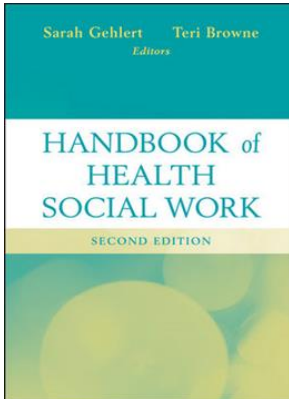


บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review)



ศาสตราจารย์ ดร.กิตติพัฒน์ นนทปัทมอดุลย์¹

Professor Kitipat Nontapattamadul, Ph.D.²

Handbook of Health Social Work

บรรณาธิการ: Sarah Gehlert and Teri Browne

สำนักพิมพ์: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.

ปีที่พิมพ์: ค.ศ. 2012

จำนวนหน้า 702 หน้า

"Handbook of Health Social Work"

การทำงาน “สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์” ในหลายประเทศได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นการทำงาน “สังคมสงเคราะห์สุขภาพ” กันมานานนับสองสามทศวรรษแล้ว หนังสือ Handbook of Health Social Work เล่มนี้ยืนยันบริบทที่กว้างขวางกว่าการทำงานในโรงพยาบาล และยังสื่อให้เห็นถึงบทบาทความสำคัญของวิชาชีพหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ เนื้อหาที่สะท้อนความเป็นวิชาชีพของสังคมสงเคราะห์สุขภาพในหนังสือเล่มนี้มีความเข้มข้นสมบูรณ์ อันมาจากผู้เขียนแต่ละบทที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ หนังสือประกอบด้วย 23 บท ภายใต้การจำแนกออกเป็น 3 ตอนด้วยกัน ตอนแรก (Part I: Foundations of Social Work in Healthcare) เป็นเนื้อหาที่ครอบคลุมพื้นฐานการทำงานสังคมสงเคราะห์ในบริการสุขภาพ ตอนที่สอง (Part II: Health Social Work Practice: A Spectrum of Critical Considerations) เป็นตอนที่เน้นการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์สุขภาพ ที่พยายามนำเสนอข้อพิจารณาในเชิงวิพากษ์ที่

¹ อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² Lecturer, Faculty of Social Administration, Thammasat University, Thailand

E-mail : kitinonta@gmail.com

สะท้อนการเชื่อมโยงวิธีการปฏิบัติงานที่รื้อยัดเป็นเนื้อเดียวกันตั้งการไล่ระดับของสเปคตรัม และตอนที่สาม (Part III: Health Social Work: Selected Areas of Practice) เป็นตอนที่รวบรวมข้อเขียนของผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานเฉพาะด้านกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีแนวการปฏิบัติงานเฉพาะด้านที่แตกต่างกันไป ในตอนท้ายของแต่ละบท มีแบบฝึกหัดเพื่อการเรียนรู้เพิ่มเติม (Suggested Learning Exercises) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ของผู้ใช้หนังสือเล่มนี้เป็นอย่างยิ่ง

สาระสำคัญ

หนังสือ Handbook of Health Social Work เริ่มต้นแรกเป็นพื้นฐานการทำงานสังคมสงเคราะห์ในหน่วยบริการสุขภาพ ในตอนแรกประกอบด้วยหกบท บทที่ 1 แนวคิดพื้นฐานค้ำยันการทำงานสังคมสงเคราะห์ในหน่วยบริการสุขภาพ (Conceptual Underpinnings of Social Work in Healthcare) บทที่ 2 บทบาทของสังคมสงเคราะห์และหน่วยบริการสุขภาพ (Social Work Roles and Health-Care Settings) บทที่ 3 จรรยาบรรณและสังคมสงเคราะห์ในบริการสุขภาพ (Ethics and Social Work in Health Care) บทที่ 4 การสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ (Public Health and Social Work) บทที่ 5 นโยบายสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ (Health Policy and Social Work) บทที่ 6 ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (Theories of Health Behavior)

ตอนที่สองเป็นประเด็นการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์: พิจารณาในเชิงความเชื่อมโยงเป็นสเปคตรัม ครอบคลุมแปดบท ได้แก่ บทที่ 7 ชุมชนและสุขภาพ (Community and Health) บทที่ 8 สุขภาพกายและสุขภาพจิต: ปฏิสัมพันธ์, การวินิจฉัย, และการดำเนินการแทรกแซง (Physical and Mental Health: Interactions, Assessment, and Interventions) บทที่ 9 การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์และประเด็นปัญหาความพิการ (Social Work Practice and Disabilities Issues) บทที่ 10 การสื่อสารในบริการสุขภาพ (Communication in Health Care) บทที่ 11 ศาสนา ความเชื่อเชิงจิตวิญญาณ สุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ (Religion, Spirituality, Health, and Social Work) บทที่ 12 การพัฒนาความเข้าใจร่วมกัน: เมื่อผู้ป่วยใช้แนวคิดการแพทย์

ทางเลือกและแนวคิดเสริมการรักษา (Developing a Shared Understanding: When Medical Patients Use Complementary and Alternative Approaches) บทที่ 13 ครอบครัว สุขภาพ และความเจ็บป่วย (Families, Health, and Illness) และบทที่ 14 สุขภาพทางเพศของมนุษย์ (Human Sexual Health)

ตอนที่สามเป็นประเด็นสังคมสงเคราะห์สุขภาพ: การปฏิบัติงานกับกลุ่มเป้าหมายพิเศษ ประกอบด้วยเก้าบท ได้แก่ บทที่ 15 สังคมสงเคราะห์กับเด็กและผู้ใหญ่ที่มีสถานะทางการแพทย์ (Social Work with Children and Adolescents with Medical Conditions) บทที่ 16 สังคมสงเคราะห์กับผู้สูงอายุในหน่วยบริการสุขภาพ (Social Work with Older Adults in Health-Care Settings) บทที่ 17 ปัญหาการใช้สารเสพติดกับการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์สุขภาพ (Substance Use Problems in Health Social Work Practice) บทที่ 18 สังคมสงเคราะห์วัณกะวิทยา (Nephrology Social Work) บทที่ 19 สังคมสงเคราะห์วิทยามะเร็ง (Oncology Social Work) บทที่ 20 ประเด็นปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาสืบเนื่องกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง: เบาหวาน โรคหัวใจ และเอชไอวี/เอดส์ (Adherence and Mental Health Issues in Chronic Disease: Diabetes, Heart Disease, and HIV/AIDS) บทที่ 21 สังคมสงเคราะห์และพันธุศาสตร์ (Social Work and Genetics) บทที่ 22 การจัดการความเจ็บปวดและการดูแลแบบประคับประคอง (Pain Management and Palliative Care) และบทที่ 23 การดูแลระยะสุดท้ายแห่งชีวิต (End-of-Life Care)

บทที่ 1 แนวคิดพื้นฐานค้ำยันการทำงานสังคมสงเคราะห์ในหน่วยบริการสุขภาพ (Conceptual Underpinnings of Social Work in Healthcare) เขียนโดย Sarah Gehlert บทนี้อภิปรายถึงประวัติศาสตร์แห่งความรู้ที่ค้ำยันการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกๆ ในสหรัฐอเมริกา ผู้เขียนชี้ให้เห็นพละกำลังความทู่หมะของผู้ริเริ่มการสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล อภิปรายให้เห็นการเปลี่ยนแปลงหลักการปฏิบัติงานจากยุคแรกๆ มาจนถึงยุคปัจจุบัน นอกจากนั้น ยังได้ชี้ให้เห็นเทคนิคการทำงานและแนวคิดแนวทางการทำงานสังคมสงเคราะห์ในหน่วยบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงมาจากยุคแรกจนถึงปัจจุบัน

ผู้เขียนนำเสนอประวัติความเป็นมาของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่เริ่มมีตำแหน่งนี้ เมื่อ ค.ศ.1895 ที่ลอนดอน สหราชอาณาจักร ในครั้งนั้น ไม่ได้เรียกว่า social worker แต่เรียกว่า hospital almoner ที่โรงพยาบาล the Royal Free Hospital ผู้เขียนยังใช้ศัพท์คำว่า social almoner เมื่ออธิบายถึง Mary Stewart ที่ได้รับการจ้างงานให้ทำหน้าที่ social almoner ในโรงพยาบาลแห่งนี้ เธอมีหน้าที่ตรวจสอบบทวนการเข้ามาเป็นคนไข้ในและรับคนไข้ที่พิจารณาแล้วว่าตรงกับการให้บริการของโรงพยาบาล เธอยังมีหน้าที่รองในเรื่องการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นที่เหมาะสม และมีหน้าที่ตัดสินใจว่าผู้ป่วยคนใดสมควรที่จะได้เข้ารับบริการ

สามเดือนต่อมา ผลงานของเธอได้รับการพิจารณาว่าเป็นประโยชน์ ทว่าองค์การ Charity Organization Society – COS) ที่ลอนดอนปฏิเสธที่จะต่อสัญญา จนกว่าโรงพยาบาลจะตกลงที่จะยอมจ่ายเงินเดือน อย่างน้อยสมทบเป็นส่วนหนึ่ง ซึ่งในที่สุด แพทย์สองท่านที่บริหารโรงพยาบาลยอมที่จะจ่ายเงินเดือนร่วมกับ COS ฝ่ายละครึ่งหนึ่งให้กับ Mary Stewart นับตั้งแต่นั้นมา social almoner กลายเป็นนักวิชาชีพ โดยในปี ค.ศ.1905 โรงพยาบาลจ้าง social almoners เพิ่มอีก 7 ตำแหน่ง ในปี ค.ศ. 1906 มีสภาวิชาชีพ เรียกว่า Hospital Almoners' Council ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นสถาบัน เรียกว่า the Institute of Hospital Almoners ทำหน้าที่ฝึกอบรมบรรดา almoners ต่อมา สถาบันยังรับผิดชอบต่อการขยายขอบเขตการดำเนินงาน เพิ่มภาระหน้าที่มากขึ้น อาทิ การป้องกันความเจ็บป่วย ฯลฯ

สำหรับในสหรัฐอเมริกา นักสังคมสงเคราะห์ (social worker) คนแรกที่ทำงานในโรงพยาบาล (Massachusetts General Hospital) เป็นเวลา 10 ปีหลังจาก Mary Stewart ได้รับการจ้างงานครั้งแรกที่ลอนดอน คือ Garnet Pelton แต่เธออยู่ในตำแหน่งไม่นาน เพียงแค่หกเดือน และ Ida Cannon เข้ามาทำหน้าที่แทนโดยอยู่นานถึง 40 ปี โดย Cannon (1952) ได้บันทึกไว้ว่า “เป็นมิตรภาพที่เชื่อมโยงอย่างแนบแน่นระหว่าง English almoners และ medical social workers ของสหรัฐอเมริกา” Ida Cannon ทำงานเป็นพยาบาลอยู่สองปี และได้เข้าเรียนสังคมวิทยาที่มหาวิทยาลัยมินเนโซตา ได้มีโอกาสฟังการบรรยายของ Jane Addams ที่มีแนวคิดแบบปฏิรูปสังคม (Social Reform)

รวมทั้งนายแพทย์ Richard Cabot ซึ่งมีพื้นฐานการศึกษาด้านปรัชญา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปรัชญาสังคมปฏิบัตินิยม (Social Pragmatism) แล้วต่อมาเปลี่ยนสายมาศึกษาด้านการแพทย์ Dr.Richard Cabot สนับสนุน Cannon ในการทำงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์อย่างมีพื้นฐานความเข้าใจทางสังคมการแพทย์ ยิ่งไปกว่านั้น Dr.Cabot ยังได้สนิทสนมกับ ประธานาธิบดี Theodore Roosevelt และ Jane Addams (Jane Addams เป็นที่ปรึกษาประธานาธิบดีถึงสองท่าน คือ Woodrow Wilson และ Theodore Roosevelt) Dr.Cabot เห็นว่าศาสตร์ทางการแพทย์และสังคมสงเคราะห์มีความเชื่อมโยงกันอย่างลึกซึ้ง นักสังคมสงเคราะห์มีหลายสิ่งหลายอย่างที่แพทย์ไม่มีหรือไม่ค่อยจะมี นักสังคมสงเคราะห์เหมือนคนที่จะแปลข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ไปสู่ผู้ป่วยและครอบครัว ความสำเร็จของสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาล Massachusetts General Hospital ทำให้ขยายบทบาทความสำคัญไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ

สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เปลี่ยนผ่านอย่างสำคัญมาเป็น “สังคมสงเคราะห์สุขภาพ” หลังสงครามโลกครั้งที่สองและเป็นผลมาจากกฎหมายความมั่นคงทางสังคมของสหรัฐอเมริกา สังคมสงเคราะห์ก้าวออกมาจากโรงพยาบาลไปสู่กองทัพเรือ กองทัพบก และองค์การทหารผ่านศึก ยิ่งไปกว่านั้น นโยบาย Medicare และ Medicaid ที่เกิดขึ้นในยุคทศวรรษ 1960s ทำให้บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์มีความสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างมาก ระหว่างปี 1960-1970 จำนวนนักสังคมสงเคราะห์เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าตัว บทแรกทำให้สรุปได้ว่า แพทย์ที่เข้าใจความสำคัญของมิติทางสังคมของความเจ็บป่วยเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้วิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์และสังคมสงเคราะห์สุขภาพในสหราชอาณาจักรและในสหรัฐอเมริกา

บทที่ 2 บทบาทของสังคมสงเคราะห์และหน่วยบริการสุขภาพ (Social Work Roles and Health-Care Settings) เขียนโดย Teri Browne นักสังคมสงเคราะห์สุขภาพปฏิบัติการในสภาวะแวดล้อมที่แตกต่างหลากหลายและมีบทบาทอย่างมาก ทั้งในเชิงการออกแบบบริการ การจัดบริการและการประเมินผลการบริการ นักสังคมสงเคราะห์สุขภาพอำนวยความสะดวกระหว่างระบบองค์กรและนักวิชาชีพ เพื่อให้

เกิดการปรับปรุงบริการสุขภาพสำหรับทั้งปัจเจกบุคคลและกลุ่มประชากรในวงกว้าง นักสังคมสงเคราะห์สุขภาพทำงานด้วยความร่วมมือร่วมใจระหว่างสหวิชาชีพในระดับต่างๆ

ผู้เขียนย้ำแนวคิดชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Approach) ในฐานะเป็นรากฐานสำคัญของสังคมสงเคราะห์สุขภาพ ทั้งนี้ ได้ชี้ให้เห็นว่าบทความของ George L. Engle (1977) ที่นำเสนอแนวคิดชีวจิตสังคม เป็นรูปแบบที่ทำลายแนวคิดชีวการแพทย์ได้รับการต้อนรับจากนักสังคมสงเคราะห์สุขภาพ แนวคิดดังกล่าวชี้ให้เห็นด้านมุมมองชีววิทยา สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิทยาและพฤติกรรมของความเจ็บป่วย เป็นการขยายมุมมองแบบการแพทย์ดั้งเดิมที่เน้นแต่สาเหตุทางชีวภาพของความเจ็บป่วย แนวคิดชีวจิตสังคมพิจารณาตัวกำหนด (determinants) ที่ไม่ใช่การแพทย์และไปกันได้เป็นอย่างดีกับองค์ประกอบที่เป็นชีววิทยาส่วนๆ ตัวอย่างเช่น การบริการสุขภาพบนแนวคิดชีวจิตสังคมให้ความสำคัญกับความสามารถในการซื้อยาเบาหวานของผู้ป่วย เมื่อต้องวางแผนการบำบัดรักษา แทนที่จะสนใจแค่เพียงผลการทดลองในห้องทดลองและสภาพทางกายภาพอย่างที่แนวคิดการแพทย์สนใจ

นักสังคมสงเคราะห์ในหน่วยบริการสุขภาพมีบทบาทมากมาย อาทิ Rock and Cooper (2000) อธิบายกิจกรรมการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การคัดกรองและการบำบัดรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง (alcoholism) ซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล การจัดการรายกรณี การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) เพื่อปรับปรุงการจัดการตนเองของผู้ป่วยในชุดการบำบัดและการให้การปรึกษาผู้สูญเสียคนใกล้ชิด (bereavement counseling)

ผู้เขียนนำเสนอให้เห็นบทบาทการประเมินของนักสังคมสงเคราะห์สุขภาพ (Health Social Work Assessment) ทั้งนี้ นักสังคมสงเคราะห์จะประเมินความเข้มแข็งและความต้องการจำเป็นของบุคคลและสมาชิกในเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม ระบุให้เห็นสิ่งที่มีคุณค่า (assets) และอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นในการบริการสุขภาพ

การดำเนินการแทรกแซงของสังคมสงเคราะห์สุขภาพ (Health Social Work Intervention) จากฐานการประเมินความต้องการจำเป็นอย่างรอบคอบรัดกุม นักสังคม

สงเคราะห์ให้บริการความช่วยเหลือและพัฒนา ตลอดจนดำเนินการแทรกแซงจัดการกับความต้องการจำเป็นที่ได้ค้นพบ กระบวนการนี้รวมไปถึงการอธิบายโรคและการบำบัดรักษาให้กับผู้ป่วยในแบบแผนที่สอดคล้องกับอุปสรรคต่างๆ อาทิ ระดับความเท่าทัน (literacy levels) ระดับขั้นการพัฒนา ภาษา การมอง หรือการได้ยิน บทบาทสำคัญอีกประการหนึ่งของนักสังคมสงเคราะห์ที่สุขภาพคือการอำนวยความสะดวกให้การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยเป็นไปได้ด้วยดี

ปรากฏการณ์ทั่วไปของการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์สุขภาพก็คือการมีผู้ช่วยครอบครัวของผู้ป่วย และสมาชิกในชุมชน ที่เข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังแข่งขันกับทีมสุขภาพหรือเข้ามากระทำการเสมือนเป็นที่ปรึกษาให้กับแผนงานและการวิจัย พื้นฐานลึกๆ ของแนวโน้มนี้คือความคิดที่นับว่า ผู้ป่วยจักต้องมีสิทธิมีเสียงอย่างเท่าเทียมกับนักวิชาชีพในการวางแผนบริการสุขภาพหรือการวิจัยสุขภาพ

ผู้เขียนนำเสนอว่า นักสังคมสงเคราะห์ถือเป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ วิชาชีพสังคมสงเคราะห์มีศูนย์รวมสำคัญสองด้านคือ (1) การส่งเสริมสถาบันทางสังคมในการตอบสนองความต้องการจำเป็นของมนุษย์ และ (2) การส่งเสริมการหน้าที่ทางสังคมของปัจเจกบุคคล เนื่องจากของสังคมสงเคราะห์สุขภาพยังรวมถึงภาระงานที่ไม่ได้อยู่ในหน่วยบริการสุขภาพโดยตรงด้วย เช่น ชุมชน มหาวิทยาลัย และหน่วยงานรัฐบาลอื่นๆ เองงานยังครอบคลุมกว้างขวางไปถึงสังคมสงเคราะห์สาธารณสุข การพัฒนานโยบาย การวางแผนโครงการ การให้การศึกษาชุมชนและการคัดกรอง หรืองานวิจัย ในหน่วยงานระดับมหภาคเหล่านี้ นักสังคมสงเคราะห์จะทำงานร่วมมือกับวิชาชีพอื่น รวมทั้งผู้กำหนดนโยบาย เจ้าหน้าที่ที่มาจากการเลือกตั้ง บุคลากรของคณะมหาวิทยาลัย ผู้บริหาร และสมาชิกชุมชน

บทบาทหลักของนักสังคมสงเคราะห์สุขภาพคือการปฏิบัติต่อบุคคลแบบองค์รวมทั้งครบ เนื่องจากครอบคลุมทั้งระดับคลินิกและระดับบริหารจัดการ สังคมสงเคราะห์เป็นการเติมเต็มการหน้าที่ที่สำคัญในแนวคิดชีวะจิตสังคมเพื่อการบริการสุขภาพ แม้ว่าในการจัดบริการสุขภาพนั้น มีความท้าทายทั้งในเชิงการเงินงบประมาณ ความท้าทายใน

องค์กร และความท้าทายในเชิงวิชาชีพ สังคมสงเคราะห์นั้นน่าจะเป็นองค์ประกอบสำคัญอันขาดเสียมิได้ของทีมสุขภาพ และส่งผลอย่างสำคัญต่ออิทธิพลระดับต่างๆ ในมิติสุขภาพ

บทที่ 3 จรรยาบรรณและสังคมสงเคราะห์ในบริการสุขภาพ (Ethics and Social Work in Health Care) เรียบเรียงโดย Jared Sparks ในบทนี้ ผู้เขียนอภิปรายพัฒนาการของจรรยาบรรณทางสังคมสงเคราะห์ จรรยาบรรณทางการแพทย์ และจรรยาบรรณทางชีววิทยา ในบริบทเชิงประวัติศาสตร์และบริบทเชิงวัฒนธรรม ผู้เขียนแยกแยะศัพท์แสงและทฤษฎีด้านจริยศาสตร์ที่สัมพันธ์กับประมวลจรรยาบรรณของสังคมสงเคราะห์ ให้ภาพของรูปแบบการตัดสินใจและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่สัมพันธ์กับจรรยาบรรณสังคมสงเคราะห์ในหน่วยบริการสุขภาพ ผู้เขียนอภิปรายประเด็นปัญหาจรรยาบรรณที่สัมพันธ์กับความสัมพันธ์เชิงทวิลักษณ์ (dual relationships) การจัดการบริการสุขภาพ และจริยธรรมในการวิจัย รวมทั้งได้เสนอประเด็นความท้าทายเชิงจรรยาบรรณในศตวรรษที่ 21 และไกลยิ่งกว่านั้น

ประเด็นปัญหาการตัดสินใจเชิงจรรยาบรรณ (ethical dilemmas) ผู้เขียนให้ความหมายว่าเป็นสถานการณ์ที่นักสังคมสงเคราะห์ไม่สามารถจะยึดมั่นในคุณค่าเชิงวิชาชีพ หรือเป็นสถานการณ์ที่หากนักสังคมสงเคราะห์ยึดมั่นในคุณค่าเชิงวิชาชีพชุดหนึ่งและจำเป็นต้องขัดแย้งกับคุณค่าเชิงวิชาชีพชุดอื่น ทั้งนี้ มีประเด็นสำคัญที่มักจะพบปัญหาการตัดสินใจเชิงจรรยาบรรณในงานสังคมสงเคราะห์อยู่ 8 ประการ ได้แก่ (1) การรักษาความลับและการสื่อสารที่คำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการ (2) ความซื่อสัตย์จริงใจ (3) การเคารพเชื่อฟังผู้มีอำนาจ (paternalism) และการตัดสินใจด้วยตนเอง (4) กฎหมายนโยบายและระเบียบข้อบังคับ (5) การเปิดโปงให้เบาะแสด (whistle-blowing) (6) การกระจายทรัพยากรที่มีจำกัด (7) ค่านิยมเชิงวิชาชีพกับค่านิยมส่วนบุคคล และ (8) การตัดสินใจในเชิงจรรยาบรรณ

บทที่ 4 การสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ (Public Health and Social Work) เรียบเรียงโดย Marjorie R. Sable, Deborah R. Schild, และ Aaron J. Hipp ผู้เขียนเห็นว่าสาธารณสุขเป็นพื้นที่การปฏิบัติงานพิเศษที่หลากหลายวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งผู้ปฏิบัติงานในเชิงคลินิก อาทิ แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์คลินิก พยาบาล

นักศึกษา นักอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ใช่คลินิก อาทิ นักระบาดวิทยา ผู้บริหาร และผู้กำหนดนโยบาย นักสังคมสงเคราะห์สุขภาพได้รับการเตรียมการมาเป็นอย่างดีสำหรับการปฏิบัติงานสาธารณสุขร่วมกับวิชาชีพอื่น เนื่องจากวิชาชีพต่างๆ ได้มีการแบ่งปันค่านิยม ทฤษฎีและวิธีการปฏิบัติที่มีความเหมือนกันและคล้ายคลึงกัน

ค่านิยมที่มีร่วมกันยังรวมไปถึงการมีพันธะต่อการสนับสนุนและเสริมสร้างความเป็นธรรมทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม การมุ่งสร้างความเหลื่อมล้ำระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ ยิ่งไปกว่านั้น การแทรกแซงของสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ยังรวมศูนย์ไปที่กลุ่มคนที่มีความเปราะบาง กลุ่มคนที่มีความเสี่ยงและกลุ่มคนที่ถูกกดขี่เอารัดเอาเปรียบ

การดำเนินการแทรกแซงของนักสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่สาธารณสุขมีตั้งแต่ระดับจุลภาค มัชฌิมภาค และมหภาค รวมทั้งเป็นการหน้าที่ด้านการป้องกัน ตั้งแต่การป้องกันระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิกรณีเอชไอวีทั้งระดับจุลภาค มัชฌิมภาคและมหภาค ผู้เขียนยังได้หยิบยกประเด็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ การเตรียมการจัดการรับมือกับอุบัติภัย ลัทธิการก่อการร้าย การเปลี่ยนแปลงของอากาศ การกดขี่เอารัดเอาเปรียบ และความเป็นธรรมทางสังคม

ผู้เขียนแยกแยะให้เห็นว่า ในขณะที่นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ทำงานกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อช่วยให้ปรับตัวกับความเจ็บป่วยกระทันหัน ความเจ็บป่วยรุนแรงหรือบาดแผลทางใจ นักสังคมสงเคราะห์สาธารณสุขดำเนินการในระดับประชากร ส่งเสริมการป้องกันและดำเนินการจัดการกับสาเหตุของปัญหาสุขภาพต่างๆ นักสังคมสงเคราะห์สาธารณสุขใช้ความชำนาญการที่มีฐานมาจากแนวคิดบุคคลในสภาวะแวดล้อม เพื่อการประสานความเชื่อมโยงแนบแน่นกับตัวกำหนดทางพฤติกรรม สังคมและกายภาพในสุขภาพ

บทที่ 5 นโยบายสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ (Health Policy and Social Work) เขียนโดย Julie S. Darnell, and Edward F. Lawlor ผู้เขียนอธิบาย นโยบายสุขภาพ ว่าหมายถึงการกระทำของรัฐบาลหรือหน่วยงานภาคเอกชนที่มุ่งให้บรรลุผลสำเร็จ

ตามเป้าหมายในการบริการสุขภาพ ทั้งนี้ ในสหรัฐอเมริกา มีกฎหมายการคุ้มครองผู้ป่วย ที่เรียกว่า Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) มาตั้งแต่ ค.ศ. 2010 กฎหมายนี้ส่งผลกระทบต่อขอบเขตการทำงานของสังคมสงเคราะห์สุขภาพ กฎหมายนี้เพิ่มความสำคัญของการประกันสุขภาพ ขยายความครอบคลุมและเป็นการปรับเปลี่ยน (reset) ประสิทธิภาพ การจัดองค์กรและการเงินงบประมาณของการบริการสุขภาพใหม่ ความท้าทายของนักสังคมสงเคราะห์ต่อสถานะแวดล้อมของนโยบายสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนไป นักสังคมสงเคราะห์ต้องเรียนรู้ทั้งพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน และต้องเรียนรู้ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนี้ กับกระบวนการและเส้นทางที่เปลี่ยนแปลงไป

ในบทนี้ ผู้เขียนนำเสนอภาพรวมของกรอบแนวคิดการทำความเข้าใจกับนโยบายสุขภาพ ที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานตรง การพิทักษ์สิทธิและการตัดสินใจเชิงนโยบาย กรอบแนวคิดสะท้อนประเด็นสำคัญของนโยบายสุขภาพ การเข้าถึงบริการ ต้นทุนค่าใช้จ่าย คุณภาพ และความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ (accountability) รวมไปถึงความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดระเบียบองค์กร การเงินงบประมาณและโครงสร้างการจ่ายเงินในระบบบริการสุขภาพ แผนงาน Medicare Medicaid และแผนงานประกันสุขภาพเด็กของรัฐ (State Children's Health Insurance Program – SCHIP)

บทที่ 6 ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (Theories of Health Behavior) เรียบเรียงโดย Sarah Gehlert and Sarah E. Bollinger ผู้เขียนจำแนกทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ ที่นักสังคมสงเคราะห์สุขภาพต้องมีความรู้ความเข้าใจเป็น (ก) กลุ่มทฤษฎีที่มาจากฐานคิดเกี่ยวกับเหตุผลในการเลือก (Theoretical approaches based on rational choice) ซึ่งประกอบไปด้วยทฤษฎีรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) ทฤษฎีการกระทำที่มีเหตุผล (Theory of reasoned action) และทฤษฎีพฤติกรรมที่เกิดจากการวางแผน (Theory of planned behavior) (ข) กลุ่มทฤษฎีที่มาจากฐานคิดเครือข่ายทางสังคม (Theoretical approaches based on social networks) ประกอบด้วยทฤษฎีการกระทำทางสังคม (Social action theory) (ค) รูปแบบพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Behavioral model of health services use) และ (ง) รูปแบบ

การเชื่อมโยงทฤษฎี: ขั้นตอนกระบวนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical model: Stages of change)

ทฤษฎีรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) เริ่มแรกพัฒนาขึ้นมาจากความพยายามในการอธิบายว่า เหตุใดผู้คนจึงไม่ให้ความร่วมมือในการคัดกรองวัณโรคในยุค 1960s แม้ว่าจะมีรถตู้เข้าไปอำนวยความสะดวกถึงในชุมชน ทฤษฎีนี้สะท้อนให้เห็นองค์ประกอบสำคัญสองประการคือ การที่ผู้คนรับรู้ถึงภัยคุกคาม (perceived threat) และการคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดตามมา (outcome expectations) ส่วนทฤษฎีการกระทำที่มีเหตุผล (Theory of reasoned action) เป็นการพัฒนาต่อยอดจากทฤษฎีรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพออกไป โดยขยายองค์ประกอบไปถึงอิทธิพลของผู้มีส่วนอย่างสำคัญ (significant others) ในสภาวะแวดล้อมของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทฤษฎีการกระทำที่มีเหตุผลมีข้อสันนิษฐานว่า พฤติกรรมนั้นถูกกำหนดโดยเจตนาเชิงพฤติกรรม และเจตนาเชิงพฤติกรรม ในทางกลับกันก็ถูกกำหนดโดยทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสุขภาพ และอิทธิพลของบุคคลที่มีส่วนอย่างสำคัญในสภาวะแวดล้อม หรือบรรทัดฐานทางสังคม

บทที่ 7 ชุมชนและสุขภาพ (Community and Health) เรียบเรียงโดย Christopher Masi บทนี้ผู้เขียนนำเสนอ ชุมชนที่ส่งผลต่อสุขภาพและการจัดการต่อปัญหาต่างๆ ประเด็น รวมทั้งอภิปรายถึงความเป็นชุมชนละแวกบ้าน (neighborhoods) ที่มีความแตกต่างกันไปตามองค์ประกอบด้านชาติพันธุ์และทรัพยากรที่มีความสำคัญต่อสุขภาพ ผู้เขียนแยกแยะแบบฉบับของชุมชนละแวกบ้านในเชิงบริบทและในเชิงองค์ประกอบออกจากกัน ผู้เขียนยังได้พรรณนาถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของชุมชนและตัวกำหนดหลักๆ ในสุขภาพ

ผู้เขียนนำเสนอกลไกในชุมชนที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคลสองประการ ได้แก่ สภาวะการณ์ทางสังคม (social circumstances) และสภาวะแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) ทั้งนี้ สภาวะการณ์ทางสังคมในชุมชน หมายความว่ารวมถึงระดับการศึกษาของเพื่อนบ้านในชุมชน การมีงานทำ ความเหลื่อมล้ำ ความยากจน อาชญากรรม และความสามัคคีแน่นเหนียวในชุมชน ชุมชนที่ความสัมพันธ์ทางสังคมเกิดขึ้นได้ง่ายๆ และธำรงรักษาความสัมพันธ์ที่ดีได้ยาวนาน น่าจะเป็นชุมชนที่มีสภาวะ

แวดล้อมทางสุขภาพที่ดี หรือดีกว่าชุมชนที่คนอาศัยต้องคอยระวังภัยจากอาชญากรรม ผู้เขียนอ้างอิงการศึกษาวิจัยที่สหราชอาณาจักรพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีคูครองที่ให้ความไว้วางใจและใกล้ชิด มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตเพียงครึ่งหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่มีคูครองหรือไม่มีใครให้ความไว้วางใจใกล้ชิด

นักสังคมสงเคราะห์สามารถแสดงบทบาทสำคัญในการเรียกร้องการปฏิรูปเศรษฐกิจและปรับปรุงชุมชนให้ดีขึ้น นักสังคมสงเคราะห์ในฐานะคนทำงานแถวหน้ากับชุมชน ย่อมสังเกตเห็นผลของการตกงาน การได้ค่าจ้างต่ำ และการขาดหลักประกันสุขภาพทุกๆ วัน นักสังคมสงเคราะห์พบกับคนที่ไม่สามารถมีที่อยู่อาศัย ขาดครอบครัวญาติมิตร ไม่มีโอกาสเข้าถึงการบำบัดรักษา นักสังคมสงเคราะห์ตระหนักในความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบ นักสังคมสงเคราะห์สามารถนำการเรียกร้องให้หน่วยงานและรัฐให้ความสนใจกับชุมชนที่ขาดแคลนทรัพยากรได้อย่างหลากหลายวิธี ผู้เขียนเสนอให้ใช้วิธีการวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยฐานชุมชน (community-based participatory research-CBPR) วิธีการวิจัย CBPR เป็นเครื่องมือที่ทรงพลังที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยว่า CBPR ทำให้ นักสังคมสงเคราะห์ค้นพบทรัพยากร ความต้องการจำเป็น และทางออกในการแก้ไขปัญหา ร่วมไปกับผู้มีส่วนได้เสียประโยชน์ที่ประสบกับปัญหาในชุมชนโดยตรง

บทที่ 8 สุขภาพกายและสุขภาพจิต: ปฏิสัมพันธ์, การวินิจฉัย, และการดำเนินการแทรกแซง (Physical and Mental Health: Interactions, Assessment, and Interventions) เรียบเรียงโดย Malitta Engstrom ผู้เขียนนำเสนอปฏิสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกายและสุขภาพจิตในฐานะที่เป็นประเด็นปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนอย่างที่สุดสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ในหน่วยบริการสุขภาพ ความสลับซับซ้อนดังกล่าวกำเนิดขึ้นจากพลวัตความสัมพันธ์ของกาย-จิต การผนวกรวมสมภาวะทางสุขภาพจิตและสุขภาพกาย การแยกแยะความแตกต่างของปฏิกิริยาทางจิตวิทยาที่มีต่อความเจ็บป่วย ผลกระทบเชิงจิตวิทยาจากสภาวะเงื่อนไขทางกายภาพ จาก การบำบัดรักษาและจากความผิดปกติทางจิตเวช การแทรกแซงภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิต และการจัดบริการเพื่อการสร้างเสริมความเป็นอยู่ที่ดีทางกายและทางจิต ในขณะที่

ประเด็นปัญหาความสลับซับซ้อนดังกล่าวดำรงอยู่ นักสังคมสงเคราะห์ที่ใช้การประเมินและการดำเนินการแทรกแซง ที่สะท้อนครอบครัวและบริบทเชิงนิเวศวิทยาของประชาชนในสถานะแวดล้อมของเขา

ผู้เขียนนำเสนอ การประเมินสถานะทางจิตสังคมในหน่วยบริการสุขภาพ โดยมองว่า การประเมินที่แม่นยำถูกต้องถือเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานแทรกแซงที่มีประสิทธิผลของนักสังคมสงเคราะห์ ทั้งนี้การประเมินเป็นกระบวนการคิดที่แสวงหาความหมายของสถานะการของผู้ใช้บริการ จัดวางลำดับรายละเอียดของผู้ใช้บริการ และนำไปสู่การดำเนินการแทรกแซงที่เหมาะสม นอกจากนั้น การประเมินยังเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ ในขณะที่ นักสังคมสงเคราะห์แสวงหาความเข้าใจผู้ให้บริการในสถานการณ์ของเขา นักสังคมสงเคราะห์ก็จะแสดงความสนใจ ความเข้าใจอย่างที่เขาเป็น (empathy) และการผูกพันผู้ให้บริการโดยให้ความเคารพในความร่วมมือร่วมใจ ทั้งหมดนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพที่ดี

ผู้เขียนอภิปรายในประเด็นสำคัญหลากหลายประเด็น อาทิ กลยุทธ์การดำเนินการเชิงจิตสังคมในหน่วยบริการสุขภาพ การประเมินอย่างสมบูรณ์รอบด้าน (comprehensive assessment) เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์สามารถพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาได้อย่างรอบด้าน และยังช่วยให้มีหนทางต่างๆ ในการดำเนินการที่มีประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหา ยิ่งไปกว่านั้น การประเมินที่เข้มข้นยังช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์สามารถหารือกับผู้ให้บริการในทางเลือกการแก้ไขปัญหาได้อีกด้วย

บทที่ 9 การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์และประเด็นปัญหาความพิการ (Social Work Practice and Disabilities Issues) เรียบเรียงโดย Rebecca Brashler ผู้เขียนให้ทัศนะว่า ประชาชนที่มีความพิการนั้นเป็นกลุ่มที่ใช้บริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความพิการ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณาในประเด็นของการเข้าถึง (access) บริการทางการแพทย์ การประกัน คุณภาพการให้บริการ และการจัดบริการสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ร่วมศูนย์ความสนใจไปที่จิตวิทยาและการเมืองของความแตกต่าง มลทิน ประทับที่สัมพันธ์ประชาชนที่ตกหล่นอยู่นอกกระแสหลัก รวมทั้งให้ความสนใจกับ

ผลประโยชน์ที่มีความแตกต่างกันและการจัดกำแพงอุปสรรคทางสังคม ผู้เขียนทบทวนประเด็นเหล่านี้เพื่อนักสังคมสงเคราะห์ ที่ทำงานการให้คำปรึกษากับบุคคลที่มีความพิการในหลายๆ หน่วยงานที่แตกต่างกัน

ผู้เขียนอภิปรายถึงปัญหาความท้าทายในความพยายามกำหนดนิยามความหมายของความพิการ ผู้เขียนทบทวนการพิจารณารูปแบบความพิการ และอภิปรายข้อสันนิษฐานของรูปแบบดังกล่าวรวมทั้งอิทธิพลที่มีต่อมุมมองของนักสังคมสงเคราะห์ ผู้เขียนนำเสนอภาพรวมปัญหาความท้าทายที่นักสังคมสงเคราะห์มักพบเสมอในการทำงานกับผู้ให้บริการที่มีความพิการ ผู้เขียนอภิปรายถึงค่านิยมของสังคมในการมองความแตกต่างและความพิการ อันมีอิทธิพลต่อทัศนยะส่วนบุคคลและแนวคิดแนวทางในเชิงคลินิก

บทที่ 10 การสื่อสารในบริการสุขภาพ (Communication in Health Care) เรียบเรียงโดย Sarah Gehlert การสื่อสารที่ดีนับเป็นแก่นแกนสำคัญของการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ หากผู้ป่วยและผู้ให้บริการสามารถที่จะติดต่อสื่อสารถึงกันและกันไปในแนวทางที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่มีความถูกต้องแม่นยำ ผลลัพธ์ทางสุขภาพน่าจะเป็นการเสริมสร้างการเติบโตของงานได้ในหลายๆ ด้าน ตัวอย่างเช่น การวินิจฉัยจะมีความถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น หากนักสังคมสงเคราะห์และนักวิชาชีพอื่นสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ดึงนัยความหมายและตั้งคำถามที่ง่ายต่อความเข้าใจ ในทางเดียวกัน ผู้ป่วยที่สามารถแสดงออกซึ่งอาการและความกังวลในหนทางที่ผู้ให้บริการสามารถเข้าใจได้ ก็จะทำให้การวินิจฉัยสภาวะของผู้ป่วยทำได้ชัดเจนและการประเมินปัญหาความต้องการก็มีความถูกต้องแม่นยำ

การสื่อสารที่ดีนำไปสู่การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ แผนการบำบัดรักษาที่อยู่บนฐานของการประเมินที่แม่นยำก็จะเป็นแผนที่มีประสิทธิภาพสูง เนื่องจากแผนนั้นสะท้อนความต้องการจำเป็นด้านสังคมและด้านการบริการสุขภาพที่เป็นของผู้ป่วยได้ดี ในบทนี้ ผู้เขียนอภิปรายถึงเป้าหมายของการสื่อสารทางสุขภาพ การได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารให้ได้มากที่สุดและเป็นข้อมูลที่มีความบิดเบือนน้อยที่สุด ผู้เขียนชี้ให้เห็นถึงการต่อรองแลกเปลี่ยน (negotiations) ที่แฝงอยู่ในคู่มือสื่อสารในบริการสุขภาพ แหล่งที่มักจะพบว่า

การสื่อสารที่บกพร่อง และหนทางต่างๆ ที่การติดต่อสื่อสารที่สามารถสร้างขึ้นได้ในหน่วยบริการคลินิก

บทที่ 11 ศาสนา ความเชื่อเชิงจิตวิญญาณ สุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ (Religion, Spirituality, Health, and Social Work) เรียบเรียงโดย Terry A. Wolfer บทนี้ผู้เขียนประสงค์จะจัดข้อมูลข่าวสารเพื่อช่วยนักสังคมสงเคราะห์การพัฒนาสมรรถนะในเชิงศาสนาและจิตวิญญาณ ผู้เขียนเริ่มต้นด้วยการชี้ให้เห็นความสำคัญของศาสนา จากนั้นอภิปรายถึงแนวคิดที่สะท้อนหลายมิติมุมมองและความทับซ้อนของทั้งจิตวิญญาณและศาสนา ผู้เขียนชี้ผลงานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างศาสนา จิตวิญญาณและสุขภาพกาย-สุขภาพจิต สุดท้ายผู้เขียนได้เสนอแนะกลยุทธ์การประเมินที่หลากหลายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานเชิงคลินิก ตั้งแต่เครื่องมือเล็กๆ ไปจนถึงการสัมภาษณ์เจาะลึก

ผู้เขียนพรรณนาให้เห็นระดับความเลื่อมใสในศาสนาของคนอเมริกันและการส่งผลต่อนักสังคมสงเคราะห์และวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ ผู้เขียนให้นิยามความหมายของแนวคิดศาสนาและจิตวิญญาณ โดยสะท้อนมิติมุมมองที่หลากหลายและความสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ผู้เขียนให้ภาพหลักการและเหตุผลสำหรับการประเมินจิตวิญญาณของผู้ใช้บริการและวิธีการหลักๆ ในการประเมินจิตวิญญาณ อาทิ การใช้เครื่องมือคัดกรองโดยสังเขป การใช้ภาพเป็นเครื่องมือประเมิน (pictorial tools) และการใช้รูปแบบการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นต้น ผู้เขียนแสดงให้เห็นความสำคัญของการทำความเข้าใจในศาสนาและจิตวิญญาณของผู้ใช้บริการที่นักสังคมสงเคราะห์สุขภาพจำเป็นต้องมี

บทที่ 12 การพัฒนาความเข้าใจร่วมกัน: เมื่อผู้ป่วยใช้แนวคิดการแพทย์ทางเลือกและแนวคิดเสริมการรักษา (Developing a Shared Understanding: When Medical Patients Use Complementary and Alternative Approaches) เรียบเรียงโดย Penny B. Block บทนี้ ผู้เขียนอภิปรายถึงการใช้การแพทย์ทางเลือกที่กำลังเป็นปรากฏการณ์อันแพร่หลายในสังคมอเมริกัน ทั้งนี้ หลักฐานการวิจัยพบว่า ชาวอเมริกันมีการใช้การบำบัดรักษาทางเลือกอย่างน้อยหนึ่งวิธีการ กระจายอยู่ในทุกกลุ่มชาติพันธุ์ ทุกระดับรายได้ และในช่วงอายุที่แตกต่างกัน นักสังคมสงเคราะห์

วิชาชีพนั้นมีความเคารพในความหลากหลายทางสังคมและชาติพันธุ์ของผู้ใช้บริการในหน่วยบริการสุขภาพอยู่แล้ว จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องก้าวข้ามให้พ้นไปจากภูมิหลังทางชีวการแพทย์และเพิ่มพูนความเข้าใจในปรัชญาและปฏิบัติการสุขภาพที่หลากหลาย

ผู้เขียนชี้ให้เห็นแบบแผนและความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกและการเสริมการรักษาในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน แยกแยะให้เห็นความแตกต่างระหว่างการแพทย์ทางเลือก การเสริมการรักษาและการแพทย์แบบบูรณาการ อภิปรายถึงรูปแบบและกลุ่มการบำบัดที่อยู่ภายใต้การแพทย์ทางเลือก ผู้เขียนนำเสนอหลักการและเหตุผลของการใช้การบำบัดรักษาแบบทางเลือก โดยอ้างอิงผลการวิจัยและการประยุกต์ใช้ที่มีประสิทธิผล ผู้เขียนอภิปรายถึงการนำผู้ให้บริการเข้ามาร่วมอภิปรายเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติการสุขภาพส่วนบุคคล ผู้เขียนนำเสนอการคัดกรองกลยุทธ์กาย-จิตที่เหมาะสมในฐานะเครื่องมือการลดความเครียด และแสดงรายละเอียดของแหล่งทรัพยากรที่จะให้ข้อมูลข่าวสารรวมทั้งการประเมินผลการบำบัดแบบ nonallopathic therapies

บทที่ 13 ครอบครัว สุขภาพ และความเจ็บป่วย (Families, Health, and Illness) เรียบเรียงโดย John S. Rolland ในบทนี้ ผู้เขียนเกริ่นนำว่าความเจ็บป่วย ความพิการและการเสียชีวิตเป็นประสบการณ์สากลในทุกครอบครัว ประเด็นคำถามไม่ใช่การหาคำตอบว่า เราจะไม่พบประสบการณ์ปัญหาเหล่านี้ได้อย่างไร ทว่าเป็นประเด็นที่ชีวิตของเราระดำรงอยู่อย่างไรในสภาวะการณ์แบบใด ปัญหาเหล่านี้จะคงอยู่เป็นเวลานานสักเท่าไร และความรุนแรงของปัญหาจะเป็นไปสักเพียงไหน อย่างไรก็ตาม ด้วยความก้าวหน้าอย่างมากของเทคโนโลยีทางการแพทย์ บุคคลมีชีวิตยืนยาวกว่าเมื่อก่อน ซึ่งนั่นหมายความว่า สมาชิกในครอบครัวที่ไม่ได้เสียชีวิต แต่ต้องมีชีวิตอยู่กับภาวะโรคและความเจ็บป่วยเรื้อรังก็มีจำนวนสูงมากขึ้นด้วย

ผู้เขียนนำเสนอรูปแบบการประเมินครอบครัวในเชิงบรรทัดฐานและเชิงการป้องกัน การให้การศึกษาด้านจิตวิทยา (psychoeducation) และการดำเนินการแทรกแซงในครอบครัวที่เผชิญกับสภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการคุกคามถึงชีวิต ผู้เขียนเสนอรูปแบบที่มองการปรับตัวเชิงสุขภาพของครอบครัวอย่างรอบด้าน โดยมองว่าการปรับตัวของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยหนักหรือรุนแรงนั้น มีฐานะเป็นกระบวนการพัฒนาอย่างหนึ่งที่

ต้องใช้เวลา อย่างสัมพันธ์กับชีวิตครอบครัวร่วมสมัยที่มีความสลับซับซ้อนและหลากหลาย สัมพันธ์กับการแพทย์สมัยใหม่ รูปแบบการบริการสุขภาพที่มีอยู่ และความสามารถในการ เข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญ

บทที่ 14 สุขภาพทางเพศของมนุษย์ (Human Sexual Health) เรียบเรียง โดย Les Gallo-Silver and David S. Bimbi ผู้เขียนเริ่มต้นด้วยการแสดงทัศนะว่า เพศวิถี (sexuality) และความใกล้ชิดกันในเชิงกายภาพมีส่วนอย่างสำคัญต่อคุณภาพชีวิตในทุกๆ วันของบุคคล อย่างไรก็ตาม ผู้คนมักจะพบความยากลำบากในการพูดคุยเรื่องเพศ กับนักวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคคลที่รู้สึกว่าคุณประทับมลทินจาก อัตลักษณ์ทางเพศของตน เช่น เลสเบียน เกย์ ไบเซ็กชวล และคนข้ามเพศ (LGBT) การทำความเข้าใจในพัฒนาการของมนุษย์ในเรื่องเพศ รายละเอียดของการตอบสนองทางเพศ ของมนุษย์ การเปลี่ยนแปลงและความท้าทายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือการ บาดเจ็บ จะช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์ในหน่วยบริการสุขภาพมีความเชื่อมั่นมากขึ้น เมื่อ ต้องพูดคุยเรื่องเพศวิถีกับผู้ป่วยและคู่ครอง

บ่อยครั้งที่นักสังคมสงเคราะห์กลายเป็นนักวิชาชีพเพียงผู้เดียวในทีมบริการ สุขภาพที่เต็มใจและสามารถที่จะจัดการกับประเด็นปัญหาด้านเพศวิถีและความใกล้ชิดใน บริบทของการติดต่อสื่อสาร การเชื่อมโยงประสานงานและการบำบัดรักษา เป็นเรื่อง สำคัญที่นักสังคมสงเคราะห์สุขภาพต้องช่วยผู้ป่วยให้รักษาสวนสำคัญของชีวิตใน สถานการณ์ความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ผู้เขียนนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เป็นพื้นฐานสำคัญ ของเพศวิถี และผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ การมีเพศสัมพันธ์ การ ตอบสนองของร่างกาย ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดในเชิงความรัก การสนับสนุนและการสร้าง ความสุขสบาย

บทที่ 15 สังคมสงเคราะห์ในเด็กและผู้ใหญ่ที่มีสภาวะทางการแพทย์ (Social Work with Children and Adolescents with Medical Conditions) เรียบเรียง โดย Nancy Boyd Webb and Rose A. Bartone ในบทนี้ผู้เขียนให้ภาพของปัจจัยด้าน ความเครียดและบาดแผลทางใจที่เชื่อมโยงกับสภาวะทางการแพทย์และการบำบัดรักษา ทั้งนี้ นักสังคมสงเคราะห์ใช้วิธีการต่างๆ ในการช่วยเด็กและผู้ใหญ่ที่มีสภาวะเรื้อรังและ

รณรงค์ทางการแพทย์ ผู้เขียนอภิปรายให้เห็นองค์ความรู้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ในการทำงานร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรในโรงเรียน ที่จะช่วยเด็กและครอบครัวเข้าใจในความเครียดและเผชิญกับความเครียดที่มาจากภาวะทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น

ผู้เขียนให้ตัวอย่างทั้งการดำเนินงานแทรกแซงของนักสังคมสงเคราะห์ในฐานะโรงพยาบาลและการดำเนินงานกับเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัว โดยสาธิตให้เห็นวิธีการให้ความช่วยเหลือที่แผ่ไปตามขั้นตอนของความเจ็บป่วย การทำงานกับครอบครัวเป็นส่วนสำคัญมาก ๆ ในกรณีเด็กที่ได้รับผลเป็นความเสียหายเชิงการแพทย์ รวมทั้งเป็นการทำงานแบบร่วมมือกันในเชิงสหวิชาชีพด้วย ผู้เขียนอภิปรายให้เห็นความสำคัญจำเป็นและคุณค่าของทีมงานที่มีความร่วมมือร่วมใจ บ่อยครั้งที่นักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้ริเริ่ม โดยนักสังคมสงเคราะห์ประสานงานใกล้ชิดกับโรงเรียนหรือองค์กรในชุมชน นอกเหนือจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อให้มีการดูแลเด็กที่มีสภาวะทางการแพทย์อย่างสมบูรณ์ครบถ้วนและด้วยความรักความเมตตา

บทที่ 16 สังคมสงเคราะห์กับผู้สูงอายุในหน่วยบริการสุขภาพ (Social Work with Older Adults in Health-Care Settings) เรียบเรียงโดย Sadhna Diwan, Shantha Balaswamy, and Sang E. Lee ผู้เขียนนำเสนอประเด็นการทำงานสังคมสงเคราะห์กับผู้สูงอายุในหน่วยบริการสุขภาพ โดยรวมศูนย์ไปที่องค์ความรู้ที่จำเป็นของนักสังคมสงเคราะห์ที่จะใช้ในการประเมินความต้องการจำเป็นและทรัพยากรอย่างสมบูรณ์ครบถ้วน ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้เขียนให้ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินที่หลากหลาย และพรรณนาถึงธรรมชาติของการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์กับผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการสุขภาพที่หลากหลาย เนื้อหาในบทนี้มีความทับซ้อนกับบทอื่นๆ บ้างในประเด็น เช่น นโยบาย ความพิการ วิกฤตวิทยา วิทยาแม่เร้ง การเจ็บป่วยเรื้อรัง การดูแลระยะสุดท้าย และการจัดการความเจ็บปวด เป็นต้น เนื่องจากประเด็นดังกล่าวล้วนเชื่อมโยงกับผู้สูงอายุทั้งสิ้น

บทที่ 17 ปัญหาการใช้สารเสพติดกับการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์สุขภาพ (Substance Use Problems in Health Social Work Practice) เรียบเรียงโดย

Malitta Engstrom, Collen A. Mahoney, and Jeanne C. Marsh ผู้เขียนเกริ่นนำว่า สังคมอเมริกันการใช้สารเสพติดระบาดไปทั่วในกลุ่มประชากรหลากหลายอายุ เพศสภาพ เพศวิถี เชื้อชาติ วัฒนธรรมและภูมิหลังทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน นักสังคมสงเคราะห์ไม่ว่าจะอยู่ในหน่วยงานใด มีแนวโน้มที่ต้องพบเจอกับผู้ใช้บริการที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดอยู่เสมอ และเนื่องจากว่า การใช้สารเสพติดมาผลกระทบต่อสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ในหน่วยบริการสุขภาพจึงมีแนวโน้มในการพบผู้ใช้บริการที่ใช้สารเสพติดมากเป็นพิเศษ ผู้ป่วยบางรายจะมีความเจ็บป่วยเนื่องมาจากการใช้สารเสพติดโดยตรง เช่น ผู้ป่วยโรคตับแข็ง เป็นต้น หรือบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพที่อาจจะไม่ได้เชื่อมโยงกับการใช้สารเสพติดอย่างชัดเจนโดยตรง นักสังคมสงเคราะห์สุขภาพก็ต้องตระหนักเสมอว่า การใช้สารเสพติดนั้นมักจะส่งผลต่อสุขภาพ การบำบัดรักษา และความต้องการทางสังคมของผู้ป่วยเสมอ บทนี้ ผู้เขียนนำเสนอองค์ความรู้พื้นฐานและทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับปัญหาการใช้สารเสพติดของผู้ใช้บริการที่หลากหลายและหน่วยบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน

บทที่ 18 สังคมสงเคราะห์วิภะวิทยา (Nephrology Social Work) เรียบเรียงโดย Teri Browne โรคไตระยะสุดท้าย (End-stage renal disease-ESRD) เป็นสภาวะเรื้อรังที่จำเป็นต้องบำบัดรักษาตลอดทั้งชีวิตผ่านการฟอกเลือดล้างไต ล้างไตทางช่องท้อง หรือการปลูกถ่ายไต ESRD เป็นประเด็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสังคมอเมริกัน ยิ่งไปกว่านั้น เป็นเรื่องงานสำคัญของสังคมสงเคราะห์สุขภาพ เนื่องจากแผนงาน Medicare ให้อำนาจเฉพาะนักสังคมสงเคราะห์ที่มีวุฒิปัญญาโท (MSW) เท่านั้นที่จะให้บริการบำบัดรักษาโรคได้ ในบทนี้ ผู้เขียนพรรณนาภาพรวมของประเด็นจิตสังคมที่สัมพันธ์กับ ESRD และอภิปรายบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์วิภะวิทยาในหลากหลายด้าน

ผู้เขียนเสนอประเด็นทางจิตสังคมในกรณีภาวะไตวายและแบบแผนการบำบัดรักษา การกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของนักสังคมสงเคราะห์วิภะวิทยา ผู้เขียนเสนอการประเมินของนักสังคมสงเคราะห์วิภะวิทยา พร้อมข้อเสนอแนะการดำเนินการแทรกแซง ทบทวนตรวจสอบประวัติความเป็นมาของสังคมสงเคราะห์วิภะ

วิทยาในการล้างไตและการปลูกถ่ายอวัยวะ สุดท้ายมีการอภิปรายประเด็นปัญหาเชิงวิชาชีพของนักสังคมสงเคราะห์วิภะวิทยา

บทที่ 19 สังคมสงเคราะห์วิทยามะเร็ง (Oncology Social Work) เรียบเรียงโดย Daniel S. Gardner and Allison Werner-Lin การสังคมสงเคราะห์วิทยามะเร็งเป็นการปฏิบัติงานเฉพาะด้านของสังคมสงเคราะห์ที่มุ่งจัดการกับการตอบสนองทางจิตสังคมและตอบสนองความต้องการจำเป็นของบุคคลและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากมะเร็งสังคมสงเคราะห์วิทยามะเร็งอุบัติขึ้นมาในวงการสังคมสงเคราะห์สุขภาพและพัฒนาความเฉพาะด้านทางวิทยามะเร็งในศตวรรษที่ 20 เมื่อความก้าวหน้าทางชีวการแพทย์เปลี่ยนผ่านมะเร็งจากโรคร้ายแรงกลายมาเป็นโรคเรื้อรัง

ผู้เขียนนำเสนอพื้นฐานแนวคิดของสังคมสงเคราะห์วิทยามะเร็ง ที่มาจากหลากหลายวิทยาการ อาทิ มะเร็งวิทยาเชิงจิตสังคม (psychosocial oncology) การปฏิบัติการทางคลินิก และผลงานการวิจัย ที่เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาทางจิตวิทยาสังคม พฤติกรรม จิตวิญญาณ และพลวัตอื่นๆ ของมะเร็งที่กระทบบุคคล ครอบครัว และชุมชน ผู้เขียนเห็นว่า นักสังคมสงเคราะห์วิทยามะเร็งใช้การปฏิบัติงานแบบระบบองค์รวม วิจัย การให้การศึกษาและการพิทักษ์สิทธิ์ และบูรณาการเข้ากับองค์ความรู้เรื่องมะเร็งและการดูแลแบบประคับประคองให้กับบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากมะเร็ง ผู้เขียนนำเสนอพื้นฐานของสังคมสงเคราะห์วิทยามะเร็งและเสนอบทบาทของสังคมสงเคราะห์ที่มีส่วนอย่างสำคัญในการจัดการดูแลอย่างผสมผสานและอย่างรอบด้าน

บทที่ 20 ประเด็นปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาสืบเนื่องกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง: เบาหวาน โรคหัวใจ และเอชไอวี/เอดส์ (Adherence and Mental Health Issues in Chronic Disease: Diabetes, Heart Disease, and HIV/AIDS) เรียบเรียงโดย Wendy Auslander and Stacey Freedenthal ผู้เขียนอภิปรายประเด็นปัญหาสำคัญที่กำลังเพิ่มพูนความท้าทายนักสังคมสงเคราะห์สุขภาพที่ทำงานกับบุคคลที่ป่วยเรื้อรัง ทั้งนี้ อัตราการเจ็บป่วยเรื้อรังกำลังเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง ปัญหาด้านจิตสังคมมักจะควบคู่มาพร้อมกับโรคเรื้อรัง หรือเกิดขึ้นจากโรคเรื้อรัง บุคคลที่มีโรคเรื้อรังจะมีความยากลำบาก บางครั้งมีความสลับซับซ้อนและแบบแผนการบำบัดรักษาก็เป็นภาระอย่าง

มาก ในฐานะที่นักสังคมสงเคราะห์เป็นสมาชิกในทีมบริการสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องสุขภาพจิตและประเด็นปัญหาเชิงพฤติกรรม นักสังคมสงเคราะห์อยู่ในตำแหน่งแห่งที่ที่ต้องช่วยเหลือบุคคลที่มีโรคเรื้อรัง

ในบทนี้ ผู้เขียนให้ภาพรวมของระบาดวิทยาของโรคหัวใจ โรคเบาหวานและภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDS) ซึ่งเป็นสามโรคเรื้อรังหลักที่นักสังคมสงเคราะห์พบได้มากที่สุด ในหน่วยบริการสุขภาพและในชุมชน ผู้เขียนนำเสนอรูปแบบการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยผูกติดกับการบำบัดรักษา ผู้เขียนนำเสนอกลยุทธ์ในการสร้างเสริมความจำของผู้ป่วยในเรื่องข้อมูลข่าวสารสำคัญ และให้คำแนะนำสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ในการใช้บทบาทเสมือนเป็นผู้ให้การศึกษา ผู้เขียนได้อภิปรายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตและสมรรถนะของโรคเรื้อรังกับการบริหารจัดการ ในตอนท้าย ผู้เขียนเสนอประเด็นปัญหาเชิงการปฏิบัติโดยตรงที่มีความสำคัญสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานกับบุคคลที่มีโรคเรื้อรัง เช่น การเผชิญกับโรคเรื้อรังของครอบครัวและบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ประเด็นการพัฒนาที่เชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการโรค

บทที่ 21 สังคมสงเคราะห์และพันธุศาสตร์ (Social Work and Genetics)

เรียบเรียงโดย Allison Werner-Lin and Kate Reed ผู้เขียนเริ่มด้วยการอภิปรายในเชิงประวัติศาสตร์ว่า นักสังคมสงเคราะห์ในหน่วยบริการสุขภาพนั้นได้ให้ความช่วยเหลือครอบครัวในการเผชิญกับประเด็นปัญหาทางจิตสังคมที่สะท้อนสถานะเงื่อนไขทางพันธุศาสตร์ บทศึกษาที่พูดถึงแนวคิดการบูรณาการพันธุศาสตร์เข้าสู่งานปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์นั้นเก่าแก่มาก ล่าสุดที่พบคือยาวนานกว่า 45 ปีที่ผ่านมา บทความในปี ค.ศ. 1966 สองบทความย้ำให้เห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางจิตสังคมสำหรับบุคคลและครอบครัวที่มีปัญหาทางพันธุกรรม และเสนอแนะให้นักสังคมสงเคราะห์มีความพร้อมเป็นการพิเศษในการจัดการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาพันธุกรรม ปัจจุบัน วิทยาการด้านพันธุศาสตร์เจริญก้าวหน้าไปกว่าเดิมอย่างมาก การระบุคุณลักษณะทางพันธุกรรมมีความหลากหลายไปอย่างมาก นั่นหมายความว่า นักสังคมสงเคราะห์ต้องเผชิญกับแนวคิดความเสี่ยงชุดใหม่ ประการหนึ่งก็คือ หลากหลายในเชิงจุลทรรศน์ (microscopic)

แนวคิดบุคคลในสภาวะแวดล้อม (person-in-environment) ของสังคมสงเคราะห์จำเป็นต้องเปิดกว้างยิ่งกว่าเดิม เพื่อให้ครอบคลุมกับการพิจารณาความหลากหลายทางพันธุกรรม ในฐานะเป็นแก่นแกนของการประเมินสังคม การพัฒนา และสิ่งแวดล้อมโดยไม่ใช้พันธุกรรมไปกำหนดเป็นเงื่อนไขหรือเป็นลักษณะนิสัย ในขณะที่นักวิทยาศาสตร์ระบุว่ายีนส์เชื่อมโยงกับความผิดปกติแบบประจักษ์มัลทิน เช่น การเจ็บป่วยทางจิตและการติดสิ่งเสพติด หรือบุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัย อาทิ ความก้าวร้าวและความวิตกกังวล การอธิบายพันธุกรรมในลักษณะเป็นตัวกำหนด มีต้นทุนเป็นความขัดแย้งเชิงจริยธรรม สังคมและส่วนบุคคลของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์

ความรู้ด้านแนวคิดพื้นฐานทางพันธุศาสตร์ในการดูแลทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กับกลุ่มประชากรที่เปราะบางและเป็นคนชายขอบ อาทิ กลุ่มคนที่มีข้อจำกัดในการรู้เท่าทันสุขภาพ (health literacy) และไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรทางสังคมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้เขียนชี้ให้เห็นถึงปัญหาในการตัดสินใจ (dilemmas) ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ที่เกี่ยวข้องพันธุศาสตร์ ผู้เขียนอภิปรายถึงโอกาสและความท้าทายของการบูรณาการสังคมสงเคราะห์เข้าสู่คลินิกสหวิชาชีพ และทีมการวิจัยในเวชพันธุศาสตร์ (genetic medicine) ผู้เขียนนำเสนอประเด็นปัญหาเชิงจริยธรรมที่พบทั่วไปในการให้บริการผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเวชพันธุศาสตร์ ผู้เขียนชวนให้มีการพิจารณาตรวจสอบการพัฒนานโยบายเกี่ยวกับเวชพันธุศาสตร์ รวมทั้งเสนอแนะให้สังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการพัฒนาและนำไปใช้ซึ่งงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ การให้การศึกษาและการดำเนินการแทรกแซงในประเด็นพันธุศาสตร์

บทที่ 22 การจัดการความเจ็บปวดและการดูแลแบบประคับประคอง (Pain Management and Palliative Care) เรียบเรียงโดย Terry Altiglio, Shirley Otis-Green, Susan Hedlund, and Iris Cohen Fineberg ผู้เขียนมองว่า ตั้งแต่ในอดีต นักสังคมสงเคราะห์มีพันธกิจที่เป็นการบรรเทาความทุกข์ยากเดือดร้อนมาช้านาน สิ่งนี้ยังสะท้อนให้เห็นในประมวลจริยธรรม ที่สนับสนุนการบริการ ความเป็นธรรมทางสังคม การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเชื่อในสัมพันธภาพของมนุษย์ ชื่อเสียงความดี

งามและสมรรถนะ อุดมคติเหล่านี้ร้อยรัดกันเป็นส่วนสำคัญในการทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการกับความเจ็บปวด อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่า สังคมสงเคราะห์ยังไม่ได้ผูกพันกับการปฏิบัติงานด้านการประคับประคองและการจัดการความเจ็บปวดอย่างเต็มตัว แม้ว่าจะมีค่านิยมร่วมกัน มีความรู้และความชำนาญการที่เสริมความเข้มแข็งให้กับการปฏิบัติงานดังกล่าวได้ดี

ผู้เขียน อภิปรายถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยม ความรู้ และรายละเอียดอันอุดมสมบูรณ์ที่จะสร้างโอกาสให้นักสังคมสงเคราะห์เข้ามาในพื้นที่ของการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความเจ็บปวดได้อย่างสมบูรณ์แบบ ผู้เขียนอธิบายค่านิยมของการดูแลแบบประคับประคอง ขอบเขตและแนวทางที่พัฒนาขึ้นโดย National Consensus Project for Quality Palliative Care ผู้เขียนให้นิยามและแยกแยะความเจ็บปวดและการจัดการกับอาการในฐานะที่ทั้งสองเป็นสิ่งที่การดูแลแบบประคับประคองให้ความสำคัญ รวมทั้งนับเป็นการรวมศูนย์การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ ผู้เขียนยืนยันว่ากรอบแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคองนั้น เหมือนเป็นการเชิญชวนที่เปิดกว้างให้กับสังคมสงเคราะห์ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมและแสดงภาวะเป็นผู้นำในการปฏิบัติงานด้านนี้ ผู้เขียนยังสำรวจอุปสรรคที่จะขวางกั้นความตระหนักในโอกาสดังกล่าว ผู้เขียนอภิปรายถึงการประเมินชีวิตจิตสังคมจิตวิญญาณ ที่จะนำไปสู่การวางแผนการดูแล ในการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความเจ็บปวด ผู้เขียนนิยามการดำเนินการแทรกแซงและพิจารณาถึงการใช้ประโยชน์จากการแทรกแซงผ่านเรื่องเล่าของผู้ป่วย (patient narratives) ผู้เขียนอภิปรายหลักการด้านจรรยาบรรณที่สอดคล้องกับการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความเจ็บปวด ท้ายที่สุด ผู้เขียนได้สำรวจรูปแบบที่หลากหลายของการทำงานเป็นทีม แหล่งแห่งความพึงพอใจของวิชาชีพ (professional gratification) และแหล่งความเครียดจากการทำงาน และโอกาสที่จะเสริมสร้างการดูแลตนเอง

บทที่ 23 การดูแลระยะสุดท้ายแห่งชีวิต (End-of-Life Care) เรียบเรียงโดย Yvette Colón ผู้เขียนนำเสนอความรู้พื้นฐานการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในการดูแลระยะสุดท้ายแห่งชีวิต นักสังคมสงเคราะห์สามารถสร้างผลกระทบอย่างลุ่มลึกต่อ

ประสบการณ์ของบุคคลที่กำลังเข้าสู่จุดจบของชีวิต และครอบครัวของเขา คนที่เขารัก และผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ อย่างไรก็ตาม นักสังคมสงเคราะห์ก็ได้รับการท้าทายอย่างยิ่ง ในการให้บริการแก่บุคคลที่ต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีสภาวะคุกคามถึงชีวิต รวมทั้งบุคคล แวดล้อมที่ให้การดูแลผู้ป่วย บ่อยครั้งที่ผู้คนไม่ได้เตรียมตัวสำหรับปัญหาที่สลับซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้เขียนชี้ให้เห็นว่า นักสังคมสงเคราะห์ยังไม่ได้รับการฝึกอบรมที่เพียงพอทั้งระดับปริญญาตรีและระดับบัณฑิตศึกษาในการให้บริการจิตสังคมสำหรับบุคคลที่กำลังจะเสียชีวิต ผู้เขียนนำเสนอการนิยามศัพท์ของการบริการสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแห่งชีวิต อภิปรายถึงการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้เขียนพรรณนาถึงบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต ความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแสดงความต้องการจำเป็นและได้รับการอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมสำหรับระยะสุดท้ายแห่งชีวิต ผู้เขียนนำเสนอกระบวนการวางแผนสำหรับระยะสุดท้ายของชีวิต ทิศทางที่พัฒนาก้าวหน้าขึ้นในการส่งเสริมทางเลือกที่มีฐานข้อมูลข่าวสาร และช่วยผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความชัดเจนและสื่อสารในสิ่งที่ตนเองมีความพึงพอใจ ผู้เขียนสาธิตให้เห็นการทำความเข้าใจกับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตและประสบการณ์ใกล้เสียชีวิตของกลุ่มวัฒนธรรมต่างๆ รวมทั้งบุคคลที่ด้อยโอกาสที่กำลังจะเสียชีวิต ท้ายสุด ผู้เขียนได้อธิบายถึงทฤษฎีร่วมสมัยที่ว่าด้วยความสูญเสียและความโศกเศร้า

ความเห็นของผู้วิจารณ์

หนังสือ Handbook of Health Social Work ความหนา 702 หน้า เป็นหนังสือที่มีความสมบูรณ์ทั้งในเชิงกว้างและเชิงลุ่มลึก แม้ว่าจะเป็นบริบทของสังคมอเมริกัน ทว่า สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับสังคมสงเคราะห์สุขภาพในสังคมไทยได้เป็นอย่างดี หลายๆ บทมีเนื้อหาสะท้อนประวัติความเป็นมาที่นำเสนอได้อย่างลึกซึ้ง ทำให้เข้าใจความเปลี่ยนแปลงจากสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มาเป็นสังคมสงเคราะห์สุขภาพ

ซึ่งถือว่าก้าวมาได้ยาวไกลและสง่างาม บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการยอมรับเป็นอย่างมากและสะท้อนภาพการทำงานในทีมสหวิชาชีพได้รอบด้าน

สังคมสงเคราะห์สุขภาพในบริบทสังคมอเมริกันมีพัฒนาการที่เป็นความเฉพาะด้านมากยิ่งขึ้น อันที่จริง สังคมสงเคราะห์สุขภาพในไทยก็มีความชำนาญเฉพาะด้านเติบโตก้าวหน้าเช่นกัน แต่การนำออกมาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นบ่งชี้ว่ายังมีอยู่อย่างจำกัด ในหลายๆ บทที่กล่าวถึงความชำนาญการเฉพาะด้าน จะสังเกตเห็นแก่นแกนที่เป็นชุดการให้คุณค่าหรืออุดมการณ์ หรือจรรยาบรรณที่ชัดเจน แม้ในบริบทที่อิงรูปแบบความเป็นแนวคิดชีวการแพทย์อย่างมาก เช่น ในบทที่ 21 สังคมสงเคราะห์และพันธุศาสตร์ ผู้เขียนก็ย้ำเน้นถึงจุดยืนและปรัชญาของวิชาชีพได้อย่างชัดเจน แทบทุกบทจะย้ำเน้นรูปแบบจิตสังคม หรือชีวจิตสังคม หรือ ชีวจิตสังคมและจิตวิญญาณ ทำให้เห็นว่า ปรัชญาที่ค้ำยันแนวคิดแนวทางของการเรียบเรียงหนังสือเล่มนี้เป็นความชัดเจนและแม่นยำตรงร่วมกันอย่างมาก การเคารพในความหลากหลาย การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีอยู่ในทุกๆ บท ซึ่งพิจารณาแบบเทียบเคียงกับสังคมสงเคราะห์ไทย ก็ไม่แตกต่างกันมากนัก

หนังสือเล่มนี้เหมาะสมกับการใช้เป็นหนังสือประกอบการสอนในกลุ่มวิชาโทสังคมสงเคราะห์สุขภาพและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง บางเรื่องบางตอนอาจเป็นบริบทสังคมอเมริกันบ้าง แต่ในความเห็นของผู้วิจารณ์ เราสามารถนำมาใช้เป็นกรณีศึกษา เป็นตัวอย่าง หรือแม้แต่ทฤษฎีแนวคิดที่มีอยู่ในหลายๆ บท ก็สามารถนำมาใช้อธิบายในบริบทของสังคมไทยได้ อย่างไม่ต้องเป็นกังวลว่า “เนื้อหาจะเป็นตะวันตกจนเกินไปหรือเปล่า” ทั้งนี้ เมื่อทฤษฎีแนวคิดอยู่บนฐานการเคารพในความหลากหลาย การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ฯลฯ ก็น่าจะมีพลังของการนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง

ตอนท้ายของทุกบท ยังมีบทแบบฝึกหัดการเรียนรู้ที่แนะนำ (Suggested Learning Exercises) ก่อนรายการอ้างอิง ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างมาก มีผลทำให้ผู้อ่านได้ทบทวนการเรียนรู้และพิจารณาถึงสาระสำคัญของเนื้อหา ที่ทำให้รวมศูนย์ความสนใจและความเข้าใจได้โดยง่าย หนังสือเล่มนี้นับว่าเป็นประโยชน์อย่างมากกับนักศึกษาทั้งระดับปริญญาตรี โทและเอก รวมทั้งนักวิชาการและนักวิจัย แนวทางการจัดระเบียบ

แบบแผนการเขียนทำได้อย่างสมบูรณ์ทั้ง 23 บท ถือว่าการจัดการเรื่องบรรณาธิการทำได้
ดีเยี่ยม และมีคุณค่ากับวงการสังคมสงเคราะห์สุขภาพเป็นอย่างสูง.

.....