد. از جمله مفاهیم مورد جستجو به صورت ترکیبی از، Spiritual care, Inter professional collaboration, Holistic care, Wellbeing, Spiritual needs, Spiritual و مفاهیم فارسی مورد جستجو به صورت ترکیبی از همکاری بین حرفه ای، مراقبت معنوی، سلامت معنوی، نیازهای معنوی و مراقبت کل نگر بوده است.

یافته‌ها و بحث:

در پی یافتن پاسخ واکاوی نقش بین حرفه ای در مراقبت معنوی، در گام اول پژوهش، نیازهای معنوی انسان از دیدگاه روانشناختی و دینی مورد بررسی قرار گرفت. در گام دوم، ابعاد سلامت معنوی انسان در مدل ارائه شده سلامت معنوی تحلیل شد. در گام نهایی، واکاوی نقش در تیم بین حرفه ای مراقبت معنوی بر اساس موارد مطرح شده جمع بندی و واضح سازی گردید.

۱- نیازهای معنوی

۱-۱) نیازهای معنوی انسان از دیدگاه روانشناسی

در طی دهه‌های گذشته نظریه پردازان، دامنه گسترده ای از نیازهای معنوی انسان را مورد مطالعه قرار دادند که بر پایه آن، می‌بایست برنامه مراقبت‌های معنوی برای هر فرد بطور خاص و جداگانه طرح ریزی شود.

یونگ نیازهای معنوی را به عنوان جنبه‌هایی از سلامت در نظر گرفته است. شاید بهترین دلیل برای رسیدگی به جنبه‌های معنوی بیماران نیز، آن است که بسیاری از مردم، مذهبی و دارای نیازهای معنوی هستند.

- کوپینگ و وی ی (۱۹۹۸) نیازهای معنوی انسان را در سه محور طبقه بندی کردند:

۱. نیازهای مربوط به خود: شامل نیاز به داشتن معنا و هدف، احساس سودمندی، بینش، امید، حمایت در کنار آمدن با فقدان و تغییر، تعدیل وابستگی به دیگران، تحمل شرایط سخت و دشوار، حفظ شرف و حیثیت، ابراز احساسات، خوشبختی، ارتباط با گذشته و تحمل مرگ نزدیکان.

۲. نیازهای مربوط به دیگران: شامل نیاز به معاشرت با دیگران، محبت و خدمت به دیگران، گذشت و چشم پوشی از

خطای دیگران، تحمل مرگ و جدایی دوستان.

۳. نیازهای مربوط به خدا: شامل نیاز به یقین دانستن به وجود خدا، درک حضور خدا، درک محبت غیر مشروط خدا، دعا در پیشگاه خدا در حق خود و دیگران، خواندن کتاب مقدس و عمل به آن و عبادت (۱۴).
- باسینگ و کوئینگ (۲۰۱۰) به تشریح ۴ دسته از نیازهای معنوی در بیماران مزمن پرداخته‌اند. این اجزا شامل:
۱. نیازهای مذهبی^{۴۲}: شامل دعا برای دیگران یا با دیگران و برای خود، شرکت در مراسم مذهبی، خواندن کتاب معنوی / مذهبی، حضور بالاتر.
 ۲. نیاز آرامش درونی^{۴۳}: شامل تمایل به حضور در مکان‌های سرشار از آرامش و صلح، رفتن به طبیعت، پیدا کردن آرامش درونی، صحبت کردن با دیگران در مورد ترس‌ها و نگرانی‌ها، از خود گذشتگی برای دیگران.
 ۳. نیاز وجودی (بازتاب / معنا)^{۴۴}: شامل بازتاب زندگی قبلی، صحبت کردن با دیگران در مورد معنای زندگی / درد و رنج، هضم کردن جنبه‌هایی از زندگی، احتمال یک زندگی پس از مرگ.
 ۴. نیاز به فعال بودن / مولد بودن^{۴۵}: شامل کوشش فعال و مستقل در جهت آرامش دادن، به اشتراک گذاری تجربیات زندگی، اطمینان داشتن به اینکه زندگی دارای معنی و ارزش است (۲).

۲-۱) نیازهای معنوی انسان از دیدگاه دین

- در فرهنگ اسلامی طبقه‌بندی نیازهای معنوی متناظر هرم مازلو انجام شده و برای برنامه ریزی مراقبت معنوی در جامعه اسلامی معرفی گردیده است. این طبقه بندی شامل:
۱. نیازهای وجود، ربط و تعلق به خدا: شامل نیاز به احساس وابستگی به خدا، درک حضور خدا در هستی و زندگی.
 ۲. نیازهای ایمنی جویی معنوی: شامل نیاز به داشتن تکیه‌گاه و حامی فرا بشری در ابعاد جسمانی و روحانی، ارتباط با خدا، حمایت معنوی و توکل به خدا، پناه بردن به خدا و ایمنی از عذاب.
 ۳. نیاز به دوستی با خدا: شامل نیاز به خدادوستی، عشق، پرستش و عبادت.
 ۴. نیاز به کرامت، عزت نفس و آزادی اخلاقی: شامل مبارزه با حقارت.
 ۵. نیاز به خودشکوفایی معنوی و تقرب به خدا: شامل قطع پیوند با تعلقات مادی، نیاز به بازگشت به اصل و مبارزه با اضطراب درونی (۱۵).

۲- سلامت معنوی

- ا برین (۲۰۱۱) در تئوری حد واسط^{۴۶} خود با عنوان سلامت معنوی در بیماران، ابعاد ایجاد کننده معنای معنویت را معرفی کرده است و معتقد است که عوامل تشکیل دهنده این ابعاد، از تجارب بیماری نشات می‌گیرد و در برگیرنده سلامت معنوی بیماران است. این ابعاد عبارتند از:
۱. ایمان شخصی: شامل اعتقاد به وجود خدا، کسب آرامش با داشتن اعتقادات مذهبی، اعتقاد به قدرت خدا، ثابت قدم بودن در ایمان و توکل به مشیت الهی.
 ۲. شدت بیماری: شامل میزان تخریب در عملکرد بیمار.
 ۳. وقایع پر تنش زندگی: شامل وقایع روانی، فرهنگی، اجتماعی و مالی.

⁴² Religious Needs

⁴³ Inner Peace

⁴⁴ Existential (Reflection / Meaning)

⁴⁵ Actively Giving / Generatively

⁴⁶ Middle -Range Theory

۴. اکنای معنوی: شامل رضایت در ایمان، احساس نزدیکی به خدا، فقدان ترس، اصلاح فردی، احساس در پناه خدا بودن و خلوص نیت.
۵. پرداختن به مسائل مذهبی: شامل مورد حمایت ایمانی قرار گرفتن در جامعه، تأیید شدن عبادت در جامعه، تشویق شدن به عبادت و ارتباط با خدا از طریق اعمال مذهبی.
۶. حمایت اجتماعی: شامل حمایت خانواده، دوستان و همکاران (۱۶).

۳- مراقبت معنوی

۳-۱ نقش اعضا در تیم بین حرفه ای مراقبت معنوی

بر اساس آنچه از تئوری سلامت معنوی بدست می آید، مراقبت معنوی یک مراقبت کل نگر است که به صورت بین حرفه‌ای و با کمک متخصصان حوزه‌های مختلف، تمامی ابعاد سلامتی اعم از جسمی، روانی، اجتماعی را حول محور معنویت و اعتقاد بیماران مورد توجه قرار می دهد، تا نتایج موثری در دستیابی به سلامت کلی بیمار فراهم آید. مطالعات نشان داده اند که در کلیه مدل‌های ارائه خدمات سلامت، جهت گیری به سوی نیازهای معنوی امری اجتناب ناپذیر است و متخصصان سلامت، نیاز به همکاری حرف مرتبط را درجهت تکمیل عملکرد درمانی و مراقبتی خود حس کرده اند. این در حالی است که علیرغم غفلت برخی از متخصصان، بیماران صعب‌العلاج بخصوص در مراحل انتهایی زندگی، در جستجوی یکپارچه سازی ابعاد سلامتی و استفاده از منابع داخلی و خارجی تامین کننده نیازهای معنوی هستند (۱۷). در ارائه مراقبت‌های معنوی، اعضای تیم سلامت بایستی قادر به شناسایی نیازهای معنوی بیماران بوده و نیز خود افراد دارای منبع حمایت کننده باشند. از اینرو کسب مهارت‌های لازم در ارائه این گونه مراقبت‌ها برای آنها امری ضروری است. این مهارت‌ها شامل مهارت در گرفتن تاریخچه معنوی، بررسی و شناخت نیازهای معنوی، شناسایی منازعات معنوی و منابع حمایت منابع معنوی است.

در مدل استاندارد بین حرفه ای مراقبت معنوی^{۴۷} تیم مراقبت از بیمار متشکل از پزشک متخصص، پرستار، روانشناس، مددکار اجتماعی، مشاور دینی- مذهبی و متخصص مرتبط دیگر است که برقراری همکاری بین حرفه ای در دستیابی به موفقیت در درمان را بسیار مهم قلمداد کرده است (۱۸). بر اساس این مدل و آنچه از نیازهای معنوی بیماران در دستیابی به سلامت معنوی برداشت گردید ابعاد بین حرفه ای مراقبت معنوی در عملکرد اعضای تیم سلامت به شرح زیر تبیین می گردد:

۳-۱-۱ مراقبت معنوی و درمان طبی؛ نقش پزشک در تیم مراقبت معنوی

پزشک غالباً به عنوان رهبر تیم درمانی است و مسئولیت نهایی درمان را بطور کل بر عهده دارد و شدت ارتباط بین حرف مرتبط و بیمار را بسته به نوع درمان تعیین می کند. پزشک می بایست با مد نظر قرار دادن مداخلات بیمار محور، زندگی معنوی مراجعان را پذیرفته و به آن احترام بگذارد (۱۹). بیشتر بیماران، خواهان آن هستند که پزشک در خلال درمان، الگوها و رفتار معنوی آنها را جویا شود. در واقع نه فقط، تاریخچه بیماری، بلکه یک شرح حال اعتقادی شامل نیازها، منابع و ابزارهای در دسترس در بحران و پریشانی‌ها می تواند مسیر درمان و مراقبت را جهت دهی نماید (۲۰). در واقع محور مراقبت معنوی پزشک، گرفتن شرح حال معنوی است تا با در کنار هم قرار دادن آنچه مهم است یک تشخیص و راهبرد مناسب برای درمان در تیم بین حرفه ای بدست آورد. این شرح حال می تواند نقش مذهب و معنویت را در سازگاری شخص با بیماری مشخص کرده و به شناسایی نیازهای معنوی کمک نماید و یک فعالیت قدرتمند در جهت ورود به دنیای افراد و مشخص کردن ابعاد ارتباطی بین پزشک و بیمار باشد. همچنین اطلاعات با اهمیتی در زمینه انگیزه رفتار بیمار، سیستم‌های حمایتی وی و نیز منابع اجتماعی او فراهم می کند (۲۱). پزشک برای گرفتن شرح حال معنوی نیاز به ابزار خاصی ندارد، بلکه طی سوالات بسیار

⁴⁷ Interdisciplinary Spiritual Care Model

کوتاه و ساده برای چند دقیقه و بدون قضاوت، اطلاعات لازم در زمینه نحوه برخورد و رفتار بیمار در شرایط پیش آمده را کسب می کند. پزشک باید برای بیمار علت طرح این سوالات را توضیح دهد. اگر بیمار تمایلی به پاسخ دادن ندارد باید به شکل دیگری از وی سوال شود. بطور مثال درباره نحوه سازگاری او با وضعیت بیماری، معنای زندگی و... از وی پرسش شود. تفویض کردن این کار به متخصص دینی - مذهبی جایز نیست. پزشک باید اطلاعات حاصله از شرح حال معنوی بیمار را ثبت نماید. اما در دسترس بقیه اعضای تیم سلامت قرار داده نشود که با تکرار و تمرکز بر آن، موجبات پریشانی بیمار را فراهم نسازند. در جریان درمان، پزشک باید بیمار را به متخصص دینی - مذهبی ارجاع نمایند. این کار شاید کمتر از یک درصد زمان او را اشغال کند اما این اقدام می تواند خود نوعی مراقبت معنوی به شمار آید. زیرا مراقبت معنوی به معنای همراهی کردن بیمار با حضور، کلمات و اعمال فروتنی برای اوست. بنابراین، پزشک و متخصص بالینی می تواند این پیام مهم را ارسال کند که او با کل انسان سروکار دارد حساسیت های دینی و معنوی بیمار را درک می کند. پیامی که رابطه پزشک و بیمار را ارتقا می دهد، رابطه ای که سنگ بنای مراقبت پزشکی موثر است و می تواند تأثیر درمانی مداخلات را افزایش دهد و در راستای دستیابی به بهزیستی بیمار گام موثری بردارد (۲۲).

۳-۱-۲) مراقبت معنوی و حمایت دینی - مذهبی؛ نقش مشاور دینی - مذهبی در تیم مراقبت معنوی

مشاور دینی - مذهبی با تقویت بعد ایمان شخصی، نقش موثری در تیم بین حرفه ای مراقبت معنوی ایفا می کنند. میزان تاثیرگذاری او به فرهنگ و زمینه بیمار بستگی دارد. مشاور دینی - مذهبی دو نقش را ایفا می کند؛ از یک طرف وظیفه تجویز مراقبت های مذهبی و معنوی برای بیمار را دارد و از طرف دیگر آموزش تیم بین حرفه ای بر عهده اوست (۲۳). مشاور دینی - مذهبی با دامنه وسیعی از مسائل معنوی همچون ارزشهای معنوی و مذهبی بیمار، گزینه های غذایی، تجربه مربوط به درد، مسائل مربوط به پایان حیات، چگونگی برخورد تیم سلامت با منازعات معنوی بیمار، مسئولیت های پرسنل مراقبتی - درمانی و ... سروکار دارد. او با کنکاش در اعتقادات و تجارب احساسی بیمار به وی کمک می کند تا تناقضات یا بحران های اعتقادی خود را شناسایی و به گونه ای کارآمد مدیریت نماید. مشاور دینی - مذهبی مقیم در بیمارستان، در کشورهای آمریکا و کانادا ملزم به داشتن مدرک دانشگاهی حداقل در سطح فوق لیسانس در رشته الهیات یا مرتبط و نیز مدرک آموزشی دوره های مذهبی است. همچنین گذراندن ۴ واحد آموزش عملی در مراقبت معنوی به مدت یکسال در بیمارستان برای او لازم است (۲۴) نیز باید روان درمانی، شناخت درمانی، مشاوره، عفودرمانی، گروه درمانی، خانواده درمانی، کتاب درمانی با رویکرد دینی و معنوی را بیاموزد. آنها به مراقبین بیمار نیز کمک می کنند تا مراحل اندوه را درک می نمایند. از بیمار و خانواده سوالاتی در مورد اعتقاداتشان پرسیده می شود و به آنها آگاهی هایی در زمینه مراحل اندوه و سوگ می دهند و بین این مراحل با معنویت ارتباط برقرار کرده تا درک و پذیرش آن را برای افراد تسهیل نمایند (۲۱).

۳-۱-۳) مراقبت معنوی و مراقبت جسمی؛ نقش پرستار در تیم مراقبت معنوی

درک بعد معنوی انسان برای پرستار بسیار با اهمیت است چرا که پرستاری رشته ای کل نگر است و به تمامی ابعاد وجودی انسان توجه دارد. از آن جا که هدف پرستاری، حفظ و ارتقاء سلامتی، پیشگیری از بیماری و بر طرف کردن ناخوشی بیمار است، ارائه مراقبت های معنوی سهم قابل توجهی در دستیابی به این هدف را دارا می باشد. مراقبت های معنوی در کنار دیگر مراقبت های پرستاری سبب تعادل میان جسم و روان در جهت کسب سلامتی همه جانبه خواهد شد. برای تامین مراقبت های معنوی مناسب، پرستار باید دانش و درک خود را از معنویت گسترش دهد، معنویت را در مراقبت پرستاری خود تلفیق کرده و ارتباط با مددجو و خانواده را بهبود بخشد. ارائه مراقبت های معنوی توسط پرستار به ۴ شکل ممکن است:

(۱) فردی^{۴۸}: پرستار با استفاده از تکنیک‌های گوش دادن و همدلی، به شناسایی احساسات فرد در مورد رنج و ناراحتی کنونی وی می‌پردازد.

(۲) روندی^{۴۹}: پرستار جهت شناسایی و کمک در تامین نیازهای معنوی بیمار از راهکارهای منطقی مثل ارجاع بیمار به یک روحانی در بیمارستان استفاده می‌کند. ۳

(۳) فرهنگی^{۵۰}: پرستار به حساسیت‌های فرهنگی بیمار توجه می‌کند. مثلاً یک بیمار مسلمان دوست دارد که تخت وی روبه قبله باشد. ارزشهای حفظ شود.

(۴) هم‌کیشی^{۵۱}: پرستار از اعتقادات مذهبی مشترک بین خود و بیمار استفاده می‌کند. تجارب بیماران و خانواده‌ها نشان داده است که پرستاران معتقد، مهربان، خوش اخلاق و متعهد به اخلاق حرفه‌ای که مراقبت‌هایی از جمله دل‌داری دادن، امیدبخشی به بیمار و خانواده، نشاط‌آوری آرامش در بخش، کمک به انجام فرایض مذهبی و ... را انجام دهند رضایت بیشتری برای افراد ایجاد کرده‌اند (۲۵).

۳-۱-۴) مراقبت معنوی و حمایت روانی؛ نقش روان‌درمانگر در تیم مراقبت معنوی

روانشناس با بیمار و خانواده وی گفتگو می‌کند تا اثر روانی-اجتماعی بیماری را مورد بررسی قرار دهد و به مراقبین آموزش می‌دهد تا به دور از دل‌داری کاذب، رفتاری مهربانانه و همدلانه داشته باشند. روانشناس با سنجش نیازهای حسی درکی و اجتماعی بیمار و خانواده، آنها را مورد حمایت اساسی قرار داده و جهت برآورده نمودن نیازهای پیچیده، آنها را ارجاع می‌دهد. او با گفتگو پیرامون معنای بیماری برای فرد و خانواده، بدن‌بال برآورد چالش‌های ناشی از بیماری، وضعیت زندگی فردی، راهبردهای مقابله‌ای، منابع حمایتی، امیدها و انتظارات افراد است تا نیازهای ضروری آنها مشخص گردد. با برگزاری نشست‌های خانوادگی جهت گفتگو و مدیریت جمعی نیازهای پیچیده مراقبین خانوادگی از قبیل حل تضادهای خانوادگی به اولویت بندی نیازهای روانی اجتماعی در جهت دستیابی به برنامه مراقبت کل نگر می‌پردازد. همچنین نیاز مراقبین به درمان‌های دارویی در بروز اختلالات روانی مانند افسردگی را شناسایی و مداخلات لازم را آغاز می‌نمایند. علائمی از قبیل اضطراب و خشم را از طریق حمایت روانی-اجتماعی کنترل نموده و اقداماتی مشتمل بر روان‌درمانی، درمان‌های رفتاری-شناختی و آموزشی را انجام می‌دهد. در هر بازدید، مراقبین را در صورت لزوم با استفاده از فرایندهای سنجش وضعیت روانی-اجتماعی یا از طریق ابزارهای سنجش و غربالگری مورد بررسی قرار داده و سطح پریشانی بیمار و عدم مراعات شرایط مراقبت را می‌سنجد. روانشناس با تاثیر گذاری بر بیمار و مراقبین می‌تواند نقش موثری در سطح تعالی فردی و سلامت روان بیمار داشته باشد. هر چند روان‌درمانی‌های فردی در دستیابی به معنا در زندگی بسیار موثرند، اما او با تشکیل گروه درمانی و مشارکت دادن مراقبین در گروه‌های حمایتی - آموزشی موجب کاهش فشارهای روانی بر افراد می‌شود. فشار مراقبت یکی از عوامل خستگی، ناخوشی روانی، جسمی و در نتیجه کاهش کیفیت مراقبت و ایجاد غفلت و یا سوءرفتار خواهد بود. او با ارائه خدمات مشاوره‌ای به مراقبین، در جهت کاهش علائم اضطراب و تنیدگی ناشی از بار مراقبت گام بر می‌دارد. همچنین با شرکت دادن بیمار در گروه درمانی حمایتی موجب حس تعادل در معنویت، حس مطلوب نسبت به خود و دیگران و باور داشتن وجود قدرت برتر می‌شود. زیرا این تجارب، موجب تعالی فرد شده و موجبات خلق معنا در زندگی و امیدواری را ایجاد می‌کند و نیز شرکت دادن بیمار و مراقبین در گروه درمانی حمایتی سبب تغییر در اندازه شبکه حمایتی آنها شده و بر وسعت دانش افراد و منابع حمایتی آنها در جامعه می‌افزاید همچنین موجب کاهش استرس و افزایش توان حل مساله در بیمار و خانواده خواهد شد (۲۶).

⁴⁸ Personal

⁴⁹ Procedural

⁵⁰ Cultural

⁵¹ Evangelical

۵-۱-۳) مراقبت معنوی و حمایت اجتماعی فرهنگی؛ نقش مددکار اجتماعی در تیم مراقبت معنوی

عدم مقبولیت جزءنگری در روانشناسی، ظهور امواج فمینیستی، ضرورت توجه به بحران های محیطی و اجتماعی، لزوم توجه خاص به جایگاه خانواده در جامعه و خروج از رویکردهای فرد محوری، همچنین ظهور تفکرات اجتماعی تاثیرگذار بر افراد، گروه ها و نهادهای جامعه، از ارکان اصلی گسترش و بروز آمدی نظریه هایی است که از اواخر قرن نوزدهم تا کنون حضور مددکار اجتماعی را در جامعه و تیم مراقبت پررنگ تر از قبل نشان می دهد. مددکار اجتماعی با توانمندسازی گروه های هدف به دنبال کاهش نابرابری ها، غلبه بر موانع اجتماعی، افزایش تعاملات بین افراد در زمینه های اجتماعی و ایجاد همبستگی متقابل بین مردم و محیط های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و فیزیکی است. مددکار اجتماعی معاصر به جای تمرکز صرف بر فرد، با تمرکز بر محیط پیرامون وی، به تعاملات فردی- محیطی توجه بیشتری نشان داده و اغلب بر ایفای نقش آموزشی و آگاه دهنده تأکید نموده است.

مددکار اجتماعی در ارائه خدمات خود از روش های مختلفی استفاده می کند که عبارتند از :

- ۱) فردی: مددکار خدمات حرفه ای را به فرد دارای مشکل و خانواده او ارائه می نماید .
- ۲) گروهی : مددکار خدمات حرفه ای را از طریق گروه های دارای مشکل و با استفاده از تاثیر گروه به افراد ارائه می نماید
- ۳) جامعه ای : مددکار خدمات حرفه ای را به افراد یک جامعه با محدوده مشخص و از طریق گروه های درون آن جامعه ، با استفاده از فنون برنامه ریزی و اجرای طرح های توسعه و ارزشیابی خدمات عام المنفعه ارائه می نماید .
- ۴) با همراهی موسسات رفاه اجتماعی: مددکار خدمات حرفه ای خود را با سرپرستی و همراهی موسسات خدمات اجتماعی و به طور مستقیم در اختیار نیازمندان قرار می دهد .
- ۵) تحقیقاتی: مددکار خدمات حرفه ای خود را با تحقیق بر طرح های اجرایی خدمات اجتماعی ارائه می نماید .
- ۶) اجتماعی : مددکار خدمات حرفه ای را با استفاده از قوانین و امکانات موجود و یا از طریق ایجاد امکانات برای طبقات نیازمند و کل جامعه ارائه می نماید .

مددکار اجتماعی در تیم درمان بر خلاف روانشناس، برای شناخت مددجو و مشکل وی با استفاده از ابزارهای مشاهده، مصاحبه، مطالعه و مکاشفه، نه تنها در محل کار خود، بلکه در محل زندگی و کار، موسسات، محل های حضور بیمار و افرادی که به نحوی با مشکل وی سر و کار دارند به بررسی مشکلات بیمار می پردازد. ویژگی منحصر به فرد مددکار اجتماعی این است که به دنبال مشکل مددجو و حل مشکل او و قادر سازی وی به طور مستمر پیگیر کار اوست . روانشناس برای شناخت بیمار، اقدام به انجام آزمون های روانی مختلف و یا تست های گوناگون روانشناختی می نمایند، اما مددکار اجتماعی با برخورداری از بینش حرفه ای که متأثر از بینش های جامعه شناسی، مردم شناسی و روانشناسی است نسبت به شناخت بیمار و مشکلاتش و به طبع آن چاره جویی برای حل آن با مشارکت فرد و خانواده و جامعه اقدام می نماید(۲۷).

منابع

1. Adib-Hajbaghery, M. and S. Zehtabchi. "Assessment of nurses' professional competence in spiritual care in Kashan's hospitals in 2014." Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty, 2015, 22(4): 23-32.
2. Büssing, A. , Koenig H. G. "Spiritual needs of patients with chronic diseases." Religions, 2010; 1(1): 18-27.
3. Yardley, S., Walshe, C., Walshe, CE., Parr, A. "Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements." Palliative Medicine, 2009.; 23(7): 601-607.