

پروئکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان ها و مراکز آموزشی و درمانی



نسخه دوم

پروئکل های پایه مددکاری اجتماعی از سال ۱۳۹۷ در تمامی بیمارستان های کشور اجرا گردید، بر اساس نتایج بررسی و بازخورد های مددکاران اجتماعی بیمارستان و مسئولین استانی آنها نشان داد که ابهامات و نواقصی در متن و ساختار پروئکل وجود دارد به همین دلیل بازنگری پروئکل ها در دستور کار اداره ی مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت قرار گرفت. با همفکری صاحب نظران اصلاحات مورد نیاز در پروئکل ها اعمال و نسخه ی نهایی شده ی پروئکل تدوین گردید و پس از اجرای آن با توجه به شواهد و ارزیابی های کمیته علمی در صورت لزوم مجددا مورد بازنگری قرار خواهد گرفت.

زیر نظر: دکتر قاسم جان بابایی

سرپرستی: دکتر رضا گل پیرا

اعضای تیم تدوین و بازنگری پروئکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان ها و مراکز آموزشی و درمانی - ویرایش دوم سال ۱۴۰۰

دکتر سید محمد حسین جوادی، دکتر محمد سبزی خوشنامی، دکتر سارا نوروزی، دکتر لیلا استاد هاشمی، دکتر ثریا سیار، طاهره آذری ارقون، فرزانه یعقوب، ماهدخت معماریان، مجید چنپارچی، طیبه جعفریان، دکتر ملیحه خلوتی، مهوش حسنی، مریم الیاس پور، مهری سلطان خواه بیدختی، شهره سادات میرباقری، آرزو سلطانی فرد، عباس صادقی سرچشمه، مهتاب صوفی، صدیقه جهادی، فاطمه قزوینی، بهروز علایی، اسماعیل راشدی، لیلا فرجی نایه، عطیه آرام، زهرا صفاهی فر، عصمت ساعتلو، ساجده صادقی، رقیه بشیری، اسماء بنی اسد، عفت بهاری، فرهاد جلیلیان، آسیه مداحی پور، الهام دهباشی، بختیار محمدی.

شماره صفحه

فهرست مطالب

۱

پیشگفتار

۳

بخش اول: ارزیابی جامع و حرفه ای خدمات مددکاری اجتماعی در حوزه ی روانی، اجتماعی و اقتصادی

۱۹

بخش دوم: مدیریت مورد مددکاری اجتماعی

۴۱

ضمیمه

۴۵

فهرست منابع

پیشگفتار:

سازمان جهانی بهداشت سلامت را در ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مورد توجه قرار داده است اما برای مدت‌ها متخصصین حوزه سلامت تنها به بعد جسمانی سلامت توجه داشتند و ابعاد دیگر آن به کلی مورد غفلت واقع می‌شد. توجه به جنبه‌های روانی و اجتماعی سلامت باعث پر رنگ شدن حضور مددکاران اجتماعی در حوزه‌ی بهداشت و درمان شد. مددکاری اجتماعی در بیمارستان به عنوان یک حوزه مهم فعالیت مددکاران اجتماعی از سال‌ها قبل مورد توجه قرار گرفته و وظایف متعددی برای مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها برشمرده شده است که از آن جمله می‌توان به مقابله با مشکلات رفتاری، مداخله در بحران، سازماندهی جلسات خانواده و حمایت‌یابی (Craig & Muskat, 2013)، برنامه‌ریزی برای ترخیص (Linton, Ing, Vento & Nakagawa, 2015)، ارزیابی روانی و اجتماعی، آموزش، حمایت، مشاوره، مداخله در بحران و امداد رسانی جامعه‌ای (Cowles & Lefcowitz, 1992; Herbert & Levin, 1996; Cowles & Lefcowitz, 1995) اشاره کرد (۱،۲).

باتریم^۱ (۱۹۶۸) به درمان با مراجع به عنوان مداخله‌ی مستقیم و کار با محیط مراجع به عنوان درمان غیر مستقیم توجه کرده است. دزیجیلوسکی (۲۰۱۶) معتقد است که گرچه مسیرهای فعالیت مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها متفاوت است و محدودیت‌های سازمانی آنها را از مسیری به مسیر دیگر می‌کشد ولی مفاهیم حرفه‌ای، فعالیت مددکاری اجتماعی را در تمامی بیمارستان‌ها به هم پیوند می‌زند (۳). مددکاران اجتماعی به تیم درمان کمک می‌کنند که در برنامه‌ریزی برای درمان به عوامل تأثیرگذار بر فرایند درمان و عود بیماری که ماهیت روانی و اجتماعی دارند، توجه نمایند. التون (۲۰۲۰) با اشاره به رویکرد زیستی، روانی و اجتماعی در مددکاری اجتماعی معتقد است که خدمات حرفه‌ای مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها موجب افزایش رضایت مراجعه‌کنندگان می‌شود (۴).

مداخلات مددکاری اجتماعی باعث کاهش هزینه‌ی بستری و درمان بیماران می‌شود (۵). در واقع هزینه‌ی فایده و هزینه‌ی اثربخشی خدمات مددکاری اجتماعی بیمارستانی به گونه‌ای بوده است که حتی در نظام‌های رفاهی لیبرال نیز مددکاران اجتماعی از جایگاه قابل قبولی برخوردار شده‌اند. اگرچه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سال‌هاست که نیروی انسانی به عنوان مددکار اجتماعی استخدام می‌کند، کمتر توانسته است از خدمات تخصصی این رشته به نفع گروه هدف استفاده نماید. یکی از دلایل عدم توسعه مددکاری اجتماعی در حوزه بهداشت و درمان نبود چارچوب‌های مشخص برای مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی بوده است.

بررسی دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌هایی که تعیین‌کننده چارچوب مداخلات مددکاری اجتماعی در سال‌های گذشته بوده‌اند، نشان می‌دهد در اغلب موارد این دستورالعمل‌ها مبهم بوده و به تکرار کلیات در آنها اکتفا شده است. در چنین شرایطی مهمترین وظیفه‌ای که برای مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها در نظر گرفته می‌شد، تصمیم‌گیری در مورد میزان تخفیف به بیمارانی بود که مدعی بودند قادر به پرداخت هزینه‌های درمان نیستند. با اجرایی شدن طرح تحول سلامت و کاهش فرانشیز که منجر به افزایش دسترسی آحاد جامعه بالاخص نیازمندان به خدمات درمانی و بهداشتی گردید، مددکاران اجتماعی در بیمارستان عرصه‌ای را برای مداخله بیشتر در حوزه عوامل روانی اجتماعی موثر بر

1. Butrym

بیماری یافتند. اما در نبود پروتکل‌هایی که تعیین کننده خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی هستند، بیمارستان‌ها از مددکاران اجتماعی برای انجام فعالیت‌هایی استفاده کردند که در بیشتر موارد غیر تخصصی بوده و هیچ ارتباطی به مهارت و دانش آنها ندارد. با انتقال اداره مددکاری اجتماعی به مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی در معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ظرفیت و بستر مناسب‌تری برای بازتعریف و توسعه مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها فراهم شد. به عنوان اولین گام، مداخلات پایه^۲ مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها در قالب شش پروتکل جداگانه تنظیم و در این مجموعه ارائه شده‌اند^۳. این مداخلات در واقع حداقل خدماتی هستند که باید توسط مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها (اعم از عمومی و تخصصی) ارائه شوند. از سال ۹۷ پروتکل‌های پایه در تمامی بیمارستان‌های کشور اجرا گردید، نتایج بررسی و بازخورد‌های مددکاران اجتماعی بیمارستان و مسئولین استانی آنها نشان داد که ابهامات و نواقصی در متن و ساختار پروتکل وجود دارد به همین دلیل بازنگری پروتکل‌ها در دستور کار اداره ی مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت قرار گرفت. در مرحله ی اول چک لیست ارزیابی پروتکل برای همه ی بیمارستان‌های کشور ارسال شد و ۳۴۰ نفر از مجریان (مددکاران اجتماعی) آن را تکمیل کردند. پس از جمع بندی و تحلیل نتایج، پیش نویس پروتکل در حال بازنگری در اختیار ۱۰ نفر از مددکاران اجتماعی شاغل در مراکز درمانی قرار گرفت، سه جلسه ی بحث گروهی متمرکز برگزار گردید و با همفکری صاحب نظران اصلاحات مورد نیاز در پروتکل اعمال شد، سپس توسط ۸ نفر از کارشناسان مجرب مددکاری اجتماعی به روش نقد راهنما، ارزیابی شد و نسخه ی نهایی شده ی پروتکل تدوین گردید.

عنوان پروتکل‌های ششگانه مداخلات پایه مددکاری اجتماعی بعد از بازنگری به "پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی" تغییر یافت. که در دو بخش، ارزیابی جامع و حرفه ای مددکاری اجتماعی در حوزه های روانی، اجتماعی و اقتصادی و مدیریت مورد تشریح می شود.

اهداف پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی:

- شناسایی و ارائه خدمات عادلانه به گروه‌های آسیب پذیر و آسیب دیده اجتماعی
- کاهش تنش ها و مدیریت استرس بیماران در فرایند درمان
- حمایت یابی روانی اجتماعی از بیماران و همراهان وی
- افزایش رضایتمندی بیماران و همراهان وی
- پیشگیری از بستری مجدد بیماران
- افزایش ضرب اشغال تخت های بستری

گروه هدف:

- بیماران بستری در بخش ها
- بیماران تحت نظر در بخش اورژانس
- بیماران سرپایی

^۲. Basic Interventions

https://darman.umsu.ac.ir/uploads/8_281_17_1212.pdf

^۳ محتوای مداخلات پایه در لینک زیر قابل مشاهده است

بخش اول

**ارزیابی جامع و حرفه ای مددکاری اجتماعی در حوزه ی اجتماعی،
روانی، اقتصادی**

پروتکل تریاژ بیماران بر اساس نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی

۱-۱. مقدمه

عملکرد اصلی بخش اورژانس به عنوان قلب بیمارستان، پذیرش، تثبیت وضعیت و ارائه خدمات درمانی به بیمارانی است که در شرایط مختلف و وضعیت‌های اضطراری و غیر اضطراری، به این واحد مراجعه می‌کنند و هدف اصلی سیستم اورژانس انجام سریع و دقیق اقدامات درمانی صحیح به جای تلاش برای رسیدن به تشخیص دقیق می‌باشد؛ چرا که همواره اقدامات اولیه درمانی در بیمار اورژانس اولویت دارد و اگر بیماری در لحظات اول و ابتدای ورود به بیمارستان به خوبی بررسی و درمان نشود، شاید وجود بخش‌های فوق تخصصی خیلی پیشرفته نیز در ساعات و روزهای بعد نتوانند در کمک به بیمار خیلی موثر باشد. سرعت ارائه خدمات در مراکز درمانی به خصوص در اورژانس، در جهت کاستن از مرگ و میر و معلولیت‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و برای دستیابی به این هدف، اولین گام تریاژ صحیح و جامع بیمار می‌باشد.

نگاهی به تاریخچه شکل‌گیری تریاژ نشان می‌دهد واژه تریاژ نخستین بار در سال ۱۸۰۰ میلادی توسط یکی از پزشکان ارتش ناپلئون جهت مشخص کردن اولویت‌بندی و نحوه درمان افراد زخمی در جنگ به کار برده شد. حدود ۶۲ سال بعد پرستاری بنام کلارا بارتون^۴ که کار هماهنگی مراقبت از بیماران و افراد آسیب دیده در خلال جنگ ایالات متحده را بر عهده داشت، روند تریاژ و انتقال سربازان به بیمارستان‌های موقت در خانه‌ها و کلیساهای خارج از صحنه جنگ را سازماندهی نمود. تریاژ مناسب باعث افزایش کیفیت خدمات مراقبتی بیماران، افزایش رضایتمندی، کاهش زمان انتظار و اقامت بیماران، کاهش موارد مرگ و میر، افزایش راندمان و کارایی بخش‌های اورژانس به موازات کاهش هزینه‌های مربوطه می‌شود.

اگرچه اورژانس‌های بیمارستانی با ازدحام و فوریت مواجه اند اما توجه به ابعاد روانی اجتماعی، در این بخش‌ها نادیده گرفته شده است در حالیکه حضور مددکاران اجتماعی می‌تواند با کاهش تنش، مدیریت استرس و نگرانی‌های مراجعین و شناسایی زود هنگام مشکلات اجتماعی اثرگذار بر فرآیند درمان نقش موثری را ایفا کند (۶، ۷) لاسون (۲۰۲۱) بر نقش تسکین دهنده و موثر مددکاران اجتماعی در وضعیت‌های اضطراری منجمله اورژانس بیمارستان‌ها اشاره می‌کند (۸). واچمن (۲۰۱۷) اهمیت مداخلات مددکاری اجتماعی در کاهش هزینه‌های درمان در اورژانس را مورد توجه قرار می‌دهد (۹).

با توجه به لزوم حضور موثر مددکاران اجتماعی در بخش اورژانس و فرآیند تریاژ، پروتکل حاضر در نظر دارد با برنامه‌ریزی منسجم و در نظر گرفتن شرح وظایف و آموزش‌های لازم برای آنان، از خدمات ارزشمند آنان در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های کشور بهره‌گیری.

۱-۲. هدف:

ارزیابی سریع بیماران مراجعه کننده به اورژانس بر اساس نیاز به دریافت خدمات مددکاری اجتماعی

۱-۳. تعریف مفاهیم:

۱-۳-۱. تریاژ:

منظور از تریاژ در این پروتکل، ارزیابی سریع و اولویت بندی اولیه ی بیمارانی است که ممکن است در فرآیند درمان به خدمات مددکاری اجتماعی نیاز داشته باشند.

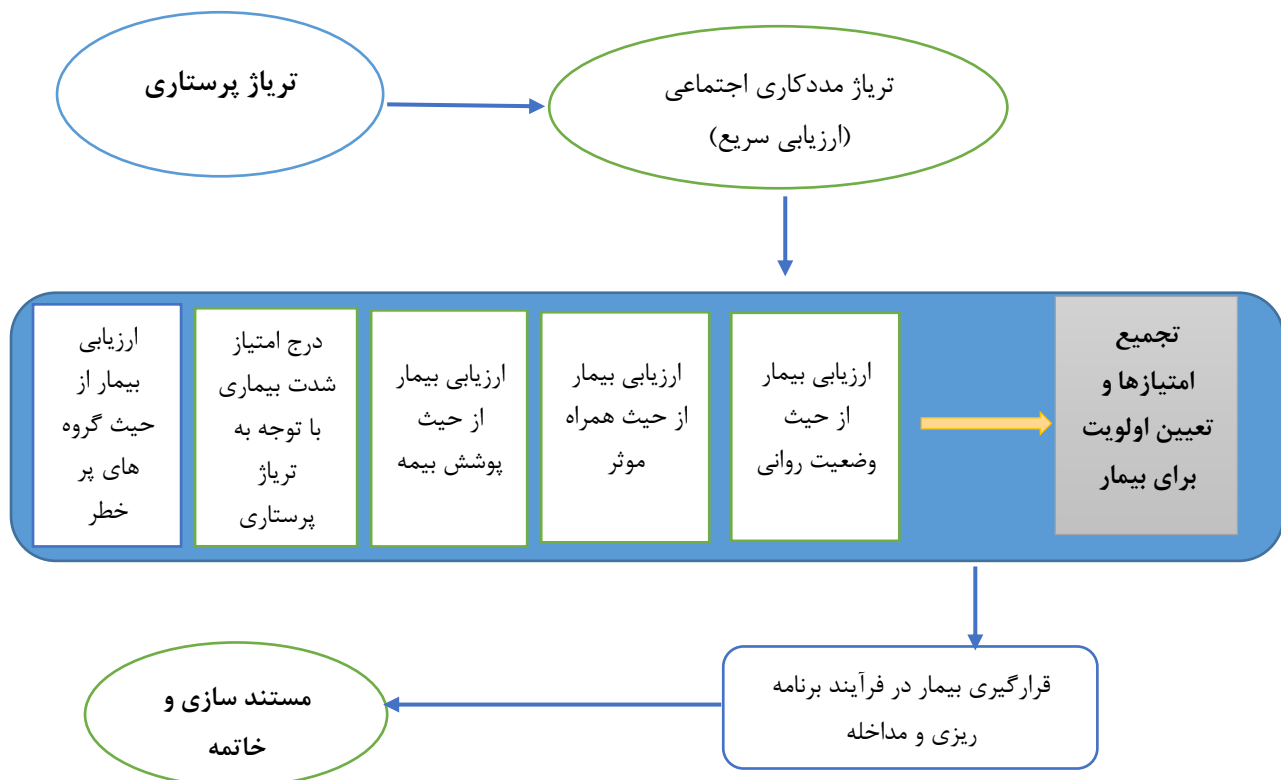
۱-۳-۲. مصاحبه مختصر:

منظور مصاحبه‌هایی است که در آنها حداکثر طی مدت ۱۰ دقیقه اطلاعات مورد نیاز برای تریاژ بیماران بر اساس نیازشان به خدمات مددکاری اجتماعی جمع‌آوری می‌شود.

۱-۳-۳. همراه مؤثر:

منظور فردی است که در زمان حضور بیمار در مرکز درمانی در کنار وی باشد، مایل به همراهی و مشارکت در فرآیند درمان باشد، اطلاعات کافی در مورد بیمار داشته باشد و مجاز باشد رضایت قانونی برای مداخلات پزشکی را ارائه کند.

۱-۴. فرآیند تریاژ:



همانگونه که در فرآیند بالا مشخص شده است بلافاصله پس از تکمیل تریاژ تیم پزشکی، مددکار اجتماعی (که در بخش اورژانس مستقر است یا با اطلاع پرستار تریاژ فراخوانده شده است) بر بالین بیمار حاضر شده تا نسبت به ارزیابی سریع بیمار بر اساس گزارش مکتوب و شفاهی تیم پزشکی اقدام نماید. لازم است مددکار اجتماعی برای کسب اطلاعات در مورد شرایط روانی-اجتماعی بیمار با خود بیمار و یا همراهانش مصاحبه مختصر^۵ انجام دهد و محورهای مندرج در پیوست شماره ۱-۱ را در مصاحبه‌های تریاژ مدنظر قرار دهد. مددکار اجتماعی بر اساس طیف نمرات تعیین شده ذیل ماتریس شماره یک اولویت ارائه خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی به هر یک از بیماران را تعیین می‌کند. حداکثر زمان در نظر گرفته شده برای تریاژ بیماران بر اساس نیاز آنها به خدمات مددکاری اجتماعی ۱۰ دقیقه است (ارزیابی سریع). نتایج ارزیابی بلافاصله در قسمت تریاژ فرم ارزیابی تخصصی که در سامانه‌ی اطلاعاتی بیمارستان موجود است، ثبت می‌شود. در ستون اول بیمار را از نظر احتمال قرار گرفتن در یکی از گروه‌های پرخطر به شرح ذیل ارزیابی کنید. چنانچه شواهد و مستنداتی وجود دارد که احتمال می‌دهید بیمار در یکی از گروه‌های ذکر شده قرار بگیرد، امتیاز ۱۰ را به او بدهید. در ستون دیگر، بیمار را از نظر شدت بیماری / آسیب طبق ارزیابی تریاژ بالینی لحاظ می‌شود، در ستون سوم از نظر پوشش بیمه‌ای، در ستون چهارم از نظر حضور همراه موثر و ستون پنجم از حیث وضعیت روانی بیمار یا همراهان بر اساس آنچه در جدول ذیل آمده است نمره دهی نمایید. کسب نمره ۱۵ و بالاتر باعث می‌شود تا بیمار اولویت اول دریافت مداخلات مددکاری اجتماعی را کسب کند. اگرچه همه‌ی بیماران نیازمند به خدمات، باید آن را دریافت کنند اما ممکن است به دلیل محدود بودن تعداد مددکاران اجتماعی و بالا بودن حجم کار و مراجعین عملاً تحقق این موضوع دور از دسترس باشد به همین دلیل اولویت بندی کمک می‌کند تا بیمارانی را که نمره‌ی بالاتری دریافت می‌کنند با قید فوریت مورد توجه قرار دهیم.

نکته ۱: این پروتکل برای بیماران سرپایی و بستری شده در اورژانس بیمارستان قابل استفاده می‌باشد.

نکته ۲: بیمارانی که عضو چند گروه آسیب پذیر اجتماعی هستند، اولویت دریافت خدمات را خواهند داشت.

نکته ۳: در بیمارستان‌های تخصصی نظیر روانپزشکی که روانشناس در بدو پذیرش بیماران را مورد ارزیابی روانی قرار می‌دهد نیازی به تکمیل و نمره دهی ستون وضعیت روانی بیمار و همراهان نمی‌باشد.

نکته ۴: چنانچه با توجه به شرایط جسمی بیمار و همراهان یا دلایل پیش بینی نشده، امکان ارزیابی روانی بیمار وجود نداشت، نیازی به تکمیل این ستون نمی‌باشد.

نکته ۵: تکمیل ستون ارزیابی وضعیت روانی بیمار و همراهان اختیاری می‌باشد و مددکار اجتماعی براساس تشخیص حرفه‌ای می‌تواند این بخش را تکمیل نماید.

نکته ۶: اولویت بندی بیماران در این فرم صرفاً با هدف تسهیل فرآیند ارائه‌ی خدمات و شناسایی بیماران نیازمند بصورت گرفته است در حالیکه در نهایت تشخیص و ارزیابی حرفه‌ای مددکار اجتماعی است که تعیین کننده‌ی اولویت اقدام می‌باشد.

نکته ۷: مددکاران اجتماعی نمره دهی در فرم سند کسب و کار که در سامانه‌ی اطلاعاتی بیمارستان‌ها بارگذاری شده است را ملاک عمل خود قرار دهند. نمره دهی زیر هم می‌تواند برحسب مورد، برای دسته بندی بیماران مدنظر قرار گیرد.

5. Brief interview

پیوست شماره ۱-۱: نحوه امتیازدهی برای تریاژ بیماران بر اساس نیاز به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی

امتیاز	گروه های پرخطر (تشخیص احتمالی)	امتیاز	شدت بیماری / آسیب بر اساس سیستم ESI	امتیاز	پوشش بیمه ای	امتیاز	حضور همراه موثر	امتیاز	وضعیت روانی بیمار یا همراهان		
۱۰	کودک آزاری ۱۰	اختلال سایکوتیک	۴	فاقد پاسخ دهی (سطح یک)	۵	تبعه غیر ایرانی فاقد بیمه	۵	فاقد همراه موثر	۴	به طرز غیر قابل کنترلی، خشمگین، مضطرب و پر تنش	
۱۰	خشونت، خانگی، تجاوز، ضرب و جرح و درگیری	۱۰	بسی خانمانی	۳	وضعیت پرخطر (سطح دو)	۴	فرد ایرانی فاقد مدارک هویتی	۴	اطلاعات دارد، می تواند رضایت قانونی بدهد اما مشارکت خوبی ندارد	۳	بسیار خشمگین (کلامی و رفتاری)، مضطرب یا دارای رفتارهای تکانشی
۱۰	اعتیاد	۱۰	بیماری خاص و صعب العلاج	۲	تعداد تسهیلات مورد نیاز: دو یا بیشتر (سطح سه)	۳	تبعه غیر ایرانی دارای بیمه	۳	اطلاعات کافی دارد، مشارکت دارد اما مجاز به ارائه رضایت قانونی نیست.	۲	عصبانی (کلامی)، نگران، دارای استرس بالا، نگران و پریشان
۱۰	مجهول الهویه	۱۰	مادران باردار پرخطر	۱	تعداد تسهیلات مورد نیاز: یک (سطح چهار)	۲	فرد ایرانی دارای مدارک هویتی بدون بیمه	۲	اطلاعات ندارد، مشارکت می کند و می تواند رضایت قانونی بدهد.	۱	کمی نگران و مضطرب
۱۰	اقدام به خودکشی	۰	عدم نیاز به تسهیلات (سطح پنج)	۰	فرد ایرانی دارای بیمه	۰	همراه موثر حضور دارد.	۰	آرام و بدون رفتارهای عصبی	۰	
۱۵ و بالاتر: اولویت اول		۹ تا ۱۴: اولویت دوم		۵ تا ۸: اولویت سوم		۴ تا ۲: اولویت چهارم					

سناریو شماره یک:

ساعت ۹ صبح پرستار تریاژ با مددکار اجتماعی تماس می گیرد تا در اورژانس حاضر شود و کودک پنج ساله ای را که چند دقیقه پیش به بیمارستان آورده شده است را ارزیابی کند. مددکار اجتماعی پس از حضور بر بالین بیمار متوجه می شود که کودک توسط پدر مورد آزار قرار گرفته است و فاقد پوشش بیمه ای هم می باشد. به این ترتیب کودک جزء یکی از گروه های پرخطر بوده (امتیاز ده) و فاقد پوشش بیمه ای درمانی است (امتیاز پنج) و اولویت اول مداخلات مددکاری اجتماعی را کسب کرد تا در مراحل بعد اقدامات لازم مانند تماس با اورژانس اجتماعی، ایجاد محیط امن برای کودک و تهیه ی بیمه ی درمانی، انجام شود. مددکار اجتماعی پس از بازگشت به اتاق خود، مستندات را در قسمت تریاژ فرم ارزیابی تخصصی ثبت کرد.

پروتکل راند بیماران نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی

۲-۱. مقدمه

حضور بر بالین بیمار و ارزیابی وضعیت جسمانی و پیشرفت درمان، راند نامیده می شود که هدف از آن کنترل نزدیک شرایط بیمار و انجام مداخلات درمانی لازم می باشد. آنچه در سال های اخیر مورد توجه قرار گرفته است، دیدگاه های چند حرفه ای^۶ و میان حرفه ای^۷ در راند است. فعالیت میان حرفه ای به این معنی است که مراقبت از بیمار یک تلاش مشترک به وسیله متخصصینی است که وظایف، فعالیت ها و همکاری آنها نیاز به همگامی دارد. امروزه راند بخش قسمت مهم برنامه ریزی مراقبت، آموزش و همکاری میان گروه های حرفه ای مختلف در بیمارستان است (۱۰، ۱۱).

بر اساس تحقیقات انجام گرفته، همکاری میان حرفه ای در راند، کیفیت مراقبت، امنیت بیمار و مراقبت بیمار محور و جامع را افزایش می دهد. همچنین منجر به افزایش دیالوگ میان حرفه های مختلف درمانی و استفاده موثر از منابع موجود می شود. افزایش کیفیت مراقبت و امنیت بیمار، افزایش رضایتمندی بیمار، ترخیص ایمن و به موقع، ارائه خدمات مراقبتی هماهنگ و موثر، مستندسازی پیشرفته، افزایش آگاهی در مورد منابع مورد نیاز، استفاده موثر و صحیح از منابع موجود و کاهش هزینه ها، افزایش رضایتمندی متخصصین و ارتقاء ارتباطات میان فردی از نتایج مورد انتظار از راند چند حرفه ای می باشد (۱۲).

از میان متخصصین درمانی که به راند بخش و بررسی وضعیت بیمار می پردازند، جایگاه مددکاران اجتماعی مورد غفلت قرار گرفته است. در حالی که نگاهی به تاریخچه حضور مددکاران اجتماعی در راند نشان می دهد که آنان از سال ۱۹۲۸ میلادی در یکی از بیمارستان های بوستون شروع به شرکت در راند کردند. آنان به صورت هفتگی همراه با رزیدنت پزشکی و با هدف آموزش درمانگران تازه وارد در مورد عناصر اجتماعی موثر در درمان بیماری به این فعالیت می پرداختند. مددکاران اجتماعی اطلاعات اجتماعی حاصل از مصاحبه با بیماران، خانواده، مدرسه و موسسات اجتماعی را ارائه می دادند. در خلال راند مشترک، آنها شروع به درک و پذیرش بهتر یکدیگر می کردند و همکاری آنان منجر به مطالعه و مراقبت بهتر از بیمار می شد.

مددکاران اجتماعی می توانند از طریق ایفای نقش مدافعه^۸ و با توجه به اطلاعات مهمی که از جنبه های گسترده تری از زندگی بیمار و محیط و شرایط اطراف او به دست آورده اند، در جریان راند بخش، حضور ثمربخش داشته باشند آنچه مددکاران اجتماعی در راند باید مورد توجه قرار دهند، زمان گذاشتن برای مصاحبه با بیماران و بر عهده گرفتن ارزیابی نیازهای اجتماعی آنان و انجام اقدامات لازم و کاربردی برای تسریع در ترخیص و بازگشت به جامعه است. اقداماتی از قبیل فراهم کردن تسهیلات حمایتی و شبانه روزی، مشاوره جهت دریافت وام^۹، بسته مراقبتی^{۱۰} و حمایت

⁶ Multi Professional

⁷ Inter Professional

⁸ Advocacy Role

⁹ Debt Counselling

¹⁰ Care Package

در واقع مددکاران اجتماعی با حضور در راند همراه با سایر اعضای تیم درمان به ارزیابی شرایط روانی-اجتماعی بیمار، آگاهی و مشارکت در طرح‌ها و دیدگاه‌های درمانی سایر حرفه‌ها، شرکت در جلسات ضروری پس از راند، مشارکت در طراحی و اجرای برنامه زمانی ارزیابی پس از پذیرش و هنگام ترخیص می‌پردازند (۱۳، ۱۴). فعالیتی که گرچه سال‌هاست به دلایل حرفه‌ای، مدیریتی، ساختاری و فرهنگی به دست فراموشی سپرده شده و سایر حرفه‌های درمانی چنین وظیفه‌ای را از مددکاران اجتماعی انتظار ندارند، در حالی که از وظایف اصلی مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها است.

مراجعه منظم مددکاران اجتماعی بر بالین بیماران و ارزیابی وضعیت روانی اجتماعی بیماران نه تنها اطلاعات مفید و ارزشمندی را برای اشتراک با سایر حرفه‌ها و تسهیل روند درمان بیماران فراهم می‌کند، بلکه از لحاظ اقتصادی نیز نتایج مورد توجهی برای بیمارستان به همراه دارد. بدین ترتیب که زمانی که در جریان راند، موانع ترخیص از طریق عوامل پیش‌بینی کننده توسط مددکار اجتماعی شناسایی و مدیریت شوند، مدت زمان اقامت و اشغال تخت کاهش می‌یابد که این امر به شکل غیر مستقیم تأثیر زیادی در کاهش هزینه‌های بیمارستانی دارد.

پروتکل حاضر ضمن قرار دادن دوباره راند در وظایف و فعالیت‌های حرفه‌ای و تخصصی مددکاران اجتماعی در بیمارستان، از طریق بیان شیوه و محتوای کار، سعی در روشن سازی آن برای مددکاران اجتماعی و سایر حرفه‌های درمانی در بیمارستان دارد.

۲-۲. هدف:

شناسایی حداکثری بیماران نیازمند به دریافت خدمات مددکاری اجتماعی

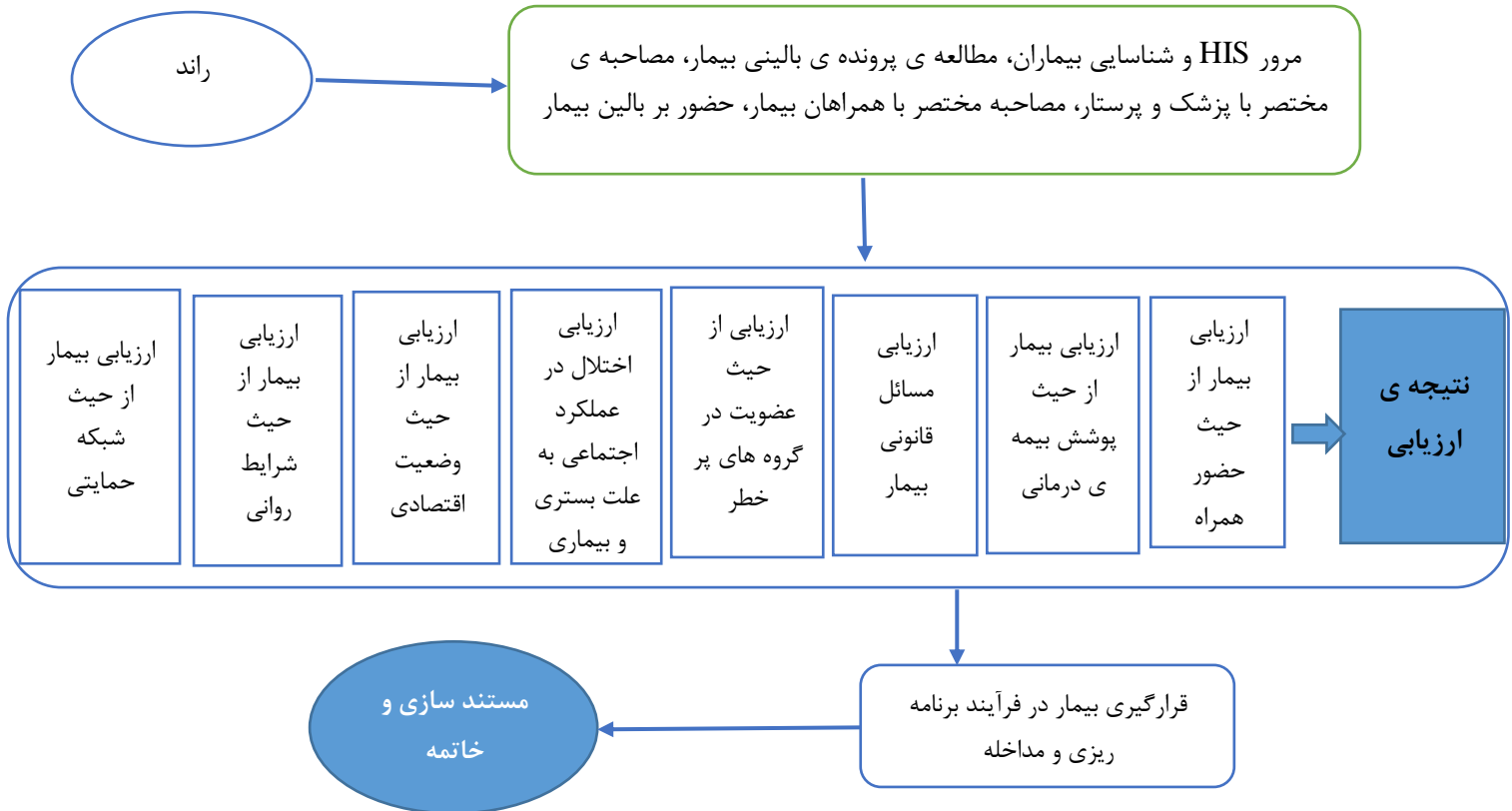
پایش تغییرات وضعیت روانی-اجتماعی بیماران بستری در بیمارستان

۲-۳. تعریف مفاهیم:

۲-۳-۱. راند مددکاری اجتماعی:

منظور مراجعه منظم و روزانه‌ی مددکار اجتماعی به بخش‌های درمانی و حضور بر بالین بیمار و بررسی و ارزیابی کوتاه مدت وضعیت روانی اجتماعی بیمارانی است که به صورت خود معرف، یا از طریق سامانه‌ی اطلاعاتی بیمارستان (از طریق کادر درمان) یا ارجاع‌های درون و برون سازمانی، به مددکار اجتماعی معرفی شده‌اند.

۴-۲. فرآیند راند:



هر راند شامل یک بار حضور بر بالین بیمار می باشد و حداکثر ده دقیقه زمان به این کار اختصاص داده می شود. در بیمارستان هایی که مددکار اجتماعی در شیفت های صبح، عصر یا شب حضور دارد، راند می تواند در هر شیفت کاری انجام شود در غیر این صورت توصیه می شود راند به صورت صبحگاهی و حداقل یک بار در روز انجام شود. در صورتی که بیمار نیاز به خدمات بیشتر یا ارزیابی دقیق تری داشته باشد یا امکان ارزیابی در راند فراهم نشده باشد، لازم است زمان دیگری خارج از ساعت راند برای وی تعیین شود. برای بیماران تازه وارد (new patient) قبل از مراجعه به بخش لازم است پرونده بالینی بیمار را مطالعه کنید و در عین حال در مورد وضعیت جسمانی و روانی بیمار اطلاعات تکمیلی را از تیم درمان (پزشک، روانپزشک، روانشناس و یا پرستار) دریافت نمایید.

تغییراتی که بعد از آخرین راند مددکاری اجتماعی در وضعیت جسمانی روانی بیمار بوجود آمده است، باید مورد توجه قرار گیرند. برای بیماران تازه وارد به بالین بیمار مراجعه کنید و خود را به عنوان مددکار اجتماعی معرفی کنید و به طور مختصر توضیح دهید که چه خدماتی را در بیمارستان ارائه می کنید. در عین حال به بیمار و همراه وی توضیح دهید که چگونه می توانند به شما دسترسی داشته باشند. برای این منظور شماره تماس واحد مددکاری اجتماعی را نیز در اختیار آنها قرار داده و بگویید اتاق مددکار اجتماعی در کدام قسمت بیمارستان قرار دارد

سعی کنید از اخذ اطلاعات تکراری که در پرونده بالینی بیمار قبلا ثبت شده است، خودداری کنید. مگر اینکه متوجه تناقض یا ناکافی بودن اطلاعات شده باشید. لازم است در طول مصاحبه از تکنیک های همدلانه استفاده کنید. در صورتی که بیمار در اتاقی بستری است که سایر بیماران و همراهان آنها نیز در آنجا حضور دارند، احتمال دارد سایر

حاضرین نسبت به وضعیت بیمار کنجکاو و حساس شوند. لازم است هنگام مصاحبه از بلند صحبت کردن اجتناب کنید و در صورتی که متوجه موضوعات دارای حساسیت فرهنگی-اجتماعی شدید، از طرح آنها در مصاحبه راند خودداری کنید و زمان جداگانه‌ای را به طور اختصاصی در واحد مددکاری یا اتاق مشاوره برای مصاحبه با بیمار و یا همراهانش در نظر بگیرید. به عنوان مثال در صورتی که بیمار به دلیل آسیب‌های ناشی از خشونت همسر در بیمارستان بستری شده است، لازم است موضوعات مربوط به اختلافات خانوادگی بیمار در فضای خصوصی مورد بررسی قرار گیرد.

در صورتی که بیمار نیاز به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی دارد، زمانی را برای ملاقات با وی و یا همراهانش تعیین کنید. لازم است به منظور جلوگیری از بروز اختلال در فرایند راند زمان مصاحبه و سایر مداخلات مددکاری اجتماعی خارج از ساعت راند در نظر گرفته شود. در صورتی که راند مددکاری اجتماعی به دلایلی نظیر نامناسب بودن شرایط بیمار (به عنوان مثال در شرایطی که بیمار سطح هوشیاری پایینی دارد)، عدم حضور بیمار در بخش و سایر شرایط اورژانسی (به عنوان مثال در صورتی که در طول راند، مددکار اجتماعی برای مورد دارای فوریت فراخوانده شود) متوقف یا مختل شود، انجام راند را به زمان دیگری موکول کنید. لازم است در اولین فرصت مناسب راند انجام شود و گزارش‌های مربوطه ثبت شوند.

شبکه‌ی حمایتی	عضویت در سازمان‌های حمایتی نظیر کمیته امداد/ بهزیستی/ هلال احمر/ بنیاد شهید و امور ایثارگران/ سازمان اوقاف/ کمیساریای عالی امور پناهندگان/ موسسات خیریه/ سازمان‌های مردمی (شبکه حمایت غیر رسمی: خانواده/ خویشاوندان/ دوستان/ آشنایان) و عدم عضویت
شرایط روانی	شرایط روانی بیمار و همراه را از نظر استرس، اضطراب، وجود افکار خودکشی، اختلالات سایکوتیک، رفتارهای تهاجمی، عدم مشارکت در مصاحبه، سابقه‌ی بیماری روانی یا تشدید علائم بیماری پیشین
وضعیت اقتصادی	وضعیت اقتصادی بیمار بر اساس پروتکل حمایت اقتصادی، بررسی وضعیت اقتصادی خانواده‌ی بیمار یا مراقب
اختلال در عملکرد اجتماعی به دلیل بستری یا بیماری	بیمار را از نظر مشکلاتی که به دلیل بستری شدن برای وی ممکن است اتفاق بیفتد ارزیابی کنید. مثلا مشکلاتی که باعث شود شغل بیمار یا سایر نقش‌های اجتماعی وی دچار اختلال شود.
مسائل قانونی	بیمار را از نظر مشکلات قضایی و یا حقوقی که در فرایند درمان وی دخیل است بررسی نمایید. مثلا بیمار از ارگان قضایی مانند دادسرا یا کلانتری جهت درمان و ارزیابی جسمی ارجاع داده شده باشد و یا کیس گروه پرخطر بوده و نیاز به مداخله قضایی دارد.
حضور همراه موثر	مانند ستون حضور همراه موثر در جدول تریاژ
پوشش بیمه‌ی درمانی	مانند ستون پوشش بیمه‌ی درمانی در جدول تریاژ
گروه‌های پرخطر	مانند ستون گروه‌های پرخطر در جدول تریاژ
نیاز به مداخله دارد: ۱	نیاز به مداخله ندارد: ۲
	عدم ارزیابی: ۳

سناریو شماره دو:

از طریق HIS به مددکار اجتماعی اطلاع داده می‌شود که در بخش جراحی مردان، فردی بدون بیمه‌ی درمانی بستری است و به عمل جراحی و تعویض مفصل نیاز دارد. مددکار اجتماعی پس از مطالعه‌ی پرونده‌ی الکترونیک، بر بالین فرد حاضر شده و مشخصات و شماره تماس همراهان و خانواده بیمار را از وی اخذ می‌کند تا پس از بازگشت به اتاق، جهت تهیه بیمه‌ی درمانی با آنها تماس بگیرد. بیمار از حیث اقتصادی، پوشش شبکه‌ی حمایتی و مسائل حقوقی نیز مورد ارزیابی قرار گرفت که از این حیث نیازی به مداخله‌ی مددکاری وجود نداشت.

سناریو شماره سه:

از طریق مددکار اجتماعی اداره ی بهزیستی با مددکار اجتماعی بیمارستان تماس گرفته شده و اطلاع می دهند بیماری با هویت مجهول از سرای سالمندان به بیمارستان منتقل شده است و به دلیل شدت مشکلات جسمی، مسئول آسایشگاه از پذیرش مجدد سالمند پس از ترخیص امتناع می کند. مددکار اجتماعی پس از مطالعه ی پرونده ی الکترونیکی و صحبت با کادر درمان در مورد وضعیت جسمی بیمار بر بالین وی حاضر می شود. با توجه به فرم راند، بیمار از نظر نداشتن همراه موثر، مشکلات قانونی و وضعیت اقتصادی به مداخله ی مددکاری اجتماعی نیاز دارد.

پروتکل ارزیابی تکمیلی مددکاری اجتماعی (روانی، اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی)

۱-۳. مقدمه

کولشد و اورمه^{۱۱} (۱۹۹۸) ارزیابی در مددکاری اجتماعی را یک فرآیند مستمر می دانند که فرد در آن مشارکت دارد. هدف از آن، درک افراد در ارتباط با محیطشان است که اساس برنامه ریزی برای نیازهایی است که باید برآورده شوند، توسعه داده شوند و یا در محیط، فرد یا هر دو تغییر داده شوند (۱۵).

میلنر و ابیرن^{۱۲} (۲۰۰۴) ارزیابی را به عنوان یک سفر برای مددکاران اجتماعی که نیاز به انتخاب مناسب ترین نقشه برای رسیدن سریع و موثر به مقصد دارند، فرض می کنند. از نظر آنان ارزیابی از مداخله جدا نیست- تغییر در تمام مراحل روند مددکاری اجتماعی رخ می دهد- اما خواندن نقشه در حین رانندگی خطرناک است. بنابراین بهتر است مددکاران اجتماعی به نقشه قبل از برنامه ریزی سفر ارزیابی آشنا شوند (۱۶).

ارزیابی روانی- اجتماعی- اقتصادی نقش حیاتی در ارائه خدمات از طریق شناخت موانعی که ممکن است دستیابی به نتایج را مختل کند، دارد. به این ترتیب از این جهت که نیازهای بیمار را هم از لحاظ فردی و هم در سطوح سیستماتیک بزرگتر بررسی می کند، از سایر ارزیابی ها متفاوت است.

ارزیابی روانی - اجتماعی - اقتصادی بر اساس سه ارزش اساسی این حرفه یعنی احترام به انسان ها، عدالت اجتماعی و صلاحیت حرفه ای^{۱۳} انجام می گیرد. با توجه به آموزش های حرفه ای، مددکاران اجتماعی در برقراری ارتباط، مشاوره و

¹¹ Coulshed & Orme

¹² Milner & O'Byrne

¹³ Professional Integrity

مصاحبه و تشویق بیمار برای دریافت زمینه فرهنگی و خانوادگی مهارت دارند و مراقبند که در حین به دست آوردن اطلاعات ضروری از بیمار به او صدمه‌ای وارد نکنند.

این ارزیابی از تئوری‌های اکولوژیکی، سیستم‌ها و دوره زندگی^{۱۴} نشأت می‌گیرد که نشان دهنده ارتباطات پیچیده میان افراد و فاکتورهای اجتماعی است که بر رفاه افراد موثر است. مددکاران اجتماعی همچنین از دیدگاه‌های قدرت-محور در جریان ارزیابی روانی-اجتماعی برای شناسایی نقاط قوت و میزان انعطاف پذیری افراد بهره می‌گیرند. که این نقاط قوت هم شامل فاکتورهای درون فردی (توانایی و مهارت شخصی، دانش) و هم فاکتورهای بیرونی (خانواده و حمایت‌های اجتماعی) می‌باشد (۱۷).

زمانی که مددکاران اجتماعی ارزیابی روانی-اجتماعی-اقتصادی را هدایت می‌کنند، به شناسایی و کشف جنبه‌های روانشناختی و اجتماعی بیمار و موقعیت او می‌پردازند. که شامل مشکلات و شدت آنها در عملکرد نقش اجتماعی، نیازهای مالی و سایر نیازهای اساسی، خانواده، ارتباطات و حمایت‌های اجتماعی و فاکتورهای فرهنگی است. منابع این اطلاعات شامل شخص بیمار، خانواده بیمار و سایر افراد مرتبط با او، درمانگران و مستندات ثبت شده درمانی است. ارزیابی روانی-اجتماعی هم یک محصول نهایی^{۱۵} و هم یک پروسه در حال انجام^{۱۶} است (انجمن مددکاران اجتماعی استرالیا^{۱۷}، ۲۰۱۵).

یک ارزیابی موفق در بیمارستان به عوامل مختلفی بستگی دارد:

- فراهم کردن ارتباط حرفه‌ای توأم با احترام و همدلی با بیمار
- کشف میزان درک بیمار از نقاط ضعف و قوت خود همراه با بیمار
- جمع‌آوری اطلاعات از طیف وسیعی از منابع شامل اعضای خانواده برای درک جامع از زمینه زندگی بیمار
- آگاهی از زمینه فرهنگی بیمار و پرهیز از دید تبعیض‌آمیز برای پایه‌گذاری رابطه موثر
- شناسایی و ارزیابی شاخص‌های موثر در به حداقل رساندن خطر برای بیمار (ارزیابی خطر شامل خطر رفتارهای خودآزاری، آسیب‌پذیری نسبت به خشونت خانگی و سایر مقوله‌های امنیتی در خانه و محیط زندگی، مقوله‌های مربوط به حمایت کودک و...)
- درخواست برنامه‌های ارزیابی خاص جهت افزایش جزئیات اطلاعات مربوط به نقاط قوت و ضعف بیمار
- در میان گذاشتن ارزیابی انجام شده با بیمار برای فهم متقابل و توافق در مورد آن
- ثبت و نگهداری مستندات (۱۸).

در ارزیابی تکمیلی بهتر است سه بخش بسیار مهم شامل اطلاعات پایه‌ای، سابقه و کارکردهای فعلی و پیشنهادات در نظر گرفته شود.

از آنجا که در سیستم بیمارستان ارزیابی روانی-اجتماعی-اقتصادی توسط مددکار اجتماعی با توجه به تعاریف و ویژگی‌های ذکر شده، می‌تواند به عنوان فاکتور حفاظت کننده^{۱۸} در خصوص خطرات احتمالی عمل کند، بنابراین وجود آن به عنوان یکی از وظایف مددکاران اجتماعی این عرصه قابل چشم پوشی نیست (۱۹).

¹⁴ Life Course

¹⁵ Final Product

¹⁶ Ongoing Process

¹⁷ Australian Association of Social Workers(AASW)

¹⁸ Protective Factor

مداخلات روانی- اجتماعی مددکاران اجتماعی برای بیماران می‌تواند موجب کاهش خطرات، افزایش توانمندی در تطابق با شرایط ایجاد شده پس از بروز بیماری و بهبود و ارتقاء سلامت روانی آنان شود. پرداختن به واکنش‌های روانی بیمار و خانواده او با هدف عادی‌سازی واکنش‌ها و جلوگیری از بروز عوارض دیرپا که منجر به افت کیفیت زندگی و کاهش کارآیی آنان می‌گردد، ضروری است. همچنین لازم است برخی بیماران که به دلایل متعدد، رنج و آسیب بیشتری را تحمل می‌کنند و آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به شرایط جدید دارند، مورد توجه ویژه قرار گیرند. پروتکل حاضر علاوه بر فراهم کردن دستورالعمل کاربردی، در پی ایجاد و توسعه ابزار ارزیابی روانی- اجتماعی برای مددکاران اجتماعی است.

۲-۳. هدف:

شناخت وضعیت روانی اجتماعی و اقتصادی بیماران نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی

۳-۳. تعریف مفاهیم:

۳-۳-۱. ارزیابی تکمیلی

به مجموعه اقداماتی گفته می‌شود که به منظور جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات در مورد وضعیت روانی، اجتماعی و اقتصادی بیماران نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی انجام می‌گیرد و زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که اطلاعات حاصل از پروتکل راند و تریاژ مددکاری اجتماعی کافی نباشد و مددکار اجتماعی برای مداخله‌ی اثربخش به اطلاعات بیشتری از بیمار و مشکلاتش نیاز داشته باشد. به همین دلیل این پروتکل برای همه‌ی بیماران مورد استفاده قرار نمی‌گیرد.

۳-۳-۲. بازدید منزل:

منظور از بازدید منزل مراجعه مددکار اجتماعی به محیط زندگی، کار و یا تحصیل بیمار با هدف کسب اطلاعات مورد نیاز برای تکمیل ارزیابی وضعیت اقتصادی؛ روانی، اجتماعی بیمار می‌باشد.

۳-۴. مراحل ارزیابی تکمیلی:

چنانچه مددکار اجتماعی پس از راند و تریاژ به اطلاعات بیشتری برای تکمیل ارزیابی خود نیاز داشت لازم است قرار ملاقاتی را با بیمار و یا همراه (یا همراهان) وی تنظیم کنید. بهتر است ارزیابی در واحد مددکاری اجتماعی و در فضایی که حداقل شرایط ضروری برای انجام مصاحبه مددکاری اجتماعی را داشته باشد، انجام گیرد. در صورتی که بیمار نمی‌تواند به واحد مددکاری اجتماعی مراجعه کند، می‌توانید ارزیابی را در محل استقرار وی انجام دهید. لازم است در چنین شرایطی ملاحظات مربوط به رازداری حرفه‌ای را مدنظر قرار دهید. در صورت نیاز برای تسهیل حضور بیمار در واحد مددکاری اجتماعی با تیم درمان هماهنگی‌های لازم را بعمل آورید. به عنوان مثال صدور مجوز خروج از بخش و یا دسترسی به ویلچر برای جابجایی بیمار را تسهیل کنید.

۱. ارزیابی جامع مبتنی بر ارزیابی توصیفی است

۲. رویکرد مورد استفاده در ارزیابی رویکرد سیستم‌های بوم‌شناختی و شخص در محیط می‌باشد.

بہتر است قبل از هر چیز پرونده بالینی بیمار را مطالعه کنید و در صورت نیاز می‌توانید اطلاعات تکمیلی را به صورت تلفنی یا حضوری از تیم درمان دریافت کنید. در نظر داشته باشید که باید مکاتبات اداری انجام شده در مورد بیمار نیز مطالعه و اطلاعات مرتبط با وضعیت روانی اجتماعی وی از آنها استخراج و در فرم ارزیابی تخصصی ثبت شوند. با توجه به اینکه موضوعات متنوعی در ارزیابی باید مورد بررسی قرار گیرند، بسیار اهمیت دارد که مراقب باشید مصاحبه مددکاری اجتماعی شکل بازجویی پیدا نکند. احتمال دارد ضرورت داشته باشد بیش از یک جلسه را برای ارزیابی برگزار کنید و یا با افراد دیگری که می‌توانند در تکمیل اطلاعات به شما کمک کنند، مصاحبه نمایید.

۳-۵. بازدید منزل

بازدید منزل را زمانی برنامه‌ریزی کنید که اطلاعات بدست آمده از مصاحبه با بیمار و همراهان و مطالعه پرونده وی برای شناخت مشکل و ارائه طرح کمکی اثربخش، کافی نباشد و یا با تناقض در اطلاعات ارائه شده توسط بیمار و یا همراهان وی مواجه شده باشید. بازدید منزل به عنوان یکی از روش‌های ارزیابی تکمیلی بیشتر در مواقعی مورد استفاده می‌شود که مددکار اجتماعی بیمارستان قرار می‌گیرد که بیمار مراجعات مکرر داشته، حضور طولانی و بلند مدت در بیمارستان دارد، اطلاع از وضعیت محل سکونت بیمار بخش مهمی از فرایند درمان و مراقبت محسوب شود یا زمانی که تعیین تکلیف وضعیت بیمار بر عهده مقام قضایی باشد ولی سازمان‌های ذیربط مانند سازمان بهزیستی یا شهرداری و... از انجام وظایف خود شانه خالی کنند.

بیمار و خانواده‌اش را از بازدید منزل مطلع کنید و رضایت آگاهانه آنها را اخذ نمایید (پیوست شماره ۳-۲). برای آنها هدف‌تان از بازدید را توضیح دهید و در صورتی که در مورد بازدید شما نگران هستند، نگرانی آنها را با توضیح‌های روشن برطرف کنید. در صورتی که بیمار و یا خانواده وی با بازدید منزل مخالفت کردند، از بازدید اجتناب کنید اما گزارش این امر را در پرونده بیمار ثبت نمایید.

در بازدید منزل با اولویت اهداف زیر را دنبال کنید:

- تکمیل اطلاعات در مورد بیمار و خانواده‌اش
- آشنایی با ویژگی‌های فرهنگی بیمار و خانواده‌اش
- کسب اطلاعات در مورد پتانسیل‌ها و محدودیت‌های موجود در محیط زندگی بیمار و خانواده‌اش
- مشاهده و درک بهتر روابط خانواده در محیط همسایگی
- مشاهده و درک بهتر شبکه ارتباطی بیمار
- تأییدی که بیماری فرد بر زندگی خانواده داشته است
- عوامل شروع کننده (عواملی که باعث عود و یا تشدید بیماری می‌شوند)
- عوامل محافظت کننده (عواملی که موجب بهبود بیماری می‌شوند)

با رعایت رازداری حرفه‌ای علاوه بر بازدید از منزل، محیط کار و یا محل تحصیل، می‌توانید برخی اطلاعات را با جمع‌آوری اطلاعات در مورد محیط همسایگی و یا اجتماع محلی تکمیل نمایید.

سناریو شماره چهار:

بیماری بدون بیمه‌ی درمانی در بیمارستان بستری شده است و همراه موثر ندارد. مددکار اجتماعی بر بالین بیمار حاضر شده و راند را انجام می‌دهد اما برای ارزیابی بیشتر با شماره‌هایی که از بیمار گرفته است تماس می‌گیرد تا اطلاعاتی را در مورد همراهان بیمار کسب کند. پرونده‌ی بیمار را مطالعه می‌کند تا از نحوه‌ی پذیرش بیمار آگاه شده و اطلاعاتی در مورد حضور همراهان در زمان بستری شدن بیمار کسب کند و چون بیمار فقط یک آدرس از یکی از خویشاوندان دارد، مددکار اجتماعی پس از اخذ رضایت، در آدرس مذکور حاضر می‌شود.

نکته ۱: به منظور جمع‌بندی و مستندسازی اطلاعات حاصل از ارزیابی‌های صورت گرفته توسط مددکار اجتماعی از فرم ارزیابی تخصصی که در انتهای این پروتکل ضمیمه شده است، استفاده نمایید.

نکته ۲: بخش اول پروتکل خدمات مددکاری اجتماعی، ارزیابی جامع و حرفه‌ای می‌باشد که در سه بخش راند، تریاژ و ارزیابی تکمیلی ارائه شده است و اطلاعات بدست آمده در این سه بخش، در فرم ارزیابی تخصصی مستندسازی و بایگانی خواهد شد. استفاده از کلماتی مانند جامع، تکمیلی و تخصصی صرفاً برای جداسازی بخش‌های مختلف فرآیند ارزیابی مورد استفاده قرار گرفته است تا خواننده با تفاوت‌های موجود در هر قسمت آشنا شود.

پیوست شماره ۳-۲: فرم رضایت آگاهانه برای حضور مددکار اجتماعی بیمارستان در منزل بیمار

اینجانب مادر/ پدر/ همسر/ برادر/ خواهر بیمار بنام خانم/ آقای با توجه به توضیحات و اطلاعات داده شده توسط خانم / آقای مددکار اجتماعی بیمارستان در خصوص ضرورت انجام بازدید منزل، اجازه می‌دهم مددکار اجتماعی طبق برنامه تنظیمی برای ارائه خدمات مددکاری اجتماعی بیمارستان در منزل ما حضور یابد.

نام و نام خانوادگی و امضاء بیمار

نام و نام خانوادگی و امضاء مراقب بیمار نسبت مراقب /همراه بیمار

پیوست شماره ۳-۳: فرم گزارش بازدید منزل

				شماره پرونده:	
پزشک معالج:		بخش:		نام خانوادگی:	
تاریخ پذیرش:		اتاق:		نام پدر:	
ساعت:		تخت:			
محل کار:		شغل:	مذهب:	وضعیت تاهل:	
آدرس محل بازدید:					
ساعت بازدید:			تاریخ بازدید:		
افراد حاضر در منزل:			بازدید کنندگان:		
اهداف بازدید:					
ارزیابی خطر : کم متوسط زیاد اقدامات لازم:					
توصیف محل سکونت مساحت محل سکونت: تعداد اتاق ها: تعداد افراد ساکن: محیط مناسب سازی شده: سایر توضیحات:					
توصیف شرایط و روابط اعضای خانواده با یکدیگر:					
توصیف محیط همسایگی و اجتماع محلی:					
نتیجه بازدید:					
برنامه ی پیگیری:					
نام و نام خانوادگی مددکار اجتماعی، مهر و امضا					

بخش دوم

مدیریت مورد مددکاری اجتماعی

(آموزش، مشاوره، حمایت یابی، ارجاع، مداخله در بحران، پیگیری پس از ترخیص)

۴-۱. مقدمه

سیر تکاملی مدیریت مورد، ریشه در توسعه مددکاری اجتماعی حرفه‌ای و خدمات انسانی دارد. اینتالیاتا^{۱۹} (۱۹۸۱) معتقد است دو مسئله عمده باعث ظهور رویکرد مدیریت مورد شد:

۱. گسترش سریع برنامه‌های خدمات انسانی طی دهه ۶۰ و اوایل دهه ۷۰ که در نتیجه آن، خدمات پیچیده، مجزا و ناهماهنگ بوجود آمدند.

۲. جنبش موسسه‌زدایی، حرکت از مدل زیر یک سقف^{۲۰} خدمات در موسسات به سوی حمایت در جامعه مشکلاتی را پدید آورد (۲۱).

در دهه ۱۹۷۰ نتایج منفی شکست خدمات ناکارآمد و نامناسب و ناکافی، توجه بسیاری از محققان را به خود جلب کرد. اواخر دهه ۱۹۷۰، نیاز به وجود مدیریت مورد برای بهبود هماهنگی خدمات در برنامه‌های خدمات انسانی مورد تمرکز قرار گرفت. در این برنامه‌های حمایت اجتماعی مدیر مورد به عنوان مسئول هماهنگی بیمار در سراسر شبکه منابع اجتماعی شناخته می‌شود.

مدیریت مورد رویکردی در ارائه خدمات اجتماعی است که تلاش می‌کند، مراجعانی که با مشکلات پیچیده چند بعدی و ناتوانی‌های عمده روبرو هستند، خدمات مورد نیاز خود را به موقع و به شیوه‌ای مناسب دریافت کنند. این شیوه در حوزه‌های گوناگونی مثل سلامت روانی (بیماران مبتلا به اختلالات روانی)، حوزه‌ی رفاه کودک، سالمندی و مراقبت طولانی‌مدت، درمان اعتیاد و الکلیسم، مراقبت سلامت و نظام رفاه عمومی کاربرد دارد. یک مدیر مورد می‌تواند به طور مستقل و یا به عنوان یکی از اعضای تیم همکاری کند (۲۱، ۲۲). ماکسلی در گزارش اخیر خود از انجمن مدیریت موردی آمریکا این تعریف را دارد: راهبردی در سطح مددجویی برای افزایش هماهنگی خدمات انسانی، فرصت‌ها یا مزایا ... پیامدهای عمده‌ای این مدیریت عبارتند از: (۱) تلفیق و یکپارچگی خدمات در بین تمام سازمان‌های مربوط، (۲) استمرار و تداوم مراقبت.

اصول، مداخلات و استراتژی‌های مدیریت مورد با هدف رسیدن به ثبات، بهزیستی و خوداتکابی از طریق حمایت طلبی، ارزیابی برنامه‌ریزی، ارتباط، آموزش، مدیریت منابع، هماهنگی در مراقبت، همکاری و تسهیل خدمات طراحی شده‌اند. آنها بر اساس نیازها و ارزش‌های مراجع تعیین و با همکاری ارائه‌کنندگان خدمات به انجام می‌رسند.

اهداف خدمات در مدیریت مورد را می‌توان به‌طور کلی استمرار درمان، در دسترس بودن، مسئولیت‌پذیری و کارآمدی خدمات دانست (۲۳). بلند (۲۰۲۱) و فرانکل (۲۰۱۸) اهداف مدیریت مورد را در سطوح خرد و کلان برشمردند که به ترتیب عبارت است از مرتبط ساختن افراد با خدمات مورد نیاز، بهتر ساختن آن خدمات و کمک به سیاست‌های اجتماعی که زندگی مردم را بهبود می‌بخشند. اهداف مدیریت موردی در سطح کلان نیز عبارتند از: ارتقای شبکه حمایت اجتماعی از طریق تدوین راهبردها و رویکردهای نوین برای افراد کمک‌کننده (متخصصان حرفه‌ای). راهبردهای

19. Intagliata

20. Under One Roof

کلان شامل توسعه منابع، جواگذاری از نظر اقتصادی، اقدام اجتماعی، تنظیم سیاست موسسه، جمع آوری داده ها، مدیریت اطلاعات، ارزیابی برنامه و تضمین کیفیت است (۲۲، ۲۳).

اصول مدیریت مورد در مراکز درمانی ایالات متحده براساس نظر توماس (۲۰۲۰) و انجمن مدیریت مورد امریکا (۲۰۱۰) عبارتند است از:

- استفاده از رویکرد مراجع محور و مشارکتی؛
- تسهیل خوداتکایی از طریق حمایت طلبی و مشارکت در تصمیم گیری؛
- استفاده از رویکردهای کلی نگر و جامع؛
- احترام به تفاوت های فردی و فرهنگی؛
- استفاده از شیوه های مراقبتی مبتنی بر شواهد؛
- ارتقا امنیت مراجع؛
- پیوند با منابع جامعه؛
- کمک به پیمایش سیستم های مراقبتی جهت دستیابی به مراقبت موثر؛
- استفاده از متخصصین سرآمد و صلاحیت دار در عمل؛
- ارتقا کیفیت نتایج؛
- حمایت ملی، منطقه ای و محلی.

ایوانز (۲۰۲۰) به کاربردهای مدیریت مورد اشاره می کند:

۱. ارزیاب: مدیر مورد در این کارکرد، با کسب و ارزیابی اطلاعات موثق و مرتبط (پزشکی، روان شناختی، عملکردی، شغلی و مالی) از طریق مصاحبه با تمامی ذی نفعان به ارزیابی فرد می پردازد.
۲. برنامه ریز: از طریق اطلاعات جمع آوری شده از تمامی مراجعان (مراقبان و بیماران)، لیست نیازها ایجاد و اولویت بندی می شود؛ بیمار و خانواده تصمیم گیرندگان فعال در فرایند هستند.
۳. تسهیل گر: در این کارکرد، تمرکز بر ارتباط و همکاری با تمام اشخاص به منظور ارتقا سطح مراقبت بیمار و حداکثر سازی نتایج می باشد.
۴. مدافع: تا زمانی که بیمار قادر به پیگیری حقوق خود شود، مدیر مورد برای خدمات و یافتن ملزومات به منظور دستیابی به اهداف تعیین شده از بیمار دفاع می کند. آموزش و حمایت برای ترغیب توانمندسازی و اطمینان به نفس بیمار فراهم می گردد.
۵. آموزش مراجع، خانواده، مراقب و اعضای تیم ارائه کننده خدمات مراقبت های بهداشتی در مورد گزینه های درمان، منابع جامعه، تسهیلات و بیمه، نگرانی های روانی اجتماعی، مدیریت مورد و غیره، تا بتوانند تصمیمات به موقع و آگاهانه ای بگیرند؛
۶. توانمندسازی مراجع برای حل مسئله از طریق یافتن گزینه های موجود و یا جایگزین ها در هنگام ضرورت جهت رسیدن به پیامدهای مطلوب؛

۷. تشویق به استفاده مناسب از سرویس‌های خدمات مراقبتی بهداشتی و تلاش برای ارتقاء کیفیت مراقبت و مقرون به صرفه بودن خدمات بر مبنای هر مراجع؛
 ۸. کمک به مراجع برای یک گذار مناسب از مرحله مراقبت به مناسب ترین سطح بعدی؛
 ۹. تلاش برای ارتقاء حمایت طلبی از طریق خود مراجع و خوداتکایی؛ (۲۴)
- پارکر (۲۰۲۰) چهار مدل اصلی برای مدیریت مورد شناسایی کردند:
۱. درمان جامعه‌ای قاطع (مدل حمایت کامل) که رویکردی مشکل محور است.
 ۲. مدل بازتوانی که تمرکز آن بر فعال کردن مهارت‌های باقی مانده می‌باشد.
 ۳. مدل نقاط قوت
 ۴. مدل کارگذار (واسطه‌ای) یا عمومی (۲۵)
- تحقیقات نشان داده اند رویکرد مدیریت مورد در بیمارستان‌ها به ویژه در بخش اورژانس می‌تواند منجر به کاهش میانگین ویزیت در اورژانس، میانگین هزینه‌های اورژانس و میانگین هزینه‌های بستری در بیمارستان شده و میزان ارجاع و برقراری پیوند با نظام مراقبت اولیه را افزایش دهد. مدیریت مورد ابزاری اثربخش و مقرون به صرفه برای کاهش استفاده از خدمات بیمارستان و نیز مشکلات روانی اجتماعی بیمارانی است که به طور مکرر به اورژانس‌ها مراجعه می‌کنند (۲۶).

۴-۲. هدف:

یکپارچه سازی ارائه ی خدمات حمایتی به بیمار

به خدمت گرفتن منابع اجتماعی درون و برون سازمانی در فرایند حمایت از بیمار

حصول اطمینان از ارائه خدمات درمانی کافی، به موقع و مناسب به بیمار

۴-۳. تعریف مفاهیم:

۴-۳-۱. مدیریت مورد پایه:

منظور فرایندی است که شامل موردیابی، ارزیابی، تشخیص مشکل، برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و اختتام می‌باشد و توسط مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد، هدایت و اجرا می‌شود.

۴-۳-۲. مدیر مورد:

در این پروتکل مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد در نظر گرفته شده است.

۴-۳-۳. ارجاع:

منظور اقداماتی است که توسط مددکار اجتماعی برای دستیابی بیمار و خانواده وی به منابع مورد نیازشان در داخل و یا خارج از بیمارستان انجام می‌گیرد. این اقدامات شامل شناسایی منابع، معرفی بیمار و یا خانواده وی به منبع، انجام

هماهنگی با سازمان‌ها و اشخاص ارائه دهنده خدمات و پیگیری جهت حصول اطمینان از دریافت خدمات مورد نیاز می‌شود.

۴-۳-۴. حمایت‌یابی:

منظور یافتن منابع حمایتی رسمی و غیر رسمی روانی، اجتماعی و اقتصادی برای خدمات مورد نیاز بیمار در داخل و خارج از بیمارستان است.

۴-۳-۵. برنامه‌ریزی ترخیص:

فرایندی است که با ارزیابی روانی اجتماعی بیمار در بدو پذیرش آغاز شده و شامل برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات مددکاری اجتماعی با هدف بازگشت مناسب فرد به خانواده و جامعه پس از بهبودی است.

۴-۳-۶. مصاحبه انگیزشی:

منظور استفاده از فنون همدلی، ایجاد تضاد انگیزشی بین رفتارهای موجود و هدف‌های مطلوب، حمایت از خودکارآمدی و مدارا با مقاومت به جای مقابله در مصاحبه با بیمار و یا همراه وی به منظور افزایش انگیزه بیمار برای درمان و نیز پایبندی به درمان می‌باشد.

۴-۳-۷. تیم مدیریت مورد:

منظور تیمی است متشکل از مددکار اجتماعی، پزشک، پرستار و سایر اعضای تیم درمان که خدمات مدیریت مورد پایه را برای بیماران طراحی و اجرا می‌کنند. این تیم با هماهنگی مددکار اجتماعی به طور منظم برای پیشبرد فرایند درمان بیمار تشکیل جلسه می‌دهد.

۴-۴. فرآیند مدیریت مورد:



پس از انجام ارزیابی روانی اجتماعی و اقتصادی، نیاز فوری، کوتاه مدت، بلند مدت و پیشرونده بیمار را مشخص کنید. مشارکت بیمار و همراه در تعیین اهداف مداخله در این فرایند حائز اهمیت است. لازم است اهدافی که تعیین می کنید SMART^{۲۱} باشند. یعنی به طور ویژه برای بیمار مورد نظر طراحی شده باشد، قابل دستیابی و واقع بینانه باشد، محدودیت زمانی داشته و قابل اندازه گیری باشد. با مشارکت بیمار و خانواده اش اولویت های مداخلات را تعیین کنید. مددکار اجتماعی برای دستیابی به هدف تعیین شده، فعالیت هایی را در نظر می گیرد، با توجه به امکانات و ابزارهایی که در اختیار دارد و با در نظر گرفتن محدودیت زمان (معمولا بیشتر مداخلات تا قبل از ترخیص بیمار از بیمارستان باید انجام شوند) و همچنین جلب مشارکت بیمار و خانواده در دستیابی به اهداف، اقدام می کند.

21 . Specific, Measurable, Attainable, Relevant and Time-bound

بهبتر است زمان ارائه ی مداخله، عنوان، شرح و نتیجه ی مداخله در فرم مدیریت مورد نوشته شود. عنوان مداخله می تواند شامل حمایت یابی های روانی، اجتماعی و اقتصادی برون و درون سازمانی، ارجاع برون و درون سازمانی، مشاوره و آموزش (فردی، گروهی، خانوادگی)، مداخله در بحران، پیگیری پس از ترخیص، مکاتبات درون و برون سازمانی، مراجعه به سایر سازمان ها، پاسخگویی تلفنی باشد.

برنامه ریزی باید بر اساس رویکرد مدیریت مورد پایه انجام شود. به این ترتیب همکاری و هماهنگی با یک تیم بین رشته ای، ارجاع درون و برون سازمانی، حمایت یابی درون و برون سازمانی رسمی و غیر رسمی، مشاوره اولیه، مصاحبه انگیزشی و آموزش باید به عنوان ارکان مدیریت مورد پایه مورد توجه قرار گیرند. در صورتی که تیم مدیریت مورد اهداف را SMART تنظیم کرده باشد، به راحتی می تواند دستاوردهای مداخله را ارزشیابی کند. برای این منظور لازم است داده های مورد نیاز برای هر یک از اهداف جمع آوری و ثبت شوند و میزان دستیابی به هر یک از اهداف سنجیده شود. نتیجه ی نهایی مداخله می تواند یکی از موارد زیر باشد:

- ۱- دستیابی موفق به اهداف مداخله و ترخیص ایمن بیمار (همکاری و همراهی بیمار در پیشبرد مداخلات، همکاری همراهان موثر و خانواده بیمار در پیشبرد مداخلات، استفاده موثر از منابع موجود، همکاری موثر سازمانهای برونبخشی)
- ۲- دستیابی نسبی به اهداف مداخله و ترخیص بیمار (نداشتن همراهان موثر، عدم همکاری موثر بیمار، ضعف همکاری سازمانهای برونبخشی، نتیجه مداخلات منوط به اقدامات سایر سازمانهای برونبخشی، کمبود منابع و امکانات موجود)
- ۳- عدم دستیابی به اهداف مداخله و عدم ترخیص بیمار (امتناع بیمار از پیشبرد مداخلات، امتناع خانواده یا همراهان بیمار از پیشبرد مداخلات، عدم موفقیت در جذب منابع، ترخیص بیمار مشروط به اقدامات سایر سازمانهای متولی)

هرگاه اهداف پیش بینی شده توسط تیم مدیریت مورد تحقق یافت، فرایند مدیریت مورد باید خاتمه داده شود. مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد ارائه خدمات خود را در شرایطی که به خدمات بیشتر نیازی نیست و یا ادامه ارائه خدمات اثری بر رفع مشکل بیمار ندارد، بازنگری می کند یا خاتمه می دهد. مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد قبل از بازنگری یا خاتمه ارائه خدمات و یا ارجاع به سایر منابع، در مورد نیازها، سایر انتخابها و اولویتها با بیمار و یا خانواده اش گفتگو می کند. در مواردی که خود بیمار و یا خانواده اش مایل به متوقف کردن دریافت خدمت هستند، مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد موظف است آنها را از آثار ناشی از این اقدام آگاه سازد.

از نظر مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد مراجعانی که به صورت داوطلبانه مراجعه کرده اند، می توانند از ادامه ارتباط با مددکار اجتماعی صرف نظر کنند و خدمات تخصصی را نزد فرد یا افراد حرفه ای دیگری پیگیری نمایند. در چنین شرایطی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد با مراجع در مورد دلایل تمایل به متوقف کردن ارتباط گفتگو می کند و در صورتی که مراجع مایل به متوقف کردن رابطه باشد، پیشنهاد می دهد که برای دسترسی به خدمات تخصصی به او کمک کند. در شرایطی که به دلایل حرفه ای مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد تصمیم می گیرد ارائه خدمت به

مراجعان را خاتمه دهد، اطمینان حاصل می کند که مراجعان برای دستیابی به خدمات تخصصی به منابع مناسب ارجاع داده می شوند.

مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد در شرایطی که به دلیل ترک شغلش قادر به ارائه خدمت به مراجعان نخواهد بود، این موضوع را با مراجعان در میان گذاشته و اقدامات لازم را برای ارجاع مناسب آنها انجام می دهد.

مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد مجاز نیست مراجعان را از طریق متوقف کردن خدمات تحت فشار قرار دهد تا به خواسته های اجتماعی، مالی و یا خواسته های غیر اخلاقی او تن دهند. مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد تمامی تلاش خود را برای عدم خروج مراجعانی که هنوز نیاز به دریافت خدمات تخصصی دارند، به عمل می آورد. مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد تنها در شرایطی مجاز است نسبت به متوقف کردن زود هنگام خدمات اقدام کند که شرایط غیرعادی رخ داده باشد و امکان عادی شدن شرایط در کوتاه مدت متصور نباشد. وی به محض عادی شدن شرایط، خدمات خود را از سر می گیرد. تمامی خدماتی که در قالب مدیریت مورد به بیمار و خانواده وی ارائه می شوند، باید در پرونده بیمار با جزئیات ثبت گردند.

سناریو شماره پنج

ساعت ۱۰ پرستار تریاژ با مددکار اجتماعی تماس می گیرد و حضور فردی مجهول الهویه را در اورژانس گزارش می دهد. مددکار اجتماعی بلافاصله تریاژ (ارزیابی سریع) را انجام می دهد. مددکار اجتماعی از مسئول انتظامات بیمارستان می خواهد تا وسایل بیمار و وجود مدارک هویتی را مورد بررسی قرار دهد و با پلیس آگاهی در مورد هویت یابی بیمار مکاتبات لازم را انجام دهد. چنانچه هویت بیمار مشخص نشد و خود بیمار نیز قادر به پاسخگویی و همکاری نبود، لازم است مددکار اجتماعی مکاتبات لازم را با واحد حقوقی (بیمارستان یا شبکه بهداشت یا نماینده ی حقوقی مربوطه) انجام دهد و منتظر دستور مقام قضایی باشد.

چنانچه بیمار از افراد مجهول الهویه تحت پوشش تفاهم نامه ی مربوطه باشد، بیمه ی درمانی سایر اقشار بهزیستی برای بیمار صادر می شود. پیگیری تعیین تکلیف بیمار پس از ترخیص از بیمارستان، پس از مکاتبه با مقام قضایی توسط واحد حقوقی، انجام می شود. هزینه های درمانی بیمار نیز با توجه به پروتکل حمایت های اقتصادی مشمول حمایت قرار خواهند گرفت.

مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی با رویکرد مدیریت مورد

۱- حمایت یابی روانی، اجتماعی درون و برون سازمانی

برای حمایت یابی و کسب منافع که موجب پیشبرد برنامه درمانی بیمار می شوند، در درون و یا بیرون از بیمارستان برنامه ریزی و اقدام کنید. حمایت یابی در سه سطح انجام می شود:

سطح اول مداخله مستقیم: این نوع حمایت یابی را باید در شرایطی انجام دهید که بیمار و یا خانواده اش از مهارت، دانش و توانایی های کافی برای تأمین منافع خود برخوردار نیستند و مداخله مستقیم مددکار اجتماعی برای این امر ضرورت دارد.

سطح دوم تسهیلگری: در شرایطی که بیمار و یا خانواده او از سطحی از مهارت، دانش و توانایی برخوردار هستند که می توانند بخشی از فرایند جلب حمایت را انجام دهند اما حضور مددکار اجتماعی در کنار آنها موجب تسهیل فرایند و یا افزایش کیفیت خدمات فرد، سازمان و یا موسسه ارائه دهنده خدمت می شوند.

سطح سوم راهنمایی: در صورتی که بیمار و یا خانواده اش از مهارت، دانش و توانایی های لازم برای جلب حمایت به نفع بیمار برخوردار هستند، نیازی به حضور فیزیکی مددکار اجتماعی برای حمایت یابی وجود نخواهد داشت. نمودار زیر نمونه ای از حمایت یابی های مددکاران اجتماعی است.

حمایت یابی اقتصادی	حمایت یابی روانی	حمایت یابی اجتماعی
<ul style="list-style-type: none"> • ارائه ی تخفیف و مساعدت های اقتصادی از محل آورده های وزارت بهداشت • تهیه ی تجهیزات و دارو برای بیماران از محل خیرین • توضیحات تکمیلی در پروتکل حمایت های اقتصادی ذکر شده است. 	<ul style="list-style-type: none"> • کاهش استرس و آرام سازی • ایجاد محیطی آرام و بدور از دغدغه برای کودکی که مورد آزار قرار گرفته است 	<ul style="list-style-type: none"> • تهیه ی بیمه درمانی برای بیمار نوزاد رها شده • هویت یابی از طریق مراجعه به ثبت احوال برای بیمار مجهول الهویه

۲- حمایت یابی اقتصادی

در این شکل از حمایت یابی، مراجعین براساس عضویت در گروه های تعیین شده از درصدی از حمایت های اقتصادی برخوردار خواهند شد و این حمایت ها از منابع مختلف وزارت بهداشت، خیرین سلامت، موسسات دولتی و غیر دولتی تامین می شوند (برای مطالعه بیشتر به دستورالعمل حمایت اقتصادی از بیماران نیازمند در مراکز درمانی با شماره ابلاغ ۷۰۵۷/۷۰۴۰۹۰۴/۱۴۰۰ مراجعه کنید).

۳- ارجاع درون و برون سازمانی

خدمات موجود و ارائه دهندگان خدمات را شناسایی کنید و در مورد نحوه دریافت هر یک از خدمات اطلاعات دقیق کسب کنید. لازم است برای انجام ارجاع های حرفه ای و حمایت یابی بانک اطلاعات منابع موجود در جامعه ای که بیمارستان محل کار مددکار اجتماعی در آن واقع شده است (به عنوان بانک اطلاعات حداقلی)، تهیه و به طور منظم به روز رسانی شود. در عین حال لازم است مددکار اجتماعی با مددکاران اجتماعی در سایر بیمارستان ها و سازمان ها 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. همواره منابعی را که بیمار و یا خانواده اش را به آنها ارجاع می دهید، ارزیابی کنید و لیست آنها را بازنگری و به روز نمایید.

به طور واضح برای بیمار و یا خانواده اش توضیح دهید چرا ارجاع در این مرحله به آنها کمک خواهد کرد و اینکه در فرایند ارجاع باید چه کارهایی انجام دهند (با چه کسی تماس بگیرند، نزد چه کسی بروند، چه چیزی بگویند، به کجا بروند و ...) در مورد فرد یا سازمان / مؤسسه‌ای که بیمار و یا خانواده‌اش را به آن ارجاع خواهید داد، اطلاعات دقیقی به بیمار و یا خانواده‌اش بدهید. فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد را از ارجاع آگاه کنید. در صورت نیاز با سازمان مقصد مکاتبه کنید. ارجاع را پیگیری کنید. مطمئن شوید خدمت مورد نظرتان به بیمار و یا خانواده‌اش ارائه شده است و در صورتی که ارجاع ناموفق بوده است، دوباره برای ارائه خدمت برنامه‌ریزی کنید (ارزشیابی ارجاع).

مهم است که اطمینان حاصل کنید بیمار و یا خانواده‌اش توسط فرد سازمان یا مؤسسه مقصد با احترام و رعایت اصول اخلاقی پذیرفته شده‌اند. در صورتی که برای دریافت خدمت از فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد باید هزینه پرداخت شود، موضوع را قبل از ارجاع به بیمار و یا خانواده‌اش اطلاع دهید. بیمار و یا خانواده‌اش را برای استفاده از خدمت فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد تحت فشار قرار ندهید. در صورت نیاز گزارش مختصری از وضعیت بیمار برای فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد ارسال کنید (با رعایت اصول اخلاقی).

سناریو شماره شش

بیمار خانمی است ۵۶ ساله که به علت دیابت کنترل نشده دچار قطع عضو از ناحیه ی دو پا شده است و پس از یکماه بستری در بیمارستان دو روز دیگر ترخیص می شود. براساس تشخیص پزشک معالج بیمار می تواند از تجهیزات کمک توانبخشی برای بهبود کیفیت زندگی و استقلال عملکرد روزانه اش استفاده کند اما به دلیل اینکه بیمار زن سرپرست خانوار می باشد و منبع درآمد پایداری ندارد، قادر به تامین هزینه ی وسایل کمک توانبخشی نمی باشد، همراه بیمار به واحد مددکاری اجتماعی برای دریافت کمک مراجعه می کند.

مددکار اجتماعی پس از تکمیل فرم ارجاع و درج دقیق مشکلات و نیازمندی های بیمار ، از همراه بیمار می خواهد فرم مربوطه را به اداره ی بهزیستی که ادرس آن قید شده است ببرد تا بتواند از خدمات مورد نیاز برخوردار گردد.

فرم ارجاع

مشخصات بیمار:			
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	کدملی/شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:
آدرس و شماره تماس:			

<ul style="list-style-type: none"> • دلیل ارجاع: • تاریخچه مختصر مشکل: • مشکل فعلی: • خدمت مورد نیاز:

اطلاعات ارجاع دهنده:	
نام و نام خانوادگی مددکار اجتماعی:	تاریخ ارجاع:
شماره تماس و فکس:	مهر و امضا
اطلاعات فرد/ سازمان یا موسسه مقصد	
نام فرد/ سازمان و یا موسسه مقصد	شماره تماس فرد/ سازمان و یا موسسه مقصد
آدرس فرد/ سازمان و یا موسسه مقصد	تاریخ انجام هماهنگی با فرد/ سازمان و یا موسسه مقصد

۴- راهنمایی و آگاه سازی

راهنمایی با هدف ارائه‌ی آگاهی و اطلاع رسانی بیمار و خانواده در ارتباط با فرآیندهای بیمارستانی، حقوق بیمار، هزینه های درمان انجام می شود و معمولاً با توجه به حجم بالای کار مددکاران اجتماعی به صورت کوتاه انجام می شود. مددکار اجتماعی در ابتدای جلسه برای بیمار و یا خانواده وی هدف از برگزاری جلسه را به طور مختصر توضیح دهید. در صورتی که تشخیص دادید بیمار و خانواده وی نیازی به توضیح در مورد برخی موضوعها ندارند، می‌توانید از توضیح در مورد آنها صرف نظر کنید. به عنوان مثال اگر در طول گفتگو با بیمار و خانواده او متوجه شده‌اید که آنها اطلاعات دقیقی در مورد نحوه استفاده از بیمه دارند، نیازی نیست در این مورد توضیح دهید.

در صورتی که در طول جلسه‌ی راهنمایی متوجه شدید بیمار و خانواده‌اش قابل قبولی در مورد حقوق خود در طول درمان، قوانین و مقررات بیمارستان، فرایند درمان و یا فرایند دریافت خدمات در بیمارستان ندارند، ضرورت دارد پیگیری لازم را برای تکمیل اطلاعات آنها انجام دهید. به عنوان مثال در صورتی که بیمار و خانواده‌اش از فرایند درمان آگاه نیستند، لازم است با پزشک هماهنگ کنید که این اطلاعات را در اختیار بیمار و خانواده‌اش قرار دهد.

بخشی از جلسه را به این امر اختصاص دهید که در مورد ملاحظات مربوط به مراقبت از خود و یا نحوه مراقبت از بیمار توسط خانواده به آنها توضیح دهید. به خاطر داشته باشید در صورتی که اطلاعات بیمار و خانواده‌اش نسبت به روش‌های مراقبت از خود و مراقبت از بیمار افزایش یابد، احتمال موفقیت درمان و عدم عود بیماری افزایش خواهد یافت. در مورد نحوه استفاده از خدمات بیمه برای بیمار و خانواده‌اش توضیح دهید. در بسیاری موارد بیماران و خانواده آنها از مزایای بیمه به طور کامل خبر ندارند و یا نمی‌دانند تحت چه شرایطی می‌توانند از مزایای بیمه برخوردار شوند. مهم است که آنها را در این مورد توجیه کنید.

آشنا کردن بیمار و خانواده وی نسبت به حقوق خود در طول درمان، قوانین و مقررات بیمارستان و فرایند دریافت خدمات در بیمارستان به عهده فردی است که بر اساس راهنمای جامع اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌های ایران/ ویرایش سال ۱۳۹۵ (بخش رعایت حقوق گیرنده خدمت) مسئول انجام این فعالیت در بیمارستان است.

آشنا کردن بیمار و خانواده وی نسبت به فرایند درمان بر اساس راهنمای جامع اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌های ایران/ ویرایش سال ۱۳۹۵ به عهده پزشک معالج است. در صورتی که بیمار و یا خانواده وی این اطلاعات را دریافت نکرده‌اند، بر حسب ضرورت با پزشک معالج ارتباط برقرار نمائید و اطمینان حاصل کنید اطلاعات به درستی در اختیار بیمار و خانواده‌اش قرار خواهد گرفت. مددکار اجتماعی مجاز نیست رأساً چنین اطلاعاتی را در اختیار بیمار و یا خانواده وی قرار دهد.

۵- مشاوره و آرام سازی بیمار و همراهان

سطح استرس بیمار و همراهانش را بررسی کنید. اگر استرس آنها به اندازه‌ای است که موجب می‌شود مشارکت آنها در فرایند درمان کاهش یابد و یا از کیفیت لازم برخوردار نباشد، لازم است زمانی را به شناسایی منبع استرس اختصاص دهید و در عین حال به آنها برای کاهش استرس کمک کنید. از تکنیک‌هایی که در کوتاه مدت می‌توانند به مدیریت استرس کمک کنند، استفاده کنید (به عنوان مثال از فردی که دچار استرس شده است، بخواهید بنشینند و نفس عمیق بکشند و به تدریج بازدم را انجام دهد. فضای اطراف را آرام نگهدارید چراکه ازدحام و سروصدا می‌توانند موجب افزایش

استرس فرد شوند. یک روش ساده و کوتاه مدت دیگر برای کاهش استرس این است که شرایط را به گونه‌ای فراهم کنید که اطلاعات به اندازه به فرد داده شود. به خاطر داشته باشید کمبود اطلاعات معمولاً به استرس فرد دامن می‌زند. به فرد اجازه دهید در مورد آنچه نگرانش می‌کند حرف بزند و در عین حال به او کمک کنید بدون اینکه به خود یا دیگری آسیب برساند، برون‌ریزی هیجانی را انجام دهد.

یکی از مهمترین ویژگی‌های مصاحبه کوتاه مدت، محدودیت زمانی آن است. مهم است که زمان مصاحبه را طوری مدیریت کنید که تمام موضوعات حداکثر طی ۲۰ دقیقه پوشش داده شوند. در صورتی که بیمار و یا خانواده وی نیاز به خدمات مشاوره‌ای بیشتری دارند، لازم است جلسات مشاوره دیگری را برنامه‌ریزی و برگزار کنید.

در صورتی که بیمار و یا خانواده وی به خدمات مشاوره‌ای سایر حرفه‌ها نیاز دارند، اقدامات لازم برای ارجاع را انجام دهید. جلسات مشاوره داوطلبانه هستند. از این رو در صورتی که بیمار و یا خانواده وی مایل به شرکت در این جلسات نیستند، نباید آنها را برای این کار تحت فشار قرار دهید اما لازم است آنها را برای شرکت در این جلسه با توضیح در مورد مزایای آن ترغیب کنید. در صورتی که آنها دعوت شما را برای حضور در جلسه مشاوره نپذیرفتند، لازم است موضوع را در پرونده بیمار ثبت کنید.

در صورتی که بیمار و یا خانواده‌اش به زبانی حرف می‌زنند که شما با آن آشنا نیستید، لازم است شرایط را به گونه‌ای فراهم کنید که فرد قابل اعتمادی برای ترجمه گفتگوها در جلسه حاضر شود. به خاطر داشته باشید ناآشنایی شما با زبان بیمار و یا خانواده وی نباید موجب شود ارائه خدمت را به آنها متوقف کنید. در جلسه مشاوره از کلمات تخصصی استفاده نکنید و در صورتی که چنین کلماتی را بکار می‌برید، آنها را برای بیمار و یا خانواده‌اش به زبان ساده توضیح دهید و مطمئن شوید منظور شما را درک کرده‌اند.

سناریو شماره هفت

بیماری به علت تصادف در بخش جراحی مردان بستری می‌شود و به دلیل شکستگی لگن باید منتظر جراح ارتوپد بماند و لازم است تا حداقل یک هفته دوران درمان را در بیمارستان سپری کند. اما بیمار و همراهانش نگران این موضوع هستند که به بیماری کرونا مبتلا شوند و برای همین می‌خواهند بیمار را با رضایت شخصی ترخیص کنند اما پزشک معالج موافق این کار نیست. از مددکار اجتماعی خواسته میشود تا مداخله ای در این زمینه انجام دهد.

مددکار اجتماعی جلسه ای را در اتاق بیمار ترتیب می‌دهد و ضمن انجام تکنیک‌های آرام سازی، فرآیند درمان را برای حاضرین توضیح داده و آنها را از مخاطرات احتمالی آگاه می‌کند همچنین اطمینان می‌دهد که در صورت رعایت پروتکل‌های بهداشتی، احتمال ابتلا به کرونا به حداقل می‌رسد. همراهان در مورد نگرانی‌ها و دغدغه‌هایشان برای مددکار اجتماعی صحبت می‌کنند و مددکار اجتماعی مشاوره‌های لازم را ارائه می‌دهد و از بیمار می‌خواهد تا بهترین تصمیم را با همراهی اعضای خانواده اش اتخاذ کند.

۶- آموزش

مددکاران اجتماعی به عنوان کارشناسان آگاه و مجرب حوزه ی مسائل اجتماعی می توانند آموزش های متنوعی را به صورت فردی یا گروهی برای گروه هدف خود ارائه نمایند. در مراکز درمانی، آموزش ها با سرفصل های خود مراقبتی روانی اجتماعی، کاهش و مدیریت استرس و مراقبت از بیمار در منزل و سازگاری با بیماری می باشد. تشکیل گروه های آموزشی با محوریت مددکاری اجتماعی و یا دعوت از کارشناسان و متخصصان مربوطه در مراکز درمانی هم از نمونه مداخلات تخصصی است که در مراکز درمانی انجام می شود. مددکاران اجتماعی به عنوان عضو کمیته ی ارتقاء سلامت می توانند آموزش هایی را برای پرسنل بیمارستان در نظر بگیرند این آموزش ها می تواند شامل سرفصل هایی مانند مدیریت و کاهش استرس، مهارت های برقراری ارتباط، تاب آوری اجتماعی، مهارت های اجتماعی، آموزش چگونگی رفتار با بیمار جهت سازگاری با بیماری، آشنایی با گروه های آسیب پذیر اجتماعی باشد و در مکان سالن جلسات یا سالن آموزش بیمارستان، به صورت حضوری و مجازی باشد همچنین مشارکت در تهیه ی بروشور و پفلت و جزوه های آموزشی هم در این دسته از مداخلات تخصصی قرار می گیرد. در ارتباط با بیماران و خانواده نیز، آموزش های مددکاران اجتماعی به عنوان بخشی از فرآیند آموزش به بیمار با توجه به فردیت مراجعین و نیازهای اطلاعاتی آنها به صورت فردی و گروهی انجام می شود. متعارف است که آموزش های فردی بر بالین بیمار ارائه شده و کوتاه مدت هستند و یا می تواند به صورت گروه های کوچک آموزشی در اتاق بیمار یا سالن آموزش بیمارستان ارائه شوند. این آموزش ها معمولاً با هدف آگاه سازی از فرآیند درمان و خودمراقبتی انجام می شود و به صورت ارائه ی بروشور و پمفلت هم می تواند باشد. پس از شیوع ویروس کرونا در کشور، آموزش ها به طور معمول از طریق اپلیکیشن های آموزشی و به صورت مجازی به بیماران و خانواده هایشان ارائه می شود. مددکار اجتماعی می تواند محتوای آموزشی فردی شده را با توجه به نیاز بیماران تهیه کرده و در اختیار آنها قرار دهد. آموزش های مستمر و موثر می تواند از بازگشت و بستری های مکرر بیمار در بیمارستان پیشگیری کند.

سناریو شماره هشت

پرستار آموزش به بیمار به مددکار اجتماعی بیمارستان اطلاع می دهد که سه مریض قطع عضو ناشی از دیابت کنترل نشده در بخش جراحی بستری هستند و پرستار آموزش های لازم را در زمینه ی خود مراقبتی جسمی (مانند رعایت رژیم غذایی، ورزش و ترک سیگار) به آنها داده است اما فکر می کند که آموزش های بیشتری در حوزه ی روانی و اجتماعی نیاز باشد برای همین از مددکار اجتماعی می خواهد تا این موضوع را بیشتر بررسی کند.

مددکار اجتماعی پس از بررسی های بیشتر، برنامه ی آموزش خودمراقبتی گروهی را برای بیماران در نظر می گیرد و در اتاق بیمار، آموزش های لازم را در زمینه ی کاهش استرس، مدیریت تنش های روزمره و استفاده از حمایت های اجتماعی اعضای خانواده و دوستان به بیماران ارائه می دهد.

۷- مداخله در بحران

الف) ارائه ی خبر ناگوار: سخت ترین و حساس ترین وظیفه در تمام سیستم بهداشتی، دادن اخبار بد به خانواده بیمار و بیماران است، چه اینکه بیمار به شدت مریض باشد یا اینکه فوت شده است و یا خانواده بیمار فوت کرده باشد مانند بیماران کرونایی که همزمان چند نفر از اعضای خانواده بستری می باشند. دادن اخبار بد تأثیرات ماندگاری روی خاطرات خانواده ها و بیماران، در مواجهات پزشکی دارد. همدلی تیم درمان، صداقت و شفافیت آنها، دادن فرصتی به خانواده ها برای پرسیدن سؤالاتشان و ارجاع دادن آنها به مراکز مشاوره از جمله اقداماتی است که در این زمینه انجام می شود. کمیته ی اخلاق بالینی بیمارستان بر اساس سنجه های اعتبار بخشی (ویرایش چهارم) موظف به تهیه ی دستورالعملی در زمینه ارائه ی اخبار بد می باشد که مددکاران اجتماعی نیز در این زمینه مشارکت خواهند داشت. با توجه به دستورالعمل های داخلی، سطح مداخلات مددکاران اجتماعی در بیمارستان ها متفاوت خواهد بود. آرام سازی، همدلی، استفاده از تکنیک های کاهش استرس و تخلیه ی هیجانی، حضور در جلسه ی ارائه ی خبر ناگوار و ارائه ی حمایت های روانی اجتماعی به خانواده متوفی از جمله اقداماتی است که مددکاران اجتماعی در ارائه ی خبر ناگوار انجام می دهند. در ادامه نمونه ای از دستورالعمل ارائه ی خبر ناگوار که به صورت تیمی در بیمارستان ها انجام می شود، جهت مطالعه قرار داده شده است.

ب) حمایت های روانی اجتماعی در بحران: این وجه از مداخلات شامل اشکال مختلفی از حمایت های روانی اجتماعی است که مددکاران اجتماعی با هدف پیامدهای ناشی از بحران های طبیعی و اجتماعی در مراکز درمانی ارائه می دهند و پروتکل های مشخصی در این زمینه وجود دارد. برای کسب اطلاعات بیشتر به پروتکل مداخلات مددکاری اجتماعی در حوادث و بلایا مراجعه نمایید.

بسمه تعالی دانشگاه علوم پزشکی بیمارستان	
عنوان دستورالعمل: آموزش نحوه اطلاع رسانی خبر ناگوار	
دامنه دستورالعمل: کلیه ی بخش های درمانی و اورژانس	
تاریخ آخرین بازنگری: تاریخ آخرین ابلاغ:	شماره دستورالعمل: شماره ویرایش: تعداد صفحات:
تعاریف:	
<p>خبر بد یا ناگوار: اخبار ناگوار هر نوع اطلاعاتی است که به طور منفی انتظارات فرد نسبت به آینده را مخدوش می کند، یا اخباری که منجر به نقص شناختی، رفتاری یا هیجانی در فردی می شود که این اخبار را دریافت کرده است، به صورتی که این نقص تا مدتی بعد از دریافت خبر بد ادامه دارد. اخبار ناگوار به صورت ذهنی تعیین می شوند و ممکن است بسته به تجارب شخصی فرد، به طرز متفاوتی ادراک شوند.</p> <p>منظور از اخبار ناگوار در این دستورالعمل، خبر مربوط به فوت، تشخیص بیماری صعب العلاج و یا لاعلاج، قطع عضو، ضایعه نخاعی و موضوعات مشابه است.</p> <p>نکته: ارائه ی خبر ناگوار باید به صورت تیمی انجام شود و تدوین دستورالعمل آن بر عهده ی کمیته ی اخلاق بالینی بیمارستان می باشد.</p>	
هدف: اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران با رعایت موازین اخلاق بالینی	
<p>۱- اصول ارائه ی خبر ناگوار عبارتند از: تخلیه و برون ریزی هیجانی، حمایت اجتماعی و مقابله تطبیقی. توانایی به اشتراک گذاشتن عواطف منفی ناشی از حادثه تروماتیک، مرحله مهمی از بهبودی است. شبکه های حمایت اجتماعی نیز در ابتدا برای فرد قربانی، حمایت، همراهی، اطلاعات و کمک های مادی را مجدداً برقرار می کنند. مقابله تطبیقی شامل تغییر در مهارت های شناختی و رفتاری با تأکید بر جمع آوری اطلاعات، انتظارات معقول اجرایی و کسب مهارت است.</p> <p>۲- معمولاً خانواده ها انتظار دارند تیم درمان به موارد زیر توجه کند: همدلی تیم درمان، صداقت و شفافیت آنها، دادن فرصتی به خانواده ها برای پرسیدن سؤالاتشان، رویت جسد بیمار و ارجاع دادن آنها به امور بعدی. این کار باید به صورت تیمی انجام شود.</p> <p>۳- ضرورت دارد پزشک معالج اطلاعات مربوط به تشخیص، روند و پیشرفت بیماری را به بیمار و یا خانواده وی ارائه نمایند.</p> <p>۴- در بسیاری موارد بیمار و یا خانواده وی اصرار خواهند کرد که به صورت تلفنی در مورد وضعیت بیمار اطلاعاتی را دریافت نمایند. در پاسخ به اصرارهای آنها توضیح دهید که لازم است به صورت حضوری و توسط پزشک معالج جزئیات دقیق تری در مورد فرایند درمان بیمار به آنها اطلاع داده شود.</p> <p>۵- در مورد بیمارانی که قیم قانونی دارند (افراد زیر ۱۸ سال، محجورین و ...)، لازم است که خبر ناگوار به قیم قانونی ایشان ارائه شود.</p>	

- ۶- در زمان ارائه ی خبر بد آرامش خود را حفظ کنید، لازم است بنشینید و به این نکته توجه داشته باشید که استرس شما به سرعت به بیمار و خانواده وی منتقل می شود و می تواند تنش را در فرایند مداخله در بحران افزایش دهد. با اعضای خانواده تماس چشمی برقرار کنید.
- ۷- از بیمار و یا خانواده وی بپرسید در مورد فرایند بیماری و درمان آن چه می دانند. به عنوان مثال "فکر می کنی برای چی ازت ام. آر. آی گرفته شده است؟" یا "در مورد شرایط پزشکی ات چه چیزهایی بهت گفته شده است؟". اطلاعات بیمار و یا خانواده وی را در مورد تشخیص، روند درمان، جزئیات مربوط به بیماری و نتایج آزمایش های بالینی بررسی کنید. این کار به شما کمک می کند تشخیص دهید در مرحله بعدی باید چه اطلاعاتی در اختیار آنها قرار داده شود.
- ۸- باید به زبان خود بیمار و خانواده اش با آنها حرف زده شود. به این ترتیب لازم است در صورتی که با زبان بیمار و یا خانواده وی آشنا نیستید، از قبل هماهنگی های لازم را برای حضور مترجم انجام دهید. مطمئن شوید که اعضای تیم مداخله در بحران از کلمات و اصطلاحات تخصصی استفاده نمی کنند و در صورتی که از چنین کلماتی استفاده می کنند، آنها را برای بیمار و یا خانواده وی توضیح می دهند.
- ۹- لازم است از اعلام یکباره و بی پرده Bad News اجتناب شود. به این منظور لازم است اطلاعات در زمینه تشخیص، روند درمان، جزئیات مربوط به بیماری و نتایج آزمایش های بالینی بیمار به تدریج در اختیار خانواده قرار داده شود.
- ۱۰- در صورتی که تشخیص یا روند درمان کنونی از قطعیت برخوردار نیست، لازم است از عنوان کردن جمله هایی مانند "دیگه کاری از دست ما برنمیاد" به طور جدی پرهیز شود.
- ۱۱- بی تردید بیمار و یا خانواده وی در مواجهه با خبر ناگوار واکنش های هیجانی نشان خواهند داد. واکنش های بیمار و یا خانواده وی را مشاهده کنید. این واکنش های هیجانی ممکن است به شکل های مختلفی بروز کند. سکوت، ناباوری، گریه کردن، انکار و یا خشم و عصبانیت از جمله مهمترین اشکال واکنش های هیجانی در چنین موقعیت هایی هستند. در بسیاری موارد بیمار و یا خانواده وی در مواجهه با خبر ناگوار علائم شوکه شدن، در خود فرورفتن و یا سوگواری را نشان می دهند. لازم است با آنها همدلی کنید. در صورتی که بیمار و یا خانواده بعد از شنیدن خبر ناگوار سکوت کردند، لازم است از آنها بپرسید که دارند به چه چیزی فکر می کنند و یا چه احساسی دارند. پرسیدن این سوالات باز به آنها کمک می کند که بتوانند هیجانات خود را متناسب با خبر ناگواری که دریافت کرده اند، بروز دهند.
- ۱۲- شرایطی را فراهم کنید که بیمار و خانواده وی بتوانند هیجانات خود را بروز دهند. اجازه دهید گریه و سوگواری کنند اما لازم است مراقب باشید هیجاناتی مانند خشم موجب آسیب به خود یا دیگران و یا متشنج کردن فضای بیمارستان نشود.
- ۱۳- افرادی که درگیر شرایط بحرانی می شوند، استرس را تجربه می کنند. مهم است که بتوانید از تکنیک هایی که در کوتاه مدت می توانند به مدیریت استرس کمک کنند، استفاده کنید (به عنوان مثال از فردی که دچار استرس شده است، بخواهید بنشیند و نفس عمیق بکشد و به تدریج بازدم را انجام دهد. فضای اطراف را آرام نگهدارید چراکه ازدحام و سروصدا می توانند موجب افزایش استرس فرد شوند. یک روش ساده و کوتاه مدت دیگر برای کاهش استرس این است که شرایط را به گونه ای فراهم کنید که اطلاعات به اندازه به فرد داده شود. به خاطر داشته باشید کمبود اطلاعات معمولاً به استرس فرد دامن می زند. به فرد اجازه دهید در مورد آنچه نگرانش می کند حرف بزند و در عین حال به او کمک کنید بدون اینکه به خود یا دیگری آسیب برساند، برون ریزی هیجانی را انجام دهد و ...).
- ۱۴- از بیمار و یا خانواده وی بپرسید آیا کسی هست که بخواهند با وی تماس گرفته شود تا در شرایط کنونی به آنها کمک کند؟ در صورتی که آنها فرد یا افرادی را به شما معرفی کردند، با افراد مورد نظر تماس بگیرید و پس از معرفی خود و توضیح مختصر در مورد علت تماس، از آنها بخواهید به محل بیمارستان مراجعه کنند.

۱۵- در صورتی که بیمار و یا خانواده خبر ناگوار و مشکل ایجاد شده را انکار کردند، از تکنیک های مواجهه استفاده کنید. لازم است قبل از استفاده از این تکنیک ها تیم مداخله در بحران بهترین شیوه مواجهه و عوارض احتمالی آن را بررسی و انتخاب کند. مهم است که واکنش های بعدی بیمار و یا خانواده در مواجهه با خبرنگار توسط تیم مداخله در بحران پیش بینی شوند و اقدامات لازم برای مراقبت های ضروری انجام گیرند. به عنوان مثال در صورت احتمال اقدام به خودکشی در مورد بیماری که خبر ابتلا به بیماری سرطان به وی داده شده است، لازم است تیم مداخله در بحران ملاحظات لازم برای پیشگیری از اقدام به خودکشی را مد نظر قرار دهد.

۱۶- در برخی موارد بیمار و یا خانواده وی برای طی سایر مراحل نیاز به حمایت یابی و یا ارجاع دارند. به عنوان مثال نباید از والدینی که خبر فوت فرزندشان را به آنها داده اید، انتظار داشته باشید بتوانند به راحتی مراحل اداری تحویل گرفتن متوفی را انجام دهند. در چنین موقعیتی لازم است شرایط را برای آنها تسهیل کنید. یا در صورتی که تغییر شرایط بیمار موجب شده است که به خدمات درمانی و یا حمایتی متفاوتی نیاز داشته باشد، لازم است اقدامات لازم را برای ارجاع و حمایت یابی انجام دهید.

کارکنان مرتبط: کلیه ی پزشکان، پرستاران، مسئولین بخش های درمانی، سوپروایزر، مترون، مددکار اجتماعی، روانشناس

مسئولیت ها و اختیارات :

منابع و امکانات:

منابع و مراجع: پروتکل مداخله در بحران (خبر بد) مددکاری اجتماعی، ویرایش اول

تهیه کنندگان:	تأیید کننده:	تصویب کننده:

۸- پیگیری پس از ترخیص

لازم به ذکر است نقش مددکار اجتماعی در این مرحله متوقف نمی شود بلکه وظیفه ی مهم تری در پیگیری های پس از ترخیص نیز دارد. نتایج مطالعات متعدد نشان داده است پیگیری پس از ترخیص نقش مهمی در کاهش پذیرش مجدد بیماران و کاهش هزینه های بهداشت و درمان دارد (Brown & Swope, 2015). پیگیری پس از ترخیص از ۷-۱۰ روز پس از ترخیص بیمار و بنا به تشخیص مددکار اجتماعی آغاز می شود و طی یکماه اول پس از ترخیص حداقل با دو تماس تلفنی می توان از وضعیت بیمار مطلع شد و شرایط وی را در پرونده درج کرد (پروتکل های خدمات مددکاری اجتماعی) و مددکار اجتماعی می تواند از طریق تلفن از وضعیت بیمار آگاه شده و در صورت نیاز حمایت های لازم را فراهم نماید تا از بستری مجدد بیمار پیشگیری نماید. پیگیری تلفنی همچنین می تواند یک وسیله مؤثر باشد چنین پیگیری هایی فرصتی برای رسیدگی به سؤالات بیمار و مشکلات آنان فراهم می کند. همچنین در این فرایند چنانچه مددکار اجتماعی تشخیص دهد، بازدید از منزل انجام می گیرد. بازدید از

منزل ممکن است برای جمعیت‌های مشخصی از بیماران مانند افراد آسیب‌پذیر (نظیر سالمندان، کودکان) و بیماران مزمن (بیماران سرطانی، پیوند کلیه، اختلالات روان) مناسب باشد. در بازدید از منزل، وضعیت اجتماعی-اقتصادی-روانی، نیاز بهداشتی و درمانی بیمار و ایمنی (برای مثال، ریسک سقوط) ارزیابی می‌شود و اقدامات حمایتی و در صورت نیاز ارجاع جهت بهره‌مندی از سایر خدمات متخصصان تا حصول اطمینان از توانمندی بیمار انجام می‌گیرد

(Lowthian & et all, 2011).

پیامدهای پیگیری پس از ترخیص

- افزایش کیفیت خدمات مراقبتی بیماران
- افزایش رضایتمندی
- کاهش زمان انتظار و اقامت بیماران
- کاهش موارد مرگ و میر
- کاهش هزینه‌ها بهداشتی درمانی
- پیشگیری از بستری مجدد
- استقلال نسبی و توانمندی بیمار

۹- مداخلات گروهی و خانوادگی

استفاده از روش‌های مددکاری گروهی در بیمارستان‌ها چندان متداول نیست ولی نتیجه‌ی مطالعات و تجارب نشان می‌دهد که می‌توانند بسیار اثر بخش باشند. مددکاران اجتماعی از طریق تشکیل گروه‌های آموزشی (مانند گروه‌های آموزش خود مراقبتی برای بیماران مزمن روانی و صعب‌العلاج)، گروه‌های همیار و خود محور، گروه‌های رشد و توسعه و پویایی ایجاد شده در گروه، در زمان کمتر اهداف مورد نظر را محقق نمایند. مداخلات گروهی برای بیماران، همراهان و خانواده‌ی آنها و پرسنل بیمارستان قابل استفاده است. در زمان شیوع ویروس کرونا، تشکیل گروه‌های مجازی با اهداف آموزش و اطلاع‌رسانی، آرام‌سازی و کاهش استرس مورد استقبال مددکاران اجتماعی و ذینفعان قرار گرفت. در ادامه به برخی از پرکاربردترین و موثرترین مداخلات گروهی که برای مددکاران اجتماعی در کار با بیماران و خانواده‌های آنها، اشاره می‌شود:

گروه‌های حمایتی (گروه‌های خودیار)

گروه‌های حمایتی یا خودیار که با عناوین دیگری همچون گروه‌های کمک متقابل یا همتایان هم‌بکار می‌روند، عبارتند از گروه‌های باز، خودگردان و کوچکی که به فواصل منظمی یکدیگر را ملاقات می‌کنند و فعالیت اصلی آن‌ها کمک دو جانبه است. کمک دو جانبه در اینجا به صورت شکلی از حمایت اجتماعی در نظر گرفته می‌شود

که از کمک عملی و روانشناختی بین افراد دارای یک مشکل مشترک یا موضوعی که آنها را به شکلی برابر به هم پیوند می دهد، تشکیل شده است.

گروه های خودیار که به عنوان گروه های حمایت دو جانبه نیز نامیده می شوند، از سایر انواع برنامه ها قابل تمایزند، چرا که 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 آنها صرفاً در نقش تسهیلگر و مشاور باقی می مانند. گروه های خودیار عمدتاً به صورت چهره به چهره یکدیگر را ملاقات می کنند. مزایای گروه های خودیار برای اعضای خود شامل موارد زیر است:

- یادگیری اطلاعات و راهکارهای جدید برای مقابله با مشکلات
- پیدا کردن اطمینان و حمایت از دیگران با تجارب مشابه زندگی
- توسعه بینش شخصی و دستیابی به رشد شخصی
- فرصتی برای کمک به دیگران
- یادگیری بهتر بیان احساسات و حساسیت بیشتر نسبت به احساسات دیگران
- احساس قدرت و اعتماد به نفس بیشتری در مقابله با چالش ها
- ایجاد ارتباط با یک جامعه، شناسایی شخصی یک گروه اجتماعی و انزوای شخصی کمتر

بسیاری از اقدامات خودمراقبتی، اگر در فضایی تعاملی و گروهی انجام شوند تاثیر بیشتری دارند. به همین خاطر است که برنامه های خوب خودمراقبتی، معمولاً یک جزء «تعامل گروهی» به صورت گروه خودیاری دارند. این گروه ها معمولاً بین ۵ تا ۱۵ نفر عضو دارد و اعضای آن به فواصل منظمی (مثلاً ماهی یک بار) یکدیگر را ملاقات می کنند.

اعضای گروه خودیار در طی جلسات گروهی، تجربیات و اطلاعات خود را به اشتراک گذاشته و ضمن ارائه راه های مقابله با مشکل مشترک، به همدلی و حمایت عاطفی با سایر اعضای گروه می پردازند. گروه های خودیار عمدتاً به صورت چهره به چهره ملاقات می کنند؛ اما امروزه گروه های خودیار زیادی نیز از طریق فضای مجازی تشکیل شده است. برای کسانی که در گروه ها راحت نیستند و احساس فشار می کنند یا کسانی که بسیار دور از محل تشکیل ملاقات گروه زندگی می کنند و یا به هر دلیلی خروج از منزل برایشان دشوار است، ارتباط از طریق فضای مجازی مناسب تر است. نکته مهم در مورد اداره گروه های خودیار این است که این جلسات شبیه جلسات آموزشی معمول و کلاسیک نیستند؛ بلکه جلسات همدلی و حمایت عاطفی هستند که به روش «بحث گروهی» و توسط رهبر گروه اداره می شوند.

گروه های آموزشی / مشاوره ای

در مراکز درمانی و سایر مراکز ارائه خدمات مراقبتی و بهداشتی به بیماران ممکن است با عواقب شرایط پزشکی خود مانند اضطراب، افسردگی و مشکلات مرتبط با بیماری و درمان، دست و پنجه نرم کنند. بیماران همچنین ممکن است به درک شرایط پزشکی و تغییرات شیوه زندگی مورد نیاز برای مدیریت آنها نیاز داشته باشند. گروه های آموزشی اغلب به افراد دارای نیازهای پزشکی ارائه می شوند تا بیماران و/یا خانواده های آنها را در مورد شرایط پزشکی آموزش دهند و مهارت های مورد نیاز برای کمک به مدیریت شرایط و استرس را که اغلب با آنها همراه است آموزش دهند. آموزش های ارائه شده در گروه ها ممکن است از طریق کتابچه های راهنمای درمانی که قبلاً تدوین شده یا از طریق مطالبی که توسط تسهیل کنندگان به طور خاص برای گروه تهیه شده است، اطلاع رسانی شود. این گروه ها عموماً به صورت ساختارمند هدایت می شوند، به این ترتیب که مطالب توسط مددکاران اجتماعی (یا تسهیلگران دیگر) ارائه می شود، مهارت ها آموزش داده می شود و تمرین می شود و اعضا تشویق می شوند تا در مورد آموخته ها و نحوه استفاده از آنها در خارج از گروه صحبت کنند. مددکار اجتماعی یا تسهیلگر باید از قبل با محتوای از پیش آماده شده آمادگی خوبی داشته باشند و همچنین در تسهیل فرآیندهای گروهی مهارت داشته باشند. به طور معمول گروه های مهارت افزایی ۱۰-۱۲ جلسه دارند و گروه های آموزشی از ۳-۵ جلسه کوتاه تر هستند. ارزشیابی در این گروه ها به بررسی کسب دانش و/یا مهارت ها می پردازد. برخی از پرکاربردترین گروه های آموزشی / مشاوره ای عبارتند از:

گروه های آموزش خود مراقبتی

یکی از متداولترین اشکال مددکاری گروهی در بیمارستان ها، گروه های آموزشی با تاکید بر خود مراقبتی است. خود مراقبتی بویژه در پیشگیری از بستری مجدد افراد مبتلا به بیماری های مزمن و زمینه ای مانند بیماری های قلبی عروقی، صعب العلاج و خاص، سرطانی و مبتلایان به دیابت از اهمیت ویژه ای برخوردار است. افراد مبتلا به سرطان در مراحل مختلف درمان بیماری، ممکن است شیوه های مراقبت از خود را تغییر دهند تا از نظر جسمانی، روانی و اجتماعی بتوانند با تغییرات ناشی از آن منطبق شوند.

خود مراقبتی از سه بعد جسمی (تغذیه، ورزش، کنترل وزن، استراحت)، روانی (مدیریت استرس، آرام سازی)، اجتماعی (مدیریت روابط بین فردی، فعالیت های عام المنفعه ی اجتماعی، گسترش حمایت های اجتماعی) قابل آموزش می باشد و مددکار اجتماعی با مشارکت اعضای تیم درمان می تواند به صورت گروهی بیماران و همراهانشان را به خود مراقبتی تشویق نماید.

در شرایط بحرانی، توجه به جنبه های روانی اجتماعی خود مراقبتی می تواند تاثیرات مثبتی بر سلامت جسمی بیماران و تسریع روند بهبودی آنها داشته باشد به خصوص که بیماران استرس های ناشی از ترومای حادثه را تجربه می کنند.

سناریوی شماره نه

مددکار اجتماعی در یک بیمارستان روانپزشکی کار می کند و خانواده های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از ضعف مهارت های ارتباطی و اجتماعی در بیمارشان اظهار نگرانی می کنند. مددکار اجتماعی تصمیم میگیرد تا از طریق روش مددکاری گروهی، خانواده های دارای درد و دغدغه های مشترک را در قالب گروه همیار کنار یکدیگر قرار دهد تا آنها از به اشتراک گذاری تجاربشان به حل مسئله یا مشکل خود بپردازند و در عین حال از حمایت های درون گروهی نیز برخوردار شوند. مشابه این نوع گروه ها در ارتباط با خانواده های بیماران سرطانی، خانواده هایی که دارای بیمار نباتی یا قطع عضو هستند نیز قابل تشکیل می باشد.

۱۰- مداخلات جامعه محور

مداخلات جامعه محور نیز همانند مداخلات گروهی، کمتر مورد استقبال مددکاران اجتماعی مراکز درمانی قرار می گیرد اما هدف از این مداخلات افزایش توانمندسازی اجتماعی گروه های هدف است. مددکاران اجتماعی از طریق آموزش، تسهیلگری، حمایت یابی، آشکار سازی مشکلات و شناسایی استعدادها و امکانات بالقوه ی موجود در محلات می توانند مداخلات موثری را انجام دهند. این مداخلات در بیمارستان های روانی و تک تخصصی با هدف حمایت یابی ها و همکاری های بین بخشی کاربرد بیشتری دارد.

سناریوی شماره ده

مددکار اجتماعی در یک بیمارستان تخصصی زنان و زایمان مشغول به کار می باشد. بیشتر زنان مراجعه کننده جهت انجام زایمان یا سقط جنین یا اموراتی مشابه، فاقد بیمه ی درمانی معتبر هستند و بیشتر اوقات در شیفت های غیر اداری و روزهای تعطیل مراجعه می کنند که امکان بیمه نمودن آنها وجود ندارد یا دشوار است برای همین مددکار اجتماعی تصمیم میگیرد تا از طریق مکاتبه با تمامی شبکه های بهداشتی شهر یا برگزاری جلسه ی مشترک با مسئولین مراکز بهداشتی، مشکل موجود را توضیح داده و بخواهد تا تمامی مادران بارداری که جهت مراقبت های بارداری به مراکز بهداشتی مراجعه می کنند از حیث دارا بودن بیمه ی درمانی مورد راهنمایی و آموزش قرار گیرند.

۱۱- سایر مداخلات

مطمئناً مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی بیشتر از چیزی است که در این نوشتار به آن اشاره شده است برای مثال پیگیری های تلفنی و پاسخگویی های تلفنی روزانه مددکار اجتماعی، ارائه ی خدمات غیر حضوری مانند مشاوره و آموزش های مجازی، تعاملات بین سازمانی، انجام تسهیلگری هایی در فرآیند درمان، مدافعه و حمایت از حقوق قانونی بیمار و همراهان نمونه هایی از این مداخلات می باشند.

۱۲- خاتمه مداخله و مستندسازی

مداخلات مددکاری اجتماعی هدفمند و محدود به زمان است و پس از دستیابی به اهداف لازم است تا مداخله خاتمه داده شود. در مراکز درمانی، ترخیص بیمار و کسب بهبودی باعث خاتمه ی مداخله ی مددکاری اجتماعی می شود. چنانچه از اقدامات گروهی و جامعه ای برای کمک به بیماران استفاده شود، لازم است تا زمانی را برای اختتام در نظر بگیریم. مستندسازی اقدامات و گزارش نویسی در فرم های ارزیابی تخصصی و مدیریت مورد و سایر فرم ها (ارجاع، بازدید منزل، صورتجلسه ها) انجام می شود و در مکانی مناسب به صورت کاغذی یا الکترونیک بایگانی می شود، سطح دسترسی به اطلاعات واحد مددکاری اجتماعی نیز تابع قوانین اداری و حرفه ای می باشد. مستند سازی مزایایی دارد که عبارت است از: انتقال اطلاعات به مسوولان و مددکاران اجتماعی که پس از مددکار تهیه کننده گزارش، مسئولیت پیگیری پرونده را به عهده می گیرند. فرصت بررسی مجدد یادداشت ها و نقد آنها فراهم می شود. وقایع به صورت مستمر ثبت می شود. به خدمات مددکار اجتماعی نظم می دهد. موجب یادگیری و افزایش مهارت های مددکار اجتماعی می شود. اطلاعات لازم دیگر پس از بررسی گزارش مجدداً اخذ و درج می شود. فرم ارزیابی تخصصی و مدیریت مورد در ادامه ضمیمه می باشد.

ضمیمه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ ارزیابی تخصصی و مدیریت مورد مددکاری اجتماعی

شماره پرونده: Record No:

CASE MANAGEMENT SHEET & SOCIAL WORK ASSESSMENT

Date of Admission: تاریخ مراجعه: Time of Admission: ساعت مراجعه:	Sex: جنس:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Tel: تلفن:	ADM Code: کد پذیرش:	Address: آدرس:	
Mother's Name & Family name: نام و نام خانوادگی مادر:	Father's Name & Family name: نام و نام خانوادگی پدر:	Date of Birth: تاریخ تولد:	National/Segment code: کد ملی / کد آمایش:
Patient Companion Name & Family Name: نام و نام خانوادگی همراه:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد همراه بیمار: Patient Companion Yes No Tel: تلفن همراه بیمار:	Nationality: ملیت:	Marital Status: وضعیت تاهل:
Attending Physician: پزشک معالج:	Job: شغل: Ward: بخش:	No Of Children: تعداد فرزندان:	Education Level: سطح تحصیلات:
Basic Insurance: بیمه پایه: <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> سلامت ایرانیان <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> فاقد بیمه Complementary Insurance: بیمه تکمیلی:			
Arrival/Referral Type: نحوه ورود/ارجاع به واحد مددکاری اجتماعی: <input type="checkbox"/> خود ارجاع <input type="checkbox"/> راند <input type="checkbox"/> تریاژ <input type="checkbox"/> ارجاع از کادر درمان <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های دولتی <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های غیردولتی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> Other			
Target Group: گروه هدف:			

تریاز						
تعیین اولویت Prioritization		حضور همراه موثر Effective participant	پوشش بیمه ای Insurance coverage	شدت بیماری بر اساس ESI Illness severity based on ESI	گروه های پرخطر High risk group	ساعت و تاریخ (time & date)
اولویت	مجموع امتیاز					
Brief Description: شرح مختصر:						
راند						
شرح مختصر Brief Description	مسائل قانونی Legal issues	گروه های پرخطر	اختلال در عملکرد اجتماعی به علت بیماری و بستری	وضعیت اقتصادی	شرایط روانی Psychological conditions	شبکه حمایتی Social Support
						ساعت و تاریخ (time & date)

		High risk group	Social dysfunction due to illness and hospitalization	Financial / insurance			
Final Assessment Summary:							شرح نهایی ارزیابی:
Purpose of Intervention:							اهداف مداخله:
Description of the intervention	شرح مداخله	Title of Intervention	عنوان مداخله	Date of Intervention	تاریخ مداخله		
Financial Support:							آیا بیمار حمایت اقتصادی نیاز دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
							درصد / مبلغ اولیه حمایت اقتصادی بر اساس گروه های هدف:
							اعمال نظر مددکار اجتماعی (±/۳۰٪) شرح:
							درصد نهایی حمایت اقتصادی:
							منبع تامین حمایت اقتصادی:
							۱- آورده وزارت بهداشت (ردیف نیازمندان): درصد / مبلغ
							۲- آورده نهادهای حمایتی دولتی: درصد / مبلغ
							۳- آورده نهادهای حمایتی غیردولتی: درصد / مبلغ
							۴- آورده موسسه خیریه بیمارستانی: درصد / مبلغ
							۵- آورده خیرین: درصد / مبلغ
Final Result Intervention:							نتیجه نهایی مداخله:
Recommendation on Discharge:							توصیه های پس از ترخیص:
Need to Follow Up :							نیاز به پیگیری پس از ترخیص دارد؟ <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
Aftercare Follow-up:							برنامه پیگیری:
							نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی: Social Workers' Name /Signature/Stamp :

منابع:

1. Craig, S. L., Eaton, A. D., Belitzky, M., Kates, L. E., Dimitropoulos, G., & Tobin, J. (2020). Empowering the team: A social work model of interprofessional collaboration in hospitals. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 19, 100327.
۲. ابروی، زاهدی اصل، محمد، شیانی & حریرچی. (۲۰۱۶). ارزش‌های حرفه‌ای مددکاری اجتماعی و رابطه آن با فرهنگ سازمانی بیمارستان‌ها از دیدگاه مددکاران اجتماعی پزشکی. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*. 2(8), 223-261.
3. Albrithen, A., & Dziegielewska, S. F. (2016). Practicing social work ethics among hospital social workers in Saudi Arabia. *Journal of Social Service Research*, 42(5), 729-741.
4. Palmer, S. D. Social Work in Public Health and Hospitals Social W.
5. Bell, J., Davies, B., Walsh, C., Knowlman, H., Hefford, T., & Kuipers, P. (2018). The role and potential of social worker involvement in hospital emergency departments: a practice-based scoping review. *International Journal of Social Work*, 5(2), 79-99.
6. Steketee, G., Ross, A. M., & Wachman, M. K. (2017). Health outcomes and costs of social work services: A systematic review. *American journal of public health*, 107(S3), S256-S266
7. Lawson, R. R., & Snow, A. (2021). Palliative Social Work. In *Oncologic Emergency Medicine* (pp. 109-118). Springer, Cham
8. Steketee, G., Ross, A. M., & Wachman, M. K. (2017). Health outcomes and costs of social work services: A systematic review. *American journal of public health*, 107(S3), S256-S266.
9. Saptarini, S. D., Sujianto, U., & Nurjazuli, N. (2021). Patient Safety Round to Improve Patient Safety Goals in Hospital Inpatient Units. *Public Health Perspective Journal*.
10. Nasrullah, D., Rejeki, S., & Handayani, F. (2017). Factors Associated with the Nurse Compliance in Nursing Round Implementation at Siti Khodijjah Hospital. *Advanced Science Letters*, 23(12), 12550-12554.
11. Yousefinezhadi, T., Mosadeghrad, A. M., Mohammad, A. R. A. B., Ramezani, M., & Sari, A. A. (2017). An analysis of hospital accreditation policy in Iran. *Iranian Journal of public health*, 46(10), 1347.
12. Auerbach C, Mason SE. (2010). The value of the presence of social work in emergency departments. *Social Work Health Care*, 49(4):314-26.
13. Baker, D. P., Day, R., & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high - reliability organizations. *Health services research*, 41(4p2), 1576-1598.
14. Bywaters P, McLeod E, Fisher J, Cooke M, Swann G. (2011). Good intentions, increased inequities: developing social care services in Emergency Departments in the UK. *Health & Social Care in the Community*, 19(5):460-7.
15. Creamer, G. L., Dahl, A., Perumal, D., Tan, G., & Koea, J. B. (2010). Anatomy of the ward round: the time spent in different activities. *ANZ journal of surgery*, 80(12), 930-932.
16. Craig SL, Muskat B. Bouncers, brokers, and glue: The self-described roles of social workers in urban hospitals. *Health & Social Work*. 2013;38(1):7-16.
17. Linton, K. F., Ing, M. M., Vento, M. A., & Nakagawa, K. (2015). From Discharge Planner to "Concierge": Recommendations for Hospital Social Work by Clients with Intracerebral Hemorrhage. *Social Work in Public Health*, 30(6), 486-495.
18. Rassin, M. (2013). The Role of Health Care Professionals in Breaking Bad News about Death: the Perspectives of Doctors, Nurses and Social Workers. *International Journal of Caring Sciences*, 227.

19. Sarbaz, M., & Kimiafar, K. (2011). Comparison of Patient's Rights in Developed Countries and Suggestion a Proper Model for Iran. *Health Information Management*, 2(18).
20. Milner, J., Myers, S., & O'Byrne, P. (2015). *Assessment in social work*. Palgrave Macmillan.
21. Hudon, C., Chouinard, M. C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, É. & Bouliane, D. (2018). Case management in primary care for frequent users of health care services: a mixed methods study. *The Annals of Family Medicine*, 16(3), 232-239.
22. Frankel, A. J., Gelman, S. R., & Pastor, D. K. (2018). *Case management: An introduction to concepts and skills*. Oxford University Press.
23. Bland, R., Drake, G., & Drayton, J. (2021). *Social work practice in mental health: An introduction*. Routledge.
24. Evans, W. N., Kearney, M. S., Perry, B., & Sullivan, J. X. (2020). Increasing Community College Completion Rates among Low-Income Students: Evidence from a Randomized Controlled Trial Evaluation of a Case-Management Intervention. *Journal of Policy Analysis and Management*, 39(4), 930-965.
25. Parker, D. (2018). Case management. In *Dementia care* (pp. 35-45). Routledge.
26. Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).
27. Hoge, R. D. (2020). The Youth level of service/Case management inventory. In *Handbook of violence risk assessment* (pp. 191-205). Routledge.
28. Thomas, S. P. (2020). A Promising New Approach to Drug Use in an American City.