

نقش مددکاری اجتماعی، انواع حمایت‌های سازمانی، نهادها و منابع برای بیماران سخت درمان

حضور مددکار اجتماعی در تیم تخصصی درمان "بیماران سخت درمان"، علاوه بر پرداختن به بعد اجتماعی سلامت، فرایند و سیر درمان های زیستی بیماران را تسهیل می کند. خدمات حرفه ای مددکاری اجتماعی در بیمارستانها موجب افزایش رضایت بیماران و خانواده های ایشان می شود. تحقیقات نشان داده اند خدمات مددکاری در بیمارستانها به ویژه برای بیماران سخت درمان، می تواند منجر به کاهش میانگین ویزیت، میانگین هزینه های درمانی و میانگین هزینه های بستری در بیمارستان شده و میزان ارجاع و برقراری پیوند با نظام مراقبت اولیه را افزایش دهد. لذا ابرازی اثربخش و مقرون به صرفه برای کاهش استفاده از خدمات بیمارستان و نیز مشکلات روانی اجتماعی بیماران سخت درمان است.

از جمله وظایف مددکار اجتماعی، مقابله با مشکلات رفتاری بیماران، سازماندهی جلسات خانواده، حمایت یابی، برنامه ریزی برای ترخیص، ارزیابی روانی و اجتماعی، آموزش، حمایت، مشاوره، مداخله در بحران و امدادرسانی جامعه ای به بیماران سخت درمان است.

دو حوزه اصلی برای فعالیت مددکاران اجتماعی می توان شناسایی کرد: درمان مستقیم (کار با مراجع) و درمان غیر مستقیم (کار با محیط مراجع). مددکاران اجتماعی به تیم درمان کمک می کنند که در برنامه ریزی برای درمان به عوامل تأثیرگذار بر فرآیند درمان و عود بیماری که ماهیت روانی و اجتماعی دارند، توجه نماید.

کارکردهای مددکاری اجتماعی در این دو حوزه در سه سطح فردی، گروهی و جامعه ای طبقه بندی می شود:

الف) مداخلات فردی

مداخلات فردی مددکاران اجتماعی را می توان تحت عنوان "مدیریت مورد" خلاصه کرد. مدیریت مورد شامل مداخلاتی مانند حمایت یابی درون و برون سازمانی، ارجاع، مشاوره ی اولیه و تکمیلی،

آموزش، مداخله در بحران و پیگیری پس از ترخیص میباشد. عمده ترین وظایف مددکار تحت عنوان مداخلات فردی بشرح ذیل است:

ارزیابی:

مددکار، با کسب و ارزیابی اطلاعات موثق و مرتبط (پزشکی، روانشناختی، عملکردی، حقوقی، شغلی و مالی) از طریق مصاحبه با بیمار و همراهان به ارزیابی بیمار می پردازد. مهمترین مرحله برای بیماران و خانواده ها، ارزیابی است. ارزیابی فرآیندی خطی نیست و می تواند در تمام مراحل خدمت رسانی به صورت گام به گام و از طریق بررسی، شناسایی، اندازه گیری، تشریح مشکل، طبقه بندی و تشخیص انجام می شود. در شرایط بحرانی، ارزیابی باید سریع و جامع باشد تا بتواند راهنمای تدوین برنامه ی مداخله ای باشد. ارزیابی اولیه ی مددکار اجتماعی (تریاز)، ارزیابی بحران و ارزیابی زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی از اشکال ارزیابی محسوب میشوند. مددکار اجتماعی می تواند از روشهای ارزیابی مانند بررسی و مشاهده، مصاحبه ی نیمه ساختاریافته، مقیاسهای اندازه گیری فردی، مقیاس دستیابی به هدف، مشاهده ی رفتار، خود اظهاری، مقیاسهای شناختی، سیستم های تشخیصی استفاده کند.

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 برنامه ی مداخله کسب شود. اطلاعات را می توان از منابع گوناگون مانند خانواده و همراهان، تیم درمان، سایر مؤسسات و ادارات، پرونده ی بالینی و تاریخچه ی بیمار و منابع ثانویه کسب نمود. مددکاران اجتماعی برای ارزیابی می توانند از فرم جامع استفاده کنند. همچنین می توان از چک لیست هم برای ارزیابی استفاده نمود.

برنامه ریزی:

از طریق اطلاعات جمع آوری شده از تمامی مراجعان (مراقبان و بیماران)، بازدید منزل و سایر بازدیدهای میدانی، لیست نیازها ایجاد و اولویت بندی می شود؛ بیمار و خانواده تصمیم گیرندگان فعال در فرایند هستند. بر مبنای اطلاعات جمع آوری شده، مددکار نسبت به تدوین طرح مددکاری

اقدام می کند. در طرح یا پلن مددکاری ، مشکلات مددجو اولویت بندی گردیده ، راهکارهای حل مشکلات و نیز منابع حمایتی برای کمک به حل مشکلات ذکر شده است . طرح مددکاری نقشه راهی است برای سیر خدمات مددکاری به مددجو .

تسهیلگری:

در این کارکرد، تمرکز بر ارتباط و همکاری با تمام اشخاص به منظور ارتقا سطح مراقبت بیمار و حداکثر سازی نتایج میباشد. مددکار اجتماعی بیش از آنکه قیّم مآبانه رفتار کند سعی دارد توانایی و استعداد های بالقوه مددجو را شناسایی ، و شکوفایی آنها را تسهیل کند .

مشاوره:

یکی از انواع مداخلات است که بر اساس پروتکل مشاوره کوتاه مدت اولیه مددکاری اجتماعی انجام میشود ، راهنمایی جهت کاهش استرس، ارائه ی اطلاعاتی جهت طی مراحل تشخیصی یا درمانی، ارائه ی اطلاعات در خصوص روشهای پیشگیری صحیح می باشد. مشاوره ی کوتاه مدت اولیه و مشاوره تکمیلی برای همه ی بیماران سخت درمان ضرورت دارد. لازم است از حقوق خود آگاه شده و در مورد خدماتی که بوسیله منابعو نهادهای اجتماعی به افراد نیازمند ارائه میشود، آگاه شوند . مددکاران اجتماعی در مشاوره ی کوتاه مدت اولیه نسبت به آگاهی بیمار و همراهانش از حقوق خود اطمینان حاصل می کند. این نوع از مشاوره در اتاق مددکار اجتماعی و یا اتاق بیمار قابل ارائه است، محتوای مشاوره بر حقوق بیمار، اطلاع در مورد هزینه ها و بیمه ی درمانی و قوانین و مقررات بیمارستان متمرکز است . همچنین سطح استرس بیمار و همراهان مورد ارزیابی سریع قرار میگیرد و مددکار اجتماعی میتواند از تکنیک های کاهش و مدیریت استرس برای آنها استفاده کند . کمبود اطلاعات در مورد قوانین و حقوق میتواند سبب افزایش استرس بیمار شود . تکنیک های کاهش استرس شامل تمرینهای تنفسی، آرامسازی و انقباض عضلات میباشد. در صورت نیاز بیمار می تواند مشاوره های تکمیلی را نیز دریافت کند. مشاوره های تکمیلی از جمله مداخلات پساجراحان محسوب میشوند و فرد را برای حرکت به سوی توانمندسازی آماده می کند. بیمارانی که قرار است پس از ترخیص در مراکز نگهداری سازمان بهزیستی تحت مراقبت قرار گیرند، بیمارانی که استرس شدید را تجربه کرده اند میتوانند از مشاوره های تکمیلی مددکاری اجتماعی و روانشناسی نیز استفاده کنند

آموزش:

آموزش به مراجع، خانواده، مراقب و اعضای تیم ارائه کننده خدمات مراقبت‌های بهداشتی در مورد گزینه های درمان، منابع جامعه، تسهيلات و بیمه، نگرانی های روانی اجتماعی، مدیریت مورد و غیره، تا بتوانند تصمیمات به موقع و آگاهانه ای بگیرند.

آموزش یکی از انواع مداخلات مددکاری اجتماعی است که بسط به نوع گروه هدف از روشهای مختلف حضوری، غیر حضوری، ویدئو کنفرانس، مجازی و غیره استفاده میشود.

اگرچه هر بیمارستان به منظور ارائه ی آموزش به بیماران در زمینه مراقبت های پس از ترخیص، نحوه ی مصرف داروها، رعایت رژیم غذایی تعویض پانسمان و خود مراقبتی از کارشناس مربوطه که معمولاً پرستار است، بهره می گیرند اما مددکاران اجتماعی نیز می توانند در مورد خود مراقبتیهای روانی اجتماعی و اهمیت روابط و حمایت‌های اجتماعی در بهبود بیماری آموزشی را برای بیماران ارائه کنند. توجه به مشکلات جسمی و روحی ثانویه پس از بحران حائز اهمیت است و در برنامه های آموزشی باید به جنبه ی پیشگیری از آسیب‌های بیشتر نیز توجه نمود. آموزشهای مددکاری اجتماعی می تواند شامل آموزش برقراری مهارت‌های اجتماعی (به ویژه در گروه‌های هدفی که قادر به برقراری ارتباط صحیح نبوده و همین امر زمینه ی محرومیت از منابع و تبعیض را برای آنها ایجاد میکند)، آموزشهای خود مراقبتی روانی اجتماعی (شامل آموزش نحوه ی آرامسازی و کاهش استرس، مدیریت تنش های ناگهانی، خود مراقبتی از طریق برقراری ارتباط با خانواده و جامعه)، آموزش تاب آوری (باهدف مدیریت وضعیت ناامیدی و احساس تنهایی و افزایش احساس شایستگی فردی و عزت نفس) باشد و به صورت فردی، گروهی و خانوادگی به بیماران ارائه میشود.

حمایت یابی

حمایت یابی فرایندی است که به استق لال و توانمندی بیمار کمک می کند تا بتواند خواسته ها و نگرانیهای خود را ابراز کند، به اطلاعات و خدمات موردنیاز دسترسی پیدا کند، مسئولیت پذیری خود را افزایش دهد و فرصتهای عاد لانه ای 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. منظور یافتن منابع حمایتی رسمی و غیر

رسمی برای خدمات مورد نیاز بیمار در داخل و خارج از بیمارستان است. مددکار تلاش میکند حمایت طلبی را از طریق خود مراجع و خوداتکایی؛ ارتقاء دهد. برای حمایت یابی و کسب منفی که موجب پیشبرد برنامه درمانی بیمار میشوند، در درون و یا بیرون از بیمارستان برنامه ریزی و اقدام می شود. امکان دارد برای حمایت یابی لازم باشد مددکار اجتماعی به طور مستقیم با فرد، سازمان یا موسسه ارائه دهنده خدمت وارد مذاکره شود و آنها را برای ارائه خدمت به بیمار و یا خانواده اش متقاعد نموده و اطمینان حاصل کند که خدمات مورد نظر به موقع، به اندازه و با کیفیت مناسب به بیمار و خانواده ارائه خواهند شد. این نوع حمایت یابی را باید در شرایطی انجام داد که بیمار و یا خانواده اش از مهارت، دانش و تواناییهای کافی برای تأمین منافع خود برخوردار نیستند و مداخله مستقیم مددکار اجتماعی برای این امر ضرورت دارد. 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 میشوند، لازم است مددکار اجتماعی برای حمایت یابی، بیمار و یا خانواده اش را همراهی نماید. در این نوع حمایت یابی اقدامات به طور مشترک توسط مددکار اجتماعی و بیمار و یا خانواده وی انجام می شود و یا بین آنها تقسیم وظیفه صورت می گیرد. در صورتی که بیمار و یا خانواده اش از مهارت، دانش و تواناییهای لازم برای جلب حمایت به نفع بیمار برخوردار هستند، نیازی به حضور فیزیکی مددکار اجتماعی برای حمایت یابی وجود نخواهد داشت. در چنین موقعیت هایی مددکار اجتماعی می تواند فقط با آماده سازی بیمار و یا خانواده او و معرفی منابع و شرح ویژگی های هر یک از منابع به آنها برای تصمیم گیری و اقدام در مورد حمایت یابی کمک کند.

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 می گیرد. 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 می شود. . ارجاع ممکن است به یکی از دلایل زیر انجام شود :

• در بیمارستان، خدمات مورد نیاز بیمار عرضه نمی شود 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 هزینه های مربوط به تهیه ی این وسایل با مشکل مواجه شود که در این صورت مددکار اجتماعی باید او را به مراکزی ارجاع دهد که وسایل مورد نیاز را به صورت امانت، اقساطی، دست دوم و یا با هزینه ی کمتر به بیمار ارائه می کنند.

• کیفیت خدمات عرضه شده در بیمارستان برای حل کامل مشکل یا رفع نیاز وی مناسب نیست . برای مثال بیماران اعصاب و روان اگرچه از خدمات مشاوره ای مددکاران اجتماعی و روانشناسان برخوردار می شوند اما جلسات کامل درمانی باید در کلینیکهای تخصصی و مراکز بهداشتی ارائه شود که در این زمینه مددکار اجتماعی می تواند از ارجاع استفاده نماید . یا در مورد برخی از بیماران فقط می توان از مشاوره های اولیه استفاده نمود و بیمار برای دریافت مشاوره های تکمیلی می تواند از خدمات مراکز بیرون از بیمارستان استفاده کند.

• مددکار اجتماعی به دلیل نوع مشکل بیمار، ضرورت استفاده از سایر متخصصان را برای جمع آوری اطلاعات و تشخیص مشکل یا تدوین برنامه کمکی احساس می کند. برای مثال کیس های خشونت خانگی و آزاردیدگان باید پس از ترخیص به مراکز مشاوره ی بهزیستی و یا اورژانس اجتماعی ارجاع داده شوند و برنامه ی کمکی در خارج از بیمارستان انجام می شود.

• شرایط بیمارستانها به گونه ای است که امکان اقامت و نگهداری بیمار وجود ندارد در واقع بیمارستان یک مرکز درمانی است و بیماران فاقد سرپناه برای مراقبتهای طولانی و اقامت باید به نظر مقام قضایی به مراکز نگهداری مربوطه ارجاع داده شوند . این نوع ارجاع در مورد کودکان رها شده، بیماران فاقد سرپرست و همراه، سالمندان طرد شده 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 نسخه ی دیگر در واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان بایگانی میشود مددکار اجتماعی

اطلاعات مرتبط با موضوع ارجاع را ارائه دهد و از بیان اطلاعات اضافی و برخی اطلاعات که مراجع 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 خواسته های بیمار را در فرم بنویسید. لازم است که نتیجه ی ارجاع نیز مورد پیگیری قرار گیرد . کسانی را در سازمانهای مقصد شناسایی کنید که تعهد کاری با لایبی داشته و نهایت تلاش خود را برای رفع مشکل بیمار انجام می دهند.

برنامه ریزی ترخیص

برنامه ریزی ترخیص، فرآیندی است که با ارزیابی روانی اجتماعی بیمار در بدو پذیرش آغاز شده و شامل برنامه ریزی و اجرای مداخلات مددکاری اجتماعی با هدف بازگشت مناسب فرد به خانواده و جامعه پس از بهبودی است . پیگیری پس از ترخیص لازم است بر اساس مدیریت مورد پایه حداقل طی یکماه اول پس از ترخیص حداقل با دو تماس تلفنی از وضعیت بیمار مطلع و شرایط وی در پرونده درج شود .

ترخیص ایمن فرآیندی است که از زمان ارزیابی بیمار آغاز می شود و مددکار اجتماعی با شناسایی نیازها و انجام مداخلات تخصصی بیمار را برای ترخیص آماده می کند. این برنامه ریزی طول مدت حضور بیمار در بیمارستان را کاهش داده و می تواند موجب رضایت مندی 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 می شود زیرا خدماتی مانند ترخیص پزشکی، آموزش به بی‌هار، مراقبت در منزل، تجهیزات پزشکی و خدمات توانبخشی، حمل و نقل تا منزل و بررسی محل سکونت همگی، فعالیتهایی هستند که توسط پزشکان، پرستاران، اعضای تیم توانبخشی، کارشناسان روانشناسی و تغذیه و مددکاران اجتماع ی ارائه می شود. گروههای آسیب پذیر اجتماعی اولویت بیشتری را برای برنامه ریزی ترخیص کسب

میکنند و در بسیاری از موارد باید این بیماران را پس از ترخیص به منابع حمایتی مختلف درون و برون سازمانی پیوند داد.

پیگیری پس از ترخیص شامل کلیه اقداماتی است که مددکار اجتماعی پس از ترخیص بیماران بویژه بیماران مزمن و با مشکلات پیچیده از بیمارستان انجام میدهد و بخش شی از فرایند مداخلاتی محسوب می شود. پیگیری می تواند از طریق تماس تلفنی، بازدید از منزل و یا درخواست مراجعه ی حضوری بیمار و همراهانش به بیمارستان انجام شود. برحسب مشکل بیمار و نوع مداخله، مدت زمان لازم برای پیگیری پس از ترخیص متفاوت خواهد بود. پیگیری از یک هفته تا یک سال پس از ترخیص می تواند ادامه داشته باشد. معمولاً پیگیری های طولانی تر مربوط به بیماران صعب العلاج و یا بیمارانی است که مشکلات قضایی دارند. پیگیری تلفنی همچنین می تواند یک وسیله مؤثر باشد چنین پیگیری هایی فرصتی برای رسیدگی به سوالات بیمار و مشکلات آنان فراهم میکند. همچنین در این فرایند چنانچه مددکار اجتماعی تشخيص دهد، بازدید از منزل انجام می گیرد. لازم است تمامی مداخلات در فرمهای مربوطه ثبت و نگهداری شده (در سریعترین زمان ممکن به منظور پیشگیری از فراموشی مداخلات) و در پرونده ی بالینی بیمار (به صورت کاغذی یا الکترونیک) بایگانی شود. ارائه ی گزارش عملکرد از مداخلات انجام شده به مسئولین بیمارستان یا مسئول مددکاری اجتماعی دانشگاه / دانشکده هم بخشی از فرایند مستندسازی محسوب میشود

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 می باشد

در این گام که بخشی از حمایتهای روانی محسوب می شود، لازم است تا رابطه ای همدلانه با بیمار و همراهان برقرار شود. این رابطه از مهارتهای اساسی در ارتباط بین مددکار اجتماعی و بیمار است که فرآیند مؤثر و زیر بنایی برای ایجاد تغییرات روانشناختی در روابط حرفه ای محسوب می شود.

همدلی یعنی توانایی قرار دادن خویش به جای فرد دیگری است و شامل درک تجارب ، دغدغه ها و دیدگاههای فرد دیگر همراه با توانایی ابراز آن می باشد. بسیاری از مددکاران اجتماعی در رابطه ی همدلانه با بیمار و خانواده ی وی از جمله کلیشه ای مانند "درک می کنم"، "حق با شماست" و غیره استفاده می کنند 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 حوزه ی شناختی و عاطفی فرد حرفه ای درگیر می شود .همدلی موفق با بیمار تا حد زیادی متأثر از شخصیت مددکار اجتماعی است و درعین حال مهارتی است که از طریق آموزش و یادگی ری قابل آموختن است . استفاده از زبان بدن مناسب، کلمات و عبارات های درست و بموقع، 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 می شود، باید مشارکت وی در مورد برنامه ی مداخله و عمل نیز جلب شود. مشارکت و خود تصمیم گیری که از اصول اساسی در حرفه های یاورانه محسوب می شود می تواند زمینه های همدلی و اعتماد بیشتر را نیز جلب نموده و پایه های توانمندسازی بیمار را ایجاد کند .لازم است تا استرس های بیمار به خوبی شناسایی گردیده، فرصت حرف زدن و برون ریزی هیجانی برای وی فراهم شود،بایستی نسبت به واکنشهای هیجانی و احساسی بیمار حساس بود. محیطی امن و آرام برای بیمار و خانواده ی وی فراهم شود.

گزارش نویسی :

تمامی خدماتی که در قالب مدیریت مورد به بیمار و خانواده وی ارائه می شوند، باید در پرونده بیمار با جزئیات ثبت گردند . از فرم های تدوین شده برای تهیه گزارش اقدامات مدیر مورد استفاده می شود. حداقل اجزای گزارشی که باید در پرونده بیمار ثبت شوند، شامل گزارش ارزیابی وضعیت بیمار ، گزارش مشاوره اولیه، گزارش ارجاع ها و گزارش وضعیت بیمار پس از ترخیص می شود. لازم است فرم ارجاع در سه نسخه تهیه شود و یک نسخه در پرونده بالینی، یک نسخه در اختیار بیمار و یا خانواده اش و یک نسخه در پرونده مددکاری اجتماعی قرار گیرد .

ب) مداخلات گروهی

گاهی مددکاران اجتماعی همزمان با چند نفر و به صورت گروهی کار کنند. مددکاری گروهی در خصوص بیماران سخت درمان می تواند شامل مداخلات زیر باشد - 1: برقراری ارتباط و تعامل با همراهان بیمار - 2 ایجاد حس راحتی و آرامش در آنها - 3 ایجاد زمینه برون ریزی هیجانی و احساسی و آرامسازی - 4 جمع آوری اطلاعات و تهیه برنامه عملی - 5 برقراری ارتباط با منابع حمایت اجتماعی و شبکه های اجتماعی و حمایتی - 6 ارتقاء دانش و آگاهی بیماران از طریق گروه - 7 ایجاد زمینه ی بازپیوند بین فرد و خانواده - 8 مداخلت خانواده درمانی و زوج درمانی کوتاه مدت (با تأکید بر پذیرش و مراقبت از افراد بیمار خانواده). مددکاران اجتماعی می توانند سه نوع مداخلات گروهی داشته باشند: گروههای همیار، گروههای آموزشی خود مراقبتی و مشاوره های گروهی. گروهها می توانند در اتاق بیمار، جلسات اجتماعی یا حتی اتاق مددکار اجتماعی تشکیل شوند. زمان جلسات نباید بیش از 45 دقیقه باشید و شرایط جس ماری بیمار هم برای حضور در گروه مدنظر قرار گیرد. اعضای خانواده و همراهان هم بر حسب 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 می توانند از ظرفیتهای گروههای مجازی نیز استفاده کنند، گروههای مجازی اگرچه از ویژگیهای رویارویی و همدلی و پویایی برخوردار نیستند اما در عین حال امکان تبادل اطلاعات در آنها با سرعت و راحتی بیشتری انجام میشود و برای مقاصد آموزشی و آگاهسازی بسیار مؤثر میباشد.

گروههای همیار

گروههای همیار، گروه هایی هستند دارای کنش دوسویه، متقابل و افقی که اغلب بین افراد با توانایی های کم و بیش یکسان یا کسانی که بتوانند تواناییهای یکدیگر را تکمیل یا کمبودهای هم را جبران کنند، صورت می گیرد. در این گروهها نقش یاری دهنده و یاری گیرنده به طور متناوب تغییر می کند. این گروهها موجبات رشد فکری، افزایش اعتماد به نفس و حس مشارکت و همکاری در اعضا را فراهم می کنند گروههای همیار در شرایط بحرانی و در بیمارستانها می تواند نتایج مثبتی را به همراه داشته باشد. این گروهها برای بیماران سخت درمان که مشکل مشابه دارند قابل استفاده می باشد و

میتواند تاب آوری را در افراد این گروهها افزایش دهد. مددکار اجتماعی بیمارستان می تواند بیماران با نیازها و خواسته های مشابه را شناسایی کرده و با اتکا به پویا یی حاصل از روابط بین فردی، جلسات گروهی کوتاه مدت را برای این افراد هماهنگ کند. نقش عمده مددکار اجتماعی در گروههای همیار، تسهیلگری است و از آنجاکه شرایط جسمی بیماران در طول دوره ی بستری در بیمارستان اجازه ی حضور طولانی مدت آنها را در گروه نمی دهد به همین دلیل توصیه میشود جلسات بیش از 45 دقیقه نباشد.

گروههای آموزش خود مراقبتی

یکی از متداولترین اشکال مددکاری گروهی در بیمارستانها، گروههای آموزشی با تأکید بر خود مراقبتی است. خود مراقبتی به ویژه در پیشگیری از بستری مجدد افراد مبتلا به بیماریهای مزمن و زمینه ای مانند بیماریهای قلبی عروقی، صعب العلاج و مبتلایان به دیابت از اهمیت ویژه ای برخوردار است. خود مراقبتی از سه بعد جسمی (تغذیه، ورزش، کنترل وزن، استراحت)، روانی (مدیریت استرس، آرامسازی)، اجتماعی (مدیریت روابط بین فردی، فعالیتهای عام المنفعه ی اجتماعی، گسترش حمایتهای اجتماعی) قابل آموزش میباشد و مددکار اجتماعی با مشارکت اعضای تیم درمان میتواند به صورت گروهی بیماران و همراهان شان را به خود مراقبتی تشویق نماید. در شرایط بحرانی، توجه به جنبه های روانی اجتماعی خود مراقبتی می تواند تأثیرات مثبتی بر سلامت جسمی بیماران و تسریع روند بهبودی آنها داشته باشد.

مشاوره های گروهی و خانوادگی

یکی از مهمترین مداخلات مددکاران اجتماعی در بیمارستان ارائه ی مشاوره به بیماران است. می توان بخشی از این خدمات را در قالب کار گروهی انجام داد. در گروه های مشاوره اعضا یکدیگر را درک کرده و برای رفع مشکلات یکدیگر پیشنهادهایی را ارائه میکنند. تعامل اجتماعی بهبود می یابد. رشد نگرشهای مثبت، ایجاد امید و انگیزه و تقویت مهارتهای بین فردی از جمله اهداف گروه های مشاوره است. مددکار اجتماعی میتواند زمینه های تشکیل این گروهها را در اتاق بیماران فراهم کند. یکی از مزایای مشاوره های گروهی، زمان کوتاه (حداکثر سی دقیقه) و اثربخشی بالاست. بیمار برای ترخیص ایمن به امید و انگیزه نیاز دارد، همچنین قرارگیری در فرآیند بازسازی و

توانمندسازی نیز نیازمند انگیزه ی کافی است. این نوع از مشاوره ها برای اعضای خانواده ی بیمار نیز قابل استفاده است . مددکار اجتماعی می تواند از اشکال خانواده درمانی و زوج درمانی کوتاه مدت نیز استفاده کند البته هدف از این نوع مداخلات صرفاً کاهش تنش های خانوادگی و تسهیل گری به منظور پذیرش هرچه بهتر بیمار در خانواده می باشد. شرایط بحرانی، امکان طرد و رها شدن بیمار از سوی خانواده را تشدید می کند به همین دلیل مددکار اجتماعی باید از روشهای کوتاه مدت خانواده درمانی (به ویژه خانواده درمانی ارتباطی) به منظور افزایش پذیرش بیمار استفاده کند و اطمینان یابد که بیمار مراقبتهای لازم را از طریق اعضای خانواده دریافت میکند . از آنجاکه خانواده درمانی در مددکاری اجتماعی بیمارستانی، مداخله ی رایجی نیست، شیوه ی کوتاه مدت با اهداف محدود در صورت لزوم میتواند راهگشا باشد . بیمار برای ترخیص ایمن و یا قرارگیری در فرآیند بازسازی و توانمندسازی نیازمند امید و انگیزه ی کافی می باشد . 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

ج) مداخلات جامعه ای

مددکاران اجتماعی در بیمارستانها می توانند با بهره گیری از دانش مددکاری جامعه ای، مداخلات تخصصی را ارائه دهند. مداخلات تخصصی تر می تواند در یکی از سرفصلهای زیر انجام شود :

- توسعه ی همکاریهای بین بخشی در مورد حمایت های روانی اجتماعی

-آموزش مدیریت استرس ،آموزش حضوری در مراکز بهداشتی درمانی، مشارکت در تهیه ی بروشور و پمفلت یا فیلمهای آموزشی، مشارکت در نیازسنجی های آموزشی و حضور در تیمهای مداخله ای

شناسایی نیازهای عمومی و نیازسنجی تفصیلی

تشکیل بانکهای اطلاعاتی

تهیه و تدوین طرح پژوهشی با تکیه بر یافته های مبتنی بر شواهد

پیگیری در محلات و بازدیدهای دوره ای

کمک در اجرای طرحهای بازیابی اجتماعی

اجرای طرح های توسعه ی محلی با بهره گیری از ظرفیت پایگاههای اجتماعی در محلات

نهادهای حمایتی:

هلال احمر: در زمینه تأمین داروهای مورد نیاز بیماران ، ساخت تجهیزات ارتوپدی فنی و توانبخشی،
و نیز حمایت از گروههای خودیاری مبتلایان به اختلال مصرف مواد (گروه کنگره 60)

کمیته امداد امام خمینی : حمایت اقتصادی و معیشتی از بیماران سخت درمان ، زنان و کودکان بی
سرپرست، کمک به تأمین هزینه های درمانی

سازمان بهزیستی : حمایت از آسیب دیدگان اجتماعی، معلولین، و مبتلایان به اختلال مصرف مواد،
بیماران مزمن اعصاب و روان، ارائه خدمات اورژانس اجتماعی (خط تلفنی 123)

انجمن ها و مؤسسات خیریه ای / غیردولتی: برخی از این مؤسسات عبارتند از

انجمن حمایت از بیماران نقص ایمنی اولیه صدیقه طاهره : چهارراه آپادانا – سجاد

انجمن حمایت از بیماران کلیوی : چهارراه فلسطین

انجمن خیریه صرع اصفهان : سه راه سیمین

انجمن خیریه حمایت از بیماران آسیب نخاعی

مجمع خیرین سلامت: هشت بهشت غربی ساختمان بعثت

کانون حمد ایرانیان : خیابان کاوه- برج کاوه

انجمن خیریه حمایت از بیماران تالاسمی خیابان مطهری خیابان خیام

مؤسسه خیریه حمایت از بیماران سرطانی نور محیی : خیابان فروغی

انجمن خیریه حضرت ابوالفضل (حمایت از بیماران کلیوی و قلبی) خیابان استانداری

انجمن خیریه حمایت از کودکان بهشت (کودکان با نیازهای خاص) خیابان فروغی

انجمن خیریه یاوران معلولین ذهنی خیابان امام خمینی روبروی مسجد شفیعی

انجمن حمایت از بیماران ALS خیابان لاله کوچه 50

انجمن مددکاری امام زمان (عج) : چهارباغ پایین کوچه پشت بارو

انجمن حمایت از بیماران MS خیابان باهنر چهارراه هدایت

مؤسسه خیریه دیابت: خیابان لاهور

مجمع خیرین بهداشت و سلامت امام هادی (ع): خیابان ابن سینا

انجمن خیریه خادم المهدی (آزمایشگاه و رادیولوژی مهدیه) خیابان احمدآباد

انجمن ایرانی سلیاک: طالقانی نبش اردیبهشت

مؤسسه خیریه حمایت از کودکان مبتلا به سرطان (کسا) : چهار راه جهاد

بنیاد خیریه راهبری آلا: مطهری پل شیری

انجمن خیریه فنیل کتونوری

خیریه سالمندان صادقیه : فلکه دانشگاه صنعتی ابتدای جاده محمودآباد

انجمن اوتیسم اصفهان (خیریه فاطمه زهرا)

از مؤسسه خیریه همدانیان : خیابان عباس آباد