

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

پروتکل های تشکانه مداخلات پایه مددکاری اجتماعی در

بیمارستان

**(Sixth Basic Hospital Social Work Intervention
Protocols)**

۱۳۹۵

مدیر تیم طراحی پروتکل‌ها:

معصومه معارف‌وند، دکترای مددکاری اجتماعی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

همکاران:

نوع همکاری	تحصیلات	نام و نام خانوادگی
همکار اصلی	دانشجوی دکترای مددکاری اجتماعی	مریم ذبیحی پورسعادت
همکار اصلی	دانشجوی دکترای مددکاری اجتماعی	زهرالسادات ترابی
همکار اصلی	دانشجوی دکترای مددکاری اجتماعی	ساره ابری
همکار اصلی	کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی	مجید چنارچی
مشاور	کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی	عفت بهاری
مشاور	دانشجوی دکترای مددکاری اجتماعی	سارا نوروزی
مشاور	دانشجوی دکترای مددکاری اجتماعی	ملیحه خلوتی
مشاور	کارشناس مددکاری اجتماعی	اسما ایمانی
مشاور	دانشجوی دکترای مددکاری اجتماعی	حسن زائری لطف
مشاور	کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی	لیلا فرجی
مشاور	کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی	مریم الیاسپور

تهیه این مجموعه بدون مساعدت و پشتیبانی جناب آقای دکتر ماهر (مدیرکل دفتر مدیریت بیمارستان و تعالی خدمات بالینی) و سرکار خانم دکتر قطبی (معاون اجرایی دفتر مدیریت بیمارستان و تعالی خدمات بالینی) میسر نمی شد. از ایشان بی نهایت سپاسگزاریم.

تیم طراحی کننده پروتکل از سرکار خانم‌ها اسما بنی اسد (مددکار اجتماعی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی کرمان)، زهره دهقان (مددکار اجتماعی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه)، مسعوده باباخانیان (مددکار اجتماعی بیمارستان ولایت دامغان)، آرزو سلطانی (مددکار اجتماعی اورژانس بیمارستان امام خمینی^(۵))، پروانه سلحشور (مددکار اجتماعی بیمارستان مهدیه)، زهرا تروند (مددکار اجتماعی بیمارستان لقمان)، مریم یآوری (مددکار اجتماعی بیمارستان روانپزشکی رازی)، نیلوفر کبیری (مددکار اجتماعی بیمارستان محک) و جناب آقایان اسماعیل راشدی (مددکار اجتماعی بیمارستان آیت ا... طالقانی) و بهروز علایی (مددکار اجتماعی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی البرز) که در جلسات بحث گروهی و ثبت تجربیات مددکاران اجتماعی شرکت کردند و اطلاعات ارزشمندی را در اختیار تیم طراحی پروتکل قرار دادند، همچنین از مددکاران اجتماعی محترم بیمارستان های حضرت رسول اکرم (ص) تهران، دکتر شریعتی تهران، سینا همدان و شهید چمران بروجرد که در اجرای مرحله پایلوت و بازبینی نهایی پروتکل‌ها همکاری داشتند، سپاسگزار است.

فهرست مطالب:

پیشگفتار.....	أ
پروتکل تریاژ بیماران بر اساس نیاز به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی.....	أ
پروتکل راند مددکاری اجتماعی.....	۱۴
پروتکل ارزیابی روانی اجتماعی.....	ط
پروتکل مشاوره کوتاه مدت اولیه.....	و
پروتکل مداخله در بحران مددکاری اجتماعی.....	ح
پروتکل مدیریت مورد.....	ع
منابع.....	ب ب ب

مددکاری اجتماعی در حوزه بهداشت و درمان نبود چارچوب‌های مشخص برای مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی بوده است.

بررسی دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌هایی که تعیین کننده چارچوب مداخلات مددکاری اجتماعی در سال‌های گذشته بوده‌اند، نشان می‌دهد در اغلب موارد این دستورالعمل‌ها مبهم بوده و به تکرار کلیات در آنها اکتفا شده است. در چنین شرایطی مهمترین وظیفه‌ای که برای مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها در نظر گرفته می‌شد، تصمیم‌گیری در مورد میزان تخفیف به بیمارانی بود که مدعی بودند قادر به پرداخت هزینه‌های درمان نیستند. با اجرایی شدن طرح تحول سلامت و کاهش فرانشیز که منجر به افزایش دسترسی آحاد جامعه بالاخص نیازمندان به خدمات درمانی و بهداشتی گردید، مددکاران اجتماعی در بیمارستان عرصه‌ای را برای مداخله بیشتر در حوزه عوامل روانی اجتماعی موثر بر بیماری یافتند. اما در نبود پروتکل‌هایی که تعیین کننده خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی هستند، بیمارستان‌ها از مددکاران اجتماعی برای انجام فعالیت‌هایی استفاده کردند که در بیشتر موارد غیر تخصصی بوده و هیچ ارتباطی به مهارت و دانش آنها ندارد.

برخلاف تصور سیستم بهداشت و درمان در ایران، تصمیم‌گیری در مورد حمایت مالی از بیمار تنها وظیفه مددکار اجتماعی نیست. در حقیقت حتی در کشورهای که نظام رفاهی آنها لیبرال است و پرداخت هزینه‌های درمان به عهده بیمار بوده و بیمه‌ها نقش کلیدی در آنها ایفا نمی‌کنند، به ندرت می‌توان شواهدی برای این موضوع یافت که مددکاران اجتماعی به عنوان فرد تخفیف دهنده بکار گرفته شوند. سیستم‌های بهداشتی و درمانی که به درک درستی از سلامت دست یافته‌اند، توانسته‌اند از خدمات مددکاران اجتماعی به نحو مؤثری بهره بگیرند. آنها به این نکته توجه کرده‌اند که مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی می‌تواند به خودی خود به کاهش هزینه‌ها در سیستم‌های بهداشتی درمانی منتهی شود. در واقع هزینه فایده و هزینه اثربخشی خدمات مددکاری اجتماعی بیمارستانی به گونه‌ای بوده است که حتی در نظام‌های رفاهی لیبرال نیز مددکاران اجتماعی از جایگاه قابل قبولی برخوردار شده‌اند.

با انتقال اداره مددکاری اجتماعی به دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی در معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ظرفیت و بستر مناسب‌تری برای بازتعریف و توسعه مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها فراهم شد. به عنوان اولین گام، مداخلات پایه⁴ مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها در قالب شش پروتکل جداگانه تنظیم و در این مجموعه ارائه شده‌اند. این مداخلات در واقع حداقل خدماتی هستند که باید توسط مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها (اعم از عمومی و تخصصی) ارائه شوند.

4. Basic Interventions

پروتمکل تریاژ پماران بر اساس نیاز به خدمات تخصصی

مددکاری اجتماعی

یکی از مهم‌ترین بخش‌های بیمارستان که عملکرد آن تاثیر فراوانی بر عملکرد سایر بخش‌های بیمارستان و رضایت بیماران دارد، بخش اورژانس است. عملکرد اصلی بخش اورژانس، پذیرش، تثبیت وضعیت و ارائه خدمات درمانی به بیمارانی است که در شرایط مختلف و وضعیت‌های اضطراری و غیر اضطراری، شخصاً یا به طرق مختلف به این واحد مراجعه می‌کنند. هدف اصلی سیستم اورژانس انجام سریع و دقیق اقدامات درمانی صحیح به جای تلاش برای رسیدن به تشخیص دقیق می‌باشد؛ چرا که همواره اقدامات اولیه درمانی در بیمار اورژانس اولویت دارد و اگر بیماری در لحظات اول و ابتدای ورود به بیمارستان به خوبی بررسی و درمان نشود، شاید وجود بخش‌های فوق تخصصی خیلی پیشرفته نیز در ساعات و روزهای بعد نتوانند در کمک به بیمار خیلی موثر باشد. سرعت ارائه خدمات در مراکز درمانی به خصوص در اورژانس، در جهت کاستن از مرگ و میر و معلولیت‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و برای دستیابی به این هدف، اولین گام تریاژ صحیح و جامع بیمار می‌باشد.

نگاهی به تاریخچه شکل‌گیری تریاژ نشان می‌دهد واژه تریاژ نخستین بار در سال ۱۸۰۰ میلادی توسط یکی از پزشکان ارتش ناپلئون جهت مشخص کردن اولویت‌بندی و نحوه درمان افراد زخمی در جنگ به کار برده شد. حدود ۶۲ سال بعد پرستاری بنام کلارا بارتون^۵ که کار هماهنگی مراقبت از بیماران و افراد آسیب دیده در خلال جنگ ایالات متحده را بر عهده داشت، روند تریاژ و انتقال سربازان به بیمارستان‌های موقت در خانه‌ها و کلیساهای خارج از صحنه جنگ را سازماندهی نمود. طی جنگ کره و ویتنام، پیشرفت‌های زیادی در زمینه سیستم‌های اولویت‌بندی مراقبت از بیماران صورت گرفت. به طوری که سربازان زخمی در محل جنگ و در زمان وقوع صدمه، ظرف مدت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه تحت درمان قرار می‌گرفتند و در نهایت برای جراحی با هلیکوپتر به بیمارستان منتقل می‌شدند. کاهش زمان لازم برای دریافت مراقبت‌های حیاتی و اولویت‌بندی ارائه خدمات در کنار پیشرفت در زمینه روش‌های تشخیصی درمانی، مرگ و میر مصدومین را تا حد قابل ملاحظه‌ای کاهش داد. در دهه ۱۹۵۰ برای اولین بار در آمریکا تریاژ به عنوان پاسخی برای حل مشکل ازدحام در بخش اورژانس بیمارستان‌ها مطرح گردید. در این زمان بخش‌های اورژانس تامین‌کننده مراقبت‌های اولیه پزشکی در زمان تعطیلی مطب پزشکان بودند.

تعداد بیماران بخش‌های اورژانس به مرور افزایش پیدا کرد و این افزایش عمدتاً به دلیل مراجعه بیماران با سطوح مختلف مشکلات بدون هیچ‌گونه اولویت‌بندی در میزان نیاز به خدمات اورژانسی بود. به این ترتیب بخش‌های اورژانس به شیوه‌ای برای اولویت‌بندی و شناسایی بیماران نیازمند به اقدامات فوری احتیاج پیدا کردند و این امر باعث شد فرایند تریاژ که به طور موثری در ارتش به کار برده شده بود به سیستم ارائه مراقبت‌های بهداشتی معرفی شود. تامسون و داینس در سال ۱۹۸۲^۶ سیستم تریاژ بر اساس هفت ویژگی: فرد تریاژ‌کننده، معیارهای ارزیابی اولیه، نحوه دسته‌بندی بیماران، تعیین تکلیف بیماران، مستندسازی اطلاعات، ارزیابی مجدد بیمار بعد از تریاژ اولیه و امکان انجام اقدامات اولیه تشخیصی و درمانی برای بیمار طراحی کردند. این سیستم‌ها شامل سیستم راهنمای مراجعین^۷، کنترل نقطه‌ای^۸ و تریاژ جامع^۹ بود. از اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی کشورهای متعددی به طراحی و ارائه سیستم‌های تریاژ پرداختند تا اینکه در اواخر دهه ۱۹۹۰ و اوایل دهه ۲۰۰۰، سیستم‌های پنج سطحی تریاژ ایجاد و

5. Clara Barton

6. Traffic Director

7. Spot Check

8. Comprehensive Triage

معرفی شدند. از بین این سیستم‌ها، سیستم تریاژ استرالیا، کانادا، منچستر و شاخص شدت اورژانسی بودن^۹ بیشترین مقبولیت را کسب کردند. از سیستم‌های دیگری که به اندازه سیستم‌های مذکور با اقبال مواجه نشدند می‌توان به سیستم پنج سطحی، (TTS) Taiwan Triage System، 'Cape Gruppo Formazione Triage System، 'Triage Scale Geneva Emergency Triage Scale اشاره نمود. در حال حاضر کالج پزشکان اورژانس آمریکا بر حمایت از سیستم‌های پنج سطحی تریاژ تأکید دارد و بر این باور است که کیفیت مراقبت از بیمار به دنبال اجرای یک روش طبقه‌بندی دقیق و استاندارد شده ارتقاء خواهد یافت.

اطلاعات ثبت شده دقیقی در مورد تاریخچه شروع تریاژ به شیوه کنونی در ایران موجود نمی‌باشد. اما به نظر می‌رسد که با راه‌اندازی رشته طب اورژانس در کشور از حدود سال ۱۳۷۹ مسئله تریاژ داخل بیمارستانی جدی‌تر گرفته شده و روز به روز نقایص آن شناخته شده و برطرف گردیده است. از حدود اواسط دهه ۸۰ شمسی نیز تریاژ به شیوه پنج سطحی بر اساس سیستم شاخص شدت اورژانسی بودن مورد اقبال عمومی سیستم بهداشتی کشور قرار گرفته و در نهایت دستورالعمل اجرا و اصول راه‌اندازی سامانه تریاژ بیمارستانی در بخش‌های اورژانس توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بهار سال ۱۳۹۰ به کلیه بیمارستان‌ها ابلاغ گردیده است.

تعاریف و تعابیر مختلفی از واژه "تریاز" وجود دارد:

- ارزیابی بهنگام بیماران بدون هماهنگی قبلی (برنامه ریزی نشده)^{۱۰} برای ارجاع به فراهم کنندگان خدمات
 - دسته‌بندی کردن بیماران بر حسب اولویت بیماری‌ها و منابع موجود
 - تطبیق منابع با بیمار، با سرعت هرچه بیشتر
 - فرآیند دسته‌بندی سریع بیماران مراجعه کننده به اورژانس
 - اولویت‌بندی برای شناسایی بیمارانی که نباید منتظر بمانند
 - فعالیت مدیریتی قوی در ارائه خدمات درمانی به بیماران اورژانسی
 - اولویت‌بندی بیماران بر اساس شدت مشکل جهت انجام بهترین اقدامات درمانی در کمترین زمان ممکن
 - اولویت‌بندی مراقبت از بیماران بر اساس شدت آسیب و انجام بهترین اقدام درمانی برای بیشترین افراد در کمترین زمان
 - فرآیند تصمیم‌گیری بر حسب سلسله مراتب یا اولویت‌بندی که می‌تواند برای یک بیمار در بیمارستان انجام گیرد و یا در یک سانحه، میدان جنگ و ... برای چند بیمار در یک فیلد خارج از بیمارستان باشد.
- نقاط مشترک تعاریف ذکر شده شامل: تعیین اولویت، توزیع مناسب تسهیلات، کنترل ازدحام و صدمات ناشی از آن، مدیریت کردن جریان بیماری و ارزیابی کردن خطر، اولویت‌بندی درمان، انتقال بیمار در زمان کوتاه و به کارگیری صحیح امکانات موجود می‌باشد. به طور کلی آنچه از تعاریف بالا برداشت می‌شود نشان می‌دهد تریاژ یک فرآیند^{۱۱} است و نتیجه^{۱۲} نیست و در واقع تابلوی راهنما برای مراقبت مناسب‌تر به شمار می‌رود و سنگ بنای حیاتی در مدیریت خطر بالینی^{۱۳} است.

9. Emergency Severity Index

10. Unscheduled Patients

11. Process

12. Outcome

13. Clinical Risk Management

مطالعات علمی حاکی از نتایج موثر تریاژ صحیح است. تریاژ مناسب باعث افزایش کیفیت خدمات مراقبتی بیماران، افزایش رضایتمندی، کاهش زمان انتظار و اقامت بیماران، کاهش موارد مرگ و میر، افزایش راندمان و کارایی بخش های اورژانس به موازات کاهش هزینه‌های مربوطه می‌شود.

حساسیت بخش اورژانس به دلیل ترکیب دو فاکتور مهم فوریت و ازدحام است. فوریت مراقبت، خود، نتیجه همزمانی پریشانی فیزیکی و روانی- اجتماعی است که در اثر تهدیدات ناگهانی، غیر قابل انتظار و رنج آور منجر به مراجعه بیمار به بخش اورژانس می‌شود. آنچه در حال حاضر در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های کشور مورد توجه قرار می‌گیرد انجام اقدامات در جهت رفع مشکلات و آسیب‌های فیزیکی است و بعد روانی- اجتماعی بیماری نادیده گرفته شده است. در حالی که مددکاران اجتماعی با ارزیابی شدت مشکلات روانی- اجتماعی، جستجوی فاکتورهای منجر به تشخیص، تدوین و فرموله کردن تشخیص و در نهایت از بین بردن پریشانی، نقش موثری در کاهش این مشکلات دارند. آنان در جمع‌آوری اطلاعات دقیق جهت روشن‌سازی گام‌های بعدی برای اهداف مداخله‌ای برای بیماران مسئول هستند و گرایش دیرینه آنان به تئوری "شخص در موقعیت"^{۱۴} در درک اینکه چگونه شرایط اجتماعی و اقتصادی فرد، خانواده و جامعه مستقیماً بر سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی افراد موثر است، کمک شایانی در درمان بیماران می‌کند.

جنیفر ون پلت^{۱۵} (۲۰۱۰) معتقد است نقش مددکاران اجتماعی در بخش اورژانس به خصوص در بیمارستان‌های مراکز پرزدحام شهری و مراکز اصلی تروما در هموار کردن اقدامات در موقعیت‌های بحرانی برای مدیریت موثر بیمار و ارتباط موفق با اعضای خانواده بسیار حیاتی است. خدمات حیاتی آنان نه تنها باعث افزایش امید به زندگی بیماران می‌شود، بلکه از پذیرش‌های غیر ضروری نیز جلوگیری می‌کند.

نیل براکت^{۱۶} (۱۹۷۸) حضور مددکار اجتماعی به صورت تمام وقت با همکاری پرستار برای تسهیل شناسایی مشکل و ارجاع مناسب به خدمات اجتماعی و بخش‌های بهداشت روان را ضروری می‌داند.

کیت ورن^{۱۷} (۱۹۹۴) با انجام پژوهشی در خصوص خدمات مددکاری اجتماعی در اورژانس، خاطر نشان کرد حضور مددکاران اجتماعی در اورژانس نیاز پزشکان و پرستاران برای فراهم کردن خدمات بهداشتی خانگی^{۱۸} را از طریق اسکان در مراکز نگهداری^{۱۹} و سایر خدمات اجتماعی کاهش می‌دهند. همچنین از طریق جلوگیری از پذیرش موارد غیرحادث^{۲۰} باعث صرفه‌جویی در هزینه‌ها می‌شوند.

سوزان میسون و چارلز اورباخ^{۲۱} (۲۰۱۰) نیز طی پژوهشی نشان دادند ارتباط دادن بیماران به خدمات مورد نیازشان در خانه و در جامعه منجر به اجتناب از بستری شدن غیر ضروری در بیمارستان‌ها و کاهش هزینه‌های بیمه‌ای می‌شود. آنان با ارزش‌ترین نقش مددکاران اجتماعی در اورژانس را جلوگیری از پذیرش غیر ضروری افراد می‌دانند که این کار را از طریق ارجاع به منابع اجتماعی، مراکز نگهداری و تسهیلات خدمات خانگی انجام می‌دهند.

-
- 14 Person In Environment
 - 15 Jennifer Van Pelt
 - 16 Neil F.Bracht
 - 17 Keith Wrenn
 - 18 Home Health Care
 - 19 Nursing Home Placement
 - 20 Nonacute
 - 21 Susan Masonand & Charles Auerbach

ون ورم^{۲۲}(۲۰۱۰) به موضوعی فراتر اشاره می‌کند و معتقد است مددکاران اجتماعی در بخش اورژانس می‌توانند استرس در کارکنان پزشکی را با مراقبت از نیازهای روانی- اجتماعی بیمار و آماده سازی روانی آنها برای درمان مشکل پیچیده پزشکی و یا اطمینان آنها از برقراری تماس با اعضای خانواده، کاهش دهند. او اشاره می‌کند این امر اجازه می‌دهد تا کارکنان پزشکی با تمرکز بهتر در درمان اورژانس پزشکی بپردازند.

با توجه به لزوم حضور موثر مددکاران اجتماعی در بخش اورژانس و فرآیند تریاژ، پروتکل حاضر در نظر دارد با برنامه ریزی منسجم و در نظر گرفتن شرح وظایف و آموزش‌های لازم برای آنان، از خدمات ارزشمند آنان در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های کشور بهره گیرد.

۲-۱. هدف:

اولویت بندی بیماران مراجعه کننده به اورژانس بر اساس نیاز به دریافت خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی

۳-۱. تعریف مفاهیم:

۱-۳-۱. مددکار اجتماعی:

منظور در این پروتکل کلیه فارغ التحصیلان کارشناسی و بالاتر در رشته مددکاری اجتماعی است که در واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان‌ها مشغول ارائه خدمت به بیماران هستند. فارغ التحصیلان کارشناسی در رشته علوم اجتماعی گرایش خدمات اجتماعی نیز در صورت نبود نیروی انسانی در رشته مددکاری اجتماعی شامل این تعریف می‌شوند.

۲-۳-۱. تریاژ:

منظور از تریاژ در این پروتکل اولویت بندی بیماران بر اساس نیاز آنها به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی است.

۳-۳-۱. مصاحبه مختصر:

منظور مصاحبه‌هایی است که در آنها حداکثر طی مدت ۱۰ دقیقه اطلاعات مورد نیاز برای تریاژ بیماران بر اساس نیازشان به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی جمع‌آوری می‌شود.

۴-۳-۱. همراه مؤثر:

منظور فردی است که در زمان حضور بیمار در مرکز درمانی در کنار وی باشد، مایل به همراهی و مشارکت در فرایند درمان باشد، اطلاعات کافی در مورد بیمار داشته باشد و مجاز باشد رضایت قانونی برای مداخلات پزشکی را ارائه کند.

۴-۱. مراحل تریاژ:

مددکار اجتماعی باید تریاژ بیماران در اورژانس را بلافاصله پس از تریاژ تیم پزشکی آغاز نماید.

حداکثر زمان در نظر گرفته شده برای تریاژ بیماران بر اساس نیاز آنها به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی ۱۰ دقیقه است (ارزیابی سریع).

تریاز بیماران بر اساس نیاز آنها به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی باید برای کلیه بیماران که وارد اورژانس می شوند، انجام گیرد.

۱-۴-۱. مرور ارزیابی تیم پزشکی:

بلافاصله پس از تکمیل تریاز تیم پزشکی، مددکار اجتماعی باید نسبت به کسب اطلاعات در مورد شرایط پزشکی بیمار بر اساس گزارش مکتوب و شفاهی تیم پزشکی اقدام نماید. بسیار اهمیت دارد که در مراحل بعدی تریاز مددکار اجتماعی از پرسیدن سئوالات تکراری که تیم پزشکی قبلاً اطلاعات مربوط به آنها را ثبت کرده اند، خودداری نماید.

۱-۴-۲. جمع آوری اطلاعات بر اساس چک لیست:

لازم است مددکار اجتماعی برای کسب اطلاعات در مورد شرایط روانی-اجتماعی بیمار با خود بیمار و یا همراهانش مصاحبه مختصر^{۲۳} انجام دهد و محورهای مندرج در پیوست شماره ۱-۱ را در مصاحبه‌های تریاز مدنظر قرار دهد.

مددکار اجتماعی بر اساس طیف نمرات تعیین شده ذیل ماتریس شماره یک اولویت ارائه خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی به هر یک از بیماران را تعیین می کند.

۱-۴-۳. تهیه گزارش تریاز:

گزارش تریاز را بلافاصله پس از انجام آن در فرم‌های مرتبط وارد کنید (پیوست شماره ۱-۲). هرگز ثبت گزارش تریاز را به تعویق نیندازید. در صورتی که علاوه بر چک لیست مربوط به تریاز لازم دیدید نکاتی در مورد وضعیت بیمار و یا خانواده اش شرح داده شود، به طور مختصر در پایان فرم، نکات مورد نظرتان را ثبت کنید.

لازم است گزارش تریاز در سیستم HIS نیز ثبت شود. ثبت اطلاعات باید در خصوص بیمارانی صورت گیرد که پرونده پزشکی در اورژانس برای آنها تشکیل شده و اطلاعات اولیه مربوط به آنها در سیستم HIS موجود می باشد.

پیوست شماره ۱-۱: نحوه امتیازدهی برای تریاژ بیماران بر اساس نیاز به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی

امتیاز	گروه های دارای اولویت	امتیاز	شدت بیماری / آسیب بر اساس سیستم ESI ²⁴ (بر اساس تریاژ پرستار)	امتیاز	پوشش بیمه ای	امتیاز	حضور همراه مؤثر
۱۵	کودک آزاری	۵	فاقد پاسخ دهی (سطح یک)	۵	تبعه غیر ایرانی فاقد بیمه	۵	فاقد همراه مؤثر است
۱۵	خشونت علیه زنان	۴	وضعیت پرخطر (سطح دو)	۴	فرد ایرانی فاقد مدارک هویتی	۴	اطلاعات دارد، می تواند رضایت قانونی بدهد اما مشارکت خوبی ندارد
۱۵	خشونت علیه سالمندان	۳	تعداد تسهیلات مورد نیاز: دو یا بیشتر (سطح سه)	۳	تبعه غیر ایرانی دارای بیمه	۳	اطلاعات کافی دارد، مشارکت دارد اما مجاز به ارائه رضایت قانونی نیست.
۱۵	خشونت علیه معلولین	۲	تعداد تسهیلات مورد نیاز: یک (سطح چهار)	۲	فرد ایرانی دارای مدارک هویتی بدون بیمه	۲	اطلاعات ندارد، مشارکت می کند و می تواند رضایت قانونی بدهد
۱۵	اقدام به خودکشی	۱	عدم نیاز به تسهیلات (سطح پنج)	۱	فرد ایرانی دارای بیمه	۱	همراه مؤثر حضور دارد
۱۵	اختلال سایکوتیک						
۱۵	بی خانمانی و مجهول الهویه بودن						
۱۵	بیماری خاص و صعب العلاج						
۱۶	مادران باردار پرخطر						
۱۷	نزاع و درگیری (ضرب و جرح)						

۳ تا ۶ اولویت چهارم ۷ تا ۹ اولویت سوم

۱۰ تا ۱۴ اولویت دوم ۱۵ و بالاتر اولویت اول

24 . Emergency Severity Index

بر اساس دستنامه تریاژ بیمارستانی به روش ESI بیماران در بخش اورژانس در قالب یک نظام ۵ سطحی ارزیابی می شوند. ساختار تریاژ ESI به عنوان یکی از روش های تریاژ ۵ سطحی، تقسیم بندی بیماران بر اساس دو معیار حدت بیماری (Acuity) و تسهیلات (Resources) مورد نیاز بیمار است که اولی با وجود یا عدم وجود عوامل تهدید کننده حیات و عضو، وجود علائم خطیر و همچنین علائم حیاتی تعیین می شود و دومی بر اساس تجربه پرستار و مقایسه بیمار موجود با موارد مشابه قبلی تعیین می گردد.

در این روش ابتدا پرستار تریاژ، بیمار را بر اساس شدت بیماری و وخامت حال وی ارزیابی می کند. اگر شدت بیماری زیاد نباشد یعنی در صورت عدم وجود شرایط تهدید کننده حیات یا اندام و یا شرایط پرخطر (یعنی سطوح یک و دو تریاژ) پرستار بر اساس تجربه های قبلی از سایر بیماران و آموزش های سیستم تریاژ، با تخمین تسهیلات مورد نیاز بیمار در بخش اورژانس بیمار را سطح بندی می نماید.

پیوست شماره ۲-۱: فرم تریاژ بیماران بر اساس نیاز به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی

۱. مشخصات دموگرافیک:

نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:	تاریخ تولد:	جنس:
کد ملی:	تاریخ مراجعه:	ساعت مراجعه:	

۲. ارزیابی بیمار:

گروه های پر خطر: (تشخیص احتمالی)			
کودک آزاری <input type="radio"/>	خشونت علیه زنان <input type="radio"/>	خشونت علیه سالمندان <input type="radio"/>	خشونت علیه معلولین <input type="radio"/>
اقدام به خودکشی <input type="radio"/>	اختلال سایکوتیک <input type="radio"/>	بی خانمانی و مجهول الهویه بودن <input type="radio"/>	بیماری های خاص و صعب العلاج <input type="radio"/>
مادران باردار پرخطر <input type="radio"/>	نزاع و درگیری <input type="radio"/>		

ردیف	معیارهای ارزیابی	۱	۲	۳	۴	۵
۱	شدت بیماری/ آسیب					
۲	پوشش بیمه‌ای					
۳	حضور همراه موثر					

۳. تعیین سطح تریاژ:

جمع امتیاز:

- اولویت اول (امتیاز ۱۵ و بالاتر):
- اولویت دوم (امتیاز ۱۰ تا ۱۴):
- اولویت سوم (امتیاز ۷ تا ۹):
- اولویت چهارم (امتیاز ۳ تا ۶):

۴. گزارش ارزیابی:

--

۵. طرح کمکی:

مهر و امضاء مددکار اجتماعی	تاریخ و ساعت تریاژ

پروئکل راند مددکاری اجتماعی

بازدید از بیماران برای ارزیابی پیشرفت شرایط درمانی از طریق فراهم کنندگان خدمات درمانی، یکی از اقدامات کلیدی است که همان سرکشی به بخش^{۲۵} (راند بخش) خوانده می‌شود. در واقع هدف از راند، کنترل نزدیک شرایط بیمار و انجام مداخلات درمانی لازم می‌باشد.

طبقه‌بندی‌های مختلفی از راند وجود دارد:

بر اساس هدف: راند ترخیص^{۲۶} و راند روزانه^{۲۷}

بر اساس بخش: راند پزشکی^{۲۸} و راند جراحی^{۲۹}

بر اساس موقعیت: راند در حالت نشسته در مقابل راند بر بالین بیمار^{۳۰}

و بر اساس چارچوب زمانی: راند صبحگاهی^{۳۱} و راند پس از پذیرش^{۳۲}

آنچه در سالهای اخیر مورد توجه قرار گرفته است، دیدگاههای چند حرفه‌ای^{۳۳} و میان حرفه‌ای^{۳۴} در راند است (Bleakley, ۲۰۰۶).

فعالیت میان حرفه‌ای به این معنی است که مراقبت از بیمار یک تلاش مشترک به وسیله متخصصینی است که وظایف، فعالیت‌ها و همکاری آنها نیاز به همگامی دارد (Day, Baker و Salas, ۲۰۰۶). امروزه راند بخش قسمت مهم برنامه‌ریزی مراقبت، آموزش و همکاری میان گروه‌های حرفه‌ای مختلف در بیمارستان است (Steinert و Walton, ۲۰۱۰).

اهداف مشترک، وابستگی متقابل مشترک، ارتباطات برابر میان متخصصین و روندهای تصمیم‌گیری مشترک از ویژگیهای همکاری میان حرفه‌ای است (D'Amour, ۲۰۰۵).

بر اساس تحقیقات انجام گرفته، همکاری میان حرفه‌ای در راند، کیفیت مراقبت، امنیت بیمار و مراقبت بیمار محور و جامع را افزایش می‌دهد. همچنین منجر به افزایش دیالوگ میان حرفه‌های مختلف درمانی و استفاده موثر از منابع موجود می‌شود (Day, Baker و Salas, ۲۰۰۶).

افزایش کیفیت مراقبت و امنیت بیمار، افزایش رضایتمندی بیمار، ترخیص امن و به موقع، ارائه خدمات مراقبتی هماهنگ و موثر، مستندسازی پیشرفته، افزایش آگاهی در مورد منابع مورد نیاز، استفاده موثر و صحیح از منابع موجود و کاهش هزینه‌ها، افزایش رضایتمندی متخصصین و ارتقاء ارتباطات میان فردی از نتایج مورد انتظار از راند چند حرفه‌ای می‌باشد (Hodgson, ۲۰۰۵).

از میان متخصصین درمانی که به راند بخش و بررسی وضعیت بیمار می‌پردازند، جایگاه مددکاران اجتماعی مورد غفلت قرار گرفته است. در حالی که نگاهی به تاریخچه حضور مددکاران اجتماعی در راند نشان می‌دهد که آنان از

²⁵ Ward Rounds

²⁶ Discharge Rounds

²⁷ Daily Rounds

²⁸ Medical Rounds

²⁹ Surgical Rounds

³⁰ Sit down versus Beside

³¹ Morning Rounds

³² Postadmission Rounds

³³ Multi Professional

³⁴ Inter Professional

سال ۱۹۲۸ میلادی در یکی از بیمارستان‌های بوستون شروع به شرکت در راند کردند. آنان به صورت هفتگی همراه با رزیدنت پزشکی و با هدف آموزش درمانگران تازه وارد در مورد عناصر اجتماعی موثر در درمان بیماری به این فعالیت می‌پرداختند. مددکاران اجتماعی اطلاعات اجتماعی حاصل از مصاحبه با بیماران، خانواده، مدرسه و موسسات اجتماعی را ارائه می‌دادند. در خلال راند مشترک، آنها شروع به درک و پذیرش بهتر یکدیگر می‌کردند و همکاری آنان منجر به مطالعه و مراقبت بهتر از بیمار می‌شد (Derow و Cohen، ۱۹۳۳).

مددکاران اجتماعی می‌توانند از طریق ایفای نقش مدافعه^{۳۵} و با توجه به اطلاعات مهمی که از جنبه‌های گسترده‌تری از زندگی بیمار و محیط و شرایط اطراف او به دست آورده‌اند، در جریان راند بخش، حضور مثر ثمری داشته باشند (White و Harris، ۲۰۱۳).

آنچه مددکاران اجتماعی در راند باید مورد توجه قرار دهند، زمان گذاشتن برای مصاحبه با بیماران و بر عهده گرفتن ارزیابی نیازهای اجتماعی آنان و انجام اقدامات لازم و کاربردی برای تسریع در ترخیص و بازگشت به جامعه است. اقداماتی از قبیل فراهم کردن تسهیلات حمایتی و شبانه روزی، مشاوره جهت دریافت وام^{۳۶}، بسته مراقبتی^{۳۷} و حمایت (Calammus و Strathdee، Adison، ۲۰۰۱).

در واقع مددکاران اجتماعی با حضور در راند همراه با سایر اعضای تیم درمان به ارزیابی شرایط روانی- اجتماعی بیمار، آگاهی و مشارکت در طرح‌ها و دیدگاه‌های درمانی سایر حرفه‌ها، شرکت در جلسات ضروری پس از راند، مشارکت در طراحی و اجرای برنامه زمانی ارزیابی پس از پذیرش و هنگام ترخیص می‌پردازند. فعالیتی که گرچه سال هاست به دلایل حرفه‌ای، مدیریتی، ساختاری و فرهنگی به دست فراموشی سپرده شده و سایر حرفه‌های درمانی چنین وظیفه‌ای را از مددکاران اجتماعی انتظار ندارند، در حالی که از وظایف اصلی مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها است.

مراجعه منظم مددکاران اجتماعی بر بالین بیماران و ارزیابی وضعیت روانی اجتماعی بیماران نه تنها اطلاعات مفید و ارزشمندی را برای اشتراک با سایر حرفه‌ها و تسهیل روند درمان بیماران فراهم می‌کند، بلکه از لحاظ اقتصادی نیز نتایج مورد توجهی برای بیمارستان به همراه دارد. بدین ترتیب که زمانی که در جریان راند، موانع ترخیص از طریق عوامل پیش‌بینی کننده توسط مددکار اجتماعی شناسایی و مدیریت شوند، مدت زمان اقامت و اشغال تخت کاهش می‌یابد که این امر به شکل غیر مستقیم تأثیر زیادی در کاهش هزینه‌های بیمارستانی دارد.

پروتکل حاضر ضمن قرار دادن دوباره راند در وظایف و فعالیت‌های حرفه‌ای و تخصصی مددکاران اجتماعی در بیمارستان، از طریق بیان شیوه و محتوای کار، سعی در روشن سازی آن برای مددکاران اجتماعی و سایر حرفه‌های درمانی در بیمارستان دارد.

³⁵ Advocacy Role

³⁶ Debt Counselling

³⁷ Care Package

۲-۲. هدف:

شناسایی بیماران نیازمند به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی
پایش تغییرات وضعیت روانی-اجتماعی بیماران بستری در بیمارستان

۲-۳. تعریف مفاهیم:

۲-۳-۱. مددکار اجتماعی:

منظور در این پروتکل کلیه فارغ‌التحصیلان کارشناسی و بالاتر در رشته مددکاری اجتماعی است که در واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان‌ها مشغول ارائه خدمت به بیماران هستند. فارغ‌التحصیلان کارشناسی در رشته علوم اجتماعی گرایش خدمات اجتماعی نیز در صورت نبود نیروی انسانی در رشته مددکاری اجتماعی شامل این تعریف می‌شوند.

۲-۳-۲. راند مددکاری اجتماعی:

منظور مراجعه منظم مددکار اجتماعی به بالین همه بیماران بستری در بیمارستان و ارزیابی و پایش کوتاه مدت وضعیت روانی اجتماعی بیماران است.

۲-۴. زمان اجرای راند:

۲-۴-۱. زمان راند مددکاری اجتماعی در بخش اورژانس:

راند مددکاری اجتماعی در بخش اورژانس باید در هر ۲۴ ساعت حداقل دو بار (راند صبحگاهی و عصرگاهی) انجام گیرد.

۲-۴-۲. زمان راند مددکاری اجتماعی در سایر بخش‌ها:

راند مددکاری اجتماعی در سایر بخش‌ها باید در هر ۲۴ ساعت یک بار (ترجیحاً راند صبحگاهی) انجام گیرد.

۲-۵. مدت اجرای راند مددکاری اجتماعی:

۲-۵-۱. مدت اجرای راند برای بیماران تازه وارد:

مددکار اجتماعی باید راند برای بیماران تازه وارد را حداکثر ظرف ۱۰ دقیقه انجام دهد. در صورتی که بیمار نیاز به خدمات بیشتر یا ارزیابی دقیق‌تری داشته باشد، لازم است زمان دیگری خارج از ساعت راند برای وی تعیین شود.

۲-۵-۲. مدت اجرای راند برای بیمارانی که حداقل یکبار در راندهای قبلی ارزیابی شده‌اند:

مددکار اجتماعی باید راند برای بیمارانی که که حداقل یکبار در راندهای قبلی ارزیابی شده‌اند را حداکثر ظرف ۵ دقیقه انجام دهد. در صورتی که بیمار نیاز به خدمات بیشتر یا ارزیابی دقیق‌تری داشته باشد، لازم است زمان دیگری خارج از ساعت راند برای وی تعیین شود.

۲-۶. مراحل راند مددکاری اجتماعی:

۲-۶-۱. استخراج لیست بیماران تازه وارد:

قبل از هر چیز لیست بیمارانی را که بعد از آخرین راند مددکاری اجتماعی در بیمارستان بستری شده اند، از سیستم HIS^{۳۸} استخراج کنید.

۲-۶-۲. مرور گزارش‌های تیم درمان (کتبی و شفاهی):

برای بیماران تازه وارد قبل از مراجعه به بالین بیمار لازم است پرونده بالینی بیمار را مطالعه کنید و در عین حال در مورد وضعیت جسمانی و روانی بیمار اطلاعات تکمیلی را از تیم درمان (پزشک و یا پرستار) دریافت نمایید.

برای بیمارانی که حداقل یکبار در راندهای قبلی ارزیابی شده‌اند، قبل از مراجعه به بالین بیمار لازم است پرونده بالینی بیمار را مطالعه کنید و در عین حال در مورد وضعیت جسمانی و روانی بیمار اطلاعات تکمیلی را از تیم درمان (پزشک و یا پرستار) دریافت نمایید. تغییراتی که بعد از آخرین راند مددکاری اجتماعی در وضعیت جسمانی روانی بیمار بوجود آمده است، باید مورد توجه قرار گیرند.

۲-۶-۳. مصاحبه کوتاه مدت با بیمار و همراه وی:

برای بیماران تازه وارد به بالین بیمار مراجعه کنید و خود را به عنوان مددکار اجتماعی معرفی کنید و به طور مختصر توضیح دهید که چه خدماتی را در بیمارستان ارائه می‌کنید. در عین حال به بیمار و همراه وی توضیح دهید که چگونه می‌توانند به شما دسترسی داشته باشند. برای این منظور شماره تماس واحد مددکاری اجتماعی را نیز در اختیار آنها قرار داده و بگویید اتاق مددکار اجتماعی در کدام قسمت بیمارستان قرار دارد.

حداقل اطلاعات مورد نظر را که در فرم پیوست شماره ۱-۲ آمده است، در قالب مصاحبه کوتاه مدت جستجو کنید.

سعی کنید از اخذ اطلاعات تکراری که در پرونده بالینی بیمار قبلاً ثبت شده است، خودداری کنید. مگر اینکه متوجه تناقض یا ناکافی بودن اطلاعات شده باشید.

لازم است در طول مصاحبه از تکنیک‌های همدلانه استفاده کنید.

برای بیمارانی که حداقل یکبار در راندهای قبلی ارزیابی شده‌اند، نیز به بالین بیمار مراجعه کنید و بر اساس فرم پیوست شماره ۱-۲ ارزیابی سریع از تغییرات وضعیت روانی اجتماعی بیمار را انجام دهید.

در صورتی که بیمار در اتاقی بستری است که سایر بیماران و همراهان آنها نیز در آنجا حضور دارند، احتمال دارد سایر حاضرین نسبت به وضعیت بیمار کنجکاو و حساس شوند. لازم است هنگام مصاحبه از بلند صحبت کردن اجتناب کنید و در صورتی که متوجه موضوعات دارای حساسیت فرهنگی-اجتماعی شدید، از طرح آنها در مصاحبه راند خودداری کنید و زمان جداگانه‌ای را به طور اختصاصی در واحد مددکاری یا اتاق مشاوره برای مصاحبه با بیمار و یا همراهانش در نظر بگیرید. به عنوان مثال در صورتی که بیمار به دلیل آسیب‌های ناشی از خشونت همسر در

38 . Hospital Information System (HIS)

بیمارستان بستری شده است، لازم است موضوعات مربوط به اختلافات خانوادگی بیمار در فضای خصوصی مورد بررسی قرار گیرد.

۴-۶-۲. تنظیم زمان مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی با بیمار و یا همراه وی:

در صورتی که بیمار نیاز به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی دارد، زمانی را برای ملاقات با وی و یا همراهانش تعیین کنید. لازم است به منظور جلوگیری از بروز اختلال در فرایند راند زمان مصاحبه و سایر مداخلات مددکاری اجتماعی خارج از ساعت راند در نظر گرفته شود.

۵-۶-۲. تهیه گزارش راند مددکاری اجتماعی:

با توجه به اینکه در طول انجام راند مددکاری اجتماعی با تعداد زیادی از بیماران و همراهان گفتگو خواهد شد، لازم است چک لیست‌ها هنگام راند تکمیل شوند و از به تعویق انداختن تهیه گزارش راند به زمانی بعد از آن خودداری شود.

فرم ارزیابی سریع باید در پرونده بالینی بیمار ثبت شود و در عین حال اطلاعات آن در سیستم HIS ثبت کنید.

۷-۲. اختلال در فرایند راند

در صورتی که راند مددکاری اجتماعی به دلایلی نظیر نامناسب بودن شرایط بیمار (به عنوان مثال در شرایطی که بیمار سطح هوشیاری پایینی دارد)، عدم حضور بیمار در بخش و سایر شرایط اورژانسی (به عنوان مثال در صورتی که در طول راند، مددکار اجتماعی برای مورد دارای فوریت فراخوانده شود) متوقف یا مختل شود، انجام راند را به زمان دیگری موکول کنید. لازم است در اولین فرصت مناسب راند انجام شود و گزارش‌های مربوطه ثبت شوند.

پیوست شماره ۱-۲: فرم ارزیابی سریع وضعیت بیمار طی فرایند راند مددکاری اجتماعی

شماره پرونده:																			
نام خانوادگی:					نام:					بخش:									
نام پدر:					تاریخ تولد:					اتاق:									
جنس:					وضعیت تاهل:					مذهب:									
محل کار:					شغل:					پزشک معالج:									
تاریخ پذیرش:																			
ساعت:																			
ارزیابی :																			
مهر و امضا مددکار اجتماعی	گروه های پرخطر	بررسی مشکلات احتمالی ناشی از بیماری و بستری شدن			بررسی مشکلات مالی/ بیمه			بررسی وضعیت قضایی			بررسی شرایط روانی بیمار / همراه			بررسی وضعیت شبکه حمایتی			موضوع زمان راند (تاریخ و ساعت)		
		۳	۲	۱	۳	۲	۱	۳	۲	۱	۳	۲	۱	۳	۲	۱			
شرح:																			
شرح:																			
ارزیابی تکمیلی:																			

پروٹھکل ارزئیایی روانی اجتماعی

ارزیابی روانی- اجتماعی ابزار اولیه کار در حرفه مددکاری اجتماعی است و با سایر اشکال ارزیابی متفاوت است. مددکاران اجتماعی با درک تأثیر فاکتورهای رفاه روانی- اجتماعی^{۳۹} و زمینه اجتماعی می‌توانند به شناسایی و توسعه مداخلات جهت افزایش بهزیستی و اصلاح عملکرد اجتماعی بپردازند.

برای روشن شدن تفاوت این نوع از ارزیابی ابتدا به تعاریفی از ارزیابی در مددکاری اجتماعی می‌پردازیم. کولشد و اورمه^{۴۰} (۱۹۹۸) ارزیابی در مددکاری اجتماعی را یک فرآیند مستمر می‌دانند که فرد در آن مشارکت دارد. هدف از آن، درک افراد در ارتباط با محیطشان است که اساس برنامه‌ریزی برای نیازهایی است که باید برآورده شوند، توسعه داده شوند و یا در محیط، فرد یا هر دو تغییر داده شوند.

میلنر و ابیرن^{۴۱} (۲۰۰۴) ارزیابی را به عنوان یک سفر برای مددکاران اجتماعی که نیاز به انتخاب مناسب‌ترین نقشه برای رسیدن سریع و موثر به مقصد دارند، فرض می‌کنند. از نظر آنان ارزیابی از مداخله جدا نیست- تغییر در تمام مراحل روند مددکاری اجتماعی رخ می‌دهد- اما خواندن نقشه در حین رانندگی خطرناک است. بنابراین بهتر است مددکاران اجتماعی به نقشه قبل از برنامه‌ریزی سفر ارزیابی آشنا شوند.

ارزیابی روانی- اجتماعی نقش حیاتی در ارائه خدمات از طریق شناخت موانعی که ممکن است دستیابی به نتایج را مختل کند، دارد. به این ترتیب از این جهت که نیازهای بیمار را هم از لحاظ فردی و هم در سطوح سیستماتیک بزرگتر بررسی می‌کند، از سایر ارزیابی‌ها متفاوت است.

ارزیابی روانی - اجتماعی بر اساس سه ارزش اساسی این حرفه یعنی احترام به انسان‌ها، عدالت اجتماعی و صلاحیت حرفه‌ای^{۴۲} انجام می‌گیرد. با توجه به آموزش‌های حرفه‌ای، مددکاران اجتماعی در برقراری ارتباط، مشاوره و مصاحبه و تشویق بیمار برای دریافت زمینه فرهنگی و خانوادگی مهارت دارند و مراقبند که در حین به دست آوردن اطلاعات ضروری از بیمار به او صدمه‌ای وارد نکنند.

این ارزیابی از تئوری‌های اکولوژیکی، سیستم‌ها و دوره زندگی^{۴۳} نشأت می‌گیرد که نشان دهنده ارتباطات پیچیده میان افراد و فاکتورهای اجتماعی است که بر رفاه افراد موثر است. مددکاران اجتماعی همچنین از دیدگاه‌های قدرت- محور در جریان ارزیابی روانی- اجتماعی برای شناسایی نقاط قوت و میزان انعطاف پذیری افراد بهره می‌گیرند. که این نقاط قوت هم شامل فاکتورهای درون فردی (توانایی و مهارت شخصی، دانش) و هم فاکتورهای بیرونی (خانواده و حمایت‌های اجتماعی) می‌باشد.

زمانی که مددکاران اجتماعی ارزیابی روانی- اجتماعی را هدایت می‌کنند، به شناسایی و کشف جنبه‌های روانشناختی و اجتماعی بیمار و موقعیت او می‌پردازند. که شامل مشکلات و شدت آنها در عملکرد نقش اجتماعی، نیازهای مالی و سایر نیازهای اساسی، خانواده، ارتباطات و حمایت‌های اجتماعی و فاکتورهای فرهنگی است.

منابع این اطلاعات شامل شخص بیمار، خانواده بیمار و سایر افراد مرتبط با او، درمانگران و مستندات ثبت شده درمانی است.

³⁹ Psychosocial Wellbeing

⁴⁰ Coulshed & Orme

⁴¹ Milner & O'Byrne

⁴² Professional Integrity

⁴³ Life Course

ارزیابی روانی - اجتماعی هم یک محصول نهایی^{۴۴} و هم یک پروسه در حال انجام^{۴۵} است (انجمن مددکاران اجتماعی استرالیا^{۴۶}، ۲۰۱۵).

یک ارزیابی روانی - اجتماعی موفق در بیمارستان به عوامل مختلفی بستگی دارد:

- فراهم کردن ارتباط حرفه‌ای توأم با احترام و همدلی با بیمار
- کشف میزان درک بیمار از نقاط ضعف و قوت خود همراه با بیمار
- جمع‌آوری اطلاعات از طیف وسیعی از منابع شامل اعضای خانواده برای درک جامع از زمینه زندگی بیمار
- آگاهی از زمینه فرهنگی بیمار و پرهیز از دید تبعیض‌آمیز برای پایه‌گذاری رابطه موثر
- شناسایی و ارزیابی شاخص‌های موثر در به حداقل رساندن خطر برای بیمار (ارزیابی خطر شامل خطر رفتارهای خودآزاری، آسیب‌پذیری نسبت به خشونت خانگی و سایر مقوله‌های امنیتی در خانه و محیط زندگی، مقوله‌های مربوط به حمایت کودک و...)
- درخواست برنامه‌های ارزیابی خاص جهت افزایش جزئیات اطلاعات مربوط به نقاط قوت و ضعف بیمار
- در میان گذاشتن ارزیابی انجام شده با بیمار برای فهم متقابل و توافق در مورد آن
- ثبت و نگهداری مستندات

در ارزیابی روانی - اجتماعی بهتر است سه بخش بسیار مهم شامل اطلاعات پایه‌ای، سابقه و کارکردهای فعلی و پیشنهادات در نظر گرفته شود.

از آنجا که در سیستم بیمارستان ارزیابی روانی - اجتماعی توسط مددکار اجتماعی با توجه به تعاریف و ویژگی‌های ذکر شده، می‌تواند به عنوان فاکتور حفاظت‌کننده^{۴۷} در خصوص خطرات احتمالی عمل کند، بنابراین وجود آن به عنوان یکی از وظایف مددکاران اجتماعی این عرصه قابل چشم‌پوشی نیست.

مداخلات روانی - اجتماعی مددکاران اجتماعی برای بیماران می‌تواند موجب کاهش خطرات، افزایش توانمندی در تطابق با شرایط ایجاد شده پس از بروز بیماری و بهبود و ارتقاء سلامت روانی آنان شود. پرداختن به واکنش‌های روانی بیمار و خانواده او با هدف عادی‌سازی واکنش‌ها و جلوگیری از بروز عوارض دیرپا که منجر به افت کیفیت زندگی و کاهش کارآیی آنان می‌گردد، ضروری است. همچنین لازم است برخی بیماران که به دلایل متعدد، رنج و آسیب بیشتری را تحمل می‌کنند و آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به شرایط جدید دارند، مورد توجه ویژه قرار گیرند. پروتکل حاضر علاوه بر فراهم کردن دستورالعمل کاربردی، در پی ایجاد و توسعه ابزار ارزیابی روانی - اجتماعی برای مددکاران اجتماعی است.

۲-۳. هدف:

شناخت وضعیت روانی اجتماعی بیماران نیازمند به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی

⁴⁴ Final Product

⁴⁵ Ongoing Process

⁴⁶ Australian Association of Social Workers(AASW)

⁴⁷ Protective Factor

۳-۳. تعریف مفاهیم:

۳-۳-۱. مددکار اجتماعی:

منظور در این پروتکل کلیه فارغ‌التحصیلان کارشناسی و بالاتر در رشته مددکاری اجتماعی است که در واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان‌ها مشغول ارائه خدمت به بیماران هستند. فارغ‌التحصیلان کارشناسی در رشته علوم اجتماعی گرایش خدمات اجتماعی نیز در صورت نبود نیروی انسانی در رشته مددکاری اجتماعی شامل این تعریف می‌شوند.

۳-۳-۲. ارزیابی روانی-اجتماعی:

به مجموعه اقداماتی گفته می‌شود که به منظور جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات در مورد وضعیت روانی اجتماعی بیماران نیازمند به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی انجام می‌گیرد.

۳-۳-۳. بازدید منزل:

منظور از بازدید منزل مراجعه مددکار اجتماعی به محیط زندگی، کار و یا تحصیل بیمار با هدف کسب اطلاعات مورد نیاز برای تکمیل ارزیابی وضعیت روانی اجتماعی بیمار می‌باشد.

۳-۴. مراحل ارزیابی روانی اجتماعی:

۳-۴-۱. تعیین زمان PSA

PSA باید زمانی انجام شود که بر اساس ارزیابی سریع در تریاژ و یا راند مددکاری اجتماعی بیمار نیازمند دریافت خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی تشخیص داده شده باشد. تشخیص این امر به عهده مددکار اجتماعی است.

ممکن است با توجه به تغییر شرایط بیمار لازم باشد PSA در دوره‌های زمانی متعدد مجدد انجام شود.

۳-۴-۲. نحوه انجام PSA

۳-۴-۲-۱. فراهم کردن مقدمات

۳-۴-۲-۱-۱. تنظیم قرار ملاقات با بیمار و همراه

برای انجام PSA لازم است قرار ملاقات را با بیمار و یا همراه (یا همراهان) وی تنظیم کنید. بهتر است PSA در واحد مددکاری اجتماعی و در فضایی که حداقل شرایط ضروری برای انجام مصاحبه مددکاری اجتماعی را داشته باشد، انجام گیرد. در صورتی که بیمار نمی‌تواند به واحد مددکاری اجتماعی مراجعه کند، می‌توانید PSA را در محل استقرار وی انجام دهید. لازم است در چنین شرایطی ملاحظات مربوط به رازداری حرفه‌ای را مدنظر قرار دهید.

۲-۱-۲-۳. تسهیل شرایط حضور بیمار در واحد مددکاری اجتماعی

در صورت نیاز برای تسهیل حضور بیمار در واحد مددکاری اجتماعی با تیم درمان هماهنگی‌های لازم را بعمل آورید. به عنوان مثال صدور مجوز خروج از بخش و یا دسترسی به ویلچر برای جابجایی بیمار را تسهیل کنید.

۲-۲-۳. جمع آوری اطلاعات

۱-۲-۲-۳. مطالعه پرونده و سایر اسناد مرتبط

بهتر است قبل از هرچیز پرونده بالینی بیمار را مطالعه کنید و اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت جسمی وی را بر اساس اطلاعات مندرج در پرونده بالینی در فرم PSA وارد کنید. در صورت نیاز می‌توانید اطلاعات تکمیلی را به صورت تلفنی یا حضوری از تیم درمان دریافت کنید.

در نظر داشته باشید که باید مکاتبات اداری انجام شده در مورد بیمار نیز مطالعه و اطلاعات مرتبط با وضعیت روانی اجتماعی وی از آنها استخراج و در فرم PSA ثبت شوند.

۲-۲-۲-۳. مصاحبه نیمه ساختاریافته بر اساس فرم PSA

اطلاعات مورد نیاز برای PSA باید با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته جمع آوری و ثبت شوند. برای ثبت اطلاعات از فرم پیوست شماره ۱-۳ استفاده کنید.

با توجه به اینکه موضوعات متنوعی در PSA باید مورد بررسی قرار گیرند، بسیار اهمیت دارد که مراقب باشید مصاحبه مددکاری اجتماعی شکل بازجویی پیدا نکند.

احتمال دارد ضرورت داشته باشد بیش از یک جلسه را برای PSA برگزار کنید و یا با افراد دیگری که می‌توانند در تکمیل اطلاعات به شما کمک کنند، مصاحبه نمایید.

۳-۲-۲-۳. بازدید منزل

بازدید منزل را زمانی برنامه‌ریزی کنید که اطلاعات بدست آمده از مصاحبه با بیمار و همراهان و مطالعه پرونده وی برای تکمیل فرم PSA کافی نباشد و یا با تناقض در اطلاعات ارائه شده توسط بیمار و یا همراهان وی مواجه شده باشید.

بیمار و خانواده‌اش را از بازدید منزل مطلع کنید و رضایت آگاهانه آنها را اخذ نمایید (پیوست شماره ۲-۳). برای آنها هدف‌تان از بازدید را توضیح دهید و در صورتی که در مورد بازدید شما نگران هستند، نگرانی آنها را با توضیح‌های روشن برطرف کنید. در صورتی که بیمار و یا خانواده وی با بازدید منزل مخالفت کردند، از بازدید اجتناب کنید اما گزارش این امر را در پرونده بیمار ثبت نمایید.

در بازدید منزل با اولویت اهداف زیر را دنبال کنید:

- تکمیل اطلاعات در مورد بیمار و خانواده‌اش

- آشنایی با ویژگی‌های فرهنگی بیمار و خانواده‌اش
 - کسب اطلاعات در مورد پتانسیل‌ها و محدودیت‌های موجود در محیط زندگی بیمار و خانواده‌اش
 - مشاهده و درک بهتر روابط خانواده در محیط همسایگی
 - مشاهده و درک بهتر شبکه ارتباطی بیمار
 - تأثیراتی که بیماری فرد بر زندگی خانواده داشته است
 - عوامل شروع کننده (عواملی که باعث عود و یا تشدید بیماری می‌شوند)
 - عوامل محافظت کننده (عواملی که موجب بهبود بیماری می‌شوند)
- با رعایت رازداری حرفه‌ای علاوه بر بازدید از منزل، محیط کار و یا محل تحصیل، می‌توانید برخی اطلاعات را با جمع‌آوری اطلاعات در مورد محیط همسایگی و یا اجتماع محلی تکمیل نمایید.
- بلافاصله پس از بازدید منزل گزارش آن را در قالب پیوست شماره ۳-۳ ثبت کنید.
- ۳-۲-۴-۳. ثبت اطلاعات و تهیه گزارش وضعیت روانی اجتماعی بیمار**
- اطلاعات را در سیستم HIS ثبت کنید. اطلاعات را بلافاصله پس از انجام مصاحبه، بازدید منزل و مطالعه اسناد ثبت کنید و از به تعویق انداختن مستندسازی پرهیز کنید.
- در صورتی که اطلاعات مربوط به وضعیت روانی اجتماعی بیمار در قالب رکوردهای پیش بینی شده در سیستم HIS قابل ثبت نیستند، آنها را در فرم‌های جداگانه در پرونده بیمار ثبت کنید.
- در صورت انجام بازدید منزل برای بیمار، فرم گزارش بازدید منزل را تکمیل و در پرونده بایگانی کنید.

پیوست شماره ۱-۳: فرم ارزیابی وضعیت روانی اجتماعی بیمار

۱. اطلاعات اولیه بیمار:			
۱-۱. اطلاعات دموگرافیک:			
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	کدملی:
تاریخ تولد:	محل تولد:	جنسیت: زن / مرد / سایر	
وضعیت تاهل: مجرد / متاهل / متارکه / مطلقه / بیوه / سایر	ملیت: ایرانی / افغانی / عراقی / سایر	مذهب: اسلام / مسیحی / یهودی / زرتشتی / سایر	
نوع بیمه: خدمات درمانی / تامین اجتماعی / ارتش / کمیته امداد / سایر	بیمه تکمیلی: دارد / ندارد	وضعیت اشتغال: بیکار / خانه دار / کارمند / کارگر / کار آزاد / محصل / دانشجو / سرباز / بازنشسته	
۱-۲. آدرس و تلفن محل سکونت:			
۱-۳. آدرس و تلفن محل کار:			
۱-۴. گروه های پرخطر: کودک آزاری / خشونت علیه زنان / خشونت علیه سالمندان / خشونت علیه معلولان / اقدام به خودکشی / بیخانمان و مجهول الهویه / اختلالات سایکوتیک / اختلالات وابسته به مواد / بیماری های خاص و صعب العلاج / مادران پرخطر / نزاع و درگیری			
۱-۵. اطلاعات ارجاع:			
۱-۶. ارجاع به بیمارستان:			
تاریخ	علت ارجاع	ارجاع دهنده	
۱-۷. منبع اطلاعات:			
مصاحبه	مشاهده	مستندات	
نتایج تست های تشخیصی (روانپزشکی، روانشناختی، شغلی)		گزارش سایر ارگان های حمایتی	بازدید منزل
۱-۸. شکایت اصلی بیمار:			
۲. اطلاعات فردی بیمار:			
۲-۱. اطلاعات تحصیلی:			
۲-۲. اطلاعات شغلی:			
۲-۳. اطلاعات مهارتی			
۲-۴. فعالیت های اجتماعی - مذهبی:			
۲-۵. سبک ارتباطی - رفتاری:			
۳. تاریخچه فردی بیمار:			
۳-۱. تاریخچه مشکلات جسمی:			
۳-۲. تاریخچه مشکلات روانی:			
۳-۳. سابقه سوء مصرف مواد:			
۳-۴. سابقه مشکلات قانونی:			
۴. تاریخچه خانوادگی بیمار:			

۴-۱. مشخصات اعضای خانواده:							
نسبت	نام و نام خانوادگی	سال تولد	وضعیت تاهل: مجرد / متاهل / متارکه / مطلقه / بیوه / سایر	در قید حیات می باشد: بله / خیر (در صورت فوت: تاریخ وفات)	میزان تحصیلات	شغل	محل سکونت
پدر							
مادر							
خواهر							
خواهر							
برادر							
برادر							
همسر							
فرزند							
فرزند							
۶-۲. بیمار در حال حاضر با چه کسانی زندگی می کند: پدر / مادر / خواهر / برادر / همسر / فرزندان / سایر							
۶-۳. شرح روابط خانوادگی (از نظر الگوهای ارتباطی و حمایتی درون خانواده):							
۶-۴. تاریخچه مشکلات جسمی در خانواده:							
۶-۵. تاریخچه مشکلات روانی در خانواده:							
۶-۶. تاریخچه سوء مصرف مواد در خانواده:							
۶-۷. تاریخچه مشکلات قانونی در خانواده:							
۷. شرح مشکل از دید بیمار:							
۷-۱. شکایت اصلی بیمار:		۷-۲. تاریخچه مشکل:		۷-۳. اقداماتی که برای حل مشکل انجام داده:			
۸. ارزیابی و خلاصه بالینی:							
۸-۱. منابع، ظرفیت ها و نقاط قوت بیمار:							
۸-۲. توصیف مکانیسم های انطباقی بیمار:							
۸-۳. توصیف توانمندی بیمار در حل مشکل:							
۸-۴. محدودیت های بیمار برای مقابله با مشکل فعلی:							
۸-۵. ارزیابی انگیزه تغییر در بیمار و استفاده از خدمات:							
۸-۶. شرح مشکل از دید مددکار اجتماعی:							

پیوست شماره ۲-۳: فرم رضایت آگاهانه برای حضور مددکار اجتماعی بیمارستان در منزل بیمار

اینجانب مادر/ پدر/ همسر/ برادر/ خواهر بیمار بنام خانم/ آقای با توجه به توضیحات و اطلاعات داده شده توسط خانم / آقای مددکار اجتماعی بیمارستان در خصوص ضرورت انجام بازدید منزل، اجازه می‌دهم مددکار اجتماعی طبق برنامه تنظیمی برای ارائه خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی بیمارستان در منزل ما حضور یابد.

نام و نام خانوادگی و امضاء بیمار

نام و نام خانوادگی و امضاء مراقب بیمار نسبت مراقب /همراه بیمار

پیوست شماره ۳-۳: فرم گزارش بازدید منزل

				شماره پرونده:	
پزشک معالج:		بخش:		نام خانوادگی:	
تاریخ پذیرش:		اتاق:		نام پدر:	
ساعت:		تخت:		تاریخ تولد:	
محل کار:		شغل:	مذهب:	وضعیت تاهل:	
جنس:					
آدرس محل بازدید:					
ساعت بازدید:			تاریخ بازدید:		
افراد حاضر در منزل:			بازدید کنندگان:		
اهداف بازدید:					
ارزیابی خطر : کم متوسط زیاد اقدامات لازم:					
توصیف محل سکونت مساحت محل سکونت: تعداد اتاق ها: تعداد افراد ساکن: محیط مناسب سازی شده: سایر توضیحات:					
توصیف شرایط و روابط اعضای خانواده با یکدیگر:					
توصیف محیط همسایگی و اجتماع محلی:					
نتیجه بازدید:					

پروٹیکل مشاورہ کوتاہ مدت اولیہ

۴-۱. مقدمه:

در گذشته نقش بیمار، محرومیت از استقلال و قدرت تصمیم‌گیری بود و پزشک و دیگر افراد تیم بهداشتی-درمانی باید برای او تصمیم‌گیری می‌کردند و او نیز با اعتماد، این تصمیم‌گیری‌ها را می‌پذیرفت. (به نقل از موسایی و ابهری) (Ingram, 1998)

یکی از مهمترین پیشرفت‌ها در نیم قرن اخیر، توجه به این موضوع بوده است که بیماران در ارائه مراقبت‌های بهداشتی، دیگر به عنوان مشارکت‌کننده منفعل شرکت ندارند؛ بلکه نقش تأثیرگذاری در درمان خود ایفا می‌کنند. حدود مشارکت بیمار در مراقبت و درمان خود در زمان‌های مختلف متفاوت است. از زمانی که بیمار تصمیم به درخواست و انتخاب مراقبت می‌کند تا زمانی که به توصیه‌های درمانی پزشکان عمل می‌کند، نقش مشارکت او در درمان همیشه وجود دارد. (Sarbaz & Kimiafar, 2011)

عدم رعایت حقوق بیمار می‌تواند موجب به مخاطره افتادن سلامتی، جان و امنیت بیماران و همچنین تضعیف رابطه بین پزشکان و بیماران گردد که در نهایت منجر به کاهش اثربخشی خدمات برای بیماران می‌شود. (موسایی، فاطمی، & نیکبین، ۱۳۸۹)

افزایش اطلاعات بیمار و خانواده و مشاوره کوتاه مدت بخشی از وظایف مددکار اجتماعی در بیمارستان است (Gibbons & Plath, 2006؛ Linton, Ing, Vento & Nakagawa, 2015).

عدم رضایت بیمار و بی‌توجهی به نظرات او بهبودی بیمار و اخذ نتیجه مطلوب درمانی را خدشه دار می‌کند. (Ahmadi, Zivdar, & Rafeie, 2010) رعایت حقوق بیماران، آگاه نمودن و سهیم کردن آنها در تصمیم‌گیری، بهبودی آنها را تسریع می‌نماید و دوران بستری بودن در بیمارستان را کاهش می‌دهد و در مجموع رضایت بیمار، کادر درمانی و بیمارستان را به دنبال دارد. عدم رعایت حقوق بیماران موجب پیامدهای نامطلوب می‌شود، از جمله اینکه بی‌اعتمادی نسبت به کادر درمانی، عدم رضایت بیماران، اعتراض به مراجع قانونی و کاهش کیفیت مراقبت را به دنبال خواهد داشت. (Aliakbari & Tavakol, 2009)

در حالی که رویکردهای نوین درمانی، بیماران و خانواده‌ها را تشویق به توانمند شدن می‌کنند و از آنها می‌خواهند مسئولیت بیشتری در خصوص وضعیت سلامتی‌شان بر عهده بگیرند، اما اغلب این بیماران و مراقبان آنها به دلیل فقدان دانش و یا به خاطر بحران‌ها و کاهش ظرفیت‌شان آسیب‌پذیر هستند. (Benner, 2003)

مددکاران اجتماعی بیمارستانی به ارائه خدمات مستقیم به بیمار و خانواده با هدف به حداقل رساندن تاثیرات منفی بیماری و بستری شدن در بیمارستان می‌پردازد. مددکاران اجتماعی با تمرکز بر مراقبت بیمار محور و توانایی در نظر

گرفتن پیچیدگی که از دیدگاه روانی اجتماعی نشئت گرفته، خدمات منحصر بفردی را به سیستم بیمارستانی در تامین خدماتی که نیازهای چندگانه بیمار، خانواده و مراقبان را تامین می‌کند، عرضه می‌کنند. از جمله این خدمات می‌توان به ارائه مشاوره و مداخلات درمانی هدفمند با هدف کمک به فرد، خانواده و مراقبان برای تطابق با وضعیت بستری در بیمارستان اشاره کرد. (انجمن مددکاران اجتماعی استرالیا، ۲۰۱۶)

یکی از نقش‌های مددکار اجتماعی بیمارستانی حمایت‌یابی و ایجاد ارتباط میان بیمار، خانواده، بیمارستان و اجتماع است. کمک به بیمار برای درک و تطابق با فرایندهای بیمارستانی، تفسیر و توضیح برنامه‌های پزشکی، تسهیل شرایط برای ابراز هیجان، کمک به خانواده از طریق برنامه‌ریزی مالی از دیگر وظایف مددکاران اجتماعی به عنوان یکی از اعضای تیم درمان می‌باشند. تسهیل ارتباط میان بیمار، خانواده وی و متخصصان مراقبت سلامت مرتبط کلید اصلی برنامه درمانی مددکاری اجتماعی است. (Mitrowski, 1982)

۲-۴. هدف:

حصول اطمینان از آگاه بودن بیمار و یا خانواده وی نسبت به حقوق خود در طول درمان

حصول اطمینان از آگاه بودن بیمار و یا خانواده وی نسبت به قوانین و مقررات بیمارستان

حصول اطمینان از آگاه بودن بیمار و یا خانواده وی نسبت به فرایند درمان

حصول اطمینان از آگاه بودن بیمار و یا خانواده وی نسبت به فرایند دریافت خدمات در بیمارستان

افزایش آگاهی بیمار و خانواده وی در زمینه خود مراقبتی یا نحوه مراقبت توسط مراقبین بیمار

افزایش آگاهی بیمار و خانواده وی در مورد بیمه و نحوه استفاده از آن

کاهش استرس بیماران در مراحل اولیه درمان

۳-۴. تعریف مفاهیم:

۱-۳-۴. مددکار اجتماعی:

منظور در این پروتکل کلیه فارغ‌التحصیلان کارشناسی و بالاتر در رشته مددکاری اجتماعی است که در واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان‌ها مشغول ارائه خدمت به بیماران هستند. فارغ‌التحصیلان کارشناسی در رشته علوم اجتماعی با گرایش خدمات اجتماعی نیز در صورت نبود نیروی انسانی در رشته مددکاری اجتماعی شامل این تعریف می‌شوند.

۲-۳-۴. مشاوره کوتاه مدت:

در این پروتکل به مجموعه اقداماتی گفته می‌شود که به منظور حصول اطمینان از آگاه بودن بیمار و یا خانواده وی نسبت به حقوق خود در طول درمان، قوانین و مقررات بیمارستان، فرایند درمان و فرایند دریافت خدمات در

بیمارستان و همچنین ارائه اطلاعات در زمینه خود مراقبتی یا نحوه مراقبت توسط مراقبین بیمار و بیمه و نحوه استفاده از آن و کاهش استرس بیماران با روش مصاحبه مختصر^{۴۸} در طول مراحل درمان انجام می‌شود.

۴-۴. مراحل مشاوره:

مشاوره اولیه پس از ارزیابی سریع در تریاژ و یا راند مددکاری اجتماعی در مورد بیمارانی که نیازمند دریافت خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی هستند، انجام می‌شود.

۴-۴-۱. فراهم کردن مقدمات

۴-۴-۱-۱. تنظیم قرار ملاقات با بیمار و همراه جهت مصاحبه و مشاوره

برای انجام مشاوره لازم است قرار ملاقات را با بیمار و یا خانواده و همراهان وی تنظیم کنید. بهتر است مشاوره جهت رعایت رازداری حرفه‌ای و تضمین صحت اطلاعات در اتاق خصوصی یا در واحد مددکاری اجتماعی و در فضایی که حداقل شرایط ضروری برای انجام مصاحبه و مشاوره مددکاری اجتماعی را داشته باشد، انجام گیرد. در صورتی که بیمار نمی‌تواند به واحد مددکاری اجتماعی مراجعه کند، می‌توانید مشاوره را در محل استقرار وی انجام دهید. لازم است در چنین شرایطی ملاحظات مربوط به رازداری حرفه‌ای را مدنظر قرار دهید.

۴-۴-۱-۲. تسهیل شرایط حضور بیمار در واحد مددکاری اجتماعی و یا در فضای مناسب برای مشاوره در

بخش

در صورت نیاز برای تسهیل حضور بیمار در واحد مددکاری اجتماعی با تیم درمان هماهنگی‌های لازم را بعمل آورید.

۴-۴-۲. مطالعه پرونده و سایر اسناد مرتبط

بهتر است قبل از هرچیز پرونده بالینی بیمار را مطالعه و اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت جسمی وی را بررسی کنید. در صورت نیاز می‌توانید اطلاعات تکمیلی را به صورت تلفنی یا حضوری از تیم درمان دریافت کنید. هم چنین اطلاعات جمع‌آوری شده طی مشاهدات هدفمند در راند و اولویت‌های بیمار در تریاژ و ارزیابی روانی اجتماعی را هم باید مدنظر قرار دهید.

۴-۴-۳. انجام مشاوره با بیمار و یا خانواده وی

در ابتدای جلسه برای بیمار و یا خانواده وی هدف از برگزاری جلسه را به طور مختصر توضیح دهید.

مطمئن شوید که موضوعات مورد نظر برای مشاوره اولیه که در پیوست شماره ۴-۱ ذکر شده‌اند، در این جلسه پوشش داده می‌شوند. در صورتی که تشخیص دادید بیمار و خانواده وی نیازی به توضیح در مورد برخی موضوعها ندارند، می‌توانید از توضیح در مورد آنها صرف‌نظر کنید. به عنوان مثال اگر در طول گفتگو با بیمار و خانواده او متوجه شده‌اید که آنها اطلاعات دقیقی در مورد نحوه استفاده از بیمه دارند، نیازی نیست در این مورد توضیح دهید.

در صورتی که در طول مشاوره متوجه شدید بیمار و خانواده‌اش اطلاعات قابل قبولی در مورد حقوق خود در طول درمان، قوانین و مقررات بیمارستان، فرایند درمان و یا فرایند دریافت خدمات در بیمارستان ندارند، ضرورت دارد پیگیری لازم را برای تکمیل اطلاعات آنها انجام دهید. به عنوان مثال در صورتی که بیمار و خانواده‌اش از فرایند درمان آگاه نیستند، لازم است با پزشک هماهنگ کنید که این اطلاعات را در اختیار بیمار و خانواده‌اش قرار دهد.

بخشی از جلسه مشاوره را به این امر اختصاص دهید که در مورد ملاحظات مربوط به مراقبت از خود و یا نحوه مراقبت از بیمار توسط خانواده به آنها توضیح دهید. به خاطر داشته باشید در صورتی که اطلاعات بیمار و خانواده‌اش نسبت به روش‌های مراقبت از خود و مراقبت از بیمار افزایش یابد، احتمال موفقیت درمان و عدم عود بیماری افزایش خواهد یافت.

در مورد نحوه استفاده از خدمات بیمه برای بیمار و خانواده‌اش توضیح دهید. در بسیاری موارد بیماران و خانواده آنها از مزایای بیمه به طور کامل خبر ندارند و یا نمی‌دانند تحت چه شرایطی می‌توانند از مزایای بیمه برخوردار شوند. مهم است که آنها را در این مورد توجیه کنید.

آشنا کردن بیمار و خانواده وی نسبت به حقوق خود در طول درمان، قوانین و مقررات بیمارستان و فرایند دریافت خدمات در بیمارستان به عهده فردی است که بر اساس راهنمای جامع اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌های ایران/ ویرایش سال ۱۳۹۵ (بخش رعایت حقوق گیرنده خدمت) مسئول انجام این فعالیت در بیمارستان است. در صورتی که بیمار و یا خانواده وی این اطلاعات را دریافت نکرده‌اند، با فرد مسئول تماس بگیرید و اطمینان حاصل کنید اطلاعات به درستی در اختیار بیمار و خانواده‌اش قرار خواهد گرفت.

آشنا کردن بیمار و خانواده وی نسبت به فرایند درمان بر اساس راهنمای جامع اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌های ایران/ ویرایش سال ۱۳۹۵ به عهده پزشک معالج است. در صورتی که بیمار و یا خانواده وی این اطلاعات را دریافت نکرده‌اند، با پزشک معالج تماس بگیرید و اطمینان حاصل کنید اطلاعات به درستی در اختیار بیمار و خانواده‌اش قرار خواهد گرفت. مددکار اجتماعی مجاز نیست رأساً چنین اطلاعاتی را در اختیار بیمار و یا خانواده وی قرار دهد.

سطح استرس بیمار و همراهانش را بررسی کنید. اگر استرس آنها به اندازه‌ای است که موجب می‌شود مشارکت آنها در فرایند درمان کاهش یابد و یا از کیفیت لازم برخوردار نباشد، لازم است بخشی از جلسه را به شناسایی منبع استرس اختصاص دهید و در عین حال به آنها برای کاهش استرس کمک کنید. از تکنیک‌هایی که در کوتاه مدت می‌توانند به مدیریت استرس کمک کنند، استفاده کنید (به عنوان مثال از فردی که دچار استرس شده است، بخواهید بنشینند و نفس عمیق بکشند و به تدریج بازدم را انجام دهد. فضای اطراف را آرام نگهدارید چراکه ازدحام و سروصدا می‌توانند موجب افزایش استرس فرد شوند. یک روش ساده و کوتاه مدت دیگر برای کاهش استرس این است که شرایط را به گونه‌ای فراهم کنید که اطلاعات به اندازه به فرد داده شود. به خاطر داشته باشید کمبود اطلاعات معمولاً به استرس فرد دامن می‌زند. به فرد اجازه دهید در مورد آنچه نگرانش می‌کند حرف بزند و در عین حال به او کمک کنید بدون اینکه به خود یا دیگری آسیب برساند، برون‌ریزی هیجانی را انجام دهد و ...).

با بیمار و خانواده‌اش در مورد اولویت‌ها و اقدامات بعدی توافق کنید. برنامه‌ریزی برای اقدامات بعدی باید در قالب مدیریت مورد انجام گیرد (برای جزئیات بیشتر به پروتکل مدیریت مورد مراجعه کنید).

۴-۴-۵. ثبت اطلاعات و تهیه گزارش مشاوره با بیمار و یا خانواده وی

مشاوره اولیه بخشی از فرایند مدیریت مورد بوده و لازم است اطلاعات مشاوره اولیه را در پرونده بالینیبه طور خلاصه و در سیستم HIS به طور کامل در قسمت مدیریت مورد ثبت کنید. از به تعویق انداختن مستندسازی پرهیز کنید. تأخیر در ثبت گزارش‌ها معمولاً باعث می‌شوند بخش مهمی از اطلاعات فراموش شوند.

۴-۵. ملاحظات در انجام مشاوره اولیه کوتاه مدت

یکی از مهمترین ویژگی‌های مصاحبه کوتاه مدت، محدودیت زمانی آن است. مهم است که زمان مصاحبه را طوری مدیریت کنید که تمام موضوعات حداکثر طی ۲۰ دقیقه پوشش داده شوند.

در صورتی که بیمار و یا خانواده وی نیاز به خدمات مشاوره‌ای بیشتری دارند، لازم است جلسات مشاوره دیگری را برنامه‌ریزی و برگزار کنید.

در صورتی که بیمار و یا خانواده وی به خدمات مشاوره‌ای سایر حرفه‌ها نیاز دارند، اقدامات لازم برای ارجاع را انجام دهید (جزئیات بیشتر در مورد ارجاع را می‌توانید در پروتکل مدیریت مورد ملاحظه کنید).

جلسات مشاوره داوطلبانه هستند. از این رو در صورتی که بیمار و یا خانواده وی مایل به شرکت در این جلسات نیستند، نباید آنها را برای این کار تحت فشار قرار دهید اما لازم است آنها را برای شرکت در این جلسه با توضیح در مورد مزایای آن ترغیب کنید. در صورتی که آنها دعوت شما را برای حضور در جلسه مشاوره نپذیرفتند، لازم است موضوع را در پرونده بیمار ثبت کنید.

در صورتی که بیمار و یا خانواده‌اش به زبانی حرف می‌زنند که شما با آن آشنا نیستید، لازم است شرایط را به گونه‌ای فراهم کنید که فرد قابل اعتمادی برای ترجمه گفتگوها در جلسه حاضر شود. به خاطر داشته باشید ناآشنایی شما با زبان بیمار و یا خانواده وی نباید موجب شود ارائه خدمت را به آنها متوقف کنید.

در جلسه مشاوره از کلمات تخصصی استفاده نکنید و در صورتی که چنین کلماتی را بکار می‌برید، آنها را برای بیمار و یا خانواده‌اش به زبان ساده توضیح دهید و مطمئن شوید منظور شما را درک کرده‌اند.

پیوست شماره ۱-۴: چک لیست مشاوره اولیه مددکاری اجتماعی

		شماره پرونده:	
پزشک معالج:	بخش:	نام خانوادگی:	نام:
تاریخ پذیرش:	اتاق:	نام پدر:	تاریخ تولد:
ساعت:	تخت:	جنس:	وضعیت تاهل:
محل کار:	شغل:	مذهب:	
چک لیست مشاوره اولیه:			
توضیحات	ارزیابی		موضوع
	بله	خیر	
			۱ آیا بیمار و یا خانواده وی نسبت به حقوق خود در طول درمان اطلاعات کافی دارند؟
			۲ آیا بیمار و یا خانواده وی نسبت به قوانین و مقررات بیمارستان اطلاعات کافی دارند؟
			۳ آیا بیمار و یا خانواده وی نسبت به فرایند درمان اطلاعات کافی دارند؟
			۴ آیا بیمار و یا خانواده وی نسبت به فرایند دریافت خدمات در بیمارستان اطلاعات کافی دارند؟
			۵ آیا بیمار و یا خانواده در زمینه اهمیت و ضرورت خود مراقبتی یا نحوه مراقبت توسط مراقبین بیمار اطلاعات کافی دارند؟
			۶ آیا بیمار و یا خانواده اطلاعات لازم در زمینه خودمراقبتی یا نحوه مراقبت توسط مراقبین بیمار را از پزشک یا پرستار دریافت کرده اند؟
			۷ آیا اطلاعات لازم در مورد بیمه و نحوه استفاده از آن توسط مددکار اجتماعی داده شده است؟
			۸ آیا اقدامات لازم برای کاهش استرس بیماران در مراحل اولیه درمان انجام شده است؟
گزارش مشاوره اولیه:			
مهر و امضا	تاریخ و ساعت	نام و نام خانوادگی مددکار اجتماعی	

پروتکل مداخله در بحران مددکاری اجتماعی

(Bad News)

زمانی که یک واقعه پراسترس، توانایی افراد برای سازگاری مؤثر با چالش یا تهدید ادراک شده را درهم بشکند، بحران رخ داده است. به طور اختصاصی بحران به عنوان پاسخی به شرایطی با این ویژگی‌ها تصور می‌شود:

- ۱- تعادل حیاتی روانشناختی مختل شده است.
- ۲- مکانیسم‌های انطباقی معمول فرد برای بازیابی تعادل شکست خورده است.
- ۳- فشار ایجاد شده بوسیله بحران، شواهدی از نقص کارکرد را به همراه داشته است.

اگر بحران یک پاسخ است، پس واقعه استرس‌زا^{۴۹} چه تعریفی دارد؟ «رویداد وخیم»^{۵۰} اصطلاحی است که اغلب با اصطلاح بحران به اشتباه گرفته می‌شود. برخلاف پاسخ‌های بحرانی، رویداد وخیم ممکن است به عنوان هر واقعه استرس‌زایی در نظر گرفته شود که بالقوه در بسیاری از افراد می‌تواند به پاسخی بحرانی منجر شود. به طور اختصاصی تر، رویداد وخیم را می‌توان به عنوان محرکی برای ایجاد مراحل پاسخ بحرانی در نظر گرفت. رویداد وخیم یا بحران تروماتیک^{۵۱} ممکن است در مواجهه واقعی و یا تهدید به رخ دادن اتفاقاتی مثل مرگ، صدمه جدی، و یا سایر اتفاقاتی باشد که تمامیت روانی فرد مصدوم را تهدید می‌کند. (Raymond B. Flannery, 2000)

مفهوم بحران، فوریت روانی اجتماعی^{۵۲}، و ضربه^{۵۳}، شبیه به هم هستند اما از جهات مهمی با هم تفاوت دارند. فوریت‌ها دارای دو مشخصه شروعی ناگهانی و خطر قریب‌الوقوع صدمه به خود یا دیگران هستند. بحران‌ها ممکن است از وقایعی نشأت بگیرد که می‌تواند شروعی ناگهانی داشته باشد یا خیر. وقایعی مثل وقایع رشدی (بلوغ و گذر)، موقعیتی (غیر منتظره و غیر معمولی)، وجودی (ارزش‌ها، معانی و اهداف) و یا محیطی. در حین بحران، فرد عدم تعادل روانی اجتماعی، احساس غرق شدگی بخاطر سختی حل مسئله، و درجات متفاوتی از آسیب‌پذیری و خطر صدمه به خود یا دیگران را تجربه می‌کند. ضربه به تغییر الگوهای معمول توسعه و تغییرات دائمی نگاه فرد به جهان گفته می‌شود که در نتیجه احساس غرق شدگی و بی‌یاوری ناشی از یک واقعه واحد یا مواجهه با وقایع ضربه‌ای مستمر یا طولانی (مثل خشونت خانگی) است. (Pazar, 2005)

ارزیابی^{۵۴} بحران

مدل‌های مداخله در بحران بر پایه مفروضاتی در خصوص پاسخ‌های منحصر به فرد افراد در مقابل پدیده‌های تجربه شده جهانی استوار است. ارزیابی بحران معمولاً به طور ویژه روی کارکرد عاطفی، رفتاری، و شناختی لحظه‌ای فرد در بحران متمرکز است و در تلاش است بین افرادی که به کمک‌های مستقیم و فوری نیاز دارند و آنهایی که می‌توانند در شرایط ایمن در انتظار مراقبت بمانند، تمایز قائل شود. این ارزیابی راهنمای مختصری برای مداخله‌گران بحران، در تماس‌های آغازی و مراحل ابتدایی مداخله در بحران فراهم می‌کند. (Pazar, 2005)

49 - Stressor Event

50 - Critical Incident

51 - Traumatic Crises

52- Psychological Emergency

53 - Trauma

54 - Assessment

سه ابزار استاندارد شده و چند وجهی وجود دارد که اختصاصاً برای ارزیابی بحران طراحی شده‌اند. هر سه ابزار به شکل مصاحبه ساختار یافته هستند. اولین ابزار، مقیاس درجه بندی تریاژ بحرانی^{۵۵} (CTRS) نام داشته و در سال ۱۹۸۴ به وجود آمده است. سپس در سال ۱۹۹۴ مایر و مایر فرم ارزیابی تریاژ^{۵۶} (TAF) را طراحی کردند. همچنین در سال ۱۹۹۴ چک لیست ارزیابی خودکشی^{۵۷} (SAC) توسط راگرز^{۵۸} معرفی شد. (Lewis, 2001)

نظریه‌های بحران

نظریه واحدی که شامل تعریف یک واقعه بحرانی (پدیده)، پاسخ بحرانی (پاسخ‌های انسانی به پدیده‌ها)، یا مداخلات بحرانی (فرایند کمک) باشد، وجود ندارد. در عوض بدنه‌ای از متون در دسترس است که ابتدائاً ریشه در کارهای لیندمن (۱۹۴۴)، کاپلان (۱۹۶۴)، رابرتز (۱۹۷۰)، بارگس و بالدوین (۱۹۸۱)، و ترکیبی از روانشناسی من و شناختی، و تئوری‌های استرس فردی دارد. در بین مجموعه این تئوری‌ها مفروضات اولیه‌ای مشاهده می‌شود که عبارتند از:

- هر فرد در زندگی خود گاهی استرس‌های بحرانی‌ای را تجربه خواهد کرد که لزوماً بیمارگونه نیستند. زمینه این استرس‌ها در زندگی فرد قرار داشته و این در حالی است که می‌دانیم عامل استرس‌زا می‌تواند یک حادثه بحرانی باشد یا خیر.
- تعادل حیاتی وضعیتی طبیعی است که همه افراد به دنبال آن هستند و زمانی که فردی در وضعیت عدم تعادل عاطفی است، برای تعادل عاطفی مجدد تلاش می‌کند.
- یک دوره عدم تعادل برای افراد یا خانواده‌هایی که از نظر بدنی شرایط یا کمک بیشتر موجود، در معرض آسیب هستند، همان زمانی است که حادثه پر استرس به یک بحران تبدیل می‌شود.
- این عدم تعادل قابلیت افراد را برای مداخله افزایش می‌دهد.
- مکانیسم‌های مقابله‌ای جدید برای روبرو شدن با واقعه بحرانی لازم است.
- کمبود تجارب قبلی مربوط به واقعه بحرانی اضطراب و چالش‌های فزاینده‌ای را ایجاد می‌کند و افراد اغلب منابع پنهانی را کشف می‌کنند.
- مدت زمان این بحران‌ها معمولاً محدود است، و به شدت واقعه، الگوهای پاسخ و منابع در دسترس بستگی دارد.
- حتماً باید در دوره بحران نسبت به وظایف هیجانی، شناختی، و رفتاری تسلط ایجاد شود تا به وضوح بی توجهی به عامل استرس‌زا بوجود آید (Lewis, 2001).

⁵⁵ - Crisis Triage Rating Scale

⁵⁶ - Triage Assessment Form

⁵⁷ - Suicide Assessment Checklist

⁵⁸ - Rogers

مداخله در بحران

در حالی که بیش از یک مدل برای مداخله در بحران وجود دارد، اما در بین متخصصین اورژانس‌های بهداشت روانی، در مورد اصول عمومی آن برای تسکین فشار قربانی و بازگرداندن کارکردهای مستقل او توافق مشترک وجود دارد. این اصول عمومی عبارتند از: تخلیه و برون‌ریزی هیجانی^{۵۹}، حمایت اجتماعی^{۶۰}، و مقابله تطبیقی^{۶۱}. توانایی به اشتراک گذاشتن عواطف منفی ناشی از حادثه تروماتیک، مرحله مهمی از بهبودی است. شبکه‌های حمایت اجتماعی نیز در ابتدا برای فرد قربانی، حمایت، همراهی، اطلاعات، و کمک‌های مادی را مجدداً برقرار می‌کنند. مقابله تطبیقی شامل تغییر در مهارت‌های شناختی و رفتاری با تأکید بر جمع‌آوری اطلاعات، انتظارات معقول اجرایی، و کسب مهارت است. یکی از اصطلاحاتی که در دهه اخیر از متون مداخله در بحران برآمده، مدیریت استرس حادثه بحرانی^{۶۲} (CISM) می‌باشد. CISM شامل چند عنصر اساسی است که عبارتند از: ۱- آمادگی قبل از بحران ۲- روش‌های رفع بسیج عمومی در مقیاس وسیع برای کارکنان سلامت عمومی در اندازه گروه‌های جلسات مدیریت بحران برای قربانیان شهری تروریسم، بلایای عظیم، بحران‌های اجتماعی، تراژدی‌های سیستم مدرسه‌ای، و سایر موارد مشابه ۳- مداخلات فردی بحرانی حاد ۴- بحث‌های گروهی کوچک مختصر ۵- بحث‌های گروه کوچک طولانی‌تر به منظور گزارش‌گیری‌های استرس حادثه بحرانی ۶- روش‌های مداخله بحرانی خانوادگی ۷- مداخلات توسعه سازمانی ۸- ارجاع برای ارزیابی و مداخلات بیشتر روانشناختی (Raymond B. Flannery, 2000).

اخبار بد هر نوع اطلاعاتی است که به طور منفی انتظارات فرد نسبت به آینده را مخدوش می‌کند، یا اخباری که منجر به نقص شناختی، رفتاری یا هیجانی در فردی می‌شود که اخبار بد را دریافت کرده است، به صورتی که این نقص تا مدتی بعد از دریافت خبر بد ادامه دارد. از هر دو تعریف این چنین بر می‌آید که اخبار بد به صورت ذهنی تعیین می‌شوند و ممکن است بسته به تجارب شخصی فرد، به طرز متفاوتی ادراک شوند (Barclay, 2007).

سخت‌ترین و حساس‌ترین وظیفه در تمام سیستم بهداشتی، دادن اخبار بد به خانواده بیماران است، چه اینکه بیمار به شدت مریض باشد، یا اینکه فوت شده است (Rassin, 2013). دادن اخبار بد تأثیرات ماندگاری روی خاطرات خانواده‌ها و بیماران در مواجهات پزشکی دارد (Barclay, 2007).

مطالعات انجام گرفته روی خانواده‌های انواع بیماران، نشان داده است، مهمترین عناصری که این خانواده‌ها رده‌بندی کرده‌اند، عبارتند از: همدلی تیم درمان، صداقت و شفافیت آنها، دادن فرصتی به خانواده‌ها برای پرسیدن سؤالاتشان، و ارجاع دادن آنها به امور بعدی است (Rassin, 2013).

اگرچه وظیفه دادن اخبار بد به طور سنتی متعلق به پزشک است، معمولاً هنگامی که خبر بد شامل تشخیص‌های پزشکی است، دیده شده که سایر کارکنان پزشکی بخش کمتر یا بیشتری را در زمان‌ها و موقعیت‌های مختلف بازی کرده‌اند. بهر حال کلیه کارکنان مراقبت‌های پزشکی، گزارش کرده‌اند که به طور کافی برای این وظیفه آموزش دیده و آماده شده‌اند (Rassin, 2013).

⁵⁹ - Ventilation and Abreaction

⁶⁰ - Social Support

⁶¹ - Adaptive Coping

⁶² - Critical Incident Stress Management

در پژوهشی که Rassin و همکارانش (۲۰۱۳) انجام دادند، نظرات سه گروه مراقبت (پزشکان، پرستاران، و مددکاران اجتماعی) در مورد نقش دادن یک خبر مرگ در یک اورژانس بررسی شد. پزشکان دارای امتیاز بالاتری از سایر گروه‌ها در خصوص مسئولیت دادن خبر بد و محتویات اطلاعاتی که می‌دهند، بودند. مددکاران اجتماعی در مورد حمایت روانی خانواده‌ها مشخصاً دارای امتیاز بالاتری از پزشکان و پرستاران بودند. دادن خبر بد برای مددکاران اجتماعی، باعث فشار روانی بیشتری نسبت به پزشکان و پرستاران شده است.

۲-۵. هدف:

کمک به بیمار و همراهان وی برای دستیابی به تعادل پس از روبرو شدن با وضعیت بحرانی

۳-۵. تعریف مفاهیم

۱-۳-۵. مددکار اجتماعی:

منظور در این پروتکل کلیه فارغ‌التحصیلان کارشناسی و بالاتر در رشته مددکاری اجتماعی است که در واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان‌ها مشغول ارائه خدمت به بیماران هستند. فارغ‌التحصیلان کارشناسی در رشته علوم اجتماعی گرایش خدمات اجتماعی نیز در صورت نبود نیروی انسانی در رشته مددکاری اجتماعی شامل این تعریف می‌شوند.

۲-۳-۵. بحران:

زمانی که یک واقعه پراسترس، توانایی افراد برای سازگاری مؤثر با چالش یا تهدید ادراک شده را درهم می‌شکند، بحران رخ داده است. به طور اختصاصی بحران به عنوان پاسخی به شرایطی با این ویژگی‌ها تصور می‌شود:

۱- تعادل حیاتی روانشناختی مختل شده است.

۲- مکانیسم‌های انطباقی معمول فرد برای بازیابی تعادل شکست خورده است.

۳- فشار ایجاد شده بوسیله بحران، شواهدی از نقص کارکرد را به همراه داشته است (فلنری و اورلی، ۲۰۰۰).

در این پروتکل منظور از بحران شرایطی است که بیمار و یا خانواده وی به دلیل مواجه شدن با خبر ناگوار مربوط به سلامتی بیمار تجربه می‌کنند.

۳-۳-۵. Bad News:

اخبار بد هر نوع اطلاعاتی است که به طور منفی انتظارات فرد نسبت به آینده را مخدوش می‌کند، یا اخباری که منجر به نقص شناختی، رفتاری یا هیجانی در فردی می‌شود که اخبار بد را دریافت کرده است، به صورتی که این نقص تا مدتی بعد از دریافت خبر بد ادامه دارد. از هر دو تعریف اینچنین بر می‌آید که اخبار بد به صورت ذهنی تعیین می‌شوند و ممکن است بسته به تجارب شخصی فرد، به طرز متفاوتی ادراک شوند (Barclay, 2007). منظور از اخبار ناگوار در این پروتکل خبر مربوط به فوت، تشخیص بیماری صعب‌العلاج و یا لاعلاج، قطع عضو، ضایعه نخاعی و موضوعات مشابه است.

۴-۳-۵. تیم مداخله در بحران:

منظور از تیم مداخله در بحران در این پروتکل مددکار اجتماعی، پزشک و پرستار است. علاوه بر این اعضا افراد حرفه ای دیگری بر حسب ضرورت می‌توانند به تیم بپیوندند.

۴-۵. مراحل مداخله در بحران‌های ناشی از Bad News :

در صورت بروز رویداد ناگوار مددکار اجتماعی موظف خواهد بود هماهنگی لازم را برای تشکیل تیم مداخله در بحران انجام دهد.

لازم است تیم مداخله در بحران طی جلسه‌ای در مورد نحوه اعلام Bad News با یکدیگر هماهنگ شوند. در این جلسه باید اعضای تیم تصمیم بگیرند که چه اطلاعات و توضیحاتی باید توسط کدامیک از اعضا به بیمار یا خانواده اش داده شود.

ضرورت دارد پزشک معالج اطلاعات مربوط به تشخیص، روند و پیشرفت بیماری را به بیمار و یا خانواده وی ارائه نمایند.

بهتر است بیمار، خانواده و اطرافیان وی توسط مددکار اجتماعی برای شرکت در جلسه فراخوانده شوند.

هنگام فراخواندن بیمار و یا خانواده وی به نکات زیر توجه داشته باشید:

با بیمار و یا خانواده وی تماس بگیرید و از آنها دعوت کنید که برای گفتگو در مورد روند درمان بیمار در جلسه‌ای که زمان و مکان آن را به آنها اعلام می‌کنید، شرکت کنند.

در بسیاری موارد بیمار و یا خانواده وی به مددکار اجتماعی اصرار خواهند کرد که همان موقع علت و موضوع دقیق جلسه را به آنها بگویند. ضرورت دارد از ارائه همه یا بخشی از اطلاعات مربوط به Bad News به طور جدی بدون حضور اعضای دیگر تیم مداخله در بحران اجتناب کنید. در پاسخ به اصرارهای آنها توضیح دهید که لازم است به صورت حضوری و توسط پزشک معالج جزئیات دقیق‌تری در مورد فرایند درمان بیمار به آنها اطلاع داده شود.

در کوتاه‌ترین زمان ممکن پس از مطلع شدن از Bad News جلسه مداخله در بحران را برنامه‌ریزی و برگزار کنید.

بسیار اهمیت دارد که علاوه بر بیمار، اعضای خانواده وی برای شرکت در این جلسه فراخوانده شوند.

در مورد بیمارانی که قیم قانونی دارند (افراد زیر ۱۸ سال، محجورین و ...)، لازم است که اقدامات لازم برای دعوت از قیم قانونی جهت شرکت در جلسه مداخله در بحران انجام گیرد.

۵-۵. برگزاری جلسه مداخله در بحران

بهتر است جلسه را در مکانی که حریم خصوصی بیمار و یا خانواده‌اش حفظ می‌شود، برگزار کنید. به عنوان مثال بهتر است فضایی که برای این جلسه انتخاب می‌کنید، در داشته باشد، محل رفت و آمد نباشد و صدا از آن به جای دیگری منتقل نشود. لازم است در این مکان فضای کافی برای نشستن اعضای تیم مداخله در بحران و بیمار و یا خانواده اش تدارک دیده شده باشد.

به این نکته توجه کنید که بهتر است در طول برگزاری این جلسه صدای تلفن و یا Pager در اتاق قطع شده باشد. در صورتی که تعداد اعضای خانواده زیاد بود از بیمار بخواهید یک یا دو نفر از اعضای خانواده‌اش را برای حضور در جلسه انتخاب کند.

آرامش خود را حفظ کنید، لازم است بنشینید و به این نکته توجه داشته باشید که استرس شما به سرعت به بیمار و خانواده وی منتقل می‌شود. و می‌تواند تنش را در فرایند مداخله در بحران افزایش دهد.

در طول برگزاری جلسه مداخله در بحران لازم است اعضای تیم تماس چشمی خود را با بیمار و یا خانواده وی حفظ کنند.

از بیمار و یا خانواده وی بپرسید در مورد فرایند بیماری و درمان آن چه می‌دانند. به عنوان مثال "فکر می‌کنی برای چی ازت ام. آر. آی گرفته شده است؟" یا "در مورد شرایط پزشکی‌ات چه چیزهایی بهت گفته شده است؟" و ...

اطلاعات بیمار و یا خانواده وی را در مورد تشخیص، روند درمان، جزئیات مربوط به بیماری و نتایج آزمایش‌های بالینی بررسی کنید. این کار به شما کمک می‌کند تشخیص دهید در مرحله بعدی باید چه اطلاعاتی در اختیار آنها قرار داده شود.

۵-۶. هنگام گفتگو با بیمار و یا خانواده وی به نکات زیر توجه کنید:

باید به زبان خود بیمار و خانواده‌اش با آنها حرف زده شود. به این ترتیب لازم است در صورتی که با زبان بیمار و یا خانواده وی آشنا نیستید، از قبل هماهنگی‌های لازم را برای حضور مترجم انجام دهید.

مطمئن شوید که اعضای تیم مداخله در بحران از کلمات و اصطلاحات تخصصی استفاده نمی‌کنند و در صورتی که از چنین کلماتی استفاده می‌کنند، آنها را برای بیمار و یا خانواده وی توضیح می‌دهند.

لازم است از اعلام یکباره و بی‌پرده Bad News اجتناب شود. به این منظور لازم است اطلاعات در زمینه تشخیص، روند درمان، جزئیات مربوط به بیماری و نتایج آزمایش‌های بالینی بیمار به تدریج در اختیار شرکت کنندگان در جلسه مداخله در بحران قرار داده شود. به صورت دوره‌ای و در میان توضیحات تیم مداخله در بحران لازم است اطمینان حاصل شود که شرکت کنندگان در جلسه به درستی متوجه توضیحات تیم مداخله می‌شوند.

در صورتی که تشخیص یا روند درمان کنونی از قطعیت برخوردار نیست، لازم است از عنوان کردن جمله‌هایی مانند "دیگه کاری از دست ما برنمیاد" به طور جدی پرهیز شود.

بی‌تردید بیمار و یا خانواده وی در مواجهه با خبر ناگوار واکنش‌های هیجانی نشان خواهند داد.

واکنش‌های بیمار و یا خانواده وی را مشاهده کنید. این واکنش‌های هیجانی ممکن است به شکل‌های مختلفی بروز کند. سکوت، ناباوری، گریه کردن، انکار و یا خشم و عصبانیت از جمله مهمترین اشکال واکنش‌های هیجانی در چنین موقعیت‌هایی هستند. در بسیاری موارد بیمار و یا خانواده وی در مواجهه با خبر ناگوار علائم شوکه شدن، در خود فرورفتن و یا سوگواری را نشان می‌دهند. لازم است با آنها همدلی کنید.

در صورتی که بیمار و یا خانواده بعد از شنیدن خبر ناگوار سکوت کردند، لازم است از آنها پرسید که دارند به چه چیزی فکر می کنند و یا چه احساسی دارند. پرسیدن این سئوالات باز به آنها کمک می کند که بتوانند هیجانات خود را متناسب با خبر ناگوار که دریافت کرده اند، بروز دهند.

شرایطی را فراهم کنید که بیمار و خانواده وی بتوانند هیجانات خود را بروز دهند. اجازه دهید گریه و سوگواری کنند اما لازم است مراقب باشید هیجاناتی مانند خشم موجب آسیب به خود یا دیگران و یا متشنج کردن فضای بیمارستان نشود.

افرادی که درگیر شرایط بحرانی می شوند، استرس را تجربه می کنند. مهم است که بتوانید از تکنیک هایی که در کوتاه مدت می توانند به مدیریت استرس کمک کنند، استفاده کنید (به عنوان مثال از فردی که دچار استرس شده است، بخواهید بنشیند و نفس عمیق بکشد و به تدریج بازدم را انجام دهد. فضای اطراف را آرام نگهدارید چراکه ازدحام و سروصدا می تواند موجب افزایش استرس فرد شوند. یک روش ساده و کوتاه مدت دیگر برای کاهش استرس این است که شرایط را به گونه ای فراهم کنید که اطلاعات به اندازه به فرد داده شود. به خاطر داشته باشید کمبود اطلاعات معمولاً به استرس فرد دامن می زند. به فرد اجازه دهید در مورد آنچه نگرانش می کند حرف بزند و در عین حال به او کمک کنید بدون اینکه به خود یا دیگری آسیب برساند، برون ریزی هیجانی را انجام دهد و ...).

از بیمار و یا خانواده وی پرسید آیا کسی هست که بخواهند با وی تماس گرفته شود تا در شرایط کنونی به آنها کمک کند؟ در صورتی که آنها فرد یا افرادی را به شما معرفی کردند، با افراد مورد نظر تماس بگیرید و پس از معرفی خود و توضیح مختصر در مورد علت تماس، از آنها بخواهید به محل بیمارستان مراجعه کنند.

در صورتی که بیمار و یا خانواده خبر ناگوار و مشکل ایجاد شده را انکار کردند، از تکنیک های مواجهه استفاده کنید. لازم است قبل از استفاده از این تکنیک ها تیم مداخله در بحران بهترین شیوه مواجهه و عوارض احتمالی آن را بررسی و انتخاب کند.

مهم است که واکنش های بعدی بیمار و یا خانواده در مواجهه با خبرنگار توسط تیم مداخله در بحران پیش بینی شوند و اقدامات لازم برای مراقبت های ضروری انجام گیرند. به عنوان مثال در صورت احتمال اقدام به خودکشی در مورد بیماری که خبر ابتلا به بیماری سرطان به وی داده شده است، لازم است تیم مداخله در بحران ملاحظات لازم برای پیشگیری از اقدام به خودکشی را مد نظر قرار دهد.

در برخی موارد بیمار و یا خانواده وی برای طی سایر مراحل نیاز به حمایت یابی و یا ارجاع دارند. به عنوان مثال نباید از والدینی که خبر فوت فرزندشان را به آنها داده اید، انتظار داشته باشید بتوانند به راحتی مراحل اداری تحویل گرفتن متوفی را انجام دهند. در چنین موقعیتی لازم است شرایط را برای آنها تسهیل کنید. یا در صورتی که تغییر شرایط بیمار موجب شده است که به خدمات درمانی و یا حمایتی متفاوتی نیاز داشته باشد، لازم است اقدامات لازم را برای حمایت یابی و ارجاع انجام دهید (برای توضیحات بیشتر می توانید به پروتکل مدیریت مورد مراجعه نمایید).

۷-۵. ثبت گزارش:

اطلاعات مربوط به اقدامات خود در پیش از جلسه مداخله در بحران و حین جلسه را به عنوان یکی از فعالیت‌های مدیریت مورد در پرونده بالینی و سیستم HIS ثبت کنید.

همچنین فرم پیوست ۳-۵ را به عنوان صورت جلسه مداخله در بحران تکمیل کنید و در پرونده بالینی بیمار بایگانی کنید.

پیوست شماره ۱-۵: جدول نمونه گزاره‌های مورد استفاده در جلسه مداخله در بحران

پاسخ‌های مرتبط	سوالات جستجوگرانه	جملات همدلانه
من می‌توانم بفهمم که شما چه احساسی دارید"	"چه معنی برای شما دارد؟"	"من می‌توانم بفهمم که این برای شما چگونه ناراحت کننده است"
"من حدس می‌زنم هر کس ممکن است همین عکس العمل را داشته باشد"	در مورد آن بیشتر به من بگویید"	"من می‌توانم به شما بگویم که انتظار شنیدن این را نداشتید"
"تو حق داری که اینطوری فکر می‌کنی"	"می‌توانی برایم توضیح دهی که برای شما چه مفهومی دارد؟"	"من می‌دانم که این خبر خوبی برای شما نیست"
"بله، اطلاع شما از دلیل آزمایش بسیار خوب است"	"چیزی که گفتید شما را ترساند؟"	"من متأسفم که به شما این را می‌گویم"
"بنظر می‌رسد که شما در مورد چیزهایی که هست به خوبی فکر کرده اید"	"می‌توانید به من بگویید که شما نگران چه چیزی هستید؟"	"این برای من هم سخت است"
"خیلی از بیماران دیگر، تجربه مشابهی داشته‌اند"	"حالا در مورد اینکه گفتید برای بچه هایتان نگران هستید، بیشتر برایم توضیح دهید"	"من همچنین برای نتیجه بهتر امیدوارم"

پیوست شماره ۲-۵: چک لیست اقدامات مداخله در بحران

ردیف	اقداماتی که باید در فرایند مداخله در بحران انجام شود	انجام شد	انجام نشد
۱	در ابتدا گفتگو را برنامه ریزی کنید.		
۲	محیط راحتی را ایجاد کنید.		
۳	خانواده/دوست را برای حضور دعوت کنید.		
۴	توانایی بیمار/خانواده را برای بحث در خصوص خبر بد، ارزیابی کنید.		
۵	از درک درست خبر بد توسط بیمار/خانواده اطمینان حاصل کنید.		
۶	ارزیابی کنید که بیمار/خانواده چقدر می خواهد بداند.		
۷	برای بیان اطلاعات یک استراتژی طراحی کنید.		
۸	خانواده/بیمار/مراقب را در گفتگو شرکت دهید.		
۹	اطلاعات را به تدریج ارائه دهید.		
۱۰	از اصطلاحات پزشکی اجتناب کنید.		
۱۱	چک کنید که آیا اطلاعات به درستی توسط بیمار/خانواده دریافت شده است یا خیر.		
۱۲	اطلاعات را تقویت کرده و روشن کنید.		
۱۳	اضطراب را شناسایی کنید.		
۱۴	اندوه را شناسایی کنید.		
۱۵	پاسخ‌های هیجانی بیمار/خانواده را مدیریت کنید.		
۱۶	پاسخ‌های هیجانی دهید.		

پیوست شماره ۳-۵: فرم اقدامات مددکاری اجتماعی در مداخله در بحران Bad News

				شماره پرونده:	
پزشک معالج:		بخش:		نام خانوادگی:	
تاریخ پذیرش:		اتاق:		نام پدر:	
ساعت:		تخت:		تاریخ تولد:	
محل کار:		شغل:		وضعیت تاهل:	
		مذهب:		جنس:	
اعضای حاضر در جلسه:					
تیم درمان:					
بیمار و خانواده:					
گزارش جلسه:					
مداخلات بعدی:					
ساعت جلسه:				تاریخ جلسه:	
مهر و امضاء:		مهر و امضاء پرستار:		مهر و امضاء پزشک:	
				مهر و امضاء مددکار اجتماعی:	

پروٹیکل مدیریت مورد

سیر تکاملی مدیریت مورد، ریشه در توسعه مددکاری اجتماعی حرفه‌ای و خدمات انسانی دارد. در ابتدای قرن نوزدهم، سازمان‌های خیریه به منظور تدارک مایحتاج عمومی برای افراد فقیر و نیازمند ظهور کردند. به تدریج در اوایل قرن بیستم با حرفه‌ای شدن این خدمات و ظهور حرفه مددکاری اجتماعی این خدمات اجتماعی به شکل مدون و علمی‌تری ارائه شدند. در دهه ۱۹۶۰، تلاش‌هایی در جهت هماهنگ کردن خدمات اجتماعی، تمرکز بر منابع وجود و توسعه آنها صورت گرفت. علاوه بر این وضع قوانین سلامت روان و خدمات سلامت فراگیر منجر به افزایش موسسات ارائه خدمات در دهه ۱۹۷۰ شد که هر یک به طور جداگانه و گاه موازی به ارائه خدمات می‌پرداختند. اینتالیته^{۶۳} (۱۹۸۱) معتقد است دو مسئله عمده باعث ظهور رویکرد مدیریت مورد شد:

۱. گسترش سریع برنامه‌های خدمات انسانی طی دهه ۶۰ و اوایل دهه ۷۰ که در نتیجه آن، خدمات پیچیده، مجزا و ناهماهنگ بوجود آمدند.

۲. جنبش موسسه‌زدایی، حرکت از مدل زیر یک سقف^{۶۴} خدمات در موسسات به سوی حمایت در جامعه مشکلاتی را پدید آورد.

در دهه ۱۹۷۰ نتایج منفی شکست خدمات ناکارآمد و نامناسب و ناکافی، توجه بسیاری از محققان را به خود جلب کرد. اواخر دهه ۱۹۷۰، نیاز به وجود مدیریت مورد برای بهبود هماهنگی خدمات در برنامه‌های خدمات انسانی مورد تمرکز قرار گرفت. در این برنامه‌های حمایت اجتماعی مدیر مورد به عنوان مسئول هماهنگی بیمار در سراسر شبکه منابع اجتماعی شناخته می‌شود. (Linz, McAnally, & Wieck, 1989)

مدیریت مورد رویکردی در ارائه خدمات اجتماعی است که تلاش می‌کند، مراجعانی که با مشکلات پیچیده چند بعدی و ناتوانی‌های عمده روبرو هستند، خدمات مورد نیاز خود را به موقع و به شیوه‌ای مناسب دریافت کنند. این شیوه در حوزه‌های گوناگونی مثل سلامت روانی (بیماران مبتلا به اختلالات روانی)، حوزه‌ی رفاه کودک، سالمندی و مراقبت طولانی‌مدت، درمان اعتیاد و الکلیسم، مراقبت سلامت و نظام رفاه عمومی کاربرد دارد. یک مدیر مورد می‌تواند به طور مستقل و یا به عنوان یکی از اعضای تیم همکاری کند. (Walsh, 2000) ماکسلی در گزارش اخیر خود از انجمن مدیریت موردی آمریکا این تعریف را دارد: راهبردی در سطح مددجویی برای افزایش هماهنگی خدمات انسانی، فرصت‌ها یا مزایا ... پیامدهای عمده‌ای این مدیریت عبارتند از: (۱) تلفیق و یکپارچگی خدمات در بین تمام سازمان‌های مربوط، (۲) استمرار و تداوم مراقبت (پین، ۱۹۹۵)

اصول، مداخلات و استراتژی‌های مدیریت مورد با هدف رسیدن به ثبات، بهزیستی و خوداتکایی از طریق حمایت طلبی، ارزیابی برنامه‌ریزی، ارتباط، آموزش، مدیریت منابع، هماهنگی در مراقبت، همکاری و تسهیل خدمات طراحی شده‌اند. آنها بر اساس نیازها و ارزش‌های مراجع تعیین و با همکاری ارائه‌کنندگان خدمات به انجام می‌رسند. (انجمن مدیریت مورد آمریکا، ۲۰۱۰)

اهداف خدمات در مدیریت مورد را می‌توان به‌طور کلی استمرار درمان، در دسترس بودن، مسئولیت پذیری و کارآمدی خدمات دانست. (Marsh & Johnson, 1997) بر اساس انجمن ملی مددکاری اجتماعی^{۶۵} (۱۹۹۲)

63. Intagliata

64. Under One Roof

65. NASW

اهداف مدیریت موردی در سطح خرد عبارتند از: مرتبط ساختن افراد با خدمات مورد نیاز، بهتر ساختن آن خدمات و کمک به سیاست های اجتماعی که زندگی مردم را بهبود می بخشد. اهداف مدیریت موردی در سطح کلان نیز عبارتند از: ارتقای شبکه حمایت اجتماعی از طریق تدوین راهبردها و رویکردهای نوین برای افراد کمک کننده (متخصصان حرفه‌ای). راهبردهای کلان شامل توسعه منابع، جوابگویی از نظر اقتصادی، اقدام اجتماعی، تنظیم سیاست موسسه، جمع آوری داده ها، مدیریت اطلاعات، ارزیابی برنامه و تضمین کیفیت است. (Glick, 2010) اصول اغلب مفاهیم روشن و معناداری هستند که ما را برای عمل و اقدام راهنمایی می کنند. اصول مدیریت موردی عبارتند از:

- استفاده از رویکرد مراجع محور و مشارکتی؛
- تسهیل خوداتکایی از طریق حمایت طلبی و مشارکت در تصمیم گیری؛
- استفاده از رویکردهای کلی نگر و جامع؛
- احترام به تفاوت های فردی و فرهنگی ؛
- استفاده از شیوه های مراقبتی مبتنی بر شواهد؛
- ارتقا امنیت مراجع؛
- پیوند با منابع جامعه؛
- کمک به پیمایش سیستم های مراقبتی جهت دستیابی به مراقبت موثر؛
- استفاده از متخصصین سرآمد و صلاحیت دار در عمل ؛
- ارتقا کیفیت نتایج؛
- حمایت ملی، منطقه ای و محلی. (انجمن مدیریت مورد آمریکا، ۲۰۱۰)

انجمن مدیریت مورد آمریکا^{۶۶}، کارکرد مدیر مورد را به شرح زیر می داند:

۱. ارزیاب : مدیر مورد در این کارکرد، با کسب و ارزیابی اطلاعات موثق و مرتبط (پزشکی، روان شناختی، عملکردی، شغلی و مالی) از طریق مصاحبه با تمامی ذی نفعان به ارزیابی فرد می پردازد.
۲. برنامه ریز: از طریق اطلاعات جمع آوری شده از تمامی مراجعان (مراقبان و بیماران) ، لیست نیازها ایجاد و اولویت بندی می شود؛ بیمار و خانواده تصمیم گیرندگان فعال در فرایند هستند.
۳. تسهیل گر: در این کارکرد، تمرکز بر ارتباط و همکاری با تمام اشخاص به منظور ارتقا سطح مراقبت بیمار و حداکثر سازی نتایج می باشد.
۴. مدافع: تا زمانی که بیمار قادر به پیگیری حقوق خود شود، مدیر مورد برای خدمات و یافتن ملزومات به منظور دستیابی به اهداف تعیین شده از بیمار دفاع می کند. آموزش و حمایت برای ترغیب توانمندسازی و اطمینان به نفس بیمار فراهم می گردد. (Powell & Tahan, 2008)

۵. آموزش مراجع، خانواده، مراقب و اعضای تیم ارائه‌کننده خدمات مراقبت‌های بهداشتی در مورد گزینه‌های درمان، منابع جامعه، تسهیلات و بیمه، نگرانی‌های روانی اجتماعی، مدیریت مورد و غیره، تا بتوانند تصمیمات به موقع و آگاهانه‌ای بگیرند؛
۶. توانمندسازی مراجع برای حل مسئله از طریق یافتن گزینه‌های موجود و یا جایگزین‌ها در هنگام ضرورت جهت رسیدن به پیامدهای مطلوب؛
۷. تشویق به استفاده مناسب از سرویس‌های خدمات مراقبتی بهداشتی و تلاش برای ارتقاء کیفیت مراقبت و مقرون به صرفه بودن خدمات بر مبنای هر مراجع؛
۸. کمک به مراجع برای یک گذار مناسب از مرحله مراقبت به مناسب ترین سطح بعدی؛
۹. تلاش برای ارتقاء حمایت طلبی از طریق خود مراجع و خودتکایی؛ (انجمن مدیریت مورد آمریکا، ۲۰۱۰)
- علی رغم وجود اختلاف نظرهای فراوان در خصوص تعاریف مدیریت مورد، توافقی کلی در مورد انواع مدل‌های آن وجود دارد. متداول‌ترین این مدل‌ها عبارتند از: برنامه درمان جامعه‌ای قاطع، رویکرد مبتنی بر توانایی‌ها، مدل توانبخشی، مدل واسطه‌ای و مدل بالینی. سنخ‌شناسی‌های مدیریت مورد بر فعالیت واقعی مدیر مورد بنا شده‌اند. برای مثال در برخی نظام‌ها، مدیر مورد بیشتر در نقش مشاور ظاهر می‌شود که به کار فردی با بیمار علاقمند است در حالی که در نظام‌های دیگر، مدیر مورد بیشتر به عنوان واسطه‌ای است که به یکپارچه کردن نظام‌های ارائه خدمات علاقمند می‌باشد. (Harris & Bergman, 1993)
- رپ^{۶۷} و کرسنارت^{۶۸} (۱۹۹۶) و سولومون^{۶۹} (۱۹۹۲) در مطالعاتی جداگانه چهار مدل اصلی برای مدیریت مورد شناسایی کردند:
۱. درمان جامعه‌ای قاطع (مدل حمایت کامل) که رویکردی مشکل محور است .
 ۲. مدل بازتوانی که تمرکز آن بر فعال کردن مهارت‌های باقی‌مانده می‌باشد.
 ۳. مدل نقاط قوت
 ۴. مدل کارگذار (واسطه‌ای) یا عمومی
- رپ و کرسنارت در سال ۱۹۹۶ مدل پنجمی تحت عنوان مدیریت مورد بالینی نیز به این لیست اضافه کردند. از دیدگاه دیگر، استین^{۷۰} (۱۹۹۶) بر اساس ویژگی‌های موسسه ارائه‌دهنده خدمات (ساختار سازمانی موسسه) به انواع زیر تقسیم کرده است:
۱. مدل کارگذار (واسطه‌ای): نظام عمومی ارجاع و پیگیری مراجع
 ۲. مدل مدیریت خدمات: از لحاظ مالی مدیر مورد، در قبال برنامه‌های درمانی مسئول است .
 ۳. مراقبت مدیریت شده: پرداخت آینده‌نگر برای ارائه‌دهندگان خدمت در نظر گرفته می‌شود. (Walsh, 2000)

67. Rapp

68. Kirsthardt

69. Solomon

70. Astin

زیگوراس^{۷۱} و استوارت^{۷۲} تحقیق متاآنالیزی را در خصوص بررسی اثر بخشی مدیریت مورد در ۴۴ مطالعه منتشر شده طی سال‌های ۹۸-۱۹۸۰ بویژه در مقایسه نتایج مدیریت مورد بالینی و درمان جامعه‌ای قاطع^{۷۳} (ACT) انجام دادند. نتایج مثبت مرتبط با رضایت خانواده از خدمات، بار خانواده و هزینه مراقبت گزارش شدند و هر دوی این روش‌ها زمانی موثرتر بودند، که با درمان معمول همراه می‌شدند. (Thyer & Wodarski, 2007)

مدیریت مورد در دهه ۱۹۹۰ در بیمارستان‌های ایالات متحده به عنوان یک رویکرد درمانی پذیرفته شده و مورد استقبال قرار گرفت. در حقیقت معتقد بودند که مدیریت مورد در کنترل استفاده از منابع، بهبود کیفیت مراقبت، کاهش تفاوت‌ها در فرایندهای مراقبت و ارتقاء رضایتمندی بیماران و کارکنان درمانی می‌گردد. (Roggenkamp, White, & Bazzoli, 2005) همچنین در یک تحقیق متاآنالیز در خصوص نتایج بالینی استفاده از این شیوه در بیمارستان، مشخص شد با بکارگیری این روش کاهش معنی داری در میزان بستری مجدد ایجاد می‌شود. (Kim & Soeken, 2005)

تحقیقات نشان داده اند رویکرد مدیریت مورد در بیمارستان‌ها به ویژه در بخش اورژانس می‌تواند منجر به کاهش میانگین ویزیت در اورژانس، میانگین هزینه‌های اورژانس و میانگین هزینه‌های بستری در بیمارستان شده و میزان ارجاع و برقراری پیوند با نظام مراقبت اولیه را افزایش دهد. مدیریت مورد ابزاری اثربخش و مقرون به صرفه برای کاهش استفاده از خدمات بیمارستان و نیز مشکلات روانی اجتماعی بیمارانی است که به طور مکرر به اورژانس‌ها مراجعه می‌کنند (Okin et al., 2000; Shumway, Boccellari, O'Brien, & Okin, 2008).

۲-۶. هدف:

یکپارچه سازی خدمات درمانی به بیمار

به خدمت گرفتن منابع درون و برون سازمانی در فرایند حمایت روانی-اجتماعی از بیمار

حصول اطمینان از ارائه خدمات درمانی کافی، به موقع و مناسب به بیمار

۳-۶. تعریف مفاهیم:

۱-۳-۶. مددکار اجتماعی:

منظور در این پروتکل کلیه فارغ‌التحصیلان کارشناسی و بالاتر در رشته مددکاری اجتماعی است که در واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان‌ها مشغول ارائه خدمت به بیماران هستند. فارغ‌التحصیلان کارشناسی در رشته علوم اجتماعی گرایش خدمات اجتماعی نیز در صورت نبود نیروی انسانی در رشته مددکاری اجتماعی شامل این تعریف می‌شوند.

۲-۳-۶. مدیریت مورد پایه:

منظور فرایندی است که شامل موردیابی، ارزیابی، تشخیص مشکل، برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و اختتام می‌باشد.

71. Ziguras

72. Stuart

73. Assertive Community Treatment

۶-۳-۳. مدیر مورد:

در این پروتکل مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد در نظر گرفته شده است.

۶-۳-۴. ارجاع:

منظور اقداماتی است که توسط مددکار اجتماعی برای دستیابی بیمار و خانواده وی به منابع مورد نیازشان در داخل و یا خارج از بیمارستان انجام می‌گیرد. این اقدامات شامل شناسایی منابع، معرفی بیمار و یا خانواده وی به منبع، انجام هماهنگی با سازمان‌ها و اشخاص ارائه دهنده خدمات و پیگیری جهت حصول اطمینان از دریافت خدمات مورد نیاز می‌شود.

۶-۳-۵. حمایت‌یابی:

منظور یافتن منابع حمایتی رسمی و غیر رسمی برای خدمات مورد نیاز بیمار در داخل و خارج از بیمارستان است.

۶-۳-۶. برنامه‌ریزی ترخیص:

فرایندی است که با ارزیابی روانی اجتماعی بیمار در بدو پذیرش آغاز شده و شامل برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات مددکاری اجتماعی با هدف بازگشت مناسب فرد به خانواده و جامعه پس از بهبودی است.

۶-۳-۷. مصاحبه انگیزشی:

منظور استفاده از فنون همدلی، ایجاد تضاد انگیزشی بین رفتارهای موجود و هدف‌های مطلوب، حمایت از خودکارآمدی و مدارا با مقاومت به جای مقابله در مصاحبه با بیمار و یا همراه وی به منظور افزایش انگیزه بیمار برای درمان و نیز پایبندی به درمان می‌باشد.

۶-۳-۸. تیم مدیریت مورد:

منظور تیمی است متشکل از مددکار اجتماعی، پزشک و پرستار که خدمات مدیریت مورد پایه را برای بیماران طراحی و اجرا می‌کنند. این تیم با هماهنگی مددکار اجتماعی به طور منظم برای پیشبرد فرایند درمان بیمار تشکیل جلسه می‌دهد.

۶-۴. مراحل مدیریت مورد:

۶-۴-۱. انجام PSA

مطابق پروتکل ارزیابی روانی اجتماعی وضعیت بیمار و خانواده‌اش را بررسی و ثبت کنید.

۶-۴-۲. همکاری و هماهنگی با یک تیم بین رشته‌ای

برای همکاری و هماهنگی با یک تیم بین رشته‌ای لازم است جلساتی را به طور منظم در مورد بیماران و با حضور حداقل پزشک و پرستار برگزار کنید. در برخی موارد لازم است به تناسب نیاز بیمار افراد حرفه‌ای دیگری به این تیم بپیوندند. هدف‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا به عهده تیم مدیریت مورد خواهد بود.

۳-۴-۶. هدف گذاری

در پایان جلسه ارزیابی روانی اجتماعی، نیاز فوری، کوتاه مدت، بلند مدت و پیشرونده بیمار را مشخص کنید. مشارکت بیمار و همراه در تعیین اهداف مداخله در این فرایند حائز اهمیت است.

لازم است اهدافی که تعیین می کنید SMART^{۷۴} باشند.

با مشارکت بیمار و خانواده‌اش اولویت‌های مداخلات را تعیین کنید.

۴-۴-۶. برنامه‌ریزی طبق هدف

لازم است برای هر یک از اهداف تعیین شده در مرحله قبل برنامه زمانبندی تهیه شود. حداقل اجزایی که باید در این برنامه با جزئیات ذکر شود، فعالیت‌ها، مجری فعالیت، امکانات و ابزارهای مورد نیاز برای اجرای فعالیت و زمان اجرای آنهاست. برنامه زمانبندی باید به گونه‌ای تهیه شود که به دقت فعالیت‌های مربوط به هر یک از اهداف در آن تصریح شده باشند. بهتر است این برنامه در قالب جدول تنظیم شود. نمونه این جدول در پیوست آورده شده است.

عنوان فعالیت باید حداقل یکی از این موارد باشد: ارزیابی روانی اجتماعی (شامل مصاحبه، مشاهده، مطالعه اسناد، بازدید منزل)، مشاوره اولیه، مشاوره تکمیلی، آموزش (فردی، گروهی، خانوادگی)، حمایت یابی درون سازمانی، حمایت یابی برون سازمانی، حمایت غیر رسمی، ارجاع درون سازمانی، ارجاع برون سازمانی، مداخله در بحران و پیگیری پس از ترخیص.

برنامه‌ریزی باید بر اساس رویکرد مدیریت مورد پایه انجام شود. به این ترتیب همکاری و هماهنگی با یک تیم بین رشته‌ای، ارجاع درون و برون سازمانی، حمایت‌یابی درون و برون سازمانی رسمی و غیر رسمی، مشاوره اولیه، مصاحبه انگیزشی و آموزش باید به عنوان ارکان مدیریت مورد پایه مورد توجه قرار گیرند.

۱-۴-۴-۶. ارجاع درون و برون سازمانی

خدمات موجود و ارائه دهندگان خدمات را شناسایی کنید و در مورد نحوه دریافت هر یک از خدمات اطلاعات دقیق کسب کنید.

لازم است برای انجام ارجاع‌های حرفه‌ای و حمایت‌یابی بانک اطلاعات منابع موجود در جامعه‌ای که بیمارستان محل کار مددکار اجتماعی در آن واقع شده است (به عنوان بانک اطلاعات حداقلی)، تهیه و به طور منظم به روز رسانی شود. در عین حال لازم است مددکار اجتماعی با مددکاران اجتماعی در سایر بیمارستان‌ها و سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیر دولتی در سطح استان و در صورت نیاز در سطح کشور در ارتباط باشد تا بتواند ارجاع و حمایت یابی را به شکل مناسبی انجام دهد.

همواره منابعی را که بیمار و یا خانواده اش را به آنها ارجاع می دهید، ارزیابی کنید و لیست آنها را بازنگری و به روز نمایید.

74 . Specific, Measurable, Attainable, Relevant and Time-bound

به طور واضح برای بیمار و یا خانواده اش توضیح دهید چرا ارجاع در این مرحله به آنها کمک خواهد کرد.

به طور واضح برای بیمار و یا خانواده اش توضیح دهید که در فرایند ارجاع باید چه کارهایی انجام دهند (با چه کسی تماس بگیرند، نزد چه کسی بروند، چه چیزی بگویند، به کجا بروند و ...)

در مورد فرد یا سازمان / موسسه‌های که بیمار و یا خانواده اش را به آن ارجاع خواهید داد، اطلاعات دقیقی به بیمار و یا خانواده اش بدهید.

فرد، سازمان یا موسسه مقصد را از ارجاع آگاه کنید.

در صورت نیاز با سازمان مقصد مکاتبه کنید.

ارجاع را پیگیری کنید. مطمئن شوید خدمت مورد نظرتان به بیمار و یا خانواده اش ارائه شده است و در صورتی که ارجاع ناموفق بوده است، دوباره برای ارائه خدمت برنامه‌ریزی کنید (ارزشیابی ارجاع).

مهم است که اطمینان حاصل کنید بیمار و یا خانواده اش توسط فرد سازمان یا موسسه مقصد با احترام و رعایت اصول اخلاقی پذیرفته شده‌اند.

در صورتی که برای دریافت خدمت از فرد، سازمان یا موسسه مقصد باید هزینه پرداخت شود، موضوع را قبل از ارجاع به بیمار و یا خانواده اش اطلاع دهید.

بیمار و یا خانواده اش را برای استفاده از خدمت فرد، سازمان یا موسسه مقصد تحت فشار قرار ندهید.

در صورت نیاز گزارش مختصری از وضعیت بیمار برای فرد، سازمان یا موسسه مقصد ارسال کنید (با رعایت اصول اخلاقی).

۲-۴-۴-۶. حمایت‌یابی درون و برون سازمانی

برای حمایت‌یابی و کسب منافی که موجب پیشبرد برنامه درمانی بیمار می‌شوند، در درون و یا بیرون از بیمارستان برنامه‌ریزی و اقدام کنید.

امکان دارد برای حمایت‌یابی لازم باشد مددکار اجتماعی به طور مستقیم با فرد، سازمان یا موسسه ارائه دهنده خدمت وارد مذاکره شود و آنها را برای ارائه خدمت به بیمار و یا خانواده اش متقاعد نموده و اطمینان حاصل کند که خدمات مورد نظر به موقع، به اندازه و با کیفیت مناسب به بیمار و خانواده ارائه خواهند شد. این نوع حمایت‌یابی را باید در شرایطی انجام دهید که بیمار و یا خانواده اش از مهارت، دانش و توانایی‌های کافی برای تأمین منافع خود برخوردار نیستند و مداخله مستقیم مددکار اجتماعی برای این امر ضرورت دارد.

در شرایطی که بیمار و یا خانواده او از سطحی از مهارت، دانش و توانایی برخوردار هستند که می‌توانند بخشی از فرایند جلب حمایت را انجام دهند، اما حضور مددکار اجتماعی در کنار آنها موجب تسهیل فرایند و یا افزایش کیفیت خدمات فرد، سازمان و یا موسسه ارائه دهنده خدمت می‌شوند، لازم است مددکار اجتماعی برای حمایت‌یابی، بیمار و

یا خانواده‌اش را همراهی نماید. در این نوع حمایت‌یابی اقدامات به طور مشترک توسط مددکار اجتماعی و بیمار و یا خانواده وی انجام می‌شود و یا بین آنها تقسیم وظیفه صورت می‌گیرد.

در صورتی که بیمار و یا خانواده‌اش از مهارت، دانش و توانایی‌های لازم برای جلب حمایت به نفع بیمار برخوردار هستند، نیازی به حضور فیزیکی مددکار اجتماعی برای حمایت‌یابی وجود نخواهد داشت. در چنین موقعیت‌هایی مددکار اجتماعی می‌تواند فقط با آماده سازی بیمار و یا خانواده او و معرفی منابع و شرح ویژگی‌های هر یک از منابع به آنها برای تصمیم‌گیری و اقدام در مورد حمایت‌یابی کمک کند.

۳-۴-۴-۶. مشاوره اولیه

بر اساس پروتکل مشاوره اولیه اقدامات لازم را برای ارائه مشاوره به بیمار و خانواده‌اش انجام دهید.

۴-۴-۴-۶. ارزشیابی

در صورتی که تیم مدیریت مورد اهداف را SMART تنظیم کرده باشد، به راحتی می‌تواند دستاوردهای مداخله را ارزشیابی کند. برای این منظور لازم است داده‌های مورد نیاز برای هر یک از اهداف جمع آوری و ثبت شوند و میزان دستیابی به هر یک از اهداف سنجیده شود.

۵-۴-۴-۶. خاتمه

هرگاه اهداف پیش بینی شده توسط تیم مدیریت مورد تحقق یافت، فرایند مدیریت مورد باید خاتمه داده شود.

مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد ارائه خدمات خود را در شرایطی که به خدمات بیشتر نیازی نیست و یا ادامه ارائه خدمات اثری بر رفع مشکل بیمار ندارد، بازنگری می‌کند یا خاتمه می‌دهد.

مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد قبل از بازنگری یا خاتمه ارائه خدمات و یا ارجاع به سایر منابع، در مورد نیازها، سایر انتخاب‌ها و اولویت‌ها با بیمار و یا خانواده‌اش گفتگو می‌کند.

در مواردی که خود بیمار و یا خانواده‌اش مایل به متوقف کردن دریافت خدمت هستند، مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد موظف است آنها را از آثار ناشی از این اقدام آگاه سازد.

از نظر مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد مراجعانی که به صورت داوطلبانه مراجعه کرده‌اند، می‌توانند از ادامه ارتباط با مددکار اجتماعی صرف‌نظر کنند و خدمات تخصصی را نزد فرد یا افراد حرفه‌ای دیگری پیگیری نمایند. در چنین شرایطی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد با مراجع در مورد دلایل تمایل به متوقف کردن ارتباط گفتگو می‌کند و در صورتی که مراجع مایل به متوقف کردن رابطه باشد، پیشنهاد می‌دهد که برای دسترسی به خدمات تخصصی به او کمک کند.

در شرایطی که به دلایل حرفه‌ای مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد تصمیم می‌گیرد ارائه خدمت به مراجعان را خاتمه دهد، اطمینان حاصل می‌کند که مراجعان برای دستیابی به خدمات تخصصی به منابع مناسب ارجاع داده می‌شوند.

مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد در شرایطی که به دلیل ترک شغلش قادر به ارائه خدمت به مراجعان نخواهد بود، این موضوع را با مراجعان در میان گذاشته و اقدامات لازم را برای ارجاع مناسب آنها انجام می دهد.

مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد مجاز نیست مراجعان را از طریق متوقف کردن خدمات تحت فشار قرار دهد تا به خواسته های اجتماعی، مالی و یا رابطه جنسی تن دهند.

مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد تمامی تلاش خود را برای عدم خروج مراجعانی که هنوز نیاز به دریافت خدمات تخصصی دارند، به عمل می آورد.

مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد تنها در شرایطی مجاز است نسبت به متوقف کردن زود هنگام خدمات اقدام کند که شرایط غیرعادی رخ داده باشد و امکان عادی شدن شرایط در کوتاه مدت متصور نباشد. وی به محض عادی شدن شرایط، خدمات خود را از سر می گیرد.

۶-۴-۴-۶. پیگیری پس از ترخیص

لازم است بر اساس مدیریت مورد پایه حداقل طی یکماه اول پس از ترخیص حداقل با دو تماس تلفنی از وضعیت بیمار مطلع شوید و شرایط وی را در پرونده درج کنید.

۶-۴-۴-۷. گزارش نویسی

تمامی خدماتی که در قالب مدیریت مورد به بیمار و خانواده وی ارائه می شوند، باید در پرونده بیمار با جزئیات ثبت گردند. از فرم پیوست برای تهیه گزارش اقدامات مدیر مورد استفاده کنید.

حداقل اجزای گزارشی که باید در پرونده بیمار ثبت شوند، شامل گزارش ارزیابی وضعیت بیمار (بر اساس پروتکل ارزیابی روانی اجتماعی)، گزارش مشاوره اولیه، گزارش ارجاعها و گزارش وضعیت بیمار پس از ترخیص می شود.

لازم است فرم ارجاع در سه نسخه تهیه شود و یک نسخه در پرونده بالینی، یک نسخه در اختیار بیمار و یا خانواده اش و یک نسخه در پرونده مددکاری اجتماعی قرار گیرد.

پیوست شماره ۱-۶: فرم گزارش نویسی مدیریت مورد

شماره پرونده:																	
پزشک معالج:			بخش:			نام:			نام خانوادگی:								
تاریخ پذیرش:			اتاق:			تاریخ تولد:			نام پدر:								
ساعت:			تخت:														
محل کار:			شغل:			مذهب:			وضعیت تاهل:								
جنس:																	
ارزیابی و اهداف:																	
نتیجه ارزیابی اولیه:																	
نتیجه ارزیابی مجدد:																	
اهداف مداخله:																	
برنامه مداخله:																	
و مهر امضا مددکار اجتماعی	نتایج											تاریخ فعالیت	شرح فعالیت	عنوان فعالیت			
	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲				۱		
اختتام مداخله:																	
میزان دستیابی به اهداف:																	
دلیل اختتام:																	
مهر و امضا			تاریخ:			نام و نام خانوادگی مددکار:											

پیوست شماره ۲-۶: فرم ارجاع

مشخصات بیمار:			
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	کدملی/شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:
آدرس و شماره تماس:			

• دلیل ارجاع:

• تاریخچه مختصر مشکل:

• مشکل فعلی:

• خدمت مورد نیاز:

اطلاعات ارجاع دهنده:	
نام و نام خانوادگی مددکار اجتماعی:	تاریخ ارجاع:
شماره تماس و فکس:	مهر و امضا
اطلاعات فرد/ سازمان یا موسسه مقصد	
نام فرد/ سازمان و یا موسسه مقصد	شماره تماس فرد/ سازمان و یا موسسه مقصد
آدرس فرد/ سازمان و یا موسسه مقصد	تاریخ انجام هماهنگی با فرد/ سازمان و یا موسسه مقصد

منابع:

- پین، مالکوم. مددکاری و مراقبت اجتماعی. ترجمه فاطمه زواره‌یی. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی، ۱۳۸۴.
- دستنامه تریاژ بیمارستانی به روش ESI
- موسایی، م.، فاطمی، م.، & نیکبین، ف. (۱۳۸۹). بررسی عوامل و راه کارهای رعایت حقوق بیمار. فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۰(۳۹)، ۵۵.
- Ahmadi, B., Zivdar, M., & Rafeie, S. (2010). The Rate of patient Satisfaction in Type One Tehran Medical University Hospitals. *Payavard Salamat*, 4(1,2), 44-53 .
- Aliakbari, F., & Tavakol, K. (2009). *Patient Rights and Responsibilities*. Tehran: Boshra.
- Auerbach C, Mason SE. (2010). The value of the presence of social work in emergency departments. *Social Work Health Care*, 49(4):314-26.
- Baker, D. P., Day, R., & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high - reliability organizations. *Health services research*, 41(4p2), 1576-1598.
- Barclay, J. S. (2007). Communication Strategies and Cultural Issues in the Delivery of Bad News. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE*. 10(4):958-77.
- Benner, P. (2003). Enhancing patient advocacy and social ethics. *American Journal of Critical Care*, 12(4), 374-375 .
- Bleakley, A., Boyden, J., Hobbs, A., Walsh, L., & Allard, J. (2006). Improving teamwork climate in operating theatres: the shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. *Journal of interprofessional care*, 20(5), 461-470.
- Bracht, N. F. (1978). *Social work in health care: A guide to professional practice*. Psychology Press.
- Bywaters P, McLeod E, Fisher J, Cooke M, Swann G. (2011). Good intentions, increased inequities: developing social care services in Emergency Departments in the UK. *Health & Social Care in the Community*, 19(5):460-7.
- Creamer, G. L., Dahl, A., Perumal, D., Tan, G., & Koea, J. B. (2010). Anatomy of the ward round: the time spent in different activities. *ANZ journal of surgery*, 80(12), 930-932.
- Clarke, S. S., & Davidson, K. W. (1990). *Social Work in Health Care: A Handbook for Practice*. S. Noto (Ed.). Haworth Press.
- Craig SL, Muskat B. Bouncers, brokers, and glue: The self-described roles of social workers in urban hospitals. *Health & Social Work*. 2013;38(1):7-16.

Boyce L Stockton M. Developing Structures for Accountability in a Hospital Social Work Department: An Empirical Approach, *Australian Social Work Journal* 1993 ;36(2): 31–7.

Csikai E, Sales E. The Emerging Social Work Role on Hospital Ethics Committees: A Comparison of Social Workers and Chair Perspectives, *Social Work* 1998;43(3): 233–41.

Coulshed, V., & Orme, J. (1998). *Social work practice: An introduction*. Palgrave Macmillan.

Cowles L, Lefcowitz M. Interdisciplinary Expectations of the Medical Social Work in the Hospital Setting', *Health and Social Work* 1992; 17: 57–65.

Cowles L , Lefcowitz M .Interdisciplinary Expectations of the Medical Social Work in the Hospital Setting: Part 2', *Health and Social Work* 1995; 20(4): 279–87.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), 116-131.

Derow, H. A., & Cohen, E. (1933). The training of interns in the social aspects of medicine. *New England Journal of Medicine*, 209(17), 827-831.

Egan M ,Kadushin G. Competitive Allies: Rural Nurses and Social Workers' Perceptions of the Social Work Role in the Hospital Setting', *Social Work in Health Care* 1995; 20(3): 1–21.

Egan M, Kadushin G. Rural Hospital Social Work: Views of Physicians and Social Workers', *Social Work in Health Care* 1997; 26(1): 1–23.

Gibbons J, Plath D. (2006). "Everybody puts a lot into it!" Single session contacts in hospital social work. *Social Work in Health Care*, 42(1):17–34.

Glicken, M. D. (2010). *Social Work in the 21st Century: An Introduction to Social Welfare, Social Issues, and the Profession: An Introduction to Social Welfare, Social Issues, and the Profession*: Sage Publications.

Globerman J, MacKenzie I, Davis J, Walsh S. Social Work in Restructuring Hospitals: Meeting the Challenge, *Health and Social Work* 1996 ;21(3): 178–89.

Gurses, A. P., & Xiao, Y. (2006). A systematic review of the literature on multidisciplinary rounds to design information technology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(3), 267-276.

Harris, M. E., & Bergman, H. C. (1993). *Case management for mentally ill patients: Theory and practice*: Harwood Academic Publishers/Gordon.

- Harris, J., & White, V. (2013). *A dictionary of social work and social care*. OUP Oxford.
- Herbert M, Levin R. The Advocacy Role in Hospital Social Work, *Social Work in Health Care* 1996; 22(3): 71–83.
- Hodgson, R., Jamal, A., & Gayathri, B. (2005). A survey of ward round practice. *The Psychiatrist*, 29(5), 171-173.
- Ingram, R. (1998). *The nurse as the patient's advocate*. Portsmouth: School of Social & Historical Studies Department of Humanities .
- Kim, Y.-J., & Soeken, K. L. (2005). A Meta-Analysis of the Effect of Hospital-Based Case Management on Hospital Length-of-Stay and Readmission. *Nursing Research*, 54(4), 255-264.
- Lewis, S. (2001). *Crisis Assessment Tools: The Good the Bad and the Available*. Oxford University press.
- Linton, K. F., Ing, M. M., Vento, M. A., & Nakagawa, K. (2015). From Discharge Planner to “Concierge”: Recommendations for Hospital Social Work by Clients with Intracerebral Hemorrhage. *Social Work in Public Health*, 30(6), 486–495.
- Linz, M. H., McAnally, P. L., & Wieck, C. A. (1989). *Case management: Historical, current, & future perspectives*: Brookline Books.
- Marsh, D. T., & Johnson, D. L. (1997). The family experience of mental illness: implications for intervention. *Professional Psychology: research and practice*, 28(3), 229.
- Mason SE. & Auerbach C. (2009). Factors Related to Admissions to a Psychiatry Unit from a Medical Emergency Room: The Role of Social Work, *Social Work in Mental Health*, 7(5): 429-441.
- Mitrowski ,C. (1982). Patient advocate: the role of the medical social worker. *Progress in clinical and biological research*, 121, 273-278 .
- Okin, R. L., Boccillari, A., Azocar, F., Shumway, M., O'Brien, K., Gelb, A., . . . Wachsmuth, C. (2000). The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. *The American journal of emergency medicine*, 18(5), 603-608.
- Paris, W., Hutkin-Slade, L., Calhoun-Wilson, G., & Oehlert, W. (1999). Social work services on an organ transplantation program: A preliminary cost-benefit analysis. *Research on Social Work Practice*, 9(2), 201–212.
- Pazar, J. P. (2005). The Reliability of the Triage Assessment System for Crisis Intervention. ProQuest Information and Learning Company.

Ponto, J., & Berg, W. (1992). Social work services in the emergency department: A cost-benefit analysis of an extended coverage program. *Health & Social Work, 17*(1), 66–73.

Powell, S. K., & Tahan, H. A. (2008). *CMSA core curriculum for case management*: Lippincott Williams & Wilkins.

Rassin, M. (2013). The Role of Health Care Professionals in Breaking Bad News about Death: the Perspectives of Doctors, Nurses and Social Workers. *International Journal of Caring Sciences, 227*.

Raymond B. Flannery, J. P. (2000). Crisis Intervention: A Review. *International Journal of Emergency Mental Health, 119-125*.

Roggenkamp, S. D., White, K. R., & Bazzoli, G. J. (2005). Adoption of hospital case management: economic and institutional influences. *Social Science & Medicine, 60*(11), 2489-2500.

Sarbaz, M., & Kimiafar, K. (2011). Comparison of Patient's Rights in Developed Countries and Suggestion a Proper Model for Iran. *Health Information Management, 8*(2) .(

Thyer, B. A., & Wodarski, J. S. (2007). *Social work in mental health: an evidence-based approach*: John Wiley & Sons.

Shumway, M., Boccellari, A., O'Brien, K., & Okin, R. L. (2008). Cost-effectiveness of clinical case management for ED frequent users: results of a randomized trial*. *The American journal of emergency medicine, 26*(2), 155-164.

Standards of Practice for Case Management, Revised 2010. Available at: URL:<http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/standardspractice.pdf>

Walsh, J. M. (2000). *Clinical case management with persons having mental illness: A relationship-based perspective*: Brooks/Cole/Thomson Learning.

Milner, J., Myers, S., & O'Byrne, P. (2015). *Assessment in social work*. Palgrave Macmillan.

Walton, J. M., & Steinert, Y. (2010). Patterns of interaction during rounds: implications for work - based learning. *Medical education, 44*(6), 550-558.

Wrenn, K., & Rice, N. (1994). Social - work Services in an Emergency Department: An Integral Part of the Health Care Safety Net. *Academic Emergency Medicine, 1*(3), 247-253.