



معاونت امور توانبخشی

**دستورالعمل شرایط و ضوابط اختصاصی مراکز توانبخشی معلولین
(ارائه خدمات توانبخشی معلولان ذهنی در منزل)**

۱۳۹۶

دستورالعمل تخصصی مراکز ارائه دهنده خدمات توانبخشی معلولان ذهنی در منزل

(ظرفیت ۵۰ نفر)

نظر به اینکه بر اساس قانون تشکیل سازمان بهزیستی و بند ۷ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی، صدور پروانه فعالیت برای ایجاد مراکز توانبخشی با هدف گسترش و ارتقاء سطح کیفی ارائه خدمات آموزشی، توانبخشی، مراقبتی به گروه هدف در جهت نیل به توانمند سازی آنان و کاهش تصدی گری دولت، بر عهده سازمان بهزیستی کشور میباشد، این دستورالعمل در اجراء قوانین فوق، با هم اندیشی متخصصان و کارشناسان مرتبط در سازمان بهزیستی کشور، بهزیستی استانها، انجمن مراکز غیر دولتی و انجمن های علمی، در سال ۱۳۹۶ جهت اجرا تنظیم و بازنگری گردیده است.

ماده ۱

تعاریف تخصصی

معلول ذهنی (فرد با ناتوانی هوشی رشدی) **person with Intellectual disability**

فردی است که دارای نقص در کارکرد هوشی (عقلانی) (مانند حل مسئله، برنامه ریزی، استدلال و قضاوت) همچنین دارای نقص در عملکرد سازگاران (مانند ارتباط، مشارکت اجتماعی و زندگی مستقل) در حوزه عملی، اجتماعی و مفهومی بوده و نمره هوشبهر آنها بر اساس آزمون های استاندارد حداکثر (70 ± 5) باشد. این نقص در دوران رشد (زیر ۱۸ سال) رخ می دهد.

طبقه بندی بر اساسی شدت معلولیت: بر اساس **DSM5** سطوح مختلف شدت بر اساس عملکرد انطباقی و نه بر اساس بهره هوشی تعیین می شود چرا که عملکرد انطباقی فرد تعیین کننده میزان حمایت های مورد نیاز فرد است .

۱-۳- خدمات توانبخشی معلولان ذهنی در منزل: این فعالیت به ارائه خدمات توانبخشی (فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی، روانشناسی، مددکاری، پرستاری، پزشکی) در محل زندگی معلول ذهنی اطلاق می گردد که هدف در دسترس نمودن خدمات توانبخشی برای معلولان ذهنی می باشد.

۱-۴- تیم ارزیابی اولیه و ادواری: تیم ارزیابی اولیه و ادواری متشکل از سه نفر کارشناس توانبخشی شامل ۱- یک نفر پزشک عمومی ۲- یک نفر کارشناس توانبخشی، فیزیوتراپیست یا کاردرمانگر ۳- یک نفر کارشناس توانبخشی، روانشناس یا مددکار علوم اجتماعی با برنامه ریزی و هماهنگی کارشناس مسئول مربوطه به محل زندگی معلولان ذهنی مراجعه می نمایند.
*ارزیابی اولیه در شروع خدمت و ارزیابی ادواری هر شش ماه یکبار صورت می پذیرد. پس از این ارزیابی ها نوع خدمات مورد نیاز معلول و تعداد جلسات خدمات مشخص میگردد.

ماده ۲

شرایط تخصصی متقاضی (مؤسس)

۱-۲ :- دارا بودن شرایط عمومی و اختصاصی مؤسس مراکز روزانه و یا شبانه روزی معلولان ذهنی طبق دستورالعمل مربوطه .

تبصره ۱: در صورتیکه موسس شخصیت حقوقی باشد، حداقل یک نفر از اعضای هیئت مدیره باید دارای تحصیلات با واجد شرایط مندرج در بند ۱-۲ باشد.

تبصره ۲:

این خدمت در بخش معلولان ذهنی ترجیحا" از طریق مراکز روزانه و یا شبانه روزی معلولان ذهنی و به صورت مرکز جامع ارائه میگردد.

ماده ۳

شرایط تخصصی مسئول فنی

۳-۱: دارا بودن شرایط عمومی و اختصاصی مسئول فنی مراکز توانبخشی روزانه یا شبانه روزی طبق دستور العمل مربوطه تبصره : در صورت جامع بودن مرکز، مسئول فنی مرکز روزانه و یا شبانه روزی میتواند مسئولیت فنی این قسمت را نیز عهده دار گردد.

۳-۲- در مراکز جامع ارائه خدمات توانبخشی در منزل، مرکز مؤلف است نسبت به بکارگیری یک نفر کارشناس مسئول تمام وقت اقدام نماید. ضمن اینکه کارشناس مسئول می تواند یکی از اعضای تیم توانبخشی در منزل باشد.

ماده ۴

شرایط اختصاصی پذیرش معلولان ذهنی

- معلولان ذهنی دارای عوارض متوسط و شدید معلولیت ذهنی با تأییدیه کمیته توانبخشی استان.
- معلولان ذهنی شدید و خیلی شدید پشت نوبت مراکز شبانه روزی.
- معلولان ذهنی شدید و خیلی شدید ترخیص شده از مراکز شبانه روزی.

ماده ۵

فرآیند ارائه خدمات

۱- معرفی خانواده (ولی یا قیم) یا معلول ذهنی توسط بهزیستی شهرستان به مرکز یا پذیرش آزاد توسط مرکز و اطلاع رسانی به بهزیستی شهرستان

۲- تشریح شرایط و ضوابط بازدید از منزل و ارائه خدمات و پیگیریهای لازم برای خانواده توسط مسئول فنی مرکز و یا کارشناس مسئول این بخش .

۳- تکمیل فرم قرارداد بین خدمت گیرندگان و مراکز ارائه خدمات توانبخشی در منزل (فرم شماره ۲)

۴- ارزیابی اولیه معلول ذهنی توسط تیم ارزیابی اولیه معلول ذهنی و تکمیل فرم شماره ۱
تبصره:

- خدمات توانبخشی قابل ارائه به معلول ذهنی می بایست براساس فرم تکمیل شده ارزیابی اولیه (فرم شماره ۱) باشد و در صورت وجود نسخه معتبر پزشک متخصص، خدمتی که در حیطه فعالیت مرکز باشد در فرم ارزیابی اولیه لحاظ گردیده و قابل ارائه به معلول ذهنی خواهد بود.

۵- ارائه خدمات مطابق موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه و ثبت آن در فرم شماره ۴ (نحوه و سیر ارائه خدمات مراقبتی و توانبخشی به معلولان ذهنی در منزل)
این فرم توسط نیروهای تخصصی اعزامی به منزل معلول ذهنی در هر بار مراجعه تکمیل و به مسئول فنی مرکز تحویل خواهد شد.

۶- تکمیل فرم شماره ۵: ارائه خدمات توانبخشی معلولان ذهنی در منزل ماه مرکز

۷- تکمیل فرم شماره ۶ : خدمت گیرندگان مرکز ارائه خدمات توانبخشی معلولان ذهنی در منزل به تفکیک نوع خدمات ارائه شده در ماه، سال

۸- تکمیل فرم شماره ۷: میزان هزینه پرداختی و تعداد افراد سرویس گرفته از بخش ارائه خدمات توانبخشی معلولان ذهنی در منزل استان به تفکیک مرکز سال (مبلغ به هزار ریال)

این فرم توسط کارشناس مسئول معلولان ذهنی استان تکمیل و پس از تأیید به بهزیستی کشور ارسال شود
ماده ۶

نیروی انسانی

نیروی انسانی مورد نیاز مراکز، با توجه به نوع خدمات مورد نیاز معلولان ذهنی در منزل به شرح ذیل می باشد:
الف) نیروی انسانی تخصصی :

- ۱- پزشک
 - ۲- پرستار
 - ۳- کارشناسان رشته های توانبخشی (فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی، مددکاری اجتماعی، روانشناس)
- ب) نیروی انسانی غیر تخصصی :

- متصدی امور دفتری

تبصره ۱: حضور مسئول فنی مرکز در تمام ساعت های اداری مرکز الزامی است.

تبصره ۲: در ساعات غیر اداری، مسئول فنی می تواند با توجه به مدرک تحصیلی مطابق با موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه به عنوان عضوی از تیم ارائه خدمت نماید .

تبصره ۱: مسئولیت صلاحیت تخصصی، اخلاقی و فردی پرسنل در زمان همکاری با مرکز به عهده صاحب امتیاز مرکز می باشد.

تبصره ۲: مرکز موظف است با انعقاد قرارداد لازم با پزشکان عمومی یا متخصص، ، کارشناسان توانبخشی و پرستاران، حسب مورد و نیاز، خدمات توانبخشی و مراقبتی را به معلولان ذهنی ارائه دهد.

ماده ۷

شرح وظایف پرسنل تخصصی

• شرح وظایف پزشک:

- ویزیت و دستور انجام آزمایشات، رادیوگرافی، سونوگرافی
- دارو درمانی و تعیین خط مشی درمانی
- نظارت بر اجرای درمان های پزشکی و نحوه استفاده از لوازم بهداشتی
- آموزش فردو خانواده در زمینه مسائل بهداشتی و درمانی
- ارجاع برای اقدامات پزشکی تخصصی در صورت نیاز
- تکمیل فرم های مربوطه
- همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی

شرح وظایف روانشناس:

- تکمیل فرم های مربوطه
- ایفای نقش تسهیل گری در ایجاد ارتباط مستمر بین فرد، خانواده و مرکز
- حضور مؤثر در تیم توانبخشی مرکز در خصوص ارزیابی دوره ای وضعیت روحی معلول ذهنی
- تشخیص به موقع اختلالات روانی و رفتاری معلول ذهنی و ارجاع صحیح آن در صورت لزوم .
- ارائه مشاوره های لازم به فرد و خانواده در خصوص مشکلات روحی پس از آسیب.

شرح وظایف پرستار

- تکمیل فرم های مربوطه
- همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی
- راهنمایی و آموزش کلیه امور مراقبتی معلولان ذهنی از جمله حمام کردن - غذاخوردن و ...
- انجام اقدامات پرستاری شامل کنترل فشارخون ، علائم حیاتی و ثبت آن و در صورت لزوم پانسمان ، تعویض سونداژ ، تزریق آمپول ، سرم، کنترل و ارزشیابی دارو درمانی و ...
- مشاوره ، آموزش و انجام مداخلات در الگوی دفع طبیعی
- آموزش فرد و خانواده در مورد مسائل بهداشتی و بهداشت فردی

شرح وظایف فیزیوتراپیست

- تکمیل فرم های مربوطه
- همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی
- ارزیابی معلول ذهنی و انجام مدالیته های درمانی
- ارزیابی معلولان ذهنی در خصوص نحوه انجام کارهای روزمره
- آموزش نحوه استفاده از وسایل کمکی نظیر عصا ، ویلچر و...
- بازآموزی راه رفتن در صورت نیاز
- ارجاع برای خدمات توانبخشی تخصصی در صورت نیاز
- تعیین میزان دامنه حرکتی مجاز برای معلول ذهنی و آموزش نحوه انجام آن به مراقب وی و بیان عوارض و پیامد های ناشی از

انجام ورزشهای نامناسب

تعیین نحوه و زمان وضعیت دهی و جابجایی معلولان ذهنی تخت گرا به مراقبین و بیان عوارض و پیامدهای ناشی از بی حرکتی و وضعیت دهی نامناسب اندامها

شرح وظایف مددکار اجتماعی

تکمیل فرم های مربوطه

- همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی

- ایفای نقش تسهیل گری در ایجاد ارتباط مستمر بین فرد، خانواده و مرکز

- برقراری ارتباط حرفه ای و مبتنی بر اصول مددکاری با معلولان ذهنی

- ارائه مشاوره های لازم در خصوص مشکلات و مسائلی که فرد و خانواده با آن روبرو هستند.

- ایجاد زمینه لازم جهت مشارکت معلول ذهنی در مجامع عمومی، مراسم مختلف و برنامه های تفریحی

- راهنمایی خانواده فرد برای بهره مندی از خدمات سازمان های حمایتی

شرح وظایف کاردرمانگر

- ارزیابی و کسب آگاهی از توانایی های فرد

- ارائه آموزش های لازم برای دستیابی مجدد به مهارت ها و کسب استقلال فردی

- تهیه اسپلینت و وسایل کمکی و در صورت عدم امکان، ارجاع به مراکز تخصصی توانبخشی

- آموزش فعالیت های روزمره زندگی

- تلاش در جهت سازگاری فرد با عوارض دوران معلولیت ذهنی

- تکمیل فرم های مربوطه

- همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی

شرح وظایف گفتار درمان

- ارزیابی و کسب آگاهی از توانایی های هر فرد و ارائه برنامه گفتاردرمانی زمان بندی شده برای معلولان

- ارائه آموزش های لازم برای دستیابی به مهارت های گفتاری

- آموزش خانواده در خصوص مشکلات گفتاری، بلع، تنفس و ارتباطی معلولان

- تعیین نحوه و زمان وضعیت دهی و جابجایی معلولان تخت گرا به مراقبین و بیان عوارض و پیامدهای ناشی از بی حرکتی و وضعیت دهی نامناسب در تنفس معلولان.

- آموزش بازی و شناخت اشیاء اطراف.

- ایجاد حس همکاری معلولان جهت ادامه و پیگیری برنامه گفتاردرمانی و در صورت لزوم هماهنگی با روانشناس تیم در این

زمینه

- انجام کار تیمی جهت پیگیری های لازم بمنظور ادامه درمان توانبخشی معلولان

- شرکت در جلسات تیمی به صورت مرتب و دوره ای برای بررسی وضعیت معلولان

- آموزش و مشاوره در خانواده

- همکاری با تیم توانبخشی جهت تعیین علایق و فعال سازی افراد معلول ذهنی

- مستند سازی اقدامات در پرونده توانبخشی

ماده ۸

فضای فیزیکی

- ❖ مرکز باید حداقل دارای اتاق مسئول فنی ، اتاق اداری و سرویس بهداشتی مناسب باشد.
- ❖ در مراکز جامع توانبخشی با فعالیت ارائه خدمات توانبخشی در منزل ، با رعایت مفاد دستورالعمل ها ، استفاده از فضاهای مشترک ، به شرط عدم ایجاد اختلال در فعالیت های مرکز بلا مانع می باشد.

ماده ۹

تجهیزات مورد نیاز

مرکز می بایست دارای سیستم بایگانی کامل ومجهز به رایانه باشد.

وجود تجهیزات پزشکی، توانبخشی مورد نیاز جهت ارائه خدمات در محل مرکز الزامی نمی باشد و کارکنان در گردش می بایست متناسب با خدمات مورد نیاز معلول ذهنی تجهیزات پورتابل پزشکی، توانبخشی لازم را به همراه داشته باشند.

ماده ۱۰

این دستورالعمل در ۱۰ ماده توسط حوزه معاونت امور توانبخشی ، دفتر امور مراکز مراقبتی و توانبخشی تهیه ودر سال ۱۳۹۶در شورای مدیران حوزه معاونت امور توانبخشی کشور به تصویب رسید و هرگونه تغییر در آن مستلزم تأیید مجدد شورای مذکور می باشد.

فرم شماره ۱

تاریخ:
شماره پرونده:

نمونه فرم ارزیابی اولیه معلول ذهنی

الف) مشخصات معلول ذهنی:
نام: نام خانوادگی: جنس: تاریخ تولد: محل تولد:
شماره شناسنامه: کد ملی:
شغل:
وضعیت بیمه:

شماره تماس و آدرس محل سکونت معلول ذهنی:
ب) افرادی که معلول ذهنی با آنها زندگی می کند و سطح تحصیلات آنها:

۱-
۲-
۳-

ج) گزارش گروه توانبخشی:
۱) گزارش پزشک (وضع عمومی معلول ذهنی - تشخیص اولیه - خدمات پزشکی و پرستاری مورد نیاز)

۲) گزارش مددکار یا روانشناس (خدمات توانبخشی مورد نیاز):

۳) گزارش سایر کارشناسان توانبخشی (فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، گفتاردرمانگر و.....):

مطالب فوق مورد تأیید است (مهر و امضاء)
پزشک: روانشناس: مددکار: سایر کارشناسان با ذکر نوع تخصص:

امضاء یا اثر انگشت سرپرست یا قیم معلول ذهنی
شماره تماس و آدرس مؤسسه:

فرم شماره ۲

تاریخ

شماره پرونده:

نمونه فرم قرارداد بین خدمت گیرندگان و مراکز ارائه خدمات توانبخشی به معلولان ذهنی در منزل

مشخصات معلول ذهنی:

نام: نام خانوادگی: جنس: تاریخ تولد: محل تولد:
شماره شناسنامه: کد ملی: صادره:
وضعیت بیمه:

شماره تماس و آدرس محل سکونت:

(ب) مشخصات سرپرست / قیم معلول ذهنی

نام: نام خانوادگی: جنس: تاریخ تولد:
محل تولد: شماره شناسنامه: صادره:

نسبت با معلول ذهنی:

آدرس و تلفن محل سکونت:

آدرس و تلفن محل کار:

توضیحات: بر اساس اعلام نیاز آقا / خانم معلول ذهنی که توسط تیم توانبخشی تکمیل گردیده است یا نسخه معتبر پزشک، خدمات مورد نیاز معلول ذهنی شامل موارد:

۱-

۲-

۳-

۴-

برآورد گردیده است که هزینه انجام آنها در طول دوره ارائه خدمات حدود ریال محاسبه می گردد که هزینه مذکور از طرف قیم معلول ذهنی / سرپرست معلول ذهنی یا سازمان بهزیستی قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱: مبلغ ذکر شده به عنوان هزینه مدت ارائه خدمات تقریبی می باشد که بر اساس وضعیت فردی معلول ذهنی و نیازهای وی و یا سایر عوامل ممکن است هزینه اصلی و واقعی، اندکی بیشتر یا کمتر از مبلغ یاد شده در این قرار داد باشد و بر همین اساس، سرپرست یا قیم معلول ذهنی با اطلاع از مورد اقدام به تکمیل قرار داد می نماید.

تبصره ۲: در صورتیکه قیم یا سرپرست معلول ذهنی به هر علتی قبل از پایان کامل دوره خدمات، قصد لغو و فسخ قرارداد را داشته باشند باید ۲۴ ساعت قبل به دفتر مراجعه نموده و مراتب را کتباً اعلام نمایند تا تسویه حساب و فسخ قرارداد در اسرع وقت به عمل آید.

اینجانب (قیم/سرپرست معلول ذهنی) پس از مطالعه دقیق مندرجات این قرارداد تعهد می نمایم که کلیه موارد فوق را پذیرفته و به مسئولین و مجریان مرکز اجازه می دهم آنگونه که صلاح می دانند نسبت به مراقبت / توانبخشی از اقدام نمایند.

همچنین متعهد می گردم که امنیت و احترام پرسنل در زمانیکه در محل سکونت معلول ذهنی مشغول ارائه خدمات می باشند را تأمین و تضمین نمایم و حق هرگونه دخالت غیرمنطقی در نحوه ارائه خدمات را از خود و خانواده ام سلب نمایم.

امضاء یا اثر انگشت قیم / سرپرست معلول ذهنی:

امضاء مسئول فنی مرکز:

آدرس مؤسسه:

تلفن تماس:

فرم شماره ۳

تاریخ:

شماره پرونده:

نمونه فرم پرسشنامه پرسنل اعزامی (ارائه دهندگان خدمت)

(۱) مشخصات فردی ارائه دهندگان خدمات:

الف) نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

سن:

جنس: مذکر مؤنث

تاریخ تولد:..... محل تولد:

شماره شناسنامه:..... صادره:.....

وضعیت تأهل: مجرد متأهل

شماره تلفن:

آدرس منزل:.....

آدرس محل کار:.....

(۲) سابقه تحصیلات و اشتغال:

آخرین مدرک تحصیلی:

سال اخذ مدرک:.....

دانشگاه محل تحصیل:

سابقه کاری خود را از زمان فارغ التحصیلی تاکنون بنویسید:

.....

.....

(۳) آیا سابقه محکومیت کیفری و یا نظام پزشکی دارید؟ بلی خیر

توضیحات:.....

(۴) آمادگی فعالیت در کدامیک از نوبت های کاری را دارید؟ صبح عصر شب اینجانب کلیه مندرجات فوق را

تأیید نموده و تعهد می نمایم. در صورت مغایرت هر کدام از موارد فوق با واقعیت حق هیچگونه اعتراضی نسبت به تصمیمات متخذه از سوی مؤسسه را

امضاء و مهر

ندارم.

فرم شماره ۴

تاریخ:

شماره پرونده:

گزارش نحوه و سیر ارائه خدمات توانبخشی به معلولان ذهنی در منزل
"این برگ توسط نیروهای تخصصی اعزامی به منزل معلول ذهنی تکمیل می گردد"
الف (اطلاعات معلول ذهنی):

۱- نام: ۲- نام خانوادگی: ۳- جنس: مذکر مؤنث ۴- سال تولد:

۵- وضعیت بیمه:

۷- آدرس محل سکونت معلول ذهنی:

ب) اطلاعات نیروی تخصصی اعزامی:

۱- نام: ۲- نام خانوادگی: ۳- نام پدر: ۴: نوع تخصص

۵- مقطع تحصیلی:

ج) سیر ارائه خدمات توانبخشی

۱- تشخیص / مشکل اصلی معلول ذهنی:

۲- نوع خدمت ارائه شده:

۳- سیر پیشرفت بیماری:

۴- اقدامات انجام شده برای معلول ذهنی:

۵- تاریخ ویزیت بعدی

۶- توضیحات:

د) اطلاعات مالی:

بدینوسیله تأیید می گردد مبلغ ریال بابت اقدامات انجام یافته فوق از قییم / سرپرست معلول ذهنی دریافت گردید.

امضاء خدمات دهنده

امضاء یا اثر انگشت قییم / سرپرست معلول ذهنی

آدرس مؤسسه:

تلفن تماس:

**فرم شماره (۷) میزان هزینه پرداختی و تعداد افراد سرویس گرفته از بخش ارائه خدمات توانبخشی معلول ذهنی در منزل استان به تفکیک مرکز
سال (مبلغ به هزار ریال)**

ردیف	نام مرکز		شش ماه اول				شش ماه دوم				جمع	
			غیر یارانه		یارانه ای		غیر یارانه		یارانه ای			
			تعداد	مبلغ	تعداد	مبلغ	تعداد	مبلغ	تعداد	مبلغ		
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												
۸												
												جمع کل

امضاء و تأیید استان :