



به نام خداوند
بخشنده مهربان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
مرکز آموزشی و درمانی ۱۷ شهریور رشت

اصول مراقبت های حمایتی و تسکینی (Palliative and Supportive Care)

تدوین و ارائه:

سمیه پوی

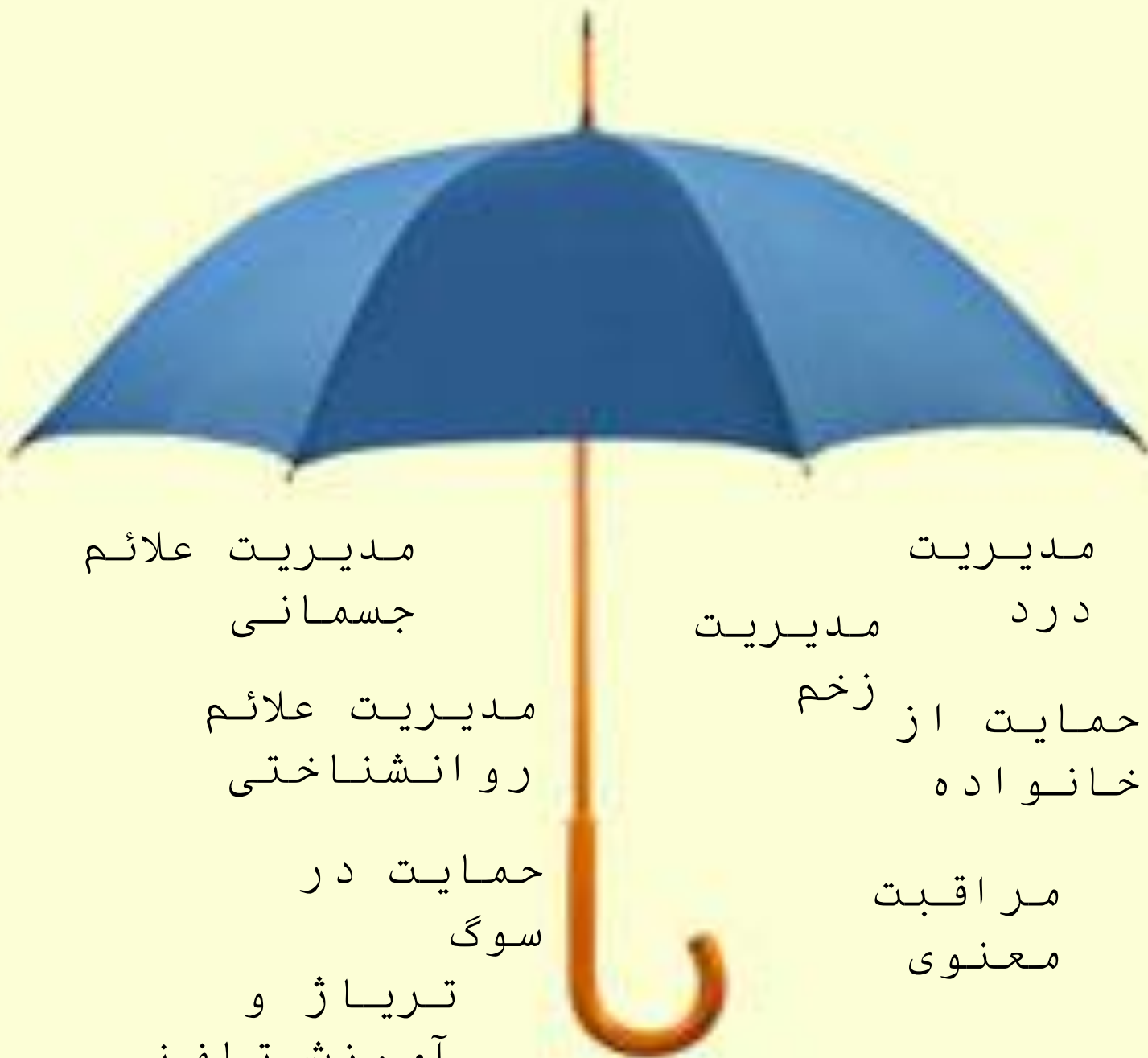
فلوشیپ مراقبت تسکینی، دانشجوی دکترای پرستاری (PhD)

۱۴۰۲-۴-۱

مراقبت های حمایتی و تسکینی (Palliative and Supportive Care)

- مجموعه خدماتی که به صورت یکپارچه و برای بیماران صعب العلاج ارائه شده و جنبه های مختلف (روانی، معنوی و جسمی، اجتماعی، مالی و توانبخشی) را برای بیمار و خانواده در مراقبت ها در نظر می گیرد.
- شروع آن از آغاز بیماری بوده و حتی تا شش ماه بعد از فوت بیمار (دوران سوگواری)، برای خانواده هم قابل ارائه می باشد.
- هدف نهایی آن: بهبود کیفیت زندگی و رضایتمندی بیمار و خانواده است.
- ارائه توسط تیم بین رشته ای و نیز با همکاری خانواده
- مراقبت تسکینی به موازات درمان بیماری ارائه می شود.
- مراقبت تسکینی ممکن است سال ها طول بکشد.
- سطوح ارائه: بیمارستان، جامعه و منزل





مدیریت علائم
جسمانی

مدیریت علائم
روانشناختی

حمایت در
سوگ

تربیت و
آموزش تلفنی

مدیریت

درد

مدیریت

زخم

حمایت از

خانواده

مراقبت

معنوی

مجموعه

خدماتی

که زیر

چتر

مراقبت

تسکینی

قرار می

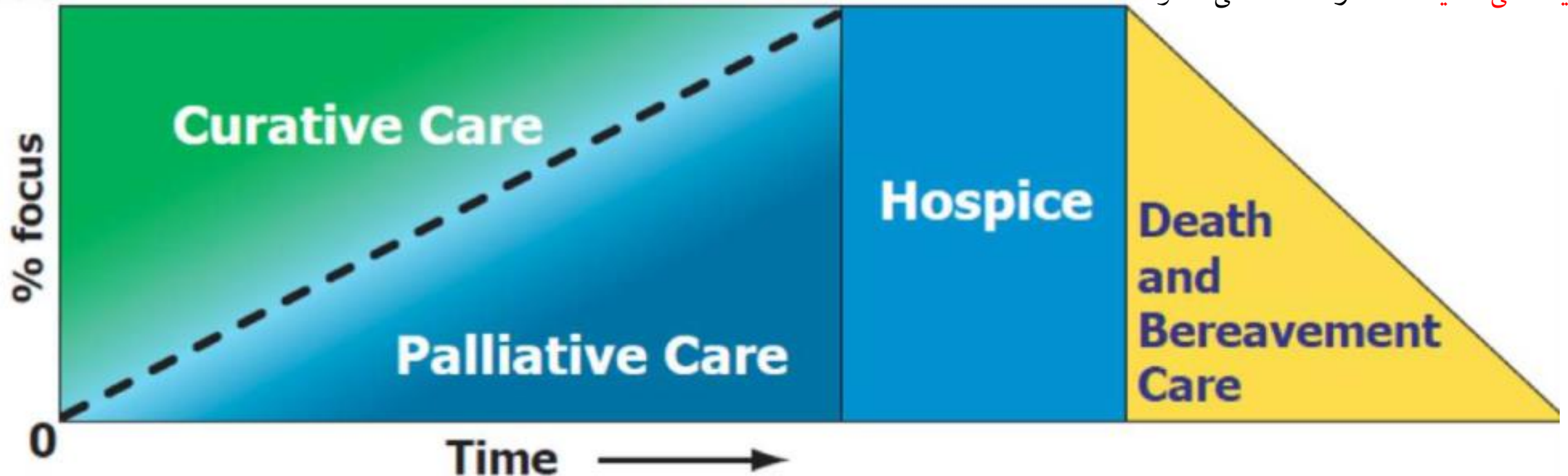
گیرند:

مراقبت تسکینی (ادامه...)

- مراقبت تسکینی از ابتدای تشخیص بیماری قابل ارائه است و در سرتاسر طول درمان، ادامه می یابد.
- بعد از فوت بیمار، این مراقبت ها برای خانواده هم تداوم می یابند.
- **هاسپیس (مراقبت نگاهتگاهی)** بخشی از مراقبت تسکینی است که تنها در **شش ماه پایانی حیات** ارائه می شود.

100

Best Care Possible



مراقبت تسکینی (ادامه...)

- ✓ سرطان
- ✓ دیابت
- ✓ دمانس
- ✓ بیماری مزمن قلبی (CHF)
- ✓ بیماری مزمن کلیوی (RF)
- ✓ نارسایی مزمن تنفسی (COPD)
- ✓ مولتیپل اسکلروزیس (MS)
- ✓

بر اساس اطلس
سازمان جهانی
بهداشت،
مراقبت تسکینی
برای 14
بیماری صعب
العلاج قابل
ارایه است که
شامل:

تفاوت هاسپیس با مراکز مراقبت طولانی مدت (LTCs)

❖ **مراکز ارائه ی مراقبت طولانی مدت (Long-term care centers) :** مراقبت طولانی مدت برای بیمارانی که اختلالات مزمن دارند نظیر پارکینسون یا سکته مغزی قابل ارائه است و بیماران می توانند سال های طولانی هم زندگی کنند و لزوما در شش ماه پایانی حیات خود نیستند.

❖ **مراکز مراقبت نجاتگاہی / آسایشگاهی (Hospice) :** برای بیماران در 6 ماه پایان حیات که مکان مناسبی برای گذران دوران پایان حیات ندارند ارائه می شود.

❖ **نخستین مرکز هاسپیس ایران: مشهد 1396**

❖ هاسپیس و مراقبت طولانی مدت زیرمجموعه ای از مراقبت ت



دیدگاه های مرتبط با مراقبت تسکینی

دیدگاه یکپارچه (از تشخیص بیماری تا بعد از

مرگ و حمایت سوگواری)

- ✓ هدف مدیریت بیماری و افزایش کیفیت زندگی است.
- ✓ همزمانی ارائه مراقبت درمانی و تسکینی
- ✓ مشارکت بیمار و همراهان در برنامه ریزی درمانی
- ✓ تیم چند تخصصی مسئول مدیریت بیماری

دیدگاه سنتی: (از تشخیص بیماری تا مرگ)

- ✓ هدف محدود به درمانهای معطوف به سرطان است.
- ✓ عدم همزمانی ارائه مراقبت درمانی و تسکینی
- ✓ مراقبت تسکینی در انتهای زندگی در شرایط حاد و کوتاه مدت ارائه می شود.
- ✓ بیمار و خانواده اش در مورد مرگ با درمانگر صحبت نمی کنند.

تفاوت مراقبت تسکینی کودکان و بزرگسالان

- کودکان، مینیاتوری از بزرگسالان نیستند. / ارائه مراقبت در سنین تکاملی متفاوت است.
- کودکان اغلب با شرایط تهدید کننده زندگی متولد می شوند لذا ممکن است در تمام طول زندگی نیازمند مراقبت تسکینی باشند.
- این رویکرد باید متناسب با **نیازهای کودکان، خانواده و نیازهای ویژه آنها** باشد.
- از آنجا که **علل بیماری و مرگ** برای کودکان بسیار متفاوت از بزرگسالان است، اهداف و درمان های تسکینی کودکان نیز متفاوت است.

تفاوت مراقبت تسکینی کودکان و بزرگسالان (ادامه...)

- مراقبت های تسکینی کودکان باید بیش از آنچه برای مراقبت های تسکینی بزرگسالان الزام است، بر **ساختار خانواده** تمرکز کند. / مداخلات هم برای کودک و هم خانواده ارائه می شود.
- از آنجا که **پذیرش مرگ و میر کودکان بسیار دشوار** است، والدین ممکن است از نظر عاطفی دچار مشکل شوند و نتوانند با آن کنار بیایند.
- ممکن است **خواهر و برادر** یا سایر کودکان خردسال در خانه وجود داشته باشند که به نوعی تحت تأثیر بیماری کودک قرار گیرند.
- **چالش های اخلاقی** در ارائه ی مراقبت تسکینی برای کودکان بسیار قابل توجه است (مثل عدم توانایی برای تصمیم گیری در روند درمانی)

تقسیم بندی کشورها در ارائه مراقبت تسکینی

1

کشورهای فاقد هیچ فعالیت شناخته شده در زمینه مراقبت های حمایتی و تسکینی؛

2

کشورهایی که صرفاً در حال ظرفیت سازی هستند و این خدمات در آنها ارائه نمی شود (شرکت در کنفرانس ها، شرکت در دوره های مرتبط، مذاکره سیاستگذاران در زمینه ی مراقبت تسکینی)؛

3

کشورهایی که در آنها مراقبت های حمایتی و تسکینی در برخی مناطق و توسط مراکز محدود ارائه می شود. این کشورها خود به دو زیر گروه تقسیم می شوند.

3-A

خدمات ناقص، بدون حمایت رسمی، وابسته به خیرین، محدودیت در دسترسی به مورفین، مراقبت ها بیشتر در منزل ارائه می شود و آموزش نیروی متخصص در این کشورها انجام نمی شود.

3-B

حمایت کافی از خدمات در برخی از مناطق وجود دارد. وجود منابع مالی مناسب برای ارائه مراقبت ها، دسترسی مناسب به مورفین، مراقبت ها در پاره ای از موارد و بصورت مستقل توسط برخی مراکز درمانی ارائه می شود و آموزش نیروی متخصص تا حدی وجود دارد.

تقسیم بندی کشورها در ارائه مراقبت تسکینی (ادامه...)

کشورهایی که در آنها مراقبت های حمایتی و تسکینی در نظام سلامت **ادغام** شده است.

4

توسعه ی تعداد زیادی از فعالیت های مراقبت تسکینی در بسیاری از نقاط، آگاهی کادر درمان از مراقبت تسکینی، ارائه مراقبت تسکینی در بسیاری از مناطق، در دسترس بودن مورفین، برگزاری دوره های آموزشی مرتبط با مراقبت تسکینی، علاقه به تشکیل انجمن ملی مراقبت تسکینی

4-A

تامین جامع تمام انواع خدمات مراقبت های تسکینی توسط انواع تامین کنندگان، تشکیل انجمن ملی مراقبت تسکینی، دسترسی نامحدود به مورفین و سایر ضددردها، آگاهی وسیع کادر درمان و مردم در خصوص مراقبت تسکینی، توسعه مراکز آموزش رسمی مراقبت های تسکینی

4-B



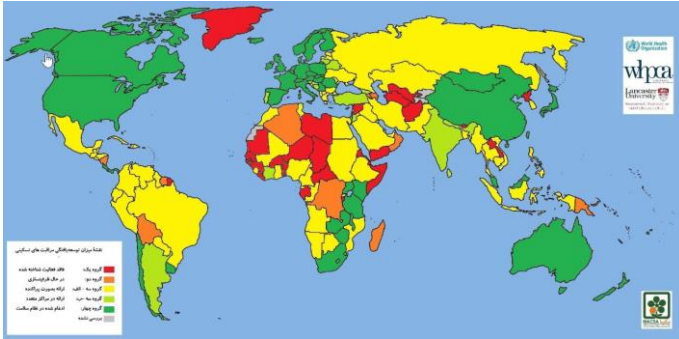
رتبه بندی کشورهای جهان از لحاظ ارائه مراقبت تسکینی

• این دسته بندی بر اساس ساختار و سطوح ارائه خدمات؛ معیارهای زیر انجام شده است:

- میزان پوشش مراقبت های حمایتی و تسکینی در کشور؛
- سطح آگاهی جامعه از مراقبت های حمایتی و تسکینی؛
- دسترسی به اپیوئیدها؛
- کیفیت آموزش و تربیت متخصصین مراقبت های حمایتی و تسکینی؛
- هزینه مراقبت های حمایتی و تسکینی (پوشش بیمه ای)؛
- وجود سیاست های کشوری برای مراقبت های حمایتی و تسکینی؛
- وجود طیف کامل مراقبت های حمایتی و تسکینی؛
- هماهنگی مراقبت ها با جریان اصلی درمان و وضعیت پژوهش در زمینه مراقبت های حمایتی و تسکینی.



مراقبت تسکینی در ایران



○ بزرگسالان: جایگاه 3B و برای کودکان در سطح 2، براساس ارزیابی سال 2014

○ دو مرکز بیمارستان مفید و بیمارستان ۱۷ شهرپور رشت به عنوان **پایلوت مراقبت تسکینی کودکان**

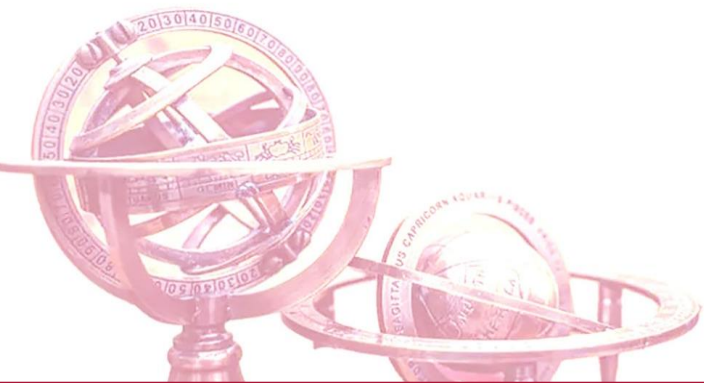
○ مرکز شهید بقائی اهواز: **برای بزرگسالان**

○ **تدوین گایدلاین هایی** در حوزه های مدیریت علائم جسمانی و روانشناختی

○ برگزاری کارگاه ها و وینارهایی در زمینه ی مراقبت تسکینی

○ شرکت تعدادی از اساتید، دانشجویان و پرستاران در **دوره های بین المللی فلوشیپ مراقبت**

تسکینی



مدل های مراقبت تسکینی

سرویس مراقبت تسکینی در بیمارستان

سرویس مراقبت تسکینی در منزل

سرویس مراقبت تسکینی مبتنی بر جامعه

سرویس مراقبت تسکینی در بیمارستان

- هشت ساختار مختلف برای ارائه ی مراقبت تسکینی تخصصی مبتنی بر بیمارستان عبارتند از:
- بخش مراقبت های تسکینی در بیمارستان (HPCU) (Hospital Palliative Care Unit (HPCU))
- تیم مشاوره مراقبت تسکینی در بیمارستان
- درمانگاه سرپایی مراقبت تسکینی (Outpatient) (Ambulatory) (palliative care clinic)
- تخت های در گردش (Swing beds)
- سرویس مراقبت در منزل وابسته به بیمارستان (A palliative care outreach/home-care service)
- ادغام خدمات مراقبت تسکینی با بخش اورژانس
- ادغام مراقبت تسکینی با مراقبت های ویژه (ICU) (بخش مراقبت تسکینی ویژه)
- خدمات روزانه مراقبت تسکینی (Day care)



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آیین نامه تاسیس و بهره برداری

مرکز سرپایی مراقبت های
حمایتی و تسکینی سرطان

در ایران هدف راه
اندازی سرویس
مراقبت تسکینی در
بیمارستان و اتصال
آن به مراقبت
تسکینی در **منزل**
است.

سرویس مراقبت تسکینی در بیمارستان

❖ همه بیمارستان های که به بیماری های مزمن و صعب العلاج نظیر سرطان، ایدز، بیماری های مزمن تنفسی، نارسایی قلبی و بیماری های مزمن کلیوی، بیماری های ژنتیکی خدمات ارائه می دهند باید خدمات تسکینی را در نظر بگیرند.

❖ در دسترس بودن انواع خدمات و تخصص ها در بیمارستان کنترل علایم را آسان تر می کند.

❖ با ارائه ی مراقبت تسکینی در بیمارستان، فرایند بهبودی بیمار و ترخیص از بیمارستان تسریع می گردد.

❖ کاهش استفاده از داروهای غیر ضروری و مضر در انتهای زندگی می گردد (مراقبت بیهوده).



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دستورالعمل مدیریت
مراقبت‌های حمایتی و تسکینی



برنامه ملی مدیریت سرطان



دستورالعمل مدیریت مراقبت‌های حمایتی و تسکینی



۱. خدمات سرپایی:

در فاز اول اجرایی برنامه مراقبت های حمایتی و تسکینی، بیماران مبتلا به سرطان، مراقبتهای اولیه را در مراکز سرپایی حمایتی و تسکینی توسط تیم اصلی دوره دیده (مطابق آیین نامه) دریافت می نمایند. این مراکز در بیمارستانهای تیپ ۲ و ۳ مطابق سند توسعه شبکه ملی مراقبت سرطان و یا به صورت مراکز سرپایی خصوصی، نیمه خصوصی و خیریه ایجاد می گردند. مطابق آیین نامه تمامی مراکز سرپایی مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان موظف به ارائه خدمات "مراقبت در خانه" و یا انعقاد قرارداد رسمی با مرکز یا مراکز مراقبت در خانه ترجیحا تخصصی مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در خانه مورد تایید وزارت می باشند. در مراکزی که شبانه روزی نیستند، مشاوره تلفنی ۲۴ ساعته و مدیریت بیمار در خانه توسط این مراکز ضروری است و باید در صورت نیاز بیماران به خدمات حضوری اورژانسی (تشخیصی - درمانی) در ساعات فعال نبودن مرکز، محل ارجاع مشخصی (یک مرکز مراقبت های حمایتی و تسکینی شبانه روزی یا یک بیمارستان جنرال /تخصصی سرطان) به معاونت درمان دانشگاه معرفی گردد. در مراکز سرپایی، خدمات عمومی و تخصصی از جمله ارزیابی بیمار، خانواده و مراقبین وی، تشخیص به موقع عوارض مرتبط با بیماری سرطان و مدیریت و درمان آن از زمان تشخیص بیماری و همزمان با درمان اصلی سرطان ارائه می گردد.

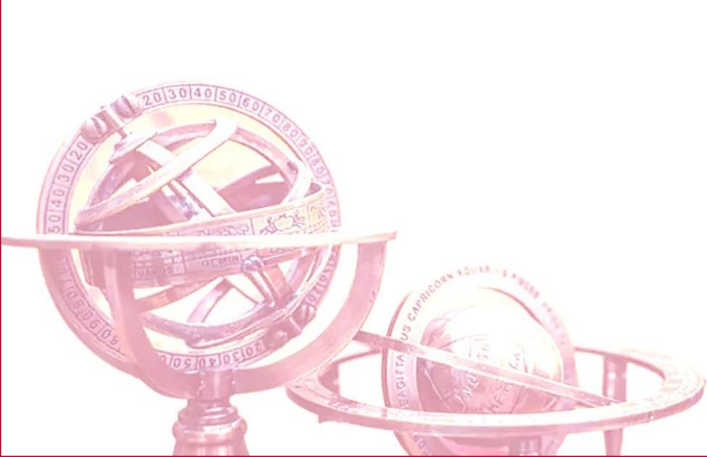
مراقبت ها شامل موارد ذیل می باشد :

- ✓ مراقبت های جسمی
- ✓ مراقبت های روانشناختی
- ✓ مراقبت های بازتوانی
- ✓ مراقبت های معنوی
- ✓ حمایت اجتماعی
- ✓ پاسخگویی تلفنی ۲۴ ساعته ۷ روز هفته توسط پزشک یا پرستار آموزش دیده مرکز
- ✓ آموزش به بیمار، خانواده و مراقبین وی

تبصره ۱: پزشکان و پرستاران مرکز ملزم به گذراندن و ارائه مدرک دوره آموزشی مهارتی حرفه ای مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان مورد تایید وزارت و همچنین شرکت در کارگاه اصول احیا مورد تایید معاونت درمان دانشگاه، می باشند. همه پرسنل مراقبتی و درمانی این مراکز در صورت تدوین کوریکولوم های مربوطه، ملزم به گذراندن آن خواهند بود.

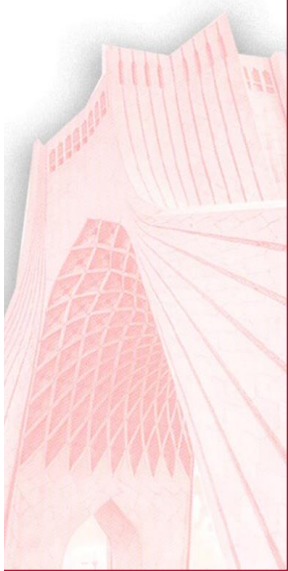
تبصره ۲: ارائه دهندگان خدمت لازم است با کلیات سرطان شناسی، عوارض ناشی از درمان و اورژانس های انکولوژی آشنا باشند.

تبصره ۳: در زمان عدم حضور پرسنل تمام وقت لازم است جایگزین در نظر گرفته شود.



اقدامات انجام شده

- طراحی مدل مناسب ارایه خدمات مراقبت تسکینی در کودکان
- انتخاب سانترهای پایلوت در دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی (بیمارستان مفید) و شیراز (بیمارستان امیر)
- تربیت نیروی انسانی متخصص (دوره های TOT، دوره های کوتاه مدت، کارگاه آموزشی، فلوشیپ مراقبت تسکینی)
- طراحی و اعتباریابی گایدلاین های پرستاری و پزشکی ارایه خدمت در کلینیک
- تدوین بسته های استاندارد خدمات در منزل
- تاسیس کلینیک
- طراحی سیستم ثبت و گزارش دهی الکترونیک
- طراحی و اجرای سیستم تریاژ و مشاوره تلفنی ۲۴ ساعته



راه اندازی سرویس سرپایی مراقبت تسکینی در بیمارستان ۱۷ شهریور رشت

❖ اقداماتی که تاکنون انجام شده است:

❖ بازدید از مرکز مفید تهران

❖ در نظر گرفتن فضای فیزیکی و تجهیزات مرکز مراقبت تسکینی، تفکیک بخش سرپایی از بستری

❖ آموزش نیروی انسانی (برگزاری چندین نوبت کارگاه، وبینار، شرکت پرستاران در کارگاه های دو روزه ی تهران و کارگاه سه روزه در تیرماه، آموزش های فردی، گروهی، درون بخشی)

❖ راهکارهای افزایش انگیزه ی پرستاران

❖ طراحی دو پوستر، کتابچه ی سرگرمی کودک و یک گایدلاین نوروپاتی در کودکان مبتلا به سرطان

راهبردهای پیش رو برای تداوم کار کلینیک مراقبت تسکینی در مرکز ۱۷ شهریور

- ❖ **تشکیل کمیته ی مراقبت تسکینی**، تعیین اعضای آن و برگزاری جلسات به صورت ماهانه و تشکیل گروه مجازی با هدف اطلاع رسانی و به اشتراک گذاری آیین نامه ها
- ❖ **آموزش پرسنل** (پرستار، پزشک و دانشجویان پزشکی و پرستاری) (در حوزه ی مراقبت تسکینی، ارتباط، مدیریت درد، اعلام خبر بد به خانواده، مدیریت علائم جسمانی در کودکان مبتلا به سرطان، مراقبت های پایان حیات....)
- ❖ **تشکیل تیم بین رشته ای و تعیین شرح وظایف آن ها** در حضور همه ی اعضای کمیته و صورتجلسه (پرستار مستقر در مرکز، پزشک، مددکار، روانپزشک، روانشناس، فیزیوتراپ) / مشخص کردن ساعات حضور روانشناس
- ❖ در نظر گرفتن **نیروی پرستاری ثابت** برای کار در مرکز در شیفت های مختلف (حداقل سه پرستار)
- ❖ **تهیه ی خط تلفن آزاد** (موبایل) و در اختیار قرار دادن شماره مرکز به بیماران
- ❖ **آموزش و تریاژ تلفنی بیماران** توسط پرستاران مستقر در مرکز در شیفت های مختلف و ارجاع آن ها (شیفت شب در منزل، برای پرستار آنکالی حساب شود.)
- ❖ **تصمیم گیری در خصوص نحوه تریاژ تلفنی بیماران** توسط پرستاران، پزشکان و رزیدنت ها
- ❖ **آشنایی پرستاران، پزشکان و رزیدنت ها با راهنماهای بالینی (گایدلاین) و الگوریتم های تریاژ تلفنی**
- ❖ **برنامه ریزی برای فرایند مدیریت درد** در کودکان
- ❖ **عدم نیاز به طراحی مجدد گایدلاین ها** (امکان دسترسی به گایدلاین ها از مرکز مفید)

تاثیر موکوزیت بر عملکرد روزانه / بازی کودک چگونه است؟	تاثیر بر فعالیتهای روزانه ندارد/بازی عادی	تاثیر کمی بر فعالیتهای روزانه دارد/ محدودیت متوسط تاخفیف در بازی ولی قابل تحمل است	عملکرد روزانه کاملاً مختل شده/ بازی نمی کند و غیرقابل تحمل است
آیا کودک در دهان خود درد ثابت یا بلع دردناک دارد؟	خیر	بله	بله خیلی زیاد
تاثیر ضایعات دهانی بر روند خوردن کودک چگونه است؟	مشکلی ندارد در خوردن مایعات و جامدات	فقط میتواند مایعات و غذای نرم بخورد	قادر به خوردن نمی باشد(حتی مایعات و نرم)
آیا کودک شما خونریزی (دهانی) دارد؟	خیر	بله	بله
آیا کودک شما آبریزش بزاق دهانی دارد؟	خیر	بله /گاهی ولی کم	بله شدیداً
آیا کودک در تنفس مشکل دارد؟	خیر		بله
آیا کودک تب دارد؟	خیر		بله
آیا در مخاط کودک لکه های سفید وجود دارد؟	خیر		بله
آیا کودک شما در ناحیه رکتوم دچار زخم و آسیب پوستی شده است؟ آیا کودک شما از درد همراه با مدفوع شکایت دارد؟	خیر		بله
آیا کودک دل پیچه و درد های شکمی و/یا اسهال دارد؟	خیر		بله
ارزیابی نهایی پرستار /پزشک تریاژ از درجه موکوزیت کودک (با هریک از درجه بندی های WHO یا NCI-CTCAE)	۱	۲	۳و۴

آموزش، حمایت و پیگیری تلفنی: ۱بار در هفته ۲بار در هفته بیشتر

ویزیت حضوری تیم مراقبت در منزل مراجعه به سایر مراکز پیگیری تلفنی

مراجعه به اورژانس بیمارستان مقید مراجعه به سایر بیمارستانها

نمونه ی الگوریت تریاژ
تلفنی توسط پرستار
مستقر در مرکز

اعضای تیم مراقبت تسکینی مستقر در بیمارستان

دسترسی	جایگاه	ظرفیت/ مهارت مورد نیاز	نقش	
تمام وقتیا نیمه وقت بستگی به لود کاری	استاف رگولار	آموزش مراقبت تسکینی و مهارت های ارتباطی. حداقل یک دوره نظری و حداقل ۱۰ روز عملی. در حالت ایده آل یک دوره تخصصی مراقبت تسکینی	مدیر تیم / عضو تیم	پژشک (ضروری)
تمام وقت	استاف رگولار	آموزش مراقبت تسکینی و مهارت های ارتباطی. حداقل یک دوره نظری و حداقل ۱۰ روز عملی. در حالت ایده آل یک دوره تخصصی مراقبت تسکینی	عضو تیم	پرستار(ضروری)
تمام وقت	رگولار/ ویزیترینگ	مشاور آموزش دیده با آشنا به نیازهای ویژه در مراقبت تسکینی	عضو تیم	روانشناس یا مشاور (پیشنهادی)
تمام وقت	استاف رگولار	کمک به پرستاران در انجام کارهای بالینی	عضو تیم	پرستاران کمکی / دستیاران پرستار تسکینی
نیمه وقت	استاف رگولار		عضو تیم	داروساز
تمام وقت/ نیمه وقت	رگولار/ ویزیترینگ	مددکار اجتماعی آموزش دیده آشنا به نیازهای ویژه در مراقبت تسکینی	عضو تیم	مددکار اجتماعی (پیشنهادی)
نیمه وقت	ویزیترینگ	ویژه نقش آنها	پشتیبانی اضافی از تیم	داوطلبان (پیشنهادی)

سرویس مراقبت تسکینی در منزل

- مراقبت از افراد مبتلا به بیماری های مزمن، مشکلات تهدید کننده زندگی از قبیل سرطان، بیماری قلبی پیشرفته، بیماری های کلیوی و تنفسی، ایدز، اختلالات نورولوژیک مزمن
- تیم بین رشته ای شامل **پزشکان، پرستاران، داوطلبان و بهورز**
- **فوائد:**
- احساس راحتی بیمار و خانواده
- **درگیری خانواده در فرایند مراقبت** و دسترسی راحت تر خانواده به مراقبت
- حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن خانواده
- **افزایش آگاهی جامعه** از مراقبت تسکینی

آموزش پرسنل مراقبت تسکینی در منزل

Table 3. Suggested minimum training standards for the home-care team¹

	Basic	Mid-level	Advanced
Doctors	Foundation courses (3-10 days)	Residential course (6 weeks)	Fellowship/postgraduate qualification in palliative care (1-3 years)
Nurses	Foundation courses (3-10 days)	Residential course (6 weeks)	Certificate course (4 months), fellow- ship (1 year)
Community health workers	3-6 hours to supplement prior training	Basic course (3 months/400 hours)	Advanced communication skills/ lymphoedema management
Volunteers	Introductory course (3 hours)	16 hours theory + 4 clinical sessions,	Advanced communication skills and train-the-trainer course

سرویس مراقبت تسکینی مبتنی بر جامعه

- خدماتی از مراقبت تسکینی که در یک **مرکز سلامت جامعه** و یا با **مشارکت جامعه** ارائه می شود.
- کشورهای که **منابع مالی ضعیفی** دارند، از منابع جامعه بسیار بهره مند هستند.
- این خدمات از سوی سازمان های خصوصی، محلی و اجتماعی ایجاد می گردند و بعداً در نظام سلامت ادغام می گردند.
- نیروهای ارائه مراقبت تسکینی در جامعه شامل **نیروهای متخصص** (پزشک و پرستار) و **غیرمتخصص** (داوطلبین و بهورزها)
- وجود حداقل یک پزشک و پرستار آموزش دیده **ضروری** است.
- آن ها می توانند در مرکز بهداشت جامعه نیز مشغول به کار باشند و حتی بیماران را در منزل ویزیت کنند.
- بهورزها و داوطلبین نیز پس از گذراندن دوره های آموزشی می توانند برخی از خدمات اولیه را در منزل ارائه دهند.

داوطلبان جامعه / کارکنان بهداشت

پرسنل غیر تخصصی	وظایف	حداقل آموزش
داوطلبان اولیه آموزش دیده	از خدمات مراقبت تسکینی پشتیبانی (به عنوان مثال حمل و نقل مواد غذایی برای بیماران ، جمع آوری کمک مالی) ارائه دهید.	دوره حساسیت زدایی (تقریباً ۲ ساعت) اصول مراقبت تسکینی ، مراقبت در منزل ، ارتباطات.
داوطلبان آموزش دیده	کمک به مراقبت در منزل بیمار ، ارائه موارد زیر: حمایت روانی، حمایت از وظایف اساسی پرستاری، گزارش دیسترس های کنترل نشده به سطح بالاتر.	دوره اصلی مراقبت تسکینی برای داوطلبان (تقریباً ۱۶ ساعت نظریه بعلاوه ۴ روز ویزیت در منزل) شامل مهارتهای ارتباطی ، حمایت عاطفی ، ارزیابی بیمار ، حمایت از پرستار ، مراقبت در منزل ، مبانی مدیریت علائم ، گزارش به سطح بالاتر.
کارمندان بهداشت جامعه	کمک به مراقبت در منزل بیمار ، ارائه موارد زیر: حمایت روانی، حمایت از وظایف اساسی پرستاری، گزارش دیسترس های کنترل نشده به سطح بالاتر.	دوره اساسی مراقبت تسکینی برای کارکنان بهداشت جامعه (حدود ۳-۶ ساعت) شامل مهارت های ارتباطی ، پشتیبانی عاطفی ، ارزیابی بیمار ، گزارش به سطح بالاتر.

پرستار / پزشک

متخصصین مراقبت بهداشتی	وظایف	حداقل آموزش
پرستار	متخصصان اصلی تیم ، مراقبت های در منزل و یا مراقبت های پرستاری را در CHC ارائه می دهند.	پرستاران پرسنلی با آموزش سطح متوسط در مراقبت های تسکینی (جدول ۳ را ببینید) با پشتیبانی پرستاران یا پرستاران کمکی با آموزش پایه در مراقبت های تسکینی (۳ ماه / ۴۰۰ ساعت).
پزشک	پشتیبانی و نظارت پزشکی برای پرستاران و CHCها ، ویزیت در منزل و مراقبت های سرپایی و بستری را فراهم کنید.	پزشکان با آموزش مراقبت های تسکینی

باتشکر از توجه شما

