

معاونت درمان



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

**مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی- اداره مددکاری اجتماعی**



**زمستان1402**

اعضای تیم تدوین پروتکل:

تحت نظارت:

**دکتر سعید کریمی، دکتر حسن واعظی**

مجری طرح:

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

همکاران اصلی:

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

سایر همکاران:

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

با تشکر از:

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

|  |
| --- |
|  **بخش اول : کلیات** |

* **پیشگفتار**

جامعه­ي آرماني ترسيم شده در سند چشم انداز سال 1404 کشور، جامعه­اي است که مي­بايست از حداکثر سلامت برخوردار باشد. سياستگذاران و مسئولين جامعه مسئول و پاسخگوي فراهم سازي زمينه دستيابي به بالاترين سطح اميد به زندگي همراه با کيفيت زندگي آحاد مردم جامعه مي باشند. از آنجايي که ابعاد سلامتي ارتباط متقابل با يکديگر دارند و اختلال در يک بعد سبب ايجاد مشکلاتي در ساير ابعاد مي شود بايد به تمامي ابعاد آن توجه شود. بروز اختلال روان در مردم، جامعه را با مشکلات عديده­اي مواجه مي­کند که نيازمند مشارکت همه افراد جامعه مي­باشد.

در کتاب راهنماي تشخيصي و آماري ويرايش پنجم، تعريف اختلال روان بدين صورت مي باشد: سندرمي است که با اختلال باليني قابل توجهي در شناخت، تنظيم هيجان يا رفتار فرد مشخص مي­شود و نشان دهنده اختلال در فرآيندهاي روانشناختي، بيولوژيک يا رشدي است که زمينه ساز عملکرد رواني است. اختلالات رواني معمولاً با ناراحتي يا ناتواني قابل توجهي در فعاليت­هاي اجتماعي، شغلي يا ساير فعاليت­هاي مهم همراه است. واکنشي قابل انتظار يا تأييد شده­ي فرهنگي، به استرس شايع يا فقدان­هايي مانند مرگ يکي از عزيزان، اختلال رواني نيست. رفتار انحرافي اجتماعي (به عنوان مثال، سياسي، مذهبي يا جنسي) و تعارضاتي که در درجه اول بين فرد و جامعه است، جز اختلالات رواني نيستند مگر اينکه انحراف يا تعارض ناشي از اختلال در عملکرد فرد باشد.

نکته قابل تامل در کتاب راهنما 5DSM اين است که تشخيص اختلال رواني معادل نياز به درمان نيست. نياز به درمان تصميمي باليني است که شدت علائم، علائم بارز نظیر وجود افکار خودکشي، پريشاني بيمار، درد رواني همراه با علائم، ناتواني در ارتباط با علائم بيمار، خطرات و مزاياي درمان هاي موجود و ساير علائم را شامل مي شود. .بنابراين پزشکان ممکن است با افرادي روبرو شوند که معيارهاي کامل اختلال رواني را ندارند اما نياز به درمان و مراقبت دارند.

در 5DSM به طبقه بندي انواع اختلالات رواني همچون اختلالات رشد عصبي، طيف اسکيزوفرني و ساير اختلالات رواني، دوقطبي، افسردگي، اضطراب، وسواسي اجباري، تروما و استرسور، گسستگي، اختلال هاي بدني، ملامت جنسيتي، اختلال سلوک، اختلال سوء مصرف مواد، رواني شناختي، شخصيت، ناهنجاري جنسي اشاره شده است(1). اختلالات رواني در چهار طبقه عمده سندرم هاي مغزي، سيکوزها، نوروزها و اختلالات شخصيت قرار دارند.

در اختلال رواني مزمن که شامل توهم و هذيان مي باشد، ادراک فرد از واقعيت به­گونه اي جدي تحريف شده­است و در اختلال نوروز يادگيري غلط سبب پاسخ­هاي بي اثر نسبت به واقعيت مي­شود. افراد با شخصيت نوروتيک و سايکوتيک معمولا داراي خصوصياتي از قبيل: زودرنج، مغموم و افسرده، فاقد اعتماد بنفس و دشواري در برقراري ارتباط با افراد هستند. در پژوهشي محققين به اين نتيجه رسيدند که ويژگي­هاي شخصيتي همچون نااميدي، تکانشگري و بي­ثباتي عاطفي بطور معنادار با خودکشي و افکار خودکشي (که ميزان آن در بين سنين 18 تا 26سال بيش از ساير سنين است) و ديگر رفتارهاي آسيب زني ارتباط دارد(2).

اختلالات روان پزشکي مختص رده سني، جنسيت، قوميت و نژاد خاصي نمي باشد. همان طور که در مطالعه­اي بيان گرديد اختلال­هاي روان پزشکي در کودکان و نوجوانان بدون ترديد در همه جا وجود دارد و هزينه هاي زيادي براي افراد، خانواده و جامعه به همراه دارند. يافته­هاي همه گيرشناسي جهاني بطور مداوم گزارش مي دهند که حدود 20% از کودکان و نوجوانان از يک بيماري رواني رنج مي برند و 50 درصد از اختلالات رواني دوران بزرگسالي ريشه در کودکي و نوجواني دارند و بيش از سه چهارم بزرگسالان مبتلا به اختلال هاي روان پزشکي اولين بار يک تشخيص در سنين 11 تا 18 سالگي داشتند(3). طبق برآورد سازمان بهداشت جهاني يک نفر از هر چهار نفر در جهان در طول زندگي به يکي از اختلال هاي روان پزشکي مبتلا خواهد شد(4).

اهميت اختلال هاي رواني موجب شده که سازمان بهداشت جهاني، بهداشت رواني را از جمله اولويت هاي کشورهاي درحال توسعه معرفي کند(5, 6) گرچه WHO از سال 1946 ميلادي براي سلامت تعريف سه بعدي زيستي، رواني و اجتماعي را بيان کرده­است، اما در بيشتر کشورها دو بعد رواني و اجتماعي مغفول مانده­است. از حدود دو دهه پيش نسبت به اين بي توجهي زيان بار هشدار جدي داده و به 85% عوامل رواني- اجتماعي تاثيرگذار بر سلامت اشاره کرده است. در جديدترين پيش بيني بار اختلال افسردگي از سال 2002 به سال 2030 ميلادي در کشورهاي توسعه يافته از رتبه چهارم به رتبه نخست و در کشورهاي درحال توسعه از رتبه چهارم به رتبه دوم پس ازHIV/ AIDS مي­رسد(7). ايران به عنوان يک کشور درحال توسعه دستخوش تحولات اجتماعي، اقتصاديو فرهنگي قابل ملاحظه است که مي تواند بر سلامت روان افراد جامعه تاثير بگذارد(8, 9).

برخي واقعيت­هاي رواني اجتماعي در ايران که بر سلامت روان افراد جامعه تاثيرگذار است شامل: روند شيوع اعتياد در ايران، همه گيري اختلال روان پزشکي، ناپايداري در ساختارها، مديريت ها، ارزش ها، تصميم گيري ها در ايران، روند ازدواج و طلاق، روند مصرف داروهاي ضداضطراب، فرار مغزها مي باشد که نيازمند توجه جدي، اتخاذ استراتژي ها و سياست گذاري هايي در اين حوزه مي باشد(10, 11).

در اين ميان علاوه بر روان پزشکان، روانشناسان، مشاورين، مددکاران اجتماعي نيز در ارزيابي رواني- اجتماعي مردم جامعه نقش کليدي دارند. ازجمله مراکزي که مددکاران اجتماعي روزانه با مراجعين داراي اختلال روان مواجهند بيمارستان مي باشد. آنها در اين مراکز از طريق ارزيابي رواني و اجتماعي بيماران به شناسايي عوامل مخل و برهم زننده­ي سلامت رواني و اجتماعي مراجعين مي­پردازند. از طريق اطلاعات کسب شده از هر بيمار به تقويت سامانه­هاي حمايت اجتماعي، مداخله­هاي اجتماعي، افزايش تاب آوري، تقويت شبکه­هاي جامعه اي و مشارکت مردم جامعه، توانمندسازي رواني و اجتماعي، تغيير نگرش مردم جامعه نسبت به افراد داراي اختلال روان، و تلاش در جهت کاهش انگ نسبت به آنها، آموزش و حمايت از خانواده هاي بيماران، تقويت و گسترش ارتباط با سازمان هاي موجود در جامعه مي پردازند. مددکاران اجتماعي در بيمارستان علاوه بر بيمار داراي اختلال روان با خانواده­هاي آنها در تعامل بوده و مداخلاتي براي کاهش استرس و تنش، تسهیل گری در راستای اشتغال­ یابی، حمايت يابي و... به منظور تسهيل شرايط زندگي آنها انجام مي­دهند دليل اين امر اين مساله مي باشد که اکثريت خانواده­هاي بيماران داراي اختلال رواني نيازمند خدماتي همچون مشاوره منظم توسط متخصص، ارائه مراقبت در جامعه ،پيگيري درمان پس از ترخيص، آموزش به بيمار و بازتواني رواني و اجتماعي هستند(12).

با توجه به افزايش اختلالات رواني در جامعه و عدم توجه و آگاهي مردم و مسئولين به اين حوزه و بعد مهم سلامت و نبود خدمات کافي در جامعه، گنجاندن صرف کلمه سلامت روان در کتاب قانون يا تعدادي پروتکل و برنامه هاي کاهش آسيب در سطح کشور، بدون انجام اقداماتي، نمي­تواند در سطوح پيشگيري تاثيرگذار باشد. لازم است براي کمک به شناسايي زودهنگام، پيشگيري و کاهش و حل مشکلات بيماران داراي اختلال روان تصميمات جدي لحاظ شده و زمينه براي حمايت يابي و بازتواني بيماران و خانواده آنها فراهم گردد. ايجاد فضاي آزاد و بانشاط، امن و حفظ حقوق و کرامت انساني در جامعه اقداماتي است که مي­تواند در جهت ارتقا سلامت رواني اجتماعي مردم جامعه در نظر داشت. در اين شرايط است که مي توان اذعان نمود سلامت افراد جامعه در شرايط خوبي قرار دارد و ماموريت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي که تامين سلامت همه جانبه جسمي، رواني ،اجتماعي و معنوي مردم جامعه مي باشد، صورت خواهد پذيرفت . با عنایت به اهمیت تمامی ابعاد سلامت در زندگی آحاد جامعه، می توان با تدوین پروتکل مداخالت روانی اجتماعی در این راستا اقدامی مهم در جهت کاهش آسیب های روانی اجتماعی برداشت. با انجام چنین کاری در ابتدای امر می توان به شناسایی زودهنگام بیماران در سیستم بهداشت و درمان پرداخت و از هزینه های کلان در درمان پیشگیری کرد. همچنین با ارائه خدمات به خانواده ی بیماران زمینه برای کاهش بار مراقبتی بیماران و ارتقا سلامت آنها و همچنین گامی مهم در جهت موسسه زدایی و حضور بیمار در خانواده و جامعه فراهم می گردد.

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

* **تعریف مفاهیم و واژه ها:**

**اختلال روانپزشکی:** اختلال روانپزشکي يکي از مرموزترين بيماري در پزشکي است. تاثير آن به خوبي بر سلامت عمومي مشخص شده است. اختلالات روانپزشکي بر عملکردهاي بالاتر قشر مغز (خلق، رفتار، ادراک و شناخت) تاثير مي گذارند.

**بیمارستان روان پزشکی:** شامل کليه­ي مراکزآموزشي درماني وابسته به دانشگاهاي علوم پزشکي و علوم توانبخشي و سلامت اجتماعي سراسر کشور که بصورت دولتي و خصوصي مشغول به فعاليت هستند .

**مددکار اجتماعی روان پزشکی:** شامل کلیه­ی افرادی است که دارای مدرک تحصیلی در رشته­ی مددکاری اجتماعی یا خدمات اجتماعی هستند یا پست سازمانی آن ها مددکاری اجتماعی روانپزشکی یا بهداشتی درمانی است. این افراددر محيط­هاي بيمارستاني مجموعه­اي از حمايت هاي رفتاري و رواني- اجتماعي را براي برآوردن نيازهاي پيچيده بيماران و خانواده ها ارائه مي­کنند. مددکاران اجتماعي به عنوان بخشي از تيم­هاي بين حرفه­اي مستقر در بيمارستان، به منظور حمايت از عملکرد بيمار و خانواده، ارتقاي کيفيت زندگي در زمينه بيماريها و ناتواني هاي حاد و مزمن، و حمايت از تغييرات اجتماعي براي رسيدگي به نابرابريهاي اجتماعي، به طور مشترک کار ميکنند .

**رویکرد تیمی و بین رشته­ای:** اين رويکرد متشکل از اقدامات و فعالیت هایی است که به صورت تیمی و بین حرفه هایی مانند پزشکی،پرستاری، مددکاری اجتماعي و روانشناسی انجام می شود .هريک از اعضاي تيم ارزيابي اوليه از بيمار را انجام مي دهند و سپس گروه با هم همکاري مي کنند تا برنامه ي مداخله اي و مراقبتي طراحي کنند. در تيم بين رشته اي مددکار اجتماعي نقش هماهنگ کننده، تسهيل گر ،آموزش دهنده، برنامه ريز و رابط را ايفا مي کند و نگرش اجتماعي را وارد تيم مي کند .

 **ارزیابی جامع مددکاری اجتماعی:** فرایندی است که بر اساس فرایند ارزیابی تخصصی روانی اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی ... توسط

مددکار اجتماعی مطابق این دستورالعمل انجام می شود و مداخلات بر مبنای آن طراحی و اجرا می شود.

**توانبخشی روانی- اجتماعی:** توانبخشي رواني- اجتماعي که توانبخشي روانپزشکي نيز ناميده مي شود عبارت است از «يک سري از راهبردهاي مداخله رواني و اجتماعي است که مکمل مداخلات دارويي و مديريت علائم است و هدف آن بهبود عملکرد فردي و اجتماعي، کيفيت زندگي و حمايت از يکپارچگي اجتماعي افراد مبتلا به بيماري هاي رواني شديد و مزمن است.

**مشاوره آموزشی:** در مشاوره آموزشی بايد به بيماران اطلاعاتي در مورد بيماري و درمان آن و همچنين مديريت حل مسئله بيماري و مهارت هاي مقابله و نحوه دسترسي به خدمات سلامت روان جامعه ارائه دهد، هدف آن کمک به بيماران براي مقابله بهتر با بيماري است .

**برنامه ریزی** **برای ترخیص:** فرآيندي است که با مشارکت تيم درمان از زمان پذيرش آغاز شده و با در نظرگرفتن کليه شرايط جسمي، رواني و اجتماعي بيمار و خانواده، طرح مداخله اي براي ترخيص ايمن بيمار انجام مي گردد.

**پیگیری پس از ترخیص:** درصورت ضرورت به تشخيص مددکار اجتماعي و اعضای تیم نياز به پيگيريشرايط بيمار پس از ترخيص از بيمارستان است. در اين مرحله شرايط رواني- اجتماعي بيمار و خانواده وي و ميزان اثربخشي مداخلات مددکاري اجتماعي در طول زمان بستري مورد بررسي قرار مي گيرد. پيگيري پس از ترخيص را مي توان بصورت تلفني، حضوري بصورت بازديد از منزل و يا محل کار و يا تحصيل بصورت تناوبي در فواصل زمانی مشخص (مثلا هر ماه یکبار و برای مدت سه ماه) به منظور کسب اطمينان از ايجاد شرايط پايدار در بيمار ادامه داد .

* **هدف کلی:**

تدوين پروتکل مداخلات مددکاري اجتماعي در کار با افراد داراي اختلال روان

* **اهداف اختصاصی:**
* شناسايي چالش­هاي رواني و اجتماعي بيماران رواني مراجعه کننده به بیمارستان ها
* واکاوي تجربه خانواده های دارای بیمار روانی از حمايت هاي رواني - اجتماعي در دوران بستري و پس از ترخيص
* واکاوي تجربه بيماران روانی از حمايت هاي رواني - اجتماعي در دوران بستري و پس از ترخيص
* شناسايي مداخلات تخصصی مددکاري اجتماعي بهداشتی درمانی در کار با افراد داراي بيماري روان
* **اهداف کاربردی**

هدف کاربردي این پروتکل استفاده از ظرفيت هاي رواني اجتماعي بیماران و خانواده­ی آنان در درمان و توانبخشي افراد داراي اختلال روان به منظور پايداري درمان و سپري کردن بهتر توانبخشي و عود کمتر بيماري و ارائه ی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی به این بیماران است.

* **مخاطب هدف پروتکل**

پروتکل تدوين شده به عنوان راهنماي عمل تخصصي برای کلیه ی مددکاران اجتماعي شاغل در بیمارستان ها در کار با بيماران داراي اختلال روان طراحی شده است و براي اجرايي نمودن اين پروتکل نياز به فعاليت تيمي و چند رشته اي مددکاران اجتماعي در بستر بيمارستان مي باشد .

* **گروه هدف پروتکل**

تمام بيماران روان بستري يا سرپايي (خود معرف یا ارجاع داده شده) در بیمارستان ها

* **نکات قابل توجه در اجرای پروتکل**

با عنايت به اهميت تمامي ابعاد سلامت در زندگي آحاد جامعه، مي توان با تدوين پروتکل مداخلات رواني اجتماعي در اين راستا اقدامي مهم در جهت کاهش آسيب هاي رواني اجتماعي و حمایت از خانواده­های دارای بیمار اختلال روانپزشکی برداشت.

با انجام چنين کاري در ابتداي امر مي توان به شناسايي زودهنگام بيماران در سيستم بهداشت و درمان پرداخت و از هزينه هاي کلان در درمان پيشگيري کرد. همچنين با ارائه خدمات به خانواده ي بيماران زمينه براي کاهش بار مراقبتي بيماران و ارتقا سلامت آنها و همچنين گامي مهم در جهت موسسه زدايي و حضور بيمار در خانواده و جامعه فراهم مي گردد. علاوه بر آن از ميزان انگ به بيماران و طرد از جامعه، تشديد بيماري و عدم واگذاري مسئوليت به آنها کاسته و بستري براي زندگي و مشارکت اجتماعي و پذيرش در جامعه ميسر مي گردد. شناسايي و پيشگيري از اختلالات رواني در جامعه، زمینه ای براي ايجاد جامعه سالم و بانشاط، ارتقا سلامت و سرمايه اجتماعي، کاهش جرايم و انحرافات اجتماعي و حضور افراد سالم در جامعه و قرار گرفتن در مسير توسعه ي پايدار مي شود. با توجه به تاثيرات مثبت و نتايج مهم اين پروتکل، مي توان از آن در ساير سازمان ها و موسسات کاهش آسيب استفاده کرد. علاوه بر مددکاران اجتماعي حاضر در بيمارستان و فعال در اورژانس اجتماعي، مددکاران اجتماعي شاغل در سازمان بهزيستي، موسسات غيردولتي ،کميته امداد و مراکز تسهيلگري نيز مي توانند از آن بهره مند شوند .

* **روش شناسی تنظیم پروتکل:**

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

بخش اول با استفاده از روش کيفي (تحلیل محتوای قراردادی با رویکرد پدیدارشناسانه)، مهمترين چالش­ها و نيازهاي رواني و اجتماعي بيماران روان و خانواده های آنان استخراج شد . بخش دوم با بررسي گسترده متون، نسخه­اي از مهمترين مداخلات رواني و اجتماعي مددکاران اجتماعی براي بيماران روان تهیه گردید. بخش سوم، با استفاده از يافته هاي دو مرحله قبل و استفاده از روش بحث گروهی متمرکز، نسخه پيش نويس از پروتکل مداخلات رواني و اجتماعي تهیه گردید و جهت اجرای آزمایشی و سنجش عملیاتی در اختیار مددکاران اجتماعی قرار گرفت. پس از آن پروتکل مورد ارزیابی نهایی کارشناسان قرار گرفت و به تصویب رسید.

* **رویکردهای مورد استفاده :**

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

1. **رویکردهای جامعه­ای**

در رویکرد جامعه ای مددکار اجتماعي با درنظر گرفتن نوع مدل کاري، نقش هايي را براي خود برمي گزيند. مددکار اجتماعي با در نظر گرفتن هدفها، نوع مشکل، ظرفيت مشارکت جامعه و ساختار جامعه نقش هايي را مشخص مي کند. وي مي تواند نقش يک راهنما را داشته باشد. راهنمايي در زمينه استفاده از منابع موجود، برنامه­ريزي براي توسعه منابع و يا ايجاد منابع جديد همچنين چگونگي استفاده از روش هاي حل مساله، تصميم گيري و سازماندهي از مهمترين مواردي هستند که مددکار اجتماعی به آنها در کار جامعه­اي مي پردازد. از ديگر نقش هاي مددکار اجتماعي نقش آموزش دهنده است. آموزش مي تواند به دستيابي سهل تر و سريعتر امکانات و منابع کمک کند. ارتقا سطح دانش، اطلاعات و مهارت ها در بين جامعه هدف مي تواند به عنوان يک مداخله کاربردي مطرح شود.

از ديگر نقش هاي مهم مددکار اجتماعي در کار جامعه­اي، افزايش اطلاعات و دانش مددجويان و جامعه در زمينه ي متعدد مي­باشد. مددکاران اجتماعي بهداشتی درمانی همراه با مددکاران اجتماعي فعال در جامعه مي توانند مردم جامعه را نسبت به وضعيت موجود و نيازهاي افراد داراي اختلال روان مطلع کنند و زمينه را براي پذيرش و کاهش انگ و تبعيض فراهم نمايند. آنها مي توانند از طريق نقش تسهيل گري مراحل کار پذيرش در بيمارستان را براي بيماران داراي اختلال روان تسهيل کنند و پل ارتباطي بين سيستم هاي درون جامعه و بيمارستان باشند.

1. **رویکرد بوم شناختی یا سیستمی**

براساس رویکرد سیستم های بوم شناختی مددکار اجتماعي نگاه کل گرا به خدمات مددکاري اجتماعي دارد و مددجو و مشکل وي را بصورت یک کلیت منسجم مي نگرد. از مشکلات عمده بيماران داراي اختلال روان و خانواده ي آنها که بر روند درمان، عود و بستري مجدد تاثيرگذار است، انگ، تبعيض اجتماعي ،محروميت بيماران از خدمات حمايتي کافي، ناهماهنگي سازمان هاي مختلف در جامعه براي حمايت و ارائه خدمات به آنها و غفلت از نيازها و مشکلات بيماران در تصميم گيري هاي مهم در جامعه است. نگرش مردم جامعه به بيماران نيز سبب کناره گيري آنها از جامعه مي شود. بدين ترتيب مددکاران اجتماعي طبق هدف اين رويکرد بايد به ايجاد هماهنگي ميان خرده سيستم هاي ارائه خدمات همچون سيستم مددکار اجتماعي، سيستم مددجو، سیستم درمان و مراقبت، سيستم منابع دروني خانواده و سيستم جامعه مثل نظام هاي حمايتي، رفاهي و درماني بپردازند. داده ها در اين شرايط کليه امکانات و خدماتي است که مددکاران اجتماعي براي حل مشکلات بيماران و خانواده آنها وارد سيستم مددکاري اجتماعي مي کنند.

از طريق درون دادهايي همچون منابع، حمايتها، درمانها، برنامه کمکي و توانبخشي همچون آموزش، تسهیل گری در راستای اشتغال يابي یا کسب مهارت های اشتغال به تسهيل فرآيند مددکاري اجتماعي کمک کرده و زمينه براي درمان موثر ،ترخيص ايمن، کاهش عود مکرر و بستري، بازگشت به جامعه و تبعيت از درمان و رسيدن بيمار به استقلال نسبي فراهم مي کند.

1. **رویکرد مدیریت مورد:**

 مدل حرفه اي و مشارکتي است که شامل بيمار، مددکار اجتماعي، تيم درمان است. مديريت مورد، درجستجوي هماهنگي هرچه موثرتر منابع موجود براي بيمار از طريق ارتباط و تسهيلگري است. باتوجه به پروتکل جامع خدمات مددکاري اجتماعي در بيمارستان ها و مراکز آموزشي و درماني(1400)، منظور فرآيندي است که شامل مورديابي، ارزيابي، تشخيص مشکل، برنامه ريزي، اجرا، پايش و اختتام مي باشد و توسط مددکار اجتماعي به عنوان مدير مورد هدايت و اجرا مي شود. مددکاران اجتماعي يکي از افراد حرفه اي هستند که نقش مدير مورد را برعهده مي گيرند. در اين راهنما مددکار اجتماعي به خدمات رساني به بيمار مي پردازد و با مشارکت کليه ذي نفعان و خانواده براي بيمار و خانواده برنامه ريزي و اجرا مي کند و سپس به ارزشيابي آن مي پردازد. اين رويکرد به اين دليل اهميت دارد که بيمار و خانواده وي با مشکلات مختلف از زمان حضور در جامعه تا بستري و ترخيص از بيمارستان دارند، که سبب يکپارچگي خدمات و اقدامات درماني، توانمندي و کاهش مشکلات و سردرگمي آنها مي شود .

**4- رویکرد مبتنی بر نقاط قوت:**

اعضاي خانواده بيماران روان از مداخلات رواني اجتماعي ارائه شده توسط مددکاران اجتماعي روانپزشکي بهره مي برند. مشکلات سلامت روان از طيفي از عوامل بيولوژيکي، رواني و موقعيتي ناشي مي شود که ممکن است با روش هاي مختلف مددکاري اجتماعي برطرف شود. مدل ها ممکن است طيفي از رويکرد حل مسئله، رويکرد روان پويايي متغير باشند. در چند سال گذشته، يک رويکرد مبتني بر نقاط قوت براي مديريت مورد با افراد مبتلا به بيماري رواني شديد پديدار شده است. ديدگاه نقاط قوت هم بر بهزيستي و هم بر مقابله افراد مبتلا به بيماري رواني تأثير مي گذارد. متخصصان سلامت روان ميتوانند نقاط قوت مراجع را ارزيابي کنند، به مراجع کمک مي کنند تا انعطاف پذيري خود را توسعه دهند، آن درمان را ارزيابي مي کند و مراجع را براي مقابله با ناملايمات آينده توانمند مي کنند.

|  |
| --- |
| **بخش دوم : مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی** |

## نمودار1. فرآیند ارائه مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بیمارستانی در کار با بیماران دارای اختلال روانپزشکی

**رویکرد مدیریت مورد، رویکرد مداخله ی مبتنی بر نقاط قوت، رویکرد سیستم های بوم شناختی، رویکرد شخص در محیط**

**هدف گذاری و تدوین برنامه ی مداخله ای با توجه به ارزیابی اولیه و اتخاذ رویکرد مناسب**

**مداخلات مبتنی بر پروتکل جامع**

 **مداخلات آموزشی**

**مداخلات متمرکز بر توانبخشی روانی اجتماعی**

 **مداخلات متمرکز بر خانواده**

 **حمایت یابی و مدافعه**

 **مداخلات گروهی**

**مداخلات مبتنی بر مددکاری جامعه ای**

 **آماده سازی جهت ترخیص**

**تکمیل فرآیند ارزیابی تا زمان ترخیص بیمار**

**ارزشیابی مداخلات**

**پیگیری پس از ترخیص و مستندسازی**

مقدمه:

زندگي روزمره شامل فعاليت هاي روزانه اي است که بديهي تلقي مي شوند و مترادف با عادات معمولي، يکنواخت و روتين زندگي است. تا زماني که افراد در بخش روان پزشکي زندگي مي کنند سبب عادي شدن شرايط براي آنها مي شود. طي بررسي هاي انجام شده توسط محققين زندگي روزمره در يک بخش سبب احاطه شدن توسط اختلال در يک محيط گيج کننده است که در آن روال ها و قوانين متناقض هستند، اما ايمني را نيز ارائه ميدهند .

برهمين اساس فضاي بخش بستری بايد حمايت کننده، ساختارمند و انعطاف پذير باشد و فرهنگ مراقبت بايد امنيت و آرامش را ارائه کند. در ادامه ی این بخش، مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در کار با بیماران دارای اختلالات روانپزشکی توضیح داده خواهد شد.

## گام اول: پذیرش اولیه در مرحله تریاژ

بيماران داراي اختلال روان بصورت خود معرف، توسط خانواده يا ارجاعي از سوي مراکز دولتي و غيردولتي و يا مراجع قضايي به بيمارستان مراجعه مي کنند. در ابتدا مددکاران اجتماعي اورژانس بايد ارزيابي رواني اجتماعي بيمار را پس از ارزیابی پزشکی و روانپزشکی انجام دهند و اطلاعات در فرم ترياژ ثبت گردد . از آنجا که ارزیابی صورت گرفته در تریاژ، سریع و در مدت زمان حداکثر 10 دقیقه انجام می شود، مددکار اجتماعی اطلاعاتی مانند بررسی وضعیت هویتی بیمار، دارا بودن بیمه ی درمانی، مدت، شدت و نوع بیماری، وضعیت همراه موثر، وضعیت عملکردی بیمار را بدست می آورد و کسب اطلاعات بیشتر به مرحله ی راند و پس از بستری موکول می شود. مزیت ارزیابی تریاژ، صرفه جویی در زمان و داشتن فرصت کافی برای مداخله و آشنایی اولیه با بیمار است که سبب ایجاد اعتماد نسبی بین بیمار و مددکار اجتماعی می شود. به این ترتیب مددکار اجتماعی با اطلاعات بدست آمده در این مرحله، بیماران را اولویت بندی کرده و نیازهای آنان را مورد توجه قرار می دهد. البته در بیمارستان های روانپزشکی و بخش های روان بیمارستان های عمومی، همه ی بیماران به خدمات مددکار اجتماعی نیاز خواهند داشت اما از حیث اولویت مداخله ای با هم متفاوت هستند. جدول زیر نحوه ی امتیاز دهی تریاژ بیماران را نشان می دهد.

**جدول شماره 1 : نحوه ی امتیاز دهی تریاژ بیماران دارای اختلالات روانپزشکی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| گروه های پر خطر (تشخیص اولیه) | امتیاز | شدت بیماری  | امتیاز | پوشش بیمه ای و هویتی | امتیاز | وضعیت همراه موثر | امتیاز |
| بیمار مبتلا به اختلال روان با سایقه ی بستری | 5 | بیماری جسمی نیازمند درمان توام با اختلال روانپزشکی | 5 | تبعه ی غیر ایرانی – غیر قانونی و فاقد بیمه | 5 | فاقد همراه است | 5 |
| بیمار مبتلا به اختلال روان و دارای سوء مصرف مواد | 5 | اختلال روانپزشکی بدون بیماری جسمی | 3 | تبعه ی غیر ایرانی قانونی و فاقد بیمه- فرد ایرانی فاقد مدارک هویتی | 4 | همراه فردی از مرکز نگهداری و مراقبتی یا نیروی انتظامی است | 4 |
| بیمار مبتلا به اختلال روان و بی خانمان | 5 |  |  | فرد ایرانی دارای مدارک هویتی بدون بیمه | 3 | همراه عضو خانواده است و مبتلا به اختلال روان می باشد | 4 |
| اقدام کننده به خودکشی | 5 |  |  | فرد ایرانی دارای مدارک هویتی و بیمه ی درمانی، فرد غیر ایرانی قانونی و دارای بیمه | 1 | همراه عضو خانواده است ولی همکاری و مشارکت ضعیفی دارد | 3 |
| بیمار عضو گروه های آسیب پذیر اجتماعی است | 5 |  |  |  |  | همراه موثر دارد | 1 |
| بیمار قربانی خشونت یا آزار خانگی یا موسسه ایست | 5 |  |  |  |  |  |  |

همانگونه که اشاره شد همه ی بیماران دارای اختلالات روانپزشکی به مداخلات تخصصی مددکار اجتماعی نیاز دارند اما براساس فرم نمره دهی تریاژ، بیمارانی که نمره ی 15 و بالاتر کسب کنند در اولویت اول برای اقدام قرار می گیرند.

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

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

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

* مددکاران اجتماعي شاغل در بيمارستان هاي روانپزشکي در ارزيابي رواني- اجتماعي بيماران بايد به ويژگي هاي فردي، بين فردي، اجتماعي و اقتصادي بيماران و ساير متغيرها همچون ناتواني فردي، کارکرد اجتماعي، عملکرد شغلي، نقش هاي اجتماعي، خودپنداره، سطح انگيزش، وضعیت سکونت و مسکن، بار بيماري بر فرد، حمايت اجتماعي، روابط اجتماعي و نقاط قوت و ضعف توجه کنند .
* مددکاران اجتماعي علاوه بر بيمار، بايد به ارزیابی شرايط رواني- اجتماعي خانواده، مراقب و همراه اصلي بيمار نیز بپردازد. بار مراقبتي خانواده بيماران داراي اختلال روان بيشتر است و به دليل عدم حمايت از سوي سازمان ها و دولت، خانواده ها خود نيز دچار مشکلات رواني مي شوند. تعدادي از مشکلات خانواده ها ازجمله اختلال در کارکرد خانواده، مشکلات اقتصادي خانواده در پرداخت هزينه درمان، تعارض بين اعضاي خانواده، احساس خشم و گناه، نداشتن دانش و مهارت لازم براي مراقبت از بيمار است. در ارزيابي رواني اجتماعي خانواده نکات مهم و کليدي همچون الگوي ارتباطي خانواده، نقش اعضاي خانواده، توانايي حل مسئله و مقابله ،عوامل خطر خانواده براي عود مجدد، خشونت، بار مراقبت و انگ بايد در نظر گرفته شود . از طريق کسب اطلاعات فوق مي توان برنامه کمکي دقيق و اجرايي تري طراحي کرد. جدول زیر مجموعه عواملی را که باید در ارزیابی بیمار مورد توجه قرار گیرند، نشان می دهد.

### جدول شماره2. ارزیابی جامع روانی- اجتماعی مددکار اجتماعی

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

مصاحبه ی انگیزشی ابزار مناسبی جهت ارزیابی جامع بیمار و کسب اطلاعات لازم برای مداخله می باشد. **مصاحبه ی انگیزشی** يک روش رهنمودي مراجع محور است که انگيزه تغيير را با شناسايي و حل ابهامات مراجع افزايش مي دهد .ابزاري است براي درگير کردن مراجعان بي تفاوت و بي انگيزه در مشکلاتي که خود مراجع يا افراد مهم زندگي اش آنها را مهم مي دانند.

در سراسر اين فرآيند از همدلي استفاده مي شود و مي توان براي تقويت انگيزه مراقبين يا اعضاي خانواده افراد داراي اختلال روانپزشکی استفاده کرد. علاوه بر مراقبين مي توان اين رويکرد را براي تبعيت از درمان بيماران نيز بکار برد. در مصاحبه انگيزشي روي دوگانگي هاي مراجع کار مي شود به گونه اي که وي را از زيانهاي عدم مصرف دارو و امتيازهاي پيروي از درمان و سازگاري با شرايط مطلع کرد و انگيزه وي را براي همکاري و تغيير تقويت نمود. مددکار اجتماعی می تواند از مشاهده، بازدید منزل و تست های تشخیصی برای ارزیابی بیمار و خانواده اش استفاده کند.

**نکته: ارزیابی هم پیش زمینه‌ی لازم برای شروع مداخلات و هم بخشی از مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی است.**

**سناریو مرحله پذیرش و بستری**

مددکار اجتماعی درمانگاه مرکز روانپزشکی با بیماری مواجه می شود که توسط نیروی انتظامی به بیمارستان منتقل شده است در ابتدا بیمار فاقد همراه موثر بود اما پس از مراجعه همراه وي و انجام ارزيابي رواني اجتماعي از بيمار و خانواده مشخص مي گردد بيمار به دليل اعتياد از سوي خانواده طرد شده و خانواده تمايل به نگهداري از وي ندارد. بيمار به مدت 5ماه است در پارک زندگي مي کند. طی ارزیابی های صورت گرفته توسط روانپزشک مشخص می شود که بیمار به اختلال اسکیزوفرنیا نیز مبتلاست. مددکار اجتماعي اقدامات لازم جهت بستري در بيمارستان، همکاري با کارشناس بيمه جهت تحت پوشش بيمه قرار گرفتن انجام مي دهد. مددکار اجتماعي طي راندهاي روزانه، پيگير وضعيت اعتياد بيمار بوده و وضعيت جسماني و رواني وي را از سوي پزشک بررسي مي کند. مددکار اجتماعي برنامه هاي مديريت مورد در سطح فرد و خانواده را طرح ريزي مي کند. ارزيابي رواني اجتماعي در سطح فرد شامل ناتواني فردي همچون انجام فعاليت هاي روزانه، کارکرد اجتماعي به منظور بررسي مشارکت در اجتماع، ارتباط و تعامل با ديگران، عملکرد شغلي و نقش هاي اجتماعي، مسکن، حمايت اجتماعي، تاثير بار بيماري بر فرد و... بررسي مي گردد و در سطح خانواده نيز ارزيابي رواني اجتماعي شامل نقش اعضاي خانواده، الگوي ارتباطي، توانايي حل مساله، عوامل خطر در عود بيماري و بار مراقبتي است. براي اجرايي کردن برنامه مداخلاتي همچون توانبخشي، مديريت وزن ،حرفه اي، آموزش رواني، تبعيت درماني، نقاط قوت و... نيازمند همکاري تيمي براي اثربخشي فعاليت هاي مددکار اجتماعي است

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

بيماران مبتلا به اختلال روان در مدت زمان بستري در بيمارستان از سوي مددکار اجتماعي مورد ارزيابي رواني اجتماعي قرار مي گيرند. ارزيابي هاي روزانه گروه هدف توسط تيم متخصص ازجمله مددکار اجتماعي و اجراي برنامه هاي مداخلاتي بر کاهش عود بيماري، طولاني شدن مدت زمان بستري و همچنين تبعيت دارويي، اشتغال ،کاهش اثرات منفي مشکلات بيمار بر سلامت روان فرد و خانواده تاثيرگذار است.

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

در تدوین اهداف، موارد زیر را مدنظر قرار دهید:

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

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

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

## مداخلات مبتنی بر پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی

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

**جدول شماره 3: خدمات مددکاران اجتماعی براساس پروتکل جامع**

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

**برای مطالعه ی بیشتر به پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی ابلاغ شده به نامه شماره 14517/400د مورخ 14/07/1400 مراجعه فرمایید.**

## مداخلات آموزشی

* **مشاوره آموزشی به بیمار و خانواده**

مشاوره آموزشی " به مجموعه خدمات از پیش طراحی شده ای اطلاق می شود که با هدف ارتقای سلامت و خودمراقبتی و کاهش فشارهای محیطی، اجتماعی، روانی و خانوادگی مرتبط با بیماری به بیمار و یا خانواده وی متناسب با ارزیابی های صورت گرفته و نیازهای هر یک از آنان ارائه می شود." که يکي از وظايف مهم مددکاران اجتماعي است. يک رابطه مشارکتي بين مددکاران اجتماعی و بيماران يا خانواده آنها با هدف آگاه سازی و اطلاع رسانی در خصوص بیماری، روند درمان و پیشگیری از عود مجدد بیماری برقرار مي شود تا به آنها کمک شود بار بيماري را تقسيم کنند و در جهت بهبودي بيماران تلاش کنند. عناصر اصلي برنامه هاي مشاوره آموزشی، اطلاعاتي در مورد علائم و نشانه هاي بيماري، پيشگيري از عود، و درمان های روان پريشي است .در کنار درمان هاي دارويي، مداخلات رواني- اجتماعي بخش مهمي از درمان و توانبخشي افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی است. مددکاران اجتماعي با مشاوره آموزشی به بيماران براي يافتن معنايي براي بيماري خود و اتخاذ نگرش سازنده نسبت به تجربه روان پريشي کمک مي کنند. در طول زمان بستري، مددکاران اجتماعي فرصت کافي براي ارائه خدمات و آموزش های ضروری را دارند. يکي از طرح هايي که مي توانند با توجه به مشکلات بيمار و خانواده ي آنها در بخش اجرا کنند، مشاوره آموزشی به آنها است که روشی موثر براي کمک به بیماران و خانواده ی آن ها در زمينه اداره مشکلات ناشي از اختلال، ايجاد مهارت هاي لازم براي حمايت، کسب اطلاعات لازم در خصوص ماهيت بيماري، مديريت بيماري و علائم، ارتقا آگاهي مراقبين در مورد علائم خطر و مولفه هاي درماني و راهکارهاي مقابله با عود است .

پیش شرط مداخلات مددکاری اجتماعی مشارکت اعضای خانواده در برنامه ی درمانی بیماران است به همین منظور در مورد بیمارانی که دارای خانواده هستند توجه به نکات زیر ضروری است:

* خانواده ی بیمار باید به طور کامل به سمت شناخت و آگاهی از بیماری های روانی مختلف، تأثیر بر سلامت، عملکرد خانوادگی، شغلی، روانی و اجتماعی هدایت شوند.
* ارزیابی کامل خانواده در چند روز اول پذیرش به طوری که مداخله با توجه به محیط خانواده، وضعیت اجتماعی- اقتصادی خانواده، ترتیبات زندگی، الگوهای تعامل و کیفیت روابط، بار خانواده، سازگاری خانواده، انتظارات خانواده و شبکه حمایت اجتماعی برنامه ریزی شود.
* اعضای خانواده و مراقبان تشویق شوند تا در حمایت خانواده، گروه ها و سایر برنامه های مداخله ی مربوط به اعضای خانواده شرکت کنند

و ملاقات های منظم از بیمار داشته باشند. همچنین اعضای خانواده باید در مورد پیشرفت و وضعیت سلامتی بیمار آگاه شوند.

* بازدید منزل برای بهبود مهارت های مراقبت، مهارت های مقابله ای اعضای خانواده، بازدید از منزل یا محل کار بیمار به منظور شکل گیری ارتباطات جانبی، بسیج منابع و توانبخشی انجام می شود.
* تدوین برنامه های ترخیص شامل آموزش استفاده ی مناسب و به موقع از داروهای نگهدارنده، شناسایی نیازهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی و حوزه های ویژه ی نیازمند توجه و خطرات خاص.

**برای مطالعه ی بیشتر به استاندارد مشاوره ی آموزشی در مددکاری اجتماعی ابلاغ شده به نامه شماره 20112/400د مورخ 17/09/1400 مراجعه فرمایید.**

* **آموزش مهارت های زندگی و اجتماعی به بیمار و خانواده**

يکي از انواع روش هاي درماني که به بهبود تبعيت از درمان در بيماران کمک مي کند، آموزش مهارت هاي اجتماعي است. مطالعات نشان داده است که آموزش مهارت هاي رواني اجتماعي، اضطراب اجتماعي را کاهش مي دهد و منجر به افزايش عملکرد اجتماعي، تبعيت از داروها، ابراز احساسات و مطرح کردن درخواست ها مي شود .اختلال در مهارت هاي اجتماعي به طور قابل توجهي استقلال بيمار را کاهش مي دهد و ممکن است منجر به کناره گيري يا انزواي اجتماعي شود. مهارت هاي اجتماعي از سه جزء اصلي تشکيل شده است: مهارت هاي دريافت یا ادراک اجتماعی، مهارت هاي پردازش یا شناخت اجتماعی و مهارت هاي ارسال پاسخ يا بيان رفتاري. اختلال در مهارت هاي اجتماعي به طور قابل توجهي استقلال بيمار را کاهش مي دهد و ممکن است منجر به کناره گيري يا انزواي اجتماعي شود. مددکاران اجتماعي با تهيه بسته آموزش مهارت هاي اجتماعي يا زندگي داراي ده مهارت شامل مهارت خودآگاهي، مهارت همدلي، مهارت بين فردي، مهارت ارتباط موثر، مهارت مقابله با استرس، مهارت مديريت بر هيجان ها، مهارت حل مساله، مهارت تصميم گيري، و مهارت تفکر خلاق و تفکر انتقادي در بهبود روابط بين فردي و خانوادگي، تبعيت از درمان و حضور موثر بيمار در جامعه اقدام مي کنند. براي کاهش بار مراقبتي خانواده و مشکلات مطرح شده ي بيمار و خانواده، مددکاران اجتماعي مي توانند در طول زمان بستري طي برنامه ي مداخله اي جلسات هفتگي فردي يا گروهي برگزار کنند. پس از برگزاري جلسات آموزشي پيشنهاد مي شود ارزشيابي از آموزش انجام گردد . این آموزش ها می تواند با توجه به سطح دانش و آگاهی بیمار و خانواده، عملکردهای اجتماعی مختل شده و منابع اجتماعی و خانوادگی در دسترس و همچنین میزان تسلط مددکار اجتماعی بر محتوای آموزشی، متفاوت باشد.

-**آموزش خود مراقبتی جسمی روانی اجتماعی**

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

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

افراد مبتلا به اختلال روان باید از شیوه های خود مراقبتی در ابعاد جسمی- روانی و اجتماعی آگاه باشند و مددکار اجتماعی می تواند در این زمینه مداخلات موثری انجام دهد. در خود مراقبتی جسمی، توجه به مصرف میزان کالري و کنترل سهم کالری دریافتی، خود مديريتي رفتارهايي همچون تقويت انگيزه، تعيين هدف، وزن کشي منظم، خود نظارتي بر ميزان غذا، فعاليت روزانه، رژيم غذايي و اصلاح فعاليت بدني می تواند مفید باشد و مددکاران اجتماعي مي توانند بيمار و خانواده وي را از پيامدهاي بيماري و عدم تحرک آگاه کنند .در خود مراقبتی روانی، توجه به مدیریت استرس و شناسایی منابع فشار روانی، شناسایی عوامل تشدید کننده ی بیماری

و دوری یا مدیریت مقابله با آن ها می تواند بیمار را از حیث روانی تا حد زیادی ایمن نگه دارد. در زمینه ی خود مراقبتی اجتماعی، شناسایی منابع حمایت اجتماعی و معرفی آن ها به بیمار و خانواده، تقویت مهارت های ارتباط بین فردی بویژه با اعضای خانواده، آموزش تاب آوری اجتماعی بخصوص برای مراقبین اصلی بیمار می توانند برای بیمار وخانواده ی وی مفید باشند.

**برای مطالعه ی بیشتر به استاندارد مشاوره ی آموزشی در مددکاری اجتماعی ابلاغ شده به نامه شماره 20112/400د مورخ 17/09/1400 و کتاب آموزش خود مراقبتی اجتماعی به بیمار و خانواده مراجعه فرمایید.**

* **تبعیت درمانی**

داروهاي روانپزشکی نقش مهمي در درمان و کنترل علائم اختلال هاي روان بازي مي کنند. از طرفي عدم تبعيت از درمان یکی از مشکلات اساسي در فرد داراي بيماري روان است. بيماران مبتلا به اختلال روان به دلايل مختلفي ازجمله فقدان بينش به بيماري، طولاني شدن دوره درمان دارويي، انگ، عوارض دارويي و غيره از خوردن دارو امتناع مي کنند. يکي از مداخلاتي که براي بيماران مبتلا به اختلال روان و خانواده آنها پيشنهاد مي شود، تبعيت درماني است. ارتقاي آگاهي و دانش آنها جهت افزايش پذيرش مصرف دارو به عنوان تبعيت از درمان ياد مي شود .برنامه مداخله تبعيت از درمان مطابقت رفتار افراد با توصيه هاي درماني است که در قالب سه محور رژيم دارويي ،رژيم غذايي و برنامه فعاليت مي باشد. اجراي برنامه هاي مداخله اي تبعيت از درمان سبب بهبود کيفيت زندگي بيماران مي شود. مددکاران اجتماعي در طول فرايند راند مي توانند در زمينه مصرف دارو توسط بيمار از پرستار و مسئول بخش اطلاعاتي کسب کنند و به بيمار و خانواده وي در اين زمينه مشاوره هايي داشته باشند. براي سنجش تبعيت از درمان در بيماران مبتلا به بيماري مزمن مي توان از پرسشنامه تبعيت از درمان که توسط نعيمه سيد فاطمي و همکاران (1396) طراحي شده استفاده کرد . البته تشخیص تبعیت درمانی بیمار بر عهده ی پرستار و پزشک مربوطه است و مددکار اجتماعی به عنوان عضو تیم بین رشته ای موظف است تا بیمار و خانواده ی آن را از پیامدهای احتمالی عدم پایبندی به مصرف منظم دارو ها آگاه سازد و علت های مقاومت یا مخالفت در این زمینه را شناسایی کند.

مددکاران اجتماعي براي فعاليت موثر بايد دانش کافي در زمينه انواع داروها و موانع تبعيت از درمان کسب کنند . همچنین مي توانند برنامه هاي مداخلاتي کوتاه مدت )يک تا دو هفته( و بلند مدت )بصورت ماهيانه( طراحي کرده و پيگيري لازم انجام گردد.

## مداخلات متمرکز بر توانبخشی روانی اجتماعی

توانبخشي رواني- اجتماعي، راهبردهاي مداخله اي است که مکمل مداخلات دارويي و مديريت علائم بيماري است. مددکاران اجتماعي با انجام اين مداخلات به بهبود عملکرد فردي ،اجتماعي، کيفيت زندگي، کاهش علائم، پيشگيري از عود، کاهش بستري و يکپارچگي اجتماعي افراد مبتلا به بيماري هاي رواني شديد و مزمن کمک شايان توجهي مي کنند.

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

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

* **مدل مراقبت مشارکتی**

مدل هاي مراقبت مشارکتي براي بهبود سلامت بزرگسالان مبتلا به اختلال دوقطبي يا اسکيزوفرني و وضعيت سلامت جسمي مزمن استفاده مي شود. به عنوان رويکردي براي مراقبت از سلامت جسماني و رفتاري است که به عنوان رويکرد تيمي درنظر گرفته مي شود. هدف اين مدل افزايش ارتباطات و تسهيل روابط کاري با کيفيت بين اعضاي مختلف در تيم مراقبت بهداشتي، کاهش هزينه مراقبت و بهبود مراقبت هاي سلامت روان در محيط هاي مراقبت اوليه است.

* **مشاوره توانبخشی**

علاوه بر درمان پزشکي و رواني- اجتماعي آسيبها، مشارکت اجتماعي بايد به عنوان يک هدف درماني مهم براي بيماران مبتلا به اسکيزوفرني شناخته شود و ميتوان آن را در عمل روزانه توسط پرستاران و مددکاران اجتماعي ،حتي زماني که اختلالات روانپزشکي نياز به مراقبتهاي حاد دارد، به کار برد. تحقيقات نشان داد که مشاوره توانبخشي توسط پرستاران و مددکاران اجتماعي در يک تيم چند رشته اي به افزايش سطح مشارکت اجتماعي جوانان مبتلا به اسکيزوفرني کمک مي کند. توانبخشي به طور خاص در جهت

اهداف مشارکت اجتماعي شخصي بيماران است. اهداف بر حوزههاي زندگي روزمره، مانند مهارتهاي زندگي، کار داوطلبانه، فعاليتهاي آموزشي و اوقات فراغت، و تماسهاي اجتماعي متمرکز هستند.

* **توانبخشی حرفه ای**

بيماري روان بر عملکردهاي شغلي، تحصيلي، خانوادگي، اقتصادي و... بيماران تاثير مي گذارد و به دليل عدم آگاهي مردم و بيمار و خانواده وي نسبت به بيماري و پيامدهاي آن، از بيماران در سطح جامعه حمايت نمي شود .گاه انگ هاي اجتماعي و تبعيض سبب محروميت بيماران از فرصت هاي موجود و برابر در جامعه مي شود. خانواده بيماران نيز بار مراقبتي زيادي را متحمل شده و در اين شرايط مددکاران اجتماعي به دليل آگاهي از مشکلات و نيازهاي بيماران و خانواده آنها از طريق برقراري ارتباط با موسسات مختلف در جهت تامين نيازهاي اقتصادي ،مسکن، بهداشت و درمان، نگهداري در مراکز، مهارت آموزي و اشتغال يابي اقدام مي کنند. مددکاران اجتماعي برای فرد داراي بيمار روان که هدفش اشتغال است تسهیل گری های لازم جهت شغل یابی را انجام می دهد. این تسهیل گری ها می تواند شامل تهیه ی فهرستی از توانمندی ها و مهارت های بیمار، مشاغلی که بیمار در انجام دادن آن ها سابقه یا تجربه ی کاری دارد، شناسایی سازمان های حمایتی یا مراکز جهت اعطای تسهیلات و وام های اشتغال و اقداماتی باشد که مددکار اجتماعی با هدف تسهیل و رفع موانع در اشتغال یابی برای بیمار انجام دهد. از اين طريق به توانبخشي شغلي و حرفه اي بيمار و خانواده وي مبادرت مي ورزند . ممکن است در نهایت بیمار قادر به پیدا کردن شغل مناسب نباشد اما مددکار اجتماعی در راستای توانبخشی حرفه ای، زمینه های اشتغال یابی را فراهم می کند و بیمار را در مسیر توانمندسازی شغلی قرار می دهد.

* **مداخلات روانی- اجتماعی**

عليرغم اينکه درمان اصلي براي افراد مبتلا به بيماري هاي رواني شديد مداخلات دارويي بوده است، کنترل جزئي و محدود علائم، عوارض جانبي کوتاه مدت و بلندمدت و تبعيت ضعيف از درمانِ درصد قابل توجهي از افراد مبتلا ،سبب بکارگيري رويکردي گسترده اي درکنار درمان دارويي با ساير مداخلات روان درماني و رواني- اجتماعي مي شود و بايد براي کمک به بهبودي دوره هاي حاد و نقص عملکردي در طول دوره ها و بين آنها بطور موثر هماهنگي باشد. مراقبت از بيماريهاي رواني، ديگر تنها به معناي تسکين علائم

نيست، بلکه به معناي کنار آمدن با نيازهاي مختلف ناشي از آن است. در مجموع، مراقبت از اين افراد مستلزم ادغام مداخلات روان درماني و مداخلات رواني- اجتماعي در يک شبکه سلامت روان متشکل از تيم هاي بين رشته اي است.

## استفاده از روش ACT

درمان ACT یا روش مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی شش فرایند مرکزي دارد که منجر به انعطاف پذيري روان شناختي مي شود: پذيرش ،ناهمجوشي شناختي، خود به عنوان زمينه، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال، ارزش ها و تعهد به عمل که درنتيجه اين مفهوم اصلي به انعطاف پذيري روانشناختي است . روش مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی، هسته مشکلات را هدف قرار مي دهد و هدف کلي آن، افزايش انعطاف پذيري روان شناختي و همچنين توانايي تماس هرچه کاملتر با لحظه حال و تغيير رفتار به منظور به خدمت گرفتن ارزش هاست .روش مبتني بر پذيرش و تعهد درماني براي جلوگيري از بستري مجدد در بيماران داراي اختلال روان انجام مي شود.

* **مداخلات متمرکز بر خانواده و نیازهای آن**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

♣ **حمایت اجتماعی:** آیا منابع حمایت اجتماعی از بیمار و مراقبین وجود دارد؟ حمایت اجتماعی از مراقبین بسیار ارزشمند است زیرا بیماران در خانواده های چند مراقب، نسبت به بیمارانی که به تنهایی از آنها مراقبت می کنند، مشکلات کمتری را تجربه می کنند.

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

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

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

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

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

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

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

**-مداخلات خانواده برای کار با بیماریهای روانی مزمن**

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

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

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

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

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

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

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

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

در پاسخ به نیازهای خانواده­های مراقبین خانگی و شناخت روزافزون متخصصان از خانواده­ها به عنوان متحدان و شرکای ضروری در روند درمان، مداخلات متعدد خانواده توسعه یافته و مورد تحقیق قرار گرفته اند. آنها اساساً مبتنی بر آموزش روانشناختی هستند که عناصر آموزشی و نظریه­های درمانی مانند سیستم­های خانوادگی و حل مشکلات را با هم ادغام می­کنند. بر اساس فلوشیپ جهانی اسکیزوفرنی (1998)، مداخله خانواده روشی ساختاریافته برای گنجاندن اعضای خانواده بیماران، سایر بستگان و دوستان در درمان و توانبخشی حاد و مداوم است.

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

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

 آموزش روانشناختی خانواده نسبت به سایر مداخلات خانواده در دستیابی به نتایج مثبت برای بیماران و خانواده­ها موثرتر است. حداقل دو نوع آموزش روانشناختی خانواده توسط متخصصان سلامت روان مانند مددکاران اجتماعی، روانپزشکان و پرستاران وجود دارد. یکی

شامل جلسات تک خانواده­ای با مراقبان و بیماران و کارگاه هایی است که در آنها اطلاعات مربوط به بیماری روانی عمدتا با مراقبین به اشتراک گذاشته می شود. گروه دیگر شامل یک گروه چند خانواده ای روانشناختی است که در آن چند خانواده با بیماران و مراقبان با هم در جلسات شرکت می­کنند. در یک بررسی جامع که توسط تیم تحقیقاتی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی (PORT) توسط موسسه ملی بهداشت ایالات متحده تأمین بودجه شده است مشخص شد که مداخله خانواده در مقایسه با سایر درمان های روانی- اجتماعی، دارودرمانی و شوک درمانی از اهمیت بالایی برخوردار است و نتیجه مثبت برای بیمار به همراه دارد. با این حال، باید توجه داشت که سطح اثربخشی مداخله خانواده به مدت زمان درمان (اثر دوز) و وضعیت یا مرحله بیماری بیمار مربوط می شود.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شواهد تجربی مورد توجه در مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی**دولت فرد و فتحی (1400) در پژوهشی با عنوان " تجارب و چالشهاي خانوادههاي داراي فرد اختلال روان" که به روش کیفی و از نوع پدیدارشناسانه انجام شد به این نتیجه رسیدند که خانواده های دارای اختلال روان با شش چالش عمده مواجه هستند که عبارتند از "عدم آگاهی"،"مشکات درمان"،"مشکل ارتباطی"،"سلب آرامش و بهداشت روانی خانواده"، مشکلات اجتماعی و قانونی"، اختلال در عملکرد و سلامت خانواده یا مراقب" . شرح این چالش ها در جدول زیر آورده شده است. لازم است تا مددکاران اجتماعی در کار با بیماران روان و خانواده های آن ها به این چالش ها توجه کرده و در جلسات خانواده درمانی یا کار با خانواده ها و عناوین آموزشی و مشاوره ای و جلسات گروهی به این نکات توجه کنند.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **چالش** | **زیر چالش ها** | **نمونه ها** |
| **عدم آگاهی** | **عدم اطلاع از بیماري ونحوه تعامل با بیمار** | -عدم اطلاع از علائم بیماري-عدم اطلاع در خصوص نحوه برخورد با بیمار-بیش ازاندازه عاطفی برخورد کردن با بیمار و اجابت کردن خواسته هاي وي-عدم درك شرایط بیمار-عدم اطلاع مراقب از عود علائم بیماري-توقع نابجاي اعضاي خانواده از بیمار به دلیل عدم پذیرش و ناآگاهی-نسبت دادن علائم بیماري به ویژگیهاي دوران بلوغ-متهم کردن بیمار به سرکشی-نسبت دادن علائم بیماري به خستگی و مطالعه زیاد |
| **عدم اطلاع از درمان ومراکز درمانی** | -بلاتکلیفی و سرگردانی در مراجعه به متخصص-عدم اطلاع از وجود مراکز درمان و توانبخشی |
| **انکار بیماری** | -عدم پذیرش بیماري توسط سایر اعضاي خانواده-عدم پذیرش بیماري از جانب والدین |
| **مشکلات درمان** | **مشکلات درمانگر** | -عدم تشخیص درست بیماري توسط روانپزشک-عدم برقراري ارتباط مناسب و حرفهاي با بیمار توسط روانپزشک-راهنمایی غلط مشاور به مراقب)استفاده از تنبیه براي کنترل بیمار(-عدم اختصاص زمان کافی به بیمار جهت ویزیت توسط روانپزشک-سرزنش شدن مراقب از جانب روانشناسان و مشاوران)رفتار غیرحرفه اي(-نداشتن آموزش کافی پرستاران در منزل |
| **مشکلات مراکز درمانی** | کوتاه بودن زمان بستري در بیمارستان به خصوص بیمارستانهاي دولتی-سنگین بودن هزینه هاي بستري در بیمارستانهاي خصوصی-مشکل دربستري کردن بیمار-عدم رسیدگی و احساس مسئولیت پرسنل بیمارستان-طرف قرار نبودن بیمارستان با تمام بیمه ها-عدم نظارت بر مراکز درمانی-با نشاط نبودن مراکز درمانی-عدم وجود پزشک متخصص)روانپزشک(در شهر یا محل سکونت-بدرفتاري با بیماران در مراکز درمانی)از قطع سیستم گرمایشی تا تغذیه نامناسب( |
| **مخارج درمان و سایر هزینه های جانبی** | -افزایش دفعات بستري-سنگین بودن هزینه هاي دارو و درمان-هزینه هاي جانبی تغذیه-ارجاع به پزشکان متعدد |
| **مشکل ارتباطی** | **درون خانواده** | ارتباط ضعیف بین والدین و اعضاي خانواده-جدا کردن بیمار از سایر اعضاي خانواده-عدم همکاري سایر اعضاي خانواده-ممانعت از تحصیل بیمار در دانشگاه-عدمحمایت برادر و خواهر-مقاومت سایر اعضاي خانواده جهت بستري بیمار در بیمارستان |
| **بیرون خانواده** | محدود شدن ارتباط دوستان و همکاران-دعوت نکردن دوستان به دلیل خجالت کشیدن از شرایط بیمار |
| **سلب آرامش و بهداشت روانی خانواده** | **محدودیت** | -برهم زدن نظم و آرامش خانواده-ایجاد محدودیت در منزل براي خانواده یا مراقب-تأثیر بر تغذیه خانواده-وسواس بیمار و فشار مضاعف بر خانواده-حمام رفتن طولانی مدت بیمار |
| **رفتارهای آزار رسان** | -تهدید شدن مراقب یا خانواده توسطبیمار-گریه بیشازاندازه بیمار در منزل و برهم خوردن آسایش خانواده-ناسزا و تهدید شدن مراقب توسط بیمار-شکستن لوازم منزل-کتک زدن اعضاي خانواده-آسیب دیدن مراقب از نظر جسمی هنگام حمله بیمار-کتک خوردن بیمار از فرزند |
| **مشکلات اجتماعی و قانونی** | **موانع قانونی** | -عدم تدبیر دولت براي بیماران داراي اختلال روان-قرار نگرفتن بیماري اعصاب و روان در لیست بیماريهاي خاص-مشمول بیمه نبودن بیماري روحی و روانی |
| **نگرش منفی به بیمار** | -واکنش منفی جامعه-دید منفی نسبت به مراجعه به روانپزشک-نگاه منفی دیگران به بستري و اتهام بی مسئولیتی مراقب یا خانواده-نگرانی از طرز فکر دیگران-اعتقاد به خرافات-دیدگاه اشتباه اطرافیان نسبت به بیماري |
| **ترس از انگ و برچسب** | -پنهان کردن بیماري-استرس خانواده جهت متوجه شدن اقوام از بستري بیمار-ترس از حرف مردم و قضاوت شدن و به تعویق انداختن زمان بستري و درمان |
| **اختلال در عملکرد** | **مراقب** | -مشکل در مراقبت از بیمار به تنهایی به دلیل شاغل بودن مراقب و تأمین هزینه هاي زندگی-تحت تأثیر قرار دادن زندگی شخصی سایر اعضاي خانواده)طلاق گرفتن خواهر)-امتناع از ازدواج و یا عدم پذیرش دیگران جهت مراقبت بیمار و ترس از بچه دار شدن-ترس از طلاق مراقب-فشار مضاعف ناشی از سرزنش کادر درمانی در خصوص بستري نکردن به هنگام بیماری و سرزنش اطرافیان نسبت به بستري-احساس گناه و خودسرزنشی مراقب-ابتلاي مراقب به بیماري به دلیل استرس و اضطراب زیاد-تأثیر بیماري روانی بر روحیه مراقب مانند پرخاشگر و بی حوصله شدن-عصبی شدن مراقب اصلی و مراجعه به روانپزشک و مصرف دارو-اضطراب و استرس مراقب در زمان عود علائم بیماري)ترس از بیمار(-احساس عدم امنیت مراقب اصلی و جمع آوري لوازم خطرناك در منزل-بازماندن مراقب از تحصیل و کار-فقدان احساس نشاط و شادابی-سرزنش شدن مراقب توسط دیگران |
| **خانواده** | -افزایش اشتهاي بیمار و محدودیت برنامه غذایی خانواده-درمان طولانیمدت و خسته شدن خانواده و در بعضی موارد رهاکردن درمان و بیمار-جابجایی منزل به دفعات به دلیل وضعیت نامناسب بیمار-اختلال در نظم زندگی خانواده-خود سرزنشی خانواده-احساس شرمساري و خجالت خانواده به خاطر رفتار بیمار در بیروناز منزل-احساس ترس جهت آسیب دیدن از جانب بیمار-پیدا کردن ناراحتی جسمی به دلیل دوندگیهاي بسیار-خجالت و شرمساري از افشاي بیماري براي همسایه ها-استرس و اضطراب در منزل به دلیل قابل پیشبینی نبودن عملکرد بیمار-وارد آمدن فشار روانی به خانواده-جدایی والدین-تأثیر مراقبت از بیمار روان بر سلامت جسمی و روانی اعضاي خانواده |

 |

* **حمایت یابی و مدافعه**

## برقراری ارتباطات درون و برون سازمانی برای حمایت یابی اقتصادی، پذیرش پس از ترخیص در مراکز نگهداری، قرار گرفتن تحت پوشش بیمه ی درمانی یا اجتماعی

حمایت، محرکی برای استفاده از تمام توانایی های بیمار برای تصمیم گیری و اقدام برای رسیدن به نتیجه قطعی و نهایی می باشد. پس در چنین فرآیندی شخص بیمار به شدت فعال است و مددکار زمینه لازم را ایجاد می کند تا بیمار فعالیت لازم را داشته باشد. مددکار اجتماعی، کارکرد اجتماعی افراد را خواه به صورت فردی و اجتماعی افزایش می دهد. برای این منظور فعالیت های خود را مبتنی بر روابط اجتماعی آنها که موجب شکل گیری کنش های متقابل افراد و جامعه می گردد، متمرکز می سازد. با عنایت به اینکه رفتار نتیجه ویژگی های شخصیت با شرایط مادی و اجتماعی محیط است مناسب سازی و فراهم آوردن زمینه های لازم در بعد اجتماعی و مادی و محیطی توسط مددکار اجتماعی از اهمیت بالایی برخوردار است(توجه به شخصیت افراد در بعد اجتماعی**شاید از مهم ترین وظایف مددکاران اجتماعی طراحی یک سیستم حمایتی برای کاهش رویدادهای دردناک ناشی از بیماری است.**حمايت يابي چه به صورت درون سازماني و چه به صورت برون سازماني را مي توان در زمره مداخلات مددکاري اجتماعي قرار داد. براي حمايت يابي نياز به استفاده از رويکرد تيمي است. اين رويکرد متشکل از پزشک،پرستار ،مددکار اجتماعي و روانشناس مي باشد. هريک از اعضاي تيم ارزيابي اوليه از بيمار را انجام مي دهند و سپس گروه با هم همکاري مي کنند تا برنامه ي مداخله اي و مراقبتي طراحي کنند. در تيم بين رشته اي مددکار اجتماعي نقش هماهنگ کننده، تسهيل گر، آموزش دهنده، برنامه ريز و رابط را ايفا مي کند و نگرش اجتماعي را وارد تيم مي کند. با بکارگيري اين رويکرد ساير کارکنان با وظايف مددکار اجتماعي آشنا مي شوند و مي توانند مداخلات مشترکي طراحي کنند.

مددکاران اجتماعي با توجه به اطلاعات کسب شده در مرحله ترياژ و راند براي توانمندي و استقلال نسبي بيماران و خانواده نياز به همکاري بين رشته اي در درون بيمارستان و سازمان هاي مربوطه در بيرون از بيمارستان دارد .در بخش حمايت هاي اقتصادي درون سازماني حمايت هاي مالي بيمارستاني، کمک هاي موسسات خيريه در درون و بيرون بيمارستان، و تحت پوشش بيمه قرار گرفتن بيماران نيز مي تواند در کاهش هزينه ها موثر باشد .اقدام به دريافت بيمه خدمات درماني از وظايف کارشناس بيمه بيمارستان مي باشد. کارکنان بخش پذيرش يا منشي بخش موظف هستند به کارشناس بيمه مقيم بيمارستان گزارشي از بيماران فاقد دفترچه بيمه

به صورت روزانه ارائه دهد تا در اولين فرصت براي دريافت دفترچه اقدام گردد. درصورت عدم حضور کارشناس بيمه مستقر در بيمارستان درخصوص انجام اين کار بايد با مسئولين بيمارستان مذاکره گردد. تعدادي از بيماران فاقد مدارک شناسايي و هزينه لازم براي دريافت بیمه هستند که مددکار اجتماعي مي تواند براي هزينه ی مورد نظر از محل خيرين يا موسسه خيريه بيمارستان هزينه را دريافت کند و به کارشناس واحد حقوقي جهت تهيه مدارک شناسايي گزارش دهد .

تعدادي از بيماران نيز به دليل شدت بيماري از طرف خانواده حمايت نمي شوند و ترخيص آنها بدون حضور همراه موثر سبب آسيب به بيمار و مردم جامعه مي شود. به همين دليل براي کاهش خطرات، مددکاران اجتماعي قبل از ترخيص با موسسات و مراکز نگهداري تحت نظر بهزيستي هماهنگي هاي لازم به عمل آورد. براي ايجاد همکاري هاي لازم، مقتضي است مسئولين واحد مددکاري اجتماعي وزارت بهداشت تفاهم نامه هاي همکاري منعقد نمايند .

بيماران داراي اختلال روان معمولا از مشکلات هويتي، حقوقي و قضايي برخوردارند. خانواده هاي آنها به دليل بار اقتصادي و اجتماعي مختلف تمايلي به پذيرش بيمار خود ندارند و از سوي ديگر پيگير مسائل حقوقي آنها نمي شوند. مددکاران اجتماعي با خانواده بيمار تماس گرفته و عواملي که بيمار به آن دليل تحت محاکمه است و روابط خانوادگي و ميزان حمايت خانواده را بررسي مي کنند. در اين شرايط اگر بيمار از شبکه خانوادگي خوبي برخوردار بود راهنمايي هاي لازم جهت انجام مراحل حقوقي ارائه مي گردد. درصورت عدم مشارکت خانواده يا مجهول الهويه بودن بيمار، کارشناس واحد حقوقي بيمارستان به دادسرا مراجعه کرده و پيگيري هاي قانوني توسط کارشناسان اين واحد انجام شود.

به طور کلی زمانیکه بیمار با نامه قضایی و توسط خانواده به بیمارستان ارجاع می گردد، ارتباط با خانواده در روزهای نخست بستری برقرار می شود و علت اخذ نامه قضایی توسط خانواده مورد بررسی قرار می گیرد. سپس از خانواده خواسته می شود در زمان ترخیص بیمار، جهت رفع منع قضایی مراجعه کنند. در زمان ترخیص بیمار مستنداتی همچون گواهی پزشک معالج مبنی بر ترخیص ، گزارش مددکاری اجتماعی و نامه واحد حقوقی به خانواده داده می شود و راهنمایی های لازم جهت دریافت نامه ترخیص انجام می گیرد. چنانچه بیمار با نامه قضایی و به همراه اورژانس اجتماعی بهزیستی در بیمارستان بستری شود، در زمان ترخیص به اورژانس اجتماعی اطلاع رسانی می گردد تا مراحل ترخیص بیمار را انجام دهند. اگر بیماران از زندان ارجاع شده باشند، کارشناسان زندان پس از ترخیص بیمار موظف به پیگیری کارهای قضایی او بوده و فرایند ترخیص را انجام می دهند و در صورتی که بیمار مستقیما با نامه کلانتری و دادسرا ارجاع شده باشد، مسئول واحد حقوقی موظف به پیگیری و اخذ نامه ترخیص بیمار است.

**نکته:** مددکاران اجتماعی به استناد شناسنامه ی شغلی و شرح وظایف و پروتکل های تخصصی، مجاز به انجام مداخلات حقوقی مانند مراجعه به مراکز قضایی جهت اخذ حکم یا تحویل بیمار به مراکز ارجاع دهنده نمی باشند.

* **ارجاع**

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

* **مداخلات مددکاری گروهی**

در فعاليت ها و جريان هاي گروهي افراد تجربيات خود را در اختيار يكديگر مي گذارند .هركس از تجربه ي خود سهمي به ديگران مي دهد و در مقابل از تجربه ي آن ديگري استفاده مي كند . اعضاء گروه عملاً  مي آموزند كه هر كس داراي حقي است و براي حق يكديگر احترام قائل مي شوند . افكار و ايده هاي خود را براي هم بيان مي كنند ، مي آموزند كه اختلاف عقايد و آراء و اختلاف در داوري و قضاوت خود را آشكار كنند بدون اينكه دشمني و يا خصومتي پيش آيد و يا احساس ناكامي و محروميت كنند و نيز فرا مي گيرند كه به تصميم اكثريت گردن نهند و آن را از صميم قلب بپذيرند . وصول به اينچنين هدف هايي ، براي پيشرفت و رشد شخصيت افراد و ايجاد احساس تعلق و بستگي مشترك در بين اعضاي گروه بسيار مهم است. در ارتباط با بیماران اعصاب و روان، یکی از مهمترین مداخلاتی که مددکاران اجتماعی انجام می دهند، تشکیل گروه است. گروه ها با توجه به مشکل بیماران و اهداف درمانی، انواع مختلفی دارند و ممکن است متشکل از بیمار و خانواده و اعضای تیم درمان باشند یا اینکه بیماران و خانواده های آن ها در گروه عضو شوند.

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

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

**-** موقعیت بالینی بیماران مورد نظر را ارزیابی کنید.

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

- چه نوع گروهی را می خواهید تشکیل دهید؟ به طور مثال آیا گروه از نوع آموزشی است و یا درمانی برای مشکلات معین است؟

- چرا به این گروه نیاز است؟ فواید و ضرورت تشکیل این گروه را بیان کنید.

- اهداف و مقاصد اصلی گروه شامل چه مواردی است؟

تعیین اهداف روشن و مناسب می­تواند گام بسیار مهمی در کار درمانی شما باشد. تعیین اهداف نه تنها برای درمانگر، بلکه برای شرکت کنندگان نیز باید روشن و شفاف باشد. در گروههای با محدودیت زمانی، اهداف باید مشخص، قابل دستیابی و متناسب با ظرفیت و استعداد اعضای گروه باشد.این مهم است که گروه یک تجربه موفق باشد زیرا مراجعین روان که وارد گروه میشوند اغلب احساس شکست و نا امیدی دارند.

- انتظارات شما به عنوان برگزارکننده برای خروجی نهایی گروه چیست؟

- آیا گروه کوتاه مدت است یا بلند مدت؟

- تعداد اعضای گروه چند نفر است؟ ترکیب اعضا چگونه است؟ مکان برگزاری و طول مدت هر جلسه چقدر است؟

- چند جلسه گروه برگزار خواهد شد و فاصله بین برگزاری جلسات چند روز است؟

- آیا گروه از نوع باز است یا بسته؟

- قواعد و هنجارهای خاص گروهتان چیست؟

- گروه از چه ساختاری برخوردار خواهد بود؟ از چه رویکرد نظری و فنونی برای گروهتان استفاده خواهید کرد؟

- چه روشهای ارزشیابی و پیگیری را برنامه ریزی خواهید کرد؟

- در گروه شما چه موضوعات و سرفصل­هایی مورد بررسی قرار خواهد گرفت؟ (پروتکل شما برای هر جلسه بر اساس رویکرد نظری و فنون منتخب چیست)

- برنامه تان برای سبک رهبری و مدیریت گروه چیست؟

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

1. درگیر کردن بیماران در فرآیند درمانی
2. نشان دادن فواید گفتگو و روابط اجتماعی
3. کمک به بیماران برای شناسایی مشکلات در شیوه ارتباط برقرار کردن با دیگران
4. کاهش انزوا
5. کاهش اضطراب مرتبط با بستری در بیمارستان
6. احساس مفید و ارزشمند بودن برای خود و دیگران

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

سپهر جوانی 30 ساله است که به دلیل افسردگی مزمن دومین مرتبه است که در بخش مردان بیمارستان روانپزشکی بستری شده است. سپهر در طی مدت بستری همیشه گوشه گیر است و با کسی ارتباط برقرار نمی کند. در این بخش روزانه چند بیمار جدید بستری و چند بیمار هم ترخیص می­شوند. شما به عنوان مددکار اجتماعی بخش طی راند بیماران متوجه شده اید که تعدادی دیگری از بیماران هم هستند که با تشخیص های روانپزشکی متفاوت بستری شده اند اما به دلیل انزوا تقریباً شرایط مشابه ای با سپهر دارند. به عنوان مددکار اجتماعی یک طرح گروه درمانی را طراحی کرده و بنویسید. برای برگزاری گروه و فراهم کردن مقدمات آن چه رایزنی هایی را می بایست انجام دهید؟ اهداف شما در این طرح شامل چه مواردی است؟ از چه رویکرد نظری و فنونی استفاده خواهید کرد؟ انتظار شما از برگزاری این گروه چیست؟

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

* **مداخلات مبتنی بر مددکاری جامعه ای**
* **ارتقاء سلامت روان همگانی**

هدف آموزش در مراقبت‌های سلامت عبارت است از ترغیب مردم به این كه بخواهند سالم باشند، بدانند چگونه سالم باشند، برای حفظ سلامت فردی و جمعی اقدام نمایند و در موقع لزوم طلب كمك كنند. آموزش سلامت روان به­منظور تحقق این اهداف و تواناساختن مردم در یادگیری و به­كاربردن مهارت‌ها برای ارتقای سلامت نیازمند به اجرای موارد زیر است:

- تشویق مردم به مشاركت در برنامه­ریزی و اجرای برنامه‌های سلامت.

- توجه و درك صحیح از فرهنگ جوامع، شیوه زندگی و مهارت‌های زندگی آن‌ها و پرهیز از پیش داوری و نقش آمرانه

- برقراری ارتباط خوب با مردم كه تبادل اطلاعات و افكار را میسر سازد.

- اتخاذ مناسب­ترین تكنولوژی آموزشی در برنامه‌های ارتقای سلامت كه مشاركت جامعه و اعتماد به نفس را در مردم ترویج دهد.

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

* تحلیل نیازهای سلامت روان جامعه
* برنامه­ریزی برای راه­اندازی عملیات ارتقای سلامت روان با بهره‌گیری از مشاركت جامعه
* برنامه­ریزی آموزشی برای گروه‌های هدف
* اجرای برنامه‌ی عملیاتی ارتقای سلامت روان و اجرای برنامه­ریزی آموزشی
* ارزیابی مستمر نتایج برنامه‌ی ارتقای سلامت روان و آموزش‌های ارایه شده
* ارزشیابی نتایج برنامه و ارتقا و توسعه مستمر آن

نقش مددکاران اجتماعی در راستای ارتقاء سلامت اجتماعی و روانی افراد جامعه بویژه مراجعه کنندگان به مراکز درمانی و بیمارستان ها، آموزش دهنده، آگاه کننده و تسهیلگر است و برنامه ی آموزشی با توجه به نیازهای گروه هدف که با توجه به این پروتکل بیماران اعصاب و روان می باشد تدوین می شود.

* **برنامه ریزی اجتماعی:**

عبارت است از تعیین هدف، ترسیم خط مشی، تبدیل هدف به برنامه عملیاتی و پیش بینی چگونگی اجرای آن در محدوده زمانی مشخص و با توجه به مجموعه منابع مادی و انسانی و امکانات مختلف است. در این روش مددکار اجتماعی به عنوان یک متخصص در حوزه برنامه ریزی می کوشد نیازها با مسائل اجتماعی را همراه با علل و ریشه های آن بشناسد، راه های تامین این نیازها یا حل مشکلات مدنظر را کشف کند و نهایتا با ارائه آن به بخش اجرایی به وظیفه حرفه ای خویش به عنوان برنامه ریزی خاتمه دهد.

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

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

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

منظور از انگ اجتماعی نگرش و رفتاری است که اجتماع و افراد عادی اجتماع نسبت به افراد متعلق به گروهی خاص دارند و منظور از انگ به خود نگرش و رفتاری است که خود افراد متعلق به این گروه اجتماعی اعمال می­‌کنند و نتیجه پذیرش و درونی‌­سازی انگ اجتماعی است. انگ بیماری‌­های روانی باعث می‌­شود که میزان اشتغال و درآمد در این بیماران کم­تر باشد، از سیستم‌های حمایت اجتماعی محدودتری برخوردار باشند، کیفیت زندگی پایین‌­تری داشته باشند، علایم افسردگی و کاهش اعتماد به نفس را تجربه کنند، و برای درمان دیر مراجعه کنند. بنابراین این مساله و نیاز الویت دار تعیین شد

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

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

4-طراحی برنامه عملیاتی: از طریق آموزش، اطلاعاتی به جامعه ارائه می‌­شود تا بتواند درباره افراد دچار اختلالات روانی دقیق­‌تر و آگاهانه‌­تر بیندیشد و تصمیم بگیرد. هدف از آموزش ارایه اطلاعات گسترده و توأم با جزییات درباره اطلاعات علمی مرتبط با بیماری‌­های روانی نیست، بلکه هدف آن است که مخاطبان از واقعیت‌های ساده­‌ای آگاهی یابند که باورهای نادرست اجتماعی درباره بیماری‌­های روانی را سست کند.

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

5-تعیین زمان مناسب و معقول برای رسیدن به هدف: در این مرحله بهتر است مددکار اجتماعی بیمارستان به جهت انگ زدایی و با توجه به اقدامات پیش بینی شده قبلی، زمان رسیدن به هدف را مشخص نماید. برای نگارش خلاصه سیاستی به 20روز زمان و سپس در فضای مجازی انتشار می یابد.

6-در نظر گرفتن منابع مالی و امکانات برای رسیدن به هدف: برای رسیدن به هدف کاهش انگ اجتماعی به همکاری صدا و سیما، به همکاری سازمان آموزش و پرورش و مددکاران اجتماعی جهت ایجاد کمپین های اگاهی رسانی نیاز می باشد.

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

شيوع و ميزان زياد بيماري هاي روان پزشکي ازجمله اسکيزوفرنيا موجب شده است که اين بيماري به عنوان بيماري عصر مدرن ناميده شود و توجه متخصصان سلامت روان و مددکاران اجتماعي را به خود جلب کند. بيماران و خانواده ی بیماران اعصاب و روان به دليل عدم آگاهي از بيماري از مصرف دارو اجتناب کرده و در نتيجه يا اقدام به درمان نمي کنند و يا به علت عود مکرر،

 بستري در بيمارستان، افت عملکرد اجتماعي و شخصي را تجربه مي کنند. مددکاران اجتماعي از طريق مداخله رواني- اجتماعي در سطح جامعه همچون توانبخشي مبتني بر جامعه، آگاهي از اقدامات رفاهي، ارزيابي انتقادي و يا بررسي سياست هاي موجود، توجه به افسانه ها و باورهاي غلط در مورد بيماري هاي رواني و ناتواني ذهني در جامعه، آگاه سازي مردم از طريق همکاري با پزشکان، گروههاي خودياري و رهبران محلي، آگاه سازي از طريق کمپين ها، کمک به مراقبت جامعه از بيماران داراي اختلال روان، ريشه کن کردن انگ و تبعيض، شناسايي منابع موجود در جامعه، تقويت شبکه هاي اجتماع و سيستم هاي حمايتي به نفع بيماران فعاليت مي کنند.

در این مرحله نقش مددکاران اجتماعی پیش از ورود بیمار به بیمارستان آغاز می شود و مددکار اجتماعی به عنوان بخشی از رسالت حرفه­ای خود، به آگاه سازی و اطلاع رسانی افراد جامعه (پیشگیری اولیه) می پردازند. اصطلاح پیش‌گیری اولیه (primary prevention) به حالتی اطلاق می‌شود كه در آن تلاش می‌شود از طریق تأثیرات بر اشخاص و اجتماع مانند حفظ وضعیت بهداشتی محل زیست افراد و ایمن­سازی علیه بیماری‌های عفونی سبب حفظ و ارتقای تندرستی آن‌ها گردید. مقصود از پیش‌گیری سطح اوّل پیش‌گیری از بیماری با كنترل علل و عوامل خطرزا است. پیش‌گیری سطح اوّل عمدتا شامل مداخله در مرحله پیش از وقوع بیماری‌ها یا مسایل بهداشتی یا انحراف‌های سلامتی است. پیش‌گیری اوّلیه را می‌توان با تدابیر طرح­شده برای ارتقای بهداشت عمومی، بهزیستی و كیفیت زندگی افراد شامل ایجاد شرایط بهداشتی در منزل، محیط كار و مدرسه، تغذیه خوب، لباس كافی، پناهگاه، استراحت و تفریح و آموزش بهداشت در مسایلی از قبیل آموزش جنسی، راهنمایی والدین در تربیت كودكان و بهبود سلامت روان افراد جامعه انجام داد. از مددکاران اجتماعي در مراکز درماني انتظار مي رود موسسات فعال در اجتماع همچون موسسات کاهش آسيب اجتماعي يا موسسات خيريه را شناسايي کرده و بانک اطلاعاتي از این منابع حمایت اجتماعی تشکيل دهند و درصورت ضرورت بيماران و

خانواده هاي آنها را به آن مراکز ارجاع دهند. از ديگر فعاليت ها،کمک به مددکاران اجتماعي موسسات کاهش آسيب اجتماعي يا موسسات غيردولتي فعال در حوزه سلامت براي شناسايي بيماران داراي اختلال روان است. آنها مي توانند طي جلسات کاری مشترک، اطلاعات مهمی درخصوص نحوه ارزيابي رواني اجتماعي مراجعان به مددکاران اجتماعي فعال در اجتماع ارائه دهند و در مقابل به تسهيل روند پذيرش بيماران در بيمارستان مي پردازند. یکی از مشکلات اساسی که این بیماران و خانواده هایشان با آن مواجه هستند، انگ های اجتماعی است. انگ علامت قابل مشاهده ای از ننگ و بدنامی است. انگ در بیماری های روانی نشان دهنده برچسب گذاری

ناعادلانه و غیرارادی است که شخصیت افراد مبتلا به اختلال روانی را اشتباه به تصویر می­کشد. این بیماران با مشکلی فراتر به نام انگ عمومی نیز مواجه هستند. انگ عمومی، واکنشی است که عموم مردم نسبت به افراد مبتلا به بیماری های روانی دارند. تا زمانی

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

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

**سناریو: مداخلات مددکاری اجتماعی در سطح اجتماع:**

مددکار اجتماعي شاغل در موسسات کاهش آسيب با بيماران داران اختلال روان مواجهند. اين بيماران به دليل اعتياد، عدم اشتغال، دعوا و درگيري با اعضاي خانواده و مشکلات حقوقي و پيگرد قانوني از منزل طرد شده اند و در گرمخانه به سر مي برند. مددکاران اجتماعي شاغل در مراکز کاهش آسيب و گرمخانه براي ايجاد ارتباط با خانواده بيماران اقدام مي کنند. اما از آنجايي که بيماران در سطح جامعه و خانواده با انگ هايي مواجهند و لازم است فعاليت هايي در سطح جامعه و به صورت محلي انجام دهند. آنها مي توانند با شناسايي منابع اجتماعي موجود در جامعه به حل و يا کاهش تعدادي از مشکلات بيماران و خانواده آنها بپردازند. مداخلات جامعه محور با مشارکت مردم محله و سازمان هاي مربوطه، بستري براي بازگشت به خانه، عود مجدد، دريافت خدمات بهنگام و کاهش آسيب به فرد بيمار و خانواده ي وي و مردم جامعه مي شود. مددکاران اجتماعي از طريق آموزش در خصوص بيماري و پيامدهاي آن به مردم در جهت کاهش انگ نيز اقدام مي کنند .

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

ساختار فرايند ترخيص بر مبناي اصول مراقبتي، حمايتي، پيشگيري، آموزشي، هماهنگي بين اعضاي تيم مراقبتي جهت ارجاع به موقع و پيگيري واقع شده است. برنامه ريزي ترخيص فرايندي پويا، جامع و مشارکتي است که هدف آن تعيين ادامه درمان مراجعه کنندگان پس از ترخيص و ارائه خدمات و حمايت هاي لازم به مراجعه کنندگان و مراقبان اوست. آموزش به بيمار، بخشي از مراقبتهاي حين ترخيص است که البته بسيار مهم مي باشد زيرا بيمار و خانواده را قادر مي سازد در غياب ارائه دهندگان خدمات سلامت، به مراقبت و مديريت بيماري خود بپردازند. بيماران مبتلا به اختلال روان در تمامي مراحل زندگي خود انواع مشکلات را تجربه مي کنند.

 مشکلات و دغدغه هاي شخصي و خانوادگي آنها محدود به زمان پذيرش، حين بستري نمي باشد بلکه در زمان ترخيص و پس از آن نيز ادامه دارد. درصورت عدم آموزش فرد و خانواده امکان عود بيماري و بازگشت به بيمارستان و عدم تبعيت دارويي افزايش پيدا مي کند و بيمار مجدد به شرايط قبل خود باز مي گردد. عمده مشکلات بيمار و خانواده وي را مي توان در چند بعد فردي، اجتماعي، خانوادگي، رواني، اقتصادي و درماني مطرح کرد .

**بعد فردی** :کاهش فعاليت ،از دست دادن استقلال به مثابه از دست دادن احترام، عدم آزادي انتخاب در مورد تصميم هاي زندگي ،عدم توجه بيماران به بيماري خود و عود بيماري، همزماني بيماري روان پريشي با ساير بيماري ها، ضعف در خودمديريتي بيماري، عدم کنترل بر زمان )انحلال زمان( بهم خوردن سبک زندگي )خواب ،خوراک، ورزش، کار، آموزش و تحصيل، تفريح و ، ... دشواري تشکيل و حفظ خانواده ،سيگار کشيدن، سلطه دارودرماني بر مداخلات رواني اجتماعي ،

**بعد اجتماعی:** تغيير روابط اجتماعي ،از بين رفتن روابط و اختلال در مهارتهاي رفتاري، ، فشارهاي زناشويي ،فرسودگي شغلي ،مشکل در يافتن و تداوم شغل، بيکاري، ترک تحصيل ،سو ء مصرف مواد و خشونت، به حاشيه رفتن، محروم شدن از ارتباط با ديگران، بي اعتمادي از طرف ديگران، برچسب خطرناک بودن، احساس غريبي و بيگانگي با دنيا ،عدم امنيت در مسکن، کمبود منابع و امکانات، مسکن مناسب و ايمن ،نبود فعاليتهاي تفريحي ،مشکلات رانندگي.

**بعد خانوادگی:** فقدان آموزش کافي به خانواده ،عدم توجه به درمان بيماران روان پريش در خانه ،بار رواني مراقبتي براي خانواده، نداشتن دانش و مهارت لازم براي مراقبت از بيمار ،از دست دادن حمايت خانواده و خانواده، اختلال در کارکردهاي خانواده، بار مراقبتي و تعارض بين اعضاي خانواده.

**بعد روانی:** استري زياد ،ترس از زيستن مستقل ،انکار بيماري، افسردگي، خودکشي، احساس خشم و گناه ،عدم مشارکت در جلسات آموزش رواني به دليل محدوديت زماني، انگ دروني مرتبط با بيماري رواني و تجارب منفي.

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

**بعد درمانی:** طولاني شدن درمان، دسترسي کم به مراقبت هاي بهداشتي و داروهايي، ناهمگني علت و سير بيماري، عدم پايبندي به درمان و ميزان بالاي عود چالشي براي درمانگران و موسسات، تطابق با بيماري زمانبر ،مقاومت به درمان، عدم پايبندي به درمان و ميزان بالاي عود، سردرگمي نسبت به درمان .

## برنامه مداخلاتی قبل از ترخیص

انجام مداخلاتي براي کاهش استرس محيطي خانواده از طريق آموزش دادن به خانواده ها در مورد بيماري، روش هاي برقراري ارتباط موثرتر با بيمار، بهبود مهارت هاي حل مسئله، کنار آمدن بهتر با بيماري و براي کاهش بستري مجدد اين مداخلات در بيمارستان مورد توافق است .تعدادي از مداخلات در حين ترخيص و يا پس از آن مورد بررسي قرار مي گيرد .

* **آموزش حین ترخیص مهارت های اجتماعی**

طي مطالعات انجام شده، به بررسي تاثير آموزش حين ترخيص بر مهارت اجتماعي بيماران مبتلا به اسکيزوفرنيپرداخته شد. نتايج مطالعه حاکي از آن است که افزايش مهارت اجتماعي از مزاياي آموزش حين ترخيص مي باشد که بر اکثريت ابعاد مهارت اجتماعي ازجمله مهارت کلامي و غيرکلامي، مهارت ارتباط با بيماران، ارتباط با پرسنل بخش، رفتار مرتبط با ابزار وجود و رفتار اجتماعي عمومي تاثيرگذار مي باشد و باتوجه به سير مزمن بيماري اسکيزوفرني اهميت بسزايي دارد. با آموزش مهارت هاي اجتماعي مشکلات بيمار در ابعاد ذکر شده کاهش و به پيشگيري از عود بيماري و افزايش همکاري وي با خانواده و کادر درمان و باز گشت به جامعه مي شود .

* **مشاوره قبل از ترخیص**

قبل از ترخيص بيمار ، جلسه اي با خانواده بيمار برگزار گردد و به بررسي چالش ها و مشکلات آنها پرداخته شود. درخصوص نگراني هاي خانواده بيمار سوالاتي پرسيده شود، در عين حال اطلاعات ضروري و شفاف در اختيار آنها قرار دهيد. در زمينه شناسايي زودهنگام عود و اقدامات لازم در آن شرايط، تبعيت از درمان، نحوه برقراري ارتباط با بيمار، کاهش ناتواني فردي و اجتماعي، بررسي نقاط قوت مراقبين، حمايت عاطفي از آنها ،سازمان هاي ارائه دهنده خدمات و مراجعه به مراکز، نحوه دسترسي به مددکار اجتماعي، مراجعه به بيمارستان و روند فرآيند مددکاري اجتماعي در مرحله پيگيري پس از ترخيص اطلاعاتي در اختيار خانواده قرار دهند.

* **ترخیص ایمن**

ترخيص ايمن فرآيندي است که از زمان ارزيابي بيمار آغاز مي شود و مددکار اجتماعي همراه با سایر اعضای تیم درمان با شناسايي نيازها و انجام مداخلات تخصصي بيمار را براي ترخيص آماده مي کنند. اين برنامه ريزي طول مدت حضور بيمار در بيمارستان را کاهش داده و مي تواند موجب رضايتمندي بيشتر بيماران و همراهان شود. مددکار اجتماعي با همکاري تيم درمان بايد اطمينان حاصل کند که بيمار در زمان مناسب، با کسب اطلاعات لازم و به مکان امن از بيمارستان ترخيص شود. ترخيص ايمن بصورت تيمي انجام مي شود، زيرا خدماتي مانند ترخيص پزشکي، آموزش به بيمار، مراقبت در منزل، و بررسي محل سکونت همگي، فعاليت هايي هستند که هر بیمارستان باید خط مشی و روش های ویژه ای را برای ارائه ی این فعالیت ها داشته باشد.

ترخيص بيماران داراي اختلال روان از حساسيت قابل توجهي برخوردار است. مددکار اجتماعي قبل از ترخيص در ابتدا وضعيت شبکه ي حمايتي و خانوادگي بيمار را بررسي مي کند. درصورت همکاري خانواده براي پذيرش بيمار و بررسي وضعيت خانواده بلحاظ اقتصادي، اجتماعي، مسکن و رفاهي، با خانواده جهت ترخيص بيمار هماهنگي لازم انجام گردد. درصورت عدم همکاري خانواده براي پذيرش بيمار يا مجهول الهويه بودن وي، پس از دريافت حکم از سوي کارشناس حقوقي، به سازمان بهزيستي براي دريافت نامه پذيرش در مراکز نگهداري اقدام کرده و بيمار در هنگام ترخيص به مرکز معين تحويل داده شود .

## پیگیری پس از ترخیص و مستندسازی

بیماران روانپزشکی با توجه به نوع اختلال ممکن است آگاهی و بینش کافی در خصوص مراقبت از خود، مصرف داروهای روانپزشکی، مراجعه جهت ویزیت های ماهانه را نداشته باشند، لذا چگونگی ترخیص این بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است. برنامه ریزی جهت ترخیص بیمار، از زمان بستری و در حین حضور بیماردر بیمارستان توسط تیم درمان و مددکار اجتماعی صورت می گیرد. ارزیابی روانی اجتماعی خانواده، مکانی که بیمار پس از ترخیص در آن زندگی می کند ، شبکه حمایتی وی و عوامل اجتماعی موثر در عود بیماری از اهمیت برخوردار است. ترخیص ایمن به معنای انتقال بیمار به محیطی امن است که مراقبت کننده حضور داشته و نظارت کافی بر بیمار، نحوه مصرف دارو و بررسی علایم عود بیماری داشته باشند. مکان امن می تواند خانواده و مراکز نگهداری تحت پوشش بهزیستی باشد. بیمارانی که دوره درمانی خود را در بیمارستان طی نموده اند و طبق دستور روانپزشک ادامه درمان خود را می توانند در منزل بگذرانند باید تحت برنامه ی پیگیری پس از ترخیص قرار گیرند. ارزیابی ترخیص ایمن بر عهده مددکار اجتماعی و سایر اعضای تیم درمان است تا هر یک از اعضا با توجه به دانش تخصصی خود، ارزیابی های لازم را انجام دهند.

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

در مرحله پيگيري هدف بررسي وضعيت بيمار و خانواده وي است. مددکار اجتماعي با انجام پيگيري تصميم دارد تا از تحقق اهداف تعيين شده و اثربخشي برنامه هاي مداخلاتي در طول بستري و اهداف و برنامه هاي تعيين شده پيش از ترخيص اطمينان حاصل کند. گاه پيگيري يا برنامه ترخيص ناقص در عدم تبعيت از درمان بيمار نقش مهمي ايفا مي کند. در مرحله پيگيري بايد بررسي عملکرد بيولوژيکي ،اجتماعي، شغلي، وضعيت رواني و خانوادگي بيمار )ارزيابي جامع رواني اجتماعي از فرد و خانوده ( انجام و تمامي يافته هاي حاصل از ارزشيابي مستند گردد .اگر بيمار و خانواده نياز به مداخلات بيشتر دارند، طي جلسات بعدي اقدامات لازم انجام شود و مجدد برنامه ريزي متناسب با نياز و درخواست بيمار و خانواده صورت پذيرد.

## ارزشیابی مداخلات

برنامه ريزي عملياتي و درست متناسب با شرايط بيمار و خانواده، سبب تحقق اهداف و مداخلات موثر همچون کاهش بار مراقبتي خانواده، مشکلات بيمار، عود مکرر و بستري مجدد مي شود. ارزشيابي جامع مداخلات مددکار اجتماعي بايد در تمام مراحل اجراي برنامه و پس از اتمام مداخلات انجام گردد. در اين مرحله در واقع ارزشيابي کليه خدماتي که به بيمار و خانواده توسط مراکز درماني، مراجع قضايي و ساير موسسات ارائه شده است، انجام مي گردد. مددکار اجتماعي ميزان اجرا، پيشرفت اهداف و مداخلات را اندازه گيري مي کند. درصورت عدم تحقق اهداف، درصورت لزوم به مرحله قبلي بازگشت داشته و اصلاحات لازم اعمال مي شود. در مرحله ارزشيابي اگر مددکار اجتماعي متوجه در معرض خطر بودن بيمار و خانواده باشد و يا احتمال بروز خطر براي مردم جامعه وجود داشته باشد، بايد به مراجع قضايي گزارش دهد. تمامي اقدامات انجام شده در هر مرحله از زمان ارزيابي مشکل بيمار تا زمان پيگيري پس از ترخيص و علل خاتمه مداخله در پرونده بيمار با درج تاريخ و زمان فعاليت و نام مددکار اجتماعي مستند سازي شود.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ترخیص ایمن بیمار | همکاری بیمار در فرآیند مراقبت و ترخیص | همکاری خانواده و همراهان در فرآیند مراقبت و ترخیص | وجود منابع و امکانات موثر | همکاری بین سازمانی موثر | سایر اهداف تدوین شده | ارزشيابي نهايي |
| * دستیابی موفق
* دستيابي نسبي

دستیابی ناموفق | * همكاري و مشاركت کامل
* همكاري و مشاركت ضعیف
* عدم همكاري و مشاركت

عدم موضوعيت با توجه به شرايط | * همكاري و مشاركت کامل
* همكاري و مشاركت ضعیف
* عدم همكاري و مشاركت

عدم موضوعيت با توجه به نداشتن خانواده و همراه | * استفاده­ی موثر از منابع موجود و يا جلب منابع لازم
* استفاده­ی نسبی از منابع موجود استفاده­ی موثر از منابع موجود و يا جلب منابع لازم به دلیل کمبود امکانات

عدم استفاده از منابع موجود و يا جلب منابع لازم | * همکاری موثر بین سازمانی و بین­بخشی
* ضعف همکاری بین سازمانی و بین­بخشی
* همکاری غيرموثر بین سازمانی و بین­بخشی

عدم موضوعيت | * دستیابی موفق
* دستيابي نسبي

دستیابی ناموفق | * مداخله­ی موثر
* مداخله­ی نیمه موثر

مداخله­ی ناموثر |

## خاتمه مداخله

پيگيري مداوم و دوره اي وضعيت خانواده و بيمار از حیث تبعيت از درمان، شناسايي علائم عود، حمايت خانواده از بيمار ،درک همدلانه بيمار و خانواده، استفاده از خدمات ساير موسسات و منابع موجود در جامعه، اشتغال به کار خانواده و يا خود بيمار درصورت مناسب بودن شرايط بيمار پس از ترخيص تا زمان اطمينان از تحقق اهداف تعيين شده و ثبات وضعيت بيمار و خانواده ادامه خواهد داشت. درصورت دسترسي به اهداف و رسيدن به استقلال نسبي و توانمندي بيمار و خانواده مي توان پرونده را مختومه اعلام کرد و مداخله را خاتمه داد. درصورت عدم همکاري خانواده يا مراجع قضايي و حمايت موسسات حمايتي و رفاهي از بيمار و خانواده، مددکار اجتماعي بايد آنها را از پيامدهاي منفي ناشي از عدم همکاري و درخواست خاتمه دريافت خدمات آگاه سازد و مشارکت و همکاري آنها را جلب کند.

از ديگر دلايل خاتمه مداخله، جابجايي محل سکونت مراجع به شهر يا کشور ديگري است که درصورت لزوم بايد به خانواده بيمار اطلاعات لازم درخصوص عود بيماري که در مراحل بستري و پس از ترخيص ارائه شده بود و نحوه مراجعه به مراکز درماني در آن شهر دراختيار بيمار گذاشته شود. به بيمار و خانواده وي کمک کنيد تا مراکز درماني و بيمارستان هاي اعصاب و روان را شناسايي کنند و به مراکز خدمات اجتماعي و موسسات آن شهر جهت برخورداري از خدمات حمايتي مراجعه کنند. به همراه بيمار گزارشي از خلاصه پرونده پزشکي و مددکاري اجتماعي ارائه شود. گاه مددکار اجتماعي مرکز به دلايل مختلف در شرايط جابجايي يا تغيير شغل است توصيه مي شود قبل از جابجايي يا ترک محل کار اقدامات ضروري براي انتقال پرونده به مددکار اجتماعي جديد فراهم گردد .ازجمله راه هاي پيشنهادي در اين شرايط برگزاري جلسه مشترک معارفه مددکار اجتماعي با بيمار و خانواده است. با انجام اين کار خانواده آماده همکاري با مددکار اجتماعي است.

بيماران معمولا در طول زمان بستري با مددکار اجتماعي و پزشک و پرستار همکاري لازم دارند. عمده نگراني مددکاران اجتماعي در زمان ترخيص است. هدف مددکار اجتماعي از انجام مداخلات تخصصي در طول زمان بستري، واگذاري مسئوليت به بيمار و خانواده است تا بتوانند از طريق مشارکت به توانمندي لازم براي شناسايي علائم عود و اقدام به هنگام، برقراري ارتباط مناسب با يکديگر و مردم جامعه، برآوردن نيازهاي خود از طريق افزايش ظرفيت ها و توانايي ها، مهارت آموزي و اشتغال دست يابند و به زبان ديگر مشارکت اجتماعي و مسئوليت اجتماعي در افراد افزايش يابد. صرف هدف گذاري و برنامه ريزي و برگزاري جلسات فردي و گروهي و آموزش منجر به کاهش مشکلات و يا پيشگيري از آسيب هاي بعدي در مراجع نمي شود. بلکه اين اقدامات بايد با همکاري و مشارکت بيمار و خانواده از زمان مراجعه به بيمارستان تا زمان ترخيص و پس از ترخيص انجام گردد. براساس رويکرد مشارکتي که رويکردي ارزشمند است به افراد حق داده مي شود و از آنها درخواست مي گردد تا در تصميمات و اقدامات مربوط به خودشان مشارکت داشته باشند، امکان دسترسي به اطلاعات فراهم مي گردد، و اين مسئله سبب افزايش مسئوليت، ارائه ي خدمات کارامدتر و بسنده تر و تحقق اهداف مددکار اجتماعي مي شود .رويکرد عملي به فعاليت مشارکتي شامل تعاون و همکاري، ترويج و پرورش مشارکت، اقدام متقابل، هدايت و حساسيت نسبت به خواسته ها و نيازهاي افراد است. تا زماني که بيمار و خانواده و سازمان هاي جامعه در توانمندي بيمار مشارکت نداشته باشند، فعاليت هاي مددکاران اجتماعي کم نتيجه خواهد بود و بستري براي عود بيماري، بازگشت بيمار به بيمارستان و افزايش بارمراقبتي خانواده و هزينه هاي درمان خواهد شد. جلب حداکثري مشارکت در فرآيند درمان و توانمندي رواني اجتماعي از فعاليت هاي مهم مددکار اجتماعي است .

**سناریو مرحله ترخیص و پس از آن**

بيمار خانومي 30 ساله مبتلا به بيماري افسردگي شديد به مدت يک ماه در بيمارستان بستري شد. وي به دليل ورشکستگي همسرش دچار مشکلات روحي و رواني شديد شده است. خانواده وي منبع حمايتي خوبي براي وي هستند و در طول مدت يک ماه بستري بيمار خانواده وي در تمامي جلسات ازجمله خانواده درماني ،روانشناسي شرکت مي کنند. بيمار در بعد فردي همچون استقلال در انجام فعاليت روزانه، بعد اجتماعي عدم مشارکت در جامعه، تحصيل، فشارهاي زناشويي و عدم تعامل با ديگران و... دچار بحران شده است. مددکار اجتماعي طي راند روزانه از طريق مصاحبه با بيمار و پزشک معالج پيگير وضعيت روزانه ي وي مي شود و برنامه مديريت مورد که شامل مهارت آموزي، مشاوره رواني، ارزيابي رواني اجتماعي و... انجام ميدهد و گزارش را در تيم درمان جهت تسهيل روند درمان ارائه مي کند. مددکار اجتماعي برنامه و مداخلاتي نيز براي زمان ترخيص و پس از آن در نظر دارد. مددکار اجتماعي پيش از ترخيص از اواع روش هاي مي تواند در برنامه مداخلاتي خود استفاده مي کند. يکي از انواع روش هاي درماني که سبب بهبود تبعيت درمان و بازگشت به جامعه و تقويت بعد اجتماعي وي مي گردد، آموزش مهارت هاي اجتماعي است. آموزش رواني براي درک و مديريت حل مساله بيماري و مقابله بهتر با بيماري، تفري درماني، باغباني درماني، همکاري با مراقبين و داشتن زندگي سالم تر انجام مي گردد. پس از ترخيص بيمار از بيمارستان و آموزش به بيمار و خانواده وي، مددکار اجتماعي به پيگيري روند درمان و مداخلات خود مي پردازد. براساس گزارشات خانواده و انجام بازديد منزل مددکار اجتماعي برنامه را صورت لزوم تغيير داده و با همکاري خانواده به ادامه مسير مي پردازد .

**برخی ملاحظات پیرامون استفاده از پروتکل:**

* طی مطالعه و پژوهش های انجام شده و مصاحبه با بیماران و خانواده های آنها، عمده مشکلات بیماران و خانواده ها در سطح جامعه به سه دسته فشارهای بیرونی و غفلت های پیرامونی و کناره گیری اجتماعی تقسیم شد. در بخش فشارهای بیرونی چالش هایی همچون استیگما، پیشداوری، تبعیض، طرد اجتماعی، تصویر منفی عمومی، ترس و فرار دیگران از بیمار /تجربه انواع خشونت (کلامی، جسمی؛ عاطفی) اشاره شد و کمبود حمایتهای اجتماعی کمبود دانش و درک عموم، تصورات غیرواقع بینانه از بیمار روان، تمرکز بر بیماری نه فرد و عدم دسترسی به فعالیتهای اجتماعی در دسته بندی غفلتهای پیرامونی قرار گرفتند. مشکل در ارتباط با دیگران، به حاشیه رفتن، محروم شدن از ارتباط با دیگران، بی اعتمادی از طرف دیگران، برچسب خطرناک بودن تنهایی و انزوای اجتماعی، ظاهر نامناسب، ضعف مهارتهای اجتماعی احساس غریبی و بیگانگی با دنیا (دنیا امن و آرام نیست، غیرقابل کنترل است) غیرقابل پیش بینی نیز جز مولفه های کناره گیری اجتماعی است. موارد فوق الذکر می تواند به کاهش مشارکت اجتماعی بیماران منتهی شود. پول، مشارکت اجتماعی و اشتغال طی مطالعات انجام شده جزء مهمترین چالش های افراد مبتلا به بیماری روانی است. تعدادی از بیماران مبتلا به بیماری روان پریشی بی خانمان می باشند و به دلیل عدم حمایت از سوی خانواده و جامعه، به بیمارستان جهت درمان مراجعه نمی کنند و مطالعات حاکی از کاهش مراجعه افراد بی خانمان به بیمارستان است. عدم ارائه خدمات مبتنی بر جامعه، سبب پذیرش بزرگسالان مبتلا به اسکیزوفرنی در خانه سالمندان می شود.
* عمده مشکلات شناسایی شده توسط بیماران دارای اختلال روان در مرحله پذیرش هزینه های غذا، حمل و نقل، عدم آگاهی مدیران سلامت روان از مشکلات مالی بیماران، عدم استطاعت خانواده ها در پرداخت هزینه درمان که گاه منجر به دریافت وام می شود، و همین مسائل به سلامت روان خانواده تاثرگذار است. گاه بیماران به دلایل مختلف علائم پارانوئید، ترک اجتماعی، اضطراب اجتماعی، ترس از برچسب زنی و اعتماد به نفس بیش از حد در قضاوت های خود از درمان خودداری می کنند. تعدادی از بیماران بطور همزمان اختلال سوءمصرف مواد، بیماری قلبی و ریوی نیز دارند که در زمان پذیرش با مشکلاتی مواجهه می شوند. تعدادی از مشکلات همچون احساس بیهودگی، ناامیدی، ضعف در مسئولیت پذیری، استرس، نداشتن فعالیت های معنادار و فقدان عزت نفس بیماران از پیامدهای اختلال روان است که می تواند در هنگام پذیرش، خانواده و سیستم مراقبت را با مشکل مواجه کند. درنتیجه می توان گفت مشکلات افراد یا در سطح فردی و تحت تاثیر پیامدهای بیماری است و یا در سطح اجتماع و نحوه تعامل مردم با آنهاست.
* عمده مشکلات مشخص شده در متون و طی مصاحبه با بیماران و خانواده بیماران دارای اختلال سایکوتیک و مددکاران اجتماعی در مرحله بستری، عدم انگیزه برای تداوم درمان، مقاومت بیمار برای مصرف دارو، بالا بودن هزینه آزمایش، عیادت از بیمار و کمبود منابع و امکانات درمانی است.
* بیماران مبتلا به اختلال روان در تمامی مراحل زندگی خود انواع مشکلات را تجربه می کنند. مشکلات و دغدغه های شخصی و خانوادگی آنها محدود به زمان پذیرش، حین بستری نمی باشد بلکه در زمان ترخیص و پس از آن نیز ادامه دارد. درصورت عدم آموزش فرد و خانواده امکان عود بیماری و بازگشت به بیمارستان و عدم تبعیت دارویی افزایش پیدا می کند و بیمار مجدد به شرایط قبل خود باز می گردد. عمده مشکلات مطرح شده در متون و مصاحبه با بیمار و خانواده وی و توسط افراد متخصص را می توان در چند بعد فردی، اجتماعی، خانوادگی، روانی، اقتصادی و درمانی مطرح کرد.

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

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

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

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

در بعد اقتصادی: مشکل اقتصادی، فقر.

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

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

* مددکاران اجتماعی می‌توانند از ظرفیتها و منابع اجتماعی موجود در جامعه از قبیل سازمانهای دولتی و غیردولتی مرتبط برای ارتقاء کیفیت خدمات خود استفاده کنند. برای این منظور پیشنهاد می‌شود مددکاران اجتماعی فهرستی از این ظرفیتها را متناسب با گروههای مختلف هدف (بیمار، خانواده، و ...) تهیه نموده و در زمان مناسب در اختیار این افراد قرار داده شود.
* پیشنهاد می‌شود مددکاران اجتماعی فعال در حوزه روان با تشکیل شبکه‌های اجتماعی درس‌آموخته‌ها و چالشهای زیسته خود را با سایر همکاران مرتبط به اشتراک گذاشته و از این مسیر برای حل مشکلات و تقویت ارائه خدمات به مراجعان استفاده کنند.
* پیشنهاد می‌شود مددکاران اجتماعی از سایر ظرفیتهایی موجود در سازمانهای مرتبط برای ایجاد پیوستگی بین خدمات به گروه هدف استفاده کنند. به عنوان مثال مددکاران اجتماعی می‌توانند در صورت نیاز و در زمان مناسب با ارجاع بیماران یا خانواده ها به مراکزی همچون مراکز سراج از خدمات این مراکز برای بهیود وضعیت بیمار به ویژه در مراحل پس از ترخیص استفاده کنند.

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

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

**مراکز روزانه سازمان بهزیستی**

به مراکزی اطلاق می گردد كه توسط اشخاص حقيقي يا حقوقي با كسب مجوز از سازمان بهزيستي تأسيس گرديده و در آن به

صورت روزانه به بيماران،خدمات توانبخشي در ابعاد مختلف پزشكي،رواني اجتماعي، آموزشي و حرفه اي و نيز به خانواده ي

بيماران، خدمات آموزشي، ارائه مي شود.

* خدمات توانبخشي پزشكي: شامل مداخلات درماني است كه در جهت پيشگيري از عود بيماري انجام مي شود.
* خدمات توانبخشي رواني اجتماعي: شامل اقداماتي است كه از طريق ايجاد بستر مناسب، تا حد امكان شرايط حضور بيماران رواني در جامعه را فراهم مي سازد.
* خدمات توانبخشي آموزشي: شامل آموزش مهارت هاي زندگي به بيماران و آموزش به خانواده ها در قالب جلسات مستمر اطلاع رساني در زمينه و بيماري هاي رواني، درمان بيماران بهبود يافته و يا موضوعات ديگر مي باشد.
* خدمات توانبخشي حرفه اي: مجموعه اقداماتي است كه در جهت حرفه آموزي بيمار و به منظور اشتغال و به كارگماري و يا انجام مي شود، به گونه اي كه آن كار ضمن كسب درآمد و تامين معاش به منزلت شخصي و اجتماعي مناسب دست يابد. اين خدمت در مراكز روزانه به صورت مقدماتي و در كارگاه هاي حمايتي توليدي به طور كاملتر ارائه مي شود.

انجمن های حمایتی نیز یکی از منابع حمایتی موثر در جامعه می باشند.

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

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

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

 **جدول شماره 4: فرم ارزیابی جامع بیماران دارای اختلالات روانپزشکی**

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

**Ministry of Health & Medical Education**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Record No:*** |  شماره پرونده: |

 **دانشگاه علوم پزشكي: University of Medical Science:**

 **مركز پزشكي آموزشي درماني:** **Medical Center:**

**برگ مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در بیماران دارای اختلالات روانپزشکی**

**SOCIAL WORK INTERVENTIONS IN PSYCHOLOGY PATIENTS SHEET**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار** |
| نام خانوادگي بیمار: | Family Name: | نام بیمار: | Name: | جنس:  | Sex:  | تاريخ :ساعت : | Date of Admission:Time of Admission |
| آدرس: |  |  | Address: | کد پذیرش: | ADM Code: | تلفن: | Tel: |
| کد ملی/ کد آمایش: National/Segment code: | تاريخ تولد:Date of Birth: | نام و نام خانوادگی پدر: Father's Name & Family name: | نام و نام خانوادگی مادر: Mother's Name & Family name: |
| وضعیت تاهل: | Marital Status: | ملیت: | Nationality: | همراه بیمار: Patient Companion: | دارد ندارد Yes No   | نام و نام خانوادگی همراه:  | Patient Companion Name & Family Name: |
| تلفن بیمار: | Tel: | نسبت با بیمار: | Relative: |
| سطح تحصیلات: | :Education Level | تعداد فرزندان: | No Of Children: | شغل :Job: | بخش Ward:  | پزشك معالج:  | Attending Physician: |
| **نوع اختلال روانپزشکی(بر اساس تشخیص پزشک):** |
| بیمه پایه:  | Basic Insurance: |
| تامین اجتماعی خدمات درمانی سلامت ایرانیان نیروهای مسلح سایر فاقد بیمهبیمه تکمیلی: Complementary Insurance: |
| نحوه ورود/ارجاع به واحد مددکاری اجتماعی: | Arrival/Referal Type: |
| خود ارجاع راند تریاژ   |  ارجاع از کادر درمان  | ارجاع از سازمان های دولتی ارجاع از سازمان های غیردولتی**نام سازمان یا فرد ارجاع دهنده:** **علت اولیه ارجاع:** |  ارجاع از نهادهای قضائی  |

|  |
| --- |
| **تریاژ ( ارزیابی سریع)** |
| ساعت و تاریخ | گروه های پر خطر (تشخیص اولیه) | شدت وضعیت جسمانی | پوشش بیمه ای و هویتی  | وضعیت همراه موثر |
|  | -بیمار مبتلا به اختلال روان مزمن با سایقه ی بستری-بیمار مبتلا به اختلال روان و دارای سوء مصرف مواد-بیمار مبتلا به اختلال روان و بی خانمان- اقدام کننده به خودکشی-بیمار عضو گروه های آسیب پذیر اجتماعی است-بیمار قربانی خشونت یا آزار خانگی یا موسسه ایست | -بیماری جسمی نیازمند درمان توام با اختلال روان-اختلال روان بدون بیماری جسمی | -تبعه ی غیر ایرانی – غیر قانونی و فاقد بیمه-تبعه ی غیر ایرانی قانونی و فاقد بیمه بیمه- فرد ایرانی فاقد مدارک هویتی-فرد ایرانی دارای مدارک هویتی بدون بیمه-فرد ایرانی دارای مدارک هویتی و بیمه ی درمانی | -فاقد همراه است-همراه فردی از مرکز نگهداری و مراقبتی یا نیروی انتظامی است-همراه عضو خانواده است و مبتلا به اختلال روان می باشد-همراه عضو خانواده است ولی همکاری و مشارکت ضعیفی دارد-همراه موثر دارد |
| **شرح ارزیابی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد:**  |
| **پیشنهادات تیم بین رشته ای در ارتباط با فرآیند درمان و مراقبت از بیمار:** |
| **(ارزیابی جامع)** |
| **تاریخچه ی بیماری:**  |
| **عملکرد فردی بیمار:**  |
| **اطلاعات و روابط خانوادگی:**  |
| **وضعیت شغل، بیمه و منابع مالی:**  |
| **فرهنگ، باورهای مذهبی بیمار و خانواده**:  |
| **وضعیت مراقبین:**  |
| **عملکرد اجتماعی**:  |
| **نقاط قوت و ضعف های بیمار:**  |
| **پیامدهای بیماری**:  |
| **جمع­بندی و شرح ارزیابی تکمیلی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد:**  |
| **برنامه­ريزي و مداخله** |
| **اهداف مداخله:**    |
| **مداخلات مددکار اجتماعی** |
| تاریخ مداخله | عنوان مداخله | شرح و نتیجه مداخله |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| آیا بیمار به حمایت اقتصادی نیاز دارد؟  بله خیر  |
| درصد/ مبلغ حمایت اقتصادی بر اساس گروه های هدف: ........ |
| نکات و توصیه های حين و پس از ترخیص:   |
| **پیگیری و ارزشیابی** |
| نیاز به پیگیری پس از ترخیص دارد؟ دارد ندارد  |
| بیمار دارای اولویت پیگیری است؟  |
| تناوب پیگیری: شیوه ی پیگیری: |
| اهداف و برنامه پیگیری:  |
| گزارش پیگیری­ها: |
| تاریخ پیگیری | شیوه پیگیری | نتیجه پیگیری |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ترخیص ایمن بیمار | همکاری بیمار در فرآیند مراقبت و ترخیص | همکاری خانواده و همراهان در فرآیند مراقبت و ترخیص | وجود منابع و امکانات موثر | همکاری بین سازمانی موثر | سایر اهداف تدوین شده | ارزشيابي نهايي |
| * دستیابی موفق
* دستيابي نسبي
* دستیابی ناموفق
 | * همكاري و مشاركت کامل
* همكاري و مشاركت ضعیف
* عدم همكاري و مشاركت
* عدم موضوعيت با توجه به شرايط
 | * همكاري و مشاركت کامل
* همكاري و مشاركت ضعیف
* عدم همكاري و مشاركت
* عدم موضوعيت با توجه به نداشتن خانواده و همراه
 | * استفاده­ی موثر از منابع موجود و يا جلب منابع لازم
* استفاده­ی نسبی از منابع موجود استفاده­ی موثر از منابع موجود و يا جلب منابع لازم به دلیل کمبود امکانات
* عدم استفاده از منابع موجود و يا جلب منابع لازم
 | * همکاری موثر بین سازمانی و بین­بخشی
* ضعف همکاری بین سازمانی و بین­بخشی
* همکاری غيرموثر بین سازمانی و بین­بخشی
* عدم موضوعيت
 | * دستیابی موفق
* دستيابي نسبي
* دستیابی ناموفق
 | * مداخله­ی موثر
* مداخله­ی نیمه موثر
* مداخله­ی ناموثر
 |
| بررسی وضعیت عود بیماری:بررسی وضعیت تبعیت درمانی :ارزشیابی پیگیریهای صورت گرفته:جمع بندی نهایی: |
| نام ونام خانوادگي، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:  |

* **راهنمای تکمیل فرم:**

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

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

**نوع اختلال روانپزشکی (بر اساس تشخیص پزشک): سرفصل های اصلی انواع اختلالات روانپزشکی بر اساس طبقه بندی DSM5 شامل موارد ذیل می باشد:** اختلالات خلقی شامل افسردگی و دوقطبی، اختلالات اضطرابی شامل فوبیا، پانیک، اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر، اختلالات وسواسی، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلال اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوز، اختلالات روان تنی (سایکوسوماتیک)، اختلالات شخصیت، اختلالات خوردن و تغذیه، اختلالات مصرف مواد و الکل

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

**ارزیابی جامع:** این قسمت شامل موارد زیر می باشد:

1. **تاریخچه ی بیماری:** در این بخش به سابقه ی بستری، تعداد دفعات عود، بیماری های جسمی (مانند بیماری های قلبی، ایدز، سرطان، بیماری های خاص)، معلولیت ها و ناتوانی های جسمی و روانی، منبع ارجاع، شدت بیماری و تشخیص های قبلی اشاره می شود.
2. **عملکرد فردی بیمار:** این بخش شامل توضیح در مورد توانايي انجام فعاليت هاي روزانه و شخصی مانند مصرف دارو، تغذيه، رعایت بهداشت فردی و حمام کردن می باشد.
3. **اطلاعات و روابط خانوادگی:** در این قسمت موارد زیر تشریح می شود: ترسیم شجره نامه خانواده ، ماهیت روابط فعلی ، وضعیت زندگی (به عنوان مثال ، به تنهایی یا با دیگران) دیگر روابط و منابع قابل توجه مانند خواهر و برادر و والدین از حیث ابتلا به

بیماری های روان، دوستان، همسایه ها یا همکاران(، منابع انطباق، فقدان های گذشته ، افسردگی، انکار، منابع و دارایی خانواده، توانایی مدیریت روابط زناشویی، وضعیت فرزندان.

1. **وضعیت شغل، بیمه و منابع مالی:** در این بخش مددکار اجتماعی نوع بیمه و خدمات بیمه ای (اجتماعی و درمانی)، شغل فعلی یا گذشته، منبع درآمد، منابع حمایت اقتصادی، وضعیت مسکن، حمل و نقل، بدهی ها، مسائل حقوقی و مالی، وضعیت بیمه پایه و تکمیلی ، وضعیت اقامت (خانگی یا موسسه ای) در دوران مراقبت، چگونگی تامین مخارج جانبی مراقبت و چگونگی تامین مخارج زندگی در دوره مراقبت را شرح می دهد.
2. **فرهنگ، باورهای مذهبی بیمار و خانواده**: این قسمت به ارزیابی وضعیت فرهنگی بیمار از حیث قومیت، زبان، باورهای فرهنگی در مورد بیماری و درمان، آداب فرهنگی و رسوم، اعتقادات و گرایش های مذهبی، معنای زندگی، ارزش های شخصی پرداخته می شود.
3. **وضعیت مراقبین:** در این بخش مددکار اجتماعی وضعیت مراقبین خانوادگی یا موسسه ای، وضعیت روانی مراقب و اثر بخشی فرایند مراقبت را مورد ارزیابی قرار می دهد.
4. **عملکرد اجتماعی**: از آنجا که بیماری روانی، عملکرد اجتماعی بیماران را به شدت تحت تاثیر قرار میدهد، ارزیابی وضعیت بیمار از حیث عضویت در گروه های آسیب پذیر اجتماعی (معتاد، کارتن خواب و بی خانمان، ابتلا به بیماری های مقاربتی)، مسائل و مشکلات اجتماعی، اقتصادی و حقوقی بیمار، نیازهای اجتماعی بیمار، منابع حمایت اجتماعی مرتبط با وضعیت بیمار، سابقه ی اقدام به خودکشی یا در معرض خطر بودن، انگ های اجتماعی، محرومیت های اجتماعی تجربه شده، محدودیت های قضایی بسیار مهم می باشد.
5. **نقاط قوت و ضعف های بیمار:** در این بخش ارزیابی بیمار از حیث توانمندی ها، محدودیت ها، فرصت ها و تهدیدهای احتمالی برای بیمار، انگیزه های بهبودی در بیمار و خانواده انجام می شود.
6. **پیامدهای بیماری**: در این قسمت مددکار اجتماعی پیاندهای ناشی از بیماری را در آیتم های پیامدهای بیماری از حیث فردی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی (زناشویی) و حقوقی، تحصیلی و برنامه های روزانه- محدودیت های عملکردی، اجرای نقش های و وظایف مورد ارزیابی قرار می دهد.

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

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

**پیگیری و ارزشیابی:**

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

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

- بیمار کودک یا نوجوان است

- بیمار مشکل قضایی طولانی ندارد

- بیمار دفعه ی اول بستری را طی کرده است

- بیمار زیر 50 سال است و هنوز وارد فاز مزمن بیماری نشده است

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

در ادامه نمونه ای از فرم تکمیل شده جهت استفاده ی بیشتر مددکاران اجتماعی ارائه می شود.

**جدول شماره 4: فرم ارزیابی جامع بیماران دارای اختلالات روانپزشکی**

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

**Ministry of Health & Medical Education**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Record No:*** |  شماره پرونده: |

 **دانشگاه علوم پزشكي: University of Medical Science:**

 **مركز پزشكي آموزشي درماني:** **Medical Center:**

**برگ مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در بیماران دارای اختلالات روانپزشکی**

**SOCIAL WORK INTERVENTIONS IN PSYCHOLOGY PATIENTS SHEET**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار** |
| نام خانوادگي بیمار: آزمایشی | Family Name: | نام بیمار: | Name: | جنس: زن | Sex:  | تاريخ :ساعت : | Date of Admission:Time of Admission |
| آدرس: | ازمایشی |  | Address: | کد پذیرش: | ADM Code: | تلفن: | Tel: |
| کد ملی/ کد آمایش: National/Segment code: | تاريخ تولد: 1382Date of Birth: | نام و نام خانوادگی پدر: Father's Name & Family name: | نام و نام خانوادگی مادر: Mother's Name & Family name: |
| وضعیت تاهل: مجرد | Marital Status: | ملیت: | Nationality: | همراه بیمار: Patient Companion: | دارد ■ ندارد Yes No   | نام و نام خانوادگی همراه:  | Patient Companion Name & Family Name: |
| تلفن بیمار: | Tel: | نسبت با بیمار: مادر | Relative: |
| سطح تحصیلات: دانش آموز | :Education Level | تعداد فرزندان : | No Of Children: | شغل :Job:**بلاگر**  | بخش Ward:  | پزشك معالج:  | Attending Physician: |
| **نوع اختلال روانپزشکی(بر اساس تشخیص پزشک):**  |
| بیمه پایه:  | Basic Insurance: |
| تامین اجتماعی خدمات درمانی■ سلامت ایرانیان نیروهای مسلح سایر فاقد بیمهبیمه تکمیلی: Complementary Insurance: |
| نحوه ورود/ارجاع به واحد مددکاری اجتماعی: | Arrival/Referal Type: |
| خود ارجاع راند تریاژ   |  ارجاع از کادر درمان  | ارجاع از سازمان های دولتی ارجاع از سازمان های غیر دولتی**نام سازمان یا فرد ارجاع دهنده: کلانتری****علت اولیه ارجاع: بی قراری و پرخاشگری** | سایر Other |

|  |
| --- |
| **تریاژ ( ارزیابی سریع)** |
| ساعت و تاریخ | گروه های پر خطر (تشخیص اولیه) | شدت وضعیت جسمانی | پوشش بیمه ای و هویتی  | وضعیت همراه موثر |
|  | -بیمار عضو گروه های آسیب پذیر اجتماعی است-بیمار قربانی خشونت است | -اختلال روان بدون بیماری جسمی | -فرد ایرانی دارای مدارک هویتی و بیمه ی درمانی | -همراه موثر دارد |
| **شرح ارزیابی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد:** با توجه به تریاژ انجام شده بیمار در اولویت پیگیری قرار دارد، پیشنهاد می شود در ارزیابی جامع وضعیت مادر بیمار به عنوان همراه مورد بررسی بیشتری قرار بگیرد. |
| **پیشنهادات تیم بین رشته ای در ارتباط با فرآیند درمان و مراقبت از بیمار:** با توجه به خلق بیمار، نیاز به بستری و درمان دارد و نیاز به حمایت روانشناختی برای بیمار و خانواده وجود دارد**.** |
| **(ارزیابی جامع)** |
| **تاریخچه ی بیماری:** بیمار فاقد سابقه بستری قبلی می باشد، فاقد بیماری جسمی می باشد، طی مراجعه بیمار به همراه مادر به دادسرا به همراه مامور کلانتری به بیمارستان ارجاع شده است. طی ارزیابی روانی اجتماعی انجام شده بیمار ابتدا مشکل را مشکلات ارتباطی با مادر عنوان کرد و سپس طی جلسات متعدد مصاحبه مشکل پنهان بیمار کشف گردید( مشکل بیمار از سفرتفریحی که داشته شروع شده است و در سفر مورد تجاوز قرار گرفته است و این موضوع فشار روانی زیادی را برای بیمار به همراه داشته است) |
| **عملکرد فردی بیمار:** بیمار توانایی انجام فعالیت های روزانه خود مانند مصرف دار و تغذیه و بهداشت را دارد و دارای خلق پایین می باشد.  |
| **اطلاعات و روابط خانوادگی:** پدر و مادر بیمار از هم جدا شده و بیمار با مادر خود زندگی می کند، مادر از حیث مشلات روانشناختی با ارجاع به روانشناس مورد بررسی قرار گرفت و تشخیص افسردگی گرفته و دارودرمانی را طبق نظر روانپزشکی شروع کرده استسوسیوگرام خانواده به صورت زیر ترسیم می شود: |
| **وضعیت شغل، بیمه و منابع مالی:** بیمار دارای بیمه خدمات درمانی می باشد، شغلی فعلی بیمار بلاگر اینستاگرام است و از همین راه درامد دارد، به همراه مادر و در مسکن استیجاری زندگی می کنند، مساله قانونی مورد بررسی نامه قضایی مبتنی بر بهزیستی می باشد که نیازمند بررسی بیشتر است، فاقد بیمه تکمیلی می باشد، پیشنهاد مددکار اجتماعی و تیم درمان با توجه به ارزیابی و مداخلات انجام شده مراقبت خانگی پس از ترخیص می باشد و تاکید بر مصرف به موقع دارو جهت رفع علائم تنش و بی قراری بیمار است. |
| **فرهنگ، باورهای مذهبی بیمار و خانواده**: بیمار و خانواده ابتدا نسبت به مصرف دارو و درمان روانپزشکی طبق باورهای شکل گرفته مقاومت نشان داده و سپس طی جلسات متعدد و تکنیک مصاحبه انگیزشی توسط مددکار بخش تمایل به همکاری در ادامه روند درمان و مراجعه به روانپزشک را داشتند، بهتر است در خصوص معنا و ارزش های زندگی با توجه به مشکل بیمار بیشتر پرداخته شود و برای حل این مشکل هم بیمار و هم مادر وی به روانشناس ارجاع و پیگیری انجام شد. |
| **وضعیت مراقبین:** ارزیابی وضعیت مراقب(مادر) انجام و طبق نظر تیم درمان(روانپزشک، روانشناس و مددکار اجتماعی) مادر می تواند مراقبت از فرزند خود را در طول مدت بیماری بر عهده بگیرد بر همین اساس جلسات متعدد روانشناسی برای ارزیابی روان بیمار و آموزش نحوه ارتباط با بیمار برای مادر تشکیل شد. |
| **عملکرد اجتماعی**: با توجه به مشکل به وجود امده برای بیمار(تجاوز) بیمار در معرض خطر خودکشی است، نیاز به حمایت دارد، خانواده مادری و مادر بیمار منابع مهم حمایتی وی هستند، به دلیل بستری در بیمارستان بیمار نگران مشکلات تحصیلی خود بود که با پیگیری مددکار بخش و صحبت با مدرسه این نگرانی تاحدودی کاهش پیدا کرد، خانواده و بیمار به دلیل نامه قضایی مبنی بر تحویل به بهزیستی نگران بوده که با گزارش مددکاری اجتماعی و بررسی مددکاران اجتماعی دادسرا مقررشد بیمار پس ار ترخیص به خانواده تحویل گردد. |
| **نقاط قوت و ضعف های بیمار:** از توانمندی های شناسایی شده وجود مهارت های ارتباطی خوب بیمار بود که با توجه به شغلی که داشت این موضوع کاملا واضح بود همچنین طی صحبت با مدیرمدرسه از بهره هوشی بالایی برخوردار بود. یکی از نقاط قوت دیگر همکاری خوب بیمار و خانواده با کادر درمان بود و باعث تسهیل روند بهبودی و درمان بیمار شد. از محدودیت های شناسایی شده وجود تعارض بین بیمار و مادر وی بود که به علت اختلاف بر سر یکسری مسائل از قبیل طرز لباس پوشیدن و توقعات بیمار مشکلاتی را به وجود آورده بود. جدایی پدر و مادر و عدم حمایت پدر از بیمار جز نقاط ضعف شناسایی شده می باشد. انگیزه بهبودی در بیمار و خانواده کاملا پررنگ بود و هر دو به دنبال بهترشدن وضعیت و حالت روانشناختی خود بودند**.**  |
| **پیامدهای بیماری:** می توان به آسیب به خود، مشکل در روابط خانوادگی، مشکل در تحصیل و مشکل در شغل اشاره کرد.تا حدی مشکاتی در اجرای وظایف روزانه را ممکن است تحت الشعاع قرار دهد.  |
| **جمع­بندی و شرح ارزیابی تکمیلی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد:** با توجه به ارزیابی انجام شده بیمار در سطح فردی نیاز به مداخله روانشناختی، در سطح خانوادگی نیاز به حمایت روانشناختی و آموزش و در سطح اجتماعی نیز نیاز به مداخله مددکاراجتماعی دارد. |
| **برنامه­ريزي و مداخله** |
| **اهداف مداخله:**-بررسی مسائل ارتباطی بیمار با مادر در هفته تخست بستری-بررسی و ارزیابی وضعیت روانشناختی مادر طی روزهای نخست بستری- آموزش نحوه تعامل با بیمار توسط مددکاربخش و روانشناس به مادردر طی هفته دوم بستری بیمار-ارجاع بیمار به پزشکی قانونی با توجه به تجاوز انجام شده و ارجاع به وکیل جهت ادامه روند پیگیری قضایی و شکایت -پیگیری مسائل حقوقی بیمار از طریق کارشناس واحد حقوقی با توجه به نامه قضایی در هفته اول بستری و قبل از ترخیص بیمار-پیگیری پس ار ترخیص جهت حصول اطمینان از مراقبت موثر   |
| **مداخلات مددکار اجتماعی** |
| **تاریخ مداخله** | **عنوان مداخله** | **شرح و نتیجه مداخله** |
|  | ارزیابی روانی اجتماعی بیمار | وجود مشکلات ارتباطی- عدم تعاملات سازنده بیمار با مادر- وجود نگرانی تحصیلی- |
|  | ارزیابی روانی اجتماعی خانواده | جدایی پدر و مادر از یکدیگر- تعامل و حمایت خانواده مادری (خاله و دایی)- وجود مشکل روانشناختی مادر و خلق پایین |
|  | مشاوره فردی | مشاوره در زمینه فردی شامل افزایش انگیزه و امید به زندگی با تکنیک های همدلی، انعکاس احساس و محتوا، مصاحبه انگیزشینشان دادن توانمندی های بیمارتمرکز روی رویکرد توانمندسازی و استفاده از رویکرد نقاط قوت  |
|  | مشاوره و آموزش خانوادگی  | مشاوره با مادر و خاله بیمار و آموزش نحوه تعامل با بیمار، ارائه اطلاعات در خصوص مشکلات بیمار  |
|  | حمایت یابی درون سازمانی | حمایت روانشناختی از بیمار توسط مددکار بخش و روانشناس بخش  |
|  | ارجاع برون سازمانی | ارجاع به سازمان پزشکی قانونی و حضور پزشگی قانونی در بیمارستان و انجام آن- ارجاع به دادسرا جهت رفع منع قانونی بیمار  |
|  | ارجاع درون سازمانی | ارجاع مادر به روانشناس-ارجاع مادر به درمانگاه سرپایی روانپزشکی بیمارستان |
| آیا بیمار به حمایت اقتصادی نیاز دارد؟  بله خیر ■  |
| درصد/ مبلغ حمایت اقتصادی بر اساس گروه های هدف: ........ |
| **نکات و توصیه های حين و پس از ترخیص**:  بهتر است مجددا در خصوص نحوه تعامل با بیمار و مصرف داروهای روانپزشکی تجویز شده توسط روانپزشک با مادر صحبت شودتاکید بر مصرف داروی به موقع و در صورت نیاز در اختیار گذاشتن شماره ثابت واحد جهت ارتباط با مددکار بیمارستان درصورت بروز مشکلانجام بازدید منزل برای بیمار در برنامه قرار گرفت. |
| **پیگیری و ارزشیابی** |
| نیاز به پیگیری پس از ترخیص دارد؟ دارد ■ ندارد  |
| بیمار دارای اولویت پیگیری است؟ بله |
| تناوب پیگیری: هر ماه تا سه ماه پس ار ترخیص شیوه ی پیگیری: تلفنی و در صورت امکان حضوری |
| **اهداف و برنامه پیگیری:** * بررسی نحوه تعامل بیمار و خانواده
* بررسی مسائل و مشکلات احتمالی بیمار پس ار ترخیص
* حصول اطمینان از مراقبت موثر خانواده
 |
| **گزارش پیگیری­ها:** |
| **تاریخ پیگیری** | **شیوه پیگیری** | **نتیجه پیگیری** |
| یک ماه پس از ترخیص | تلفنی | با بیمار به صورت تلفنی صحبت به عمل آمده در وضعیت خوبی از نظر روانشناختی قرار دارد- مشکل خاصی را در زمنیه تعامل با مادر مطرح نمی کند- داروها مصرف و دارای خلق بهتری می باشد-  |
| در ماه دوم پس از ترخیص | حضوری | به صورت حضوری طی هماهنگی قبلی پیگیری صورت گرفت، وضعیت مادر از نظر روانشناختی بررسی و همچنان تحت نظر روانپزشک است، در خصوص مصرف دارو توسط روانپزشک تیم راهنمایی لازم انجام شد – وضعیت تعامل مادر و بیمار بهبود پیدا کرده است |
| ترخیص ایمن بیمار | همکاری بیمار در فرآیند مراقبت و ترخیص | همکاری خانواده و همراهان در فرآیند مراقبت و ترخیص | وجود منابع و امکانات موثر | همکاری بین سازمانی موثر | سایر اهداف تدوین شده | ارزشيابي نهايي |
| ■دستیابی موفق* دستيابي نسبي
* دستیابی ناموفق
 | ■همكاري و مشاركت کامل* همكاري و مشاركت ضعیف
* عدم همكاري و مشاركت
* عدم موضوعيت با توجه به شرايط
 | ■همكاري و مشاركت کامل* همكاري و مشاركت ضعیف
* عدم همكاري و مشاركت
* عدم موضوعيت با توجه به نداشتن خانواده و همراه
 | ■استفاده­ی موثر از منابع موجود و يا جلب منابع لازم* استفاده­ی نسبی از منابع موجود استفاده­ی موثر از منابع موجود و يا جلب منابع لازم به دلیل کمبود امکانات
* عدم استفاده از منابع موجود و يا جلب منابع لازم
 | ■همکاری موثر بین سازمانی و بین­بخشی* ضعف همکاری بین سازمانی و بین­بخشی
* همکاری غيرموثر بین سازمانی و بین­بخشی
* عدم موضوعيت
 | ■دستیابی موفق* دستيابي نسبي
* دستیابی ناموفق
 | ■مداخله­ی موثر* مداخله­ی نیمه موثر
* مداخله­ی ناموثر
 |
| بررسی وضعیت عود بیماری: در طی پیگیری به عمل امده خوشبختانه بیماری عود نکرده است و بیمار روند خوبی را سپری کرده است .بررسی وضعیت تبعیت درمانی :داروها طبق نظر روانپزشک مصرف شده است.ارزشیابی پیگیریهای صورت گرفته: با توجه به بررسی صورت گرفته بیمار و خانواده در وضعیت خوبی قرار دارند.جمع بندی نهایی: با توجه به ارزیابی، مداخلات و ارزشیابی به اهداف تدوین شده دست پیدا کردیم. |
| نام ونام خانوادگي، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:  |

|  |
| --- |
| **بخش سوم : استانداردهای عمل و خود مراقبتی** |

 

مددکاران اجتماعي عضوي از تيم بين رشته اي و دارای دانش و مهارت های لازم در حوزه کار با بيماران داراي اختلال روان مي باشند .حوزه فعاليت آنها شامل مداخله باليني، آموزشي، حمايت يابي و مديريت مورد مي باشد. استانداردهاي عمل مددکاري اجتماعي در دو مرحله سرپايي و بستري ارائه مي گردد .

**استانداردهای عملیاتی برای خدمات مددکاری اجتماعی در مرحله سرپایی**

* غربالگري روزانه بيماران تازه وارد به بيمارستان تا ساعت9
* ارزيابي رواني اجتماعي مختصري از تمامي بيماران
* نتايج ارزيابي بايد در تيم بررسي گردد .
* برنامه مداخلاتي براساس رويکرد مديريت مورد انجام گردد .
* ثبت مستندات در سامانه HIS
* در صورت نياز، برنامه ريزي براي جلسات بعدي انجام خواهد شد.
* اعضاي خانواده بايد با رضايت بيمار در تمام مراحل پيگيري شرکت داشته باشند.

**استانداردهای عملیاتی مددکار اجتماعی روان پزشکی برای بیماران بستری**

* 1. کار دقيق با بيمار
	2. ارزيابي رواني اجتماعي و مداخلات مددکاري اجتماعي روانپزشکي

**1. کار دقیق**

* بيمار بستري به مددکار اجتماعي ارجاع داده مي شود .

**تشخیص چند محوری** مذکور در ذيل، بايد دنبال شود:

* + محور1: تشخيص باليني
	+ محور2: اختلالات شخصيت/ اختلال رشد فکري
	+ محور3: شرايط باليني و تشخیص هاي شناخته شده
	+ محور4: عوامل رواني- اجتماعي و محيطي
	+ محور5: ارزيابي کلي عملکرد

براي مثال: براي يک بيمار مبتلا به اختلال عاطفي دوقطبي و ساير مسائل از تشخيص چند محوري زير استفاده مي شود.

* + محور1: اختلال عاطفي دو قطبي
	+ محور2: اختلال شخصيت عاطفي ناپايدار
	+ محور3: ديابت نوع 2
	+ محور4: اختلاف زناشويي، شغل پر استرس
	+ محور5: اختلال محدود در عملکرد
* دستورات روانپزشکي به مددکار اجتماعي روان پزشکي ارائه مي شود.
* پيشنهادات معين ترکيب خواهند شد.
* شرح کيس به مسئول مددکار اجتماعي ارائه مي شود .

راهنمای خود مراقبتی مددکاران اجتماعی

**خودمراقبتی:**

خودمراقبتي شامل اعمالي است اکتسابي، آگاهانه و هدفدار که مردم براي خود، فرزندان و خانواده شان انجام مي دهند تا تندرست بمانند، از سلامت جسمي، رواني و اجتماعي خود حفاظت کنند، نيازهاي جسمي، رواني و اجتماعي خود را برآورده سازند، از بيماري ها يا حوادث پيشگيري کنند، بيماري هاي مزمن خود را مديريت کنند و نيز از سلامت خود بعد از بيماري حاد يا ترخيص از بيمارستان حفاظت کنند .

**حیطه های خودمراقبتی:**

**برای مطالعه ی بیشتر به کتاب خود مراقبتی اجتماعی با بیمار و خانواده و طرح آموزش خود مراقبتی اجتماعی به بیمار و خانواده ایشان به نامه شماره 19173/4000 مورخ 01/08/1402 مراجعه فرمایید.**

مددکاران اجتماعي به دليل حضور در محيط کاري پر استرس با گروه هدف آسيب ديده و در معرض آسيب مواجهند که خود نيز تحت تاثير آن شرايط قرار مي گيرند. افراد شاغل در حرفه هاي مراقبتي تلاش مي کنند تا با ارائه حمايت هاي عاطفي و رواني )مانند همدلي( استراتژي هاي مقابله اي، مهارت هاي مديريت شناختي قوي تر رفتار و عواطف مراجعان خود را تغيير دهند. در چهارچوب مراقبت هاي رسمي، خدمات رساني به افراد آسيب ديده يا در معرض آسيب مي تواند استرس زا باشد. عمده ترين علت بروز خستگي در شاغلان سالم مواجهه با استرس طولاني مدت است. علاوه بر آن، به دليل فرهنگ سازماني حاکم بر مراکز درماني و عدم حمايت از مددکاران اجتماعي و عدم برخورداري از مزاياي رفاهي کافي، اين خستگي مضاعف شده است. برهمين اساس مددکاران اجتماعي براي ارتقا سلامت خود در محل کار و در منزل بايد طيف گسترده اي از حيطه هاي سلامت را مورد توجه قرار دهند و به عبارت ديگر به مباحث خودمراقبتي توجه کنند. خودمراقبتي مددکاران اجتماعي بر کيفيت ارائه خدمات به مراجعين، تعهد و مشارکت کاري تاثيرگذار است.

**نحوه سنجش و ارزیابی:**

به منظور سنجش خستگي از پرسشنامه ي استاندارد 1MF مي توان استفاده کرد. اين پرسشنامه يکي از جامع ترين و کامل ترين ابزار سنجش خستگي چند بعدي است. اين پرسشنامه با ارزيابي پنج بعد خستگي شامل خستگي عمومي، خستگي جسماني، کاهش فعاليت، کاهش انگيزه و خستگي ذهني درک عميق تر و دقيق تري از ميزان خستگي مددکاران اجتماعي فراهم کرد. در واقع MF خستگي را آنطور که فرد احساس و بيان مي کند ،اندازه مي گيرد .اين پرسشنامه قابليت استفاده در جمعيت بيماران و افـراد سالم را دارد و شامل 20 گويه اسـت کـه بـراسـاس مقيـاس پنج امتيازي ليکرت )از 1 = بلي ً کاملا درست است تا 5 ً = خيـرکـاملا غلط است ( امتيازدهي مي شود. درنهايت جمع امتيـازات بـالاتر نشانگر خستگي بيشتر فرد است. براي هريـک از ابعاد، چهار سؤال درنظر گرفته و در نگارش آنها نيز همزمان از جهتگيريهاي مثبت و منفي استفاده شده است تـا احتمـال سوگيري پاسـخدهنـدگان کـاهش يابـد. نمرة کل هر حيطه 4 تا 20 و نمرة کل خستگي که با جمع نمرات حيطه ها مشخص مي شود، بين 20 تا 100 است. ايـن پرسـشنامه را بـراي نخستين بار اسمتس در سال 1996م ارائـه کرد و روايي و پايايي آن نيز در 2گروههـاي مختلـف جمعيـت شـناختي، ماننـد بيمـاران مبـتلابـه سـرطان کـه تحـت درمـان بـا روش راديوتراپي بودند، بيمـاران مبـتلا بـه سـندروم خـستگي مـزمن، دانــشجويان ســال اول روانشناســي و پزشــکي، ســربازان و دانشجويان سال سوم پزشکي ارزيابي شد. ضريب آلفاي کرونباخ براياين مطالعه نيز 69 %به دست آمد.

پس مشخص شدن نتايج آزمون مسئولين مربوطه متناسب با هر بعد سياست هايي براي حمايت و کاهش مشکلات مددکاران اجتماعي بايد اتخاذ کنند .

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

مدیریت و برنامه ریزی خدمات مددکاری اجتماعی در کار با بیماران اعصاب و روان با توجه به استانداردهای اعتباربخشی

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

|  |
| --- |
| **بسمه تعالی****دانشگاه علوم پزشکی ..........****بیمارستان ............** |
| **عنوان خط مشي وروش: مدیریت و برنامه ریزی خدمات مددکاری اجتماعی در کار با بیماران دارای اختلال روانپزشکی** |
| **دامنه خط مشي وروش:** **کلیه ي بخش های درمانی و پشتیبانی بیمارستان** |
| **کد خط مشی وروش:** **شماره ویرایش:** **صفحه: 4** | **تاریخ آخرین بازنگری :** **تاریخ آخرین ابلاغ:** |
| **گروه هدف:**  کلیه ی بیماران اعصاب و روان مراجعه کننده به بیمارستان ها (به صورت بستری یا سرپایی) |
| **بيانيه خط مشي وروش:** **چرایی:** لزوم مدیریت، برنامه ریزی در راستای حمایت و شناسایی بیماران دارای اختلال روانپزشکی و نیازمند دریافت خدمات مددکاری اجتماعی **هدف :** * رسیدگی و تکریم ارباب رجوع، حفظ شخصیت بیمارو احترام به وي ، تحقق مفاد منشور حقوق بیمار
* حمایت از بیماران اعصاب و روان و خانواده های آنان
* ارائه ی حداکثر حمایت یابی و منابع اجتماعی به بیماران اعصاب و روان
* برنامه ریزی و مدیریت مداخلات تخصصی و حرفه ای به بیماران اعصاب و روان
* ترخیص ایمن بیماران

**سیاست:** * پیروي از سیاست هاي کلی حمایت از گروه هاي آسیب پذیر
* فراهم نمودن امکانات بیمارستان در راستای ترخیص ایمن و سریع بیماران
 |
| **شیوه انجام کار** 1. **نحوه شناسایی و مشارکت صاحبان فرایند مددکاری اجتماعی**

مددکاری اجتماعی به منظور شناسایی سریع و به موقع بیماران اعصاب و روان نیازمند دریافت خدمات، از دو فرآیند راند و تریاژ استفاده می کند. فهرستی از گروه های هدف واحد مددکاری اجتماعی تهیه شده و در اختیار کلیه ی بخش های بیمارستان قرار می گیرد. افراد نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی که براساس این خط مشی و روش، بیماران مبتلا به انواع اختلالات روان هستند، از طریق واحد های پرستار اورژانس یا پرستار تریاژ، کارشناسان واحد ترخیص و پذیرش، منشی بخش ها، واحد انتظامات ،روسای بخش های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران به صورت تلفنی، یا حضوری در فرآیند راند یا تریاژ به مددکار اجتماعی معرفی شده و در سیستم HIS ثبت می شوند و مددکار جهت انجام ارزیابی های تخصصی و تدوین برنامه های مداخله ای بر بالین بیمار یا در بخش های سرپایی حاضر می شود. 1. **ملاکها و روشهای ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان توسط مددکار اجتماعی**

مددکار اجتماعی به منظور ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان از ابزارهای مختلفی مانند مشاهده، مصاحبه و بازید منزل، مطالعه ی پرونده ی بالینی و سوابق پیشین مراجع استفاده می کند. در راند روزانه بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار را مورد ارزیابی تخصصی قرار می دهد ، پرونده ی پزشکی را مطالعه نموده و در صورت لزوم با پزشک و پرستار بیمار نیز صحبت می کند یا در جلسات گروهی که مرتبط با بیمار تشکیل می شود شرکت می کند. در صورتی که بیمار از بیرون از بیمارستان و سایر مراکز مانند کلانتری، دادگاه، اداره ی زندان ها، سازمان بهزیستی، مراکز بهداشتی ارجاع شده باشد، مطالعه ی صورتجلسات ارائه شده توسط این سازمان ها یا تماس با کارشناس مربوطه می تواند اطلاعاتی را از بیمار در اختیار مددکار اجتماعی قرار دهد. همچنین هر مددکار اجتماعی بنا به تجربه و دانش حرفه ای خود از معیارهای مشخصی جهت سنجش استحقاق بیماران استفاده می کند که ممکن است به صورت چک لیست یا فرم های مدون در این واحد وجود داشته باشد. در بیمارستان های روانپزشکی یا بخش های روان، ارزیابی فرایندی مستمر است که با توجه به شرایط بیمار در زمان های مختلف و با استناد به منابع متعدد انجام می شود.1. **تعیین معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی**

بخشی از معیارهای شناسایی مددجویان از طریق دستورالعمل های مشخص در قالب حمایت از بیماران نیازمند، مجهول الهویه و افراد رها شده به واحدهای مددکاری ابلاغ شده است بخشی هم در پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی معرفی شده اند. از سوی دیگر هر مددکار اجتماعی با توجه به شرایط فرهنگی و بومی که در آن زندگی می کند معیارهای شخصی شده ای نیز برای شناسایی بیماران نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی دارد که بر گرفته از تجارب کاری و شخصی وی می باشد. مراجعین این واحد از طریق ارجاع درون بخشی (به صورت تلفنی یا ثبت در سامانه اطلاعاتی بیمارستان) و یا ارجاع از نهادها و موسسات دولتی و خصوصی، شناسایی در فرآیند راند و تریاژ مددکار و یا به صورت خود معرف مراجعه می کنند.1. **نحوه اطلاع رسانی معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی به بخشهای مختلف بیمارستان**

مددکار اجتماعی فهرستی از گروه های هدف تهیه کرده و در اختیار مسئولین بخش ها و مدیر پرستاری قرار می دهد و در راندهای روزانه، کمیته های بیمارستانی و جلسات آموزشی، فهرست این گروه ها را با کارکنان بالینی مرور می کند. در بخش های روان بیمارستان های عمومی، بیماران اعصاب و روان یکی از گروه های هدف مددکاری اجتماعی محسوب می شوند که در کنار سایر بیماران از خدمات این واحد استفاده خواهند کرد. توصیه می شود در بیمارستان های روانپزشکی و بخش های روان سایر بیمارستان ها همه ی بیماران توسط مددکاران اجتماعی مورد ارزیابی قرار گیرند.1. **نحوه هماهنگی بخشهای مختلف بیمارستان با مددکاری برای ارائه خدمات به مددجویان آسیب پذیر اجتماعی با استفاده از سامانه اطلاعات بیمارستان**

کلیه ی بخش های بیمارستان جهت ارجاع بیمار نیازمند به خدمات مددکاری با ورود به سامانه ی HIS و پرونده ی بالینی بیمار، مراتب نیازمندی و شرح خدمت لازم را تکمیل می کنند، مددکار اجتماعی از طریق گزارش گیری از سامانه ی مورد نظر و بررسی پذیرش های جدید، گزارش مربوط به بیمار را دریافت نموده و جهت پیگیری های بیشتر بر بالین بیمار حاضر می شود.1. **شناسایی، اولویت بندی و برنامه ریزی نیازهای بومی و شایع بیماران در بیمارستان توسط واحد مددکاری اجتماعی**

مددکار اجتماعی کلیه ی اطلاعات مربوط به دریافت کنندگان خدمت را در قالب فایل اکسل، جمع بندی می کند و آمار و اطلاعات استخراج شده را هر ماه به معاونت درمان دانشگاه ارسال می نماید. نتایج حاصل از این آمارگیری باعث شناسایی بیماری های شایع و نیازهای بومی می شود. لازم است مددکار اجتماعی این نیازها را اولویت بندی کرده و براساس نوع نیاز و گروه هدف، برنامه ریزی های لازم را در جهت تصحیح فرآیندهای خدمت رسانی و افزایش حداکثری حمایت یابی های درون و برون سازمانی انجام دهد. در این راستا می تواند از خدمات سایر سازمان های امدادی رفاهی و موسسات خیریه و مشارکت های مردمی نیز استفاده نماید. اطلاعات مربوط به بیماران اعصاب و روان در اکسل مربوط به این بیماران به صورت مجزا تکمیل می گردد. نتایج حاصل از اولویت بندی و شناسایی نیازهای بیماران هم در کمیته های بیمارستانی مطرح شده یا به صورت گزارش برای کارشناس مسئول مددکاری اجتماعی ارسال می شود. همچنین مددکاران اجتماعی می توانند در جلسات بیرون از بیمارستان، مسئولین مربوطه را از نتایج نیازمندی های بیماران مطلع کنند.1. **نحوه هماهنگی با نهادها، سازمانها و موسسات مرتبط خارج از بیمارستان و استفاده مناسب از خدمات آنها برای حمایت از مدد جویان**

مددکار اجتماعی باید بانک اطلاعاتی از نام و مشخصات نهادها، سازمان ها و موسسات مرتبط با بیمارستان مشخصات فرد پاسخگو در سازمان مورد نظر را تهیه کند. آدرس و شماره تلفن های تماس از مواردی است که باید در این بانک اطلاعاتی وجود داشته باشد. لازم است که از دستورالعمل ها و شیوه ی کار این سازمان ها آگاهی کامل داشته و از طریق تماس تلفنی یا مراجعه ی حضوری ارتباط مناسبی را با این سازمان ها برقرار نماید. اهداف این ارتباط بین سازمانی برای دو طرف باید مشخص و شفاف باشد و در صورت لزوم از تفاهم نامه های بین سازمانی برای تسهیل فرآیندهای کاری استفاده نماید. در صورت ارجاع برون سازمانی بیماران، این کار بصورت مکتوب و با تکمیل فرم ارجاع انجام شود. در صورت امکان تعیین رابط در هر سازمان می تواند کمک کننده باشد. استفاده از جلسه های کاری مشترک و ارائه ی آمار و ارقامی از نتایج همکاری های صورت گرفته می تواند و بیان مشکلات احتمالی و برنامه ریزی در راستای اصلاح آن، هماهنگی های برون سازمانی را تقویت می کند.1. **نحوه ارائه خدمات مددکاری به بیماران اعصاب و روان مجهول الهویه، بی خانمان و بدون همراه**

در مورد بیماران اعصاب وروان کارتن خواب، بی خانمان، فاقد خانواده و همراه موثر در مرحله ی اول هماهنگی های لازم جهت احراز هویت و اخذ شماره ملی و نام پدر از اداره ثبت احوال انجام می شود، پیگیری های قضایی از طریق واحد حقوقی جهت تعیین هویت بیمار انجام می شود. پس از آن؛ استعلام از سازمان های بیمه گر و تعیین وضعیت بیمه برای بیمار انجام شده و در صورت وجود بیمه ی درمانی مددکار اجتماعی نسبت به تمدید اقدام می کند. در صورت عدم وجود بیمه ی درمانی، با هماهنگی نماینده ی بیمه ی درمانی نسبت به صدور بیمه نامه اقدام می شود. در پایان فرآیند درمان، هزینه های بیمار با توجه به پروتکل حمایت های اقتصادی تخفیف داده می شود. برای هر تخفیف هزینه مددکار اجتماعی موظف است وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیمار رابررسی و گزارش آن را در فرم مدیریت مورد ثبت کرده و در پرونده ی بالینی قرار دهد. در مورد بیماران مجهول الهویه به محض ورود بیمار به بیمارستان مراتب از طریق واحد انتظامات به پلیس آگاهی اطلاع داده می شود و صورتجلسه ی مربوطه در پرونده بیمار ضمیمه می شود. 1. **نحوه و محدوده حمایتهای مالی از مددجویان نیازمند**

کلیه ی حمایت های مالی از بیماران نیازمند پیرو دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و درمان و پروتکل حمایت اقتصادی می باشد و شامل بیماران نیازمند و بیماران اعصاب و روان می باشد. تخفیف هزینه درمانی بیماران سرپایی و بستری و با بررسی و تشخیص مددکار اجتماعی و مطابق با دستورالعمل ها و ردیف های بودجه ای ابلاغی انجام می گردد.برای هر تخفیف هزینه (حمایت اقتصادی) مددکار اجتماعی موظف است وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیمار رابررسی و مطابق با پروتکل حمایت های اقتصادی درصد مورد نظر را اعمال کند و گزارش آن را در فرم ارزیابی تخصصی و مدیریت مورد و در HIS ثبت می نماید. در صورت نیازافراد نیازمند و اسیب پذیر به تجهیزاتی مانند ساکشن ،تشک مواج و سایر برای نگهداری بیمار در منزل افراد توسط مددکاراجتماعی به سازمان بهزیستی ،موسسات خیریه و افراد خیر معرفی می گردد.درصورت نیاز بیماران اعصاب و روان به انجام خدمات پاراکلینکی در خارج از مرکز مانند ازمایش و سونوگرافی و یا به تهیه تجهیزات مورد نیاز عمل جراحی ویامورد نیاز دربخش با گزارش مددکاری و هماهنگی با مدیریت و حسابداری و یا از محل مساعدت های مردمی و افراد خیر اقدام می شود. مددکار اجتماعی می تواند بیماران نیازمند را از محل منابع مالی جمع آوری شده از خیرین و مشارکت های مردمی نیز مورد حمایت قرار دهد. مجموع هزینه ها به تائید واحد حسابداری رسیده و در بانک اطلاعاتی واحد مددکاری ثبت و نگهداری می شود.عملکرد ماهیانه ی مددکاری اجتماعی در حوزه ی حفاظت مالی بیماران به تائید ریاست بیماران رسیده و هر سه ماه برای معاونت درمان ارسال می گردد.1. **نحوه ارزیابی عملکرد مددکاری اجتماعی و بازنگری مستمر روشها به منظور بهبود مستمر خدمات مددکار**

عملکرد واحد مددکاری اجتماعی به صورت مستقیم و از طریق عملکرد روزانه این واحد که در دفاتر و فرم های مربوطه ثبت و نگهداری می شود قابل ارزیابی است. همچنین مسئولین مربوطه مانند رابط استانی و یا مدیریت بیمارستان می توانند از فرم ها و چک لیست های ویژه ای برای ارزیابی استفاده کنند. مقایسه ی روند کار واحد مددکاری و میزان دستیابی به اهداف سازمانی نیز از جمله روش های ارزیابی محسوب می شود. |
| **کارکنان مرتبط: کارکنان بخش های بالینی، مددکار اجتماعی بیمارستان** |
| **صاحبان فرآیند: مددکار اجتماعی بیمارستان، روسای بخش های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران، واحد اطلاعات سلامت، حفاظت فیزیکی بیمارستان، کمیته اخلاق بالینی** |
| **ذينفعان :کلیه ی پرسنل، بیماران و همراهان** |
| **مسئول پاسخگو: مسئول مددکاری اجتماعی بیمارستان** |
| **نحوه نظارت بر اجراي خط ومشي وروش:**  **نظارت مستقیم توسط مسئول مددکاری** **اجتماعی** |
| **منابع وامکانات : دسترسی به سامانه اطلاعاتی بیمارستان و فرم های ارزیابی و مدیریت مورد** |
| **منابع و مراجع:منشور حقوق بیمار، پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی، پروتکل حمایت های اقتصادی** |
| **تهیه کنندگان:** | **تایید کننده:** | **تصویب کننده:** |

**فهرست منابع**

1. Ahmadi A, Farahbakhsh K, Moatamedy A, Khodaei M, Safi MH. The effectiveness of family psychological training on prevention of recurrence of symptoms in patients with schizophrenia spectrum disorders. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2020;8(3):93-103.

2. Aminikhoo M, Eskandari H, Falsafinejad MR, Borjali A, Pezeshk S. Self and schizophrenia (A case study). Clinical Psychology Studies. 2016;6(21):202-25.

3. Amirfaryar M, Baseri A, Arvand J. Life Skills Training on Mental Health of Mothers With Children With Mental Disorder. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020;10:122-.

4. Dadgari A, Salmani N, Bagheri I, Fazljo E. The Effect of Education during Discharge on Social Skill in Patients with Schizophrenia. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2020;7(6):11-7.

5. Ziółkowska B, Mroczkowska D. Eating disorders in men–epidemiology, determinants and treatment. A narrative review of empirical evidence. Polish Psychological Bulletin. 2020:273-9--9.

6. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. Indian journal of psychiatry. 2013;55(3):220.

7. Rancourt D, Boepple L. Current diagnostic systems—including the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) and the International Classification of Diseases, 10th revision (ICD-10; World Health Organization [WHO], 1992)—recognize a number of specific eating disorders that col-lectively are characterized by persistent alterations in the way food is consumed and. Handbook of Pediatric Psychology. 2017:429.

8. Kim ES, Delaney SW, Tay L, Chen Y, Diener E, Vanderweele TJ. Life satisfaction and subsequent physical, behavioral, and psychosocial health in older adults. The Milbank Quarterly. 2021;99(1):209-39.

9. Clausson EK, Berg A, Janlöv A-C. Challenges of documenting schoolchildren’s psychosocial health: A qualitative study. The Journal of School Nursing. 2015;31(3):205-11.

10. Kaplan DB, Berkman B. The Oxford handbook of social work in health and aging: Oxford University Press; 2016.

11. Behrouian M, Ramezani T, Dehghan M, Sabahi A, Ebrahimnejad Zarandi B. The effect of emotion regulation training on stress, anxiety, and depression in family caregivers of patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. Community Mental Health Journal. 2020;56:1095-102.

12.Shaban, N., Alipour, F., Ghaedamini Harouni, G., Sabzi Khoshnami, M., Yazdani, A., & Arshi, M. (2020). Social predictors of positive mental health in adult population of Tehran. *Social Work in Mental Health*, *18*(1), 1-11.‏