

## راهنمای مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در حوادث و بلایا



### نسخه اول

این دستورالعمل به منظور ارائه‌ی مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌ها در بحران‌ها (حوادث و بلایا) تهیه و تدوین گردیده‌است و پس از اجرای آن در زمان وقوع بحران، با توجه به شواهد و ارزیابی‌های کمیته علمی مورد بازنگری قرار خواهد گرفت.

زیر نظر: دکتر قاسم جان بابایی

سرپرستی: دکتر رضا گل پیرا

اسامی مولفین:

دکتر سارا نوروزی، دکتر محمد سبزی خوشنامی، دکتر سید محمد حسین جوادی

اسامی همکاران:

دکتر ملیحه عرشی، دکتر لیلا استاد هاشمی، دکتر حسن واعظی، دکتر ثریا سیار، دکتر فردین علی پور، مهوش حسنی، مهدیه السادات احمد زاده

با تشکر از:

دکتر پیر حسین کولیوند، دکتر محمد نصیری، دکتر مرجان قطبی، دکتر منصور فتحی، دکتر الهام محمدی، دکتر شیوا یوسفیان، اسماء سبزواری، مصطفی جوکار، طاهره آذری ارقون، فرزانه یعقوب، ماهدخت معماریان، عطیه مبینی، مریم سادات سپیده دم، ثریا آچاک، فریبا گرگانی، مهری سلطانخواه، آرزو سلطانی فر، شهره سادات میرباقری، مهناز نعیمی، فریده ندیری، زینت نقیبی، نسرین فروتن غزنوی، زینب صبور، نجوا طرفی، ندا فرید، صدیقه جهادی، مریم مشیزی، فاطمه یوسفی، فاطمه منصوریان، اسماعیل صفری، دکتر حامد صدیق.

## فهرست مطالب

مقدمه.....	۱
تعریف مفاهیم.....	۳
اهداف .....	۴
الزامات و پیش شرط‌ها.....	۴
گروه های هدف.....	۵
فرایند ارائه مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در بحران.....	۶
<b>بخش اول: گام‌های اجرایی و فرآیند ارائه ی خدمات تخصصی.....</b>	<b>۷</b>
گام اول: ارزیابی سریع روانی اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، مرگ‌ومیر.....	۷
گام دوم: برقراری رابطه‌ی همدلانه و مشارکتی با بیمار و همراهان .....	۱۰
گام سوم: اولویت‌بندی نیازها و برنامه‌ریزی .....	۱۱
گام چهارم: تدوین و اجرای برنامه‌ی مداخله‌ای برای بیماران دارای اولویت.....	۱۸
گام پنجم: ارزیابی اثربخشی مداخلات مددکاری اجتماعی.....	۲۹
گام ششم: قرارگیری بیمار در فرآیند ترخیص ایمن .....	۳۰
گام هفتم: اختتام و پیگیری پس از ترخیص و مستندسازی.....	۳۰
<b>بخش دوم: مهارت‌ها و آموزش‌های مورد نیاز برای مداخله تخصصی مددکاران اجتماعی در بحران.....</b>	<b>۳۱</b>
الف) مهارت‌های پیش از بحران.....	۳۱
ب) مهارت‌های موردنیاز برای مداخله در شرایط بحرانی.....	۳۱
محدودیت‌های مداخله .....	۳۲
فهرست منابع.....	۳۴

## مقدمه:

بروز حوادث و بلايا از دغدغه‌های مهمی است که در سراسر جهان رخ می‌دهد و از ابتدای پیدایش جهان هستی تاکنون به شکل‌های مختلف خودنمایی کرده است. وقوع هر نوع حادثه و بلا باعث رنجش انسان و ایجاد نیازهایی می‌شود که قربانیان آن بدون کمک نمی‌توانند این نیازها را برطرف نمایند (۱). ایران جزو ده کشور بحران‌خیز جهان است و از نظر وقوع بلايای طبیعی مقام ششم جهان را دارد و ۹۰ درصد جمعیت کشور در معرض خطرات ناشی از بحران‌های سیل و زلزله قرار دارند (۲).

در یک تقسیم‌بندی کلی، بحران‌ها یا بلايا به حوادث طبیعی (زلزله، سیل، طوفان، انفجار، آتش‌سوزی) و حوادث تکنولوژیکی یا بشر ساخت (حملات نظامی، صدمات بیولوژیکی، نشت مواد رادیواکتیو، بیوتروریسم) تقسیم می‌شوند (۲). حوادث و بلايا اغلب وقایعی غیرقابل کنترل، غیرارادی و غیرقابل پیش‌بینی هستند و برای کاهش پیامدهای احتمالی به مدیریت و برنامه‌ریزی و مداخلات حرفه‌های مختلف نیاز دارند. یکی از این حرفه‌های یاورانه، مددکاری اجتماعی است که به‌صورت حرفه‌ای در حوادث و بلايای طبیعی و غیرطبیعی و همچنین مداخلات حرفه‌ای پس‌ازاین حوادث ورود کرده و نقش‌های متفاوتی را برای کمک به افراد، گروه‌ها و جوامع ایفا می‌کند (۱).

بحران به موقعیت‌هایی اشاره دارد که از ظرفیت فرد و سیستم فراتر می‌رود و توجه ویژه‌ای را طلب می‌کند. در شرایط بحرانی استراتژی‌های مقابله‌ای فرد یا افراد معمولاً اثربخش نیستند و به‌طورقطع مددکاران اجتماعی از استراتژی‌های کمکی و تخصصی در این شرایط استفاده می‌کنند، یکی از دغدغه‌های اصلی مددکاران اجتماعی هنگام مداخله در شرایط بحرانی، ارزیابی آگاهی مردم جامعه از منابع است. افرادی که در مقیاس وسیع دچار بحران شده‌اند باید از منابع موجود توزیع‌کننده‌ی و سرپناه‌ها و متولیان آن‌ها آگاهی داشته باشند (۳).

راپاپورت (۱۹۷۰) بحران را به پیامدهای هموستاتیک تعریف می‌کند که فرد از شرایط پایدار به شرایط خطرناک و اضطراری تغییر وضعیت می‌دهد (۴). رابرتز و دیگر (۲۰۰۹) بحران را پاسخ ذهنی به یک واقعه استرس‌زا تعریف می‌کنند که تهدیدکننده بوده و روش‌های مقابله‌ای سنتی در برابر آن کارآمد نیستند. از نظر رابرتز بحران سه ویژگی اساسی دارد، خطرناک و تهدیدکننده است، ادراک فرد از موقعیت بحرانی نیز تهدیدکننده و خطرناک است و روش‌های سنتی مقابله‌ای در این شرایط ناکارآمد هستند و سبب کاهش تاب‌آوری در افراد می‌شود (۵). مطالعات مون (۲۰۲۰) در مراکز درمانی نشان داد مداخلات مددکاران اجتماعی تعادل را به سیستم‌های انسانی برمی‌گرداند و تمایل آن‌ها را برای مشارکت و همکاری در تغییر شرایط بهبود می‌دهد و خدمت‌گیرندگان را به‌سوی پاسخ مؤثرتر در بحران هدایت می‌کند (۶). این بخش جدایی‌ناپذیر حرفه‌ی مددکاری اجتماعی است و باید به بازسازی قابلیت‌های حل مسئله در افراد پرداخته شود (۷).

مددکاران اجتماعی باهدف بهبود عملکردهای معیوب شده فردی و اجتماعی در موقعیت‌های بحرانی وارد عمل شده و در هر مؤسسه‌ای که مشغول به فعالیت هستند به قربانیان و بازماندگان و افراد درگیر در بحران کمک می‌کنند تا بر مشکلات ایجاد شده فایق آیند، آن‌ها همچنین در نقش‌های واسط و رابط سبب پیوند افراد با منابع موجود در جامعه می‌شوند (۸) و حمایت‌های موردنیاز را برای افراد فراهم می‌کنند. افزایش حمایت‌های اجتماعی، قدرت تاب‌آوری افراد را بالا برده و قدرت

مقابله با بحران، سازگاری و ترمیم قابلیت‌های از دست رفته در افراد را افزایش می‌دهد (۹). یانای و بنیامین (۲۰۰۵) و براون (۲۰۱۹) معتقدند که مددکاران اجتماعی متخصصانی هستند که به بهترین شکل آمادگی مقابله با شرایط پیچیده و اضطراری مانند مداخله در بلایا را دارند بخصوص در مراکز بهداشتی و درمانی که وضعیت‌های بحرانی از اضطرار و پیچیدگی دوچندانی برخوردار است و آن‌ها می‌توانند نقش‌های منحصربه‌فردی را در این خصوص انجام دهند، مدیریت استرس توأم با توجه به شاخص‌های عدالت اجتماعی و توزیع عادلانه منابع محدود اقتصادی از نقش‌های مهمی است که مددکاران اجتماعی در این شرایط انجام می‌دهند (۱۰، ۱۱). بسیاری معتقدند یکی از نقاط قوت اقدامات مددکاران اجتماعی در بلایا، مدیریت شرایط پر از هرج و مرج و افزایش دسترسی افراد آسیب‌پذیر به منابع و امکانات اجتماعی است (۱۲).

علی‌رغم نقش‌های گسترده‌ای که برای مددکاران اجتماعی در بلایا متصور شده‌اند، اما این نقش‌ها به‌صورت گایدلاین‌های مشخص و مبسوط و با در نظر گرفتن مؤسسه‌ی محل خدمت مددکاران اجتماعی طبقه‌بندی نشده است. گستردگی وظایف و بحرانی بودن شرایطی که مداخلات در آن زمینه روی می‌دهد باعث می‌شود تا افراد هرچند مجهز به دانش و مهارت‌های حرفه‌ای اما برحسب ضرورت دست به اقدامات پراکنده و سلیقه‌ای بزنند. از سوی دیگر جنبه‌هایی از مداخله در شرایط بحرانی ممکن است مغفول بماند برای مثال نتایج مطالعات زاگور (۱۹۹۶) نشان داد که در شرایط بحرانی مددکاران اجتماعی در ارائه‌ی خدمات و حمایت‌های روانی اجتماعی و مدیریت استرس پیشگام می‌شوند در حالی که به جنبه‌های تحقق عدالت اجتماعی و بازسازی و توسعه‌ی اجتماعی توجه کمتری می‌کنند (۸). نبود پروتکل و چارچوب کاری مشخص در حوزه‌ی مداخلات مددکاری اجتماعی در بلایا، اقدامات سلیقه‌ای و مداخلات عمومی، انجام فعالیت‌های کاری پراکنده و به دور از نظم و انسجام، عدم انتقال تجارب کسب‌شده در بحران‌ها و عدم مستندسازی وقایع و اقدامات، انجام اقدامات تخصصی بدون توجه به استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی، نبود فرم‌ها و چارچوب‌های مشخص به‌منظور آمارگیری و ارائه‌ی عملکرد همگی از عواملی هستند که تیم تحقیق را بر آن داشت تا به طراحی پروتکل مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بیمارستانی در بحران بپردازند. همچنین که یکی از رسالت‌های وزارت بهداشت و درمان، آموزش پزشکی ارتقا آمادگی سطح حوزه‌ی سلامت در ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی برای تأمین پاسخ مؤثر در حوادث و بلایا، به‌منظور ارائه‌ی بیشترین خدمت به بیشترین افراد و در کمترین زمان و حفظ عملکرد و پایداری مراکز بهداشتی درمانی است که در ابلاغیه شماره‌ی ۴۰۰/۹۳۲۰ مورخ ۱۳۹۹/۵/۲۹ معاونت محترم درمان وزارت متبوع نیز به حضور مددکاران اجتماعی در تیم‌های بحران بیمارستان صراحتاً اشاره شده است و مددکاران اجتماعی مداخلات روانی اجتماعی را در بحران ارائه می‌دهند (۱۳) و از آنجاکه دستورالعمل واحدی در حوزه‌ی مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها وجود ندارد، لذا اداره‌ی مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت با همکاری و همفکری متخصصان این حیطه نسبت به تدوین پروتکلی تخصصی در حوزه‌ی مددکاری اجتماعی اهتمام نمود.

## تعریف مفاهیم:

**مددکار اجتماعی:** فردی است با تحصیلات تخصصی که در واحد مددکاری اجتماعی دانشگاه یا مرکز درمانی مشغول بکار بوده و با ارائه خدمات تخصصی روانی اجتماعی در تمام محورهای بحران (پیشگیری، آمادگی، مقابله، بازتوانی) حضور فعال دارد.

**حوادث و بلاها:** وقایعی غیر قابل کنترل، غیر ارادی و غیر قابل پیش بینی هستند که باعث ازهم گسیختگی جدی در عملکرد یک اجتماع یا جامعه می شود و آسیب های گسترده ی انسانی، اقتصادی یا محیطی ایجاد می کند و تطابق با آن فراتر از توانایی اجتماع یا جامعه ی تحت تأثیر با اتکا بر منابع موجود است.

**بیمارستان:** یک مؤسسه پزشکی است که با استفاده از امکانات تشخیصی، درمانی، بهداشتی، آموزشی و پژوهشی به منظور درمان و بهبود بیماران سرپایی و بستری بصورت شبانه روزی تأسیس می گردد.

**پروتکل:** مجموعه ای از استانداردهای قابل اندازه گیری و واقعی است که مسیر کار را تعیین می کند. در این مطالعه دستورالعمل های اجرایی در زمینه مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بیمارستانی در بحران هستند و توصیه های موجود را به برنامه اجرایی تبدیل می کنند و مددکاران اجتماعی با تکیه بر این برنامه ها قادر خواهند بود مداخلات تخصصی خود را با شفافیت و وحدت رویه بیشتری انجام دهند و گروه های هدف بیشتری از این خدمات بهره مند خواهند شد.

**ارزیابی تخصصی:** فرایندی است که بر اساس پروتکل ارزیابی روانی اجتماعی مددکاری اجتماعی و در ابعاد روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و خانوادگی انجام می شود و در شرایط کنونی با استفاده از مصاحبه، مشاوره و بهره گیری از چک لیست های پروتکل مذکور نسبت به بررسی علائم و نشانه های اختلال در کارکردهای روانی اجتماعی گروه های هدف اقدام می نمایند.

**مشاوره:** یکی از انواع مداخلات است که بر اساس پروتکل مشاوره کوتاه مدت اولیه مددکاری اجتماعی انجام می شود و در شرایط کنونی باهدف ارائه اطلاعات مورد نیاز گروه هدف، راهنمایی جهت کاهش استرس، ارائه ی اطلاعاتی جهت طی مراحل تشخیصی یا درمانی، ارائه ی اطلاعات در خصوص روش های پیشگیری صحیح می باشد.

**آموزش:** یکی از انواع مداخلات مددکاری اجتماعی است که بسته به نوع گروه هدف از روش های مختلف حضوری، غیر حضوری، ویدئو کنفرانس، مجازی و غیره استفاده می شود.

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

**حمایت یابی:** منظور یافتن منابع حمایتی رسمی و غیررسمی برای خدمات مورد نیاز گروه هدف در داخل و خارج از بیمارستان است.

**برنامه ریزی ترخیص:** فرایندی است که با مشارکت تیم درمان از زمان پذیرش آغاز شده و با در نظر گرفتن کلیه شرایط جسمی، روانی و اجتماعی بیمار، برنامه ریزی و اجرای مداخلات مددکاری اجتماعی باهدف بازگشت مناسب فرد به خانواده و جامعه پس از بهبودی صورت می گیرد.

**پیگیری پس از ترخیص:** برحسب ضرورت برای بیماران ترخیص شده، گروه های آسیب پذیر و سایر گروه هایی که به تشخیص مددکار اجتماعی نیاز به پیگیری دارند؛ از روش هایی نظیر تماس تلفنی و سایر روش ها با رعایت نکات ایمنی و بهداشتی. پیگیری پس از ترخیص از زمان ترخیص به طور تناوبی به صورت هفته ای یکبار یا دو هفته یکبار تا کسب اطمینان از شرایط نسبتاً پایدار فرد در انجام کارهای روزانه صورت می گیرد.

## 🚩 اهداف:

### اهداف اصلی:

- دسترسی آسان و به موقع گروه های هدف به مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی
- حفظ و ارتقاء سطح سلامت روانی اجتماعی افراد
- پیشگیری از آسیب های احتمالی (در حوزه ی دسترسی به منابع اجتماعی و سلامت روان)
- تسهیل شرایط به منظور بازگشت به زندگی عادی

### اهداف فرعی:

- کاهش اثرات سوء ناشی از بحران بر افراد، گروه ها و جوامع و ایجاد سازگاری با شرایط
- بهبود بخشیدن به عملکرد افراد و اجتماعات آسیب دیده و در معرض آسیب
- کاهش تنش و تعارض در محیط های درمانی و بهداشتی
- ایجاد فرصت برای دسترسی عادلانه به منابع حمایت اجتماعی
- تقویت مهارت های اجتماعی و خود مراقبتی در افراد

## 🚩 الزامات و پیش شرط ها:

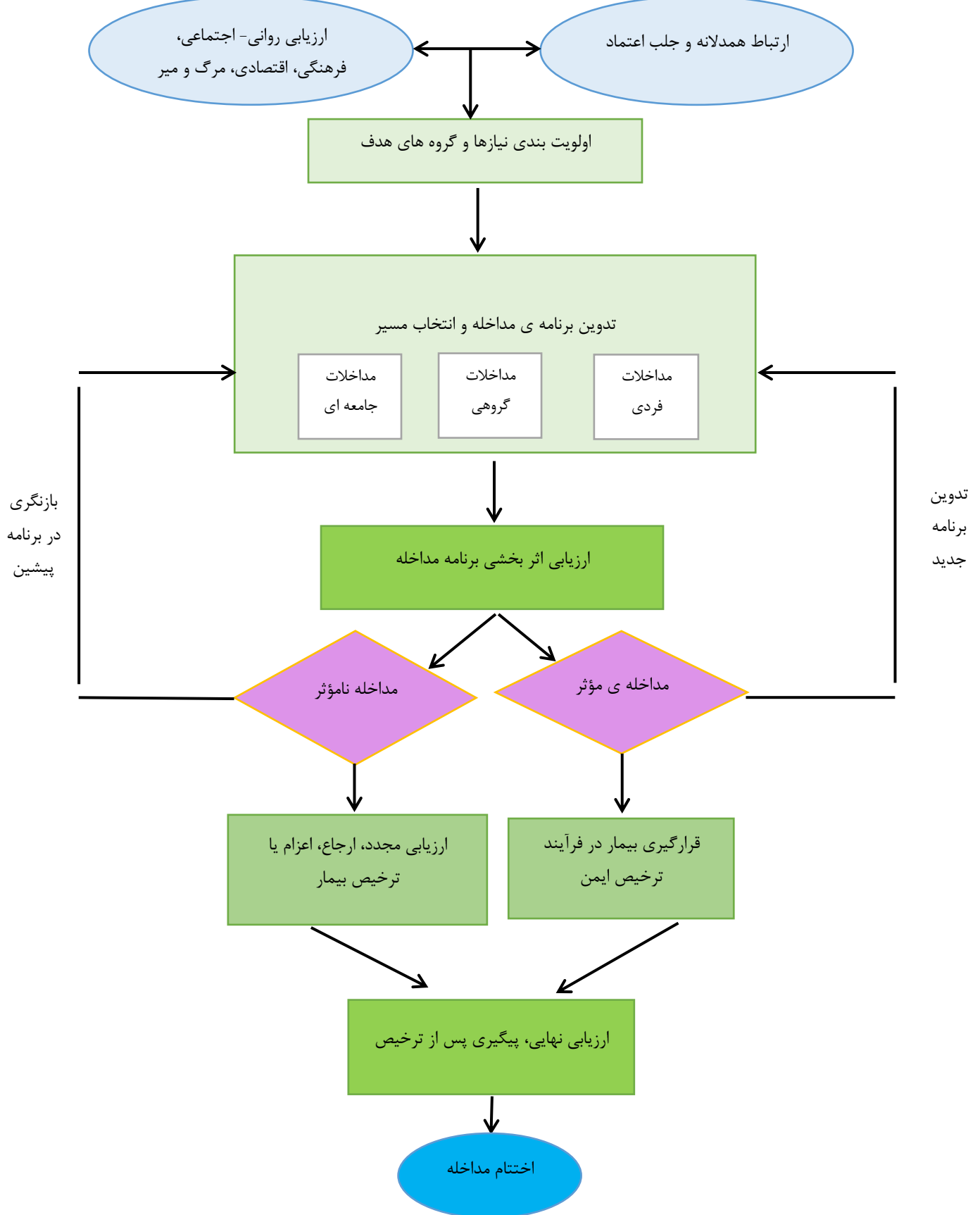
از آنجاکه این راهنما به منظور ارائه ی مداخلات تخصصی در شرایط بحرانی تدوین شده است، در نظر گرفتن شرایط ایمن و مناسب برای مداخلات ضروری است. حمایت های روانی اجتماعی مستلزم ایجاد یک رابطه همدلی، بررسی مشکلات و توانایی ها، جمع آوری اطلاعات از منابع مختلف، فعالیت در یک چارچوب فرهنگی آگاهانه، شناسایی شاخص های مربوطه برای به حداقل رساندن خطرات، استفاده از برنامه های ارزیابی، کاربرد دانش و نظریه در اطلاعات جمع آوری شده و مستندسازی می باشد. لازم است مددکار اجتماعی به عنوان عضو تیم حمایت های روانی اجتماعی در بحران از سوی رئیس بیمارستان ابلاغ لازم را دریافت کند و به عنوان عضو در جلسات و کمیته های مربوطه حضور داشته باشد. از آنجاکه تعداد مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان ها با تعداد مراجعین تناسب ندارد و شرایط پیش آمده باعث بالا رفتن حجم کار

مددکاران اجتماعی گردیده‌است پس لازم است تا از واگذاری وظایف غیر مرتبط نظیر رسیدگی به شکایات بیمارستانی و سامانه‌های غیر مرتبط جلوگیری شود تا مددکاران اجتماعی بتوانند برای انجام اقدامات تخصصی برنامه‌ریزی و مداخله نمایند.

### گروه‌های هدف:

**گروه‌های آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر:** منظور از گروه‌های آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر، مراجعین/بیماران/افرادى هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک/ فیزیکی/ روانی/ اقتصادی/ اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند. بیماران سالمند، روانپزشکی/ اختلالات ذهنی، معلولیت‌های جسمی ( بینایی/ شنوایی/ حرکتی/ گفتاری (بیماران مجهول‌الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای برچسب اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت‌های ضداجتماعی، افراد بی‌خانمان نیز از این گروه بیماران/ مراجعین هستند.

## فرآیند ارائه‌ی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در بحران





## بخش اول : گام‌های اجرایی و فرآیند ارائه ی خدمات تخصصی

### گام اول: ارزیابی سریع روانی اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، مرگومیر

مهم‌ترین مرحله برای بیماران، خانواده‌ها، بازماندگان و افراد درگیر در بحران، ارزیابی است. ارزیابی فرآیندی خطی نیست و می‌تواند در تمام مراحل خدمت‌رسانی به صورت گام‌به‌گام و از طریق بررسی، شناسایی، اندازه‌گیری، تشریح مشکل، طبقه‌بندی و تشخیص انجام می‌شود. در شرایط بحرانی، ارزیابی باید سریع و جامع باشد تا بتواند راهنمای تدوین برنامه‌ی مداخله‌ای باشد. هنگامی که مددکار اجتماعی بیمارستان با شرایط بحرانی روبرو می‌شود لازم است به ارزیابی بیماران بپردازد، ارزیابی اولیه‌ی مددکار اجتماعی (تریاز)، ارزیابی بحران و ارزیابی زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی از اشکال ارزیابی محسوب می‌شوند. مددکار اجتماعی می‌تواند از روش‌های ارزیابی مانند بررسی و مشاهده، مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته، مقیاس‌های اندازه‌گیری فردی، مقیاس دستیابی به هدف، مشاهده‌ی رفتار، خود اظهاری، مقیاس‌های شناختی، سیستم‌های تشخیصی استفاده کند. همچنین لازم است مددکار اجتماعی بیمارستان به نتایج حاصل از ارزیابی مستمر خطر و شناسایی تهدیدات و مخاطرات موجود و محتمل نیز توجه ویژه داشته باشد. در شرایط معمول و جاری بخش اورژانس و سایر بخش‌های بستری بیمارستان، پس از فراخوان نیروی تخصصی مددکاری توسط پرستار تریاز یا پرستار مسئول شیفت بر حسب مورد، ارزیابی اولیه مددکاری یا تریاز شروع می‌شود. در شرایط بحران و بلایا و تعداد بالای مصدوم یا مددجوی مرتبط با بحران، کارشناس ویژه مددکاری اجتماعی در واحد تریاز بخش اورژانس یا مجاور آن با دسترسی سریع بصورت مستمر به ارزیابی مددکاری و اولویت بندی بیماران هدف می‌پردازد. لازم است تا اطلاعات حاصل از تریاز، دسته‌بندی و اولویت‌بندی شوند، اختلالات روانی معمولاً بیشترین اولویت‌ها را دریافت می‌کنند. یکی از مهارت‌های موردنیاز برای مددکاران اجتماعی در تریاز، فرآیند تصمیم‌گیری سریع است.

در ارزیابی اولیه مددکاری اجتماعی ( تریاز ) در بخش اورژانس و خارج از واحد تریاز به موارد زیر توجه می‌شود:

- اطلاعات ضروری: مشخصات هویتی، آدرس و شماره تلفن
- درک فرد از واقعیت بحرانی
- روش‌های انطباق و سازگاری
- فهرست مشکلاتی که توسط بیمار مطرح شده است
- مسائل ناشی از ایمنی
- تجارب تروماتیک گذشته
- شبکه‌ی حمایت اجتماعی
- مصرف الکل یا مواد

- شرایط روانی ویژه و نیازمند مداخله
- خطر خودکشی یا آسیب به خود و دیگران
- آیا عضوی از خانواده‌ی بیمار آسیب جدی دیده است/ تحت درمان است/ فوت شده است.

همان‌گونه که گفته شد، ارزیابی فرآیندی خطی نیست یعنی نباید انتظار داشت در اولین حضور مددکار اجتماعی بر بالین بیمار، تمامی اطلاعات مورد نیاز برای تدوین برنامه‌ی مداخله کسب شود. اطلاعات را می‌توان از منابع گوناگون مانند خانواده و همراهان، تیم درمان، سایر مؤسسات و ادارات، پرونده‌ی بالینی و تاریخچه‌ی بیمار و منابع ثانویه کسب نمود. مددکاران اجتماعی برای ارزیابی می‌توانند از فرم جامع استفاده کنند. همچنین می‌توان از چک‌لیست پیشنهادی زیر هم برای ارزیابی استفاده نمود.

#### جدول شماره ۱: چک‌لیست ارزیابی مددکاری بیماران در بحران

نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:	شماره پرونده:	کد ملی:
موضوع	بله	خیر	توضیحات
آیا بیمار از گروه‌های آسیب‌پذیر است؟ (نام گروه آسیب‌پذیر را بنویسید)			
آیا شدت و حدت بیماری در سطح یک و دو تریاژ پرستاری قرار دارد؟			
آیا بیمار هوشیار و به تنهایی یا به کمک پرستار و پزشک قادر به پاسخگویی است؟			
آیا بیمار بیمه‌ی درمانی دارد؟ (نوع بیمه‌ی درمانی را مشخص کنید)			
آیا بیمار، فرد یا افرادی از خانواده خود را از دست داده است؟			
آیا فرد یا افرادی از خانواده‌ی بیمار دچار معلولیت یا مصدومیت شده‌اند؟			
آیا هویت بیمار مشخص است؟			
آیا بیمار همراه مؤثر دارد؟			
آیا بیمار نیاز به تصمیم‌گیری و مکاتبات با سیستم قضایی دارد؟			
آیا بیمار پس از ترخیص به تهیه‌ی اسکان و سرپناه ایمن با مداخله مددکار اجتماعی نیاز دارد؟			
آیا بیمار به کاهش استرس و اقدامات تخصصی در خصوص ارائه‌ی خبر ناگوار نیاز دارد؟			

			آیا بنا به تشخیص پزشک امکان خودکشی یا آسیب به دیگران از سوی بیمار وجود دارد؟
			آیا بیمار مشکل یا نیاز پیش‌بینی نشده‌ی ویژه‌ای دارد؟
نتیجه‌ی ارزیابی:			
اولویت بیمار:			

چک‌لیست برای هر بیمار به‌طور جداگانه تکمیل می‌شود و از آن برای اولویت‌بندی بیمار استفاده می‌شود. لازم است در ستون توضیحات اطلاعات موردنیاز را با کلیدواژه‌های ضروری تکمیل نماییم. مثلاً نام گروه پرخطری که بیمار به آن تعلق دارد، نوع بیمه‌ی درمانی، سطح هو شیاری، مشکل یا مسئله‌ی قضایی، نیاز ویژه و غیره قابل‌ذکر در قسمت توضیحات می‌باشد. هدف از ارزیابی که به وسیله‌ی تریاژ، راند و یا چک‌لیست انجام می‌شود، شناسایی نیازها و مشکلاتی است که بیمار با آن روبرو است و مددکار اجتماعی در چارچوب وظایف تخصصی و محدودیت‌های مؤسسه محل خدمت باید برای رفع آن برنامه‌ریزی کند.

### سناریو شماره یک

پس از وقوع بحران مددکار اجتماعی در اورژانس بیمارستان حاضر می‌شود، پرستار تریاژ برای وی توضیح می‌دهد که روی تخت شماره ۵ مردی حدوداً ۴۰ ساله است که بدون مدارک هویتی و از طریق فوریت‌های ۱۱۵ به بیمارستان منتقل شده، بیمار در کماست و همراه ندارد. مددکار اجتماعی بر بالین بیمار حاضر می‌شود. از انتظامات بیمارستان می‌خواهد تا وسایل بیمار را چک کند، پس از رویت گزارش تکنسین ۱۱۵ در پرونده‌ی بستری بیمار، اطلاعات موجود را یادداشت می‌کند.

#### ارزیابی اولیه

مددکار اجتماعی بخشی از اطلاعات مورد نیاز خود را از تیم درمان (پرستار تریاژ و تکنسین ۱۱۵) دریافت می‌کند، مطالعه‌ی پرونده بالینی، مشاهده‌ی بیمار و بررسی مدارک و وسایل نیز ممکن است اطلاعاتی را در اختیار وی قرار دهند. قطعاً این بخش از اطلاعات کسب‌شده برای مداخله و برنامه‌ریزی کافی نیست ولی با توجه به مجهول‌الهی بودن بیمار و نداشتن همراه بیمار، اولویت اول مداخلات مددکاری اجتماعی را دریافت می‌کند. در ادامه‌ی فرایند درمان، مددکار اجتماعی می‌تواند ارزیابی خود را تکمیل کند. پلیس آگاهی و استعلام از اداره‌ی ثبت‌احوال هم در تکمیل ارزیابی به مددکار اجتماعی کمک می‌کند.

## گام دوم: برقراری رابطه‌ی همدلانه و مشارکتی با بیمار و همراهان

تمامی فرایندهای خدمات مددکاری اجتماعی در شرایط بحرانی، دربرگیرنده‌ی حمایت‌های روانی اجتماعی می‌باشد. در این گام که بخشی از حمایت‌های روانی محسوب می‌شود، لازم است تا رابطه‌ای همدلانه با بیمار و همراهان برقرار شود. این رابطه از مهارت‌های اساسی در ارتباط بین مددکار اجتماعی و بیمار است که در فرهنگ لغات آکسفورد به‌عنوان قدرت فرافکنندگی شخصیت خود در موضوع مورد تفکر، تعریف شده است و فرآیند مؤثر و زیر بنایی برای ایجاد تغییرات روانشناختی در روابط حرفه‌ای محسوب می‌شود. همدلی یعنی توانایی قرار دادن خویش به‌جای فرد دیگری است و شامل درک تجارب، دغدغه‌ها و دیدگاه‌های فرد دیگر همراه با توانایی ابراز آن می‌باشد.

بسیاری از مددکاران اجتماعی در رابطه‌ی همدلانه با بیمار و خانواده‌ی وی از جملات کلیشه‌ای مانند "درک می‌کنم"، "حق با شماست" و غیره استفاده می‌کنند درحالی‌که همدلی فراتر از این‌ها بوده و شامل سه عنصر اصلی سهیم شدن در حالات هیجانی بیمار، فهم حالات هیجانی و درک رفتار اجتماعی اوست. در همدلی حوزه‌ی شناختی و عاطفی فرد حرفه‌ای درگیر می‌شود.

همدلی موفق با بیمار تا حد زیادی متأثر از شخصیت مددکار اجتماعی است و درعین حال مهارتی است که از طریق آموزش و یادگیری قابل آموختن است. استفاده از زبان بدن مناسب، کلمات و عبارات‌های درست و به‌موقع، توجه به ارتباطات کلامی و غیرکلامی بیمار و جلب اعتماد از نکاتی است که در این زمینه باید مدنظر قرار گیرد. ارتباط مددکار اجتماعی در شرایط بحرانی حداقل باید شامل دو عامل اصلی همدلی و مشارکت باشد. یعنی ضمن اینکه به وجه عاطفی و شناختی بیمار توجه می‌کنیم باید مشارکت وی در مورد برنامه‌ی مداخله و عمل نیز جلب شود. مشارکت و خود تصمیم‌گیری که از اصول اساسی در حرفه‌های یاورانه محسوب می‌شود می‌تواند زمینه‌های همدلی و اعتماد بیشتر را نیز جلب نموده و پایه‌های توانمندسازی بیمار را ایجاد کند.

لازم است تا استرس‌های بیمار را به‌خوبی شناسایی کنیم، فرصت حرف زدن و برون‌ریزی هیجانی را برای وی فراهم کنیم، نسبت به واکنش‌های هیجانی و احساسی بیمار حساس باشیم، از یک روانشناس در مورد بررسی علائم PTSD راهنمایی بگیریم، محیطی امن و آرام را برای بیمار و خانواده‌ی وی فراهم کنیم، اصول و فنون حرفه‌ای را برای ارائه‌ی هرگونه خبر ناگوار به بیمار یا همراهان وی مورد استفاده قرار دهیم (از دستورات عمل ارائه‌ی خبر ناگوار که در تمامی بیمارستان‌ها تدوین شده است و یا از پروتکل مداخله در بحران می‌توان استفاده کرد). به حقوق بیمار در مرکز درمانی احترام بگذاریم و زمینه‌ی تحقق حداکثری حقوق بیمار را برای وی فراهم کنیم.

## سناریو شماره دو

پس از وقوع بحران مددکار اجتماعی در اورژانس بیمارستان حاضر می‌شود، مادری ۴۵ ساله همراه با دختر ۱۴ ساله‌اش به مددکار اجتماعی معرفی می‌شوند، که در اثر تخریب کامل منزل مسکونی از ناحیه‌ی دست و لگن دچار آسیب دیدگی شده‌اند. هر دو مضطرب و نگران هستند و اجازه‌ی اقدامات درمانی را به پزشک و پرستار نمی‌دهند.

### برقراری ارتباط همدلانه

مددکار اجتماعی در اورژانس حاضر می‌شود، خود را به بیماران معرفی می‌کند. کنار مادر و دختر می‌نشیند و از ترس حاصل از زلزله با آن‌ها صحبت می‌کند، اجازه می‌دهد تا آن‌ها از نگرانی‌ها و ناراحتی‌هایشان صحبت کنند، ارتباط چشمی مناسبی را با هر دو برقرار می‌کند، به آن‌ها اطمینان می‌دهد که برای کمک و همراهی آن‌ها از هیچ کوششی دریغ نخواهد کرد، اولویت درمان جسمی و سلامتی را برای آن‌ها گوشزد می‌کند، از تکنیک‌های کوتاه و سریع مدیریت استرس مانند انقباض و رهاسازی عضلات و تنفس عمیق استفاده می‌کند. پس از راضی شدن بیماران برای انجام درمان جسمی، در صورت لزوم مشاوره‌های تکمیلی و یا ارجاع به روانشناس و روان‌پزشک در برنامه‌ی مداخله‌ای مدنظر قرار می‌گیرد. مددکار اجتماعی در فرآیند راند وضعیت روانی بیماران را پیگیری می‌کند.

## گام سوم: اولویت‌بندی نیازها و برنامه‌ریزی

در شرایط بحرانی مددکاران اجتماعی با حجم زیادی از مراجعه‌کنندگان مواجه می‌شوند که به خدمات تخصصی نیاز دارند و از آنجاکه معمولاً تعداد مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی با تعداد مراجعین تناسب ندارد و جوابگوی نیازهای گسترده‌ی بیماران نخواهد بود، پس لازم است تا به اولویت‌بندی بیماران و گروه‌های هدف و مشکلات آن‌ها بپردازیم. بعضی از جمعیت‌ها و افراد در معرض خطرهای روانی اجتماعی بیشتری قرار دارند و در این صورت ممکن است آمادگی کمتری برای مقابله با فاجعه‌ی ناشی از بحران داشته باشند.

شرایط بحرانی همواره توأم با تنش، استرس و فشارهای روانی بسیاری است، اولویت‌بندی تا حد زیادی فشار ناشی از شرایط بحرانی و به‌هم‌ریختگی‌های متداول، حجم بالای مراجعین، تعداد ناکافی نیروی متخصص و کمبود منابع را کاهش می‌دهد. اولویت‌بندی باعث می‌شود تا مددکار اجتماعی انرژی خود را صرف فعالیت‌های مهم‌تر کرده و از حداکثر توانمندی‌های فردی و حرفه‌ای خود در راستای کمک به تعداد بیشتری از گروه‌های هدف، بهره‌برد. همچنین با تکیه بر اولویت‌بندی، تصمیم‌گیری‌های تخصصی با دقت و سرعت بیشتری انجام می‌شود. عواملی مانند عدم اعتماد، عدم دانش و آگاهی در مورد خدمات امدادی در بحران، انگ‌های اجتماعی، ترس و عضویت در گروه‌های حاشیه‌نشین از عواملی است که آسیب‌پذیری را تشدید می‌کند و این گروه‌ها ممکن است کمترین بهره را از منابع اجتماعی ببرند.

جدول شماره ۲: گروه‌های دارای اولویت

نام گروه	علائم و نشان‌ها	نیازها
کودکان	آیا کودک از والد/والدین/بستگان جداشده است؟ آیا کودک دچار ترس و اضطراب شده است؟ آیا کودک امنیت دارد؟ آیا احتمال کودک‌آزاری وجود دارد؟ آیا کودک سابقه معلولیت جسمی، ذهنی، روانی دارد؟ آیا کودک در حادثه اخیر آسیب‌دیده است و نیاز به درمان دارد؟ آیا احتمال خودکشی در کودک وجود دارد؟	- نیاز به آرامش و مشاوره توسط تیم روانی اجتماعی - پیگیری برای اطلاع از وضعیت والدین و یا همراه مؤثر - پیگیری مسائل قضایی و انتظامی جهت سپردن به سازمان بهزیستی و یا حضانت به بستگان دارای شرایط - پیگیری درمان و مراقبت از کودک - ارجاع به سایر متخصصین نظیر روان‌پزشک، روان‌شناس در صورت لزوم
سالمندان به‌ویژه افراد مبتلا به آلزایمر و دمانس	آیا سالمند هوشیاری لازم از شرایط موجود را دارد؟ آیا بستگان درجه‌یک سالمند در دسترس/در قید حیات هستند؟ آیا سالمند آسیب‌دیده و نیاز به درمان دارد؟ آیا علائم ترس و اضطراب، خودکشی، افسردگی در سالمند وجود دارد؟ آیا توانایی تأمین نیازهای جاری را دارد؟ آیا امکانات درمانی نظیر داور، تجهیزات کمکی نظیر ویلچر، نیازمند است؟ آیا سالمند نیاز به اسکان دارد؟ آیا احتمال سالمند‌آزاری وجود دارد؟	- بررسی میدانی برای پیدا کردن عضو خانواده سالمند - بررسی سابقه بیماری - پیگیری مسائل حقوقی نظیر سپردن سالمند به مراکز مراقبتی - ارجاع به سایر متخصصین نظیر روان‌پزشک، روان‌شناس، فیزیوتراپی، کاردرمانی در صورت لزوم
مادران باردار	آیا مادر باردار آسیب جدید دیده است و نیاز به درمان دارد؟ آیا جنین سقط شده است؟ آیا علائمی دال بر ترس، اضطراب، افسردگی، خودکشی وجود دارد؟ آیا همسر وی در قید حیات و در دسترس می‌باشد؟ آیا دارای فرزند دیگری می‌باشد؟ آیا خانواده وی در حادثه آسیب‌دیده‌اند؟	- پیگیری درمان - پیگیری برای پیدا کردن سایر اعضای خانواده - ارجاع به سایر متخصصین نظیر روان‌پزشک، روان‌شناس، فیزیوتراپی، کاردرمانی در صورت لزوم
بیماران روانپزشکی	آیا بیمار سابقه‌ی بستری در بیمارستان روانپزشکی دارد؟ آیا بیمار داروی اعصاب مصرف می‌کند؟ بیمار به بیماری حاد روان مبتلاست یا مزمن؟ آیا بیمار به‌تنهایی قادر به انجام کارهای شخصی خود است؟	- پیگیری درمان و کنترل مصرف دارو - نیاز به بستری در مرکز مراقبتی یا بیمارستان روانی - نیاز به همراه یا مراقب - ارجاع به سایر متخصصین نظیر روان‌پزشک، روان‌شناس
افراد مجهول‌الهویه	بیمار مجهول‌الهویه از کدام گروه است؟ (نوزاد رهاشده، بیمار با سطح هوشیاری پایین، فرد مجهول‌الهویه تحت پوشش بهزیستی) آیا مدارک شناسایی در پرونده وجود دارد؟ آیا دستور مقام قضایی در مورد بیمار صادرشده است؟	- پیگیری هویت‌یابی بیمار - پیگیری مکاتبه با واحد حقوقی برای دریافت دستور مقام قضایی - تعیین تکلیف وضعیت بیمار پس از ترخیص - پیگیری فرآیند درمان و مراقبت - پیگیری نیازهای اساسی بیمار

<p>- پیگیری تعیین تکلیف وضعیت بیمار پس از ترخیص - حمایت یابی درونی و برون‌سازمانی - نیاز به مشاوره‌های روانشناسی و روانپزشکی - نیاز به مداخله‌ی انجمن‌های حمایتی یا مراکز ترک اعتیاد</p>	<p>اعتیاد بیمار به چه ماده ایست؟ (صنعتی و سنتی) آیا اعتیاد بیمار قابل کنترل است یا بر عملکرد جسمی و اجتماعی بیمار تأثیر منفی داشته است؟ آیا بیمار همراه دارد یا معتاد بی‌خانمان است؟ آیا اعتیاد بیمار تداخلی را در فرایند درمان و ترخیص ایجاد می‌کند؟</p>	<p><b>افراد وابسته به مواد و معتادان</b></p>
<p>- حمایت یابی درونی و برون‌سازمانی - ارجاع به مشاور و روانشناس جهت افزایش تاب‌آوری - ارائه‌ی حمایت‌های اقتصادی جهت تهیه‌ی دارو و تجهیزات - نیاز به همراه و مراقب - نیاز به آموزش‌های خود مراقبتی و کاهش استرس برای بیمار و همراه</p>	<p>آیا بیمار در مراحل پایانی زندگی قرار دارد؟ آیا بیمار قادر به تأمین هزینه‌های دارو و تجهیزات پزشکی می‌باشد؟ آیا بیمار به درمان‌های تکمیلی ناشی از بیماری خاص یا صعب‌العلاج نیاز دارد؟ آیا بیمار یا همراه وی قادر به تأمین نیازهای تکمیلی بیمار در زمینه‌ی تغذیه و رژیم غذایی و دارویی یا اسکان و تجهیزات هستند؟</p>	<p><b>افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی و ذهنی، بیماران خاص و صعب‌العلاج</b></p>
<p>- ارجاع به مشاور و روانشناس در صورت لزوم - نیاز به محیطی آرام و به‌دوراز تنش - نیاز به حمایت‌های اجتماعی - حمایت یابی درون و برون‌سازمانی در صورت نیاز</p>	<p>آیا بیمار سوگ را تجربه می‌کند؟ آیا بیمار علاوه بر سوگ، مسکن و سرپناه خود را نیز از دست داده است؟ بیمار از چه منابع حمایتی برخوردار است؟ چه ریسک فاکتورهایی در ارتباط با بیمار وجود دارد؟</p>	<p><b>بازماندگان و داغ‌دیدگان افرادی که دچار PTSD شده‌اند</b></p>
<p>- پیگیری مکاتبه با واحد حقوقی برای دریافت دستور مقام قضایی - تعیین تکلیف وضعیت بیمار پس از ترخیص - پیگیری فرآیند درمان و مراقبت - پیگیری نیازهای اساسی بیمار</p>	<p>آیا بیمار پیش از وقوع بحران نیز فاقد سرپناه بوده است؟ چه ظرفیت‌ها و قابلیت‌های اجتماعی و خانوادگی برای رفع نیاز بیمار وجود دارد؟ آیا برای تعیین تکلیف بیمار به مکاتبات قضایی نیاز می‌باشد؟ آیا بیمار در گروه هدف سازمان‌های ذی‌ربط قرار دارد؟</p>	<p><b>افراد فاقد سرپناه و مسکن ایمن</b></p>
<p>- نیاز به دریافت مشاوره و برون‌ریزی هیجانی - نیاز به شیفت‌های استراحت منظم و تغییر در شیفت‌های کاری - نیاز به محیط کاری کم تنش</p>	<p>آیا امدادگر دچار اختلال استرس تروماتیک ثانویه شده است؟ آیا امدادگر به لحاظ خانوادگی درگیر در بحران است؟ آیا شرایط جسمی و روانی امدادگر در ارائه‌ی مداخلات بحرانی مورد توجه قرار گرفته است؟ آیا امکان جابه‌جایی و تغییر شیفت یا محل خدمت وجود دارد؟</p>	<p><b>امدادگران و افراد درگیر در مداخلات بحرانی</b></p>

- در شرایط بحرانی کودکان آسیب‌پذیرترین افراد هستند. بعد از بحران کودکان معمولاً از والدین و مراقبینشان جدا می‌شوند و در معرض استثمار و آسیب روانی قرار می‌گیرند. در این شرایط مددکار اجتماعی باید هر چه سریع‌تر پیوندی بین کودک و مراقب برقرار نماید، مقامات قانونی را مطلع کرده و فضای کودک پسند با پرسنل مجرب و آموزش‌دیده برای کودکان بی‌سرپرست فراهم کند. باید مراقب واکنش‌های معمولی دوران کودکی و واکنش به بحران مانند ترس، اضطراب، اختلال خواب، مشکلات غذا خوردن، تحریک‌پذیری و غم و اندوه بود. تهیه‌ی غذا و پوشاک مناسب فصل، در نظر گرفتن محیطی امن برای نگهداری و تسهیل شرایط برای برقراری

حداکثر ارتباط با والدین از جمله اقداماتی است که می‌توان برای کودکان انجام داد. همچنین مددکار اجتماعی باید احتمال غفلت و کودک‌آزاری را نیز مورد توجه قرار دهد. در ارتباط با کودکان باید به نکاتی توجه نمود برای مثال به کودکانی که در سن مدرسه قرار دارند کمک کنیم تا برای بیان احساساتشان از برچسب‌های ساده مانند نگران و غمگین استفاده کنند. لازم است در مصاحبه با کودکان از مهارت‌های گوش دادن انعکاسی و بررسی کردن استفاده کنیم تا مطمئن شویم که منظور او را درست متوجه شده‌ایم. با نوجوان باید مانند یک بزرگسال و فرد بالغ صحبت کرد و به احساسات و نگرانی‌های او احترام بگذاریم.

- سالمندان نیز از گروه‌های آسیب‌پذیری محسوب می‌شوند که در شرایط بحرانی باید مورد توجه ویژه قرار گیرند. مشکلات جسمی متعدد (به‌ویژه کم بینایی و کم شنوایی)، کندی در تحرک و مشکلات ذهنی مانند آلزایمر و دمانس آن‌ها را آسیب‌پذیرتر می‌کند. همچنین سالمندان مشارکت کمتری در فرآیند درمان خود دارند و نیازمند سطح بالایی از مراقبت می‌باشند. از سوی دیگر به‌واسطه محدودیت‌های ناشی از سن ممکن است مورد انواع آزار و استثمار نیز قرار بگیرند. همچنین سالمندان پس از ترخیص نیز به مراقبت در منزل و خدمات توانبخشی نیاز دارند که در برنامه‌های مداخله‌ای مددکاران اجتماعی باید مدنظر قرار گیرد.
- مادران باردار نیز به‌واسطه حساسیت‌های جسمی نیازمند مراقبت‌های ویژه‌ای هستند. دوری از تنش و استرس، توجه به تأمین نیازهای اولیه و مراقبت‌های بارداری و ایجاد محیطی ایمن برای مادر و نوزاد از جمله مواردی است که در برنامه‌های مداخله‌ای با این گروه هدف باید تحقق یابد.
- بیماران روانپزشکی در شرایط بحرانی با مشکلات متعددی مواجه می‌شوند. استرس ناشی از بحران، عدم دسترسی به دارو و نایمن بودن شرایط می‌تواند در امر مراقبت از این بیماران چالش‌هایی را ایجاد کند. حضور روانشناس و روان‌پزشک جهت تعیین دوز داروهای مصرفی و کنترل علائم کمک‌کننده است. ارزیابی خطر خودکشی در شرایط بحرانی از جمله استانداردهایی است که در مورد این بیماران باید مورد توجه قرار گیرد.
- وقوع بحران ناشی از بلایا احتمال حضور بیماران مجهول‌الیهویه و فاقد همراه را در بیمارستان‌ها افزایش می‌دهد. این گروه از بیماران از اولویت ویژه‌ای حتی در شرایط غیر بحرانی برخوردارند، نامشخص بودن هویت بیمار می‌تواند چالش‌هایی را در هزینه‌های درمان و مراقبت از بیمار ایجاد کند. برنامه‌ی مداخله‌ای مددکاران اجتماعی در ارتباط با این گروه عبارت‌اند از هویت‌یابی و مکاتبه با مرجع قضایی و اداره‌ی ثبت‌احوال، تهیه‌ی بیمه‌ی درمانی به‌منظور مدیریت هزینه‌های درمان، پیدا کردن همراه برای بیمار به‌منظور مشارکت در امر مراقبت.
- افراد وابسته به مواد و معتادین از این جهت در گروه بیماران دارای اولویت مددکاران اجتماعی قرار می‌گیرند که به‌واسطه عدم دسترسی به مواد می‌توانند مشکلاتی را برای خود و تیم درمان ایجاد کنند. معتادین به‌منظور تهیه و مصرف مواد ممکن است فرآیند درمان خود را نیمه‌کاره رها کنند و یا اختلالاتی را در درمان ایجاد



نمایند. مددکاران اجتماعی در ارتباط با این بیماران می‌توانند از مشارکت و همکاری اعضای خانواده، تیم‌های روانشناسی و روانپزشکی و حتی کلینیک‌های ترک اعتیاد و انجمن‌های حمایتی استفاده نمایند.

- بدون شک افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی و ذهنی، بیماران خاص و صعب‌العلاج از مهم‌ترین گروه‌های هدف مددکاران اجتماعی محسوب می‌شوند. این بیماران نیازهای ویژه‌ی دارویی و درمانی دارند و انواع حمایت‌یابی‌های برون و درون‌سازمانی برای این افراد استفاده می‌شود. استفاده از ظرفیت‌های خیرین سلامت و سازمان‌های امدادی، مساعدت در هزینه‌های درمانی، ایجاد محیط مناسب برای نگهداری بیمار پس از ترخیص، پیگیری، ارائه‌ی آموزش‌های خود مراقبتی و مشاوره‌های اولیه و تکمیلی می‌تواند در برنامه‌های مداخله‌ای مددکاران اجتماعی قرار گیرد.

- شناسایی بازماندگان و داغ‌دیدگان و افرادی که دچار PTSD شده‌اند از جمله مواردی است که مددکاران اجتماعی در ارزیابی‌های تخصصی خود مدنظر قرار می‌دهند. این افراد به انواع مشاوره‌های روانشناسی و حمایت‌های روانی اجتماعی مددکاران اجتماعی، ایجاد ارتباط همدلانه و مدیریت سوگ برای داغ‌دیدگان نیاز دارند.

- افراد فاقد سرپناه و مسکن ایمن هم از گروه‌های دارای اولویت مددکاران اجتماعی بیمارستانی محسوب می‌شوند. یکی از نکاتی که همیشه باید مورد توجه قرار گیرد، ترخیص ایمن بیمار است و افراد فاقد سرپناه پس از ترخیص از ایمنی کافی برخوردار نخواهند بود لذا قبل از ترخیص باید شرایط سرپناه‌های عمومی و اسکان در چادر برای این افراد مورد بررسی قرار گیرد. چنانچه بیمار از سرپناه ایمن و مناسب برخوردار نباشد و به نیازهای مراقبتی ویژه‌ای احتیاج داشته باشد، پس از هماهنگی با پزشک معالج می‌توان ترخیص بیمار را به تعویق انداخت یا به یک حوزه یا بخش مشخص بینابینی منتقل کرد. همچنین مددکار اجتماعی می‌تواند در مورد این بیماران از انواع حمایت‌یابی‌های برون‌سازمانی نیز استفاده کند.

- امدادگران و افراد درگیر در مداخلات بحرانی نیز می‌توانند از گروه‌های دارای اولویت مددکاران اجتماعی باشند. این افراد از آن جهت که مستعد ابتلا به اختلال استرس تروماتیک ثانویه محسوب می‌شوند و با انواع افراد و گروه‌های آسیب‌دیده در ارتباط‌اند باید مورد توجه قرار گیرند. رایزنی با مسئول مربوطه جهت تغییر شیفت‌های کاری، ارائه‌ی مشاوره‌های روانی، برگزاری گروه‌های بحث و برون‌ریزی از جمله اقداماتی است که بر پایه‌ی مداخله در بحران برای این افراد انجام می‌شود.

به‌منظور اولویت‌بندی بیماران از نظر نیازمندی به دریافت مداخلات مددکاری اجتماعی می‌توان از فرم زیر استفاده کرد.

جدول شماره ۳: اولویت‌بندی بیماران

میزان اضطراب				بخش بستری	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار
بدون اولویت، نه مهم نه فوری (اولویت چهارم)	بدون فوریت (اولویت سوم)	فوری اما غیر مهم (اولویت دوم)	مهم و فوری (اولویت اول)			

در این فرم مددکار اجتماعی فهرست افرادی را که مورد ارزیابی قرار داده است می‌نویسد و آن‌ها را اولویت‌بندی می‌کند. بیماران از نظر میزان اضطراب به چهار دسته قابل تقسیم هستند. مهم و فوری یا اولویت اول بیمارانی هستند که نیازمند دریافت سریع مداخلات می‌باشند مانند بیماران مجهول‌الهویه، کودکان جدا مانده از والدین، بازماندگانی که اعضای خانواده خود را از دست داده‌اند و به شدت بی‌قرار هستند. با توجه به اهمیت بیمه‌های درمانی در مدیریت هزینه‌های بیماران، توصیه می‌شود که بیماران فاقد بیمه را نیز در اولویت اول قرار دهید. اولویت دوم شامل بیمارانی است که با اندکی تأخیر می‌توانند مداخلات را دریافت کنند مانند سالمندان فاقد همراه مؤثر. اولویت سوم گروهی هستند که با تأخیر بیشتر می‌توانند خدمات مددکاری اجتماعی را دریافت کنند و بدون فوریت محسوب می‌شوند. دسته‌ی چهارم نیز اگرچه واجد شرایط دریافت خدمات تخصصی هستند اما مددکار اجتماعی در فرصت‌های آتی برای آن‌ها برنامه‌ریزی خواهد کرد.

**نکته: اولویت‌بندی‌ها صرفاً با نظر مددکار اجتماعی مداخله‌گر و برحسب شرایط انجام می‌شود و هدف از اولویت‌بندی مدیریت زمان و منابع است.**

همان‌گونه که گفته شد، گام سوم اولویت‌بندی و برنامه‌ریزی است. مددکار اجتماعی در شرایط بحرانی با حجم بالایی از مراجعین دارای اولویت مواجه می‌شود که همه‌ی آن‌ها نیازمند دریافت مداخلات تخصصی هستند و این کار باید در سریع‌ترین زمان ممکن انجام شود. قطعاً در چنین شرایطی عدم برنامه‌ریزی، می‌تواند موجب اتلاف منابع، نارضایتی بیماران و سیستم درمانی شود.

### **برنامه‌ریزی:**

برنامه‌ریزی فکر کردن قبل از عمل کردن است و سبب استفاده‌ی بهینه از زمان و منابع می‌شود. در شرایط بحرانی مددکار اجتماعی بیمارستان چگونه می‌تواند برای انبوهی از بیماران نیازمند به مداخلات تخصصی برنامه‌ریزی کند؟

- ۱- قطعاً برنامه‌ریزی موفق شامل ویژگی‌هایی مانند انعطاف‌پذیری، هدف مدار بودن و قابلیت اجرا و عقلانیت است.
- ۲- توصیه می‌شود که برنامه به صورت مکتوب باشد. برنامه‌ای که در ذهن طراحی می‌شود می‌تواند استرس مددکار اجتماعی را بالا ببرد. درعین حال برخی از مددکاران اجتماعی باتجربه‌ی کاری بالا با اتکا به برنامه‌های ذهنی اقدامات موردنیاز را انجام می‌دهند.
- ۳- چک لیستی از بیماران و مداخلات مورد نیاز تهیه کنیم. برنامه را می‌توانیم در دفتر روزانه‌ی واحد مددکاری اجتماعی بنویسیم.
- ۴- برنامه‌ریزی مبتنی بر مهارت‌های سازگاری و مقابله‌ای مددکار اجتماعی و مراجعین تهیه می‌شود و توصیه می‌شود از رویکرد وظیفه مدار در برنامه‌ریزی استفاده شود. به این معنی که برای رفع مشکلات بیمار و ارائه‌ی حمایت‌های مورد نیاز، وظایفی برای مددکار اجتماعی، بیمار و همراهان وی در نظر گرفته می‌شود و هر کس با توجه به توانمندی‌هایش بخشی از این وظایف را انجام خواهد داد.
- ۵- مددکار اجتماعی می‌تواند برنامه‌های فردی یا گروهی را تهیه کند. برنامه‌های فردی در فرم جامع مدیریت مورد نوشته می‌شوند و جهت برنامه‌ریزی کلی‌تر می‌توان از فرم زیر نیز استفاده نمود.

جدول شماره ۴: جدول برنامه‌ریزی برای بیماران

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	اولویت	اهداف مداخله	اقدامات	ارزیابی نهایی
<b>جمع بندی:</b>						

- ۶- در صورتی که مددکار اجتماعی در مرحله‌ی پیش از بحران، فرصت‌ها، تهدیدها، نقاط قوت و ضعف مرکز درمانی را که در آن کار می‌کند به خوبی شناسایی کرده باشد در زمان وقوع بحران می‌تواند از فرصت‌ها نهایت استفاده را ببرد.
- ۷- توصیه می‌شود که مددکاران اجتماعی بانک اطلاعاتی از مراکز، انجمن‌ها، مؤسسات و افرادی که در شرایط بحرانی می‌توانند حمایت‌های مؤثری را ارائه کنند برای خود تهیه کنند. نام و نام خانوادگی افراد، آدرس و شماره تماس و نوع حمایت از حداقل‌هایی است که در این بانک اطلاعاتی باید وجود داشته باشد.
- ۸- کلیه‌ی برنامه‌ها و مداخلات مددکاران اجتماعی باید منطبق با فرآیندهای بیمارستان و استانداردهای اعتباربخشی در زمان‌های بحرانی باشد.
- ۹- بلافاصله و حوادث از نظر فرهنگی بسیار حساس و مهم هستند. برای همین لازم است تا مددکاران اجتماعی در برنامه‌ریزی بیش از هر چیز به استانداردهای سازگاری از منظر اخلاق و فرهنگ حساس باشند تا بتوانند از بروز خطاهای متقابل فرهنگی و آسیب دیدن جلوگیری کنند.

#### سناریو شماره سه

پس از وقوع زلزله تعداد بسیار زیادی از افراد با تروما به نقاط مختلف بدن و شکستگی به بیمارستان مراجعه کردند. از مددکار اجتماعی خواسته شده تا در اتاق تریاژ بیماران را مورد ارزیابی قرار دهد. سه بیمار توسط مددکار اجتماعی شناسایی می‌شوند.

۱- نوزاد یک‌ماهه که در اثر تروما به شکم بستری شده و مادر و پدر خود را از دست داده است.

۲- دختری ۱۴ ساله با تروما به لگن و شانه که از مرکز نگهداری بیماران اعصاب و روان به بیمارستان منتقل شده و به شدت بی‌قرار است.

۳- خانمی ۵۶ ساله که با مشاهده‌ی تخریب منزل مسکونی و ترس ناشی از زلزله قادر به صحبت کردن نمی‌باشد این سه نفر به مداخلات تخصصی مددکار اجتماعی نیاز دارند، اما آرام کردن فرد بی‌قرار و یا شخصی که دچار ترس شدید شده است اولویت مهمی محسوب می‌شود. مداخله در مورد سرنوشت نوزاد و پیدا کردن همراه اگرچه بسیار ضروری است اما می‌تواند در اولویت بعدی مددکار اجتماعی قرار گیرد ولی استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی به قدری ضروری است که حتی ممکن است در زمان ارزیابی مددکار اجتماعی مجبور به استفاده از آن‌ها باشد. برای هر بیمار برنامه‌ی جداگانه‌ای در نظر گرفته می‌شود.

#### گام چهارم: تدوین و اجرای برنامه‌ی مداخله‌ای برای بیماران دارای اولویت

این گام را از دو منظر می‌توان مورد بررسی قرارداد. از دیدگاه پروتکل‌های شش‌گانه، از دید روش‌های مددکاری اجتماعی (فردی، گروهی، جامعه‌ای)

جدول شماره ۵: مداخلات موردنیاز گروه‌های دارای اولویت با تکیه بر پروتکل‌های پایه‌ی خدمات مددکاری اجتماعی

نام پروتکل						نام گروه
مدیریت مورد	مداخله در بحران	روانی اجتماعی	ارزیابی اجتماعی	مشاوره اولیه	راند	تریاز
*	*	*	*	*	*	*
*	*	*	*	*	*	کودکان
*	*	*	*	*	*	سالمندان به‌ویژه افراد مبتلا به آلزایمر و دمانس
*	*	*	*	*	*	مادران باردار
*	*	*	*	*	*	بیماران روانپزشکی
*	*	*	*	*	*	افراد مجهول الهویه
*	*	*	*	*	*	افراد وابسته به مواد و معتادان
*	*	*	*	*	*	افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی و ذهنی، بیماران خاص و صعب‌العلاج
*	*	*	*	*	*	بازماندگان و داغ‌دیدگان و افرادی که دچار PTSD شده‌اند
*	*	*	*	*	*	افراد فاقد سرپناه و مسکن ایمن
*	*	*	*	*	*	امدادگران و افراد درگیر در مداخلات بحرانی

به‌طور کلی مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی بیمارستانی در بلایا را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد که خلاصه‌ی آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول شماره ۶: مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بیمارستانی در بلایا

مداخلات فردی (در سطح خرد)	مداخلات گروهی و خانوادگی (میانه)	مداخلات اجتماعی (کلان)
حمایت یابی درون و برون‌سازمانی	گروه‌های همیار	توسعه‌ی محلی
مشاوره اولیه کوتاه‌مدت و تکمیلی	گروه‌های آموزش خود مراقبتی	برنامه‌ریزی اجتماعی
آموزش	مشاوره‌های گروهی و خانوادگی	اقدام اجتماعی
مداخله در بحران		
ارجاع درون و برون‌سازمانی		
پیگیری پس از ترخیص		

## الف) مداخلات فردی

مداخلات فردی مددکاران اجتماعی در بلایا را می‌توان تحت عنوان مدیریت مورد خلاصه کرد. مدیریت مورد شامل مداخلاتی مانند حمایت یابی درون و برون‌سازمانی، ارجاع، مشاوره‌ی اولیه و تکمیلی، آموزش، مداخله در بحران و پیگیری پس از ترخیص می‌باشد که هر کدام با ذکر مثال توضیح داده خواهند شد:

تمامی بیماران بویژه گروه‌های آسیب‌پذیر باید مورد ارزیابی قرار گیرند. ارزیابی در دو مرحله انجام می‌شود، ارزیابی اولیه که در فرآیند راند و تریاژ به‌منظور شناسایی گروه‌های دارای اولویت انجام می‌شود و ارزیابی تخصصی که با توجه به جنبه‌های روانی اجتماعی و وضعیت بیمار و به‌منظور برنامه‌ریزی برای ارائه‌ی مداخلات تخصصی انجام می‌شود. برای این منظور مددکار اجتماعی فرم ارزیابی تخصصی را تکمیل نموده و نتیجه‌ی نهایی ارزیابی، مبنایی برای مداخلات بعدی خواهد بود. انتظار می‌رود مددکار اجتماعی با استفاده از ارزیابی جامع، بتواند نیازهای مراجعین را شناسایی و اولویت‌بندی کند و برای هر نیاز، اهداف ویژه و مداخلات فردی شده‌ای را بکار ببرد.

### ۱- حمایت یابی‌های درون و برون‌سازمانی

حمایت یابی از مداخلات مهمی است که مددکاران اجتماعی برای مراجعین خود انجام می‌دهند و می‌تواند اشکال مختلف داشته باشد و در درون و بیرون بیمارستان ارائه می‌شوند. حمایت یابی فرایندی است که به استقلال و توانمندی مراجعه‌کننده کمک می‌کند تا بتواند خواسته‌ها و نگرانی‌های خود را ابراز کند، به اطلاعات و خدمات موردنیاز دسترسی پیدا کند، مسئولیت‌پذیری خود را افزایش دهد و فرصت‌های عادلانه‌ای برای انتخاب کردن داشته باشد. بخشی از حمایت‌ها ممکن است در درون بیمارستان به بیمار ارائه شود و ممکن است سایر حمایت‌ها و خدمات در خارج از بیمارستان و از طرف ادارات و سازمان‌های دیگر به وی عرضه شوند. در جدول زیر به بخشی از این حمایت‌ها اشاره شده است.

جدول شماره ۷: جدول حمایت‌های درون و برون‌سازمانی

نمونه‌ای از حمایت‌های برون‌سازمانی	نمونه‌ای از حمایت‌های درون‌سازمانی
حمایت‌های مالی انجمن‌ها مانند انجمن حمایت از بیماران خاص، ام‌اس، بیماران سرطانی و...	استحقاق سنجی و تعیین میزان تخفیف
حمایت‌های مالی سازمان‌های امدادی رفاهی مانند پرداخت هزینه‌های درمان توسط کمیته امداد و بهزیستی	مساعده‌های مالی از محل اعتبارات خیرین سلامت
بیمه‌های تکمیلی و کمک‌هزینه‌های درمانی	پیگیری برای تهیه دفترچه بیمه درمانی برای بیمار
ارائه‌ی مشاوره به بیماران در مراکز مشاوره و کلینیک‌های مددکاری اجتماعی تحت نظارت بهزیستی و اورژانس اجتماعی	مکاتبه با سیستم قضایی

حمایت‌های درمانی و مراقبتی توسط سایر بیمارستان‌ها، خدمات  
مراقبت در منزل

تجربه نشان می‌دهد که در زمان وقوع حوادث و بلایای گسترده، مددکاران اجتماعی کمتر درگیر مسائل مالی بیماران و ارائه‌ی مساعدت‌های مالی (تخفیف) می‌شوند زیرا در این شرایط اعتباراتی برای کاهش یا رایگان شدن هزینه‌های درمان از سوی مسئولین دانشگاه متبوعه یا وزارت بهداشت اتخاذ می‌شود که به مددکاران اجتماعی کمک می‌کند تا تمرکز خود را روی مداخلات دیگری قرار دهند. هنگام رایگان شدن هزینه‌ی پرونده‌ی بیماران، مددکار اجتماعی اطلاعات اولیه را از مراجع اخذ کرده و بانک اطلاعاتی از دریافت‌کنندگان خدمت تشکیل می‌دهد تا بعداً بتواند آمارهای موردنیاز را از این بانک اطلاعاتی استخراج کند. همچنین در شرایط بحرانی امکانات و برنامه‌هایی نیز برای حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی از سوی سازمان‌های امدادی- رفاهی یا بیمه‌گر در نظر گرفته می‌شود که لازم است مددکار اجتماعی این حمایت‌ها را به سرعت شناسایی کرده و برای بیماران مورد استفاده قرار دهد.

#### سناریو شماره چهار

مردی حدوداً چهل‌ساله در اثر سقوط آوار ناشی از زلزله در یکی از ساختمان‌های متروک حاشیه‌ی شهر از ناحیه‌ی سر دچار آسیب‌دیدگی شده و از طریق فوریت‌های ۱۱۵ به بیمارستان منتقل شده است، بیمار در کما بوده و همراه ندارد. مددکار اجتماعی بر بالین بیمار حاضر می‌شود. از انتظامات بیمارستان می‌خواهد تا وسایل بیمار را چک کند، پرونده‌ی بالینی را به سرعت مطالعه کرده و پس از رویت گزارش تکنسین ۱۱۵، اطلاعات موجود را یادداشت می‌کند. حمایت یابی

مددکار اجتماعی پس از ارزیابی تخصصی، مطالعه‌ی پرونده بالینی، مشاهده‌ی بیمار و بررسی مدارک و وسایل، با هماهنگی انتظامات بیمارستان مکاتبات لازم را با پلیس آگاهی جهت احراز هویت بیمار انجام می‌دهد. مرحله‌ی بعدی پیگیری برای تهیه‌ی بیمه‌ی درمانی است تا در سریع‌ترین زمان ممکن بر پرونده‌ی بالینی بیمار اضافه شود. در صورتی که هویت بیمار محرز شود لازم است تا مددکار اجتماعی با اداره‌ی ثبت‌احوال تماس گرفته تا در مورد آخرین آدرس یا محل سکونت بیمار جهت اطلاع به خانواده، اطلاعات لازم را کسب نماید.

#### ۲- ارجاع

ارجاع یکی از روش‌های مددکاری اجتماعی است که باهدف استفاده از سایر منابع موجود در جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد و در شرایط بحرانی مددکار اجتماعی بیمارستان می‌تواند از آن استفاده کند. ارجاع ممکن است به یکی از دلایل زیر انجام شود:

- در بیمارستان، خدمات موردنیاز بیمار عرضه نمی‌شود برای مثال بیمار پس از ترخیص به ویلچر، واکر و سایر تجهیزات کمک توانبخشی نیاز دارد که باید آن را از مراکز تجهیزات پزشکی یا ادارات بهزیستی تهیه کند. ممکن است بیمار در تأمین هزینه‌های مربوط به تهیه‌ی این وسایل با مشکل مواجه شود که در این صورت مددکار اجتماعی باید او را به مراکز ارجاع دهد که وسایل مورد نیاز را به صورت امانت، اقساطی، دست دوم و یا با هزینه‌ی کمتر به بیمار ارائه می‌کنند.
- کیفیت خدمات عرضه‌شده در بیمارستان برای حل کامل مشکل یا رفع نیاز وی مناسب نیست. برای مثال بیماران اعصاب و روان یا اقدام کنندگان به خودکشی اگرچه از خدمات مشاوره‌ای مددکاران اجتماعی و روانشناسان برخوردار می‌شوند اما جلسات کامل درمانی باید در کلینیک‌های تخصصی و مراکز بهداشتی ارائه شود که در این زمینه مددکار اجتماعی می‌تواند از ارجاع استفاده نماید. یا در مورد برخی از بیماران فقط می‌توان از مشاوره‌های اولیه استفاده نمود و بیمار برای دریافت مشاوره‌های تکمیلی می‌تواند از خدمات مراکز بیرون از بیمارستان استفاده کند.
- مددکار اجتماعی به دلیل نوع مشکل بیمار، ضرورت استفاده از سایر متخصصان را برای جمع‌آوری اطلاعات و تشخیص مشکل یا تدوین برنامه کمکی احساس می‌کند. برای مثال کیس‌های خشونت خانگی و آزاردیدگان باید پس از ترخیص به مراکز مشاوره‌ی بهزیستی و یا اورژانس اجتماعی ارجاع داده شوند و برنامه‌ی کمکی در خارج از بیمارستان انجام می‌شود.
- شرایط بیمارستان‌ها به گونه‌ای است که امکان اقامت و نگهداری بیمار وجود ندارد درواقع بیمارستان یک مرکز درمانی است و بیماران فاقد سرپناه برای مراقبت‌های طولانی و اقامت باید با نظر مقام قضایی به مراکز نگهداری مربوطه ارجاع داده شوند. این نوع ارجاع در مورد کودکان رهاشده، بیماران فاقد سرپرست و همراه، سالمندان طردشده بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- برای ارجاع باید به چند نکته توجه نمود: ارجاع به صورت مکتوب انجام شود (یک نسخه در اختیار بیمار و نسخه‌ی دیگر در واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان بایگانی می‌شود مددکار اجتماعی اطلاعات که مرتبط با موضوع ارجاع را ارائه دهد و از بیان اطلاعات اضافی و برخی اطلاعات که مراجعه فقط تمایل داشته به مددکار اجتماعی انتقال دهد خودداری شود و یا با هماهنگی مراجع ذکر شود البته انتقال اطلاعات مهم در مواقعی که خطر مراجع و یا کسی دیگر را تهدید می‌کند بلامانع است) و مددکار اجتماعی بیمارستان با سازمان مقصد به صورت حضوری یا تلفنی هماهنگی‌های لازم را انجام دهد. هدف و دلیل ارجاع را مشخص کرده و شرح مختصری از مشکل و خواسته‌ی بیمار را در فرم بنویسید. لازم است که نتیجه‌ی ارجاع نیز مورد پیگیری قرار گیرد. کسانی را در سازمان‌های مقصد شناسایی کنید که تعهد کاری بالایی داشته و نهایت تلاش خود را برای رفع مشکل بیمار انجام می‌دهند. می‌توان از فرم زیر برای ارجاع بیماران استفاده نمود.



جدول شماره ۸: فرم ارجاع

فرم ارجاع		مشخصات بیمار:	
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	کد ملی / شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:
آدرس و شماره تماس:			
• دلیل ارجاع:			
• مشکل فعلی (بر حسب ضرورت با تشخیص مددکار اجتماعی این بخش نوشته شود):			
• خدمت مورد نیاز:			
اطلاعات ارجاع دهنده:			
نام و نام خانوادگی مددکار اجتماعی:	تاریخ ارجاع:		
آدرس و شماره تماس:	مهر و امضا		
اطلاعات موسسه مقصد:			
نام و نام خانوادگی فرد پذیرنده:			
آدرس و شماره تماس موسسه:			

### ۳- مشاوره‌ی کوتاه مدت اولیه و مشاوره تکمیلی

در شرایط بحرانی همه‌ی بیماران شناسایی شده کاندید دریافت مشاوره اولیه خواهند بود. لازم است از حقوق خود آگاه شده و در مورد خدماتی که در شرایط بحرانی به افراد نیازمند ارائه می‌شود، آگاه شوند. حجم زیاد بیماران و کمبود نیروی متخصص، توزیع ناعادلانه‌ی منابع همگی می‌توانند زمینه تزییع حقوق بیماران را فراهم کنند، آگاهی دادن به بیماران در مورد حقوقشان از وظایف مسئول حقوق گیرنده‌ی خدمت و یا مسئول پیگیری امور بیماران می‌باشد. مددکاران اجتماعی

در مشاوره‌ی کوتاه‌مدت اولیه نسبت به آگاهی بیمار و همراهانش از حقوق خود اطمینان حاصل می‌کند. این نوع از مشاوره در اتاق مددکار اجتماعی و یا اتاق بیمار قابل‌ارائه است، محتوای مشاوره بر حقوق بیمار، اطلاع در مورد هزینه‌ها و بیمه‌ی درمانی و قوانین و مقررات بیمارستان متمرکز است. همچنین سطح استرس بیمار و همراهان مورد ارزیابی سریع قرار می‌گیرد و مددکار اجتماعی می‌تواند از تکنیک‌های کاهش و مدیریت استرس برای آن‌ها استفاده کند. کمبود اطلاعات در مورد قوانین و حقوق می‌تواند سبب افزایش استرس بیمار شود. تکنیک‌های کاهش استرس شامل تمرین‌های تنفسی، آرام‌سازی و انقباض عضلات می‌باشد. در صورت نیاز بیمار می‌تواند مشاوره‌های تکمیلی را نیز دریافت کند. مشاوره‌های تکمیلی از جمله مداخلات پس‌بحران محسوب می‌شوند و فرد را برای حرکت به سوی توانمندسازی آماده می‌کند. بیمارانی که قرار است پس از ترخیص در مراکز نگهداری سازمان بهزیستی تحت مراقبت قرار گیرند، بیمارانی که استرس شدید را تجربه کرده‌اند و یا PTSD شده‌اند می‌توانند از مشاوره‌های تکمیلی مددکاری اجتماعی و روانشناسی نیز استفاده کنند. مشاوره‌های مددکاری اجتماعی چه به‌صورت اولیه و چه تکمیلی، می‌تواند شامل مشاوره‌های سوگ، مشاوره در بحران (خودکشی، سوگ و فراق، حوادث، ارائه‌ی خبر ناگوار و شرایط اورژانسی)، آرام‌سازی و مشاوره‌های سطح اول روانی باشد.

#### ۴- آموزش‌های فردی

اگرچه هر بیمارستان به‌منظور ارائه‌ی آموزش به بیماران در زمینه مراقبت‌های پس از ترخیص، نحوه‌ی مصرف داروها، رعایت رژیم غذایی تعویض پانسمان و خود مراقبتی از کارشناس مربوطه که معمولاً پرستار است، بهره می‌گیرند اما مددکاران اجتماعی نیز می‌توانند در مورد خود مراقبتی‌های روانی اجتماعی و اهمیت روابط و حمایت‌های اجتماعی در بهبود بیماری آموزش‌هایی را برای بیماران ارائه کنند. توجه به مشکلات جسمی و روحی ثانویه پس از بحران حائز اهمیت است و در برنامه‌های آموزشی باید به جنبه‌ی پیشگیری از آسیب‌های بیشتر نیز توجه نمود.

آموزش‌های مددکاری اجتماعی می‌تواند شامل آموزش برقراری مهارت‌های اجتماعی (به‌ویژه در گروه‌های هدفی که به دلیل شرایط بحرانی قادر به برقراری ارتباط صحیح نبوده و همین امر زمینه‌ی محرومیت از منابع و تبعیض را برای آن‌ها ایجاد می‌کند)، آموزش‌های خود مراقبتی روانی اجتماعی (شامل آموزش نحوه‌ی آرام‌سازی و کاهش استرس، مدیریت تنش‌های ناگهانی، خود مراقبتی از طریق برقراری ارتباط با خانواده و جامعه)، آموزش تاب‌آوری (باهدف مدیریت وضعیت، ناامیدی و احساس تنهایی و افزایش احساس شایستگی فردی و عزت‌نفس) باشد و به‌صورت فردی، گروهی و خانوادگی به بیماران ارائه می‌شود.

#### ۵- مداخله در بحران

مداخله در بحران فرآیندی است که با هدایت مددکاران اجتماعی و مشارکت پزشک، پرستار و روانشناس بیمارستان انجام می‌شود و بازماندگان و قربانیان، بیماران روانپزشکی، افراد مبتلا به PTSD و اختلال‌های استرسی ثانویه را شامل می‌شود. حمایت‌های روانی اجتماعی از سوی مددکاران اجتماعی ارائه می‌شود و همدلی در تمامی این فرآیند وجود خواهد داشت.

در شرایط بحرانی مانند وقوع بلا یا و حوادث، ارائه‌ی اخبار ناگوار باید در بستری از حمایت‌های روانی انجام شود. تدارک لازم برای این کار توسط مددکار اجتماعی فراهم می‌شود. بر طبق استانداردهای اعتباربخشی هر بیمارستان باید اتاقی را برای سوگواری و یا ارائه‌ی خبر ناگوار فراهم کند که در محیطی آرام و به‌دوراز هیاهو باشد و بیمار و همراهان فرصت کافی برای تخلیه‌ی احساسی و هیجانی داشته باشند، پیش‌بینی‌های لازم برای مشاهده‌ی هر نوع واکنش ناشی از شوک روانی مدنظر قرار گیرد. همچنین بر اساس دستورالعمل ارائه‌ی خبر ناگوار لازم است افرادی برای ارائه‌ی اخبار بد در شیفت‌های مختلف درمانی آموزش‌های لازم را کسب نمایند. (نحوه‌ی ارائه‌ی خبر ناگوار، مقدمات تشکیل جلسه و نحوه‌ی همدلی با خانواده و بیمار به‌طور مبسوط در پروتکل مداخله در بحران (از پروتکل‌های پایه‌ی خدمات مددکاری اجتماعی) ذکر شده است.

### ب) مداخلات گروهی

دامنه و بزرگی بحران باعث می‌شود که مددکاران اجتماعی هم‌زمان با چند نفر و به‌صورت گروهی کار کنند. مددکاری گروهی در شرایط بحرانی می‌تواند شامل مداخلات زیر باشد:

- ۱- برقراری ارتباط و تعامل با بازماندگان و آسیب دیدگان
- ۲- ایجاد حس راحتی و آرامش در آن‌ها
- ۳- ایجاد زمینه ریزی هیجانی و احساسی و آرام‌سازی
- ۴- جمع‌آوری اطلاعات و تهیه‌ی برنامه‌ی عملی
- ۵- برقراری ارتباط با منابع حمایت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی و حمایتی
- ۶- ارتقاء دانش و آگاهی مخاطبین از طریق گروه
- ۷- ایجاد زمینه‌ی بازپیوند بین فرد و خانواده
- ۸- مداخلات خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت (با تأکید بر پذیرش و مراقبت از افراد بیمار خانواده)

در شرایط بحرانی که هنگام وقوع حوادث و بلا یا رخ می‌دهد، مددکاران اجتماعی می‌توانند سه نوع مداخلات گروهی داشته باشند: گروه‌های همیار، گروه‌های آموزشی خود مراقبتی و مشاوره‌های گروهی. گروه‌ها می‌توانند در اتاق بیمار، سالن اجتماعات یا حتی اتاق مددکار اجتماعی تشکیل شوند. زمان جلسات نباید بیش از ۴۵ دقیقه باشد و شرایط جسمانی بیمار هم برای حضور در گروه مدنظر قرار گیرد. اعضای خانواده و همراهان هم برحسب نوع و هدف گروه می‌توانند در جلسات حضور داشته باشند. تشکیل گروه به مهارت تسهیلگری مددکار اجتماعی نیاز دارد و برای هر جلسه مددکار اجتماعی باید گزارشی را تهیه کند. مددکاران اجتماعی می‌توانند از ظرفیت‌های گروه‌های مجازی نیز استفاده کنند، گروه‌های مجازی اگرچه از ویژگی‌های رویارویی و همدلی و پویایی برخوردار نیستند اما درعین حال امکان تبادل اطلاعات در آن‌ها با سرعت و راحتی بیشتری انجام می‌شود و برای مقاصد آموزشی و آگاه‌سازی بسیار مؤثر می‌باشند.

## ۱- گروه‌های همیار

گروه‌های همیار گروه‌هایی هستند دارای کنش دوسویه، متقابل و افقی که اغلب بین افراد با توانایی‌های کم‌وبیش یکسان یا کسانی که بتوانند توانایی‌های یکدیگر را تکمیل یا کمبودهای هم را جبران کنند، صورت می‌گیرد. در این گروه‌ها نقش یاری‌دهنده و یاری‌گیرنده به‌طور متناوب تغییر می‌کند. این گروه‌ها موجبات رشد فکری، افزایش اعتمادبه‌نفس و حس مشارکت و همکاری در اعضا را فراهم می‌کنند. تشکیل گروه‌های همیار در بیمارستان‌های ایران پدیده‌ی متداولی نیست و صحبت از تشکیل این گروه‌ها، ذهن را به‌سوی گروه‌های همیار زنان سرپرست خانواری می‌اندازد که معمولاً در ادارات بهزیستی تشکیل می‌شود. درحالی‌که مرور منابع و شواهد تحقیقاتی گسترده نشان می‌دهد که گروه‌های همیار در شرایط بحرانی و در بیمارستان‌ها می‌تواند نتایج مثبتی را به همراه داشته باشد. این گروه‌ها برای بازماندگان، افرادی که خانه و سرپناه خود را از دست داده‌اند، افرادی که دچار قطع عضو شده‌اند و مشکل جسمی مشابه دارند و همچنین برای بیماران رها شده قابل استفاده می‌باشد و می‌تواند تاب‌آوری را در افراد این گروه‌ها افزایش دهد.

مددکار اجتماعی بیمارستان می‌تواند بیماران با نیازها و خواسته‌های مشابه را شناسایی کرده و با اتکا به پویایی حاصل از روابط بین فردی، جلسات گروهی کوتاه‌مدت را برای این افراد هماهنگ کند. نقش عمده مددکار اجتماعی در گروه‌های همیار تسهیلگری است و از آنجاکه شرایط جسمی بیماران در طول دوره‌ی بستری در بیمارستان اجازه‌ی حضور طولانی مدت آن‌ها را در گروه نمی‌دهد به همین دلیل توصیه می‌شود جلسات بیش از ۴۵ دقیقه نباشد.

## ۲- گروه‌های آموزش خود مراقبتی

یکی از متداول‌ترین اشکال مددکاری گروهی در بیمارستان‌ها، گروه‌های آموزشی با تأکید بر خود مراقبتی است. خود مراقبتی به‌ویژه در پیشگیری از بستری مجدد افراد مبتلابه بیماری‌های مزمن و زمینه‌ای مانند بیماری‌های قلبی عروقی، صعب‌العلاج و خاص و مبتلایان به دیابت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. خود مراقبتی از سه بعد جسمی (تغذیه، ورزش، کنترل وزن، استراحت)، روانی (مدیریت استرس، آرام‌سازی)، اجتماعی (مدیریت روابط بین فردی، فعالیت‌های عام‌المنفعه‌ی اجتماعی، گسترش حمایت‌های اجتماعی) قابل آموزش می‌باشد و مددکار اجتماعی با مشارکت اعضای تیم درمان می‌تواند به‌صورت گروهی بیماران و همراهانشان را به خود مراقبتی تشویق نماید. در شرایط بحرانی، توجه به جنبه‌های روانی اجتماعی خود مراقبتی می‌تواند تأثیرات مثبتی بر سلامت جسمی بیماران و تسریع روند بهبودی آن‌ها داشته باشد به‌خصوص که بیماران استرس‌های ناشی از ترومای حادثه را تجربه می‌کنند.

## ۳- مشاوره‌های گروهی و خانوادگی

یکی از مهم‌ترین مداخلات مددکاران اجتماعی در بیمارستان ارائه‌ی مشاوره به بیماران است. می‌توان بخشی از این خدمات را در قالب کار گروهی انجام داد. در گروه‌های مشاوره اعضا یکدیگر را درک کرده و برای رفع مشکلات یکدیگر پیشنهادهایی را ارائه می‌کنند. تعامل اجتماعی بهبود می‌یابد. رشد نگرش‌های مثبت، ایجاد امید و انگیزه و تقویت مهارت‌های بین فردی

از جمله اهداف گروه‌های مشاوره است. مددکار اجتماعی می‌تواند زمینه‌های تشکیل این گروه‌ها را در اتاق بیماران فراهم کند. کارشناس آموزش به بیماران هم می‌تواند در این حوزه با مددکار اجتماعی همکاری کند. یکی از مزیت‌های مشاوره‌های گروهی، زمان کوتاه (حداکثر سی دقیقه) و اثربخشی بالاست. بیماران پس از بحران تا حد زیادی انگیزه و امید خود را از دست می‌دهند، به لحاظ جسمی آسیب‌دیده‌اند و ممکن است که بخش زیادی از دارایی‌های خود را نیز در اثر وقوع بحران از دست داده باشند. اما بیمار برای ترخیص ایمن به امید و انگیزه نیاز دارد، همچنین قرارگیری در فرآیند بازسازی و توانمندسازی نیز نیازمند انگیزه‌ی کافی است. این نوع از مشاوره‌ها برای اعضای خانواده‌ی بیمار نیز قابل استفاده است. مددکار اجتماعی می‌تواند از اشکال خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت نیز استفاده کند البته هدف از این نوع مداخلات صرفاً کاهش تنش‌های خانوادگی و تسهیل‌گری به‌منظور پذیرش هرچه بهتر بیمار در خانواده می‌باشد. شرایط بحرانی، امکان طرد و رها شدن بیمار از سوی خانواده را تشدید می‌کند به همین دلیل مددکار اجتماعی باید از روش‌های کوتاه‌مدت خانواده‌درمانی (به‌ویژه خانواده‌درمانی ارتباطی) به‌منظور افزایش پذیرش بیمار استفاده کند و اطمینان یابد که بیمار مراقبت‌های لازم را از طریق اعضای خانواده دریافت می‌کند. از آنجا که خانواده‌درمانی در مددکاری اجتماعی بیمارستانی، مداخله‌ی رایجی نیست، شیوه‌ی کوتاه‌مدت با اهداف محدود در صورت لزوم می‌تواند راهگشا باشد. بیمار برای ترخیص ایمن و یا قرارگیری در فرآیند بازسازی و توانمندسازی نیازمند امید و انگیزه‌ی کافی می‌باشد.

← مکان تشکیل گروه: اتاق بیمار، سالن اجتماعات، اتاق مددکار اجتماعی

← اعضای گروه: بیماران، همراهان و خانواده بیمار، پرسنل بیمارستان

← قوانین گروه: پذیرش بدون شرط، عدم قضاوت، ایجاد محیط امن برای بیان نظرات

### سناریو شماره پنج

پس از وقوع سیل بیماران بسیاری در بیمارستان‌ها عمومی شهر بستری شدند که پس از بررسی و ارزیابی مددکار اجتماعی مشخص شد بیشتر آن‌ها به لحاظ جسمی آسیب‌های جزئی دیده‌اند و پس از دو الی سه روز از بیمارستان ترخیص خواهند شد ولی به لحاظ روحی ترس ناشی از سیل عظیم و تنش ناشی از تخریب منازل مسکونی را تجربه می‌کنند. مددکار اجتماعی به این نتیجه رسید که اگر بخواهد بر بالین تک‌تک بیماران حاضر شود و توصیه‌هایی در مورد کاهش استرس، منابع حمایتی و پیگیری‌های پس از ترخیص و خود مراقبتی به آن‌ها ارائه بدهد این کار مدت‌زمان زیادی لازم دارد و در این بین برخی از بیماران بدون دریافت خدمات موردنیاز از بیمارستان ترخیص خواهند شد. پس تصمیم گرفت تا در اتاق بیماران حاضر شده و هر اتاق را یک گروه در نظر بگیرد و آموزش‌های خود را به صورت گروهی به بیماران ارائه کند. همچنین مددکار اجتماعی جلسات کوتاه نیم‌ساعته در سالن اجتماعات بیمارستان برگزار کرد و از همراهان بیماران و خانواده‌های آن‌ها درخواست کرد تا در این جلسات آموزشی حضور یابند، مددکار اجتماعی با کارشناس آموزش به بیمار نیز هماهنگ کرد تا توصیه‌هایی در مورد خود مراقبتی و پیشگیری از ابتلا به عفونت و قارچ‌های پوستی ناشی از حضور در محیط‌های مرطوب ارائه کند. به‌منظور مستندسازی از جلسات، صورت جلسه‌ای تهیه شد و از اعضا خواسته شد تا آن را امضا کنند و نظرات کاربردی خود را در برگه‌ی

امضا بنویسند، شرح جلسات هم بعداً توسط مددکار اجتماعی تکمیل گردید. به این ترتیب تعداد بسیار زیادی از مراجعین از خدمات مشاوره‌ای برخوردار شدند.

### ج) مداخلات جامعه‌ای

مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها می‌توانند با بهره‌گیری از دانش مددکاری جامعه‌ای، مداخلات تخصصی را ارائه دهند.

مداخلات تخصصی تر می‌تواند در یکی از سرفصل‌های زیر انجام شود:

- ۱- توسعه‌ی همکاری‌های بین بخشی در مورد حمایت‌های روانی اجتماعی
- ۲- آموزش مدیریت استرس (آموزش حضوری در مراکز بهداشتی درمانی، مشارکت در تهیه‌ی بروشور و پمفلت یا فیلم‌های آموزشی، مشارکت در نیازسنجی‌های آموزشی و حضور در تیم‌های مداخله‌ای)
- ۳- شناسایی نیازهای عمومی و نیازسنجی تفصیلی
- ۴- تشکیل بانک‌های اطلاعاتی
- ۵- تهیه و تدوین طرح پژوهشی با تکیه بر یافته‌های مبتنی بر شواهد
- ۶- پیگیری در محلات و بازدیدهای دوره‌ای
- ۷- کمک در اجرای طرح‌های بازیابی اجتماعی
- ۸- اجرای طرح‌های توسعه‌ی محلی با بهره‌گیری از ظرفیت پایگاه‌های اجتماعی در محلات

#### سناریو شماره شش

ایده‌ی توسعه‌ی محلی

مددکار اجتماعی بیمارستان از طریق ارزیابی بیماران، ارتباط با سازمان‌ها و نهادهای حمایتی، نیازسنجی و مشارکت در امداد رسانی عمومی می‌تواند مشکلات و نیازهای جامعه محلی را شناسایی نماید. در طرح‌های اجتماعی پس از بلایا لازم نیست که مددکار اجتماعی حتماً مجری طرح باشد، ارائه‌ی اطلاعات به پایگاه‌های اجتماع محور موجود در محلات مانند کلینیک‌های مددکاری اجتماعی و پایگاه‌های تسهیل‌گری نیز نقش مهمی محسوب می‌شود. شواهد نشان می‌دهد که مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌ها معمولاً در فرآیندها و مداخلات جامعه‌محور مشارکت نمی‌کنند در حالی که آن‌ها به واسطه‌ی کار با گروه‌های هدف گسترده‌تر از دانش و اطلاعات ارزشمندی برخوردارند که می‌تواند پایه‌ی مداخلات گسترده‌تری باشد.

هدف کلی در رویکرد توسعه محلی عبارت است از توانمندسازی جوامع محلی در جهت شناخت، ارزیابی مسائل و نیازهای پیرامون خود در محله و توانایی برنامه‌ریزی و انجام اقدامات لازم در حل و پاسخگویی به این مسائل و نیازها به صورت پایدار.

اصول حاکم در اجرای طرح‌های اجتماع محور محلی عبارت است از

- ۱- مشارکت‌جویی تصمیم‌گیران و مشارکت‌پذیری ذینفعان
- ۲- مبتنی بودن برنامه بر اولویت‌ها و نیازهای واقعی جامعه
- ۳- مسئولیت‌پذیری ذینفعان و دست‌اندرکاران برنامه توسعه استراتژی‌های پیشنهادی:

تشویق و ایجاد انگیزه- سازمان‌یابی افراد داوطلب، آموزش و ظرفیت‌سازی در اجتماعات محلی، نهادسازی در محلات، انتقال دانش و تجارب، تعامل بین مراکز دولتی و غیردولتی، مشارکت افزایشی، اطلاع‌رسانی مستمر در محلات، مستندسازی اقدامات و راهبردهای نظارتی.

### گام پنجم: ارزیابی اثربخشی مداخلات مددکاری اجتماعی

مداخلات مددکاران اجتماعی از نظر دستیابی به اهداف تعیین‌شده و اثربخشی به دودسته قابل تقسیم می‌باشد.

الف) مداخلات مؤثر: از آنجاکه مددکاران اجتماعی مداخلات گوناگونی انجام می‌دهند که سنجش اثربخشی آن‌ها دشوار است، به‌ویژه که برخی از مداخلات مانند مشاوره و راهنمایی دارای جنبه‌های ذهنی و نگرشی است، توصیه می‌شود در فرم مدیریت مورد هر مداخله و فعالیتی که مددکار اجتماعی انجام می‌دهد به‌صورت مجزا ذکر شود، چنانچه نتیجه‌ی مورد انتظار، محقق شد میزان دستیابی به هدف در مورد آن مداخله ۱۰۰ درصد در نظر گرفته می‌شود برای مثال دستیابی به اهدافی مانند ترخیص ایمن، هویت‌یابی از بیمار مجهول‌الهویه، پیدا کردن اسکان ایمن و سرپناه برای بیمار، رضایت‌مندی همراه و بیمار نیز نشان‌دهنده‌ی ارائه‌ی مداخله‌ی مؤثر است. زمانی می‌توان ادعا کرد مداخلات مددکار اجتماعی مؤثر بوده که در دستیابی به اهداف عینی نظیر موارد موفق باشد. همچنین تدوین برنامه و هدف‌گذاری سبب می‌شود که ارزیابی مداخله با دقت بیشتری انجام شود. در فرم مدیریت مورد می‌توان برای هر فعالیت در صد موفقیت را تعیین کرد و با محاسبه‌ی میانگین درصدها میزان دستیابی به اهداف مشخص می‌شود.

ب) مداخله‌ی نامؤثر یا ناتمام: مداخله‌ای که مجموع فعالیت‌ها در درست‌یابی به اهداف تعیین‌شده بر اساس فرم مدیریت مورد کمتر از ۵۰ درصد باشد و امکان ترخیص ایمن بیمار وجود نداشته باشد، مداخله‌ی نامؤثر محسوب شده و نیاز به بازنگری دارد. عدم موفقیت در هویت‌یابی برای بیمار مجهول‌الهویه، عدم موفقیت در دریافت بیمه‌ی درمانی برای بیمار، عدم پذیرش بیمار توسط سایر سازمان‌های امدادی و رفاهی می‌تواند از نمونه مداخلات نامؤثر باشد. از سوی دیگر ممکن است به دلیل اعزام یا فوت بیمار، مداخلات تخصصی نیمه‌تمام باقی بماند.

لازم به ذکر است که تا زمانی که ابزار معتبری برای بررسی اثربخشی مداخلات طراحی شود، امتیازی که مددکار اجتماعی به هر فعالیت می‌دهد و نظر مددکار اجتماعی در بررسی مؤثر یا نامؤثر بودن مداخله، ملاک عمل است.

### گام ششم: قرارگیری بیمار در فرآیند ترخیص ایمن

ترخیص ایمن فرآیندی است که از زمان ارزیابی بیمار آغاز می‌شود و مددکار اجتماعی با شناسایی نیازها و انجام مداخلات تخصصی بیمار را برای ترخیص آماده می‌کند. این برنامه‌ریزی طول مدت حضور بیمار در بیمارستان را کاهش داده و می‌تواند 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 به صورت تیمی انجام می‌شود زیرا خدماتی مانند ترخیص پزشکی، آموزش به بیمار، مراقبت در منزل، تجهیزات پزشکی و خدمات توانبخشی، حمل‌ونقل تا منزل و بررسی محل سکونت همگی، فعالیت‌هایی هستند که توسط پزشکان، پرستاران، اعضای تیم توانبخشی، کارشناسان روانشناسی و تغذیه و مددکاران اجتماعی ارائه می‌شود. گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی که در استانداردهای اعتباربخشی هم به آن‌ها اشاره شده است، اولویت بیشتری را برای برنامه‌ریزی ترخیص کسب می‌کنند و در بسیاری از موارد باید این بیماران را پس از ترخیص به منابع حمایتی مختلف درون و برون‌سازمانی پیوند داد.

### گام هفتم: اختتام و پیگیری پس از ترخیص و مستندسازی

پیگیری پس از ترخیص کلیه اقدامات است که مددکار اجتماعی پس از ترخیص بیماران بویژه بیماران مزمن و یا مشکلات پیچیده از بیمارستان انجام می‌دهد و بخشی از فرآیند مداخلاتی محسوب می‌شود. پیگیری می‌تواند از طریق تماس تلفنی، بازدید از منزل و یا درخواست مراجعه‌ی حضوری بیمار و همراهانش به بیمارستان انجام می‌شود. برحسب مشکل بیمار و نوع مداخله، مدت‌زمان لازم برای پیگیری پس از ترخیص متفاوت خواهد بود. پیگیری از یک هفته تا یک سال پس از ترخیص می‌تواند ادامه داشته باشد. معمولاً پیگیری‌های طولانی‌تر مربوط به بیماران صعب‌العلاج و یا بیمارانی است مشکلات قضایی دارند. پیگیری تلفنی همچنین می‌تواند یک وسیله مؤثر باشد چنین پیگیری‌هایی فرصتی برای رسیدگی به سؤالات بیمار و مشکلات آنان فراهم می‌کند. همچنین در این فرآیند چنانچه مددکار اجتماعی تشخیص دهد، بازدید از منزل انجام می‌گیرد.

لازم است تمامی مداخلات در فرم‌های مربوطه ثبت و نگهداری شده (در سریع‌ترین زمان ممکن به منظور پی‌شگیری از فراموشی مداخلات) و در پرونده‌ی بالینی بیمار (به صورت کاغذی یا الکترونیک) بایگانی شود. ارائه‌ی گزارش عملکرد از مداخلات انجام‌شده به مسئولین بیمارستان یا مسئول مددکاری اجتماعی دانشگاه/ دانشکده هم بخشی از فرآیند مستندسازی محسوب می‌شود.

**نکته:** باید توجه داشت که پروتکل حاضر چارچوب عملکرد استاندارد را فراهم نموده و در اجرای آن، مددکار اجتماعی می‌بایست قضاوت حرفه‌ای و ترجیحات مراجع را مدنظر قرار دهد.



## بخش دوم: مهارت‌ها و آموزش‌های مورد نیاز برای مداخله تخصصی مددکاران اجتماعی در بحران

### الف) مهارت‌های پیش از بحران

مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌های کشور پیش از وقوع بحران باید مهارت‌های عمومی و تخصصی کار در بیمارستان را بیاموزند. مهارت‌های عمومی شامل تسلط بر نرم‌افزارهای درون بیمارستان مانند سامانه اطلاعاتی (HIS)، مهارت‌های هفت‌گانه‌ی ICDL، مهارت‌های ارتباطی برای کار با مراجع می‌باشد. مهارت‌های تخصصی هم عبارتند از آشنایی با اصول و فنون مصاحبه، مشاوره و ارزیابی، مستندسازی و گزارش‌نویسی به‌ویژه تسلط بر دو فرم مصوب ارزیابی تخصصی و مدیریت مورد، مهارت تسهیلگری، مهارت‌های موردنیاز برای کار منطبق با پروتکل‌های پایه‌ی خدمات مددکاری اجتماعی به‌ویژه پروتکل مداخله در بحران.

همچنین لازم است تا مددکاران اجتماعی با استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان آشنایی داشته و تمامی اقدامات و فعالیت‌های خود را بر اساس این استانداردها ارائه نمایند. مددکار اجتماعی باید جایگاه خود را در تیم بحران بیمارستان بشناسد و شیفت‌های کاری و مددکاران اجتماعی جانشین در چارت بحران به‌درستی مشخص شده باشد. آموزش در زمینه‌ی پروتکل‌های پایه و تخصصی مددکاری اجتماعی، تکنیک‌ها و مهارت‌های برقراری ارتباط، روش‌های کاهش و مدیریت استرس و تاب‌آوری، روش‌های خودمراقبتی اجتماعی، روش‌ها و تکنیک‌های مداخله در بحران می‌تواند مددکاران اجتماعی را برای مداخلات مؤثر، آماده نگه دارد.

### ب) مهارت‌های موردنیاز برای مداخله در شرایط بحرانی

موانع بسیاری در مسیر مداخلات مددکاری اجتماعی در حین وقوع فاجعه و پس‌از آن وجود دارد مانند کمبود آموزش در زمینه‌ی حوادث و بلایا، کمبود آمادگی برای مداخله، کمبود آمادگی کافی در مورد صلاحیت‌ها و چالش‌های فرهنگی و زمینه‌ای مانند ویژگی‌ها و موقعیت حادثه و مقیاس تخریب. از آنجاکه شرایط بحرانی توأم با افزایش استرس در مددکار اجتماعی و مراجعین است، مدیریت و کنترل استرس از مهم‌ترین مهارت‌ها محسوب می‌شود. مددکاران اجتماعی علاوه بر اینکه باید بر استرس خود مسلط باشند باید بتوانند با بهره‌گیری از مهارت‌های آرام‌سازی به کاهش استرس و ناآرامی‌های بیماران و همراهان نیز کمک کنند. علاوه بر مهارت‌های عمومی و تخصصی که در شرایط غیر بحرانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، لازم است تا مددکاران اجتماعی بر اجرای کامل این مهارت‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن نیز مسلط باشند. نکته‌ی مهم مداخلات مددکاری اجتماعی در بلایا، مداخله‌ی کوتاه، سریع و اثربخش است پس مددکار اجتماعی باید با مداخلات کوتاه (Brief) آشنا باشد.

## محدودیت‌های مداخله

تدوین این پروتکل با تکیه بر تجارب پیشین مداخلات مددکاران اجتماعی در بحران‌هایی مانند سیل و زلزله بوده است و علی‌رغم استفاده از نظرات تخصصی کارشناسان متعدد و بهره‌گیری از روش نقد راهنما، اما ارزیابی نهایی پروتکل تا زمانی که بحرانی واقعی به وقوع نپیوندد، امکان پذیر نمی‌باشد. همچنین از آنجاکه بحران‌ها از ویژگی پیش‌بینی‌ناپذیری برخوردارند ممکن است در برخی شرایط و به دلیل نبود امکانات و زیرساخت‌های ضروری، امکان مداخله مؤثر مطابق با آنچه در پروتکل در نظر گرفته شده است، وجود نداشته باشد.

فرم جامع ارزیابی و مداخلات مددکاری اجتماعی در حوادث و بلایا

نام و نام خانوادگی بیمار:									نام پدر:			شماره پرونده:			کد ملی:		
آدرس و شماره تماس:																	
غربالگری و ارزیابی روانی اجتماعی (ارزیابی جامع مددکاری اجتماعی)																	
حضور همراه مؤثر	بیمار فاقد مدارک هویتی	بیمار با سطح هوشیاری پایین	شبکه حمایتی/ وضعیت خانوادگی	شرایط روانی	وضعیت اقتصادی/ سرپناه	اختلال در عملکرد اجتماعی به علت بیماری و بستری	جزء گروه‌های آسیب پذیر	مسائل قانونی									
بیمار چه اولویتی را کسب می‌کند؟ (فوری و مهم، فوری اما غیر مهم، بدون فوریت، بدون اولویت)																	
شرح نهایی ارزیابی:																	
اهداف مداخله:																	
عنوان مداخله			شرح مداخله						درصد دستیابی به نتیجه								
نتیجه نهایی مداخله:																	
میانگین دستیابی به اهداف:																	
توصیه‌های پس از ترخیص:																	
نیاز به پیگیری پس از ترخیص: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> شیوه‌ی پیگیری:																	
برنامه و نتیجه پیگیری:																	
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی: تاریخ:																	

## فهرست منابع

1. بخشی نیا. نقش مددکاری اجتماعی در بلایای طبیعی با تأکید بر زلزله. فصلنامه مددکاری اجتماعی. ۲۰۱۵؛ ۳(۴): ۴۸-۵۷.
2. درودی، فرس، حسن. ارزیابی مدیریت بحران در ایران بر مبنای مدل لیتل جان (با بررسی موردی سیل فروردین ۱۳۹۸ لرستان، مازندران و زلزله آبان ۱۳۹۶ کرمانشاه. فصلنامه علمی-ترویجی دانش پیشگیری و مدیریت بحران. ۲۰۱۹؛ ۹(۴): ۳۹۳-۴۰۲.
3. Chua SE, Cheung V, Cheung C, McAlonan GM, Wong JW, Cheung EP, et al. Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004;49(6):391-3.
4. Everly GS, Lating JM. Crisis Intervention and Psychological First Aid. A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response: Springer; 2019. p. 213-25.
5. احمدراد، فرید. ابعاد روان‌شناختی بحران کرونا و شیوه‌های آموزشی کاهش آن. فصلنامه روان‌شناسی تربیتی. ۲۰۲۰؛ ۱۶(۵۵): ۲۷-۵۴.
6. Moon F, Fraser L, McDermott F. Sitting with silence: hospital social work interventions for dying patients and their Families. *Social work in health care*. 2019;58(5):444-58.
7. Bauwens J, Naturele A. The role of social work in the aftermath of disasters and traumatic events. Springer; 2017.
8. Zakour MJ, Harrell EB. Access to disaster services: Social work interventions for vulnerable populations. *Journal of Social Service Research*. 2004;30(2):27-54.
9. دلیر، قاسمی. نقش حمایت اجتماعی و هیجان خواهی در تاب‌آوری امدادگران جمعیت هلال‌احمر. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی. ۲۰۱۹؛ ۳۳(۳): ۳۴-۱۹.
10. Yanay U, Benjamin S. The role of social workers in disasters: The Jerusalem experience. *International Social Work*. 2005;48(3):263-76.
11. Browne T. Social Work Roles and Healthcare Settings. *Handbook of health social work*. 2019:21-37.
12. Browne T, Merighi JR, Washington T, Savage T, Shaver C, Holland K. Nephrology social work. *Handbook of health social work*. 2019:411-40.
13. خانکه، راد م، عرب عآ. توسعه استانداردهای اعتباربخشی مدیریت خطر حوادث و بلایا: راهکاری برای ارتقای آمادگی بیمارستان‌ها-سرمقاله. طب نظامی. ۲۰۱۹؛ ۲۰(۶): ۵۷۴-۶.