



معاونت درمان



**پروتکل مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی مراکز درمانی در کار با بیماران مبتلا
به اختلالات روانپزشکی**

مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی - اداره مددکاری اجتماعی



زمستان ۱۴۰۲

اعضای تیم تدوین پروتکل:

تحت نظارت:

دکتر سعید کریمی، دکتر حسن واعظی

مجری طرح:

- دکتر فردین علی پور، دکتری مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

همکاران اصلی:

- دکتر حسن رفیعی، روانپزشک، گروه آموزشی رفاه، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- زلیخا عربکری، دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- دکتر سارا نوروزی، دکتری مددکاری اجتماعی، مددکار اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی لرستان
- دکتر سید محمدحسین جوادی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و رئیس اداره مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت
- دکتر محمد سبزی خوشنامی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- دکتر شکوفه احمدی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم، توانبخشی و سلامت اجتماعی

سایر همکاران:

- دکتر ثریا سیار، طاهره آذری ارقون، دکتر مجید چنپارچی، دکتر مرجان قطبی، دکتر فرزانه یعقوب، ماهدخت معماریان، دکتر بیتا وحدانی، طیبه جعفریان، دکتر موحد، دکتر فاطمه غلامی، اسماعیل راشدی، زهرا صفاهی فر، مریم یاوری، معصومه شیرزادی، عفت بهاری، الهه ملک زاده، مژگان محمدپور، زینب شمس، اسماعیل عباسی، مهری محمد صادقی، دکتر نسرین بیات پریدری، صدیقه کلانکی، زهرا بابائیان، دکتر بهزاد وحیدنیا، طیبه دهباشی، سمیرا رحیم زاده، مریم سیاه پوش

با تشکر از:

- مرکز مدیریت پیوند وزارت بهداشت/ دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت وزارت بهداشت/ معاونت توانبخشی سازمان بهزیستی/ انجمن حمایت از بیماران اسکیزوفرنی

بخش اول : کلیات

جامعه‌ی آرمانی ترسیم شده در سند چشم انداز سال ۱۴۰۴ کشور، جامعه‌ای است که می‌بایست از حداکثر سلامت برخوردار باشد. سیاستگذاران و مسئولین جامعه مسئول و پاسخگوی فراهم سازی زمینه دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت زندگی آحاد مردم جامعه می باشند. از آنجایی که ابعاد سلامتی ارتباط متقابل با یکدیگر دارند و اختلال در یک بعد سبب ایجاد مشکلاتی در سایر ابعاد می شود باید به تمامی ابعاد آن توجه شود. بروز اختلال روان در مردم، جامعه را با مشکلات عدیده‌ای مواجه می‌کند که نیازمند مشارکت همه افراد جامعه می‌باشد.

در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری ویرایش پنجم، تعریف اختلال روان بدین صورت می باشد: سندرمی است که با اختلال بالینی قابل توجهی در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار فرد مشخص می‌شود و نشان دهنده اختلال در فرآیندهای روانشناختی، بیولوژیک یا رشدی است که زمینه ساز عملکرد روانی است. اختلالات روانی معمولاً با ناراحتی یا ناتوانی قابل توجهی در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی یا سایر فعالیت‌های مهم همراه است. واکنشی قابل انتظار یا تأیید شده‌ی فرهنگی، به استرس شایع یا فقدان‌هایی مانند مرگ یکی از عزیزان، اختلال روانی نیست. رفتار انحرافی اجتماعی (به عنوان مثال، سیاسی، مذهبی یا جنسی) و تعارضاتی که در درجه اول بین فرد و جامعه است، جز اختلالات روانی نیستند مگر اینکه انحراف یا تعارض ناشی از اختلال در عملکرد فرد باشد.

نکته قابل تامل در کتاب راهنما DSM^۵ این است که تشخیص اختلال روانی معادل نیاز به درمان نیست. نیاز به درمان تصمیمی بالینی است که شدت علائم، علائم بارز نظیر وجود افکار خودکشی، پری‌شانی بیمار، درد روانی همراه با علائم، ناتوانی در ارتباط با علائم بیمار، خطرات و مزایای درمان های موجود و سایر علائم را شامل می شود. بنابراین پزشکان ممکن است با افرادی روبرو شوند که معیارهای کامل اختلال روانی را ندارند اما نیاز به درمان و مراقبت دارند.

در DSM^۵ به طبقه بندی انواع اختلالات روانی همچون اختلالات رشد عصبی، طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانی، دوقطبی، افسردگی، اضطراب، وسواسی اجباری، تروما و استرسور، گسستگی، اختلال های بدنی، ملامت جنسیتی، اختلال سلوک، اختلال سوء مصرف مواد، روانی شناختی، شخصیت، ناهنجاری جنسی اشاره شده است(۱). اختلالات روانی در چهار طبقه عمده سندرم های مغزی، سیکوزها، نوروها و اختلالات شخصیت قرار دارند.

در اختلال روانی مزمن که شامل توهم و هذیان می باشد، ادراک فرد از واقعیت به گونه ای جدی تحریف شده است و در اختلال نوروز یادگیری غلط سبب پاسخ های بی اثر نسبت به واقعیت می شود. افراد با شخصیت نورو تیک و سایکوتیک معمولاً دارای خصوصیات از قبیل: زودرنج، مغموم و افسرده، فاقد اعتماد بنفس و دشواری در برقراری ارتباط با افراد هستند. در پژوهشی محققین به این نتیجه رسیدند که ویژگی های شخصیتی همچون ناامیدی، تکانشگری و بی ثباتی عاطفی بطور معنادار با خودکشی و افکار خودکشی (که میزان آن در بین سنین ۱۸ تا ۲۶ سال بیش از سایر سنین است) و دیگر رفتارهای آسیب زنی ارتباط دارد (۲).

اختلالات روان پزشکی مختص رده سنی، جنسیت، قومیت و نژاد خاصی نمی باشد. همان طور که در مطالعه ای بیان گردید اختلال های روان پزشکی در کودکان و نوجوانان بدون تردید در همه جا وجود دارد و هزینه های زیادی برای افراد، خانواده و جامعه به همراه دارند. یافته های همه گیرشناسی جهانی بطور مداوم گزارش می دهند که حدود ۲۰٪ از کودکان و نوجوانان از یک بیماری روانی رنج می برند و ۵۰ درصد از اختلالات روانی دوران بزرگسالی ریشه در کودکی و نوجوانی دارند و بیش از سه چهارم بزرگسالان مبتلا به اختلال های روان پزشکی اولین بار یک تشخیص در سنین ۱۱ تا ۱۸ سالگی داشتند (۳). طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی یک نفر از هر چهار نفر در جهان در طول زندگی به یکی از اختلال های روان پزشکی مبتلا خواهد شد (۴).

اهمیت اختلال های روانی موجب شده که سازمان بهداشت جهانی، بهداشت روانی را از جمله اولویت های کشورهای در حال توسعه معرفی کند (۵، ۶) گرچه WHO از سال ۱۹۴۶ میلادی برای سلامت تعریف سه بعدی زیستی، روانی و اجتماعی را بیان کرده است، اما در بیشتر کشورها دو بعد روانی و اجتماعی مغفول مانده است. از حدود دو دهه پیش نسبت به این بی توجهی زیان بار هشدار جدی داده و به ۸۵٪ عوامل روانی - اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت اشاره کرده است. در جدیدترین پیش بینی بار اختلال افسردگی از سال ۲۰۰۲ به سال ۲۰۳۰ میلادی در کشورهای توسعه یافته از رتبه چهارم به رتبه نخست و در کشورهای در حال توسعه از رتبه چهارم به رتبه دوم پس از HIV/AIDS می رسد (۷). ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه دستخوش تحولات اجتماعی، اقتصادی فرهنگی قابل ملاحظه است که می تواند بر سلامت روان افراد جامعه تاثیر بگذارد (۸، ۹).

برخی واقعیت های روانی اجتماعی در ایران که بر سلامت روان افراد جامعه تاثیرگذار است شامل: روند شیوع اعتیاد در ایران، همه گیری اختلال روان پزشکی، ناپایداری در ساختارها، مدیریت ها، ارزش ها، تصمیم گیری ها در ایران، روند ازدواج و طلاق، روند مصرف

داروهای ضد اضطراب، فرار مغزها می باشد که نیازمند توجه جدی، اتخاذ استراتژی ها و سیاست گذاری هایی در این حوزه می باشد (۱۰، ۱۱).

در این میان علاوه بر روان پزشکان، روانشناسان، مشاورین، مددکاران اجتماعی نیز در ارزیابی روانی- اجتماعی مردم جامعه نقش کلیدی دارند. از جمله مراکزی که مددکاران اجتماعی روزانه با مراجعین دارای اختلال روان مواجهند بیمارستان می باشد. آنها در این مراکز از طریق ارزیابی روانی و اجتماعی بیماران به شناسایی عوامل مخل و برهم زننده سلامت روانی و اجتماعی مراجعین می پردازند. از طریق اطلاعات کسب شده از هر بیمار به تقویت سامانه های حمایت اجتماعی، مداخله های اجتماعی، افزایش تاب آوری، تقویت شبکه های جامعه ای و مشارکت مردم جامعه، توانمندسازی روانی و اجتماعی، تغییر نگرش مردم جامعه نسبت به افراد دارای اختلال روان، و تلاش در جهت کاهش انگ نسبت به آنها، آموزش و حمایت از خانواده های بیماران، تقویت و گسترش ارتباط با سازمان های موجود در جامعه می پردازند. مددکاران اجتماعی در بیمارستان علاوه بر بیمار دارای اختلال روان با خانواده های آنها در تعامل بوده و مداخلاتی برای کاهش استرس و تنش، تسهیل گری در راستای اشتغال یابی، حمایت یابی و... به منظور تسهیل شرایط زندگی آنها انجام می دهند دلیل این امر این مساله می باشد که اکثریت خانواده های بیماران دارای اختلال روانی نیازمند خدماتی همچون مشاوره منظم توسط متخصص، ارائه مراقبت در جامعه، پیگیری درمان پس از ترخیص، آموزش به بیمار و بازتوانی روانی و اجتماعی هستند (۱۲).

با توجه به افزایش اختلالات روانی در جامعه و عدم توجه و آگاهی مردم و مسئولین به این حوزه و بعد مهم سلامت و نبود خدمات کافی در جامعه، گنجاندن صرف کلمه سلامت روان در کتاب قانون یا تعدادی پروتکل و برنامه های کاهش آسیب در سطح کشور، بدون انجام اقداماتی، نمی تواند در سطوح پیشگیری تاثیرگذار باشد. لازم است برای کمک به شناسایی زودهنگام، پیشگیری و کاهش و حل مشکلات بیماران دارای اختلال روان تصمیمات جدی لحاظ شده و زمینه برای حمایت یابی و بازتوانی بیماران و خانواده آنها فراهم گردد. ایجاد فضای آزاد و بانشاط، امن و حفظ حقوق و کرامت انسانی در جامعه اقداماتی است که می تواند در جهت ارتقا سلامت روانی اجتماعی مردم جامعه در نظر داشت. در این شرایط است که می توان اذعان نمود سلامت افراد جامعه در شرایط خوبی قرار دارد و ماموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مردم جامعه می باشد، صورت خواهد پذیرفت. با عنایت به اهمیت تمامی ابعاد سلامت در زندگی آحاد جامعه، می توان با تدوین پروتکل مداخلت

روانی اجتماعی در این راستا اقدامی مهم در جهت کاهش آسیب های روانی اجتماعی برداشت. با انجام چنین کاری در ابتدای امر می توان به شناسایی زودهنگام بیماران در سیستم بهداشت و درمان پرداخت و از هزینه های کلان در درمان پیشگیری کرد. همچنین با ارائه خدمات به خانواده ی بیماران زمینه برای کاهش بار مراقبتی بیماران و ارتقا سلامت آنها و همچنین گامی مهم در جهت توسعه زدایی و حضور بیمار در خانواده و جامعه فراهم می گردد.

علاوه بر آن از میزان انگ به بیماران و طرد از جامعه، تشدید بیماری و عدم واگذاری مسئولیت به آنها کاسته و بستری برای زندگی و مشارکت اجتماعی و پذیرش در جامعه میسر می گردد. شناسایی و پیشگیری از اختلالات روانی در جامعه بستری برای ایجاد جامعه سالم و بانشاط، ارتقا سرمایه اجتماعی، کاهش جرایم و انحرافات اجتماعی و حضور افراد سالم در جامعه و قرار گرفتن در مسیر توسعه ی پایدار می شود. با توجه به تاثیرات مثبت و نتایج مهم این پروتکل، می توان از آن در سایر سازمان ها و موسسات کاهش آسیب استفاده کرد. علاوه بر مددکاران اجتماعی حاضر در بیمارستان و فعال در اورژانس اجتماعی، مددکاران اجتماعی بهزیستی، موسسات غیردولتی، کمیته امداد و مراکز تسهیلگری نیز می توانند از آن بهره مند شوند.

➤ تعریف مفاهیم و واژه ها:

اختلال روانپزشکی: اختلال روانپزشکی یکی از مرموزترین بیماری در پزشکی است. تاثیر آن به خوبی بر سلامت عمومی مشخص شده است. اختلالات روانپزشکی بر عملکردهای بالاتر قشر مغز (خلق، رفتار، ادراک و شناخت) تاثیر می گذارند.

بیمارستان روان پزشکی: شامل کلیه مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاهای علوم پزشکی و علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی سراسر کشور که بصورت دولتی و خصوصی مشغول به فعالیت هستند .

مددکار اجتماعی روان پزشکی: شامل کلیه افرادی است که دارای مدرک تحصیلی در رشته ی مددکاری اجتماعی یا خدمات اجتماعی هستند یا پست سازمانی آن ها مددکاری اجتماعی روانپزشکی یا بهداشتی درمانی است. این افراد در محیطهای بیمارستانی مجموعه ای از حمایت های رفتاری و روانی - اجتماعی را برای برآوردن نیازهای پیچیده بیماران و خانواده ها ارائه می کنند. مددکاران اجتماعی به عنوان بخشی از تیم های بین حرفه ای مستقر در بیمارستان، به منظور حمایت از عملکرد بیمار و خانواده، ارتقای کیفیت

زندگی در زمینه بیماریها و ناتوانی های حاد و مزمن، و حمایت از تغییرات اجتماعی برای رسیدگی به نابرابریهای اجتماعی، به طور مشترک کار میکنند .

رویکرد تیمی و بین رشته‌ای: این رویکرد متشکل از اقدامات و فعالیت هایی است که به صورت تیمی و بین حرفه هایی مانند پزشکی، پرستاری، مددکاری اجتماعی و روانشناسی انجام می شود. هریک از اعضای تیم ارزیابی اولیه از بیمار را انجام می دهند و سپس گروه با هم همکاری می کنند تا برنامه ی مداخله ای و مراقبتی طراحی کنند. در تیم بین رشته ای مددکار اجتماعی نقش هماهنگ کننده، تسهیل گر، آموزش دهنده، برنامه ریز و رابط را ایفا می کند و نگرش اجتماعی را وارد تیم می کند .

ارزیابی جامع مددکاری اجتماعی: فرایندی است که بر اساس فرایند ارزیابی تخصصی روانی اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی ... توسط مددکار اجتماعی مطابق این دستورالعمل انجام می شود و مداخلات بر مبنای آن طراحی و اجرا می شود.

توانبخشی روانی - اجتماعی: توانبخشی روانی - اجتماعی که توانبخشی روانپزشکی نیز نامیده می شود عبارت است از «یک سری از راهبردهای مداخله روانی و اجتماعی است که مکمل مداخلات دارویی و مدیریت علائم است و هدف آن بهبود عملکرد فردی و اجتماعی، کیفیت زندگی و حمایت از یکپارچگی اجتماعی افراد مبتلا به بیماری های روانی شدید و مزمن است.

مشاوره آموزشی: در مشاوره آموزشی باید به بیماران اطلاعاتی در مورد بیماری و درمان آن و همچنین مدیریت حل مسئله بیماری و مهارت های مقابله و نحوه دسترسی به خدمات سلامت روان جامعه ارائه دهد، هدف آن کمک به بیماران برای مقابله بهتر با بیماری است .

برنامه ریزی برای ترخیص: فرآیندی است که با مشارکت تیم درمان از زمان پذیرش آغاز شده و با در نظر گرفتن کلیه شرایط جسمی، روانی و اجتماعی بیمار و خانواده، طرح مداخله ای برای ترخیص ایمن بیمار انجام می گردد.

پیگیری پس از ترخیص: در صورت ضرورت به تشخیص مددکار اجتماعی و اعضای تیم نیاز به پیگیری شرایط بیمار پس از ترخیص از بیمارستان است. در این مرحله شرایط روانی - اجتماعی بیمار و خانواده وی و میزان اثربخشی مداخلات مددکاری اجتماعی در طول زمان بستری مورد بررسی قرار می گیرد. پیگیری پس از ترخیص را می توان بصورت تلفنی، حضوری بصورت بازدید از منزل و یا

محل کار و یا تحصیل بصورت تناوبی در فواصل زمانی مشخص (مثلا هر ماه یکبار و برای مدت سه ماه) به منظور کسب اطمینان از ایجاد شرایط پایدار در بیمار ادامه داد .

➤ هدف کلی:

تدوین پروتکل مداخلات مددکاری اجتماعی در کار با افراد دارای اختلال روان

➤ اهداف اختصاصی:

- شناسایی چالش‌های روانی و اجتماعی بیماران روانی مراجعه کننده به بیمارستان ها
- واکاوی تجربه خانواده های دارای بیمار روانی از حمایت های روانی - اجتماعی در دوران بستری و پس از ترخیص
- واکاوی تجربه بیماران روانی از حمایت های روانی - اجتماعی در دوران بستری و پس از ترخیص
- شناسایی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بهداشتی درمانی در کار با افراد دارای بیماری روان

➤ اهداف کاربردی

هدف کاربردی این پروتکل استفاده از ظرفیت های روانی اجتماعی بیماران و خانواده‌ی آنان در درمان و توانبخشی افراد دارای اختلال روان به منظور پایداری درمان و سپری کردن بهتر توانبخشی و عود کمتر بیماری و ارائه ی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی به این بیماران است.

➤ مخاطب هدف پروتکل

پروتکل تدوین شده به عنوان راهنمای عمل تخصصی برای کلیه ی مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان ها در کار با بیماران دارای اختلال روان طراحی شده است و برای اجرایی نمودن این پروتکل نیاز به فعالیت تیمی و چند رشته ای مددکاران اجتماعی در بستر بیمارستان می باشد .

➤ گروه هدف پروتکل

تمام بیماران روان بستری یا سرپایی (خود معرف یا ارجاع داده شده) در بیمارستان ها

➤ نکات قابل توجه در اجرای پروتکل

با عنایت به اهمیت تمامی ابعاد سلامت در زندگی آحاد جامعه، می توان با تدوین پروتکل مداخلات روانی اجتماعی در این راستا اقدامی مهم در جهت کاهش آسیب های روانی اجتماعی و حمایت از خانواده های دارای بیمار اختلال روانپزشکی برداشت.

با انجام چنین کاری در ابتدای امر می توان به شناسایی زودهنگام بیماران در سیستم بهداشت و درمان پرداخت و از هزینه های کلان در درمان پیشگیری کرد. همچنین با ارائه خدمات به خانواده ی بیماران زمینه برای کاهش بار مراقبتی بیماران و ارتقا سلامت آنها و همچنین گامی مهم در جهت موسسه زدایی و حضور بیمار در خانواده و جامعه فراهم می گردد. علاوه بر آن از میزان انگ به بیماران و طرد از جامعه، تشدید بیماری و عدم واگذاری مسئولیت به آنها کاسته و بستری برای زندگی و مشارکت اجتماعی و پذیرش در جامعه میسر می گردد. شناسایی و پیشگیری از اختلالات روانی در جامعه، زمینه ای برای ایجاد جامعه سالم و بانشاط، ارتقا سلامت و سرمایه اجتماعی، کاهش جرایم و انحرافات اجتماعی و حضور افراد سالم در جامعه و قرار گرفتن در مسیر توسعه ی پایدار می شود. با توجه به تاثیرات مثبت و نتایج مهم این پروتکل، می توان از آن در سایر سازمان ها و موسسات کاهش آسیب استفاده کرد. علاوه بر مددکاران اجتماعی حاضر در بیمارستان و فعال در اورژانس اجتماعی، مددکاران اجتماعی شاغل در سازمان بهزیستی، موسسات غیردولتی، کمیته امداد و مراکز تسهیلگری نیز می توانند از آن بهره مند شوند .

➤ روش شناسی تنظیم پروتکل:

روش شناسی تدوین پروتکل به صورت ترکیبی از روش کمی و کیفی و در سه مرحله انجام شد:

بخش اول با استفاده از روش کیفی (تحلیل محتوای قراردادی با رویکرد پدیدارشناسانه)، مهمترین چالش ها و نیازهای روانی و اجتماعی بیماران روان و خانواده های آنان استخراج شد . بخش دوم با بررسی گسترده متون، نسخه ای از مهمترین مداخلات روانی و اجتماعی مددکاران اجتماعی برای بیماران روان تهیه گردید. بخش سوم، با استفاده از یافته های دو مرحله قبل و استفاده از روش بحث گروهی متمرکز، نسخه پیش نویس از پروتکل مداخلات روانی و اجتماعی تهیه گردید و جهت اجرای آزمایشی و

سنجش عملیاتی در اختیار مددکاران اجتماعی قرار گرفت. پس از آن پروتکل مورد ارزیابی نهایی کارشناسان قرار گرفت و به تصویب رسید.

➤ رویکردهای مورد استفاده :

رویکردهای متعددی در کار با بیماران دارای اختلال روانپزشکی برای مددکاران اجتماعی وجود دارد اما در این پروتکل براساس مرور منابع از چهار رویکرد رایج استفاده شده است.

۱- رویکردهای جامعه‌ای

در رویکرد جامعه‌ای مددکار اجتماعی با در نظر گرفتن نوع مدل کاری، نقش‌هایی را برای خود برمی‌گزیند. مددکار اجتماعی با در نظر گرفتن هدفها، نوع مشکل، ظرفیت مشارکت جامعه و ساختار جامعه نقش‌هایی را مشخص می‌کند. وی می‌تواند نقش یک راهنما را داشته باشد. راهنمایی در زمینه استفاده از منابع موجود، برنامه‌ریزی برای توسعه منابع و یا ایجاد منابع جدید همچنین چگونگی استفاده از روش‌های حل مساله، تصمیم‌گیری و سازماندهی از مهمترین مواردی هستند که مددکار اجتماعی به آنها در کار جامعه‌ای می‌پردازد. از دیگر نقش‌های مددکار اجتماعی نقش آموزش دهنده است. آموزش می‌تواند به دستیابی سهل‌تر و سریعتر امکانات و منابع کمک کند. ارتقا سطح دانش، اطلاعات و مهارت‌ها در بین جامعه هدف می‌تواند به عنوان یک مداخله کاربردی مطرح شود.

از دیگر نقش‌های مهم مددکار اجتماعی در کار جامعه‌ای، افزایش اطلاعات و دانش مددجویان و جامعه در زمینه‌ی متعدد می‌باشد. مددکاران اجتماعی بهداشتی درمانی همراه با مددکاران اجتماعی فعال در جامعه می‌توانند مردم جامعه را نسبت به وضعیت موجود و نیازهای افراد دارای اختلال روان مطلع کنند و زمینه را برای پذیرش و کاهش انگ و تبعیض فراهم نمایند. آنها می‌توانند از طریق نقش تسهیل‌گری مراحل کار پذیرش در بیمارستان را برای بیماران دارای اختلال روان تسهیل کنند و پل ارتباطی بین سیستم‌های درون جامعه و بیمارستان باشند.

۲- رویکرد بوم‌شناختی یا سیستمی

براساس رویکرد سیستم های بوم شناختی مددکار اجتماعی نگاه کل گرا به خدمات مددکاری اجتماعی دارد و مددجو و مشکل وی را بصورت یک کلیت منسجم می نگرد. از مشکلات عمده بیماران دارای اختلال روان و خانواده ی آنها که بر روند درمان، عود و بستری مجدد تاثیر گذار است، انگ، تبعیض اجتماعی، محرومیت بیماران از خدمات حمایتی کافی، ناهماهنگی سازمان های مختلف در جامعه برای حمایت و ارائه خدمات به آنها و غفلت از نیازها و مشکلات بیماران در تصمیم گیری های مهم در جامعه است. نگرش مردم جامعه به بیماران نیز سبب کناره گیری آنها از جامعه می شود. بدین ترتیب مددکاران اجتماعی طبق هدف این رویکرد باید به ایجاد هماهنگی میان خرده سیستم های ارائه خدمات همچون سیستم مددکار اجتماعی، سیستم مددجو، سیستم درمان و مراقبت، سیستم منابع درونی خانواده و سیستم جامعه مثل نظام های حمایتی، رفاهی و درمانی بپردازند. داده ها در این شرایط کلیه امکانات و خدماتی است که مددکاران اجتماعی برای حل مشکلات بیماران و خانواده آنها وارد سیستم مددکاری اجتماعی می کنند.

از طریق درون دادهایی همچون منابع، حمایتها، درمانها، برنامه کمکی و توانبخشی همچون آموزش، تسهیل گری در راستای اشتغال یابی یا کسب مهارت های اشتغال به تسهیل فرآیند مددکاری اجتماعی کمک کرده و زمینه برای درمان موثر، ترخیص ایمن، کاهش عود مکرر و بستری، بازگشت به جامعه و تبعیت از درمان و رسیدن بیمار به استقلال نسبی فراهم می کند.

۳- رویکرد مدیریت مورد:

مدل حرفه ای و مشارکتی است که شامل بیمار، مددکار اجتماعی، تیم درمان است. مدیریت مورد، در جستجوی هماهنگی هرچه موثرتر منابع موجود برای بیمار از طریق ارتباط و تسهیلگری است. با توجه به پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰)، منظور فرآیندی است که شامل موردیابی، ارزیابی، تشخیص مشکل، برنامه ریزی، اجرا، پایش و اختتام می باشد و توسط مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد هدایت و اجرا می شود. مددکاران اجتماعی یکی از افراد حرفه ای هستند که نقش مدیر مورد را برعهده می گیرند. در این راهنما مددکار اجتماعی به خدمات رسانی به بیمار می پردازد و با مشارکت کلیه ذی نفعان و خانواده برای بیمار و خانواده برنامه ریزی و اجرا می کند و سپس به ارزشیابی آن می پردازد. این رویکرد به این دلیل اهمیت دارد که بیمار و خانواده وی با مشکلات مختلف از زمان حضور در جامعه تا بستری و ترخیص از بیمارستان دارند، که سبب یکپارچگی خدمات و اقدامات درمانی، توانمندی و کاهش مشکلات و سردرگمی آنها می شود .

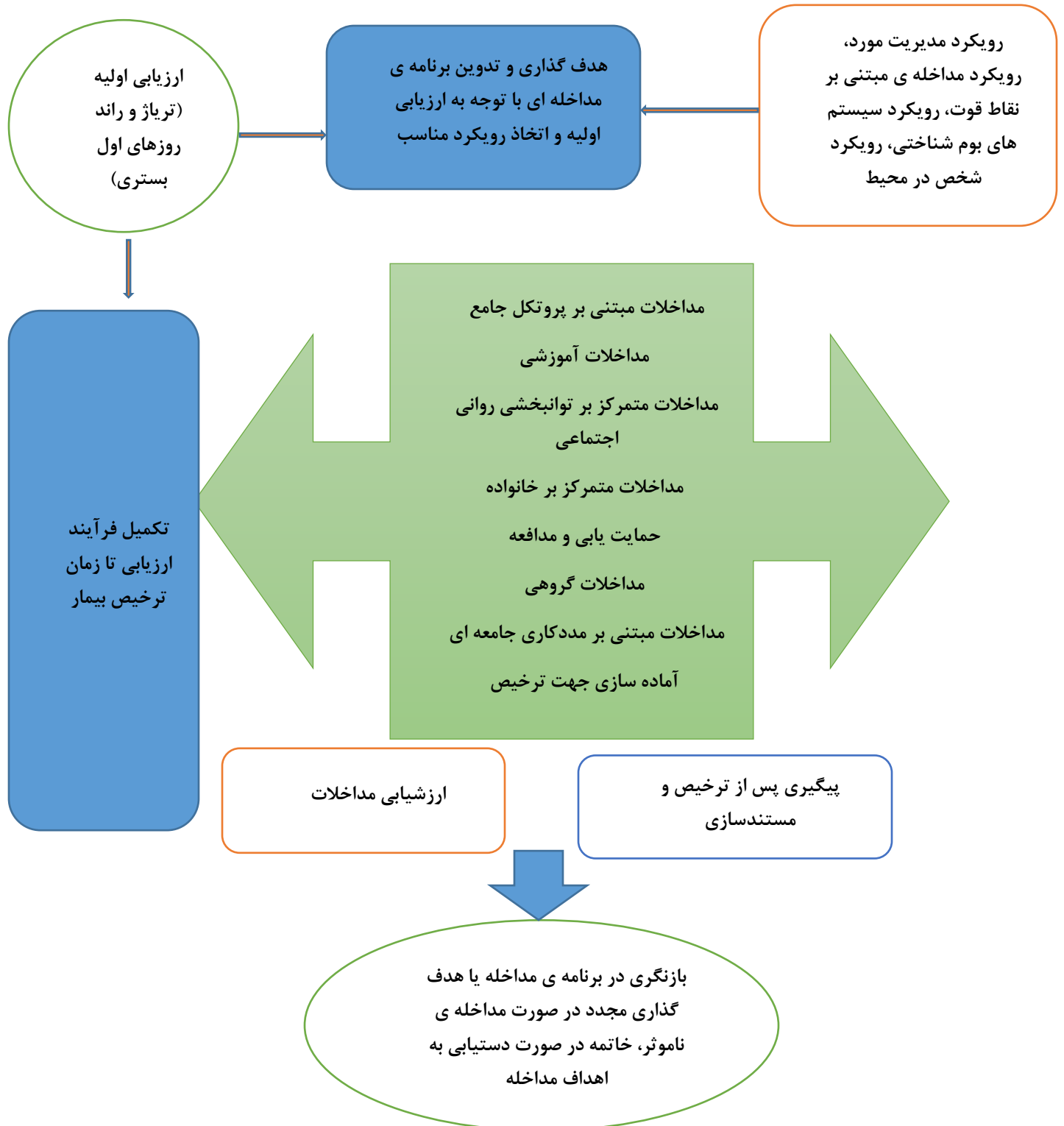
۴- رویکرد مبتنی بر نقاط قوت:

اعضای خانواده بیماران روان از مداخلات روانی اجتماعی ارائه شده توسط مددکاران اجتماعی روانپزشکی بهره می برند. مشکلات سلامت روان از طیفی از عوامل بیولوژیکی، روانی و موقعیتی ناشی می شود که ممکن است با روش های مختلف مددکاری اجتماعی برطرف شود. مدل ها ممکن است طیفی از رویکرد حل مسئله، رویکرد روان پویایی متغیر باشند. در چند سال گذشته، یک رویکرد مبتنی بر نقاط قوت برای مدیریت مورد با افراد مبتلا به بیماری روانی شدید پدیدار شده است. دیدگاه نقاط قوت هم بر بهزیستی و هم بر مقابله افراد مبتلا به بیماری روانی تأثیر می گذارد. متخصصان سلامت روان میتوانند نقاط قوت مراجع را ارزیابی کنند، به مراجع کمک می کنند تا انعطاف پذیری خود را توسعه دهند، آن درمان را ارزیابی می کند و مراجع را برای مقابله با ناملایمات آینده توانمند می کنند.

بخش دوم : مداخلات تخصصی

مددکاری اجتماعی

نمودار ۱. فرآیند ارائه مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بیمارستانی در کار با بیماران دارای اختلال روانپزشکی



زندگی روزمره شامل فعالیت های روزانه ای است که بدیهی تلقی می شوند و مترادف با عادات معمولی، یکنواخت و روتین زندگی است. تا زمانی که افراد در بخش روان پزشکی زندگی می کنند سبب عادی شدن شرایط برای آنها می شود. طی بررسی های انجام شده توسط محققین زندگی روزمره در یک بخش سبب احاطه شدن توسط اختلال در یک محیط گیج کننده است که در آن روال ها و قوانین متناقض هستند، اما ایمنی را نیز ارائه می دهند .

برهمین اساس فضای بخش بستری باید حمایت کننده، ساختارمند و انعطاف پذیر باشد و فرهنگ مراقبت باید امنیت و آرامش را ارائه کند. در ادامه ی این بخش، مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در کار با بیماران دارای اختلالات روانپزشکی توضیح داده خواهد شد.

➤ گام اول: پذیرش اولیه در مرحله تریاژ

بیماران دارای اختلال روان بصورت خود معرف، توسط خانواده یا ارجاعی از سوی مراکز دولتی و غیردولتی و یا مراجع قضایی به بیمارستان مراجعه می کنند. در ابتدا مددکاران اجتماعی اورژانس باید ارزیابی روانی اجتماعی بیمار را پس از ارزیابی پزشکی و روانپزشکی انجام دهند و اطلاعات در فرم تریاژ ثبت گردد . از آنجا که ارزیابی صورت گرفته در تریاژ، سریع و در مدت زمان حداکثر ۱۰ دقیقه انجام می شود، مددکار اجتماعی اطلاعاتی مانند بررسی وضعیت هویتی بیمار، دارا بودن بیمه ی درمانی، مدت، شدت و نوع بیماری، وضعیت همراه موثر، وضعیت عملکردی بیمار را بدست می آورد و کسب اطلاعات بیشتر به مرحله ی راند و پس از بستری موکول می شود. مزیت ارزیابی تریاژ، صرفه جویی در زمان و داشتن فرصت کافی برای مداخله و آشنایی اولیه با بیمار است که سبب ایجاد اعتماد نسبی بین بیمار و مددکار اجتماعی می شود. به این ترتیب مددکار اجتماعی با اطلاعات بدست آمده در این مرحله، بیماران را اولویت بندی کرده و نیازهای آنان را مورد توجه قرار می دهد. البته در بیمارستان های روانپزشکی و بخش های روان بیمارستان های عمومی، همه ی بیماران به خدمات مددکار اجتماعی نیاز خواهند داشت اما از حیث اولویت مداخله ای با هم متفاوت هستند. جدول زیر نحوه ی امتیاز دهی تریاژ بیماران را نشان می دهد.

جدول شماره ۱: نحوه ی امتیاز دهی تریاژ بیماران دارای اختلالات روانپزشکی

گروه های پر خطر (تشخیص اولیه)	امتیاز	شدت بیماری	امتیاز	پوشش بیمه ای و هویتی	امتیاز	وضعیت همراه موثر	امتیاز
بیمار مبتلا به اختلال روان با سابقه ی بستری	۵	بیماری جسمی نیازمند درمان توأم با اختلال روانپزشکی	۵	تبعه ی غیر ایرانی - غیر قانونی و فاقد بیمه	۵	فاقد همراه است	۵
بیمار مبتلا به اختلال روان و دارای سوء مصرف مواد	۵	اختلال روانپزشکی بدون بیماری جسمی	۳	تبعه ی غیر ایرانی قانونی و فاقد بیمه- فرد ایرانی فاقد مدارک هویتی	۴	همراه فردی از مرکز نگهداری و مراقبتی یا نیروی انتظامی است	۴
بیمار مبتلا به اختلال روان و بی خانمان	۵			فرد ایرانی دارای مدارک هویتی بدون بیمه	۳	همراه عضو خانواده است و مبتلا به اختلال روان می باشد	۴
اقدام کننده به خودکشی	۵			فرد ایرانی دارای مدارک هویتی و بیمه ی درمانی، فرد غیر ایرانی قانونی و دارای بیمه	۱	همراه عضو خانواده است ولی همکاری و مشارکت ضعیفی دارد	۳
بیمار عضو گروه های آسیب پذیر اجتماعی است	۵					همراه موثر دارد	۱
بیمار قربانی خشونت یا آزار خانگی یا موسسه ایست	۵						

همانگونه که اشاره شد همه ی بیماران دارای اختلالات روانپزشکی به مداخلات تخصصی مددکار اجتماعی نیاز دارند اما براساس فرم

نمره دهی تریاژ، بیمارانی که نمره ی ۱۵ و بالاتر کسب کنند در اولویت اول برای اقدام قرار می گیرند.

*ممکن است در اولین ارتباط مددکار اجتماعی با بیمار روانپزشکی در تریاژ، با توجه به آشفتگی روحی بیمار امکان ارزیابی و کسب اطلاعات وجود نداشته باشد. در این صورت توصیه می شود مددکار اجتماعی بخشی از اطلاعات مورد نیاز خود را از منابع ثانویه کسب کرده و پس از بستری بیمار و پایدار شدن شرایط روحی، ارزیابی های بیشتر را انجام دهد.

➤ گام دوم: ارزیابی جامع روانی - اجتماعی بیمار و خانواده در مرحله راند

بیمار پس از بستری در بخش مورد نظر باید بصورت روزانه توسط مددکار اجتماعی مورد ارزیابی قرار می گیرد. از روز اول بستری در بخش، ارزیابی جامع روانی - اجتماعی از بیمار و خانواده انجام می گردد و اطلاعات جمع آوری شده در سامانه HIS ثبت می شود. فرآیند ارزیابی و کسب اطلاعات از بیمار تا روزهای پایانی بستری ادامه می یابد. تجربیات مددکاران اجتماعی نشان می دهد که بیمار در روزهای ابتدایی بستری نمی تواند اطلاعات دقیقی را در اختیار مددکار اجتماعی قرار دهد، همچنین خانواده ی بیمار نیز در روزهای اول شرایط روانی مناسبی برای همکاری با مددکار اجتماعی ندارند به همین دلیل توصیه می شود تا ارزیابی به روزهای پایانی هفته نخست موکول شود و تا روز ترخیص نیز می تواند ادامه داشته باشد. مددکار اجتماعی می تواند به منظور جمع آوری اطلاعات جامعتر در خصوص وضعیت جسمی، روانی و عملکردی بیمار، در جلسات درون بخشی که به صورت تیمی برگزار می شود شرکت کند و از نظرات سایر اعضای تیم مانند روانپزشک، روانشناس، پرستار، کاردرمانگر استفاده کند.

- مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان های روانپزشکی در ارزیابی روانی - اجتماعی بیماران باید به ویژگی های فردی، بین فردی، اجتماعی و اقتصادی بیماران و سایر متغیرها همچون ناتوانی فردی، کارکرد اجتماعی، عملکرد شغلی، نقش های اجتماعی، خودپنداره، سطح انگیزش، وضعیت سکونت و مسکن، بار بیماری بر فرد، حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی و نقاط قوت و ضعف توجه کنند .

- مددکاران اجتماعی علاوه بر بیمار، باید به ارزیابی شرایط روانی - اجتماعی خانواده، مراقب و همراه اصلی بیمار نیز بپردازد. بار مراقبتی خانواده بیماران دارای اختلال روان بیشتر است و به دلیل عدم حمایت از سوی سازمان ها و دولت، خانواده ها خود نیز دچار مشکلات روانی می شوند. تعدادی از مشکلات خانواده ها از جمله اختلال در کارکرد خانواده، مشکلات اقتصادی خانواده در پرداخت هزینه درمان، تعارض بین اعضای خانواده، احساس خشم و گناه، نداشتن دانش و مهارت لازم برای مراقبت از بیمار است. در ارزیابی روانی اجتماعی خانواده نکات مهم و کلیدی همچون الگوی ارتباطی خانواده، نقش اعضای خانواده، توانایی حل مسئله و مقابله، عوامل

خطر خانواده برای عود مجدد، خشونت، بار مراقبت و انگ باید در نظر گرفته شود. از طریق کسب اطلاعات فوق می توان برنامه کمکی دقیق و اجرایی تری طراحی کرد. جدول زیر مجموعه عواملی را که باید در ارزیابی بیمار مورد توجه قرار گیرند، نشان می دهد.

جدول شماره ۲. ارزیابی جامع روانی - اجتماعی مددکار اجتماعی

حیطه ی ارزیابی	آیتم های مورد ارزیابی در هر حیطه
اطلاعات هویتی	نام و نام خانوادگی، کد ملی، سن، جنسیت، نام پدر و مادر، وضعیت تاهل، شغل، نشانی، شماره تماس
تاریخچه ی بیماری	سابقه ی بستری، تعداد دفعات عود، بیماری های جسمی (مانند بیماری های قلبی، ایدز، سرطان، بیماری های خاص)، معلولیت ها و ناتوانی های جسمی و روانی، منبع ارجاع، شدت بیماری، تشخیص های قبلی
عملکرد فردی بیمار	توانایی انجام فعالیت های روزانه و شخصی مانند مصرف دارو، تغذیه، رعایت بهداشت فردی و حمام کردن
اطلاعات و روابط خانوادگی	ترسیم شجره نامه خانواده، ماهیت روابط فعلی، وضعیت زندگی (به عنوان مثال، به تنهایی یا با دیگران)، دیگر روابط و منابع قابل توجه (خواهر و برادر و والدین از حیث ابتلا به بیماری های روان، دوستان، همسایه ها یا همکاران)، منابع انطباق، فقدان های گذشته، افسردگی، انکار، منابع و دارایی خانواده، توانایی مدیریت روابط زناشویی، وضعیت فرزندان
وضعیت بیمه و منابع مالی	نوع بیمه و خدمات بیمه ای (اجتماعی و درمانی)، شغل فعلی یا گذشته، منبع درآمد، منابع حمایت اقتصادی، وضعیت مسکن، حمل و نقل، بدهی ها، شناسایی مشکلات حقوقی و مالی
فرهنگ، باورهای مذهبی بیمار و خانواده	قومیت، زبان، باورهای فرهنگی در مورد بیماری و درمان، آداب فرهنگی و رسوم، اعتقادات و گرایش های مذهبی، معنای زندگی، ارزش های شخصی
وضعیت مراقبین	مراقبین خانوادگی یا موسسه ای، وضعیت روانی مراقب، اثر بخشی فرایند مراقبت
عملکرد اجتماعی	وضعیت بیمار از حیث عضویت در گروه های آسیب پذیر اجتماعی (معتاد، کارتن خواب و بی خانمان، ابتلا به بیماری های مقاربتی)، مسائل و مشکلات اجتماعی، اقتصادی و حقوقی بیمار، نیازهای اجتماعی بیمار، منابع حمایت اجتماعی مرتبط با وضعیت بیمار، سابقه ی اقدام به خودکشی یا در معرض خطر بودن، انگ های اجتماعی، محرومیت های اجتماعی تجربه شده، محدودیت های قضایی
نقاط قوت و ضعف های بیمار	ارزیابی بیمار از حیث توانمندی ها، محدودیت ها، فرصت ها و تهدیدهای احتمالی برای بیمار، انگیزه های بهبودی در بیمار و خانواده
پیامدهای بیماری	پیامدهای بیماری از حیث فردی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی و حقوقی - محدودیت های عملکردی

مصاحبه‌ی انگیزشی ابزار مناسبی جهت ارزیابی جامع بیمار و کسب اطلاعات لازم برای مداخله می‌باشد. مصاحبه‌ی انگیزشی یک روش رهنمودی مراجع محور است که انگیزه تغییر را با شناسایی و حل ابهامات مراجع افزایش می‌دهد. ابزاری است برای درگیر کردن مراجعان بی تفاوت و بی انگیزه در مشکلاتی که خود مراجع یا افراد مهم زندگی‌اش آنها را مهم می‌دانند.

در سراسر این فرآیند از همدلی استفاده می‌شود و می‌توان برای تقویت انگیزه مراقبین یا اعضای خانواده افراد دارای اختلال روانپزشکی استفاده کرد. علاوه بر مراقبین می‌توان این رویکرد را برای تبعیت از درمان بیماران نیز بکار برد. در مصاحبه انگیزشی روی دوگانگی‌های مراجع کار می‌شود به گونه‌ای که وی را از زیانهای عدم مصرف دارو و امتیازهای پیروی از درمان و سازگاری با شرایط مطلع کرد و انگیزه وی را برای همکاری و تغییر تقویت نمود. مددکار اجتماعی می‌تواند از مشاهده، بازدید منزل و تست‌های تشخیصی برای ارزیابی بیمار و خانواده‌اش استفاده کند.

نکته: ارزیابی هم‌پیش‌زمینه‌ی لازم برای شروع مداخلات و هم‌بخشی از مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی است.

سناریو مرحله پذیرش و بستری

مددکار اجتماعی درمانگاه مرکز روانپزشکی با بیماری مواجه می‌شود که توسط نیروی انتظامی به بیمارستان منتقل شده است در ابتدا بیمار فاقد همراه موثر بود اما پس از مراجعه همراه وی و انجام ارزیابی روانی اجتماعی از بیمار و خانواده مشخص می‌گردد بیمار به دلیل اعتیاد از سوی خانواده طرد شده و خانواده تمایل به نگهداری از وی ندارد. بیمار به مدت ۵ ماه است در پارک زندگی می‌کند. طی ارزیابی‌های صورت گرفته توسط روانپزشک مشخص می‌شود که بیمار به اختلال اسکیزوفرنیا نیز مبتلاست. مددکار اجتماعی اقدامات لازم جهت بستری در بیمارستان، همکاری با کارشناس بیمه جهت تحت پوشش بیمه قرار گرفتن انجام می‌دهد. مددکار اجتماعی طی راندهای روزانه، پیگیری وضعیت اعتیاد بیمار بوده و وضعیت جسمانی و روانی وی را از سوی پزشک بررسی می‌کند. مددکار اجتماعی برنامه‌های مدیریت مورد در سطح فرد و خانواده را طرح ریزی می‌کند. ارزیابی روانی اجتماعی در سطح فرد شامل ناتوانی فردی همچون انجام فعالیت‌های روزانه، کارکرد اجتماعی به منظور بررسی مشارکت در اجتماع، ارتباط و تعامل با دیگران، عملکرد شغلی و نقش‌های اجتماعی، مسکن، حمایت اجتماعی، تاثیر بار بیماری بر فرد و... بررسی می‌گردد و در سطح خانواده نیز ارزیابی روانی اجتماعی شامل نقش اعضای خانواده، الگوی ارتباطی، توانایی حل مساله، عوامل خطر در عود

بیماری و بار مراقبتی است. برای اجرایی کردن برنامه مداخلاتی همچون توانبخشی، مدیریت وزن، حرفه ای، آموزش روانی، تبعیت درمانی، نقاط قوت و... نیازمند همکاری تیمی برای اثربخشی فعالیت های مددکار اجتماعی است

➤ برنامه ریزی برای انجام مداخلات براساس ارزیابی های روانی اجتماعی در مراحل تریاژ و راند

بیماران مبتلا به اختلال روان در مدت زمان بستری در بیمارستان از سوی مددکار اجتماعی مورد ارزیابی روانی اجتماعی قرار می گیرند. ارزیابی های روزانه گروه هدف توسط تیم متخصص از جمله مددکار اجتماعی و اجرای برنامه های مداخلاتی بر کاهش عود بیماری، طولانی شدن مدت زمان بستری و همچنین تبعیت دارویی، اشتغال، کاهش اثرات منفی مشکلات بیمار بر سلامت روان فرد و خانواده تاثیرگذار است.

پس از انجام ارزیابی های اولیه، به دنبال یافتن زمینه ها و اهداف مشترکی باشید که انتظارات بیمار و خانواده را از فرایند مراقبت و دریافت خدمات مددکاری اجتماعی مشخص نماید. هدف گذاری، فرایندی است که نقشه مسیر حرکت مددکار اجتماعی و بیمار را ترسیم می کند، از این رو تصریح و توافق در مورد اهداف، عنصر مهم قرارداد ارائه خدمات به مراجع خواهد بود و لازم است که آنها درک صحیحی از اهداف داشته باشند، در غیر این صورت ممکن است از خواسته خود به خوبی آگاه نباشند و احساس آشفتگی و عدم کفایت کنند. همچنین به منظور هدف گذاری و تدوین طرح مداخله ای، لازم است که مددکاران اجتماعی در بستر رویکرد مدیریت مورد پایه، توجه به رویکردهای بوم شناختی، سیستم ها و مراقبت بیمار و خانواده محور را مدنظر قرار دهند؛ لذا همه مراحل مراقبت از بیمار و خانواده شامل شناسایی، ارزیابی، طراحی و اجرای برنامه مداخله و اختتام و ارزشیابی باید در چارچوب فرایند تیمی و با مشارکت حداکثری بیمار و خانواده انجام شود. بدین ترتیب مددکار اجتماعی، لازم است به منظور هماهنگی با تیم بین رشته ای مراقبت، جلساتی را به طور منظم در مورد بیمار و با حضور پزشکان معالج، پرستار و بر حسب ضرورت سایر اعضای تیم بین رشته ای مراقبت برگزار کند.

در تدوین اهداف، موارد زیر را مدنظر قرار دهید:

مشارکت بیمار و خانواده را مدنظر قرار دهید. به SMARTP بودن اهداف توجه کافی داشته باشید. یعنی اهداف قابل اندازه گیری، ویژه ی بیمار و مشکل او، قابل دستیابی، واقع بینانه و با توجه به محدودیت زمانی و مکانی تعیین شوند. دریافت نظرات و همکاری تیمی با سایر اعضای تیم بین رشته ای مراقبت را مدنظر قرار دهید.. بین آمال و آرزوهای بیمار و خانواده بااهداف عینی تمایز قائل شوید.

پس از تعریف مسائل، اولویت بندی آنها و تعیین نتایج دلخواه (اهداف) از دیدگاه بیمار، خانواده و مددکار اجتماعی، گام بعدی، برنامه ریزی برای مراقبت و مشخص کردن مداخلات تخصصی و راهکارهای مطلوب برای دست یابی به اهداف مشخص شده است. طراحی برنامه مداخلات، شامل تصمیم گیری های مشترک بین مددکار اجتماعی و بیمار و خانواده در مورد فعالیت هایی است که برای رسیدن به نتایج مورد انتظار، انجام خواهد شد. در طراحی برنامه مداخلات، اطلاعات جمع آوری شده در فرایند ارزیابی (که به طور مداوم در حال کامل شدن است) و اهداف تدوین شده را مدنظر قرار دهید. مداخلات مبتنی بر شواهد را در اولویت فعالیت های خود قرار دهید و بر اساس مرور منابع، مداخلاتی را انتخاب نمایید که در مورد بیماران روانپزشکی و مراقبان خانوادگی آنها بیشترین اثربخشی لازم را داشته اند و شما به عنوان مددکار اجتماعی با اصول و تکنیک های آن مداخله آشنایی کامل داشته باشید.

- زمینه مشارکت کامل بیمار و خانواده در برنامه ریزی و اجرای مراقبت را فراهم نمایید.
- در برنامه ریزی مداخلات و اجرای آن، تعامل و مشارکت لازم با اعضای تیم بین رشته ای را مدنظر قرار دهید.
- توجه به نقاط قوت و منابع فردی، خانوادگی و شبکه حمایتی مددجو را مدنظر قرار دهید.
- به موانعی که ممکن است مانع عملیاتی شدن برنامه مداخله شوند، توجه کافی داشته باشید.
- احساسات و عواطف بیمار و خانواده در مورد مداخلات مختلف پیشنهاد شده را مدنظر قرار دهید.
- ارزش ها، باورهای فرهنگی و عقاید بیمار و خانواده در مورد برنامه مداخله را بررسی نمایید.
- به نتایج مثبت و پیامدهای منفی هر یک از مداخلات پیشنهادی در زندگی بیمار و اطرافیان توجه کافی داشته باشید.
- هزینه های مالی هر یک از مداخلات پیشنهادی را برآورد نمایید و در صورت امکان، مداخلاتی را در اولویت قرار دهید که ضمن توجه به اثربخشی آن برای بیمار، خانواده یا مرکز درمانی مقرون به صرفه تر باشد.
- توجه داشته باشید، که مداخلات پیشنهادی کمترین فشار روانی و بار مراقبتی را بر بیمار و خانواده وارد نماید.
- رعایت اصول اخلاقی حرفه ای در طراحی و اجرای مداخلات را مدنظر قرار دهید.

➤ مداخلات مبتنی بر پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی

مددکاران اجتماعی در کار با بیماران روانپزشکی، مانند سایر گروه های آسیب پذیر اجتماعی می توانند از پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی استفاده کنند. این خدمات در جدول زیر به طور مختصر ارائه شده اند.

جدول شماره ۳: خدمات مددکاران اجتماعی براساس پروتکل جامع

عنوان مداخله براساس پروتکل جامع	مصادیق و نمونه ها
ارزیابی روانی اجتماعی	مصاحبه با بیمار و خانواده ی آن، مطالعه ی پرونده، حضور در تیم بین رشته ای و تبادل اطلاعات، مشاهده، بازدید منزل، تست های تشخیصی
حمایت یابی برون و درون سازمانی اقتصادی	تخفیف های مددکاری اجتماعی با توجه به پروتکل حمایت اقتصادی و دستورالعمل های حمایتی، حمایت های اقتصادی خیرین سلامت و موسسه ی خیریه بیمارستان
حمایت یابی برون و درون سازمانی روانی اجتماعی	انجام اقدامات ضروری جهت پیگیری تهیه ی بیمه ی درمانی توسط نمایندگان بیمه یا احراز هویت بیمار، مدیریت و کاهش استرس بیماران یا خانواده های آن ها، مکاتبه با نمایندگان حقوقی
مشاوره (فردی، گروهی، خانوادگی)	مشاوره در مورد مراقبت و پذیرش بیمار دارای اختلال روانپزشکی و اقدامات پیشگیرانه از عود مجدد بیماری
آموزش (فردی، گروهی، خانوادگی)	آگاه سازی، اطلاع رسانی و آموزش به بیمار و خانواده با محوریت موضوعاتی مانند تاب آوری و خود مراقبتی اجتماعی، کاهش بار مراقبت، فرایند و هزینه های درمان
ارجاع درون و برون سازمانی	ارجاع به واحدهای مختلف بیمارستان یا سازمان ها مانند سازمان بهزیستی، کمیته امداد، هلال احمر، موسسات خیریه و سایر نهادهای حمایتی، کلانتری و مراکز قضایی، مراکز مشاوره و کلینیک های مددکاری اجتماعی
مداخله در بحران	مشارکت در ارائه ی خبر ناگوار، مداخله در بحران های طبیعی یا انسان ساز مانند جنگ و ترور و صدمات روحی روانی ناشی از بحران ها
پیگیری پس از ترخیص	پیگیری بیماران شناسایی شده از طریق تماس تلفنی یا مراجعه ی حضوری
بازدید منزل	بازدید از منزل بویژه برای کیس های پیچیده ی تعاملی

برای مطالعه ی بیشتر به پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی ابلاغ شده به نامه شماره ۵۴۰۰/۱۴۵۱۷ مورخ ۱۴۰۰/۰۷/۱۴ مراجعه فرمایید.

- مشاوره آموزشی به بیمار و خانواده

مشاوره آموزشی " به مجموعه خدمات از پیش طراحی شده ای اطلاق می شود که با هدف ارتقای سلامت و خودمراقبتی و کاهش فشارهای محیطی، اجتماعی، روانی و خانوادگی مرتبط با بیماری به بیمار و یا خانواده وی متناسب با ارزیابی های صورت گرفته و نیازهای هر یک از آنان ارائه می شود. " که یکی از وظایف مهم مددکاران اجتماعی است. یک رابطه مشارکتی بین مددکاران اجتماعی و بیماران یا خانواده آنها با هدف آگاه سازی و اطلاع رسانی در خصوص بیماری، روند درمان و پیشگیری از عود مجدد بیماری برقرار می شود تا به آنها کمک شود بار بیماری را تقسیم کنند و در جهت بهبودی بیماران تلاش کنند. عناصر اصلی برنامه های مشاوره آموزشی، اطلاعاتی در مورد علائم و نشانه های بیماری، پیشگیری از عود، و درمان های روان پریشی است. در کنار درمان های دارویی، مداخلات روانی- اجتماعی بخش مهمی از درمان و توانبخشی افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی است. مددکاران اجتماعی با مشاوره آموزشی به بیماران برای یافتن معنایی برای بیماری خود و اتخاذ نگرش سازنده نسبت به تجربه روان پریشی کمک می کنند. در طول زمان بستری، مددکاران اجتماعی فرصت کافی برای ارائه خدمات و آموزش های ضروری را دارند. یکی از طرح هایی که می توانند با توجه به مشکلات بیمار و خانواده ی آنها در بخش اجرا کنند، مشاوره آموزشی به آنها است که روشی موثر برای کمک به بیماران و خانواده ی آن ها در زمینه اداره مشکلات ناشی از اختلال، ایجاد مهارت های لازم برای حمایت، کسب اطلاعات لازم در خصوص ماهیت بیماری، مدیریت بیماری و علائم، ارتقا آگاهی مراقبین در مورد علائم خطر و مولفه های درمانی و راهکارهای مقابله با عود است .

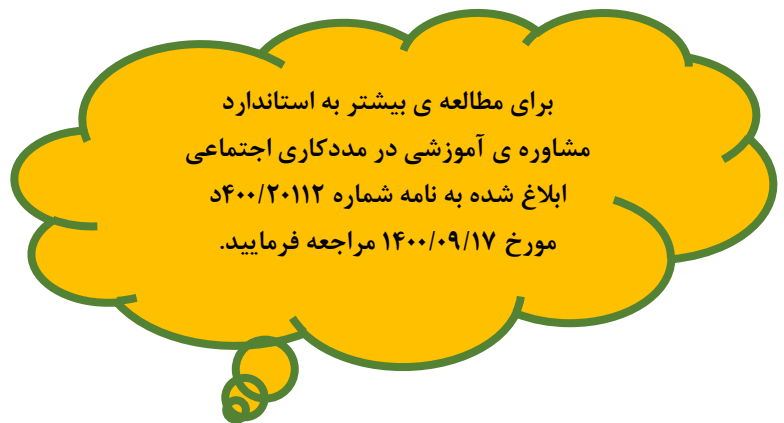
پیش شرط مداخلات مددکاری اجتماعی مشارکت اعضای خانواده در برنامه ی درمانی بیماران است به همین منظور در مورد بیمارانی

که دارای خانواده هستند توجه به نکات زیر ضروری است:

✓ خانواده ی بیمار باید به طور کامل به سمت شناخت و آگاهی از بیماری های روانی مختلف، تأثیر بر سلامت، عملکرد خانوادگی، شغلی، روانی و اجتماعی هدایت شوند.

✓ ارزیابی کامل خانواده در چند روز اول پذیرش به طوری که مداخله با توجه به محیط خانواده، وضعیت اجتماعی- اقتصادی خانواده، ترتیبات زندگی، الگوهای تعامل و کیفیت روابط، بار خانواده، سازگاری خانواده، انتظارات خانواده و شبکه حمایت اجتماعی برنامه ریزی شود.

- ✓ اعضای خانواده و مراقبان تشویق شوند تا در حمایت خانواده، گروه ها و سایر برنامه های مداخله ی مربوط به اعضای خانواده شرکت کنند و ملاقات های منظم از بیمار داشته باشند. همچنین اعضای خانواده باید در مورد پیشرفت و وضعیت سلامتی بیمار آگاه شوند.
- ✓ بازدید منزل برای بهبود مهارت های مراقبت، مهارت های مقابله ای اعضای خانواده، بازدید از منزل یا محل کار بیمار به منظور شکل گیری ارتباطات جانبی، بسیج منابع و توانبخشی انجام می شود.
- ✓ تدوین برنامه های ترخیص شامل آموزش استفاده ی مناسب و به موقع از داروهای نگهدارنده، شناسایی نیازهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی و حوزه های ویژه ی نیازمند توجه و خطرات خاص.



- آموزش مهارت های زندگی و اجتماعی به بیمار و خانواده

یکی از انواع روش های درمانی که به بهبود تبعیت از درمان در بیماران کمک می کند، آموزش مهارت های اجتماعی است. مطالعات نشان داده است که آموزش مهارت های روانی اجتماعی، اضطراب اجتماعی را کاهش می دهد و منجر به افزایش عملکرد اجتماعی، تبعیت از داروها، ابراز احساسات و مطرح کردن درخواست ها می شود. اختلال در مهارت های اجتماعی به طور قابل توجهی استقلال بیمار را کاهش می دهد و ممکن است منجر به کناره گیری یا انزوای اجتماعی شود. مهارت های اجتماعی از سه جزء اصلی تشکیل شده است: مهارت های دریافت یا ادراک اجتماعی، مهارت های پردازش یا شناخت اجتماعی و مهارت های ارسال پاسخ یا بیان رفتاری. اختلال در مهارت های اجتماعی به طور قابل توجهی استقلال بیمار را کاهش می دهد و ممکن است منجر به کناره گیری یا انزوای اجتماعی شود. مددکاران اجتماعی با تهیه بسته آموزش مهارت های اجتماعی یا زندگی دارای ده مهارت شامل مهارت

خودآگاهی، مهارت همدلی، مهارت بین فردی، مهارت ارتباط موثر، مهارت مقابله با استرس، مهارت مدیریت بر هیجان ها، مهارت حل مساله، مهارت تصمیم گیری، و مهارت تفکر خلاق و تفکر انتقادی در بهبود روابط بین فردی و خانوادگی، تبعیت از درمان و حضور موثر بیمار در جامعه اقدام می کنند. برای کاهش بار مراقبتی خانواده و مشکلات مطرح شده ی بیمار و خانواده، مددکاران اجتماعی می توانند در طول زمان بستری طی برنامه ی مداخله ای جلسات هفتگی فردی یا گروهی برگزار کنند. پس از برگزاری جلسات آموزشی پیشنهاد می شود ارزشیابی از آموزش انجام گردد. این آموزش ها می تواند با توجه به سطح دانش و آگاهی بیمار و خانواده، عملکردهای اجتماعی مختل شده و منابع اجتماعی و خانوادگی در دسترس و همچنین میزان تسلط مددکار اجتماعی بر محتوای آموزشی، متفاوت باشد.

-آموزش خود مراقبتی جسمی روانی اجتماعی

اگرچه هر بیمارستان به منظور ارائه ی آموزش به بیماران در زمینه مراقبت های پس از ترخیص، نحوه ی مصرف داروها، رعایت رژیم غذایی، سبک زندگی سالم، تعویض پانسمان و خود مراقبتی از کارشناس مربوطه که معمولاً پرستار است، استفاده می کند، اما مددکاران اجتماعی نیز می توانند در مورد خود مراقبتی های روانی اجتماعی و اهمیت روابط و حمایت های اجتماعی در بهبود بیماری آموزش هایی را برای بیماران ارائه کنند. آموزش های خود مراقبتی روانی اجتماعی، شامل آموزش نحوه ی آرام سازی و کاهش استرس، خود مراقبتی از طریق برقراری ارتباط با خانواده و جامعه و دریافت حمایت های روانی اجتماعی از آنها می باشد. اصل مهم دیگر در این زمینه آگاهی افراد نسبت به ظرفیت ها و فرصت های اجتماعی است که در روابط اجتماعی و موقعیت های تعاملی با سایر انسان ها به وجود می آید. اگر انسان ها نسبت به موقعیت های اجتماعی واقف باشند، میتوانند از این فرصتها در راستای ارتقاء سطح خود مراقبتی اجتماعی و برای بهزیستی فردی خود استفاده کنند.

مددکاران اجتماعی براساس اصول و آموزه های بنیادین و حرفه ای خود اعتقاد دارند، مددجویانشان را دارای قدرت انتخاب و تصمیم گیری می دانند که توانایی برقراری ارتباط با محیط اطراف با رفتارها و اعمال سازگارانه را داشته و بایستی در مراقبت خود مشارکت داده شوند. آنها معتقد هستند، هر فرد دارای توان خود مراقبتی است و خود مراقبتی یک رفتار قابل یادگیری است که می تواند بسیاری از نیازهای بیماران را در هنگام ابتلا به بیماری و یا انحراف از سلامتی را فراهم سازد. تبعیت درمانی و مدیریت وزن از روش های خود مراقبتی است که به صورت تیمی و با مشارکت تیم بین حرفه ای انجام می شود.

افراد مبتلا به اختلال روان باید از شیوه های خود مراقبتی در ابعاد جسمی - روانی و اجتماعی آگاه باشند و مددکار اجتماعی می تواند در این زمینه مداخلات موثری انجام دهد. در خود مراقبتی جسمی، توجه به مصرف میزان کالری و کنترل سهم کالری دریافتی، خود مدیریتی رفتارهایی همچون تقویت انگیزه، تعیین هدف، وزن کشتی منظم، خود نظارتی بر میزان غذا، فعالیت روزانه، رژیم غذایی و اصلاح فعالیت بدنی می تواند مفید باشد و مددکاران اجتماعی می توانند بیمار و خانواده وی را از پیامدهای بیماری و عدم تحرک آگاه کنند. در خود مراقبتی روانی، توجه به مدیریت استرس و شناسایی منابع فشار روانی، شناسایی عوامل تشدید کننده ی بیماری و دوری یا مدیریت مقابله با آن ها می تواند بیمار را از حیث روانی تا حد زیادی ایمن نگه دارد. در زمینه ی خود مراقبتی اجتماعی، شناسایی منابع حمایت اجتماعی و معرفی آن ها به بیمار و خانواده، تقویت مهارت های ارتباط بین فردی بویژه با اعضای خانواده، آموزش تاب آوری اجتماعی بخصوص برای مراقبین اصلی بیمار می توانند برای بیمار و خانواده ی وی مفید باشند.

برای مطالعه ی بیشتر به استاندارد مشاوره ی آموزشی
در مددکاری اجتماعی ابلاغ شده به نامه شماره
۴۴۰۰/۲۰۱۱۲ مورخ ۱۴۰۰/۰۹/۱۷ و کتاب آموزش خود
مراقبتی اجتماعی به بیمار و خانواده مراجعه فرمایید.

- تبعیت درمانی

داروهای روانپزشکی نقش مهمی در درمان و کنترل علائم اختلال های روان بازی می کنند. از طرفی عدم تبعیت از درمان یکی از مشکلات اساسی در فرد دارای بیماری روان است. بیماران مبتلا به اختلال روان به دلایل مختلفی از جمله فقدان بینش به بیماری، طولانی شدن دوره درمان دارویی، انگ، عوارض دارویی و غیره از خوردن دارو امتناع می کنند. یکی از مداخلاتی که برای بیماران مبتلا به اختلال روان و خانواده آنها پیشنهاد می شود، تبعیت درمانی است. ارتقای آگاهی و دانش آنها جهت افزایش پذیرش مصرف

دارو به عنوان تبعیت از درمان یاد می شود. برنامه مداخله تبعیت از درمان مطابقت رفتار افراد با توصیه های درمانی است که در قالب سه محور رژیم دارویی، رژیم غذایی و برنامه فعالیت می باشد. اجرای برنامه های مداخله ای تبعیت از درمان سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران می شود. مددکاران اجتماعی در طول فرایند راند می توانند در زمینه مصرف دارو توسط بیمار از پرستار و مسئول بخش اطلاعاتی کسب کنند و به بیمار و خانواده وی در این زمینه مشاوره هایی داشته باشند. برای سنجش تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری مزمن می توان از پرسشنامه تبعیت از درمان که توسط نعیمه سید فاطمی و همکاران (۱۳۹۶) طراحی شده استفاده کرد. البته تشخیص تبعیت درمانی بیمار بر عهده ی پرستار و پزشک مربوطه است و مددکار اجتماعی به عنوان عضو تیم بین رشته ای موظف است تا بیمار و خانواده ی آن را از پیامدهای احتمالی عدم پایبندی به مصرف منظم دارو ها آگاه سازد و علت های مقاومت یا مخالفت در این زمینه را شناسایی کند.

مددکاران اجتماعی برای فعالیت موثر باید دانش کافی در زمینه انواع داروها و موانع تبعیت از درمان کسب کنند. همچنین می توانند برنامه های مداخلاتی کوتاه مدت (یک تا دو هفته) و بلند مدت (بصورت ماهیانه) طراحی کرده و پیگیری لازم انجام گردد.

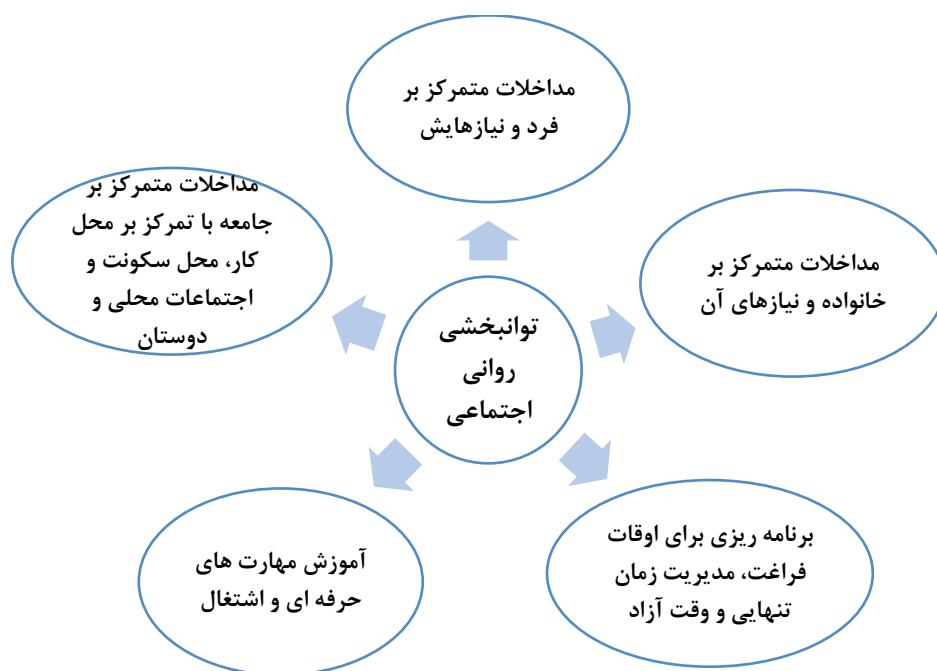


➤ مداخلات متمرکز بر توانبخشی روانی اجتماعی

توانبخشی روانی- اجتماعی، راهبردهای مداخله ای است که مکمل مداخلات دارویی و مدیریت علائم بیماری است. مددکاران اجتماعی با انجام این مداخلات به بهبود عملکرد فردی، اجتماعی، کیفیت زندگی، کاهش علائم، پیشگیری از عود، کاهش بستری و یکپارچگی اجتماعی افراد مبتلا به بیماری های روانی شدید و مزمن کمک شایان توجهی می کنند.

توانبخشی روانی اجتماعی که فعالیتی تیمی است با هدف ارتقاء در توسعه ی توانمندی های باقی مانده ی بیمار روان برای رسیدگی به زندگی، آموزش، اجتماعی شدن و به طور کلی سازگاری در حد طبیعی است و اهداف توانبخشی روانی اجتماعی عبارت است از ارتقای موقعیت فردی و بهبود توانایی های شخصی و ایجاد یا تجدید مهارت های ارتباطات بین فردی، ایجاد یا تجدید زندگی مستقل و کمک به فرد برای دستیابی به رضایت خاطر از کیفیت زندگانش می باشد. مددکار اجتماعی ضمن آماده کردن بیمار برای بازگشت به خانواده و شروع زندگی اجتماعی، به اعضای خانواده نیز آموزش می دهد که چگونه با بیمار روانی برخورد کنند و در مورد روش های درک متقابل و توأم با احترام با بیمار به آنها آموزش های لازم را ارائه کند.

در توانبخشی روانی اجتماعی، مددکار اجتماعی می تواند نقش های آموزش دهنده (آموزش مستقیم یا غیر مستقیم به بیمار و خانواده برای تغییر نگرش و رفتار در ارتباط با بیمار روان) حامی یا مدافع (تلاش برای تغییر سیستم های اجتماعی در راستای رفع نیازهای بیماران روان) و تسهیل کننده ی روابط اجتماعی (هماهنگ کننده و تسهیل کننده روابط اجتماعی از طریق گسترش همکاری بین سازمان ها و موسسات متولی) را بر عهده داشته باشد.



- مدل مراقبت مشارکتی

مدل های مراقبت مشارکتی برای بهبود سلامت بزرگسالان مبتلا به اختلال دوقطبی یا اسکیزوفرنی و وضعیت سلامت جسمی مزمن استفاده می شود. به عنوان رویکردی برای مراقبت از سلامت جسمانی و رفتاری است که به عنوان رویکرد تیمی در نظر گرفته می شود. هدف این مدل افزایش ارتباطات و تسهیل روابط کاری با کیفیت بین اعضای مختلف در تیم مراقبت بهداشتی، کاهش هزینه مراقبت و بهبود مراقبت های سلامت روان در محیط های مراقبت اولیه است.

- مشاوره توانبخشی

علاوه بر درمان پزشکی و روانی- اجتماعی آسیبها، مشارکت اجتماعی باید به عنوان یک هدف درمانی مهم برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شناخته شود و میتوان آن را در عمل روزانه توسط پرستاران و مددکاران اجتماعی، حتی زمانی که اختلالات روانپزشکی نیاز به مراقبتهای حاد دارد، به کار برد. تحقیقات نشان داد که مشاوره توانبخشی توسط پرستاران و مددکاران اجتماعی در یک تیم چند رشته ای به افزایش سطح مشارکت اجتماعی جوانان مبتلا به اسکیزوفرنی کمک می کند. توانبخشی به طور خاص در جهت

اهداف مشارکت اجتماعی شخصی بیماران است. اهداف بر حوزه‌های زندگی روزمره، مانند مهارت‌های زندگی، کار داوطلبانه، فعالیتهای آموزشی و اوقات فراغت، و تماس‌های اجتماعی متمرکز هستند.

- توانبخشی حرفه ای

بیماری روان بر عملکردهای شغلی، تحصیلی، خانوادگی، اقتصادی و... بیماران تاثیر می‌گذارد و به دلیل عدم آگاهی مردم و بیمار و خانواده وی نسبت به بیماری و پیامدهای آن، از بیماران در سطح جامعه حمایت نمی‌شود. گاه انگ‌های اجتماعی و تبعیض سبب محرومیت بیماران از فرصت‌های موجود و برابر در جامعه می‌شود. خانواده بیماران نیز بار مراقبتی زیادی را متحمل شده و در این شرایط مددکاران اجتماعی به دلیل آگاهی از مشکلات و نیازهای بیماران و خانواده آنها از طریق برقراری ارتباط با موسسات مختلف در جهت تامین نیازهای اقتصادی، مسکن، بهداشت و درمان، نگهداری در مراکز، مهارت‌آموزی و اشتغال‌یابی اقدام می‌کنند. مددکاران اجتماعی برای فرد دارای بیمار روان که هدفش اشتغال است تسهیل‌گری‌های لازم جهت شغل‌یابی را انجام می‌دهد. این تسهیل‌گری‌ها می‌تواند شامل تهیه‌ی فهرستی از توانمندی‌ها و مهارت‌های بیمار، مشاغلی که بیمار در انجام دادن آن‌ها سابقه یا تجربه‌ی کاری دارد، شناسایی سازمان‌های حمایتی یا مراکز جهت اعطای تسهیلات و وام‌های اشتغال و اقداماتی باشد که مددکار اجتماعی با هدف تسهیل و رفع موانع در اشتغال‌یابی برای بیمار انجام دهد. از این طریق به توانبخشی شغلی و حرفه‌ای بیمار و خانواده وی مبادرت می‌ورزند. ممکن است در نهایت بیمار قادر به پیدا کردن شغل مناسب نباشد اما مددکار اجتماعی در راستای توانبخشی حرفه‌ای، زمینه‌های اشتغال‌یابی را فراهم می‌کند و بیمار را در مسیر توانمندسازی شغلی قرار می‌دهد.

- مداخلات روانی - اجتماعی

علیرغم اینکه درمان اصلی برای افراد مبتلا به بیماری‌های روانی شدید مداخلات دارویی بوده است، کنترل جزئی و محدود علائم، عوارض جانبی کوتاه مدت و بلندمدت و تبعیت ضعیف از درمان درصد قابل توجهی از افراد مبتلا، سبب بکارگیری رویکردی گسترده‌ای در کنار درمان دارویی با سایر مداخلات روان‌درمانی و روانی-اجتماعی می‌شود و باید برای کمک به بهبودی دوره‌های حاد و نقص عملکردی در طول دوره‌ها و بین آنها بطور موثر هماهنگی باشد. مراقبت از بیماریهای روانی، دیگر تنها به معنای تسکین علائم

نیست، بلکه به معنای کنار آمدن با نیازهای مختلف ناشی از آن است. در مجموع، مراقبت از این افراد مستلزم ادغام مداخلات روان درمانی و مداخلات روانی- اجتماعی در یک شبکه سلامت روان متشکل از تیم های بین رشته ای است.

- استفاده از روش ACT

درمان ACT یا روش مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می شود: پذیرش، ناهمجوشی شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال، ارزش ها و تعهد به عمل که در نتیجه این مفهوم اصلی به انعطاف پذیری روانشناختی است. روش مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی، هسته مشکلات را هدف قرار می دهد و هدف کلی آن، افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و همچنین توانایی تماس هرچه کاملتر با لحظه حال و تغییر رفتار به منظور به خدمت گرفتن ارزش هاست. روش مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی برای جلوگیری از بستری مجدد در بیماران دارای اختلال روان انجام می شود.

➤ مداخلات متمرکز بر خانواده و نیازهای آن

درک و مداخله در مورد تأثیرات بیماری های روانی بیمار بر خانواده، در مددکاری روانپزشکی بسیار مهم است. درک تجربه افرادی که باید با بیماری روانی یکی از اعضای خانواده مانند خواهر و برادر همراه با چالش های متعدد مرتبط با وضعیت اجتماعی، موانع فرهنگی و چالش های اقتصادی درگیر شوند، در مداخلات سلامت روان حیاتی است. بنابراین، پیش از مداخله به موارد زیر توجه کنید:

♣ درک اینکه چه کسی در مراقبت و بدوش کشیدن بار مراقبت از بیمار، درگیر است؟

♣ آیا یک عضو خانواده از بیمار مراقبت می کند یا این کار به صورت مشارکتی توسط همه ی اعضای خانواده انجام می شود؟

♣ آیا اعضای خانواده معنای مراقبت را می دانند؟ مراقبت برای آن ها به چه معناست؟

♣ میزان بار تجربه شده یا خطر ابتلا به علائم روانپزشکی بین بستگان کلیدی و غیرکلیدی چقدر است؟

♣ دیدگاه و پاسخ اعضای خانواده یا خواهر و برادر به بیماری چیست؟

♣ تبارشناختی: رابطه همسر و والد و فرزند با بیمار چگونه است؟

♣ عضویت خانوار: آیا بیمار با اعضای خانواده زندگی می کند یا از خانواده جدا شده است؟

♣ جنسیت: بیمار زن است یا مرد؟ به نقش مراقبتی زنان توجه شود

♣ حمایت اجتماعی: آیا منابع حمایت اجتماعی از بیمار و مراقبین وجود دارد؟ حمایت اجتماعی از مراقبین بسیار ارزشمند است

زیرا بیماران در خانواده های چند مراقب، نسبت به بیمارانی که به تنهایی از آنها مراقبت می کنند، مشکلات کمتری را تجربه می کنند.

• **مراقبین تنها:** یکی از بستگان در تماس مکرر (به عنوان مثال، چهره به چهره) با بیمار مبتلا به بیماری روانی شدید باشد، یا اینکه بیمار فقط با یکی از بستگان خود تماس مکرر داشته باشد.

• **مراقبین اولیه (PCG):** هر خویشاوندی که در تماس مکرر (به عنوان مثال، چهره به چهره) با بیمار مبتلا به بیماری شدید روانی باشد یا بیمار تماس مکرر با بیش از یک خویشاوند داشته باشد، خویشاوندی که بیشترین تقاضای مراقبت را تجربه کرده است.

• **مراقبین غیر اولیه (NPCG):** بیمار تماس مکرری با دو یا چند نفر از بستگان و خویشاوندان داشته باشد که در مقایسه با مراقبین اولیه مسئولیت کمتری را تجربه کردند.

♣ دیدگاه مددکار اجتماعی در ارتباط با خانواده ی بیمار چگونه است؟

پس از در نظر گرفتن همه ی این عوامل، مداخلات باید با هدف شناسایی، طراحی و حمایت از فردی که به تنهایی از بیمار مراقبت می کند، یا از خانواده، بستگان بزرگتری که همه درگیر هستند باشد و باید ادراکات متخصصان سلامت روان را در مورد مداخلات مبتنی بر خانواده در نظر گرفت. ارزیابی دقیق تأثیر بیماری روانی بیمار بر خانواده صورت گیرد. معیارهای زمینه‌ای یا محلی برای تشخیص خانواده‌های مراقبت‌کننده ی اولیه و چندین مراقب، یا تعیین معیارهای صریح برای انتخاب یک فرد در خانواده ی چندین

مراقب در نظر گرفته شود. کمک به اعضای خانواده تا درک بهتری نسبت به تأثیر بیماری روانی در خانواده و بدنامی و تصورات اشتباه در ارتباط با بیماری داشته باشند و این کار از طریق برنامه ریزی و طراحی رویکردهای مبتنی بر سلامت و نقاط قوت که نیازهای همه اعضای خانواده را برآورده می کند. درک بیماری اعضای خانواده، نحوه کنار آمدن با مشکلات ناشی از بیماری، منبع حمایت، اثرات داروها و سوء مصرف مواد و برخورد با متخصصان بهداشت روان.

کمک به اعضای خانواده در ایفای نقش های مهم و حمایت از یکدیگر در مراقبت و در عین حال کمک به آنها در حفظ کیفیت زندگی خود. توانمند ساختن مراقب تنها برای انجام کار و سایر فعالیت های خارج از خانه. شناسایی تنش خانواده های مراقب ناشی از مراقب و تمرکز بر راه های مقابله با تعارض ها و تنش ها. توصیه می شود مددکاران اجتماعی اکومپ یا نقشه های ارتباطی اعضا را رسم کنند.

-مداخلات خانواده برای کار با بیماریهای روانی مزمن

با توجه به ماهیت مزمن و دوره عودکننده بیماریهای روانی مانند اسکیزوفرنی، دوقطبی و سایر اختلالات روان پریشی و تأثیر ناتوان کننده آنها بر عملکرد شناختی و روانی اجتماعی بیماران، مشارکت خانواده در مراقبت اغلب ضروری است. مداخلات خانواده برای کمک به خانواده ها با چالش های بزرگ در بر عهده گرفتن نقش مراقبت و تعاملات منفی احتمالی متقابل بین مراقبین و بیماران ایجاد شده است که در نهایت مسیر بیماری را بدتر می کند.

علائم مثبت اسکیزوفرنی، دوقطبی و سایر اختلالات روان پریشی که به صورت وجود هذیان، توهم و رفتارهای مخرب آشکار می شود و علائم منفی که به عنوان فقدان برخی رفتارها به شکل اینرسی و کمبود عواطف ظاهر می شود، ممکن است باعث شود که بستگان احساس اضطراب، عصبانیت، گناه، غم و ناامیدی کنند. این احساسات ممکن است بیان انتقاد و حمایت بیش از حد از بیمار را تشدید کند. به دلیل نقص های روانی اصلی این بیماران، آنها در برابر محرک های داخلی و خارجی بسیار آسیب پذیر هستند. بنابراین، احساسات و رفتارهای شدید خانواده ها احتمالاً استرس بیماران را تشدید کرده و منجر به آسیب پذیری بیشتر در برابر عود می شود. چرخه های تقویت کننده متقابل منفی باید متوقف شوند. اغلب روش هایی که بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد و آنچه ممکن است به آنها کمک کند می تواند برای بسیاری از مراقبین و پزشکان متضاد باشد. بنابراین، مراقبین به دانش ماهیت و سیر بیماری نیاز

دارند تا بتوانند انتظارات واقع بینانه ای از عملکرد بیماران و سیر بیماری داشته باشند و با افزایش تدریجی ظرفیت خود بدون اعمال خواسته های نامناسب همگام شوند.

خانواده ها همچنین باید در ارتباط موثر با بیمار، آموزش ببینند تا از تشدید احساسات بیان شده که باعث تحریک و استرس بیش از حد بیماران می شود، کاسته شود. آنها همچنین به راهبردهای مقابله برای رسیدگی به بار سنگین مراقبت و حل مشکلات و درگیری های ناشی از فرایند مراقبت نیاز دارند. چنین حمایتی از خانواده ها می تواند منجر به تعاملات خانوادگی آرام تری شود که نه تنها به نفع مراقبین است بلکه عود بیمار را نیز به تاخیر می اندازد.

با توجه به استرس شدید این خانواده ها و انزوای اجتماعی آنها، ارائه حمایت عاطفی و عملی هنگام عبور از تحریکات عاطفی ناشی از چرخه های عودکننده بیماری بسیار مهم است. مداخله در بحران و خدمات خانگی نیز در دوره های بحرانی مفید خواهند بود. گاهی اوقات مراقبت های فرجه ای برای مراقبان نیز ضروری است تا بتوانند از عهده مراقبت برآیند. علاوه بر این، حمایت نه تنها از طرف متخصصان بلکه از سوی سایر مراقبین که تجربیات مشابهی داشته اند بسیار مهم است زیرا آنها می توانند همدردی کرده و تجربیات خود را با یکدیگر به اشتراک بگذارند.

از آنجا که استفاده مداوم از داروهای روانپزشکی در کمک به بیماران برای حفظ عملکرد ذهنی آنها از اهمیت بالایی برخوردار است، خانواده ها باید به گونه ای آموزش ببینند تا از آنها در استفاده از داروهای بیماران حمایت کرده و به طور منظم با روانپزشک مشورت کنند. برای تسهیل دستیابی بیماران به اهداف بهبودی طولانی مدت، خانواده ها برای درک و حمایت بیماران در تکمیل اهداف آموزشی و تأمین مشاغل در سطحی که می توانند به آن دست یابند، به کمک نیاز دارند. این امر نه تنها اهداف عزیزانشان با بیماری روانی را برآورده می کند بلکه منبع امیدواری است و وابستگی و در نتیجه بار مراقبت را کاهش می دهد.

به دلیل تأثیر ناتوان کننده بیماری های روانی، بیماران اغلب قادر به حفظ زندگی مستقل خود نیستند و برای برآوردن نیازهای ملموس و روانی - اجتماعی خود به خدمات و مزایای دولت تکیه می کنند در نتیجه خانواده ها اغلب به اطلاعاتی در مورد منابع جامعه و کمک در جهت دسترسی به خدمات و مزایای مورد نیاز احتیاج دارند.

اهداف مداخلات خانواده دو جنبه دارد: بهبود شرایط افراد مبتلا به بیماری روانی و خانواده های آنها. هدف از مداخلات خانوادگی کاهش استرس مراقبان است تا بتوانند از بستگان بیمار خود حمایت کنند، بتوانند کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند و به برخی از اهداف زندگی خود در روند بهبود برسند.

در پاسخ به نیازهای خانواده‌های مراقبین خانگی و شناخت روزافزون متخصصان از خانواده‌ها به عنوان متحدان و شرکای ضروری در روند درمان، مداخلات متعدد خانواده توسعه یافته و مورد تحقیق قرار گرفته اند. آنها اساساً مبتنی بر آموزش روانشناختی هستند که عناصر آموزشی و نظریه‌های درمانی مانند سیستم‌های خانوادگی و حل مشکلات را با هم ادغام می‌کنند. بر اساس فلوشیپ جهانی اسکیزوفرنی (۱۹۹۸)، مداخله خانواده روشی ساختاریافته برای گنجاندن اعضای خانواده بیماران، سایر بستگان و دوستان در درمان و توانبخشی حاد و مداوم است.

آموزش روانی خانواده شامل **یادگیری شناختی** مانند اطلاعات در مورد علت و سیر بیماری، دارو، مدیریت درمان، منابع جامعه و هماهنگی خدمات برای تسهیل ادغام جامعه است. همچنین شامل **انتقال دانش و مهارت** برای بهبود ارتباطات خانوادگی و برآوردن

انتظارات، واکنش‌های احساسی و ناراحتی بیماران و مراقبین است. به اعضای خانواده کمک می‌شود تا مرزهای واضحی را از طریق ارتباطات مستقیم و مناسب حفظ کرده و افکار و احساسات مثبت و منفی خود را نسبت به یکدیگر به اشتراک بگذارند. در مداخله خانواده، خانواده هدف درمان نیست بلکه یک شریک ضروری برای اعضای تیم بین رشته ای محسوب می‌شوند.

آموزش روانشناختی خانواده نسبت به سایر مداخلات خانواده در دستیابی به نتایج مثبت برای بیماران و خانواده‌ها موثرتر است. حداقل دو نوع آموزش روانشناختی خانواده توسط متخصصان سلامت روان مانند مددکاران اجتماعی، روانپزشکان و پرستاران وجود دارد. یکی شامل جلسات تک خانواده‌ای با مراقبان و بیماران و کارگاه‌هایی است که در آنها اطلاعات مربوط به بیماری روانی عمدتاً با مراقبین به اشتراک گذاشته می‌شود. گروه دیگر شامل یک گروه چند خانواده ای روانشناختی است که در آن چند خانواده با بیماران و مراقبان با هم در جلسات شرکت می‌کنند. در یک بررسی جامع که توسط تیم تحقیقاتی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی (PORT) توسط موسسه ملی بهداشت ایالات متحده تأمین بودجه شده است مشخص شد که مداخله خانواده در مقایسه با سایر درمان‌های روانی-

اجتماعی، دارودرمانی و شوک درمانی از اهمیت بالایی برخوردار است و نتیجه مثبت برای بیمار به همراه دارد. با این حال، باید توجه داشت که سطح اثربخشی مداخله خانواده به مدت زمان درمان (اثر دوز) و وضعیت یا مرحله بیماری بیمار مربوط می شود. یکی از کارکردهای مهم مداخله خانواده این است که به دنبال مشارکت اعضای خانواده در تصمیم گیری مشترک بین بیمار، خانواده و پزشک است. بنابراین، همدلی مددکاران اجتماعی با بیماران و اعضای خانواده از اهمیت بالایی برخوردار است تا بتوانند به عنوان یک تیم در فرایند درمان و توانبخشی فعالیت کنند. علاوه بر این، اگرچه آموزش روانی یک عنصر مهم در مداخله خانواده است، مطالعات نشان داده اند که برنامه هایی که اطلاعاتی را بدون آموزش مهارت به مراقبین در زمینه ی ارتباطات و حل مشکلات در ارتباط با مدیریت و توانبخشی بیماری ارائه می دهند، نمی توانند میزان عود را کاهش دهند. بنابراین مددکاران اجتماعی نه تنها باید به مراقبین آموزش دهند بلکه باید به آنها فرصت دهند تا مهارتهای آموخته شده را برای افزایش حس خودکارآمدی خود در مقابله با بیماری در عمل انجام دهند. یکی دیگر از عناصر مهم که مداخله خانواده را بسیار قوی می کند این است که به افزایش حمایت اجتماعی از خانواده ها و گسترش شبکه اجتماعی آنها مانند گروه های آموزشی چند خانواده یا گروه های حمایت از مراقب، چه توسط متخصصان و چه خود مراقبین کمک می کند.

شواهد تجربی مورد توجه در مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی

دولت فرد و فتحي (۱۴۰۰) در پژوهشی با عنوان "تجارب و چالشهای خانوادههای دارای فرد اختلال روان" که به روش کیفی و از نوع پدیدارشناسانه انجام شد به این نتیجه رسیدند که خانواده های دارای اختلال روان با شش چالش عمده مواجه هستند که عبارتند از "عدم آگاهی"، "مشکلات درمان"، "مشکل ارتباطی"، "سلب آرامش و بهداشت روانی خانواده"، "مشکلات اجتماعی و قانونی"، اختلال در عملکرد و سلامت خانواده یا مراقب". شرح این چالش ها در جدول زیر آورده شده است. لازم است تا مددکاران اجتماعی در کار با بیماران روان و خانواده های آن ها به این چالش ها توجه کرده و در جلسات خانواده درمانی یا کار با خانواده ها و عناوین آموزشی و مشاوره ای و جلسات گروهی به این نکات توجه کنند.

چالش	زیر چالش ها	نمونه ها
عدم آگاهی	عدم اطلاع از بیماری و نحوه تعامل با بیمار	<ul style="list-style-type: none"> -عدم اطلاع از علائم بیماری -عدم اطلاع در خصوص نحوه برخورد با بیمار -بیش از اندازه عاطفی برخورد کردن با بیمار و اجابت کردن خواسته های وی -عدم درک شرایط بیمار -عدم اطلاع مراقب از عود علائم بیماری -توقع نابجای اعضای خانواده از بیمار به دلیل عدم پذیرش و ناآگاهی -نسبت دادن علائم بیماری به ویژگیهای دوران بلوغ -متهم کردن بیمار به سرکشی -نسبت دادن علائم بیماری به خستگی و مطالعه زیاد
	عدم اطلاع از درمان و مراکز درمانی	<ul style="list-style-type: none"> -بلا تکلیفی و سرگردانی در مراجعه به متخصص -عدم اطلاع از وجود مراکز درمان و توانبخشی
	انکار بیماری	<ul style="list-style-type: none"> -عدم پذیرش بیماری توسط سایر اعضای خانواده -عدم پذیرش بیماری از جانب والدین
مشکلات درمان	مشکلات درمانگر	<ul style="list-style-type: none"> -عدم تشخیص درست بیماری توسط روانپزشک -عدم برقراری ارتباط مناسب و حرفهای با بیمار توسط روانپزشک -راهنمایی غلط مشاور به مراقب (استفاده از تنبیه برای کنترل بیمار) -عدم اختصاص زمان کافی به بیمار جهت ویزیت توسط روانپزشک -سرزنش شدن مراقب از جانب روانشناسان و مشاوران (رفتار غیر حرفه ای) -نداشتن آموزش کافی پرستاران در منزل
	مشکلات مراکز درمانی	<ul style="list-style-type: none"> -کوتاه بودن زمان بستری در بیمارستان به خصوص بیمارستانهای دولتی -سنگین بودن هزینه های بستری در بیمارستانهای خصوصی -مشکل دربستری کردن بیمار

<p>-عدم رسیدگی و احساس مسئولیت پرسنل بیمارستان -طرف قرار نبودن بیمارستان با تمام بیمه ها -عدم نظارت بر مراکز درمانی -با نشاط نبودن مراکز درمانی -عدم وجود پزشک متخصص (روانپزشک) در شهر یا محل سکونت -بدرفتاری با بیماران در مراکز درمانی (از قطع سیستم گرمایشی تا تغذیه نامناسب)</p>		
<p>-افزایش دفعات بستری -سنگین بودن هزینه های دارو و درمان -هزینه های جانبی تغذیه -ارجاع به پزشکان متعدد</p>	<p>مخارج درمان و سایر هزینه های جانبی</p>	
<p>ارتباط ضعیف بین والدین و اعضای خانواده -جدا کردن بیمار از سایر اعضای خانواده -عدم همکاری سایر اعضای خانواده -ممانعت از تحصیل بیمار در دانشگاه -عدم حمایت برادر و خواهر -مقاومت سایر اعضای خانواده جهت بستری بیمار در بیمارستان</p>	<p>درون خانواده</p>	<p>مشکل ارتباطی</p>
<p>محدود شدن ارتباط دوستان و همکاران -دعوت نکردن دوستان به دلیل خجالت کشیدن از شرایط بیمار</p>	<p>بیرون خانواده</p>	
<p>-برهم زدن نظم و آرامش خانواده -ایجاد محدودیت در منزل برای خانواده یا مراقب -تأثیر بر تغذیه خانواده -وسواس بیمار و فشار مضاعف بر خانواده -حمام رفتن طولانی مدت بیمار</p>	<p>محدودیت</p>	<p>سلب آرامش و بهداشت روانی خانواده</p>
<p>-تهدید شدن مراقب یا خانواده توسط بیمار -گریه بیش از اندازه بیمار در منزل و برهم خوردن آسایش خانواده -ناسزا و تهدید شدن مراقب توسط بیمار -شکستن لوازم منزل -کتک زدن اعضای خانواده -آسیب دیدن مراقب از نظر جسمی هنگام حمله بیمار -کتک خوردن بیمار از فرزند</p>	<p>رفتارهای آزار رسان</p>	

<p>مشکلات اجتماعی و قانونی</p>	<p>موانع قانونی</p>	<p>عدم تدبیر دولت برای بیماران دارای اختلال روان -قرار نگرفتن بیماری اعصاب و روان در لیست بیماریهای خاص -مشمول بیمه نبودن بیماری روحی و روانی</p>
<p>ترس از انگ و برچسب</p>	<p>نگرش منفی به بیمار</p>	<p>-واکنش منفی جامعه -دید منفی نسبت به مراجعه به روانپزشک -نگاه منفی دیگران به بستری و اتهام بی مسئولیتی مراقب یا خانواده -نگرانی از طرز فکر دیگران -اعتقاد به خرافات -دیدگاه اشتباه اطرافیان نسبت به بیماری</p>
<p>مراقب</p>	<p>ترس از حرف مردم و قضاوت شدن و به تعویق انداختن زمان بستری و درمان</p>	<p>-پنهان کردن بیماری -استرس خانواده جهت متوجه شدن اقوام از بستری بیمار -ترس از حرف مردم و قضاوت شدن و به تعویق انداختن زمان بستری و درمان</p>
<p>اختلال در عملکرد</p>	<p>خانواده</p>	<p>-مشکل در مراقبت از بیمار به تنهایی به دلیل شاغل بودن مراقب و تأمین هزینه های زندگی -تحت تأثیر قرار دادن زندگی شخصی سایر اعضای خانواده(طلاق گرفتن خواهر) -امتناع از ازدواج و یا عدم پذیرش دیگران جهت مراقبت بیمار و ترس از بچه دار شدن -ترس از طلاق مراقب -فشار مضاعف ناشی از سرزنش کادر درمانی در خصوص بستری نکردن به هنگام بیماری و سرزنش اطرافیان نسبت به بستری -احساس گناه و خودسرزنی مراقب -ابتلای مراقب به بیماری به دلیل استرس و اضطراب زیاد -تأثیر بیماری روانی بر روحیه مراقب مانند پرخاشگر و بی حوصله شدن -عصبی شدن مراقب اصلی و مراجعه به روانپزشک و مصرف دارو -اضطراب و استرس مراقب در زمان عود علائم بیماری(ترس از بیمار) -احساس عدم امنیت مراقب اصلی و جمع آوری لوازم خطرناک در منزل -بازماندن مراقب از تحصیل و کار -فقدان احساس نشاط و شادابی -سرزنش شدن مراقب توسط دیگران</p>
<p>افزایش اشتها</p>	<p>افزایش اشتهای بیمار و محدودیت برنامه غذایی خانواده</p>	<p>-افزایش اشتهای بیمار و محدودیت برنامه غذایی خانواده -درمان طولانی مدت و خسته شدن خانواده و در بعضی موارد رها کردن درمان و بیمار -جابجایی منزل به دفعات به دلیل وضعیت نامناسب بیمار</p>

<p>- اختلال در نظم زندگی خانواده - خود سرزنی خانواده - احساس شرمساری و خجالت خانواده به خاطر رفتار بیمار در بیرون از منزل - احساس ترس جهت آسیب دیدن از جانب بیمار - پیدا کردن ناراحتی جسمی به دلیل دوندگیهای بسیار - خجالت و شرمساری از افشای بیماری برای همسایه ها - استرس و اضطراب در منزل به دلیل قابل پیشبینی نبودن عملکرد بیمار - وارد آمدن فشار روانی به خانواده - جدایی والدین - تأثیر مراقبت از بیمار روان بر سلامت جسمی و روانی اعضای خانواده</p>		
---	--	--

- برقراری ارتباطات درون و برون سازمانی برای حمایت یابی اقتصادی، پذیرش پس از ترخیص در مراکز

نگهداری، قرار گرفتن تحت پوشش بیمه ی درمانی یا اجتماعی

حمایت، محرکی برای استفاده از تمام توانایی های بیمار برای تصمیم گیری و اقدام برای رسیدن به نتیجه قطعی و نهایی می باشد. پس در چنین فرآیندی شخص بیمار به شدت فعال است و مددکار زمینه لازم را ایجاد می کند تا بیمار فعالیت لازم را داشته باشد. مددکار اجتماعی، کارکرد اجتماعی افراد را خواه به صورت فردی و اجتماعی افزایش می دهد. برای این منظور فعالیت های خود را مبتنی بر روابط اجتماعی آنها که موجب شکل گیری کنش های متقابل افراد و جامعه می گردد، متمرکز می سازد. با عنایت به اینکه رفتار نتیجه ویژگی های شخصیت با شرایط مادی و اجتماعی محیط است مناسب سازی و فراهم آوردن زمینه های لازم در بعد اجتماعی و مادی و محیطی توسط مددکار اجتماعی از اهمیت بالایی برخوردار است (توجه به شخصیت افراد در بعد اجتماعی شاید از مهم ترین وظایف مددکاران اجتماعی طراحی یک سیستم حمایتی برای کاهش رویدادهای دردناک ناشی از بیماری است. حمایت یابی چه به صورت درون سازمانی و چه به صورت برون سازمانی را می توان در زمره مداخلات مددکاری اجتماعی قرار داد. برای حمایت یابی نیاز به استفاده از رویکرد تیمی است. این رویکرد متشکل از پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی و روانشناس می باشد. هریک از اعضای تیم ارزیابی اولیه از بیمار را انجام می دهند و سپس گروه با هم همکاری می کنند تا برنامه ی مداخله ای و مراقبتی طراحی کنند. در تیم بین رشته ای مددکار اجتماعی نقش هماهنگ کننده، تسهیل گر، آموزش دهنده، برنامه ریز و رابط را ایفا می کند و نگرش اجتماعی را وارد تیم می کند. با بکارگیری این رویکرد سایر کارکنان با وظایف مددکار اجتماعی آشنا می شوند و می توانند مداخلات مشترکی طراحی کنند.

مددکاران اجتماعی با توجه به اطلاعات کسب شده در مرحله تریاژ و راند برای توانمندی و استقلال نسبی بیماران و خانواده نیاز به همکاری بین رشته ای در درون بیمارستان و سازمان های مربوطه در بیرون از بیمارستان دارد. در بخش حمایت های اقتصادی درون سازمانی حمایت های مالی بیمارستانی، کمک های موسسات خیریه در درون و بیرون بیمارستان، و تحت پوشش بیمه قرار گرفتن

بیماران نیز می‌تواند در کاهش هزینه‌ها موثر باشد. اقدام به دریافت بیمه خدمات درمانی از وظایف کارشناس بیمه بیمارستان می‌باشد. کارکنان بخش پذیرش یا منشی بخش موظف هستند به کارشناس بیمه مقیم بیمارستان گزارشی از بیماران فاقد دفترچه بیمه به صورت روزانه ارائه دهد تا در اولین فرصت برای دریافت دفترچه اقدام گردد. در صورت عدم حضور کارشناس بیمه مستقر در بیمارستان در خصوص انجام این کار باید با مسئولین بیمارستان مذاکره گردد. تعدادی از بیماران فاقد مدارک شناسایی و هزینه لازم برای دریافت بیمه هستند که مددکار اجتماعی می‌تواند برای هزینه‌ی مورد نظر از محل خیرین یا موسسه خیریه بیمارستان هزینه را دریافت کند و به کارشناس واحد حقوقی جهت تهیه مدارک شناسایی گزارش دهد.

تعدادی از بیماران نیز به دلیل شدت بیماری از طرف خانواده حمایت نمی‌شوند و ترخیص آنها بدون حضور همراه موثر سبب آسیب به بیمار و مردم جامعه می‌شود. به همین دلیل برای کاهش خطرات، مددکاران اجتماعی قبل از ترخیص با موسسات و مراکز نگهداری تحت نظر بهزیستی هماهنگی‌های لازم به عمل آورد. برای ایجاد همکاری‌های لازم، مقتضی است مسئولین واحد مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت تفاهم‌نامه‌های همکاری منعقد نمایند.

بیماران دارای اختلال روان معمولاً از مشکلات هویتی، حقوقی و قضایی برخوردارند. خانواده‌های آنها به دلیل بار اقتصادی و اجتماعی مختلف تمایلی به پذیرش بیمار خود ندارند و از سوی دیگر پیگیر مسائل حقوقی آنها نمی‌شوند. مددکاران اجتماعی با خانواده بیمار تماس گرفته و عواملی که بیمار به آن دلیل تحت محاکمه است و روابط خانوادگی و میزان حمایت خانواده را بررسی می‌کنند. در این شرایط اگر بیمار از شبکه خانوادگی خوبی برخوردار بود راهنمایی‌های لازم جهت انجام مراحل حقوقی ارائه می‌گردد. در صورت عدم مشارکت خانواده یا مجهول‌الیه بودن بیمار، کارشناس واحد حقوقی بیمارستان به دادسرا مراجعه کرده و پیگیری‌های قانونی توسط کارشناسان این واحد انجام شود.

به طور کلی زمانیکه بیمار با نامه قضایی و توسط خانواده به بیمارستان ارجاع می‌گردد، ارتباط با خانواده در روزهای نخست بستری برقرار می‌شود و علت اخذ نامه قضایی توسط خانواده مورد بررسی قرار می‌گیرد. سپس از خانواده خواسته می‌شود در زمان ترخیص بیمار، جهت رفع منع قضایی مراجعه کنند. در زمان ترخیص بیمار مستنداتی همچون گواهی پزشک معالج مبنی بر ترخیص، گزارش مددکاری اجتماعی و نامه واحد حقوقی به خانواده داده می‌شود و راهنمایی‌های لازم جهت دریافت نامه ترخیص انجام می‌گیرد.

چنانچه بیمار با نامه قضایی و به همراه اورژانس اجتماعی بهزیستی در بیمارستان بستری شود، در زمان ترخیص به اورژانس اجتماعی اطلاع رسانی می گردد تا مراحل ترخیص بیمار را انجام دهند. اگر بیماران از زندان ارجاع شده باشند، کارشناسان زندان پس از ترخیص بیمار موظف به پیگیری کارهای قضایی او بوده و فرایند ترخیص را انجام می دهند و در صورتی که بیمار مستقیماً با نامه کلانتری و دادسرا ارجاع شده باشد، مسئول واحد حقوقی موظف به پیگیری و اخذ نامه ترخیص بیمار است.

نکته: مددکاران اجتماعی به استناد شناسنامه ی شغلی و شرح وظایف و پروتکل های تخصصی، مجاز به انجام مداخلات حقوقی مانند

مراجعه به مراکز قضایی جهت اخذ حکم یا تحویل بیمار به مراکز ارجاع دهنده نمی باشند.

- ارجاع

مددکاران اجتماعی با توجه به ماهیت بین رشته ای بودن حرفه ی شغلی خود می توانند از خدمات سایر حرفه ها به صورت ارجاع درون و برون سازمانی استفاده کنند. ارجاعات درون سازمانی می تواند شامل ارجاع به روانشناس، روانپزشک، کاردرمانگر، نماینده ی حقوقی، نماینده ی بیمه ی درمانی و ارجاعات برون سازمانی می تواند شامل ارجاع به کلینیک های مددکاری اجتماعی، مراکز حقوقی و قضایی، اورژانس اجتماعی بهزیستی، واحدهای توانبخشی بهزیستی، موسسات خیریه و سازمان های مردم نهاد باشد.

➤ مداخلات مددکاری گروهی

در فعالیت ها و جریان های گروهی افراد تجربیات خود را در اختیار یکدیگر می گذارند. هرکس از تجربه ی خود سهمی به دیگران می دهد و در مقابل از تجربه ی آن دیگری استفاده می کند. اعضاء گروه عملاً می آموزند که هر کس دارای حقی است و برای حق یکدیگر احترام قائل می شوند. افکار و ایده های خود را برای هم بیان می کنند، می آموزند که اختلاف عقاید و آراء و اختلاف در داوری و قضاوت خود را آشکار کنند بدون اینکه دشمنی و یا خصومتی پیش آید و یا احساس ناکامی و محرومیت کنند و نیز فرا می گیرند که به تصمیم اکثریت گردن نهند و آن را از صمیم قلب بپذیرند. وصول به اینچنین هدف هایی، برای پیشرفت و رشد شخصیت افراد و ایجاد احساس تعلق و بستگی مشترک در بین اعضای گروه بسیار مهم است. در ارتباط با بیماران اعصاب و روان، یکی از مهمترین مداخلاتی که مددکاران اجتماعی انجام می دهند، تشکیل گروه است. گروه ها با توجه به مشکل بیماران و اهداف درمانی،

انواع مختلفی دارند و ممکن است متشکل از بیمار و خانواده و اعضای تیم درمان باشند یا اینکه بیماران و خانواده های آن ها در گروه عضو شوند.

چارچوب طرح تشکیل گروه

- موضوع یا عنوان گروه
- مقدمه و بیان ضرورت تشکیل گروه
- اهداف گروه
- رویکرد و روش مورد استفاده
- ویژگی های شرکت کنندگان (از حیث مشکل، نیاز یا دغدغه ی مشترک)
- تعداد شرکت کنندگان
- زمان برگزاری جلسات
- مکان برگزاری جلسات
- مدت برگزاری هر جلسه
- وسایل مورد نیاز برای برگزاری جلسات مددکاری گروهی
- قرار دادهای تعیین شده در گروه
- شرح مختصر در مورد موضوع و روش برگزاری هر جلسه
- شرح مختصری از جلسه و دستور کار جلسه ی اتی
- ارزیابی اثر بخشی گروه

ثابت شده است که شیوه گروه درمانی در بسیاری از موقعیت های بالینی بسیار مفید است. از جمله گروههایی برای بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی، همراهان و مراقبین آنها، افرادی که گرایش به خودکشی دارند، کودکان و... پیش از تشکیل گروه به موارد زیر توجه نمایید:

- موقعیت بالینی بیماران مورد نظر را ارزیابی کنید.

- موضوع انتخابی برای گروه را مشخص کنید؟ دلایل تان برای انتخاب این موضوع چیست؟

- چه نوع گروهی را می خواهید تشکیل دهید؟ به طور مثال آیا گروه از نوع آموزشی است و یا درمانی برای مشکلات معین است؟
- چرا به این گروه نیاز است؟ فواید و ضرورت تشکیل این گروه را بیان کنید.
- اهداف و مقاصد اصلی گروه شامل چه مواردی است؟
- تعیین اهداف روشن و مناسب می تواند گام بسیار مهمی در کار درمانی شما باشد. تعیین اهداف نه تنها برای درمانگر، بلکه برای شرکت کنندگان نیز باید روشن و شفاف باشد. در گروه‌های با محدودیت زمانی، اهداف باید مشخص، قابل دستیابی و متناسب با ظرفیت و استعداد اعضای گروه باشد. این مهم است که گروه یک تجربه موفق باشد زیرا مراجعین روان که وارد گروه میشوند اغلب احساس شکست و ناامیدی دارند.
- انتظارات شما به عنوان برگزارکننده برای خروجی نهایی گروه چیست؟
- آیا گروه کوتاه مدت است یا بلند مدت؟
- تعداد اعضای گروه چند نفر است؟ ترکیب اعضا چگونه است؟ مکان برگزاری و طول مدت هر جلسه چقدر است؟
- چند جلسه گروه برگزار خواهد شد و فاصله بین برگزاری جلسات چند روز است؟
- آیا گروه از نوع باز است یا بسته؟
- قواعد و هنجارهای خاص گروهتان چیست؟
- گروه از چه ساختاری برخوردار خواهد بود؟ از چه رویکرد نظری و فنونی برای گروهتان استفاده خواهید کرد؟
- چه روشهای ارزشیابی و پیگیری را برنامه ریزی خواهید کرد؟
- در گروه شما چه موضوعات و سرفصل‌هایی مورد بررسی قرار خواهد گرفت؟ (پروتکل شما برای هر جلسه بر اساس رویکرد نظری و فنون منتخب چیست)
- برنامه تان برای سبک رهبری و مدیریت گروه چیست؟

زمانی که شما یک گروه بیماران بستری را رهبری میکنید، اولین واقعیتی که با آن مواجه میشوید این است که گروه شما مستقل نیست؛ چرا که در آن همواره روابط پیچیده ای با گروه بزرگتر، یعنی سایر بیماران بستری وجود دارد و آنچه در بین اعضای گروه درمانی کوچکتر روی میدهد با آنچه در گروه بزرگتر در بیمارستان روی می دهد به طور اجتناب ناپذیری ترکیب میشود. همچنین ارتباط با مسئولین بخش، روانپزشک معالج بیماران، مدیر مجموعه و... مسائلی است که بر گروه درمانی شما تاثیر میگذارد و باید برای آن برنامه ریزی کنید تا حمایت مجموعه را برای رسیدن به اهدافتان داشته باشید. اهداف گروه درمانی مددکاران اجتماعی برطرف کردن افسردگی سایکوتیک، کنترل مانیای بیمار، کاهش توهم و هذیان نیست. گروهها هیچ کدام از این کارها را نمیتوانند انجام دهند. این کارها وظیفه قسمت های دیگر برنامه درمانی و در درجه اول دارو درمانی است و تعیین این اهداف برای گروه درمانی غیر واقع بینانه است. آنچه که گروه بیماران بستری نمی توانند انجام دهد خیلی زیاد است. مواردی که قابل دسترسی باشد و بتوان با تمرکز بر اینجا و اکنون پیشنهاد داد شامل:

۱- درگیر کردن بیماران در فرآیند درمانی

۲- نشان دادن فواید گفتگو و روابط اجتماعی

۳- کمک به بیماران برای شناسایی مشکلات در شیوه ارتباط برقرار کردن با دیگران

۴- کاهش انزوا

۵- کاهش اضطراب مرتبط با بستری در بیمارستان

۶- احساس مفید و ارزشمند بودن برای خود و دیگران

به یاد داشته باشید که یکی از اهداف اصلی گروه درمانی بیمارستان، درگیر کردن بیماران در فرآیند درمانی است تا آنها به ادامه دادن فرآیند درمان پس از ترک بیمارستان تمایل داشته باشند. بنابراین ضروری است که درمانگر در گروه جوی که اعضا آن را حمایت کننده، مفید و سازنده درمی یابند ایجاد کند. اعضا باید احساس امنیت کنند و گروه را به عنوان مکانی که آنها را درک خواهد کرد بپذیرند و تجربه کنند. به عنوان درمانگر گروه باید در نظر بگیرید که زندگی گروه ممکن است کوتاه و حتی یک جلسه باشد و شما باید تلاش کنید تا مطلبی را که برای اکثر افراد در طول جلسه مفید است پیشنهاد کنید. در نظر داشته باشید که چارچوب زمانی تک جلسه کارایی و سطح بالایی از فعالیت مددکار اجتماعی را می طلبد.

سپهر جوانی ۳۰ ساله است که به دلیل افسردگی مزمن دومین مرتبه است که در بخش مردان بیمارستان روانپزشکی بستری شده است. سپهر در طی مدت بستری همیشه گوشه گیر است و با کسی ارتباط برقرار نمی کند. در این بخش روزانه چند بیمار جدید بستری و چند بیمار هم ترخیص می شوند. شما به عنوان مددکار اجتماعی بخش طی راند بیماران متوجه شده اید که تعدادی دیگری از بیماران هم هستند که با تشخیص های روانپزشکی متفاوت بستری شده اند اما به دلیل انزوا تقریباً شرایط مشابه ای با سپهر دارند. به عنوان مددکار اجتماعی یک طرح گروه درمانی را طراحی کرده و بنویسید. برای برگزاری گروه و فراهم کردن مقدمات آن چه رایزنی هایی را می بایست انجام دهید؟ اهداف شما در این طرح شامل چه مواردی است؟ از چه رویکرد نظری و فنونی استفاده خواهید کرد؟ انتظار شما از برگزاری این گروه چیست؟

الناز دختری شش ساله که به دلیل اختلال اوتیسم در بخش روانپزشکی اطفال بستری است. در این بخش تعداد زیادی بیمار جدید وجود دارند که برای اولین مرتبه بستری شده اند و مادران شان به عنوان همراه در بخش حضور دارند. شما به عنوان مددکار اجتماعی هنگام راند بخش متوجه نگرانی همراهان و عدم اطلاعات کافی در مورد مراقبت از فرزند بیمارشان شده اید و تصمیم میگیرید که گروهی را برای ارتقاء آگاهی مراقبین برگزار کنید. به عنوان مددکار اجتماعی یک طرح گروه درمانی را طراحی کرده و بنویسید. برای برگزاری گروه و فراهم کردن مقدمات آن چه رایزنی هایی را می بایست انجام دهید؟ اهداف شما در این طرح شامل چه مواردی است؟ از چه رویکرد نظری و فنونی استفاده خواهید کرد؟ انتظار شما از برگزاری این گروه چیست؟ آیا از همراهان باتجربه که فرزندشان مدت زمان بیشتری است که بستری شده اند در گروه استفاده میکنید؟ چرا؟

➤ مداخلات مبتنی بر مددکاری جامعه ای

- ارتقاء سلامت روان همگانی

- هدف آموزش در مراقبت های سلامت عبارت است از ترغیب مردم به این که بخواهند سالم باشند، بدانند چگونه سالم باشند، برای حفظ سلامت فردی و جمعی اقدام نمایند و در موقع لزوم طلب کمک کنند. آموزش سلامت روان به منظور تحقق این اهداف و توانا ساختن مردم در یادگیری و به کار بردن مهارت ها برای ارتقای سلامت نیازمند به اجرای موارد زیر است:
- تشویق مردم به مشارکت در برنامه ریزی و اجرای برنامه های سلامت.
- توجه و درک صحیح از فرهنگ جوامع، شیوه زندگی و مهارت های زندگی آنها و پرهیز از پیش داوری و نقش آمرانه

- برقراری ارتباط خوب با مردم که تبادل اطلاعات و افکار را میسر سازد.

- اتخاذ مناسب‌ترین تکنولوژی آموزشی در برنامه‌های ارتقای سلامت که مشارکت جامعه و اعتماد به نفس را در مردم ترویج دهد.

هدف برنامه‌ی آموزش سلامت روان به گروه‌ها ایجاد فرایندی است که در طی آن افراد و جامعه به توانایی‌هایی دست یابند که بتوانند سلامت روانی و اجتماعی خود را ارتقا دهند. به منظور تحقق این هدف افراد و گروه‌های مختلف جامعه اعم از گروه‌های رسمی نظیر نهادهای مختلف مستقر در جامعه مانند سازمان‌های تعلیم و تربیت، دهداری، شورای اسلامی و نیز گروه‌های غیررسمی نظیر زنان خانه‌دار، دانش‌آموزان، کارگران و کشاورزان باید بتوانند در مراحل ذیل گام بردارند:

- تحلیل نیازهای سلامت روان جامعه
 - برنامه‌ریزی برای راه‌اندازی عملیات ارتقای سلامت روان با بهره‌گیری از مشارکت جامعه
 - برنامه‌ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف
 - اجرای برنامه‌ی عملیاتی ارتقای سلامت روان و اجرای برنامه‌ریزی آموزشی
 - ارزیابی مستمر نتایج برنامه‌ی ارتقای سلامت روان و آموزش‌های آرایه شده
 - ارزشیابی نتایج برنامه و ارتقا و توسعه مستمر آن
- نقش مددکاران اجتماعی در راستای ارتقاء سلامت اجتماعی و روانی افراد جامعه بویژه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی و بیمارستان‌ها، آموزش دهنده، آگاه‌کننده و تسهیلگر است و برنامه‌ی آموزشی با توجه به نیازهای گروه هدف که با توجه به این پروتکل بیماران اعصاب و روان می‌باشد تدوین می‌شود.

- برنامه ریزی اجتماعی:

عبارت است از تعیین هدف، ترسیم خط مشی، تبدیل هدف به برنامه عملیاتی و پیش‌بینی چگونگی اجرای آن در محدوده زمانی مشخص و با توجه به مجموعه منابع مادی و انسانی و امکانات مختلف است. در این روش مددکار اجتماعی به عنوان یک متخصص در حوزه برنامه ریزی می‌کوشد نیازها با مسائل اجتماعی را همراه با علل و ریشه‌های آن بشناسد، راه‌های تامین این نیازها یا حل مشکلات مدنظر را کشف کند و نهایتاً با ارائه آن به بخش اجرایی به وظیفه حرفه‌ای خویش به عنوان برنامه ریزی خاتمه دهد.

۱- اولین قدم در برنامه ریزی اجتماعی مطالعه مقدماتی برای تبیین و شفاف سازی موضوع و هدف است. مددکار اجتماعی بیمارستان روانپزشکی با کار با بیماران روان مسائل و مشکلات آن را مورد بررسی قرار می دهد و به طور کلی به مواردی چون انگ بیماری، بستری و عودهای مجدد، مسائل و مشکلات اقتصادی بیماران روانپزشکی، عدم تبعیت دارویی بیماران روان و ... دست می یابد.

۲- طرح مساله و تعیین هدف: مساله و نیاز چیست؟ ابعاد ریشه های آن کدام است؟ مشکل موردنظر تا چه حد زمینه ساز مشکلات و مسائل دیگر است؟

با تحلیل و تبیین وضعیت موجود از بین مسائل و نیازهای مشخص شده انگ اجتماعی بیماری روان به عنوان مساله دارای اولویت انتخاب شد، انگ اجتماعی می تواند زمینه ساز مسائلی مانند عود مجدد بیماری، افزایش رفتارهای مخرب برای اطرافیان، عدم حمایت های خانوادگی و اجتماعی و رهاسازی بیمار، افزایش هزینه های سلامت و ... شود.

منظور از انگ اجتماعی نگرش و رفتاری است که اجتماع و افراد عادی اجتماع نسبت به افراد متعلق به گروهی خاص دارند و منظور از انگ به خود نگرش و رفتاری است که خود افراد متعلق به این گروه اجتماعی اعمال می کنند و نتیجه پذیرش و درونی سازی انگ اجتماعی است. انگ بیماری های روانی باعث می شود که میزان اشتغال و درآمد در این بیماران کم تر باشد، از سیستم های حمایت اجتماعی محدودتری برخوردار باشند، کیفیت زندگی پایین تری داشته باشند، علایم افسردگی و کاهش اعتماد به نفس را تجربه کنند، و برای درمان دیر مراجعه کنند. بنابراین این مساله و نیاز الویت دار تعیین شد

۳- انتخاب راه مناسب برای رسیدن به هدف: با تحلیل مساله کمبود آگاهی مردم یکی از دلایل انگ اجتماعی بیماران روانپزشکی محسوب می شود بنابراین جهت افزایش آگاهی عموم و تغییر نگرش جامعه می توان پیشنهادهای زیر را مطرح نمود:

افزایش آگاهی در زمینه بیماری های روان در برنامه های درسی مدارس، ایجاد کمپین های آگاهی رسانی به طور منظم، افزایش آگاهی توسط رسانه های جمعی، برگزاری نشست های مجازی یا حقیقی با استفاده از ظرفیت نهادهای حمایتی و فضای مجازی، برگزاری همایش ها و برنامه های آموزشی برای عموم افراد جامعه

۴- طراحی برنامه عملیاتی: از طریق آموزش، اطلاعاتی به جامعه ارائه می شود تا بتواند درباره افراد دچار اختلالات روانی دقیق تر و آگاهانه تر بیندیشد و تصمیم بگیرد. هدف از آموزش آرایه اطلاعات گسترده و توأم با جزییات درباره اطلاعات علمی مرتبط با بیماری های

روانی نیست، بلکه هدف آن است که مخاطبان از واقعیت‌های ساده‌ای آگاهی یابند که باورهای نادرست اجتماعی درباره بیماری‌های روانی را سست کند.

جهت برنامه ریزی برای اجرای طرح، میتوان با تدوین خلاصه سیاستی لزوم و اهمیت آگاهی از بیماری‌های روانپزشکی را به خوبی نشان داد و درخصوص طراحی برنامه درسی در مدارس توضیحاتی را ارائه نمود، خلاصه سیاستی قصد دارد تا به یک شیوه خلاصه و ساده، شواهد و توصیه‌های عملی را برای کمک و تسهیل فرایند تصمیم‌گیری ارائه کند. خلاصه‌ها می‌توانند در تغییر و بهبود سیاست‌ها مؤثر باشند و اطمینان دهند که سیاست‌های اتخاذ شده مبتنی بر شواهد هستند.

۵- تعیین زمان مناسب و معقول برای رسیدن به هدف: در این مرحله بهتر است مددکار اجتماعی بیمارستان به جهت انگ زدایی و با توجه به اقدامات پیش بینی شده قبلی، زمان رسیدن به هدف را مشخص نماید. برای نگارش خلاصه سیاستی به ۲۰ روز زمان و سپس در فضای مجازی انتشار می‌یابد.

۶- در نظر گرفتن منابع مالی و امکانات برای رسیدن به هدف: برای رسیدن به هدف کاهش انگ اجتماعی به همکاری صدا و سیما، به همکاری سازمان آموزش و پرورش و مددکاران اجتماعی جهت ایجاد کمپین‌های آگاهی‌رسانی نیاز می‌باشد.

- آگاه سازی و اطلاع رسانی در سطح نهادهای اجتماعی (پیشگیری اولیه)

شیوع و میزان زیاد بیماری‌های روان پزشکی از جمله اسکیزوفرنیا موجب شده است که این بیماری به عنوان بیماری عصر مدرن نامیده شود و توجه متخصصان سلامت روان و مددکاران اجتماعی را به خود جلب کند. بیماران و خانواده‌ی بیماران اعصاب و روان به دلیل عدم آگاهی از بیماری از مصرف دارو اجتناب کرده و در نتیجه یا اقدام به درمان نمی‌کنند و یا به علت عود مکرر،

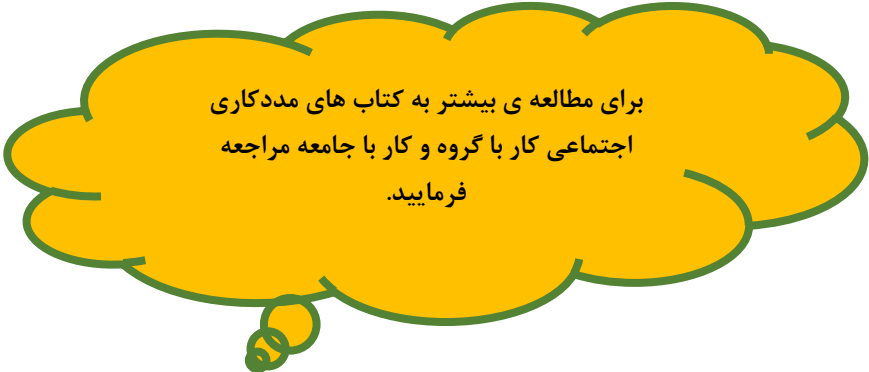
بستری در بیمارستان، افت عملکرد اجتماعی و شخصی را تجربه می‌کنند. مددکاران اجتماعی از طریق مداخله روانی- اجتماعی در سطح جامعه همچون توانبخشی مبتنی بر جامعه، آگاهی از اقدامات رفاهی، ارزیابی انتقادی و یا بررسی سیاست‌های موجود، توجه به افسانه‌ها و باورهای غلط در مورد بیماری‌های روانی و ناتوانی ذهنی در جامعه، آگاه سازی مردم از طریق همکاری با پزشکان، گروه‌های خودیاری و رهبران محلی، آگاه سازی از طریق کمپین‌ها، کمک به مراقبت جامعه از بیماران دارای اختلال روان، ریشه کن

کردن انگ و تبعیض، شناسایی منابع موجود در جامعه، تقویت شبکه های اجتماع و سیستم های حمایتی به نفع بیماران فعالیت می کنند.

در این مرحله نقش مددکاران اجتماعی پیش از ورود بیمار به بیمارستان آغاز می شود و مددکار اجتماعی به عنوان بخشی از رسالت حرفه ای خود، به آگاه سازی و اطلاع رسانی افراد جامعه (پیشگیری اولیه) می پردازند. اصطلاح پیش گیری اولیه (primary prevention) به حالتی اطلاق می شود که در آن تلاش می شود از طریق تأثیرات بر اشخاص و اجتماع مانند حفظ وضعیت بهداشتی محل زیست افراد و ایمن سازی علیه بیماری های عفونی سبب حفظ و ارتقای تندرستی آن ها گردید. مقصود از پیش گیری سطح اول پیش گیری از بیماری با کنترل علل و عوامل خطرزا است. پیش گیری سطح اول عمدتاً شامل مداخله در مرحله پیش از وقوع بیماری ها یا مسایل بهداشتی یا انحراف های سلامتی است. پیش گیری اولیه را می توان با تدابیر طرح شده برای ارتقای بهداشت عمومی، بهزیستی و کیفیت زندگی افراد شامل ایجاد شرایط بهداشتی در منزل، محیط کار و مدرسه، تغذیه خوب، لباس کافی، پناهگاه، استراحت و تفریح و آموزش بهداشت در مسایلی از قبیل آموزش جنسی، راهنمایی والدین در تربیت کودکان و بهبود سلامت روان افراد جامعه انجام داد. از مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی انتظار می رود موسسات فعال در اجتماع همچون موسسات کاهش آسیب اجتماعی یا موسسات خیریه را شناسایی کرده و بانک اطلاعاتی از این منابع حمایت اجتماعی تشکیل دهند و در صورت ضرورت بیماران و

خانواده های آنها را به آن مراکز ارجاع دهند. از دیگر فعالیت ها، کمک به مددکاران اجتماعی موسسات کاهش آسیب اجتماعی یا موسسات غیردولتی فعال در حوزه سلامت برای شناسایی بیماران دارای اختلال روان است. آنها می توانند طی جلسات کاری مشترک، اطلاعات مهمی در خصوص نحوه ارزیابی روانی اجتماعی مراجعان به مددکاران اجتماعی فعال در اجتماع ارائه دهند و در مقابل به تسهیل روند پذیرش بیماران در بیمارستان می پردازند. یکی از مشکلات اساسی که این بیماران و خانواده هایشان با آن مواجه هستند، انگ های اجتماعی است. انگ علامت قابل مشاهده ای از ننگ و بدنامی است. انگ در بیماری های روانی نشان دهنده برچسب گذاری ناعادلانه و غیرارادی است که شخصیت افراد مبتلا به اختلال روانی را اشتباه به تصویر می کشد. این بیماران با مشکلی فراتر به نام انگ عمومی نیز مواجه هستند. انگ عمومی، واکنشی است که عموم مردم نسبت به افراد مبتلا به بیماری های روانی دارند. تا زمانی

که تصور افراد جامعه نسبت به این بیماران، عادلانه، آگاهانه و منصفانه نباشد، حضور این بیماران در جامعه و برخورداری از حمایت های اجتماعی با دشواری های فراوانی همراه خواهد بود. شواهد نشان می دهد که بیماری های روان با طیفی از انگ های اجتماعی مواجه هستند. بیماری های افسردگی و اضطراب فراگیر با کمترین انگ و اختلالات شخصیت و اسکیزوفرنیا با بیشترین انگ های اجتماعی مواجه می شوند. انگ های اجتماعی زمینه ی تبعیض و محرومیت های گسترده را برای این بیماران و خانواده هایشان فراهم می کند. هر چه تبعیض و محرومیت بیشتر شود، شدت بیماری و دفعات عود آن نیز افزایش می یابد و این چرخه ی معیوب در جامعه گسترش می یابد. لازم به ذکر است که برخی از انگ های اجتماعی توسط رسانه ها و کارکنان حوزه ی سلامت به بیماران وارد می شود. مددکاران اجتماعی با شناسایی منابع انگ اجتماعی، تبعیض ها و محرومیت هایی که بیماران اعصاب و روان با آن مواجه هستند و آگاه سازی و اطلاع رسانی عموم افراد جامعه می توانند پیش از ورود بیمار به بیمارستان به پیشگیری اولیه که از اقدامات حرفه ای مهم محسوب می شود، بپردازند. مددکاران اجتماعی باید صدای رسای بیماران اعصاب و روان باشند.



برای مطالعه ی بیشتر به کتاب های مددکاری
اجتماعی کار با گروه و کار با جامعه مراجعه
فرمایید.

سناریو: مداخلات مددکاری اجتماعی در سطح اجتماع:

مددکار اجتماعی شاغل در موسسات کاهش آسیب با بیماران داران اختلال روان مواجهند. این بیماران به دلیل اعتیاد، عدم اشتغال، دعوا و درگیری با اعضای خانواده و مشکلات حقوقی و پیگرد قانونی از منزل طرد شده اند و در گرمخانه به سر می برند. مددکاران اجتماعی شاغل در مراکز کاهش آسیب و گرمخانه برای ایجاد ارتباط با خانواده بیماران اقدام می کنند. اما از آنجایی که بیماران در سطح جامعه و خانواده با انگ هایی مواجهند و لازم است فعالیت هایی در سطح جامعه و به صورت محلی انجام دهند. آنها می توانند با شناسایی منابع اجتماعی موجود در جامعه به حل و یا کاهش تعدادی از مشکلات بیماران و خانواده آنها بپردازند. مداخلات جامعه محور با مشارکت مردم محله و سازمان های مربوطه، بستری برای بازگشت به خانه، عود مجدد، دریافت خدمات بهنگام و کاهش آسیب به فرد بیمار و خانواده ی وی و مردم جامعه می شود. مددکاران اجتماعی از طریق آموزش در خصوص بیماری و پیامدهای آن به مردم در جهت کاهش انگ نیز اقدام می کنند .

در این راستا مددکار اجتماعی بیمارستان می تواند با مددکاران اجتماعی دفاتر تسهیلگری تحت نظارت استانداری یا دفاتر مثبت زندگی سازمان بهزیستی ارتباط برقرار کرده و در مواقع لزوم در جلسات و کمیته های کاری بین سازمانی مشترک حضور یابد. بانک اطلاعاتی از منابع حمایت اجتماعی در اختیار دفاتر قرار داده و با مشارکت این دفاتر، بانک اطلاعاتی خود را به روزرسانی کند. همچنین میتواند در نقش آموزش دهنده در برنامه های آموزشی و مشاوره ای ویژه ی محلات، همکاری داشته باشد. برگزاری جلسات با ارگان ها و سازمان های تاثیر گذار مانند استانداری، بهزیستی، فرمانداری، شهرداری، نیروی انتظامی، سازمان های حمایتی میتواند بخش دیگری از برنامه های مددکاران اجتماعی باشد.

ساختار فرایند ترخیص بر مبنای اصول مراقبتی، حمایتی، پیشگیری، آموزشی، هماهنگی بین اعضای تیم مراقبتی جهت ارجاع به موقع و پیگیری واقع شده است. برنامه ریزی ترخیص فرایندی پویا، جامع و مشارکتی است که هدف آن تعیین ادامه درمان مراجعه کنندگان پس از ترخیص و ارائه خدمات و حمایت های لازم به مراجعه کنندگان و مراقبان اوست. آموزش به بیمار، بخشی از مراقبت های حین ترخیص است که البته بسیار مهم می باشد زیرا بیمار و خانواده را قادر می سازد در غیاب ارائه دهندگان خدمات سلامت، به مراقبت و مدیریت بیماری خود بپردازند. بیماران مبتلا به اختلال روان در تمامی مراحل زندگی خود انواع مشکلات را تجربه می کنند.

مشکلات و دغدغه های شخصی و خانوادگی آنها محدود به زمان پذیرش، حین بستری نمی باشد بلکه در زمان ترخیص و پس از آن نیز ادامه دارد. در صورت عدم آموزش فرد و خانواده امکان عود بیماری و بازگشت به بیمارستان و عدم تبعیت دارویی افزایش پیدا می کند و بیمار مجدد به شرایط قبل خود باز می گردد. عمده مشکلات بیمار و خانواده وی را می توان در چند بعد فردی، اجتماعی، خانوادگی، روانی، اقتصادی و درمانی مطرح کرد .

بعد فردی: کاهش فعالیت، از دست دادن استقلال به مثابه از دست دادن احترام، عدم آزادی انتخاب در مورد تصمیم های زندگی، عدم توجه بیماران به بیماری خود و عود بیماری، همزمانی بیماری روان پریشی با سایر بیماری ها، ضعف در خودمدیریتی بیماری، عدم کنترل بر زمان (انحلال زمان) (بهم خوردن سبک زندگی) خواب، خوراک، ورزش، کار، آموزش و تحصیل، تفریح و ... دشواری تشکیل و حفظ خانواده، سیگار کشیدن، سلطه دارودرمانی بر مداخلات روانی اجتماعی ،

بعد اجتماعی: تغییر روابط اجتماعی، از بین رفتن روابط و اختلال در مهارت های رفتاری، فشارهای زناشویی، فرسودگی شغلی، مشکل در یافتن و تداوم شغل، بیکاری، ترک تحصیل، سوء مصرف مواد و خشونت، به حاشیه رفتن، محروم شدن از ارتباط با دیگران، بی اعتمادی از طرف دیگران، برچسب خطرناک بودن، احساس غریبی و بیگانگی با دنیا، عدم امنیت در مسکن، کمبود منابع و امکانات، مسکن مناسب و ایمن، نبود فعالیتهای تفریحی، مشکلات رانندگی.

بعد خانوادگی: فقدان آموزش کافی به خانواده، عدم توجه به درمان بیماران روان پریش در خانه، بار روانی مراقبتی برای خانواده، نداشتن دانش و مهارت لازم برای مراقبت از بیمار، از دست دادن حمایت خانواده و خانواده، اختلال در کارکردهای خانواده، بار مراقبتی و تعارض بین اعضای خانواده.

بعد روانی: استری زیاد، ترس از زیستن مستقل، انکار بیماری، افسردگی، خودکشی، احساس خشم و گناه، عدم مشارکت در جلسات آموزش روانی به دلیل محدودیت زمانی، انگ درونی مرتبط با بیماری روانی و تجارب منفی.

بعد اقتصادی: مشکل اقتصادی، فقر، نداشتن شغل یا منبع درآمد پایدار

بعد درمانی: طولانی شدن درمان، دسترسی کم به مراقبت های بهداشتی و داروهای، ناهمگنی علت و سیر بیماری، عدم پایبندی به درمان و میزان بالای عود چالشی برای درمانگران و موسسات، تطابق با بیماری زمانبر، مقاومت به درمان، عدم پایبندی به درمان و میزان بالای عود، سردرگمی نسبت به درمان .

➤ برنامه مداخلاتی قبل از ترخیص

انجام مداخلاتی برای کاهش استرس محیطی خانواده از طریق آموزش دادن به خانواده ها در مورد بیماری، روش های برقراری ارتباط موثرتر با بیمار، بهبود مهارت های حل مسئله، کنار آمدن بهتر با بیماری و برای کاهش بستری مجدد این مداخلات در بیمارستان مورد توافق است. تعدادی از مداخلات در حین ترخیص و یا پس از آن مورد بررسی قرار می گیرد .

- آموزش حین ترخیص مهارت های اجتماعی

طی مطالعات انجام شده، به بررسی تاثیر آموزش حین ترخیص بر مهارت اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پرداخته شد. نتایج مطالعه حاکی از آن است که افزایش مهارت اجتماعی از مزایای آموزش حین ترخیص می باشد که بر اکثریت ابعاد مهارت اجتماعی از جمله مهارت کلامی و غیرکلامی، مهارت ارتباط با بیماران، ارتباط با پرسنل بخش، رفتار مرتبط با ابزار وجود و رفتار اجتماعی عمومی تاثیرگذار می باشد و با توجه به سیر مزمن بیماری اسکیزوفرنی اهمیت بسزایی دارد. با آموزش مهارت های اجتماعی مشکلات بیمار در ابعاد ذکر شده کاهش و به پیشگیری از عود بیماری و افزایش همکاری وی با خانواده و کادر درمان و بازگشت به جامعه می شود .

- مشاوره قبل از ترخیص

قبل از ترخیص بیمار ، جلسه ای با خانواده بیمار برگزار گردد و به بررسی چالش ها و مشکلات آنها پرداخته شود. درخصوص نگرانی های خانواده بیمار سوالاتی پرسیده شود، در عین حال اطلاعات ضروری و شفاف در اختیار آنها قرار دهید. در زمینه شناسایی زود هنگام عود و اقدامات لازم در آن شرایط، تبعیت از درمان، نحوه برقراری ارتباط با بیمار، کاهش ناتوانی فردی و اجتماعی، بررسی نقاط قوت

مراقبین، حمایت عاطفی از آنها، سازمان های ارائه دهنده خدمات و مراجعه به مراکز، نحوه دسترسی به مددکار اجتماعی، مراجعه به بیمارستان و روند فرآیند مددکاری اجتماعی در مرحله پیگیری پس از ترخیص اطلاعاتی در اختیار خانواده قرار دهند.

- ترخیص ایمن

ترخیص ایمن فرآیندی است که از زمان ارزیابی بیمار آغاز می شود و مددکار اجتماعی همراه با سایر اعضای تیم درمان با شناسایی نیازها و انجام مداخلات تخصصی بیمار را برای ترخیص آماده می کنند. این برنامه ریزی طول مدت حضور بیمار در بیمارستان را کاهش داده و می تواند موجب رضایتمندی بیشتر بیماران و همراهان شود. مددکار اجتماعی با همکاری تیم درمان باید اطمینان حاصل کند که بیمار در زمان مناسب، با کسب اطلاعات لازم و به مکان امن از بیمارستان ترخیص شود. ترخیص ایمن بصورت تیمی انجام می شود، زیرا خدماتی مانند ترخیص پزشکی، آموزش به بیمار، مراقبت در منزل، و بررسی محل سکونت همگی، فعالیت هایی هستند که هر بیمارستان باید خط مشی و روش های ویژه ای را برای ارائه ی این فعالیت ها داشته باشد.

ترخیص بیماران دارای اختلال روان از حساسیت قابل توجهی برخوردار است. مددکار اجتماعی قبل از ترخیص در ابتدا وضعیت شبکه ی حمایتی و خانوادگی بیمار را بررسی می کند. در صورت همکاری خانواده برای پذیرش بیمار و بررسی وضعیت خانواده بلحاظ اقتصادی، اجتماعی، مسکن و رفاهی، با خانواده جهت ترخیص بیمار هماهنگی لازم انجام گردد. در صورت عدم همکاری خانواده برای پذیرش بیمار یا مجهول الهویه بودن وی، پس از دریافت حکم از سوی کارشناس حقوقی، به سازمان بهزیستی برای دریافت نامه پذیرش در مراکز نگهداری اقدام کرده و بیمار در هنگام ترخیص به مرکز معین تحویل داده شود .

➤ پیگیری پس از ترخیص و مستندسازی

بیماران روانپزشکی با توجه به نوع اختلال ممکن است آگاهی و بینش کافی در خصوص مراقبت از خود، مصرف داروهای روانپزشکی، مراجعه جهت ویزیت های ماهانه را نداشته باشند، لذا چگونگی ترخیص این بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است. برنامه ریزی جهت ترخیص بیمار، از زمان بستری و در حین حضور بیمار در بیمارستان توسط تیم درمان و مددکار اجتماعی صورت می گیرد. ارزیابی روانی اجتماعی خانواده، مکانی که بیمار پس از ترخیص در آن زندگی می کند، شبکه حمایتی وی و عوامل اجتماعی موثر

در عود بیماری از اهمیت برخوردار است. ترخیص ایمن به معنای انتقال بیمار به محیطی امن است که مراقبت کننده حضور داشته و نظارت کافی بر بیمار، نحوه مصرف دارو و بررسی علایم عود بیماری داشته باشند. مکان امن می تواند خانواده و مراکز نگهداری تحت پوشش بهزیستی باشد. بیمارانی که دوره درمانی خود را در بیمارستان طی نموده اند و طبق دستور روانپزشک ادامه درمان خود را می توانند در منزل بگذرانند باید تحت برنامه ی پیگیری پس از ترخیص قرار گیرند. ارزیابی ترخیص ایمن بر عهده مددکار اجتماعی و سایر اعضای تیم درمان است تا هر یک از اعضا با توجه به دانش تخصصی خود، ارزیابی های لازم را انجام دهند.

با توجه به اینکه ممکن است، بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی پس از ترخیص ، از مصرف داروهای خود و مراجعه ی منظم جهت ویزیت خودداری نمایند، و خانواده نیز آگاهی کافی در خصوص ماهیت این بیماری را نداشته باشد، با پیامدهای ناشی از بیماری در محیط اجتماعی روبرو باشند، لذا پیگیری پس از ترخیص از بیمارستان می تواند انگیزه و مشوقی برای ادامه فرایند درمان بوده و بیمار و مراقب اصلی او را در مسیر درست دریافت خدمات روانپزشکی و مددکاری اجتماعی قرار دهد.

نکات مورد توجه در پیگیری پس از ترخیص بیماران روانپزشکی

	<p>وظایف مددکار اجتماعی در پیگیری پس از ترخیص</p>	<p>بیماران واجد شرایط برای ترخیص ایمن</p>
<p>مواردی که در پیگیری پس از ترخیص باید مورد توجه قرار گیرد</p> <p>زمان ترخیص بیمار - شناخت کافی از بیماری های روانپزشکی - آگاهی از داروها و عوارض احتمالی آنها - شناسایی علائم عود - شناخت منابع حمایتی و ارجاع درست و به موقع بیمار - در صورت نیاز انجام بازدید منزل</p>	<p>- تشخیص و معرفی بیماران واجد شرایط برای حضور در پیگیری پس از ترخیص</p> <p>- حضور در بخش بستری و ارزیابی بیمار و معرفی واحد مددکاری اجتماعی به وی و کسب رضایت از او برای حضور در این فرایند</p> <p>- برقراری تماس اولیه با خانواده بیمار و تشریح فرایند و اهمیت پیگیری پس از ترخیص و جلب حمایت آنها</p> <p>- برقراری تماس های هفتگی و ماهانه با بیمار و مراقب اصلی جهت ارزیابی علائم عود، نحوه مصرف دارو، ارائه مشاوره در زمینه ی مسائل و مشکلات اجتماعی و خانوادگی که با آن مواجهند.</p> <p>- هماهنگی و ارجاع بیمار و خانواده برای دریافت خدمات روانشناسی و روانپزشکی</p> <p>- تداوم پیگیری تا رسیدن به شرایط پایدار</p>	<p>- بیمارانی که پس از ترخیص به خانه می روند و دارای مراقب اصلی هستند.</p> <p>- بیمارانی که مشکل قضایی طولانی مدت ندارند.</p> <p>- بیماران کودک و نوجوان.</p> <p>- بیماران و خانواده هایی که دفعات اولیه بستری را تجربه می کنند.</p> <p>- خانواده هایی که بیش از یک بیمار روان در خانه دارند</p> <p>- افراد زیر ۵۰ سال که هنوز وارد فاز مزمن بیماری نشده اند</p>

در مرحله پیگیری هدف بررسی وضعیت بیمار و خانواده وی است. مددکار اجتماعی با انجام پیگیری تصمیم دارد تا از تحقق اهداف تعیین شده و اثربخشی برنامه های مداخلاتی در طول بستری و اهداف و برنامه های تعیین شده پیش از ترخیص اطمینان حاصل کند. گاه پیگیری یا برنامه ترخیص ناقص در عدم تبعیت از درمان بیمار نقش مهمی ایفا می کند. در مرحله پیگیری باید بررسی عملکرد بیولوژیکی، اجتماعی، شغلی، وضعیت روانی و خانوادگی بیمار (ارزیابی جامع روانی اجتماعی از فرد و خانواده) انجام و تمامی

یافته های حاصل از ارزشیابی مستند گردد. اگر بیمار و خانواده نیاز به مداخلات بیشتر دارند، طی جلسات بعدی اقدامات لازم انجام شود و مجدد برنامه ریزی متناسب با نیاز و درخواست بیمار و خانواده صورت پذیرد.

➤ ارزشیابی مداخلات

برنامه ریزی عملیاتی و درست متناسب با شرایط بیمار و خانواده، سبب تحقق اهداف و مداخلات موثر همچون کاهش بار مراقبتی خانواده، مشکلات بیمار، عود مکرر و بستری مجدد می شود. ارزشیابی جامع مداخلات مددکار اجتماعی باید در تمام مراحل اجرای برنامه و پس از اتمام مداخلات انجام گردد. در این مرحله در واقع ارزشیابی کلیه خدماتی که به بیمار و خانواده توسط مراکز درمانی، مراجع قضایی و سایر موسسات ارائه شده است، انجام می گردد. مددکار اجتماعی میزان اجرا، پیشرفت اهداف و مداخلات را اندازه گیری می کند. در صورت عدم تحقق اهداف، در صورت لزوم به مرحله قبلی بازگشت داشته و اصلاحات لازم اعمال می شود. در مرحله ارزشیابی اگر مددکار اجتماعی متوجه در معرض خطر بودن بیمار و خانواده باشد و یا احتمال بروز خطر برای مردم جامعه وجود داشته باشد، باید به مراجع قضایی گزارش دهد. تمامی اقدامات انجام شده در هر مرحله از زمان ارزیابی مشکل بیمار تا زمان پیگیری پس از ترخیص و علل خاتمه مداخله در پرونده بیمار با درج تاریخ و زمان فعالیت و نام مددکار اجتماعی مستند سازی شود.

ترخیص ایمن بیمار	همکاری بیمار در فرآیند مراقبت و ترخیص	همکاری خانواده و همراهان در فرآیند مراقبت و ترخیص	وجود منابع و امکانات موثر	همکاری بین سازمانی موثر	سایر اهداف تدوین شده	ارزشیابی نهایی
<input type="checkbox"/> دستیابی موفق <input type="checkbox"/> دستیابی نسبی <input type="checkbox"/> دستیابی ناموفق	<input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت کامل <input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت ضعیف <input type="checkbox"/> عدم همکاری و مشارکت عدم موضوعیت با توجه به شرایط	<input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت کامل <input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت ضعیف <input type="checkbox"/> عدم همکاری و مشارکت عدم موضوعیت با توجه به شرایط و یا جلب منابع لازم	<input type="checkbox"/> استفاده ی موثر از منابع موجود و یا جلب منابع لازم <input type="checkbox"/> استفاده ی نسبی از منابع موجود استفاده ی موثر از منابع موجود و یا جلب منابع لازم به دلیل کمبود امکانات عدم استفاده از منابع موجود و یا جلب منابع لازم	<input type="checkbox"/> همکاری موثر بین سازمانی و بین بخشی <input type="checkbox"/> ضعف همکاری بین سازمانی و بین بخشی <input type="checkbox"/> همکاری غیر موثر بین سازمانی و بین بخشی عدم موضوعیت	<input type="checkbox"/> دستیابی موفق <input type="checkbox"/> دستیابی نسبی <input type="checkbox"/> دستیابی ناموفق	<input type="checkbox"/> مداخله ی موثر <input type="checkbox"/> مداخله ی نیمه موثر <input type="checkbox"/> مداخله ی ناموثر

➤ خاتمه مداخله

پیگیری مداوم و دوره ای وضعیت خانواده و بیمار از حیث تبعیت از درمان، شناسایی علائم عود، حمایت خانواده از بیمار، درک همدلانه بیمار و خانواده، استفاده از خدمات سایر موسسات و منابع موجود در جامعه، اشتغال به کار خانواده و یا خود بیمار در صورت مناسب بودن شرایط بیمار پس از ترخیص تا زمان اطمینان از تحقق اهداف تعیین شده و ثبات وضعیت بیمار و خانواده ادامه خواهد داشت. در صورت دسترسی به اهداف و رسیدن به استقلال نسبی و توانمندی بیمار و خانواده می توان پرونده را مختومه اعلام کرد و مداخله را خاتمه داد. در صورت عدم همکاری خانواده یا مراجع قضایی و حمایت موسسات حمایتی و رفاهی از بیمار و خانواده، مددکار اجتماعی باید آنها را از پیامدهای منفی ناشی از عدم همکاری و درخواست خاتمه دریافت خدمات آگاه سازد و مشارکت و همکاری آنها را جلب کند.

از دیگر دلایل خاتمه مداخله، جابجایی محل سکونت مراجع به شهر یا کشور دیگری است که در صورت لزوم باید به خانواده بیمار اطلاعات لازم در خصوص عود بیماری که در مراحل بستری و پس از ترخیص ارائه شده بود و نحوه مراجعه به مراکز درمانی در آن شهر در اختیار بیمار گذاشته شود. به بیمار و خانواده وی کمک کنید تا مراکز درمانی و بیمارستان های اعصاب و روان را شناسایی کنند و به مراکز خدمات اجتماعی و موسسات آن شهر جهت برخورداری از خدمات حمایتی مراجعه کنند. به همراه بیمار گزارشی از خلاصه پرونده پزشکی و مددکاری اجتماعی ارائه شود. گاه مددکار اجتماعی مرکز به دلایل مختلف در شرایط جابجایی یا تغییر شغل است توصیه می شود قبل از جابجایی یا ترک محل کار اقدامات ضروری برای انتقال پرونده به مددکار اجتماعی جدید فراهم گردد. از جمله راه های پیشنهادی در این شرایط برگزاری جلسه مشترک معارفه مددکار اجتماعی با بیمار و خانواده است. با انجام این کار خانواده آماده همکاری با مددکار اجتماعی است.

بیماران معمولاً در طول زمان بستری با مددکار اجتماعی و پزشک و پرستار همکاری لازم دارند. عمده نگرانی مددکاران اجتماعی در زمان ترخیص است. هدف مددکار اجتماعی از انجام مداخلات تخصصی در طول زمان بستری، واگذاری مسئولیت به بیمار و خانواده است تا بتوانند از طریق مشارکت به توانمندی لازم برای شناسایی علائم عود و اقدام به هنگام، برقراری ارتباط مناسب با یکدیگر و مردم جامعه، برآوردن نیازهای خود از طریق افزایش ظرفیت ها و توانایی ها، مهارت آموزی و اشتغال دست یابند و به زبان دیگر

مشارکت اجتماعی و مسئولیت اجتماعی در افراد افزایش یابد. صرف هدف گذاری و برنامه ریزی و برگزاری جلسات فردی و گروهی و آموزش منجر به کاهش مشکلات و یا پیشگیری از آسیب های بعدی در مراجع نمی شود. بلکه این اقدامات باید با همکاری و مشارکت بیمار و خانواده از زمان مراجعه به بیمارستان تا زمان ترخیص و پس از ترخیص انجام گردد. براساس رویکرد مشارکتی که رویکردی ارزشمند است به افراد حق داده می شود و از آنها درخواست می گردد تا در تصمیمات و اقدامات مربوط به خودشان مشارکت داشته باشند، امکان دسترسی به اطلاعات فراهم می گردد، و این مسئله سبب افزایش مسئولیت، ارائه ی خدمات کارآمدتر و بسنده تر و تحقق اهداف مددکار اجتماعی می شود. رویکرد عملی به فعالیت مشارکتی شامل تعاون و همکاری، ترویج و پرورش مشارکت، اقدام متقابل، هدایت و حساسیت نسبت به خواسته ها و نیازهای افراد است. تا زمانی که بیمار و خانواده و سازمان های جامعه در توانمندی بیمار مشارکت نداشته باشند، فعالیت های مددکاران اجتماعی کم نتیجه خواهد بود و بستری برای عود بیماری، بازگشت بیمار به بیمارستان و افزایش بارمراقبتی خانواده و هزینه های درمان خواهد شد. جلب حداکثری مشارکت در فرآیند درمان و توانمندی روانی اجتماعی از فعالیت های مهم مددکار اجتماعی است .

سناریو مرحله ترخیص و پس از آن

بیمار خانومی ۳۰ ساله مبتلا به بیماری افسردگی شدید به مدت یک ماه در بیمارستان بستری شد. وی به دلیل ورشکستگی همسرش دچار مشکلات روحی و روانی شدید شده است. خانواده وی منبع حمایتی خوبی برای وی هستند و در طول مدت یک ماه بستری بیمار خانواده وی در تمامی جلسات از جمله خانواده درمانی، روانشناسی شرکت می کنند. بیمار در بعد فردی همچون استقلال در انجام فعالیت روزانه، بعد اجتماعی عدم مشارکت در جامعه، تحصیل، فشارهای زناشویی و عدم تعامل با دیگران و... دچار بحران شده است. مددکار اجتماعی طی راند روزانه از طریق مصاحبه با بیمار و پزشک معالج پیگیر وضعیت روزانه ی وی می شود و برنامه مدیریت مورد که شامل مهارت آموزی، مشاوره روانی، ارزیابی روانی اجتماعی و... انجام میدهد و گزارش را در تیم درمان جهت تسهیل روند درمان ارائه می کند. مددکار اجتماعی برنامه و مداخلاتی نیز برای زمان ترخیص و پس از آن در نظر دارد. مددکار اجتماعی پیش از ترخیص از اواع روش های می تواند در برنامه مداخلاتی خود استفاده می کند. یکی از انواع روش های درمانی که سبب بهبود تبعیت درمان و بازگشت به جامعه و تقویت بعد اجتماعی وی می گردد، آموزش مهارت های اجتماعی است. آموزش روانی برای درک و مدیریت حل مساله بیماری و مقابله بهتر با بیماری، تفری درمانی، باغبانی درمانی، همکاری با مراقبین و داشتن زندگی سالم تر انجام می گردد. پس از ترخیص بیمار از بیمارستان و آموزش به بیمار و خانواده وی، مددکار اجتماعی به پیگیری روند درمان و مداخلات خود می پردازد. براساس گزارشات خانواده و انجام بازدید منزل مددکار اجتماعی برنامه را صورت لزوم تغییر داده و با همکاری خانواده به ادامه مسیر می پردازد .

برخی ملاحظات پیرامون استفاده از پروتکل:

- طی مطالعه و پژوهش های انجام شده و مصاحبه با بیماران و خانواده های آنها، عمده مشکلات بیماران و خانواده ها در سطح جامعه به سه دسته فشارهای بیرونی و غفلت های پیرامونی و کناره گیری اجتماعی تقسیم شد. در بخش فشارهای بیرونی چالش هایی همچون استیگما، پیشداوری، تبعیض، طرد اجتماعی، تصویر منفی عمومی، ترس و فرار دیگران از بیمار / تجربه انواع خشونت (کلامی، جسمی؛ عاطفی) اشاره شد و کمبود حمایت های اجتماعی کمبود دانش و درک عموم، تصورات غیرواقع بینانه از بیمار روان، تمرکز بر بیماری نه فرد و عدم دسترسی به فعالیتهای اجتماعی در دسته بندی غفلتهای پیرامونی قرار گرفتند. مشکل در ارتباط با دیگران، به حاشیه رفتن، محروم شدن از ارتباط با دیگران، بی اعتمادی از طرف دیگران، برچسب خطرناک بودن تنهایی و انزوای اجتماعی، ظاهر نامناسب، ضعف مهارت های اجتماعی احساس غریبی و بیگانگی با دنیا (دنیا امن و آرام نیست، غیرقابل کنترل است) غیرقابل پیش بینی نیز جز مولفه های کناره گیری اجتماعی است. موارد فوق الذکر می تواند به کاهش مشارکت اجتماعی بیماران منتهی شود. پول، مشارکت اجتماعی و اشتغال طی مطالعات انجام شده جزء مهمترین چالش های افراد مبتلا به بیماری روانی است. تعدادی از بیماران مبتلا به بیماری روان پریشی بی خانمان می باشند و به دلیل عدم حمایت از سوی خانواده و جامعه، به بیمارستان جهت درمان مراجعه نمی کنند و مطالعات حاکی از کاهش مراجعه افراد بی خانمان به بیمارستان است. عدم ارائه خدمات مبتنی بر جامعه، سبب پذیرش بزرگسالان مبتلا به اسکیزوفرنی در خانه سالمندان می شود.
- عمده مشکلات شناسایی شده توسط بیماران دارای اختلال روان در مرحله پذیرش هزینه های غذا، حمل و نقل، عدم آگاهی مدیران سلامت روان از مشکلات مالی بیماران، عدم استطاعت خانواده ها در پرداخت هزینه درمان که گاه منجر به دریافت وام می شود، و همین مسائل به سلامت روان خانواده تاثیرگذار است. گاه بیماران به دلایل مختلف علائم پارانوئید، ترک اجتماعی، اضطراب اجتماعی، ترس از برچسب زنی و اعتماد به نفس بیش از حد در قضاوت های خود از درمان خودداری می کنند. تعدادی از بیماران بطور همزمان اختلال سوءمصرف مواد، بیماری قلبی و ریوی نیز دارند که در زمان پذیرش با مشکلاتی مواجه می شوند. تعدادی از مشکلات همچون احساس بیهودگی، ناامیدی، ضعف در مسئولیت پذیری، استرس، نداشتن فعالیت های معنادار و فقدان عزت نفس بیماران از پیامدهای اختلال روان است که می تواند در هنگام پذیرش، خانواده و سیستم مراقبت را با مشکل مواجه کند.

در نتیجه می توان گفت مشکلات افراد یا در سطح فردی و تحت تاثیر پیامدهای بیماری است و یا در سطح اجتماع و نحوه تعامل مردم با آنهاست.

- عمده مشکلات مشخص شده در متون و طی مصاحبه با بیماران و خانواده بیماران دارای اختلال سایکوتیک و مددکاران اجتماعی در مرحله بستری، عدم انگیزه برای تداوم درمان، مقاومت بیمار برای مصرف دارو، بالا بودن هزینه آزمایش، عیادت از بیمار و کمبود منابع و امکانات درمانی است.

- بیماران مبتلا به اختلال روان در تمامی مراحل زندگی خود انواع مشکلات را تجربه می کنند. مشکلات و دغدغه های شخصی و خانوادگی آنها محدود به زمان پذیرش، حین بستری نمی باشد بلکه در زمان ترخیص و پس از آن نیز ادامه دارد. در صورت عدم آموزش فرد و خانواده امکان عود بیماری و بازگشت به بیمارستان و عدم تبعیت دارویی افزایش پیدا می کند و بیمار مجدد به شرایط قبل خود باز می گردد. عمده مشکلات مطرح شده در متون و مصاحبه با بیمار و خانواده وی و توسط افراد متخصص را می توان در چند بعد فردی، اجتماعی، خانوادگی، روانی، اقتصادی و درمانی مطرح کرد .

در بعد فردی : کاهش فعالیت، از دست دادن استقلال به مثابه از دست دادن احترام، عدم آزادی انتخاب در مورد تصمیم های زندگی، عدم توجه بیماران به بیماری خود و عود بیماری، همزمانی بیماری روان پریشی با سایر بیماری ها، ضعف در خودمدیریتی بیماری، عدم کنترل بر زمان (انحلال زمان) بهم خوردن سبک زندگی (خواب، خوراک، ورزش، کار، آموزش و تحصیل، تفریح و ... ، دشواری تشکیل و حفظ خانواده، سیگار کشیدن، سلطه دارودرمانی بر مداخلات روانی اجتماعی،

در بعد اجتماعی: تغییر روابط اجتماعی، از بین رفتن روابط و اختلال در مهارت های رفتاری، فشارهای زناشویی، فرسودگی شغلی، مشکل در یافتن و تداوم شغل، بیکاری، ترک تحصیل، سوء مصرف مواد و خشونت، به حاشیه رفتن، محروم شدن از ارتباط با دیگران، بی اعتمادی از طرف دیگران، برچسب خطرناک بودن، احساس غریبی و بیگانگی با دنیا، عدم امنیت در مسکن، کمبود منابع و امکانات، مسکن مناسب و ایمن، نبود فعالیتهای تفریحی، مشکلات رانندگی.

در بعد خانواده: فقدان آموزش کافی به خانواده، عدم توجه به درمان بیماران روان پریش در خانه، بار روانی مراقبتی برای خانواده، نداشتن دانش و مهارت لازم برای مراقبت از بیمار، از دست دادن حمایت خانواده و خانواده، اختلال در کارکردهای خانواده، بار مراقبتی و تعارض بین اعضای خانواده.

در بعد روانی: استری زیاد، ترس از زیستن مستقل، انکار بیماری، افسردگی، خودکشی، احساس خشم و گناه، عدم مشارکت در جلسات آموزش روانی به دلیل محدودیت زمانی، انگ درونی مرتبط با بیماری روانی و تجارب منفی.

در بعد اقتصادی: مشکل اقتصادی، فقر.

در بعد درمانی: طولانی شدن درمان، دسترسی کم به مراقبت های بهداشتی و داروهای، ناهمگنی علت و سیر بیماری، عدم پایبندی به درمان و میزان بالای عود چالشی برای درمانگران و موسسات، تطابق با بیماری زمانبر، مقاومت به درمان، عدم پایبندی به درمان و میزان بالای عود، سردرگمی نسبت به درمان.

- در صورت نیاز مددکاران اجتماعی می توانند از مستندات علمی منتشر شده در قالب کتابچه راهنما، دستورالعمل و ... متناسب با بخشهای مختلف خدمات به بیماران یا خانواده های آنها استفاده کنند. به عنوان مثال، در کار با خانواده های بیماران روان ممکن است مستندات علمی منتشر شده باشند که می توانند در راستای تقویت نقش مددکاران اجتماعی مورد استفاده قرار گیرند.

- مددکاران اجتماعی می توانند از ظرفیتهای و منابع اجتماعی موجود در جامعه از قبیل سازمانهای دولتی و غیردولتی مرتبط برای ارتقاء کیفیت خدمات خود استفاده کنند. برای این منظور پیشنهاد می شود مددکاران اجتماعی فهرستی از این ظرفیتهای متناسب با گروههای مختلف هدف (بیمار، خانواده، و ...) تهیه نموده و در زمان مناسب در اختیار این افراد قرار داده شود.
- پیشنهاد می شود مددکاران اجتماعی فعال در حوزه روان با تشکیل شبکه های اجتماعی درس آموخته ها و چالشهای زیسته خود را با سایر همکاران مرتبط به اشتراک گذاشته و از این مسیر برای حل مشکلات و تقویت ارائه خدمات به مراجعان استفاده کنند.

- پیشنهاد می شود مددکاران اجتماعی از سایر ظرفیتهایی موجود در سازمانهای مرتبط برای ایجاد پیوستگی بین خدمات به گروه هدف استفاده کنند. به عنوان مثال مددکاران اجتماعی می توانند در صورت نیاز و در زمان مناسب با ارجاع بیماران یا خانواده ها به مراکز هم چون مراکز سراج از خدمات این مراکز برای بهبود وضعیت بیمار به ویژه در مراحل پس از ترخیص استفاده کنند.

«**مراکز سلامت روانی-اجتماعی**» یا همان **مراکز سراج**، واحدهایی هستند با هدف ارتقای کمی و کیفی آرایه خدمات سلامت روانی اجتماعی به جامعه هدف استقرار می یابد و به ارتقای سلامت و کیفیت زندگی افراد و رضایت مراجعین، بیماران و خانواده آنان کمک می نماید. این مراکز تاکنون در برخی استان ها راه اندازی شده اند.

برای آگاهی بیشتر و یا برقراری ارتباط با مرکز سراج استان می توانید با مرکز بهاشت جامع دانشگاه ارتباط برقرار نمایید.

مراکز روزانه سازمان بهزیستی

به مراکزی اطلاق می گردد که توسط اشخاص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی تأسیس گردیده و در آن به صورت روزانه به بیماران، خدمات توانبخشی در ابعاد مختلف پزشکی، روانی اجتماعی، آموزشی و حرفه ای و نیز به خانواده ی بیماران، خدمات آموزشی، ارائه می شود.

- خدمات توانبخشی پزشکی: شامل مداخلات درمانی است که در جهت پیشگیری از عود بیماری انجام می شود.
- خدمات توانبخشی روانی اجتماعی: شامل اقداماتی است که از طریق ایجاد بستر مناسب، تا حد امکان شرایط حضور بیماران روانی در جامعه را فراهم می سازد.
- خدمات توانبخشی آموزشی: شامل آموزش مهارت های زندگی به بیماران و آموزش به خانواده ها در قالب جلسات مستمر اطلاع رسانی در زمینه و بیماری های روانی، درمان بیماران بهبود یافته و یا موضوعات دیگر می باشد.
- خدمات توانبخشی حرفه ای: مجموعه اقداماتی است که در جهت حرفه آموزی بیمار و به منظور اشتغال و به کارگماری و یا انجام می شود، به گونه ای که آن کار ضمن کسب درآمد و تامین معاش به منزلت شخصی و اجتماعی مناسب دست یابد. این خدمت در مراکز روزانه به صورت مقدماتی و در کارگاه های حمایتی تولیدی به طور کاملتر ارائه می شود.
- انجمن های حمایتی نیز یکی از منابع حمایتی موثر در جامعه می باشند.

انجمن احبا (انجمن حمایت از بیماران اسکیزوفرنی) یک مرکز مردم نهاد محسوب می شود که مستقل و غیردولتی به صورت رایگان در خدمت مددجویان است. رسالت انجمن احبا بر پایه معرفی بیماری اسکیزوفرنیا و ارتقاء سطح آگاهی جامعه نسبت به آن، کمک به انگزدایی و بالا بردن کیفیت زندگی مبتلایان و خانواده های آنها، کاهش فشار روانی، اجتماعی و اقتصادی بر خانواده و حمایت یابی قرار داده شده است.

از این رو مرکز روزانه احبا با توجه به نیاز بیماران به خدمات توانبخشی اعصاب و روان و کاهش علائم منفی بیماری مانند افت عملکرد و نزولی شدن، زیر نظر سازمان بهزیستی آغاز به کار کرده و در این مرکز خدمات تخصصی روانپزشکی، روان درمانی، مشاوره، آموزش خانواده، آموزش مهارت های زندگی و اجتماعی با استفاده از روش های گروه درمانی، کاردرمانی، هنر درمانی (موسیقی درمانی)، طبیعت درمانی و گشت های آموزشی به صورت فردی و گروهی ارائه می شود.

- یکی از ظرفیتهای که مددکاران اجتماعی می‌توانند برای تقویا مداخلات خود از آن بهره ببرند، استفاده از گروههای همتا است. این گروهها هم می‌توانند برای خود بیماران و هم خانواده‌های آنها تشکیل شود.
- این پروتکل جنبه عمومی دارد و ممکن است بخشهایی از آن در کار با گروههای خاص مثل کودکان و سالمندان هم مورد استفاده قرار گیرد. با اینحال، کار با گروههای خاص نیازمند ملاحظات ویژه ای است که لازم است بر اساس مستندات علمی یا پروتکل‌های آتی مورد توجه قرار گیرد.
- اختلالات روانی دوران کودکی به دلیل شیوع، شروع زودهنگام و تاثیر آن بر کودکی، خانواده و جوامع از نگرانی‌های سلامت عمومی است. اختلالات روانی در دوران کودکی می‌تواند با تداخل در توانایی کودکان برای دستیابی به نقاط عطف اجتماعی، عاطفی، شناختی، و تحصیلی و عملکرد در محیط‌های روزانه، بر رشد سالم تأثیر منفی بگذارد. بخش قابل توجهی از کودکان با وجود اینکه ممکن است اختلال روانی داشته باشند، هیچ درمانی دریافت نمی‌کنند.
- مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که کودکان پیش دبستانی اغلب درمان دارویی را بدون مداخله ی روانی-اجتماعی دریافت می‌کنند که ضرورت توجه مددکاران اجتماعی را پررنگ می‌کند.
- خانواده نقش بسیار مهمی را در حمایت از کودکان دارای اختلال روانی بر عهده دارند و ضروری است که در مداخلات مددکاری اجتماعی برای کودکان دارای اختلال روانی به نقش و کارکردهای خانواده(حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، دسترسی به خدمات درمانی، پیگیری درمان، پاسخگویی به نیازها و ..) در توانبخشی کودکان دارای بیماران روانی دقت بیشتری شود.
- یکی از نقش‌های خانواده‌ها در حمایت از کودکان دارای اختلال روانی، آموزش است. خانواده می‌تواند با آگاهی از بیماری کودک، درمانها و منابع دردسترس به درمان و نگهداری وی در درمان کمک کنند و بار بیماری را کاهش دهند.
- خانواده‌ها می‌توانند با استفاده از استراتژی تقویت تاب‌آوری به درمان کودکان دارای اختلال روانی کمک کنند. تقویت مهارتهایی همچون مهارتهای مقابله‌ای، حل مسئله، تنظیم عواطف و مهارتهای اجتماعی می‌تواند به مدیریت بهتر بیماری و چالشهای پیش رو کمک کند.
- خانواده‌ها می‌توانند به شناسایی تواناییها و علایق کودکان دارای اختلال روانی کمک کنند و از این ظرفیت در طول درمان استفاده کنند.

جدول شماره ۴: فرم ارزیابی جامع بیماران دارای اختلالات روانپزشکی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره

Record No:

برگ مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در بیماران دارای اختلالات روانپزشکی

SOCIAL WORK INTERVENTIONS IN PSYCHOLOGY PATIENTS SHEET

اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار			
Date of Admission: تاریخ:	Sex: جنس:	Name: نام بیمار:	Family Name: نام خانوادگی بیمار:
Time of Admission: ساعت:			
Tel: تلفن:	ADM Code: کد پذیرش:	Address: آدرس:	
Mother's Name & Family name: نام و نام خانوادگی مادر:	Father's Name & Family name: نام و نام خانوادگی پدر:	Date of Birth: تاریخ تولد:	National/Segment code: کد ملی / کد آمایش:
Patient Companion Name & Family Name: نام و نام خانوادگی همراه:	<input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد Patient Companion: همراه بیمار Tel: تلفن بیمار:	Nationality: ملیت:	Marital Status: وضعیت تاهل:
Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش: / Job: شغل:	No Of Children: تعداد فرزندان:	Education Level: سطح تحصیلات:
نوع اختلال روانپزشکی (بر اساس تشخیص پزشک):			
Basic Insurance: بیمه پایه: <input type="checkbox"/> فاقد بیمه <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سلامت ایرانیان <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی بیمه تکمیلی:			
Complementary Insurance: نحوه ورود/ارجاع به واحد مددکاری اجتماعی:			
Arrival/Referral Type: <input type="checkbox"/> خود ارجاع <input type="checkbox"/> ارجاع از کادر درمان <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های دولتی <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های غیردولتی <input type="checkbox"/> ارجاع از نهادهای قضائی نام سازمان یا فرد ارجاع دهنده: علت اولیه ارجاع:			
تربیت (ارزیابی سریع)			
وضعیت همراه موثر	پوشش بیمه ای و هویتی	شدت وضعیت جسمانی	گروه های پر خطر (تشخیص اولیه)
			ساعت و تاریخ

<p>-فاقد همراه است</p> <p>-همراه فردی از مرکز نگهداری و مراقبتی یا نیروی انتظامی است</p> <p>-همراه عضو خانواده است و مبتلا به اختلال روان می باشد</p> <p>-همراه عضو خانواده است ولی همکاری و مشارکت ضعیفی دارد</p> <p>-همراه موثر دارد</p>	<p>-تبعه ی غیر ایرانی - غیر قانونی و فاقد بیمه</p> <p>-تبعه ی غیر ایرانی قانونی و فاقد بیمه بیمه- فرد ایرانی فاقد مدارک هویتی</p> <p>-فرد ایرانی دارای مدارک هویتی بدون بیمه</p> <p>-فرد ایرانی دارای مدارک هویتی و بیمه ی درمانی</p>	<p>-بیماری جسمی نیازمند درمان توأم با اختلال روان</p> <p>-اختلال روان بدون بیماری جسمی</p>	<p>-بیمار مبتلا به اختلال روان مزمن با سابقه ی بستری</p> <p>-بیمار مبتلا به اختلال روان و دارای سوء مصرف مواد</p> <p>-بیمار مبتلا به اختلال روان و بی خانمان</p> <p>- اقدام کننده به خودکشی</p> <p>-بیمار عضو گروه های آسیب پذیر اجتماعی است</p> <p>-بیمار قربانی خشونت یا آزار خانگی یا موسسه ایست</p>
<p>شرح ارزیابی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد:</p>			
<p>پیشنهادات تیم بین رشته ای در ارتباط با فرآیند درمان و مراقبت از بیمار:</p>			
<p>(ارزیابی جامع)</p>			
<p>تاریخچه ی بیماری:</p>			
<p>عملکرد فردی بیمار:</p>			
<p>اطلاعات و روابط خانوادگی:</p>			
<p>وضعیت شغل، بیمه و منابع مالی:</p>			
<p>فرهنگ، باورهای مذهبی بیمار و خانواده:</p>			
<p>وضعیت مراقبین:</p>			
<p>عملکرد اجتماعی:</p>			
<p>نقاط قوت و ضعف های بیمار:</p>			

پیامدهای بیماری:

جمع‌بندی و شرح ارزیابی تکمیلی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد:

برنامه‌ریزی و مداخله

اهداف مداخله:

مداخلات مددکار اجتماعی

شرح و نتیجه مداخله	عنوان مداخله	تاریخ مداخله

آیا بیمار به حمایت اقتصادی نیاز دارد؟

بله خیر

درصد/ مبلغ حمایت اقتصادی بر اساس گروه های هدف:

نکات و توصیه های حین و پس از ترخیص:

پیگیری و ارزشیابی

نیاز به پیگیری پس از ترخیص دارد؟

دارد ندارد

بیمار دارای اولویت پیگیری است؟

شیوه ی پیگیری:

تناوب پیگیری:

اهداف و برنامه پیگیری:

گزارش پیگیری‌ها:

تاریخ پیگیری	شیوه پیگیری	نتیجه پیگیری

ارزشیابی نهایی	سایر اهداف تدوین شده	همکاری بین سازمانی موثر	وجود منابع و امکانات موثر	همکاری خانواده و همراهان در فرآیند مراقبت و ترخیص	همکاری بیمار در فرآیند مراقبت و ترخیص	ترخیص ایمن بیمار
<input type="checkbox"/> مداخله‌ی موثر <input type="checkbox"/> مداخله‌ی نیمه موثر <input type="checkbox"/> مداخله‌ی ناموثر	<input type="checkbox"/> دستیابی موفق <input type="checkbox"/> دستیابی نسبی <input type="checkbox"/> دستیابی ناموفق	<input type="checkbox"/> همکاری موثر بین سازمانی و بین‌بخشی <input type="checkbox"/> ضعف همکاری بین سازمانی و بین‌بخشی	<input type="checkbox"/> استفاده‌ی موثر از منابع موجود و یا جلب منابع لازم <input type="checkbox"/> استفاده‌ی نسبی از منابع موجود و یا جلب منابع لازم به دلیل کمبود امکانات	<input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت کامل <input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت ضعیف <input type="checkbox"/> عدم همکاری و مشارکت <input type="checkbox"/> عدم موضوعیت با توجه به نداشتن خانواده و همراه	<input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت کامل <input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت ضعیف <input type="checkbox"/> عدم همکاری و مشارکت <input type="checkbox"/> عدم موضوعیت با توجه به شرایط	<input type="checkbox"/> دستیابی موفق <input type="checkbox"/> دستیابی نسبی <input type="checkbox"/> دستیابی ناموفق

		<input type="checkbox"/> همکاری غیر موثر بین سازمانی و بین بخشی <input type="checkbox"/> عدم موضوعیت	<input type="checkbox"/> عدم استفاده از منابع موجود و یا جلب منابع لازم			
بررسی وضعیت عود بیماری: بررسی وضعیت تبعیت درمانی : ارزشیابی پیگیریهای صورت گرفته: جمع بندی نهایی:						
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:						

➤ راهنمای تکمیل فرم:

این فرم شامل پنج قسمت اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار، تریاز (ارزیابی سریع)، ارزیابی جامع، برنامه ریزی و مداخله و پیگیری و ارزشیابی می باشد.

اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار: اطلاعات هویتی در زمان پذیرش بیمار توسط کاربر پذیرش اخذ می گردد اما مددکار اجتماعی می تواند اطلاعات تکمیلی را از همراهان یا مدارک هویتی بیمار کسب کند. لازم است در این قسمت اطلاعات مربوط به نحوه ی ارجاع به مددکار اجتماعی، علت اولیه ی ارجاع و ارجاع دهنده مشخص شود زیرا در مرحله ی ترخیص ایمن بیمار، با توجه به اینکه کدام سازمان و به چه علت بیمار را به بیمارستان ارجاع داده است، فرایند ترخیص بیمار متفاوت خواهد بود.

نوع اختلال روانپزشکی (بر اساس تشخیص پزشک): سرفصل های اصلی انواع اختلالات روانپزشکی بر اساس طبقه بندی **DSM^۵** شامل موارد ذیل می باشد: اختلالات خلقی شامل افسردگی و دوقطبی، اختلالات اضطرابی شامل فوبیا، پانیک، اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر، اختلالات وسواسی، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلال اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوز، اختلالات روان تنی (سایکوسوماتیک)، اختلالات شخصیت، اختلالات خوردن و تغذیه، اختلالات مصرف مواد و الکل

تریاز (ارزیابی سریع): قسمت تریاز شامل چهار آیتم گروه های پر خطر (تشخیص اولیه)، شدت وضعیت جسمانی، پوشش بیمه ای و هویتی و وضعیت همراه موثر می باشد که مددکار اجتماعی با توجه به ارزیابی سریع در بدو پذیرش بیمار، وضعیت مورد نظر را انتخاب می کند. در این مرحله با توجه به ناکافی بودن اطلاعات و محدود بودن زمان جهت ارزیابی، ممکن است اطلاعات درست و جامعی از بیمار اخذ نشود، تجارب مددکاران اجتماعی نشان می دهد ارزیابی بیماران اعصاب و روان می تواند تا روزهای پایانی ادامه داشته باشد. هدف از انجام تریاز، کسب اطلاعاتی است که ممکن است صرفاً در زمان اولیه ی پذیرش امکان اخذ آن ها وجود داشته باشد و همچنین برقراری ارتباط اولیه و آشنایی با بیمار می باشد. در این قسمت شرح ارزیابی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد و پیشنهاداتی که اعضای تیم بین رشته ای در ارتباط با فرآیند درمان و مراقبت از بیماردارند، نوشته می شود.

ارزیابی جامع: این قسمت شامل موارد زیر می باشد:

- ۱- **تاریخچه ی بیماری:** در این بخش به سابقه ی بستری، تعداد دفعات عود، بیماری های جسمی (مانند بیماری های قلبی، ایدز، سرطان، بیماری های خاص)، معلولیت ها و ناتوانی های جسمی و روانی، منبع ارجاع، شدت بیماری و تشخیص های قبلی اشاره می شود.
- ۲- **عملکرد فردی بیمار:** این بخش شامل توضیح در مورد توانایی انجام فعالیت های روزانه و شخصی مانند مصرف دارو، تغذیه، رعایت بهداشت فردی و حمام کردن می باشد.
- ۳- **اطلاعات و روابط خانوادگی:** در این قسمت موارد زیر تشریح می شود: ترسیم شجره نامه خانواده ، ماهیت روابط فعلی ، وضعیت زندگی (به عنوان مثال ، به تنهایی یا با دیگران) دیگر روابط و منابع قابل توجه مانند خواهر و برادر و والدین از حیث ابتلا به بیماری های روان، دوستان، همسایه ها یا همکاران(، منابع انطباق، فقدان های گذشته ، افسردگی، انکار، منابع و دارایی خانواده، توانایی مدیریت روابط زناشویی، وضعیت فرزندان.
- ۴- **وضعیت شغل، بیمه و منابع مالی:** در این بخش مددکار اجتماعی نوع بیمه و خدمات بیمه ای (اجتماعی و درمانی)، شغل فعلی یا گذشته، منبع درآمد، منابع حمایت اقتصادی، وضعیت مسکن، حمل و نقل، بدهی ها، مسائل حقوقی و مالی، وضعیت بیمه پایه و

تکمیلی، وضعیت اقامت (خانگی یا موسسه ای) در دوران مراقبت، چگونگی تامین مخارج جانبی مراقبت و چگونگی تامین مخارج زندگی در دوره مراقبت را شرح می دهد.

۵- فرهنگ، باورهای مذهبی بیمار و خانواده: این قسمت به ارزیابی وضعیت فرهنگی بیمار از حیث قومیت، زبان، باورهای فرهنگی در مورد بیماری و درمان، آداب فرهنگی و رسوم، اعتقادات و گرایش های مذهبی، معنای زندگی، ارزش های شخصی پرداخته می شود.

۶- وضعیت مراقبین: در این بخش مددکار اجتماعی وضعیت مراقبین خانوادگی یا موسسه ای، وضعیت روانی مراقب و اثر بخشی فرایند مراقبت را مورد ارزیابی قرار می دهد.

۷- عملکرد اجتماعی: از آنجا که بیماری روانی، عملکرد اجتماعی بیماران را به شدت تحت تاثیر قرار میدهد، ارزیابی وضعیت بیمار از حیث عضویت در گروه های آسیب پذیر اجتماعی (معتاد، کارتن خواب و بی خانمان، ابتلا به بیماری های مقاربتی)، مسائل و مشکلات اجتماعی، اقتصادی و حقوقی بیمار، نیازهای اجتماعی بیمار، منابع حمایت اجتماعی مرتبط با وضعیت بیمار، سابقه اقدام به خودکشی یا در معرض خطر بودن، انگ های اجتماعی، محرومیت های اجتماعی تجربه شده، محدودیت های قضایی بسیار مهم می باشد.

۸- نقاط قوت و ضعف های بیمار: در این بخش ارزیابی بیمار از حیث توانمندی ها، محدودیت ها، فرصت ها و تهدیدهای احتمالی برای بیمار، انگیزه های بهبودی در بیمار و خانواده انجام می شود.

۹- پیامدهای بیماری: در این قسمت مددکار اجتماعی پیامدهای ناشی از بیماری را در آیتم های پیامدهای بیماری از حیث فردی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی (زناشویی) و حقوقی، تحصیلی و برنامه های روزانه- محدودیت های عملکردی، اجرای نقش های و وظایف مورد ارزیابی قرار می دهد.

در پایان بخش ارزیابی جامع، جمع بندی و شرح ارزیابی تکمیلی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد نوشته می شود.

برنامه ریزی و مداخله: این قسمت با توجه به پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی و پروتکل حمایت اقتصادی و قسمت برنامه ریزی و مداخله در همین پروتکل تکمیل می شود.

پیگیری و ارزشیابی:

در این بخش مددکار اجتماعی مشخص می کند که آیا بیمار به پیگیری نیاز دارد یا خیر همچنین اولویت بیمار از حیث نیاز به پیگیری بررسی می شود. براساس تجربه ی مددکاران اجتماعی این بیماران در اولویت پیگیری قرار دارند:

- بیمار در خانه و تحت نظر مراقب اصلی نگهداری می شود

- بیمار کودک یا نوجوان است

- بیمار مشکل قضایی طولانی ندارد

- بیمار دفعه ی اول بستری را طی کرده است

- بیمار زیر ۵۰ سال است و هنوز وارد فاز مزمن بیماری نشده است

مددکار اجتماعی باید تناوب (مثلا هر هفته)، شیوه ی پیگیری (مثلا تماس تلفنی) و اهداف برنامه ی پیگیری را نیز مشخص کند و اقدامات انجام شده و دستاوردهای پیگیری ها را نیز ثبت کند. در پایان فرم مددکار اجتماعی ارزیابی اثربخشی مداخلات رانیز تعیین می کند و وضعیت بیمار را از حیث عود بیماری، تبعیت درمانی تشریح می کند. در ادامه نمونه ای از فرم تکمیل شده جهت استفاده ی بیشتر مددکاران اجتماعی ارائه می شود.

جدول شماره ۴: فرم ارزیابی جامع بیماران دارای اختلالات روانپزشکی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره

Record No:

برگ مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در بیماران دارای اختلالات روانپزشکی

SOCIAL WORK INTERVENTIONS IN PSYCHOLOGY PATIENTS SHEET

اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار			
Date of Admission: تاریخ:	Sex: جنس:	Name: نام بیمار:	Family Name: نام خانوادگی بیمار: آزمایشی
Time of Admission: ساعت:			
Tel: تلفن:	ADM Code: کد پذیرش:	Address: آدرس:	ازمایشی
Mother's Name & Family name: نام و نام خانوادگی مادر:	Father's Name & Family name: نام و نام خانوادگی پدر:	Date of Birth: تاریخ تولد: ۱۳۸۲	National/Segment code: کد ملی / کد آمایش:
Patient Companion Name & Family Name: نام و نام خانوادگی همراه:	<input type="checkbox"/> ندارد <input checked="" type="checkbox"/> دارد Patient Companion: همراه بیمار Tel: تلفن بیمار:	Nationality: ملیت:	Marital Status: وضعیت تاهل: مجرد
Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش: شغل: Job: بلاگر	No Of Children: تعداد فرزندان:	Education Level: سطح تحصیلات: دانش آموز
نوع اختلال روانپزشکی (بر اساس تشخیص پزشک):			
Basic Insurance: بیمه پایه:			
<input type="checkbox"/> سلامت ایرانیان <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> فاقد بیمه			
Complementary Insurance: بیمه تکمیلی:			
نحوه ورود/ارجاع به واحد مددکاری اجتماعی:			
Arrival/Referral Type: <input type="checkbox"/> خود <input type="checkbox"/> ارجاع <input type="checkbox"/> ارجاع از کادر درمان <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های دولتی <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های غیر دولتی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> Other نام سازمان یا فرد ارجاع دهنده: کلانتری علت اولیه ارجاع: بی قراری و پرخاشگری تریاژ (ارزیابی سریع)			

ساعت و تاریخ	گروه های پر خطر (تشخیص اولیه)	شدت وضعیت جسمانی	پوشش بیمه ای و هویتی	وضعیت همراه موثر
	-بیمار عضو گروه های آسیب پذیر اجتماعی است -بیمار قربانی خشونت است	-اختلال روان بدون بیماری جسمی	-فرد ایرانی دارای مدارک هویتی و بیمه ی درمانی	-همراه موثر دارد

شرح ارزیابی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد: با توجه به تریاژ انجام شده بیمار در اولویت پیگیری قرار دارد، پیشنهاد می شود در ارزیابی جامع وضعیت مادر بیمار به عنوان همراه مورد بررسی بیشتری قرار بگیرد.

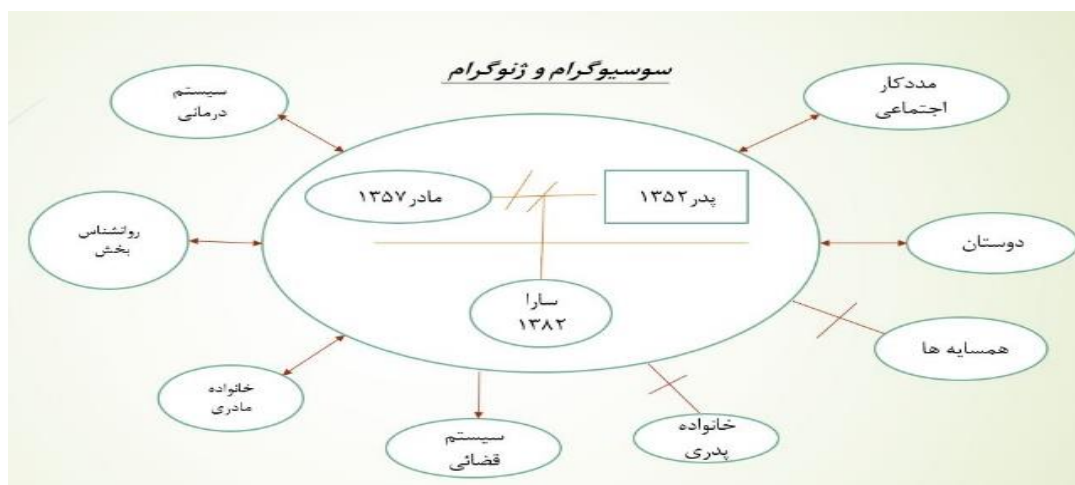
پیشنهادات تیم بین رشته ای در ارتباط با فرآیند درمان و مراقبت از بیمار: با توجه به خلق بیمار، نیاز به بستری و درمان دارد و نیاز به حمایت روانشناختی برای بیمار و خانواده وجود دارد.

(ارزیابی جامع)

تاریخچه ی بیماری: بیمار فاقد سابقه بستری قبلی می باشد، فاقد بیماری جسمی می باشد، طی مراجعه بیمار به همراه مادر به دادسرا به همراه مامور کلانتری به بیمارستان ارجاع شده است. طی ارزیابی روانی اجتماعی انجام شده بیمار ابتدا مشکل را مشکلات ارتباطی با مادر عنوان کرد و سپس طی جلسات متعدد مصاحبه مشکل پنهان بیمار کشف گردید (مشکل بیمار از سفر تفریحی که داشته شروع شده است و در سفر مورد تجاوز قرار گرفته است و این موضوع فشار روانی زیادی را برای بیمار به همراه داشته است)

عملکرد فردی بیمار: بیمار توانایی انجام فعالیت های روزانه خود مانند مصرف دار و تغذیه و بهداشت را دارد و دارای خلق پایین می باشد.

اطلاعات و روابط خانوادگی: پدر و مادر بیمار از هم جدا شده و بیمار با مادر خود زندگی می کند، مادر از حیث مشکلات روانشناختی با ارجاع به روانشناس مورد بررسی قرار گرفت و تشخیص افسردگی گرفته و دارودرمانی را طبق نظر روانپزشکی شروع کرده است
سوسیوگرام خانواده به صورت زیر ترسیم می شود:



وضعیت شغل، بیمه و منابع مالی: بیمار دارای بیمه خدمات درمانی می باشد، شغلی فعلی بیمار بلاگر اینستاگرام است و از همین راه درآمد دارد، به همراه مادر و در مسکن استیجاری زندگی می کنند، مساله قانونی مورد بررسی نامه قضایی مبتنی بر بهزیستی می باشد که نیازمند بررسی بیشتر است، فاقد بیمه تکمیلی می باشد، پیشنهاد مددکار اجتماعی و تیم درمان با توجه به ارزیابی و مداخلات انجام شده مراقبت خانگی پس از ترخیص می باشد و تاکید بر مصرف به موقع دارو جهت رفع علائم تنش و بی قراری بیمار است.

فرهنگ، باورهای مذهبی بیمار و خانواده: بیمار و خانواده ابتدا نسبت به مصرف دارو و درمان روانپزشکی طبق باورهای شکل گرفته مقاومت نشان داده و سپس طی جلسات متعدد و تکنیک مصاحبه انگیزشی توسط مددکار بخش تمایل به همکاری در ادامه روند درمان و مراجعه به روانپزشک را داشتند، بهتر است در خصوص معنا و ارزش های زندگی با توجه به مشکل بیمار بیشتر پرداخته شود و برای حل این مشکل هم بیمار و هم مادر وی به روانشناس ارجاع و پیگیری انجام شد.

وضعیت مراقبین: ارزیابی وضعیت مراقب(مادر) انجام و طبق نظر تیم درمان(روانپزشک، روانشناس و مددکار اجتماعی) مادر می تواند مراقبت از فرزند خود را در طول مدت بیماری بر عهده بگیرد بر همین اساس جلسات متعدد روانشناسی برای ارزیابی روان بیمار و آموزش نحوه ارتباط با بیمار برای مادر تشکیل شد.

عملکرد اجتماعی: با توجه به مشکل به وجود آمده برای بیمار(تجاوز) بیمار در معرض خطر خودکشی است، نیاز به حمایت دارد، خانواده مادری و مادر بیمار منابع مهم حمایتی وی هستند، به دلیل بستری در بیمارستان بیمار نگران مشکلات تحصیلی خود بود که با پیگیری مددکار بخش و صحبت با مدرسه این نگرانی تا حدودی کاهش پیدا کرد، خانواده و بیمار به دلیل نامه قضایی مبنی بر تحویل به بهزیستی نگران بوده که با گزارش مددکاری اجتماعی و بررسی مددکاران اجتماعی دادسرا مقرر شد بیمار پس از ترخیص به خانواده تحویل گردد.

نقاط قوت و ضعف های بیمار:

از توانمندی های شناسایی شده وجود مهارت های ارتباطی خوب بیمار بود که با توجه به شغلی که داشت این موضوع کاملاً واضح بود همچنین طی صحبت با مدیرمدرسه از بهره هوشی بالایی برخوردار بود. یکی از نقاط قوت دیگر همکاری خوب بیمار و خانواده با کادر درمان بود و باعث تسهیل روند بهبودی و درمان بیمار شد. از محدودیت های شناسایی شده وجود تعارض بین بیمار و مادر وی بود که به علت اختلاف بر سر یکسری مسائل از قبیل طرز لباس پوشیدن و توقعات بیمار مشکلاتی را به وجود آورده بود. جدایی پدر و مادر و عدم حمایت پدر از بیمار جز نقاط ضعف شناسایی شده می باشد. انگیزه بهبودی در بیمار و خانواده کاملاً پررنگ بود و هر دو به دنبال بهتر شدن وضعیت و حالت روانشناختی خود بودند.

پیامدهای بیماری: می توان به آسیب به خود، مشکل در روابط خانوادگی، مشکل در تحصیل و مشکل در شغل اشاره کرد. تا حدی مشکلاتی در اجرای وظایف روزانه را ممکن است تحت الشعاع قرار دهد.

جمع بندی و شرح ارزیابی تکمیلی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد: با توجه به ارزیابی انجام شده بیمار در سطح فردی نیاز به مداخله روانشناختی، در سطح خانوادگی نیاز به حمایت روانشناختی و آموزش و در سطح اجتماعی نیز نیاز به مداخله مددکار اجتماعی دارد.

برنامه ریزی و مداخله

اهداف مداخله:

- بررسی مسائل ارتباطی بیمار با مادر در هفته نخست بستری
- بررسی و ارزیابی وضعیت روانشناختی مادر طی روزهای نخست بستری
- آموزش نحوه تعامل با بیمار توسط مددکار بخش و روانشناس به مادر در طی هفته دوم بستری بیمار
- ارجاع بیمار به پزشکی قانونی با توجه به تجاوز انجام شده و ارجاع به وکیل جهت ادامه روند پیگیری قضایی و شکایت
- پیگیری مسائل حقوقی بیمار از طریق کارشناس واحد حقوقی با توجه به نامه قضایی در هفته اول بستری و قبل از ترخیص بیمار
- پیگیری پس از ترخیص جهت حصول اطمینان از مراقبت موثر

مداخلات مددکار اجتماعی		
شرح و نتیجه مداخله	عنوان مداخله	تاریخ مداخله
وجود مشکلات ارتباطی - عدم تعاملات سازنده بیمار با مادر - وجود نگرانی تحصیلی -	ارزیابی روانی اجتماعی بیمار	
جدایی پدر و مادر از یکدیگر - تعامل و حمایت خانواده مادری (خاله و دایی) - وجود مشکل روانشناختی مادر و خلق پایین	ارزیابی روانی اجتماعی خانواده	
مشاوره در زمینه فردی شامل افزایش انگیزه و امید به زندگی با تکنیک های همدلی، انعکاس احساس و محتوا، مصاحبه انگیزشی نشان دادن توانمندی های بیمار تمرکز روی رویکرد توانمندسازی و استفاده از رویکرد نقاط قوت	مشاوره فردی	
مشاوره با مادر و خاله بیمار و آموزش نحوه تعامل با بیمار، ارائه اطلاعات در خصوص مشکلات بیمار	مشاوره و آموزش خانوادگی	
حمایت روانشناختی از بیمار توسط مددکار بخش و روانشناس بخش	حمایت یابی درون سازمانی	
ارجاع به سازمان پزشکی قانونی و حضور پزشکی قانونی در بیمارستان و انجام آن - ارجاع به دادسرا جهت رفع منع قانونی بیمار	ارجاع برون سازمانی	
ارجاع مادر به روانشناس - ارجاع مادر به درمانگاه سرپایی روانپزشکی بیمارستان	ارجاع درون سازمانی	
آیا بیمار به حمایت اقتصادی نیاز دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/>		
درصد/ مبلغ حمایت اقتصادی بر اساس گروه های هدف:		
<p>نکات و توصیه های حین و پس از ترخیص:</p> <p>بهبتر است مجددا در خصوص نحوه تعامل با بیمار و مصرف داروهای روانپزشکی تجویز شده توسط روانپزشک با مادر صحبت شود تاکید بر مصرف داروی به موقع و در صورت نیاز در اختیار گذاشتن شماره ثابت واحد جهت ارتباط با مددکار بیمارستان در صورت بروز مشکل انجام بازدید منزل برای بیمار در برنامه قرار گرفت.</p>		
پیگیری و ارزشیابی		
نیاز به پیگیری پس از ترخیص دارد؟ <input type="checkbox"/> ندارد <input checked="" type="checkbox"/> دارد		
بیمار دارای اولویت پیگیری است؟ بله		
تناوب پیگیری: هر ماه تا سه ماه پس از ترخیص	شیوه ی پیگیری: تلفنی و در صورت امکان حضوری	
اهداف و برنامه پیگیری:		
<ul style="list-style-type: none"> - بررسی نحوه تعامل بیمار و خانواده - بررسی مسائل و مشکلات احتمالی بیمار پس از ترخیص - حصول اطمینان از مراقبت موثر خانواده 		
گزارش پیگیری ها:		
تاریخ پیگیری	شیوه پیگیری	نتیجه پیگیری
یک ماه پس از ترخیص	تلفنی	با بیمار به صورت تلفنی صحبت به عمل آمده در وضعیت خوبی از نظر روانشناختی قرار دارد - مشکل خاصی را در زمینه تعامل با مادر مطرح نمی کند - داروها مصرف و دارای خلق بهتری می باشد -

در ماه دوم پس از ترخیص		حضوری		به صورت حضوری طی هماهنگی قبلی پیگیری صورت گرفت، وضعیت مادر از نظر روانشناختی بررسی و همچنان تحت نظر روانپزشک است، در خصوص مصرف دارو توسط روانپزشک تیم راهنمایی لازم انجام شد - وضعیت تعامل مادر و بیمار بهبود پیدا کرده است		
ترخیص ایمن بیمار	همکاری بیمار در فرآیند مراقبت و ترخیص	همکاری خانواده و همراهان در فرآیند مراقبت و ترخیص	وجود منابع و امکانات موثر	همکاری بین سازمانی موثر	سایر اهداف تدوین شده	ارزشیابی نهایی
<ul style="list-style-type: none"> ■ دستیابی موفق □ دستیابی نسبی □ دستیابی ناموفق 	<ul style="list-style-type: none"> ■ همکاری و مشارکت کامل □ همکاری و مشارکت ضعیف □ عدم همکاری و مشارکت □ عدم موضوعیت با توجه به شرایط 	<ul style="list-style-type: none"> ■ همکاری و مشارکت کامل □ همکاری و مشارکت ضعیف □ عدم همکاری و مشارکت □ عدم موضوعیت با توجه به نداشتن خانواده و همراه 	<ul style="list-style-type: none"> ■ استفاده‌ی موثر از منابع موجود و یا جلب منابع لازم □ استفاده‌ی نسبی از منابع موجود استفاده‌ی موثر از منابع موجود و یا جلب منابع لازم به دلیل کمبود امکانات □ عدم استفاده از منابع موجود و یا جلب منابع لازم 	<ul style="list-style-type: none"> ■ همکاری موثر بین سازمانی و بین‌بخشی □ ضعف همکاری بین سازمانی و بین‌بخشی □ همکاری غیرموثر بین سازمانی و بین‌بخشی □ عدم موضوعیت 	<ul style="list-style-type: none"> ■ دستیابی موفق □ دستیابی نسبی □ دستیابی ناموفق 	<ul style="list-style-type: none"> ■ مداخله‌ی موثر □ مداخله‌ی نیمه موثر □ مداخله‌ی ناموثر
<p>بررسی وضعیت عود بیماری: در طی پیگیری به عمل آمده خوشبختانه بیماری عود نکرده است و بیمار روند خوبی را سپری کرده است . بررسی وضعیت تبعیت درمانی: داروها طبق نظر روانپزشک مصرف شده است. ارزشیابی پیگیریهای صورت گرفته: با توجه به بررسی صورت گرفته بیمار و خانواده در وضعیت خوبی قرار دارند. جمع بندی نهایی: با توجه به ارزیابی، مداخلات و ارزشیابی به اهداف تدوین شده دست پیدا کردیم.</p>						
<p>نام ونام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:</p>						

بخش سوم : استانداردهای

عمل و خود مراقبتی

استانداردهای عمل مددکاران اجتماعی در عرصه بیماران دارای اختلال روان

مددکاران اجتماعی عضوی از تیم بین رشته ای و دارای دانش و مهارت های لازم در حوزه کار با بیماران دارای اختلال روان می باشند. حوزه فعالیت آنها شامل مداخله بالینی، آموزشی، حمایت یابی و مدیریت مورد می باشد. استانداردهای عمل مددکاری اجتماعی در دو مرحله سرپایی و بستری ارائه می گردد .

استانداردهای عملیاتی برای خدمات مددکاری اجتماعی در مرحله سرپایی

- غربالگری روزانه بیماران تازه وارد به بیمارستان تا ساعت ۹
- ارزیابی روانی اجتماعی مختصری از تمامی بیماران
- نتایج ارزیابی باید در تیم بررسی گردد .
- برنامه مداخلاتی براساس رویکرد مدیریت مورد انجام گردد .
- ثبت مستندات در سامانه HIS
- در صورت نیاز، برنامه ریزی برای جلسات بعدی انجام خواهد شد.
- اعضای خانواده باید با رضایت بیمار در تمام مراحل پیگیری شرکت داشته باشند.

استانداردهای عملیاتی مددکار اجتماعی روان پزشکی برای بیماران بستری

۱. کار دقیق با بیمار

۲. ارزیابی روانی اجتماعی و مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی

۱. کار دقیق

- بیمار بستری به مددکار اجتماعی ارجاع داده می شود .

تشخیص چند محوری مذکور در ذیل، باید دنبال شود:

- محور ۱: تشخیص بالینی
- محور ۲: اختلالات شخصیت/ اختلال رشد فکری
- محور ۳: شرایط بالینی و تشخیص های شناخته شده
- محور ۴: عوامل روانی- اجتماعی و محیطی
- محور ۵: ارزیابی کلی عملکرد

برای مثال: برای یک بیمار مبتلا به اختلال عاطفی دوقطبی و سایر مسائل از تشخیص چند محوری زیر استفاده می شود.

- محور ۱: اختلال عاطفی دو قطبی
 - محور ۲: اختلال شخصیت عاطفی ناپایدار
 - محور ۳: دیابت نوع ۲
 - محور ۴: اختلاف زناشویی، شغل پر استرس
 - محور ۵: اختلال محدود در عملکرد
- دستورات روانپزشکی به مددکار اجتماعی روان پزشکی ارائه می شود.
- پیشنهادات معین ترکیب خواهند شد.
- شرح کیس به مسئول مددکار اجتماعی ارائه می شود .

راهنمای خود مراقبتی مددکاران اجتماعی

خودمراقبتی:

خودمراقبتی شامل اعمالی است اکتسابی، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده شان انجام می دهند تا تندرست بمانند، از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود حفاظت کنند، نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی خود را برآورده سازند، از بیماری ها یا حوادث پیشگیری کنند، بیماری های مزمن خود را مدیریت کنند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند .

حیطه های خودمراقبتی:



برای مطالعه ی بیشتر به کتاب خود مراقبتی اجتماعی با بیمار و خانواده و طرح آموزش خود مراقبتی اجتماعی به بیمار و خانواده ایشان به نامه شماره ۴۰۰۰/۱۹۱۷۳ مورخ ۱۴۰۲/۰۸/۰۱ مراجعه

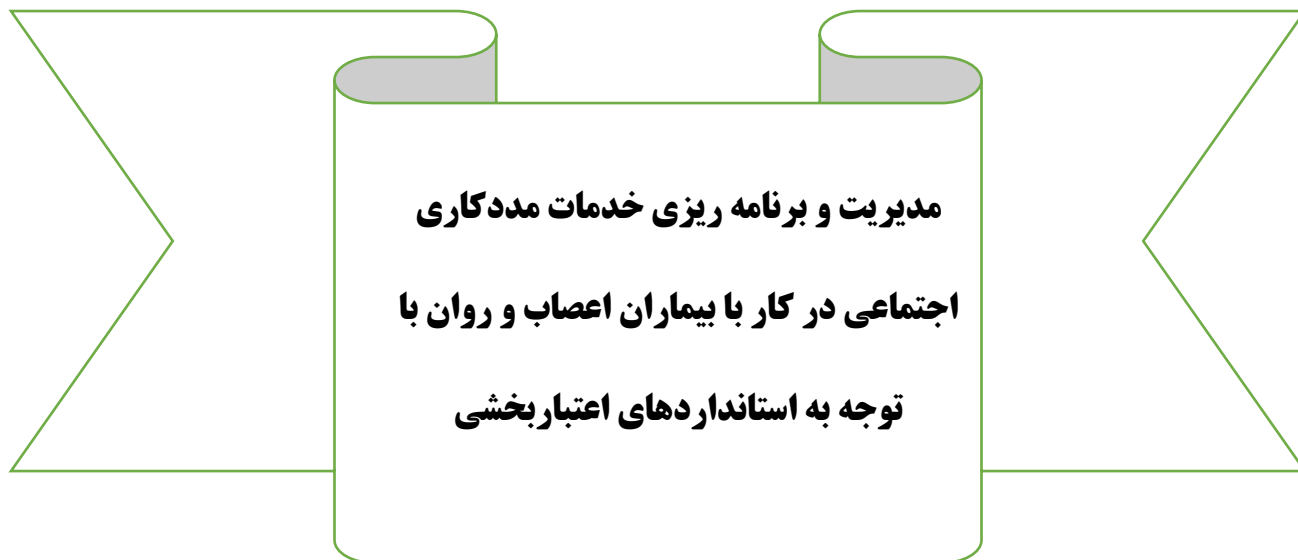
مددکاران اجتماعی به دلیل حضور در محیط کاری پر استرس با گروه هدف آسیب دیده و در معرض آسیب مواجهند که خود نیز تحت تاثیر آن شرایط قرار می گیرند. افراد شاغل در حرفه های مراقبتی تلاش می کنند تا با ارائه حمایت های عاطفی و روانی (مانند همدلی) استراتژی های مقابله ای، مهارت های مدیریت شناختی قوی تر رفتار و عواطف مراجعان خود را تغییر دهند. در چهارچوب مراقبت های رسمی، خدمات رسانی به افراد آسیب دیده یا در معرض آسیب می تواند استرس زا باشد. عمده ترین علت بروز خستگی در شاغلان سالم مواجهه با استرس طولانی مدت است. علاوه بر آن، به دلیل فرهنگ سازمانی حاکم بر مراکز درمانی و عدم حمایت از مددکاران اجتماعی و عدم برخورداری از مزایای رفاهی کافی، این خستگی مضاعف شده است. بر همین اساس مددکاران اجتماعی برای ارتقا سلامت خود در محل کار و در منزل باید طیف گسترده ای از حیطة های سلامت را مورد توجه قرار دهند و به عبارت دیگر به مباحث خودمراقبتی توجه کنند. خودمراقبتی مددکاران اجتماعی بر کیفیت ارائه خدمات به مراجعین، تعهد و مشارکت کاری تاثیرگذار است.

نحوه سنجش و ارزیابی:

به منظور سنجش خستگی از پرسشنامه ی استاندارد 100^1 می توان استفاده کرد. این پرسشنامه یکی از جامع ترین و کامل ترین ابزار سنجش خستگی چند بعدی است. این پرسشنامه با ارزیابی پنج بعد خستگی شامل خستگی عمومی، خستگی جسمانی، کاهش فعالیت، کاهش انگیزه و خستگی ذهنی درک عمیق تر و دقیق تری از میزان خستگی مددکاران اجتماعی فراهم کرد. در واقع MF خستگی را آنطور که فرد احساس و بیان می کند، اندازه می گیرد. این پرسشنامه قابلیت استفاده در جمعیت بیماران و افراد سالم را دارد و شامل ۲۰ گویه است که براساس مقیاس پنج امتیازی لیکرت (از ۱ = بلی کاملاً درست است تا ۵ = خیر کاملاً غلط است) امتیازدهی می شود. در نهایت جمع امتیازات بالاتر نشانگر خستگی بیشتر فرد است. برای هر یک از ابعاد، چهار سؤال در نظر گرفته و در نگارش آنها نیز همزمان از جهتگیریهای مثبت و منفی استفاده شده است تا احتمال سوگیری پاسخدهندگان کاهش یابد. نمره کل هر حیطة ۴ تا ۲۰ و نمره کل خستگی که با جمع نمرات حیطة ها مشخص می شود، بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. این پرسشنامه را برای نخستین بار اسمتس در سال ۱۹۹۶م ارائه کرد و روایی و پایایی آن نیز در ۲ گروههای مختلف جمعیت شناختی، مانند بیماران مبتلابه سرطان که تحت درمان با روش رادیوتراپی بودند، بیماران مبتلا به سندروم خستگی مزمن، دانشجویان سال اول روانشناسی و پزشکی، سربازان و دانشجویان سال سوم پزشکی ارزیابی شد. ضریب آلفای کرونباخ برای این مطالعه نیز ۰.۶۹ به دست آمد.

پس مشخص شدن نتایج آزمون مسئولین مربوطه متناسب با هر بعد سیاست هایی برای حمایت و کاهش مشکلات مددکاران اجتماعی باید اتخاذ کنند .

بخش چهارم : مدیریت و برنامه ریزی خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان



در ادامه نمونه ای از خط مشی و روش مددکاری اجتماعی در حوزه ی مدیریت و برنامه ریزی اقدامات مددکاری اجتماعی برای الگو برداری قرار داده شده است. انتظار می رود هر مددکار اجتماعی با توجه به فرآیندهای درون بیمارستانی، این خط مشی و روش را مورد بازنگری قرار دهد.

عنوان خط مشی و روش: مدیریت و برنامه ریزی خدمات مددکاری اجتماعی در کار با بیماران دارای اختلال روانپزشکی

دامنه خط مشی و روش: کلیه ی بخش های درمانی و پشتیبانی بیمارستان

تاریخ آخرین بازنگری:

تاریخ آخرین ابلاغ:

کد خط مشی و روش:

شماره ویرایش:

صفحه: ۴

گروه هدف: کلیه ی بیماران اعصاب و روان مراجعه کننده به بیمارستان ها (به صورت بستری یا سرپایی)

بیانیه خط مشی و روش:

چرایی: لزوم مدیریت، برنامه ریزی در راستای حمایت و شناسایی بیماران دارای اختلال روانپزشکی و نیازمند دریافت خدمات مددکاری اجتماعی

هدف:

- رسیدگی و تکریم ارباب رجوع، حفظ شخصیت بیمار و احترام به وی ، تحقق مفاد منشور حقوق بیمار
- حمایت از بیماران اعصاب و روان و خانواده های آنان
- ارائه ی حداکثر حمایت یابی و منابع اجتماعی به بیماران اعصاب و روان
- برنامه ریزی و مدیریت مداخلات تخصصی و حرفه ای به بیماران اعصاب و روان
- ترخیص ایمن بیماران

سیاست:

- پیروی از سیاست های کلی حمایت از گروه های آسیب پذیر
- فراهم نمودن امکانات بیمارستان در راستای ترخیص ایمن و سریع بیماران

شیوه انجام کار

۱- نحوه شناسایی و مشارکت صاحبان فرایند مددکاری اجتماعی

مددکاری اجتماعی به منظور شناسایی سریع و به موقع بیماران اعصاب و روان نیازمند دریافت خدمات، از دو فرآیند راند و تریاژ استفاده می کند. فهرستی از گروه های هدف واحد مددکاری اجتماعی تهیه شده و در اختیار کلیه ی بخش های بیمارستان قرار می

گیرد. افراد نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی که براساس این خط مشی و روش، بیماران مبتلا به انواع اختلالات روان هستند، از طریق واحد های پرستار اورژانس یا پرستار تریاژ، کارشناسان واحد ترخیص و پذیرش، منشی بخش ها، واحد انتظامات، روسای بخش های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران به صورت تلفنی، یا حضوری در فرآیند راند یا تریاژ به مددکار اجتماعی معرفی شده و در سیستم HIS ثبت می شوند و مددکار جهت انجام ارزیابی های تخصصی و تدوین برنامه های مداخله ای بر بالین بیمار یا در بخش های سرپایی حاضر می شود.

۲- ملاکها و روشهای ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان توسط مددکار اجتماعی

مددکار اجتماعی به منظور ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان از ابزارهای مختلفی مانند مشاهده، مصاحبه و بازدید منزل، مطالعه پرونده ی بالینی و سوابق پیشین مراجع استفاده می کند. در راند روزانه بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار را مورد ارزیابی تخصصی قرار می دهد، پرونده ی پزشکی را مطالعه نموده و در صورت لزوم با پزشک و پرستار بیمار نیز صحبت می کند یا در جلسات گروهی که مرتبط با بیمار تشکیل می شود شرکت می کند. در صورتی که بیمار از بیرون از بیمارستان و سایر مراکز مانند کلانتری، دادگاه، اداره ی زندان ها، سازمان بهزیستی، مراکز بهداشتی ارجاع شده باشد، مطالعه ی صورتجلسات ارائه شده توسط این سازمان ها یا تماس با کارشناس مربوطه می تواند اطلاعاتی را از بیمار در اختیار مددکار اجتماعی قرار دهد. همچنین هر مددکار اجتماعی بنا به تجربه و دانش حرفه ای خود از معیارهای مشخصی جهت سنجش استحقاق بیماران استفاده می کند که ممکن است به صورت چک لیست یا فرم های مدون در این واحد وجود داشته باشد. در بیمارستان های روانپزشکی یا بخش های روان، ارزیابی فرایندی مستمر است که با توجه به شرایط بیمار در زمان های مختلف و با استناد به منابع متعدد انجام می شود.

۳- تعیین معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی

بخشی از معیارهای شناسایی مددجویان از طریق دستورالعمل های مشخص در قالب حمایت از بیماران نیازمند، مجهول الهویه و افراد رها شده به واحدهای مددکاری ابلاغ شده است بخشی هم در پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی معرفی شده اند. از سوی دیگر هر مددکار اجتماعی با توجه به شرایط فرهنگی و بومی که در آن زندگی می کند معیارهای شخصی شده ای نیز برای شناسایی بیماران نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی دارد که بر گرفته از تجارب کاری و شخصی وی می باشد. مراجعین این واحد از طریق ارجاع درون بخشی (به صورت تلفنی یا ثبت در سامانه اطلاعاتی بیمارستان) و یا ارجاع از نهادها و موسسات دولتی و خصوصی، شناسایی در فرآیند راند و تریاژ مددکار و یا به صورت خود معرف مراجعه می کنند.

۴- نحوه اطلاع رسانی معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی به بخشهای مختلف بیمارستان

مددکار اجتماعی فهرستی از گروه های هدف تهیه کرده و در اختیار مسئولین بخش ها و مدیر پرستاری قرار می دهد و در راندهای روزانه، کمیته های بیمارستانی و جلسات آموزشی، فهرست این گروه ها را با کارکنان بالینی مرور می کند. در بخش های روان بیمارستان های عمومی، بیماران اعصاب و روان یکی از گروه های هدف مددکاری اجتماعی محسوب می شوند که در کنار سایر بیماران از خدمات این واحد استفاده خواهند کرد. توصیه می شود در بیمارستان های روانپزشکی و بخش های روان سایر بیمارستان ها همه ی بیماران توسط مددکاران اجتماعی مورد ارزیابی قرار گیرند.

۵- نحوه هماهنگی بخشهای مختلف بیمارستان با مددکاری برای ارائه خدمات به مددجویان آسیب پذیر اجتماعی با استفاده از سامانه اطلاعات بیمارستان

کلیه ی بخش های بیمارستان جهت ارجاع بیمار نیازمند به خدمات مددکاری با ورود به سامانه ی HIS و پرونده ی بالینی بیمار، مراتب نیازمندی و شرح خدمت لازم را تکمیل می کنند، مددکار اجتماعی از طریق گزارش گیری از سامانه ی مورد نظر و بررسی پذیرش های جدید، گزارش مربوط به بیمار را دریافت نموده و جهت پیگیری های بیشتر بر بالین بیمار حاضر می شود.

۶- شناسایی، اولویت بندی و برنامه ریزی نیازهای بومی و شایع بیماران در بیمارستان توسط واحد مددکاری اجتماعی

مددکار اجتماعی کلیه ی اطلاعات مربوط به دریافت کنندگان خدمت را در قالب فایل اکسل، جمع بندی می کند و آمار و اطلاعات استخراج شده را هر ماه به معاونت درمان دانشگاه ارسال می نماید. نتایج حاصل از این آمارگیری باعث شناسایی بیماری های شایع و نیازهای بومی می شود. لازم است مددکار اجتماعی این نیازها را اولویت بندی کرده و براساس نوع نیاز و گروه هدف، برنامه ریزی های لازم را در جهت تصحیح فرآیندهای خدمت رسانی و افزایش حداکثری حمایت یابی های درون و برون سازمانی انجام دهد. در این راستا می تواند از خدمات سایر سازمان های امدادی رفاهی و موسسات خیریه و مشارکت های مردمی نیز استفاده نماید. اطلاعات مربوط به بیماران اعصاب و روان در اکسل مربوط به این بیماران به صورت مجزا تکمیل می گردد. نتایج حاصل از اولویت بندی و شناسایی نیازهای بیماران هم در کمیته های بیمارستانی مطرح شده یا به صورت گزارش برای کارشناس مسئول مددکاری اجتماعی ارسال می شود. همچنین مددکاران اجتماعی می توانند در جلسات بیرون از بیمارستان، مسئولین مربوطه را از نتایج نیازمندی های بیماران مطلع کنند.

۷- نحوه هماهنگی با نهادها، سازمانها و موسسات مرتبط خارج از بیمارستان و استفاده مناسب از خدمات آنها برای

حمایت از مددجویان

مددکار اجتماعی باید بانک اطلاعاتی از نام و مشخصات نهادها، سازمان ها و موسسات مرتبط با بیمارستان مشخصات فرد پاسخگو در سازمان مورد نظر را تهیه کند. آدرس و شماره تلفن های تماس از مواردی است که باید در این بانک اطلاعاتی وجود داشته باشد. لازم است که از دستورالعمل ها و شیوه ی کار این سازمان ها آگاهی کامل داشته و از طریق تماس تلفنی یا مراجعه ی حضوری ارتباط مناسبی را با این سازمان ها برقرار نماید. اهداف این ارتباط بین سازمانی برای دو طرف باید مشخص و شفاف باشد و در صورت لزوم از تفاهم نامه های بین سازمانی برای تسهیل فرآیندهای کاری استفاده نماید. در صورت ارجاع برون سازمانی بیماران، این کار بصورت مکتوب و با تکمیل فرم ارجاع انجام شود. در صورت امکان تعیین رابط در هر سازمان می تواند کمک کننده باشد. استفاده از جلسه های کاری مشترک و ارائه ی آمار و ارقامی از نتایج همکاری های صورت گرفته می تواند و بیان مشکلات احتمالی و برنامه ریزی در راستای اصلاح آن، هماهنگی های برون سازمانی را تقویت می کند.

۸- نحوه ارائه خدمات مددکاری به بیماران اعصاب و روان مجهول الهویه، بی خانمان و بدون همراه

در مورد بیماران اعصاب و روان کارتن خواب، بی خانمان، فاقد خانواده و همراه موثر در مرحله ی اول هماهنگی های لازم جهت احراز هویت و اخذ شماره ملی و نام پدر از اداره ثبت احوال انجام می شود، پیگیری های قضایی از طریق واحد حقوقی جهت تعیین هویت بیمار انجام می شود. پس از آن؛ استعلام از سازمان های بیمه گر و تعیین وضعیت بیمه برای بیمار انجام شده و در صورت وجود بیمه ی درمانی مددکار اجتماعی نسبت به تمدید اقدام می کند. در صورت عدم وجود بیمه ی درمانی، با هماهنگی نماینده ی بیمه ی درمانی نسبت به صدور بیمه نامه اقدام می شود. در پایان فرآیند درمان، هزینه های بیمار با توجه به پروتکل حمایت های اقتصادی تخفیف داده می شود.

برای هر تخفیف هزینه مددکار اجتماعی موظف است وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیمار را بررسی و گزارش آن را در فرم مدیریت مورد ثبت کرده و در پرونده ی بالینی قرار دهد. در مورد بیماران مجهول الهویه به محض ورود بیمار به

بیمارستان مراتب از طریق واحد انتظامات به پلیس آگاهی اطلاع داده می شود و صورتجلسه ی مربوطه در پرونده بیمار ضمیمه می شود.

۹- نحوه و محدوده حمایت های مالی از مددجویان نیازمند

کلیه ی حمایت های مالی از بیماران نیازمند پیرو دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و درمان و پروتکل حمایت اقتصادی می باشد و شامل بیماران نیازمند و بیماران اعصاب و روان می باشد. تخفیف هزینه درمانی بیماران سرپایی و بستری و با بررسی و تشخیص مددکار اجتماعی و مطابق با دستورالعمل ها و ردیف های بودجه ای ابلاغی انجام می گردد. برای هر تخفیف هزینه (حمایت اقتصادی) مددکار اجتماعی موظف است وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیمار را بررسی و مطابق با پروتکل حمایت های اقتصادی درصد مورد نظر را اعمال کند و گزارش آن را در فرم ارزیابی تخصصی و مدیریت مورد و در HIS ثبت می نماید. در صورت نیاز افراد نیازمند و آسیب پذیر به تجهیزاتی مانند ساکشن، تشک موج و سایر برای نگهداری بیمار در منزل افراد توسط مددکار اجتماعی به سازمان بهزیستی، موسسات خیریه و افراد خیر معرفی می گردد. در صورت نیاز بیماران اعصاب و روان به انجام خدمات پاراکلینکی در خارج از مرکز مانند آزمایش و سونوگرافی و یا به تهیه تجهیزات مورد نیاز عمل جراحی و یا مورد نیاز در بخش با گزارش مددکاری و هماهنگی با مدیریت و حسابداری و یا از محل مساعدت های مردمی و افراد خیر اقدام می شود. مددکار اجتماعی می تواند بیماران نیازمند را از محل منابع مالی جمع آوری شده از خیرین و مشارکت های مردمی نیز مورد حمایت قرار دهد. مجموع هزینه ها به تائید واحد حسابداری رسیده و در بانک اطلاعاتی واحد مددکاری ثبت و نگهداری می شود. عملکرد ماهیانه ی مددکاری اجتماعی در حوزه ی حفاظت مالی بیماران به تائید ریاست بیماران رسیده و هر سه ماه برای معاونت درمان ارسال می گردد.

۱۰- نحوه ارزیابی عملکرد مددکاری اجتماعی و بازنگری مستمر روشها به منظور بهبود مستمر خدمات مددکار

عملکرد واحد مددکاری اجتماعی به صورت مستقیم و از طریق عملکرد روزانه این واحد که در دفاتر و فرم های مربوطه ثبت و نگهداری می شود قابل ارزیابی است. همچنین مسئولین مربوطه مانند رابط استانی و یا مدیریت بیمارستان می توانند از فرم ها و چک لیست های ویژه ای برای ارزیابی استفاده کنند. مقایسه ی روند کار واحد مددکاری و میزان دستیابی به اهداف سازمانی نیز از جمله روش های ارزیابی محسوب می شود.

کارکنان مرتبط: کارکنان بخش های بالینی، مددکار اجتماعی بیمارستان

صاحبان فرآیند: مددکار اجتماعی بیمارستان، روسای بخش های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران، واحد اطلاعات سلامت، حفاظت فیزیکی بیمارستان، کمیته اخلاق بالینی

ذینفعان: کلیه ی پرسنل، بیماران و همراهان

مسئول پاسخگو: مسئول مددکاری اجتماعی بیمارستان

نحوه نظارت بر اجرای خط و مشی و روش: نظارت مستقیم توسط مسئول مددکاری اجتماعی

منابع وامکانات: دسترسی به سامانه اطلاعاتی بیمارستان و فرم های ارزیابی و مدیریت مورد

منابع و مراجع: منشور حقوق بیمار، پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی، پروتکل حمایت های اقتصادی

تصویب کننده:

تایید کننده:

تهیه کنندگان:

۱. Ahmadi A, Farahbakhsh K, Moatamedy A, Khodaei M, Safi MH. The effectiveness of family psychological training on prevention of recurrence of symptoms in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. ۲۰۲۰; ۸(۳): ۹۳-۱۰۳.
۲. Aminikhoo M, Eskandari H, Falsafinejad MR, Borjali A, Pezeshk S. Self and schizophrenia (A case study). *Clinical Psychology Studies*. ۲۰۱۶; ۶(۲۱): ۲۰۲-۲۰۵.
۳. Amirfaryar M, Baseri A, Arvand J. Life Skills Training on Mental Health of Mothers With Children With Mental Disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. ۲۰۲۰; ۱۰: ۱۲۲-.
۴. Dadgari A, Salmani N, Bagheri I, Fazljo E. The Effect of Education during Discharge on Social Skill in Patients with Schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. ۲۰۲۰; ۷(۶): ۱۱-۷.
۵. Ziłkowska B, Mroczkowska D. Eating disorders in men—epidemiology, determinants and treatment. A narrative review of empirical evidence. *Polish Psychological Bulletin*. ۲۰۲۰: ۲۷۳-۹-۹.
۶. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders ۵: A quick glance. *Indian journal of psychiatry*. ۲۰۱۳; ۵۵(۳): ۲۲۰.
۷. Rancourt D, Boepple L. Current diagnostic systems—including the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-۵; American Psychiatric Association, ۲۰۱۳ (and the International Classification of Diseases, ۱۰th revision (ICD-۱۰; World Health Organization [WHO], ۱۹۹۲)—recognize a number of specific eating disorders that collectively are characterized by persistent alterations in the way food is consumed and. *Handbook of Pediatric Psychology*. ۲۰۱۷: ۴۲۹.
۸. Kim ES, Delaney SW, Tay L, Chen Y, Diener E, Vanderweele TJ. Life satisfaction and subsequent physical, behavioral, and psychosocial health in older adults. *The Milbank Quarterly*. ۲۰۲۱; ۹۹(۱): ۲۰۹-۳۹.
۹. Clauson EK, Berg A, Janlöv A-C. Challenges of documenting schoolchildren's psychosocial health: A qualitative study. *The Journal of School Nursing*. ۲۰۱۵; ۳۱(۳): ۲۰۵-۱۱.
۱۰. Kaplan DB, Berkman B. *The Oxford handbook of social work in health and aging*: Oxford University Press; ۲۰۱۶.
۱۱. Behrouian M, Ramezani T, Dehghan M, Sabahi A, Ebrahimnejad Zarandi B. The effect of emotion regulation training on stress, anxiety, and depression in family caregivers of patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*. ۲۰۲۰; ۵۶: ۱۰۹۵-۱۰۲.
۱۲. Shaban, N., Alipour, F., Ghaedamini Harouni, G., Sabzi Khoshnami, M., Yazdani, A., & Arshi, M. (۲۰۲۰). Social predictors of positive mental health in adult population of Tehran. *Social Work in Mental Health*, 18(۱), ۱-۱۱.