

معاونت درمان

مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

اداره مددکاری اجتماعی

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



تحت نظارت:

دکتر سید سجاد رضوی

معاون محترم درمان

دکتر علیرضا عسکری

رئیس محترم مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

اردیبهشت 1404

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

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

**مولفین:** دکتر محمد سبزی خوشنامی، دکتر [لیلا](https://research.uswr.ac.ir/general/cartable.action) استاد هاشمی، دکتر سارا نوروزی، دکتر ملیحه عرشی، الهام دانیال، فاطمه غلامی جم، فروغ الیاسی، دکتر فردین علی پور، زلیخا عربکری، نازنین روستا

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

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

خانم مریم دلیریان(موسسه توانبخشی ولیعصر)

**فهرست مطالب**

[بخش اول 3](file:///C:\Users\Asus\Desktop\دانشگاه%20علوم%20توانبخشی%20و%20سلامت%20اجتماعی.docx#_Toc157602801)

[کلیات 3](file:///C:\Users\Asus\Desktop\دانشگاه%20علوم%20توانبخشی%20و%20سلامت%20اجتماعی.docx#_Toc157602802)

[1-1- مقدمه 4](#_Toc157602803)

[2-۱-تعریف مفاهیم 6](#_Toc157602805)

[3-۱- اهداف 12](#_Toc157602806)

[1-3-1- هدف اصلی: 13](#_Toc157602807)

[۲-3-۱اهداف فرعی: 13](#_Toc157602808)

[۳-3-۱- اهداف کاربردی: 13](#_Toc157602809)

[4-۱- اصول و ارزش‌های حرفه مددکاری اجتماعی 13](#_Toc157602810)

[5-۱- اصول و ارزش‌های حرفه ای و اخلاقی حاکم بر فرايند توانبخشی اجتماعی 14](#_Toc157602810)

[۶-۱- دانش و مهارت 17](#_Toc157602811)

[۷-۱- الزامات و پیش شرط­ها 18](#_Toc157602812)

[۸-۱- مخاطب هدف پروتکل 18](#_Toc157602813)

[بخش دوم 20](file:///C:\Users\Asus\Desktop\دانشگاه%20علوم%20توانبخشی%20و%20سلامت%20اجتماعی.docx#_Toc157602815)

[1-2-مقدمه 21](#_Toc157602817)

[2-2- فرایند مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در توانبخشی اجتماعی 24](#_Toc157602818)

[1-2-2-گام اول: غربالگری اولیه و شناسایی توانخواهان نیازمند مداخله توانبخشی اجتماعی 24](#_Toc157602819)

[2-2-2- گام دوم: ارزیابی جامع توانخواهان و مراقبان خانوادگی 25](#_Toc157602820)

[3-2-2-گام سوم: هدف گذاری مداخله توانبخشی اجتماعی 32](#_Toc157602821)

[4-2-2- گام چهارم: برنامه­ریزی برای اجرای راه­حل­ها و بستن قرارداد 33](#_Toc157602822)

[5-2-2- گام پنجم: مداخلات تخصصی 38](#_Toc157602823)

[6-2-2- گام ششم: ارزشیابی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی 52](#_Toc157602824)

[7-2-2- گام هفتم: ترخیص ایمن توانخواه 55](#_Toc157602825)

[8-2-2- گام هشتم: پیگیری 57](#_Toc157602826)

[پیوست ها 60](file:///C:\Users\Asus\Desktop\دانشگاه%20علوم%20توانبخشی%20و%20سلامت%20اجتماعی.docx#_Toc157602827)

* **فهرست جداول**

[جدول 2-1 - توصیف شایع ترین معلولیت های جسمی- حرکتی، اهداف و پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی آن 26](file:///C:\Users\Asus\Desktop\دانشگاه%20علوم%20توانبخشی%20و%20سلامت%20اجتماعی.docx#_Toc157602801)

[جدول شماره 2-2- گانت چارت پيشنهادي 37](#_Toc157602805)

[جدول شماره 2-3- اطلاعاتی تکمیلی برای انتخاب رویکرد مناسب 39](#_Toc157602806)

[جدول شماره 2-4- جزئیات مداخلات مددکاری گروهی در کار با افراد دارای معلولیت و خانواده­های آنان: 41](#_Toc157602807)

[جدول شماره 2-5- مداخلات خانواده­ محور در کار با بیماران دارای معلولیت: 42](#_Toc157602808)

[جدول شماره 2-6- قسمت های مختلف یک نمونه از طرح توانبخشی با رویکرد جامعه نگر : 44](#_Toc157602809)

**فهرست نمودارها و اشکال**

مدل [شماتیک شماره 1-1 ICF: تعامل بین مولفه های ICF شرایط سلامت و (ناخوشی یا بیماری) 7](file:///C:\Users\Asus\Desktop\دانشگاه%20علوم%20توانبخشی%20و%20سلامت%20اجتماعی.docx#_Toc157602802)

[مدل شماتیک شماره 2-1- فرایند ارائه خدمات مددکاری­اجتماعی به بیماران دارای ناتوانی و خانواده­های ایشان 23](#_Toc157602803)

[مدل شماتیک شماره 2-3: ملاحظات و اسناد پیشتیبان خدمات مددکاری اجتماعی در مراکز درمانی: 46](#_Toc157602807)

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

خلاصه راهنمای تخصصی

وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت در کشور شناخته می­شود که در آن متخصصان مختلف در حیطه­های متفاوت خدمات گسترده­ای را ارائه می­دهند. یکی از نیروهای فعال در نظام سلامت، مددکاران اجتماعی هستند. مددكاران اجتماعي شاغل در مراکز درمانی، بیمارستان ها و کلینیک­های توانبخشی نقش كليدي در حمایت و سازماندهی بیماران بویژه گروه­های آسیب­پذیر دارند. از همين رو با توجه به حساسيت موضوع، اداره مددکاری اجتماعی معاونت درمان در دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی اين وزارتخانه درصدد برآمد كه با همكاري تيمي از دانشگاه علوم توانبخشي و سلامت اجتماعی و سایر افراد صاحب نظر، راهنمای تخصصي جهت مداخلات مددكاران اجتماعي در حوزه توانبخشی را با فرايندي روشمند و علمي تدوين كند.

در این راهنما، سعی شده است فرایند مداخلات تخصصی مددکار اجتماعی درعرصه توانبخشی افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی برای گروه های سنی مختلف اهم از کودکان، بزرگسالان و سالمندان را در بستر تیم بین رشته­ای در مراکز درمانی، کلینیک ها و مراکز توانبخشی را به گونه­ای تعریف نماید که در صورت اجرای کامل و موثر آن، زمینه ادغام اجتماعی توان‌خواه در بستر دریافت خدمات توانبخشی اجتماعی و سایر خدمات جامع توانبخشی فراهم شود. راهنماي تخصصي مددكاران اجتماعي در حیطه توانبخشی اجتماعی در دو فصل به شرح زیر تدوين شده­است:

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

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

در این راهنما،رویکرد مدیریت مورد پایه در مددکاری اجتماعی، رویکرد اجتماعی توانبخشی، رویکرد کار تیمی، رویکرد مبتنی بر نقاط قوت، نظریه­های مداخله در بحران، سیستمی و ادغام اجتماعی به عنوان چارچوب پایه مداخله و استفاده از سایر رویکردها و مدل­های نظری و عملی مددکاری اجتماعی و توانبخشی اجتماعی، بر حسب ارزیابی جامع از توانخواه و موقعیت او، به عنوان مبانی نظری مداخلات ثانویه توصیه شده است. در همه مراحل از ارزیابی جامع تا طراحی و اجرای مداخلات، توجه به فردیت مراجع و شخصی سازی[[1]](#footnote-1) خدمت با توجه به سن، جنسیت، نوع و شدت ناتوانی یا کم توانی، موقعیت فرد و خانواده (ارائه خدمات مراجع محور، خانواده محور) از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده و بر آن تاکید شده است. لذا توصیه می­شود مددکاران اجتماعی به عنوان مجریان اصلی این راهنمای تخصصی در بستر تیم بین رشته­ای، ضمن توجه به استانداردهای کاری، از خلاقیت­های حرفه­ای خود نیز بهره ببرند.

مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در توانبخشی اجتماعی با محوریت رویکرد مدیریت مورد در قالب گام­های هشتگانه 1) غربالگری اولیه و شناسایی توانخواهان نیازمند مداخله توانبخشی اجتماعی، 2) ارزیابی جامع توانخواهان و مراقبان خانوادگی، 3) هدف­گذاری مداخله توانبخشی اجتماعی، 4) برنامه­ریزی برای اجرای راه­حل­ها و بستن قرارداد، 5) مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی، 6) ارزشیابی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی،7) ترخیص ایمن توانخواه، 8) پیگیری تنظیم شد. هر کدام از گام­ها دارای جزئیات نظیر محتوای علمی، فرم، سناریو و غیره می­باشند که بر اساس خروجی یافته­ها بخش­های مرور منابع، مصاحبه با کارشناسان و جلسات گروهی با افراد صاحب نظر تدوین شده­است.

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

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

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

# بخش اول

# کلیات

## 1-1- مقدمه

سلامت بهتر، بی­تردید، هدف اصلی یک نظام سلامت بوده و مهمترین کارکرد یک نظام سلامت، ارائه خدمات سلامت می­باشد. طبق تعريف سازمان جهاني بهداشت، تمامي فعاليت­هايي كه هدف اصلي آن­ها، ارتقاء سلامت، بازگرداندن يا حفظ سلامت مي­باشد را نظام سلامت گويند. اين فعاليت­ها شامل مراقبت از سلامت فردي، ارائه خدمات بهداشتي، درماني و توانبخشي است. بيانيه سازمان ملل در مورد حقوق برابر براي افراد داراي ناتواني، بيان مي­كند كه كشورها براي مراقبت پزشكي مؤثر و همچنين خدمات توانبخشي براي افراد داراي ناتواني، مي­بايست پيش­بيني­هاي لازم را به منظور رسيدن و حفظ حداكثر سطح عملكرد و استقلال به عمل آورند. طبق پيش­بيني سازمان جهاني بهداشت (2015 و 2011)، 15 درصد از جمعيت هر كشور را افراد داراي ناتواني خفيف، متوسط و شديد تشكيل مي­دهند[[2]](#footnote-2). در ايران، با توجه به برآوردهاي صورت گرفته، تقريبا بيش از 8 ميليون نفر داراي ناتواني (خفيف، متوسط، شديد) مي­باشند كه بخش عمده­اي از اين افراد، نيازمند خدمات توانبخشي هستند[1].

مهمترين مشخصه نظام سلامت كارآمد، ارائه خدمات با كيفيت در تمام سطوح سلامت به همه مردم، در همان زمان و مكاني كه به آن ها نياز دارند، مي­باشد. به همين دليل در دهه گذشته، ورود مفهوم خدمات ادغام يافته و يكپارچه، یكي از مهمترين اصلاحات بخش سلامت بوده­است. در سال2013، سازمان جهاني بهداشت، خدمات ادغام يافته و يكپارچه را به عنوان يك راه حل كليدي معرفي نمود كه قادر است نظام سلامت را اصلاح نموده و در نظام ارائه خدمات، يك ارتباط منطقي بين حوزه­هاي درمان و توانبخشي برقرار نمايد. عدم توجه به يكپارچه­سازي و ارائه خدمات ادغام يافته، به ويژه در ارائه خدمات سلامت، توانبخشي و مراقبتي باعث مي­شود نظام سلامت در ارائه خدمات جامع به جامعه هدف با چالش­هاي مهمي روبرو شود و نتيجه آن، چيزي جز سردرگمي بيماران نيازمند به خدمات توانبخشي بين سيستم­هاي ارائه دهنده خدمات، تحميل بار مالي گزاف بر نظام سلامت و پرداخت هزينه هاي كمرشكن از جيب بيماران نخواهد بود. هم اكنون دركشور ايران، شيوع بالاي ناتواني به دليل افزايش رشد جمعيت سالمند، تغييرالگوي بيماري­ها از واگير به غيرواگير، آمار بالاي سوانح و تصادف جاده اي، وجود حوادث و بلاياي طبيعي، ارتقاي سطح بهداشتي و درماني و در نتيجه آن كاهش مرگ و مير زنان باردار و افزايش تولد كودكان نارس، افزايش اختلالات تكاملي و افزايش افراد داراي بيماري­هاي مزمن را در پي دارد، و نيز وجود جانبازان جنگ تحميلي، نياز مبرم به خدمات توانبخشي را بيش از پيش مطرح مي­كند[[3]](#footnote-3).

امروزه خدمات توانبخشي به عنوان يكي از اصلي­ترين اركان حوزه سلامت با مفهوم جامع آن بوده و طيف وسيعي از خدمات در سطوح و ابعاد مختلف، از جمله پيشگيري، توانمندسازي، توانبخشي آموزشي، اجتماعي، مراقبتي و حرفه­اي رادر بر مي­گيرد. با توجه به گستردگي، وسعت و تخصصي بودن خدمات توانبخشي و لزوم گسترش فراگير پوشش خدمات و افزايش دسترسي جامعه هدف، ضرورت همكاري بين بخشي در تمامي دستگاه­ها و نهادهاي مرتبط در مقوله توانبخشي مطرح مي­گردد.

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

ناتوانی به طور عمیقی مرتبط با تعامل فرد و جامعه است، تحت تأثیر شرایط اجتماعی شکل می­گیرد و مشارکت کامل فرد در جامعه را دچار اختلال می­کند. در بسياري جوامع، تبعيض، ترس و عدم دسترسي، ناتواني را بيشتر تشديد مي كند و منجر مي شود تا به جاي تمركز بر يك مدل مثبت و ديدن ناتواني به عنوان فرصتي براي رشد و بهزيستي، بر مسائلي مانند وابستگي و درآمد بيشتر تاكيد شود. اين درحالي است كه رويکرد رواني- اجتماعي به افراد دچار ناتواني به عنوان افراد مستقل، داراي حق خود تصميم گيري و انتخاب زندگي خود مي‌نگرد[2]؛ بازتوانی رواني اجتماعي، فرآيند تسهيل انعطاف پذيري افراد، خانواده و جامعه است. فرایندی که هدف آن قادرسازي افراد براي بازگشت از اثرات بحران و كمك به آن ها براي مقابله با چالش های احتمالی پیش رو در آينده است. به طور كلي توانبخشی رواني اجتماعي از طريق احترام به مقام انساني، احترام به استقلال افراد و ارتقاء مکانيزم هاي مقابله اي، بازگشت به جامعه و الحاق اجتماعي را تسهيل مي كند. این مداخلات به افراد كمك مي كند پس از بحراني كه زندگی آن ها را به هم ريخته است، مجددا بهبود يابند[3].

بنابراین توانبخشی افزون بر الگوي پزشکی، داراي الگوي اجتماعی نیز هست که می­تواند تأکیدي بر اهمیت نقش مددکاران اجتماعی در فرایند ارزیابی و توانبخشی افراد دارای ناتوانی های مختلف باشد، زیرا شناسایی و ارزیابی افراد دارای ناتوانی و ارائۀ خدمات مناسب به این افراد نیازمند هماهنگی تیم تخصصی توانبخشی است که شامل: پزشک، پرستار، فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، گفتاردرمانگر، رواندرمانگر، مددکار اجتماعی، فرد مراجع، خانواده مراجع و دیگر خدمات دهندگان می شود و بهبود عملکرد فرد، تلفیق و سازگاري اجتماعی، از نتایج کار این گروه است. در توانبخشی اجتماعی که بیشتر بر زمینه­هاي اجتماعی و روانی زندگی فرد دارای معلولیت تکیه دارد، دست یابی و به فعل رساندن حداکثر توانایی­هاي جسمانی، روانی و اجتماعی فرد و ایجاد زمینه­های محیطی با مشارکت توانخواه، اعضاي خانواده، اعضای تیم بین رشته­ای، مردم، کنشگران و نهادهای مرتبط در متن جامعه به منظور ادغام اجتماعی او، هدف نهایی محسوب می شوند تا محیط براي ایفاي نقش اجتماعی و سازگاري اجتماعی توانخواه آماده شود.

با توجه به اینکه بارتلت (2005) نیز هدف اصلی خدمات اجتماعی را "ایجاد سازگاري بین انسان و محیط" می­داند، حضور مددکار اجتماعی در تیم تخصصی توانبخشی و ارزیابی تخصصی مددکاري اجتماعی در فرایند توانبخشی ضروري است. باید توجه داشت که فرایند توانبخشی اجتماعی افراد دارای معلولیت یک چرخه است که ارزیابی جامع و اولویت بندي نیازها بخش مهمی از آن را تشکیل می­دهد و ارزیابی ابعاد محیطی و اجتماعی موثر در معلولیت بسیار اهمیت دارد، زیرا هدف از سنجش محدودیت­ها و قابلیت­ها در افراد دارای ناتوانی، ارزیابی برابري فرصت­ها و امکانات است و این ارزیابی به دولت­ها نیز براي برنامه­ریزي جهت فراهم کردن امکانات و زیرساخت­هاي لازم براي توانمندسازي یا توانبخشی افراد دارای ناتوانی جامعه کمک می­کند و مددکاران اجتماعی می­توانند متولی اصلی این ارزیابی باشند[4] و با ارائه مداخلات توانبخشی اجتماعی به عنوان بخشی از فرایند توانبخشی، بازگشت افراد کم توان، به عرصه زندگی و اجتماع را تسهیل نموده و در الحاق مجدد فرد به جامعه مؤثر واقع شوند. مددكاران اجتماعي شاغل در مراکز درمانی، بیمارستان ها و کلینیک­های توانبخشی نقش كليدي در حمایت و توانمندسازی بیماران به­ویژه گروه­های آسیب­پذیر و افراد دارای کم توانی دارند. از همين رو با توجه به حساسيت موضوع، اداره مددکاری اجتماعی معاونت درمان در دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی اين وزارتخانه درصدد برآمد كه با همكاري تيمي از اساتید مددکاری اجتماعی دارای دانش و تجربه مرتبط در عرصه توانبخشی در دانشگاه علوم توانبخشي و سلامت اجتماعی و افراد صاحب نظر و متخصص در این حوزه راهنماي تخصصي خدمات توانبخشی اجتماعی برای مددكاران اجتماعي در حوزه توانبخشی را با فرايندي روشمند، علمي و مبتنی بر شواهد تدوين كند.

## 2-۱-تعریف مفاهیم

**۱-2-۱-تعریف طبقه** بندیبین ­المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت (ICF): چارچوبی برای سازماندهی و مستندسازی اطلاعات در مورد عملکرد و ناتوانی است. طبقه­بندی ICF عملکرد را به عنوان یک تعامل پویا بین وضعیت سلامت فرد، عوامل محیطی و عوامل فردی مفهوم­سازی می­کند. یک زبان استاندارد و بنیاد مفهومی برای تعریف و اندازه­گیری ناتوانی، طبقه­بندی و کدهای آن فراهم می­کند. مدل­های اصلی ناتوانی-پزشکی و اجتماعی را باهم ادغام و به عنوان مدل زیستی روانی اجتماعی ارائه می­کند. در ICF نقش عوامل محیطی در ایجاد ناتوانی و همچنین نقش شرایط سلامت مشخص می­شود. عملکرد و ناتوانی به عنوان واژه­های چتری که دلالت بر جنبه­های مثبت و منفی عملکرد از منظر بیولوژی، فردی و اجتماعی دارند، درک می شوند. ICF روشن می­کند که ما نمی­توانیم، به تنهایی، موضوع مشارکت در زندگی روزمره را از تشخیص پزشکی استنباط کنیم.

در ICF سازماندهی اطلاعات در دو بخش صورت گرفته است. قسمت اول به عملکرد و ناتوانی (عملکردها و ساختار بدن، فعالیت و مشارکت) می­پردازد. بخش دوم عوامل زمینه­ای (عوامل محیطی و شخصی) را پوشش می­دهد. واحد طبقه بندی ICF مجموعه­هایی در حوزه سلامت و مرتبط با سلامت می باشد[20].

مدل شماتیک شماره 1-1 **ICF**: تعامل بین مولفه های ICF شرایط سلامت و (ناخوشی یا بیماری)

عملکردهای بدن و ساختارها فعالیت ها مشارکت

عوامل محیطی عوامل فردی

|  |
| --- |
| **تعاریف کلیدی در ICF در متون سلامت:**  **عملکرد:** واژه­ای چتری است برای عملکردهای بدن، ساختارهای بدن، فعالیت ها و مشارکت و بر جنبه های مثبت و تعامل بین یک شخص (با حالتی از سلامت) و عوامل زمینه ای شخصی (عوامل محیطی و فردی) دلالت دارد.  **ناتوانی:** واژه­ای است چتری برای اختلال­ها، محدودیت های فعالیت و موانع مشارکت که بر جنبه­های منفی تعامل بین شخص (با حالتی از سلامت) و عوامل زمینه ای شخصی (عوامل محیطی و فردی) دلالت می کند.  **عملکردهای بدن:** عملکردهای فیزیولوژی دستگاه­های بدن (از جمله عملکردهای روانشناختی) می­باشند.  **ساختارهای بدن:** بخش­های تشریحی بدن نظیر اندام ها، اعضا و اجزای آن ها می­باشند.  **اختلال­ها:** مشکلات عملکرد یا ساختار در بدن، نظیر انحراف واضح یا فقدان می­باشد.  **فعالیت:** انجام وظیفه یا عمل توسط فرد است.  **مشارکت:** حضور در موقعیت زندگی است.  **محدودیت­های فعالیت:** دشواری­های است که فرد در انجام فعالیت­ها ممکن است داشته­باشد.  **محدودیت های مشارکت:** مشکلاتی که فرد به هنگام حضور در موقعیت­های زندگی ممکن است تجربه نماید.  **عوامل محیطی:** محیط فیزیکی، اجتماعی و نگرشی است که افراد در آن زندگی خویش را می­سازند. این ها به شکل موانع و تسهیل­کننده برای عملکرد شخص هستند. |

**۲-2-۱-** مددکار اجتماعی[[4]](#footnote-4): کلیه فارغ التحصیلان کارشناسی و بالاتر در رشته مددکاری اجتماعی و خدمات اجتماعی است که در واحد مددکاری اجتماعی دانشگاه/ مراکز درمانی/ کلینیک های توانبخشی مشغول بکار بوده و با ارائه­ی خدمات تخصصی در عرصه توانبخشی روانی اجتماعی در تمام فرایند مداخلات تخصصی در بستر تیم بین رشته­ای توانبخشی مشارکت فعال دارد.مددکار اجتماعی اشاره شده در این پروتکل می بایست به منظور آشنایی با ارزیابی ها و مداخله­های ارائه شده، علاوه بر دارا بودن مدرک تحصیلی مرتبط مورد اشاره، از تسلط کافی برای اجرای این مداخله ها بهره­مند بوده و دانش و مهارت­های پایه اشاره شده در این فصل راهنما را گذرانده باشد.

**۳-2-۱-** توانبخشی: اصطلاح توانبخشی که برگردانی از واژه انگلیسی Rehabilitation می باشد و از آن تحت عنوان های "نوتوانی"، "بازتوانی"، "بازپروری" و "بازسازی" هم نام برده می شود، به مفهوم بازگرداندن توانایی­ها، حفظ شان و منزلت فرد معلول و تعییین جایگاه قانونی او می­باشد. توانبخشی شامل همه اقدامات هدفمند، برای کاهش اثر ناتوانی بر فرد، قادر ساختن وی برای دست یابی به استقلال، مراوده اجتماعی، کسب کیفیت زندگی بهتر و خودشکوفایی است. توانبخشی علاوه بر آموزش افراد دارای ناتوانی، شامل مداخله در ساختار عمومی جامعه به منظور متناسب سازی محیط و حفظ رعایت حقوق انسانی افراد ناتوان است[21].

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

**توانبخشی پزشکی:** شامل انواع خدمات پزشكي و درماني است كه هدف آن، توسعه توانايی هاي عملكردي، جسماني و رواني فرد داراي ناتواني، جهت قادر ساختن او براي دستيابي به يك زندگي مستقل و فعال می باشد.

**توانبخشی حرفه­ای[[5]](#footnote-5):** فرآيندي از خدمات مستمر و هماهنگ توانبخشي است كه در ابعاد ارزشيابي و راهنمايي حرفه­اي، آموزش حرفه، كاريابي و اشتغال، جهت قادر ساختن فرد داراي ناتواني براي دستيابي به شغل مناسب ارائه مي گردد و دارای چهار مرحله­ی 1) ارزشیابی و راهنمای حرفه­ای، 2) آموزش حرفه، 3) کاریابی و اشتغال، 4) پیگیری می­باشد.

**توانبخشی آموزشی:** برنامه هاي خاصي است كه بر اساس نيازهاي فرد داراي ناتواني، آموزش ها و مهارت هاي ويژهاي به فرد و خانواده او ارائه می گردد و شامل سه مرحله­ي 1) انتخاب هدف آموزشی، 2) انتخاب روش آموزشی و 3) ارزشیابی پیشرفت برنامه مورد نظر می باشد.

**توانبخشی اجتماعی[[6]](#footnote-6):** فرایندی از خدمات مستمر و هماهنگ توانبخشی در زمینه­ی اجتماعی و روانی به فرد دارای ناتوانی و خانواده­ی وی می­باشد، تا ضمن کاهش هر نوع فشار اقتصادی، اجتماعی و روانی بتواند در جریان کلی توانبخشی واقع گردیده، آمادگی کافی برای ایفای نقش اجتماعی را در مرحله­ی ورود به کار در جامعه کسب نماید[22]. اعضای تیم توانبخشی عبارتند از مددکار اجتماعی، روانشناس بالینی، روانپزشک، بیمار و خانواده فرد دارای معلولیت.

در توانبخشی اجتماعی، درمان و بهبودی فرد معلول هدف نیست، بلکه دستیابی و به فعل رساندن حداکثر توانایی­های جسمانی، روانی و اجتماعی وی هدف نهایی محسوب می شود.

خدمات توانبخشی اجتماعی، یک فرایند آموزشی محسوب می شود تا درمانی.

اعضای تیم با فرد دارای معلولیت کار می کنند نه برای آن ها.

در توانبخشی اجتماعی نمود کار تیمی بیش از دیگر تیم های توانبخشی است.

جریان توانبخشی اجتماعی تنها در صورت سازگاری وی با فعالیت مجدد و در حد معقول در اجتماع خاتمه می­یابد.

**۴-2-۱-** اختلال یا نقص[[7]](#footnote-7):مفهوم نقص که از آن تحت عنوان اختلال هم نام برده می­شود، مرتبطاست با غیرعادی بودن ساختار، نمود ظاهری بدن، کارکرد ارگانیسم و سیستم بدن که می­تواند ناشی از هر دلیلی باشد. به عبارت دیگر هرگونه فقدان یا ناهنجاری در زمینه­ی جسمانی، روانی، عملکردی یا آناتومی انسان نقص نامیده می­شود.

نقص، نارسایی در سطح یک اندام و ساختار بدن است.

نقص می­تواند موقت یا دائمی، پیشرونده یا ثابت باشد.

نقص، ارتباطی با اتیولوژی[[8]](#footnote-8) (سبب شناسی) بیماری ندارد.

نقص به عنوان اختلالی در سلامتی محسوب می­شود، اما بدان معنی نیست که شخص دارای اختلال، بیمار تلقی شود.

**۵-2-۱-** ناتوانی[[9]](#footnote-9):منعکس کننده پیامدهای نقص (اختلال) در عملکرد فعالیت فرد است. به عبارت دیگر هرگونه محدودیت یا فقدان در توانایی انجام فعالیت­هایی که در سطح طبیعی، از هر انسانی انتظار می رود، ناتوانی نامیده می شود.

ناتوانی بیانگر نارسایی در سطح "فرد" است.

ناتوانی ممکن است، موقت یا دائمی، قابل برگشت و یا غیرقابل برگشت و در پاره­ای از موارد پیشرونده باشد[4].

**۶-2-۱-** معلولیت[[10]](#footnote-10):مرتبط است با محرومیت­هایی که فرد به عنوان نتیجه­ی نقص (اختلال) و ناتوانی تجربه می­کند، به عبارت دیگر معلولیت عبارت است از فقدان یا کاهش فرصت­ها برای سهیم شدن در زندگی اجتماعی، در سطحی برابر با دیگران. در تعریفی دیگر معلولیت عبارت است از مجموعه­ای از عوامل جسمی، ذهنی و اجتماعی که به نحوی در زندگی فرد اثر سوء گذاشته و او را از زندگی طبیعی باز می­دارد. معلولیت­ها را با توجه به امکانات بازتوانی، ترمیمی و نتایج اجتماعی- اقتصادی آن ها بطور کلی به چهار گروه عمده حسی (بینایی و شنوایی)، احشایی (قلبی- عروقی، تنفسی و کلیوی)، جسمی حرکتی (حرکتی و عصبی) و روانی (ذهنی و روانی) تقسیم می­کنند. در یک تقسیم بندی دیگر از دیدگاه توانبخشی آن را تقسیم می­کنند: جسمی، حسی، ذهنی، روانی و اجتماعی.

* معلولیت نتیجه ارتباط متقابل بین فرد دارای نقص و ناتوانی از یک طرف و ویژگی شرایط محیط زندگی اجتماعی او از طرف دیگر می­باشد. بدین معنی که معلولیت تابعی از ارتباط اشخاص ناتوان و محیطشان است و هنگامی به وقوع می­پیوندد که این افراد با موانع فرهنگی، اجتماعی مواجه می­شوند که موجب عدم برخورداری آن ها، از سیستم­های مختلف جامعه که برای سایر شهروندان قابل دستیابی است، می­شود.
* معلولیت که از آن تحت عنوان **"محدودیت مشارکت"** هم نام برده می­شود دارای بار ارزشی است که با هنجارهای فرهنگی ارتباط پیدا می­کند و از آنجا که هنجارها و ارزش ها از یک جامعه به جامعه­ی دیگر متفاوت می باشند، لذا معلولیت مفهومی نسبی پیدا می­کند و تنها می­توان با معیار "مشارکت" آن را در هر جامعه سنجید. به عبارت دیگر مشارکت، بیان کننده­ی ماهیت و میزان درگیری فرد معلول در فعالیت­های مختلف اجتماعی است و میزان مشارکت، باتوجه به عوامل نقص، دامنه­ی فعالیت و شرایط محیطی، می­تواند متفاوت باشد.

**۷-2-۱-** افراد دارای معلولیت های جسمی حرکتی: افراد دارای معلولیت های جسمی حرکتی به افرادی اطلاق می شود که به هر علت دچار نقص، اختلال، ضعف و ناتوانی در سیستم حرکتی باشند یا برای تحرک به وسایل کمک توانبخشی مانند کراچ، واکر، عصا، ویلچر و ... نیاز داشته باشند. به طور کلی افراد مبتلا به انواع نارسایی های جسمی حرکتی مشتمل بر افراد دچار نقص عضو، افراد دچار نقص در عملکرد بدن و افراد دچار تغییر شکل در اندام های حرکتی هستند.

**۸-2-۱-** وسیله کمک توانبخشی: هر وسیله خارجی شامل دستگاه ها، تجهیزات، ابزارها ونرم افزارهايی است که ممکن است به طور ویژه تولید شده باشند یا به طور عمومی در دسترس باشند و هدف اصلی استفاده از آن ها حفظ و بهبود عملکرد، استقلال افراد و افزايش رفاه آن ها باشد. وسایل کمک توانبخشی برای جلوگیری از اختلالات و شرایط سلامت ثانویه نيز به کار می روند[23].

**۹-2-۱- مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی:**

منظور از مداخله مددكاري اجتماعي در اين راهنما برنامه ها، تکنیک ها، فرآيندها و خدماتي است كه مددكاران اجتماعي در سطوح فردي، خانوادگي، گروهي و جامعه ای در جهت شناسایی و رفع نیازها و مشکلات رواني اجتماعي افراد دچار کم تواني و ناتوانی جسمی، حسی حرکتی و ارتقاء سطح توانمندي توانخواهان و آماده سازی و تغییر محیط با هدف ادغام اجتماعی آن ها ارائه مي دهند.

**۱۰-2-۱-** مراقبین خانوادگی: بستگان، دوستان و کلیه کسانی هستند که یک رابطه مهم و نزدیک با فرد تحت درمان داشته یا هر نوع خدماتی (فیزیکی، اجتماعی یا روانی) به شخص ارائه داده‌اند.

**۱۱-2-۱-** تیم بین رشته­ای توانبخشی[[11]](#footnote-11): عبارت است از مجموعه افراد متخصص از رشته­هاي حرفه­ای گوناگون که براي اهداف مشترک تلاش مي­کنند. در اين مدل همه اعضاء در فرآيند حل مساله فراتر از محدوده­ي نظام حرفه­اي خود عمل مي کنند، اعضا به دفعات يكديگر را جهت تبادل اطلاعات ملاقات نموده، ميزان پيشرفت و دستيابي به اهداف را مورد بررسي قرار مي­دهند. محوريت برهمكاري است و طرح مراقبت و مداخلات بر اساس داده­هاي هريك از اعضای تيم تنظيم مي­شود. همچنین هر عضو، مسئوليت مشارکت در اجراي طرح مراقبت تخصصي خود را به عنوان بخشي ازکل طرح تدوين شده، شخصاً به عهده دارد. در این تیم، يك ارتباط چند سويه برقرار بوده و هرم قدرت معنا نداشته و ساختار هم سطح بوده و در ساختار سازماني، همه اعضا از نظر اهميت نقش، هم عرض هستند[22].

**۱۲-2-۱-** تعریف بار مراقبتی[[12]](#footnote-12): بار مراقبتی به عنوان واکنش­ های جسمی، روانی، اجتماعی یا اقتصادی که در حین مراقبت، در مراقبت کننده ظاهر می­ شود، تعریف می­ گردد و به صورت استرس یا تجارب منفی ناشی از مراقبت در فرد مراقبت کننده مشخص می­ شود[24].

**۱۳-2-۱-** مدل مدیریت مورد[[13]](#footnote-13):یکی از رویکردهای مهم مورد استفاده مددکاران اجتماعی در کار با بیماران و خانواده­ها در عرصه سلامت، رویکرد "مدیریت مورد" است. مدیریت مورد یک فرایند هماهنگ کننده از تشخیص و ارزیابی، برنامه­ریزی، تسهیلگری، هماهنگی خدمات مراقبت، ارزشیابی و حمایت و مدافعه­گری از انتخاب ها و خدماتی است که برای تامین نیازهای همه جانبه سلامتی فرد و خانواده صورت می­گیرد و این کار از طریق ارتباطات و منابع در دسترس به منظور ارتقا و بهبود خروجی و نتایجی موثری با کیفیت و با هزینه مناسب است.در این مدل، مددکار اجتماعی حلقه ارتباط با بیماران و اعضای تیم توانبخشی است که در مراحل مختلف توانبخشی قرار دارند. او با مجموعه­ای از متخصصان مرتبط از جمله پزشکان متخصص و معالج بیمار، پرستار، کاردرمانگر، فیزیوتراپیست، گفتاردرمانگر، روانپزشک، روان شناس و ... به صورت تیمی، طیف متنوعی از خدمات مورد نیاز متناسب با شرایط مراجع را ارائه می‌نماید.

**۱۴-2-۱-** مشاوره:یکی از انواع مداخلات است که بر اساس پروتکل مشاوره کوتاه مدت اولیه مددکاری اجتماعی انجام می­شود و در شرایط کنونی با هدف ارائه اطلاعات مورد نیاز گروه هدف، راهنمایی جهت کاهش استرس، ارائه­ی اطلاعاتی جهت طی کردن مراحل تشخیصی یا درمانی و ارائه­ی اطلاعات در خصوص روش­های پیشگیری صحیح می­باشد. براساس استاندارد خدمت مشاوره آموزشی ابلاغی وزارت بهداشت مورخ 17/9/1400 وظیفه مشاوره آموزشی بیماران و خانواده ها از خدمات مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی است.

**۱۵-2-۱-** آموزش:یکی از انواع مداخلات مددکاری اجتماعی است که بسته به نوع گروه هدف از روش­های مختلف حضوری، غیرحضوری، ویدئو کنفرانس، مجازی و غیره استفاده می شود.

**۱۶-2-۱-** ارجاع:منظور اقداماتی است که توسط مددکار اجتماعی برای دستیابی گروه هدف به منابع مورد نیازشان در داخل و یا خارج از بیمارستان انجام می­گیرد. این اقدامات شامل شناسایی و معرفی منابع به بیمار و یا خانواده وی، انجام هماهنگی با سازمان ها و اشخاص ارائه دهنده خدمات اجتماعی و پیگیری جهت حصول اطمینان از دریافت خدمات مورد نیاز می شود.

**۱۷-2-۱-** حمایت یابی:منظور یافتن منابع حمایتی رسمی و غیررسمی برای خدمات مورد نیاز گروه هدف در زمینه ی روانی، اجتماعی و اقتصادی و... در داخل و خارج از بیمارستان است.

## 3-۱- اهداف

### 1-3-1- هدف اصلی:

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

### ۲-3-۱اهداف فرعی:

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

### ۳-3-۱- اهداف کاربردی:

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

1-4- اصول و ارزش­های حرفه مددکاری اجتماعی

مددکاری اجتماعی به عنوان یک حرفه انسانی بر اساس اصول بنیادی، عدالت اجتماعی و حقوق انسانی استوار است. سایر ارزش­های اساسی نظیر رازداری، تصمیم­گیری، ارتباط حرفه­ای، عدم قضاوت و پیش­داوری، توامندسازی و غیره می­بایست مورد تاکید و استفاده مددکاران اجتماعی قرار گیرد. پس در صورت نادیده گرفتن این اصول کلیدی و ارزش­های مسیر مداخلات مددکاری اجتماعی از مسیر حرفه­ای و اخلاقی خارج می­شود و زمینه برای ارائه خدمات نامؤثر به مراجعین را فراهم می­شود. بنابر بر مطلب پیش گفت، در ادامه بیشتر به اصول و ارزش­های حرفه­ای و اخلاقی در کار افراد دارای معلولیت اشاره می­شود.

## ۵-۱-1- اصول و ارزش‌های حرفه­ای و اخلاقی حاکم بر فرايند توانبخشی اجتماعی

استفاده از زبان محترمانه یکی از مهم­ترین کارهایی است که مددکاران اجتماعی و اعضای تیم توانبخشی اجتماعی می­توانند برای ایجاد رابطه با مراجعان خود و کمک به ایجاد محیط امن­تر برای ارائه خدمات توانبخشی به آن ها انجام دهند. اغلب افراد برای اشاره به ناتوانی­ها از تعابیر زیادی استفاده می­کنند. تعبیرهای رایج و مورد تایید برای ناتوانی‌ها عبارتند از «نیازهای ویژه»، «توانایی‌های متفاوت» و «چالش‌ها»[25].

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

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

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

**توانایی­گرایی[[14]](#footnote-14):** در حالی که برای مددکاران اجتماعی مهم است که در مورد انواع ناتوانی‌ها بدانند، چیزی که ممکن است در عمل شما مهم‌تر باشد، توانایی تشخیص و رسیدگی به توانایی‌گرایی است. توانایی گرایی یک سیستم تبعیض است که بر اساس این باور غلط مبنی بر اینکه افراد ناتوان نسبت به افراد غیرمعلول در جایگاهی پایین­تر قرار دارند. این نوعی تبعیض است که در آن افراد معلول تحت ظلم و ستم قرار می­گیرند و افراد غیرمعلول دارای امتیاز هستند.

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

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

* خدمات مددکاران اجتماعی باید وقف ارائه خدمات خود و به طور کامل متعهد به کمک به نیازهای مراجعان باشند.
* عدالت اجتماعی- مددکاران اجتماعی به دنبال ترویج برابری برای همه مردم، با تاکید بر افراد یا گروه­های آسیب­پذیر و تحت ستم هستند.
* کرامت و ارزش یک فرد- مددکاران اجتماعی از برابری حمایت می­کنند بدون اینکه برای یک فرد یا گروه ارزش ویژه قائل شوند، منحصر به فرد بودن همه افراد را ارج می­نهند و از دیگران برای درک ارزش خود به عنوان یک شخص حمایت می کنند.
* اهمیت روابط انسانی- مددکاران اجتماعی به روابط انسانی احترام می­گذارند و آن­ها را پرورش می دهند، زیرا برای تغییر در همه سطوح مهم هستند.
* 5- صداقت- مددکاران اجتماعی صادق، مسئولیت­پذیر هستند و شیوه­های اخلاقی را به طور کامل ترویج می­کنند. مددکاران اجتماعی از رسالت، چشم انداز، ارزش­ها و اخلاق حرفه­ای آگاه هستند.
* شایستگی- مددکاران اجتماعی دارای مدرک و مجوز هستند و به طور مداوم دانش و مهارت­های حرفه­ای خود را افزایش می­دهند.
* فرد محور بودن فعالیت ها\_ طراحی و ارائه خدمات مبتنی بر نیازها و شرایط فرد و همچنین مشارکت دادن او در تصمیم­گیری هایی که بر زندگی او تأثیر می گذارد.
* تمرکز بر رویکرد مبتنی بر نقاط قوت\_داشتن دیدگاهی مبتنی بر نقاط قوت که بر منابع موجود فرد تمرکز دارد.

شایان ذکر است، جهت آشنایی با ارزش های بنیادین، اصول و ملاحظات اخلاقی، صلاحیت مددکار اجتماعی بخصوص در کار با کودکان به راهنمای مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی مراکز درمانی در حوزه کودک‌آزاری ابلاغیه مورخ 17/1/1401 به شماره 780/400د به دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور مراجعه نمایید.

## ۶-۱- دانش و مهارت

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

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

## 

## ۷-۱- الزامات و پیش شرط­ها

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

## ۸-۱- مخاطب هدف پروتکل

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

* مولتیپل اسکلروزیس(MS)[[15]](#footnote-15)
* آسیب نخاعی(SCI)[[16]](#footnote-16)
* ضربه مغزی(TBI)[[17]](#footnote-17)
* سکته مغزی(CVA)[[18]](#footnote-18)
* انواع فلج ها (یک طرفه، دو طرفه، چهار اندام)
* فلج اطفال[[19]](#footnote-19)
* فلج مغزی(CP)[[20]](#footnote-20)
* دیستروفی های عضلانی[[21]](#footnote-21)
* آرتریت روماتویید[[22]](#footnote-22)
* انواع نقص عضوها
* ناتوانی های جسمی ناشی از بیماری های احشایی مزمن و صعب العلاج (دیابت، سرطان و ...)
* ناتوانی های ناشی از تغییرات شکل[[23]](#footnote-23) در اندام های حرکتی
* سالمندان دارای معلولیت های جسمی حرکتی ناشی از کهولت سن(سالمندی) و بیماری های وابسته

# بخش دوم

# مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در توانبخشی اجتماعی

## 1-2- مقدمه

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

بر اساس مدل شماتیک، فرایند پیشنهادی در این فصل مبتنی بر ***رویکرد مدیریت مورد پایه در مددکاری اجتماعی***، ***رویکرد اجتماعی توانبخشی،*** ***رویکرد کار تیمی و ادغام اجتماعی*** به عنوان چارچوب پایه مداخله و استفاده از سایر رویکردها و مدل­های نظری و عملی مددکاری اجتماعی و توانبخشی اجتماعیکه بر حسب ارزیابی جامع از توانخواه و موقعیت او انجام خواهد شد، به عنوان مبانی نظری مداخلات ثانویه تنظیم شده است و در همه مراحل از ارزیابی جامع تا طراحی و اجرای مداخلات، توجه به ***فردیت مراجع و شخصی سازی***[[24]](#footnote-24) خدمت با توجه به سن، جنسیت، نوع و شدت ناتوانی یا کم توانی، موقعیت فرد و خانواده از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده و بر آن تاکید شده است. اگر چه تجربه رنج ناشی از ناتوانی و پیامدهای آن تجربه­ای فردی محسوب می شود، اما باید توجه داشت که دیدگاه افراد اغلب متاثر از بستر و زمینه­ای که در آن رشد یافته و زندگی می­کنند، می­باشد و بکارگیری مداخلات با تمرکز بر ***رویکرد بوم شناختی*** و توجه به شرایط خانواده، فرهنگ، باورهای مذهبی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، منابع و امکانات فردی و اجتماعی، دستورالعمل ها و قوانین سازمانی و ملی و ... همواره در ارزیابی جامع و طراحی و مداخلات توانبخشی اجتماعی باید مورد توجه قرار گیرد.

از سوی دیگر با توجه به این که بروز نقص و ناتوانی و پیامدهای آن ها همواره به عنوان یک ضربه سنگین تعادل فرد و خانواده را بهم ریخته و به عنوان یک بحران تمامی ابعاد مختلف زندگی آن ها را متاثر می نماید، در فرایند توانبخشی اجتماعی و مداخلات مددکاری اجتماعی بکارگیری ***نظریه های مداخله در بحران*** و ***نظریه سیستمی*** مدنظر قرار گرفته است و مددکاران اجتماعی در کاربرد این راهنمای تخصصی باید بر اجرای آن اهتمام داشته باشند. همچنین با توجه به این که خانواده برای اغلب افراد دارای ناتوانی و کم توانی به ویژه ***کودکان و سالمندان*** به عنوان منبع اصلی حمایت و مهم­ترین اعضای تصمیم­گیرنده در مورد توانبخشی و فرایند آن محسوب می شوند، ارزیابی وضعیت خانواده و مراقبان خانوادگی و مشارکت آن ها در فرایند بسیار مهم است، از این رو فرایند توانبخشی به گونه­ای پیشنهاد شده­است که از فرد دارای ناتوانی در بستر ارائه ***خدمات بیمار محور، خانواده محور*** و با مشارکت بیمار، مراقبان خانوادگی و مراقبان حرفه­ای مراقبت شود. علاوه بر موارد اشاره شده، توجه به توانایی­ها و ظرفیت­های باقی مانده توانخواهان و استفاده از این ظرفیت­ها با تمرکز بر ***رویکرد مبتنی بر نقاط قوت*** در ارزیابی توانخواهان و طراحی مداخلات از اهمیت ویژه­ای برخوردار است که همگی در تدوین این راهنما، مدنظر قرار گرفته­است. با توجه به جدی و پیچیده بودن ماهیت پدیده ناتوانی و همچنین طولانی و رنج آور بودن فرایند مراقبت از توانخواه، هر یک از افراد درگیر در فرایند مراقبت و توانبخشی ممکن است نیازهای روانی- اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و ... خود را داشته باشند که اگر بخواهند در حمایت از توانخواه موثر واقع شوند، باید به این نیازها توجه شود. پس هدف غایی مداخلات پیش گفت حرکت در **مسیر ادغام اجتماعی** مراجعین با وجود تجربه­های پیچیده است بطوریکه با قبول شرایط و مشارکت فعالانه با تیم­های توانبحشی و خانواده به استقلال نسبی فردی اجتماعی دست یابد. از این رو در فرایند توانبخشی اجتماعی افراد دارای ناتوانی، مددکاران اجتماعی به عنوان اصلی ترین عضو تیم بین رشته­ای توانبخشی در مراقبت از مراقبان خانوادگی، مداخلات مرتبط در این زمینه را با تعامل و همکاری با سایر اعضای تیم فراهم خواهد نمود.

**ارزشیابی مداخلات (اثربخشی و کارایی)**

ا**نتخاب رویکرد مناسب، راهبردها و سطوح مداخله**

**هدف** **گذاری بر اساس ارزیابی جامع در بستر تیم بین رشته­ای**

**طراحی برنامه مداخله پایه (رویکرد مدیریت مورد پایه برای توانخواهان دارای مشکلات تعاملی پیچیده در بستر تیم و در اغلب موارد همراه با رویکرد مداخله در بحران )**

**مداخله در بحران**

**حل مسئله**

**راه حل محور**

**خودمراقبتی اجتماعی**

**مداخله های آموزشی، اجتماعی و غیره**

**توانبخشی مبتنی بر مؤسسه**

**توانبخشی فرا مؤسسه ای**

**توانبخشی از راه دور**

**توانبخشی مبتنی بر جامعه**

**مداخلات در سطح فرد و خانواده**

**مداخلات گروهی**

**مداخلات در سطح جامعه**

**اجرا و پایش طرح مداخله (با رویکرد تیمی و با مشارکت مراجع و خانواده وی)**

**هدف گذاری مجدد، انجام اقدامات اصلاحی، تغییر رویکرد**

مدل شماتیک شماره 2-1- فرایند ارائه خدمات مددکاری­اجتماعی به بیماران دارای ناتوانی و خانواده­های ایشان

## 2-2- فرایند مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در توانبخشی اجتماعی

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

**2-2-1- گام اول: غربالگری اولیه و شناسایی توانخواهان نیازمند مداخله توانبخشی اجتماعی**

**2-2-2- گام دوم: ارزیابی جامع توانخواهان و مراقبان خانوادگی**

**2-2-3- گام سوم: هدف­گذاری مداخله توانبخشی اجتماعی**

**2-2-4- گام چهارم: برنامه­ریزی برای اجرای راه­حل­ها و بستن قرارداد**

**2-2-5- گام پنجم: مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی**

**2-2-6- گام ششم: ارزشیابی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی**

**2-2-7- گام هفتم: ترخیص ایمن توانخواه**

**2-2-8- گام هشتم: پیگیری**

### 1-2-2-گام اول: غربالگری اولیه و شناسایی توانخواهان نیازمند مداخله توانبخشی اجتماعی

همانگونه که در مدل شماتیک ترسیم شده­است، اولین گام از فرایند مداخلات مددکاران اجتماعی، شناسایی و غربالگری اولیه بیماران به منظور تشخیص نیازمند بودن توانخواه و خانواده به مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی، با توجه پیامدهای نقص و ناتوانی بر ابعاد مختلف زندگی آنها و همچنین توجه به قابلیت­ها و توانمندی­های باقی مانده فرد دارای ناتوانی جسمی حرکتی است. شناسایی بیماران در گام اول، با توجه به جامعیت فرایند و شاخص های تعریف شده در پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در مراکز درمانی، در غربالگری اولیه در قالب دو خدمت راند و تریاژ انجام می شود. لازم است در این ارزیابی اولیه، مددکاران اجتماعی توجه ویژه و کافی به ارزیابی سریع پیامدهای نقص و ناتوانی بر زندگی توانخواه و خانواده داشته باشند. همچنین همانند سایر عرصه های تخصصی، ممکن است ارزیابی سریع و اولیه مددکاران اجتماعی از توانخواه با توجه به ارجاع از سوی کادر درمان یا سایر سازمان ها و مراکز همانند ارزیابی سایر بیماران مراجعه کننده به بیمارستان و مراکز درمانی انجام ­شود (جهت مطالعه­ی بیشتر به پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی ابلاغیه مورخ 14/7/1400 به شماره 14517/400د به دانشگاه­های علوم پزشکی سراسر کشور مراجعه نمایید).

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

### 2-2-2- گام دوم: ارزیابی جامع توانخواهان و مراقبان خانوادگی

ارزیابی جامع مددکاری اجتماعی، بخشی اصلی از فرایند توانبخشی اجتماعی توانخواهان دارای کم توانی یا ناتوانی­های جسمی حرکتی است. مددکاران اجتماعی مهارت­ها و دانش خاصی را در فرایند ارزیابی ابعاد روانشناختی، زمینه اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی، اقتصادی، محیطی، شناسایی نقاط قوت و عوامل خطر و ... در مورد توانخواه را به­کار می­گیرند و با درک و تأثیر این عوامل، مداخلات خود را به منظور بهبود رفاه و ارتقاء عملکرد مددجویان طراحی و اجرا می­کنند. مددکاران اجتماعی فعال در این عرصه باید شناخت کاملی از انواع معلولیت­های جسمی حرکتی داشته باشند تا بتوانند ارزیابی دقیق و کاملی از توانخواه داشته باشند و همچنین به زبان مشترک تخصصی اعضای تیم بین رشته­ای مسلط باشند. شایع­ترین مراجعان دارای ناتوانی جسمی حرکتی به مددکاران اجتماعی، در فصل اول به عنوان مخاطبین خدمات این راهنما مورد بحث قرار گرفتند که در این قسمت به منظور آگاهی بیشتر مددکاران اجتماعی به توضیح مختصر هر کدام از آن ها به همراه مهم­ترین مشکلات و پیامدهای این ناتوانی­ها برای توانخواهان در جدول شماره 2-1 اشاره خواهد شد:

جدول 2-1 - توصیف شایع ترین معلولیت های جسمی- حرکتی، اهداف و پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی آن

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **بیماری/**  **ناتوانی** | **توصیف بیماری/ ناتوانی** | **عوارض جسمانی** | **پیامدهای روانی/ اجتماعی** | **اهداف توانبخشی اجتماعی** |
| **سکته مغزی**  **(استروک)** | سکته مغزی یک ناتوانی جسمی ناشی از خونریزی در مغز یا قطع خون رسانی سیستم عصبی مرکزی است. یک فرد مبتلا به سکته مغزی دچار اختلال ناگهانی در یک طرف بدن می شود که انجام فعالیت های روزانه از جمله حرکات را دشوار می کند. سکته مغزی اولین علت معلولیت جسمی حرکتی در سالمندان است. درمان سکته مغزی سه بعد دارودرمانی، توانبخشی و پیشگیری از بروز سکته های مجدد دارد. افرادی که از سکته مغزی رنج می برند، می­توانند پس از درمان استقلال خود را بازیابند، اما همچنان می توانند فلج و ضعف در قسمت آسیب دیده بدن را تجربه می کنند و نیازمند اقدامات توانبخشی در ابعاد مختلف و استفاده از وسایل کمک توانبخشی خواهند بود. | فلج نیمه بدن  اختلال در عملکرد حسی و حرکتی  از دست دادن تکلم  اختلال در بلع  مشکلات ریوی  عدم تعادل  اختلال در عملکرد جنسی | تغییرات هیجانی و رفتاری، خلق تحریک پذیر، اضطراب و افسردگی، رفتار های غیر انعطاف پذیر و عدم همکاری در درمان، مشکلات شناختی  کاهش استقلال، مشکلات اقتصادی، اختلال در روابط همسری و والدی، اختلال در عملکرد شغلی، اختلال در شبکه روابط اجتماعی | - آموزش انجام فعالیت های مهم و وظایف نقش با توجه به توانمندی های مراجع  - پیگیری و استمرار برنامه های توانبخشی اجتماعی  - افزایش انگیزه در بیمار و خانواده |
| **ضایعه نخاعی**  **(آسیب نخاعی)** | مجموعه بیماری­ها و اختلالات منجر به ضایعه نخاع شوکی و ستون فقرات، آسیب نخاعی نامیده می شود. این ضایعه ممکن است به صورت مستقیم بر اثر آسیب به خود نخاع به وجود بیاید یا به طور غیر مستقیم به دلیل آسیب استخوان ها، بافت ها یا عروق خونی اطراف آن ایجاد شود. به طور کلی آسیب های نخاعی، آسیب ناشی از کمبود خون و اکسیژن کافی به نخاع است و می تواند از اعمال فشار بیش از حد به نخاع ایجاد شود. تصادفات و سقوط از علل اصلی آسیب نخاعی هستند. عوامل دیگری مانند شرایط دژنراتیو ستون فقرات، سرطان و آرتریت نیز می توانند باعث این ناتوانی شوند. معمولا بیشترین میزان فراوانی این ناتوانی در گروه سنی جوانان است که در سن فعالیت و پویایی هستند، از این رو پیامدهای بسیاری برای فرد و خانواده در ابعاد مختلف زندگی به همراه دارد. | اختلال جزئی یا کلی در عملکردهای حرکتی و حسی در اندام ها  درد  تتراپلژی یا پاراپلژی  اختلال در عملکرد دستگاه گوارش  مشکلات تنفسی  مشکلات ادراری و احشایی  اختلال در عملکرد جنسی | افسردگی و انزوا، خشم، ناامیدی، عدم­پذیرش و سازگاری روانی با موقعیت جدید، حساسیت عاطفی-روانی، احتمال راهبردهای مواجهه ناسازگارانه و ناکارآمد، احتمال وجود افکارهای خود آسیب رسان  اختلال درعملکرد تحصیلی/ شغلی، اختلال در ایفای نقش­های فرزندی/ والدی/ همسری، اختلافات خانوادگی و زناشویی، اختلال درعملکرد اقتصادی، کاهش سطح استقلال فردی، اختلال در روابط اجتماعی | - پیگیری و استمرار برنامه های توانبخشی اجتماعی  -آموزش خودمراقبتی جسمی، روانی، اجتماعی  -کمک به حل مشکلات و تعارضات زناشویی (آموزش مسائل جنسی به زوجین)  - تقویت انگیزه و افزایش امید به زندگی  - از بین بردن شکاف و فاصله ی غیر منطقی میان زندگی پیش از معلولیت با زندگی در طول درمان و پس از ترک مرکز درمانی  -ترخیص ایمن بیمار از بیمارستان |
| **فلج مغزی** | فلج مغزی یک ناتوانی جسمی ناشی از آسیب به مغز در حال رشد در دوران بارداری، تولد یا مدت کوتاهی پس از تولد به دلیل کاهش خون رسانی و کمبود اکسیژن به مغز ایجاد می شود. بیماری های دوران بارداری، زایمان زودرس و مننژیت در کودکان خردسال از علل اصلی فلج مغزی هستند. هنگامی که آسیب به مغز رخ می دهد، باعث اختلال در عملکرد حرکتی می شود که منجر به مشکلات حرکتی و هماهنگی می شود. افراد مبتلا به فلج مغزی برای انجام فعالیت های روزانه به تجهیزات تطبیقی متفاوت و حمایت خارجی نیاز دارند. افراد مبتلا به فلج مغزی اگر محیطی برای یادگیری و تمرین مهارت‌های حرکتی فراهم کنند، می‌توانند کنترل بیشتری بر حرکت به دست آورند | بسته به نوع فلج مغزی:  مشکلات حرکتی،گفتاری و بینایی  ضعف عضلانی  سفتی و انقباض عضلات  حرکات قیچی شکل پا هنگام راه رفتن  فلج شدن اندام ها  حرکات غیر ارادی در دستها، بازوها و پاها  مشکل در بلعیدن  شلی اندامها  تشنج | کم توانی ذهنی در برخی از موارد و ناتوانی های یادگیری  تاخیر در رشد  مشکلات هیجانی و رفتاری  ترس، احساس شرم و خجالت، اضطراب و افسردگی  اختلال در روابط اجتماعی، اختلال در عملکرد تحصیلی، انزوا،اجتناب از شرکت در اجتماع، اختلال در روابط با همسالان | - آموزش انجام فعالیت های مهم و وظایف نقش با توجه به توانمندی های مراجع  - پیگیری و استمرار برنامه های توانبخشی اجتماعی |
| **مولتیپل اسکلروزیس**  **(ام اس)** | مولتیپل اسکلروزیس رایج ترین بیماري عصبی، پیچیده، پیشرونده، التهابی، مزمن و غیر قابل پیش بینی است که (غالباً) افراد بالغ در سن کار را درگیر می کند. ام اس زمانی رخ می دهد که غلاف میلین - بافت محافظ اطراف رشته های عصبی بدن - آسیب دیده و باعث ایجاد لکه های تصادفی یا اسکار می شود. اسکارها می توانند با پیام های ارسال شده از طریق سیستم عصبی مرکزی تداخل داشته باشند و بر مغز، اعصاب بینایی و نخاع تأثیر بگذارند. پیش بینی پیشرفت و شدت ام اس ممکن است دشوار باشد. ممکن است برای یک فرد بسیار کند و در فرد دیگر به سرعت پیشرفت کند. شیوع این بیماری، در زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان است و علائم بالینی آن معمولاً در سنین جوانی و در طی زمان رخ می دهد، از این رو پیامدهای بسیاری برای فرد و خانواده در ابعاد مختلف زندگی به همراه دارد. | خستگی  از دست دادن کنترل حرکتی  گزگز و بی حسی  از دست دادن تعادل  سرگیجه  اختلالات بینایی  اختلالات حرکتی  ناهماهنگی در اندام ها  ضعف عضلانی  اسپاسم و پرش عضلانی | از دست دادن حافظه و مشکلات شناختی، افسردگی، اضطراب و ناامیدي، طی کردن فرایند سوگ در مواجهه با بیماری، عدم پذیرش و مشکل سازگاري با بیماري، کاهش اعتماد به نفس  اختلال در شغل و کسب درآمد، کاهش مشارکت اجتماعی و سازگاري اجتماعی، اختلال در ارتباطات اجتماعی و فعالیت هاي روزانه، اختلال در نقش های والدی/ همسری/ فرزندی، کاهش سطح استقلال فرد، اختلال در روابط زناشویی، مشکلات اقتصادی، انزوای اجتماعی | - آموزش انجام فعالیت های مهم و وظایف نقش با توجه به توانمندی های مراجع  - پیگیری و استمرار برنامه های توانبخشی اجتماعی  -آموزش خودمراقبتی جسمی، روانی، اجتماعی  -کمک به حل مشکلات و تعارضات زناشویی  -مدیریت هزینه های اقتصادی دارو |
| **دیستروفی عضلانی** | دیستروفی عضلانی گروهی از اختلالات ژنتیکی است که منجر به ضعف پیشرونده و غیرقابل برگشت و کاهش توده عضلانی می شود. بیش از 30 نوع مختلف دیستروفی عضلانی وجود دارد که هر کدام علت جداگانه ای دارند. شایع ترین نوع دیستروفی عضلانی دوشن است که یک ناتوانی پیشرونده است. عمدتا در پسران رخ می دهد و می تواند با گذشت زمان بدتر شود. این ناتوانی درمان ندارد هنگامی که کودک مبتلا به این ناتوانی به سن نوجوانی می رسد، باید از ویلچر استفاده کند زیرا ماهیچه های او در حال حاضر برای کنترل حرکت بسیار ضعیف هستند. انواع دیگر دیستروفی عضلانی می تواند در دوران کودکی ظاهر شود، در حالی که برخی دیگر فقط در اواخر زندگی آشکار می شوند. | مشکلات قلبی  مشکلات در بلع  اختلال تنفسی  محدودیت در راه رفتن و حرکت مفاصل  درد عضلانی  ستون فقرات خمیده | افسردگی، اضطراب، نقص های شناختی، مشکلات هیجانی و رفتاری  ترس، احساس شرم و خجالت، کاهش اعتماد به نفس  اختلال در روابط اجتماعی و ارتباط با همسالان، اختلال در انجام فعالیت های روزانه، اختلال در عملکرد تحصیلی، کاهش سطح استقلال فرد، اختلال در ایفای نقش های خانوادگی، انزوای اجتماعی | - آموزش خود مراقبتی و تاب آوری اجتماعی (ایجاد محیطی ارام برای زندگی، تعذیه مناسب و کاهش استرس)  - پیگیری و استمرار برنامه های توانبخشی اجتماعی |
| **آرتریت روماتویید** | آرتریت یک ناتوانی جسمی است که باعث التهاب و درد در مفاصل، استخوان ها و ماهیچه ها می شود. این ناتوانی به اشکال مختلف ظاهر می شود و کودکان و بزرگسالان را تحت تاثیر قرار می دهد. بسته به قسمت آسیب دیده بدن، علائم ممکن است از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد. ورزش و فیزیوتراپی از جمله تکنیک های بسیار توصیه شده برای مدیریت این نوع ناتوانی هستند. افراد مبتلا به آرتریت در صورتی که ابزار و محیط مناسب برای مدیریت ناتوانی در اختیار داشته باشند، می توانند کنترل حرکت را دوباره به دست آورند. | درد عضلانی  التهاب مفاصل  کاهش حرکت یا سفتی مفاصل  خشکی و تخریب مفصل همراه با بدشکلی هاي فیزیکی | افسردگی، اضطراب متاثر از شدت بیماری، احساس شرم و خجالت، کاهش اعتماد­به­نفس  کاهش سطح استقلال فرد، محدودیت در روابط اجتماعی، اختلال در انجام فعالیت های روزمره، اختلال در ایفاي نقش هاي اجتماعی، محدودیت توانایی در شرکت در فعالیت هاي اجتماعی | - آموزش خود مراقبتی و تاب آوری اجتماعی (ایجاد محیطی ارام برای زندگی، تعذیه مناسب و کاهش استرس)  - پیگیری و استمرار برنامه های توانبخشی اجتماعی |
| **فلج اطفال**  **(پولیومیلیت)** | فلج اطفال یک بیماری ناشی از یک ویروس است که عمدتاً بر اعصاب نخاع یا ساقه مغز تأثیر می گذارد. در شدیدترین شکل آن، فلج اطفال می تواند منجر به ناتوانی فرد در حرکت دادن برخی از اندام ها شود که فلج نیز نامیده می شود. همچنین می تواند منجر به مشکلات تنفسی و گاهی حتی مرگ شود. | گردن درد یا سفتی  درد یا سفتی در بازوها یا پاها  سردرد شدید  سفتی ستون فقرات  مشکلات تنفسی  ضعف پیشرونده عضلات  آتروفی عضلانی  نارسایی بلع  اختلال در تکلم وتنفس | تحریک­پذیری، افسردگی، اضطراب، ترس و خجالت، کاهش اعتماد به نفس  کاهش سطح استقلال فرد، محدودیت در روابط اجتماعی، اختلال در فعالیت های روزمره، اختلال در عملکرد شغلی | - آموزش انجام فعالیت های مهم و وظایف نقش با توجه به توانمندی های مراجع  - پیگیری و استمرار برنامه های توانبخشی اجتماعی |

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

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

در بسیاری از موارد ممکن است همراه با فرایند ارزیابی سریع اولیه (غربالگری) توانخواه و خانواده او نیازمند دریافت مداخلات تخصصی مداخله در بحران اعضای تیم باشند که در قالب جلسات BAD NEWS اجرا خواهد شد.[[25]](#footnote-25)

ارزیابی جامع فرایندی تخصصی خواهد بود و در قالب انجام مصاحبه همدلانه و حرفه ای مددکار اجتماعی با توانخواه انجام خواهد شد.[[26]](#footnote-26) همچنین با توجه به این که مراقبت روانی اجتماعی افراد دارای معلولیت­های جسمی حرکتی در چارچوب رویکرد مدیریت مورد و به صورت فعالیت تیمی انجام می شود، توانخواهان ممکن است از طریق سایر اعضای تیم بین رشته­ای مراقبت مانند پزشکان، پرستاران و سایر اعضای تیم بین رشته­ای توانبخشی به مددکار اجتماعی ارجاع شوند. پس از ارزیابی اولیه که با استفاده از روش­های جمع­آوری اطلاعات مانند مصاحبه با بیمار، خانواده و تیم درمان و توانبخشی، مشاهده، بازدید از منزل، مطالعه­ی پرونده و ابزارهای تشخیصی انجام می شود، مددکار اجتماعی باید اطلاعات بدست آورده را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و براساس آن برنامه­ی مداخله­ای خود را تنظیم کند**. چک لیست شماره 1 (پیوست) با عنوان فرم ارزیابی جامع** در عرصه توانبخشی می­تواند در این مرحله به مددکار اجتماعی کمک کند.

در مرحله ارزیابی و طراحی و اجرای مداخلات، اگر مددکار اجتماعی با توجه به ویژگی­های منحصر به فرد مراجع از دانش، تجربه و مهارت کافی برای مداخله برخوردار نباشد، لازم است پیش از هر اقدامی وی را به شخص مجرب­تری ارجاع دهد یا از حمایت های سرپرست خود برای کمک به مراجع استفاده نماید. به طور کلی می­توان گفت که توانمندی­های مددکار اجتماعی در تعیین ادامه­ی مسیر مداخله بسیار اثرگذار است. همچنین با توجه به چک لیست شماره 1 لازم است تا رویکرد مناسب برای مداخله انتخاب شود. به طور قطع، با توجه به شرایط، ویژگی­ها، توانایی­ها، مشکلات و نیازهای مراجع لازم است تا از رویکردها و روش­های مختلف استفاده نمود.

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

برگزاری **جلسات هفتگی کار تیمی[[27]](#footnote-27)** در بخش­های درمانی بیمارستان­ها و مراکز درمانی به ویژه بیمارستان­های توانبخشی با طرح پرونده و تاریخچه وضعیت بیمار در جلسه توسط پزشک معالج از ابتدای زمان بستری، بحث در مورد ارزیابی اولیه تمامی متخصصین درگیر در مراقبت از توانخواه (فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، پرستار، مددکار اجتماعی، گفتاردرمانگر، روان شناس و سایر اعضای تیم با توجه به نوع کم توانی و شرایط توانخواه) و تدوین پروتکل توانبخشی شخصی سازی شده و همه جانبه برای هر یک از توانخواهان با لحاظ نمودن رویکرد تخصصی همه اعضا، مشخص شدن وظایف تخصصی آن ها برای اجرای این مداخلات و همچنین تداوم این جلسات به منظور ارائه گزارش هفتگی وضعیت بیمار در هر جلسه و بررسی چالش­ها و راهکارهای پیشنهادی توسط همه اعضا تا پایان فرایند مراقبت (ترخیص یا انتقال بیمار) بهترین رویکرد برای اجرای هر چه کامل­تر این راهنما خواهد بود. در برخی از جلسات مانند طراحی مداخلات توسط تیم و یا **جلسات برنامه ریزی و آماده نمودن توانخواه و خانواده برای ترخیص**[[28]](#footnote-28) بر حسب ضرورت می­تواند جلساتی با حضور همه یا تعدادی از اعضای تیم، توانخواه و خانواده یا مراقب اصلی (به عنوان بخشی از تیم توانبخشی) برگزار شود.

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

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

1. به منظور مراقبت همه جانبه از توانخواه و خانواده و نهادینه شدن فعالیت­ها در بستر تیم بین رشته­ای با مشارکت اعضای تیم بین رشته­ای توانبخشی، مددکار اجتماعی یا عضو دیگری از اعضا مسئولیت تدوین ***دستورالعمل داخلی فعالیت متخصصین در بستر تیم بین رشته ای توانبخشی*** را بر عهده گرفته و سندی به منظور هماهنگی بیشتر جلسات و اعضای شرکت کننده تنظیم گردد.
2. مددکاران اجتماعی مراکز درمانی عمومی یا توانبخشی، در تمامی فرایند مداخلات خود (غربالگری اولیه، ارزیابی جامع، هدف­گذاری، طراحی و اجرای مداخلات تخصصی، خاتمه، ارزشیابی و پیگیری) برای جمع­آوری اطلاعات لازم، پرونده بیمار، اطلاعات موجود در سامانه­ها، گزارش­های پزشک معالج، پرستار، فیزیوتراپیست، کادرمانگر، روان شناس و غیره را مطالعه نموده و اهتمام خود را برای تعامل نزدیک و دریافت و به اشتراک گذاری اطلاعات با سایر اعضا حفظ می نمایند. مددکار اجتماعی در مرحله اول پس از انجام غربالگری اولیه و ارزیابی جامع نسبت به تکمیل فرم­ها و چک لیست­های مربوطه در پرونده بیمار و سامانه HIS بیمارستان اقدام نموده و در صورت نیاز توانخواه به دریافت خدمات تخصصی بلند مدت نسبت به تشکیل پرونده اجتماعی (پرونده مددکاری اجتماعی) در واحد مددکاری اجتماعی اقدام و اطلاعات قابل اشتراک را با رضایت آگاهانه توانخواه و خانواده در جلسات هفتگی با اعضای تیم به اشتراک می گذارد و از سایر داده­های اعضای تیم نیز برای هدف­گذاری مشترک با مددجو و طراحی برنامه مداخله استفاده می کند. انجام کار در بستر تیم بین رشته­ای به مددکار اجتماعی کمک خواهد نمود، مسئولیت بیشتری از آنچه که وظیفه حرفه­ای و در حد صلاحیت اوست نپذیرد و همواره مراجع را برای دریافت خدمت تخصصی مورد نیاز به متخصص مربوطه ارجاع دهد و همچنین مراقبت موثرتری از بیمار و خانواده انجام شود.
3. ***جلسات کار تیمی*** در بخش­های درمانی به صورت هفتگی برگزار خواهد شد و با توجه به این که هر توانخواه با دستور پزشک معالج در مراکز درمانی بستری می شود و مسئولیت اصلی فرایند مراقبت از بیمار با پزشک معالج او می باشد. فرایند هماهنگی برگزاری جلسات کار تیمی بر عهده سرپرستار هر بخش خواهد بود و گزارش تجمیعی متخصصین در هر جلسه تیم نیز علاوه بر درج در پرونده های تخصصی و مستقل توانخواه در هر واحد (پرونده فیزیوتراپی، کاردرمانی و ...) در سامانه HIS و پرونده بخش بیمار با نظارت سرپرستار توسط پرستار مربوطه و منشی بخش انجام می شود.

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

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

برگزاری جلسات آموزشی مختصر برای اعضای تیم توانبخشی پزشکی در خصوص نقش ها و مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در عرصه توانبخشی و همچنین معرفی راهنمای حاضر، می تواند در آشنایی و تعامل بیشتر اعضای تیم با مددکاران اجتماعی و تسهیل جلسات کار تیمی موثر باشد. برگزاری جلسات مشترک بین اعضای تیم بین رشته­ای مراقبت و **مراقبان خانوادگی** و سایر اعضای خانواده[[29]](#footnote-29) (به تشخیص مددکار اجتماعی و اعضای تیم)، می­تواند برای توسعه روابط و مشارکت هر چه بیشتر خانواده در فرایند مراقبت از بیمار، پویایی بهتر فرایند، تسهیل فرایند دریافت اطلاعات لازم توسط خانواده و تصمیم گیری­های مناسب­تر آن­ها در امور درمانی و توانبخشی توانخواه موثر باشد. این جلسات می­تواند به صورت حضوری و یا در صورت عدم دسترسی به افراد تاثیرگذار در خانواده، به صورت مجازی با آن ها برگزار شود. تصمیم گیری در مورد زمان برگزاری این جلسات و چگونگی آن با اعضای تیم بین رشته ای توانبخشی خواهد بود و مددکار اجتماعی مسئولیت هماهنگی این جلسات را بر عهده خواهد گرفت.

### 3-2-2-گام سوم: هدف گذاری مداخله توانبخشی اجتماعی

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

همچنین، باید توجه داشت که انجام این مداخلات در بستر تیم توانبخشی اجتماعی (مددکار اجتماعی، روان شناس، روان پزشک، توانخواه و خانواده)، هماهنگی با اعضای سایر تیم های بین رشته ای توانبخشی و همچنین با استفاده از ظرفیت های داخلی مؤسسات و مراکز درمانی، شبکه حمایت خانوادگی و منابع اجتماعی شناسایی شده توسط مددکاران اجتماعی جامعه عمل خواهد پوشید. مددکاران اجتماعی می­توانند اهداف مداخله و برنامه های مداخلات تخصصی در **فرم جامع** مکتوب کنند.

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

### 4-2-2- گام چهارم: برنامه­ریزی برای اجرای راه­حل­ها و بستن قرارداد

­­­­­­­­­­­­­­­­

پس از انتخاب اهداف و راه­حل، باید مشخص شود که این اهداف و راه­حل­ها توسط چه افرادی، با چه منابع و امکاناتی، تا چه زمانی و با چه شاخص­هاي ارزشیابی، تحقق پیدا می­­کنند.در واقع مددکار اجتماعی بعد از اخذ یک راه­حل می‌تواند با مشارکت­کنندگان وارد مرحله­ی بستن قرارداد شود. قرارداد، یک قول و قرار دوطرفه­ی تعهدآور خواهد بود که در آن مددکار اجتماعی و مراجع (توانخواه، خانواده/ مراقب) به اجرای وظایفی متعهد می­شوند. به عبارتی، قرارداد یک تصمیم مشترک است، درباره­ی ماهیت مسئله‌ای که باید حل شود، نیازی که باید تحقق یابد، تهدیدی که باید رفع شود یا توانایی‌ که باید تقویت شود تا اهداف مطلوب تحقق پیدا کنند. قراردادها به رفع ابهام کمک می­کنند و دورنمایی از آنچه قرار است اتفاق بیفتد، نشان می­دهند. قرارداد بهتر است به‌صورت مکتوب، مستند شود و در یک فرایند گام‌به‌گام تدوین شود. همان‌طور که عیان است***، این قرارداد مبنا و پایه برنامه توانبخشی اجتماعی خواهد بود***.

در این مرحله نیز مشارکت اعضای خانواده و توانخواه از اهمیت بالایی برخوردار است و خانواده یا مراقب اصلی بايد به عنوان‌یک شخص متخصص در خصوص موقعیت و زندگی خودشان ديده شوند. مشارکت افراد ذی­نفع در قرارداد متضمن اجرای آن خواهد بود و یک قرارداد درست، عزت‌نفس و احساس توانایی مراجع را برای تأثیرگذاری در یک موقعیت افزایش می­دهد. برای جلب مشارکت افراد در برنامه­ریزی و قرارداد باید به موارد زیر توجه کرد:

* استفاده از تکنیک­های مصاحبه انگیزشی در ايجاد انگیزش در خانواده
* توجه به توانایی­ها، شایستگی و ظرفیت­های بالقوه خانواده و شبکه حمایتی آن
* حمایت از خانواده برای مشارکت و مداخله مؤثر توسط مددکار اجتماعی و سایر اعضای تیم تخصصی (اما نباید به­جای خانواده مسئولیت اصلی بر عهده مددکار اجتماعی باشد)
* عدم واگذاری نقش و مسئولیت به افراد در غیاب خودشان و یا بدون رضایت کامل و آگاهانه ایشان
* ارائه یک نسخه از قرارداد یا بندهای مرتبط با آنان به افراد مشارکت­کننده در برنامه مراقبت

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

* تعیین دقیق قدم­ها و اقدامات برای تحقق هر یک از اهداف
* تعیین دقیق نقش­ها و مسئولیت­ها برای اجرای اقدامات به توجه به حقوق و استقلال افراد
  + بررسی و بحث در مورد انتظارات از افراد به ویژه خانواده/ مراقب
  + نقش دقیق مددکار اجتماعی و سایر اعضای تیم تخصصی
* بررسی و تعیین عواقب عدم مشارکت کامل افراد با توجه به برنامه تدوین شده
* تعیین برنامه پیگیری و انواع راه­های ارتباطی با توانخواه و خانواده
* توافق بر دستاوردهای مورد انتظار و واقع­بینانه (شاخص­های ارزشیابی)
* تعیین برنامه زمان‌بندی ارزشیابی اقدامات
* ابزارهای احتمالی مورد نیاز در فرایند اجرای برنامه توانبخشی اجتماعی (استفاده احتمالی از پرسشنامه، برگزاری جلسات فردی یا خانوادگی، بازدید از منزل)
* تعیین حدود رازداری و اشتراک اطلاعات با اعضای تیم تخصصی و حتی افراد مهم زندگی توانخواه

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

* با وجود اهمیت قرارداد بستن با توانخواهان و اعضای خانواده، اما برای مراجعین مقاوم یا بی‌اعتماد و همچنین برای مراجعینی که در مرحله بحران قرار دارند، بهتر است که عقد قرارداد رسمی و مکتوب به تعویق بیافتد یا حذف شود. اما در این شرایط هم تاحد ممکن تمام اجزای قرارداد باید مورد بحث و توافق صورت بگیرند.
  + در رابطه با عدم موفقیت در جلب اعتماد و مشارکت توانخواه، خانواده و سایر افراد مهم، این نکته قابل تأمل است که اگر مددکار اجتماعی تا این مرحله را به‌درستی طی کرده باشد و رابطه حرفه‌ای مبتنی بر پذیرش و نگاه حمایت­گرانه (نه بازرسی) شکل داده باشد، می‌تواند اعتماد و انگیزش لازم و مورد نیاز را در افراد جلب کند. اما اگر موفق به این مشارکت و رضایت آگاهانه نشده است، لازم است که مروری بر ارتباط حرفه­ای خود داشته باشد، اصول و ارزش­ها و همچنین مراحل قبل را با دقت مرور کند و نقش خود را در ایجاد نشدن این اعتماد پیدا کند.
* همان‌طور که از همان ابتدا به رفت و برگشتی بودن فرایند تدوین و اجرای مداخله توانبخشی اجتماعی اشاره شد، هر زمان‌که در طول اجرای قرارداد و برنامه مراقبت، اطلاعات جدیدی کسب شد که در تغییر ارزیابی، تعیین اهداف و برنامه عملی الزام ایجاد می­کنند، این تغییرات در قرارداد نیز باید اعمال شوند. بنابراین باید نگاهی انعطاف­پذیر به قرارداد داشت و این انعطاف­پذیری را به مراجعین نیز یادآوری کرد. حتي در منابع مختلف پيشنهاد شده است كه در قراردادها بندي وجود داشته باشد كه مشخص كند، اين برنامه در چه بازه زماني لازم است كه مرور و بازبيني شود تا در صورت لزوم اصلاحاتي در آن اعمال شود.
* همان‌طور که به تعیین حدود رازداری به عنوان‌یکی از مباحث ضروری جهت بحث و بررسی در قرارداد اشاره شد، با وجود اهميت مشاركتي بودن برنامه­ریزی و تدوین قرارداد جهت اجرای برنامه مراقبت، بايد به اين موضوع توجه شود *كه اطلاعات دقیق توانخواه با افرادي كه ممكن است امنيت وی را به خطر بياندازند به اشتراك گذاشته نشود.*

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

|  |
| --- |
| **« قرارداد برنامه توانبخشی اجتماعی»**  **الف- اهداف و نتایج مورد انتظار از مداخله توانبخشی اجتماعی**   1. **اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت مورد توافق**    * با توجه به قدم اول در مرحله دوم هدف گذاری 2. **نتایج و موفقيت مورد انتظار براي هريك از اهداف**    * با توجه به قدم دوم در مرحله دوم(هدف­گذاری): سطر *موفقيت مورد انتظار*   **ب- چگونگي تحقق اهداف و اجراي برنامه**   1. **راه­حل­هاي انتخاب شده جهت تحقق اهداف**    * با توجه به قدم­های فاز هدف­گذاری 2. **قدم­ها و مراحل انجام راه­حل همراه با زمان­بندي**     * در اين قسمت بايد هر راه­­حل به مجموعه­اي از قدم­هاي مشخص، قابل‌اجرا و قابل درك براي مشاركت­كنندگان شكسته شود.    * جهت مشخص شدن زمان پيگيري­هاي بعدي و ارزشيابي بايد مشخص شود كه در چه فاصله زماني(يك هفته ديگر يا چهار ماه ديگر) راه­حل انتخابي مي­تواند منجر به تحقق كامل انتظارات يا بخشي از آن شود. در واقع در اين قسمت بايد براي قدم­هاي تعريف شده براي هريك از راه­حل­ها زمان مشخصي را تعريف كرد. 3. **نقش و مسئوليت توانخواه، خانواده وی، ساير افراد مهم، مددكار اجتماعي و ساير اعضاي تيم تخصصي**    * در اين قسمت بايد مشخص شود كه *براي هريك از قدم­ها و مراحل تعيين شده*، چه فرد يا افرادي مسئوليت دارند و چه انتظار دقيقي از آن‌ها مي­رود.    * در اين قسمت بهتر است كه مددكار اجتماعي ابزارهایی كه ممکن است در طول کار بكار بگيرد مانند پرسشنامه­هاي تخصصي، يا دعوت از خانواده و یا بازدید از منزل را مشخص كند و در مورد آن با خانواده توافق كند.    * در اين قسمت مددكار اجتماعي به صورت دقيق ساير اعضاي تيم متخصصان و نقشي كه بر عهده دارند را بايد مشخص و به خانواده معرفي كند. 4. **تعهدات توانخواه، اعضاي خانواده وی، ساير افراد مهم، مددكار اجتماعي و ساير اعضاي تيم تخصصي**    * در اين قسمت تعهدات توانخواه، اعضاي خانواده ساير افراد مهم مشاركت­كننده در تدوين برنامه مراقبت در اجراي برنامه مراقبت و همكاري با مددكار اجتماعي را قيد كنند. از جمله اجراي نقش­ها و وظايف خود در تحقق اهداف، حفظ ارتباط با مددكار اجتماعي و مطلع ساختن وي در شرايط خاص و چگونگي اقدام و واكنش در صورت مواجه با موانع و مشكلات احتمالي (بر اساس *مشکلات و موانع در تامین نیاز و یا رفع خطر* در جدول ارزیابی)    * همچنين در اين قسمت تعهدات مددكار اجتماعي و اعضاي تيم متخصصان در تحقق برنامه مراقبت بايد قيد شود كه از جمله آن مي­توان به حدود رازداري، اجراي نقش­ها، حمايت از خانواده در چارچوب تعريف شده و هماهنگي مددکار اجتماعی با ساير متخصصان اشاره كرد.   **ج- فرایند پيگيري و ارتباط با مرکز/ سازمان**   1. **راه­هاي ارتباطي با مددكار اجتماعي**    * در اين قسمت انواع روش­هايي كه مراجعان مي­توانند با مددكار اجتماعي در ارتباط باشند، بايد قيد شود: حضور افراد در مرکز درمانی، تلفني، مجازي    * در اين قسمت محدوديت­هايي كه ممكن است، افراد در اين ارتباط با مددكار اجتماعي و مراکز درمانی، کلینیک­ها داشته باشند، به ويژه مواردي كه ممكن است امنيت توانخواه يا ساير افراد را به خطر بياندازد بايد قيد شود(مانند تماس نگرفتن در ساعات مشخصي از روز) 2. **فرايند و برنامه زمان­بندي پيگيري از جانب مددكار اجتماعي**    * در اين قسمت بايد توافق شود كه مددكار اجتماعي چگونه از هريك از افراد مشاركت­كننده در برنامه توانبخشی اجتماعی (توانخواه، اعضاي خانواده يا ساير افراد مهم) پيگيري مي­كند تا از اجراي برنامه و انجام نقش­ها و تحقق اهداف اطمينان پيدا كند.    * اين قسمت بايد شامل موارد زير باشد:      + شيوه پيگيري(تلفني، حضور افراد در مراکز/ سازمان، بازديد از منزل، مجازي)      + زمان­بندي و تاريخ پيگيري­ها 3. **بازه زماني احتمالي جهت مرور و بازبيني برنامه مداخلاتی**    * در اين قسمت، مددكار اجتماعي با توجه به زمان­بندي اهداف و قدم­هاي تعيين شده و پيگيري­هايي كه بايد براي اطمينان از تحقق آن‌ها صورت بگيرد، مي­تواند با مشاركت ساير افراد يك بازه زماني(براي نمونه سه‌ماهه) تعريف كند، كه در آن زمان با فرايندي مشاركتي، مروري بر مداخلات صورت بگيرد، اصلاحات احتمالي بر آن اعمال شود.    * در صورت هرگونه تغيير در متن قرارداد، در صورت امكان اصلاحات با ذكر دقيق تاريخ به همين قرارداد اعمال شوند، اما اگر اين تغيير بسيار اساسي بوده و منجر به اصلاح بخش­هاي متعدد مي­شود، لازم است كه قراردادي جديد و برنامه مراقبت جديدي تدوين شود.   **تاریخ اولیه قرار داد[[30]](#footnote-30): امضا تمامی طرفین قرارداد:** |

در كنار تكميل بخش­هاي مختلف قرارداد، مددكاران اجتماعي مي­توانند به دلخواه از جدول گانت[[31]](#footnote-31) براي ساده­سازي اين قرارداد استفاده كنند و نسخه­اي از جدول را در اختيار مشاركت­كنندگان دهند. نمونه­اي از اين جدول در ادامه آمده است. نکته قابل توجه این است که این جدول به مرور زمان و با توجه به فرایند مداخله، نیازمند بازبینی و اصلاح با مشارکت توانخواه، خانواده و اعضای تیم تخصصی است.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **جدول شماره 2-2- گانت چارت پيشنهادي** | | | | |
| **راه­حل/ راه‌حل­­ها**  **(همراه­ با زمان­بندي)** | **قدم‌ها يا فعاليت­ها** | **مجري هر قدم يا فعاليت** | **بازه زماني مورد انتظار جهت اجرا** | **تاريخ پيگيري توسط مددكار اجتماعي** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **یادآوری نكات مورد توجه براي ارزيابي و هدف­گذاري در موارد شديد آزار و غفلت افراد توانخواه** |
| در موارد شديد آزار و غفلت توانخواهان نظیر سالمندان و کودکان مددكار اجتماعي و اعضاي تيم تخصصي بايد به نکات زير توجه كنند:   * + سرپرست يا سرپرستان آزارگر و ساير اعضای خانواده نبايد قضاوت و كنار گذاشته شوند.   + وظیفه مددكار اجتماعي و اعضاي تيم تخصصي، به هيچ عنوان مجازات و تنبیه فرد خاطی نیست، بلکه حمایت از توانخواه در بستر خانواده تا جای ممکن است. در واقع بايد نقشي حمایت­كننده و نه بازجویانه داشته باشند.   + برخورد حرفه­ای مددكار اجتماعي و اعضاي تيم تخصصي، باید مانع از این شود که توانخواه و خانواده وی در مقابل یکدیگر قرار گیرند.   + تمركز اصلي بايد بر هدف­گذاري در راستاي تأمین نیازهای توانخواه، تأمین نیازهای خانواده و توانمند شدن خانواده برای نگهداری و مراقبت از توانخواه با مشارکت خود خانواده و در بستر خانواده باشد.   + با وجود همه تأکید بر مشاركت خانواده، تأمین نیازهای توانخواه و حفاظت از او هم نباید قربانی جلب مشارکت خانواده به هر بهایی شود. |

### 5-2-2- گام پنجم: مداخلات تخصصی

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

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

جدول شماره 2-3- اطلاعاتی تکمیلی برای انتخاب رویکرد مناسب

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

جزئیات مربوط به مداخلات مددکاری اجتماعی در حوزۀ خبر بد در پیوست شماره 2 قابل مشاهده است.

**5-5-2-2- تعیین سطوح مداخله مددکاری اجتماعی**

* مداخلات شخص محور

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

در این سطح از مداخلات لازم است تا مددکار اجتماعی ضمن توجه به نیازها، مسائل و مشکلاتی که جنبه­ی عمومی دارند و اکثر بیماران دارای معلولیت با آن مواجه هستند، به شناسایی نیازهای منحصر بفرد بیمار، بخصوص آن دسته از نیازهایی بپردازد که بر فرایند درمان و مراقبت و توانبخشی اثر گذار هستند. برای مثال ممکن است دانش آموزی 12 ساله به علت تصادف دچار معلولیت از ناحیه­ی پا شده­است و لازم است تا مدت یکماه را در بیمارستان بگذراند. مددکار اجتماعی باید به نیازهای تحصیلی دانش آموز توجه کند. زیرا در صورتی که این موضوع نادیده گرفته شود، بیمار با استرس ناشی از عقب ماندگی تحصیلی یا دور بودن از همکلاسی­ها و محیط آموزشی مواجه شود و اقدام به ترخیص زودتر از موعد از بیمارستان کند یا بین بیمار، خانواده و تیم درمان چالش و بحث­های متعددی مطرح شود که همگی ناشی از بی توجهی به این نیاز بوده­اند. توجه به نیازهای فردی بیمار و تدوین برنامه­ی مداخله­ای که خاص بیمار مورد نظر است، می­تواند اعتماد میان بیمار و تیم درمان و توانبخشی را تقویت کند. مشکلات و عقب ماندگی­های تحصیلی، مشکلات اقتصادی و مالی ناشی از بیکار شدن، ترس ها و نگرانی­های مرتبط با از دست دادن و جدایی، نگرانی از برچسب ها و انگ های اجتماعی، عدم دسترسی به منابع حمایت اجتماعی در حوزه­ی توانبخشی بخصوص برای بیماران ساکن شهرهای کوچک و روستاها، تضییع حقوق بیمار به علت معلولیت، وجود چند فرد معلول در خانواده و کمبود مراقب موثر و غیره نمونه­هایی از مشکلاتی هستند که می­توانند بر فرایند درمان و توانبخشی تاثیر منفی برجای بگذارند و در هر فردی از شدت و ضعف­های متفاوتی برخوردارند و هر فرد با توجه به مهارت­ها، تجارب، محدودیت­ها و نگرش­های خود به شیوه­ی منحصر به فردی به این مسائل نگاه می­کند.

* مداخلات گروه محور

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

جدول شماره 2-4- جزئیات نمونه هایی از رویکردهایمداخلات مددکاری گروهی مددکاران اجتماعی در کار با افراد دارای معلولیت و خانواده­های آنان

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نوع مددکاری گروهی** | **شرح روش** | **دستاوردها** |
| گروه های خودیار (کمک متقابل همتایان) | گروه­های باز، خودگردان و کوچکی که به فواصل منظمی یکدیگر را ملاقات می­کنند و فعالیت اصلی آن­ها کمک دو جانبه است. کمک دو جانبه در اینجا به صورت شکلی از حمایت اجتماعی در نظر گرفته می­شود که از کمک عملی و روانشناختی بین افراد دارای یک مشکل مشترک یا موضوعی که آن ها را به شکلی برابر به هم پیوند می دهد، تشکیل شده است. این گروه ها به وسیله اعضای گروه اداره می شوند و هیچ هدایت کننده متخصصی ندارند. متخصصین ممکن است بنا به، تقاضا و تایید افراد گروه در جلسات شرکت کنند ولی آن ها صرفا در نقش تسهیلگر و مشاور باقی می مانند. | - یادگیری اطلاعات و راهکارهای جدید برای مقابله با مشکلات ناشی از معلولیت  - پیدا کردن اطمینان و حمایت از دیگران با تجارب مشابه زندگی  - توسعه بینش شخصی و دستیابی به رشد شخصی  - یادگیری بهتر بیان احساسات و حساسیت بیشتر نسبت به احساسات دیگران  - کسب احساس قدرت و اعتماد به نفس بیشتری در مقابله با چالش ها  - ایجاد ارتباط با جامعه و کاهش انزوای شخصی |
| گروه های آموزشی و مشاوره ای | گروه­های آموزشی اغلب به افراد دارای نیازهای پزشکی ارائه می شوند تا بیماران و/یا خانواده های آن ها را در مورد شرایط پزشکی آموزش دهند و مهارت­های مورد نیاز برای کمک به مدیریت شرایط و استرس را که اغلب با آن ها همراه است آموزش دهند. این گروه ها عموماً به صورت ساختارمند هدایت می شوند، به این ترتیب که مطالب توسط مددکاران اجتماعی (یا تسهیلگران دیگر) ارائه می شود، مهارت­ها آموزش داده می­شود و تمرین می­شود و اعضا تشویق می­شوند تا در مورد آموخته­ها و نحوه استفاده از آن­ها در خارج از گروه صحبت کنند. | تشـویق بیمـاران جهـت مشـارکت فعـال در فرایند درمـان، مراقبـت و توانبخشی، در بهبـود کیفیـت زندگـي بیمـاران بـا وجـود اعمـال محدودیـت هـاي ناشـي از معلولیت و درمـان آن |

* مداخلات خانواده محور

افراد دارای معلولیت در مرحله­ی پیش، حین و پس از معلولیت به حمایت و کمک خانواده نیاز دارند. خانواده در این زمینه نقش­های مهمی را برعهده دارد، بویژه از حیث ارائه­ی حمایت های روانی غیر رسمی. طی سالیان اخیر توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) مطرح شده­است. این نوع توانبخشی، راهبردی در درون توسعه جامعه برای ارائه خدمات توانبخشی است که در آن تساوی فرصت‌ها و تلفیق اجتماعی تمامی افراد معلول از طریق تلاش‌های مشترک خود فرد، خانواده، جامعه و خدمات بهداشتی، آموزشی، حرفه‌ای و اجتماعی تحقق می­یابد. در این تعریف بخش‌‌های مؤثر در توسعه و اجرای توانبخشی، نقش خانواده بعد از نقش موثر خود افراد دارای معلولیت در مقام دوم جای گرفته است، به گونه‌‌ای که خانواده مسئولیت اولیه را برای مراقبت از همه اعضای خویش به عهده دارد و در صف اول حمایت از عضو دارای معلولیت و کمک به آن ها قرار دارد. در سال 2006 کنوانسیون بین‌المللی حقوق افراد دارای معلولیت به تصویب سازمان ملل رسید. در بخش‌های مختلفی از این معاهده جهانی به خانواده و نقش آن پرداخته شده­است بویژه در ماده ی 23 این قانون به اهمیت خانه و خانواده اشاره شده­است.

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

جدول شماره 2-5- مداخلات خانواده­ محور در کار با بیماران دارای معلولیت

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **عنوان مداخله** | **شرح مداخله** | **دستاوردها برای فرد دارای معلولیت و خانواده** |
| خانواده درمانی | خانواده درمانی مجموعه‌ای از رویکردهای روان‌ درمانی است که به جای درمان فردی، بر همه افراد خانواده متمرکز است و تمامی این افراد در جریان روند درمان قرار دارند. می‌تواند به اعضای خانواده در بهبود ارتباط و رفع درگیری‌ها و تنش‌ها کمک کند. این روش، اغلب درمانی کوتاه مدت است. در جلسات مشاوره، ممکن است تمام اعضای خانواده، یا تنها برخی از اعضا، که توانایی شرکت در این جلسات را دارند، شرکت کنند. برنامه درمانی، براساس شرایط و وضعیت خاص هر خانواده متفاوت خواهد بود. این جلسات، به یادگیری مهارت‌هایی می‌پردازد که به تعمیق روابط بین اعضای خانواده و گذر از زمآن های پرتنش و سخت کمک می‌کند. تأثیر این مهارت‌ها و جلسات تا مدت‌ها پس از پایان جلسات مشاوره نیز ادامه خواهد داشت. | - بررسی پویایی تعاملات درخانواده و رابطه آن با آسیب‌شناسی روانی و معلولیت  - افزایش توان داخلی و منابع عملکردی خانواده و فرد دارای معلولیت  - تغییر ساختار سبک‌های تعاملی ناسازگار خانواده (از جمله بهبود ارتباطات) - افزایش توانایی حل مسئله خانواده  - ترغیب بیمار و خانواده برای مشارکت فعال در برنامه های توانبخشی  - مدیریت تاثیرات منفی معلولیت بر سایر اعضای خانواده بویژه کودکان |
| آموزش خانواده | آموزش خانواده درخصوص نقش مددکار اجتماعی در فرایند توانبخشی، آموزش خانواده درخصوص چگونگی مقابله کارآمد با بیماری و بیمار، آموزش استفاده از ظرفیت های باقی مانده ی فرد دارای معلولیت توسط افراد خانواده، تشویق به انجام کارهای گروهی در خانه، آموزش خودمراقبتی به اعضای خانواده | ارتقای سطح کیفیت مراقبت از توانخواه  کاهش بار مراقبتی برای مراقب خانوادگی |
| توانبخشی خانواده محور | برنامه **توانبخشی خانواده محور** شامل آموزش مهارت های ارتباطی، حل مسئله، کنترل استرس و کنترل هیجانات می‌باشد. با توانبخشی خانواده محور، خانواده و فرد داری معلولیت راه همزیستی با یکدیگر را می آموزند. اجرای برنامه توانبخشی خانواده محور، باعث افزایش اعتماد به نفس خانواده و فرد دارای معلولیت و افراد با نیازهای ویژه می شود چرا که آنان راه تعامل و ارتباط را می آموزند | - استفاده از پتانسیل خانواده به عنوان عضوی از تیم توانبخشی  - آماده سازی خانه و خانواده برای بازگشت بیمار از بیمارستان به خانه |

نکته: توصیه می­شود با توجه به اینکه در شیفت­های صبح، خانواده درگیر مسائل درمان و توانبخشی جسمی است و بیشتر برنامه­های مراقبتی به طور معمول در این زمان انجام می­شود، مددکاران اجتماعی برای کار با خانواده از فراغت و خلوتی شیفت­های عصر و شب استفاده کنند. مددکار اجتماعی می­تواند آموزش­ها را به صورت کارگاهی و سخنرانی، بحث­های گروهی، توزیع بروشورهای آموزشی با محتوای شناخت معلولیت، شناخت عوامل استرس­زای ناشی از مراقبت از فرد دارای معلولیت، مدیریت و کاهش این عوامل استرس زا به اعضای خانواده و جلسات آموزشی خودمراقبتی برای مراقبان ارائه دهد.

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

* مداخلات جامعه محور

همانگونه که قبلا توضیح داده شد، توانبخشی مبتنی بر جامعه و اقدامات جامعه نگر در کار با افراد دارای معلولیت، راهبردهایی هستند که به دنبال ایجاد فرصت­های مساوی و عدالت اجتماعی و کمک به پیوند فرد معلول با جامعه کمک می­کنند. افراد و گروه­های شرکت کننده در برنامه­های جامعه­ای شامل افراد دارای معلولیت، خانواده، اعضای جامعه، بخش دولتی مانند بیمارستان، بخش غیر دولتی و متخصصین و اعضای تیم­های درمان و توانبخشی می­باشد.

اهداف برنامه های جامعه محور عبارتند از:

* تغییر در نگرش و شیوه­ی رفتار افراد جامعه نسبت به افراد دارای معلولیت
* نیازسنجی واقعی از خواسته­ها و نیازهای گروه هدف
* افزایش آگاهی عمومی در حوزه­ی توانبخشی
* افزایش خدمات مبتنی بر منزل
* کمک به تغییر نگرش افراد دارای معلولیت برای خروج از نقش انفعالی و دریافت کننده­ی صرف خدمات
* تدارک خدمات توانبخشی برای افراد دارای معلولیت در سطح جامعه
* افزایش حس مطالبه­گری در ذینفعان

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

جدول شماره 2-6- قسمت های مختلف یک نمونه از طرح توانبخشی با رویکرد جامعه نگر

|  |  |
| --- | --- |
| **عوامل** | **توضیحات** |
| تعریف جامعه | منظور از جامعه بخشی از اجتماع مورد نظر است که مستقیما از یک یا چند مشکل رنج می برند و دچار محرومیت هستند یا افرادی که مورد استثمار قرار گرفته یا حق و حقوقی از آن ها ضایع شده­است یا در صدد بهبود شرایط و احقاق حقوق خود هستند یا مایل به تغییر و اصلاح شرایط فعلی خود هستند. مانند گروهی از افراد دارای معلولیت که ممکن است به یک خدمت، دارو و درمان ویژه نیاز دارند و به دلیل کمبود امکانات یا توزیع نا عادلانه­ی منابع از دسترسی به آن محروم هستند. در این قسمت لازم است تا جامعه­ی هدف به خوبی و به صورت شفاف توضیح داده شود. |
| نوع جامعه | - جامعه ای متشکل از افراد محروم و رنج کشیده  - جامعه ای متشکل از افرادی که ارتباطات و انسجام درون گروهی ضعیفی دارند.  - جامعه ای متشکل از افرادی که از مشکلات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی شاکی هستند.  لازم است مددکار اجتماعی نوع جامعه مورد مطالعه و مداخله را انتخاب کند. برای هر گروه از جامعه، روش خاص و ویژه­ای بکار می­رود. |
| اهداف | - حل مسئله  - به انجام رساندن وظیفه ای خاص در جهت حل مشکلات  - خودیاری، افزایش اتحاد و انسجام درون گروهی  - رشد احساس مسئولیت و سازماندهی جامعه  - تغییر در ارتباطات درون جامعه  - اجرای قانون به نفع گروه هدف  طرح جامعه ای می تواند یک یا چند مورد از اهداف اشاره شده را محقق کند. |
| نقش های مراجع | - نقش فعال از طریق مشارکت در انجمن های محلی  - نقش نیمه فعال (شرکت کننده در برنامه ریزی ها و ارائه ی نظر)  - نقش همکاری کننده (در اجرای پروژه های محلی) |
| نقش های مددکار اجتماعی | - نقش حامی: علاقه مند به مردم جامعه و منافعشان  - نقش آگاهی دهنده: آگاه کردن گروه هدف نسبت به حقوق و منافعشان  - نقش برنامه­ریز: برنامه ریزی اجتماعی در راستای تحقق اهداف فردی و جمعی گروه هدف  - نقش محقق: تحقیق و بررسی در زمینه ی نیازها، امکانات و راه های تحقق دستاوردهای مطلوب برای گروه هدف  - نقش قادر سازنده: مشوق گروه هدف تا بتوانند نارضایتی های خود را ابراز کنند  - نقش سازمان دهنده: سازماندهی اقدامات برای پذیرش مسئولیت توسط خود مردم در جهت رسیدن به زندگی بهتر |
| روش جامعه­ای مورد نظر | - **رشد و توسعه ی محلی:** جریانی است که رشد اقتصادی و اجتماعی را به­وسیله ی تشریک مساعی فعالانه جامعه و اعتماد به ابتکارات مردم برای تمام افراد جامعه بوجود می آورد. هدف در این روش، توسعه­ی محلی، گسترش دموکراسی، مشارکت و اعتماد به نفس در بین مردم محلی برای ایجاد توسعه ی مورد نظر است.  - **برنامه ریزی اجتماعی:** بکارگیری فنون و روش های تنظیم برنامه برای رسیدن به اهداف مشخص جامعه است. این روش، مشکلات و عوامل مخرب را کاهش داده یا مخاطرات کارکردی آن ها را به حداقل می رساند و امکانات مثبت جامعه را رشد می دهد.  **اقدام اجتماعی:** وقتی که مردم یک جامعه دارای وضع اقتصادی و اجتماعی نامساعد بوده یا حقوقشان نادیده گرفته شود یا به دنبال علاقه­مندی مشترک برای بهترشدن کیفیت زندگیشان هستند، مددکار اجتماعی با ایجاد اتحاد بین مردم زمینه­های تغییر اجتماعی را فراهم می آورد. |
| استراتژی های مورد استفاده | - نیازسنجی، کشف و جمع اوری نیازها و خواسته های واقعی گروه هدف  - بحث و مذاکره میان طرفین مورد جدل یا گروه هدف و قانون گذاران  - بحث و تبادل نظر بین پاره گروه های جامعه و تقویت ارتباطات تضعیف شده  - آموزش، حساس سازی و ترویج زمینه های مشترک همکاری بین مردم و جامعه  - اقدام مستقیم مطابق قانون |
| دستاوردهای مورد انتظار | گروه هدف (افراد دارای معلولیت و خانواده آن ها) به طور عادلانه از منابع و امکانات اجتماعی بخصوص در حوزه ی سلامت برخوردار شوند. با همکاری و مشارکت یکدیگر به مطالبه گری از مسئولین و برنامه ریزان بپردازند، خدمات توانبخشی در دسترس افراد جامعه قرار گیرد. حقوق قانونی افراد دارای معلولیت مورد توجه و تحقق قرار گیرد. |
| رویکرد نظری | نظریه­ی توسعه­ی اجتماعی، نظریه­ی نوسازی جامعه، نظریه­ی کنش متقابل نمادی، نظریه­ی مراحل سه گانه­ی توسعه، نظریه تضاد، نظریه های برنامه ریزی اجتماعی |
| گزارش کار | در این قسمت لازم است مددکار اجتماعی جزئیات کار را به صورت مبسوط توضیح دهد. سرفصل هایی که در این قسمت باید مورد توجه قرار گیرند عبارتند از:  - شناسایی جامعه از نظر ویژگی­های فیزیکی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و میزان دسترسی افراد دارای معلولیت به منابع و امکانات  - طرح دقیق مسئله یا مشکل  - تاریخچه ی مسئله و اقداماتی که تا کنون انجام شده است  - تشخیص مددکار اجتماعی از مسئله  - تعیین اهداف کاری و فرایندی  - راهبردها (استراتژی ها)  - فنون و تدابیر اجرایی (تاکتیک ها)  - اجرای برنامه های تعیین شده در طرح  - ارزیابی  - پیگیری |

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

#### **6-5-2-2- انتخاب راهبرد مناسب برای توانبخشی اجتماعی**

* مداخلات موسسه محور

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

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

**مدل شماتیک شماره 2-3: ملاحظات و اسناد پیشتیبان خدمات مددکاری اجتماعی در مراکز درمانی**

* مداخلات فرامؤسسه­ای

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

* مداخلات جامعه­ای و بین سازمانی مانند تدوین مداخلات مشترک با اداره­ی بهزیستی در زمینه ارائه­ی خدمات توانبخشی جسمی (فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، کادرمانی و... با تعرفه­ی دولتی) یا تدوین مداخلات مشترک بین بیمارستان و دفاتر تسهیلگری در مناطق حاشیه نشین شهرها
* ادغام و بازیابی اجتماعی بیماران دارای معلولیت از طریق کاهش انگ های اجتماعی و تقویت سرمایه­های اجتماعی آن ها
* عقد تفاهم­نامه با مراکز دولتی و غیر دولتی و خیرین جهت همکاری و حمایت­یابی در راستای استانداردهای اعتبار بخشی مرتبط با حوزه­ی خیرین سلامت و همکاری های بین بخشی
* شناسایی سایر مراکز حامی معلولین و برقراری ارتباط مداوم جهت ارجاع توانخواهان
* مشارکت در ایجاد و توسعه­ی سازمان ها یا گروه­های خودیار معلولین
* توانبخشی از راه دور[[32]](#footnote-32)

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

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

توانبخشی از راه دور کاربردهای بالینی متنوعی برای اعضای تیم بین رشته­ای دارد. این موارد عبارتند از: مشاوره برای وضعیت نشستن و حالات مختلف بیمار؛ ارائه تکنولوژی­های کمکی با استفاده از تلفن­های ساده قدیمی؛ کنترل و نظارت زخم بستر با استفاده از تصاویر با کیفیت بالا و یا پایین توسط پزشکان و پرستاران؛ درمان از راه دور با استفاده از ابزارهایی نظیر بازی های کنترل شده EMG[[33]](#footnote-33) برای توانبخشی سکته مغزی (بازی­های ویدیویی با هدف بهبود کنترل میوالکتریک)، بازنویسی داستان­های تعاملی از راه دور برای توانبخشی آسیب مغزی؛ مدیریت توانبخشی از راه دور و یا مشاوره تلفنی توسط متخصصان طب فیزیکی و توانبخشی و استفاده از سیستم­های ویدئوکنفرانس گروهی در کلینیک­ها فراتر از شبکه­های پزشکی از راه دور توسط پزشکان. این رویکرد همچنین ارزیابی عملکرد بیمار؛ مدیریت بالینی بیمار از دور، انتخاب و مشخص نمودن نیازهای بیمار یا مراقب او؛ آموزش و پرورش متخصصین و مراقبان بیمار را فراهم می­نماید.

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

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

* **ارزیابی جامع توانخواهان**

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

* **مشاوره از راه دور[[34]](#footnote-34)**

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

* **تشکیل گروه­های همیار در شبکه های مجازی**

این طرح به دنبال بهره­گیری از امکانات فضای مجازی در راستای تشکیل گروه­های خودیار و همتایان برای توانخواهان، مراقبان خانوادگی و سایر اعضای خانواده آن­ها می­باشد. این گروه­ها متشکل از همتایانی با مشکلات مشترک است که گردهم می­آیند تا با کمک متقابل یک نیاز عمومی را تامین کنند، بر یک نقص همگانی یا مشکل مختل کننده زندگی فائق آیند. آن­ها غالبا برای یکدیگر کمک متقابل و حمایت عاطفی و اطلاعاتی مناسبی را فراهم می­کنند. گروه های خودیار بر همبستگی همتایان تاکید دارد و با بهره گیری از ظرفیت­ها و توانمندی های توانخواهان هدایت می شود، شرکت­کنندگان در این گروه ها از منافع اصل " درمان یاور" استفاده می کنند، آن ها از کمک به یکدیگر احساس ارزشمند بودن می کنند و یکدیگر را قادر می سازند تا بهتر از عهده مشکلات بربیایند. تجربه عمیق مشکل از سوی اعضا موجب می­شود، تا در موارد مشابه به یاری همدیگر بشتابند، به گونه­ای که هر عضو مشکل خود را برای اعضا شرح می­دهد و تجربه­ها و برنامه­های مرتبط با رفع مشکل را با دریافت حمایت­های عاطفی و اطلاعاتی سایر اعضا بازنگری می­کند.

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

* **حمایت یابی از راه دور[[35]](#footnote-35)**

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

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

* تسریع در ارائه خدمت به توانخواهان
* از میان برداشتن واسطه­ها برای ارائه خدمات داوطلبانه و کمک های مالی
* تسهیل ارتباط بین شبکه مددکاران اجتماعی و داوطلبین ارائه خدمات اجتماعی و کمک های مالی
* پوشش دهی مناسب خدمات فراتر از محدودیت های مکانی
* بهره گیری از تکنولوژی در خدمات مددکاری اجتماعی
* ایجاد شفافیت در ارائه و دریافت خدمت برای گروه­های خدمت دهنده و خدمت گیرنده

این خدمت می­تواند با ساخت یک سامانه و یا اپلیکشین قابل استفاده در سیستم اندروید و ویندوز، مددکاران اجتماعی توانبخشی و نظام سلامت را به داوطلبین ارائه خدمات اجتماعی متصل نماید، تا درصورت نیاز مددکار اجتماعی نیاز به دریافت حمایت­های مالی، خدمات داوطلبانه، خدمات حرفه­ای برای مددجویان؛ امکان ارائه درخواست در سامانه میسر بوده و درخواست وی برای کسانی که در حال حاضر آماده ارائه خدمت هستند، ارسال شود و فردی که آمادگی ارائه­خدمت مورد نظر را دارد، آن را تائید­کرده و با انجام هماهنگی­های لازم آن را انجام­دهد.

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

* **پیگیری**

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

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

* توانبخشی مبتنی بر جامعه

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

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

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

### 6-2-2- گام ششم: ارزشیابی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی

مداخلات مددکاران اجتماعی از دو حیث قابل بررسی است. اول اثربخشی یعنی آیا خدمات و برنامه­های مداخله به اهداف مورد انتظار دست یافته اند؟ دوم کارایی یعنی هزینه­ی خدمات و برنامه ها از لحاظ پول، زمان و سایر منابع چگونه است؟ در ارزشیابی خدمات مددکاری اجتماعی ضمن توجه به اثربخشی و کارایی، همکاری با سایر مددکاران اجتماعی و تیم درمان و توانبخشی، استفاده از دانش حاصل از ارزشیابی برای بهبود مداخلات (برای مددکار اجتماعی و مددجو) در نظر گرفته می­شود. همچنین باید گام­های منطقی برای ایمنی در برابر پیامدهای ناخواسته و اثرات مضر مداخله برداشته شود. به طور کلی در ارزشیابی خدمات مددکاری اجتماعی به اندازه­گیری متغیرهای وابسته (بازده­های برنامه­های مداخله­ای خاص) و متغیرهای مستقل (فرایندهای تغییر یا ماهیت خود مداخله) توجه می­شود. اولی را **ارزشیابی تراکمی** می­نامند که به بازده مداخلات توجه دارد و دومی را **ارزشیابی تکوینی** می­نامند، که شامل مطالعه­ی نحوه یا فرایند انجام مداخله است. هودسن و گرینل الگویی را برای ارزشیابی پیشنهاد دادند و در این الگو چهار عنصر را در نظر گرفتند که در شکل زیر به خوبی نشان داده شده است[28].

**درارزشیابی مداخلات مددکاری اجتماعی باید به نکات زیر توجه شود:**

1. اهداف برنامه­ها به صورت اسمارت تدوین شده باشد و جنبه­ی عینی داشته باشد. برای هر نوع ارزشیابی، دستیابی واضح به اهداف عینی ضروری است. همچنین اهداف عینی باید فردی شده نیز باشند.
2. گروه هدف دقیقا مشخص شود. اهداف برنامه باید برای فرد محقق شود یا خانواده، گروه و جامعه نیز مشمول این اهداف می شوند؟
3. کدام جز یا بخش از برنامه یا طرح مداخله برای تحقق هدف­های عینی در مورد جامعه یا مددجو ضروری هستند؟ گاهی تحقق بخشی از برنامه ما را به همه یا قسمت اعظم اهداف تعیین شده می­رساند. یعنی وزن بخش­های مختلف برنامه در دستیابی به اهداف یکسان نیستند و مددکار اجتماعی باید در ارزشیابی به این نکته توجه کند.
4. توجه به تقدم و تاخر اجرای برنامه­ها نیز مهم­اند، بعضی از برنامه­ها را می­توان همزمان انجام داد. در ارزشیابی باید به توالی زمانی اجرای برنامه ها نیز توجه کرد.
5. چه دلایلی وجود دارد که نشان می­دهد دستیابی به اهداف به دلیل اجرای برنامه و راهبردهای مداخله است؟ گاهی اوقات دستیابی به اهداف به دلیل رخ دادن اتفاقات یا پیش آمدن شرایطی است که خارج از برنامه های تخصصی مددکاری اجتماعی می باشد و توجه به این عوامل باید در ارزشیابی مداخلات مورد توجه قرار گیرند.
6. در ارزشیابی باید به همکاری مددجو با مددکار اجتماعی، همکاری خانواده، همکاری اعضای تیم درمان یا تیم توانبخشی، همکاری سازمان ها و مؤسسات تعیین شده در برنامه مداخله توجه شود. مددکار اجتماعی برای جلب همکاری و ایجاد تعامل مثبت با ذینفعان از چه راهبردهایی استفاده کرده است؟
7. در ارزشیابی برنامه به منابع، امکانات، زمان اجرای برنامه، هزینه­ها و بازده کار نیز توجه کنید. برنامه­ای که با هزینه­ی هنگفت و صرف وقت زیاد انجام می شود از ارزش نسبی کمتری برخوردار است. توصیه می­شود درمورد برنامه­های طولانی مدت مددکار اجتماعی از جداول زمانی گانت استفاده کند.
8. در اجرای برنامه و دستیابی به اهداف به شکاف­های دانشی، نظری، مهارتی و تجربی مددکار اجتماعی در کار با مراجعین نیز توجه کنید.
9. ارزشیابی باید تعیین کند که در کجای فرایند کار، کاستی یا مشکل وجود دارد و راه حل­هایی نیز برای اصلاح فرایند ارائه کند. پس بدون توصیف دقیق برنامه­ی مداخله نمی توانیم مشخص کنیم که آیا آنچه اتفاق افتاده است منجر به دستیابی به هدف می شود یا خیر.

چک لیست 3: **فرم پیگیری دستیابی به هدف در ارتباط با بیماران توانبخشی**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مقیاس دستیابی به هدف** | | **تاریخ تدوین هدف:**  **تاریخ پیگیری:** | | | |
| **سطوح پیشرفت پیش بینی شده** | **عناوین و وزن های مقیاس** | | | | |
| **هدف 1** | | **هدف 2** | **هدف 3** | **هدف 4** |
| نامطلوب ترین نتیجه­ی محتمل |  | |  |  |  |
| موفقیت کمتر از حد مورد انتظار |  | |  |  |  |
| موفقیت مورد انتظار |  | |  |  |  |
| موفقیت بیش از حد انتظار |  | |  |  |  |
| مطلوب ترین نتایج محتمل |  | |  |  |  |

بر مبنای این مقیاس که در سال 1968 توسط کرسوک و شرمن طراحی شده­است. مددکار اجتماعی در ارتباط با بیماران توانبخشی باید مطلوب­ترین و نامطلوب ترین نتایجی را که محتمل است در نظر بگیرد و برای هر نتیجه مقیاس­هایی را تعیین کند. در فواصل زمانی مشخصی برنامه را از حیث دستیابی به اهداف مورد ارزشیابی قرار دهد. سطوح پیشرفت باید عینی باشند و هر مقیاس باید جامع و مانع باشد یعنی سطوح مختلف را در نظر بگیرند و با هم همپوشانی نداشته باشند.

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

چک لیست 4: **فرم ارزشیابی اثربخشی مداخلات**

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

### 7-2-2- گام هفتم: ترخیص ایمن توانخواه

در توانبخشی اجتماعی، درمان و بهبود فرد دارای معلولیت هدف نیست بلکه دستیابی و به فعلیت­رساندن حداکثر توانایی­های جسمانی، روانی و اجتماعی فرد به عنوان هدف نهایی محسوب می­شود. توانبخشی اجتماعی هم مانند هر اقدام حرفه­ای زمانی خاتمه می­یابد که فرد به سازگاری نسبی و معقول در اجرای فعالیت­های تعیین شده برسد. در این برنامه مددکار اجتماعی باید زمینه­ی انتقال بیمار را از محیط درمانی به محیط خانه و جامعه فراهم کند و بیمار بتواند تجارب کسب شده در زمان بستری در بیمارستان را به عرصه­ی زندگی واقعی خود انتقال دهد.

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

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

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

ترخیص ایمن فرایندی تیمی است که شامل بیمار و خانواده­اش به عنوان اعضای اصلی و ثابت تیم، پزشك معالج، پزشكان مشاور، پرستار، مددكار اجتماعی بیمارستان، متخصص تغذیه و غیره است. بدون شک افراد آسیب­پذیر (مانند سالمندان و افراد مقیم مراكز نگهداری، افراد دچار مشكلات روانشناختی و افراد دارای معلولیت) دارای ریسك بالاتری نسبت به سایر بیماران پس از ترخیص هستند و توجه ویژه‌ای می‌طلبند. پس لازم است تا اعضای تیم­های توانبخشی (جسمی، روانی، اجتماعی) برنامه­های حمایتی برای پس از خروج بیمار از بیمارستان نیز در نظر بگیرند. این هدف با هدف دیگری پیوند می­خورد و آن آموزش خودمراقبتی جسمی، روانی، اجتماعی به بیمار دارای معلولیت و خانواده وی است. در تدوین برنامه ترخیص ایمن توانخواه مراحل زیر را مدنظر قرار دهید:

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

### 8-2-2- گام هشتم: پیگیری

لازم است تا مددکاران اجتماعی پس از ترخیص بیمار از بیمارستان در صورت نیاز، برنامه ی پیگیری را نیز به مدت حداکثر یک ماه پس از ترخیص و دو بار به صورت تلفنی (در موارد ضروری به صورت بازدید از منزل یا مکاتبات اداری) انجام دهند. ممکن است برخی از بیماران با توجه به نوع مشکل و شدت معلولیت به پیگیری­های پس از ترخیص مددکاران اجتماعی نیاز نداشته باشند و در عین حال ممکن است برخی دیگر از بیماران به دفعات و مدت زمان بیشتری برای پیگیری نیاز داشته باشند که تشخیص این موضوع با مددکار اجتماعی مداخله کننده می­باشد. در زیر، چک لیست پیشنهادی جهت ثبت اقدامات پس از پیگیری ارائه شده­است که مددکاران اجتماعی جهت مستند سازی اقدامات صورت گرفته در مرحله­ی پیگیری می­توانند از این فرم استفاده کنند. مددکار اجتماعی تاریخ و شیوه­ی پیگیری را ذکر می­کند و نتیجه­ی پیگیری را شرح می دهد و در پایان توضیح می­دهد که آیا این بیمار به پیگیری­های بعدی مددکار اجتماعی نیاز دارد یا خیر و آیا مداخله خاتمه می­باید یا لازم است تا پیگیری­ها و مداخلات دیگری توسط مددکار اجتماعی برای بیمار انجام شود.

چک لیست5: **فرم پیگیری**

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

**مددکاران اجتماعی اطلاعات مراحل مختلف مداخله را در فرم جامع" مداخلات مددکاری اجتماعی در عرصه توانبخشی تکمیل نمایند" (پیوست شماره 3).**

**2-3- فهرست منابع**

1. نقوی و محمدی, *خودمردم‌نگاری، شیوه پژوهشی نوین در توان‌بخشی و سلامت (بخش اول).* پژوهش در علوم توانبخشی, 2016. **11**(6): p. 418-424.

2. Guest, R., et al., *Resilience following spinal cord injury: A prospective controlled study investigating the influence of the provision of group cognitive behavior therapy during inpatient rehabilitation.* Rehabilitation psychology, 2015. **60**(4): p. 311.

3. Khazaeipour, Z., et al., *Psychosocial outcomes following spinal cord injury in Iran.* The journal of spinal cord medicine, 2014. **37**(3): p. 338-345.

4. طلعت, ا., د. کیوان, و ع. مینا, *کاربرد طبقه بندی بین المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت در ارزیابی کم توانی توسط مددکاران اجتماعی.* 2021.

5. Hickey, L., V. Anderson, and B. Jordan, *Family forward: promoting family adaptation following pediatric acquired brain injury*, in *Contemporary Perspectives on Social Work in Acquired Brain Injury*. 2018, Routledge. p. 11-32.

6. Hickey, L., et al., *Family appraisal of paediatric acquired brain injury: a social work clinical intervention trial.* Developmental neurorehabilitation, 2018. **21**(7): p. 457-464.

7. Fugl-Meyer, K.S., *A medical social work perspective on rehabilitation.* Journal of Rehabilitation Medicine, 2016. **48**(9): p. 758-763.

8. Cruz, L.C., J.S. Fine, and S. Nori, *Barriers to discharge from inpatient rehabilitation: a teamwork approach.* International Journal of Health Care Quality Assurance, 2017. **30**(2): p. 137-147.

9. Michelsen, G., T. Slettebø, and I.B. Moser, *The empowering value of introducing CST in vocational rehabilitation.* Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, 2019.

10. Padberg, I., et al., *Social work after stroke: identifying demand for support by recording stroke patients’ and carers’ needs in different phases after stroke.* BMC neurology, 2016. **16**(1): p. 1-8.

11. Roberts, K., K. Stiller, and B. Dichiera, *A survey evaluating patients’ satisfaction with the social work service provided at a rehabilitation centre.* Australian Social Work, 2012. **65**(1): p. 145-155.

12. Redfern, H., et al., *Social work and complex care systems: the case of people hospitalised with a disability.* Australian Social Work, 2016. **69**(1): p. 27-38.

13. Lehnerer, S., et al., *Social work support and unmet social needs in life after stroke: a cross-sectional exploratory study.* BMC neurology, 2019. **19**: p. 1-10.

14. Holloway, M. and L. Tyrrell, *Acquired brain injury, parenting, social work, and rehabilitation: supporting parents to support their children*, in *Contemporary Perspectives on Social Work in Acquired Brain Injury*. 2018, Routledge. p. 66-91.

15. Simpson, G., et al., *Describing an early social work intervention program for families after severe traumatic brain injury*, in *Contemporary Perspectives on Social Work in Acquired Brain Injury*. 2018, Routledge. p. 45-65.

16. Knoop, T. and T. Meyer, *The effect of social work services on a self-reported functional outcome.* Research on Social Work Practice, 2020. **30**(5): p. 564-575.

17. Higashida, M., *Integration of religion and spirituality with social work practice in disability issues: Participant observation in a rural area of Sri Lanka.* SAGE Open, 2016. **6**(1): p. 2158244015627672.

18. خوشنامی, س.,., *راهنمای مداخله تخصصی مددکاری اجتماعی در فرایند بازگشت به جامعه محکومین ‌با سابقه خشونت.* فصلنامه آرشیو توانبخشی, 2021. **22**(3): p. 298-319.

19. آزادی, م.,., *تدوین راهنمای بالینی پیش بیمارستانی تریاژ در رویدادهای هسته‌ای\_رادیولوژیک.* مجله علوم مراقبتی نظامی, 2017. **4**(1): p. 10-18.

20. Rauch, A., A. Cieza, and G. Stucki, *How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice.* European journal of physical and rehabilitation medicine, 2008. **44**(3): p. 329-342.

21. Helander, E., *The origins of community based rehabilitation.* Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, 2007. **18**(2): p. 3-32.

22. یثربی,., *اثربخشی توان‌بخشی روانی-اجتماعی در کاهش علايم منفی و بهبود مهارت‌های اجتماعی مبتلايان به اسکيزوفرنيای مزمن.* مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران, 2009. **14**(4): p. 363-370.

23. Russell, M.C.M., *Global report on assistive technology1.* 2022.

24. Novak, M. and C. Guest, *Application of a multidimensional caregiver burden inventory.* The gerontologist, 1989. **29**(6): p. 798-803.

25. Langford, J. and C. Keaton, *Introduction to Social Work: A Look Across the Profession*. 2022: Mavs Open Press.

26. Pappas, P.G., et al., *Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America.* Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America, 2009. **48**(5): p. 503.

27. Camillieri, S., *Cognitive-Behavioral Interventions for Improving Activity Outcomes After Stroke: A Narrative Review of the Literature.* Journal of Stroke Medicine, 2019. **2**(1): p. 7-16.

28. Payne, M., *Modern social work theory*. 2020: Bloomsbury Publishing.

29. Luzinski, C.H., et al., *The community case management program: for 12 years, caring at its best.* Geriatric Nursing, 2008. **29**(3): p. 207-215.

# پیوست ها

# 

پیوست شماره 1

چک لیست فرم ارزیابی جامع مددکاری اجتماعی در عرصه توانبخشی اجتماعی

|  |
| --- |
| **فرم ارزیابی جامع مددکاری اجتماعی در عرصه توانبخشی** |
| **ارزيابي وضعیت جسمی توانخواه:**  تشخیص بیماری (ناتوانی):  تاریخ بروز ناتوانی:  محدودیت های جسمانی توانخواه بعد از بروز نقص/ ناتوانی :  پیش آگهی وضعیت بهبودی توانخواه:  اقدامات درمانی و توانبخشی انجام شده:  توانایی های جسمانی باقی مانده:  سطح مراقبتی توانخواه:  وضعیت امکان انجام امور بهداشتی روزمره مربوط به خودش:  امکان انجام فعالیت های شخصی مربوط به خودش:  امکان انجام فعالیت های اجتماعی مربوط به خودش:  امکان مشارکت با گروه­های اجتماعی و نقش آفرینی اجتماعی:  نتایج ارزیابی های جسمانی سازمان بهزیستی از توانخواه: |
| **ارزيابي وضعیت عاطفی، رواني و شناختی توانخواه:**  شیوه مواجهه توانخواه با نقص/ ناتوانی:  وضعیت خلقی و هیجانی بیمار:  وضعیت شناختی و حافظه بیمار:  انگیزه توانخواه برای بهبودی: |
| **ادراک و آگاهی در مورد کم توانِی:**  دانش توانخواه در مورد بیماری/ کم توانی:  درک و نگرش بیمار در مورد کم توانی:  وضعیت دانش و مهارت خودمراقبتی روانی\_ اجتماعی: |
| **ارزيابي وضعیت شبکه روابط بین فردی توانخواه:**  کیفیت روابط همسری/ والدی/ فرزندی توانخواه:  کیفیت روابط با شبکه دوستان و آشنایان:  کیفیت روابط بین فردی با شبکه همتایان:  کیفیت روابط با مراقب رسمی/ غیر رسمی :  کیفیت روابط بین فردی با اعضای تیم بین رشته ای توانبخشی: |
| **ارزيابي وضعيت اقتصادي توانخواه وخانواده:**  وضعیت بیمه پایه و تکمیلی :  شرایط شغلی توانخواه، و قوانین و مزایای شغلی مرتبط با ناتوانی و دوره توانبخشی:  وضعیت اقامت در دوران توانبخشی:  چگونگی تامین مخارج توانبخشی و لوازم کمک توانبخشی:  چگونگی تامین هزینه های مراقب غیر رسمی:  چگونگی تامین مخارج زندگی و هزینه های جانبی در دوره توانبخشی:  امکان ها و فرصت­های موجود برای انجام فعالیت اقتصادی:  چگونگی وضعیت زندگی مالی توانخواه پس از ترخیص: |
| **ارزيابي وضعيت شبكه حمايت خانوادگی، روابط بین فردی و اجتماعي توانخواه:**  نقاط قوت، قابلیت ها و توانمندی های توانخواه:  وضعیت حمایت ادراک شده/ دریافت شده از سوی خانواده:  مهمترین افراد حمایت کننده در خانواده:  وضعیت حمایت ادراک شده/ دریافت شده از دوستان و آشنایان:  مهمترین افراد حمایت کننده از بین دوستان:  وضعیت حمایت ادراک شده/ دریافت شده از موسسه / واحد محل خدمت:  وضعیت حمایت ادراک شده/ دریافت شده از همتایان و گروه های خودیار:  برخورداری از حمایت سازمان های مردم نهاد و خیریه ها:  برخورداری از حمایت سازمان بهزیستی و نهادهای دولتی مرتبط:  وضعیت برخورداری از منابع و حمایت های مرکز درمانی: |
| **پیامدهای ناتوانی و مراقبت های درمانی و توانبخشی بر زندگی توانخواه:**  اختلال در نقش و روابط زناشویی:  اختلال در نقش و روابط والدی/ فرزندی:  اختلال در عملکرد شغلی/ تحصیلی:  اختلال در برنامه های معمول زندگی:  امکان ها و فرصت ها و توانمندیهای موجود برای ارتقا وضعیت در پیامدهای مذکور: |
| **مخاطرات و مشکلات اجتماعی مرتبط با توانخواه:**  سابقه مصرف مواد در توانخواه یا عضو دیگر خانواده:  سابقه افکار خود آسیب رسان و دیگر آسیب رسان:  سابقه وجود فرد دارای ناتوانی/ بیمار مزمن و صعب العلاج دیگر در خانواده:  ابتلای همزمان توانخواه به بیماری صعب العلاج یا مزمن:  ابتلای همزمان توانخواه به اختلال حاد یا مزمن روانپزشکی:  مشکلات روانی و اجتماعی سایر اعضای خانواده:  مشکلات حقوقی و قانونی توانخواه: |
| **باورهای فرهنگی و ارزش های فردی و خانوادگی:**  قومیت:  زبان:  باورهای مهم فرهنگی تاثیرگذار بر فرایند توانبخشی : |
| **توصیف وضعیت مراقبان خانوادگی:**  مشخصات مراقب/ خانوادگی/ خصوصی:  میزان درگیری در مراقبت (بار مراقبت):  وضعیت جسمانی/ روانی مراقب یا مراقبان خانوادگی:  ادراک مراقب اصلی از وضعیت توانخواه و روند بهبودی:  وضعیت آگاهی و مهارت مراقب اصلی برای مراقبت از توانخواه:  وضعیت آگاهی و مهارت مراقب اصلی برای مراقبت از خود:  پیامدهای مراقبت از توانخواه بر ابعاد مختلف زندگی مراقب:  وضعیت ارتباط مراقب اصلی با همتایان (سایر مراقبان خانوادگی توانخواهان دیگر):  نیازها و انتظارات مراقب/ مراقبان خانوادگی:  وضعیت حمایت رسمی/ غیر رسمی دریافت شده/ ادراک شده توسط مراقب خانوادگی: |
| **ارزیابی عوامل محیطی در بستر تیم (فیزیکی):**  وضعیت فضای فیزیکی منزل مسکونی توانخواه با توجه به نوع و میزان ناتوانی:  دسترسی به محل دریافت خدمات توانبخشی:  دسترسی به محل کار/ تحصیل توانخواه تا محل سکونت:  وضعیت فضای فیزیکی محل کار/ تحصیل توانخواه با توجه به نوع و میزان ناتوانی:  چگونگی حمل و نقل و تردد توانخواه به محل درمان/ کار/ تحصیل/ زندگی: |
| **ارزیابی عوامل محیطی (نگرشی، قوانین و سیاست ها):**  نگرش های اعضای خانواده در مورد ناتوانی توانخواه و وضعیت فعلی او:  نگرش های دوستان مهم در مورد ناتوانی توانخواه و وضعیت فعلی او:  نگرش کارفرمایان و همکاران در مورد ناتوانی توانخواه و وضعیت فعلی او:  کلیشه های فرهنگی و هنجارهای محدود کننده الحاق اجتماعی توانخواه:  قوانین و دستورالعمل های محدودیت زا برای توانخواه در عرصه های مختلف:  قوانین و دستورالعمل های حمایت کننده توانخواه در عرصه های مختلف: |
| **جمع­بندی و شرح ارزیابی تکمیلی مددکار اجتماعی:** |

پیوست شماره 2

* **مداخلات خبر بد[[36]](#footnote-36) در عرصه توانبخشی اجتماعی افراد دارای معلولیت های جسمی حرکتی:**

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

از نظر کوبلر راس[[37]](#footnote-37)، افراد در این موقعیت­ها، پنج مرحله (شوک و انکار، خشم، چانه زنی، افسردگی و پذیرش) را سپری می­کنند که او از آن تحت عنوان مراحل سوگ یاد می­کند، یعنی او بر اساس نتایج مطالعات خود بر روی بیماران مزمن و صعب العلاج، آماده شدن بیمار برای پذیرش بیماری و رسیدن به سازگاری احتمالی را نوعی فرایند سوگ درنظر گرفته که بیماران و خانواده­های آنان در بیشتر موارد این مراحل را پشت سر خواهند گذاشت و در هر یک از مراحل بیمار و خانواده نیازمند حمایت های روانی و اجتماعی هستند که مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی از جمله متخصصینی هستند که در این زمینه می­توانند مداخلات موثری انجام دهند.

گاهی این فرایند وارد مرحله سوگ پیچیده شده و ممکن است بیمار و خانواده در مرحله­ای توقف کند و هرگز به پذیرش نرسد که در این زمینه مداخلات تخصصی سوگ باید از سوی متخصصین دارای صلاحیت مانند روانپزشکان، روان شناسان و مددکاران اجتماعی آموزش دیده پیگیری شود. از مهمترین مداخلات مددکاران اجتماعی در بحران در عرصه توانبخشی شامل مشارکت در تیم برای بیان خبر بد است. از نظر قانونی و تخصصی فرایند بیان خبر بد به طور معمول توسط پزشکان معالج انجام می شود، اما انجام این مداخله تخصصی در بستر تیم بین رشته­ای می­تواند به آسیب کمتر توانخواه و خانواده و مدیریت بهتر بحران منجر شود. روشی که خبرهای بد به بیماران و بستگان ارائه می­شود، تأثیر قابل توجهی بر رضایت بیمار و سازگاری روانی با بیماری جدید دارد. این یک مهارت کلیدی در مداخلات بالینی است، به ویژه در زمان­هایی که بیماران با تشخیص بالقوه محدود­کننده زندگی روبرو هستند. در این زمینه بسیاری از توانخواهان برای پذیرش زندگی با معلولیت و پیامدهای آن که اغلب محدود کننده زندگی و فعالیت­های آن­ها می­باشد، آمادگی کافی ندارند و اغلب در دوران توانبخشی در مرحله شوک و انکار بسر می­برند، از این رو اجرای این مداخلات برای آن­ها ضروری به نظر می­رسد. همچنین بسیاری از توانخواهان در اثر تصادف ممکن است دچار معلولیت شده باشند و در حین تصادف برخی دیگر از اعضای خانواده مانند فرزندان خود را نیز از دست­داده­باشند. در بسیاری از موارد، خانواده­ها از بیان این واقعیت­ها به آن­ها پرهیز می­کنند و نگران سوگ پیچیده و پیامدهای احتمالی با خبر شدن از این وقایع دردناک از سوی توانخواه هستند، لذا برنامه ریزی و اجرای مداخله در بحران برای این گروه از توانخواهان نیز اجتناب ناپذیر است.

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

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

* **مرحله اول: انجام هماهنگی برای برگزاری جلسه**

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

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

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

قبل از جلسه اطلاعات تماس با خانواده بیمار را به دست بیاورید، سوابق پزشکی او را بررسی کنید، تمرین ذهنی برای مکالمه خود داشته باشید، لباس فرم بپوشید و از قبل هماهنگی های لازم را با سایر اعضای تیم انجام دهید

که چه اطلاعات و توضیحاتی باید توسط کدامیک از اعضا به بیمار یا خانواده­اش داده­شود.

* **مرحله دوم: ایجاد یک محیط امن و همدلانه**

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

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

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

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

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

* آیا توانخواه ظرفیت درک دانش مرتبط با ناتوانی خود را دارد؟ توانخواه قبلاً چه دانشی در این زمینه داشته است؟
* میزان اطلاعاتی که توانخواه می تواند با آن ها کنار بیاید چقدر است؟
* آیا مهم است که توانخواه در حال حاضر، این اطلاعات خاص را درک کند؟
* آیا توانخواه در این مقطع زمانی قادر به درک این بخش خاص از اطلاعات است؟
* بهترین راه/مکان/زمان برای دادن بهترین شانس درک به او چگونه است؟
* چه کسی می تواند به بهترین وجه به توانخواه کمک کند تا درک کند؟
* توانخواه برای برقراری ارتباط به بهترین شکل به چه چیزی و چه کسی نیاز دارد؟
* آیا در این مقطع زمانی می توان با دریافت این دانش به توانخواه آسیب وارد کرد؟

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

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

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

* **مرحله چهارم: ایجاد فضای مناسب برای تخلیه هیجانی توانخواه و خانواده و حمایت از آن ها**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
| سناریوی شماره 2: استفاده از رویکرد مداخله در بحران  توانخواه خانم 25 ساله­ای است که در یک تصادف رانندگی دچار ضایعه نخاعی شده و از ناحیه اندام های تحتانی فلج شده است. او چندی پیش هنگام سفر به شهرهای شمالی به همراه نامزد خود تصادف کرده­است و دچار آسیب جدی به ستون فقرات خود شده­است. در این سفر راننده نامزد او بوده اما وی سالم است و صرفا جراحات محدودی داشته که در طول این زمان بهبود کامل پیدا کرده­است. مریم پس از انجام اعمال جراحی و درمان های پزشکی، در حال حاضر در بیمارستان توانبخشی بستری و تحت درمان توانبخشی قرار دارد.  پس از سانحه رانندگی او به علت تداوم امور درمانی و توانبخشی دربیمارستان و مراکز درمانی بسر برده و از نظر وضعیت روانی نیز شرایط مناسبی ندارد. در تمام طول روز در اتاق بیمارستان بر روی تختش دراز می کشد و تمایلی به ارتباط با اعضای خانواده و سایر بیماران ندارد. همکاری ضعیفی با اعضای تیم توانبخشی نیز دارد. در روزهای نخست بستری نامزدش و خانواده او به طور مکرر برای عیادت او به بیمارستان می­آمدند اما مدتی است که روابط عاطفی نامزدش با او سرد شده و کمتر به دیدار او می­آید. از سوی خانواده نامزدش نیز چندین بار بی مهری و رفتارهای ناخوشایندی سرزده که مریم را دچار اندوه و خشم نموده است. مریم با توجه به رفتارهای نامزدش حدس می زند که او قصد دارد وی را در این شرایط سخت تنها بگذارد. از این رو گاهی دچار افکار خود آسیب رسان می شود. از طرفی تصویر صحیحی از وضعیت جسمانی و پیش آگهی بهبودی خود ندارد و دائما در جریان فرایند توانبخشی از اعضای تیم می پرسد که چه زمانی می تواند از شر این ویلچر راحت شود.  به نظر شما با استفاده از رویکرد مداخله در بحران چگونه می توان در این خصوص برنامه ریزی برای مداخله و حمایت از این توانخواه و خانواده­اش انجام داد؟ برنامه­ی مداخله ای مددکار اجتماعی شامل چه مواردی می­باشد؟ |

* **مداخله در آزار فرد دارای معلولیت**

بر اساس دستورالعمل نحوه حمایت از حقوق اشخاص دارای معلولیت و سالمند در فرایند دادرسی مصوبه شماره 100/11721/900 مورخ 31/4/1402رئیس قوه قضاییه مشخص گردیده­است که دادستان در مواجهه با اشخاص دارای معلولیت در معرض خطر به ویژه آنان که در دوره طفولیت و نوجوانی هستند و همچنین در وضعیت خطر شدید و قریب‌الوقوع یا مخاطره‌آمیز، موضوع ماده ۳ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان مصوب ۱۳۹۹ قرار دارند، حمایت‌های موضوع ماده ۵ قانون مذکور و موضوع ماده (۱۱) کنوانسیون را اعمال می‌کند. ضابطان یا مددکاران اجتماعی در صورت مراجعه یا معرفی افراد مشمول یا مواجه شدن با آنان حین اجرای وظیفه و یا اقامه شکایت علیه آنان، حسب مورد برای معرفی به نهادهای حمایتی یا مراجع قضایی جهت انجام حمایت‌های مورد نیاز بر اساس قانون حمایت از اطفال و نوجوانان یا دیگر قوانین و مقررات مرتبط اقدام می‌کنند.

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

* آزار عاطفی یا روانی

ایجاد ناراحتی ذهنی، ترس، یا احساس شرم و ناتوانی. ممکن است کلامی یا غیرکلامی باشد و بخشی از یک الگوی رفتاری است که در طول زمان تکرار می‌شود و قصد دارد با حفظ ترس بر فرد، فرد را کنترل کند. به عنوان مثال: ارعاب کلامی، تحقیر، آزار و اذیت و فریاد زدن، تهدید به اشکال مختلف، خودداری از محبت، حذف قدرت تصمیم­گیری و غیره. نشانه­های این نوع سوء استفاده می­تواند شامل شرم، افسردگی، اضطراب، گیجی، ایزوله سازی اجتماعی، بیخوابی، انفعال یا عصبانیت مشخص باشد.

* سوء استفاده مالی یا مادی

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

* بی توجهی یا غفلت

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

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

* آزار جسمی

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

* سوء استفاده جنسی

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

* سوء استفاده اجتماعی

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

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

\* مراحل **مداخله در آزار فرد دارای معلولیت:**

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

2-حمایت عاطفی ارائه دهید. به داستان شخص گوش دهید، آنچه را که می گوید تصدیق کنید و احساسات او را تأیید کنید. با گوش دادن آرام با همدلی و ارائه حمایت می توانید به او کمک می کنید.

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

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

\*پاسخ اضطراری

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

\*پاسخ غیر فوری

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

4- ارجاع

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

5- مستند سازی

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

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

**پیوست شماره 3**

**فرم جامع: مداخلات مددکاری اجتماعی در عرصه توانبخشی**

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

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

**Ministry of Health & Medical Education**

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

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

**برگ مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در عرصه توانبخشی**

**SOCIAL WORK INTERVENTIONS IN SOCIAL REHABILITATION**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام خانوادگي: | | Family Name: | نام: | | Name: | جنس: | Sex: | تاريخ مراجعه:ساعت مراجعه: | | 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: |
|  | |  |  | |  | نام و نام خانوادگي قيم يا سرپرست قانوني(غير از پدر): |  | نسبت قيم يا سرپرست قانونی(غیر از پدر): | |  |
| وضعیت تاهل: | Marital Status: | | ملیت: ایرانی | | Nationality: | همراه بیمار:  Patient Companion: | دارد ندارد Yes No | نام و نام خانوادگی همراه: | | Patient Companion Name & Family Name: |
| تلفن همراه بیمار: | Tel: | نسبت با بیمار: | | Relative: |
| سطح تحصیلات: | :Education Level | | تعداد فرزندان : | | No Of Children: | شغل :  Job: | بخش Ward: | پزشك معالج: | | Attending Physician: |
| علت پذیرش در مرکز: | | | | | | | | | | |
| بیمه پایه: خدمات درمانی روستایی (توجه به دهک خانوار) | | | | | | Basic Insurance: | | | | |
| تامین اجتماعی خدمات درمانی سلامت ایرانیان نیروهای مسلح سایر فاقد بیمه بیمه تکمیلی: Complementary Insurance: | | | | | | | | | | |
| نحوه ورود/ارجاع به واحد مددکاری اجتماعی: ارجاع از پزشک/ کلینیک های توانبخشی (فیزیوتراپی، کادرمانی و غیره) | | | | | | Arrival/Referal Type: | | | | |
| خود ارجاع راند تریاژ | | | | ارجاع از کادر درمان | | ارجاع از سازمان های دولتی ارجاع از سازمان های غیر دولتی  معالج نام سازمان: | | | سایر Other | |
| علت اولیه ارجاع: | | | | | | | | | | |

**غربالگری و راند (ارزیابی تکمیلی)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **غربالگری و راند (ارزیابی تکمیلی)** | | | | | | | | | |
| **ارزيابي وضعیت جسمی توانخواه: (نوع و شدت معلولیت، علت معلولیت، مدت زمانی که فرد درگیر است)** | | | | | | | | | |
| **ارزيابي وضعیت عاطفی، رواني و شناختی توانخواه: (وضعیت روانی توانخواه از حیث پذیرش معلولیت، نگرش فرد نسبت به معلولیت، وضعیت روانی بیمار از حیث اختلالات روانی بویژه افسردگی و اضطراب)** | | | | | | | | | |
| **ارزيابي وضعیت شبکه روابط بین فردی توانخواه:( وضعیت مهارت های ارتباطی، تعداد دوستان، نوع و کیفیت روابط)** | | | | | | | | | |
| **ارزيابي وضعيت اقتصادي توانخواه وخانواده: (دهک اقتصادی، تحت پوشش بودن در سازمان های حمایتی، مزایای اجتماعی مانند سهمیه ها)** | | | | | | | | | |
| **ارزيابي وضعيت شبكه حمايت خانوادگی و اجتماعي توانخواه:** | | | | | | | | | |
| **توصیف وضعیت مراقبان خانوادگی:** | | | | | | | | | |
| **باورهای فرهنگی و ارزش های فردی و خانوادگی:** | | | | | | | | | |
| **پیامدهای ناتوانی و مراقبت های درمانی و توانبخشی بر زندگی توانخواه(ترسیم نمودار پویایی و سبب شناسی)** | | | | | | | | | |
| **مخاطرات و مشکلات اجتماعی مرتبط با توانخواه:** | | | | | | | | | |
| **ارزیابی عوامل محیطی در بستر تیم (فیزیکی): (مناسب سازی محیط سکونت و کار، دسترسی های محیطی، نحوه ی تردد اجتماعی)** | | | | | | | | | |
| **ارزیابی عوامل محیطی (نگرشی، قوانین و سیاست ها): ( در ارزیابی مورد توجه قرار گیرد)** | | | | | | | | | |
| **چنانچه بیمار جزء سایر گروه­های آسیب­پذیر است یا مورد آزار و خشونت قرارگرفته است در این قسمت به طور مختصر شرح داده شود.** | | | | | | | | | |
| **ابزارهای جمع آوری اطلاعات:** | | | | | | | | | |
| **جمع­بندی و شرح ارزیابی تکمیلی مددکار اجتماعی:** | | | | | | | | | |
| **اسامی اعضای کادر درمان یا افراد همکاری کننده در ارزیابی تكميلي(تيم توانبخشی):** | | | | | | | | | |
| **برنامه­ريزي و مداخله** | | | | | | | | | |
| **اهداف توانبخشی اجتماعی:** | | | | | | | | | |
| **مداخلات پيشنهادي تیم توانبخشی اجتماعی:** | | | | | | | | | |
| **مداخلات مددکار اجتماعی** | | | | | | | | | |
| **تاریخ مداخله** | **عنوان مداخله** | | | | **شرح مداخله و نتیجه مداخله** | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
| **مداخلات جامعه محور پیشنهادی:** | | | | | | | | | |
| **نتیجه نهایی مداخلات مددکار اجتماعی:** | | | | | | | | | |
| **فهرست ارجاعات مددکار اجتماعی:** | | | | | | | | | |
| **نتیجه تعاملات بین سازمانی:** | | | | | | | | | |
| **آیا بیمار حمایت اقتصادی نیاز دارد** | | | | | | | | | |
| **درصد/ مبلغ حمایت اقتصادی بر اساس گروه های هدف: ........** | | | | | | | | | |
| **مداخلات سایر کادر درمان یا افراد همکاری کننده با مددکار اجتماعی (تیم توانبخشی):** | | | | | | | | | |
| **نکات و توصیه های حين و پس از ترخیص:** | | | | | | | | | |
| **پیگیری و ارزشیابی** | | | | | | | | | |
| **نیاز به پیگیری پس از ترخیص دارد؟ دارد ندارد** | | | | | | | | | |
| **اهداف و برنامه پیگیری (شیوه ی پیگیری):** | | | | | | | | | |
| **گزارش پیگیری­ها:** | | | | | | | | | |
| **تاریخ پیگیری** | **شیوه پیگیری** | | **نتیجه پیگیری** | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
| **دستاوردهای حاصل از پیگیری مددکار اجتماعی:** | | | | | | | | | |
| **ارزشیابی مداخله براساس میزان دستیابی به اهداف:** | | | | | | | | | |
| **ترخیص ایمن** | **همکاری بیمار در فرایند درمان و ترخیص** | **همکاری خانواده و همراهان در فرایند درمان و ترخیص** | | **وجود منابع و امکانات موثر** | | **همکاری بین سازمانی موثر** | **سایر اهداف تدوین شده** | **ارزشيابي نهايي** | |
|  |  |  | |  | |  |  |  | |
| **ارزشیابی نهایی مداخله براساس مقیاس:** | | | | | | | | | |
| **کسب نامطلوب ترین نتیجه­ی محتمل** | **کسب موفقیت کمتر از حد مورد انتظار** | **موفقیت مورد انتظار** | | **کسب موفقیت بیش از حد انتظار** | | **کسب مطلوب ترین نتایج محتمل** | | | |
|  |  |  | |  | |  | | | |
| **نام ونام خانوادگي، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:** | | | | | | | | | |

1. . Personalization [↑](#footnote-ref-1)
2. WHO. World Report on Disability. 2011b. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>.

   WHO. (2015). Global disability action plan 2014–2021: better health for all people with disability.World Health Organization. [↑](#footnote-ref-2)
3. منبع: برنامه کشوری توانبخشی پزشکی و جایگاه آن در نظام سلامت 1404-1400، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، مرکز پیوند و درمان بیماری ها، 1399. [↑](#footnote-ref-3)
4. Social work [↑](#footnote-ref-4)
5. professional rehabilitation [↑](#footnote-ref-5)
6. Social rehabilitation [↑](#footnote-ref-6)
7. Impairment [↑](#footnote-ref-7)
8. Etiology [↑](#footnote-ref-8)
9. Disability [↑](#footnote-ref-9)
10. Handicap [↑](#footnote-ref-10)
11. . Rehabilitation Interdisciplinary Team [↑](#footnote-ref-11)
12. Burden of Care [↑](#footnote-ref-12)
13. Case Management Model [↑](#footnote-ref-13)
14. Ableism [↑](#footnote-ref-14)
15. . Multiple Sclorosis [↑](#footnote-ref-15)
16. . Spinal Cord Injury [↑](#footnote-ref-16)
17. . Trauma Brain Injury [↑](#footnote-ref-17)
18. . Cerebro Vscular Accident [↑](#footnote-ref-18)
19. . Poliomyelities [↑](#footnote-ref-19)
20. . Cerbral Plasy [↑](#footnote-ref-20)
21. . Muscular Dystrophy [↑](#footnote-ref-21)
22. . Rhematioid Arthrithis [↑](#footnote-ref-22)
23. . Deformity [↑](#footnote-ref-23)
24. . Personalization [↑](#footnote-ref-24)
25. . فرایند و جزییات جلسات BAD NEWS با توانخواه و خانواده در صفحه 68 تشریح شده است. [↑](#footnote-ref-25)
26. . برای آشنایی و مطالعه بیشتر در مورد مقدمات مصاحبه با تونخواه و ارزیابی جامع به پروتکل مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در عرصه سرطان ابلاغیه مورخ 24/7/1401 به شماره 18388/400د به دانشگاه­های علوم پزشکی سراسر کشور مراجعه نمایید. همچنین مطالعه منابع و کتب مرتبط با اصول و تکنیک های مصاحبه و مشاوره برای مددکاران اجتماعی برای تسلط بیشتر بر فنون برقراری ارتباط اولیه و مصاحبه همدلانه و حرفه ای توصیه می شود. [↑](#footnote-ref-26)
27. - Team Work [↑](#footnote-ref-27)
28. . Discharge plan [↑](#footnote-ref-28)
29. . Family Conference [↑](#footnote-ref-29)
30. درصورتی‌که در فرایند کار، در محتوای قرارداد تغییراتی ایجاد شد، لازم است که با ذكر دقيق تاريخ مجدد به تأیید تمامی طرفین برسد. [↑](#footnote-ref-30)
31. Gantt Chart [↑](#footnote-ref-31)
32. .Telerehabilitation [↑](#footnote-ref-32)
33. . Electromyography [↑](#footnote-ref-33)
34. . Tele counseling [↑](#footnote-ref-34)
35. . Tele Advocacy [↑](#footnote-ref-35)
36. BAD NEWS [↑](#footnote-ref-36)
37. Kubler Ross [↑](#footnote-ref-37)