



معاونت درمان

مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

اداره مددکاری اجتماعی

راهنمای مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در حیطه توانبخشی اجتماعی افراد دارای
معلولیت های جسمی _ حرکتی



تحت نظارت:

دکتر سید سجاد رضوی

معاون محترم درمان

دکتر علیرضا عسکری

رئیس محترم مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

اردیبهشت ۱۴۰۴

این راهنما با مشارکت اداره مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان و توانبخشی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و بیمارستان توانبخشی رفیده در حوزه توانبخشی اجتماعی افراد دارای معلولیت- های جسمی و حرکتی به منظور ارائه خدمات مددکاری اجتماعی با رویکرد کار مشارکتی در مراکز درمانی تهیه و تدوین گردیده است.

با این وجود پس از اجرا، بسته به شواهد مکتسبه و ارزیابی های کمیته علمی در فواصل زمانی بر حسب ضرورت مورد بازنگری قرار خواهد گرفت.

مؤلفین: دکتر محمد سبزی خوشنما، دکتر لیلا استاد هاشمی، دکتر سارا نوروزی، دکتر ملیحه عرشی، الهام دانیال، فاطمه غلامی جم، فروغ الیاسی، دکتر فردین علی پور، زلیخا عربکری، نازنین روستا

همکاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: دکتر سید محمد حسین جوادی، دکتر ثریا سیار، طاهره آذری ارقون، دکتر مجید چناپارچی، ماهدخت معماریان، فرزانه یعقوب، دکتر سپیده نفیسی،

همکاران سایر سازمان ها: دکتر فرانک ایمانی (سازمان بهزیستی)

خانم مریم دلیریان (موسسه توانبخشی ولیعصر)

فهرست مطالب

بخش اول.....	۳
کلیات.....	۳
۱-۱- مقدمه.....	۴
۱-۲- تعریف مفاهیم.....	۶
۱-۳- اهداف.....	۱۲
۱-۳-۱- هدف اصلی:.....	۱۳
۱-۳-۲- اهداف فرعی:.....	۱۳
۱-۳-۳- اهداف کاربردی:.....	۱۳
۱-۴- اصول و ارزش‌های حرفه مددکاری اجتماعی.....	۱۳
۱-۵- اصول و ارزش‌های حرفه ای و اخلاقی حاکم بر فرایند توانبخشی اجتماعی.....	۱۴
۱-۶- دانش و مهارت.....	۱۷
۱-۷- الزامات و پیش شرط‌ها.....	۱۸
۱-۸- مخاطب هدف پروتکل.....	۱۸
بخش دوم.....	۲۰
۲-۱- مقدمه.....	۲۱
۲-۲- فرایند مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در توانبخشی اجتماعی.....	۲۴
۲-۲-۱- گام اول: غربالگری اولیه و شناسایی توانخواهان نیازمند مداخله توانبخشی اجتماعی.....	۲۴
۲-۲-۲- گام دوم: ارزیابی جامع توانخواهان و مراقبان خانوادگی.....	۲۵
۲-۲-۳- گام سوم: هدف گذاری مداخله توانبخشی اجتماعی.....	۳۲
۲-۲-۴- گام چهارم: برنامه‌ریزی برای اجرای راه‌حل‌ها و بستن قرارداد.....	۳۳
۲-۲-۵- گام پنجم: مداخلات تخصصی.....	۳۸
۲-۲-۶- گام ششم: ارزشیابی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی.....	۵۲
۲-۲-۷- گام هفتم: ترخیص ایمن توانخواه.....	۵۵
۲-۲-۸- گام هشتم: پیگیری.....	۵۷
پیوست ها.....	۶۰

❖ فهرست جداول

- جدول ۱-۲ - توصیف شایع ترین معلولیت های جسمی - حرکتی، اهداف و پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی آن ۲۶
- جدول شماره ۲-۲ - گانت چارت پیشنهادی ۳۷
- جدول شماره ۳-۲ - اطلاعاتی تکمیلی برای انتخاب رویکرد مناسب ۳۹
- جدول شماره ۴-۲ - جزئیات مداخلات مددکاری گروهی در کار با افراد دارای معلولیت و خانواده های آنان: ۴۱
- جدول شماره ۵-۲ - مداخلات خانواده محور در کار با بیماران دارای معلولیت: ۴۲
- جدول شماره ۶-۲ - قسمت های مختلف یک نمونه از طرح توانبخشی با رویکرد جامعه نگر: ۴۴



فهرست نمودارها و اشکال

- مدل شماتیک شماره ۱-۱ ICF: تعامل بین مولفه های ICF شرایط سلامت و (ناخوشی یا بیماری) ۷
- مدل شماتیک شماره ۱-۲ - فرایند ارائه خدمات مددکاری اجتماعی به بیماران دارای ناتوانی و خانواده های ایشان ۲۳
- مدل شماتیک شماره ۳-۲: ملاحظات و اسناد پیشتیبان خدمات مددکاری اجتماعی در مراکز درمانی: ۴۶

عنوان: راهنمای مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در حیطه توانبخشی افراد دارای معلولیت‌های جسمی - حرکتی

خلاصه راهنمای تخصصی

وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت در کشور شناخته می‌شود که در آن متخصصان مختلف در حیطه‌های متفاوت خدمات گسترده‌ای را ارائه می‌دهند. یکی از نیروهای فعال در نظام سلامت، مددکاران اجتماعی هستند. مددکاران اجتماعی شاغل در مراکز درمانی، بیمارستان‌ها و کلینیک‌های توانبخشی نقش کلیدی در حمایت و سازماندهی بیماران بویژه گروه‌های آسیب‌پذیر دارند. از همین رو با توجه به حساسیت موضوع، اداره مددکاری اجتماعی معاونت درمان در دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی این وزارتخانه درصدد برآمد که با همکاری تیمی از دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و سایر افراد صاحب نظر، راهنمای تخصصی جهت مداخلات مددکاران اجتماعی در حوزه توانبخشی را با فرایندی روشمند و علمی تدوین کند.

در این راهنما، سعی شده است فرایند مداخلات تخصصی مددکار اجتماعی در عرصه توانبخشی افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی برای گروه‌های سنی مختلف اهم از کودکان، بزرگسالان و سالمندان را در بستر تیم بین رشته‌ای در مراکز درمانی، کلینیک‌ها و مراکز توانبخشی را به گونه‌ای تعریف نماید که در صورت اجرای کامل و موثر آن، زمینه ادغام اجتماعی توان خواه در بستر دریافت خدمات توانبخشی اجتماعی و سایر خدمات جامع توانبخشی فراهم شود. راهنمای تخصصی مددکاران اجتماعی در حیطه توانبخشی اجتماعی در دو فصل به شرح زیر تدوین شده‌است:

بخش اول، کلیاتی نظیر ضرورت و بیان مسئله، روش انجام مطالعه، تعریف مفاهیم، اهداف، گروه‌های هدف، دانش و مهارت‌ها، اصول و ارزش‌ها، الزامات و پیش شرط‌های مورد نیاز برای مددکاران اجتماعی را پوشش می‌دهد. در ادامه جزئیات مربوط به روش تحقیق بیان می‌شود. روش تحقیق این مطالعه **روش ترکیبی** است که در چهار مرحله شامل مرور منابع، مطالعه کیفی، تدوین پیش نویس اولیه راهنما و تایید راهنمای اولیه توسط دینفعان و اجرای آزمایشی تدوین شده‌است:

در بخش دوم، فرایند مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در قالب یک مدل شماتیک قابل رویت است. زیر فصل‌ها در این بخش شامل، فرایند ارائه خدمات، انتخاب رویکرد مناسب برای مداخله، سناریوها، تاکید بر مداخلات خانواده محور، جامعه‌محور، شخص محور، گروه محور، مؤسسه محور، فرامؤسسه‌ای، مداخلات مبتنی بر سرپرستی و نظارت، ارزشیابی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی با ذکر فرم و چک‌لیست‌های مرتبط می‌باشد.

در این راهنما، رویکرد مدیریت مورد پایه در مددکاری اجتماعی، رویکرد اجتماعی توانبخشی، رویکرد کار تیمی، رویکرد مبتنی بر نقاط قوت، نظریه‌های مداخله در بحران، سیستمی و ادغام اجتماعی به عنوان چارچوب پایه مداخله و استفاده از سایر رویکردها و مدل‌های نظری و عملی مددکاری اجتماعی و توانبخشی اجتماعی، بر حسب ارزیابی جامع از توانخواه و موقعیت او، به عنوان مبانی نظری مداخلات ثانویه توصیه شده است. در همه مراحل از ارزیابی جامع تا طراحی و اجرای مداخلات، توجه به فردیت مراجع و شخصی سازی^۱ خدمت با توجه به سن، جنسیت، نوع و شدت ناتوانی یا کم توانی، موقعیت فرد و خانواده (ارائه خدمات مراجع محور، خانواده محور) از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده و بر آن تاکید شده

1. Personalization

است. لذا توصیه می شود مددکاران اجتماعی به عنوان مجریان اصلی این راهنمای تخصصی در بستر تیم بین رشته‌ای، ضمن توجه به استانداردهای کاری، از خلاقیت‌های حرفه‌ای خود نیز بهره ببرند.

مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در توانبخشی اجتماعی با محوریت رویکرد مدیریت مورد در قالب گام‌های هشتگانه (۱) غربالگری اولیه و شناسایی توانخواهان نیازمند مداخله توانبخشی اجتماعی، (۲) ارزیابی جامع توانخواهان و مراقبان خانوادگی، (۳) هدف‌گذاری مداخله توانبخشی اجتماعی، (۴) برنامه‌ریزی برای اجرای راه‌حل‌ها و بستن قرارداد، (۵) مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی، (۶) ارزشیابی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی، (۷) ترخیص ایمن توانخواه، (۸) پیگیری تنظیم شد. هر کدام از گام‌ها دارای جزئیات نظیر محتوای علمی، فرم، سناریو و غیره می‌باشند که بر اساس خروجی یافته‌ها بخش‌های مرور منابع، مصاحبه با کارشناسان و جلسات گروهی با افراد صاحب نظر تدوین شده‌است.

در انتهای راهنما، پیوست‌ها آورده شده‌است این بخش مشتمل بر چک‌لیست جمع‌آوری اطلاعات، اسناد مرتبط، برای اجرای تخصصی راهنمای تدوین شده‌است.

در انتها لازم به یادآوری است، رمز اثربخش بودن مداخلات تخصصی توانبخشی اجتماعی تاکید و انجام مداخلات مبتنی بر رویکرد تیمی یا کار در بستر تیم‌های بین رشته‌ای است که توانخواه و خانواده وی نیز جزئی از تیم در نظر گرفته می‌شوند، این مداخلات خانواده محور است و بیمار و خانواده وی در طراحی و اجرای آن نقش محوری دارند.

کلیده واژه: توانبخشی اجتماعی، راهنمای مددکاری اجتماعی، معلولیت جسمی-حرکتی

بخش اول

کلیات

سلامت بهتر، بی‌تردید، هدف اصلی یک نظام سلامت بوده و مهمترین کارکرد یک نظام سلامت، ارائه خدمات سلامت می‌باشد. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، تمامی فعالیت‌هایی که هدف اصلی آن‌ها، ارتقاء سلامت، بازگرداندن یا حفظ سلامت می‌باشد را نظام سلامت گویند. این فعالیت‌ها شامل مراقبت از سلامت فردی، ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی است. بیانیه سازمان ملل در مورد حقوق برابر برای افراد دارای ناتوانی، بیان می‌کند که کشورها برای مراقبت پزشکی مؤثر و همچنین خدمات توانبخشی برای افراد دارای ناتوانی، می‌بایست پیش‌بینی‌های لازم را به منظور رسیدن و حفظ حداکثر سطح عملکرد و استقلال به عمل آورند. طبق پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۵ و ۲۰۱۱)، ۱۵ درصد از جمعیت هر کشور را افراد دارای ناتوانی خفیف، متوسط و شدید تشکیل می‌دهند.^۲ در ایران، با توجه به برآوردهای صورت گرفته، تقریباً بیش از ۸ میلیون نفر دارای ناتوانی (خفیف، متوسط، شدید) می‌باشند که بخش عمده‌ای از این افراد، نیازمند خدمات توانبخشی هستند [۱].

مهمترین مشخصه نظام سلامت کارآمد، ارائه خدمات با کیفیت در تمام سطوح سلامت به همه مردم، در همان زمان و مکانی که به آن‌ها نیاز دارند، می‌باشد. به همین دلیل در دهه گذشته، ورود مفهوم خدمات ادغام یافته و یکپارچه، یکی از مهمترین اصلاحات بخش سلامت بوده‌است. در سال ۲۰۱۳، سازمان جهانی بهداشت، خدمات ادغام یافته و یکپارچه را به عنوان یک راه حل کلیدی معرفی نمود که قادر است نظام سلامت را اصلاح نموده و در نظام ارائه خدمات، یک ارتباط منطقی بین حوزه‌های درمان و توانبخشی برقرار نماید. عدم توجه به یکپارچه‌سازی و ارائه خدمات ادغام یافته، به ویژه در ارائه خدمات سلامت، توانبخشی و مراقبتی باعث می‌شود نظام سلامت در ارائه خدمات جامع به جامعه هدف با چالش‌های مهمی روبرو شود و نتیجه آن، چیزی جز سردرگمی بیماران نیازمند به خدمات توانبخشی بین سیستم‌های ارائه دهنده خدمات، تحمیل بار مالی گزاف بر نظام سلامت و پرداخت هزینه‌های کمرشکن از جیب بیماران نخواهد بود. هم اکنون در کشور ایران، شیوع بالای ناتوانی به دلیل افزایش رشد جمعیت سالمند، تغییرالگوی بیماری‌ها از واگیر به غیرواگیر، آمار بالای سوانح و تصادفات جاده‌ای، وجود حوادث و بلایای طبیعی، ارتقای سطح بهداشتی و درمانی و در نتیجه آن کاهش مرگ و میر زنان باردار و افزایش تولد کودکان نارس، افزایش اختلالات تکاملی و افزایش افراد دارای بیماری‌های مزمن را در پی دارد، و نیز وجود جانبازان جنگ تحمیلی، نیاز مبرم به خدمات توانبخشی را بیش از پیش مطرح می‌کند.^۳

^۲ WHO. World Report on Disability. 2011b. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>.

WHO. (2015). Global disability action plan 2014–2021: better health for all people with disability. World Health Organization.

^۳ منبع: برنامه کشوری توانبخشی پزشکی و جایگاه آن در نظام سلامت ۱۴۰۴-۱۴۰۰، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، مرکز پیوند و درمان بیماری‌ها، ۱۳۹۹.

امروزه خدمات توانبخشی به عنوان یکی از اصلی‌ترین ارکان حوزه سلامت با مفهوم جامع آن بوده و طیف وسیعی از خدمات در سطوح و ابعاد مختلف، از جمله پیشگیری، توانمندسازی، توانبخشی آموزشی، اجتماعی، مراقبتی و حرفه‌ای رادر بر می‌گیرد. با توجه به گستردگی، وسعت و تخصصی بودن خدمات توانبخشی و لزوم گسترش فراگیر پوشش خدمات و افزایش دسترسی جامعه هدف، ضرورت همکاری بین بخشی در تمامی دستگاه‌ها و نهادهای مرتبط در مقوله توانبخشی مطرح می‌گردد.

طبق آنچه سازمان جهانی بهداشت مطرح کرده‌است، معلولیت می‌تواند همراه با فقدان توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره و مشارکت اجتماعی باشد؛ اما این تعریف بدان معنی نیست که افراد دارای معلولیت، به طور مطلق توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی خود مانند کارهای شخصی یا امور شغلی و مشارکت اجتماعی را ندارند، بلکه لازم است برای افزایش امکان مشارکت این افراد، ضمن فراهم ساختن ابزار و امکاناتی مناسب، مداخلات تخصصی به آن‌ها و اطرافیان‌شان اعم از اعضای خانواده، اعضای تیم توانبخشی و سایر مداخله‌کنندگان ارائه شود.

ناتوانی به طور عمیقی مرتبط با تعامل فرد و جامعه است، تحت تأثیر شرایط اجتماعی شکل می‌گیرد و مشارکت کامل فرد در جامعه را دچار اختلال می‌کند. در بسیاری جوامع، تبعیض، ترس و عدم دسترسی، ناتوانی را بیشتر تشدید می‌کند و منجر می‌شود تا به جای تمرکز بر یک مدل مثبت و دیدن ناتوانی به عنوان فرصتی برای رشد و بهزیستی، بر مسائلی مانند وابستگی و درآمد بیشتر تأکید شود. این درحالی است که رویکرد روانی- اجتماعی به افراد دچار ناتوانی به عنوان افراد مستقل، دارای حق خود تصمیم‌گیری و انتخاب زندگی خود می‌نگرد [۲]؛ بازتوانی روانی اجتماعی، فرآیند تسهیل انعطاف‌پذیری افراد، خانواده و جامعه است. فرایندی که هدف آن قارسازی افراد برای بازگشت از اثرات بحران و کمک به آن‌ها برای مقابله با چالش‌های احتمالی پیش رو در آینده است. به طور کلی توانبخشی روانی اجتماعی از طریق احترام به مقام انسانی، احترام به استقلال افراد و ارتقاء مکانیزم‌های مقابله‌ای، بازگشت به جامعه و الحاق اجتماعی را تسهیل می‌کند. این مداخلات به افراد کمک می‌کند پس از بحرانی که زندگی آن‌ها را به هم ریخته است، مجدداً بهبود یابند [۳].

بنابراین توانبخشی افزون بر الگوی پزشکی، دارای الگوی اجتماعی نیز هست که می‌تواند تأکیدی بر اهمیت نقش مددکاران اجتماعی در فرایند ارزیابی و توانبخشی افراد دارای ناتوانی‌های مختلف باشد، زیرا شناسایی و ارزیابی افراد دارای ناتوانی و ارائه خدمات مناسب به این افراد نیازمند هماهنگی تیم تخصصی توانبخشی است که شامل: پزشک، پرستار، فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، گفتاردرمانگر، رواندرمانگر، مددکار اجتماعی، فرد مراجع، خانواده مراجع و دیگر خدمات‌دهندگان می‌شود و بهبود عملکرد فرد، تلفیق و سازگاری اجتماعی، از نتایج کار این گروه است. در توانبخشی اجتماعی که بیشتر بر زمینه‌های اجتماعی و روانی زندگی فرد دارای معلولیت تکیه دارد، دستیابی و به فعل رساندن حداکثر توانایی‌های جسمانی، روانی و اجتماعی فرد و ایجاد زمینه‌های محیطی با مشارکت توانخواه، اعضای خانواده، اعضای تیم بین رشته‌ای، مردم، کنشگران و نهادهای مرتبط در متن جامعه به منظور ادغام اجتماعی او، هدف نهایی محسوب می‌شوند تا محیط برای ایفای نقش اجتماعی و سازگاری اجتماعی آماده شود.

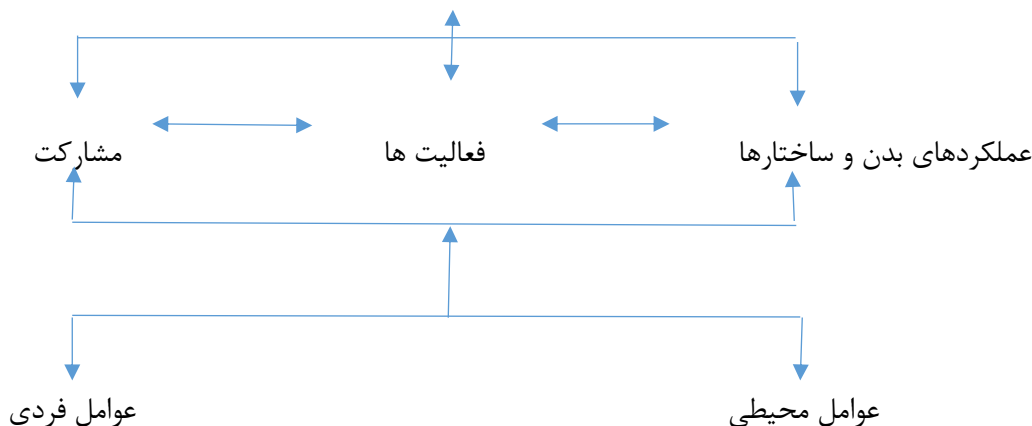
با توجه به اینکه بارتلت (۲۰۰۵) نیز هدف اصلی خدمات اجتماعی را "ایجاد سازگاری بین انسان و محیط" می‌داند، حضور مددکار اجتماعی در تیم تخصصی توانبخشی و ارزیابی تخصصی مددکاری اجتماعی در فرایند توانبخشی ضروری است. باید توجه داشت که فرایند توانبخشی اجتماعی افراد دارای معلولیت یک چرخه است که ارزیابی جامع و اولویت بندی نیازها بخش مهمی از آن را تشکیل می‌دهد و ارزیابی ابعاد محیطی و اجتماعی موثر در معلولیت بسیار اهمیت دارد، زیرا هدف از سنجش محدودیت‌ها و قابلیت‌ها در افراد دارای ناتوانی، ارزیابی برابری فرصت‌ها و امکانات است و این ارزیابی به دولت‌ها نیز برای برنامه‌ریزی جهت فراهم کردن امکانات و زیرساخت‌های لازم برای توانمندسازی یا توانبخشی افراد دارای ناتوانی جامعه کمک می‌کند و مددکاران اجتماعی می‌توانند متولی اصلی این ارزیابی باشند [۴] و با ارائه مداخلات توانبخشی اجتماعی به عنوان بخشی از فرایند توانبخشی، بازگشت افراد کم توان، به عرصه زندگی و اجتماع را تسهیل نموده و در الحاق مجدد فرد به جامعه مؤثر واقع شوند. مددکاران اجتماعی شاغل در مراکز درمانی، بیمارستان‌ها و کلینیک‌های توانبخشی نقش کلیدی در حمایت و توانمندسازی بیماران به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر و افراد دارای کم توانی دارند. از همین رو با توجه به حساسیت موضوع، اداره مددکاری اجتماعی معاونت درمان در دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی این وزارتخانه در صدد برآمد که با همکاری تیمی از اساتید مددکاری اجتماعی دارای دانش و تجربه مرتبط در عرصه توانبخشی در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و افراد صاحب نظر و متخصص در این حوزه راهنمای تخصصی خدمات توانبخشی اجتماعی برای مددکاران اجتماعی در حوزه توانبخشی را با فرایندی روشمند، علمی و مبتنی بر شواهد تدوین کند.

۱-۲- تعریف مفاهیم

۱-۲-۱- تعریف طبقه بندی بین المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت (ICF): چارچوبی برای سازماندهی و مستندسازی اطلاعات در مورد عملکرد و ناتوانی است. طبقه‌بندی ICF عملکرد را به عنوان یک تعامل پویا بین وضعیت سلامت فرد، عوامل محیطی و عوامل فردی مفهوم‌سازی می‌کند. یک زبان استاندارد و بنیاد مفهومی برای تعریف و اندازه‌گیری ناتوانی، طبقه‌بندی و کدهای آن فراهم می‌کند. مدل‌های اصلی ناتوانی-پزشکی و اجتماعی را باهم ادغام و به عنوان مدل زیستی روانی اجتماعی ارائه می‌کند. در ICF نقش عوامل محیطی در ایجاد ناتوانی و همچنین نقش شرایط سلامت مشخص می‌شود. عملکرد و ناتوانی به عنوان واژه‌های چتری که دلالت بر جنبه‌های مثبت و منفی عملکرد از منظر بیولوژی، فردی و اجتماعی دارند، درک می‌شوند. ICF روشن می‌کند که ما نمی‌توانیم، به تنهایی، موضوع مشارکت در زندگی روزمره را از تشخیص پزشکی استنباط کنیم.

در ICF سازماندهی اطلاعات در دو بخش صورت گرفته است. قسمت اول به عملکرد و ناتوانی (عملکردها و ساختار بدن، فعالیت و مشارکت) می‌پردازد. بخش دوم عوامل زمینه‌ای (عوامل محیطی و شخصی) را پوشش می‌دهد. واحد طبقه بندی ICF مجموعه‌هایی در حوزه سلامت و مرتبط با سلامت می‌باشد [۲۰].

مدل شماتیک شماره ۱-۱ ICF: تعامل بین مولفه های ICF شرایط سلامت و (ناخوشی یا بیماری)



تعاریف کلیدی در ICF در متون سلامت:

عملکرد: واژه‌ای چتری است برای عملکردهای بدن، ساختارهای بدن، فعالیت ها و مشارکت و بر جنبه های مثبت و تعامل بین یک شخص (با حالتی از سلامت) و عوامل زمینه ای شخصی (عوامل محیطی و فردی) دلالت دارد.

ناتوانی: واژه‌ای است چتری برای اختلال‌ها، محدودیت های فعالیت و موانع مشارکت که بر جنبه‌های منفی تعامل بین شخص (با حالتی از سلامت) و عوامل زمینه ای شخصی (عوامل محیطی و فردی) دلالت می کند.

عملکردهای بدن: عملکردهای فیزیولوژی دستگاه‌های بدن (از جمله عملکردهای روانشناختی) می‌باشند.

ساختارهای بدن: بخش‌های تشریحی بدن نظیر اندام ها، اعضا و اجزای آن ها می‌باشند.

اختلال‌ها: مشکلات عملکرد یا ساختار در بدن، نظیر انحراف واضح یا فقدان می‌باشد.

فعالیت: انجام وظیفه یا عمل توسط فرد است.

مشارکت: حضور در موقعیت زندگی است.

محدودیت‌های فعالیت: دشواری‌های است که فرد در انجام فعالیت‌ها ممکن است داشته‌باشد.

محدودیت های مشارکت: مشکلاتی که فرد به هنگام حضور در موقعیت‌های زندگی ممکن است تجربه نماید.

عوامل محیطی: محیط فیزیکی، اجتماعی و نگرشی است که افراد در آن زندگی خویش را می‌سازند. این ها به شکل موانع و تسهیل کننده برای عملکرد شخص هستند.

۱-۲-۲- مددکار اجتماعی^۴: کلیه فارغ التحصیلان کارشناسی و بالاتر در رشته مددکاری اجتماعی و خدمات اجتماعی است که در واحد مددکاری اجتماعی دانشگاه/ مراکز درمانی/ کلینیک های توانبخشی مشغول بکار بوده و با ارائه خدمات تخصصی در عرصه توانبخشی روانی اجتماعی در تمام فرایندها مداخلات تخصصی در بستر تیم بین رشته‌ای توانبخشی مشارکت فعال دارد. مددکار اجتماعی اشاره شده در این پروتکل می بایست به منظور آشنایی با ارزیابی ها و مداخله‌های ارائه شده، علاوه بر دارا بودن مدرک تحصیلی مرتبط مورد اشاره، از تسلط کافی برای اجرای این مداخله ها بهره‌مند بوده و دانش و مهارت‌های پایه اشاره شده در این فصل راهنما را گذرانده باشد.

۱-۲-۳- توانبخشی: اصطلاح توانبخشی که برگردانی از واژه انگلیسی Rehabilitation می باشد و از آن تحت عنوان های "نوتوانی"، "بازتوانی"، "بازپروری" و "بازسازی" هم نام برده می شود، به مفهوم بازگرداندن توانایی‌ها، حفظ شان و منزلت فرد معلول و تعیین جایگاه قانونی او می‌باشد. توانبخشی شامل همه اقدامات هدفمند، برای کاهش اثر ناتوانی بر فرد، قادر ساختن وی برای دست یابی به استقلال، مراوده اجتماعی، کسب کیفیت زندگی بهتر و خودشکوفایی است. توانبخشی علاوه بر آموزش افراد دارای ناتوانی، شامل مداخله در ساختار عمومی جامعه به منظور متناسب سازی محیط و حفظ رعایت حقوق انسانی افراد ناتوان است [۲۱].

توانبخشی به عنوان یک پدیده، پاسخی است به نیاز فرد و جامعه، نیازی که برخاسته از یک پروسه‌ی تاریخی است و در بردارنده‌ی مفهوم بازگشت فرد به جامعه است. توانبخشی چهار بعد دارد که عبارتند از:

۱. توانبخشی پزشکی: شامل انواع خدمات پزشکی و درمانی است که هدف آن، توسعه توانایی های عملکردی، جسمانی و روانی فرد دارای ناتوانی، جهت قادر ساختن او برای دستیابی به یک زندگی مستقل و فعال می باشد.

۲. توانبخشی حرفه‌ای^۵: فرآیندی از خدمات مستمر و هماهنگ توانبخشی است که در ابعاد ارزشیابی و راهنمایی حرفه‌ای، آموزش حرفه، کاریابی و اشتغال، جهت قادر ساختن فرد دارای ناتوانی برای دستیابی به شغل مناسب ارائه می گردد و دارای چهار مرحله‌ی (۱) ارزشیابی و راهنمای حرفه‌ای، (۲) آموزش حرفه، (۳) کاریابی و اشتغال، (۴) پیگیری می‌باشد.

۳. توانبخشی آموزشی: برنامه های خاصی است که بر اساس نیازهای فرد دارای ناتوانی، آموزش ها و مهارت های ویژه‌ای به فرد و خانواده او ارائه می گردد و شامل سه مرحله‌ی (۱) انتخاب هدف آموزشی، (۲) انتخاب روش آموزشی و (۳) ارزشیابی پیشرفت برنامه مورد نظر می باشد.

⁴ Social work

⁵ professional rehabilitation

۴. **توانبخشی اجتماعی**^۶: فرایندی از خدمات مستمر و هماهنگ توانبخشی در زمینه‌ی اجتماعی و روانی به فرد دارای ناتوانی و خانواده‌ی وی می‌باشد، تا ضمن کاهش هر نوع فشار اقتصادی، اجتماعی و روانی بتواند در جریان کلی توانبخشی واقع گردیده، آمادگی کافی برای ایفای نقش اجتماعی را در مرحله‌ی ورود به کار در جامعه کسب نماید [۲۲]. اعضای تیم توانبخشی عبارتند از مددکار اجتماعی، روانشناس بالینی، روانپزشک، بیمار و خانواده فرد دارای معلولیت.

- در توانبخشی اجتماعی، درمان و بهبودی فرد معلول هدف نیست، بلکه دستیابی و به فعل رساندن حداکثر توانایی‌های جسمانی، روانی و اجتماعی وی هدف نهایی محسوب می‌شود.
- خدمات توانبخشی اجتماعی، یک فرایند آموزشی محسوب می‌شود تا درمانی.
- اعضای تیم با فرد دارای معلولیت کار می‌کنند نه برای آن‌ها.
- در توانبخشی اجتماعی نمود کار تیمی بیش از دیگر تیم‌های توانبخشی است.
- جریان توانبخشی اجتماعی تنها در صورت سازگاری وی با فعالیت مجدد و در حد معقول در اجتماع خاتمه می‌یابد.

۱-۲-۴- اختلال یا نقص^۷: مفهوم نقص که از آن تحت عنوان اختلال هم نام برده می‌شود، مرتبط است با غیرعادی بودن ساختار، نمود ظاهری بدن، کارکرد ارگانیسم و سیستم بدن که می‌تواند ناشی از هر دلیلی باشد. به عبارت دیگر هرگونه فقدان یا ناهنجاری در زمینه‌ی جسمانی، روانی، عملکردی یا آناتومی انسان نقص نامیده می‌شود.

- نقص، نارسایی در سطح یک اندام و ساختار بدن است.
- نقص می‌تواند موقت یا دائمی، پیشرونده یا ثابت باشد.
- نقص، ارتباطی با اتیولوژی^۸ (سبب شناسی) بیماری ندارد.
- نقص به عنوان اختلالی در سلامتی محسوب می‌شود، اما بدان معنی نیست که شخص دارای اختلال، بیمار تلقی شود.

۱-۲-۵- ناتوانی^۹: منعکس کننده پیامدهای نقص (اختلال) در عملکرد فعالیت فرد است. به عبارت دیگر هرگونه محدودیت یا فقدان در توانایی انجام فعالیت‌هایی که در سطح طبیعی، از هر انسانی انتظار می‌رود، ناتوانی نامیده می‌شود.

⁶ Social rehabilitation

⁷ Impairment

⁸ Etiology

⁹ Disability

• ناتوانی بیانگر نارسایی در سطح "فرد" است.

• ناتوانی ممکن است، موقت یا دائمی، قابل برگشت و یا غیرقابل برگشت و در پاره‌ای از موارد پیشرونده باشد [۴].

۱-۲-۶- معلولیت^{۱۰}: مرتبط است با محرومیت‌هایی که فرد به عنوان نتیجه‌ی نقص (اختلال) و ناتوانی تجربه می‌کند، به عبارت دیگر معلولیت عبارت است از فقدان یا کاهش فرصت‌ها برای سهیم شدن در زندگی اجتماعی، در سطحی برابر با دیگران. در تعریفی دیگر معلولیت عبارت است از مجموعه‌ای از عوامل جسمی، ذهنی و اجتماعی که به نحوی در زندگی فرد اثر سوء گذاشته و او را از زندگی طبیعی باز می‌دارد. معلولیت‌ها را با توجه به امکانات بازتوانی، ترمیمی و نتایج اجتماعی- اقتصادی آن‌ها بطور کلی به چهار گروه عمده حسی (بینایی و شنوایی)، احشایی (قلبی- عروقی، تنفسی و کلیوی)، جسمی حرکتی (حرکتی و عصبی) و روانی (ذهنی و روانی) تقسیم می‌کنند. در یک تقسیم بندی دیگر از دیدگاه توانبخشی آن را تقسیم می‌کنند: جسمی، حسی، ذهنی، روانی و اجتماعی.

○ معلولیت نتیجه ارتباط متقابل بین فرد دارای نقص و ناتوانی از یک طرف و ویژگی شرایط محیط زندگی اجتماعی او از طرف دیگر می‌باشد. بدین معنی که معلولیت تابعی از ارتباط اشخاص ناتوان و محیطشان است و هنگامی به وقوع می‌پیوندد که این افراد با موانع فرهنگی، اجتماعی مواجه می‌شوند که موجب عدم برخورداری آن‌ها، از سیستم‌های مختلف جامعه که برای سایر شهروندان قابل دستیابی است، می‌شود.

○ معلولیت که از آن تحت عنوان "**محدودیت مشارکت**" هم نام برده می‌شود دارای بار ارزشی است که با هنجارهای فرهنگی ارتباط پیدا می‌کند و از آنجا که هنجارها و ارزش‌ها از یک جامعه به جامعه‌ی دیگر متفاوت می‌باشند، لذا معلولیت مفهومی نسبی پیدا می‌کند و تنها می‌توان با معیار "مشارکت" آن را در هر جامعه سنجید. به عبارت دیگر مشارکت، بیان کننده‌ی ماهیت و میزان درگیری فرد معلول در فعالیت‌های مختلف اجتماعی است و میزان مشارکت، باتوجه به عوامل نقص، دامنه‌ی فعالیت و شرایط محیطی، می‌تواند متفاوت باشد.

۱-۲-۷- افراد دارای معلولیت‌های جسمی حرکتی: افراد دارای معلولیت‌های جسمی حرکتی به افرادی اطلاق می‌شود که به هر علت دچار نقص، اختلال، ضعف و ناتوانی در سیستم حرکتی باشند یا برای تحرک به وسایل کمک توانبخشی مانند کراچ، واکر، عصا، ویلچر و ... نیاز داشته باشند. به طور کلی افراد مبتلا به انواع نارسایی‌های جسمی حرکتی مشتمل بر افراد دچار نقص عضو، افراد دچار نقص در عملکرد بدن و افراد دچار تغییر شکل در اندام‌های حرکتی هستند.

۱-۲-۸- وسیله کمک توانبخشی: هر وسیله خارجی شامل دستگاه‌ها، تجهیزات، ابزارها و نرم افزارهایی است که ممکن است به طور ویژه تولید شده باشند یا به طور عمومی در دسترس باشند و هدف اصلی استفاده از آن‌ها حفظ و بهبود

¹⁰ Handicap

عملکرد، استقلال افراد و افزایش رفاه آن ها باشد. وسایل کمک توانبخشی برای جلوگیری از اختلالات و شرایط سلامت ثانویه نیز به کار می روند [۲۳].

۱-۲-۹- مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی:

منظور از مداخله مددکاری اجتماعی در این راهنما برنامه ها، تکنیک ها، فرآیندها و خدماتی است که مددکاران اجتماعی در سطوح فردی، خانوادگی، گروهی و جامعه ای در جهت شناسایی و رفع نیازها و مشکلات روانی اجتماعی افراد دچار کم توانی و ناتوانی جسمی، حسی حرکتی و ارتقاء سطح توانمندی توانخواهان و آماده سازی و تغییر محیط با هدف ادغام اجتماعی آن ها ارائه می دهند.

۱-۲-۱۰- مراقبین خانوادگی: بستگان، دوستان و کلیه کسانی هستند که یک رابطه مهم و نزدیک با فرد تحت درمان داشته یا هر نوع خدماتی (فیزیکی، اجتماعی یا روانی) به شخص ارائه داده‌اند.

۱-۲-۱۱- تیم بین رشته‌ای توانبخشی^{۱۱}: عبارت است از مجموعه افراد متخصص از رشته‌های حرفه‌ای گوناگون که برای اهداف مشترک تلاش می‌کنند. در این مدل همه اعضا در فرآیند حل مساله فراتر از محدوده‌ی نظام حرفه‌ای خود عمل می‌کنند، اعضا به دفعات یکدیگر را جهت تبادل اطلاعات ملاقات نموده، میزان پیشرفت و دستیابی به اهداف را مورد بررسی قرار می‌دهند. محوریت برهمکاری است و طرح مراقبت و مداخلات بر اساس داده‌های هریک از اعضای تیم تنظیم می‌شود. همچنین هر عضو، مسئولیت مشارکت در اجرای طرح مراقبت تخصصی خود را به عنوان بخشی از کل طرح تدوین شده، شخصاً به عهده دارد. در این تیم، یک ارتباط چند سویه برقرار بوده و هرم قدرت معنا نداشته و ساختار هم سطح بوده و در ساختار سازمانی، همه اعضا از نظر اهمیت نقش، هم عرض هستند [۲۲].

۱-۲-۱۲- تعریف بار مراقبتی^{۱۲}: بار مراقبتی به عنوان واکنش های جسمی، روانی، اجتماعی یا اقتصادی که در حین مراقبت، در مراقبت کننده ظاهر می شود، تعریف می گردد و به صورت استرس یا تجارب منفی ناشی از مراقبت در فرد مراقبت کننده مشخص می شود [۲۴].

۱-۲-۱۳- مدل مدیریت مورد^{۱۳}: یکی از رویکردهای مهم مورد استفاده مددکاران اجتماعی در کار با بیماران و خانواده‌ها در عرصه سلامت، رویکرد "مدیریت مورد" است. مدیریت مورد یک فرایند هماهنگ کننده از تشخیص و ارزیابی، برنامه-ریزی، تسهیلگری، هماهنگی خدمات مراقبت، ارزشیابی و حمایت و مدافعه‌گری از انتخاب ها و خدماتی است که برای تامین نیازهای همه جانبه سلامتی فرد و خانواده صورت می‌گیرد و این کار از طریق ارتباطات و منابع در دسترس به منظور ارتقا و بهبود خروجی و نتایجی موثری با کیفیت و با هزینه مناسب است. در این مدل، مددکار اجتماعی حلقه ارتباط با

¹¹ . Rehabilitation Interdisciplinary Team

¹² Burden of Care

¹³ Case Management Model

بیماران و اعضای تیم توانبخشی است که در مراحل مختلف توانبخشی قرار دارند. او با مجموعه‌ای از متخصصان مرتبط از جمله پزشکان متخصص و معالج بیمار، پرستار، کاردرمانگر، فیزیوتراپیست، گفتاردرمانگر، روانپزشک، روان شناس و ... به صورت تیمی، طیف متنوعی از خدمات مورد نیاز متناسب با شرایط مراجع را ارائه می‌نماید.

۱-۲-۱۴- مشاوره: یکی از انواع مداخلات است که بر اساس پروتکل مشاوره کوتاه مدت اولیه مددکاری اجتماعی انجام می‌شود و در شرایط کنونی با هدف ارائه اطلاعات مورد نیاز گروه هدف، راهنمایی جهت کاهش استرس، ارائه‌ی اطلاعاتی جهت طی کردن مراحل تشخیصی یا درمانی و ارائه‌ی اطلاعات در خصوص روش‌های پیشگیری صحیح می‌باشد. براساس استاندارد خدمت مشاوره آموزشی ابلاغی وزارت بهداشت مورخ ۱۴۰۰/۹/۱۷ وظیفه مشاوره آموزشی بیماران و خانواده‌ها از خدمات مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی است.

۱-۲-۱۵- آموزش: یکی از انواع مداخلات مددکاری اجتماعی است که بسته به نوع گروه هدف از روش‌های مختلف حضوری، غیرحضوری، ویدئو کنفرانس، مجازی و غیره استفاده می‌شود.

۱-۲-۱۶- ارجاع: منظور اقداماتی است که توسط مددکار اجتماعی برای دستیابی گروه هدف به منابع مورد نیازشان در داخل و یا خارج از بیمارستان انجام می‌گیرد. این اقدامات شامل شناسایی و معرفی منابع به بیمار و یا خانواده وی، انجام هماهنگی با سازمان‌ها و اشخاص ارائه دهنده خدمات اجتماعی و پیگیری جهت حصول اطمینان از دریافت خدمات مورد نیاز می‌شود.

۱-۲-۱۷- حمایت یابی: منظور یافتن منابع حمایتی رسمی و غیررسمی برای خدمات مورد نیاز گروه هدف در زمینه‌ی روانی، اجتماعی و اقتصادی و... در داخل و خارج از بیمارستان است.

۳-۱- اهداف

۱-۳-۱- هدف اصلی:

طراحی راهنمای عمل تخصصی توانبخشی اجتماعی برای مددکاران اجتماعی در بستر تیم بین رشته‌ای در مراکز درمانی / توانبخشی زیرمجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱-۳-۲- اهداف فرعی:

- تعریف مداخلات تخصصی، مبتنی بر شواهد و یکپارچه توانبخشی اجتماعی افراد دارای ناتوانی‌های جسمی حرکتی برای مددکاران اجتماعی در بستر تیم بین‌رشته‌ای در مراکز درمانی / توانبخشی زیرمجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- تعیین فرایند ارائه خدمات تخصصی مددکاران اجتماعی برای توانبخشی اجتماعی افراد دارای ناتوانی‌های جسمی حرکتی در بستر تیم بین‌رشته‌ای در مراکز درمانی/ توانبخشی زیرمجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- تعیین نحوه تعاملات مددکار اجتماعی و اعضای تیم توانبخشی
- طراحی فرم‌ها و چک لیست‌های مرتبط با خدمات تخصصی تعریف شده در راهنمای عمل تخصصی
- تعریف شیوه‌های پایش و ارزشیابی خدمات تخصصی توانبخشی اجتماعی ارائه‌شده توسط مددکاران اجتماعی
- تعیین نیازهای آموزشی و مهارتی مددکاران اجتماعی برای ارائه خدمات تخصصی توانبخشی اجتماعی مطابق با راهنمای تخصصی طراحی شده

۱-۳-۳- اهداف کاربردی:

- ارائه خدمات یکپارچه، تخصصی و با کیفیت در حوزه توانبخشی اجتماعی به افراد دارای ناتوانی‌های جسمی حرکتی در مراکز درمانی زیرمجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سراسر کشور
- ارتقای کیفیت زندگی و تسهیل ادغام اجتماعی افراد دارای ناتوانی‌های جسمی حرکتی در بستر جامعه
- فراهم نمودن امکان ترخیص ایمن افراد دارای کم توانی از مراکز درمانی و پیگیری فرایند توانبخشی در بستر خدمات مبتنی بر منزل، مبتنی بر جامعه
- طراحی و اجرای مداخلات تخصصی برای مراقبت از مراقبان خانوادگی افراد دارای ناتوانی‌های جسمی حرکتی
- تسهیل شبکه سازی بین افراد دارای کم توانی‌های جسمی حرکتی و خانواده‌های آنان و بهره گیری از ظرفیت‌های آنان در مراقبت از یکدیگر
- افزایش مشارکت اجتماعی و حضور فعال افراد دارای ناتوانی‌های جسمی حرکتی در سطح جامعه
- تقویت مهارت‌های خودمراقبتی اجتماعی افراد دارای ناتوانی‌های جسمی حرکتی و خانواده‌های آنها
- ارتقاء مداخلات مبتنی بر خانواده و با رویکرد تیم محور
- روشن شدن جایگاه، نقش و وظایف مددکاران اجتماعی در تیم بین رشته ای توانبخشی

۱-۴- اصول و ارزش‌های حرفه مددکاری اجتماعی

مددکاری اجتماعی به عنوان یک حرفه انسانی بر اساس اصول بنیادی، عدالت اجتماعی و حقوق انسانی استوار است. سایر ارزش‌های اساسی نظیر رازداری، تصمیم‌گیری، ارتباط حرفه‌ای، عدم قضاوت و پیش‌داوری، توانمندسازی و غیره می‌بایست مورد تاکید و استفاده مددکاران اجتماعی قرار گیرد. پس در صورت نادیده گرفتن این اصول کلیدی و ارزش‌های مسیر مداخلات مددکاری اجتماعی از مسیر حرفه‌ای و اخلاقی خارج می‌شود و زمینه برای ارائه خدمات

نامؤثر به مراجعین را فراهم می‌شود. بنابر بر مطلب پیش گفت، در ادامه بیشتر به اصول و ارزش‌های حرفه‌ای و اخلاقی در کار افراد دارای معلولیت اشاره می‌شود.

۱-۵- اصول و ارزش‌های حرفه‌ای و اخلاقی حاکم بر فرایند توانبخشی اجتماعی

استفاده از زبان محترمانه یکی از مهم‌ترین کارهایی است که مددکاران اجتماعی و اعضای تیم توانبخشی اجتماعی می‌توانند برای ایجاد رابطه با مراجعان خود و کمک به ایجاد محیط امن‌تر برای ارائه خدمات توانبخشی به آن‌ها انجام دهند. اغلب افراد برای اشاره به ناتوانی‌ها از تعبیر زیادی استفاده می‌کنند. تعبیرهای رایج و مورد تایید برای ناتوانی‌ها عبارتند از «نیازهای ویژه»، «توانایی‌های متفاوت» و «چالش‌ها» [۲۵].

استاندارد در زمینه کم توانی زبان اول شخص است، زبان اول شخص بر شخصیت فردی که در مورد آن صحبت می‌کنید تأکید می‌کند و نشان می‌دهد که ناتوانی تنها بخشی از هویت یک فرد است. برای مثال، به جای گفتن «یک فرد معلول»، بهتر است بگوییم «یک فرد دارای معلولیت». به جای صحبت در مورد "زن سندرم داون"، می‌توانید بگویید "زن مبتلا به سندرم داون". برای بسیاری از افراد، زبان اول شخص محترمانه‌ترین انتخاب در نظر گرفته می‌شود.

زبان قابل دسترس: آیا تا به حال سند یا رضایت‌نامه را بدون این‌که دقیقاً بفهمید چه چیزی را امضا می‌کنید امضا کرده‌اید؟ خیلی از ما این تجربه را داریم! اغلب زبان مورد استفاده در فرم‌های دریافت رضایت آنقدر پیچیده است که برای مراجعان قابل درک نیست. اگر فرصتی برای طراحی فرم‌ها، جزوه‌ها، و/یا بروشورها برای مراجعان دارید، قبل از نهایی کردن آن، کمی وقت بگذارید و خوانایی و قابل درک بودن آن را بررسی کنید. همچنین می‌توانید سعی کنید هنگام صحبت با مراجعان از گفتار فنی کمتر و در دسترس‌تر استفاده کنید. استفاده از زبان در دسترس‌تر به شما کمک می‌کند تا با مراجع دارای معلولیت بهتر کنار بیایید و همچنین هنگام کار با مراجعینی که شرایط دسترس‌زا را تجربه کرده‌اند، از وضعیت آن‌ها بهتر مطلع شوید.

معمولاً افراد دارای معلولیت در جامعه ما از قربانی شدن، انگ زدن و جداسازی رنج می‌برند. بنابراین، همه مددکاران اجتماعی صرف نظر از اینکه در چه حوزه‌ای از مددکاری اجتماعی هستند، باید نسبت به انواع معلولیت‌ها و کسانی که زندگی خود را با آن‌ها می‌گذرانند، آگاه باشند.

توانایی گرای^{۱۴}: در حالی که برای مددکاران اجتماعی مهم است که در مورد انواع ناتوانی‌ها بدانند، چیزی که ممکن است در عمل شما مهم‌تر باشد، توانایی تشخیص و رسیدگی به توانایی گرای است. توانایی گرای یک سیستم تبعیض است که بر اساس این باور غلط مبنی بر اینکه افراد ناتوان نسبت به افراد غیرمعلول در جایگاهی پایین‌تر قرار دارند. این نوعی تبعیض است که در آن افراد معلول تحت ظلم و ستم قرار می‌گیرند و افراد غیرمعلول دارای امتیاز هستند.

¹⁴ Ableism

متأسفانه توانایی‌گرایی عمیقاً در جامعه ما ریشه دوانده است و می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد. یکی از این اشکال اتاق‌های غیر قابل دسترس فیزیکی است. به فضاهایی که در آن زمان می‌گذرانید فکر کنید - خانه، مدرسه، محل کار، کافی‌شاپ و غیره. این فضاها برای شخصی که از ویلچر استفاده می‌کند چقدر در دسترس خواهد بود؟ آیا آن‌ها می‌توانند به راحتی وارد فضا شوند، در آن حرکت کنند و از آن خارج شوند؟ مؤسسات مددکاری اجتماعی باید به طور منظم فضاهای خود را بررسی کنند تا اطمینان حاصل شود که برای همه مراجعان، از جمله افراد دارای معلولیت، قابل دسترسی است. مأموریت مددکاری اجتماعی افزایش رفاه انسان‌ها و کمک به برآوردن نیازهای اساسی انسانی همه مردم با توجه ویژه به نیازها و توانمندسازی افراد آسیب‌پذیر و تحت ستم که در فقر زندگی می‌کنند.

منشور اخلاقی NASW در ارائه خدمت توانبخشی به افراد دارای معلولیت باید مدنظر قرار گیرد:

- خدمات مددکاران اجتماعی باید وقف ارائه خدمات خود و به طور کامل متعهد به کمک به نیازهای مراجعان باشند.
- عدالت اجتماعی- مددکاران اجتماعی به دنبال ترویج برابری برای همه مردم، با تاکید بر افراد یا گروه‌های آسیب‌پذیر و تحت ستم هستند.
- کرامت و ارزش یک فرد- مددکاران اجتماعی از برابری حمایت می‌کنند بدون اینکه برای یک فرد یا گروه ارزش ویژه قائل شوند، منحصر به فرد بودن همه افراد را ارج می‌نهند و از دیگران برای درک ارزش خود به عنوان یک شخص حمایت می‌کنند.
- اهمیت روابط انسانی- مددکاران اجتماعی به روابط انسانی احترام می‌گذارند و آن‌ها را پرورش می‌دهند، زیرا برای تغییر در همه سطوح مهم هستند.
- ۵- صداقت- مددکاران اجتماعی صادق، مسئولیت‌پذیر هستند و شیوه‌های اخلاقی را به طور کامل ترویج می‌کنند. مددکاران اجتماعی از رسالت، چشم‌انداز، ارزش‌ها و اخلاق حرفه‌ای آگاه هستند.
- شایستگی- مددکاران اجتماعی دارای مدرک و مجوز هستند و به طور مداوم دانش و مهارت‌های حرفه‌ای خود را افزایش می‌دهند.
- فرد محور بودن فعالیت‌ها- طراحی و ارائه خدمات مبتنی بر نیازها و شرایط فرد و همچنین مشارکت دادن او در تصمیم‌گیری‌هایی که بر زندگی او تأثیر می‌گذارد.
- تمرکز بر رویکرد مبتنی بر نقاط قوت- داشتن دیدگاهی مبتنی بر نقاط قوت که بر منابع موجود فرد تمرکز دارد. شایان ذکر است، جهت آشنایی با ارزش‌های بنیادین، اصول و ملاحظات اخلاقی، صلاحیت مددکار اجتماعی بخصوص در کار با کودکان به راهنمای مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی مراکز درمانی در حوزه کودک‌آزاری ابلاغیه مورخ ۱۴۰۱/۱/۱۷ به شماره ۴۰/۷۸۰ به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور مراجعه نمایید.

۱-۶- دانش و مهارت

در این بخش دانش و مهارت‌های مورد نیاز مددکاران اجتماعی برای مداخله در حیطه توانبخشی اجتماعی در جدول ذیل قابل مشاهده است. شایان ذکر است، مددکاران اجتماعی می‌توانند از دانش و مهارت‌های بیشتری بر حسب ضرورت در کار با گروه‌های هدف در قلمرو توانبخشی اجتماعی استفاده کنند. رویکردها و مدل‌های رایج در ارائه خدمات توانبخشی که ضروری است، مددکاران اجتماعی بر آن تسلط داشته باشند.

مهارت های ضروری	دانش مورد نیاز برای مداخله
- توانایی مدیریت مورد، برنامه‌ریزی و اقدام، توانمندسازی - توانایی مداخله در بحران، ارائه ی خبرناگوار - توانایی های مرتبط با حرفه های یاورانه مانند مصاحبه، مشاهده، همدلی - توانایی حل مسئله و مداخلات روانی اجتماعی - توانایی ارائه آموزش‌های مرتبط به بیماران و خانواده ها - توانایی طراحی و اجرای مداخلات تخصصی مددکاری - اجتماعی در سطوح فردی، گروهی و جامعه ای - توانایی بکارگیری مداخلات تخصصی مبتنی بر نظریه ها - در عرصه توانبخشی اجتماعی بیماران دارای معلولیت - توانایی انجام فعالیت و همکاری در بستر تیم های توانبخشی	- دانش حرفه‌ای و تخصصی در رشته‌ی مددکاری اجتماعی برای کار با فرد، گروه و جامعه - دانش کار با بیماران دارای معلولیت - دانش مرتبط با اصول و مبانی توانبخشی، انواع معلولیت‌ها - دانش مرتبط با مداخلات مددکاری اجتماعی در حوزه توانبخشی اجتماعی - دانش مداخله در بحران و ارائه‌ی خبر ناگوار - دانش مرتبط با رویکردهای نظری و مداخلات اثربخش در کار با بیماران و خانواده های آن ها - دانش مرتبط با رویکرد مدیریت مورد در مددکاری اجتماعی - دانش مرتبط با رویکرد حل مسئله در مددکاری اجتماعی - دانش مرتبط با رویکرد راه حل محور در مددکاری اجتماعی - دانش مرتبط با مداخلات شناختی-رفتاری - دانش کار با نرم افزارها و سامانه های بیمارستانی

۷-۱- الزامات و پیش شرطها

از آنجا که این راهنما به منظور ارائه‌ی مداخلات تخصصی توانبخشی اجتماعی برای مددکاران اجتماعی شاغل در مراکز درمانی/ توانبخشی در کار با افراد دارای ناتوانی و کم توانی های جسمی حرکتی در گروه های سنی مختلف اهم از کودکان، بزرگسالان و سالمندان تدوین شده است، در نظر گرفتن الزامات و پیش شرطهایی برای ارائه خدمات ضروری است. حمایت‌های روانی- اجتماعی مستلزم ایجاد یک رابطه همدلی، بررسی مشکلات و توانایی‌ها، جمع‌آوری اطلاعات از منابع مختلف، فعالیت در یک چارچوب فرهنگی آگاهانه، شناسایی شاخص‌های مربوطه برای به حداقل رساندن خطرات، استفاده از برنامه‌های ارزیابی، کاربرد دانش و نظریه در اطلاعات جمع‌آوری شده، بررسی بیانیه ارزیابی به همراه توانخواه و مستند سازی می‌باشد. مداخلات این راهنما صرفاً توسط مددکاران اجتماعی حرفه‌ای با حداقل مدرک کارشناسی در رشته‌ی مددکاری اجتماعی/ خدمات اجتماعی قابل ارائه می‌باشد و لازم است تا در این خصوص آموزش‌های لازم نیز توسط افراد مجرب ارائه شود.

۸-۱- مخاطب هدف پروتکل

اگر چه این راهنمای عمل تخصصی توانبخشی اجتماعی برای مددکاران اجتماعی در کار با افراد دارای ناتوانی و کم توانی های جسمی حرکتی تدوین شده است؛ لیکن این دستورالعمل برای همه اعضای تیم بین رشته‌ای توانبخشی پزشکی، اجتماعی و حرفه ای مفید واقع می‌شود و از آنجا که کار توانبخشی اجتماعی نیاز به همکاری کلیه تخصص‌های درگیر دارد و پروتکل جز در بستر فعالیت‌های بین رشته‌ای و گروهی قابلیت اجرای کامل نخواهد داشت؛ از این رو مطالعه و اجرای دستورالعمل‌ها برای تمامی اعضای تخصصی تیم به ویژه اعضای تیم توانبخشی اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد. اعضای این تیم ممکن است شامل پزشکان جراح و داخلی مغز و اعصاب، متخصصین ارتوپدی، متخصصین طب فیزیکی، متخصصین طب سالمندی، متخصصین اطفال، متخصصین جراحی ترمیمی، فیزیوتراپیست ها، کاردرمانگرها، پرستاران، گفتاردرمانگرها، متخصصین ارتوپد فنی، روانپزشکان، روان شناسان، مددکاران اجتماعی، مشاوران توانبخشی، متخصصین تغذیه و ... باشند. از سوی دیگر مخاطبان اصلی این راهنما، دریافت‌کنندگان خدمات تخصصی توانبخشی اجتماعی از جمله افراد دارای ناتوانی‌ها و کم توانی های جسمی حرکتی، مراقبان اصلی خانوادگی و سایر اعضای خانواده آن‌ها را دربرمی گیرد. ناتوانی‌های جسمی حرکتی ناشی از طیف گسترده‌ای از نقص‌ها و اختلالات در ساختار اندام‌ها و عملکرد افراد دارای ناتوانی است که شایع ترین آن‌ها عبارتند از:

- مولتیپل اسکلروزیس (MS)^{۱۵}
- آسیب نخاعی (SCI)^{۱۶}

¹⁵ . Multiple Sclerosis

¹⁶ . Spinal Cord Injury

- ضربه مغزی (TBI)^{۱۷}
- سکته مغزی^{۱۸} (CVA)
- انواع فلج ها (یک طرفه، دو طرفه، چهار اندام)
- فلج اطفال^{۱۹}
- فلج مغزی^{۲۰} (CP)
- دیستروفی های عضلانی^{۲۱}
- آرتريت روماتوئيد^{۲۲}
- انواع نقص عضوها
- ناتوانی های جسمی ناشی از بیماری های احشایی مزمن و صعب العلاج (دیابت، سرطان و ...)
- ناتوانی های ناشی از تغییرات شکل^{۲۳} در اندام های حرکتی
- سالمندان دارای معلولیت های جسمی حرکتی ناشی از کهولت سن (سالمندی) و بیماری های وابسته

¹⁷ . Trauma Brain Injury

¹⁸ . Cerebro Vascular Accident

¹⁹ . Poliomyelities

²⁰ . Cerbral Plasy

²¹ . Muscular Dystrophy

²² . Rhematioid Arthrithis

²³ . Deformity

بخش دوم

مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی

در توانبخشی اجتماعی

۲-۱- مقدمه

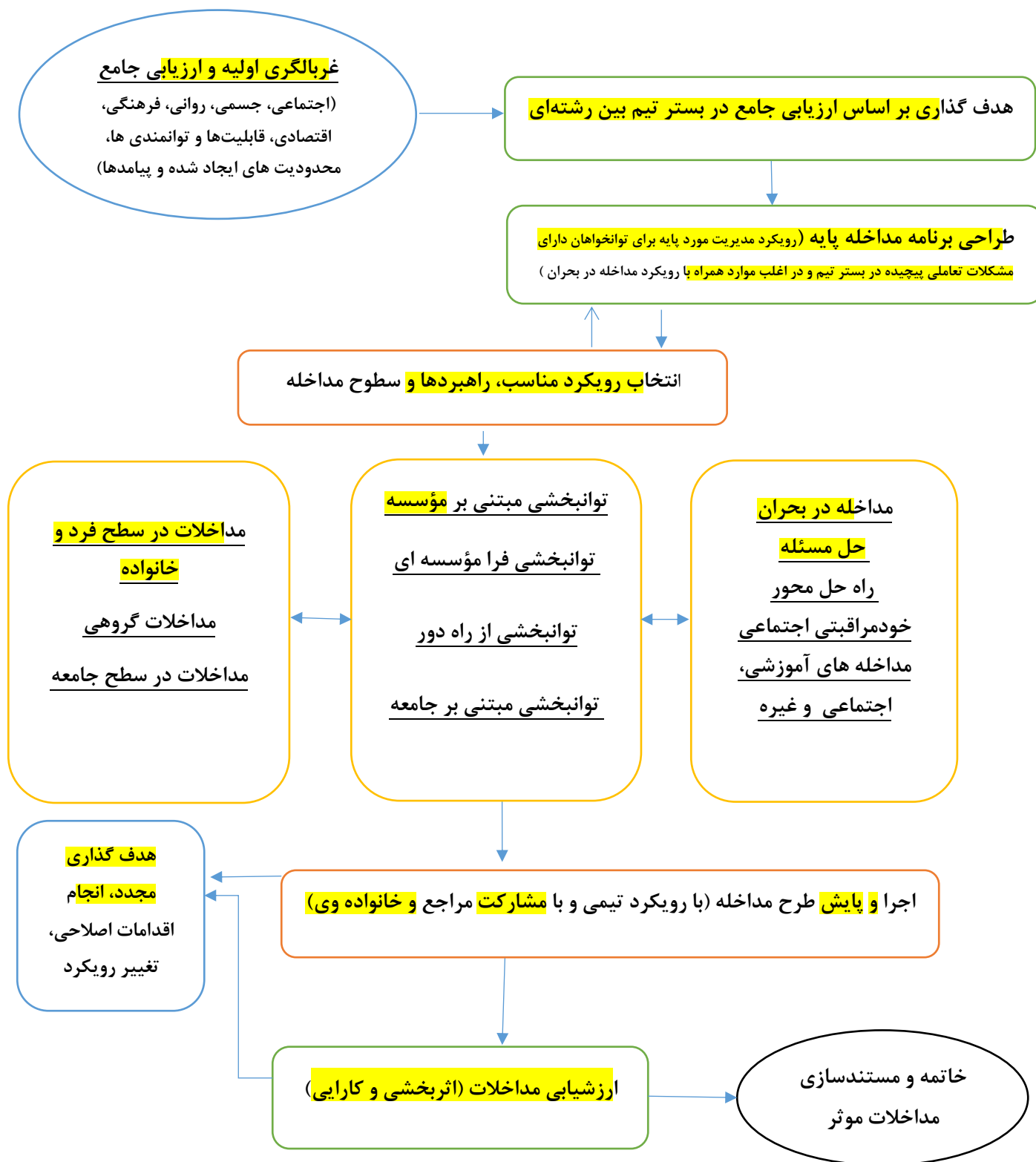
یکی از اهداف مهم تدوین راهنمای تخصصی مداخلات، ترسیم مسیری شفاف در مسیر مداخله است تا مددکاران اجتماعی را از سردرگمی و اقدامات ناکافی و سلیقه‌ای به سمت اجرای مداخلات تخصصی و وحدت رویه در عمل هدایت نماید. پروتکل‌ها و راهنماها، استانداردهای عمل مددکاری اجتماعی در حوزه‌ی مربوطه را به خوبی مشخص می‌کنند، اما توجه به این نکته بسیار ضروری است که یک فرد حرفه‌ای همواره از خلاقیت و نوآوری خود نیز استفاده می‌کند و مراجعین را منحصر به فرد می‌بیند و در مواقع ضروری راهکارهای جدیدی را برای رفع مسائل و مشکلات آن‌ها خلق می‌کند که ممکن است در راهنماهای تدوین شده به جزییات بعضی موارد پرداخته نشده باشد. لذا توصیه می‌شود مددکاران اجتماعی به عنوان مجریان اصلی این راهنمای تخصصی، ضمن توجه به استانداردهای کاری، از خلاقیت‌های حرفه‌ای خود نیز بهره ببرند. در راهنمای پیش رو جهت سهولت کار از مدل شماتیک استفاده شده است که در ادامه به طور مبسوط شرح داده خواهد شد.

بر اساس مدل شماتیک، فرایند پیشنهادی در این فصل مبتنی بر **رویکرد مدیریت مورد پایه در مددکاری اجتماعی**، **رویکرد اجتماعی توانبخشی**، **رویکرد کار تیمی و ادغام اجتماعی** به عنوان چارچوب پایه مداخله و استفاده از سایر رویکردها و مدل‌های نظری و عملی مددکاری اجتماعی و توانبخشی اجتماعی که بر حسب ارزیابی جامع از توانخواه و موقعیت او انجام خواهد شد، به عنوان مبانی نظری مداخلات ثانویه تنظیم شده است و در همه مراحل از ارزیابی جامع تا طراحی و اجرای مداخلات، توجه به **فردیت مراجع و شخصی سازی**^{۲۴} خدمت با توجه به سن، جنسیت، نوع و شدت ناتوانی یا کم توانی، موقعیت فرد و خانواده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده و بر آن تاکید شده است. اگر چه تجربه رنج ناشی از ناتوانی و پیامدهای آن تجربه‌ای فردی محسوب می‌شود، اما باید توجه داشت که دیدگاه افراد اغلب متأثر از بستر و زمینه‌ای که در آن رشد یافته و زندگی می‌کنند، می‌باشد و **یکارگیری مداخلات با تمرکز بر رویکرد بوم شناختی و** توجه به شرایط خانواده، فرهنگ، باورهای مذهبی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، منابع و امکانات فردی و اجتماعی، دستورالعمل‌ها و قوانین سازمانی و ملی و ... همواره در ارزیابی جامع و طراحی و مداخلات توانبخشی اجتماعی باید مورد توجه قرار گیرد.

از سوی دیگر با توجه به این که بروز نقص و ناتوانی و پیامدهای آن‌ها همواره به عنوان یک ضربه سنگین تعادل فرد و خانواده را بهم ریخته و به عنوان یک بحران تمامی ابعاد مختلف زندگی آن‌ها را متأثر می‌نماید، در فرایند توانبخشی اجتماعی و مداخلات مددکاری اجتماعی **یکارگیری نظریه‌های مداخله در بحران و نظریه سیستمی مدنظر قرار** گرفته است و مددکاران اجتماعی در کاربرد این راهنمای تخصصی باید بر اجرای آن اهتمام داشته باشند. همچنین با توجه به این که خانواده برای **اغلب افراد دارای ناتوانی و کم توانی به ویژه کودکان و سالمندان** به عنوان منبع اصلی

²⁴ . Personalization

حمایت و مهم‌ترین اعضای تصمیم‌گیرنده در مورد توانبخشی و فرایند آن محسوب می‌شوند، ارزیابی وضعیت خانواده و مراقبان خانوادگی و مشارکت آن‌ها در فرایند بسیار مهم است، از این رو فرایند توانبخشی به گونه‌ای پیشنهاد شده است که از فرد دارای ناتوانی در **بستر ارائه خدمات بیمار محور، خانواده محور و با مشارکت بیمار، مراقبان خانوادگی و مراقبان حرفه‌ای** مراقبت شود. علاوه بر موارد اشاره شده، توجه به توانایی‌ها و ظرفیت‌های باقی مانده توانخواهان و استفاده از این ظرفیت‌ها با **تمرکز بر رویکرد مبتنی بر نقاط قوت در ارزیابی توانخواهان و طراحی مداخلات** از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که همگی در تدوین این راهنما، مدنظر قرار گرفته‌است. با توجه به جدی و پیچیده بودن ماهیت پدیده ناتوانی و همچنین طولانی و رنج آور بودن فرایند مراقبت از توانخواه، هر یک از افراد درگیر در فرایند مراقبت و توانبخشی ممکن است نیازهای روانی- اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و ... خود را داشته باشند که اگر بخواهند در حمایت از توانخواه موثر واقع شوند، باید به این نیازها توجه شود. پس هدف غایی مداخلات پیش‌گفت حرکت در **مسیر ادغام اجتماعی** مراجعین با وجود تجربه‌های پیچیده است بطوریکه با قبول شرایط و مشارکت فعالانه با تیم‌های توانبخشی و خانواده به استقلال نسبی فردی اجتماعی دست یابد. از این رو در فرایند توانبخشی اجتماعی افراد دارای ناتوانی، مددکاران اجتماعی به عنوان اصلی‌ترین عضو تیم بین رشته‌ای توانبخشی در مراقبت از مراقبان خانوادگی، مداخلات مرتبط در این زمینه را با تعامل و همکاری با سایر اعضای تیم فراهم خواهد نمود.



مدل شماتیک شماره ۲-۱- فرایند ارائه خدمات مددکاری اجتماعی به بیماران دارای ناتوانی و خانواده‌های ایشان

۲-۲- فرایند مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در توانبخشی اجتماعی

با استناد به مدل شماتیک فوق مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در توانبخشی اجتماعی با رویکرد مدیریت مورد در قالب گام‌های هشتگانه زیر تنظیم شده است. در ادامه هر گام به ذکر جزئیات بیان می‌شود.

۲-۲-۱- گام اول: غربالگری اولیه و شناسایی توانخواهان نیازمند مداخله توانبخشی اجتماعی

۲-۲-۲- گام دوم: ارزیابی جامع توانخواهان و مراقبان خانوادگی

۲-۲-۳- گام سوم: هدف‌گذاری مداخله توانبخشی اجتماعی

۲-۲-۴- گام چهارم: برنامه‌ریزی برای اجرای راه‌حل‌ها و بستن قرارداد

۲-۲-۵- گام پنجم: مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی

۲-۲-۶- گام ششم: ارزشیابی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی

۲-۲-۷- گام هفتم: ترخیص ایمن توانخواه

۲-۲-۸- گام هشتم: پیگیری

۲-۲-۱- گام اول: غربالگری اولیه و شناسایی توانخواهان نیازمند مداخله توانبخشی اجتماعی

همانگونه که در مدل شماتیک ترسیم شده است، **اولین گام از فرایند مداخلات مددکاران اجتماعی، شناسایی و غربالگری اولیه بیماران به منظور تشخیص نیازمند بودن توانخواه و خانواده به مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی، با توجه پیامدهای نقص و ناتوانی بر ابعاد مختلف زندگی آنها و همچنین توجه به قابلیت‌ها و توانمندی‌های باقی مانده فرد دارای ناتوانی جسمی حرکتی است.** شناسایی بیماران در گام اول، با توجه به جامعیت فرایند و شاخص‌های تعریف شده در پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در مراکز درمانی، در غربالگری اولیه در قالب دو خدمت راند و تریاژ انجام می‌شود. لازم است در این ارزیابی اولیه، مددکاران اجتماعی توجه ویژه و کافی به ارزیابی سریع پیامدهای نقص و ناتوانی بر زندگی توانخواه و خانواده داشته باشند. همچنین همانند سایر عرصه‌های تخصصی، ممکن است ارزیابی سریع و اولیه مددکاران اجتماعی از توانخواه با توجه به ارجاع از سوی کادر درمان یا سایر سازمان‌ها و مراکز همانند ارزیابی سایر بیماران مراجعه کننده به بیمارستان و مراکز درمانی انجام شود (جهت مطالعه‌ی بیشتر به پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی ابلاغیه مورخ ۱۴۰۰/۷/۱۴ به شماره ۴۰۰/۱۴۵۱۷ علوم پزشکی سراسر کشور مراجعه نمایید).

در اغلب مواقع، پس از آنکه بیمار مورد غربالگری اولیه قرار گرفت، مددکار اجتماعی به توجه به ویژگی‌هایی نظیر عضویت در گروه‌های آسیب‌پذیر، ندا شتن همراه موثر، ندا شتن اطلاعات هویتی یا بیمه‌ی درمانی، و وضعیت اقتصادی، و وضعیت روحی روانی و به ویژه پیامدهای نقص، ناتوانی و معلولیت برای فرد و همچنین قرار گرفتن در فرایند طولانی و دشوار توانبخشی و... بیمار را وارد مرحله‌ی ارزیابی جامع می‌کند.

۲-۲-۲- گام دوم: ارزیابی جامع توانخواهان و مراقبان خانوادگی

ارزیابی جامع مددکاری اجتماعی، بخشی اصلی از فرایند توانبخشی اجتماعی توانخواهان دارای کم توانی یا ناتوانی‌های جسمی حرکتی است. مددکاران اجتماعی مهارت‌ها و دانش خاصی را در فرایند ارزیابی ابعاد روانشناختی، زمینه اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی، اقتصادی، محیطی، شناسایی نقاط قوت و عوامل خطر و ... در مورد توانخواه را به کار می‌گیرند و با درک و تأثیر این عوامل، مداخلات خود را به منظور بهبود رفاه و ارتقاء عملکرد مددجویان طراحی و اجرا می‌کنند. مددکاران اجتماعی فعال در این عرصه باید شناخت کاملی از انواع معلولیت‌های جسمی حرکتی داشته باشند تا بتوانند ارزیابی دقیق و کاملی از توانخواه داشته باشند و همچنین به زبان مشترک تخصصی اعضای تیم بین رشته‌ای مسلط باشند. شایع‌ترین مراجعان دارای ناتوانی جسمی حرکتی به مددکاران اجتماعی، در فصل اول به عنوان مخاطبین خدمات این راهنما مورد بحث قرار گرفتند که در این قسمت به منظور آگاهی بیشتر مددکاران اجتماعی به توضیح مختصر هر کدام از آن‌ها به همراه مهم‌ترین مشکلات و پیامدهای این ناتوانی‌ها برای توانخواهان در جدول شماره ۲-۱ اشاره خواهد شد:

جدول ۱-۲ - توصیف شایع ترین معلولیت های جسمی- حرکتی، اهداف و پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی آن

بیماری / ناتوانی	توصیف بیماری / ناتوانی	عوارض جسمانی	پیامدهای روانی / اجتماعی	اهداف توانبخشی اجتماعی
سکته مغزی (استروک)	سکته مغزی یک ناتوانی جسمی ناشی از خونریزی در مغز یا قطع خون رسانی سیستم عصبی مرکزی است. یک فرد مبتلا به سکته مغزی دچار اختلال ناگهانی در یک طرف بدن می شود که انجام فعالیت های روزانه از جمله حرکات را دشوار می کند. سکته مغزی اولین علت معلولیت جسمی حرکتی در سالمندان است. درمان سکته مغزی سه بعد دارودرمانی، توانبخشی و پیشگیری از بروز سکته های مجدد دارد. افرادی که از سکته مغزی رنج می برند، می توانند پس از درمان استقلال خود را بازیابند، اما همچنان می توانند فلج و ضعف در قسمت آسیب دیده بدن را تجربه می کنند و نیازمند اقدامات توانبخشی در ابعاد مختلف و استفاده از وسایل کمک توانبخشی خواهند بود.	فلج نیمه بدن اختلال در عملکرد حسی و حرکتی از دست دادن تکلم اختلال در بلع مشکلات ریوی عدم تعادل اختلال در عملکرد جنسی	تغییرات هیجانی و رفتاری، خلق تحریک پذیر، اضطراب و افسردگی، رفتار های غیر انعطاف پذیر و عدم همکاری در درمان، مشکلات شناختی کاهش استقلال، مشکلات اقتصادی، اختلال در روابط همسری و والدی، اختلال در عملکرد شغلی، اختلال در شبکه روابط اجتماعی	- آموزش انجام فعالیت های مهم و وظایف نقش با توجه به توانمندی های مراجع - پیگیری و استمرار برنامه های توانبخشی اجتماعی - افزایش انگیزه در بیمار و خانواده
ضایعه نخاعی (آسیب نخاعی)	مجموعه بیماری ها و اختلالات منجر به ضایعه نخاع شوکی و ستون فقرات، آسیب نخاعی نامیده می شود. این ضایعه ممکن است به صورت مستقیم بر اثر آسیب به خود نخاع به وجود بیاید یا به طور غیر مستقیم به دلیل آسیب استخوان ها، بافت ها یا عروق خونی اطراف آن ایجاد شود. به طور کلی آسیب های نخاعی، آسیب ناشی از کمبود خون و اکسیژن کافی به نخاع است و می تواند از اعمال فشار بیش از حد به نخاع ایجاد شود. تصادفات و سقوط از علل اصلی آسیب نخاعی هستند. عوامل دیگری مانند شرایط دژنراتیو ستون فقرات، سرطان و آرتریت نیز می توانند باعث این ناتوانی شوند. معمولاً بیشترین میزان فراوانی این ناتوانی در گروه سنی جوانان است که در سن فعالیت و پویایی هستند، از این رو پیامدهای بسیاری برای فرد و خانواده در ابعاد مختلف زندگی به همراه دارد.	اختلال جزئی یا کلی در عملکردهای حرکتی و حسی در اندام ها درد تتراپلژی یا پاراپلژی اختلال در عملکرد دستگاه گوارش مشکلات تنفسی مشکلات ادراری و احشایی اختلال در عملکرد جنسی	افسردگی و انزوا، خشم، ناامیدی، عدم پذیرش و سازگاری روانی با موقعیت جدید، حساسیت عاطفی- روانی، احتمال راهبرد های مواجهه ناسازگارانه و ناکارآمد، احتمال وجود افکارهای خود آسیب رسان اختلال در عملکرد تحصیلی / شغلی، اختلال در ایفای نقش های فرزندی / والدی / همسری، اختلافات خانوادگی و زناشویی، اختلال در عملکرد اقتصادی، کاهش سطح استقلال فردی، اختلال در روابط اجتماعی	- پیگیری و استمرار برنامه های توانبخشی اجتماعی - آموزش خودمراقبتی جسمی، روانی، اجتماعی - کمک به حل مشکلات و تعارضات زناشویی (آموزش مسائل جنسی به زوجین) - تقویت انگیزه و افزایش امید به زندگی - از بین بردن شکاف و فاصله ی غیر منطقی میان زندگی پیش از معلولیت با زندگی در طول در مان و پس از ترک مرکز درمانی - ترخیص ایمن بیمار از بیمارستان
فلج مغزی	فلج مغزی یک ناتوانی جسمی ناشی از آسیب به مغز در حال رشد در دوران بارداری، تولد یا مدت کوتاهی پس از تولد به دلیل کاهش خون رسانی و کمبود اکسیژن به مغز ایجاد می شود. بیماری های دوران بارداری، زایمان زودرس و مننژیت در کودکان خردسال از علل اصلی فلج مغزی هستند. هنگامی که آسیب	بسته به نوع فلج مغزی: مشکلات حرکتی، گفتاری و بینایی ضعف عضلانی	کم توانی ذهنی در برخی از موارد و ناتوانی های یادگیری تاخیر در رشد مشکلات هیجانی و رفتاری	- آموزش انجام فعالیت های مهم و وظایف نقش با توجه به توانمندی های مراجع

- پیگیری و استمرار برنامه های توانبخشی اجتماعی	ترس، احساس شرم و خجالت، اضطراب و افسردگی اختلال در روابط اجتماعی، اختلال در عملکرد تحصیلی، انزوا، اجتناب از شرکت در اجتماع، اختلال در روابط با همسالان	سفتی و انقباض عضلات حرکات قیچی شکل پا هنگام راه رفتن فلج شدن اندام ها حرکات غیر ارادی در دستها، بازوها و پاها مشکل در بلعیدن شلی اندامها تشنج	به مغز رخ می دهد، باعث اختلال در عملکرد حرکتی می شود که منجر به مشکلات حرکتی و هماهنگی می شود. افراد مبتلا به فلج مغزی برای انجام فعالیت های روزانه به تجهیزات تطبیقی متفاوت و حمایت خارجی نیاز دارند. افراد مبتلا به فلج مغزی اگر محیطی برای یادگیری و تمرین مهارت های حرکتی فراهم کنند، می توانند کنترل بیشتری بر حرکت به دست آورند	
- آموزش انجام فعالیت های مهم و وظایف نقش با توجه به توانمندی های مراجع - پیگیری و استمرار برنامه های توانبخشی اجتماعی - آموزش خودمراقبتی جسمی، روانی، اجتماعی - کمک به حل مشکلات و تعارضات زناشویی - مدیریت هزینه های اقتصادی دارو	از دست دادن حافظه و مشکلات شناختی، افسردگی، اضطراب و ناامیدی، طی کردن فرایند سوگ در مواجهه با بیماری، عدم پذیرش و مشکل سازگاری با بیماری، کاهش اعتماد به نفس اختلال در شغل و کسب درآمد، کاهش مشارکت اجتماعی و سازگاری اجتماعی، اختلال در ارتباطات اجتماعی و فعالیت های روزانه، اختلال در نقش های والدی/همسری/فرزندی، کاهش سطح استقلال فرد، اختلال در روابط زناشویی، مشکلات اقتصادی، انزوای اجتماعی	خستگی از دست دادن کنترل حرکتی گزگز و بی حسی از دست دادن تعادل سرگیجه اختلالات بینایی اختلالات حرکتی ناهماهنگی در اندام ها ضعف عضلانی اسپاسم و پرش عضلانی	مولتیپل اسکلروزیس رایج ترین بیماری عصبی، پیچیده، پیشرونده، التهابی، مزمن و غیر قابل پیش بینی است که (غالباً) افراد بالغ در سن کار را درگیر می کند. ام اس زمانی رخ می دهد که غلاف میلین - بافت محافظ اطراف رشته های عصبی بدن - آسیب دیده و باعث ایجاد لکه های تصادفی یا اسکار می شود. اسکارها می توانند با پیام های ارسال شده از طریق سیستم عصبی مرکزی تداخل داشته باشند و بر مغز، اعصاب بینایی و نخاع تأثیر بگذارند. پیش بینی پیشرفت و شدت ام اس ممکن است دشوار باشد. ممکن است برای یک فرد بسیار کند و در فرد دیگر به سرعت پیشرفت کند. شیوع این بیماری، در زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان است و علائم بالینی آن معمولاً در سنین جوانی و در طی زمان رخ می دهد، از این رو پیامدهای بسیاری برای فرد و خانواده در ابعاد مختلف زندگی به همراه دارد.	مولتیپل اسکلروزیس (ام اس)
- آموزش خود مراقبتی و تاب آوری اجتماعی (ایجاد محیطی آرام برای زندگی، تعذیه مناسب و کاهش استرس) - پیگیری و استمرار برنامه های توانبخشی اجتماعی	افسردگی، اضطراب، نقص های شناختی، مشکلات هیجانی و رفتاری ترس، احساس شرم و خجالت، کاهش اعتماد به نفس اختلال در روابط اجتماعی و ارتباط با همسالان، اختلال در انجام فعالیت های روزانه، اختلال در عملکرد تحصیلی، کاهش سطح استقلال فرد، اختلال در ایفای نقش های خانوادگی، انزوای اجتماعی	مشکلات قلبی مشکلات در بلع اختلال تنفسی محدودیت در راه رفتن و حرکت مفاصل درد عضلانی ستون فقرات خمیده	دیستروپی عضلانی گروهی از اختلالات ژنتیکی است که منجر به ضعف پیشرونده و غیرقابل برگشت و کاهش توده عضلانی می شود. بیش از ۳۰ نوع مختلف دیستروپی عضلانی وجود دارد که هر کدام علت جداگانه ای دارند. شایع ترین نوع دیستروپی عضلانی دوشن است که یک ناتوانی پیشرونده است. عمدتاً در پسران رخ می دهد و می تواند با گذشت زمان بدتر شود. این ناتوانی درمان ندارد هنگامی که کودک مبتلا به این ناتوانی به سن نوجوانی می رسد، باید از ویلچر استفاده کند زیرا ماهیچه های او در حال حاضر برای کنترل حرکت بسیار ضعیف هستند. انواع دیگر دیستروپی عضلانی می تواند در دوران کودکی ظاهر شود، در حالی که برخی دیگر فقط در اواخر زندگی آشکار می شوند.	دیستروپی عضلانی

- آموزش خود مراقبتی و تاب آوری اجتماعی (ایجاد محیطی آرام برای زندگی، تعذیه مناسب و کاهش استرس) - پیگیری و استمرار برنامه های توانبخشی اجتماعی	افسردگی، اضطراب متاثر از شدت بیماری، احساس شرم و خجالت، کاهش اعتماد به نفس کاهش سطح استقلال فرد، محدودیت در روابط اجتماعی، اختلال در انجام فعالیت های روزمره، اختلال در ایفای نقش های اجتماعی، محدودیت توانایی در شرکت در فعالیت های اجتماعی	درد عضلانی التهاب مفاصل کاهش حرکت یا سفتی مفاصل خشکی و تخریب مفصل همراه با بدشکلی های فیزیکی	آرتریت یک ناتوانی جسمی است که باعث التهاب و درد در مفاصل، استخوان ها و ماهیچه ها می شود. این ناتوانی به اشکال مختلف ظاهر می شود و کودکان و بزرگسالان را تحت تاثیر قرار می دهد. بسته به قسمت آسیب دیده بدن، علائم ممکن است از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد. ورزش و فیزیوتراپی از جمله تکنیک های بسیار توصیه شده برای مدیریت این نوع ناتوانی هستند. افراد مبتلا به آرتریت در صورتی که ابزار و محیط مناسب برای مدیریت ناتوانی در اختیار داشته باشند، می توانند کنترل حرکت را دوباره به دست آورند.	آرتریت روماتوئید
- آموزش انجام فعالیت های مهم و وظایف نقش با توجه به توانمندی های مراجع - پیگیری و استمرار برنامه های توانبخشی اجتماعی	تحریک پذیری، افسردگی، اضطراب، ترس و خجالت، کاهش اعتماد به نفس کاهش سطح استقلال فرد، محدودیت در روابط اجتماعی، اختلال در فعالیت های روزمره، اختلال در عملکرد شغلی	گردن درد یا سفتی درد یا سفتی در بازوها یا پاها سردرد شدید سفتی ستون فقرات مشکلات تنفسی ضعف پیشرونده عضلات آتروفی عضلانی نارسایی بلع اختلال در تکلم و تنفس	فلج اطفال یک بیماری ناشی از یک ویروس است که عمدتاً بر اعصاب نخاع یا ساقه مغز تأثیر می گذارد. در شدیدترین شکل آن، فلج اطفال می تواند منجر به ناتوانی فرد در حرکت دادن برخی از اندام ها شود که فلج نیز نامیده می شود. همچنین می تواند منجر به مشکلات تنفسی و گاهی حتی مرگ شود.	فلج اطفال (پولیو میلیت)

باید بخاطر داشت که ارزیابی فرایندی مداوم است و نمی توان انتظار داشت، در اولین حضور مددکار اجتماعی بر بالین بیمار، تمامی اطلاعات مورد نیاز برای تدوین برنامه ی مداخله کسب شود.

مددکاران اجتماعی مراکز درمانی، باید فرایند شناسایی و ارزیابی جامع برای هر بیمار و خانواده را در ابتدای پذیرش در مرکز درمانی و توان بخشی و همچنین به صورت فرایندی در تمام مراحل توانبخشی تا زمان ترخیص و حتی پس از ترخیص را انجام دهند. ارزیابی اولیه توسط مددکاران اجتماعی، بخشی اساسی از ارزیابی جامع مراقبت بین رشته ای است که باید در روزهای نخست پذیرش توانخواه و پس از شناسایی مددجویان نیازمند مداخلات تخصصی در مرحله غربالگری، به انجام برسد. این ارزیابی با توجه به شرایط بیمار می تواند در بیش از یک جلسه ارزیابی و مصاحبه انجام شود. در مورد توانخواهان بستری شده در مراکز درمانی عمومی و توانبخشی با توجه به اینکه ناتوانی فرد در اثر بیماری، ضایعه یا حادثه و غیره به عنوان یک ضربه سنگین و ناگهانی برای توانخواه و خانواده محسوب می شود، ابعاد مختلف زندگی آن ها را تحت تاثیر قرار می دهد و پیامدهای بسیاری در همه زمینه ها برای فرد و اعضای خانواده به ویژه مراقب اصلی به همراه خواهد داشت. اغلب مددجویان و خانواده های آن ها به طور معمول نیازمند دریافت مداخلات تخصصی و پیچیده مددکاری اجتماعی هستند و پس از انجام غربالگری اولیه وارد مرحله ارزیابی جامع می شوند. همچنین با توجه به این که افراد دارای معلولیت های جسمی حرکتی دارای بار مراقبتی بسیاری برای اعضای خانواده و مراقبان اصلی خانوادگی هستند، ارزیابی وضعیت مراقبان خانوادگی و بار مراقبتی بر آن ها از اهمیت ویژه ای برخوردار است که مددکاران اجتماعی لازم است به عنوان مرتبط ترین فرد متخصص در تیم بین رشته ای با خانواده به این موضوع توجه داشته باشند. حتی در برخی مواقع شیوه مراقبت از توانخواه در قالب مراقبت رسمی و کیفیت مراقبت در مراکز درمانی و منزل نیز می بایست در فرایند ارزیابی مدنظر قرار گیرد.

در بسیاری از موارد ممکن است همراه با فرایند ارزیابی سریع اولیه (غربالگری) توانخواه و خانواده او نیازمند دریافت مداخلات تخصصی مداخله در بحران اعضای تیم باشند که در قالب جلسات BAD NEWS اجرا خواهد شد.^{۲۵}

ارزیابی جامع فرایندی تخصصی خواهد بود و در قالب انجام مصاحبه همدلانه و حرفه ای مددکار اجتماعی با توانخواه انجام خواهد شد.^{۲۶} همچنین با توجه به این که مراقبت روانی اجتماعی افراد دارای معلولیت های جسمی حرکتی در چارچوب رویکرد مدیریت مورد و به صورت فعالیت تیمی انجام می شود، توانخواهان ممکن است از طریق سایر اعضای تیم بین رشته ای مراقبت مانند پزشکان، پرستاران و سایر اعضای تیم بین رشته ای توانبخشی به مددکار اجتماعی ارجاع شوند. پس از ارزیابی اولیه که با استفاده از روش های جمع آوری اطلاعات مانند مصاحبه با بیمار، خانواده و تیم درمان و

^{۲۵} . فرایند و جزئیات جلسات BAD NEWS با توانخواه و خانواده در صفحه ۶۸ تشریح شده است.

^{۲۶} . برای آشنایی و مطالعه بیشتر در مورد مقدمات مصاحبه با توانخواه و ارزیابی جامع به پروتکل مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در عرصه سرطان ابلاغیه مورخ ۱۴۰۱/۷/۲۴ به شماره ۴۰۰/۱۸۳۸۸ د به دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور مراجعه نمایید. همچنین مطالعه منابع و کتب مرتبط با اصول و تکنیک های مصاحبه و مشاوره برای مددکاران اجتماعی برای تسلط بیشتر بر فنون برقراری ارتباط اولیه و مصاحبه همدلانه و حرفه ای توصیه می شود.

توانبخشی، مشاهده، بازدید از منزل، مطالعه‌ی پرونده و ابزارهای تشخیصی انجام می‌شود، مددکار اجتماعی باید اطلاعات بدست آورده را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و براساس آن برنامه‌ی مداخله‌ای خود را تنظیم کند. چک لیست شماره ۱ (پیوست) با عنوان فرم ارزیابی جامع در عرصه توانبخشی می‌تواند در این مرحله به مددکار اجتماعی کمک کند.

در مرحله ارزیابی و طراحی و اجرای مداخلات، اگر مددکار اجتماعی با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد مراجع از دانش، تجربه و مهارت کافی برای مداخله برخوردار نباشد، لازم است پیش از هر اقدامی وی را به شخص مجرب‌تری ارجاع دهد یا از حمایت‌های سرپرست خود برای کمک به مراجع استفاده نماید. به طور کلی می‌توان گفت که توانمندی‌های مددکار اجتماعی در تعیین ادامه‌ی مسیر مداخله بسیار اثرگذار است. همچنین با توجه به چک لیست شماره ۱ لازم است تا رویکرد مناسب برای مداخله انتخاب شود. به طور قطع، با توجه به شرایط، ویژگی‌ها، توانایی‌ها، مشکلات و نیازهای مراجع لازم است تا از رویکردها و روش‌های مختلف استفاده نمود.

شایان ذکر است، تمام مراحل از ارزیابی تا پیگیری پس از ترخیص با رویکرد تیمی و مشارکتی انجام خواهد شد.

برگزاری جلسات هفتگی کار تیمی^{۲۷} در بخش‌های درمانی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به ویژه بیمارستان‌های توانبخشی با طرح پرونده و تاریخچه و وضعیت بیمار در جلسه توسط پزشک معالج از ابتدای زمان بستری، بحث در مورد ارزیابی اولیه تمامی متخصصین درگیر در مراقبت از توانخواه (فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، پرستار، مددکار اجتماعی، گفتاردرمانگر، روان شناس و سایر اعضای تیم با توجه به نوع کم توانی و شرایط توانخواه) و تدوین پروتکل توانبخشی شخصی سازی شده و همه جانبه برای هر یک از توانخواهان با لحاظ نمودن رویکرد تخصصی همه اعضا، مشخص شدن وظایف تخصصی آن‌ها برای اجرای این مداخلات و همچنین تداوم این جلسات به منظور ارائه گزارش هفتگی و وضعیت بیمار در هر جلسه و بررسی چالش‌ها و راهکارهای پیشنهادی توسط همه اعضا تا پایان فرایند مراقبت (ترخیص یا انتقال بیمار) بهترین رویکرد برای اجرای هر چه کامل‌تر این راهنما خواهد بود. در برخی از جلسات مانند طراحی مداخلات توسط تیم و یا جلسات برنامه ریزی و آماده نمودن توانخواه و خانواده برای ترخیص^{۲۸} بر حسب ضرورت می‌تواند جلساتی با حضور همه یا تعدادی از اعضای تیم، توانخواه و خانواده یا مراقب اصلی (به عنوان بخشی از تیم توانبخشی) برگزار شود.

جلسات هفتگی کار تیمی می‌تواند با محوریت پزشک معالج بیماران در هر یک از روزهای هفته و یا در ساعات مشخصی برای بیماران پزشک مورد اشاره و سایر اعضای تیم درگیر مراقبت بیمار برگزار شود و در طول هفته نیز این تعامل تا برگزاری جلسه بعدی کار تیمی ادامه یابد. به منظور اجرای راهنمای مداخلات تخصصی توانبخشی اجتماعی در بستر تیم بین رشته‌ای توصیه می‌شود فرایند زیر، در مراکز درمانی و ارائه خدمات توانبخشی در نظر گرفته شود:

²⁷ - Team Work

²⁸ . Discharge plan

فرایند تشکیل تیم بین رشته‌ای برای اجرای مدیریت مورد مداخلات توانبخشی اجتماعی:

۱. به منظور مراقبت همه جانبه از توانخواه و خانواده و نهادینه شدن فعالیت‌ها در بستر تیم بین رشته‌ای با مشارکت اعضای تیم بین رشته‌ای توانبخشی، مددکار اجتماعی یا عضو دیگری از اعضا مسئولیت تدوین **دستورالعمل داخلی فعالیت متخصصین در بستر تیم بین رشته‌ای توانبخشی** را بر عهده گرفته و سندی به منظور هماهنگی بیشتر جلسات و اعضای شرکت کننده تنظیم گردد.

۲. مددکاران اجتماعی مراکز درمانی عمومی یا توانبخشی، در تمامی فرایند مداخلات خود (غربالگری اولیه، ارزیابی جامع، هدف‌گذاری، طراحی و اجرای مداخلات تخصصی، خاتمه، ارزشیابی و پیگیری) برای جمع‌آوری اطلاعات لازم، پرونده بیمار، اطلاعات موجود در سامانه‌ها، گزارش‌های پزشک معالج، پرستار، فیزیوتراپیست، کادرمانگر، روان‌شناس و غیره را مطالعه نموده و اهتمام خود را برای تعامل نزدیک و دریافت و به اشتراک گذاری اطلاعات با سایر اعضا حفظ می‌نمایند. مددکار اجتماعی در مرحله اول پس از انجام غربالگری اولیه و ارزیابی جامع نسبت به تکمیل فرم‌ها و چک لیست‌های مربوطه در پرونده بیمار و سامانه HIS بیمارستان اقدام نموده و در صورت نیاز توانخواه به دریافت خدمات تخصصی بلند مدت نسبت به تشکیل پرونده اجتماعی (پرونده مددکاری اجتماعی) در واحد مددکاری اجتماعی اقدام و اطلاعات قابل اشتراک را با رضایت آگاهانه توانخواه و خانواده در جلسات هفتگی با اعضای تیم به اشتراک می‌گذارد و از سایر داده‌های اعضای تیم نیز برای هدف‌گذاری مشترک با مددجو و طراحی برنامه مداخله استفاده می‌کند. انجام کار در بستر تیم بین رشته‌ای به مددکار اجتماعی کمک خواهد نمود، مسئولیت بیشتری از آنچه که وظیفه حرفه‌ای و در حد صلاحیت اوست نپذیرد و همواره مراجع را برای دریافت خدمت تخصصی مورد نیاز به متخصص مربوطه ارجاع دهد و همچنین مراقبت موثرتری از بیمار و خانواده انجام شود.

۳. **جلسات کار تیمی** در بخش‌های درمانی به صورت هفتگی برگزار خواهد شد و با توجه به این که هر توانخواه با دستور پزشک معالج در مراکز درمانی بستری می‌شود و مسئولیت اصلی فرایند مراقبت از بیمار با پزشک معالج او می‌باشد. فرایند هماهنگی برگزاری جلسات کار تیمی بر عهده سرپرستار هر بخش خواهد بود و گزارش تجمیعی متخصصین در هر جلسه تیم نیز علاوه بر درج در پرونده‌های تخصصی و مستقل توانخواه در هر واحد (پرونده فیزیوتراپی، کاردرمانی و ...) در سامانه HIS و پرونده بخش بیمار با نظارت سرپرستار توسط پرستار مربوطه و منشی بخش انجام می‌شود.

نکته: قابل توضیح است، بر حسب ضرورت و فوریت و با پیشنهاد هر کدام از اعضای تیم توانبخشی و موافقت سایر اعضای تیم، جلساتی علاوه بر جلسات هفتگی می‌تواند در خصوص برخی بیماران برگزار گردد.

۴. برگزاری جلسات هفتگی تیم‌ورک تا زمان ترخیص توانخواه تداوم خواهد داشت و هر یک از متخصصین گزارش هفتگی وضعیت بیمار و نحوه تعامل و همکاری خانواده و مراقب بیمار را در هر جلسه مطرح خواهد نمود. بررسی چالش‌ها و راهکارهای پیشنهادی در موارد احتمالی توسط همه اعضا تا پایان فرایند مراقبت (ترخیص یا انتقال بیمار) انجام خواهد شد و بررسی فرایند ترخیص توانخواه نیز با توجه به روند بهبودی و آمادگی خانواده و بررسی شرایط بیمار با نظر اعضای تیم صورت می‌پذیرد و برنامه ترخیص ایمن مددجو توسط اعضای تیم تدوین و اجرا خواهد شد. در این مرحله مددکار اجتماعی برنامه‌ریزی لازم برای ترخیص ایمن توانخواه و آماده‌سازی خانواده و محیط برای مشارکت اجتماعی وی را بر اساس وظایف توصیه شده در راهنمای حاضر، انجام خواهد داد.

برگزاری جلسات آموزشی مختصر برای اعضای تیم توانبخشی پزشکی در خصوص نقش‌ها و مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در عرصه توانبخشی و همچنین معرفی راهنمای حاضر، می‌تواند در آشنایی و تعامل بیشتر اعضای تیم با مددکاران اجتماعی و تسهیل جلسات کار تیمی موثر باشد. برگزاری جلسات مشترک بین اعضای تیم بین‌رشته‌ای مراقبت و مراقبان خانوادگی و سایر اعضای خانواده^{۲۹} (به تشخیص مددکار اجتماعی و اعضای تیم)، می‌تواند برای توسعه روابط و مشارکت هر چه بیشتر خانواده در فرایند مراقبت از بیمار، پویایی بهتر فرایند، تسهیل فرایند دریافت اطلاعات لازم توسط خانواده و تصمیم‌گیری‌های مناسب‌تر آن‌ها در امور درمانی و توانبخشی توانخواه موثر باشد. این جلسات می‌تواند به صورت حضوری و یا در صورت عدم دسترسی به افراد تاثیرگذار در خانواده، به صورت مجازی با آن‌ها برگزار شود. تصمیم‌گیری در مورد زمان برگزاری این جلسات و چگونگی آن با اعضای تیم بین‌رشته‌ای توانبخشی خواهد بود و مددکار اجتماعی مسئولیت هماهنگی این جلسات را بر عهده خواهد گرفت.

۲-۲-۳-گام سوم: هدف گذاری مداخله توانبخشی اجتماعی

پس از تکمیل جدول ارزیابی با تاکید بر توانمندی‌ها و نیازها با مشارکت اعضای تیم تخصصی، توانخواه، اعضای خانواده/مراقب اصلی، لازم است که مددکار اجتماعی در این مرحله برای تحقق نیازها، مدیریت چالش‌های، بهبود رفاه و ارتقا عملکرد مراجعین هدف‌گذاری کند. با توجه به هدف‌گذاری که معمولاً کمتر جزئیات آن مورد توجه قرار می‌گیرد مجموعه اقداماتی که در این مرحله صورت می‌گیرد بطور دقیق نوشته شود.

همچنین، باید توجه داشت که انجام این مداخلات در بستر تیم توانبخشی اجتماعی (مددکار اجتماعی، روان‌شناس، روان‌پزشک، توانخواه و خانواده)، هماهنگی با اعضای سایر تیم‌های بین‌رشته‌ای توانبخشی و همچنین با استفاده از ظرفیت‌های داخلی مؤسسات و مراکز درمانی، شبکه حمایت خانوادگی و منابع اجتماعی شناسایی شده توسط مددکاران

²⁹ . Family Conference

اجتماعی جامعه عمل خواهد پوشید. مددکاران اجتماعی می‌توانند اهداف مداخله و برنامه های مداخلات تخصصی در فرم جامع مکتوب کنند.

لازم به ذکر است که اهداف توانبخشی اجتماعی و برنامه های مداخلاتی پیشنهاد شده به صورت محدود و کلی با توجه به مرور شواهد و مطالعات کیفی انجام شده برای تدوین این راهنما پیشنهاد شده است و مددکاران اجتماعی لازم است با توجه به نتایج ارزیابی هر یک از توانخواهان و در نظر گرفتن فردیت آن ها نسبت به هدف گذاری مشارکتی با توانخواه، خانواده و اعضای تیم اقدام نموده و نسبت به برنامه های کمکی و طرح مداخله مناسب برای تحقق اهداف یاد شده اقدام نمایند. همچنین ادبیات برخی از عبارات به کار رفته برای اهداف و برنامه نیز بسیار کلی بوده و در تعیین اهداف برای هر یک از توانخواهان می بایست به نکات ضروری برای هدف گذاری (اسمارت بودن اهداف) و برنامه ها توجه شود. همچنین هر یک از برنامه های مداخلاتی نیز با توجه به ارزیابی نقاط قوت، ظرفیت ها، تسهیل کننده ها، موانع، فرهنگ مددجویان و سایر عواملی که مددکاران اجتماعی در کار با توانخواهان مدنظر قرار می دهند، طراحی و اجرا خواهد شد.

۲-۲-۴- گام چهارم: برنامه ریزی برای اجرای راه حل ها و بستن قرارداد

پس از انتخاب اهداف و راه حل، باید مشخص شود که این اهداف و راه حل ها توسط چه افرادی، با چه منابع و امکاناتی، تا چه زمانی و با چه شاخص های ارزشیابی، تحقق پیدا می کنند. در واقع مددکار اجتماعی بعد از اخذ یک راه حل می تواند با مشارکت کنندگان وارد مرحله بستن قرارداد شود. قرارداد، یک قول و قرار دوطرفه تعهدآور خواهد بود که در آن مددکار اجتماعی و مراجع (توانخواه، خانواده/ مراقب) به اجرای وظایفی متعهد می شوند. به عبارتی، قرارداد یک تصمیم مشترک است، درباره ی ماهیت مسئله ای که باید حل شود، نیازی که باید تحقق یابد، تهدیدی که باید رفع شود یا توانایی که باید تقویت شود تا اهداف مطلوب تحقق پیدا کنند. قراردادهای به رفع ابهام کمک می کنند و دورنمایی از آنچه قرار است اتفاق بیفتد، نشان می دهند. قرارداد بهتر است به صورت مکتوب، مستند شود و در یک فرایند گام به گام تدوین شود. همان طور که عیان است، *این قرارداد مبنا و پایه برنامه توانبخشی اجتماعی خواهد بود.*

در این مرحله نیز مشارکت اعضای خانواده و توانخواه از اهمیت بالایی برخوردار است و خانواده یا مراقب اصلی باید به عنوان یک شخص متخصص در خصوص موقعیت و زندگی خودشان دیده شوند. مشارکت افراد ذی نفع در قرارداد متضمن اجرای آن خواهد بود و یک قرارداد درست، عزت نفس و احساس توانایی مراجع را برای تأثیر گذاری در یک موقعیت افزایش می دهد. برای جلب مشارکت افراد در برنامه ریزی و قرارداد باید به موارد زیر توجه کرد:

❁ استفاده از تکنیک های مصاحبه انگیزشی در ایجاد انگیزش در خانواده

❁ توجه به توانایی ها، شایستگی و ظرفیت های بالقوه خانواده و شبکه حمایتی آن

✿ حمایت از خانواده برای مشارکت و مداخله مؤثر توسط مددکار اجتماعی و سایر اعضای تیم تخصصی (اما نباید

به جای خانواده مسئولیت اصلی بر عهده مددکار اجتماعی باشد)

✿ عدم واگذاری نقش و مسئولیت به افراد در غیاب خودشان و یا بدون رضایت کامل و آگاهانه ایشان

✿ ارائه یک نسخه از قرارداد یا بندهای مرتبط با آنان به افراد مشارکت کننده در برنامه مراقبت

همچنین برای این که این مشارکت به صورت کامل صورت بگیرد، لازم است که در رابطه با موارد زیر با مشارکت کنندگان گفتگو و توافق صورت بگیرد:

◆ تعیین دقیق قدم ها و اقدامات برای تحقق هر یک از اهداف

◆ تعیین دقیق نقش ها و مسئولیت ها برای اجرای اقدامات به توجه به حقوق و استقلال افراد

○ بررسی و بحث در مورد انتظارات از افراد به ویژه خانواده/ مراقب

○ نقش دقیق مددکار اجتماعی و سایر اعضای تیم تخصصی

◆ بررسی و تعیین عواقب عدم مشارکت کامل افراد با توجه به برنامه تدوین شده

◆ تعیین برنامه پیگیری و انواع راه های ارتباطی با توانخواه و خانواده

◆ توافق بر دستاوردهای مورد انتظار و واقع بینانه (شاخص های ارزشیابی)

◆ تعیین برنامه زمان بندی ارزشیابی اقدامات

◆ ابزارهای احتمالی مورد نیاز در فرایند اجرای برنامه توانبخشی اجتماعی (استفاده احتمالی از پرسشنامه، برگزاری

جلسات فردی یا خانوادگی، بازدید از منزل)

◆ تعیین حدود رازداری و اشتراک اطلاعات با اعضای تیم تخصصی و حتی افراد مهم زندگی توانخواه

از دیگر نکاتی که در قرارداد بستن باید توجه کرد می توان به موارد زیر اشاره داشت:

◆ با وجود اهمیت قرارداد بستن با توانخواهان و اعضای خانواده، اما برای مراجعین مقاوم یا بی اعتماد و همچنین

برای مراجعینی که در مرحله بحران قرار دارند، بهتر است که عقد قرارداد رسمی و مکتوب به تعویق بیافتد یا

حذف شود. اما در این شرایط هم تا حد ممکن تمام اجزای قرارداد باید مورد بحث و توافق صورت بگیرند.

○ در رابطه با عدم موفقیت در جلب اعتماد و مشارکت توانخواه، خانواده و سایر افراد مهم، این نکته قابل تأمل

است که اگر مددکار اجتماعی تا این مرحله را به درستی طی کرده باشد و رابطه حرفه ای مبتنی بر پذیرش و

نگاه حمایت گرانه (نه بازرسی) شکل داده باشد، می تواند اعتماد و انگیزش لازم و مورد نیاز را در افراد جلب

کند. اما اگر موفق به این مشارکت و رضایت آگاهانه نشده است، لازم است که مروری بر ارتباط حرفه ای خود

داشته باشد، اصول و ارزش ها و همچنین مراحل قبل را با دقت مرور کند و نقش خود را در ایجاد نشدن این

اعتماد پیدا کند.

◆ همان‌طور که از همان ابتدا به رفت و برگشتی بودن فرایند تدوین و اجرای مداخله توانبخشی اجتماعی اشاره شد، هر زمان که در طول اجرای قرارداد و برنامه مراقبت، اطلاعات جدیدی کسب شد که در تغییر ارزیابی، تعیین اهداف و برنامه عملی الزام ایجاد می‌کنند، این تغییرات در قرارداد نیز باید اعمال شوند. بنابراین باید نگاهی انعطاف‌پذیر به قرارداد داشت و این انعطاف‌پذیری را به مراجعین نیز یادآوری کرد. حتی در منابع مختلف پیشنهاد شده است که در قراردادها بندی وجود داشته باشد که مشخص کند، این برنامه در چه بازه زمانی لازم است که مرور و بازبینی شود تا در صورت لزوم اصلاحاتی در آن اعمال شود.

◆ همان‌طور که به تعیین حدود رازداری به عنوان یکی از مباحث ضروری جهت بحث و بررسی در قرارداد اشاره شد، با وجود اهمیت مشارکتی بودن برنامه‌ریزی و تدوین قرارداد جهت اجرای برنامه مراقبت، باید به این موضوع توجه شود که *اطلاعات دقیق توانخواه با افرادی که ممکن است امنیت وی را به خطر بیاندازند به اشتراک گذاشته نشود.*

در ادامه توضیحات مرتبط با بخش‌ها و تکمیل هر بخش قرارداد ذکر می‌شود. شایان ذکر است می‌توان بندهای قرارداد را بر حسب مراجع و شرایط اصلاح نمود. در واقع این نمونه قرارداد مشترک برای آشنایی و الگوگیری و درک این فاز از مداخله آورده شده است.

«قرارداد برنامه توانبخشی اجتماعی»

الف- اهداف و نتایج مورد انتظار از مداخله توانبخشی اجتماعی

۱- اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت مورد توافق

◆ با توجه به قدم اول در مرحله دوم هدف گذاری

۲- نتایج و موفقیت مورد انتظار برای هریک از اهداف

◆ با توجه به قدم دوم در مرحله دوم (هدف‌گذاری): سطر موفقیت مورد انتظار

ب- چگونگی تحقق اهداف و اجرای برنامه

۳- راه‌حل‌های انتخاب شده جهت تحقق اهداف

◆ با توجه به قدم‌های فاز هدف‌گذاری

۴- قدم‌ها و مراحل انجام راه‌حل همراه با زمان‌بندی

◆ در این قسمت باید هر راه‌حل به مجموعه‌ای از قدم‌های مشخص، قابل اجرا و قابل درک برای مشارکت‌کنندگان شکسته شود.

◆ جهت مشخص شدن زمان پیگیری‌های بعدی و ارزشیابی باید مشخص شود که در چه فاصله زمانی (یک هفته دیگر یا چهار ماه دیگر) راه‌حل انتخابی می‌تواند منجر به تحقق کامل انتظارات یا بخشی از آن شود. در واقع در این قسمت باید برای قدم‌های تعریف شده برای هریک از راه‌حل‌ها زمان مشخصی را تعریف کرد.

۵- نقش و مسئولیت توانخواه، خانواده وی، سایر افراد مهم، مددکار اجتماعی و سایر اعضای تیم

تخصصی

- ◆ در این قسمت باید مشخص شود که برای هر یک از قدم‌ها و مراحل تعیین شده، چه فرد یا افرادی مسئولیت دارند و چه انتظار دقیقی از آن‌ها می‌رود.
- ◆ در این قسمت بهتر است که مددکار اجتماعی ابزارهایی که ممکن است در طول کار بکار بگیرد مانند پرسشنامه‌های تخصصی، یا دعوت از خانواده و یا بازدید از منزل را مشخص کند و در مورد آن با خانواده توافق کند.
- ◆ در این قسمت مددکار اجتماعی به صورت دقیق سایر اعضای تیم متخصصان و نقشی که بر عهده دارند را باید مشخص و به خانواده معرفی کند.

۶- تعهدات توانخواه، اعضای خانواده وی، سایر افراد مهم، مددکار اجتماعی و سایر اعضای تیم

تخصصی

- ◆ در این قسمت تعهدات توانخواه، اعضای خانواده سایر افراد مهم مشارکت‌کننده در تدوین برنامه مراقبت در اجرای برنامه مراقبت و همکاری با مددکار اجتماعی را قید کنند. از جمله اجرای نقش‌ها و وظایف خود در تحقق اهداف، حفظ ارتباط با مددکار اجتماعی و مطلع ساختن وی در شرایط خاص و چگونگی اقدام و واکنش در صورت مواجهه با موانع و مشکلات احتمالی (بر اساس مشکلات و موانع در تامین نیاز و یا رفع خطر در جدول ارزیابی)
- ◆ همچنین در این قسمت تعهدات مددکار اجتماعی و اعضای تیم متخصصان در تحقق برنامه مراقبت باید قید شود که از جمله آن می‌توان به حدود رازداری، اجرای نقش‌ها، حمایت از خانواده در چارچوب تعریف شده و هماهنگی مددکار اجتماعی با سایر متخصصان اشاره کرد.

ج- فرایند پیگیری و ارتباط با مرکز / سازمان

۷- راه‌های ارتباطی با مددکار اجتماعی

- ◆ در این قسمت انواع روش‌هایی که مراجعان می‌توانند با مددکار اجتماعی در ارتباط باشند، باید قید شود: حضور افراد در مرکز درمانی، تلفنی، مجازی
- ◆ در این قسمت محدودیت‌هایی که ممکن است افراد در این ارتباط با مددکار اجتماعی و مراکز درمانی، کلینیک‌ها داشته باشند، به ویژه مواردی که ممکن است امنیت توانخواه یا سایر افراد را به خطر بیاندازد باید قید شود (مانند تماس نگرفتن در ساعات مشخصی از روز)

۸- فرایند و برنامه زمان‌بندی پیگیری از جانب مددکار اجتماعی

- ◆ در این قسمت باید توافق شود که مددکار اجتماعی چگونه از هر یک از افراد مشارکت‌کننده در برنامه توانبخشی اجتماعی (توانخواه، اعضای خانواده یا سایر افراد مهم) پیگیری می‌کند تا از اجرای برنامه و انجام نقش‌ها و تحقق اهداف اطمینان پیدا کند.
- ◆ این قسمت باید شامل موارد زیر باشد:

— شیوه پیگیری (تلفنی، حضور افراد در مراکز / سازمان، بازدید از منزل، مجازی)

– زمان‌بندی و تاریخ پیگیری‌ها

۹- بازه زمانی احتمالی جهت مرور و بازبینی برنامه مداخلاتی

◆ در این قسمت، مددکار اجتماعی با توجه به زمان‌بندی اهداف و قدم‌های تعیین شده و پیگیری‌هایی که باید برای اطمینان از تحقق آن‌ها صورت بگیرد، می‌تواند با مشارکت سایر افراد یک بازه زمانی (برای نمونه سه‌ماهه) تعریف کند، که در آن زمان با فرایندی مشارکتی، مروری بر مداخلات صورت بگیرد، اصلاحات احتمالی بر آن اعمال شود.

◆ در صورت هرگونه تغییر در متن قرارداد، در صورت امکان اصلاحات با ذکر دقیق تاریخ به همین قرارداد اعمال شوند، اما اگر این تغییر بسیار اساسی بوده و منجر به اصلاح بخش‌های متعدد می‌شود، لازم است که قراردادی جدید و برنامه مراقبت جدیدی تدوین شود.

امضا تمامی طرفین قرارداد:

تاریخ اولیه قرارداد^{۲۰}:

در کنار تکمیل بخش‌های مختلف قرارداد، مددکاران اجتماعی می‌توانند به دلخواه از جدول گانت^{۳۱} برای ساده سازی این قرارداد استفاده کنند و نسخه‌ای از جدول را در اختیار مشارکت‌کنندگان دهند. نمونه‌ای از این جدول در ادامه آمده است. نکته قابل توجه این است که این جدول به مرور زمان و با توجه به فرایند مداخله، نیازمند بازبینی و اصلاح با مشارکت توانخواه، خانواده و اعضای تیم تخصصی است.

جدول شماره ۲-۲- گانت چارت پیشنهادی				
تاریخ پیگیری توسط مددکار اجتماعی	بازه زمانی مورد انتظار جهت اجرا	مجری هر قدم یا فعالیت	قدم‌ها یا فعالیت‌ها	راه حل / راه حل‌ها (همراه با زمان‌بندی)

یادآوری نکات مورد توجه برای ارزیابی و هدف‌گذاری در موارد شدید آزار و غفلت افراد توانخواه

در موارد شدید آزار و غفلت توانخواهان نظیر سالمندان و کودکان مددکار اجتماعی و اعضای تیم تخصصی باید به نکات زیر توجه کنند:

^{۲۰} در صورتی که در فرایند کار، در محتوای قرارداد تغییراتی ایجاد شد، لازم است که با ذکر دقیق تاریخ مجدد به تأیید تمامی طرفین برسد.

^{۳۱} Gantt Chart

- ✓ سرپرست یا سرپرستان آزارگر و سایر اعضای خانواده نباید قضاوت و کنار گذاشته شوند.
- ✓ وظیفه مددکار اجتماعی و اعضای تیم تخصصی، به هیچ عنوان مجازات و تنبیه فرد خاطی نیست، بلکه حمایت از توانخواه در بستر خانواده تا جای ممکن است. در واقع باید نقشی حمایت کننده و نه بازجویانه داشته باشند.
- ✓ برخورد حرفه‌ای مددکار اجتماعی و اعضای تیم تخصصی، باید مانع از این شود که توانخواه و خانواده وی در مقابل یکدیگر قرار گیرند.
- ✓ تمرکز اصلی باید بر هدف‌گذاری در راستای تأمین نیازهای توانخواه، تأمین نیازهای خانواده و توانمند شدن خانواده برای نگهداری و مراقبت از توانخواه با مشارکت خود خانواده و در بستر خانواده باشد.
- ✓ با وجود همه تأکید بر مشارکت خانواده، تأمین نیازهای توانخواه و حفاظت از او هم نباید قربانی جلب مشارکت خانواده به هر بهایی شود.

۲-۲-۵- گام پنجم: مداخلات تخصصی

در این راهنما به چهار رویکرد مدیریت مورد، حل مسئله، مداخله در بحران و راه حل محور اشاره می‌شود. بدون شک در حوزه‌ی توانبخشی اجتماعی بیماران دارای معلولیت، رویکردهای موثر و کاربردی بسیاری وجود دارد که از آن جمله می‌توان به رویکردهای توانمندسازی، شناختی- رفتاری، رویکرد خانواده درمانی ارتباطی و غیره اشاره نمود. یکی از دلایل انتخاب چهار رویکرد مورد نظر در این راهنما، آشنایی مددکاران اجتماعی با این رویکردها در سایر پروتکل‌های تخصصی (مانند پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی، کودک آزاری، سرطان، مداخله در بحران) و اثربخشی مداخلات طراحی شدن مبتنی بر رویکردهای مورد اشاره، بر اساس شواهد در عرصه توان بخشی اجتماعی افراد دارای معلولیت جسمی و حرکتی است. از سوی دیگر رویکردهای مطرح شده از جنبه‌ی عملیاتی بسیار کاربردی بوده و دسترسی به نتایج و اهداف مداخله با اتکا به آن‌ها راحت تر از سایر رویکردها است، همچنین امکان ارزیابی اثربخشی مداخلات با استفاده از دستاوردهای عینی امکان پذیر می‌باشد.

جدول زیر کمک می‌کند تا مددکاران اجتماعی با توجه به نتایج نهایی ارزیابی و اطلاعات بدست آمده از چک لیست بتوانند رویکرد مورد نظر خود را انتخاب کنند. در اینجا معیارهای انتخاب این رویکردها بر اساس ویژگی‌های رویکرد، ویژگی‌های مراجع، منابع و امکانات موردنیاز و دستاوردها و نتایج مورد انتظار آورده شده‌است.

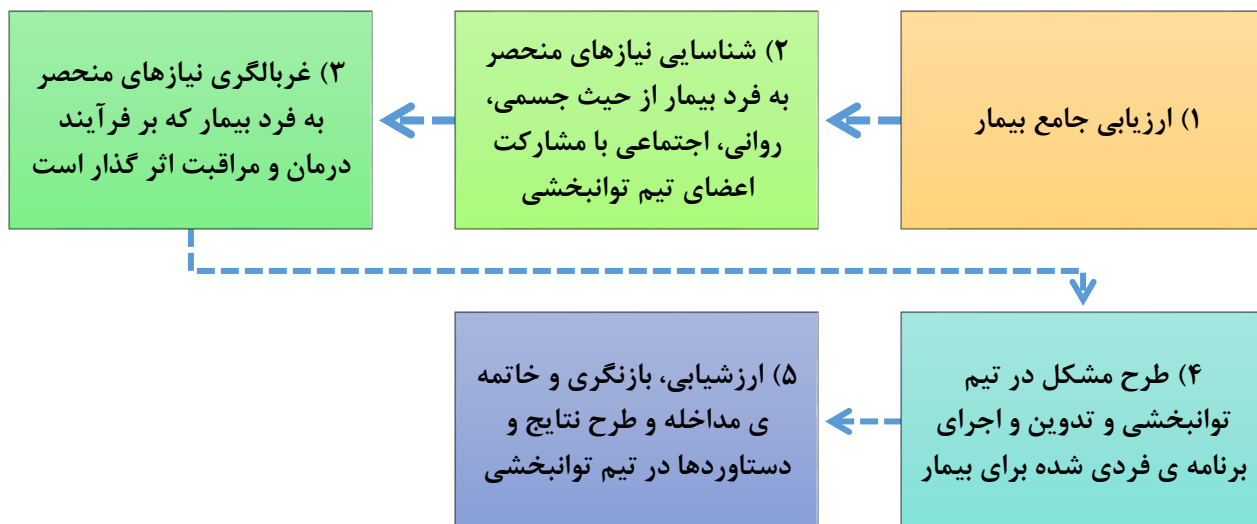
جدول شماره ۲-۳- اطلاعاتی تکمیلی برای انتخاب رویکرد مناسب

ویژگی های رویکرد	ویژگی های مراجع	منابع و امکانات مورد نیاز	دستاوردها و نتایج مورد انتظار
رویکرد مدیریت مورد: مناسب برای استفاده در عرصه سلامت و بیماران نیازمند دریافت خدمات تعاملی پیچیده، کاربردی و عملیاتی، دستاوردهای عینی و قابل سنجش، بسیج گسترده منابع حمایتی برای بیمار، متمرکز بر نقاط قوت مراجع	طیف گسترده‌ای از مراجعین با حداقل تا حداکثر توانمندی می‌توانند از این رویکرد بهره ببرند، برای بیمارانی که نقش فعال دارند بسیار مناسب است	منابع حمایتی در حوزه روانی، اجتماعی، اقتصادی، توانبخشی که از طریق ارجاع یا حمایت یابی مراجع از آن برخوردار می‌شود	ترخیص ایمن از مرکز درمانی، کاهش احتمال بستری مجدد، بهبود وضعیت خودمراقبتی و تاب آوری اجتماعی بیمار و خانواده، حرکت در مسیر توانبخشی اجتماعی
رویکرد مداخله در بحران: مناسب برای استفاده در شرایط بحرانی و پیچیده، متمرکز بر بازگرداندن قابلیت های مختل شده مراجع، متمرکز بر احساسات و تجرب دردناک ناشی از بیماری یا معلولیت، همدلی قوی، بیان خبر بد، معلول آزاری، سالمند آزاری	بیمارانی که به تازگی دچار معلولیت، بیماری یا خطای پزشکی منجر به معلولیت شده‌اند، بیمارانی که بیماری پیشرونده دارند، بیمارانی که هنوز در فاز انکار به سر می‌برند	حمایت های عاطفی روانی رسمی و غیر رسمی، منابع اجتماعی فوری و در دسترس	بازیابی توان و قابلیت‌های مختل شده، پذیرش واقعیت، دستیابی به ثبات مثبت و تعادل
رویکرد حل مسئله: مناسب برای کار با مسائل و چالش‌های متعدد، تقویت همکاری و مشارکت مراجع در فرایند مشکل گشایی، استفاده از روش های حمایت یابی مربی گونه یا توام با راهنمایی، تمرکز بر شایستگی ها و توانمندی های مراجع	مناسب برای بیماران جوان و بالنگیزه که باید در مسیر توانمندسازی نیز قرار گیرند، مشارکت موثر مراجع، بیماران با هیجان های منفی، بیماران با سطح توانمندی های متوسط و بالا	مددکار اجتماعی ماهر و مجرب، همکاری و مشارکت قوی بیمار و خانواده، دسترسی به منابع حمایتی	توانمندسازی و کسب قدرت حل مسئله در بیمار و خانواده و تعمیم به شرایط و موقعیت های دیگر، تقویت شایستگی ها و توانمندی های مراجع
رویکرد راه حل محور: مناسب برای کار با مشکلات ساده و قابل حل، می‌تواند پیش از سایر رویکردها به منظور ایجاد انگیزه در مراجعه کننده مورد استفاده قرار گیرد، نتیجه محور و زود بازده است، دستاوردهای عینی و قابل سنجش دارد و امکان دستیابی به موفقیت بالاست	مراجعین کم انگیزه و ناامید با سطح مشارکت پایین، مراجعینی که کوتاه مدت در بیمارستان بستری هستند	دسترسی به منابع قطعی و گسترده	ترخیص ایمن بیمار، تقویت انگیزه تغییر و بهبود در بیمار و خانواده، افزایش انگیزه برای قرار گیری در فرایند توانمندسازی

جزئیات مربوط به مداخلات مددکاری اجتماعی در حوزه خبر بد در پیوست شماره ۲ قابل مشاهده است.

➤ مداخلات شخص محور

مداخلات شخص محور به مجموعه اقدامات و مداخلاتی اشاره دارد که بر فرد و نیازهای ویژه و منحصر به فرد وی متمرکز می‌شود. این مداخلات می‌تواند از الگوی زیر دنبال شود:



در این سطح از مداخلات لازم است تا مددکار اجتماعی ضمن توجه به نیازها، مسائل و مشکلاتی که جنبه‌ی عمومی دارند و اکثر بیماران دارای معلولیت با آن مواجه هستند، به شناسایی نیازهای منحصر بفرد بیمار، بخصوص آن دسته از نیازهایی بپردازد که بر فرایند درمان و مراقبت و توانبخشی اثر گذار هستند. برای مثال ممکن است دانش آموزی ۱۲ ساله به علت تصادف دچار معلولیت از ناحیه‌ی پا شده‌است و لازم است تا مدت یکماه را در بیمارستان بگذراند. مددکار اجتماعی باید به نیازهای تحصیلی دانش آموز توجه کند. زیرا در صورتی که این موضوع نادیده گرفته شود، بیمار با استرس ناشی از عقب ماندگی تحصیلی یا دور بودن از همکلاسی‌ها و محیط آموزشی مواجه شود و اقدام به ترخیص زودتر از موعد از بیمارستان کند یا بین بیمار، خانواده و تیم درمان چالش و بحث‌های متعددی مطرح شود که همگی ناشی از بی توجهی به این نیاز بوده‌اند. توجه به نیازهای فردی بیمار و تدوین برنامه‌ی مداخله‌ای که خاص بیمار مورد نظر است، می‌تواند اعتماد میان بیمار و تیم درمان و توانبخشی را تقویت کند. مشکلات و عقب ماندگی‌های تحصیلی، مشکلات اقتصادی و مالی ناشی از بیکار شدن، ترس‌ها و نگرانی‌های مرتبط با از دست دادن و جدایی، نگرانی از برچسب‌ها و انگ‌های اجتماعی، عدم دسترسی به منابع حمایت اجتماعی در حوزه‌ی توانبخشی بخصوص برای بیماران ساکن شهرهای کوچک و روستاها، تضییع حقوق بیمار به علت معلولیت، وجود چند فرد معلول در خانواده و کمبود مراقب موثر و غیره نمونه‌هایی از مشکلاتی هستند که می‌توانند بر فرایند درمان و توانبخشی تاثیر منفی بگذارند و در هر فردی

از شدت و ضعف‌های متفاوتی برخوردارند و هر فرد با توجه به مهارت‌ها، تجارب، محدودیت‌ها و نگرش‌های خود به شیوه‌ی منحصر به فردی به این مسائل نگاه می‌کند.

➤ مداخلات گروه محور

مددکاری اجتماعی به شیوه گروهی، روشی است که به افراد کمک می‌کند تا عملکرد اجتماعی خود را از طریق تجربیات گروهی هدفمند، تقویت کرده و با مشکلات شخصی، گروهی یا اجتماعی خود به طور مؤثرتری کنار بیایند. مداخلات گروهی با بیماران دارای معلولیت یک راهنمای عمل برای مددکاران اجتماعی است که کمک می‌کند تا کار گروهی در عرصه توانبخشی اجتماعی بیماران دارای معلولیت را به صورت فعال و جهت دار توسعه داده و به کار گیرند. نمونه‌ای از این مداخلات در جدول زیر ارائه شده است:

جدول شماره ۲-۴- جزئیات نمونه‌هایی از رویکردهای مداخلات مددکاری گروهی مددکاران اجتماعی در کار با

افراد دارای معلولیت و خانواده‌های آنان

نوع مددکاری گروهی	شرح روش	دستاوردها
گروه‌های خودیار (کمک متقابل همتایان)	گروه‌های باز، خودگردان و کوچکی که به فواصل منظمی یکدیگر را ملاقات می‌کنند و فعالیت اصلی آن‌ها کمک دو جانبه است. کمک دو جانبه در اینجا به صورت شکلی از حمایت اجتماعی در نظر گرفته می‌شود که از کمک عملی و روانشناختی بین افراد دارای یک مشکل مشترک یا موضوعی که آن‌ها را به شکلی برابر به هم پیوند می‌دهد، تشکیل شده است. این گروه‌ها به وسیله اعضای گروه اداره می‌شوند و هیچ هدایت‌کننده متخصصی ندارند. متخصصین ممکن است بنا به، تقاضا و تایید افراد گروه در جلسات شرکت کنند ولی آن‌ها صرفاً در نقش تسهیلگر و مشاور باقی می‌مانند.	- یادگیری اطلاعات و راهکارهای جدید برای مقابله با مشکلات ناشی از معلولیت - پیدا کردن اطمینان و حمایت از دیگران با تجارب مشابه زندگی - توسعه بینش شخصی و دستیابی به رشد شخصی - یادگیری بهتر بیان احساسات و حساسیت بیشتر نسبت به احساسات دیگران - کسب احساس قدرت و اعتماد به نفس بیشتری در مقابله با چالش‌ها - ایجاد ارتباط با جامعه و کاهش انزوای شخصی
گروه‌های آموزشی و مشاوره‌ای	گروه‌های آموزشی اغلب به افراد دارای نیازهای پزشکی ارائه می‌شوند تا بیماران و/یا خانواده‌های آن‌ها را در مورد شرایط پزشکی آموزش دهند و مهارت‌های مورد نیاز برای کمک به مدیریت شرایط و استرس را که اغلب با آن‌ها همراه است آموزش دهند. این گروه‌ها عموماً به صورت ساختارمند هدایت می‌شوند، به این ترتیب که مطالب توسط مددکاران اجتماعی (یا تسهیلگران دیگر) ارائه می‌شود، مهارت‌ها آموزش داده می‌شود و تمرین می‌شود و اعضا تشویق می‌شوند تا در مورد آموخته‌ها و نحوه استفاده از آن‌ها در خارج از گروه صحبت کنند.	تشویق بیماران جهت مشارکت فعال در فرایند درمان، مراقبت و توانبخشی، در بهبود کیفیت زندگی بیماران با وجود اعمال محدودیت‌های ناشی از معلولیت و درمان آن

➤ مداخلات خانواده محور

افراد دارای معلولیت در مرحله‌ی پیش، حین و پس از معلولیت به حمایت و کمک خانواده نیاز دارند. خانواده در این زمینه نقش‌های مهمی را برعهده دارد، بویژه از حیث ارائه‌ی حمایت‌های روانی غیر رسمی. طی سالیان اخیر توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) مطرح شده‌است. این نوع توانبخشی، راهبردی در درون توسعه جامعه برای ارائه خدمات توانبخشی است که در آن تساوی فرصت‌ها و تلفیق اجتماعی تمامی افراد معلول از طریق تلاش‌های مشترک خود فرد، خانواده، جامعه و خدمات بهداشتی، آموزشی، حرفه‌ای و اجتماعی تحقق می‌یابد. در این تعریف بخش‌های مؤثر در توسعه و اجرای توانبخشی، نقش خانواده بعد از نقش مؤثر خود افراد دارای معلولیت در مقام دوم جای گرفته است، به گونه‌ای که خانواده مسئولیت اولیه را برای مراقبت از همه اعضای خویش به عهده دارد و در صف اول حمایت از عضو دارای معلولیت و کمک به آن‌ها قرار دارد. در سال ۲۰۰۶ کنوانسیون بین‌المللی حقوق افراد دارای معلولیت به تصویب سازمان ملل رسید. در بخش‌های مختلفی از این معاهده جهانی به خانواده و نقش آن پرداخته شده‌است بویژه در ماده ۲۳ این قانون به اهمیت خانه و خانواده اشاره شده‌است.

در جدول زیر، به بخشی از مداخلات خانواده محور مددکاران اجتماعی در کار با بیماران دارای معلولیت اشاره می‌شود، این مداخلات با توجه به محدودیت‌های حضور بیماران در بیمارستان/ مراکز و عدم همخوانی و تناسب تعداد مددکار اجتماعی به تخت بیمارستانی پیشنهاد می‌شود تا در صورت ایجاد بستر از جمله مهیا بودن شرایط از جمله موارد فوق می‌توان در برخی از مداخلات مددکاران اجتماعی در نظر گرفت:

جدول شماره ۲-۵- مداخلات خانواده محور در کار با بیماران دارای معلولیت

عنوان مداخله	شرح مداخله	دستاوردها برای فرد دارای معلولیت و خانواده
خانواده درمانی	خانواده درمانی مجموعه‌ای از رویکردهای روان درمانی است که به جای درمان فردی، بر همه افراد خانواده متمرکز است و تمامی این افراد در جریان روند درمان قرار دارند. می‌تواند به اعضای خانواده در بهبود ارتباط و رفع درگیری‌ها و تنش‌ها کمک کند. این روش، اغلب درمانی کوتاه مدت است. در جلسات مشاوره، ممکن است تمام اعضای خانواده، یا تنها برخی از اعضا، که توانایی شرکت در این جلسات را دارند، شرکت کنند. برنامه درمانی، براساس شرایط و وضعیت خاص هر خانواده متفاوت خواهد بود. این جلسات، به یادگیری مهارت‌هایی می‌پردازد که به تعمیق روابط بین اعضای خانواده و گذر از زمان‌های پرتنش و سخت کمک می‌کند. تأثیر این مهارت‌ها و جلسات تا مدت‌ها پس از پایان جلسات مشاوره نیز ادامه خواهد داشت.	- بررسی پویایی تعاملات در خانواده و رابطه آن با آسیب‌شناسی روانی و معلولیت - افزایش توان داخلی و منابع عملکردی خانواده و فرد دارای معلولیت - تغییر ساختار سبک‌های تعاملی ناسازگار خانواده (از جمله بهبود ارتباطات) - افزایش توانایی حل مسئله خانواده - ترغیب بیمار و خانواده برای مشارکت فعال در برنامه‌های توانبخشی - مدیریت تأثیرات منفی معلولیت بر سایر اعضای خانواده بویژه کودکان

آموزش خانواده در خصوص نقش مددکار اجتماعی در فرایند توانبخشی، آموزش خانواده در خصوص چگونگی مقابله کارآمد با بیماری و بیمار، آموزش استفاده از ظرفیت های باقی مانده ی فرد دارای معلولیت توسط افراد خانواده، تشویق به انجام کارهای گروهی در خانه، آموزش خودمراقبتی به اعضای خانواده	آموزش خانواده
برنامه توانبخشی خانواده محور شامل آموزش مهارت های ارتباطی، حل مسئله، کنترل استرس و کنترل هیجانات می باشد. با توانبخشی خانواده محور، خانواده و فرد دارای معلولیت راه همزیستی با یکدیگر را می آموزند. اجرای برنامه توانبخشی خانواده محور، باعث افزایش اعتماد به نفس خانواده و فرد دارای معلولیت و افراد با نیازهای ویژه می شود چرا که آنان راه تعامل و ارتباط را می آموزند	توانبخشی خانواده محور
ارتقای سطح کیفیت مراقبت از توانخواه کاهش بار مراقبتی برای مراقب خانوادگی	
- استفاده از پتانسیل خانواده به عنوان عضوی از تیم توانبخشی - آماده سازی خانه و خانواده برای بازگشت بیمار از بیمارستان به خانه	

نکته: توصیه می شود با توجه به اینکه در شیفت های صبح، خانواده درگیر مسائل درمان و توانبخشی جسمی است و بیشتر برنامه های مراقبتی به طور معمول در این زمان انجام می شود، مددکاران اجتماعی برای کار با خانواده از فراغت و خلوتی شیفت های عصر و شب استفاده کنند. مددکار اجتماعی می تواند آموزش ها را به صورت کارگاهی و سخنرانی، بحث های گروهی، توزیع بروشورهای آموزشی با محتوای شناخت معلولیت، شناخت عوامل استرس زای ناشی از مراقبت از فرد دارای معلولیت، مدیریت و کاهش این عوامل استرس زا به اعضای خانواده و جلسات آموزشی خودمراقبتی برای مراقبان ارائه دهد.

همچنین تجارب مددکاران اجتماعی مشارکت کننده در تدوین این راهنما نشان می دهد که تشکیل گروه های همیار خانوادگی با هدف تبادل احساسات و تجارب موفق یا ناموفق، می تواند خانواده ها را با فرایند مراقبت آشنا کرده و زمینه های لازم برای پذیرش بیمار در منزل فراهم شود.

➤ مداخلات جامعه محور

همانگونه که قبلاً توضیح داده شد، توانبخشی مبتنی بر جامعه و اقدامات جامعه نگر در کار با افراد دارای معلولیت، راهبردهایی هستند که به دنبال ایجاد فرصت های مساوی و عدالت اجتماعی و کمک به پیوند فرد معلول با جامعه کمک می کنند. افراد و گروه های شرکت کننده در برنامه های جامعه ای شامل افراد دارای معلولیت، خانواده، اعضای جامعه، بخش دولتی مانند بیمارستان، بخش غیر دولتی و متخصصین و اعضای تیم های درمان و توانبخشی می باشد.

اهداف برنامه های جامعه محور عبارتند از:

- تغییر در نگرش و شیوه ی رفتار افراد جامعه نسبت به افراد دارای معلولیت
- نیازسنجی واقعی از خواسته ها و نیازهای گروه هدف
- افزایش آگاهی عمومی در حوزه ی توانبخشی

- افزایش خدمات مبتنی بر منزل
- کمک به تغییر نگرش افراد دارای معلولیت برای خروج از نقش انفعالی و دریافت کننده‌ی صرف خدمات
- تدارک خدمات توانبخشی برای افراد دارای معلولیت در سطح جامعه
- افزایش حس مطالبه‌گری در ذینفعان

مددکاران اجتماعی می‌توانند برای اجرای طرح‌های جامعه نگر در ارتباط با گروه هدف از الگوی زیر استفاده کنند.

جدول شماره ۲-۶- قسمت های مختلف یک نمونه از طرح توانبخشی با رویکرد جامعه نگر

عوامل	توضیحات
تعریف جامعه	منظور از جامعه بخشی از اجتماع مورد نظر است که مستقیماً از یک یا چند مشکل رنج می‌برند و دچار محرومیت هستند یا افرادی که مورد استثمار قرار گرفته یا حق و حقوقی از آن‌ها ضایع شده‌است یا در صدد بهبود شرایط و احقاق حقوق خود هستند یا مایل به تغییر و اصلاح شرایط فعلی خود هستند. مانند گروهی از افراد دارای معلولیت که ممکن است به یک خدمت، دارو و درمان ویژه نیاز دارند و به دلیل کمبود امکانات یا توزیع ناعادلانه‌ی منابع از دسترسی به آن محروم هستند. در این قسمت لازم است تا جامعه‌ی هدف به خوبی و به صورت شفاف توضیح داده شود.
نوع جامعه	- جامعه‌ای متشکل از افراد محروم و رنج کشیده - جامعه‌ای متشکل از افرادی که ارتباطات و انسجام درون گروهی ضعیفی دارند. - جامعه‌ای متشکل از افرادی که از مشکلات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی شاکی هستند. لازم است مددکار اجتماعی نوع جامعه مورد مطالعه و مداخله را انتخاب کند. برای هر گروه از جامعه، روش خاص و ویژه‌ای بکار می‌رود.
اهداف	- حل مسئله - به انجام رساندن وظیفه‌ای خاص در جهت حل مشکلات - خودیاری، افزایش اتحاد و انسجام درون گروهی - رشد احساس مسئولیت و سازمان‌دهی جامعه - تغییر در ارتباطات درون جامعه - اجرای قانون به نفع گروه هدف طرح جامعه‌ای می‌تواند یک یا چند مورد از اهداف اشاره شده را محقق کند.
نقش‌های مراجع	- نقش فعال از طریق مشارکت در انجمن‌های محلی - نقش نیمه فعال (شرکت کننده در برنامه ریزی‌ها و ارائه‌ی نظر) - نقش همکاری کننده (در اجرای پروژه‌های محلی)
نقش‌های مددکار اجتماعی	- نقش حامی: علاقه مند به مردم جامعه و منافعشان - نقش آگاهی دهنده: آگاه کردن گروه هدف نسبت به حقوق و منافعشان - نقش برنامه‌ریز: برنامه ریزی اجتماعی در راستای تحقق اهداف فردی و جمعی گروه هدف - نقش محقق: تحقیق و بررسی در زمینه‌ی نیازها، امکانات و راه‌های تحقق دستاوردهای مطلوب برای گروه هدف - نقش قادر سازنده: مشوق گروه هدف تا بتوانند نارضایتی‌های خود را ابراز کنند - نقش سازمان دهنده: سازمان‌دهی اقدامات برای پذیرش مسئولیت توسط خود مردم در جهت رسیدن به زندگی بهتر

روش جامعه‌ای مورد نظر	- رشد و توسعه ی محلی: جریانی است که رشد اقتصادی و اجتماعی را به‌وسیله ی تشریک مساعی فعالانه جامعه و اعتماد به ابتکارات مردم برای تمام افراد جامعه بوجود می آورد. هدف در این روش، توسعه ی محلی، گسترش دموکراسی، مشارکت و اعتماد به نفس در بین مردم محلی برای ایجاد توسعه ی مورد نظر است. - برنامه ریزی اجتماعی: بکارگیری فنون و روش های تنظیم برنامه برای رسیدن به اهداف مشخص جامعه است. این روش، مشکلات و عوامل مخرب را کاهش داده یا مخاطرات کارکردی آن ها را به حداقل می رساند و امکانات مثبت جامعه را رشد می دهد. اقدام اجتماعی: وقتی که مردم یک جامعه دارای وضع اقتصادی و اجتماعی نامساعد بوده یا حقوقشان نادیده گرفته شود یا به دنبال علاقه‌مندی مشترک برای بهتر شدن کیفیت زندگیشان هستند، مددکار اجتماعی با ایجاد اتحاد بین مردم زمینه‌های تغییر اجتماعی را فراهم می آورد.
استراتژی های مورد استفاده	- نیازسنجی، کشف و جمع آوری نیازها و خواسته های واقعی گروه هدف - بحث و مذاکره میان طرفین مورد جدل یا گروه هدف و قانون گذاران - بحث و تبادل نظر بین پاره گروه های جامعه و تقویت ارتباطات تضعیف شده - آموزش، حساس سازی و ترویج زمینه های مشترک همکاری بین مردم و جامعه - اقدام مستقیم مطابق قانون
دستاوردهای مورد انتظار	گروه هدف (افراد دارای معلولیت و خانواده آن ها) به طور عادلانه از منابع و امکانات اجتماعی بخصوص در حوزه ی سلامت برخوردار شوند. با همکاری و مشارکت یکدیگر به مطالبه گری از مسئولین و برنامه ریزان بپردازند، خدمات توانبخشی در دسترس افراد جامعه قرار گیرد. حقوق قانونی افراد دارای معلولیت مورد توجه و تحقق قرار گیرد.
رویکرد نظری	نظریه ی توسعه ی اجتماعی، نظریه ی نوسازی جامعه، نظریه ی کنش متقابل نمادی، نظریه ی مراحل سه گانه ی توسعه، نظریه تضاد، نظریه های برنامه ریزی اجتماعی
گزارش کار	در این قسمت لازم است مددکار اجتماعی جزئیات کار را به صورت مبسوط توضیح دهد. سرفصل هایی که در این قسمت باید مورد توجه قرار گیرند عبارتند از: - شناسایی جامعه از نظر ویژگی‌های فیزیکی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و میزان دسترسی افراد دارای معلولیت به منابع و امکانات - طرح دقیق مسئله یا مشکل - تاریخچه ی مسئله و اقداماتی که تا کنون انجام شده است - تشخیص مددکار اجتماعی از مسئله - تعیین اهداف کاری و فرایندی - راهبردها (استراتژی ها) - فنون و تدابیر اجرایی (تاکتیک ها) - اجرای برنامه های تعیین شده در طرح - ارزیابی - پیگیری

نکته: مداخله جامعه محور دارای الگوهای متفاوتی است. با توجه به محوریت مداخله مددکاران اجتماعی در درون بیمارستان و همچنین عدم همخوانی و تناسب تعداد مددکار اجتماعی به تخت بیمارستانی پیشنهاد می‌شود تا در صورت ایجاد بستر از جمله مهیا بودن شرایط از جمله موارد فوق می‌توان مداخلات جامعه محور به عنوان بخشی از اقدامات مددکاران اجتماعی تعریف کرد.

۲-۵-۶- انتخاب راهبرد مناسب برای توانبخشی اجتماعی

➤ مداخلات مؤسسه محور

از آنجا که این راهنما برای مراکز توانبخشی بخصوص بیمارستان ها طراحی شده است، لازم است تا اهداف و چارچوب های محل کار مددکاران اجتماعی نیز در اجرای مداخلات مورد توجه قرار گیرد. شکل زیر کمک می کند تا مددکاران اجتماعی، مداخلاتشان را با توجه به اهداف مؤسسه ای محل خدمتشان انتخاب و اجرا کنند.

مداخلات مؤسسه محور در کار با افراد دارای معلولیت می تواند شامل موارد زیر باشد: تکمیل اطلاعات بیماران در سامانه های تعیین شده، اجرای پروتکل ها و دستورالعمل های ابلاغی، ارائه خدمات کوتاه و سریع تر برای بیماران سرپایی، اصلاح فرم های ارزیابی توانخواهان، تدوین فرایند کاری مددکاری اجتماعی در موسسات، آگاه سازی مدیران مراکز توانبخشی در خصوص اهمیت مداخلات مددکاری اجتماعی، تهیه محتوای آموزشی به صورت بروشور، پوستر و کتابچه و ترویج فرهنگ کار تیمی و تقویت تیم های توانبخشی با تاکید بر نقش مددکاران اجتماعی در توانبخشی اجتماعی.



مدل شماتیک شماره ۲-۳: ملاحظات و اسناد پشتیبان خدمات مددکاری اجتماعی در مراکز درمانی

➤ مداخلات فرامؤسسه‌ای

مداخلات مددکاران اجتماعی در زمینه‌ی کار با بیماران دارای معلولیت می‌تواند فراتر از مؤسسه‌ی محل خدمت آن‌ها باشد که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- مداخلات جامعه‌ای و بین سازمانی مانند تدوین مداخلات مشترک با اداره‌ی بهداشتی در زمینه ارائه‌ی خدمات توانبخشی جسمی (فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، کادرمانی و... با تعرفه‌ی دولتی) یا تدوین مداخلات مشترک بین بیمارستان و دفاتر تسهیلگری در مناطق حاشیه نشین شهرها
- ادغام و بازیابی اجتماعی بیماران دارای معلولیت از طریق کاهش انگ‌های اجتماعی و تقویت سرمایه‌های اجتماعی آن‌ها
- عقد تفاهم‌نامه با مراکز دولتی و غیردولتی و خیرین جهت همکاری و حمایت‌یابی در راستای استانداردهای اعتبار بخشی مرتبط با حوزه‌ی خیرین سلامت و همکاری‌های بین بخشی
- شناسایی سایر مراکز حامی معلولین و برقراری ارتباط مداوم جهت ارجاع توانخواهان
- مشارکت در ایجاد و توسعه‌ی سازمان‌ها یا گروه‌های خودیار معلولین

➤ توانبخشی از راه دور^{۳۲}

در سال‌های گذشته، ارائه خدمات مددکاران اجتماعی به توانخواهان، با محدودیت‌هایی مواجه بوده‌است که از آن جمله می‌توان به محدودیت زمانی در ارائه خدمات مناسب و به موقع با توجه به طولانی بودن فرایند توانبخشی و فراهم نبودن امکان استقرار طولانی مدت توانخواهان در مراکز توانبخشی، تعداد محدود مددکاران اجتماعی مجرب و متخصص و عدم توزیع مناسب این متخصصان در تمام نقاط کشور به ویژه مناطق محروم و دورافتاده، فراهم نبودن امکان دسترسی عادلانه و وجود نابرابری‌هایی در برخورداری توانخواهان از خدمات تخصصی، هزینه‌های بالای دریافت خدمات توانبخشی و هم چنین تحمیل هزینه‌های حمل و نقل و اسکان به منظور برخورداری از خدمات توانبخشی برای توانخواهان اشاره نمود.

در سال‌های اخیر با پیشرفت تکنولوژی و استفاده گسترده از اینترنت، امکان بهره‌مندی از فناوری در ارائه خدمات مراقبتی و توانبخشی همانند سایر عرصه‌های سلامت فراهم شده‌است و با بهره‌گیری از این فناوری‌ها در حوزه توانبخشی و ارائه خدمات در بستر "توانبخشی از راه دور" می‌توان تا حدی بر محدودیت‌های عنوان شده، فائق آمد. توانبخشی از راه دور، مفهومی است که در آن با استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات الکترونیکی و تجهیزات مدرن در حوزه فناوری و توانبخشی می‌توان به ارائه خدمات بازتوانی یا توانبخشی از راه دور پرداخت.

³². Telerehabilitation

توانبخشی از راه دور کاربردهای بالینی متنوعی برای اعضای تیم بین رشته‌ای دارد. این موارد عبارتند از: مشاوره برای وضعیت نشستن و حالات مختلف بیمار؛ ارائه تکنولوژی‌های کمکی با استفاده از تلفن‌های ساده قدیمی؛ کنترل و نظارت زخم بستر با استفاده از تصاویر با کیفیت بالا و یا پایین توسط پزشکان و پرستاران؛ درمان از راه دور با استفاده از ابزارهایی نظیر بازی‌های کنترل شده EMG³³ برای توانبخشی سکنه مغزی (بازی‌های ویدیویی با هدف بهبود کنترل میو الکتریک)، بازنویسی داستان‌های تعاملی از راه دور برای توانبخشی آسیب مغزی؛ مدیریت توانبخشی از راه دور و یا مشاوره تلفنی توسط متخصصان طب فیزیکی و توانبخشی و استفاده از سیستم‌های ویدئو کنفرانس گروهی در کلینیک‌ها فراتر از شبکه‌های پزشکی از راه دور توسط پزشکان. این رویکرد همچنین ارزیابی عملکرد بیمار؛ مدیریت بالینی بیمار از دور، انتخاب و مشخص نمودن نیازهای بیمار یا مراقب او؛ آموزش و پرورش متخصصین و مراقبان بیمار را فراهم می‌نماید.

در توانبخشی از راه دور، نیز مددکاران اجتماعی کماکان بیشترین تاثیرگذاری و ارائه خدمت را در حوزه توانبخشی اجتماعی توانخواهان برعهده خواهند داشت. در این رویکرد، تلاش بر این است که با استفاده از فن آوری اطلاعات و تکنولوژی، از ظرفیت‌های فضای مجازی و نرم افزارهای مرتبط، در راستای ارائه خدمت متناسب سازی شده و سازگار با شرایط گروه هدف اقدام نمود. در توانبخشی از راه دور، هدف مددکاران اجتماعی، دسترسی عادلانه توانخواهان به خدمات، بهبود کیفیت مراقبت، و پیشرفت خودمدیریتی از طریق استمرار در مراقبت، ماندگاری در درمان و توانبخشی، کاهش هزینه‌های مراقبت، ارائه خدمت در روند جریان عادی زندگی توانخواهان و توانبخشی در بستر جامعه و از همه مهمتر پیگیری خدمات مددکاری اجتماعی پس از ترخیص توانخواهان از بیمارستان‌ها و مراکز توانبخشی خواهد بود.

البته باید توجه داشت که اجرای یک برنامه موفق توانبخشی از راه دور مستلزم برنامه‌ریزی دقیق اولیه و پایش مداوم اجزای برنامه می‌باشد. عناصر کلیدی یک برنامه موفق توانبخشی از راه دور شامل انتخاب فن آوری مناسب برای ارتباط از راه دور، فراهم نمودن بستر محیطی، توجه به جنبه‌های تجاری و کسب و کار، تامین نیروی انسانی و انتخاب متخصصان مناسب، مسلط و آموزش دیده در این عرصه است که در طراحی و اجرای خدمات مددکاری اجتماعی در بستر طرح "توانبخشی از راه دور" نیز باید به آن توجه داشت. همچنین توجه به اصول اخلاقی ارائه خدمات حرفه‌ای از راه دور در توانبخشی اجتماعی نیز باید مد نظر مددکاران اجتماعی قرار گرفته و سعی شود با توجه به اهمیت ایجاد اتحاد درمانی و فضای امن عاطفی در پیشبرد اهداف توانبخشی ترجیحا مداخلات در مورد توانخواهانی با سابقه دریافت خدمات حضوری مدنظر قرار گیرد. نکته دیگر در ارائه خدمات توانبخشی از راه دور، فراهم بودن زیرساخت‌های لازم در محل ارائه خدمات مددکاران اجتماعی برای استفاده از این راهبرد در توانبخشی اجتماعی می‌باشد. البته باید توجه داشت که در بسیاری از خدمات پیشنهادی مانند مشاوره و پیگیری، استفاده از حداقل امکانات مانند تلفن نیز می‌تواند مدنظر قرار گیرد. در ادامه به تعدادی از خدمات قابل ارائه توسط مددکاران اجتماعی در توانبخشی افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی با راهبرد توانبخشی از راه دور اشاره می‌شود:

³³ . Electromyography

○ ارزیابی جامع توانخواهان

و وضعیت توانخواه و خانواده بر اساس موارد اشاره شده در بخش ارزیابی سریع و ارزیابی جامع توانخواهان در راهنمای حاضر و همچنین سایر پروتکل‌ها و راهنمای مصوب اداره مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مانند پروتکل خدمات جامع مددکاری اجتماعی در مراکز درمانی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بخشی از این ارزیابی‌ها با انجام مصاحبه و تکمیل فرم‌ها و چک لیست‌ها به صورت حضوری و بخش‌هایی قابلیت اجرا به صورت آنلاین را دارد.

○ مشاوره از راه دور^{۳۴}

ارائه خدمات مشاوره آنلاین و تلفنی با رویکردهای مددکاری اجتماعی در قالب مشاوره‌های فردی و گروهی از خدماتی است که مددکاران اجتماعی در طرح توانبخشی از راه دور در کنار سایر اعضای تیم بین رشته‌ای توانبخشی به ارائه آن خواهند پرداخت. در این شیوه ارائه خدمات توانبخشی مددکاران اجتماعی قادر خواهند بود خدمات مشاوره‌ای را با رویکردها و فرایندهای ارائه شده در این راهنما به صورت آنلاین و تلفنی ارائه دهند. توصیه می‌شود با توجه به ایجاد بستر مناسب برقراری رابطه حرفه‌ای و اتحاد درمانی با توانخواهان در مشاوره‌های حضوری و چهره به چهره، ترجیحاً مددکاران اجتماعی این رویکرد را برای ادامه فرایند مشاوره در مورد توانخواهانی بکار گیرند که به علت بستری یا دریافت خدمات سرپایی حضوری قبلاً خدمات مشاوره‌ای حضوری نیز دریافت نموده و در ادامه فرایند به خدمات مشاوره‌ای از راه دور نیازمند هستند. در صورت ارائه خدمات مشاوره‌ای برای توانخواهان جدید توجه به اصول برقراری ارتباط امن و پذیرش مددجویان نیاز به توجه مددکاران اجتماعی ویژه مددکاران اجتماعی دارد.

○ تشکیل گروه‌های همیار در شبکه‌های مجازی

این طرح به دنبال بهره‌گیری از امکانات فضای مجازی در راستای تشکیل گروه‌های خودیار و همتایان برای توانخواهان، مراقبان خانوادگی و سایر اعضای خانواده آن‌ها می‌باشد. این گروه‌ها متشکل از همتایانی با مشکلات مشترک است که گردهم می‌آیند تا با کمک متقابل یک نیاز عمومی را تأمین کنند، بر یک نقص همگانی یا مشکل مختل‌کننده زندگی فائق آیند. آن‌ها غالباً برای یکدیگر کمک متقابل و حمایت عاطفی و اطلاعاتی مناسبی را فراهم می‌کنند. گروه‌های خودیار بر همبستگی همتایان تأکید دارد و با بهره‌گیری از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های توانخواهان هدایت می‌شود، شرکت‌کنندگان در این گروه‌ها از منافع اصل "درمان‌یاور" استفاده می‌کنند، آن‌ها از کمک به یکدیگر احساس ارزشمند بودن می‌کنند و یکدیگر را قادر می‌سازند تا بهتر از عهده مشکلات بر بیایند. تجربه عمیق مشکل از سوی اعضا موجب می‌شود، تا در موارد مشابه به یاری همدیگر بشتابند، به گونه‌ای که هر عضو مشکل خود را برای اعضا شرح می‌دهد و تجربه‌ها و برنامه‌های مرتبط با رفع مشکل را با دریافت حمایت‌های عاطفی و اطلاعاتی سایر اعضا بازنگری می‌کند.

³⁴ . Tele counseling

در خدمات توانبخشی از راه دور با استفاده از ظرفیت‌های شبکه‌های اجتماعی، می‌توان بر حسب ویژگی‌هایی مانند نوع بیماری و معلولیت، سن، جنس، محل سکونت و... گروه‌های هم‌تایان را برای توانخواهان و مراقبان آن‌ها ایجاد و با هدایت حرفه‌ای این گروه‌ها اقدام موثری در توسعه خودمدیریتی و توانمندی آن‌ها انجام داد. ضروری است حضور مددکار اجتماعی در گروه‌ها به منظور تسهیل‌گری و رعایت ملاحظات اخلاقی توسط اعضا و اداره فضای گروه ضروری به نظر می‌رسد. توجه به تعیین معیارهای ورود برای اعضای گروه و تعیین هنجارها و اساسنامه فعالیت اعضا در گروه‌های همیار مجازی نیز ضروری است.

○ حمایت یابی از راه دور^{۳۵}

برای اجرای فعالیت‌های ارجاع و حمایت یابی، خدمات موجود و ارائه دهندگان خدمات شناسایی می‌شوند و در مورد نحوه دریافت هر یک از خدمات اطلاعات دقیق کسب خواهد شد. انجام هماهنگی با سازمان‌ها و اشخاص ارائه‌دهنده خدمات و پیگیری جهت حصول اطمینان از دریافت خدمات موردنظر به صورت مجازی انجام خواهد شد.

لازم است برای انجام ارجاع‌های حرفه‌ای و حمایت‌یابی بانک اطلاعات منابع موجود در جامعه‌ای که محل اجرای طرح و یا محل سکونت توانخواه، به عنوان بانک اطلاعات حداقلی، است به صورت مجازی، تهیه و به طور منظم به روز رسانی شود. در عین حال لازم است مددکار اجتماعی ارائه دهنده خدمت با مددکاران اجتماعی در سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی در سطح استان و در صورت نیاز در سطح کشور در ارتباط باشد تا بتواند ارجاع و حمایت یابی را به شکل مناسبی انجام دهد. همچنین این خدمت در راستای بهره‌گیری از امکانات فضای مجازی در راستای جذب حمایت‌های حرفه‌ای و تخصصی، داوطلبانه و مالی برای توانخواهان بدون توجه به محدودیت‌های فیزیکی در دسترسی به خدمات بوده و اهداف زیر را دنبال می‌کند:

- تسریع در ارائه خدمت به توانخواهان
 - از میان برداشتن واسطه‌ها برای ارائه خدمات داوطلبانه و کمک‌های مالی
 - تسهیل ارتباط بین شبکه مددکاران اجتماعی و داوطلبین ارائه خدمات اجتماعی و کمک‌های مالی
 - پوشش دهی مناسب خدمات فراتر از محدودیت‌های مکانی
 - بهره‌گیری از تکنولوژی در خدمات مددکاری اجتماعی
 - ایجاد شفافیت در ارائه و دریافت خدمت برای گروه‌های خدمت دهنده و خدمت گیرنده
- این خدمت می‌تواند با ساخت یک سامانه و یا اپلیکشین قابل استفاده در سیستم اندروید و ویندوز، مددکاران اجتماعی توانبخشی و نظام سلامت را به داوطلبین ارائه خدمات اجتماعی متصل نماید، تا در صورت نیاز مددکار اجتماعی نیاز به دریافت حمایت‌های مالی، خدمات داوطلبانه، خدمات حرفه‌ای برای مددجویان؛ امکان ارائه درخواست در سامانه میسر

³⁵ . Tele Advocacy

بوده و درخواست وی برای کسانی که در حال حاضر آماده ارائه خدمت هستند، ارسال شود و فردی که آمادگی ارائه خدمت مورد نظر را دارد، آن را تأیید کرده و با انجام هماهنگی‌های لازم آن را انجام دهد.

در بخش خدمات داوطلبانه و خدمات تخصصی و حرفه‌ای، کلیه مددکاران اجتماعی توانبخشی و به طور عام مددکاران اجتماعی نظام سلامت، مددکاران اجتماعی سایر سازمان‌های دولتی و غیردولتی که امکان ارائه خدمات تخصصی مورد نیاز را داشته باشند، متخصصین در سایر عرصه‌های توانبخشی و داوطلبین مؤسسات مردم‌نهاد و غیره و در بخش کمک‌های مالی کلیه افراد جامعه می‌توانند عضو سامانه شوند.

○ پیگیری

لازم است بر اساس مدیریت مورد پایه، حداقل طی یک ماه اول پس از مرحله خاتمه و ارائه خدمت حداقل با تماس تلفنی و یا از طریق امکانات فضای مجازی فراهم شده در طرح توانبخشی از راه دور، از وضعیت توانخواه مطلع شده و شرایط وی را در مدارک و مستندات درج نمود. تمامی خدماتی که در قالب مدیریت مورد در بستر فضای مجازی به بیمار و خانواده وی ارائه می‌شوند، باید قابلیت ثبت و پیگیری داشته باشند.

نکته: در خصوص توانبخشی از راه دور که هنوز در کشور زیرساخت‌های آن هنوز فراهم نیست می‌بایست با رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاقی اقدام نمود. در این شرایط خدمات مددکاران اجتماعی بیشتر معطوف به پیگیری تلفنی، ارجاع و مشاوره تلفنی است.

➤ توانبخشی مبتنی بر جامعه

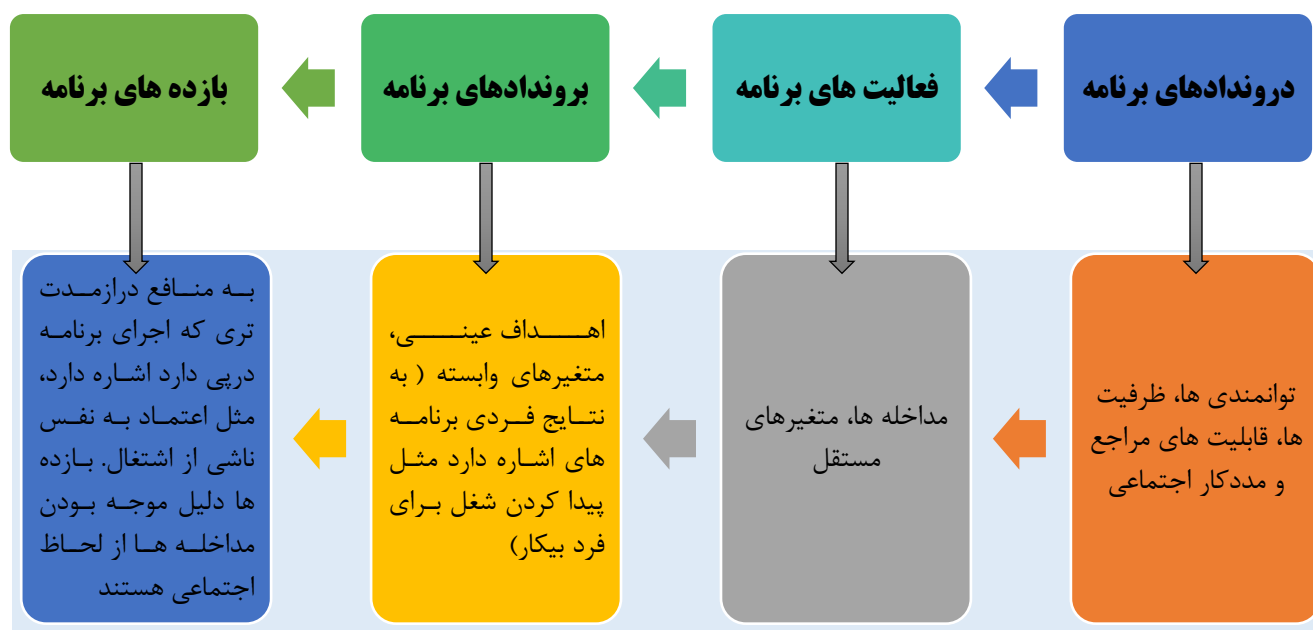
برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) دارای یک توالی جهانی در مراحل است که به هدایت توسعه برنامه‌ها کمک می‌کند. این مراحل معمولاً مانند چرخه مدیریت مجموعه‌های به هم پیوسته اند، و عبارتند از: تحلیل وضعیت، طراحی و برنامه ریزی، اجرا و پایش و ارزشیابی. این راهبرد توانبخشی معمولاً توسط یک محرک خارج از جامعه، به طور مثال یک وزارتخانه یا یک سازمان غیردولتی آغاز می‌گردد. چه این که منشأ علاقه از داخل و یا خارج جامعه باشد، مهم این است که منابع لازم در دسترس بوده و جامعه برای توسعه و اجرای برنامه‌ها آمادگی داشته باشد.

برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه می‌توانند در سطح محلی، منطقه‌ای و یا ملی باشند. نوع پوشش به این که؛ چه کسی برنامه را اجرا می‌کند، در چه زمینه‌هایی مداخله صورت می‌گیرد، و به میزان دسترسی به منابع بستگی دارد. مهم است که به یاد داشته باشید، امکان حمایت کردن از افراد معلول و خانواده آنان مستلزم نزدیک بودن به جوامع خودشان از جمله مناطق روستایی است. فرایند توانبخشی مبتنی بر جامعه برای مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی و توانبخشی در قسمت مداخلات جامعه محور مددکاری اجتماعی با ذکر جزئیات تشریح شده است.

نکته: یکی از اهداف مهم توانبخشی اجتماعی بازگشت به جامعه و ادغام مجدد اجتماعی است. یکی از برنامه‌های مهم در کشور که سازمان بهزیستی کشور به عنوان متولی طی دهه‌های اخیر به اجرایی آن با همکاری ذینفعان اقدام نموده است، توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) می باشد. مددکاران اجتماعی مراکز توانبخشی از این ظرفیت برای حمایت و بازگشت به جامعه مراجعین استفاده نماید.

۲-۲-۶- گام ششم: ارزشیابی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی

مداخلات مددکاران اجتماعی از دو حیث قابل بررسی است. اول اثربخشی یعنی آیا خدمات و برنامه‌های مداخله به اهداف مورد انتظار دست یافته اند؟ دوم کارایی یعنی هزینه‌ی خدمات و برنامه‌ها از لحاظ پول، زمان و سایر منابع چگونه است؟ در ارزشیابی خدمات مددکاری اجتماعی ضمن توجه به اثربخشی و کارایی، همکاری با سایر مددکاران اجتماعی و تیم درمان و توانبخشی، استفاده از دانش حاصل از ارزشیابی برای بهبود مداخلات (برای مددکار اجتماعی و مددجو) در نظر گرفته می‌شود. همچنین باید گام‌های منطقی برای ایمنی در برابر پیامدهای ناخواسته و اثرات مضر مداخله برداشته شود. به طور کلی در ارزشیابی خدمات مددکاری اجتماعی به اندازه‌گیری متغیرهای وابسته (بازده‌های برنامه‌های مداخله‌ای خاص) و متغیرهای مستقل (فرایندهای تغییر یا ماهیت خود مداخله) توجه می‌شود. اولی را **ارزشیابی تراکمی** می‌نامند که به بازده مداخلات توجه دارد و دومی را **ارزشیابی تکوینی** می‌نامند، که شامل مطالعه‌ی نحوه یا فرایند انجام مداخله است. هودسن و گرینل الگویی را برای ارزشیابی پیشنهاد دادند و در این الگو چهار عنصر را در نظر گرفتند که در شکل زیر به خوبی نشان داده شده است [۲۸].



در ارزشیابی مداخلات مددکاری اجتماعی باید به نکات زیر توجه شود:

- ۱- اهداف برنامه‌ها به صورت اسمارت تدوین شده باشد و جنبه‌ی عینی داشته باشد. برای هر نوع ارزشیابی، دستیابی واضح به اهداف عینی ضروری است. همچنین اهداف عینی باید فردی شده نیز باشند.
- ۲- گروه هدف دقیقاً مشخص شود. اهداف برنامه باید برای فرد محقق شود یا خانواده، گروه و جامعه نیز مشمول این اهداف می‌شوند؟
- ۳- کدام جز یا بخش از برنامه یا طرح مداخله برای تحقق هدف‌های عینی در مورد جامعه یا مددجو ضروری هستند؟ گاهی تحقق بخشی از برنامه ما را به همه یا قسمت اعظم اهداف تعیین شده می‌رساند. یعنی وزن بخش‌های مختلف برنامه در دستیابی به اهداف یکسان نیستند و مددکار اجتماعی باید در ارزشیابی به این نکته توجه کند.
- ۴- توجه به تقدم و تاخر اجرای برنامه‌ها نیز مهم‌اند، بعضی از برنامه‌ها را می‌توان همزمان انجام داد. در ارزشیابی باید به توالی زمانی اجرای برنامه‌ها نیز توجه کرد.
- ۵- چه دلایلی وجود دارد که نشان می‌دهد دستیابی به اهداف به دلیل اجرای برنامه و راهبردهای مداخله است؟ گاهی اوقات دستیابی به اهداف به دلیل رخ دادن اتفاقات یا پیش آمدن شرایطی است که خارج از برنامه‌های تخصصی مددکاری اجتماعی می‌باشد و توجه به این عوامل باید در ارزشیابی مداخلات مورد توجه قرار گیرند.

- ۶- در ارزشیابی باید به همکاری مددجو با مددکار اجتماعی، همکاری خانواده، همکاری اعضای تیم درمان یا تیم توانبخشی، همکاری سازمان ها و مؤسسات تعیین شده در برنامه مداخله توجه شود. مددکار اجتماعی برای جلب همکاری و ایجاد تعامل مثبت با ذینفعان از چه راهبردهایی استفاده کرده است؟
- ۷- در ارزشیابی برنامه به منابع، امکانات، زمان اجرای برنامه، هزینه ها و بازده کار نیز توجه کنید. برنامه ای که با هزینه هنگفت و صرف وقت زیاد انجام می شود از ارزش نسبی کمتری برخوردار است. توصیه می شود درمورد برنامه های طولانی مدت مددکار اجتماعی از جداول زمانی گانت استفاده کند.
- ۸- در اجرای برنامه و دستیابی به اهداف به شکاف های دانشی، نظری، مهارتی و تجربی مددکار اجتماعی در کار با مراجعین نیز توجه کنید.
- ۹- ارزشیابی باید تعیین کند که در کجای فرایند کار، کاستی یا مشکل وجود دارد و راه حل هایی نیز برای اصلاح فرایند ارائه کند. پس بدون توصیف دقیق برنامه ی مداخله نمی توانیم مشخص کنیم که آیا آنچه اتفاق افتاده است منجر به دستیابی به هدف می شود یا خیر.

چک لیست ۳: فرم پیگیری دستیابی به هدف در ارتباط با بیماران توانبخشی

تاریخ تدوین هدف: تاریخ پیگیری:				مقیاس دستیابی به هدف
عناوین و وزن های مقیاس				سطوح پیشرفت پیش بینی شده
هدف ۴	هدف ۳	هدف ۲	هدف ۱	
				نامطلوب ترین نتیجه ی محتمل
				موفقیت کمتر از حد مورد انتظار
				موفقیت مورد انتظار
				موفقیت بیش از حد انتظار
				مطلوب ترین نتایج محتمل

بر مبنای این مقیاس که در سال ۱۹۶۸ توسط کرسوک و شرمن طراحی شده است. مددکار اجتماعی در ارتباط با بیماران توانبخشی باید مطلوب ترین و نامطلوب ترین نتایجی را که محتمل است در نظر بگیرد و برای هر نتیجه

مقیاس‌هایی را تعیین کند. در فواصل زمانی مشخصی برنامه را از حیث دستیابی به اهداف مورد ارزشیابی قرار دهد. سطوح پیشرفت باید عینی باشند و هر مقیاس باید جامع و مانع باشد یعنی سطوح مختلف را در نظر بگیرند و با هم همپوشانی نداشته باشند.

چک لیست زیر می‌تواند در ارزشیابی اثر بخشی مداخلات به مددکاران اجتماعی کمک کند.

چک لیست ۴: فرم ارزشیابی اثربخشی مداخلات

شاخص	موثر / کارآمد	نیمه موثر / نیمه کارا	ناموثر / ناکارآمد
همکاری بیمار در فرایند درمان و توانبخشی			
همکاری خانواده یا مراقب در فرایند درمان و توانبخشی			
انگیزه و تمایل بیمار و خانواده برای ادامه ی همکاری			
بازخورد اعضای تیم توانبخشی از روند درمان و توانبخشی			
پیگیری و استمرار فعالیت های توانبخشی توسط بیمار			
دسترسی به منابع و امکانات توانبخشی			
استفاده بیمار از حداکثر ظرفیت ها و توانمندی هایش			
انجام حداکثری و مستقل فعالیت های شخصی			
کاهش تمرکز بیمار بر عوامل حاشیه‌ای و تمرکز بر فرایندهای ضروری درمان و توانبخشی			
همکاری و مشارکت حداکثری سازمان ها و مراکز مرتبط			
بازگشت موفق از بیمارستان به خانه، مدرسه یا محل کار			
خودمراقبتی روانی- اجتماعی			
ارزیابی نهایی مددکار اجتماعی از اثربخشی مداخلات:			
پیشنهاد در راستای انجام اقدامات اصلاحی:			

۲-۲-۷- گام هفتم: ترخیص ایمن توانخواه

در توانبخشی اجتماعی، درمان و بهبود فرد دارای معلولیت هدف نیست بلکه دستیابی و به فعلیت رساندن حداکثر توانایی‌های جسمانی، روانی و اجتماعی فرد به عنوان هدف نهایی محسوب می‌شود. توانبخشی اجتماعی هم مانند هر اقدام حرفه‌ای زمانی خاتمه می‌یابد که فرد به سازگاری نسبی و معقول در اجرای فعالیت‌های تعیین شده برسد. در این

برنامه مددکار اجتماعی باید زمینه‌ی انتقال بیمار را از محیط درمانی به محیط خانه و جامعه فراهم کند و بیمار بتواند تجرب کسب شده در زمان بستری در بیمارستان را به عرصه‌ی زندگی واقعی خود انتقال دهد.

همان‌گونه که پیشتر توضیح داده شد، اهداف توانبخشی اجتماعی با توجه به نوع معلولیت، محدودیت‌های ایجاد شده، انگیزه و علاقه مندی بیمار و خانواده به مشارکت و منابع و امکانات موجود می‌تواند متنوع باشد، ولی به طور کلی اهداف برنامه‌های توانبخشی اجتماعی می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- پیگیری و استمرار برنامه‌های توانبخشی اجتماعی
- آموزش خودمراقبتی جسمی، روانی، اجتماعی
- کمک به حل مشکلات و تعارضات زناشویی (آموزش مسائل جنسی به زوجین)
- تقویت انگیزه و افزایش امید به زندگی جهت پیگیری برنامه‌های درمان و توانبخشی
- از بین بردن شکاف و فاصله‌ی غیرمنطقی میان زندگی پیش از معلولیت با زندگی در طول درمان و پس از ترک مرکز درمانی
- ترخیص ایمن بیمار از بیمارستان

مهمترین هدف برنامه‌های توانبخشی اجتماعی در مراکز درمانی، ترخیص ایمن بیمار از بیمارستان می‌باشد. ترخیص ایمن در معنای تحت الفظی یعنی ترک بیمارستان توسط بیمار ایمن باشد و ریسکی او را تهدید نکند. مرحله‌ی ترخیص بیمار از بیمارستان یک گلوگاه در زمینه‌ی خدمات مراقبتی ارائه شده به بیمار است که ممکن است در زمان انتقال وی از بیمارستان به منزل با چالش‌هایی مواجه شود. به این معنی که بیمار در زمان بستری، انواع مراقبت‌های جسمی، روانی و اجتماعی را از پرسنل مرتبط با هر حوزه دریافت می‌کند، اما در زمان ورود به منزل به دلیل قطع شدن این مراقبت‌ها ممکن است مخاطراتی بیمار را تهدید کنند، پس لازم است تا در روزهای پایانی حضور در بیمارستان، بیمار، مهارت‌ها و توانمندی‌هایی را کسب کند تا به تدریج اتکای وی به محیط بیمارستان کاهش یافته و مراقبت آموخته شده، پس از ترخیص نیز تداوم یابد.

ترخیص ایمن فرایندی تیمی است که شامل بیمار و خانواده‌اش به عنوان اعضای اصلی و ثابت تیم، پزشک معالج، پزشکان مشاور، پرستار، مددکار اجتماعی بیمارستان، متخصص تغذیه و غیره است. بدون شک افراد آسیب‌پذیر (مانند سالمندان و افراد مقیم مراکز نگهداری، افراد دچار مشکلات روانشناختی و افراد دارای معلولیت) دارای ریسک بالاتری نسبت به سایر بیماران پس از ترخیص هستند و توجه ویژه‌ای می‌طلبند. پس لازم است تا اعضای تیم‌های توانبخشی (جسمی، روانی، اجتماعی) برنامه‌های حمایتی برای پس از خروج بیمار از بیمارستان نیز در نظر بگیرند. این هدف با هدف

دیگری پیوند می‌خورد و آن آموزش خودمراقبتی جسمی، روانی، اجتماعی به بیمار دارای معلولیت و خانواده وی است. در تدوین برنامه ترخیص ایمن توانخواه مراحل زیر را مدنظر قرار دهید:

- ❖ برنامه‌ریزی برای ترخیص را بعد از پذیرش توانخواه شروع کنید.
- ❖ پس از انجام ارزیابی‌های جامع مشخص کنید که آیا توانخواه نیازهای ساده یا پیچیده‌ای دارد که در مراحل مداخله تا ترخیص باید مدنظر قرار گیرد.
- ❖ برنامه مداخلات توانبخشی اجتماعی خود را با تمرکز بر ترخیص ایمن توانخواه تنظیم نمایید. توجه داشته باشید که کماکان در نظر گرفتن مشارکت توانخواه، خانواده و اعضای تیم در تدوین برنامه ترخیص می‌بایست مدنظر قرار گیرد.
- ❖ مهم است که نقش‌ها و مسئولیت‌های هر یک از اعضای تیم، توانخواه و خانواده را برای مدیریت فعال ترخیص ایمن مشخص شده باشد.
- ❖ تاریخ احتمالی ترخیص را در جلسات تیم ورک مشخص نمایید و با اعضای تیم برای برنامه ریزی و آمادگی توانخواه و خانواده اقدام نمایید.
- ❖ مانند سایر اعضای تیم که توصیه‌های لازم برای استفاده داروها، انجام تمرین‌های توانبخشی پس از ترخیص و مراقبت‌ها را توصیه می‌کنند، در جلسه ای مشترک با توانخواه و خانواده مشاوره لازم برای خودمراقبتی اجتماعی و همچنین چگونگی مراقبت ایمن توسط اعضای خانواده را ارائه دهید.
- ❖ اقدامات و هماهنگی‌های لازم برای ادامه فرایند توانبخشی جسمانی و روانی اجتماعی در دسترس را با استفاده از راهبردهای مختلف توانبخشی (مبتنی بر موسسه، فراموسسه ای، مبتنی بر جامعه و توانبخشی از راه دور) انجام دهید.
- ❖ حمایت‌یابی‌های لازم را برای بازگشت توانخواه به جریان نسبتاً عادی در زندگی از جمله بازگشت به محل کار، ادامه تحصیل، ایفای نقش‌های خانوادگی و... را انجام دهید.
- ❖ با سایر اعضای تیم هماهنگی و حمایت‌یابی لازم برای مناسب سازی محل سکونت و ... همکاری نمایید.
- ❖ اطمینان یابید که در صورت نیاز به حمایت شما توانخواه و خانواده امکان تداوم ارتباط با شما و تیم توانبخشی اجتماعی را خواهند داشت.

۲-۲-۸- گام هشتم: پیگیری

لازم است تا مددکاران اجتماعی پس از ترخیص بیمار از بیمارستان در صورت نیاز، برنامه ی پیگیری را نیز به مدت حداکثر یک ماه پس از ترخیص و دو بار به صورت تلفنی (در موارد ضروری به صورت بازدید از منزل یا مکاتبات اداری) انجام دهند. ممکن است برخی از بیماران با توجه به نوع مشکل و شدت معلولیت به پیگیری‌های پس از ترخیص مددکاران اجتماعی نیاز نداشته باشند و در عین حال ممکن است برخی دیگر از بیماران به دفعات و مدت زمان بیشتری

برای پیگیری نیاز داشته باشند که تشخیص این موضوع با مددکار اجتماعی مداخله کننده می باشد. در زیر، چک لیست پیشنهادی جهت ثبت اقدامات پس از پیگیری ارائه شده است که مددکاران اجتماعی جهت مستند سازی اقدامات صورت گرفته در مرحله پیگیری می توانند از این فرم استفاده کنند. مددکار اجتماعی تاریخ و شیوه پیگیری را ذکر می کند و نتیجه پیگیری را شرح می دهد و در پایان توضیح می دهد که آیا این بیمار به پیگیری های بعدی مددکار اجتماعی نیاز دارد یا خیر و آیا مداخله خاتمه می باید یا لازم است تا پیگیری ها و مداخلات دیگری توسط مددکار اجتماعی برای بیمار انجام شود.

چک لیست ۵: فرم پیگیری

نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	علت بستری	شرح مختصری از مشکل بیمار	تاریخ پیگیری	شیوه پیگیری
نتیجه پیگیری:					
آیا به پیگیری های بعدی نیاز دارد؟			آیا مداخله خاتمه می یابد؟		

مددکاران اجتماعی اطلاعات مراحل مختلف مداخله را در فرم جامع "مداخلات مددکاری اجتماعی در عرصه توانبخشی تکمیل نمایند" (پیوست شماره ۳).

۳-۲- فهرست منابع

۱. نقوی و محمدی، خودمردم‌نگاری، شیوه پژوهشی نوین در توان‌بخشی و سلامت (بخش اول). پژوهش در علوم توانبخشی، ۴۱۸-۴۲۴. ۲۰۱۶. ۱۱(۶):
۲. Guest, R., et al., *Resilience following spinal cord injury: A prospective controlled study investigating the influence of the provision of group cognitive behavior therapy during inpatient rehabilitation*. Rehabilitation psychology, ۲۰۱۵. ۶۰(۴): p. ۳۱۱
۳. Khazaeipour, Z., et al., *Psychosocial outcomes following spinal cord injury in Iran*. The journal of spinal cord medicine, ۲۰۱۴. ۳۷(۳): p. ۳۴۵-۳۳۸
۴. طلعت، ا.، د. کیوان، و ع. مینا، کاربرد طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت در ارزیابی کم‌توانی توسط مددکاران اجتماعی. ۲۰۲۱.
۵. Hickey, L., V. Anderson, and B. Jordan, *Family forward: promoting family adaptation following pediatric acquired brain injury*, in *Contemporary Perspectives on Social Work in Acquired Brain Injury*. ۲۰۱۸, Routledge. p. ۳۲-۱۱
۶. Hickey, L., et al., *Family appraisal of paediatric acquired brain injury: a social work clinical intervention trial*. Developmental neurorehabilitation, ۲۰۱۸. ۲۱(۷): p. ۴۶۴-۴۵۷
۷. Fugl-Meyer, K.S., *A medical social work perspective on rehabilitation*. Journal of Rehabilitation Medicine, ۲۰۱۶. ۴۸(۹): p. ۷۶۳-۷۵۸
۸. Cruz, L.C., J.S. Fine, and S. Nori, *Barriers to discharge from inpatient rehabilitation: a teamwork approach*. International Journal of Health Care Quality Assurance, ۲۰۱۷. ۳۰(۲): p. ۱۴۷-۱۳۷
۹. Michelsen, G., T. Slettebø, and I.B. Moser, *The empowering value of introducing CST in vocational rehabilitation*. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, ۲۰۱۹
۱۰. Padberg, I., et al., *Social work after stroke: identifying demand for support by recording stroke patients' and carers' needs in different phases after stroke*. BMC neurology, ۲۰۱۶. ۱۶(۱): p. ۸-۱
۱۱. Roberts, K., K. Stiller, and B. Dichiera, *A survey evaluating patients' satisfaction with the social work service provided at a rehabilitation centre*. Australian Social Work, ۲۰۱۲. ۶۵(۱): p. ۱۵۵-۱۴۵
۱۲. Redfern, H., et al., *Social work and complex care systems: the case of people hospitalised with a disability*. Australian Social Work, ۲۰۱۶. ۶۹(۱): p. ۳۸-۲۷
۱۳. Lehnerer, S., et al., *Social work support and unmet social needs in life after stroke: a cross-sectional exploratory study*. BMC neurology :۱۹. ۲۰۱۹, p. ۱۰-۱
۱۴. Holloway, M. and L. Tyrrell, *Acquired brain injury, parenting, social work, and rehabilitation: supporting parents to support their children*, in *Contemporary Perspectives on Social Work in Acquired Brain Injury*. ۲۰۱۸, Routledge. p. ۹۱-۶۶
۱۵. Simpson, G., et al., *Describing an early social work intervention program for families after severe traumatic brain injury*, in *Contemporary Perspectives on Social Work in Acquired Brain Injury*. ۲۰۱۸, Routledge. p. ۶۵-۴۵
۱۶. Knoop, T. and T. Meyer, *The effect of social work services on a self-reported functional outcome*. Research on Social Work Practice, ۲۰۲۰. ۳۰(۵): p. ۵۷۵-۵۶۴
۱۷. Higashida, M., *Integration of religion and spirituality with social work practice in disability issues: Participant observation in a rural area of Sri Lanka*. SAGE Open, ۲۰۱۶. ۶(۱): p. ۲۱۵۸۲۴۴۰۱۵۶۲۷۶۷۲
۱۸. خوشنمایی، س.، راهنمای مداخله تخصصی مددکاری اجتماعی در فرایند بازگشت به جامعه محکومین با سابقه خشونت. فصلنامه آرشو توانبخشی، ۲۰۲۱. ۲۲(۳): ۲۹۸-۳۱۹
۱۹. آزادی، م.، تدوین راهنمای بالینی پیش‌بیمارستانی تریاژ در رویدادهای هسته‌ای_رادیولوژیک. مجله علوم مراقبتی نظامی، ۲۰۱۷. ۱۸-۱۰(۱): ۱-۱۴
۲۰. Rauch, A., A. Cieza, and G. Stucki, *How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice*. European journal of physical and rehabilitation medicine, ۲۰۰۸. ۴۴(۳): p. ۳۴۲-۳۲۹

۲۱. Helander, E., *The origins of community based rehabilitation*. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, ۲۰۰۷. ۱۸(۲): p. ۳۲-۳
۲۲. یثربی, اثر بخشی توان بخشی روانی-اجتماعی در کاهش علایم منفی و بهبود مهارت های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنیای مزمن. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران, ۲۰۰۹. ۱۴(۴): ۳۶۳-۳۷۰ p.
۲۳. Russell, M.C.M., *Global report on assistive technology*. ۲۰۲۲
۲۴. Novak, M. and C. Guest, *Application of a multidimensional caregiver burden inventory*. The gerontologist, ۱۹۸۹. ۲۹(۶): p. ۸۰۳-۷۹۸
۲۵. Langford, J. and C. Keaton, *Introduction to Social Work: A Look Across the Profession*. ۲۰۲۲: Mavs Open Press.
۲۶. Pappas, P.G., et al., *Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: ۲۰۰۹ update by the Infectious Diseases Society of America*. Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America, ۲۰۰۹. ۴۸(۵): p. ۵۰۳
۲۷. Camillieri, S., *Cognitive-Behavioral Interventions for Improving Activity Outcomes After Stroke: A Narrative Review of the Literature*. Journal of Stroke Medicine, ۲۰۱۹. ۲(۱): p. ۱۶-۷
۲۸. Payne, M., *Modern social work theory*. ۲۰۲۰: Bloomsbury Publishing.
۲۹. Luzinski, C.H., et al., *The community case management program: for ۱۲ years, caring at its best*. Geriatric Nursing, ۲۰۰۸. ۲۹(۳): p. ۲۱۵-۲۰۷

پیوست ها

چک لیست فرم ارزیابی جامع مددکاری اجتماعی در عرصه توانبخشی اجتماعی

فرم ارزیابی جامع مددکاری اجتماعی در عرصه توانبخشی
ارزیابی وضعیت جسمی توانخواه: تشخیص بیماری (ناتوانی): تاریخ بروز ناتوانی: محدودیت های جسمانی توانخواه بعد از بروز نقص / ناتوانی : پیش آگهی وضعیت بهبودی توانخواه: اقدامات درمانی و توانبخشی انجام شده: توانایی های جسمانی باقی مانده: سطح مراقبتی توانخواه: وضعیت امکان انجام امور بهداشتی روزمره مربوط به خودش: امکان انجام فعالیت های شخصی مربوط به خودش: امکان انجام فعالیت های اجتماعی مربوط به خودش: امکان مشارکت با گروه های اجتماعی و نقش آفرینی اجتماعی: نتایج ارزیابی های جسمانی سازمان بهزیستی از توانخواه:
ارزیابی وضعیت عاطفی، روانی و شناختی توانخواه: شیوه مواجهه توانخواه با نقص / ناتوانی: وضعیت خلقی و هیجانی بیمار: وضعیت شناختی و حافظه بیمار: انگیزه توانخواه برای بهبودی:
ادراک و آگاهی در مورد کم توانی: دانش توانخواه در مورد بیماری / کم توانی: درک و نگرش بیمار در مورد کم توانی: وضعیت دانش و مهارت خودمراقبتی روانی_ اجتماعی:
ارزیابی وضعیت شبکه روابط بین فردی توانخواه: کیفیت روابط همسری / والدی / فرزندی توانخواه: کیفیت روابط با شبکه دوستان و آشنایان: کیفیت روابط بین فردی با شبکه همتایان:

کیفیت روابط با مراقب رسمی/ غیر رسمی : کیفیت روابط بین فردی با اعضای تیم بین رشته ای توانبخشی:
<u>ارزیابی وضعیت اقتصادی توانخواه و خانواده:</u> وضعیت بیمه پایه و تکمیلی : شرایط شغلی توانخواه، و قوانین و مزایای شغلی مرتبط با ناتوانی و دوره توانبخشی: وضعیت اقامت در دوران توانبخشی: چگونگی تامین مخارج توانبخشی و لوازم کمک توانبخشی: چگونگی تامین هزینه های مراقب غیر رسمی: چگونگی تامین مخارج زندگی و هزینه های جانبی در دوره توانبخشی: امکان ها و فرصت های موجود برای انجام فعالیت اقتصادی: چگونگی وضعیت زندگی مالی توانخواه پس از ترخیص:
<u>ارزیابی وضعیت شبکه حمایت خانوادگی، روابط بین فردی و اجتماعی توانخواه:</u> نقاط قوت، قابلیت ها و توانمندی های توانخواه: وضعیت حمایت ادراک شده/ دریافت شده از سوی خانواده: مهمترین افراد حمایت کننده در خانواده: وضعیت حمایت ادراک شده/ دریافت شده از دوستان و آشنایان: مهمترین افراد حمایت کننده از بین دوستان: وضعیت حمایت ادراک شده/ دریافت شده از موسسه / واحد محل خدمت: وضعیت حمایت ادراک شده/ دریافت شده از همتایان و گروه های خودیار: برخورداری از حمایت سازمان های مردم نهاد و خیریه ها: برخورداری از حمایت سازمان بهزیستی و نهادهای دولتی مرتبط: وضعیت برخورداری از منابع و حمایت های مرکز درمانی:
<u>پیامدهای ناتوانی و مراقبت های درمانی و توانبخشی بر زندگی توانخواه:</u> اختلال در نقش و روابط زناشویی: اختلال در نقش و روابط والدی/ فرزند: اختلال در عملکرد شغلی/ تحصیلی: اختلال در برنامه های معمول زندگی: امکان ها و فرصت ها و توانمندیهای موجود برای ارتقا وضعیت در پیامدهای مذکور:
<u>مخاطرات و مشکلات اجتماعی مرتبط با توانخواه:</u> سابقه مصرف مواد در توانخواه یا عضو دیگر خانواده:

سابقه افکار خود آسیب رسان و دیگر آسیب رسان: سابقه وجود فرد دارای ناتوانی/ بیمار مزمن و صعب العلاج دیگر در خانواده: ابتلای همزمان توانخواه به بیماری صعب العلاج یا مزمن: ابتلای همزمان توانخواه به اختلال حاد یا مزمن روانپزشکی: مشکلات روانی و اجتماعی سایر اعضای خانواده: مشکلات حقوقی و قانونی توانخواه:
<u>باورهای فرهنگی و ارزش های فردی و خانوادگی:</u> قومیت: زبان: باورهای مهم فرهنگی تاثیرگذار بر فرایند توانبخشی :
<u>توصیف وضعیت مراقبان خانوادگی:</u> مشخصات مراقب/ خانوادگی/ خصوصی: میزان درگیری در مراقبت (بار مراقبت): وضعیت جسمانی/ روانی مراقب یا مراقبان خانوادگی: ادراک مراقب اصلی از وضعیت توانخواه و روند بهبودی: وضعیت آگاهی و مهارت مراقب اصلی برای مراقبت از توانخواه: وضعیت آگاهی و مهارت مراقب اصلی برای مراقبت از خود: پیامدهای مراقبت از توانخواه بر ابعاد مختلف زندگی مراقب: وضعیت ارتباط مراقب اصلی با همتایان (سایر مراقبان خانوادگی توانخواهان دیگر): نیازها و انتظارات مراقب/ مراقبان خانوادگی: وضعیت حمایت رسمی/ غیر رسمی دریافت شده/ ادراک شده توسط مراقب خانوادگی:
<u>ارزیابی عوامل محیطی در بستر تیم (فیزیکی):</u> وضعیت فضای فیزیکی منزل مسکونی توانخواه با توجه به نوع و میزان ناتوانی: دسترسی به محل دریافت خدمات توانبخشی: دسترسی به محل کار/ تحصیل توانخواه تا محل سکونت: وضعیت فضای فیزیکی محل کار/ تحصیل توانخواه با توجه به نوع و میزان ناتوانی: چگونگی حمل و نقل و تردد توانخواه به محل درمان/ کار/ تحصیل/ زندگی:
<u>ارزیابی عوامل محیطی (نگرشی، قوانین و سیاست ها):</u> نگرش های اعضای خانواده در مورد ناتوانی توانخواه و وضعیت فعلی او:

نگرش های دوستان مهم در مورد ناتوانی توانخواه و وضعیت فعلی او:

نگرش کارفرمایان و همکاران در مورد ناتوانی توانخواه و وضعیت فعلی او:

کلیشه های فرهنگی و هنجارهای محدود کننده الحاق اجتماعی توانخواه:

قوانین و دستورالعمل های محدودیت زا برای توانخواه در عرصه های مختلف:

قوانین و دستورالعمل های حمایت کننده توانخواه در عرصه های مختلف:

جمع بندی و شرح ارزیابی تکمیلی مددکار اجتماعی:

• مداخلات خبر بد^{۳۶} در عرصه توانبخشی اجتماعی افراد دارای معلولیت های جسمی حرکتی:

یکی از حیاتی و ضروری ترین مداخلات مددکاران اجتماعی در عرصه توانبخشی، شناسایی موارد بحرانی و تنش‌زا و آمادگی برای مداخله در این شرایط است. شواهد نشان می‌دهد که مداخلات تخصصی با افراد دارای معلولیت‌های جسمی حرکتی و خانواده‌های آن‌ها از همان ابتدای بروز نقص و ناتوانی تا پذیرش معلولیت با مداخله در بحران آغاز می‌شود. با توجه به شدت و جدی بودن پیامدهای معلولیت بر زندگی فرد و خانواده، آن‌ها فرایند سوگی را تا رسیدن به پذیرش موقعیت جدید طی خواهند نمود که انجام مداخلات تخصصی می‌تواند در این فرایند برای آن‌ها حمایت‌کننده و مؤثر باشد.

از نظر کوبلر راس^{۳۷}، افراد در این موقعیت‌ها، پنج مرحله (شوگ و انکار، خشم، چانه زنی، افسردگی و پذیرش) را سپری می‌کنند که او از آن تحت عنوان مراحل سوگ یاد می‌کند، یعنی او بر اساس نتایج مطالعات خود بر روی بیماران مزمن و صعب‌العلاج، آماده شدن بیمار برای پذیرش بیماری و رسیدن به سازگاری احتمالی را نوعی فرایند سوگ در نظر گرفته که بیماران و خانواده‌های آنان در بیشتر موارد این مراحل را پشت سر خواهند گذاشت و در هر یک از مراحل بیمار و خانواده نیازمند حمایت‌های روانی و اجتماعی هستند که مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی از جمله متخصصینی هستند که در این زمینه می‌توانند مداخلات مؤثری انجام دهند.

گاهی این فرایند وارد مرحله سوگ پیچیده شده و ممکن است بیمار و خانواده در مرحله‌ای توقف کند و هرگز به پذیرش نرسد که در این زمینه مداخلات تخصصی سوگ باید از سوی متخصصین دارای صلاحیت مانند روانپزشکان، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی آموزش دیده پیگیری شود. از مهمترین مداخلات مددکاران اجتماعی در بحران در عرصه توانبخشی شامل مشارکت در تیم برای بیان خبر بد است. از نظر قانونی و تخصصی فرایند بیان خبر بد به طور معمول توسط پزشکان معالج انجام می‌شود، اما انجام این مداخله تخصصی در بستر تیم بین رشته‌ای می‌تواند به آسیب کمتر توانخواه و خانواده و مدیریت بهتر بحران منجر شود. روشی که خبرهای بد به بیماران و بستگان ارائه می‌شود، تأثیر قابل توجهی بر رضایت بیمار و سازگاری روانی با بیماری جدید دارد. این یک مهارت کلیدی در مداخلات بالینی است، به ویژه در زمان‌هایی که بیماران با تشخیص بالقوه محدودکننده زندگی روبرو هستند. در این زمینه بسیاری از توانخواهان برای پذیرش زندگی با معلولیت و پیامدهای آن که اغلب محدودکننده زندگی و فعالیت‌های آن‌ها می‌باشد، آمادگی کافی ندارند و اغلب در دوران توانبخشی در مرحله شوگ و انکار بسر می‌برند، از این رو اجرای این مداخلات برای آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد. همچنین بسیاری از توانخواهان در اثر تصادف ممکن است دچار معلولیت شده باشند و در حین تصادف

³⁶ BAD NEWS

³⁷ Kubler Ross

برخی دیگر از اعضای خانواده مانند فرزندان خود را نیز از دست داده باشند. در بسیاری از موارد، خانواده‌ها از بیان این واقعیت‌ها به آن‌ها پرهیز می‌کنند و نگران سوگ پیچیده و پیامدهای احتمالی با خبر شدن از این وقایع دردناک از سوی توانخواه هستند، لذا برنامه ریزی و اجرای مداخله در بحران برای این گروه از توانخواهان نیز اجتناب ناپذیر است.

بر اساس استانداردهای اعتباربخشی، کمیته اخلاق بالینی بایستی با مشارکت تیم مددکاری اجتماعی و دریافت مشاوره از یک روانشناس، دستورالعملی مدون در خصوص روش های اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه‌ای و منش انسانی تدوین می نماید. همچنین افراد/ مشاغل واجد شرایط برای اعلام خبرهای ناگوار به بیمار/ قیم قانونی وی توسط این کمیته شناسایی و در خصوص آموزش آن‌ها برنامه ریزی لازم به عمل آید.

در طول دهه‌های گذشته، محققان طیف وسیعی از دستورالعمل‌ها یا مدل‌ها را برای انتقال اخبار بد ایجاد کرده‌اند که اکنون به‌طور گسترده به متخصصان سلامت و مراقبت‌های اجتماعی آموزش داده می‌شود. دستورالعمل‌ها از یک رویکرد خطی پیروی می‌کنند که اساساً شامل مجموعه‌ای از مراحل است:

• مرحله اول: انجام هماهنگی برای برگزاری جلسه

بر اساس پروتکل مداخله در بحران (پروتکل‌های جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها)، مددکار اجتماعی مسئول هماهنگی‌های لازم برای تشکیل جلسات انتقال خبر بد خواهد بود. از این رو مددکار اجتماعی بر اساس فرایند اشاره شده در این راهنما، هماهنگی‌ها و مقدمات لازم برای تشکیل جلسات را انجام خواهد داد.

اولین تماس را با خانواده برقرار نمایید و با توجه به ارزیابی‌های انجام شده مناسب‌ترین فرد یا افراد را برای شرکت در جلسه دعوت نمایید. خودتان را معرفی کنید، محرمانه بودن تماس را یادآوری کنید، اطمینان پیدا کنید که با فرد مناسبی تماس گرفته‌اید، اطمینان دهید که اگر تماس قطع شد مجدد ارتباط می‌گیرید.

در طول ارتباط تلفنی به محتوای جلسه اشاره‌ای نداشته باشید و اشاره نمایید جلسه‌ای برای بررسی فرایند توانبخشی بیمار با اعضای تیم تشکیل خواهد شد و حضور فرد دعوت شده در این زمینه موثر است.

قبل از جلسه اطلاعات تماس با خانواده بیمار را به دست بیاورید، سوابق پزشکی او را بررسی کنید، تمرین ذهنی برای مکالمه خود داشته باشید، لباس فرم بپوشید و از قبل هماهنگی‌های لازم را با سایر اعضای تیم انجام دهید که چه اطلاعات و توضیحاتی باید توسط کدامیک از اعضا به بیمار یا خانواده‌اش داده شود.

• مرحله دوم: ایجاد یک محیط امن و همدلانه

اعلام خبر باید در یک فضای خصوصی بدون حضور عوامل مغل باشد؛ فضایی که ترجیحاً در آن امکان نشستن مخاطبان خبر و ابراز هیجانات عاطفی برای آن‌ها وجود داشته باشد. بازه زمانی جلسه را به گونه‌ای تنظیم کنید که زمان کافی برای انتقال خبر و مدیریت هیجانات توانخواه و همراه فراهم باشد.

بر اساس مطالعات صورت گرفته از خانواده بیماران در گروه‌های متنوع بیماران نشان می‌دهد که مهم‌ترین اقدام در انتقال خبر بد از سوی تیم مراقبت، شامل همدلی، صداقت و شفافیت می‌باشند. اگر بیمار و خانواده، به قومیت و اقلیتی زبانی تعلق دارند بهتر است در زمان انتقال خبر، برخی از اعضای تیم که قادر به تکلم بدان زبان هستند، مشارکت بیشتری داشته باشند. مطالعات نشان می‌دهد که برقرار کردن ارتباط چشمی با فرد و خانواده و همین‌طور کیفیت حرکات بدن، در انتقال یک پیام حمایت‌گرایانه مؤثر است.

با چهره ای پذیرا با توانخواه و خانواده مواجه شوید، به آن‌ها خوش آمد بگویید و فضای مناسبی را برای نشستن آن‌ها اختصاص دهید.

• مرحله سوم: آماده سازی برای افشا (به اشتراک گذاری اطلاعات)

خانواده، دوستان و متخصصان توانبخشی پزشکی و اجتماعی، همگی نقش مهمی در کمک به افراد دارای معلولیت برای درک و مقابله با اخبار بد دارند. هیچ کدام از اعضای تیم به تنهایی بر ابعاد مختلف نیازها و مشکلات توانخواه اشراف کامل ندارد. در حالی که پزشکان ممکن است حقایق مربوط به بیماری را بدانند، مراقبان خانواده اطلاعاتی در مورد ارتباطات و تاریخچه زندگی توانخواه دارند و سایر اعضای تیم نیز در ابعاد مختلف ارزیابی‌هایی را از توانخواه و خانواده انجام داده و بر آن اشراف دارند. آگاهی در مورد وضعیت به تدریج و با گذشت زمان، برای افراد ایجاد خواهد شد، بنابراین بیان اطلاعات به صورت ناگهانی می‌تواند آسیب‌زننده باشد. لازم است ابتدا ارزیابی در این موارد وجود داشته باشد:

✓ آیا توانخواه ظرفیت درک دانش مرتبط با ناتوانی خود را دارد؟ توانخواه قبلاً چه دانشی در این زمینه داشته است؟

✓ میزان اطلاعاتی که توانخواه می‌تواند با آن‌ها کنار بیاید چقدر است؟

✓ آیا مهم است که توانخواه در حال حاضر، این اطلاعات خاص را درک کند؟

✓ آیا توانخواه در این مقطع زمانی قادر به درک این بخش خاص از اطلاعات است؟

✓ بهترین راه/مکان/زمان برای دادن بهترین شانس درک به او چگونه است؟

✓ چه کسی می‌تواند به بهترین وجه به توانخواه کمک کند تا درک کند؟

✓ توانخواه برای برقراری ارتباط به بهترین شکل به چه چیزی و چه کسی نیاز دارد؟

✓ آیا در این مقطع زمانی می‌توان با دریافت این دانش به توانخواه آسیب وارد کرد؟

بهتر است پزشک و اعضای تیم با بیان چند پرسش از توانخواه و خانواده دانش و درک فعلی او را از وضعیت فعلی ارزیابی کنند. پزشکان بر اساس ارزیابی‌های انجام شده و تعامل با سایر اعضای تیم تصمیم می‌گیرند چه بخش‌هایی از اطلاعات را چگونه به بهترین نحو و با چه ادبیاتی به بیمار و خانواده منتقل کنند که برای آن‌ها قابل درک و فهم باشد. اعضای تیم باید آگاه باشند که حتی‌الامکان از بیان اصطلاحات تخصصی و پزشکی اجتناب نمایند. اگر شخص دارای ظرفیت است، او حق دارد ابتدا اطلاعاتی به او داده شود، مگر اینکه اعضای خانواده و توانخواه در این زمینه تصمیم دیگری بگیرند. حضور افراد حمایت‌کننده و موثر از اعضای خانواده در هنگام افشای اطلاعات بسیار مهم است.

تحقیقات نشان می‌دهد که بیشتر افراد ترجیح می‌دهند تمام اطلاعات مربوط به بیماری خود را بدانند، حتی اگر این خبر برای آن‌ها بسیار ناگوار باشد، بیان صادقانه و متناسب سازی اطلاعات با نیاز و درک فرد، بهترین شیوه انتقال خبر است. مرتباً بررسی کنید که آیا بیمار می‌خواهد پیش‌آگهی بیماری به آن‌ها گفته شود و در صورت تایید، بر جنبه‌های خوب پیش‌آگهی تأکید کنید. از دادن این پیام که "هیچ کاری نمی‌توان انجام داد" خودداری کنید.

در مورد بیان و وضعیت بیماری یا ناتوانی به کودک علاوه بر موارد عنوان شده، بهترین شیوه گفتگوی صادقانه است. اگر والدین در پاسخ به سوالات کودک ناتوان بمانند به روابط خود با کودک لطمه خواهند زد، در حالی که در این شرایط کودک به ارتباط و گفتگو با آن‌ها سخت نیازمند است و می‌بایست راهنمایی لازم از طریق تیم توانبخشی در این مورد به آن‌ها انجام پذیرد.

• مرحله چهارم: ایجاد فضای مناسب برای تخلیه هیجانی توانخواه و خانواده و حمایت از آن‌ها

اعضای تیم باید برای یک طیف گسترده از واکنش‌ها آماده باشند: شوک، خشم و انکار. مددکار اجتماعی باید فضا و زمانی را برای افراد فراهم کند تا افراد واکنش‌های خود را بروز دهند و با واکنش‌های مشروع آن‌ها ابراز همدردی کنند.

یکی از مصائب تیم مراقبت، واکنش‌های عاطفی بیمار و خانواده آن‌ها نسبت به اخبار بد است. تیم‌های مراقبت در این مورد با اتهاماتی نظیر قصور در فرایند مراقبت و سرزنش مواجه می‌شوند و در مواردی مورد خشونت‌های کلامی و حتی فیزیکی قرار می‌گیرند، مددکار اجتماعی در چنین شرایطی، باید تلاش در جهت آرام کردن دو طرف داشته و مانع از بروز چالش شود. بعد از اعلام خبر بد، ممکن است لازم باشد برای لحظاتی خانواده را برای کنار آمدن درمورد اتفاق و تأمل کردن درباره آن، تنها گذاشت.

در هر صورت، با واکنش‌های عاطفی خانواده مواجه شوید و احساسات (بازتاب احساسات) را تشویق و تایید کنید. نباید به واکنش‌های خانواده نسبت به خبر بد، عکس‌العمل‌های دفاعی داشت، اما آن‌ها اجازه وارد ساختن هرگونه آسیب فیزیکی به دیگران و خود را ندارند. تیم توانبخشی باید همراه با خانواده باشد و باید ارتباط همدلانه و ارتباط فیزیکی تسکین‌دهنده (مانند گرفتن دست‌ها یا دست گذاشتن بر روی شانه‌های فرد یا دادن آب به آن‌ها) همراهی خود را نشان دهند.

همه موارد فوق، مقتضی و منوط به وضعیت است، مددکار اجتماعی باید با در نظر گرفتن نشانه‌ها، واکنش‌های مناسب نشان دهد. ممکن است توانخواه یا خانواده رغبتی به تماس فیزیکی یا ادامه گفتگو نداشته باشند، در این موارد باید به ترجیحات آن‌ها احترام گذاشت.

نگاه متأثر یا چهره غمگین مددکار اجتماعی نباید به مثابه ضعف یا عدم حرفه‌ای‌گری تیم مراقبت تفسیر شود. بلکه عکس‌العمل‌ها باید به نحوی باشد که بی تفاوتی تیم مراقبت را نشان ندهد.

• مرحله پنجم: مشاوره و پاسخگویی به نگرانی‌ها و سوالات توانخواه و خانواده

از درک پیامتان توسط مخاطب اطمینان حاصل کنید، راهنمایی مناسب ارائه دهید، به مخاطب اطمینان دهید که برای پاسخگویی در دسترس هستید.

ممکن است بیمار یا خانواده او به علت شوک ناشی از تشخیص بیماری و یا نقص عضو یا ترس از مواجهه یا مراقبت با رویکردی اجتنابی با بیماری مواجه شود، از این روش استفاده از تکنیک مصاحبه انگیزشی در این مواقع توصیه می‌شود. باید همه مطالب برای بیمار و خانواده شفاف شود. زمانی که آن‌ها هیچ سوالی نداشتند، این بدین معناست که همه آن چیزی که باید می‌شنیدند، گفته شده است و ادامه گفتگو موجب رنجش آن‌ها خواهد شد. بنابراین در لحظه اعلام خبر توسط پزشک و در بستر جلسه تیمی، صحبت تا زمانی ادامه پیدا می‌کند که آن‌ها راغب بدان باشند. اگر بیمار و خانواده پس از این مرحله، با هر نوع سوالی مواجه شدند، باید به سوال آن‌ها در صورت امکان پاسخ داده شود.

• مرحله ششم: مراقبت از توانخواه و طرح برنامه‌های مداخله‌ای مناسب برای سازگاری روانی اجتماعی

از نیازهای حمایتی مخاطب اطلاع پیدا کنید، نکات مهم جلسه را خلاصه کنید، به مخاطب اطمینان دهید که آمادگی حمایت از او را دارید، از مخاطب تشکر کنید. ارتباط حرفه‌ای باید مبتنی بر همدلی، شفقت و به اشتراک‌گذاری باشد. توانخواه و خانواده باید از این امر مطلع باشند که تیم مراقبت، تمام توان خود را برای بهبودی توانخواه به کار گرفته یا خواهد گرفت. اما نباید از سوی تیم مراقبت تاکید بیش از حد بر جنبه‌های مثبت بهبودی صورت گیرد.

خدمات تیم مداخله در بحران و مددکار اجتماعی با انتقال خبر به پایان نمی‌رسد و آن‌ها موظف به پیگیری وضعیت بیمار و اعضای خانواده بعد از برگزاری جلسات هستند. انتقال خبر بد، باید به عنوان شروع یک فرایند و نه یک عمل مجزا از کل فرایند توانبخشی تلقی شود. توانخواه و خانواده برای کنار آمدن با خبر ناگوار و فقدان به زمان نیاز دارد، بنابراین تیم باید از خود طمأنینه و صبر بالایی نشان دهند.

در صورت پریشانی بالای عاطفی توانخواه و خانواده، لازم است مددکار اجتماعی هماهنگی‌های لازم برای ارجاع بیمار به روانپزشک و روان‌شناس بالینی را انجام دهد. ارزیابی میزان خطر و افکار آسیب‌زننده در این مرحله ضروری به نظر می‌رسد. دریافت مشاوره‌های فردی، شرکت در جلسات گروهی مددکاری اجتماعی و گروه‌های خودیار و حمایت‌های روانی اجتماعی از بیمار و خانواده، پس از انتقال خبر، به عنوان مداخلات ضروری، مدنظر قرار گیرد.

سناریوی شماره ۲: استفاده از رویکرد مداخله در بحران

توانخواه خانم ۲۵ ساله‌ای است که در یک تصادف رانندگی دچار ضایعه نخاعی شده و از ناحیه اندام‌های تحتانی فلج شده است. او چندی پیش هنگام سفر به شهرهای شمالی به همراه نامزد خود تصادف کرده است و دچار آسیب جدی به ستون فقرات خود شده است. در این سفر راننده نامزد او بوده اما وی سالم است و صرفاً جراحات محدودی داشته که در طول این زمان بهبود کامل پیدا کرده است. مریم پس از انجام اعمال جراحی و درمان‌های پزشکی، در حال حاضر در بیمارستان توانبخشی بستری و تحت درمان توانبخشی قرار دارد.

پس از سانحه رانندگی او به علت تداوم امور درمانی و توانبخشی در بیمارستان و مراکز درمانی بسر برده و از نظر وضعیت روانی نیز شرایط مناسبی ندارد. در تمام طول روز در اتاق بیمارستان بر روی تختش دراز می کشد و تمایلی به ارتباط با اعضای خانواده و سایر بیماران ندارد. همکاری ضعیفی با اعضای تیم توانبخشی نیز دارد. در روزهای نخست بستری نامزدش و خانواده او به طور مکرر برای عیادت او به بیمارستان می آمدند اما مدتی است که روابط عاطفی نامزدش با او سرد شده و کمتر به دیدار او می آید. از سوی خانواده نامزدش نیز چندین بار بی مهری و رفتارهای ناخوشایندی سرزده که مریم را دچار اندوه و خشم نموده است. مریم با توجه به رفتارهای نامزدش حدس می زند که او قصد دارد وی را در این شرایط سخت تنها بگذارد. از این رو گاهی دچار افکار خود آسیب رسان می شود. از طرفی تصویر صحیحی از وضعیت جسمانی و پیش آگهی بهبودی خود ندارد و دائما در جریان فرایند توانبخشی از اعضای تیم می پرسد که چه زمانی می تواند از شر این ویلچر راحت شود.

به نظر شما با استفاده از رویکرد مداخله در بحران چگونه می توان در این خصوص برنامه ریزی برای مداخله و حمایت از این توانخواه و خانواده اش انجام داد؟ برنامه ی مداخله ای مددکار اجتماعی شامل چه مواردی می باشد؟

• مداخله در آزار فرد دارای معلولیت

بر اساس دستورالعمل نحوه حمایت از حقوق اشخاص دارای معلولیت و سالمند در فرایند دادرسی مصوبه شماره ۹۰۰/۱۱۷۲۱/۱۰۰ مورخ ۱۴۰۲/۴/۳۱ رئیس قوه قضاییه مشخص گردیده است که دادستان در مواجهه با اشخاص دارای معلولیت در معرض خطر به ویژه آنان که در دوره طفولیت و نوجوانی هستند و همچنین در وضعیت خطر شدید و قریب الوقوع یا مخاطره آمیز، موضوع ماده ۳ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان مصوب ۱۳۹۹ قرار دارند، حمایت های موضوع ماده ۵ قانون مذکور و موضوع ماده (۱۱) کنوانسیون را اعمال می کند. ضابطان یا مددکاران اجتماعی در صورت مراجعه یا معرفی افراد مشمول یا مواجه شدن با آنان حین اجرای وظیفه و یا اقامه شکایت علیه آنان، حسب مورد برای معرفی به نهادهای حمایتی یا مراجع قضایی جهت انجام حمایت های مورد نیاز بر اساس قانون حمایت از اطفال و نوجوانان یا دیگر قوانین و مقررات مرتبط اقدام می کنند.

در این زمینه مددکار اجتماعی بیمارستان در صورت مشاهده هر گونه علائم آزار و یا غفلت از انواع مختلف آن یا ارجاع از سوی سایر همکاران تیم بین رشته ای مراتب را پیگیری و اقدامات مربوط در این زمینه را انجام خواهد داد. انواع سوء استفاده از افراد دارای معلولیت می تواند دربرگیرنده موارد زیر باشد:

➤ آزار عاطفی یا روانی

ایجاد ناراحتی ذهنی، ترس، یا احساس شرم و ناتوانی. ممکن است کلامی یا غیر کلامی باشد و بخشی از یک الگوی رفتاری است که در طول زمان تکرار می شود و قصد دارد با حفظ ترس بر فرد، فرد را کنترل کند. به عنوان مثال: ارباب کلامی، تحقیر، آزار و اذیت و فریاد زدن، تهدید به اشکال مختلف، خودداری از محبت، حذف قدرت تصمیم گیری و غیره. نشانه های این نوع سوء استفاده می تواند شامل شرم، افسردگی، اضطراب، گنجی، ایزوله سازی اجتماعی، بی خوابی، انفعال یا عصبانیت مشخص باشد.

➤ سوء استفاده مالی یا مادی

این نوع سوء استفاده غیرقانونی یا نادرست از دارایی های یک فرد دارای معلولیت را دربرمی گیرد: عدم دسترسی یا دسترسی ناکافی فرد دارای معلولیت به غذا، پوشاک، سرپناه یا امکانات کافی، عدم دسترسی فرد دارای معلولیت به صورت حساب بانکی، داشتن پول کمتر برای خرج کردن و ...

➤ بی توجهی یا غفلت

ناکامی یک مراقب در تامین مایحتاج زندگی برای فردی که از او مراقبت می کند، مانند غذای کافی، سرپناه، مراقبت و حمایت عاطفی. غفلت می تواند عمدی یا غیرعمدی باشد. به عنوان مثال: عدم ارائه مراقبت مناسب برای افراد دارای معلولیت مانند ندادن داروی بیمار، عدم توجه به زخم بستر و جابجایی توانخواه و غیره، جلوگیری از دسترسی افراد دارای معلولیت به خدمات، دریافت کمک هزینه مراقبت اما عدم ارائه مراقبت متناسب.

نشانه های این نوع سوء استفاده می تواند شامل سوءتغذیه و کاهش وزن فرد دارای معلولیت، آسیب هایی که به درستی درمان نشده اند، بهداشت فردی ضعیف، رها شدن یا تنها ماندن برای مدت طولانی، فقدان اقدامات احتیاطی ایمنی، یا نظارت نامناسب باشد.

➤ آزار جسمی

ایجاد درد یا آسیب فیزیکی عمدی به توانخواه که دربرگیرنده سیلی زدن، ضربه زدن، کبودی، هل دادن، زمین خوردن، محدودیت فیزیکی، خوراندن بیش از حد یا کمتر از حد دارو و غیره باشد. نشانه های این نوع آزار می تواند هر نوع سوختگی، کبودی و جراحت در مراحل مختلف بهبودی، شکستگی و آسیب جسمانی، زخم و غیره باشد.

➤ سوء استفاده جنسی

طیف وسیعی از رفتارهای جنسی ناخواسته، از جمله تجاوز جنسی، آزار و اذیت جنسی و مداخله جنسی و لمس نامناسب را دربر می گیرد. نشانه های این نوع سوء استفاده می تواند مشتمل بر کبودی اطراف اندام تناسلی، بیماری مقاربتی غیر قابل توضیح، کبودی در قسمت داخلی ران ها، مشکل در راه رفتن یا نشستن، نشستن جمع و جور و ترس از لمس شدن باشد.

➤ سوء استفاده اجتماعی

جلوگیری عمدی از داشتن تماس اجتماعی با خانواده یا دوستان یا دسترسی به فعالیت های اجتماعی به انتخاب آن ها. به عنوان مثال: جلوگیری از تماس فرد با خانواده یا دوستان، عدم استفاده از تلفن و یا اینترنت و یا نظارت بر تماس ها، قطع فعالیت ها بدون توضیح، و سایر رفتارهای کنترلی، لغو غیرمنتظره خدمات، قطع کردن تلفن بدون رضایت فرد.

نشانه ها: غم یا اندوه از دست دادن روابط مهم، کاهش یا عدم عزت نفس، احساس شرمساری، حضور مستمر یا نزدیک سوء استفاده کننده و سطح بالایی از کنترل.

* مراحل مداخله در آزار فرد دارای معلولیت:

۱- شناسایی اینکه آیا فرد دارای معلولیت مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرد یا خیر. در شرایطی که مشکوک به سوءاستفاده است، سوالاتی بپرسید تا اطلاعات بیشتری در مورد وضعیت فرد دارای معلولیت به دست آورید. در صورت امکان، اطلاعات را از منابع دیگر نیز جمع‌آوری کنید، به عنوان مثال. بستگان، دوستان، همسایگان، سایر مراقبین و غیره

۲- حمایت عاطفی ارائه دهید. به داستان شخص گوش دهید، آنچه را که می‌گوید تصدیق کنید و احساسات او را تأیید کنید. با گوش دادن آرام با همدلی و ارائه حمایت می‌توانید به او کمک می‌کنید.

- توجه کامل خود را به آن‌ها معطوف کنید.
- ظاهری آرام داشته باشید.
- به آن‌ها اطمینان دهید که صحبت کردن در مورد وضعیت مشکلی ندارد.
- بپذیرید که آن‌ها فقط چیزهایی را که راحت است فاش می‌کنند.
- درک کنید که صحبت در مورد سوء استفاده دشوار است.
- قول‌هایی ندهید که نمی‌توانید به آن‌ها عمل کنید.
- محرمانه بودن اطلاعات را حفظ کنید - مگر اینکه در خطر آسیب قرار بگیرید.
- به آن‌ها بگویید که قصد دارید، در آینده چه کاری انجام دهید.

۳- ارزیابی ریسک و برنامه‌ریزی ایمنی. با استفاده از اطلاعاتی که جمع‌آوری کرده اید، سطح اضطراب و نگرانی‌های ایمنی را برای فرد معلول تعیین کنید. هنگامی که معلول آزاری شناسایی شد، باید اقداماتی برای محافظت از فرد دارای معلولیت و پاسخ به آزار انجام شود

* پاسخ اضطراری

در شرایطی که تهدید فوری جانی یا خطر جدی جراحت یا آسیب مالی وجود دارد، اقدام فوری لازم است. خدمات اورژانس مناسب (مانند آمبولانس، اورژانس اجتماعی یا پلیس) باید فوراً انجام شود.

* پاسخ غیر فوری

اگر تهدیدی فوری برای ایمنی وجود ندارد، پاسخ‌ها به موقعیت، ظرفیت تصمیم‌گیری فرد دارای معلولیت و همچنین ترتیبات زندگی فرد بستگی دارد. اطمینان حاصل کنید که هر اقدامی که انجام می‌دهید خطر را برای فرد افزایش نمی‌دهد.

۴- ارجاع

فرد دارای معلولیت را به اورژانس اجتماعی ارجاع دهید یا با رضایت او از طرف او با خط کمک تماس بگیرید. اگر فرد دارای معلولیت از هرگونه مداخله امتناع کند (رضایت نمی‌دهد) و به نظر می‌رسد که دارای ظرفیت تصمیم‌گیری است، باید به انتخاب او برای عدم مداخله احترام گذاشته شود، مگر اینکه خطر آسیب قابل پیش‌بینی بیشتر برای خود یا دیگران وجود داشته‌باشد. اگر فرد دارای معلولیت توانایی تصمیم‌گیری ضعیفی دارد (یا مشکوک به داشتن) است و رضایت نمی‌دهد، گاهی اوقات این کار باید با احتیاط انجام شود تا از هشدار دادن به آزارگر و ایجاد پیامدهای منفی برای فرد دارای معلولیت جلوگیری شود. اطمینان حاصل کنید که رویه‌هایی برای هماهنگی و نظارت بر مداخله و پیگیری در صورت لزوم وجود دارد.

۵- مستند سازی

وقایع در مورد آزار فرد دارای معلولیت باید به جزء وبه صورت عینی ثبت شود:

- هر گونه نگرانی و مشاهدات را ثبت کنید.
- آنچه را که فرد دارای معلولیت یا شاهد دیگر گفته است، با استفاده از علامت نقل قول یادداشت کنید.
- هر گونه جراحت فعلی یا گذشته، یا نشانه‌های سوء استفاده یا آسیب‌های دیگر را شرح دهید. اگر فکر می‌کنید که توضیح برای آسیب-حادثه با آسیب-حادثه مطابقت ندارد، دلایل اعتقاد خود را به تفصیل بیان کنید.
- هرگونه اقدام انجام شده را مستند کنید. اگر فرد دارای معلولیت توانایی تصمیم‌گیری دارد و از مداخله امتناع می‌ورزد، این را نیز مستند کنید. اگر مشکوک هستید که فرد دارای معلولیت فاقد توانایی تصمیم‌گیری است، نگرانی‌های خود و هر بحثی را که با آن داشته‌اید مستند کنید.

فرم جامع: مداخلات مددکاری اجتماعی در عرصه توانبخشی

شماره پرونده: Record No:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی: Medical Center:

برگ مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در عرصه توانبخشی

SOCIAL WORK INTERVENTIONS IN SOCIAL REHABILITATION

Date of Admission:	تاریخ مراجعه:	Sex:	جنس:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Time of Admission	ساعت مراجعه:						
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:
	نسبت قیم یا سرپرست قانونی (غیر از پدر):		نام و نام خانوادگی قیم یا سرپرست قانونی (غیر از پدر):				
Patient Companion Name & Family Name:	نام و نام خانوادگی همراه:	☐ دارد ☐ ندارد Yes No	همراه بیمار: Patient Companion:	Nationality:	ملیت:	Marital Status:	وضعیت تاهل:
Relative:	نسبت با بیمار:	Tel:	تلفن همراه بیمار:				
Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	شغل:	No Of Children:	تعداد فرزندان:	Education Level:	سطح تحصیلات:
علت پذیرش در مرکز:							
Basic Insurance: بیمه پایه: خدمات درمانی روستایی (توجه به دهک خانوار)							
تامین اجتماعی ☐ خدمت ☐ درمانی سلامت ☐ ایرانیان ☐ نیروی مسلح ☐ سایر ☐ فاقد ☐							
Complementary Insurance: بیمه تکمیلی:							
نحوه ورود/ارجاع به واحد مددکاری اجتماعی: ارجاع از پزشک / کلینیک های توانبخشی (فیزیوتراپی، کادرمانی و غیره)							
Arrival/Referral Type: خود ارجاع ☐ راند ☐ تریاژ ☐ ارجاع از کادر درمان ☐ ارجاع از سازمان های دولتی ☐ ارجاع از سازمان های غیر دولتی ☐ سایر ☐ Other							
معالج نام سازمان: علت اولیه ارجاع:							

غربالگری و راند (ارزیابی تکمیلی)

غربالگری و راند (ارزیابی تکمیلی)
ارزیابی وضعیت جسمی توانخواه: (نوع و شدت معلولیت، علت معلولیت، مدت زمانی که فرد درگیر است)
ارزیابی وضعیت عاطفی، روانی و شناختی توانخواه: (وضعیت روانی توانخواه از حیث پذیرش معلولیت، نگرش فرد نسبت به معلولیت، وضعیت روانی بیمار از حیث اختلالات روانی بویژه افسردگی و اضطراب)
ارزیابی وضعیت شبکه روابط بین فردی توانخواه: (وضعیت مهارت های ارتباطی، تعداد دوستان، نوع و کیفیت روابط)
ارزیابی وضعیت اقتصادی توانخواه و خانواده: (دهک اقتصادی، تحت پوشش بودن در سازمان های حمایتی، مزایای اجتماعی مانند سهمیه ها)
ارزیابی وضعیت شبکه حمایت خانوادگی و اجتماعی توانخواه:
توصیف وضعیت مراقبان خانوادگی:
باورهای فرهنگی و ارزش های فردی و خانوادگی:
پیامدهای ناتوانی و مراقبت های درمانی و توانبخشی بر زندگی توانخواه (ترسیم نمودار پویایی و سبب شناسی)
مخاطرات و مشکلات اجتماعی مرتبط با توانخواه:
ارزیابی عوامل محیطی در بستر تیم (فیزیکی): (مناسب سازی محیط سکونت و کار، دسترسی های محیطی، نحوه ی تردد اجتماعی)
ارزیابی عوامل محیطی (نگرشی، قوانین و سیاست ها): (در ارزیابی مورد توجه قرار گیرد)
چنانچه بیمار جزء سایر گروه های آسیب پذیر است یا مورد آزار و خشونت قرار گرفته است در این قسمت به طور مختصر شرح داده شود.
ابزارهای جمع آوری اطلاعات:

جمع‌بندی و شرح ارزیابی تکمیلی مددکار اجتماعی:		
اسامی اعضای کادر درمان یا افراد همکاری کننده در ارزیابی تکمیلی (تیم توانبخشی):		
برنامه‌ریزی و مداخله		
اهداف توانبخشی اجتماعی:		
مداخلات پیشنهادی تیم توانبخشی اجتماعی:		
مداخلات مددکار اجتماعی		
شرح مداخله و نتیجه مداخله	عنوان مداخله	تاریخ مداخله
مداخلات جامعه محور پیشنهادی:		
نتیجه نهایی مداخلات مددکار اجتماعی:		
فهرست ارجاعات مددکار اجتماعی:		
نتیجه تعاملات بین سازمانی:		
آیا بیمار حمایت اقتصادی نیاز دارد		
درصد / مبلغ حمایت اقتصادی بر اساس گروه های هدف:		
مداخلات سایر کادر درمان یا افراد همکاری کننده با مددکار اجتماعی (تیم توانبخشی):		
نکات و توصیه های حین و پس از ترخیص:		

پیگیری و ارزشیابی						
نیاز به پیگیری پس از ترخیص دارد؟ ☐ دارد ☐ ندارد						
اهداف و برنامه پیگیری (شیوه ی پیگیری):						
گزارش پیگیری ها:						
تاریخ پیگیری		شیوه پیگیری		نتیجه پیگیری		
دستاوردهای حاصل از پیگیری مددکار اجتماعی:						
ارزشیابی مداخله براساس میزان دستیابی به اهداف:						
ترخیص ایمن	همکاری بیمار در فرایند درمان و ترخیص	همکاری خانواده و همراهان در فرایند درمان و ترخیص	وجود منابع و امکانات موثر	همکاری بین سازمانی موثر	سایر اهداف تدوین شده	ارزشیابی نهایی
ارزشیابی نهایی مداخله براساس مقیاس:						
کسب نامطلوب ترین نتیجه ی محتمل	کسب موفقیت کمتر از حد مورد انتظار	موفقیت مورد انتظار	کسب موفقیت بیش از حد انتظار	کسب مطلوب ترین نتایج محتمل		
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:						