



معاونت درمان - مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی - اداره مددکاری اجتماعی

پروتکل جامع مداخلات تخصصی  
مددکاران اجتماعی برای افراد دارای  
اختلال روان در مراکز درمانی

نسخه آزمایشی اول

پاییز ۱۴۰۱

فهرست مطالب:

فصل اول: کلیات پروتکل مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در عرصه اعصاب و روان

فصل دوم: فرآیند مداخلات تخصصی در زمینه ی بیماران اعصاب و روان

فصل سوم: استانداردهای عمل

فصل چهارم: استانداردهای خودمراقبتی

## فصل اول: کلیات پروتکل مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در عرصه اعصاب و روان

### پیشگفتار

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

در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری ویرایش پنجم، تعریف اختلال روان بدین صورت می باشد: سندرمی است که با اختلال بالینی قابل توجهی در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار فرد مشخص می شود و نشان دهنده اختلال در فرآیندهای روانشناختی، بیولوژیک یا رشدی است که زمینه ساز عملکرد روانی است. اختلالات روانی معمولاً با ناراحتی یا ناتوانی قابل توجهی در فعالیتهای اجتماعی، شغلی یا سایر فعالیتهای مهم همراه است. واکنشی قابل انتظار یا تأیید شده ی فرهنگی، به استرس شایع یا فقدان هایی مانند مرگ یکی از عزیزان، اختلال روانی نیست.

رفتار انحرافی اجتماعی (به عنوان مثال، سیاسی، مذهبی یا جنسی) و تعارضاتی که در درجه اول بین فرد و جامعه است، جز اختلالات روانی نیستند مگر اینکه انحراف یا تعارض ناشی از اختلال در عملکرد فرد باشد.

نکته قابل تامل در کتاب راهنما DSM5 این است که تشخیص اختلال روانی معادل نیاز به درمان نیست. نیاز به درمان تصمیمی بالینی است که شدت علائم، علائم بارز (وجود افکار خودکشی)، پریشانی بیمار (درد روانی) همراه با علائم، ناتوانی در ارتباط با علائم بیمار، خطرات و مزایای درمان های موجود و سایر علائم را شامل می شود. بنابراین پزشکان ممکن است با افرادی روبرو شوند که معیارهای کامل اختلال روانی را ندارند اما نیاز به درمان و مراقبت دارند.

در DSM5 به طبقه بندی انواع اختلالات روانی همچون اختلالات رشد عصبی<sup>۱</sup>، طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانی<sup>۲</sup>، دوقطبی<sup>۳</sup>، افسردگی<sup>۴</sup>، اضطراب<sup>۵</sup>، وسواسی اجباری<sup>۶</sup>، تروما و استرسور<sup>۷</sup>، گسستگی<sup>۸</sup>، اختلال های بدنی<sup>۹</sup>، ملامت جنسیتی<sup>۱۰</sup>، اختلال سلوک<sup>۱۱</sup>، اختلال سوء مصرف مواد<sup>۱۲</sup>، روانی شناختی<sup>۱۳</sup>، شخصیت<sup>۱۴</sup>، ناهنجاری جنسی<sup>۱۵</sup> اشاره شده است(۱). اختلالات روانی در چهار طبقه عمده سندرم های مغزی، سیکوزها<sup>۱۶</sup>، نوروزها<sup>۱۷</sup> و

---

<sup>۱</sup> Neurodevelopmental Disorders

<sup>۲</sup> Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders

<sup>۳</sup> Bipolar Disorders

<sup>۴</sup> Depressive Disorders

<sup>۵</sup> Anxiety Disorders

<sup>۶</sup> Obsessive-Compulsive Disorders

<sup>۷</sup> Trauma- and Stressor-Related Disorders

<sup>۸</sup> Dissociative Disorders

<sup>۹</sup> Somatic Disorders

<sup>۱۰</sup> Gender Dysphoria

<sup>۱۱</sup> Conduct Disorders

<sup>۱۲</sup> Substance Disorders

<sup>۱۳</sup> Neurocognitive Disorders

<sup>۱۴</sup> Personality Disorders

<sup>۱۵</sup> Paraphilic Disorders

<sup>۱۶</sup> Psychosis

<sup>۱۷</sup> Neurosis

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

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

اهمیت اختلال های روانی موجب شده که سازمان بهداشت جهانی، بهداشت روانی را از جمله اولویت های کشورهای در حال توسعه معرفی کند(۵) گرچه WHO از سال ۱۹۴۶ میلادی برای سلامت تعریف سه بعدی زیستی، روانی و اجتماعی را بیان کرده است، اما در بیشتر کشورها دو بعد روانی و اجتماعی مغفول مانده است. از حدود دو دهه پیش نسبت به این بی توجهی زیان بار هشدار جدی داده و به ۸۵٪ عوامل روانی- اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت اشاره کرده است. در جدیدترین پیش بینی بار اختلال افسردگی از سال ۲۰۰۲ به سال ۲۰۳۰ میلادی در کشورهای توسعه یافته از رتبه چهارم به رتبه نخست و در کشورهای در حال توسعه از رتبه چهارم به رتبه دوم

---

پس از HIV/AIDS می رسد(۶). ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه دستخوش تحولات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی قابل ملاحظه است که می تواند بر سلامت روان افراد جامعه تاثیر بگذارد(۷).

متأسفانه اهمیت سلامت روانی و اجتماعی در ایران نادیده گرفته شده است. برخی واقعیت های روانی اجتماعی در ایران که بر سلامت روان افراد جامعه تاثیرگذار است شامل: روند شیوع اعتیاد در ایران، همه گیری اختلال روان پزشکی، ناپایداری در ساختارها، مدیریت ها، ارزش ها، تصمیم گیری ها در ایران، روند ازدواج و طلاق، روند مصرف داروهای ضد اضطراب، فرار مغزها می باشد که نیازمند توجه جدی، اتخاذ استراتژی ها و سیاست گذاری هایی در این حوزه می باشد(۸).

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

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

## **تعریف مفاهیم و واژه ها:**

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

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

**مددکاری اجتماعی روان پزشکی:** مددکاران اجتماعی در محیط های بیمارستانی مجموعه ای از حمایت های رفتاری و روانی- اجتماعی را برای برآوردن نیازهای پیچیده بیماران و خانواده ها ارائه می کنند. مددکاران اجتماعی به عنوان بخشی از تیم های بین حرفه ای مستقر در بیمارستان، به منظور حمایت از عملکرد بیمار و خانواده، ارتقای

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

**رویکرد تیمی و بین رشته‌ای:** این رویکرد متشکل از پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی و روانشناس می‌باشد. هریک از اعضای تیم ارزیابی اولیه از بیمار را انجام می‌دهند و سپس گروه با هم همکاری می‌کنند تا برنامه‌ی مداخله‌ای و مراقبتی طراحی کنند. در تیم بین رشته‌ای مددکار اجتماعی نقش هماهنگ کننده، تسهیل گر، آموزش دهنده، برنامه ریز و رابط را ایفا می‌کند و نگرش اجتماعی را وارد تیم می‌کند.

**ارزیابی روانی-اجتماعی:** کلمه روانی اجتماعی بیانگر آن است که نیازهای روانی (ذهنی) بعد اجتماعی دارند. این بعد اجتماعی شامل محیطی است که منابعی را برای برآوردن نیازهای مختلف فراهم می‌کند. ابعاد اجتماعی بر رشد شخصیت تاثیر می‌گذارند و آنها را تعیین می‌کنند. ارزیابی روانی-اجتماعی ارزشیابی سلامت روان فرد و رفاه اجتماعی است. این نوع از ارزیابی، درک فرد و توانایی‌های فرد را برای عملکرد در جامعه ارزیابی می‌کند.

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

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



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

**پیگیری پس از ترخیص:** در صورت ضرورت به تشخیص مددکار اجتماعی نیاز به پیگیری شرایط بیمار پس از ترخیص از بیمارستان است. در این مرحله شرایط روانی- اجتماعی بیمار و خانواده وی و میزان اثربخشی مداخلات مددکاری اجتماعی در طول زمان بستری مورد بررسی قرار می گیرد. پیگیری پس از ترخیص را می توان بصورت تلفنی، حضوری بصورت بازدید از منزل و یا محل کار و یا تحصیل بصورت تناوبی هر هفته یکبار یا هر دو هفته یکبار به منظور کسب اطمینان از ایجاد شرایط پایدار در بیمار ادامه داد.

**هدف کلی:** تدوین پروتکل مداخلات مددکاری اجتماعی برای افراد دارای اختلال روان

#### اهداف اختصاصی:

- شناسایی چالشهای روانی و اجتماعی بیماران روانی
- واکاوی تجربه خانواده ها از حمایت های روانی - اجتماعی در دوران بستری و پس از ترخیص
- واکاوی تجربه بیماران از حمایت های روانی - اجتماعی در دوران بستری و پس از ترخیص
- شناسایی مداخلات مددکاری اجتماعی در کار با افراد دارای بیماری روان

#### اهداف کاربردی

هدف کاربردی پژوهش استفاده از ظرفیت های روانی اجتماعی در درمان و توانبخشی افراد دارای اختلال به منظور پایداری درمان و سپری کردن بهتر توانبخشی و عود کمتر بیماری است.

## مخاطب هدف پروتکل

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

## گروه هدف پروتکل

تمام بیماران روان بستری یا سرپایی که خودشان به مراکز درمانی آمده اند یا ارجاع داده شده اند.

## نکات قابل توجه در اجرای پروتکل

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

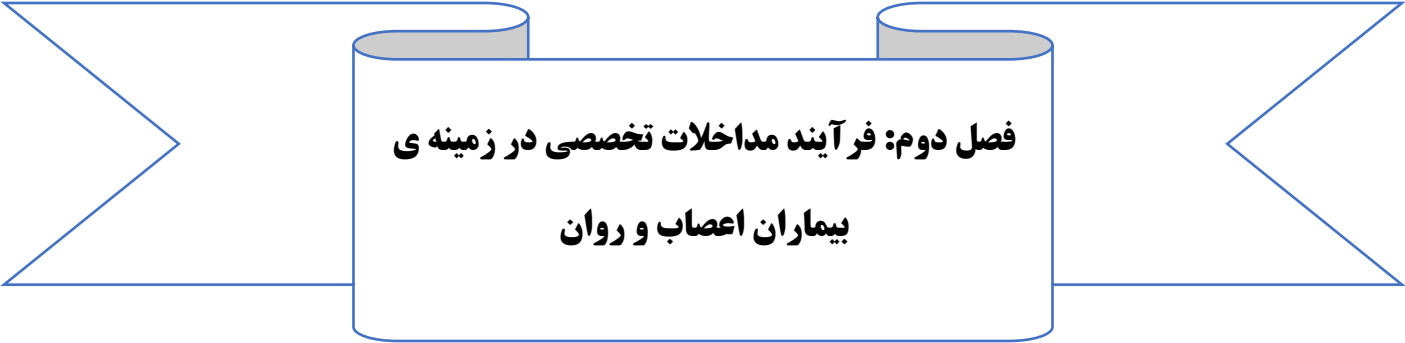
## روش شناسی تنظیم پروتکل:

روش شناسی پژوهش، ترکیب روش کیفی و کمی و تدوین پروتکل مداخلات اجتماعی می باشد. به صورت کلی این مطالعه در سه مرحله انجام شده است.

بخش اول با استفاده از روش کیفی، مهمترین چالشها و نیازهای روانی و اجتماعی بیماران روان استخراج شد.

بخش دوم با بررسی گسترده متون به تهیه نسخه‌ای از مهمترین مداخلات روانی و اجتماعی برای بیماران روان با تاکید بر نقش مددکاران اجتماعی انجام شد.

بخش سوم، با استفاده از یافته های دو مرحله قبل، نسخه پیش نویس تهیه شده از پروتکل مداخلات روانی و اجتماعی با استفاده از نظر متخصصان مورد تایید قرار گرفت.



## فصل دوم: فرآیند مداخلات تخصصی در زمینه ی بیماران اعصاب و روان

با توجه به شواهد مختلف علمی، حمایتها و مداخلات روانی و اجتماعی برای بیماران روان در چهار مرحله و با ساختار زیر طراحی شده است:

### ۱. مرحله قبل از ورود به مراکز درمانی (سطح اجتماع و جامعه)

مهمترین مشکلات و چالشها (مستخرج از مطالعه حاضر و سایر متون)

مهمترین شواهد علمی (مداخلات و پیشنهادهای همراه نتایج مورد انتظار)

وظایف، نقشها و مهارتهای لازم برای مددکاران اجتماعی

سایر ملاحظات ( اخلاقی، قانونی، تیمی، پشتوانه های نظری، و ...)

### ۲. مرحله پذیرش

مهمترین مشکلات و چالشها (مستخرج از مطالعه حاضر و سایر متون)

مهمترین شواهد علمی (مداخلات و پیشنهادهای همراه نتایج مورد انتظار)

وظایف، نقشها و مهارتهای لازم برای مددکاران اجتماعی

سایر ملاحظات ( اخلاقی، قانونی، تیمی، پشتوانه های نظری، و ....)

### ۳. مرحله بستری

مهمترین مشکلات و چالشها (مستخرج از مطالعه حاضر و سایر متون)

مهمترین شواهد علمی (مداخلات و پیشنهادهای به همراه نتایج مورد انتظار)

وظایف، نقشها و مهارتهای لازم برای مددکاران اجتماعی

سایر ملاحظات ( اخلاقی، قانونی، تیمی، پشتوانه های نظری، و ....)

### ۴. ترخیص و پس از آن

مهمترین مشکلات و چالشها (مستخرج از مطالعه حاضر و سایر متون)

مهمترین شواهد علمی (مداخلات و پیشنهادهای به همراه نتایج مورد انتظار)

وظایف، نقشها و مهارتهای لازم برای مددکاران اجتماعی

سایر ملاحظات ( اخلاقی، قانونی، تیمی، پشتوانه های نظری، و ....).

## مرحله قبل از ورود به بیمارستان (در سطح اجتماع)

### مقدمه:

شیوع و میزان زیاد بیماری های روان پزشکی از جمله اسکیزوفرنیا موجب شده است که این بیماری به عنوان بیماری عصر مدرن نامیده شود و توجه متخصصان سلامت روان و مددکاران اجتماعی را به خود جلب کند. بیماران و خانواده آنها به دلیل عدم آگاهی از بیماری از مصرف دارو اجتناب کرده و در نتیجه یا اقدام به درمان نمی کنند و یا به علت عود مکرر، بستری در بیمارستان، افت عملکرد اجتماعی و شخصی را تجربه می کنند. مددکاران اجتماعی از طریق مداخله روانی- اجتماعی در سطح جامعه همچون توانبخشی مبتنی بر جامعه، آگاهی از اقدامات رفاهی، ارزیابی انتقادی و یا بررسی سیاست های موجود، توجه به افسانه ها و باورهای غلط در مورد بیماری های روانی و ناتوانی ذهنی در جامعه، آگاه سازی مردم از طریق همکاری با پزشکان، گروههای خودیاری و رهبران محلی، آگاه سازی از طریق کمپین ها، کمک به مراقبت جامعه از بیماران دارای اختلال روان، ریشه کن کردن انگ و تبعیض، شناسایی منابع موجود در جامعه، تقویت شبکه های اجتماع و سیستم های حمایتی به نفع بیماران فعالیت می کنند.

از مددکاران اجتماعی فعال در مراکز درمانی انتظار می رود موسسات فعال در اجتماع همچون موسسات کاهش آسیب اجتماعی یا موسسات خیریه را شناسایی کرده و بانک اطلاعاتی تشکیل دهند و در صورت ضرورت بیماران و خانواده های آنها را به آن مراکز ارجاع دهند. از دیگر فعالیت های مددکاران اجتماعی کمک به مددکاران اجتماعی موسسات کاهش آسیب اجتماعی یا موسسات غیردولتی فعال در حوزه سلامت برای شناسایی بیماران دارای اختلال روان است. آنها می توانند طی جلساتی اطلاعات مهم در خصوص نحوه ارزیابی روانی اجتماعی مراجعان به مددکاران اجتماعی فعال در اجتماع ارائه دهند و در مقابل به تسهیل روند پذیرش بیماران در بیمارستان

می پردازند. آنها می توانند بستری برای مقابله با افسانه ها و باورهای غلط درباره ی بیماری های روانی و ناتوانی های ذهنی در جامعه و آگاه سازی مردم، کمک به مراقبت مردم جامعه از بیماران دارای اختلال روان، ریشه کن کردن انگ و تبعیض، تقویت شبکه های اجتماع و سیستم های حمایتی به نفع بیماران فراهم کنند.

### رویکرد مورد نظر برای مداخله در این مرحله

رویکرد مورد نظر در این مرحله رویکرد جامعه ای است.<sup>۱</sup> مددکار اجتماعی با در نظر گرفتن نوع مدل کاری، نقش هایی را برای خود برمی گزیند. مددکار اجتماعی با در نظر گرفتن هدفها، نوع مشکل، ظرفیت مشارکت جامعه و ساختار جامعه نقش هایی را مشخص می کند. وی می تواند نقش یک راهنما را داشته باشد. به راهنمایی در زمینه استفاده از منابع موجود، برنامه ریزی برای توسعه منابع و یا ایجاد منابع جدید همچنین چگونگی استفاده از روش های حل مساله، تصمیم گیری و سازماندهی از مهمترین مواردی هستند که مددکار به آنها در کار جامعه ای می پردازد. از دیگر نقش های مددکار اجتماعی نقش آموزش دهنده است. آموزش می تواند به دستیابی سهل تر و سریعتر امکانات و منابع کمک کند. ارتقا سطح دانش، اطلاعات و مهارت ها در بین جامعه هدف می تواند به عنوان یک مداخله کاربردی مطرح شود.

از دیگر نقش های مهم مددکار اجتماعی در کار جامعه ای، افزایش اطلاعات و دانش مددجویان و جامعه در زمینه ی متعدد می باشد. مددکاران اجتماعی درمان به همراه مددکاران اجتماعی فعال در جامعه می توانند مردم جامعه را نسبت به وضعیت موجود و نیازهای افراد دارای اختلال روان مطلع کنند و زمینه را برای پذیرش و کاهش انگ و تبعیض فراهم نمایند. آنها می توانند از طریق نقش تسهیل گری مراحل کار پذیرش در بیمارستان را برای بیماران دارای اختلال روان تسهیل کنند و پل ارتباطی بین سیستم های درون جامعه و بیمارستان باشند.

---

<sup>۱</sup> Community based

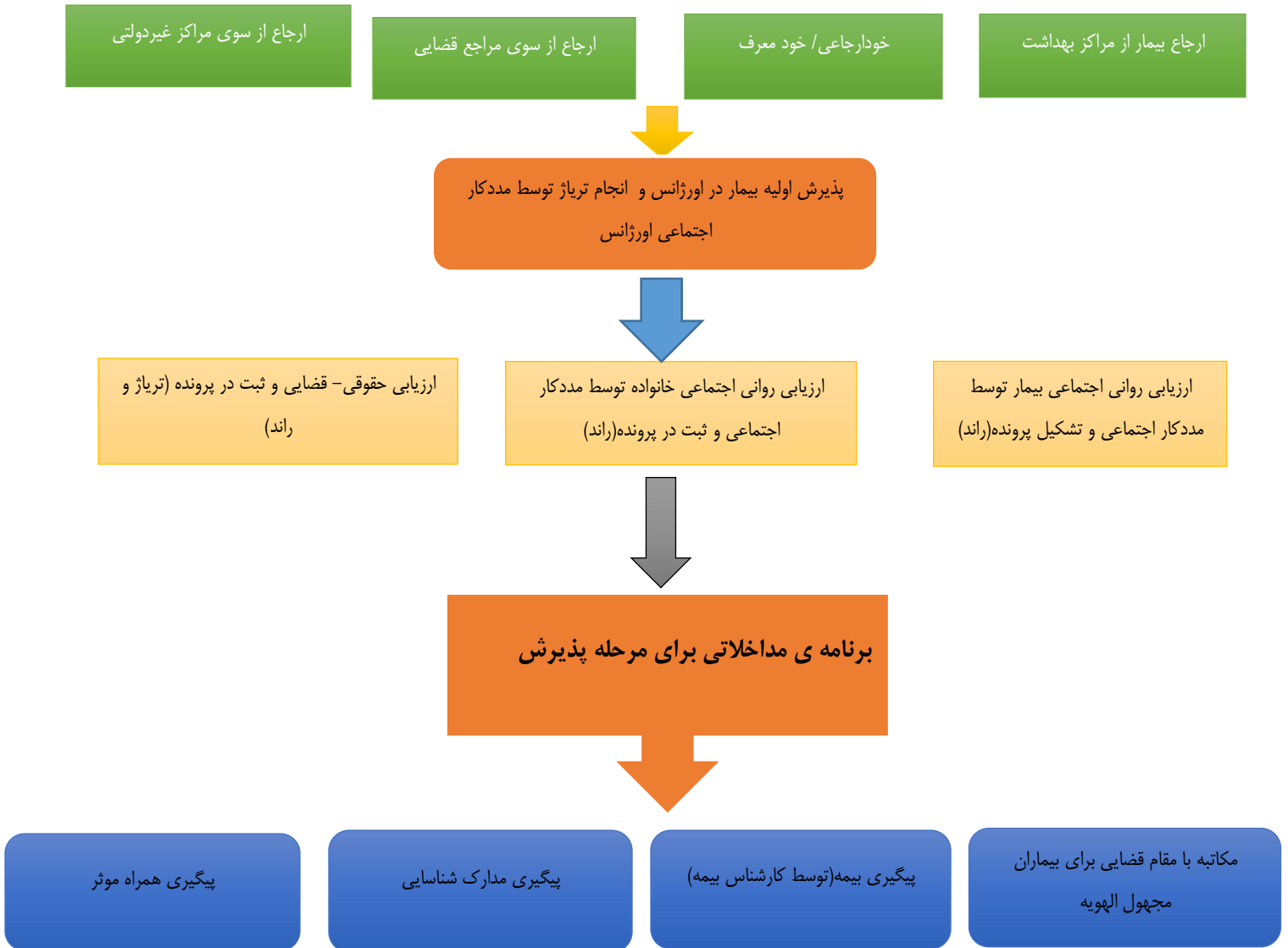
## سناریو در سطح اجتماع:

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



## مرحله ورود به بیمارستان و پذیرش

نمودار ۱. فرآیند ارائه مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بیمارستانی در هنگام پذیرش بیمار



## گام اول: پذیرش اولیه در مرحله تریاژ

بیماران دارای اختلال روان بصورت خود معرف یا ارجاعی از سوی مراکز دولتی و غیردولتی و یا مراجع قضایی به بیمارستان مراجعه می کنند. در ابتدا مددکاران اجتماعی اورژانس باید ارزیابی روانی اجتماعی بیمار را انجام دهد و اطلاعات در فرم تریاژ ثبت گردد.

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

بیمار پس از بستری در بخش مورد نظر باید بصورت روزانه توسط مددکار اجتماعی مورد ارزیابی قرار گیرند. در روز اول بستری در بخش، ارزیابی جامع روانی - اجتماعی از بیمار و خانواده انجام گردد و اطلاعات جمع آوری شده در فرم شماره ۲ سامانه HIS ثبت شود.

### - ارزیابی روانی - اجتماعی در سطح فرد:

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

### - ارزیابی روانی - اجتماعی در سطح خانواده:

مددکاران اجتماعی علاوه بر بیمار، باید ارزیابی از شرایط روانی - اجتماعی خانواده داشته باشند. خانواده مراقب و همراه اصلی بیمار است. بار مراقبتی خانواده بیماران دارای اختلال روان بیشتر است و به دلیل عدم حمایت از سوی سازمان ها و دولت، خانواده ها خود نیز دچار مشکلات روانی می شوند. تعدادی از مشکلات خانواده ها

از جمله اختلال در کارکرد خانواده، مشکلات اقتصادی خانواده در پرداخت هزینه درمان، تعارض بین اعضای خانواده، احساس خشم و گناه، نداشتن دانش و مهارت لازم برای مراقبت از بیمار است. در ارزیابی روانی اجتماعی خانواده نکات مهم و کلیدی همچون الگوی ارتباطی خانواده، نقش اعضای خانواده، توانایی حل مسئله و مقابله، عوامل خطر خانواده برای عود مجدد، خشونت، بار مراقبت و انگ باید در نظر گرفته شود. از طریق کسب اطلاعات فوق می توان برنامه کمکی دقیق و اجرایی تری طراحی کرد.

### رویکرد مورد نظر برای مداخله در این مرحله

رویکرد مورد نظر در این مرحله، نظریه سیستمی یا بوم شناختی است. در این رویکرد مددکار اجتماعی نگاه کل گرا به خدمات مددکاری اجتماعی دارد و مددجو و مشکل وی را بصورت کل می نگرد. از مشکلات عمده بیماران دارای اختلال روان و خانواده ی آنها که بر روند درمان، عود و بستری مجدد تاثیر گذار است، انگ، تبعیض اجتماعی، محرومیت بیماران از خدمات حمایتی کافی، ناهماهنگی سازمان های مختلف در جامعه برای حمایت و ارائه خدمات به آنها و غفلت از نیازها و مشکلات بیماران در تصمیم گیری های مهم در جامعه است. نگرش مردم جامعه به بیماران نیز سبب کناره گیری آنها از جامعه می شود. بدین ترتیب مددکاران اجتماعی طبق هدف این رویکرد باید به ایجاد هماهنگی میان خرده سیستم های ارائه خدمات همچون سیستم مددکار اجتماعی، سیستم مددجو، سیستم منابع درونی خانواده و سیستم جامعه مثل نظام های حمایتی، رفاهی و درمانی بپردازند. داده ها در این شرایط کلیه امکانات و خدماتی است که مددکاران اجتماعی برای حل مشکلات بیماران و خانواده آنها وارد سیستم مددکاری اجتماعی می کنند. از طریق درون دادهایی همچون منابع، حمایتها، درمانها، برنامه کمکی و توانبخشی همچون آموزش، اشتغال یابی و... به تسهیل فرآیند مددکاری اجتماعی کمک کرده و زمینه برای درمان موثر، ترخیص ایمن، کاهش عود مکرر و بستری، بازگشت به جامعه و تبعیت از درمان و رسیدن بیمار به استقلال نسبی فراهم می کند.

## سناریو مرحله پذیرش و بستری

مددکار اجتماعی اورژانس بر بالین بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی فاقد همراه موثر که توسط اورژانس تهران به بیمارستان منتقل شده است، حاضر می شود. اطلاعات اولیه از طریق دریافت اطلاعات از مسئول و منشی بخش و پرونده بالینی بیمار انجام می شود. مددکار اجتماعی از مسئول حراست درخواست بررسی وسایل بیمار را دارد. مدارک شناسایی به همراه بیمار بوده و از طریق تماس با همراه وی درخواست حضور در بیمارستان را دارد. مداخلات مددکار اجتماعی پس از به هوش آمدن بیمار و مصاحبه با وی و همراه موثر طراحی می شود. پس از مراجعه همراه وی و انجام ارزیابی روانی اجتماعی از بیمار و خانواده مشخص می گردد بیمار به دلیل اعتیاد از سوی خانواده طرد شده و خانواده تمایل به نگهداری از وی ندارد. بیمار به مدت ۵ ماه است در پارک زندگی می کند. مددکار اجتماعی اقدامات لازم جهت بستری در بیمارستان، همکاری با کارشناس بیمه جهت تحت پوشش بیمه قرار گرفتن انجام می دهد. مددکار اجتماعی طی راندهای روزانه، پیگیر وضعیت اعتیاد بیمار بوده و وضعیت جسمانی و روانی وی را از سوی پزشک بررسی می کند. مددکار اجتماعی برنامه های مدیریت مورد در سطح فرد و خانواده را طرح ریزی می کند. ارزیابی روانی اجتماعی در سطح فرد شامل ناتوانی فردی همچون انجام فعالیت های روزانه، کارکرد اجتماعی به منظور بررسی مشارکت در اجتماع، ارتباط و تعامل با دیگران، عملکرد شغلی و نقش های اجتماعی، مسکن، حمایت اجتماعی، تاثیر بار بیماری بر فرد و... بررسی می گردد و در سطح خانواده نیز ارزیابی روانی اجتماعی شامل نقش اعضای خانواده، الگوی ارتباطی، توانایی حل مساله، عوامل خطر در عود بیماری و بار مراقبتی و... است. برای اجرایی کردن برنامه مداخلاتی همچون توانبخشی، مدیریت وزن، حرفه ای، آموزش روانی، تبعیت درمانی، نقاط قوت و... نیازمند همکاری تیمی برای اثربخشی فعالیت های مددکار اجتماعی است.

جدول شماره ۱. فرم ارزیابی جامع روانی - اجتماعی مددکار اجتماعی (تربیاز)

شماره پرونده:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی همراه موثر:			جنسیت:	
تاریخ مراجعه:	تاریخ تولد:	کد ملی / کارت آمایش:			سطح تحصیلات:	
وضعیت تاهل:	نوع بیمه:	ملیت:			شغل:	
شماره تماس همراه موثر:	وضعیت مسکن:	آدرس:				
ارزیابی روانی - اجتماعی در سطح فرد	تاریخچه بیماری	۱ کد	۲ کد	۳ کد	توضیحات	
		سابقه بستری				
		عود بیماری				
		برخورداری از سایر بیماری جسمی (قلبی، کلیوی، ایدز و...)				
		توانایی انجام فعالیت های روزانه (انجام فعالیت های شخصی و روزانه، مصرف دارو، تغذیه)				
		عملکرد فردی				
		مشارکت در فعالیت های اجتماعی و محلی				
		الگوهای ارتباطی (ارتباط و تعامل با دیگران)				
		برخورداری از شبکه های حمایتی خانوادگی / اجتماعی				
		تحت پوشش سازمان حمایتی				
روابط زناشویی						

				مشکل در یافتن شغل		
				برخورداری از مهارت		
				توانایی ایفای مختلف نقش های خانوادگی		
				سابقه خشونت در اجتماع (نوع، شدت، گستردگی و مسائل حقوقی ناشی از آن)		
				سابقه مصرف مواد		
				سابقه خودکشی / اقدام به خودکشی		
				مواجهه با انگ در جامعه / هرگونه انگ درک شده		
				وضعیت حقوقی و قضایی		
				شدت اختلال	عملکرد روانی	
				انگیزه بهبودی		
				ترس و اضطراب ابراز شده		
				حمایت عاطفی		
				توانایی سازگاری با بیماری		
				توانایی بیان احساسات		
				توانایی ایفای نقش های مورد انتظار	نقش های اعضای خانواده	زردی روانی - اجتماعی در سطح خانواده
				توانایی شناسایی مشکلات	توانایی حل مساله	
				توانایی حل مشکلات		
				راهبردیهای مداخله ای		
				توانایی تشخیص بیماری / عود بیماری توسط اعضای خانواده		

				نگرش خانواده نسبت به دارو و درمان	شناسایی علائم عود توسط خانواده	
				وجود خشونت در خانواده نوع، شدت، گستردگی و مسائل حقوقی ناشی از آن)		
				انجام فعالیت های روزانه	بار (بار بیماری بر مراقب)	
				اشتغال		
				تفریح خانوادگی		
				ادامه تحصیل		
				تامین هزینه دارو و درمان بیمار		
				نگرش منفی یا تبعیض احساس شده خانواده از سایر بستگان و همسایگان	انگ	
				مضایقه خدمات به دلیل بیماری روانی در مدرسه، محل کار، همسایگان و همسالان		

مشکل از دیدگاه مراجع:

اقدامات انجام شده برای حل مشکل توسط مراجع/ خانواده:

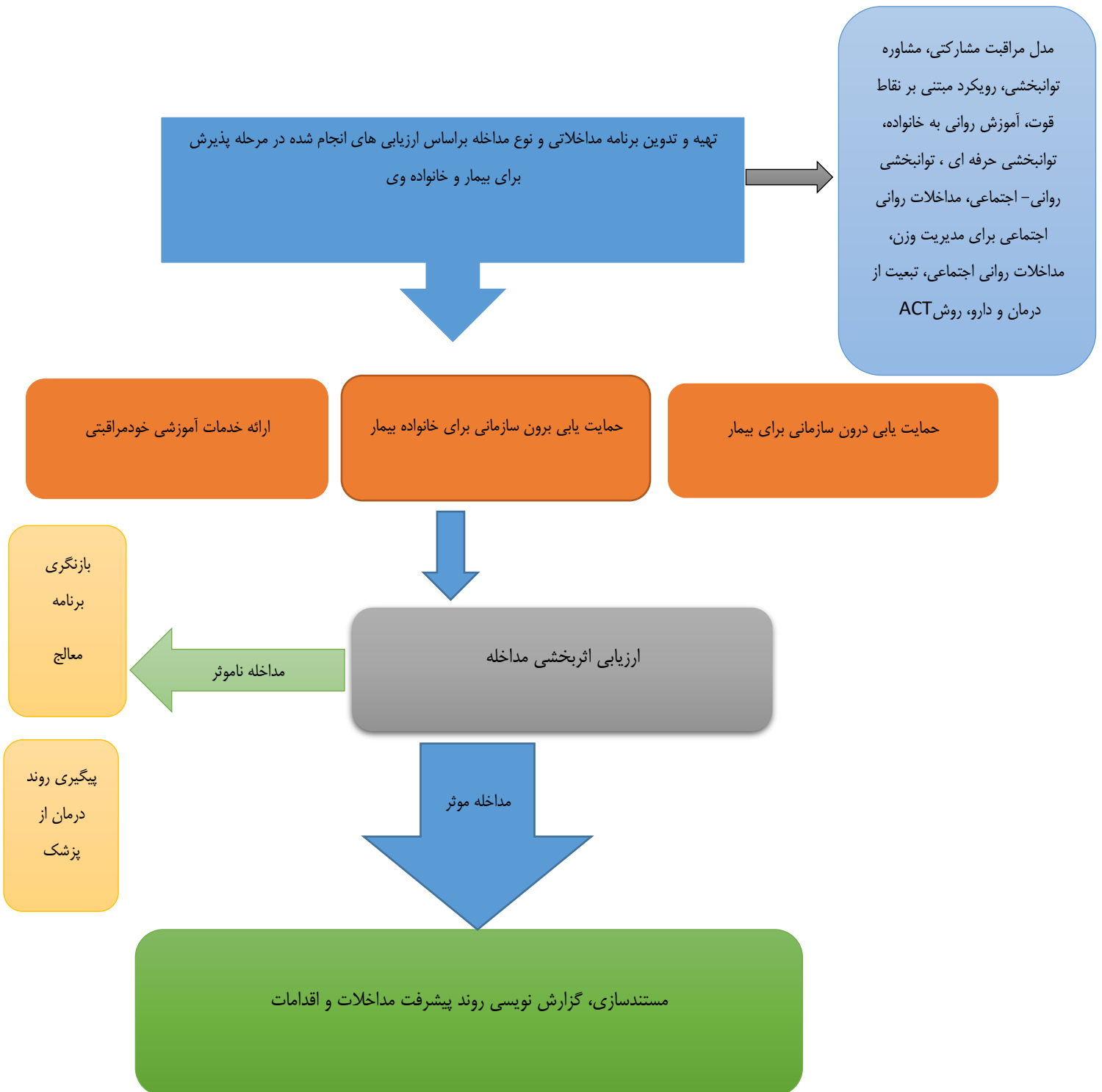
گزارش مددکاری اجتماعی:

نام و نام خانوادگی مددکار اجتماعی اورژانس

امضاء

## مرحله بستری

نمودار ۲. فرآیند ارائه مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بیمارستانی در هنگام بستری بیمار





## مقدمه:

زندگی روزمره شامل فعالیت های روزانه ای است که بدیهی تلقی می شوند و مترادف با عادات معمولی، یکنواخت و روتین زندگی است. تا زمانی که افراد در بخش روان پزشکی زندگی می کنند سبب عادی شدن شرایط برای آنها می شود. طی بررسی های انجام شده توسط محققین زندگی روزمره در یک بخش سبب احاطه شدن توسط اختلال در یک محیط گیج کننده است که در آن روال ها و قوانین متناقض هستند، اما ایمنی را نیز ارائه می دهند. بر همین اساس فضای بخش باید حمایت کننده، ساختارمند و انعطاف پذیر باشد و فرهنگ مراقبت باید امنیت و آرامش را ارائه کند. مددکاران اجتماعی پس از جمع آوری اطلاعات در مرحله تریاژ و راند برای هر یک از مشکلات براساس مدل مدیریت مورد، برنامه مداخلاتی طراحی می کنند. (اقدامات انجام شده در فرم شماره ۳ یعنی مدیریت مورد ثبت شود).

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

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

## مداخلات آموزشی

### - آموزش روانی به بیمار و خانواده

آموزش روانی به عنوان "اطلاعات آموزشی سیستماتیک، ساختاریافته در مورد بیماری و درمان آن، و شامل یکپارچه سازی جنبه های عاطفی به منظور توانمندسازی بیماران یا خانواده برای مقابله با بیماری" تعریف می

شود که یکی از وظایف مهم مددکاران اجتماعی است. یک رابطه مشارکتی بین متخصصان بهداشت روان و بیماران یا خانواده آنها برقرار می شود تا به آنها کمک شود بار بیماری را تقسیم کنند و در جهت بهبودی بیماران تلاش کنند. عناصر اصلی برنامه های آموزشی روانی، اطلاعاتی در مورد علائم و نشانه های بیماری، پیشگیری از عود، و درمان روان پریشی است. در کنار درمان های دارویی، مداخلات روانی- اجتماعی بخش مهمی از درمان و توانبخشی افراد مبتلا به اختلالات روان است. مددکاران اجتماعی با آموزش روانی به بیماران برای یافتن معنایی برای بیماری خود و اتخاذ نگرش سازنده نسبت به تجربه روان پریشی کمک می کنند. در طول زمان بستری مددکاران اجتماعی فرصت کافی برای ارائه خدمات و اجرای طرح های مداخلاتی توانبخشی دارند. یکی از طرح هایی که می توانند با توجه به مشکلات بیمار و خانواده ی آنها خود و یا به همراه روانشناس بخش اجرا کنند، آموزش روانی به آنها است. آموزش روانی یک روش موثر برای کمک به این دو گروه در زمینه اداره مشکلات ناشی از اختلال، ایجاد مهارت های لازم برای حمایت، کسب اطلاعات لازم در خصوص ماهیت بیماری، مدیریت بیماری و علائم، ارتقا آگاهی مراقبین در مورد علائم خطر و مولفه های درمانی و راهکارهای مقابله با عود است.

### - آموزش مهارت زندگی و اجتماعی به بیمار و خانواده

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

شامل مهارت خودآگاهی، مهارت همدلی، مهارت بین فردی، مهارت ارتباط موثر، مهارت مقابله با استرس، مهارت مدیریت بر هیجان ها، مهارت حل مساله، مهارت تصمیم گیری، و مهارت تفکر خلاق و تفکر انتقادی در بهبود روابط بین فردی و خانوادگی، تبعیت از درمان و حضور موثر بیمار در جامعه اقدام می کنند. برای کاهش بار مراقبتی خانواده و مشکلات مطرح شده ی بیمار و خانواده، مددکاران اجتماعی می توانند در طول زمان بستری طی برنامه ی مداخله ای جلسات هفتگی فردی یا گروهی برگزار کنند. پس از برگزاری جلسات آموزشی پیشنهاد می شود ارزشیابی از آموزش انجام گردد.

### - تبعیت درمانی

داروهای ضدروانپریشی نقش مهمی در درمان و کنترل علائم اختلال های روان بازی می کنند. از طرفی عدم تبعیت از درمان مشکل اساسی در فراد دارای بیماری روان است. بیماران مبتلا به اختلال روان به دلایل مختلفی از جمله فقدان بینش به بیماری، طولانی شدن دوره درمان دارویی، انگ، عوارض دارویی و غیره از خوردن دارو امتناع می کنند. یکی از مداخلاتی که برای بیماران مبتلا به اختلال روان و خانواده آنها پیشنهاد می شود، تبعیت درمانی است. ارتقای آگاهی و دانش آنها جهت افزایش پذیرش مصرف دارو به عنوان تبعیت از درمان یاد می شود. برنامه مداخله تبعیت از درمان مطابقت رفتار افراد با توصیه های درمانی است که در قالب سه محور رژیم دارویی، رژیم غذایی و برنامه فعالیت می باشد. اجرای برنامه های مداخله ای تبعیت از درمان سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران می شود. مددکاران اجتماعی در طول فرایند راند می توانند در زمینه مصرف دارو توسط بیمار از پرستار و مسئول بخش اطلاعاتی کسب کنند و به بیمار و خانواده وی در این زمینه مشاوره هایی داشته باشند. برای سنجش تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری مزمن می توان از پرسشنامه تبعیت از درمان که توسط نعیمه سید فاطمی و همکاران (سال ۱۳۹۶) طراحی شده استفاده کرد.

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

### استراتژی برای بهبود وابستگی

#### موانع تبعیت از درمان:

عدم آگاهی از بیماری، عوارض جانبی داروها، عدم باور  
بیماران به مزایای درمان، پیچیدگی درمان، هزینه های  
ادراک شده، پیگیری با برنامه ترخیص ناقص

تعریف بیماری از دیدگاه بیمار، تعریف علائم و شدت آن،  
همدلی و حمایت، بیان منطق استفاده از دارو، استنباط  
مقاومت بیماران، انتقال امید و خوش بینی، ایجاد اتحاد  
درمانی، بحث و گفتگو درباره ی زمینه ی درمان های  
جایگزین

### - مداخلات روانی - اجتماعی برای مدیریت وزن

افراد مبتلا به اختلال روان اضافه وزن دارند یا چاق هستند. به همین دلیل مداخله روانی- اجتماعی برای کاهش وزن که حداقل ۳ ماه طول می کشد، پیشنهاد می شود. عناصر کلیدی مداخله روانی- اجتماعی برای کاهش وزن شامل آموزش روانی متمرکز بر مشاوره تغذیه، مصرف کالری و کنترل سهم، خود مدیریتی رفتارهایی همچون تقویت انگیزه، تعیین هدف، وزن کشی منظم، خود نظارتی بر میزان غذا، فعالیت روزانه، رژیم غذایی و اصلاح فعالیت بدنی است. مددکاران اجتماعی می توانند بیمار و خانواده وی را از پیامدهای بیماری و عدم تحرک آگاه کنند.

### - توانبخشی روانی - اجتماعی

توانبخشی روانی- اجتماعی که توانبخشی روانپزشکی نیز نامیده می شود، راهبردهای مداخله ای است که مکمل مداخلات دارویی و مدیریت علائم بیماری است. مددکاران اجتماعی با انجام این مداخلات به بهبود عملکرد فردی،

اجتماعی، کیفیت زندگی، کاهش علائم، پیشگیری از عود، کاهش بستری و یکپارچگی اجتماعی افراد مبتلا به بیماری های روانی شدید و مزمن کمک شایان توجهی می کنند. توانبخشی روانی- اجتماعی شامل تبعیت درمانی، آموزش روانی، درمان شناختی-رفتاری، درمان شناختی، درمان رفتاری، اصلاح شناختی، آموزش مهارت های اجتماعی، آموزش خانواده، توانبخشی حرفه ای، مدیریت مورد و مداخلات روانی اجتماعی برای مدیریت وزن است.

### - مدل مراقبت مشارکتی

مدل های مراقبت مشارکتی<sup>۱</sup> برای بهبود سلامت بزرگسالان مبتلا به اختلال دوقطبی یا اسکیزوفرنی و وضعیت سلامت جسمی مزمن استفاده می شود. به عنوان رویکردی برای مراقبت از سلامت جسمانی و رفتاری است که به عنوان رویکرد تیمی در نظر گرفته می شود. هدف این مدل افزایش ارتباطات و تسهیل روابط کاری با کیفیت بین اعضای مختلف در تیم مراقبت بهداشتی، کاهش هزینه مراقبت و بهبود مراقبت های سلامت روان در محیط های مراقبت اولیه است.

### - مشاوره توانبخشی

علاوه بر درمان پزشکی و روانی- اجتماعی آسیبها، مشارکت اجتماعی باید به عنوان یک هدف درمانی مهم برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شناخته شود و می توان آن را در عمل روزانه توسط پرستاران و مددکاران اجتماعی، حتی زمانی که اختلالات روانپزشکی نیاز به مراقبت های حاد دارد، به کار برد. تحقیقات نشان داد که مشاوره توانبخشی توسط پرستاران و مددکاران اجتماعی در یک تیم چند رشته ای به افزایش سطح مشارکت اجتماعی جوانان مبتلا به اسکیزوفرنی کمک می کند. توانبخشی به طور خاص در جهت اهداف مشارکت اجتماعی شخصی بیماران است. اهداف بر حوزه های زندگی روزمره، مانند مهارت های زندگی، کار (داوطلبانه)، فعالیت های آموزشی و اوقات فراغت، و تماس های اجتماعی متمرکز هستند.

---

<sup>۱</sup> collaborative care models

## - توانبخشی حرفه ای

بیماری روان بر عملکردهای شغلی، تحصیلی، خانوادگی، اقتصادی و... بیماران تاثیر می گذارد و به دلیل عدم آگاهی مردم و بیمار و خانواده وی نسبت به بیماری و پیامدهای آن، از بیماران در سطح جامعه حمایت نمی شود. گاه انگ های اجتماعی و تبعیض سبب محرومیت بیماران از فرصت های موجود و برابر در جامعه می شود. خانواده بیماران نیز بار مراقبتی زیادی را متحمل شده و در این شرایط مددکاران اجتماعی به دلیل آگاهی از مشکلات و نیازهای بیماران و خانواده آنها از طریق برقراری ارتباط با موسسات مختلف در جهت تامین نیازهای اقتصادی، مسکن، بهداشت و درمان، نگهداری در مراکز، مهارت آموزی و اشتغال یابی اقدام می کنند. مددکاران اجتماعی به فرد دارای بیمار روان که هدفش اشتغال است باید در یافتن شغل مناسب کمک کنند. از این طریق به توانبخشی شغلی و حرفه ای بیمار و خانواده وی مبادرت می ورزند.

## - مداخلات روانی- اجتماعی

علیرغم اینکه درمان اصلی برای افراد مبتلا به بیماری های روانی شدید مداخلات دارویی بوده است، کنترل جزئی و محدود علائم، عوارض جانبی کوتاه مدت و بلندمدت و تبعیت ضعیف از درمان در صد قابل توجهی از افراد مبتلا، سبب بکارگیری رویکردی گسترده ای در کنار درمان دارویی با سایر مداخلات روان درمانی و روانی- اجتماعی می شود و باید برای کمک به بهبودی دوره های حاد و نقص عملکردی در طول دوره ها و بین آنها بطور موثر هماهنگی باشد. مراقبت از بیماری های روانی، دیگر تنها به معنای تسکین علائم نیست، بلکه به معنای کنار آمدن با نیازهای مختلف ناشی از آن است. در مجموع، مراقبت از این افراد مستلزم ادغام مداخلات روان درمانی و مداخلات روانی- اجتماعی در یک شبکه سلامت روان متشکل از تیم های بین رشته ای است.



## - روش ACT<sup>1</sup>

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

<sup>1</sup> Acceptance and Commitment Therapy

## حمایت یابی

- ارتباط با مراکز درون سازمانی و برون سازمانی برای حمایت یابی اقتصادی، پذیرش پس از

### ترخیص در مراکز نگهداری، قرار گرفتن تحت پوشش بیمه

حمایت یابی چه به صورت درون سازمانی و چه به صورت برون سازمانی را می توان در زمره مداخلات مددکاری اجتماعی قرار داد. برای حمایت یابی نیاز به استفاده از رویکرد تیمی است. این رویکرد متشکل از پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی و روانشناس می باشد. هر یک از اعضای تیم ارزیابی اولیه از بیمار را انجام می دهند و سپس گروه با هم همکاری می کنند تا برنامه ی مداخله ای و مراقبتی طراحی کنند. در تیم بین رشته ای مددکار اجتماعی نقش هماهنگ کننده، تسهیل گر، آموزش دهنده، برنامه ریز و رابط را ایفا می کند و نگرش اجتماعی را وارد تیم می کند. با بکارگیری این رویکرد سایر کارکنان با وظایف مددکار اجتماعی آشنا می شوند و می توانند مداخلات مشترکی طراحی کنند.

مددکاران اجتماعی با توجه به اطلاعات کسب شده در مرحله تریاژ و راند برای توانمندی و استقلال نسبی بیماران و خانواده نیاز به همکاری بین رشته ای در درون بیمارستان و سازمان های مربوطه در بیرون از بیمارستان دارد. در بخش حمایت های اقتصادی درون سازمانی حمایت های مالی بیمارستانی، کمک های موسسات خیریه در درون و بیرون بیمارستان، و تحت پوشش بیمه قرار گرفتن بیماران نیز می تواند در کاهش هزینه ها موثر باشد. اقدام به دریافت دفترچه بیمه خدمات درمانی از وظایف کارشناس بیمه بیمارستان می باشد. کارکنان بخش پذیرش یا منشی بخش موظف است به کارشناس بیمه مقیم بیمارستان گزارشی از بیماران فاقد دفترچه بیمه به صورت روزانه ارائه دهد تا در اولین فرصت برای دریافت دفترچه اقدام گردد(در صورت عدم حضور کارشناس بیمه مستقر در بیمارستان در خصوص انجام این کار باید با مسئولین بیمارستان مذاکره گردد). تعدادی از بیماران فاقد مدارک شناسایی و هزینه لازم برای دریافت دفترچه هستند که مددکار اجتماعی می تواند برای هزینه از محل



خیرین یا موسسه خیریه بیمارستان هزینه را دریافت کند و به کارشناس واحد حقوقی جهت تهیه مدارک شناسایی گزارش دهد.

تعدادی از بیماران نیز به دلیل شدت بیماری از طرف خانواده حمایت نمی شوند و ترخیص آنها بدون حضور همراه موثر سبب آسیب به بیمار و مردم جامعه می شود. به همین دلیل برای کاهش خطرات، مددکاران اجتماعی قبل از ترخیص با موسسات و مراکز نگهداری تحت نظر بهزیستی هماهنگی های لازم به عمل آورد. برای ایجاد همکاری های لازم، مقتضی است مسئولین واحد مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت تفاهم نامه های همکاری منعقد نمایند. مددکاران اجتماعی قبل از ارجاع بیمار به مراکز نگهداری باید از مراکز بازدیدهایی انجام دهند.

### مداخلات حقوقی (مراجعه به مراجع قانونی و قضایی)

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

### رویکرد مورد نظر برای این مرحله: (مدیریت مورد، نقاط قوت، مصاحبه انگیزشی)

در مرحله بستری می توان از میان رویکردهای مختلف دو رویکرد مدیریت مورد و نقاط قوت را استفاده کرد.

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

### مدیریت مورد بیماران بستری



## - رویکرد مبتنی بر نقاط قوت :

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

## - مصاحبه انگیزشی:

یک روش رهنمودی مراجع محور است که انگیزه تغییر را با شناسایی و حل ابهامات مراجع افزایش می دهد. ابزاری است برای درگیر کردن مراجعان بی تفاوت و بی انگیزه در مشکلاتی که خود مراجع یا افراد مهم زندگی اش آنها را مهم می دانند. در سراسر این فرآیند از همدلی استفاده می شود و می توان برای تقویت انگیزه مراقبین یا اعضای خانواده افراد دارای اختلال روان استفاده کرد. علاوه بر مراقبین می توان این رویکرد را برای تبعیت از درمان بیماران نیز بکار برد. در مصاحبه انگیزشی روی دوگانگی های مراجع کار می شود به گونه ای که وی را از زیانهای عدم مصرف دارو و امتیازهای پیروی از درمان و سازگاری با شرایط مطلع کرد و انگیزه وی را برای همکاری و تغییر تقویت نمود.

جدول شماره ۲. فرم گزارش روزانه (راند)

نام خانوادگی:	نام:	جنس:	تاریخ مراجعه: ساعت مراجعه:	کد پذیرش:			
آدرس:	پزشک معالج:	تلفن:					
کدملی / کد آمایش:	تاریخ تولد:	ملیت:	نام و نام خانوادگی پدر:	نام و نام خانوادگی مادر:			
وضعیت تاهل:	همراه بیمار: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/>	تلفن همراه:	نام و نام خانوادگی همراه:	نسبت با همراه:			
سطح تحصیلات:	تعداد فرزندان:	شغل:					
بیمه پایه: تامین اجتماعی: خدمات درمانی: سلامت ایرانیان: نیروی مسلح: سایر: فاقد بیمه: بیمه تکمیلی:							
نحوه ورود/ ارجاع به واحد مددکاری اجتماعی: خودارجاع <input type="radio"/> راند <input type="radio"/> تریاژ <input type="radio"/> ارجاع از کادر درمان <input type="radio"/> ارجاع از سازمان های دولتی <input type="radio"/> ارجاع از سازمان های غیر دولتی <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/>							
ساعت و تاریخ	شبکه حمایتی	شرایط روانی	وضعیت اقتصادی	اختلال در عملکرد اجتماعی به علت بیماری و بستری	گروه های پرخطر	مسائل قانونی	شرح مختصر
شرح نهایی ارزیابی:							
تاریخ و ساعت راند	نتیجه راند روزانه:						

نام و نام خانوادگی مددکار اجتماعی، مهر و امضاء

جدول شماره ۳. فرم مدیریت مورد مددکاری اجتماعی

نام خانوادگی:	نام:	جنس:	تاریخ مراجعه: ساعت مراجعه:	کد پذیرش:
آدرس:	پزشک معالج:	تلفن:		
کدملی / کد آمایش:	تاریخ تولد:	ملیت:	نام و نام خانوادگی پدر:	نام و نام خانوادگی مادر:
وضعیت تاهل:	همراه بیمار: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد تلفن همراه:		نام و نام خانوادگی همراه: نسبت با همراه:	
سطح تحصیلات:	تعداد فرزندان:	شغل:		
بیمه پایه: تامین اجتماعی: خدمات درمانی: سلامت ایرانیان: نیروی مسلح: سایر: فاقد بیمه: بیمه تکمیلی:				
نحوه ورود/ ارجاع به واحد مددکاری اجتماعی: خودارجاع <input type="radio"/> راند <input type="radio"/> تریاژ <input type="radio"/> ارجاع از کادر درمان <input type="radio"/> ارجاع از سازمان های دولتی <input type="radio"/> ارجاع از سازمان های غیر دولتی <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/>				
شرح نهایی ارزیابی:				
تاریخ و ساعت مداخله	عنوان مداخله مددکاری اجتماعی	شرح کلی مداخله	بازه زمانی دسترسی به هدف	نتیجه مداخله (هدف / چشم انداز)
عنوان مداخله / شماره مداخله	پیگیری های انجام شده برای هر مداخله			

	نتیجه نهایی مداخلات
	توصیه های پس از ترخیص:
	نیاز به پیگیری پس از ترخیص دارد: دارد ندارد
	برنامه پیگیری:

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی

## مرحله ترخیص و پس از ترخیص

نمودار شماره ۳. فرآیند ارائه مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بیمارستانی در هنگام ترخیص و پس از

آن

تهیه برنامه مداخله ای پیش از ترخیص



مشاوره قبل از ترخیص

آموزش اجتماعی به بیمار خانواده (مهارت زندگی، ارتباطی، خودمراقبتی و...)

آموزش روانی به بیمار و خانواده در خصوص علائم بیماری و عود مجدد از طریق برگزاری جلسه یا تهیه کلیپ یا آموزش از طریق وب سایت

حمایت یابی برون سازمانی برای هزینه درمان و نگهداری بیماران مجهول الهویه یا بی خانمان، طه، حکم قضاء،

توانبخشی روانی - اجتماعی (شغل یابی)



ترخیص ایمن



پیگیری پس از ترخیص و بازدید از منزل



مستندسازی و گزارش نویسی

## مقدمه:

ساختار فرایند ترخیص بر مبنای اصول مراقبتی، حمایتی، پیشگیری، آموزشی، هماهنگی بین اعضای تیم مراقبتی جهت ارجاع به موقع و پیگیری واقع شده است. برنامه ریزی ترخیص فرایندی پویا، جامع و مشارکتی است که هدف آن تعیین ادامه درمان مراجعه کنندگان پس از ترخیص و ارائه خدمات و حمایت های لازم به مراجعه کنندگان و مراقبان اوست. آموزش به بیمار، بخشی از مراقبتهای حین ترخیص است که البته بسیار مهم می باشد زیرا بیمار و خانواده را قادر می سازد در غیاب ارائه دهندگان خدمات سلامت، به مراقبت و مدیریت بیماری خود بپردازند. بیماران مبتلا به اختلال روان در تمامی مراحل زندگی خود انواع مشکلات را تجربه می کنند. مشکلات و دغدغه های شخصی و خانوادگی آنها محدود به زمان پذیرش، حین بستری نمی باشد بلکه در زمان ترخیص و پس از آن نیز ادامه دارد. در صورت عدم آموزش فرد و خانواده امکان عود بیماری و بازگشت به بیمارستان و عدم تبعیت دارویی افزایش پیدا می کند و بیمار مجدد به شرایط قبل خود باز می گردد. عمده مشکلات بیمار و خانواده وی را می توان در چند بعد فردی، اجتماعی، خانوادگی، روانی، اقتصادی و درمانی مطرح کرد.

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

**بعد اجتماعی:** تغییر روابط اجتماعی، از بین رفتن روابط و اختلال در مهارتهای رفتاری، فشارهای زناشویی، فرسودگی شغلی، مشکل در یافتن و تداوم شغل، بیکاری، ترک تحصیل، سوء مصرف مواد و خشونت، به حاشیه رفتن، محروم شدن از ارتباط با دیگران، بی اعتمادی از طرف دیگران، برچسب خطرناک بودن، احساس غریبی و



بیگانگی با دنیا، عدم امنیت در مسکن، کمبود منابع و امکانات، مسکن مناسب و ایمن، نبود فعالیتهای تفریحی، مشکلات رانندگی.

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

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

**بعد اقتصادی:** مشکل اقتصادی، فقر.

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

### برنامه مداخلاتی قبل از ترخیص

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

## - آموزش حین ترخیص مهارت های اجتماعی

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

## - مشاوره قبل از ترخیص

قبل از ترخیص بیمار از بیمارستان، جلسه ای با خانواده بیمار برگزار گردد و به بررسی چالش ها و مشکلات آنها پرداخته شود. درخصوص نگرانی های خانواده بیمار سوالاتی پرسیده شود، در عین حال اطلاعات ضروری و شفاف در اختیار آنها قرار دهید. در زمینه شناسایی زودهنگام عود و اقدامات لازم در آن شرایط، تبعیت از درمان، نحوه برقراری ارتباط با بیمار، کاهش ناتوانی فردی و اجتماعی، بررسی نقاط قوت مراقبین، حمایت عاطفی از آنها، سازمان های ارائه دهنده خدمات و مراجعه به مراکز، نحوه دسترسی به مددکار اجتماعی، مراجعه به بیمارستان و روند فرآیند مددکاری اجتماعی در مرحله پیگیری پس از ترخیص اطلاعاتی در اختیار خانواده قرار دهند.

## - ترخیص ایمن

ترخیص ایمن فرآیندی است که از زمان ارزیابی بیمار آغاز می شود و مددکار اجتماعی با شناسایی نیازها و انجام مداخلات تخصصی بیمار را برای ترخیص آماده می کند. این برنامه ریزی طول مدت حضور بیمار در بیمارستان را کاهش داده و می تواند موجب رضایتمندی بیشتر بیماران و همراهان شود. مددکار اجتماعی با همکاری تیم درمان باید اطمینان حاصل کند که بیمار در زمان مناسب، با کسب اطلاعات لازم و به مکان امن از بیمارستان ترخیص

شود. ترخیص ایمن بصورت تیمی انجام می شود، زیرا خدماتی مانند ترخیص پزشکی، آموزش به بیمار، مراقبت در منزل، حمل و نقل تا منزل و بررسی محل سکونت همگی، فعالیت هایی هستند که توسط پزشکان، پرستاران، روانشناسان و مددکاران اجتماعی ارائه می شود.

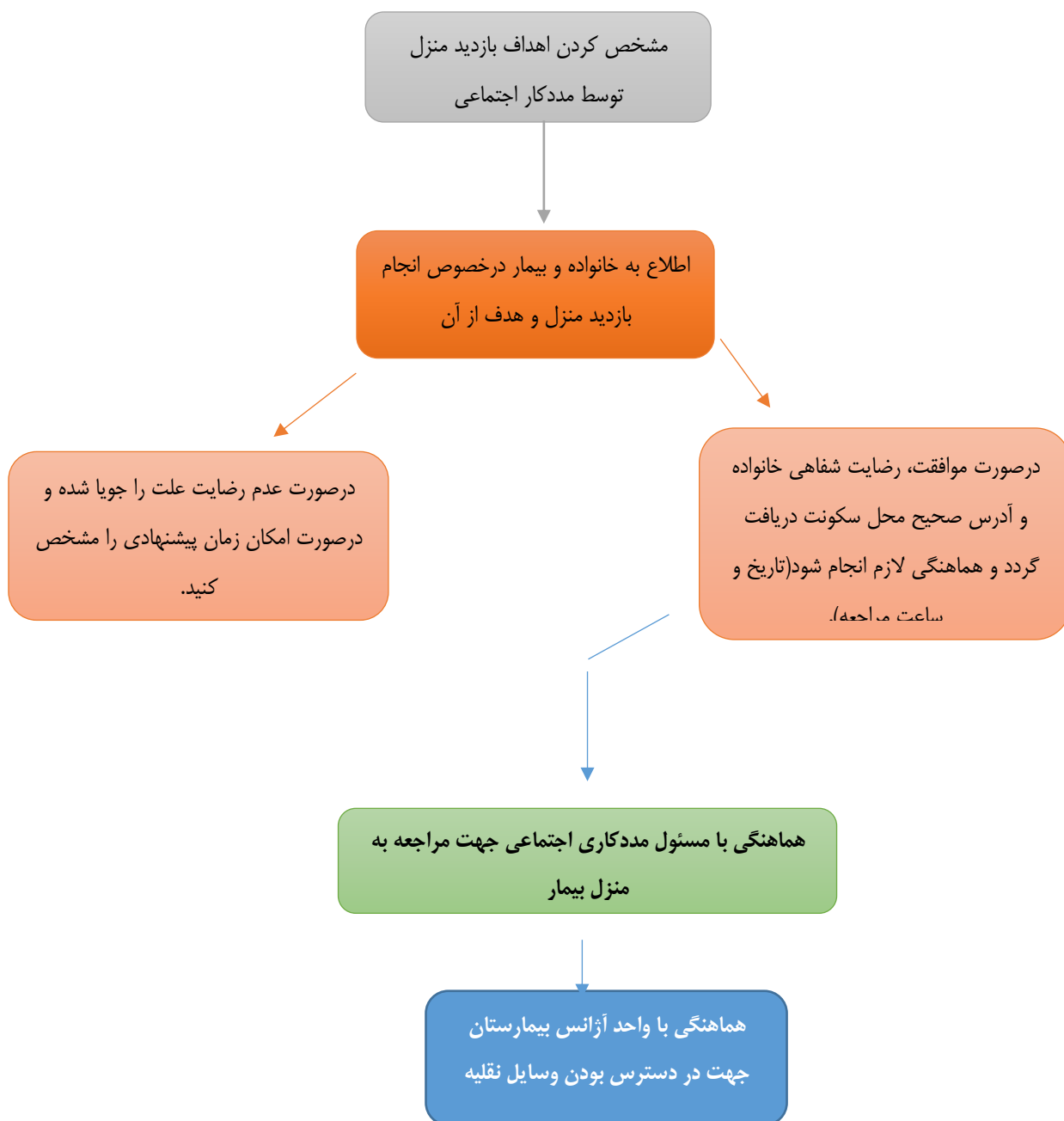
ترخیص بیماران دارای اختلال روان از حساسیت قابل توجهی برخوردار است. مددکار اجتماعی قبل از ترخیص در ابتدا وضعیت شبکه ی حمایتی و خانوادگی بیمار را بررسی می کند. در صورت همکاری خانواده برای پذیرش بیمار و بررسی وضعیت خانواده بلحاظ اقتصادی، اجتماعی، مسکن و رفاهی، با خانواده جهت ترخیص بیمار هماهنگی لازم انجام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

### پیگیری پس از ترخیص و مستندسازی

در مرحله پیگیری هدف بررسی وضعیت بیمار و خانواده وی است. مددکار اجتماعی با انجام پیگیری تصمیم دارد تا از تحقق اهداف تعیین شده و اثربخشی برنامه های مداخلاتی در طول بستری و اهداف و برنامه های تعیین شده پیش از ترخیص اطمینان حاصل کند. گاه پیگیری یا برنامه ترخیص ناقص در عدم تبعیت از درمان بیمار نقش مهمی ایفا می کند. در مرحله پیگیری باید بررسی عملکرد بیولوژیکی، اجتماعی، شغلی، وضعیت روانی و خانوادگی بیمار (ارزیابی جامع روانی اجتماعی از فرد و خانواده) انجام و تمامی یافته های حاصل از ارزیابی مستند گردد. اگر بیمار و خانواده نیاز به مداخلات بیشتر دارند، طی جلسات بعدی اقدامات لازم انجام شود و مجدد برنامه ریزی متناسب با نیاز و درخواست بیمار و خانواده صورت پذیرد. در این مرحله در صورت انجام بازدید منزل می توان فرم شماره ۵ و همچنین فرم شماره ۷ را برای ارزیابی مداخلات مددکار اجتماعی بر مراجع / بیمار تکمیل کرد.

## بازدید از منزل

یکی از مهمترین و کارآمدترین ابزار کار مددکاران اجتماعی در فرآیند مددکاری اجتماعی است. اگر برطبق ضوابط و اصول و به شیوه درست انجام پذیرد نتایج مطلوبی در پی دارد. بازدید منزل در مددکاری اجتماعی وسیله ای برای کسب شناخت و ارزیابی ساخت اجتماعی خانواده است. مددکاران اجتماعی طبق پروتکل خدمات مددکاری اجتماعی در صورت ضرورت نیاز به بازدید از منزل دارند(گزارش بازدید منزل را مطابق فرم شماره ۵ تکمیل کنید). برای انجام بازدی منزل باید طبق فلوجارت ذیل اقدام کرد:



## ارزشیابی مداخلات

برنامه ریزی عملیاتی و درست متناسب با شرایط بیمار و خانواده، سبب تحقق اهداف و مداخلات موثر همچون کاهش بار مراقبتی خانواده، مشکلات بیمار، عود مکرر و بستری مجدد می شود. ارزشیابی جامع مداخلات مددکار اجتماعی باید در تمام مراحل اجرای برنامه و پس از اتمام مداخلات انجام گردد. در این مرحله در واقع ارزشیابی کلیه خدماتی که به بیمار و خانواده توسط مراکز درمانی، مراجع قضایی و سایر موسسات ارائه شده است، انجام می گردد. مددکار اجتماعی میزان اجرا، پیشرفت اهداف و مداخلات را اندازه گیری می کند. در صورت عدم تحقق اهداف، در صورت لزوم به مرحله قبلی بازگشت داشته و اصلاحات لازم اعمال می شود. در مرحله ارزشیابی اگر مددکار اجتماعی متوجه در معرض خطر بودن بیمار و خانواده باشد و یا احتمال بروز خطر برای مردم جامعه وجود داشته باشد، باید به مراجع قضایی گزارش دهد. تمامی اقدامات انجام شده در هر مرحله از زمان ارزیابی مشکل بیمار تا زمان پیگیری پس از ترخیص و علل خاتمه مداخله در پرونده بیمار با درج تاریخ و زمان فعالیت و نام مددکار اجتماعی مستند سازی شود (اطلاعات در فرم شماره ۶ مستندسازی شود).

## خاتمه مداخله

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

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

### رویکرد مورد نظر برای مداخله در این مرحله

بیماران معمولاً در طول زمان بستری با مددکار اجتماعی و پزشک و پرستار همکاری لازم دارند. عمده نگرانی مددکاران اجتماعی در زمان ترخیص است. هدف مددکار اجتماعی از انجام مداخلات تخصصی در طول زمان بستری، واگذاری مسئولیت به بیمار و خانواده است تا بتوانند از طریق مشارکت به توانمندی لازم برای شناسایی علائم عود و اقدام به هنگام، برقراری ارتباط مناسب با یکدیگر و مردم جامعه، برآوردن نیازهای خود از طریق افزایش ظرفیت ها و توانایی ها، مهارت آموزی و اشتغال دست یابند و به زبان دیگر مشارکت اجتماعی و مسئولیت اجتماعی در افراد افزایش یابد. صرف هدف گذاری و برنامه ریزی و برگزاری جلسات فردی و گروهی و آموزش منجر به کاهش مشکلات و یا پیشگیری از آسیب های بعدی در مراجع نمی شود. بلکه این اقدامات باید با همکاری و مشارکت بیمار و خانواده از زمان مراجعه به بیمارستان تا زمان ترخیص و پس از ترخیص انجام گردد. براساس رویکرد مشارکتی که رویکردی ارزشمند است به افراد حق داده می شود و از آنها درخواست می گردد تا در تصمیمات و اقدامات مربوط به خودشان مشارکت داشته باشند، امکان دسترسی به اطلاعات فراهم می گردد، و

این مسئله سبب افزایش مسئولیت، ارائه ی خدمات کارآمدتر و بسنده تر و تحقق اهداف مددکار اجتماعی می شود. رویکرد عملی به فعالیت مشارکتی شامل تعاون و همکاری، ترویج و پرورش مشارکت، اقدام متقابل، هدایت و حساسیت نسبت به خواسته ها و نیازهای افراد است.

تا زمانی که بیمار و خانواده و سازمان های جامعه در توانمندی بیمار مشارکت نداشته باشند، فعالیت های مددکاران اجتماعی کم نتیجه خواهد بود و بستری برای عود بیماری، بازگشت بیمار به بیمارستان و افزایش بارمراقبتی خانواده و هزینه های درمان خواهد شد. جلب حداکثری مشارکت در فرآیند درمان و توانمندی روانی اجتماعی از فعالیت های مهم مددکار اجتماعی است.

### سناریو مرحله ترخیص و پس از آن

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

تر انجام می گردد. پس از ترخیص بیمار از بیمارستان و آموزش به بیمار و خانواده وی، مددکار اجتماعی به پیگیری روند درمان و مداخلات خود می پردازد. براساس گزارشات خانواده و انجام بازدید منزل مددکار اجتماعی برنامه را صورت لزوم تغییر داده و با همکاری خانواده به ادامه مسیر می پردازد.



### جدول شماره ۴. فرم ارجاع

مشخصات همراه موثر:	ملیت:	تاریخ تولد:	کدملی / کارت آمایش:	نام پدر:	نام و نام خانوادگی:
آدرس و شماره تماس:					
گزارشی از مشکل مراجع:					
اقدامات انجام شده توسط مددکار اجتماعی:					
دلیل ارجاع:					
اطلاعات ارجاع دهنده:					
تاریخ ارجاع:			نام و نام خانوادگی مددکار اجتماعی:		
مهر و امضا:			شماره تماس و فاکس واحد مددکاری اجتماعی:		

### جدول شماره ۵. فرم بازدید از منزل

نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:	کدملی / کارت آمایش:
تاریخ و ساعت مراجعه:		
آدرس و شماره تماس:		
هدف از انجام بازدید منزل:		
شرح وضعیت خانوادگی:		
شرح وضعیت اجتماعی:		
شرح وضعیت اقتصادی:		
شرح وضعیت جسمانی و روانی بیمار و خانواده:		
شرح تبعیت از درمان دارو و علائم عود:		
خلاصه ای از نتایج ارزیابی مددکار اجتماعی:		

نام و نام خانوادگی مددکار اجتماعی

امضاء

جدول شماره ۶. فرم ارزشیابی مداخلات مددکار اجتماعی

انواع مداخلات براساس مراحل / فرآیند	عنوان مداخله	درصد دستیابی به اهداف	نتیجه مداخله
مراحل ارزیابی جامع و شناسایی و اولویت بندی نیازها و مشکلات	ارزیابی روانی- اجتماعی		
	راند		
	تریاز		
مراحل انتخاب رویکرد و برنامه ریزی و مداخله	حمایت های اجتماعی	حمایت های ابزاری درون سازمانی	
		حمایت های ابزاری برون سازمانی	
		حمایت های اقتصادی درون سازمانی	
		حمایت های اقتصادی برون سازمانی	
		توانبخشی شغلی و حرفه ای	
		مشاوره توانبخشی	
		آموزش مهارت های زندگی به فرد و خانواده	
		مداخلات تبعیت درمانی	
	حمایت های روانی	آموزش روانی به فرد و خانواده	
		مداخلات روانی اجتماعی برای مدیریت وزن	

		مداخلات حقوقی		
		ارجاع درون سازمانی	ارجاع	
		ارجاع برون سازمانی		
		بازدید منزل		
			پیگیری پس از ترخیص	مراحل پایش و اختتام و مستندسازی
			مستندسازی	
نتیجه نهایی مداخلات		میانگین تحقق اهداف		
امتیاز اقدام اصلاحی نتیجه نهایی				

\*اقتباس شده از فرم ارزیابی اثربخشی مداخلات مددکاری اجتماعی پروتکل خدمات مددکاری اجتماعی سالمندی در نظام سلامت

جدول شماره ۷. فرم پیگیری پس از ترخیص (فرم ارزشیابی مداخلات مددکار اجتماعی برای بیمار)

شماره پرونده:		نام و نام خانوادگی:		جنسیت:	
تاریخ پیگیری:		تاریخ تولد:		سطح تحصیلات:	
وضعیت تاهل:		نوع بیمه:		شغل:	
شماره تماس همراه موثر:		وضعیت مسکن:			
ارزیابی روانی - اجتماعی در سطح فرد		عملکرد فردی		درصد دستیابی به هدف توضیحات	
				توانایی انجام فعالیت های روزانه (بهداشت فردی، تامین نیازهای اولیه زندگی) (رفتن به خرید))	
		حوزه ی سلامت		انجام فعالیت بدنی / ورزش	
				وزن کشی منظم	
				رژیم غذایی سالم	
				پابندی به درمان و مصرف دارو	
				کاهش علائم بیماری / عود بیماری	
				مشارکت در فعالیت های اجتماعی و محلی	

		الگوهای ارتباطی (ارتباط و تعامل با دیگران/ دوستان/ همسایگان)	عملکرد اجتماعی
		برخورداری از شبکه های حمایتی خانوادگی / اجتماعی	
		تحت پوشش سازمان حمایتی	
		روابط زناشویی	
		یافتن شغل	
		برخورداری از مهارت توانایی ایفای مختلف نقش های خانوادگی	
		خشونت در اجتماع (نوع، شدت، گستردگی و مسائل حقوقی ناشی از آن)	
		خشونت در خانه علیه اعضای خانواده	
		مصرف مواد/ مصرف الکل	
		خودکشی / افکار خودکشی / اقدام به خودکشی	
		رفتارهای پرخطر جنسی	

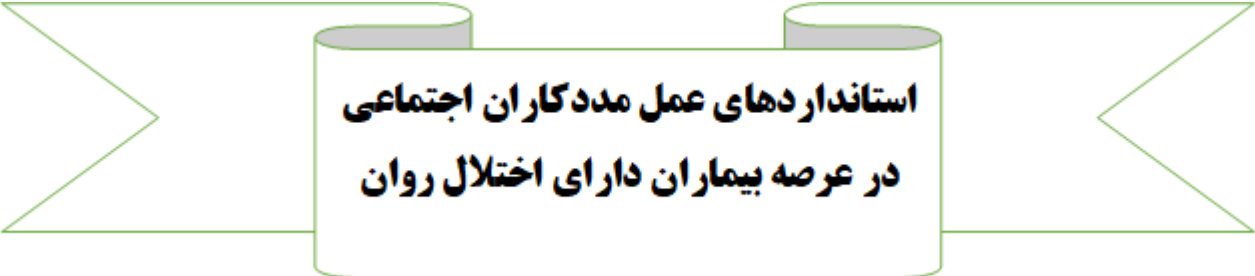
		مواجهه با انگ در جامعه / یا خانواده و هرگونه انگ درک شده		
		وضعیت حقوقی و قضایی		
		انگیزه بهبودی	عملکرد روانی	
		ترس و اضطراب ابراز شده		
		حمایت عاطفی		
		توانایی سازگاری با بیماری		
		توانایی بیان احساسات		
		توانایی ایفای نقش های مورد انتظار	نقش های اعضای خانواده	ارزیابی روانی - اجتماعی در سطح خانواده
		توانایی شناسایی مشکلات	توانایی حل مساله	
		توانایی حل مشکلات		
		راهبردهای مداخله ای		
		توانایی تشخیص بیماری / عود بیماری توسط اعضای خانواده	شناسایی علائم عود توسط خانواده	
		نگرش خانواده نسبت به دارو و درمان		

		وجود خشونت در خانواده نوع، شدت، گستردگی و مسائل حقوقی ناشی از آن		
		انجام فعالیت های روزانه	بار (بار بیماری بر مراقب)	
		اشتغال		
		تفریح خانوادگی		
		ادامه تحصیل		
		نگرش منفی یا تبعیض احساس شده خانواده از سایر بستگان و همسایگان	انگ	
		مضایقه خدمات به دلیل بیماری روانی در مدرسه، محل کار، همسایگان و همسالان		
گزارش مددکاری اجتماعی:				

نام و نام خانوادگی مددکار اجتماعی

امضا





**استانداردهای عمل مددکاران اجتماعی  
در عرصه بیماران دارای اختلال روان**

مددکاران اجتماعی عضوی از تیم بین رشته ای و به عنوان افراد متخصص در حوزه بیماران دارای اختلال روان می باشند. حوزه فعالیت آنها شامل مداخله بالینی، آموزشی، حمایت یابی و مدیریت مورد می باشد. استانداردهای عمل مددکاری اجتماعی در دو مرحله سرپایی و بستری ارائه می گردد.

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

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

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

۱. کار دقیق با بیمار

۲. ارزیابی روانی اجتماعی و مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی

#### ۱. کار دقیق

- بیمار بستری به مددکار اجتماعی ارجاع داده می شود.

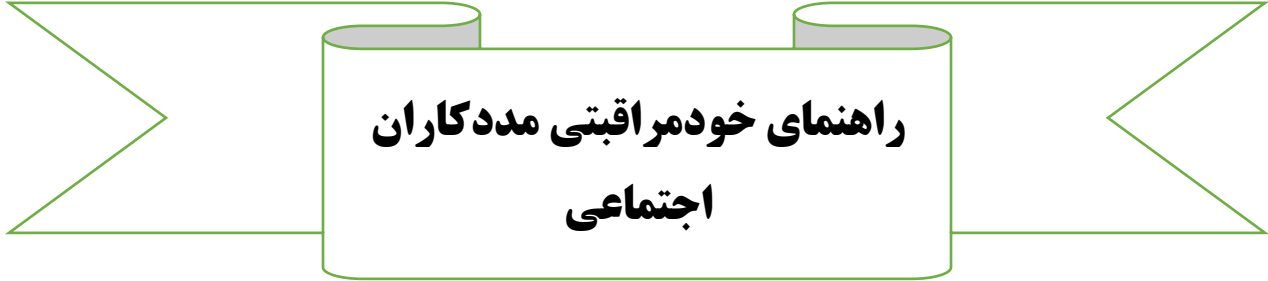
تشخیص چند محوری مذکور در ذیل، باید دنبال شود:

- محور ۱: تشخیص بالینی

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

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

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



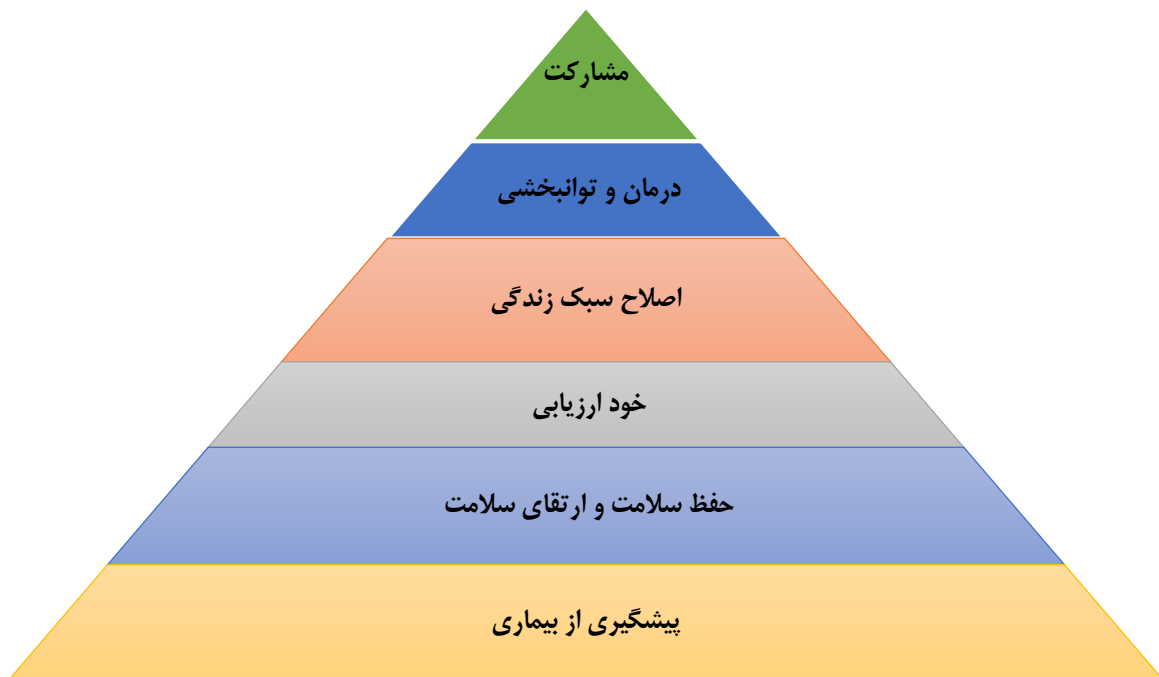
**راهنمای خودمراقبتی مددکاران  
اجتماعی**

## خودمراقبتی مددکاران اجتماعی در بیمارستان روان پزشکی:

### خودمراقبتی:

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

### حیطه های خودمراقبتی:



مددکاران اجتماعی به دلیل حضور در محیط کاری پر استرس با گروه هدف آسیب دیده و در معرض آسیب مواجهند که خود نیز تحت تاثیر آن شرایط قرار می گیرند. افراد شاغل در حرفه های مراقبتی تلاش می کنند تا با ارائه حمایت های عاطفی و روانی (مانند همدلی) استراتژی های مقابله ای، مهارت های مدیریت شناختی قوی

تر رفتار و عواطف مراجعان خود را تغییر دهند. در چهارچوب مراقبت های رسمی، خدمات رسانی به افراد آسیب دیده یا در معرض آسیب می تواند استرس زا باشد. عمده ترین علت بروز خستگی در شاغلان سالم مواجهه با استرس طولانی مدت است. علاوه بر آن، به دلیل فرهنگ سازمانی حاکم بر مراکز درمانی و عدم حمایت از مددکاران اجتماعی و عدم برخورداری از مزایای رفاهی کافی، این خستگی مضاعف شده است. بر همین اساس مددکاران اجتماعی برای ارتقا سلامت خود در محل کار و در منزل باید طیف گسترده ای از حیطة های سلامت را مورد توجه قرار دهند و به عبارت دیگر به مباحث خودمراقبتی توجه کنند. خودمراقبتی مددکاران اجتماعی بر کیفیت ارائه خدمات به مراجعین، تعهد و مشارکت کاری تاثیرگذار است.

### نحوه سنجش و ارزیابی:

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

---

<sup>۱</sup> Multidimensional Fatigue Inventory

تحت درمان با روش رادیوتراپی بودند، بیماران مبتلا به سندروم خستگی مزمن، دانشجویان سال اول روانشناسی و پزشکی، سربازان و دانشجویان سال سوم پزشکی ارزیابی شد. ضریب آلفای کرونباخ برای این مطالعه نیز ۰/۶۹ به دست آمد.

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